



ELSA

Erfahrungen und Lebenslagen
ungewollt Schwangerer -
Angebote der Beratung und Versorgung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

Abschlussbericht der Studie: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)



HOCHSCHULE FULDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



SoFFI F.



Freie Universität Berlin



ulm university universität
uulm

HoME
HOCHSCHULE
MERSEBURG
University of Applied Sciences



HOCHSCHULE NORDHAUSEN
University of Applied Sciences

1 Titel und Verantwortlichkeiten

Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)

Förderkennzeichen: ZMVI1-2520FSB11A (HS-Fulda)
Laufzeit: 1.10.2020 – 31.10.2024
Fördersumme: 1.632.622,92 €

Förderkennzeichen: 2520FSB11B (Universität Ulm)
Laufzeit: 1.10.2020 – 31.08.2024
Fördersumme: 325.090,19 €

Förderkennzeichen: 2520FSB11C (SoFFI F. Freiburg / FIVE e.V.)
Laufzeit: 1.10.2020 – 30.04.2024
Fördersumme: 1.513.940,00 €

Förderkennzeichen: 2520FSB11D (Freie Universität Berlin)
Laufzeit: 1.10.2020 – 30.10.2024
Fördersumme: 491.566,00 €

Förderkennzeichen: 2520FSB11E (Hochschule Nordhausen)
Laufzeit: 1.10.2020 – 30.06.2024
Fördersumme: 407.624,00 €

Förderkennzeichen: 2520FSB11F (Hochschule Merseburg)
Laufzeit: 1.10.2020 – 30.05.2024
Fördersumme: 372.323,00 €

Datum: 22.12.2024

Autorinnen und Autoren:

Hochschule Fulda:

Prof. Dr. Daphne Hahn
Prof. Dr. Ulrike Busch
Dr. Sarah Eckardt
Dr. Ines Thonke
Rona Torenz
Dr. Anke Wyrobisch-Krüger
Heike Vollmer
Renzo Wilfredo Galarza Torres
Lita Herzig
Maria Schneider

Selina Draeger
Laura Kurth
Sabrina Kruse
Francine Molnár
Tan Trang
Anna-Lena Völker
Lena Zintl

**Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen im FIVE e.V. Freiburg
(SoFFI F.):**

Prof. Dr. Cornelia Helfferich (†)
Tilmann Knittel
Laura Olejniczak
Victoria Melchior
Janet-Lynn Holz

Hochschule Merseburg:

Prof. Dr. Maika Böhm
Judit Baer
Eva Kubitza
Sabine Wienholz
Tina Bauer

Hochschule Nordhausen:

Prof Dr. MPH Petra J. Brzank
Martin Nowak
Dennis Jepsen
Kristina Winter

Freie Universität Berlin:

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud
Prof. Dr. Sarah Schumacher
Dr. Hannah Klusmann
Dr. Sinha Engel
Dr. Caroline Meyer
Stephanie Häring
Meike Katharina Blecker

Universität Ulm:

Prof. Dr. Silvia Krumm
Dr. Yamara-Monika Wessling
PD Dr. Susanne Jaeger
Anabel Becker

2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortlichkeiten	I
2	Inhaltsverzeichnis	III
3	Zusammenfassung (Verantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	1
4	Einleitung (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	3
4.1	Ausgangslage	3
4.2	Ziele des Projektes	6
4.3	Projektstruktur	8
4.4	Herausforderungen des Projektes	11
4.5	Literaturverzeichnis	13
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	15
5.1	Die Befragungen der ungewollt Schwangeren (AP 1)	16
5.1.1	Die quantitative Befragung der ungewollt Schwangeren (AP 1-1/AP 1-3) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn und Tilmann Knittel)	17
5.1.1.1	Die standardisierte Befragung von Frauen mit ungewollten und gewollten Schwangerschaften	17
5.1.1.2	Fragebogenstruktur und zentrale Themen	18
5.1.1.2.1	Aufbau des Fragebogens	18
5.1.1.2.2	Theoretisches Konzept und Operationalisierung von ungewollter Schwangerschaft	20
5.1.1.2.3	Theoretisches Konzept und Operationalisierung von Lebenslage	23
5.1.1.2.4	Theoretisches Konzept und Operationalisierung von psychischem Wohlbefinden	26
5.1.1.2.5	Theoretisches Konzept und Operationalisierung von körperlicher Gesundheit	27
5.1.1.2.6	Theoretisches Konzept und Operationalisierung von Stigmatisierung bei Schwangerschaftsabbruch	30
5.1.1.2.7	Theoretisches Konzept und Operationalisierung von Informiertheit	31
5.1.1.2.8	Theoretisches Konzept von medizinischer Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch	34
5.1.1.3	Feldberichte und Stichprobenbeschreibung	37
5.1.1.3.1	Stichprobenziehung über Einwohnermeldeämter	38
5.1.1.3.2	Stichprobengewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen	39
5.1.1.3.3	Übersicht der Stichproben der ELSA-Frauenbefragung	42
5.1.1.3.4	Stichprobe der Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften	44
5.1.1.3.5	Stichprobe der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen	47
5.1.1.3.6	Exkurs: Altersstruktur der ELSA-Stichprobe	50

5.1.1.4	Feldzugang und Zusatzrekrutierung Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	51
5.1.1.4.1	Quantitative Stichprobe	52
5.1.1.4.2	Qualitative Stichprobe	54
5.1.1.5	Auswertungsmethodiken	55
5.1.1.5.1	Freiburg und Fulda (Kapitelverantwortliche: Tilmann Knittel, Prof. Dr. Daphne Hahn).....	55
5.1.1.5.2	FU Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher).....	56
5.1.1.5.3	Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm).....	57
5.1.1.5.4	Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank).....	58
5.1.1.6	Literaturverzeichnis.....	61
5.1.2	Die Vertiefungsstudien (AP 1-2)	69
5.1.2.1	Erhebungs- und Auswertungsmethodik Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	71
5.1.2.1.1	Erhebung: Planung und Durchführung der Interviews.....	71
5.1.2.1.2	Gewinnung der Teilnehmenden und Durchführung der Interviews (ungewollt ausgetragene Schwangerschaft)	71
5.1.2.1.3	Erstellung des Leitfadens.....	72
5.1.2.1.4	Aufbau des Leitfadens – ungewollt eingetretene und ausgetragene Schwangerschaften.....	73
5.1.2.1.5	Auswahl der Interviews für die Auswertung (ungewollt eingetretene und ausgetragene Schwangerschaft)	74
5.1.2.1.6	Auswertungsmethode	74
5.1.2.1.7	Literaturverzeichnis	77
5.1.2.2	Erhebungs- und Auswertungsmethodik Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn).....	79
5.1.2.2.1	Erhebung: Planung und Durchführung der Interviews.....	79
5.1.2.2.2	Gewinnung der Teilnehmerinnen und Durchführung der Interviews.....	79
5.1.2.2.3	Erstellung des Leitfadens.....	82
5.1.2.2.4	Aufbau des Leitfadens - ungewollt eingetretene Schwangerschaften, die abgebrochen wurden.....	82
5.1.2.2.5	Transkription der geführten Interviews	84
5.1.2.2.6	Wahl der Auswertungsmethode – in Anlehnung an die Dokumentarische Methode.....	85
5.1.2.2.7	Praktisches Vorgehen in der Durchführung der Methode	85
5.1.2.2.8	Interviews mit beteiligten Männern zu ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften.....	88
5.1.2.2.9	Literaturverzeichnis	94

5.1.2.3	Erhebungs- und Auswertungsmethodik Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	96
5.1.2.3.1	Erhebungsmethodik.....	96
5.1.2.3.2	Analyse- und Auswertungsstrategie	97
5.1.2.3.3	Stichprobenbeschreibungen.....	98
5.1.2.3.4	Literaturverzeichnis	102
5.1.2.4	Theoretischer Hintergrund, Erhebungs- und Auswertungsmethodik Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)	103
5.1.2.4.1	Theoretischer Hintergrund	103
5.1.2.4.2	Begründung der Methode (Bezug zu Ziel und Forschung)	104
5.1.2.4.3	Planung und Durchführung der Erhebung.....	105
5.1.2.4.4	Rekrutierung und Sampling	105
5.1.2.4.5	Stichprobenbeschreibung.....	106
5.1.2.4.6	Leitfaden	109
5.1.2.4.7	Durchführung der Interviews und Interviewablauf.....	109
5.1.2.4.8	Auswertungsmethode	111
5.1.2.4.9	Literaturverzeichnis	113
5.1.2.5	Theoretischer Hintergrund, Erhebungs- und Auswertungsmethodik Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher).....	115
5.1.2.5.1	Statistische Analyse	119
5.1.2.5.2	Literaturverzeichnis	121
5.2	Psychosoziale Versorgung (AP 2) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm) ..	123
5.2.1	Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft (AP 2-1)	123
5.2.1.1	Rechtliche Rahmung.....	123
5.2.1.2	Methodisches Vorgehen	125
5.2.1.2.1	Explorierende Expertengespräche (AP 2-1-1)	125
5.2.1.2.2	Strukturdatenanalyse	127
5.2.1.2.3	Quantitative Online-Erhebung unter Leitungskräften der Schwangerschaftsberatungsstellen (AP 2-1-2).....	128
5.2.2	Quantitative Medieninhaltsanalysen zu schwangerschaftsabbruch- bezogenen Online-Informationen auf ausgewählten Websites (AP 2-2).....	130
5.2.2.1	Theoretischer Hintergrund/Forschungsstand.....	130
5.2.2.2	Datenerhebung	132
5.2.2.2.1	Stichprobe und Instrument der Googletreffer-Analyse	132
5.2.2.2.2	Stichprobe und Analyseinstrument der Beratungsstellen-Websites	133
5.2.2.2.3	Stichprobe und Analyseinstrument der Websites von Ärztinnen und Ärzten/medizinischen Einrichtungen	134

5.2.2.2.4	Stichprobe und Analyseinstrument der Websites von Ministerien der Bundesländer	135
5.2.3	Qualitative Befragung von Beratungsfachkräften zur psychosozialen Versorgung (AP 2-3)	135
5.2.3.1	Theoretischer Hintergrund/Forschungsstand	135
5.2.3.2	Datenerhebung	137
5.2.3.3	Stichprobenbeschreibung	138
5.2.3.4	Auswertungsmethodik	139
5.2.4	Literaturverzeichnis	141
5.3	Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3, verantwortl. Prof. Dr. D. Hahn)	144
5.3.1	Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand	145
5.3.1.1	Qualifikation	145
5.3.1.1.1	Die Situation in Deutschland	145
5.3.1.1.2	Qualifikation im Medizinstudium	145
5.3.1.1.3	Qualifikation in der fachärztlichen Weiterbildung	146
5.3.1.1.4	Vermittlung des Schwangerschaftsabbruchs und der Abbruchmethoden in Deutschland.....	146
5.3.1.1.5	Bewertung der Ausbildung zum Schwangerschaftsabbruch	146
5.3.1.1.6	Qualifikation als Einflussfaktor auf Kompetenzen, Haltung und Motivation	147
5.3.1.1.7	Fortbildung – Bedarf und Nutzung	147
5.3.1.2	Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zu Schwangerschaftsabbrüchen....	148
5.3.1.3	Stigmatisierungserfahrungen von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen	149
5.3.1.4	Strukturelle Barrieren bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	151
5.3.1.4.1	Rechtliche Barrieren	151
5.3.1.4.2	Organisatorischer Aufwand	152
5.3.1.4.3	Eingeschränkter Zugang zu den erforderlichen Medikamenten	152
5.3.1.4.4	Gesonderte Erlaubnis zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.....	152
5.3.1.4.5	Erweiterte Dokumentations- und Meldepflichten	153
5.3.1.4.6	Vergütung	153
5.3.1.4.7	Barrieren für die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs	153
5.3.1.4.8	Fehlende Unterstützung im beruflichen Umfeld.....	154
5.3.1.5	Erklärungsansätze für regionale Versorgungsvarianten bei Schwangerschaftsabbruch	154

5.3.2	Strukturdatenanalyse zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch (AP 3-1).....	157
5.3.2.1	Berechnung von Versorgungsindikatoren.....	157
5.3.2.1.1	Verwendete Daten.....	157
5.3.2.1.2	Methodisches Vorgehen.....	159
5.3.2.1.3	Limitationen.....	160
5.3.2.2	Erreichbarkeitsanalyse mit Adressliste	160
5.3.2.2.1	Verwendete Daten.....	160
5.3.2.2.2	Methodisches Vorgehen.....	161
5.3.2.2.3	Limitationen.....	162
5.3.2.3	Analysen zur regionalen Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche.....	163
5.3.2.3.1	Verwendete Daten.....	163
5.3.2.3.2	Methodisches Vorgehen.....	164
5.3.2.4	Gruppierung der Bundesländer nach Versorgungsgrad.....	165
5.3.2.4.1	Berechnung des regionalen Versorgungsgrads	165
5.3.2.4.2	Limitationen.....	166
5.3.3	Befragung der Zuständigen in den Bundesländern (Expertinnen- und Expertenbefragung, AP 3-2)	166
5.3.3.1	Methodisches Vorgehen	167
5.3.3.2	Entwicklung des Interview-Leitfadens	167
5.3.3.3	Samplebeschreibung	167
5.3.3.4	Durchführung der Befragung	168
5.3.4	Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (AP 3.3).....	169
5.3.4.1	Forschungsdesign und Gewinnung von Anbieterinnen und Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen	169
5.3.4.2	Zusammensetzung der Teilnehmenden.....	171
5.3.4.3	Auswertungsmethodik	174
5.3.4.4	Soziodemografische und berufliche Merkmale der Anbieterinnen und Anbieter im Vergleich mit verfügbaren Statistiken.....	175
5.3.4.4.1	Vergleich mit den Daten der Bundesärztekammer	175
5.3.4.4.2	Vergleich mit den Daten der Bundeszentrale für politische Bildung	176
5.3.5	Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen in drei ausgewählten Regionen (AP 3.4)	177
5.3.5.1	Auswahl der Regionen für die Regionalbefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen	177
5.3.5.1.1	Indikatoren für die Auswahl der Regionen.....	177
5.3.5.1.2	Auswahl der Regionen	181

5.3.5.2	Methodenbeschreibung für die Regionalbefragung	183
5.3.5.2.1	Limitationen.....	185
5.3.5.2.2	Auswertungsmethodik.....	185
5.3.5.3	Beschreibung der Teilnehmerinnen der ELSA-Regionalbefragung	185
5.3.5.3.1	Zusammensetzung der Teilnehmenden	185
5.3.5.3.2	Zusammensetzung der Teilnehmenden nach Regionen	187
5.3.5.3.3	Vergleich mit den Daten der Bundesärztekammer	189
5.3.6	Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten (AP 3.5).....	191
5.3.6.1	Methodenbeschreibung.....	191
5.3.6.2	Methodisches Vorgehen und Auswertungsverfahren	191
5.3.6.3	Limitationen	193
5.3.7	Literaturverzeichnis.....	194
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	203
7	Ergebnisse	204
7.1	Die Befragungen der ungewollt Schwangeren (AP 1).....	205
7.1.1	Die quantitative Befragung der ungewollt Schwangeren (AP 1.1/AP 1.3)....	206
7.1.1.1	Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche im Kontext der Reproduktionsbiografie (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	206
7.1.1.1.1	Häufigkeit beabsichtigter, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften.....	207
7.1.1.1.2	Altersstruktur bei ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen.....	207
7.1.1.1.3	Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche nach Parität.....	210
7.1.1.2	Lebenslagen bei Eintritt von ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	211
7.1.1.2.1	Partnerschaftssituation bei Eintritt der Schwangerschaft.....	211
7.1.1.2.2	Bildung, Erwerbstätigkeit und finanzielle Situation	216
7.1.1.2.3	Wohnsituation	219
7.1.1.2.4	Körperlicher Gesundheitszustand vor Eintritt der Schwangerschaft	220
7.1.1.2.5	Kumulation für Schwangerschaften nachteiliger Lebenslagen bei ungewollten Schwangerschaften	222
7.1.1.3	Erfahrungen von Frauen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	225
7.1.1.3.1	Bemerken der Schwangerschaft.....	226

7.1.1.3.2	Prozess der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft.....	227
7.1.1.3.3	Stigmatisierung.....	235
7.1.1.3.4	Informationsbedarf, Informationsquellen und -barrieren	243
7.1.1.3.5	Erfahrungen mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften.....	249
7.1.1.3.6	Erfahrungen bei der ärztlichen Feststellung der Schwangerschaft.....	250
7.1.1.3.7	Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und gesetzliche Bedenkzeit	251
7.1.1.4	Erfahrungen von Frauen bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	254
7.1.1.4.1	Feststellen der Schwangerschaft.....	254
7.1.1.4.2	Prozess der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch.....	255
7.1.1.4.3	Stigmatisierung.....	263
7.1.1.4.4	Informationsbedarf, Informationsquellen und -barrieren	273
7.1.1.4.5	Erfahrungen mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen.....	281
7.1.1.4.6	Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch mit Fokus auf regionalen Unterschieden	289
7.1.1.4.7	Kosten und Kostenübernahme bei Schwangerschaftsabbrüchen.....	298
7.1.1.4.8	Methoden des Schwangerschaftsabbruchs.....	304
7.1.1.4.9	Erfahrungen mit dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal beim Schwangerschaftsabbruch.....	310
7.1.1.4.10	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft...	312
7.1.1.4.11	Körperliche Beschwerden und Versorgung nach dem Schwangerschaftsabbruch.....	318
7.1.1.4.12	Schwangerschaftsabbrüche außerhalb der regulären Versorgung.....	321
7.1.1.4.13	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs ..	322
7.1.1.4.14	Zeitdruck.....	329
7.1.1.4.15	Zusammenfassende Analyse von Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen	332
7.1.1.4.16	Veränderungswünsche bei der Schwangerschaftsabbruchversorgung ..	334
7.1.1.5	Vergleichende Analyse der Entwicklungen bei abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn und Tilmann Knittel)	336
7.1.1.5.1	Entwicklung des psychischen Wohlbefindens.....	336
7.1.1.5.2	Einflussfaktoren auf das psychische Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt.....	338
7.1.1.5.3	Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens ..	342

7.1.1.5.4	Entwicklung des körperlichen Gesundheitszustands bei Schwangerschaften im Zeitverlauf (Kontrollvariable)	343
7.1.1.5.5	Geprüfte Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens	345
7.1.1.5.6	Regressionsmodelle zu Einflüssen auf das psychische Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende	349
7.1.1.5.7	Langfristiges Wohlbefinden und Entscheidungssicherheit	356
7.1.1.6	Vulnerable Gruppen	358
7.1.1.6.1	Partnerschaftsgewalt (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank).....	358
7.1.1.6.2	Ungewollt Schwangere mit Migrationshintergrund (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank).....	389
7.1.1.6.3	Psychische Erkrankungen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)	403
7.1.1.6.4	Traumatisierung (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)	415
7.1.1.7	Literaturverzeichnis.....	419
7.1.2	Die Vertiefungsstudien (AP 1-2)	420
7.1.2.1	Ergebnisse der qualitativen Analyse zu ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (SoFFI Freiburg) (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	421
7.1.2.1.1	Exkurs: Akzeptanzentwicklung ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaften	421
7.1.2.1.2	Belastungen und Bewältigungsmuster bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften von Frauen und Männern	425
7.1.2.1.3	Belastungen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften der Frauen	426
7.1.2.1.4	Bewältigungsmuster der Frauen im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft.....	430
7.1.2.1.5	Belastungen bei ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft bei den Männern.....	440
7.1.2.1.6	Bewältigungsmuster der Männer im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft.....	443
7.1.2.2	Ergebnisse der qualitativen Analyse zu Schwangerschaftsabbrüchen (Hochschule Fulda) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	452
7.1.2.2.1	Entscheidungsmuster von Frauen, die ihre ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben	452
7.1.2.2.2	Ergebnisdarstellung der Männerinterviews	483
7.1.2.3	Ergebnisse der qualitativen Analyse zu ungewollten Schwangerschaften bei Frauen mit Gewalt-, Migrations- und Fluchterfahrung (Hochschule Nordhausen) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	501
7.1.2.3.1	Lebenslagen ungewollt Schwangerer (Forschungsfrage 1)	501

7.1.2.3.2	Informationsgewinnung (Forschungsfrage 2)	513
7.1.2.3.3	Typisierung Versorgungs- und Beratungssetting (Forschungsfrage 4)....	518
7.1.2.3.4	Physische und psychische Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs (Forschungsfrage 5)	528
7.1.2.3.5	Formelle und informelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungspotentiale (Forschungsfrage 6).....	534
7.1.2.4	Ergebnisse der qualitativen Analyse zu ungewollten Schwangerschaften bei Frauen mit psychischer Erkrankung (Universitätsklinikum Ulm) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm).....	540
7.1.2.4.1	Hermeneutisch-rekonstruktive Auswertung und Typologie	540
7.1.2.4.2	Inhaltsanalyse Versorgungsfragen: Erfahrungen und Bedarfe in Versorgung und Beratung.....	544
7.1.2.5	Ergebnisse der Vertiefungsstudie zu Traumatisierungen in der Kindheit und ungewollten Schwangerschaften (FU Berlin) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher).....	549
7.1.2.5.1	Stichprobenbeschreibung.....	549
7.1.2.5.2	Ergebnisse der Analysen zu Traumatisierung als Vulnerabilitätsfaktor ..	553
7.1.2.5.3	Ergebnisse der Analysen zu biologischen Stressmarkern.....	554
7.1.2.5.4	Ergebnisse der Analysen der vermittelnden Faktoren von Trauma & Depression	556
7.1.2.6	Literaturverzeichnis.....	558
7.2	Psychosoziale Versorgung (AP 2) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)..	559
7.2.1	Darstellung von Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft	559
7.2.1.1	Befunde aus den explorierenden Expertinnen- und Expertengesprächen	559
7.2.1.1.1	Fachaustausch und Kurzbefragung auf Landesebene	559
7.2.1.1.2	Fachaustausch und Kurzbefragung auf Trägerebene	561
7.2.1.2	Befunde aus der Strukturdatenanalyse.....	562
7.2.1.2.1	Verteilung im Bundesgebiet und weltanschauliche Pluralität der Beratungsstellen	563
7.2.1.2.2	Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB i.V.m. 5 SchKG	565
7.2.1.2.3	Regionale Verteilung in den Bundesländern	566
7.2.1.2.4	Ausführungsbestimmungen zum Schwangerschaftskonfliktgesetz	567
7.2.1.2.5	Versorgungsschlüssel.....	568
7.2.1.3	Befunde aus der quantitativen Leitungskräftebefragung	569
7.2.1.3.1	Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen	569
7.2.1.3.2	Zugangswege in die Beratungsstellen	570
7.2.1.3.3	Vernetzung und Austausch.....	571
7.2.1.3.4	Schwangerschaftsabbruch: Angebote für spezifische Lebenslagen.....	574

7.2.1.3.5	Informationsmanagement im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen.....	576
7.2.1.3.6	Verbesserungsbedarfe bei ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.....	577
7.2.2	Befunde quantitativer Medieninhaltsanalysen zu schwangerschaftsabbruchbezogenen Online-Informationen.....	580
7.2.2.1	Anbieterinnen und Anbieter der Websites.....	580
7.2.2.2	Rechtliche Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen.....	581
7.2.2.3	Medizinische Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen	583
7.2.2.4	Psychosoziale Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen	584
7.2.2.5	Erreichbarkeit und regionale Angebote von Schwangerschaftsberatungsstellen.....	585
7.2.2.6	Barrierefreiheit.....	586
7.2.2.7	Neutralität der Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen	586
7.2.3	Inhaltsanalysen der Praxiseinschätzung zur psychosozialen Versorgung und den notwendigen Verbesserungen aus Sicht von Beratungsfachkräften	587
7.2.3.1	Psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer	588
7.2.3.2	Medizinische Versorgung ungewollt Schwangerer	589
7.2.3.3	Rechtliche Regelungen	590
7.2.3.4	Informiertheit von Ratsuchenden – Analoge und digitale Informationen.	593
7.2.3.5	Vulnerable Gruppen und lebensweltliche Herausforderungen	598
7.2.3.6	Verbesserungsvorschläge.....	600
7.2.4	Literaturverzeichnis.....	603
7.3	Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	604
7.3.1	Befragung der Zuständigen in den Bundesländern (Expertinnen- und Expertenbefragung, AP 3-2)	604
7.3.1.1	Sicherstellungsauftrag der Länder	604
7.3.1.2	Rechtliche Regelungen in den Bundesländern: Ausführungsgesetze der Landesministerien.....	606
7.3.1.3	Landesinterne Meldelisten über Abbrucheinrichtungen.....	608
7.3.1.4	Kooperation und Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteure	609
7.3.1.5	Handlungsbedarfe	609
7.3.1.5.1	Gesellschaftliche Debatte und Enttabuisierung	609
7.3.1.5.2	Zugang zu Daten, die Datenerhebung und Datenbewertung.	609
7.3.1.5.3	Kontakt zu medizinischen Fachkräften und Fachverbänden.....	610
7.3.1.5.4	Nachwuchs fördern, „Generationenwechsel“ und Versorgung absichern	610

7.3.1.5.5	Politische und rechtliche Rahmenbedingungen	610
7.3.1.5.6	Schutz vor Belästigung und Werbeverbot	611
7.3.1.5.7	Fazit.....	611
7.3.2	Strukturdatenanalyse zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch (AP 3-1).....	612
7.3.2.1	Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch	613
7.3.2.1.1	Versorgungsindikator „Fläche“	613
7.3.2.1.2	Fahrtzeit zum nächsten Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch..	615
7.3.2.2	Verfügbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch.....	618
7.3.2.2.1	Indikator Versorgungsdichte	619
7.3.2.2.2	Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen.....	621
7.3.2.3	Regionale Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche	626
7.3.2.3.1	Gesamtverteilung der Schwangerschaftsabbrüche im Bundesgebiet.....	627
7.3.2.3.2	Regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen nach rechtlichen Voraussetzungen	628
7.3.2.3.3	Regionale Anteile von ambulanten Abbrüchen in Kliniken	629
7.3.2.3.4	Regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen nach angewendeten Methoden.....	631
7.3.2.3.5	Regionale Anteile von Schwangerschaftsabbrüchen, die in den ersten sechs Wochen durchgeführt werden	634
7.3.2.3.6	Gesamtschau der Ergebnisse zur regionalen Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche	635
7.3.2.4	Gruppierung der Bundesländer nach Versorgungsgrad („Versorgungsregionen“)	638
7.3.2.5	Zusammenfassung.....	639
7.3.3	Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen in ausgewählten Regionen (AP 3-4).....	641
7.3.3.1	Soziodemografische und berufliche Merkmale der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen	641
7.3.3.1.1	Regionale Verteilung	641
7.3.3.1.2	Alter	642
7.3.3.1.3	Weitere soziodemografische Merkmale	644
7.3.3.1.4	Art der Tätigkeitsstätte.....	644
7.3.3.2	Versorgungsangebot der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen ..	646
7.3.3.2.1	Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs	646
7.3.3.2.2	Umgang mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen.....	648
7.3.3.3	Qualifikation.....	652
7.3.3.3.1	Thematisierung im Studium und in der Facharztweiterbildung.....	652

7.3.3.3.2	Erlernen der Durchführung in der Facharztweiterbildung	656
7.3.3.3.3	Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch	662
7.3.3.4	Einstellungen der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen	663
7.3.3.4.1	Einstellungen zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs	664
7.3.3.4.2	Einstellung zum Status des Embryos/Fötus	669
7.3.3.4.3	Einfluss der Einstellungen auf den Umgang mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen	671
7.3.3.4.4	Einstellungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (<i>abortion provider stigma</i>)	672
7.3.3.4.5	Einschätzung der Überzeugungen von Menschen in der Region zum Schwangerschaftsabbruch	674
7.3.3.5	Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern	677
7.3.3.5.1	Fehlendes Angebot in der Einrichtung als Barriere	680
7.3.3.5.2	Fehlende geeignete Räumlichkeiten als Barriere	681
7.3.3.5.3	Belastendes Erleben als Barriere	682
7.3.3.5.4	Befürchtung erhöhter Arbeitsbelastung als Barriere	683
7.3.3.5.5	Kein Teil des beruflichen Aufgabengebiets als Barriere	683
7.3.3.5.6	Grundsätzliche Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen als Barriere	683
7.3.3.6	Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen bei Wegfall von Barrieren	683
7.3.3.6.1	Regionale Unterschiede bzgl. der Bereitschaft	685
7.3.3.7	Veränderungswünsche	686
7.3.3.7.1	Regionale Unterschiede	688
7.3.3.7.2	Zusammenhänge mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	689
7.3.3.7.3	Zusammenhänge mit Einstellungen zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs	690
7.3.3.7.4	Weitere Faktoren	690
7.3.4	Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (AP 3-3)	692
7.3.4.1	Arbeitsbedingungen und Infrastruktur bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	692
7.3.4.1.1	Art der Tätigkeitsstätte	693
7.3.4.1.2	Einrichtung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	694
7.3.4.1.3	Anzahl weiterer Ärztinnen und Ärzte, die in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen	696
7.3.4.1.4	Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche	698

7.3.4.1.5	Anteil der Zeit, die für Schwangerschaftsabbrüche aufgewendet wird, an der Gesamtarbeitszeit	700
7.3.4.1.6	Meldepraxis an das Statistische Bundesamt	701
7.3.4.2	Versorgungsangebot	703
7.3.4.2.1	Angewandte Methoden.....	703
7.3.4.2.2	Fristen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.....	704
7.3.4.2.3	Indikationen.....	705
7.3.4.2.4	Bekanntmachung des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen.....	706
7.3.4.2.5	Gründe, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird.....	709
7.3.4.2.6	Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch	711
7.3.4.2.7	Geplante Veränderungen beim Angebot von Schwangerschafts abbrüchen.....	714
7.3.4.3	Nutzerinnen des Versorgungsangebots	714
7.3.4.3.1	Regionaler Versorgungsgrad und Kreis der Patientinnen	715
7.3.4.3.2	Ungewollt Schwangere mit vermutetem selbstinduziertem Versuch eines Schwangerschaftsabbruchs.....	716
7.3.4.4	Qualifizierung zum Schwangerschaftsabbruch	716
7.3.4.4.1	Medizinstudium.....	717
7.3.4.4.2	Facharztweiterbildung.....	719
7.3.4.4.3	Handlungssicherheit	725
7.3.4.4.4	Einfluss der Facharztweiterbildung auf die Handlungssicherheit	726
7.3.4.4.5	Fortbildungen und Fachaustausch	727
7.3.4.5	Gründe für Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.....	733
7.3.4.5.1	Zeitpunkt der Entscheidung, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen	734
7.3.4.6	Barrieren bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	734
7.3.4.6.1	Barrieren, keine medikamentösen Abbrüche durchzuführen.....	735
7.3.4.6.2	Barrieren, keine operativen Abbrüche durchzuführen	735
7.3.4.6.3	Aufwand durch Sonderregelungen.....	736
7.3.4.6.4	Vergütung bei Kostenübernahme	739
7.3.4.6.5	Schwierigkeiten, Personal zu finden.....	739
7.3.4.7	Stigmatisierungserfahrungen.....	742
7.3.4.7.1	Antizipierte Stigmatisierung	743
7.3.4.7.2	Erlebte Stigmatisierung	744
7.3.4.7.3	Umgang mit Stigmatisierung	748
7.3.4.7.4	Zusammenhänge zwischen Stigmatisierungsformen	749

7.3.4.7.5	Einflussfaktoren auf Stigmatisierungserfahrungen	751
7.3.4.7.6	Regionale Unterschiede bezüglich Stigmatisierungserfahrungen.....	754
7.3.4.7.7	Einschätzung der Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch von Menschen in der Stadt oder Gemeinde	757
7.3.4.8	Veränderungswünsche.....	759
7.3.4.8.1	Zusammenhänge mit der Einschätzung der Versorgungslage	760
7.3.4.8.2	Zusammenhänge mit der Handlungssicherheit.....	761
7.3.5	Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten zu Handlungsempfehlungen (AP 3.5)	761
7.3.5.1	Zuständigkeiten für die Bewertung der Versorgung.....	762
7.3.5.2	Datenlage zur Bewertung der Versorgungssituation	763
7.3.5.3	Gesundheitspolitische Unterstützung.....	763
7.3.5.3.1	Die Schaffung von Kommunikations- und Vernetzungsstrukturen	764
7.3.5.3.2	Die Schaffung von Problembewusstsein	764
7.3.5.3.3	Der Dialog über Barrieren und länderspezifische Besonderheiten sowie Restriktionen	764
7.3.5.3.4	Entwicklung regional angepasster Strukturen:.....	764
7.3.5.4	Weiterbildung und Fortbildungsmöglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch	764
7.3.5.4.1	Aufnahme in die fachärztlich Weiterbildungsordnung	765
7.3.5.4.2	Entwicklung spezifischer Fort- und Weiterbildungskonzepte	765
7.3.5.4.3	Förderung von Kooperation und Vernetzung.....	765
7.3.5.4.4	Motivation und verstärkte Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten.....	765
7.3.5.4.5	Qualitätssicherung und Sensibilisierung.....	765
7.3.5.5	Fachverbandliche Unterstützung für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	765
7.3.5.6	Bürokratischer Herausforderungen - Zulassungsbedingungen, Zugang zu Medikamenten und Meldewesen.....	766
7.3.5.7	Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen.....	767
7.3.5.8	Versorgungspotenziale durch Kliniken.....	768
7.3.5.9	Rechtliche Regelungen	768
7.3.5.10	Zusammenfassung.....	769
7.3.6	Literaturverzeichnis.....	771
8	Gendermainstreamingaspekte (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	773
9	Diskussion der Ergebnisse	775
9.1	Die Befragungen der ungewollt Schwangeren (AP 1).....	775

9.1.1	Die quantitative Befragung der ungewollt Schwangeren (AP 1-1/AP 1-3) ...	775
9.1.1.1	Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen Befragung Freiburg und Fulda (Kapitelverantwortliche: Tilmann Knittel und Prof. Dr. Daphne Hahn)	775
9.1.1.1.1	Lebenslagen	776
9.1.1.1.2	Entscheidungssicherheit und Gefühle bei der Entscheidung	778
9.1.1.1.3	Stigmatisierungserfahrungen	780
9.1.1.1.4	Zugang zu Informationen und Informiertheit	782
9.1.1.1.5	Erfahrungen in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen	785
9.1.1.1.6	Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit vor einem Schwangerschaftsabbruch	795
9.1.1.1.7	Die Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft als Belastungsfaktor	796
9.1.1.1.8	Das psychische Wohlbefinden als Maß für das Belastungserleben	797
9.1.1.2	Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen Befragung Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	800
9.1.1.2.1	Frauen mit Migrationshintergrund als vulnerable Gruppe	800
9.1.1.2.2	Von Partnergewalt betroffene Frauen als besonders vulnerable Gruppe 802	
9.1.1.2.3	Empfehlungen	806
9.1.1.3	Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen und qualitativen Befragung Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)	811
9.1.1.4	Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen Befragung Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)	813
9.1.1.5	Literaturverzeichnis	815
9.1.2	Die Vertiefungsstudien (AP 1-2)	818
9.1.2.1	Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	818
9.1.2.1.1	Gesamtfazit der Typenbildungen der Frauen und Männerinterviews bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften	818
9.1.2.2	Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	819
9.1.2.2.1	Diskussion zur Typenbildung	819
9.1.2.2.2	Diskussion zu spezifischen Belastungsfaktoren im Kontext ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche	821
9.1.2.2.3	Diskussion zu den Ergebnissen der Männerinterviews	824
9.1.2.3	Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	829
9.1.2.3.1	Lebenslagen ungewollt Schwangerer (Forschungsfrage 1)	830

9.1.2.3.2	Informationsgewinnung (Forschungsfrage 2)	833
9.1.2.3.3	Typisierung von Beratungs- und Versorgungssetting (Forschungsfrage 4):	834
9.1.2.3.4	Physische und psychische Auswirkungen eines Schwangerschafts abbruchs (Forschungsfrage 5)	842
9.1.2.3.5	Formelle und informelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungs- potentiale (Forschungsfrage 6).....	843
9.1.2.3.6	Handlungsempfehlungen	844
9.1.2.4	Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm).....	848
9.1.2.5	Interpretation der Ergebnisse aus der Vertiefungsstudie Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)	848
9.1.2.6	Literaturverzeichnis.....	852
9.2	Psychosoziale Versorgung (AP 2) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm) ..	857
9.2.1	Psychosoziale Versorgungsstruktur	857
9.2.1.1	Explorierende Expertengespräche	857
9.2.1.2	Strukturdatenanalyse	858
9.2.1.3	Leitungskräftebefragung	859
9.2.2	Online-Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch	861
9.2.2.1	Google-Treffer	861
9.2.2.2	Websites von Beratungsstellen.....	862
9.2.2.3	Websites von Ärztinnen/ Ärzten und medizinischen Einrichtungen	863
9.2.2.4	Websites der Landesministerien.....	863
9.2.3	Qualitative Befragung von Beratungsfachkräften.....	864
9.2.4	Literaturverzeichnis.....	867
9.3	Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	868
9.3.1	Diskussion der Ergebnisse aus der Befragung von Expertinnen und Experten (AP 3.2).....	868
9.3.1.1	Heterogenität der Organisationsstrukturen	868
9.3.1.2	Datenlage und Versorgungssituation.....	868
9.3.1.3	Landesinterne rechtliche Regelungen und Meldelisten	869
9.3.1.4	Kooperation und Vernetzung	870
9.3.1.5	Fazit	870
9.3.2	Diskussion der Ergebnisse der Strukturdatenanalysen zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch (AP 3.1)....	871
9.3.2.1	Datenlage	871

9.3.2.2	Räumliche Erreichbarkeit	872
9.3.2.3	Verfügbarkeit	877
9.3.2.4	Regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen	879
9.3.2.5	Fazit	879
9.3.3	Diskussion der Ergebnisse aus der Regionalbefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen (AP 3.4)	881
9.3.3.1	Regionale Unterschiede hinsichtlich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und der angewandten Methoden	882
9.3.3.2	Einflussfaktoren auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	883
9.3.3.3	Soziodemografische und berufliche Merkmale	883
9.3.3.4	Qualifikation	885
9.3.3.5	Einstellungen	887
9.3.3.6	Barrieren	888
9.3.3.7	Umgang mit Patientinnen	891
9.3.3.8	Veränderungswünsche	892
9.3.4	Diskussion der Ergebnisse aus der Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (AP 3.3)	893
9.3.4.1	Merkmale und Arbeitsbedingungen von Anbieterinnen und Anbietern ...	893
9.3.4.2	Versorgungsangebot	894
9.3.4.3	Qualifikation	896
9.3.4.4	Gründe für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	897
9.3.4.5	Barrieren bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	897
9.3.4.6	Stigmatisierung	899
9.3.4.7	Regionale Unterschiede	901
9.3.4.7.1	Arbeitsbedingungen	901
9.3.4.7.2	Versorgungsangebot	902
9.3.4.7.3	Meldepraxis an das Statistische Bundesamt	903
9.3.4.7.4	Stigmatisierungserfahrungen	903
9.3.4.7.5	Barrieren	904
9.3.4.8	Verbesserungsbedarfe	905
9.3.5	Diskussion der Ergebnisse aus der Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten	905
9.3.5.1	Zuständigkeiten	906
9.3.5.2	Datenlage	906
9.3.5.3	Gesundheitspolitische Unterstützung	906
9.3.5.4	Fortbildungsmöglichkeiten und fachverbandliche Unterstützung	907
9.3.5.5	Bürokratische Hindernisse	907

9.3.5.6	Ärztliche Vergütung für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs	908
9.3.5.7	Die Rolle der Kliniken in der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch	908
9.3.5.8	Entkriminalisierung	909
9.3.5.9	Fazit	909
9.3.6	Literaturverzeichnis	910
10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	912
10.1	Standort Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	912
10.1.1	Einführung	912
10.1.2	Umgesetzte und geplante Maßnahmen	912
10.1.2.1	Publikationen	912
10.1.2.1.1	Bereits erschienen	912
10.1.2.1.2	Im Erscheinen	913
10.1.2.1.3	Geplante Veröffentlichungen	913
10.1.2.2	Beiträge auf Fachkonferenzen	913
10.1.2.3	Fact Sheets	916
10.1.2.4	Lehrforschungsprojekte und Abschlussarbeiten zum Projekt an der Hochschule Fulda	916
10.1.2.4.1	Lehrforschungsprojekte Hochschule Fulda	916
10.1.2.4.2	Bachelor- und Masterarbeiten an der Hochschule Fulda.....	917
10.1.2.5	Sonstige Formate	918
10.1.2.5.1	Pressemitteilungen	918
10.1.2.5.2	Radiointerviews	918
10.1.2.5.3	Fernsehinterviews	918
10.1.2.5.4	Online-Zeitungsartikel und Webseiten (auf der Grundlage von Interviews zur Studie).....	918
10.1.2.5.5	Medienresonanz	919
10.2	Standort Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	921
10.2.1	Beiträge auf Fachkonferenzen	921
10.2.2	Verzeichnis der Abschlussarbeiten.....	921
10.3	Standort Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher).....	922
10.4	Standort Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank).....	923
10.4.1	Bereitstellung von Informationen	923
10.4.2	Dissemination der Ergebnisse	925
10.4.2.1	Beiträge auf Fachkonferenzen	925
10.4.2.2	Publikationen	927
10.4.3	Verzeichnis der Abschlussarbeiten.....	928

10.4.3.1	Bachelorarbeiten.....	928
10.4.3.2	Masterarbeiten	929
10.4.3.3	Dissertation	930
10.5	Standort Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm).....	930
10.5.1	Beiträge auf Fachkonferenzen	930
10.5.2	Publikationen:	931
10.5.3	Mediale Publikationen:	931
10.5.4	Masterarbeiten:	931
10.6	Standort Merseburg (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)	932
10.6.1	Publikationen.....	932
10.6.2	Beiträge auf Fachkonferenzen	932
11	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)	935
11.1	Standort Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	935
11.1.1	Übergreifende Handlungsempfehlungen aus den Arbeitspaketen 1 und 3 (Befragung von Frauen mit ungewollten ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften und medizinische Versorgung für Schwangerschaftsabbrüche)	935
11.1.1.1	Ungewollte Schwangerschaften als Teil von Lebenswirklichkeiten anerkennen	935
11.1.1.2	Zugang zu medizinischer Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch verbessern	937
11.1.1.2.1	Datenbeschaffung und Nutzung als Grundlage für die Versorgungsplanung	937
11.1.1.2.2	Förderung der Kooperation zwischen den Verantwortlichen in den Ländern und Berufs- und Fachverbänden	937
11.1.1.2.3	Übernahme von Verantwortung durch den Bund zur Gesamtkoordination der medizinischen Versorgung	938
11.1.1.2.4	Aufhebung der Trennung zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch.....	938
11.1.1.2.5	Verbesserung der Angebote für medikamentöse Abbrüche.....	938
11.1.1.2.6	Kostenübernahme neu regeln	939
11.1.1.3	Informationszugänge verbessern.....	939
11.1.1.4	Beratungsangebote anpassen.....	940
11.1.1.5	Strukturelle Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verbessern	941
11.1.1.6	Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte verbessern ..	942
11.2	Standort Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher).....	943
11.2.1	Implikationen	943

11.2.1.1	Erkennung vulnerabler Gruppen im Rahmen von Früherkennung und Screening.....	943
11.2.1.2	Traumasensibler Umgang im Kontext von ungewollter Schwangerschaft	944
11.2.1.3	Zielgruppenspezifische Interventionsangebote	944
11.2.2	Begleitung für Gesetzgebung	945
11.2.3	Weiterführende Fragestellungen	945
11.3	Standort Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	946
11.4	Standort Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm).....	947
11.5	Standort Merseburg (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)	948
12	Publikationsverzeichnis	951
12.1	Standort Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)	951
12.1.1	Publikationen.....	951
12.1.2	Verzeichnis der im Projekt entstandenen Bachelor- und Masterarbeiten ...	951
12.2	Standort Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)	952
12.2.1	Abschlussarbeiten	952
12.3	Standort Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher).....	952
12.3.1	Publikationen.....	952
12.4	Standort Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)	953
12.4.1	Publikationen.....	953
12.4.2	Verzeichnis der Abschlussarbeiten.....	953
12.4.2.1	Bachelorarbeiten.....	953
12.4.2.2	Masterarbeiten	954
12.4.2.3	Dissertation	955
12.5	Standort Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm).....	955
12.5.1	Publikationen:	955
12.5.2	Mediale Publikationen:	955
12.5.3	Masterarbeiten:	956
12.5.4	Dissertation	956
12.6	Standort Merseburg (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)	956
	Danksagung.....	i
	Abbildungsverzeichnis	iv
	Tabellenverzeichnis	xvii

Anlage 1: Durchführung, Arbeits- und Zeitplan (zu Kapitel 6)

3 Zusammenfassung (Verantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

Ziel des Projektes „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung – ELSA“ war es, auf der Basis wissenschaftlich-empirischer Erkenntnisse Schlussfolgerungen für die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ungewollt schwangerer Frauen zu ziehen. Dazu wurden zum einen die Belastungen und Ressourcen von Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen oder abbrechen, deren Entstehungsbedingungen und Veränderungen im Zeitverlauf ermittelt. Zum anderen wurde der Stand der psychosozialen und medizinischen Unterstützungs- und Versorgungsangebote analysiert und die Perspektive von Fachkräften, Leitungskräften und Verbänden untersucht. Zur Erhebung der Perspektiven auf ungewollte Schwangerschaften wurden eine standardisierte Querschnitts- und Wiederholungsbefragung von Frauen mit ungewollten ausgetragenen bzw. abgebrochenen Schwangerschaften sowie vertiefende qualitative Interviews durchgeführt. Sowohl die standardisierte Befragung als auch die qualitative Erhebung bezogen als spezifische Gruppen Frauen mit psychischen Belastungen, traumatisierte Frauen, Frauen mit Flucht- und Migrationserfahrungen, Frauen mit Schwangerschaften in Gewaltbeziehungen sowie die Perspektiven der Männer ein. Die medizinische und psychosoziale Versorgung wurde über Strukturdaten und Expertenwissen erfasst sowie zwei Ärztebefragungen durchgeführt.

Die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs hat erhebliche Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und den Zugang zur Versorgung von Frauen. Viele Frauen mit ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften weisen internalisierte Stigmatisierung auf und erwarten gesellschaftliche Ablehnung, was den Zugang zu Informationen und medizinischer Versorgung erschwert. Ungewollt Schwangere, insbesondere diejenigen, die sich für einen Abbruch entscheiden, stehen oft vor größeren Herausforderungen. Dennoch sind die meisten Frauen rückblickend von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt. Vor allem in schlechter versorgten Regionen bestehen häufig Barrieren beim Zugang zur medizinischen Versorgung. Viele Frauen berichten von Zeitdruck und organisatorischen Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch.

Die Untersuchung der psychosozialen Angebote zeigt, dass Fachkräfte in Schwangerschaftsberatungsstellen gut vernetzt sind und über umfassendes Wissen verfügen, es aber an finanzieller Unterstützung für mehrsprachige und barrierefreie Angebote fehlt. Trotz der Abschaffung des § 219a StGB sind die Informationen über Schwangerschaftsabbrüche auf den Websites von Ärztinnen und Ärzte begrenzt und für Menschen mit sprachlichen oder kognitiven Einschränkungen oft nicht barrierefrei zugänglich.

Bei der medizinischen Versorgung zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Fast 95 % der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen in den Anbieterinnen und Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung. Barrieren, die Ärztinnen und Ärzte an der Durchführung von Abbrüchen hindern, sind fehlende Angebote in den Einrichtungen, in denen sie tätig sind, und unzureichende Räumlichkeiten. Sehr viele der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen wünschen sich mehr gesellschaftliche Akzeptanz, eine intensivere fachliche Diskussion und die Integration des Schwangerschaftsabbruchs in die Weiterbildungsordnung.

Um die gesellschaftliche Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs zu reduzieren, muss dieser als Teil der Lebensrealität respektiert werden. Dazu kann die Liberalisierung und Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs beitragen. Beratung muss insbesondere für die Bedarfe spezifischer Gruppen gut ausgebaut und auskömmlich finanziert werden. Um medizinische Versorgung zu verbessern und Zugangsbarrieren abzubauen, sollte auf mehreren Ebenen angesetzt werden: bei den rechtlichen Regelungen, der Finanzierung durch die Krankenkassen, der Integration des

Schwangerschaftsabbruches in die Fachärztliche Weiterbildung, der Verbesserung des Zugangs zu Informationen, der Aufhebung der Trennung von Beratung und Schwangerschaftsabbruch sowie der Aufhebung der Beratungspflicht.

4 Einleitung (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

Die Aufmerksamkeit für das Thema Schwangerschaftsabbruch hat seit 2017 sowohl in gesundheitspolitischen Debatten als auch in der medialen Berichterstattung erheblich zugenommen. Besonders im Fokus stand der § 219a des Strafgesetzbuches (StGB), der ein Werbeverbot für Ärztinnen und Ärzte beinhaltete. Dieses Verbot hinderte sie daran, darüber zu informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Praxis oder Klinik anbieten, sowie medizinische Informationen über die angewandten Methoden weiterzugeben. Die Kontroversen um das Informationsrecht ungewollt Schwangerer führten am 21. Februar 2019 zur Neuregelung des § 219a. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nutzte diese Neuregelung, um einen Förderschwerpunkt ins Leben zu rufen, der darauf abzielte, aktuelle Erkenntnisse über die Lebenslagen, psychosozialen Situationen, Belastungen und Ressourcen sowie den Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften zu gewinnen. Ziel war es, den Wissensstand zur Situation in Deutschland zu erweitern. 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 umfasste zwei Module. Im Modul 1 sollten „Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft“ untersucht werden – hier war auch die psychosoziale Unterstützung integriert. Das Modul 2 sah die „Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs“ vor.

4.1 Ausgangslage

Das Forschungsvorhaben knüpft an dem damaligen überwiegend internationalen Forschungsstand zu ungewollten Schwangerschaften an. In Deutschland waren ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bis dahin wenig beforschte Themen. Es lagen vor allem Studien zu Familienplanung im Lebenslauf von Frauen, Männern und Migrantinnen mit dem Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch vor, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 1998 gefördert wurden (Helfferich et al., 2016).

Das Phänomen der ungewollten Schwangerschaft erweist sich als komplex und mehrdimensional (AoMRC, 2011). Die internationale Forschung hat eine Differenzierung zwischen "unwanted" und "mistimed" ("ungewollt" und "verfrüht") als Standard etabliert, die als "unintended" zusammengefasst wird ("nicht beabsichtigt") und die Notwendigkeit von Kontrollgruppendesigns betont (AoMRC, 2011).

Belastungen zum Zeitpunkt einer ungewollten Schwangerschaft und in der Vorgeschichte sind die wichtigsten Prädiktoren für die Verarbeitung nach einer Geburt oder einem Abbruch. Methodisch hochwertige Studien zeigen, dass es keine belastbaren Hinweise auf gravierende negative Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs gibt (Foster, 2020). Älteren Studien, die zu dem Ergebnis kamen, dass Schwangerschaftsabbrüche negative Folgen haben, wurden methodische Mängel attestiert (AoMRC, 2011). Demgegenüber belegen Untersuchungen, dass ungewollte Schwangerschaften, die ausgetragen werden, mit einem höheren Risiko für negative gesundheitliche Auswirkungen verbunden sind, darunter psychische Probleme wie Angstzustände und Depressionen, wie von Gerds et al. (2016) und Ralph et al. (2019) herausgestellt. Die Ergebnisse von Rocca et al. (2015) zeigen, dass negative emotionale Reaktionen auf einen Schwangerschaftsabbruch im Zeitverlauf abnehmen. Dies deutet darauf hin, dass die mit einem Schwangerschaftsabbruch einhergehenden Belastungen nicht von Dauer sind. Die negativen Folgen von ungewollten Schwangerschaften, die ausgetragen werden, sind bereits länger gut in der Literatur dokumentiert, wobei Arbeiten wie die von Gipson et al. (2008) diese Auswirkungen detailliert beschreiben. Ferner hebt die Forschung

hervor, dass die Entscheidung zur Adoption erhebliche psychische Belastungen für die leiblichen Mütter mit sich bringen kann, wie Brodzinsky und Smith im Jahr (2014) feststellten. Schlussendlich bekräftigten Steinberg und Finer (2011) die These, dass die psychischen Belastungen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch auftreten können, hauptsächlich durch den psychischen Gesundheitszustand der betreffenden Person vor der Schwangerschaft determiniert sind. Insbesondere Depressionen wurden als ein signifikanter Prädiktor für etwaige spätere psychische Belastungen identifiziert (AoMRC, 2011). Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung einer bedarfsgerechten Betreuung und Unterstützung dieser Personen im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und deren Folgen, die sowohl physische als auch psychische Aspekte berücksichtigt.

Belastungen und Unterstützungsbedarfe sind bei abgebrochenen im Vergleich zu ausgetragenen ungewollten Schwangerschaften stärker ausgeprägt und kumulieren bei vulnerablen Gruppen. Studien zeigen signifikant häufigere partnerschaftliche-, berufliche und finanzielle Probleme sowie Stresssituationen bei negativen Schwangerschaftsintentionen (Barton et al., 2017; Hall et al., 2017; Helfferich et al., 2016). Armut erhöht das Risiko für Depressionen und Angststörungen während der Schwangerschaft (Katz et al., 2018). Bestimmte soziale Gruppen, insbesondere Frauen mit psychischen Problemen wie Depressionen oder Stress, zeigen in den Studien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ungewollte Schwangerschaften und belastende Lebenslagen (Hall et al., 2014; Miller & Finnerty, 1996). Psychisch kranke Frauen leben häufiger in schwierigen und durch Gewalt in der Partnerschaft und Armut gekennzeichneten Partnerschaften und erleben zusätzliche Herausforderungen im Umgang mit reproduktiven Fragen (Krumm, 2019). Die Koinzidenz von erhöhten Belastungen und häufigeren ungewollten Schwangerschaften gilt auch für traumatisierte Frauen und solche in Gewaltbeziehungen (Hall et al., 2014; Helfferich, 2019). Traumatische Erfahrungen sind ein Vulnerabilitätsfaktor, der psychische Störungen begünstigt (Galatzer-Levy et al., 2018). Eine erhöhte Prävalenz ungewollter Schwangerschaften ist auch bei migrierten oder geflüchteten Frauen zu beobachten, insbesondere bei Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Jatlaoui et al., 2018). Diese Frauen leben oft sozial isoliert und haben kaum Wissen über ihre reproduktive Gesundheit, was ihre autonomen Entscheidungen einschränkt.

Das Ausmaß von Belastungen wird durch Stigmatisierung, Partnerschaftsqualität, soziale Unterstützung und Versorgungsgestaltung beeinflusst. Diese Faktoren wurden in der Forschung in Deutschland bislang wenig berücksichtigt. Internationale Studien zeigen, dass die soziale Unterstützung und eine positive Partnerschaftsqualität den Zusammenhang zwischen Stresserleben und negativer Schwangerschaftsintention abschwächen (Barton et al., 2017) und negative Gefühle nach einem Abbruch reduzieren (Rocca et al., 2015). Methodisch hochwertige Studien belegen, dass sich „Abortion Stigma“ und geringe Unterstützung negativ auf die psychische Gesundheit nach einem Abbruch auswirken (Rice et al., 2017; Rocca et al., 2015). Insbesondere Frauen mit psychischen Erkrankungen berichten von Stigmatisierung, die die Inanspruchnahme von Angeboten erschwert (Jeffery et al., 2013). Auch Frauen mit Gewalt- oder Migrationserfahrungen sind betroffen. Ein schwieriger Zugang zu Informationen und Versorgungsangeboten sowie das ärztliche Verweigerungsrecht können sich negativ auf den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen auswirken (Fiala & Arthur, 2015).

Auch die Lebenssituation von Männern nach dem Austragen oder Abbrechen einer von ihnen gezeugten ungewollten Schwangerschaft ist unzureichend erforscht. Lediglich in der vor 20 Jahren durchgeführten Studie „Familienplanung im Lebenslauf von Männern“ (Helfferich & Kruse, 2006) wurden Männer zu Schwangerschaftsintentionen befragt. Informationen zu Partnerschaften nach ungewollten Schwangerschaften liegen hauptsächlich aus Sicht der Frauen vor (Helfferich et al. 2020).

Für Deutschland liegen bislang keine systematischen Untersuchungen zur psychosozialen und gesundheitlichen Versorgungslage, Inanspruchnahme, Bedarfsspannung und Wirksamkeit von Beratung und Unterstützung bei ungewollten (ausgetragenen /abgebrochenen) Schwangerschaften vor. Es gibt eine Fülle vereinzelter statistischer Informationen zu Detailspekten, z. B. zu den Arbeitsschwerpunkten der Beratungsstellen und ihrer Vernetzung, die in den einschlägigen Sachberichten der einzelnen Bundesländer ausgeführt werden. Sie sind schwer vergleichbar und für Forschungszwecke in dieser Form kaum nutzbar (Busch, 2009). Studien in verschiedenen Ländern haben bezüglich der Beratung Schwangerer bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch trotz unterschiedlicher Einbindung von Beratungsstellen oder ärztlicher Beratung festgestellt, dass die Frauen ihre Entscheidung überwiegend vorab getroffen haben und der Einfluss der Beratung auf die Entscheidung der Frauen gering ist (Goenee et al., 2014; Helfferich et al., 2016). In Deutschland gibt es ein flächendeckendes Angebot der allgemeinen Schwangerenberatung nach § 2 und der Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch nach § 5 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Für psychisch kranke Frauen fehlen bundesweit spezifische Angebote der Schwangerschaftsberatung und der nachgehenden Begleitung. Studien aus den USA berichten, dass Fachkräfte von Schwangerschaften abraten, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt (Viguera et al., 2002). Psychiatrische Fachkräfte haben in Deutschland Schwierigkeiten im Umgang mit reproduktiven Aspekten (Krumm, 2019), obwohl internationale Leitlinien eine präkonzeptionelle Beratung von Frauen mit schweren psychischen Störungen empfehlen, die Verhütungsfragen und den Einfluss psychischer Erkrankungen auf Schwangerschaft und Geburt umfasst (NICE, 2014/2020). Traumasensible Beratung kann dazu beitragen, das Versorgungsangebot anzupassen und die Inanspruchnahme geeigneter Angebote zu erhöhen.

Sozialrechtliche Beratungen und finanzielle Hilfen werden häufiger bei belastenden Lebenslagen (Armut, psychische Konflikte, Migration) und vor allem von Frauen in Anspruch genommen, die sich für das Austragen einer Schwangerschaft entschieden haben (BMFSFJ, 2013). Auch sind die Schwangerschaftsberatungsstellen mit dem Frühe-Hilfen-System und anderen sozialen Diensten eng vernetzt, während die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzte ausbaufähig ist (NZFH, 2014; Renner et al., 2018). Es fehlen jedoch Grundlagen für die Entwicklung von Schnittstellen zum medizinischen Bereich, wie z. B. Fortbildungen für Mitarbeitende in der Geburtshilfe und in Beratungsstellen, die auf die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen eingehen.

Über die konkrete Versorgungslage der in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche ist wenig bekannt. Es können keine validen Aussagen über die Anzahl der Einrichtungen, die Anzahl der durchführenden Ärztinnen und Ärzte, die regionale Verteilung der Angebote, die wohnortnahe Versorgung, die angebotenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, die medizinischen Standards, die Qualifikation der abbrechenden Ärztinnen und Ärzte getroffen werden. Zwar gibt es Hinweise auf eine zunehmend lückenhafte Versorgung, die von Ärztevertretungen als gesundheitliches Risiko für betroffene Frauen eingeschätzt wird (Harlfinger & Gaase, 2019), eine systematische Datenbasis fehlt jedoch und steht bislang auf der Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes nicht zur Verfügung. Die Qualität der Versorgung stellt spezifische Anforderungen an die Durchführung und Informationen zum Abbruch, an die Bestimmung des Schwangerschaftsalters und an die Nachsorge bei (den sehr seltenen) Komplikationen. Zudem fehlten bis 2023 medizinische Standards und Leitlinien. Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ist bis heute kein Bestandteil der fachärztlichen Weiterbildungsordnung (pro familia, 2017).

4.2 Ziele des Projektes

Gegenstand der Studie waren zum einen die Belastungen von Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen oder abbrechen, ihre Entstehungsbedingungen und Veränderungen im Zeitverlauf. Zum anderen wurde der Stand der psychosozialen und medizinischen Unterstützungs- und Versorgungsangebote mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Datengrundlagen untersucht und dafür auch die Perspektive von Fach- und Leitungskräften sowie von Verbänden einbezogen. Der Bezug beider Aspekte aufeinander sollte die Grundlage für bedarfsangemessene, zugängliche, Belastungen mindernde Unterstützungs- und Versorgungsangebote im psychosozialen und medizinischen Bereich schaffen.

Das Forschungsprojekt „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung - ELSA“ zielte darauf ab, bestehende Forschungslücken zu schließen. Es liefert tiefgreifende Untersuchungsergebnisse zu den Herausforderungen, mit denen Frauen konfrontiert sind, die eine ungewollte Schwangerschaft erleben. Das betrifft sowohl Frauen, die sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden als auch Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Mit seinem spezifischen Forschungsansatz betrachtete das Vorhaben insbesondere diejenigen Belastungsprofile, welche bereits vor der Schwangerschaft existierten, um ein umfassendes Verständnis der Auswirkungen dieser früheren Belastungen auf die gegenwärtige Situation der betroffenen Frauen zu erlangen. Innerhalb dieses kontextualisierten Rahmens fokussierte das Forschungsvorhaben auf die Analyse der Verfügbarkeit, die Nutzung und die Effektivität von professionellen Unterstützungsangeboten im psychosozialen und medizinischen Sektor. Die durchgeführte Studie berücksichtigte sowohl die Perspektive der betroffenen Frauen als auch von betroffenen Männern. Einbezogen wurden auch Frauen aus vulnerablen Gruppen. Dazu gehören Frauen mit psychischen Erkrankungen, Frauen mit Traumaerfahrungen, Frauen mit Flucht- und Migrationserfahrungen und Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen waren. Ebenso wurden die Sichtweisen von Fachkräften aus der psychosozialen Beratung und der medizinischen Versorgung einbezogen. Die Intention war es, ein detailliertes Bild der Landschaft der professionellen Hilfe hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit, der Inanspruchnahme durch ungewollt Schwangere und der Wirksamkeit der Angebote zu erhalten. Durch diese differenzierte Analyse beabsichtigte das Forschungsprojekt, die Wirksamkeit der vorhandenen Unterstützungsstrukturen zu untersuchen und mögliche Verbesserungspotenziale aufzudecken. Das Ziel war es, nicht nur einen Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion zu leisten, sondern auch praxisorientierte Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung und Unterstützung von Frauen in komplexen Lebenslagen zu generieren, um letztendlich deren soziale und gesundheitliche Situation nachhaltig zu verbessern.

Die gesundheitspolitische Relevanz des Projektes liegt nicht nur darin, dass ungewollte Schwangerschaften Kosten für das Gesundheitssystem nach sich ziehen und mit schwierigen Lebenssituationen und Belastungen verbunden sein können, sondern auch in dem Auftrag, die internationalen Verpflichtungen zur Sicherstellung der reproduktiven Gesundheit von Frauen zu erfüllen.

Übergeordnetes Ziel des Projektes war es, auf der Basis wissenschaftlich-empirischer Ergebnisse Schlussfolgerungen für die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer zu ziehen. Die inhaltlichen Ziele im Einzelnen waren:

- (1) Aussagen zu Belastungen ungewollt Schwangerer allgemein sowie für spezifische Teilgruppen, zu deren Determinanten (standardisiert) sowie zur subjektiven Wahrnehmung (qualitativ) und zu Veränderungen und Verarbeitungsprozessen über ein Jahr hinweg zu treffen (Modul 1 der Ausschreibung). Dazu gehören

- Aussagen zu inneren und äußeren Faktoren, die das Erleben und Verarbeiten der Frauen im Verlauf der ungewollten Schwangerschaft beeinflussen, so u. a. zu Erfahrungen in der Versorgung, im sozialen Umfeld oder durch Stigmatisierung.
 - Aussagen zu erhöhten Risiken für psychische und soziale Probleme nach der Geburt oder dem Abbruch einer Schwangerschaft im Zusammenhang mit vorherigen psychischen Erkrankungen, Traumatisierungen, Migrationserfahrungen, Gewaltbeziehungen und anderen Aspekten,
 - Aussagen zum Versorgungssystem sowie aus Sicht der (potenziellen) Nutzerinnen (Information, Zugang, Inanspruchnahme, Bewertung, standardisiert und qualitativ), insbesondere Aussagen zur Verzahnung der Entwicklungen nach dem Austragen oder Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft und der (Nicht-)Inanspruchnahme von Unterstützung (standardisiert und qualitativ).
- (2) Eine bundesweite, vollständige Erfassung der psychosozialen Versorgungseinrichtungen bei ungewollter Schwangerschaft durch die nach § 3 SchKG anerkannten Beratungsstellen sowie deren Vernetzung, die Erstellung einer Übersicht digitaler Präsenzen psychosozialer Versorgungsangebote und eine Überprüfung ihrer Usability, Inhalte, Sicht- und Erreichbarkeit, eine multiperspektivische Darstellung bestehender Kooperationen zwischen psychosozialer und medizinischer Versorgung mit der Identifikation von Entwicklungspotenzialen, schließlich die Erfassung der Bedeutung digitaler Präsenz (ebenfalls Modul 1 der Ausschreibung).
- (3) Aussagen zur medizinischen Versorgungslage zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches in Deutschland zu treffen. Dazu gehört eine Übersicht über die regionale Verteilung der Anbieterinnen und Anbieter, die Zahl der jeweils durchgeführten Abbrüche, die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten und die angebotenen Methoden, Aussagen zu den Gründen für regionale Versorgungsunterschiede, sowie die Verantwortung in den einzelnen Bundesländern für die Sicherstellung der Versorgung. Die Ergebnisse der Untersuchung zu den medizinischen Versorgungsangeboten und den Erfahrungen und Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte (Modul 2 der Ausschreibung) werden den Erfahrungen der Frauen gegenübergestellt, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben.

Tab. 4.1: Thematische Verknüpfung zwischen den verschiedenen Perspektiven

Perspektive Frauen mit ungewollten Schwangerschaften		Perspektive Fach- / Leitungskräfte, Verbände, Strukturdaten
Schwangerschaft - Geburt – Abbruch allgemein und bei vulnerablen Gruppen (psychische) Gesundheit, Belastungen, Ressourcen: Determinanten, Veränderungen • soziale Unterstützung, Stigma • Entscheidungen, Erleben • Wege zu, Nutzung von Versorgung • erlebte Effekte der Versorgung	Bedarfe Inanspruchnahme (-hürden)  Bewertung: Auswirkungen der Versorgung(ssituation)	Angebote (psychosozial / gesundheitlich / medizinisch) Unterstützung / Versorgung, inkl. Entscheidungsberatung und Abbruchversorgung Kooperationen / Schnittstelle • Bedarfsangemessenheit • Zugang • Qualität, Weiterentwicklung, Lücken

Quelle: eigene Darstellung

Die forschungsbezogenen operativen Ziele wurden in den Meilensteinen verankert. Sie betrafen die Durchführung aller Forschungsschritte, einschließlich der Sicherung der Teilnahmebereitschaft (über die Öffentlichkeit) und der effektiven Projektstruktur (u. a. Arbeit eines Beirats). Darüber hinaus waren Veröffentlichungen sowie Qualifikationsarbeiten geplant.

4.3 Projektstruktur

Im Rahmen des Projektes wurden die festgelegten Ziele in einem synergistischen und kooperativen Projektverbund verschiedener Hochschulen mit einem multidisziplinären Ansatz verfolgt. Dieser Ansatz erlaubte es, die vielfältigen Perspektiven unterschiedlicher Fachdisziplinen einzubeziehen. Dabei standen insbesondere die Sichtweisen von ungewollt schwangeren Frauen, ihre Lebenslagen, ihre Gesundheit, die Verfügbarkeit psychosozialer Versorgungsangebote sowie die medizinische Versorgung im Fokus der Betrachtung. Die Einbeziehung dieser breit gefächerten Sichtweisen ermöglichte eine umfassende Analyse und Bearbeitung der Thematik, die sowohl die individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse der betroffenen Frauen als auch die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigt. Um diese komplexe Thematik in ihrer Ganzheitlichkeit zu erfassen und durch die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler effektiv zu bearbeiten, wurde das Projekt in drei zentrale Arbeitspakete gegliedert:

Arbeitspaket 1): Subjektive Erfahrungen von Frauen mit ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften

Das erste Arbeitspaket fokussierte sich auf die Erfassung und Analyse der individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse ungewollt schwangerer Frauen. Dies umfasste einerseits die Betrachtung ihrer persönlichen Belastungen und Herausforderungen sowie andererseits die Erkundung ihrer Wünsche und Bedarfe an eine optimale psychosoziale und medizinische Versorgung. Ziel war es, ein tiefgehendes Verständnis für die Lebenswirklichkeit der Frauen zu entwickeln und auf dieser Basis Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Unterstützung abzuleiten. (Gesamtverantwortung für das Arbeitspaket 1: Cornelia Helfferich/Tilmann Knittel).

Arbeitspaket 2): Psychosoziale Versorgung

Im zweiten Arbeitspaket lag der Schwerpunkt auf der Untersuchung der psychosozialen Versorgungslandschaft. Hierbei standen insbesondere die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Beratungs- und Unterstützungsangeboten im Vordergrund. Darüber hinaus wurden in diesem Arbeitspaket digitale Informationsangebote zum Schwangerschaftsabbruch analysiert (Gesamtverantwortung Arbeitspaket 2: Maika Böhm).

Arbeitspaket 3): Medizinische Versorgung.

Das dritte Arbeitspaket befasste sich mit der medizinischen Versorgung ungewollt schwangerer Frauen. Ziel war es, einen Überblick über die bestehenden medizinischen Versorgungsangebote zu erhalten. Die medizinische Versorgung wurde aus verschiedenen Perspektiven untersucht. Es wurden Strukturdaten der jährlichen Schwangerschaftsabbruchstatistik ausgewertet und die für die medizinische Versorgung Verantwortlichen in den Bundesländern befragt. Zwei große standardisierte Befragungen dienten der Untersuchung der Perspektive von Ärztinnen und Ärzten. Einerseits wurden Ärztinnen und Ärzte befragt, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen und andererseits wurden alle Gynäkologinnen und Gynäkologen in drei ausgewählten Regionen befragt. Darunter Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen bzw. nicht durchführen. Auf dieser Grundlage sollten Empfehlungen für die medizinische Versorgung formuliert werden. (Gesamtverantwortung Arbeitspaket 3: Daphne Hahn).

Die empirischen Erhebungen im Arbeitspaket 1 wurden konzeptuell gemeinsam entwickelt, geplant, durchgeführt, ausgewertet und diskutiert, um so übergeordnete Schlussfolgerungen

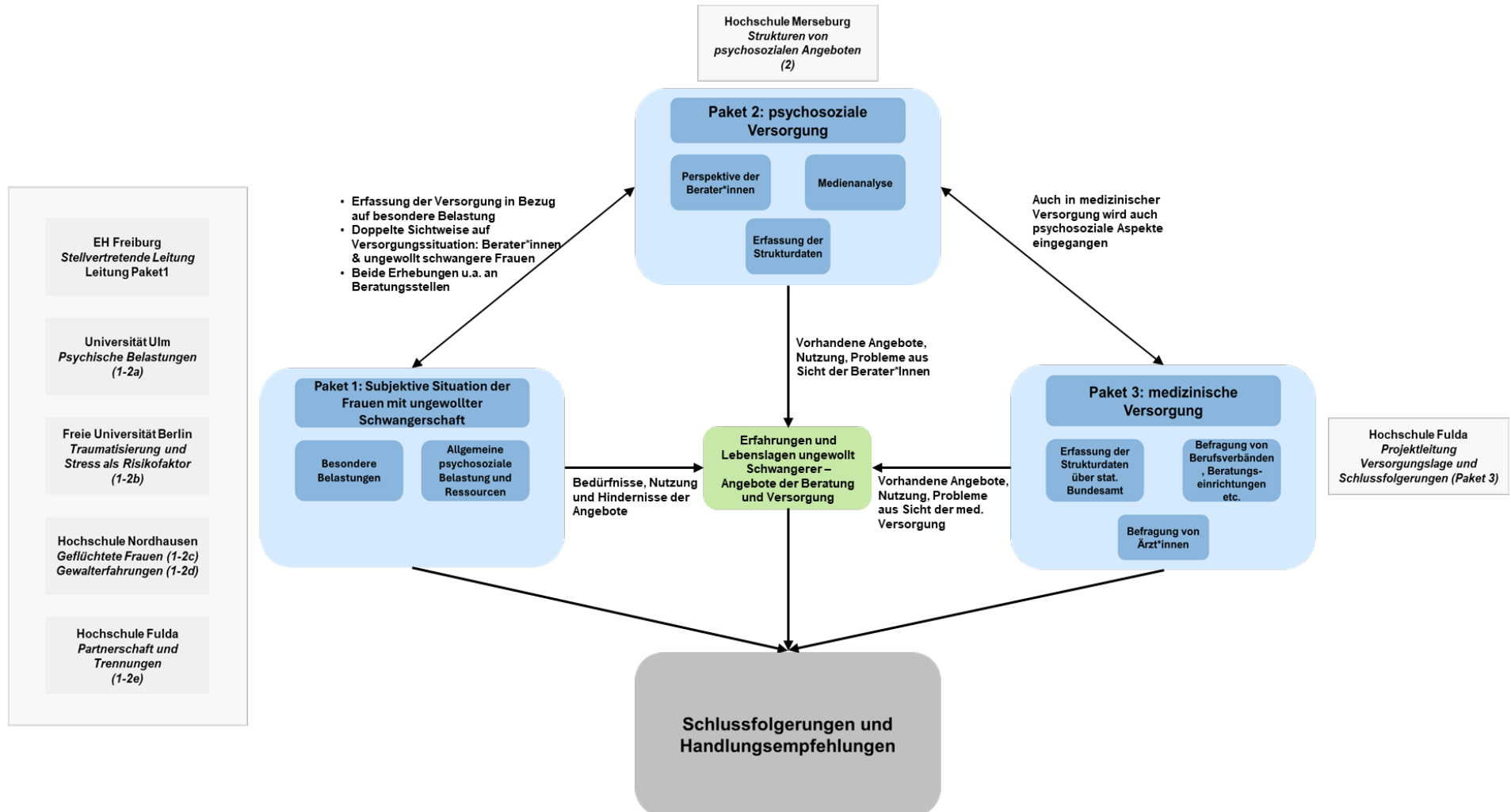
daraus zu ziehen. Konzeptuelle Zusammenarbeit bestand auch zwischen den Arbeitspaketen 1 und 3 bzw. 2 und 3. Beispielsweise wurde die psychosoziale und medizinische Versorgungssituation sowohl aus der Perspektive der ungewollt Schwangeren (AP 1) als auch aus der Perspektive der psychosozialen und medizinischen Versorgung (AP 2 und 3) untersucht. Die Ergebnisse wurden teilweise gemeinsam diskutiert. Nicht nur inhaltlich, sondern auch konzeptionell im Rahmen der Stichprobenziehung arbeiteten die Teilprojekte eng zusammen. Auch innerhalb der Arbeitspakete wurden unterschiedliche Aspekte der einzelnen Akteure untersucht und Interdependenzen berücksichtigt.

Für die Diskussion der Projektschwerpunkte und Arbeitsfortschritte traf sich der Projektverbund einmal jährlich zu einem großen Projekttreffen. Weitere Treffen fanden an den beteiligten Hochschulen in den jeweiligen Teilprojekten statt. Während der COVID-19-Pandemie wurden die Treffen überwiegend videobasiert durchgeführt.

Es wurde ein Projektbeirat mit namhaften Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft und Praxis gebildet, der beratend tätig war und sich einmal jährlich traf. Weiterhin wurde eng mit Fachvertreterinnen und -vertretern sowie kooperierenden Praxispartnerinnen und -partner und Ärztinnen und Ärzte zusammengearbeitet.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Kooperationsbeziehungen der beteiligten Projektpartner:

Abb. 4.1: Übersicht über die Beziehungen zwischen den Arbeitspaketen und Kooperationspartnerinnen und -partnern



Quelle: eigene Darstellung

An den Arbeitspaketen waren folgende Hochschule und Institute mit spezifischen Teilbereichen beteiligt:

1. **Hochschule Fulda**, Fachbereich Gesundheitswissenschaften (Prof. Dr. Daphne Hahn): Projektkoordination und Leitung Arbeitspaket 3 – Medizinische Versorgungssituation – ELSA - MV. Beteiligung an AP 1 – ELSA -FoBeBe (hier Verantwortung für Frauen mit ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften, für die Fragen zu Informationszugängen, medizinischer Versorgung und Stigmatisierung bei der standardisierten Befragung) sowie die Befragung von Männern.
2. **Forschungs- und Innovationsverbund FIVE an der EH-Freiburg mit der Abteilung Sozialwissenschaften; Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen (SoFFI F./FIVE)** (Prof. Dr. Cornelia Helfferich/Tilman Knittel): Leitung Arbeitspaket 1 - Teilprojekt: Ungewollte Schwangerschaften – Folgen, Bewältigung und Bedarf. Statistische Analysen und qualitative Analysen und Einbeziehung von Männern (ELSA-FoBeBe).
3. **Hochschule Merseburg** (Prof. Dr. Maika Böhm): Leitung Arbeitspaket 2 – Teilprojekt „Psychosoziale Versorgungssituation“ – ELSA – PV.
4. **Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Bezirkskrankenhaus Günzburg** (Prof. Dr. Silvia Krumm). Teilprojekt: Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Belastungen – ELSA – PSY
5. **Freie Universität Berlin** (Prof. Dr. Christine Knaevelsrud/Prof. Dr. Sarah Schumacher): Teilprojekt „Vulnerable Gruppen (Trauma)“ – ELSA VG_T
6. **Hochschule Nordhausen** (Prof. Dr. Petra Brzank): Teilprojekt „Vulnerable Gruppen (Frauen mit Migrations-/Fluchterfahrung, Illegalisierte und Frauen in Gewaltbeziehungen).

Die inhaltliche Verantwortung für die Beiträge zum Abschlussbericht, die aus den verschiedenen am Projekt beteiligten Hochschulen stammen, liegt bei den jeweiligen Projektleitungen. Die Beiträge sind namentlich gekennzeichnet. Diese Zuordnung der Verantwortlichkeiten gewährleistet eine hohe Transparenz und unterstreicht die individuelle Expertise, die jeder Beitrag in den Gesamtbericht einbringt, und ermöglicht es gleichzeitig, die Vielschichtigkeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Projekts adäquat abzubilden.

4.4 Herausforderungen des Projektes

Mit dem hier vorliegenden Abschlussbericht dokumentieren wir die Ergebnisse unseres Projekts, das sich mit den Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer beschäftigt. Während der Laufzeit des Projekts sahen wir uns mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert, die den Projektverlauf maßgeblich beeinflusst haben. Ein einschneidendes Ereignis war der Tod von Cornelia Helfferich. Mit ihr haben wir eine fachlich und persönlich hoch geschätzte Kollegin sowie eine international anerkannte, fundierte und engagierte Wissenschaftlerin verloren, die sich über Jahrzehnte hinweg mit Forschungsprojekten zu den Themen Kinderwunsch und Familienplanung verdient gemacht hat. Sie hat diese Themen in einem weiten Verständnis von Familienplanung als Lebensplanung unter Berücksichtigung der Vielfalt reproduktiver Biografien in ihrem jeweiligen Zeit- und Gesellschaftsbezug betrachtet. Diese thematische Ausrichtung bildete auch eine wesentliche Grundlage dafür, sich in einem Verbund mit anderen Wissenschaftlerinnen für die durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Ausschreibung zur „Förderung von Forschungsvorhaben zu psychosozialer Situation und Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ zu beteiligen. Ihr Verständnis, dass Schwangerschaftsabbrüche Teil

des Lebens, Teil der reproduktiven Biografien von Frauen sind, prägt auch das Projekt ELSA. Aber auch die Kontextualisierung durch einen Rückbezug auf gesellschaftliche Bedingungen prägt unsere Arbeit. Cornelia Helfferich hat dies in der frauenleben3-Studie beispielhaft entwickelt und ELSA knüpft an dieses Forschungsprogramm an und setzt diese Tradition fort. Im Antrag trägt vor allem der Teil inhaltlich und methodisch maßgeblich ihre Handschrift, der die Lebenssituationen der Frauen untersuchte und an dem fast alle der kooperierenden Hochschulen mit unterschiedlichen Teilfragen beteiligt sind und in die sie ihre jeweilige Expertise eingebracht haben.

Dieser Verlust stellte nicht nur einen fachlichen und emotionalen Einschnitt für das gesamte Projekt und insbesondere für den Projektstandort Freiburg dar. In dieser schwierigen Zeit mussten wir die Aufgaben neu strukturieren, um die begonnene Arbeit fortsetzen zu können. Im Projektverbund übernahm Tilmann Knittel für das Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen SOFFI F. die Aufgabe, die Arbeit von Cornelia Helfferich fortzuführen.

Zusätzlich wurden wir während der Projektlaufzeit durch die COVID-19-Pandemie vor unerwartete Herausforderungen gestellt. Die notwendigen Maßnahmen zur Eindämmung des Virus führten zu Einschränkungen in der Zusammenarbeit, sowohl in der Kommunikation zwischen den Teilprojekten als auch in der Durchführung unserer Erhebungen, insbesondere der umfangreichen Befragungen von Frauen und Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten. Virtuelle Formate mussten schnell adaptiert werden, was sowohl technische als auch organisatorische Anpassungen erforderte. Diese Veränderungen brachten neue Dynamiken in unsere Arbeitsweise und erforderten von allen Projektstandorten Flexibilität und Kreativität. Trotz dieser Herausforderungen ist es uns gelungen, die Projektziele zu erreichen und wertvolle Erkenntnisse in großem Umfang zum Thema der ungewollten Schwangerschaft zu gewinnen. In diesem Bericht präsentieren wir die Ergebnisse unserer Arbeit.

Bei einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Themen wie ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch ist eine präzise und sensible Sprachwahl von entscheidender Bedeutung. Wir haben uns im Projekt für die Verwendung des Begriffs „Frauen“ entschieden, anstelle einer inklusiveren Formulierung. Dies sowohl aufgrund des historischen, rechtlichen und politischen Kontextes von ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch aber auch aus pragmatischen Gründen. Es ist jedoch ebenfalls wichtig anzuerkennen, dass die exklusive Verwendung des Begriffs „Frauen“ in dieser Diskussion Menschen marginalisieren kann, die sich nicht als Frauen identifizieren, aber ebenfalls von Schwangerschaftsabbrüchen betroffen sind.

Wir danken allen am Projekt Beteiligten für ihr Engagement und ihre Unterstützung in diesem besonderen Projekt in einer außergewöhnlichen Zeit und hoffen, dass die Ergebnisse unseres Projekts einen nachhaltigen Beitrag zum Thema leisten werden. Dazu gehören alle wissenschaftlichen wie studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, unsere Partnerinnen und Partner in der Praxis der medizinischen Versorgung, der psychosozialen Beratung, aus Ministerien und Verbänden und dem Beirat des Projektes.

4.5 Literaturverzeichnis

- AoMRC (2011) Induced Abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors [Online].
- Barton, K., Redshaw, M., Quigley, M. A. & Carson, C. (2017) "Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support", *BMC pregnancy and childbirth*, Vol. 17, No. 1, S. 44.
- Biggs, M. A., Ralph, L., Morris, N., Ehrenreich, K., Perritt, J., Kapp, N., Blanchard, K., White, K., Barar, R. & Grossman, D. (2022) "A cross-sectional survey of U.S. abortion patients' interest in obtaining medication abortion over the counter", *Contraception*.
- BMFSFJ (2013) Evaluation Bundesstiftung "Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens als Türöffnerin in das Netz früher Hilfen für Schwangere in Notlagen: Abschlussbericht.
- Busch, U. (2009) Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten [Online].
- Fiala, C. & Arthur, J. (2015) "Die Verweigerung einer medizinischen Behandlung ist keine Frage des Gewissens", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* [Online], Berlin, Bielefeld, De Gruyter; transcript Verlag, S. 311–322. Verfügbar unter <http://www.degruyter.com/view/product/430234>.
- Foster, D. G. (2020) *The turnaway study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having - or being denied - an abortion* [Online], New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi, Scribner. Verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6199332>.
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H. & Bonanno, G. A. (2018) "Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation", *Clinical psychology review*, Vol. 63, S. 41–55.
- Gerdt, C., Dobkin, L., Foster, D. G. & Schwarz, E. B. (2016) "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy", *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, Vol. 26, No. 1, S. 55–59.
- Goene, M. S., Donker, G. A., Picavet, C. & Wijsen, C. (2014) "Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice", *Family practice*, Vol. 31, No. 5, S. 564–570.
- Hall, K. S., Dalton, V. K., Zochowski, M., Johnson, T. R. B. & Harris, L. H. (2017) "Stressful Life Events Around the Time of Unplanned Pregnancy and Women's Health: Exploratory Findings from a National Sample", *Maternal and child health journal*, Vol. 21, No. 6, S. 1336–1348.
- Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T. & Bewley, S. (2014) "Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis", *PLoS medicine*, Vol. 11, No. 1, e1001581.
- Harlfinger, W. & Gaase, R. (2019) "Die unsäglichen Diskussionen über die Paragraphen 218, 218a und 219a haben sich wieder ausgebreitet.", *Frauenarzt*, Vol. 60, No. 7, S. 473–475.
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (Hg.) (2016) *frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen (Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften; eine Studie im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferrich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski)*, Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Helfferrich, C. (2019) "Gewalt, Verhütung und Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch", *gynKongress*, No. 2, S. 11.

- Helffferich, C. & Kruse, J. (2006) "Familienplanungskonzepte von Männern im Geschlechterfokus", *Freiburger FrauenStudien*, No. 18, S. 121–143.
- Jatlaoui, T. C., Boutot, M. E., Mandel, M. G., Whiteman, M. K., Ti, A., Petersen, E. & Pazol, K. (2018) "Abortion Surveillance - United States, 2015", *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries* (Washington, D.C.: 2002), Vol. 67, No. 13, S. 1–45.
- Jeffery, D., Clement, S., Corker, E., Howard, L. M., Murray, J. & Thornicroft, G. (2013) "Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: a framework analysis", *BMC psychiatry*, Vol. 13, S. 120.
- Katz, J., Crean, H. F., Cerulli, C. & Poleshuck, E. L. (2018) "Material Hardship and Mental Health Symptoms Among a Predominantly Low Income Sample of Pregnant Women Seeking Prenatal Care", *Maternal and child health journal*, Vol. 22, No. 9, S. 1360–1367.
- Krumm, S. (2019) "Psychische Erkrankung, Gewalt und Geschlecht. Ein blinder Fleck in der sozialpsychiatrischen Versorgung.", *Sozialpsychiatrische Informationen*, Vol. 49, No. 1, S. 40–44.
- (2014) *Materialien zu Frühen Hilfen: Handreichung Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen*, Nationales Zentrum Frühe Hilfen 7.
- Miller, L. J. & Finnerty, M. (1996) "Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders", *Psychiatric services* (Washington, D.C.), Vol. 47, No. 5, S. 502–506.
- pro familia (2017) *Schwangerschaftsabbruch: Fakten und Hintergründe* [Online], Frankfurt/Main, pro familia Bundesverband.
- Ralph, L. J., Schwarz, E. B., Grossman, D. & Foster, D. G. (2019) "Self-reported Physical Health of Women Who Did and Did Not Terminate Pregnancy After Seeking Abortion Services: A Cohort Study", *Annals of internal medicine*.
- Renner, I., Scharmanski, S., van Staa, J., Neumann, A. & Paul, M. (2018) "Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung", *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Vol. 61, No. 10, S. 1225–1235.
- Rice, W. S., Turan, B., Stringer, K. L., Helova, A., White, K., Cockrill, K. & Turan, J. M. (2017) "Norms and stigma regarding pregnancy decisions during an unintended pregnancy: Development and predictors of scales among young women in the U.S. South", *PloS one*, Vol. 12, No. 3, e0174210.
- Rocca, C. H., Kimport, K., Roberts, S. C. M., Gould, H., Neuhaus, J. & Foster, D. G. (2015) "Decision Right-ness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study", *PloS one*, Vol. 10, No. 7, e0128832.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die ELSA-Studie verfolgt einen multiperspektivischen Forschungsansatz, bei dem verschiedene Methoden einander ergänzend zum Einsatz kommen. Die drei grundlegenden Perspektiven des Projekts befassen sich mit

- den subjektiven Erfahrungen von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften, die mittels standardisierter Befragungen, qualitativer Interviews und weiterer empirischer Methoden erhoben werden,
- der psychosozialen Versorgung bei ungewollten Schwangerschaften, wobei sowohl Strukturdaten der psychosozialen Versorgung als auch die Perspektive der Fach- und Leitungskräfte in den Beratungsstellen erhoben und einbezogen werden sowie mit
- der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen, wobei neben den Strukturdaten der amtlichen Statistik zu Schwangerschaftsabbrüchen auch die Perspektive von Gynäkologinnen und Gynäkologen, die durch Befragungen erhoben wird, in die Analyse einfließt.

Die verschiedenen Perspektiven und methodischen Ansätze wurden innerhalb des Forschungsverbunds aufeinander abgestimmt und ergänzen sich konzeptionell und inhaltlich. So werden etwa Ergebnisse der Strukturdatenanalysen für statistische Auswertungen der Erfahrungen herangezogen. Die repräsentative standardisierte Frauenbefragung auf Basis einer Einwohnermeldeamtsstichprobe wurde zur Auswahl und Gewinnung von Teilnehmerinnen der qualitativ angelegten Vertiefungsstudien genutzt.

Die eingesetzten Methoden werden im Folgenden in Berichtsteil 5 im Detail mit ihren Zielsetzungen, der Begründung der jeweils gewählten Methode bzw. des konkreten Erhebungsdesigns, den Analysemethoden sowie den Feldberichten ausgeführt. Die Darstellung folgt in ihrer Struktur den drei genannten Perspektiven, die auch deckungsgleich mit den Arbeitspaketen der ELSA-Studie sind.

5.1 Die Befragungen der ungewollt Schwangeren (AP 1)

Die Perspektive ungewollt schwanger gewordener Frauen, ihre Erfahrungen und Lebenslagen, wurden im Rahmen der ELSA-Studie sowohl durch standardisierte Erhebungen als auch qualitative Interviews untersucht. Eine spezifische Berücksichtigung fanden dabei – was die Befragungsinhalte, aber auch die gewählten Wege der Teilnehmerinnengewinnung betrifft – vulnerable Gruppen mit Risikofaktoren für besondere Belastungen und Unterstützungsbedarfe im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften. Diese Analysen richteten sich auf Frauen mit psychischen Erkrankungen, mit Traumatisierungen in der Kindheit, auf Frauen in Gewaltbeziehungen sowie auf Frauen mit spezifischen kulturellen Hintergründen oder legalen Status im Zusammenhang mit ihrem Migrationshintergrund. Weitere qualitative Vertiefungsstudien zielten auf die Frage nach den Bewältigungsprozessen bei ungewollt eingetretenen, abgebrochenen oder ausgetragenen Schwangerschaften unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Partnerschaft.

Generell stellt die Gewinnung von Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften eine Herausforderung dar, die sich bei einer inhaltlichen Fokussierung auf Teilgruppen noch erhöht. In der ELSA-Studie wurde diesen Anforderungen durch eine Kombination und Verzahnung verschiedener Wege der Teilnehmerinnengewinnung entsprochen. Das zentrale Element beim Feldzugang stellte dabei eine für Deutschland repräsentative Zufallsstichprobe von Frauen mit mindestens einem Kind im Alter unter sechs Jahre dar. Die Frauen wurden postalisch zur Teilnahme an einer standardisierten Online-Befragung eingeladen. Primäres Ziel dieser Befragung war, eine für die vorgesehenen Auswertungen ausreichend große Datengrundlage von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften sowie als Kontrollgruppe von Frauen mit gewollten Schwangerschaften zu erhalten. Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden zu einem Teil ebenfalls über die Einwohnermeldeamtsstichprobe, zum größeren Teil aber über andere Wege – etwa über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, oder auch durch Social Media-Aufrufe – für die Teilnahme an der standardisierten Online-Befragung gewonnen.

Die Teilnehmerinnen für die Vertiefungsstudien wurden soweit möglich aus dem Kreis der Teilnehmerinnen der Online-Befragung kontaktiert. Hierfür wurde, sofern die Teilnehmerinnen ihre Bereitschaft für eine weitere Studienbeteiligung erklärt hatten, eine kriteriengeleitete Auswahl auf Basis der Befragungsantworten in einem geeigneten Verfahren zur Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Anforderungen durchgeführt. Ergänzend wurden je nach Bedarf weitere Strategien der Teilnehmerinnengewinnung umgesetzt.

Im Folgenden werden das Vorgehen bei der Stichprobenziehung, die verschiedenen methodischen Designs und die Feldberichte der Teilerhebungen im Detail dargestellt. In einem ersten Block (vgl. Kapitel 5.1.1) werden die standardisierte Online-Erhebung und die Gewinnung der Stichproben dargestellt und diskutiert, wobei auf ergänzende Zugangswege bei den vulnerablen Gruppen gesondert eingegangen wird.

In einem zweiten Block (vgl. Kapitel 5.1.2) wird die methodische Umsetzung der überwiegend als qualitative Interviewstudien angelegten Vertiefungsstudien erläutert und begründet. Eine methodische Sonderstellung nimmt hierbei die an der FU Berlin durchgeführte Teilstudie zu Traumatisierungen in der Kindheit als Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft ein, in der neben Fragebögen und ausführlichen klinischen Interviews eine innovative Methode zur Analyse von Haarcortisol als Indikator für mittel- und langfristige Verläufe chronischer, stressassoziierter Zustände zum Einsatz kommt.

5.1.1 Die quantitative Befragung der ungewollt Schwangeren (AP 1-1/AP 1-3) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn und Tilmann Knittel)

5.1.1.1 Die standardisierte Befragung von Frauen mit ungewollten und gewollten Schwangerschaften

Eine der zentralen Zielsetzungen bei der Konzipierung der ELSA-Studie war, fundierte Erkenntnisse zu Belastungserfahrungen und Folgen von ungewollt eingetretenen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen im Speziellen unter Berücksichtigung der Bedeutung des Gesundheits- und psychosozialen Beratungssystems für Deutschland zu gewinnen. Aus den Ergebnissen der internationalen Forschung zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen leiteten sich für das empirische Design der Studie verschiedene Anforderungen ab. So wird die Notwendigkeit von Kontrollgruppendesigns unterstrichen, wobei insbesondere ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften als Kontrollgruppe für abgebrochene Schwangerschaften einzubeziehen sind (AMC 2011). Generell erweist sich das Phänomen der ungewollten Schwangerschaften als komplex und mehrdimensional (UK Aids 2015). Belastungen zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft und in der Vorgeschichte sind als wesentliche Prädiktoren für Belastungen und die Verarbeitungsprozesse nach einer Geburt oder einem Schwangerschaftsabbruch zu sehen (Steinberg et al., 2011; US National Comorbidity Survey, Übersicht bei AMC 2011). Belastungen und Unterstützungsbedarfe sind bei abgebrochenen Schwangerschaften im Vergleich zu ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften ausgeprägter und kumulieren bei vulnerablen Gruppen (Helfferich et al. 2016). Zudem bestehen Hinweise, dass das Ausmaß von Belastungen u. a. von Stigmatisierung, der Qualität der Partnerschaft, der sozialen Unterstützung und der Gestaltung der Versorgung beeinflusst wird, wobei diese sozialen Faktoren bislang wenig im Blick der Forschung waren.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurden verschiedene Anforderungen für das methodische Design der standardisierten ELSA-Befragung abgeleitet: Zum einen erschien ein Kontroll- bzw. Vergleichsgruppendesign zwingend, welches über den zentralen Vergleich der Erfahrungen und Belastungen von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften und abgebrochenen Schwangerschaften hinaus ebenso die Situation gewollt schwanger gewordener Frauen zum Vergleich berücksichtigt. Inhaltlich ergab sich die Anforderung, die Lebenslagen, Erfahrungen und Bewertungen der Frauen unter Einbezug vielschichtiger Aspekte und eines längeren Zeitraums in einem umfassenden Fragenprogramm zu berücksichtigen.

Die Zielpersonen für die quantitative Befragung wurden grundlegend über zwei Zugangswege gewonnen: Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft wurden ausschließlich über eine Zufallsauswahl von Einwohnermeldeamtsadressen angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen. Als Kriterium für die Adressauswahl galten Mütter mit min. einem Kind bis zu sechs Jahren. Die Stichprobe ist damit repräsentativ für die Grundgesamtheit der Mütter mit Kindern bis sechs Jahren in Deutschland. Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden primär über gesonderte Zugangswege für die Befragung gewonnen, da es keine Registerdaten gibt, über die eine Zufallsauswahl umsetzbar gewesen wäre. Sie ist somit nicht repräsentativ, da das Kriterium der Zufallsauswahl nicht erfüllt ist. Die Stichproben werden in der Auswertung deshalb getrennt voneinander betrachtet (Stichprobe der Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften, Stichprobe der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen). Eine ausführliche Darstellung der Ziehung der Einwohnermeldeamtsstichprobe und der Gewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen erfolgt in Kapitel 5.1.1.3 Feldberichte und Stichprobenbeschreibung.

Über diese beiden Zugangswege konnten insgesamt Daten von N = 5.091 Frauen mit ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften mit einem Selbstausfüller-Fragebogen online erhoben werden (CAWI = Computer Assisted Web Interview). Da die Grundvoraussetzung, das Umgehen

Können mit digitalen Medien, bei der Altersstruktur der Zielgruppe gegeben ist, ergeben sich folgende Vorteile aus der Datenerhebung mittels einer Online-Befragung:

- Die Befragungsform ist unabhängig von einer interviewenden Person, was bei der sensiblen Thematik des Fragebogens positiv zu bewerten ist.
- Die Befragungsform ermöglicht eine zeitlich flexible Beantwortung: Der Zeitpunkt konnte frei gewählt und die Befragung jederzeit unterbrochen und wiederaufgenommen werden, was die Teilnahmemotivation erhöht. Da die Zielgruppe größtenteils aus Müttern mit kleinen Kindern besteht, ist der Vorteil der zeitlichen Flexibilität besonders hervorzuheben.
- Innerhalb des Online-Fragebogens ist eine Zielgruppensteuerung möglich. Der Fragebogen ist modular aufgebaut, was es ermöglichte, den Befragten nach Beantwortung eines Basisfragebogens nur jene vertiefenden Module zu stellen, die für sie relevant waren (Minimierung der Zielpersonen-Verluste). Zu diesem Zweck mussten komplexe Filterführungen angewandt werden, welche in Form einer Papier-Befragung nicht umsetzbar gewesen wären.

Der Fragebogen wurde neben einer deutschen Version in die Sprachen Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch und Türkisch übersetzt. Dabei konnte zu Beginn des Fragebogens angewählt werden, in welcher Sprache man ihn bearbeiten möchte. Insgesamt nahmen $n = 185$ Frauen die Option in Anspruch, den Bogen in einer anderen Sprache zu beantworten. Dies entspricht einem Anteil von 3,6 % an der Gesamtzahl der Befragten, sodass davon ausgegangen werden kann, dass der Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund an der Gesamtheit der befragten Zielpersonen (24,6 %) Dank der Übersetzungen um diesen Wert erhöht werden konnte. Auf diese Weise war es möglich einen Teil der Zielgruppe mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen besser miteinzubeziehen.

5.1.1.2 Fragebogenstruktur und zentrale Themen

In den folgenden Abschnitten wird der Aufbau des Fragebogens erläutert sowie die theoretischen Konzepte und Operationalisierungen der zentralen Begriffe ungewollte Schwangerschaft, Lebenslage, psychisches Wohlbefinden, Stigmatisierung, Informiertheit und Versorgung.

5.1.1.2.1 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen wurde so aufgebaut, dass zu Beginn die gesamte Reproduktionsbiographie der Befragten erhoben wurde, also wie oft sie schwanger gewesen ist, wie die Schwangerschaft geendet hat (mit einer Geburt, mit einer Fehl- oder Totgeburt, mit einem Schwangerschaftsabbruch) und wann die Schwangerschaft stattgefunden hat. Darüber hinaus wurde bei jeder Schwangerschaft, die mit einer Lebendgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch endete, die Schwangerschaftsintention zum Zeitpunkt vor Eintritt der Schwangerschaft retrospektiv erfragt sowie das Verhütungsverhalten und eine subjektive Einschätzung des Risikos, schwanger werden zu können.

Für die Frauen aus der Einwohnermeldeamtsstichprobe wurde mit Hilfe dieser Angaben anhand festgelegter Kriterien eine Fokusschwangerschaft identifiziert, zu der im weiteren Verlauf ein umfassendes Frageprogramm gestellt wurde. Folgende Kriterien lagen der Auswahl zugrunde: Beim Vorliegen mindestens einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft innerhalb der Biographie soll diejenige, die zeitlich am kürzesten zurückliegt, als Fokusschwangerschaft für das weitere Frageprogramm ausgewählt werden. Ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften wurden auf diese Weise priorisiert. Lagen ausschließlich gewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften vor, richtete sich das weitere Frageprogramm an die am kürzesten zurückliegende gewollt eingetretene Schwangerschaft. Beim Vorliegen von gewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen (und sofern keine ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft vorlag, die im Auswahlprozess

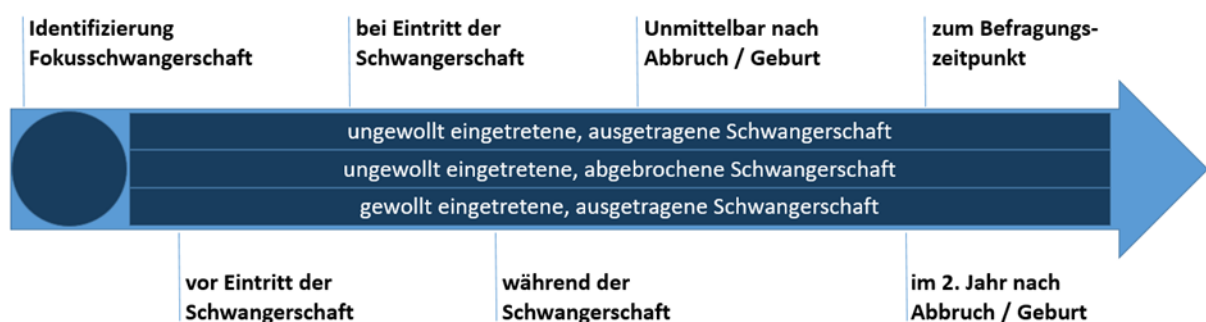
schließlich priorisiert wurden), konnte die Befragte auswählen, ob sie im weiteren Verlauf Angaben zur kürzest zurückliegenden ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaft vornehmen möchte. Auf diese Weise konnte ein kleiner Teil der Stichprobe von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ebenfalls über Adressen des Einwohnermeldeamts gewonnen werden. Die Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen, die außerhalb der Einwohnermeldeamtsstichprobe für die Befragung gewonnen werden konnten, wurden gebeten ein Frageprogramm zu dem kürzest zurückliegenden Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

Nach der Beantwortung des Basisfragebogens zur Identifikation einer Fokusschwangerschaft gab es drei grundsätzliche Fragebogenpfade: Die Frauen wurden entweder zu einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen, zu einer gewollt eingetretenen ausgetragenen oder zu einem Schwangerschaftsabbruch befragt. Dass jede Befragte gebeten wurde, nur zu einer aus ihrer Reproduktionsbiographie ausgewählten Schwangerschaft detailliertere Angaben machte, liegt darin begründet, dass es sich um ein sehr umfangreiches Fragenprogramm handelt, in welchem die unterschiedlichen Forschungsfragen der sechs Standorte abgebildet werden.

Nach der Identifizierung der Fokusschwangerschaft orientiert sich die Sukzession des Fragebogens am zeitlichen Verlauf der Schwangerschaft. Abb. 5.1 verdeutlicht schematisch den Aufbau des Fragebogens. Zunächst wurden Fragen gestellt, die die Lebenssituation zum Zeitpunkt kurz vor und bei Eintritt der Schwangerschaft behandeln. Dabei interessierten die Umstände bei Feststellung der Schwangerschaft (Zeitpunkt der Feststellung, die erste Reaktion, vorliegende sozioökonomische Situation, physisches und psychisches Wohlbefinden, die Partnerschaftssituation). Zum Zeitpunkt während der Schwangerschaft und unmittelbar nach Schwangerschaftsende bezogen sich die Fragebogeninhalte auf die Themen Informiertheit, Nutzung medizinischer und psychosozialer Versorgung, Entscheidungsprozess, Entwicklung der Partnerschaft sowie Stigmatisierungserfahrungen. Außerdem wurde erneut um eine Einschätzung des physischen und psychischen Wohlbefindens zu diesem Zeitpunkt gebeten (konkret zum Zeitpunkt drei Monate nach Schwangerschaftsende). Im Anschluss wurden Fragen zur partnerschaftlichen, beruflichen und finanziellen Situation zum 2. Jahr nach Schwangerschaftsabbruch oder Geburt gestellt. Der letzte Teil des Fragebogens bezieht sich auf den Befragungszeitpunkt. Es wird ein weiteres Mal das psychische und physische Wohlbefinden erhoben und die Entscheidungssicherheit erfragt. Wenn die Schwangerschaft erst 2022 oder 2021 eingetreten war, wurden nur Fragen zum Befragungszeitpunkt gestellt, da das Schwangerschaftsende noch nicht hinreichend weit zurücklag. Für diese Frauen wurde eine entsprechende Wiederholungsbefragung mit einem deutlich kürzeren Frageprogramm als das der Erstbefragung durchgeführt.

Der Fragebogen beinhaltet außerdem Module zu den Themen Migration, Partnerschaftsgewalt und ein Screening zu traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, welche beim Zutreffen entsprechender Filterfragen gestellt worden sind. Zum Teil dienten diese Fragen als Screening für qualitative Vertiefungsinterviews.

Abb. 5.1: Aufbau des Fragebogens



Quelle: Eigene Darstellung

5.1.1.2.2 Theoretisches Konzept und Operationalisierung von ungewollter Schwangerschaft

Der Begriff „ungewollte Schwangerschaft“ ist nur schwierig zu fassen und wird sowohl im Alltagssprachlichen Gebrauch als auch in der wissenschaftlichen Diskussion in vielfältiger, häufig unscharfer und auch widersprüchlicher Weise verwendet (Aiken et al., 2016; Mosher et al., 2012; Stanford et al., 2000). Dies zeigt sich etwa bei der Abgrenzung des Begriffs gegenüber unbeabsichtigten oder ungeplanten Schwangerschaften (Helfferich 2016). Im Folgenden wird die für die standardisierte Befragung im Rahmen der ELSA-Studie gewählte Operationalisierung dargestellt und erläutert.

Eintritt der Schwangerschaft als zeitlicher Bezugspunkt

Im Rahmen der ELSA-Studie wird der Begriff der ungewollten Schwangerschaft auf den Zeitpunkt unmittelbar vor bzw. bei dem Eintritt der Schwangerschaft bezogen verstanden. Ungewollte Schwangerschaften sind damit bei Eintritt ungewollte Schwangerschaften. Die Reaktion bei Bemerkung der Schwangerschaft wie auch Akzeptanzprozesse während der Schwangerschaft, in deren Verlauf aus einer ungewollten Schwangerschaft durchaus auch ein letztlich gewolltes Kind hervorgehen kann, werden bei diesem Begriff der Schwangerschaftsintention nicht berücksichtigt und sind vielmehr Gegenstand der weiteren statistischen Analysen.

Mehrdimensionale Operationalisierung

Standard in der internationalen empirischen Forschung zu ungewollten Schwangerschaften ist, mehrere Dimensionen bei der Erfassung der Intention von Schwangerschaften zu berücksichtigen. Mehrdimensionale Ansätze liegen etwa den verbreiteten Messkonzepten des US-amerikanischen National Survey of Family Growth (NSFG) (Santelli et al., 2003) und dem britischen London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP) (Barrett et al. 2004) zugrunde. Neben der affektiven Dimension, also dem Wunsch, ein Kind zu bekommen bzw. schwanger zu werden, wird hierbei auch eine zeitbezogene Dimension – d.h. ob der Zeitpunkt der Schwangerschaft als richtig bewertet wird – einbezogen. Als weitere Dimension zur adäquaten Erfassung der (Un-)Gewolltheit von Schwangerschaften wird darüber hinaus das tatsächliche Handeln zur Vermeidung oder Förderung einer Schwangerschaft als geeignet bewertet (Barrett et al., 2002; Helfferich et al., 2021b; Mumford et al., 2016). In Anlehnung an die internationale Forschung finden diese drei Dimensionen auch bei der Operationalisierung ungewollter Schwangerschaft im Rahmen der ELSA-Studie Anwendung.

Zuordnung gewollter und ungewollter Schwangerschaften

In der wissenschaftlichen Diskussion wird weit überwiegend davon ausgegangen, dass eine vollständige dichotome Einteilung von Schwangerschaften in gewollte und ungewollte Schwangerschaften nicht möglich und realitätsgerecht ist. Vielmehr werden Ambivalenzen und Graubereiche bei der Haltung gegenüber Schwangerschaften als weit verbreitet angesehen (Aiken et al., 2015; Aiken et al., 2016; Helfferich et al., 2021a; Mumford et al., 2016). Zum Teil wird daher vorgeschlagen, die Schwangerschaftsintention als Kontinuum zwischen den Extrempolen gewollt und ungewollt zu betrachten (Hall et al., 2017).

Das ELSA-Studiendesign sieht als zentrales Element der statistischen Analysen einen Vergleich von ungewollten und gewollten Schwangerschaften vor. Insofern ist die Konstruktion klar umgrenzter Gruppen ungewollter und gewollter Schwangerschaften unumgänglich. Bei der Fallzuordnung im Rahmen der ELSA-Studie liegt die Priorität auf der Belastbarkeit und Verlässlichkeit. Die Gruppen der ungewollten Schwangerschaften sind dementsprechend eng gefasst und wie folgt definiert:

- Als ungewollte Schwangerschaften werden im Rahmen von ELSA ausgetragene Schwangerschaften verstanden, die gegen den expliziten Wunsch der Frau oder – bei nicht explizit gewollten, aber weniger strikt abgelehnten Schwangerschaften trotz einer subjektiv als zuverlässig eingeschätzten Anwendung von Verhütungsmethoden eingetreten sind.

- Abgebrochene Schwangerschaften, die zu einem unpassenden Zeitpunkt oder ohne klare Absicht eingetreten sind, werden den ungewollten Schwangerschaften zugeordnet. Diese Zuordnung orientiert sich an der von der Befragten letztlich getroffenen Entscheidung. Dagegen werden Schwangerschaften, die zu diesem oder einem früheren Zeitpunkt explizit gewollt waren, aber dennoch abgebrochen wurden, nicht als ungewollt kategorisiert. Die Daten deuten darauf hin, dass bei diesen Fällen insbesondere gesundheitliche Gründe hinter der Entscheidung für einen Abbruch stehen.
- Den gewollten Schwangerschaften werden sämtliche ausgetragenen, von der Frau uneingeschränkt als gewollt bezeichneten Schwangerschaften zugeordnet.

Hierbei nicht zuordenbare Schwangerschaften werden in den vergleichenden Analysen nicht berücksichtigt. Es ist auch davon auszugehen, dass die Gruppe der nicht zuordenbaren Schwangerschaften eine ausgeprägte Heterogenität der Haltungen gegenüber der Schwangerschaft aufweist (die von ungeplanten, aber willkommenen Schwangerschaften über Unsicherheiten bis hin zu ausgeprägten inneren Konflikten reichen), so dass spezifische Auswertungen dieser dritten Gruppe als Ganzes nicht sinnvoll erscheinen.

Fragen zur Erfassung der (Un-)Gewolltheit der Schwangerschaft im Fragebogen

In der standardisierten ELSA-Befragung wurde die Intention anhand von drei Fragen erfasst. In einer ersten Frage wurde zu jeder Schwangerschaft kombiniert die affektive Dimension – also der Wunsch – als auch die Dimension des richtigen Zeitpunkts der Schwangerschaft erfragt (vgl. Abb. 5.2). Die Antwortoptionen (1) und (2) wurden als „explizit gewollt“, die Antwortoption (5) als „explizit ungewollt“ kategorisiert.

Abb. 5.2: Erhebung der Schwangerschaftsintention im ELSA-Fragebogen

Schwangerschaftsintention

Wenn Sie nun an die Zeit zurückdenken, bevor Sie schwanger wurden: War die Schwangerschaft damals von Ihnen gewollt?	Die Schwangerschaft ...
	(1) ☐ ... war von mir gewollt, auch der Zeitpunkt war gewollt.
	(2) ☐ ... war gewollt und hätte eigentlich schon früher eintreten sollen.
	(3) ☐ ...war von mir <u>zwar grundsätzlich</u> gewollt, aber erst für später: es war also nicht der richtige Zeitpunkt.
	(4) ☐ Ich war zwiespältig bzw. unentschieden.
	(5) ☐ ... ist ungewollt eingetreten.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Sofern die Schwangerschaft nicht explizit gewollt war, wurde in einer zweiten Frage erhoben, ob in der Zeit des Eintritts der Schwangerschaft verhütet wurde. Hierbei wurde nach der konkreten Verhütungsmethode gefragt (Abb. 5.3).

Abb. 5.3: Erhebung der angewandten Verhütung im ELSA-Fragebogen

Anwendung von Verhütungsmethoden

Bitte geben Sie an, ob und womit Sie in dem Monat vor dem Eintritt der Schwangerschaft verhütet haben.	☐ habe nicht verhütet	☐ Kondom	☐ Spirale
	☐ Pille	☐ Diaphragma, Portio- kappe	☐ Vaginalring, <u>Nuvaring</u>
	☐ Kalendermethode oder Temperaturmethode	☐ Coitus Interruptus / vorzeitige Unterbrechung, „Aufpassen“	☐ Pille danach
	☐ Dreimonatsspritze	☐ kann oder möchte ich nicht beantworten	
	☐ Sonstiges		

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ergänzend wurde in einer dritten Frage erhoben, für wie zuverlässig die Verhütungsmethode und ihre konkrete Anwendung angesehen wurde (Abb. 5.4). Als Operationalisierung hierfür wurde die Frage gestellt, wie das subjektive Risiko der Befragten für eine Schwangerschaft eingeschätzt wurde.

Abb. 5.4: Erhebung des subjektiven Schwangerschaftsrisikos im ELSA-Fragebogen

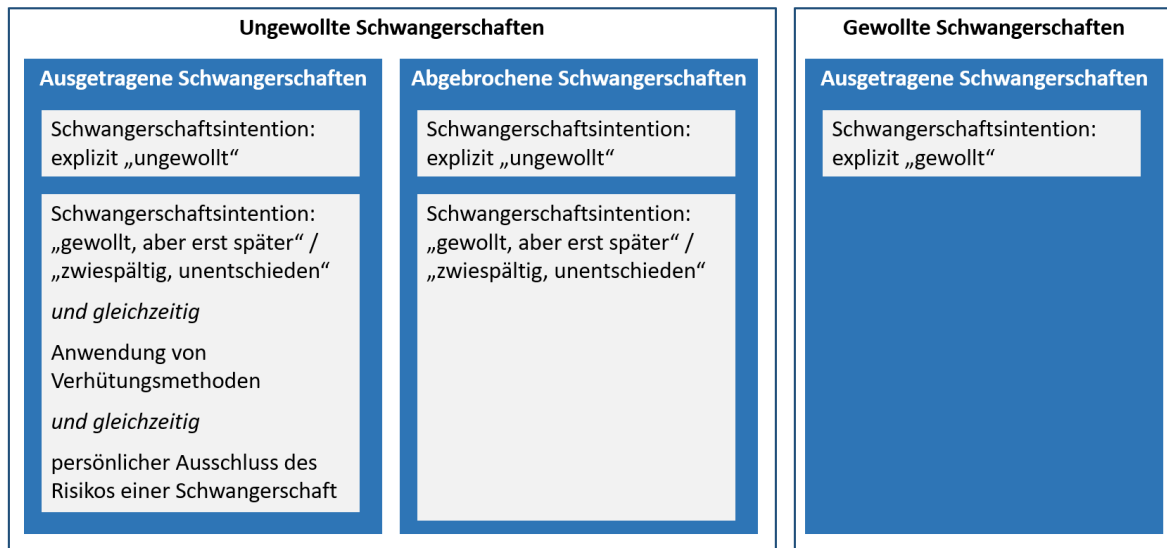
Subjektives Schwangerschaftsrisiko

Wie haben Sie Ihr Risiko gesehen, schwanger zu werden?	
Ich war fast 100% sicher, dass ich nicht schwanger werden kann (bzw. der Mann kein Kind zeugen kann).	(1) ☐ trifft zu (2) ☐ trifft nicht zu (3) ☐ kann oder möchte ich nicht beantworten

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Kategorisierung von Schwangerschaften als ungewollt oder gewollt erfolgt im Rahmen der ELSA-Studie als Kombination dieser drei Fragen wie in der folgenden Übersicht (Abb. 5.5) schematisch dargestellt.

Abb. 5.5: Operationale Definition ungewollter und gewollter Schwangerschaft in der ELSA-Befragung



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

5.1.1.2.3 Theoretisches Konzept und Operationalisierung von Lebenslage

Die Lebenslagen Schwangerer werden im Rahmen der ELSA-Studie unter verschiedenen Perspektiven berücksichtigt. Grundsätzlich ist es für eine sachgerechte und inhaltlich angemessene Analyse erforderlich, typische Lebensumstände bei ungewollten und abgebrochenen Schwangerschaften zu erfassen und zu berücksichtigen. Darüberhinausgehend zielt eine Fragestellung der ELSA-Studie auf zu vermutende ursächliche Zusammenhänge von schwierigen Lebensumständen und der Unerwünschtheit von Schwangerschaften. Und drittens werden die spezifischen Lebenslagen insbesondere mit Blick auf vorhandene oder fehlende Ressourcen bei der Frage der Entstehung und Bewältigung – oder auch Verstärkung – von Belastungen im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften berücksichtigt.

Unter Lebenslage verstehen wir die Gesamtheit sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Bedingungen, die die Handlungsspielräume der Menschen prägen (Engels, 2008). Neben der finanziellen Situation werden hierbei dem Bereich der Partnerschaft – etwa unter dem Aspekt der sozialen, emotionalen und wirtschaftlichen Unterstützung der Schwangeren – sowie der Bildung, Ausbildung und beruflichen Situation besondere Beachtung geschenkt. Da spezifische Lebenslagen auch mit unterschiedlichen Lebensphasen verknüpft sind, findet das Alter ebenfalls Berücksichtigung. Wesentlicher Aspekt des Lebenslagenansatzes ist seine Mehrdimensionalität, d.h. dass das Zusammenwirken von Bedingungen in verschiedenen Lebensbereichen berücksichtigt wird. Während etwa ungünstige Umstände in einzelnen Lebensbereichen durch die Situation in anderen Bereichen ausgeglichen werden können, können sich ungünstige Bedingungen in mehreren Lebensbereichen gegenseitig verstärkend auswirken.

Während spezifische Lebenslagenmerkmale wie etwa das Alter oder die Zahl der Kinder direkt erfragt werden können, sind für andere Lebenslagenmerkmale zum Teil komplexere Operationalisierungen erforderlich. Ebenfalls direkt erfragt wurde, ob sich die Befragte in einer Partnerschaft befindet, wobei die subjektive Einschätzung der Befragten ohne Berücksichtigung weiterer Kriterien wie etwa ein gemeinsamer Haushalt maßgeblich war. Die verwendeten Operationalisierungen der lebenslagenbezogenen Merkmale Bildungsstatus, berufliche und finanzielle Situation sowie Migrationshintergrund sowie die Partnerschaftsqualität werden im Folgenden erläutert.

Bildungsstand

Die Operationalisierung des Bildungsstandes orientiert sich in der ELSA-Studie an der CASMIN-Bildungsklassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) nach König et al. (1988) und der Zuordnung deutscher Abschlüsse in dieses Klassifikationssystem nach Schneider (2016). Anhand dieser Klassifikation wurden Kombinationen aus Schul- und Ausbildungsabschlüssen in eine Rangfolge gebracht und vier Bildungsständen zugeordnet (Tab. 5.1). Dabei wird Bildung als Ressource aufgefasst und angenommen, dass ein höherer Bildungsstand mit einer besseren ökonomischen Situation assoziiert ist (Becker 1964). Als zeitlicher Bezug wurde im Fragebogen der Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts definiert.

Tab. 5.1: Bildungsstatus als Kombination aus Schul- und Ausbildungsabschluss

Bildungsstatus	höchster allgemeinbildender Schulabschluss	höchster beruflicher Ausbildungsabschluss
niedrig (1)	kein Schulabschluss Sonder- oder Förderabschluss anderer Schulabschluss Volks-/Hauptschulabschluss Realschulabschluss / Mittlere Reife	kein beruflicher Ausbildungsabschluss; beruflich-betriebliche Anlernzeit; Lehre oder Berufsausbildung; anderer beruflicher Abschluss kein beruflicher Ausbildungsabschluss; beruflich-betriebliche Anlernzeit; anderer beruflicher Abschluss kein beruflicher Ausbildungsabschluss; beruflich-betriebliche Anlernzeit; Lehre oder Berufsausbildung;
mittel (2)	Volks-/Hauptschulabschluss anderer Schulabschluss Realschulabschluss/ Mittlere Reife	Lehre oder Berufsausbildung; Meisterin, Technikerin, Fachschulabschluss Lehre oder Berufsausbildung; anderer beruflicher Abschluss
höher (3)	Realschulabschluss/ Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur	Meisterin, Technikerin, Fachschulabschluss kein beruflicher Ausbildungsabschluss; beruflich-betriebliche Anlernzeit; Lehre oder Berufsausbildung; Meisterin, Technikerin, Fachschulabschluss anderer beruflicher Abschluss
hoch (4)	Realschulabschluss / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur anderer Schulabschluss	Universitäts- oder (Fach-) Hochschulabschluss

Quelle: eigene Darstellung

Berufliche und ökonomische Situation bei Schwangerschaftseintritt

Neben dem höchsten Schul- und Ausbildungsabschluss wurde die Haupttätigkeit der Zielperson bei Schwangerschaftseintritt erhoben. Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit wurde darüber hinaus erfragt, unter welchen Bedingungen diese ausgeübt wird: Befristung der Arbeitsstelle, Arbeitsvertrag mit Anspruch auf Rückkehr zum Arbeitsplatz nach Elternzeit, Anzahl Erwerbsstunden und die Passung der damaligen Qualifikation zur Erwerbstätigkeit. Diese Angaben dienten dazu, Aufschluss über die berufliche Konsolidierung der Befragten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts zu erlangen. Eine stärkere berufliche Einbindung wird als Ressource für eine bessere ökonomische Situation betrachtet. Sofern vorhanden, wurden für den Partner

dieselben Variablen erhoben, um genauere Aussagen über die Situation des gesamten Haushalt treffen zu können, in dem die Zielperson bei Eintritt der Schwangerschaft lebte. Als weitere Variable zur näheren Qualifizierung der beruflichen Situation wurde eine subjektive Einschätzung der Vereinbarkeit der eigenen beruflichen Pläne mit einem (weiteren) Kind gebeten (Zustimmung zur Aussage „Ein (weiteres) Kind war mit meinen beruflichen Plänen gut vereinbar“).

Neben der beruflichen Situation an sich, sollte mit dieser Aussage eine subjektive Bewertung der Vereinbarkeit eigener beruflicher Ziele mit einem (weiteren) Kind erfolgen, wobei davon ausgegangen wird, dass eine wahrgenommene Vereinbarkeit für viele Frauen als Voraussetzung für die Familiengründung oder -erweiterung gesehen wird und diese im Falle von ungewollt Schwangeren häufiger als nicht gegeben eingeschätzt wird.

Bei der Erfassung der ökonomischen Situation der Befragten wurde von einer Erhebung von konkreten Einkommensbeträgen oder Einkommensklassen Abstand genommen. Grund hierfür waren neben zu erwartenden Unzuverlässigkeiten bei der Erhebung, die zu einem nicht verhältnismäßigen Plausibilisierungs- und Interpolationsaufwand geführt hätten, die zu erwartenden Unsicherheiten bei einer erforderlichen Berechnung äquivalenzgewichteter Nettoeinkommen. Da der Fokus der Auswertungen auf der Frage geringer Einkommen lag, wurde stattdessen erhoben, ob der Haushalt wegen geringem Einkommen staatliche Unterstützungsleistungen, z.B. ALG II, Kinderzuschlag oder Wohngeld bezogen hat. Darüber hinaus wurde subjektiv die perspektivische Einschätzung der finanziellen Situation des Haushalts mit der Zustimmung zur Aussage „Es war klar, dass mit einem (weiteren) Kind meine/unsere finanzielle Situation sehr angespannt wird.“ erfasst. Hierdurch konnte auch berücksichtigt werden, inwiefern die Befragte ihre finanzielle Lage – unabhängig von tatsächlichem Einkommen oder Vermögen – als Belastung empfindet.

Migrationshintergrund

Zu dem Merkmal Migrationshintergrund existiert gegenwärtig keine etablierte Standarddefinition. Vielmehr bestehen erhebliche Unterschiede bei den Definitionen verschiedener Institutionen auf Bundesebene als auch in den einzelnen Bundesländern.

In der ELSA-Studie erfolgte eine Anlehnung an folgende Definition des Statistischen Bundesamtes (2020): „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“. Im Rahmen der ELSA-Studie wurde erhoben, wo die Zielperson und die Eltern der Zielperson geboren sind. Wenn die Zielperson oder mindestens eines der beiden Elternteile nicht in Deutschland geboren worden sind, gilt ein Migrationshintergrund als zutreffend. Eine nach diesen Kriterien definierte Gruppe ist sehr heterogen und letztlich ungeeignet, um konkrete Lebenslagen abzubilden (vgl. zur Kritik Will 2020). In Abhängigkeit des spezifischen Erkenntnisinteresses wurden die Analysen zu der Gruppe der Befragten mit Migrationshintergrund daher nochmals stärker differenziert.

Partnerschaftsqualität

Der Partnerschaft kommt im Zusammenhang mit dem Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft nach übereinstimmenden Ergebnissen der Forschung eine besondere Bedeutung zu. Partnerschaftsbezogene Gründe sind die mit am häufigsten genannten Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch (Helfferich et al., 2016; Wimmer-Puchinger, 2001). Eine schwierige Partnerschaftssituation erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schwangerschaft ungewollt eintrat (Helfferich et al. 2016).

Um die Partnerschaftssituation abzubilden, wurden in der ELSA-Studie über die Existenz einer Partnerschaft hinaus zum einen formale Aspekte der Partnerschaft erfragt (formaler Status, Zusammenleben, Dauer der Partnerschaft), um den Grad der Konsolidierung zu erfassen. Zum

anderen wurde auch die Qualität der Partnerschaft erhoben, wobei folgende Dimensionen berücksichtigt wurden:

- Emotionale Zufriedenheit mit der Partnerschaft
Zustimmung zur Aussage: „Die Beziehung war gut und ich war glücklich in der Beziehung.“
- Krisenhafte Beziehung und potenziell bevorstehende Trennung
Zustimmung zur Aussage: „Die Beziehung befand sich in einer starken Krise.“
- Erwartung der Unterstützung durch den Partner
Zustimmung zu den Aussagen: „Ich dachte, dass mein Partner der Richtige für eine gemeinsame Familie ist.“ und „Meinem Partner waren Freundinnen / Freunde und seine Freiheiten wichtiger als die Beziehung.“

Die berücksichtigten Items orientieren sich an verschiedenen Instrumenten zur Messung der Partnerschafts- bzw. Ehezufriedenheit (Siffert / Bodemann, 2010; Hassebrauck, 1991; Rust et al., 1986), konzentrieren sich aber auf die Aspekte, die im Zusammenhang mit den Fragestellungen der ELSA-Studie relevant sind.

5.1.1.2.4 Theoretisches Konzept und Operationalisierung von psychischem Wohlbefinden

Psychische Gesundheit verstehen wir in Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als einen Zustand des Wohlbefindens, der es einem Menschen ermöglicht, seine Fähigkeiten auszuschöpfen, mit den Belastungen des Alltags umzugehen, produktiv zu arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. Psychische Gesundheit ist demnach nicht nur die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen oder Störungen, sondern bildet eine grundlegende Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe (WHO 2001).

Psychisches Wohlbefinden wird als eine zentrale Komponente der psychischen Gesundheit verstanden und bezieht sich auf subjektive Erfahrungen von positiven Emotionen und Lebenszufriedenheit. Es umfasst qualitative und individuelle Aspekte des Glücks, der Zufriedenheit und des Sinns im Leben. Beide Konzepte – psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden – stehen in einem engen Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig: Gute psychische Gesundheit fördert das psychische Wohlbefinden, und umgekehrt trägt ein hohes Maß an Wohlbefinden zur psychischen Gesundheit bei.

Im Rahmen der standardisierten Befragung wurde psychische Gesundheit operationalisiert als Frage danach, wie gut sich die Befragten in einem definierten Zeitraum psychisch gefühlt haben. Um die Bereitschaft der Teilnehmenden zur Beantwortung der Frage nach psychischer Gesundheit zu erhöhen, wurde eine leicht verständliche und schnell zu beantwortende Einzelfrage-Skala verwendet („Thermometer“). Damit ermöglicht die Skala allerdings nur eine sehr oberflächliche Bewertung der psychischen Gesundheit und kann keinesfalls eine klinische Beurteilung der psychischen Gesundheit ersetzen. Diese Erhebungsform ist an der – nicht für retrospektive Erhebungen validierten – EQ-VAS-Skala (Euro-Quol Visual Analog Scale) des EQ-5D-Instruments (European Quality of 5 Life Dimensions) zur Messung der Lebensqualität orientiert, das 1987 von der Forschungsgruppe EuroQuol entwickelt worden ist. Studien zeigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, signifikant niedrigere Werte auf der EQ-VAS-Skala berichten als die Allgemeinbevölkerung (Short et al., 2021; Peasgood et al., 2012). Epidemiologischen Daten zufolge geben Frauen in Deutschland im Alter zwischen 18 und 44 Jahren durchschnittlich Werte zwischen 82,5 und 85,3 auf der EQ-VAS-Skala an (König et al., 2009). Betrachtet man die Verteilung der Werte für Frauen dieser Altersspanne, liegen Werte, die unter 80 fallen im ersten Quartil, gehören also zu den 25 % der niedrigsten angegebenen

Werte (König et al., 2009). Vor diesem Hintergrund werden in der ELSA-Studie Werte unter 70 auf der „Thermometer“-Skala als Indiz für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden gewertet.

Psychische Erkrankungen, die auch als psychische Störungen bezeichnet werden, beziehen sich auf diagnostizierbare Störungen im Denken, im Verhalten oder im emotionalen Erleben, die mit einer Beeinträchtigung psychischer Funktionen und des psychischen Wohlbefindens einhergehen können. Die Weltgesundheitsorganisation definiert psychische Erkrankungen als Störungen der psychischen Gesundheit, die häufig durch eine Kombination belastender Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind und mit einem hohen Leidensdruck bei den betroffenen Personen sowie der Umwelt einhergehen können (WHO, 2019). Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen.

Im Rahmen der ELSA-Studie werden psychische Erkrankungen bzw. Störungen operationalisiert als a.) ärztliche bzw. psychologische Behandlung psychischer Probleme und b.) Diagnosestellung im Rahmen einer ärztlichen bzw. psychologischen Behandlung. Dementsprechend werden Studienteilnehmerinnen mit psychischer Erkrankung auf der Basis der folgenden operationalen Definition identifiziert:

- Angabe, dass in den vergangenen 10 Jahren eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt ist;
- Angabe, dass im Rahmen dieser Behandlung eine psychiatrische Diagnose gestellt worden war. Dabei konnten die Befragten die Diagnose(n) mittels Freitext angeben, die nachträglich den ICD-10 Diagnosekategorien zugeordnet wurde(n)

Zur weiteren Bestimmung der psychischen Belastung der Teilnehmerinnen enthält der standardisierte Fragebogen die Kurzfassung des General Health Questionnaire GHQ-12 (Goldberg et al., 1997). Der GHQ-12 ist ein weit verbreitetes und gut validiertes Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Belastungen und möglicher allgemeinspsychiatrischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der GHQ-12 konzentriert sich auf das Erleben von Symptomen wie Depression, Angst oder sozialer Funktionsstörung und wird häufig in epidemiologischen Studien verwendet, um frühzeitig Hinweise auf psychische Störungen zu erhalten.

5.1.1.2.5 Theoretisches Konzept und Operationalisierung von körperlicher Gesundheit

Die körperliche Gesundheit spielt ebenso wie die psychische eine entscheidende Rolle für die reproduktive Gesundheit (UNFPA, 1994, S. 40). Während einer Schwangerschaft beeinflusst der Gesundheitszustand der werdenden Mutter maßgeblich die Lebensqualität und den Verlauf der Schwangerschaft (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

In der wissenschaftlichen Literatur wird festgestellt, dass Frauen mit ungewollten Schwangerschaften im Vergleich zu Frauen mit gewollten Schwangerschaften tendenziell einen schlechteren physischen Gesundheitszustand aufweisen (Azizi, 2016; Cheng et al., 2016). Diese Unterschiede können auf eine Vielzahl von Faktoren zurückgeführt werden, darunter psychische Belastungen, soziale Isolation und unzureichender Zugang zu medizinischer Versorgung. Frauen, die ungewollt schwanger werden, sehen sich oft zusätzlichen Stressfaktoren ausgesetzt, die sich negativ auf ihre körperliche Gesundheit auswirken können.

In diesem konzeptionellen Kapitel, das sich mit der körperlichen Gesundheit im Kontext einer ungewollten und abgebrochenen Schwangerschaft befasst, wird die komplexe Beziehung zwischen Gesundheit und den vielfältigen Einflussfaktoren skizziert, die sie prägen. Zunächst werden die verschiedenen Einflussfaktoren auf Gesundheit betrachtet und diejenigen Faktoren dargestellt, die in die Untersuchung einfließen.

Wir folgen einem Verständnis, wonach körperliche Gesundheit nicht nur das Ergebnis individueller Lebensstilentscheidungen, sondern auch maßgeblich von sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst ist. So spielen beispielsweise der Zugang zu medizinischer Versorgung, das Bildungsniveau, das Einkommen sowie die soziale Unterstützung eine entscheidende Rolle für die körperliche Gesundheit, da diese Faktoren direkten Einfluss auf die Lebensqualität und die Fähigkeit von Menschen haben, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen. Ein guter Zugang zu medizinischen Dienstleistungen ermöglicht es, gesundheitliche Probleme frühzeitig zu erkennen und anzugehen sowie präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Ein höheres Bildungsniveau fördert das Verständnis für Gesundheitsthemen und stärkt die Fähigkeit, informierte Entscheidungen zu treffen. Zudem ist ein ausreichendes Einkommen entscheidend, um sich gesunde Nahrungsmittel leisten zu können und in einer sicheren Umgebung zu leben. Soziale Unterstützung fördert sowohl die Entscheidungsfindung und Problemlösung als auch ein Gefühl der Zugehörigkeit, was das psychische Wohlbefinden stärkt und somit auch die körperliche Gesundheit. Darüber hinaus können auch psychosoziale Aspekte wie Stress, Lebenszufriedenheit, soziale Isolation und Stigmatisierung erheblichen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben. All diese Faktoren wirken zusammen und beeinflussen maßgeblich die körperliche Gesundheit insgesamt.

Der Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES), schlechteren Gesundheitschancen und höheren Risiken für zahlreiche körperliche Erkrankungen ist international und national vielfach belegt. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen stehen wiederum in einem engen Zusammenhang mit dem SES eines Menschen (Kröger et al., 2018).

Die „frauenleben 3-Studie“ untersuchte die Zusammenhänge zwischen (un-)gewollter Schwangerschaft und Lebensumständen und fand bei ungewollter Schwangerschaft schwierige Lebensumstände in allen betrachteten Bereichen: der Partnerschaft, der beruflichen und finanziellen Situation und gesundheitlichen Problemlagen. Gesundheitliche Probleme sind in der Gruppe der Frauen mit ungewollten Schwangerschaften deutlich stärker verbreitet als bei gewollten Schwangerschaften und wurden in der Studie als ein wichtiger Grund genannt, die Schwangerschaft abubrechen (Helfferich et al., 2016).

Ein weiterer Einflussfaktor auf die körperliche Gesundheit ist das lebensstilbezogene individuelle Gesundheitsverhalten, das sich positiv und negativ auswirken kann. Dazu zählen beispielsweise die Ernährung, körperliche Bewegung und Substanzkonsum aber auch Schlaf, die positive wie negative Effekte auf den Gesundheitszustand haben können (Abdollahi et al., 2021; Dipietro et al., 2019).

Der Schwangerschaftswunsch ist eine wichtige Determinante für schwangerschaftsbezogenes Gesundheitsverhalten (Dott et al., 2010). Im Kontext der Schwangerschaftsintention zeigen Studien, dass Frauen mit ungewollten Schwangerschaften im Vergleich zu Frauen mit gewollten Schwangerschaften ein geringeres Maß an Selbstfürsorge aufweisen. Dies bedeutet, dass sie weniger Zeit und Ressourcen in ihr eigenes physisches Wohlbefinden investieren. Darüber hinaus ist bei diesen Frauen eine höhere Rate an gesundheitlichen Risikoverhaltensweisen während der Schwangerschaft zu beobachten (Cheng et al., 2009; Hajizadeh & Nghiem, 2020; Khajepour et al., 2013). Zahlreiche Studien belegen die Unterschiede im Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsintention und führen die häufig schlechtere physische Gesundheit von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften auf eine geringere intrinsische Motivation zurück, ihr Gesundheitsverhalten an die Schwangerschaft anzupassen oder umzustellen. Dies betrifft insbesondere Bereiche wie Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Substanzmissbrauch (Ayoola et al., 2010; Hajizadeh & Nghiem, 2020; Lindberg et al., 2015; Pakseresht et al., 2018). Die internationale Datenlage zu

Schwangerschaftsintention und Gesundheitsverhalten ist jedoch nicht konsistent (Chuang et al., 2010; Gipson et al., 2008).

Die „Turnaway Studie“ untersuchte die Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschten, aber aufgrund verschiedener Faktoren wie gesetzlicher Beschränkungen oder Zeitlimits abgewiesen wurden und ihre Schwangerschaft austragen mussten. Die Gruppe dieser Frauen wurden mit einer weiteren Gruppe von Frauen verglichen, die ihre ungewollte Schwangerschaft abbrechen konnten. Die Studie liefert Daten über die gesundheitlichen Folgen von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen über einen Zeitraum von fünf Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen konnten, über einen besseren körperlichen Gesundheitszustand berichteten als Frauen, denen dieser Eingriff verweigert wurde. Im Gegensatz dazu erlebten Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft nicht beenden konnten, häufig negative gesundheitliche Folgen. Dazu gehören eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für zukünftige ungewollte Schwangerschaften sowie gesundheitliche Probleme, die mit der Fortführung einer ungewollten Schwangerschaft verbunden sind (Gerds et al., 2016; Ralph et al., 2019).

In der ELSA-Studie wurden retrospektiv Daten zum subjektiv erlebten körperlichen Gesundheitszustand zu vier Zeitpunkten erhoben: vor der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft (nur bei Frauen, die die Schwangerschaft austrugen), etwa drei Monate nach der Geburt bzw. dem Schwangerschaftsabbruch sowie zum Zeitpunkt der Befragung. Bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten und dessen Durchführung nicht länger als sechs Monate zurücklag, fielen der Zeitpunkt kurz nach dem Abbruch und der Befragungszeitpunkt zusammen. Diese Gruppe wurde daher nur zu drei Zeitpunkten befragt.

Ziel der Studie war es, Unterschiede im Gesundheitsverhalten in Bezug auf die Gewolltheit und den Ausgang der Schwangerschaft zu identifizieren und zu ermitteln, wie sich der subjektive körperliche Gesundheitszustand im Verlauf der Schwangerschaft und in der Zeit danach verändert. Dabei wurden auch bereits vor der Schwangerschaft bestehende chronische Erkrankungen, körperliche Behinderungen und medikamentöse Behandlungen berücksichtigt.

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes hat sich international und national als bedeutsame und unabhängige Variable für die Nutzung von medizinischer Versorgung erwiesen und wird daher auch in den Studien des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch Instituts (RKI) als Gesundheitsindikator erfasst (Hoebel & Müters, 2024). Für die Erhebung des subjektiven körperlichen Gesundheitszustandes in der ELSA-Studie wurde eine numerische Bewertungsskala mit Werten zwischen Null als denkbar schlechtestem und 100 als denkbar bestem Gesundheitszustand eingesetzt. Die Skala orientiert sich an der Euro QoL Visual Analog Skala (EQ-Vas) und kommt in Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zur Anwendung.

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes wurde mit einer weiteren Frage nach dem Vorliegen körperlicher Probleme erfasst. Sie orientiert sich an der Studie Gesundheit für Deutschland (GEDA) des RKI (Heidemann et al. 2021). Die Frage berücksichtigt dabei körperliche Probleme, die länger als sechs Monate andauern, chronische Erkrankungen und Schwerbehinderung aufgrund körperlicher Einschränkungen.

Das Gesundheitsverhalten wurde anhand der Aspekte körperliche Bewegung, Ernährung und Schlaf untersucht. Die ELSA-Studie analysiert, ob es Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens der Befragten vor der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft und nach der Geburt oder einem Schwangerschaftsabbruch gibt, abhängig von der Gewolltheit und dem Ausgang der Schwangerschaft. Dabei wurde auch der Einfluss von

soziodemografischen Merkmalen wie Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit, Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen und Migrationshintergrund berücksichtigt. Fragen zu Substanzgebrauch wurden ausgeschlossen, da die Erhebung valider und zuverlässiger Daten in diesem Bereich einen umfangreichen Fragenkatalog zu Zeitpunkt, Menge, Dosis, Dauer und Art des Konsums erfordert hätte, der den Rahmen der Untersuchung gesprengt hätte.

5.1.1.2.6 Theoretisches Konzept und Operationalisierung von Stigmatisierung bei Schwangerschaftsabbruch

Das soziologische Konzept von Stigma stammt von Ervin Goffman (2018), der es als eine Eigenschaft definiert, die von der Gesellschaft als diskreditierend angesehen wird. Es führt dazu, dass das Individuum, das dieses Stigma trägt, abgewertet oder diskriminiert wird. Diese Diskriminierung geschieht aufgrund von gesellschaftlichen Normen und Erwartungen, die mit diesem Stigma in Zusammenhang stehen.

Im Kontext der ungewollten Schwangerschaft kann Stigmatisierung auf verschiedene Arten auftreten. Zum einen können Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der sozialen und moralischen Normen im Zusammenhang mit Weiblichkeit und Sexualität stigmatisiert werden. Auf der anderen Seite können auch Frauen, die ungewollte Schwangerschaften austragen, in gesellschaftlich als unangemessen angesehenen Situationen, wie etwa bei schwangeren Jugendlichen oder Frauen in finanziell schwierigen Verhältnissen, ebenfalls mit Stigmatisierung konfrontiert werden.

Für Stigmatisierung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen hat sich der Begriff ‚abortion stigma‘ (Kumar et al., 2009) etabliert. Abortion stigma bezieht sich auf die negative Bewertung von Frauen, die die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs in Erwägung ziehen oder sich dazu entscheiden (Kumar et al., 2009). Die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist konzeptuell stark ausgearbeitet und beschreibt eine negative Attribuierung von Frauen, die erwägen oder sich dazu entscheiden, eine Schwangerschaft abzubrechen (Kumar et al., 2009, S. 4). Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, können auf Vorurteile stoßen, da sie von traditionellen Vorstellungen über die Rolle der Frau als Mutter abweichen. Eine Entscheidung für den Abbruch einer Schwangerschaft wird oft als Verletzung der sozialen Norm angesehen, die von Frauen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Mutterschaft erwartet. Diese Sichtweise impliziert, dass Frauen durch ihre Entscheidung gegen ihre ‚angeborene‘ oder ‚wesentliche Natur‘ handeln (Kumar et al. 2009, S. 4). In der Folge können diesen Frauen verschiedene negative Eigenschaften zugeschrieben werden. Die negativen Attributionen und Vorwürfe können u. a. eine nicht (im ausreichenden Maß) wahrgenommene Verhütungsverantwortung, promiskuitives Verhalten, egoistisches Handeln und die Beendigung eines werdenden menschlichen Lebens umfassen. Diese gesellschaftlichen Urteile führen häufig dazu, dass betroffene Frauen Diskriminierung oder Verurteilung erfahren.

Restriktive rechtliche Regelungen tragen zu gesellschaftlicher Stigmatisierung bei. In Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch in verschiedenen Gesetzen geregelt, die viele Besonderheiten aufweisen. Er ist im Strafgesetzbuch im Abschnitt „Straftaten gegen das Leben“ und damit neben Mord und Totschlag angesiedelt (Busch, 2020). Die rechtliche Verortung des Schwangerschaftsabbruchs als Straftat hat direkte Auswirkungen auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, weil sie Sonderregelungen unterliegt und rechtlich ungenügend abgesichert ist.

In der aktuellen Forschung wird zwischen internalisierter, antizipierter und erlebter Stigmatisierung differenziert (Chaudoir et al., 2013; Hanschmidt et al., 2016). Unter internalisierter Stigmatisierung wird die Übernahme negativer Zuschreibungen und Stereotype ins eigene Selbstbild verstanden, was sich durch Scham- und Schuldgefühle ausdrückt (Chaudoir et al., 2013; Shellenberg et al., 2011). Unter antizipierter Stigmatisierung werden die Sorge bzw. die Erwartung verstanden, von

anderen stigmatisierend und abwertend behandelt zu werden oder, dass schlecht über sie gedacht und geredet wird. Dies vermag sich insbesondere dahingehend auszuwirken, dass Frauen ihre Schwangerschaft erst spät offenlegen bzw. ihren Schwangerschaftsabbruch vor anderen geheim halten, um die befürchteten Konsequenzen zu vermeiden (Shellenberg et al., 2011; Sorhaindo et al., 2014). Unter erlebter Stigmatisierung wird die erfahrene Stigmatisierung sowohl durch strukturelle Rahmenbedingungen als auch in der unmittelbaren, professionellen und medialen Öffentlichkeit verstanden (Chaudoir et al., 2013; Hanschmidt et al., 2016). Dazu gehören das herabwürdigende Verhalten durch Familie, Freundinnen und Freunde, medizinisches Personal sowie Gehsteigbelästigung. Aber auch ein erschwerter Zugang zu Informationen und Versorgung sind als Stigmatisierungserfahrungen zu bewerten. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass Stigmatisierung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch nicht nur die Frauen betrifft, die eine Schwangerschaft abbrechen (wollen), sondern auch diejenigen, die sie vornehmen. Auf letzteren Aspekt wird in Kapitel 7.3.4.7 ausführlich eingegangen.

Stigmatisierung im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und vor allem jenen, die beendet werden, kann erhebliche Auswirkungen auf die betroffenen Frauen haben, sowohl emotional als auch sozial. Es ist wichtig zu beachten, dass diese Stigmatisierung oft auf gesellschaftlichen Normen und Vorurteilen basiert und nicht unbedingt auf den individuellen Umständen oder Bedürfnissen der betroffenen Frauen. Die Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs kann zu mangelnder sozialer Unterstützung, sozialer Isolation und einer Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens führen (Cockrill et al., 2013; Cockrill & Nack, 2013; Major & Gramzow, 1999; Moseson et al., 2019; Shellenberg et al., 2011; Sorhaindo et al., 2014). Scham und Schuldgefühle können ebenfalls bewirken, dass ungewollt Schwangere überhaupt nicht oder erst verspätet medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Cockrill et al., 2013; Kjelsvik et al., 2019).

Um die Stigmatisierung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen zu untersuchen, wurde die gekürzte und validierte ILAS-Skala (Individual-Level Abortion Stigma) als Messinstrument für standardisierte Befragungen eingesetzt (Cockrill et al., 2013). Sie wurde an die spezifischen Anforderungen zur Beantwortung der Forschungsfragen angepasst. Es wurden Aspekte der internalisierten Stigmatisierung Items zur Selbstbewertung erhoben. Über Fragen zur Sorge vor einer Bewertung anderer wurde die antizipierte Stigmatisierung erfasst. Die Offenlegung wurde über Fragen zur sozialen Isolation und der Bereitschaft erfragt, mit anderen offen über den Schwangerschaftsabbruch zu reden.

5.1.1.2.7 Theoretisches Konzept und Operationalisierung von Informiertheit

Qualitativ hochwertige Informationen sind im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit essenziell für eine selbstbestimmte Entscheidung, psychisches Wohlbefinden und eine evidenzbasierte Versorgung (Erdman, 2012, S. 84; Mahanaimy et al., 2020, S. 2; Schweiger, 2012; WHO, 2022, S. 10). Für einen zeitnahen Versorgungszugang und guten Entscheidungsprozess werden innerhalb einer kurzen Zeit umfangreiche und komplexe Informationen benötigt (Jeltsch, 2022, 92f.; Schweiger, 2015, S. 240). Informationen über Schwangerschaftsabbrüche müssen vollständig, neutral, verständlich und evidenzbasiert sein. Sie müssen an die unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Situationen angepasst und für Frauen jederzeit vertraulich und ohne Zustimmung einer dritten Person zugänglich sein (WHO, 2022, S. 36). Viele Frauen stoßen innerhalb des Informationsprozesses auf Barrieren, die als Belastungen innerhalb der Abbruchversorgung erlebt werden können (Kavanaugh et al., 2019, S. 81; Mitev, 2016, 47f.; Schweiger, 2012, S. 17).

Baumann et al. (2020, S. 1151) unterscheiden bei der gesundheitsbezogenen Informiertheit zwischen zwei Kommunikationsarten: Erstens die eher passive „Push-Kommunikation“, die sich auf strategische, mediale Gesundheitskommunikation zur Steigerung von Aufmerksamkeit und Wissen

richtet. Zweitens die „Pull-Kommunikation“, die die aktive Suche nach Gesundheitsinformationen umfasst und hauptsächlich vom Interesse und der Motivation der suchenden Person abhängt (Baumann et al., 2020, S. 1151).

Durch langjährige Reglementierungen von Informationen zum Schwangerschaftsabbruch besteht in diesem Themenfeld eher die „Pull-Kommunikation“, sodass Personen meistens erst bei Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft aktiv nach Informationen zum Schwangerschaftsabbruch suchen. Da aus diesem Grund der Informationserhalt verglichen mit anderen Gesundheitsthemen deutlich eingeschränkter ist, ist der einfache Zugang zu hochwertigen Informationen beim Schwangerschaftsabbruch so bedeutsam.

Burnett et al. (2008, S. 2) unterscheiden zwischen physischem, sozialem und intellektuellem Zugang zu Informationen. Physischer Zugang beschreibt, inwiefern Informationen „örtlich“ zugänglich sind. Beim Schwangerschaftsabbruch umfasst dies zum Beispiel den Online-Zugang zu Internetseiten oder den örtlichen Zugang zu Arztpraxen oder Beratungsstellen, wo ungewollt Schwangere konkrete Informationen erhalten können. Das sogenannte Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche (bis 2019 in Form des § 219a StGB) behinderte beispielsweise den physischen Zugang über das Internet, weil Ärztinnen und Ärzte auf den Homepages ihrer Praxen nicht zu ihren Angeboten informieren durften. Der intellektuelle Zugang umfasst, wie Informationen verstanden, kategorisiert, organisiert und dargestellt werden können und wie dies den Suchprozess und das Informationsverständnis beeinflusst. Idealerweise wären dann Informationen zum Schwangerschaftsabbruch für Menschen mit unterschiedlichen Bildungshintergründen, Sprachen, Medienkompetenzen und kognitiven Fähigkeiten gleich gut verständlich. Der soziale Zugang zu Informationen wird durch die Normen und Werte des Umfelds maßgeblich beeinflusst. Beispielsweise können Erfahrungsberichte im Umfeld über Abbrüche den Informationszugang erleichtern, was angemessene Informationen, Quellen und korrekte Zugangswege sind. Aber die Normen und Werte des Umfelds können den Zugang zu Informationen auch verhindern, wenn eine erwartete Abwertung beispielsweise dazu führt, dass nicht nach benötigten Informationen gesucht wird (Burnett et al., 2008, 2 ff.).

Umfangreiche und bedarfsgerechte medizinische Informationen tragen dazu bei, dass Patientinnen informierte Entscheidungen treffen können, das Verhalten von Fachkräften besser verstehen und durch Gefühle wie Selbstvertrauen, Planbarkeit und Kontrolle gestärkt werden. Bezogen auf Informationen zum Schwangerschaftsabbruch nehmen negative Gefühle, die auf Unsicherheit zurückzuführen sind, durch einen gesicherten Informationszugang ab (Erdman, 2012; Horch et al., 2012, S. 740; Klann & Wong, 2020, 177f.; Mitev, 2016, S. 47). Erhalten ungewollt Schwangere alle benötigten Informationen zum Schwangerschaftsabbruch, erhöht sich ihre Gesamtzufriedenheit (Mossie Chekol et al., 2016, S. 144; Tilles et al., 2016, S. 167) und die medizinischen Abläufe der unterschiedlichen Methoden, körperliche Reaktionen und Nebenwirkungen können besser eingeordnet und bewältigt werden (Georgsson et al., 2019, S. 388; WHO, 2012, S. 55).

Ein eingeschränkter Zugang zu Informationen kann die Inanspruchnahme von Hilfe verzögern, den Zeitdruck erhöhen, die Entscheidungsfindung erschweren und letztendlich die psychische Gesundheit der Frauen negativ beeinträchtigen (Bomert, 2022, S. 10; Georgsson et al., 2019, S. 385; Hasstedt, 2018, 4f.; Klann & Wong, 2020, 177f.). Unzureichende, falsche oder ungewollt erhaltene Informationen sowie eine mittelmäßig bis schlecht wahrgenommene Informiertheit können Unsicherheit und Zweifel an der Sicherheit und Vertrauenswürdigkeit von Angeboten hervorrufen, was sich negativ auf die Versorgung auswirken kann. Dies ist unter anderem deshalb wichtig, da ein Schwangerschaftsabbruch umso risikoärmer ist, je früher er durchgeführt wird (Georgsson et al., 2019, 382ff.; Kanstrup et al., 2018, S. 843; Kavanaugh et al., 2019). Ebenso stehen Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit dem Erleben körperlicher Reaktionen durch fehlende Vorbereitung

und Informationen (Georgsson et al., 2019, 382ff.; Kavanaugh et al., 2019). Informationsbarrieren können außerdem zur Folge haben, dass Frauen ungenügende Informationen über geeignete Webseiten oder durch das Gesundheitspersonal erhalten (Georgsson et al., 2019, 385ff.; Ghiasi, 2021, S. 1320; Schweiger, 2012).

Die Frage nach der Informiertheit ist für Frauen mit ungewollten Schwangerschaften folglich von zentraler Bedeutung. Wir betrachten Informiertheit unter folgenden Aspekten:

- **Informationsbedarf:** Welche Informationen wünschen sich ungewollt Schwangere?
- **Informationsquellen:** Wo finden sie hilfreiche Informationen, die Adresse zur Pflichtberatung und Abbrucheinrichtung?
- **Informationsbarrieren:** Auf welche Informationsbarrieren stoßen sie?
- **Subjektive Informiertheit:** Wie schätzen Frauen ihre subjektive Informiertheit ein? In welchem Zusammenhang steht die Informiertheit mit anderen Versorgungsaspekten?

5.1.1.2.8 Theoretisches Konzept von medizinischer Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch

Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung beim Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Der Zugang zu Informationen und die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruches beeinflussen die Versorgungsqualität direkt, werden im vorliegenden Bericht getrennt behandelt (vgl. Kapitel 5.1.1.2.6; 5.1.1.2.7) und sind daher hier größtenteils ausgeklammert. Um Belastungen, Barrieren und Ressourcen im Zusammenhang mit der Versorgung zu erfassen, wurden die Erfahrungen, die Frauen in der medizinischen Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch machen, in unterschiedlichen Kategorien erfragt, die sich an den Zugangsdimensionen von Versorgung orientieren.

Der Zugang zur Versorgung kann als das Maß der Übereinstimmung zwischen den Angeboten und den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten beschrieben werden (Penchansky & Thomas, 1981, S. 128). Dabei unterscheiden wir insgesamt sechs Verhältnisdimensionen, die miteinander interagieren und so gemeinsam den Zugang generieren: Verfügbarkeit (*availability*) beschreibt das Verhältnis zwischen den Kapazitäten existierender Angebote und Ressourcen und den Bedarfen der Klientinnen und Klienten (Penchansky & Thomas, 1981, S. 128). Im Projekt ELSA wurde dafür erhoben, wie leicht es war, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden und wie viele Einrichtungen für einen Termin kontaktiert werden mussten. Räumliche Erreichbarkeit (*accessibility*) umfasst das Verhältnis zwischen dem Ort des Angebots und dem Ort der Klientinnen und Klienten, wobei die existierende Verkehrsinfrastruktur, nötige Reisezeit, Entfernung und Mobilität der Klientinnen und Klienten ebenfalls von Bedeutung sind (Penchansky & Thomas, 1981, S. 128). Erreichbarkeit und Entfernung zur Abbrucheinrichtung wurden in ELSA ebenfalls erhoben. Anpassbarkeit (*accomodation*) beinhaltet die Art, wie die Angebote organisiert sind und wie die Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten dazu passen und sie diese als angemessen bewerten (Penchansky & Thomas, 1981, S. 128). Dazu wurden in ELSA u. a. Daten zu den Überweisungswegen, zum Schutz der Privatsphäre in der Praxis, zu organisatorischen Schwierigkeiten und Informationsbarrieren erhoben. Leistbarkeit (*affordability*) betrifft alle mit dem Schwangerschaftsabbruch direkt und indirekt zusammenhängenden Kosten und interagiert mit den finanziellen Ressourcen der Klientinnen und Klienten (Penchansky & Thomas, 1981, S. 128). In ELSA wurden Daten zur Kostenübernahme, zu Kosten rund um den Abbruch und zur Bezahlbarkeit erhoben. Annehmbarkeit (*acceptability*) bestimmt die Beziehung zwischen den Einstellungen der Klientinnen und Klienten gegenüber den Anbieterinnen und Anbietern und deren Einstellungen gegenüber den Klientinnen und Klienten. Dabei spielen soziale Kategorien wie Alter, Geschlecht, Ethnizität und Religion eine Rolle (Penchansky & Thomas, 1981, S. 129). Bezogen auf die Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch sind hier insbesondere Stigmatisierungserfahrungen von Interesse, aber auch Diskriminierungserfahrungen von jungen Frauen, Frauen mit Sprachbarrieren oder Migrationsgeschichte. Eine weitere Dimension ist die Angemessenheit (*appropriateness*) (Levesque et al., 2013). Diese Dimension bezieht sich auf die angemessene Qualifikation des Personals und die Anwendung medizinischer Standards und ist in

Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch beispielsweise hinsichtlich der angewendeten Methode relevant. Die WHO-Leitlinie sieht vor, dass eine Klientin, sofern die Frist es noch zulässt, die Möglichkeit haben sollte, zwischen den Methoden zu wählen und für diese Wahl ausreichende Informationen verfügbar sein sollten (WHO, 2022). Zu diesen Aspekten wurden ebenfalls Daten in ELSA erhoben.

Ein umfassendes Konzept der Versorgung umfasst neben den Zugangsdimensionen auch Prozessdimensionen. Einige Faktoren wirken bereits zu Beginn bei der Kontaktaufnahme oder am Eintrittspunkt in die Gesundheitsversorgung und können als Barrieren den ersten Kontakt erheblich erschweren. Beim Schwangerschaftsabbruch bedeutet dies zum Beispiel einen Mangel an Informationen, eine zu große Entfernung zum Angebot oder die zu späte Feststellung der Schwangerschaft. In der vorliegenden Befragung wurden daher detaillierte Daten zum ersten Arztbesuch von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, auf explorative Weise erhoben. Im Versorgungssystem können Faktoren wie Kosten, Wartezeiten und die Art der Behandlung durch das medizinische Personal wichtig sein. Nach dem Eingriff spielen die Nachsorge, die eingesetzten Methoden und die daraus resultierende Zufriedenheit oder Unzufriedenheit sowie gesundheitliche Folgen eine Rolle. Barrieren sind somit auch sequentiell strukturiert: Wurden grundlegende Standort- und Kostenhindernisse überwunden, können Patientinnen anschließend mit Hindernissen, die sich aus der Organisation der Gesundheitsversorgung ergeben, konfrontiert werden“ (Levesque et al., 2013, S. 24).

Die genannten Dimensionen können den Zugang zur Versorgung sowohl fördern als auch einschränken (Levesque et al., 2013, S. 24). Sie sind dabei nicht unabhängig voneinander, sondern interagieren miteinander (Levesque et al., 2013, S. 23). Barrieren bzw. begünstigende Faktoren können kumulieren, was auch in der vorliegenden Befragung erfasst und ausgewertet wurde. Eine geringe Verfügbarkeit und räumliche Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzte kann u. a. längere Wartezeiten und Wegstrecken, höhere Kosten und mehr organisatorischen Aufwand sowie Stigmatisierungserfahrungen aufgrund erzwungener Offenlegung zur Folge haben (Barr-Walker et al., 2019; Jerman et al., 2017; Lindo et al., 2017). Diese Folgen stellen Zugangsbarrieren dar und betreffen insbesondere Frauen aus vulnerablen Gruppen, zum Beispiel solche mit geringeren sozio-ökonomischen Ressourcen, Sprachbarrieren, gewalttätigen Partnern, Behinderung sowie minderjährige und illegalisierte Frauen (Foster, 2020; Foster & Kimport, 2013; Killinger et al., 2020). Frauen können daher in der medizinischen Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch mit einer Vielzahl von Hindernissen konfrontiert sein, die wiederum Belastungsfaktoren darstellen können.

Ein wesentlicher Aspekt ist die Zeit zwischen der Feststellung und dem Abbruch der Schwangerschaft. In der Literatur werden ein möglichst früher Abbruch sowie ein schneller Zugang zur Versorgung als Qualitätsmerkmal angesehen. Verzögerungen bei der Versorgung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch werden in der Literatur hauptsächlich als Ergebnis vorhandener Barrieren beschrieben (Baum et al., 2015; Garnsey et al., 2021; Jones & Jerman, 2017; Jung et al., 2023). Dazu zählen unter anderem eine gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit zwischen der Pflichtberatung und dem Schwangerschaftsabbruch, wie sie beispielsweise auch in Deutschland existiert, die Reisezeit zur Abbrucheinrichtung (Jerman et al., 2017; White et al., 2016), Stigmatisierung und daraus resultierende Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs, Informationsbarrieren, fehlende soziale Unterstützung, finanzielle Barrieren und indirekte Überweisungswege (Frarey et al., 2019). Auch die späte Feststellung der Schwangerschaft sowie ein eingeschränktes Angebot an Methoden, wie medikamentöse, operative und telemedizinische Optionen, beeinflussen die Versorgung (Koenig et al., 2023) und werden als Ursache für Verzögerungen benannt. Hinzu kommt, dass komplexe Entscheidungsprozesse, die nicht mit Zugangsbarrieren zusammenhängen, ebenfalls den Weg zur Versorgung verlängern

können. Besonders betroffen von Verzögerungen sind Frauen mit begrenzten finanziellen Mitteln, jüngere Frauen und solche, die in gewalttätigen Partnerschaften leben (Vallury et al., 2023).

Die Literatur legt nahe, dass Verzögerungen in der Versorgung generell als nachteilig zu betrachten sind. Dies wird zum einen damit begründet, dass die meisten Schwangeren einen möglichst frühen Abbruch bevorzugen und ein langwieriger Versorgungsprozess erheblichen Stress verursachen kann (Smith & Cameron, 2019). Zum anderen wird mit fortschreitender Schwangerschaftsdauer die Effektivität medikamentöser Abbrüche reduziert (Koenig et al., 2023), eine freie Methodenwahl¹ ist dann nicht mehr möglich und damit auch keine freie Wahl der Einrichtung (Doran & Nancarrow, 2015). Auch kann daraus resultieren, dass Schwangere bei Überschreiten der gesetzlichen Frist in Deutschland für einen Abbruch ins Ausland gehen müssen (Zordo et al., 2021), alternative Wege suchen oder auch gar keinen Zugang zum Abbruch erhalten.

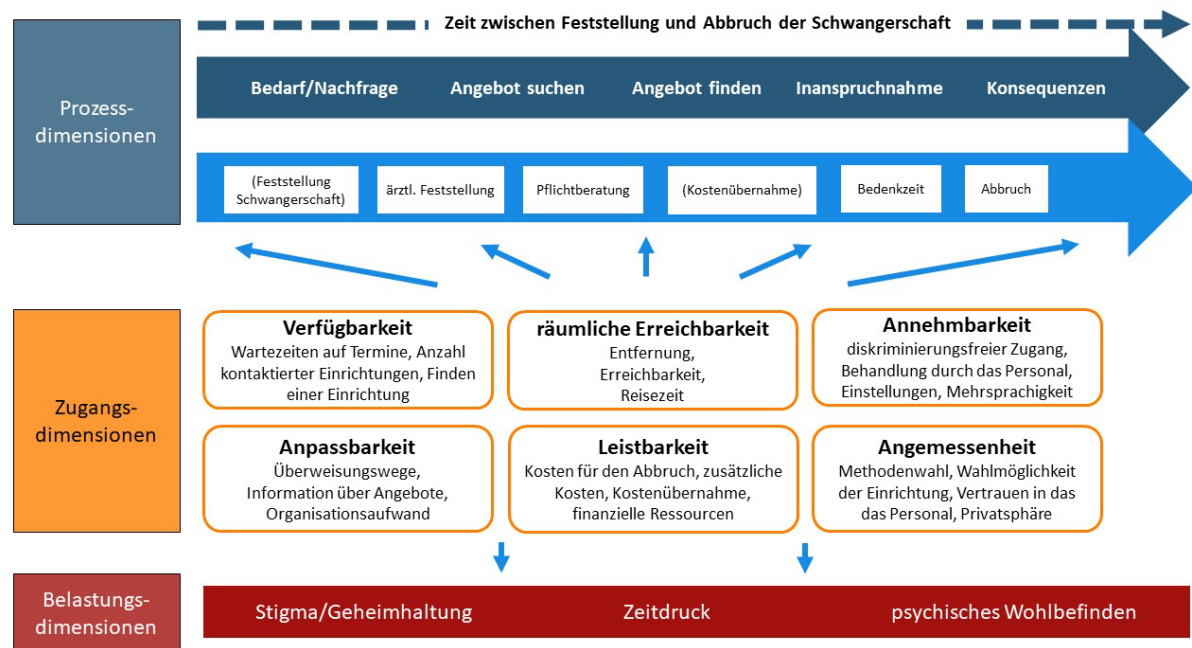
Zugangsbarrieren können sich insgesamt negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken. Verzögerungen in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und damit einhergehend ein späterer Schwangerschaftsabbruch führen potentiell zu größeren Belastungen und höheren medizinischen Risiken (Wasser et al., 2023; WHO, 2022).

Neben dem Wunsch nach Geheimhaltung oder Privatsphäre sind die mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen Kosten und die weite Entfernung zur nächsten Behandlungsmöglichkeit häufige Gründe dafür, warum 2019 über 1.000 ungewollt Schwangere in Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch außerhalb der regulären Versorgung über die Organisation Women on Web gewählt haben (Killinger et al., 2020). Im Projekt wurden auch Daten zu Abbrüchen außerhalb der regulären Versorgung erhoben und ausgewertet.

Abb. 5.6 stellt die dargestellten Dimensionen und Einflussfaktoren grafisch dar.

¹ Ein Abbruch bis zur 9. Woche kann in Deutschland auch medikamentös stattfinden, danach steht nur noch die operative Methode zur Verfügung.

Abb. 5.6: Dimensionen und Einflussfaktoren von medizinischer Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch



Eigene Darstellung 2023 (Barr-Walker et al., 2019; Coast et al., 2018; Endler et al., 2020; Foster, 2020; Levesque et al., 2013; Penchansky & Thomas, 1981)

5.1.1.3 Feldberichte und Stichprobenbeschreibung

Für Schwangerschaftsabbrüche liegen, anders als für Geburten, keine Register vor, aus denen eine Zufallsstichprobe gewonnen werden kann. Es wurden daher zwei gesonderte Wege gegangen, um einmal eine Stichprobe der ausgetragenen und einmal eine Stichprobe der abgebrochenen Schwangerschaften mit der bestmöglichen Stichprobenqualität zu gewinnen. Die Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft wurden durch das Screening einer Zufallsauswahl aus Einwohnermeldeamtsadressen gewonnen. Der Zugang zu Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ist eine Herausforderung, zumal die dezentrale Versorgungsstruktur eine repräsentative Erhebung über eine Zufallsstichprobe an den Abbrucheinrichtungen unmöglich macht. Es wurden daher andere Strategien der Ansprache und Einladung von Teilnehmerinnen über Abbrucheinrichtungen, Beratungsstellen, Soziale Medien und der Nichtregierungsorganisation (NGO) Women on Web verfolgt. Ein kleinerer Teil der Stichprobe von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen konnte allerdings auch über die Zufallsauswahl aus Einwohnermeldeamtsadressen gewonnen werden.

Im Folgenden werden die Stichprobenziehung über die Einwohnermeldeämter und die gesonderte Gewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen dargelegt. Im Anschluss erfolgt eine zusammenfassende Übersicht der Stichproben der ELSA-Frauenbefragung. Danach erfolgt eine Darstellung zentraler Merkmale der Stichproben der Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften und der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen. Das Kapitel schließt mit einem Exkurs zur Altersstruktur in der ELSA-Stichprobe.

5.1.1.3.1 Stichprobenziehung über Einwohnermeldeämter

Erstbefragung

Mit der Durchführung der Erhebung war Kantar Public (seit 2023 Verian) beauftragt. Es erfolgte eine zweistufige Ziehung (Klumpenstichprobe) einer Zufallsauswahl aus Einwohnermeldeamtsadressen mit dem Kriterium Mütter mit Kindern bis zu 6 Jahren. In einem ersten Schritt erfolgte die Ziehung von Gemeinden, die in ihrer Zusammensetzung ein bundesweit repräsentatives Abbild darstellen (insgesamt 200 Sample Points in 343 Gemeinden). In einem zweiten Schritt erfolgte eine Zufallsauswahl von Frauen innerhalb der Sample Points. Die Grundgesamtheit bilden weibliche gesetzliche Vertretungen von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren. Die Ziehungsanweisung an die Gemeinden, die Ende des Jahres 2020 verschickt wurde, weist als Grundgesamtheit alle Personen zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung mit Hauptwohnung in der Gemeinde aus, die ab und nach dem 01.01.2015 geboren sind (also die Jahrgänge 2015 bis 2021). Zusätzlich zu diesen Kindern sollten jeweils auch die gesetzlichen Vertreter und deren Anschrift übermittelt werden. Für den Fall, dass es den Gemeinden möglich war, nicht-weibliche gesetzliche Vertretungen zu identifizieren, so durften diese aus der Ziehung ausgenommen werden und mussten nicht zur Verfügung gestellt werden. Über diesen Angang war es möglich, eine Zufallsziehung der eingetragenen gesetzlichen weiblichen Vertretung von Kindern im Alter bis zu 6 Jahren deutschlandweit vorzunehmen.

Die Adressbeschaffung erstreckte sich von Ende Dezember 2020 bis Mitte November 2021. Dieser Zeitrahmen war erforderlich, um in einer Vielzahl von Nachkontakten bei den Einwohnermeldeämtern die Besonderheiten der Studie zu erläutern und die Freigabe der Adresslieferung zu erwirken. Die Stichprobenziehung war Mitte November 2021 beendet. Um eine ausreichend große Stichprobe zu erreichen, wurden als Bruttostichprobe $N = 33.000$ Adressen gezogen, die sich aus zwei Tranchen zusammensetzen.

Für Tranche 1 wurden folgende schriftliche Kontakte realisiert:

- Erstanschreiben Ende November 2021 (erster Rücklauf am 4. Dezember 2021)
- Erstes Erinnerungsschreiben Mitte Januar 2022 (erster Rücklauf am 29. Januar 2022)
- Zweites Erinnerungsschreiben Anfang März 2022 (erster Rücklauf am 11. März 2022)

Für Tranche 2 gilt, dass sie zeitgleich zum ersten Erinnerungsschreiben der Tranche 1 aufgesetzt und ins Feld gebracht wurde. In dieser Tranche gab es ein Erinnerungsschreiben, das parallel zum zweiten Erinnerungsschreiben der Tranche 1 verschickt wurde.

Das Incentivekonzept umfasste ein bedingtes Incentive in Höhe von € 10,-, das im Anschreiben angekündigt wurde. Im Laufe des Interviews wurden Frauen, die mindestens eine ungewollt eingetretene ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaft hatten, eine Erhöhung des Incentives auf € 20,- in Aussicht gestellt. Der höhere Betrag für diese Gruppe wurde in Anbetracht der zusätzlichen Länge des Fragebogens beim Vorliegen einer ungewollten Schwangerschaft als adäquatere Aufwandsentschädigung bewertet und sollte den Anreiz zur Befragungsteilnahme für die Zielgruppe nochmals erhöhen, um eine größere Ausschöpfung zu erreichen.

Mit dem Feldstart stellte sich heraus, dass der Rücklauf es erlaubte, das Incentive ab dem ersten Erinnerungsschreiben auf € 20,- zu erhöhen. Frauen mit mindestens einer ungewollten Schwangerschaft wurde daher im Laufe des Interviews eine Erhöhung des Incentives auf € 30,- angekündigt.

Die Feldzeit für die Erstbefragung belief sich von Dezember 2021 bis September 2022. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 4.630 Interviews realisiert, darunter $n = 743$ mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (nach Datenbereinigung und Anwendung einer

eng gefassten Definition von ungewollter Schwangerschaft 4.589 Interviews, darunter $n = 572$ zu ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften². Dies entspricht einer unbereinigten Rücklaufquote von 14,0 %. Nach Bereinigung um qualitätsneutrale Ausfälle aus der Bruttostichprobe ($n = 1.715$) und um Fälle mit nicht-plausiblen Angaben aus der Nettostichprobe ($n = 41$) beläuft sich die Rücklaufquote auf 14,7 %.

Bei der Einordnung der Rücklaufquote ist zu berücksichtigen, dass im Anschreiben gezielt Frauen mit ungewollten Schwangerschaften als kleine Teilgruppe der Grundgesamtheit angesprochen wurden und die – die große Mehrzahl bildenden – Frauen mit ausschließlich gewünschten und geplanten Schwangerschaften sich weniger stark als passende Adressatinnen der Befragung wahrgenommen haben. Der Anteil von Frauen mit mindestens einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft an der Stichprobengesamtheit von Frauen mit mindestens einem Kind unter sechs Jahren liegt mit Anteilen (in Abhängigkeit von der Definition von ungewollter Schwangerschaft) zwischen 16,0 % und 19,7 % und damit über dem für die spezifische Stichprobe zu erwartenden Wert. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der sensiblen Thematik ist die Stichprobenausschöpfung von 14,7 % als zufriedenstellend zu bewerten.

Wiederholungsbefragung

Im Rahmen der Erstbefragung von ELSA gab es Fragebogeninhalte, die sich auf den Zeitpunkt rund zwei Jahre nach Ende der Schwangerschaft bezogen haben. Bei einigen Frauen, die an der Erstbefragung teilgenommen hatten, lag das Schwangerschaftsende für diesen Bezugsrahmen noch nicht hinreichend weit zurück. Für diese Frauen wurde eine entsprechende Wiederholungsbefragung mit einem deutlich kürzeren Frageprogramm als das der Erstbefragung durchgeführt. Die Bruttostichprobe betrug $n = 508$ Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft, die zwischen 2020 und 2022 eingetreten war. Die Feldzeit fand im Zeitraum Januar 2023 bis April 2023 statt. Es wurde ein Erstanschreiben im Januar und ein Erinnerungsschreiben im März verschickt. Es wurden $n = 239$ Interview realisiert, wobei die Stichprobe nach Bereinigung $n = 228$ Fälle umfasst. Dies entspricht einer unbereinigten Ausschöpfung von 47,0 % und einer bereinigten Ausschöpfung von 44,9 %.

Außerdem bekamen 252 Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft, die zwischen 2015 und 2019 eingetreten ist, ein vertieftes Frageprogramm zum Verhütungsverhalten gestellt. Die Rücklaufquote betrug 50 % ($N = 126$).

5.1.1.3.2 Stichprobengewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen Während anhand der Einwohnermelderegister Rückschlüsse möglich sind, ob Frauen Kinder geboren haben – bzw. genauer: die gesetzliche Vertretung von Minderjährigen ausüben – liegen für Schwangerschaftsabbrüche weder Merkmale noch anderweitige Register vor, aus denen eine Zufallsstichprobe gewonnen werden oder eine Grundgesamtheit für eine Adressziehung eingegrenzt werden könnte. Der Aufwand für eine Gewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ausschließlich mittels einer Zufallsauswahl von Adressen aus Einwohnermeldeämtern stände aufgrund der geringen Prävalenz in keinem wirtschaftlich zu rechtfertigenden Verhältnis zum Nutzen. Für die Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden verschiedene Wege der Teilnehmerinnen-Gewinnung beschritten. Die Stichprobe erfüllt nicht das Kriterium der Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl, bei der jedes Element der Grundgesamtheit die gleiche Chance hat gezogen zu

² Bei der Datenerhebung wurde mit einer weiter gefassten Definition von *ungewollter Schwangerschaft* operiert, um zu gewährleisten, dass die Zielgröße erreicht wird. Die Datengrundlage erlaubte es im Nachgang eine enger gefasste Definition von *ungewollter Schwangerschaft* anzuwenden.

werden. Allerdings kann gezeigt werden, dass die Stichprobe in ihrer Zusammensetzung bezüglich verschiedener zentraler Merkmale den Strukturdaten der amtlichen Statistik gleicht.

Die Stichprobe der Frauen mit Abbrüchen setzt sich aus Teilstichproben zusammen, die über folgende Wege gewonnen wurden:

- Screening im Rahmen der Einwohnermeldeamtsstichprobe
- Abbrucheinrichtungen
- Beratungsstellen
- Social Media
- Women on Web
- Fälle aus der Sonderstichprobe Nordhausen (Frauen mit Gewalt- oder Fluchterfahrung)

Zu Beginn des Fragebogens machten die Frauen detaillierte Angaben zu ihrer Schwangerschaftsbiografie, um eine relevante Schwangerschaft zu identifizieren, zu der ein vertiefendes Frageprogramm gestellt wurde (gewollt eingetreten ausgetragen, ungewollt eingetreten ausgetragen oder Schwangerschaftsabbruch). Beim Vorliegen von mindestens einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft wurden die Frauen prioritär zu der zeitlich nächstgelegenen ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft befragt. Beim Vorliegen ausschließlich gewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaften wurde zu der zeitlich nächstgelegenen gewollten Schwangerschaft befragt. Wenn die Teilnehmende bisher keine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen hatte und mindestens einen Schwangerschaftsabbruch angab, konnte sie wählen, ob sie vertiefende Fragen zum letzten Schwangerschaftsabbruch oder zur letzten Geburt beantwortet.

Um die angestrebte Zielgröße von $n = 500$ Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen zu erreichen, war bereits vor Studienbeginn neben dem Zugang über die repräsentative Zufallsstichprobe der standardisierten Querschnittsbefragung auch der Weg über Praxispartnerinnen und -partner vorgesehen. Dies waren 26 deutschlandweite Praxen und Kliniken, die Abbrüche durchführen und deren Kooperationszusagen bereits vor Studienbeginn eingeholt worden waren. Dabei handelte es sich vor allem um Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche als regelmäßig durchgeführt werden. Bei der Auswahl der Kooperationspartnerinnen und -partner wurde auch auf eine gleichmäßige Verteilung zwischen den Bundesländern geachtet. Zudem wurde sich darum bemüht sowohl Praxen als auch Kliniken für eine Kooperation zu gewinnen. Die Planung sah hierbei vor, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom ELSA-Projekt Patientinnen in sensibler Weise ansprechen, sie über die Studie informieren und für die Teilnahme gewinnen. Aufgrund der Auflagen im Rahmen der Corona-Pandemie waren die dafür geplanten Praxisbesuche zur Unterstützung der Praxisteams jedoch nicht möglich.

Die Feldphase startete im November 2021. Zu Beginn des Jahres 2022 zeichnete sich ab, dass der Rücklauf von Teilnehmerinnen, die durch die Praxispartnerinnen und -partner gewonnen wurden, deutlich unter den Erwartungen blieb. Um die Rücklaufquote zu verbessern, wurde ein Maßnahmenplan erarbeitet. In einem ersten Schritt sollten die Praxispartnerinnen und -partner motiviert und zur verstärkten Ansprache von Frauen aktiviert werden. Mit Hilfe der Praxispartnerinnen und -partner, bei denen ein hoher Rücklauf zu verzeichnen war, wurde eine Best-Practice-Empfehlung entwickelt, die an alle Praxispartnerinnen und -partner gegeben wurde. Zusätzlich wurden bis Mai 2022 weitere 28 Praxispartnerinnen und -partner für die Unterstützung der Studie gewonnen. Nachdem der Rücklauf trotz der ergriffenen Maßnahmen noch nicht ausreichend gesteigert werden konnte, wurden in einem zweiten Schritt ab Juni 2022 41 anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungseinrichtungen gewonnen, die eine Beratung nach

§219 StGB anbieten. Die Auswahl konzentrierte sich auf Regionen, die bei den zu dem Zeitpunkt vorliegenden Rückläufen unterrepräsentiert waren. In einem dritten Schritt wurde im Juni 2022 eine Social-Media-Kampagne mit Werbeanzeigen auf Instagram und Facebook gestartet. Mit einer ansprechenden Text- und Layoutgestaltung wurden Frauen eingeladen, an der Befragung teilzunehmen.

Ein gesonderter Zugang zu Teilnehmerinnen erfolgte über die internationale NGO Women on Web, die in Deutschland einen telemedizinisch begleiteten Schwangerschaftsabbruch für Frauen anbietet. Hier wurden Informationen zur Befragung auf der Homepage der NGO veröffentlicht und interessierte Frauen bei der telemedizinischen Beratung angesprochen.

Weiterhin rekrutierte der Standort Nordhausen Frauen mit Fluchterfahrung oder ungeregeltem Status und Frauen mit Partnergewalterfahrung über Stakeholder und Gatekeeperinnen und -keeper (Beratungs-/Unterstützungsstellen, Gemeinschaftsunterkünfte etc.), die ähnlich wie die medizinischen Praxispartnerinnen und -partner fungierten. Zur zielgruppenspezifischen Ansprache dieser Personengruppen wurde vorab eine eigene mehrgleisige Öffentlichkeitsstrategie für eine breite und gezielte Ansprache entworfen, die eine eigene Homepage (elsa-nordhausen.de), Flyer und ein Plakat beinhaltete. Webseite und Flyer wurden in fünf Fremdsprachen übersetzt und beinhalteten Informationen zur Studie, zu den Teilnahmemöglichkeiten und den Rahmenbedingungen der Teilnahme.

Die Zielgröße konnte im August 2022 erreicht werden und die Befragung wurde kurz darauf im September 2022 geschlossen. Die Stichprobe setzt sich nach den unterschiedlichen Zugangswegen wie folgt zusammen.

Tab. 5.2: Zusammensetzung der Stichprobe mit abgebrochenen Schwangerschaften nach Zugangswegen

Zugangsweg	Gesamtrücklauf (n=662)	bereinigte Stichprobe (n=608)
	Anteil in %	Anteil in %
Abbrucheinrichtungen	38,2	40,0
Beratungsstellen	4,2	4,6
Social Media	28,1	29,3
Women On Web	3,6	3,9
Einwohnermeldeamtsstichprobe	24,2	20,4
Sonderstichprobe Nordhausen	1,7	1,8
Gesamt	100,0	100,0

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Unter den 662 Frauen waren 47 Frauen, die eine gewollt eingetretene Schwangerschaft abgebrochen haben und 7 Frauen, die keine Angabe zu ihrer Schwangerschaftsintention machten. Diese Fälle wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, da davon auszugehen ist, dass sich diese Schwangerschaftsabbrüche systematisch von jenen unterscheiden, die nach Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft erfolgten.

Daraus ergibt sich eine finale Stichprobe von n = 608 Frauen mit ungewollt eingetretener abgebrochener Schwangerschaft. Für die Auswertungen der Themenkomplexe Versorgung und Information wurden nur Schwangerschaftsabbrüche berücksichtigt, die in Deutschland vorgenommen wurden (n = 594). Für die Auswertungen zu den Themen Lebenslagen, Entscheidungsprozesse und Stigmatisierung wurden alle Befragten mit Abbruch einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft einbezogen.

5.1.1.3.3 Übersicht der Stichproben der ELSA-Frauenbefragung

Die in der ELSA-Studie über verschiedene Zugangswege – Einwohnermeldeamtsadressen, Abbrucheinrichtungen, Beratungsstellen und Social Media – als Befragungsteilnehmerinnen gewonnenen Frauen wurden nicht in eine gemeinsame Stichprobe integriert, da dies die Repräsentativität der mittels einer Zufallsauswahl aus Einwohnermeldeamtsadressen gezogenen Teilstichprobe beeinträchtigt hätte. Daher beruhen die Analysen innerhalb der ELSA-Studie auf der – teilweise vergleichenden – Auswertung von verschiedenen Stichproben.

Für die ELSA-Auswertungen werden folgende Stichproben genutzt:

A. Frauen-Stichprobe mit ausgetragenen Schwangerschaften (N = 4.429)

Diese auf Grundlage der Einwohnermeldeamtsadressen erhobenen Stichprobe ist repräsentativ für in Deutschland wohnhafte Frauen mit mindestens einem Kind bis 6 Jahren. In der Online-Befragung wurde nach einem Screening aller Lebenszeit-Schwangerschaften jeweils zu einer ausgewählten Schwangerschaft umfassend Fragen gestellt. Dies war – sofern zutreffend – die am kürzesten zurückliegende ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft. Falls die Befragte in keinem Fall ungewollt schwanger geworden war, wurden Fragen zur am kürzesten zurückliegenden gewollten ausgetragenen Schwangerschaft gestellt.

B. Frauen-Stichprobe mit abgebrochenen Schwangerschaften (N = 662)

Für die Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden verschiedene Wege der Teilnehmerinnen-Gewinnung beschritten. Die Stichprobe erfüllt nicht das Kriterium der Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl. Allerdings kann gezeigt werden, dass die Stichprobe in ihrer Zusammensetzung bezüglich verschiedener zentraler Merkmale den Strukturdaten der amtlichen Statistik gleicht.

C. Schwangerschaften-Stichprobe aus der repräsentativen Online-Befragung (N = 11.370)

Die dritte Befragungsstichprobe, die im Rahmen der ELSA-Studie erhoben und analysiert wurde, beruht auf Daten aller auf Grundlage der Einwohnermeldeamtsstichprobe befragten Frauen ohne Unterscheidung nach (dem Ausgang) einer spezifischen Fokusschwangerschaft. Die Stichprobe ist damit repräsentativ für die in Deutschland wohnhaften Frauen mit mindestens einem Kind bis zu 6 Jahren. Kinderlose Frauen werden somit nicht berücksichtigt. Innerhalb des auf Grundlage der Stichprobe erstellten Datensatzes sind anders als bei den anderen Stichproben als Fälle keine Frauen, sondern Schwangerschaften ausgewiesen. Dies ermöglicht Analysen zu Merkmalen ungewollter, gewollter oder abgebrochener Schwangerschaften, etwa zu ihrer Parität bzw. Gravidität.

Abb. 5.7: Übersicht der ELSA-Stichproben

A. Frauen-Stichprobe mit <i>ausgetragenen</i> Fokusschwangerschaften repräsentative Einwohnermeldeamtsstichprobe	B. Frauen-Stichprobe mit <i>abgebrochenen</i> Fokusschwangerschaften verschiedene Quellen, keine repräsentative Zufallsauswahl												
N = 4.429 darunter: 572 ungewollte ausgetragene 3.391 gewollte ausgetragene 466 nicht zuordenbare Schwangerschaften	<table><tr><td>Fälle aus der Einwohner- meldeamtsstichprobe</td><td>Abbrucheinrichtungen</td><td>Beratungsstellen</td><td>Social Media</td><td>Women on Web</td><td>Fälle aus der Sonder- stichprobe Nordhausen</td></tr><tr><td>160</td><td>253</td><td>28</td><td>186</td><td>24</td><td>11</td></tr></table> N = 662 darunter 608 ungewollte abgebrochene Schwangerschaften	Fälle aus der Einwohner- meldeamtsstichprobe	Abbrucheinrichtungen	Beratungsstellen	Social Media	Women on Web	Fälle aus der Sonder- stichprobe Nordhausen	160	253	28	186	24	11
Fälle aus der Einwohner- meldeamtsstichprobe	Abbrucheinrichtungen	Beratungsstellen	Social Media	Women on Web	Fälle aus der Sonder- stichprobe Nordhausen								
160	253	28	186	24	11								

C. Schwangerschaften-Stichprobe repräsentative Stichprobe auf Grundlage der Einwohnermeldeamtsstichprobe für Frauen mit mindestens einem Kind unter sechs Jahren N = 11.370 Schwangerschaften von insgesamt 4.589 befragten Frauen darunter: 8.972 ausgetragene Schwangerschaften (davon 704 ungewollte ausgetragene Schwangerschaften) 566 Schwangerschaftsabbrüche 1.832 Fehl- oder Totgeburten
--

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.1.3.4 Stichprobe der Frauen mit *ausgetragenen* Schwangerschaften

Die folgende Tabelle weist die Zusammensetzung der Stichprobe der Frauen mit *ausgetragenen* Schwangerschaften nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen aus. Dabei werden Frauen mit ungewollt und gewollt eingetretenen Schwangerschaften getrennt dargestellt.

Tab. 5.3: Überblick zur Stichprobe der Frauen mit ungewollt und gewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften ($n_1 = 572$ und $n_2 = 3.391$)

		ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften $n_1 = 572$	gewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften $n_2 = 3.391$
Soziodemografische Merkmale bei Schwangerschaftseintritt		%	%
Alter	bis 24 Jahre	21,3	1,6
	25 bis 29 Jahre	24,1	15,4
	30 bis 34 Jahre	26,7	43,4
	35 bis 39 Jahre	20,1	31,8
	ab 40 Jahre	7,3	7,3
	keine Angabe	0,3	0,5
Bundesland (Wohnort)	Schleswig-Holstein	4,2	3,4
	Hamburg	2,3	2,7
	Niedersachsen	9,8	9,5
	Bremen	1,2	0,9
	Nordrhein-Westfalen	18,2	18,3
	Hessen	5,6	7,8
	Rheinland-Pfalz	3,8	4,5
	Baden-Württemberg	13,6	14,8
	Bayern	16,6	18,6
	Saarland	1,2	1,2
	Berlin	4,0	5,2
	Brandenburg	3,7	2,0
	Mecklenburg-Vorpommern	0,7	1,1
	Sachsen	8,0	5,5
	Sachsen-Anhalt	2,6	2,1
	Thüringen	4,4	2,5
	keine Angabe	0,0	0,0
Anzahl zuvor ausgetragener Schwangerschaften	0	46,9	32,2
	1	23,3	53,1
	2	20,3	11,7
	ab 3	9,6	3,0
Partnerschaftliche Lebensform	verheiratet, zusammenlebend	41,3	79,2
	verheiratet, nicht zusammenlebend	2,1	0,4
	nicht-eheliche Partnerschaft, zusammenlebend	23,3	17,4
	nicht-eheliche Partnerschaft, nicht zusammenlebend	23,4	2,0
	in keiner festen Beziehung	9,6	0,2

(Fortsetzung Tabelle 5.3)

		ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften n ₁ = 572	gewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften n ₂ = 3.391
Soziodemografische Merkmale bei Schwangerschaftseintritt		%	%
	keine Angabe	0,3	0,9
Bildungsstand	niedriger Bildungsstand	17,1	4,1
	mittlerer Bildungsstand	17,8	19,1
	höherer Bildungsstand	23,8	21,3
	hoher Bildungsstand	41,0	54,7
	keine Angabe	0,3	0,8
Erwerbssituation	erwerbstätig	58,0	86,3
	in Ausbildung/Studium oder arbeitslos	26,2	4,2
	Hausfrau	11,9	7,9
	keine Angabe	3,8	1,6
Bezug staatlicher Unterstützungs- leistungen	trifft zu	26,0	6,1
	trifft nicht zu	72,4	93,0
	keine Angabe	1,6	0,9
Migrationshintergrund	trifft nicht zu	75,3	75,5
	trifft zu	24,1	23,8
	keine Angabe	0,5	0,7

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.1.3.5 Stichprobe der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen

Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Stichprobe der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nach soziodemografischen und -ökonomischen Merkmalen tabellarisch dargestellt.³

Tab. 5.4: Überblick zur Stichprobe der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen (n=608)

		n = 608
		%
Soziodemografische Merkmale bei Schwangerschaftseintritt		
Alter bei Schwangerschaftsende	bis 24 Jahre	31,1
	25 bis 29 Jahre	26,2
	30 bis 34 Jahre	19,6
	35 bis 39 Jahre	17,1
	ab 40 Jahre	5,8
	keine Angabe	0,3
Bundesland des Wohnorts	Schleswig-Holstein	2,3
	Hamburg	2,3
	Niedersachsen	10,0
	Bremen	3,5
	Nordrhein-Westfalen	14,0
	Hessen	12,0
	Rheinland-Pfalz	5,6
	Baden-Württemberg	5,9
	Bayern	12,2
	Saarland	1,5
	Berlin	12,5
	Brandenburg	3,6
	Mecklenburg-Vorpommern	1,2
	Sachsen	6,3
	Sachsen-Anhalt	4,3
	Thüringen	2,3
	keine Angabe	0,7
Region nach Versorgungsgrad³	geringer Versorgungsgrad (BY, BW, RLP)	23,7
	mittlerer Versorgungsgrad (HE, NRW, NS, BRB, SL)	41,1
	hoher Versorgungsgrad (HB, SH, HH, B, S, SAN, TH, MV)	34,5
	keine Angabe	0,7

³ Die Bundesländer wurden in drei Regionen nach ihrem Versorgungsgrad (hoch, mittel, gering) zusammengefasst. Näheres zur Berechnung in Kapitel 5.1.1.3

		n = 608
		%
Fortsetzung: Soziodemografische Merkmale bei Schwangerschaftseintritt		
Anzahl zuvor ausgetragener Schwangerschaften	0	59,0
	1	16,8
	2	16,6
	ab 3	7,6
Partnerschaftliche Lebensform	verheiratet, zusammenlebend	25,7
	verheiratet, nicht zusammenlebend	2,3
	nicht-eheliche Partnerschaft, zusammenlebend	21,5
	nicht-eheliche Partnerschaft, nicht zusammenlebend	32,7
	in keiner festen Beziehung	16,9
	keine Angabe	0,8
Bildungsstand	niedriger Bildungsstand	17,1
	mittlerer Bildungsstand	17,8
	höherer Bildungsstand	23,8
	hoher Bildungsstand	41,0
	keine Angabe	0,3
Erwerbssituation	erwerbstätig	55,1
	in Ausbildung/Studium oder arbeitslos	36,0
	Hausfrau	6,3
	keine Angabe	2,6
Bezug staatlicher Unterstützungs- leistungen	trifft zu	19,6
	trifft nicht zu	78,9
	keine Angabe	1,5
Migrationshintergrund	trifft nicht zu	76,2
	trifft zu	23,7
	keine Angabe	0,2

		n = 608
		%
Schwangerschaftsabbruchbezogene Angaben		
Anzahl der Jahre, die der Abbruch seit Befragung zurückliegt (Jahresklasse)	bis 5 Jahre	74,3
	6 bis 10 Jahre	12,0
	11 bis 15 Jahre	6,6
	mehr als 15 Jahre	7,1
Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs (in Wochen)	bis zur 5. Woche	11,0
	6. bis 7. Woche	38,7
	8. bis 9. Woche	26,6
	später als 9. Woche	22,9
	keine Angabe	0,8
angewandte Methode	medikamentös	40,5
	operativ	58,2
	keine Angabe	1,3
Art der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch	Praxis / OP-Zentrum / Familienplanungszentrum	82,6
	Krankenhaus	11,0
	anderes	6,1
	keine Angabe	0,3
Eingriffsort	im Bundesland des Wohnsitzes	85,0
	in anderem Bundesland	12,3
	im Ausland	2,3
	keine Angabe	0,3

Quelle: Eigene Darstellung

Im folgenden Abschnitt wird die Qualität der Stichprobe diskutiert und bewertet. Um die Güte der Stichprobe zu beschreiben und Verzerrungen auszuschließen, werden die Daten hinsichtlich spezifischer Aspekte verglichen:

- Vergleich mit den Daten des **Statistischen Bundesamtes**
- Vergleich nach **Zugangswegen**
- Vergleich nach **Jahresklassen**

Vergleich mit den Daten des Statistischen Bundesamtes

Das Statistische Bundesamt erhebt gemäß §§ 15-18 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) Daten zu den durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Dabei sollen alle Schwangerschaftsabbrüche durch die Auskunftspflicht nach § 18 SchKG erfasst werden. Die Daten des StBA stellen daher eine gute Vergleichsmöglichkeit dar, um die Repräsentativität der Gruppe von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch einschätzen zu können. Es können folgende Merkmale miteinander verglichen werden: Alter beim Schwangerschaftsabbruch, Bundeslands des Wohnorts, Eingriffsort (gleiches Bundesland wie Wohnort, anderes Bundesland), Art der ausführenden Einrichtung, angewandte Methode, Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs sowie Parität. Dabei gilt es zu beachten, dass die aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes das Jahr 2021 abbilden, während sich in der ELSA-Stichprobe Schwangerschaftsabbrüche ab 1995 befinden (etwa 25 % der

Abbrüche sind länger als 5 Jahre her). Insgesamt fallen im Vergleich zwischen Daten des Statistischen Bundesamtes und der ELSA-Stichprobe nur geringe beziehungsweise erhebungsspezifisch erklärbare Differenzen auf, die im Folgenden näher dargestellt werden. In der ELSA-Stichprobe ist der relative Anteil jüngerer Frauen bis 29 Jahren höher (Abweichung etwa 3 bis 6 Prozentpunkte). Dies lässt sich u.a. dadurch erklären, dass in der Einwohnermeldeamtsstichprobe nur Frauen angeschrieben wurden, die ein Kind bis maximal 6 Jahren haben. Zudem wurden über Social Media etwas mehr jüngere Frauen erreicht als über die anderen Zugangswege. Beim Merkmal Bundesland des Wohnorts unterscheiden sich die Daten ebenfalls nur gering (Abweichung bis 7 Prozentpunkte). Lediglich in Nordrhein-Westfalen besteht ein größerer Unterschied mit 7 Prozentpunkten. Bei den Zugangswegen über Social Media, Abbrucheinrichtungen und Beratungsstellen wurde auf eine ausgewogene bundesweite Verteilung geachtet. In der ELSA-Stichprobe ist des Weiteren der Anteil an Frauen etwas höher, bei denen der Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Bundesland als dem Wohnland durchgeführt wurde (Abweichung 5 bis 6 Prozentpunkte). In der ELSA-Stichprobe ist der Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen etwas höher als beim Statistischen Bundesamt 2021 (5 Prozentpunkte). Die Anteile der Schwangerschaftsabbrüche nach Zeitpunkt unterscheiden sich bis zu 8 Prozentpunkte: So sind in der ELSA-Stichprobe frühe Abbrüche bis zur siebten Schwangerschaftswoche etwas häufiger vertreten. Dies kann über den höheren Anteil medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche vermittelt sein. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Sample nah an den Daten des Statistischen Bundesamtes liegt.

Vergleich der Daten nach Zugangswegen

Ein Vergleich der Daten nach Zugangswegen bei allen eben erwähnten Merkmalen, mit besonderem Augenmerk auf dem Vergleich der Einwohnermeldeamtsstichprobe und den anderen Zugangswegen, ergibt, dass keine systematische Verzerrung durch einzelne Zugangswege vorliegt. Insgesamt führen die verschiedenen Zugangswege, aus denen sich die Gruppe der Teilnehmerinnen mit Abbruch zusammensetzt, zu keinen nennenswerten Unterschieden. Differenzen bei spezifischen Merkmalen durch die jeweilige Zugangsquelle sind gering, sodass hieraus keine weiteren Konsequenzen entstehen.

Vergleich der Daten nach Jahresklassen

Die Teilnehmerinnen des Fragebogens hatten die Möglichkeit, über ihre Schwangerschaftsabbrüche zu berichten, auch wenn diese bereits viele Jahre zurücklagen. Anhand mehrerer Variablen wurde geprüft, ob Unterschiede zwischen den Jahresklassen bestehen und aus diesem Grund Schwangerschaftsabbrüche ausgeschlossen werden müssen, die viele Jahre zurücklagen. Bei einigen Merkmalen liegen kleinere Unterschiede vor: So ist beispielsweise der Anteil operativer Schwangerschaftsabbrüche bei weiter zurückliegenden Schwangerschaftsabbrüchen höher. Aufgrund der höheren Fallzahl werden in der Stichprobe Schwangerschaftsabbrüche ab 1995 behalten. Bei inhaltlich relevanten Fragestellungen wurde eine zusätzliche Auswertung nach Jahresklassen vorgenommen, um mögliche Unterschiede in den Ausprägungen spezifisch darzustellen.

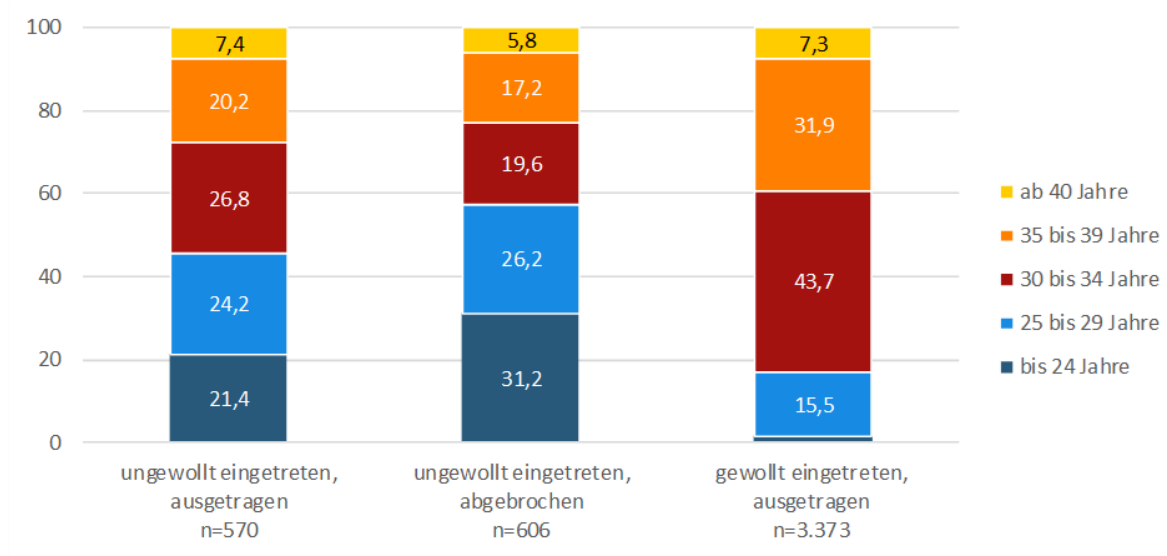
5.1.1.3.6 Exkurs: Altersstruktur der ELSA-Stichprobe

Die im Rahmen von ELSA erhobenen Daten eignen sich selbst nicht, um Erkenntnisse zur Altersstruktur von Frauen mit ungewollten und gewollten bzw. ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften zu gewinnen. Grund ist das gewählte Erhebungsdesign: Bei ELSA wurden detaillierte Angaben jeweils ausschließlich zur zeitlich letzten ungewollten Schwangerschaft – und falls keine Schwangerschaft ungewollt war, zur letzten gewollten Schwangerschaft erfragt. Dieses aus forschungsökonomischen Gründen gewählte Vorgehen führt dazu, dass in höherem Alter und mit höherer Parität eingetretene Schwangerschaften überproportional erfasst werden. Diese

überproportionale Erfassung von Geburten in höherem Alter wird durch einen gegenläufigen ebenfalls erhebungsbedingten Effekt zum Teil aufgehoben. Hintergrund ist hierbei, dass Frauen in unterschiedlichem Alter befragt wurden, die zum Teil aufgrund ihres Alters ausschließlich von Schwangerschaften in jüngerem, aber noch nicht in höherem Alter berichten können.

Bei der in Abb. 5.8 dargestellten Altersstruktur der ELSA-Befragungsstichproben zeigt sich deutlich die bei ungewollten ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften gegenüber gewollten ausgetragenen Schwangerschaften gleichmäßigere Altersverteilung bei Eintritt der Schwangerschaft.

Abb. 5.8: Altersstruktur der ELSA-Befragungsstichproben



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Abgleich mit den Daten der amtlichen Statistik und der Befragungsstudie „frauen leben 3“ lässt sich für die Altersstruktur der ELSA-Stichprobe folgendes festhalten: Bei den ungewollten Schwangerschaften sind Schwangerschaften in jüngerem Alter unterrepräsentiert, bei den übrigen Altersgruppen sind die Abweichungen der Anteile mit maximal fünf Prozentpunkten jeweils gering. Bei abgebrochenen Schwangerschaften sind die Abweichungen der Altersstruktur der ELSA-Stichprobe gegenüber der amtlichen Statistik durchgängig geringfügig. Bei den gewollten Schwangerschaften ist eine Überrepräsentierung von Schwangerschaften in höherem Alter insbesondere zwischen 35 und 40 Jahre sowie eine Unterrepräsentierung von Schwangerschaften im Alter unter 30 Jahre festzustellen.

Für die Analysen der ELSA-Daten kann damit festgehalten werden, dass die Abweichungen bei der Altersstruktur der ELSA-Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit insbesondere bei abgebrochenen und bei ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften zu keinen maßgeblichen Einschränkungen der Aussagekraft führen.

5.1.1.4 Feldzugang und Zusatzrekrutierung Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

Die quantitative Datenerhebung des Teilprojektes vulnerable Gruppen ELSA-VG ist eingebettet in die Hauptbefragung (AP1) des ELSA-Gesamtprojektes, während die qualitative Interviewmethodik an den Zielgruppen und der eigenen Fragestellung ausgerichtet ist (vgl. 5.1.2.3). Die beiden Zielgruppen von ELSA-VG bilden ungewollt Schwangere mit einer ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaft, die entweder a) geflüchtet, migriert oder illegalisiert oder aber

b) Gewalt in der Partnerschaft/ Partnergewalt erlitten haben. Definiert wurden die Zielgruppen (Einschlusskriterien) im Studienzentrum Nordhausen wie folgt:

- migrierte, geflüchtete oder illegalisierte Frauen, die während der Zeit in Deutschland im Zeitraum von einem bis 5 Jahren ungewollt schwanger sind/ waren und diese ausgetragen/ abgebrochen haben (MIG).
- Frauen, die zum Zeitpunkt einer ungewollten Schwangerschaft Gewalt in der Partnerschaft erlebt haben und die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen haben (GiP).

Folgende Zielgrößen waren für die jeweiligen Befragungssamples anvisiert (vgl. Tab. 5.5):

Tab. 5.5: Anvisierte Zielgrößen für das Teilprojekt ELSA-VG (in absoluten Zahlen (n))

	Ungewollt Schwangere		Gesamt
	migrierte, geflüchtete, illegalisierte Frauen (MIG)	Frauen mit Gewalt in der Partnerschaft (GiP)	
	n	n	
Datenerhebung			
Standardisierte Online-Befragung (AP 1-1)	100	50	150
Vertiefende qualitative Befragung (AP 1-2)	30 (AP 1-2c)	20 (AP 1-2d)	50
Gesamt	130	70	200

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.1.4.1 Quantitative Stichprobe

Es wurde davon ausgegangen, dass mit der Einwohnermeldeamtsstichprobe sowie mit der Rekrutierung in Beratungsstellen und Abbrucheinrichtungen auch ungewollt Schwangere aus beiden Zielgruppen angesprochen werden würden. Gleichzeitig war eine Sonderstichprobe geplant, die insbesondere schwer erreichbare Frauen wie geflüchtete, illegalisierte oder auch Frauen mit GiP für die Befragungen gewinnen wollte. Für diese zielgruppenspezifische Rekrutierung wurde vorab eine spezifische mehrgleisige Öffentlichkeitsstrategie für eine breite, gezielte Ansprache mit einer eigenen Homepage (elsa-nordhausen.de), Plakat sowie Flyer entworfen. Wegen mangelnder Resonanz wurden die Werbekanäle um Soziale Medien in Form von Instagram ergänzt. Webseite und Flyer wurden in die 5 gängigsten Fremdsprachen übersetzt und beinhalteten Informationen zur Studie, zu den Teilnahmemöglichkeiten inklusive Incentives und den Rahmenbedingungen einer Teilnahme. Vor der Verschickung von Informationsmaterial für die Rekrutierung wurde eine umfassende Liste mit möglichen Stakeholderinnen und Stakeholdern der beiden Zielgruppen recherchiert, die folgende Bereiche abdeckte:

- medizinische Einrichtungen, Kliniken, Praxen, die ungewollt schwangere Frauen versorgen,
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen nach §219 StGB, psychosoziale Beratungsstellen,
- Organisationen für die reproduktiven Rechte von ungewollt schwangeren Frauen,
- Organisationen, die Empowerment / Selbstbestimmung von Frauen fördern, Frauenverbände,
- Familienzentren und soziokulturellen Zentren für Frauen,
- Einrichtungen des gemeinsamen Wohnens für junge Familien,
- Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser,
- Gewaltpräventions-, Interventions- und Beratungseinrichtungen zu Stalking, häusliche und sexualisierte Gewalt,
- Organisationen zur Unterstützung von Kriminalitätsoptionen und zur Verhütung von Straftaten an Frauen, wie Opferhilfebüros, Weißer Ring e.V.,
- Migrations- und psychosoziale Beratungsstellen für Geflüchtete und illegalisierte Frauen,

- zentrale Wohneinrichtungen für geflüchtete Menschen und Migrationszentren,
- Initiativen zur medizinischen Versorgung von illegalisierten Frauen (Medinetz, Medibüro usw.),
- Geflüchteten- und Migrantinnen- und Migrantenorganisationen.

Im Anschluss wurden die Stakeholderinnen und Stakeholder per Mail über die Studie, die geplanten Befragungen mit den Zielgruppen und die Möglichkeit der Teilnahme informiert. Jene Organisationen und Verbände, die der Hochschule Nordhausen im Vorfeld der Studie einen Letter of Intent ausgestellt hatten, wurden als erste angeschrieben. Neben dieser direkten Ansprache wurden bei Netzwerken, Runden Tischen o.ä. das Teilprojekt vorgestellt und für eine Unterstützung geworben. Weiter wurden Social Media Kanäle anderer Organisationen genutzt und eine eigene Instagram-Kampagne mit je 2 Posts pro Woche gestartet. Bei etlichen Organisationen wurde telefonisch nachgefragt.

Insgesamt wurden ab November 2021 bis April 2022 ca. 370 Institutionen angeschrieben, davon 97 für die MGI-Zielgruppe, 182 für die GiP-Gruppe und 90 Institutionen, die beide Gruppen abdecken. Im Anschluss an die schriftliche Ansprache wurden etwa 50 Institutionen, die Interesse an Informationsmaterial bekundet hatten, angerufen, davon sind 12 der Zielgruppe MGI, 10 der Gruppe GiP und 25 beiden Gruppen zuzuordnen. Gingen Interessensbekundungen an der Studie ein, dann erhielten diese Stakeholderinnen und Stakeholder und Institutionen Flyer und Poster per Post.

Als Anreiz für die Teilnahme erhielten die Frauen ein Incentive in Form eines Warengutscheins in Höhe von 25 EUR für die Online-Befragung. Auch die Bereitstellung von Informationen zum Thema und insbesondere die Vermittlung von Kontaktadressen zu Unterstützungsstellen wurde vom Team Nordhausen ebenfalls als Anreiz gesehen.

Zur Teilnahme an der quantitativen Online-Befragung wurden von Kantar zur Identifikation der Sonderstichprobe extra generierte individuelle Zugangscodes per Mail oder SMS an die interessierten Frauen verschickt. Von insgesamt 97 dieser verschickten Sondercodes wurden 13 für die Online-Befragung verwandt und bilden somit die Sonderstichprobe, d.h. 13 beantwortete Fragebögen konnten folglich über diese Kanäle mit erheblichem Aufwand rekrutiert werden.

In der ersten Online-Befragung

- haben 1.246 Frauen eine Migrationsgeschichte, von diesen berichteten 84 von Flucht oder Asyl und 12 Frauen wurden als illegalisiert identifiziert (vgl. Kapitel 7.1.1.6.2),
- bejahten 333 Frauen die Fragen zur Erfassung von Partnergewalt (vgl. Kapitel 7.1.1.6.1).

Bis auf die 13 Frauen der Sonderstichprobe wurden alle anderen Frauen der Zielgruppe über die allgemeinen Rekrutierungswege der ELSA-Studie gewonnen. Trotz sehr geringem Rekrutierungserfolg über Stakeholderinnen und Stakeholder konnten die anvisierten Zielgrößen (vgl. Tab. 5.5) realisiert werden.

Die geringe Unterstützung durch die Stakeholderinnen und Stakeholder kann auf die Corona-Pandemie-Maßnahmen zurückgeführt werden. Zum einen hatten die Unterstützungsinstitutionen systemrelevante Aufgaben in ihrem Handlungsfeld zu erfüllen und zum anderen hat sich ihr persönlicher Kontakt zu ihrer Klientel auf Online-Formate reduziert, sodass – so kann angenommen werden – keine Flyer verteilt werden konnten. Weiter ist davon auszugehen, dass die Stakeholderinnen und Stakeholder als Gatekeeperinnen und -keeper fungierten und nur jene Frauen ansprechen wollten, die sich ihrer Meinung nach in einer stabilen psychischen Verfassung befanden. Anderweitig belastete, schwer erreichbare Frauen waren ggf. durch die Auswirkungen der Pandemiemaßnahmen in ihrem Alltagshandeln stärker eingeschränkt. Eine breite Werbung für die Studie bei potentiell in Frage kommenden Frauen wird es wegen der Pandemiemaßnahmen nicht gegeben haben, sondern nur vereinzelte Ansprachen von Frauen. Da über den Weg der

Stakeholderinnen und Stakeholder bzw. Social Media nur eine geringe Anzahl an Fragebögen realisiert werden konnte, kann ein durch diese Medien verursachter Selektionsbias ausgeschlossen werden. Gleichwohl ist – so zeigen die soziodemografischen Merkmale – von einem Selektionsbias insbesondere bei der Gruppe der MIG-Frauen auszugehen, denn nur wenige geflüchtete oder illegalisierte Frauen waren zur Teilnahme bereit.

5.1.1.4.2 Qualitative Stichprobe

Analog zur Rekrutierung für die quantitative Befragung wurde versucht weitere Frauen über Stakeholderinnen und Stakeholder und via Social Media zu rekrutieren (s. o.), jedoch konnten auf diesem Weg trotz großer Anstrengungen keine weiteren Frauen für ein qualitatives Interview gewonnen werden. Der Kontakt zu den teilnehmenden Frauen ergab sich ausschließlich über die Online-Befragung auf Basis der Einwohnermeldestichprobe und der allgemeinen ELSA-Rekrutierung über Beratungsstellen oder Abbrucheinrichtungen. Im Fragebogen der Online-Befragung hatten Teilnehmende die Möglichkeit, ihr Interesse an einem vertiefenden qualitativen Interview anzugeben und sich für eine weitere Kontaktaufnahme bereitzuerklären. Über einen Verteilmodus anhand von standortspezifischen Filtern wurden die Selbstmelderinnen an die einzelnen Studienzentren gemäß ihrem Forschungsschwerpunkt weitergeleitet. ELSA-VG erhielt über diesen Weg die Kontaktdaten zu 87 Frauen, die per Telefon für einen Interviewtermin kontaktiert wurden. Bei erfolgreichem Kontakt wurde den Frauen zunächst eine kurze Erläuterung des Forschungsvorhabens und eine Beschreibung des groben Ablaufs des qualitativen Interviews gegeben. Waren die Frauen weiterhin zu einer Teilnahme bereit, wurde ein separater Interviewtermin vereinbart. Positiv anzumerken ist, dass die Zustimmungsrate zur Teilnahme an den qualitativen Interviews bei 57,5 % lag. Bei den Probandinnen lag eine hohe Auskunft- und Teilnahmebereitschaft vor. Etliche Frauen betonten, dass sie bislang keiner anderen Person von ihren Erfahrungen erzählt hatten und wieweil hohe Relevanz das Forschungsthema aus ihrer Perspektive habe.

Insgesamt konnten im Zeitraum von Januar – November 2022 mit 50 Frauen biografisch narrative Interviews geführt werden, darunter 25 Frauen mit GiP, 21 Frauen mit MIG und 6 Frauen, auf die beide Charakteristika zutrafen. Die Interviewlänge variierte zwischen 40 und 239 Minuten und betrug im Mittel 90 Minuten. Für die Teilnahme an einem qualitativen Interview erhielten die Frauen eine Aufwandsentschädigung in Form eines Warengutscheins in Höhe von 50 EUR.

Wegen der anhaltenden Covid-19-Pandemiemaßnahmen im Jahr 2022 wurden die Interviews bis auf eine Ausnahme über die sichere Online-Meeting-Plattform *BigBlueButton* der Hochschule oder via Telefon geführt. Das Interviewerinnenteam setzte sich aus wissenschaftlichen Mitarbeitenden des ELSA-VG Projektes sowie Studierenden des Masterstudiengangs „Therapeutische Soziale Arbeit“ zusammen, die im Rahmen ihrer Masterarbeit das Projekt unterstützten. Alle Interviewerinnen wurden sowohl für die inhaltliche Thematik und Besonderheiten der Zielgruppen als auch für die Durchführung der biografisch-narrativen Interviews intensiv geschult und erhielten ein Coaching zur (trauma-)sensiblen Gesprächsführung und Achtsamkeit bei eigenen Belastungen. Neben einem Feldtagebuch gab es zudem ein- bis zweiwöchentliche Teammeetings, sodass hier auf mögliche Herausforderungen, Unklarheiten oder auch zur eigenen Verarbeitung der gehörten, z.T. sehr traumatischen Biografien der Frauen, eingegangen werden konnte. Bei Frauen mit Migrationsgeschichte wurden die Interviews mithilfe einer telefonischen Sprachmittlung bei Bedarf in der Muttersprache geführt.

5.1.1.5 Auswertungsmethodiken

5.1.1.5.1 Freiburg und Fulda

(Kapitelverantwortliche: Tilmann Knittel, Prof. Dr. Daphne Hahn)

Die berichteten Ergebnisse der Befragung basieren zunächst auf einer umfassenden deskriptiven Auswertung der Antworten: Die Ermittlung von Häufigkeiten, die Bildung von Indizes, die Berechnung von Verteilungsmaßen (Mittelwerte und Streuungen). Mit bivariaten (Kreuztabellierungen, Mittelwertvergleichen) und multivariaten Verfahren (ANOVA, Regressionsrechnungen) wurden die Beschreibungen in analytischer Hinsicht vertieft: Unterschiede zwischen Teilgruppen von Befragten liefern statistische Hinweise auf mögliche Zusammenhänge und damit sachliche Hinweise auf soziale Besonderheiten, auf mögliche Ursachen und mutmaßliche Folgen.

Häufig wurde die Analyse auf die Darstellung von Unterschieden konzentriert und beschränkt. Bei besonders auffälligen oder sachlich bedeutsamen Befunden wurden Assoziationsmaße zur zusätzlichen Quantifizierung von Zusammenhängen ermittelt: Cramers V wurde bei nominalskalierten Merkmalen, Spearmans Rho bei ordinalskalierten und metrischen Merkmalen ausgewiesen. Angelehnt an Gignac und Szodorai (2016) wurden Zusammenhänge um 0,1 als schwache, um 0,2 als moderate und um 0,3 als starke Assoziation interpretiert.

Die Daten wurden über verschiedene Quellen gewonnen und die Stichproben aus diesem Grund überwiegend getrennt voneinander analysiert und miteinander verglichen. Bei der Einwohnermeldeamtsstichprobe handelt es sich um eine im Sinne der Zufallsauswahl repräsentative Stichprobe, sodass induktive Auswertungen möglich und Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit von Frauen in Deutschland mit mindestens einem Kind unter 6 Jahren gezogen werden können. Eine generelle induktive Auswertung der Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ist nicht angemessen, da keine Stichprobenziehung in Form eines Zufallsexperiments durchgeführt werden konnte.

Gleichwohl wurden in besonderen Fällen die deskriptiven Befunde durch statistische Signifikanztests ergänzt, insbesondere für die Assoziations- und Korrelationskoeffizienten. Diese Tests illustrieren, ob die Ergebnisse für die gesamte Zielpopulation (Frauen zwischen 18 und 45 Jahren mit Schwangerschaftsabbrucherfahrung in Deutschland) der Befragung gelten würde, wenn es sich um eine zufällige Stichprobe handeln würde. Da das Ausmaß der nicht auszuschließenden selektionsbedingten Verzerrungen unbekannt ist, können diese Tests durchaus als ein hilfreiches Indiz für eine mögliche Verallgemeinerung der jeweiligen Befunde angesehen werden: je geringer die Unschärfe durch die Selektion der Teilnehmenden ausgefallen ist, desto eher gibt ein Test Auskunft über die interessierende Grundgesamtheit. Für alle Tests wurde das Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ festgelegt. Alle Auswertungen erfolgten mit IBM SPSS Statistics, Version 28.0.1.1.

In der Regel haben etwa zwischen 1 % bis 3 % der Befragten einzelne Fragen nicht beantwortet. Die Angaben beziehen sich stets auf die auswertbaren Antworten und berücksichtigen die fehlenden nicht (sogenannte gültige Prozente). Soweit bei einer Frage mehr als 3 % der Befragten keine Antwort erteilten, wird dies im Text ausdrücklich erwähnt.

5.1.1.5.2 FU Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

Im Teilprojekt der FU Berlin wurde untersucht, inwieweit Kindheitstraumata als biografische Erfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft darstellen. Hierfür wurde die Teilstichprobe von Frauen mit einer ungewollt ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaft, sowie die vollständigen Angaben auf allen für das Zentrum Berlin relevanten Messinstrumenten (Childhood Trauma Questionnaire, Appraisal of Life Events Scale, General Health Questionnaire) untersucht. Ausschlusskriterien für diese Analysen waren Minderjährigkeit bei Datenerhebung, ein Alter von über 50 Jahren bei Eintritt der Fokusschwangerschaft sowie ein Zurückliegen der Fokusschwangerschaft von mehr als sechs Jahren.

Psychische Belastung wurde mit dem General Health Questionnaire (GHQ-12; Goldberg et al., 1997; Schmitz et al., 1999) erhoben. Der GHQ-12 ist ein etabliertes und reliables Screeninginstrument zur Untersuchung psychischer Belastung in der Allgemeinbevölkerung und nicht-psychiatrischen Stichproben. Der Fragebogen umfasst zwölf Items zur Selbstbeurteilung des eigenen Wohlbefindens in den vergangenen Wochen, z.B. "Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt?". Die Antwortskala ist vierstufig mit den möglichen Werten 0 („nein, gar nicht“), 1 („nichtslechter als üblich“), 2 („schlechter als üblich“) und 3 („viel schlechter als üblich“). Zur Auswertung des GHQ-12 wurde für die vorliegenden Analysen die dichotome Auswertungsmethode des Instruments gewählt (Goldberg et al., 1997). Hierbei werden alle zwölf Itemwerte so umkodiert, dass sich für jedes Item ein dichotomer Wert (0 oder 1) ergibt. Hierbei entspricht ein Item mit dem Wert 0 oder 1 in der dichotomen Codierung einer 0. Ein Item mit dem Wert 2 oder 3 entspricht in der dichotomen Codierung einer 1. Anschließend werden alle zwölf dichotomen Items zu einem Summenscore aufsummiert (Spannweite 0-12). Neben einer dimensionalen Auswertung der psychischen Belastung kann der GHQ-12 auch mithilfe eines Schwellenwerts ausgewertet werden. Ein Summenscore kleiner oder gleich dem Schwellenwert weist dabei auf eine durchschnittliche psychische Gesundheit hin, ein Summenscore größer oder gleich dem Schwellenwert weist auf eine beeinträchtigte psychische Gesundheit hin. Hierbei ist zu betonen, dass der optimale Schwellenwert je nach Stichprobe bzw. Population variiert (Anjara et al., 2020). Goldberg und Kolleginnen und Kollegen (1997) empfehlen für die deutsche Allgemeinbevölkerung einen Schwellenwert von 2/3 (d.h. ab einem Summenscore von ≥ 3 wird von einer psychischen Belastung ausgegangen). Der GHQ-12 weist eine gute Sensitivität (0,83) und Spezifität (0,76) gegenüber einer psychischen Störung gemäß ICD-10 auf (Goldberg et al., 1997). In der Validierung der deutschsprachigen Version konnten keine signifikanten Unterschiede zum englischen Original festgestellt werden (Goldberg et al., 1997). Der GHQ-12 ist ein transdiagnostisches Maß, d.h. es können keine störungsspezifischen Diagnosen abgeleitet werden. Vielmehr wird eine allgemeine Aussage über die psychische Belastung getroffen (Schmitz et al., 1999).

Erlebte Traumata in Kindheit und Jugend wurden mithilfe des *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Wingenfeld et al., 2010) untersucht. Der CTQ besteht aus 25 Items, die anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von (1) "überhaupt nicht" bis (5) "sehr häufig" bewertet werden. Die Items umfassen Fragen zu den fünf Subskalen emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und physische Vernachlässigung. Für jede der fünf Subskalen wurde anhand der Cut-Off Werte nach Häuser et al. (2011) berechnet, inwieweit eine Misshandlung oder Vernachlässigung vorlag. Frauen, die auf mindestens einer der fünf Subskalen einen mäßig bis schweren bzw. schweren bis extremen Schweregrad berichteten, wurden zu der Gruppe *mit Kindheitstraumata* zusammengefasst. Frauen, die auf allen fünf Subskalen unterhalb des Schwellenwerts für einen mäßig-schweren Schweregrad lagen, wurden zu

der Gruppe *ohne Kindheitstraumata* zusammengefasst. Insgesamt weist der CTQ eine gute Reliabilität und Kriteriumsvalidität auf (Bernstein et al., 2003; Wingenfeld et al., 2010). Das allgemeine Ausmaß der psychischen Belastung (GHQ-Summenscore) wurde mit einem *t*-Test für Frauen mit und ohne Kindheitstraumata verglichen. Ob Frauen mit bzw. ohne Kindheitstraumata sich in der Häufigkeit einer psychischen Belastung oberhalb des Schwellenwerts (GHQ-Summenscore ≥ 3) unterscheiden, wurde mit dem Effektstärkemaß Odds Ratio untersucht. Inwiefern Frauen mit bzw. ohne Kindheitstraumata sich in demografischen Variablen unterscheiden, wurde mittels *t*-Tests für metrische Variablen und Chi-Quadrat-Tests für nominalskalierte Variablen untersucht.

5.1.1.5.3 Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

Datenbasis und Zielgruppe

Es wurden die Datensätze aus zwei verschiedenen Quellen der ELSA-Gesamtstudie verwendet: 1.) Die repräsentative Online-Befragung (Einwohnermeldeamtsstichprobe, EMA) von Frauen mit Kindern unter 6 Jahren. Die potenziellen Studienteilnehmerinnen wurden per Zufallsauswahl über die Einwohnermeldeämter identifiziert und um Teilnahme an einer Online-Befragung gebeten. 2.) Die mit demselben Instrument durchgeführte Online-Befragung von Frauen, die gezielt über Einrichtungen und Praxen für Schwangerschaftsabbrüche und Beratungsstellen zur Teilnahme an der Untersuchung eingeladen oder über Social Media bzw. Women on Web rekrutiert wurden (Abbruch-Stichprobe, ABB).

Um die Prävalenz reproduktiver Ereignisse zu vergleichen, wurden die Datensätze aus beiden Quellen getrennt ausgewertet. Für Vergleiche der Lebensumstände, der Bedarfe und der Erfahrungen mit dem Versorgungssystem zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft wurden nur die Daten der Teilnehmerinnen einbezogen, bei denen das berichtete Ereignis nach 2012 stattgefunden hatte, also maximal 10 Jahre zurücklag. Hierfür wurden die Daten aus beiden Quellen (EMA und ABB) zusammengeführt. Die Auswertung erfolgte anschließend getrennt nach gewollten und ungewollten Fokusschwangerschaften. Verglichen wurden jeweils Frauen mit und Frauen ohne psychische Erkrankung.

Erhebungsinstrument und Operationalisierung

Der Online-Fragebogen enthielt ausführliche Angaben zur Schwangerschaftsbiografie der Teilnehmerinnen (z.B. Schleifenabfrage von Jahr, Intention und Ausgang sämtlicher Schwangerschaftsereignisse im Leben der Teilnehmerin). Kernstück waren die Erfahrungen und Lebenslagen zum Zeitpunkt der „Fokusschwangerschaft“.

Ein Fragebogenabschnitt beschäftigte sich gezielt mit dem Thema psychische Gesundheit (u.a. psychisches Befinden, vorangegangene Behandlungen aufgrund psychischer Probleme, Diagnosen, Erfahrungen mit Fachpersonen in Psychiatrie und Gynäkologie etc.). Einige Items wurden als Grundlage für die operationale Definition und die anschließende Klassifikation der Gruppe von Teilnehmerinnen mit psychischer Erkrankung verwendet:

Für den Vergleich der Prävalenz reproduktiver Ereignisse von Frauen mit und ohne psychische Erkrankung und ihrer Lebenslagen bei ungewollten und bei gewollten Schwangerschaften wurden die Teilnehmerinnen mit psychischer Erkrankung auf der Basis einer operationalen Definition identifiziert, bei der die Angaben mehrerer Items verwendet wurden:

- Es wurde bejaht, dass in den vergangenen 10 Jahren eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt war.
- Es wurde bejaht, dass dabei eine psychiatrische Diagnose gestellt worden war.
- Die Befragten konnten die Diagnose(n) angeben. Freitextangaben wurden anhand des ICD-10 den angebotenen Diagnosekategorien nachträglich zugeordnet.

Diese Teilnehmerinnen wurden als Gruppe der „Frauen mit Diagnose“ (m.D.) klassifiziert, während die anderen Teilnehmerinnen dementsprechend als „Frauen ohne Diagnose“ (o.D.) bezeichnet wurden. Datensätze mit uneindeutigen Angaben wurden nicht in die Untersuchung einbezogen.

Für die Exploration spezifischer Erfahrungen an den Schnittstellen von Psychiatrie und Gynäkologie wurde die Teilstichprobe der Frauen m.D. untersucht, die angaben, die psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung sei vor und/oder während der Fokusschwangerschaft erfolgt.

Variablen

Zur Erhebung der Lifetime-Prävalenz ungewollter Schwangerschaften wurden sämtliche angegebenen Schwangerschaften sowie Informationen zur Gewolltheit und zum Ausgang einbezogen. Für die Beschreibung der Stichprobe wurden das Alter und die Diagnosen erfasst. Zur Erfassung der Lebensumstände zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft wurden die Angaben zum Alter beim Eintritt der Schwangerschaft, Gewolltheit der Schwangerschaft, Ausgang der Schwangerschaft, Partnerschaftssituation, Wohnsituation, Bildungsstand, Erwerbssituation, finanzielle Situation und körperliche Gesundheit verwendet.

Für die Untersuchung der Unterstützungsbedarfe und Erfahrungen nach Feststellung der ungewollten Schwangerschaft dienten die Variablen aus Abschnitt D und E des Fragebogens, insbesondere zum Informationsbedarf und den Informationsquellen, den Erfahrungen mit verschiedenen Anlaufstellen des Versorgungssystems wie Arztpraxen und Beratungsstellen.

Statistik

Für den deskriptiven Vergleich der Schwangerschaftsbiografien von Frauen mit und ohne psychische Erkrankung wurden EMA- und ABB-Stichprobe getrennt ausgewertet, da in beiden mit einem Selektionsbias zu rechnen war (EMA-Stichprobe: Frauen mit Kindern; ABB-Stichprobe: Frauen mit ungewollten Schwangerschaften). Verglichen wurden jeweils die Mittelwerte der gewollten bzw. ungewollten Schwangerschaften, die Mittelwerte ausgetragener bzw. abgebrochener Schwangerschaften sowie der Fehl- und Totgeburten im Laufe des Lebens bei Frauen m.D. und Frauen o.D. Unterschiede wurden mittels Mann Whitney U-Tests auf Signifikanz geprüft. Zudem wurden Odds Ratios für das mindestens einmalige Auftreten von gewollten Schwangerschaften, ungewollten (ausgetragenen oder abgebrochenen) Schwangerschaften und Fehlgeburten bestimmt.

Für den Vergleich der Lebensumstände zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft sowie der Erfahrungen mit dem Versorgungssystem wurden die Teilnehmerinnen m.D. und o.D. verglichen. Hierbei wurden ungewollte und gewollte Fokusschwangerschaften getrennt ausgewertet. Zur Prüfung signifikanter Unterschiede wurden t-Tests für unverbundene Stichproben, Mann-Whitney-U-Tests und Chi-Quadrat-Tests verwendet.

5.1.1.5.4 Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

In der Auswertung wurden alle Daten zwischen Frauen, die ein Vulnerabilitätsmerkmal wie Partnergewalt/Gewalt in der Paarbeziehung (GiP) oder einen Migrationshintergrund (MIG) aufwiesen und Frauen ohne dieses Merkmal verglichen. Die Operationalisierung der Vulnerabilitätsmerkmale wird nachfolgend dargestellt.

Partnergewalt

Im ELSA-Fragebogen wurde Gewalt in der Partnerschaft (GiP) während der Fokusschwangerschaft⁴ nach einer Triggerwarnung mit einem kurzen, für ein Screening im Gesundheitsbereich validierten Instrument (Brzank & Blättner, 2010) anhand von vier Fragen ermittelt, dass psychische, physische und sexuelle Gewalt sowie Coercive Control erfasst (vgl. Tab. 5.6).

Tab. 5.6: Operationalisierung von Partnergewalt

Gewaltform	Frage
Psychische Gewalt	Wurden Sie von Ihrem Partner regelmäßig beschimpft und/oder erniedrigt?
Coercive Control	Haben Sie Angst vor Ihrem Partner gehabt, sich von ihm bedroht, permanent kontrolliert und/oder isoliert gefühlt?
Physische Gewalt	Wurden Sie von Ihrem Partner geschlagen, getreten, gewürgt und/oder sonst wie körperlich verletzt?
Sexuelle Gewalt	Hat Ihr damaliger Partner Sie je zu sexuellen Handlungen gezwungen?

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Wurde eine dieser dichotomen Fragen mit bejaht, dann wurde diese Befragte als von Partnergewalt Betroffene identifiziert. Zur detaillierten Erfassung von Coercive Control wurden weiter konkrete Fragen zu kontrollierendem Verhalten gestellt.

Migrationshintergrund

Das Merkmal Migrationshintergrund (MIG) wurde nach den Empfehlungen für eine epidemiologische Praxis mit einem Mindestindikatorensatz erhoben (Schenk et al, 2006), der Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Aufenthaltsdauer, Muttersprache und Staatsangehörigkeit bzw. Aufenthaltsstatus umfasst. Aufgrund geringer Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen mit vs. ohne MIG wurden im zweiten Schritt Zusammenhänge nach 1. bzw. 2. Generation sowie Herkunftsland - differenziert nach High (HIC), Middle (MIC) oder Low Income Countries (LIC) - analysiert, die bei einer signifikanten Assoziation in den Ergebnissen vorgestellt werden. Der Online-Fragebogen stand in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch und Türkisch zur Verfügung. Ein Migrationshintergrund wurde verzeichnet, wenn Frauen angaben, dass sie selbst, ihre Mutter oder ihr Vater nicht in Deutschland geboren sind.

Auswertungsmethodik

Zusammenhänge mit den jeweiligen Vulnerabilitätsmerkmalen wurden anhand von χ^2 -Tests und Cramers V bei nominal- bzw. ordinalskalierten sowie anhand von Korrelationen bei metrisch-skalierten abhängigen Variablen analysiert. Die Zusammenhangsanalysen wurden jeweils im Gesamt-Sample sowie in den Teil-Samples der Frauen mit abgebrochenen bzw. ausgetragenen ungewollten Schwangerschaften durchgeführt. Bei metrisch-skalierten Variablen wurden zudem die Mittelwerte anhand von t-Tests mit unabhängigen Stichproben verglichen und signifikante Ergebnisse berichtet.

Im Sample der Frauen mit GiP wurden zudem lineare Regressionen mit schrittweisem Einschluss zur Feststellung von Prädiktoren körperlichen und psychischen Wohlbefindens vor, während und nach der Schwangerschaft berechnet. Als potentielle Prädiktoren wurden dabei Angaben zum Gesundheitsstatus der Frauen (Vorliegen körperlicher/ psychischer Erkrankungen), sozialen

⁴ Detaillierte Fragen fokussierten auf die letzte Schwangerschaft, die als Fokusschwangerschaft bezeichnet wird.

Problemen (prekäre Wohnsituation, eigene Erwerbssituation, Erwerbssituation des Partners, sozioökonomische Merkmale, soziales Umfeld), Angaben zur Partnerschaftssituation und spezifische Formen erfahrener Gewalt in der Paarbeziehung (soziale Isolation, Ausgehverbot, Ausschluss von wichtigen Entscheidungen, Überwachung, finanzielle Kontrolle, reproduktiver Zwang, Drohung der Kindswegnahme, Morddrohung durch den Partner) sowie Kontrollvariablen (Alter, Migrationshintergrund, Beziehungsstatus bei Eintritt der FS, FS als Ergebnis sexueller Gewalt sowie Ausgang und Intention der Schwangerschaft) berücksichtigt. Eine Vorauswahl bzgl. der inkludierten Prädiktoren geschah anhand signifikanter bivariater Zusammenhangsanalysen. Das Vorliegen von Multikollinearität wurde anhand der Varianzinflationsfaktoren überprüft, wobei Werte größer 10 Multikollinearität indizieren.

5.1.1.6 Literaturverzeichnis

- Abdollahi, S., Soltani, S., Souza, R. J. de, Forbes, S. C., Toupchian, O. & Salehi-Abargouei, A. (2021) "Associations between Maternal Dietary Patterns and Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies", *Advances in nutrition* (Bethesda, Md.), Vol. 12, No. 4, S. 1332–1352.
- Aiken ARA, Dillaway C, Mevs-Korff N. (2015) A blessing I can't afford: factors underlying the paradox of happiness about unintended pregnancy. *Soc Sci Med.* 2015; 132:149–155.
- Aiken ARA, Westhoff CL, Trussell J, Castaño PM (2016) Comparison of a timing-based measure of unintended pregnancy and the London measure of unplanned pregnancy. *Perspect Sex Repro H.* 2016; 48(3):139–146. 2016/08/30.
- AMC (Academy of Medical Colleges) (2011): Induced Abortion and the Mental Health. A Systematic Re-view of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including Their Prevalence and Associated Factors. London: Academy of Medical College.
- Anjara, S.G., Bonetto, C., Van Bortel, T. & Brayne, C. (2020) Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: psychometrics and practical considerations. *International Journal of Mental Health Systems.* [Online] 14 (1), 62. Available from: doi:10.1186/s13033-020-00397-0.
- Ayoola, A. B., Nettleman, M. D., Stommel, M. & Canady, R. B. (2010) "Time of pregnancy recognition and prenatal care use: a population-based study in the United States", *Birth* (Berkeley, Calif.), Vol. 37, No. 1, S. 37–43.
- Azizi, A. (2016) "Relationship between Unwanted Pregnancy and Health-Related Quality of Life in Pregnant Women".
- Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health.* 2004; 58(5): 426–433.
- Barr-Walker, Jill; Jayaweera, Ruvani T.; Ramirez, Ana Maria; Gerdts, Caitlin (2019): Experiences of women who travel for abortion: A mixed methods systematic review. In: *PloS one* 14 (4), e0209991. DOI: 10.1371/journal.pone.0209991.
- Baum, S., DePiñeres, T. & Grossman, D. (2015) "Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion", *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Vol. 131, No. 3, S. 285–288.
- Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M. & Suhr, R. (2020) "Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany", *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Vol. 63, No. 9, S. 1151–1160.
- Becker, G. S. (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education* (first.). Chicago (IL), London: University of Chicago Press.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., et al. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect.* [Online] 27 (2), 169–190. Available from: doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0.
- Böhm M. Schwangerschaftsabbrüche – Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. *Z Sexualforsch* 2020; 33: 125–133
- Bomert C. Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. Erste Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts. *Soz Passagen* 2022; 14: 503–510

- Brzank, P. & Blättner, B. (2010) Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner: Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53(2).
- Bundesministerium für Gesundheit (2017) "Nationales Gesundheitsziel" [Online]. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Braschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf (Abgerufen am 30 August 2024).
- Burnett, G., Jaeger, P. T. & Thompson, K. M. (2008) "Normative behavior and information: The social aspects of information access", Library & Information Science Research, Vol. 30, No. 1, S. 1–29 [Online]. DOI: 10.1016/j.lisr.2007.07.003 (Abgerufen am 9 Februar 2021).
- Busch, U. (2020) "Familienplanung im Wandel", Voß, H.-J. (Hg.) Die deutschsprachige Sexualwissenschaft: Bestandsaufnahme und Ausblick, Gießen, Psychosozial-Verlag, S. 123–151.
- Chaudoir, S. R., Earnshaw, V. A. & Anel, S. (2013) "'Discredited' Versus 'Discreditable': Understanding How Shared and Unique Stigma Mechanisms Affect Psychological and Physical Health Disparities", Basic and applied social psychology, Vol. 35, No. 1, S. 75–87.
- Cheng, D., Schwarz, E. B., Douglas, E. & Horon, I. (2009) "Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors", Contraception, Vol. 79, No. 3, S. 194–198.
- Cheng, T. S., Loy, S. L., Cheung, Y. B., Godfrey, K. M., Gluckman, P. D., Kwek, K., Saw, S. M., Chong, Y.-S., Lee, Y. S., Yap, F., Yen Chan, J. K. & Lek, N. (2016) "Demographic Characteristics, Health Behaviors Before and During Pregnancy, and Pregnancy and Birth Outcomes in Mothers with Different Pregnancy Planning Status", Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research, Vol. 17, No. 8, S. 960–969.
- Chuang, C. H., Weisman, C. S., Hillemeier, M. M., Schwarz, E. B., Camacho, F. T. & Dyer, A.-M. (2010) "Pregnancy intention and health behaviors: results from the Central Pennsylvania Women's Health Study cohort", Maternal and child health journal, Vol. 14, No. 4, S. 501–510.
- Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M. & Freeman, E. (2018) "Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework", Social science & medicine (1982), Vol. 200, S. 199–210 [Online]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.01.035.
- Cockrill, K. & Nack, A. (2013) "'I'm Not That Type of Person': Managing the Stigma of Having an Abortion", Deviant Behavior, Vol. 34, No. 12, S. 973–990.
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J. & Greene Foster, D. (2013) "The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma", Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Vol. 45, No. 2, S. 79–88 [Online]. DOI: 10.1363/4507913 (Abgerufen am 10 Februar 2021).
- Dipietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., Sprow, K., Troiano, R. P., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A. & Powell, K. E. (2019) "Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review", Medicine and science in sports and exercise, Vol. 51, No. 6, S. 1292–1302 [Online]. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001941.
- Doran, F. & Nancarrow, S. (2015) "Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review", The journal of family planning and reproductive health care, Vol. 41, No. 3, S. 170–180.

- Dott, M., Rasmussen, S. A., Hogue, C. J. & Reefhuis, J. (2010) "Association between pregnancy intention and reproductive-health related behaviors before and after pregnancy recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2002", *Maternal and child health journal*, Vol. 14, No. 3, S. 373–381.
- Endler, M., Cleeve, A. & Gemzell-Danielsson, K. (2020) "Online access to abortion medications: a review of utilization and clinical outcomes", *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 63, S. 74–86.
- Engels, D.: Artikel „Lebenslagen“ in: B. Maelicke (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft*, Nomos-Verlag Baden-Baden 2008, S. 643-646
- Erdman, J. N. (2012) "Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion", *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Vol. 118, No. 1, S. 83–86.
- Foster, D. G. & Kimport, K. (2013) "Who seeks abortions at or after 20 weeks?", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 45, No. 4, S. 210–218 [Online]. DOI: 10.1363/4521013.
- Foster, D. G. (2020) *The turnaway study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having - or being denied - an abortion* [Online], New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi, Scribner. Verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6199332>.
- Foster, Diana Greene; Kimport, Katrina (2013): Who seeks abortions at or after 20 weeks? In: *Perspect Sexual Reprod Health* 45 (4), S. 210–218. DOI: 10.1363/4521013.
- Frarey, A., Schreiber, C., McAllister, A., Shaber, A., Sonalkar, S., Sammel, M. D. & Long, J. A. (2019) "Pathways to Abortion at a Tertiary Care Hospital: Examining Obesity and Delays", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 51, No. 1, S. 35–41.
- Garnsey, C., Wollum, A., Garduño Huerta, S., Uribe, O. L., Keefe-Oates, B. & Baum, S. E. (2021) "Factors influencing abortion decisions, delays, and experiences with abortion accompaniment in Mexico among women living outside Mexico City: results from a cross-sectional study", *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 29, No. 3, S. 2038359.
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019) "Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Vol. 24, No. 5, S. 380–389.
- Gerds, C., Dobkin, L., Foster, D. G. & Schwarz, E. B. (2016) "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy", *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, Vol. 26, No. 1, S. 55–59.
- Ghiasi, A. (2021) "Health information needs, sources of information, and barriers to accessing health information among pregnant women: a systematic review of research", *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, Vol. 34, No. 8, S. 1320–1330.
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences*, 102, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.069>
- Gipson, J. D., Koenig, M. A. & Hindin, M. J. (2008) "The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature", *Studies in Family Planning*, Vol. 39, No. 1, S. 18–38.
- Goffman, Erving 2018: *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, N., et al. (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*. 27 (1), 191–197.
- Hajizadeh, M. & Nghiem, S. (2020) "Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries", *International journal of public health*, Vol. 65, No. 4, S. 457–468.
- Hall JA, Barrett G, Copas A, Stephenson J. (2017) London Measure of Unplanned Pregnancy: guidance for its use as an outcome measure. *Patient Relat Outcome Meas*. 2017 Apr 6;8:43-56. doi: 10.2147/PROM.S122420. PMID: 28435343; PMCID: PMC5388237.
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. (2016) "Abortion Stigma: A Systematic Review", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 48, No. 4, S. 169–177.
- Hassebrauck, M. (1991). ZIP – Ein Instrument zur Erfassung der Zufriedenheit in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 22(4), 256-259.
- Hasstedt, K. (2018) Unbiased Information on and Referral for All Pregnancy Options Are Essential to Informed Consent in Reproductive Health Care [Online], Guttmacher Institute (Guttmacher Policy Review). Verfügbar unter <https://www.guttmacher.org/gpr/2018/01/unbiased-information-and-referral-all-pregnancy-options-are-essential-informed-consent#>.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011) Maltreatment in Childhood and Adolescence. *Deutsches Ärzteblatt international*. [Online] Available from: doi:10.3238/arztebl.2011.0287 [Accessed: 20 February 2024].
- Heidemann, C.; Scheidt-Nave, C.; Beyer, A.-K.; Baumert, J.; Thamm, R.; Maier, B. et al. (2021) Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. In: *Journal of Health monitoring* 6 (3), S. 3–27. DOI: 10.25646/8456.
- Helfferrich C, Gerstner D, Knittel T, Pflügler C, Schmidt F (2021a) Unintended conceptions leading to wanted pregnancies. An integral perspective on pregnancy acceptance from a mixed-methods study in Germany. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 26:227–232. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1870951>
- Helfferrich C, Holz JL, Knittel T, Olejniczak L, Schmidt F (2021b) „Risk it“ – warum Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. *Bundesgesundheitsbl* 64, 1408–1415 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03439-1>
- Helfferrich C, Klindworth H, Heine Y, Wlosnewski I. (2016) *Frauen Leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Eine Studie im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).*
- Horch, K., Hintzpeter, B., Ryl, L. & Dierks, M.-L. (2012) "Ausgewählte Aspekte einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland.: Die Beurteilung aus der Sicht der Nutzer", *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Vol. 55, No. 5, S. 739–745.
- IGJ - Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022) Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz). <https://www.igi.nl/over-ons/publicaties/jaarverslagen/2023/10/12/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2022>.
- Jeltsch, C. (2022) Qualitative Erhebung entscheidungsbezogener Informations- und Unterstützungsbedarfe bei geplantem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung in Deutschland, Masterarbeit, Bremen, Universität Bremen.

- Jerman, J., Frohwirth, L., Kavanaugh, M. L. & Blades, N. (2017) "Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 49, No. 2, S. 95–102.
- Jones, R. K. & Jerman, J. (2017) "Population Group Abortion Rates and Lifetime Incidence of Abortion: United States, 2008-2014", *American Journal of Public Health*, Vol. 107, No. 12, S. 1904–1909.
- Jung, C., Fiastro, A., Cornell, A., Steward, R., Rible, R. & Gipson, J. D. (2023) "Patient perspectives on barriers in obtaining timely abortion care in Los Angeles, California", *Contraception*, Vol. 117, S. 50–54.
- Kanstrup, C., Mäkelä, M. & Hauskov Graungaard, A. (2018) "Women's reasons for choosing abortion method: A systematic literature review", *Scandinavian journal of public health*, Vol. 46, No. 8, S. 835–845.
- Kavanaugh, M. L., Jerman, J. & Frohwirth, L. (2019) "'It's not something you talk about really': information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care", *Contraception*, Vol. 100, No. 1, S. 79–84.
- Khajepour, M., Simbar, M., Jannesari, S., Ramezani-Tehrani, F. & Majd, H. A. (2013) "Health status of women with intended and unintended pregnancies", *Public health*, Vol. 127, No. 1, S. 58–64.
- Killinger, K., Atay, H., Gomperts, R., Gunther, S. & Endler, M. (2020) "Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study", *BMJ sexual & reproductive health*, Vol. 48, e6-e12.
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019) "Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers", *Nursing ethics*, Vol. 26, 7-8, S. 2135–2146.
- Klann, E. M. & Wong, Y. J. (2020) "A Pregnancy Decision-Making Model: Psychological, Relational, and Cultural Factors Affecting Unintended Pregnancy", *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 44, No. 2, S. 170–186.
- Koenig, Leah R.; Raymond, Elizabeth G.; Gold, Marji; Boraas, Christy M.; Kaneshiro, Bliss; Winikoff, Beverly et al. (2023): Mailing abortion pills does not delay care: A cohort study comparing mailed to in-person dispensing of abortion medications in the United States. In: *Contraception* 121, S. 109962. DOI: 10.1016/j.contraception.2023.109962.
- Kolip, P. (2020). Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i071-2.0>
- König, Hans-Helmut MD, MPH*†; Bernert, Sebastian MSc†; Angermeyer, Matthias C. MD††; Matschinger, Herbert PhD†; Martinez, Montse PhD‡; Vilagut, Gemma PhD‡; Haro, Josep Maria MD, PhD§; de Girolamo, Giovanni MD¶; de Graaf, Ron MD||; Kovess, Viviane MD**; Alonso, Jordi MD‡ the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Comparison of Population Health Status in Six European Countries: Results of a Representative Survey Using the EQ-5D Questionnaire. *Medical Care* 47(2):p 255-261, February 2009. | DOI: 10.1097/MLR.0b013e318184759e
- König, W., Lüttinger, P., & Müller, W. (1988). A comparative analysis of the development and structure of educational systems. Mannheim.
- Kröger, H., Pakpahan, E. & Hoffmann, R. (2018) "What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection", *The European Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 2, S. 382.
- Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009) "Conceptualising abortion stigma", *Culture, health & sexuality*, Vol. 11, No. 6, S. 1–15.

- Lampert, T. & Mielck, A. (2008) "Gesundheit und soziale Ungleichheit Eine Herausforderung für Forschung und Politik", GGW, Vol. 8, No. 2, S. 7–16 [Online]. Verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0208_lampert_mielck.pdf (Abgerufen am 25 November 2024).
- Levesque, Jean-Frederic; Harris, Mark F.; Russell, Grant (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. In: International journal for equity in health 12, S. 18. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Lindberg, L., Maddow-Zimet, I., Kost, K. & Lincoln, A. (2015) "Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma", Maternal and child health journal, Vol. 19, No. 5, S. 1087–1096.
- Lindo, J., Myers, C., Schlosser, A. & Cunningham, S. (2017) How Far Is Too Far? New Evidence on Abortion Clinic Closures, Access, and Abortions, National Bureau of Economic Research.
- Mahanaimy, M., Gerds, C. & Moseson, H. (2020) "What constitutes a good healthcare experience for unintended pregnancy? A qualitative study among young people in California", Culture, health & sexuality, S. 1–14.
- Major, B. & Gramzow, R. H. (1999) "Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 77, No. 4, S. 735–745.
- Mitev, A. (2016) Schwangerschaftsabbruch-Erfahrungen und Problemlagen betroffener Frauen im Kontext der medizinischen Versorgung, Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg.
- Moseson, H., Mahanaimy, M., Dehlendorf, C. & Gerds, C. (2019) "...Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way": A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood", PloS one, Vol. 14, No. 5, e0217308.
- Mosher WD, Jones J, Abma JC. (2012) Intended and unintended births in the United States. Natl Heal Stat Report. 2012; 55:1–28.
- Mossie Chekol, B., Abera Abdi, D. & Andualem Adal, T. (2016) "Dimensions of patient satisfaction with comprehensive abortion care in Addis Ababa, Ethiopia", Reproductive Health, Vol. 13, No. 1, S. 144.
- Mumford SL, Sapra KJ, King RB, Louis J, Buck Louis G (2016) Pregnancy intentions—a complex construct and call for new measures. Fertility and Sterility Vol. 106, No. 6, November 2016
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.07.1067>
- Pakseresht, S., Rasekh, P. & Kazemnejad Leili, E. (2018) "Physical Health and Maternal-Fetal Attachment among Women: Planned Versus Unplanned Pregnancy", International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, Vol. 6, No. 3, S. 335–341.
- Peasgood, T., Brazier, J. and Papaioannou, D. (2012) A systematic review of the validity and responsiveness of EQ-5D and SF-6D for depression and anxiety. HEDS Discussionpaper 12/15.
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1981) "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction", Medical care, Vol. 19, No. 2, S. 127–140.
- Ralph, L. J., Schwarz, E. B., Grossman, D. & Foster, D. G. (2019) "Self-reported Physical Health of Women Who Did and Did Not Terminate Pregnancy After Seeking Abortion Services: A Cohort Study", Annals of internal medicine.
- Richter, M & Hurrelmann, K (Hg.) (2016) Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, Springer VS.

- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2022) Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Teil 1 – Erwachsenenalter [Online], Robert Koch-Institut. Verfügbar unter <https://edoc.rki.de/handle/176904/9259>.
- Rust, J; Bennun, I.; Crowe, M. & Susan Golombok (1986) The golombok rust inventory of marital state (GRIMS), *Sexual and Marital Therapy*, 1:1, 55-60, DOI: 10.1080/02674658608407680
- Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(2):94–101.
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O. & Weilandt, C. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (1999) Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. [Online] 100 (6), 462–468. Available from: doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb10898.x.
- Schneider, S.L. (2016). Die Konzeptualisierung, Erhebung und Kodierung von Bildung in nationalen und internationalen Umfragen
- Schweiger, P. (2012) "Mythen über den Schwangerschaftsabbruch", in pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (Hg.) Schwangerschaftsabbruch: Das Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung [Online], Frankfurt am Main, S. 17–18. Verfügbar unter https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2012/pfm_3-4_2012_geschuetzt.pdf (Abgerufen am 31 Oktober 2022).
- Schweiger, P. (2015) "Schwangerschaftsabbruch: Erleben und Bewältigen aus psychologischer Sicht", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) Abtreibung: Diskurse und Tendenzen [Online], Bielefeld, Transcript, S. 235–256. Verfügbar unter <https://www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-23945> (Abgerufen am 24 November 2022).
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S. & Tsui, A. O. (2011) "Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study", *Global public health*, 6 Suppl 1, S111-25.
- Short, H., Al Sayah, F., Ohinmaa, A. et al. The performance of the EQ-5D-3L in screening for anxiety and depressive symptoms in hospital and community settings. *Health Qual Life Outcomes* 19, 96 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01731-x>.
- Siffert, A., & Bodenmann, G. (2010). Entwicklung eines neuen multidimensionalen Fragebogens zur Erfassung der Partnerschaftsqualität (FPQ). *Zeitschrift für Familienforschung*, 22(2), 242-255. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-354940>
- Smith, Jodie Louise; Cameron, Sharon (2019): Current barriers, facilitators and future improvements to advance quality of abortion care: views of women. In: *BMJ sexual & reproductive health*. DOI: 10.1136/bmjshr-2018-200264.
- Sorhaindo, Annik M.; Juárez-Ramírez, Clara; Díaz Olavarrieta, Claudia; Aldaz, Evelyn; Mejía Piñeros, María Consuelo; García, Sandra (2014): Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. In: *Women & health* 54 (7), S. 622–640. DOI: 10.1080/03630242.2014.919983.
- Stanford JB, Hobbs R, Jameson P, De Witt J, Fischer RC (2000) Defining dimensions of pregnancy intentionedness. *Matern Child Health J* 4 (3): 183–189
- Statistisches Bundesamt (2020): Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2019.

- Steinberg, J. R.; Becker, D.; Henderson, J. T. (2011): Does the outcome of a first pregnancy predict depression, suicidal ideation, or lower self-esteem? Data from the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 193–201.
- Tilles, C., Denny, A., Cansino, C. & Creinin, M. D. (2016) Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion [Online]. Verfügbar unter <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010782415006022?token=29962E2322F7191146B5651F8D2818FBD25B59141811FC9354B29F4753055823325E8E01A517FF4A6BFE342BA77A3087>.
- UK Aids/ Population Council Expert Group Meeting (2015): Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf.
- UNFPA (1994) Report on the International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994). [Online] (UN document: A/CONF.171/13). Verfügbar unter <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.
- Vallury, K. D., Kelleher, D., Mohd Soffi, A. S., Mogharbel, C. & Makleff, S. (2023) "Systemic delays to abortion access undermine the health and rights of abortion seekers across Australia", *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, Vol. 63, No. 4, S. 612–615.
- Wasser, O.; Ralph, L.; Kaller, S.; Biggs, M. A. (2023): EXPERIENCES OF COST-RELATED DELAYS ACCESSING ABORTION CARE AND PRE-ABORTION PSYCHOLOGICAL WELL-BEING. In: *Contraception* 127, S. 110191. DOI: 10.1016/j.contraception.2023.110191.
- White, Kari; deMartelly, Victoria; Grossman, Daniel; Turan, Janet M. (2016): Experiences Accessing Abortion Care in Alabama among Women Traveling for Services. In: *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 26 (3), S. 298–304. DOI: 10.1016/j.whi.2016.01.003.
- WHO (2012) Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems [Online], 2. Aufl., Geneva, World Health Organization. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/>.
- WHO (2022): Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization Human Reproduction Programme. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942/>.
- Will, Anne-Kathrin (2020): Migrationshintergrund im Mikrozensus. Berlin: Mediendienst Integration.
- Wimmer-Puchinger, Beate (2001): Schwangerschaftskonflikt – Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch, Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H., et al. (2010) Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. [Online] 60 (11), 442–450. Available from: doi:10.1055/s-0030-1247564.
- World Health Organization, [hrp] Human Reproduction Programme. Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd Edition. Genf: WHO 2012.
- Zordo, S. de; 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 : an international journal of obstetrics and gynaecology* 128 (5), S. 838–845. DOI: 10.1111/1471-0528.16534.

5.1.2 Die Vertiefungsstudien (AP 1-2)

Im Rahmen des Arbeitspakets 1 der ELSA-Studie wurden neben den standardisierten Befragungen fünf Vertiefungsstudien durchgeführt. Jeweils eine qualitativ-empirische Vertiefungsstudie widmet sich den Erfahrungen und Bewältigungsprozessen von Frauen, die eine ungewollt eingetreten Schwangerschaft ausgetragen haben (vgl. Kapitel 5.1.2.1) oder abgebrochen haben (vgl. Kapitel 5.1.2.2). Die unter 5.1.2.3 dargestellte, von der Hochschule Nordhausen umgesetzte Vertiefungsstudie befasst sich mit den vulnerablen Gruppen von Frauen mit Risikofaktoren für besondere Belastungen aufgrund eines Migrationshintergrundes oder aufgrund des Erlebens von Gewalt in der Partnerschaft. Die vierte, am Universitätsklinikum Ulm durchgeführte Vertiefungsstudie untersucht die spezifischen Erfahrungen von Frauen mit psychischen Erkrankungen als vulnerabler Gruppe im Zusammenhang mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft. Ebenfalls einer vulnerablen Gruppe widmet sich als fünftes die Studie der FU Berlin durchgeführte Teilstudie zu Traumatisierungen in der Kindheit als Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft, bei der neben Fragebögen und ausführlichen klinischen Interviews Analysen von Haarcortisol eingesetzt werden (vgl. Kapitel 5.1.2.5).

Die Teilnehmerinnen der Vertiefungsstudien wurden zum Teil vollständig, zum Teil in geringerem Umfang über die standardisierte Befragung gewonnen. Beim Abschluss des Online-Fragebogens konnte die Bereitschaft zur Teilnahme an Vertiefungsstudien im Rahmen des ELSA-Projekts erklärt werden. Interessentinnen wurden gebeten, ihre Kontaktdaten anzugeben. Diese Daten wurden getrennt von den Angaben aus der quantitativen Befragung gespeichert. Anhand vorab definierter Kriterien (z.B. Fluchterfahrung, Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder eines Kindheitstraumas, etc.) wurde evaluiert, für welche Vertiefungsstudie die Teilnehmerin ggf. in Frage kommt. Zu diesem Zweck erhielt eine benannte Studienmitarbeiterin Zugang zu einem verschlüsselten Ausschnitt des pseudonymisierten Forschungsdatensatzes. Jede interessierte Teilnehmerin wurde maximal einem Standort zugeordnet, wobei sich die Aufteilung nach dem Bedarf an Teilnehmerinnen für die jeweilige Vertiefungsstudie richtete. Nach abgeschlossener Zuteilung wurde die Teilnehmerinnen-ID inkl. einem Standort-Code von der Studienmitarbeiterin an den Dienstleister Kantar übermittelt. Der Dienstleister nahm die Verknüpfung der ID mit den Kontaktdaten vor. Vorab bestimmte, unabhängige Mitarbeiterinnen der jeweiligen Vertiefungsstudien erhielten im Anschluss die verschlüsselten Kontaktdaten der interessierten Personen inkl. der Zweit-ID (ZID), ohne jedoch Zugriff auf die individuellen Angaben im Forschungsdatensatz zu haben. Eine Verknüpfung der Forschungsdaten mithilfe von ID und ZID war somit ausschließlich dem Dienstleister Kantar möglich. Die Verantwortlichkeiten gemäß Art. 26 DSGVO wurden im Rahmen eines Joint Controller Vertrags festgehalten. Insgesamt wurden n = 197 Kontaktdaten von interessierten Frauen an die jeweiligen Studienzentren übermittelt (davon n = 55 an das Zentrum Fulda, n = 120 an das Zentrum Freiburg, n = 151 an das Zentrum Nordhausen, n = 90 an das Zentrum Ulm und n = 50 an das Zentrum Berlin). Interessierte Teilnehmerinnen wurden von den jeweiligen Standorten kontaktiert und zu einer Teilnahme an der jeweiligen Vertiefungsstudie eingeladen. Weitere n = 170 Frauen gaben an, Interesse an einer Vertiefungsstudie zu haben, entsprachen jedoch nicht den Einschlusskriterien für eine der Vertiefungsstudien. Nach Abschluss der Datenerhebung, spätestens aber zum 31.10.2023 wurden alle übermittelten Kontaktdaten gelöscht. Somit sind alle im Rahmen der quantitativen Befragung, als auch die im Rahmen der Vertiefungsstudien erhobenen Forschungsdaten vollständig anonymisiert. Nach Anonymisierung der Daten konnte bei Bedarf eine Verknüpfung der im Rahmen der quantitativen Befragung und der Vertiefungsbefragung erhobenen Daten anhand der ID und ZID mithilfe des Dienstleisters Kantar erfolgen. Die Verknüpfung der beiden Forschungsdatensätze erfolgte erst nach vollständiger

Anonymisierung der Daten und nach Einverständnis der Teilnehmerinnen hierfür im Rahmen der Teilnahme an einer Vertiefungsstudie.

Um das Erleben von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften nachzuvollziehen und den tatsächlichen Unterstützungsbedarf genau zu erfassen, erweisen sich vertiefende Interviews als äußerst wertvoll. Sie ermöglichen ein detaillierteres Verständnis des individuellen Belastungserlebens und der möglichen psychosozialen und gesundheitlichen Folgen solcher Schwangerschaften. Darüber hinaus bieten diese Interviews die Möglichkeit, wertvolle Einblicke in die Struktur und Wirksamkeit der bestehenden Versorgungs- und Beratungsangebote zu gewinnen.

Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die Erfassung der subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen der betroffenen Frauen. Vertiefende Interviews haben das Potenzial, komplexe und persönliche Lebensgeschichten zu durchdringen, die für das Verständnis von Belastungsfaktoren, Bewältigungsmechanismen sowie daraus resultierenden Ressourcen essenziell sind.

In Freiburg und Fulda wurde für die rekonstruktive Analyse des Umgangs mit ausgetragenen (Freiburg) bzw. abgebrochenen (Fulda) ungewollten Schwangerschaften die Dokumentarische Methode gewählt. Hier wurden teilnarrative Interviews ausgewertet, um die Erfahrungen und Handlungsmuster im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft nachzuzeichnen.

Um Aussagen über die Lebenslagen von ungewollt schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund und/oder Partnergewalterfahrungen zu generieren, wurde in Nordhausen das biografisch-narrative Interview als gegenstandsadäquate Datenerhebungsmethode gewählt. Mit dem biografisch-narrativen Interview wird spezifisches Expertenwissen zu einem Themenfeld generiert, das in die eigenen biografischen Kontexte der befragten Frauen eingebettet ist. Damit eröffnet das biografisch-narrative Interview einen methodischen Zugang zu den Erfahrungen und Erkenntnissen der Frauen (konjunktives Erfahrungswissen). Meinungen, Einstellungen sowie theoretisches Wissen der Befragten zum Thema werden deutlich (kommunikativ-generalisiertes Wissen).

Das Teilprojekt ELSA PSY in Ulm beschäftigte sich mit den spezifischen Erfahrungen von Frauen mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit einer ungewollten Schwangerschaft. Um die subjektiven Bedeutungen einer psychischen Erkrankung für den Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft zu untersuchen, wurden mit einer Teilstichprobe von Frauen, die wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren und eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen hatten, narrativ-biographische Interviews durchgeführt. In der Begründung der biographischen Methode bezieht sich Ulm auf ein heuristisches Modell, das die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischer Erkrankung, reproduktiven Ereignissen und Biografie berücksichtigt.

Inwieweit Traumatisierungen in der Kindheit als biographische Erfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach einer ungewollten Schwangerschaft darstellen, wurde am Standort FU Berlin vertiefend untersucht. Dazu wurden Frauen innerhalb eines Jahres (nach 2 Monaten und nach 12 Monaten) nach Beendigung der Schwangerschaft (Geburt oder Abbruch) mittels Fragebögen und ausführlichen klinischen Interviews befragt. Zusätzlich schickten die Befragten im gleichen zeitlichen Abstand Haarproben zur Bestimmung der Haarcortisolkonzentration an den Standort.

5.1.2.1 Erhebungs- und Auswertungsmethodik Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

5.1.2.1.1 Erhebung: Planung und Durchführung der Interviews

Der Schwerpunkt des Arbeitspaketes AP 1-2.e, Standort Freiburg, liegt auf der Vertiefung der Erfahrung von ungewollt schwangeren Frauen, welche die Schwangerschaft ausgetragen haben. Zudem wird die Perspektive der Partner von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften mit einbezogen. Hierfür wurden episodisch teilnarrative qualitative Einzelinterviews mit Frauen und Männern geführt, welche eine ungewollte Schwangerschaft erfahren haben.

Für die Durchführung der teilnarrativen Interviews wurde ein Leitfaden erstellt, welcher die Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften fokussiert. Dieser wurde teilweise standortübergreifend erarbeitet und nach den ersten geführten Interviews nachjustiert. Für jeden Standort des Arbeitspaketes wurde ein separater Leitfaden erstellt (vgl. Leitfaden). Die Mitarbeiterinnen haben vor Beginn der Erhebung an einem Workshop teilgenommen, in welchem Techniken der Interviewdurchführung geübt wurden. Die Interviews wurden pandemiebedingt per Videotelefonie oder Telefon geführt und aufgenommen. Anschließend wurden diese von einem professionellen Transkriptionsbüro anhand zuvor festgelegter Transkriptionsregeln in Textform übertragen. Nach Fertigstellung der Transkription wurden diese von Mitarbeiterinnen des Arbeitspaketes anonymisiert. Die Länge der Interviews variiert zwischen 45 Minuten und zwei Stunden. Jede Interviewte Person hat eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro für die Teilnahme an der Studie bekommen.

Es wurden insgesamt 36 Einzelinterviews mit Frauen und Männern, welche sich für das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft entschieden haben, zwischen Januar und September im Jahr 2022, geführt. Hiervon wurden 26 Interviews mit Frauen und 10 Interviews mit Männern geführt.

5.1.2.1.2 Gewinnung der Teilnehmenden und Durchführung der Interviews (ungewollt ausgetragene Schwangerschaft)

Die Gewinnung der für das Arbeitspaket interessante Personengruppe gestaltete sich durch verschiedene Zugänge und soll im Folgenden dargestellt werden:

Ungewollt schwangere Personen, die sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben.

Die relevante Personengruppe wurde über den Onlinefragebogen der standardisierten Befragung gewonnen. Am Ende des Fragebogens wurden die Teilnehmerinnen nach ihrer Bereitschaft eines vertiefenden Interviews gefragt und gebeten ihre Telefonnummer und/oder E-Mail-Adressen anzugeben. Die Telefonnummer bzw. E-Mail-Adressen der Teilnehmerinnen, welche sich für ein Interview bereit erklärten, wurden zunächst standortbedingt, respektive themenspezifisch sortiert und an die Mitarbeiterinnen der entsprechenden Arbeitspakete, unter Beachtung des Datenschutzes, übergeben. Für die Teilgruppe der Frauen, welche eine ungewollte Schwangerschaft erfahren und sich für das Austragen entschieden hatten, erklärten sich circa 120 Personen bereit, ein Interview zu führen. 25 Interviews mit Frauen wurden realisiert. Die potenziellen Teilnehmerinnen wurden von den Interviewerinnen persönlich kontaktiert. Nach einer weiteren Überprüfung der Zielgruppenpassung der Teilnehmerinnen und der Einholung ihres Einverständnisses, wurde ein Termin für ein Interview vereinbart. Generell war die Bereitschaft für eine Teilnahme an einem Interview groß, vereinzelt wurde die Kontaktaufnahme und die Durchführung des Interviews durch die Pandemiebedingungen erschwert.

Die Partner der ungewollt schwangeren Person, die sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben

Die Gewinnung der Partner verlief über die bereits interviewten Frauen. Im Anschluss des Interviews wurde die befragte Frau gebeten ihren Partner zu fragen, ob er ebenfalls an der Studie teilnehmen möchte. Erklärte sich der Partner bereit für ein Interview, übermittelte die Teilnehmerin die Kontaktdaten ihres Partners an die Interviewerinnen. Diese nahmen zur Terminvereinbarung Kontakt mit dem jeweiligen Partner auf und realisierten auf diese Weise die Interviews. Der Zugang zu Männern, dessen Partnerinnen eine ungewollte Schwangerschaft erfahren haben, gestaltete sich etwas schwieriger als der zu den Frauen. Durch den Zwischenschritt über die Partnerinnen erschwerte das den Prozess. Ein Teil der befragten Frauen lebte zum Zeitpunkt des Interviews nicht in einer Paarbeziehung, ein weiterer Teil der Frauen lehnte bereits die Bitte ab, ihren Partner nach einer möglichen Teilnahme an der Studie zu fragen. Ein weiterer Teil der Frauen erklärte sich zwar bereit ihren Partner zu fragen, jedoch wurde die Anfrage anschließend abgelehnt. Auf diese Weise konnte unsere Zielgröße von 10 Interviews mit Männern erreicht werden.

5.1.2.1.3 Erstellung des Leitfadens

Als Erhebungsmethode, um die Erfahrungen von ungewollt schwanger gewordenen Frauen sowie die in eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft involvierten Männer, gemäß dem Projektziel zu untersuchen, wurde das teilnarrative episodische Interview gewählt. Die Episode der ungewollten Schwangerschaft fungiert wie ein roter Faden im Verlaufe des Interviews. Durch die teilnarrativen Elemente ist es einerseits möglich, die Interviewpartnerinnen ins Erzählen kommen zu lassen und andererseits wird eine Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Interviews anhand der vorformulierten Fragestellungen gewährleistet (Helfferich, 2017). Dadurch können die spezifischen Erfahrungen in der sozialen und medizinischen Versorgung, die Stigmatisierungserfahrungen oder auch der sozialen Unterstützung sowie der Bedeutung der Paarbeziehung, ermittelt werden.

Entsprechend finden sich in der Struktur des Interviewleitfadens offene erzählgenerierende Fragen wie auch ein Konglomerat aus spezifischen Fragestellungen zu den einzelnen Unterthemen. Zu Beginn des Leitfadens wird eine offene Frage gestellt, in der die Interviewerinnen die entsprechend weiteren Fragen flexibel zu Vertiefung der Thematik stellen. Zur Erhebung der Episode Schwangerschaft zentriert sich der Leitfaden auf die Zeit kurz vor Eintritt der Schwangerschaft, während dieser und der Zeit danach. Dieser beginnt mit dem narrativen Stimulus mit der Nachfrage des Bemerkens der Schwangerschaft und richtet sich auf das Erleben dieses Moments. Dadurch ist die interviewte Person aufgefordert, offen über ihre Erfahrungen und Emotionen zu berichten, diese in ihre damalige Lebenssituation einzubetten sowie dadurch eigenständig für die jeweilige Erfahrung relevante Aspekte miteinzubringen. Mit sogenannten Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wird die Person im Weiteren angeregt ihre Geschichte auszuführen (Rosenthal, 2014).

Nach dieser Eingangserzählung folgten die Fragen zu angrenzenden spezifischen Themengebieten. Vorab ist festzuhalten, dass diese Bereiche nicht notwendigerweise in der Reihenfolge der Themen in Leitfaden erfragt werden. Vielmehr war das Ziel, je nach Themensetzung der interviewten Person, die dazu passenden Nachfragen zu stellen und aufgeworfene Aspekte aus der Eingangserzählung zu vertiefen (Helfferich, 2011).

5.1.2.1.4 Aufbau des Leitfadens – ungewollt eingetretene und ausgetragene Schwangerschaften

Den Interviews zu den Erfahrungen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, die ausgetragen wurden, liegen sowohl für die befragten Frauen wie auch für die Männer ein weitestgehend identischer Leitfragen zugrunde. Gemeinsam ist allen Leitfäden der Beginn mit der erzählstimulierenden Frage „Wir beginnen mal damit, dass Sie mir erzählen, wann und wie Sie gemerkt haben, dass Sie schwanger sind und wie es dann weiterging? Damit startet die Erzählung meist zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts. Erst im weiteren Verlauf werden flexibel an das bisher Erzählte die Nachfragen zu dem Zeitpunkt kurz vor Eintritt der Schwangerschaft und der Zeit nach der Geburt gestellt. Dies hat den Hintergrund, dass die Interviewpartnerinnen selbstständig bereits in der Eingangserzählung ihre Schwerpunkte setzen können, sodass diese von den Interviewerinnen im weiteren Interview aufgenommen werden können. Der Leitfaden ist nach drei Episoden in Bezug auf die Schwangerschaft aufgeteilt und deckt den Zeitraum währenddessen und danach ab. Im Folgenden soll auf die einzelnen Schwerpunkte des Leitfadens eingegangen werden

Während der Schwangerschaft

Im Teil, der die Erfahrungen abdeckt, die die Frauen während der Schwangerschaft gemacht haben, begann der Nachfrageteil zunächst mit den Umständen der Schwangerschaftsfeststellung und legte den Fokus auf die Wahrnehmung der Partnerschaft. Es werden die körperlichen, emotionalen und psychischen Erfahrungen der Schwangeren erfragt, zudem die Partnerreaktion und die Reaktion des sozialen Umfeldes auf die ungewollte Schwangerschaft thematisiert (Barton et al., 2017; Busch et al., 2017). Im Weiteren wird auf die Entscheidung beziehungsweise Entscheidungsfindung eingegangen. Von Interesse sind dabei die Begründungsmuster, die Rolle des sozialen Umfeldes mit Fokus auf die Partner und das emotionale Erleben in der Entscheidungsfindung (Busch et al., 2017; Busch, 2017; Kjelsvik et al., 2018; Klann & Wong, 2020; Kroelinger & Oths, 2000; Smith et al., 2016). Durch die Erhebung des Schwangerschaftsverlaufs sollen mögliche Komplikationen ermittelt werden sowie die körperlichen, psychischen (allgemein gesundheitlichen) Bedürfnisse sowie die Rolle der Partnerschaft und des sozialen Umfeldes (Kroelinger & Oths, 2000; Moseson et al., 2019). Der Bereich der Versorgung umfasst die Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal, im sozialen beziehungsweise sozialpsychischen Bereich sowie eventuelle weitere Institutionen, die in Bezug zur ungewollten Schwangerschaft relevant werden. Zusätzlich ermöglichten uns diese Nachfragen Einblicke in die Auseinandersetzung mit der ungewollten Schwangerschaft und der Vorbereitung auf die Geburt zu gewinnen. Des Weiteren werden Erkenntnisse zur Aufteilung im Paararrangement generiert. Zudem wird die interviewte Person zum Bilanzieren angeregt (Draper, 2002; Shahry et al., 2016).

Vor der Schwangerschaft

Durch die Anfrage des Zeitraums vor der Schwangerschaft wurden die Vorstellungen zu Partnerschaft, Mutterschaft und Familie allgemein vor dem Eintritt des Ereignisses abgefragt. Zudem interessierte die Lebensplanung in Bezug auf Kinder sowie die Lebensphase vor der Schwangerschaft. Dadurch wurde ein Bild von der Lebenssituation vor der Schwangerschaft erlangt und mögliche belastende Aspekte bereits vor Eintritt der Schwangerschaft kamen zur Sprache. Wichtig in diesem Zusammenhang waren die Gesundheit, die Partnerschaft, die Wohnsituation, berufliche und finanzielle Aspekte sowie das soziale Umfeld (Helfferich, 2017; Klann & Wong, 2020).

Nach der Schwangerschaft

Hiermit wurde die Lebenssituation nach der Schwangerschaft erhoben. Diese umfasste die Nachsorge und die gesundheitliche Situation (körperlich und psychisch) der Person sowie die Rolle der Partnerschaft und des sozialen Umfeldes. Zudem wurde dadurch erfragt, welche Belastungen und Hürden im Alltag nach der Schwangerschaft erfahren werden (Gerds et al., 2016; Shahry et al.,

2016). Im Weiteren wurden die Vorstellung der Mutterschaft beziehungsweise der Vaterschaft erhoben. (Helfferich, 2017; Krüger-Kirn & Wolf, 2018).

Abschluss

Abschließend wurde der interviewten Person die Möglichkeit für ein Resümee gegeben. In diesem Zusammenhang wurden besonders unterstützende oder besonderes belastende Aspekte genannt sowie auf die Bedarfe der Person im Kontext der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft eingegangen.

5.1.2.1.5 Auswahl der Interviews für die Auswertung (ungewollt eingetretene und ausgetragene Schwangerschaft)

Die Auswahl der Fälle erfolgt im Zuge der Erhebung sowie der anschließenden Auswertung, mittels eines theoretischen Samplings nach Glaser und Strauss (1967). In diesem Sinne wird das Prinzip des minimalen und maximalen Vergleichs angewendet (Glaser & Strauss, 1967). Dies bedeutet, dass insbesondere während der Auswertung herausgearbeitete relevante theoretische Gesichtspunkte herangezogen und die Fälle auf diese Gesichtspunkte hin minimal oder maximal kontrastiert wurden. In diesem Sinne wird das Sample sukzessiv zusammengestellt und geht einher mit einer fortschreitenden Theorieentwicklung. (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Die für das Arbeitspaket erhobenen 36 Einzelinterviews mit Frauen und Männer wurden hinsichtlich des Familienstands, der Anzahl der bereits geborenen Kinder, der Anzahl der Schwangerschaften, der Einschätzung der finanziellen Situation während der Schwangerschaft sowie der Region, in welcher die Personen wohnten, ausgewählt. Dies ermöglicht ein heterogenes Bild über das Erleben einer ungewollten Schwangerschaft.

5.1.2.1.6 Auswertungsmethode

Die erzählgenerierende Struktur der episodischen Interviews ermöglicht die Darstellung und Erläuterung der Erfahrungen im Umgang mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft von den Frauen sowie deren Partner. Zur Rekonstruktion der Orientierungen und Erfahrungen der Frauen und Männer, wird die Dokumentarische Methode angewandt. Die Dokumentarische Methode zielt auf die Erarbeitung der hintergründigen Handlungsorientierungen ab (Nohl, 2013). Um die Erkenntnisse aus dem empirischen Material zu abstrahieren, gilt die *Standortverbundenheit* von Wissen und Denken zu beachten, die durch ein konsequentes Vergleichen umgesetzt wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Daher ist die Dokumentarische Methode von Beginn an als eine komparative Analysemethode zu verstehen, die es ermöglicht auch eine größere Anzahl qualitativer Interviews – wie im Rahmen dieses Projekts – auszuwerten.

Die Dokumentarische Methode basiert auf der Wissenssoziologie Karl Mannheims, die vor allem Ralf Bohnsack zur Auswertung von Gruppendiskussionen und später auch anderen Erhebungsmethoden wie für Bild- und Filmanalysen, fortgeführt und geprägt hat. Dabei wird das handlungspraktische Wissen, welches nicht explizit versprachlicht ist und durch individuelle Erfahrungen besteht, als ein *kollektives Wissen* verstanden. Dies knüpft an Mannheims Begriff des *konjunktiven Wissens* an. Das *konjunktive*, also verbindende Wissen beschreibt das, was Menschen, beispielsweise des gleichen Studiengangs (unabhängig des Universitätsstandortes) oder einer gemeinsamen Glaubensrichtung oder Geschlecht, miteinander teilen (Nohl, 2013). Es ist eine Art unbewusstes Wissen und bedeutet für die Auswertung an dieser Stelle, dass Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft sowie deren Partner über einen konjunktiven Erfahrungsraum verfügen. Dies ist sozusagen die Prämisse, dass durch die Interviewanalyse Ergebnisse von den einzelnen Fällen abstrahiert und generalisiert werden können.

Im Rahmen der Dokumentarischen Methode wird zwischen zwei Sinngehalten unterschieden: Dem *immanenten Sinngehalt* und dem *Dokumentsinn*. Unter immanentem Sinngehalt werden Aussagen

verstanden, die auf ihre Richtigkeit geprüft werden können. Der Dokumentsinn kann nicht auf seine Richtigkeit geprüft werden und berücksichtigt vielmehr „den soziokulturellen Entstehungszusammenhang“ (Nohl, 2013). Aus dieser Unterteilung der Sinngehalte gehen die einzelnen Analyseschritte der Dokumentarischen Methode hervor: Die Formulierende Interpretation und der Thematische Verlauf beziehen sich dabei auf den immanenten Sinngehalt, während die Reflektierende Interpretation und die daran anschließenden Schritte auf den Dokumentsinn verweisen. Entlang dieser Abfolge wird unser methodisches Vorgehen an den zwei Interpretationsformen – der Formulierenden und Reflektierenden Interpretation – erläutert, bevor die Bildung der Typen dargelegt wird.

Die Formulierende Interpretation

Die Formulierende Interpretation setzt an dem immanenten Sinngehalt an und dient dazu, den reinen Inhalt – in unserem Fall des Interviewtranskriptes - nachzuvollziehen. Eigene Deutungen werden hierbei zurückgestellt und finden erst in der Reflektierenden Interpretation Anwendung. Zudem geht es nicht um das Hinterfragen der Richtigkeit. Vielmehr geht es darum, den Geltungscharakter *einzuklammern*. Dadurch ermöglicht bereits die Formulierende Interpretation ein Erwirken des *fremd seins* gegenüber dem Interviewmaterial (Nohl, 2013). Dies ist essenziell, um das Interviewmaterial angemessen zu interpretieren.

In der Formulierenden Interpretation werden Abschnitt für Abschnitt die Inhalte des Interviews in eigenen Worten paraphrasiert. Sodann werden Ober- und Unterthemen herausgearbeitet. Diese Darstellung des Themenverlaufs sollte den reinen Textinhalt widerspiegeln, den, ohne Weiteres mögliche andere Personen in der Art herauslesen. Es ist also im Sinne des immanenten Sinngehalts überprüfbar. Im Teilprojekt wurde darauffolgend einen Thematischer Verlauf ⁵ erstellt, der eine Übersicht der Themenwechsel und Gesprächsstruktur darstellt. Dies ermöglichte in diesem Schritt die Auswahl relevanter Textstellen für die reflektierende Interpretation mit dem Ziel, sich einer Typenbildung anzunähern.

Die Reflektierende Interpretation

Der zweite Schritt der Dokumentarischen Methode ist die reflektierende Interpretation. Dieser Schritt fokussiert den dokumentarischen Sinngehalt und somit die konjunktiven Erfahrungsräume. Dieses konjunktive Wissen ist in die individuelle Handlungspraxis eingebettet, welche untersucht werden sollen. Die Orientierungen, welche in Bezug zu den Handlungspraxen stehen, sollen in diesem Schritt rekonstruiert werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Im Speziellen geht es dabei „um die Explikation der Orientierungen, die die Praxis der jeweiligen konjunktiven Erfahrungsräume strukturieren“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Dies bedeutet, dass im Unterschied zu der formulierenden Interpretation, welche sich der Frage, *was wird gesagt* zuwendet, nun die Frage nach dem *wie wird etwas gesagt* gestellt wird. Konkret wird geschaut, wie im Kontext der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft gehandelt wird. Dabei werden die Orientierungen anhand der Interviewinterpretation rekonstruiert (Nohl, 2017). Der Zugang zu diesen Orientierungen erfolgt durch die Herausarbeitung der sogenannten Horizonte, die handlungsleitend sind. Horizonte sind positive und negative Ideale von Sinnzusammenhängen, zu denen eine Orientierung hinstrebt oder sich von ihnen abgrenzt. (Przyborski & Wohlrab-Sahr,

⁵ Tatsächlich weichen wir an der Stelle vom Handbuch-Ideal der Analyseschrittfolge ab. So schlagen beispielsweise Nohl (2013) wie auch Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014) vor, zunächst einen thematischen Verlauf anhand der Audio-Datei zu erstellen. Dies hat den Vorteil direkt relevante Passagen für die Transkription auszuwählen und forschungspragmatisch irrelevante Abschnitte nicht transkribieren zu müssen. Durch unsere Wahl des episodischen Interviews, das leitfadengestützt ist und die Vielzahl der Forschungsfragen, war es für uns jedoch unabdinglich die gesamten Transkripte vorliegen zu haben.

2014). Im Verlauf der Analyse werden die rekonstruierten Orientierungen hinsichtlich ihrer Homologien untersucht. Dies bedeutet, dass wiederkehrende Ähnlichkeiten innerhalb der Orientierungen identifiziert werden und somit ein Muster bilden. Diese Orientierungsmuster der einzelnen Fälle werden in einem nächsten Schritt fallübergreifend gegenübergestellt. Hierfür wurden Vergleichsdimensionen gebildet, welche als Hilfsmittel für den fallübergreifenden Vergleich dienen.

Der Weg von den Orientierungsmustern bis zur Typenbildung

Im Anschluss der Analyse wurde eine Typenbildung erarbeitet. Hierfür wurde zunächst das *tertium comparationis* herangezogen, welches als *Vergleichendes Drittes* fungiert und den Umgang mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft thematisiert. Zudem wurden für die Forschungsfrage relevante Vergleichsdimensionen herangezogen. Vergleichsdimensionen werden als thematische Schwerpunkte verstanden, welche basierend auf das Forschungsvorhaben gebildet wurden. Die Typenbildung wurde auf der sinngenetischen Ebene durchgeführt, das bedeutet, dass fallübergreifend Orientierungsmuster hinsichtlich ihrer Homologien in Bezug auf das *tertium comparationis* kontrastiert wurden. Auf diese Weise können die Orientierungsmuster vom Einzelfall gelöst und abstrahiert werden, wodurch die einzelnen Typen hinsichtlich ihrer Ausprägungen ausgelotet und somit gebildet wurden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Für die Sinngenese der beiden Typisierungen sind insbesondere die Vergleichsdimensionen *Arrangement mit dem Lebensverlauf*, *Lebensentwurf der Partnerschaft sowie der Familie*, *Mutterschaft respektive Vaterschaft* und *die übergeordnete Handlungsorientierung* wegweisend.

5.1.2.1.7 Literaturverzeichnis

- Barton, K., Redshaw, M., Quigley, M. A. & Carson, C. (2017) "Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support", *BMC pregnancy and childbirth*, Vol. 17, No. 1, S. 44.
- Bohnsack, R. (2021) *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* [Online], 10. Aufl., Opladen, Verlag Barbara Budrich. Verfügbar unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838587851>.
- Busch, U, Will, A-K & Krell, C (Hg.) (2017) *Eltern (vorerst) unbekannt: Anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland* [Online], Weinheim, Beltz Juventa. Verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779945222.
- Busch, U. (2017) "Ungewollte Schwangerschaft: Handlungsoptionen und Unterstützungssysteme jenseits von anonymer Kindesabgabe", in Busch, U., Will, A.-K. & Krell, C. (Hg.) *Eltern (vorerst) unbekannt: Anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland* [Online], Weinheim, Beltz Juventa. Verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779945222.
- Draper, J. (2002) "'It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation", *Journal of advanced nursing*, Vol. 39, No. 6, S. 563–570.
- Gerdts, C., Dobkin, L., Foster, D. G. & Schwarz, E. B. (2016) "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy", *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, Vol. 26, No. 1, S. 55–59.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative re-search*, London, New York, Routledge.
- Helfferich, C. (2011) *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 4. Aufl., Wiesbaden, Springer VS.
- Helfferich, C. (2017) *Familie und Geschlecht: Eine neue Grundlegung der Familiensoziologie*, Opladen, Toronto, Verlag Barbara Budrich.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016) *frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen: Schwerpunkt: ungewollte Schwangerschaften*, Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A. & Gjengedal, E. (2018) "Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester", *Health care for women international*, Vol. 39, No. 7, S. 784–807.
- Klann, E. M. & Wong, Y. J. (2020) "A Pregnancy Decision-Making Model: Psychological, Relational, and Cultural Factors Affecting Unintended Pregnancy", *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 44, No. 2, S. 170–186.
- Kroelinger, C. D. & Oths, K. S. (2000) "Partner support and pregnancy wantedness", *Birth (Berkeley, Calif.)*, Vol. 27, No. 2, S. 112–119.
- Krüger-Kirn, H & Wolf, L (Hg.) (2018) *Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung: Aktuelle Studien und Standpunkte*, Opladen, Berlin, Toronto, Verlag Barbara Budrich.
- Moseson, H., Mahanaimy, M., Dehlendorf, C. & Gerdts, C. (2019) "'...Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way': A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood", *PloS one*, Vol. 14, No. 5, e0217308.
- Nohl, A.-M. (2013) *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis*, Wiesbaden, Springer VS.

- Nohl, A.-M. (2017) Interview und Dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis, 5. Aufl., Wiesbaden, Springer VS.
- Przyborski, A. & Slunecko, T. (2018) "Dokumentarische Methode", in Mey, G. & Mruck, K. (Hg.) Hand-buch Qualitative Forschung in der Psychologie, Wiesbaden, Springer VS.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014) Qualitative Sozialforschung.: Ein Arbeitsbuch, 4. Aufl., München, Oldenburg Verlag.
- Rosenthal, G. (2014) "Biographieforschung.", in Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden, Springer Fachmedien, S. 509–520.
- Shahry, P., Sharareh, N. K., Esfandiyari, A. & Zamani-Alavijeh, F. (2016) "A comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted und unwanted pregnancy", International journal of community based nursing and midwifery, Vol. 2, No. 4, S. 176–185.
- Smith, W., Turan, J. M., White, K., Stringer, K. L., Helova, A., Simpson, T. & Cockrill, K. (2016) "Social Norms and Stigma Regarding Unintended Pregnancy and Pregnancy Decisions: A Qualitative Study of Young Women in Alabama", Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Vol. 48, No. 2, S. 73–81.

5.1.2.2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

5.1.2.2.1 Erhebung: Planung und Durchführung der Interviews

Der Schwerpunkt des Arbeitspaketes AP 1-2.e, Standort Fulda, liegt auf der Vertiefung der Erfahrung von ungewollt schwangeren Frauen, die sich für einen Abbruch ihrer ungewollten Schwangerschaft entschieden haben. Hierfür wurden episodisch teilnarrative qualitative Einzelinterviews mit Frauen geführt, welche eine ungewollte Schwangerschaft und einen Schwangerschaftsabbruch erfahren haben.

Für die Durchführung der teilnarrativen Interviews wurde ein Leitfaden erstellt, welcher die Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen mit Schwangerschaftsabbruch fokussiert. Dieser wurde teilweise standortübergreifend erarbeitet und nach den ersten geführten Interviews nachjustiert. Alle Mitarbeiterinnen haben vor Beginn der Erhebung an einem Workshop teilgenommen, in welchem Techniken der Interviewdurchführung geübt wurden. Die Interviews wurden von den Interviewerinnen - pandemiebedingt - per Videotelefonie oder Telefon geführt und aufgenommen. Anschließend wurden diese von einem professionellen Transkriptionsbüro, anhand zuvor festgelegter Transkriptionsregeln in Textform übertragen. Nach Fertigstellung der Transkription wurden diese von Mitarbeiterinnen des Arbeitspaketes nach einheitlichen Regeln anonymisiert. Die Länge der Interviews variiert zwischen 45 Minuten und zwei Stunden. Jede interviewte Person erhielt eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro für die Teilnahme an der Studie. Im Rahmen der Studie wurden zwischen Januar und September 2022 insgesamt 34 Einzelinterviews durchgeführt, davon 25 mit Frauen und 9 mit Männern.

5.1.2.2.2 Gewinnung der Teilnehmerinnen und Durchführung der Interviews

Die Gewinnung von Teilnehmenden für diesen Teil der Studie erfolgte über verschiedene Wege, die im Folgenden näher erläutert werden. Um eine vielfältige Gruppe von Interviewpartnerinnen zu erreichen, wurden unterschiedliche Ansätze zur Kontaktaufnahme und Einladung genutzt. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, ein breites Spektrum an Erfahrungen und Perspektiven in die Untersuchung einzubeziehen.

Die Frauen, die an der quantitativen Befragung im AP 1-1 teilnahmen, wurden am Ende des Fragebogens gefragt, ob sie bereit wären, an einer vertiefenden qualitativen Befragung teilzunehmen. Für die Teilnahme wurde ihnen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 Euro zugesagt. Um ein heterogenes Sample der Befragten zusammenzustellen, wurde angestrebt, sowohl Frauen zu befragen, die Single waren als auch Frauen, die in einer Partnerschaft lebten, um Unterschiede in den damaligen Lebenslagen und dem Erleben des Schwangerschaftsabbruches einbeziehen zu können. Die positiven Rückmeldungen wurden vom Befragungsinstitut Kantar gesammelt. Monatlich wurden die Kontaktdaten dieser Frauen passwortgeschützt an die für das Gesamtprojekt zuständige Mitarbeiterin der FU Berlin gesandt.

Die Übermittlungen der Daten interviewbereiter Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wie der Name, Partnerschaftsstatus, E-Mailadresse und Handynummer an die Hochschule Fulda, erfolgte von Dezember 2021 bis August 2022 und betrug zwischen ein bis acht Kontaktdaten pro Monat. Insgesamt wurden auf diesem Weg 32 Kontaktdaten interviewbereiter Frauen an den Projektstandort Fulda weitergegeben.

Im Verlauf zeigte sich, dass das angestrebte Sample über die von Kantar übermittelten Kontaktdaten nicht wie gewünscht gefüllt werden konnte. Daher wurden drei weitere Zugangswege gewählt:

- Ein elektronischer Aushang an der Hochschule Fulda an Studierende, die einen Abbruch hatten,
- Kontaktierung von Einrichtungen und postalischer Versand von Informationen und Zugangsdaten zur Studie, um Frauen nach einem Abbruch eine schriftliche Anfrage der ELSA-Studie mitzugeben,
- Vorbereitung und Durchführung einer Online-Kampagne auf Facebook und Twitter.

Um ein möglichst breites Spektrum an Lebensumständen zu erfassen, erfolgte eine sorgfältige Auswahl der Interviewpartnerinnen. Die zuständigen Interviewerinnen nahmen per E-Mail und/oder telefonisch Kontakt zu den interessierten Frauen auf. In diesem Prozess wurde sichergestellt, dass die potenziellen Teilnehmerinnen den angestrebten Kriterien des Samples entsprachen. Diese Kriterien berücksichtigten verschiedene Schwerpunkte, die die Situation der Frauen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs widerspiegeln. Durch dieses gezielte Vorgehen konnte eine vielfältige Gruppe von Interviewpartnerinnen gewonnen werden, die unterschiedlichen Erfahrungen und Hintergründe ermöglichte.

Folgende Schwerpunkte lagen der Auswahl zugrunde:

- In einer aktuellen Partnerschaft mit dem damaligen Erzeuger der abgebrochenen Schwangerschaft,
- Damals in einer Partnerschaft und heute getrennt vom damaligen Erzeuger,
- Single,
- Kinderlos oder Anzahl der Kinder,
- Regionale Verteilung des Wohnorts Nord-Süd-Ost-West, städtisch, ländlich,
- Sozioökonomischer Status, Alter.

Um die Zusammensetzung des Samples systematisch zu kontrollieren und zu steuern, wurde eine Tabelle erstellt und fortlaufend aktualisiert. Sobald eine potenzielle Teilnehmerin den Auswahlkriterien entsprach, wurde sie ausführlich über die qualitative ELSA-Befragung informiert und ein Interviewtermin vereinbart. Im nächsten Schritt erhielten die Teilnehmerinnen per E-Mail detaillierte Informationen zur Studie sowie eine Einverständniserklärung für die Audioaufnahme und anonymisierte Datennutzung. Diese Dokumente wurden von den Teilnehmenden unterschrieben zurückgesandt. Die Durchführung der Interviews erfolgte flexibel und unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Corona-Regelungen. Je nach Präferenz der Befragten und den aktuellen Umständen fanden die Gespräche telefonisch, per Videoanruf oder persönlich statt. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, die Studie trotz der pandemiebedingten Herausforderungen fortzuführen und dabei die Sicherheit und den Komfort der Teilnehmerinnen zu gewährleisten. Gewonnen wurden über den Fragebogen in AP 1-1 und die Meldestellen 21 Frauen, über den Aufruf an der Hochschule Fulda zwei Frauen sowie über die Online-Kampagne drei Frauen.

Die Befragung umfasste eine heterogene Gruppe von Teilnehmenden. Insgesamt wurden 25 Frauen interviewt, von denen 16 zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft keinen Partner hatten, während neun mit dem damaligen Partner zusammen waren. Die Interviews fanden in verschiedenen Formaten statt: zwei persönlich, zehn telefonisch und 13 per Videokonferenz. Zusätzlich wurden neun Männer befragt, die zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft Partner der betroffenen Frauen waren. Diese Interviews erfolgten ebenfalls telefonisch oder per Videokonferenz. Die Einbeziehung der Partner zielte darauf ab, tiefere Einblicke in den Einfluss von Partnerschaften auf Entscheidungen bezüglich ungewollter Schwangerschaften und Familienplanung zu gewinnen. Zwei Frauen wurden in die Befragung aufgenommen, die Erfahrungen mit Gewalt in der Partnerschaft gemacht hatten. Dieser Aspekt ermöglicht es, die komplexen Dynamiken in schwierigen Partnerschaften im Kontext ungewollter Schwangerschaften zu untersuchen.

Tab. 5.7: Samplezusammensetzung der interviewten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch

Alter zum Zeitpunkt des Abbruchs	17 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 – 45 Jahre	Keine Angabe
Anzahl	13	9	2	1
Alter zum Zeitpunkt des Interviews	20 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 – 45 Jahre	Keine Angabe
Anzahl	5	15	4	1
Jahr des Abbruchs	2001 – 2010	2011 – 2016	2017 – 2022	Keine Angabe
	5	4	16	-
Partnerschaft zum Zeitpunkt des Interviews	Mit Erzeuger in Partnerschaft lebend	Nicht mit Erzeuger lebend	Single damals und heute	Keine Angabe
	14	9	1	1
Anzahl der Kinder	Vor Abbruch	Nach Abbruch	Keine	Keine Angabe
	7	11	6	2
Bildung	Akademisch	Nicht akademisch		Keine Angaben
	13	10		2
Region	Nord	Süd	Ost	West
	5	6	7	5

Quelle: eigene Darstellung

5.1.2.2.3 Erstellung des Leitfadens

Als Erhebungsmethode, um die Erfahrungen von ungewollt schwanger gewordenen Frauen sowie die in eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft involvierten Männer, gemäß dem Projektziel zu untersuchen, wurde das teilnarrative episodische Interview gewählt. Die Episode der ungewollten Schwangerschaft fungiert wie ein roter Faden im Verlaufe des Interviews. Durch die teilnarrativen Elemente war es einerseits möglich, die Interviewpartnerinnen ins Erzählen kommen zu lassen und andererseits wurde eine Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Interviews anhand der vorformulierten Fragestellungen gewährleistet (Helfferich, 2017). Dadurch konnten die spezifischen Erfahrungen in der sozialen und medizinischen Versorgung, die Stigmatisierungserfahrungen oder auch der sozialen Unterstützung sowie der Bedeutung der Paarbeziehung, ermittelt werden.

Der Interviewleitfaden enthielt sowohl offene, erzählgenerierende Fragen als auch spezifische Fragestellungen zu den einzelnen Unterthemen. Zu Beginn jedes Interviews wurde eine offene Einstiegsfrage gestellt, die den Teilnehmenden Raum für ihre persönliche Erzählung bot. Im weiteren Verlauf des Gesprächs konnten die Interviewerinnen flexibel vertiefende Fragen stellen, um bestimmte Aspekte genauer zu beleuchten. Diese Kombination aus strukturiertem Leitfaden und flexibler Gesprächsführung ermöglichte es, sowohl einen umfassenden Überblick zu gewinnen als auch individuelle Erfahrungen und Perspektiven detailliert zu erfassen.

Zur Erhebung der Episode „Schwangerschaft“ konzentriert sich der Leitfaden auf die Zeit kurz vor Eintritt der Schwangerschaft, die Feststellung der Schwangerschaft, die Entscheidungsfindung, die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs und die Zeit nach dem Abbruch. Der Leitfaden begann mit einem narrativen Stimulus, bezogen auf das Feststellen der ungewollten Schwangerschaft und richtete sich auf das Erleben in diesem Moment. Dadurch waren die interviewten Personen aufgefordert, offen über ihre Erfahrungen und Emotionen zu berichten, diese in ihre damalige Lebenssituationen einzubetten sowie dadurch eigenständig für die jeweilige Erfahrung relevante Aspekte einzubringen. Mit sogenannten Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wurden die Teilnehmenden im Weiteren angeregt ihre Geschichten auszuführen (Rosenthal, 2014). Nach dieser Eingangserzählung folgten die Fragen zu angrenzenden spezifischen Themengebieten (Helfferich, 2011).

5.1.2.2.4 Aufbau des Leitfadens - ungewollt eingetretene Schwangerschaften, die abgebrochen wurden

Den Interviews zu den Erfahrungen der ungewollten Schwangerschaften, die abgebrochen wurden, lag sowohl für die befragten Frauen wie auch für die Männer, ein weitestgehend identischer Leitfaden zugrunde. Gemeinsam war für den Standort Fulda, der Beginn mit der erzählstimulierenden Frage „Wir beginnen mal damit, dass Sie mir erzählen, wann und wie Sie gemerkt haben, dass Sie schwanger sind/ihre Partnerin schwanger ist und wie es dann weiterging?“ Der Leitfaden war in drei Themenfelder in Bezug auf die ungewollte Schwangerschaft mit Schwangerschaftsabbruch aufgeteilt. Er erfragte im ersten Themenfeld relevante Bezüge, die vor Eintritt der ungewollten Schwangerschaft wichtig waren und deckt mit dem zweiten den Zeitraum der Feststellung mit Entscheidungsfindung zum Abbruch ab. Im dritten Themenfeld wurde die Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch behandelt. Im Folgenden soll auf die einzelnen Schwerpunkte des Leitfadens eingegangen werden.

Schwangerschaftsfeststellung und Entscheidung zum Abbruch

Der Interviewleitfaden gliederte sich in mehrere thematischen Abschnitte. Gegenstand des ersten Teils waren die Erfahrungen der Frauen während der ungewollten Schwangerschaft. Der Nachfrageteil konzentriert sich auf die Umstände der Schwangerschaftsfeststellung und den Prozess der Entscheidungsfindung (Helfferich et al., 2014).

Es wurden die körperlichen, emotionalen und psychischen Erfahrungen der ungewollt Schwangeren erfragt sowie die Reaktion des Partners bzw. Erzeugers und des sozialen Umfeldes thematisiert (Hahn, 2015).

Im weiteren Verlauf wurde detailliert auf die Entscheidung bzw. Entscheidungsfindung eingegangen. Von besonderem Interesse waren dabei die persönlichen Begründungsmuster, der soziale Einfluss - insbesondere der des Partners - und das emotionale Erleben während dieses Prozesses (Helfferich et al., 2016; Helfferich, 2017).

Der Bereich der Versorgung umfasste die Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal, im medizinischen, sozialen bzw. sozialpsychischem Bereich sowie mit anderen relevanten Institutionen im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft und dem Abbruch. Diese Fragen ermöglichten Einblicke in die Auseinandersetzung der Frauen mit ihrer Situation und die Vorbereitung auf den Schwangerschaftsabbruch. Abschließend wurden die interviewten Personen zu einer Bilanzierung ihrer Erfahrungen angeregt, um eine übergreifende Betrachtung des Erlebten zu ermöglichen.

Vor der ungewollten Schwangerschaft

In diesem Abschnitt des Interviews wurde auf den Zeitraum vor der ungewollten Schwangerschaft Bezug genommen. Hier wurden die Vorstellungen der Teilnehmenden zu Partnerschaft, Mutterschaft und Familie im Allgemeinen, einschließlich ihrer Beziehung zur Herkunftsfamilie erfragt. Von besonderem Interesse war die Lebensplanung in Bezug auf Kinder sowie die allgemeine Lebensphase vor Eintritt der Schwangerschaft. Dadurch konnten ein Bild von der Lebenssituation vor der ungewollten Schwangerschaft und mögliche belastende Faktoren bereits vor dem Schwangerschaftseintritt sichtbar werden. Wichtig waren in diesem Zusammenhang auch relevante gesundheitliche, partnerschaftliche, berufliche und sozioökonomische Aspekte, sowie das soziale Umfeld (Helfferich, 2015).

Nach dem Schwangerschaftsabbruch

Dieser Abschnitt des Interviews konzentrierte sich auf die Lebenssituation der Teilnehmenden nach dem Schwangerschaftsabbruch. Einbezogen wurden die Nachsorge und die gesundheitliche Situation (körperlich und psychisch) sowie die Rolle der Paarbeziehung und des sozialen Umfeldes. Zudem wurde erfragt, welche Belastungen und Hürden im Alltag nach dem Schwangerschaftsabbruch erfahren wurden. Diese detaillierte Betrachtung ermöglicht es, die komplexen Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs auf verschiedene Lebensbereiche zu verstehen (Helfferich et al., 2016).

Abschluss

Abschließend wurde der interviewten Person die Möglichkeit für ein Resümee gegeben. In diesem Zusammenhang werden in der Regel besonders unterstützende oder besonderes belastende Aspekte genannt sowie auf die Bedarfe der Person im Kontext der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch eingegangen.

5.1.2.2.5 Transkription der geführten Interviews

Um sprachliche Details, emotionale Färbungen und kontextuelle Besonderheiten des Gesagten möglichst umfassend zu erfassen und für die Auswertung zugänglich zu machen, wurden die folgenden Transkriptionsregeln von Freiburg und Fulda angewandt. Die Tab. 5.8 zeigt die Transkriptionsregeln für die qualitativen Interviews.

Tab. 5.8: Transkriptionsregeln für die qualitativen Interviews

Formatierung	
I:	Interviewende Personen werden durch ein „I“, die Interviewte Person durch ein „B“ gekennzeichnet.
B:	
Wörtl. Transkription, keine Anonymisierung	Es wird wörtlich transkribiert. Vorhandene Dialekte werden lautsprachlich so gut es geht transkribiert.
Hmhm	Verneinung
mhm	Bejahung
#, ##	Einzelnes oder mehrmaliges „mhm“ der Interviewerin an der jeweiligen Textstelle im Text der Befragten (kein Zeilenwechsel),
Ersetzen durch [mhm] bzw. [mhm, mhm]	am Ende ersetzen (Funktion ersetzen) durch [mhm] bzw. [mhm, mhm]
Interpunktion . , ? !	Hörbare Interpunktion wird wie gehört mit transkribiert (z.B. Komma bei hörbarem Bruch/Stocken). Wenn die Sprachmelodie eindeutig auf Punkte und Fragezeichen hindeutet, werden diese gesetzt.
(.)	Kurze Pausen werden durch einen in runden Klammern gesetzten Auslassungspunkt (.)
(7)	markiert. Bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben (7).
Unterstreichungen	Betonte Worte werden durch <u>Unterstreichungen</u> gekennzeichnet.
GROßSCHRIFT GROßSCHRIFT	Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht, auch einzelne Silben.
°Text°	Sehr leises Sprechen oder Flüstern wird mit °Text° deutlich gemacht.
@Text@	Lachend ausgesprochene Äußerungen
	Abruptes Anhalten oder Unterbrechung einer Äußerung wird mit einem Bindestrich gekennzeichnet.; ebenso Abbruch eines Wortes z.B. Wor-
Jaaaa	Dehnung eines Vokals wird mit Mehrfachverwendung des Vokals markiert
=	Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern werden mit = markiert, z.B. n=n=nein, so ist das nicht gewesen
(??)	Unverständliche Wörter werden durch (??) kenntlich gemacht
(?meinte er?)	Unverständlicher aber vermuteter Wortlaut wird in (?vermutetes Wort?) notiert.
(())	Paraverbale Äußerungen der Befragten wie auch der interviewenden Person werden in zwei Klammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)), ((lautes einatmen)) und Ähnliches.
// Gesagtes //	Sprecherinneneinsätze und Überlappungen werden markiert mit Slash: // und // in neuer Zeile unter die Überlappung. Nach Überlappung in neuer Zeile weiter, z.B.
//Überlappung //	B: aber ja (.) //doch aber// I: //ich wollte// nur nochmal nachfragen. B: ja natürlich

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.2.2.6 Wahl der Auswertungsmethode – in Anlehnung an die Dokumentarische Methode

Zum Erleben von ungewollter Schwangerschaft gibt es für Deutschland bisher wenige empirische Befunde. Um dies zu untersuchen, stehen im Sinne der rekonstruktiven Sozialforschung die vorhandenen Erfahrungen und das daraus entstehende Wissen der ungewollt Schwangeren im Fokus dieser Studie. Die Dokumentarische Methode ist für die Untersuchung der Erfahrungen von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften, die sich für einen Abbruch entscheiden, aus mehreren Gründen besonders geeignet:

1. Zugang zu implizitem Wissen: Die Methode ermöglicht es, nicht nur das explizit Gesagte zu analysieren, sondern auch das implizite, handlungsleitende Wissen der Frauen zu erschließen. Dies ist besonders wertvoll, da Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch oft von tief verwurzelten Überzeugungen und Erfahrungen beeinflusst werden, die nicht immer bewusst artikuliert werden.
2. Berücksichtigung des sozialen Kontexts: Die Dokumentarische Methode betrachtet die Erfahrungen der Frauen im Kontext ihrer sozialen und kulturellen Hintergründe. Dies ist entscheidend, da Entscheidungen zu Schwangerschaftsabbrüchen stark von gesellschaftlichen Normen, familiären Erwartungen und persönlichen Lebensumständen geprägt sind.
3. Rekonstruktion von Orientierungsrahmen: Die Methode zielt darauf ab, die grundlegenden Orientierungsmuster und Handlungslogiken der Frauen zu rekonstruieren. Dies ermöglicht ein tieferes Verständnis dafür, wie sie ihre Situation wahrnehmen, bewerten und darauf reagieren (Nohl, 2017).
4. Berücksichtigung der Prozesshaftigkeit: Die Dokumentarische Methode erlaubt es, den Prozess der Entscheidungsfindung und die damit verbundenen Erfahrungen in ihrer zeitlichen Dimension zu erfassen. Dies ist wichtig, da die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch oft das Ergebnis eines komplexen und dynamischen Prozesses ist.
5. Offenheit für unterschiedliche Erfahrungsdimensionen: Die Methode ist offen für verschiedene Arten von Erfahrungen und Wissensformen. Sie kann sowohl kognitive als auch emotionale und körperliche Aspekte der Erfahrungen der Frauen berücksichtigen.
6. Vergleichende Analyse: Die Dokumentarische Methode ermöglicht es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Erfahrungen verschiedener Frauen systematisch herauszuarbeiten. Dies kann dazu beitragen, ein differenziertes Bild der vielfältigen Erfahrungen und Entscheidungsprozesse zu gewinnen (Bohnsack et al., 2013; Nohl, 2017; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014).

5.1.2.2.7 Praktisches Vorgehen in der Durchführung der Methode

Im Rahmen der Dokumentarischen Methode wird zwischen zwei Sinngehalten unterschieden: Dem immanenten Sinngehalt und dem sogenannten Dokumentsinn. Berichten Menschen von ihren Erfahrungen, können diese auf ihren „wörtlich expliziten“, den immanenten Sinngehalt hin untersucht werden (Nohl, 2017). Der immanente Sinngehalt umfasst daher Aussagen, deren Korrektheit überprüft werden kann. Der Dokumentsinn hingegen kann nicht auf einen „Wahrheitsgehalt“ geprüft werden, da er den soziokulturellen Entstehungszusammenhang berücksichtigt, das bedeutet, er zeichnet nach, in welcher Art und Weise Aussagen in der Darstellung der Erzählenden konstruiert werden (Nohl, 2017).

Den hier beschriebenen Sinngehalten folgen auch die einzelnen Analyseschritte innerhalb der Dokumentarischen Methode. Dabei bezieht sich die Formulierende Interpretation, die dem Interview thematisch folgt, auf den immanenten Sinngehalt, während die Reflektierende Interpretation als den sich anschließenden Schritt auf den Dokumentsinn verweisen. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen entlang der Abfolge dieser zwei Interpretationsformen erläutert. Anschließend wird die Bildung der Typen dargelegt.

Formulierende Interpretation

Im ersten Schritt der Dokumentarischen Methode, der *formulierenden Interpretation* anhand des *thematischen Verlaufs*, erfolgen Paraphrasierungen des Interviewinhalts, die der Erzählstruktur der interviewten Person folgen, um eine Übersicht über den Interviewinhalt zu erlangen. Hier geht es erst einmal um das „Was“ eines Interviewtextes (Nohl, 2017). Anhand des Inhalts der Paraphrasen werden Ober- und Unterthemen herausgearbeitet, die als eine Art Überschrift zur Orientierung im Material dienen. An dieser Stelle wurde bereits mit thematischen Markierungen gearbeitet, wenn sich die Paraphrasen den zentralen Themen des Umganges mit der ungewollten Schwangerschaft unter Berücksichtigung von Belastungen und Ressourcen zuordnen ließen. Der thematische Verlauf dient somit als eine erste Orientierung im Datenmaterial und strukturiert es gleichzeitig zusammenfassend anhand der Paraphrasen und den zugehörigen zentralen Oberthemen.

Reflektierende Interpretation und Typenbildung

Generell zielt die Dokumentarische Methode darauf ab, das Handeln und seine Handlungsstruktur zu verstehen. Dabei gehen die Forschenden nicht davon aus, über mehr Wissen zu verfügen als die befragten Akteurinnen und Akteure, sondern vielmehr durch ihre Analysearbeit zu verstehen, welches implizite, also den Befragten nicht direkt zugängliche Wissen, ihrer spezifischen Handlungspraxis zugrunde liegt (Nohl, 2017). Diese Orientierungen, die im weiteren Interpretationsverlauf zu bestimmten wiederkehrenden Mustern, den sogenannten Orientierungsmustern verdichtet werden, beschreiben somit nicht die Darstellung einer gesellschaftlichen Realität, sondern *wie* diese Realität durch die Protagonistinnen und Protagonisten hergestellt wird (Nohl, 2017). Diese Rekonstruktion einer spezifischen Handlungspraxis entspricht laut Bohnsack (Bohnsack, 2013) bereits einer sinngenetischen Typenbildung und schließt somit als „Wie-Ebene“ an die oben beschriebene *formulierende Interpretation der „WAS-Ebene“*, an.

Folgende Schritte wurden durchgeführt:

1. Generierung eines Orientierungsmusters:

Die rekonstruierten Orientierungsmuster charakterisierten einen Fall und gaben die zugrundeliegende latente Handlungsstruktur, die unter der analysierten Textpassage lagen, wieder. Die so gebildeten Orientierungsmuster konnten nachträglich einer *Vergleichsebene* zugeordnet werden. Parallel wurden die Texte auch direkt anhand der Vergleichsebenen betrachtet. Mit der Suche nach einem generativen Orientierungsmuster, das sich durch die Reflexion relevanter Textstellen ergab, sollte die Frage nach ähnlichen Handlungsmustern bei verschiedenen Vergleichsebenen (bspw. Fragen im Leitfaden zu Aspekten: Lebensentwurf, Beruf, sozioökonomische Situation, Belastungen) innerhalb des einzelnen Falles gestellt werden. War ein Muster in mehreren Vergleichsebenen erkennbar, wurde dies als ein übergeordneter Habitus verstanden. Für die Abstraktion des Habitus wurde nun nach weiteren Gemeinsamkeiten, fallübergreifend, gesucht.

2. Spezifizierung eines Orientierungsmusters:

Mit der Spezifizierung schärfte sich das Muster, indem nun nicht mehr nur nach Gemeinsamkeiten, sondern nach Kontrasten gesucht wurde, ebenfalls wieder fallübergreifend vergleichend (Bohnsack, 2013).

3. Die erklärende Typik

Sie ergibt sich durch die biografische und soziodemografische Einbettung der Fälle, die die Genese eines Typus und dessen Orientierungsmuster erläutern und erklärbar machen kann (s.u.) (Bohnsack, 2013).

Gerade durch die größere Anzahl von Interviews war es methodisch gegeben, die Standortgebundenheit des Beobachters, den „blinden Fleck“, kontrollieren zu können bzw. aus dieser Standortgebundenheit „auszusteigen“ (Nohl, 2017). Die umfangreiche Anzahl an Fällen innerhalb der verschiedenen

Vergleichshorizonte ermöglichte eine detaillierte komparative Analyse der Interviews auf mehreren Vergleichsebenen, die sich bereits durch die leitfadengestützten Interviews ergaben. Dadurch konnten bereits zu bestimmten forschungsrelevanten Aspekten erste sinngenetische Überlegungen zur Typenbildung erfolgen, um den Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft nachvollziehbar zu machen. Durch die Betrachtung vieler Fälle innerhalb einer bestimmten Vergleichsebene wurden ferner die erwünschten und wichtigen Kontrastierungen, die für eine geschärfte Typenbildung wichtig waren, ermöglicht.

Die **Vergleichsebenen** leiteten sich deduktiv aus der intensiven Vorarbeit, die der theoretischen Auseinandersetzung zu den Forschungsfragen zugrunde lag, ab. Sie konnten jedoch auch aus den Interviews induktiv herausgearbeitet werden. Die deduktiven Vergleichsebenen zur Analyse über alle Interviews hinweg waren (nicht hierarchisch angeordnet):

1. Familie und Partnerschaft
2. Lebensentwurf
 - 2.1. Beruf
 - 2.2. Ökonomische Situation
 - 2.3. Familie/Familiengründung
 - 2.4. Erzeuger/Partnerschaft

Ferner wurden die Aspekte: Schwangerschaftserkennung und Entscheidungsfindung, Arrangement mit/Bewältigungsstrategie zum Lebensentwurf hinsichtlich der ungewollten Schwangerschaft abgefragt. Relevant war ebenfalls, wie die Frauen ihr soziales Umfeld und die soziale Unterstützung erlebten und welche Erfahrungen sie bezüglich Stigmatisierungserfahrungen gemacht hatten.

Als ein weiteres Hilfsmittel zur Generierung und Zuordnung der Orientierungsmuster nutzte das Fulda-Team **thematische Vier-Felder-Tafeln**, um die Ausrichtungen und Verbindungen der Orientierungen und Orientierungsmuster zum *Tertium Comparationis*: „**Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft unter Berücksichtigung von Belastungen und Ressourcen**“ zu schärfen. Sie dienten auch als eine optische Hilfestellung für eventuelle Kumulationen in der Frage, wie sich die Passung des individuellen Lebensentwurfs und das Ereignis der ungewollten Schwangerschaft zueinander verhalten.

Der Weg von den Orientierungsmustern bis zur Typenbildung

Im Prozess der Auswertung wurde die Typenbildung weiter geschärft. Hierfür wurde zunächst das *tertium comparationis* herangezogen, welches als *Vergleichendes Drittes* fungiert und den Umgang mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft unter Berücksichtigung von Belastungen und Ressourcen thematisiert. Zudem wurden für die Forschungsfrage relevante Vergleichsebenen herangezogen. Sie wurden als thematische Schwerpunkte verstanden, welche basierend auf das Forschungsvorhaben gebildet wurden. Die Typenbildung wurde zuerst auf der sinngenetischen Ebene durchgeführt, das bedeutet, dass fallübergreifend Orientierungsmuster hinsichtlich ihrer Homologien in Bezug auf das *tertium comparationis* „Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft unter Berücksichtigung von Belastungen und Ressourcen“ verglichen wurden. Auf diese Weise konnten die Orientierungsmuster vom Einzelfall gelöst und abstrahiert werden, wodurch die einzelnen Typen hinsichtlich ihrer Ausprägungen ausgelotet und somit gebildet wurden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Für die Sinngenese in den Typisierungen waren insbesondere die Vergleichsdimensionen *Arrangement mit dem Lebensverlauf*, *Lebensentwurf bezogen auf Partnerschaft sowie Familie und Mutterschaft* und die *übergeordnete Handlungsorientierung* wegweisend.

Für die sich anschließende soziogenetische Typenbildung wurde nun nach systematischen Unterschieden gesucht, um die Fälle weiter voneinander abzugrenzen (Nohl, 2017). Dabei zeigte sich,

dass auch Lebensalter-spezifische Orientierungsmuster regelhaft für bestimmte Typen zu finden waren und somit eine soziogenetische Abstrahierung erlaubten (Nohl, 2013, 2017).

5.1.2.2.8 Interviews mit beteiligten Männern zu ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften

Im Projekt ELSA sollten auch Interviews mit Männern geführt werden, die Erfahrungen mit einer ungewollten abgebrochenen Schwangerschaft in einer Partnerschaft gemacht haben. Die Entscheidung, qualitative Interviews mit Männern zum Thema Umgang mit ungewollten Schwangerschaften zu führen, basiert auf mehreren Überlegungen: Erstens ermöglicht der qualitative Zugang eine differenzierte Betrachtung der subjektiven Erfahrungen und Perspektiven von Männern in Bezug auf Schwangerschaftsentscheidungen. Männer spielen häufig eine entscheidende Rolle im Entscheidungsprozess rund um ungewollte Schwangerschaften, und ihre Sichtweisen sind für ein umfassendes Verständnis des Themas unerlässlich. Zweitens bietet diese Methode die Möglichkeit, komplexe soziale Dynamiken zu erfassen. Interviews mit Männern können Einblicke in die Unterstützung der Partnerin, die Verantwortung für Verhütung sowie persönliche Entscheidungswege und -gründe geben. Diese Aspekte sollten im Projekt systematisch untersucht und analysiert werden, um zu verstehen, wie gesellschaftliche Normen und individuelle Einstellungen das Verhalten von Männern beeinflussen können. Darüber hinaus sollten verschiedene Dimensionen des Gesundheitsverhaltens beleuchtet und sowohl positive als auch negative Erfahrungen von Männern im Kontext ungewollter Schwangerschaften erfasst und deren Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden analysiert werden.

Die Übernahme von Verantwortung für Verhütung und der Umgang mit ungewollter Schwangerschaft sind zentrale Aspekte der reproduktiven Gesundheit von Frauen. Diese Aufgaben sind gesellschaftlich stark mit Frauen assoziiert, was tendenziell zu einem Ungleichgewicht in der Verantwortungsteilung zwischen Frauen und Männern führt (Cox et al. 2010; 2012; Hamm et al. 2019; Weigold & Henke 2023). In heterosexuellen Partnerschaften liegt die Hauptverantwortung für die Planung und Anwendung von Verhütungsmethoden sowie die damit verbundenen physischen und psychischen Belastungen überwiegend bei den Frauen (Caddy et al. 2023; Gómez-Torres et al. 2023). Obwohl es Tendenzen zu einer gerechteren Verteilung der Verhütungsverantwortung gibt, wird die ungleiche Lastenverteilung durch bestehende Männlichkeitsbilder und das eingeschränkte Angebot an Verhütungsmethoden für Männer aufrechterhalten (Gómez-Torres et al. 2023; Weigold & Henke 2023).

Die Studie „frauen leben 3“ zeigt, dass in mehr als der Hälfte der Partnerschaften die Männer nicht in die Entscheidungsfindung über den Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft einbezogen wurden. So gaben 29,8 % der befragten Frauen an, die Entscheidung allein getroffen zu haben, während weitere 25,6 % angaben, die Entscheidung dem Partner überlassen zu haben (Helfferich et al. 2016). Auch wenn Männer nicht aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligt sind, spielt die Partnerschaft eine entscheidende Rolle. Die Beziehung zwischen den Partnern kann maßgeblich beeinflussen; eine schwierige Partnerschaftssituation wird häufig als Hauptgrund für die Entscheidung gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft angeführt (Helfferich et al. 2016; Foster 2020).

Andererseits kann die Partnerschaft in der unsicheren Situation einer ungewollten Schwangerschaft auch unterstützend wirken und sich positiv auf das Wohlbefinden der Frau auswirken (Altshuler & Whaley 2018; Nguyen et al. 2018). Obwohl das Verhalten der Partner einen erheblichen Einfluss auf den Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft haben kann (Altshuler & Whaley 2018; Nguyen et al. 2018), werden deren Sichtweisen und Erfahrungen mit ungewollten Schwangerschaften kaum berücksichtigt. Während zur Verantwortung für die Verhütung und zur Akzeptanz potenzieller männlicher Verhütungsmethoden bereits einige Studien vorliegen, fehlen Erkenntnisse über das Erleben und Wahrnehmen von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche aus der Sicht der männlichen Partner (Nagy & Rigó 2021; Brennan-Wilson et al. 2024).

Als methodisches Vorgehen wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker gewählt, da sie sich gut eignet, um die komplexen Zusammenhänge zwischen Geschlechterrollen, Verantwortung und Gesundheitsverhalten im Kontext ungewollter Schwangerschaften zu untersuchen.

Gewinnung der Teilnehmer und Durchführung der Interviews

Die Interviewpartner wurden zunächst über die Interviews mit Frauen gewonnen, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen hatten. Am Ende jedes Interviews wurde die Interviewpartnerin gefragt, ob sie noch Kontakt zu ihrem damaligen Partner habe und ob sie ihm die Möglichkeit eines Interviews mit uns anbieten würde. Nicht alle Frauen waren bereit, ihren Partner zu kontaktieren, und nur wenige der Männer erklärten sich bereit, an einer solchen Untersuchung teilzunehmen. Aufgrund der unzureichenden Anzahl der gewonnenen Interviewpartner wurde eine gezielte Online-Kampagne über Facebook und Twitter gestartet, um zusätzliche Teilnehmer zu gewinnen. Diese kombinierte Methodik ermöglichte es, die gewünschte Anzahl an männlichen Teilnehmern in die Studie einzubeziehen.

Für die Auswahl der männlichen Teilnehmer wurden keine weiteren spezifischen Kriterien festgelegt. Insgesamt nahmen neun Männer an der Studie teil, die auf zwei verschiedenen Wegen erreicht wurden: Fünf wurden über den Kontakt zu ihren ehemaligen Partnerinnen für die Teilnahme gewonnen, während die anderen vier auf die Social-Media-Kampagne reagierten. Durch diese zweigleisige Herangehensweise war es möglich, eine nach Alter, Bildung und regionaler Herkunft unterschiedliche Gruppe männlicher Perspektiven in die Untersuchung einzubeziehen und betroffene Männer zu erreichen. Tab. 5.9 zeigt die Samplezusammensetzung.

Tab. 5.9: Samplezusammensetzung der interviewten Männer bei Schwangerschaftsabbruch

Alter zum Zeitpunkt des Abbruchs	18 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 – 48 Jahre	Keine Angabe
Anzahl	4	2	-	3
Alter zum Zeitpunkt des Interviews	20 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 – 49 Jahre	Keine Angabe
Anzahl	4	4	1	-
Jahr des Abbruchs	2001 – 2010	2011 – 2016 Jahre	2017 – 2022 Jahre	Keine Angabe
	-	-	6	3
Partnerschaft zum Zeitpunkt des Interviews	Mit damaliger Partnerin mit Abbruch	Andere Partnerschaft	Single damals und heute	Keine Angabe
	6	3	-	-
Leibliche Kinder	Vor Abbruch	Nach Abbruch	Keine	Keine Angabe
	5	-	4	-
Bildung	Akademisch	Nicht akademisch		Keine Angaben
	4	4	-	1
Region	Nord	Süd	Ost	West
	1	1	2	5

Quelle: Ap1.2e-Fulda

Erstellung des Leitfadens

Um die Erfahrungen der beteiligten Männer im Zusammenhang mit dem Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft zu untersuchen, wurde als Erhebungsmethode ebenfalls das teilnarrative episodische Interview gewählt. Die ungewollte Schwangerschaft war der zentrale Gegenstand des Interviews. Durch

die teilnarrativen Anteile, die die Interviewten zum Erzählen anregten, wurde eine Offenheit für die Perspektiven der Befragten hergestellt, während gleichzeitig die Vergleichbarkeit der Interviews durch vorformulierte Fragen gewährleistet war (Helfferich 2011). Auf diese Weise konnten spezifische Erfahrungen im sozialen und medizinischen Kontext, Stigmatisierungserfahrungen sowie die Bedeutung sozialer Unterstützung und partnerschaftlicher Beziehung identifiziert werden.

Der Interviewleitfaden kombinierte sowohl offene, erzählfördernde Fragen als auch gezielte Fragen zu spezifischen Themen. Zu Beginn jedes Interviews wurde eine offene Frage gestellt, die den Teilnehmern Raum gab, ihre persönliche Geschichte zu erzählen. Während des Interviews hatten die Interviewerinnen die Möglichkeit, durch flexible Nachfragen bestimmte Punkte detaillierter zu beleuchten. Diese Mischung aus strukturiertem Leitfaden und flexibler Gesprächsführung ermöglichte sowohl einen umfassenden Überblick als auch die Vertiefung individueller Erfahrungen.

Der Leitfaden begann mit einem narrativen Impuls, der die Feststellung der ungewollten Schwangerschaft zum Thema hatte und das Erleben dieser Situationen beleuchten sollte. Die interviewten Partner wurden ermutigt, offen über ihre Erfahrungen und Emotionen zu sprechen, diese in ihre damalige Lebenssituation einzuordnen und selbst wichtige Aspekte einzubringen. Durch sogenannte Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wurden die Teilnehmenden motiviert, ihre Erzählungen weiter auszuführen (Rosenthal 2014). Nach der Eingangserzählung folgten Fragen zu spezifischen angrenzenden Themenbereichen. Dabei ist zu beachten, dass diese Themen nicht zwingend in der Reihenfolge des Leitfadens abgefragt wurden. Das Ziel war es vielmehr, durch die Themenvorgabe dem Interviewpartner passende Nachfragen zu stellen und Aspekte der Eingangserzählung zu vertiefen (Helfferich 2011).

Aufbau des Leitfadens

Für die Interviews zu den Erfahrungen der Männer im Kontext ungewollter abgebrochener Schwangerschaften, wurde ein weitgehend identischer Leitfaden wie für die Befragung der Frauen verwendet. Dieser Leitfaden ist in mehrere Themenbereiche unterteilt. Der erste Bereich befasst sich mit den wichtigen Aspekten, die vor dem Eintreten der ungewollten Schwangerschaft von Bedeutung waren. Der zweite Bereich umfasst den Zeitraum, in dem die Schwangerschaft festgestellt und die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch getroffen wurde. Der dritte Bereich thematisiert die Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch. Im Folgenden wird auf die einzelnen Schwerpunkte des Leitfadens näher eingegangen.

Biografische Bezugspunkte und Familienplanung

Der erste Teil des Interviewleitfadens konzentrierte sich auf die Zeit unmittelbar vor der Schwangerschaft, insbesondere auf die aus Sicht der Befragten bedeutsamen Aspekte. Thematisiert wurden die persönlichen Vorstellungen von Vaterschaft sowie die Lebensplanung mit Kindern. Darüber hinaus wurden die Partnerschaft und die zwischenmenschliche Dynamik zwischen dem Befragten und seiner Partnerin erfragt, wobei die Bedeutung der Partnerschaft für den Befragten und ihre Rolle in seiner Lebensplanung im Vordergrund standen.

Ergänzend hierzu wurde der berufliche Hintergrund des Befragten, einschließlich seiner beruflichen Ziele und finanziellen Überlegungen, thematisiert. Besonderes Augenmerk wurde auf die beruflichen Pläne des Befragten und deren Einfluss auf seine Einstellung zu einer möglichen Vaterschaft gelegt. Auch das soziale Umfeld nahm einen wichtigen Platz im Interview ein, wobei der Einfluss von Familie und Freunden auf den Befragten und deren Einbeziehung in seine Lebensentscheidungen im Vordergrund standen.

Ein weiterer Aspekt des Interviews bezog sich auf die Verhütung und mögliche Barrieren. Hierbei wurden die Handhabung der Verhütung und die damit verbundenen Überlegungen und Einstellungen der Befragten eingeschlossen. Ein wichtiger Teil des Interviews bezog sich auf die Bedeutung der Familie für

die Befragten. In diesem Zusammenhang wurde untersucht, wie sich die Befragten in der Vergangenheit ihre eigene Zukunft vorgestellt hatten und welche Rolle die Gründung einer Familie dabei spielte.

Schwangerschaftsfeststellung und Entscheidung zum Abbruch

Der Abschnitt "Feststellung der Schwangerschaft" konzentrierte sich darauf, wie die Befragten den Moment erlebten, in dem sie von der Schwangerschaft ihrer Partnerin erfuhren, und wie sich diese Nachricht auf die Beziehung auswirkte. Im Mittelpunkt des Interviews stand zunächst, wie die Befragten von der Schwangerschaft erfuhren: ob in einem gemeinsamen Moment oder allein und in welchem Kontext dies geschah. Die unmittelbaren emotionalen Reaktionen wurden erfasst, sei es Freude, Schock oder die Neigung, die Information zunächst zu verdrängen. Ein wichtiger Aspekt war, wer über die Nachricht informiert war und mit wem der Befragte darüber sprach. Es wurde gefragt, ob er sich sofort jemandem anvertraute oder die Information zunächst für sich behielt.

Darüber hinaus wurde erfasst, wie die Beziehung zur Partnerin zu diesem Zeitpunkt war und ob die Mitteilung der Schwangerschaft Einfluss auf die Dynamik und Partnerschaft hatte. Auch die Reaktion der Partnerin aus Sicht des Befragten wurde beleuchtet. Schließlich wurde erfragt, inwieweit die Befragten ihre Gedanken und Gefühle mit anderen teilten und inwieweit diese Gespräche ihre Sicht der Situation beeinflussten. Ziel dies Teils des Leitfadens war es, ein umfassendes Bild davon zu erhalten, wie die Befragten die Veränderungen durch die Feststellung der Schwangerschaft erlebten, welche Herausforderungen sie in der Partnerschaft bewältigen mussten und welche Unterstützung ihnen zur Verfügung standen.

Schwangerschaftsverlauf

Im Abschnitt des Interviewleitfadens zum Schwangerschaftsverlauf wurde das persönliche Erleben der Männer während einer Schwangerschaft, die mit einem Schwangerschaftsabbruch endete, thematisiert. Dieser Teil des Interviews begann mit einer offenen Fragen nach den in dieser Zeit gemachten Erfahrungen, um ein umfassendes Bild des Erlebens zu erhalten. Zu Beginn wurde nach den körperlichen Empfindungen der Befragten gefragt, um zu erfassen, ob und inwieweit die Männer eventuell körperliche Reaktionen oder Empfindungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft wahrgenommen haben, wie beispielsweise Stresssymptome.

Anschließend wurde das emotionale Erleben der Männer betrachtet, wobei der Fokus darauf lag, welche Gedanken und Gefühle wie Sorgen, Ängste, aber auch positive Emotionen oder Hoffnungen sie möglicherweise besonders beschäftigten. Ein weiterer Schwerpunkt war das soziale Umfeld und die damit verbundenen Interaktionen. Erfasst wurde hierbei, wie die Herkunftsfamilie, Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen auf die Schwangerschaft reagierten und welche Bedeutung diese sozialen Beziehungen für die Befragten hatten. Dabei stand die Frage im Vordergrund, inwieweit das Umfeld als unterstützend oder belastend wahrgenommen wurde.

Die Partnerschaft wurde separat untersucht, um zu verstehen, wie sich die Beziehung zur Partnerin in dieser Phase entwickelt hat. Es wurde analysiert, ob sich die Kommunikationsmuster veränderten und ob besondere Herausforderungen oder stärkende Momente auftraten. Außerdem wurde erfragt, wie die Männer die Dynamik der Partnerschaft und die gemeinsame Entscheidungsfindung wahrnahmen.

Erleben der Versorgung

Der Teil des Interviewleitfadens, der sich mit der Versorgung rund um den Schwangerschaftsabbruch aus der Perspektive der Männer befasste, zielte darauf ab, einen umfassenden Einblick in ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen während dieses Prozesses zu erhalten. Zunächst wurde der gesamte Weg von der Feststellung der Schwangerschaft bis zum Abbruch erfragt. Dabei waren die einzelnen Stationen von Interesse wie Praxen, Krankenhäuser und Beratungsstellen. Ein erster Aspekt war der Zugang zu diesen Einrichtungen und die verschiedenen Stationen, die durchlaufen wurden. Die Männer wurden gebeten zu schildern, wie die Kontaktaufnahme verlief, inwieweit sie daran beteiligt waren und

welche Herausforderungen sich eventuell stellten. Dabei spielte auch der Faktor Zeit eine Rolle, insbesondere wie zeitliche Fristen den weiteren Verlauf bis zum Abbruch beeinflussten und welche Dringlichkeiten eventuell entstanden.

Die besonderen Umstände der Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf den Prozess des Schwangerschaftsabbruchs wurden ebenfalls thematisiert. Die Männer wurden gebeten zu beschreiben, ob und wie die Pandemie die Zugänglichkeit und den Ablauf beeinflusst hat. Ein weiterer Aspekt der Befragung war die Informiertheit der Männer. Es wurde ermittelt, wie sie sich über die notwendigen Schritte und Optionen informiert hatten und ob sie sich ausreichend vorbereitet fühlten. Darüber hinaus wurde gefragt, welche Art von Einrichtung gewählt wurde und welche Entscheidungen diese Wahl beeinflusst haben, wie z. B. die Nähe zum Wohnort oder die finanzielle Belastung durch mögliche Kosten. Ebenfalls wurde gefragt, wie die Kosten gedeckt wurden, ob sie oder ihre Partnerin einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse gestellt haben, und welche Erfahrungen sie damit gemacht haben.

Auch die Wahl der Methode des Schwangerschaftsabbruchs wurde erfragt: Wie kam es zu dieser Entscheidung und welche Faktoren spielten dabei eine Rolle. Ebenso interessierte der persönliche Kontakt mit dem Gesundheitspersonal und die dabei gemachten Erfahrungen, einschließlich der Interaktionen mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Arzthelferinnen.

Abschließend wurde die Frage gestellt, ob und inwieweit Stigmatisierung während der Erfahrungen wahrgenommen wurde. Die Männer sollten beschreiben, an wen sie sich gewandt haben und wie sie sich bei den Kontaktaufnahmen gefühlt haben. Sie wurden auch gefragt, ob sie bei den Terminen persönlich anwesend waren und welche Rolle sie in den Gesprächen spielten.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch

Dieser Teil des Interviews konzentrierte sich auf die Lebenssituation der Teilnehmer nach dem Schwangerschaftsabbruch. Die Nachsorge und die gesundheitliche Situation (physisch und psychisch) sowie die Rolle der Paarbeziehung und des sozialen Umfeldes wurden berücksichtigt. Zudem wurde gefragt, welche Belastungen und Hürden im Alltag nach dem Schwangerschaftsabbruch erlebt wurden. Diese detaillierte Betrachtung ermöglicht es, die komplexen Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs auf verschiedene Lebensbereiche zu erfassen (Helfferich et al., 2016).

Abschluss

Abschließend wurde der interviewten Person die Möglichkeit gegeben, ein Resümee zu ziehen. In diesem Zusammenhang werden in der Regel besonders unterstützende oder besonderes belastende Aspekte genannt sowie auf die Bedürfnisse der Person im Kontext der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch genannt.

Auswertung der Interviews

Für die Auswertung der Interviews mit den Männern wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker gewählt (Kuckartz & Rädiker 2022). Sie stellt eine geeignete Methode zur Analyse von Interviewdaten dar, da sie eine systematische und strukturierte Auswertung qualitativer Daten ermöglicht. Diese Methode bietet die notwendige Tiefe, um die individuellen und differenzierten Erfahrungen der befragten Männer in ihrer Komplexität zu erfassen.

Im Zentrum dieses Ansatzes steht die systematische und transparente Analyse von Texten, die zu konsistenten und gut nachvollziehbaren Ergebnissen führt. Angesichts des Themas bot sich diese Methode auch deshalb an, um die verschiedenen Erfahrungsdimensionen herausarbeiten zu können. Ihr systematischer Ansatz ermöglicht eine detaillierte Analyse der subjektiven Perspektiven der Männer. Damit trägt sie wesentlich dazu bei, ein tieferes Verständnis für die komplexen Zusammenhänge zu entwickeln. Diese Zusammenhänge betreffen die Lebenssituation und Lebensplanung von Männern sowie die Verantwortungsteilung in der Partnerschaft in Bezug auf Verhütung und Schwangerschaft.

Darüber hinaus beleuchtet sie das Unterstützungsverhalten von Männern gegenüber ihren Partnerinnen und ihre eigene Verantwortung bei Verhütungs- und Entscheidungsprozessen.

Gleichzeitig ermöglicht die Methode die Berücksichtigung unterschiedlicher sozialer und kultureller Kontexte, die das Verhalten von Männern beeinflussen können. Dies ist besonders in Gesellschaften wichtig, in denen Geschlechterrollen stark ausgeprägt sind und Männer häufig unter Druck stehen, bestimmte Erwartungen zu erfüllen. Die Analyse ermöglicht es auch, Muster zu erkennen, die zeigen, wie Männer in verschiedenen Situationen reagieren und wie diese ihre Entscheidungen beeinflussen.

Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker

1. **Aufbereitung der Daten:** Die Analyse beginnt mit der Transkription der Interviews, wobei alle Interviews wörtlich transkribiert wurden. Nonverbale Äußerungen wurden, wenn sie für das Verständnis wichtig waren, ebenfalls notiert, um den Kontext der Äußerungen zu erfassen. Um sprachliche Details, emotionalen Färbungen und kontextuelle Besonderheiten des Gesagten zu erfassen und für die Auswertung zugänglich zu machen, wurden die gleichen Transkriptionsregeln wie bei den Interviews mit den Frauen verwendet (vgl. Kapitel 5.1.2.2.6). Diese Transkripte bildeten die Grundlage für die weiteren Analyseschritte.
2. **Erstes Lesen:** Der Prozess beginnt mit einem mehrmaligen gründlichen, offenen Lesen der Transkripte, um sich mit den Daten vertraut zu machen. Die offene Lektüre ist notwendig, um einen unvoreingenommenen Eindruck von den Interviews zu gewinnen.
3. **Entwicklung eines Kategoriensystems:** Ein zentraler Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist das Kategoriensystem. Nach Kuckartz und Rädiker werden Kategorien deduktiv aus der Theorie bzw. den Forschungsfragen abgeleitet. Diese vorläufigen Kategorien wurden in einem Kodierleitfaden festgehalten. Anschließend erfolgte ein induktiver Schritt, in dem durch die detaillierte Analyse des Datenmaterials ergänzende Kategorien ermittelt wurden. Dieses zweistufige Vorgehen stellt sicher, dass sowohl theoretische Annahmen als auch neue empirische Befunde in das Kategoriensystem einfließen.
4. **Kodierung der Daten:** Im nächsten Schritt wurden die Daten anhand des entwickelten Kategoriensystems codiert. Dieser Prozess umfasste die systematische Durchsicht des Textmaterials und die Zuordnung von Textsegmenten zu den entsprechenden Kategorien. Die Kodierung erfolgte mit Hilfe der Software zur qualitativen Datenanalyse MAXQDA.
5. **Reflexion und Revision des Kategoriensystems:** Während des Kodierens kann sich die Notwendigkeit ergeben, das Kategoriensystem zu revidieren. Neue Themen können auftauchen und bestehende Kategorien werden revidiert. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker betont die iterative Natur dieses Prozesses: Forschende sollten bereit sein, das Kategoriensystem zu erweitern oder zu präzisieren, um den Texten gerecht zu werden.
6. **Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse:** Nach Abschluss der Kodierung erfolgte die Auswertung und Interpretation der kodierten Daten. Diese Phase beinhaltete die Zusammenführung der Ergebnisse durch die Identifikation von Mustern, Bedeutungen und Zusammenhängen. Ziel ist es, die wesentlichen Aussagen und Bedeutungen aus den individuellen Äußerungen der Befragten zu extrahieren. Anhand der kodierten Daten werden Forschungsfragen und Hypothesen aufgegriffen, verglichen und überprüft. Die Analyse zielte darauf ab, ein kohärentes Verständnis der identifizierten Themen und ihrer Bedeutung im Kontext der Forschungsfragen zu entwickeln.
7. **Berichterstattung:** Abschließend werden die Ergebnisse dokumentiert. Diese dokumentierten Ergebnisse spiegeln die Hauptaussagen und Themen wider, die die Erfahrungen der Männer am besten charakterisieren. Ziel war es, sowohl Muster als auch Besonderheiten der Erfahrungen herauszuarbeiten.

5.1.2.2.9 Literaturverzeichnis

- Altshuler, A. L. & Whaley, N. S. (2018) The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. *Current opinion in obstetrics & gynecology* 30 (6), 407–413.
- Bohnsack, R, Nentwig-Gesemann, I & Nohl, A-M (Hg.) (2013) *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R. (2013) "Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode", in Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (Hg.) *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 241–270.
- Brennan-Wilson, A., Marques, M. & Coates, A. et al. (2024) Masculinities and sexual and reproductive health and rights: a global research priority setting exercise. *The Lancet Global Health* 12 (5), e882-e890.
- Caddy, C., Temple-Smith, M. & Coombe, J. (2023) Who does what? Reproductive responsibilities between heterosexual partners. *Culture, health & sexuality* 25 (12), 1640–1658.
- Cox, S., Posner, S. F. & Sangi-Haghpeykar, H. (2010) Who's responsible? Correlates of partner involvement in contraceptive decision making. *Women's health issues official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 20 (4), 254–259.
- Foster, D. G. (2020) *The turnaway study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having - or being denied - an abortion*. Scribner, New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi.
- Gómez-Torres, P., Lucha-López, A. C., Martínez-Pérez, G. Z., Sheridan, T. & Vera Cruz, G. (2023) Acceptability and determinants of using male hormonal contraceptives: a systematic review from a gender perspective. *Psychology & Sexuality* 14 (4), 689–719.
- Hahn, D. (2015) "Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* [Online], Berlin, Bielefeld, De Gruyter; transcript Verlag, S. 41–59. Verfügbar unter <http://www.degruyter.com/view/product/430234>.
- Hamm, M., Evans, M., Miller, E., Browne, M., Bell, D. & Borrero, S. (2019) "It's her body": low-income men's perceptions of limited reproductive agency. *Contraception* 99 (2), 111–117.
- Helfferich, C, Klindworth, H, Heine, Y & Wlosnewski, I (Hg.) (2016) *frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen (Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften ; eine Studie im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski)*, Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Helfferich, C. (2011) *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 4. Aufl., Wiesbaden, VS Verl. für Sozialwiss.
- Helfferich, C. (2011) *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 4. Aufl. VS Verl. für Sozialwiss, Wiesbaden.
- Helfferich, C. (2015) "Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* [Online], Bielefeld, Transcript, S. 61–82. Verfügbar unter <https://www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-23945> (Abgerufen am 24 November 2022).
- Helfferich, C. (2017) *Familie und Geschlecht: Eine neue Grundlegung der Familiensoziologie*, Opladen, Verlag Barbara Budrich.
- Helfferich, C., Hessling, A., Klindworth, H. & Wlosnewski, I. (2014) "Unintended pregnancy in the life-course perspective", *Advances in life course research*, Vol. 21, S. 74–86.

- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (eds.) (2016) *frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften; eine Studie im Auftrag der BZgA* von Cornelia Helfferrich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022) *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* Grundlagentexte Methoden, 5. Auflage. Beltz Juventa, Weinheim, Basel.
- Nagy, B. & Rigó, A. (2021) The Psychosocial Aspects of Induced Abortion: Men in the Focus. *Men and Masculinities* 24 (4), 671–689.
- Nguyen, B. T., Hebert, L. E., Newton, S. L. & Gilliam, M. L. (2018) Supporting Women at the Time of Abor-tion: A Mixed-Methods Study of Male Partner Experiences and Perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 50 (2), 75–83.
- Nohl, A.-M. (2013) "Komparative Analyse: Forschungspraxis und Methodologie dokumentarischer Interpretation", in Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (Hg.) *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 271–293.
- Nohl, A.-M. (2017) *Interview und Dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis*, 5. Aufl., Wiesbaden, Springer VS.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014) *Qualitative Sozialforschung.: Ein Arbeitsbuch*, 4. Aufl.
- Rosenthal, G. (2014) "Biographieforschung.", in Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden, Springer Fachmedien, S. 509–520.
- Weigold, S. & Henke, L. A. (2023) Erratum zu: Die Pille für den Mann – Wo fängt Sorgearbeit an? Formen technologisierter (Vor-)Sorge. In: Loh, J. & Grote, T. (eds.) *Medizin – Technik – Ethik*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, E1-E1.

5.1.2.3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

5.1.2.3.1 Erhebungsmethodik

Um Aussagen zu den Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen mit Migrationshintergrund und/ oder Partnergewalterfahrungen zu generieren, wurde das biografisch-narrative Interview als gegenstandsangemessene Datenerhebungsmethode gewählt. Diese offene Methode fokussiert auf die „Erhebung von Handlungsprozessen, also Ereignisverkettungen“ (Küsters, 2022, S. 893), welche durch die Befragten selbst über eigene Relevanzsetzungen (Przyborski et. al, 2014, S. 99) hervorgebracht werden. Mit dem biografisch-narrativen Interview wird spezifisches Expertenwissen über ein Themenfeld generiert, was in den eigenen biografischen Kontexten der befragten Frauen eingebettet ist. Damit eröffnet das biografisch-narrative Interview einen methodischen Zugang zu Erfahrungen und Erkenntnisse der Frauen (konjunktives Erfahrungswissen). Meinungen, Einstellungen sowie theoretisches Wissen der Befragten zum Thema werden deutlich (kommunikativ-generalisiertes Wissen).

Zu Beginn jedes biographischen Interviews wurden die Frauen über den Datenschutz, Anonymität und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie aufgeklärt. Alle befragten Frauen haben eine Einverständniserklärung zur Datenerhebung und -auswertung unterschrieben. Das Forschungsvorhaben wurde sehr kurz skizziert und auf die Möglichkeit verwiesen, Informations- sowie Verständnisfragen zu stellen. Mithilfe einer erzählgenerierenden Eingangsfrage (Stimulus), die demonstrativ vage gehalten war (Przyborski et. al., 2014), wurde die erfahrungsorientierte Stehgreiferzählung (Schütze, 1987) der interviewten Frauen angeregt.

Folgender Stimulus wurde allen Probandinnen initial gestellt:

„Es geht um Ihre Erfahrungen während der ungewollten Schwangerschaft, aber auch, was davor und danach passiert ist. Es soll nicht nur um die ungewollte Schwangerschaft gehen, sondern auch um Ihr gesamtes Leben. Dabei können Sie ganz frei erzählen und das sagen, Sie möchten. Sie bestimmen darüber, was sie erzählen möchten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Zwischendurch und am Ende werde ich noch ein paar Fragen stellen. Vielleicht fangen Sie einfach ganz am Anfang ihres Lebens an und erzählen mir, wie sie als Kind aufgewachsen sind.“

So hatten die befragten Frauen die Gelegenheit, mit einer Erzählung über ihre eigene Biografie zu beginnen und diese selbst in eine erzählbare Gestalt (Gestaltungszwang) zu bringen. Diese narrative Episode regte die eigenen Relevanzsetzungen und die Selbstläufigkeit des Interviews an.

Als Interviewtechnik wurde im Anschluss an die narrative Episode das immanente Nachfragen angewandt, welches sich an Beschreibungen, Erzählsträngen und Argumentationen der Frauen orientierte. An Stellen, die das Erkenntnisinteresse der Studie berührten, wurden Nachfragen angeregt, relevante Aspekte zu elaborieren und genauer zu beschreiben. Nach etwa 45 Minuten haben die Interviewenden den exmanenten Nachfrageteil eingeleitet und überprüft, welche Erkenntnisinteressen noch nicht oder unzureichend thematisiert wurden. Zur Nachbereitung wurde zu jedem Interview ein Postskript angefertigt.

5.1.2.3.2 Analyse- und Auswertungsstrategie

Insgesamt wurde ein umfangreiches qualitatives Sample von 50 Interviews generiert. Die erhobenen Daten wurden vollständig transkribiert⁶. Die Interviewtransskripte wurden im Anschluss mit der Software MAXQDA auf Grundlage der Forschungsfragen mit der Inhaltsanalyse nach Mayring und Kuckartz systematisch kodiert, um das empirische Material zu erschließen. Für jede Forschungsfrage wurden deduktive Hauptkategorien entwickelt. Dieser Schritt war erforderlich, weil die offene und nicht standardisierte Datenerhebungsmethode des narrativ-biografischen Interviews vor allem qualitative Daten hervorbringt, welche stark an den eigenen Relevanzsetzungen der Probandinnen orientiert sind. Zudem war der vorliegende Datenumfang kaum mit anderen Auswertungsverfahren zu bewältigen (Mayring et. al., 2022, S. 691). Im weiteren Verlauf der Auswertung wurden einzelne thematische Sequenzen inhaltsanalytisch (Reichert, 2016, S. 224 ff.) untersucht. Die Methode der Inhaltsanalyse wurde über alle Forschungsfragen hinweg als Datenauswertungsmethode angewandt. Im Fallvergleich zeigten sich auf der formal inhaltlichen Ebene spezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten, wie ungewollt Schwangeren ein gemeinsames Thema bearbeiten. Die Handlungspraktiken wurden durch die induktive Feinanalyse explizit gemacht.

Für die Forschungsfrage 3 „gynäkologisches Beratungssetting und Schwangerschaftskonfliktberatung“ wurde die dokumentarische Methode als rekonstruktive Auswertungs- und Analysemethode verwendet (Przyborski et. al., 2014; Bohnsack, 2020), um ein erweitertes Fall- und Fremdverstehen zu erlangen. Der Fokus der Analyse lag auf den Erzählungen und Beschreibungen der narrativen Episoden. In ihnen ist die soziale Praxis eingelagert. „Kontraste im Gemeinsamen“ werden im „Wie“ der performativen Hervorbringung sichtbar (Nentwig-Gesemann, 2013). Durch den rekonstruktiven Forschungsansatz konnten konjunktive Erfahrungen und Erlebnisse, kollektiv geteilte Wissensbestände sowie handlungsleitende Orientierungen und Orientierungsprobleme (Norm vs. Habitus) der befragten Frauen typisiert werden. Das Ergebnis der rekonstruktiven Analyse war eine Typenbildung, die aus dem fallübergreifenden Vergleich entwickelt wurde. Erkenntnistheoretisch waren alle an der Datenanalyse und -interpretation beteiligten Personen praxeologisch und wissenssoziologisch sensibilisiert und konnte auf diese Weise insbesondere die Handlungspraxis der ungewollt schwangeren Frauen in den Fokus der Analyse stellen.

Das angewandte Forschungsdesign mit den ausgewählten Erhebungsmethoden und Auswertungsmethoden ist valide, da es möglich ist, sich methodisch kontrolliert, den Common-Sense-Konstruktionen der Befragten zu nähern. Damit wird konsequent an den „alltäglichen Strukturen bzw. Standards der Verständigung“ angeschlossen. Die hohe Auskunftsbereitschaft und die vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zeigen, dass das Forschungsthema für die Probandinnen relevant ist. Die Qualität der vorliegenden Auskünfte ist als hoch einzuschätzen. In der komparativen Analyse im fallübergreifenden Vergleich zeigen sich homologe Erfahrungen, die sich vom Einzelfall ablösen und auf konjunktive Erfahrungen verweisen. Die intersubjektive Überprüfbarkeit der einzelnen Interpretationsschritte wurde in zahlreichen Forschungswerkstätten transparent gemacht. Womit die Objektivität der Forschungsergebnisse gegeben ist (Przyborski et al., 2014, S. 21 ff.)

⁶ Die Transkriptionsregeln sind hier nachlesbar: <https://www.abtipper.de/wp-content/uploads/2024/06/abtipper.de-einfache-u.-wissenschaftliche-Transkription.pdf>

5.1.2.3.3 Stichprobenbeschreibungen

Insgesamt wurden 50 biografisch-narrative Interviews mit ungewollt Schwangeren geführt, von denen 42 in die Stichprobe einbezogen wurden, da in diesen Fällen alle soziodemografischen Daten vollständig vorlagen. Die Stichprobe umfasst 17 ungewollt Schwangere mit Migrationserfahrungen (MIG), 21 Betroffene von Partnergewalt/ Gewalt in der Partnerschaft (GiP) und vier, die über beide Vulnerabilitätsmerkmale (MIG/ GiP) verfügen.

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Befragung lag bei ungewollt Schwangeren mit MIG bei 35,0 Jahren (SD^7 7,7; Mdn^8 36,0) und bei ungewollt Schwangeren mit GiP bei 34,7 Jahren (SD 7,5; Mdn 34,0). Frauen, die über beide Vulnerabilitätsmerkmale verfügen, waren durchschnittlich 35 Jahre alt (SD 6,9, Mdn 35,0).

Das durchschnittliche Lebensalter zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft beträgt bei Frauen mit MIG 31,0 Jahre (SD 7,2; Mdn 33,0). Frauen mit GiP waren durchschnittlich 28,9 Jahre alt (SD 7,8; Mdn 27,5). Frauen, die über beide Vulnerabilitätsmerkmale verfügen, waren 30,0 Jahre alt (SD 7,9; Mdn 30,0).

Gefragt nach dem höchsten Bildungsabschluss, ergibt sich folgendes Bild: Aus der Gruppe Frauen mit GiP verfügen vier Frauen über keine Bildungsabschlüsse (19 %) und zwei Frauen über einen Realschulabschluss (10 %). Damit verfügen 29 % der Frauen mit GiP über keinen bzw. einen niedrigen Bildungsabschluss. 12 % ($n=2$) der Frauen mit MIG und 14 % ($n=3$) der Frauen mit GiP sowie eine Frau mit MIG/ GiP (25 %) verfügen über ein Abitur. 24 % der Frauen mit MIG ($n=4$), 38 % der Frauen mit GiP ($n=8$) sowie eine Frau mit MIG/ GiP ($n=1$, 25 %) verfügt über eine abgeschlossene berufliche Ausbildung und einen Meisterabschluss ($n=1$, 25 %). 65 % der Frauen mit MIG ($n=11$) und 19 % der Frauen mit GiP ($n=4$) sowie eine Frau mit MIG/ GiP (25 %) verfügen über ein abgeschlossenes Studium. Im Vergleich der Teilstichproben MIG vs. GiP sind Frauen mit einem abgeschlossenen Studium in der Teilstichprobe der Frauen mit MIG häufiger und damit im Vergleich zu den Frauen mit GiP deutlich höher gebildet.

Die Einkommenssituation stellt sich wie folgt dar: Eine Frau mit MIG (6 %) und sechs Frauen mit GiP (29 %) sowie zwei Frauen mit MIG/ GiP (50 %) gaben an, dass sie von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Vier Frauen mit MIG (24 %) und drei Frauen mit GiP (14 %) befinden sich in einer Berufsausbildung. Zwei Frauen mit GiP studieren (10 %). Einer Teilzeitbeschäftigung gingen drei Frauen mit MIG (18 %) und vier Frauen mit GiP (19 %) sowie eine Frau mit MIG/ GiP (25 %) nach. In voller Erwerbstätigkeit standen acht Frauen mit MIG (47 %) und vier Frauen mit GiP (19 %) sowie eine Frau mit MIG/ GiP (25 %). Keine Angaben zur Erwerbsituation machten eine Frau mit MIG (6 %) und zwei Frauen mit GiP (10 %). Im Vergleich der beiden Gruppen zeigt sich, dass Frauen mit GiP häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (29 % vs. 6 %) sind und Frauen mit MIG häufiger einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen (47 % vs. 19 %).

Vier Frauen mit MIG (24 %) und eine Frau mit GiP (5 %) befanden sich zum Befragungszeitpunkt nicht in einer Partnerschaft. Sieben Frauen mit MIG (41 %) und zwölf Frauen mit GiP (57 %) sowie eine Frau mit MIG/ GiP (25 %) befanden sich hingegen in einer Partnerschaft. Fünf Frauen mit MIG (29 %), acht Frauen mit GiP (38 %) sowie zwei Frauen mit MIG/ GiP waren verheiratet. Eine Frau mit MIG machte zum Beziehungsstatus keine Angaben.

Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind ($n=21$) und einen Migrationshintergrund ($n=4$) haben, berichteten folgende Gewaltformen: Physische GiP ($n=1$, 4 %), psychische GiP ($n=7$, 28 %), sexuelle GiP ($n=1$, 4 %), physische und psychische GiP ($n=9$, 36 %), psychische und sexuelle GiP ($n=4$, 16 %), physische und sexuelle GiP ($n=0$, 0 %) und physische, psychische und sexuelle GiP ($n=3$, 12 %).

⁷ SD: Standardabweichung

⁸ Mdn: Median

Die durchschnittliche Anzahl der Schwangerschaften lag bei Frauen mit MIG bei 2,4 Kinder (n=17) und Frauen mit GiP bei 3,9 Kinder (n=21) sowie Frauen mit MIG/ GiP bei durchschnittlich 4,2 Kinder.

Unter den Frauen mit MIG befinden sich zwölf Fälle (71 %) und unter den Frauen mit GiP 18 Fälle (85 %) sowie vier Fälle mit MIG/ GiP (100 %) mit Mehrfachschwangerschaften.

Hinsichtlich der Gewolltheit der Schwangerschaft(-en) zeigt sich, dass von den Frauen mit MIG sieben (eine) ungewollte Schwangerschaft(en) (41 %) sowie zehn Frauen sowohl ungewollte als auch gewollte Schwangerschaften (59 %) hatten. Unter den Frauen mit GiP berichteten zehn von (einer) ungewollten Schwangerschaft(en) (48 %) und 11 von ungewollten als auch gewollten Schwangerschaften (52 %). Unter den Frauen mit MIG/ GiP hatten alle vier Frauen sowohl ungewollte als auch gewollte Schwangerschaften (100 %).

Hinsichtlich der Schwangerschaftsausgänge gaben fünf der Frauen mit MIG (29 %) und acht Frauen mit GiP (38 %) an, Schwangerschaften ausgetragen zu haben. Schwangerschaftsabbrüche lagen bei Frauen mit MIG nur in sechs Fällen vor (35,5 %). Abbrüche und Austragungen waren bei sechs Frauen mit MIG identifizierbar (35,5 %), bei Frauen mit GiP waren es 13 Fälle (62 %) und bei Frauen mit MIG/ GiP waren es vier Fälle (100 %).

Gefragte nach der Entscheidungsfindung (Abbruch vs. Austragung) konnten elf Frauen mit MIG (65 %) und zwölf Frauen mit GiP (57 %) sowie eine Frau mit MIG/ GiP (25 %) den Ausgang der Schwangerschaft selbstbestimmt treffen. Hingegen wurde der Schwangerschaftsausgang bei zwei Frauen mit MIG (12 %) und vier Frauen mit GiP (19 %) sowie zwei Frauen mit MIG/ GiP (50 %) fremdbestimmt. Als teils/ teils bewerteten drei Frauen mit MIG (18 %) und vier Frauen mit GiP (19 %) sowie zwei Frauen mit MIG/ GiP (50 %) ihre Entscheidungsfindung. Keine Angaben hierzu machten jeweils eine Frau mit MIG (6 %) und eine Frau mit GiP (5 %).

Tab. 5.10: Charakteristik der qualitativen Stichprobe zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft

Merkmal	Frauen mit Migrationserfahrungen (MIG)	Frauen mit Partnergewalt / Gewalt in der Partnerschaft (GIP)	Frauen mit Partnergewalt und Migrationserfahrungen
Fälle	n=17 (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M13, M14, M15, M16, M17, M18, M19)	n=21 (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P24, P25)	n=4 (MP1, PM1, PM2, PM4)
Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Befragung	35 Jahre (<i>SD</i> 7,68 Jahre, <i>Mdn</i> 36 Jahre)	34,7 Jahre (<i>SD</i> 7,49 Jahre, <i>Mdn</i> 34 Jahre)	35 Jahre (<i>SD</i> 6,92 Jahre, <i>Mdn</i> 35 Jahre)
Durchschnittsalter bei der Fokusschwangerschaft	31 Jahre (<i>SD</i> 7,17 Jahre, <i>Mdn</i> 33 Jahre)	28,9 Jahre (<i>SD</i> 7,80 Jahre, <i>Mdn</i> 27,5 Jahre)	30 Jahre (<i>SD</i> 7,98 Jahre, <i>Mdn</i> 30 Jahre)
Höchster Bildungsabschluss	n=17 Abitur, n=2 (12 %), Ausbildung, n=4 (24 %) Studium, n=11 (65 %)	n=21 Keine Bildungsabschlüsse, n=4 (19 %) Realschule, n=2 (10 %) Abitur, n=3 (14 %), Ausbildung, n=8 (38 %) Studium, n=4 (19 %)	n=4 Abitur, n=1 (25 %), Ausbildung, n=1 (25 %) Meister, n=1 (25 %) Studium, n=1 (25 %)
Erwerbsarbeitssituation	n=17 Arbeitslosigkeit, n=1 (6 %) in Berufsausbildung, n=4 (24 %) angestellt in Teilzeit, n=3 (18 %) angestellt in Vollzeit, n=8 (47 %) keine Angaben, n=1 (6 %)	n=21 Arbeitslosigkeit, n=6 (29 %) in Berufsausbildung, n=3 (14 %) im Studium, n=2 (10 %) angestellt in Teilzeit, n=4 (19 %) angestellt in Vollzeit, n=4 (19 %) keine Angaben, n=2 (10 %)	n=4 Arbeitslosigkeit, n=2 (50 %) angestellt in Teilzeit, n=1 (25 %) angestellt in Vollzeit, n=1 (25 %)
Partnerschaftsstatus	n=17 ohne Partnerschaft, n=4 (24 %) in Partnerschaft, n=7 (41 %) verheiratet, n=5 (29 %) keine Angaben, n=1 (6 %)	n=21 ohne Partnerschaft, n=1 (5 %) in Partnerschaft, n=12 (57 %) verheiratet, n=8 (38 %)	n=4 in Partnerschaft, n=1 (25 %) verheiratet, n=3 (75 %)
Formen der Partnergewalt		n=21 physische, n=1 (5 %) psychische, n=5 (24 %) sexuelle, n=1 (5 %)	n=4 psychische, n=2

Merkmal	Frauen mit Migrationserfahrungen (MIG)	Frauen mit Partnergewalt / Gewalt in der Partnerschaft (GIP)	Frauen mit Partnergewalt und Migrationserfahrungen
		physische & psychische, n=9 (43 %) psychische & sexuelle, n=3 (14 %) phys. & sexuelle =n.b. physische & psychische & sexuelle, n=2 (10 %)	psychische & sexuelle, n=1 physische & psychische & sexuelle, n=1
Durchschnittliche Anzahl der Schwangerschaften	2,35 (n=17)	3,90 (n=21)	4,16 (n=4)
Mehrfachschwangerschaften	n=12 (71 %)	n=18 (85 %)	n=4 (100 %)
Schwangerschaften	n=17 ungewollt: n=7 (41 %) ungewollt/ gewollt, n=10 (59 %)	n=21 ungewollt: n=10 (48 %) ungewollt/ gewollt, n=11 (52 %)	n=4 ungewollt/ gewollt, n=4 (100 %)
Ausgang/ Ausgänge der Schwangerschaft(en)	n=17 Austragung/-en, n=5 (29 %) Abbruch/ Abbrüche, n=6 (35,5 %) Abbrüche/ Austragungen, n=6 (35,5 %)	n=21 Austragung/-en, n=8 (38 %) Abbrüche/ Austragungen, n=13 (62 %)	n=4 Abbrüche/ Austragungen, n=4 (100 %)
Art der Entscheidungsfindung	n=17 Selbstbestimmt, n=11 (65 %) Fremdbestimmt, n=2 (12 %) Teils/teils, n=3 (18 %) Keine Angabe, n=1 (6 %)	n=21 Selbstbestimmt, n=12 (57 %) Fremdbestimmt, n=4 (19 %) Teils/ teils, n=4 (19 %) Keine Angabe, n=1 (5 %)	n=4 Selbstbestimmt, n=1 (25 %) Fremdbestimmt, n=2 (50 %) teils/ teils, n=2 (50 %)
Einschätzung der verfügbaren Ressourcen	n=17 Ressourcenstark, n= 6 (35 %) Ressourcenschwach, n= 4 (23 %) Keine Angaben, n=7 (41 %)	n=21 Ressourcenstark, n= 5 (24 %) Ressourcenschwach, n= 4 (19 %) Keine Angaben, n=10 (47 %)	n=4 Keine Angaben, n=4 (100 %)

Info: *SD*=Standardabweichung, *Mdn*=Median

Quelle: ELSA-Interviews von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022-2023

5.1.2.3.4 Literaturverzeichnis

- Bohnsack, R. (2020). „Die Mehrdimensionalität der Typenbildung und ihre Aspekthaftigkeit“, in Ecarius, J. & Schäffer, B. Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Bildungs- und Biografieforschung. 2. Aufl., Verlag Barbara Budrich, Opladen, S. 21 – 48.
- Küster, I., (2022): „Narratives Interview“, in Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 893 – 900.
- Mayring, P. & Fenzel, T. (2022): „Qualitative Inhaltsanalyse“, in Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 691 – 706.
- Reichertz, J. (2016): Qualitative und interpretative Sozialforschung. Eine Einleitung. Springer VS, Wiesbaden.
- Schütze, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: erzähltheoretische Grundlagen. Teil I. Studienbrief der Fernuniversität Hagen.

5.1.2.4 Theoretischer Hintergrund, Erhebungs- und Auswertungsmethodik Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

5.1.2.4.1 Theoretischer Hintergrund

Das Teilprojekt **ELSA PSY** beschäftigte sich mit den spezifischen Erfahrungen von Frauen mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft. Ausgangspunkt dafür bilden zum einen erste explorative Befunde aus der Studie frauen leben 3, wonach psychische Erkrankungen eine besondere biografische Belastung darstellen und daher als Kontextfaktor für ungewollte Schwangerschaften zu berücksichtigen sind (BZgA, 2015). Internationale Befunde zeigen weiterhin, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten ungeplanter Schwangerschaften haben (Aymerich et al., 2024; Schonewille et al., 2022). Umgekehrt können sich die Umstände, unter denen ungeplante Schwangerschaften eintreten sowie die Erfahrungen im Umgang damit negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Einerseits kann das Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft das Risiko für perinatale and postpartale Depressionen bei vorbelasteten Frauen erhalten (Alder et al., 2007; Grote et al., 2010; Vesga-López et al., 2008). Andererseits kann ein Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit einer vorbestehenden psychischen Erkrankung mit zusätzlichen Belastungen einhergehen (van Ditzhuijzen et al., 2017).

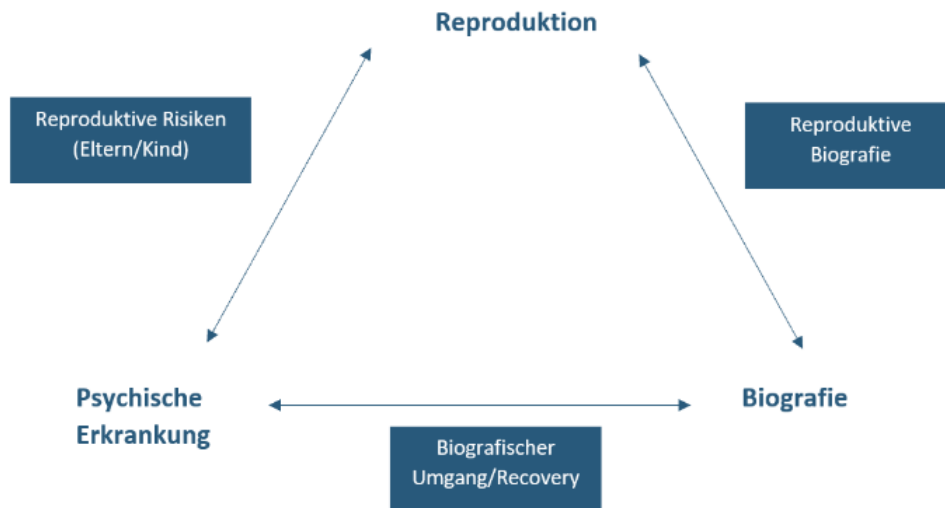
Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften unterstreichen die Notwendigkeit einer spezifischen Betrachtung der Gruppe von Frauen mit psychischen Belastungen sowohl hinsichtlich des Umgangs mit ungeplanten Schwangerschaften wie auch der Bewältigung einer ungewollt ausgetragenen Schwangerschaft oder eines Schwangerschaftsabbruchs. Die Teilstudie ELSA PSY untersucht anhand der folgenden Fragen die Situation, die Erfahrungen und die Bedarfe von Frauen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Mixed-Methods Ansatzes:

1. Wie unterscheiden sich Frauen mit psychischen Erkrankungen von Frauen ohne psychische Erkrankungen hinsichtlich der Prävalenz reproduktiver Ereignisse und sozialen Kontextbedingungen im Zusammenhang mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften?
2. Welche Erfahrungen machen Frauen mit psychischen Erkrankungen im Kontext von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, inwieweit werden diese in Anspruch genommen und bewertet?
3. Welche sinnhafte Bedeutung nimmt die psychische Erkrankung im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft sowie in der retrospektiven Bewertung der Entscheidung über den Ausgang der Schwangerschaft aus subjektiver Sicht der Frauen ein?

5.1.2.4.2 Begründung der Methode (Bezug zu Ziel und Forschung)

Um die subjektiven Bedeutungen einer psychischen Erkrankung für den Umgang mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft zu untersuchen, wurden narrativ-biografische Interviews mit einer Teilstichprobe von Frauen durchgeführt, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren und die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen hatten. In der Begründung der biografischen Methode rekurren wir auf ein heuristisches Modell, das die wechselseitigen Bezüge zwischen psychischen Erkrankungen, reproduktiven Ereignissen und der Biografie berücksichtigt (Krumm, 2010).

Abb. 5.9: Heuristisches Modell (Krumm 2010)



Quelle: Eigene Darstellung nach Krumm, 2010

Psychische Erkrankung und Reproduktion: Der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Reproduktion ist zum einen durch reproduktive Risiken charakterisiert. Diese umfassen mögliche negative Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Schwangerschaft, den Fötus oder auf die Fähigkeiten zur Übernahme von Elternaufgaben. Zudem können psychosoziale Belastungen im Rahmen einer Elternschaft die psychische Gesundheit und Recovery-Prozesse negativ beeinflussen. Zum anderen kann eine Elternschaft aufgrund der familiären Einbindung in eine Versorgungs- und Verantwortungsgemeinschaft aber auch erheblich zur sozialen Teilhabe beitragen.

Reproduktion und Biografie: Der Zusammenhang zwischen Reproduktion und Biografie verweist auf das Konzept der reproduktiven Biografie und folgt damit der Annahme, dass reproduktive Aspekte nicht als unabhängige Ereignisse zu verstehen sind, sondern Ausdruck eines Lebensentwurfs. Reproduktive Aspekte bilden ein biografisches Gesamtmuster ab, das um bestimmte Werte und Normen herum organisiert ist (Helfferich et al., 1999; Klindworth, 2000). Die hier relevanten soziokulturellen Werte umfassen gesellschaftliche Vorstellungen zu Elternschaft oder zu psychischen Erkrankungen (z.B. Stigmatisierung).

Biografie und psychische Erkrankung: Schließlich liegt dem wechselseitigen Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Biografie ein sozialpsychiatrisches Verständnis psychischer Erkrankungen zugrunde, wonach biografische Ereignisse einerseits eine psychische Erkrankung (mit)bedingen können und andererseits psychische Erkrankungen auf die Biografie zurückwirken. Dies kommt insbesondere in einem recoveryorientierten Verständnis psychischer Erkrankungen zum Ausdruck, im Sinne eines Lebens *mit* einer psychischen Erkrankung.

5.1.2.4.3 Planung und Durchführung der Erhebung

Für die qualitative Teilstudie ELSA PSY wurde zum einen das positive Ethikvotum der Hochschule Fulda für den Verbund ELSA zugrunde gelegt. Aufgrund der besonderen Sensibilität der Thematik und möglichen Vulnerabilität von Studienteilnehmerinnen mit psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen wurde ein zusätzliches Ethikvotum der Universität Ulm eingeholt. Der ursprünglich vorgesehene Studienplan sah vor, die qualitativen Interviews face-to-face durchzuführen. Dies wurde vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Einschränkungen insoweit verändert, als die Interviews auf Wunsch der Studienteilnehmerinnen auch online angeboten wurden. Für die Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen sowie die Verarbeitung von Forschungsdaten wurde in Abstimmung mit anderen Projektstandorten ein Datenschutzkonzept erarbeitet und durch die Datenschutzbeauftragten der Universität Ulm geprüft und bestätigt.

5.1.2.4.4 Rekrutierung und Sampling

Die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen erfolgte zwischen September 2021 und Mai 2022. Die zunächst vorgesehene ausschließliche Rekrutierung über die standardisierte Querschnittsbefragung sowie kooperierende psychiatrische Kliniken wurde aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen um eine Social Media Kampagne erweitert. Zudem wurden einzelne Teilnehmerinnen über persönliche Kontakte gewonnen.

Die Rekrutierung über die von Kantar durchgeführte standardisierte Querschnittsbefragung erfolgte anhand von Filterfragen zur Inanspruchnahme einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung. Teilnehmerinnen, die im Rahmen der SQB ihr Interesse zur Teilnahme an einem qualitativen Interview sowie Ihr Einverständnis zur erneuten Kontaktaufnahme bekundet hatten, wurden durch die ELSA PSY Studienmitarbeiterinnen kontaktiert. Insgesamt wurden über 80 Frauen kontaktiert und im Rahmen eines Telefoninterviews gescreent. Über die standardisierte Querschnittsbefragung wurden 17 Teilnehmerinnen in die Studie eingeschlossen (42 % der Stichprobe).

Weiterhin wurden potenzielle Studienteilnehmerinnen über Social Media rekrutiert. Über Werbeposts auf Instagram und Facebook wurde ein definierter Adressatinnenkreis von Frauen im entsprechenden Alter über die Studie informiert und zur Kontaktaufnahme mit dem ELSA PSY Studienteam eingeladen. Die Interessentinnen wurden anschließend per E-Mail über die Studie und den Ablauf informiert und zum Telefon-Screening eingeladen. Über die Social Media Ansprache wurden 16 Teilnehmerinnen in die Studie eingeschlossen (40 % der Stichprobe).

Die Rekrutierung erfolgte zudem über drei kooperierende psychiatrische Kliniken. Im Anschluss an Fachvorträge zu ungewollten Schwangerschaften im Kontext psychischer Erkrankungen wurden Klinikmitarbeitende direkt angesprochen und um Unterstützung bei der Rekrutierung gebeten. Weiterhin wurden Projektflyer an den Kliniken ausgelegt. Nach der Kontaktaufnahme durch interessierte Patientinnen erfolgte das Telefonscreening. Über die beteiligten Kliniken wurden 4 Teilnehmerinnen in die Studie eingeschlossen (10 % der Stichprobe).

Schließlich wurden Teilnehmerinnen auch über persönliche bzw. berufliche Kontakte der Studienmitarbeiterinnen rekrutiert. Dabei wurden die Kontaktdaten potenzieller Teilnehmerinnen aus anderen ELSA-Teilprojekten nach deren Einwilligung an uns weitervermittelt. Zum anderen ergaben sich Kontakte über die Streuung der Studieninfos durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in anderen Projekten. Nach der Kontaktaufnahme durch Interessierte erfolgte das Telefonscreening. Über persönliche bzw. berufliche Kontakte wurden drei Teilnehmerinnen in die Studie eingeschlossen (8 % der Stichprobe).

Einschlusskriterien waren neben der Angabe einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft ausreichende Deutschkenntnisse für die Durchführung eines narrativen Interviews sowie ein Alter

zwischen 18 und 42 Jahren. Bei der Rekrutierung wurde auf eine heterogene Zusammensetzung der Stichprobe in Bezug auf soziodemografische Merkmale geachtet (vgl. Kapitel 5.1.2.4.5).

Im Rahmen des Telefonscreenings erfolgte die Prüfung der Einschlusskriterien sowie die Information bzw. Aufklärung über die Studie und die Studienziele. Zur Prüfung des Einschlusskriteriums ungewollte Schwangerschaft wurden Screeningfragen eingesetzt, die den in der SQB eingesetzten Items zur Erfassung der psychischen Gesundheit sowie der ungewollten Schwangerschaften entsprachen. Dementsprechend umfassten die Screeningsfragen Angaben zu Schwangerschaften und deren Gewolltheit sowie Fragen zum Vorliegen einer psychischen Erkrankung und ggf. zu den im Rahmen der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung gestellten Diagnosen.

Nach dem Einschluss wurden den Teilnehmerinnen ein ausführliches Informationsblatt zur Studie, die Einverständniserklärung sowie ein übersichtlicher Projektflyer zugesendet. In einem anschließenden Erstgespräch mit der von der Projektkoordination zugeteilten Interviewerin wurden ggf. weitere Fragen telefonisch geklärt.

5.1.2.4.5 Stichprobenbeschreibung

Soziodemografische Merkmale

Es wurden 40 Teilnehmerinnen in die Stichprobe eingeschlossen mit einer relativ ausgeglichenen regionalen Verteilung. Im Schnitt waren die Teilnehmerinnen 30 Jahre alt ($SD = 6,6$) und verfügten mehrheitlich über mittlere bis hohe Bildungsabschlüsse. Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen der Teilnehmerinnen war über die verschiedenen Einkommensgruppen hinweg relativ gleich verteilt. Die Hälfte der Teilnehmerinnen ging einer Beschäftigung im Angestelltenverhältnis nach. Etwa 2/3 der Stichprobe befanden sich zum Interviewzeitpunkt in einer festen Beziehung. Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen hatte ein Kind (45 %), ein Viertel (25 %) gab zwei Kinder an, 4 Teilnehmerinnen (10 %) gaben drei Kinder an und 8 Teilnehmerinnen (20 %) waren kinderlos.

Tab. 5.11: Soziodemographische Merkmale der Teilnehmerinnen

	<i>N</i>	%
Altersgruppe		
19-25	15	37,5
26-34	13	32,5
35-39	9	22,5
40-42	3	7,5
Anzahl an Kindern		
0	8	20,0
1	18	45,0
2	10	25,0
3	4	10,0
Wohnort		
Ostdeutschland	9	23,0
Süddeutschland	13	32,0
Westdeutschland	11	27,0
Norddeutschland	7	18,0
Schulabschluss		
Abitur	12	30,0
Fachhochschulreife	11	27,5
Mittlere Reife	13	32,5
Volks-/Hauptschulabschluss	4	10,0
Derzeitige Tätigkeit		
Angestellt	20	50,0
Selbstständig	1	2,5
Hausfrau	6	15,0
Studentin	4	10,0
Auszubildende	2	5,0
Schülerin	1	2,5
Arbeitslos	3	7,5
Sonstiges	3	7,5
Haushaltsnettoeinkommen		
< 1000€	10	25,0
1000-1500€	10	25,0
1500-2000€	3	7,5
2000-3000€	6	15,0
3000-5000€	11	27,5

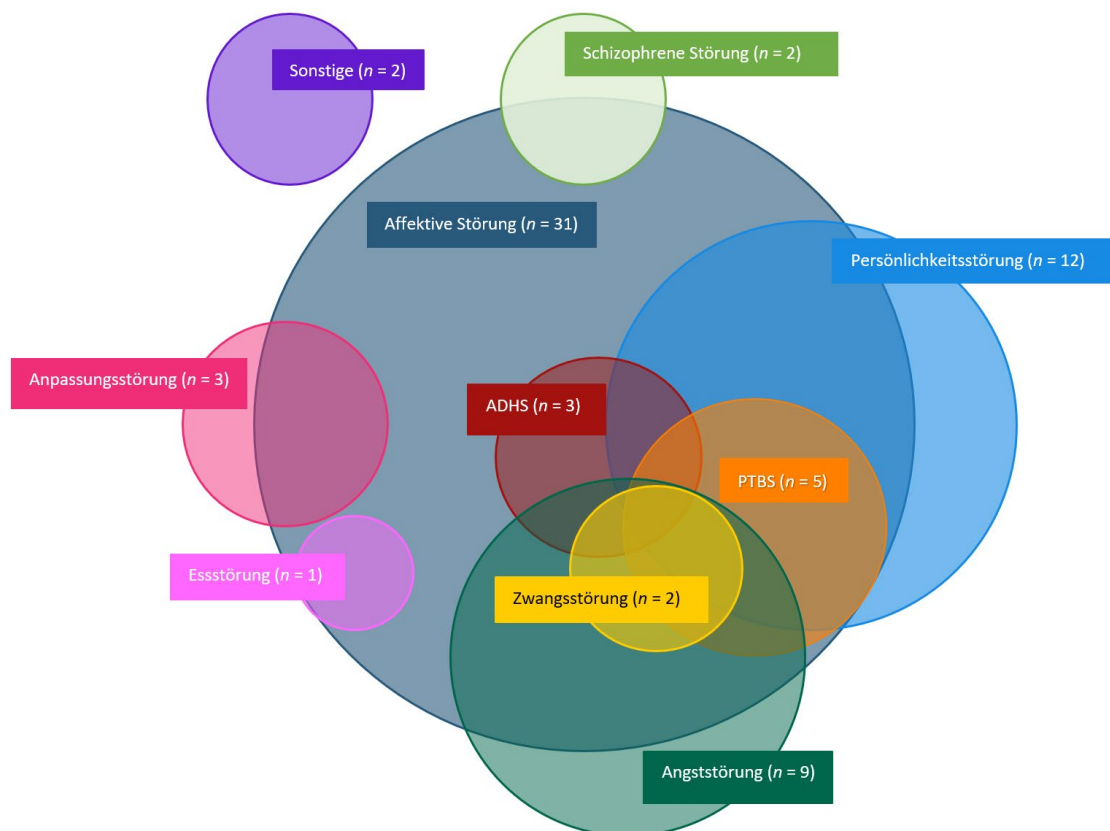
Süddeutschland = Bayern & Baden-Württemberg; Westdeutschland = Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland; Norddeutschland = Hamburg, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern; Ostdeutschland = Brandenburg, Berlin, Sachsen, Thüringen

Angaben zur psychischen Gesundheit

Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen gab im Telefonscreening mehr als eine im Rahmen der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung erhaltene Diagnose an. Von den 40 Frauen berichteten 18 (45 %) eine psychische Störung, 14 Frauen (35 %) berichteten zwei komorbide psychische Störungen und sechs Frauen (15 %) berichteten drei oder mehr.

Bei den Diagnosen dominierten die affektiven Störungen. 31 Teilnehmerinnen (77,5 %) hatten mindestens die Diagnose einer affektiven Störung, wovon es sich in den meisten Fällen (93,5 %) um eine Depression handelte. Am zweithäufigsten genannt wurden Persönlichkeitsstörungen, dabei primär die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. 10 Frauen (25 %) berichteten von einer komorbiden Diagnose von mindestens einer affektiven Störung und einer Persönlichkeitsstörung. Neun Frauen (22,5 %) gaben an, mindestens die Diagnose einer Angststörung zu haben, von ihnen hatten sieben auch die Diagnose einer affektiven Störung. Fünf Frauen (12,5 %) berichteten eine posttraumatische Belastungsstörung sowie einer komorbid affektiven Störung. Die Häufigkeiten einzelner bzw. komorbider psychischer Störungen sind Abb. 5.10 zu entnehmen.

Abb. 5.10: Häufigkeit berichteter psychischer Störungen in der Stichprobe



Die Gruppierungen basierten auf den selbstberichteten Diagnosen der Teilnehmerinnen im Screening.

Während der ungewollten Schwangerschaft befanden sich acht Teilnehmerinnen (20 %) in psychotherapeutischer Behandlung, während vier Teilnehmerinnen (10 %) die Therapie vor der Schwangerschaft bereits abgeschlossen hatten. Ein stationärer Aufenthalt wurde von 21 Frauen (52,5 %) angegeben, während fünf Frauen (12,5 %) einen teilstationären Aufenthalt (Tagesklinik) hatten. Keinen (teil-)stationären Aufenthalt gaben 14 Teilnehmerinnen (35 %) an.

Gut 2/3 der Teilnehmerinnen trugen die ungewollte Schwangerschaft aus (67,5 %), ein gutes Viertel (27,5 %) brachen sie ab und zwei Frauen (5 %) berichteten eine Fehlgeburt.

5.1.2.4.6 Leitfaden

Für die Durchführung der narrativ-biografischen Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt, der a.) eine offene Erzählaufforderung, b.) immanente und c.) exmanente Nachfragen sowie d.) standardisierte Einstellungsfragen beinhaltet.

- a.) Die Erzählaufforderung wurde weitestgehend offen formuliert und beinhaltete neben der Erwähnung des Forschungsinteresses (Erfahrungen und Umgang mit ungewollten Schwangerschaften) die Bitte nach einer Erzählung der gesamten Lebensgeschichte. Mit dem zweifachen thematischen Fokus (Reproduktive Aspekte und Biografie) zielten wir auf Erzählungen, in denen sowohl die subjektive Verknüpfung von psychischer Erkrankung mit reproduktiven Aspekten wie auch die biografische Einbettung der psychischen Erkrankung und der ungewollten Schwangerschaft ausreichend Platz finden. Dabei erlaubte es die weitestgehende Offenheit den Erzählenden, entsprechend ihrer eigenen Relevanzsysteme diejenigen Themen anzusprechen und auszuführen, die für sie subjektiv bedeutsam und handlungsleitend waren bzw. sind. Für die Analyse eröffnete sich hierdurch der Zugang zu den subjektiven Sinnstrukturen der Handelnden, die das Verständnis und den Umgang mit dem sozialen Phänomen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft bestimmen. Um den Erzählfluss (weiter) anzuregen, konnten weitere erzählgenierende Impulse eingesetzt werden.
- b.) Nach Abschluss der Hauptidee wurden zunächst immanente Nachfragen zur Erzählung gestellt, die darauf abzielten, einzelne Aspekte der Erzählung weiter zu vertiefen, Zusammenhänge besser zu verstehen oder Details zu klären. Diese sollten es den Interviewenden ermöglichen, ein umfassenderes Bild der Erfahrungen und Bedeutungszuschreibungen zu erhalten. Mögliche Nachfragen zur Biografie bezogen sich zunächst auf die Kindheit, den Bildungsweg und soziale Beziehungen, die in Abhängigkeit der Hauptidee variabel eingesetzt wurden.
- c.) Exmanente Nachfragen bezogen sich auf die Themenbereiche psychische Erkrankung, reproduktive Aspekte sowie Erfahrungen mit der Versorgung in Bezug auf die ungewollte Schwangerschaft. Im Themenblock ‚Psychische Erkrankung‘ wurde nach der subjektiven Krankheitstheorie gefragt inkl. der therapeutischen Behandlung und den Reaktionen des sozialen Umfeldes. Im Themenblock ‚ungewollte Schwangerschaft‘ wurden Nachfragen zu den Reaktionen des sozialen Umfeldes und der Partner auf die ungewollte Schwangerschaft, zum Ausgang der Schwangerschaft, zur Lebenssituation zur Zeit des Eintritts der Schwangerschaft, zur Entscheidungszufriedenheit (decision rightness) sowie zu Familienplanung, Kinderwunsch und Verhütung gestellt. Im Themenblock ‚Versorgung‘ wurden Nachfragen zu den Erfahrungen in Bezug auf das Thema Schwangerschaft im Kontext von psychiatrischer, psychosozialer und gynäkologischer Behandlung gestellt.
- d.) Abschließend wurde eine standardisierte Einstellungsfrage gestellt hinsichtlich Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen mit psychischer Erkrankung im Umgang mit dem Thema Schwangerschaft bzw. weiteren reproduktiven Aspekten.

Nach dem Ende des Interviews füllten die Interviewerinnen gemeinsam mit den Interviewpartnerinnen den soziodemografischen Fragebogen aus.

5.1.2.4.7 Durchführung der Interviews und Interviewablauf

Interviewdurchführung

Im Zeitraum vom November 2021 bis Juni 2022 führten vier Interviewerinnen die Interviews durch und deckten dabei schwerpunktmäßig die verschiedenen Regionen Deutschlands ab. Die Interviewerinnen verfügten über einen Hochschulabschluss in einem relevanten Fach (Sozial- und Kulturwissenschaften bzw. Psychologie) sowie über einschlägige Erfahrungen in der Durchführung qualitativer Interviews mit vulnerablen Gruppen. Zur Sicherung der Interviewqualität und zum Schutz von Studienmitarbeiterinnen und Teilnehmerinnen wurden Interviewschulungen zu Theorie und Methode des narrativ-biografischen Interviews sowie zum Umgang mit schwierigen

Interviewsituationen durchgeführt (Helfferich, 2009). Des Weiteren wurden die Interviewerinnen geschult, Anzeichen einer psychischen Belastung zu erkennen und bei Bedarf eine Unterbrechung des Interviews oder eine Krisenintervention (Rupp, 2014) einzuleiten. Hierzu lag den Interviewerinnen eine Liste psychiatrischer Ersthilfestellen in Wohnortnähe der Probandin vor. Zudem fand über den gesamten Interviewzeitraum eine Supervision der Interviewerinnen durch die Projektkoordinatorin statt. Die Projektleitung war für eventuelle Krisensituationen erreichbar. Eine Krisenintervention war bei keinem Interview notwendig. Nach Ende der Datenerhebung wurde eine Gruppensupervision durch eine psychologische Psychotherapeutin durchgeführt, um den persönlichen Umgang mit schwierigen Interviewsituationen sowie belastenden Inhalten zu reflektieren.

Entsprechend den Wünschen der Interviewteilnehmerinnen fanden die Interviews entweder zu Hause, in der Klinik oder im öffentlichen Raum (z.B. Café mit abgeschirmtem Sitzplatz) statt. Im Falle von pandemisch bedingten Kontaktbeschränkungen oder auf Wunsch der Probandin wurden die Interviews auch online unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Standards durchgeführt. Von den 40 durchgeführten Interviews fanden 13 Interviews online und 27 Interviews vor Ort statt.

Die Interviews wurden mittels Audiogeräten aufgenommen. Die Audiodateien wurden nach der sicheren Übergabe an das Projekt über eine verschlüsselte Cloud durch die Interviewerinnen gelöscht.

Interviewablauf

Nach einem Begrüßungsgespräch wurde erneut über die Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt sowie über den Ablauf des Interviews informiert. Nach der Klärung noch offener Fragen wurde die Probandinneninformation unterschrieben. Bei Online-Interviews erfolgte die Aufklärung telefonisch und die original unterschriebene Probandinneninformation wurde postalisch versendet.

Der Ablauf der Interviews orientierte sich am Leitfaden (s.o.), der flexibel eingesetzt in Abhängigkeit vom Gesprächsverlauf und den Gesprächsinhalten eingesetzt wurde. Während der Haupterzählung notierten sich die Interviewerinnen Stichpunkte für die immanenten Nachfragen. Bei Bedarf konnten die Interviews unterbrochen werden, etwa bei Störungen durch Kinder oder dem Wunsch nach einer kurzen Pause.

Im Abschlussgespräch erhielten die Interviewerinnen durchgehend positive Rückmeldungen von den Teilnehmerinnen, die das Interview trotz der Anstrengung als wertfreien Raum zum Sprechen beschrieben. Abschließend wurden den Teilnehmerinnen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50€ in Form eines Wunschgutscheines ausgehändigt.

Nach Verlassen des Interviewortes bzw. nach Ende des Online-Gesprächs fertigten die Interviewerinnen ein kurzes Gedächtnisprotokoll an zum räumlichen oder sozialen Kontext des Interviews, Auffälligkeiten im Interviewverlauf oder ersten Eindrücken, die für die spätere Analyse relevant sein könnten. Bei Bedarf, bzw. bei Online-Interviews regelhaft, fand am darauffolgenden Tag ein telefonisches Nachgespräch statt, um das Wohlergehen der Interviewpartnerinnen sicherzustellen.

Die interviewten Frauen konnten Interesse an ihren Interviewdaten (Audioaufnahme/Transkript) und an den Studienergebnissen äußern. Dieses Angebot wurde von einem Großteil der Teilnehmerinnen angenommen: Im April 2023 wurden vier Audiodateien und 16 pseudonymisierte Transkripte versandt. Ebenso äußerten 33 der 40 Teilnehmerinnen Interesse an den Studienergebnissen. Das Versenden der vorläufigen Projektergebnisse in gekürzter Form erfolgte im Mai 2024.

5.1.2.4.8 Auswertungsmethode

Die narrativ-biografischen Interviews wurden in Anlehnung an etablierte Verfahren hermeneutisch-rekonstruktiv ausgewertet (Helfferich, 2009; Kruse & Schmieder, 2014; Lucius-Hoene & Deppermann, 2002; Rosenthal, 1995). Die Analyse der Versorgungsaspekte erfolgte anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz et al., 2007).

Hermeneutisch-rekonstruktive Auswertung

Für die hermeneutisch-rekonstruktive Auswertung setzten wir ein mehrstufiges Auswertungsverfahren ein, das für jedes Interviewtranskript eine grobstrukturelle Gliederung der biografischen Haupterzählung, die Erstellung einer Kurzbiografie, die feinstrukturelle Analyse ausgewählter Passagen sowie die Formulierung einer Fallstrukturhypothese vorsah.

Grobstrukturelle Analyse

In einem ersten Schritt erfolgte eine grobstrukturelle Analyse, die eine sequenzielle und thematische Gliederung beinhaltet und zum Ziel hat, die biografische Gesamtgestalt der Erzählung zu rekonstruieren. Hierzu wurde das Transkript in Segmente unterteilt, die sich an lebenszeitlichen Einschnitten oder inhaltlich-thematischen Wechseln festmachen ließen. Die Segmente wurden dahingehend zusammengefasst, welche Themen in welchem Zusammenhang und in welcher Textsorte (narrativ, bewertend, argumentativ) angesprochen wurden. Parallel dazu wurden Memos zu spontanen Ideen, Auffälligkeiten oder ersten Theoriebezügen erstellt.

Kurzbiografie

Anschließend wurde auf Basis der in der Erzählung genannten biografischen Ereignisse eine Kurzbiografie erstellt, in der die biografische Erzählung (die nicht immer am objektiven Zeitablauf orientiert war) chronologisch geordnet wurde. Die Kurzbiografie bildete eine erste Struktur, anhand derer der Lebensverlauf grob nachvollzogen werden konnte. Aus der Kontrastierung der objektiven Daten mit der Erzählstruktur können sich erste Hinweise auf die sinnhafte Einbettung biografischer Ereignisse und deren subjektive Bedeutung ergeben.

Feinstrukturelle Analyse

Im nächsten Schritt folgte die feinstrukturelle, sequenzielle Analyse. Hier wurden einzelne, für die erkenntnisleitenden Fragen des Projekts relevante Textpassagen ausgewählt. Dies waren neben der Anfangssequenz, der im Rahmen narrativer Interviews eine besondere Bedeutung zukommt, in der Regel jene Passagen, in denen die Erzählerin die psychische Erkrankung und die ungewollte Schwangerschaft thematisierte. Die sprachlich-deskriptive Feinanalyse zeichnet sich aus durch eine „Wort-für-Wort-Analyse pragmatisch-rhetorische[r] Aspekte von interaktiver Wirklichkeitsherstellung“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2002). Neben dem Inhaltsaspekt (Faktengerüst) erfolgte die sequenzielle Textanalyse auf der Ebene der Interaktion (a), der Semantik (b), der Syntaktik (c) sowie der Erzählfiguren (d), wobei eine Vielzahl sprachlich-kommunikativer Verfahren, der Positionierungsanalyse sowie der Agency-Analyse zum Einsatz kam.

Fallstrukturhypothese und Typenbildung

Die Theoriebildung zielte auf die Formulierung von Fallstrukturhypothesen und auf eine Typologie zur subjektiven Bedeutung der psychischen Erkrankung für den Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft. Für die Erstellung der Fallstrukturhypothesen wurden im Zuge der Auswertung datenbasiert vorläufige Hypothesen gebildet, die im weiteren Verlauf der Auswertung geprüft und ggf. verworfen wurden (abduktive Hypothesengenerierung). Lesarten, die sich an keiner Stelle des Textes falsifizieren ließen, wurden abschließend als Fallstrukturhypothese entlang des heuristischen Modells (Biografie, psychische Erkrankung, ungewollte Schwangerschaft) formuliert.

Qualitative Inhaltsanalyse zu Versorgungsaspekten

Um zu untersuchen, welche Erfahrungen Frauen mit psychischen Erkrankungen im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft in Bezug auf Beratungs- und Unterstützungsangebote machen,

wurden die Interviewtranskripte neben der rekonstruktiven Auswertung anhand der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet (Kuckartz et al., 2007). In die Analyse wurden alle Interviewtranskripte ($N = 40$) einbezogen. Im ersten Schritt wurden fünf Interviewtranskripte gesichtet und es wurden Fallzusammenfassungen erstellt. Anschließend wurden die Transkripte hinsichtlich relevanter Textpassagen zu Versorgungsaspekten untersucht. Entsprechende Textstellen wurden drei deduktiv erstellten Hauptkategorien zugeordnet, die jeweils einen der drei Versorgungssysteme abbildeten (1. Gynäkologie, 2. Psychiatrie/ Psychotherapie, 3. Psychosoziale Beratung). Anschließend wurden für jeden Versorgungsbereich induktive Kategorien gebildet, die durch die sukzessive Hinzunahme weiterer Transkripte auf ihre Anwendbarkeit überprüft, weiterentwickelt, verfeinert oder zusammengefasst wurden. Nach der Bearbeitung des gesamten Datenmaterials wurden die (Unter-)Kategorien schließlich in Form eines strukturierten Kategorienbaums zusammengestellt.

5.1.2.4.9 Literaturverzeichnis

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I. & Holzgreve, W. (2007) "Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature", *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, Vol. 20, No. 3, S. 189–209.
- Aymerich, C., Pedruzo, B., Salazar de Pablo, G., Madaria, L., Goena, J., Sanchez-Gistau, V., Fusar-Poli, P., McGuire, P., González-Torres, M. Á. & Catalan, A. (2024) "Sexually transmitted infections, sexual life and risk behaviours of people living with schizophrenia: systematic review and meta-analysis", *BJPsych open*, Vol. 10, No. 3, e110.
- BZgA (2015) *frauen leben 3 Familienplanung im Lebenslauf von Frauen: Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*, Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. & Katon, W. J. (2010) "A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction", *Archives of general psychiatry*, Vol. 67, No. 10, S. 1012–1024 [Online]. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.111.
- Helfferich, C. (2009) *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 3. Aufl., Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss.
- Helfferich, C., Karmaus, W. & Starke, K. (1999) "»Frauenleben« – Lebensläufe und Familienplanung. Konzeption eines Forschungsprojektes im Auftrag der BZgA.", in *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Wissenschaftliche Grundlagen. Teil 3: Familienplanung*, Köln, BZgA.
- Klindworth, H. (2000) "Reproduktive Ereignisse und Entscheidungen: Strukturelle Aspekte im Lebenslauf.", in *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Familienplanung und Lebensläufe von Frauen. Kontinuitäten und Wandel*, Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), S. 36–49.
- Krumm, S. (2010) *Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen: Eine soziologische und sozialpsychiatrische Studie* (Zugl.: Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 2009) [Online], Bonn, Psychiatrie-Verl. Verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-88414-514-2>.
- Kruse, J. & Schmieder, C. (2014) *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*, Weinheim [u.a.], Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Grunenberg, H. & Dresing, T. (2007) *Qualitative Datenanalyse: computergestützt: Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*, 2. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2002) *Rekonstruktion narrativer Identität*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenthal, G. (1995) *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen* (Zugl.: Kassel, Gesamthochsch., Habil.-Schr., 1993), Frankfurt/Main, Campus-Verl.
- Rupp, M. (2014) *Psychiatrische Krisenintervention* [Online], 2. Aufl., Köln, Psychiatrie-Verl. Verfügbar unter <https://content-select.com/portal/media/view/545c8759-54b4-4797-9ebd-3f4bb0dd2d03>.
- Schonewille, N. N., Rijkers, N., Berenschot, A., Lijmer, J. G., van den Heuvel, O. A. & Broekman, B. F. P. (2022) "Psychiatric vulnerability and the risk for unintended pregnancies, a systematic review and

meta-analysis", BMC pregnancy and childbirth, Vol. 22, No. 1, S. 153 [Online]. DOI: 10.1186/s12884-022-04452-1.

van Ditzhuijzen, J., Have, M. ten, Graaf, R. de, Lugtig, P., van Nijnatten, C. H. C. J. & Vollebergh, W. A. M. (2017) "Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study", Journal of psychiatric research, Vol. 84, S. 200–206.

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. & Hasin, D. S. (2008) "Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States", Archives of general psychiatry, Vol. 65, No. 7, S. 805–815.

5.1.2.5 Theoretischer Hintergrund, Erhebungs- und Auswertungsmethodik Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

In der Vertiefungsstudie des Standorts FU Berlin wurde vertieft untersucht, inwieweit Traumatisierungen in der Kindheit als biografische Erfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft darstellen. Dafür wurden Frauen innerhalb eines Jahres (nach 2 Monaten und nach 12 Monaten) nach dem Ende der Schwangerschaft (Geburt oder Abbruch) mittels Fragebögen und ausführlichen klinischen Interviews befragt. Durch die zeitliche Nähe zur Geburt bzw. Abbruch lassen sich über den Zeitraum nach dem Ende der Schwangerschaft sowohl über psychologische als auch über psychobiologische Prozesse Aussagen treffen. Durch die vertiefte Befragung konnten spezifische Faktoren wie depressive Symptome, subjektiver Stress, Emotionsregulationsschwierigkeiten und Veränderungen des psychobiologischen Stresssystems erfasst werden. Traumatisierungen in der Kindheit können die stressresponsive Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achsen (HHN-Achse) langfristig negativ verändern. Die Messung der HHN-Achsen Aktivität ist somit eine Methode um (die Folgen von) chronischem Stress wie Traumatisierungen zu erfassen. Eine solche biologische Veränderung kann durch die Messung des Hormons Cortisol gezeigt werden. Mit der innovativen Methode zur Analyse von Haarcortisol (Stalder and Kirschbaum, 2012) steht heute ein non-invasives Verfahren zur Verfügung, welches die kumulierte Cortisolausschüttung über bis zu drei Monaten widerspiegelt und somit einen hervorragenden Indikator für die Abbildung der mittel- und langfristigen HHN-Achsen Regulation darstellt. Haarcortisol ist somit ein geeigneter, objektiver Indikator für mittel- und langfristige Verläufe chronischer, stressassoziierter Zustände (Stalder and Kirschbaum, 2012).

Darüber hinaus wurden in der Vertiefungsstudie Mechanismen untersucht, die den Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und psychischer Belastung nach ungewollter Schwangerschaft beeinflussen. Hierzu wurde überprüft, ob Emotionsregulationsschwierigkeiten oder biologische Stressmarker vermittelnd zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen wirken. Emotionsregulationsfähigkeiten umfassen die Fähigkeit, die eigene emotionale Antwort so steuern und anzupassen, dass diese zu den Anforderungen der Situation passt (Aldao et al., 2010; Gross, 2015). Diese Fähigkeiten werden in der Kindheit und Jugend erlernt. Traumata in Kindheit und Jugend können entsprechend einen starken Einfluss darauf haben, wie emotionale Informationen verarbeitet und reguliert werden (Miu et al., 2022; Pollak et al., 1998). Der genaue Ablauf der Vertiefungsstudie des Standorts FU Berlin wird im Folgenden beschrieben.

In die Vertiefungsstudie wurden sowohl Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch als auch Frauen, die die Schwangerschaft aufgetragen hatten, eingeschlossen. Die Rekrutierung erfolgte zum einen über in Frage kommende Teilnehmerinnen, die an der standardisierten Querschnittsbefragung (Paket 1.1/1.3) teilgenommen hatten und Interesse an einer vertiefenden Studie hatten. Über diesen Weg konnten jedoch nicht ausreichend Teilnehmerinnen für die Studie gewonnen werden. Daher wurde ein größerer Teil der Teilnehmerinnen durch Werbung auf sozialen Medien (Facebook, Instagram) rekrutiert. Zudem konnten einige Teilnehmerinnen durch Kollaborationen mit der Versorgung im Gesundheitssystem akquiriert werden. Die vorab definierten Einschlusskriterien wurden mittels einer kurzen Online-Umfrage in einem Screening überprüft. Als erstes Einschlusskriterium wurde festgelegt, dass die Frauen vor weniger als zwölf Monaten eine Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen hatten, welche ungewollt (ungewollt, als ambivalent empfunden oder zeitlich ungewollt) eingetreten war. Außerdem mussten die Frauen für eine Teilnahme an der Studie über 18 Jahre alt sein. Wenn die unbeabsichtigte Schwangerschaft vor weniger als zwei Monaten geendet hatte, kamen die Frauen für den ersten Erhebungszeitraum als auch für den zweiten Erhebungszeitraum in Frage. Entsprechend konnte ein Teil der Teilnehmerinnen sowohl nach zwei Monaten als auch nach zwölf

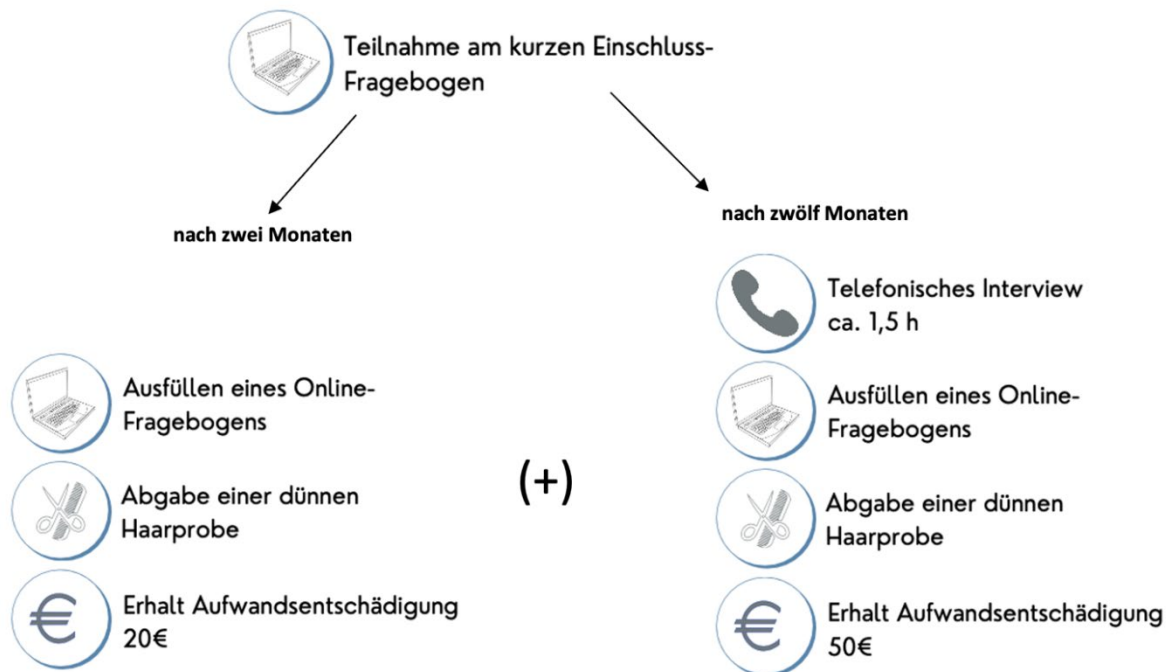
Monaten an der Erhebung teilnehmen und lieferten somit längsschnittliche Daten, das heißt, von einigen Personen liegen Daten von beiden Messzeitpunkten vor. Bei einem Ende der Schwangerschaft, welches länger als zwei Monate, aber kürzer als zwölf Monate her war, konnten Frauen an dem Erhebungszeitpunkt nach zwölf Monaten teilnehmen. Ausgeschlossen wurden Personen, welche zum Screeningzeitpunkt schwanger waren, bei welchen die Schwangerschaft mit einer Fehl- oder Totgeburt geendet hatte, welche nach einer Vergewaltigung schwanger geworden waren oder bei welchen ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen Indikation vorgenommen worden war. Außerdem wurden Personen mit chronischen Erkrankungen sowie mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme ausgeschlossen, die Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und somit die Cortisolsekretion haben.

Vorab wurde mit einer a-priori Poweranalyse berechnet, dass für die querschnittliche Erhebung zwölf Monate nach Ende der Schwangerschaft jeweils $n = 88$ Personen in der Gruppe, die die Schwangerschaft abgebrochen hatten als auch in der Gruppe, welche die Schwangerschaft ausgetragen hatten, rekrutiert werden sollten. Aufgrund der Erwartung, dass häufig nicht alle Teilnehmerinnen eine Studie vollständig beenden, wurde entschieden, von vornherein mehr als die benötigten $n = 88$ Personen pro Gruppe, insgesamt also $n = 176$ zu rekrutieren. Als Ziel wurde entsprechend festgelegt, $n = 180$ Frauen für den Zeitpunkt zwölf Monate nach dem Ende der Schwangerschaft zu rekrutieren. Für die längsschnittliche Erhebung wurde eine Stichprobengröße von mindestens $n = 45$ Personen jeweils mit Abbruch bzw. Geburt ermittelt, somit sollten zu dem Zeitpunkt nach zwei Monaten $n = 90$ Frauen teilnehmen. Zusammengefasst heißt dies, dass eine insgesamt Stichprobengröße von $n = 180$ Personen angestrebt wurde, von denen $n = 90$ Personen zu beiden Messzeitpunkten teilnehmen sollten und $n = 90$ ausschließlich am zweiten Messzeitpunkte teilnehmen sollten. Um den Einfluss von Kindheitstraumata untersuchen zu können, füllten die Frauen in der Screeningumfrage den Childhood Trauma Screener (CTS; Grabe et al., 2012) aus. Anhand dieser Angaben wurden die möglichen Teilnehmerinnen in die beiden Gruppen kategorisiert (mit bzw. ohne Kindheitstraumata). Es wurde fortlaufend evaluiert, wie viele Personen in die jeweiligen Gruppen schon eingeschlossen wurden, um dann bedarfsspezifisch weiter zu rekrutieren. So konnten wir gewährleisten, dass ähnlich viele Frauen mit und ohne Kindheitstraumata an der Studie teilnahmen und eine balancierte Stichprobe entstand.

In Frage kommende Personen, die online und durch das Gesundheitssystem auf die Studie aufmerksam wurden, füllten zunächst den Screening Fragebogen auf Unipark (Questback GmbH, 2020) aus. Anschließend wurden sie per Telefon kontaktiert, um die Ein- und Ausschlussgründe final zu verifizieren und beidseitig die Möglichkeit zu nutzen, Fragen zur Studienteilnahme zu klären. Wenn Personen nach der standardisierten Querschnittsbefragung passend für die Vertiefungsstudie erschienen und zur weiteren Teilnahme bereit waren, wurden sie direkt per Telefon kontaktiert. Wenn im Telefongespräch ein Einschluss in die Studie erfolgte, wurden die Termine für die Studienteilnahme vereinbart. An beiden Messzeitpunkten umfasste die Studienteilnahme die selbstständige Abgabe einer Haarprobe sowie das Ausfüllen eines Online-Fragebogens. Spätestens eine Woche vor dem vereinbarten Termin bekamen die Studienteilnehmerinnen die Materialien für die Haarprobenentnahme per Post zugeschickt. Den Link zu dem Online-Fragebogen, welchen sie an dem Studientag ausfüllen sollten, erhielten sie einen Tag vor dem vereinbarten Studientag per E-Mail. Die Online-Fragebögen enthielten zu beiden Zeitpunkten Fragen zur psychischen Belastungssymptomen und dem Stresserleben. Für den zweiten Studienzeitpunkt wurde ebenfalls ein Termin für die Studienteilnahme vereinbart, dieser umfasste zusätzlich ein telefonisches Interview. In diesem Telefonat wurde ein standardisiertes diagnostisches Interview per Telefon zur Erhebung psychischer Belastungen und manifester klinischer Störungen durchgeführt. Die Haarproben schickten die Teilnehmerinnen in vorfrankierten Rücksendeumschlägen an das Studienteam der Freien Universität Berlin zurück. Für die Teilnahme zwei Monate nach dem Ende der Schwangerschaft (Haarproben und Online-Fragebogen) erhielten die Teilnehmerinnen 20€, für eine vollständige Teilnahme zwölf Monate

nach dem Ende der Schwangerschaft (Haarproben, Online-Fragebogen und Telefoninterview) 50€. Alle Studienteilnehmerinnen gaben eine schriftliche Einwilligungserklärung ab. Der Ablauf der Studienteilnahme ist in Abb. 5.11 dargestellt.

Abb. 5.11: Ablauf der Vertiefungsstudie aus Sicht der Teilnehmerinnen



Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie der FU Berlin mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2024

In der Screeningumfrage wurden demografische Daten wie das Alter der Teilnehmerinnen, ihre Familiensituation, ihre Nationalität und ihr Bildungsgrad erhoben. Außerdem berichteten sie über die Anzahl bisheriger Schwangerschaften und die Anzahl der Geburten sowie Abbrüche in ihrem Leben. Eine vollständige Darstellung der Daten für die gesamte Stichprobe findet sich in Tab. 5.4

Die erlebten Kindheitstraumata wurden in der Eingangsbefragung mit dem *Childhood Trauma Screener* (CTS, Glaesmer et al., 2013; Grabe et al., 2012) erhoben, welcher eine Kurzversion des *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Wingenfeld et al., 2010) ist. Personen geben auf einer 5-Punkte Likert-Skala (von (1) "überhaupt nicht" bis (5) "sehr häufig") an, inwieweit eine Aussage über ihre Kindheit zutrifft. Der CTS umfasst 5 Items, jedes der Items bildet eine der fünf Subskalen emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und physische Vernachlässigung ab. Die Teilnehmerinnen wurden anhand der Cut-Off Werte nach Glaesmer und Kolleginnen und Kollegen (2013) in die beiden Gruppen eingeteilt. Frauen, die mit mindestens einem der Items den Schwellenwert überschritten, wurden zu der Gruppe mit Kindheitstraumata zusammengefasst. Frauen, die bei allen Items unterhalb des Schwellenwerts lagen, wurden zu der Gruppe ohne Kindheitstraumata zusammengefasst. Zwölf Monate nach dem Ende der Schwangerschaft wurden die Kindheitstraumata anhand des Childhood Trauma Questionnaire (Wingenfeld et al., 2010) erhoben. Auch bei diesem reicht die 5-Punkte Likert Skala von (1) "überhaupt nicht" bis (5) "sehr häufig". Die fünf Subskalen (emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und physische Vernachlässigung) werden im CTQ mit jeweils 5 Items abgebildet, insgesamt umfasst er 25 Items. Durch die größere Anzahl an Item pro Subskala im Vergleich zum CTS ist anhand des CTQs eine reliablere Einteilung möglich. Für jede der fünf Subskalen wurde anhand der Cut-Off Werte nach Häuser und Kolleginnen und Kollegen (2011) berechnet, inwieweit eine Misshandlung oder Vernachlässigung vorlag. Hier wurden Frauen, die auf mindestens einer der fünf Subskalen einen

mäßig-schweren bzw. schweren-extremen Schweregrad berichteten, zu der Gruppe *mit Kindheitstraumata* zusammengefasst. Frauen, die auf allen fünf Subskalen unterhalb des Schwellenwerts für einen mäßig-schweren Schweregrad lagen, bildeten die Gruppe *ohne Kindheitstraumata*. Insgesamt weist der CTQ eine gute Reliabilität und Kriteriumsvalidität auf (Bernstein et al., 2003; Wingenfeld et al., 2010). Bei den Frauen, welche (auch) an der Befragung zwölf Monate nach dem Ende der Schwangerschaft teilgenommen hatten, wurde der CTQ zur Einteilung der beiden Gruppen (mit und ohne Kindheitstraumata) verwendet. Bei den Personen, bei welchen nur für den Zeitpunkt zwei Monate nach dem Ende der Schwangerschaft Daten vorlagen, wurde die Einteilung anhand des CTS genutzt.

Depressive Symptome wurden mit einer Version des Patient Health Questionnaire mit acht Items (PHQ-8; Gräfe et al., 2004; Kroenke et al., 2009, 2001) erhoben. Der PHQ ist ein validiertes Messinstrument, welches acht der neun Kriterien für eine Depressive Episode gemäß des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Erkrankungen in der 5. Auflage (DSM-5) erfragt, während Suizidalität nicht erhoben wird (Kroenke et al., 2009). Für alle Symptome wird auf einer vier Punkte Likert-Skala angegeben, welche von "überhaupt nicht" (0) bis "fast jeden Tag" (3) reicht, inwieweit diese in den vergangenen zwei Wochen aufgetreten sind (Gräfe et al., 2004; Kroenke et al., 2009, 2001). Die Items wurden in einen Summenwert aggregiert, bei welchem höhere Werte für eine stärkere Depressivität stehen (Kroenke et al., 2009).

Das Auftreten einer depressiven Episode seit Beginn der Schwangerschaft wurde mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-5 (SCID-CV; Beesdo-Baum et al., 2019; First et al., 2016) von geschulten Interviewerinnen am Telefon erhoben. Wenn eine Patientin im Telefoninterview von Suizidalität berichtete, wurde sie von einer approbierten Psychotherapeutin kontaktiert, um die Suizidalität genau abschätzen zu können. Im Telefonat wurde geprüft, ob eine Fortsetzung des Interviews möglich war und bei Bedarf auf Hilfsangebote zu verweisen.

Der subjektive Stress der Frauen wurde mit der Kurzversion des Trier Inventory for Chronic Stress (TICS; Petrowski et al., 2019) erhoben. In diesem wurde für neun Items auf einer fünf Punkte Likert-Skala (von "nie" (0) bis "sehr häufig" (5)) bewertet, inwieweit angesprochene Erfahrungen in den letzten vier Monaten gemacht wurden (Petrowski et al., 2019). Es wurde ein Summenscore über alle Items hinweg berechnet. Ein höherer Summenscore steht hierbei für stärker ausgeprägten subjektiven Stress (Petrowski et al., 2019).

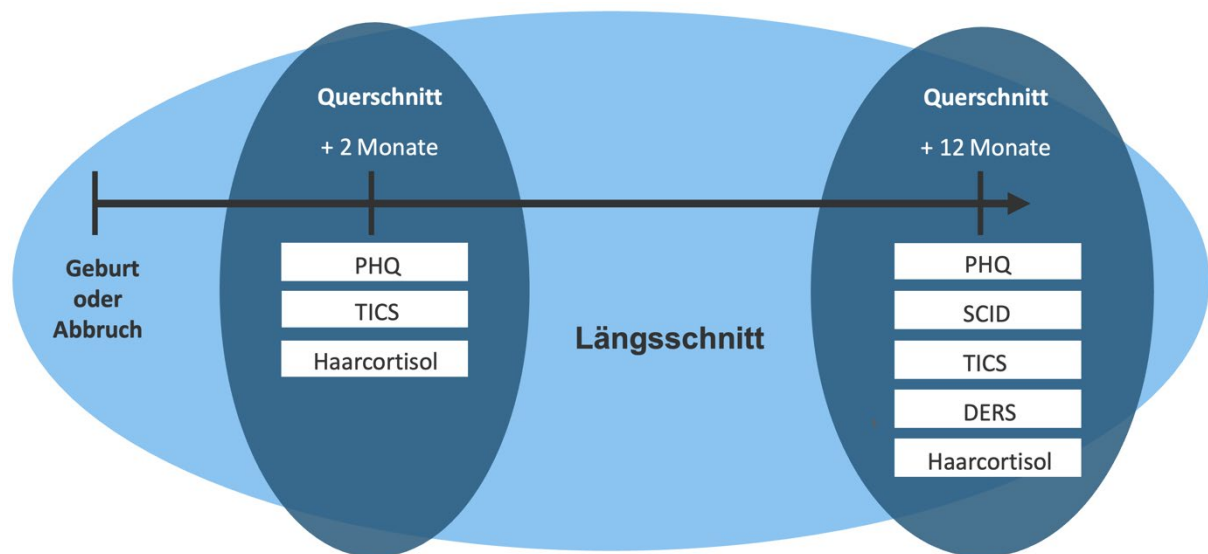
Emotionsregulationsschwierigkeiten wurden mit der Kurzform der Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-SF, deutsche Version) erhoben (Gratz and Roemer, 2004; Gutzweiler and In-Albon, 2018; Kaufman et al., 2016). Diese umfasst 18 Items, welche auf einer fünf Punkte Likert-Skala beantwortet werden, welche von "fast nie" (0) bis "fast immer" reicht (Gratz and Roemer, 2004; Gutzweiler and In-Albon, 2018; Kaufman et al., 2016). Alle Items wurden aggregiert, um einen Summenscore zu erreichen, bei welchem höhere Werte für stärkere Emotionsregulationsschwierigkeiten stehen (Gratz and Roemer, 2004; Gutzweiler and In-Albon, 2018; Kaufman et al., 2016).

In der Vertiefungsstudie erfolgte die Messung von Haarcortisol sowohl zwei als auch 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft. An beiden Zeitpunkten gaben die Teilnehmerinnen eine ca. 4 cm lange Haarprobe ab, die sie selbstständig zuhause vom Hinterkopf abgeschnitten hatten und anschließend per Post an das Studienzentrum verschickten. Die Studienteilnehmerinnen erhielten ausführliche schriftliche und videobasierte Informations- und Instruktionsmaterialien zur Vereinfachung der Entnahme sowie zur Erhöhung der Qualität der Proben. Die weitere Verarbeitung der Haarproben zur Extraktion des Haarcortisols erfolgte durch das Biochemische Labor der Fakultät für Psychologie, Universität Wien. Zunächst wurden die 4 cm langen Haarproben in 2x2cm lange Abschnitte zerschnitten. Am ersten Studienzeitpunkt, zwei Monate nach Ende der Schwangerschaft, bildete das erste, kopfnähe Segment die HHN-Achsen-Regulation der ersten zwei

Monate nach Geburt oder Abbruch ab. Der zweite Haarabschnitt bildete die zwei Monate vor der Geburt bzw. dem Abbruch ab. Am zweiten Studienzeitpunkt, 12 Monate nach Geburt oder Abbruch, bildet das erste Haarsegment die HHN-Achsen-Regulation von Monat 11 und 12 nach Ende der Schwangerschaft ab. Der zweite Haarabschnitt bildet die HHN-Achsen-Regulation von Monat 9 und 10 nach Ende der Schwangerschaft ab. Nach Unterteilung der Haarproben in die beiden Segmente erfolgt eine ausführliche biochemische Analyse, die mehrere Schritte umfasst. In der Vorverarbeitung werden dabei die Haarproben gewaschen, zerkleinert und gewogen. Die Schritte sind notwendig, um anschließend die Cortisolkonzentration im Haar mit einem handelsüblichen Lumineszenz-Immunoassay Kit analysieren zu können (IBL-Tecan, Hamburg, Germany).

Für eine Übersicht zu den erhobenen Variablen zu den Messzeitpunkten, siehe auch Abb. 5.12.

Abb. 5.12: Ablauf und Messzeitpunkte der Vertiefungsstudie



Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

5.1.2.5.1 Statistische Analyse

Für die Vertiefungsstudie wurden die psychologischen Daten zu Depression, subjektivem Stress und Emotionsregulationsschwierigkeiten sowie die biologischen Daten zu Haarcortisol mit verschiedenen statistischen Verfahren analysiert. Der Fokus lag bei allen Analysen darauf, festzustellen, ob es Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kindheitstraumata gab, z.B. ob Frauen mit Kindheitstraumata höhere Depressionswerte als Frauen ohne Kindheitstraumata aufwiesen. Dies erfolgte mittels der Berechnung von *t*-Tests. Das Signifikanzniveau wurde auf 0.05 festgelegt. Alle statistischen Analysen erfolgten mit dem Computerprogramm R, Version 4.2.0 (R Core Team, 2023).

Bei den psychologischen Daten (PHQ-8, TICS und DERS-SR) wurden die fehlenden Daten mit einem predictive mean matching implementiert in die *aregImpute* Funktion des Paketes *Hmisc* (Harrell Jr and Dupont, Charles, 2019) imputiert. Die Analysen ergaben ein Missing at Random (MAR), bei keiner der (Sub)Skalen fehlten mehr als zwei Items. Dementsprechend wurden die verfügbaren Items jeder (Sub)Skala als auxiliierende Variablen verwendet. Die Erwartungen waren für alle statistischen Analysen erfüllt.

Nachdem für beide Messzeitpunkte untersucht wurde, ob es bei den psychologischen Daten (Depression, subjektiver Stress, Emotionsregulationsschwierigkeiten) und biologischen Daten (Haarcortisol) Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kindheitstraumata gibt, lag im zweiten Teil der Fokus auf möglichen vermittelnden Mechanismen. In diesem Teil wurde untersucht, ob Emotionsregulationsschwierigkeiten und Haarcortisolkonzentrationen den Zusammenhang

zwischen Kindheitstrauma und Depressivität erklären können. Dafür wurde ein mediiierendes Regressionsmodell genutzt. Aufgrund fehlender signifikanter Unterschiede in den Haarcortisolkonzentrationen, wurde das Modell nur für Emotionsregulationsschwierigkeiten berechnet. Das Gesamtmodell wurde auf den vermittelnden Effekt von Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen getestet. Innerhalb des Regressionsmodells wurden die direkten Pfade zwischen Kindheitstraumata und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und zwischen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und Depression getestet.

Bei der Analyse von Haarcortisol müssen einige Besonderheiten beachtet werden: da es sich um ein biologisches Maß handelt, gibt es verschiedene mögliche Einflussfaktoren, die bei einer statistischen Analyse Berücksichtigung finden müssen (Stalder and Kirschbaum, 2012). Aus diesem Grund wurden in der Vertiefungsstudie auch Daten zu möglichen konfundierenden Variablen erhoben, wie Haarcharakteristiken (z.B. Haarbehandlungen, Anzahl der Haarwäschen pro Woche), Gewicht (in kg), chronischen Krankheiten, Medikamenteneinnahme, hormonelle Verhütung sowie dazu, ob aktuell gestillt wird. Bevor analysiert wurde, ob sich in den verschiedenen Haarsegmenten Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kindheitstraumata zeigen, wurde zunächst geprüft, ob die oben genannten Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die Haarcortisolwerte ausüben. Im Fall einer signifikanten Korrelation dieser Variablen mit der Haarcortisolkonzentration wurden die Analysen zum Zusammenhang von Kindheitstraumata und Haarcortisol unter Berücksichtigung der entsprechenden konfundierenden Variablen durchgeführt.

5.1.2.5.2 Literaturverzeichnis

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010) Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. [Online] 30 (2), 217–237. Available from: doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Anjara, S.G., Bonetto, C., Van Bortel, T. & Brayne, C. (2020) Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: psychometrics and practical considerations. *International Journal of Mental Health Systems*. [Online] 14 (1), 62. Available from: doi:10.1186/s13033-020-00397-0.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M. & Wittchen, H.-U. (2019) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5\circledR-Störungen – Klinische Version*. (1st edition) . Göttingen, Hogrefe Verlag.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., et al. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. [Online] 27 (2), 169–190. Available from: doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0.
- First, M.B., Williams, J.B., Karg, R.S. & Spitzer, R.L. (2016) *SCID-5-CV: Structured clinical interview for DSM-5 disorders: Clinician version*. Washington, DC, American Psychiatric Association Publishing.
- Glaesmer, H., Schulz, A., Häuser, W., Freyberger, H., et al. (2013) Der Childhood Trauma Screener (CTS) - Entwicklung und Validierung von Schwellenwerten zur Klassifikation. *Psychiatrische Praxis*. [Online] 40 (04), 220–226. Available from: doi:10.1055/s-0033-1343116.
- Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, N., et al. (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*. 27 (1), 191–197.
- Grabe, H., Schulz, A., Schmidt, C., Appel, K., et al. (2012) Ein Screeninginstrument für Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit: der Childhood Trauma Screener (CTS). *Psychiatrische Praxis*. [Online] 39 (03), 109–115. Available from: doi:10.1055/s-0031-1298984.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004) Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)”. *Diagnostica*. [Online] 50 (4), 171–181. Available from: doi:10.1026/0012-1924.50.4.171.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. [Online] 26 (1), 41–54. Available from: doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
- James J. Gross (ed.) (2015) *Handbook of emotion regulation*. Second edition, paperback edition. New York London, The Guilford Press.
- Gutzweiler, R. & In-Albon, T. (2018) Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Version der Difficulties in Emotion Regulation Scale in einer klinischen und einer Schülerstichprobe Jugendlicher. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. [Online] 47 (4), 274–286. Available from: doi:10.1026/1616-3443/a000506.
- Harrell Jr, F.E. & Dupont, Charles (2019) Package ‘hmisc’. *CRAN2018*. 2019235–236.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011) Maltreatment in Childhood and Adolescence. *Deutsches Ärzteblatt international*. [Online] Available from: doi:10.3238/arztebl.2011.0287 [Accessed: 20 February 2024].
- Kaufman, E.A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., et al. (2016) The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and Replication in Adolescent and Adult Samples. *Journal of*

- Psychopathology and Behavioral Assessment*. [Online] 38 (3), 443–455. Available from: doi:10.1007/s10862-015-9529-3.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001) The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. [Online] 16 (9), 606–613. Available from: doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kroenke, K., Strine, T.W., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*. [Online] 114 (1–3), 163–173. Available from: doi:10.1016/j.jad.2008.06.026.
- Miu, A.C., Szentágotai-Táttar, A., Balázs, R., Nechita, D., et al. (2022) Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. [Online] 93102141. Available from: doi:10.1016/j.cpr.2022.102141.
- Petrowski, K., Kliem, S., Albani, C., Hinz, A., et al. (2019) Norm values and psychometric properties of the short version of the Trier Inventory for Chronic Stress (TICS) in a representative German sample Angel Blanch (ed.). *PLOS ONE*. [Online] 14 (11), e0222277. Available from: doi:10.1371/journal.pone.0222277.
- Pollak, S., Cicchetti, D. & Klorman, R. (1998) Stress, memory, and emotion: Developmental considerations from the study of child maltreatment. *Development and Psychopathology*. [Online] 10 (4), 811–828. Available from: doi:10.1017/S0954579498001886.
- Questback GmbH (2020) *Unipark*.
- R Core Team, R. (2023) *R: A language and environment for statistical computing*.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (1999) Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. [Online] 100 (6), 462–468. Available from: doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb10898.x.
- Stalder, T. & Kirschbaum, C. (2012) Analysis of cortisol in hair – State of the art and future directions. *Brain, Behavior, and Immunity*. [Online] 26 (7), 1019–1029. Available from: doi:10.1016/j.bbi.2012.02.002.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H., et al. (2010) Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. [Online] 60 (11), 442–450. Available from: doi:10.1055/s-0030-1247564.

5.2 Psychosoziale Versorgung (AP 2) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)

Die Erhebungen und Analysen zur psychosozialen Versorgung bei ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen basierten auf verschiedenen, einander ergänzenden Methoden. Ziel eines Teilprojekts war die Erfassung von Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft

Begleitet von einem fachlichen Austausch mit Verantwortlichen aus für die Umsetzung der Schwangerschaftskonfliktberatung zuständigen Landesministerien und -behörden sowie Trägerverbänden der Schwangerschaftsberatungsstellen wurde eine bundesweite, standardisierte Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen durchgeführt.

In einem ersten Schritt wurde hierzu im Rahmen umfassender Prüfungen eine konsolidierte Übersicht der gesetzlich anerkannten Beratungsstellen in Deutschland auf Grundlage der Datenbank der Website familienplanung.de sowie von den Bundesländern bereitgestellten Listen erstellt, die als Adressverteiler für die Befragung genutzt wurde. Die Befragungsinhalte umfassten u.a. differenzierte Fragen zur Netzwerkarbeit der Beratungsstellen, zu Schnittstellen zur medizinischen Versorgung und zu Angeboten für vulnerable Gruppen.

Ein zweites Teilprojekt umfasste eine quantitative Medieninhaltsanalysen zu schwangerschaftsabbruchbezogenen Online-Informationen auf ausgewählten Websites. Ziel war es hierbei, Erkenntnisse zu gewinnen, welchen Inhalten zur reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung Ratsuchende begegnen, wenn sie im Internet nach Informationen suchen.

Die methodische Umsetzung der beiden Teilprojekte ist im Folgenden detailliert beschrieben.

5.2.1 Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft (AP 2-1)

Gemäß Antragstellung umfasste das Arbeitspaket 2-1 zur Erfassung der Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft ein zweischrittiges Vorgehen. Dabei sollte einerseits in einer Befragung von Zuständigen aus Trägerverbänden und Landesministerien ein erster Überblick über die vorhandene Beratungsstellenlandschaft generiert werden und aus ihrer Sicht relevante Themen und Fragestellungen eruiert werden (AP 2-1-1). Unter anderem auf Basis dieser Vorrecherche war eine bundesweite, quantitative Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen geplant, in der unter anderem Angebote für spezifische Zielgruppen, v.a. der im AP 1 fokussierten vulnerablen Gruppen (gewaltbetroffene Ratsuchende, Schwangere mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund, Schwangere mit psychischen Vorbelastungen), das Erleben der regionalen Kooperation mit Ärztinnen und Ärzte und weiteren Anlaufstellen/Ansprechpersonen im Kontext von (ungewollten) Schwangerschaften sowie spezifische Nachsorgeangebote bei ungewollter, abgebrochener Schwangerschaft erhoben werden sollten.

5.2.1.1 Rechtliche Rahmung

Nachdem in § 218a Abs. 1 StGB die Bedingungen zur Straflosigkeit des Abbruchs auf Verlangen durch die Schwangere innerhalb des ersten Trimenons geregelt sind und hier in Abs. 1, S. 1 die verpflichtende Beratung und die dreitägige Frist zwischen Beratung und ärztlichem Eingriff festgelegt wird, regelt § 219 StGB die Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage. Die Beratung soll dazu dienen, der Konflikt- bzw. Notlage der ungewollt Schwangeren abzuhelpen und sie dabei unterstützen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen (Abs. 1, S. 2). In § 219 Abs. 2 StGB werden die staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen als Ort für die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungen benannt.

Die Regelungen des Strafgesetzbuchs werden seit 1995 durch weitere Ausführungen im Gesetz zur „Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten“ (SchKG) ergänzt. Hier wird in § 2

SchKG das Recht auf Informationen und Beratung in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen benannt und auch der Anspruch auf Nachbetreuung sowohl nach einem Abbruch als auch nach Geburt eines Kindes verankert (Abs. 3). In Abs. 2, S. 6 und 7 wird das Recht auf Informationen über die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sowie Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft angeführt.

Damit die umfangreichen Beratungsansprüche aus § 2 SchKG umgesetzt werden können, wird in § 3 SchKG formuliert, dass die Länder ein ausreichendes weltanschaulich plurales Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen bereitzustellen haben. Obgleich Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft nach Beschluss der Deutschen Bischofskonferenz seit dem Jahr 2000 keine Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG mehr ausstellen (Deutsche Bischofskonferenz, 1999), haben sie Anspruch auf eine Förderung, sofern sie zur Sicherstellung eines ausreichenden pluralen und wohnortnahen Beratungsangebots notwendig sind. Die Länder treffen zur Wohnortnähe im Rahmen ihrer jeweiligen Ausführungsgesetze Regelungen, die den spezifischen Besiedlungsstrukturen Rechnung tragen.

§ 4 SchKG regelt die öffentliche Förderung der Beratungsstellen. Abs. 1 verpflichtet die Länder zur Einhaltung des Versorgungsschlüssels: je 40.000 Einwohnerinnen und Einwohner muss mindestens eine Beraterin oder ein Berater vollzeitbeschäftigt oder eine entsprechende Zahl Teilzeitbeschäftigter in Beratungsstellen tätig sein. Geregelt ist hier auch, dass Schwangere Zugang zu einer Beratungsstelle in angemessener Entfernung von ihrem Wohnort haben können. In Abs. 3 und 4 werden Angaben zur angemessenen öffentlichen Förderung der Personal- und Sachkosten zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes durch die Beratungsstellen gemacht, für Näheres aber auf die jeweiligen Länderregelungen verwiesen. Angemessen ist die Förderung nach aktueller Rechtsprechung, wenn mindestens 80 % der Personal- und Sachkosten bezuschusst werden (Busch, 2017, S. 181).

§ 9 SchKG formuliert die Bedingungen für die staatliche Anerkennung einer Beratungsstelle: Hier werden u.a. die notwendigen Qualifikationen der Beratungsfachkräfte festgelegt und Angaben zur Erreichbarkeit und kurzfristigen Wahrnehmung des Beratungsangebots gemacht. Betont wird in § 9 Abs. 3 SchKG auch die Netzwerkfunktion der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, die mit allen Stellen zusammenarbeiten sollen, die öffentliche und private Hilfen für Mutter und Kind gewähren.

§ 10 SchKG schreibt u.a. die jährliche Berichtspflicht gegenüber den Ländern und die Verpflichtung der Erfassung anonymisierter statistischer Angaben zu jeder Beratung vor, aber auch die regelmäßige Überprüfung durch die zuständige Behörde, ob die Voraussetzung für die Anerkennung als Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle nach § 9 SchKG weiterhin besteht. Zu Einzelaspekten des Versorgungsangebots, wie etwa zu den Arbeitsschwerpunkten der Beratungsstellen und ihrer Vernetzung, gibt es entsprechend zwar statistische Informationen, doch sind diese schwer vergleichbar und damit für Forschungszwecke in dieser Form kaum nutzbar (vgl. Busch, 2009; zur Vertiefung der rechtlichen Aspekte vgl. etwa Chiofalo und Schmid, 2024; zur historischen Entwicklung der Beratungslandschaft Busch, 2024).

5.2.1.2 Methodisches Vorgehen

Schwangerschaftsberatungsstellen gelten als zentrale Akteurinnen und Akteure der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer und als Schnittstelle ins psychosoziale wie auch medizinische Netzwerk. In Vorbereitung der empirischen Erhebungen wurden Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesministerien und Trägerverbände geführt, um praxisbezogene Themen und Problemstellungen im Kontext der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer zu explorieren, die anschließend in die Konzeption der Erhebungsinstrumente einfließen sollten. Eine der zentralen Erkenntnisse aus den Gesprächen war die Notwendigkeit einer systematischen Untersuchung zur Beratungsstellenstruktur und die Erstellung einer validen Grundgesamtheit aller gesetzlich anerkannten Beratungsstellen in Deutschland. Entlang dieser Übersicht der bundesweiten länder- und trägerspezifischen Verteilung der Schwangerschaftsberatungsstellen wiederum sollten Einschätzungen zur Bedarfsdeckung entlang des Versorgungsschlüssels ermöglicht werden. Gleichzeitig diente die erstellte Übersicht als Rekrutierungsgrundlage zur Gewinnung empirischer Daten zu den Beratungsangeboten und zur Vernetzungsstruktur der Beratungsstellen.

Das methodische Vorgehen in AP 2-1 erfolgte in drei Schritten:

- 1 Explorierende Expertengespräche mit Vertretungen der Landesministerien und der Trägerverbände per Online-Konferenzen und Kurzfragebogen
- 2 Strukturdatenanalyse zu Anzahl, Pluralität, personeller Ausstattung (Versorgungsschlüssel) und Erreichbarkeit der Beratungsstellen
- 3 Analyse ausgewählter Aspekte der Angebots- und Vernetzungsstruktur der Beratungsstellen per Online-Erhebung

Ziel war es, folgende forschungsleitende Fragen zur Struktur des psychosozialen Versorgungsangebots in Deutschland beantworten zu können:

- Wie ist die Struktur der Schwangerschaftsberatungsstellenlandschaft in Deutschland beschaffen? Welche Aussagen lassen sich zur Beratungsstellenverteilung, zur Pluralität des Beratungsangebots, zur Einhaltung des gesetzlich festgelegten Versorgungsschlüssels und zur Erreichbarkeit der Beratungsstellen treffen?
- Welche Besonderheiten und Unterschiede in der Beratungsstellenlandschaft lassen sich in den Ländern feststellen?
- Welche Aussagen lassen sich insbesondere zur Netzwerkarbeit der Beratungsstellen, zur Schnittstelle zur medizinischen Versorgung und zu Angeboten für vulnerable Gruppen treffen?

5.2.1.2.1 Explorierende Expertengespräche (AP 2-1-1)

Durch den gesetzlichen Auftrag aus § 10 SchKG verfügen die zuständigen Landesministerien über Daten zur psychosozialen Versorgungssituation der jeweiligen Bundesländer. Um die Datenlage – trotz länderspezifischer Regelungen – systematisch zu erfassen und zudem die bundesweite quantitative Erhebung (Arbeitspaket 2-1-2) wie auch die vertiefende qualitative Befragung von Beratungsfachkräften (Arbeitspaket 2-3) angemessen vorzubereiten, wurden im April 2021 Fachgespräche mit zentralen Akteurinnen und Akteure auf Träger- und Landesebene durchgeführt, die auch zur Vernetzung und Gewinnung von Gatekeepern für den Feldzugang (bspw. in der Leitungsbefragung) oder für Rechercheanfragen (bspw. im Rahmen der Strukturdatenanalyse) dienten.

In einem ersten Schritt wurden die Referats- und Abteilungsleitungen aller Landesministerien bzw. Landesbehörden (n=16) eingeladen, sich in Fachgesprächen per Videokonferenz über das Vorhaben zu informieren und die aus ihrer Sicht relevanten Themen und Fragestellungen einzubringen. Die Gruppe der Landesvertreterinnen und -vertreter wurde als Gesamtgruppe als zu groß für einen produktiven Austausch in einem zeitlich begrenzten Rahmen eingeschätzt, so dass zwei Termine

zum Austausch mit kleinerer Teilnehmendenzahl angeboten wurden. Beide Fachaustausche wurden im Rahmen von 90-minütigen Videokonferenzen geführt. Von den Landesvertreterinnen und -vertretern haben 15 Personen aus 14 Bundesländern teilgenommen, wobei mit zwei Personen im Nachhinein ein Telefonat vereinbart und geführt werden konnte.

Ein weiterer Fachaustausch fand mit den Bundesreferentinnen und -referenten der Trägerverbände (n=8) der Schwangerschaftsberatungsstellen statt. Von den eingeladenen Vertreterinnen und Vertreter der Träger (BAGFW) konnten sechs Personen von sechs Trägern teilnehmen. Eine Person konnte im Nachhinein telefonisch erreicht werden. Eine Person hat die Teilnahme mit Verweis, durch einen anderen Verband vertreten zu sein, abgesagt.

Alle Fachaustausche wurden jeweils protokolliert und tabellarisch zusammengefasst.

Im Anschluss an die Fachgespräche erhielten sowohl die Teilnehmenden der Landesministerien als auch die Vertretungen der Trägerverbände einen elektronischen Fragebogen, um die länder- und trägerspezifischen Strukturen psychosozialer Beratungs- und Unterstützungsangebote bei ungewollter Schwangerschaft mittels geschlossener und offener Antwortitems differenzierter zu erfassen. Der Fragebogen wurde im Juni 2021 per E-Mail direkt an die Vertreterinnen und Vertreter geschickt und konnte online per LimeSurvey ausgefüllt werden. Er umfasste in Form von Skalierungsfragen, geschlossenen und offene Antwortoptionen fünf übergeordnete Fragekomplexe, die sich an den Schwerpunkten des Verbundvorhabens sowie des Teilprojekts ELSA-PV orientierten (länderbezogene Umsetzung des SchKG; vulnerable Gruppen; Vernetzung; medizinische Versorgung; digitale Informationen). Obwohl die Stichprobe klar umrissen war, wurde der an die Ministerien versandte Fragebogen insgesamt 26-mal aufgerufen, darunter von neun Bundesländern mehrfach. Fünf Bundesländer beteiligten sich nicht an der Erhebung, weitere drei Bundesländer hinterließen keine verwertbaren Daten, da Antworten nicht in Pflichtfeldern gegeben wurden. Nach Bereinigung des Datensatzes lagen verwertbare Angaben von acht Bundesländern vor, von denen nur zwei Bundesländer eine Zustimmung erteilten, in Veröffentlichungen konkret benannt zu werden. Der Fragebogen an die n=8 Trägerverbände wurde insgesamt 13-mal aufgerufen, auswertbare Daten lagen jedoch nur aus fünf Fragebögen vor.

Eine Limitation im Vorgehen liegt darin, dass durch die anonyme Erhebung via Lime-Survey nicht nachvollziehbar war, ob tatsächlich die angeschriebenen Personen den Fragebogen ausgefüllt hatten. Sollte der Fragebogen-Link von den ursprünglich adressierten Personen weitergeleitet worden sein, fehlte den Teilnehmenden die entsprechende „Anleitung“, die im Rahmen der Vorgespräche vereinbart worden waren, was zu Unsicherheiten bei den Ausfüllenden geführt hat und die unvollständigen Antworten erklären könnte. Insbesondere die quantifizierbaren Matrixfragen innerhalb der Erhebung waren in ihrer Aussagekraft gering. Es zeigte sich auch in Rückmeldungen von Teilnehmenden, dass wir die Auskunftsfähigkeit unserer Stichprobe zu Beginn der Erhebung nicht korrekt eingeschätzt hatten.

Eine deskriptive Auswertung mit Hilfe von SPSS wurde dennoch vorgenommen. Trotz geringer Beteiligung, fehlender Zustimmung zur Veröffentlichung und unvollständiger Antwortitems konnte eine erste Übersicht über die psychosoziale Versorgungsstruktur erstellt werden, die im weiteren Verlauf methodische Rückschlüsse für die in AP 2-1-2 geplante quantitative Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen zuließen. Da die Vorerhebung unter den Zuständigen der Ministerien und Trägerverbänden zur Erstellung einer Übersicht zur psychosozialen Versorgungsstruktur als nicht ausreichend ergiebig eingeordnet werden muss, wurde im Forschungsprozess eine erweiterte Datenrecherche durchgeführt.

5.2.1.2.2 Strukturdatenanalyse

Die weitere Recherche zur Strukturdatenanalyse zielte auf die Datensammlung zur Erstellung einer deutschlandweiten Beratungsstellenübersicht, der Erfassung von länderbezogenen Daten hinsichtlich des gesetzlich geforderten Personalschlüssels in Form der Vollzeitäquivalente und der Sichtung der länderspezifischen Ausführungsbestimmungen zum SchKG.

Zur Erstellung einer Übersicht der gesetzlich anerkannten Beratungsstellen in Deutschland wurde auf alle dafür verfügbaren Übersichtslisten zurückgegriffen. Zum einen war das die Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Website familienplanung.de, auf der über 1.500 Beratungsstellen im gesamten Bundesgebiet erfasst sind. Beratungsstellen haben auf dieser Webseite die Möglichkeit, selbst ein Profil anzulegen und zu pflegen, »die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für die Richtigkeit der Angaben im Detail nicht verantwortlich« (BZgA, 2023). Laut Angaben auf familienplanung.de werden die angegebenen Kontaktdaten regelmäßig geprüft, eine letzte solche Prüfung habe 2018/19 stattgefunden. Zum anderen stellten zum Recherchezeitpunkt (11/2021) 14 von 16 Bundesländern online Adresslisten der Schwangerschaftsberatungsstellen auf einer Website (bspw. des zuständigen Ministeriums) oder als PDF-Download zur Verfügung. Diese variieren z.T. erheblich in der Aktualität und enthalten in einigen Bundesländern auch Beratungsstellen, die nicht nach § 8 SchKG anerkannt sind und damit nicht den Anspruch einer fachgerechten Beratung gewähren.

Nach umfangreichen Prüfprozessen wurden die Listen in eine Beratungsstellenliste überführt, die im Forschungsprojekt zunächst als Grundgesamtheit der Beratungsstellen diente und im Forschungsverlauf den Referenzpunkt für die Darstellung von Befunden zur Beratungsstellenlandschaft bildete. Die Liste unterlag während der Projektlaufzeit einer fortlaufenden Aktualisierung, u.a. wenn die Liste als Verteiler genutzt wurde. Fehlermeldungen wurden geprüft und entsprechend korrigiert. Es ist davon auszugehen, dass die Übersicht bis auf kleine Abweichungen (größere Beratungszentren, die über ein Leitungsteam verfügen; Außenstellen, die keine eigene Leitung haben; Fluktuationen durch Zusammenlegungen von BST oder Nichtbesetzung von BST) die Grundgesamtheit darstellt. Sie erhebt keinen Vollständigkeitsanspruch, wird aber aufgrund ihres regelmäßigen Einsatzes und anschließender Adaptation während des Projekts als aktuell und umfassend eingeschätzt.

Weiterhin stellten die Landesministerien auf Anfrage Daten zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung, die gemäß § 8 SchKG zur Durchführung von Konfliktberatungen anerkannt sind, die in der späteren Datenanalyse genutzt wurden.

Die Erfassung des Personalschlüssels diente als ein weiteres Merkmal zur Einschätzung der psychosozialen Versorgungslage. Die dahingehende Datenrecherche beruhte einerseits auf zugänglichen bzw. bereitgestellten Angaben zum Indikator 7.1 der Gesundheitsberichterstattung (GBE), der die Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten (§ 2 und §§ 5-6 SchKG), Land, Jahr erfasst und der neben den Statistiken zu den Beratungen auch Angaben zum förderfähigen Personalschlüssel enthält. Waren die entsprechenden Angaben aus der GBE nicht öffentlich zugänglich, lief der Rechercheweg über die zuständigen Landesministerien. Im 1. Quartal 2023 wurde dazu eine Abfrage zum Indikator 7.1 der GBE per E-Mail durchgeführt, bis auf ein Ministerium wurde aus allen Ländern eine entsprechende Rückmeldung gegeben.

In einem weiteren Schritt fand eine systematische Sichtung der Ausführungsbestimmungen der Länder zum Schwangerschaftskonfliktgesetz statt, um in die Einschätzung der Versorgungslage auch die Regularien zu bspw. Wohnortnähe, Vorgaben zur Ausstattung oder zur Erreichbarkeit der Beratungsstellen einbeziehen zu können. Die Ausführungsbestimmungen sind als Online-Dokumente öffentlich einsehbar.

5.2.1.2.3 Quantitative Online-Erhebung unter Leitungskräften der Schwangerschaftsberatungsstellen (AP 2-1-2)

Um differenzierte Daten zur Netzwerkarbeit der Beratungsstellen, zur Schnittstelle zur medizinischen Versorgung und zu Angeboten für vulnerable Gruppen zu erfassen, wurde eine Fragebogenerhebung unter den Leitungskräften der Schwangerschaftsberatungsstellen aller Bundesländer umgesetzt. Die Rekrutierung erfolgte auf Basis der beschriebenen Liste der Schwangerschaftsberatungsstellen, die zum Zeitpunkt der Erhebung im 4. Quartal 2021 insgesamt N=1.288 Einträge enthielt. Zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft und Rücklaufquote konnten Kontakte zu Gatekeepern wie die Bundes- und Landesreferentinnen und referenten der Träger und Zuständige in den Ministerien genutzt werden (vgl. Kapitel 5.2.1.2.1).⁹

Das Erhebungsinstrument bestand aus einem Online-Fragebogen (Lime Survey) mit 39 Frage-Items zu den Themenkomplexen Öffentlichkeitsarbeit, Angebotsstruktur und Kooperationsbeziehungen. Nach einer Diskussion des Instruments im Forschungsverbund im Oktober 2021 und einem Pre-Test unter fünf Leitungskräften unterschiedlicher Träger Anfang November 2021 wurde der Link zum Fragebogen in finalisierter Form Anfang Dezember 2021 per E-Mail erst an die Ministerien und Verbände und einen Tag später an die Leitungskräfte der Beratungsstellen verschickt. Der Fragebogen war insgesamt sieben Wochen im Feld, in der Zeit wurden zwei Reminder mit der Bitte um Teilnahme versendet. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft wurden im Anschluss an die Befragung Incentives in Form von Fachbüchern verlost.

Stichprobe

Nach Ablauf der Erhebungsphase und Bereinigung des Datensatzes umfasst die im Folgenden zugrundeliegende Stichprobe n=583 berücksichtigte Fragebögen aus einer Grundgesamtheit von 1.288 angeschriebenen Beratungsstellen. Bei der Bereinigung wurden alle Datensätze entfernt, die ausschließlich bis max. zur ersten Seite der Befragung (Soziodemographie) ausgefüllt waren. Im Verlauf der Befragung waren Drop Outs zu verzeichnen, insbesondere im letzten Abschnitt zu Netzwerk und Kooperation haben 65 Befragte die Teilnahme abgebrochen.

Die Rücklaufquote unter Berücksichtigung von Drop Outs beträgt demnach 45,3 % und liegt damit im Maximalbereich für Onlinebefragung dieses Typs. Laut der Befragungssoftware LimeSurvey wurde der Link zum Fragebogen insgesamt 785-mal angeklickt.

An der Befragung haben sich etwas häufiger als in der Grundgesamtheit Beratungsstellen in nicht-konfessioneller Trägerschaft, aus dem Süden Deutschlands, aus Großstädten und mit Scheinausstellung nach einer Beratung nach § 219 StGB beteiligt. Dennoch kann die vorliegende Stichprobe durch die geringen Abweichungen als repräsentativ für die Grundgesamtheit eingeordnet werden. Die aufgeführten Kategorien bilden die zentralen Unterscheidungskriterien im Analyseprozess und dienen der Darstellung von Unterschieden.

⁹ Der Datenschutzmanager der Hochschule Merseburg war als prüfende Instanz in den gesamten Prozess der Erhebung involviert, um ein datenschutzwahrendes Vorgehen zu gewährleisten. Die forschungsethische Orientierung erfolgte entlang der „Bonner Ethik-Erklärung“ (Poelchau et al. 2015).

Tab. 5.12: Stichprobe der Leitungsbefragung (Angaben in Prozent)

Kategorien	Merkmale	Grundgesamtheit* (N=1.288)	Stichprobe (n=583)
Region	Nord	21	19
	Ost	21	23
	Süd	21	29
	West	37	29
Träger	konfessionell	47	42
	nicht konfessionell	40	44
	kommunal/Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	13	14
Raumtyp	Ländlicher Raum/Kleinstadt	23	24
	Mittelstadt	48	42
	Großstadt	29	34
Beratung nach § 219 StGB		76	81

* Die Grundgesamtheit basiert auf der ELSA-Beratungsstellenliste, die zum Erhebungszeitpunkt im 4. Quartal 2021 insgesamt 1.288 Einträge enthielt.

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Die Einteilung der Beratungsstellengröße erfolgte in drei Kategorien: 41,2 % waren kleine Beratungsstellen mit maximal drei Beschäftigten, 46 % waren mittlere Beratungsstellen mit vier bis zehn Beschäftigten und 12,9 % hatten größere Teams von elf und mehr Personen.

In der Stichprobe ließen sich regionale Häufungen identifizieren: Die Anteile an Beratungsstellen in konfessioneller Trägerschaft und im großstädtischen Raum lagen in Westdeutschland im Vergleich zum Rest von Deutschland am höchsten. In Süddeutschland gab es die höchsten Anteile an Beratungsstellen des ÖGD sowie an Beratungsstellen in Mittelstädten und mit mehr als elf Mitarbeitenden. In Ostdeutschland gab es die höchsten Anteile an Beratungsstellen in nicht-konfessioneller Trägerschaft, an Beratungsstellen mit Beratung nach § 219 StGB, aber auch an kleinen Beratungsstellen mit max. drei Mitarbeitenden.

Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte aufgrund der Datenqualität und des Datenumfangs nicht wie im Antrag beschrieben kategoriengeleitet mit einer quantifizierenden Inhaltsanalyse, sondern als explorative Datenanalyse mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 22.

Zu zwei Fragen am Ende des Fragebogens wurde aufgrund der offenen Antwortoption eine Extraauswertung vorgenommen. Gefragt wurde nach Ideen zur Verbesserung von Beratung und Versorgung „rund um Schwangerschaftsabbrüche“, die von n=378 Befragten beantwortet wurde, und nach Ideen zur Verbesserung von Beratung von Personen mit anfänglich abgelehnter oder ambivalent erlebter Schwangerschaft, die diese Schwangerschaft austragen, die von n=313 Befragten beantwortet wurde. Aufgrund der qualitativen Datenqualität erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung mit Hilfe von MaxQDA, wobei mehrere Codes innerhalb einer Antwort vergeben werden konnten.

5.2.2 Quantitative Medieninhaltsanalysen zu schwangerschaftsabbruchbezogenen Online-Informationen auf ausgewählten Websites (AP 2-2)

Das Recht auf Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch ist als Teil reproduktiver Gesundheit zu verstehen. Der Zugang zu gut verständlichen und sachlichen Informationen ist Teil einer adäquaten Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen, ist für den digitalen (deutschsprachigen) Raum allerdings bislang kaum erforscht. Das bei Beantragung formulierte Ziel des AP 2-2 war deshalb, entlang einer Google-Schlagwortsuche bzw. einer Medieninhaltsanalyse der Internetpräsenzen von staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen online bereitgestellte Informationen zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch hinsichtlich psychosozialer, juristischer und medizinischer Aspekte zu untersuchen, die Websites hinsichtlich Informationen über regional spezifische Versorgungsangebote und ihrer Erreichbarkeit zu prüfen sowie die Usability, also die praktische Gebrauchstauglichkeit der Internetpräsenzen in den Blick zu nehmen, insbesondere hinsichtlich Barrierearmut.

5.2.2.1 Theoretischer Hintergrund/Forschungsstand

Die Nutzung digitaler Medien für die Suche nach und Verbreitung von Informationen liegt in den letzten Jahren konstant auf einem hohen Niveau. So nutzten 2023 80 % der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren das Internet jeden Tag, fast alle unter 50-Jährigen sind täglich online, bei den über 70-Jährigen ist es knapp die Hälfte (46%) (ARD/ZDF-Onlinestudie, 2023). Ca. 96 % aller Suchen im Internet erfolgen über mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets mit der Suchmaschine Google (Lohmeier, 2023).¹⁰ Eine große Rolle spielt die digitale Suche nach Gesundheitsinformationen. So belegen die repräsentativen Ergebnisse der KomPas-Studie (Robert-Koch-Institut), dass Erwachsene Gesundheitsinformationen heutzutage zuerst im Internet recherchieren (vgl. Horch, 2021). Die digitale Informationsversorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen wurde bisher in erster Linie in englischsprachiger Forschung untersucht, für den deutschen digitalen Sprachraum lassen sich unterschiedliche Forschungsdesiderate ausmachen.

In bisherigen Studien (zumeist bezogen auf den US-amerikanischen digitalen Raum) werden schwangerschaftsabbruchbezogene Online-Informationen hinsichtlich ihrer Qualität und Glaubwürdigkeit untersucht (u.a. Bryant et al., 2014; Dodge et al., 2018). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass im Netz häufig sachlich falsche oder irreführende Informationen bereitgestellt werden (Chaiken et al., 2021) oder dass die Contents unterschiedliche Mythen über den Schwangerschaftsabbruch, wie z.B. damit angeblich zusammenhängende psychische Probleme, bedienen (Bryant et al., 2014; Swartzendruber et al., 2018; Patev et al., 2021). Bei der Verbreitung von Falschinformationen im Internet wird insbesondere die Bedeutung von US-Institutionen betont, die sich gegen Abtreibungen positionieren, wie beispielsweise Websites der *Pregnancy Resource Center*. Obwohl diese Institutionen als medizinische Einrichtungen geführt werden, sind sie dafür bekannt, analog und digital Falschinformationen (z.B. zum vermeintlich höheren Brustkrebsrisiko nach einem Schwangerschaftsabbruch) zu verbreiten (Rowlands, 2011; Bryant und Levi, 2012). Das Rezipieren von Fehlinformationen kann einen Einfluss auf ungewollt Schwangere haben: Gemäß einer Studie von Berglas et al. (2017) steht die Zustimmung zu Schwangerschaftsabbruch-Mythen – auch bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch beabsichtigen – in direktem Zusammenhang mit den verfügbaren Informationen.

Fehlerhaft sind aber nicht nur digitale Informationen von Abtreibungsgegnerinnen und -gegner – auch Online-Dokumente von offiziellen Behörden weisen Mängel auf: Im Rahmen einer US-amerikanischen Studie wurden Online-Informationsmaterialien und Einwilligungserklärungen von

¹⁰ Auch bei der Desktop-Suche war Google mit knapp 80 % Marktführer.

staatlichen Websites analysiert. Es konnte festgestellt werden, dass selbst auf den offiziellen Internetpräsenzen rund ein Drittel der Materialien medizinisch ungenau ist – insbesondere auf die ersten Schwangerschaftswochen bezogen (Daniels et al., 2016). Eine Untersuchung von Googletreffern für schwangerschaftsabbruchbezogene Anfragen in den USA führte zu ähnlichen Ergebnissen: Auf den oben gerankten Websites zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zeigten sich deutliche Schwächen und auch hier ließen sich Fehlinformationen insbesondere auf Anti-Abtreibungs-Websites identifizieren (Pleasants et al., 2021).

Aktuell liegt das Forschungsinteresse vermehrt auf schwangerschaftsabbruchbezogenen Social Media Beiträgen. So existieren z.B. englischsprachige Arbeiten zum Einsatz von *TikTok* für die Aufklärung über Abtreibungen (Duggan, 2023) sowie Qualitätsanalysen von *TikTok*-Videos zum medikamentösen Abbruch (Wu et al., 2023). Internationale Studienergebnisse können aufgrund der spezifischen strafgesetzlichen Vorgaben in Deutschland allerdings nur begrenzt als Anhaltspunkte dienen (BPP, 2016; Maeffert und Tennhardt, 2023). Untersuchungen über deutschsprachige Online-Informationen standen bis zu den Medieninhaltsanalysen, die im Rahmen von ELSA-PV durchgeführt wurden, noch weitgehend aus. Derzeit liegt eine erste Untersuchung deutschsprachiger Videos der Social Media-Plattformen *YouTube* und *TikTok* zum Schwangerschaftsabbruch vor (Döring und Kubitzka, 2023)¹¹, systematische Inhaltsanalysen für deutschsprachige Websites fehlten bis zu den hier dargestellten Medieninhaltsanalysen gänzlich. Auch sind die Internetpräsenzen von regionalen und überregionalen Anlaufstellen im Falle einer ungewollten Schwangerschaft (z.B. Schwangerschaftsberatungsstellen und ärztlichen Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten) zu dem Zeitpunkt der hier vorliegenden Teilstudien nicht untersucht worden (Böhm, 2020). Dabei geben ungewollt Schwangere neben (digitalen) Medien Beratungsstellen und medizinisches Personal als ihre hauptsächlichen Informationsquellen an (Bomert, 2022; Schneider et al., 2023). Die Bedeutung der Beratungs- und Gesundheitsfachkräfte für die informierte Entscheidungsfindung im Rahmen der reproduktiven Selbstbestimmung spiegelt sich in unterschiedlichen Studien wider (u.a. Kavanaugh et al., 2019; zur Bedeutung von Beratungsstellen für die Informiertheit Ratsuchender in Deutschland siehe Helfferich et al., 2016), so dass explizit die Informationsdissemination durch deutschsprachige Internetauftritte jener zentralen Akteurinnen und Akteure im Feld für Ratsuchende relevant ist und so zum Untersuchungsgegenstand wurde.

¹¹ Darüber hinausgehend untersucht aktuell das Forschungsprojekt EMSA (Erstes Mal, Menstruation und Schwangerschaftsabbruch als Themen der sexuellen und reproduktiven Online-Gesundheitskommunikation) an der TU Ilmenau schwangerschaftsabbruchbezogene Social Media Contents (<https://www.tu-ilmenau.de/universitaet/fakultaeten/fakultaet-wirtschaftswissenschaften-und-medien/profil/institute-und-fachgebiete/fachgebiet-medienpsychologie-und-medienkonzeption/forschung/emsa>, Zugriff: 24.04.2024)

5.2.2.2 Datenerhebung

Nachdem ein erster Rechenschritt zu Beginn des Projekts zeigte, dass sich über die Suchmaschine Google kein ausgewogenes Sample von zu analysierenden Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen zusammenstellen ließ, wurde die Untersuchung in mehreren Teilerhebungen realisiert und zwischen Juni 2021 und Dezember 2023 vier quantitative Medieninhaltsanalysen durchgeführt. Analysiert wurden:

- Googletreffer (n=124)
- Beratungsstellen-Websites (n=319)
- Websites von Ärztinnen und Ärzte/medizinischen Einrichtungen (n=65)
- Ministerien-Websites der aller Bundesländer (n=16)

Die folgenden Forschungsfragen waren dabei erkenntnisleitend:

1. Welche deutschsprachigen Websites zum Thema Schwangerschaftsabbruch sind über eine Google-Suche zugänglich und wer sind die Anbieter dieser Seiten?
2. Auf welchen Websites (Google-Treffer, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärztinnen und Ärzte, Ministerien) können rechtliche Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen gefunden werden?
3. Auf welchen Websites (Google-Treffer, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärztinnen und Ärzte, Ministerien) können medizinische Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen gefunden werden?
4. Auf welchen Websites (Google-Treffer, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärztinnen und Ärzte, Ministerien) können Informationen zu psychosozialer Unterstützung im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs gefunden werden?
5. Wie informieren Schwangerschaftsberatungsstellen über ihre Erreichbarkeit und regionalen Angebote im Kontext ungewollter Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch?
6. Wie neutral sind die Informationen auf den Websites der Google-Schlagwortsuche (hinsichtlich pro life bzw. pro choice-Botschaften)?
7. Wie barrierefrei sind alle Websites aus den vier Teilerhebungen?

Für die Datenerhebungen wurden reliabilitätsgeprüfte Codebücher verwendet. Die deskriptivstatistische Datenanalyse umfasste die Berechnung von Summen- und Prozentwerten mit den Statistiksoftwares SPSS und rStudio.

5.2.2.2.1 Stichprobe und Instrument der Googletreffer-Analyse

Da bisher keine empirischen Untersuchungen zum Online-Informationssuchverhalten bei ungewollter Schwangerschaft für den deutschsprachigen Raum vorliegen (beispielsweise zu verwendeten Suchbegriffen oder Suchmaschinen), wurden mit dem Analysetool Google Trends zunächst Begriffe getestet, die bei der Suchmaschinen-Recherche im Themenfeld Schwangerschaftsabbruch eine große Rolle spielen. Zwischen März 2021 und Mai 2021 wurden die Suchbegriffe Abtreibung (durchschnittlich 59 Suchanfragen pro Tag)¹² sowie Schwangerschaftsabbruch (durchschnittlich 22 Anfragen pro Tag)¹³ konstant verwendet, sie waren also auch

¹² In dem von Google Trends genutzten Sample.

¹³ s.o.

im Erhebungszeitraum (Juni 2021) relevant.¹⁴ Da Google Trends eher Tendenzen anzeigt, wurden die Suchbegriffe Abtreibung und Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer Expertenrunde¹⁵ diskutiert und um die Begriffe ungeplant schwanger und ungewollt schwanger ergänzt, die gleichzeitig zentrale Begriffe im ELSA-Verbundvorhaben darstellen. Alle Websites auf den ersten vier Googletreffer-Seiten zu allen vier Suchbegriffen wurden anschließend einzeln aufgerufen, mit dem Browser-Plugin SingeFile heruntergeladen und lokal gespeichert.¹⁶ Das Sample wurde bereinigt, indem:

- nicht-deutschsprachige Websites,
- Social Media Beiträge,
- Videos,
- Audio-Beiträge,
- Foren,
- Wörterbücher,
- Werbeanzeigen,
- verlinkte Inhalte auf den jeweiligen Websites

exkludiert wurden. Nach einem Ausschluss der Dubletten (n=11) bestand das bereinigte Sample aus n=124 Websites.

Das für die Googletreffer-Analyse entwickelte Codebuch besteht aus insgesamt 39 Variablen, die sich in sechs Abschnitte untergliedern:

- 1 formale Kriterien für die Stichprobenbeschreibung
- 2 Informationen über ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch
- 3 Bezeichnungen/Begriffe im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch
- 4 Bewertungen von Schwangerschaftsabbrüchen und deren Kontextbedingungen
- 5 Barrierearmut und Usability
- 6 Anbieter der Websites

5.2.2.2 Stichprobe und Analyseinstrument der Beratungsstellen-Websites

Aus einer Grundgesamtheit von N=1.288 nach § 3ff. SchKG gesetzlich anerkannter Beratungsstellen (Stand 2021) wurde im Oktober 2021 eine Zufallsstichprobe (jeweils 25% der anerkannten Beratungsstellen für jedes Bundesland) von n=325 Websites gezogen. Nach einer Bereinigung verringerte sich das Sample auf n=319 Websites. 256 (80 %) der 319 untersuchten Websites gehören zu Beratungsstellen, die den Beratungsschein nach § 7 SchKG ausstellen. Die Aufteilung nach Trägern und Dachverbänden sowie nach Scheinvergabe ist in Tab. 5.13 zusammengestellt.¹⁷

¹⁴ Einschränkung muss angemerkt werden, dass Google Trends nur numerisch rekonstruiert, dass ein Begriff für eine Suche genutzt wurde, nicht aber, wer diesen Begriff eingegeben hat. Es ist unwahrscheinlich, dass die Anfragen alle auf ungewollt Schwangere zurückgehen, da z.B. auch Partnerinnen und Partner, Journalistinnen und Journalisten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler u.v.m. für die Verwendung dieser Suchbegriffe in Frage kommen.

¹⁵ Die Expertinnenrunde bestand aus sieben Teilnehmenden: Beraterinnen und Berater aus Schwangerschaftsberatungsstellen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die im Kontext Schwangerschaftsabbrüche forschen.

¹⁶ Um den Einfluss von Filterblasen zu minimieren, wurde für die Schlagwortsuche der Incognito-Modus eingestellt, der ermöglicht, Google ohne Anmeldung mit einem bereits personalisierten Konto zu nutzen. Der Incognito-Modus gewährleistet aber keine vollständige Anonymität, seine Auswirkung auf die Filterblase ist limitiert (<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/digitale-welt/apps-und-software/incognito-im-internet-davor-schuetzt-sie-privates-surfen-wirklich-61647>, Zugriff: 18.07.2023).

¹⁷ Die Verteilung der Träger/Dachverbände sowie die Proportio der scheinausstellenden zu den nicht-scheinausstellenden Beratungsstellen stimmen überwiegend mit der Verteilung in der Grundgesamtheit (N=1.288) überein.

Tab. 5.13: Stichprobe von Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen (n=319) nach Trägern/Dachverbänden und Scheinvergabe

Träger der Beratungsstelle	Anzahl	Beratungsschein (ja/nein)
Diakonie	72	Ja
Pro familia	49	Ja
Donum Vitae	42	Ja
öffentlicher Gesundheitsdienst	42	Ja
Caritas	37	Nein
Sonstige freie Träger	28	Ja
Sozialdienst Katholischer Frauen	25	Nein
AWO	11	Ja
Deutsches Rotes Kreuz	11	Ja
Paritätischer Wohlfahrtsverband	2	Ja

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Beurteilung von Gesundheitsinformationen existieren unterschiedliche Bewertungsinstrumente. Der Analyse der Websites wurde das Instrument zur Einschätzung von Gesundheitsinformationen des Aktionsforums Gesundheitsinformationssystem (Afgis) zugrunde gelegt.¹⁸ Afgis wurde 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert und entwickelt seither Standards für Gesundheits-Websites, Health-Apps, Gesundheitsvideos sowie sich thematisch anschließende Social Media Auftritte. Zur Bewertung von Websites schlägt Afgis vor, die Bereiche Barrierefreiheit, Usability und Verständlichkeit zu fokussieren. Daran angelehnt wurde für die Analyse von Beratungsstellenwebsites ein quantitatives Instrument entwickelt, welches um einen Kriterienkatalog erweitert wurde, der sich an den gesetzlichen Vorgaben aus dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu medizinischen, rechtlichen und sozialen Informationen orientiert. Das für die Websiteanalyse entwickelte Codebuch besteht aus insgesamt 40 Variablen, die sich folgende vier Bereiche verteilen:

- formale Kriterien für die Stichprobenbeschreibung
- Usability
- Erreichbarkeit
- Informationsgehalt

5.2.2.2.3 Stichprobe und Analyseinstrument der Websites von Ärztinnen und Ärzten/medizinischen Einrichtungen

Die Stichprobe basiert auf der Liste der Bundesärztekammer mit Stand vom 05.07.2023, auf der zu diesem Zeitpunkt insgesamt 365 Einträge verzeichnet waren. Nach einer Bereinigung um Dubletten¹⁹ bestand das Sample aus n=355 Einträgen. Knapp ein Sechstel davon betreibt keine eigene Website (17 %). In dem verbleibenden Sample der Ärztinnen und Ärzte/medizinischen Einrichtungen, die eine eigene Website haben (n=293; 83 %), wird die Leistung Schwangerschaftsabbruch in 22 % der Fälle benannt (n=65). Diese Teilstichprobe von 65 Websites liegt der weiteren inhaltsanalytischen Betrachtung zugrunde.

¹⁸ <https://www.afgis.de/> (Zugriff: 11.01.2023)

¹⁹ Teilweise wurde ein Eintrag unter dem Praxisnamen und dem Namen der jeweiligen Fachkraft geführt.

Für die Analyse dieser Websites wurde ein Instrument mit insgesamt elf Variablen entwickelt, das folgende Bereiche umfasst:

- formale Kriterien für die Stichprobenbeschreibung
- Informationsgehalt
- Begriffsverwendung
- Barrierefreiheit

5.2.2.2.4 Stichprobe und Analyseinstrument der Websites von Ministerien der Bundesländer

Auf den Websites der Ministerien der 16 Bundesländer finden sich in den meisten Fällen Listen mit den regionalen anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen. Zwei Bundesländer haben zum Erhebungszeitpunkt (Dezember 2023) keine Liste online gestellt. Weil Ratsuchende u.U. über die Website ihres Bundeslandes zu den Beratungsstellen kommen, wurden auch die Ministerien-Websites (N=16) medieninhaltsanalytisch untersucht. Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden Inhalte, die über interne und externe Verlinkungen erreicht werden konnten. Es wurde lediglich geprüft, wohin die Verlinkungen führen und ob sie funktionieren.

Für die Analyse dieser Websites wurde ein Instrument mit insgesamt 28 Variablen entwickelt. Folgende Bereiche wurden damit erfasst:

- formale Kriterien für die Stichprobenbeschreibung (Name der Institution, Link, Bundesland etc.)
- Informationsgehalt (medizinische, psychosoziale und juristische Informationen etc.)
- Begriffsverwendung (Vorkommen der Begriffe ‚Mutter‘ oder ‚Kind‘)
- Barrierearmut und Usability (Spracheinstellungen, Vorlesefunktion etc.)

5.2.3 Qualitative Befragung von Beratungsfachkräften zur psychosozialen Versorgung (AP 2-3)

Um ein vertieftes Verständnis der regionalen Unterschiede zu erzielen und weitere Erkenntnisse hinsichtlich möglicher Versorgungslücken aus Sicht von Beratungsfachkräften zu erzielen, wurde ergänzend zu der quantitativen Online-Erhebung (AP 2-1/-2) eine qualitative Expertenbefragung geplant und umgesetzt. Wie im Antrag beschrieben, wurde hier exploriert, wie sich die regionalen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen ausgestalten, inwieweit die Versorgungssituation den Bedarfen unterschiedlicher Zielgruppen gerecht wird, die beraterische Einschätzung der Bedeutung digital zugänglicher Informationen über ungewollte Schwangerschaften sowie der Internetpräsenzen eingeholt, und wahrgenommene Zugangshindernisse und Verbesserungsbedarfe in der psychosozialen Versorgungsstruktur analysiert.

5.2.3.1 Theoretischer Hintergrund/Forschungsstand

Psychosoziale Versorgung im Kontext ungewollter Schwangerschaft umfasst Informationen vor einem Schwangerschaftsabbruch und Unterstützung im Entscheidungsprozess zum Fortgang der Schwangerschaft. Zudem besteht auch nach einem Schwangerschaftsabbruch die Möglichkeit der Begleitung im Bewältigungsprozess, sowie auf breiter Ebene verschiedene, im Kontext ungewollter Schwangerschaft relevante psychosoziale Angebote, darunter etwa unterschiedliche Fachberatungsstellen. Wie hier bereits deutlich wird, wird im Folgenden der ursprünglich medizinische Begriff psychosozialer Versorgung auf professionalisierte psychosoziale Beratungsangebote der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung bezogen, jedoch wird auch die Vernetzung zu weiteren Unterstützungsangeboten betrachtet.

Der Gesetzgeber hat den psychosozialen Unterstützungsbedarf im Schwangerschaftskonflikt als Rechtsanspruch formuliert. Gleichsam kann ein Schwangerschaftsabbruch nur straffrei erfolgen,

wenn zuvor ein Beratungsgespräch bei einer anerkannten Beratungsstelle wahrgenommen wurde.²⁰ Ausführlicher zu den rechtlichen Regelungen siehe Kapitel 5.2.1.

Aufgrund der (straft-)rechtlichen Verortung der Schwangerschaftskonfliktberatung müssen Fachkräfte in der verpflichtenden Beratung die Balance zwischen den sich teilweise widersprechenden gesetzlichen Anforderungen halten. Das Beratungsgespräch soll einerseits „ergebnisoffen“ geführt werden sowie „von der Verantwortung der Frau“ (§ 5 SchKG) ausgehen, andererseits gleichzeitig „dem Schutz des ungeborenen Lebens“ (§ 219 StGB Abs. 1) dienen und die Schwangere zum Austragen der Schwangerschaft ermutigen. Des Weiteren zeigt sich ein Widerspruch zwischen der Verpflichtung, das Beratungsgespräch unabhängig von einem tatsächlichen Beratungsanliegen in Anspruch zu nehmen, und dem Grundsatz der Freiwilligkeit von Beratungsangeboten. Damit unterscheidet sich die Schwangerschaftskonfliktberatung von allen anderen psychosozialen Beratungsangeboten in Deutschland (vgl. Clasen und Völckel 2024). Nur bei gewünschtem Schwangerschaftsabbruch gibt es eine Verpflichtung zur Beratung, bevor ein Straftatbestand eintritt (vgl. Franz 2015, S. 260).

Zur Einordnung von Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung aus der Perspektive der Beraterinnen und Berater gibt es bisher nur wenige Praxis- bzw. Erfahrungsberichte und kaum empirische Studien. Die „frauen leben 3-Studie“ geht neben den fokussierten Themen rund um Familienplanung auch auf Schwangerschafts(konflikt)beratung, aus Perspektive von Klientinnen und Beraterinnen und Berater ein. Hinsichtlich der Verpflichtung zur Beratung nach § 219 StGB variieren die Einschätzungen der Beratungsfachkräfte auf einem breiten Spektrum der Einordnung als Chance bis hin zur Hürde (vgl. Helfferich et al. 2016, S. 171). Damit übereinstimmend benennen Klientinnen und Beraterinnen und Berater eine „Heterogenität der Bedarfslagen“ (ebd., S. 170), also die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse, Anliegen und Herausforderungen, die in die Beratungssituation eingebracht werden. Dies kann auch bedeuten, lediglich zum Erhalten des Beratungsscheins die Beratung aufzusuchen. Die Mehrheit der befragten Frauen gibt zudem an, dass die Beratung nach § 219 StGB keinen Einfluss auf ihre Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft hatte (ebd.; auch Böhm 2020; Böhm und Walsch 2023; Matthiesen et al. 2009).

Hinsichtlich der Perspektive von Fachkräften kommt Franz zu dem Ergebnis, dass die widersprüchlichen Vorgaben des StGB sowie des SchKG bei den Beraterinnen und Beratern auf der Ebene des fachlichen Handelns zu Irritationen sowie Befürchtungen führen, „in Konflikt mit dem Gesetz oder mit dem professionellen Beratungsverständnis zu geraten“ (Franz 2015, S. 261). Madekers Dissertation (2012) konzentriert sich hingegen auf ethische Aspekte der Schwangerschaftskonfliktberatung. Er analysiert moralische Fragen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen stehen, und inwiefern die Haltung von Beratungsfachkräften sich auf ihre Beratung auswirkt. Obwohl der Forschungsstand zur psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland bislang nur begrenzt Einblicke liefert, wird deutlich, dass spezifische Herausforderungen für Beratungsfachkräfte wie Klientinnen und Klienten existieren. Je nach Lebenssituation bringen Klientinnen und Klienten zusätzlich spezifische Bedarfe in die Beratung mit, denen Rechnung getragen werden muss. Daher wurde im Teilprojekt explizit auf vulnerable Personengruppen innerhalb der Beratung eingegangen. Dabei wurde eine weite Definition vulnerabler Gruppen, angelehnt an die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zugrunde gelegt: „Aufgrund ihrer körperlichen und/oder seelischen Konstitution (z.B. Behinderung, psychische Störung) oder/und aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation (z.B. obdachlose Frauen) verletzlichere (vulnerable) Personenkreise“ (GBE 2008, S. 55). Vulnerabilität, Verletzlichkeit wird

²⁰ Kriminologische und medizinische Indikation als weitere Möglichkeiten werden an dieser Stelle nicht weiter beleuchtet.

hier also nicht nur als durch Eigenschaften bedingt, sondern auch aufgrund besonderer sozialer Situationen gegeben verstanden.

5.2.3.2 Datenerhebung

Im 4. Quartal 2022 wurden deutschlandweit sechs leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 25 Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberaterinnen und -beratern geführt. Alle Befragten gehörten nach § 3 oder § 8 SchKG anerkannten Beratungsstellen an.

Ein Fokusgruppeninterview „*ist ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird*“ (Schulz et al. 2012, S. 9). Die Erhebung erfolgt durch geleitete Gruppeninteraktion, deren thematischer Fokus von den Forschenden vorgegeben wird. Es werden also die beiden sozialwissenschaftlichen Instrumente qualitatives Interview und Gruppendiskussion kombiniert. Fokusgruppeninterviews sind geeignet, um unterschiedliche Facetten eines Themas zur Sprache zu bringen. Im Teilprojekt ELSA-PV wurde diese Methode gewählt, um den Raum für innerfachlichen Diskurs zu ermöglichen und auf den kollektiven Wissensbestand von Beraterinnen und Berater zugreifen zu können.

Wie im Forschungsantrag festgelegt, diente die qualitative Teilerhebung der Vertiefung und Erweiterung der Ergebnisse der quantitativen Leitungskräftebefragung (AP 2-1.2).

Die folgenden Forschungsfragen waren dabei erkenntnisleitend:

1. Wie schätzen Beratungsfachkräfte die psychosoziale und medizinische Versorgungslage für ungewollt Schwangere in ihrer jeweiligen Region ein? Inwiefern werden die spezifischen Bedarfe vulnerabler Zielgruppen in der psychosozialen Versorgung angemessen berücksichtigt?
2. Wie sind die regionalen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen im Bereich der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei ungewollten Schwangerschaften ausgestaltet?
3. Wie bewerten Beratungsfachkräfte digital zugängliche Informationen über ungewollte Schwangerschaften und inwiefern werden von den Beratungsstellen selbst Informationen bereitgestellt?
4. Welche Zugangshindernisse und Verbesserungsbedarfe bestehen in der psychosozialen Versorgungsstruktur für Frauen mit ungewollten Schwangerschaften?

In Abstimmung mit dem Projektträger wurden sechs Fokusgruppeninterviews anstatt der ursprünglich geplanten Interviews und Zirkel mit Expertinnen und Experten durchgeführt, da sie sich die Fokusgruppen zur Erreichung der Forschungsziele als geeigneteres Instrument erwiesen (vgl. auch Kap. 9.2).

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte, indem angelehnt an die Regionalcluster der quantitativen Erhebung sowie der Nähe zu Forschungsstandorten des ELSA-Verbunds, vier Standorte für die Interviewdurchführung festgelegt wurden (Merseburg, Frankfurt a. M., Hamburg und Ulm). Um diese Standorte wurde ein Radius von 100 km festgelegt, in dem alle nach § 3 oder § 8 SchKG anerkannten Beratungsstellen angeschrieben und zu dem Fokusgruppeninterview eingeladen wurden. Aus den positiven Rückmeldungen wurde das Sample erstellt: Die Beratungsstellen der Interessierten wurden regional geclustert und anschließend eine selektive Stichprobe gezogen. Einerseits wurde dem Kriterium Rechnung getragen, die Regionen Nord-, Ost-, Süd- und Westdeutschland möglichst ausgewogen abzudecken, andererseits wurde auf Trägervielfalt, die damit zusammenhängende konfessionelle Anbindung und die Option der Scheinausstellung geachtet, um die Fokusgruppen möglichst divers zu besetzen.

Für die Fokusgruppeninterviews wurde ein im Rahmen eines Pretests mit einer Gruppe angehender bzw. sich in Weiterbildung befindender Beratungsfachkräfte erprobter Leitfaden verwendet. Der Interviewleitfaden gliedert sich in folgende Themenblöcke, die die Interviews strukturieren:

- Ungewolltheit und Ambivalenz
- psychosoziale Versorgungslage
- medizinische Versorgungslage
- Informationen und Informiertheit
- vulnerable Gruppen in der Beratung – mit Fokus auf Klientinnen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen, mit Migrationserfahrungen und Betroffene von Partnerschaftsgewalt - sowie Verbesserungswünsche

Damit schließt der Leitfaden auch an die Forschungsschwerpunkte anderer ELSA-Verbundstandorte an.

Die Interviews wurden an den vier genannten Standorten geführt. Geplant war, pro Standort zwei Interviews zu führen, jedoch konnte dies nur in Hamburg und Frankfurt a.M. realisiert werden, da aufgrund krankheitsbedingter kurzfristiger Absagen in Merseburg und Ulm die Gruppengröße zu klein gewesen wäre, so dass zwei geplante Fokusgruppen zu jeweils einer zusammengezogen wurden.

Die Interviews wurden analog durch jeweils eine bzw. zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen geführt. Die Interviewdauer betrug zwischen 1:35 h und 2:10 h, im Durchschnitt 1:52 h.

Die Fokusgruppeninterviews wurden datensicher aufgezeichnet, die Audiodateien vor Dritten unzugänglich verwahrt und anschließend transkribiert, anonymisiert und hinsichtlich Grammatik und Interpunktion geglättet. Die Pseudonymisierung der Befragten erfolgte angelehnt an das jeweilige Regionalcluster, sodass Pseudonyme einzelnen Interviews zugeordnet werden können. Hier exemplarisch für Interview Nord I dargestellt:

Tab. 5.14: Pseudonomisierung am Beispiel für Interview Nord I

Name	Interview	Pseudonym
B	Nord I	B1N1
B2	Nord I	B2N1
B3	Nord I	B3N1

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.3.3 Stichprobenbeschreibung

Die im Folgenden beschriebenen Einteilungen nach Regionalzuordnung und Trägerzugehörigkeit decken sich mit den Einteilungen in der quantitativen Erhebung. In der Samplebildung wurden die Trägerzugehörigkeit, regionale Verteilung der angefragten BST innerhalb Deutschlands sowie die Verteilung auf Groß-, Mittel- und Kleinstädte beachtet. Auch wurden BST einbezogen, die den umliegenden ländlichen Raum mitversorgen.

Die Beratungsstellen der Befragten verteilen sich wie folgt auf das Bundesgebiet: 28 % der Beratungsstellen liegen in Norddeutschland (n=7), 20 % in Ostdeutschland (n=5), ebenfalls 20 % in Süddeutschland (n=5) und 32 % in Westdeutschland (n=8).

Die Verteilung auf unterschiedliche Ortstypen ist weniger ausgewogen: 54 % der vertretenen Beratungsstellen liegen in Großstädten (n=14) und 46 % in Mittelstädten (n=12).²¹ Inwieweit die einzelnen Beratungsstellen das Umland mitversorgen, lässt sich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht systematisch auswerten. Die homogene Verteilung ist unter anderem durch die Verteilung innerhalb der Grundgesamtheit an Beratungsstellen beeinflusst, in der Groß- und Mittelstadt ebenfalls überwiegen (vgl. Kapitel 5.2.1). Dennoch lässt sich eine Unterrepräsentation von Beratungsstellen aus Kleinstädten/ländlichem Raum im Sample festhalten.

Auch hinsichtlich Trägerzugehörigkeit wurde die Kongruenz mit der tatsächlichen Verteilung innerhalb der Grundgesamtheit angestrebt. Das Sample besteht aus 17 Befragten, die nicht-konfessionellen Trägern angehören, sieben Befragten, die konfessionellen Trägern angehören, und einer Befragten aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Drei Befragte arbeiteten in Beratungsstellen konfessioneller Trägerschaft ohne Scheinvergabe nach § 219 StGB. Die Unausgewogenheit der Samplezusammensetzung bezüglich nicht-konfessioneller und konfessioneller Träger kam aufgrund von kurzfristigen Absagen der Interviewpartnerinnen zustande und konnte durch erneute Rekrutierung nicht mehr korrigiert werden.

Tab. 5.15: Stichprobe nach Trägerschaft

Trägerschaft			
nicht-konfessionell	konfessionell (keine Beratung nach §219)	öffentlicher Gesundheitsdienst	Gesamt
17	7 (3)	1	25

Quelle: qualitative ELSA-Befragung von Beratungsfachkräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

5.2.3.4 Auswertungsmethodik

Für die Datenanalyse wurden zwei unterschiedliche qualitative Auswertungsstrategien angewendet: Nach einer inhaltlich-reflektierenden Zusammenfassung jedes Interviews erfolgte die Auswertung zunächst kategoriengeleitet mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022). Sie zeichnet sich durch ihre Fokussierung auf den Kontext und die Einbettung der Daten in ihren sozialen und kulturellen Rahmen aus und ermöglicht so eine umfassende Betrachtung der Bedeutungszusammenhänge. Auch können implizite und weniger offensichtliche Informationen in den Daten identifiziert und analysiert werden.

Nach Sichtung der Daten erfolgte zunächst eine reflektierende Zusammenfassung. Anschließend wurden deduktiv Kategorien gebildet und teilweise induktiv ergänzt. Zu den Oberkategorien wurden ebenfalls deduktiv und induktiv Subkategorien gebildet. Zur Erläuterung wurde parallel zu einem ersten Test des Kategoriensystems ein Kodierleitfaden erstellt. Die Oberkategorien der Auswertung umfassen folgende Bereiche:

- Psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer
- Medizinische Versorgung ungewollt Schwangerer
- Rechtliche Regelungen
- Informationen und Informiertheit
- Verbesserungsvorschläge

²¹ Eine Beratungsstelle ist sowohl in Groß- als auch Mittelstadt repräsentiert, da sie zwei Standorte umfasst. Daher ergibt sich hier die Summe von n=26 Beratungsstellen.

Die Bestimmung der Zuverlässigkeit des Auswertungsinstruments erfolgte auf dem Weg der Inter-coder-Reliabilität. Dafür haben mehrere Projektmitarbeitende einen Ausschnitt des Datenmaterials anhand des Kategoriensystems bzw. Kodierleitfadens unabhängig voneinander kodiert. Im Anschluss erfolgten ein Abgleich der Ergebnisse und eine Anpassung des Auswertungssystems an wenigen Stellen, an denen Kategorien nicht ausreichend trennscharf definiert worden waren. Anschließend wurde auf Basis des aktualisierten Kategoriensystems und Kodierleitfadens das gesamte Datenmaterial mittels der Software MaxQDA kodiert.

Darüber hinaus wurden in einem weiteren Schritt Teilauswertungen mittels thematischer Analyse nach Braun und Clarke (2006) vorgenommen. Die thematische Analyse ist eine systematische Vorgehensweise, bei der zunächst die Daten kodiert und dann thematische Muster (Themes) identifiziert werden. So wurden in einem iterativen Prozess, ebenfalls mittels MaxQDA, Codes zu potenziellen Themes gruppiert und in sich wiederholenden Schritten verfeinert. Schließlich wurden die identifizierten Themes ausgewertet und zusammengefasst.

Die gebildeten Themes beziehen sich auf die Bereiche:

- Vulnerable Gruppen und lebensweltliche Herausforderungen
- Beratungsbedarfe im Kontext lebensweltlicher Herausforderungen
- Beraterisches Handeln im Kontext lebensweltlicher Herausforderungen

5.2.4 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003) *Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder*. Verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorensatz_der_laender_2003.pdf (08.10.2024).
- ARD/ZDF-Forschungskommission (2023) *ARD/ZDF-Onlinestudie 2023*. Verfügbar unter https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/files/2023/ARD_ZDF_Onlinestudie_2023_Publikationscharts.pdf (08.10.2024).
- Berglas, NF., Gould, H., Turok, DK., Sanders, JN., Perrucci, AC. & Roberts, SCM. (2017) *State-Mandated (Mis)Information and Women's Endorsement of Common Abortion Myths*, *Womens Health*, Vol. 27, S. 129–135.
- Böhm, M. (2020) *Schwangerschaftsabbrüche – Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen*, *Z Sexualforsch*, Vol. 33, S. 125–133.
- Böhm, M. & Walsch, J. (2023) *Erfahrungen mit § 219-Beratung per Telefon oder Video. Sichtweisen von Klientinnen*, *BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*, No. 2, S. 68–73.
- Bomert, C. (2022) *Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren*, *Soz Päsagen*, Vol. 14, S. 503–510.
- Braun, V., Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*, *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3, No. 2, S.77-101.
- Bryant, AG., Narasimhan, S., Bryant-Comstock, K., Levi, EE. (2014) *Crisis Pregnancy Center Websites: Information, Misinformation and Disinformation*, *Contraception*, Vol. 90, S. 601–605
- Bryant, AG. & Levi, EE. (2012) *Abortion Misinformation from Crisis Pregnancy Centers in North Carolina*, *Contraception*, Vol. 86, S. 752–756.
- Busch, U. (2009) *Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, Köln, BZgA.
- Busch, U. (2024) „Schwangerschaftsberatung in Deutschland. Historische und aktuelle Perspektiven“, in: Lohner, EM., Böhm, M., Bomert, C. & Krolzig-Matthei, K. (Hg.) „Beratung bei ungewollter Schwangerschaft: Beiträge aus Forschung und Praxis“, Gießen, Psychosozial-Verlag. S. 117–144.
- Chaiken, SR., Darney, BG. & Han L. (2021) *Factors Associated With Perceived Trust of False Abortion Websites: Cross-sectional Online Survey*, *J Med Internet Res*, Vol. 23: e25323.
- Chiofalo, V. & Schmid, P. (2024) „Historische und aktuelle rechtliche Perspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch“, in: Lohner, EM., Böhm, M., Bomert, C. & Krolzig-Matthei, K. (Hg.) „Beratung bei ungewollter Schwangerschaft: Beiträge aus Forschung und Praxis“, Gießen, Psychosozial-Verlag. S. 41–60.
- Daniels, CR., Ferguson, J., Howard, G., Roberti, A. (2016) *Informed or Misinformed Consent? Abortion Policy in the United States*, *J Health Polit Policy Law*, Vol. 41, S. 181–209.
- Deutsche Bischofskonferenz (1999) *Pressemitteilung des Ständigen Rates der Deutschen Bischofskonferenz*. 23.11.1999. Verfügbar unter <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/pressemitteilung-des-staendigen-rates-der-deutschen-bischofskonferenz> (08.10.2024).
- Dodge, L., Phillip, SJ., Neo, D., Nippita, S., Paul, M. & Hacker, M. (2018) *Just Google it: Quality of Information Available Online for Abortion Self-Referral*, *Contraception*, Vol. 96, S. 274.
- Döring N. & Kubitz E. (2023) „Ich fühlte mich so alleine damit, aber dein Video hat mir geholfen“ – Der Schwangerschaftsabbruch auf YouTube und TikTok, München, merz – medien + erziehung, online

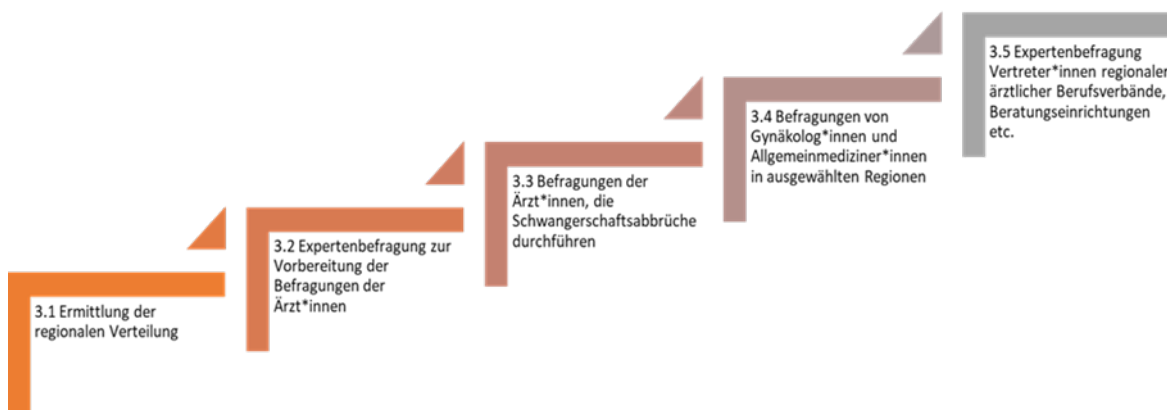
- exklusiv, Verfügbar unter <https://www.merz-zeitschrift.de/swipe-des-monats/details/ich-fuehlte-mich-so-alleine-damit-aber-dein-video-hat-mir-geholfen/> (08.10.2024).
- Duggan J. (2023) *Using TikTok to Teach about Abortion: Combatting Stigma and Miseducation in the United States and Beyond*, Sex Educ, Vol. 23, S. 81–95.
- Franz J. (2015) „Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen.“ In: Busch, U., Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld, transcript Verlag, S. 257–277.
- GBE [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2008) *Glossar*, Gesundheitliche Folgen von Gewalt, Vol. 42, S. 55.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski I. (2016) *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*, Köln, BZgA.
- Horch, K. (2021) *Informationsbedarf der Bevölkerung Deutschlands zu gesundheitsrelevanten Themen – Ergebnisse der KomPaS-Studie*, J Health Monit, No. 6, S. 62–70.
- Kavanaugh, ML., Jerman, J. & Frohworth L. (2019) “It’s Not Something You Talk about Really”: *Information Barriers Encountered by Women Who Travel Long Distances for Abortion Care*, Contraception, Vol. 100, S. 79–84.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel, Beltz Juventa.
- Lohmeier L. (2023) *Marktanteile der Desktop- und mobilen Suchmaschinen in Deutschland im Juni 2023*, StatCounter, Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/301012/umfrage/marktanteile-der-suchmaschinen-und-marktanteile-mobile-suche/> (08.10.2024)
- Madeker, M. (2012) *Ethische Aspekte der Schwangerschaftskonfliktberatung - Einschätzungen staatlich anerkannter Schwangerschaftskonfliktberaterinnen in Niedersachsen*, Göttingen, Georg-August Universität, Diss., Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen.
- Maeffert, J. & Tennhardt, C. (2023) *Schwangerschaftsabbruch in Deutschland: Gesetzeslage, Herausforderungen und aktuelle Entwicklungen unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie*, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Vol. 66, S. 1–8.
- Matthiesen, S., Block, K., Mix, S. & Schmidt, G. (2009) *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*, Köln, BZgA.
- Patev, AJ., Hood, KB. (2021) *Towards a Better Understanding of Abortion Misinformation in the USA: a Review of the Literature*, Cult Health Sex, Vol. 23, S. 285–300.
- Pleasant, E., Guendelman, S., Weidert, K. & Prata, N. (2021) *Quality of Top Webpages Providing Abortion Pill Information for Google Searches in the USA: An Evidence-Based Webpage Quality Assessment*, PLoS One, Vol. 16, No. 1.
- Poelchau, H., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U., Fegert, J. & Kavemann, B. (2015) *Bonner Ethik-Erklärung. Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten, entwickelt im Rahmen der BMBF-Forschungslinie "Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten"*, Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Vol. 35, No. 3, S. 320–326.
- Rosenkötter, N., Borrmann, B., Arnold, L. & Böhm, A. (2020) *Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen. Public Health an der Basis*. Bundesgesundheitsblatt, No. 9, S. 1067–1075.
- Rowlands S. (2011) *Misinformation on Abortion*, Eur J Contracept Reprod Health Care, Vol. 16, S. 233–240.

- Schneider, M., Eckardt, S., Torenz, R., Thonke, I., Vollmer, H., Wyrobisch-Krüger, A. & Hahn, D. (2023) *Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland*, Z Sexualforsch, Vol. 36, S. 213–222.
- Schulz, M., Mack, B. & Renn, O. (2012) *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Swartzendruber, A., Newton-Levinson, A., Feuchs, AE., Phillips, AL., Hickey, J. & Steiner, RJ. (2018) *Sexual and Reproductive Health Services and Related Health Information on Pregnancy Resource Center Websites: A Statewide Content Analysis*, Womens Health Issues, Vol. 28, S. 14–20.
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2012) *Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit*, Verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf (10.08.2024).
- Wu, J., Greene, M., Happ, M., Trahair, E., Montoya, M. & Swartz, JJ. (2023) *Medication Abortion on TikTok: Mis-information or Reliable Resource?*, Am J Obstet Gynecol, Vol. 228, S. 749–751.

5.3 Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

Die im Rahmen der ELSA-Studie durchgeführte Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation einschließlich der regionalen Verteilung von Versorgungsangeboten setzt sich aus fünf Untersuchungsteilen zusammen (vgl. Abb. 5.3.1).

Abb. 5.3.1: Untersuchungsteile zur medizinischen Versorgungssituation in Arbeitspaket 3



In einem **ersten Schritt** wurden in sämtlichen Bundesländern Interviews mit den für die Sicherstellung der Schwangerschaftsabbruchversorgung verantwortlichen Stellen durchgeführt. Zentrales Ziel dieser Untersuchung war, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die aktuelle Versorgungssituation bewertet wird, auf welcher Datengrundlage die aktuelle Versorgungssituation bewertet wird sowie ob und welcher aktuelle und zukünftige Handlungsbedarf gesehen wird.

Zweitens wurden zur Analyse der deutschlandweiten Versorgungssituation Meldedaten des Statistischen Bundesamtes genutzt. Dafür wurde auch eine Sonderauswertung von Daten der amtlichen Statistik der Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, um Aufschlüsse über die regionale Verbreitung von medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführenden und damit über regionale Versorgungsstrukturen zu erhalten.

Als **dritter methodischer Zugang** wurde eine deutschlandweite standardisierte Befragung der Ärztinnen und Ärzte durchgeführt, die in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche gemäß § 13a Schwangerschaftskonfliktgesetz, also in Verbindung mit der Beratungspflicht, vornehmen. Die Befragungsthemen umfassten u.a. die fachliche und überfachliche Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die Zahl an durchgeführten Abbrüchen, die verwendeten Methoden und Gründe für deren Anwendung. Weitere Fragen ermittelten Einstellungen und Motive, Einschätzungen der Versorgungssituation und mögliche Hindernisse, mit denen Ärzte und Ärztinnen konfrontiert sein können.

Um die Gründe für regionale Unterschiede zu erforschen, wurden 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 besonders guter bzw. schlechter Versorgung) ausgewählt, in denen sämtliche Gynäkologinnen und Gynäkologen standardisiert befragt wurden. Eine zentrale Frage war hierbei, welche Gründe Ärztinnen und Ärzte äußern, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten oder auch nicht. Zudem wurde erfasst, inwiefern aus ärztlicher Sicht Verbesserungsbedarf gesehen wird.

Im **fünften und letzten Untersuchungsteil** dieses dritten Arbeitspaketes wurden Fokusgruppen und Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Ärzte- und Berufsverbänden, Ministeriumsvertretenden und weiteren Expertinnen und Experten durchgeführt, um Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Der Darstellung der methodischen Herangehensweise der einzelnen empirischen Untersuchungen wird ein theoretischer Teil vorangestellt, in dem die für alle Untersuchungsteile wichtigen Konzepte skizziert werden.

5.3.1 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

5.3.1.1 Qualifikation

Die ärztliche Aus- und Weiterbildung bildet die Grundlage für die Bereitstellung hochwertiger medizinischer Dienstleistungen im späteren Berufsleben. Eine fundierte Qualifikation ist auch für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen entscheidend. Diese kann im Rahmen des Medizinstudiums, der fachärztlichen Weiterbildung sowie durch spezifische Fortbildungen erworben werden.

In Ländern, in denen Schwangerschaftsabbrüche nicht restriktiv behandelt werden und legal sind, gilt der Abbruch als Kernkompetenz in der Geburtshilfe und Gynäkologie (Steinauer et al. 2018). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (WHO 2022) bezeichnet die Versorgungsqualität als einen der entscheidenden Faktoren für die Abbruchversorgung in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem. Mit dem WHO Handbuch der klinischen Versorgung legt sie evidenzbasierte Empfehlungen für eine qualifizierte medizinische Abbruchversorgung vor (World Health Organisation 2023). Die amerikanische Fachgesellschaft American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) betont bereits 2014 die Bedeutung der Ausbildung zum Schwangerschaftsabbruch in Studium und in der fachärztlichen Weiterbildung und setzt sich für eine verpflichtende Vermittlung des Themas mit einer sog. opt-out Regelung - einer individuellen Widerspruchsregelung - ein (ACOG 2014).

5.3.1.1.1 Die Situation in Deutschland

Der Schwangerschaftsabbruch nimmt in der Medizin eine Sonderrolle ein. Er wird über das Strafgesetz geregelt (§ 218 und 219 StGB) und laut Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) § 12 ist niemand verpflichtet, an einer Abtreibung mitzuwirken. Auch die (Muster-) Berufsordnung für in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte formuliert in § 14: "Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden einen Abbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen" (Bundesärztekammer 2024).

5.3.1.1.2 Qualifikation im Medizinstudium

Die grundlegenden Anforderungen an die ärztliche Ausbildung sowie die Ausbildungsinhalte werden durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO), geregelt. Dabei handelt es sich um eine Rechtsverordnung, die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen wird. Für die konkrete Entwicklung der Curricula sind die Länder und dort ihre medizinischen Fakultäten zuständig. Zum Schwangerschaftsabbruch formuliert die ÄApprO als Prüfungsfach „medizinische, rechtliche und ethische Aspekte“, d. h. es besteht die Vorgabe, diese Aspekte im Studium zu behandeln. Aktuell befindet sich das Medizinstudium in einem Prozess der Neustrukturierung. Inhaltliche Grundlage ist der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der bisher fakultativ genutzt werden kann. In einer reformierten Approbationsordnung soll er rechtsverbindlich aufgenommen werden (Deutsches Ärzteblatt 2023). Der NKLM enthält Lernziele, die Handlungs- und Begründungswissen zum medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbruch beschreiben (Charité – Universitätsmedizin Berlin 2024).

5.3.1.1.3 Qualifikation in der fachärztlichen Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung liegt in der Zuständigkeit der Länder, die diese Zuständigkeit auf die Landesärztekammern (ärztliche Selbstverwaltung) übertragen haben. Für jede Ärztin und jeden Arzt ist daher die Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied sie/er ist. Die Grundlage dafür ist eine von der Bundesärztekammer erarbeitete (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO), die aber für die Landesärztekammern nur empfehlenden Charakter besitzt. Die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs wird in Deutschland bisher fast ausschließlich im Fachgebiet der Gynäkologie verortet. Die MWBO 2018 formuliert als Weiterbildungsinhalt zum Schwangerschaftsabbruch im Abschnitt zu Frauenheilkunde und Geburtshilfe die „Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung gesundheitlicher einschließlich psychischer Risiken“ (Bundesärztekammer 2018).

5.3.1.1.4 Vermittlung des Schwangerschaftsabbruchs und der Abbruchmethoden in Deutschland

Ob Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in ihrer Facharztausbildung Methoden des Schwangerschaftsabbruchs lernen können, hängt unter anderem davon ab, ob die ausbildenden Einrichtungen prinzipiell Abbrüche durchführen (Baier 2019). „Krankenhäuser in öffentlicher, privater oder und freigemeinnütziger Trägerschaft sind nicht verpflichtet, die medizinische Versorgung regional sicherzustellen. Christliche und der Kirche verbundene Krankenhäuser führen in der Regel keine Schwangerschaftsabbrüche durch“ (Die deutschen Bischöfe 2023; Groß et al. 2022). Dies betrifft in Deutschland 420 Kliniken in katholischer und auch einige in privater Trägerschaft, die grundsätzlich keinen Schwangerschaftsabbruch anbieten (Lembke 2017). In ausbildenden Einrichtungen ohne Angebot zum Schwangerschaftsabbruch kann daher auch keine Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte stattfinden (Seyler 2014). In der gynäkologischen Weiterbildungsordnung (WO) fehlen die modernen Methoden - Vakuumaspiration und der medikamentöse Abbruch - als expliziter Inhalt (Seyler 2014; Baier 2019; Baier et al. 2019).

5.3.1.1.5 Bewertung der Ausbildung zum Schwangerschaftsabbruch

Ob der Schwangerschaftsabbruch in ausreichendem Maß in Studium und fachärztlicher Ausbildung vermittelt wird, wird in Deutschland kontrovers diskutiert.

Während Repräsentantinnen und Repräsentanten der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG e. V.) und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) in einer Presseerklärung mitteilten, dass das Erlernen des Eingriffs in der medizinischen Facharzt-Ausbildung sichergestellt sei (German Board and College of Obstetrics and Gynecology 2020) und diese Aussage auch in Interviews wiederholten (Horsthemke 2022), zeigen Studienergebnisse, dass weder im Studium noch in der ärztlichen Weiterbildung der Schwangerschaftsabbruch ein obligater Bestandteil der Ausbildung ist (Seyler 2014; Czygan und Thonke 2015; Baier 2019; Baier und Behnke 2023). In den Curricula der Hochschulen wird er häufig nicht berücksichtigt oder ausschließlich im Rahmen der Medizinethik besprochen (Baier 2019). Dabei geben Medizinstudierende in Befragungen an, dass sie sich mehr Informationen zum Thema wünschen, die Möglichkeit, bei einem Eingriff zuzuschauen und mit betroffenen Frauen zu reden (Baier et al. 2019). Medizinstudierende wünschen sich sachliche Informationen zu rechtlichen und medizinischen Aspekten des Abbruchs sowie die Möglichkeit des Austausches zum Thema (Baier et al. 2019). Wenn der Eingriff nicht im Studium gelehrt wird, fehlt ihnen die Möglichkeit, sich mit der späteren Gewissensentscheidung und vorab mit der eigenen Haltung auseinanderzusetzen und wird von Ärztinnen und Ärzten als ein Hinderungsgrund angegeben, Abbrüche später anzubieten (Baier et al. 2019).

Aber auch international scheint die klinische Ausbildung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht immer gegeben bzw. wird die Ausbildung uneinheitlich bewertet. So wird beispielsweise in Großbritannien die Lehre an den medizinischen Fakultäten als uneinheitlich beschrieben und als Grund für Nachwuchssorgen diskutiert (Cohen et al. 2021). Die Heterogenität in der Lehre wird auch von Rennison et al. (2021) festgestellt. Demnach beleuchten die meisten Fakultäten die ethischen Aspekte, aber unterstützen nicht das klinische Lernen. Als Hindernisse für die Lehre wurde Zeitmangel, fehlende Bereitschaft des Personals, Schwierigkeiten beim Zugang zu klinischen Praktika und die Wahrnehmung des Schwangerschaftsabbruchs als problematisches Thema benannt. Mehrheitlich wurden Leitlinien für die Lehre befürwortet, um die Lehre zu vereinheitlichen (Rennison et al. 2021).

Auch in den USA wird beschrieben, dass im Studium und in der ärztlichen Ausbildung der Abbruch nicht regelmäßig vermittelt wird (Burns und Shaw 2020). Jedoch wird eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Ausbildung seit 2004 verzeichnet und als Grund eine Zunahme der Ausbildungsstätten genannt, in denen sich die Vermittlung des Schwangerschaftsabbruchs als verbindlicher und nicht nur optionaler Bestandteil der fachärztlichen Ausbildung etabliert hat (Steinauer et al. 2018; Polic und Rapkin 2020). Befördert wird dies durch professionelle Ausbildungsstandards (Steinauer et al. 2018). Neben der prinzipiellen Befassung mit dem Abbruch variiert die Ausbildung in den USA auch in Bezug auf die verschiedenen Abbruchmethoden (Payne und Frankel 2020).

5.3.1.1.6 Qualifikation als Einflussfaktor auf Kompetenzen, Haltung und Motivation

Werden im Studium oder der ärztlichen Ausbildung Inhalte zum Schwangerschaftsabbruch thematisiert, kann dies einen Einfluss auf die Haltung von Ärztinnen und Ärzten haben und sie ändern ihre bisherige Meinung zum Schwangerschaftsabbruch (Greenberg und Nothnagle 2018; Wheeler et al. 2012; Rivlin et al. 2020; Baier et al. 2019). Es zeigt sich ein positiver Effekt, wenn Ärztinnen und Ärzte im Studium oder in der ärztlichen Weiterbildung den Schwangerschaftsabbruch behandelt haben oder an entsprechenden Fortbildungen teilnahmen. Bei der späteren Durchführung fühlen sie sich kompetenter (Sjöström et al. 2016; Rivlin et al. 2020; Steinauer et al. 2018; Goodman et al. 2013; Myran et al. 2018). Auch beeinflusst die umfassende Ausbildung zu Schwangerschaftsabbrüchen die Einstellung dazu und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen in ihrer Praxis Schwangerschaftsabbrüche durchführen werden (Sjöström et al. 2016). Steinauer et al. beschrieben bereits 2008 einen Zusammenhang zwischen einem Angebot, Schwangerschaftsabbrüche in der klinischen Ausbildung zu erlernen und dem eigenen späteren Angebot nach Abschluss der fachärztlichen Ausbildung. Auch Turk et al. (2024) betonen die Bedeutung der Vermittlung in der Ausbildung dafür, dass Ärztinnen und Ärzte in ihrem späteren Berufsleben Abbrüche anbieten.

5.3.1.1.7 Fortbildung – Bedarf und Nutzung

Fortbildungsbedarf zu medizinischen Themen kann aus unterschiedlichen Gründen bestehen. Unter anderem um spezielle Kompetenzen zu erlangen, erworbene Kenntnisse aufzufrischen, neuen Qualitätsanforderungen durch neue Entwicklungen genügen oder um die Ausübung erforderliche Qualifikationen zu erhalten. Untersuchungen zeigen bei Ärztinnen und Ärzten einen Bedarf an Weiterbildung zur Abbruchversorgung (Lappen et al. 2021; Subasinghe et al. 2019; Tennhardt 2019; Baier et al. 2019).

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) erklärt auf ihrer Webseite als eines ihrer Ziele, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiterzuentwickeln und das evidenzbasierte Niveau der flächendeckenden Versorgung durch hochwertige Fort- und Weiterbildungen fortlaufend zu stärken (www.dggg.de/die-dggg). Für die Schwangerschaftsabbruchversorgung liegen Hinweise vor, dass die deutsche Fachgesellschaft diese

bisher nicht ausreichend in Fortbildungen und Fachtagungen behandelt (Czygan und Thonke 2015). International wird medizinischen Fachgesellschaften durch ihre hohe fachliche Glaubwürdigkeit, ihre starke Position und ihre strategischen Netzwerke eine wichtige Rolle dabei zugeschrieben, sich für eine hochwertige flächendeckende Versorgung und die Weiterentwicklung von Versorgungsstandards beim Schwangerschaftsabbruch einzusetzen (Vries et al. 2020).

In den ärztlichen Befragungen der ELSA-Studie leitet sich die Fragestellung aus den o. g. Themen ab. Erhoben wird die prinzipielle Vermittlung in der ärztlichen Ausbildung, spezifische Inhalte der Ausbildung, die individuelle Bewertung der Vermittlung und der eigenen Handlungskompetenz anhand der Ausbildung. Es werden Ausbildungsort und Ausbildungszeitpunkt erhoben, die Nutzung von und der Bedarf an Fortbildungen und Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch.

5.3.1.2 Einstellung von Ärztinnen und Ärzten zu Schwangerschaftsabbrüchen

Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist Gegenstand gesellschaftlicher Debatten. Diese Debatten spiegeln sich auch in der medizinischen Gemeinschaft wider, insbesondere unter Gynäkologinnen und Gynäkologen, bei denen sich eine große Bandbreite an Einstellungen zum Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen beobachten lässt. Die Vielfalt dieser Einstellungen ist Ausdruck der Komplexität des Themas, das nicht nur medizinische, sondern auch ethische, moralische und rechtliche Fragen umfasst. Im Mittelpunkt dieser Diskussionen stehen die Rechte und die Gesundheit der Frauen, die Selbstbestimmung über den eigenen Körper sowie verschiedene ethische Überlegungen. Die Haltung von Gynäkologinnen und Gynäkologen zu Schwangerschaftsabbrüchen, ob sie diese durchführen und welche Dienstleistungen sie anbieten, spiegelt häufig ihr persönliches, ethisches und professionelles Verständnis wider. Gleichzeitig sind diese Positionen auch ein Abbild gesellschaftlicher Debatten.

Die Einstellung gegenüber der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen lässt sich laut der Literatur in drei Kategorien differenzieren: prinzipiell gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu sein, einen Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Bedingungen (z. B. nach Indikationsstellung) durchzuführen und den freien Zugang ohne Einschränkungen für jede Frau zu unterstützen (Murphy et al. 2012; Hanschmidt et al. 2020).

Im Rahmen der ELSA-Studie wird die Einstellung von Gynäkologinnen und Gynäkologen und Anbieterinnen und Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen untersucht. Die Einstellung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen ist für die ELSA-Studie von großer Relevanz, da davon ausgegangen wird, dass sie einen Einfluss auf die Entscheidung von Gynäkologinnen und Gynäkologen hat, ob sie zukünftig Schwangerschaftsabbrüche anbieten. In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls entscheidend, die Gewissensfreiheit von Ärztinnen und Ärzten zu respektieren. Diese Freiheit erlaubt es ihnen, sich aufgrund ihrer persönlichen Überzeugungen und ethischen Standpunkte für oder gegen die Durchführung gesellschaftlich kontroverser medizinischer Praktiken wie dem Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden (Harris et al. 2018). Außerdem dient die Erhebung der Einstellung dazu, regionale Versorgungsunterschiede erklären zu können.

Hanschmidt et al. (2020) vertreten die Ansicht, dass die restriktiven gesellschaftlichen Einstellungen in einem Bundesland sich auf das Angebot und die Verfügbarkeit von Dienstleistungen auswirken. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen der Regionalbefragung wurden daher explizit nach ihrer Einstellung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen, dem Status des Embryos/ Fötus befragt. Zusätzlich interessierte uns bei Ärztinnen und Ärzten, die keine Abbrüche durchführen, wie sie mit Patientinnen umgehen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen.

Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird daran gemessen, inwieweit die Gynäkologinnen und Gynäkologen der Meinung sind, dass ein Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten Bedingungen wie schwerwiegende Gefährdung der Gesundheit der Frau, irreversible

Schädigung des Fötus, zu hohe finanzielle Belastung bis zu einem bestimmten Zeitpunkt rechtlich möglich sein sollte (gar nicht, bis zur 14. SSW p.m., über die 14. SSW p.m. hinaus). Der Status des Embryos/Fötus wird insofern differenziert, ob der Embryo als (werdendes) menschliches Leben verstanden wird.

Die Einstellung gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, wird daran gemessen, inwieweit die befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen als wichtigen Beitrag zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung oder als Verstoß gegen das ärztliche Berufsethos, Leben zu erhalten, einschätzen. Die Einstellung von Anbieterinnen und Anbietern wird hingegen über die Gründe für das Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen erhoben. Dabei können sie die Wichtigkeit von aufgeführten Gründen für ihre Entscheidung, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, auswählen.

5.3.1.3 Stigmatisierungserfahrungen von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen

Stigmatisierung stellt ein vielschichtiges und tiefgreifendes soziales Phänomen dar, bei dem Menschen aufgrund bestimmter Merkmale, Eigenschaften oder Verhaltensweisen negativ bewertet werden und ihnen ein Gefühl der Abweichung oder Minderwertigkeit vermittelt wird (Goffman 1975). Diese negativen Zuschreibungen führen dazu, dass die Betroffenen sich ausgegrenzt, abgelehnt oder minderwertig fühlen. Diese Prozesse der Stigmatisierung fördern nicht nur individuelles Leid, sondern zementieren auch soziale Barrieren, verstärken Vorurteile und tragen zur Aufrechterhaltung von Ungleichheiten in der Gesellschaft bei. Durch das Verinnerlichen dieser negativen Stereotypen können Betroffene ein geschwächtes Selbstbild entwickeln, was wiederum ihre sozialen und beruflichen Chancen erheblich beeinträchtigen kann.

Die medizinische Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wird als stigmatisierte Tätigkeit eingeordnet (O'Donnell et al. 2011; Harris et al. 2011). Sie wird in der Literatur auch als *Abortion Provider Stigma* bezeichnet und kann dabei sowohl Ärztinnen und Ärzte, als auch andere medizinische Dienstleistende betreffen. In negativen Stereotypen wird den Anbieterinnen und Anbietern von Abbrüchen zugeschrieben, gefühllos, unmoralisch und weniger kompetent als andere medizinische Kolleginnen und Kollegen zu sein (Harris et al. 2013). Abortion Provider Stigma basiert auf der Konstruktion, dass Schwangerschaftsabbrüche „schmutzige Arbeit“ sind, wodurch die, die diese Arbeit tun, ebenfalls als „schmutzig“ charakterisiert werden. Zwar gelten sie als gesellschaftlich notwendig, werden jedoch gleichzeitig auf der körperlichen, sozialen und moralischen Ebene als „schmutzig“ definiert (O'Donnell et al. 2011; Harris et al. 2011). Die Stigmatisierung der Durchführung von Abbrüchen ist tief in kulturellen, religiösen und politischen Überzeugungen verwurzelt. Stigmatisierungen können auf individueller, institutioneller oder struktureller Ebene auftreten und weitreichende Auswirkungen auf die Betroffenen haben. Dies kann sich in einer Konfrontation mit Vorurteilen, Diskriminierung, Statusverlust, (beruflichem) Stress, emotionaler Belastungen, Gefühlen von Einsamkeit, Vermeidungsstrategien, sozialer Angst, Schlafstörungen sowie Burn-Out-Symptomen ausdrücken (O'Donnell et al. 2011; Teffo und Rispel 2017; Maxwell et al. 2020; Mosley et al. 2020). Stigmatisierungserfahrungen von Anbieterinnen und Anbieter können sich letztendlich negativ auf den Zugang zu sicheren Abbrüchen auswirken.

Positive Erfahrung

In Anlehnung an die gegenwärtige Forschung wird in der ELSA-Studie konzeptuell zwischen internalisierter, antizipierter und erlebter Stigmatisierung unterschieden (vgl. Hanschmidt et al. 2016, 169 f.). In der Befragung der Anbieterinnen und Anbieter wurden antizipierte und erlebte Stigmatisierung, sowie der Umgang mit Stigmatisierungen erhoben. In der Regionalbefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen wurden Einstellungen gegenüber Anbieterinnen und Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen erfragt.

Antizipierte Stigmatisierung beschreibt die Befürchtung von Anbieterinnen und Anbietern, aufgrund ihrer Tätigkeit, der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, von anderen Personen sozial abgewertet zu werden oder in anderer Weise negative Reaktionen zu erfahren. Diese Befürchtungen sind unabhängig davon, ob diese Reaktionen tatsächlich eintreten. Diese Sorge vor potenziell negativen Reaktionen kann bei Betroffenen zu Geheimhaltungspraktiken führen, um das Risiko der befürchteten sozialen Abwertung zu vermeiden oder auch zu Praktiken der Offenlegung, um soziale Unterstützung zu erhalten. (Dawson et al. 2017; Harris et al. 2011; O'Donnell et al. 2011; Maxwell et al. 2020). Diese Strategien wurden als Umgang mit Stigmatisierungen gefasst.

Erlebte Stigmatisierung im professionellen Umfeld kann sich zum Beispiel durch fehlende Unterstützungsbereitschaft von Praxis-Kolleginnen und Kollegen bis hin zu Sabotage ihrer Arbeit zeigen (Dawson et al. 2017; Teffo und Rispel 2017; Schmuhl et al. 2020; Maxwell et al. 2020). Darüber hinaus erleben Anbieterinnen und Anbieter häufig allgemeine Geringschätzung/Marginalisierung im beruflichen Kontext (Martin et al. 2014; Harris et al. 2011; Aniteye et al. 2016). Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen trägt demnach nicht zu Prestige und Ansehen in medizinischen Fachkreisen bei (pro familia Bundesverband 2019).

Anbieterinnen und Anbieter können auch durch Patientinnen Stigmatisierung erfahren: Nicht selten rechtfertigen Patientinnen den eigene Schwangerschaftsabbruch, artikulieren aber eine Anti-Choice-Haltung und werten Anbieterinnen und Anbieter ab oder sie projizieren eigenes internalisiertes Stigma auf die Anbieterinnen und Anbieter (Harris et al. 2011; O'Donnell et al. 2011). Jenseits des direkten sozialen Umfelds berichten Anbieterinnen und Anbieter von Ängsten vor oder von tatsächlich erlebter Stigmatisierung in der Öffentlichkeit in Form von Gehsteigbelästigung, aber auch von Drohungen, Vandalismus und verbalen oder gar physischen Angriffen (Martin et al. 2014; Norman et al. 2013; Schmuhl et al. 2020; Harris et al. 2011). In verschiedenen Befragungen wird von Anbieterinnen und Anbietern berichtet, dass sie im sozialen Umfeld durch Freundinnen und Freunde oder Familienangehörige Stigmatisierung erleben. Dies kann sich negativ auf ihre sozialen Beziehungen auswirken (Dawson et al. 2017; Harris et al. 2011; O'Donnell et al. 2011; Maxwell et al. 2020).

Im Rahmen der Anbieterinnen und Anbieter-Befragung wurden Stigmatisierungserfahrungen sowie der Umgang mit Stigmatisierung in Anlehnung an die *Abortion Provider Stigma Scale* (APSS) erhoben. Die APSS beinhaltet insgesamt 35 Items zu den Bereichen Management der Offenlegung, internalisierte Zustände, soziale Verurteilung, soziale Isolation und Diskriminierung (Martin et al. 2018; Martin et al. 2014). Antizipierte Stigmatisierung wurde anhand unterschiedlicher Bedenken erfasst. Dafür sollten die befragten Anbieterinnen und Anbieter angeben, wie oft sie jeweils Bedenken haben, dass Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen schlecht über sie denken, wenn sie erfahren, dass sie Abbrüche durchführen. Außerdem wurde erfasst, wie oft die Befragten eine Ablehnung ihrer Familienangehörigen befürchten, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Antizipierte Stigmatisierung wurde mittels einer fünfstufigen Skala *nie – selten – manchmal – oft – immer* erhoben. Im Rahmen der ELSA-Studie wurde die internalisierte Stigmatisierung anhand positiver und negativer Erfahrungen erhoben, denn internalisierte Bedingungen werden sowohl mit positiven als auch negativen Erfahrungen verknüpft. Auch hierfür sollten die Anbieterinnen und Anbieter auf einer fünfstufigen Skala (*nie – selten – manchmal – oft – immer*) angeben, wie sie das Durchführen von Schwangerschaftsabbrüchen erleben. In der Erhebung sollten die Aussagen bewertet werden, ob es ihnen ein gutes Gefühl gibt, Frauen bei einem Schwangerschaftsabbruch begleiten zu können, ob sie Schwangerschaftsabbrüche wie alle anderen ärztlichen Eingriffe auch bewerten, ob sie beim Durchführen positive und negative Gefühle haben oder ob es ihnen schwerfällt, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Erlebte Stigmatisierung wurde anhand negativer Reaktionen durch Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Menschen im privaten Umfeld

erhoben. Stigmatisierungserfahrungen in der Öffentlichkeit, wie Gehsteigbelästigungen, polizeiliche Anzeigen oder Bedrohungen/Angriffe wurden ebenfalls erfasst. Darüber hinaus wurde erhoben, wie oft die Befragten Erfahrungen mit positiven Reaktionen von Seiten ihrer Kolleginnen und Kollegen und Patientinnen sowie im privaten Umfeld erfahren. Die Befragten konnten hier die vierstufige Skala *nie – selten – mehrmals – oft* nutzen. Auch wurde erfragt, ob sich die Befragten im familiären, sozialen sowie beruflichen Umfeld im Umgang mit Stigmatisierung eher für die Offenlegung ihrer Tätigkeit entscheiden. Die Befragten konnten angeben, wie oft sie offen mit Kolleginnen und Kollegen, Familienangehörigen und Freundinnen und Freunden über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen kommunizieren. Hierfür wurde eine dreistufige Skala *nie – gelegentlich – oft* gewählt.

Bei der Regionalbefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen wurde erhoben, welche Einstellung diese gegenüber den Ärztinnen und Ärzten haben, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Sie konnten angeben, wie stark sie der Aussage zustimmen, dass Anbieterinnen und Anbieter einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen leisten und der Aussage, dass Anbieterinnen und Anbieter gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen. Den Befragten wurde dafür eine vierstufige Skala *stimme zu – stimme eher zu – stimme eher nicht zu – stimme nicht zu* zur Verfügung gestellt.

5.3.1.4 Strukturelle Barrieren bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Strukturelle Barrieren, die das Angebot und die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen betreffen, können es Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich erschweren, diese Eingriffe anzubieten. Sie können die Durchführung bestimmter Abbruchmethoden behindern oder sogar dazu führen, dass Schwangerschaftsabbrüche insgesamt nicht möglich sind.

In der internationalen Literatur werden zahlreiche strukturelle Barrieren genannt, die für Ärztinnen und Ärzte und weiteres am Schwangerschaftsabbruch beteiligtes medizinisches Personal relevant werden können. Diese Barrieren sind in hohem Maße abhängig von den rechtlichen Rahmenbedingungen, arztrechtlichen Regelungen, dem institutionellen Umfeld und den Strukturen der länderspezifischen Gesundheitssysteme vor Ort, die sich von Land zu Land stark unterscheiden (Coast et al. 2018). Viele dieser strukturellen Barrieren, mit denen sich Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal in unterschiedlichen Ländern in ähnlicher Weise konfrontiert sehen, können auch für Deutschland von Bedeutung sein. Strukturelle Barrieren wurden in den vorliegenden Ärztinnen und Ärztebefragungen den sogenannten äußeren Barrieren zugeordnet. Davon abgrenzend können auch innere Barrieren, wie beispielsweise eine persönliche Haltung oder Einstellung sowie stigmatisierungsbezogene Barrieren identifiziert werden.

Die wesentlichen strukturellen Barrieren, die in den Befragungen von Ärztinnen und Ärzte erfasst und operationalisiert wurden, sind im Folgenden aufgeführt.

5.3.1.4.1 Rechtliche Barrieren

Die Einbettung des Schwangerschaftsabbruchs in einen strafrechtlichen Kontext kann zu einer generellen Rechts- und Handlungsunsicherheit bei Ärztinnen und Ärzten führen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten (wollen). Dies zeigt sich in Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch strafrechtlich geregelt ist (Costa et al. 2013; Sjöström et al. 2016; Hanschmidt et al. 2020; Faúndes et al. 2013; Doran und Nancarrow 2015), so auch in Deutschland (Busch 2019), wo Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich zu anderen medizinischen Eingriffen restriktiven rechtlichen Rahmenbedingungen unterliegen. In Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch (StGB) in den §§ 218-219b geregelt. Er ist nach der Beratungsregelung rechtswidrig, bleibt aber unter bestimmten Voraussetzungen (Pflichtberatung, Wartezeit etc.) straffrei. Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland im Strafgesetzbuch

(StGB) in den §§ 218-219b geregelt. Er ist nach Beratungsregelung rechtswidrig, bleibt aber unter bestimmten Bedingungen (Pflichtberatung, Wartezeit usw.) straffrei.

5.3.1.4.2 Organisatorischer Aufwand

In vielen Ländern bestehen weitere institutionelle und logistische Hürden, die das Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen oder bestimmten Methoden erschweren können (Hulme-Chambers et al. 2018; Greenberg und Nothnagle 2018; Guilbert et al. 2020; Doran und Nancarrow 2015). Dazu gehören der lokale Kontext (städtisch oder ländlich), die politische Umgebung (konservativ oder liberal), die Vernetzung mit anderen Kolleginnen und Kollegen sowie die Position im beruflichen Umfeld (z. B. Klinik oder Praxis, Hierarchiestufe, Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde oder Allgemeinmedizin) und das Alter der Ärztinnen und Ärzte. In Deutschland gibt es sowohl ähnliche als auch spezifische Herausforderungen, die Barrieren für das ärztliche Handeln im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen darstellen können (Busch 2019).

5.3.1.4.3 Eingeschränkter Zugang zu den erforderlichen Medikamenten

Wie auch in anderen Ländern bestehen in Deutschland logistische Einschränkungen für den Vertrieb der für Schwangerschaftsabbrüche erforderlichen Medikamente. Dies betrifft zum einen den Wirkstoff Mifepriston, ein Progesteronhemmer, der für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch benötigt wird und der unter dem Label *Mifegyne* in Deutschland seit 2018 nur über den sog. Sondervertriebsweg bestellt werden kann (§ 47a AMG) und mit einem erhöhten bürokratischen Aufwand verbunden ist, denn jede einzelne Tablette muss registriert und die dazu geführten Unterlagen müssen fünf Jahre aufbewahrt werden. Zum anderen betrifft es den Wirkstoff Misoprostol, der beim operativen Schwangerschaftsabbruch einige Stunden vor dem Eingriff angewendet wird, um den Muttermund für den Eingriff weicher zu machen, beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wird der Wirkstoff für die Ausstoßung des Schwangerschaftsgewebes aus der Gebärmutter benötigt. Seit April 2021 existiert in Deutschland ein Importstopp für *Cytotec*®, eine Tablette mit 400 Mikrogramm Misoprostol, das bis dato im sog. Off-Label-Use für Schwangerschaftsabbrüche verwendet wurde. Es ist seitdem noch schwerer für Ärztinnen und Ärzte, an den Wirkstoff zu gelangen (Binışık 2021). Die als Alternative zur Verfügung stehende *MisoOne*® enthält ebenfalls 400 Mikrogramm Misoprostol, ist aber um ein Vielfaches teurer und unterliegt ebenfalls dem o.g. Sondervertriebsweg. Auch in vielen anderen Ländern bestehen solcherart Restriktionen (Dawson et al. 2017; Doran und Nancarrow 2015). Beide Medikamente wurden bereits 2003 von der WHO als hochwirksam, sicher und leicht zu handhaben eingestuft (World Health Organisation 2003) und 2005 in die Liste der essenziellen Medikamente der WHO aufgenommen.

5.3.1.4.4 Gesonderte Erlaubnis zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

In den Bundesländern Brandenburg²², Bayern²³, Bremen²⁴, Rheinland-Pfalz²⁵ und Sachsen-Anhalt²⁶ müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei den zuständigen Behörden eine gesonderte Erlaubnis zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen beantragen. Dazu müssen je nach Bundesland bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, z. B. die Anerkennung als Fachärztin und Facharzt der Gynäkologie, weitere Fortbildungspflichten, personelle Voraussetzungen, räumliche und apparative Ausstattung. In einigen Bundesländern wird für die Durchführung eines

²² Richtlinie für die Zulassung ambulanter Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen

²³ Art. 3 Bayerisches Schwangerenilfeergänzungsgesetz (BaySchWHEG)

²⁴ Richtlinien über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen im Land Bremen

²⁵ § 3, Landesgesetz zur Ausführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und anderer Gesetze (AGSchKG)

²⁶ § 6 Abs. 2, Ausführungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt zum Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG-AG LSA)

medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zudem eine Zulassung zum ambulanten Operieren benötigt, wofür es keinen fachlichen Grund gibt (pro familia Bundesverband 2019). Die Notwendigkeit, eine gesonderte Erlaubnisse zu beantragen sowie den jeweiligen Anforderungen zu entsprechen, kann eine Barriere für das Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen darstellen.

5.3.1.4.5 Erweiterte Dokumentations- und Meldepflichten

Laut § 18 Abs. 1 SchKG sind Inhabende von Arztpraxen und Leitende von Kliniken, in denen Abbrüche in den letzten zwei Jahren durchgeführt wurden, auskunftspflichtig. Sie müssen die in § 16 Abs. 1 gelisteten Merkmale (u. a. Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Dauer der Schwangerschaft, Art des Eingriffs, Komplikationen, Bundesland des Eingriffs) quartalsweise dem statistischen Bundesamt melden.

Diese umfangreichen Dokumentations- und Nachweispflichten können eine erhebliche Barriere für das Anbieten von Schwangerschaftsabbrüchen darstellen. Die Notwendigkeit, detaillierte Daten zu erfassen und regelmäßig zu melden, kann für Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal zusätzlichen organisatorischen Aufwand bedeuten. Dies könnte dazu führen, dass einige Praxen oder Kliniken weniger bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, da die erforderlichen administrativen Ressourcen eine besondere Herausforderung für sie darstellen. Zudem könnte die Angst vor rechtlichen Konsequenzen oder der Sorge um die Vertraulichkeit der Patientinnen dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte sich zurückhalten, was letztlich die Verfügbarkeit von Abbruchdiensten einschränkt.

5.3.1.4.6 Vergütung

Da Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung rechtswidrig sind, ist der Eingriff nach § 24 Abs. 3 SGB V keine reguläre Kassenleistung. Nach § 19 SchKG werden die Kosten des Eingriffs bei Frauen mit niedrigem Einkommen von den Ländern übernommen. Dazu müssen die Frauen einen Antrag auf Kostenübernahme bei einer Krankenkasse stellen, die die Abrechnung mit den Ärztinnen und Ärzten durchführt. Laut § 21 Abs. 3 SchKG haben Ärztinnen und Ärzte „Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch [...] zahlt“. Die Finanzierung über die Länder, die sich auf die Vergütung des Eingriffs selbst bezieht, führt zu einer unterschiedlichen Höhe der Vergütung in den Bundesländern (pro familia Bundesverband 2019). Da die Vor- und Nachsorge eines Abbruchs, auch bei Komplikationen, Teil der Regelversorgung ist, gibt es hierfür festgelegte Beträge. Dies hat wiederum zur Folge, dass beispielsweise Hausärztinnen und -ärzte im Vergleich zu Gynäkologinnen und Gynäkologen für die Vor- und Nachsorge weniger Ziffern bei der Krankenkasse abrechnen dürfen. Anbieterinnen und Anbieter bewerten daher unterschiedlich, ob die Vergütung ausreichend ist.

5.3.1.4.7 Barrieren für die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs

Neben dem beschriebenen logistischen Aufwand gibt es Barrieren, von der die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs im besonderen Maß betroffen ist. Die besondere Dokumentations- und Nachweispflicht im Rahmen des Sondervertriebswegs für den Zugang zu Mifegyne und Cytotec/MisoOne kann eine spezifische Barriere für das Anbieten medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche darstellen. Auch eine im Vergleich zum operativen Abbruch zu niedriger Vergütung und Kostenerstattung der medikamentösen Abbruchmethode kann eine Barriere für das Anbieten dieser Methode darstellen (Fiala 2012). Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch wird in Deutschland mit einem geringeren Betrag vergütet als ein operativer Abbruch (pro familia Bundesverband 2019). Darüber hinaus ist bei einem medikamentösen Abbruch der Home Use des zweiten Medikaments in der Kostenübernahme nicht geregelt: Ärztinnen und Ärzte befinden sich hier in einem rechtlichen „Graubereich“ (pro familia Bundesverband 2019). Wenn Ärztinnen und Ärzte aus diesem Grund den von vielen Frauen

bevorzugten Home Use nicht anbieten möchten und den medikamentösen Abbruch ausschließlich in der Praxis durchführen wollen, sind sie mit höheren Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten konfrontiert und benötigen einen zusätzlichen Aufenthaltsraum (pro familia Bundesverband 2019). Allerdings verfügt nicht jede Praxis über einen zusätzlichen Aufenthaltsraum. Darüber hinaus kann die erforderliche Rufbereitschaft im Falle von Komplikationen, insbesondere beim Home-Use, eine Barriere darstellen, medikamentöse Abbrüche anzubieten.

5.3.1.4.8 Fehlende Unterstützung im beruflichen Umfeld

Im Zusammenhang mit Barrieren wird in der Literatur auch die fehlende Unterstützung im professionellen Umfeld genannt. Nach § 12 Abs. 1 SchKG (sowie für Ärztinnen und Ärzte auch § 14 der Musterberufsordnung) ist in Deutschland niemand dazu verpflichtet, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, solange nicht das Leben der Frau in Gefahr ist. In vielen weiteren Ländern gilt ein ähnliches Weigerungsrecht, das auch als „Verweigerung aus Gewissensgründen“ (*conscientious objection*) bezeichnet wird (Harris et al. 2018). Diverse Studien kommen zu dem Ergebnis, dass bei Anbieterinnen und Anbietern u. a. wegen des Weigerungsrechts Schwierigkeiten bestehen, OP-Personal zu finden, das bereit ist, an Abbrüchen mitzuwirken oder Kolleginnen und Kollegen zu finden, die sich für die Nachsorge oder bei Komplikationen zur Verfügung stellen (Dressler et al. 2013; Freedman et al. 2010; Teffo und Rispel 2017; Norman et al. 2013; Dawson et al. 2017; Greenberg et al. 2012; Harris et al. 2018; Keogh et al. 2019). Zudem berichten Anbieterinnen und Anbieter über fehlende Unterstützung auf der Leitungsebene und damit einhergehenden Terminschwierigkeiten, Operationsräume zu buchen oder Material, Medikamente und passende Ausrüstung zu erhalten (Teffo und Rispel 2017; Dressler et al. 2013; Greenberg et al. 2012; Harris et al. 2018; Keogh et al. 2019; Die deutschen Bischöfe 2023). Darüber hinaus ist es manchen Anbieterinnen und Anbietern auf institutioneller Ebene nicht gestattet, Abbrüche durchzuführen, z. B. in Kliniken in konfessioneller Trägerschaft oder in Gemeinschaftspraxen (Freedman et al. 2010; Dawson et al. 2017; Harris et al. 2018; Freedman et al. 2017; Hasselbacher et al. 2020).

Unter anderem daraus ergibt sich, dass Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, immer wieder von professioneller Isolation berichten. Ihnen fehlt der fachliche Austausch mit anderen Ärztinnen und Ärzten. Durch die fehlende Bereitschaft der Kolleginnen und Kollegen, Abbrüche anzubieten, sind viele mit einer hohen Patientinnen-Nachfrage konfrontiert, was konsekutiv dazu führen kann, dass der Anteil an Abbrüchen an ihrer beruflichen Tätigkeit zunimmt und die Ärztinnen und Ärzte dadurch noch mehr auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen festgeschrieben werden (Dressler et al. 2013; Teffo und Rispel 2017). Weitere Themen, die Barrieren darstellen können wie beispielsweise fehlende oder unzureichende Qualifikation, Fortbildung und Erfahrungen, die mit Stigmatisierung verbunden sind, sind unter gleichnamigen Konzepten dargestellt.

5.3.1.5 Erklärungsansätze für regionale Versorgungsvarianten bei Schwangerschaftsabbruch

Bislang wurden die grundlegenden Ursachen für regionale Unterschiede in der Versorgung kaum untersucht (OECD 2014, S. 245; Nolting 2015). Zentral für die Fragestellung der ELSA-Studie ist die Unterscheidung zwischen gerechtfertigten und ungerechtfertigten Versorgungsvarianten (OECD 2014, S. 259; Vogt und Ermann 2020). Gerechtfertigte Unterschiede in der Versorgung lassen sich durch Variabilität in Morbidität, Bedarf oder den Präferenzen der Patientinnen erklären. Ungerechtfertigte Unterschiede hingegen können mit diesen Faktoren nicht begründet werden (Chalkidou 2009; Crandall et al. 2011; Griggs et al. 2009; Hickie et al. 1999; Goodman 2009, 5 ff.; Mercuri und Gafni 2011, S. 673). Bezogen auf den Schwangerschaftsabbruch ergeben sich hier beispielsweise mögliche gerechtfertigte regionale Versorgungsvarianten hinsichtlich der

Verfügbarkeit von Angeboten aufgrund unterschiedlicher Abbruchraten.²⁷ Sind Versorgungsvarianten nicht gerechtfertigt, können sie Hinweise sein für Über-, Unter- und Fehlversorgung (Wennberg 2002) sowie für Unterschiede im Versorgungszugang (Nolting 2015, S. 17). Dies kann bezogen auf den Schwangerschaftsabbruch bedeuten, dass Frauen weitere Strecken zurücklegen müssen, um das nächste Angebot zu erreichen, was regionale Unterschiede im Zugang zur Folge hat. Dazu haben wir bei den Ärztinnen und Ärzten erfragt, wie groß das Einzugsgebiet ist, aus dem die Patientinnen kommen, bei denen sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Ein größeres Einzugsgebiet würde somit Hinweise auf eine weniger gute Erreichbarkeit geben.

Darüber hinaus unterscheidet man bei den Erklärungsansätzen für regionale Versorgungsunterschiede zwischen Einflussfaktoren, die entweder auf der Angebotsseite oder auf der Nachfrageseite zu finden sind (OECD 2014, S. 259). Faktoren auf der Nachfrageseite sind bezogen auf Schwangerschaftsabbruch die Methodenpräferenz der Patientinnen sowie die bereits erwähnten Abbruchraten. Als Faktoren auf der Angebotsseite sind insbesondere die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, regionale Versorgungsketten und strukturelle Faktoren zu nennen. Darüber hinaus gibt es eine Gruppe von Faktoren, die wir als soziokulturelle Faktoren bezeichnen und die insbesondere Einstellungen von Ärztinnen und Ärzten, gesellschaftliches Klima, Stigmatisierungserfahrungen und Religion/Religiosität umfassen. Faktoren, zu denen wir in den Ärztinnen und Ärzte-Befragungen Daten erhoben haben, werden im Folgenden detaillierter vorgestellt.

Bei präferenzsensitiven Versorgungsleistungen existieren alternative Behandlungsstrategien mit unterschiedlichem Nutzen und Schaden für die Patientinnen. Die Entscheidung für eine bestimmte Methode sollte in einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen der Patientin und dem Arzt oder der Ärztin getroffen werden. So kann die Entscheidung über die Anwendung der operativen oder medikamentösen Methode des Schwangerschaftsabbruchs auf der Grundlage der Präferenz der Patientinnen getroffen werden. Hier sind regionale Variationen dann theoretisch begründbar (Sepucha et al. 2006) und dadurch erklärbar. Die Untersuchung der Ursachen für regionale Variationen in dieser Kategorie ist methodisch schwierig, da häufig nicht abschließend geklärt werden kann, ob diese tatsächlich allein auf unterschiedliche Präferenzen zurückzuführen sind oder nicht. Bei einem Schwangerschaftsabbruch kann das bedeuten, dass sich Frauen häufiger für eine bestimmte Methode entscheiden oder eine Wahlmöglichkeit gar nicht für sie bestanden hat. In den ELSA-Ärzte-Befragungen wurde erhoben, welche Methoden Ärztinnen und Ärzte anbieten und wenn sie nicht beide Methoden anbieten, warum sie das nicht tun. Zudem wurde erfragt, unter welchen Bedingungen sie die Curettage anwenden, um mögliche Erklärungsansätze für regionale Unterschiede hinsichtlich des Methodenangebots zu untersuchen und ob diese eher präferenz- oder angebotsabhängig sind.

²⁷ Jedoch zeigen Studien, dass fehlende bzw. schlecht erreichbare Anbieterinnen und Anbieter für einen Schwangerschaftsabbruch wiederum auch eine geringere Abbruchrate zur Folge haben können, beides also zusammenhängen kann.

Angebotsinduzierte Versorgungsleistungen sind solche, für die klare Empfehlungen fehlen und die vor allem durch das verfügbare Angebot bestimmt werden. Zum Beispiel könnte eine regional höhere Quote an chirurgischen Eingriffen darauf zurückzuführen sein, dass es weniger Anbieterinnen und Anbieter gibt, die medikamentöse Verfahren vornehmen. Gründe für Unterschiede im Methodenangebot können auch in der Qualifikation der Anbieterinnen und Anbieter liegen, wenn zum Beispiel eine Methode in der fachärztlichen Weiterbildung nicht vermittelt wurde und dazu keine Erfahrungen vorliegen.

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass das Fehlen von Leitlinien, wie es für den Schwangerschaftsabbruch bis vor Kurzem in Deutschland noch der Fall war, dazu führen kann, dass sich regional unterschiedliche „Faustregeln“ für die Durchführung einer bestimmten Prozedur etablieren (Skinner 2012). Daher wurde in den Befragungen auch erhoben, wie, wo und zu welchen Methoden sich Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen qualifiziert haben. Abgesehen von Fragen des Methodenangebots und der Qualifikation können darüber hinaus Unterschiede in der Leistungsfähigkeit regionaler Versorgungsketten (Nolting 2015, S. 20) für die Erklärung regionaler Versorgungsunterschiede relevant sein. Es wurde daher erhoben, inwiefern Ärztinnen und Ärzte, die keine Abbrüche durchführen, Frauen mit Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch an Einrichtungen weiterleiten, die Abbrüche durchführen. Darüber hinaus wurden die Anbieterinnen und Anbieter gefragt, inwiefern sie wissen, wohin sie Frauen mit spezifischen Bedarfen, z. B. nach Sprachmittlung, barrierefreien Zugängen und bei risikoreichen medizinischen Voraussetzungen weiterleiten können. Weiterhin sind strukturelle Faktoren zu nennen, die sich beispielsweise auf unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen beziehen. Dazu zählen zum Beispiel länderspezifische Regelungen bezüglich der Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen, die sich in regional unterschiedlichen Vergütungshöhen für medikamentöse und operative Abbrüche ausdrücken können. Sie können aber auch dazu beitragen, dass Frauen, die ihren Abbruch selbst zahlen, regional unterschiedlich hohe Beträge zahlen müssen. Die Anbieterinnen und Anbieter wurden daher gefragt, wie hoch die Kosten für einen Abbruch sind, wenn ihre Patientinnen selbst zahlen müssen. Die Anbieterinnen und Anbieter wurden darüber hinaus gefragt, wie sie die Vergütungshöhe bewerten. In der Regionalbefragung wurde erhoben, ob eine zu niedrige Vergütung ein Grund ist, keine Abbrüche anzubieten.

Bei Schwangerschaftsabbrüchen spielen soziokulturelle Faktoren wie gesellschaftliche Einstellungen, persönliche Erfahrungen mit Stigmatisierung, sowie Religion und Religiosität, aber auch das allgemeine gesellschaftliche Klima eine bedeutsame Rolle. Deshalb wurden in der regionalen Befragung die Ärztinnen und Ärzte auch zu ihren Einstellungen befragt (vgl. Kapitel 7.3.3.4), während die Anbieterinnen und Anbieter zu ihren Erfahrungen mit Stigmatisierung Auskunft geben sollten (weitere Informationen in Kapitel 7.3.4.7). In beiden Befragungen wurden darüber hinaus Einschätzungen zum gesellschaftlichen Klima gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen in der Region sowie die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft und Religiosität erhoben.

Eine Übersicht zu den genannten Faktoren zeigt Abb. 5.13.

Abb. 5.13: Faktoren, die regionale Versorgungsvarianten bei Schwangerschaftsabbruch erklären können



Quelle: Eigene Darstellung

In den nachfolgenden Abschnitten wird das methodische Vorgehen der einzelnen empirischen Erhebungen der Reihenfolge nach dargestellt.

5.3.2 Strukturdatenanalyse zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch (AP 3-1)

5.3.2.1 Berechnung von Versorgungsindikatoren

5.3.2.1.1 Verwendete Daten

Der Projektantrag sah vor, für die Strukturdatenanalyse die Anzahl der Einrichtungen, die Abbrüche an das StBA melden („Meldestellen“) vom Statistischen Bundesamts (StBA) auf Ebene der Landkreise zu nutzen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden diese Daten vom StBA nicht zur Verfügung gestellt. Daher wurde nach alternativen Datenquellen gesucht. Im Folgenden werden die verwendeten Daten dargestellt, danach das methodische Vorgehen für die Strukturdatenanalyse beschrieben.

Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamts

Das Statistische Bundesamt (StBA) ist nach §§ 15 ff. SchKG damit beauftragt, eine Bundesstatistik über vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Das StBA erhebt dazu u.a. Daten zu der Anzahl der durchgeführten Abbrüche, den rechtlichen Voraussetzungen des Abbruchs (Pflichtberatung oder Indikation), dem Bundesland, in dem der Abbruch vorgenommen wurde und dem Bundesland, in dem die Schwangere wohnte. Alle Einrichtungen, in denen innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Quartalsende Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, sind nach § 18 (1) SchKG gegenüber dem Bundesamt auskunftspflichtig. Diese medizinischen Einrichtungen werden als Meldestellen bezeichnet. Das StBA erfasst die Namen und Anschriften der Meldestellen nach § 17 (1) SchKG als sogenannte Hilfsmerkmale, die lediglich für die technische Durchführung der Statistik erhoben werden dürfen und daher nicht für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung gestellt werden. Nach § 18 (3) SchKG sollen im Fall von Arztpraxen

die Landesärztekammern und im Fall von Krankenhäusern die zuständigen Gesundheitsbehörden dem StBA auf dessen Anforderung die Anschriften der Einrichtungen, die Abbrüche vornehmen, mitteilen.

Seit dem 4. Quartal 2018 veröffentlicht das StBA die Anzahl der Meldestellen in den Bundesländern online (Statistisches Bundesamt 2021b). Die Aussagekraft der Zahlen des StBA zu den Meldestellen ist in Bezug auf die regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit begrenzt: Zum einen ist nicht erkenntlich, ob mehrere und wie viele Ärztinnen und Ärzte Abbrüche in dieser Meldestelle anbieten oder ob manche Ärztinnen und Ärzte in mehreren Meldestellen Abbrüche vornehmen. Die Anzahl der Meldestellen lässt folglich keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Anzahl der Anbieterinnen und Anbieter zu. Zum anderen sagt die Anzahl der Meldestellen nichts darüber aus, inwiefern sie bekannt machen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, also ob ungewollt Schwangere überhaupt Zugang zur Einrichtung finden können. Weiterhin geht aus den Zahlen nicht hervor, wie viele Kapazitäten die Anbieterinnen und Anbieter für Schwangerschaftsabbrüche haben bzw. bereithalten. Das StBA stellt die Zahlen der Meldestellen zudem nur auf Ebene der Bundesländer bereit, denn nur das Bundesland ist nach § 16 (1) Nr. 6 SchKG auch Erhebungsmerkmal. Jedoch stellt die Ebene der Bundesländer keine ausreichende Gliederungstiefe zur Erfassung regionaler Versorgungslagen bei Schwangerschaftsabbruch dar. Zum Vergleich: In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, die die Verteilung von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten im Raum im Verhältnis zur Bevölkerung regelt, werden je nach ärztlicher Tätigkeit unterschiedlich große Planungsebenen angesetzt. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung, worunter auch die gynäkologische Versorgung fällt, sind die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion als Planungsbereiche vorgesehen (§ 12 (3) G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss 30.09.2021). Selbst die spezialisierte fachärztliche Versorgung (z. B. Radiologinnen und Radiologen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten) wird auf Ebene von Raumordnungsregionen geplant, die in der Regel etwa vier Kreise zusammenfassen und damit unterhalb der Bundeslandebene liegen.

Sonderauswertung des StBA zu Größenklassen der Meldestellen

Wir verwenden Daten auf Bundeslandebene aus einer vom Forschungsprojekt ELSA beauftragten Sonderauswertung des StBA von Daten zu spezifischen Fragestellungen des Projektes (Statistisches Bundesamt 2022a). Diese Sonderauswertung umfasst eine Differenzierung der Meldestellen in den Bundesländern nach Anzahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2020. Die Anzahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurde dafür in die Größenklassen 0²⁸, 1-10, 11-50, 51-250, 251-500, 501-1.000 sowie 1.001 und mehr unterteilt. Aus Datenschutzgründen hat das StBA in einigen Bundesländern mehrere Größenklassen zusammengefasst. Auch für diese Daten treffen die bereits im vorhergehenden Absatz genannten Limitationen bezüglich der Aussagekraft der Meldestellen zu. Die Sonderauswertung ermöglicht es jedoch, erstmals eine Aussage darüber zu treffen, wie viele Schwangerschaftsabbrüche in den Meldestellen vorgenommen werden.

²⁸ In die Größenklasse „0“ finden die sogenannten Fehlmeldungen Eingang, die durch die Vorschriften zur Meldepflicht entstehen. Da eine Meldestelle zwei Jahre lang meldepflichtig ist, werden auch Meldestellen, die in einem Berichtsjahr keinen Abbruch durchgeführt haben, als Meldestellen erfasst.

Daten aus parlamentarischen Anfragen in Bayern und Hessen

Neben Daten des StBA wurden Daten aus zwei parlamentarischen Anfragen im bayerischen und hessischen Landtag genutzt. Für die sieben bayerischen Regierungsbezirke liegt für das Jahr 2020 die Anzahl von ambulanten Einrichtungen vor, die eine Erlaubnis²⁹ besitzen, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, sowie die Anzahl der Kliniken, die bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchzuführen (Bayerischer Landtag 2020). Für Hessen liegt die Anzahl der Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, auf Landkreisebene für das Jahr 2018 vor (Hessischer Landtag 2018). Diese Anzahl der Einrichtungen (n=114) unterscheidet sich von der Anzahl der Meldestellen, die das StBA 2018 für Hessen erfasst hat (n=81) (Statistisches Bundesamt 2021a), da die Daten der hessischen Landesregierung nicht auf den Meldestellen basieren, sondern auf Abrechnungsdaten zur Kostenerstattung (Hessischer Landtag 2022). So ist es beispielsweise möglich, dass mehrere Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche gesammelt über ein ambulantes OP-Zentrum, in dem die Abbrüche durchgeführt werden, an das StBA melden und somit als eine Meldestelle gelten, die Kosten aber einzeln abrechnen.

5.3.2.1.2 Methodisches Vorgehen

Es wurden verschiedene Versorgungsindikatoren für die Bundesländer (2022), die Regierungsbezirke in Bayern (2020) und die Landkreise in Hessen (2018) berechnet:

Versorgungsdichte: Arzt-Einwohnerinnen und Einwohner-Verhältniszahlen sind typische Indikatoren zur Messung der Verfügbarkeit von Angeboten in der Versorgungsforschung. So sind auch für die Bedarfsplanung der ambulanten gynäkologischen Versorgung in der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA entsprechende Richtwerte für Ärztinnen und Ärzte pro Frauen festgelegt (G-BA 16.03.2023). Als Indikator für die Zugangsdimension Verfügbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch wurde daher die Anzahl der Frauen im reproduktiven Alter (15-49 Jahre) pro Meldestelle (Bundesländer 2022) bzw. pro Einrichtung (Hessischer Landtag 2018; Bayerischer Landtag 2020) berechnet.

Durchschnittliche Fallzahl: Um die zum Teil deutlichen regionalen Unterschiede in den Abbruchraten (Verhältnis von Abbrüchen und Frauen im reproduktiven Alter) und somit in den Bedarfen nach Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch ebenfalls in der Analyse zu berücksichtigen, wurde die durchschnittliche Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen pro Meldestelle (Bundesländer 2022) berechnet. Wir haben hier zwei verschiedene Varianten des Indikators erstellt. Bei der ersten Variante lag das Bundesland als Land zugrunde, in dem der Eingriff stattfand (durchschnittliche Fallzahl nach Eingriffsland). Die zweite Variante basiert auf dem Bundesland, in dem die Frau zum Zeitpunkt des Abbruchs wohnte (durchschnittliche Fallzahl nach Wohnland). Dadurch lassen sich Effekte der Mitversorgung und des Mitversorgt-Werdens zwischen den Bundesländern aufzeigen.

„Kleine“ Meldestellen: In Ergänzung zu den beiden beschriebenen Indikatoren zur Verfügbarkeit wurde zudem der Anteil der Meldestellen mit 0-10 durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen im Jahr 2020 berechnet (Bundesländer 2020). Der Indikator zeigt an, wie gleichmäßig bzw. ungleichmäßig die Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen verteilt sind.

Fläche: Dieser Indikator beschreibt die durchschnittliche Fläche in Quadratkilometern pro Meldestelle (Bundesländer 2022) bzw. pro Einrichtung (Hessen 2018, Bayern 2020) und kann damit

²⁹ In einigen Bundesländern benötigen Ärztinnen und Ärzte eine gesonderte Erlaubnis, um Schwangerschaftsabbrüche durchführen zu dürfen. Siehe für nähere Informationen dazu Kapitel 5.3.3 (AP 3-2).

grob Unterschiede hinsichtlich der räumlichen Erreichbarkeit der Meldestellen zwischen den Bundesländern abbilden.

Die Kartendarstellungen wurden mit Hilfe von PowerBI als Kartendiagramme erstellt. Die Beschriftungen wurden händisch in Adobe InDesign hinzugefügt.

5.3.2.1.3 Limitationen

Berechnungen zur Fläche pro Meldestelle/Einrichtung sagen wenig über reale Fahrtzeiten aus. Fahrtzeiten sind abhängig von der Verkehrsinfrastruktur und vom Transportmittel (Auto, ÖPNV, usw.). Zahlen stellen lediglich Durchschnittswerte dar, die Einrichtungen verteilen sich jedoch nicht gleichmäßig über die Fläche. Zudem überqueren ungewollt Schwangere Landkreis- wie auch Bundeslandgrenzen aufgrund der besseren Erreichbarkeit. Die Zahlen dienen daher als erster Anhaltspunkt dafür, in welchen Regionen eine erschwerte räumliche Erreichbarkeit gegeben sein kann.

5.3.2.2 Erreichbarkeitsanalyse mit Adressliste

Für eine weniger grobe Analyse der Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch wurde eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt, die Fahrtzeiten zum nächsten Angebot abbildet. Der Vorteil einer Berechnung von Fahrtzeiten gegenüber Entfernungen ist, dass die vorhandene Verkehrsinfrastruktur stärker in die Berechnung einbezogen wird. Da keine Daten über reale Fahrtzeiten vom Wohnort zur Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch verfügbar sind, haben wir die Fahrtzeiten statistisch berechnet. Nachteil einer statistischen Berechnung ist, dass hier lebensweltliche Bedingungen, wie die Zeit, die für die Parkplatzsuche benötigt wird, Verkehrsstaus, Berufsverkehr, usw. nicht bzw. nur unzureichend abgebildet sind. Daher liegen statistisch berechnete Fahrtzeiten meist unter den realen Fahrzeiten (BMVI 2022).

5.3.2.2.1 Verwendete Daten

Für die Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, wurde in aufwändiger Eigenrecherche eine Liste mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Kliniken erstellt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Diese Liste enthält 1.380 Namen und Adressen von Ärztinnen und Ärzten und Kliniken. Nähere Informationen zur Vorgehensweise dazu finden sich in Kapitel 5.3.5.1. Da die Liste durch eine Eigenrecherche entstanden ist, kann hier, anders als bei den Meldestellen, vorausgesetzt werden, dass diese Liste nur solche Einrichtungen enthält, deren Angebot in irgendeiner Weise bekannt ist. Entweder dadurch, dass die Einrichtungen es selbst bekannt machen, oder dass Patientinnen es auf Plattformen wie jameda bekannt gemacht haben. Hinsichtlich der Kapazitäten, die die Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung stellen, können hier jedoch keine Aussagen getroffen werden. Für die hier beschriebene Erreichbarkeitsanalyse sind nur die Adressen relevant, nicht jedoch die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, daher wurden die Adressduplikate entfernt. Die finale Liste umfasst 1.048 Adressen. Die Verteilung der Adressen auf die Bundesländer kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tab. 5.16: Anzahl der Adressen auf der Liste der Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl der Adressen
Baden-Württemberg	102
Bayern	57
Berlin	119
Brandenburg	40
Bremen	13
Hamburg	66
Hessen	72
Mecklenburg-Vorpommern	44
Niedersachsen	116
Nordrhein-Westfalen	139
Rheinland-Pfalz	31
Saarland	7
Sachsen	95
Sachsen-Anhalt	42
Schleswig-Holstein	72
Thüringen	33
Summe	1.048

Quelle: Eigene Recherche im Rahmen der ELSA-Studie 2022

5.3.2.2.2 Methodisches Vorgehen

Definition einer ausreichenden Erreichbarkeit

Ein Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung ist in den meisten Fällen ein ambulanter, gynäkologischer Eingriff. Für eine ausreichende Erreichbarkeit zum nächsten Angebot eines Schwangerschaftsabbruchs wird daher das Kriterium der Bedarfsplanung für die ambulante gynäkologische Versorgung angesetzt. Die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung regelt die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Bevölkerung im jeweiligen Gebiet. Je nach Art der ärztlichen Tätigkeit gelten unterschiedliche Planungsebenen. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung, einschließlich der gynäkologischen Versorgung, werden die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion als Planungsbereiche definiert (§ 12 Abs. 3 der BPL-RL des G-BA). Bezogen auf die Erreichbarkeit wird in der Richtlinie festgelegt, dass 95 % der Bevölkerung das nächste gynäkologische Angebot in 40 Minuten mit dem PKW erreichen (§ 35 Abs. 5 Nr. 3 der BPL-RL des G-BA). Zugrunde gelegt sind hier unter anderem Akzeptanzstudien, die die Schwelle für eine *inakzeptable* Wegezeit für die gynäkologische Versorgung bei 43 PKW-Minuten veranschlagen (Schang et al. 2019). Da Schwangere und Frauen mit Kindern als mobilitätseingeschränkt gelten, ist im Gutachten zur Weiterentwicklung der Richtlinie sogar eine Erreichbarkeit von 20 Minuten mit dem PKW für 99 % der Bevölkerung empfohlen (Schang et al. 2019). Zudem kommen Studien zu dem Ergebnis, dass in der gynäkologischen Versorgung Vertrauen und Sympathie von größerer Bedeutung für die Wahl des Angebots sind als in vielen anderen Fachrichtungen (Fülöp et al. 2011). Dies gilt auch für einen Eingriff wie den Schwangerschaftsabbruch, der gesellschaftlich kontrovers bewertet wird. Dies bedeutet, dass nicht nur die räumliche Entfernung relevant ist und daher nicht unbedingt das nächste oder am besten erreichbare Angebot ausgewählt wird.

Auf Grundlage dieser Überlegungen wurden folgende Forschungsfragen für die Erreichbarkeitsanalyse abgeleitet:

- Wie viele Personen brauchen länger als 40 Minuten mit dem PKW zum nächsten Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch?
- In welchen Landkreisen/kreisfreien Städten benötigen mehr als 5 % der Bevölkerung länger als 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch?

Berechnung der Entfernungsisochronen

Auf Grundlage der beschriebenen Adressliste wurde eine Analyse zur regionalen Erreichbarkeit des nächsten Angebots für einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. Dazu wurden zunächst den 1.048 Adressen auf der Liste mit der Geoinformationssoftware QGIS automatisiert Geokoordinaten zugeordnet. Mit dem Plug-In HQGIS wurden die Gebiete in Deutschland berechnet, von denen das nächste Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch statistisch mehr als 40 Minuten mit dem PKW entfernt liegt. Diese Gebiete werden im Folgenden auch als Erreichbarkeitsisochronen bezeichnet. Die Berechnung wurde mit den Konfigurationseinstellungen „mit Verkehr“, „am Mittwoch, 12. Juli, 9 Uhr morgens“ und „schnellster Weg“ vorgenommen.

Um zu berechnen, wie viele Menschen innerhalb der so berechneten Erreichbarkeitsisochronen leben, wurden diese mit den öffentlich zugänglichen, georeferenzierten Bevölkerungszahlen in einem standardisierten 1 km x 1 km-Raster (CRS3035RES1000m) im metrischen Koordinatenreferenzsystem ETRS89-LAEA verschnitten. Bei den Bevölkerungszahlen handelt es sich um Ergebnisse eines Schätzverfahrens anhand der Bevölkerungszahlen der Zensus 2011 basierten Bevölkerungsfortschreibung und einer Auswertung der Melderegisterdaten zum Stichtag 14.11.2021 (Statistisches Bundesamt 2023).

In einem weiteren Schritt wurden die sich so ergebenden Zahlen an Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb der Erreichbarkeitsisochronen mit Hilfe von QGIS den Bundesländern und Landkreisen zugeordnet. Dabei wurden die Gitterzellen, die in mehreren Verwaltungsgliederungen liegen, von QGIS automatisch der ersten Verwaltungsgliederung in alphabetischer Reihenfolge zugeordnet. Dies führt zu leichten statistischen Verzerrungen auf der Ebene der Landkreise, die sich aufgrund der sehr kleinen Gitterzellen von 1 km x 1 km jedoch in Grenzen halten. Lagen die Bevölkerungszahlen durch dieses Verfahren über den Gesamtbevölkerungszahlen der Landkreise, wurden diese auf die Gesamtbevölkerungszahl gedeckelt. Dies ergibt 26.597 Einwohnerinnen und Einwohner außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten für das gesamte Bundesgebiet, die nicht in unserer Erreichbarkeitsanalyse berücksichtigt wurden, da die Zuordnung zu einem Landkreis nicht möglich war. Dies entspricht einem Anteil von 0,03 % an der deutschen Gesamtbevölkerung bzw. 0,6 % an der Bevölkerung außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten und ist somit statistisch nicht relevant.

Die Kartendarstellungen der Entfernungsisochronen erfolgten mit QGIS und die Kartendarstellungen zu den Bevölkerungsanteilen auf Landkreisebene mit Excel, die Beschriftungen wurden händisch in Adobe InDesign hinzugefügt.

5.3.2.2.3 Limitationen

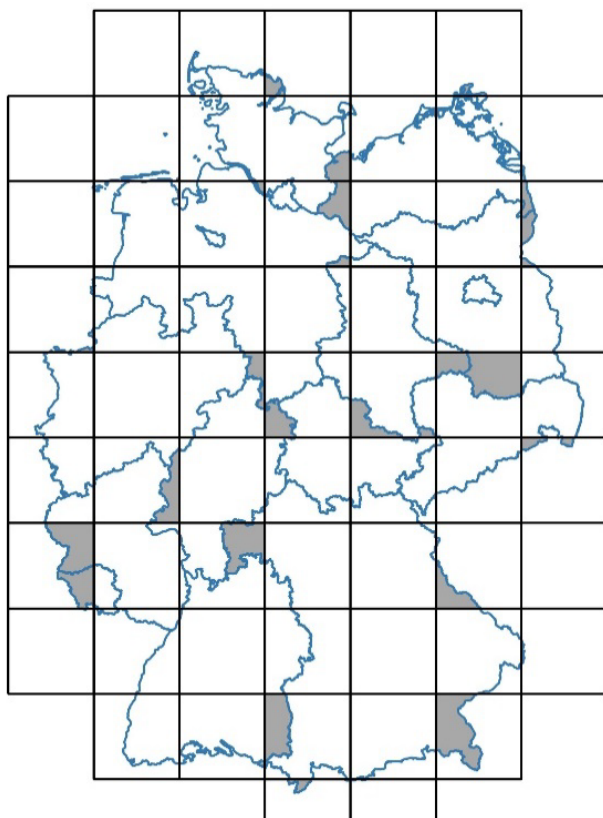
Es ist zu beachten, dass statistisch berechnete Fahrzeiten meist kürzer sind als reale Fahrzeiten, wo Verkehr, Parkplatzsuche usw. Einfluss auf die Fahrzeit haben. Zudem haben viele Personen keinen Zugang zu einem PKW und sind auf den ÖPNV angewiesen. Auch hier ist die Fahrzeit oftmals länger, insbesondere in ländlichen Gebieten. Die hier vorgenommene statistische Berechnung der Fahrzeit zur nächsten Einrichtung lässt zudem außer Acht, dass diese je nach Verfügbarkeit eventuell keinen fristgerechten Termin verfügbar hat und so die übernächste Einrichtung angefahren werden muss (sog. Bypassing). Daher sollte die Erreichbarkeit immer gemeinsam mit Indikatoren zur Verfügbarkeit betrachtet werden, um valide Aussagen zum Versorgungszugang zu erhalten.

5.3.2.3 Analysen zur regionalen Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche

5.3.2.3.1 Verwendete Daten

Gemeinsam mit dem StBA wurden umfassend die Möglichkeiten einer Sonderauswertung zur regionalen Verteilung der Meldestellen unterhalb der Bundeslandebene geprüft. Nach Abwägung der datenschutzrechtlichen Aspekte durch das StBA, die sich insbesondere aus den Vorgaben des SchkG in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz ergeben, war nur die Bereitstellung von georeferenzierten Daten der Schwangerschaftsabbrüche möglich. Es wurden faktisch anonymisierte Einzeldaten der Schwangerschaftsabbruchstatistik 2020 geliefert (Statistisches Bundesamt 2022b). Der Datensatz enthält Daten zu 99.948 Schwangerschaftsabbrüchen. Für 98.322 Schwangerschaftsabbrüche sind zwei Informationen zum Ort des Eingriffs enthalten: das Bundesland, in dem der Eingriff stattfand („Eingriffsland“) sowie die Zuordnung zu einer Gitterzelle in einem standardisierten 100 km x 100 km-Georaster (CRS3035RES100km) im metrischen Koordinatenreferenzsystem ETRS89/LAEA. Dies ermöglicht für diese Abbrüche eine regionale Zuordnung zu sogenannten „Teilgitterzellen“, die sich aus der Überschneidung der Bundeslandgrenzen mit den Gitterzellen des Georasters ergeben (Abb. 5.14). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Informationen einiger Teilgitterzellen, in denen nur sehr wenige Meldestellen vorhanden sind, durch das StBA gesperrt (Abb. 5.14 grau unterlegt). Dadurch stehen für 1.626 Abbrüche (entspricht einem Anteil von 1,6 % an allen Abbrüchen) keine Geodaten zur Verfügung. Sie mussten für die Analyse zur regionalen Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche ausgeschlossen werden. Die Bundesländer Saarland (11,7 %), Brandenburg (11,5 %) und Mecklenburg-Vorpommern (5,0 %) weisen die größten Anteile an Schwangerschaftsabbrüchen auf, die aus diesem Grund ausgeschlossen werden mussten.

Abb. 5.14: Koordinatenreferenzsystem mit Teilgitterzellen (Überschneidung der Bundeslandgrenzen mit Gitterzellen des Georasters), gesperrte Teilgitterzellen grau gekennzeichnet



Eigene Darstellung 2024

Über die Zuordnung zu einer Teilgitterzelle hinaus stehen für diese Schwangerschaftsabbrüche folgende Informationen zur Verfügung:

Informationen über den Eingriff:

- Quartal des Eingriffs (2020)
- Rechtliche Voraussetzung des Abbruchs (Indikation | Beratung)
- Dauer der Schwangerschaft in vollendeten Wochen
- Art des Eingriffs (Curettage | Vakuumaspiration | Hysterotomie/Hysterektomie | Mifegyne/Mifepriston | Medikamentöser Abbruch | Fetozyde)
- Ort des Schwangerschaftsabbruchs (Klinik ambulant | Klinik stationär | Praxis/OP-Zentrum)

Informationen über die Schwangere:

- Alter
- Familienstand
- Zahl der minderjährigen Kinder im Haushalt
- Anzahl der lebendgeborenen Kinder
- Bundesland, in dem die Schwangere wohnt („Wohnland“)

5.3.2.3.2 Methodisches Vorgehen

Der Datensatz des Statistischen Bundesamts zu den georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen wurde hinsichtlich regionaler Unterschiede zwischen den Teilgitterzellen mit SPSS ausgewertet, die für die Bewertung der regionalen Versorgungslage interessant sind. Dazu zählen folgende Merkmale:

Gesamtzahl der durchgeführten Abbrüche: Eine niedrige Zahl an durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen ist ein Hinweis für eine regionale Unterversorgung mit Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch.

Abbrüche nach Indikation: Ein hoher Anteil von Abbrüchen nach Indikation in einer Teilgitterzelle kann ein Hinweis darauf sein, dass hier weniger Angebote für Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung existieren.

Anteil medikamentöser Abbrüche: Ein besonders niedriger oder hoher Anteil an medikamentösen Abbrüchen kann ein Hinweis darauf sein, dass hier die Wahl der Methoden eingeschränkt ist.

Anteil der Abbrüche durch Curettage: Die wird von der WHO nicht mehr als Methode des Schwangerschaftsabbruchs empfohlen, da die Vakuumaspiration schonender und weniger invasiv ist. Ein hoher Anteil an Abbrüchen durch Curettage zeigt eine geringe Versorgungsqualität an.

Anteil ambulanter Abbrüche in Kliniken: Hier kann die Beteiligung der Kliniken an der ambulanten Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen gemessen werden.

Abbrüche in den ersten sechs Wochen: Ein hoher Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen in den ersten sechs Wochen kann ein Hinweis auf schnelle Versorgungswege und somit einen besseren Zugang zur Versorgung sein.

Die Tabellen aus SPSS wurden für den Import in QGIS aufbereitet, um sie damit als Karten darstellen zu können. Regionale Auffälligkeiten, d.h. in Relation zum bundesweiten Durchschnitt bzw. zu anderen Teilgitterzellen besonders hohe oder niedrige Werte bei den fünf beschriebenen Merkmalen, wurden farblich markiert. Grenzwerte dafür wurden für jedes Merkmal einzeln festgelegt. Abschließend erfolgte eine Untersuchung, ob und welche regionalen (Nicht-) Auffälligkeiten miteinander korrespondieren.

5.3.2.4 Gruppierung der Bundesländer nach Versorgungsgrad

Die Strukturdatenanalyse hat u.a. Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der Versorgungsdichte (Frauen im reproduktiven Alter pro Meldestelle, vgl. Kapitel 7.3.2) und der Erreichbarkeit (Quadratkilometer pro Meldestelle, vgl. Kapitel 7.3.2) festgestellt. Um zu untersuchen, inwiefern diese ermittelten Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch auch durch die ELSA-Frauenbefragung (vgl. Kapitel 7.1.1.4.5) und durch die Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. Kapitel 7.3.4) bestätigt werden, wurden die Indikatoren Versorgungsdichte und Fläche zu einem Index „Versorgungsgrad“ kombiniert. Nach ihrem Wert bei diesem Index wurden die Bundesländer zu drei Gruppen mit jeweils ähnlichem Versorgungsgrad zusammengefasst. Auf der Ebene dieser Fallgruppen konnten die regionalen Unterschiede in Hinblick auf die Versorgungserfahrungen der Frauen sowie die Angaben der Anbieterinnen und Anbieter mit höheren Fallzahlen verglichen werden, als dies beim Vergleich von Gruppen aus den einzelnen Bundesländern der Fall wäre. Im Folgenden wird dargestellt, wie anhand der Indikatoren eine Gruppierung der Bundesländer in Versorgungsregionen mit geringem, mittlerem und hohem Versorgungsgrad erfolgt ist. Dabei sind die Bezeichnungen gering, mittel und hoch relativ zu verstehen, da sie sich aus dem direkten Vergleich der Werte zwischen den Bundesländern ergeben. Da es keine etablierten absoluten Schwellenwerte gibt, ab welchem Wert die Versorgungsdichte als hoch bzw. gering zu betrachten ist, sind damit keine absoluten Bewertungen verbunden.

Ein Einbezug der durchschnittlichen Fallzahl und des Anteils „kleiner Meldestellen“ wurde unterlassen, da die durchschnittliche Fallzahl eine sehr ähnliche Verteilung in den Bundesländern zeigt wie die Versorgungsdichte, wodurch es zu einer Überbewertung der Dimension der Verfügbarkeit gegenüber der Erreichbarkeit kommen könnte. Der Indikator zum Anteil „kleiner Meldestellen“ liefert für Bremen keinen Wert. Zudem ist dieser nur gemeinsam mit den anderen Indikatoren sinnvoll interpretierbar: Ein großer Anteil an „kleinen Meldestellen“ lässt nicht automatisch auf einen schwereren Zugang schließen (vgl. Kapitel 9.3.2), daher ist hier ein klares Ranking nicht möglich. Die Ergebnisse aus der Fahrtzeitenanalyse liefern klarere Aussagen zur räumlichen Erreichbarkeit. Da sie jedoch nicht auf den Meldestellen, sondern auf der selbst recherchierten Adressliste und somit einer anderen Datengrundlage basiert, haben wir uns für die Abbildung der Dimension Erreichbarkeit für den, wenn auch ungenaueren, Indikator Fläche entschieden.

5.3.2.4.1 Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Der Versorgungsgrad ist eine Kombination der Indikatoren Versorgungsdichte (vgl. Kapitel 5.3.2.1) und Fläche (vgl. Kapitel 5.3.2.1). Der Wertebereich dieser beiden Indikatoren wurde in drei Drittel geteilt und die Bundesländer mit Werten im ersten Drittel mit einem Rankingpunkt, im zweiten Drittel mit zwei Rankingpunkten und im dritten Drittel mit drei Rankingpunkten belegt³⁰. Nach Addition der Rankingpunkte ergibt sich für die Bundesländer ein Indexwert von zwei bis sechs Rankingpunkten. Basierend darauf wurden die Bundesländer in drei Gruppen zusammengefasst:

³⁰ Berechnung für die Versorgungsdichte: a) Drittelung des Wertebereichs: $(31.428 - 6.236) / 3 = 8.397$; b) Ermittlung erster Grenzwert: $6.236 + 8.397 = 14.633$; c) Ermittlung zweiter Grenzwert: $14.633 + 8.397 = 23.030$. Berechnung für die Fläche: a) Drittelung des Wertebereichs: $(801,6 - 6,6) / 3 = 265,0$; b) Ermittlung erster Grenzwert: $6,6 + 265,0 = 271,6$; c) Ermittlung zweiter Grenzwert: $271,6 + 265,0 = 536,6$. Alle Bundesländer bis zum ersten Grenzwert bekommen einen Rankingpunkt, alle Bundesländer zwischen dem ersten und zweiten Grenzwert bekommen zwei Rankingpunkte und alle Bundesländer über dem zweiten Grenzwert erhalten drei Rankingpunkte.

- 2 bis 3 Rankingpunkte: hoher Versorgungsgrad
- 4 Rankingpunkte: mittlerer Versorgungsgrad
- 5 bis 6 Rankingpunkte: geringer Versorgungsgrad

Diese Einteilung berücksichtigt auch eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Fälle in den Versorgungsregionen in der Frauenbefragung.

5.3.2.4.2 Limitationen

Bei den Indikatoren handelt es sich jeweils um Durchschnittswerte für das gesamte Bundesland, die nur in begrenztem Ausmaß etwas über den Versorgungsgrad in kleinräumigeren Regionen aussagen, die für die Frauen unter Umständen aber sehr viel entscheidender sind. So zeigt die Strukturdatenanalyse für die Bundesländer Hessen und Bayern, dass hier auf Landkreis- bzw. Regierungsbezirksebene große Unterschiede innerhalb des Landes bestehen, was die Indikatoren betrifft.

Für die Berechnungen wurden die amtlichen Statistiken für das Jahr 2022 verwendet, da 47,9 % der Schwangerschaftsabbrüche (n=291) in der ELSA-Befragung in diesem Jahr stattfanden. Immerhin 24,0 % der Schwangerschaftsabbrüche (n=146) fanden in den Jahren 2018 bis 2021 statt. In diesem Zeitraum hat sich die Anzahl der Meldestellen in den Bundesländern verändert, wodurch sich auf Grundlage von Zahlen aus einem dieser Jahre eine andere Gruppierung der Bundesländer ergeben hätte.

5.3.3 Befragung der Zuständigen in den Bundesländern (Expertinnen- und Expertenbefragung, AP 3-2)

Ein zentrales Anliegen der Befragung war es, zu ermitteln, wie die Umsetzung des in § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) verankerten Sicherstellungsauftrags in den zuständigen Landesministerien erfolgt. Dabei sollte untersucht werden, auf welcher Datengrundlage die aktuelle Versorgungssituation bewertet wird, wie die aktuelle Versorgungssituation eingeschätzt wird und ob und welcher aktuelle und zukünftige Handlungsbedarf gesehen wird. Zudem interessierte uns, ob und welche landesspezifischen rechtlichen Regelungen zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen erlassen wurden, um einen genaueren Überblick über das Angebot in den jeweiligen Ländern zu erhalten. Darüber hinaus wurde angestrebt, einen Überblick über die Zuständigkeiten für die Schwangerschaftsabbruchversorgung in den Ministerien, mögliche Überschneidungen in den Zuständigkeiten sowie über Kooperationen und Vernetzungen mit weiteren Akteuren zu gewinnen, die in diesem komplexen Aufgabenbereich tätig sind. Diese Erkenntnisse sollten der Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und zur Gewährleistung eines flächendeckenden Zugangs zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen dienen.

Da die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch den einzelnen Bundesländern obliegt, wurden in AP 3-2 die für diesen Sicherstellungsauftrag zuständigen Personen in den einzelnen Landesministerien recherchiert und zu den landesspezifischen Regelungen sowie ihrer Einschätzung der aktuellen und zukünftig zu erwartenden Versorgungslage interviewt.

Ursprünglich war im Projektantrag vorgesehen, die Ergebnisse der Expertenbefragung in den Ländern in die Vorbereitung für die Befragung der Ärztinnen und Ärzte in AP 3-3 und 3-4 einzubeziehen. Durch coronabedingte Verzögerungen war dies in der geplanten Form nicht möglich, weil noch einige Interviews in ausstanden. Alternativ wurden aus den bis dahin durchgeführten Interviews Kernaussagen der Expertinnen und Experten zusammengefasst, die in den Interviewprotokollen festgehalten wurden, im Team diskutiert und für die Befragung der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt (s. u. bei Durchführung der Befragung).

5.3.3.1 Methodisches Vorgehen

Die Datenerhebung in diesem Untersuchungsteil fand mit der Methode des Experteninterviews statt, da die zu befragenden Personen nicht mit ihren eigenen Orientierungen und Wertvorstellungen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses standen, sondern als Trägerinnen und Träger von Handlungswissen in einem organisatorischen und/oder institutionellen Zusammenhang von Bedeutung waren (Liebold und Trinczek 2009; Meuser und Nagel 1991; Bogner et al. 2002).

Für die Vorbereitung der Experteninterviews erfolgte eine umfangreiche Recherche zu den länderspezifischen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch und zur Rolle der daran beteiligten Institutionen in den einzelnen Bundesländern. Diese diente sowohl der thematischen Einarbeitung als auch als Grundlage für die Entwicklung eines strukturierenden und steuernden Interviewleitfadens für die Gespräche mit den Mitarbeitenden der Ministerien. Die Befragten wurden dazu motiviert, sich in dem Gespräch nach ihrer eigenen Relevanzsetzung zu den interessierenden Themengebieten zu äußern. Gleichzeitig stellte der Leitfaden sicher, dass zu allen interessierenden Aspekten vergleichbare Aussagen aller Befragten generiert werden (Liebold und Trinczek 2009; Bogner et al. 2002; Meuser und Nagel 1991).

5.3.3.2 Entwicklung des Interview-Leitfadens

Der Leitfaden wurde den beschriebenen Zielen des AP 3-2 entsprechend auf Basis der Rechercheergebnisse entwickelt. Dabei wurde die SPSS-Methode (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) zugrunde gelegt (Helfferich 2011). Die Befragung fokussierte sich auf die folgenden Themen: die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags und die Bewertung der Versorgungssituation, die zugrunde gelegten Daten, die landesinternen rechtlichen Regelungen, das Arbeitsgebiet der befragten Expertinnen und Experten, Überschneidungen der Aufgabenzuschreibungen und -verantwortlichkeiten, Vernetzungen und Kooperationen bei der Sicherstellung der Versorgung sowie die Einschätzung eventueller Handlungsbedarfe. Die Fragen wurden in einer erzählgenerierenden Form formuliert, um eine ausführliche Darstellung der Sachverhalte zu fördern. Um vergleichbare Aussagen zu allen interessierenden Punkten zu erhalten, wurde eine Checkliste für Nachfragen erstellt, falls bestimmte Themenbereiche nicht oder nicht ausreichend angesprochen wurden.

5.3.3.3 Samplebeschreibung

In allen 16 Bundesländern wurden die für den Sicherstellungsauftrag zuständigen Personen befragt. An den Befragungen nahmen jeweils zwischen einer und drei Personen aus unterschiedlichen Ministerien, Abteilungen, Zuständigkeiten und Positionen teil, die teilweise auch in verschiedenen Ministerien tätig waren. Die Schwerpunkte lagen dabei auf den Bereichen Gesundheit (2 Bundesländer), Soziales und Gesundheit (7 Bundesländer) sowie Soziales (7 Bundesländer). Insgesamt waren bei den Experteninterviews 28 zuständige Personen aus 16 Landesministerien beteiligt. An den Interviews nahmen sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeiterinnen teil, die zwar nicht offiziell für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zuständig sind, jedoch über umfassende Kenntnisse zu diesem Thema verfügen und bereit waren, gemeinsam mit ihren zuständigen Kolleginnen auf unsere Fragen zu antworten. Insgesamt wurden 25 Frauen und drei Männer befragt.

Es wurden in allen 16 Bundesländern die für den Sicherstellungsauftrag zuständigen Personen befragt. An den Befragungen nahmen jeweils zwischen einer und drei für das Thema Personen in unterschiedlichen Zuständigkeiten und Positionen teil. Diese waren teilweise auch in unterschiedlichen Ministerien angesiedelt: Schwerpunkte waren Gesundheit (2 Bundesländer), Soziales und Gesundheit (7 Bundesländer) oder Soziales (7 Bundesländer). Insgesamt waren bei den Experteninterviews 28 Zuständige aus 16 Landesministerien beteiligt. An den Interviews nahmen sowohl Leitungspersonen als auch Mitarbeitende teil, die nicht offiziell für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zuständig sind, sich aber sehr gut mit

der Thematik auskennen und bereit waren, gemeinsam mit den zuständigen Kolleginnen und Kollegen auf deren Wunsch unsere Fragen zu beantworten. Es wurden 25 Frauen und drei Männer befragt.

Insgesamt wurden sechs Interviews mit jeweils einer Person, acht Interviews mit zwei Personen und zwei Interviews mit drei Personen durchgeführt. Die Mehrheit der Interviews (14) fand mit Einzelpersonen oder mit zwei Befragten aus denselben Referaten oder Abteilungen statt. Zwei Interviews wurden hingegen mit drei Befragten aus unterschiedlichen Referaten oder Abteilungen geführt. Die Befragten aus zwei Ministerien gaben an, explizit für die medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zuständig zu sein, ohne gleichzeitig für die Schwangerschaftsberatung verantwortlich zu sein. Im Gegensatz dazu erklärten die Befragten aus sieben Ministerien, dass sie ausschließlich für die Schwangerschaftsberatungsstellen zuständig sind. Dies bedeutet, dass in diesen sieben Ländern keine klar definierte Zuständigkeit für den Sicherstellungsauftrag zur medizinischen Versorgung besteht. Die Befragten aus den restlichen sieben Ministerien waren sowohl für die medizinische Versorgung als auch für die Schwangerschaftsberatungsstellen verantwortlich.

Die Befragten wiesen unterschiedliche Berufserfahrungen in ihren jeweiligen Bereichen auf: Acht Personen waren zwischen ein und fünf Jahren tätig, vier Personen zwischen sechs und zehn Jahren, und neun Personen hatten über zehn Jahre Erfahrung. Bei sieben Befragten liegt keine Angabe zur Dauer ihrer Tätigkeit vor.

5.3.3.4 Durchführung der Befragung

Die Recherche nach Expertinnen und Experten, die in den 16 Bundesländern für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zuständig sind, sowie die Kontaktaufnahme mit ihnen gestalteten sich als weit aufwändiger als ursprünglich geplant. Dies lag daran, dass die Zuständigkeiten teilweise in verschiedenen Ministerien und Abteilungen verankert und nicht in allen Ministerien eindeutig geregelt waren.

Die unklaren Regelungen führten dazu, dass die recherchierten Ansprechpersonen häufig nur mit Kolleginnen und Kollegen anderer Abteilungen gemeinsam zu einem Interview bereit waren. Darüber hinaus erwies sich die Terminabsprache als schwierig, da besonders die Gesundheitsabteilungen vieler Ministerien aufgrund von Corona-Maßnahmen überlastet waren und auf eine Einladung zum Interview per E-Mail wiederholt nicht reagierten. Dies machte häufige Kontaktaufnahmen notwendig. Hinzu kam, dass vereinbarte Termine aufgrund von Zeitmangel, kurzfristige Übernahme anderer Aufgaben, Krankheit von Kolleginnen und Kollegen oder eigener Krankheit mehrfach abgesagt wurden und neu vereinbart werden mussten, sodass sich der geplante Beginn der Feldphase verzögerte und sich weit länger als geplant hinzog.

Die Experteninterviews wurden von August 2021 bis Februar 2022 durchgeführt und konnten nicht wie geplant im Juni 2021 abgeschlossen werden, was dazu führte, dass die Ergebnisse der Auswertung nicht in vollem Umfang zur Vorbereitung für die Befragung der Ärztinnen und Ärzte in AP 3-3 und 3.4 herangezogen werden konnten.

Die Experteninterviews wurden von jeweils zwei Interviewerinnen der Hochschule Fulda geführt, wobei eine Kollegin als Fragende und eine zur Protokollführung und zur Kontrolle der Checkliste für eventuelle Nachfragen fungierte. Drei der Interviews fanden in Präsenz statt, 13 auf Wunsch als ein Videogespräch. Die Dauer variierte zwischen 25 und 80 Minuten und wurden bis auf ein Interview als Audiodatei aufgezeichnet. Im Anschluss an das Gespräch wurde ein Interviewprotokoll erstellt, in dem die Namen, Ministerien, Abteilungen oder Referate, Zuständigkeit der Befragten und deren Tätigkeitsdauer festgehalten wurden. Des Weiteren wurden in diesen Interviewprotokollen die Kernaussagen der Interviews zu den Schwerpunkten des Leitfadens festgehalten. Bei eventuellen

Unklarheiten wurde auf die Audioaufnahme zurückgegriffen, um sicherzustellen, dass alles korrekt erfasst wurde.

Anschließend wurden die Audiodateien passwortgeschützt über das Programm winRAR (Programm zum Komprimieren, Verschlüsseln, Sichern) einem externen Transkriptionsbüro übermittelt und nach den einfachen Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (Dresing und Pehl 2012) verschriftlicht. Nach dem wiederum passwortgeschützten Rückversand der Transkripte an die zuständige Mitarbeiterin der Hochschule Fulda wurden diese anschließend anonymisiert. Dazu wurden die Anonymisierungsregeln des Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg (FIVE e. V.) mit der Abteilung Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen (SoFFI F./FIVE).

Die anonymisierten Daten wurden gemäß der Datenschutz-Richtlinien plattformunabhängig und datenschutzkonform gespeichert.

5.3.4 Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (AP 3.3)

In diesem Kapitel wird die Befragung von Anbieterinnen und Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen sowie die methodische Herangehensweise bei der Erhebung und Auswertung dargestellt.

Befragungen von Ärztinnen und Ärzten sind ein bevorzugtes Instrument in der Gesundheitsforschung, um deren Einschätzungen und Einstellungen zu gesundheitsrelevanten Themen zu erfassen und darzustellen (Kruse, 2015). Jedoch wird in internationalen Untersuchungen deutlich, dass die Beteiligung dieser Personengruppe an Befragungen häufig sehr gering ist (Asch et al., 1997; Cook et al., 2016; Dykema et al., 2013; Scott et al., 2011). So ist die Rücklaufquote bei Befragungen von Ärztinnen und Ärzten typischerweise um etwa 10% niedriger als bei nichtärztlichen Umfragen und scheint für viele Untergruppen von Ärztinnen und Ärzten weiter abzunehmen (Cook et al., 2016). In Deutschland ist diese Gruppe besonders schlecht zu erreichen, eine Rücklaufquote von 3 % bis 10 % ist üblich (Vgl. Stiftung Gesundheit, 2021).

In internationalen Studien wurde untersucht, wie das Antwortverhalten von Ärztinnen und Ärzten verbessert werden kann. Ein Ergebnis ist, dass das Anbieten von monetären oder nicht-monetären Incentives sowie Erinnerungen an die Befragung dazu beitragen, die Rücklaufquote bei Befragungen von Ärztinnen und Ärzten zu erhöhen (Cho et al., 2013; Cook et al., 2016; Dykema et al., 2013; Scott et al., 2011).

5.3.4.1 Forschungsdesign und Gewinnung von Anbieterinnen und Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen

Das Ziel für die Studie war eine Vollerhebung aller Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen. Wir bezeichnen diese im Folgenden auch als Anbieterinnen und Anbieter.

Für die Erstellung der Liste der Anbieterinnen und Anbieter entstand ein erheblicher Aufwand. In Deutschland liegt keine offizielle, annähernd vollständige Adressliste vor. Die Liste der Bundesärztekammer enthält im Vergleich zur der beim StBA vorliegenden Anzahl der Meldestellen deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte. Daher wurden zunächst öffentliche Institutionen angefragt (StBA, Länderministerien, Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverband der Frauenärzte, Beratungseinrichtungen) und um Daten gebeten. Diese Anfragen waren erfolglos, da Namen und Adressen von Ärztinnen und Ärzten aus Datenschutzgründen oder aufgrund weiterer gesetzlicher Vorgaben nicht weitergegeben werden. Das ELSA-Projekt musste daher eine eigene Liste erstellen. Dies erfolgte größtenteils über Internetrecherchen. Dabei standen Listen von zuständigen Behörden in

den Bundesländern Hamburg, Niedersachsen und Berlin zur Verfügung, die erwähnte Liste der Bundesärztekammer, die Webseite „Abtreibungskliniken in Europa“ (<https://abtreibung-adressen.eu/>) sowie Plattformen wie jameda. Aufgrund der bekannten Untererfassung in den amtlichen Listen und der Personalfluktuations vor allem in den Kliniken ist es nicht möglich, eine aktuelle und vollständige Liste aller Ärztinnen und Ärzte zu erstellen, die Abbrüche durchführen und lediglich eine Annäherung erreichbar. Über unterschiedliche Wege wurden Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, zusätzlich gebeten, sich selbstständig zu melden, um an der Befragung teilzunehmen. Auf Bundeslandebene wurde die Anzahl der Meldestellen immer wieder mit der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte auf der recherchierten Liste abgeglichen, um zumindest erhebliche Lücken identifizieren zu können und gegebenenfalls die Recherche in diesem Bundesland zu intensivieren. Ein direkter Vergleich der Anzahl der Meldestellen mit der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten ist jedoch nicht möglich, da hinter einer Meldestelle mehrere Ärztinnen und Ärzte (zum Beispiel einer Klinik oder einer Gemeinschaftspraxis oder einem ambulanten OP-Zentrum) stehen können. Die finale Liste enthielt insgesamt 1.380 Datensätze – davon 1.110 Datensätze von niedergelassenen – sowie 270 Datensätze von Kliniken bzw. Klinikärztinnen und -ärzten.

Die Befragung wurde darüber hinaus in Print- und Online-Medien im Bereich Medizin und Frauenheilkunde sowie in Publikationen der Fachverbände beworben, beispielsweise über die Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem Berufsverband der Frauenärzte, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Doctors for Choice und des Arbeitskreises für Frauengesundheit. Dadurch sollten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor Beginn der Befragung auf den Start der Studie aufmerksam gemacht werden. Die Information durch bekannte Institutionen sollte sie zur Teilnahme motivieren, auf die wichtige Stellung der Befragung hinweisen und Vertrauen vermitteln.

Durch ein personalisiertes Anschreiben, auf dem auch die Förderung durch das BMG zentral platziert war, sollte die Motivation zur Teilnahme an der 25-minütigen Befragung erhöht werden. Weiterhin erhielten die Teilnehmenden ein bedingtes Incentive von 50€.

Die Einladung zur Befragung wurde per E-Mail mit einem personalisierten QR-Code bzw. Zugangslink versendet. Bei 312 Ärztinnen und Ärzten war keine E-Mail-Adresse auffindbar, hier wurden Briefe postalisch versandt. Bei Kliniken ist davon auszugehen, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche anbieten, außerdem konnten nicht alle Ärztinnen und Ärzte namentlich erfasst werden. Daher wurden in diesen Fällen die Chefärztinnen und -ärzte personalisiert angeschrieben. Des Weiteren erhielt jede Klinik pauschal sechs Zugangslinks, welche an die betreffenden Personen verteilt werden sollten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Die Befragung fand in einem Zeitraum von einem halben Jahr, vom 22.03.2022 bis zum 08.09.2022, statt. Der Rücklauf konnte durch eine Verlängerung des Befragungszeitraums, eine Social-Media-Kampagne und drei Erinnerungsschreiben von zunächst 100 Teilnehmenden im April 2022 auf über 300 im September 2022 gesteigert werden.

Kontinuierlich wurde auch bei der fortlaufenden Überprüfung des Feldberichts die Verteilung der Meldestellen des StBA in den Bundesländern mit der Verteilung der Teilnehmenden abgeglichen. In einzelnen Bundesländern, die in diesem Vergleich bisher bei der Befragung stark unterrepräsentiert waren, konnte durch eine telefonische Kontaktaufnahme und erneute mündliche Erinnerung zur Teilnahme motiviert werden.

Insgesamt nahmen 312 Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teil. Drei Teilnehmende gaben an, momentan keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Da die aktuelle Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen Teilnahmevoraussetzung für die Befragung war, wurden diese drei

Fälle von der Datenauswertung ausgeschlossen. Final wurden somit die Angaben von 309 Teilnehmenden ausgewertet.

5.3.4.2 Zusammensetzung der Teilnehmenden

Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Teilnehmenden nach beruflichen und soziodemografischen Merkmalen beschrieben und tabellarisch dargestellt. Darunter findet eine Zusammenfassung in Textform statt.

Tab. 5.17: Zusammensetzung der Teilnehmenden (n=309)

Variable	Kategorien	in %
Soziodemografische Merkmale		
Alter	bis 39 Jahre	14,6
	40 bis 49 Jahre	28,2
	50 bis 59 Jahre	33,3
	60 bis 65 Jahre	14,9
	über 65 Jahre	9,1
Geschlecht	weiblich	64,7
	männlich	32,0
	divers	0,6
	fehlende Werte	2,6
Leben oder Teil des Lebens in der DDR verbracht	ja	29,4
	nein	68,6
	fehlende Werte	1,9
Religion	keine Religionsgemeinschaft	46,9
	evangelische Kirche	28,8
	katholische Kirche	12,0
	andere	8,1
	fehlende Werte	4,2
Berufsprofil		
Berufsbezeichnung	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	87,7
	Ärztin/Arzt in Weiterbildung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10,0
	Sonstiges (Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin, Ärztin/Arzt in Weiterbildung Allgemeinmedizin)	1,3
	fehlende Werte	1,0

(Fortsetzung Tabelle 5.17)

Variable	Kategorien	in %
Berufsbiografie (Fortsetzung)		
Dauer der ärztlichen Tätigkeit	0 - 4 Jahre	6,1
	5 - 9 Jahre	5,5
	10 - 19 Jahre	27,8
	20 - 29 Jahre	33,3
	30 Jahre oder länger	26,5
	fehlende Werte	0,6
praktische Erfahrung in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	0 - 4 Jahre	21,0
	5 - 9 Jahre	11,7
	10 -19 Jahre	30,1
	20 - 29 Jahre	21,0
	30 Jahre oder länger	15,2
	fehlende Werte	1,0
Tätigkeitsstätte	nur Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ	36,9
	nur Einzelpraxis	32,0
	nur Klinik	24,3
	mehrere und/oder sonstige Tätigkeitsstätten	6,5
	fehlende Werte	0,3
Tätigkeitsstätte mit Kassenzulassung	ja	78,3
	nein	9,4
	mehrere Tätigkeitsstätten	4,5
	fehlende Werte	7,8
	selbständig als Praxisinhaberin/Praxisinhaber	60,2
Beschäftigungsstatus	angestellt	35,6
	selbstständig auf Honorarbasis	1,3
	mehrere Angaben	2,6
	fehlende Werte	0,3
	bis 30 Stunden	23,6
Arbeitszeit	31 bis 40 Stunden	35,6
	mehr als 40 Stunden	40,5
	fehlende Werte	0,3

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Soziodemografische Merkmale

Gut 40 % der Befragten sind unter 50 Jahre alt, ein Drittel ist zwischen 50 und 59 Jahre alt und fast ein Viertel der Befragten ist 60 Jahre oder älter. Zwei Drittel der Befragten sind weiblich. Etwas weniger als ein Drittel der Befragten gibt an, einen Teil Ihres Lebens in der DDR verbracht zu haben. Knapp die Hälfte der befragten Teilnehmenden gehört keiner Religion oder Religionsgemeinschaft an. Knapp ein Drittel gehört der evangelischen Kirche an, knapp ein Achtel der katholischen Kirche.

Berufsprofil

Mit knapp 90 % sind die meisten Teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Knapp 90 % der Befragten sind schon länger als 10 Jahre, gute 60 % länger als 20 Jahre und ein gutes Viertel sogar länger als 30 Jahre ärztlich tätig. Zwei Drittel der Befragten haben bereits 10 Jahre oder länger praktische Erfahrung in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, ein gutes Drittel sogar 20 Jahre oder länger und ein Siebtel 30 Jahre oder länger.

Über ein Drittel der Befragten arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder einem MVZ, ein knappes Drittel in einer Einzelpraxis und ein knappes Viertel der Teilnehmenden arbeitet in einem Krankenhaus. Knapp 7 % arbeiten in mehreren und/oder sonstigen Tätigkeitsstätten. Mit fast 85 % arbeitet die große Mehrheit in einer Einrichtung mit Kassenzulassung.

Gute 60 % der Befragten arbeiten selbstständig als Inhabende einer Praxis, ein gutes Drittel ist angestellt tätig und nur ein sehr geringer Teil arbeitet selbstständig als Honorarkraft.

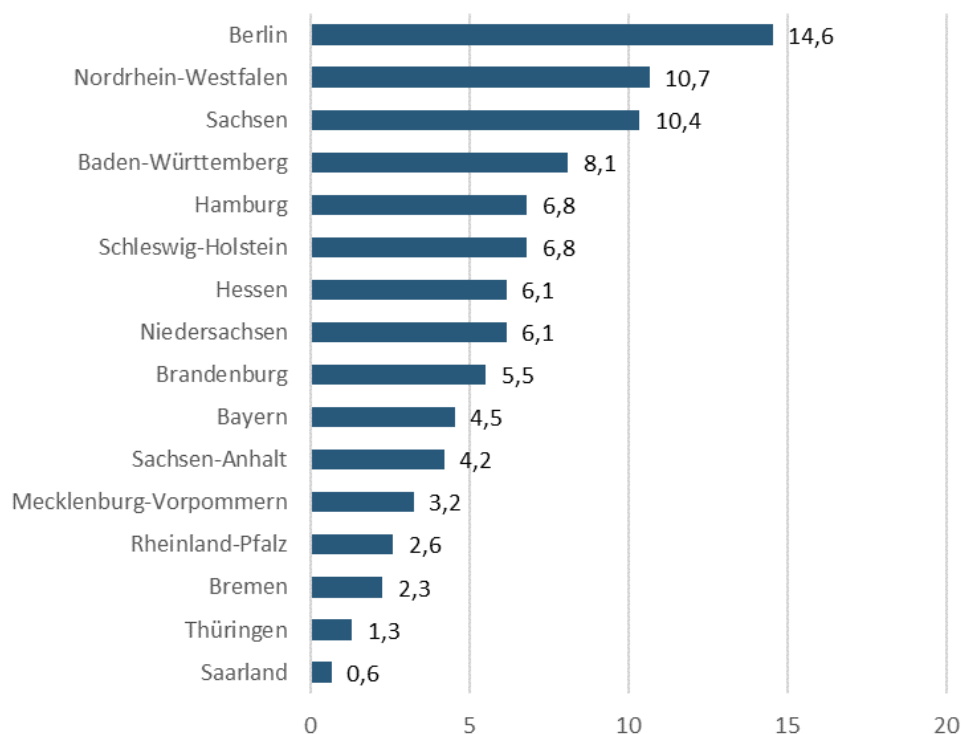
Ein knappes Viertel der Befragten arbeitet durchschnittlich bis 30 Stunden in der Woche, ein gutes Drittel durchschnittlich zwischen 31 und 40 Stunden in der Woche und über 40 % arbeiten durchschnittlich mehr als 40 Stunden pro Woche.

Regionale Verteilung der Befragten

Für eine Erfassung der regionalen Verteilung der Befragten stehen Daten zum Ort der Tätigkeitsstätte zur Verfügung: Die Daten umfassen das Bundesland der Tätigkeitsstätte, die Einwohnendenzahl sowie die ersten drei Ziffern der Postleitzahl. Aufgrund der geringen Teilnehmendenzahl ist es statistisch nicht sinnvoll, eine Auswertung nach den Postleitzahlen vorzunehmen. Zudem werden die Bundesländer, wie weiter unten dargestellt, zusätzlich in drei Regionen nach Versorgungsgrad zusammengefasst.

Es haben Befragte aus allen Bundesländern teilgenommen. Dabei sind die meisten Befragten in Berlin (14,6 %), Nordrhein-Westfalen (10,7 %) und Sachsen (10,4 %) tätig und die wenigsten in Bremen (2,3 %), Thüringen (1,3 %) und im Saarland (0,6 %). Keine Angabe zum Bundesland machten 6,1 % der Befragten (nicht in der Abbildung dargestellt).

Abb. 5.15: Bundesland der Tätigkeitsstätte (in %)



n=309, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Über die Hälfte der Befragten (52,8 %) arbeiten in Städten, die mehr als 100.000 Einwohner haben, 28,5 % in Städten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern und 16,5 % in Orten mit unter 20.000 Einwohnern. 2,3 % der Befragten machten hier keine Angabe.

Die Bundesländer wurden analog zur standardisierten ELSA-Befragung der Frauen in Regionen nach Versorgungsgrad, sogenannte Versorgungsregionen, zusammengefasst. Der Versorgungsgrad bildet die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch ab. Zur Berechnungsgrundlage siehe das Kapitel zur Strukturdatenanalyse. Die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz bilden die Region mit geringem Versorgungsgrad. Hier sind 15,2 % der Befragten, tätig. Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Saarland und Brandenburg gehören zu der Region mit mittlerem Versorgungsgrad. Hier sind knapp 30 % (29, %) der Befragten tätig. Alle restlichen Bundesländer gehören zur Region mit hohem Versorgungsgrad. In dieser Region arbeitet knapp die Hälfte der Befragten (49,5 %).

Zusätzlich wurden die Bundesländer in die Regionen West, Ost und Berlin zusammengefasst. In der Region West sind 54,7 % der Befragten tätig, in der Region Ost 24,6 % und in der Region Berlin 14,6 %.

Die dargestellten soziodemografischen und beruflichen Merkmale der Teilnehmenden werden in Kapitel 7 mit amtlichen Strukturdaten verglichen.

5.3.4.3 Auswertungsmethodik

Bei der Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen handelt es sich um eine Vollerhebung, wobei nur ein Teil der eingeladenen Personen der Grundgesamtheit erreicht werden konnte. Damit liegt bei der Befragung eine (Selbst-)Selektion der Teilnehmenden vor, weshalb keine rein zufällige Zusammensetzung unterstellt werden kann und daher einzelne Ergebnisverzerrungen nicht ausgeschlossen und nicht kontrolliert werden können. Darin gleichen die Erhebungen allen anderen in der empirischen Sozialforschung, gleichwohl sollen diese

Limitationen auch wegen der besonderen Umstände des ministeriellen Auftrages ausdrücklich genannt und bei der Interpretation der Resultate berücksichtigt werden.

Bei der Auswertung der Befragung und den Interpretationen wurden daher die Ergebnisse stets ausführlich der aktuellen theoretischen und empirischen Forschungslage gegenübergestellt, um Übereinstimmungen und Abweichungen sichtbar zu machen: Übereinstimmungen können die Befunde stützen; Abweichungen, die sich im Zusammenhang als plausibel erweisen, können auch zu neuen Einsichten in das Forschungsfeld führen.

Die berichteten Resultate der Befragung basieren zunächst auf einer umfassenden deskriptiven Auswertung der Antworten: Die Ermittlung von Häufigkeiten, die Bildung von Indizes, die Berechnung von Verteilungsmaßen (Mittelwerte und Streuungen). Mit bivariaten, gelegentlich multivariaten Verfahren (Kreuztabellierungen, Mittelwertvergleichen, Regressionsrechnungen) wurden die Beschreibungen in analytischer Hinsicht vertieft: Vielfältige Unterschiede zwischen Teilgruppen von Befragten liefern statistische Hinweise auf mögliche Zusammenhänge und damit sachliche Hinweise auf soziale Besonderheiten, auf mögliche Ursachen und mutmaßliche Folgen.

Häufig wurde die Analyse auf die Darstellung von Unterschieden konzentriert und beschränkt. Bei besonders auffälligen oder sachlich bedeutsamen Befunden wurden Assoziationsmaße zur zusätzlichen Quantifizierung von Zusammenhängen ermittelt: Phi (nur bei Vierfeldertafeln) und Cramers V wurden bei nominalskalierten Merkmalen, Spearmans Rho bei ordinalskalierten und metrischen Merkmalen (die Voraussetzungen für die Berechnung eines auch induktiv aussagekräftigen metrischen Korrelationskoeffizienten waren in der Regel nicht erfüllt).

Angelehnt an Gignac & Szodorai (2016) wurden für Cramers V Werte um 0,1 als schwache, um 0,2 als moderate und um 0,3 als starke Assoziation interpretiert. Für Spearmans Rho wurden nach Cohen (1992) Werte ab 0,1 als schwache, ab 0,3 als moderate und ab 0,5 als starke Korrelation interpretiert.

Eine generelle induktive Auswertung der Befragungen ist aufgrund der genannten Limitationen nicht angemessen. Gleichwohl wurden in besonderen Fällen die deskriptiven Befunde durch statistische Signifikanztests ergänzt, insbesondere für die Assoziations- und Korrelationskoeffizienten. Diese Tests illustrieren, ob die Ergebnisse für die gesamte Zielpopulation der Befragungen gelten würden, wenn es sich jeweils zufällige Stichproben handeln würde. Da das Ausmaß der nicht auszuschließenden selektionsbedingten Verzerrungen unbekannt ist, können diese Tests durchaus als ein hilfreiches Indiz für eine mögliche Verallgemeinerung der jeweiligen Befunde angesehen werden: je geringer die Unschärfe durch die Selektion der Teilnehmenden ausgefallen ist, desto eher gibt ein Test Auskunft über die interessierende Grundgesamtheit. Für alle Tests wurde das Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ festgelegt. Alle Auswertungen erfolgten mit dem Computerprogramm IBM SPSS Statistics, Version 28.0.1.1 (14).

In der Regel haben etwa zwischen 1,0 % bis 3,0 % der Befragten einzelne Fragen nicht beantwortet. Die Angaben beziehen sich stets auf die auswertbaren Antworten und berücksichtigen die fehlenden nicht (sogenannte gültige Prozente). Soweit bei einer Frage mehr als 3,0 % der Befragten keine Antwort erteilten, wird dies im Text ausdrücklich erwähnt.

5.3.4.4 Soziodemografische und berufliche Merkmale der Anbieterinnen und Anbieter im Vergleich mit verfügbaren Statistiken

Um die soziodemografischen und beruflichen Merkmale der Teilnehmenden mit externen Strukturdaten zu Ärztinnen und Ärzte zu vergleichen, werden die dargestellten Daten mit den Statistiken der Bundesärztekammer (BÄK) verglichen. Bei einzelnen Merkmalen werden zusätzlich Daten der Bundeszentrale für politische Bildung genutzt.

5.3.4.4.1 Vergleich mit den Daten der Bundesärztekammer

Die Heilberufsgesetze der Bundesländer legen fest, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die im jeweiligen Bundesland tätig sind, Mitglied der jeweiligen (Landes-) Ärztekammer sein müssen. Auch Ärztinnen

und Ärzte, die nicht mehr ärztlich tätig sind, können weiterhin in den (Landes-) Ärztekammern Mitglieder sein. Diese wurden im Vergleich mit den ELSA-Daten nicht berücksichtigt. Auf Basis der gesetzlich vorgeschriebenen Mitgliederverzeichnisse der Bundesländer erstellt die Bundesärztekammer jährlich eine Ärztestatistik, die Informationen zu allen in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzte beinhalten.

Die Ärztestatistik beinhaltet unter anderem Informationen zu den Gebiets- und Fachbereichsbezeichnungen, Alter, Geschlecht, Bundesland, Tätigkeitsbereich (ambulant und stationär), die für den folgenden Vergleich herangezogen werden. Die Daten zum Stichtag 31.12.2022 können auf der Seite der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund, 2024) abgerufen werden.

2022 verzeichnete die Bundesärztekammer 19.388 Ärztinnen und Ärzte mit einer Tätigkeit in der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe. Es zeigt sich hierbei eine ähnliche Altersstruktur bei den Ärztinnen und Ärzten der Ärztestatistik und der ELSA-Befragung der Anbieterinnen und Anbieter. In beiden Gruppen ist der größte Anteil, mit gut einem Drittel, zwischen 50 und 59 Jahre alt (BÄK: 32,3 %, ELSA: 33,3 %). Ähnliche Anteile weisen auch die Gruppen von 40 bis 49 Jahren (BÄK: 26,5 %, ELSA: 28,2 %) sowie unter 40 Jahren auf (BÄK: 14,2 %, ELSA: 14,6 %). Lediglich in der Alterskategorie ab 60 Jahre zeigt sich eine etwas größere Differenz: Hier ist der Anteil in der ELSA-Befragung geringer als in der Ärztestatistik (BÄK: 27,1 %, ELSA: 23,9 %).

Auch bei der Geschlechterverteilung zeigen sich ähnliche Muster: In der Ärztestatistik der Bundesärztekammer und in der ELSA-Befragung der Anbieterinnen und Anbieter sind über zwei Drittel der Teilnehmenden weiblich (BÄK: 71,9 %, ELSA: 66,4 %).

Zusätzlich wurde die Verteilung der Tätigkeitsbereiche verglichen. Hierfür wird in ambulant, stationär und sonstiges differenziert. Die Verteilungen sind hier ebenfalls sehr ähnlich. Der größte Anteil arbeitet im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung (BÄK: 62,3 %, ELSA: 69,1 %).

5.3.4.4.2 Vergleich mit den Daten der Bundeszentrale für politische Bildung

Um die Religionszugehörigkeit der befragten Anbieterinnen und Anbieter mit der Religionszugehörigkeit der gesamten deutschen Bevölkerung zu vergleichen, wurden Daten der Bundeszentrale für politische Bildung aus dem Jahr 2018 herangezogen. Diesen zufolge fühlte sich 2018 jeweils gut ein Viertel (26,9 %) der Bevölkerung keiner Religionsgemeinschaft, etwas mehr der römisch-katholischen (28,6 %) und etwa ein Viertel der evangelischen Kirche (25,8 %) zugehörig. Die nächstfolgende Religionsgemeinschaft sind andere christliche Religionen mit einem Anteil von 7,6 % (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2020). Im Vergleich dazu gehören die Teilnehmende der ELSA-Befragung fast doppelt so häufig keiner Religionsgemeinschaft an (bpb: 26,9 %, ELSA: 49,0 %). Im Vergleich dazu verzeichnen die befragten Anbieterinnen und Anbieter gleichzeitig weniger als halb so viele Personen mit katholischer Konfession (bpb: 28,6 %, ELSA: 12,5 %). Der Anteil der Personen mit protestantischer Konfession liegt in den bpb-Daten bei 25,8 %, in der ELSA-Studie bei 30,1 %.

5.3.5 Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen in drei ausgewählten Regionen (AP 3.4)

5.3.5.1 Auswahl der Regionen für die Regionalbefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen

Für die Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen, die zum Ziel hatte, Ursachen für regionale Versorgungsunterschiede bei Schwangerschaftsabbruch zu ermitteln, war ursprünglich eine Vollerhebung in acht Gebieten vorgesehen. Für jeden der vier vom Bundeinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR) definierten Regionstypen sollte jeweils ein Gebiet mit sehr hohem und sehr niedrigem Versorgungsgrad ausgewählt werden. Dieser Schritt sollte der Strukturdatenanalyse folgen (vgl. Kapitel 5.3.5.1). Da keine kleinräumigen Daten des statistischen Bundesamts zur Verfügung standen, war die Ermittlung eines Versorgungsgrads nur auf Ebene der Bundesländer möglich. Daher wurde vom ursprünglich vorgesehenen Vorgehen abgewichen und drei größere Regionen ausgewählt.

Als Kriterien für die Auswahl der Regionen wurden nun sowohl verschiedene Versorgungsindikatoren als auch weitere soziodemografische und siedlungsstrukturelle Merkmale zugrunde gelegt. Zu den Versorgungsindikatoren zählen die Versorgungsdichte, die räumliche Erreichbarkeit, der Grad der Mitversorgung, die Abbruchrate, der Anteil medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche und die Beteiligung der Kliniken an der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch. Weitere Merkmale umfassen den siedlungsstrukturellen Regionstyp (städtisch / ländlich), die Anteile der Bevölkerung nach Religionszugehörigkeit, das Pro-Kopf-Einkommen und die ÖPNV-Erreichbarkeit.

Die Regionen sollten bezogen auf diese Merkmale möglichst unterschiedlich sein, um verschiedene mögliche Ursachen für regionale Versorgungsdisparitäten in den Blick nehmen zu können. Zudem sollte die Auswahl der Regionen die verschiedenen geographischen Gebiete im Norden, Süden, Osten und Westen des Bundesgebiets abbilden, da hier in der Vergangenheit u. a. unterschiedliche rechtliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch existierten.

Am Ende des Auswahlprozesses wurden die Bundesländer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und der Regierungsbezirk Tübingen in Baden-Württemberg ausgewählt. Diese Regionen sind für eine bessere Übersicht in den folgenden Abbildungen zu den verschiedenen Indikatoren bereits farblich unterlegt. In diesem Kapitel werden zunächst die angelegten Kriterien skizziert, die jeweiligen Werte in den Regionen dargestellt und am Schluss die Auswahl der Regionen zusammenfassend begründet.

5.3.5.1.1 Indikatoren für die Auswahl der Regionen

Soziodemografische Indikatoren

Für die soziodemografischen und siedlungsstrukturellen Merkmale wurden verschiedene, öffentlich zugängliche Daten genutzt.

Siedlungsstruktureller Regionstyp: Das BBSR unterscheidet drei siedlungsstrukturelle Regionstypen:

- **Städtische Regionen:** Regionen, in denen mind. 50 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten leben und in der sich eine Großstadt mit rund 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und mehr befindet sowie Regionen mit einer Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 300 E./km².
- **Regionen mit Verstärkeransätzen:** Regionen, in denen mindestens 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte zwischen 150 und

300 E./km² sowie Regionen, in denen sich mindestens eine Großstadt befindet und die eine Einwohnerdichte ohne Berücksichtigung der Großstädte von mindestens 100 E./km² aufweisen.

- **Ländliche Regionen:** *Regionen, in denen weniger als 33 % der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten lebt mit einer Einwohnerdichte unter 150 E./km².*

(Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2023b)

Religionszugehörigkeit: Eingeflossen in die Auswahl sind die Anteile der Bevölkerung nach katholischer und evangelischer Religionszugehörigkeit. Als Datengrundlage dienen hier die Ergebnisse des Zensus 2011 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2023b). Die Anteile an Einwohnerinnen und Einwohnern mit evangelischer Religionszugehörigkeit liegen zwischen 13,6 % in Sachsen-Anhalt und 51,5 % in Schleswig-Holstein. Bei der katholischen Religionszugehörigkeit liegen die Werte zwischen 53,9 % in Bayern und 3,3 % in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Pro-Kopf-Einkommen: Einbezogen wurde auch das verfügbare Pro-Kopf-Einkommen (nominal) nach Bundesländern (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) 2022). Es rangiert zwischen etwa 20.500 € und 25.800 €.

ÖPNV-Erreichbarkeit: Für die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr wurde der Anteil an Einwohnerinnen und Einwohner mit max. 1 km Luftliniendistanz zur nächsten Haltestelle des ÖPNV mit mind. 20 Abfahrten am Tag zugrunde gelegt (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2023a). Hier liegen die Werte zwischen 77 % in Mecklenburg-Vorpommern und 100 % in den drei Stadtstaaten.

Tab. 5.18 Soziodemografische Indikatoren der Bundesländer

Bundesland	Region O/W/N/S	überwiegender Regionstyp ¹⁾	ev. (in %) ²⁾	kath. (in %) ²⁾	Pro-Kopf-Einkommen (nominal) ³⁾	ÖPNV- Erreichbarkeit (in %) ⁴⁾
Baden- Württemberg	SW	verstädtert	32,7	36,4	25.847 €	96
Bayern	S	verstädtert / ländlich	20,3	53,9	25.338 €	82
Berlin	O	städtisch	19,2	8,9	21.327 €	100
Brandenburg	O	ländlich	17,0	3,3	21.178 €	88
Bremen	N	städtisch / verstädtert	40,2	10,9	20.597 €	100
Hamburg	N	städtisch	29,8	9,8	25.808 €	100
Hessen	W	städtisch / ländlich	38,9	24,3	24.247 €	95
Mecklenburg- Vorpommern	O	ländlich	17,2	3,3	20.689 €	77
Niedersachsen	N	ländlich / verstädtert	48,6	17,4	22.650 €	88
Nordrhein- Westfalen	W	städtisch	27,1	40,9	23.074 €	97
Rheinland-Pfalz	W	verstädtert	30,3	44,2	23.244 €	90
Saarland	W	städtisch	19,1	62,0	21.830 €	99
Sachsen	O	verstädtert / städtisch	20,3	3,6	21.301 €	94
Sachsen-Anhalt	O	ländlich	13,6	3,4	20.641 €	89
Schleswig-Holstein	N	verstädtert	51,5	6,0	23.530 €	90
Thüringen	O	ländlich / verstädtert	23,3	7,6	20.727 €	89

1) BBSR 2021

2) Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2022

3) WSI 2019

4) Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2023a

Versorgungsindikatoren

Für die Versorgungsindikatoren wurde auf die in der Strukturdatenanalyse in AP 3-1 entwickelten Versorgungsindikatoren (vgl. Kapitel 7.3.2) sowie auf Daten der behördlichen Statistik über Schwangerschaftsabbrüche des Statistischen Bundesamtes (StBA) zurückgegriffen (Statistisches Bundesamt 2022b).

Versorgungsdichte: Für die Bundesländer wurde die Versorgungsdichte für das Jahr 2021 berechnet, d. h. die Anzahl von im Bundesland wohnhaften Frauen im reproduktiven Alter (15-49 J.) pro Meldestelle. Die Werte liegen zwischen 30.767 (Rheinland-Pfalz) und 6.207 (Mecklenburg-Vorpommern). Näheres zur Berechnung kann dem Kapitel 5.3.2.1 entnommen werden.

Erreichbarkeit: Es wurde die Fläche in km² pro Meldestelle berechnet. Die Werte bewegen sich zwischen 6,7 km² (Berlin) und 792,6 km² (Bayern). Näheres zur Berechnung kann dem Kapitel 5.3.2.1 entnommen werden.

Mitversorgung: Die Schwangerschaftsabbruchstatistik des StBA enthält Daten zum Bundesland des Wohnsitzes der Frauen und dem Bundesland des Eingriffs. Es wurden zwei Verhältniszahlen bezüglich der Mitversorgung in die Auswahlkriterien einbezogen: Der „*Grad der Mitversorgung*“ ist der Anteil der Abbrüche von Frauen mit anderem Bundesland als Wohnsitz an allen in diesem Bundesland vorgenommenen Abbrüche (eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2022b, Tab. 8. Hier liegen die Werte zwischen 41,3 % in Bremen und 2,0 % in Mecklenburg-Vorpommern. Der „*Grad des Mitversorgt-Werdens*“ beschreibt den Anteil der Abbrüche von Frauen, die für den Abbruch in ein anderes Bundesland gereist sind, an allen Abbrüchen von Frauen mit Wohnsitz in diesem Bundesland (Statistisches Bundesamt 2022b, Tab. 3). Die Werte rangieren hier zwischen 38,7 % in Rheinland-Pfalz und 0,7 % in Berlin.

Abbruchrate: Die Abbruchrate ist die Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen je 10.000 Frauen (15 bis 49 Jahre) nach Land des Wohnsitzes und kann der Schwangerschaftsabbruchstatistik des StBA entnommen werden (Statistisches Bundesamt 2022b, Anh. 1.2). Sie liegt zwischen 96,9 in Berlin und 38,5 in Rheinland-Pfalz.

Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche: Der Anteil von medikamentösen Abbrüchen an allen im Bundesland vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüchen kann ebenfalls der Schwangerschaftsabbruchstatistik des StBA entnommen werden (Statistisches Bundesamt 2022b, Tab. 1.3). Er rangiert im Bereich von 52,9 % in Schleswig-Holstein bis 12,5 % in Rheinland-Pfalz.

Abbrüche in Kliniken: Der Anteil von Abbrüchen, die ambulant in einer Klinik vorgenommen werden, kann ebenfalls der Schwangerschaftsabbruchstatistik des StBA entnommen werden (Statistisches Bundesamt 2022b, Tab. 2.5). Die Werte bewegen sich zwischen 48,6 % in Mecklenburg-Vorpommern und 1,6 % in Berlin.

Tab. 5.19: Versorgungsindikatoren in den Bundesländern für das Jahr 2021

Bundesland	Versorgungs- dichte ¹⁾	Fläche (in km ²) ²⁾	Mitversorgung (in %) ³⁾	Mitversorgt- Werden (in %) ⁴⁾	Abbruch- rate ⁵⁾	Med. Abbrüche (in %) ⁶⁾	Ambulante Abbrüche in Kliniken (in %) ⁷⁾
Baden-Württemberg	24.343	380,3	4,0	12,4	42,5	29,3	10,8
Bayern	30.524	792,6	3,3	5,4	42,2	24,2	5,1
Berlin	6.326	6,7	4,8	0,7	96,9	51,6	1,6
Brandenburg	9.155	617,8	3,1	13,1	71,2	37,6	41,6
Bremen	7.922	23,3	41,3	5,9	95,5	20,7	10,9
Hamburg	8.760	15,1	16,8	1,8	76,0	35,4	8,1
Hessen	17.525	285,3	8,5	3,1	58,5	28,5	10,5
Mecklenburg- Vorpommern	6.207	517,7	2,0	3,4	73,5	41,8	48,6
Niedersachsen	13.646	414,9	6,1	18,6	52,2	27,7	22,4
Nordrhein-Westfalen	25.226	236,9	3,6	2,0	54,0	31,5	5,8
Rheinland-Pfalz	30.767	763,8	27,4	38,7	38,5	12,5	13,1
Saarland	20.287	285,7	32,2	1,0	72,0	15,6	2,5
Sachsen	7.182	182,7	4,4	1,8	68,7	38,8	41,8
Sachsen-Anhalt	7.706	435,2	2,4	4,6	83,2	28,9	42,5
Schleswig-Holstein	9.218	259,1	2,1	9,7	56,2	52,9	33,9
Thüringen	9.749	437,9	6,7	6,0	76,6	35,0	46,7

1) Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2022a

2) Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2022a und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2023a

3) Eigene Berechnung nach Tab. 8 in Statistisches Bundesamt 2022b

4) Tab. 3 in Statistisches Bundesamt 2022b

5) Anh. 1.2 in Statistisches Bundesamt 2022b

6) Tab. 1.3 in Statistisches Bundesamt 2022b

7) Tab. 2.5 in Statistisches Bundesamt 2022b

5.3.5.1.2 Auswahl der Regionen

Bei der Abwägung der verschiedenen Merkmale wurden diese in eine Reihenfolge gebracht. An erster Stelle stand der siedlungsstrukturelle Regionstyp, der in dem ausgewählten Gebiet vorherrscht. An zweiter Stelle rangiert die Verteilung der Regionen auf Ost- und Westdeutschland. Dabei sollten die westlichen Länder häufiger vertreten sein, und zwar mindestens einmal mit einem südlichen, eher katholischen, und einmal mit einem nördlichen, eher protestantischen Einfluss.

Die Wahl fiel so auf Baden-Württemberg als westdeutsches, südliches, und eher katholisch geprägtes Bundesland mit überwiegend verstädterten Regionen, Mecklenburg-Vorpommern als ostdeutsches und ländlich geprägtes Bundesland mit mehrheitlich konfessionslosen Einwohnerinnen und Einwohnern sowie Bremen als westdeutscher, nördlicher und stärker protestantisch geprägter Stadtstaat zum Vergleich. Da in Baden-Württemberg insgesamt fast 2.600 Gynäkologinnen und Gynäkologen tätig sind, wurden im nächsten Schritt die Regierungsbezirke Baden-Württembergs (Tübingen, Freiburg, Stuttgart und Karlsruhe) hinsichtlich der soziodemografischen Indikatoren näher betrachtet. Die Entscheidung fiel auf den Regierungsbezirk Tübingen, da dieser vollständig als verstädterte Region klassifiziert ist und der Anteil an Einwohnerinnen und Einwohner, die der katholischen Kirche angehören, im Vergleich zu den

anderen Regierungsbezirken höher ist. Damit kontrastiert dieser Regierungsbezirk diesbezüglich stärker mit Bremen und Mecklenburg-Vorpommern.

Zum Bundesland **Bremen** zählen die städtische Region Bremen und die Region mit Verstädterungsansatz Bremerhaven. In die Befragung wurden beide Regionen einbezogen. Das durchschnittliche jährliche nominal verfügbare Pro-Kopf Einkommen liegt in Bremen bei 22.604 € und in Bremerhaven bei 18.590 €. Von den Einwohnerinnen und Einwohnern ordnen sich 40,2 % der evangelischen und 10,9 % der katholischen Kirche zu. Als Zwei-Städte-Staat ist der ÖPNV sehr gut ausgebaut, der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner mit max. 1 km Luftliniendistanz zur nächsten Haltestelle des ÖV mit mind. 20 Abfahrten am Tag beträgt 100 %.

Zu **Mecklenburg-Vorpommern** zählen die acht Landkreise bzw. kreisfreien Städte Rostock, Schwerin, Mecklenburgische Seenplatte, Landkreis Rostock, Nordwestmecklenburg, Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim, die alle in die Befragung einbezogen wurden. Das durchschnittliche jährliche nominal verfügbare Pro-Kopf Einkommen liegt in Mecklenburg-Vorpommern bei 20.689 € und damit ähnlich hoch wie im Bundesland Bremen. Etwa 17,2 % der Bevölkerung verstehen sich als protestantisch und 3,3 % als katholisch. Der ÖPNV ist vergleichsweise wenig ausgebaut, der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner mit max. 1 km Luftliniendistanz zur nächsten Haltestelle des ÖPNV mit mind. 20 Abfahrten am Tag beträgt für die Landkreise (ohne kreisfreie Städte) zwischen 70 % und 74 %.

Zum **Regierungsbezirk Tübingen** zählen die neun Kreise Reutlingen, Tübingen, Zollernalbkreis, Ulm Stadtkreis, Alb-Donau-Kreis, Biberach, Bodenseekreis, Ravensburg und Sigmaringen. Alle neun Landkreise werden als Region mit Verstädterungsansatz klassifiziert. Das jährliche nominal verfügbare Pro-Kopf-Einkommen liegt zwischen 23.873 € im Kreis Sigmaringen und 28.976 € im Stadtkreis Ulm und ist damit deutlich höher als in Bremen und Mecklenburg-Vorpommern. Im Regierungsbezirk Tübingen verstehen sich zwischen 22,5 % (Kreis Reutlingen) und 64,7 % (Kreis Biberach) der Einwohnerinnen und Einwohner als katholisch und damit deutlich mehr als in Bremen oder Mecklenburg-Vorpommern. Der ÖPNV ist in den Landkreisen recht gut ausgebaut, der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner mit max. 1 km Luftliniendistanz zur nächsten Haltestelle des ÖV mit mind. 20 Abfahrten am Tag beträgt zwischen 84 % (Kreis Sigmaringen) und 93 % (Kreis Biberach). Damit liegt der Regierungsbezirk Tübingen hinsichtlich dieser Kennzahl zwischen Bremen und Mecklenburg-Vorpommern.

Wie erwartet zeigten sich dann zwischen den ausgewählten Regionen auch hinsichtlich der Versorgungsindikatoren erhebliche Unterschiede, so dass durch die getroffene Auswahl in vielen Dimensionen die Spannweite der betrachteten Indikatoren weitgehend ausgeschöpft werden konnte. Für den Regierungsbezirk Tübingen wurde auf die Zahlen für das gesamte Bundesland Baden-Württemberg zurückgegriffen, da die Daten auf Ebene der Regierungsbezirke nicht vorlagen. Mecklenburg-Vorpommern hat die höchste Versorgungsdichte aller Bundesländer, eine im Vergleich eher geringe Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch und kann als eigenversorgt gelten. Bremen versorgt stark andere Regionen (vor allem Niedersachsen) mit, hat ebenfalls eine recht hohe Versorgungsdichte und als Stadtstaat eine sehr gute Erreichbarkeit zu verzeichnen. Baden-Württemberg weist demgegenüber eine der geringsten Versorgungsdichten auf, eine mittlere Erreichbarkeit und wird in größerem Umfang von anderen Bundesländern mitversorgt. Mecklenburg-Vorpommern hat einen vergleichsweise hohen Anteil an medikamentösen Abbrüchen, eine mittlere Abbruchrate und einen hohen Anteil an Abbrüchen, die ambulant in der Klinik durchgeführt werden. In Bremen ist der Anteil an medikamentösen Abbrüchen nur halb so hoch, die Abbruchrate einer der höchsten im Bundesgebiet und der Anteil von Abbrüchen in Kliniken niedrig. In Baden-Württemberg ist der Anteil von Abbrüchen in Kliniken ähnlich niedrig wie in Bremen, der Anteil medikamentöser Abbrüche etwas höher und die Abbruchrate dagegen eine der niedrigsten in Deutschland.

Tab. 5.20: Übersicht aller Indikatoren für die drei ausgewählten Regionen

Indikator	Baden-Württemberg	Bremen	Mecklenburg-Vorpommern
Region (O/W/N/S)	SW	N	O
überwiegender Regionstyp ¹⁾	verstädtert	städt. / verstädt.	ländlich
evangelisch (in %) ²⁾	32,7	40,2	17,2
katholisch (in %) ²⁾	36,4	10,9	3,3
Pro-Kopf-Einkommen (nominal) ³⁾	25.847 €	20.597 €	20.689 €
ÖPNV-Erreichbarkeit (in %) ⁴⁾	96	100	77
Versorgungsdichte ⁵⁾	24.343	7.922	6.207
Erreichbarkeit (in km ²) ⁶⁾	380,3	23,3	517,7
Mitversorgung (in %) ⁷⁾	4,0	41,3	2,0
Mitversorgt-Werden (in %) ⁸⁾	12,4	5,9	3,4
Abbruchrate ⁹⁾	42,5	95,5	73,5
medikamentöse Abbrüche (in %) ¹⁰⁾	29,3	20,7	41,8
ambulante Abbrüche in Kliniken (in %) ¹¹⁾	10,8	10,9	48,6

1) BBSR 2021

2) Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2022

3) WSI 2019

4) Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2023a

5) Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2022a

6) Eigene Berechnung nach Statistisches Bundesamt 2022a und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2023a

7) Eigene Berechnung nach Tab. 8 in Statistisches Bundesamt 2022b

8) Tab. 3 in Statistisches Bundesamt 2022b

9) Anh. 1.2 in Statistisches Bundesamt 2022b

10) Tab. 1.3 in Statistisches Bundesamt 2022b

11) Tab. 2.5 in Statistisches Bundesamt 2022b

5.3.5.2 Methodenbeschreibung für die Regionalbefragung

Die Zielgruppe der Befragung umfasste alle Fachärztinnen und -ärzte der Gynäkologie in den drei ausgewählten Regionen, die zum Zeitpunkt der Befragung selbständig oder angestellt im ambulanten (Praxis) und stationären (Kliniken) Bereich der Frauenheilkunde tätig waren.

Vollständige Listen von Ärztinnen und Ärzte nach Regionen und nach Fachgebieten sind nicht frei abrufbar bzw. öffentlich verfügbar. Für die Erstellung einer vollständigen und aktuellen Adressliste wurden daher zunächst die zuständigen Landesärztekammern³¹ telefonisch kontaktiert und nachfolgend schriftlich angefragt, ob sie möglichst vollständige und aktuelle Kontaktdaten aller in den festgelegten Regionen tätigen Fachärztinnen und -ärzte der Frauenheilkunde bereitstellen können. In allen drei Landesärztekammern wurde unsere Anfrage aus Datenschutzgründen negativ beschieden.

³¹ Für jede*n Ärztin/Arzt, die in einem Bundesland ihren/seinen Beruf ausübt, besteht eine Anmelde- bzw. Anzeigepflicht bei der zuständigen Bezirksärztekammer, den regionalen Verwaltungsstellen der Landesärztekammern oder den zuständigen Landesärztekammern direkt. Angezeigt werden müssen u. a. die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, sowie Angaben zur Art der ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten. Die Landesärztekammern verfügen damit über eine vollständige Liste aller im Bundesland tätigen Ärztinnen und Ärzte, deren Facharztstitel und deren berufliches Betätigungsfeld.

Daher wurden kommerzielle Anbieterinnen und Anbieter recherchiert, die für Werbe- und Marketingzwecke Kontaktdaten von Medizinerinnen und Medizinern zielgenau nach Berufsgruppen verkaufen sowie kostenneutrale Adressquellen. Die Bereitstellung der Adresslisten für alle drei Regionen erfolgte schließlich durch die Stiftung Gesundheit gegen ein geringes Entgelt. Die gemeinnützige Stiftung stellt unter anderem ein Strukturverzeichnis der medizinischen Versorgung bereit und unterstützt Projekte der Versorgungsforschung. Da die Liste nur die Chef- bzw. Oberärztinnen und -ärzte der Frauenkliniken enthielt, wurden die weiteren in diesen Kliniken tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen in Eigenrecherche gesucht und die Liste so ergänzt.

Die finale Liste für die Befragung enthielt 1.099 Namen und Adressen. Die darin enthaltenen Ärztinnen und Ärzte waren wie folgt auf die drei Regionen verteilt: Regierungsbezirk Tübingen 46,2 % (508 Gynäkologinnen und Gynäkologen), Mecklenburg-Vorpommern 29,7 % (326 Gynäkologinnen und Gynäkologen) und Bremen 24,1 % (265 Gynäkologinnen und Gynäkologen).

Die Kontaktaufnahme erfolgte per Post. Die Ärztinnen und Ärzte erhielten ein personalisiertes Anschreiben und den Fragebogen in Papierform. Auf dem Briefumschlag waren bereits die Logos des Bundesministeriums für Gesundheit als Auftragsgeber sowie der maßgeblich beteiligten Institutionen, Hochschule Fulda und KantarPublic, abgebildet, um die Aufmerksamkeit für die Befragung zu erhöhen und den offiziellen Charakter der Postsendung zu betonen. Neben der Einladung zur Teilnahme und dem Fragebogen enthielt das Schreiben einen frankierten Rückumschlag, Informationen zur Studie, zum Datenschutz und zu der Möglichkeit der Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Zusätzlich erhielten alle angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte einen personalisierten QR-Code bzw. Zugangslink, um alternativ auch die Online-Teilnahme zu ermöglichen. Alle kontaktierten Ärztinnen und Ärzte erhielten eine bedingungslose Barvergütung als Anreiz und Aufwandsentschädigung für die Teilnahme.

Um die Teilnahmebereitschaft zusätzlich zu erhöhen, wurde darauf geachtet, die Bearbeitungszeit des Fragebogens auf 10 bis 15 Minuten zu beschränken. Nach einer Laufzeit von vier Wochen wurde außerdem ein Erinnerungsschreiben versendet. Die Erhebung fand von März 2023 bis Anfang Juni 2023 statt.

Der Rücklauf war von Beginn an hoch. Der Fragebogen wurde von 688 Ärztinnen und Ärzten beantwortet und es konnten 678 Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen werden. Insgesamt wurden somit 10 Fälle ausgeschlossen: In sechs Fällen war der Fragebogen nicht ausgefüllt, in drei Fällen nur sehr unvollständig (bis zur fünften Frage) und in einem Fall wurde im Freitextfeld angegeben, dass die befragte Person nicht mehr als Facharzt für Gynäkologie tätig ist, womit sie die Einschlusskriterien nicht erfüllte.

Die Responserate betrug somit 61,7 %. Nach den Regionen aufgeschlüsselt ergibt sich folgende Verteilung: Baden-Württemberg 43,5 % (295 Gynäkologinnen und Gynäkologen), Mecklenburg-Vorpommern 26,0 % (176 Gynäkologinnen und Gynäkologen) und Bremen 20,9 % (142 Gynäkologinnen und Gynäkologen). 9,6 % der Befragten (65 Gynäkologinnen und Gynäkologen) machten keine Angabe zu der Region, in der sie tätig sind. Daraus ergeben sich mit 58,1 % (RB Tübingen), 54,0 % (Mecklenburg-Vorpommern) sowie 53,6 % (Bremen) sehr ähnliche Responseraten für die einzelnen Regionen. Diese liegen etwas niedriger als die Gesamt-Responserate, weil hier die 65 Befragten ohne regionale Zuordnung nicht enthalten sind.

Von den Teilnehmenden bevorzugten 87,3 % die Papierform des Fragebogens, während 12,7 % sich für die Online-Beantwortung entschieden. Es gingen 16 telefonische Anfragen sowie zwei E-Mails ein, die sich auf die unbedingten Anreize bezogen. Diese betrafen vor allem Fragen zur steuerrechtlichen Behandlung und Unklarheiten hinsichtlich des Versands von Bargeld. In einigen Fällen wurden auf Anfrage Spendenbescheinigungen ausgestellt.

5.3.5.2.1 Limitationen

Die Vollständigkeit der Liste der selbst recherchierten Klinikärztinnen und -ärzte ist nicht sicher. Zudem konnte die Weitergabe des Schreibens in den Kliniken nicht sichergestellt werden, u. U. erfüllten hier bspw. die Abteilungsleitung oder das Sekretariat/Klinikleitung eine Gate Keeper-Funktion. Auch eine versäumte Weiterleitung durch Praxispersonal bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kann nicht ausgeschlossen werden. Es kann zudem ein Response Bias vorliegen, wenn insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche aus ethischen oder religiösen Gründen ablehnen, seltener bereit sind, an der Befragung teilzunehmen.

5.3.5.2.2 Auswertungsmethodik

Die Auswertungsmethodik der Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen erfolgt grundsätzlich deckungsgleich mit den Auswertungen der Regionalbefragung. Für die ausführliche Methodendarstellung verweisen wir daher auf Kapitel 5.3.4.3.

In Bezug auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wird zwischen drei Gruppen unterschieden: Anbieterinnen und Anbieter sind die Befragten, die Schwangerschaftsabbrüche nach der Pflichtberatung vornehmen. Nicht-Anbieterinnen und Anbieter hingegen führen keine Schwangerschaftsabbrüche durch. Die dritte Gruppe umfasst jene Befragten, die Schwangerschaftsabbrüche ausschließlich auf Grundlage einer Indikation vornehmen. Diese dritte Gruppe wird, da sie sich in vielen Punkten von den anderen zwei Gruppen unterscheidet, in den Berechnungen zu statistischen Zusammenhängen einbezogen und auch in den Abbildungen ausgewiesen. Da ELSA-MV schwerpunktmäßig die Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen nach Pflichtberatung untersucht, wird in den Texten insbesondere auf den Unterschied zwischen den beiden ersten Gruppen fokussiert. Wo es inhaltlich geboten ist, wird auf die Gruppe der Befragten, die ausschließlich Abbrüche nach Indikation vornehmen, eingegangen.

5.3.5.3 Beschreibung der Teilnehmerinnen der ELSA-Regionalbefragung

5.3.5.3.1 Zusammensetzung der Teilnehmenden

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, wie sich die Teilnehmerinnen der Befragung nach ihren soziodemografischen und beruflichen Merkmalen zusammensetzen. Zur Übersichtlichkeit ist die Zusammensetzung zunächst als Tabelle dargestellt und wird danach in Textform näher erläutert.

Tab. 5.21: Zusammensetzung der Teilnehmenden der Regionalbefragung

Variable	Kategorien	Anteile in Prozent
Soziodemografische Merkmale		
Alter	bis 39 Jahre alt	20,8
	40 bis 49 Jahre alt	23,5
	50 bis 59 Jahre alt	29,6
	60 bis 64 Jahre alt	13,7
	65 Jahre und älter	11,1
	fehlende Werte	1,3
Geschlecht	weiblich	72,4
	männlich	26,0
	fehlende Werte	1,6
Region	Regierungsbezirk Tübingen (Baden-Württemberg)	43,5
	Mecklenburg-Vorpommern	26,0
	Bremen	20,9
	fehlende Werte	9,6
Religionsgemeinschaft	keine Religionsgemeinschaft	37,0
	evangelische Kirche	32,7
	römisch-katholische Kirche	18,1
	sonstige	5,6
	fehlende Werte	6,5
Religiosität	kaum bis gar nicht religiös	49,9
	mittelmäßig religiös	30,4
	ziemlich bis sehr religiös	9,3
	fehlende Werte	10,5
Arbeitsprofil		
Dauer der ärztlichen Tätigkeit	0 bis 4 Jahre	8,1
	5 bis 9 Jahre	9,4
	10 bis 19 Jahre	23,5
	20 bis 29 Jahre	29,6
	30 oder mehr Jahre	25,7
	fehlende Werte	3,7
Tätigkeitsstätte	nur Einzelpraxis	29,6
	nur Gemeinschaftspraxis oder MVZ	27,7
	nur Klinik	36,0
	mehrere Einrichtungen	4,0
	fehlende Werte	2,7
Beschäftigungsstatus	nur selbständig	44,5
	nur angestellt	51,3
	selbstständig und angestellt	1,0
	fehlende Werte	3,1

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Insgesamt haben 678 Gynäkologinnen und Gynäkologen aus den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und dem Regierungsbezirk Tübingen (Teil des Bundeslandes Baden-Württemberg) an der Befragung teilgenommen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden sind 50 Jahre alt oder älter, etwa ein Viertel ist mindestens 60 Jahre alt. Knapp drei Viertel der Befragten sind weiblich (72,4 %). Die Verteilung von angestellt und selbstständig tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen ist annähernd ausgeglichen (selbstständig: 44,5 %; angestellt: 51,3 %). Mehr als ein Drittel der Teilnehmenden ist nur in einer Klinik tätig (36,0 %), ein gutes Viertel (27,7 %) praktiziert in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ, 29,6 % arbeiten nur in einer Einzelpraxis und ein geringer Anteil von 4,0 % ist in mehreren Einrichtungen tätig.

Knapp 40 % der Befragten geben an, keiner Religion oder Religionsgemeinschaft anzugehören. Die Mehrheit der Gynäkologinnen und Gynäkologen bezeichnet sich zudem als „kaum bis gar nicht religiös“ (49,9 %).

5.3.5.3.2 Zusammensetzung der Teilnehmenden nach Regionen

Im Folgenden wird die Verteilung der soziodemografischen und beruflichen Merkmale nach den Regionen getrennt dargestellt. Unter der tabellarischen Übersicht erfolgt eine Zusammenfassung in Textform.

Tab. 5.22: Zusammensetzung der Teilnehmenden der Regionalbefragung nach Regionen

Variable	Kategorien	Anteile in %		
		RB Tübingen	Mecklenburg-Vorpommern	Bremen
Soziodemografische Merkmale				
Alter	bis 39 Jahre alt	23,7	16,5	23,2
	40 bis 49 Jahre alt	23,7	21,6	26,1
	50 bis 59 Jahre alt	28,5	31,8	28,2
	60 bis 64 Jahre alt	12,2	17,6	11,3
	65 Jahre und älter	11,2	12,5	11,3
	fehlende Werte	0,7	0,0	0,0
Geschlecht	weiblich	74,2	71,0	75,4
	männlich	25,1	27,8	24,6
	fehlende Werte	0,7	1,1	0,0
Religions-gemeinschaft	keine Religionsgemeinschaft	29,8	56,8	33,8
	evangelische Kirche	33,9	27,8	39,4
	römisch-katholische Kirche	27,8	6,3	15,5
	andere Religionsgemeinschaft	4,1	4,5	7,7
	fehlende Werte	4,4	4,5	3,5
Religiosität	sehr bis ziemlich religiös	12,2	6,3	4,9
	mittelmäßig religiös	33,9	22,7	36,6
	kaum bis gar nicht religiös	46,4	60,8	50,7
	fehlende Werte	7,5	10,2	7,7
Arbeitsprofil				
Dauer der ärztlichen Tätigkeit	0 bis 4 Jahre	11,2	3,4	9,2
	5 bis 9 Jahre	10,5	8,5	9,9
	10 bis 19 Jahre	23,1	22,7	23,9
	20 bis 29 Jahre	27,5	29,0	31,0
	30 oder mehr Jahre	24,1	34,7	21,1
	fehlende Werte	3,7	1,7	4,9
Tätigkeitsstätte	nur Einzelpraxis	26,4	46,6	13,4
	nur Gemeinschaftspraxis/MVZ	30,2	19,3	36,6
	nur Klinik	37,3	30,7	40,8
	mehrere Einrichtungen	3,4	2,8	6,3
	fehlende Werte	2,7	0,6	2,8
Beschäftigungs-status	nur selbständig	41,0	55,1	38,7
	nur angestellt	54,9	43,2	56,3
	selbstständig und angestellt	0,7	1,1	0,7
	fehlende Werte	3,4	0,6	4,2

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Die Befragten aus den drei Regionen zeigen eine sehr ähnliche Altersstruktur. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil an Ärztinnen und Ärzten bis 39 Jahre etwas niedriger (16,5 %) als in Bremen (23,2 %) und dem Regierungsbezirk Tübingen (23,7 %). In allen drei Regionen sind etwa drei Viertel der Befragten weiblich, keine Befragten bezeichnen sich als divers. In Mecklenburg-Vorpommern geben deutlich mehr Befragte (56,8 %) an, keiner Religionsgemeinschaft anzugehören als in Bremen (33,8 %) und im Regierungsbezirk Tübingen (29,8 %). Im Regierungsbezirk Tübingen sind zudem deutlich mehr Befragte der katholischen Kirche zugehörig (27,8 %) als in Bremen (15,5 %) und Mecklenburg-Vorpommern (6,3 %). Im Regierungsbezirk Tübingen ist der Anteil an Befragten, die sich als sehr bis ziemlich religiös beschreiben höher (12,2 %) als in Mecklenburg-Vorpommern (6,3 %) und Bremen (4,9 %). In Mecklenburg-Vorpommern sind deutlich mehr Befragte kaum bis gar nicht religiös (60,8 %) als in Bremen (50,7 %) und im Regierungsbezirk Tübingen (46,4 %).

In Bezug auf die Dauer der ärztlichen Tätigkeit unterscheiden sich die Gynäkologinnen und Gynäkologen in Mecklenburg-Vorpommern insbesondere von den beiden anderen Regionen. In Mecklenburg-Vorpommern sind mehr Befragte bereits seit mindestens 30 Jahren ärztlich tätig (34,7 %) im Vergleich zum Regierungsbezirk Tübingen (24,1 %) und zu Bremen (21,1 %). Ebenso üben in Mecklenburg-Vorpommern weniger Befragte ihre ärztliche Tätigkeit seit weniger als fünf Jahren aus (3,4 %) im Vergleich zum Regierungsbezirk Tübingen (11,2 %) und zu Bremen (9,2 %).

Die Verteilung bezüglich der Tätigkeitsstätte der Befragten unterscheidet sich zwischen den ausgewählten Regionen ebenfalls: In Bremen haben deutlich mehr Befragte teilgenommen, die ausschließlich in einer Klinik (40,8 %) oder in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ (36,6 %) tätig sind. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen ist fast die Hälfte der Befragten (46,6 %) in einer Einzelpraxis tätig und deutlich seltener arbeiten die Befragten hier in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ (19,3 %) bzw. in einer Klinik (30,7 %). Diese Unterschiede zeigen sich auch bezüglich des Beschäftigungsstatus: In Mecklenburg-Vorpommern sind mehr Befragte selbstständig (55,1 %) als im Regierungsbezirk Tübingen (41,0 %) und in Bremen (38,7 %).

5.3.5.3.3 Vergleich mit den Daten der Bundesärztekammer

Die Heilberufsgesetze der Bundesländer legen fest, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die im jeweiligen Bundesland tätig sind, Mitglied der jeweiligen (Landes-) Ärztekammer sein müssen. Auch diejenigen, die nicht mehr ärztlich tätig sind, können weiterhin in den (Landes-) Ärztekammern Mitglieder sein. Diese wurden für den Vergleich mit den ELSA-Daten nicht berücksichtigt. Auf Basis der gesetzlich vorgeschriebenen Mitgliederverzeichnisse der Bundesländer erstellt die Bundesärztekammer jährlich eine Ärztestatistik, die Informationen zu allen in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzten beinhaltet.

Die Ärztestatistik beinhaltet unter anderem Informationen zu den Gebiets- und Fachbereichsbezeichnungen, Alter, Geschlecht, Bundesland und den Tätigkeitsbereich (ambulant und stationär), die herangezogen werden, um einen eventuellen Response Bias zu prüfen. Die Daten zum Stichtag 31.12.2022 können auf der Seite der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund 2024) abgerufen werden. Für den Regierungsbezirk Tübingen mussten die Angaben des Bundeslandes Baden-Württemberg verwendet werden, da hier keine Daten differenziert nach Regierungsbezirken vorliegen.

Beim Vergleich der Altersstruktur der Befragten der ELSA-Studie mit den Daten der Bundesärztekammer zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. In allen Regionen ist im Vergleich mit den Daten der BÄK der Anteil der Befragten, die unter 40 Jahre alt sind, etwas größer: Der Unterschied war dabei in Bremen am größten (BÄK: 10,6 %; ELSA: 23,2 %), gefolgt vom Regierungsbezirk Tübingen (BÄK (Baden-Württemberg): 14,8 %; ELSA: 23,9 %) und Mecklenburg-Vorpommern (BÄK: 10,0 %; ELSA: 16,5 %).

Die Geschlechterverteilung unterscheidet sich nur wenig von den Daten der Bundesärztestatistik. In allen drei Regionen ist der Anteil an Frauen unter den Befragten geringfügig größer im Vergleich zu den Daten der BÄK. In Mecklenburg-Vorpommern beträgt der Frauenanteil unter den Befragten 71,8 % (BÄK: 68,7 %), im Regierungsbezirk Tübingen 74,7 % (BÄK: 69,9 %) und in Bremen 75,4 % (BÄK: 71,2 %).

Bei der Verteilung bezüglich des Beschäftigungsstatus (selbstständig/angestellt) zeigen sich ebenfalls kaum Abweichungen von der Statistik der Bundesärztekammer³²: Sowohl im Regierungsbezirk Tübingen (BÄK (Baden-Württemberg): 53,5 %; ELSA: 56,8 %) als auch in Bremen (BÄK: 56,1 %; ELSA: 58,8 %) sind die Gynäkologinnen und Gynäkologen etwas häufiger angestellt als selbstständig. In Mecklenburg-Vorpommern sind weniger Befragte angestellt (43,4 %), hier ist der Anteil etwas geringer im Vergleich zu den Daten der BÄK (BÄK: 51,5 %).

Alles in allem zeigen sich im Vergleich zu den Daten der Bundesärztestatistik nur wenige Abweichungen: Es haben in allen Regionen etwas mehr Befragte teilgenommen, die unter 40 Jahre waren, damit sind die Befragten jeweils etwas jünger als alle Gynäkologinnen und Gynäkologen in den drei Regionen. Zudem wurden im Vergleich etwas mehr Befragte in Mecklenburg-Vorpommern erreicht, die selbstständig tätig sind und nicht angestellt. Bei Ergebnissen, die stark mit dem Alter zusammenhängen, wird darauf hingewiesen, dass der Anteil jüngerer Ärztinnen und Ärzte unter den Befragten etwas höher ist als bei allen Gynäkologinnen und Gynäkologen in den drei Regionen.

³² Die Daten der BÄK differenzieren in niedergelassen, stationär, ambulant, angestellt, in Behörden/Körperschaften, in sonstigen Bereichen. Für den Vergleich des Beschäftigungsstatus wurden die Daten zu niedergelassen (BÄK) und selbstständig (ELSA-Befragung) verglichen.

5.3.6 Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten (AP 3.5)

5.3.6.1 Methodenbeschreibung

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Methode und Durchführung der Expertenbefragung, welche darauf abzielte, ein tiefgreifendes Verständnis für die regionalen Unterschiede und die spezifischen Charakteristika der medizinischen Versorgung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen zu erlangen. Im Fokus dieses Untersuchungsteils von Arbeitspaket 3 stand die Betrachtung der medizinischen Versorgungssituation aus der Perspektive von Expertinnen und Experten, die in unterschiedlichen Kontexten mit der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch befasst sind. Dies schließt die Bewertung der aktuellen Versorgungssituation hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Effektivität in Bezug auf den tatsächlichen Bedarf sowie die Identifikation von existierenden Zugangsbarrieren ein. Zudem sollen die wahrgenommenen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung erfasst und diskutiert werden. Ein weiteres zentrales Anliegen dieses Untersuchungsteils war es, notwendige Verbesserungen und potenzielle Handlungsoptionen zu identifizieren, um die Versorgung betroffener Frauen zu verbessern.

5.3.6.2 Methodisches Vorgehen und Auswertungsverfahren

Mit der für diesen Untersuchungsteil genutzten Methode der Fokusgruppe wurde eine qualitative Forschungsmethode verwendet, die darauf abzielt, durch organisierte Diskussion ein breites Spektrum an Informationen, Meinungen und Argumenten von den Teilnehmenden zu gewinnen. Dieser Ansatz ermöglicht es, die medizinische Versorgungssituation aus der Perspektive von Expertinnen und Experten zu beleuchten, die in verschiedenen Kontexten mit der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch befasst sind. Die besondere Stärke dieser Methode liegt in ihrem interaktiven Charakter, der einen diskursiven Austausch zwischen den Teilnehmenden ermöglicht und dadurch einen tiefen Einblick in individuelle Expertisen, Bewertungen und Einschätzungen bietet (Barbour & Kitzinger, 1999).

Die Moderation spielt bei der Nutzung der Methode eine entscheidende Rolle in der Strukturierung und Leitung der Diskussion. Die Moderation ist dafür verantwortlich, die Diskussion auf die forschungsrelevanten Fragen zu lenken, die so genannten Fokusfragen, und dabei das Gespräch thematisch eingegrenzt und zielorientiert zu halten. Indem die Moderation das Gespräch steuert, stellt sie sicher, dass die Diskussion relevant bleibt und alle notwendigen Themenbereiche abgedeckt werden. Gleichzeitig muss sie flexibel genug sein, um spontanen Diskussionsverläufen Raum zu geben, die wertvolle unerwartete Einsichten liefern können. Ein charakteristisches Merkmal der Fokusgruppe ist die Förderung von Interaktionen zwischen den Teilnehmenden. Diese Dynamik unterstützt nicht nur die Erzeugung von neuen Ideen und Perspektiven durch die gegenseitige Anregung der Teilnehmenden, sondern begünstigt auch kontroverse Sichtweisen, Widersprüche und Ergänzungen. Solche Interaktionen sind zentral, da sie es ermöglichen, ein tiefes Verständnis der thematischen Komplexität zu entwickeln und die Vielschichtigkeit individueller Erfahrungen und Meinungen zu erfassen.

Für diesen Untersuchungsteil wurden zwei Gruppendiskussionen durchgeführt. Die erste Diskussion fand in Präsenz statt und bot die Möglichkeit für eine direkte, persönliche Interaktion zwischen den Teilnehmenden. Diese Art der Durchführung hilft oft bei der Schaffung einer offenen Atmosphäre und fördert eine engagierte Teilnahme. Die zweite Gruppendiskussion wurde als Online-Veranstaltung durchgeführt, was die Flexibilität in Bezug auf Teilnahmeort und -zeit der Expertinnen und Experten erhöht und zudem die Teilnahme von Personen aus geografisch entfernten Regionen ermöglichte. Die Online-Umgebung stellt eigene Herausforderungen an die Moderation und den Ablauf der Diskussion dar, etwa im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der

Diskussionsdynamik, bot aber gleichzeitig einzigartige Möglichkeiten für die Sammlung unterschiedlicher Perspektiven.

Die Mitglieder für die Gruppendiskussionen setzten sich aus Professionellen zusammen, deren Tätigkeitsfeld direkt mit der Versorgung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen verknüpft ist. Diese Expertinnen und Experten brachten vielfältige Perspektiven aus verschiedenen relevanten Bereichen mit, einschließlich der medizinischen und psychosozialen Versorgung, Vertretungen ärztlicher Berufsverbände, Beratungseinrichtungen sowie Vertreterinnen und Vertreter von Landes- und Bundesministerien, Landesärztekammern und der Krankenhausgesellschaft. Die sorgfältige Auswahl der Teilnehmenden zielte darauf ab, eine breite Palette von Fachkenntnissen und Erfahrungen zu bündeln, um ein möglichst umfassendes Bild der Versorgungssituation zu Schwangerschaftsabbrüchen zeichnen zu können.

In einem gezielten Auswahlprozess wurden potenzielle Teilnehmerinnen kontaktiert und zur Teilnahme an den Gruppendiskussionen eingeladen. Dieser Prozess gewährleistete, dass alle Teilnehmenden einen relevanten Beitrag zum Diskussionsthema einbringen konnten. Es wurden zwei Gruppendiskussionen organisiert: Die erste Gruppe setzte sich überregional zusammen und umfasste Expertinnen und Experten aus einem breiten professionellen Spektrum, was die Vielfalt an Erfahrungen und Sichtweisen noch verstärkte. Für die zweite Diskussionsrunde lag der Fokus auf einer regionalen Auswahl der Expertinnen und Experten, was eine intensivere Betrachtung der spezifischen lokalen Gegebenheiten und Herausforderungen erlaubte.

Die erste dieser Diskussionsrunden fand unmittelbar im Anschluss an eine Präsentation ausgewählter Ergebnisse der Studie statt, was den Teilnehmenden ermöglichte, auf einer gemeinsamen Informationsgrundlage in die Diskussion zu starten. Dieses Vorgehen förderte eine fokussierte und tiefgehende Auseinandersetzung mit dem Thema, da konkretes Fachwissen und aktuelle Erkenntnisse als Diskussionsgrundlage dienen konnten. Vor der zweiten Veranstaltung wurden die Teilnehmenden ebenfalls mit spezifischen Informationen und Daten versorgt, die auch hier als Grundlage für den Austausch dienten. Durch diesen strukturierten Ansatz konnte sichergestellt werden, dass alle Diskussionen auf einem hohen Niveau von Sachkenntnis geführt wurden und dass jeder Beitrag auf einer fundierten Basis aufbaute. Diese methodische Herangehensweise war entscheidend dafür, dass die Diskussionen zielgerichtet und praxisnah geführt werden konnten, um letztlich konkrete Handlungsempfehlungen und Verbesserungsvorschläge für die Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch zu erarbeiten.

Die Fokusgruppen erfolgten nach einem von Flick (2021, S. 255) beschriebenen optimalen Ablauf durch Erklärung des Anliegens, des Vorgehens und der Dauer, einer Vorstellungsrunde und eines Diskussionsanreizes. Für die Diskussionen wurde in der Vorbereitung ein Leitfaden entwickelt, um die relevanten Themen berücksichtigen zu können. Die Struktur des Leitfadens unterteilte die Diskussionen in zwei thematische Cluster. Der erste Fragenkomplex umfasst die Bewertung des Status quo der Versorgungssituation und möglicher Regelungen, Auflagen oder Hindernisse, die die Bewertung der Versorgung bzw. die Versorgung erschweren. Im zweiten Teil sollten Ansatzpunkte für Veränderungen und Lösungsoptionen für benannte Probleme und die Reduzierung von bestehenden Hindernissen diskutiert werden.

Vor Beginn der Diskussionen wurde allen Beteiligten versichert der Schutz ihrer Daten zugesichert, verbunden mit der festen Zusicherung, dass sämtliche Aussagen nicht individuellen Personen zugeordnet werden können. Nachdem das Einverständnis aller Beteiligten eingeholt war, wurden die Gespräche mittels Audioaufnahmen festgehalten, um eine präzise Dokumentation der Diskussionen zu gewährleisten. Im nächsten Schritt der Forschungsarbeit wurden diese Audioaufzeichnungen in anonymisierter Form transkribiert, um die Anonymität der Teilnehmenden zu wahren und gleichzeitig eine genaue textliche Grundlage für die weitere Analyse zu schaffen. Die Auswertung dieser transkribierten Gespräche erfolgte mit der strukturierenden Inhaltsanalyse nach

Mayring (Mayring & Gläser-Zikuda, 2008). Diese Analysemethode gestattete es, inhaltlich bedeutsame Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und anschließend systematisch in themenorientierte Kategorien einzuteilen. Durch diesen Prozess konnte eine strukturierte und zielgerichtete Auswertung erreicht werden, die es ermöglichte, die Kernthemen und wesentlichen Erkenntnisse aus den Diskussionen herauszuarbeiten und in einem größeren Kontext zu interpretieren.

5.3.6.3 Limitationen

Bei der Umsetzung des beschriebenen Vorgehens ergaben sich spezifische Probleme, die einer kritischen Betrachtung bedürfen. Ein zentrales Ziel des Projekts war die Durchführung von Fokusgruppen in den drei ausgewählten Regionen, in denen die regionalen Befragungen der Gynäkologinnen und Gynäkologen stattfanden. Jedoch stieß dieses Vorhaben auf erhebliche Herausforderungen. Trotz intensiver Bemühungen, potenzielle Teilnehmende sowohl telefonisch als auch elektronisch zu erreichen und für die Teilnahme zu gewinnen, zeigte sich eine durchgängig geringe Bereitschaft zur Teilnahme. Das mangelnde Interesse und die häufig genannte Begründung, keine Zeit für die Teilnahme an solchen Fokusgruppen zu haben, führten letztlich dazu, dass keine weiteren regionalen Fokusgruppen organisiert werden konnten. Diese Einschränkung wirkte sich insofern aus, dass Handlungsempfehlungen nicht aus der Perspektive regionaler Akteure diskutiert werden konnten. Diese wurden daher übergreifend und tendenziell unabhängig von regionalen Fragen diskutiert und abgeleitet.

5.3.7 Literaturverzeichnis

- ACOG (2014): Abortion Training and Education. In: Obstet Gynecol. Online verfügbar unter <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2014/11/abortion-training-and-education.pdf>, zuletzt geprüft am 05.09.2024.
- Aniteye, Patience; O'Brien, Beverley; Mayhew, Susannah H. (2016): Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana. In: BMC health services research 16, S. 486. DOI: 10.1186/s12913-016-1733-7.
- Asch, D. A., Jedrzejewski, M. K. & Christakis, N. A. (1997): "Response rates to mail surveys published in medical journals", Journal of clinical epidemiology, Vol. 50, No. 10, S. 1129–1136.
- Baier, Alicia (2019): Schwangerschaftsabbruch – das Tabu in der medizinischen Ausbildung. In: pro familia magazin 2, S. 19–20. Online verfügbar unter <https://www.uni-giessen.de/fbz/zentren/ggs/prina/mitteilungen/profamilia>, zuletzt geprüft am 13.11.2021.
- Baier, Alicia; Behnke, Anna-Lisa (2023): Barriers to abortion provision: A qualitative study among medical students and gynecologists in Berlin, Germany. In: Contraception 130, S. 110325. DOI: 10.1016/j.contraception.2023.110325.
- Baier, Alicia; Behnke, Anna-Lisa; Schäfer, Philip (2019): Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch | Gunda-Werner-Institut | Heinrich-Böll-Stiftung. Hg. v. Heinrich-Böll-Stiftung. Online verfügbar unter <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch>, zuletzt geprüft am 13.11.2021.
- Barbour, R. & Kitzinger, J. (1999) Developing Focus Group Research, 6 Bonhill Street, London England EC2A 4PU United Kingdom, SAGE Publications Ltd.
- Bayerischer Landtag (2020): Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Strohmayr, SPD: Schwangerschaftsabbrüche in Bayern. Drucksache 18/9512. Online verfügbar unter https://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Schriftliche%20Anfrage%20n/18_0009512.pdf.
- BBSR (2021): Siedlungsstruktureller Regionstyp. Online verfügbar unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/siedlungsstrukturelle-regionstypen/regionstypen.html>, zuletzt aktualisiert am 16.10.2023, zuletzt geprüft am 20.08.2024.
- Binişik, Derya (2021): Importstopp von Cytotec® erschwert adäquate Gesundheitsversorgung von gestörten und ungewollten Schwangerschaften. Gunda Werner Institut. Online verfügbar unter <http://www.gwi-boell.de/index.php/de/2021/04/22/importstopp-von-cytotecr-erschwert-adaequate-gesundheitsversorgung-von-gestoerten-und>.
- BMVI (2022): Verkehrsinvestitionsbericht 2020. Online verfügbar unter https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Publikationen/G/verkehrsinvestitionsbericht-2020.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.09.2024.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, zuletzt geprüft am 30.10.2024.
- Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20240614_MWBO-2018.pdf, zuletzt geprüft am 12.07.2024.

- Bundesärztekammer (2024): Berufsrecht. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztin-nen und Ärzte. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht>, zuletzt aktualisiert am 31.03.2022, zuletzt geprüft am 05.09.2024.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hg.) (2023a): INKAR - Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. Online verfügbar unter <https://www.inkar.de/>.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hg.) (2023b): Siedlungsstruktureller Regionstyp. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. Online verfügbar unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/siedlungsstrukturelle-regionstypen/regionstypen.html>.
- Bundeszentrale für Politische Bildung (2020) "Religion", Bundeszentrale für politische Bildung, 2020 [Online]. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/145148/religion/> (Abgerufen am 17 August 2024).
- Burns, Roshan M.; Shaw, Kate A. (2020): Standardizing abortion education: what medical schools can learn from residency programs. In: *Current opinion in obstetrics & gynecology* 32 (6), S. 387–392. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000663.
- Busch, Ulrike (2019): Schwangerschaftsabbruchversorgung: Welchen Einfluss haben rechtliche und gesellschaftliche Aspekte? In: *pro familia magazin* 47 (2), S. 6–9.
- Chalkidou, Kalipso (2009): Comparative Effectiveness Review Within the U.K.'s National Institute for Health and Clinical Excellence. Online verfügbar unter <https://www.issuelab.org/resources/8793/8793.pdf>, zuletzt geprüft am 07.10.2022.
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (2024): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Online verfügbar unter <https://nklm.de/zend/objective/list/lve/1192/objective/10007122>, zu-letzt aktualisiert am 12.07.2024, zuletzt geprüft am 12.07.2024.
- Coast, Ernestina; Norris, Alison H.; Moore, Ann M.; Freeman, Emily (2018): Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. In: *Social science & medicine* (1982) 200, S. 199–210. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.01.035.
- Cohen, J. (1992) "Statistical Power Analysis", *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 1, No. 3, S. 98–101.
- Cohen, Pollyanna; Mayhew, Jonathan; Gishen, Faye; Potts, Henry W. W.; Lohr, Patricia A.; Kavanagh, Jayne (2021): What should medical students be taught about abortion? An evaluation of student attitudes towards their abortion teaching and their future involvement in abortion care. In: *BMC medical education* 21 (1), S. 4. DOI: 10.1186/s12909-020-02414-9.
- Cook, D. A., Wittich, C. M., Daniels, W. L., West, C. P., Harris, A. M. & Beebe, T. J. (2016) "Incentive and Reminder Strategies to Improve Response Rate for Internet-Based Physician Surveys: A Randomized Experiment", *Journal of medical Internet research*, Vol. 18, No. 9, e244.
- Costa, Caroline de; Douglas, Heather; Black, Kirsten (2013): Making it legal: abortion providers' knowledge and use of abortion law in New South Wales and Queensland. In: *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 53 (2), S. 184–189. DOI: 10.1111/ajo.12035.
- Crandall, Wallace; Kappelman, Michael D.; Colletti, Richard B.; Leibowitz, Ian; Grunow, John E.; Ali, Sabina et al. (2011): ImproveCareNow: The development of a pediatric inflammatory bowel disease improvement network. In: *Inflammatory bowel diseases* 17 (1), S. 450–457. DOI: 10.1002/ibd.21394.

- Czygan, Christine; Thonke, Ines (2015): Schwangerschaftsabbruch - Ärztliches Handeln in Forschung und Praxis. In: Ulrike Busch und Daphne Hahn (Hg.): Abtreibung. Diskurse und Tendenzen. Berlin, Bielefeld: De Gruyter; transcript Verlag (KörperKulturen), S. 279–297.
- Dawson, Angela J.; Nicolls, Rachel; Bateson, Deborah; Doab, Anna; Estoesta, Jane; Brassil, Ann; Sullivan, Elizabeth A. (2017): Medical termination of pregnancy in general practice in Australia: a descriptive-interpretive qualitative study. In: *Reprod Health* 14 (1), S. 39. DOI: 10.1186/s12978-017-0303-8.
- Deutsches Ärzteblatt (2023): Schwangerschaftsabbruch soll Eingang in Lernzielkatalog finden. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146072/Schwangerschaftsabbruch-soll-Eingang-in-Lernzielkatalog-finden>, zuletzt aktualisiert am 05.09.2024, zuletzt geprüft am 05.09.2024.
- Die deutschen Bischöfe (2023): Grundordnung des kirchlichen Dienstes. Online verfügbar unter https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/VDD-Arbeitsrecht/Grundordnung_DB_95A-2022.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2024.
- Doran, Frances; Nancarrow, Susan (2015): Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. In: *The journal of family planning and reproductive health care* 41 (3), S. 170–180. DOI: 10.1136/jfprhc-2013-100862.
- Dresing, Thorsten; Pehl, T. (2012): *Praxisbuch Interview & Transkription. Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 4. Aufl. Marburg.
- Dressler, Jennifer; Maughn, Nanamma; Soon, Judith A.; Norman, Wendy V. (2013): The perspective of rural physicians providing abortion in Canada: qualitative findings of the BC Abortion Providers Survey (BCAPS). In: *PloS one* 8 (6), e67070. DOI: 10.1371/journal.pone.0067070.
- Dykema, J., Jones, N. R., Piché, T. & Stevenson, J. (2013) "Surveying clinicians by web: current issues in design and administration", *Evaluation & the health professions*, Vol. 36, No. 3, S. 352–381.
- Faúndes, Anibal; Duarte, Graciana Alves; Osis, Maria José Duarte (2013): Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. In: *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 123, S57-S59. DOI: 10.1016/S0020-7292(13)60003-X.
- Fiala, Christian (2012): Induzierter Abort. Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 72 (01), S. 24–26. DOI: 10.1055/s-0031-1298154.
- Flick, U. (2021) *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*, 10. Aufl., Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Freedman, L.; Langton, C.; Landy, U.; Ly, E.; Rocca, C. (2017): Abortion care policies and enforcement in U.S. obstetrics–gynecology teaching hospitals: a national survey. In: *Contraception* 96 (4), S. 265. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.07.017.
- Freedman, Lori; Landy, Uta; Darney, Philip; Steinauer, Jody (2010): Obstacles to the integration of abortion into obstetrics and gynecology practice. In: *Perspect Sexual Reprod Health* 42 (3), S. 146–151. DOI: 10.1363/4214610.
- Fülöp, Gerhard; Kopetsch, Thomas; Schöpe, Pascal (2011): Catchment areas of medical practices and the role played by geographical distance in the patient's choice of doctor. In: *Ann Reg Sci* 46 (3), S. 691–706. DOI: 10.1007/s00168-009-0347-y.
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (30.09.2021): Bedarfsplanungs-Richtlinie. BPL-RL, vom 20.12.2012. Fundstelle: Anz AT 29.09.2021 B2. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2622/BPL-RL_2021-07-15_iK-2021-09-30.pdf.
- G-BA (16.03.2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen

Versorgung. (Bedarfsplanungs-Richtlinie, vom in der Neufassung vom 20.12.2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31.12.2012 in Kraft getreten am 01.01.2013, zuletzt geändert am 16.03.2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 02.06.2023 B2) in Kraft getreten am 03.06.2023. Online verfügbar unter https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Publikationen/G/verkehrsinvestitionsbericht-2020.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 06.08.2023.

GBE Bund (2024) Die umfangreichste Datensammlung über unser Gesundheitswesen. [Online]. Verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=11806673&p_sprache=D&p_thema_id=31007&p_thema_id2=1&p_thema_id3=&p_thema_id4= (Abgerufen am 5 Juli 2024).

GBE Bund (2024): Die umfangreichste Datensammlung über unser Gesundheitswesen. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=11806673&p_sprache=D&p_thema_id=31007&p_thema_id2=1&p_thema_id3=&p_thema_id4=, zuletzt aktualisiert am 26.06.2024, zuletzt geprüft am 05.07.2024.

German Board and College of Obstetrics and Gynecology (2020): Presseerklärung zur Forderung, die Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als Einstellungsvoraussetzung für Universitätsfrauenkliniken festzulegen. Online verfügbar unter https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2020/Zur_Forderung__die_Bereitschaft_zu_Schwangerschaftsabbruechen_als_Einstellungsvoraussetzung_festzulegen/GBCOG_PM_zu_Bereitschaft_zur_Durchfuehrung_von_Schwangerschaftsabbruechen_als_Einstellungsvoraussetzung.pdf, zuletzt geprüft am 05.09.2024.

Gignac, G. E. & Szodorai, E. T. (2016) "Effect size guidelines for individual differences researchers", *Personality and Individual Differences*, Vol. 102, S. 74–78.

Goffman, Erving (1975): *Stigma. Über Techniken d. Bewältigung beschädigter Identität*. 7. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 140).

Goodman, David C. (2009): Unwarranted variation in pediatric medical care. In: *Pediatric clinics of North America* 56 (4), S. 745–755. DOI: 10.1016/j.pcl.2009.05.007.

Goodman, Suzan; Shih, Grace; Hawkins, Mitchel; Feierabend, Susan; Lossy, Panna; Waxman, Norma Jo et al. (2013): A long-term evaluation of a required reproductive health training rotation with opt-out provisions for family medicine residents. In: *Family medicine* 45 (3), S. 180–186. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23463431/>.

Greenberg, Megan; Herbitter, Cara; Gawinski, Barbara A.; Fletcher, Jason; Gold, Marji (2012): Barriers and enablers to becoming abortion providers: the reproductive health program. In: *Family medicine* 44 (7), S. 493–500.

Greenberg, Samantha; Nothnagle, Melissa (2018): An "Invaluable Skill": Reflections on Abortion Training and Postresidency Practice. In: *Family medicine* 50 (9), S. 691–693. DOI: 10.22454/FamMed.2018.529396.

Griggs, Jennifer J.; Sorbero, Melony E. S.; Ahrendt, Gretchen M.; Stark, Azadeh; Heininger, Susanne; Gold, Heather T. et al. (2009): The pen and the scalpel: effect of diffusion of information on nonclinical variations in surgical treatment. In: *Medical care* 47 (7), S. 749–757. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819748b3.

Groß, Antonia; Sachse, Jonathan; Donheiser, Max; Lenz, Miriam; Stahl, Sophia (2022): Datenbank zu Schwangerschaftsabbrüchen. Welche öffentlichen Kliniken Abbrüche durchführen 2022, 2022. On-

line verfügbar unter <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/>, zuletzt geprüft am 05.09.2024.

- Guilbert, Edith; Wagner, Marie-Soleil; Munro, Sarah; Wilcox, Elizabeth; Dunn, Sheila; Devane, Courtney et al. (2020): Explaining slow implementation of mifepristone in Quebec with the transtheoretical model of change. In: Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC 42 (5), S. 677. DOI: 10.1016/j.jogc.2020.02.050.
- Hanschmidt, Franz; Kaiser, Julia; Stepan, Holger; Kersting, Anette (2020): The Change in Attitudes Towards Abortion in Former West and East Germany After Reunification: A Latent Class Analysis and Implications for Abortion Access. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 80 (1), S. 84–94. DOI: 10.1055/a-0981-6286.
- Hanschmidt, Franz; Linde, Katja; Hilbert, Anja; Riedel-Heller, Steffi G.; Kersting, Anette (2016): Abortion Stigma: A Systematic Review. In: Perspect Sexual Reprod Health 48 (4), S. 169–177. DOI: 10.1363/48e8516.
- Harris, Laura Florence; Halpern, Jodi; Prata, Ndola; Chavkin, Wendy; Gerds, Caitlin (2018): Conscientious objection to abortion provision: Why context matters. In: Global public health 13 (5), S. 556–566. DOI: 10.1080/17441692.2016.1229353.
- Harris, Lisa H.; Martin, Lisa; Debbink, Michelle; Hassinger, Jane (2013): Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. In: Contraception 87 (1), S. 11–16. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.08.031.
- Harris, Lisa Hope; Debbink, Michelle; Martin, Lisa; Hassinger, Jane (2011): Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. In: Social science & medicine (1982) 73 (7), S. 1062–1070. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.07.004.
- Hasselbacher, Lee A.; Hebert, Luciana E.; Liu, Yuan; Stulberg, Debra B. (2020): "My Hands Are Tied": Abortion Restrictions and Providers' Experiences in Religious and Nonreligious Health Care Systems. In: Perspectives on sexual and reproductive health 52 (2), S. 107–115. DOI: 10.1363/psrh.12148.
- Helferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch), zuletzt geprüft am 29.11.2021.
- Hessischer Landtag (2018): Kleine Anfrage der Abgeordneten Schott, DIE LINKE: Schwangerschaftsabbruch. Drucksache 19/6572. Online verfügbar unter <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/2/06572.pdf>.
- Hessischer Landtag (2022): Kleine Anfrage der Abgeordneten Tanja Hartdegen (SPD), Nadine Gersberg (SPD) und Lisa Gnadl (SPD). Drucksache 20/8134. Online verfügbar unter <https://starweb.hessen.de/cache/DRS/20/4/08134.pdf>.
- Hickie, Ian B.; Scott, Elizabeth M.; Davenport, Tracey A. (1999): Are Antidepressants All the Same? Surveying the Opinions of Australian Psychiatrists. In: The Australian and New Zealand journal of psychiatry 33 (5), S. 642–649. DOI: 10.1080/j.1440-1614.1999.00632.x.
- Horsthemke, Sina (2022): Tabuthema Abtreibung. In: Spektrum.de, 05.09.2022. Online verfügbar unter <https://www.spektrum.de/news/schwangerschaftsabbruch-im-medizinstudium-tabuthema-abtreibung/2054778>, zuletzt geprüft am 05.09.2024.
- Hulme-Chambers, Alana; Clune, Samantha; Tomnay, Jane (2018): Medical termination of pregnancy service delivery in the context of decentralization: social and structural influences. In: International journal for equity in health 17 (1), S. 172. DOI: 10.1186/s12939-018-0888-8.
- Keogh, Louise; Croy, Samantha; Newton, Danielle; Hendron, Marianne; Hill, Shannon (2019): General practitioner knowledge and practice in relation to unintended pregnancy in the Grampians region of Victoria, Australia. In: Rural and remote health 19 (4), S. 5156. DOI: 10.22605/RRH5156.

- Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*, 2. Aufl., Weinheim, Basel, Beltz Juventa.
- Lappen, Justin R.; Vricella, Laura K.; Andrews, Virginia; Christensen, Erika; Heuser, Cara C.; Horvath, Sarah et al. (2021): Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: Maternal-fetal medicine subspecialist survey on abortion training and service provision. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 225 (1), B2-B11. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.04.220.
- Lembke, Ulrike (2017): *Schwangerschaftsabbruch: Der schwere Stand der Frauen*. Online verfügbar unter <https://www.lto.de/karriere/podcast/folge/schwangerschaftsabbruch-kriminalisierung-deutschland-lebensschuetzer-emrk-niederlande>, zuletzt aktualisiert am 05.09.2024, zuletzt ge-prüft am 05.09.2024.
- Liebold, Renate; Trinczek, Rainer (2009): Experteninterview. In: Stefan Kühl (Hg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 32–56. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-91570-8_3, zuletzt geprüft am 30.10.2024.
- Martin, Lisa A.; Debbink, Michelle; Hassinger, Jane; Youatt, Emily; Eagen-Torkko, Meghan; Harris, Lisa H. (2014): Measuring stigma among abortion providers: assessing the Abortion Provider Stigma Survey instrument. In: *Women & health* 54 (7), S. 641–661. DOI: 10.1080/03630242.2014.919981.
- Martin, Lisa A.; Hassinger, Jane A.; Seewald, Meghan; Harris, Lisa H. (2018): Evaluation of Abortion Stigma in the Workforce: Development of the Revised Abortion Providers Stigma Scale. In: *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 28 (1), S. 59–67. DOI: 10.1016/j.whi.2017.10.004.
- Maxwell, Karen J.; Hoggart, Lesley; Bloomer, Fiona; Rowlands, Sam; Purcell, Carrie (2020): Normalising abortion: what role can health professionals play? In: *BMJ sexual & reproductive health*.
- Mayring, P & Gläser-Zikuda, M (Hg.) (2008) *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* [Online], 2. Aufl., Weinheim, Beltz. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1114431>.
- Mercuri, Mathew; Gafni, Amiram (2011): Medical practice variations: what the literature tells us (or does not) about what are warranted and unwarranted variations. In: *Journal of evaluation in clinical practice* 17 (4), S. 671–677. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2011.01689.x.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Detlef Garz (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verl., S. 441–471. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-322-97024-4_14, zuletzt geprüft am 30.10.2024.
- Mosley, Martin; Seewald; Hassinger; Blanchard; Baum et al. (2020): Addressing Abortion Provider Stigma: A Pilot Implementation of the Providers Share Workshop in Sub-Saharan Africa and Latin America. In: *International perspectives on sexual and reproductive health* 46, S. 35. DOI: 10.1363/46e8720.
- Murphy, Mark; Vellinga, Akke; Walkin, Scott; MacDermott, Maeve (2012): Termination of pregnancy: attitudes and clinical experiences of Irish GPs and GPs-in-training. In: *The European journal of general practice* 18 (3), S. 136–142. DOI: 10.3109/13814788.2012.704360.
- Myran, Daniel T.; Bardsley, Jillian; El Hindi, Tania; Whitehead, Kristine (2018): Abortion education in Canadian family medicine residency programs. In: *BMC medical education* 18 (1), S. 121. DOI: 10.1186/s12909-018-1237-8.
- Nolting, Hans-Dieter (2015): Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. In: *GGW* 15 (2), S. 16–22.

- Norman, Wendy V.; Soon, Judith A.; Maughn, Nanamma; Dressler, Jennifer (2013): Barriers to rural in-duced abortion services in Canada: findings of the British Columbia Abortion Providers Survey (BCAPS). In: PLoS one 8 (6), e67023. DOI: 10.1371/journal.pone.0067023.
- O'Donnell, Jenny; Weitz, Tracy A.; Freedman, Lori R. (2011): Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. In: Social science & medicine (1982) 73 (9), S. 1357–1364. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.08.019.
- OECD (2014): Geographic Variations in Health Care. What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? Paris: OECD Publishing (OECD Health Policy Studies).
- Payne, Carolyn; Frankel, Angela (2020): Changes in Young Pro-Choice Physicians' Attitudes Towards Abortion Provision in Residency and Early Practice [05J]. In: Obstetrics & Gynecology 135, 104s. DOI: 10.1097/01.AOG.0000664264.55609.56.
- Polic, Aleksandra; Rapkin, Rachel B. (2020): Access to abortion training. In: Seminars in perinatology 44 (5), S. 151271. DOI: 10.1016/j.semperi.2020.151271.
- pro familia Bundesverband (Hg.) (2019): Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch. Unter Mitarbeit von Davina Höblich (47).
- Rennison, C.; Horan, C.; Kavanagh, J.; Woodhead, E. (2021): Abortion education in UK medical schools. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, S. 251. DOI: 10.1111/1471-0528.20-16715.
- Rivlin, Katherine; Sedlander, Erica; Cepin, Ana (2020): "It Allows You to Challenge Your Beliefs": Examining Medical Students' Reactions to First Trimester Abortion. In: Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health 30 (5), S. 353–358. DOI: 10.1016/j.whi.2020.06.004.
- Schang, Laura; Weinhold, Ines; Wende, Danny; Sundmacher, Leonie (2019): Monitoring und Bewertung des regionalen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. In: BARMER (Hg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019, S. 230–271. Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/resource/blob/1024186/687ccec26f38a562a052bbc1c3ec7a78/barmer-gw-aktuell-2019-11-monitoring-und-bewertung-des-regionalen-zugangs-zur-ambulanten-aerztlichen-versorgung-data.pdf>, zuletzt geprüft am 15.08.2023.
- Schmuhl, Nicholas B.; Rice, Laurel W.; Wautlet, Cynthia K.; Higgins, Jenny A. (2020): Physician attitudes about abortion at a Midwestern academic medical center 99. DOI: 10.1101/2020.05.08.20094540.
- Scott, A., Jeon, S.-H., Joyce, C. M., Humphreys, J. S., Kalb, G., Witt, J. & Leahy, A. (2011) "A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors", BMC medical research methodology, Vol. 11, S. 126.
- Sepucha, Karen; Ozanne, Elissa; Mulley, Albert G. (2006): Doing the right thing: systems support for decision quality in cancer care. In: Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine 32 (3), S. 172–178. DOI: 10.1207/s15324796abm3203_2.
- Seyler, Helga (2014): Schwangerschaftsabbrüche. Internationale Leitlinien. In: pro familia medizin 12 (4), S. 1–6.
- Sjöström, Susanne; Essén, Birgitta; Gemzell-Danielsson, Kristina; Klingberg-Allvin, Marie (2016): Medical students are afraid to include abortion in their future practices: in-depth interviews in Maharashtra, India. In: BMC medical education 16, S. 8. DOI: 10.1186/s12909-016-0532-5.
- Skinner, Jonathan (2012): Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care. In: Mark V. Pauly, Pedro Pita Barros und Thomas G. McGuire (Hg.): Handbook of health economics. Volume 2, Bd. 2. 1. ed. Amsterdam: Elsevier North Holland (Handbooks in economics), S. 45–93.

- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2022): Personen: Alter (10er-Jahresgruppen) - Religion. Online verfügbar unter <https://ergebnisse.zensus2022.de/datenbank/online/statistic/1000A/table/1000A-2002/search/s/cmVsaWdpb24=>, zuletzt aktualisiert am 15.07.2024, zuletzt geprüft am 20.08.2024.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023a): Fläche und Bevölkerung | Statistikportal.de. On-line verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung>, zuletzt aktualisiert am 20.08.2024, zuletzt geprüft am 20.08.2024.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2023b): ZensusDatenbank. Ergebnisse des Zensus 2011. Online verfügbar unter <https://ergebnisse2011.zensus2022.de/>.
- Statistisches Bundesamt (2021a): Schwangerschaftsabbrüche. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begruendung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html, zuletzt geprüft am 15.03.2023.
- Statistisches Bundesamt (2021b): Schwangerschaftsabbrüche - Informationen über Meldestellen im Zeitverlauf. Unveröffentlicht.
- Statistisches Bundesamt (2022a): Meldestellen der Schwangerschaftsabbruchstatistik nach Größen-klassen der getätigten Abbrüche 2020. Sonderauswertung für die ELSA-Studie.
- Statistisches Bundesamt (2022a): Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchstatistik in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2021.html>, zuletzt aktualisiert am 13.12.2023, zuletzt geprüft am 20.08.2024.
- Statistisches Bundesamt (2022b): Schwangerschaftsabbrüche. Berichtsjahr 2021. Wiesbaden (Fachserie 12, Reihe 3).
- Statistisches Bundesamt (2022b): Sonderauswertung georeferenzierter Schwangerschaftsabbrüche nach faktisch anonymisierten Einzeldaten für die ELSA-Studie.
- Statistisches Bundesamt (2023): Georeferenzierte Bevölkerungszahlen zum 31.12.2021. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/veroeffentlichungen/georeferenzierte-bevoelkerungszahlen>.
- Steinauer, J.; Danielsson, K. G.; Scheele, F.; Landy, U.; O'Sullivan, P.; Teherani, A.; Cate, O. T. (2018): Abortion training in the netherlands and Sweden: A case study. In: International journal of gynaecology and obstetrics 143, S. 459–460. DOI: 10.1002/ijgo.12582.
- Stiftung Gesundheit (2021) "Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2021. Ein Jahr Digitale Gesundheitsanwendungen."
- Subasinghe, Asvini K.; Deb, Seema; Mazza, Danielle (2019): Primary care providers' knowledge, attitudes and practices of medical abortion: a systematic review. In: BMJ sexual & reproductive health. DOI: 10.1136/bmjshr-2019-200487.
- Teffo, Mantshi E.; Rispel, Laetitia C. (2017): 'I am all alone': factors influencing the provision of termination of pregnancy services in two South African provinces. In: Global health action 10 (1), S. 1347369. DOI: 10.1080/16549716.2017.1347369.
- Tennhardt, Christiane (2019): Was spricht für den Schwangerschaftsabbruch mit Medikamenten? In: Abstracts der Wissenschaftlichen Sitzungen 2019 der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (GGGB). Abstracts der Wissenschaftlichen Sitzungen 2019 der Gesellschaft für Geburtshilfe

und Gynäkologie in Berlin (GGGB). Berlin, 1/1/2019 - 12/31/2019: Georg Thieme Verlag KG (Geburtshilfe und Frauenheilkunde).

- Turk, Jema K.; Steinauer, Jody E.; Zite, Nikki; Ogburn, Tony; Horvath, Sarah (2024): The association between abortion training and obstetrics and gynecology resident competence and intention to provide abortion care before Dobbs. In: *Contraception* 132, S. 110358. DOI: 10.1016/j.contraception.2023.110358.
- Vogt, Verena; Ermann, Hanna (2020): Regionale Variationen in der Versorgung. In: Oliver Razum und Petra Kolip (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa, S. 805–814.
- Vries, Irene de; van Keizerswaard, Lisa Juanola; Tolboom, Bianca; Bulthuis, Susan; van der Kwaak, Anke; Tank, Jaydeep; Koning, Korrie de (2020): Advocating safe abortion: outcomes of a multi-country needs assessment on the potential role of national societies of obstetrics and gynecology. In: *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 148 (3), S. 282–289. DOI: 10.1002/ijgo.13092.
- Wennberg, John E. (2002): Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 325 (7370), S. 961–964. DOI: 10.1136/bmj.325.7370.961.
- Wheeler, Stephanie B.; Zullig, Leah L.; Reeve, Bryce B.; Buga, Geoffrey A.; Morroni, Chelsea (2012): Attitudes and intentions regarding abortion provision among medical school students in South Africa. In: *International perspectives on sexual and reproductive health* 38 (3), S. 154–163. DOI: 10.1363/3815412.
- WHO (2022): Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization Human Reproduction Programme. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942/>.
- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) (Hg.) (2022): Einkommen im regionalen Vergleich. Online verfügbar unter https://www.wsi.de/data/wsi_vm_einkommen_regional.xlsx.
- World Health Organisation (2003): *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.
- World Health Organization (2023): *Clinical practice handbook for quality abortion care*. Online verfügbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>, zuletzt geprüft am 05.09.2024.
- WSI (2019): *WSI Verteilungsmonitor. Einkommen im regionalen Vergleich*. Online verfügbar unter <https://www.wsi.de/de/einkommen-14582-einkommen-im-regionalen-vergleich-40420.htm>, zu-letzt aktualisiert am 20.08.2024, zuletzt geprüft am 20.08.2024.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

In diesem Kapitel wird ein umfassender Überblick über die Durchführung sowie den Arbeits- und Zeitplan des ELSA-Projekts gegeben. Die Übersicht enthält die Pläne für alle drei Arbeitspakete in tabellarischer Form: die Befragung ungewollt Schwangerer (AP 1), die psychosoziale Versorgung (AP 2) und die medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3). Ziel dieses Kapitels ist es, die tatsächliche Durchführung der Arbeiten im Vergleich zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan darzustellen und zu analysieren. Dabei werden die vereinbarten und erreichten Meilensteine im Detail beleuchtet und Abweichungen vom Plan begründet. Besondere Aufmerksamkeit wird auf die Zielerreichung innerhalb der Projektlaufzeit gelegt. Darüber hinaus werden positive und negative Erfahrungen sowie aufgetretene Probleme dargestellt, so dass die gewonnenen Erkenntnisse zur Optimierung zukünftiger Projekte beitragen können. Diese Analyse beinhaltet die spezifischen Pläne aller am ELSA-Projekt beteiligten Standorte und zieht somit eine umfassende Bilanz über die Effektivität und Effizienz der umgesetzten Maßnahmen in jedem der drei Kernbereiche.

Zur Sicherstellung der Barrierefreiheit des Dokuments ist die Übersicht der Meilensteine als getrennte Anlage 1 im Anhang dieses Schlussberichts aufgeführt.

7 Ergebnisse

Anspruch der ELSA-Studie war es, die Situation und die Erfahrungen ungewollt schwanger gewordener Frauen unter Berücksichtigung der medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlichen Methoden zu untersuchen, um ein gleichermaßen umfassendes wie auch detailliertes Gesamtbild zu gewinnen. Aufgrund des Umfangs der ELSA-Studie sind die Ergebnisse der einzelnen Teilstudien im Kapitel 7 zunächst in Form eigenständiger Berichte dokumentiert. Eine Komprimierung, Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse der ELSA-Studie erfolgt in Kapitel 9.

Die Darstellung der Ergebnisse der ELSA-Studie gliedert sich gemäß der Analyseperspektiven und Arbeitspakete des Projekts. Zunächst sind die Ergebnisse zu den Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer im Rahmen des auf die Perspektive der Frauen gerichteten Studienteils ausgeführt. Neben den Ergebnissen einer standardisierten Befragung ungewollt Schwangerer werden vertiefend die Forschungsergebnisse von weiteren Teilstudien zu Bewältigungsprozessen bei ungewollten Schwangerschaften sowie zu den Erfahrungen von Gruppen mit besonderen Problemlagen dokumentiert.

Die psychosozialen Unterstützungsangebote sind Gegenstand des zweiten Teils der Ergebnisdarstellung. Ausgeführt sind die Ergebnisse einer Recherche und Analyse von Strukturdaten der Schwangerschaftskonfliktberatung, einer bundesweiten standardisierten Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen sowie einer quantitativen Medieninhaltsanalyse zu schwangerschaftsabbruchbezogenen Online-Informationen.

Der dritte Studienteil widmet sich den Strukturen und der Situation der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen, die in der ELSA-Studie mit verschiedenen methodischen Ansätzen untersucht worden sind. Wesentliche empirische Grundlagen der ausgeführten Ergebnisse bilden im Rahmen einer Sonderauswertung georeferenzierte Daten der amtlichen Statistik der Schwangerschaftsabbrüche sowie zwei standardisierte Befragungen von Ärztinnen und Ärzten. Hier wurden zum einen Ärztinnen und Ärzte befragt, die Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung durchführen. Zum anderen richtete sich die zweite Befragung an sämtliche Gynäkologinnen und Gynäkologen in ausgewählten Regionen, um auch Aufschluss über die Hintergründe zu erhalten, warum Ärztinnen und Ärzte keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Der fünfte Untersuchungsteil bildete den Abschluss dieses Arbeitspaketes und bezog Expertinnen und Experten ein, um auf der Grundlage der Ergebnisse der vier vorherigen Untersuchungen (3.1 – 3.4) Handlungsempfehlungen abzuleiten.

7.1 Die Befragungen der ungewollt Schwangeren (AP 1)

Bei der empirischen Untersuchung der Erfahrungen ungewollt schwanger gewordener Frauen fanden verschiedene Methoden Anwendung. Neben der übergreifenden Darstellung der Perspektive ungewollt Schwangerer richteten sich die Untersuchungen zudem spezifisch auf vulnerable Gruppen, bei denen besondere Risikofaktoren für erhöhte Belastungen bestehen. In Kapitel 7.1.1 werden die Ergebnisse der standardisierten Online-Befragung von Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen haben, dargestellt. Im Anschluss an die Dokumentation der Befragungsergebnisse zu ungewollt Schwangeren insgesamt geht Kapitel 7.1.1.6 auf ebenfalls im Rahmen der standardisierten Online-Befragung erhobene Ergebnisse zu den untersuchten vulnerablen Gruppen – Frauen in Beziehungen mit Partnerschaftsgewalt, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit psychischen Erkrankungen und Frauen mit Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit – ein.

In Kapitel 7.1.2 werden die Ergebnisse der Vertiefungsstudien ausgeführt. Die ersten beiden, von dem SoFFI Freiburg und der Hochschule Fulda durchgeführten qualitativ-empirischen Analysen sind allgemein auf Erfahrungen und Bewältigungsprozesse von Frauen gerichtet, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben (vgl. Kapitel 7.1.2.1) oder abgebrochen haben (vgl. Kapitel 7.1.2.2). Berücksichtigt wird hier neben den Erfahrungen der Frauen auch die Perspektive der beteiligten Männer. Die im Anschluss dokumentierten Forschungsergebnisse fokussieren auf die vulnerablen Gruppen: Die unter 7.1.2.3 dargestellte, von der Hochschule Nordhausen umgesetzte und auf qualitativen Interviews basierende Vertiefungsstudie befasst sich mit der Situation von ungewollt schwanger gewordenen Frauen mit Gewalt-, Migrations- und Fluchterfahrung. Die vom Universitätsklinikum Ulm durchgeführte, ebenfalls qualitativ angelegte Vertiefungsstudie beschäftigt sich mit den spezifischen Erfahrungen von ungewollt schwanger gewordenen Frauen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Kapitel 7.1.2.4). Abschließend sind in 7.1.2.5 die Ergebnisse der von der FU Berlin durchgeführten Teilstudie zu Traumatisierungen in der Kindheit als Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft ausgeführt. Im Unterschied zu den anderen qualitativ ausgerichteten Vertiefungsstudien wurde bei dieser Teilstudie ein multimethodischer Ansatz verfolgt: neben Fragebögen und ausführlichen klinischen Interviews wurde eine innovative Methode zur Analyse von Haarcortisol als Indikator für mittel- und langfristige Verläufe chronischer, stressassoziierter Zustände eingesetzt.

7.1.1 Die quantitative Befragung der ungewollt Schwangeren (AP 1.1/AP 1.3)

Die Ergebnisdarstellung der standardisierten Befragung von Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind, setzt sich aus verschiedenen Einzelanalysen zusammen. Ein erstes Kapitel geht auf Strukturdaten zu ungewollt eingetretenen Schwangerschaften ein. Bei den zugrundeliegenden Daten wird auf die amtliche Statistik sowie Ergebnisse anderer Forschungsprojekte zurückgegriffen. Ein zweites Kapitel geht auf Grundlage der ELSA-Befragung vergleichend auf die Lebenslagen von Frauen ein, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, die einen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen und die eine gewollte Schwangerschaft ausgetragen haben. Zeitlicher Bezugsrahmen ist bei diesen Analysen die Wochen vor Eintritt der Schwangerschaft.

In den folgenden Kapiteln sind die Erfahrungen der Frauen in der Zeit zwischen Bemerken der Schwangerschaft und dem Ende der Schwangerschaft getrennt nach Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (vgl. Kapitel 7.1.1.3) und für Frauen mit ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften (vgl. Kapitel 7.1.1.4) ausgeführt. Die systematische Trennung der Darstellung der Ergebnisse von ausgetragenen und abgebrochenen ungewollt eingetretenen Schwangerschaften erscheint aus mehreren Gründen sinnvoll und angemessen. Ein entscheidender methodischer Grund für die Trennung ist, dass die Befragungsdaten verschiedenen Stichproben mit unterschiedlicher Stichprobenqualität entstammen. Zudem bestehen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften und bei Schwangerschaftsabbrüchen wesentliche Unterschiede etwa bei den Herausforderungen, mit denen die Frauen konfrontiert werden, bei den Informations- und Unterstützungsbedarfen und bei den konkreten Schritten der medizinischen Versorgung, die eine gemeinsame Darstellung wenig zielführend erscheinen lassen. Und auch bei einem Analysebereich wie den Stigmatisierungserfahrungen, die sich bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen und Frauen, die ungewollt eingetretene Schwangerschaften austragen, in ihren Ursachen und Auswirkungen unterschiedlich darstellen, erweist sich die Trennung beider Gruppen als sinnvoll.

Entwicklungen von der Zeit vor Eintritt der Schwangerschaft über die Zeit unmittelbar nach der Schwangerschaft bis hin zum Befragungszeitpunkt werden im Rahmen vergleichender Analysen in Kapiteln 7.1.1.5 ausgeführt. Im abschließenden Kapitel 7.1.1.6 wird detailliert auf die verschiedenen vulnerablen Gruppen eingegangen.

7.1.1.1 Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche im Kontext der Reproduktionsbiografie (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

Die im Rahmen von ELSA erhobenen quantitativen Daten ermöglichen es aufgrund des gewählten Erhebungsdesigns selbst nur eingeschränkt, repräsentative Aussagen zum Alter von Frauen bei ungewollten und gewollten Schwangerschaften oder Schwangerschaftsabbrüchen zu treffen. Als geeignetere Datengrundlagen können – im Falle von Geburten insgesamt sowie von Schwangerschaftsabbrüchen – die amtliche Statistik und im Falle von ungewollten Schwangerschaften entsprechende Daten aus dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Forschungsprojekt „frauen leben 3“ (Helfferich et al., 2016; Knittel & Olejniczak, 2023) herangezogen werden.

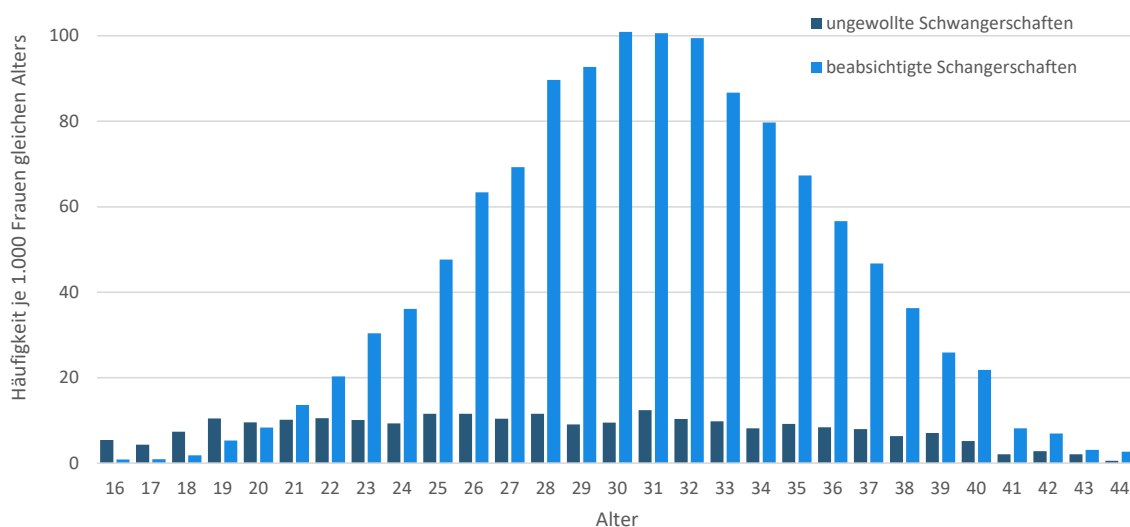
7.1.1.1.1 Häufigkeit beabsichtigter, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften

Nach den Ergebnissen der repräsentativen „frauen leben 3“-Befragungen, die in den Jahren 2012 bis 2020 bei insgesamt 19.000 Frauen in sämtlichen deutschen Bundesländern durchgeführt wurden, sind etwa 70 % aller eingetretenen Schwangerschaften beabsichtigt (Knittel & Olejniczak, 2023). Demgegenüber treten knapp 30 % aller Schwangerschaften in Deutschland unbeabsichtigt ein. Hierzu zählen rund 12 % der Schwangerschaften, die zwar grundsätzlich gewollt waren, die aber erst zu einem späteren Zeitpunkt hätten eintreten sollen. Bei weiteren zwei bis drei Prozent dieser unbeabsichtigten Schwangerschaften waren die Frauen zwiespältig oder unentschieden. Ausdrücklich ungewollt sind 15 % aller Schwangerschaften, die in den zurückliegenden Jahren – abhängig von dem bei der Betrachtung berücksichtigten Zeitraum – etwa je zur Hälfte ausgetragen und abgebrochen wurden. Etwa jede fünfte im Rahmen von „frauen leben 3“ befragte Frau im Alter ab 40 Jahren ist im Laufe ihres Lebens mindestens einmal ungewollt schwanger geworden. Internationale Vergleiche der Häufigkeit von ungewollten Schwangerschaften sind aufgrund der verschiedenen eingesetzten Erhebungsinstrumente im Regelfall nicht belastbar möglich (vgl. Aiken et al., 2016).

7.1.1.1.2 Altersstruktur bei ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen

Während sich bei der Häufigkeit beabsichtigter Schwangerschaften über die fertile Lebensphase von Frauen hinweg deutliche Unterschiede zeigen, treten ungewollte Schwangerschaften über weite Teile der fertilen Lebensphase mit einer konstanteren Häufigkeit ein: Im Alter zwischen 19 und 35 Jahren werden etwa 10 von 1.000 Frauen eines Altersjahrs ungewollt schwanger. In höherem Alter geht die Prävalenz zurück. Im Alter über 40 Jahre liegt sie – ebenso wie bei noch nicht volljährigen Frauen – bei weniger als 5 ungewollten Schwangerschaften je 1.000 Frauen gleichen Alters (vgl. Abb. 7.1). Während ungewollte Schwangerschaften damit über die Altersjahre hinweg ähnlich verbreitet sind, sind gewollte und geplante Schwangerschaften im Alter zwischen 28 und 34 Jahren besonders häufig.

Abb. 7.1: Häufigkeiten beabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Altersjahren (je 1.000 Frauen gleichen Alters)



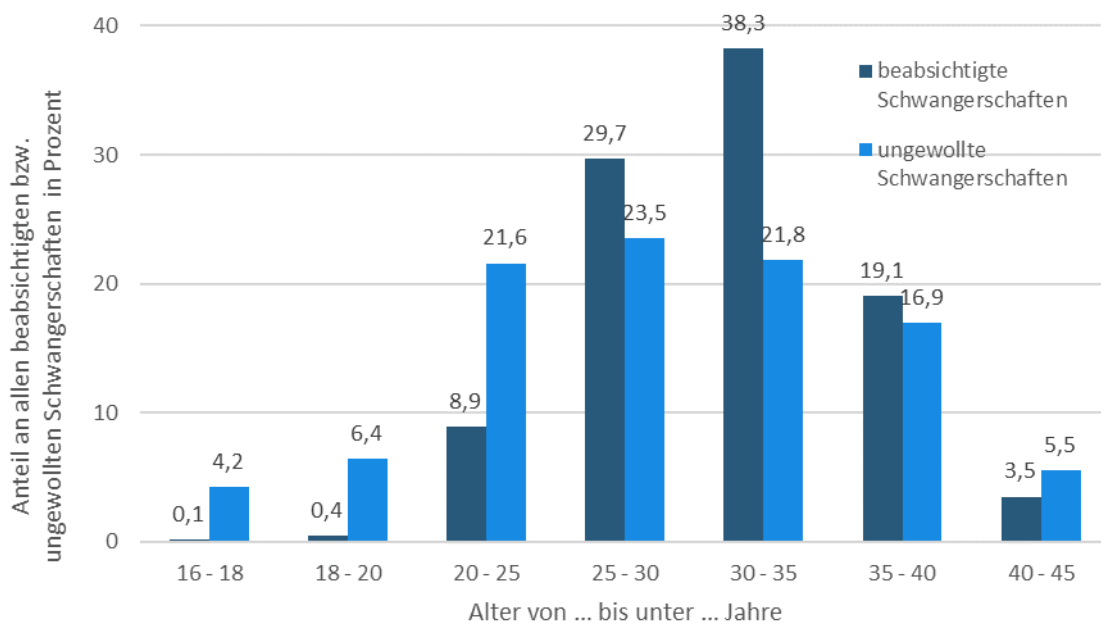
n= 22.706 zwischen 1983 und 2020 in Deutschland ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften, altersstrukturgewichtete Berechnung.

Quelle: Datensatz frauen leben 3

Insgesamt entfallen 38 % aller beabsichtigten Schwangerschaften auf Frauen in der Altersgruppe von 30 bis unter 35 Jahre (vgl. Abb. 7.2). Auf Frauen in den Altersgruppen zwischen 25 bis unter 30 Jahren und zwischen 35 bis unter 40 Jahren entfallen mit 30 % bzw. 19 % geringere Anteile der beabsichtigten Schwangerschaften. Bei noch älteren bzw. noch jüngeren Frauen sind beabsichtigte Schwangerschaften erheblich seltener.

Bei ungewollten Schwangerschaften, die sowohl ausgetragene als auch abgebrochene Schwangerschaften einschließen, ist die Altersverteilung der Schwangeren im Vergleich zu den Geburten deutlich ausgeglichener. Zwischen 20 und 35 Jahren liegen die altersgruppenspezifischen Anteile an allen ungewollten Schwangerschaften in ähnlicher Höhe. Auch auf Frauen zwischen 35 und 40 Jahren entfallen noch 17 % der ungewollten Schwangerschaften. Nur bei Frauen im Alter von unter 20 Jahren sowie ab 40 Jahren treten ungewollte Schwangerschaften deutlich seltener ein.

Abb. 7.2: Altersverteilung von Schwangeren nach Schwangerschaftsintention (in Prozent)



n= 22.706 zwischen 1983 und 2020 in Deutschland ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften,
Quelle: Datensatz frauen leben 3

Als Ergebnis kann damit festgehalten werden, dass sich bei ungewollten Schwangerschaften anders als bei beabsichtigten Schwangerschaften keine Konzentration auf die Altersjahre zwischen 30 und 35 Jahre bzw. 25 bis unter 30 Jahre zeigt, sondern die Altersstruktur ungewollt Schwangerer deutlich heterogener ist. Im Vergleich zu gewollt Schwangeren treten ungewollte Schwangerschaften dagegen insbesondere in einem jungen Alter unter 25 Jahre häufiger ein. Auch auf die Altersgruppe ab 40 Jahre entfällt bei ungewollten Schwangerschaften ein etwas höherer Anteil.

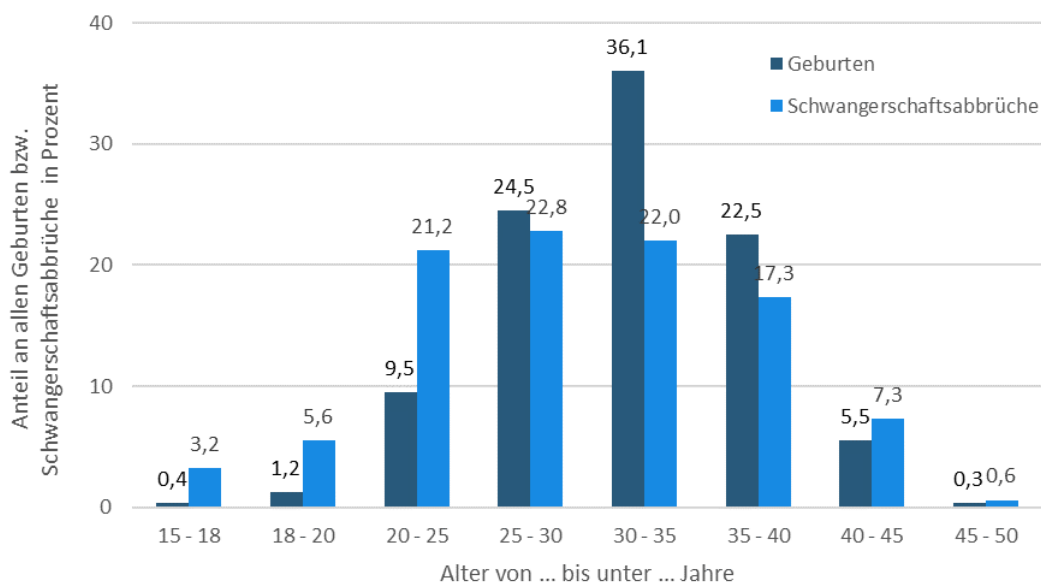
Es ist anzumerken, dass sich die dargestellten Ergebnisse der „frauen leben 3-Studie“ auf zwischen 2012 und 2020 erhobene Befragungsdaten beziehen, bei denen retrospektiv Schwangerschaftsbiografien erhoben wurde. Angesichts des in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich gestiegenen durchschnittlichen Alters der Mutter bei der Geburt ist davon auszugehen, dass sich die Altersverteilung insbesondere bei beabsichtigten Schwangerschaften mittlerweile weiter in Richtung höherer Altersgruppen verschoben hat.

Altersverteilung bei Schwangerschaftsabbrüchen

Auf Grundlage der amtlichen Statistik sind bei Geburten und bei Schwangerschaftsabbrüchen belastbare Aussagen zur Altersstruktur der Schwangeren möglich. Ausgewiesen sind im Folgenden die entsprechenden Werte für das Jahr 2020, da im Jahr 2021 – aller Wahrscheinlichkeit nach auf die COVID 19-Pandemie zurückführbare – Abweichungen gegenüber den Vorjahren aufgetreten sind. Bei den Geburten zeigt sich eine mit den in Abb. 7.3) dargestellten beabsichtigten Schwangerschaften vergleichbare Altersverteilung. Mit Abstand am häufigsten sind Geburten in der Altersgruppe zwischen 30 bis unter 35 Jahre. Auf die Altersspanne zwischen 25 bis unter 40 Jahre entfallen insgesamt 83 % der Geburten, während ausgetragene Schwangerschaften in höherem oder niedrigerem Alter Ausnahmen bilden.

Bei den Schwangerschaftsabbrüchen zeigt sich dagegen eine deutlich ausgeglichener und mithin heterogenere Altersstruktur über die fertile Phase hinweg. Zu bemerken ist ebenfalls, dass gegenüber Geburten ein höherer Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen in einem jüngeren Alter insbesondere zwischen 20 bis unter 25 Jahre stattfindet.

Abb. 7.3: Altersverteilung von Frauen bei Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen, Deutschland 2020 (in Prozent)



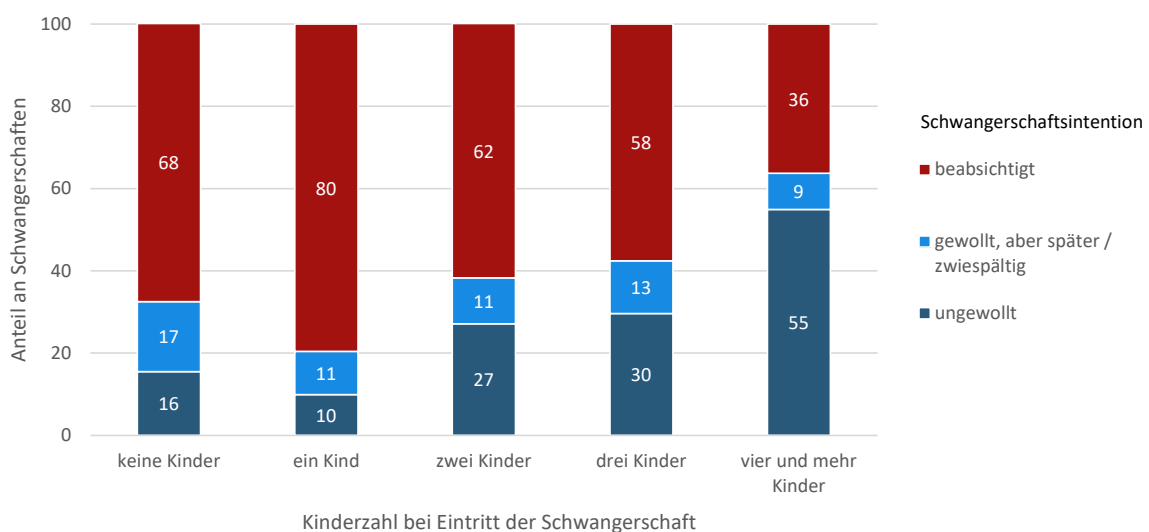
Quellen: Statistisches Bundesamt, Statistik der Schwangerschaftsabbrüche 2021. Fachserie 12 Reihe 3. Statistisches Bundesamt: Statistik der Geburten. genesis online Tabelle 12612-008. Altersberechnung nach der Geburtsjahrmethode. Eigene Berechnung und Darstellung durch Verbundprojekt ELSA.

Die Heterogenität des Alters und damit der Lebensphasen deutet darauf hin, dass die Lebenslagen ungewollt Schwangerer sehr unterschiedlich und vielfältig sind.

7.1.1.1.3 Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche nach Parität

Differenziert nach der Zahl der bereits geborenen Kinder zeigen die „frauen leben 3“-Ergebnisse, dass nach der zweiten Geburt der Anteil ungewollter Schwangerschaften mit steigender Kinderzahl deutlich zunimmt (vgl. Abb. 7.4). Bei Schwangerschaften nach der ersten Geburt sind ungewollte Schwangerschaften am seltensten. Dies steht fraglos im Zusammenhang mit der gesellschaftlich dominierenden Idealvorstellung einer Zwei-Kind-Familie. Auch bei Schwangerschaften von Kinderlosen ist der Anteil der dezidiert ungewollten Schwangerschaften geringer als bei Schwangerschaften von Frauen mit zwei oder mehr Kindern. Häufiger sind bei zuvor kinderlosen Frauen Schwangerschaften, die zwar unbeabsichtigt sind und erst später eintreten sollten, aber nicht ausdrücklich als ungewollt bezeichnet werden. Bei Frauen, die bereits mehr als drei Kinder geboren haben, sind über die Hälfte der weiteren Schwangerschaften ungewollt.

Abb. 7.4: Anteile beabsichtigter, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Zahl der bereits geborenen Kinder



n= 22.706 zwischen 1983 und 2020 ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften
Quelle: Datensatz frauen leben 3

Eine Berechnung, welcher Anteil der ungewollten Schwangerschaften auf Frauen mit welcher Parität entfällt, ist aufgrund des Erhebungsdesigns, das auch Befragte mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für zukünftige Schwangerschaften einschließt, weder bei „frauen leben 3“ noch bei der ELSA-Befragung selbst zuverlässig durchführbar (vgl. Kapitel 5.1.1.3). Dies wäre erst mit größerem zeitlichem Abstand bzw. retrospektiv nach Erreichen der endgültigen Zahl der Schwangerschaften möglich.

Eine zuverlässige Datenlage besteht dagegen bei Schwangerschaftsabbrüchen. Hier weist die amtliche Statistik für das Jahr 2023 einen Anteil von 42,5 Prozent der Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen ohne vorherige Lebendgeburt aus (Statistisches Bundesamt 2024). Bei 20,7 % der Schwangerschaftsabbrüche hatte die Schwangere eine vorherige Geburt, bei weiteren 22,5 % zwei Geburten und bei 14,4 % drei oder mehr vorangegangene Geburten. Die Anteile der Schwangerschaftsabbrüche nach Parität haben sich dabei in den zurückliegenden Jahrzehnten nur geringfügig verändert. Im Jahr 2003 lag der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen ohne vorherige Geburt bei 38,4 %, bei Frauen mit einem Kind bei 26,1 % (Statistisches Bundesamt, 2022).

Bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften deuten die „frauen leben 3“-Befragungsdaten darauf hin, dass ungewollte Schwangerschaften von Frauen mit zwei oder mehr vorherigen Geburten überdurchschnittlich häufig ausgetragen werden, bei genau einer vorherigen Geburt dagegen überdurchschnittlich häufig abgebrochen werden (Helfferich et al., 2016, S. 218).

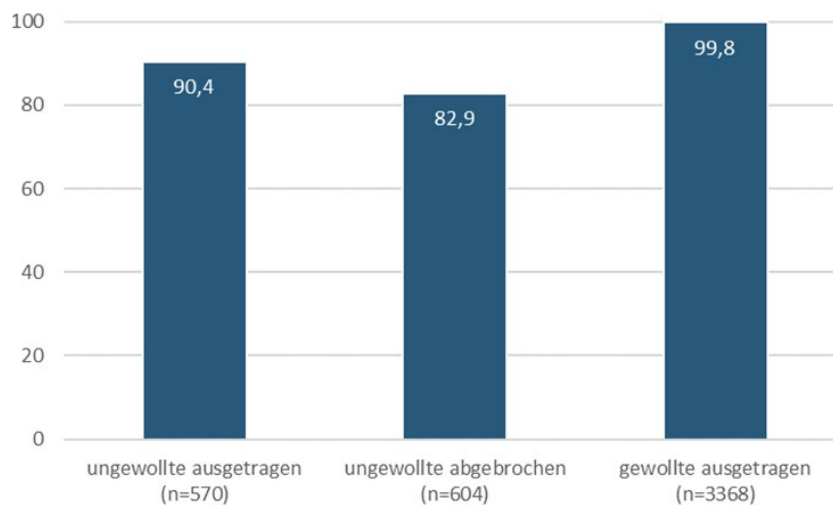
7.1.1.2 Lebenslagen bei Eintritt von ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

Ähnlich wie bei den in den vorhergehenden Abschnitten dargestellten Verteilungen der ungewollten Schwangerschaften nach Alter und Parität zeigt sich auch bei weiteren Merkmalen der Lebenslagen ungewollt Schwangerer eine ausgeprägte Heterogenität. Eine als typisch zu bezeichnende Lebenssituation von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften ist nicht erkennbar. Allerdings zeigt sich im direkten Vergleich mit gewollt Schwangeren, dass beim Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft für eine Familiengründung oder -erweiterung ungünstige Lebensumstände u.a. in den Bereichen Partnerschaft, berufliche und finanzielle Situation oder Gesundheit deutlich verbreiteter sind als bei gewollten Schwangerschaften, wie im Folgenden detailliert ausgeführt wird.

7.1.1.2.1 Partnerschaftssituation bei Eintritt der Schwangerschaft

Schwangerschaften treten weit überwiegend in Partnerschaften ein. Dies gilt nicht nur für gewollt ausgetragene Schwangerschaften, bei denen sich die Frauen bis auf sehr wenige Ausnahmen in einer Partnerschaft befinden. Auch bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften leben die Frauen im Falle von letztlich ausgetragenen Schwangerschaften zu etwa 90 % und bei Schwangerschaftsabbrüchen zu über 80 % in Partnerschaften (vgl. Abb. 7.5). Allerdings zeigt sich auch, dass Frauen, die außerhalb einer Partnerschaft schwanger werden, die Schwangerschaft in aller Regel ungewollt ist.

Abb. 7.5: Anteile der Frauen in Partnerschaften bei Schwangerschaftseintritt nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V = 0,324, $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Frauen, die sich in einer Partnerschaft befinden, werden nur selten von einem anderen Mann als dem Partner schwanger. Bei den ausgetragenen Schwangerschaften liegt dieser Anteil sowohl bei den ungewollten als auch bei den gewollten Schwangerschaften bei maximal einem Prozent, bei den abgebrochenen Schwangerschaften bei knapp fünf Prozent (ohne Abbildung).

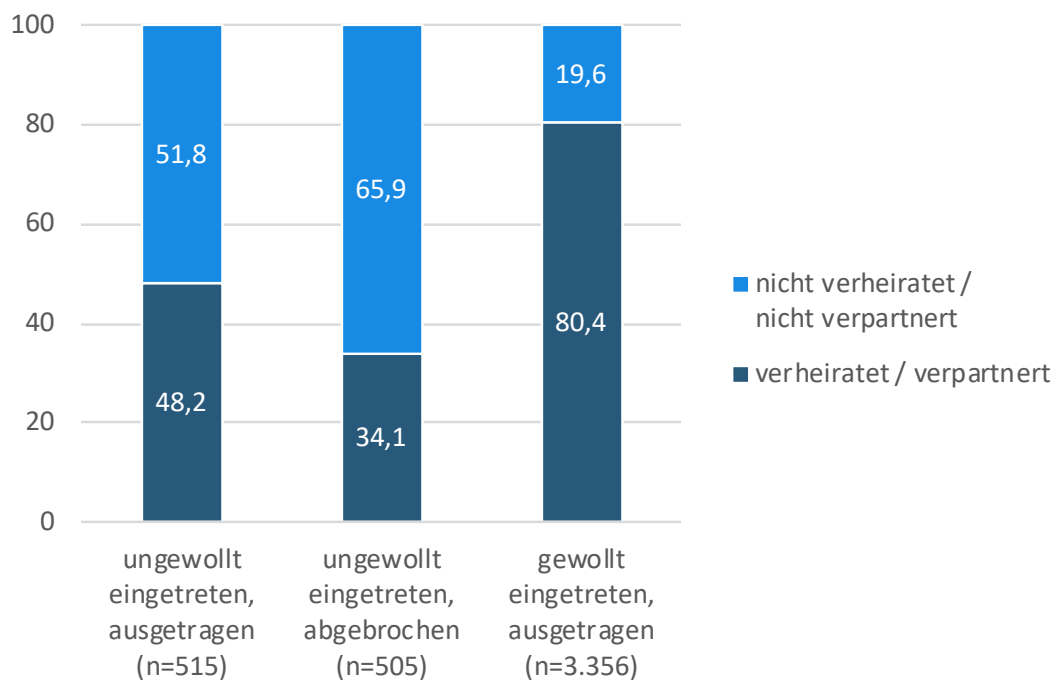
Über das Bestehen einer Partnerbeziehung hinaus wird im Rahmen der ELSA-Befragung untersucht, inwieweit die Konsolidierung von Partnerschaften mit der Gewolltheit und Ungewolltheit von Schwangerschaften zusammenhängt.

Als unmittelbarer Indikator für die Konsolidierung einer Beziehung kann zunächst der formelle Partnerschaftsstatus, also die Heirat oder Verpartnerung, als – nicht nur, aber auch rechtliche –

Verpflichtung zur gegenseitigen Fürsorge und wirtschaftlichen Unterstützung herangezogen werden.

Von den in einer Partnerschaft lebenden Frauen mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften befanden sich 80,4 % bei Schwangerschaftseintritt in einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft. Bei den ungewollten Schwangerschaften liegen die Anteile deutlich niedriger: bei ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften waren lediglich knapp die Hälfte (48,2 %) und bei Schwangerschaftsabbrüchen nur etwa ein Drittel (34,1 %) verheiratet oder verpartnert (vgl. Abb. 7.6). Frauen ohne Partnerschaft sind in dieser Rechnung nicht berücksichtigt. Insofern liegen die Anteile der verheirateten oder verpartnerten Frauen bezogen auf alle Frauen mit ungewollten Schwangerschaften noch niedriger (ungewollte ausgetragene Schwangerschaften: 43,5 %, ungewollte abgebrochene Schwangerschaften 28,3 %; ohne Abbildung).

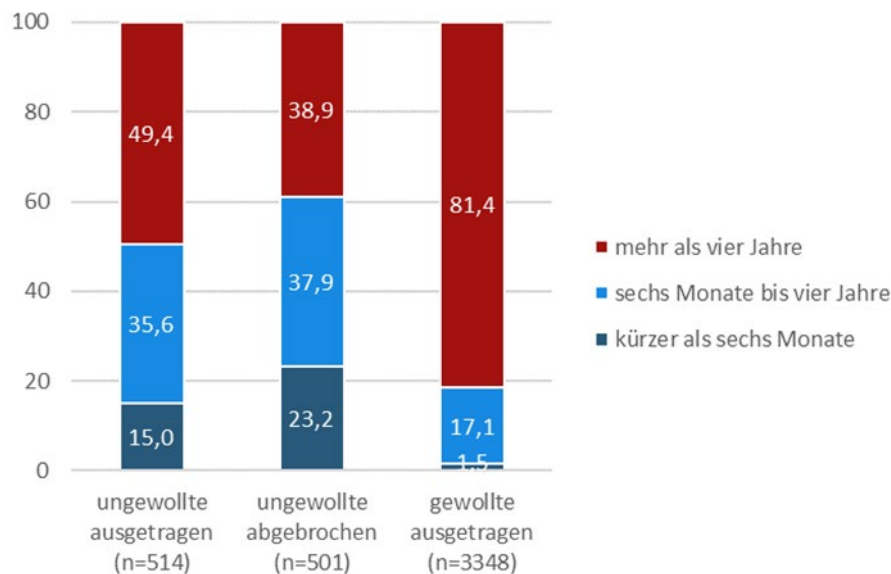
Abb. 7.6: Familienstand (Ehe oder eingetragene Partnerschaft) bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



Frauen, die beim Bemerken der Schwangerschaft in einer Partnerschaft waren (Cramers V = 0,373, $p < 0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich darüber hinaus zwischen der Gewolltheit von Schwangerschaften und der Dauer der Partnerschaft, die als weiterer Indikator für die Konsolidierung der Partnerschaft herangezogen wird. Bei gewollten Schwangerschaften bestand die Partnerschaft in über 80 % der Fälle bereits länger als vier Jahre, bei ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften dagegen nur in etwa der Hälfte der Fälle und bei ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften in weniger als 40 Prozent der Fälle (vgl. Abb. 7.7). Nur bei einem sehr geringen Anteil von 1,5 % der gewollten Schwangerschaften bestand die Partnerschaft kürzer als ein halbes Jahr. Bei 15 % der ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften und bei fast einem Viertel der Schwangerschaftsabbrüche bestand die Partnerschaft dagegen nicht länger als ein halbes Jahr.

Abb. 7.7: Partnerschaftsdauer bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



Frauen, die beim Bemerkten der Schwangerschaft in einer Partnerschaft waren (Cramers V = 0,294, $p < 0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Ergebnisse zu Partnerschaftsdauer und gemeinsamem Haushalt zeigen, dass gewollte Schwangerschaften in aller Regel in konsolidierten Partnerschaften eintreten und eine konsolidierte Partnerschaft damit als faktische Voraussetzung für die absichtsvolle Entscheidung für Schwangerschaft und Kind angesehen werden kann. Schwangerschaften außerhalb konsolidierter Partnerschaften sind dagegen zu einem hohen Anteil ungewollt. Allerdings ist ebenfalls festzuhalten, dass ein substanzieller Teil der ungewollten Schwangerschaften auch in konsolidierten Partnerschaften eintritt – was wiederum auf die Heterogenität der Lebenslagen von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften verweist.

Neben der Konsolidierung zeigt sich ebenfalls die Qualität der Partnerschaft als Einflussfaktor, ob Schwangerschaften gewollt oder ungewollt sind. Die Partnerschaftsqualität wird im Rahmen der ELSA-Befragung anhand von folgenden vier Aspekten erhoben:

- Die direkte Einschätzung der Beziehungsqualität, erhoben durch den Grad der Zustimmung oder Ablehnung zu der Aussage „Die Beziehung war gut und ich war glücklich in der Beziehung.“
- Die eigene Akzeptierung des Partners für eine dauerhafte Beziehung und Verantwortungsübernahme für die gemeinsame Zukunft mit Kindern, erhoben durch das Statement „Ich dachte, dass mein Partner der Richtige für eine gemeinsame Familie ist.“

- Die Krisen- und Konflikthaftigkeit sowie Unsicherheit der Partnerschaft zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts, erfasst mittels der Aussage „Die Beziehung befand sich in einer starken Krise.“
- Das wahrgenommene Interesse des Partners an der Beziehung und an der Verwirklichung einer gemeinsamen Familie, wofür die negativ formulierte Aussage „Meinem Partner waren Freundinnen / Freunde und seine Freiheiten wichtiger als die Beziehung.“ zur Bewertung vorgelegt wurde.

Bei gewollten ausgetragenen Schwangerschaften wird die Partnerschaftsqualität in allen diesen Aspekten deutlich besser eingeschätzt als bei ungewollten Schwangerschaften. 96,8 % der Frauen mit gewollt eingetretenen Schwangerschaften stimmen der Aussage „Die Beziehung war gut und ich war glücklich in der Beziehung“ eher oder voll und ganz zu (vgl. Abb. 7.8). Bei den Frauen mit ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften stimmen 79,1 % der Aussage eher oder voll und ganz zu und bei den Frauen mit abgebrochener Schwangerschaft 73,0 % (Cramers V = 0,258, $p < 0,001$).

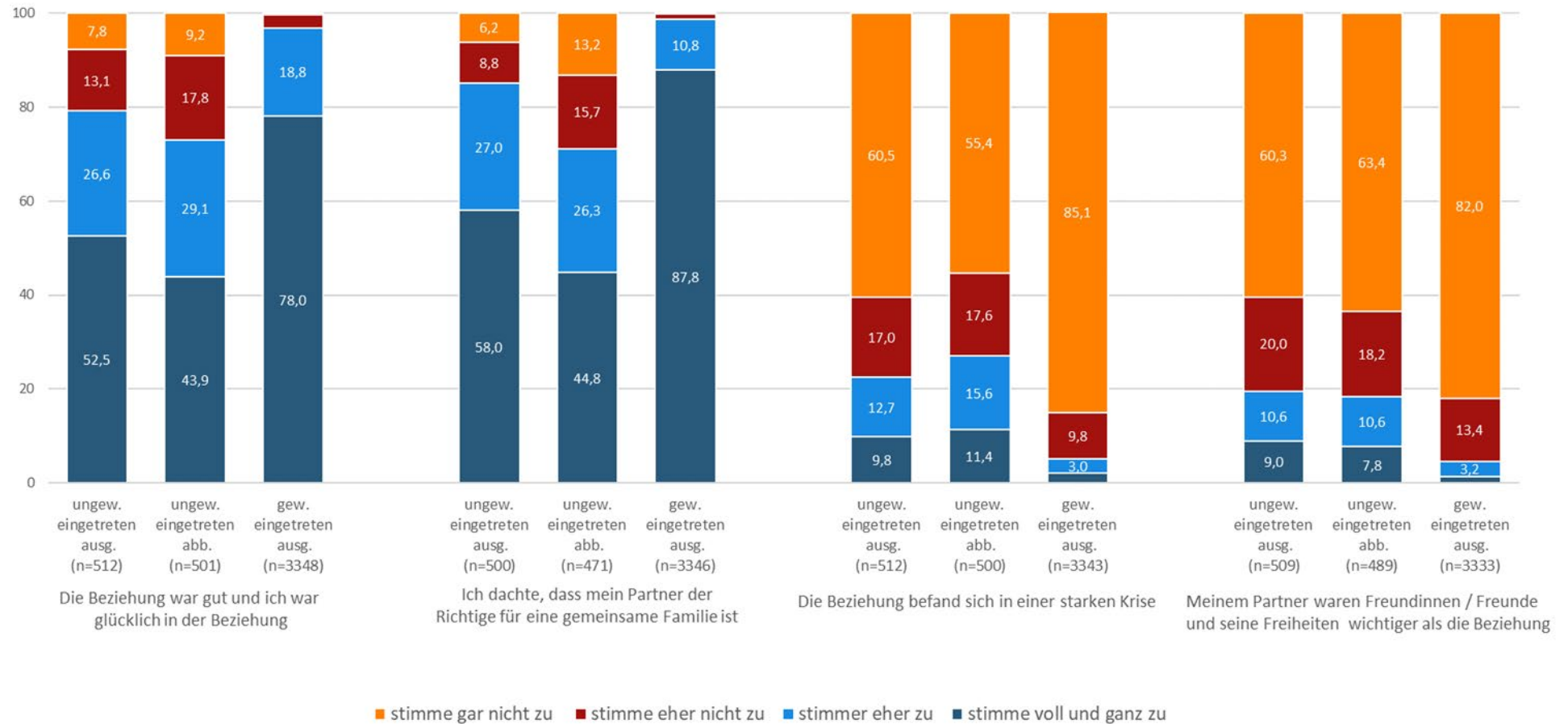
Mit einem Anteil von 98,6 % stimmen auch fast alle Frauen mit gewollt eingetretenen Schwangerschaften der Aussage „Ich dachte, dass mein Partner der Richtige für eine gemeinsame Familie ist“ zu (darunter 87,8 % voll und ganz). Bei den Frauen mit ungewollt ausgetragen Schwangerschaften stimmen insgesamt 85,0 % der Aussage zu (darunter 58,0 % voll und ganz) und bei den Frauen mit Abbrüchen sind es 71,1 % (darunter 44,8 % voll und ganz; Cramers V = 0,318, $p < 0,001$).

Die Aussage, dass sich die Beziehung in einer starken Krise befand, wird mit 85,1 % von den Frauen mit gewollter Schwangerschaft entschieden abgelehnt – bei den Frauen mit ungewollten Schwangerschaften ist die entschiedene Ablehnung deutlich seltener (bei ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften 60,5 %, bei Schwangerschaftsabbrüchen 55,4 %; Cramers V = 0,220, $p < 0,001$).

Ein ähnliches Bild zeigt die Verteilung der Zustimmung und Ablehnung zu der Aussage „Meinem Partner waren Freundinnen / Freunde und seine Freiheiten wichtiger als die Beziehung“ aus: Diese wird von 82,0 % der Frauen mit gewollten Schwangerschaften abgelehnt, während es bei den Frauen mit ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften lediglich 60,3 % bzw. 63,4 % sind (Cramers V = 0,177, $p < 0,001$). Die Cramers V-Werte zeigen für alle vier Aussagen moderate, durchweg hoch signifikante Zusammenhänge zwischen der eingeschätzten Partnerschaftsqualität und der Art der Schwangerschaft.

Damit erweist sich neben der Konsolidierung der Partnerschaft auch eine weitgehend uneingeschränkt hohe Partnerschaftsqualität als faktische Voraussetzung für gewollte Schwangerschaften. Fehlen diese Voraussetzungen, zeigt sich ein deutlich erhöhtes Risiko, dass Schwangerschaften ungewollt sind. Allerdings ist auch bei ungewollten Schwangerschaften eine hohe Partnerschaftsqualität – wie auch eine konsolidierte Partnerschaft – keineswegs als untypisch oder ungewöhnlich zu bezeichnen.

Abb. 7.8: Partnerschaftsqualität bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft



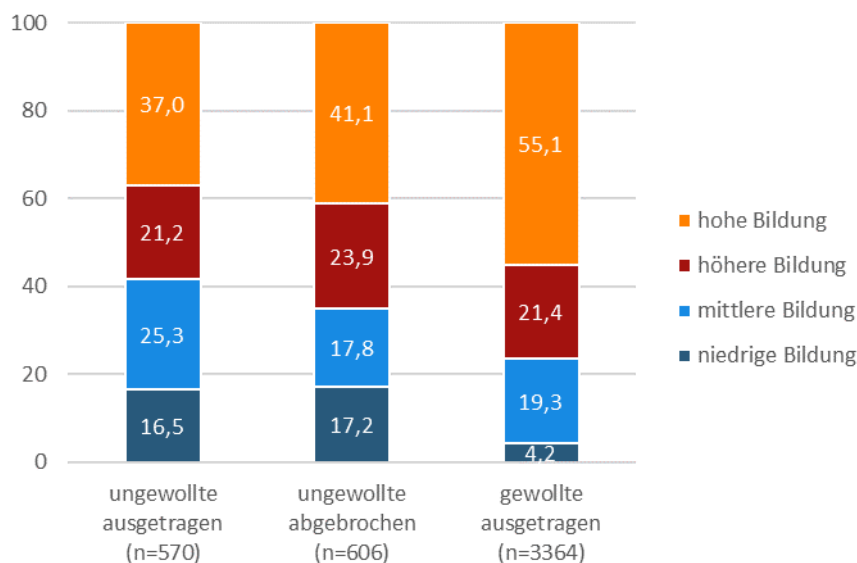
n=4376 Frauen, die beim Bemerken der Schwangerschaft in einer Partnerschaft waren
 Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei der Beurteilung, ob eine Schwangerschaft gewollt oder ungewollt ist, stimmen die Partnerinnen und Partner weitestgehend miteinander überein (Cramers V = 0,617, $p < 0,001$; ohne Abbildung). Von den Frauen mit einer gewollten Schwangerschaft gaben lediglich 7,1 % an, dass diese vom Partner nicht dezidiert gewollt war – in 92,9 % bestand also ein eindeutiger Konsens zwischen der Befragten und ihrem Partner oder ihrer Partnerin. Auch bei ungewollten Schwangerschaften zeigt sich eine ähnlich hohe Übereinstimmung: Frauen mit einer ungewollten ausgetragenen Schwangerschaft geben in 86,9 % der Fälle an, dass die Schwangerschaft auch vom Partner bzw. Erzeuger nicht dezidiert gewollt war – bei Frauen, deren ungewollte Schwangerschaft mit einem Abbruch endete, sind es 93,8 %.

7.1.1.2.2 Bildung, Erwerbstätigkeit und finanzielle Situation

Differenziert nach der formalen Bildung bei Eintritt der Schwangerschaft zeigt sich, dass bei gewollten Schwangerschaften die Frauen überdurchschnittlich häufig einen hohen Bildungsstand haben (55,1 %) als Frauen mit ungewollten ausgetragenen (37,0 %) oder abgebrochenen (41,1 %) Schwangerschaften (vgl. Abb. 7.9; zur Konstruktion der Bildungsgruppen vgl. Kapitel 5.1.1.2.3). Frauen mit niedrigem Bildungsstand sind in der Gruppe der Frauen mit ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften (16,5 %) oder abgebrochenen Schwangerschaften (17,2 %) häufiger vertreten als in der Gruppe der Frauen mit gewollten Schwangerschaften (4,2 %).

Abb. 7.9: Formaler Bildungsstand bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



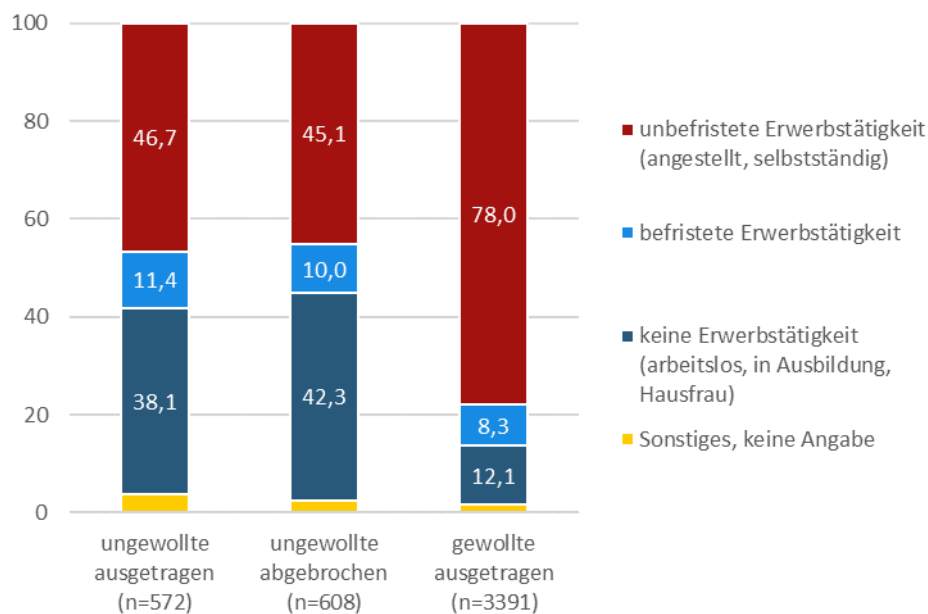
(Cramers V=0,164, $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

In der Gruppe der Frauen mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften waren 86,3 % zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts erwerbstätig, das heißt, sie waren entweder abhängig beschäftigt oder selbständig bzw. freiberuflich tätig. Bei den Frauen mit einer ungewollten ausgetragenen Schwangerschaft liegt dieser Anteil mit 58,1 % und bei den Frauen mit einer abgebrochenen Schwangerschaft mit 55,1 % erheblich niedriger (vgl. Abb. 7.10).

78,0 % der Befragten mit gewollter Schwangerschaft befanden sich zum Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis. Bei den Frauen mit ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften sind es 46,7 % bzw. 45,1 %. Während 76,1 % der Befragten mit gewollten Schwangerschaften einen Arbeitsvertrag mit Anspruch auf Rückkehr auf ihren Arbeitsplatz nach Elternzeit/Babypause hatten, waren es bei den Frauen mit ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften 41,8 % und bei den Frauen mit Abbrüchen 38,3 % (ohne Abbildung; Cramers V = 0,253, $p < 0,001$).

Abb. 7.10: Erwerbstätigkeit bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V=0,236, $p < 0,001$)

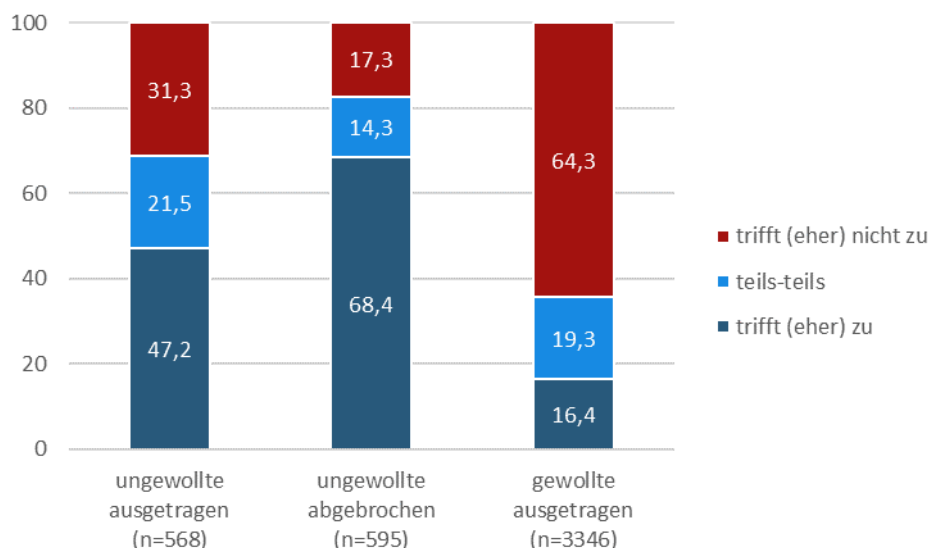
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022 /2023

Bezug von Sozialleistungen und subjektiv eingeschätzte finanzielle Situation

6,1 % der Frauen mit gewollter Schwangerschaft bezogen beim Bemerken der Schwangerschaft aufgrund eines geringen Einkommens staatliche Unterstützungsleistungen. Bei den Frauen mit ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften beträgt der Anteil 26,5 % und bei Frauen mit Abbrüchen 19,9 % (Cramer-V = 0,248***; ohne Abbildung). Während der Bezug von staatlichen Unterstützungsleistungen aufgrund geringer Einkommen als objektiver Indikator für eine schwierige ökonomische Situation herangezogen wird, wird im Rahmen der ELSA-Befragung zudem die subjektive Bewertung der finanziellen Situation aus der Perspektive der Frauen mit einbezogen. Zweck der Erfassung der subjektiven Perspektive ist hierbei die Prüfung, inwiefern die finanzielle Situation als Belastung empfunden wird. In Abb. 7.11 wird die Einschätzung zu der entsprechenden Aussage „Es war klar, dass mit einem (weiteren) Kind meine/unsere finanzielle Situation sehr angespannt wird“ nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft dargestellt.

Abb. 7.11: Subjektive Einschätzung der finanziellen Situation beim Gedanken an ein (weiteres) Kind nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)

Zustimmung zur Aussage „Es war klar, dass mit einem (weiteren) Kind meine/unsere finanzielle Situation sehr angespannt wird“



(Cramers V=0,312, $p<0,001$)

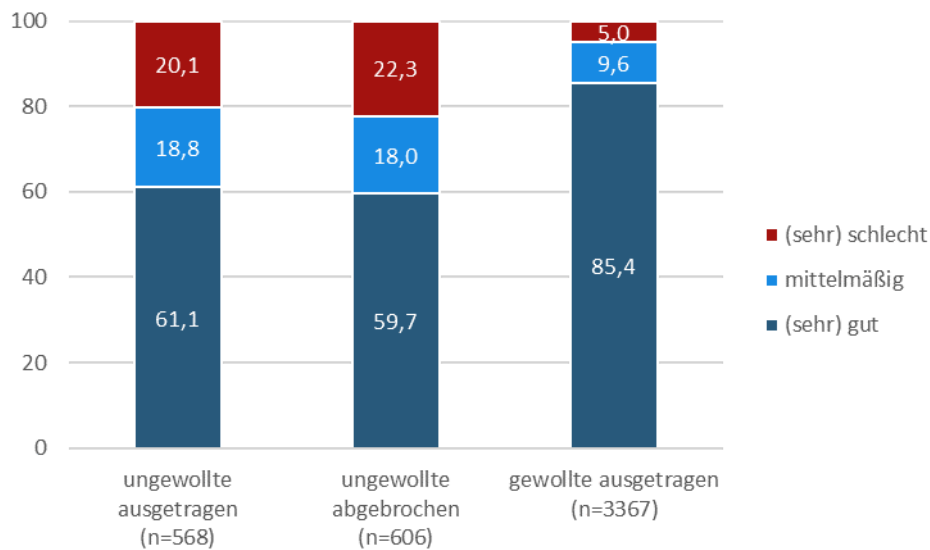
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

47,2 % bzw. 68,4 % der Frauen mit ungewollten ausgetragenen bzw. abgebrochenen Schwangerschaften geben an, dass sie die finanzielle Situation bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind als sehr angespannt bewertet haben. Bei den Frauen mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften geben dies 16,4 % an. 31,3 % bzw. 17,3 % der Frauen mit ungewollten ausgetragenen bzw. abgebrochenen Schwangerschaften geben an, dass diese Aussage (eher) nicht zutrifft. Im Vergleich dazu sind es bei den Frauen mit gewollten Schwangerschaften 64,3 %, für die die Aussage (eher) nicht zutrifft. Neben dem Vergleich der ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften mit den gewollten Schwangerschaften lassen sich auch Erkenntnisse aus dem Vergleich innerhalb der Gruppe der ungewollten Schwangerschaften ziehen. Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft, die mit einem Abbruch endet, bewerten ihre finanzielle Situation bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind noch häufiger als angespannt als Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft, die mit einer Geburt endet.

7.1.1.2.3 Wohnsituation

Abb. 7.12 stellt die Einschätzung der Wohnsituation in Abhängigkeit vom Ausgang und der Gewolltheit der Schwangerschaft zum Zeitpunkt beim Bemerkens der Schwangerschaft dar. Gut jede fünfte Befragte mit ungewollt ausgetragener oder abgebrochener Schwangerschaft (20,1 % bzw. 22,3 %) bewertet ihre Wohnsituation zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts als schlecht oder sehr schlecht. Bei den Befragten mit gewollten Schwangerschaften ist es jede Zwanzigste (5,0 %). 61,1 % der Frauen mit ungewollter ausgetragener bzw. 59,7 % mit abgebrochener Schwangerschaft bewerten ihre Wohnsituation als gut oder sehr gut. Bei den Frauen mit gewollter Schwangerschaft beträgt der Anteil 85,4 %.

Abb. 7.12: Bewertung der Wohnsituation bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)

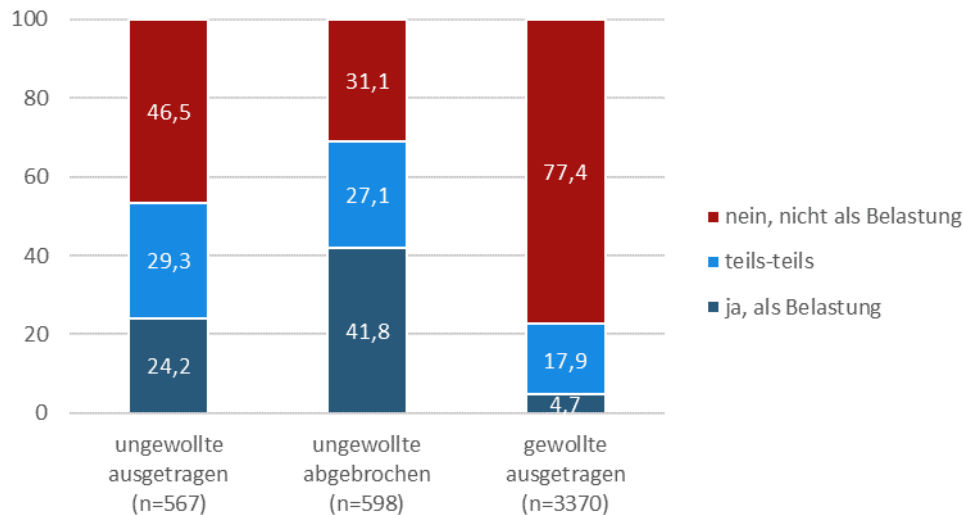


(Cramers V=0,203, $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Neben einer allgemeinen Bewertung der Wohnsituation sollten die Befragten angeben, ob sie ihre Wohnsituation bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind als belastend empfunden haben (vgl. Abb. 7.13). Von den Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, geben 24,2 % an, dass sie die Wohnsituation unter den gegebenen Bedingungen als belastend empfunden haben (29,3 % teils-teils, 46,6 % nein, nicht als Belastung; ohne vgl. Abb. 7.13). Bei den Frauen mit einem Abbruch stuften 41,8 % die Wohnsituation als Belastung ein (27,1 % teils-teils, 46,5 % nein, nicht als Belastung). Und in der Gruppe der Frauen mit einer gewollten Schwangerschaft empfanden nur 4,7 % ihre Wohnsituation bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind als Belastung (17,9 % teils-teils, 77,4 % nein nicht als Belastung).

Abb. 7.13: Bewertung der Wohnsituation bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V = 0,317, $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.2.4 Körperlicher Gesundheitszustand vor Eintritt der Schwangerschaft

Zwischen der körperlichen Gesundheit, der Gewolltheit einer Schwangerschaft und der Entscheidung, eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen, können verschiedenartige Zusammenhänge bestehen. Erhebliche Einschränkungen der körperlichen Gesundheit können etwa einen Grund darstellen, einen Wunsch nach eigenen Kindern temporär oder dauerhaft aufzuschieben oder – bei unbeabsichtigt eingetretener Schwangerschaft – sich für einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Insbesondere bei ausgetragenen Schwangerschaften kann ein bereits von Beginn an eingeschränkter physischer Gesundheitszustand zu einer Belastung werden, die das psychische Wohlbefinden beeinträchtigt. Schließlich üben die Schwangerschaften selbst einen maßgeblichen Einfluss auf den körperlichen Gesundheitszustand aus, wobei die Auswirkungen bei ausgetragenen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen höchst unterschiedlich sind.

In den folgenden Auswertungen werden die Ergebnisse der ELSA-Befragung zum körperlichen Gesundheitszustand in den Wochen vor dem Eintritt der Schwangerschaft dargestellt. Auf den Einfluss des Gesundheitszustands auf die Entscheidung, eine Schwangerschaft abzubrechen, wird in Kapitel 7.1.1.4 eingegangen, auf die Entwicklung des Gesundheitszustands während der Schwangerschaft und auf die Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden in dem darauffolgenden Kapitel 7.1.1.5.

Der körperliche Gesundheitszustand wurde bei der ELSA-Befragung auf zwei Arten erfasst: Zum einen erfolgte die Messung über eine Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0 als dem schlechtest denkbaren Gesundheitszustand bis 100 als dem best denkbaren Gesundheitszustand. Diese Skala war in dem Online-Fragebogen grafisch in der Art eines Thermometers dargestellt und konnte von den Befragten per Schieberegler eingestellt werden. Zum anderen wurde explizit nach zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts bereits mindestens sechs Monate bestehenden körperlichen Problemen oder festgestellten Behinderungen gefragt. Ergänzend wurde ebenfalls in Form einer Selbsteinschätzung das eigene Gesundheitsverhalten erhoben.

Bei der Einschätzung des eigenen körperlichen Gesundheitszustands vor Eintritt der Schwangerschaft zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit davon, ob die Schwangerschaft

ausgetragen oder abgebrochen wird. Vor der Schwangerschaft schätzen Frauen mit gewollter ausgetragener Schwangerschaft ihren Gesundheitszustand mit durchschnittlich 86,7 ähnlich ein wie Frauen mit ungewollter ausgetragener Schwangerschaft mit einem Mittelwert von 84,1. Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft später abbrechen, geben ihren körperlichen Gesundheitszustand mit einem Mittelwert von 78,3 etwas niedriger an.

Wird – analog zu der zur Messung des psychischen Gesundheitszustands eingesetzten Skala (vgl. Kap. 5.1.1.2.5) – ein Cut-Off-Wert von 70 zur Ermittlung gesundheitlicher Einschränkungen angelegt, zeigen sich signifikante Unterschiede. Die Anteile der Befragten, die ihren körperlichen Gesundheitszustand als eingeschränkt bewerten, liegen bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (15,7 %) und abgebrochenen Schwangerschaften (23,7 %) signifikant höher als bei Frauen, die gewollt schwanger geworden sind (8,3 %, Cramers $V=0,172$, $p<0,001$).

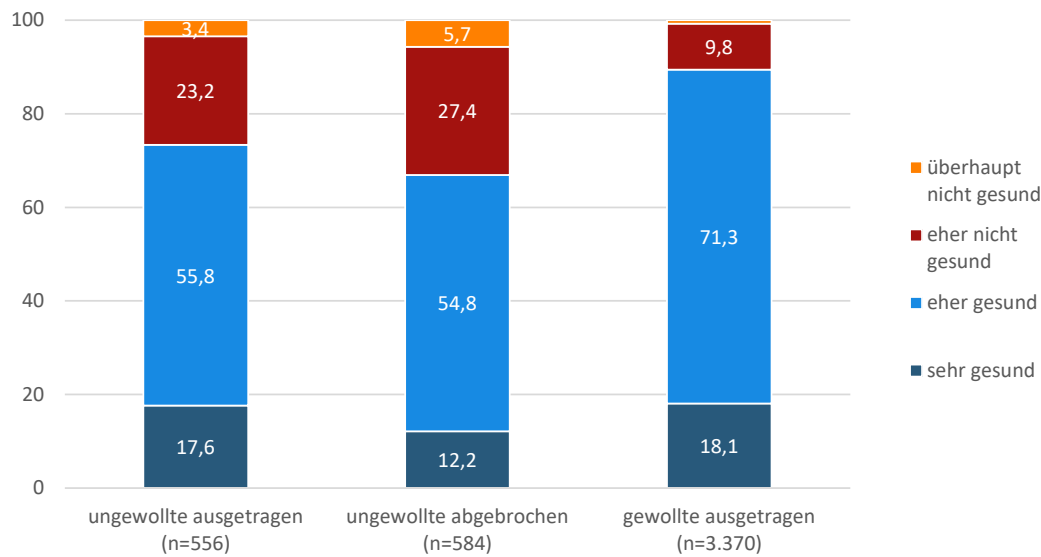
Bei der Häufigkeit körperlicher Probleme oder Erkrankungen, die bei Eintritt der Schwangerschaft schon mindestens sechs Monaten bestanden hatten, zeigen sich lediglich schwache, wenn auch statistisch signifikante Zusammenhänge. Im Durchschnitt berichteten 8,4 % aller Befragten von länger anhaltenden körperlichen Problemen vor der Schwangerschaft. Bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften lag der Anteil mit 11,3 % am höchsten, bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften mit 7,3 % am niedrigsten. Bei gewollten ausgetragenen Schwangerschaften lag der Anteil chronischer Probleme bei 8,1 %.

Keine Unterschiede zeigen sich bei der Frage, ob eine Schwerbehinderung aufgrund einer körperlichen Behinderung bei Eintritt der Schwangerschaft vorlag. Insgesamt gaben 0,5 % aller Befragten dies an. Nach Gewolltheit und Ausgang der Schwangerschaft unterscheiden sich die Anteile nur minimal: 0,3 % bei ungewollter ausgetragener, 0,7 % bei ungewollter abgebrochener und 0,6 % bei gewollter ausgetragener Schwangerschaft.

Gesundheitsverhalten

Bei der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens vor Eintritt der Schwangerschaft zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Gewolltheit und dem Ausgang der Schwangerschaft. Frauen mit gewollter Schwangerschaft bewerten ihr Gesundheitsverhalten signifikant besser als Frauen mit ungewollter Schwangerschaft, und sie geben auch am seltensten ein ungesundes Verhalten an. Diese Unterschiede sind sicherlich vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Wunsch, schwanger zu werden, ein gesundheitsbewusstes Verhalten fördert (im Sinne einer Vorausplanung der Schwangerschaft). Bei den Frauen mit ungewollter ausgetragener Schwangerschaft gibt jede vierte Befragte (26,6 %) an, eher oder überhaupt nicht gesund gelebt zu haben. Bei Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen, stuft jede dritte Befragte (33,3 %) ihr Verhalten als eher oder überhaupt nicht gesund ein. Dagegen schätzten lediglich 10,6 % der gewollt schwanger gewordenen Frauen ihr Gesundheitsverhalten als (eher) nicht gesund ein (vgl. Abb. 7.14).

Abb. 7.14: Gesundheitsverhalten vor der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V=0,175, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.2.5 Kumulation für Schwangerschaften nachteiliger Lebenslagen bei ungewollten Schwangerschaften

Wie die bisherigen Analysen in diesem Kapitel gezeigt haben, sind ungünstige Lebensumstände für eine Familiengründung oder -erweiterung bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften – und hierbei insbesondere bei abgebrochenen Schwangerschaften – erheblich häufiger verbreitet als bei beabsichtigten Schwangerschaften. Dies zeigt sich in sämtlichen der oben betrachteten Bereiche Partnerschaft, berufliche und finanzielle Situation sowie der Wohnsituation und in Teilen auch bei der physischen Gesundheit bei Eintritt der Schwangerschaft.

Tab. 7.1 stellt die Verteilung der Schwangerschaften in nachteiligen Lebenslagen nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft zusammenfassend dar. Darüber hinaus wird für jeden Bereich der Anteil der Befragten angegeben, auf die mindestens eine der berücksichtigten nachteiligen Lebenslagen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts zutraf.

Tab. 7.1: Häufigkeitsverteilung für eine Schwangerschaft nachteiliger Lebenslagen nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft differenziert nach Bereichen

¹bezogen auf Frauen, die sich bei Schwangerschaftseintritt in einer Partnerschaft befanden

²bezogen auf Frauen in abhängiger Erwerbstätigkeit

Bereiche mit nachteiligen Lebenslagen bei Schwangerschaftseintritt	ungewollte ausgetragene Schwangerschaften (n=572)	ungewollte abgebrochene Schwangerschaften (n=608)	gewollte ausgetragene Schwangerschaften (n=3.391)	Cramers V
	in %	in %	in %	
Bereich Partnerschaft	38,6	52,5	8,3	0,437***
kein Partner vorhanden	9,6	17,1	0,2	0,324***
Partnerschaftsqualität (eher) schlecht ¹	24,9	30,1	5,7	0,300***
(eher) nicht der richtige Partner für eine gemeinsame Familie ¹	15,0	28,9	1,4	0,384***
Partnerschaftsgewalt erfahren ¹	13,8	13,5	3,3	0,192***
Bereich berufliche Situation	67,8	82,6	22,1	0,493***
in Ausbildung/Studium oder arbeitslos	26,2	36	4,2	0,281***
zeitlich befristete Arbeitsstelle ²	21,8	20,1	10,1	0,128***
kein Arbeitsvertrag mit Anspruch auf Rückkehr zum Arbeitsplatz nach Elternzeit ²	19,9	18,8	7,3	0,155***
Partner in Ausbildung/Studium oder arbeitslos ¹	19,4	25,9	4,1	0,206***
Vereinbarkeit von (weiterem) Kind mit beruflichen Plänen trifft (eher) nicht zu	49,6	74,1	6,7	0,456***
Bereich finanzielle Situation	55,2	71,5	20,5	0,415***
Einschätzung der fin. Situation als sehr angespannt mit einem (weiteren) Kind trifft (eher) zu	47,2	68,4	16,4	0,312***
Haushaltsbezug staatl. Unterstützungsleistungen	26,5	19,9	6,1	0,248***
Bereich Wohnsituation	31,1	46,4	7,7	0,390***
Bewertung der Wohnsituation als (sehr) schlecht	20,1	22,3	5,0	0,203***
Empfinden der Wohnsituation als Belastung bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind	24,2	41,8	4,7	0,317***
Bereich körperliche Gesundheit	20,5	28,1	15,0	0,120***
Körperliche Gesundheit < 70	15,7	23,7	8,3	0,172***
Körperliche Behinderung	0,3	0,7	0,6	0,011
chronische körperl. Erkrankung	7,2	11,3	8,1	0,043*

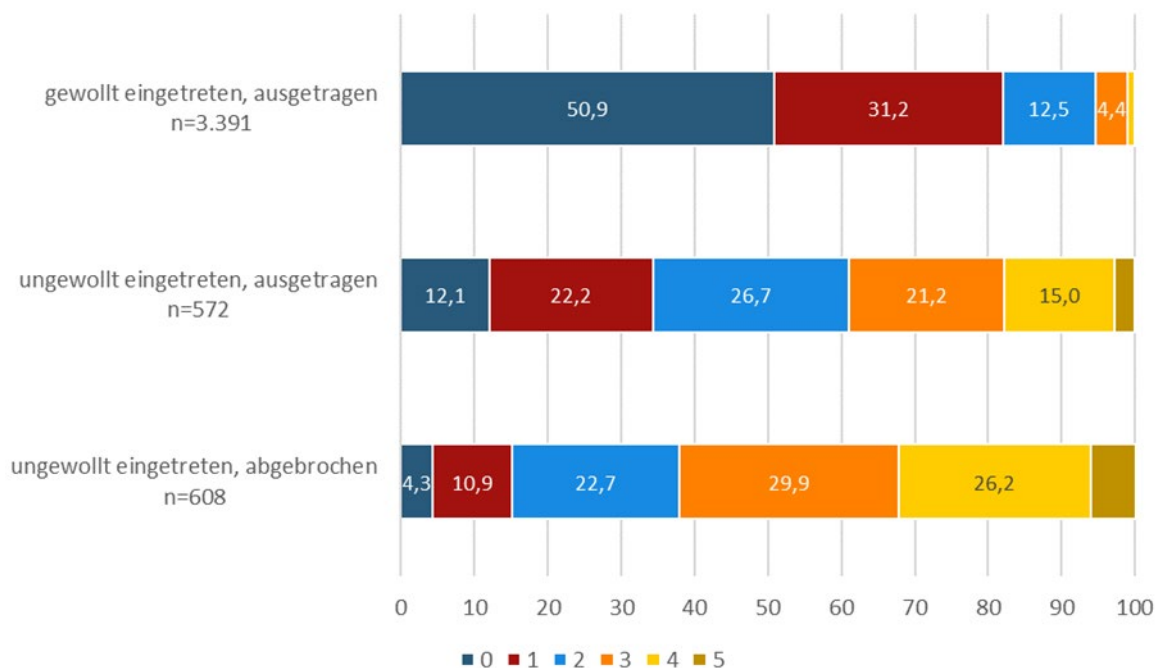
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022 /2023

In der bisherigen Darstellung wurden die für eine Schwangerschaft nachteiligen Lebenslagen isoliert betrachtet. Eine einzelne nachteilige Lebenslage kann ggf. mit geringerem Aufwand kompensiert werden, wenn in den anderen Lebensbereichen günstigere Umstände vorliegen. Treten ungünstige Lebenslagen jedoch in mehreren Bereichen auf, wird es schwieriger dies auszugleichen. Kumulieren schwierige Lebenslagen, kann der negative Einfluss auf das psychische Wohlbefinden verstärkt werden.

Abb. 7.15 zeigt die Anzahl der Lebensbereiche mit mindestens einer schwierigen Lebenslage differenziert nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft. Bei Frauen mit einer gewollt eingetretenen Schwangerschaft liegt bei der Hälfte in keinem der Bereiche eine Einschränkung vor. Knapp ein Drittel berichtet von einer Belastung in einem Bereich und 12,5 % von mindestens einer Belastung in zwei Bereichen. Eine Belastung in drei oder mehr Bereichen trifft auf eine Minderheit von 5,4 % zu.

Bei den Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft berichten nur 12,1 %, dass sie in keinem der Lebensbereiche eine Einschränkung erfahren haben, bei den Frauen mit einer abgebrochenen Schwangerschaft berichten dies lediglich 4,3 %. Dagegen erlebten fast zwei Drittel der Frauen ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften Schwierigkeiten und 85 % der Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften in zwei oder mehr Lebensbereichen Schwierigkeiten. Damit lässt sich ein erhöhtes Belastungsaufkommen von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen und – insbesondere auch – abgebrochenen Schwangerschaften festhalten.

Abb. 7.15: Anzahl Bereiche mit mindestens einer nachteiligen Lebenslage nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V=0,443, p<0,001)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.3 Erfahrungen von Frauen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

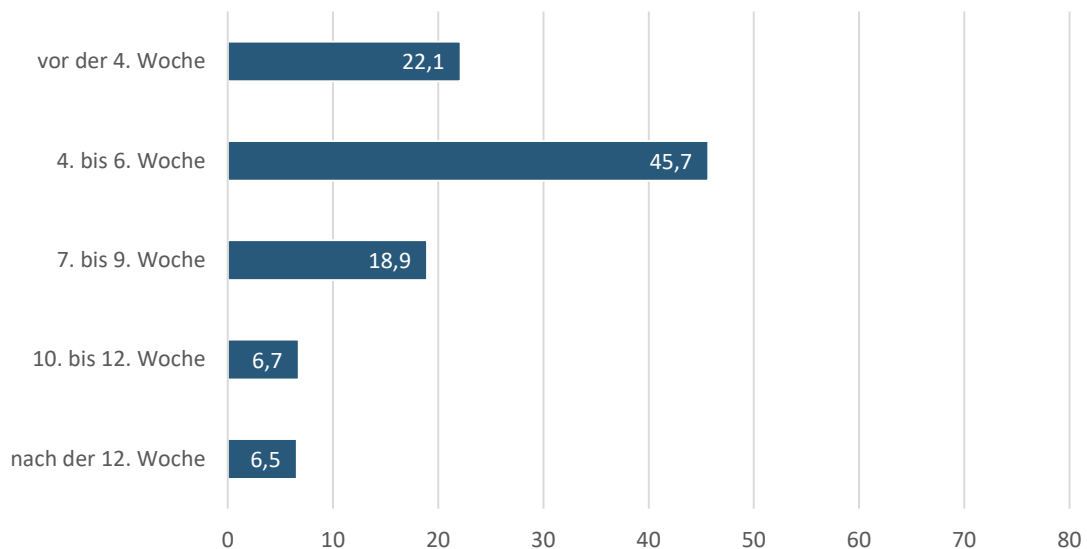
Im Folgenden werden auf Grundlage der Ergebnisse der ELSA-Befragung die Erfahrungen und Einschätzungen von Frauen dargestellt, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben. Ausgehend vom Bemerken der Schwangerschaft wird detailliert auf den Prozess der Entscheidung für das Austragen eingegangen. Ein weiterer Themenblock widmet sich Stigmatisierungsgefühlen sowie den befürchteten und erlebten Stigmatisierungen, von denen ungewollt schwanger gewordene Frauen berichten. Ebenso werden Ergebnisse zu Informationsbedarfen und zu den aus Sicht der Befragten als hilfreich erfahrenen Informationsquellen, darunter die Schwangerschaftsberatungsstellen, dargestellt. Abschließend wird auf die von einem Teil der Befragten mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften aufgesuchten und bei Schwangerschaftsabbrüchen gesetzlich verpflichtenden Schwangerschaftskonfliktberatungen und ihre Bedeutung bei der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft eingegangen.

Die Ausführungen erfolgen wo inhaltlich passend parallel zur Struktur der Darstellung der Ergebnisse zu Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. Kapitel 7.1.1.4). Erfahrungen und Einschätzungen zu der medizinischen Versorgung nehmen aufgrund der thematischen Ausrichtung der ELSA-Studie bei den ausgetragenen Schwangerschaften einen geringeren Raum ein als bei den Schwangerschaftsabbrüchen. Eine vergleichende Einordnung der Ergebnisse zu ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften wird in Kapitel 7.1.1.5 ausgeführt.

7.1.1.3.1 Bemerken der Schwangerschaft

Von den Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen, bemerken gut zweit Drittel ihre Schwangerschaft in den ersten sechs Wochen post conceptionem (vgl. Abb. 7.16). 22,1 % der befragten Frauen stellten bis zur vierten Woche nach Empfängnis fest, schwanger zu sein, weitere 45,7 % der Befragten bemerkten ihre Schwangerschaft zwischen der vierten und der sechsten Woche. Insgesamt stellten 86,7 % der befragten Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, bis einschließlich der neunten Woche fest, schwanger zu sein. Mit einem Anteil von 13,2 % bemerkt ein eher geringer Teil der Frauen ihre Schwangerschaft erst nach der neunten Schwangerschaftswoche und damit erst unmittelbar vor dem bzw. nach dem Ende des Zeitraums, in dem in Deutschland ein Schwangerschaftsabbruch bei Einhaltung der gesetzlichen Regelungen straffrei gestellt ist. Bei der Frage nach dem Zeitpunkt wurde nicht nach der Art der Feststellung (z.B. Schwangerschaftstest oder ärztliche Untersuchung) unterschieden.

Abb. 7.16: Zeitpunkt der Feststellung ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaften (in Prozent)



n = 565, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Unabhängig von ihrem eigenen Wunsch und Willen zum Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft gaben 7,6 % der Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft an, dass es bei Feststellung der Schwangerschaft aufgrund der gesetzlichen Regelungen bereits zu spät für einen Schwangerschaftsabbruch gewesen ist. Aufgrund dieser eingeschränkten Entscheidungsmöglichkeiten sind in den folgenden Auswertungen zur Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft die Befragten, die ihre Schwangerschaft nach der neunten Woche bemerkt haben und ebenfalls angegeben haben, dass es zum Zeitpunkt der Schwangerschaftsfeststellung zu spät für einen Schwangerschaftsabbruch war, nicht eingeschlossen.

7.1.1.3.2 Prozess der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft

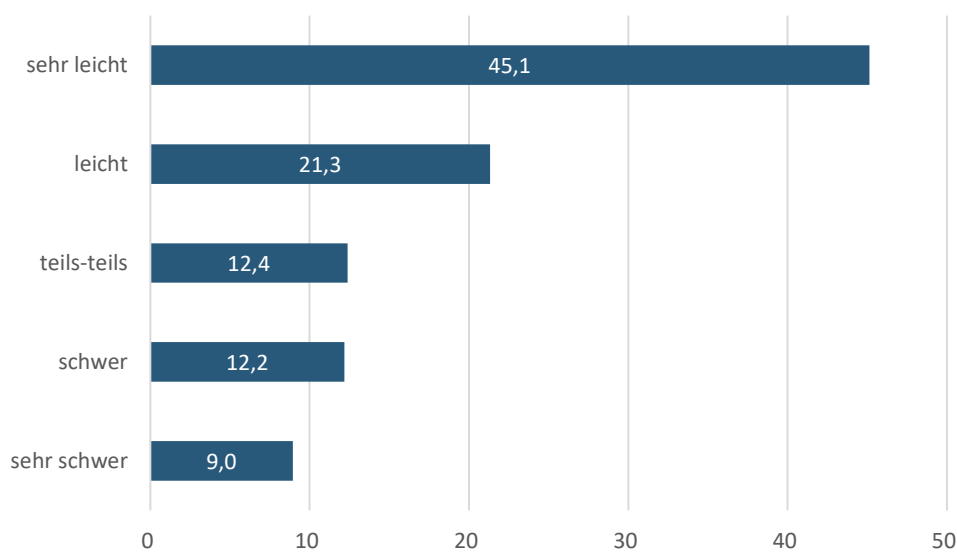
Bei den folgenden Auswertungen zum Prozess der Entscheidung für das Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft wird im Wesentlichen darauf eingegangen, inwiefern die Entscheidung von Schwierigkeiten und Unsicherheiten geprägt war, unter Einbindung welcher anderen Personen der Entschluss zum Austragen der Schwangerschaft gefasst wurde und mit welchen Gefühlen die Entscheidung verbunden war.

Schwierigkeit und Sicherheit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Die Entscheidung, die ungewollt eingetretene Schwangerschaft auszutragen, ist zwei Drittel der befragten Frauen (66,5 %) sehr leicht oder leicht gefallen – darunter bezeichneten 45,1 % die Entscheidung zum Austragen als sehr leicht (vgl. Abb. 7.17). Demgegenüber berichten 21,1 %, dass ihnen die Entscheidung schwergefallen ist, wobei hierunter von 9,0 % der Befragten die eigene Entscheidungsfindung als „sehr schwer“ bezeichnet wurde.

Abb. 7.17: Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer fiel es Ihnen, zu einer Entscheidung zu kommen?



n = 525, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und Entscheidungsmöglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechnen

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Es zeigen sich dabei Zusammenhänge zwischen den Schwierigkeiten bei der Entscheidung und spezifischen Lebenslagen. Die befragten Frauen gaben signifikant häufiger an, dass Ihnen die Entscheidung leicht oder sehr leichtgefallen ist, wenn ihre beruflichen Pläne als gut mit einem weiteren Kind vereinbar eingeschätzt wurden (zu 85,9 %), wenn sie davon ausgingen, dass ihre finanzielle Situation mit einem (weiteren) Kind nicht angespannt werden würde (zu 75,9 %), wenn sie bislang keine Kinder hatten (zu 73,9 %) und wenn sie bei Eintritt der Schwangerschaft erwerbstätig waren (zu 71,9 %). Frauen mit Migrationshintergrund fiel die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft seltener leicht oder sehr leicht als Frauen ohne Migrationshintergrund (59,8 % gegenüber 68,7 %).

Überdurchschnittlich häufig wurde die Entscheidung zum Austragen als schwer oder sehr schwer bezeichnet, wenn die befragten Frauen bei Eintritt der Schwangerschaft in keiner Partnerschaft oder einer (eher) krisenhaften Partnerschaft (26,2 %) lebten, sie als Hausfrau tätig waren (zu 29,9 %), aufgrund niedriger Einkommen staatliche Unterstützungsleistungen bezogen (zu 27,8 %) oder bei einem (weiteren) Kind ihre Wohnsituation als Belastung einschätzten (zu 27,4 %).

Tab. 7.2: Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)

	Wie leicht oder schwer fiel es Ihnen, zu einer Entscheidung zu kommen?			Cramers v
	(sehr) leicht	teils-teils	(sehr) schwer	
Soziodemografische Merkmale / Lebenslagen bei Eintritt der Schwangerschaft				
Insgesamt	66,5	12,4	21,1	
beruflicher Pläne mit (weiterem) Kind (eher) vereinbar	85,9	3,1	10,9	0,240***
finanzielle Situation mit (weiterem) Kind nicht angespannt	75,9	7,6	16,5	0,137**
kein Kind vor der ungewollten Schwangerschaft	73,9	9,4	16,7	0,140**
erwerbstätig	71,9	10,3	17,7	0,139**.
Migrationshintergrund	59,8	20,5	19,7	0,138**
Partnerschaftssituation (eher) schlecht / kein Partner	58,3	15,5	26,2	0,120*
als Hausfrau tätig	49,3	20,9	29,9	0,143**
Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen	54,1	18,0	27,8	0,158**
Wohnsituation belastend mit (weiterem) Kind	55,6	16,9	27,4	0,130*

n = 525, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und Entscheidungsmöglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechnen

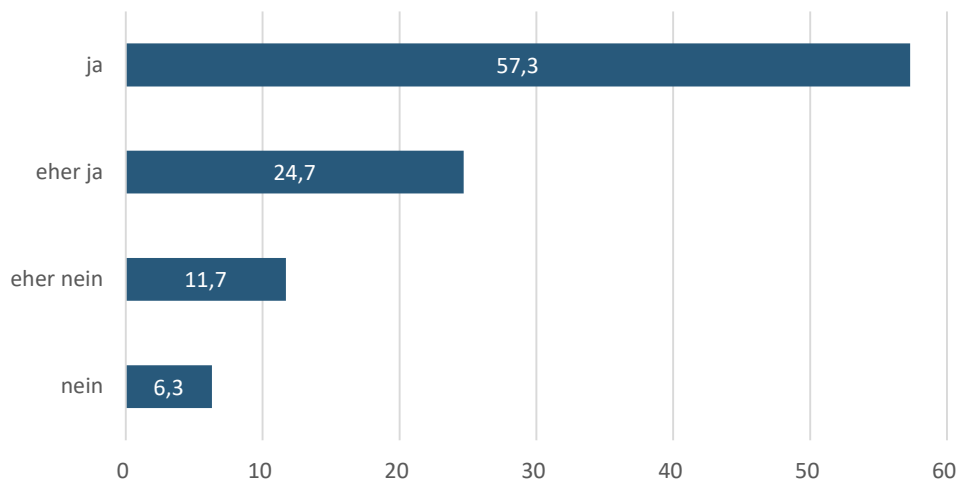
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Für eine Mehrheit (58,9 %) der befragten Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, stand es von Beginn an fest, dass sie die Schwangerschaft nicht abbrechen. 39,2 % der Befragten, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, zogen einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht. 1,9 % der Befragten konnten oder wollten hierzu keine Angaben machen.

Ist die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft getroffen, ist sich eine deutliche Mehrheit der Frauen sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. 57,3 % der befragten Frauen, die sich entschieden haben, eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft auszutragen, waren sich zum Entscheidungszeitpunkt uneingeschränkt sicher, die richtige Entscheidung zu treffen (vgl. Abb. 7.18) Knapp ein weiteres Viertel der Frauen war nach eigenen Angaben eher sicher, dass die Entscheidung richtig war. Mithin fühlten sich über 82 % zumindest eher sicher bei der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft. 18,0 % der Frauen waren sich dagegen nicht sicher bzw. eher nicht sicher, ob ihre Entscheidung richtig war.

Abb. 7.18: Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft (in Prozent)

Waren Sie sich zu dieser Zeit sicher, dass Ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, richtig war?



n = 522, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und Entscheidungsmöglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechnen

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Erwartungsgemäß zeigt sich dabei ein starker Zusammenhang zwischen der Entscheidungssicherheit und der Schwierigkeit, eine Entscheidung zu fassen. Mit einem Anteil von 95 % waren sich nahezu alle Frauen, die es (sehr) leicht oder leicht fanden, zu ihrer Entscheidung zu kommen, uneingeschränkt oder eher sicher, sich richtig zu entscheiden. Fiel die Entscheidung schwer oder sehr schwer, waren sich mit einem Anteil von 46 % weniger Frauen sicher, die richtige Entscheidung zu treffen.

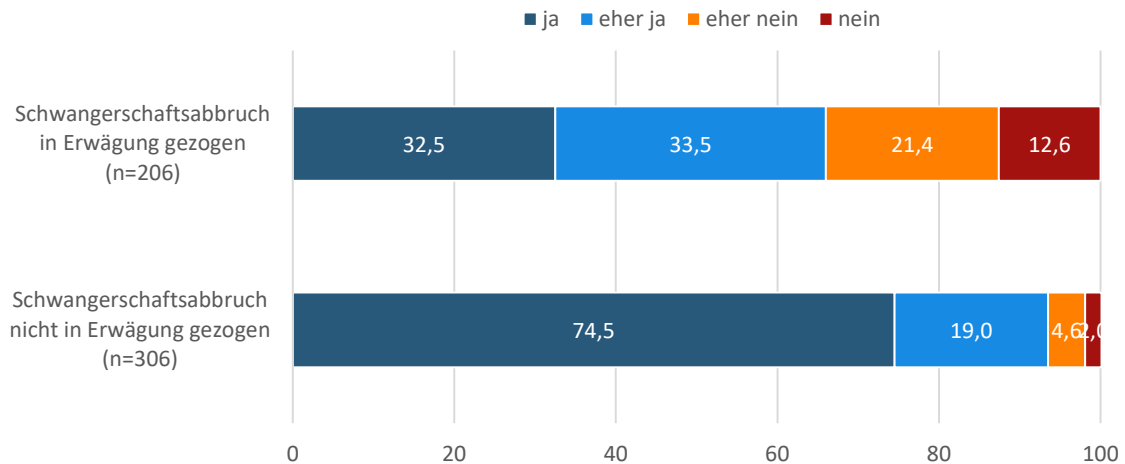
Zogen Frauen zu keinem Zeitpunkt einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung, waren sie mit großer Mehrheit sicher, mit dem Austragen der Schwangerschaft die richtige Entscheidung zu treffen. Knapp drei Viertel (74,5 %) der Frauen, die keinen Schwangerschaftsabbruch in Betracht gezogen haben, gaben an, sich bei der Entscheidung sicher gewesen zu sein, weitere 19 % waren sich eher sicher (vgl. Abb. 7.19). Befragte, die sich (eher) unsicher waren, stellten unter den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch nicht als Alternative erwogen hatten, mit einem Anteil von 6,6 % eine Ausnahme dar.

Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen hatten, zeigten sich demgegenüber erheblich weniger sicher bei ihrer Entscheidung. Zwar äußerte sich auch in dieser

Gruppe eine Mehrheit von zusammen knapp zwei Drittel der Befragten als uneingeschränkt sicher (32,5 %) oder eher sicher (33,5 %) mit der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft, ein Drittel der Befragten (34,0 %) waren sich dagegen (eher) nicht sicher.

Abb. 7.19: Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft nach Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)

Waren Sie sich zu dieser Zeit sicher, dass Ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, richtig war?



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und Entscheidungsmöglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechnen

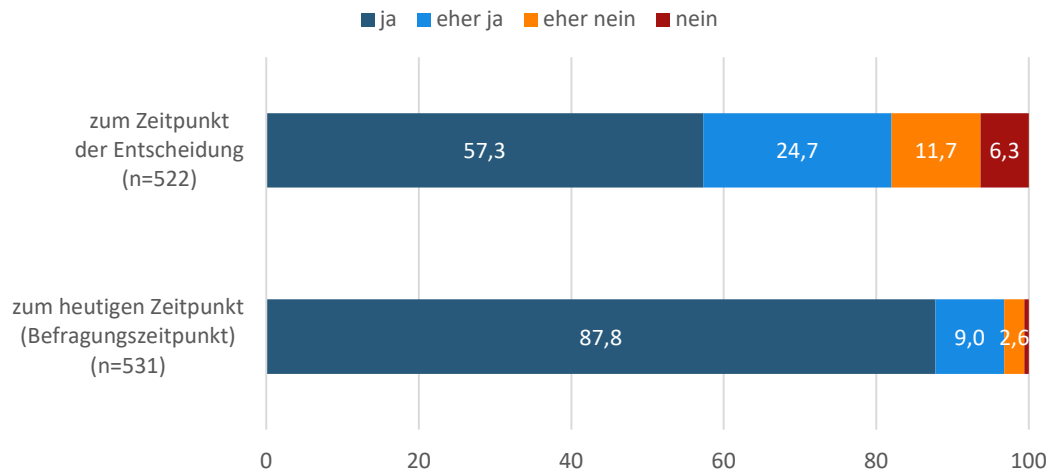
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Entwicklung der Sicherheit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Die Sicherheit, mit dem Entschluss zum Austragen der Schwangerschaft die richtige Entscheidung getroffen zu haben, nimmt – ausgehend von einem hohen Niveau zum Zeitpunkt der Entscheidung – mit zeitlichem Abstand zu der Schwangerschaft zu. Gefragt, ob sie sich zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung sicher sind, sich richtig entschieden zu haben, bejahen dies 87,8 % der Frauen ohne Einschränkung (vgl. Abb. 7.20).

Abb. 7.20: Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)

Fragen: Waren / Sind Sie sich sicher, dass Ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen richtig war?



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und Entscheidungsmöglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechnen

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Weitere 9,0 % sind sich eher sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. In der Summe geben bis auf wenige Ausnahmen nahezu alle Befragten (96,8 %) an, aus heutiger Sicht sicher oder eher sicher zu sein, dass ihre Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft richtig war – dies sind fast 15 Prozentpunkte mehr, als sich zum Zeitpunkt der Entscheidung sicher oder eher sicher waren. Von Unsicherheiten bezüglich der Richtigkeit ihrer Entscheidung berichten lediglich 3,2 % der Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben.

Ungewollt schwanger gewordene Frauen, die zu keinem Zeitpunkt einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen haben, äußerten sich zum Befragungszeitpunkt mit einer großen Mehrheit von 92,2 % uneingeschränkt sicher, mit dem Austragen der Schwangerschaft die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Weitere 5,2 % waren sich bezüglich der Richtigkeit ihrer Entscheidung eher sicher, Zweifel an der Richtigkeit wurden nur in wenigen Ausnahmefällen (2,5 %) genannt. Befragte, die einen Schwangerschaftsabbruch erwogen hatten, zeigten sich zum Befragungszeitpunkt mit einem Anteil von 82,1 % weniger häufig – wenn auch ebenfalls mit großer Mehrheit – uneingeschränkt von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt. Weitere 13,7 % dieser Frauen waren sich rückblickend eher sicher, sich richtig entschieden zu haben. Zweifel an der Entscheidung wurden lediglich von 4,3 % der Frauen angegeben, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben.

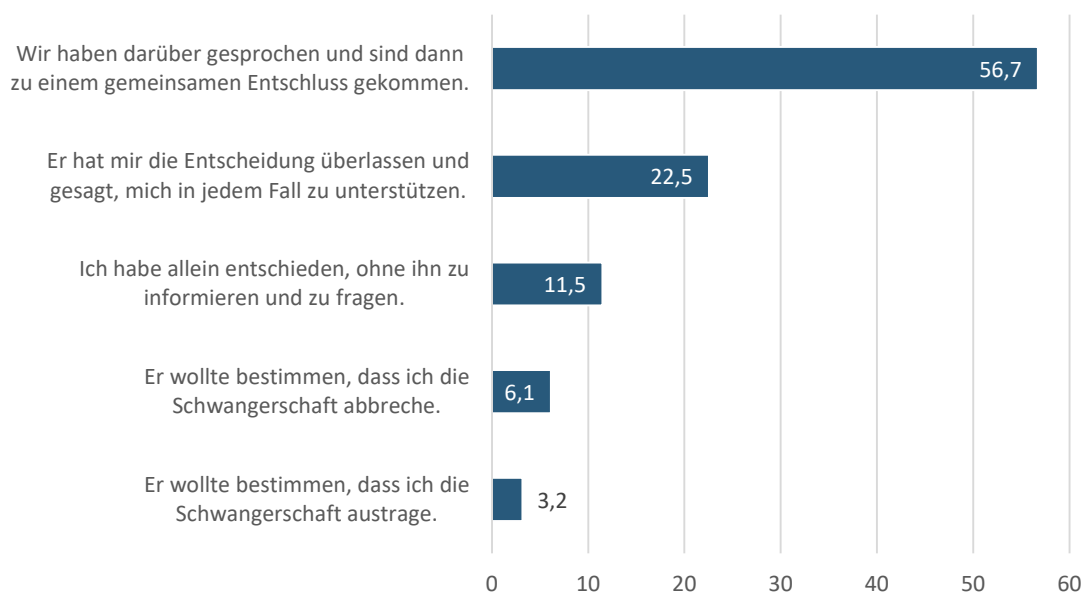
Einbezug des Partners bzw. beteiligten Mannes an der Entscheidung

Mit einem Anteil von etwa 90 % lebte der weitaus größte Teil der Frauen bei Eintritt einer ungewollten ausgetragenen Schwangerschaft in einer Partnerschaft (vgl. Kapitel 7.1.1.2). Bei etwa jeder zehnten ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft befanden sich die Frauen in keiner festen Beziehung, wobei auch in diesen Fällen die Schwangere den beteiligten Mann in aller Regel (94,3 %) über die Schwangerschaft in Kenntnis gesetzt hat. Bei den folgenden Auswertungen zur Beteiligung des Mannes an der Entscheidung sind ausschließlich Fälle berücksichtigt, bei denen die Schwangerschaft innerhalb der Partnerschaft eingetreten ist oder bei

denen keine feste Partnerschaft, aber engere Kontakte zum beteiligten Mann bestanden. Die – ohnehin sehr wenigen – Fälle, in denen eine Partnerschaft bestand, an der Schwangerschaft aber ein anderer Mann beteiligt war, wurden aufgrund methodischer und erhebungspraktischer Überlegungen ebenfalls nicht in diese Auswertung eingeschlossen.

Die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft wurde mehrheitlich gemeinsam und im Einvernehmen zwischen der Schwangeren und dem beteiligten Mann getroffen. Bei 56,7 % der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften berichten die Frauen, mit ihrem Partner oder dem beteiligten Mann über das Abbrechen oder Austragen der Schwangerschaft gesprochen und sich gemeinsam für das Austragen der Schwangerschaft entschieden zu haben. Bei weiteren 22,5 % der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften erfolgte die Entscheidung ebenfalls einvernehmlich, wobei sich der Partner bzw. beteiligte Mann hier mit einer eigenen Meinung zurückgehalten und die Entscheidung der schwangeren Frau – unter Zusicherung der Unterstützung unabhängig vom Ausgang - überlassen hat. Bei 11,5 % der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften entschied die Frau alleine. 6,1 % der befragten Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, gaben an, dass der an der Schwangerschaft beteiligte Mann auf einen Schwangerschaftsabbruch gedrängt hat. In weiteren, mit einem Anteil von 3,2 % seltenen Fällen drängte der Mann zum Austragen der Schwangerschaft, wobei anhand der Daten nicht geklärt werden kann, inwiefern die Frauen diese Schwangerschaften abbrechen wollten.

Abb. 7.21: Einbezug des Partners bzw. beteiligten Mannes an der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (Zustimmung zur Aussage in Prozent)



n = 506; Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und Entscheidungsmöglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechnen, sowie in Partnerschaft oder engeren Kontakten mit dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Innerhalb von festen Beziehungen wurde die Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft deutlich häufiger gemeinsam getroffen (59,7 %) als bei Schwangerschaften, bei denen keine feste Beziehung bestand (22,5 %). Außerhalb von Partnerschaften trafen die Frauen häufiger alleine ohne Einbezug des Mannes die Entscheidung zum Austragen als Frauen in festen Beziehungen (22,5 % gegenüber 10,5 %). Bestand keine feste Beziehung zum an der Schwangerschaft beteiligten Mann, wurde von den Frauen auch deutlich häufiger angegeben, dass der Mann auf einen

Schwangerschaftsabbruch gedrängt habe (30,0 %, gegenüber 4,1 % bei Frauen in Partnerschaft). Dass die Entscheidung zum Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft vom Mann ausdrücklich der Schwangeren überlassen wurde, kam innerhalb wie außerhalb fester Partnerschaften etwa gleich häufig vor.

Je besser die Beziehungsqualität bewertet wurde, desto häufiger wurde die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft gemeinsam oder unter Zusicherung der Unterstützung des Partners durch die Frau getroffen. Wurde die Qualität der Partnerschaft als sehr gut oder gut eingeschätzt, wurde die Entscheidung in zwei Drittel der Fälle (66,3 %) gemeinsam getroffen – bei Schwangerschaften, bei denen eine krisenhafte oder keine Partnerschaft bestand, wurde die Entscheidung nur bei etwas mehr als einem Drittel (34,9 %) der Fälle von der Schwangeren und dem beteiligten Mann gemeinsam gefasst. Wurde die Beziehungsqualität als schlecht oder krisenhaft bewertet, wurde zudem häufiger ein Drängen des Partners auf den Abbruch oder das Austragen der Schwangerschaft berichtet.

Zwischen der Beziehungsqualität und der Sicherheit der Befragten, dass sie mit dem Austragen der Schwangerschaft die richtige Entscheidung trifft, zeigt sich kein Zusammenhang. Auch die Schwierigkeiten, die Entscheidung zu treffen, wurden unabhängig von der Partnerschaftsqualität und -situation eingeschätzt.

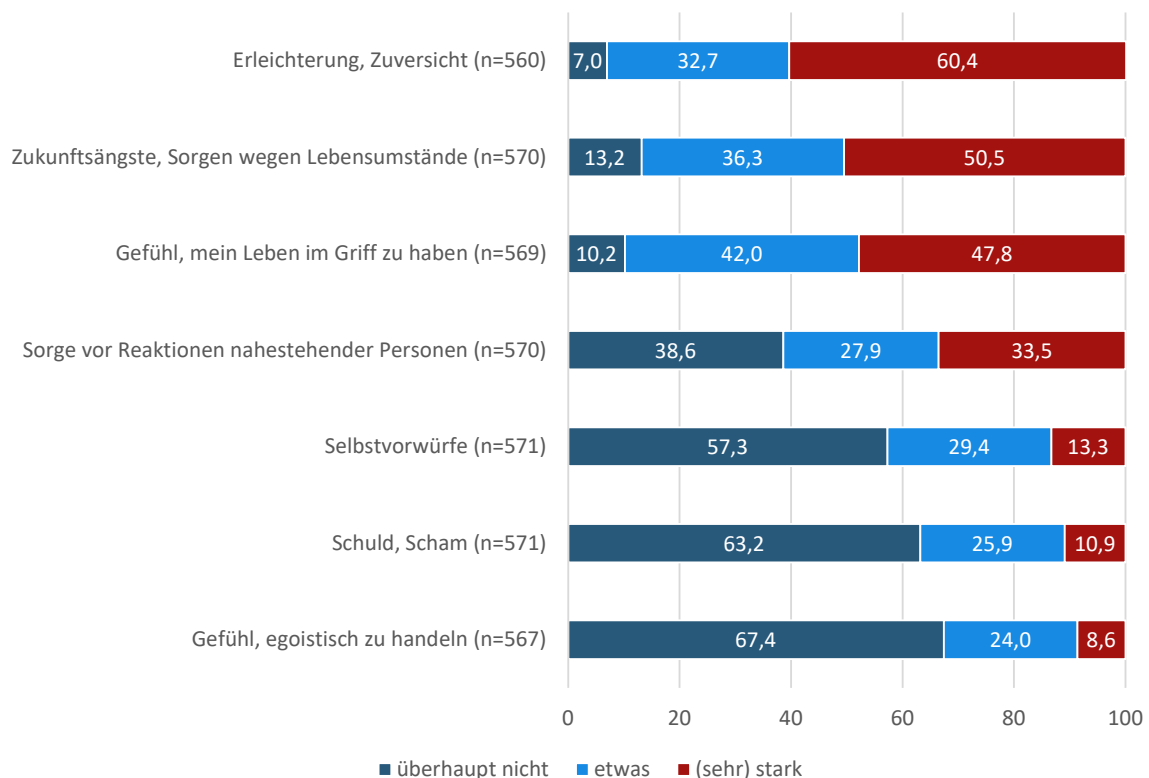
Allerdings wurde die Entscheidung in den Fällen von der Befragten signifikant als schwieriger und unsicherer erfahren, in denen der beteiligte Mann auf einen Schwangerschaftsabbruch oder auf das Austragen drängte.

Gefühle bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Die Entscheidung, ob eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird, wird von einer Vielzahl intensiver Emotionen begleitet. Diese Gefühle sind als prägender Bestandteil der Erfahrungen von Frauen zu sehen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen. Im Rahmen der standardisierten Befragung wurden sowohl negative als auch positive Gefühle bei und nach der Entscheidung erfasst.

Ist die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft getroffen, sind am stärksten Gefühle verbreitet, die dem Bereich Erleichterung, Selbstwirksamkeit und Optimismus zuzuordnen sind. 60,4 % der Frauen berichten nach ihrer Entscheidung von (sehr) starken Gefühlen der Erleichterung und Zuversicht, 47,8 % von Gefühlen, das eigene Leben im Griff zu haben. Gleichzeitig sind aber auch Ängste vor der Zukunft bzw. wegen der eigenen Lebensumstände weit verbreitet: Gut die Hälfte (50,5 %) der Befragten, die sich zum Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft entschieden, äußerten entsprechende Sorgen. Ein Drittel der befragten Frauen berichteten zudem von Sorgen wegen der Reaktionen nahestehender Personen. Dagegen sind Selbstvorwürfe und Gefühle von Schuld oder Scham sowie auch das Gefühl, egoistisch zu handeln, wenig verbreitet.

Abb. 7.22: Gefühle bei der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

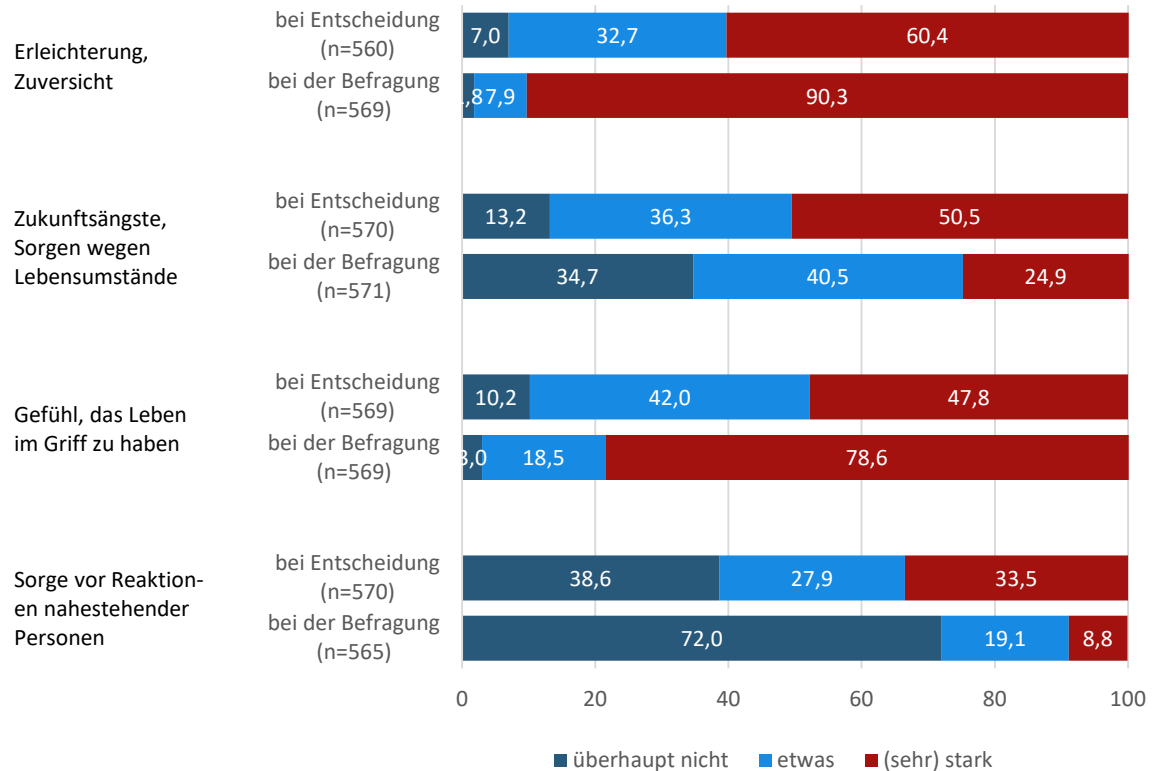
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zu der Entscheidung und der Geburt des Kindes verstärken sich die positiven Gefühle, während sich die Ängste und die anderen negativen Emotionen abschwächen. Exemplarisch ist dies im Folgenden für die Erleichterung und das Gefühl, das Leben im Griff zu haben, als positive Emotionen sowie für die Zukunftsängste und die Sorgen vor negativen Reaktionen nahestehender Personen als negative Gefühle dargestellt (vgl. Abb. 7.23). Der Anteil der Frauen, der mit der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft ein starkes Gefühl der Erleichterung verbindet, steigt zwischen dem Entscheidungszeitpunkt und dem Zeitpunkt der Befragung von 60,4 % auf 90,3 %. Von einem starken Gefühl mit Blick auf die Entscheidung, das eigene Leben im Griff zu haben, sprechen aus heutiger Sicht 78,6 % der Frauen gegenüber 47,8 % zum Zeitpunkt der Entscheidung. Der Anteil der Frauen, die nach ihrer Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft ausgeprägte Zukunftsängste oder Sorgen wegen der Lebensumstände äußern, geht von 50,5 % unmittelbar nach der Entscheidung auf 24,9 % zum Zeitpunkt der

Befragung zurück. Der Anteil der Frauen, die sich Sorgen vor den Reaktionen nahestehender Personen machten, geht in diesem Zeitraum von 33,5 % auf 8,8 % zurück.

Abb. 7.23: Positive und negative Gefühle zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)

Wie ging es Ihnen nach der Entscheidung? / Wie geht es Ihnen heute, wenn Sie an Ihre Entscheidung für den Abbruch denken?



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Selbstvorwürfe, Scham- und Schuldgefühle im Zusammenhang mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft werden zum Befragungszeitpunkt von deutlich weniger als jeder zehnten befragten Frau berichtet.

7.1.1.3.3 Stigmatisierung

Eine mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften verbundene Stigmatisierung kann erhebliche Auswirkungen auf die betroffenen Frauen sowohl auf emotionaler als auch sozialer Ebene haben. Die Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften richtet sich dabei in besonderer Weise, aber keineswegs nur auf Schwangerschaftsabbrüche. Auch ungewollt eingetretene Schwangerschaften, die ausgetragen werden, unterliegen oftmals negativen Bewertungen. Hintergrund dieser Stigmatisierungen ist, dass diese Schwangerschaften – wie in Kapitel 7.1.1.2 ausgeführt – häufig in einer nach gesellschaftlichen Vorstellungen unpassenden Lebenssituation eingetreten sind, etwa außerhalb von Partnerschaften, vor Abschluss einer Ausbildung oder in beruflich und wirtschaftlich unsicheren oder prekären Lebenssituationen. Helfferich spricht in diesem Zusammenhang von „Alters- und Sequenzregeln“ (Helfferich, 2017, S. 170). Allgemein unterliegt weibliches Sexualverhalten nach wie vor starken – moralisch aufgeladenen – normativen Vorstellungen, was sich auch in der stigmatisierenden Bewertung ungewollt eingetretener Schwangerschaften niederschlägt. Zudem wird insbesondere den Frauen

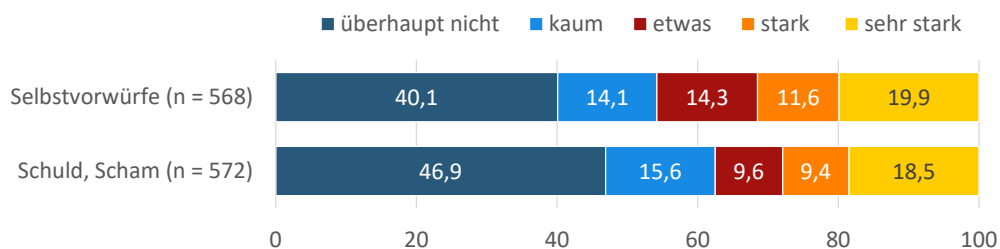
hierbei eine unzureichende Verantwortung und Handlungskompetenz bei der Verhütung zugeschrieben.

Die Folgen der Stigmatisierung reichen dabei über das Erleben von Stigmatisierungsgefühlen oder die Erfahrung stigmatisierender Reaktionen von anderen Personen hinaus. Folgen können eine Zurückhaltung bei sozialen Kontakten und hierdurch bedingt das Fehlen sozialer Unterstützung, soziale Isolation sowie ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden nach sich ziehen. In der aktuellen Forschung wird zwischen internalisierter, antizipierter und erlebter Stigmatisierung differenziert. Unter internalisierter Stigmatisierung wird die Übernahme negativer Zuschreibungen und Stereotype ins eigene Selbstbild verstanden, was sich durch Scham- und Schuldgefühle ausdrückt. Unter antizipierter Stigmatisierung werden die Sorge bzw. die Erwartung verstanden, von anderen stigmatisierend und abwertend behandelt zu werden oder, dass schlecht über sie gedacht und geredet wird. Neben dem Befund der Verbreitung der Stigmatisierung selbst stehen innerhalb der ELSA-Studie auch die Auswirkungen der Stigmatisierung im Zentrum der Analyse. Hierfür werden verschiedene Aspekte der Stigmatisierungsformen zu einem Indikator zusammengefasst, die Aufschluss über den Grad der Stigmatisierung geben können. Gegenüber der sehr ausführlichen Analyse der Verbreitung und der Auswirkungen von Stigmatisierungen bei Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. Kapitel 7.1.1.4) wird auf Stigmatisierungen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften in kürzerer Form eingegangen.

Internalisierte Stigmatisierung

Internalisierte – also gegen sich selbst gerichtete – Stigmatisierung umfasst die Verinnerlichung negativer Annahmen über die eigene Person, die im Zusammenhang mit dem stigmabehafteten Merkmal stehen. Neben den bereits in Abschnitt 7.1.1.4.2 dargestellten Gefühlen bei der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft wurden in der ELSA-Studie Frauen nach ihren Empfindungen nach Bemerken der Schwangerschaft gefragt, und hierbei auch, in welchem Ausmaß sie „Schuld, Scham“ empfunden haben und sich „Selbstvorwürfe“ gemacht haben. Knapp jede fünfte Befragte (19,9 %) gab an, sich nach Bemerken der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft sehr starke Selbstvorwürfe gemacht zu haben, weitere 11,6 % hatten sich starke Selbstvorwürfe gemacht (vgl. Abb. 7.24). Von sehr starken Schuld- und Schamgefühlen berichteten 18,5 % der befragten Frauen und weitere 9,4 % von starken Schuld- und Schamgefühlen.

Abb. 7.24: Verbreitung von Schuld- und Schamgefühlen sowie Selbstvorwürfen bei Bemerken der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Unmittelbar nach der Entscheidung zum Austragen – also mit etwas zeitlichem Abstand zum Bemerken der Schwangerschaft – wurden diese negativen Emotionen in ihrer sehr starken Ausprägung nur noch von deutlich geringeren Teilen der Frauen berichtet. Von sehr starken Selbstvorwürfen unmittelbar nach der Entscheidung zum Austragen berichteten 5,6 %, von sehr starken Schuld- und Schamgefühlen 4,7 % der Frauen. Insgesamt gaben 13,3 % der befragten Frauen an, sich starke oder sehr starke Selbstvorwürfe gemacht zu haben, und 10,9 % der Befragten

spürten unmittelbar nach der Entscheidung zum Austragen starke oder sehr starke Schuld- und Schamgefühle.

Für weiterführende Analysen sind diese beiden Aspekte – Selbstvorwürfe sowie Schuld- und Schamgefühle nach der Entscheidung – zu einem Index Internalisierte Stigmatisierung zusammengeführt. Hierzu wurden je Befragter die Mittelwerte der beiden Antwortskalen von 1 „überhaupt nicht“ bis 5 „sehr stark“ errechnet und wie in Tab. 7.3 dargestellt vier Gruppen zugeordnet.

Von sehr starken Stigmatisierungsgefühlen nach der Entscheidung für das Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft berichten gemäß diesem Index 5,1 % der Befragten, weiter 15,9 % von starker internalisierter Stigmatisierung. Mit 52,9 % berichten dagegen über die Hälfte der Befragten nach getroffener Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft weder von Selbstvorwürfen noch von Schuld- oder Schamgefühlen und damit von keiner internalisierten Stigmatisierung.

Tab. 7.3: Index internalisierte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

Index internalisierte Stigmatisierung		
Indexwert	zugeordnete Ausprägung	Anteil in %
1:	ohne	52,9
1,5 bis 2,5:	schwach	26,1
3 bis 4:	stark	15,9
4,5 bis 5:	sehr stark	5,1
Gesamt		100,0

n = 571, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

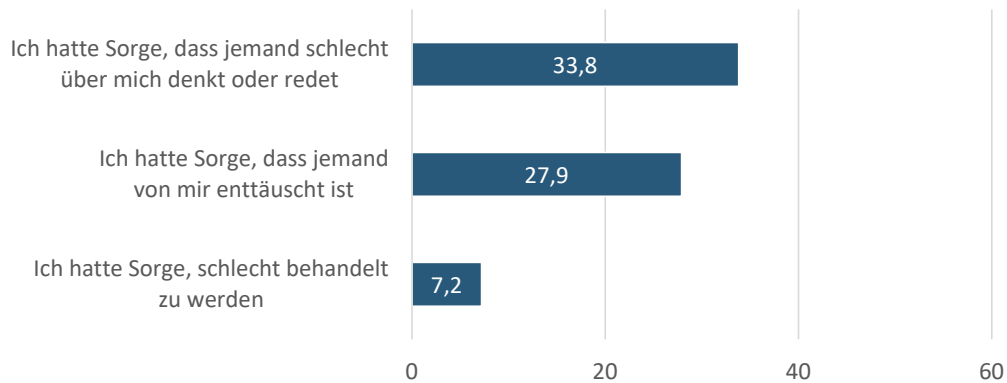
Antizipierte Stigmatisierung

Antizipierte Stigmatisierung bezeichnet die Erwartung, aufgrund der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft von anderen Personen soziale Abwertung oder Zurückweisung zu erfahren – unabhängig davon, ob dies tatsächlich der Fall wäre. Zum Messen des Grades an antizipierter Stigmatisierung wurde in der ELSA-Studie ebenfalls in Anlehnung an Cockrill et al. (2013) nach drei unterschiedlichen Erwartungen gefragt:

- *Ich hatte Sorge, dass jemand von mir enttäuscht ist.*
- *Ich hatte Sorge, schlecht behandelt zu werden.*
- *Ich hatte Sorge, dass jemand schlecht über mich denkt oder redet.*

Die Befragten konnten jeweils angeben, ob sie diese Sorgen empfanden. Nicht angekreuzte Aussagen wurden als nicht zutreffende Sorge gewertet. Von knapp einem Drittel der Befragten (33,8 %) wird die Sorge geäußert, dass jemand schlecht über sie denkt oder redet (vgl. Abb. 7.25). Mehr als ein Viertel der Befragten (27,9 %) gaben an, dass sie Sorge hatten, dass jemand enttäuscht auf ihre ungewollt eingetretene Schwangerschaft reagiert. 7,2 % der Befragten befürchteten, schlecht behandelt zu werden.

Abb. 7.25: Sorgen vor Reaktionen anderer Personen auf die ungewollt eingetretene Schwangerschaft (in Prozent)



n = 542; Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Als Zusammenfassung sowie für weiterführende Analysen der antizipierten Stigmatisierung wird aus der Anzahl der genannten Sorgen der jeweiligen Befragten ein Summenindex gebildet (vgl. Tab. 7.4). 52,2 % der befragten Frauen gaben an, sich im Zusammenhang mit ihrer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft in keinem der drei aufgeführten Bereiche Sorgen gemacht zu haben. 30,4 % der befragten Frauen befürchteten im Zusammenhang mit ihrer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft Stigmatisierungen in einem Bereich, weitere 13,7 % in zwei Bereichen und 3,7 % in allen drei im Fragebogen erhobenen Bereichen.

Tab. 7.4: Index antizipierte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

Index antizipierte Stigmatisierung		
Indexwert	zugeordnete Ausprägung	Anteil in %
0	ohne: keine Stigmatisierungserwartung	52,2
1	schwach: Stigmatisierungserwartung in einem Bereich	30,4
2	stark: Stigmatisierungserwartung in zwei Bereichen	13,7
3	sehr stark: Stigmatisierungserwartung in drei Bereichen	3,7
Gesamt		100,0

n = 542, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Insgesamt berichtete mit einem Anteil von 47,8 % fast die Hälfte der befragten Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft von Stigmatisierungserwartungen.

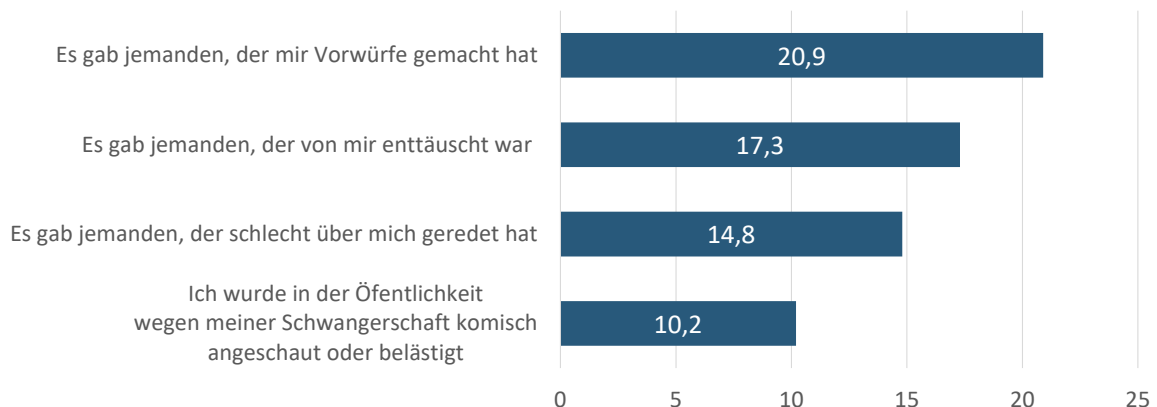
Erlebte Stigmatisierung

Unter erlebter Stigmatisierung wird die erfahrene Diskriminierung oder Abwertung durch andere Personen verstanden. Als Indikatoren für erlebte Stigmatisierung wurde im Rahmen der ELSA-Befragung differenziert erhoben, ob bzw. welche negativen Erfahrungen von den Frauen in ihrem sozialen Umfeld und bei der medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit ihrer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft gemacht worden sind. Erhoben wurde hierbei, ob in der Wahrnehmung der Befragten jemand aufgrund der Schwangerschaft enttäuscht war, jemand schlecht über sie geredet hat und ob ihnen dezidierte Vorwürfe gemacht wurden. Zudem wurde erfragt, ob die Frauen nach eigener Wahrnehmung in der Öffentlichkeit auf missbilligende nonverbale oder auch verbale Reaktionen gestoßen sind. Mehr als jede fünfte Befragte (20,9 %), die ungewollt schwanger geworden ist und die Schwangerschaft ausgetragen hat, erlebte, dass ihr

Vorwürfe gemacht wurden. Von Personen, die wegen der Schwangerschaft enttäuscht waren, berichten 17,3 % der Befragten, und 14,8 % geben an, dass jemand aufgrund der Schwangerschaft schlecht über sie geredet hat.

Jede zehnte Befragte gab zudem an, dass sie in der Öffentlichkeit durch Blicke oder Beleidigungen eine Missbilligung ihrer Schwangerschaft erlebt hat. Deutlich wird hieran ein wesentlicher Unterschied bei der Stigmatisierung bei abgebrochenen und ausgetragenen ungewollten Schwangerschaften: Bei Schwangerschaftsabbrüchen bleibt die Schwangerschaft, sofern keine dezidierte Kommunikation darüber erfolgt, im Regelfall unbemerkt bzw. kann geheim gehalten werden – bei Geburten werden die Schwangerschaften in einer fortgeschrittenen Phase zumeist sichtbar. Verletzungen normativer Vorstellungen, wer – etwa hinsichtlich des Alters oder der Gesundheit – in einer gesellschaftlich akzeptierten Lebenssituation für Schwangerschaft und Geburt ist, können dadurch Reaktionen nicht nur aus dem engeren sozialen Umfeld, sondern auch seitens unbeteiligter Dritter hervorrufen. Dies ist als wesentlicher Grund zu betrachten, weshalb erlebte Stigmatisierungen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften signifikant häufiger verbreitet sind als bei Schwangerschaftsabbrüchen.

Abb. 7.26: Verbreitung stigmatisierender Erlebnisse im sozialen Umfeld (in Prozent)



n = 572, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Bereich der medizinischen Versorgung berichten 3,0 % der befragten Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, vom medizinischen Personal mit Vorwürfen konfrontiert worden zu sein. In Einzelfällen (0,7 %, n = 4) wurde von den Befragten berichtet, dass sie beim Aufsuchen einer Klinik oder Praxis in der frühen Phase der Schwangerschaft von medizinischem Personal dazu angehalten wurden, ihre Schwangerschaft abzuberechnen.

Wie bei der antizipierten Stigmatisierung wurden die stigmatisierenden Erlebnisse in den verschiedenen Bereichen zu einem Index zur Abbildung des Grades der erlebten Stigmatisierung zusammengeführt. Insgesamt berichteten mehr als ein Drittel der Befragten (35,9 %) mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft, dass sie selbst Stigmatisierungen erlebt haben. 64,1 % der befragten Frauen berichten dagegen von keinen Stigmatisierungserlebnissen (vgl. Tab. 7.5). Auf Stigmatisierungserlebnisse in einem Bereich verweisen 16,7 % der Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, auf Stigmatisierungserfahrungen in zwei Bereichen weitere 10,9 % und auf mehrfache Stigmatisierungen in drei oder mehr Bereichen 8,3 % der Frauen.

Tab. 7.5: Index erlebte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

Index erlebte Stigmatisierung		
Indexwert	zugeordnete Ausprägung	Anteil in %
0	keine erlebte Stigmatisierung	64,1
1	erlebte Stigmatisierung in einer Situation	16,7
2	erlebte Stigmatisierung in zwei Situationen	10,9
3	erlebte Stigmatisierung in drei oder mehr Situationen	8,3
Gesamt		100,0

n = 552, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Einflüsse auf die Verbreitung von Stigmatisierungen

Die verschiedenen Stigmatisierungsformen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften – internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierung – korrelieren untereinander, wie die weiterführende statistische Analyse zeigt. Insbesondere die Indizes der antizipierten und erlebten Stigmatisierung stehen in einem starken, signifikanten Zusammenhang ($p = 0,495$; ohne Abbildung), ebenso und nur wenig schwächer die Indizes der internalisierten und antizipierten Stigmatisierung ($p = 0,405$; ohne Abbildung). Der Zusammenhang zwischen internalisierter Stigmatisierung und der erlebten Stigmatisierung ist ebenfalls signifikant, wenn auch schwächer ausgeprägt ($p = 0,364$).

Wie aufgrund der hohen Korrelationen unter den Indizes zu erwarten, zeigen sich bei den verschiedenen Stigmatisierungsformen zumeist die gleichen Einflussfaktoren bzw. Zusammenhänge mit spezifischen Lebenslagen. Sämtliche Stigmatisierungsformen sind überdurchschnittlich häufig verbreitet, wenn die ungewollt schwanger gewordene Frau in keiner Partnerschaft lebt, unter 22 Jahre alt ist, in einer bei einem (weiteren) Kind angespannten finanziellen Situation lebt oder nicht erwerbstätig ist. In Tab. 7.6 sind die Anteile der Befragten dargestellt, die bei Zutreffen der spezifischen Lebenssituation einen der beiden höchsten Ausprägungen der jeweiligen Stigmatisierungs-Indizes aufweisen. Als Vergleichsgrößen sind in der obersten Wertezeile die entsprechenden Anteile aller Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft ausgewiesen. Frauen, die in keiner Partnerschaft leben, erfahren zu 34,5 % eine der beiden höchsten Ausprägungen der internalisierten Stigmatisierung – verglichen mit 21,0 % im Durchschnitt aller Befragten mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft. Frauen ohne Partnerschaft erleben zudem mit einem Anteil von 40,7 % überdurchschnittlich häufig Stigmatisierungen in mehreren Situationen. Frauen in jungem Alter unter 22 Jahren erleben mit einem Anteil von 60,7 % weitaus häufiger als im Durchschnitt der Befragten mehrfache Stigmatisierungen, und auch die antizipierte Stigmatisierung ist bei den jüngeren Frauen weit überdurchschnittlich stark verbreitet (39,7 %). Bei einer finanziell prekären Situation zeigt sich insbesondere ein Zusammenhang mit der internalisierten Stigmatisierung. Ungewollt Schwangere, die erwerbstätig sind, sehen sich dagegen unterdurchschnittlich häufig mit ausgeprägten Stigmatisierungsformen konfrontiert.

Tab. 7.6: Internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften nach Lebenslagenmerkmalen (in Prozent)

	Internalisierte Stigmatisierung stark/sehr stark	Antizipierte Stigmatisierung in zwei oder mehr Bereichen	Erlebte Stigmatisierung in zwei oder mehr Situationen
gesamt	21,0	17,3	19,2
Lebenslagenmerkmal			
keine Partnerschaft	34,5	25,9	40,7
unter 22 Jahre alt	33,9	39,7	60,7
finanziell prekäre Situation bei (weiterem) Kind	30,2	23,7	26,7
erwerbstätig	14,5	9,9	13,4

n = 523 bis 571; Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ob vor der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft bereits Kinder geboren wurden, stand in keinem statistischen Zusammenhang mit der Verbreitung von Stigmatisierungsformen. Ebenso wenig zeigten sich Zusammenhänge mit dem Vorliegen eines Migrationshintergrunds.

Folgen der Stigmatisierungen

Internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierungen können dazu führen, dass die Kommunikation über die ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft im sozialen Umfeld stark eingeschränkt wird. Folgen dieses Bedürfnisses zur Geheimhaltung können ein Mangel an sozialer Unterstützung, soziale Isolation sowie Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens sein.

Das Bedürfnis, die ungewollt eingetretene Schwangerschaft so lange wie möglich nicht zu kommunizieren, steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Grad der Stigmatisierung. Insgesamt gaben 39,6 % der Befragten mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft an, mindestens einer ihr nahestehenden Person so lange wie möglich nichts von der Schwangerschaft erzählt zu haben – und dies keineswegs nur, wenn ein Schwangerschaftsabbruch (noch) erwogen wurde. Bei sehr stark ausgeprägter internalisierter Stigmatisierung hielten sich 72,4 % der Befragten und bei sehr stark ausgeprägter antizipierter Stigmatisierung 65,0 % der Befragten bei der Kommunikation zu ihrer Schwangerschaft im engeren Umfeld zurück.

Auch Isolationsgefühle sind bei einem höheren Stigmatisierungsgrad deutlich stärker verbreitet. Insgesamt fühlten sich 35,1 % der Befragten, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, in der ersten Zeit mit dieser Schwangerschaft allein. Bei stark oder sehr stark ausgeprägter internalisierter Stigmatisierung gaben 64,7 % und bei stark oder sehr stark ausgeprägter antizipierter Stigmatisierung 55,3 % der Befragten an, sich in der ersten Schwangerschaftsphase allein gefühlt zu haben.

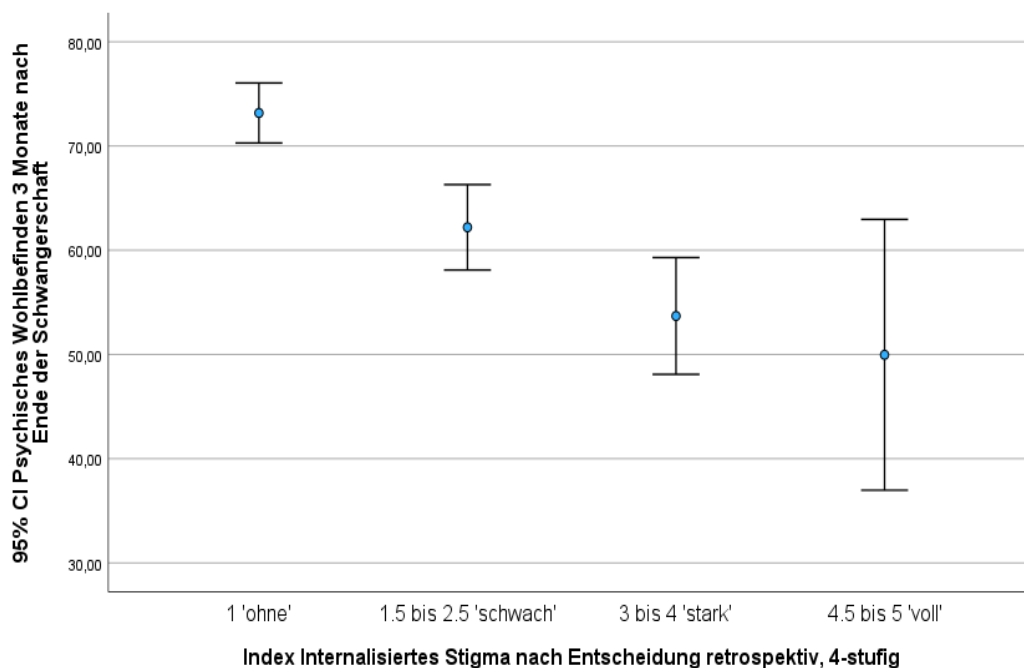
In einem weiteren Schritt wurde geprüft, inwiefern sich Stigmatisierungsgefühle sowie antizipierte und erlebte Stigmatisierungen in einem Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden stehen. In der standardisierten Befragung im Rahmen der ELSA-Studie wurde das psychische Wohlbefinden anhand einer grafisch an ein Thermometer angelehnten Skala mit Werten zwischen 100 (als best denkbaren psychischen Gesundheitszustand) und 0 als schlechtest denkbaren psychischen Gesundheitszustand erhoben (vgl. Kapitel 5.1.1.2.4). Als zeitlicher Bezug der Messung wurde der Zeitpunkt drei Monate nach Schwangerschaftsende festgelegt und erfragt. Dieser

Messzeitpunkt wurde gewählt, um Vergleiche mit Schwangerschaftsabbrüchen durchführen zu können, was bei einem Zeitbezug während der ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften aufgrund der unterschiedlichen Schwangerschaftsdauern und -umstände nicht möglich gewesen wäre.

Bei keiner der drei Stigmatisierungsformen zeigen sich durchgängige und systematische Zusammenhänge mit dem psychischen Wohlbefinden drei Monate nach Ende der Schwangerschaft. Bei der internalisierten Stigmatisierung zeigt sich ein Unterschied zwischen Befragten, die von überhaupt keinen Stigmatisierungsgefühlen berichten gegenüber Befragten mit Stigmatisierungsgefühlen. Bei Frauen, die von keinen Stigmatisierungsgefühlen berichten, liegt der angegebene Mittelwert beim psychischen Wohlbefinden bei 73 (vgl. Abb. 7.27), bei Frauen mit Stigmatisierungsgefühlen im Durchschnitt lediglich bei einem Wert von 58. Weitere Differenzierungen nach dem Ausmaß der internalisierten Stigmatisierung ergeben dagegen keine signifikanten Unterschiede: Die als Fehlerbalken ausgewiesenen 95%-Konfidenzintervalle zeigen anhand der Überschneidung der Minimal- und Maximalwerte, dass sich das psychische Wohlbefinden von Frauen mit Stigmatisierungsgefühlen nach dem Grad der internalisierten Stigmatisierung differenziert nicht signifikant unterscheidet.

Abb. 7.27: Psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach Ende der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft nach internalisierter Stigmatisierung (Index)

Mittelwerte und 95 %-Fehlerbalken auf einer Skala von 0 (=schlechtester denkbarer psychischer Gesundheitszustand) bis 100 (best denkbarer psychischer Gesundheitszustand)



n = 540, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei einer Analyse des psychischen Wohlbefindens zum Zeitpunkt drei Monate nach Ende der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft nach der antizipierten und erlebten Stigmatisierung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Befragten, die von Stigmatisierungen berichten gegenüber den Befragten, die Stigmatisierungen erwartet oder erlebt haben.

7.1.1.3.4 Informationsbedarf, Informationsquellen und -barrieren

Eine umfassende Informiertheit während der Schwangerschaft ist nachweislich mit einem stärkeren gesundheitsorientierten und präventiven Handeln verbunden und zeigt positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind (Coglianese et al., 2020; Shieh, Broome, & Stump, 2010; Song, Cramer, McRoy, & May, 2013). Die Wichtigkeit des Zugangs zu Informationen für werdende Mütter wurde bereits 2017 im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ betont (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

Bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften stellt sich die Herausforderung der umfassenden Information in besonderer Weise. Frauen, die einen Abbruch der Schwangerschaft in Erwägung ziehen bzw. dazu entschließen, benötigen innerhalb weniger Wochen die erforderlichen Informationen, um eine Entscheidung treffen zu können, die gesetzlichen Voraussetzungen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch zu erfüllen und die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zu organisieren. Frauen, die sich zum Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft entschließen, stehen vor keinesfalls weniger drängenden Herausforderungen bezüglich benötigter Informationen. Anders als bei beabsichtigten Schwangerschaften müssen innerhalb kurzer Zeit etwa medizinische, rechtliche und finanzielle Informationen sowohl für die Phase der Schwangerschaft als auch für die folgende (Klein-)Kindphase beschafft werden. Ist die Entscheidung, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen werden soll, noch offen, sind Informationen für beide Entscheidungsalternativen erforderlich.

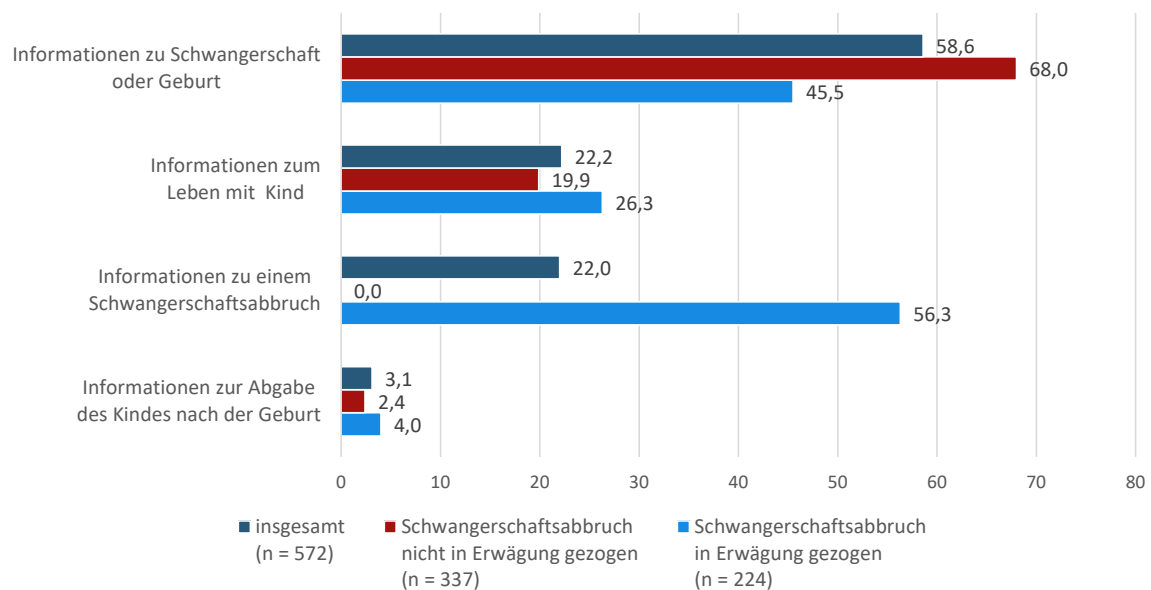
Die ELSA-Befragung nimmt bei der Informationssuche auch die Zeit unmittelbar nach dem Bemerken einer Schwangerschaft in den Blick. Dabei liegt der Fokus auf den Informationsbedarfen zu verschiedenen Themen und welche Informationsquellen als hilfreich erfahren worden sind. Bei den Analysen wird in Abhängigkeit von der Fragestellung bei Befragten mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften danach differenziert, ob ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen worden ist. Zudem werden, wo analytisch sinnvoll, Vergleiche zwischen Befragten mit gewollt eingetretenen und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften dargestellt.

Informationsbedarfe

Die Informationsbedarfe der befragten Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft richteten sich am häufigsten auf den Themenbereich Schwangerschaft und Geburt (58,6 %, vgl. Abb. 7.28). Befragte, die keinen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen haben, äußerten mit einem Anteil von 68,0 % deutlich häufiger Informationsbedarf zu diesem Themenfeld als Befragte, die einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht zogen (45,5 %).

Informationen zu einem Leben mit Kind, wozu auch rechtliche und finanzielle Aspekte gehören, wurden von 22,2 % der Befragten mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft als Informationsbedarf genannt. Bei Schwangeren, die einen Abbruch der Schwangerschaft in Erwägung zogen, war das Interesse an entsprechenden Informationen mit einem Anteil von 26,3 % stärker verbreitet als bei Befragten, die keinen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen haben (19,9 %). Frauen, die keinen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen hatten, wurden nicht danach gefragt, ob sie Informationen dazu gesucht haben (mit 0,0 in der Grafik angegeben). Bedarf an Informationen zu einem Schwangerschaftsabbruch wurde von 56,3 % der Frauen geäußert, die einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht gezogen haben. In dieser Gruppe waren Fragen zum Schwangerschaftsabbruch damit der am häufigsten genannte Informationsbedarf. Zu Regelungen und Möglichkeiten der Abgabe eines Kindes nach der Geburt wurden nur von einem geringen Anteil der Befragten (3,1 %) Informationen gesucht.

Abb. 7.28: Gesuchte Informationen nach Bemerken der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)



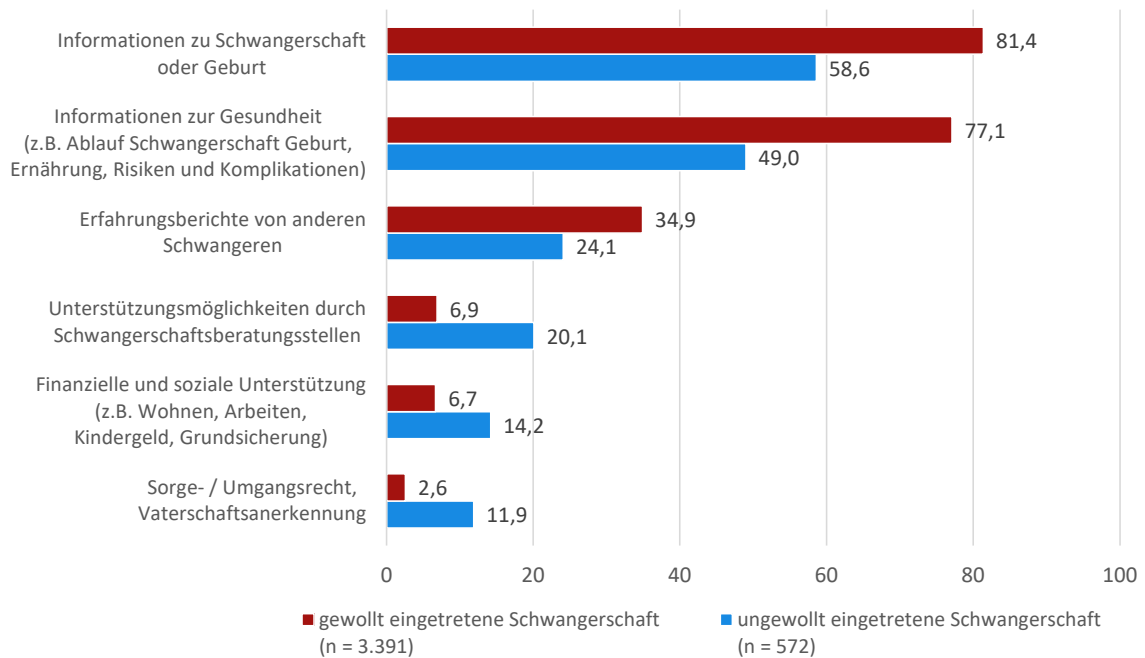
Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft, Mehrfachnennung möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023;

Ein Vergleich zwischen Befragten mit gewollt eingetretenen und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften weist auf deutliche Unterschiede bei der Informationssuche hin. Informationen zu Schwangerschaft und Geburt, darunter insbesondere gesundheitsbezogene Informationen etwa zum Ablauf von Schwangerschaft und Geburt, zur empfohlenen Ernährung sowie zu Risiken und Komplikationen wurden von gewollt schwanger gewordenen Frauen deutlich häufiger gesucht als von Frauen mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft (77,1 % gegenüber 49,0 %; vgl. Abb. 7.29). Informationen zu Schwangerschaft und Geburt suchten insgesamt 81,4 % der Frauen mit

gewollten Schwangerschaften, bei Befragten mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaft waren es 58,6 %. Auch, wenn kein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen wurde, lag der Anteil der Frauen, die Informationen zum Themenbereich Schwangerschaft und Geburt gesucht hatten, wie oben ausgeführt bei 68,0 % und damit ebenfalls niedriger als bei gewollten Schwangerschaften. Erfahrungsberichte anderer Schwangerer wurden ebenfalls häufiger von Frauen mit gewollt eingetretenen Schwangerschaften als von Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften gesucht.

Abb. 7.29: Frauen mit gewollt und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften: nach Bemerken der Schwangerschaft gesuchte Informationen (in Prozent)



Befragte mit ausgetragener Schwangerschaft, Mehrfachnennung möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023;

Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften äußerten häufiger als Frauen mit gewollten Schwangerschaften Informationsbedarf zu konkreten Unterstützungsangeboten durch Schwangerschaftsberatungsstellen (20,1 % gegenüber 6,9 %), ebenso auch zu Fragen der finanziellen und sozialen Unterstützung sowie zu familienrechtlichen Themen.

Informationsquellen

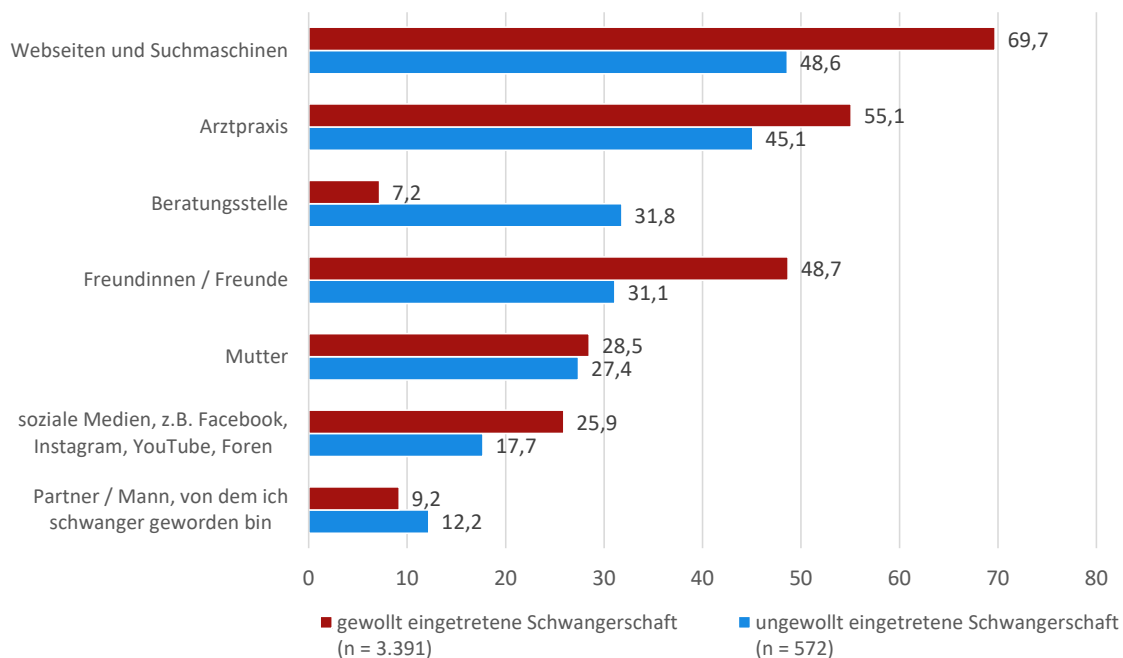
Nicht nur bei den Informationsbedarfen, sondern auch bei der Einschätzung, welche Informationsquellen als hilfreich erlebt wurden, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Befragten mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften und gewollt schwanger gewordenen Frauen. Digitale Informationsquellen wie Internetseiten oder die Recherche mittels Suchmaschinen wurden von beiden Befragtengruppen am häufigsten als hilfreich erfahren (vgl. Abb. 7.30). Während die Befragten mit gewollter Schwangerschaft zu über zwei Drittel (69,7 %) diese Internet-Informationen als hilfreich bezeichneten, teilte weniger als die Hälfte (48,6 %) der Frauen mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft diese Einschätzung. Auch die in Arztpraxen erhaltenen Informationen wurden von einem größeren Teil der Frauen mit gewollt eingetretenen Schwangerschaften als von den Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften als hilfreich empfunden (55,1 % gegenüber 45,1 %). Eine deutliche Differenz zeigt sich ebenfalls bei Freundinnen und Freunden, die von knapp der Hälfte (48,7 %) der Frauen mit gewollter

Schwangerschaft, aber nur von knapp einem Drittel der ungewollt schwanger gewordenen Befragten als hilfreiche Quelle für Informationen erfahren wurde.

Dagegen kommt Beratungsstellen bei ungewollt schwanger gewordenen Befragten eine deutlich höhere Bedeutung als hilfreiche Informationsquelle zu als bei gewollt schwanger gewordenen Frauen. 31,8 % der Befragten mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften bezeichneten die Beratungsstellen als hilfreiche Informationsquelle – bei den Befragten mit gewollten Schwangerschaften wurde diese Einschätzung von 7,2 % und mithin weitaus seltener geteilt. Insbesondere Befragte mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen haben, fanden die Beratung häufig hilfreich (45,1 %), aber auch Befragte, die einen Schwangerschaftsabbruch zu keinem Zeitpunkt als Alternative gesehen hatten, bewerteten die Information durch die Beratungsstellen zu 22,8 % und damit ebenfalls häufiger als gewollt schwanger gewordene Befragte als hilfreich.

Abb. 7.30: Frauen mit gewollt und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften: Hilfreiche Informationsquellen aus Sicht der befragten Frauen (in Prozent)

Wo oder bei wem haben Sie hilfreiche Informationen gefunden?



Befragte mit ausgetragener Schwangerschaft, Mehrfachnennung möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023;

Im Rahmen der Befragung wurde nicht im Einzelnen erhoben, auf welche Art der Beratungsstellen sich die Bewertung bezogen hat. Die von den Befragten berichteten Häufigkeiten, wie oft spezifische Beratungsstellen aufgesucht wurden, lassen jedoch den Schluss zu, dass es sich in erster Linie Angebote der Schwangerschaftsberatungsstellen zu Fragen rund um die Schwangerschaft und zu sozialen Fragen sowie ferner auch um Schwangerschaftskonfliktberatungen nach §219 StGB handelt. Angebote der allgemeinen Schwangerschaftsberatung wurden von 19,6 % der Befragten mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften wahrgenommen, die Pflichtberatung für einen Schwangerschaftsabbruch wurde von 12,2 % der Befragten aufgesucht, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben. Beide Beratungsangebote wurden von 3,0 % der Befragten mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

aufgesucht. Es ist allerdings denkbar, dass in die Bewertung der Beratungsstellen in geringem Umfang auch Besuche weiterer Beratungsangebote wie etwa eine Sozialberatung eingeflossen sind.

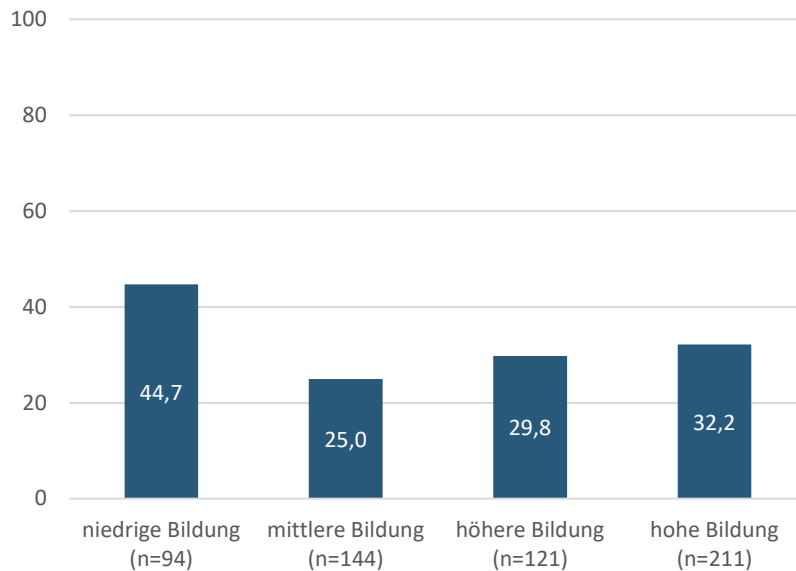
Personen aus dem engsten sozialen Umfeld wie die Mutter und der Partner bzw. der an der Schwangerschaft beteiligte Mann wurden von Befragten mit ungewollt eingetretenen und gewollt eingetretenen Schwangerschaften jeweils ohne signifikanten Unterschied eingeschätzt. Soziale Medien wurden von einem etwas größeren Teil der gewollt schwanger gewordenen Befragten als hilfreiche Informationsquelle erlebt.

Die Ergebnisse der Befragung weisen auf Unterschiede bei der Information, den Informationsbedarfen und der Informationssuche zwischen Frauen mit ungewollt eingetretenen und gewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften hin. Ist die Schwangerschaft ungewollt eingetreten, so sucht – verglichen mit gewollt Schwangeren – ein geringerer Teil der Schwangeren aktiv nach Informationen zu Schwangerschaft und Geburt und insbesondere zu gesundheitlichen Fragen rund um die Schwangerschaft. Stärker gesucht werden von ungewollt schwanger gewordenen Frauen konkrete Unterstützungsangebote von Schwangerschaftsberatungsstellen sowie Informationen zur finanziellen und sozialen Unterstützung sowie zu familienrechtlichen Themen. Auf Grundlage der ELSA-Befragung kann nicht eingeschätzt werden, inwiefern von negativen Auswirkungen der weniger umfassend verbreiteten gesundheitsbezogenen Informationen bei Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften ausgegangen werden muss. Deutlich wird aber fraglos die Bedeutung der Sicherstellung eines geeigneten und zugänglichen Informationsangebots für Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen.

Auffällig ist, dass die Informationsquellen von ungewollt und gewollt schwanger gewordenen Frauen in unterschiedlichem Maß als hilfreich beurteilt werden. Allgemeine Internetquellen werden offensichtlich besser den Informationsbedarfen von Frauen gerecht, die gewollt schwanger geworden sind – ein denkbarer Grund ist, dass diese Informationsangebote zu wenig spezifisch auf die Situation ungewollt Schwangerer eingehen. Auch Freundinnen und Freunde werden von Frauen mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft seltener als geeigneter Personenkreis für Information und Austausch angesehen. Zu vermuten ist, dass hier zum einen die Stigmatisierung ungewollt eingetretener Schwangerschaften als Barriere Wirkung zeigt, zum anderen Erfahrungen mit ungewollten Schwangerschaften weniger verbreitet sind, so dass im privaten Umfeld seltener einschlägiger und hilfreicher Rat verfügbar ist.

Eine besondere Bedeutung bei der Information von Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen, kommt den Beratungsstellen zu, deren Angebote nicht nur von ungewollt Schwangeren, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, deutlich häufiger als von gewollt Schwangeren als hilfreich erlebt werden. Die Beratungsstellen wurden dabei von Befragten mit niedrigem Bildungsstatus mit einem Anteil von 44,7 % erheblich häufiger als hilfreich erlebt als von Befragten mit einem höheren Bildungsstatus (vgl. Abb. 7.31).

Abb. 7.31: Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften: Erhalt hilfreicher Informationen bei Beratungsstellen nach Bildungsstatus (in Prozent)



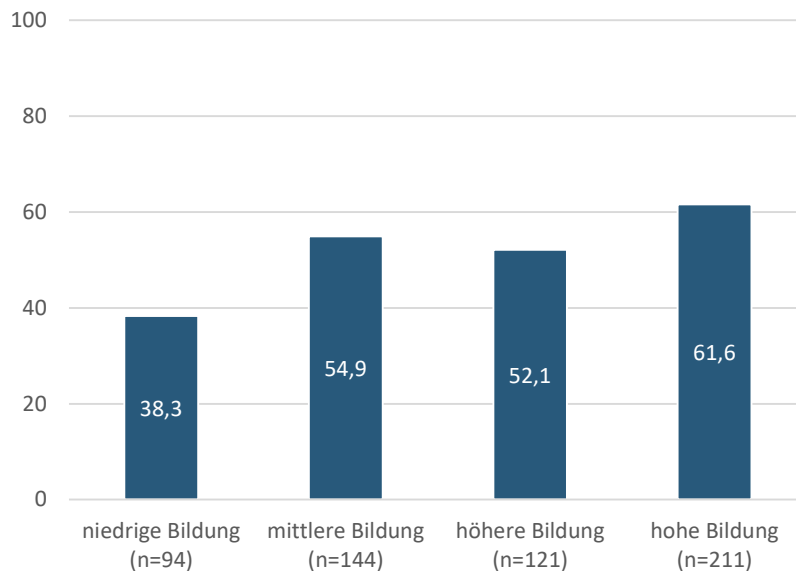
Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft (Cramer V = 0,136; p=0,015)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023;

Auch von Befragten, die bei Eintritt der ungewollten Schwangerschaft jünger als 25 Jahre alt waren, wurden Beratungsstellen mit einem Anteil von 47,5 % überdurchschnittlich häufig als hilfreich erlebt. Die besondere Bedeutung der Beratungsstellen für niedriger gebildete und jüngere Befragte zeigte sich dabei in ähnlicher Weise unabhängig davon, ob ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen wurde oder nicht (ohne Abbildung). Ebenso erfuhren Befragte, die aufgrund geringen Einkommens staatliche Unterstützungsleistungen bezogen haben oder mit einem Kind eine finanzielle Notlage befürchteten, überdurchschnittlich häufig Beratungsstellen als hilfreiche Informationsquelle (ohne Abbildung).

Befragte mit niedrigem Bildungsstatus gaben dagegen seltener als andere Bildungsgruppen an, hilfreiche Informationen aus Internetquellen erhalten zu haben. Lediglich 38,3 % der Befragten mit niedrigem Bildungsstatus gaben an, im Zusammenhang mit ihrer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft hilfreiche Informationen im Internet gefunden zu haben – bei den Befragten mit hohem Bildungsstatus lag dieser Anteil mit 61,6 % erheblich höher (vgl. Abb. 7.32).

Abb. 7.32: Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften: Erhalt hilfreicher Informationen im Internet (Webseiten und Suchmaschinen) nach Bildungsstatus (in Prozent)



Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft (Cramer V = 0,136; p=0,002)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.3.5 Erfahrungen mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

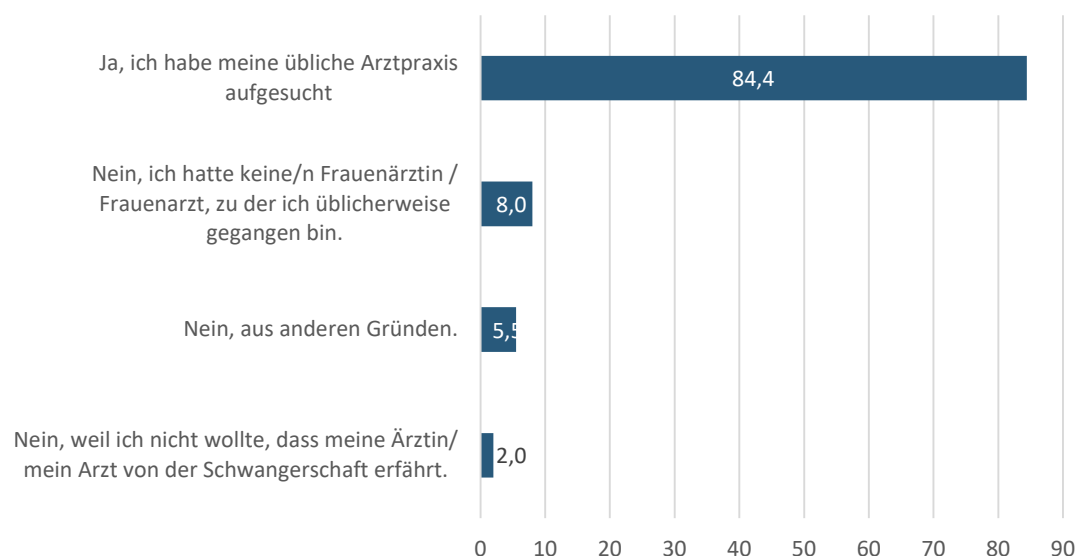
Der Schwerpunkt der Erhebungen zur medizinischen und psychosozialen Versorgung bei ungewollten Schwangerschaften liegt innerhalb der ELSA-Studie auf den Schwangerschaftsabbrüchen. Zu ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften wurden dagegen nur in geringem Umfang Daten erhoben. Eine besondere Berücksichtigung findet die Analyse der Erfahrungen mit der bzw. Auswirkungen der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB, die zu einem Teil auch von Befragten aufgesucht wurde, die einen Abbruch in Erwägung gezogen haben, aber sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben.

7.1.1.3.6 Erfahrungen bei der ärztlichen Feststellung der Schwangerschaft

Die große Mehrheit der Befragten, die ungewollt schwanger geworden sind und die Schwangerschaft ausgetragen haben, hat sich für die ärztliche Feststellung der Schwangerschaft an die von ihnen üblicherweise besuchten Frauenärztinnen oder Frauenärzte gewendet. Dies zeigt sich auch bei den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen haben. 84,4 % der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht zogen, suchten ihre übliche Gynäkologiepraxis auf. (vgl. Abb. 7.33). Von den übrigen Frauen gaben 8,0 % an, dass sie keine üblicherweise besuchte Praxis hatten. Lediglich in Einzelfällen (2,0 %) wählten die Befragten zur Feststellung der Schwangerschaft bewusst eine andere Praxis, um zu vermeiden, dass ihre üblicherweise behandelnde Ärztin oder ihr Arzt von der Schwangerschaft erfährt. Weitere 9,6 % der Befragten ließen aus anderen Gründen die Schwangerschaft nicht in ihrer üblicherweise besuchten Praxis feststellen. Insgesamt entscheiden sich damit nur sehr wenige Frauen dazu, aus Gründen der Geheimhaltung in eine andere Arztpraxis zu gehen, um ihre Schwangerschaft feststellen zu lassen.

Abb. 7.33: Frauen mit Erwägung eines Abbruchs der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft: bei Bemerkern der Schwangerschaft aufgesuchte Gynäkologiepraxis (in Prozent)

Sind Sie zu der Frauenärztin / dem Frauenarzt gegangen, zu der / dem Sie sonst auch üblicherweise gegangen sind?

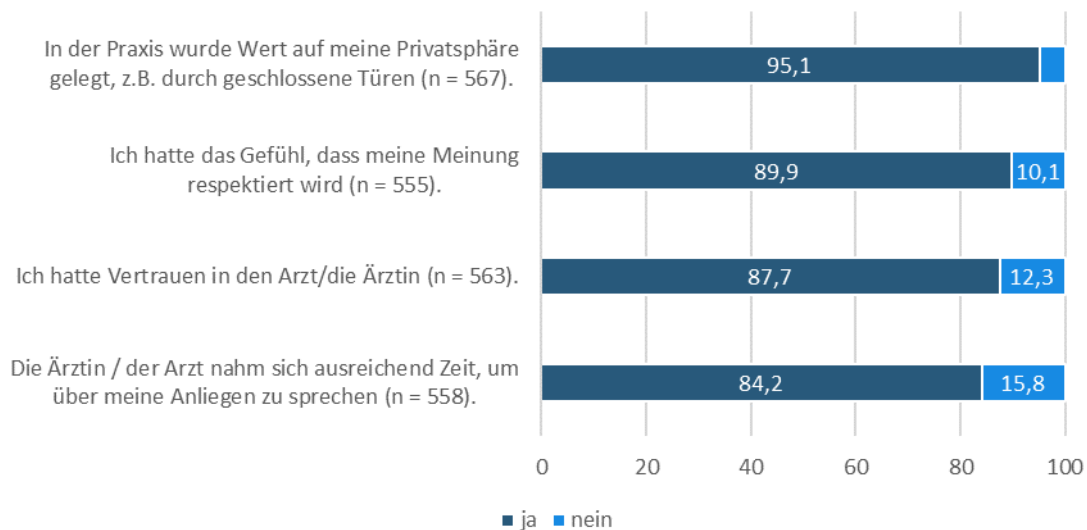


n = 199, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft, die einen Abbruch der Schwangerschaft erwogen haben

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Erfahrungen bei dem Arztbesuch werden von dem größten Teil der befragten Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, positiv bewertet (vgl. Abb. 7.34). Mit 95,1 % berichten fast alle Frauen, dass in der Arztpraxis Wert auf ihre Privatsphäre gelegt wurde. Jeweils nahezu 90 % der Frauen hatten das Gefühl, dass ihre Meinung respektiert wurde, und vertrauten der Ärztin bzw. dem Arzt. Auch gaben 84,5 % der Befragten an, dass sich die Ärztin oder der Arzt ausreichend Zeit für ihre Anliegen nahm.

Abb. 7.34: Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft: Bewertung des Arztbesuchs zur Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)



n = 572, Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.3.7 Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und gesetzliche Bedenkzeit

Die empirischen Ergebnisse zum Besuch der bei Schwangerschaftsabbrüchen ohne medizinische oder kriminologische Indikation nach § 219 StGB verpflichtenden Schwangerschaftskonfliktberatung werden im Rahmen des vorliegenden ELSA-Berichts nach dem Ausgang der Schwangerschaft – also nach abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften – getrennt analysiert und dargestellt. Diese Trennung hat sowohl methodische als auch inhaltliche Gründe. Aus methodischer Sicht ist darauf zu verweisen, dass die Befragungsteilnehmerinnen mit abgebrochener und ausgetragener Schwangerschaft auf unterschiedlichen Wegen für die Studienteilnahme gewonnen wurden und eine Zusammenführung der Stichproben problematisch ist (vgl. Kapitel 5.1.1.3). Insbesondere sind aufgrund des Erhebungsdesigns keine direkten Rückschlüsse auf das quantitative Verhältnis möglich, zu welchen Anteilen im Nachgang der Schwangerschaftskonfliktberatung Schwangerschaften abgebrochen oder ausgetragen worden sind.

Auch unter inhaltlichen Aspekten zeigt sich, dass sich die Erwartungen und Motive des Besuchs der Schwangerschaftskonfliktberatung bei Frauen mit in der Folge abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften deutlich unterscheiden, so dass eine gemeinsame Analyse beider Gruppen sachlich nicht angemessen erscheint. Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen Gruppen besteht darin, dass im Falle eines späteren Abbruchs das Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung – Schwangerschaftsabbrüche nach Indikation ausgenommen – für alle Frauen verpflichtend ist, bei ausgetragenen Schwangerschaften dagegen nicht. Wie im Folgenden ausgeführt, zeigen die ELSA-Daten, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung nur bei einem geringen Teil der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften besucht wird und bei diesen Frauen sowohl der Wunsch nach Beratung als auch eine Unsicherheit bezüglich der Entscheidung zu Austragen oder Abbruch in besonderer Weise verbreitet ist. Die Vorstellung, dass ungewollt schwanger gewordene Frauen mit dem sicheren Entschluss, ihre Schwangerschaft abzuberechnen die Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen und aufgrund der Beratung ihren

Entschluss revidieren, findet in den empirischen Daten von Ausnahmen abgesehen weitestgehend keine Entsprechung.

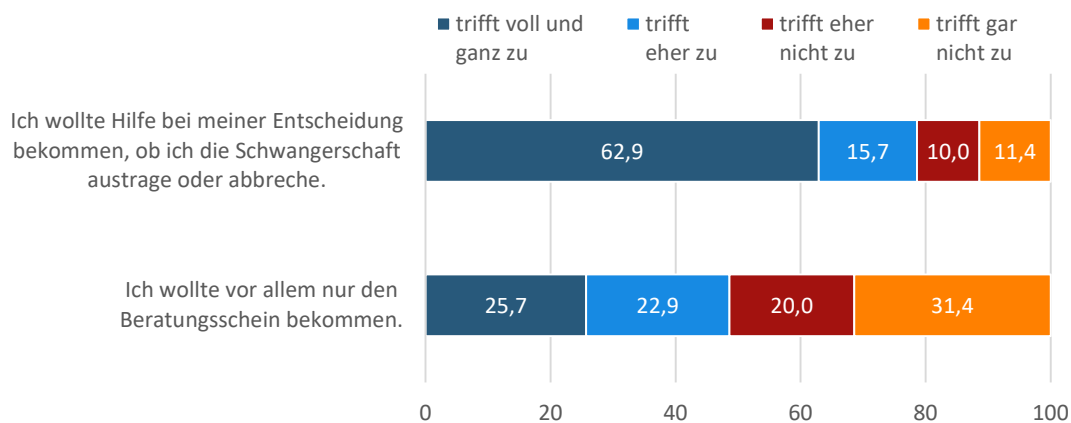
Häufigkeit von Schwangerschaftskonfliktberatungen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

Mit einem Anteil von 59,9 % hat die Mehrheit der Befragten, die ihre ungewollt eingetretene Schwangerschaft letztlich ausgetragen haben, einen Schwangerschaftsabbruch überhaupt nicht in Erwägung gezogen. Diese Frauen wurden nicht weitergehend nach dem Aufsuchen einer Schwangerschaftskonfliktberatung befragt. Von den übrigen 40,1 %, die einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht gezogen haben, haben knapp ein Drittel (31,3 %) eine staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung besucht. Insgesamt wurde eine Schwangerschaftskonfliktberatung damit nur bei 12,2 % der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften aufgesucht.

Als Anliegen beim Aufsuchen einer Schwangerschaftskonfliktberatung nannten nahezu 80 % der Befragten, die ihre ungewollt eingetretene Schwangerschaft später ausgetragen haben und eine Schwangerschaftskonfliktberatung besucht haben, den Wunsch, Hilfe bei ihrer Entscheidung zum Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft zu bekommen (vgl. Abb. 7.35). 62,9 % stimmten der entsprechenden Aussage uneingeschränkt zu, weitere 15,7 % stimmten eher zu. Lediglich 11 % wollten im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung überhaupt keine Hilfe bei ihrer Entscheidung erhalten.

Weitaus weniger häufig wird von den gleichen Befragten der Erhalt des Beratungsscheins als Voraussetzung für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs als prioritäres Anliegen genannt. Für etwas mehr als die Hälfte der Frauen ist der formale Nachweis beim Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung von keiner oder nachrangiger Bedeutung.

Abb. 7.35: Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften: Anliegen bei Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung (in Prozent)



n = 70; Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und aufgesuchter Schwangerschaftskonfliktberatung nach §219 StGB

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Schwangerschaftskonfliktberatung wird vor allem bei Entscheidungsunsicherheit aufgesucht

Der verbreitete Wunsch nach Unterstützung bei der Entscheidungsfindung korrespondiert bei der Gruppe ungewollt Schwangerer mit ausgetragenen Schwangerschaften und Besuch der Schwangerschaftskonfliktberatung mit höheren Schwierigkeiten und einer ausgeprägten Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung.

Gegenüber ungewollt Schwangeren, die keine Schwangerschaftskonfliktberatung aufgesucht haben, gaben die Frauen mit Pflichtberatungsbesuch deutlich häufiger an, dass es für sie sehr schwierig oder eher schwierig war, ihre Entscheidung zu treffen (68,6 % gegenüber 14,9 %). Gut die Hälfte der Frauen (50,8 %), die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen und die Schwangerschaftskonfliktberatung aufgesucht haben, waren sich unsicher, die richtige Entscheidung zu treffen, während von den ungewollt Schwangeren ohne Besuch der Schwangerschaftskonfliktberatung lediglich jede siebte Frau (14,1 %), angab, bei ihrer Entscheidung unsicher gewesen zu sein.

Bezogen auf die Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, sind es typischerweise Frauen mit Schwierigkeiten, Unsicherheiten und dem Wunsch nach Unterstützung bei ihrer Entscheidung, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen. Es ist keineswegs so, dass von dem Besuch einer Schwangerschaftskonfliktberatung auf eine dezidierte Absicht geschlossen werden kann, die Schwangerschaft abzuberechen.

Einfluss der Schwangerschaftskonfliktberatung auf die Entscheidung zum Austragen

Bezüglich der Auswirkungen der Schwangerschaftskonfliktberatung auf ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, gaben 45,7 % der Befragten an, dass die Beratung keinen Einfluss darauf hatte. 28,6 % der Frauen bemerkten, dass sie durch die Schwangerschaftskonfliktberatung sicherer geworden sind, die Schwangerschaft auszutragen. Bei drei Vierteln der Frauen, die vor dem Austragen einer Schwangerschaft eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufgesucht haben, bestand die Tendenz zum Austragen unabhängig von der Beratung. Der Wunsch, einen Beratungsschein zu erhalten, muss mit dieser Tendenz nicht in Widerspruch stehen. Im Rahmen der qualitativ-empirischen Vertiefungsstudie (vgl. Kapitel 7.1.2.1) wurde von Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften u.a. das Motiv genannt, sich mit dem Beratungsschein trotz bestehender Tendenz zum Austragen die Entscheidung offen halten zu können.

Ein Drittel (33 %) der Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufgesucht haben, geben an, dass die Beratung oder die gesetzliche dreitägige Bedenkzeit dazu beigetragen hat, sich umzuentcheiden. Aufgrund des geringen Anteils von lediglich 4,0 % an allen ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften bzw. der geringen Fallzahl in der ELSA-Befragung kann diese Gruppe nicht differenziert analysiert werden. Mit der aufgrund der geringen Fallzahl von n = 23 gebotenen Vorsicht kann jedoch gesagt werden, dass auch diesen Frauen die Entscheidung sehr schwer oder eher schwerfiel (18 von 23) und sie sich weit überwiegend Hilfe bei der Entscheidung wünschten (19 von 23).

Zusammengefasst lässt sich zum Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung durch Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen, festhalten: Ein geringer Teil (12,2 %) der ungewollt schwanger gewordenen Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, suchen die Schwangerschaftskonfliktberatung auf. Bei drei Viertel dieser Frauen besteht unabhängig von der Schwangerschaftskonfliktberatung die Tendenz zum Austragen der Schwangerschaft. Charakteristisch für die Frauen, die vor dem Austragen einer Schwangerschaft eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen, ist der Wunsch, Hilfe bei der Entscheidung über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft zu erhalten, korrespondierend mit berichteten Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Entscheidung. Offensichtlich trifft dies besonders ausgeprägt für den mit 4,0 % sehr geringen Teil der Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft zu, die angeben, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung und gesetzliche Bedenkzeit dazu beigetragen haben, sich für das Austragen der Schwangerschaft zu entscheiden.

7.1.1.4 Erfahrungen von Frauen bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

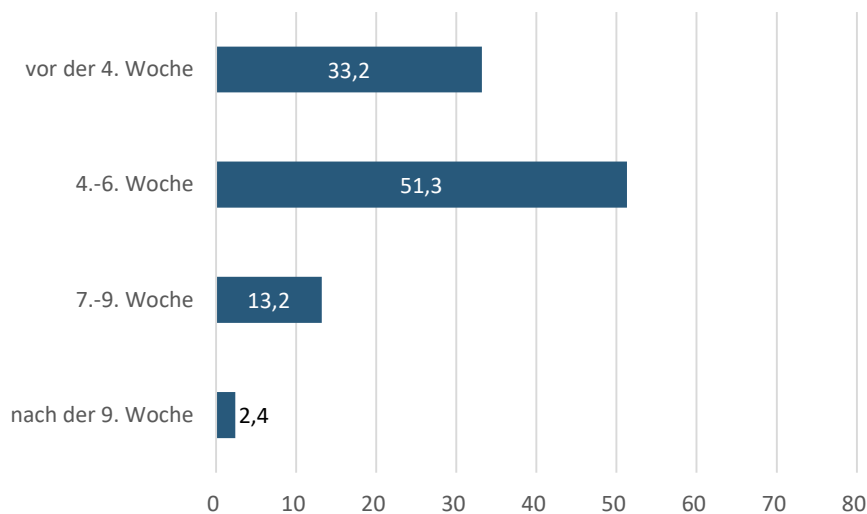
Die Darstellung der Ergebnisse der standardisierten Befragung zu den Erfahrungen von Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft abgebrochen haben, erfolgt in überwiegend chronologisch gegliederten thematischen Abschnitten. Ausgehend vom Feststellen der Schwangerschaft werden der Entscheidungsprozess und die Einflüsse auf die Entscheidung nachgezeichnet. Als eigenständiger Themenbereich wird auf Aspekte der Stigmatisierung eingegangen, da diese – wie gezeigt wird – einen prägenden Einfluss auf die Erfahrungen bei Schwangerschaftsabbrüchen haben. Weitere Abschnitte widmen sich den Informationsbedarfen zu Schwangerschaftsabbrüchen und deren Deckung sowie den Erfahrungen mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung. Auf die Lebenslagen, in denen sich die Frauen bei Eintritt der ungewollten Schwangerschaft befunden haben, wurde bereits in Kapitel 7.1.1.2 umfassend eingegangen.

Die Gewinnung und Zusammensetzung der Stichprobe der zu einem Schwangerschaftsabbruch befragten Frauen ist in Kapitel 5.1.1.3 dieses Berichts ausführlich dargestellt. Es sei an dieser Stelle nochmals angemerkt, dass es sich bei der Stichprobe um keine Zufallsauswahl handelt, die Stichprobe aber hinsichtlich zentraler Merkmale (etwa Alter und Parität der Schwangeren) eine vergleichbare Struktur wie die amtliche Statistik der Schwangerschaftsabbrüche aufweist.

7.1.1.4.1 Feststellen der Schwangerschaft

Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft abbrechen, bemerken diese Schwangerschaft weit überwiegend zu einem frühen Zeitpunkt. Ein Drittel der befragten Frauen stellte bis zur vierten Woche nach Empfängnis fest, schwanger zu sein, und insgesamt 84,5 % bemerkten ihre Schwangerschaft bis zur sechsten Woche post conceptionem (vgl. Abb. 7.36). Hierbei wurde im Rahmen der Befragung nicht nach der Art der Feststellung (z. B. Schwangerschaftsselbsttest oder ärztliche Untersuchung) unterschieden. Mit einem Anteil von 2,4 % bemerkte ein geringer Teil der Frauen ihre Schwangerschaft erst nach der neunten Schwangerschaftswoche und damit in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Ende des Zeitraums, in dem ein Schwangerschaftsabbruch bei Einhaltung der gesetzlichen Regelungen für alle Beteiligten straffrei gestellt ist.

Abb. 7.36: Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft bei Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)



n = 593, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Junge Frauen im Alter bis 24 Jahre stellten die Schwangerschaft mit einem Anteil von 26,4 % deutlich häufiger nach der sechsten Woche fest als die Befragten in den höheren Altersgruppen. Jedoch war auch bei den jungen Frauen ein sehr spätes Bemerken der Schwangerschaft nach der neunten Schwangerschaftswoche mit weniger als 5 % selten.

7.1.1.4.2 Prozess der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

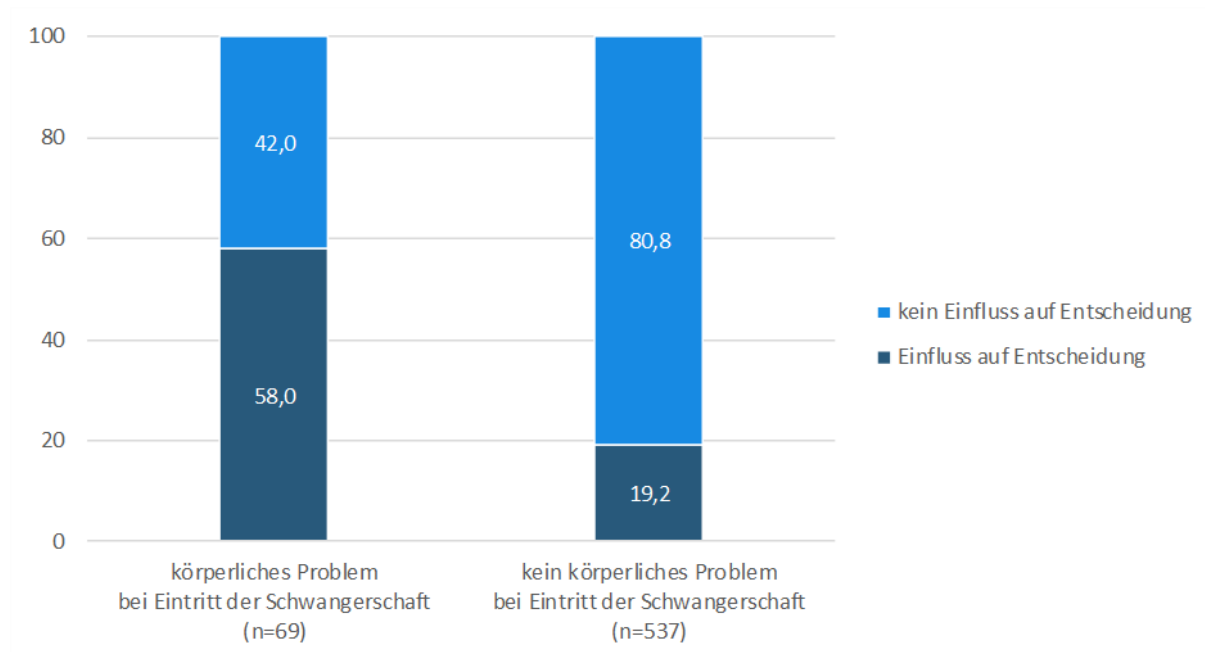
Die Auswertungen zu den Entscheidungsprozessen für einen Schwangerschaftsabbruch beschreiben im Wesentlichen, unter welchen Schwierigkeiten und Unsicherheiten die Entscheidung getroffen wird und welche anderen Personen dabei einbezogen sind. Die Erfassung von Gründen für Schwangerschaftsabbrüchen waren – auch da hierzu bereits umfassende Erkenntnisse aus der Studie „frauen leben 3“ (Helfferich et al., 2016) vorliegen – nicht Teil des Forschungsauftrags der ELSA-Studie und sind daher mit Ausnahme des im Folgenden kurz dargestellten Einflusses des körperlichen Gesundheitszustands nicht berücksichtigt.

Einfluss des körperlichen Gesundheitszustandes auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Knapp ein Viertel der Frauen mit einer ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaft gaben an, dass ihr körperlicher Gesundheitszustand einen Einfluss auf Ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch hatte. Frauen, die ihre Gesundheit als Einflussfaktor bei der Entscheidung nannten, stuften ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft rückblickend signifikant schlechter ein als Frauen, bei denen der Gesundheit keine Rolle bei ihrer Entscheidung zukam: Auf einer Skala von 100 als best denkbaren körperlichen Gesundheitszustand und 0 als schlechtest denkbaren körperlichen Gesundheitszustand gaben Befragte, deren Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch durch ihre Gesundheit beeinflusst war, im Durchschnitt einen Wert von 66 an. Frauen die angaben, dass ihre Gesundheit keinen Einfluss auf die Entscheidung hatte, stuften ihren körperlichen Gesundheitszustand im Mittel mit einem Wert von 82 signifikant besser ein ($\eta^2=0,103$, $p<0,001$).

Hatten die befragten Frauen körperliche Probleme oder Erkrankungen, die bei Eintritt der Schwangerschaft schon mindestens sechs Monate bestanden hatten, übte ihr Gesundheitszustand bei einer Mehrheit (58,0 %) einen Einfluss auf die Entscheidung aus, die Schwangerschaft abzubrechen (vgl. Abb. 7.37). Ohne körperliche oder gesundheitliche Probleme gaben 19,2 % der Frauen an, dass ihr Gesundheitszustand ihre Entscheidung beeinflusst hat. Wie in Kapitel 7.1.1.2.4 gezeigt, lagen bei 11,3 % der Befragten, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft abgebrochen haben, bei Schwangerschaftseintritt länger andauernde körperliche Probleme oder Erkrankungen vor.

Abb. 7.37: Einfluss des körperlichen Gesundheitszustandes auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch nach Vorliegen körperlicher Probleme oder Erkrankungen bei Eintritt der Schwangerschaft (in Prozent)



nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($\phi=0,290$, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

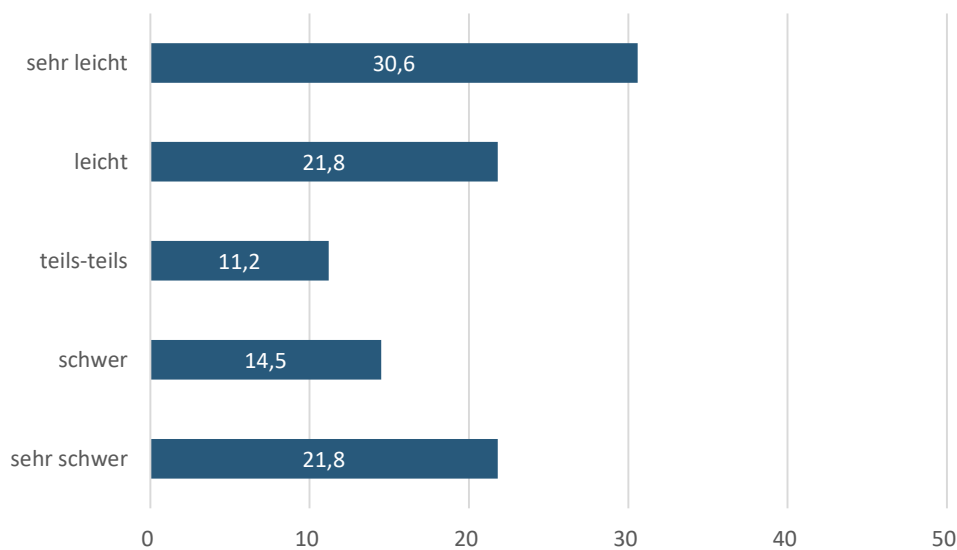
Frauen, die vor dem Schwangerschaftsabbruch bereits Kinder geboren hatten, verwiesen mit einem Anteil von 33,5 % etwa doppelt so häufig auf einen Einfluss ihres Gesundheitszustandes auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wie Frauen ohne vorangehende Geburt (16,8 %, $\phi=0,193$, $p<0,001$).

Schwierigkeit und Sicherheit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Bei der Bewertung, wie schwierig die Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch für die befragten Frauen war, zeigt sich ein sehr unterschiedliches Bild. Über die Hälfte der Frauen (52,4 %) berichteten in der Befragung, dass ihnen die Entscheidung (sehr) leichtfiel. Knapp ein Drittel der befragten Frauen (30,6 %) hat die Entscheidung vor überhaupt keine Schwierigkeiten gestellt (vgl. Abb. 7.38). Demgegenüber berichtete mehr als ein Drittel der Frauen (36,4 %), dass ihnen die Entscheidung schwergefallen ist – von 21,8 % der Befragten wurde die eigene Entscheidungsfindung als „sehr schwer“ bezeichnet.

Abb. 7.38: Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer fiel es Ihnen, zu einer Entscheidung zu kommen?



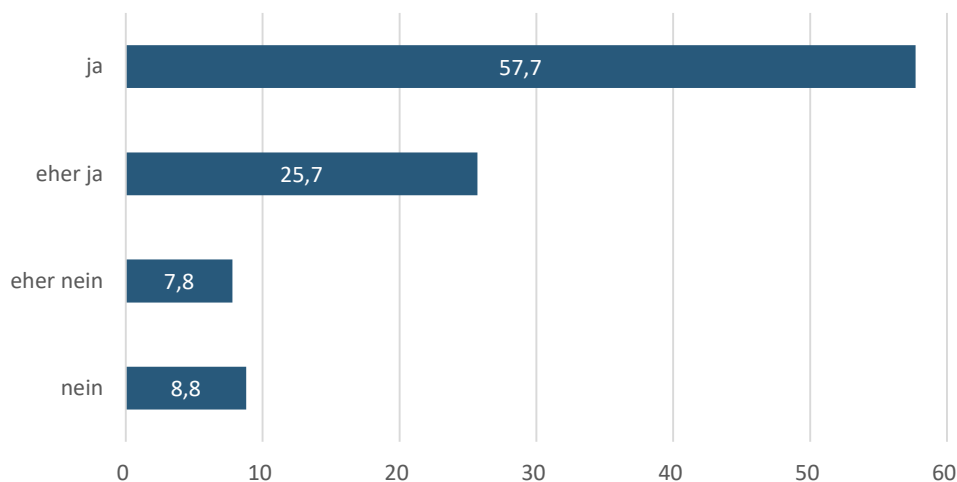
n = 605, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Sobald die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch getroffen wurde, ist sich eine deutliche Mehrheit der Frauen sicher, die richtige Wahl getroffen zu haben. 57,7 % der befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch berichteten, sich zum Entscheidungszeitpunkt uneingeschränkt sicher gewesen zu sein, die richtige Entscheidung zu treffen (vgl. Abb 7.39). Ein weiteres Viertel der Frauen war nach eigenen Angaben eher sicher, was die Richtigkeit der Entscheidung anbelangt. Mithin fühlten sich über 82,4 % zumindest eher sicher bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Weniger als jede fünfte Frau (17,6 %) war sich (eher) unsicher, ob die Entscheidung richtig war.

Abb. 7.39: Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung (in Prozent)

Waren Sie sich zu dieser Zeit sicher, dass Ihre Entscheidung, die Schwangerschaft abzuberechnen richtig war?



n = 603, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

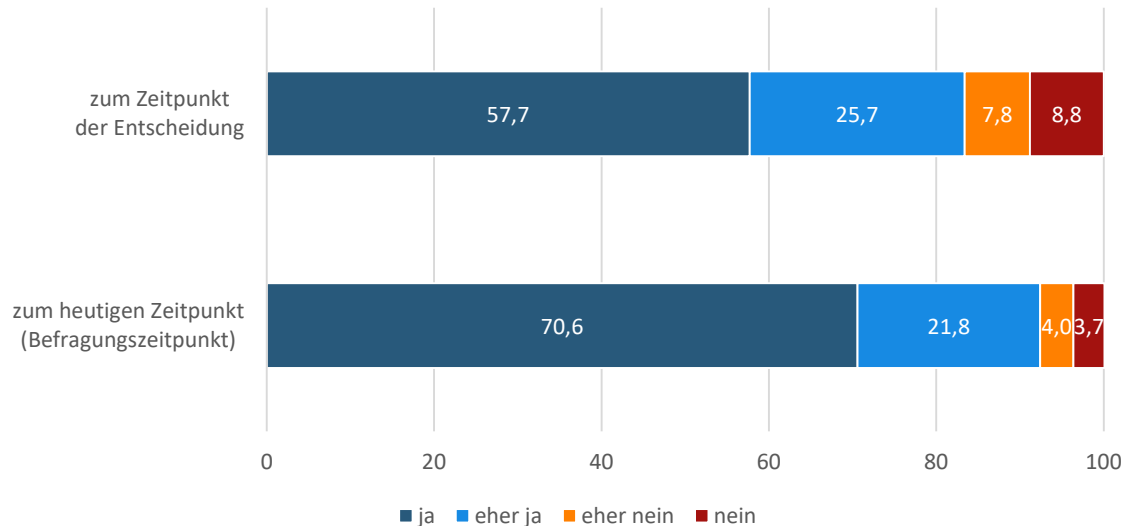
Erwartungsgemäß zeigt sich dabei ein starker Zusammenhang zwischen der Entscheidungssicherheit und der Schwierigkeit, sich zu entscheiden. Mit einem Anteil von 98 % waren sich nahezu alle Frauen, die es (sehr) leicht fanden, zu ihrer Entscheidung zu kommen, uneingeschränkt oder eher sicher, sich richtig zu entscheiden. Fiel die Entscheidung schwer oder sehr schwer, waren sich mit einem Anteil von 59 % weniger Frauen sicher, die richtige Entscheidung zu treffen.

Entwicklung der Sicherheit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Die Sicherheit, mit dem Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch die richtige Entscheidung getroffen zu haben, nimmt – ausgehend von einem hohen Niveau zum Zeitpunkt der Entscheidung – mit zeitlichem Abstand zu der Schwangerschaft weiter zu. Gefragt, ob sie sich zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung sicher sind, sich richtig entschieden zu haben, bejahen dies 70,6 % der Frauen uneingeschränkt (vgl. Abb. 7.40). Weitere 21,8 % sind sich eher sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. In der Summe gaben damit 92,4 % an, aus heutiger Sicht sicher oder eher sicher zu sein, dass ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch richtig war – dies sind neun Prozentpunkte mehr, als sich zum Zeitpunkt der Entscheidung sicher oder eher sicher waren. Nur ein geringer Teil der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben, gab an, zum Zeitpunkt der Befragung unsicher über die Richtigkeit ihrer Entscheidung zum Abbruch gewesen zu sein (7,7 %).

Abb. 7.40: Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)

Waren / Sind Sie sich sicher, dass Ihre Entscheidung, die Schwangerschaft abzubrechen richtig war?



n = 603, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

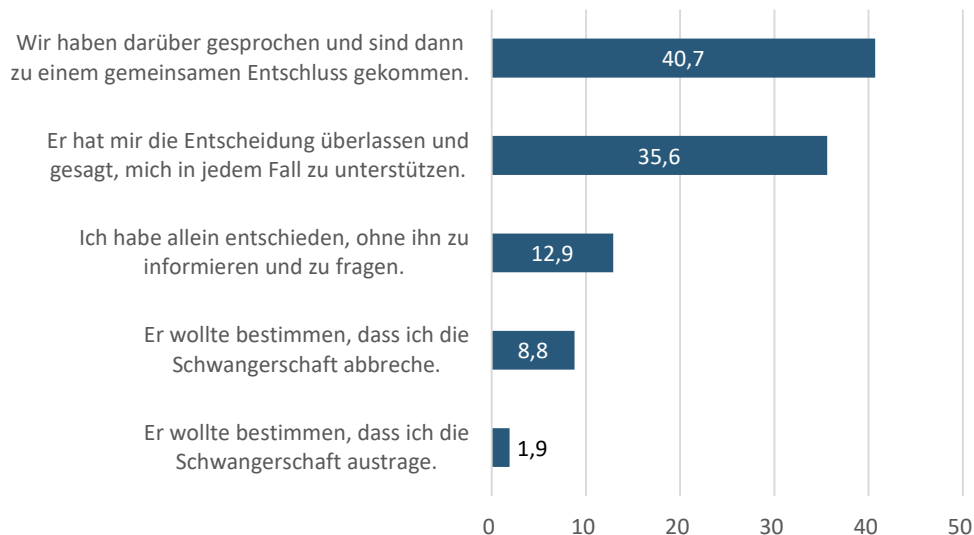
Einbezug des Partners bzw. beteiligten Mannes an der Entscheidung

Mit einem Anteil von knapp 80 % lebte die deutliche Mehrheit der Frauen bei Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft, die abgebrochen wurde, mit dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann in einer Partnerschaft (vgl. Kapitel 7.1.1.2). Bei etwa 17 % der ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften befanden sich die Frauen in keiner festen Beziehung, wobei auch in diesen Fällen die Schwangere den beteiligten Mann zumeist (80,6 %) über die Schwangerschaft in Kenntnis gesetzt hat. Bei den folgenden Auswertungen zur Beteiligung des Mannes an der Entscheidung sind ausschließlich Fälle berücksichtigt, bei denen die Schwangerschaft innerhalb der Partnerschaft eingetreten ist oder bei denen keine feste Partnerschaft, aber engere Kontakte zum beteiligten Mann bestanden. Fälle, in denen eine Partnerschaft bestand, an der Schwangerschaft aber ein anderer Mann beteiligt war, wurden aufgrund methodischer und erhebungspraktischer Überlegungen nicht in diese Auswertung eingeschlossen.

Die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wird zumeist im Einvernehmen von der Schwangeren und dem beteiligten Mann getroffen. Bei 40,7 % der Schwangerschaftsabbrüche berichten die Frauen, mit ihrem Partner oder dem beteiligten Mann über das Abbrechen oder Austragen der Schwangerschaft gesprochen und sich gemeinsam für den Schwangerschaftsabbruch entschieden zu haben. Bei weiteren 35,6 % der Schwangerschaftsabbrüche erfolgte die Entscheidung ebenfalls einvernehmlich, wobei sich der Partner bzw. beteiligte Mann hier mit einer eigenen Meinung zurückgehalten und die Entscheidung der schwangeren Frau – unter Zusicherung der Unterstützung unabhängig vom Ausgang – überlassen hat. Bei 12,9 % der Schwangerschaftsabbrüche entschied die Frau allein. In weiteren, mit einem Anteil von 1,9 % seltenen Fällen, drängte der Mann zum Austragen der Schwangerschaft. 8,8 % der befragten Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben, gaben an, dass der an der Schwangerschaft beteiligten Mann auf einen Schwangerschaftsabbruch gedrängt hat. Inwiefern die schwangere Frau

dabei selbst zum Abbruch der Schwangerschaft entschlossen war, ambivalent war oder auch zum Austragen der Schwangerschaft tendierte, ist anhand der Befragungsdaten nicht zu klären.

Abb. 7.41: Einbezug des Partners bzw. beteiligten Mannes an der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (Zustimmung zur jeweiligen Aussage in Prozent)



n = 533, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft und in Partnerschaft oder engeren Kontakten mit dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Innerhalb von festen Beziehungen wird die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch häufiger gemeinsam getroffen (43,1 %) als bei Schwangerschaften, bei denen keine feste Beziehung besteht (24,6 %). Außerhalb von Partnerschaften treffen die Frauen häufiger allein die Entscheidung zum Abbruch als Frauen in festen Beziehungen (23,2 % gegenüber 11,4 %). Besteht keine feste Beziehung zum an der Schwangerschaft beteiligten Mann, wird von den Frauen auch deutlich häufiger angegeben, dass der Mann auf den Schwangerschaftsabbruch insistiert habe (17,4 %, gegenüber 7,5 % bei Frauen in Partnerschaft). Sämtliche Fälle, bei denen der Mann auf das Austragen der Schwangerschaft drängte, betrafen Frauen in festen Partnerschaften.

Je besser die Beziehungsqualität bewertet wurde, desto häufiger wurde die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch gemeinsam oder unter Zusicherung der Unterstützung des Partners durch die Frau getroffen. Befand sich die Beziehung in einer Krise, entschied die Frau häufiger allein ohne Einbezug des Partners. Wurde die Beziehungsqualität als schlecht oder krisenhaft bewertet, wurde häufiger ein Drängen des Partners auf den Abbruch oder das Austragen der Schwangerschaft berichtet.

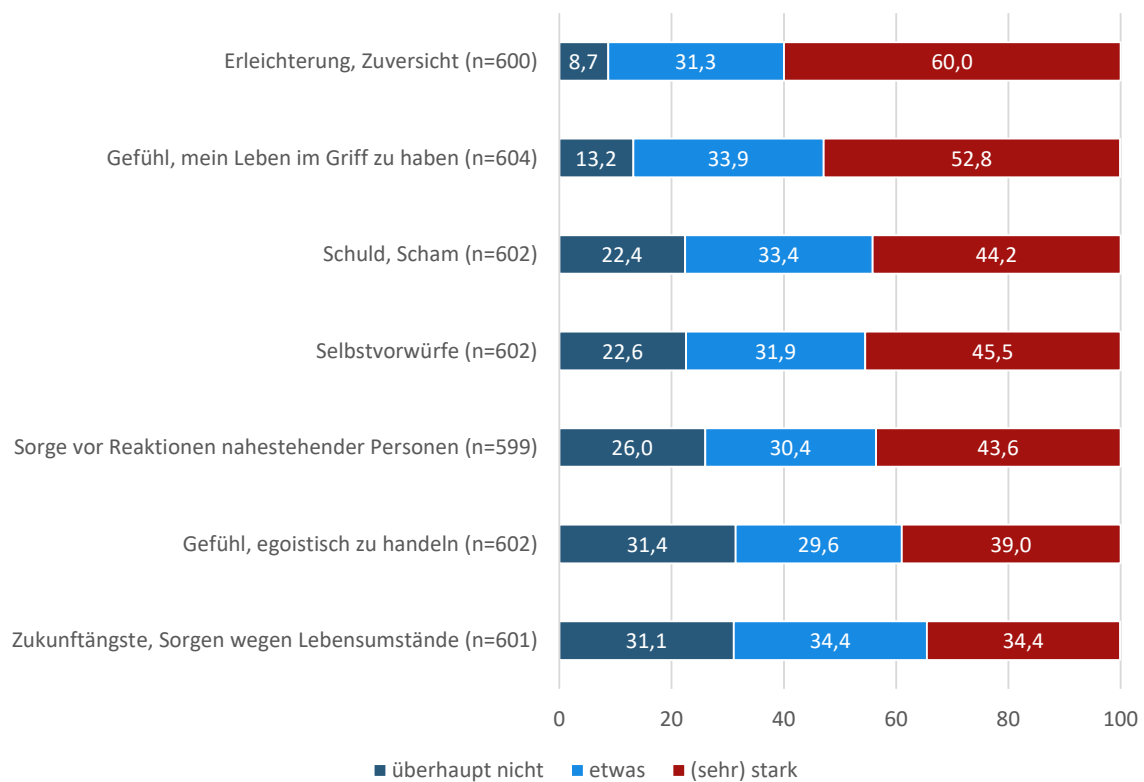
Frauen, die sich allein für den Schwangerschaftsabbruch entscheiden haben, ohne den beteiligten Mann zu informieren bzw. zu fragen, waren sich signifikant häufiger (vollkommen) sicher, die richtige Entscheidung zu treffen (75,4 % gegenüber 57,7 % bei allen Schwangerschaftsabbrüchen). Auch gaben sie mit einem Anteil von 72,1 % häufiger als im Durchschnitt (51,3 %) an, dass es ihnen (eher) leichtgefallen ist, eine Entscheidung zu treffen. Bei Schwangerschaftsabbrüchen, bei denen der beteiligte Mann auf das Abbrechen drängte (8,8 % der befragten Frauen in Partnerschaft oder engeren Kontakten mit dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann), wurde die Entscheidung erheblich häufiger als schwierig oder sehr schwierig erlebt (70,2 % gegenüber 37,0 % im Durchschnitt aller Schwangerschaftsabbrüche). Zudem war sich mit einem Anteil von 53,1 % ein geringerer Anteil der Frauen als im Durchschnitt (83,0 %) in der Entscheidungssituation sicher oder

eher sicher, dass ihre Entscheidung richtig war³³. Gefühle bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch

Die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wird in der Regel von einer Vielzahl intensiver Emotionen begleitet. Auch diese Gefühle sind ein prägender Bestandteil der Erfahrungen von Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen. Im Rahmen der standardisierten Befragung wurden unterschiedliche Gefühle bei und nach der Entscheidung erfasst.

Ist die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch getroffen, sind am stärksten Gefühle verbreitet, die dem Bereich Erleichterung, Selbstwirksamkeit und Optimismus zuzuordnen sind. 60 % der Frauen berichteten nach ihrer Entscheidung von (sehr) starken Gefühlen der Erleichterung und Zuversicht, 53 % von deutlichen Gefühlen, das eigene Leben im Griff zu haben. Begleitet wird die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch aber ebenfalls bei etwa 45 % der Frauen von starken Gefühlen der Schuld oder Scham sowie von Selbstvorwürfen. Ähnlich stark verbreitet sind Sorgen vor den Reaktionen nahestehender Personen. Auf die eigene Zukunft gerichtete Ängste sind im Vergleich zu den anderen Gefühlen seltener verbreitet.

Abb. 7.42: Gefühle bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

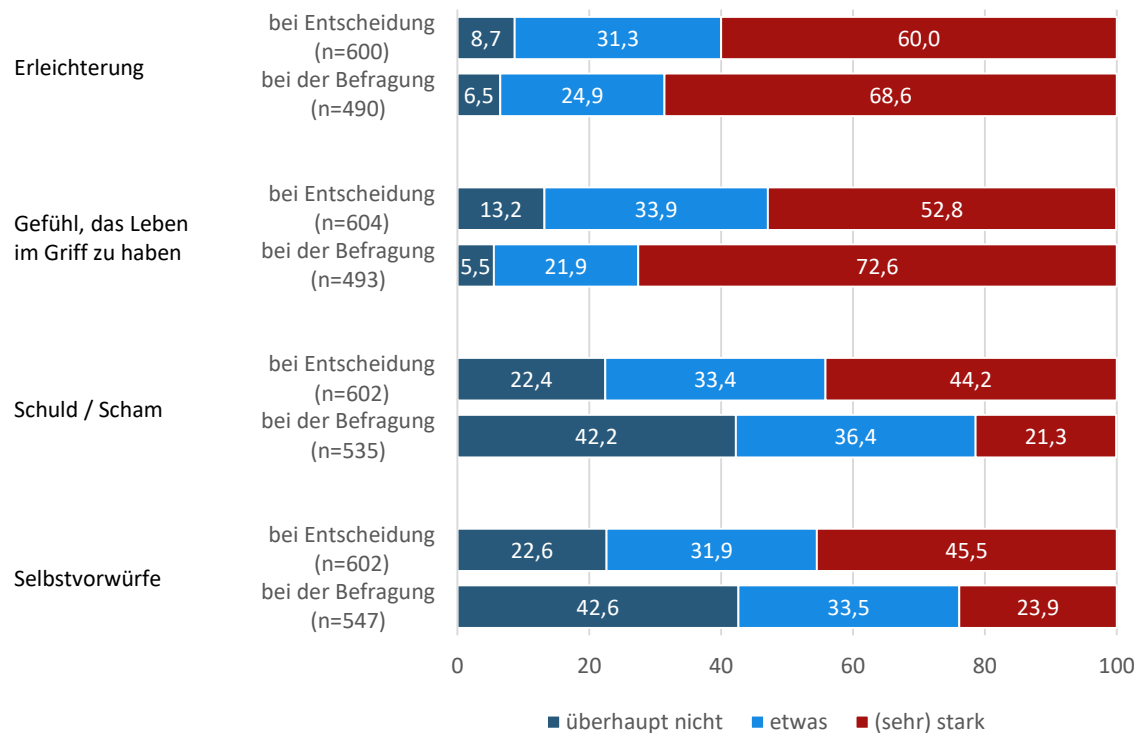
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

³³ Die erhobenen Befragungsdaten lassen keine näheren Aufschlüsse über die Art und Richtung der Zusammenhänge zwischen der Einbindung des Mannes in die Entscheidung und der Entscheidungssicherheit zu.

Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zu der Entscheidung und dem Schwangerschaftsabbruch verstärken sich die als positiv erlebten Gefühle, während sich die als negativ erlebten abschwächen. Exemplarisch ist dies im Folgenden zum einen für die Erleichterung und das Gefühl, das Leben im Griff zu haben und zum anderen für Schuld und Scham sowie Selbstvorwürfe dargestellt (vgl. Abb. 7.43). Der Anteil der Frauen, der mit ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch ein starkes Gefühl der Erleichterung verbindet, steigt zwischen dem Entscheidungszeitpunkt und dem Zeitpunkt der Befragung von 60 % auf 69 %. Von einem starken Gefühl mit Blick auf die Entscheidung, das eigene Leben im Griff zu haben, sprachen aus heutiger Sicht 73 % der Frauen gegenüber 53 % zum Zeitpunkt der Entscheidung. Schuld- und Schamgefühle oder Selbstvorwürfe, die zum Zeitpunkt der Entscheidung von jeweils etwa 45 % als starkes Gefühl genannt wurden, gaben zum Befragungszeitpunkt weniger als ein Viertel der Befragten an.

Abb. 7.43: Positive und negative Gefühle zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)

Wie ging es Ihnen nach der Entscheidung? / Wie geht es Ihnen heute, wenn Sie an Ihre Entscheidung für den Abbruch denken?



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Scham- und Schuldgefühle sowie Selbstvorwürfe lassen sich theoretisch als in Form der Übernahme eines negativen Stereotyps gegen die eigene Person gerichtete Stigmatisierung in ein sozialwissenschaftliches Konzept internalisierter Stigmatisierung einordnen (vgl. Shellenberg et al. 2011: 120). In der Forschungspraxis werden sie entsprechend zur Operationalisierung von internalisierter Stigmatisierung verwendet (vgl. Cockrill et al. 2013: 82). Das folgende Kapitel widmet sich ausführlich dem Erleben von Stigmatisierung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen.

7.1.1.4.3 Stigmatisierung

Angelehnt an die aktuelle wissenschaftliche Diskussion werden in der ELSA-Studie drei Formen der Stigmatisierung – internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierung – differenziert erhoben. Neben dem Befund der Verbreitung der Stigmatisierung selbst stehen innerhalb der ELSA-Studie auch die Auswirkungen der Stigmatisierung im Zentrum der Analyse. Hierfür werden getrennt für die drei Stigmatisierungsformen verschiedene Aspekte zu Indizes zusammengefasst, die Aufschluss über den Grad der Stigmatisierung geben können.

Internalisierte Stigmatisierung

Internalisierte Stigmatisierung bezeichnet das Phänomen, dass eine Person negative Annahmen über sich selbst übernimmt, die mit einem Stigma behafteten Merkmal – in diesem Fall dem Schwangerschaftsabbruch – verbunden sind.

Wie im vorhergehenden Abschnitt 7.1.1.4.2 ausgeführt wurden in der ELSA-Studie Frauen danach gefragt, wie sie sich nach der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch gefühlt haben, insbesondere ob und in welchem Maße sie Schuld und Scham empfanden oder sich selbst Vorwürfe machten. Sie hatten die Möglichkeit, einen Wert auf einer Skala mit benannten Endpunkten anzugeben, die von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr“) reichte. Der Mittelwert der beiden Skalen wird als Index für das Ausmaß der internalisierten Stigmatisierung verwendet. Basierend auf diesem Wert wurden vier Gruppen mit unterschiedlichem Grad an internalisierter Stigmatisierung gebildet, von „ohne“ bis „sehr stark“. Tab. 7.7 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Indexwerte zur internalisierten Stigmatisierung.

Tab. 7.7: Index internalisierte Stigmatisierung

Index internalisierte Stigmatisierung		
Indexwert	zugeordnete Ausprägung	Anteil in Prozent
1:	ohne	16,5
1,5 bis 2,5:	schwach	23,8
3 bis 4:	stark	30,3
4,5 bis 5:	sehr stark	29,5
Gesamt		100,0

n = 601, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Knapp 30 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch erlebten mit einem Indexwert ab 4,5 sehr starke Gefühle von Stigmatisierung. Bei weiteren 30 % der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch zeigen sich mit Werten zwischen 3 bis 4 ebenfalls starke Stigmatisierungsgefühle. Schwach ausgeprägt sind diese mit Indexwerten zwischen 1,5 und 2,5 bei knapp einem Viertel (23,8 %) der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch, und weitere 16,5 % der Befragten erleben mit einem Indexwert von 1 gar keine internalisierte Stigmatisierung.

Antizipierte Stigmatisierung

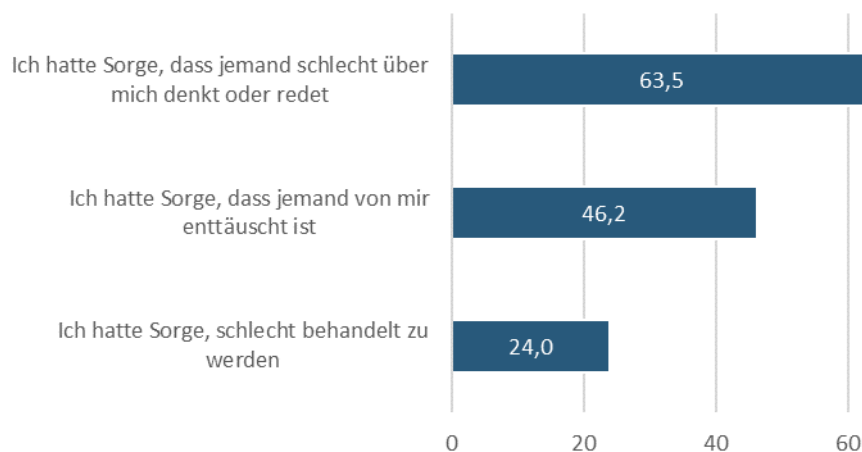
Antizipierte Stigmatisierung bezeichnet die Erwartung, aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs von anderen Personen soziale Abwertung oder Zurückweisung zu erfahren – unabhängig davon, ob dies tatsächlich der Fall wäre. Diese Stigmatisierungserwartungen können weitreichende Folgen haben: Die Sorge vor negativen Reaktionen kann dazu führen, dass der Schwangerschaftsabbruch geheim gehalten wird, um einer sozialen Abwertungsreaktion zu entgehen (Major und Gramzow 1999). Parallel haben Betroffene jedoch häufig den Wunsch, über ihren Schwangerschaftsabbruch zu sprechen und sich jemandem mitzuteilen. Das Bemühen um Geheimhaltung einerseits und das oftmals unerfüllte Bedürfnis um Mitteilung andererseits stehen somit in einem Konflikt, der sich negativ auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen auswirken kann (vgl. ebd.).

Zum Messen des Grades an antizipierter Stigmatisierung, also der Erwartung einer abwertenden Reaktion durch das soziale Umfeld, wurde in der ELSA-Studie ebenfalls in Anlehnung an (Cockrill und Nack 2013) nach drei unterschiedlichen Erwartungen gefragt:

- Ich hatte Sorge, dass jemand von mir enttäuscht ist.
- Ich hatte Sorge, schlecht behandelt zu werden.
- Ich hatte Sorge, dass jemand schlecht über mich denkt oder redet.

Die Befragten konnten jeweils angeben, ob sie diese Sorgen empfanden. Nicht angekreuzte Aussagen wurden als nichtzutreffende Sorgen gewertet. Am häufigsten wurde von den Befragten die Sorge geäußert, dass aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs jemand schlecht über sie denkt oder redet (vgl. Abb. 7.44). Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (63,5 %) berichteten von dieser Sorge. 46,2 % der Befragten gaben an, dass sie Sorge hatten, dass jemand enttäuscht auf ihren Schwangerschaftsabbruch reagiert. Knapp ein Viertel (24,0 %) hatte Sorge davor, schlecht behandelt zu werden.

Abb. 7.44: Sorgen vor Reaktionen anderer Personen auf den eigenen Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 559, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Als Maßzahl für die antizipierte Stigmatisierung wurde aus der Anzahl der genannten Sorgen der jeweiligen Befragten ein Summenindex gebildet (vgl. Tab. 7.8). 22,0 % der befragten Frauen gaben an, sich im Zusammenhang mit ihrem Schwangerschaftsabbruch in keinem der im Fragebogen aufgeführten Bereiche Sorgen zu machen. 38,6 % der befragten Frauen befürchteten im Zusammenhang mit ihrem Schwangerschaftsabbruch Stigmatisierungen in einem Bereich, weitere 23,1 % in zwei Bereichen und 16,3 % in allen drei im Fragebogen erhobenen Bereichen.

Tab. 7.8: Index antizipierte Stigmatisierung

Index antizipierte Stigmatisierung		
Indexwert	zugeordnete Ausprägung	Anteil in Prozent
0	ohne: keine Erwartung einer Stigmatisierung	22,0
1	schwach: Erwartung einer Stigmatisierung in einem Bereich	38,6
2	stark: Erwartung einer Stigmatisierung in zwei Bereichen	23,1
3	sehr stark: Erwartung einer Stigmatisierung in drei Bereichen	16,3
Gesamt		100,0

n = 559, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei 22,0 % der Befragten beträgt der Indexwert 0 und sie weisen damit keine antizipierte Stigmatisierung auf. 38,6 % weisen mit einem Wert von 1 einen schwachen Grad auf. Mit 23,1 % weist etwa ein Viertel der Befragten einen starken und 16,3 % einen sehr starken Grad an antizipierter Stigmatisierung auf.

Erlebte Stigmatisierung

Unter erlebter Stigmatisierung wird die erfahrene Diskriminierung oder Abwertung durch andere Personen verstanden. Als Indikatoren für erlebte Stigmatisierung wurde im Rahmen der ELSA-Befragung differenziert erhoben, ob bzw. welche negativen Erfahrungen von den Frauen in ihrem sozialen Umfeld und bei der medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit ihrem Schwangerschaftsabbruch gemacht worden sind. Im Einzelnen erfolgte die Erhebung durch (Nicht-) Zustimmung zu folgenden Aussagen:

Stigmatisierungserlebnisse im sozialen Umfeld

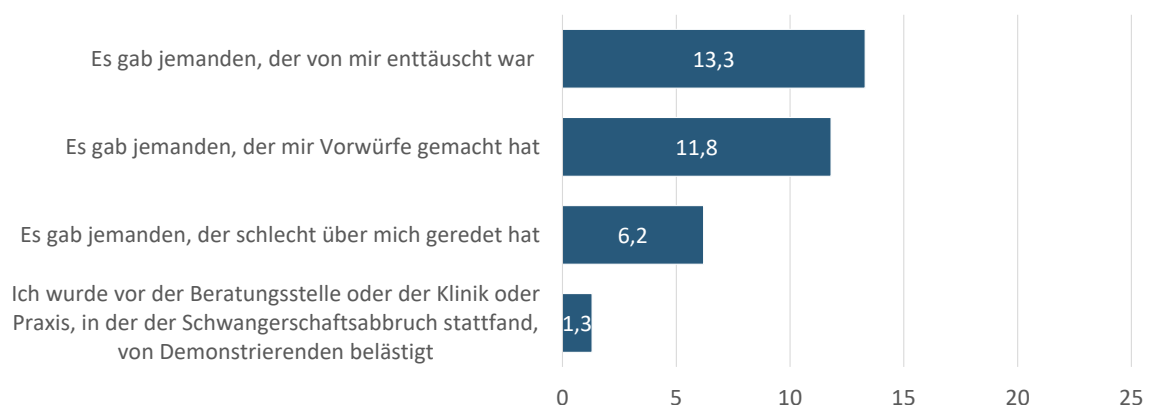
- *Es gab jemanden, der von mir enttäuscht war.*
- *Es gab jemanden, der mir Vorwürfe gemacht hat.*
- *Es gab jemanden, der schlecht über mich geredet hat.*
- *Ich wurde vor der Beratungsstelle oder der Klinik oder Praxis, in der der Schwangerschaftsabbruch stattfand, von Demonstrierenden belästigt.*

Stigmatisierungserlebnisse bei der medizinischen Versorgung

- *Ich wurde von der Ärztin/dem Arzt/dem medizinischen Personal mit Vorwürfen konfrontiert.*
- *Ich wurde von der Ärztin/dem Arzt/dem medizinischen Personal dazu angehalten, meine Schwangerschaft auszutragen.*

Im Vergleich zu Stigmatisierungsgefühlen oder zur antizipierten Stigmatisierung werden Stigmatisierungserlebnisse seltener berichtet (vgl. Abb. 7.45). Am häufigsten, mit 13,3 % der Befragten, erlebten die Frauen, dass jemand in ihrem Umfeld aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs von ihnen enttäuscht war. 11,8 % der Frauen berichteten, dass sie von Personen aus ihrem sozialen Umfeld mit Vorwürfen konfrontiert worden sind. 6,2 % der befragten Frauen gaben an, dass jemand schlecht über sie geredet hat. Ein geringer Anteil von 1,3 % (n=7) der Befragten berichtete von Belästigungen durch Demonstrierende vor Beratungsstellen oder der Klinik/Praxis, in der der Schwangerschaftsabbruch stattfand.

Abb. 7.45: Stigmatisierende Erlebnisse im sozialen Umfeld (in Prozent)

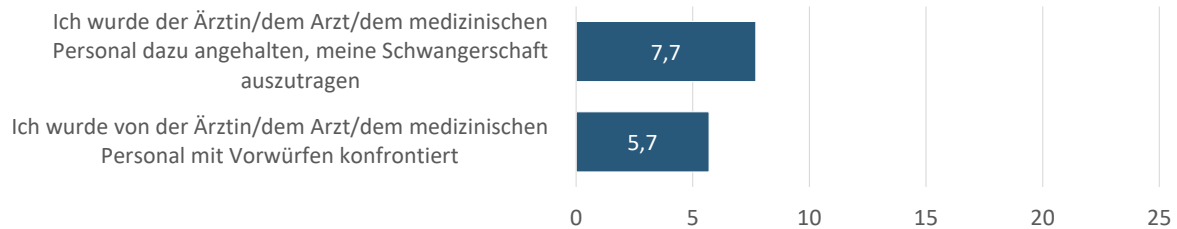


n = 550, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Bereich der medizinischen Versorgung berichteten 7,7 % der Frauen, beim Aufsuchen einer Klinik oder Praxis in der frühen Phase der Schwangerschaft von medizinischem Personal dazu angehalten worden zu sein, ihre Schwangerschaft auszutragen. 5,7 % wurden von medizinischem Personal mit Vorwürfen konfrontiert (vgl. Abb. 7.46).

Abb. 7.46: Stigmatisierende Erlebnisse bei der medizinischen Versorgung (in Prozent)



n = 597, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ähnlich wie bei der antizipierten Stigmatisierung wurde ein Index erstellt, der den Grad der erlebten Stigmatisierung abbildet. Dieser basiert auf der Anzahl von Bereichen oder Situationen, in denen negative Erfahrungen gemacht wurden. Die Zusammenfassung der Antworten zeigt, dass knapp drei Viertel (72,8 %) der befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch keine Stigmatisierungserlebnisse – weder im sozialen Umfeld noch im Rahmen der medizinischen Versorgung – berichtete.

Von den 27,2 % der Frauen, die aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs Stigmatisierung erfuhren, berichteten 7,5 % von zwei verschiedenen Situationen, in denen sie diese Erfahrung machten. Weitere 4,8 % erlebten Stigmatisierungen in drei oder mehr unterschiedlichen Situationen, während 14,9 % nur in einer Situation stigmatisiert wurden (vgl. Tab. 7.9).

Tab. 7.9: Index erlebte Stigmatisierung

Index erlebte Stigmatisierung		
Indexwert	zugeordnete Ausprägung	Anteil in Prozent
0	keine erlebte Stigmatisierung	72,8
1	erlebte Stigmatisierung in einer Situation	14,9
2	erlebte Stigmatisierung in zwei Situationen	7,5
3	erlebte Stigmatisierung in drei oder mehr Situationen	4,8
Gesamt		100,0

n = 545, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die drei Formen des *abortion stigma* – internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierung – korrelieren untereinander, wie die weiterführende statistische Analyse zeigt. Insbesondere gibt es einen starken und signifikanten Zusammenhang zwischen den Indizes der internalisierten und der antizipierten Stigmatisierung ($p=0,387$; ohne Abb.): Je stärker die negative Selbstbewertung, umso stärker ausgeprägt ist die Sorge vor einer negativen Beurteilung durch andere (bzw. umgekehrt). Der Zusammenhang zwischen der antizipierten Stigmatisierung und der – erheblich weniger verbreiteten – erlebten Stigmatisierung ist ebenfalls signifikant, wenn auch schwächer ausgeprägt ($p = 0,191$; ohne Abb.), ebenso der Zusammenhang zwischen internalisierter und erlebter Stigmatisierung ($p = 0,131$, ohne Abb.). Ein höheres Maß an erlebter Stigmatisierung ist mit einem Anstieg der internalisierten und antizipierten Stigmatisierung verbunden.

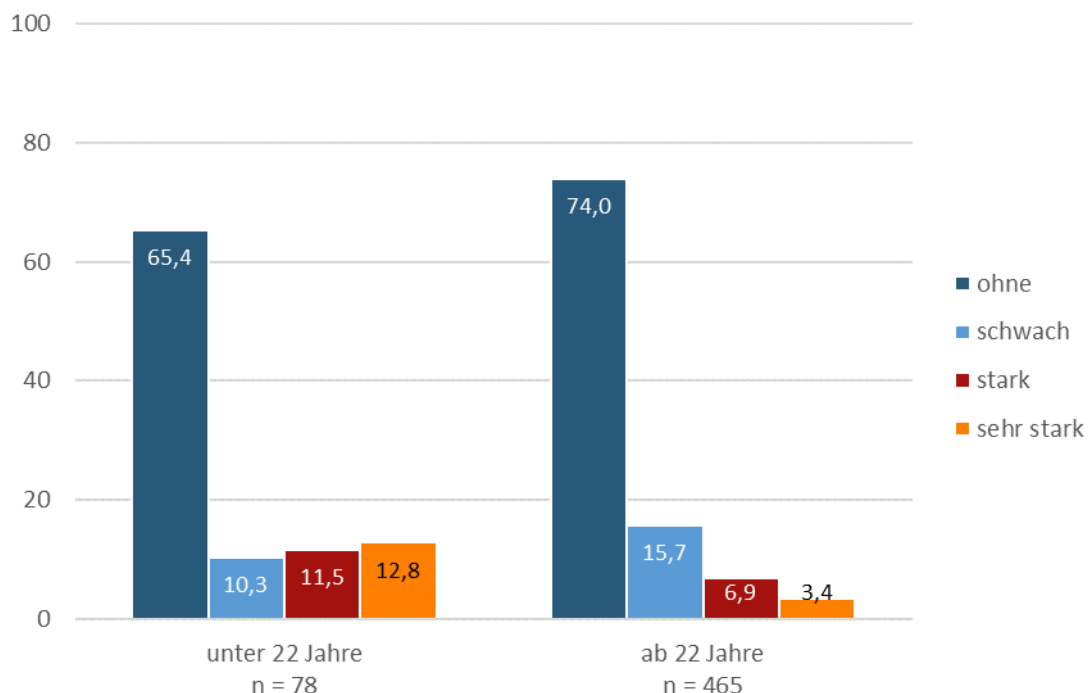
Einflüsse auf die Verbreitung von Stigmatisierungen

Stigmatisierungsgefühle und antizipierte Stigmatisierung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen treten weitgehend unabhängig von soziodemografischen Merkmalen auf. Weder das Alter, der Familienstand oder die Partnerschaftsform, der Erwerbsstatus, ein Migrationshintergrund noch die Wohnregion üben einen signifikanten Einfluss auf Stigmatisierungserfahrungen aus.

Auch die Erfahrung vorhergehender Schwangerschaftsabbrüche wirkt sich nicht auf das Ausmaß antizipierter und internalisierter Stigmatisierung aus. Ein Zusammenhang zeigt sich lediglich zwischen Stigmatisierungsgefühlen und der Religiosität, wobei religiöse Überzeugungen oftmals normative Wertungen des Abbruchs einer Schwangerschaft einschließen. Aufgrund der geringen Fallzahl insbesondere sehr religiöser Befragter innerhalb der Stichprobe ist keine weitere nach Religion oder Konfession differenzierte Analyse möglich.

Beim Ausmaß der erlebten Stigmatisierung zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem Alter der Frauen. Befragte, die bei dem Schwangerschaftsabbruch unter 22 Jahre alt waren, berichteten insgesamt häufiger von Stigmatisierungserlebnissen (34,6 %) als Befragte, die bei dem Schwangerschaftsabbruch 22 Jahre oder älter waren (26,0 %). Insbesondere jüngere Frauen erlebten dabei häufiger gleich mehrere verschiedene stigmatisierende Situationen: 12,8 % der beim Schwangerschaftsabbruch unter 22-jährigen Frauen erlebten Stigmatisierung in drei oder mehr Situationen, während nur von 3,4 % der zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs älteren Frauen in dieser Häufigkeit Stigmatisierungen erlebt wurden.

Abb. 7.47: Erlebte Stigmatisierung nach Alter bei Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 608, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft (Cramers V=0,173, p=0,001)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Es zeigen sich darüber hinaus weitere Zusammenhänge zwischen dem Stigmatisierungserleben und soziodemografischen Merkmalen wie der Zahl der beim Abbruch bereits geborenen Kinder, dem Familienstand und dem Erwerbsstatus, die ihrerseits in engem Zusammenhang mit dem Alter stehen.

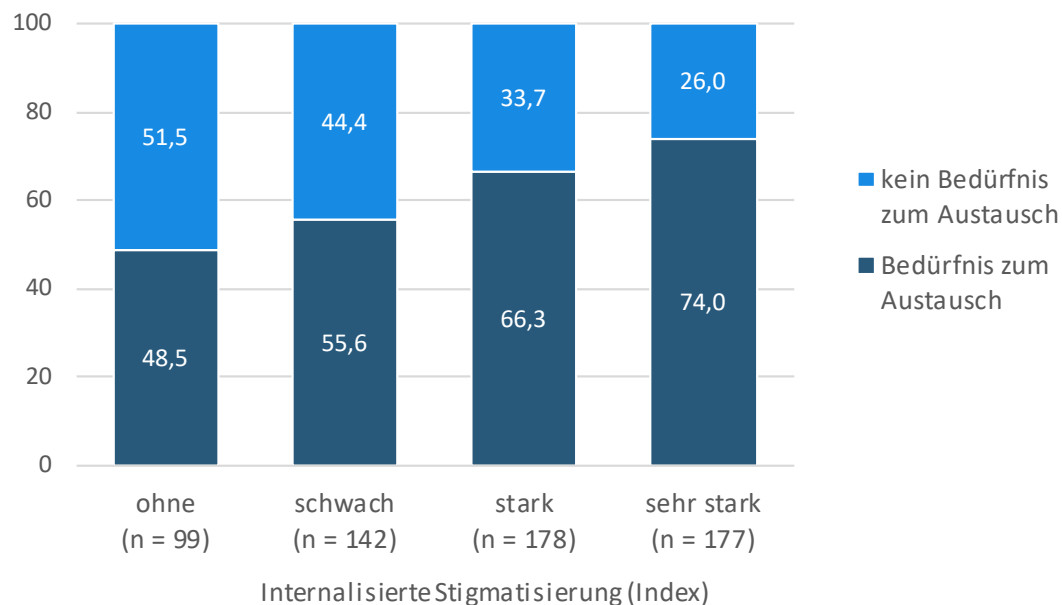
Abortion stigma und Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs

Stigmatisierungsgefühle sowie erwartete und erlebte Stigmatisierung können dazu führen, dass Frauen in ihrem sozialen Umfeld kaum über ihren Schwangerschaftsabbruch sprechen. Das Bedürfnis nach Geheimhaltung kann zu mangelnder sozialer Unterstützung, sozialer Isolation und Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens führen.

Um entsprechende Auswirkungen von Stigmatisierungen zu erfassen, wurde in der ELSA-Studie in einem ersten Schritt das Bedürfnis der Frauen erhoben, über ihren Schwangerschaftsabbruch zu sprechen. Mehr als ein Drittel (37,0 %) der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch äußerte kein Bedürfnis, sich über ihren Schwangerschaftsabbruch auszutauschen, 63,0 % hatten ein solches Bedürfnis. Das Bedürfnis, über den Schwangerschaftsabbruch zu sprechen, ist umso verbreiteter, je stärker die eigenen Stigmatisierungsgefühle ausgeprägt sind. 74,0 % der Frauen mit hoher internalisierter Stigmatisierung gaben an, dass sie das Bedürfnis für Gespräche hatten, bei Frauen ohne Stigmatisierungsgefühle waren es mit 48,5 % deutlich weniger (vgl. Abb. 7.48).

Abb. 7.48 Bedürfnis zum Austausch über den Schwangerschaftsabbruch nach Grad der internalisierten Stigmatisierung (in Prozent)

n = 608, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft ($p = -0,192$; $p < 0,001$).

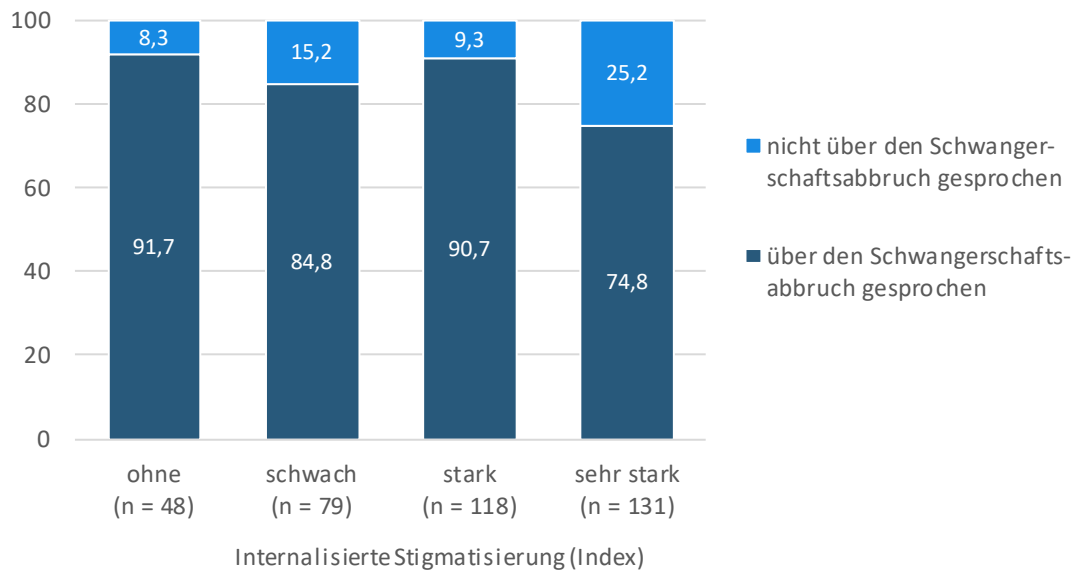


Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die folgenden Auswertungen zu den tatsächlich erfolgten Gesprächen über den Schwangerschaftsabbruch beziehen sich ausschließlich auf Befragte, die das Bedürfnis zum Austausch angaben. Diese Frauen erfüllen ihr Bedürfnis nach Austausch mit einer ihnen nahestehenden Person in den meisten Fällen. Allerdings hat ein Viertel (25,2 %) der Frauen mit sehr stark ausgeprägter internalisierter Stigmatisierung trotz entgegengesetztem Bedürfnis keine Gespräche mit nahestehenden Personen geführt und sich damit signifikant seltener als Frauen mit weniger Stigmatisierungsgefühlen über den Schwangerschaftsabbruch ausgetauscht (vgl. Abb. 7.49).

Abb. 7.49: Austausch über den Schwangerschaftsabbruch nach Grad der internalisierten Stigmatisierung (nur Frauen mit Bedürfnis zum Austausch, in Prozent)

Haben Sie mit jemandem, der Ihnen nahesteht, über den Schwangerschaftsabbruch gesprochen?



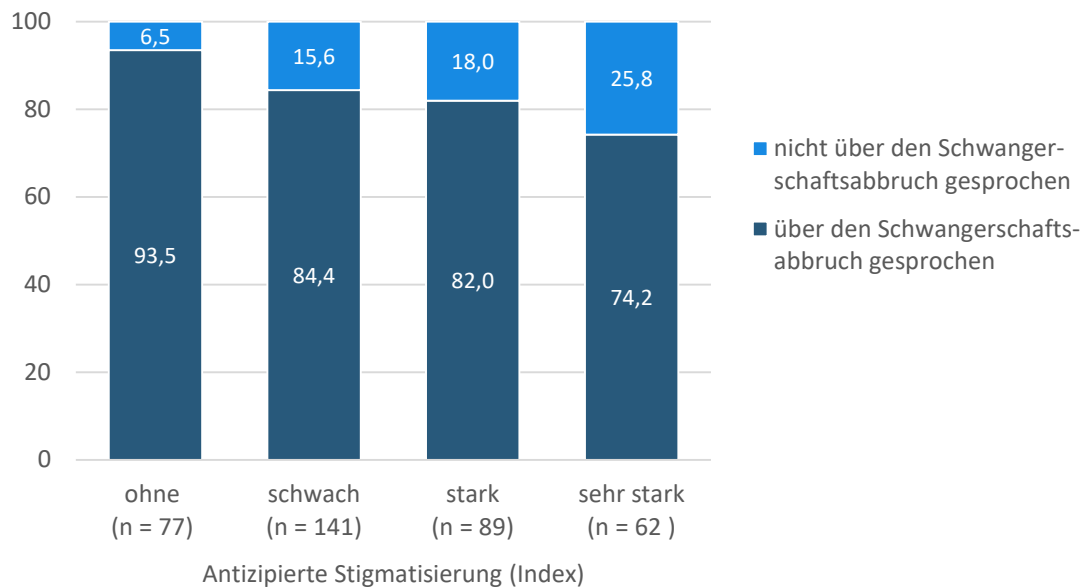
n = 378, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft und Bedürfnis, über den Schwangerschaftsabbruch zu sprechen (Cramer V=0,195; $p < 0,003$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ein mit internalisierter Stigmatisierung vergleichbarer Einfluss darauf, ob die Frauen mit einer nahestehenden Person über ihren Schwangerschaftsabbruch gesprochen haben, zeigt sich bei der ebenfalls mit einem Index abgebildeten antizipierten Stigmatisierung. Bei sehr stark ausgeprägter Befürchtung einer Stigmatisierung durch andere Personen sprachen ein Viertel (25,8 %) der befragten Frauen trotz Bedürfnis zum Austausch nicht mit nahestehenden Personen über ihren Schwangerschaftsabbruch (vgl. Abb. 7.50). Wurde keine Stigmatisierung befürchtet, redeten lediglich 6,5 % der befragten Frauen nicht über die abgebrochene Schwangerschaft.

Abb. 7.50: Austausch über den Schwangerschaftsabbruch nach Grad der antizipierten Stigmatisierung (nur Frauen mit Bedürfnis zum Austausch, in Prozent)

Haben Sie mit jemandem, der Ihnen nahesteht, über den Schwangerschaftsabbruch gesprochen?

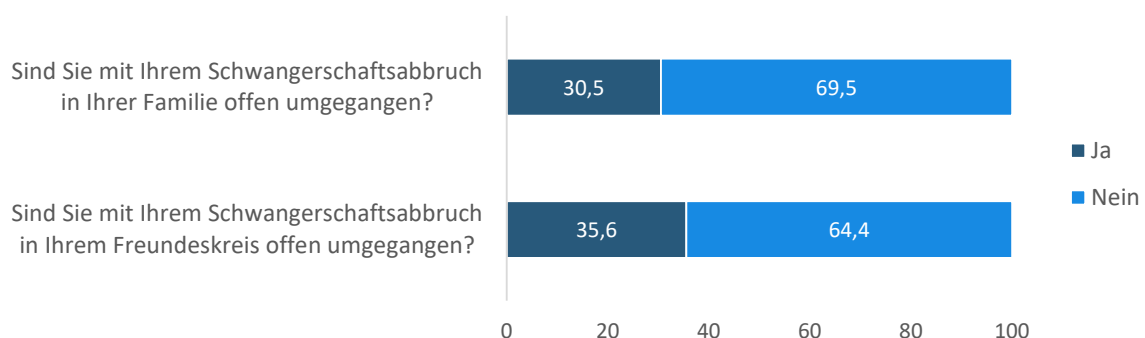


n = 378 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch; nur Befragte mit Bedürfnis, über den Schwangerschaftsabbruch zu sprechen (Cramer V = 0,164; $p < 0,02$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Als weiterer Indikator zur Messung der Kommunikation bzw. Kommunikationsbarrieren im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch wurde in der ELSA-Befragung erhoben, inwiefern die Frauen nach eigener Einschätzung in der Familie und im Freundeskreis offen mit der abgebrochenen Schwangerschaft umgegangen sind. Über zwei Drittel der Frauen (69,5 %) berichteten, dass sie in ihrer Familie nicht offen über den Schwangerschaftsabbruch gesprochen haben (vgl. Abb. 7.51). Im Freundeskreis war die Kommunikation ebenfalls überwiegend zurückhaltend, wobei hier 64,4 % der Frauen angaben, nur selten offen darüber zu sprechen.

Abb. 7.51: Offener Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Familie und Freundeskreis (in Prozent)



n = 608 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Inwieweit mit dem Schwangerschaftsabbruch in Familie und Freundeskreis offen umgegangen wird, steht wiederum im Zusammenhang mit dem Ausmaß der Stigmagefühle und Stigmatisierungserwartungen (ohne Abb.).

Ein eingeschränkt offener Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch führt häufig zu Gefühlen sozialer Isolation. Insgesamt bejahten 45,6 % der Befragten die Frage „Fühlten Sie sich mit dem Schwangerschaftsabbruch allein?“, 54,4 % verneinten diese Frage. Das Gefühl der Isolation tritt umso häufiger auf, je stärker die Stigmatisierungsgefühle und Erwartungen der Betroffenen sind. Dies hängt damit zusammen, dass der Austausch über den Schwangerschaftsabbruch eingeschränkt ist. Entsprechende Zusammenhänge zeigen sich sowohl bei den Indizes zur internalisierten und antizipierten Stigmatisierung als auch bei den einzelnen Fragen zum Austausch und offenen Umgang bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs (vgl. Tab. 7.10).

Tab. 7.10: Korrelationen von Isolationsgefühl mit internalisierter und antizipierter Stigmatisierung sowie offenem Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch

Frage: Fühlten Sie sich mit dem Schwangerschaftsabbruch allein?

	Zusammenhang mit Isolationsgefühl (ρ)	p
Index internalisierte Stigmatisierung (N= 592)	0,369	< 0,001
Index antizipierte Stigmatisierung (N=555)	0,223	< 0,001
Austausch mit mindestens einer nahestehenden Person (N=595)	-0,191	< 0,001
offener Umgang in der Familie (N=589)	-0,140	< 0,001
offener Umgang im Freundeskreis (N=591)	-0,192	< 0,001

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der ELSA-Befragung folgende Zusammenhänge zwischen dem abortion stigma, der Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs und Gefühlen der Isolation: Internalisierte und antizipierte Stigmatisierung gehen mit einem erhöhten Bedürfnis einher, mit jemandem über den Schwangerschaftsabbruch zu sprechen. Gleichzeitig wird deutlich, dass ein offener Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch umso mehr eingeschränkt ist, je stärker die internalisierte Stigmatisierung und die Erwartung von Stigmatisierungen sind. Gerade bei Frauen, die sich in einem Umfeld befinden, das ihren Schwangerschaftsabbruch ablehnt, verstärkt sich in besonderer Weise das Gefühl, mit ihrem Schwangerschaftsabbruch allein zu sein.

Gegenüber der internalisierten und antizipierten Stigmatisierung sind Erlebnisse der Stigmatisierung durch andere Personen weniger stark verbreitet. Es bleibt unklar, in welchem Ausmaß die weit verbreitete Geheimhaltung beim Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch dazu beiträgt, dass Stigmatisierungserfahrungen im sozialen Umfeld nicht häufiger auftreten.

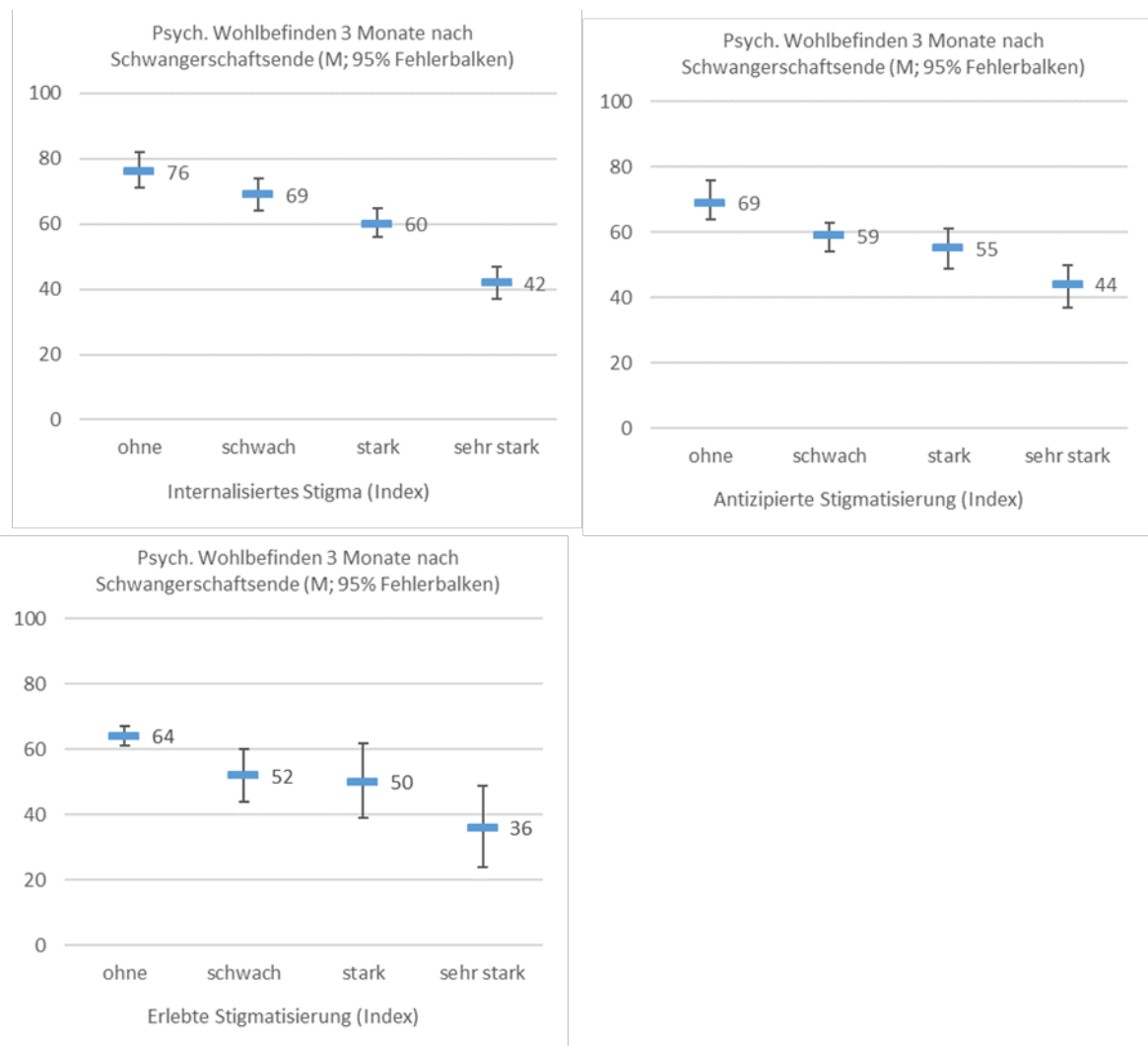
Abortion stigma und psychisches Wohlbefinden

Stigmatisierungsgefühle im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch sowie erwartete und erlebte Stigmatisierungen stehen in Verbindung mit Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens. In der standardisierten Befragung im Rahmen der ELSA-Studie wurde das psychische Wohlbefinden anhand einer „Thermometer“-Skala mit Werten zwischen 100 (als bestem denkbaren psychischen Wohlbefinden Gesundheitszustand) und 0 als schlechtestem denkbaren psychischen Wohlbefinden erhoben (vgl. Kapitel 5.1.1.2.4). Bei den drei Stigmatisierungsformen, die innerhalb der ELSA-Studie differenziert erhoben wurden, zeigten sich für die Zeit drei Monate nach dem Abbruch signifikante Auswirkungen auf das Wohlbefinden.

Bei Frauen, die keine Stigmagefühle erlebten, liegt der angegebene Mittelwert beim psychischen Wohlbefinden auf der Skala von 0 bis 100 bei 76, bei Frauen mit umfassenden Stigmatisierungsgefühlen bei lediglich 42 (vgl. Abb. 7.52). Die als Fehlerbalken ausgewiesenen 95 %-Konfidenzintervalle zeigen anhand der Nichtüberschneidung der Minimal- und Maximalwerte, dass sich das psychische Wohlbefinden von Frauen ohne internalisierte Stigmatisierung signifikant von dem psychischen Wohlbefinden von Frauen mit starkem und vollem Grad an internalisierter Stigmatisierung unterscheidet.

Abb. 7.52: Psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch nach internalisierter, antizipierter und erlebter Stigmatisierung (Indizes)

Mittelwerte und 95 %-Fehlerbalken auf einer Skala von 0 (=schlechtester denkbare psychischer Gesundheitszustand) bis 100 (bester denkbare psychischer Gesundheitszustand)



n= 407 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Angaben zum Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsabbruch

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ein ähnlich ausgeprägter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen dem psychischen Wohlbefinden und der antizipierten Stigmatisierung. Die Befragten ohne antizipierte Stigmatisierung gaben im Durchschnitt für ihr psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch einen Wert von 70 an, Frauen mit starker oder sehr starker antizipierter

Stigmatisierung im Durchschnitt dagegen deutlich niedrigere Werte von 55 bzw. 44 auf der Skala von 0 bis 100. Ebenso zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erleben von stigmatisierenden Erfahrungen und dem psychischen Wohlbefinden drei Monate nach Abbruch der Schwangerschaft.

Die Analysen zeigen damit deutlich, dass Stigmatisierungen, unabhängig von ihrer Form, das psychische Wohlbefinden in der ersten Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch negativ beeinflussen. Sowohl bei der internalisierten, antizipierten als auch bei der erlebten Stigmatisierung nimmt das psychische Wohlbefinden mit steigender Intensität der Stigmatisierung ab. Im Vergleich zeigt sich, dass der stärkste Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsabbruch bei der internalisierten Stigmatisierung besteht ($\eta=0,452$). Bei der antizipierten Stigmatisierung ($\eta=0,279$) ist der Zusammenhang mit dem Wohlbefinden ebenso wie bei der erlebten Stigmatisierung ($\eta=0,251$) weniger stark, wenngleich auch hier signifikant.

7.1.1.4.4 Informationsbedarf, Informationsquellen und -barrieren

Der Zugang zu korrekten und vollständigen Informationen ist entscheidend für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, da er für eine informierte und individuell passende Entscheidung unverzichtbar und damit Teil einer guten Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch ist. Informationsbarrieren schaden der Gesundheit und dem Wohlergehen von Frauen, indem sie zu Fehlinformationen führen und den Zugang zu Versorgungsangeboten erschweren können.

Bei ungewollt – und damit auch ungeplant und unvorbereitet – eingetretenen Schwangerschaften werden innerhalb eines kurzen Zeitraumes von wenigen Wochen oder Tagen umfangreiche und komplexe Informationen benötigt, um eine Entscheidung treffen und diese umsetzen zu können. Im Rahmen einer guten Schwangerschaftsabbruchversorgung daher nicht nur von Bedeutung, qualitativ hochwertige Informationen zur Verfügung zu stellen, sondern auch einen Zeitverzug beim Zugang zu diesen Informationen zu verhindern. Wenn es um Informationen zum Schwangerschaftsabbruch geht, ist es wichtig, dass diese vollständig, sachlich, verständlich, evidenzbasiert und auf die individuellen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Außerdem muss angesichts des verbreiteten Bedürfnisses der Geheimhaltung (vgl. Kapitel 7.1.1.4.3) ein vertraulicher Zugang zu den Informationen gewährleistet werden. Zu berücksichtigen ist, dass die Möglichkeiten zur Information über Schwangerschaftsabbrüche bis zur Abschaffung des Strafrechtsparagrafen 219a im Jahr 2022 eingeschränkt waren. Diese Einschränkungen haben die Entwicklung umfassender Informationsangebote und deren Verbreitung stark behindert.

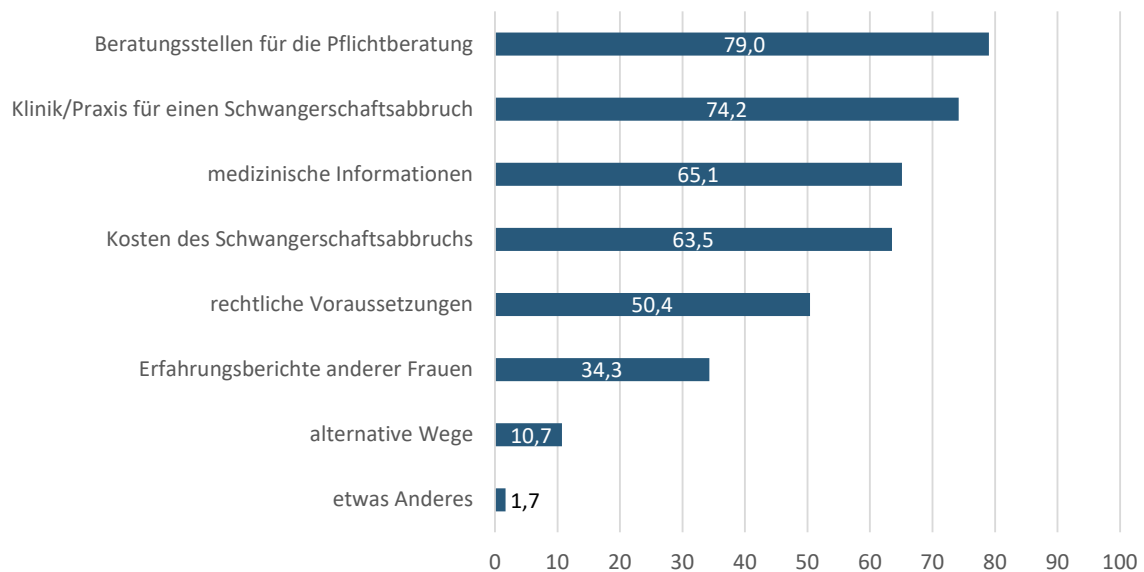
Ein Ziel der ELSA-Studie und der im Folgenden ausgeführten Analysen war es vor diesem Hintergrund, belastbare Aufschlüsse über die Informationsbedarfe ungewollt Schwangerer, deren Herangehensweise bei der Suche nach Informationen sowie bestehende Informationsbarrieren zu gewinnen. Ebenso wurde in den Blick genommen, inwiefern Hindernisse bei der Informationssuche zu Folgen wie Zeitdruck, Unsicherheiten bei der Entscheidung und letztlich zu auch negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Frauen führen.

Informationsbedarf

Der Informationsbedarf der befragten Frauen mit ungewollt eingetretener, abgebrochener Schwangerschaft richten sich in aller Regel (von 90,4 % der Befragten) auf Aspekte, die sich unmittelbar auf den Schwangerschaftsabbruch beziehen. Darüber hinaus suchten Befragte zu geringeren Anteilen Informationen zu Schwangerschaft und Geburt (16,7 %), zum Leben mit einem Kind (9,6 %) und bzw. oder zur Abgabe des Kindes nach der Geburt (2,5 %). Ein geringer Anteil von 3,7 % der Frauen gab an, zu keinem dieser Themen Informationen gesucht zu haben.

Frauen, die Informationen zum Schwangerschaftsabbruch suchten, informierten sich am häufigsten über Beratungsstellen für die Pflichtberatung (79 %). Fast ebenso häufig recherchierten sie nach Kliniken oder Praxen, in denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden (74,2 %). An dritter Stelle stand die Suche nach medizinischen Informationen zu Methoden, Risiken und dem Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs (65,1 %, n=353). Schließlich suchten 63, % (n=344) der Frauen nach Informationen über die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs. (vgl. Abb. 18) Die Hälfte der Frauen, die Auskünfte zum Schwangerschaftsabbruch erhalten wollten, suchten Informationen zu den rechtlichen Voraussetzungen (50,4 %), ein Drittel war an Erfahrungsberichten anderer Frauen interessiert (34,3 %).

Abb. 7.53: Gesuchte Informationen zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent der Frauen, die Informationen zum Schwangerschaftsabbruch suchten)



n=542 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland, die Informationen zum Schwangerschaftsabbruch gesucht haben, Mehrfachnennung möglich

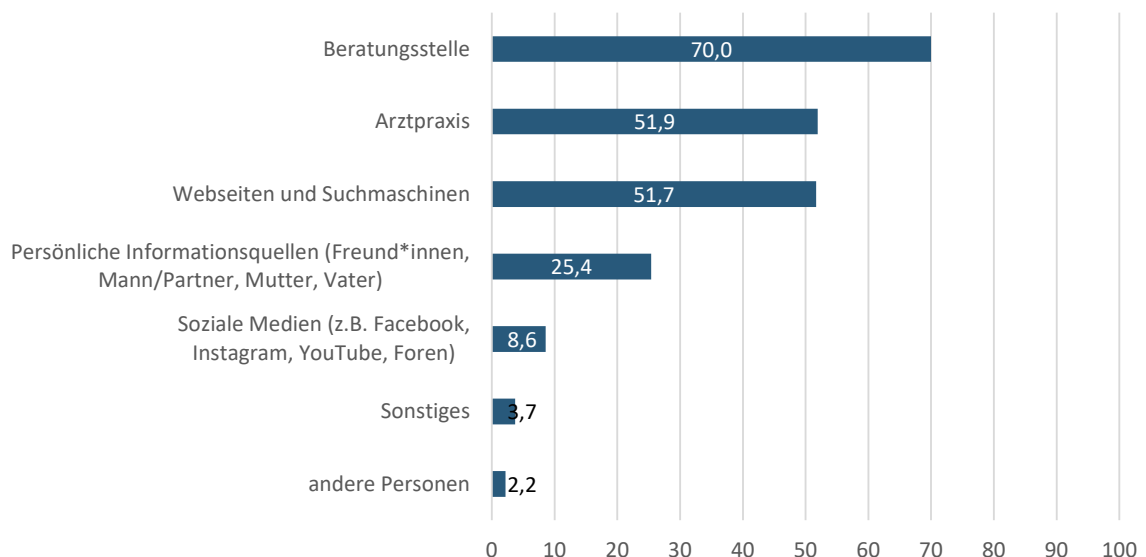
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Informationsquellen

Die Informationen zum Schwangerschaftsabbruch sowie zu anderen Themen im Zusammenhang mit ihrer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft fanden die Frauen am häufigsten bei Beratungsstellen (70 %). Ebenfalls häufig nutzten sie Arztpraxen (51,9 %) sowie Webseiten und Suchmaschinen (51,7 %) als Informationsquellen. Insgesamt 25,4 % der befragten Frauen gaben an, dass sie Informationen vor allem von Personen aus ihrem privaten Umfeld erhielten. Dazu zählen vor allem Freundinnen und Freunde, aber auch die Mutter, der Partner oder der Mann, der an der Schwangerschaft beteiligt war, und seltener der Vater. Danach folgen soziale Medien als Informationsquelle mit 8,6 % und andere Personen mit 2,2 %. Zudem nannten 3,7 % der Frauen weitere Quellen wie Gesundheitseinrichtungen (zum Beispiel Gesundheitsamt, Krankenkasse), Fachkräfte im Gesundheitswesen (zum Beispiel Hebammen) sowie andere Familienmitglieder, beispielsweise Geschwister.

Abb. 7.54: Hilfreiche Informationsquellen aus Sicht der befragten Frauen (in Prozent)

Frage: Wo oder bei wem haben Sie hilfreiche Informationen gefunden?



n=594 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland, Mehrfachnennung möglich

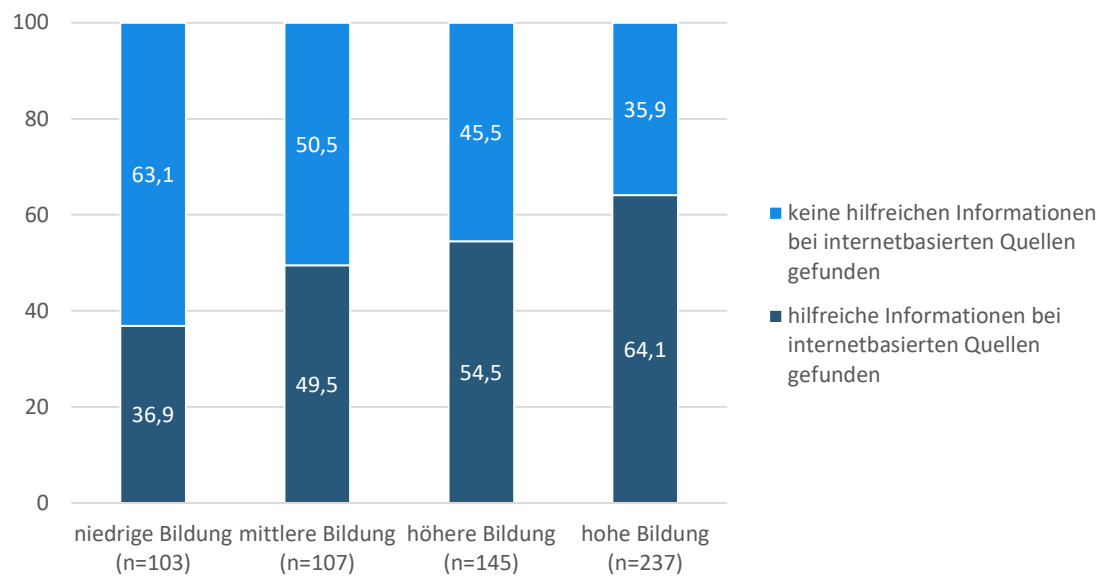
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Knapp ein Drittel der Befragten (31,3 %) fand hilfreiche Informationen bei nur einer Informationsquelle, ein weiteres Drittel (34,0 %) bei zwei Quellen. 22,7 % gab drei Quellen an, 12,0 % vier oder mehr.

Die Bedeutung internetbasierter Informationsquellen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Insgesamt gaben 54,2 % der befragten Frauen an, über Webseiten, Suchmaschinen oder Soziale Medien hilfreiche Informationen erhalten zu haben. Betrachtet man ausschließlich Frauen, bei denen der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der zurückliegenden drei Jahre erfolgte, liegt der entsprechende Anteil sogar bei 61,1 %. Lag der Schwangerschaftsabbruch zwischen drei und fünf Jahren zurück, hatten 56,1 % der Befragten hilfreiche Informationen im Internet gefunden. Bei Schwangerschaftsabbrüchen in der Zeit davor waren es lediglich 35,8 %.

Ein signifikanter Zusammenhang des Alters der Befragten mit der Einschätzung zu hilfreichen Informationsquellen im Internet besteht nicht. Dagegen zeigt sich ein Einfluss des Bildungsstatus: Je höher die Bildung der Frauen war, desto häufiger fanden sie hilfreiche Informationen im Internet.

Abb. 7.55: Erhalt hilfreicher Informationen im Internet nach Bildungsstatus (in Prozent)

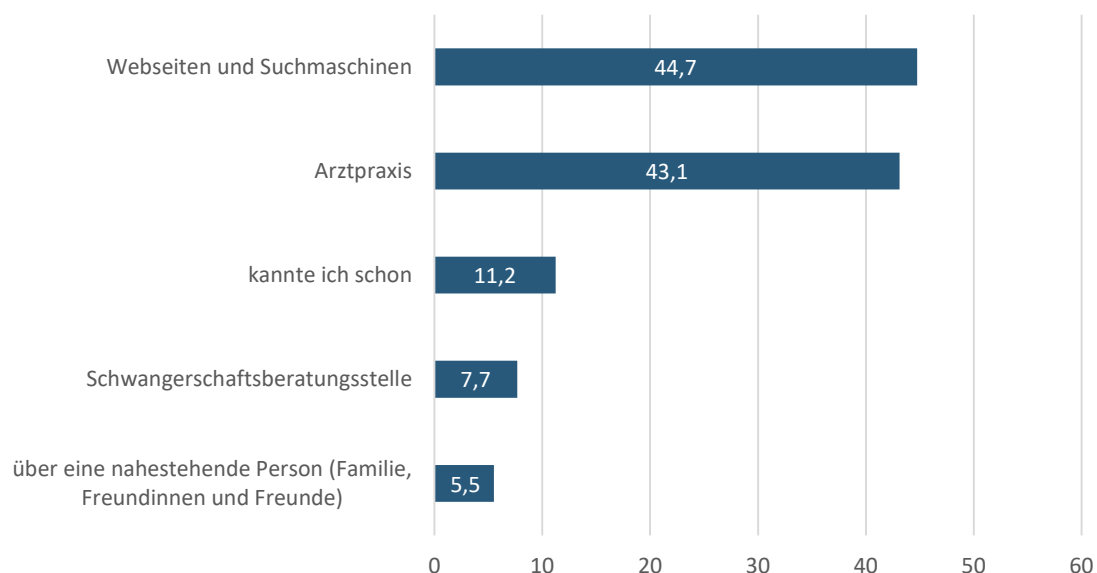


Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (Cramers V=0,196, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Wie oben dargestellt, ist die Suche nach einer Beratungsstelle für die Pflichtberatung vor einem Schwangerschaftsabbruch nach § 219 StGB der am häufigsten genannte Informationsbedarf von ungewollt schwanger gewordenen Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen. Als Informationsquellen nannten die befragten Frauen am häufigsten zu etwa gleichen Anteilen von jeweils knapp 45 % das Internet mit Webseiten und Suchmaschinen sowie Arztpraxen (vgl. Abb. 7.56). Andere Informationsquellen spielten demgegenüber eine untergeordnete Rolle. 11,2 % der Befragten kannten die Adresse der Pflichtberatung bereits.

Abb. 7.56: Informationsquelle für die Adresse der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle (in Prozent)



n=561, Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland, Mehrfachnennungen möglich

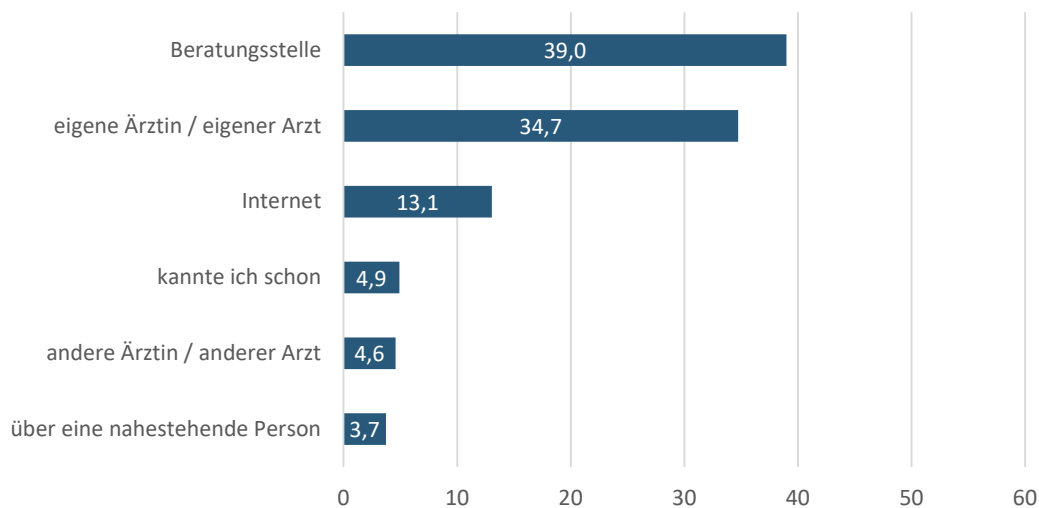
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei der Nutzung der spezifischen Informationsquellen zeigt sich ein Einfluss der Bildung: Frauen mit höherem Bildungsstand nutzen häufiger das Internet, um die Adresse der Pflichtberatungsstelle

herauszufinden. Frauen mit niedrigerem Bildungsstatus nutzten Arztpraxen häufiger als Informationsquelle. Ebenso nutzten ältere Frauen für die Adresssuche häufiger Webseiten und Suchmaschinen, jüngere Frauen dagegen häufiger Arztpraxen. Wie bei der generellen Suche von Informationen zum Schwangerschaftsabbruch hat die Nutzungshäufigkeit von Internetquellen bei der Recherche von Adressen zur Pflichtberatung in den zurückliegenden Jahren zugenommen.

Innerhalb der ELSA-Befragung wurde erhoben, wo die Frauen die Adresse der Abbrucheinrichtung erhalten haben. Hier gaben mit 39,0 % (n=230) die meisten Frauen an, die Adresse von einer Beratungseinrichtung bekommen zu haben. An zweiter Stelle standen die Ärztinnen und Ärzte mit 34,7 % (n=205), gefolgt von Internetquellen (13,1 %). Diejenigen, die die Adresse der Abbrucheinrichtung über das Internet fanden, gaben am häufigsten an, diese über Webseiten und Suchmaschinen gefunden zu haben. Die offizielle Adressliste der Bundesärztekammer (BÄK) machte nur einen sehr geringen Anteil aus: Lediglich 14 von 416 Befragten mit einem Schwangerschaftsabbruch nach 2019 – dem Jahr, in dem die Liste eingeführt wurde – gaben an, an die Adresse über die BÄK-Liste gekommen zu sein. Dies entspricht 3,4 % von allen Befragten und ist ein sehr geringer Anteil. Auffällig ist auch, dass 10,7 % (n=58) nach Informationen über alternative Abbruchmöglichkeiten im Ausland oder außerhalb der regulären Versorgung suchten.

Abb. 7.57: Informationsquelle für die Adresse der den Schwangerschaftsabbruch durchführenden Einrichtung (in Prozent)

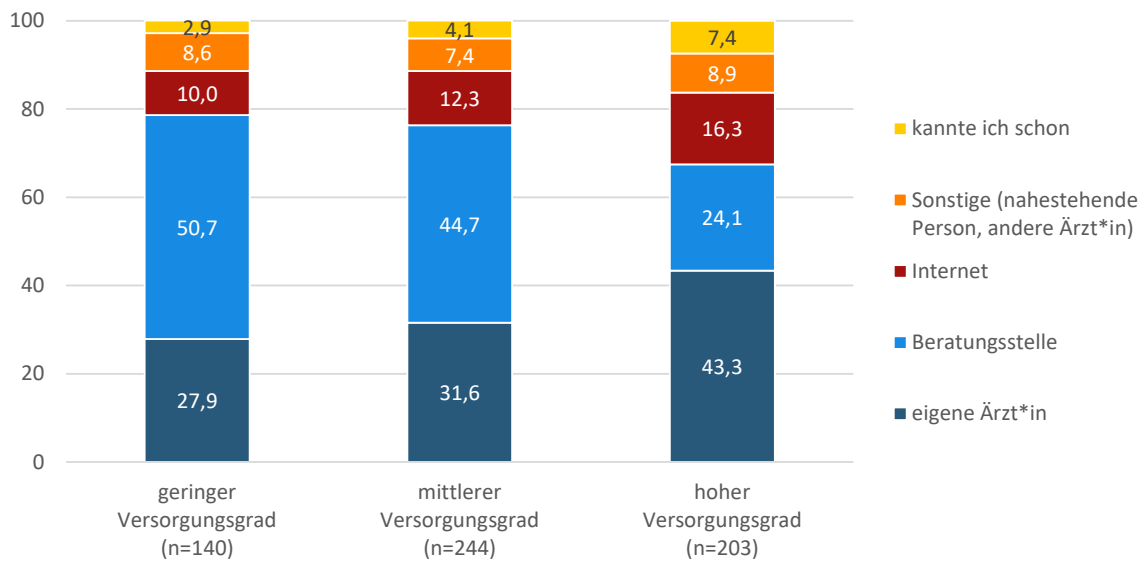


n=590 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Welche Quelle für Informationen zur Adresse der den Schwangerschaftsabbruch durchführenden Einrichtung genutzt wurde, steht im Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsgrad. Je besser die medizinische Versorgung in einem Gebiet ist, desto häufiger erhalten die Befragten die Adresse der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch von ihrer regulären gynäkologischen Praxis: Bei hohem Versorgungsgrad trifft dies auf 43,3 % zu, in Regionen mit geringem Versorgungsgrad lediglich auf 27,9 %. Umso schlechter die medizinische Versorgung in einer Region ist, desto wichtiger werden Beratungsstellen als Quelle für die Adressen von Schwangerschaftsabbruchseinrichtungen. Bei anderen Informationsquellen gibt es nur geringe Unterschiede, abhängig vom regionalen Versorgungsgrad.

Abb. 7.58: Informationsquelle für die Adresse der den Schwangerschaftsabbruch durchführenden Einrichtung nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



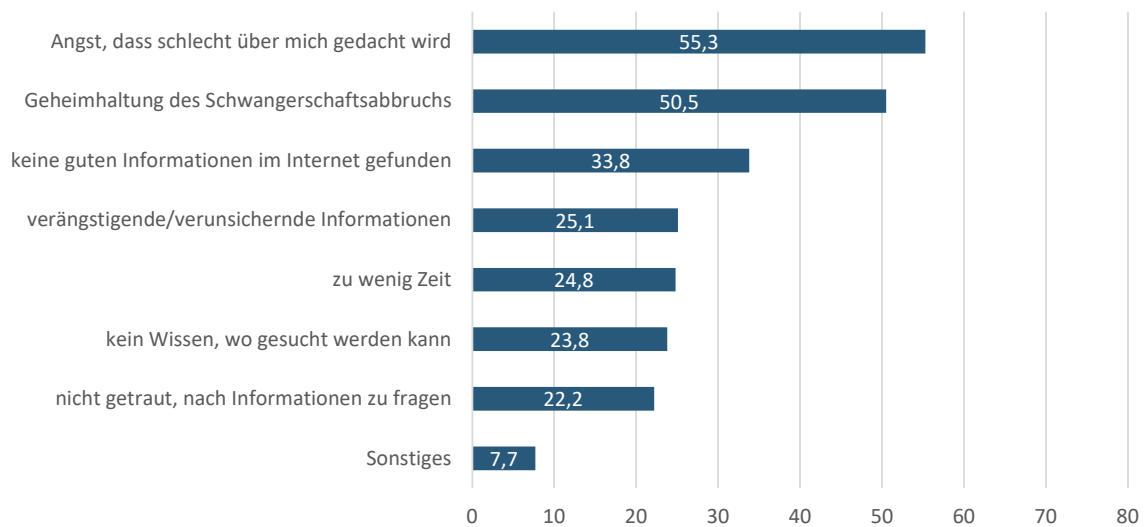
Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (Cramers V=0,169, p<0,001)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Informationsbarrieren

Mehr als jede zweite befragte Frau (57,7 %), die eine Schwangerschaft abgebrochen und Informationen zum Schwangerschaftsabbruch gesucht hat, berichtete im Rahmen der ELSA-Befragung von Barrieren, auf die sie bei der Informationssuche gestoßen ist. Als konkrete Schwierigkeit wurde von den Frauen am häufigsten die Angst genannt, dass schlecht über sie gedacht werde (55,3 % der befragten Frauen mit Informationsbarrieren; Abb. 7.59). Etwa die Hälfte (50,5 %) der Frauen mit Informationsbarrieren berichtete von Schwierigkeiten, die damit zusammenhingen, dass sie ihren Schwangerschaftsabbruch geheim hielten. Ein Drittel der Befragten mit Informationsbarrieren (33,8 %) verwies auf Schwierigkeiten, im Internet gute Informationen zu finden. Weitere Barrieren aufgrund von verängstigenden oder verunsichernden Informationen, Zeitmangel, fehlender Orientierung oder Hemmungen bei der Informationssuche wurden von jeder vierten bzw. fünften Befragten angeführt.

Abb. 7.59: Ursachen der Informationsbarrieren bei Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)



n=311, nur Befragte und Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland und berichteten Informationsbarrieren. Mehrfachnennung möglich.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Der Vergleich der genannten Gründe für die Schwierigkeiten bei der Informationssuche zum Thema Schwangerschaftsabbruch zeigt, dass stigmatisierungsbezogene Ursachen eine wichtige Rolle spielen. Mehr als die Hälfte der Frauen, die auf Informationsbarrieren gestoßen sind, gaben an, dass ihre Angst vor Missbilligung durch andere und ihr Bedürfnis, den Abbruch geheim zu halten, aufgrund einer erwarteten Stigmatisierung (vgl. Kapitel 7.1.1.4.3), die Hauptgründe für ihre Schwierigkeiten waren.

Zwischen dem weiter oben beschriebenen vierstufigen Index zur antizipierten Stigmatisierung und der Frage, ob Schwierigkeiten bei der Informationssuche zum Schwangerschaftsabbruch erlebt wurden oder nicht, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang (Cramer-V=0,256, $p < 0,001$), ebenso wie zur internalisierten und auch zur erlebten Stigmatisierung. Informationsbarrieren und -defizite beim Schwangerschaftsabbruch sind damit zu einem wesentlichen Teil auch als eine Folge des abortion stigma zu sehen.

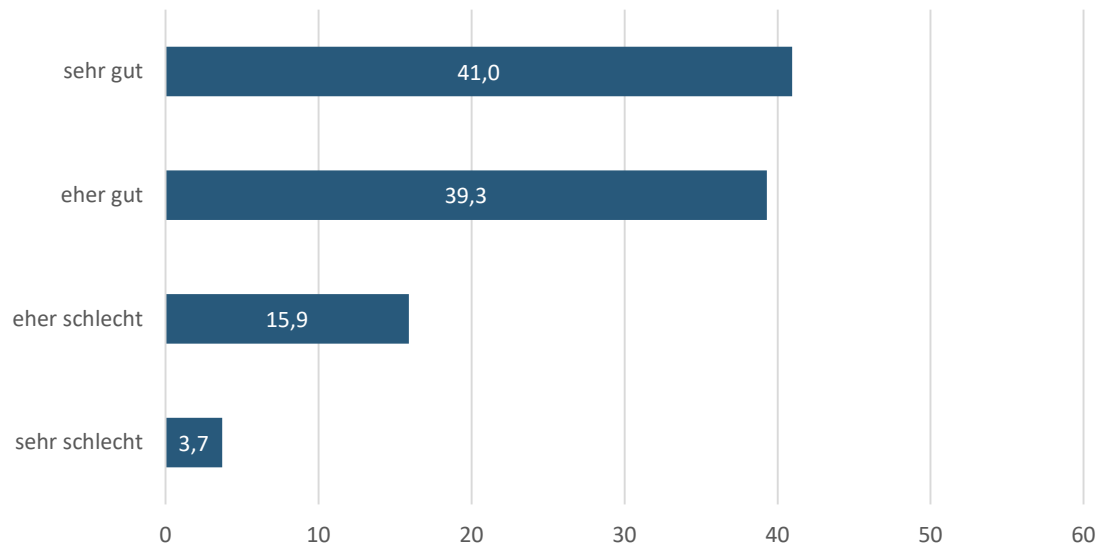
Die Bedeutung von möglichen Sprachbarrieren wurde in der ELSA-Befragung dezidiert untersucht, wobei sich zeigt, dass der Bedarf an fremdsprachigen Informationsangeboten zu einem wesentlichen Teil gedeckt ist. Von den informationssuchenden Frauen, deren Haushaltssprache nicht (bzw. nicht ausschließlich) deutsch ist, berichteten 81,6 %, Informationen in einer von ihnen beherrschten Sprache erhalten zu haben. Lediglich 5,3 % dieser Frauen hätten Informationen in ihrer Sprache gebraucht, haben sie aber nicht erhalten.

Selbsteinschätzung der Informiertheit

Die Befragten selbst schätzen ihren Informationsstand bei dem Schwangerschaftsabbruch mit großer Mehrheit als umfassend und unproblematisch ein. Jeweils etwa 40 % der Befragten mit Schwangerschaftsabbrüchen – zusammen gut 80 % gaben an, sich sehr gut oder gut informiert gefühlt zu haben (vgl. Abb. 7.60). Allerdings berichtete im Gegenzug knapp jede fünfte Frau mit Schwangerschaftsabbrüchen von Einschränkungen bei ihrer Informiertheit: 15,9% fühlten sich eher schlecht und weitere 3,7 % sehr schlecht informiert.

Abb. 7.60: Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit bei Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)

Frage: Wie gut oder schlecht haben Sie sich alles in allem rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert gefühlt?



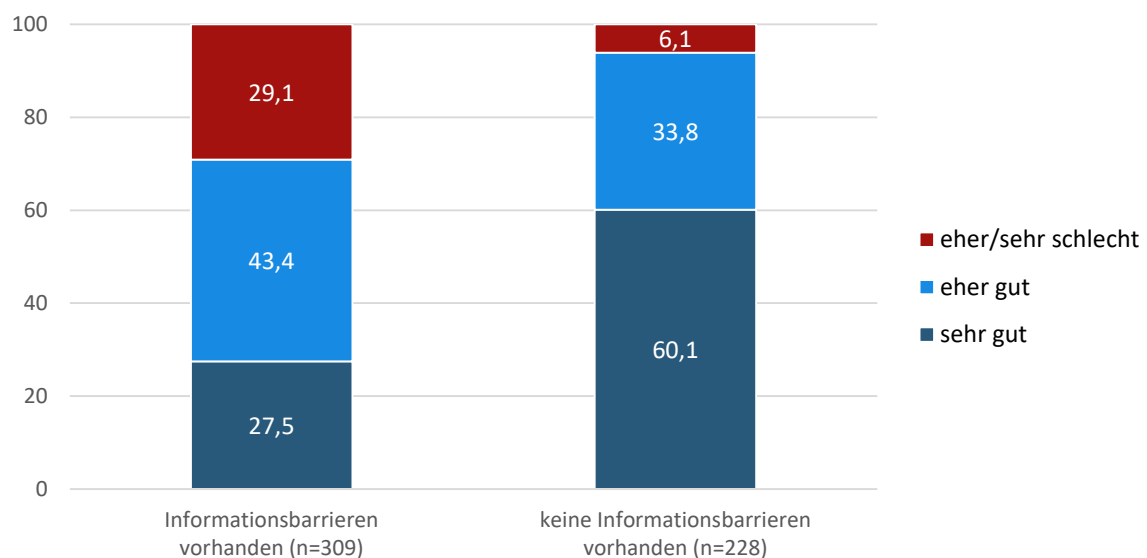
n=590, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Erlebte Informationsbarrieren beeinflussen die Informiertheit der Frauen negativ. Von den Frauen, die solche Barrieren erlebt haben, fühlten sich 29,1 % eher schlecht oder schlecht über den Schwangerschaftsabbruch informiert. Dieser Anteil ist deutlich höher als bei Frauen, die keine solchen Barrieren angaben (6,1 %, vgl. Abb. 7.61).

Abb. 7.61: Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit bei Schwangerschaftsabbrüchen in Abhängigkeit von erlebten Informationsbarrieren (in Prozent)

Frage: Wie gut oder schlecht haben Sie sich alles in allem rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert gefühlt?



n=590, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramer-V=0,368, $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Wie bei den erlebten Informationsbarrieren besteht auch bei der Selbsteinschätzung der Informiertheit ein Zusammenhang mit dem abortion stigma. Dies zeigt sich bei der antizipierten Stigmatisierung und in ausgeprägter Form auch bei der erlebten Stigmatisierung.

Frauen, die sich rund um den Schwangerschaftsabbruch gut informiert fühlten, bereitete es weniger Schwierigkeiten, die Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft zu treffen. Je schlechter die Befragten ihre subjektive Informiertheit einschätzten, desto häufiger berichten sie von einem (sehr) schweren Entscheidungsprozess. Ebenso fühlten sich die Befragten sicherer, die richtige Entscheidung getroffen zu haben, je besser sie ihre Informiertheit einschätzten. Der Zusammenhang zwischen der Informiertheit und der Entscheidungssicherheit ist schwach und signifikant.

7.1.1.4.5 Erfahrungen mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen

Die medizinische und psychosoziale Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen wird innerhalb der ELSA-Studie unter verschiedenen Perspektiven mit unterschiedlichen empirischen Methoden untersucht. Das folgende Kapitel widmet sich auf der Grundlage der standardisierten Frauenbefragung den Erfahrungen, Entscheidungen und Bewertungen der Frauen, die bei einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft einen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen. Ergänzt wird diese Perspektive durch standardisierte Befragungen von Ärztinnen und Ärzten, von in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen tätigem Fachpersonal sowie durch Versorgungsstrukturanalysen auf Grundlage der amtlichen Statistik.

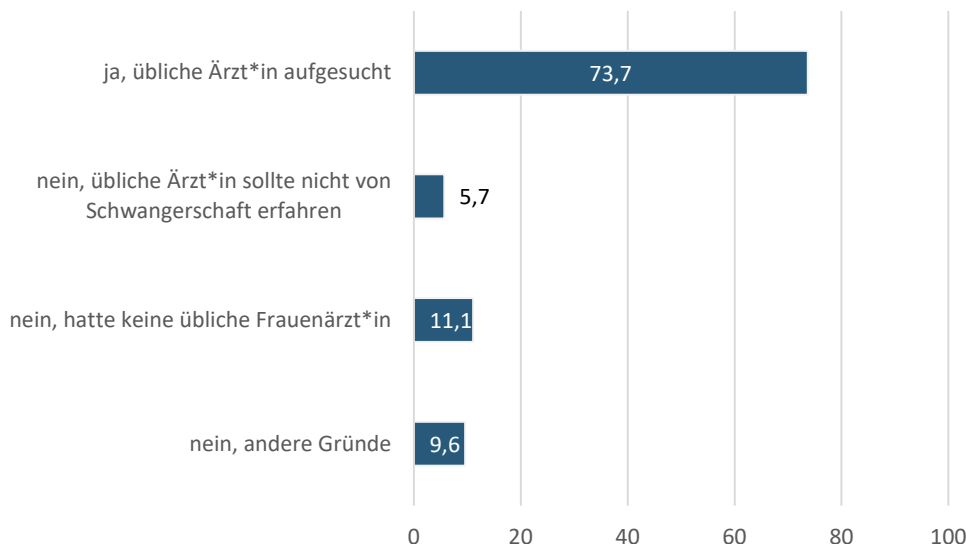
Die Darstellung der Ergebnisse zur medizinischen Versorgung aus der Frauenbefragung orientiert sich an der Reihenfolge, in der die Situationen und Entscheidungen bei einem Schwangerschaftsabbruch relevant werden. Da zu zahlreichen Aspekten der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote bislang keine oder keine umfassenden empirischen Daten für Deutschland vorliegen, wird einer deskriptiven Darstellung bewusst Platz eingeräumt. Bezugsgruppe der statistischen Auswertungen sind dabei durchgehend Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft in Deutschland haben abbrechen lassen.

Erfahrungen bei der ärztlichen Feststellung der Schwangerschaft

Eine deutliche Mehrheit der befragten Frauen mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft hat angegeben, nach den ersten Anzeichen einer möglichen Schwangerschaft eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht zu haben. Knapp drei Viertel (73,7 %) der Frauen mit Arztbesuch gaben an, sich an die von ihnen üblicherweise besuchten Frauenärztinnen oder Frauenärzte gewendet zu haben (vgl. Abb. 7.62). Von den übrigen Frauen gaben 11,1 % an, dass sie keine üblicherweise besuchte Gynäkologiepraxis hatten. 5,7 % der Frauen gaben an, dass sie zur Feststellung der Schwangerschaft bewusst in eine andere Praxis gegangen sind, da sie nicht wollten, dass ihre üblicherweise behandelnde Ärztin oder ihr üblicherweise behandelnder Arzt von der Schwangerschaft erfährt. Die übrigen 9,6 % der Befragten ließen aus anderen Gründen die Schwangerschaft nicht in ihrer üblicherweise besuchten Praxis feststellen.

Abb. 7.62: Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen: bei Bemerken der Schwangerschaft aufgesuchte Gynäkologiepraxis (in Prozent)

Sind Sie zu der Frauenärztin / dem Frauenarzt gegangen, zu der / dem Sie sonst üblicherweise auch gegangen sind?



n=460, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland und Besuch einer Gynäkologiepraxis bei Feststellung der Schwangerschaft

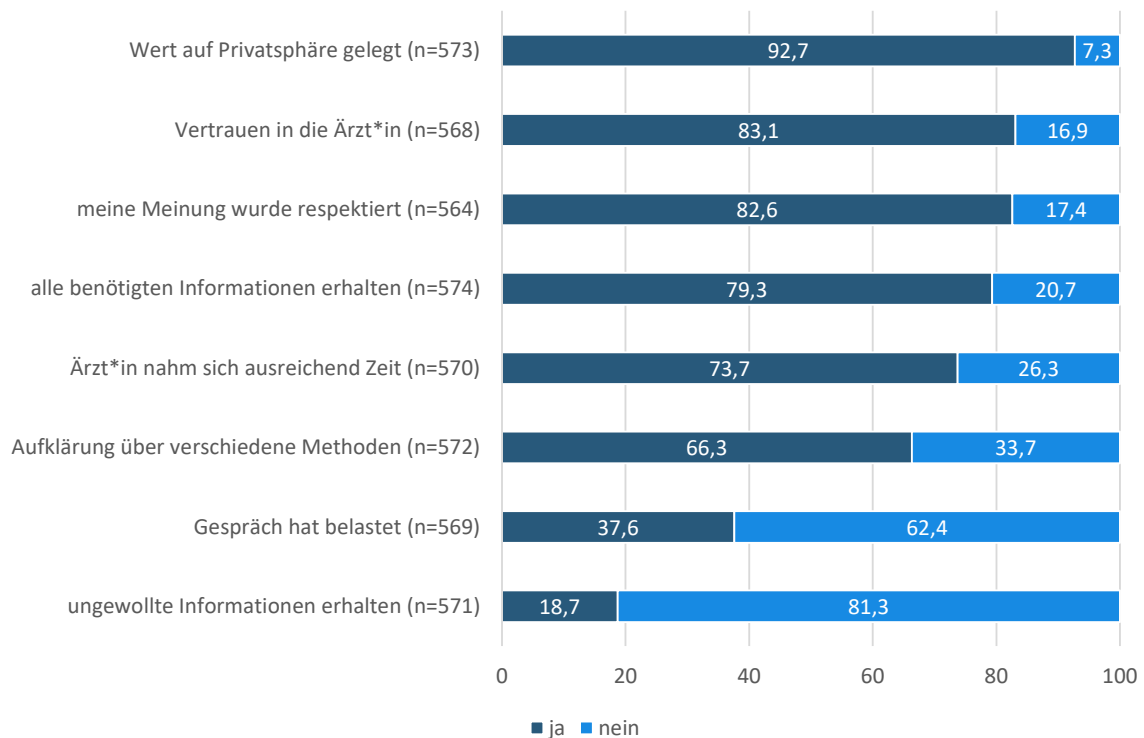
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Insgesamt entscheiden sich nur wenige Frauen dazu, aus Gründen der Geheimhaltung eine andere Arztpraxis aufzusuchen, um ihre Schwangerschaft feststellen zu lassen. Diese Frauen halten ihren Schwangerschaftsabbruch auch signifikant häufiger gegenüber ihnen nahestehenden Personen geheim (46,2 % gegenüber 20,1 %).

Die Erfahrungen bei dem Arztbesuch werden von dem Großteil der befragten Frauen positiv bewertet. Mit 92,7 % berichteten fast alle Frauen, dass in der Arztpraxis Wert auf ihre Privatsphäre gelegt wurde. Jeweils über 80 % der Frauen vertrauten der Ärztin oder dem Arzt, hatten das Gefühl, dass ihre Meinung respektiert wurde und erhielten alle benötigten Informationen. Drei Viertel der Befragten geben an, dass sich die Ärztin oder der Arzt ausreichend Zeit für ihre Anliegen nahm. Zwei Drittel der Frauen erhielten Informationen über die verschiedenen medizinischen Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs. Allerdings gab auch deutlich mehr als ein Drittel der Befragten an (37,6 %), dass sie das Gespräch belastet hat.

Knapp ein Fünftel erhielt Informationen, die nicht gewollt waren. Am häufigsten wurde Befragten ungefragt das Ultraschallbild gezeigt bzw. wurden ihnen ungewollte Informationen zur Familienplanung gegeben. Bezogen auf alle Befragten mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland betrifft dies etwa jede zwölfte Frau (8,1%). Weitere 5,0 % der Teilnehmerinnen erhielten außerdem ungebetene Informationen zur Schwangerschafts- und Gesundheitsvorsorge, 3,5 % zu vorgeburtlichen Untersuchungen sowie 2,5 % zur Kindsabgabe.

Abb. 7.63: Bewertung des Arztbesuchs zur Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)



nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Befragte, die bei ihrem Arztbesuch alle benötigten Informationen erhalten haben und über verschiedene Methoden zum Schwangerschaftsabbruch aufgeklärt wurden, fühlten sich insgesamt signifikant besser zu schwangerschaftsabbruchbezogenen Fragen informiert. Dagegen gaben Befragte, die ungebetene Informationen beim ersten Arztbesuch erhalten haben, häufiger an, sich schlechter informiert zu fühlen.

Bei den 37,6 % der befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, die den Arztbesuch als belastend empfunden haben, zeigen sich deutliche Zusammenhänge zu sämtlichen weiteren erfassten Bewertungen der Behandlungssituation. Der Arztbesuch wurde insbesondere dann erheblich häufiger als belastend bewertet, wenn die Befragte sich mit ihrer Meinung nicht respektiert fühlte oder kein Vertrauen in die Ärztin oder den Arzt hatte (vgl. Tab. 7.11). Wurden nicht alle benötigten Informationen vermittelt oder stand für die Behandlung nicht ausreichend Zeit zur Verfügung, wurde das Arztgespräch ebenfalls häufiger als belastend empfunden.

Tab. 7.11: Einflussfaktoren auf die Bewertung des Arztgesprächs als belastend

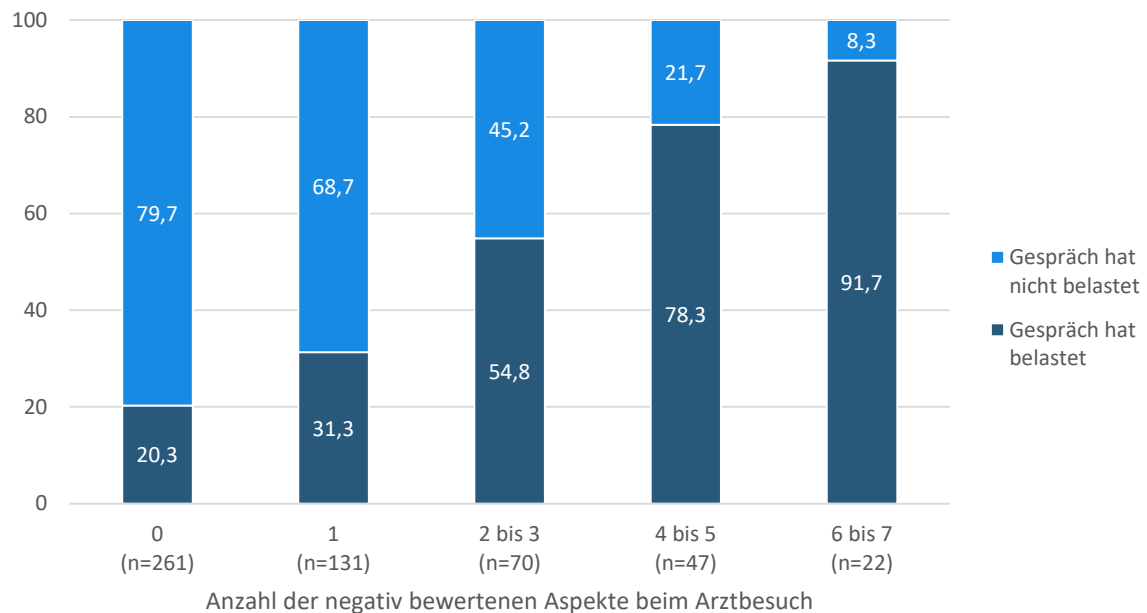
	Erfahrung des Gesprächs als belastend (Anteil in Prozent)	Phi
Erleben und Behandlung während des Arzttermins zur Feststellung der Schwangerschaft		
Ablehnung der Aussage: Ich hatte das Gefühl, dass meine Meinung respektiert wird.	79,2	0,397***
Ablehnung der Aussage: Ich hatte Vertrauen in die Ärztin/den Arzt.	77,2	0,366***
Ablehnung der Aussage: Ich habe alle Informationen erhalten, die ich benötigt habe.	67,2	0,320***
Ablehnung der Aussage: Die Ärztin nahm sich ausreichend Zeit, um über meine Anliegen zu sprechen.	62,5	0,302***
Zustimmung zur Aussage: Mir wurden Informationen gegeben, die ich nicht wollte.	64,5	0,273***
Ablehnung der Aussage: Ich wurde über die verschiedenen Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs aufgeklärt.	56,3	0,263***
Ablehnung der Aussage: In der Praxis wurde Wert auf meine Privatsphäre gelegt.	66,7	0,164***

nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Das Arztgespräch wurde umso häufiger als belastend erfahren, je mehr der erhobenen Aspekte des Gesprächs negativ bewertet wurden. Von den Befragten, die keinen Aspekt des Arztbesuchs negativ bewerteten, empfanden 20,3 % die Situation als belastend (vgl. Abb. 7.64). Wurde ein negativer Aspekt genannt, fanden bereits ein Drittel der Befragten den Arztbesuch belastend. Bei sechs oder sieben negativ bewerteten Aspekten gaben nahezu alle befragten Frauen an, dass sie das Arztgespräch belastet hat.

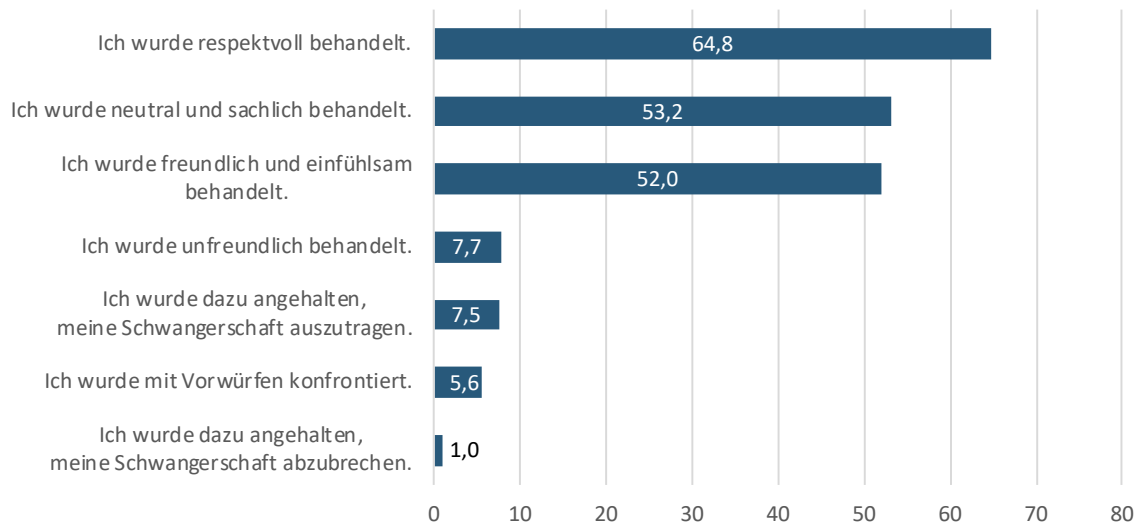
Abb. 7.64: Bewertung des Arztgesprächs als belastend nach Anzahl der negativ bewerteten Aspekte (in Prozent)



n=569, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,470, $p < 0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Darüber hinaus zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen berichteten Belastungen im Rahmen des Arztgesprächs zur Feststellung der Schwangerschaft und der internalisierten als auch der antizipierten Stigmatisierung. Je stärker diese Stigmatisierungsformen ausgeprägt sind, desto häufiger nehmen Frauen die eigene Erfahrung beim Arzttermin als belastend wahr. Nicht geklärt werden konnte im Rahmen der Befragung, inwiefern die internalisierte und antizipierte Stigmatisierung dazu führt, dass Arztbesuche negativer oder belastender wahrgenommen werden. Ebenso bleibt offen, ob das Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin durch das Zusammenspiel von Stigmatisierungsgefühlen und den Verhaltensweisen des Arztes oder der Ärztin das Belastungserleben verstärkt. Auch über das Arztgespräch zur Feststellung der Schwangerschaft hinaus äußern sich die befragten Frauen, die die Schwangerschaft haben abbrechen lassen, zu einer großen Mehrheit positiv über die Behandlung durch das medizinische Personal und die Ärztinnen und Ärzte. Jeweils eine Mehrheit empfand die Behandlung durch das Personal als respektvoll (64,8 %), freundlich und einfühlsam (52,0 %) oder als neutral und sachlich (53,2 %) (vgl. Abb. 7.65). Von negativen Erlebnissen wie einer unfreundlichen Behandlung, oder Konfrontation mit Vorwürfen oder dem Versuch einer Einflussnahme auf das Austragen oder den Abbruch der Schwangerschaft berichteten jeweils deutlich weniger als jede zehnte Befragte.

Abb. 7.65: Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen: Erleben der Behandlung durch Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal in der frühen Phase der Schwangerschaft (in Prozent)



n=564, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

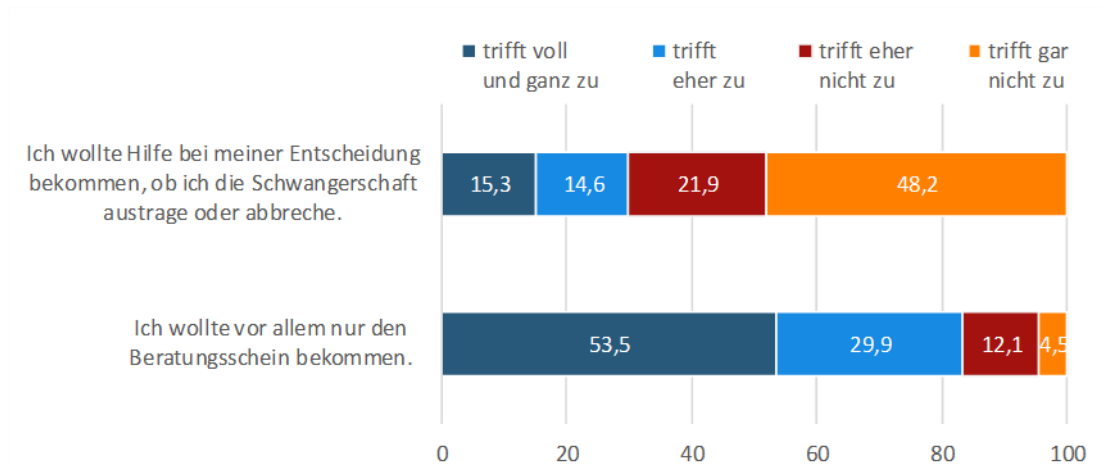
Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und gesetzliche Bedenkzeit

In Deutschland ist eine Pflichtberatung vor dem Schwangerschaftsabbruch obligatorisch, soweit nicht Regelungen nach medizinischer oder kriminologischer Indikation angewendet werden.

Die Suche nach einer staatlich anerkannten Beratungsstelle stellt dabei nur einen sehr geringen Teil der Frauen vor Probleme, die ihre Schwangerschaft abbrechen lassen: Lediglich 0,7 % der befragten Frauen gaben an, dass es ihnen sehr schwergefallen ist, eine Beratungsstelle zu finden, weiteren 6,5 % fiel es nach eigenen Angaben eher schwer. Dagegen fiel die Suche einer Beratungsstelle den weitaus meisten Frauen sehr leicht (66,5 %) oder eher leicht (26,2 %). Die Schwangerschaftskonfliktberatung wurde von 40,2 % der befragten Frauen bis einschließlich der fünften Schwangerschaftswoche (p. c.) und von weiteren 47,2 % zwischen der sechsten und achten Schwangerschaftswoche aufgesucht. 12,6 % der befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wandten sich erst ab der neunten Schwangerschaftswoche an die Beratungsstelle. Die große Mehrheit der befragten Frauen suchten die Schwangerschaftskonfliktberatung nur einmal auf (95,3 %). Befragte, die mehrfach Beratungsgespräche in Anspruch nannten, nannten als Gründe dafür am häufigsten die Unsicherheit bei ihrer Entscheidung oder einen Bedarf nach weiteren Informationen.

Bei den Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, stand bei Weitem der Erhalt des obligatorischen Beratungsnachweises als Anliegen im Vordergrund: 83,4 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch gaben an, dass sie beim Aufsuchen der Pflichtberatung vor allem nur den Beratungsschein bekommen wollten (vgl. Abb. 7.66). Hilfe bei der Entscheidung erwarteten sich lediglich 29,9 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch.

Abb. 7.66: Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften: Anliegen bei Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung (in Prozent)



n = 608, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

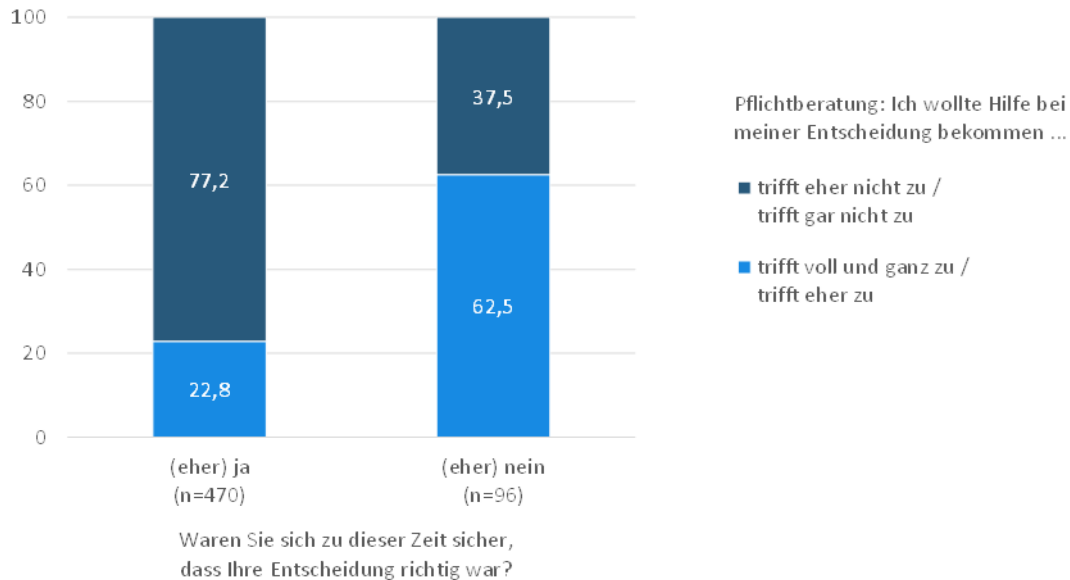
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Anliegen, aus denen Frauen, die ihre Schwangerschaft abgebrochen haben, eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen, unterscheiden sich deutlich von den Anliegen der Frauen, die trotz ungewollter Schwangerschaft die Schwangerschaft ausgetragen haben. Wie in Kapitel 7.1.1.3 ausgeführt, wünschten sich von letzteren knapp 80 % Hilfe bei der Entscheidung, und für lediglich knapp 50 % stand der Erhalt des Beratungsnachweises im Vordergrund.

Der recht geringe Anteil von Frauen, der bei einem Schwangerschaftsabbruch von der Beratung nach § 219 StGB Hilfe bei der Entscheidung erhalten wollte, ist im Zusammenhang mit der ausgeprägten Entscheidungssicherheit der Frauen zu sehen. Knapp 58 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch gaben an, bereits zum Zeitpunkt des Entschlusses ohne Einschränkungen von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt gewesen zu sein, weitere knapp 26 % waren sich eher sicher, die richtige Entscheidung zu treffen – zusammen sind dies über 80 %. Lediglich jede sechste Frau mit Schwangerschaftsabbruch (16,6 %) war sich zu diesem Zeitpunkt nicht sicher oder eher nicht sicher, die richtige Entscheidung zu treffen. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchten: Von diesen Frauen waren sich etwas über die Hälfte (eher) nicht sicher, die richtige Entscheidung zu treffen.

Hilfe zur Entscheidung wünschten sich mehrheitlich diejenigen Frauen, die sich nicht oder eher nicht sicher waren mit ihrem Entschluss, die Schwangerschaft abzubrechen und wünschten sich mehrheitlich Hilfe bei der Entscheidung (62,5 %; vgl. Abb. 7.67). Frauen, die von der Richtigkeit ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch überzeugt waren, wollten dagegen nur zu einem Anteil von 22,8 % Entscheidungshilfe erhalten.

Abb. 7.67: Wunsch nach Hilfe bei der Entscheidung bei der Pflichtberatung nach der Sicherheit mit der Entscheidung (in Prozent)



n = 566, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,265; p<0,001)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Befürchtungen / Vorbehalte beim Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung

Das Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch wird von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch mehrheitlich nicht als neutrale und uneingeschränkte ergebnisoffene Beratung erwartet. Über die Hälfte der Befragten (54,5 %) berichtete von der Erwartung, sich für ihre Entscheidung rechtfertigen zu müssen und fast ein Drittel (30,9 %) äußerte die Befürchtung, zum Austragen der Schwangerschaft überredet zu werden. Diese Befürchtungen sind bei Frauen, die sich von der Schwangerschaftskonfliktberatung Hilfe bei ihrer Entscheidung wünschen, in vergleichbarer Weise verbreitet wie bei Frauen ohne Interesse an einer Unterstützung bei der Entscheidungsfindung. Befragte mit einem höheren Grad an antizipierter Stigmatisierung befürchteten signifikant häufiger, dass sie bei der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zum Austragen der Schwangerschaft überredet werden.

Auswirkungen der gesetzlichen Bedenkzeit

Die gesetzlich obligatorische Bedenkzeit von drei Tagen zwischen dem Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch und dem Schwangerschaftsabbruch wurde von 46,8 % der Frauen als belastend empfunden. Dies betraf überdurchschnittlich häufig Frauen, die sich nicht sicher waren, sich richtig zu entscheiden. In Einzelfällen – insgesamt von drei Frauen – wurde berichtet, dass die Bedenkzeit dazu beitrug, eine Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft zu revidieren. 12,2 % der Befragten gaben an, dass sie durch die Bedenkzeit sicherer bei ihrer Entscheidung geworden sind, die Schwangerschaft abzubrechen.

7.1.1.4.6 Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch mit Fokus auf regionalen Unterschieden

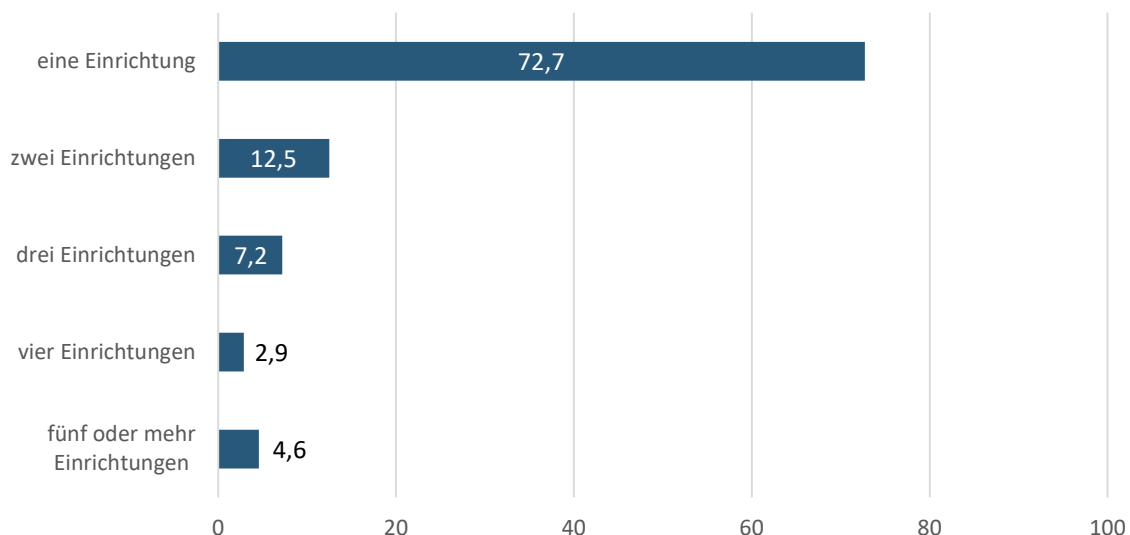
Die Ausführungen in dem folgenden Kapitel beziehen sich auf die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Gynäkologiepraxen und Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Den mittels der Befragung der Frauen erhobenen Daten werden dabei regionale Daten der amtlichen Statistik zum Versorgungsgrad gegenübergestellt, die in Kapitel 5.1.1.3 dieses Berichts ausführlich beschrieben sind.

Verfügbarkeit (*availability*) und Erreichbarkeit (*accessibility*) gelten in der Literatur als zentrale Dimensionen des Versorgungszugangs. In der ELSA-Befragung wurde mit Hilfe von fünf Fragen Daten zur Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten zum Schwangerschaftsabbruch erhoben. Die Daten enthalten dabei sowohl subjektive Einschätzungen (Schwierigkeiten, eine Einrichtung zu finden, die Erreichbarkeit der Einrichtung sowie empfundener Zeitdruck) als auch objektive Aspekte (Anzahl kontaktierter Einrichtungen, um einen Termin zu bekommen sowie Entfernung zur Einrichtung). Im Anschluss an eine Darstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Verfügbarkeits- und Erreichbarkeitskriterien werden diese für weiterführende Analysen zu einem Summenindex Verfügbarkeit und Erreichbarkeit zusammengefasst.

Anzahl kontaktierter Einrichtungen

Mehr als ein Viertel (27,3 %) der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, gaben an, dass sie mehr als eine Arztpraxis oder Klinik kontaktieren mussten, um einen Termin für den Abbruch zu bekommen. Etwa die Hälfte dieser Frauen (12,5 %) musste mit zwei Einrichtungen Kontakt aufnehmen, 7,2 % mit drei und 7,5 % sogar mit vier oder mehr Einrichtungen, um einen Termin für den Schwangerschaftsabbruch zu erhalten. (vgl. Abb. 7.68). Die Gründe, weshalb eine Kontaktierung mehrerer Einrichtungen notwendig war, wurden nicht erfasst.

Abb. 7.68: Anzahl kontaktierter Praxen und Kliniken für einen Termin zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 583, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

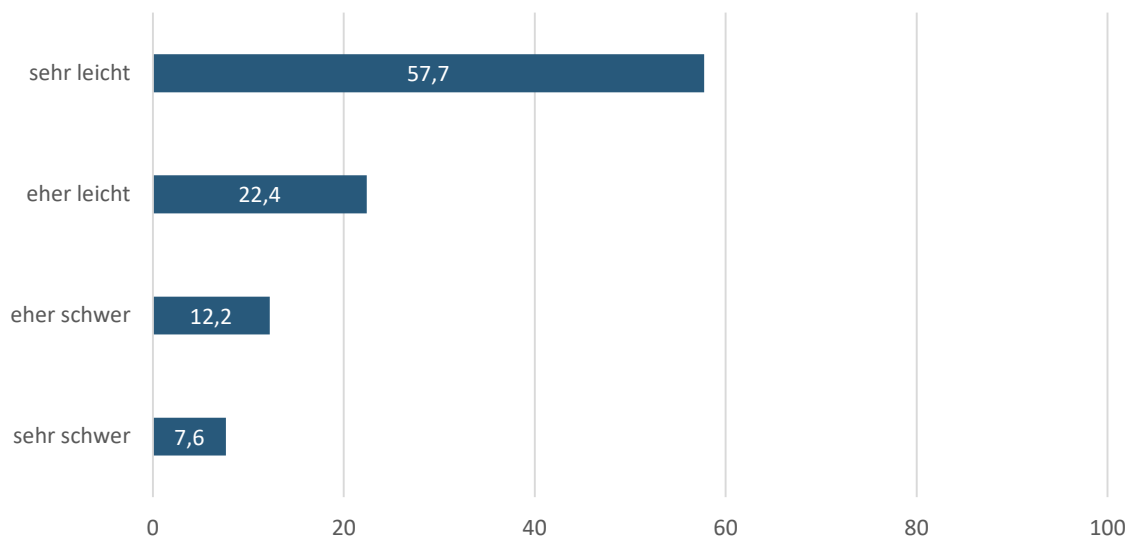
Bei einer Analyse nach Regionstypen, also etwa Ballungsräumen und ländlichen Regionen, für die im Rahmen der ELSA-Analysen die BIK-Regionen³⁴ als Gliederungssystematik verwendet wurden, lassen sich keine systematischen und signifikanten Unterschiede erkennen, wie viele Praxen kontaktiert wurden.

Schwierigkeiten bei der Suche der Einrichtungen

57,7 % der Befragten fanden es sehr leicht und 22,4 % eher leicht, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden (vgl. Abb. 7.69). Mit 19,8 % fiel es jeder fünften der befragten Frauen hingegen eher oder sehr schwer, eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden.

Abb. 7.69: Einschätzung der Schwierigkeit, eine Praxis oder Klinik für einen Termin zum Schwangerschaftsabbruch zu finden (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer war es für Sie, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden?



n = 589, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Nach Regionentyp (BIK-Regionen) lassen sich keine systematischen und signifikanten Unterschiede bei der Schwierigkeit erkennen, eine Praxis oder Klinik für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. Ebenso unterscheidet sich die Einschätzung der Schwierigkeiten bei der Einrichtungssuche nicht nach Regionen mit unterschiedlichem Versorgungsgrad.

Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch

Mit einem Anteil von 54,0 % konnten etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen nicht zwischen verschiedenen Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch wählen. 46,0 % der Befragten gaben an, dass sie eine entsprechende Wahlmöglichkeit hatten.

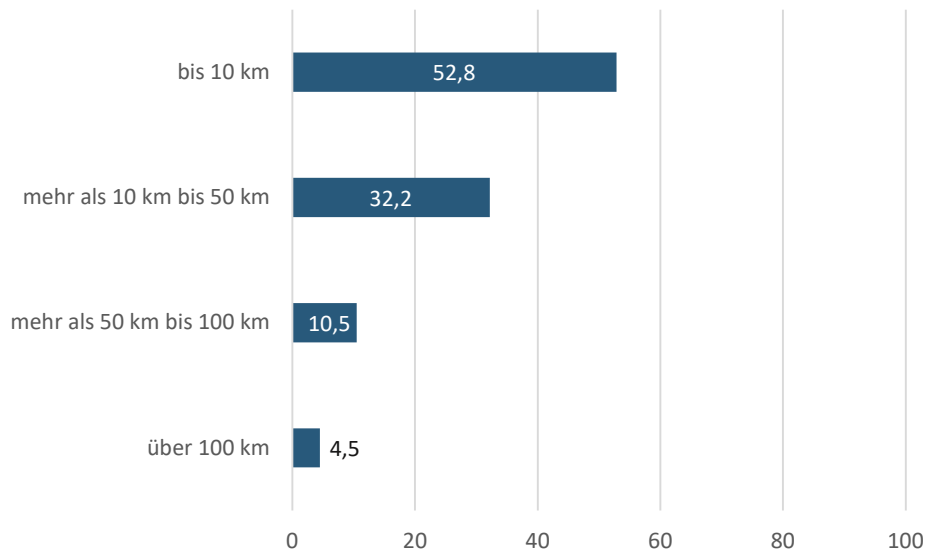
Entfernung der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch

Bei etwa der Hälfte der Befragten (52,8 %) lag die Praxis oder Klinik, in der der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, nicht weiter als 10 Kilometer von der eigenen Wohnung entfernt (vgl. Abb. 7.70). Bei 32,2 % betrug die Entfernung zwischen 10 und 50 km, bei 10,5 % der Befragten mehr

³⁴ BIK-Regionen sind räumliche Gliederungen in Deutschland, die für die Sozialforschung verwendet werden. Diese Regionen werden genutzt, um Daten nach geographischen Kriterien zu strukturieren und zu analysieren.

als 50 km bis 100 km und 4,5 % gaben eine Entfernung von mehr als 100 km bis zur Abbruch-einrichtung an.

Abb. 7.70: Entfernung der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch von der eigenen Wohnung (in Prozent)

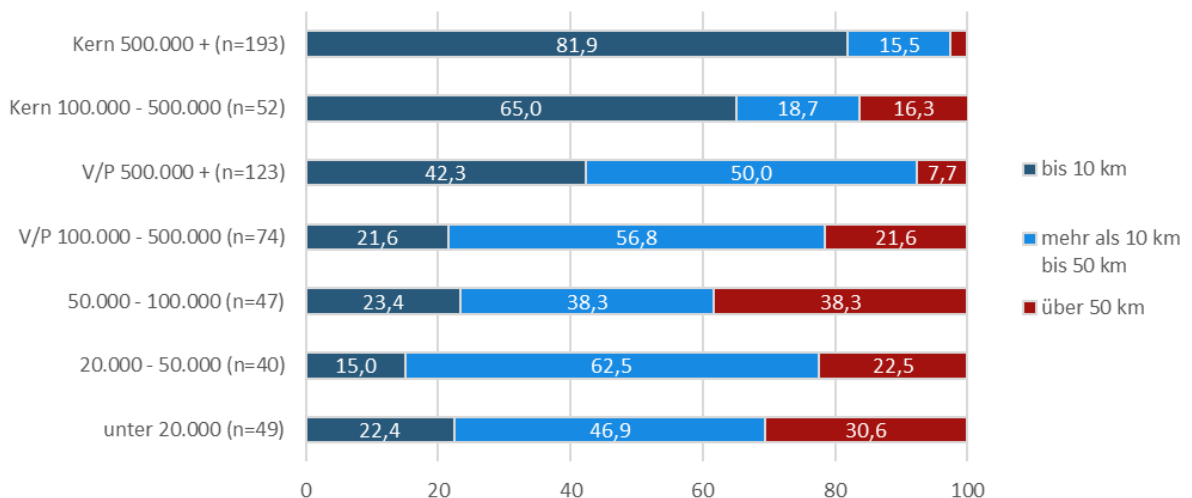


n = 581, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zwischen der Entfernung zur Einrichtung und dem Regionentyp besteht ein starker und signifikanter Zusammenhang. In Ballungsräumen und Stadtregionen ist der Anteil der aufgesuchten Einrichtungen in maximal zehn Kilometer erheblich höher als in weniger dicht besiedelten Raumregionen. Auch sind Entfernungen von mehr als 50 Kilometern seltener (vgl. Abb. 7.71). In weniger dicht besiedelten Regionen, wozu Mittel- und Unterzentren sowie weitere Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte zählen, haben weniger als ein Viertel der Befragten angegeben, eine Praxis oder Klinik im Umkreis von höchstens zehn Kilometern erreicht zu haben.

Abb. 7.71: Entfernung zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach BIK-Regionen (in Prozent)

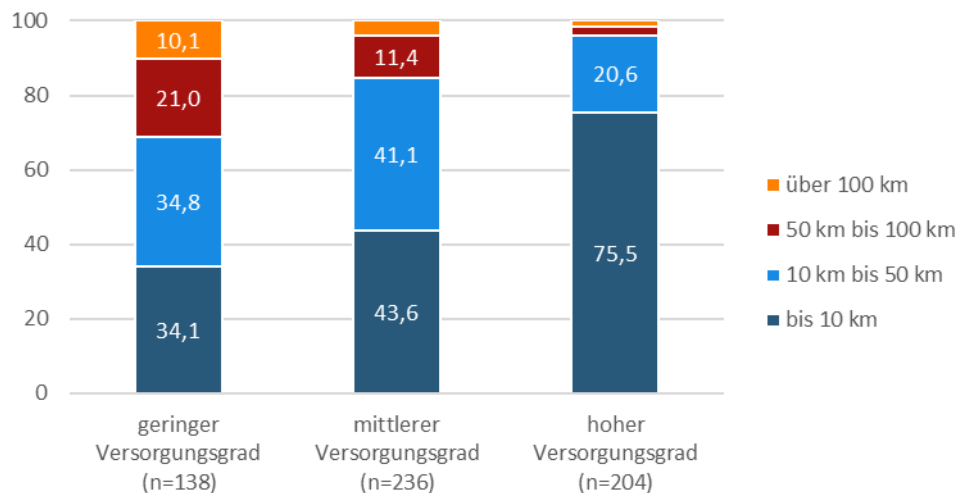


nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,487$; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Neben dem raumstrukturellen Regionentyp zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang der Entfernung der zum Schwangerschaftsabbruch aufgesuchten Einrichtung zu dem auf Ebene von Bundesländergruppen auf Grundlage der amtlichen Statistik der Schwangerschaftsabbrüche ermittelten regionalen Versorgungsgrad. Je höher der Versorgungsgrad, desto häufiger wurden von den Befragten Frauen Praxen und Kliniken in einem Umkreis von höchstens zehn Kilometern aufgesucht. In Regionen mit hohem Versorgungsgrad erreichten drei Viertel der Befragten eine Einrichtung in einem Umkreis von höchstens zehn Kilometern (vgl. Abb. 7.72). Dies gilt auch, obwohl in diese Kategorie nord- und ostdeutsche Bundesländer mit vielen dünn besiedelten Gebieten fallen.

Abb. 7.72: Entfernung zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



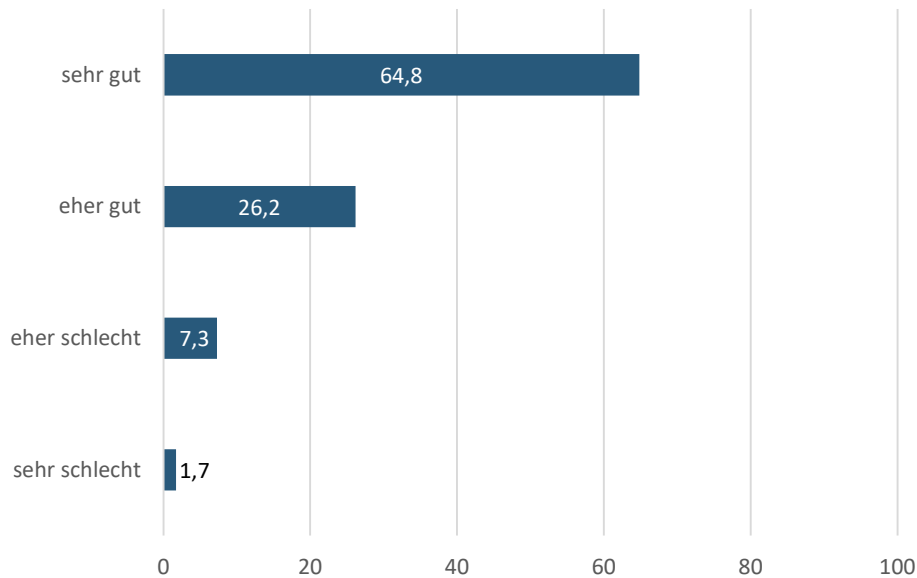
Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=-0,364$, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Persönliche Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch

Die Einschätzung der Erreichbarkeit einer Einrichtung kann neben der Entfernung auch von infrastrukturellen Gegebenheiten und von persönlichen mobilitätsbezogenen Möglichkeiten und Ressourcen sowie weiteren persönlichen Faktoren abhängen. 64,8 % der befragten Frauen berichteten, dass sie die Praxis oder Klinik sehr gut erreichen konnten, weitere 26,2 % konnten die Einrichtung gut erreichen (vgl. Abb. 7.73). 9,0 % der Befragten gaben an, dass die Abbruch-einrichtung eher oder sehr schlecht zu erreichen war.

Abb. 7.73: Subjektive Einschätzung der Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)

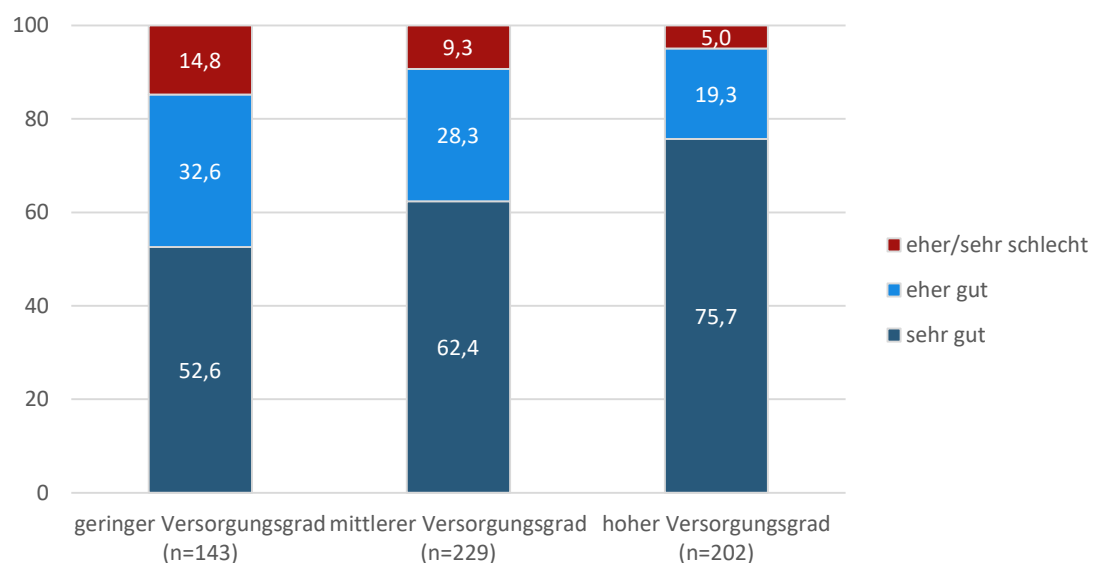


n = 577, nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ein signifikanter, wenn auch wenig starker Zusammenhang zeigt sich zwischen dem Versorgungsgrad der Region und der Erreichbarkeit der Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch. Berichten 75,7 % der Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad von einer sehr guten Erreichbarkeit, so sind es in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad 62,4 % und in der Region mit geringem Versorgungsgrad noch 52,6 %. In dieser Region liegt auch der Anteil der Befragten mit einer eher oder sehr schlechten Erreichbarkeit mit 14,8% höher als in den anderen Versorgungsregionen.

Abb. 7.74: Subjektive Einschätzung der Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=-0,194$; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Summenindex Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch

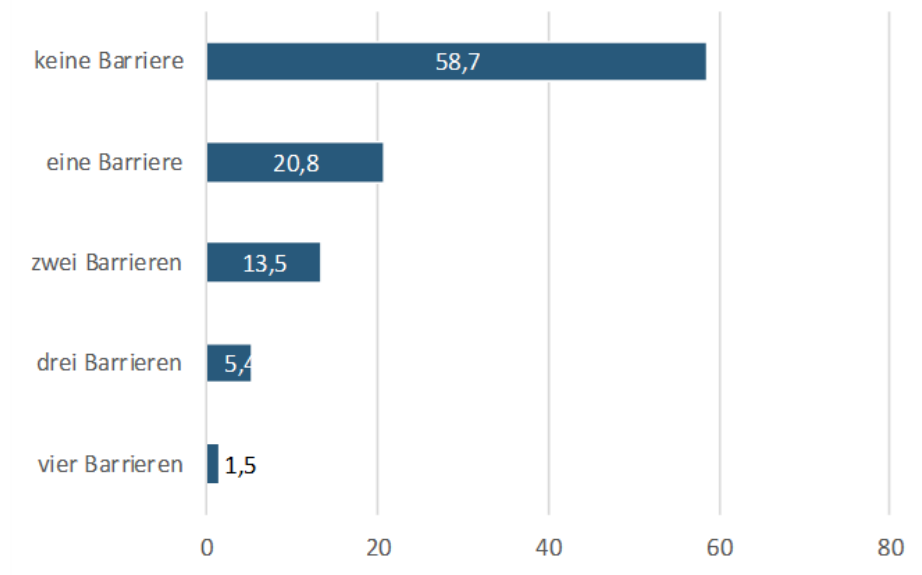
Um in weiteren vertiefenden Analysen die Aspekte der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für den Zugang zu medizinischer Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch umfassend betrachten zu können, wurde ein Summenindex erstellt. Dieser basiert auf den Antworten zu vier Fragen: der Anzahl kontaktierter Praxen, der Schwierigkeit, eine geeignete Einrichtung zu finden, sowie der Entfernung und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch. Die Angaben zu den Fragen weisen untereinander starke Zusammenhänge auf und bilden verschiedene Aspekte der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch ab.

Zur Bildung des Summenindex wurden bei den Fragen mit vierstufiger Antwortskala (Schwierigkeit, eine Einrichtung zu finden und Erreichbarkeit) die zwei positiven Kategorien (eher/sehr gut bzw. eher/sehr leicht) mit dem Wert 0 belegt und die zwei negativen Kategorien (eher/sehr schlecht bzw. eher/sehr schwer) mit dem Wert 1. Bei der Frage zur Anzahl kontaktierter Praxen wurde die Antwort 1 mit dem Wert 0 und alle anderen (also die Angabe, dass mehr als eine Einrichtung kontaktiert wurde) mit dem Wert 1 belegt. Eine Entfernung bis zu 50 km wurde mit dem Wert 0 und ab 50 km mit dem Wert 1 belegt. Genauere Ausführungen dazu siehe im Abschnitt zu den theoretischen Ausführungen zu Versorgung. Dort wird beschrieben, dass für die fachärztliche gynäkologische Versorgung eine Reisezeit von nicht mehr als 40 Minuten mit dem PKW als noch angemessen gilt. Bei einer Entfernung von mehr als 50 km ist davon auszugehen, dass diese Schwelle überschritten wird.

Diese Punkte wurden für den Summenindex addiert. Der Summenindex gibt demnach an, bei wie vielen der vier Fragen die Frauen Barrieren bei der Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit angegeben haben. Insgesamt können Werte von 0 bis 4 erreicht werden.

Wie in der folgenden Abb. 7.75 dargestellt, sind 58,7 % der Befragten im Summenindex dem Wert 0 zugeordnet. Sie haben also keine der beschriebenen Probleme angegeben: Sie haben nicht angegeben, mehr als eine Einrichtung kontaktiert zu haben, um einen Termin für einen Abbruch zu bekommen, die Entfernung zur Einrichtung betrug nicht mehr als 50 km und sie haben weder eine (eher) schlechte Erreichbarkeit berichtet noch, dass es (eher) schwer war, eine Einrichtung zu finden. Da bei diesen vier Fragen einige Frauen nicht zu allen Aspekten Angaben machten, könnten die ermittelten Häufigkeiten etwas unter den tatsächlichen Häufigkeiten liegen. 41,3 % der Befragten waren von einer der hier aufgenommenen Barrieren betroffen. 20,4 % von ihnen berichteten von zwei Barrieren. 6,9 % der Befragten stießen sogar auf drei oder vier Barrieren, die die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit einer Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigten.

Abb. 7.75: Summenindex Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (in Prozent)

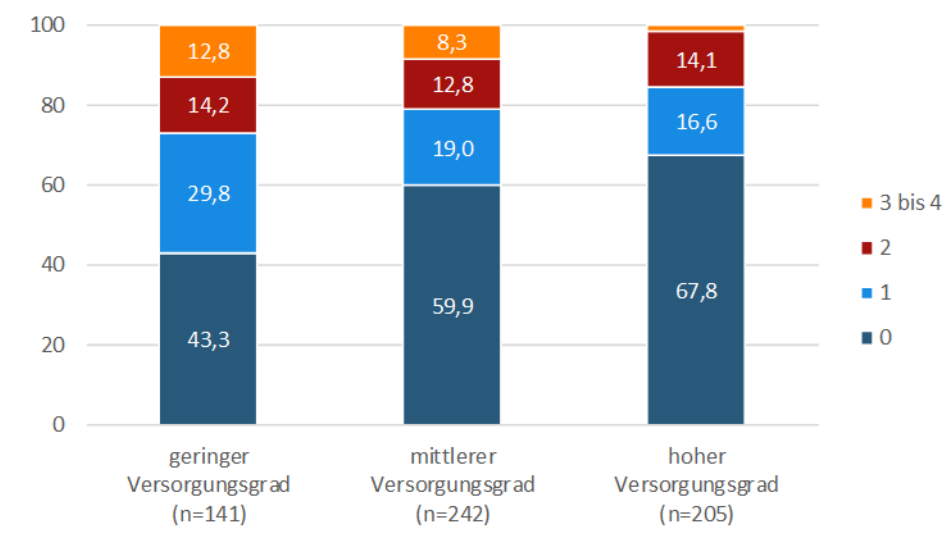


n = 591, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die im Summenindex abgebildete Zahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsgrad: Je höher der Versorgungsgrad, desto seltener gaben die Befragten Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit an. So gaben 67,8 % der Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad an, auf keine Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit gestoßen zu sein (vgl. Abb. 7.76). Dieser Anteil beträgt bei Befragten in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad noch 59,9 % und bei Befragten aus der Region mit geringem Versorgungsgrad 43,3 %. Mehr als jede zehnte Befragte (12,8 %) aus der Region mit geringem Versorgungsgrad berichtet von drei bis vier Barrieren, während dieser Anteil in der Region mit hohem Versorgungsgrad nur bei 1, % liegt. Der Zusammenhang ist schwach und signifikant.

Abb. 7.76: Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex) nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p = -0,185$, $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

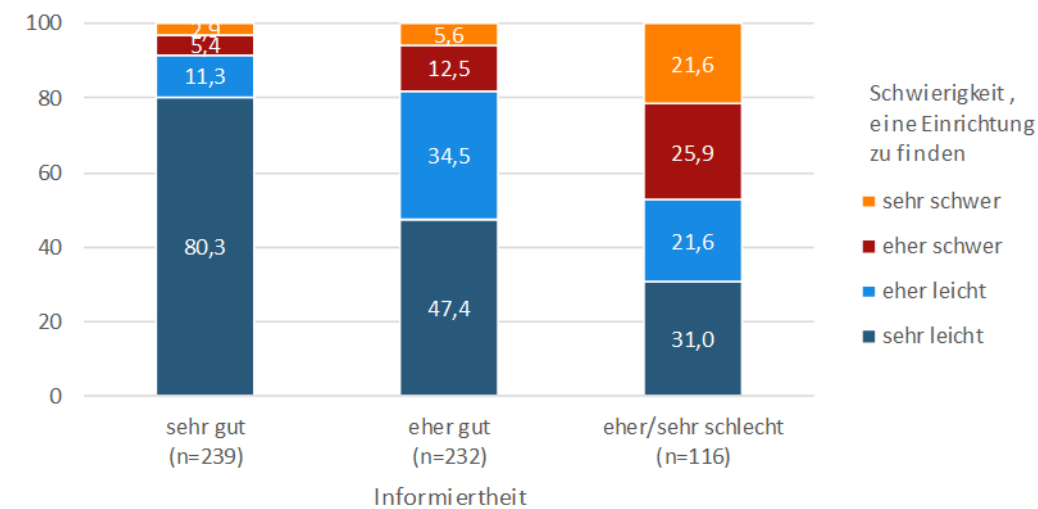
Die Analyse nach den BIK-Regionentypen zeigt, dass insbesondere in Großstädten gegenüber anderen Regionen häufiger überhaupt keine oder nur einzelne Barrieren genannt wurden. Zwischen den anderen Regionentypen zeigt sich kein systematischer Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Anzahl der genannten Barrieren bei der Erreichbarkeit der Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch.

Zugang zu Informationen und Verfügbarkeit und Erreichbarkeit

Neben den räumlichen Dimensionen stellt die Verfügbarkeit von Informationen eine weitere wichtige Dimension im Zugang zu Versorgung dar. Dies gilt aufgrund der langjährigen, erst vor kurzem mit der Streichung von § 219a StGB aufgehobenen gesetzlichen Restriktionen bei der Information in besonderer Weise bei Schwangerschaftsabbrüchen. Als allgemeiner Indikator für die Informiertheit wird für die folgende Auswertung auf die Selbsteinschätzung rekuriert, die mit der Frage „Wie gut oder schlecht haben Sie sich alles in allem rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert gefühlt?“ erhoben wurde (vgl. Kapitel 7.1.1.4.4).

Je besser die Befragten sich rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert fühlten, desto leichter fiel es ihnen auch, eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. So gaben 80,3 % der Befragten, die ihre Informiertheit als sehr gut einschätzten, an, dass es ihnen sehr leichtfiel, eine Abbrucheinrichtung zu finden (vgl. Abb. 7.77). Bei jenen Befragten, die ihre Informiertheit als eher oder sehr schlecht einschätzten, betrug dieser Anteil lediglich 31,0 %.

Abb. 7.77: Schwierigkeiten bei der Suche einer Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit (in Prozent)



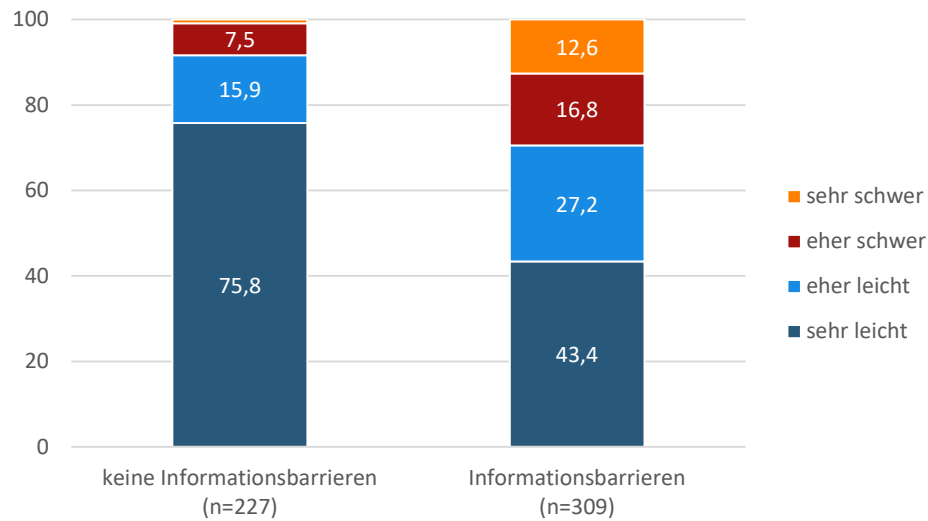
Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,420$, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Schwierigkeiten, eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden, hängen nicht nur von der Selbsteinschätzung der Befragten über ihre Informiertheit ab, sondern auch von den tatsächlich erlebten Informationsbarrieren. Von den Befragten, die auf solche Barrieren stießen, berichteten 29,4 %, dass es eher oder sehr schwer war, eine passende Einrichtung zu finden. Im Gegensatz dazu hatten nur 8,4 % der Befragten ohne Informationsbarrieren Schwierigkeiten bei der Suche.

Abb. 7.78: Schwierigkeiten bei der Einrichtungssuche nach Informationsbarrieren (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer war es für Sie, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden?

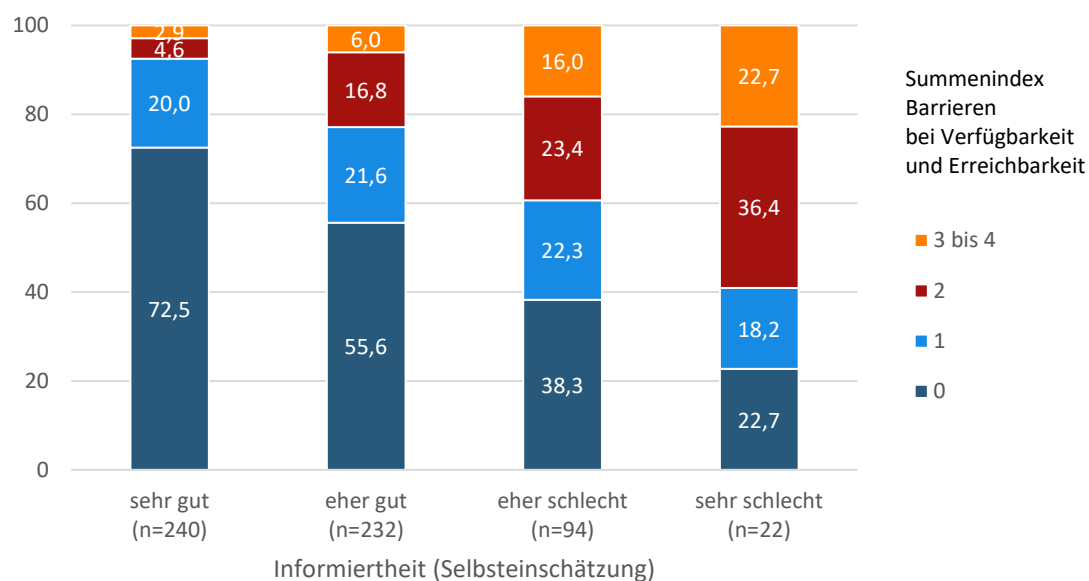


Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,346; p<0,001)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Je besser die Befragten sich rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert fühlten und je weniger sie auf Informationsbarrieren gestoßen sind, desto weniger berichteten sie von Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch. 72,5 % der befragten Frauen, die angaben, sich sehr gut informiert zu fühlen, berichteten von keinerlei Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit einer Praxis oder Klinik für den Schwangerschaftsabbruch. (vgl. Abb. 7.79). Bei den Befragten, die sich eher schlecht bzw. sehr schlecht informiert fühlten liegt dieser Anteil bei 38,3 % bzw. 22,7 % und damit deutlich niedriger.

Abb. 7.79: Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex) nach Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($\rho=0,320$; p<0,001)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

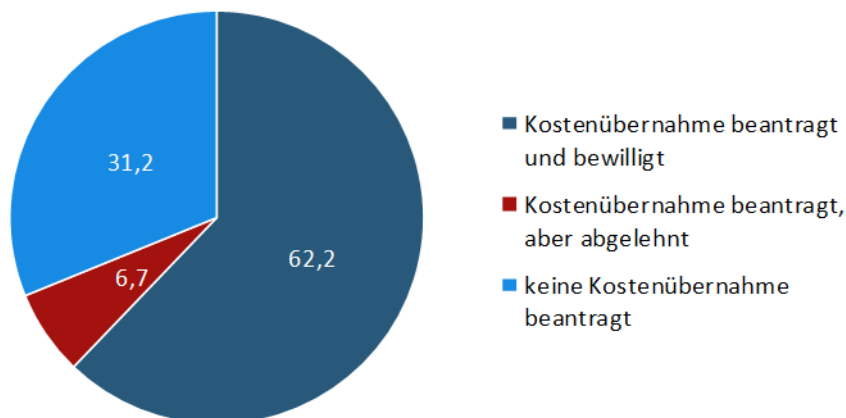
Ein ebenfalls signifikanter Zusammenhang besteht zwischen erlebten Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch und Informationsbarrieren. Befragte, die auf Informationsbarrieren gestoßen sind, berichteten auch häufiger von Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch (32,0 %) als Befragte ohne Informationsbarrieren (50,2 %).

7.1.1.4.7 Kosten und Kostenübernahme bei Schwangerschaftsabbrüchen

In Deutschland werden die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs nach Pflichtberatung nicht von den Krankenkassen übernommen. Die Kosten können damit grundsätzlich eine mögliche Barriere für Schwangerschaftsabbrüche darstellen. Im Falle von niedrigem Einkommen besteht gemäß Schwangerschaftskonfliktgesetz (§§ 19 f. SchKG) die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenübernahme bei einer Krankenkasse zu stellen. Die Gelder werden über die Sozialkassen der Länder bereitgestellt. Stand Juli 2022 lag die Einkommensgrenze hierfür bei 1.325 EUR und erhöht sich um 314 EUR, wenn minderjährige Kinder mit im Haushalt leben. Die Anträge auf Kostenübernahme müssen bei einer Krankenkasse gestellt werden, welche die Kosten dann beim Land abrechnet.

Von den im Rahmen der ELSA-Studie befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch haben über zwei Drittel einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt. 62,2 % der Frauen haben auf Antrag eine Kostenerstattung erhalten, bei 6,7 % wurde der Antrag abgelehnt (vgl. Abb. 7.80). Knapp ein Drittel der Frauen beantragten keine Kostenübernahme für den Schwangerschaftsabbruch.

Abb. 7.80: Kostenübernahme durch die Sozialkasse bei dem Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 584, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

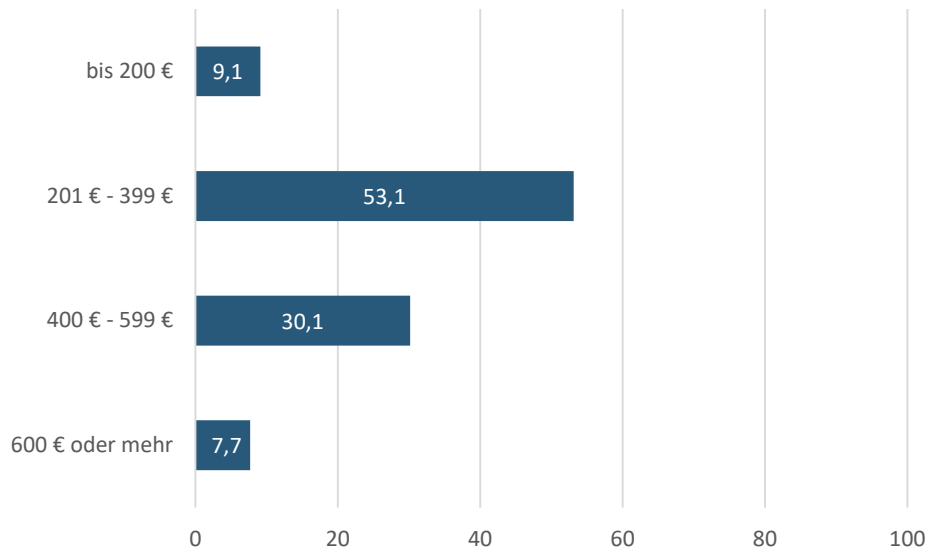
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Gründe, aus denen eine Kostenübernahme nicht beantragt oder nicht bewilligt wurde, wurden in der ELSA-Befragung nicht dezidiert erhoben. Bei der Auswertung haben sich allerdings Hinweise ergeben, dass nicht sämtliche anspruchsberechtigten Frauen eine Kostenübernahme erhalten haben. So erhielten 8,9 % der Frauen, die zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs aufgrund von geringem Einkommen staatliche Unterstützungsleistungen bezogen haben, keine Kostenübernahme, sei es wegen fehlender Antragstellung oder wegen Nichtbewilligung der Anträge.

Ausgaben der Selbstzahlerinnen für den Schwangerschaftsabbruch

Bei Frauen, die keine Kostenübernahme für den Schwangerschaftsabbruch erhalten haben, variierten die Ausgaben für den Schwangerschaftsabbruch erheblich: Knapp jede zehnte Befragte (9,1 %) zahlte bis zu 200 € (vgl. Abb. 7.81). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,1 %) zahlte für den Abbruch zwischen 201 und 399 €. Knapp ein Drittel (30, %) gab Kosten in Höhe von 400 bis 599 € an. 7,7 % der Befragten gaben Kosten von 600 € und mehr an.

Abb. 7.81: Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (ohne Befragte mit Kostenübernahme durch die Sozialkasse, in Prozent)

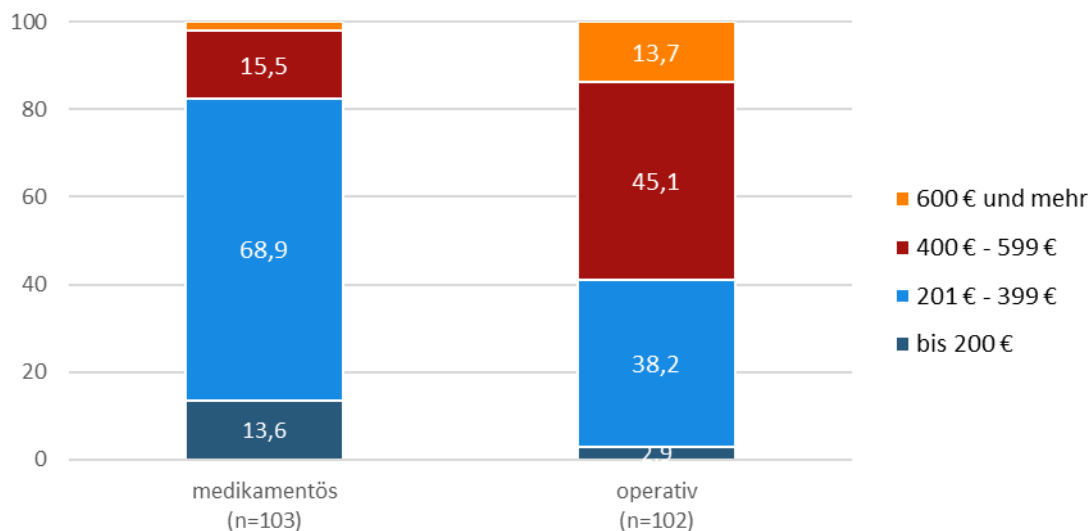


n = 209, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ohne bewilligte Kostenübernahme durch die Sozialkasse

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Höhe der Kosten steht hierbei in einem engen Zusammenhang mit der beim Schwangerschaftsabbruch angewandten Methode. Befragte mit einem operativen Schwangerschaftsabbruch berichten erheblich häufiger von Ausgaben in Höhe von 400 EUR oder mehr (58,8 %) als Befragte mit einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (17,4 %).

Abb. 7.82: Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach angewandter Methode (ohne Befragte mit Kostenübernahme durch die Sozialkasse, in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ohne bewilligte Kostenübernahme durch die Sozialkasse (Cramers V=0,441, p<0,001)

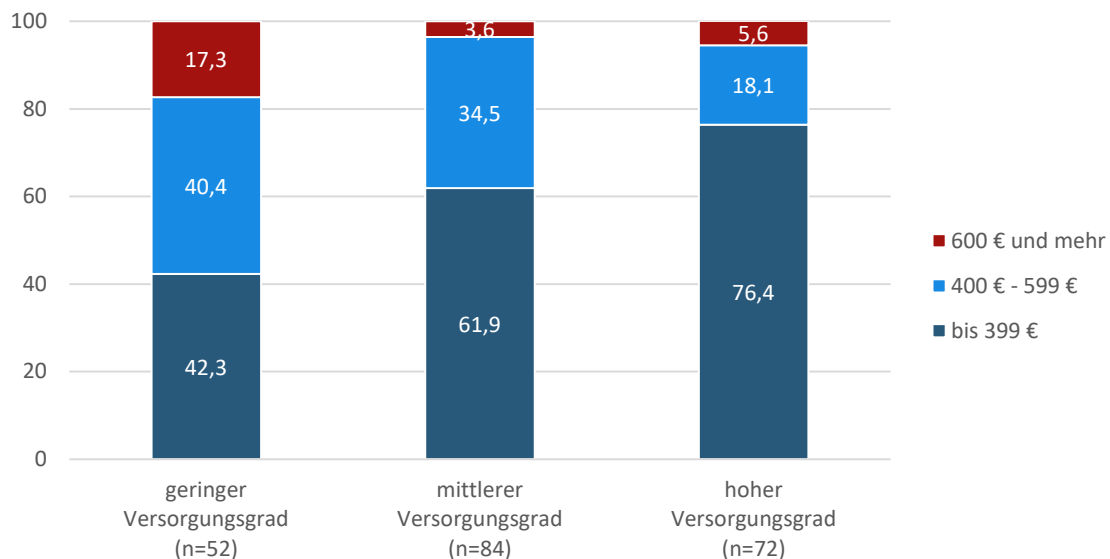
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ein genauerer Blick zeigt, dass insbesondere operative Abbrüche mit Vollnarkose teurer sind und telemedizinisch begleitete, medikamentöse Abbrüche die geringsten Kosten verursachen. So sind

die Abbrüche, die 600 Euro und mehr kosteten, fast ausschließlich operative Abbrüche mit Vollnarkose.

Die Höhe der Kosten, für die Selbstzahlerinnen ohne Kostenübernahme aufkommen müssen, steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsgrad der Region. Der Anteil der Abbrüche, die unter 400 € kosteten, liegt in den Regionen mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad bei 61,9 % bzw. 76,4 %. In der Region mit geringem Versorgungsgrad liegt dieser Anteil mit 42,3 % deutlich niedriger. Stattdessen findet sich hier mit 17,3 % ein vergleichsweise hoher Anteil an Abbrüchen, die 600 € und mehr kosteten. Im Vergleich dazu beträgt dieser Wert in den anderen Regionen weniger als 6 %. Je geringer der Versorgungsgrad der Region ist, desto höher sind die selbst gezahlten Ausgaben für den Schwangerschaftsabbruch. Es ist zu vermuten, dass die Unterschiede bei den Kosten in Regionen mit unterschiedlichem Versorgungsgrad zu einem Teil darauf zurückzuführen sind, dass unterschiedliche Methoden zum Schwangerschaftsabbruch angewendet werden. In Regionen mit höherem Versorgungsgrad werden gegenüber operativen Schwangerschaftsabbrüchen weniger kostenintensive medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche überdurchschnittlich häufiger vorgenommen.

Abb. 7.83: Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach regionalem Versorgungsgrad (ohne Befragte mit Kostenübernahme durch die Sozialkasse, in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ohne bewilligte Kostenübernahme durch die Sozialkasse ($p=-0,212$; $p=0,002$)

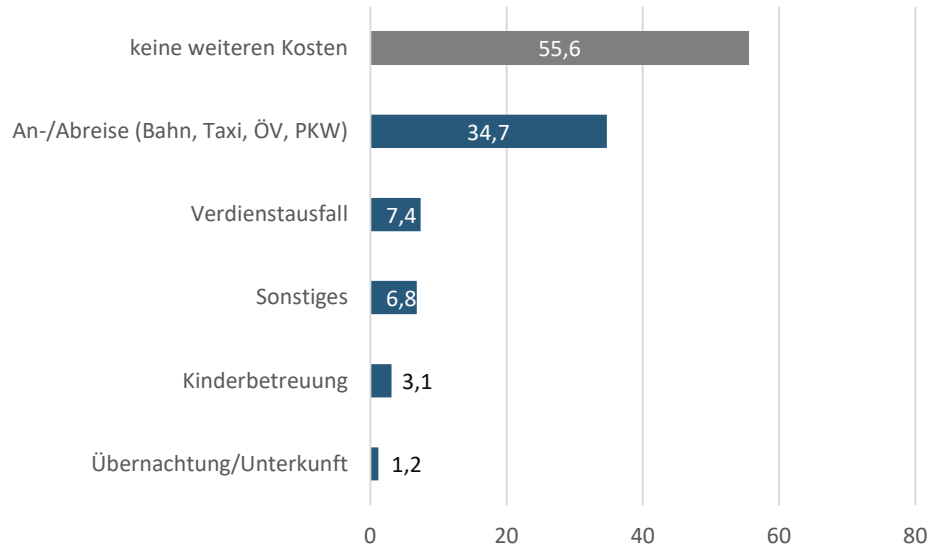
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Mit einem Anteil von 51,9 % sind gut die Hälfte der Befragten, die keine Kostenübernahme beantragt haben oder deren Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt wurde, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs alleine aufgekommen. In den übrigen Fällen beteiligten sich der Partner (bei 35,6 %) oder außerhalb von Partnerschaften der Mann, von dem sie schwanger waren (bei 14,4 %) an den Kosten des Schwangerschaftsabbruchs. In insgesamt 16,2 % der Schwangerschaftsabbrüche ohne Kostenübernahme durch die Sozialkassen wurden die Kosten vollständig vom Partner (9,7 %) bzw. dem beteiligten Mann (6,5 %) gezahlt.

Neben den Kosten für die medizinische Leistung der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs sind bei etwas weniger als der Hälfte der befragten Frauen weitere Kosten im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch angefallen (vgl. Abb. 7.84). Mehr als ein Drittel (34,7 %) gibt Kosten für die An- und Abreise an, 7,4 % der Befragten geben Kosten aufgrund von Verdienstausschlag und

6,8 % sonstige Kosten an. Diese Ausgaben werden bei einer bewilligten Kostenübernahme nicht von den Sozialkassen übernommen.

Abb. 7.84: Weitere angefallene Ausgaben im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch (in Prozent der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch)



n = 585, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

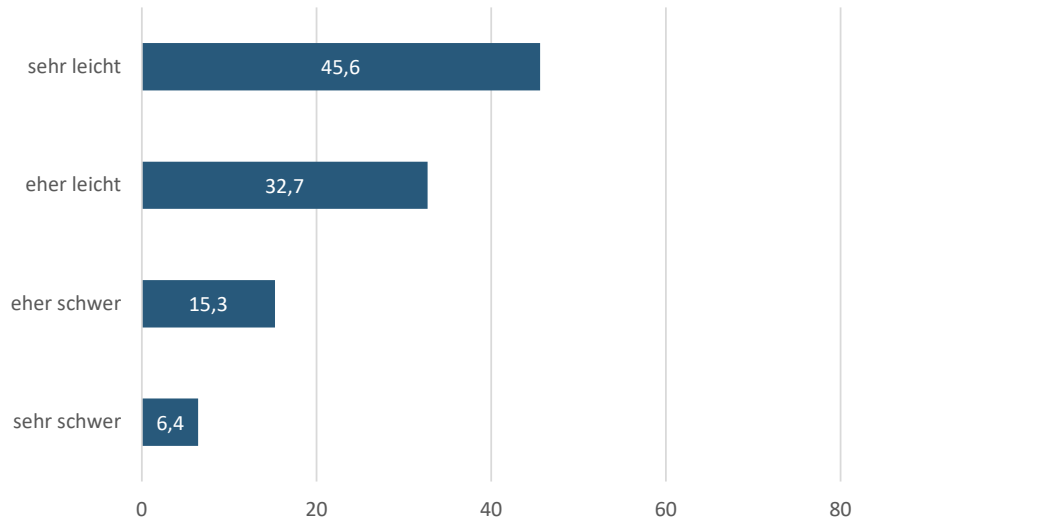
Je weiter die Einrichtung, in der der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wurde, entfernt war, desto eher entstanden den Befragten Kosten für die An- und Abreise. So steigt der Anteil der Befragten mit Kosten für An- und Abreise von 23,0 % bei einer Entfernung von unter 10 km auf 67,2 % bei einer Entfernung von 50 km bis 100 km und 60,0 % bei einer Entfernung von über 100km. Ein Zusammenhang zeigt sich ebenfalls zwischen der subjektiv eingeschätzten Erreichbarkeit der Praxis oder Klinik und den Kosten für An- und Abreise. Je schlechter die Erreichbarkeit, desto eher entstanden Kosten für die An- und Abreise.

Persönliche finanzielle Belastung

Die Bezahlung der Kosten für den Schwangerschaftsabbruch und die damit verbundenen Ausgaben stellt mehr als jede fünfte befragte Frau vor Schwierigkeiten: Für 6,4 % der Befragten war es sehr schwer und für weitere 15,3 % eher schwer, für die Kosten aufzukommen (vgl. Abb. 7.85). Knapp der Hälfte (45,6 %) der Befragten fiel es sehr leicht, die Kosten zu bezahlen, die im Zusammenhang mit dem Abbruch entstanden sind, weitere 32,7 % fanden dies eher leicht.

Abb. 7.85: Persönliche finanzielle Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer war es für Sie, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs und die darüber hinaus angefallenen Kosten aufzukommen?



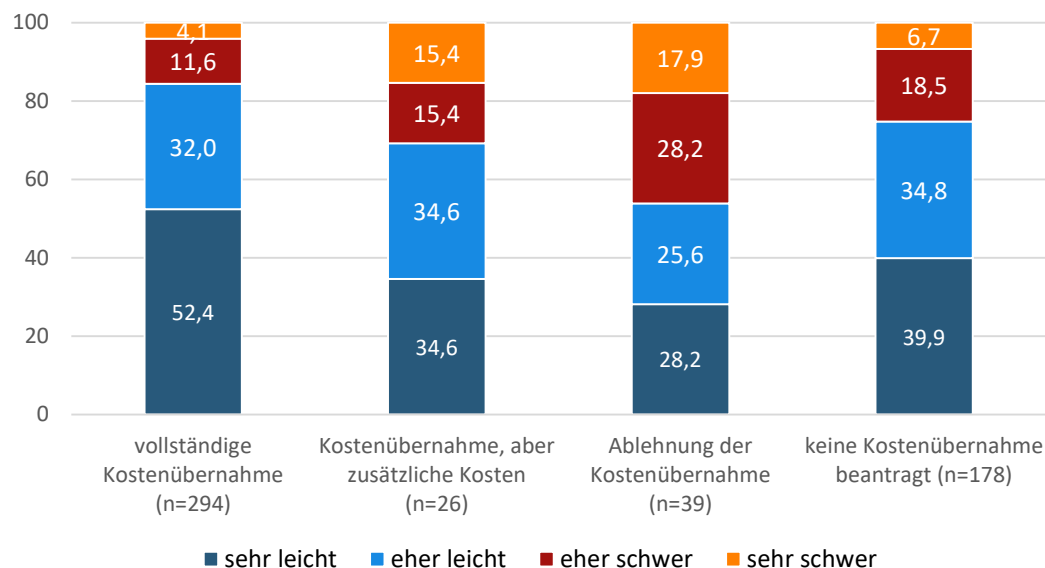
n = 544, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Wurde der Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt, gaben die Befragten besonders häufig an, dass es ihnen eher oder sehr schwerfiel, für die Kosten aufzukommen (46,2 %, darunter 17,9 % „sehr schwer“, vgl. Abb. 7.86). Haben die Befragten keine Kostenübernahme beantragt, so gaben ein Viertel von ihnen (25,2 %) an, dass sie es eher oder sehr schwer fanden, die Kosten selbst zu bezahlen.

Abb. 7.86: Persönliche finanzielle Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach Beantragung und Bewilligung der Kostenübernahme (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer war es für Sie, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs und die darüber hinaus angefallenen Kosten aufzukommen?



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

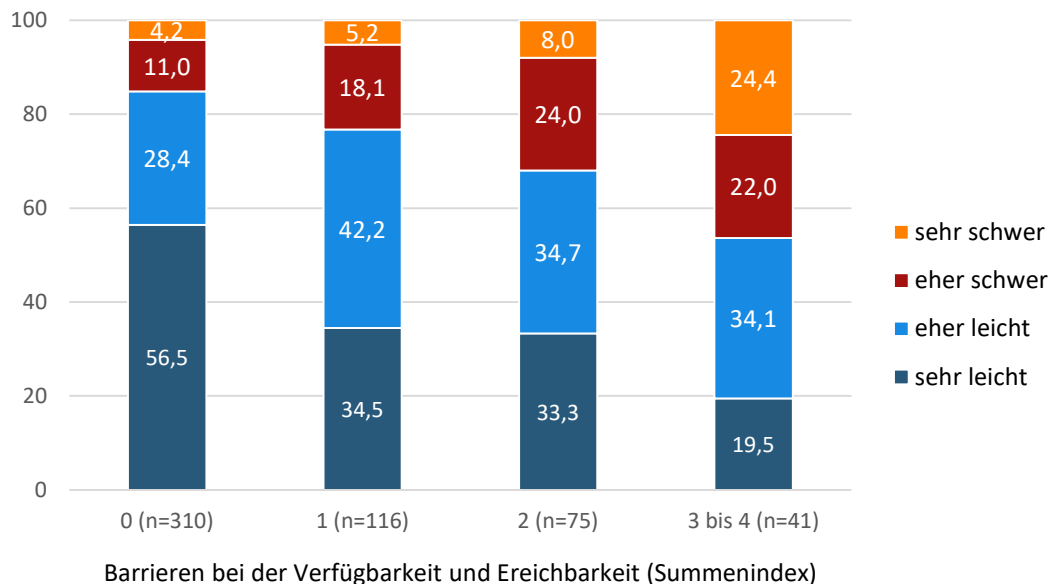
Schwierigkeiten, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aufzukommen, wurden umso häufiger berichtet, je schwerer die Einrichtung erreichbar war, in der der Abbruch stattfand. So liegt der Anteil bei den Befragten, denen es eher schwer oder sehr schwerfiel, für die Kosten aufzukommen, bei einer sehr guten Erreichbarkeit der Praxis oder Klinik bei 16,4 %. War die Einrichtung eher schlecht oder sehr schlecht erreichbar, gab ein doppelt so hoher Anteil der Befragten an, dass ihnen die Bezahlung der Kosten schwer oder sehr schwergefallen ist.

Auch bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung zeigt sich ein Zusammenhang mit der persönlichen finanziellen Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs.

Zudem zeigt sich ein schwacher und signifikanter Zusammenhang zwischen den Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit und der Frage, wie leicht oder schwer es den Frauen fiel, für die Kosten aufzukommen. Von den Befragten, die von keinerlei Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtungen berichteten, gaben 56,5 % an, dass es ihnen sehr leichtfiel, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aufzukommen (vgl. Abb. 7.87). Waren die Befragten auf eine oder zwei Barrieren gestoßen, fiel die Bezahlung lediglich jeder dritten Befragten sehr leicht und bei mehr als drei Barrieren lediglich jeder fünften Befragten. Umgekehrt ist der Anteil der befragten Frauen, die eher schwer oder sehr schwer für die Schwangerschaftsabbruchskosten aufkommen konnten, umso höher, je mehr Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtungen vorgefunden wurden. Bei drei oder mehr Barrieren berichteten 46,4 % der Befragten, dass ihnen die Ausgaben eher oder sehr schwergefallen sind.

Abb. 7.87: Persönliche finanzielle Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex) (in Prozent)

Frage: Wie leicht oder schwer war es für Sie, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs und die darüber hinaus angefallenen Kosten aufzukommen?



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,277$; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch eine geringere Erreichbarkeit und größere Entfernung zur Abbrucheinrichtung eher Kosten entstehen und es den Frauen schwerer fällt, für diese Kosten aufzukommen. Auf je mehr Barrieren die Befragten in der Verfügbarkeit und

Erreichbarkeit treffen, desto häufiger fällt es ihnen auch schwer, die Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch zu tragen.

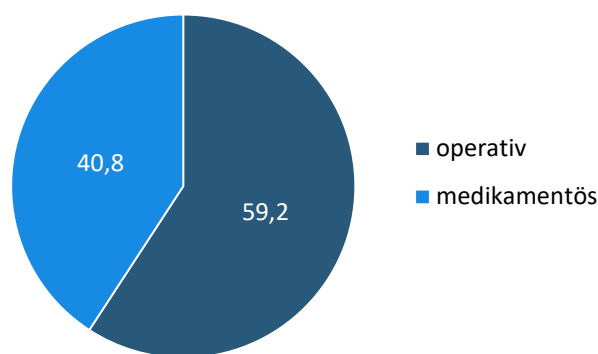
7.1.1.4.8 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Die folgenden Auswertungen zu den beim Schwangerschaftsabbruch angewendeten Methoden basieren ebenfalls auf den Ergebnissen der standardisierten Befragung der Frauen. In den wesentlichen Bereichen, etwa der Verteilung der Anteile der medikamentös oder operativ durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche oder der Entwicklung dieser Anteile in den zurückliegenden Jahren, sind die Ergebnisse der Befragung mit den Daten der amtlichen Statistik der Schwangerschaftsabbrüche weitgehend vergleichbar. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die ELSA-Befragungsdaten anders als die amtliche Statistik der Schwangerschaftsabbrüche nicht auf jeweils ein Berichtsjahr beschränkt, sondern retrospektiv einen größeren, weniger klar abgegrenzten Zeitraum umfasst. Die ELSA-Befragungsdaten ermöglichen es, die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch im Zusammenhang mit den persönlichen Bedingungen der betroffenen Frau zu betrachten. Ein wichtiger Teil der Analysen umfasst dabei auch ihre persönlichen Erfahrungen, Präferenzen und Bewertungen in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch.

Angewandte Methode

Bei den befragten Frauen wurden 59,2 % der Schwangerschaftsabbrüche operativ durchgeführt. 40,8 % der Befragten haben einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen.

Abb. 7.88: Angewandte Methode beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 586 Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Von den operativen Schwangerschaftsabbrüchen wurde die große Mehrheit mit Vollnarkose durchgeführt (86,7 %) und nur ein kleiner Teil (13,3 %) fand mit lokaler Betäubung statt. Von den Befragten, die einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben, nahmen 30,1 % beide Medikamente unter ärztlicher Aufsicht ein, während 13,0 % beide Medikamente zu Hause einnahmen. Zudem gaben 56,9 % der Befragten an, lediglich das zweite Medikament im Rahmen des sogenannten "Home Use" zu Hause eingenommen zu haben.

Die operative Methode wurde im Zeitverlauf immer seltener angewendet, während die Häufigkeit der medikamentösen Methode im Zeitverlauf stetig zugenommen hat: Bei Schwangerschaftsabbrüchen, die mehr als 10 Jahre zurückliegen, betrug der Anteil der operativen Methode noch über 80 %, während er bei Abbrüchen innerhalb der letzten 5 Jahren nur noch bei 53,0 % liegt. Dieser Trend zur medikamentösen Methode bildet sich in vergleichbarer Weise in den Daten der amtlichen Statistik ab.

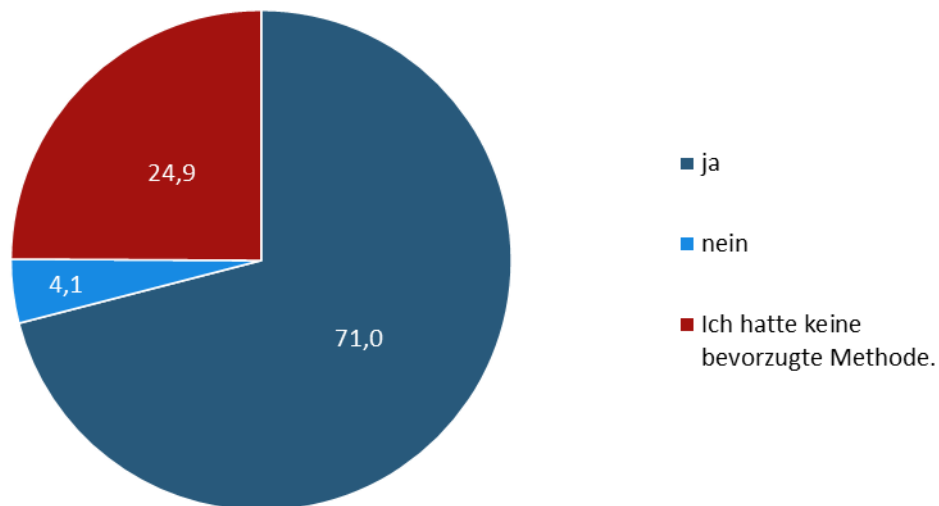
Differenziert man innerhalb der Methoden stärker aus, zeigt sich, dass der Anteil der operativen Abbrüche mit lokaler Betäubung langfristig stark rückläufig ist. Unter den medikamentös

durchgeführten Abbrüchen ist der Anteil des sogenannten Home Use (die Einnahme des zweiten Medikaments zuhause) stetig auf einen Anteil von 27,0 % bei Abbrüchen in den letzten 5 Jahren gestiegen.

Bevorzugte Methode für den Schwangerschaftsabbruch

Bei einer deutlichen Mehrheit (71,0 %) der befragten Frauen wurde der Schwangerschaftsabbruch mit der von ihnen bevorzugten Methode vorgenommen. 4,1 % der Befragten gaben an, dass bei ihnen nicht die von ihnen bevorzugte Methode angewendet wurde. Jede vierte Befragte äußerte, dass sie keine bevorzugte Methode hatte.

Abb. 7.89: Anwendung der bevorzugten Methode beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 582 Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

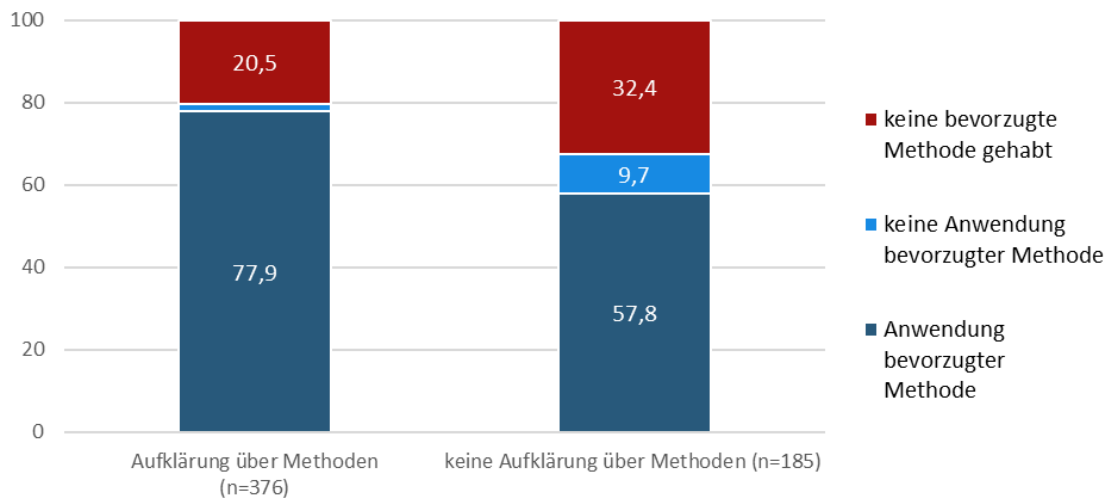
Als Gründe, weshalb die von ihnen bevorzugte Methode nicht angewendet wurde, nannten die Befragten, dass die Schwangerschaft bereits zu weit fortgeschritten war (8 Fälle), dass die Einrichtung nicht die von ihnen bevorzugte Methode anbot (9 Fälle) und dass die Ärztin/der Arzt ihnen eine andere Methode empfohlen hat (3 Fälle).

Die medikamentöse Methode ist in Deutschland nur bis zur vollendeten 9. SSW zugelassen, viele Ärztinnen und Ärzte wenden Sie auch nur in diesem Zeitraum an. Eine zu weit fortgeschrittene Schwangerschaft kann bedeuten, dass die medikamentöse Methode nicht mehr zur Wahl steht: Daher kommt ab der 10. SSW meist nur noch die operative Methode in Frage. Bei Eingriffen mit der bevorzugten Methode erfolgte der Abbruch in 48,4 % der Fälle operativ. Bei Eingriffen, die nicht der gewünschten Methode entsprachen, erfolgte er zu 87,5 % operativ. Frauen bevorzugten also einen medikamentösen Eingriff. Von den Befragten, die keine bevorzugte Methode hatten, wurde die Schwangerschaft bei 84,8 % operativ und bei 15,2 % medikamentös abgebrochen. Im Vergleich zur Verteilung der Methoden unter allen Befragten zeigt sich hier eine überproportionale Anwendung der operativen Methode.

Ob die befragten Frauen eine bevorzugte Methode für den Schwangerschaftsabbruch hatten und ob diese Methode angewendet worden ist, steht im Zusammenhang mit der Aufklärung und Information der Frauen zu den verschiedenen Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch bei dem ersten Arzttermin zur Feststellung der Schwangerschaft. Frauen, die keine Informationen zu den verschiedenen Methoden erhalten haben, hatten mit einem Anteil von 32,4 % häufiger keine bevorzugte Methode als Frauen, die informiert wurden (20,5 %, vgl. Abb. 7.90). Zudem wurde bei

9,7 % der Frauen, die beim ersten Arztbesuch nicht informiert wurden, die bevorzugte Methode nicht angewendet. Bei den Frauen, die diese Informationen erhielten, sind es nur 1,6 %.

Abb. 7.90: Anwendung der bevorzugten Methode beim Schwangerschaftsabbruch in Abhängigkeit der Aufklärung über Methoden beim ersten Arzttermin (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers $V=0,244$; $p<0,001$)

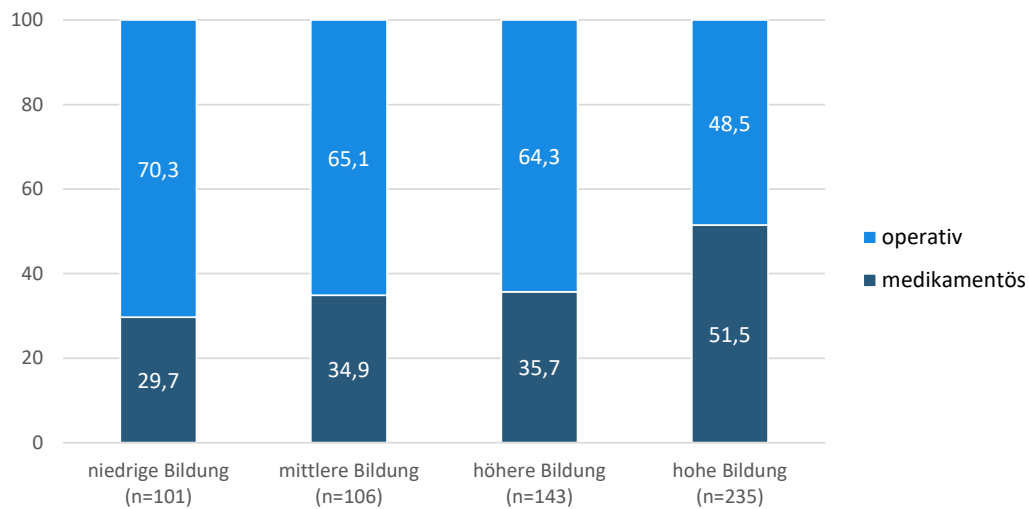
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ob die Befragten eine bevorzugte Methode hatten, unterscheidet sich auch danach, wie lange der Abbruch her ist: Bei Schwangerschaftsabbrüchen innerhalb der letzten fünf Jahre lag der Anteil der Befragten mit keiner bevorzugten Methode mit 16,7 % deutlich geringer als im Durchschnitt aller Befragten. Der Anteil der Frauen mit einer bevorzugten Methode ist im Gegenzug über die Jahre gestiegen.

Zusammenhänge der angewandten Methode beim Schwangerschaftsabbruch mit soziodemografischen Faktoren

Zwischen dem Bildungsstatus der Befragten und der beim Schwangerschaftsabbruch angewandten Methode ist ein signifikanter Zusammenhang beobachtbar: Je höher der Bildungsstatus, desto häufiger erfolgte der Schwangerschaftsabbruch unter Anwendung der medikamentösen Methode. Bei den befragten Frauen mit niedrigem Bildungsstatus wurden lediglich 29,7 % der Schwangerschaftsabbrüche medikamentös durchgeführt, bei Frauen mit hohem Bildungsstatus mit einem Anteil von 51,5 % mehr als die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche (vgl. Abb. 7.91).

Abb. 7.91: Angewandte Methode beim Schwangerschaftsabbruch nach Bildungsstatus (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,182; $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

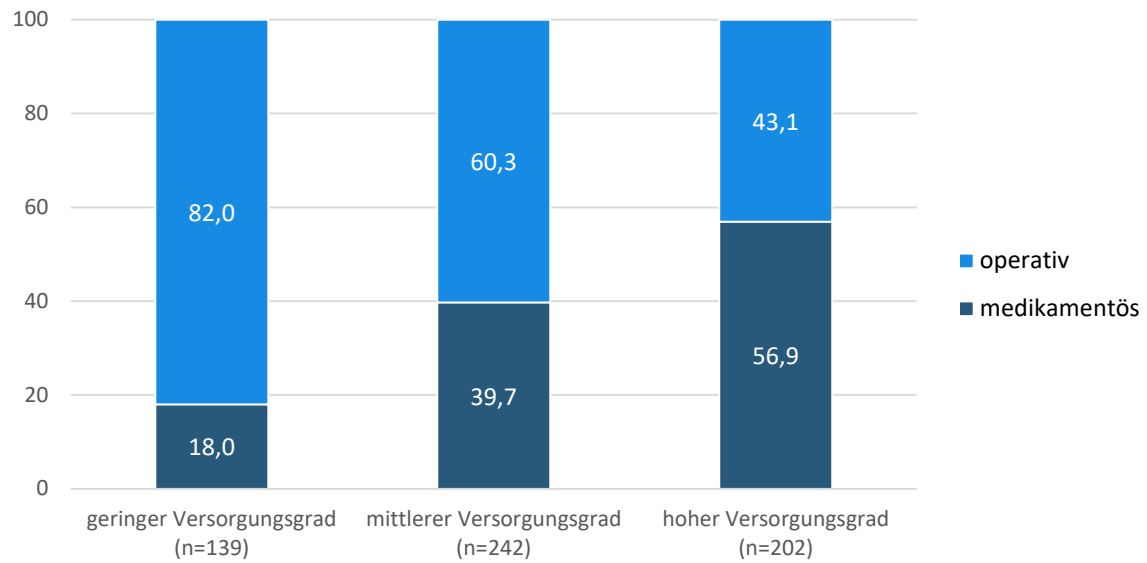
Ein genauerer Blick zeigt vor allem Unterschiede zwischen den Anteilen von medikamentösen Abbrüchen im Home Use und operativen Abbrüchen mit Vollnarkose: So liegt der Anteil der medikamentösen Abbrüche mit Home Use bei den Befragten mit hoher Bildung (33,2 %) etwa doppelt so hoch wie bei den Befragten mit niedrigerer Bildung (15,8 % bis 17,5 %). Gleichzeitig ist bei den Befragten mit hoher Bildung der Anteil an operativen Abbrüchen mit Vollnarkose mit 40,9 % deutlich niedriger als bei den Befragten mit niedriger Bildung. Hier beträgt der Anteil 63,4 %.

Es zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs und der angewandten Methode. Bei jüngeren Befragten ist der Anteil von medikamentösen Abbrüchen deutlich geringer (bis 24 Jahre: 29,3 %; 25 bis 29 Jahre: 44,1 %; 30-34 Jahre: 40,2 %) als bei älteren Befragten. Hier liegt der Anteil bei 51,5 % (35 bis 39 Jahre) bzw. 55,9 % (ab 40 Jahre).

Angewandte Methoden beim Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad

Zwischen der Häufigkeit der Anteile medikamentös und operativ durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche und dem regionalen Versorgungsgrad zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang. In den Regionen mit einem hohen Versorgungsgrad wurden mit einem Anteil von 56,9 % erheblich mehr Schwangerschaftsabbrüche medikamentös durchgeführt als in den Regionen mit geringem Versorgungsgrad, wo der Anteil der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche bei lediglich 18,0 % liegt (vgl. Abb. 7.92).

Abb. 7.92: Angewandte Methode beim Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



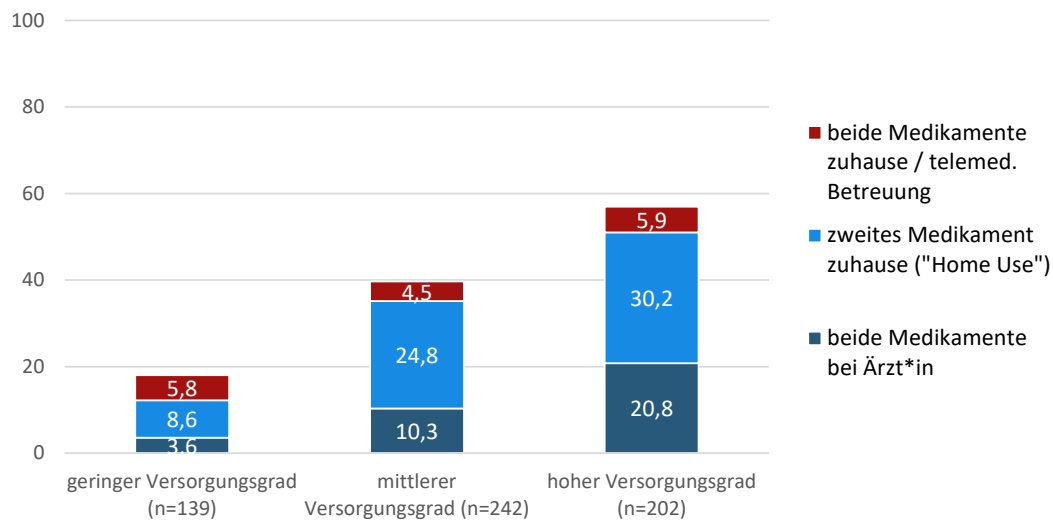
Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,299; $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ebenso zeigen sich in Abhängigkeit des regionalen Versorgungsgrads Unterschiede, wie viele der medikamentösen Abbrüche im sog. „Home Use“ – also mit Einnahme des zweiten Medikaments zu Hause – oder telemedizinisch begleitet stattgefunden haben. Gleichermäßen bestehen regionale Unterschiede dahingehend, wie viele der operativen Abbrüche mit lokaler oder Vollnarkose durchgeführt wurden. Diese Unterschiede werden im Folgenden getrennt nach medikamentösen und operativen Methoden näher ausgeführt.

Der Anteil der medikamentösen Abbrüche im sog. „Home Use“ steigt (bezogen auf alle Schwangerschaftsabbrüche) mit zunehmendem Versorgungsgrad: In der Region mit hohem Versorgungsgrad ist der Anteil an „Home Use“ mit 30,2 % am höchsten, während er in der Region mit geringem Versorgungsgrad mit 8,6 % deutlich niedriger ist (vgl. Abb. 7.93). Der Anteil an medikamentösen Abbrüchen unter telemedizinischer Begleitung (beide Medikamente zuhause) lag in allen Regionen mit Anteilen zwischen 4,5 % und 5,9 % ähnlich hoch.

Abb. 7.93: Orte der Medikamenteneinnahme bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)

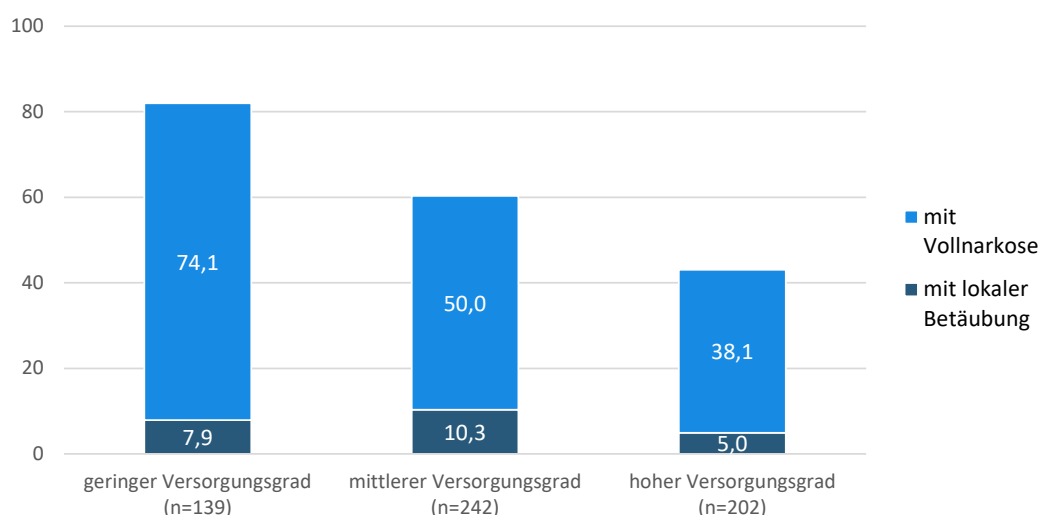


Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Der in Regionen mit niedrigem Versorgungsgrad überdurchschnittlich hohe Anteil an operativen Schwangerschaftsabbrüchen geht, wie die differenziertere Auswertung zeigt, maßgeblich auf operative Schwangerschaftsabbrüche mit Vollnarkose zurück. Während der Anteil operativer Schwangerschaftsabbrüche mit Vollnarkose an allen Schwangerschaftsabbrüchen in der Region mit hohem bzw. mittlerem Versorgungsgrad bei 38,1 % bzw. 50,0 % beträgt, liegt der entsprechende Anteil in der Region mit geringem Versorgungsgrad mit 74,1 % deutlich höher (vgl. Abb. 7.94). Der Anteil von operativen Abbrüchen mit lokaler Betäubung ist in den Regionen mit geringem bzw. mittlerem Versorgungsgrad leicht höher (7,9 % bzw. 10,3 %) als in der Region mit hohem Versorgungsgrad (5,0 %).

Abb. 7.94: Anteil spezifischer operativer Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

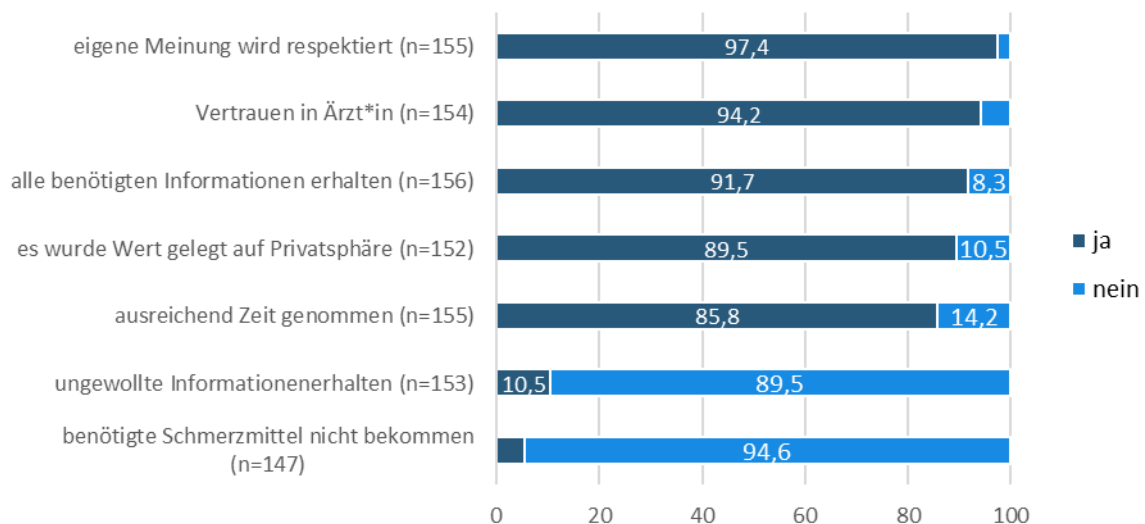
Insgesamt zeigen die Daten, dass ein höherer Versorgungsgrad mit einem höheren Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen und einem niedrigeren Anteil an operativen Abbrüchen einhergeht. Dies kann darauf hindeuten, dass hier ein größeres Angebot und mehr Wahlmöglichkeiten zwischen den Methoden vorhanden sind und sich die Anbieterinnen und Anbieter damit stärker an den aktuellen Empfehlungen (z. B. der WHO) orientieren.

7.1.1.4.9 Erfahrungen mit dem ärztlichen und nichtärztlichen Personal beim Schwangerschaftsabbruch

Die Fragen zu den persönlichen Erfahrungen beim Schwangerschaftsabbruch wurden aufgrund des hohen Umfangs der Erstbefragung ausschließlich in der Wiederholungsbefragung gestellt. Da sich nicht alle Teilnehmerinnen der Erstbefragung an der zweiten Befragungsrunde erneut beteiligt haben, ist die Stichprobengröße bei den Auswertungen zu diesem Thema kleiner. Zudem werden ausschließlich Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft innerhalb Deutschlands berücksichtigt (n=159).

Ein Großteil der befragten Frauen bewertet ihre Erfahrungen beim Arztbesuch im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch positiv. Bis auf wenige Ausnahmen hatten die befragten Frauen das Gefühl, dass ihre Meinung respektiert wurde (97,4 %, vgl. Abb. 7.95). Jeweils über 90 % der Frauen vertrauten der Ärztin oder dem Arzt und erhielten alle von ihnen benötigten Informationen. Ebenfalls über 85 % der Befragten gaben an, dass in der Arztpraxis oder Klinik Wert auf ihre Privatsphäre gelegt wurde und dass sich die Ärztin oder der Arzt ausreichend Zeit genommen hat. Negative Erfahrungen werden entsprechend nur von einem geringen Teil der Befragten berichtet. 10,5 % der Befragten gaben an, ungewollte Informationen erhalten zu haben, und 5,4 % haben benötigte Schmerzmittel nicht erhalten.

Abb. 7.95: Bewertung des Arztbesuchs zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)

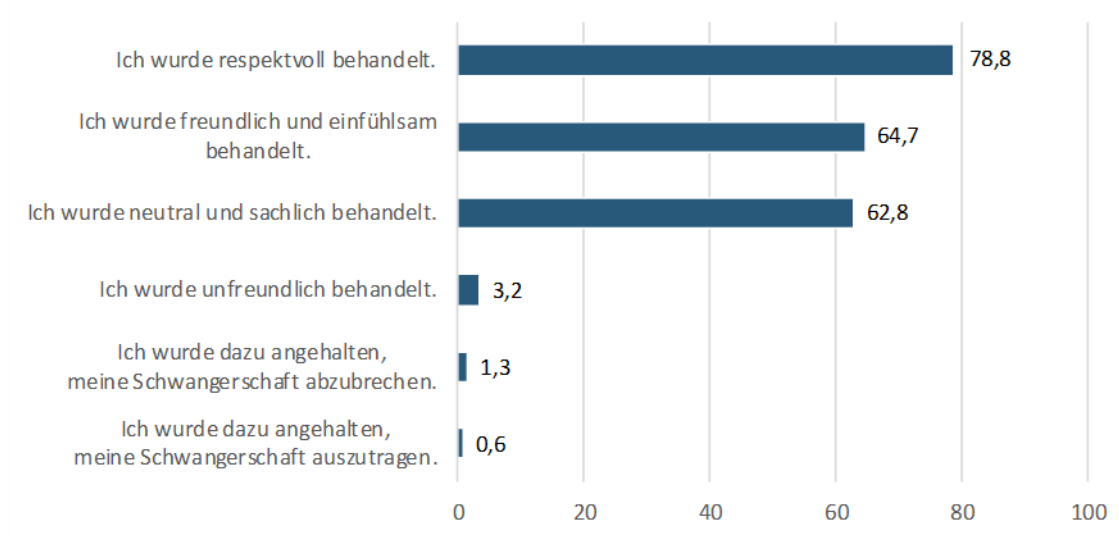


Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Erfahrungen im Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten, die die Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt haben, werden ebenfalls überwiegend positiv bewertet. Die deutliche Mehrheit der befragten Frauen fühlte sich bei dem Schwangerschaftsabbruch von der Ärztin oder dem Arzt respektvoll (78,8 %), freundlich und einfühlsam (64,7 %) oder neutral und sachlich (62,8 %) behandelt (vgl. Abb. 7.96). Berichte über eine unfreundliche Behandlung oder zu einer Einflussnahme auf die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen, beschränken sich auf Einzelfälle.

Abb. 7.96: Erfahrungen im Umgang mit der Ärztin oder dem Arzt beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 156, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zur weiteren Veranschaulichung der Erfahrungen konnten Teilnehmende der Online-Befragung in einem Freitextfeld eigene Kommentare abgeben. Sieben Personen nutzten diese Möglichkeit. Auch wenn es sich hierbei um individuelle Äußerungen handelt, dienen sie zur Illustration und sind im Folgenden aufgeführt. Eine Teilnehmerin gab an, dass sie sich „gut aufgehoben gefühlt“ habe. Zwei weitere Personen beschrieben sowohl positive als auch negative Erlebnisse: Eine berichtete, dass sie „lange suchen musste, um eine Klinik zu finden, die den Abbruch vornimmt“, und fügte hinzu, dass die letztlich gewählte Klinik „freundlich und diskret“ war, im Gegensatz zu den „vielen unfreundlichen Begegnungen“ davor. Eine andere Befragte schilderte ihre Erfahrung so: „Von derselben Person beim Gesprächstermin kurzfristig und kalt, beim Tablettennehmen vor der OP sachlich, kurz vor Durchführung der OP freundlich und einfühlsam.“

Drei Befragte berichteten im Freitextfeld über negative Erlebnisse im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs. Eine Person fühlte sich bevormundet und erhielt die Ermahnung: „Passen Sie beim nächsten Mal besser auf.“ Eine andere kritisierte die fehlende neutrale Sprache, da der Fötus als „Baby“ bezeichnet wurde und die Ärztin sie zwang, das Ultraschallbild mit den Worten anzusehen: „Sehen Sie sich das jetzt an! Das ist Ihr Baby. Mit der Tablette werden Sie das jetzt abtöten.“ Eine weitere Teilnehmerin schilderte ihr Erlebnis mit dem Narkosearzt, der „mehrere Nadeln für den Zugang benutzte“ und auf ihre Nachfrage „unglaublich schroff und wütend reagierte.“ Zudem sprach das Personal während der Vorbereitung privat und in einer anderen Sprache, was in ihr die Angst auslöste, dass über sie gesprochen wurde.

Die Erfahrungen mit dem nichtärztlichen Personal beim Schwangerschaftsabbruch ähneln in hohem Maße denen mit den Ärztinnen und Ärzten. Die Erfahrungen im Kontakt mit dem nichtärztlichen Personal beim Schwangerschaftsabbruch 70,6 % der Befragten gaben an, vom nicht-ärztlichen Personal respektvoll behandelt worden zu sein. 64,1 % fühlten sich freundlich und einfühlsam und 62,1 % neutral und sachlich behandelt. Negative Erfahrungen beschränkten sich wiederum auf Einzelfälle: Unfreundlich behandelt wurden fünf Befragte, zwei Befragte gaben an, dazu angehalten worden zu sein, die Schwangerschaft abubrechen. Keine der Befragten gab an, mit Vorwürfen konfrontiert oder dazu angehalten worden zu sein, die Schwangerschaft auszutragen.

Der Kontakt zu ärztlichem und nichtärztlichem Personal beim Schwangerschaftsabbruch wurde von den Befragten einheitlich bewertet: Bei einer respektvollen Behandlung durch die Ärztin oder den

Arzt wurde zumeist auch eine respektvolle Behandlung durch das nichtärztliche Personal angegeben. Dieses Muster zeigt sich auch bei den anderen erhobenen Aspekten der persönlichen Behandlung beim Schwangerschaftsabbruch. Die in Tab. 7.12 dargestellte entsprechende statistische Analyse verweist auf starke Zusammenhänge.

Tab. 7.12: Zusammenhang der Erfahrungen im Umgang mit ärztlichem und mit nichtärztlichem Personal beim Schwangerschaftsabbruch

Behandlung durch Ärztin/Arzt (Antwort „ja“, Häufigkeit in n)	Behandlung durch nicht-ärztliches Personal (Antwort „ja“ in Prozent)	ϕ
Ich wurde respektvoll behandelt. (n=120)	85,8 %	0,655***
Ich wurde freundlich und einfühlsam behandelt. (n=99)	82,8 %	0,524***
Ich wurde neutral und sachlich behandelt. (n=95)	84,2 %	0,579***

*** p<0,001

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

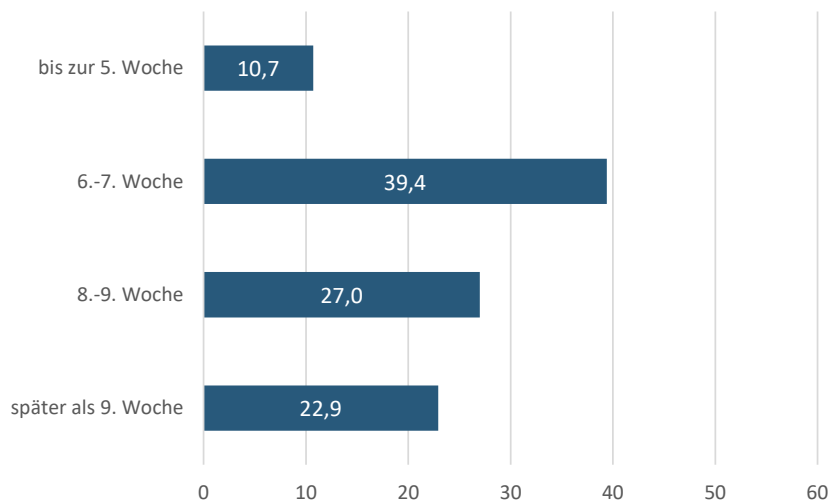
7.1.1.4.10 Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft

Die folgenden Auswertungen befassen sich mit der Zeitspanne zwischen dem Bemerkten bzw. der ärztlichen Feststellung einer Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch sowie den Faktoren, die diese Zeitspanne beeinflussen. Ein möglichst früher Abbruch und ein schneller Zugang zur Versorgung gelten in der Forschung als zentrale Qualitätsmerkmale. In Deutschland ist eine kurze Zeitspanne besonders wichtig, da rechtliche Einschränkungen nach der 12. Schwangerschaftswoche gelten und medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche nur bis zur neunten Woche möglich sind.

Wie in Kapitel 7.1.1.4.1 bereits dargestellt, bemerken Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft abbrechen, diese Schwangerschaft weit überwiegend zu einem frühen Zeitpunkt. Ein Drittel der befragten Frauen stellten bis zur vierten Woche nach Empfängnis fest, schwanger zu sein, und insgesamt 84,5 % bemerkten ihre Schwangerschaft bis zur sechsten Woche (p. c.). Nur ein geringer Anteil von 2,4 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch bemerken die Schwangerschaft erst nach der neunten Schwangerschaftswoche.

Nach Angaben der Frauen in der ELSA-Onlinebefragung fanden die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche bis einschließlich der siebten Schwangerschaftswoche (p. c.) statt, darunter 10,7 % bereits bis zur fünften Woche (vgl. Abb. 7.97). Bei weiteren 27,0 % der Befragten fand der Schwangerschaftsabbruch in der achten oder neunten Woche statt, bei 22,9 % nach der neunten Woche.

Abb. 7.97: Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



n = 589, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

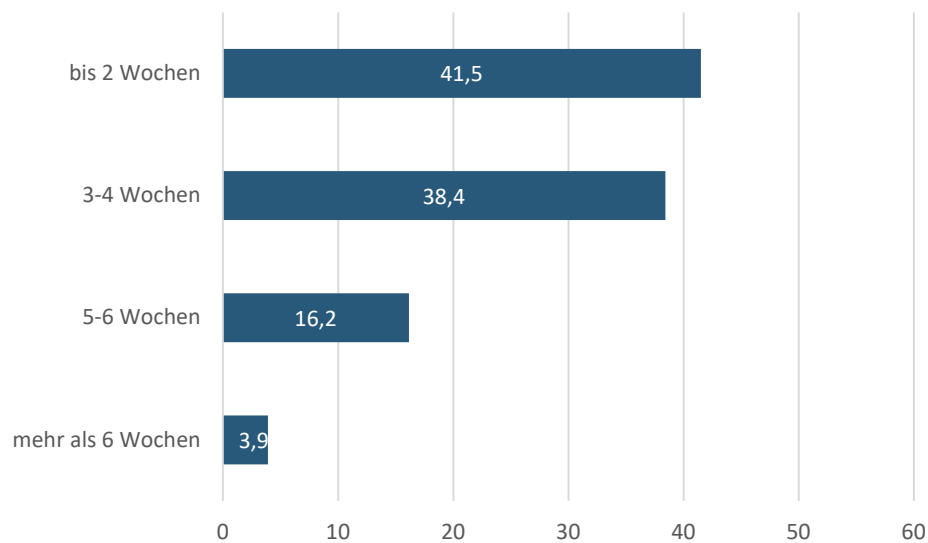
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Ergebnisse sind weitgehend deckungsgleich mit den Daten der amtlichen Statistik der Schwangerschaftsabbrüche.

In der Befragung wurden die Frauen gebeten, die Zeitpunkte der Feststellung und des Abbruchs der Schwangerschaft in Schwangerschaftswochen vom Beginn der Schwangerschaft (p. c.) anzugeben. Aus erhebungsmethodischen Überlegungen wurde dabei auf eine wochenscharfe Erfassung der Zeitpunkte verzichtet, bei der gerade bei einer retrospektiven Erhebung die Gefahr von Antwortausfällen oder Fehlangaben erhöht gewesen wäre. Stattdessen wurden Kategorien von im Regelfall zwei- oder mehrwöchigen Zeiträumen zur Auswahl gestellt. Bei der Aufbereitung und Ermittlung von Zeitspannen zwischen zwei solchermaßen erhobenen Ereignissen führt dieses Vorgehen zu geringen Unschärfen. Die durchgeführten Sensitivitätsprüfungen ergaben, dass durch mögliche Ungenauigkeiten keine statistisch relevanten, die inhaltliche Ergebnisse beeinflussenden Auswirkungen entstehen.

Bei 41,5 % der Befragten lagen zwischen Feststellung und Abbruch bis zu zwei Wochen, bei 38,4 % betrug die Zeitspanne drei bis vier Wochen und bei 20,1 % lagen fünf Wochen und mehr zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft.

Abb. 7.98: Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft (in Prozent)



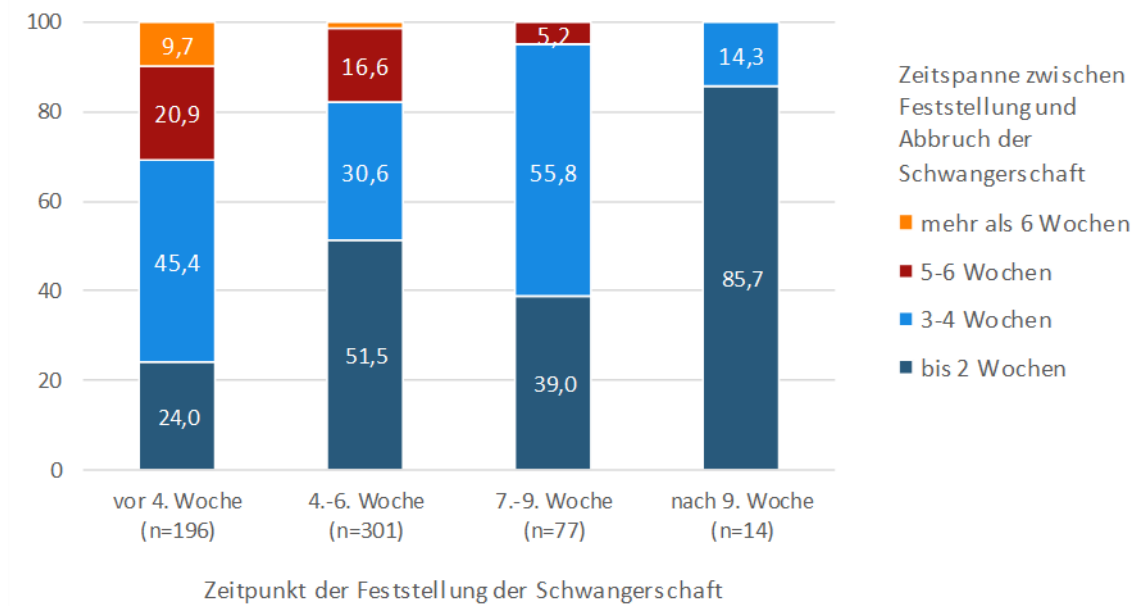
n = 588, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Grundsätzlich zeigen die Befragungsergebnisse, dass je früher die Schwangerschaft festgestellt wird, desto früher auch der Schwangerschaftsabbruch stattfindet. In einigen Fällen wird aber trotz früher Feststellung der Schwangerschaft der Abbruch erst relativ spät durchgeführt. So fand bei 30,6 % der Befragten, bei denen die Schwangerschaft vor der vierten Woche festgestellt wird, der Schwangerschaftsabbruch mehr als vier Wochen später statt (vgl. Abb. 7.99). Bei Befragten, bei denen die Schwangerschaft in der vierten bis zur sechsten Woche festgestellt wurde, liegt dieser Anteil immer noch bei 17,9 %.

Generell gilt auch, dass je später die Schwangerschaft festgestellt wird, desto geringer ist die Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft. Dies ist auch plausibel, da aufgrund der gesetzlichen Fristsetzung bei einer späteren Feststellung der Schwangerschaft weniger Zeit bleibt, den Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Auffällig ist, dass der Anteil von Abbrüchen, die innerhalb von zwei Wochen nach Feststellung stattfinden, nicht mit einem späteren Zeitpunkt der Feststellung steigt, sondern bei den Abbrüchen, die in der siebten bis neunten Woche festgestellt wurden, mit 39,0 % deutlich niedriger ist als in Fällen, in denen die Schwangerschaft bereits in der vierten bis sechsten Woche festgestellt wurde – hier liegt der Anteil bei 51,5 %.

Abb. 7.99: Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)

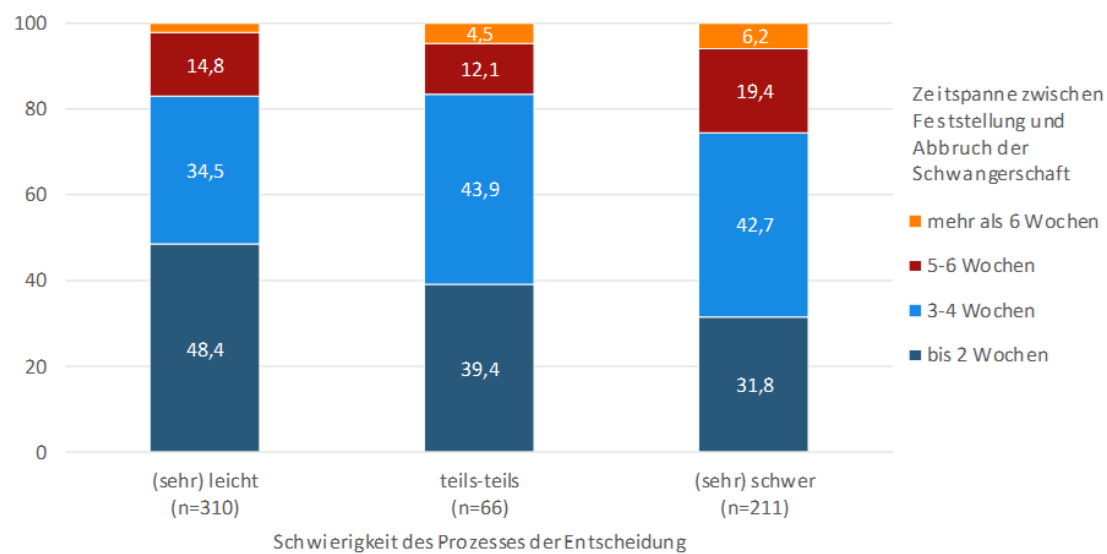


Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,213; $p < 0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei den Faktoren, die in einem Zusammenhang mit den unterschiedlichen Zeitspannen zwischen dem Bemerkten der Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch stehen, lassen sich in der statistischen Analyse sowohl persönlich-individuelle Umstände als auch versorgungsstrukturbezogene Merkmale erkennen.

Als ein persönlicher Umstand, der im Zusammenhang mit der Zeitspanne zwischen Bemerkten und Abbruch der Schwangerschaft steht, zeigt sich die Schwierigkeit, eine Entscheidung zu treffen, die Schwangerschaft abubrechen (vgl. Kapitel 7.1.1.4.2). Bei den Befragten, denen es nach eigener Angabe leicht oder sehr leichtgefallen ist, zu einer Entscheidung zu kommen, wurde knapp die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche in den ersten beiden Wochen nach Bemerkten der Schwangerschaft durchgeführt (vgl. Abb. 7.100). Allerdings lag bei mehr als jeder sechsten Befragten (17,1 %), die den Entscheidungsprozess als leicht oder sehr leicht einschätzte, die Zeitdauer von Feststellung der Schwangerschaft und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs bei mehr als vier Wochen. Bei den Befragten, die ihren Entscheidungsprozess als schwer oder sehr schwer beschrieben, erfolgten weniger als ein Drittel (31,8 %) der Schwangerschaftsabbrüche in den ersten beiden Wochen nach Schwangerschaftsfeststellung und etwas mehr als ein Viertel (25,6 %) erst später als vier Wochen.

Abb. 7.100: Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)

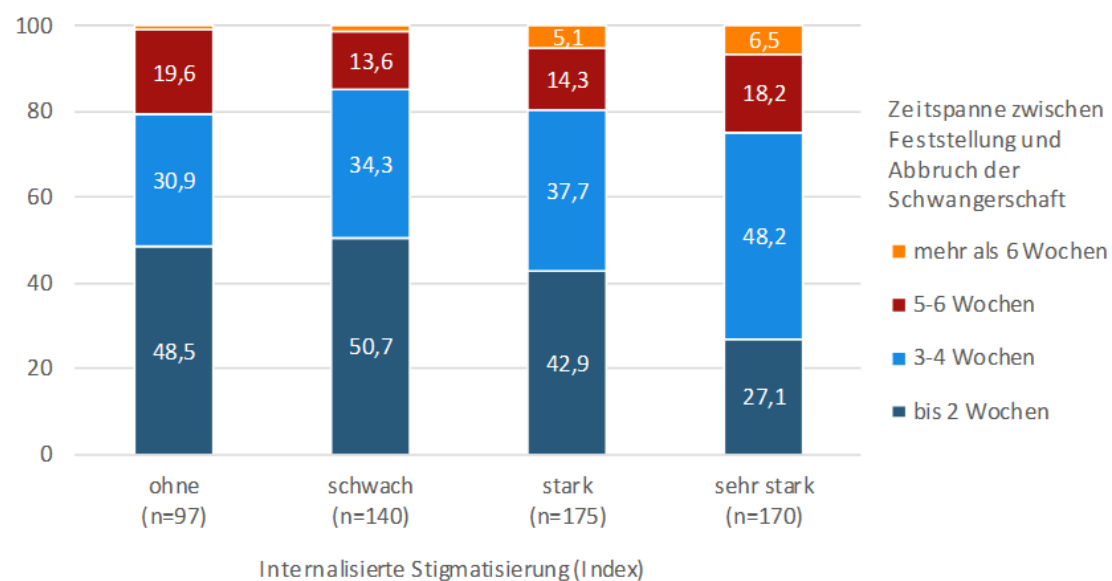


Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,160$; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ein weiterer Zusammenhang zeigt sich zwischen dem Ausmaß der schwangerschaftsabbruch-bezogenen Stigmatisierungsgefühle – die in der ELSA-Studie mit dem Index zur internalisierten Stigmatisierung abgebildet werden (vgl. Kapitel 7.1.1.4.3) – und der Zeitdauer von der Schwangerschaftsfeststellung bis zum Schwangerschaftsabbruch. Bei Befragten mit stark und insbesondere mit sehr stark ausgeprägten Stigmatisierungsgefühlen waren kurze Zeitspannen zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft deutlich seltener als bei Befragten ohne oder mit lediglich schwachen Stigmatisierungsgefühlen.

Abb. 7.101: Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach internalisierter Stigmatisierung (Index, in Prozent)



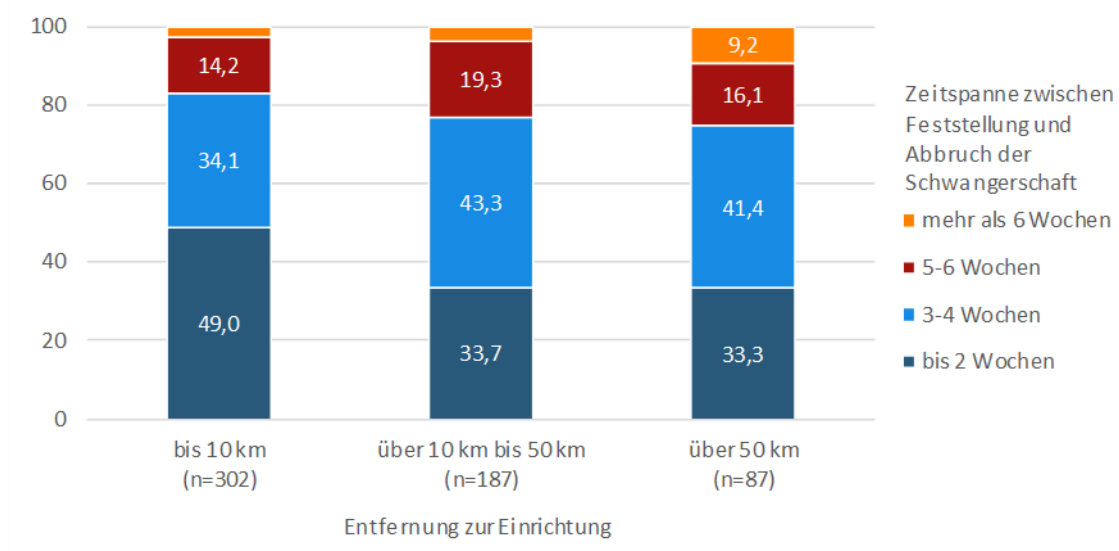
Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,163$; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Wie die Analysen in Kapitel 7.1.1.4.3 zeigen, steigt mit einem ausgeprägten abortion stigma die Gefahr des Auftretens von Informationsbarrieren und -defiziten beim Schwangerschaftsabbruch. Auch bei der Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Zeitdauer zwischen Schwangerschaftsfeststellung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zeigt sich ein Zusammenhang mit berichteten Informationsbarrieren. Während bei fast der Hälfte (49, %) der Frauen ohne berichtete Informationsbarrieren der Schwangerschaftsabbruch innerhalb von zwei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft durchgeführt wurde, erfolgte dies bei Frauen, die auf Informationsbarrieren gestoßen sind, mit einem Anteil von 38,2 % weniger häufig innerhalb dieser Zeitspanne. Als spezifische Informationsbarrieren, die mit einer längeren Zeitspanne in einem statistisch signifikanten Zusammenhang stehen, zeigen sich insbesondere der Umstand, dass sich nicht getraut haben, nach Informationen zu fragen, die Angst, dass schlecht über sie gedacht wird sowie das Bedürfnis, den Schwangerschaftsabbruch geheim zu halten.

Neben diesen persönlichen Faktoren zeigen sich in der statistischen Analyse ebenso versorgungsstrukturbezogene Merkmale, die in einem Zusammenhang mit den unterschiedlichen Zeitspannen zwischen dem Bemerkten der Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch stehen. So ist die Zeitspanne umso länger, je größer die Entfernung zwischen der eigenen Wohnung und der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch war. Bei einer Entfernung unter zehn Kilometern wurde bei knapp der Hälfte der Befragten (49,0 % der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten zwei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft durchgeführt (vgl. Abb. 7.102). Lag die Praxis oder Klinik weiter als 10 Kilometer von der Wohnung entfernt, fand nur jeder dritte Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten beiden Wochen nach Schwangerschaftsfeststellung statt.

Abb. 7.102: Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach Entfernung zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)

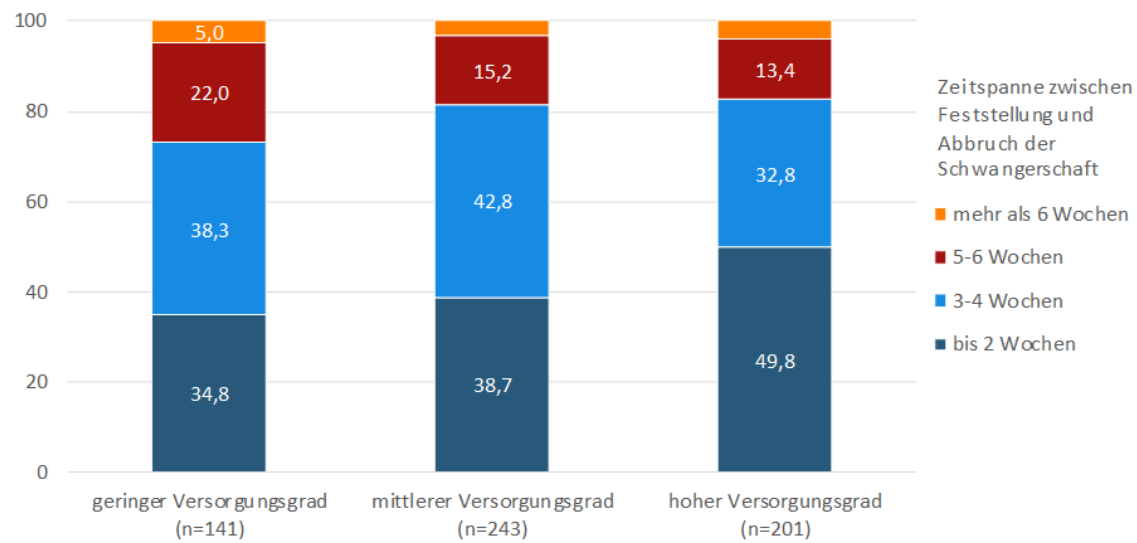


Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,149$; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ebenso zeigt sich ein signifikanter, wenn auch eher schwacher Zusammenhang zwischen der Zeitdauer von der Feststellung der Schwangerschaft bis zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs und dem regionalen Versorgungsgrad. In den Bundesländern mit hohem Versorgungsgrad wurde knapp die Hälfte (49,8 %) der Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der ersten beiden Wochen durchgeführt, in Regionen mit geringen Versorgungsgrad dagegen nur 34,8 % (vgl. Abb. 7.103).

Abb. 7.103: Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,123$; $p=0,003$)

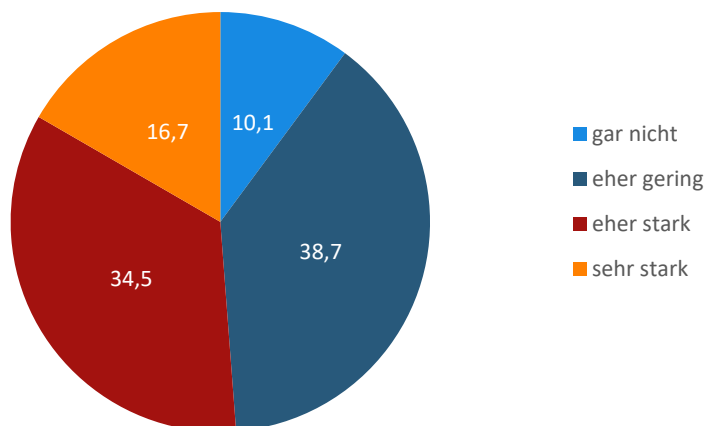
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Eben der persönlichen Situation der Frauen und ihrem individuellen Entscheidungsprozess beeinflussen auch infrastrukturelle Faktoren, wie die Erreichbarkeit von Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche und der regionale Versorgungsgrad, die Dauer zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und der Durchführung des Abbruchs.

7.1.1.4.11 Körperliche Beschwerden und Versorgung nach dem Schwangerschaftsabbruch

Die große Mehrheit der befragten Frauen berichtete von körperlichen Beschwerden in der Folge des bei ihnen durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs. Lediglich 10,1 % der Befragten gaben an, überhaupt keine körperlichen Beschwerden gespürt zu haben (vgl. Abb. 7.104). Bei 38,7 % waren die Auswirkungen eher gering. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen berichtete dagegen von eher starken Beschwerden (34,5 %) oder starken körperlichen Beschwerden nach dem Schwangerschaftsabbruch.

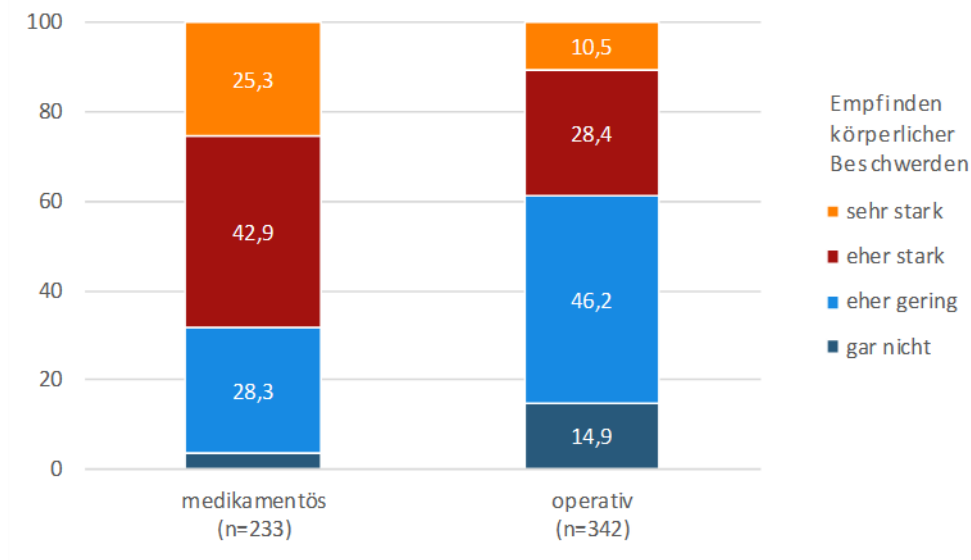
Abb. 7.104: Auftreten körperlicher Beschwerden in Folge des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023
n = 582, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Ob und in welcher Intensität körperliche Beschwerden aufgetreten sind, hängt von der beim Schwangerschaftsabbruch angewandten Methode ab. Frauen mit einem medikamentösen Abbruch gaben deutlich häufiger starke oder sehr starke Beschwerden an als Frauen mit einem operativen Abbruch (68,2 % bei medikamentösem gegenüber 38,9 % bei operativem Schwangerschaftsabbruch, vgl. Abb. 7.105).

Abb. 7.105: Auftreten körperlicher Beschwerden in Folge des Schwangerschaftsabbruchs nach angewandter Methode (in Prozent)



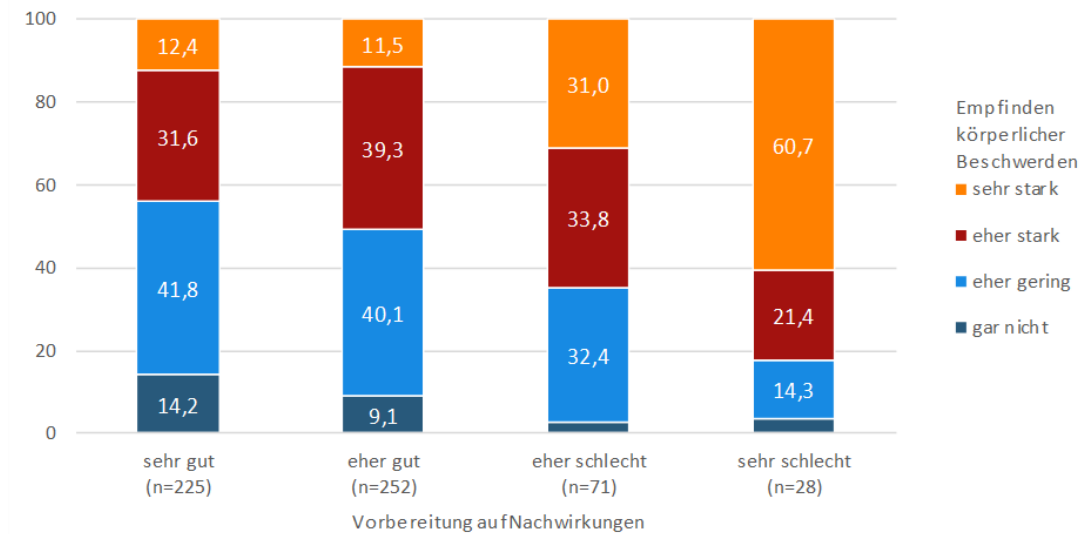
n = 575, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,312, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zur Vorbereitung auf mögliche Blutungen oder Schmerzen nach dem Abbruch ist eine ärztliche Aufklärung über mögliche Nachwirkungen, Komplikationen und Hinweise zum Verhalten bei Beschwerden wichtig. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn der Schwangerschaftsabbruch medikamentös durchgeführt wurde, da hier im Vergleich häufiger stärkere Beschwerden auftreten. Innerhalb der ELSA-Befragung wurde erhoben, wie gut sich die Frauen auf die Nachwirkungen des Schwangerschaftsabbruchs vorbereitet fühlten. Der weitaus überwiegende Teil der Befragten (82,6 %) gab hierbei an, sehr gut (38,8 %) oder eher gut (43,8 %) auf mögliche Nachwirkungen vorbereitet worden zu sein. 12,6 % der Befragten bewerteten die Vorbereitung in ihrem Fall als eher schlecht und weitere 4,8 % sogar als sehr schlecht. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Befragten mit einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und Befragten mit einem operativen Schwangerschaftsabbruch.

Fühlten sich die befragten Frauen schlecht auf Nachwirkungen des Schwangerschaftsabbruchs vorbereitet, berichteten sie häufiger von sehr starken körperlichen Beschwerden. Umgekehrt berichteten die Befragten mit nach eigener Einschätzung guter oder eher guter Vorbereitung häufiger von eher geringen oder gar keinen körperlichen Beschwerden (vgl. Abb. 7.106).

Abb. 7.106: Auftreten körperlicher Beschwerden in Folge des Schwangerschaftsabbruchs nach Bewertung der ärztlichen Vorbereitung auf Nachwirkungen (in Prozent)



n = 576, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,196, p<0,001)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Es kann hierbei aufgrund der Befragungsmethode – beide Fragen wurden retrospektiv erhoben – nicht ausgeschlossen werden, dass Frauen ohne Nachwirkungen sich besser vorbereitet fühlten, da die Qualität der Vorbereitung letztlich nicht auf die Probe gestellt wurde. In jedem Fall ist festzuhalten, dass eine gute ärztliche Vorbereitung dazu beitragen kann, auftretende Beschwerden besser einzuordnen, weniger von ihnen überrascht und verunsichert zu werden und sie daher auch nicht so stark wahrzunehmen, wie dies ohne Vorbereitung der Fall sein kann.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch wurde von 85,0 % der Befragten ein ärztlicher Termin zur Kontrolle und Nachsorge wahrgenommen. Am häufigsten wurden die Kontroll- und Nachsorgetermine von Frauen mit medikamentösem Schwangerschaftsabbruch im Home Use (zu 93,2 %) oder bei Einnahme beider Medikamente unter ärztlicher Aufsicht (zu 93,0 %) in Anspruch genommen. Von den Befragten mit operativem Schwangerschaftsabbruch unter Vollnarkose nahmen 82,8 % einen solchen Folgetermin wahr, 75,0 % bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch unter lokaler Betäubung und 73,3 % bei einem telemedizinisch begleiteten medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.

15,0 % der Befragten haben keinen Termin zur Nachsorge wahrgenommen. Als Gründe dafür gaben sie an, dass sie es selbst nicht für notwendig hielten, dass ihnen der Termin unangenehm war oder dass sie nicht ausreichend Zeit hatten. Als weitere Gründe wurden von einzelnen Befragten angeführt, dass die Ärztin oder der Arzt einen Nachsorgetermin nicht angesprochen oder nicht für notwendig gehalten hatte, die Praxis schwer erreichbar war oder der Termin in Vergessenheit geraten ist.

In der Wiederholungsbefragung wurde mit zeitlichem Abstand die Frage gestellt, ob die Frauen rückblickend in der Versorgung nach dem Schwangerschaftsabbruch etwas benötigt, aber nicht bekommen haben. Jede fünfte Befragte (20,9 %) äußerte sich in dieser Richtung. Am häufigsten wurde der Bedarf nach einer Beratung zu Gefühlen nach dem Schwangerschaftsabbruch angegeben. Zehn Befragte hätten mehr Informationen über mögliche Nachwirkungen benötigt, fünf Befragte hätten sich Ansprechpersonen für medizinische Nachfragen gewünscht.

7.1.1.4.12 Schwangerschaftsabbrüche außerhalb der regulären Versorgung

Etwa 1.000 Schwangerschaftsabbrüche führen Frauen aus Deutschland pro Jahr in den Niederlanden durch, dies entspricht etwa einem Anteil von 1 % an allen gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland (IGJ 2022). Im Jahr 2021 wendeten sich zudem über 2.000 Frauen aus Deutschland an die Organisation „Women On Web“ für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung (Hahn & Thonke 2023). Diese entsprechen einem Anteil von etwa 2 % der gemeldeten Abbrüche in Deutschland. Daher war es von großem Interesse, im Rahmen der ELSA-Studie Daten zu erheben, die es ermöglichen, Aussagen über Frauen zu treffen, die mindestens einmal versucht haben, eine Schwangerschaft außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung abzubrechen. Neben der Frage, wie viele Frauen dies betrifft, sind dadurch auch Aussagen zu möglichen Beweggründen der Frauen möglich.

Versuche, eine Schwangerschaft außerhalb der regulären Versorgung abzubrechen

948 Befragte aus der repräsentativen EMA-Stichprobe hatten mindestens einen Schwangerschaftsabbruch oder eine ungewollte ausgetragene Schwangerschaft in ihrem Leben. Insgesamt haben 25 von ihnen, und damit knapp 3 %, angegeben, mindestens einmal in ihrem Leben versucht zu haben, außerhalb der regulären Versorgung eine Schwangerschaft abzubrechen. Die meisten von ihnen gaben an, es selbst versucht zu haben und ein kleinerer Teil, eine Webseite oder eine Person kontaktiert zu haben (Mehrfachnennung war möglich). Da in der Einwohnermeldeamtsstichprobe nur Mütter enthalten sind, ist davon auszugehen, dass dieser Anteil in der Grundgesamtheit aller Frauen in Deutschland höher liegt. Davon ist insbesondere deshalb auszugehen, weil sich vor allem sehr junge Frauen an *Women On Web* wenden (Killinger et al. 2020). Dass der Anteil in unserer Stichprobe eher eine Unterschätzung darstellt, erscheint auch plausibel vor dem Hintergrund der genannten Zahlen zu Abbrüchen in den Niederlanden bzw. Schwangerschaftsabbrüchen, die über *Women On Web* erfragt werden: beide Zahlen zusammengenommen ergeben bereits einen Anteil von 2 % an allen gemeldeten Abbrüchen in nur einem Jahr, während hier mit etwa 3 % die Lebenszeitprävalenz der Befragten angegeben ist.

Etwa zwei Drittel der Frauen nannten als Grund für den Versuch eines Abbruchs außerhalb der regulären Versorgung Zugangsbarrieren (keine Informationen über den Ablauf, keine Beratungsstelle und/oder Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch in der Nähe, kein Zugang zur medizinischen Versorgung, Schwangerschaftsabbruch nicht bezahlbar). Etwas weniger als die Hälfte der Befragten gab als Grund an, dass ihr Partner nichts von dem Abbruch erfahren sollte.

Etwa 3 von 100 Frauen aus der repräsentativen EMA-Stichprobe, die bereits eine ungewollte Schwangerschaft bzw. einen Schwangerschaftsabbruch in ihrem Leben hatten, haben mindestens einmal versucht, eine Schwangerschaft außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung abzubrechen. *Da in dieser Stichprobe nur Mütter enthalten sind, ist davon auszugehen, dass dieser Anteil in der Grundgesamtheit aller Frauen in Deutschland höher liegt.* Zwei Drittel der Befragten, die es bereits versucht haben, gaben als Grund Zugangsbarrieren an, knapp die Hälfte nannte, dass der Partner nichts von dem Abbruch erfahren sollte.

Fokusschwangerschaft mit Abbruch außerhalb der regulären Versorgung

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf die Befragten, die ihre Fokusschwangerschaft abgebrochen haben, also auf die gemischte Stichprobe und nicht mehr allein auf die Einwohnermeldeamtsstichprobe. Da es keine direkte Frage danach gab, ob der berichtete Schwangerschaftsabbruch außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung stattfand, musste anhand verschiedener Angaben untersucht werden, ob Befragte von einem Schwangerschaftsabbruch außerhalb der regulären Versorgung berichten.

Auf Grundlage der vorhandenen Angaben wurden im Folgenden alle Schwangerschaftsabbrüche als außerhalb der regulären Versorgung definiert, wenn sie über *Women On Web* für die Befragung gewonnen wurden und ihr Abbruch unter telemedizinischer Begleitung oder an einem „anderen“

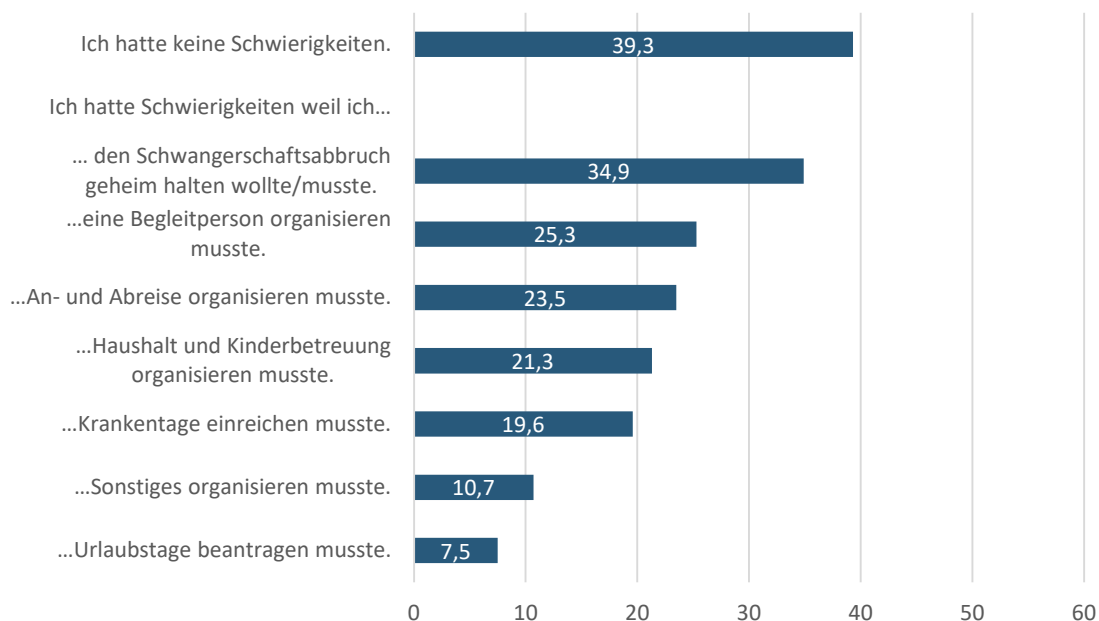
Ort stattfand. Eingeschlossen wurden auch alle Befragten, die angegeben haben, die Schwangerschaft ohne ärztliche Begleitung abgebrochen zu haben. Zudem wurden die Befragten eingeschlossen, die ihren Abbruch im Ausland haben vornehmen lassen und zu diesem Zeitpunkt aber nicht im Ausland wohnten. Diese Abbrüche können im Ausland zwar durchaus in der regulären dortigen Versorgung stattgefunden haben, wir zählen sie jedoch zu außerhalb der regulären Versorgung, da sich Frauen hier offensichtlich dazu entschieden haben, nicht die Versorgungsstrukturen innerhalb Deutschlands zu nutzen, wie es angesichts ihres Wohnorts eigentlich zu erwarten wäre. Damit bleiben am Ende 22 Befragte, die nach dieser Definition einen Schwangerschaftsabbruch außerhalb der regulären Versorgung vornehmen ließen.

7.1.1.4.13 Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs

Über die Suche einer Praxis oder Klinik, die den Schwangerschaftsabbruch durchführt, die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen für die straffreie Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs und die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs bzw. die Beantragung einer Kostenübernahme hinaus entstehen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch typischerweise weitere organisatorische Herausforderungen. Hierzu zählen etwa die Organisation von An- und Abreise, die Unterstützung durch eine Begleitperson oder die Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung. Eine zusätzliche Herausforderung kann entstehen, wenn die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs gegenüber Dritten geheim gehalten werden soll.

Eine Mehrheit von 60,7 % der Frauen mit Abbruch einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft berichten in der ELSA-Befragung, dass sie auf Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs gestoßen sind. Lediglich 39,3 % der Befragten gaben an, dass sie keine Schwierigkeiten hatten, den Schwangerschaftsabbruch zu organisieren (vgl. Abb. 7.107). Über ein Drittel der Befragten (34,9 %) gab an, Schwierigkeiten gehabt zu haben, weil sie den Schwangerschaftsabbruch geheim halten wollten oder mussten. 25,3 % berichteten von Schwierigkeiten, eine Begleitperson zu organisieren. 23,5 % hatten Herausforderungen bei der Organisation von An- und Abreise, während 21,3 % Probleme mit der Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung angaben. Zudem hatten 19,6 % Schwierigkeiten, weil sie Krankentage einreichen mussten. 10,7 % hatten Schwierigkeiten, weil sie Sonstiges organisieren mussten. 7,5 % hatten Schwierigkeiten, weil sie Urlaubstage beantragen mussten.

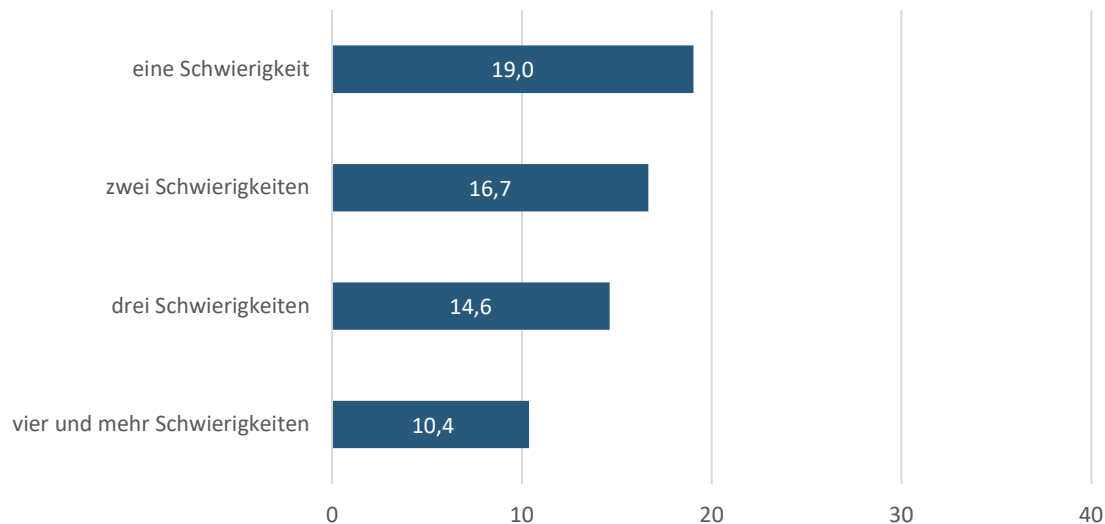
Abb. 7.107: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



n=588, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland, Mehrfachnennungen möglich
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Berichteten die Befragten von Schwierigkeiten, so traten diese zumeist in mehreren Bereichen auf. Auf eine einzelne aufgetretene Schwierigkeit verwiesen lediglich 19,0 % der Befragten (vgl. Abb. 7.108). Dagegen nannten 16,7 % zwei Schwierigkeiten, 14,6 % drei Schwierigkeiten und 10,4 % der Befragte vier oder mehr Schwierigkeiten. Mithin sahen sich insgesamt 41,7 % der Frauen mit mehrfachen organisatorischen Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch konfrontiert.

Abb. 7.108: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



n=588, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Besonders häufig wurden Schwierigkeiten aufgrund von Geheimhaltung, der Organisation einer Begleitperson sowie von An- und Abreise untereinander bzw. gemeinsam mit anderen Schwierigkeiten angegeben.

So verwiesen 60,9 % der Befragten, die Schwierigkeiten wegen der An- und Abreise hatten, auch auf Schwierigkeiten mit der Organisation einer Begleitperson. 40,6 % der Befragten mit an- und abreisebezogenen Schwierigkeiten nannten gleichzeitig Schwierigkeiten mit der Haushalt- und Kinderbetreuung an. Ohne Schwierigkeiten bei An- und Abreise berichteten dagegen lediglich 15,3 % der Befragten, dass sie die Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung bei dem Schwangerschaftsabbruch vor Schwierigkeiten gestellt hat.

Berichteten die Befragten von Schwierigkeiten aufgrund der Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs, so nannten Sie auch in sämtlichen anderen Bereichen signifikant häufiger Schwierigkeiten als Frauen, für die die Wahrung der Vertraulichkeit kein Problem darstellte.

Wurden Schwierigkeiten aufgrund der Geheimhaltung angegeben, wurde auch häufiger Schwierigkeiten genannt, die An- und Abreise zu organisieren (38,5 % gegenüber 15,4 %), eine Begleitperson zu finden (45 % gegenüber 14,6 %), eine Vertretungslösung für Haushalt und Kinderbetreuung zu organisieren (30,7 % gegenüber 16,2 %) sowie Urlaubs- oder Krankheitstage einzureichen.

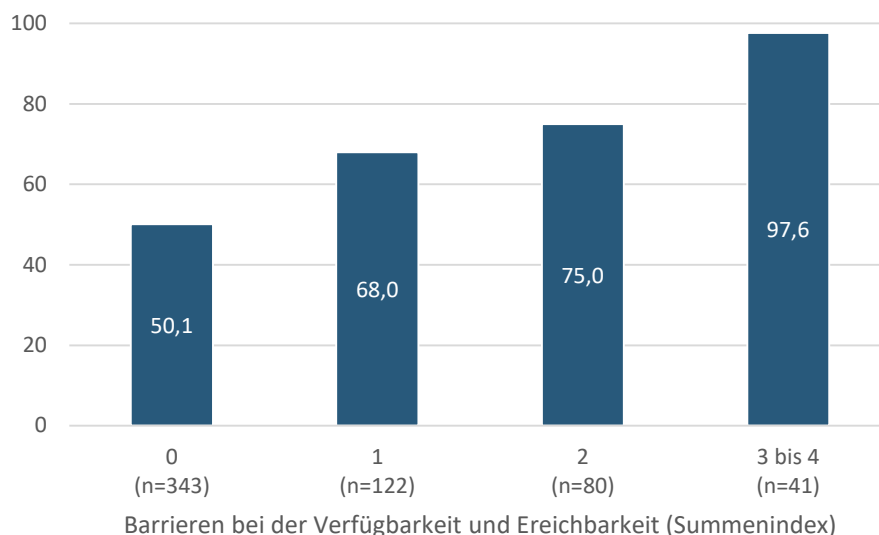
Probleme, eine Lösung für Haushalt und Kinderbetreuung zu organisieren, hatten erwartungsgemäß Frauen, die vor dem Schwangerschaftsabbruch schon Geburten hatten (zu 49,6 %) und die – damit zusammenhängend – bereits eher älter oder als Hausfrau tätig waren. Auch finanzielle Ressourcen haben hier offensichtlich einen Einfluss: Befragte, die aufgrund geringer Einkommen staatliche Unterstützungsleistungen erhielten, benannten die Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung mit einem Anteil von 35,7 % häufiger als Schwierigkeit als Frauen ohne Transferleistungsbezug (17,8 %).

Zusammenhänge von organisatorischen Schwierigkeiten und der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch

Für zusammenfassende Analysen zu Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit wurden wie in Kapitel 7.1.1.4.6 ausführlich dargestellt als Kriterien die Schwierigkeit, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden, die Anzahl der Praxen und Kliniken, die bei der Suche kontaktiert werden mussten, die Entfernung zwischen eigener Wohnung und Einrichtung sowie die Bewertung der Erreichbarkeit in einem Summenindex zusammengefasst. Wie die Analysen zeigen, nimmt mit steigender Zahl der erlebten Barrieren der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit die Zahl der Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs zu.

Von den Befragten, die von keinen Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit berichten, geben die Hälfte (50,1 %) an, Schwierigkeiten bei der Organisation des Abbruchs gehabt zu haben (vgl. Abb. 7.109). Bei einer Barriere verweisen 68,0 % und bei zwei Barrieren 75 % der Befragten auf Schwierigkeiten, bei drei oder vier Barrieren berichten nahezu alle Befragten Schwierigkeiten (97,6 %).

Abb. 7.109: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung (in Prozent)



n=588, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,289; $p<0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Ein Zusammenhang zwischen den Barrieren zeigt sich dabei nicht nur bei Betrachtung der Summe der organisatorischen Schwierigkeiten, sondern vielmehr bei jeder einzelnen erhobenen Schwierigkeit. Die in Tab. 7.13 ausgewiesenen Zusammenhänge sind sämtlich signifikant. Ausgewiesen sind in der Tabelle jeweils die Anteile der Befragten, die in Abhängigkeit der erlebten Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch von der genannten organisatorischen Schwierigkeit berichten.

Tab. 7.13: Spezifische organisatorische Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch nach Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung (in Prozent)

organisatorische Schwierigkeiten	Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex)				Cramers V
	0 (n=343)	1 (n=122)	2 (n=80)	3 bis 4 (n=41)	
bei An- und Abreise	13,7 %	27,0 %	32,5 %	75,6 %	0,381***
bei Haushalt und Kinderbetreuung	15,7 %	21,3 %	23,8 %	58,5 %	0,264***
bei der Organisation einer Begleitperson	18,4 %	25,4 %	36,3 %	61,0 %	0,266***
aufgrund der Geheimhaltung	28,0 %	32,8 %	51,2 %	63,4 %	0,232***
bei der Einreichung von Krankentagen	15,5 %	19,7 %	27,5 %	36,6 %	0,157**
bei der Einreichung von Urlaubstagen	6,1 %	4,9 %	15,0 %	12,2 %	0,130*

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Unter den berücksichtigten Barrieren der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit zeigt sich neben der Schwierigkeit, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden insbesondere bei Schwierigkeiten der Erreichbarkeit der Einrichtung ein Zusammenhang mit organisatorischen Schwierigkeiten. Je schlechter die Einrichtung für die Befragten erreichbar war, desto eher hatten sie Schwierigkeiten, den Abbruch zu organisieren.

Schätzten die Befragten die Erreichbarkeit als sehr gut ein, berichtete etwa die Hälfte (51,3 %) der Befragten von organisatorischen Schwierigkeiten. Bei einer eher schlechten oder sehr schlechten Erreichbarkeit der Einrichtung verwiesen dagegen 88,1 % bzw. 90,0 % auf Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs. Im Einzelnen werden hierbei vor allem Schwierigkeiten bei der Organisation von An- und Abreise, von Haushalt und Kinderbetreuung, von einer Begleitperson sowie aufgrund der Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs angeführt.

Tab. 7.14: Spezifische organisatorische Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch nach Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)

organisatorische Schwierigkeiten	Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch		Cramers V
	sehr/eher gut (in Prozent) (n=522)	sehr/eher schlecht (in Prozent) (n=52)	
bei An- und Abreise	19,9 %	63,5 %	0,294***
bei Haushalt und Kinderbetreuung	19,2 %	40,4 %	0,150***
bei der Organisation einer Begleitperson	23,9 %	42,3 %	0,122**
aufgrund der Geheimhaltung	32,6 %	50,0 %	0,107**

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

nur Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zusammenhänge von organisatorischen Schwierigkeiten mit Belastungen aufgrund der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs

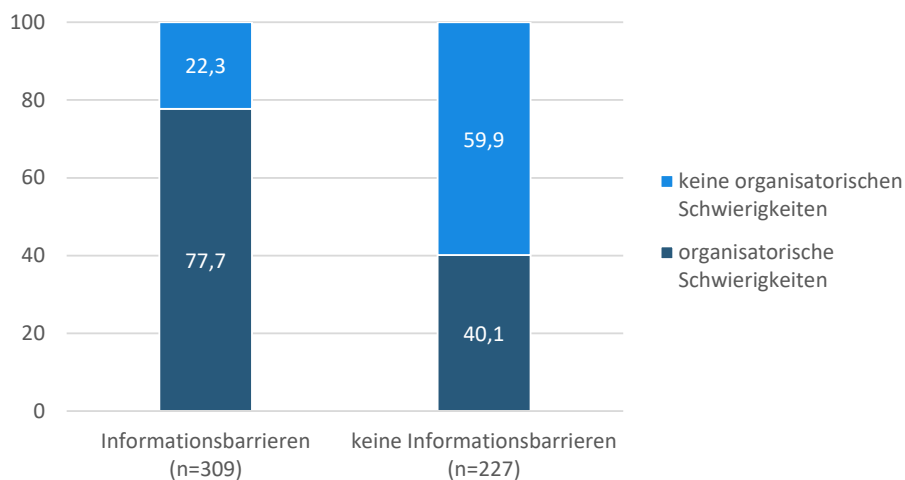
Befragte, die Schwierigkeiten hatten, für die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aufzukommen, sehen sich häufiger mit Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs

konfrontiert. Von den Frauen, denen es sehr schwer oder eher schwerfiel, die Ausgaben für den Schwangerschaftsabbruch zu bezahlen, führten 83,1 % an, auf organisatorische Schwierigkeiten gestoßen zu sein. Stellte die Bezahlung der Schwangerschaftsabbruchskosten keine bzw. eher keine Herausforderung dar, berichteten 55,9 % von organisatorischen Schwierigkeiten.

Stigmatisierung, Informationsbarrieren und organisatorische Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch

Abortion stigma kann auf mehrfache Weise die Organisation eines Schwangerschaftsabbruchs erschweren. Zum einen zeigen die Ergebnisse, dass das Bedürfnis, den Schwangerschaftsabbruch aufgrund von Stigmatisierungsgefühlen und -erwartungen geheim zu halten, zu organisatorischen Schwierigkeiten führt. Zum anderen führen sowohl internalisierte, antizipierte als auch erlebte Stigmatisierung zu Informationsbarrieren bei Fragen zum Schwangerschaftsabbruch, welche sich wiederum erschwerend auf die Organisation auswirken: Von den befragten Frauen, die von Informationsbarrieren berichteten, hatten über drei Viertel (77,7 %) Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs (vgl. Abb. 7.110). Bei den Befragten ohne Informationsbarrieren gaben mit einem Anteil von 40,1 % deutlich weniger Befragte organisatorische Schwierigkeiten an.

Abb. 7.110: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach Informationsbarrieren (in Prozent)



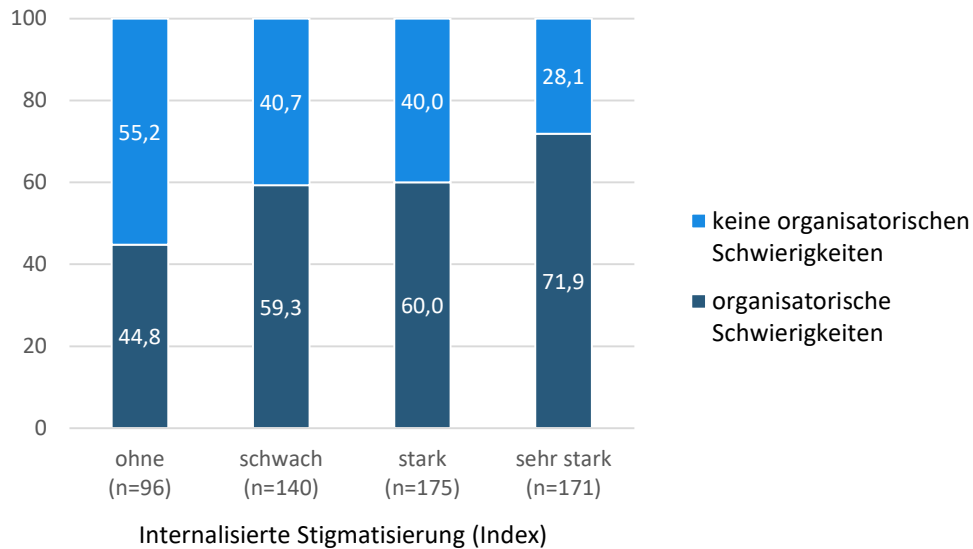
n=536, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland (Cramers V=0,382; $p<0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Zwischen dem weiter oben beschriebenen vierstufigen Index zur antizipierten Stigmatisierung und der Frage, ob Schwierigkeiten bei der Informationssuche zum Schwangerschaftsabbruch erlebt wurden oder nicht, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang, ebenso wie zur internalisierten und auch zur erlebten Stigmatisierung. Informationsbarrieren und -defizite beim Schwangerschaftsabbruch sind damit zu einem wesentlichen Teil auch als eine Folge des abortion stigma zu sehen.

Zwischen internalisierter und antizipierter Stigmatisierung zeigten sich ebenfalls deutliche Zusammenhänge zu Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs. Zur Abbildung von Stigmatisierungsgefühlen und -erwartungen wurden im Rahmen ELSA-Auswertungen jeweils Indizes konstruiert, die in den folgenden Analysen herangezogen werden.

Je ausgeprägter der Grad an internalisierter Stigmatisierung, desto häufiger gaben die Frauen an, organisatorische Schwierigkeiten gehabt zu haben. 71,9 % der Frauen mit sehr stark ausgeprägter internalisierter Stigmatisierung berichteten von organisatorischen Schwierigkeiten (vgl. Abb. 7.111). Bei Frauen ohne internalisierte Stigmatisierung ist dieser Anteil mit 44,8 % deutlich geringer.

Abb. 7.111: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach internalisierter Stigmatisierung (in Prozent)



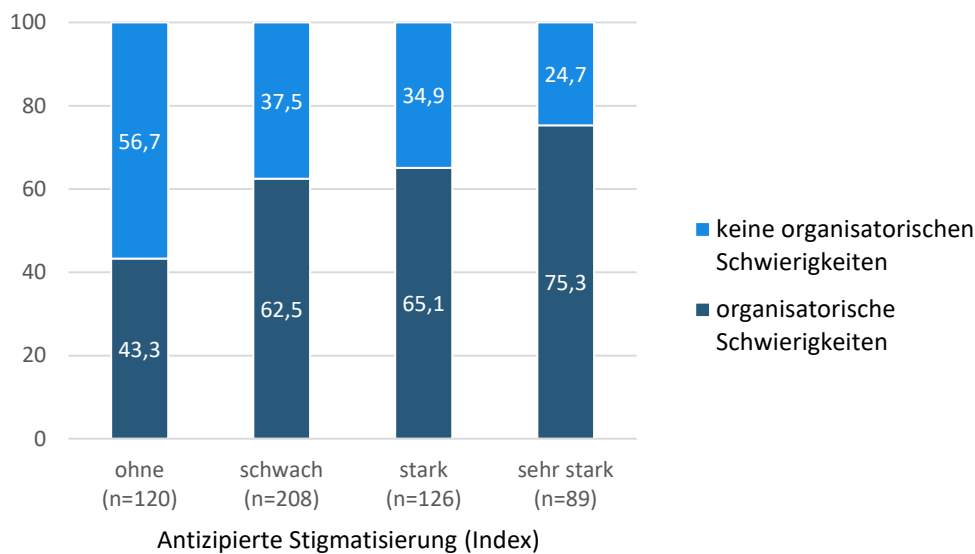
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022
n=582, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,171$, $p<0,001$)

Der Zusammenhang zeigt sich in vergleichbarer Weise auch bei der Berücksichtigung der Anzahl der organisatorischen Schwierigkeiten, die den Frauen begegneten. Je ausgeprägter der Grad an internalisierter Stigmatisierung, desto mehr organisatorische Schwierigkeiten hatten die Frauen. So berichteten lediglich 12,8 % der Frauen ohne internalisierte Stigmatisierung von drei oder mehr organisatorischen Schwierigkeiten, während es bei den Frauen mit sehr stark ausgeprägter internalisierter Stigmatisierung 38,1 % sind.

Wie bei den Stigmatisierungsgefühlen zeigt sich auch bei der antizipierten Stigmatisierung ein Zusammenhang mit dem Erleben organisatorischer Schwierigkeiten bei einem Schwangerschaftsabbruch.

Je ausgeprägter die Stigmatisierungserwartungen, desto häufiger berichteten die befragten Frauen Schwierigkeiten, den Schwangerschaftsabbruch zu organisieren. 75,3 % der Frauen mit sehr stark ausgeprägter antizipierter Stigmatisierung sahen sich mit organisatorischen Schwierigkeiten konfrontiert (vgl. Abb. 7.112). Erwarteten sie keine Stigmatisierung, so stieß mit 43,3 % ein erheblich geringerer Anteil der Befragten auf Schwierigkeiten bei der Organisation.

Abb. 7.112: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach antizipierter Stigmatisierung (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022
n=543, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,197$, $p<0,001$)

Wie bei der internalisierten Stigmatisierung besteht auch bei dem Ausmaß der antizipierten Stigmatisierung ein Zusammenhang mit der Menge der erfahrenen organisatorischen Schwierigkeiten. Je ausgeprägter die Stigmatisierungserwartung, von desto mehr organisatorischen Schwierigkeiten berichteten die befragten Frauen. Bei sehr stark ausgeprägten Stigmatisierungserwartungen stießen 46,1 % der befragten Frauen auf drei oder mehr Probleme bei der Organisation, ohne antizipierte Stigmatisierung lag der entsprechende Anteil bei lediglich 10,8 %.

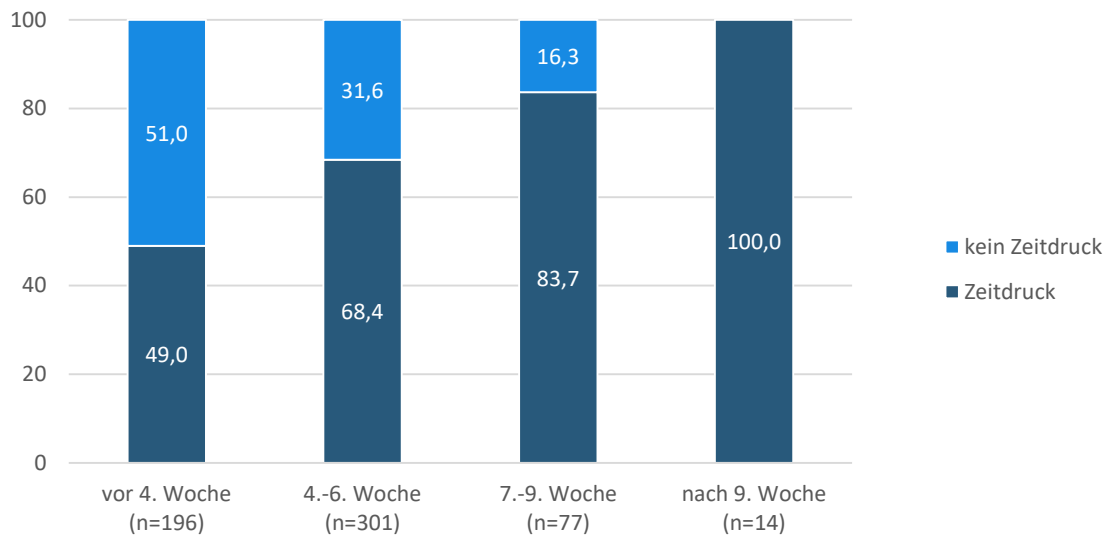
Je offener Frauen mit ihrem Schwangerschaftsabbruch umgehen, desto seltener berichteten sie von organisatorischen Schwierigkeiten. Frauen, die weder im Familien- noch Freundeskreis offen mit dem Schwangerschaftsabbruch umgegangen sind und auch mit keiner nahestehenden Person über ihren Schwangerschaftsabbruch gesprochen haben, gaben zu 67,2 % an, organisatorische Schwierigkeiten gehabt zu haben. Frauen, die gegenüber allen diesen Gruppen ihren Schwangerschaftsabbruch offen kommuniziert hatten, nannten mit einem Anteil von 45,5 % seltener organisatorische Schwierigkeiten. Als eine Erklärung für diesen Zusammenhang ist sicherlich zu nennen, dass bei einem offenen Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch Unterstützungsbedarf benannt oder von anderen besser erkannt werden kann und dadurch eine benötigte Unterstützung leichter und gezielter erhältlich ist.

7.1.1.4.14 Zeitdruck

Der Zeitraum, bis zu dem in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche für alle Beteiligten straffrei durchgeführt werden können, ist - sofern keine Ausnahmetatbestände vorliegen - nach gültiger Rechtslage grundsätzlich auf zwölf Wochen p.c. beschränkt. Vor der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs müssen neben den organisatorischen Vorbereitungen das verpflichtende Beratungsgespräch bei einer für die Pflichtberatung anerkannten Beratungsstelle wahrgenommen und eine dreitägige Bedenkzeit eingehalten werden. Aufgrund dieser zeitlichen Einschränkungen kann bei ungewollt Schwangeren Zeitdruck entstehen: Er hängt davon ab, zu welchem Zeitpunkt die Schwangerschaft bemerkt wird, von der Zeit, die benötigt wird, um eine Entscheidung zu treffen sowie vom zeitlichen Verzug, der durch Wartezeiten auf einen Termin im Rahmen der Pflichtberatung, der ärztlichen Schwangerschaftsfeststellung, die Suche nach einer Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch und bei den organisatorischen Vorbereitungen entsteht.

Eine Mehrheit von 64,3 % der befragten Frauen erlebt in der Phase zwischen dem Bemerken der Schwangerschaft und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs Zeitdruck. 35,7 % der Befragten gaben an, keinen Zeitdruck gespürt zu haben. Je später die Schwangerschaft festgestellt wird, desto häufiger wird Zeitdruck erfahren. Bei einer frühen Feststellung der Schwangerschaft berichtete knapp die Hälfte (49,0 %) der befragten Frauen davon, Zeitdruck erlebt zu haben (vgl. Abb. 7.113). Bei einer Schwangerschaftsfeststellung ab der siebten Schwangerschaftswoche sahen sich über 80 % der Befragten Zeitdruck ausgesetzt. Die Befragten, deren Schwangerschaft später als in der neunten Woche festgestellt wurde, berichten ausnahmslos von Zeitdruck.

Abb. 7.113: Verbreitung von Zeitdruck vor Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs nach dem Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)

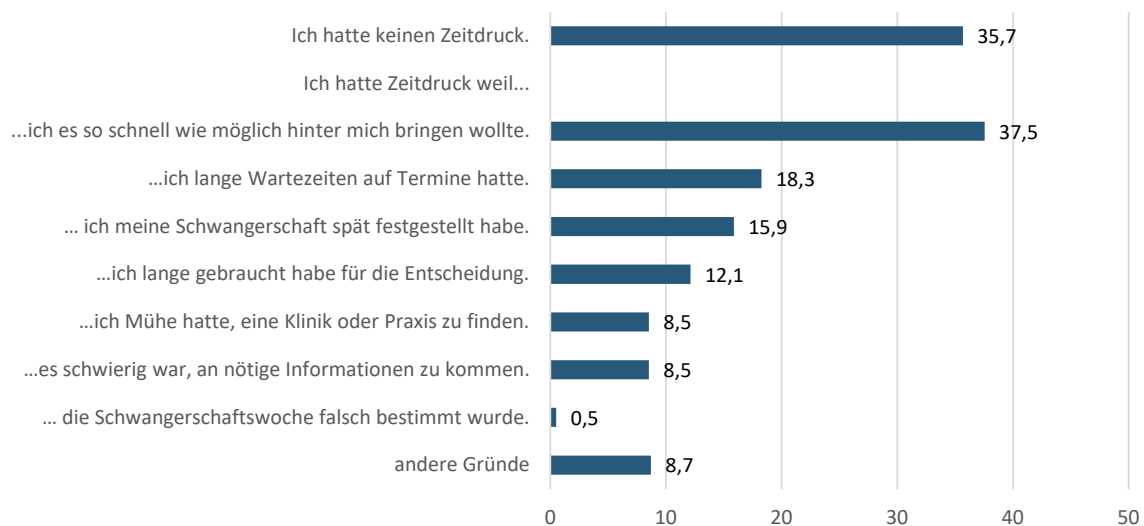


n=543, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,190$, $p<0,001$)
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Gründe für den Zeitdruck

Als häufigster Grund für erlebten Zeitdruck wird von den befragten Frauen der eigene Wunsch genannt, dass der Schwangerschaftsabbruch so zeitnah wie möglich durchgeführt werden soll (37,5 %, vgl. Abb. 7.114). Äußere Rahmenbedingungen sind ebenfalls von Bedeutung für die Entstehung von Zeitdruck: Als weitere Ursachen für erlebten Zeitdruck werden lange Wartezeiten auf Termine (18,3 %), Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Praxis oder Klinik für den Schwangerschaftsabbruch (8,5 %) oder Schwierigkeiten bei der Information (8,5 %) berichtet. 15,9 % der Frauen erlebten zeitlichen Druck, da sie ihre Schwangerschaft erst spät festgestellt hatten. 12,1 % der Befragten sahen sich unter Zeitdruck, weil sie ihre Entscheidung für das Abbrechen oder Austragen der Schwangerschaft nicht schnell treffen wollten oder konnten. Zeitdruck aufgrund einer unzutreffenden ärztlichen Feststellung der Schwangerschaftswoche wurde in Einzelfällen berichtet. Andere Gründe für Zeitdruck wurden – ohne nähere Differenzierung – von 8,7 % der Befragten angegeben.

Abb. 7.114: Zeitdruck vor dem Schwangerschaftsabbruch: Verbreitung und Gründe (in Prozent)



n=586, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

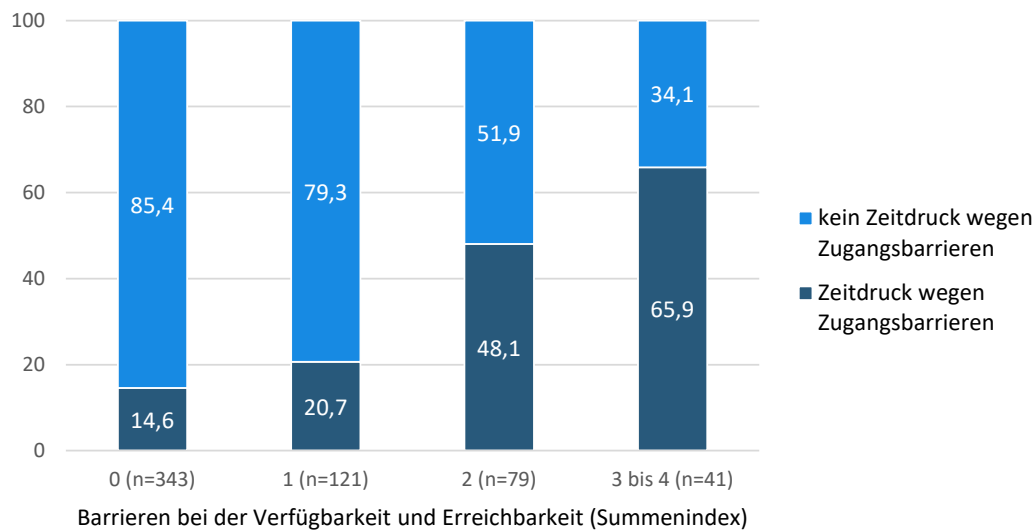
Befragte, die zum Zeitpunkt der Schwangerschaft unter 25 Jahre alt waren, berichteten überdurchschnittlich häufig (25,8 %) von Zeitdruck aufgrund der späten Feststellung der Schwangerschaft. Befragte mit höherem Bildungsstatus berichteten häufiger Zeitdruck aufgrund des Wunsches, den Abbruch so schnell wie möglich hinter sich zu bringen. Auch Frauen mit stark ausgeprägten Stigmatisierungserwartungen (antizipierte Stigmatisierung) sahen sich überdurchschnittlich häufig unter Zeitdruck, weil sie den Schwangerschaftsabbruch so schnell wie möglich durchführen lassen wollten.

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gründen für Zeitdruck zeigt, dass lange Wartezeiten, der schwierige Zugang zu nötigen Informationen sowie die Schwierigkeiten eine Einrichtung zu finden besonders häufig gemeinsam berichtet wurden. So gaben 70,0 % der Befragten, die Zeitdruck aufgrund von Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch hatten auch an, Zeitdruck aufgrund langer Wartezeiten erlebt zu haben. Ohne Zeitdruck durch die Suche einer Einrichtung erlebten dagegen nur 13,4 % der Befragten Zeitdruck wegen langer Wartezeiten.

Insgesamt nannten 24,1 % der befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch mindestens einen dieser drei Aspekte – lange Wartezeiten, schwieriger Zugang zu notwendigen Informationen und Schwierigkeiten, eine Einrichtung zu finden – als ursächlich für den von ihnen erlebten Zeitdruck. Für weitere Auswertungen werden diese Gründe als Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren zusammengefasst.

Der Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren wird umso häufiger wahrgenommen, je mehr Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch erlebt werden. Während 14,6 % der Befragten, die von keiner Barriere bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Abbrucheinrichtung berichten, Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren angeben, sind es bei zwei berichteten Barrieren knapp die Hälfte (48,1%) der befragten Frauen (vgl. Abb. 7.115). Bei drei oder vier Barrieren empfanden knapp zwei Drittel (65,9 %) der Befragten Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren.

Abb. 7.115: Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren nach Anzahl von Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (Summenindex) (in Prozent)



n=584, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=0,326$, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

7.1.1.4.15 Zusammenfassende Analyse von Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen

In den vorangehenden Analysen wurde der Zugang zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen unter verschiedenen Aspekten untersucht. Einzelne Bereiche wurden dabei bereits zu Indizes zusammengefasst. Als abschließender Schritt der Analysen zum Zugang zu medizinischer Versorgung und zur Verbreitung von Zugangsbarrieren werden im Folgenden für eine Gesamtbewertung nochmals verschiedene Aspekte zu einem integrierten Index zusammengefasst.

Berücksichtigt werden hierbei in Anlehnung an Penchansky & Thomas 1981 die vier Dimensionen Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Anpassbarkeit und Bezahlbarkeit der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch. Die Operationalisierung dieser Dimensionen erfolgte unter Verwendung von sieben ausgewählten Variablen, bereits in den vorangehenden Kapiteln näher erläutert wurden und in Tab. 7.15 dargestellt und den Dimensionen zugeordnet sind. Diese Variablen, die jeweils unterschiedliche Zugangsbarrieren abbilden, wurden zu einem Summenindex Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung zusammengefasst.

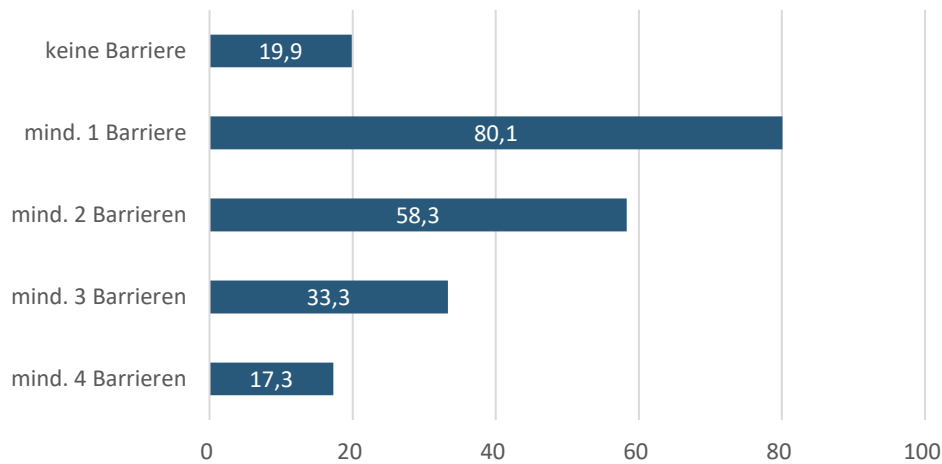
Tab. 7.15: Index Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung: Dimensionen und berücksichtigte Variablen

Dimension	Operationalisierung (Variablen/Ausprägungen)
Verfügbarkeit	Anzahl kontaktierter Praxen > 1
	Schwierigkeit, Abbrucheinrichtung zu finden
Erreichbarkeit	Entfernung zur Einrichtung > 50km
	schlechte Erreichbarkeit der Einrichtung
Anpassbarkeit	Informationsbarrieren
	organisatorische Schwierigkeiten
Bezahlbarkeit	Schwierigkeit, für die Kosten zu aufzukommen

Quelle: (Penchansky und Thomas 1981)

Die Auswertungen der ELSA-Befragungsdaten zeigen, dass lediglich ein Fünftel (19,9 %) der befragten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben, nicht auf Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung gestoßen ist (vgl. Abb. 7.116). 80,1 % der Befragten berichteten von mindestens einer Zugangsbarriere und mit einem Anteil von 58,3 % deutlich mehr als die Hälfte der Befragten von mindestens zwei Zugangsbarrieren. Ein Drittel der Befragten (33,3 %) stieß auf mindestens drei Zugangsbarrieren und 17,3 % auf vier oder mehr Zugangsbarrieren.

Abb. 7.116: Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung (Summenindex)

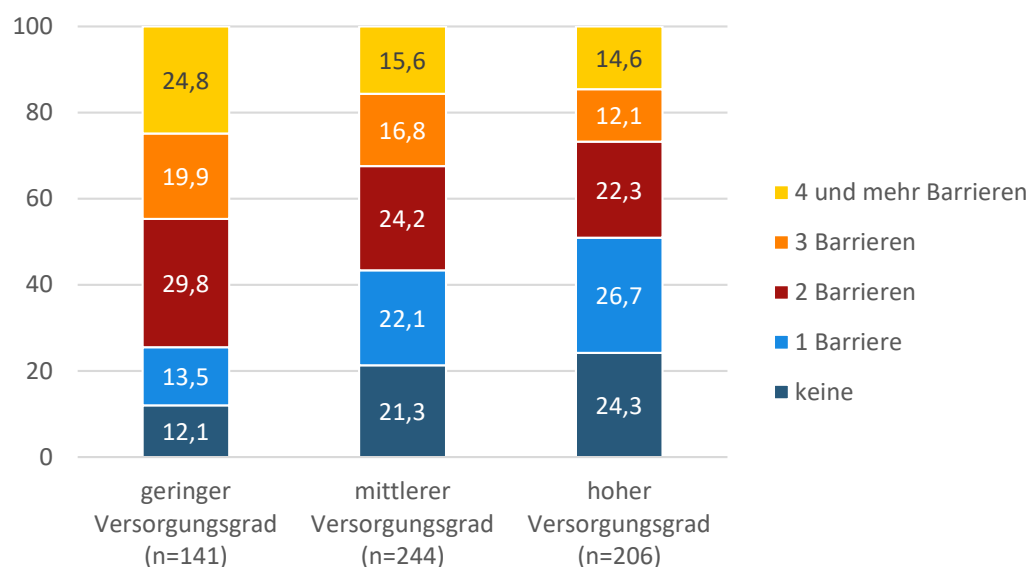


n=593, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Die Verbreitung von Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung steht dabei in einem signifikanten Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsgrad, der auf Basis der amtlichen Statistik auf der Ebene der Bundesländer ermittelt wurde. Dabei zeigen sich die deutlichsten Unterschiede zwischen der Versorgungsregion mit geringem Versorgungsgrad einerseits und der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad andererseits (vgl. Abb. 7.117). In der Region mit geringem Versorgungsgrad stießen 12,1 % der Befragten auf keine Zugangsbarrieren. Bei Befragten aus der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad liegt dieser Anteil bei 21,3 % bzw. 24,3 %. Während fast drei Viertel der Befragten aus Regionen mit geringem Versorgungsgrad mehrere Zugangsbarrieren erleben (74,5 %), sind es in Regionen mit hohem Versorgungsgrad weniger als die Hälfte der Befragten (49,0 %).

Abb. 7.117: Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)



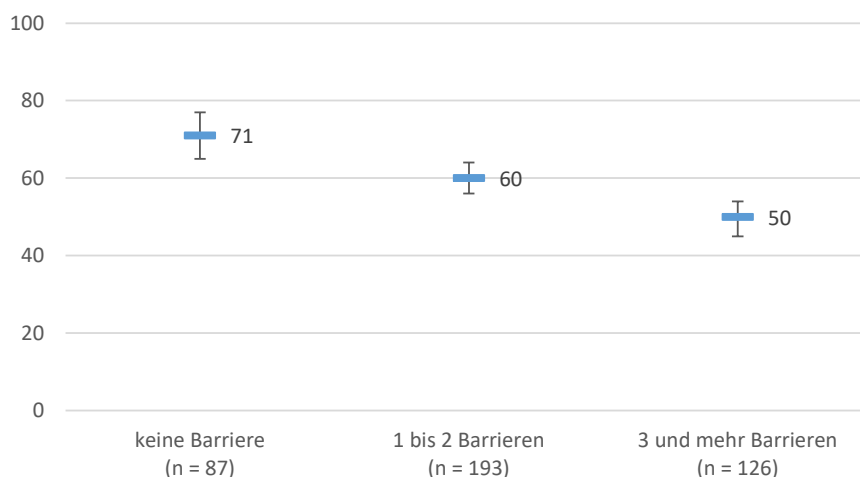
Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland ($p=-0,174$, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Je höher die Zahl der Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch ist, desto niedriger ist das psychische Wohlbefinden der Frauen in der Zeit nach der Schwangerschaft. Bezogen auf den Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch stuften die befragten Frauen ihren psychischen Gesundheitszustand im Durchschnitt mit einem Wert von 71 auf einer Skala von 100 als bestem denkbaren psychischen Gesundheitszustand und 0 als schlechtestem denkbaren psychischen Gesundheitszustand ein (vgl. Abb. 7.118). Hatten die Befragten eine oder zwei Zugangsbarrieren erlebt, stuften sie ihr psychisches Wohlbefinden im Mittel mit einem Wert von 60 ein, bei drei oder mehr erfahrenen Zugangsbarrieren bei einem Wert von durchschnittlich 50. Die Mittelwerte unterscheiden sich dabei signifikant, die Konfidenzintervalle überschneiden sich nicht.

Abb. 7.118: Psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch nach Anzahl der Zugangsbarrieren

Mittelwerte und 95%-Fehlerbalken auf einer Skala von 0 (=schlechtester denkbare psychischer Gesundheitszustand) bis 100 (bester denkbare psychischer Gesundheitszustand)



Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

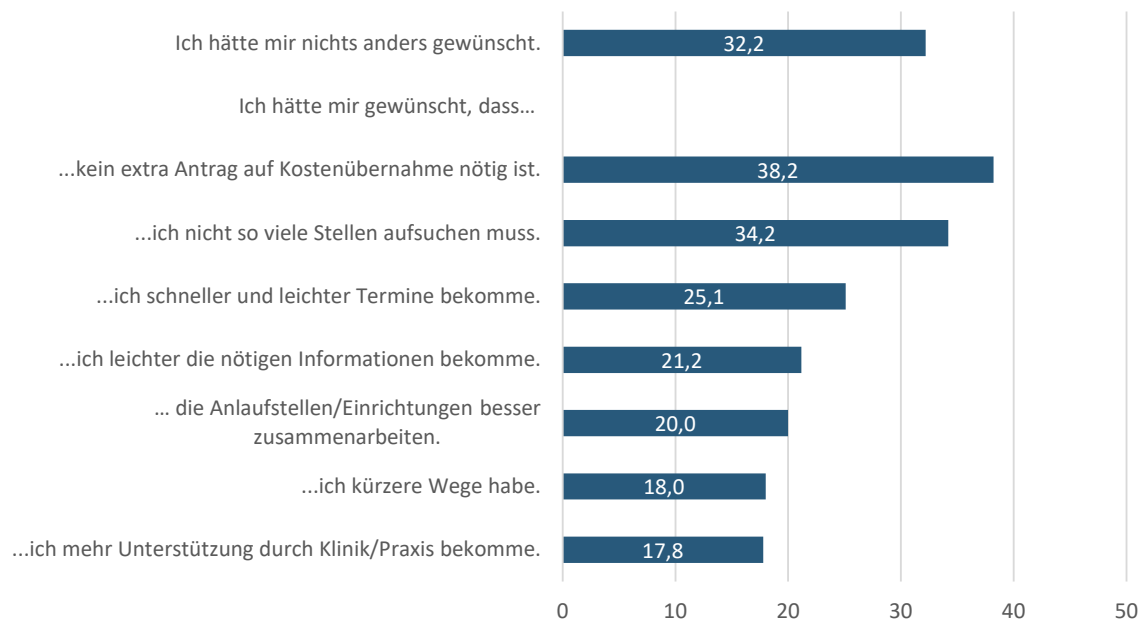
7.1.1.4.16 Veränderungswünsche bei der Schwangerschaftsabbruchversorgung

Ergänzend zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung wurden die Frauen, die eine eingetretene ungewollte Schwangerschaft haben abbrechen lassen, nach aus ihrer Sicht bestehenden Veränderungsbedarfen gefragt. Knapp ein Drittel der Befragten (32,2 %) gab an, dass sie keine Wünsche für Änderungen bei der Versorgung haben (vgl. Abb. 7.119).

Die Änderungswünsche der befragten Frauen bezogen sich am häufigsten auf die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs: 38,2 % der Befragten wünschten sich, dass kein eigener Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden muss. 34,2 % der Frauen wünschten sich rückblickend, nicht so viele Anlaufstellen aufsuchen zu müssen. 25,1 % der Befragten äußerten dahingehend Verbesserungswünsche, schneller und leichter Termine zu bekommen. 21,2 % hätten sich einen leichteren Zugang zu den benötigten Informationen gewünscht. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Anlaufstellen nannten 20,0 % der Befragten.

18,0 % der befragten Frauen hätten sich kürzere Wege beim Schwangerschaftsabbruch gewünscht, und 17,8 % äußerten den Wunsch nach mehr Unterstützung durch die Einrichtung, in der der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird.

Abb. 7.119: Veränderungswünsche bei der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n = 594, Befragte mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Rund 10 % der befragten Frauen nutzten die Möglichkeit, in eigenen Worten Änderungswünsche in ein Freitextfeld einzutragen. Am häufigsten bezogen sich ihre Äußerungen auf unzureichende Informationen sowie auf die Kommunikation und Behandlung in Praxen, Kliniken und Beratungseinrichtungen.

Ein beispielhafter Verbesserungswunsch aus dem Bereich Information lautete:

„Mehr Informationen zum Abbruch an sich: Unsicherheit bei allem, was körperlich passiert, und Hilfslosigkeit durch Unwissenheit, im Sinne von: ‚Ist das jetzt richtig? Muss das so?‘“

Für den Bereich Kommunikation / Behandlung in Praxen, Kliniken und Beratungseinrichtungen steht folgendes Beispiel:

„...die eigene Frauenärztin eine neutrale Meinung vertritt und nicht versucht schlechtes Gewissen zu machen“

Weitere Änderungswünsche richteten sich auf die Entstigmatisierung und Enttabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen.

7.1.1.5 Vergleichende Analyse der Entwicklungen bei abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn und Tilmann Knittel)

Aufbauend auf den in den vorhergehenden Kapiteln ausgeführten Ergebnissen der Befragung der Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften werden in einem weiteren Analyseschritt in zeitlicher Folge die Entwicklungen bei abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften vergleichend betrachtet. Eine zentrale Analyseperspektive stellt dabei die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens von Frauen im Zeitverlauf beginnend beim Eintritt der Schwangerschaften dar. Das psychische Wohlbefinden wird im Rahmen der ELSA-Studie im Sinne der WHO-Definition als ein Aspekt von Gesundheit und als Versorgungsziel verstanden. Darüber hinaus dient das psychische Wohlbefinden als Indikator für Belastungslagen: Anhand von Unterschieden bei der Entwicklung des Wohlbefindens können belastende – oder auch schützende – Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit im Zusammenhang mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften identifiziert werden. Da Schwangerschaften unabhängig von ihrer Gewolltheit temporär zu starken Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Schwangeren führen, ist es zudem erforderlich, auch gewollt eingetretene Schwangerschaften im Sinne einer Kontrollgruppe vergleichend in die Analysen mit einzubeziehen.

Die folgenden Darstellungen der Analyse gehen in einem ersten Schritt deskriptiv auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens ausgehend von der Zeit vor Schwangerschaftseintritt über die Phase der Monate nach dem Ende der Schwangerschaft bis hin zum Zeitpunkt der Befragung ein. In einem zweiten Schritt wird ausgeführt, in welcher Weise die Lebenslagen vor Eintritt von Schwangerschaften Unterschiede beim psychischen Wohlbefinden zu diesem Zeitpunkt beeinflussen. Ein dritter Analyseschritt nimmt die Einflüsse auf das Wohlbefinden zwischen Schwangerschaftseintritt und dem dritten Monat nach Schwangerschaftsende in den Blick, um darauf aufbauend im Rahmen von logistischen Regressionsmodellen die zentralen wirkenden Einflüsse zu isolieren. Der abschließende vierte Analyseschritt zielt auf die langfristigen Auswirkungen von ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften, wobei hier sowohl das psychische Wohlbefinden als auch die Einschätzung berücksichtigt wird, inwiefern die Entscheidung für das Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft mit größerem zeitlichen Abstand als richtig beurteilt wird.

7.1.1.5.1 Entwicklung des psychischen Wohlbefindens

Das psychische Wohlbefinden wurde im Rahmen der ELSA-Befragung mit Bezug auf verschiedene Zeitpunkte erhoben. Bei abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften wurden in gleicher Weise das psychische Wohlbefinden für den aktuellen Befragungszeitpunkt sowie retrospektiv für die Wochen vor der Schwangerschaft und die Zeit drei Monate nach Ende der Schwangerschaft erfasst. Die Befragten wurden dabei gebeten, ihren psychischen Gesundheitszustand rückblickend auf einer Skala von 0 als schlechtest denkbarem Gesundheitszustand und 100 als bestem denkbaren Gesundheitszustand einzustufen. Diese Messmethode ist angelehnt an die verbreitete Skala EQ-5D-5L: EQ visual analogue scale (EQ VAS), die allerdings nicht für eine retrospektive Verwendung validiert ist.

Bei einer vergleichenden Analyse der Entwicklungen des Wohlbefindens bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften, bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften und bei gewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften zeigen sich zwei Befunde, die in Abb. 7.120 erkennbar sind:

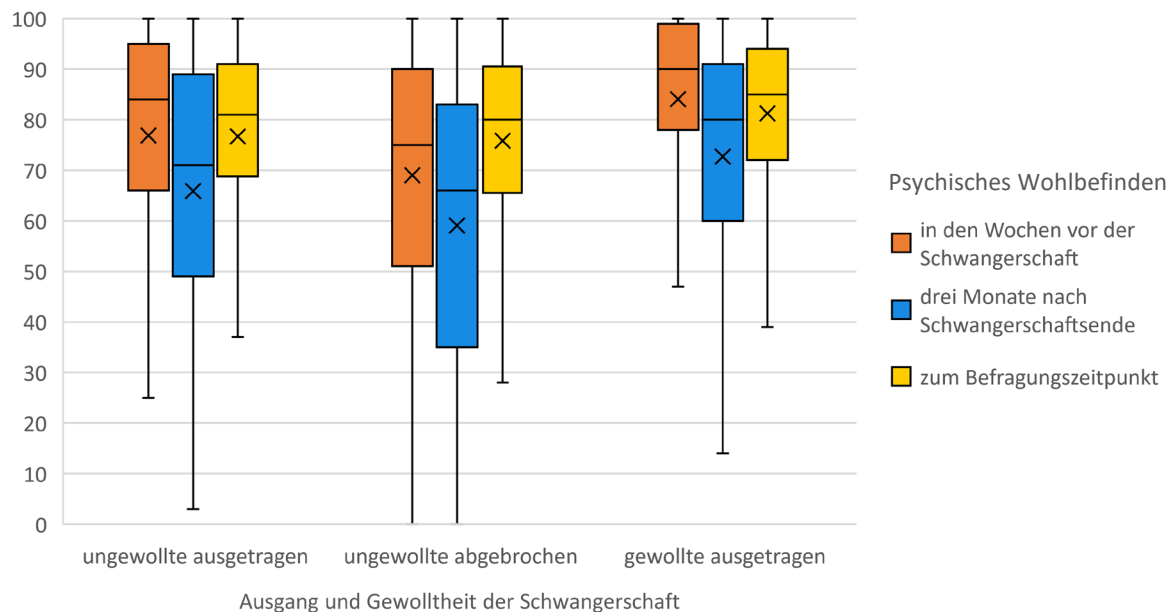
- Bei gewollten wie ungewollten, ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften berichten Frauen rückblickend in ähnlicher Weise von einer temporären Minderung ihres Wohlbefindens. Gegenüber dem Zeitpunkt vor Eintritt der Schwangerschaft wird das Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch bzw. der Geburt

geringer eingeschätzt. Bis zum Zeitpunkt der Befragung steigt das eingeschätzte Wohlbefinden wieder an.

- Prüfungen mittels einer Varianzanalyse und weitergehenden Post-Hoc-Tests (Games-Howell) zeigen, dass sich die Einschätzung des Wohlbefindens bei ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften, ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften und gewollten ausgetragenen Schwangerschaften signifikant voneinander unterscheiden: Zum Zeitpunkt vor Eintritt und drei Monate nach Schwangerschaftsende bestehen zwischen allen drei Vergleichsgruppen signifikante Unterschiede beim psychischen Wohlbefinden. Von den Frauen mit ungewollten Schwangerschaften – und in besonderes ausgeprägter Weise bei Schwangerschaftsabbrüchen – wird das Wohlbefinden bereits vor Eintritt der Schwangerschaft geringer angegeben als von Frauen mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften. Zum Befragungszeitpunkt unterscheiden sich Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaft dagegen nicht signifikant voneinander. Beide Gruppen unterscheiden sich in ihrem psychischen Wohlbefinden zu diesem Zeitpunkt aber signifikant von der Gruppe der Frauen mit gewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften.

Abb. 7.120: Entwicklung des psychischen Wohlbefindens bei ungewollten und gewollten, ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften

Quartile (Box) und Mittelwerte (X), Skala von 0 (schlechtester denkbare Gesundheitszustand) bis 100 (bester denkbare Gesundheitszustand) Grafik



Psychisches Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt: $n = 572 / 608 / 3.391$; $F(2, 4568) = 167,712$; $p < 0,001$; $\text{Eta}^2 = 0,068$; psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende (Frauen, deren Schwangerschaft zum Befragungszeitpunkt mindestens sechs Monate zurücklag): $n = 541 / 407 / 2.835$; $F(2, 3780) = 63,991$; $p < 0,001$; $\text{Eta}^2 = 0,033$; psychisches Wohlbefinden zum Befragungszeitpunkt (Frauen, deren Schwangerschaft mindestens ein Jahr zurücklag): $n = 566 / 317 / 3374$; $F(2, 4.254) = 25,836$; $p < 0,001$; $\text{Eta}^2 = 0,012$

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

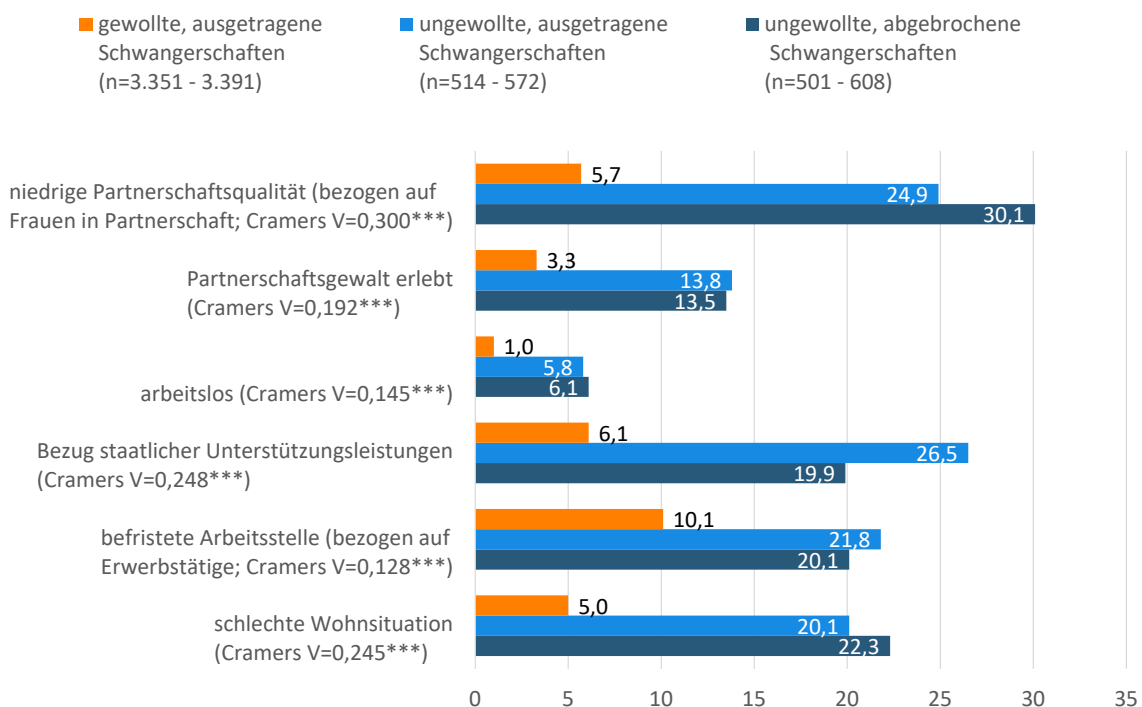
Zur Identifizierung von Belastungslagen im Zusammenhang mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften wird in den folgenden Analysen untersucht, welche Einflussfaktoren auf Veränderungen des psychischen Wohlbefindens feststellbar sind. In einem ersten Schritt richtet sich der Blick auf die Hintergründe, weshalb bereits vor Schwangerschaftseintritt Unterschiede bei psychischen Wohlbefinden zwischen den Vergleichsgruppen bestehen.

7.1.1.5.2 Einflussfaktoren auf das psychische Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt

Zur Erklärung der Unterschiede des psychischen Wohlbefindens der Befragten vor Eintritt der ungewollten oder gewollten, ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften wurden zunächst Zusammenhänge mit schwierigen, insbesondere für Familiengründungen oder -erweiterungen nachteiligen Lebenslagen statistisch geprüft.

Wie in Kapitel 7.1.1.1 ausführlich dargestellt, sind als nachteilig zu wertende Lebensumstände bei Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften und insbesondere bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften signifikant häufiger verbreitet als bei gewollten Schwangerschaften. Zu diesen ungünstigen Lebensumständen zählen eine krisenhafte Partnerschaft, Partnerschaftsgewalt, Arbeitslosigkeit, der Bezug staatlicher Transferleistungen aufgrund geringen Einkommens, befristete Arbeitsverhältnisse oder eine als schlecht bewertete Wohnsituation. Während diese schwierigen Lebensumstände bei Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften verbreitet sind, stellen sie bei gewollt eingetretenen Schwangerschaften eher Ausnahmen dar (vgl. Abb. 7.121).

Abb. 7.121: Lebensumstände bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Sämtliche dieser ungünstigen Lebensumstände wirken sich, wenn sie zutreffen, für sich genommen negativ auf das psychische Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt aus. Die Unterschiede beim Wohlbefinden zwischen ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften, abgebrochenen Schwangerschaften und gewollten ausgetragenen Schwangerschaften lassen sich allerdings nicht durch einzelne dieser Aspekte erklären. Einen hinreichenden Erklärungsansatz der Unterschiede beim psychischen Wohlbefinden liefert dagegen die Berücksichtigung der Kumulation schwieriger Lebensumstände. Für die Analyse werden hierfür die in Kapitel 7.1.1.2.5 zusammengefassten Bereiche mit nachteiligen Lebenslagen herangezogen. Berücksichtigt sind als

Lebenslagen dabei die Bereiche Partnerschaft, berufliche Situation, finanzielle Situation, Wohnsituation sowie die körperliche Gesundheit bei Eintritt der Schwangerschaft.

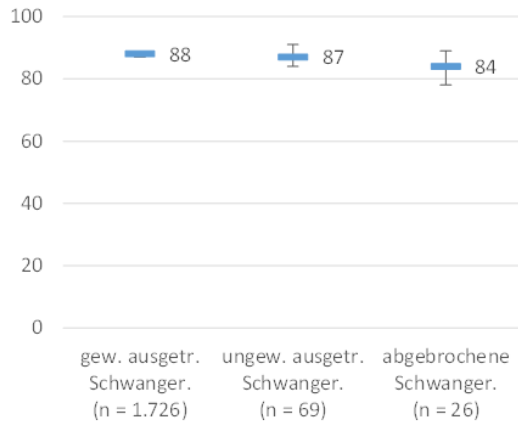
In Abb. 7.122 sind die Mittelwerte des psychischen Wohlbefindens vor Eintritt der Schwangerschaft für Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften, abgebrochenen Schwangerschaften und gewollten ausgetragenen Schwangerschaften vergleichend nach Anzahl der nachteiligen Lebenslagen dargestellt. Es zeigt sich dabei, dass bei Befragten, die jeweils in einer gleichen Anzahl von Lebensbereichen unter nachteiligen Umständen leben, keine signifikanten Unterschiede bei ihrem psychischen Wohlbefinden bestehen – und zwar, wie aus den abgebildeten Überschneidungen der Konfidenzintervalle hervorgeht, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft ungewollt oder gewollt eingetreten ist und unabhängig davon, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wurde. Der Befund, dass zwischen den Vergleichsgruppen keine signifikanten Unterschiede bestehen, wird auch durch die Ergebnisse von Varianzanalysen (ANOVAs) bekräftigt.

Gleichzeitig geht aus der Darstellung hervor, dass das psychische Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt von den befragten Frauen umso geringer eingestuft wird, je mehr sie von nachteiligen Lebenslagen berichten.

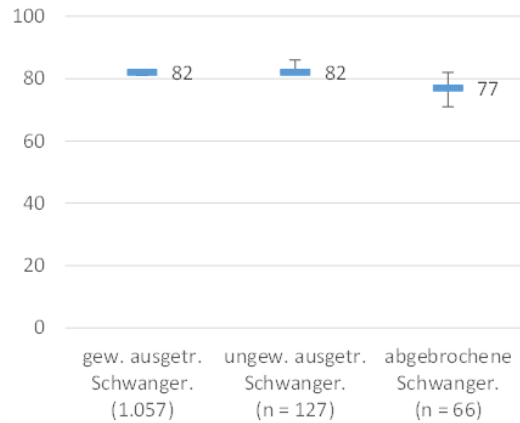
Abb. 7.122: Psychisches Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt nach Anzahl nachteiliger Lebenslagen

Mittelwerte und 95%-Fehlerbalken auf einer Skala von 0 (=schlechtester denkbarer psychischer Gesundheitszustand) bis 100 (besten denkbarer psychischer Gesundheitszustand)

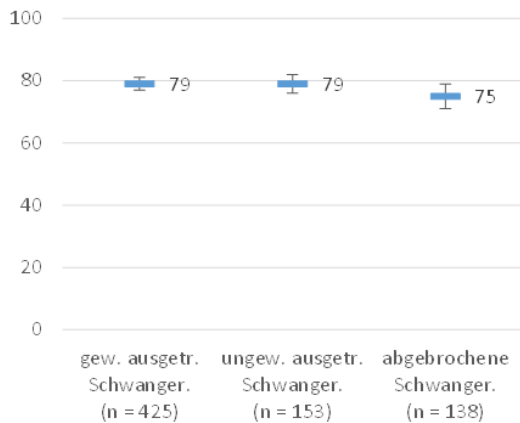
nachteilige Lebenslagen in keinem Bereich



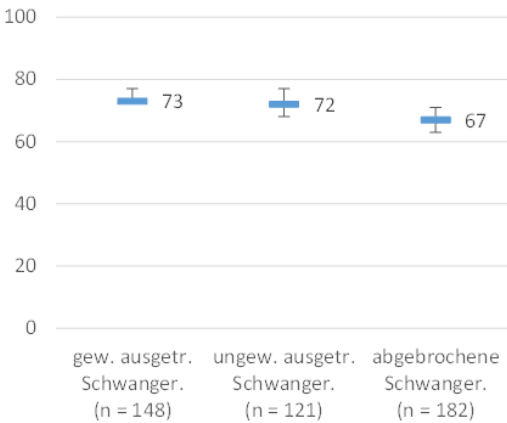
nachteilige Lebenslagen in einem Bereich



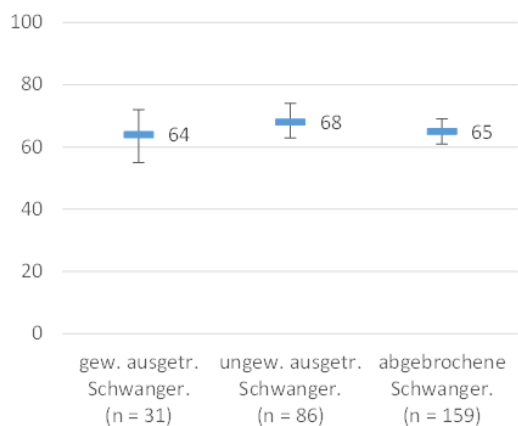
nachteilige Lebenslagen in zwei Bereichen



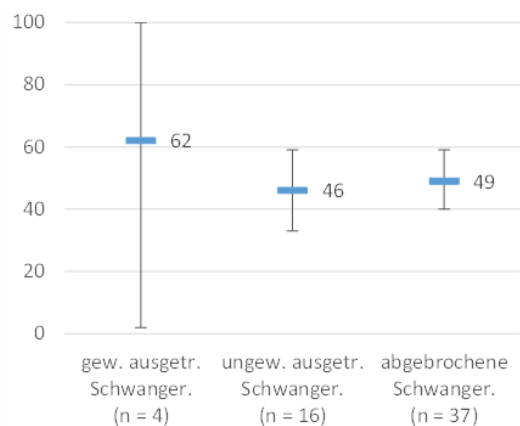
nachteilige Lebenslagen in drei Bereichen



nachteilige Lebenslagen in vier Bereichen



nachteilige Lebenslagen in fünf Bereichen



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die bereits vor Eintritt der Schwangerschaften bestehenden Unterschiede des psychischen Wohlbefindens bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften, bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften und bei gewollten, zu einer Geburt führenden Schwangerschaften können durch die spezifische Verbreitung nachteiliger Lebenslagen erklärt werden. Wie in Kapitel 7.1.1.2 ausgeführt zeigen sich erhebliche Unterschiede bei der Kumulation schwieriger Lebenssituationen, die in der folgenden Tab. 7.16 nochmals dargestellt sind. Während von den Frauen mit gewollt eingetretenen Schwangerschaften gut die Hälfte auf gar keine nachteiligen Lebenslagen hinweist, trifft dies bei den Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft nur auf 12,1 % und bei Frauen mit einer abgebrochenen Schwangerschaft auf lediglich 4,3 % zu. Dagegen berichten nahezu ein Drittel der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen und 17,8% der Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, von nachteiligen Lebenslagen in vier oder mehr Bereichen – was bei gewollt Schwangeren mit einem Anteil von lediglich einem Prozent eine Ausnahme darstellt.

Tab. 7.16: Anzahl der Bereiche mit mindestens einer nachteiligen Lebenslage bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)

	ungewollte abgebrochene Schwangerschaften (n=608)	ungewollte ausgetragene Schwangerschaften (n=572)	gewollte ausgetragene Schwangerschaften (n=3.391)
Anzahl Bereiche mit mindestens einer nachteiligen Lebenslage	in %	in %	in %
keine	4,3	12,1	50,9
eine	10,9	22,2	31,2
zwei	22,7	26,7	12,5
drei	29,9	21,2	4,4
vier und mehr	32,3	17,8	1,0
Gesamt	100	100	100

Cramers V=0,443, p<0,001

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Analysen zeigen mithin, dass die Unterschiede bei dem psychischen Wohlbefinden in der Zeit vor dem Eintritt der Schwangerschaft, die zwischen Frauen mit ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften, mit Schwangerschaftsabbrüchen und mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften beobachtbar sind, im Zusammenhang mit den Lebenslagen und insbesondere der Kumulation schwieriger Lebensumstände stehen. Für die folgenden Analysen und darunter insbesondere die Regressionsmodelle bedeutet dies, dass es aufgrund dieses Zusammenhangs ausreicht, den Einfluss des psychischen Wohlbefindens vor Schwangerschaftseintritt als Kontrollvariable einzubeziehen, und die Lebenslagen nicht eigenständig berücksichtigt werden müssen.

7.1.1.5.3 Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens

Ziel der folgenden Analysen ist die Identifikation maßgeblicher Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens im Verlauf von ungewollt eingetretenen ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften. Wie im vorangehenden Abschnitt gezeigt, bestehen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften, bei ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften und bei gewollten, zu einer Geburt führenden Schwangerschaften bereits vor Eintritt der Schwangerschaft Unterschiede beim Wohlbefinden, die auf die Verbreitung von Belastungslagen zurückgeführt werden können. Bei der Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens während der Schwangerschaft ist das psychische Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft daher notwendigerweise als Kontrollvariable zu berücksichtigen. Dies erfolgt in Übereinstimmung mit Ergebnissen der internationalen Forschung zu Schwangerschaftsabbrüchen: Das psychische Wohlbefinden vor Eintritt einer Schwangerschaft gilt als einflussreichster Prädiktor für das psychische Wohlbefinden nach einem Schwangerschaftsabbruch (APA, 2008, S. 4; Charles et al., 2008, S. 438; NCCMH, 2011, S. 8).

Ein weiterer maßgeblicher Faktor, der bei einer Analyse der Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden im Verlauf der Schwangerschaften kontrolliert werden muss, ist der körperliche Gesundheitszustand. Zwischen körperlichem Gesundheitszustand und dem psychischen Wohlbefinden zeigen sich im Rahmen von bivariaten Analysen hohe, signifikante Zusammenhänge. Wie in Tabelle 7-17 ausgewiesen gilt dies – erkennbar an den Spearman-Rho-Werten $\rho = 0,445$ bis $\rho = 0,714$ – für sämtliche Vergleichsgruppen und zu jedem der erfassten Zeitpunkte.

Tab. 7.17: Zusammenhänge zwischen psychischem Wohlbefinden und körperlicher Gesundheit nach Ausgang und Gewolltheit (ausgewiesen durch Spearman-Rho)

	ungewollt eingetretene abgebrochene Schwangerschaften	ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften	gewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften
Zeitpunkt	<i>Spearman-Rho</i> (ρ)	<i>Spearman-Rho</i> (ρ)	<i>Spearman-Rho</i> (ρ)
vor Schwangerschaftseintritt	0,545***, <i>n</i> = 3.391	0,501***, <i>n</i> = 572	0,445***, <i>n</i> = 608
drei Monate nach Schwangerschaftsende	0,687***, <i>n</i> = 2.835	0,693***, <i>n</i> = 541	0,530***, <i>n</i> = 407
zum Befragungszeitpunkt	0,680***, <i>n</i> = 2.835	0,714***, <i>n</i> = 540	0,644***, <i>n</i> = 294

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Berücksichtigung des körperlichen Gesundheitszustands als Kontrollvariable ist dabei nicht nur erforderlich, da sich bereits vor Schwangerschaftseintritt gesundheitliche Unterschiede zwischen ungewollt und gewollt eingetretenen Schwangerschaften bestehen (vgl. Kapitel 7.1.1.2.4). Wesentlich ist die Kontrolle auf den Gesundheitszustand ebenso aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen der körperlichen Gesundheit im Schwangerschaftsverlauf insbesondere bei ausgetragenen und bei abgebrochenen Schwangerschaften, wie im Folgenden dargestellt wird.

7.1.1.5.4 Entwicklung des körperlichen Gesundheitszustands bei Schwangerschaften im Zeitverlauf (Kontrollvariable)

Zur Erfassung der Entwicklung der körperlichen Gesundheit wurden die Befragten mit Bezug auf verschiedene Zeitpunkte – unmittelbar vor Eintritt der Schwangerschaft, drei Monate nach Ende der Schwangerschaft und zum Befragungszeitpunkt – um eine Einschätzung auf einer Skala zwischen 100 als bestem denkbaren Gesundheitszustand und 0 als schlechtest denkbarem Gesundheitszustand gebeten. Von einer vergleichenden Erfassung des Gesundheitszustands während der Schwangerschaften wurde aufgrund von methodischen Überlegungen abgesehen, da nicht sichergestellt hätte werden können, dass sich die Angaben der Befragten bei Schwangerschaftsabbrüchen und ausgetragenen Schwangerschaften auf die gleiche Schwangerschaftsphase beziehen.

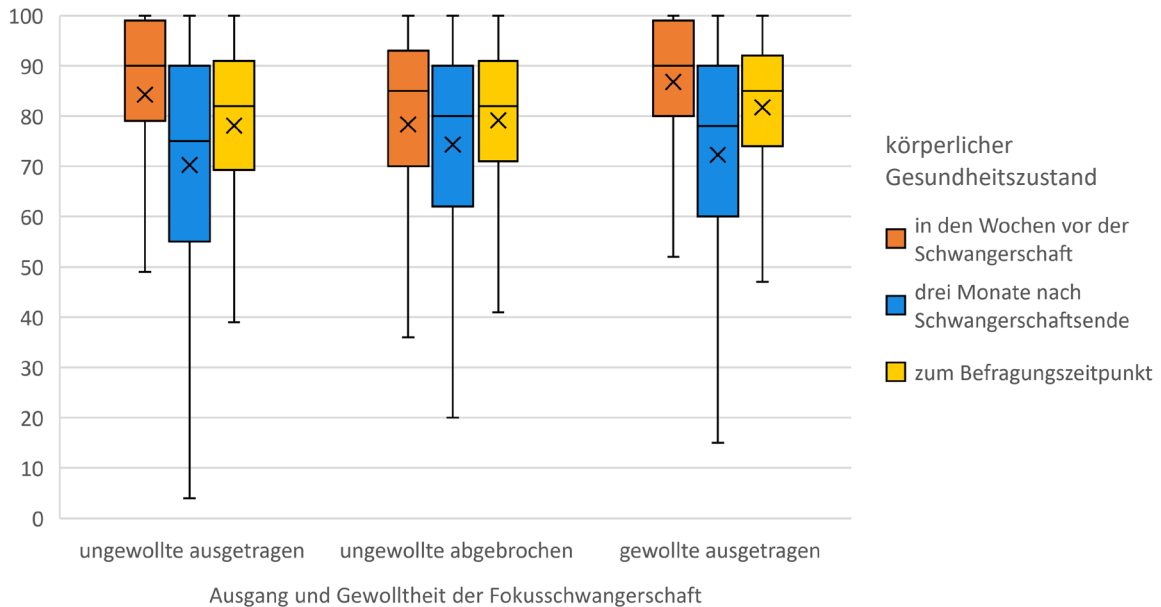
Bezogen auf den Zeitpunkt unmittelbar vor Eintritt der Schwangerschaft schätzten Frauen mit gewollter ausgetragener Schwangerschaft ihren Gesundheitszustand mit einem Mittelwert von 87 ähnlich ein wie Frauen mit ungewollter ausgetragener Schwangerschaft, die im Mittel einen Wert von 84 angaben (Abbildung 7-123). Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft abgebrochen haben, schätzten ihren körperlichen Gesundheitszustand vor Eintritt der Schwangerschaft mit einem Mittelwert von 78 etwas niedriger ein. Signifikante Unterschiede zeigen sich bei einer genaueren Betrachtung der Verteilung der Werte: Die Anteile der Befragten, die ihren körperlichen Gesundheitszustand mit einem Wert von unter 70 – der als Schwellenwert für Einschränkungen der Gesundheit herangezogen werden kann – bewerten, liegen bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (15,7 %) und abgebrochenen Schwangerschaften (23,7 %) signifikant höher als bei Frauen, die gewollt schwanger geworden sind (8,3 %, Cramers $V=0,172$, $p<0,001$).

Unabhängig davon, ob die Schwangerschaft gewollt oder ungewollt eingetreten ist, schätzten Frauen, die eine Schwangerschaft austragen, ihren körperlichen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt drei Monate nach der Schwangerschaft deutlich niedriger ein als Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen. Bezogen auf den Zeitpunkt drei Monate nach Ende der Schwangerschaft wurde die eigene Gesundheit mit Mittelwerten von 69 bei Befragten mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft und mit 71 bei gewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft deutlich schlechter als vor Schwangerschaftseintritt eingestuft. Die Differenzen gegenüber dem Zeitpunkt vor Schwangerschaftseintritt betragen -15 bei ungewollt eingetretenen und -16 bei gewollten ausgetragenen Schwangerschaften. Bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch zeigte sich ebenfalls eine Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands (auf einen Mittelwert von 73), aber in geringerem Ausmaß (-5).

Im Vergleich zu dem Zeitpunkt drei Monate nach Schwangerschaftsende bewerteten die Befragten ihren aktuellen Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt wieder besser. Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften schätzten ihren Gesundheitszustand dabei allerdings gegenüber dem Zeitpunkt vor Schwangerschaftseintritt im Durchschnitt weiterhin als schlechter ein, und zwar gleichermaßen bei gewollt und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften. Gegenüber der Zeit vor der Schwangerschaft gaben Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft einen Rückgang auf einen Mittelwert von 78 an (-5), Frauen mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften einen Rückgang auf 81 (-6). Befragte, die die ungewollt eingetretene Schwangerschaft abgebrochen haben, schätzten ihren körperlichen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung mit einem Durchschnittswert von 77 nahezu identisch wie vor Schwangerschaftseintritt (78) ein.

Abb. 7.123: Körperlicher Gesundheitszustand vor und nach der Schwangerschaft sowie zum Befragungszeitpunkt nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft

Quartile (Box) und Mittelwerte (X), Skala von 0 (schlechtester denkbare Gesundheitszustand) bis 100 (bester denkbare Gesundheitszustand)

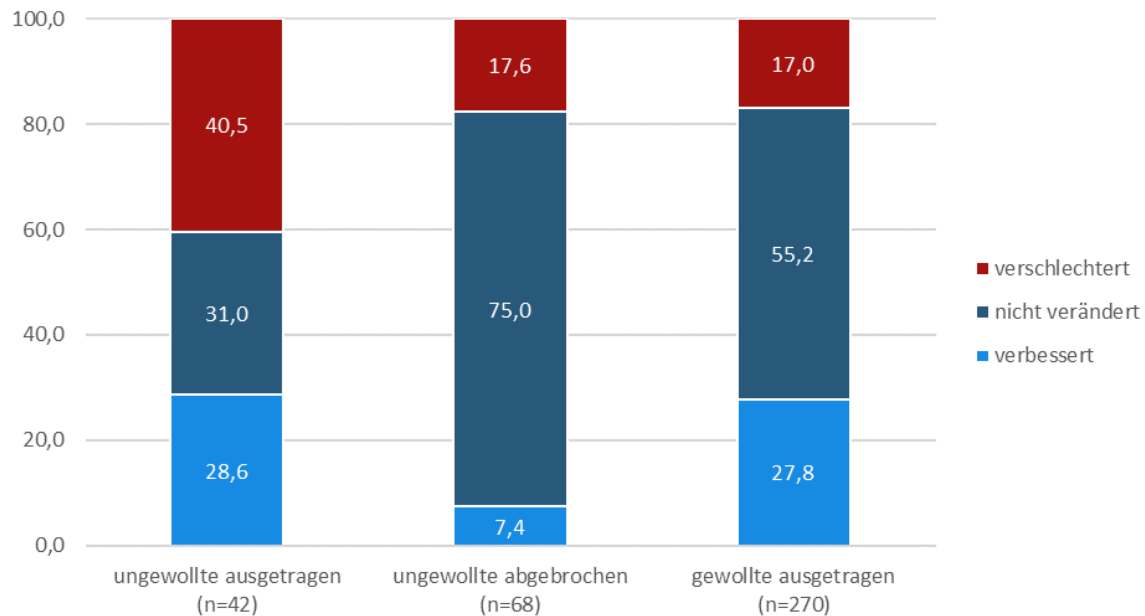


Körperlicher Gesundheitszustand vor Schwangerschaftseintritt: $n = 572 / 608 / 3.391$; $F(2, 4.568) = 75,349$; $p < 0,001$; $\text{Eta}^2 = 0,032$; körperlicher Gesundheitszustand drei Monate nach Schwangerschaftsende: $n = 572 / 608 / 3.391$; $F(2, 4.568) = 5,111$; $p < 0,01$; $\text{Eta}^2 = 0,002$; körperlicher Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt (Frauen, deren Schwangerschaft mindestens ein Jahr zurücklag): $n = 540 / 294 / 2.835$; $F(2, 3.666) = 13,526$; $p < 0,001$; $\text{Eta}^2 = 0,007$
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Insbesondere in dem im Vergleich zum Zeitpunkt vor Schwangerschaftseintritt geringen Durchschnittswert des körperlichen Gesundheitszustands zum Zeitpunkt drei Monate nach den Geburten spiegeln sich die Nachwirkungen der körperlichen Belastungen der mehrmonatigen Schwangerschaften und Geburten sowie in der Kleinkindphase auftretende Belastungen. Bei Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, sind diese körperlichen Belastungen im Verlauf der Schwangerschaften im Durchschnitt weniger stark ausgeprägt.

Bei Befragten, die angaben, dass sie bei Schwangerschaftseintritt ein mindestens sechs Monate bestehendes körperliches Problem oder eine Erkrankung hatten, wurde erhoben, inwiefern sich dieses körperliche Problem im Verlauf der Schwangerschaft verändert hat. Befragte, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, verwiesen am häufigsten auf Veränderungen ihres Gesundheitszustands, und zwar sowohl zum Negativen (40,5 %) als auch zum Positiven (28,6 %, Abb. 7.124). Frauen mit gewollten ausgetragenen Schwangerschaften gaben demgegenüber mit einem Anteil von 17,0 % seltener an, dass sich ihre gesundheitlichen Probleme verschlechtert haben. Von den Befragten, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, wurde allgemein seltener als bei ausgetragenen Schwangerschaften auf Veränderungen der gesundheitlichen Probleme hingewiesen: Bei drei Vierteln dieser Befragten verändern sich die körperlichen Probleme nicht (75,0 %). Wurden von Frauen im Zusammenhang mit abgebrochenen Schwangerschaften Veränderungen ihrer körperlichen Probleme angeführt, waren die häufiger Verschlechterungen (17,6 %) als Verbesserungen (7,4 %).

Abb. 7.124: Veränderungen körperlicher Gesundheitsprobleme durch die Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V=0,196, $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Festzuhalten ist, dass die nach Schwangerschaftsintention und Ausgang der Schwangerschaft unterschiedlichen Entwicklungen des körperlichen Gesundheitszustands aufgrund ihrer Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden notwendigerweise bei der Analyse von Belastungslagen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften kontrollierend berücksichtigt werden müssen.

7.1.1.5.5 Geprüfte Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens

Während in den vorausgehenden Abschnitten auf das psychische Wohlbefinden vor dem Schwangerschaftseintritt und auf den körperlichen Gesundheitszustand zu verschiedenen Bezugszeitpunkten eingegangen worden ist und die Bedeutung dieser Aspekte als Kontrollvariablen zur Identifizierung von Belastungslagen herausgestellt worden ist, richtet sich der Blick im Folgenden auf mögliche Faktoren, deren Einfluss auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens nach Ende der Schwangerschaft geprüft werden soll. In den Kapiteln 7.1.1.3 und 7.1.1.4 wurde bereits getrennt für Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften und für Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen auf mit der Stigmatisierung und den Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung (bei Schwangerschaftsabbrüchen) auf weitere Aspekte eingegangen, bei denen sich in bivariaten Analysen Zusammenhänge mit dem psychischen Wohlbefinden gezeigt haben.

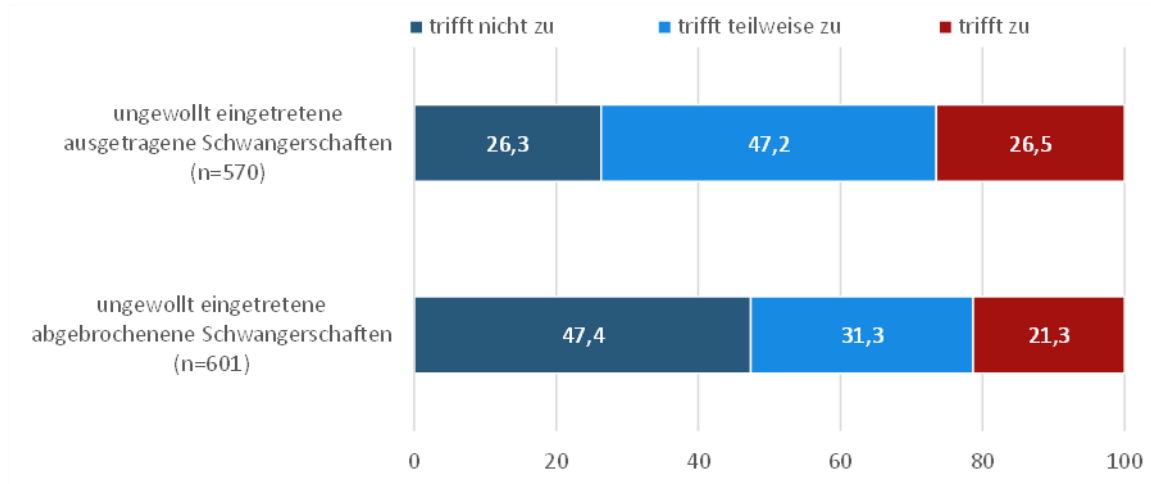
Als weitere mögliche Einflussbereiche werden in den folgenden Analysen die Entwicklung der Partnerschaftsqualität während der Schwangerschaft sowie auf die Zukunft gerichtete Ängste und Sorgen wegen der eigenen Lebensumstände – auch ggf. mit einem (weiteren) Kind – berücksichtigt. Maßgebliches Kriterium für die Auswahl dieser Aspekte und der herangezogenen Variablen war ihr zeitlicher Bezug zur Phase der Schwangerschaft, so dass ein Einfluss auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens während der Schwangerschaft zumindest theoretisch denkbar ist. Zum anderen wurde für die Auswahl geprüft, dass im Rahmen einer bivariaten Analyse ein signifikanter Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden deutlich wird.

Folgende zu prüfende Einflussvariablen werden in die Modelle mitaufgenommen:

Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände (Finanzen, Partner, Arbeit, Eltern etc.)

Die Frage nach Zukunftsängsten und Sorgen wegen der eigenen Lebensumstände wurde in dem Fragebogen bezogen auf den Zeitpunkt bei der Entscheidung zum Abbrechen oder Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft gestellt. Im Hintergrund stand hierbei die Überlegung, dass vor allem die Frauen, die sich dazu entschieden haben, eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft auszutragen, u.a. mit finanziellen Herausforderungen konfrontiert werden, die das Leben mit einem (weiteren) Kind mit sich bringt. Sorgen, ob man dazu in der Lage sein wird, diese zu bewältigen, können eine Belastung darstellen und sich somit negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Wie Abb. 7.125 zeigt, sind Zukunftsängste und Sorgen wegen der Lebensumstände bei Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen, deutlich häufiger verbreitet als bei Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden.

Abb. 7.125: Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände nach Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V=0,221; $p<0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Es sei darauf hingewiesen, dass die Antwortkategorien zu der Frage nach Zukunftsängsten und Sorgen wegen der Lebensumstände in der obigen Abbildung in anderer Weise zusammengefasst und benannt sind als in den jeweiligen Darstellungen der Kapitel 7.1.1.4 und 7.1.1.5.

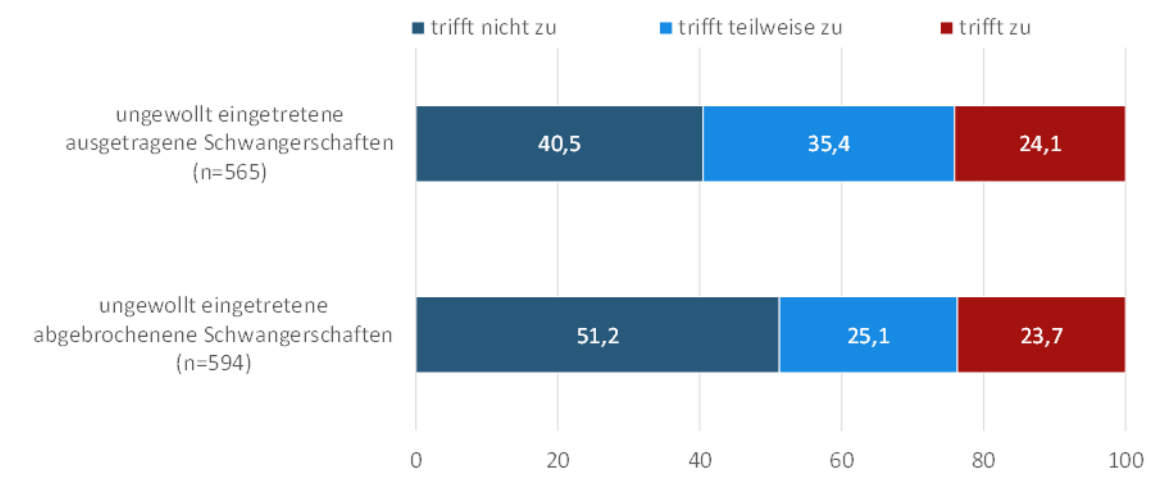
Konflikte mit dem Partner oder beteiligten Mann wegen der Schwangerschaft.

Die Bedeutung der Beziehung zum Partner bzw. zu dem beteiligten Mann für die Gewolltheit von Schwangerschaften ist umfassend in Studien belegt. Bei der Partnerschaftsqualität vor Eintritt einer Schwangerschaft handelt es sich zudem um einen wichtigen Prädiktor für die Entwicklung der Partnerschaft während und nach einer ungewollten Schwangerschaft. Im Rahmen des Modells wird der Partner bzw. beteiligte Mann im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft als wichtige Ressource sozialer Unterstützung betrachtet. Soziale Unterstützung umfasst dabei sowohl eine emotionale als auch eine materielle Komponente – insbesondere dann, wenn sich für das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft entschieden wird. Starke und/oder häufige Konflikte mit dem Partner oder beteiligten Mann wegen der Schwangerschaft können eine emotionale Belastung darstellen, u.a. deshalb, weil sie als ein Indiz für eine krisenhafte Beziehung bewertet werden und damit verbunden auch Sorgen bezüglich des Wegfallens einer wichtigen Quelle sozialer Unterstützung im Falle einer Trennung auslösen können.

Zur Erfassung konflikthafter Entwicklungen in der Beziehung zu dem Partner bzw. an der Schwangerschaft beteiligten Mann mit einem expliziten Bezug auf die Phase der Schwangerschaft wurde die Zustimmung zu der Aussage „Die Schwangerschaft war Anlass für Streit und Stress in der Partnerschaft bzw. mit dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann“ erfragt. Knapp ein Viertel der befragten Frauen – sowohl mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen als auch abgebrochenen Schwangerschaften berichten hierbei von deutlichen Konflikten (vgl. Abb. 7.126). Gut die Hälfte der Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, hatten überhaupt keine Konflikte mit dem Partner oder Vater des Kindes. Bei abgebrochenen Schwangerschaften waren diese konfliktfreien Beziehungen mit einem Anteil von 40,5 % seltener.

Abb. 7.126: Konflikte mit dem Partner bzw. an der Schwangerschaft beteiligten Mann nach Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)

Zustimmung zur Aussage „Die Schwangerschaft war Anlass für Streit und Stress in der Partnerschaft bzw. mit dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann“



(Cramers V=0,122; $p < 0,001$)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Stigmatisierung

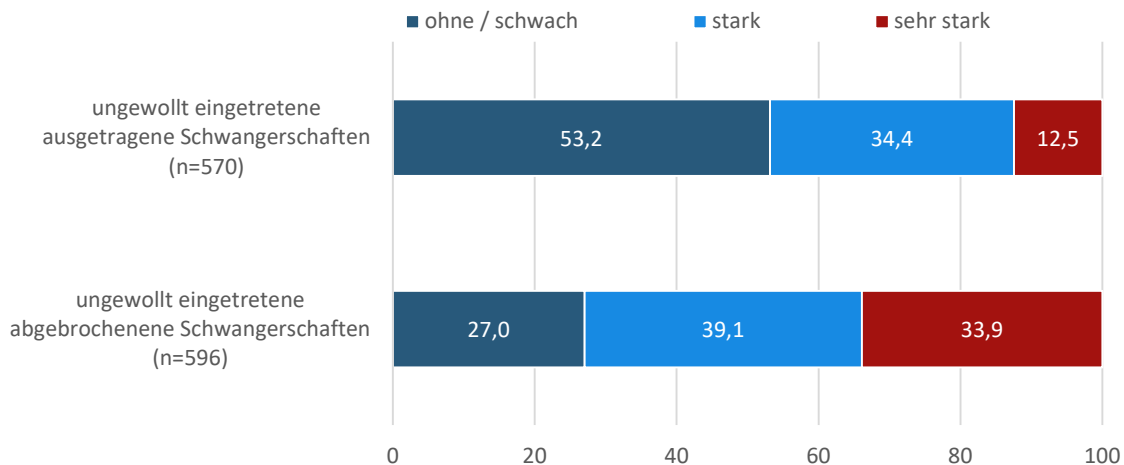
Wie in den Abschnitten zu Stigmatisierung bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (vgl. Kapitel 7.1.1.3.3) und mit Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. Kapitel 7.1.1.4.3) ausgeführt wurde, stehen insbesondere die internalisierte Stigmatisierung und – bei Schwangerschaftsabbrüchen – die antizipierte Stigmatisierung in einem Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Ende der Schwangerschaft. Frauen mit stärker ausgeprägtem Stigmatisierungsgrad stufen ihr psychisches Wohlbefinden im Durchschnitt signifikant niedriger ein als Frauen ohne Stigmatisierung. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen internalisierte und antizipierte Stigmatisierung stark miteinander korrelieren. Um Multikollinearität im Regressionsmodell zu verhindern, aber dennoch beide Aspekte der Stigmatisierung miteinzubeziehen, wurde ein Index gebildet aus Gefühlen nach der Entscheidung für den Abbruch oder das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft. Schuld,- Schamgefühle und Selbstvorwürfe nach der Entscheidung wurden miteinbezogen um innere Stigmagefühle zu repräsentieren. Sie dienten bereits zur Bildung eines Index für internalisierte Stigmatisierung. Zusätzlich wurden Sorgen vor den Reaktionen nahestehender Personen wegen der Entscheidung, die Schwangerschaft abubrechen oder auszutragen mitaufgenommen, um auch Aspekte der antizipierten Stigmatisierung zu berücksichtigen. Der Mittelwert der drei fünfstufigen Skalen Schuld-/Schamgefühle, Selbstvorwürfe und Sorge vor den Reaktionen nahestehender Personen nach der Entscheidung für den Abbruch/das Austragen der Schwangerschaft diene als Index des

Stigmatisierungsgrades. Das Item, das die Sorgen vor den Reaktionen nahestehender Personen misst, wurde doppelt gewichtet, um beide Stigmatisierungsformen gleichwertig zu berücksichtigen.

Der Zusammenhang zwischen erlebter Stigmatisierung und dem psychischen Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsabbruch erweist sich in der bivariaten Analyse im Vergleich zu den anderen beiden Stigmatisierungsformen als schwächer. Im Verlauf der Erstellung der Regressionsmodelle zeigte sich, dass erlebte Stigmatisierung kontrolliert für die anderen Stigmatisierungsformen keinen eigenständigen Erklärungsbeitrag zum psychischen Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende liefert – weder für Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen noch für Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben. Aus diesem Grund wird die erlebte Stigmatisierung bei der Darstellung der finalen Regressionsmodelle nicht weiter berücksichtigt.

Wie aus Abb. 7.127 hervorgeht, sind insbesondere sehr starke Grade der Stigmatisierung bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen deutlich häufiger verbreitet als bei Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen: Jede dritte Befragte mit Schwangerschaftsabbruch weist auf eine sehr stark ausgeprägte Stigmatisierung hin.

Abb. 7.127: Stigmatisierung (Index) nach Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)



(Cramers V=0,306; $p<0,001$)

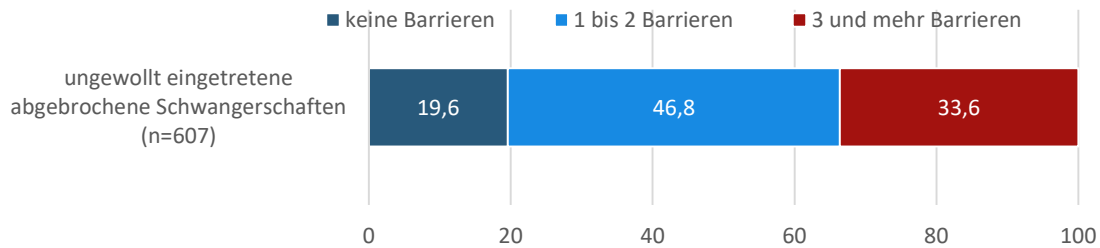
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung

Auf den Index zu Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen, der in die folgenden Analysen einbezogen wird, ist bereits in Kapitel 7.1.1.4.5 ausführlich eingegangen worden. In dem Index – der sich ausschließlich auf Schwangerschaftsabbrüche und nicht auf ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaften bezieht – werden unterschiedliche Dimensionen der Barrieren berücksichtigt. Eine bivariate Analyse hat ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der erlebten Barrieren und dem psychischen Wohlbefinden ergeben. Hinzuweisen ist darauf, dass sich bei den Zugangsbarrieren Bezüge zu der Stigmatisierung zeigen. Eine verbreitete Zugangsbarriere für Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen sind Schwierigkeiten in der Informationsbeschaffung aufgrund ihrer Angst, dass schlecht über sie gedacht wird – die antizipierte Stigmatisierung stellt dabei die Ursache der Zugangsbarriere dar. Anhand des logistischen Regressionsmodells für die Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen soll geprüft werden, ob Versorgungsbarrieren über die stigmabezogene Aspekte hinaus einen nachwirkenden negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch haben. Abb. 7.128 zeigt die

Häufigkeit von erlebten Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen in der Kategorienzusammenfassung, die in der folgenden Analyse Verwendung findet.

Abb. 7.128: Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung (Summenindex, in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.5.6 Regressionsmodelle zu Einflüssen auf das psychische Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende

Um Aufschluss über die Einflussfaktoren auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens im Verlauf ungewollt eingetretener ausgetragener oder abgebrochener Schwangerschaften zu erhalten, wurden logistische Regressionsmodelle entwickelt, die im Folgenden dargestellt sind. Angesichts der metrischen Skalierung des psychischen Wohlbefindens als abhängiger Variablen wären grundsätzlich auch lineare Regressionsmodelle in Frage gekommen. Für diesen Bericht wurde die Entscheidung zugunsten der logistischen Regressionen getroffen, da bei der verwendeten Variablenauswahl sämtliche Voraussetzungen für diese Methode unstrittig erfüllt sind. Für die logistischen Regressionsanalysen wurde die abhängige Variable psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende dichotomisiert. Frauen mit einem Wohlbefinden unter 70 (auf der Skala von 0 bis 100) wurden der Kategorie 1 und Frauen mit einem Wohlbefinden ab 70 entsprechend der Kategorie 0 zugewiesen. Der Wert 70 wurde aus der Forschungsliteratur als Cut-off-Wert übernommen, wobei Werte unter 70 mit Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens assoziiert sind (vgl. Kapitel 5.1.1.1). Die Odds-Ratios ($\text{Exp}(B)$) in den Tabellen zu den Regressionsmodellen lassen sich somit dahingehend interpretieren, um wie viel das Risiko für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden (< 70) drei Monate nach Schwangerschaftsende gegenüber den jeweiligen Referenzkategorien erhöht ist.

Für Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen und Frauen mit einer ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaft wurden voneinander getrennte hierarchische Regressionsmodelle aufgestellt.

Regression Einflüsse auf das Wohlbefinden bei ungewollt eingetreten ausgetragenen Schwangerschaften

In Tab. 7.18 ist das finale logistische Regressionsmodell für Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften dargestellt. Aus erhebungstechnischen Gründen wurde die Analyse auf $n = 532$ Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft im Modell eingegrenzt, bei denen das Schwangerschaftsende zum Befragungszeitpunkt mindestens sechs Monate zurücklag.

In einem ersten Schritt wurde neben den Kontrollvariablen (psychisches Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft und körperlicher Gesundheitszustand drei Monate nach Ende der Schwangerschaft) die zu prüfende Einflussvariable Ängste/Sorgen wegen der Lebensumstände in dreistufiger Kategoriengliederung in das Modell aufgenommen. Die Referenzgruppe bilden Frauen, die keine Sorgen oder Zukunftsängste äußern. Frauen, bei denen diese Ängste teilweise bestanden, haben kontrolliert für die übrigen Variablen kein signifikant höheres Risiko, dass ihr psychisches Wohlbefinden unter 70 sinkt gegenüber Frauen mit keinen Sorgen ($\text{Exp}(B) = 1,149$; 95% KI: 0,651-

2,029; $p = 0,632$). Frauen, die der Frage nach den Sorgen voll und ganz beipflichteten, haben kontrolliert für die übrigen Variablen ein signifikant erhöhtes Risiko für ein niedrigeres Wohlbefinden drei Monate nach Ende der Schwangerschaft: Sie haben gegenüber Frauen ohne diese Sorgen ein mehr als doppelt so hohes Risiko, dass ihr psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende unter 70 fällt ($\text{Exp}(B) = 2,132$; 95% KI: 1,108; 4,102; $p = 0,023$). Das Modell weist mit einem $\text{Pseudo-}R^2 = 0,522$ eine hohe Güte auf.

In einem zweiten Schritt wurde das Modell weiter spezifiziert und schwangerschaftsbezogene Konflikte mit dem Partner bzw. dem Vater des Kindes sowie der Stigmatisierungsgrad mitaufgenommen. Beide Variablen wurden mit jeweils drei Ausprägungen in das Modell miteinbezogen, wobei jeweils die Frauen ohne Konflikte mit dem Partner/beteiligten Mann wegen der Schwangerschaft und ohne bis schwachen Stigmatisierungsgrad die Referenzkategorien bilden. Es zeigt sich, dass unter Hinzunahme dieser Prädiktoren im zweiten Modell weder Frauen mit einem niedrigen Ausmaß an Ängsten und Sorgen ($\text{Exp}(B) = 0,944$; 95% KI: 0,518-1,720) noch Frauen mit einem hohen Ausmaß an Ängsten und Sorgen ($\text{Exp}(B) = 1,684$; 95% KI: 0,825-3,438) kontrolliert für die übrigen Variablen ein signifikant höheres Risiko für ein psychisches Wohlbefinden unter 70 drei Monate nach Schwangerschaftsende haben. Bei ausgeprägten Konflikten mit dem Partner bzw. Vater des Kindes wegen der Schwangerschaft ist das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach der Geburt des Kindes signifikant höher im Vergleich zu Frauen, die überhaupt keine Konflikte mit dem Partner oder beteiligten Mann hatten ($\text{Exp}(B) = 1,951$; 95% KI: 1,032-3,690; $p = 0,040$). Weniger deutlich ausgeprägte Konflikte mit dem Partner oder Vater des Kindes erhöhen das Risiko für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden nach der Schwangerschaft im Vergleich zu konfliktfreien Beziehungen dagegen nicht signifikant ($\text{Exp}(B) = 1,472$; 95% KI: 0,865-2,506; $p = 0,154$). Weder ein starker ($\text{Exp}(B) = 1,330$; 95% KI: 0,796-2,223; $p = 0,276$) noch ein sehr starker Stigmatisierungsgrad ($\text{Exp}(B) = 0,854$; 95% KI: 0,397-1,837; $p = 0,686$) erhöhen kontrolliert für die übrigen Variablen das Risiko für ein psychisches Wohlbefinden unter 70 drei Monate nach Geburt des Kindes gegenüber Frauen ohne bis schwacher Stigmatisierung. Das Modell weist mit einem $\text{Pseudo-}R^2 = 0,532$ eine hohe Güte auf.

Tab. 7.18: Regressionsmodell: Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften 3 Monate nach Ende der Schwangerschaft

Abhängige Variable:
Eingeschränktes psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende (Wert kleiner 70)
Schritt 1

Koeffizienten	b	SE	p	Exp(b)	95% KI	
					UG	OG
psychisches Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft	-0,015	0,005	0,003	0,985	0,975	0,995
körperlicher Gesundheitszustand drei Monate nach Ende der Schwangerschaft	-0,080	0,007	0,000	0,923	0,910	0,937
Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	0,139	0,290	0,632	1,149	0,651	2,029
trifft zu	0,757	0,334	0,023	2,132	1,108	4,102
Konstante	6,456	0,742	0,000	636,443		

Anmerkungen: N = 532; -2LL = 471,620; Pseudo-R² (Nagelkerke) = 0,522

Abhängige Variable:
Eingeschränktes psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende (Wert kleiner 70)
Schritt 2

Koeffizienten	b	SE	p	Exp(b)	95% KI	
					UG	OG
psychisches Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft	-0,015	0,005	0,005	0,985	0,975	0,995
körperlicher Gesundheitszustand drei Monate nach Ende der Schwangerschaft	-0,080	0,007	0,000	0,924	0,910	0,937
Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	-0,058	0,306	0,850	0,944	0,518	1,720
trifft zu	0,521	0,364	0,153	1,684	0,825	3,438
Konflikte mit Partner / Mann wegen der Schwangerschaft						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	0,387	0,271	0,154	1,472	0,865	2,506
trifft zu	0,669	0,325	0,040	1,951	1,032	3,690
Stigmatisierungsgrad (Index)						
ohne / schwach				1		
stark	0,285	0,262	0,276	1,330	0,796	2,223
sehr stark	-0,158	0,391	0,686	0,854	0,397	1,837
Konstante	6,190	0,778	0,000	487,914		

Anmerkungen: N = 532; -2LL = 464,512; Pseudo-R² (Nagelkerke) = 0,532

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Regression Einflüsse auf das Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsabbrüchen

In Tab. 7.19 ist das finale logistische Regressionsmodell zu Einflüssen auf das Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsabbrüchen dargestellt. Aus erhebungstechnischen Gründen wurde die Analyse auf $n = 392$ Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen eingegrenzt, bei denen das Schwangerschaftsende zum Befragungszeitpunkt mindestens sechs Monate zurücklag.

In einem ersten Schritt wurden neben dem psychischen Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft und dem körperlichen Gesundheitszustand drei Monate nach Ende der Schwangerschaft als Kontrollvariablen die zu prüfende Einflussvariablen Ängste oder Sorgen wegen der Lebensumstände, schwangerschaftsbezogene Konflikte mit dem Partner bzw. beteiligten Mann sowie die Zahl der Zugangsbarrieren zur Versorgung in das Modell aufgenommen. Die Referenzgruppen bilden jeweils Frauen ohne Sorgen wegen der Lebensumstände, ohne Konflikte mit dem Partner/beteiligten Mann und ohne Versorgungsbarrieren. Sowohl Frauen, bei denen Sorgen wegen der Lebensumstände teilweise zutrafen, als auch Frauen, bei denen sie im vollen Umfang zutrafen, haben kontrolliert für die übrigen Variablen gegenüber Frauen ohne diesbezügliche Sorgen ein signifikant höheres Risiko, dass ihr psychisches Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch unter dem Wert von 70 liegt. Bei Frauen, die die Frage nach Zukunftsängsten und Sorgen uneingeschränkt bejahen, ist das Risiko für ein niedrigeres Wohlbefinden fast dreimal höher als bei Frauen ohne diese Sorgen ($\text{Exp}(B) = 2,913$; 95% KI: 1,504-5,644; $p = 0,002$). Auch bei Frauen, die verhaltener auf Ängste und Sorgen hinweisen, liegt das Risiko gegenüber der Referenzgruppe um das 1,8-fache höher ($\text{Exp}(B) = 1,803$; 95% KI: 1,033-3,148; $p = 0,038$).

Kontrolliert für die übrigen Variablen besteht bei Frauen, die der Frage nach schwangerschaftsbezogenen Konflikten mit dem Partner oder dem beteiligten Mann uneingeschränkt zustimmen, ein um den Faktor 2,5 erhöhtes Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch ($\text{Exp}(B) = 2,467$; 95% KI: 1,372-4,438; $p = 0,003$). Wurde der Frage nach den Konflikten eingeschränkt beigeantwortet, lag das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden gegenüber Frauen ohne schwangerschaftsbezogene Auseinandersetzungen ebenfalls noch mehr als doppelt so hoch ($\text{Exp}(B) = 2,104$; 95% KI: 1,152-3,844; $p = 0,016$).

Auch das Erleben von drei oder mehr Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung führt zu einem gegenüber der Referenzgruppe, die auf keine Barrieren gestoßen ist, um den Faktor 2,3 erhöhtes Risiko, dass das psychische Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch bei einem Wert unter 70 liegt ($\text{Exp}(B) = 2,345$; 95% KI: 1,188-4,632; $p = 0,014$). Bei einer geringeren Anzahl von Zugangsbarrieren ist das Risiko dagegen nicht signifikant erhöht ($\text{Exp}(B) = 1,340$; 95% KI: 0,715-2,510; $p = 0,361$). Das Modell weist mit einem $\text{Pseudo-R}^2 = 0,402$ eine hohe Güte auf.

In einem zweiten Modellschritt wurde der Stigmatisierungsgrad der Befragten mit aufgenommen, um zu untersuchen, wie sich der Einfluss der Prädiktoren verändert. Frauen mit einem sehr stark ausgeprägten Stigmatisierungsgrad weisen kontrolliert für die übrigen Variablen ein mehr als 4-fach größeres Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch gegenüber Frauen ohne oder nur schwach ausgeprägter Stigmatisierung auf ($\text{Exp}(B) = 4,336$; 95% KI: 2,105-8,930; $p < 0,001$).

Zukunftsängste und Sorgen wegen der Lebensumstände erhöhen in diesem zweiten Modell das Risiko für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden nicht signifikant – und auch die Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung haben in dem zweiten Modellschritt keinen signifikanten Einfluss auf eine Verschlechterung des Wohlbefindens.

Ein signifikanter Einfluss zeigt sich dagegen auch im zweiten Modellschritt bei Konflikten mit dem Partner oder beteiligten Mann wegen der Schwangerschaft. Frauen, die die Frage nach entsprechenden Konflikten eingeschränkt oder uneingeschränkt bejaht haben, haben ein gegenüber der Referenzgruppe ohne Konflikte ein etwa doppelt so hohes Risiko für ein gemindertes psychisches Wohlbefinden („trifft teilweise zu“: $\text{Exp}(B) = 2,012$; 95% KI: 1,078-3,755; $p = 0,028$; „trifft zu“: $\text{Exp}(B) = 2,004$, 95% KI: 1,094-3,670; $p = 0,024$). Das Modell weist mit einem $\text{Pseudo-}R^2 = 0,442$ eine hohe Güte auf.

Tab. 7.19: Regressionsmodell: Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften 3 Monate nach Ende der Schwangerschaft (Schritt 1)

Abhängige Variable: Eingeschränktes psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende (Wert kleiner 70) Schritt 1						
Koeffizienten	b	SE	p	Exp(b)	95% KI	
					UG	OG
psychisches Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft	-0,022	0,005	0,000	0,978	0,968	0,989
körperlicher Gesundheitszustand drei Monate nach Ende der Schwangerschaft	-0,040	0,007	0,000	0,961	0,947	0,974
Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	0,590	0,284	0,038	1,803	1,033	3,148
trifft zu	1,069	0,337	0,002	2,913	1,504	5,644
Konflikte mit Partner / Mann wegen der Schwangerschaft						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	0,744	0,307	0,016	2,104	1,152	3,844
trifft zu	0,903	0,299	0,003	2,467	1,372	4,438
Versorgungsbarrieren						
keine				1		
1 bis 2	0,292	0,320	0,361	1,340	0,715	2,510
3 oder mehr	0,852	0,347	0,014	2,345	1,188	4,632
Konstante	3,548	0,748	0,000	34,756		

Anmerkungen: N = 392; -2LL = 400,144; $\text{Pseudo-}R^2$ (Nagelkerke) = 0,402

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Tab. 7.20: (Fortsetzung): *Regressionsmodell: Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften 3 Monate nach Ende der Schwangerschaft (Schritt 2)*

Abhängige Variable: Eingeschränktes psychisches Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende (Wert kleiner 70) Schritt 2						
Koeffizienten	b	SE	p	Exp(b)	95% KI	
					UG	OG
psychisches Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft	-0,024	0,006	0,000	0,976	0,965	0,987
körperlicher Gesundheitszustand drei Monate nach Ende der Schwangerschaft	-0,040	0,007	0,000	0,960	0,946	0,974
Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	0,349	0,298	0,242	1,418	0,790	2,545
trifft zu	0,588	0,364	0,106	1,800	0,882	3,674
Konflikte mit Partner / Mann wegen der Schwangerschaft						
trifft nicht zu				1		
trifft teilweise zu	0,699	0,318	0,028	2,012	1,078	3,755
trifft zu	0,695	0,309	0,024	2,004	1,094	3,670
Versorgungsbarrieren						
keine				1		
1 bis 2	0,096	0,336	0,775	1,101	0,570	2,126
3 oder mehr	0,536	0,365	0,141	1,710	0,837	3,494
Stigmatisierungsgrad (Index)						
ohne / schwach				1		
stark	0,645	0,332	0,052	1,906	0,994	3,657
sehr stark	1,467	0,369	0,000	4,336	2,105	8,930
Konstante	3,426	0,770	0,000	30,761		

Anmerkungen: N = 392; -2LL = 383,175; Pseudo-R² (Nagelkerke) = 0,442

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zusammenfassende Betrachtung und Vergleich

Sowohl bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften als auch bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen verliert der Effekt von Ängsten oder Sorgen wegen der Lebensumstände bei Hinzunahme weiterer Prädiktoren seine statistische Signifikanz bezogen auf das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende. In unserem Modell liefern sie somit keinen eigenständigen Erklärungsbeitrag zum psychischen Wohlbefinden drei Monate danach – stattdessen werden andere Einflussfaktoren relevant.

Bei den Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften sind es kontrolliert für das psychische Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt und das physische Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende vor allem Konflikte mit dem Partner bzw. dem beteiligten Mann wegen der Schwangerschaft, die das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach Geburt des Kindes erhöhen. Der Partner oder beteiligte Mann ist während und nach einer Schwangerschaft eine bedeutsame Quelle sozialer Unterstützung – sowohl auf emotionale als auch auf materielle

Unterstützung bezogen. Konflikte wegen der Schwangerschaft können vor diesem Hintergrund emotional belastend sein und Sorgen auslösen, wie das Leben mit einem Kind bei einer eventuellen Trennung und damit Wegfallen einer wichtigen Ressource der Unterstützung bewältigt werden kann. Auch bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen zeigt sich, dass Konflikte mit dem Partner oder beteiligten Mann wegen der Schwangerschaft das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch erhöhen. Ebenso wie bei den ausgetragenen Schwangerschaften können Konflikte wegen der Schwangerschaft damit verbunden sein, dass der Partner nicht als zuverlässige Ressource für soziale Unterstützung wahrgenommen wird, was sich emotional belastend auswirkt und auch das Risiko für ein vermindertes Wohlbefinden erhöht.

Bei Frauen mit ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften wurde anhand des Regressionsmodells u.a. geprüft, ob Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung einen nachwirkenden Einfluss auf das psychische Wohlbefinden drei Monate nach dem Abbruch haben. Während sich anhand des ersten Modells unter Einbezug der Kontrollvariablen zeigen lässt, dass Frauen mit drei oder mehr Barrieren in der Versorgung ein höheres Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate danach haben, zeigt sich dieser Effekt unter Hinzunahme des Stigmatisierungsgrades nicht mehr. Aus unserem Modell lässt sich schließen, dass es vor allem Stigmatisierungserfahrungen sind, die auch drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch nachwirkend das Risiko für ein verringertes psychisches Wohlbefinden erhöhen. Eine der Hauptzugangsbarrieren für Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen besteht darin, auf Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung zu stoßen wegen der Angst, dass schlecht über sie gedacht wird, wenn danach gefragt wird. Grundlage dieser Barriere ist somit eine antizipierte Stigmatisierung. Da unter Berücksichtigung des Stigmatisierungsindex im zweiten Block des Modells die Zugangsbarrieren keinen isolierten Effekt mehr aufweisen, ist davon auszugehen, dass es im ersten Block des Modells vor allem die Komponente der antizipierten Stigmatisierung bei den Zugangsbarrieren ist, die das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate danach erhöht. Unter Berücksichtigung des Stigmatisierungsindex verliert der Effekt der Zugangsbarrieren daher seine statistische Signifikanz.

Bei den Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft hat Stigmatisierung keinen signifikanten Einfluss auf das Risiko eines eingeschränkten psychischen Wohlbefindens drei Monate nach der Geburt des Kindes. Stigmatisierung im Kontext einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft äußert sich in einer anderen Form als bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen und entsprechend unterscheiden sich auch ihre Wirkungsweisen in den jeweiligen Vergleichsgruppen. Bei den Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften ist Stigmatisierung vor allem verbreitet, wenn die Bedingungen für eine Schwangerschaft normativ als unpassend bewertet werden (sehr junge Frauen, keine abgeschlossene schulische oder berufliche Ausbildung, finanziell prekäre Lage). Bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ist es vor allem die Sorge vor den Reaktionen von und Bewertungen durch andere Personen wegen der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch, die die Stigmatisierung charakterisiert. Dabei fällt vor allem die Sorge vor einer moralischen Bewertung ihrer Entscheidung als schlecht bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen stärker ins Gewicht. Sie wirkt sich sowohl im nahen sozialen Umfeld (z.B. Sorge, nahestehende Personen zu enttäuschen) als auch im Versorgungskontext (Informationsbarrieren wegen Angst, dass schlecht über einen gedacht wird) umfassender aus.

7.1.1.5.6 Langfristiges Wohlbefinden und Entscheidungssicherheit

Ob eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird, hat längerfristig keinen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Diese zeigen die Ergebnisse eines dritten logistischen Regressionsmodells, bei dem Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden ungewollt schwanger gewordener Frauen mit zeitlichem Abstand von mindestens einem Jahr nach Ende der Schwangerschaft geprüft werden. Als Kontrollvariable wurde zum einen das – wie gezeigt in Zusammenhang mit den Lebenslagen stehende – psychische Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft herangezogen. Zum anderen wurde für den körperlichen Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt hin kontrolliert. Geprüft wurde, inwiefern das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften davon beeinflusst wird, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird. Es wurden $n = 834$ Befragte Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften in die Analyse einbezogen, bei denen die Schwangerschaft zum Befragungszeitpunkt mindestens ein Jahr zurücklag. Wie das in Tab. 7.21 dargestellte Regressionsmodell zeigt, erhöht sich bei einem Abbruch einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft das Risiko für ein gemindertes psychisches Wohlbefinden gegenüber einem Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft nicht signifikant ($p=0,306$). Dieser Befund deckt sich mit internationalen Forschungsergebnissen (vgl. American Psychological Association, 2008). Das Modell weist mit einem Pseudo- $R^2 = 0,394$ eine hohe Güte auf.

Tab. 7.4: Regressionsmodell: Längerfristiger Einfluss des Schwangerschaftsausgangs (Geburt oder Schwangerschaftsabbruch) auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften

Abhängige Variable: Eingeschränktes psychisches Wohlbefinden zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung (Wert kleiner 70)						
Koeffizienten	b	SE	p	Exp(b)	95% KI	
					UG	OG
psychisches Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft	-0,012	0,004	0,002	0,988	0,981	0,996
körperlicher Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt	-0,078	0,007	0,000	0,925	0,913	0,937
Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft						
Geburt				1		
Schwangerschaftsabbruch	0,203	0,198	0,306	1,225	0,831	1,808
Konstante	5,680	0,554	0,000	293,034		

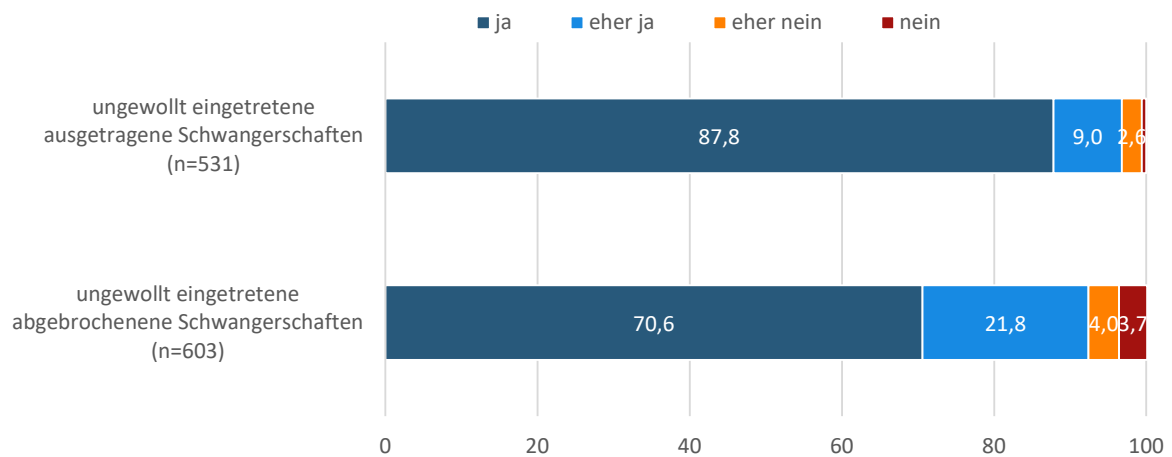
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ebenso wenig zeigen sich in längerfristiger Betrachtung deutliche Unterschiede, was die Beurteilung der Entscheidung zum Abbrechen oder Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft betrifft. Vom Befragungszeitpunkt aus rückblickend haben über 90 % der Frauen (92,4 %), die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, keine oder keine ausgeprägten Zweifel, dass sie die richtige Entscheidung getroffen haben. Frauen, die eine ungewollt eingetretenen Schwangerschaft ausgetragen haben, sind zu 96,8 % von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt. Starke Zweifel an der vormaligen Entscheidung äußern bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Anteil von 3,7 % nur eine kleine Minderheit, bei Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaften ausgetragenen haben, liegt der Anteil sogar bei weniger als einem Prozent.

eine ungewollt eingetretene Schwangerschaften ausgetragen haben, liegt der Anteil sogar bei weniger als einem Prozent.

Abb. 7.129: Entscheidungssicherheit zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung

Frage: Sind Sie sich sicher, dass Ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen / abzuberechnen richtig war?



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

7.1.1.6 Vulnerable Gruppen

7.1.1.6.1 Partnerschaftsgewalt (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

Vorgelegt werden die quantitativen Ergebnisse des ELSA-VG-Teilprojektes am Studienstandort Nordhausen mit Fokus auf die Gruppe der Frauen, die von Partnergewalt/ Gewalt in der Partnerschaft (GiP) während der Schwangerschaft betroffen waren. Die leitenden Fragen sind: Wie unterscheiden sich Frauen mit vs. ohne GiP im Hinblick auf Prävalenz und Ausgang ungewollter Schwangerschaften? Welche Behandlungserfahrungen und Sorgen haben diese Frauen? Welche Bedarfe und Wünsche an die Gesundheitsversorgung gibt es?

Die Analyse der Kontextbedingungen der Frauen, mit GiP während der Schwangerschaft basiert auf einem Sample von 5.101 Befragten, die sich zum einen aus der repräsentativen Einwohnermeldestichprobe (n=4.592; 90,0 %) und zum anderen aus der nicht repräsentativen Zusatzstichprobe aus Arztpraxen, Beratungsstellen sowie Social Media (n=495; 9,7 %) und einer Sonderstichprobe (n=14; 0,3 %) speisen.

Prävalenz von Partnergewalt

Von dem Gesamt-Sample (n=5.101) berichteten 333 Frauen (6,5 %; 95 % KI [6,2; 7,6]) von mindestens einer Gewalthandlung seitens des Partners, unter den ungewollt Schwangeren (n=1.189) waren es 16,1 % (95 %-KI [14,0; 18,5]) und unter den gewollt Schwangeren 3.392 (3,3 %; 95 %-KI [2,8; 4,0]). Bei 88,0 % (n=4.489) lag keine Form von Partnergewalt vor und 5,5 % (n=279) waren nicht zuordenbar. Die 333 gewaltbetroffenen Frauen setzen sich aus den einzelnen Samples wie folgt zusammen (vgl. Abb. 7.130).

Abb. 7.130: Zusammensetzung des Samples der gewaltbetroffenen Frauen (n=333)

Gewaltbetroffene Frauen	N=333	
Ausgang der Fokus-schwangerschaft	Ausgetragene Schwangerschaft n=246 (74%)	Abgebrochene Schwangerschaft n=87 (26%)
Gewolltheit u. Ausgang der Schwangerschaft	Ungewollt ausgetragen n=81 Gewollt ausgetragen n=111 Nicht zuordenbar n=54	Ungewollt abgebrochen n=83
Stichprobenquelle	Einwohnermeldeamt n=244 Sonderstichprobe n=2	Einwohnermeldeamt n=23 Abbruchseinrichtung n=61 Sonderstichprobe n=3

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Von den von GiP betroffenen Frauen (n=333) wurde am häufigsten psychische Gewalt (93,7 %) berichtet, gefolgt von physischer (22,8 %) und sexueller (16,8 %) Gewalt (vgl. Tab. 7.22). Im Vergleich der Ergebnisse nach Schwangerschaftsintention und -ausgang zeigt sich eine höhere Prävalenz von sexueller Gewalt bei den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben. Physische Gewalt wird am häufigsten von Frauen erlitten, die die ungewollte Schwangerschaft austragen und von psychischer Gewalt berichteten häufiger Frauen mit einer gewollten, ausgetragenen Schwangerschaft.

Tab. 7.22: Prävalenzen von Partnergewalt nach Schwangerschaftsintention und -ausgang

	ungewollte ausgetragene Schwangerschaft (n=81)	ungewollte abgebrochene Schwangerschaft (n=83)	gewollte ausgetragene Schwangerschaft (n=111)	Gesamt (n=333)
Gewaltformen	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Physische Gewalt	26 (32,1)	14 (16,9)	22 (19,8)	76 (22,8)
Psychische Gewalt	76 (93,8)	75 (90,4)	105 (94,6)	312 (93,7)
Sexueller Gewalt	20 (24,7)	22 (26,5)	1 (0,9)	56 (16,8)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Kennzeichnend für GiP als Misshandlungssystem ist eine hohe Überschneidung verschiedener Gewaltformen, daher wurden die Schnittmengen in Abgrenzung zu den isoliert vorkommenden Gewaltformen ermittelt (vgl. Tab. 7.23) und grafisch dargestellt (vgl. Abb. 7.131).

Tab. 7.23: Isolierte Prävalenzen von Partnergewalt nach Schwangerschaftsintention und -ausgang

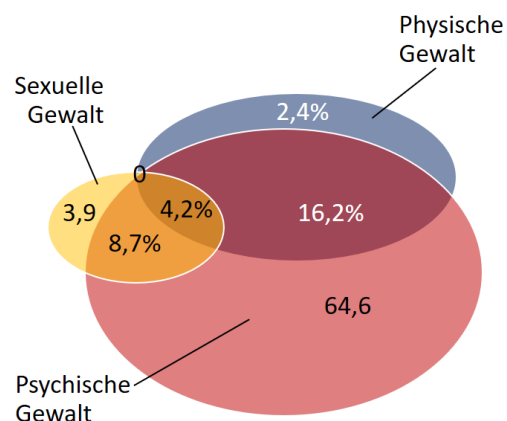
	ungewollte ausgetragene Schwangerschaft (n=81)	ungewollte abgebrochene Schwangerschaft (n=83)	gewollte ausgetragene Schwangerschaft (n=111)	Gesamt (n=333)
Reine Gewaltformen	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Physische Gewalt	3 (3,7)	0 (0,0)	5 (4,5)	8 (2,4)
Psychische Gewalt	44 (54,3)	49 (59,0)	83 (74,8)	215 (64,6)
Sexueller Gewalt	2 (2,5)	8 (9,6)	1 (0,9)	13 (3,9)
Schnittmengen				
Phys. & psych. Gewalt	14 (17,3)	12 (14,5)	17 (15,3)	54 (16,2)
Phys. & sex. Gewalt	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Psych. & sex. Gewalt	9 (11,1)	12 (14,5)	5 (4,5)	29 (8,7)
Phys., psych. & sex. Gewalt	9 (11,1)	2 (2,4)	0 (0,0)	14 (4,2)

Info: Fehlende Werte ergeben sich aus nicht beantworteten Fragen zur Gewaltform.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Es zeigt sich eine sehr hohe Überschneidung der verschiedenen Gewaltformen (vgl. Abb. 7.131), insbesondere von psychischer und physischer Gewalt.

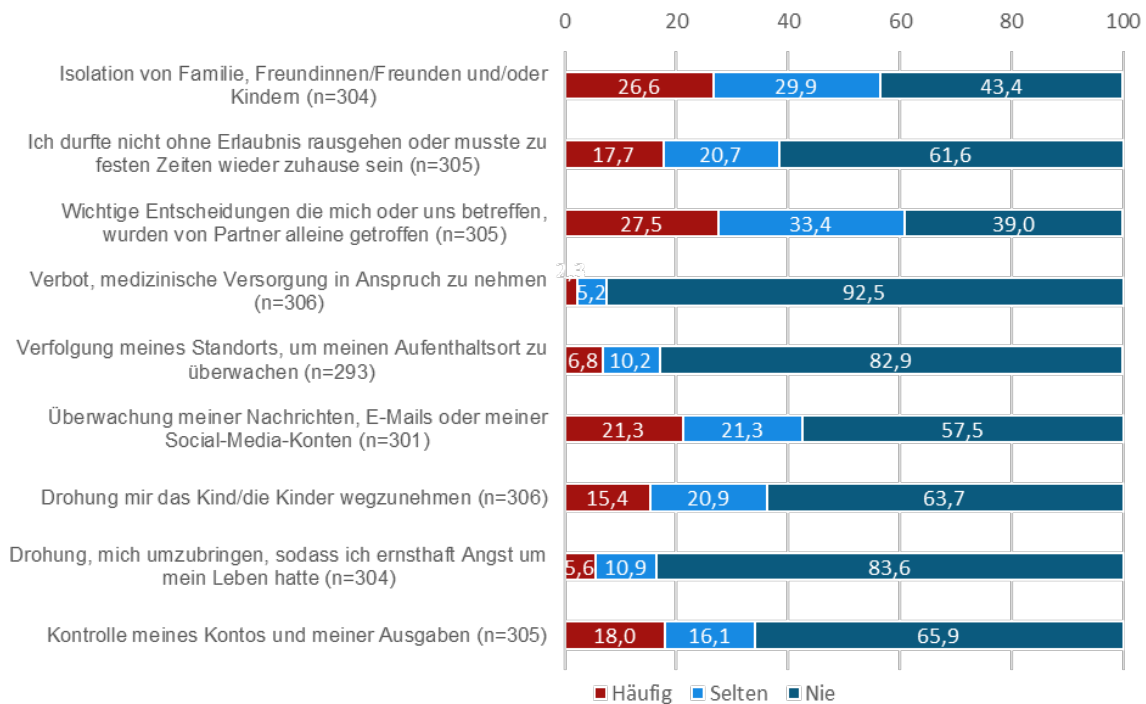
Abb. 7.131: Überschneidungen der verschiedenen Gewaltformen (n=333; in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Der nachfolgenden Abbildung sind die Häufigkeiten zu den detaillierten Fragen zur Erfassung von Coercive Control als kennzeichnend für Partnergewalt zu entnehmen (vgl. Abb. 7.132). Die Frauen berichteten am häufigsten, dass wichtige Entscheidungen für die Partnerschaften ohne ihre Beteiligung getroffen wurden, sie von ihrer Familie, Freundinnen und Freunde und Kindern isoliert wurden, ihre Nachrichten, Mails oder Social Media sowie ihr Konto und ihre Ausgaben überwacht wurden und sie nur mit Erlaubnis des Partners rausgehen durften bzw. zu festen Zeiten zurück sein mussten. Am häufigsten wurde die soziale Isolation durch Kontrolle und Überwachung sowie die Drohungen, gemeinsame Kinder wegzunehmen, genannt.

Abb. 7.132: Items zur detaillierten Erfassung von Coercive Control (in Prozent)



Info: Diese detaillierten Fragen wurden nur Frauen mit mindestens einer Form von Gewalt in der Partnerschaft gestellt, die bereit waren, weitere Fragen zur Gewalterfahrung zu beantworten (n=307).

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Mit 74,6 % gaben die meisten Frauen mit GiP an, dass sie erste Gewalthandlungen seitens des Partners bereits vor der Fokusschwangerschaft (FS)³⁵ erlitten hatten. 16,8 % berichteten von Handlungen währenddessen, sodass hier davon ausgegangen werden kann, dass die Schwangerschaft der Auslöser der Gewalt war. Gefragt nach der Häufigkeit von Gewalt während der FS, verringerte sich diese bei 25,1 % der Frauen, bei 45,6 % blieb sie gleich und 29,3 % berichteten von vermehrten Gewalthandlungen währenddessen.

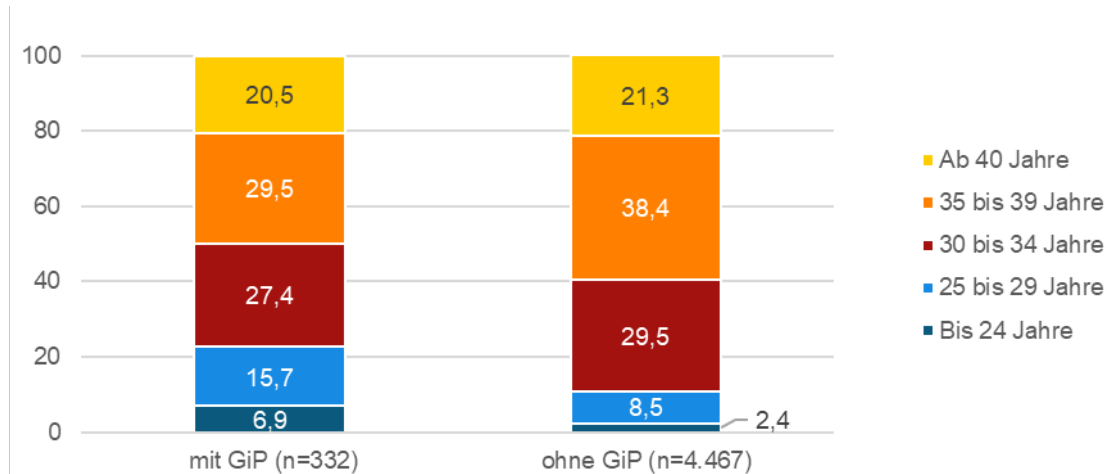
Soziodemografische Merkmale

Im Schnitt sind von GiP betroffene Frauen mit 34,3 Jahren ($SD=6,4$) zum Befragungszeitpunkt etwas jünger als Frauen ohne GiP ($M=35,6$; $SD=5,2$), wobei sich die Frauen mit GiP signifikant häufiger ($CV=,101^{***}$) in den jüngeren Altersgruppen unter 24 Jahre bzw. 25 bis 29 Jahre befinden (vgl. Abb. 7.133).³⁶

³⁵ Detaillierte Fragen wurden zur Fokusschwangerschaft, d.h. der letzten Schwangerschaft gestellt.

³⁶ Signifikanzen werden dann, wenn sie statistisch nachgewiesen sind, berichtet. Andernfalls sind die Zusammenhänge nicht signifikant.

Abb. 7.133: Altersverteilung zum Befragungszeitpunkt der Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

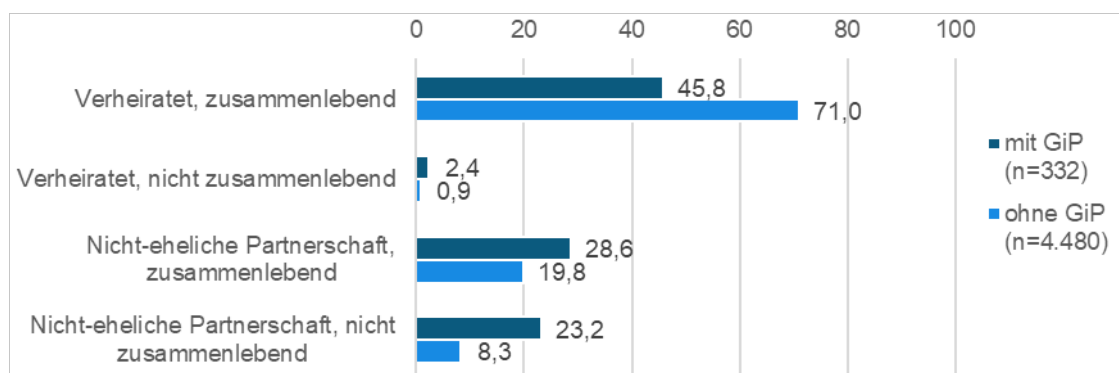


Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Partnerschaftssituation (vgl. Abb. 7.134) erweist sich bei Frauen mit GiP als weniger stabil. Im Vergleich sind sie signifikant seltener durch eine Heirat gesetzlich abgesichert dagegen häufiger in weniger bindenden Partnerschaften (CV=,158***).

Abb. 7.134: Partnerschaftssituation bei Feststellung der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft

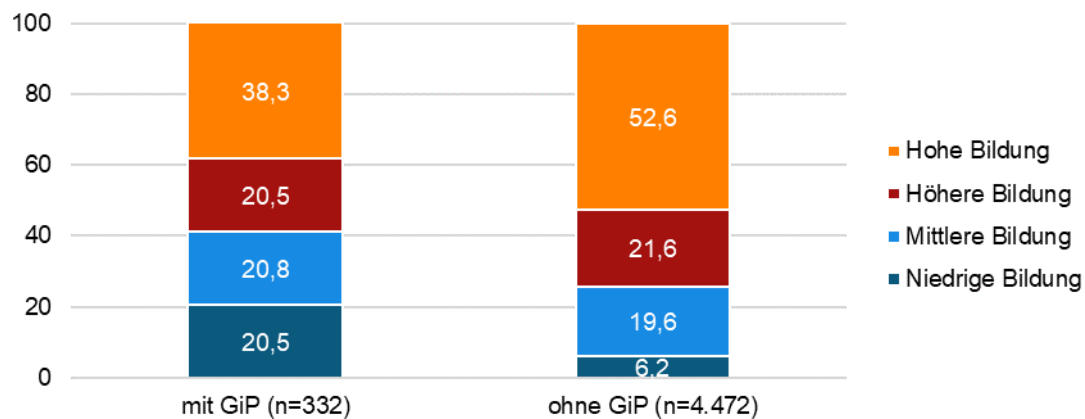
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Das Bildungsniveau liegt bei Frauen mit GiP signifikant unter dem der Frauen ohne GiP. Sie haben seltener einen Schulabschluss (94,8 % vs. 98,1 % oGiP³⁷) und wenn sie einen haben, dann ist es häufiger ein Haupt- (8,1 % vs. 3,3 % oGiP) oder Realschulabschluss (28,5 % vs. 22,5 % oGiP). Zudem haben sie im Vergleich seltener einen Universitäts- bzw. Hochschulabschluss (33,6 % vs. 49,7 % oGiP). In einem zusammengefassten Bildungsindikator (vgl. Abb. 7.135) verfügen Frauen mit GiP im Vergleich seltener über eine hohe/ höhere Bildung (58,8 % vs. 74,2 % oGiP) bzw. häufiger über einen niedrigen/ mittleren Bildungsstand (41,3 % vs. 25,8 % oGiP) (CV=,145***).

Für Frauen mit GiP stellt sich die berufliche Situation vor der Schwangerschaft im Vergleich zu Frauen ohne GiP ebenfalls prekärer dar. Sie berichten deutlich häufiger, Auszubildende/ Studentin, Hausfrau oder arbeitslos zu sein, und geben signifikant seltener an, als Angestellte, Arbeiterin oder Beamtin tätig zu sein (CV=,206***) (vgl. Abb. 7.136).

³⁷ oGiP=ohne GiP

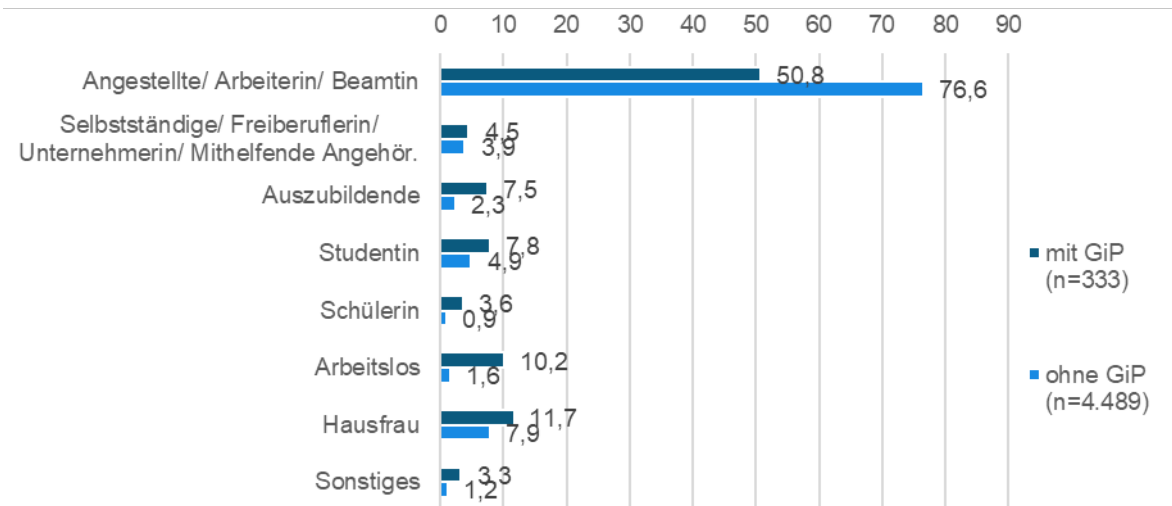
Abb. 7.135: Bildungsindikator bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Abb. 7.136: Berufssituation vor der Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

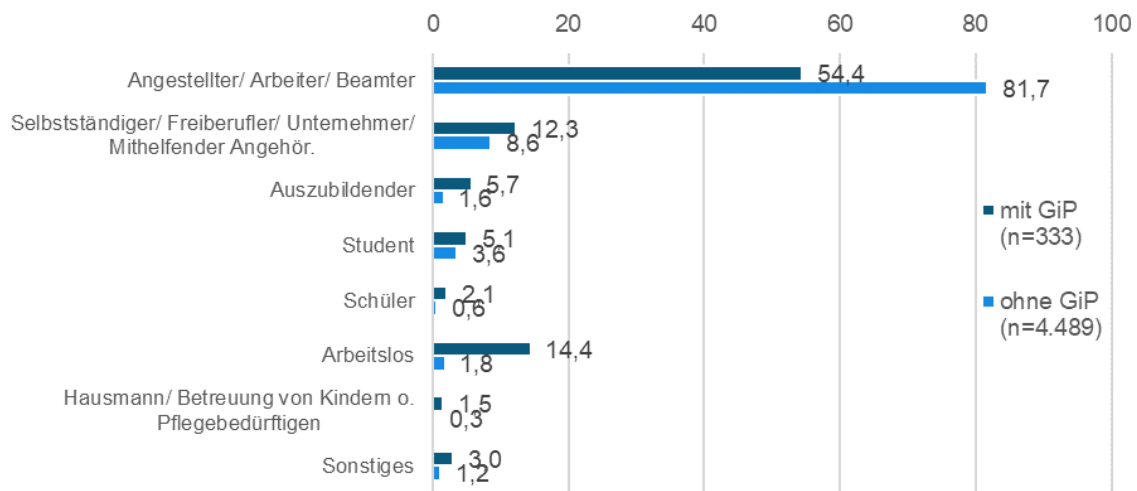
Signifikante Unterschiede ergeben sich für den eigenen Erwerbsstatus und -umfang während der Schwangerschaft ($CV=,148^{***}$), die sich für Frauen mit GiP als weniger gesichert zeigen. Sie sind im Vergleich signifikant häufiger nicht erwerbstätig (32,5 % vs. 12,1 % oGiP), etwa jede vierte Frau arbeitete vor der FS in Teilzeit zwischen 15 bis 34 Wochenstunden (27,6 % vs. 29,4 % oGiP) und knapp 4 von 10 Frauen (38,1 % vs. 55,0 % oGiP) arbeiteten mit 35 oder mehr Stunden pro Woche in Vollzeit. Im Durchschnitt sind Frauen mit GiP 22,6 Stunden ($SD=17,5$) und Frauen in der Vergleichsgruppe 29,7 Stunden ($SD=14,3$) in der Woche erwerbstätig ($r=-,118^{***}$). Signifikante Assoziationen zwischen GiP und Erwerbsumfang zeigen sich sowohl bei ungewollt schwangeren Frauen mit GiP, die ausgetragen haben ($r=-,134^{**}$), als auch bei denen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben ($r=-,147^{**}$).

Bei der Mehrzahl der vor der Schwangerschaft erwerbstätigen Frauen mit GiP (76,8 % vs. 81,1 % oGiP) entsprach ihre Beschäftigung (mindestens) ihrer Qualifikation. Bei 15,7 % (vs. 15,3 % oGiP) lag die Tätigkeit etwas und bei 7,6 % (vs. 3,6 % oGiP) deutlich unterhalb ihrer Qualifikation. In der prozentualen Häufigkeit sind die Angaben beider Gruppen mit vs. ohne GiP vergleichbar.

Auch die Partner der Frauen mit GiP sind zum Zeitpunkt des Eintretens der Schwangerschaft im Vergleich zu den Partnern der Vergleichsgruppe signifikant seltener in einem gesicherten Arbeitsverhältnis ($CV=,241^{***}$) (vgl. Abb. 7.137). Sie berichten seltener, Angestellter, Arbeiter oder

Beamter gewesen zu sein als die Partner der Frauen ohne GiP und sie sind zehnfach häufiger arbeitslos und wesentlich häufiger in der Ausbildung oder im Studium.

Abb. 7.137: Berufssituation des Partners bei Eintritt der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Der Erwerbsumfang des Partners während der Schwangerschaft unterscheidet sich nach Angabe der Frauen mit GiP signifikant von der Vergleichsgruppe ($CV=,233^{***}$): häufiger gaben sie an, dass der Partner nicht erwerbstätig (21,9 % vs. 3,0 % oGiP) oder mit bis zu 34 Wochenstunden Teilzeit (8,7 % vs. 6,6 % oGiP) und seltener in Vollzeit (69,3 % vs. 90,4 % oGiP) beschäftigt war. Die durchschnittliche Arbeitszeit des Partners pro Woche betrug 40,1 Stunden ($SD=10,6$) und ist vergleichbar mit der durchschnittlichen Arbeitszeit der Partner von Frauen ohne GiP.

Bei den Fragen zur Vereinbarkeit von Kindern und Beruf mit einem weiteren Kind zeigen sich Frauen mit GiP deutlich besorgter über ihre finanzielle ($CV=,194^{***}$) sowie berufliche Situation ($CV=,068^{**}$) und schätzen die Vereinbarkeit eines (weiteren) Kindes mit den eigenen Plänen ($CV=,181^{***}$) schlechter ein als Frauen ohne GiP (vgl. Abb. 7.138).

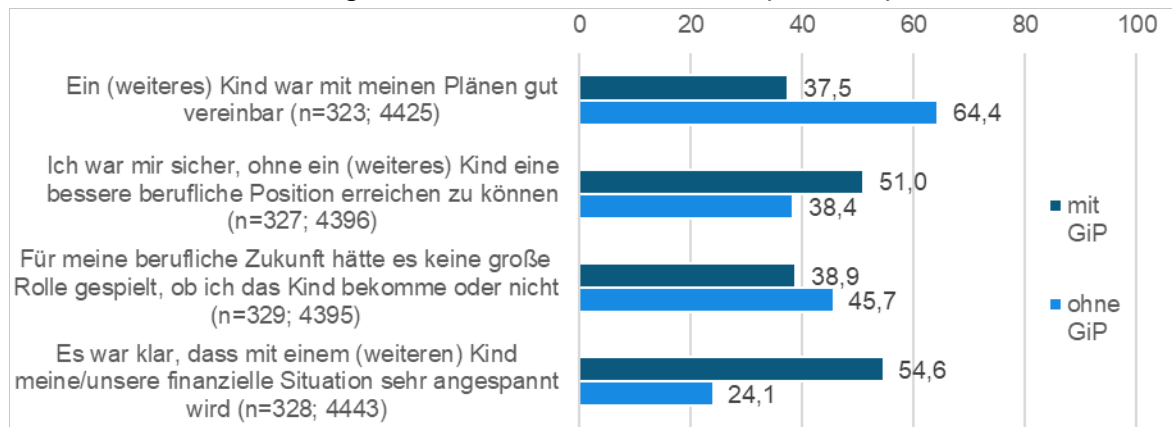
Die prekäre Lebenssituation von gewaltbetroffenen Frauen zeigt sich auch im Bezug von aufstockenden staatlichen Transferleistungen wegen einem zu geringen Einkommen während der Schwangerschaft. Signifikant mehr Frauen mit als ohne GiP (30,3 % vs. 8,3 %) berichteten von staatlichen Unterstützungsleistungen ($CV=,201^{***}$). Bei Differenzierung zwischen den ungewollt schwangeren Frauen, die ausgetragen oder abgebrochen haben, zeigen sich ähnliche Assoziationsparameter zur Vergleichsgruppe ($CV=,202^{***}$).

Das durchschnittliche Gesamterwerbsvolumen des Haushalts während der Schwangerschaft ist bei Frauen mit GiP mit 55,03 Wochenstunden ($SD=28,63$) signifikant geringer als bei Frauen ohne GiP mit 69,31 Wochenstunden ($SD=18,43$) ($CV=,194^{***}$). Insbesondere ungewollt schwangere Frauen, die ausgetragen ($r=-,210^{***}$) bzw. abgebrochen haben ($r=-,221^{***}$), berichten von einem geringeren Haushaltserwerbsvolumen während der Schwangerschaft. Im zweiten Jahr nach der Schwangerschaft verringert sich diese Differenz zwischen Frauen mit GiP ($M=51,71$; $SD=24,00$) zu denen ohne GiP ($M=54,75$; $SD=18,46$) merklich. Signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen waren nicht zu identifizieren.

Auch die Wohnsituation wird von Frauen mit GiP signifikant schlechter bewertet als von der Vergleichsgruppe ($CV=,187^{***}$). Sie bewerten ihre Wohnsituation seltener als sehr gut/ eher gut (55,5 % vs. 80,6 % oGiP), sondern häufiger als sehr / eher schlecht (24,9 % vs. 7,4 % oGiP). Insbesondere unter jenen Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben,

berichten gewaltbetroffene Frauen signifikant häufiger von einer schlechten Wohnsituation ($CV=,243^{***}$).

Abb. 7.138: Einschätzung der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf nach Eintritt der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Die Antwortoptionen „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ sind zusammengefasst.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Befragt nach der Lebenslage im zweiten Jahr nach der Schwangerschaft stellt sich die berufliche und finanzielle Situation für Frauen mit GiP weiterhin prekärer dar. Während sich kaum Unterschiede in der eigenen Erwerbstätigkeit zeigen (60,8 % mit vs. 64,1 % oGiP), waren die Partner der Frauen mit GiP seltener erwerbstätig (85,8 % vs. 95,7 % ohne GiP; $CV=,107^{***}$). Insbesondere die finanzielle Lage wird signifikant belastender beschrieben, d.h. die Frauen mit GiP konnten sich seltener einen gewissen Luxus leisten und das Geld reichte nicht aus, sodass sie sich einschränken mussten ($CV=,197^{***}$). Knapp zwei Drittel der Frauen mit GiP bedrückte die finanzielle Situation (72,6 % vs. 50,6 % oGiP; $CV=,173^{***}$) und weiterhin ein Drittel bezog staatliche Transferleistungen (30,3 % vs. 9,0 % oGiP; $CV=,176^{***}$). Das zur Verfügung stehende monatlichen Haushaltsnettoeinkommen fällt bei den Frauen mit GiP signifikant geringer aus ($CV=,190^{***}$). Hier berichteten diese Frauen am häufigsten von einem Einkommen unter 1.000 EUR (22,6 % vs. 6,6 % oGiP) bzw. zwischen 1.000 und 1.500 EUR (20,1 % vs. 10,9 % oGiP), d.h. 42,7 % der Frauen mit GiP (vs. 17,5 % oGiP) hatte ein Einkommen unter 1.500 EUR im Monat zur Verfügung. Die Assoziation ist für ungewollt schwangere Frauen, die ausgetragen haben, höher ($CV=,224^{***}$).

Im Hinblick auf einen Migrationshintergrund und weitere damit verbundene Faktoren ergibt sich folgendes Bild: 85,0 % der Frauen mit und 85,5 % der Frauen ohne GiP sind in Deutschland geboren, bei je drei Viertel beider Gruppen sind die Eltern ebenfalls in Deutschland geboren und 9 von 10 Frauen beider Gruppen besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit. Bei etwa einem Drittel der Frauen mit GiP der 1. oder 2. Migrationsgeneration wird im Haushalt überwiegend deutsch gesprochen (35,9 % vs. 64,8 % oGiP). Die am häufigsten genannten Gründe für eine Migration sind familiäre Gründe (44,9 %), Arbeit in Deutschland (24,5 %) und der Wunsch nach größeren Entfaltungs- und Verwirklichungschancen (18,4 %). Unter den ungewollt schwangeren Frauen, die ausgetragen haben, berichten Frauen mit GiP seltener von Flucht/ Asyl als Grund für Migration ($CV=,235^{**}$). Unter den Frauen mit Migrationshintergrund ohne deutsche Staatsangehörigkeit berichteten 29,6 % von einer Niederlassungserlaubnis (vs. 22,8 % oGiP), 11,1 % (vs. 21,4 % oGiP) von einer befristeten und 70,4 % (vs. 65,3 % oGiP) von einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis. Der Aufenthaltsstatus ist bei nur wenigen Frauen mit GiP (0,6 % vs. 6,7 % oGiP) vom Partner abhängig. Bei der Analyse nach Ausgang der Schwangerschaft zeigt sich, dass unter den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, die Frauen mit GiP häufiger im Besitz einer Niederlassungserlaubnis waren ($CV=,388^{**}$). Bei ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch hing

ihr Aufenthaltsstatus häufiger von ihrem Partner ab ($CV=,373^*$). Etwa jede zehnte Frau mit bzw. ohne GiP machte sich große Sorgen über ihre Bleibeperspektive (11,1 %).

Gesundheit und Wohlbefinden vor der Fokusschwangerschaft

Neben diesen soziodemografischen Merkmalen, die mehrheitlich auf eine prekäre Lebenslage hinweisen, waren die Frauen mit GiP bei der Mehrzahl der Fragen zur Erfassung von 1) Kindheitstraumata (vgl. Tab. 7.24) sowie 2) psychischen Problemen oder Diagnosen (vgl. Abb. 7.139) signifikant häufiger betroffen als die Vergleichsgruppe. Diese starke psychische Belastung trägt weiter zu einer äußerst prekären Lebenslage bei.

Tab. 7.24: Kindheitstraumata bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

	Frauen mit GiP	Frauen ohne GiP	Cramers V mit vs. ohne GiP	Cramers V ungew. + ausgetr.	Cramers V ungew. + abgebr.
Als ich aufwuchs...	n (%)	n (%)			
hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	97 (55,8)	763 (76,5)	,176***	,230***	n.s.
schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken/ Schrammen davontrug.	20 (11,5)	42 (4,2)	,136***	n.s.	n.s.
hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	40 (23,3)	88 (8,8)	,180***	,221***	n.s.
gab es jemanden, der mich zu einer Ärztin/ einem Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	135 (77,6)	855 (86,4)	,151***	n.s.	n.s.
wusste ich, dass sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	116 (72,1)	803 (87,0)	,166***	,238***	n.s.
bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als "dumm", "faul" oder "hässlich".	38 (23,6)	104 (11,3)	,163***	,215***	n.s.
waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen "high", um für die Familie zu sorgen.	14 (8,7)	28 (3,0)	,144***	n.s.	,214***
musste ich dreckige Kleidung tragen.	9 (5,6)	14 (1,5)	,154***	n.s.	n.s.
glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	24 (14,9)	42 (4,5)	,167***	,263***	n.s.
wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zu einer Ärztin/ einem Arzt oder ins Krankenhaus musste.	7 (4,4)	7 (0,7)	,145***	n.s.	,223***
wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	14 (8,7)	34 (3,7)	,144***	,223***	n.s.
gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht	89 (55,3)	661 (71,7)	,139***	n.s.	n.s.
sagten Personen aus meiner Familie verletzend oder beleidigende Dinge zu mir.	43 (26,7)	136 (14,7)	,165***	,223***	n.s.
wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrern/ Lehrerinnen, Nachbarn/ Nachbarinnen oder Ärztinnen/ Ärzten) auffiel.	3 (1,8)	5 (0,5)	,177***	,209***	n.s.
fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	72 (44,7)	591 (64,0)	,160***	n.s.	n.s.
Ich glaube, ich bin emotional missbraucht worden.	29 (18,0)	95 (10,3)	,136***	,227***	n.s.

Info: GiP = Gewalterfahrung in der Paarbeziehung; ungew. = ungewollt; ausgetr. = ausgetragen; abgebr. = abgebrochen
alle Items wurden mit einer 5er Skala erfasst, hier dargestellt sind die Werte für (sehr) häufig

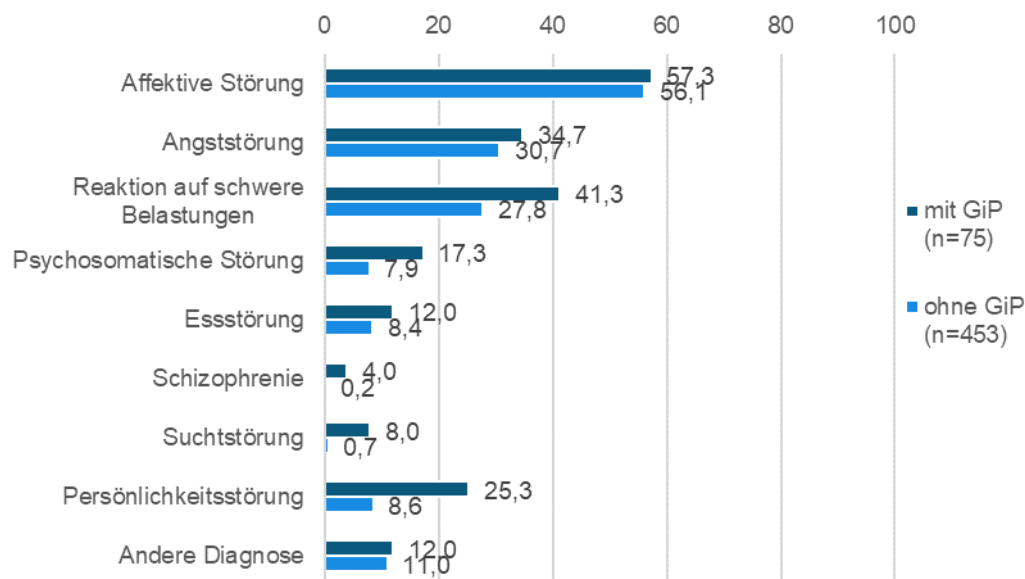
*** = $p < 0,001$, ** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Akute psychische Belastungen wurden ebenfalls erfasst. So waren 40,5 % ($n=135$) der Frauen mit GiP (vs. 20,6 % oGiP) innerhalb der letzten zehn Jahre aufgrund psychischer Probleme in

Behandlung. 57,7 % der Frauen mit GiP, die in Behandlung waren, geben an, in dieser Zeit eine Diagnose erhalten zu haben (vs. 50,9 % oGiP) (vgl. Abb. 7.139). Am häufigsten berichteten die Frauen mit und ohne GiP mit knapp zwei Dritteln von affektiven Störungen sowie mit mehr als einem Drittel von Angststörungen. Bei Frauen mit GiP wurde deutlich häufiger eine Reaktion auf schwere Belastungen (PTSB) (41,3 % vs. 27,8 % oGiP) sowie eine Persönlichkeitsstörung (25,3 % vs. 8,6 % oGiP) diagnostiziert. Auch psychosomatische Störungen, Essstörungen, Suchterkrankungen und Schizophrenie wurden bei den GiP-Frauen häufiger festgestellt. Das Vorliegen von GiP wurde als signifikanter Risikofaktor der folgenden Diagnosen identifiziert: ‚Reaktion auf schwere Belastungen‘ (z.B. Traumafolgestörung; $OR=1,828$; 95 %-KI [1,105; 3,025]), ‚psychosomatische Störung‘ ($OR=2,429$; 95 %-KI [1,221; 4,833]), ‚Schizophrenie‘ ($OR=18,833$; 95 %-KI [1,933; 183,538]), ‚Suchterkrankung‘ ($OR=13,043$; 95 %-KI [3,188; 53,366]) und ‚Persönlichkeitsstörung‘ ($OR=3,602$; 95 %-KI [1,947; 6,664]). Unter den Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und ausgetragen haben und innerhalb der letzten zehn Jahre in psychiatrischer Behandlung gewesen sind, weisen Frauen mit GiP häufiger die Diagnosen ‚Reaktion auf schwere Belastungen‘ (z.B. Traumafolgestörung, Anpassungsstörung; $CV=,265^*$), ‚Persönlichkeitsstörung‘ ($CV=,351^{**}$), und ‚Schizophrenie‘ ($CV=,295^*$) auf. Bei Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und abgebrochen haben, treten bei Frauen mit GiP signifikant häufiger Suchterkrankungen auf ($CV=,215^*$). Sie haben zudem seltener mit ihrer Frauenärztin/ ihrem Frauenarzt über aktuelle oder zurückliegende psychische Probleme gesprochen ($CV=,206^*$).

Abb. 7.139: Diagnosen psychischer Erkrankungen bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: Frage wurde Frauen mit einer psychischen Erkrankungsdiagnose gestellt. GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Anhand einer Temperaturskala von 0 bis 100 (mit 100 für die beste Gesundheit, s. #Kap. 5 Operationalisierung) wurde der allgemeine psychische Gesundheitsstatus von den Befragten selbst eingeschätzt. Deutliche Korrelationen ergeben sich für die psychische Gesundheit, so korreliert GiP sowohl innerhalb des gesamten Samples ($r=-,220^{***}$) als auch innerhalb der Gruppen der ungewollt schwangeren Frauen mit ausgetragener ($r=-,299^{***}$) bzw. abgebrochen Schwangerschaft ($r=-,214^{***}$) mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in den Wochen vor der Schwangerschaft. Für die körperliche Gesundheit der Frauen konnten keine entsprechenden Ergebnisse bestätigt werden.

Die Frage nach körperlichen Problemen oder Erkrankungen bei Eintritt der Schwangerschaft bejahten 54 der 333 Frauen mit GiP (16,2 % vs. 9,8 % oGiP), bei 42 dieser Frauen dauerten die

Erkrankungen länger als 6 Wochen an (12,6 % vs. 8,2 % oGiP). Gleichwohl berichteten 64,3 % (n=200), dass sie sich in den Wochen vor Eintritt der Schwangerschaft eher bzw. sehr gesund gefühlt hatten (vs. 85,3 % oGiP; $CV=,162^{***}$). Für die ungewollt schwangeren Frauen mit GiP, die die Schwangerschaft ausgetragen haben, zeigt sich hier ein stärkerer Effekt ($CV=,199^{***}$). Gefragt nach dem Veränderungsverlauf der körperlichen Einschränkungen während der Schwangerschaft berichtet jeweils etwas mehr als ein Drittel der Frauen mit GiP von einer Verbesserung (38,6 %) bzw. keiner Veränderung (36,4 %). Im Vergleich gab nur etwa jede vierte Frau ohne GiP (24,4 %) an, dass sich ihr körperliches Problem verbessert hatte und etwa jede zweite Frau (54,6 %) gab einen unveränderten Zustand an. Die Gruppenunterschiede erweisen sich als nicht signifikant.

Schwangerschaftsintention und Kontext der Fokusschwangerschaft

Von den 333 Frauen mit GiP gaben 49,2 % (n=164) an, ungewollt und 33,3 % (n=111) gewollt schwanger geworden zu sein (58 Fälle; 17,4 % waren nicht eindeutig zuordenbar). Das Vorliegen von GiP im Allgemeinen (vgl. Tab. 7.25, Tab. 7.26) sowie einzelner Gewaltformen wurden als signifikante Risikofaktoren für eine ungewollte ($OR=5,6$; 95 %-KI [4,32; 7,15]) oder abgebrochene FS ermittelt (vgl. Tab. 7.27).

Tab. 7.25: Intention der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP in absoluten Zahlen (Vierfeldertafel)

	Frauen mit GiP n	Frauen ohn GiP n	Gesamt n
Gewollte Schwangerschaft	111	3207	3.318
Ungewollte Schwangerschaft	164	853	1.017
Gesamt	275	4.060	4.435

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Tab. 7.26: Ausgang der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP in absoluten Zahlen (Vierfeldertafel)

	Frauen mit GiP n	Frauen ohn GiP n	Gesamt n
Ausgetragene Schwangerschaft	246	4021	4267
Abgebrochene Schwangerschaft	87	468	555
Gesamt	333	4489	4822

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Aus dieser Gegenüberstellung ergibt sich folgende Risikoschätzungen für das ELSA-Sample (vgl. Tab. 7.27): Bei Gewaltbetroffenheit verfünffacht sich das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft und verdreifacht sich das Risiko eines Schwangerschaftsabbruchs. Bei sexueller Gewalt erhöht sich das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft sogar um das 23fache und für einen Abbruch um das Fünffache.

Tab. 7.27: Risikoschätzung für GiP und Intention/ Ausgang der Schwangerschaft

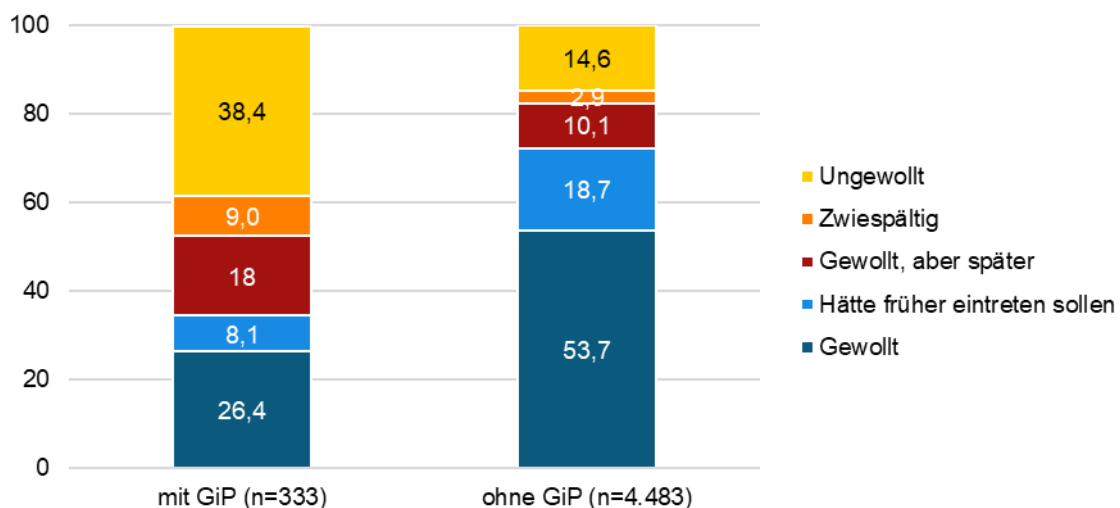
	Ungewollte Schwangerschaft (n=164)		Abgebrochene Schwangerschaft (n=87)	
	OR	95 %-KI	OR	95 %-KI
Physische Gewalt	6,636	[3,852; 11,429]	2,852	[2,173; 3,743]
Psychische Gewalt	5,285	[4,081; 6,844]	1,863	[1,033; 3,359]
Sexuelle Gewalt	23,938	[10,146; 56,476]	5,198	[3,018; 8,954]

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung; OR=Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Schwangerschaftsintention variiert bei den Frauen mit GiP deutlich stärker als in der Vergleichsgruppe, in der mehr als die Hälfte der Befragten von einer gewollten Schwangerschaft berichteten (vgl. Abb. 7.140).

Abb. 7.140: Intention der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei der reproduktiven Situation zeigen sich im Vergleich der Gruppen von Frauen mit vs. ohne GiP einige signifikante Assoziationen (vgl. Tab. 7.28): Bei Gewalterfahrung berichteten Frauen signifikant häufiger von einer ungewollten Schwangerschaft, einer Schwangerschaft verursacht durch erzwungenen Sex, einem Schwangerschaftsabbruch und seltener von einer gewollt ausgetragenen Schwangerschaft, wobei sie gleichzeitig deutlich häufiger verhüten, gleichwohl aber die Verhütung häufiger durch den Partner kontrolliert oder eingeschränkt wird.

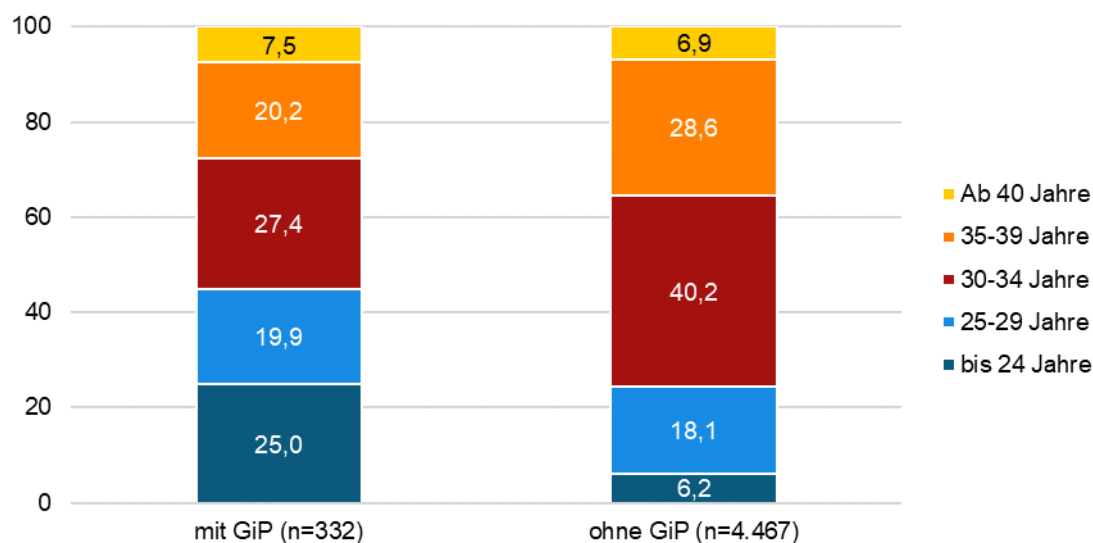
Frauen mit GiP sind im Vergleich sowohl beim Feststellen, dem Austragen bzw. Abbruch der FS ($CV=,101^{***}$) als auch bei der ersten Lebendgeburt ($CV=,185^{***}$) jünger als Frauen ohne GiP (vgl. Abb. 7.141). Hingegen waren die ungewollt schwangeren Frauen mit GiP, die ausgetragen haben, bei der ersten Lebendgeburt älter ($CV=,212^{***}$).

Tab. 7.28: Angaben zur reproduktiven Situation bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

	Frauen mit GiP in % n=333	Frauen ohne GiP in % n=4.483	Cramers V
Ungewollte Schwangerschaft	49,2	19,2	,215***
Abbruch der FS	26,1	10,4	,125***
Ausgang der FS			,222***
- ungewollt ausgetragen	29,5	10,6	
- ungewollt abgebrochen	30,2	10,4	
- gewollt ausgetragen	40,4	79,0	
Schwangerschaft wg. erzwungenem Sex	7,9	0,5	-,210***
Verhütungsverhalten allg.			,113***
- nicht verhütet	39,7	58,8	
- verhütet	59,8	40,9	
Kontrolle/ Einschränkung der Verhütung durch den Partner	17,6	2,0 %	,229***

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung; FS = Fokusschwangerschaft; *** = $p < 0,001$, ** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Abb. 7.141: Alter beim Ausgang der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zwischen den Vergleichsgruppen zeigen sich keine Unterschiede für den Zeitpunkt der Schwangerschaftsfeststellung. Bei etwa jeder vierten Frau beider Gruppen wurde die Schwangerschaft vor der 4. Woche (26,0 % mit vs. 26,2 % oGiP) und bei knapp jeder zweiten Frau zwischen der 4. bis der 6. Woche (45,3 % mit vs. 49,3 % oGiP) festgestellt.

Akzeptanz und erste Reaktion auf die Schwangerschaft

Gefragt nach Gefühlen der Freude oder Ängsten bei Feststellung der Schwangerschaft zeigen sich für die Mehrzahl der Items deutliche, signifikante Zusammenhänge (vgl. Tab. 7.29).

Tab. 7.29: Emotionen bei Schwangerschaftsfeststellung bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

	Frauen mit GiP (n=78)	Frauen ohne GiP (n=432)	Cramers V
Gefühle	%	%	
Freude/ Glücksgefühle	47,2	47,6	n.s.
Zuversicht, dass alles gut wird	43,9	56,8	n.s.
Sorge vor der Reaktion nahestehender Personen	72,6	50,8	,195***
Ängste vor der Zukunft, Sorgen wegen der Lebensumstände	84,0	67,0	,237***
Unsicherheit/ Überforderung	69,2	61,2	,172**
Schuld/ Scham	44,9	19,1	,267***
Selbstvorwürfe	41,1	22,9	,246***
Erschrecken/ Verzweiflung	52,4	34,1	,167**
Stress/ Genervt sein	48,6	30,8	,183***

Info: Frage wurde Frauen mit ungewollter, ausgetragener Fokusschwangerschaft gestellt.

GiP = Gewalt in der Partnerschaft;

Zusammengefasste 6er Likertskala (1 überhaupt nicht bis 6 sehr stark), hier dargestellt sind die Prozentwertsummen für die 3 höchsten Zustimmungen (Ausprägungen 4 bis 6); *** = $p < 0,001$, ** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Die emotionalen Reaktionen der Frauen mit GiP fallen im Vergleich zu Frauen ohne Gewalterfahrungen deutlich negativer aus. Sie berichten signifikant häufiger von Ängsten vor der Zukunft aufgrund der aktuellen Lebensumstände ($CV=,237***$), Schuld- und Schamgefühlen ($CV=,267***$) sowie Selbstvorwürfen ($CV=,246***$) und Sorge vor der Reaktion nahestehender Personen ($CV=,195***$), Stress ($CV=,183***$) und Verzweiflung ($CV=,167**$). Unter den Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und ausgetragen haben, berichten Frauen mit GiP zudem häufiger von Stress und Genervt sein bei Feststellung der Schwangerschaft ($CV=,223***$) und sie haben die ersten zwei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft häufiger als bedrohlich ($CV=,221***$), feindlich ($CV=,214***$) und unerträglich ($CV=,212***$) wahrgenommen. In der Gruppe der Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und ausgetragen haben, fiel es den Frauen mit GiP schwerer, die Schwangerschaft zu akzeptieren ($CV=,229***$). Unabhängig von der Gewaltbetroffenheit nahmen die Frauen beider Gruppen die ersten zwei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft am häufigsten als mitleiderregend (60,0 % vs. 65,9 % oGiP), feindlich (50,7 % vs. 59,9 % oGiP), unerträglich (46,0 % vs. 52,2 % oGiP) aber auch anregend (55,3 % vs. 45,5 % oGiP) wahr.

Den gewaltbetroffenen Frauen fiel die Akzeptanz der Schwangerschaft signifikant schwerer als den Frauen der Vergleichsgruppe ($CV=,197***$). Sie brauchten länger, um die ungewollte Schwangerschaft anzunehmen (41,1 % vs. 32,2 % oGiP) oder haben es häufiger nie richtig akzeptieren können (5,6 % vs. 0,6 % oGiP). Bei den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, zeigt sich dabei eine stärkere Assoziation ($CV=,222***$). In der zusammengefassten fünfstufigen Likert-Skala von sehr leicht bis sehr schwer zeigen sich diese Akzeptanzprobleme ebenfalls deutlich für Frauen mit GiP im Allgemeinen ($CV=,197***$) als auch den Frauen mit GiP, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen hatten ($CV=,229***$).

Partnerschaftssituation beim Eintreten der Fokusschwangerschaft

Zum Zeitpunkt der FS waren fast alle Frauen mit GiP ($n=321$; 96,4 %) mit dem Mann in einer Beziehung, von dem sie schwanger geworden sind. Die weiteren Angaben zur Partnerschaft zum

Zeitpunkt des Eintretens der FS zeigen signifikante Zusammenhänge (vgl. Tab. 7.30): Die Frauen mit GiP befinden sich weniger häufig in einer stabilen Partnerschaft, d.h. sie sind seltener verheiratet oder verpartnert, sie sind seltener in einer länger als vier Jahre andauernden Beziehung mit dem Partner, wohnen seltener mit ihm zusammen und beschreiben die Qualität der Beziehung zu ihm als weniger glücklich oder sie hatten seltener das Gefühl, er sei der Richtige für die Familie. Stattdessen berichten sie häufiger davon, dass andere ihm wichtiger waren oder sich die Partnerschaft in einer starken Krise befand. Der Partner zeigte hingegen bei Frauen mit GiP eine ungewollte, zwiespältige Einstellung zur FS oder diese war häufiger Anlass für Streit und Stress.

Tab. 7.30: Angaben zur Partnerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

	Frauen mit GiP n=333	Frauen ohne GiP n=4.483	Cramers V
Angaben zur Partnerschaft	%	%	
in einer Beziehung	96,4	99,0	,062***
Verheiratet/ verpartnert	48,0	71,8	,132***
Länger als 4 Jahre zusammen	51,8	73,2	,125***
Zusammengewohnt	74,4	90,8	,136***
Beziehungsqualität			
- gut/ ich war glücklich	45,3	94,9	,485***
- Gefühl, er sei der Richtige für Familie	64,6	96,0	,399***
- andere waren ihm wichtiger	45,6	5,8	,397***
- in einer starken Krise	54,2	6,9	,445***
Ungewollte/ zwiespältige Einstellung des Partners zur FS	44,4	15,1	,208***
FS war Anlass für Streit/ Stress	17,9	9,6	,340***

Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft; FS = Fokusschwangerschaft. *** = $p < 0,001$, ** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei 63,3 % der Frauen mit GiP (vs. 55,3 % oGiP), die bei Eintritt der FS mit ihrem Partner zusammenwohnten, lebten weitere Kinder im Haushalt.

Signifikant häufiger berichteten gewaltbetroffene Frauen von einer Kontrolle oder Einschränkung der Verhütung durch den Partner (17,6 % vs. 2,0 % oGiP; $r=,229^{***}$; für ungewollt schwangere Frauen, die ausgetragen haben: $r=,269^{***}$ und die die ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben: $r=,277^{***}$). Von diesen Frauen ($n=57$ mGiP³⁸) äußerte sich der reproduktive Zwang am häufigsten durch das Ablehnen der Kondomanwendung (82,5 % vs. 5,3 % oGiP; $r=,375^{***}$), auf eine andere Art (40,0 % vs. 11,8 % oGiP), die Zugangsverweigerung zu Verhütungsmitteln - wie Pille, Spirale etc. - (27,3 % vs. 9,6 % oGiP) oder das Beschädigen bzw. Entfernen des Kondoms während des Geschlechtsverkehrs (25,9 % vs. 8,4 % oGiP).

65,2 % der gewaltbetroffenen Frauen hatten Angst vor Gewalthandlungen seitens des Partners, wenn sie im Falle einer Schwangerschaftsentscheidung gegen seinen Willen entscheiden würden. Bei 39,9 % der Frauen mit GiP beeinflussten die gewalttätigen Handlungen ihre Entscheidung.

Bei GiP allgemein fielen die ersten spontanen Reaktionen des Partners auf die Schwangerschaftsfeststellung signifikant eher negativ aus (vgl. Tab. 7.31). Häufiger berichteten die von GiP betroffenen Frauen von Reaktionen wie Ärger/ Wut/ Zorn, geringere Zuversicht, dass alle

³⁸ mGiP = mit GiP

gut wird, sowie spontanen negativen Gefühlen. Deutlicher zeigen sich diese Korrelationen für Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind und ausgetragen haben.

Tab. 7.31: Erste emotionale Reaktionen des Partners auf die Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

	Frauen mit GiP (n=190)	Frauen ohne GiP (n=1175)	<i>r</i> mit vs. ohne GiP	<i>r</i> ungew. + ausgetr.	<i>r</i> ungew. + abgebr.
Erste emotionale Reaktionen	%	%			
Spontan positive Gefühle ¹	43,2	57,1	,137***	n.s.	n.s.
Spontan negative Gefühle ¹	56,5	38,4	,202***	,270***	n.s.
Freude/ Glückgefühle ²	29,5	45,9	,175***	,284***	n.s.
Zuversicht, dass alles gut wird ²	39,1	64,8	,231***	,267***	,245***
Ärger/ Wut/ Zorn ²	32,8	9,4	,287***	,300***	,303***
Zukunftsängste/ Sorge wegen Verantwortung für das Kind ²	68,6	54,4	,142***	,204**	n.s.
Unsicherheit/ Überforderung ²	67,8	51,6	,166***	,319***	,065
Sorge vor Reaktion nahestehender Personen ²	33,8	18,2	,173***	,171	,140

Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft; *r*=Pearson Korrelationskoeffizient. *** = $p < ,001$. ** = $p < ,01$. * = $p < ,05$.

¹ sechsstufige Likert-Skala von 1 = sehr stark bis 6 = überhaupt nicht.

² sechsstufige Likert-Skala von 1 = überhaupt nicht bis 6 = sehr stark.

Bei den Prozentwerten für die Häufigkeiten sind die 3 positiven Kategorien zusammengefasst (bei ¹ die Antwortoptionen 1-3; bei ² die Antwortoptionen 4-6)

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass eine ungewollte Schwangerschaft für die Partnerschaft eine große Herausforderung darstellt. Gewaltbetroffene Frauen berichten fast durchgehend von negativen Reaktionen des Partners und Auswirkungen auf die Beziehung. Sie erhalten wenig Unterstützung seitens des Partners.

Informationssuche rund um die Schwangerschaft

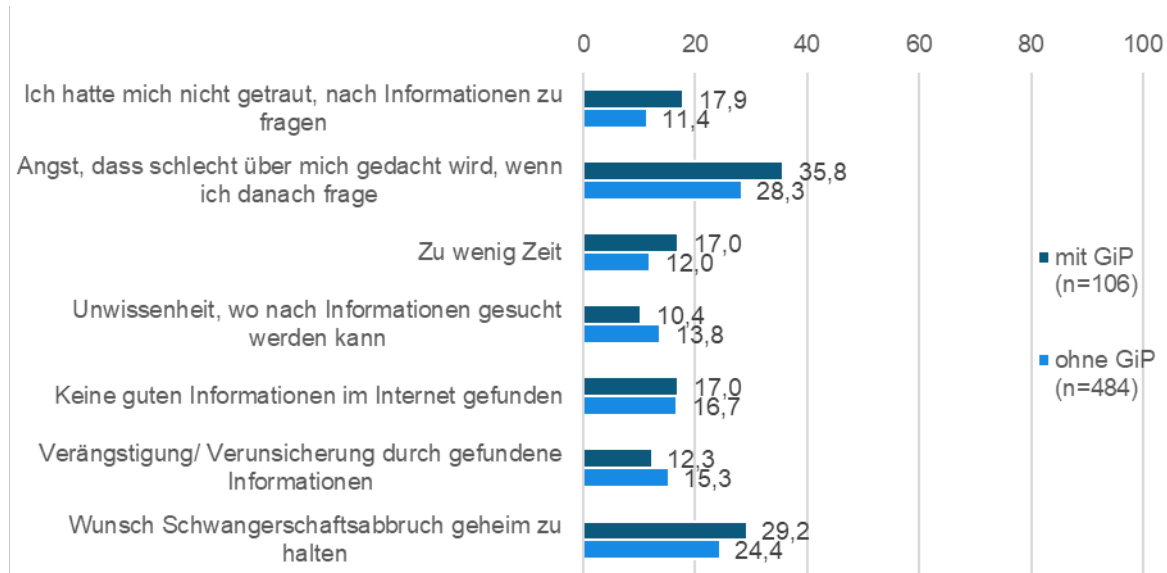
Bei den Fragen zur Suche nach Informationen nach Feststellung der Schwangerschaft zeigt sich die besondere Lage der von Partnergewalt betroffenen Frauen. Insgesamt suchte die Mehrheit der Befragten nach Informationen zu Schwangerschaft und Geburt, wobei der Anteil unter den Frauen mit GiP geringer ausfällt (57,1 % vs. 72,2 % oGiP; $CV=,085***$). Frauen mit GiP suchten deutlich häufiger nach Informationen zum Schwangerschaftsabbruch (31,8 % vs. 10,8 % ohne GiP; $CV=,163***$) und zur Abgabe des Kindes nach der Geburt (4,2 % vs. 0,4 % oGiP; $CV=,124***$). Keine Assoziation lag für beide Gruppen bei der Informationssuche zum Leben mit einem Kind (19,8 % vs. 16,5 % oGiP) und keinerlei Suche nach den abgefragten Informationsthemen (14,7 % vs. 17,4 % oGiP). Die konkret recherchierten Informationen wurden in drei Bereichen abgefragt. 1) Im Bereich *Schwangerschaft und Geburt* suchten beide Gruppen am häufigsten Informationen zur Gesundheit (z.B. Ablauf Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, Risiken, Komplikationen) (82,6 % vs. 93,3 % oGiP; $CV=,094***$) und jeweils etwa 40 % beider Gruppen suchten nach Erfahrungsberichten von Schwangeren. Allerdings suchten etwa dreimal so viele Frauen mit GiP nach Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten durch Schwangerschaftsberatungsstellen als die Vergleichsgruppe (33,2 vs. 11,3 oGiP; $CV=,151***$). 2) Im Bereich *Leben mit einem Kind* zeigt sich, dass sich mehr Frauen mit GiP über finanzielle und soziale Unterstützung (66,7 % vs. 44,0 % oGiP; $CV=,141***$), das Sorge-/ Umgangsrecht und die Vaterschaftsanerkennung (43,9 % vs. 19,7 % oGiP; $CV=,161***$) und eine Wohnungssuche (42,4 % vs. 16,6 % oGiP; $CV=,181***$) informierten. Entsprechend recherchierten mehr Frauen ohne GiP nach Informationen zu Säuglingspflege und Kindererziehung (63,6 % vs. 82,7 % ohne GiP; $CV=,134***$). 3) Im Bereich *Schwangerschaftsabbruch* suchten beide

Gruppen etwa gleich häufig an erster Stelle nach einer Beratungsstelle für die Pflichtberatung (76,4 % vs. 76,0 % oGiP) sowie einer Klinik bzw. Praxis für den Schwangerschaftsabbruch (62,3 % vs. 65,5 % oGiP). Weitere häufige Recherchethemen waren Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (50,0 % vs. 56,8 % oGiP), medizinische Informationen (50,0 % vs. 66,7 % oGiP) oder rechtliche Voraussetzungen (41,5 % vs. 49,4 % oGiP). Gleichwohl wurde von Frauen mit GiP mit 14,2 % häufiger nach alternativen Wegen des Schwangerschaftsabbruchs gesucht als von Frauen ohne GiP mit 9,9 %.

Hilfreiche Informationen wurden besonders über Webseiten und Suchmaschinen (58,6 % vs. 65,6 % oGiP) oder Arztpraxen (45,6 % vs. 53,4 % oGiP) gefunden. Mehr als doppelt so viele Frauen mit als ohne GiP erhielten hilfreiche Informationen von Beratungsstellen (38,1 vs. 15,7 % oGiP; $CV=,150^{***}$). Dieser Zusammenhang konnte auch bei ungewollt schwangeren Frauen mit GiP, die die Schwangerschaft ausgetragen haben, beobachtet werden ($CV=,157^{***}$). Hingegen erhielten Frauen ohne GiP häufiger von Freundinnen und Freunde (29,7 % vs. 43,8 % oGiP; $CV=,072^{***}$) oder dem Partner/ Mann, von dem die Frau schwanger war (3,3 % vs. 9,9 % oGiP; $CV=,057^{***}$), Informationen. Beide Gruppen sprachen häufiger Freundinnen und Freunde für Informationen an als die Eltern und beide gaben mehrheitlich an, sich in der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft (sehr) gut zurechtgefunden zu haben (83,7 % vs. 90,2 % oGiP).

Gefragt nach Hindernissen bei der Informationssuche zum Schwangerschaftsabbruch (vgl. Abb. 7.142) wurde von beiden Gruppen am häufigsten die Angst, dass schlecht über sie gedacht würde, sowie der Wunsch nach Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs genannt. Zudem gaben Frauen mit GiP häufiger an, sich nicht getraut zu haben, nach Informationen zu fragen und zu wenig Zeit gehabt zu haben, nach Informationen zum Schwangerschaftsabbruch zu suchen.

Abb. 7.142: Schwierigkeiten bei der Informationssuche zum Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung;

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Seltener als die Vergleichsgruppe erhielten Frauen mit GiP das Informationsmaterial in für sie verständlicher Sprache (51,5 % vs. 71,8 % oGiP), allerdings wäre es bei Frauen mit GiP mehr als doppelt so häufig nötig gewesen (30,3 % vs. 12,6 % oGiP).

Unter den Frauen, die mehrsprachige Informationsmaterialien erhielten, gaben 64,7 % der Frauen mit GiP und 69,0 % der Frauen ohne GiP an, dass durch das Material alle Fragen beantwortet

wurden. Bei etwa einem Drittel der Frauen beider Gruppen war das nur zum Teil der Fall (35,3 % vs. 30,7 % oGiP).

Beratung und Versorgung während der Schwangerschaft

Die Mehrzahl der Frauen waren selbst krankenversichert (72,7 % vs. 84,6 % oGiP; $CV=,099^{***}$) bzw. familienversichert (24,5 % vs. 15,1 % oGiP). Lediglich 2,1 % der gewaltbetroffenen Frauen und 0,3 % der Vergleichsgruppe hatten keine gültige Krankenversicherung.

Frauen mit GiP besuchten nach Feststellung der Schwangerschaft deutlich häufiger eine Schwangerschaftskonfliktberatung (25,8 % vs. 9,2 % oGiP; $CV=,084^{***}$), eine Schwangerschaftsberatung (15,0 % vs. 6,1 % oGiP; $CV=,090^{***}$) sowie eine Klinik oder Praxis, die Schwangerschaftsabbrüche durchführte (11,4 % vs. 5,0 % oGiP). Beide Gruppen stellten sich am häufigsten einer Ärztin/ einem Arzt vor (88,0 % vs. 96,1 % oGiP; $CV=-,100^{***}$).

Gefragt nach der Einrichtung, die beim Finden der nächsten relevanten Anlaufstelle geholfen hatte, berichteten beide Gruppen am häufigsten von einer Arztpraxis (53,0 % vs. 47,2 % oGiP). Für Frauen mit GiP waren die Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch (15,5 % vs. 6,7 % oGiP; $CV=,084^{***}$) sowie die Schwangerschaftsberatung (11,1 % s. 4,0 % oGiP; $CV=,087^{***}$) relevant. Sie berichten in diesem Zusammenhang zudem seltener, keine Hilfe benötigt zu haben (29,1 % vs. 48,1 % oGiP; $CV=,095^{***}$).

Jeweils knapp 80 % beider Gruppen gingen zu der ihnen bekannten Frauenärztin/ -arzt, wenige suchten eine unbekannte Ärztin bzw. einen unbekannten Arzt auf (5,8 % vs. 4,2 % oGiP). Beide Gruppen berichteten zu etwa 15 % von Schwierigkeiten für einen Termin zur Feststellung der Schwangerschaft. Mit je über 80 % erhielten die Befragten beider Gruppen bei dem Arztbesuch alle benötigten Informationen. Geringfügige Unterschiede zwischen den Frauen zeigten sich bei den Aspekten „Die Ärztin/ der Arzt nahm sich ausreichend Zeit, um über meine Anliegen zu sprechen“ (82,2 % vs. 90,2 % oGiP; $CV=,066^{***}$), dem Gefühl, dass die eigene Meinung respektiert wurde (88,8 % vs. 93,3 % oGiP), dem Vertrauen in die Ärztin/ den Arzt (85,7 % vs. 93,5 % oGiP; $CV=,077^{***}$), dem Wertlegen auf Privatsphäre (92,0 % vs. 96,7 % oGiP; $CV=,062^{***}$) und dem Erhalt ungewollter Informationen (24,8 % s. 18,4 % oGiP). Nachfolgend wurden die vom medizinischen Personal ungewollt erhaltenen Informationen konkretisiert: Frauen mit GiP werden signifikant häufiger ungebeten über die Themen Geburt (28,1 % v. 8,0 % oGiP; $CV=,254^{**}$) sowie Kindsabgabe wie Adoption/ vertrauliche Geburt (28,1 % vs. 8,0 % oGiP; $CV=,254^{***}$) informiert als die Vergleichsgruppe.

Im Vergleich fühlten sich Frauen mit GiP vom medizinischen Personal seltener respektvoll (61,9 % vs. 69,9 % oGiP), freundlich/ einfühlsam (56,2 % vs. 60,8 % oGiP) oder neutral/ sachlich (39,2 % vs. 45,3 % oGiP) behandelt, hingegen berichteten sie häufiger von Unfreundlichkeit (9,3 % vs. 3,8 % oGiP), der Konfrontation mit Vorwürfen (5,2 % vs. 3,5 % oGiP) und dass sie angehalten wurden, die Schwangerschaft auszutragen (7,7 % vs. 5,3 % oGiP). Für diese Items wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede identifiziert. Gefragt nach den Themen, bei denen sie sich mehr Unterstützung von ihrer Ärztin/ ihrem Arzt gewünscht hätten, geben Frauen mit GiP signifikant häufiger mehr Informationen zum Umgang mit Gewalt in der Partnerschaft an (8,5 % vs. 0,1 % oGiP; $CV=,264^{***}$).

Am häufigsten erhielten die Befragten beider Gruppen die Adresse der Schwangerschaftsberatungsstelle über Webseiten und Suchmaschinen (42,0 % vs. 43,8 % oGiP), von der Arztpraxis (28,0 % vs. 25,5 % oGiP) oder kannten sie bereits (22,0 % vs. 17,2 % oGiP). Jeweils 87 % der Befragten beider Gruppen fanden die Unterstützung durch die Beratungsstelle (sehr) gut.

Entscheidungsfindung zum Austragen oder Abbruch

Bei beiden Gruppen hatte weder die Pflichtberatung noch die Bedenkzeit einen Einfluss auf ihre Entscheidung für einen Abbruch (84,0 % vs. 79,9 % oGiP). Allerdings fand diese allgemein unter

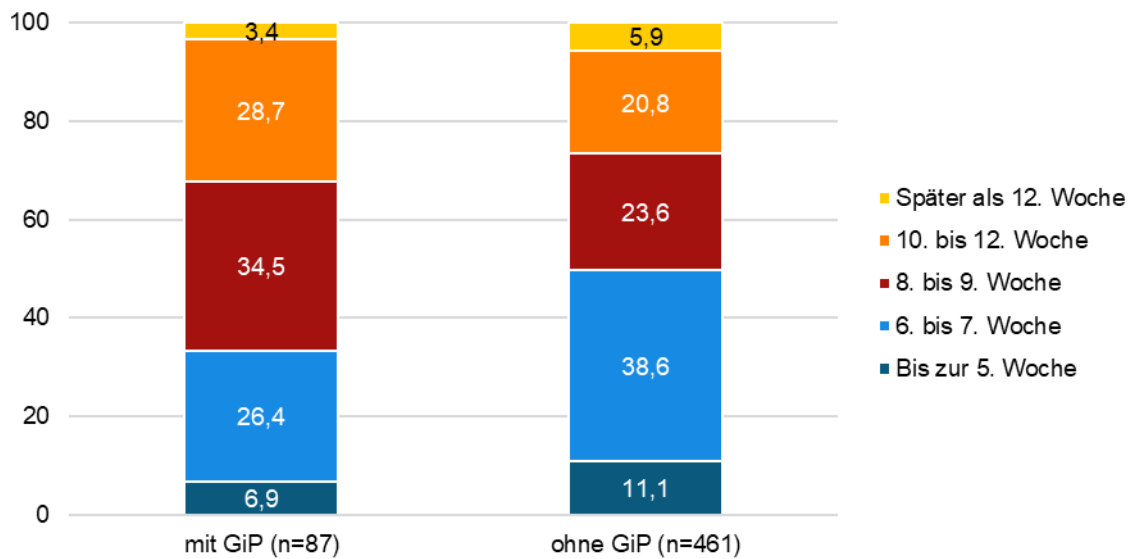
hohem Zeitdruck (70,6 % vs. 59,7 % oGiP) wegen der späten Schwangerschaftsfeststellung (35,0 % vs. 22,2 % oGiP) und langen Wartezeiten (28,3 % vs. 27,6 % oGiP) statt. Die Mehrzahl beider Gruppen suchten die Beratungsstelle nur auf, um den Beratungsschein (ca. 80 %) oder die Adresse für eine Abbruchseinrichtung zu bekommen (mehr als 60 %). Knapp 90 % aller Frauen hoffte, dass ihre bereits getroffene Entscheidung respektiert werden würde, und mehr als die Hälfte, dass ihre Entscheidung bestärkt werden würde. Auch wenn bei etwa 40 % beider Gruppen die Bedenkzeit keinen Einfluss auf die Entscheidung hatte, fühlten sich viele Frauen dadurch belastet (46,1 % vs. 42,0 % oGiP). Von GiP betroffene Frauen fiel die Entscheidung (sehr) schwer (35,4 % vs. 25,1 % oGiP). Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich für die Frauen mit GiP bei der Frage nach der Abstimmung der Entscheidung mit dem Partner/ Mann, der die Schwangerschaft verursacht hat ($CV = ,287^{***}$), denn sie entscheiden im Vergleich häufiger alleine ohne ihn zu informieren (18,4 % vs. 9,2 % oGiP), d.h. auch, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei Frauen mit GiP seltener ist (29,9 % vs. 57,7 % oGiP). Gleichwohl bestimmt der Partner bei Frauen mit GiP zu einem höheren Anteil entweder den Abbruch (14,9 % vs. 4,0 % oGiP) oder das Austragen (8,6 % vs. 1,4 % oGiP). Auch andere Personen haben die eigene, autonome Entscheidung der gewaltbetroffenen Frauen häufiger eingeschränkt (29,7 % vs. 11,0 % oGiP) oder teilweise eingeschränkt (22,4 % vs. 10,5 % oGiP) ($CV = ,258^{***}$), d.h. mehr als der Hälfte der gewaltbetroffenen Frauen konnten keine autonome Entscheidung treffen, bei der Vergleichsgruppe trifft es auf insgesamt 21,5 % zu. Die Entscheidungsmöglichkeiten sind nach Auskunft der GiP betroffenen Frauen signifikant häufiger durch Lebensumstände und äußere Bedingungen eingeschränkt (28,5 % vs. 15,1 % ohne GiP; $CV = ,161^{***}$). Bei 39,9 % der Frauen mit GiP beeinflusste die Gewalterfahrung ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsausgang. Hier zeigt sich eine doppelte Beeinflussung durch GiP: Zum einen gibt es einen direkten Einfluss durch den gewalttätigen Partner und zum anderen beeinflussen die Gewalthandlungen indirekt die Entscheidung der Frauen zum Schwangerschaftsabbruch (s.o.).

Zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung bewerteten etwa 9 von 10 Frauen mit GiP als auch ohne GiP ihre jeweilige Entscheidung zum Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft als (eher) richtig. Allerdings sind Frauen mit GiP in ihrer Entscheidung unsicherer als Frauen ohne GiP (allgemein: 69,4 % vs. 96,2 % oGiP, $CV = ,171^{***}$; bei ausgetragen: 92,6 % vs. 97,0 % oGiP; $CV = ,248^{***}$; bei abgebrochen: 89,2 % vs. 93,0 % oGiP), was sicher darauf zurückzuführen ist, dass ihre autonome Entscheidung zum Schwangerschaftsausgang stark eingeschränkt ist (s.o.).

Schwangerschaftsabbruch

Wie bei der Adresse für eine Beratungsstelle erhielten beide Gruppen die Adresse einer Abbrucheinrichtung am häufigsten über die eigene Ärztin/ den eigenen Arzt (43,0 % vs. 36,1 % oGiP), gefolgt von anderen Beratungsstellen (29,1 % vs. 38,0 % oGiP), dem Internet (9,3 % vs. 11,2 % oGiP) oder die Einrichtung war schon bekannt (9,3 % vs. 5,0 % oGiP). Bei drei Viertel der Frauen, die die Adresse über das Internet fanden, war es über Webseiten und nur zu einem Viertel über die Listen der BZgA oder der Bundesärztekammer. Als (eher) schwer empfand jede fünfte der Frauen beider Gruppen die Einrichtungssuche. Etwa drei Viertel aller Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch kontaktierten eine Einrichtung für einen Termin zum Eingriff, ein Viertel musste mehrere Einrichtungen anfragen. Die Informationsqualität zum Schwangerschaftsabbruch wird von den meisten Frauen als sehr oder eher gut eingeschätzt (77,9 % vs. 80,9 % oGiP). Im Hinblick auf den Zeitpunkt des Abbruchs kann festgestellt werden, dass dieser bei den Frauen mit GiP später als bei Frauen ohne GiP stattfand, bspw. wurde mit 34,5 % der Eingriff am häufigsten bei den gewaltbetroffenen Frauen erst in der 8. bis 9. Schwangerschaftswoche durchgeführt, während bei der Vergleichsgruppe der Abbruch mit 38,6 % am häufigsten in der 6. bis 7. Woche erfolgte (vgl. Abb. 7.143).

Abb. 7.143: Zeitpunkt der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

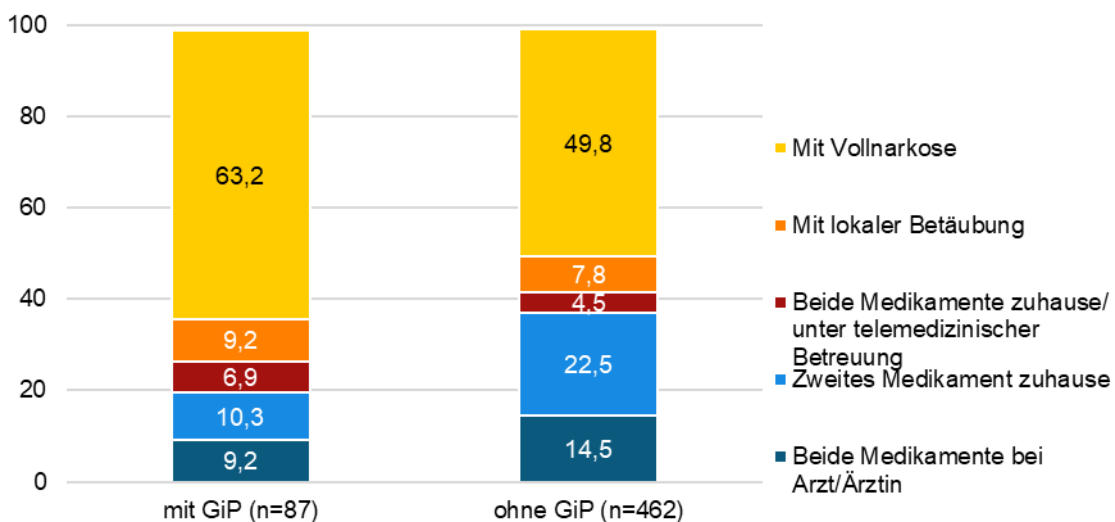


Info: Frage wurde nur Frauen mit einem Abbruch gestellt. GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Vergleich wurde bei den Frauen mit GiP der Eingriff häufiger in einem ambulanten OP-Zentrum/ Familienplanungszentrum (44,8 % vs. 33,8 % oGiP) und seltener in einer gynäkologischen Praxis (31,0 % vs. 42,8 % oGiP) durchgeführt. Gut zwei Drittel der Frauen mit GiP konnten für den Abbruch nicht zwischen verschiedenen Einrichtungen wählen (66,7 % vs. 52,6 % oGiP). Bei der Mehrzahl der Frauen beider Gruppen wurde der Eingriff unter Vollnarkose vorgenommen (vgl. Abb. 7.144).

Abb. 7.144: Methode des Schwangerschaftsabbruchs bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



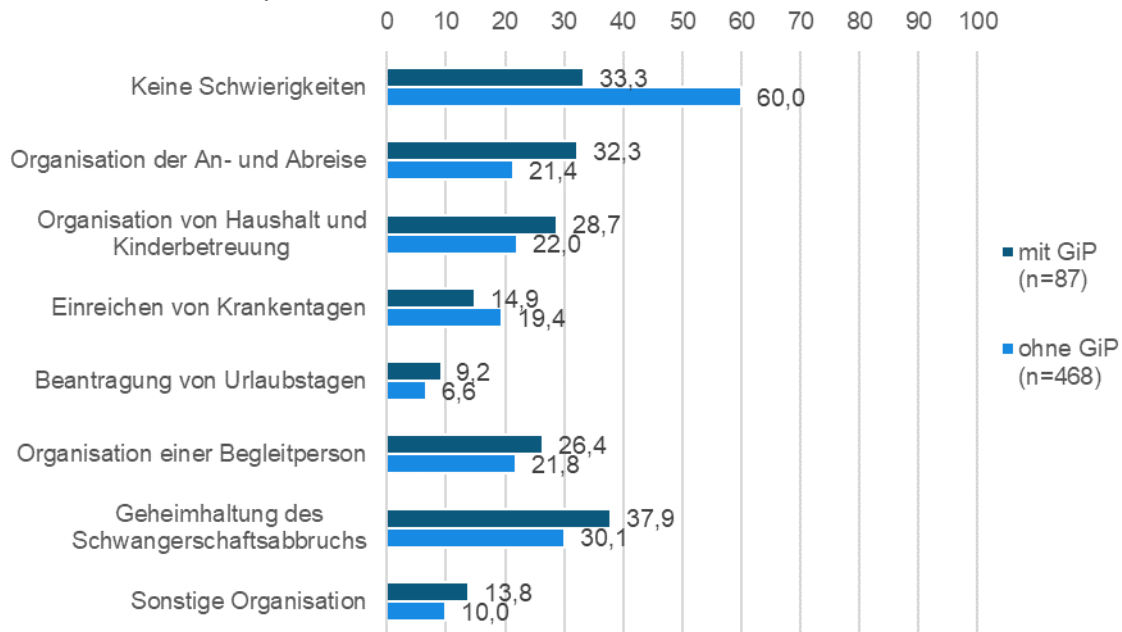
Info: Frage wurde nur Frauen mit einem Abbruch gestellt. GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei etwa der Hälfte der Frauen mit einem Abbruch lag die Klinik/ Praxis in einer Entfernung von bis zu 10 km und bei einem Drittel in einer Distanz von 10 bis 50 km, bei allerdings mehr als 15 % lag die Einrichtung für beide Gruppen über 50 km entfernt. Für die Mehrzahl der Frauen war die Einrichtung (eher) gut erreichbar (85,9 % vs. 92,1 % oGiP). Während 33,3 % der gewaltbetroffenen Frauen keine Schwierigkeiten bei der Organisation des Abbruchs angaben, waren es unter den Frauen ohne GiP 60,0 % (vgl. Abb. 7.145). Bis auf das Einreichen von Krankentagen berichteten die

Frauen mit GiP häufiger von allen vorgeschlagenen Organisationsproblemen wie z.B. Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruches, Organisation der An- und Abreise oder Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung bzw. Organisation einer Begleitperson. Am häufigsten wurde von beiden Gruppen die Geheimhaltung genannt.

Abb. 7.145: Organisationsprobleme beim Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: Frage wurde nur Frauen mit einem Abbruch gestellt. GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

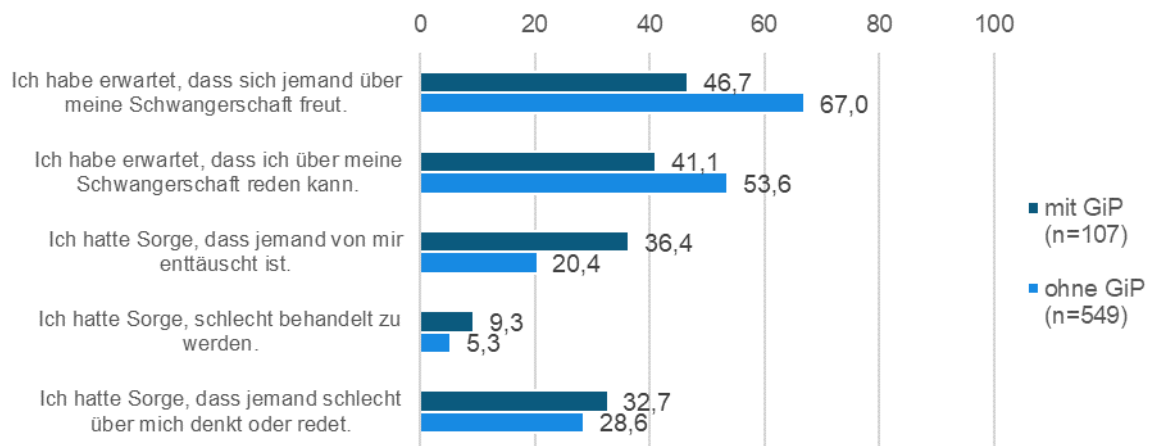
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die meisten Frauen mit GiP haben einen Antrag auf Kostenübernahme für den Schwangerschaftsabbruch bei der Krankenkasse gestellt, die die Kosten auch übernahmen (58,3 % vs. 56,5 % oGiP). Ein Drittel der Frauen mit GiP hatte keinen Antrag gestellt. Frauen mit GiP berichten signifikant seltener davon, dass die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch vom Partner gezahlt wurden (14,3 % vs. 41,4 % oGiP; $CV=,200^{**}$). Über die Eingriffskosten hinaus fielen bei beiden Gruppen mit über 30 % am häufigsten Kosten für die An-/ Abfahrt an. Signifikant häufiger berichteten Frauen mit GiP von Kosten für die Kinderbetreuung (10,3 % vs. 2,4 %; $CV=,156^{***}$).

Antizipierte Stigmatisierung und soziale Unterstützung

Im Vergleich sorgen sich die Frauen mit GiP sowohl bei einem Abbruch als auch einem Austragen der ungewollten Schwangerschaft häufiger um die Reaktion ihres sozialen Umfeldes. Diese Sorgen können als Indikator für eine antizipierte Stigmatisierung gedeutet werden und zeigen die soziale Isolation der gewaltbetroffenen Frauen. Insbesondere Frauen mit einem Abbruch befürchteten, schlecht behandelt zu werden, dass jemand enttäuscht von ihnen ist oder dass schlecht über sie gedacht wird. Diese Sorgen haben relativ gesehen mehr Frauen mit GiP als solche ohne GiP. Signifikant seltener erwarten Frauen mit GiP, dass sich jemand über die Schwangerschaft freut ($CV=,156^{***}$) oder dass darüber geredet werden kann (vgl. Abb. 7.146). Allerdings sorgen sie sich signifikant häufiger, dass jemand enttäuscht von ihnen ist ($CV=,141^{***}$) sowie dass jemand schlecht über sie denkt oder redet bzw. sie schlecht behandelt.

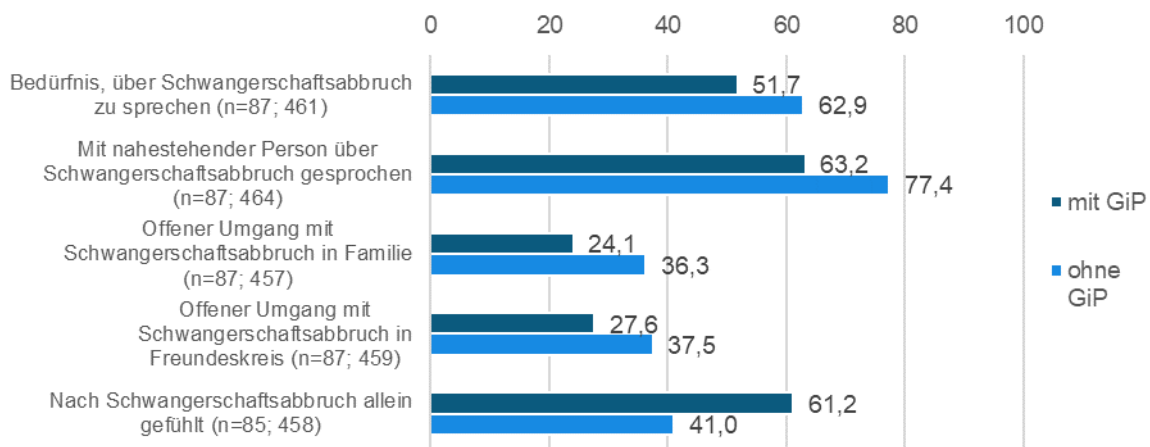
Abb. 7.146: Erwartete Reaktion anderer auf die Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: Frage wurde nur Frauen gestellt, die die Schwangerschaft ausgetragen haben. GiP = Gewalt in der Partnerschaft.
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die Mehrheit der Frauen beider Gruppen hat das Bedürfnis, bei einem Schwangerschaftsabbruch darüber zu sprechen und tat dies auch mit einer nahestehenden Person (vgl. Abb. 7.147). Gleichwohl liegen die Anteile der Frauen mit GiP mehr als 10 Prozentpunkte unter dem Anteil der Frauen ohne GiP. Seltener bejahten die Frauen mit GiP auch die Frage nach einem offenen Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch in der Familie bzw. im Freundeskreis. Vor allem fühlten sich Frauen mit GiP mit 61,2 % deutlich häufiger nach dem Schwangerschaftsabbruch alleine.

Abb. 7.147: Umgang mit Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



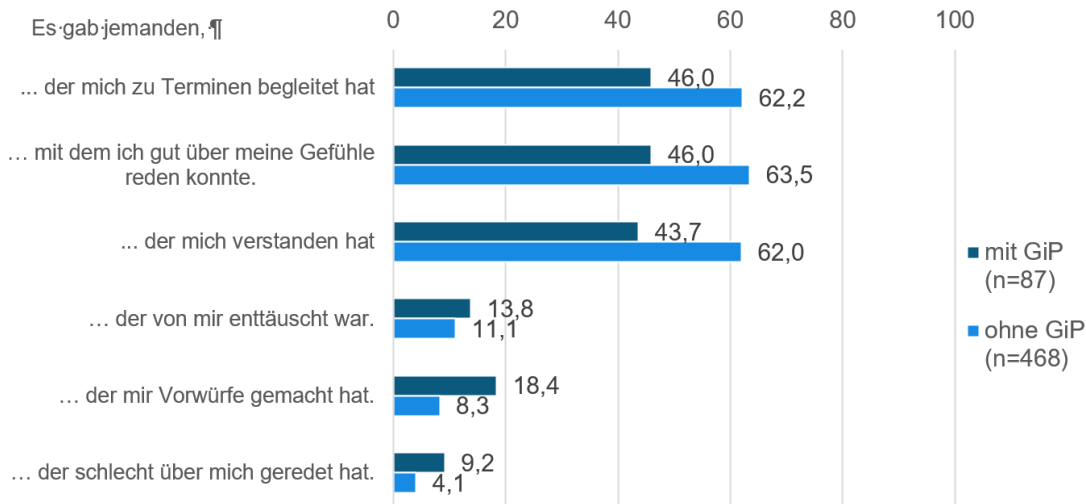
Info: Diese Frage wurde nur von Frauen beantwortet, die die Schwangerschaft abgebrochen haben.
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Ähnlich verhält es sich mit den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben. Mehrheitlich sprachen sie mit einer nahestehenden Person (71,7 % vs. 83,0 % oGiP). Allerdings berichteten von GiP betroffene Frauen deutlich häufiger von einer nahestehenden Person, der sie so spät wie möglich von der Schwangerschaft erzählten (50 % vs. 34,3 % oGiP). Auch unter den Frauen mit ausgetragener Schwangerschaft fühlten sich die Frauen mit GiP nach der Schwangerschaft im Gegensatz zur Vergleichsgruppe um das 2,5fache häufiger allein (61,2 % vs. 24,9 % oGiP; CV=,300***).

Gefragt nach einer sozialen Unterstützung bei einem Abbruch (vgl. Abb. 7.148) oder während der Schwangerschaft durch andere Personen (vgl. Abb. 7.149), zeigt sich ebenfalls die soziale Isolation der Frauen mit GiP, denn seltener gaben sie an, dass es Personen gab, die sie zu Terminen

begleiteten oder mit der sie gut über Gefühle reden konnten. Stattdessen berichteten Frauen mit GiP bei beiden Schwangerschaftsausgängen häufiger von Personen, die von ihnen enttäuscht waren, Vorwürfe äußerten oder schlecht über sie redeten. Bei einem Abbruch berichteten die Frauen mit GiP deutlich seltener als die Vergleichsgruppe von einer Person, die sie verstanden hat (vgl. Abb. 7.148).

Abb. 7.148: Soziale Unterstützung beim Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)

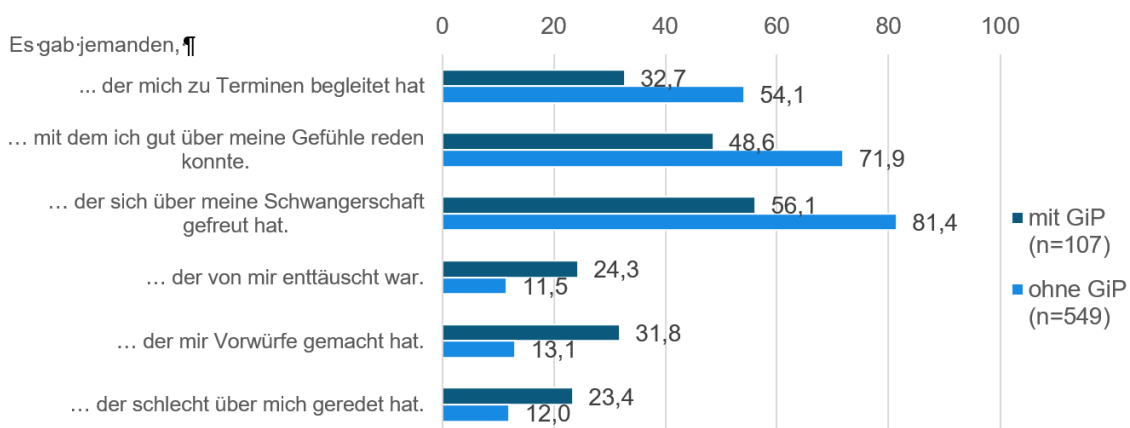


Info: Frage wurde nur Frauen mit einem Abbruch gestellt. GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben (vgl. Abb. 7.149), zeigen sich im Vergleich signifikante Unterschiede: Frauen mit GiP wurden seltener zu einem Termin begleitet (CV=,158***), hatten seltener eine Person, mit der gut über Gefühle geredet werden konnte (CV=,185***), oder die sich über die Schwangerschaft gefreut hat (CV=,224***). Gleichzeitig berichteten Frauen mit GiP häufiger von Personen, die von ihr enttäuscht waren (CV=,138***), oder ihnen Vorwürfe machten (CV=,187***).

Abb. 7.149: Soziale Unterstützung während der Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)



Info: Frage wurde nur ungewollt Schwangeren, die ausgetragen haben, gestellt. GiP= Gewalt in der Partnerschaft.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Knapp doppelt so viele Frauen mit als ohne GiP (15,0 % vs. 8,0 % oGiP) wurden in der Öffentlichkeit wegen der Schwangerschaft von Personen komisch angeschaut, belästigt oder beleidigt.

Auch wenn sich über 90 % der Frauen mit einer ausgetragenen Schwangerschaft zutrauten, das Kind gut zu versorgen und groß zu ziehen, ist der Anteil in der Gruppe der Frauen mit GiP niedriger als in der Vergleichsgruppe (91,8 % vs. 98,0 % oGiP). Laut der Befragten stimmten Personen aus ihrem Umfeld zu einem geringeren Anteil dieser Aussage zu (74,2 % vs. 81,6 % oGiP).

Psychische und körperliche Gesundheit

Eine der wesentlichen Fragestellungen der ELSA-Studie befasst sich mit der Gesundheit der Frauen. Erfasst wurde sowohl die selbsteingeschätzte psychische als auch körperliche Gesundheit mit einer Temperaturskala von 0 bis 100 (je höher der Wert, desto besser die Gesundheit; s. #Kapitel 5 Operationalisierung). Die Ergebnisse sind tabellarisch als auch grafisch mittels Boxplots dargestellt (s.u.).

Psychische Gesundheit

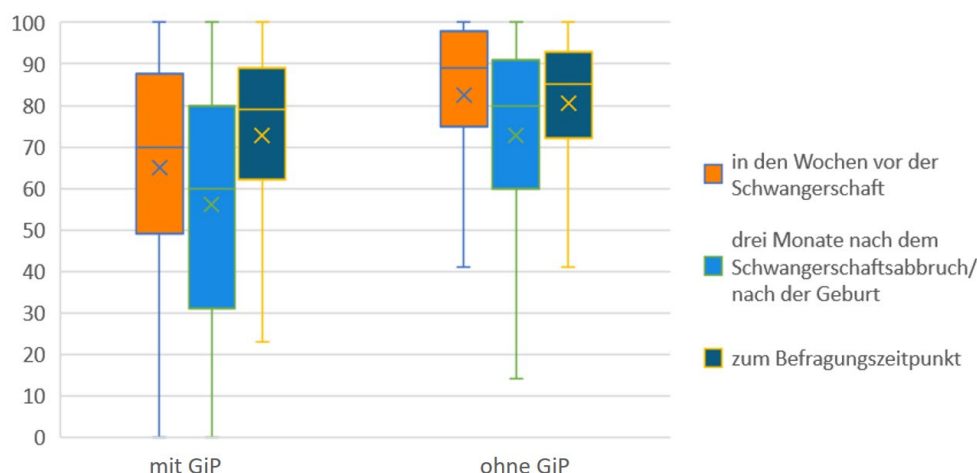
Unabhängig von der Schwangerschaftsintention schätzen die Frauen mit GiP ihre psychische Gesundheit schlechter ein als die Frauen ohne GiP (vgl. Tab. 7.32, Abb. 7.150). Gleichwohl zeigt sich ein anderer Verlauf, denn sowohl Mittelwert als auch Median für die Gesundheit zum Befragungszeitraum, d.h. nach Abbruch oder Austragen der ungewollten Schwangerschaft, verbessert sich im Vergleich zu den Frauen ohne GiP deutlich stärker und nimmt bei den gewaltbetroffenen Frauen den höchsten Wert im Vergleich der drei Zeitpunkte ein (vgl. Tab. 7.32). Bei den Frauen ohne GiP hingegen verbessert sich der Wert zum Befragungszeitraum im Vergleich zu drei Monaten nach Abbruch oder Geburt, bleibt aber unterhalb des Wertes für die Wochen vor der Schwangerschaft. D.h. Frauen mit GiP schätzen ihre psychische Gesundheit zum Befragungszeitpunkt besser ein als vor der Schwangerschaft, Frauen ohne GiP zeigen vor der Schwangerschaft eine bessere psychische Gesundheit.

Tab. 7.32: Psychische Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum

	vor der Schwangerschaft		während der Schwangerschaft		zum Befragungszeitpunkt	
	mit GiP	ohne GiP	mit GiP	ohne GiP	mit GiP	ohne GiP
N	81	431	81	431	81	431
Mittelwert	62,73	80,88	56,73	71,46	74,16	77,81
Median	69,00	87,00	54,00	77,00	81,00	81,00
SD	26,63	19,98	25,40	24,00	22,68	19,86

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Abb. 7.150: Psychische Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum

Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Boxplot: Balken in der Box = Median, Boxen = 2. und 3. Quartil, Antennen = 1. und 4. Quartil, Kreuz = Mittelwert

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Die linearen Regressionsanalysen (vgl. Tab. 7.33) konnten zudem eine schlechtere körperliche Gesundheit vor der Schwangerschaft, ein jüngeres Alter zum Befragungszeitpunkt sowie eine psychotherapeutische Behandlung kurz vor Eintritt der Schwangerschaft als signifikante Prädiktoren für eine schlechtere psychische Gesundheit vor der Schwangerschaft erfassen. Eine als schlechter eingeschätzte körperliche Gesundheit während sowie psychische Gesundheit vor der Schwangerschaft sagen neben dem Vorliegen reproduktiven Zwangs durch den Partner, als stärksten Prädiktor, eine schlechtere psychische Gesundheit während der Schwangerschaft voraus. Zudem wurden eine schlechtere psychische Gesundheit während und eine schlechtere körperliche Gesundheit vor der Schwangerschaft als signifikante Prädiktoren für eine schlechtere psychische Gesundheit nach der Schwangerschaft identifiziert.

Tab. 7.33: Prädiktoren psychischer Gesundheit vor der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % <i>KI</i>	<i>VIF</i>
Konstante	,926	13,678		,068	,946	-26,173; 28,025	
Körperliche Gesundheit vor Schwangerschaft	,447	,099	,378	4,519	***	,251; ,643	1,040
Alter zum Befragungszeitpunkt	,739	,326	,168	2,267	,025	,093; 1,385	1,002
In psychotherapeutischer Behandlung kurz vor Schwangerschaft	-9,952	4,688	-,178	-2,123	,036	-19,241; -,664	1,039

Info: N = 117. GiP = Gewalt in der Partnerschaft. *** = $p < ,001$. *B* = unstandardisierter Schätzer. *SE* = Standard error (Standardfehler). *β* = Standardisierter Schätzer. *KI* = Konfidenzintervall. *VIF* = Varianzinflationsfaktor. Modellgüte und -anpassung: $F(1, 113) = 11,847$, $p < ,001$. Korrigiertes $R^2 = ,219$.

Tab. 7.34: Prädiktoren psychischer Gesundheit während der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % <i>KI</i>	<i>VIF</i>
Konstante	,926	13,678		,068	,946	-26,173; 28,025	
Körperliche Gesundheit während Schwangerschaft	,447	,099	,378	4,519	***	,251; ,643	1,040
Psychische Gesundheit vor Schwangerschaft	,739	,326	,168	2,267	,025	,093; 1,385	1,002
Reproduktiver Zwang durch Partner	-9,952	4,688	-,178	-2,123	,036	-19,241; -,664	1,039

Info: N = 164. GiP = Gewalt in der Paarbeziehung. *** = $p < ,001$. *B* = unstandardisierter Schätzer. *SE* = Standard error (Standardfehler). *β* = Standardisierter Schätzer. *KI* = Konfidenzintervall. *VIF* = Varianzinflationsfaktor. Modellgüte und -anpassung: $F(1, 160) = 4,375$, $p = ,038$. Korrigiertes $R^2 = ,448$.

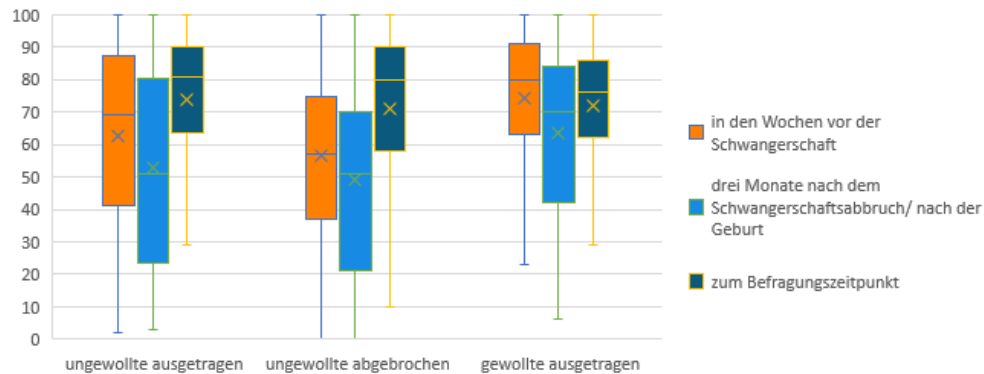
Tab. 7.35: Prädiktoren psychischer Gesundheit 3 Monate nach der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % <i>KI</i>	<i>VIF</i>
Konstante	-16,940	10,473		-1,618	,111	-37,904; 4,023	
Psychische Gesundheit während Schwangerschaft	,763	,111	,633	6,860	***	,540; ,986	1,095
Körperliche Gesundheit vor Schwangerschaft	,334	,128	,242	2,620	,011	,079; ,590	1,095

Info: N = 61. GiP = Gewalt in der Paarbeziehung. *** = $p < ,001$. *B* = unstandardisierter Schätzer. *SE* = Standard error (Standardfehler). *β* = Standardisierter Schätzer. *KI* = Konfidenzintervall. *VIF* = Varianzinflationsfaktor. Modellgüte und -anpassung: $F(1, 58) = 6,866$, $p = ,011$. Korrigiertes $R^2 = ,533$.

Bei Differenzierung der Werte nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum unter den Frauen mit GiP ist erkennbar (vgl. Abb. 7.151), dass die psychische Gesundheit bei den ungewollt Schwangeren breiter streut. Es wird bei den Frauen, die die gewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, in den Wochen vor der Schwangerschaft und drei Monate nach der Geburt im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen besser eingeschätzt. Am schlechtesten wird die psychische Gesundheit vor und drei Monate nach dem Abbruch von den ungewollt Schwangeren mit Abbruch bewertet, allerdings ist bei dieser Gruppe der größte Anstieg hin zum Befragungszeitraum zu verzeichnen. Während der Median bei den ungewollt Schwangeren zum Befragungszeitraum höher als der von den gewollt Schwangeren ausfällt, liegt der Mittelwert bei allen drei Gruppen ähnlich hoch.

Abb. 7.151: Psychische Gesundheit bei Frauen mit GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum

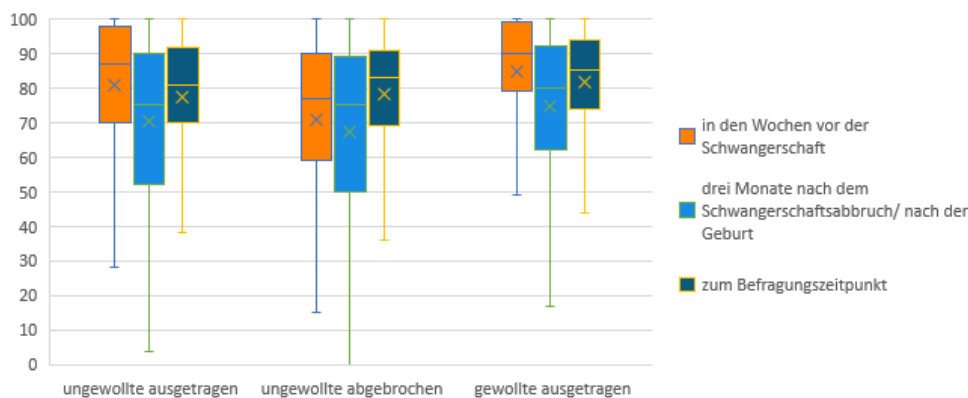


Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Boxplot: Balken in der Box = Median, Boxen = 2. und 3. Quartil, Antennen = 1. und 4. Quartil, Kreuz = Mittelwert Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Auch bei den Frauen ohne GiP streuen die Werte für die psychische Gesundheit unter den ungewollt Schwangeren breiter (vgl. Abb. 7.152). Am schlechtesten schätzen auch hier die ungewollt Schwangeren mit einem Abbruch vor der Schwangerschaft und drei Monate nach dem Abbruch ihre psychische Gesundheit ein. Gleichwohl liegt ihre Gesundheit zum Befragungszeitraum über dem der Frauen mit einer ausgetragenen ungewollten Schwangerschaft.

Abb. 7.152: Psychische Gesundheit bei Frauen ohne GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum



Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Boxplot: Balken in der Box = Median, Boxen = 2. und 3. Quartil, Antennen = 1. und 4. Quartil, Kreuz = Mittelwert Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Mittelwertvergleich ergaben sich signifikante Unterschiede für die psychische Gesundheit:

1. Im Gesamt-Sample (unabhängig von Schwangerschaftsintention und -ausgang) wiesen Frauen mit GiP im Vergleich zu Frauen ohne GiP eine schlechtere psychische Gesundheit auf...
 - in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(4820) = 15,639, p < ,001, d = ,888, 95 \% KI [,775; 1,001]$),
 - während der Schwangerschaft ($t(4265) = 12,773, p < ,001, d = ,839, 95 \% KI [,709; ,969]$),
 - drei Monate nach der Schwangerschaft ($t(3871) = 10,559, p < ,001, d = ,663, 95 \% KI [,539; ,787]$)
 - und zum Befragungszeitpunkt ($t(4820) = 8,982, p < ,001, d = ,510, 95 \% KI [,398; ,622]$).

2. Frauen mit GiP, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, gaben im Vergleich zu Frauen ohne GiP, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, eine schlechtere psychische Gesundheit an...
 - in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(510) = 7,081, p < ,001, d = ,858, 95 \% \text{ KI } [,614; 1,100]$),
 - während der Schwangerschaft ($t(510) = 5,501, p < ,001, d = ,666, 95 \% \text{ KI } [,425; ,907]$)
 - und drei Monate nach der Schwangerschaft ($t(456) = 5,234, p < ,001, d = ,651, 95 \% \text{ KI } [,403; ,898]$).
 - Der Unterschied zur psychischen Gesundheit zum Befragungszeitpunkt war nicht signifikant ($t(510) = 1,482, p = ,139$).
3. Frauen mit GiP, die die ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, weisen im Vergleich zu Frauen ohne GiP, die die Schwangerschaft abgebrochen haben eine schlechtere psychische Gesundheit auf...
 - in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(503) = 4,905, p < ,001, d = ,589, 95 \% \text{ KI } [,350; ,827]$)
 - drei Monate nach dem Abbruch der Schwangerschaft ($t(224) = 3,408, p < ,001, d = ,542, 95 \% \text{ KI } [,226; ,858]$).
 - und zum Befragungszeitpunkt auf ($t(503) = 3,352, p < ,001, d = ,402, 95 \% \text{ KI } [,166; ,639]$).

Körperliche Gesundheit

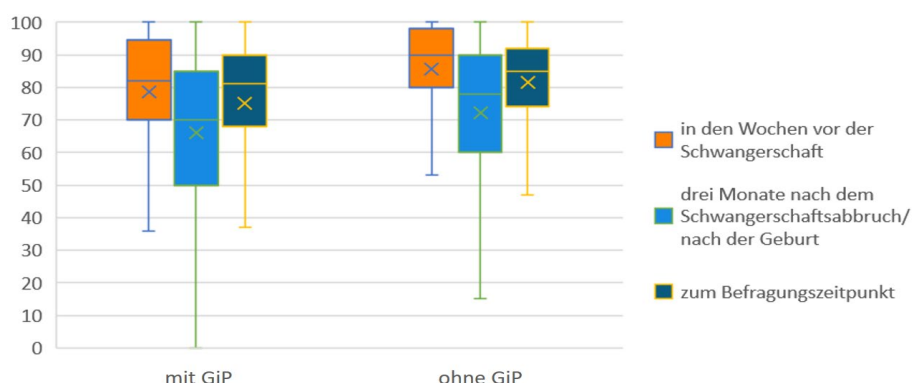
Ein ähnlicher Verlauf wie bei der psychischen Gesundheit findet sich bei der selbsteingeschätzten körperlichen Gesundheit im Vergleich der Frauen mit vs. ohne GiP (vgl. Tab. 7.36, Abb. 7.153). Bei beiden Gruppen verschlechtert sich die körperliche Gesundheit von den Wochen vor der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt drei Monate nach Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft und verbessert sich zum Befragungszeitpunkt, bleibt aber unter dem Anfangswert. Der Wert für die gewaltbetroffenen Frauen liegt deutlich unter dem für Frauen ohne GiP, steigt allerdings stärker zum Befragungszeitpunkt an. Der Mittelwert unterscheidet sich bei den Frauen mit GiP kaum zwischen vor der Schwangerschaft und zum Zeitpunkt der Befragung.

Tab. 7.36: Körperliche Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum

	vor der Schwangerschaft		während der Schwangerschaft		zum Befragungszeitpunkt	
	mit GiP	ohne GiP	mit GiP	ohne GiP	mit GiP	ohne GiP
N	81	431	81	431	81	431
Mittelwert	76,44	85,61	65,15	71,46	75,12	78,96
Median	81,00	90,00	71,00	77,00	81,00	82,00
SD	23,31	15,49	27,33	24,00	21,09	18,23

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Abb. 7.153: Körperliche Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum

Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Boxplot: Balken in der Box = Median, Boxen = 2. und 3. Quartil, Antennen = 1. und 4. Quartil, Kreuz = Mittelwert

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Rahmen der Regressionsanalysen (vgl. Tab. 7.37) konnten das Verbot der Wahrnehmung medizinischer Versorgung sowie finanzielle Kontrolle durch den Partner, eine schlechtere subjektive psychische Gesundheit vor der Schwangerschaft sowie das Befinden in therapeutischer Behandlung kurz vor der Schwangerschaft als Prädiktoren für eine schlechtere körperliche Gesundheit vor der Schwangerschaft identifiziert werden. Eine als schlechter berichtete körperliche Gesundheit während der Schwangerschaft wurde hingegen durch eine schlechtere körperliche Gesundheit vor und eine schlechtere psychische Gesundheit während der Schwangerschaft vorhergesagt, sowie durch das Entstehen der Schwangerschaft durch sexuelle Gewalteinwirkung. Prädiktoren für eine schlechtere körperliche Gesundheit drei Monate nach der Schwangerschaft waren eine schlechtere psychische Gesundheit vor und während sowie eine schlechtere körperliche Gesundheit während der Schwangerschaft.

Tab. 7.37: Prädiktoren körperlicher Gesundheit vor der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % <i>KI</i>	<i>VIF</i>
Konstante	474,298	6,867		10,819	***	60,561; 88,034	
Verbot medizinischer Versorgung durch den Partner	-21,424	7,028	-,322	-3,048	,003	-35,482; -7,365	1,220
Psychische Gesundheit vor Schwangerschaft	,205	,095	,227	2,160	,035	,015; ,395	1,204
Finanzielle Kontrolle durch den Partner	-13,281	4,938	-,280	-2,690	,009	-23,158; -3,405	1,188
In psychotherapeutischer Behandlung kurz vor Schwangerschaft	-10,425	4,661	-,228	-2,237	,029	-19,749; -1,102	1,136

Info: N = 65. GiP = Gewalt in der Paarbeziehung. *** = $p < ,001$. *B* = unstandardisierter Schätzer. *SE* = Standard error (Standardfehler). *β* = Standardisierter Schätzer. *KI* = Konfidenzintervall. *VIF* = Varianzinflationsfaktor. Modellgüte und -anpassung: $F(1, 60) = 5,003$, $p = ,029$. Korrigiertes $R^2 = ,416$.

Tab. 7.38: Prädiktoren körperlicher Gesundheit während der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % <i>KI</i>	<i>VIF</i>
Konstante	16,189	7,891		2,051	,043	,538; 31,840	
Psychische Gesundheit während Schwangerschaft	,613	,084	,559	7,283	***	,446; ,779	1,088
Körperliche Gesundheit vor Schwangerschaft	,216	,095	,178	2,279	,025	,028; ,404	1,130
Schwangerschaft als Ergebnis sexueller Gewalt	-14,974	7,521	-,149	-1,991	,049	-29,890; -,059	1,041

Info: N = 107. GiP = Gewalt in der Partnerschaft. *** = $p < ,001$. *B* = unstandardisierter Schätzer. *SE* = Standard error (Standardfehler). *β* = Standardisierter Schätzer. *KI* = Konfidenzintervall. *VIF* = Varianzinflationsfaktor. Modellgüte und -anpassung: $F(1, 103) = 3,964$, $p = ,049$. Korrigiertes $R^2 = ,426$.

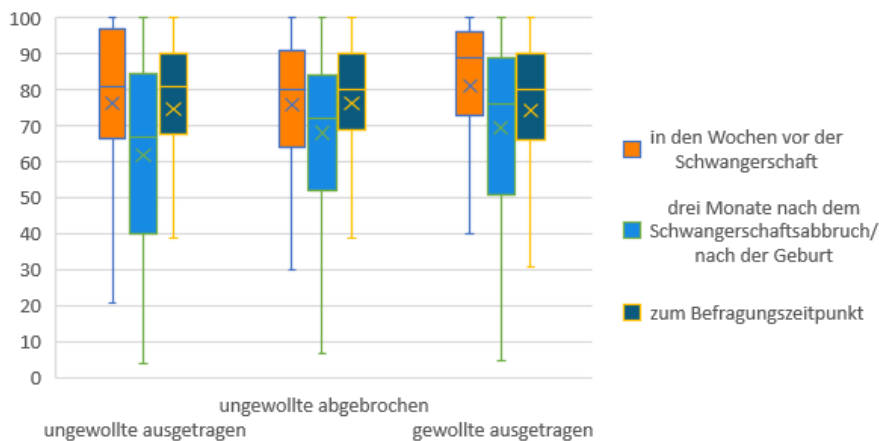
Tab. 7.39: Prädiktoren körperlicher Gesundheit 3 Monate nach der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % <i>KI</i>	<i>VIF</i>
Konstante	7,465	6,276		1,190	,236	-4,914; 19,845	
Psychische Gesundheit während Schwangerschaft	,505	,069	,474	7,290	***	,368; ,641	1,263
Körperliche Gesundheit vor Schwangerschaft	,465	,087	,374	5,328	***	,293; ,637	1,469
Psychische Gesundheit vor Schwangerschaft	-,177	,076	-,171	-2,312	,022	-,328; -,026	1,631

Info: N = 193. GiP = Gewalt in der Partnerschaft. *** = $p < ,001$. *B* = unstandardisierter Schätzer. *SE* = Standard error (Standardfehler). *β* = Standardisierter Schätzer. *KI* = Konfidenzintervall. *VIF* = Varianzinflationsfaktor. Modellgüte und -anpassung: $F(1, 189) = 5,344$, $p = ,022$. Korrigiertes $R^2 = ,357$.

Ähnlich wie bei der psychischen Gesundheit schätzen die Frauen mit GiP - differenziert nach Gewolltheit und Befragungszeitraum – ihre körperliche Gesundheit schlechter ein als die Vergleichsgruppe. Auch streuen die Werte bei dieser Gruppe breiter als bei den Frauen ohne GiP. Die Frauen, die ihre ungewollte Schwangerschaft abbrechen, berichten eine schlechtere körperliche Gesundheit als die Vergleichsgruppen. Bei allen drei Gruppen unter den Frauen mit GiP liegt der Median zum Befragungszeitraum beim Wert 80 und der Mittelwert bei den Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft ein wenig höher als bei den gewollt schwangeren Frauen mit einer Geburt.

Abb. 7.154: Körperliche Gesundheit bei Frauen mit GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum

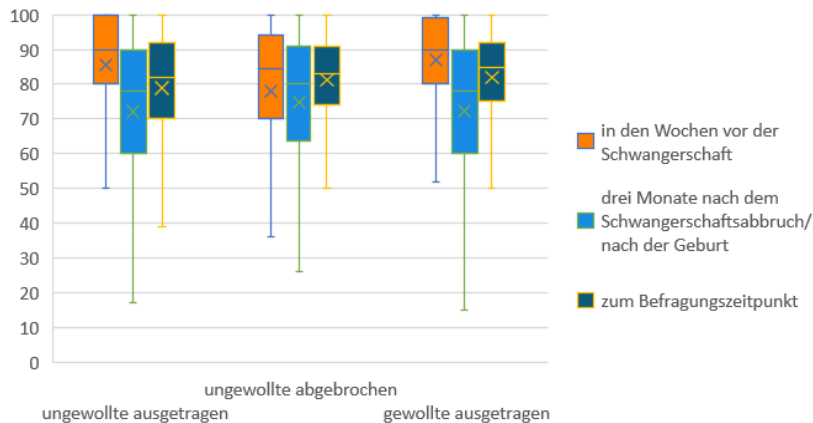


Info: GiP = Gewalt in der Partnerschaft.

Boxplot: Balken in der Box = Median, Boxen = 2. und 3. Quartil, Antennen = 1. und 4. Quartil, Kreuz = Mittelwert
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Bei den Frauen ohne GiP zeigt sich in der Differenzierung ein ähnliches Bild für die Werte der körperlichen Gesundheit. Die körperliche Gesundheit liegt bei den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft abbrechen, unter dem der anderen beiden Gruppen. Im Vergleich zu den anderen Gruppen schätzen die ungewollt Schwangeren, die ausgetragen haben, ihre körperliche Gesundheit gemäß der Lageparameter schlechter ein.

Abb. 7.155: Körperliche Gesundheit bei Frauen ohne GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum



Info: GiP = Gewalt in der Paarbeziehung.

Boxplot: Balken in der Box = Median, Boxen = 2. und 3. Quartil, Antennen = 1. und 4. Quartil, Kreuz = Mittelwert

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Im Mittelwertvergleich ergaben sich signifikante Unterschiede für die körperliche Gesundheit:

1. Im Gesamt-Sample (unabhängig von Schwangerschaftsintention und -ausgang) wiesen Frauen mit GiP im Vergleich zu Frauen ohne GiP eine schlechtere körperliche Gesundheit auf...
 - in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(4820) = 7,860, p < ,001, d = ,446, 95\% \text{ KI } [,335; ,558]$),
 - während der Schwangerschaft ($t(4265) = 4,425, p < ,001, d = ,291, 95\% \text{ KI } [,162; ,419]$),
 - drei Monate nach der Schwangerschaft ($t(3871) = 3,843, p < ,001, d = ,241, 95\% \text{ KI } [,118; ,364]$)
 - und zum Befragungszeitpunkt ($t(4820) = 6,764, p < ,001, d = ,384, 95\% \text{ KI } [,273; ,496]$).
2. Frauen mit GiP, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, weisen im Vergleich zu Frauen ohne GiP, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, eine schlechtere körperliche Gesundheit auf...
 - in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(510) = 4,465, p < ,001, d = ,541, 95\% \text{ KI } [,301; ,780]$)
 - während der Schwangerschaft ($t(510) = 2,123, p = ,034, d = ,257, 95\% \text{ KI } [,019; ,495]$)
 - und drei Monate nach der Schwangerschaft ($t(456) = 3,468, p < ,001, d = ,431, 95\% \text{ KI } [,186; ,676]$).
 - Der Unterschied zur körperlichen Gesundheit zum Befragungszeitpunkt war nicht signifikant ($t(510) = 1,693, p = ,091$).
 - Die Mittelwert-Unterschiede zur körperlichen Gesundheit vor der Schwangerschaft ($t(503) = ,811, p = ,418$), drei Monate nach Abbruch ($t(224) = 1,760, p = ,080$) und zum Befragungszeitpunkt ($t(503) = 1,751, p = ,081$) waren nicht signifikant.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die psychische und körperliche Gesundheit vor, während und nach der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP gegenseitig zu bedingen scheint. Als

stärkste Einflussfaktoren wurden allerdings spezifische Gewalteinwirkungen durch den Partner - insbesondere das Verbot zur Wahrnehmung medizinischer Versorgung sowie die Ausübung reproduktiven Zwangs und finanzieller Kontrolle - identifiziert, welche die körperliche und psychische Gesundheit der von GiP betroffenen Frauen im Verlauf der Schwangerschaft stark beeinträchtigen. Die Regressionsanalysen konnten zudem offenlegen, dass weder die Schwangerschaftsintention noch ein Schwangerschaftsabbruch einen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit der Frauen mit GiP vor, während und nach der Schwangerschaft ausübt.

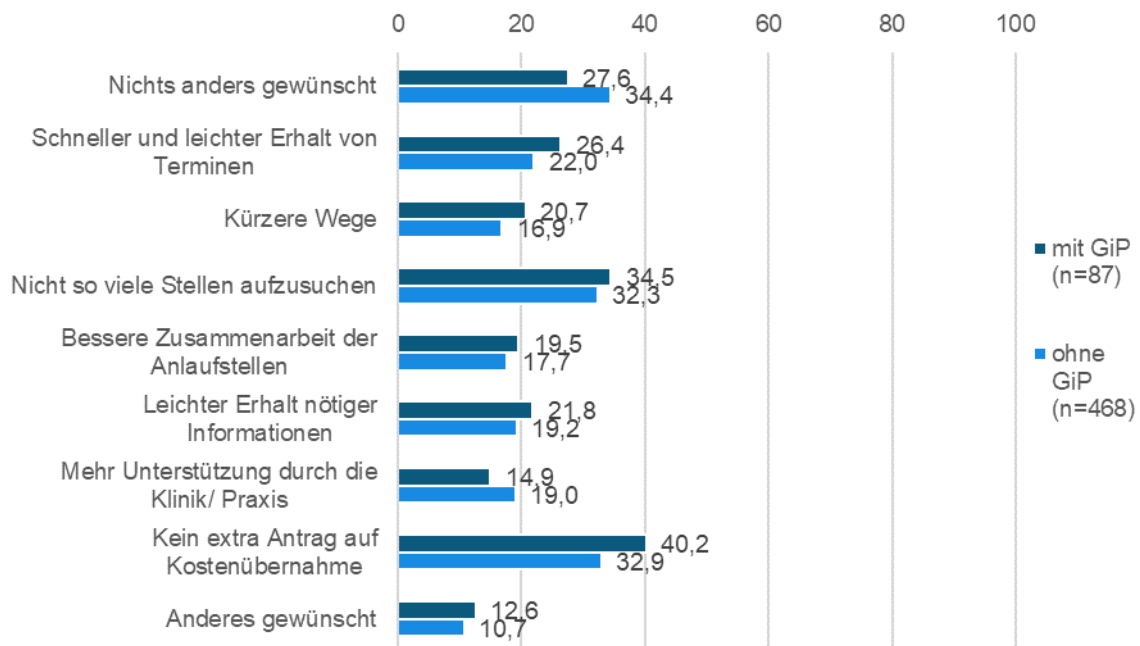
Grundsätzliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

90 % aller befragten Frauen befürworten eine selbstbestimmte Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch durch die Frau, d.h. etwa 10 % der Frauen spricht sich für ein Verbot eines Abbruchs aus und knapp 9 % der Befragten sehen die Verhütung hauptsächlich in der Verantwortung der Frauen. Laut der Frauen mit GiP sind 65,0 % (vs. 72,0 % oGiP) der Menschen aus ihrem dem Umfeld der Überzeugung, dass die Mehrheit bzw. alle Frauen das Recht haben sollten, eine Schwangerschaft abubrechen und nur 1,3 % (vs. 2,3 % oGiP) vertreten, dass dies fast niemand haben sollte. Der Gruppenunterschied ist statistisch signifikant (CV=,145*).

Verbesserungswünsche im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft

Gefragt danach, was sich die ungewollt schwangeren Frauen mit einem Abbruch an Änderungen in der Schwangerschaftsabbruchsversorgung wünschen, zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. In den Antworten zeigt sich die Organisationsbelastung der Befragten. Nach dem Häufigkeitsranking (vgl. Abb. 7.156) wünschen sich beide Gruppen am häufigsten, dass 1) kein extra Kostenübernahmeantrag zu stellen ist, 2) nicht so viele Stellen aufzusuchen sind, 3) keine Änderungswünsche, 4) schneller und leichter Erhalt von Terminen, 5) kürzere Wege sowie 5) leichter Erhalt nötiger Informationen.

Abb. 7.156: Änderungswünsche an die Schwangerschaftsabbruchsversorgung bei Frauen mit vs. GiP (in Prozent)



Info: Frage wurde nur Frauen mit einem Abbruch gestellt. GiP= Gewalt in der Partnerschaft.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Fazit

Kurz zusammengefasst zeigen die Ergebnisse der vergleichenden Analyse der Frauen mit vs. ohne GiP, dass die Zielgruppe sehr viel häufiger ungewollt schwanger ist und sich auch häufiger für einen Abbruch entscheidet. Die sozialen und ökonomischen Lebenslagen erweisen sich als deutlich prekärer, insbesondere die soziale Isolation verstärkt die Vulnerabilität der Frauen. In Beratung und Versorgung zeigen sich anhand ihrer Aussagen bei dieser Gruppe im Vergleich größere Bedarfe an einer sensiblen Unterstützung und Versorgung. Die erlebten Barrieren und Hindernisse hin zu einem Abbruch werden in den Veränderungswünschen sichtbar. Ausführlich werden die Ergebnisse im Kapitel # 9.1.1.3 zusammengefasst, diskutiert und Empfehlungen abgeleitet.

7.1.1.6.2 Ungewollt Schwangere mit Migrationshintergrund (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

Vorgelegt werden die quantitativen Ergebnisse des ELSA-VG-Teilprojektes am Studienstandort Nordhausen mit Fokus auf die Gruppe der migrierten, geflüchteten und illegalisierten Frauen. Da die Sonderstichprobe nicht realisiert werden konnte (vgl. Kapitel 5.1.1.4), wurde die Analyse nicht differenziert in die 3 Subgruppen, sondern einheitlich für Frauen mit Migrationshintergrund (MIG) untersucht. Die leitenden Fragen sind: Wie unterscheiden sich Frauen mit vs. ohne MIG im Hinblick auf Prävalenz und Ausgang ungewollter Schwangerschaften? Welche Behandlungserfahrungen und Sorgen haben diese Frauen? Welche Bedarfe und Wünsche an die Gesundheitsversorgung gibt es?

Stichprobe

Das Sample speist sich aus mehreren Quellen (vgl. Abb. 7.157). Innerhalb der Gesamtstichprobe (n=5.101) haben 24,4 % (n=1.246) der befragten Frauen einen Migrationshintergrund. 6,7 % (n=84) dieser Frauen berichten, dass Flucht oder Asyl sie zum Verlassen ihres Herkunftslandes brachten und 1,0 % (n=12) wurden als illegalisiert identifiziert. Zur 1. Generation, d.h. nicht in Deutschland geboren, gehören 59,7 % der Befragten (n=744) und 40,0 % zur 2. Generation der hier Geborenen (n=498). Mit 77,9 % (n=510) kommt die Mehrzahl der Befragten entweder aus High Income Countries (HIC) oder Upper Middle Income Countries (UMIC) und 22,1 % (n=145) aus Low (Middle) Income Countries (LIC/ LMIC). 66,3 % (n=816) besitzen die deutsche und 40,1 % (n=490) eine andere/ mehrere Staatsangehörigkeiten. Danach gefragt, warum sie nach Deutschland gekommen sind, gaben 37,9 % (n=282) familiäre Gründe, 19,9 % (n=148) eine Arbeitsaufnahme und 12,4 % (n=92) ein Studium/ eine Ausbildung an. Unter den Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit haben die meisten eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis und machen sich mehrheitlich keine Sorgen, dass sie nicht in Deutschland bleiben können.

Abb. 7.157: Zusammensetzung des Samples der Frauen mit Migrationshintergrund

Frauen mit Migrationsbiografie	N=1.246	
Migrationsgeneration u. Einkommensstruktur des Herkunftslandes	1. Generation n=744 (59,7%) LIC n=45, LMIC n=100 UMIC n=194, HIC=316 Fehlende Werte n=89	2. Generation n=498 (40,0%) Fehlende Werte n=4
Ausgang der Fokus-schwangerschaft	Ausgetragen n=668 Abgebrochen n=76	Ausgetragen n=416 Abgebrochen n=82
Gewolltheit u. Ausgang der Schwangerschaft	Ungewollt ausgetragen n=93 Ungewollt abgebrochen n=69 Gewollt ausgetragen n=497 Nicht zuordnenbar n=85	Ungewollt ausgetragen n=45 Ungewollt abgebrochen n=77 Gewollt ausgetragen n=307 Nicht zuordnenbar n=69
Stichprobenquelle	Einwohnermeldeamt n=693 Abbruchseinrichtung n=50 Sonderstichprobe n=1	Einwohnermeldeamt n=433 Abbruchseinrichtung n=63 Sonderstichprobe n=2

Info: LIC = Low Income Country; LMIC = Low Middle Income Country, UMIC = Upper Middle Income Country; HIC = High Income Country

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Lebenslage der Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund

Im Mittel sind Frauen mit MIG zum Befragungszeitpunkt mit 34,8 Jahre ($SD=5,7$) etwas jünger als die Vergleichsgruppe ($MW=35,68$; $SD=5,3$); sie sind häufiger unter 24 Jahre bzw. in der Altersgruppe der 25-29-Jährigen (vgl. Tab. 7.40) Beim Feststellen der Fokusschwangerschaft (FS)³⁹ waren Frauen mit MIG häufiger verheiratet, seltener in nichtehelicher Partnerschaft oder länger als 4 Jahre mit ihrem Partner zusammen.

³⁹ Detaillierte Fragen wurden zur Fokusschwangerschaft, d.h. der letzten Schwangerschaft gestellt.

Tab. 7.40: Soziodemografische Merkmale der Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund

	Frauen mit MIG	Frauen ohne MIG	Cramers V
Soziodemografie	n (%)	n (%)	
Alter (5-stufig)			0,083***
bis 24 Jahre	50 (4,0)	107 (2,8)	
25 bis 29 Jahre	163 (13,1)	315 (8,3)	
30 bis 34 Jahre	364 (29,4)	1.109 (29,1)	
35 bis 39 Jahre	426 (34,4)	1.446 (38,0)	
ab 40 Jahre	237 (19,1)	829 (21,8)	
Beziehungsstand bei Feststellen der FS			0,088***
verheiratet, zusammenlebend	885 (72,4)	2.470 (64,9)	
verheiratet, nicht zusammenlebend	12 (1,0)	38 (1,0)	
nichteheliche Partnerschaft, zusammenlebend	169 (13,8)	822 (21,6)	
nichteheliche Partnerschaft, nicht zusammenlebend	105 (8,6)	350 (9,2)	
in keiner festen Beziehung	52 (4,3)	128 (3,4)	
Angaben zur Paarbeziehung			
in einer Beziehung	1.176 (94,4)	3.687 (96,5)	0,080***
Verheiratet/ verpartnert	899 (76,6)	2.508 (68,1)	0,080***
länger als 4 Jahre zusammen	777 (66,4)	2.698 (73,4)	0,067***
zusammengewohnt	1.056 (90,0)	3.293 (89,5)	n.s.
Bildungsindikator			0,139***
niedrige Bildung	170 (13,8)	218 (5,7)	
mittlere Bildung	183 (14,9)	801 (21,0)	
höhere Bildung	264 (21,5)	837 (22,0)	
hohe Bildung	612 (49,8)	1.956 (51,3)	
Höchster allg. Schulabschluss bei Eintritt der FS			0,230***
Kein Schulabschluss	33 (2,6)	35 (0,9)	
Sonder- oder Förderschulabschluss	2 (0,2)	7 (0,2)	
Volks-/ Hauptschul-/ POS-Abschluss 8./ 9. Klasse	61 (4,9)	131 (3,4)	
Mittlere Reife/ Realschul-/ POS-Abschluss 10. Klasse	237 (19,0)	919 (24,0)	
Fachhochschulreife/ Fachoberschulabschluss	231 (18,5)	579 (15,1)	
Abitur/ Erweiterte Oberschule	563 (45,2)	2.106 (55,1)	
Anderer Schulabschluss/ Zuordnung nicht möglich	81 (6,5)	23 (0,6)	
Höchster Ausbildungsabschluss bei Eintritt FS			0,190***
(Noch) kein beruflicher Abschluss	185 (14,8)	304 (8,0)	
berufl./ betriebl. Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, keine Lehre	13 (1,0)	15 (0,4)	
Lehre/ schulische Berufsausbildung	311 (25,0)	1.342 (35,1)	
Meisterin/ Technikerin/ gleichwertiger Abschluss	46 (3,7)	178 (4,7)	
Universitäts-/ (Fach-)hochschulabschluss/ Berufsakademie	565 (45,3)	1.845 (48,3)	
Anderer beruflicher Abschluss	73 (5,9)	110 (2,9)	
Hauptsächliche Tätigkeit vor Schwangerschaft			0,235***
Angestellte/ Arbeiterin/ Beamtin	722 (57,9)	2.999 (78,5)	
Job ohne Arbeitsvertrag	10 (0,8)	9 (0,2)	
Selbstständige/ Freiberuflerin/ Unternehmerin/ Mithelfende Angehörige	57 (4,6)	142 (3,7)	
Auszubildende/ Studentin/ Schülerin	156 (12,4)	337 (8,8)	
Arbeitslos	39 (3,1)	79 (2,1)	
Hausfrau	219 (17,6)	200 (5,2)	
Sonstiges	31 (2,5)	46 (1,2)	
Erwerbsumfang (Std. (h)/W.) während FS^a			0,215***
0 h/ nicht erwerbstätig	285 (27,2)	340 (10,0)	
1 bis 14 h	43 (4,1)	108 (3,2)	
15 bis 34 h	229 (21,9)	1.057 (31,0)	
35 h und mehr	491 (46,9)	1.904 (55,9)	

Situation des Partners während der FS			
Hauptsächliche Tätigkeit			0,140***
Angestellter/ Arbeiter/ Beamter	850 (72,2)	3.022 (82,0)	
Selbstständiger/ Freiberufler/ Unternehmer/ Mithelfender Angehöriger	119 (10,1)	319 (8,7)	
Auszubildender/ Student/ Schüler	93 (7,9)	215 (5,9)	
Arbeitslos	53 (4,5)	77 (2,1)	
Hausmann/ Kinderbetreuung/ Pflege	8 (0,7)	11 (0,3)	
Sonstiges	18 (3,1)	29 (0,8)	
Erwerbsumfang (Std. (h)/ W.)^a			0,135***
Nicht erwerbstätig	73 (7,3)	109 (3,2)	
1 bis 14 h	40 (4,0)	32 (1,0)	
15 bis 34 h	46 (4,6)	177 (5,3)	
35 h und mehr	836 (84,0)	3.047 (90,5)	
Wöchentliches Haushaltserwerbsvolumen gesamt			0,123***
0 h	32 (3,6)	45 (1,4)	
1 bis 34 h	49 (5,5)	53 (1,7)	
über 35 h	803 (90,8)	3.052 (96,9)	
Finanziell angespannte Situation mit (weiteren) Kind^b			0,066***
Trifft voll u. ganz/ eher zu	390 (31,9)	1.002 (26,5)	
Teils-teils	245 (20,1)	720 (19,0)	
Trifft eher/ gar nicht zu	586 (48,0)	1.347 (54,5)	
Staatlicher Transferleistungsbezug während der FS wg. zu geringem Einkommen: ja			0,146***
	230 (18,9)	315 (8,3)	
Wohnsituation während FS^b			0,139***
(1/2) (Sehr) gut	845 (69,0)	3.085 (80,9)	
(3)	216 (17,6)	415 (10,9)	
(4/5) (sehr) schlecht	164 (13,4)	313 (8,2)	

Info: FS=Fokusschwangerschaft; MIG=Migrationshintergrund; ***= $p < 0,001$; n.s.=nicht signifikant

^a Frage wurde nur Frauen gestellt, die selbst oder ihr Partner während der FS in Ausbildung/ im Studium befanden bzw. bei der Tätigkeitsfrage während der FS *Sonstiges* angegeben haben.

^b 5-stufige Skala zusammengefasst.

Alle anderen Fragen wurden allen Frauen mit MIG (n=1.246) und ohne MIG (n=3.822) gestellt.

Missings: *Kann oder möchte ich nicht beantworten/* Nicht-Beantworten des jeweiligen Items

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Zum Zeitpunkt des Eintritts der FS stellt sich die Lebenssituation dieser Gruppe im Vergleich zu den Frauen ohne MIG als prekärer dar (vgl. Tab. 7.40): Sie haben signifikant häufiger einen niedrigen (Schul-)Bildungsabschluss und seltener ein (Fach-)Abitur. Sie berichten seltener von einem beruflichen Abschluss, aber ähnlich häufig von einem Universitäts-/ Hochschulabschluss bei Eintritt der FS. Sie sind häufiger nicht oder nur geringfügig mit bis zu 14 Std./W. beschäftigt und seltener als Angestellte/ Arbeiterin/ Beamte, dafür häufiger als Hausfrau tätig. Die Erwerbssituation des Partners ist ebenfalls prekärer als die der Vergleichsgruppe: auch sie sind seltener als Angestellter/ Arbeiter/ Beamter beschäftigt und ihr Erwerbsumfang ist geringer, d.h. sie arbeiten seltener über 15 Std./W. oder in Vollzeit. Das gesamte familiäre Haushaltserwerbsvolumen liegt bei den Frauen mit MIG häufiger als in der Vergleichsgruppe unter 34 Std./W., sodass von ihnen wegen einem zu geringen Einkommen häufiger staatliche Transferleistungen bezogen werden.

Schwangerschaft und Verhütung

Im Hinblick auf Schwangerschaftsintention und -ausgang der FS zeigen sich bei den Vergleichsgruppen ähnliche Häufigkeiten (vgl. Tab. 7.41). Etwa jede vierte Schwangerschaft (27,0 %

vs. 27,5 % oMIG⁴⁰) ist ungewollt und etwa jede achte der ungewollten Schwangerschaft wird entweder ausgetragen (12,6 % vs. 11,4 % oMIG) oder abgebrochen (13,5 % vs. 12,2 % oMIG).

Tab. 7.41: **Angaben zur Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund (n/ in Prozent)**

	Frauen mit MIG	Frauen ohne MIG	Cramers V
Angaben zur FS	n (%)	n (%)	
Ausgang der FS^a			n.s.
ungewollt ausgetragen	177 (14,2)	548 (14,3)	
ungewollt abgebrochen	159 (12,8)	506 (13,2)	
gewollt ausgetragen	910 (73,0)	2.768 (72,4)	
Verhütungsverhalten allg.^b			n.s.
nicht verhütet	288 (56,7)	866 (55,0)	
verhütet	216 (42,5)	704 (44,7)	
Verhütungsmethoden^b			n.s.
Habe nicht verhütet	288 (56,7)	866 (55,0)	
Pille	58 (11,4)	197 (12,5)	
Kondom	88 (17,3)	315 (20,0)	
Spirale	6 (1,2)	38 (2,4)	
Kalender- o. Temperaturmethode	60 (11,8)	212 (13,5)	
Diaphragma, Portiokappe	2 (0,4)	10 (0,6)	
Vaginalring, Nuvaring	2 (0,4)	8 (0,5)	
Dreimonatsspritze	1 (0,2)	4 (0,3)	
Coitus Interruptus	47 (9,3)	81 (5,1)	
Pille danach	11 (2,2)	14 (0,9)	
Sonstiges	7 (1,4)	29 (1,8)	
War Schwangerschaft Ergebnis erzwungenem Sex? Ja	10 (3,0)	12 (1,2)	n.s.
Alter beim Austragen/ Abbruch der FS			0,083***
unter 24 Jahre	131 (10,6)	297 (7,8)	
25-29 Jahre	274 (22,1)	669 (17,6)	
30-34 Jahre	450 (36,3)	1.493 (39,2)	
35-39 Jahre	307 (24,8)	1.079 (28,3)	
ab 40 Jahre	78 (6,3)	268 (7,0)	
Alter bei erster Lebendgeburt			0,111***
unter 24 Jahre	246 (21,0)	442 (12,3)	
25-29 Jahre	376 (32,1)	1.177 (32,6)	
30-34 Jahre	395 (33,8)	1.450 (40,2)	
35-39 Jahre	133 (11,4)	455 (12,6)	
ab 40 Jahre	20 (1,7)	83 (2,3)	
Subjektive Gesundheit in den Wochen vor der FS			0,063***
Sehr gesund	250 (20,4)	458 (15,4)	
Eher gesund	761 (62,1)	2.577 (68,2)	
Eher nicht gesund	189 (15,4)	552 (14,6)	
Überhaupt nicht gesund	25 (2,0)	68 (1,8)	
Körperliche Probleme/ Erkrankungen vor der FS: Ja	123 (9,9)	384 (10,0)	n.s.
Positive Gefühle beim Bemerken der FS^{c, d}			
1/2 – (Sehr) starke positive Gefühle	58 (33,0)	157 (28,8)	n.s.
3/4	80 (45,5)	250 (45,8)	
5/6 (Gar) keine positiven Gefühle	25 (21,6)	139 (25,5)	

⁴⁰ oMIG = ohne MIG

	Frauen mit MIG	Frauen ohne MIG	Cramers V
Angaben zur FS	n (%)	n (%)	
Gefühle bei Feststellung der FS^d			
Freude/ Glücksgefühle	26 (18,8)	81 (19,6)	n.s.
Zuversicht, dass alles gut wird	15 (10,9)	45 (10,9)	n.s.
Sorge vor der Reaktion nahestehender Personen	47 (34,1)	115 (27,8)	n.s.
Zukunftsängste, Sorgen wegen der Lebensumstände	19 (13,8)	57 (13,8)	n.s.
Unsicherheit, Überforderung	23 (16,7)	58 (14,0)	n.s.
Schuld, Scham	94 (68,1)	273 (66,1)	n.s.
Selbstvorwürfe	86 (62,3)	247 (59,8)	n.s.
Erschrecken, Verzweiflung	63 (45,7)	165 (40,0)	n.s.
Stress, genervt sein	55 (39,9)	189 (45,8)	n.s.
Wie leicht/ schwer ist Ihnen das Akzeptieren gefallen?^{c, d}			n.s.
1/2 (Sehr) leicht	87 (50,0)	279 (51,3)	
3/4	67 (38,5)	201 (36,9)	
5/6 (Sehr) schwer	20 (11,5)	55 (10,1)	
Informationssuche nach Feststellung der FS			
zu Schwangerschaft und Geburt	848 (68,1)	2.692 (70,4)	n.s.
zu Leben mit einem Kind	189 (15,2)	668 (17,5)	n.s.
zu Schwangerschaftsabbruch	164 (13,2)	544 (14,2)	n.s.
zur Abgabe des Kindes nach der Geburt	11 (0,9)	26 (0,7)	n.s.
Herkunft hilfreicher Informationen			
Arztpraxis	605 (48,6)	2065 (54,0)	n.s.
Beratungsstelle	225 (18,1)	726 (19,0)	
Webseiten und Suchmaschinen	765 (61,4)	2510 (65,7)	
Soziale Medien (z.B. Facebook, Instagram, YouTube)	307 (24,6)	855 (22,4)	
Partner/ Mann, von dem ich schwanger geworden bin	130 (10,4)	344 (9,0)	
Mutter	339 (27,2)	983 (25,7)	
Vater	36 (2,9)	127 (3,3)	
Freundinnen und Freunde	450 (36,1)	1.688 (44,2)	
Andere Personen	74 (5,9)	231 (6,0)	
Sonstiges	107 (8,6)	469 (12,3)	
Barrieren bei Informationssuche zum Abbruch^e			
Keine, weil nicht getraut zu fragen	24 (14,6)	64 (11,8)	n.s.
Angst, dass bei Fragen schlecht über mich gedacht wird	48 (29,3)	164 (30,1)	n.s.
Zu wenig Zeit	19 (11,6)	70 (12,9)	n.s.
Unwissenheit über Informationssuche	24 (14,6)	64 (11,8)	n.s.
Keine guten Informationen im Internet gefunden	30 (18,3)	93 (17,1)	n.s.
Verunsicherung durch gefundene Informationen	31 (18,9)	72 (13,2)	n.s.
Wunsch Schwangerschaftsabbruch geheim zu halten	48 (29,3)	130 (23,9)	n.s.

Info: FS=Fokusschwangerschaft; MIG=Migrationshintergrund; ***= $p < ,001$; n.s.=nicht signifikant

^a Missings basieren auf nicht-zuordenbare Schwangerschaften

^b Frage wurde nur Frauen gestellt, die die Frage nach der Gewolltheit der Schwangerschaft mit „nicht der richtige Zeitpunkt“, „zwiespältig“ oder „ungewollt“ beantworteten (n=340 mit MIG; n=1.075 oMIG)

^c 6-stufige Skala zusammengefasst

^d Frage wurde nur ungewollt schwangeren Frauen gestellt (n=177 mMIG⁴¹; n=548 bei Frauen oMIG)

^e Frage wurde nur Frauen gestellt, die Informationen zum Schwangerschaftsabbruch suchten (n=164 mMIG; n=544 oMIG). Missings = Kann oder möchte ich nicht beantworten oder Nicht-Beantworten des Items

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

⁴¹ mMIG = mit MIG

Frauen mit MIG sind häufiger beim Austragen/ Abbrechen der FS sowie bei der ersten Lebendgeburt mit einem Alter von unter 30 Jahren jünger als die Vergleichsgruppe (vgl. Tab. 7.41). 21,0 % der Frauen mit MIG waren bei der Geburt des ersten Kindes signifikant häufiger unter 24 Jahre alt. Signifikante Altersunterschiede zeigen sich bei den Frauen aus HIC, die bei ihrer ersten Lebendgeburt signifikant älter sind als Frauen aus LIC ($r=0,217^{***}$). Frauen aus LIC und Low and Middle Income Countries (LMIC) berichten davon, dass bei Bemerken der Schwangerschaft mehr Kinder im Haushalt lebten als Frauen aus Herkunftsländern mit höherem Einkommen ($r=0,200^{***}$).

Weder beim allgemeinen Verhütungsverhalten noch bei den konkreten Methoden oder erzwungenem Sex als Ursache für die Schwangerschaft zeigen sich nennenswerte Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Tab. 7.41). Am häufigsten verhüteten die Frauen mit Kondom, der Kalender-/ Temperaturmethode oder der Pille, wobei mehr Frauen mit MIG mit dem Coitus interruptus und der Pille danach verhüten.

Gesundheit und Wohlbefinden vor der Fokusschwangerschaft

Vor Eintritt der Schwangerschaft fühlten sich über 80 % beider Gruppen sehr/ eher gesund und nur 10 % der Frauen berichtete von körperlichen Problemen/ Erkrankungen (vgl. Tab. 7.41). Die subjektive psychische und körperliche Gesundheit wurde mit einer Thermometergrafik von 0 für die schlechteste und 100 für die beste Gesundheit erfasst (vgl. Kapitel 5.1.1.2.4, 5.1.1.2.5). Der Wert für körperliche Gesundheit lag bei Frauen mit MIG im Mittel bei 84,2 ($SD=17,7$) und für Frauen ohne MIG bei 85,4 ($SD=15,6$). Für die psychische Gesundheit ergab sich ein Mittelwert von 80,0 ($SD=21,6$) für Frauen mit MIG und bei der Vergleichsgruppe von 81,0 ($SD=20,1$). Bei beiden Gruppen überwiegt ein eher neutrales Gefühl beim Bemerken der Schwangerschaft, was auf die hohe Zahl der gewollten Schwangerschaften zurückgeführt werden kann. Allerdings berichtete jede vierte Frau von (sehr) negativen Gefühlen. Bei den detailliert abgefragten spontanen Gefühlsreaktionen wie Freude, Zuversicht oder Sorge, Angst, Schuld/ Scham, Selbstvorwürfe, Verzweiflung oder Stress ergeben sich nur marginale Gruppenunterschiede. Gleichwohl zeigt sich die gesellschaftliche und internalisierte Stigmatisierung, die sich als psychische Belastung für beide Gruppen manifestiert, denn knapp 70 % empfanden Schuld/ Scham, etwa⁴² 60 % machte sich Selbstvorwürfe und je etwa 40 % waren erschreckt, verzweifelt oder gestresst.

Informationssuche

Etwa 70 % beider Gruppen waren gewollt schwanger, sodass beide nach Bekanntwerden der Schwangerschaft gleichermaßen vornehmlich nach Informationen zu Schwangerschaft und Geburt suchten (vgl. Tab. 7.41) und nur wenige Frauen informierten sich zu einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Kindsabgabe. Die hier gesuchten Informationen bilden das nötige Prozedere für einen Abbruch ab, denn ca. 70 % dieser Frauen beider Gruppen interessierten sich als erstes für Pflichtberatungsstellen, gefolgt mit ca. 66 % für Schwangerschaftsabbruchseinrichtungen, ca. 60 % für medizinische Informationen (Methoden, Risiken, Ablauf), ca. 55 % für die Kosten eines Abbruchs, ca. 48 % für die rechtlichen Voraussetzungen (Gesetze, Pflichten), ca. 32 % für die Erfahrungsberichte anderer Frauen und ca. 10 % zu alternativen Wegen (Abbruch im Ausland, Selbstversuch).

Hilfreiche Informationen erhalten beide Gruppen gleichermaßen am häufigsten über Webseiten und Suchmaschinen (vgl. Tab. 7.41), gefolgt von Arztpraxen, Freundin, Mutter, Soziale Medien und Beratungsstellen. Beide Gruppen berichten ähnlich häufig von Barrieren für eine Informationssuche: 1) ‚Angst, dass schlecht über mich gedacht wird, wenn ich danach frage‘ (ca. 30 %); 2) ‚Wunsch nach Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs‘ (29,3 % vs. 23,9 % oMIG), 3)

⁴² Bei Fehlen von Assoziationen zwischen dem Vulnerabilitätsmerkmal Migrationshintergrund und dem Outcome werden die etwaigen / circa Prozentwerte für beide Gruppen angegeben.

‚Verängstigung/ Verunsicherung durch gefundene Informationen‘ (18,9 % vs. 13,2 % oMIG), 4) ‚keine guten Informationen im Internet gefunden‘ (18,9 % vs. 17,1 % oMIG) und 5) ‚Unwissenheit, wo nach Informationen gesucht werden kann‘ (14,6 vs. 11,8 % oMIG). Bei den Frauen mit MIG zeigen sich höhere Prozentwerte bei dem Geheimhaltungswunsch sowie allen Aspekten zu Informationen, was auf eine höhere Unsicherheit hinweist.

9 von 10 Frauen beider Gruppen gaben an, sich während der Schwangerschaft (sehr) gut im Gesundheitssystem zurecht gefunden zu haben. 7 von 10 Frauen mit MIG hatten Informationsmaterial in für sie verständlicher Sprache erhalten, allerdings bekam jede siebte Frau keine verständlichen Informationen, obwohl sie es gebraucht hätten. Bei etwa 7 von 10 Frauen wurden alle Fragen durch die Informationsmaterialien beantwortet. Jedoch gaben 4 von 10 Frauen mit MIG an, dass es für sie nicht einfach war, Informationen über Hilfen bei ungewollter Schwangerschaft in einer für sie verständlichen Sprache zu finden.

Medizinische Versorgung und psychosoziale Beratung

Frauen mit MIG sind seltener selbst krankenversichert und häufiger familienversichert (vgl. Tab. 7.42). Für beide Gruppen zeigen sich bei allen abgefragten Items zur Inanspruchnahme ähnliche Häufigkeiten: Eine Ärztin/ ein Arzt war die erste Anlaufstelle für die Frauen, etwa jede zehnte suchte eine Schwangerschaftskonfliktberatung auf, ca. 7 % ließen sich zu Schwangerschaft und sozialen Fragen beraten und ca. 6 % suchten eine Klinik/ Praxis auf, die Schwangerschaftsabbrüche durchführte. Frauen mit MIG berichteten etwas häufiger davon, von der Arztpraxis an weitere relevante Stellen verwiesen worden zu sein, und sie benötigten häufiger Hilfe bei weiteren Schritten als die Vergleichsgruppe. Beide Gruppen gehen etwa zu 70 % zu der Frauenärztin/ dem Frauenarzt, zu der/ dem sie normalerweise gehen. Wurde die Frage allerdings verneint, dann zeigte sich bei den Frauen mit MIG ein größeres Versorgungsdefizit, denn sie gaben häufiger an, dass sie entweder nicht wollten, dass diese/ dieser von der Schwangerschaft erfährt oder dass sie keine feste Frauenärztin/ -arzt hatten. Gefragt nach dem Erleben des Arztbesuches zur FS-Feststellung zeigen sich zwischen den Vergleichsgruppen kaum prozentuale Unterschiede und mehrheitlich wurden die Aspekte ‚Zeit der Ärztin/ des Arztes‘, ‚Vertrauen‘, ‚Privatsphäre‘, ‚Respektieren der eigenen Meinung‘ sowie ‚Erhalt aller nötigen Informationen‘ positiv bewertet. Allerdings belastete etwa jede Dritte beider Gruppen dieses Gespräch und etwa jede Fünfte erhielt ungebetene Informationen, darunter am häufigsten zu Familienplanung (Verhütung, Kinderwunsch), zu Schwangerschafts- und Gesundheitsvorsorge, zu vorgeburtlichen Untersuchungen, zur Kindsabgabe (Adoption, vertrauliche Geburt), zum Schwangerschaftsabbruch oder ihnen wurde ungewollt das Ultraschallbild des Fötus gezeigt. Beide Gruppen fühlten sich mehrheitlich respektvoll, freundlich und einfühlsam oder sachlich neutral behandelt. Nur wenige Frauen berichteten von Unfreundlichkeit, einer Konfrontation mit Vorwürfen oder dass sie angehalten wurden, die Schwangerschaft abubrechen oder auszutragen⁴³. Mehr Unterstützung durch ihre Ärztin oder ihren Arzt hätten sich die Frauen beider Gruppen bei emotionalen/ psychischen Fragen, Gewicht sowie Medikamente oder Rauchen/ Alkohol/ Drogen in der Schwangerschaft bzw. Stillen/ Verhütung nach der Geburt gewünscht.

⁴³ Diese recht positive Bewertung der Situationen in den gynäkologischen Praxen werden in den detaillierteren qualitativen Interviews tiefergehend thematisiert und relativiert.

Tab. 7.42: Angaben zur medizinischen Versorgung bei Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund (n/ in Prozent)

	Frauen mit MIG	Frauen ohne MIG	Cramers V
Angaben zur medizinischen Versorgung	n (%)	n (%)	
Vorhandensein gültiger Krankenversicherung			0,183***
Ja, ich war selbst versichert	858 (71,4)	3.325 (87,2)	
Ja, ich war familienversichert	330 (27,5)	479 (12,6)	
Nein, ich hatte keine Krankenversicherung	14 (1,2)	10 (0,3)	
Besuch von Anlaufstellen/ Einrichtungen			0,060***
Arzt/ Ärztin	1.157 (92,9)	3.663 (95,8)	
Schwangerschaftskonfliktberatung für Beratungsschein	129 (10,4)	476 (12,5)	n.s.
Schwangerschaftsberatung für soziale Fragen	96 (7,7)	266 (7,0)	n.s.
Schwangerschaftsabbruchsklinik oder -praxis	74 (5,9)	249 (6,5)	n.s.
Unterstützung zum Finden der nächsten Anlaufstelle			0,105***
Arztpraxis	696 (57,3)	2.079 (45,0)	
Schwangerschaftskonfliktberatung	103 (8,5)	320 (8,5)	n.s.
Schwangerschaftsberatung	70 (5,8)	175 (4,6)	n.s.
Schwangerschaftsabbruchsklinik oder -praxis	41 (3,4)	67 (1,8)	n.s.
Sonstige Einrichtung	33 (2,7)	62 (1,6)	n.s.
Keine Hilfe benötigt	420 (34,6)	1.847 (48,9)	0,123***
Aufsuchen der üblichen Frauenärztin/ -arzt^a			n.s.
Ja	123 (71,5)	456 (79,0)	
Nein, wollte nicht, dass sie/ er von der Schwangerschaft erfährt	11 (6,4)	21 (3,6)	
Nein, ich hatte keine/n übliche Frauenärztin/ -arzt	24 (14,0)	46 (8,0)	
Nein, aus anderen Gründen	14 (8,1)	54 (9,4)	
Arztbesuch, zur Feststellung der Schwangerschaft			
Ärztin/ Arzt nahm sich ausreichend Zeit, um über meine Anliegen zu sprechen	1.061 (87,8)	3.380 (89,6)	n.s.
Ich hatte das Gefühl, dass meine Meinung respektiert wird	1.117 (91,9)	3.488 (93,1)	n.s.
Ich hatte Vertrauen in die Ärztin/ den Arzt	1.118 (92,1)	3.504 (93,0)	n.s.
In der Praxis wurde Wert auf meine Privatsphäre gelegt (z.B. geschlossene Türen)	1.189 (96,8)	3.637 (96,1)	n.s.
Ich habe alle Informationen erhalten, die ich benötigt habe ^b	178 (83,6)	553 (81,6)	n.s.
Mir wurden Informationen gegeben, die ich nicht wollte ^b	39 (18,5)	128 (19,0)	n.s.
Das Gespräch hat mich belastet ^b	61 (29,0)	233 (34,6)	n.s.
Ich wurde über die verschiedenen Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs aufgeklärt (medikamentös, operativ) ^b	126 (59,7)	379 (56,6)	n.s.
Erhalt ungebetener Informationen^c			
Familienplanung (Verhütung, Kinderwunsch)	17 (43,6)	51 (39,8)	n.s.
Schwangerschafts- und Gesundheitsvorsorge	10 (25,6)	36 (28,1)	n.s.
Geburt	7 (17,9)	18 (14,1)	n.s.
Vorgeburtliche Untersuchungen	7 (17,9)	26 (20,3)	n.s.
Mir wurde ungefragt das Ultraschallbild gezeigt	11 (28,2)	51 (39,8)	n.s.
Kindsabgabe (Adoption, vertrauliche Geburt)	7 (17,9)	17 (13,3)	n.s.
Schwangerschaftsabbruch	3 (7,7)	15 (11,7)	n.s.
Sonstiges	4 (10,3)	23 (18,0)	n.s.
Empfinden der Behandlung^d			
Respektvolle Behandlung	221 (65,6)	718 (68,1)	n.s.
Freundliche und einfühlsame Behandlung	176 (52,2)	641 (60,8)	n.s.
Neutrale und sachliche Behandlung	139 (41,2)	483 (45,8)	n.s.

	Frauen mit MIG	Frauen ohne MIG	Cramers V
Angaben zur medizinischen Versorgung	n (%)	n (%)	
Unfreundliche Behandlung	12 (3,6)	60 (5,7)	n.s.
Konfrontation mit Vorwürfen	11 (3,3)	42 (4,0)	n.s.
Dazu angehalten, Schwangerschaft abzubrechen	2 (0,6)	12 (1,1)	n.s.
Dazu angehalten, Schwangerschaft auszutragen	21 (6,2)	63 (6,0)	n.s.
Wunsch nach mehr Unterstützung von Ärztin/Arzt^e			
Emotionale oder psychische Fragen	207 (19,0)	576 (17,4)	n.s.
Gewicht in Schwangerschaft	180 (16,6)	295 (8,9)	0,107***
Rauchen/ Alkohol/ Drogen in der Schwangerschaft	19 (1,7)	31 (0,9)	n.s.
Medikamente in der Schwangerschaft	134 (12,3)	240 (7,2)	n.s.
Verhütung nach der Schwangerschaft	61 (5,6)	169 (5,1)	n.s.
Stillen nach der Schwangerschaft	214 (19,7)	446 (13,4)	n.s.
Zu anderen Themen	75 (6,9)	264 (8,0)	n.s.
Herkunft der Adresse der Abbrucheinrichtung^f			
Kannte ich schon	14 (9,0)	21 (4,2)	n.s.
Eigene Ärztin/ eigener Arzt	51 (32,9)	186 (37,0)	n.s.
Andere Ärztin/ anderer Arzt	10 (6,5)	22 (4,4)	n.s.
Beratungsstelle	52 (33,5)	187 (37,2)	n.s.
Internet	23 (14,8)	62 (12,3)	n.s.
Über eine nahestehende Person	4 (2,6)	22 (4,4)	n.s.
Sonstiges	1 (0,6)	3 (0,6)	n.s.
Relevante Aspekte bei Wahl der Abbrucheinrichtung^f			
schnelle Terminvergabe	145 (94,8)	483 (97,2)	n.s.
gute Erreichbarkeit	139 (90,3)	443 (89,1)	n.s.
Vertrauen in Einrichtung oder Arzt/ Ärztin	127 (82,5)	415 (83,3)	n.s.
Verfügbarkeit der Methode meiner Wahl	131 (85,1)	406 (82,9)	n.s.
Sicherung Anonymität/ Umfeld sollte nichts erfahren	113 (73,4)	301 (60,7)	n.s.
Personen in der Nähe, die mir helfen konnten	98 (64,1)	341 (68,7)	n.s.
Empfehlung durch jemanden	56 (36,6)	136 (27,8)	n.s.
gute Bewertung im Internet	53 (34,9)	163 (33,2)	n.s.
Schwangerschaftswoche beim Abbruch^g			n.s.
Bis zur 5. Woche	20 (13,0)	48 (9,6)	
6. bis 7. Woche	64 (41,6)	182 (36,3)	
8. bis 9. Woche	42 (27,3)	130 (25,9)	
10. bis 12. Woche	25 (16,2)	114 (22,7)	
Später als 12. Woche	3 (1,9)	28 (5,6)	
Abbrucheinrichtung^g			n.s.
Ambulantes OP-Zentrum/ Familienplanungszentrum	54 (34,6)	183 (36,2)	
Gynäkologische Praxis	67 (42,9)	206 (40,8)	
Hausärztliche Praxis	4 (2,6)	11 (2,2)	
Krankenhaus/ Frauenklinik	17 (10,9)	79 (15,6)	
Anderes	14 (9,0)	26 (5,1)	
Ort der Durchführung des Abbruchs^g			n.s.
In dem Bundesland, in dem ich wohne	133 (85,8)	433 (85,6)	
In einem anderen Bundesland	13 (8,4)	65 (12,8)	
Im Ausland	9 (5,8)	8 (1,6)	
Entfernung zur Abbrucheinrichtung^g			n.s.
Bis zu 10km	89 (59,3)	249 (50,1)	
Mehr als 10 km bis zu 50 km	39 (26,0)	172 (34,6)	
Mehr als 50 km bis zu 100km	13 (8,7)	50 (10,1)	
Über 100 km	9 (6,0)	26 (5,2)	
Methode des Schwangerschaftsabbruchs^g			n.s.
Beide Medikamente bei Arzt/ Ärztin	17 (10,9)	69 (13,7)	
Zweites Medikament zuhause			

	Frauen mit MIG	Frauen ohne MIG	Cramers V
Angaben zur medizinischen Versorgung	n (%)	n (%)	
Beide Medikamente zuhause/ mit telemed. Betreuung	32 (20,5)	108 (21,5)	
Mit lokaler Betäubung	11 (7,1)	26 (5,2)	
Mit Vollnarkose	14 (9,0)	40 (8,0)	
Abbruch ohne ärztliche Begleitung/ selbst vorgenommen	79 (50,6)	255 (50,8)	
	3 (1,9)	4 (0,8)	
Zeitdruck bei der Organisation des Abbruchs^h			
so schnell wie möglich hinter sich bringen wollte	55 (57,3)	176 (55,5)	n.s.
Schwangerschaft spät festgestellt	23 (24,0)	74 (23,3)	n.s.
lange Wartezeiten auf Termine	21 (21,9)	89 (28,1)	n.s.
lange für die Entscheidung benötigt	13 (13,5)	66 (20,8)	n.s.
Mühe, eine Abbruchseinrichtung zu finden	12 (12,5)	43 (13,6)	n.s.
Probleme, an die nötigen Informationen zu kommen	11 (11,5)	42 (13,2)	n.s.
andere Gründe	15 (15,6)	52 (16,4)	n.s.
Änderungswünsche für die Versorgung^g			
nichts anders gewünscht	59 (37,1)	162 (32,0)	n.s.
schneller und leichter Termine bekomme	39 (24,5)	114 (22,5)	n.s.
kürzere Wege habe	22 (13,9)	93 (18,4)	n.s.
nicht so viele Stellen aufsuchen muss	51 (32,1)	161 (31,8)	n.s.
Anlaufstellen/ Einrichtungen besser zusammenarbeiten	27 (17,0)	95 (18,8)	n.s.
leichter die nötigen Informationen bekomme	35 (22,0)	101 (20,0)	n.s.
mehr Unterstützung durch die Klinik oder Praxis bekomme	29 (18,2)	90 (17,8)	n.s.
kein extra Antrag auf Kostenübernahme nötig ist	53 (33,3)	185 (36,6)	n.s.
Ich hätte mir anderes gewünscht	14 (8,8)	59 (11,7)	n.s.
Erwartungen/ Sorgen wg. Reaktion anderer auf Abbruch^g			
Ich habe Verständnis für meine Entscheidung erwartet	65 (40,9)	182 (36,0)	n.s.
Ich habe erwartet, dass ich darüber reden kann.	49 (30,8)	209 (41,3)	n.s.
Ich hatte Sorge, dass jemand von mir enttäuscht ist.	55 (34,6)	212 (41,9)	n.s.
Ich hatte Sorge, schlecht behandelt zu werden.	30 (18,9)	108 (21,3)	n.s.
Ich hatte Sorge, dass jmd. schlecht über mich denkt/redet.	75 (47,2)	298 (58,9)	n.s.

Info: n.s.=nicht signifikant; *** = p <,001;

^a Frage wurde nur Frauen ohne Abbruch und die nach Feststellung der FS Einrichtungen aufsuchten (n=172 mMIG; n=577 bei Frauen oMIG).

^b Fragen wurden nur Frauen gestellt, die FS abgebrochen oder erwogen haben (n=213 mMIG; n=978 oMIG).

^c Fragen wurden nur Frauen mit FS-Abbruch gestellt, die ungebetene Informationen erhielten (n=39 mMIG; n=128 oMIG).

^d Fragen wurden nur Frauen mit ungewollter FS gestellt (n=331 mMIG; n=1.054 oMIG).

^e Fragen wurden nur Frauen mit ausgetragener FS gestellt (n=1.087 mMIG; n=3.314 oMIG).

^f Fragen wurden nur Frauen gestellt, die bei Pflichtberatung zum Abbruch waren (n=155 mMIG; n=503 oMIG).

^g Fragen wurden nur Frauen mit FS-Abbruch gestellt (n=159 mMIG; n=506 bei Frauen oMIG).

^h Fragen wurden nur Frauen mit FS-Abbruch gestellt und bei Zeitdruck bei der Entscheidung (n=96 mMIG; n=317 oMIG). Missings basieren auf *Kann oder möchte ich nicht beantworten* oder Nicht-Beantworten des Items

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Entscheidungsfindung

Weder die Pflichtberatung (85,9 % vs. 78,4 % oMIG) noch die gesetzliche Bedenkzeit von 3 Tagen zwischen Beratung und Abbruch (ca. 85 %) beeinflussten die Entscheidung der Frauen beider Gruppen. Bei 5,3 % der Frauen mit MIG (7,2 % oMIG) wurde die Schwangerschaft zu spät für einen Abbruch festgestellt. Zu etwa 60 % gaben die Frauen an, dass ihnen die Entscheidung (sehr) leichtgefallen ist und knapp 90 % der Frauen mit MIG waren sich in ihrer Entscheidung sicher. Allerdings beeinflusste der körperliche Gesundheitszustand insbesondere bei den Frauen mit MIG ihre Entscheidung (27,6 % vs. 19,5 % oMIG). Etwa 10 % der Frauen traf die Entscheidung alleine und jeweils die Hälfte gemeinsam mit dem Partner. Gleichwohl gaben 10 % der Frauen mit MIG und oMIG an, dass der Partner den Schwangerschaftsausgang bestimmen wollte. Eine selbstbestimmte Entscheidung konnten im Vergleich weniger Frauen mit MIG (75,4 % vs. 81,2 % oMIG) treffen.

Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch

Die meisten Frauen beider Gruppen erhielten die Adresse zu Abbruchseinrichtungen über die Ärztin/ den Arzt oder Beratungsstellen und seltener über das Internet (vgl. Tab. 7.42). Bei der Auswahl der Abbruchseinrichtung legten die Frauen Wert auf den Erhalt eines zeitnahen Termins, eine gute Erreichbarkeit der Einrichtung sowie das Vertrauen in die Ärztin/ den Arzt. Mehrheitlich kontaktierten beide Gruppen für den Abbruch nur eine Einrichtung, allerdings waren bei Frauen mit MIG häufiger mehr Kontakte notwendig (33,6 % vs. 24,4 % oMIG). Dieser Trend ist besonders bei Frauen aus LIC zu beobachten (CV=,413*). Im Vergleich erfolgte der Abbruch bei Frauen mit MIG tendenziell häufiger in einer früheren Schwangerschaftswoche. Dieser fand in beiden Gruppen hauptsächlich in einer gynäkologischen Praxis und im ambulanten OP-Zentrum bzw. Familienplanungszentrum statt und zwar zu 85 % in dem eigenen Bundesland. Allerdings reiste etwa jede zehnte Frau in ein anderes Bundesland. Etwa 85 % beider Gruppen hatte eine Entfernung bis 50 km zu der Einrichtung zurückzulegen, bei etwa 15 % betrug die Entfernung mehr als 50 km. Bei jeder zweiten Frau beider Gruppen fand der Eingriff unter Vollnarkose statt und jede vierte hatte einen medikamentösen Abbruch. 7 von 10 Frauen erhielten die von ihnen bevorzugte Methode. Etwa 6 von 10 Frauen beider Gruppen hatten Schwierigkeiten bei der Organisation des Abbruchs. Frauen oMIG fiel es signifikant häufiger schwer, den Haushalt und die Kinderbetreuung für den Abbruch zu organisieren (CV=,129**). 4 von 10 Frauen mit MIG bzw. 3 von 10 Frauen ohne MIG nannten in diesem Zusammenhang Probleme, weil sie den Abbruch geheim halten wollten/ mussten. Die Mehrzahl beantragte eine Kostenübernahme des Abbruchs bei der Krankenkasse (72,5 % vs. 65,1 % oMIG). Etwa 60 % beider Gruppen gaben einen Zeitdruck bei der Organisation des Abbruchs an. Als Gründe wurden am häufigsten genannt (vgl. Tab. 7.42): 1) So schnell wie möglich hinter sich bringen wollen (ca. 56 %), 2) Schwangerschaft spät festgestellt (ca. 24 %), 3) lange Wartezeit auf den Termin (21,9 % vs. 28,1 % oMIG), 4) lange Entscheidungsfindung (13,5 % vs. 20,8 % oMIG), 5) Mühe beim Finden einer Abbruchseinrichtung (12,5 % vs. 19,6 % oMIG) und 6) Probleme, an die nötigen Informationen zu kommen (11,5 % vs. 13,2 % oMIG).

Gefragt nach Veränderungswünschen für die Versorgung bei einem Abbruch waren etwa 3 von 10 der Befragten mit dem Ablauf zufrieden. Als Veränderungswünsche (vgl. Tab. 7.42) wurden am häufigsten angegeben, dass 1) kein extra Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden muss (ca. 35 %), 2) nicht so viele Stellen aufgesucht werden müssen (ca. 32 %), 3) Termine schneller und leichter vergeben werden (ca. 24 %), 4) leichter die nötigen Informationen zu bekommen sind (ca. 21 %), 5) die Abbruchseinrichtungen mehr unterstützen (ca. 18 %), 6) die Einrichtungen besser zusammenarbeiten (ca. 17 %) und 7) die Wege kürzer sind (13,9 % vs. 18,4 % oMIG).

Psychisches und körperliches Wohlbefinden

Einblicke in die psychische Belastung in dieser Situation sowie die Implikationen einer Stigmatisierung bieten die Antworten auf die Fragen, ob sich die befragten Frauen wegen eines Schwangerschaftsabbruchs Sorgen um die Reaktion ihres sozialen Umfeldes machten (vgl. Tab. 7.42). Es zeigen sich keine nennenswerten Gruppenunterschiede. Etwa die Hälfte der Frauen mit

vs. ohne MIG hatte Sorge, dass jemand schlecht über sie denken/ reden könnte. 3 bis 4 von 10 Frauen befürchteten, dass jemand von ihnen enttäuscht sein könnte und gleich viele erwarteten Verständnis für ihre Entscheidung oder hofften, dass sie darüber reden könnten. Jede Fünfte hatte Sorge, schlecht behandelt zu werden.

Die psychische und körperliche Gesundheit wurde von den Befragten mit der o.g. Thermometergrafik zu 3 Zeitpunkten selbst eingeschätzt (vgl. Abb. 7.158). In den Wochen vor der Schwangerschaft wurde von den Frauen mit MIG sowohl die psychische als auch körperliche Gesundheit geringfügig besser als von den Frauen ohne MIG. angegeben. 3 Monate nach Schwangerschaftsabbruch/ Geburt sowie zu einem späteren Befragungszeitpunkt zeigte sich kein signifikant schlechterer Zustand zwischen den Gruppen. Erkennbar ist, dass die Einschätzung zur Gesundheit in den Monaten direkt nach dem Ereignis sinkt, dann wieder steigt und sich dem Zustand vor der Schwangerschaft annähert (Lage des Medians), sodass keine Hinweise für eine andauernde Verschlechterung der psychischen oder physischen Gesundheit vorliegen.

Psychische Gesundheit

Im Gesamt-Sample (unabhängig von Schwangerschaftsintention und -ausgang) wiesen Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit auf...

- während der Schwangerschaft ($t(4401)=2,440$, $p=,015$, $d=,085$, 95 % KI [,017; ,154]),
- drei Monate nach der Schwangerschaft ($t(4049)= 2,157$, $p=,031$, $d=,079$, 95 % KI [,007; ,151])
- und zum Befragungszeitpunkt ($t(4820)=8,982$, $p < ,001$, $d=,510$, 95 % KI [,398; ,622]).
- Die Unterschiede zur psychischen Gesundheit in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(5066)=1,517$, $p=,129$) und zum Befragungszeitpunkt ($t(5066)=1,259$, $p=,208$) waren nicht signifikant.

Die Unterschiede zur psychischen Gesundheit bei Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, waren weder vor der Schwangerschaft ($t(570)=-1,287$, $p=,199$), während der Schwangerschaft ($t(570)=-,129$, $p=,449$), drei Monate nach Austragen der Schwangerschaft ($t(514)=1,602$, $p=,110$) noch zum Befragungszeitpunkt ($t(570)=-,847$, $p=,397$) signifikant.

Auch die Unterschiede zur psychischen Gesundheit bei Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, waren in Bezug auf vor der Schwangerschaft ($t(611)=1,956$, $p=,051$), drei Monate nach Abbruch der Schwangerschaft ($t(269)=-1,107$, $p=,269$) und zum Befragungszeitpunkt ($t(611)=1,689$, $p=,092$) nicht signifikant.

Körperliche Gesundheit

Im Gesamt-Sample (unabhängig von Schwangerschaftsintention und -ausgang) wiesen Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG eine signifikant schlechtere körperliche Gesundheit

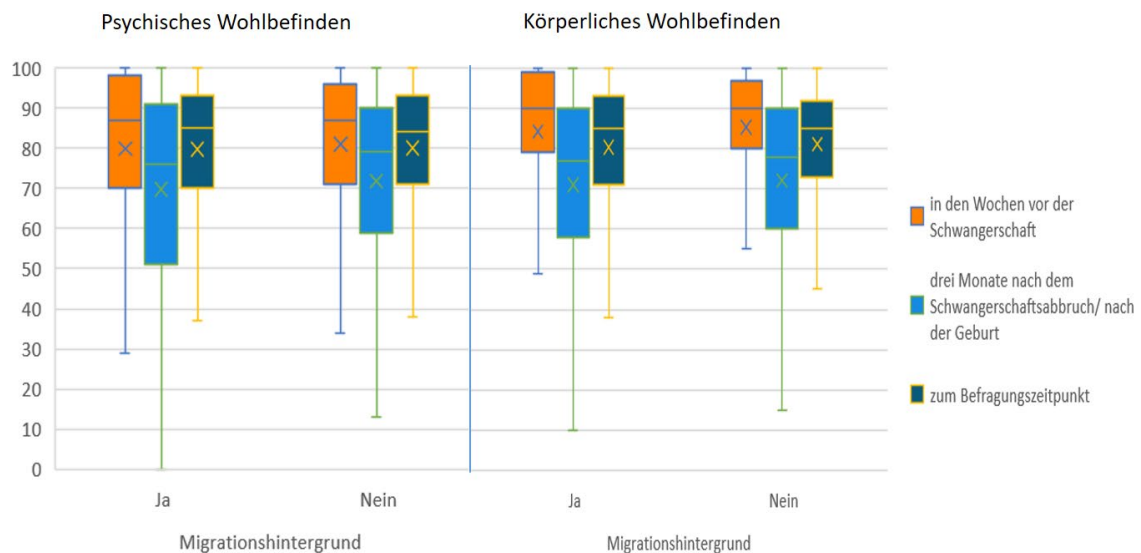
- in den Wochen vor der Schwangerschaft ($t(5066)=2,245$, $p=,025$, $d=,073$, 95 % KI [,009; ,1379]) auf.
- Ansonsten waren die Unterschiede zur körperlichen Gesundheit bei Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG während der Schwangerschaft ($t(4401)=1,606$, $p=,108$), drei Monate nach Ende der Schwangerschaft ($t(4049)=1,422$, $p=,155$) und zum Befragungszeitpunkt ($t(5066)=1,864$, $p=,062$) nicht signifikant.

Die Unterschiede zur körperlichen Gesundheit bei Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, waren weder vor der Schwangerschaft ($t(570)=-,745$, $p=,457$), während der Schwangerschaft ($t(570)=,192$, $p=,848$), drei Monate nach Austragen der Schwangerschaft ($t(514)=,212$, $p=,832$) noch um Befragungszeitpunkt ($t(570)=,640$, $p=,522$) signifikant.

Frauen mit MIG, die die ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, berichteten ein signifikant bessere körperliche Gesundheit drei Monate nach dem Abbruch als Frauen ohne MIG,

die die Schwangerschaft abbrechen ($t(269)=-2,342$, $p=,020$, $d=-,335$, 95 % KI $[-,616; -,053]$). Die weiteren Unterschiede zur körperlichen Gesundheit bei Frauen mit MIG im Vergleich zu Frauen ohne MIG, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, waren zu den Zeitpunkten vor der Schwangerschaft ($t(611)=,784$, $p=,434$) und zur Befragung ($t(611)=1,191$, $p=,234$) nicht signifikant.

Abb. 7.158: Psychische und körperliche Gesundheit nach Befragungszeitraum bei Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund



Info BOXPLOT: Strich in der Box = Median, Kreuz= Mittelwert, Boxen= 2. u. 3. Quartil, Antennen = 1. u. 4. Quartil
Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022/2023

Fazit

Die Ergebnisse bieten erste Einblicke in die Situation von ungewollt schwangeren Frauen mit MIG. Eine Repräsentativität der Ergebnisse ist wegen der Sonderstichprobe aus Abbrucheinrichtungen nicht gegeben. Trotz großer Anstrengungen konnten wegen der Corona-Maßnahmen Frauen mit Fluchterfahrung oder irregulären Aufenthalt nur vereinzelt einbezogen werden. D.h. dass die Ergebnisse vornehmlich die Situation von migrierten Frauen wiedergeben. Wegen der recht hohen Ergebniskonvergenz zwischen Ziel- und Vergleichsgruppe lässt sich ein Selektions- sowie ein Bildungsbias – wie bei schriftlichen Fragebögen meist gegeben - vermuten. Das bedeutet, dass mit der gewonnenen Stichprobe eher gut integrierte und recht gebildete Frauen beider Gruppen erfasst wurden.

Trotz Bias bestätigen die Ergebnisse für Frauen mit MIG eine in vorliegenden Studien (vgl. Kapitel 9.1.1.2) auch gezeigte signifikant prekärer einzuordnende Lebenslage sowie ein jüngeres Alter bei der FS als die Vergleichsgruppe. Alle weiteren Fragen zur Verhütung, (Un)Gewolltheit der FS, ersten Gefühlsreaktionen, subjektiven Gesundheit, Informationssuche, Inanspruchnahme von Beratung oder medizinischer Versorgung, Erhalt ungebetener Informationen, Abbruchumstände sowie Veränderungswünsche unterscheiden sich meist nur marginal nicht aber signifikant zwischen den Gruppen. Gleichwohl zeichnen sich Aspekte ab, die für eine verbesserte Versorgung von ungewollt Schwangeren und insbesondere für Frauen mit MIG zu berücksichtigen sind. Dargestellt und diskutiert werden diese Aspekte in Kapitel 9.1.1.2.

7.1.1.6.3 Psychische Erkrankungen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

Prävalenz reproduktiver Ereignisse bei Frauen mit psychischen Erkrankungen

Datenbasis und Stichprobenbeschreibung

Die EMA-Stichprobe besteht aus 4495 Teilnehmerinnen mit vollständigen Angaben zu Behandlung und Diagnose. Dies entspricht einer Ausschöpfung von 98 % der Ursprungsstichprobe. 10 % der Teilnehmerinnen ($N = 454$) wurden entsprechend der Definition als Frauen m.D. klassifiziert. Weitere 10 % gaben an, wegen psychischer Probleme in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung (gewesen) zu sein, allerdings ohne eine Diagnose erhalten zu haben.

Die ABB-Stichprobe besteht aus 478 Teilnehmerinnen mit vollständigen Angaben zu Behandlung und Diagnose, was einer Ausschöpfung von 97,4 % entspricht. Teilnehmerinnen mit Diagnose haben einen Anteil von 27 %, Teilnehmerinnen in Behandlung ohne Diagnose von 14 %. Frauen mit Diagnose sind in der ABB-Stichprobe somit fast dreimal so häufig vertreten wie in der EMA-Stichprobe.

Hinsichtlich der Diagnosen waren Mehrfachnennungen möglich. Bei den insgesamt 583 Frauen mit Diagnose in beiden Stichproben überwiegen affektive Störungen (60 %), gefolgt von Angststörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen (je 31 %), Persönlichkeitsstörungen (12 %), psychosomatischen und Ess-Störungen (je 9 %) sowie Störungen aus dem Schizophreniespektrum und substanzbezogenen Störungen (je 2 %) und Sonstige (3 %). In der ABB-Stichprobe sind die Diagnosekategorien bei gleichbleibender Häufigkeitsreihenfolge jeweils etwas stärker vertreten, insbesondere bei Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen, was auf eine höhere Multimorbidität schließen lässt.

Prävalenz reproduktiver Ereignisse im Laufe des Lebens

Tab. 7.43 zeigt die Häufigkeiten von Schwangerschaftsereignissen, getrennt nach EMA- und ABB-Stichprobe.

EMA-Stichprobe: Die Häufigkeit von Schwangerschaften bei Frauen m.D. und Frauen o.D. war vergleichbar. Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch signifikant hinsichtlich der Häufigkeit insgesamt ausgetragener Schwangerschaften ($p < 0,01$), ungewollter, ausgetragener Schwangerschaften ($p < 0,001$), Schwangerschaftsabbrüche ($p < 0,01$) und gewollter und ausgetragener Schwangerschaften ($p < ,001$). Frauen m.D. haben im Vergleich zu Frauen o.D. eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, dass es im Laufe ihres Lebens mindestens einmalig zu einer ungewollten Schwangerschaft kommt ($OR = 1,620$; 95 % CI : 1,305-2,012, $p < 0,001$), ein signifikant höheres Risiko für mindestens einen Schwangerschaftsabbruch ($OR = 1,577$; 95 % CI : 1,195-2,082, $p < 0,01$) und für mindestens eine ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft ($OR = 1,772$; 95 % CI : 1,338 - 2,216, $p < 0,001$) (vgl. Abb. 7.159).

Von sämtlichen ungewollten Schwangerschaften der Frauen o.D. in dieser Stichprobe endeten durchschnittlich 45 % mit einem Abbruch, 55 % wurden ausgetragen. Von den ungewollten Schwangerschaften der Frauen m.D. wurden 43 % abgebrochen, 57 % ausgetragen. Die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung bei Frauen o.D. und m.D. ist nicht statistisch signifikant.

ABB-Stichprobe: Die Häufigkeiten der Ereignisse bei Frauen m.D. und Frauen o.D. in dieser Stichprobe unterscheiden sich nicht signifikant. Alle Teilnehmerinnen hatten (entsprechend dem Rekrutierungsweg über Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch) mindestens einen Abbruch. Von sämtlichen ungewollten Schwangerschaften der Frauen o.D. endeten in dieser Stichprobe 87 % mit einem Abbruch, 13 % wurden ausgetragen. Von sämtlichen ungewollten Schwangerschaften der Frauen m.D. wurden 84 % abgebrochen. Auch hierbei zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

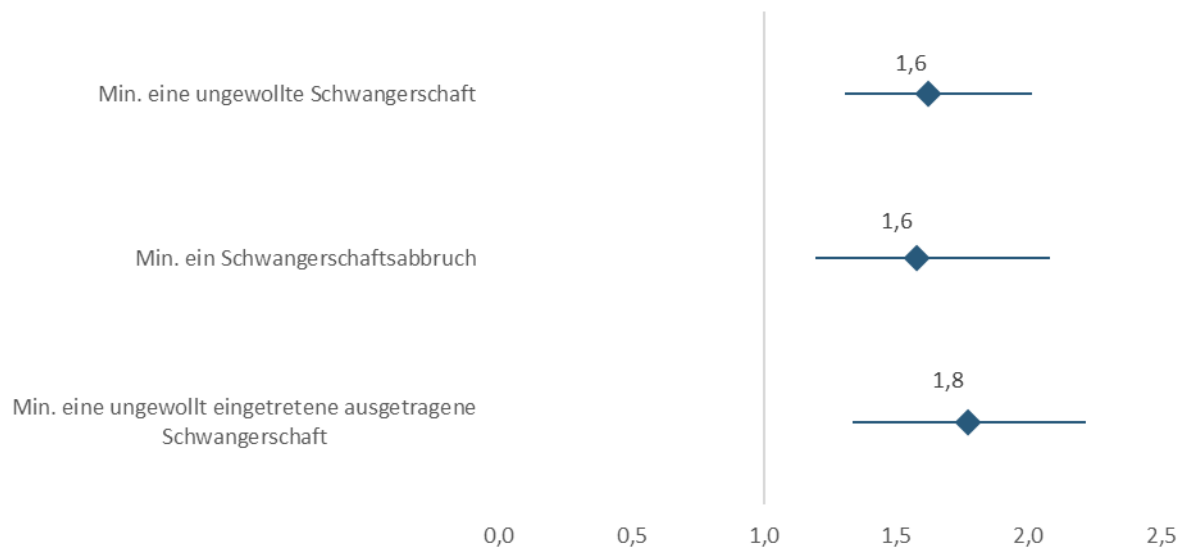
Tab. 7.43: Lebenszeitprävalenz reproduktiver Ereignisse

	<i>MW</i> (<i>SD</i>)	% von ges.	<i>MD</i> (min- max)	mind. 1x <i>N</i> (%)	<i>MW</i> (<i>SD</i>)	% von ges.	<i>MD</i> (min- max)	mind. 1x <i>N</i> (%)
EMA								
	Frauen m.D. (N=454)				Frauen o.D. (N=4041)			
Schwangerschaften gesamt	2,47 (1,440)		2 (1-13)	-	2,48 (1,302)		2 (1-12)	-
ausgetragene Schwangerschaften (**)	1,84 (0,815)		2 (1-8)	454 (100)	1,97 (0,892)		2 (0-10)	4039 (100)
gewollte ausgetragene Schwangerschaften (***)	1,61 (0,822)	65	2 (0-4)	425 (94)	1,82 (0,867)	73	2 (0-10)	3935 (97)
ungewollte ausgetragene Schwangerschaften (***)	0,23 (0,519)	9	0 (0-4)	87 (19)	0,15 (0,445)	6	0 (0-7)	489 (12)
Fehl- oder Totgeburten	0,45 (0,864)	19	0 (0-7)	137 (30)	0,39 (0,755)	16	0 (0-9)	1137 (28)
Schwangerschaftsabbrüche (**)	0,17 (0,437)	7	0 (0-3)	68 (15)	0,12 (0,385)	5	0 (0-5)	406 (10)
ABB								
	Frauen m.D. (N=129)				Frauen o.D. (N=349)			
Schwangerschaften gesamt	2,47 (2,069)		2 (1-14)	-	2,29 (1,616)		2 (1-10)	-
ausgetragene Schwangerschaften	0,88 (1,146)		0 (0-6)	63 (49)	0,88 (1,143)		0 (0-5)	162 (46)
gewollte ausgetragene Schwangerschaften	0,65 (1,021)	26	0 (0-6)	51 (40)	0,70 (0,973)	30	0 (0-4)	144 (41)
ungewollte ausgetragene Schwangerschaften	0,23 (0,552)	9	0 (0-3)	23 (18)	0,18 (0,540)	8	0 (0-4)	44 (13)
Fehl- oder Totgeburten	0,33 (0,851)	14	0 (0-5)	27 (21)	0,20 (0,536)	9	0 (0-5)	55 (16)
Schwangerschaftsabbrüche	1,26 (0,745)	51	1 (1-6)	129 (100)	1,21 (0,595)	53	1 (1-6)	349 (100)

Erläuterung: EMA: Einwohnermeldeamtsstichprobe, ABB: gezielt rekrutierte Stichprobe, Frauen m.D.: Frauen mit Diagnose, Frauen o.D.: Frauen ohne Diagnose, *MW*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % von ges.: Anteil an Gesamtzahl aller Schwangerschaften, *MD*: Median, min-max: Minimum und Maximum, mind. 1x *N* (%): Anzahl und Prozentsatz der Frauen, bei denen das Ereignis mindestens einmal im Leben auftrat. Vergleiche der Verteilungen des jeweiligen Ereignisses mittels Mann-Whitney-U-Test, ** $p < ,01$, *** $p < 0,001$.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Frauen mit und Frauen ohne Diagnose werden vergleichbar häufig schwanger. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass psychische Erkrankungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von ungewollten (ausgetragenen oder abgebrochenen) Schwangerschaften einhergehen.

Abb. 7.159: Odds Ratios von Frauen mit und ohne Diagnose



Quelle: Eigene Darstellung

Kontextbedingungen gewollter und ungewollter Schwangerschaften

Datenbasis

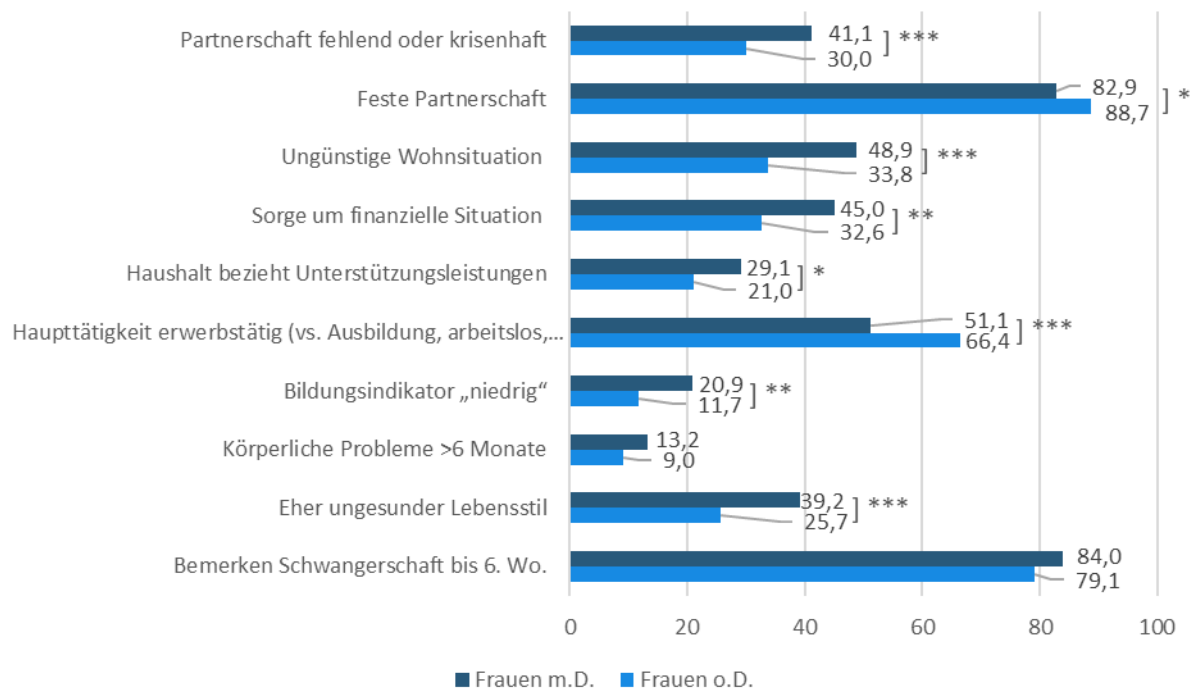
Verwendet wurden die EMA- und ABB-Daten zu den berichteten ungewollten Schwangerschaften ausführlich berichteten Schwangerschaften. Insgesamt gab es 4270 Teilnehmerinnen, bei denen diese maximal 10 Jahre zurückliegt. Dabei wurde über 957 ungewollte und 3.313 gewollte Schwangerschaften berichtet. Von den insgesamt 478 Frauen m.D. berichteten 182 über ungewollte, 296 über gewollte Schwangerschaften.

Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose bei ungewollten und gewollten Schwangerschaften

Zum Zeitpunkt des Eintritts der ungewollten Schwangerschaft waren Frauen m.D. rund 2 Jahre jünger als Frauen o.D. (o.D.: $MD = 31$ Jahre; m.D.: $MD = 29$ Jahre).

Frauen m.D. bemerkten ihre ungewollte Schwangerschaft ebenso früh wie Frauen o.D., in der Regel bis zur sechsten Schwangerschaftswoche (vgl. Abb. 7.160). Frauen m.D. gaben generell belastendere Lebensumstände zum Zeitpunkt des Bemerkens der ungewollten Schwangerschaft an. Der Anteil von Teilnehmerinnen mit geringer Schulbildung ist in der Gruppe von Frauen m.D. höher, ebenso der Anteil von Frauen ohne Erwerbstätigkeit, mit Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen, mit der Sorge einer Verschlechterung der finanziellen Situation und der Angabe einer ungünstigen Wohnsituation. Frauen m.D. gaben häufiger keine Partnerschaft oder eine krisenhafte Partnerschaft an. Frauen mit anhaltenden körperlichen Problemen gibt es in beiden Gruppen vergleichbar viele, jedoch gaben die Frauen mit Diagnose häufiger an, einen ungesunden Lebensstil zu führen.

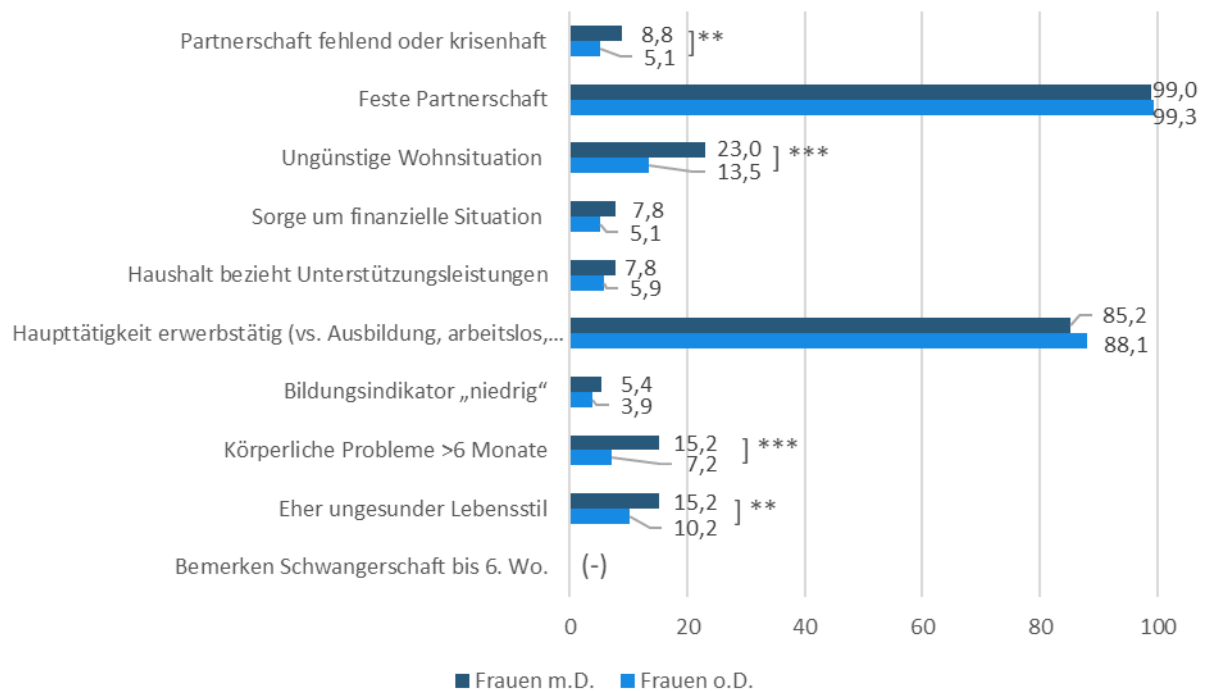
Abb. 7.160: Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose bei ungewollten Schwangerschaften (in Prozent)



Frauen m.D. = Frauen mit Diagnose, Frauen o.D. = Frauen ohne Diagnose. * = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant; ** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant; *** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von < .001 (zweiseitig) signifikant.

Bei den 3.313 Teilnehmerinnen, die über gewollte Schwangerschaften berichteten (vgl. Abb. 7.161), unterscheiden sich Frauen mit und Frauen ohne Diagnose nur in wenigen Bereichen signifikant: Frauen mit Diagnose berichten etwas häufiger über fehlende oder krisenhafte Partnerschaften und eine ungünstige Wohnsituation, außerdem etwas häufiger über körperliche Probleme und ungesunde Gesundheitsverhalten. Generell – und besonders im Vergleich zu ungewollten Schwangerschaften – ist der Anteil von Frauen mit belastenden Faktoren bei gewollten Schwangerschaften äußerst gering.

Abb. 7.161: Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose bei gewollten Schwangerschaften (in Prozent)



Frauen m.D. = Frauen mit Diagnose, Frauen o.D. = Frauen ohne Diagnose. * = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant; ** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant; *** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von < .001 (zweiseitig) signifikant; (-) keine Daten vorliegend.

Zusammenfassend weisen die Zahlen auf einen Zusammenhang zwischen ungünstigen Lebenslagen und ungewollter Schwangerschaft hin. Frauen mit psychiatrischer Diagnose befinden sich jedoch zum Zeitpunkt einer ungewollten Schwangerschaft häufiger in belastenden Lebensverhältnissen im Vergleich zu Frauen ohne Diagnose, insbesondere in Bezug auf Wohnen, Finanzen und partnerschaftliche Unterstützung.

Unterstützungsbedarf und Erfahrungen ungewollt schwangerer Frauen mit psychischen Erkrankungen mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten

Datenbasis

Verwendet werden die Datensätze von 957 Teilnehmerinnen mit ungewollten Schwangerschaften. Darunter befinden sich 182 Frauen mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung. Zur Identifikation besonderer Erfahrungen und Bedarfe dieser Frauen wurde jeweils die Angaben von Frauen m.D. und Frauen o.D. verglichen.

Informationsbedarf nach dem Feststellen der Schwangerschaft

Rund 60 % der Frauen m.D. gaben an, nach Informationen zu einem Schwangerschaftsabbruch gesucht zu haben. Sie unterschieden sich in ihrem Informationsinteresse nicht von Frauen o.D.. Häufiger als Frauen o.D. suchten sie in diesem Kontext nach Anlaufstellen für die Pflichtberatung, Kliniken oder Praxen für die Durchführung sowie nach Informationen zu den Kosten des Abbruchs.

Rund 40 % der Frauen mit ungewollten Schwangerschaften mit oder ohne Diagnose suchen Informationen zu Schwangerschaft und Geburt, in der Regel zu Gesundheit und Ablauf der Schwangerschaft oder nach Erfahrungsberichten anderer Schwangerer. In diesem Kontext fällt das höhere Interesse der Frauen m.D. an Unterstützungsmöglichkeiten durch Schwangerschaftsberatungsstellen auf (Frauen m.D. 56 % vs. Frauen o.D. 35 %). Über die mögliche Abgabe eines Kindes wollten sich 7 % der Frauen m.D. informieren, im Vergleich zu 2 % der Frauen o.D. Der Unterschied ist signifikant ($p < 0,01$). Nur 8 % der Frauen m.D. suchten nicht nach Informationen zu mindestens einem der genannten Themen, verglichen mit 15 % der Frauen o.D. Dieser Unterschied ist signifikant ($p < 0,01$).

Quellen hilfreicher Information und Informationsbarrieren

Hilfreiche Informationen fanden alle Frauen unabhängig vom Thema in erster Linie im Internet bzw. bei Social Media, in Beratungsstellen und in Arztpraxen. Frauen m.D. nannten aber im Vergleich zu Frauen o.D. signifikant häufiger Beratungsstellen (62 % vs. 49 %) und Internet/Social Media (71 % vs. 56 %) als hilfreiche Quellen. ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$). Bei 40 % aller Frauen spielten die Familie oder Freunde eine förderliche Rolle.

In der Substichprobe aller Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen hatten ($n=548$), nannten rund 55 % spezielle Informationsbarrieren. Frauen m.D. ($n = 113$) und Frauen o.D. ($n = 435$) unterscheiden sich nicht. Die größten Informationsbarrieren in beiden Gruppen sind die Angst vor Stigmatisierung und der Wunsch nach Geheimhaltung. Frauen m.D. gaben allerdings häufiger an, nicht gewusst zu haben, wo sie suchen sollten, durch die Informationen verunsichert worden zu sein oder im Internet keine guten Informationen gefunden zu haben (je rund 19-26 % (Frauen m.D.) vs. 11-14 % (Frauen o.D.)).

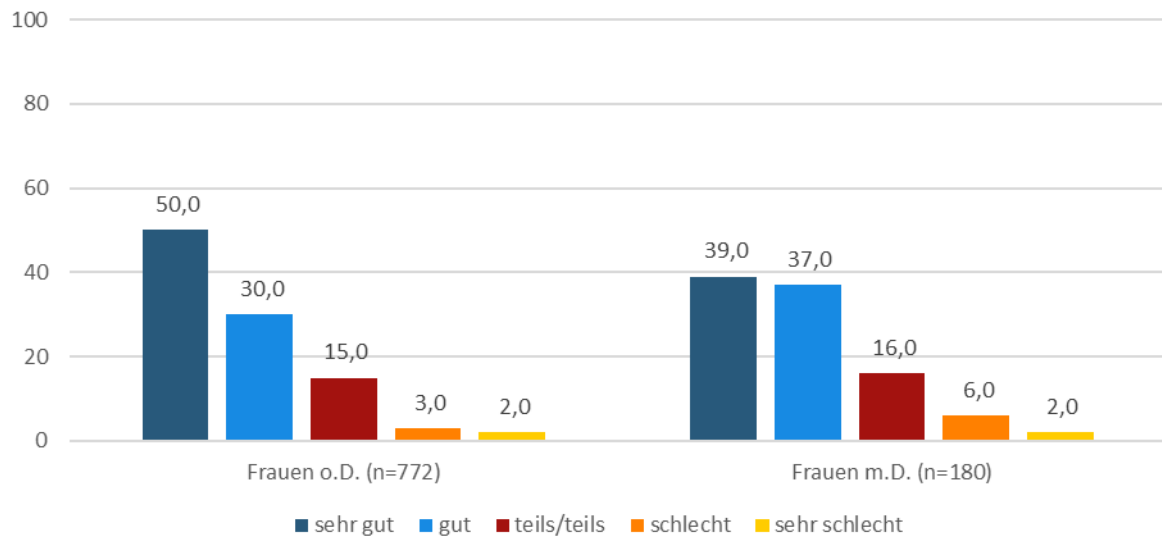
Anlaufstellen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft

Die am häufigsten genannte Anlaufstelle nach Bekanntwerden der Schwangerschaft ist für fast alle Frauen m.D. die Arztpraxis. Im Falle eines Abbruchs werden zusätzlich die Pflichtberatungsstellen sowie die Praxen angegeben, in denen der Abbruch durchgeführt werden sollte. Ein kleiner Teil der Frauen gab unabhängig vom Ausgang der Schwangerschaft außerdem Schwangerschaftsberatungsstellen als Anlaufstelle an. Frauen m.D. und Frauen o.D. unterscheiden sich hinsichtlich der Häufigkeit der Nutzung dieser verschiedenen Stellen nicht signifikant, wenn getrennt nach Ausgang der Schwangerschaft (ausgetragen oder abgebrochen) ausgewertet wird.

Zur Frage, welche Einrichtung geholfen habe, die nächsten Anlaufstellen zu finden, wurden meist Arztpraxen und die Beratungsstellen oder Praxen für die Pflichtberatung genannt. Generell gaben 17 % der Frauen m.D. an, keine Hilfe bei der weiteren Suche benötigt zu haben, im Unterschied zu 25 % der Frauen o.D.. In der Substichprobe der Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, ist dieser Unterschied noch deutlicher: 42 % der Frauen o.D., aber nur 28 % der Frauen m.D. gaben an, keine Unterstützung benötigt zu haben.

Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Bewertung, wie gut sich die Frauen im Versorgungssystem zurechtfinden (vgl. Abb. 7.162). Die Verteilungen deuten darauf hin, dass es für Frauen m.D. etwas schwieriger war als für Frauen o.D. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind signifikant (MWU-Test: $p < 0,05$).

Abb. 7.162: Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose hinsichtlich der Frage, wie gut sie sich im Versorgungssystem zurechtfinden (in Prozent)



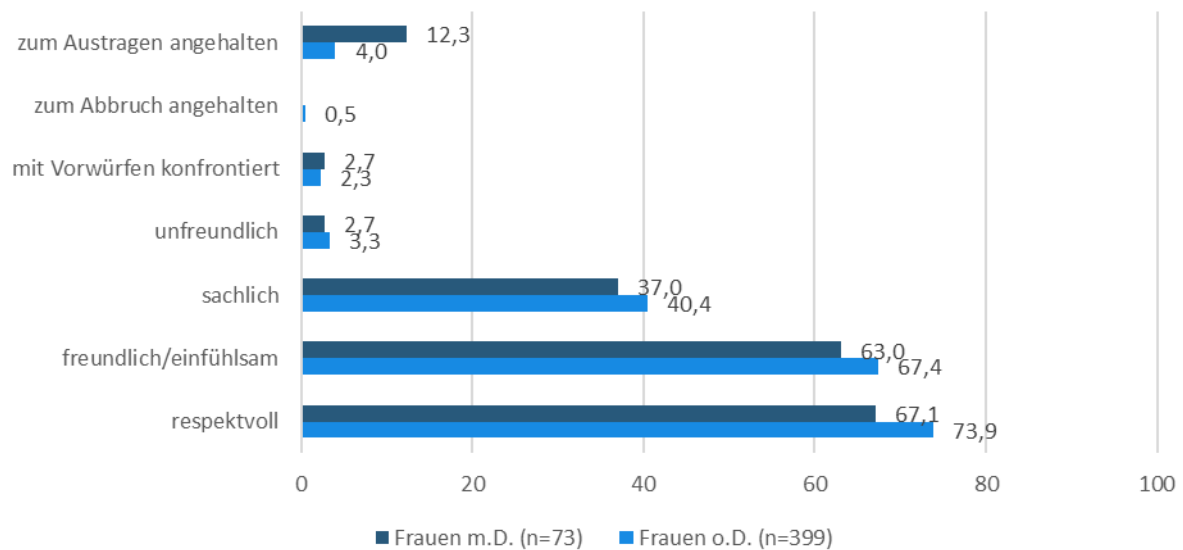
Erfahrungen in der Arztpraxis

Der erste Termin in der Arztpraxis, bei dem die Feststellung der Schwangerschaft erfolgte, wird von der überwiegenden Mehrheit positiv bewertet: Jeweils 80 bis 90 % der Frauen m.D. und Frauen o.D. gaben gleichermaßen an, dass ihre Privatsphäre und ihre Meinung respektiert wurden, dass sie Vertrauen in die Ärztin bzw. den Arzt hatten und dass sich diese ausreichend Zeit genommen hatten. Von den Frauen mit ambivalenter Schwangerschaftsintention oder bereits bestehendem Wunsch nach einem Abbruch fühlten sich 80 % durch dieses erste Gespräch ausreichend informiert, rund 60 % gaben an, über verschiedene Methoden des Abbruchs informiert worden zu sein, und knapp 20 %, dass sie dabei ungebetene Informationen erhalten haben. Gut ein Drittel der Frauen mit oder ohne Diagnose empfand das Gespräch belastend. Es gibt hier keine Unterschiede zwischen Frauen m.D. und Frauen o.D.

Zu den Erfahrungen mit dem Arzt bzw. der Ärztin und dem Personal bei weiteren Terminen in der Praxis befragt, machen Frauen mit und ohne Diagnose partiell unterschiedliche Erfahrungen, je nachdem, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wurde (vgl. Abb. 7.163).

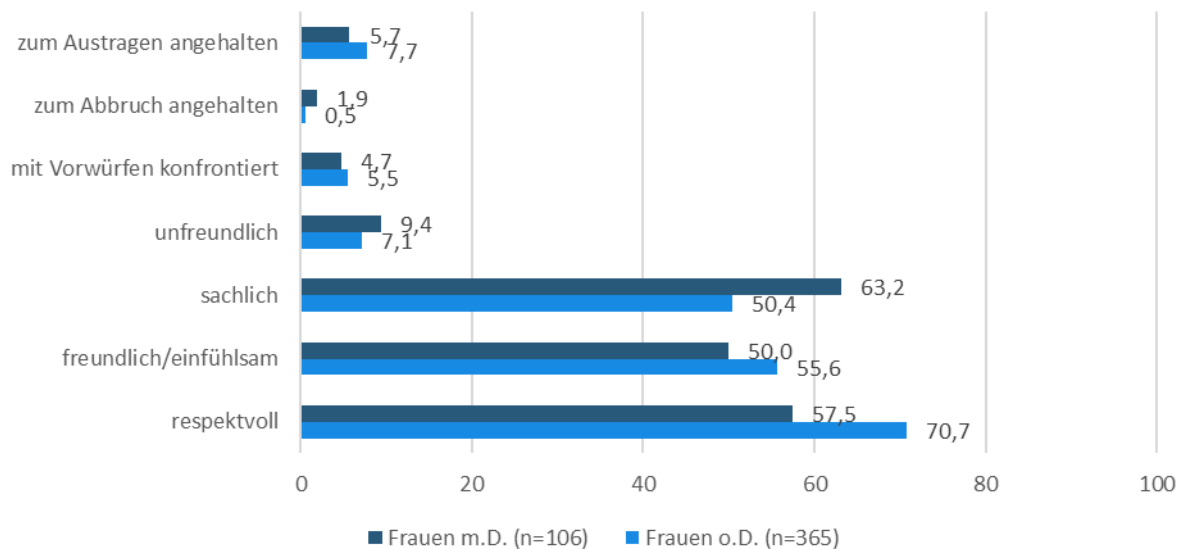
Von den Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen hatten, gaben Frauen m.D. seltener an, respektvoll behandelt worden zu sein als Frauen o.D. Frauen m.D. gaben häufiger an, dass der Umgang sachlich bzw. neutral war. Von den Frauen, die die Schwangerschaft ausgetragen hatten, fühlten sich Frauen m.D. etwas häufiger zum Austragen angehalten als Frauen o.D. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind unabhängig vom Ausgang insgesamt gering.

Abb. 7.163: Erfahrungen der Frauen in der Arztpraxis in Abhängigkeit vom Schwangerschaftsausgang und Diagnose (mit/ohne; in Prozent)



Häufigkeitsunterschiede zwischen Frauen mit Diagnose (m.D.) und ohne Diagnose (o.D.) wurden jeweils nach Schwangerschaftsausgang berechnet. * = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant; ** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant; *** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von < .001 (zweiseitig) signifikant.

Abb. 7.164: Erfahrungen der Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, in der Arztpraxis in Abhängigkeit der Diagnose (mit/ohne; in Prozent)



Häufigkeitsunterschiede zwischen Frauen mit Diagnose (m.D.) und ohne Diagnose (o.D.) wurden jeweils nach Schwangerschaftsausgang berechnet. * = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .05 (zweiseitig) signifikant; ** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .01 (zweiseitig) signifikant; *** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von < .001 (zweiseitig) signifikant.

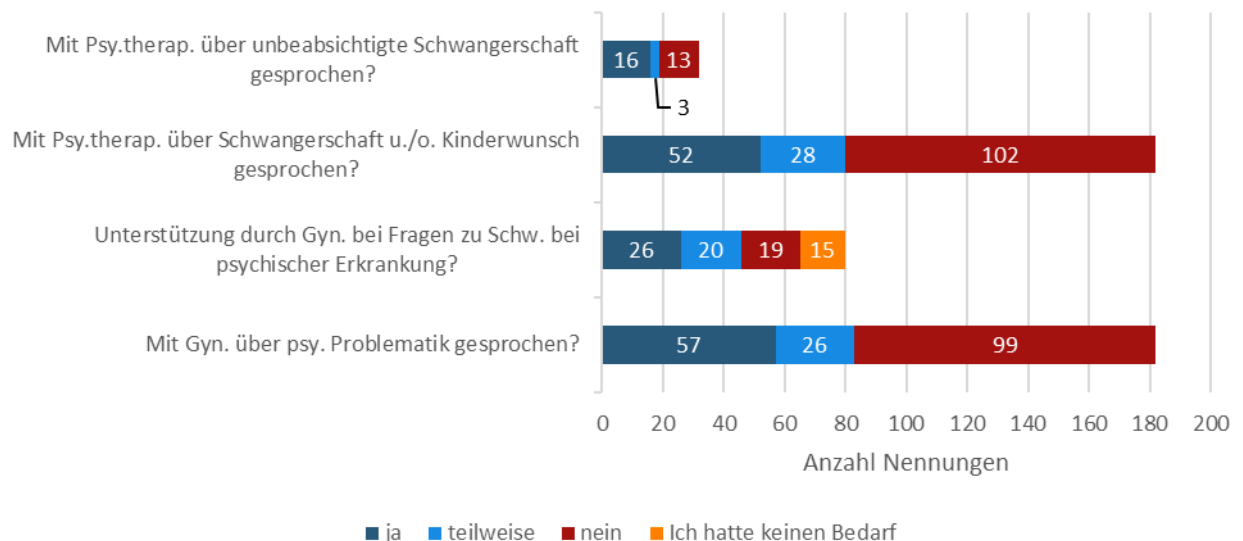
Frauen m.D., die ihre ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, nennen spezifische Defizite in der ärztlichen Beratung. Auf die Frage, was sie sich gewünscht hätten, gab nur ein Drittel der Frauen m.D. an, dass keine Fragen offen geblieben seien, im Vergleich zur Hälfte der Frauen o.D.. Frauen m.D. hätten sich insbesondere bei den folgenden Themen mehr Unterstützung gewünscht (Frauen m.D. vs. Frauen o.D.): Emotion und Psyche (47 % vs. 23 %), Stillen nach der

Schwangerschaft (24 % vs. 12 %), Medikamente während der Schwangerschaft (15 % vs. 8 %) sowie Substanzkonsum (Rauchen, Alkohol, Drogen)(7 % vs. 2 %).

Exkurs: Spezifische Erfahrungen von Frauen mit psychischer Erkrankung an der Schnittstelle von Gynäkologie und Psychiatrie

Die spezifischen Erfahrungen von Frauen m.D., die eine ungewollte Schwangerschaft erlebten, an der Schnittstelle zwischen Gynäkologie und Psychiatrie/Psychotherapie zeigt Abb. 7.165.

Abb. 7.165: Häufigkeit der Thematisierung reproduktiver Aspekte und psychischer Erkrankung in der Gynäkologie und Psychiatrie/Psychotherapie



Anmerkung: Bei der Frage nach Thematisierung der Schwangerschaft in der Psychotherapie wurde nach „unbeabsichtigter“ Schwangerschaft gefragt. Bei der Online-Befragung wurde diese Frage aber faktisch nur denjenigen Frauen gestellt, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben.

Weniger als die Hälfte der Frauen m.D. thematisierte ihre psychische Problematik bei der Frauenärztin bzw. beim Frauenarzt. Nur ein Teil der Frauen m.D. fühlte sich bei Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und ihrer psychischen Erkrankung ausreichend unterstützt. Nur etwa die Hälfte der Frauen m.D. hat bei der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung über Schwangerschaft und Kinderwunsch bzw. über die ungewollte Schwangerschaft gesprochen.

Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch

Frauen m.D. und Frauen o.D. berichteten größtenteils vergleichbare Erfahrungen im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs. Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die Unterschiede zwischen Frauen m.D. und Frauen o.D., um die spezifischen Erfahrungen von Frauen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen.

Die Adresse für die Pflichtberatung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden, fiel so gut wie allen Befragten gleichermaßen leicht (93 %). 113 Frauen m.D. nahmen diese in Anspruch. Ihre Erwartungen und Erfahrungen dort unterscheiden sich kaum von denen der 390 Frauen o.D. Die Pflichtberatung in beiden Gruppen hatte in der Regel keinen Einfluss auf die Entscheidung der Frau und führte nur in Einzelfällen zu einer Umentscheidung. Auch die gesetzliche Bedenkzeit von drei Tagen hatte keinen Einfluss auf die Entscheidung. Sie wurde allerdings von 54 % der Frauen m.D. als belastend empfunden – im Vergleich zu 38 % der Frauen o.D.

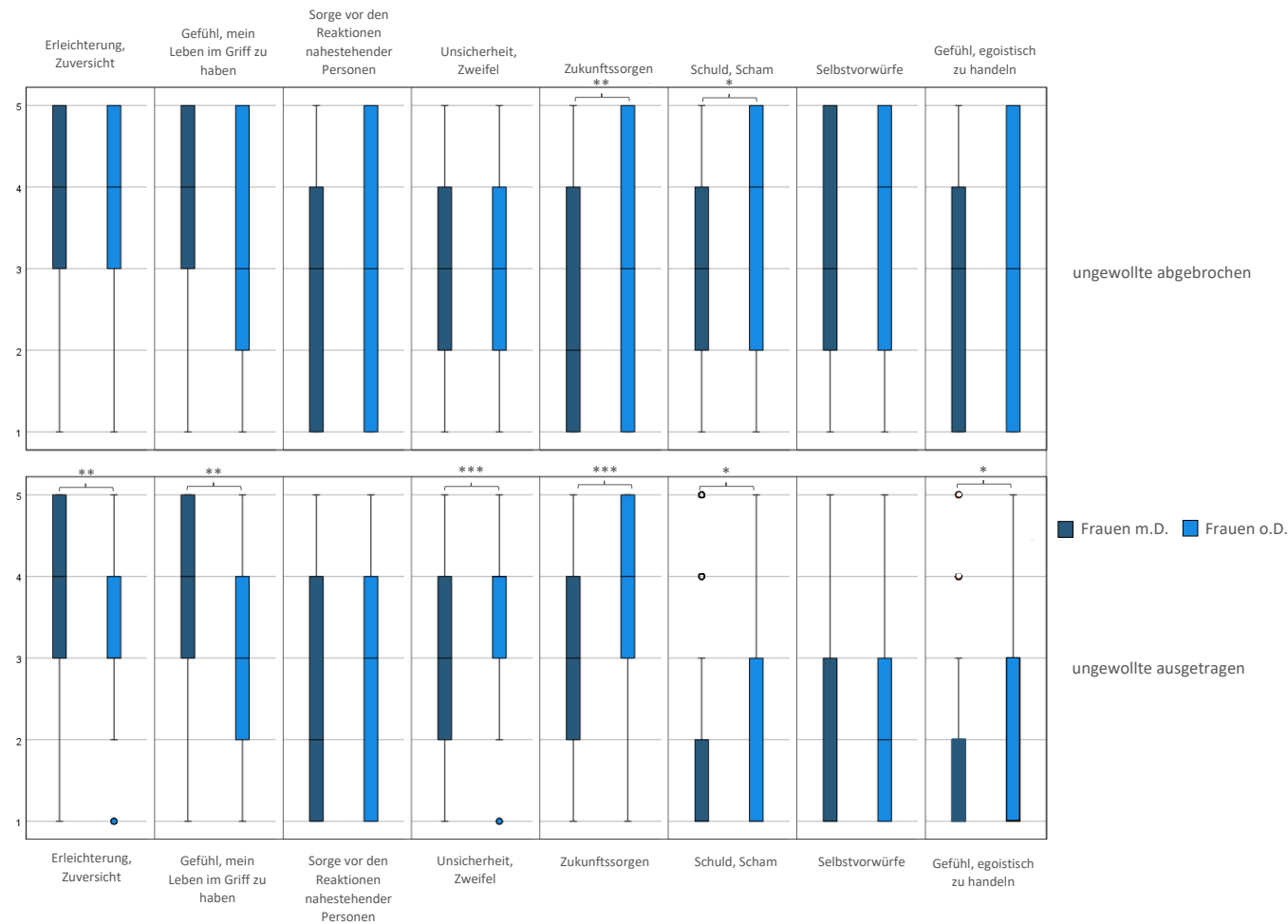
Hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch - vom Finden einer entsprechenden Einrichtung bis hin zur Nachsorge - unterscheiden sich die Frauen mit Diagnose

($n = 108$) kaum von den Frauen ohne Diagnose ($n = 371$). Partielle Unterschiede, die beim Vergleich von Frauen m.D. und Frauen o.D. statistisch signifikant sind, zeigen sich nur in wenigen Bereichen.

Zum einen äußerten Frauen m.D. einen höheren Informationsbedarf zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Frauen m.D. fühlten sich über den Schwangerschaftsabbruch etwas schlechter informiert als Frauen o.D. (MWU-Test, $p < 0,05$). Ein Viertel der Frauen m.D. (vs. 17 % der Frauen o.D.) fühlte sich eher schlecht oder sehr schlecht informiert. Der Anteil der Frauen, die sich rückblickend gewünscht hätten, leichter an Informationen zu kommen, ist bei Frauen m.D. höher als bei den Frauen o.D. (27 % vs. 18 %, Chi-Quadrat-Test, $p < 0,05$). Weiterhin zeigt sich bei Frauen m.D. eine höhere Belastung durch entstehende Kosten. Frauen m.D. empfanden es etwas schwieriger, für die Kosten aufzukommen (MWU-Test, $p < 0,05$). Frauen m.D. gaben einen höheren organisatorischen Aufwand an. Sie nannten häufiger Schwierigkeiten bei der Organisation der An- und Abreise als Frauen o.D. (32 % vs. 21 %) (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,05$). Schließlich gaben Frauen m.D. häufiger das Problem der Organisation einer Begleitperson an im Vergleich zu Frauen o.D. (39 % vs. 21 %) (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$).

Befinden, Stigmatisierungserwartungen und -erfahrungen im Kontext ungewollter Schwangerschaft
Das Befinden der Frauen nach dem Treffen einer Entscheidung für oder gegen die Austragung der ungewollten Schwangerschaft ist in Abb. 7.166 dargestellt.

Abb. 7.166: Gefühle nach der Entscheidung für einen Abbruch oder für das Austragen der ungewollten Schwangerschaft bei Frauen mit und ohne Diagnose



Boxplot zur Stärke des Auftretens bestimmter Gefühle und Gedanken: 1=überhaupt nicht, 5= sehr. MWU-Test auf Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung. * = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .05 signifikant; ** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von .01 signifikant; *** = Häufigkeitsunterschied auf dem Niveau von < .001 signifikant.

In der Tendenz gaben Frauen m.D. an, nach der Entscheidung über den Ausgang der ungewollten Schwangerschaft stärker belastet gewesen zu sein, unabhängig davon, wie diese Entscheidung ausfiel. Unabhängig von einer psychischen Erkrankung gaben Frauen, deren ungewollte Schwangerschaft mit einem Abbruch endete, generell häufiger Schuldgefühle und Selbstvorwürfe an, und die Entscheidung für das Austragen war für sie eher mit Sorgen um die Zukunft verknüpft. Dabei gaben Frauen m.D. bei der Entscheidung für einen Abbruch signifikant häufiger als Frauen o.D. Zukunftsorgen und Schuld oder Scham an. Hinsichtlich weiterer möglicher Gefühle und Gedanken unterscheiden sich Frauen m.D. nicht signifikant von Frauen o.D. Frauen m.D., deren ungewollte Schwangerschaft mit einem Austragen endete, gaben weniger Erleichterung und Zuversicht als Frauen o.D. Sie empfanden weniger Kontrolle über das eigene Leben. Frauen m.D. gaben häufiger Unsicherheit und Zweifel, Sorgen um die Zukunft sowie in geringem Ausmaß auch Schuld oder Scham sowie das Gefühl an, egoistisch gehandelt zu haben.

Frauen m.D. äußerten im Vergleich zu Frauen o.D. deutlich häufiger die Befürchtung, aufgrund ihrer Entscheidung stigmatisiert zu werden, unabhängig vom Ausgang der ungewollten Schwangerschaft. Besonders ausgeprägt sind dabei Sorgen, dass andere Personen enttäuscht von ihnen sein könnten (42 % der Frauen m.D. gegenüber 32 % der Frauen o.D., $p < 0,05$). Ebenso befürchteten 56 % der Frauen m.D., dass schlecht über sie gedacht oder gesprochen wird, im Vergleich zu 42 % der Frauen o.D. ($p < 0,001$). Darüber hinaus berichteten 21 % der Frauen m.D. die Sorge, schlecht behandelt zu werden, während dies nur bei 12 % der Frauen o.D. der Fall ist ($p < 0,001$).

Darüber hinaus berichten Frauen m.D. unabhängig vom Ausgang ihrer ungewollten Schwangerschaft häufiger von negativen Erfahrungen als Frauen o.D. So erlebten 20 % der Frauen m.D. Vorwürfe, während dies bei 12 % der Frauen o.D. der Fall ist ($p < 0,01$). Ebenso berichteten 14 % der Frauen m.D., dass schlecht über sie gesprochen wird, im Vergleich zu 7 % der Frauen o.D. ($p < 0,01$). Über alle Frauen mit ungewollten Schwangerschaften hinweg zeigt sich, dass die Befürchtungen, stigmatisiert zu werden, größer sind als die tatsächlichen Erfahrungen von Stigmatisierung. Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen gab an, eine Person gehabt zu haben, die sie zu Terminen begleitete, und lediglich zwei Drittel berichteten, eine Person gehabt zu haben, mit der sie offen über ihre Gefühle sprechen konnten.

7.1.1.6.4 Traumatisierung (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

Achthundertzweiundzwanzig Frauen erfüllten alle Kriterien, um in die Analysen zum Vulnerabilitätsfaktor Kindheitstraumata eingeschlossen zu werden. Hinsichtlich demografischer Aspekte zeigte sich, dass Frauen mit Kindheitstraumata zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft jünger waren als Frauen ohne Kindheitstraumata, und über einen geringeren Schul- bzw. Berufsabschluss verfügten. Weiterhin war die durchschnittliche Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit Kindheitstraumata etwas höher als bei Frauen ohne Kindheitstraumata. Keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Anzahl der Schwangerschaften sowie der Geburten. Weiterhin unterschieden sich die Gruppen mit und ohne Kindheitstraumata nicht hinsichtlich der Entscheidung für ein Austragen oder einen Abbruch der Fokusschwangerschaft. Detaillierte Informationen werden in Tab. 7.44 berichtet. Sensitivitätsanalysen mit exakten Fisher-Tests ergaben robuste Ergebnisse.

Mit Blick auf die psychische Belastung zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen mit Kindheitstraumata und Frauen ohne Kindheitstraumata (vgl. Abb. 7.167). Dabei wiesen Frauen mit Kindheitstraumata eine höhere psychische Belastung auf ($M = 4,91$, $SD = 3,90$) als Frauen ohne Kindheitstraumata ($M = 3,65$, $SD = 3,65$), $p < 0,001$). Dies entspricht einem kleinen bis mittleren Effekt (Cohen's $d = 0,336$).

Weiterhin lagen insgesamt 55,35 % der Teilnehmerinnen über dem Schwellenwert für eine bedeutsame psychische Belastung (d.h. sie hatten einen GHQ-Summenwert von 3 oder mehr). Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass 62,99 % der Frauen mit Kindheitstraumata und 50,78 % der Frauen ohne Kindheitstraumata über dem Schwellenwert für eine bedeutsame psychische Belastung lagen. Die relative Chance (Odds Ratio, OR) eine bedeutsame psychische Belastung zu erleben, war für Frauen mit Kindheitstraumata somit etwa 1,65-mal so hoch wie für Frauen ohne Kindheitstraumata ($OR = 1,65$; 95 % KI : 1,24 - 2,20, $p < 0,001$).

Tab. 7.44: Demografische Charakteristika der Teilnehmerinnen mit und ohne Kindheitstraumata

	mit Kindheitstraumata (n=308)	ohne Kindheitstraumata (n=514)	p-Wert
Alter			
Mittelwert (SD)	31,78 (6,94)	33,46 (6,14)	<0,001***
Alter bei Fokusschwangerschaft			
Mittelwert (SD)	29,39 (6,52)	31,09 (5,77)	<0,001***
Höchster Schulabschluss			
Ich hatte (noch) keinen Schulabschluss,	9 (2,9 %)	7 (1,4 %)	0,001**
Sonder- oder Förderschulabschluss	1 (0,3 %)	2 (0,4 %)	
Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse	30 (9,7 %)	22 (4,3 %)	
Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	87 (28,2 %)	117 (22,8 %)	
Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule	52 (16,9 %)	90 (17,5 %)	
Abitur bzw. erweiterte Oberschule	117 (38,0 %)	266 (51,8 %)	
Anderer Schulabschluss, keine Zuordnung möglich	8 (2,6 %)	9 (1,8 %)	
Höchster Berufsabschluss			
(Noch) kein beruflicher Ausbildungsabschluss	76 (24,7 %)	75 (14,6 %)	<0,001***
Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre	3 (1,0 %)	2 (0,4 %)	
Lehre oder schulische Berufsausbildung (z.B. Berufsfachschulabschluss)	110 (35,7 %)	179 (34,8 %)	
Meisterin-/Technikerin- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	10 (3,2 %)	20 (3,9 %)	
Universitäts- oder (Fach-)Hochschulabschluss, Berufsakademie	89 (28,9 %)	214 (41,6 %)	
Anderer beruflicher Abschluss	13 (4,2 %)	16 (3,1 %)	

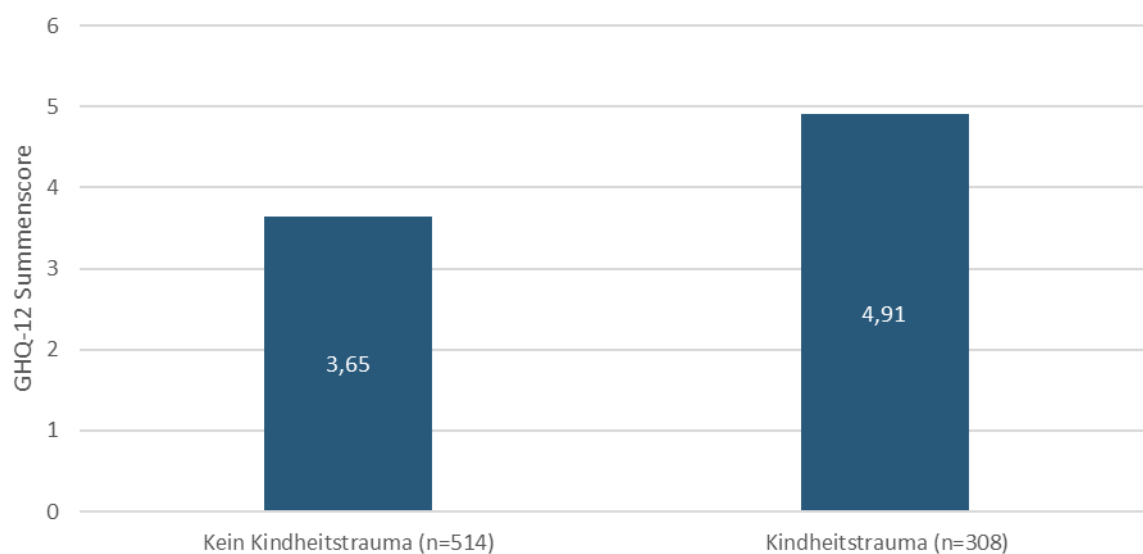
(Fortsetzung Tabelle 7.44)

	mit Kindheitstraumata (n=308)	ohne Kindheitstraumata (n=514)	p-Wert
Aktueller Berufsstand			
Angestellte, Arbeiterin, Beamtin (auch wenn in Elternzeit oder vorübergehend freigestellt)	161 (52,3 %)	313 (60,9 %)	<0,001***
Jobs ohne Arbeitsvertrag	3 (1,0 %)	5 (1,0 %)	
Selbständige, Freiberuflerin, Unternehmerin, mithelfende Familienangehörige	10 (3,2 %)	27 (5,3 %)	
Auszubildende	30 (9,7 %)	29 (5,6 %)	
Studentin	28 (9,1 %)	57 (11,1 %)	
Schülerin	15 (4,9 %)	5 (1,0 %)	
Arbeitslos	24 (7,8 %)	16 (3,1 %)	
Hausfrau	31 (10,1 %)	51 (9,9 %)	
Sonstiges	5 (1,6 %)	11 (2,1 %)	
Gruppe			
Ungewollte ausgetragene Fokusschwangerschaft	154 (50,0 %)	270 (52,5 %)	0,529
Abgebrochene Fokusschwangerschaft	154 (50,0 %)	244 (47,5 %)	
Anzahl Schwangerschaften			
Mittelwert (SD)	2,64 (1,72)	2,53 (1,51)	0,357
Anzahl Geburten			
Mittelwert (SD)	1,54 (1,25)	1,63 (1,28)	0,344
Anzahl Schwangerschaftsabbrüche			
Mittelwert (SD)	0,78 (0,84)	0,63 (0,67)	0,0109
Anzahl Fehlgeburten			
Mittelwert (SD)	0,32 (0,76)	0,27 (0,70)	0,334

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften 2022

Abb. 7.167: Psychische Belastung von Befragten mit und ohne Kindheitstraumata



1) Psychische Belastung gemessen mit dem General Health Questionnaire, Kindheitstrauma gemessen mit Childhood Trauma Questionnaire

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften 2022

7.1.1.7 Literaturverzeichnis

- Aiken, A.R.A., Westhoff, C.L., Trussell, J. & Castaño, P.M. (2016). Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48 (3), 139-146. <https://doi.org/10.1363/48e11316>
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt.
- Cockrill, Kate; Nack, Adina (2013): "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. In: *Deviant Behavior* 34 (12), S. 973–990. DOI: 10.1080/01639625.2013.800423.
- Coglianese, F., Beltrame Vriz, G., Soriani, N., Piras, G. N., Comoretto, R. I., Clemen-te, L., . . . Gregori, D. (2020). Effect of Online Health Information Seeking on Anxiety in Hospitalized Pregnant Women: Cohort Study. *JMIR Medical Informatics*, 8(5), e16793.
- Helfferrich, C. (2017): Familie und Geschlecht. Verlag Barbara Budrich / utb
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BzGA.
- Helfferrich, Cornelia; Klindworth, Heike; Heine, Yvonne; Wlosnewski, Ines (Hg.) (2016): frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften ; eine Studien im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferrich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski. BZgA; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (frauen leben, 3), zuletzt geprüft am 22.12.2020.
- Knittel, T., Olejniczak, L. (2023). Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«, FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 1, 21–27.
- Major, Brenda; Gramzow, Richard H. (1999): Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (4), S. 735–745. DOI: 10.1037//0022-3514.77.4.735.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). Induced abortion and mental health: a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London.
- Penchansky, R.; Thomas, J. W. (1981): The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: *Medical care* 19 (2), S. 127–140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.
- Shieh, C., Broome, M. E., & Stump, T. E. (2010). Factors associated with health information-seeking in low-income pregnant women. *Women & Health*, 50(5), 426–442.
- Song, H., Cramer, E. M., McRoy, S., & May, A. (2013). Information needs, seeking behaviors, and support among low-income expectant women. *Women & Health*, 53(8), 824–842.
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022. Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12 Reihe 3.
- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024: Statistischer Bericht Schwangerschaftsabbrüche 2023 EVAS-Nummer 23311.
- Vignetta E. Charles, Chelsea B. Polis, Srinivas K. Sridhara, Robert W. Blum. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence, *Contraception*, Volume 78, Issue 6, 2008, Pages 436-450, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.005>.

7.1.2 Die Vertiefungsstudien (AP 1-2)

Um die Versorgung von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften weiterzuentwickeln und ihren Unterstützungsbedarf angemessen zu erfassen, können vertiefende Interviews für bestimmte Personengruppen von großem Wert sein. Sie ermöglichen ein dezidierteres Verständnis des individuellen Belastungserlebens und möglicher psychosozialer und gesundheitlicher Folgen bei ungewollten Schwangerschaften. Darüber hinaus bieten sie die Möglichkeit, Einblicke in die Ausgestaltung und Wirksamkeit des Versorgungs- und Beratungssystems zu gewinnen.

Ein zentraler Aspekt ist die Erfassung der subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen der betroffenen Frauen, die durch quantitative Studien teilweise nur unzureichend beschrieben werden können. Vertiefende Interviews bergen das Potenzial, komplexe und persönliche Biografien nachzuvollziehen, die für das Verständnis von Belastungen, Bewältigungsstrategien aber auch ergebender Ressourcen, entscheidend sein können.

Darüber hinaus können durch Interviews Missverhältnisse aufgedeckt werden, wie zum Beispiel ein Spannungsverhältnis zwischen dem tatsächlichen Bedarf und den vorhandenen Unterstützungsangeboten. Insbesondere bei vulnerablen Gruppen, wie traumatisierten, psychisch erkrankten Frauen, Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus, oder Frauen mit Partnergewalt zeigt sich häufig eine Diskrepanz zwischen den vorhandenen Ressourcen und den spezifischen Bedarfen.

Berlin vertieft seine Fragestellung dahingehend, inwieweit Traumatisierungen als biografische Erfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft, die ausgetragen oder abgebrochen wurde, darstellt.

Nordhausen beschreibt das Erleben von Frauen die sowohl ungewollte Schwangerschaften ausgetragen als auch abgebrochen haben und dabei entweder Partnergewalt erfahren haben oder migriert waren.

Ulm untersucht, welche Erfahrungen Frauen mit psychischen Erkrankungen im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft in Bezug auf Beratungs- und Unterstützungsangebote machen. Auch hier wurden Frauen befragt, die sowohl eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen als auch abgebrochen hatten.

In der Ergebnisdarstellung des Standortes Freiburg bekommt die Partnerschaftssituation und Akzeptanzentwicklung im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft, die ausgetragen wurde, eine besondere Bedeutung.

Fulda widmet sich dem Aspekt einer Ressourcenorientierung, die sich dadurch ergibt, dass erwartete Belastungen durch einen Abbruch verhindert werden konnten. Im Zusammenhang mit Abbrüchen bekommt die Stigmatisierung einen Raum als eine besondere Belastungserfahrung.

Sowohl Freiburg als auch Fulda haben jeweils Interviews mit Männern geführt, um die partnerschaftliche, bzw. männliche Perspektive auf ungewollte Schwangerschaften die ausgetragen, als auch abgebrochen wurden, zu erfassen.

7.1.2.1 Ergebnisse der qualitativen Analyse zu ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften (SoFFI Freiburg) (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

7.1.2.1.1 Exkurs: Akzeptanzentwicklung ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaften

Helfferrich unterscheidet bei einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft zwischen Schwangerschaftsabbruch und Akzeptanz, tritt letztere nicht ein, so wird sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Wird eine Schwangerschaft jedoch *akzeptiert*, wird sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden (Helfferrich et al., 2016). Doch unklar bleibt, wann genau bzw. in welcher Phase der Schwangerschaft eine Person die ungewollt eingetretene Schwangerschaft akzeptiert hat. Durch eine qualitative Analyse mittels der Daten der ELSA-Studie, wurden die Akzeptanz und ihre Entwicklung untersucht. Hierbei konnte festgestellt werden, dass die Akzeptanz nicht gleichzusetzen ist mit der Entscheidung. Es kann gezeigt werden, dass trotz der Entscheidung die Schwangerschaft auszutragen, ein emotionales Einlassen auf die Situation und auf eine Zukunft mit einem (weiteren) Kind erst im weiteren Verlauf der Schwangerschaft oder gar nach der Geburt eintritt. Dies bedeutet, dass das Akzeptieren einer Schwangerschaft, nicht gleichzusetzen ist mit der Entscheidung für das Austragen einer Schwangerschaft. Daher schlagen wir vor im Folgenden von einer Akzeptanzentwicklung zu sprechen, um die Prozesshaftigkeit dieser zu betonen. Zudem wird das Zusammenspiel zwischen Entscheidungsfindung und Realwerdung der Schwangerschaft dargestellt. Darüber hinaus soll der Begriff der Akzeptanz als *Akzeptanz der (weiteren) Elternwerdung* erweitert werden. Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von 25 Interviews mit Frauen, welche den Eintritt ihrer Schwangerschaft als ungewollt erfahren haben, werden vier Arten der Akzeptanzentwicklung herausgearbeitet. Diese sind im Folgenden dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass bei allen ausgewerteten Interviews von ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften früher oder später eine Akzeptanz eintrat.

Unmittelbare Akzeptanz der Schwangerschaft

Die erste Form der Akzeptanzentwicklung, auf welche hier eingegangen wird, ist als eine *Unmittelbare Akzeptanz der Schwangerschaft* beschrieben. Die Schwangerschaft wird in diesen Fällen gleich nach Feststellung akzeptiert, indem die Entscheidung unhinterfragt getroffen und ein Austragen der Schwangerschaft als selbstverständlich empfunden wird. Auch die Realwerdung, die Entwicklung eines Bewusstseins schwanger zu sein, tritt im Zuge der schnellen Entscheidungsfindung ein. Diese Entscheidung wird durch den Ausschluss von moralischen oder religiösen Begründungen getroffen. Dabei wird in einigen Fällen eine Angst vor einem möglichen Schwangerschaftsabbruch und seinen Folgen artikuliert. Die Frauen konstatieren dabei häufig, dass sie generell nicht gegen einen Schwangerschaftsabbruch per se sind, jedoch dies für sie selbst keine Option darstellt. In Bezug auf die Realwerdung, werden Unterschiede in der Art und Weise der Erfahrung dieser erkannt. Bei einem Teil der Teilnehmerinnen wurde die Schwangerschaft durch die Anwendung eines Schwangerschaftstests und dem positiven Ergebnis real. Für andere wiederum wurde die Schwangerschaft erst durch die Bestätigung der Gynäkologin oder des Gynäkologen real. In diesem Zuge wird ein Misstrauen gegenüber der Verlässlichkeit eines Schwangerschaftsschnelltestes erkannt, zudem bestärkt das Einholen einer professionellen Expertise die Realwerdung der Schwangerschaft. Für die Veranschaulichung sollen im folgenden Aussagen der Teilnehmerinnen exemplarisch aufgeführt werden. Karin Meinert beschreibt ihren Prozess der Akzeptanzentwicklung wie folgt:

„A: *ALSOO für mich stand das niee zur Diskussion (1) (okay mhm) also ich wu- wu- also als ich den sch- positiven Test gesehen hab (1) ähm WUSSTE ich, ich werde mich damit arrangieren, (1)“ (Karin Meinert, Z. 148f.). ^[06]*

Auch bei Susanne Mohn wird eine unabdingbare Akzeptanz und Realwerdung der Schwangerschaft erkannt, auch wenn sie im Zuge dessen mögliche Belastungen erwähnt:

„des stand für uns NIE ähm (1) im Raum, des Kind ähm abzutreibe oder (.) (ja) wegzugebe oder die Optione, die wir ham. also da wir schon zwei Töchter hatten war für uns klar wir werden des Kind behalten, auf jeden Fall und auch ähm (1) es wird auf jeden Fall bei uns lebe, (mhm) und es wird SCHWIERIG am Anfang, und des war=s auch“ (Susanne Mohn, Z. 125-128).

Bei Henja Insel wird ebenfalls eine unhinterfragte Akzeptanz erkannt, die Realwerdung fand durch die Feststellung der Schwangerschaft ihrer Frauenärztin statt:

„is man en bisschen geschockt gewesen, aber des waren dann auch nur (2) ((seufzt)) paar Tage oder vielleicht paar Stunden, also (1) ich weiß noch wo uns die Frauenärztin des gesagt hat wir waren nich die, die dann freudestrahlend im=im=im Zimmer saßen, sondern (mhm) wir waren wie eingefroren, (.) beide (mhm mhm) ((lacht)) (1) aabeer (1) ja, da war für uns dann schon klar, dass des - dass wir des machen“ (Henja Insel, Z. 248-252).

Zusammenfassend wird festgestellt, dass trotz des ungewollten Eintrittes der Schwangerschaft, eine unabdingbare Akzeptanz, welche mit einer schnellen und klaren Entscheidung einhergeht, zu erkennen ist. Auch die Realwerdung wird im Zuge dessen erkannt.

Akzeptanz der Schwangerschaft im Zuge einer abwägenden Entscheidung

Die Entwicklung der Akzeptanz entsteht während der abwägenden Entscheidung. Die Teilnehmerinnen beschrieben eine Unsicherheit in Bezug auf ihre Entscheidung die Schwangerschaft auszutragen oder abzuberechnen und loteten zunächst verschiedene Optionen aus. Somit wurde nicht, wie im zuvor beschriebenen Teil, die Entscheidung gleich im Zuge der Erkennung der Schwangerschaft getroffen, sondern die Entscheidung wurde innerhalb eines ausführlichen Entscheidungsprozesses sorgfältig abgewogen. Zudem hat ein Teil dieser Personengruppe professionelle Beratung in Form einer Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch genommen. Die Realwerdung der Schwangerschaft wird bei dieser Personengruppe im Zuge der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft erfahren. Bei einem Teil dieser Gruppe wird ein Einfluss der Realwerdung der Schwangerschaft auf die Entscheidung erkennbar. Dies wird im Folgenden exemplarisch dargestellt. Maria Hase beschreibt ihre Entscheidung als einen abwägenden Prozess, in welchen sie durch ihren Partner unterstützt wurde. Das Paar suchte sich Hilfe bei einer Beratungsstelle und nahm sich Zeit, in Ruhe die Entscheidung zu treffen. Anschließend, unter der Zustimmung ihres Partners, entschied sich Maria Hase für das Austragen der Schwangerschaft. Ihre Erfahrungen beschrieb sie wie folgt:

„erscht mal irgendwie der Schock auch ungewollt schwanger zu sein, das is soo ähm (2) JA ähh des war ähm (1) erscht mal ähm (.) erscht mal auch was, was wir verdauen mussten @fa-@ dass es UNS passiert is ((lacht)) (mhm) nicht nur irgendjemand, also ähm (2) unnd ähm (2) JA es war dann schon so ähm ja (.) es kamen auch dann Tränen und so, also es war schon ähm (3) aber (.) ja, wir ham dann gemeinsam beschlossen ja wir schaffen des? und ähm (1) des wird auch ähm gut werden und ähm genau (1)“ (Marie Hase, Z. 99-104).

Bei Marie Hase ist im Zuge der Entscheidung eine Akzeptanz über die Schwangerschaft erkennbar, was sie mit folgenden Worten bestärkt:

„wir ham uns einfach gemeinsam dafür entschieden? und dann is es auch gese- gee=gegessen, also es wird auch nie irgendwie (1) erWÄHNT mehr und so und (mhm) also (2) des=isch okay“ (Marie Hase, Z. 112-114).

Auch im Fall Rosi Amsel wird ein abwägender Entscheidungsprozess erkannt. Im Unterschied zu Marie Hase trifft sie diese allein und ohne Einbindung ihres Partners. Sie fürchtet, auf Unverständnis und Ablehnung bei ihrem Partner durch die mögliche Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs

zu stoßen. Die Einstellung ihres Partners beeinflusst schlussendlich auch ihre Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft. Rosi Amsel entscheidet sich nicht nur für das Austragen der Schwangerschaft und die Geburt des Kindes, sondern auch für ihre Partnerschaft und eine gemeinsame Zukunft mit ihrem Partner. Dies beschreibt sie mit folgenden Worten:

„also wie soll ich sagen? also ich hatte denn natürlich drüber nachgegrübelt, ob es nicht besser wäre, es nicht zu bekommen, (mhm) aber ich denke mal, dann wäre die Partnerschaft halt dann ähm (.) auseinandergegangen, (1) (mhm) so, (.) (mhm) also geh ich jetzt=e ma so von aus. (ja) weil ich denke mal mein Partner wäre davon jetzt nicht so - nein, also der hätte - der hätte das nicht für=für gut geheißen und demzufolge gab=s ja denn nur eine Richtung (ah okay, okay). so das zu bekommen, (1) (ja) also.“ (Rosi Amsel, Z. 11-16).

In weiteren Fällen wird die Entscheidung im Zuge einer Subjektivierung des Fötus und im Zuge der Realwerdung der Schwangerschaft gefällt. Die Entscheidung an sich wird jedoch durch eine Herstellung eines persönlichen Bezuges zu dem Fötus gefällt, wodurch dieser bereits im frühen Stadium als Kind bzw. ungeborenes Kind bezeichnet wird. Beispielsweise schreibt Katja Peters ihrem Fötus einen eigenen Willen zu:

„zu dem Zeitpunkt (mhm) (.) weil ich das Gefühl, (.) ja das Kind (.) wil @unbedingt@ auf diese Welt kommen (((lacht))) äh (2) war das - also ich hab mich dem relativ ausgesetzt gefühlt und hatte nicht das Gefühl, dass ich (2) ähm (1) ja also ich hatte (1) - also ich hatte das Gefühl, dass es wichtig is, dieses Kind zu bekommen“ (Katja Peters, Z. 85-87).

Juliane Buch stellt ihre Entscheidung in einen Zusammenhang mit einer spirituellen Verbindung zu ihrem Fötus:

„das hat sich für mich (1) beWAHRheitet, das kann ich aber dann wirklich nur für mich sagen, und ich kann mir auch vorstellen, dass es hätte anders sein können so, dieses Leben gibt auch KRAFT“ (Juliane Buch, Z. 309-311).

Eine besondere Form der Akzeptanzentwicklung im Zuge eines abwägenden Entscheidungsprozesses stellt der folgende Fall dar: Olivia Dorfhaus hatte sich zunächst nach einem langwierigen Entscheidungsprozess gemeinsam mit ihrem Partner für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden und bereits einen Termin für einen Abbruch vereinbart. Am Tag des Arzttermins, auf dem Weg zur Praxis, entscheidet sie sich jedoch um und beschließt die Schwangerschaft auszutragen.

„es war für mich immer nein, das Kind kommt weg, das Kind kommt weg (mhm) mhh wo dann ABER (1) der tatsächliche Termin war - mein Mann hat sich extra freigenommen und (mhm) äh wir ham die Kinder weggebracht und wollten dann los. und wir WAREN auch schon auf dem WEG (1) (mhm) und dann ähm (.) äh fiel ich auf einmal in=s Weinen und ich äh ich konnte mir das dann in dem Moment nicht vorstellen, (mhm) weil ähm die von der Beratungsstelle halt auch erzählt hat, wie - wie so eine Abtreibung abläuft und (mhm) j- da es ja auch noch relativ früh war - ich ha- lassen sie mich lügen, ich glaub es war die sechste Woche, (mhm) des war grade die sechste Woche (mhm) unnd da WUSST ich aber ja auch schon - da fängt ja das=das Herz an zu schlagen (mhm) und dann hab ich nur gesagt nee ich - ich kann jetzt kein - ich kann kein Leb (.) ewesen irgendwie in mir umbringen, (mhm) was schon en Herzschlag hat. (mhm) (1) und ähm (1) da sachte mein Mann dann auch (2) weißt du was (1) Baby, wir kriegen das hin (((lacht))) und ähm (1) ja (mhm) irgendwie WIRD das, wir schaffen das alles. und dann (mhm) dacht ich auch ja okay nee, dreh sofort um äh (mhm) ich kann nicht mehr ((schniefen)). (mhm) so und ähm das war für mich auch so der Moment, wo ich wusste, mein Mann steht da dann auch zu“ (Olivia Dorfhaus, Z. 55-69).

Angemerkt kann hierzu werden, dass die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch im gesellschaftlichen Diskurs als aktive Entscheidung und das Austragen der Schwangerschaft als

passives, Geschehen *lassen* angesehen wird. Durch die Betrachtung der oben dargestellten Fälle trifft dies jedoch nicht zu. Denn es zeigt sich eine aktive Auseinandersetzung mit den zwei Optionen – Schwangerschaftsabbruch oder Austragen der Schwangerschaft und ein Leben mit Kind. Das verdeutlicht die Bedeutung der Schwangerschafts(konflikt)beratung, die Frauen und ihre Partner aktiv bei einer ungewollten Schwangerschaft im Treffen der Entscheidung unterstützen.

Sukzessive Akzeptanzentwicklung

Wird die Entscheidung für das Austragen einer Schwangerschaft getroffen, bedeutet das nicht, dass zeitgleich die Akzeptanz als emotionales Einlassen auf das Leben mit einem (weiteren) Kind eintritt. Dieser Prozess ist von schwierigen Lebenslagen beeinflusst. Die Schwangerschaft wird zum Teil als ungewollt erfahren, weil die Situation es gerade nicht ermöglicht, ein Leben mit einem (weiteren) Kind zu realisieren. Die Gründe hierfür liegen in der fehlenden finanziellen Sicherheit, einem Mangel an ausreichendem Wohnraum, einer komplizierten Paarbeziehung, respektive Beziehung zum Kindesvater, der fehlenden Konsolidierung der Partnerschaft sowie in einer Unvereinbarkeit der beruflichen Pläne. Findet ein Arrangement mit diesen genannten Aspekten statt, stellt sich die Akzeptanz der Schwangerschaft ein. Es lässt sich zusammenfassen, dass die Schwangerschaft geprägt ist von Hürden, die ein ‚drauf Einlassen‘ oder gar Freuen herauszögert. Daher wird von einer sukzessiven Entwicklung der Akzeptanz gesprochen. So nutzten einige der Frauen eine Schwangerschaftskonfliktberatung, um sich ausgiebig über ihre Optionen bei einer ungewollten Schwangerschaft zu informieren. Nach der Beratung entschieden sie sich dann dafür, die Schwangerschaft auszutragen und das Kind zu bekommen. Dadurch entstand die Akzeptanz allmählich und setzte erst nach der Entscheidung ein.

In einem weiteren Fall verzögerte sich die Akzeptanz der Schwangerschaft dadurch, dass eine interviewte Frau der festen Überzeugung war, nicht schwanger werden zu können und die Verknennung der Schwangerschaft wie folgend beschreibt:

„NA erstmal war so (1) okay, des kann einfach nich sein, (mhm) weil - also ich hab dann auch gleich gegoogelt und dann stand dann auch so naja und wenn die und die Hormone erhöht sind, dann kann es sich auch mal auf - auf dieses el ha irgendwie auswirken und dann (mhm) kann auch ma=n Schwangerschaftstest positiv sein. (ja) also ich hab mir des eher einfach SO erklärt, dass einfach meine Hormone so durcheinander sind, dass jetzt auf einmal en positiver Schwangerschaftstest da rauskommt (okay mhm). ähm so hab ich mir des so=n bisschen erklärt, weil ich ja auch wusste, okay, wir ham EINE Woche aufgepasst, (mhm) wo irgendwie Eisprung sein sollte ((lacht)) (mhm) und ähm, also es konnte einfach nich sein, weil ich wusste es is eh schwierig bei mir. (.) (mhm) zweitens dacht ich mir wir ham eine Woche aufgepasst (mhm) und drittens dacht ich mir ich will=s halt auch einfach gar nich, ne (mhm ja) so und des waren halt so diese drei Punkte irgendwie und deswegen hab ich des erst mal so komplett (.) NUR rein sachlich abgeschmettert und (mhm) gesagt okay des muss en falsch Positivet test sein“ (Ida Grün, Z.81-92).

Erst im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, bei dem absehbar wurde, dass sich hieraus zwei gesunde Kinder entwickeln werden, stellt sich die Akzeptanz ein: Die Schwangerschaft wird Wirklichkeit für Ida Grün.

Postnatale Akzeptanz

Das Leben mit einem weiteren Kind und damit die Akzeptanz der Elternwerdung eines (weiteren) Kindes ist während der Schwangerschaft von Herausforderungen und Ambivalenzen geprägt. So umfasst dieses Muster eine Akzeptanz, die erst nach der Geburt eintritt. Die Frauen befinden sich in einem Spannungsverhältnis zwischen dem bisher geplanten und gewünschten Lebensentwurf und den Anforderungen der Mutterschaft eines Säuglings. Der Akzeptanzprozess ist von starken Ambivalenzen geprägt. Diese zeigen sich durch einen längeren Entscheidungsprozess, der von Hürden geprägt ist. So trifft es im Falle von Anne Schnabel, die zwei Kinder nach zwei Kinderwunschbehandlungen gebar, zu, dass der Eintritt der Schwangerschaft auf natürlichem Wege

als schicksalhaft angesehen wird und eine Akzeptanz mit dem Einlassen auf das Leben mit einem weiteren Kind später eintritt. So sagt sie:

„deswegen f=f also ich wollte die Schwangerschaft trotzdem nich, auch wenn die natürlich da war und ich mich dann bewusst dafür entschieden hab, wollt ich des eigentlich nich. (1) was es auch sch-m- es ha- es war nich so schön wie bei der ersten und bei der zweiten Schwangerschaft, wo ich das wollte, (mhm) ne. also - das Kind das is halt jetzt in der Schwangerschaft auch einfach nur mitgelaufen, es musste halt jetzt alles mitmachen“ (Anne Schnabel, Z. 92-96).

In diesem Fall wird das Spannungsverhältnis zur Mutterschaft und Zeit mit einem Kleinkind sichtbar, wodurch der Bezug zur Schwangerschaft und dem werdenden Kind geprägt ist. Erst mit der Geburt des Kindes gelingt es Anne Schnabel die Situation mit dem weiteren Kind zu akzeptieren.

Im Falle Kim Kowalskis wird die Schwangerschaft nach Ablauf der zwölf Wochen Frist für einen Schwangerschaftsabbruch festgestellt, wodurch sie keine Möglichkeit eines aktiven Entscheidungsprozesses hatte. Auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Leben mit Kind kann sie sich nur schwer einlassen. Sie versucht ihren Alltag wie bisher zu bewältigen, geht ihrem Sport in üblicher Weise nach und arbeitet wenige Tage bis vor der Entbindung. Als Kim Kowalski wieder ihrem Beruf nachgeht, nimmt sie das Kind dabei mit, ohne diesem zunächst Zeit und Ruhe einzuräumen. Nach einigen Monaten stößt sie an ihre Belastungsgrenze und beginnt ihren Alltag kindgerecht umzugestalten:

„dann hab ich ähm (2) ein paar Monate gearbeitet, immer mit meinem Baby (1) und DANN (mhm) realisiert, was eigentlich PASSIERT, (1) dass (mhm) mein KIND eigentlich (1) NICHT die ganze Zeit im Büro sein will, (.) dass (mhm) mein KIND eigentlich Ruhe braucht und ein zuHAUSE und (1) äh nicht immer (.) irgendwo auf irgendwelchen Kissen oder auf=m Schoß oder in der Trage schlafen möchte, sondern (mhm) auch einfach (.) die notwendige RUHE braucht, um (.) (mhm) sich ähm - um ANKOMMEN zu können. und DANN (mhm) hat mein Umdenken stattgefunden und ich hab (okay) ähm (1) ich hab ANgefangen, zu realisieren, was eigentlich wichtig is in meinem Leben ja (schnieft) (mhm mhm) (1) ja (2) hab dann weniger gearbeitet, hab mich dann rausgenommen, (.) hab (mhm) angefangen ähm mich so aufzustellen, dass es einfach auch passt für=s KIND“ (Kim Kowalski, Z. 339-348).

So erhält das Kind mehr Ruhe, sie reduziert ihren Arbeitsumfang und es gelingt ihr sich auf das Leben mit dem Kind einzulassen.

Fazit

Durch die Betrachtung der vier verschiedenen Arten der Akzeptanzentwicklung wird festgestellt, dass mit der Entscheidung für das Austragen einer Schwangerschaft nicht unbedingt eine Akzeptanz der Schwangerschaft eintritt. Eine Akzeptanz kann sich im Zuge einer Entscheidung entwickeln, doch kann sich diese auch erst im späteren Verlauf einer Schwangerschaft oder nach der Geburt einstellen. Durch die eben dargestellte Analyse kann festgestellt werden, dass das emotionale Einlassen auf eine Schwangerschaft und somit auf ein Leben mit einem (weiteren) Kind einige Zeit in Anspruch nehmen kann, da zunächst der Umgang mit einer herausfordernden und belastenden Lebenssituation gefunden werden muss, um sich mit der Schwangerschaft arrangieren zu können.

7.1.2.1.2 Belastungen und Bewältigungsmuster bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften von Frauen und Männern

Schwangerschaften und insbesondere Geburten sind herausfordernde Lebensereignisse, welche über körperliche Beanspruchungen hinaus auch zu weiteren vielfältigen Belastungen führen können. Es ist davon auszugehen, dass dies in besonderer Weise für ungewollte Schwangerschaften gilt: Nicht nur werden durch den ungewollten Eintritt einer Schwangerschaften Lebenspläne und -entwürfe in Frage gestellt. Hinzu kommt, dass die Lebenslage der Frauen und Männer zu diesem

Zeitpunkt als ungünstig erfahren wird, was nicht selten den Grund für die Ungewolltheit der Schwangerschaft bildet. Und schließlich muss die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen einer Schwangerschaft und Geburt, ohne die bei gewollten Schwangerschaften genutzte Vorbereitungszeit erfolgen, was zu Zeitdruck und Überforderung führen kann. Im Rahmen dieser qualitativ-empirisch angelegten Teilstudie des ELSA-Projekts, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt sind, wurde das Belastungserleben von Frauen und den beteiligten Männern in Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften, die ausgetragen wurden, durch teilnarrative episodische Interviews erhoben und sodann mit der rekonstruktiven Auswertungsmethode der Dokumentarischen Methode ausgewertet.

Die zentralen Fragen dieser Analyse sind zum einen, welche Belastungen im Zusammenhang mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften auftreten, zum anderen, wie ungewollt schwangere Frauen, unter Berücksichtigung der Ressourcen und Belastungen, die Situation bewältigen und welche Bewältigungsmuster bei den Partnern im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft auftreten. Die empirische Analyse wurde mittels zwei Schritten durchgeführt. Zunächst wurden die erfahrenen Belastungen systematisch und induktiv aus dem Interviewmaterial herausgearbeitet, anschließend wurden Bewältigungsmuster bzw. die Umgangsweisen mit den Belastungen anhand der rekonstruktiven Auswertungsmethode der Dokumentarischen Methode analysiert.

Im Folgenden Teil werden nun die Belastungen und Bewältigungsmuster bei den ungewollt schwanger gewordenen Frauen dargestellt. Ein zweiter Teil widmet sich den involvierten Partnern und ihrem Erleben der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft. Die Analysen beziehen sich an dieser Stelle ausschließlich auf ausgetragene Schwangerschaften.

7.1.2.1.3 Belastungen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften der Frauen

Die Auswertung der Interviews der Frauen zeigte, dass im Kontext der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft in verschiedenen Bereichen Belastungen auftreten. Eine Frau erfährt meist Belastungen aus mehreren Bereichen, wodurch sich die Belastungen kumulieren und eine Person vor große individuelle Herausforderungen stellt. Hinzukommt, dass Erfahrungen mit Stigmatisierung in unterschiedlichen Ausmaßen erkannt werden, welche sich durch die verschiedenen Bereiche ziehen.

Die Belastungsbereiche wurden in drei große Bereiche eingeteilt: Der erste Bereich umfasst normative Familienvorstellungen in Bezug auf Familiengründung und -erweiterung sowie Ansprüche an die Mutterschaft. Der zweite Bereich beschreibt die Erfahrungen in der medizinischen sowie sozialen Versorgung, die physische und mentale Gesundheit, sowie den Belastungen im Zuge des Erwägens eines Schwangerschaftsabbruchs und der Verhütung. Ein weiterer Bereich bezieht sich auf externe und insbesondere materielle Faktoren wie die finanzielle Lage und Wohnsituation, aber auch die Paarbeziehung, Vereinbarkeit beruflicher sowie familiärer Aufgaben und dem Verfolgen des zukünftigen beruflichen Weges.

Normative Vorstellungen von und Ansprüche an die Mutterschaft

Ein abweichendes reproduktives Verhalten **von gesellschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen** ist mit der Angst vor negativen Konsequenzen sowie stigmatisierenden Erfahrungen verbunden. Diese sind eng verwoben mit den gesellschaftlichen Ansprüchen an die Mutterschaft.

Normative Vorstellungen in Bezug auf die Familiengründung bzw. Familienerweiterung beziehen sich auf den *richtigen* Zeitpunkt im Lebensverlauf, ein Kind zu bekommen, auf das Verfolgen verschiedener Lebensereignisse in der *richtigen* Reihenfolge - in Bezug auf das Leben mit einem (weiteren) Kind - und auf den richtigen Altersabstand zwischen den Geschwisterkindern. Ein Bruch mit diesen normativen Vorstellungen wird nicht nur mit negativen Konsequenzen im beruflichen

Verlauf und eventuellen finanziellen Einbußen verbunden, sondern auch mit der Angst vor einer Stigmatisierung, den Ansprüchen an die Mutterschaft nicht entsprechen zu können. Beispielsweise berichten Mütter mit bereits geborenen Kindern, welche eine hohe Auslastung durch die Vereinbarung von Care- und Lohnarbeit verspüren, von Ängsten und dem Gefühl der Überforderung, die Bedürfnisse eines weiteren Kindes nicht (mehr) erfüllen zu können. Weitere Hintergründe dieser Norm- und Wertvorstellungen sowie die damit verbundenen gesellschaftlichen Ansprüche, die in Bezug zur Familiengründung und -erweiterung stehen, werden im Folgenden dargestellt.

Der *richtige* Zeitpunkt, respektive das *richtige* Timing, eine Familie zu gründen oder zu erweitern, wird als eine erstrebenswerte gesellschaftliche Norm wahrgenommen. Wann der Zeitpunkt als *richtig*, beziehungsweise als nicht *richtig* empfunden wird, hängt von verschiedenen normativen gesellschaftlichen Vorstellungen ab. Zunächst spielt das *richtige* Alter eine entscheidende Rolle. Tritt eine Schwangerschaft in einem *sehr jungen* Alter ein, werden negativen Folgen in der Bildungs- und Erwerbsbiographie erwartet. Tritt eine Schwangerschaft in einem *zu hohen* Alter ein, wird dies mit gesundheitlichen Risiken für die Frau und das Kind verbunden. Das Zeitfenster für das normativ empfundene *richtige* Alter liegt etwa zwischen 25-35 Jahren (Allensbach, 2005). Darüber hinaus werden Unsicherheiten innerhalb der Lebenslagen, wie eine noch nicht gefestigte berufliche Situation oder eine finanziell unsichere Lage sowie Zweifel oder Schwierigkeiten innerhalb einer Paarbeziehung thematisiert. Tritt eine Schwangerschaft im Rahmen einer (noch) nicht gefestigten oder gar konflikthafter Paarbeziehung ein oder besteht keine Paarbeziehung zum Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft, wird der Eintritt der Schwangerschaft als der nicht *richtige* empfunden.

Die Vorstellung des *richtigen* Zeitpunktes ist mit der normativen Vorstellung des Einhaltens der *richtigen* Reihenfolge von Lebensereignissen eng verwoben. Im Zusammenhang der Familiengründung oder Erweiterung kann hier die Vorstellung gefunden werden, dass erst gewisse Lebensereignisse eingetreten sein müssen, bevor das Bekommen eines (weiteren) Kindes als richtig empfunden wird. Dies wird in Bezug auf Bildungsbiografie, beruflichen Verlauf und Paarbeziehung erkannt. Tritt eine Schwangerschaft nun ungewollt ein, wird die normative Abfolge der Lebensereignisse durcheinandergebracht.

Die Konsequenzen eines normativ abweichenden Verhaltens beziehen sich nicht nur auf den negativen finanziellen oder beruflichen Bereich, sondern sind auch mit den Befürchtungen verbunden, den gesellschaftlichen Anforderungen an die Mutterschaft, nicht (mehr) gerecht werden zu können. Wird die Vorstellung des *richtigen* Zeitpunktes und der *richtigen* Reihenfolge nicht eingehalten, wird dies mit möglichen Schwierigkeiten verbunden, den Bedürfnissen des Kindes (allg. Care-Arbeit, Emotionale Fürsorge, Zeit für die Kinder, materielle Fürsorge etc.) als Mutter gerecht zu werden. Insbesondere trifft dies auf die normativen Vorstellungen des *richtigen* Altersabstandes zwischen den Geschwisterkindern zu. Wird dieser als zu eng empfunden, beschreiben die Teilnehmerinnen ein Gefühl der Überforderung durch den vergrößerten Aufwand der Care-Arbeit durch das weitere Kind. Wird der Altersunterschied als zu hoch empfunden, wird die Befürchtung thematisiert, dass nicht mehr ausreichend auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder eingegangen werden kann, da diese stark zwischen den Altersgruppen variieren und somit als unvereinbar erfahren werden. Fühlt sich eine Frau schon stark ausgelastet oder gar überlastet durch den Versuch der Erfüllung ihres Mutterschaftsideals gegenüber bereits geborenen Kindern, wird die Vorstellung, ein weiteres Kind zu bekommen als beängstigend und belastend wahrgenommen. Wird die Fürsorge eines Kindes als besonders anspruchsvoll wahrgenommen (z.B. durch ein Schreikind), kann dies die Situation der Frau weiter verschärfen. Was als *gute* oder ideale Mutterschaft bezeichnet wird, ist individuell zu verstehen und unterscheidet sich zwischen den Fällen, doch wird ersichtlich, dass durch die Anstrengungen Mutterschaftsidealen zu entsprechen, eigene Bedürfnisse (wie Selbstfürsorge) in den Hintergrund rücken und vernachlässigt werden. Es

lässt sich konstatieren, dass eine Abweichung gesellschaftlicher Familienplanungsnormen und Mutterschaftsidealen die Sorge vor gesellschaftlichen Sanktionen hervorbringt.

Erfahrung mit der Versorgungslage und der reproduktiven Gesundheit

Im Rahmen der medizinischen Versorgung sind Belastungen zu erkennen. Diese können durch Erfahrungen mittels des medizinischen Personals in Arztpraxen und Krankenhäuser erkannt werden. Sodann auch im Zuge einer nicht ausreichenden individuellen Informiertheit.

Durch die Erfahrungen mit den Frauenärztinnen und -ärzten während der Schwangerschaft und Geburt, sowie allgemein mit dem medizinischen Personal wird aufgezeigt, dass nicht ausreichend auf die Bedürfnisse während der Untersuchungen oder Geburt der Frauen eingegangen wurde. Insbesondere im Rahmen der ersten Untersuchungen der Ärztinnen und Ärzte, durch welche, in manchen Fällen, erst die Schwangerschaft festgestellt wurde oder Unsicherheiten über das Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft bestanden, wurde ein empathieloses und übergriffiges Verhalten erfahren.

Eine unzureichende Informiertheit der schwangeren Frauen über notwendige oder optionale Untersuchungen (wie Fruchtwasseruntersuchungen) sind zu erkennen. Insbesondere durch den ungewollten und somit möglicherweise erst spät erkannten Eintritt der Schwangerschaft werden gewisse Untersuchungen (z.B. Nackenfaltenmessung) nicht mehr durchgeführt werden, da diese nur in einer frühen Phase der Schwangerschaft möglich sind. Werden während des Schwangerschaftsverlaufs Anomalien festgestellt, werden diese nicht oder nicht vollständig erklärt. Die damit verbundene Unwissenheit über das Wohlergehen des ungeborenen Kindes wird als sehr belastend wahrgenommen. Im Weiteren werden fehlende Informationen über die möglichen Folgen von notwendigen oder optionalen Medikamenten während der Schwangerschaft und Geburt (z.B. Medikamente für Diabetes, Durchblutungsstörungen, starke Übelkeit und Erbrechen, allgemein gegen Schmerzen) sowie Operationen während der Geburt (Kaiserschnitt, Dammschnitt etc.) erkannt. In diesem Kontext wird von Unsicherheiten und Ängste über die möglichen Konsequenzen für die schwangere Person und dem noch nicht geborenen Kind berichtet. Der Wunsch nach einer ausführlichen Informationsvermittlung und ein empathischer Umgang des medizinischen Personals wird in diesem Rahmen geäußert.

In Bezug auf die **körperliche und psychische Gesundheit** werden belastende Erfahrungen genannt. Insbesondere gesundheitliche Einschränkungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt werden hervorgehoben. Beispiele hierfür sind starke anhaltende Übelkeit und Erbrechen während der Schwangerschaft, Durchblutungsstörungen und Schwangerschaftsdiabetes. Im Weiteren werden Geburtsverletzungen genannt und die damit verbundenen Folgen wie Inkontinenz und Muskelverletzungen sowie gewaltvolle Erfahrungen während der Geburt. Zudem werden von starken Hormonschwankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt berichtet, sowie psychische Belastungen und Erkrankungen. Mentale Belastungen werden auch im Zusammenhang mit der Ungewolltheit der Schwangerschaft dargestellt. Durch umfassende und kurzfristige Umstrukturierungen im Lebensverlauf durch die Schwangerschaft und stigmatisierenden Erfahrungen kommt es zu persönlich überfordernden Situationen, welche die psychische Gesundheit beeinflusst.

Stigmatisierende Gefühle treten etwa im Zuge von Schuld- und Schamgefühlen auf und sind durch Selbstvorwürfe zu erkennen, wie etwa, nicht besser verhütet zu haben. Neben internalisierter Stigmatisierung ist auch antizipierte und erfahrene Stigmatisierung ersichtlich. Teilnehmerinnen berichten von direkten Schuldzuschreibungen durch den Partner oder des sozialen Umfeldes, durch welche das Gefühl des verantwortungslosen Verhütungsverhaltens verstärkt wird. Auch Überlegungen einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zu ziehen, insbesondere, wenn diese Überlegung durch das eigene Wohlergehen und der individuellen Bedürfniserfüllung begründet wird, werden aufgeworfen.

Bestehen bedingt durch eine Schwangerschaft, respektive Geburt, Erfahrungen mit körperlichen und psychischen gesundheitlichen Problemen, beeinflusst dies eine erneute eingetretene Schwangerschaft negativ.

Vereinbarkeit von Care- und Lohnarbeit, finanzielle Lage, Wohnsituation und Karriere

Eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft, die ausgetragen wird, führt zu Veränderungen oder einem Nachdenken über den bisherigen Lebensentwurf. Dies spiegelt sich auf materieller und beruflicher Ebene wider: Das Leben mit einem (weiteren) Kind benötigt entsprechende finanzielle Ressourcen, um für diese(s) sorgen zu können. Durch die ungewollt eingetretene Schwangerschaft stehen existenzielle Rahmenbedingungen, wie der nötige Wohnraum zum Beispiel durch ein weiteres Kinderzimmer, möglicherweise nicht zur Verfügung. Denn um dies zu realisieren, ist ein stabiles und ausreichend hohes Einkommen notwendig. Eine Ressource stellt demnach eine abgesicherte Anstellung dar.

Die **finanzielle Lage** als mögliche Hürde im Leben mit einem (weiteren) Kind tritt in den Interviews mit den Frauen in unterschiedlichem Ausmaß auf. Diese existenzielle Angst, nicht ausreichend finanziell für die Familie abgesichert zu sein, kann dabei von kurzer Dauer sein. Zum Beispiel, wenn aufgrund externer Faktoren wie der Unterhaltspflicht aus früherer Beziehung, die Sorge eintritt, nicht für ein weiteres Kind in ausreichendem Maße finanziell sorgen zu können. Bei längerer Dauer wird die finanzielle Situation zur Belastung, wenn der bisherige Beruf beispielsweise durch die Unvereinbarkeit der Arbeitszeiten nicht weiter ausgeübt wird. Zur finanziellen Unterstützung berichten die Frauen, dass sie sich an Beratungsstellen wenden, um zum Beispiel eine Erstausrüstung in Anspruch zu nehmen. Trotzdem betonen die Frauen von hürdenreichen bürokratischen Zugängen zu staatlich finanzieller Unterstützung. Dies tritt in Zusammenhang mit einer unzureichenden Informiertheit auf. Der Schwangerschaftseintritt kann eine Konsolidierung der Partnerschaft forcieren, wodurch das Zusammenziehen in eine gemeinsame **Wohnung** in einem begrenzten Zeitfenster notwendig wird. Einige Frauen berichten davon, dass ein Umzug für ein Leben mit einem (weiteren) Kind obligatorisch für sie ist. Knapper Wohnraum gepaart mit hohen Immobilienpreisen wirken dabei als hürdenvoll. Der Eintritt der Schwangerschaft führt zur Durchkreuzung der bisherigen **Karriereplänen**. Insbesondere für Frauen, die in den Mutterschutz und längere Zeit in Elternzeit gehen, werden bisherige Karrierepläne pausiert oder gänzlich abgebrochen. Dies steht im Zusammenhang mit langfristigen Nachteilen für Frauen in der finanziellen Versorgung (Gender Pension Gap). Sobald das Kind auf die Welt gekommen ist, ist für die Eltern eine Vereinbarkeit der anstehenden Care-Aufgaben mit der Lohnarbeit notwendig. Es deuten sich in dieser Ausführung daher Herausforderungen und Belastungen an. In der Hoffnung auf eine Entfristung wird eine Schwangerschaft verheimlicht, um eine Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt zu verhindern. An dieser Stelle tritt das internalisierte Stigma auf, als schwangere Frau im Vergleich zu nicht-schwangeren Personen auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt zu sein. Durch den als unpassend angesehenen Zeitpunkt einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft, treten Sorgen während eines Bewerbungsverfahrens auf den erhofften Karriereaufstieg auf. Dieses Verhalten und diese Sorgen verdeutlichen die internalisierten Benachteiligungen von schwangeren Frauen bzw. Müttern.

Die **Vereinbarung der Lohn- mit der Care-Arbeit** stellt einen weiteren Pfeiler der Belastungen dar. Die Sorgearbeit gegenüber dem Kind/den Kindern nimmt Zeit in Anspruch und erfordert Flexibilität. Wenn der Arbeitgeber nicht in geeignetem Maße darauf reagiert, führt das zu Vereinbarungskonflikten. Des Weiteren kann dies in Konflikten mit dem Partner münden: Es wird die fehlende Unterstützung in der Care-Arbeit – sowohl in der Kindererziehung wie auch in Haushaltstätigkeiten – genannt. Dies verhärtet sich in einigen Fällen, sodass die **Paarbeziehung als konflikthaft** gilt und dadurch eine weitere Belastung darstellt.

Fazit

In den drei dargestellten Belastungsbereichen zeigen sich die unterschiedlichen Bereiche, denen Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft im Alltag begegnen. In allen analysierten Interviews mit den Frauen treten mehrere Belastungen aus verschiedenen Bereichen gemeinsam auf. Dabei lässt sich jedoch kein Muster erkennen, dass bestimmte Belastungen nur kumuliert auftreten. Zudem führen einige der Belastungen zu unterschiedlichen Formen von Stigmatisierungen – auch diese treten in verschiedenen Belastungsbereichen auf. Das zeigt die Problemfelder, denen Frauen entgegengesetzt sind – sei es im Privaten, in der medizinischen und sozialen Versorgung oder im Beruflichen Bereich. Wie diese Frauen trotz dieser Belastungen unter Nutzung ihrer Ressourcen die Situation (versuchen) zu bewältigen, wird im Folgenden anhand der Typisierung der Bewältigungsmuster aufgezeigt.

7.1.2.1.4 Bewältigungsmuster der Frauen im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft

Erfahrungen der Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, sind vielfältig. Die verschiedenen belastenden Erfahrungen und Herausforderungen, im Verlauf der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt, konnten bereits aufgezeigt werden. Nun soll der Fokus auf den individuellen Umgang bzw. die Art des Arrangements der Frauen mit den belastenden und herausfordernden Lebenssituationen gelegt werden. Um ein Verständnis für die Erfahrungen von Frauen mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft zu entwickeln, und um in einem weiteren Schritt mögliche Handlungsfelder in der Versorgung und Politik ausfindig zu machen, wurden folgende zentrale Forschungsfragen herangezogen: Welche Muster von Bewältigung werden ersichtlich? Welche Ressourcen werden dabei genutzt?

Das Ergebnis der Analyse wird anhand einer Typenbildung dargestellt. Dieser ging eine Auswertung der Interviews und Erarbeitung der Orientierungsmuster voraus. Im Sinne der Dokumentarischen Methode wird hierfür ein *tertium comparationis* (das gemeinsame Dritte) gebildet, mittels dessen der Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft unter Berücksichtigung der Ressourcen und Belastungen herausgearbeitet wurde. Vier Typen konnten hierdurch erarbeitet werden. Im Folgenden werden diese Typen in ihrer Grunddefinition erläutert und durch Fallbeispiele veranschaulicht.

Gemeinschaftlichkeit und Zusammenhalt

Die Fälle des Typus **Gemeinschaftlichkeit und Zusammenhalt** eint ein starkes Gefühl der Gemeinschaftlichkeit und des Zusammenhalts innerhalb der Paarbeziehung. Hierdurch greifen die Teilnehmerinnen auf Unterstützung ihres Partners zurück und finden gemeinsam mit diesen einen Umgang mit den Belastungen. In einigen Fällen entsteht die Gemeinschaftlichkeit erst im Zuge der gemeinsam gemachten belastenden Erfahrungen und der Entwicklung einer Lösungsstrategie. Gelingt die Herstellung einer Gemeinschaftlichkeit, stellt dies eine grundlegende Ressource bei der Belastungsbewältigung dar. Eine funktionierende Paarbeziehung und ein unterstützendes soziales Umfeld ist somit eine wichtige und entscheidende Ressource für die Bewältigung von Belastungen.

Kennzeichen des Typus

Der Typ **Gemeinschaftlichkeit und Zusammenhalt** zeichnet aus, dass die Frauen den Belastungen als Paar begegnen, wodurch ein gemeinschaftlicher Umgang mit diesen gefunden wird. Auf diese Weise gelingt es den Frauen, gemeinsam mit ihrem Partner, ihre Belastungen zu mildern oder gar zu bewältigen. Zunächst zeichnet sich diese Gruppe dadurch aus, dass die Interviewten in einer gefestigten und supportiven Paarbeziehung leben und sich an der Vorstellung einer egalitären Paarbeziehung orientieren. Dies beinhaltet eine partnerschaftliche und familienorientierte Alltagsgestaltung, welche ein Streben nach gleichberechtigter Aufteilung der Care-, Haus- und Lohnarbeit kennzeichnet. Neben der direkten gegenseitigen alltäglichen Unterstützung wird dabei die emotionale Komponente der Beziehung zueinander betont. In diesem Zusammenhang wird ein

starkes „Wir-Gefühl“ erkannt und die Vorstellung, dass auch schwierige Lebensphasen gemeinsam bewältigt werden können. Die starke Orientierung an der Gemeinschaftlichkeit ist nicht nur an eine partnerschaftliche dyadische Vorstellung gebunden, indem das „Wir-Gefühl“ nur in Bezug auf die Paarbeziehung empfunden wird, sondern die Vorstellung der Gemeinschaftlichkeit wird auf das gesamte Familiengefüge bezogen. Eine funktionierende Paarbeziehung mit einem starken Gefühl der Gemeinsamkeit, ist somit eine wirkungsvolle Ressource.

Dieser Typ ist in der Ausgestaltung der Paarbeziehung durch Heterogenität gekennzeichnet. Das eben dargestellte „Wir-Gefühl“ konnte bei allen Fällen, welche diesem Typus zugeordnet wurden, erkannt werden. Bei einigen Fällen wurde diese Gemeinschaftlichkeit innerhalb der Paarbeziehung und Familie erst durch die gemeinsame Bewältigung der Belastungen und notwendige gemeinsame Umstrukturierung der individuellen Lebensentwürfe hergestellt. Einige der Teilnehmerinnen berichten von partnerschaftlichen Differenzen und Konflikten, welche bereits vor dem Eintritt der Schwangerschaft erfahren wurden oder sich durch den Eintritt der Schwangerschaft entwickelten. Divergierende Ansichten in Bezug der Entscheidung, werden häufig als Konfliktquelle genannt. Die ständig aufflammenden Streitigkeiten und Auseinandersetzungen mit ihrem Partner, welche zu grundlegenden Konflikten innerhalb der Paarbeziehung führen können, müssen somit erst gelöst werden. Gelingt eine innerpartnerschaftliche Konfliktlösung, entwickelt sich wieder ein Gefühl der Gemeinschaftlichkeit zum Partner, wodurch gemeinsam den Herausforderungen und Belastungen begegnet wird.

Erläuterungen durch Fälle

Der gemeinschaftliche Umgang mit den Herausforderungen und Belastungen, wird im Folgenden, durch die Darstellung von einzelnen Fällen aufgezeigt. Hierfür wird zunächst die Herstellung der Gemeinschaftlichkeit innerhalb der Paarbeziehung beschrieben, anschließend wird auf die gemeinsamen Bewältigungsprozesse eingegangen.

Belastungen im Zuge der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft werden unterschiedlich erfahren und beziehen sich auf verschiedene Bereiche. Innerhalb dieser Personengruppe werden Konflikte innerhalb der Paarbeziehung erkannt, welche als zunächst besonders belastend erfahren werden. Belastungen in anderen Bereichen, werden aber auch hier als persönliche Herausforderung wahrgenommen.

Im zunächst dargestellten Fall, Karin Meinert, bereits Mutter eines Kleinkindes, kollidierte die Karriereplanung mit dem Eintritt der Schwangerschaft, zudem wird der geringe Altersunterschied zwischen den Kindern und der damit verbundene vergrößerte Aufwand der Care-Arbeit problematisiert. Ihr Partner war zunächst gegen eine Familienerweiterung und lehnte somit die Schwangerschaft ab, wodurch sie wenig Unterstützung von ihm erfuhr. Auffällig ist bei Karen Meinert, dass sie Care-Arbeit und insbesondere die emotionale Fürsorge für die gesamte Familie, als ihre alleinige Aufgabe ansah und auch zunächst keine Unterstützung von ihrem Partner und sozialem Umfeld explizit verlangte, auch wenn ihr dies, insbesondere von ihrem Partner, angeboten wurde. Karin Meinert kommt hierdurch an ihre persönlichen und körperlichen Grenzen und es gelingt ihr nicht, ihre eigenen Bedürfnisse und die ihrer Familie zu erfüllen. Ihre Paarbeziehung funktionierte nur noch über die gemeinsame Elternschaft, innige Momente oder Zeit für Zweisamkeit hatte das Paar keine mehr:

„mhh ((seufzt)) (3) ja es war halt - es drehte sich halt viel um das Kind, beziehungsweise (1) äh mein Mann hat zu dem Zeitpunkt äh Spätschicht gearbeitet (1) (mhm) und ich waar ähm (1) - ja ich hab dann bis sechzehn dreissig gearbeitet, hab irgendwann den Sohn aus der Kita abgeholt, und ja irgendwie parallel ihn bespaßt, essen gemacht und (mhm) (1) zu dem Zeitpunkt war=s auch so, dass er schlecht eingeschlafen is abends, (1) ähm wir äh dann teilweise z- es hat teilweise zwei Stunden gedauert, bis er eingeschlafen is, und ich lag halt (mhm) (.) er hatte noch=n Kinderbett, ich lag halt die ganze Zeit in so=m kleinen Kinderbett m=mit immer größer (mhm) werdem BAUCH neben ihm

(mhm) (.) und ähm das war dann (.) da war ich meist auch erschöpft, bin auch mit eingeschlafen, also mein Mann und ich hatten da g- kaum Zeit fürenander (1) (mhm mhm) (...) aber so richtig (2) ja so ne richtige Beziehung hatten wir nich, aber wir haben halt irgendwie (mhm) als Eltern funktioniert, ne? (mhm mhm) (1) ja (2) genau“ (Karin Meinert, Z. 375-388).

Karin Meinert fokussierte sich nur noch auf ihre Rolle als fürsorgliche Mutter und versuchte dies mit ihren beruflichen Vorstellungen zu vereinen. Neben dem starken Gefühl einer persönlichen Überforderung bemerkte sie, auch keine emotionalen und körperlichen Ressourcen für andere Lebensbereiche wie Zeit für sich, ihre Paarbeziehung oder ihr soziales Umfeld, zu haben, wodurch eine persönliche Unzufriedenheit mit ihrer damaligen Lebenssituation zu erkennen ist. Durch ihre persönliche Überforderung und der wachsenden Unzufriedenheit mit ihrer Lebenssituation wird ein Umdenken hinsichtlich ihres Lebensentwurfes ersichtlich. Es wird ein Einbezug des Partners im Zuge der Umgestaltung festgestellt, wodurch ein gemeinschaftliches Umstrukturieren des Familienlebens möglich wird. Sowohl Karin Meinert als auch ihr Partner strukturierten sich beruflich um. Sie selbst reduzierte ihre Arbeitszeit um 10%, zudem verlegte sie ihre Arbeitsstätte zu sich nach Hause. Ihr Partner wechselte von der Schichtarbeit in die Selbstständigkeit. Dies ermöglicht ihm flexiblere Arbeitszeiten und trägt zur gelungeneren Vereinbarung mit den familiären Aufgaben bei. Karin Meinert löst sich von der Vorstellung, dass die Care-Arbeit ihre alleinige Aufgabe ist, und das Paar teilt diese nun egalitär zwischen sich auf. Im Weiteren greift das Paar auf Unterstützung bei der Kinderbetreuung durch die Herkunftsfamilie zurück, wodurch es weitere Entlastung erfährt und mehr Zeit für eigene Bedürfnisse findet. Durch die berufliche Umgestaltung gelingt es dem Paar, aufeinander zuzugehen und eine gemeinsame Gestaltung des Alltages zu entwickeln. Im Zuge dessen werden nicht nur die empfundenen Belastungen von Karin Meinert abgemildert, sondern dem Paar gelingt es auch wieder mehr Zeit miteinander zu verbringen.

Eine Herstellung einer Gemeinschaftlichkeit wird auch bei Nele Elb erkennbar. Nele Elb erfährt die Zeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt als sehr herausfordernd und belastend. Der Eintritt ihrer Schwangerschaft wurde bei Nele Elb als ungewollt erfahren, da sie ihre Beziehung noch nicht als gefestigt empfunden hatte. Das Paar lebte erst seit kurzer Zeit zusammen, zuvor führten sie eine Wochenendbeziehung. Auch bei Nele Elb hatte ihr Partner bei Feststellung der Schwangerschaft zunächst mit Ablehnung reagiert, in diesem Zuge fand wenig Austausch über die Schwangerschaft statt und die Vorstellung über eine gemeinsame Zukunft musste zunächst noch hergestellt werden. Nele Elb erlebte zudem eine Frühgeburt, durch welche ihre Kinder in der ersten Zeit in einer Klinik bleiben mussten. In dieser Zeit war sie sehr viel Stress ausgesetzt. Auch im Alltag fühlte sich Nele Elb, mit zwei kleinen Kindern im Säuglingsalter, zunächst überfordert. Durch die Zusammenarbeit mit ihrem Partner gelang es ihr, sich dieser Herausforderung zu stellen und einen Umgang mit ihrer persönlichen Überforderung zu finden. Insbesondere in den ersten Monaten gestaltete sie gemeinsam mit ihrem Partner ihren Alltag. Dies zeigt sich in ihrer Wir-Erzählung:

„(...) (.) man muss das erst ma begreifen und sich auch en stückweit (1) ja erst ma einleben (.) (mhm) ich glaub das trifft es ganz gut (mhm) (.) ähm (.) und das (.) GING aber eigentlich (.) relativ gut. (mhm) also dadurch, dass meine Hebamme jeden Tag kam und so=n bisschen unter die Arme gegriffen hat (mhm) und vieles nochma erklärt hat (1) war=s okay. und wir hatten auch immer noch den Krankenhausrhythmus (mhm) und im Krankenhaus war das so, dass die Kinder alle drei Stunden versorgt werden, also spricht (.) neue Windel (.) (mhm) und füttern (1) (mhm) und des ham wir zuhause beibehalten (1) (okay) solange sie so so klein waren und äh ja so wenig Gewicht hatten, (mhm) haben wir alle drei Stunden (.) quasi sozusagen ne Runde gemacht (mhm) (1) und das hat extrem lange gedauert. (.) also wir waren so langsam in allem (mhm) und ich hab immer nur gedacht oh Gott wie=@sch-@ wie soll das werden, also wir ham wirklich über ne Stunde gebraucht, um zwei Kinder dann zu versorgen, mit essen (mhm) und neue Windel und anziehen (1) und das war quasi - wie waren fast fertig, (1) da waren=se eigentlich schon wieder vor der nächsten Runde (ja ja ((lacht))) also (mhm) ja, wir hatten dann wirklich ma nur so 90 Minuten dazwischen (mhm) um

überhaupt ma was zu essen oder vielleicht ma zu duschen oder so (.) (mhm) und das war schon sehr (2) kräftezehrend (ja) also es war wirklich äh schlimm. vor allem is ja auch NACHTS ham wir ja diesen drei Stundenrhythmus auch beibehalten, also (ja) (1) oah das war (1) @keine@ schöne Zeit (ja) ((lacht)).“ (Nele Elb, Z. 366-383).

Durch diese gemeinsame Erfahrung und dem gegenseitigen Bestärken während dieser Zeit, gelang es Nele Elb zusammen mit ihrem Partner, einen Umgang mit der herausfordernden Situation zu finden und ihre Belastungen zu mildern.

Im Fall Ina Eichner entwickelt sich durch eine gemeinsame Krisenbewältigung Gemeinschaftlichkeit in der Paarbeziehung. Der Eintritt der Schwangerschaft wurde von Ina Eichner im Zuge der Unsicherheit des Partners über das ‚Bekommen eines Kindes‘ als ungewollt erfahren, zudem beschrieb sie ihre Paarbeziehung als konfliktreich. Als große Belastung wurde die Feststellung eines für den Fötus potentiell sehr gefährlichen Virus erfahren. Die Sorge um das Wohl des Fötus, sowie die bis zum Ende der Schwangerschaft bestehende Ungewissheit um dessen Gesundheit, zeigt sich als anhaltende Belastung. Wie im Fall Nele Elb schweißt diese belastende Erfahrung das Paar zusammen. Darüber hinaus gelingt es Ina Eichner durch eine Paartherapie ein besseres Kommunizieren mit ihrem Partner zu erlernen. Es gelingt ihr gemeinsam mit ihm eine Konfliktlösungsstrategie zu entwickeln und diese umzusetzen. Durch das Austarieren der jeweiligen Bedürfnisse, wird der Zusammenhalt gestärkt und eine Gemeinschaftlichkeit hergestellt:

„also da war ich dann (.) da war Mitte der Schwangerschaft. da ham wir auch mal so drei Stunden Paartherapie gemacht, das hat total viel gebracht. ähm (1) und waren dann echt - also ham uns total drauf eingelassen und es war schön. (105-108) (...) ich glaube auch durch diese Paartherapie, die wir dann gemacht haben (1) ähm dass wir - bei dieser Nachricht waren wir total (1) ähmm (1) eng. (1) also (.) äh mein Mann und ich dann. also da konnten wir uns total gut austauschen. (1) äh konnten total gut miteinander sprechen, d=also es war echt gut. (1) ja.“ (Ina Eichner, Z. 140-144).

Ähnliche partnerschaftliche Prozesse treten bei Juliane Buch und ihrem Partner auf. Juliane Buch empfand den Eintritt ihrer Schwangerschaft aufgrund ihres Alters und der vollendeten Familienplanung als ungewollt. Die zweifache Mutter erfuhr im Alter von 48 Jahren von ihrer Schwangerschaft und rang sehr mit der Entscheidung. Diesen Prozess empfand sie als sehr belastend. Aufgrund ihres Alters wurde ihr von Seiten ihres sozialen Umfeldes, dem medizinischen Personal und der professionellen Beratung zu einem Schwangerschaftsabbruch geraten. Hinzu kommt, dass ihr Partner gegen das Austragen der Schwangerschaft war und ihr Hadern nicht nachvollziehen konnte. Zwischen Juliane Buch und ihrem Mann entstanden grundlegende Konflikte. Schlussendlich gelang es dem Paar zueinander zu finden und die Entscheidung gemeinsam für das Austragen der Schwangerschaft zu treffen. Durch die Wiederherstellung der Gemeinschaftlichkeit innerhalb der Paarbeziehung, gelang es Juliane Buch und ihrem Partner auch ihr Familiengefüge wieder zu festigen:

„eigentlich so ne ganz (2) also noch stärker als wir des zu viert waren (2) so ne sehr (.) aufeinander bezogene Familie geworden, also w- (1) wasch- es is so=n bisschen so, dass sich das so anfühlt so dass (2) darauf hat - da=darauf - darum GING=S, dass man des WIRD, also (.) vielleicht hätte man des auch mit zwei Kindern werden können, aa ähm (2) aber es hat sowas wie (2) m ja so (1) Deckel auf topf, also es is so so PASSEND irgendwie auf ne Art“ (Juliane Buch, Z.858-862).

Bei Olivia Dorfhaus und Elisabeth Fischer wurde die Familienplanung als abgeschlossen betrachtet, und sie äußerten keinen Wunsch nach einem weiteren Kind. Auch die Wohnsituation und die finanziellen Verhältnisse waren auf ein Familienleben mit den bereits geborenen Kindern ausgelegt. Der ungewollte Eintritt dieser Schwangerschaft führt zur Abweichung des bisherigen Lebensplans und wird somit zunächst, insbesondere für Elisabeth Fischer, als sehr belastend erfahren:

„aber des isch halt einfach auch finanziell nochmal ne Hausnummer und (mhm) ham uns dann so füreinander f=miteinander für ein Kind entschieden (1) (mhm) und ähm ich hattee meine Tochter auch gerade seit drei, vier Monaten abgestillt (1) (ah okay aha) also und war wieder frisch im Berufsleben drin, also sie (mhm) war grad en bisschen älter als EIN JAHR (.) (mhm) und war wieder im Berufsleben drin und hatte eigentlich für mich so - ne des=des Thema Familienplanung isch damit abgeschtan äh abgeschlossen (ja ja) ich starte jetzt wieder im Beruf durch, bin da wo ich SEIN (mhm) möchte (1) und dann (mhm) kam eben diese @Nachricht@“ (Elisabeth Fischer, Z. 26-33).

Zudem äußerten beide Personen gesundheitliche Bedenken im Zusammenhang einer weiteren Schwangerschaft. Ansprüche den gesellschaftlichen Vorstellungen der Mutterschaft gerecht werden zu müssen und Ängste, diesen vor allem im Zuge der eigenen beruflichen Entwicklungen nicht gerecht werden zu können, werden mehrfach genannt. Dies lässt sich auch im Fall Mara Rabe erkennen, welche insbesondere die Befürchtung äußert, diesen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können. Durch ihre starke partnerschaftliche Orientierung, der egalitären Arbeitsteilung und der partnerschaftlichen emotionalen Unterstützung, gelingt es Olivia Dorfhaus, Elisabeth Fischer und Mara Rabe, ein weiteres Kind in ihren gemeinschaftlichen Lebensentwurf zu integrieren und einen Umgang mit ihren Belastungen zu finden.

Konformität oder Nachjustierung des heteronormativen Lebensentwurfs durch Ressourcenstärke als Abfederungsmechanismus

Die zu diesem Typ gehörenden Fälle eint der Erhalt des bisherigen Lebensentwurfs, wie in den Fällen Susanne Mohn und Anne Schnabel sichtbar wird sowie die Anpassung an den normgebundenen Lebensentwurf, wie in den Fällen Josy Ecker und Bettina Hoppe. Die auftretenden Belastungen können durch das Zurückgreifen auf Ressourcen, die finanzieller, materieller und sozialer Natur sind, abgefedert und gemindert werden. Dadurch wird ein Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft möglich. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit von finanzieller Sicherheit, sozialer Eingebundenheit in Familie oder Freundschaften und materieller Ressourcen, um ein Leben mit einem (weiteren) Kind zu ermöglichen, dadurch deutlich. Zentral ist diesem Typus, dass das Entsprechen der Norm mit weniger Hürden im Versorgungssystem einhergeht. Für diese bedarf es jedoch einer Ressourcenstärke, sodass die Normativität der Mittelschicht wirksam ist.

Kennzeichen des Typus

Bestehen konkrete berufliche Pläne, die ein Leben mit einem (weiteren) Kind nicht vorsehen, erfordert der Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft, die ausgetragen wird, ein Nachdenken des bisherigen Lebensentwurfs. Die Ungewolltheit der Schwangerschaft gründet sich also darin, dass die bisherigen Vorstellungen der Zukunft nicht weiterverfolgt werden können. Die diesem Typus zugehörigen Fälle eint die Priorisierung auf die berufliche Situation. Das führt dazu, dass die Sequenzregel – gewisse Lebensereignisse wie berufliche Stabilität oder eine konsolidierte Partnerschaft – in einer Reihenfolge erreicht sein sollten, bis ein (weiteres) Kind geboren wird. Als Belastungen treten in diesem Typus das fehlende finanzielle Mittel oder zumindest die Sorge, diese nicht zu gewährleisten, auf. Darüber hinaus führt eine weitere Schwangerschaft bei bereits vorhandenen Kindern und der damit verbundenen Sorgearbeit für Kleinkinder zu Grenzen in der Versorgungskapazität der Mütter. Die ungewollte Schwangerschaft führt dazu, dass die bisherige Lebensplanung überdacht und mit den gesellschaftlichen Normvorstellungen in Einklang gebracht werden muss. Bewältigt wird dies dadurch, dass diese normativen Vorstellungen einzelner Ereignisse, wenn auch in anderer Reihenfolge als erwartet, nachträglich erfolgen. Dadurch wird der Lebensentwurf zum Eintritt der Schwangerschaft an die Situation mit einem (weiteren) Kind angepasst. Diese Anpassung wird durch die vorhandene Ressourcenstärke möglich. Durch die vorhandene Ressourcenstärke wird es zudem möglich, den bisherigen Lebensentwurf (doch) zu erhalten. Diese Ressourcen beziehen sich auf soziale Unterstützung aus dem nahen Umfeld, wie der Unterstützung durch den Partner oder aus der Herkunftsfamilie, sowie finanzieller Ressourcen,

die es ermöglichen in Form einer Haushaltshilfe zur Entlastung der Situation mit einem (weiteren) Kind beizutragen.

Erläuterungen durch Fälle

Die Fälle Susanne Mohn und Anne Schnabel ähneln sich in gewissen Grundzügen: So haben sie zum Eintritt der ungewollten Schwangerschaft jeweils zwei Kinder und ihre Elternzeit endet bald. Daher bestand vor dem Eintritt der Schwangerschaft der Plan wieder in den Beruf einzusteigen. Das Leben mit einem dritten Kind erscheint ihnen daher unvorstellbar. Zudem waren größere Altersunterschiede zu den Kindern gewünscht, wodurch das erhoffte *Spacing* der Kinder nicht eintrat. Anne Schnabel entschied sich trotz der Ungewolltheit dafür, die Schwangerschaft auszutragen, da sie aufgrund der Diagnose nicht auf natürlichem Wege schwanger werden konnte und den Schwangerschaftseintritt als schicksalhaft erfährt. Zuvor hatte sie ihre zwei Kinder via Kinderwunschbehandlung geboren. Susanne Mohn entscheidet sich aufgrund ihrer christlichen Moralvorstellungen dafür, die Schwangerschaft auszutragen und das Kind zu gebären. Beide eint, dass sie mit ihren Sorgeverantwortungen an ihren eigenen Belastungsgrenzen stehen: „*war mit dene zwei Mädels schon (1) wirklich äh (.) über meiner 100 Prozent @Grenze@*“ (Susanne Mohn, Z.33). Der Ehemann von Susanne Mohn ermöglicht durch seine finanziellen Ressourcen eine Haushaltshilfe zur Unterstützung anzustellen. Dadurch wird es für Susanne Mohn bewältigbar, der Sorgeverantwortung von drei Kindern gerecht zu werden. Des Weiteren unterstützt Susanne Mohns Mutter sie bei der Kinderbetreuung. Zusätzlich planen Susanne Mohn und ihr Mann bald in ein Haus zu ziehen, wodurch die Wohnfläche vergrößert und zugleich die räumliche Entfernung zu der Mutter verringert werden. Dadurch werden Herausforderungen gemindert und abgefedert. Anne Schnabel verfolgt dem Anspruch allen Kindern gegenüber gerecht zu handeln:

„*das is schwierig, da den Spagat zu schaffen, weil der Anspruch is natürlich schon da, dass man so viel zeit wie möglich seinen Kindern widmet, ma hat se ja den ganzen Tag auch nich*“ (Anne Schnabel, Z. 378f.).

Dadurch treten die Belastungen in Zusammenhang mit den jeweiligen Lebensentwürfen auf. Für Anne Schnabel ist es möglich das Leben mit den drei Kindern durch das gute finanzielle Einkommen von ihr und ihrem Mann, dem ausreichenden Wohnraum und der gelegentlichen Unterstützung von der Herkunftsfamilie ihres Mannes und ihrer eigenen, umzusetzen. Ihre Anstellung ermöglicht es flexibel im Home-Office tätig zu sein, wodurch sie den Alltag mit den Kindern einfacher bewältigt. Auch hier zeigt sich, dass auf eine Vielzahl von Ressourcen zurückgegriffen wird.

In den Fällen Bettina Hoppe und Josy Ecker tritt die ungewollt eingetretene Schwangerschaft zu einem ungünstigen Zeitpunkt auf: Sie befanden sich beide in einem befristeten Arbeitsverhältnis beziehungsweise im Übergang, ihre Anstellung zu verlieren. Sie planten nach Einstellung einer finanziellen und beruflichen Stabilität mit der Familienplanung zu beginnen. In beiden Fällen handelt es sich um das erste Kind. Der Schwangerschaftseintritt führt bei Josy Ecker zu einer Konsolidierung der Paarbeziehung, indem sie mit ihrem Partner zusammenzieht. Die Wohnungssuche war durch den angespannten Immobilienmarkt in Kombination mit ihrer befristeten Anstellung hürdenreich. Dies prägt die Situation der Konsolidierung, wie sie schildert:

„*waren wir halt einfach erst seit=m halben Jahr ein Paar und dementsprechend waren wir einfach noch nett eingestellt, dass wir (mhm) heiraten und Kinder bekommen des waren (ah okay) - das heißt wir haben auch noch nich zusammengeWOHNT, das war in weiter Ferne (mhm) so der Gedanke (1) (mhm) genau (1) genau und dementsprechend war des dann halt einfach VIEL ne (ja ja) so=n (1) weil wirr dann erst ähmm zusammengezogen sind ähm, (mhm) und dadurch die Beziehung halt einfach ähm (.) auf ne wirklich auf ne Belastprobe gestellt wurde.*“ (Josy Ecker: 78-84).

Dadurch wird die Festigung der Paarbeziehung durch die Schwangerschaft beschleunigt. Nach der Geburt heiraten Josy Ecker und ihr Partner. Es erfolgt dadurch die Anpassung an einen normativen Familienentwurf. Die anfänglichen Probleme der Wohnungssuche bei Josy Ecker und ihrem Partner, konnten letztlich überwunden werden. Ihr Partner unterstützte sie während der Bewerbungsphase und sie wechselte in einen anderen Berufszweig, der ihr eine entfristete Anstellung ermöglicht. Letztlich bewältigt sie durch diese und die finanziellen Ressourcen die Herausforderungen im Leben mit einem und inzwischen zwei Kindern. Bettina Hoppe hatte kurz vor dem Eintritt der ungewollten Schwangerschaft gehofft, dass ihre Anstellung entfristet wird, was jedoch nicht geschah. Sie verlor ihre Anstellung, wodurch der Schwangerschaftseintritt nicht in der erwarteten stabilen finanziellen Situation eintrat. Ein Leben mit Kind konnte sie sich vorstellen, jedoch war der Zeitpunkt aufgrund des fehlenden Einkommens unpassend. Ihre Lebensvorstellungen waren eigentlich andere:

„vor der Schwangerschaft ja meine Lebensplanung war eigentlich so JA en Mann (2) en HAUS (2) HEiraten und dann (2) halt auch e=mal=e REisen oder halt und DANNN Kinder (mhm) (3) aber des Leben verläuft leider @nett so@ nach Plan ((lacht))“ (Bettina Hoppe, Z. 242-244).

Da die Mutter ihres Mannes verstarb, erbten sie das Haus und verfügten nun über genügend Wohnraum. Zudem heirateten sie und ihr Partner. So zeigt sich auch an dieser Stelle die nachträgliche Anpassung eines normativen Familienentwurfs. Bettina Hoppe befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews nach wie vor in einer prekären finanziellen Situation, jedoch erfährt sie Unterstützung von ihrer eigenen Mutter und ihrem Partner.

Umstrukturierung des Lebensentwurfs durch den eigenmächtigen Umgang und Umsetzung der eigenen Bedarfe

Gemeinsam ist den Fällen diesen Typus *Umstrukturierung des Lebensentwurfs durch den eigenmächtigen Umgang und der Umsetzung der eigenen Bedarfe*, dass die Belastungen hauptsächlich im sozialen Bereich und in der Versorgung auftreten. Die Interviewpartnerinnen informieren sich eigenständig und aktiv, um die für sie notwendigen Informationen in der medizinischen oder sozialen Versorgung, zu erhalten. So ist ein Teil der Frauen in spezifischen Lebenslagen, die eine Unterstützung von staatlichen Institutionen erforderlich macht. Diese wiederum stellen die Frauen vor bürokratische Herausforderungen. Die Nutzung von sozialen oder finanziellen Ressourcen, wie in *Typ Konformität oder Nachjustierung* aufgezeigt, kann nur bedingt eingesetzt werden. Der Umgang unter Berücksichtigung der Belastungen und Ressourcen erfolgt eigenmächtig und pragmatisch. Dieser Typus des eigenmächtigen und pragmatischen Umgangs mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft ist davon geprägt, Belange zur reproduktiven Sphäre weitestgehend ohne Einbezug der Kindsväter bzw. Partner zu entscheiden und zu organisieren. Es zeigt sich eine Vergeschlechtlichung der Frauen in der Familienplanung.

Kennzeichen des Typus

Der Typus bezeichnet den eigenständigen Umgang mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft durch eine Umstrukturierung des Lebensentwurfs und Umsetzung der eigenen Bedarfe. Er ist durch Eigenmächtigkeit, Pragmatismus und Individualismus im Kontext dieser Schwangerschaft geprägt. Der individuelle Umgang mit der Schwangerschaft ist davon geprägt, dass vom Schwangerschaftseintritt über die Entscheidung, den Vorsorgeuntersuchungen in der gynäkologischen Praxis, die Geburt bis hin zu den Sorgaufgaben für das Kind bzw. die Kinder vergeschlechtlicht werden. In komplexen und herausfordernden Situationen wird lösungsorientiert vorgegangen, in dem die eigenen Bedarfe erkannt und intuitiv sowie eigenständig umgesetzt werden. Die Belastungen der zu diesem Typus zugehörigen Fälle liegen im sozialen Umfeld, einschließlich der Paarbeziehung, in Vereinbarungskonflikten zwischen Lohn- und Care-Arbeit, in fehlenden finanziellen Ressourcen, lückenhafter Informiertheit und einer empathielosen Versorgung.

Erläuterungen durch Fälle

Als die ungewollt eingetretene Schwangerschaft von Katja Peters eintritt, lebt sie bereits in Trennung von ihrem Ehemann, dem Vater ihres ersten Kindes. Ihre Herkunftsfamilie wusste zunächst nichts davon, da sie aus Angst vor der Reaktion diese zunächst geheim hielt. Die Beziehung zu dem Kindesvater des zweiten Kindes war zu dem Zeitpunkt fragil und stand kurz vor dem Ende. Ihr Studium plante sie bald abzuschließen. Die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, führte dazu, dass die Kundgabe an die Familie mit der gleichzeitigen Information über die Trennung von ihrem Ehemann verbunden war. Ihre Entscheidung die Schwangerschaft auszutragen, stieß in der Familie auf Unverständnis. Katja Peters orientierte sich daran, unabhängig und eigenständig zu leben, weshalb sie ihr Studium zügig beenden möchte.

„damit niemand mehr das Gefühl hat, er hat das Recht @mitzureden in meinem@ Leben (okay) und in meinen Entscheidungen (1) (mhm) ähm (2) und halt unabhängig von meinen Eltern zu sein und auch unabhängig von irgendeinem Vater meiner Kinder @zu sein@ (mhm) äh (1) und (.) mein eigenes Ding zu machen, also (1) mein Lehramtsstudium beenden und (mhm) (1) eigenes Geld verdienen und mich um mein Kind kümmern.“ (Katja Peters, Z. 290-295).

Das Studium konnte sie, durch die Schwangerschaft verzögert, schließlich abschließen und nun als Lehrerin tätig sein, wodurch sie finanzielle Unabhängigkeit erlangt. Die Eigenmächtigkeit in ihrem Umgang zeigt sich bei der Sorgearbeit gegenüber ihren Kindern. Sie bindet die Kindesväter zunächst in den Alltag mit ein. Jedoch führte die Ausführung der Sorgetätigkeiten zu Unmut bei Katja Peters, sodass sie schließlich die Aufgaben selbst übernahm. Der Lebensentwurf mit nun zwei Kindern wird unter Berücksichtigung ihrer eigenen Vorstellungen und Bedarfe umstrukturiert und ist durch einen individualistischen, unabhängigen Umgang geprägt.

Der eigenmächtige und vergeschlechtlichte Umgang mit der reproduktiven Sphäre wie der Schwangerschaft und Kindererziehung zeigt sich dadurch, dass die jeweiligen Frauen diese Entscheidungen mit sich selbst oder mit anderen Frauen - wie der eigenen Mutter - aushandeln.

Ute Berg erläutert dies folgendermaßen:

„und dann war=i beim frauenarzt, meine mutter is natürlich mitgekommen, is ja klar, voller (mhm) Aufregung (.) (mhm ((lacht))) und auch zur Unterstützung“ (Ute Berg, Z. 32-33).

Die Begleitung durch die eigene Mutter zur Feststellung der Schwangerschaft ist für Ute Berg eine Selbstverständlichkeit bzw. eine Natürlichkeit. Eine Begleitung durch den Partner wird hier nicht erwartet oder vielleicht gar als unangemessen betrachtet.

Veronika Weiler war zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintritts noch am Stillen und dachte, dadurch nicht schwanger werden zu können. Kurz bevor sie mit ihrem Partner und ihrem gemeinsamen Kind in den Urlaub fuhr, bemerkte sie die Schwangerschaft. Ihrem Partner teilt sie die Schwangerschaft erst mit, als sie für sich die Entscheidung über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft getroffen hatte. Veronika Weilers Umgang ist durch eigenmächtige Entscheidungen geprägt. Dies zeigt sich im beruflichen Feld. Denn als sie schwanger wurde, erfuhr sie Schwierigkeiten bei der Jobsuche und kam in Vereinbarungskonflikte mit der Care- und Lohnarbeit. Aufgrund einer unzureichenden finanziellen Situation ging Veronika Weiler temporär einer Beschäftigung nach:

„[A]ls ich noch Jobs gesucht hab bin ich dann ne Zeitlang (.) ähm abends kellnern gegangen, da war unser Sohn (2) jetzt muss ich überlegen ((seufzt)) en knappes Jahr alt. (okay aha) war ich tagsüber mit den Kindern zuhause, dann kam mein Mann nach Hause und dann bin ich (1) abends quasi - hab in der Gastronomie gearbeitet und dort bedient, (ja) (1) um (1) uns finanziell en bisschen zu entlasten.“ (Veronika Weiler, Z. 434-438).

Ihr Handeln ist durch ein pragmatisches Vorgehen geprägt, sie organisiert sich selbst und sucht nach Lösungen und setzt diese entsprechend um.

Im Falle von Rosi Amsel tritt die ungewollte Schwangerschaft ein, als sich ihr Partner in einer Ausbildung befand. Die Entscheidung die Schwangerschaft auszutragen, fällt Rosi Amsel im Wissen, dass dies im Sinne der gemeinsamen Paarbeziehung ist, allein. Sie ist durch die prekäre finanzielle Situation auf Unterstützung von staatlicher Seite angewiesen. Hierfür bedarf es einiger Besuche bei Ämtern, die ein Verfassen von Dokumenten wie zum Beispiel Widersprüche zur Folge hat. Dabei betont Rosi Amsel, dass sie sich selbst zu helfen weiß. Unterstützung von der Familie gab es für sie nicht, da diese in weiter Entfernung wohnen:

„also ich hab ja Familie, keine Frage, aber die wohnen auch nich alle bei uns in der Nähe (mhm) und demzufolge (1) macht man das dann och alleine. also wie jesagt des - ja, nee, alles gut - nee, also wenn ich jetzt jemand anjerufen hätten, die hätten mir da schon en Rat gegeben, aber (mhm) man (1) - also ich bin ja taff jenuch, dass ich mich da jetzt ähm (ja ((lacht))) durchsetzen kann.“ (Rosi Amsel, Z.159-163).

Rosi Amsel ist einerseits durch die Abwesenheit der Herkunftsfamilie auf sich selbst gestellt und resümiert andererseits darüber, dass dies für sie kein Problem darstelle, da sie dem gewachsen ist. Durch ihren pragmatischen und eigenmächtigen Umgang mit der Situation gelingt es ihr, den Lebensentwurf an die ungewollt eingetretene Schwangerschaft anzupassen.

Von tentativen bis ausharrenden Umgang

Diesem Typus zugeordnete Fälle eint, dass es trotz stetigen Bemühungen den Frauen nicht gelingt, einen Umgang mit den von ihnen gemachten Belastungen zu finden, da sie nicht auf ausreichende soziale und finanzielle Unterstützung zurückgreifen und ihre Belastungen mildern oder bewältigen können. Durch die Betrachtung dieser Fälle, wird die Notwendigkeit von ausreichenden sozialen und finanziellen Ressourcen deutlich.

Kennzeichen des Typus

Der Typ vom tentativen bis ausharrenden Umgang zeichnet sich dadurch aus, dass trotz des aktiven Versuchs einen Umgang mit den entstandenen Belastungen zu finden, diese nicht bewältigt werden können. Die Belastungen werden als zu umfangreich erfahren und die Ressourcen reichen nicht aus, um diese zu bewältigen. Auch in diesen Fällen wurden die Belastungen in verschiedenen Bereichen erfahren, doch erscheinen diese schwerwiegender als bei den zuvor vorgestellten Typen. Die Paarbeziehung wird nicht oder nicht ausreichend als unterstützend erfahren, zudem kann auf das soziale Umfeld nur begrenzt zurückgegriffen werden. Außerdem sind finanzielle Ressourcen nicht ausreichend vorhanden. Im Folgenden soll nun auf zwei Fälle eingegangen werden, welche diesem Typus zugeordnet werden.

Erläuterung durch Fälle

Im Fall Sandra Wolf wird die Erfahrung der Ungewolltheit der Schwangerschaft aufgrund ihrer Lebenssituation erkannt. Sandra Wolf ist bereits Mutter von zwei Kindern und alleinerziehend. Sie ist hauptverantwortlich für die Care- und Hausarbeit ihrer Familie, zudem finanziell auf sich selbst gestellt. Bereits vor der Schwangerschaft beschreibt sie ein Gefühl der Überlastung. Eine weitere Schwangerschaft und somit die zukünftige Fürsorge eines weiteren Kindes, verschärft diese Empfindung. Ihre Schwangerschaft trat durch einen One-Night-Stand ein, wodurch sie das Gefühl hatte, aufgrund ihres Lebensentwurfes stigmatisiert zu werden, da dieser von der gesellschaftlichen Norm einer heterosexuellen Kernfamilie abweicht. Trotzdem entscheidet sie sich für das Austragen der Schwangerschaft:

„für MICH stand in dem Moment eigentlich FEST, dass ich es (.) nicht KANN , also dass ich mich für das Kind auf jeden Fall entscheide, (.) auch wenn die Situation dann (1) noch schwieriger is mit äh.

DREI Kindern alleinerziehend und (.) DREI Kinder von zwei verschiedenen Vätern“ (Sandra Wolf, Z. 36-39).

Neben den bereits erfahrenen Belastungen wie den Scham- und Schuldgefühlen, entstehend durch die Stigmatisierung, können körperliche und psychische Erschöpfungssyndrome erkannt werden. Sandra Wolf bekam zwar Unterstützung von ihrer Herkunftsfamilie und auch von dem Vater ihrer bereits geborenen Kinder, doch reichte diese nicht aus, um ihre Belastungen zu lindern. Auch durch die medizinische Versorgung wurden ihre gesundheitlichen Bedürfnisse nicht ausreichend erkannt. Sie versuchte sich Hilfe zu organisieren und wechselte beispielsweise ihre Gynäkologin, da sie sich bei ihrer vorherigen nicht wohl fühlte. Doch wurden in diesem Rahmen ihre Bedarfe nur in Teilen gedeckt. Bei Sandra Wolf werden multiple Belastungen erkannt, mit welchen sie allein konfrontiert ist. Ihre Reaktion darauf ist ein persönlicher Rückzug aus der Öffentlichkeit und eine temporäre Selbstisolation. Zudem behält sie zunächst ihre Schwangerschaft für sich und teilt diese nur wenigen Personen in ihrem sozialen Umfeld mit:

„und dann fing=s bei mir so an, dass ich mich MEGA zurückgezogen habe, weil ich gemerkt habe, dass mir das ja fast schon peinlich, unangenehm is, dass ich schwanger? bin so von wegen - also ich hab mir dann so die Schuld gegeben wie kann das paSSIEREN? (.) ähm (2) ja dann wieder dieses was denken jetzt alle ANderen, du hast zwei große KINder und (.) die brauchen DICH? und die eine kommt in die SCHULE? und äh (.) du hast grad den (.) den JOB auch recht neu angefangen und bist hierHERgezogen in die STADT und (1) dann hat man diesen=diesen Zweispalt wieder, ja das war=s mit der Karriere, du musst dich jetzt um=s Baby kümmern UNND ähm (.) ich bin dann in so=n Loch gefallen und lag dann gefühlt auch wieder irgendwie so ne wochenlang? äh=äh in meinem äh Schlafzimmer? damals hatt ich auch nur die Matratze in=er ecke (.) und äh (1) hab das ZIMMER kaum verlassen und bin halt echt in so=n (1) FAST JA ei- es WAR bestimmt ne Depression und es war auch bestimmt was Schlimmes, aber ähm das hat meine Frauenärztin au nich erkannt“ (Sandra Wolf, Z. 87-97).

Auch im Fall Gabi Walter wird ein ausharrender Umgang erkannt. Gabi Walter wurde zum vierten Mal schwanger und hatte bereits eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft erfahren, bei der sie sich ebenfalls für das Austragen entschieden hatte. Durch ihre drei Kinder war die Wunschgröße ihrer Familie erfüllt und die Familienplanung für sie und ihren Mann abgeschlossen. Insbesondere ihr Partner lehnte eine weitere Schwangerschaft ab und unterstützte sie in der der Entscheidungsfindung sowie der Fürsorge der Kinder unzureichend. Zum Zeitpunkt des Schwangerschaftseintrittes war Gabi Walter bereits sehr stark durch die Fürsorge ihrer drei bereits geborenen Kinder ausgelastet und fühlte sich besonders überfordert mit der Vereinbarung der Haus- und Care-Arbeit. Nur durch ihre Mutter bekommt sie ab und an Unterstützung bei der Kinderbetreuung. Im Weiteren leidet Gabi Walter bei ihren Schwangerschaften stark unter Übelkeit sowie weiteren körperlichen Beschwerden, welche im frühen Stadium der Schwangerschaft zu einem Beschäftigungsverbot führten. Diese schränken die Alltagsbewältigung ein. Nach der Geburt ihres vierten Kindes spitzte sich ihre individuelle Belastungslage zu. Gabi Walter versuchte sich stetig selbstständig, während der Schwangerschaft und auch nach der Geburt, Unterstützung zu organisieren. Zum Beispiel indem sie sich eine Hebamme, Haushaltshilfe und verschiedene Arten von Kinderbetreuung organisierte, doch stehen diese Unterstützungsmaßnahmen ihr nur temporär zur Verfügung und können mittels fehlender finanzieller, institutioneller und sozialer Ressourcen nicht langfristig organisiert werden.

„ich wüsste ja gar nich ähm in (1) - also was für ne Unterstützung soll das sein? die einzige Unterstützung, (mhm) die ich bräuchte wär ne ((weinend)) Haushaltshilfe, aber die (ja mhm) können wir uns nich leisten (2) (mhm mhm ja) ((weinen)) (mhm) (2) wir ham noch nich ma ne Putzfrau, weil wir keine finden (okay) (2) und auch die muss man bezahlen können (mhm ja) ((schniefen)) und wir ham en großes Haus, wir ham en (mhm) en Garten, (2) (mhm) und ich kann halt nich - ähm das

Problem is ja mit der Kleinen, (.) die is ja immer hier, wenn ich nicht (mhm) arbeiten bin (2) (mhm) und ((räuspern)) dann schaff ich nichts, weil ich ähm (.) JA auf sie aufpassen muss und (ja) in der Zeit wenn die anderthalb werden, dann sind die halt sehr (1) ((räuspern)) (1) ja, die wollen beschäftigt werden (mhm) und äh die hat natürlich keine Lust, mir beim Arbeiten zuzugucken. (1) die möchte (mhm) dass ich mir ihr spiele (mhm ja) und das kann ich nich, (2) (ja) weil ich da - (1) also, weil ich halt den Haushalt machen muss ((weinen)). (mhm ja) und wenn man halt noch drei andere Kinder hat, dann hat man auch viel Haushalt, dann ähm hat man mehr Wäsche, als einem lieb is und ähm (mhm) (1) äh was ich an Mengen von Lebensmitteln einkaufen muss, das kann man sich nich vorstellen (1) (mhm mhm) (1) und (1) ja, was man dann kochen muss und (.) so weiter (mhm ja ja) (.) ja (6) ((schniefen)) (2)“ (Gabi Walter, Z. 517-531).

Im Fall Gabi Walter zeigt sich der Wunsch nach mehr emotionaler Unterstützung, welche sie weder durch ihre Paarbeziehung noch durch ihre Herkunftsfamilie erfährt. Durch die fehlenden Ressourcen werden ihre Bedarfe nicht gedeckt, wodurch ihre Strategie durch Durchhalten und Abwarten gekennzeichnet ist. Gabi Walter erhofft sich mit zunehmendem Alter der Kinder Entlastung.

Fazit

Durch die Betrachtung der folgenden Analyse wird erkannt, dass sowohl die Erfahrungen mit den Belastungen als auch Umgangsweisen variieren. Dabei ist zu konstatieren, dass die Art der Paarbeziehung eine entscheidende Rolle spielt. Lebt eine Frau in einer unterstützenden Paarbeziehung und erfährt sie neben praktischer alltäglicher Unterstützung auch einen emotionalen Rückhalt, gelingt es ihr sich den Herausforderungen zu stellen und ihre Belastungen zu mildern. Eine funktionierende und unterstützende Paarbeziehung stellt eine wichtige und entscheidende Ressource dar. Auftretende Konflikte in einer Paarbeziehung werden als Belastung erfahren und verschärfen eine herausfordernde Lebenssituation. Gelingt es dem Paar diese Konflikte zu lösen, stärkt diese gemeinsam gemachte Erfahrung wiederum das Gefühl einer Gemeinschaftlichkeit. Es wirkt als Ressource in der Bewältigung. Professionelle Unterstützung, in Form einer Paarberatung oder psychosozialer Beratung sowie einer Psychotherapie, gelten als supportiv in der Bewältigung partnerschaftlicher Konflikte. Neben der Paarbeziehung spielen finanzielle und sozialen Ressourcen, auf welche Frauen zurückgreifen können, eine zentrale Rolle. Das soziale Umfeld wird als besonders supportiv empfunden, wenn wenig emotionaler Rückhalt durch den Partner erfahren wird. Im Weiteren zeigen die eben dargestellten Ergebnisse auch, dass es Frauen gelingt, unabhängig und selbstbestimmt sich den Herausforderungen und Belastungen zu stellen. In diesen Zusammenhang wird eine eigenständige und lösungsorientierte Herangehensweise durch die eigenständige Umsetzung der Bedarfe und ein Vertrauen auf die Intuition verfolgt. Soziale und finanzielle Ressourcen sind zwar weiterhin unabdinglich, allerdings weniger im Fokus der Umgangsweise. Werden Belastungen als zu herausfordernd erfahren und trotz stetiger Bemühung nicht gemildert oder bewältigt, ist dies im Fehlen von finanziellen, aber auch sozialen Ressourcen begründet. Dieser Personengruppe gelingt es demnach nicht, ihre Belastungen zu bewältigen und harrt in ihrer schwierigen Lebenssituation aus. Eine durch Egalität sowie Gemeinschaft geprägte Paarbeziehung, die sich durch emotionale und alltagspraktische Unterstützung auszeichnet, stellt demnach die entscheidende Ressource dar, durch welche die auftretenden Belastungen im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft gelingend abgefedert werden.

7.1.2.1.5 Belastungen bei ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft bei den Männern

Im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft wird anhand der Interviews mit den Männern festgestellt, dass in verschiedenen Bereichen Belastungen auftreten. Entgegen der Analyse der Interviews mit den Frauen können anhand der Ausarbeitung keine Formen von Stigmatisierung bei

den Männerinterviews erkannt werden. Zudem ist zu konstatieren, dass die Belastungen bei den Männern, im Vergleich zu denen der Frauen, im weitaus geringeren Ausmaß temporär und seltener kumuliert auftreten. Die erfahrenen Belastungen wurden hier in fünf Bereiche aufgeteilt. Im ersten Bereich treten Belastungen hinsichtlich der Ansprüche an die Vaterschaft und den Vorstellungen zur Familienplanung auf. Im zweiten Bereich werden die Sorgen, um die schwangere Partnerin und den Fötus beziehungsweise um das Kind zu einer Belastung. Der dritte Bereich umfasst die Herausforderungen der beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und finanziellen Lage. Belastungen im Bereich der Erfahrung in der Versorgungslage und der Informiertheit bilden den vierten Bereich. Schließlich treten Belastungen im Bereich krisenhafter Paarbeziehungen und im weiteren sozialen Umfeld auf. Im Folgenden werden die Bereiche und die Art der Belastungen erläutert. Dies bildet den Ausgangspunkt für die Typenbildung des Umgangs mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft.

Ansprüche an Vaterschaft und Vorstellungen zur Familienplanung

Die *Ansprüche an die Vaterschaft* treffen sowohl auf Väter beim ersten Kind sowie bei weiteren Kindern zu. Bei den Erstvaterschaften stellt dies einen Statusübergang von der Partnerschaft zur Elternschaft dar und ist daher in besonderem Ausmaß von Unsicherheiten geprägt. Dieser Übergang bedeutet eine Neujustierung der Rollen und Verantwortungsübernahmen. Vergleicht man die Vaterschaft mit den Interviews der Frauen und entsprechend mit der Mutterschaft, so zeigt sich, dass die Mutterschaft und die Familienplanung der Frauen gesellschaftlichen Normen unterliegen, während die Vaterschaft weniger gesellschaftlichen Werturteilen und bei Abweichungen entsprechenden Sanktionen beziehungsweise Stigmatisierungen ausgesetzt ist. Zudem wird der Umgang mit Familienplanung als belastend empfunden, wenn die Schwangerschaft der Partnerin entgegen der bisherigen Lebensplanung eintritt.

Im Falle einer Erstvaterschaft ist das Einfinden in die neue Rolle als Vater möglicherweise von Herausforderungen, die zu Unsicherheiten und Belastungen führen, geprägt. Als ausschlaggebend dafür wird das Fehlen eines positiven Role-Models genannt. Durch traumatische Erlebnisse durch den eigenen Vater in der Kindheit wird entschieden, sich von dieser Rolle abzuwenden. Ein weiterer Aspekt, der die Unsicherheit in der Vaterwerdung verstärkt, ist der fehlende emotionale Austausch unter den *männlichen* Freunden, also der gescheiterte Versuch im sozialen Umfeld positive Vaterrollen vorzufinden. Besteht die Ungewolltheit der Schwangerschaft darin, dass die Familienplanung (vorerst) abgeschlossen ist, erfordert dies zunächst ein Nachjustieren des bisherigen Lebensentwurfs und der damit verbundenen Vorstellung von Familie und Vaterschaft. Divergieren die Vorstellungen im Umgang mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft zwischen der Partnerin und dem Mann, belastet dies die Paarbeziehung und das Zusammenleben als Familie. Trotz eines eintretenden gemeinsamen Entscheidungsprozesses die Schwangerschaft auszutragen, bedarf es unter Umständen Zeit, die Rolle des Vaters eines weiteren Kindes zu verfolgen. Die Beziehung zum Kind ist dadurch zunächst distanziert.

Bei einem weiteren Kind entsteht der Gleichheitsanspruch gegenüber allen Kindern. Dieser Anspruch dem eigenen Erziehungsideal gerecht zu werden, wirkt belastend. Alltagsbewältigung der Kinderbetreuung wird zur Herausforderung. Das Einleben mit einem weiteren Familienmitglied geht einher mit einem Umdenken der bisherigen Verhaltensmuster und Erwartungen.

Paarbeziehungen und Soziales Umfeld

Wie bei ihren Partnerinnen wird auch bei den Männern festgestellt, dass in einigen Fällen das soziale Umfeld und die Paarbeziehung als belastend erfahren wird. In diesen Zusammenhang zeigen sich Konflikte innerhalb der Paarbeziehung, welche schon vor Eintritt der ungewollten Schwangerschaft bestanden. Insbesondere in einem Fall werden zwischenmenschliche Zerwürfnisse innerhalb der Paarbeziehung thematisiert, welche zunächst aufgearbeitet werden müssen. Im Zuge dessen wurde sogar eine Trennung in Erwägung gezogen, die jedoch aufgrund des

Schwangerschaftseintritts nicht umgesetzt wurde. Durch die konflikthafte Beziehung kommt es zum Ausschluss bei der Geburtsvorbereitung, wodurch sich die erfahrenen Belastungen verschärfen. Auch Konflikte, welche erst durch den ungewollten Eintritt der Schwangerschaft entstanden sind, werden in diesem Rahmen erkannt. Teilnehmer berichten in Bezug auf die Entscheidung von divergierenden Vorstellungen der Familienplanung im Gegensatz zu ihren Partnerinnen. Zudem werden Ängste und Sorgen der Überschreitung der individuellen Belastungsgrenze, welche die Qualität der Paarbeziehung beeinflusst, verlautet. Im Weiteren werden Belastungen durch das soziale Umfeld thematisiert. Der fehlende Austausch über die Ungewolltheit der Schwangerschaft sowie ein Mangel an Verständnis für die eigenen Sorgen und Ängste, führen zu Belastungen. Räumliche Entfernung zu der Herkunftsfamilie und dadurch ausbleibende praktische Unterstützung werden als weitere Belastungen thematisiert.

Sorgen um die Gesundheit der Partnerin und des Kindes

Die Angst und Sorge um die Gesundheit der Partnerin wird von den Teilnehmern als belastend erfahren. Mentale oder körperliche Erkrankungen, welche durch den Eintritt der ungewollten Schwangerschaft bei ihren Partnerinnen aufgetreten sind, sowie bereits erfahrene Fehlgeburten und die Sorge eine weitere erfahren zu müssen, werden in diesem Rahmen thematisiert. Ein hohes Alter oder Vorerkrankungen der Partnerinnen, wodurch die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingeordnet wird, wird ebenfalls als belastend thematisiert. Im Weiteren werden Ängste um die Gesundheit des ungeborenen Kindes thematisiert. Ein Teilnehmer berichtet von einem für den Fötus gefährlichen Virus, durch welchen es zu Entwicklungsstörungen kommen könnte. Die Ungewissheit um das Wohlergehen des Fötus, welche bis zum Ende der Schwangerschaft erlebt wurde, wirkte verunsichernd auf den Teilnehmer und wirkte sich negativ auf die Bezugnahme zu der Schwangerschaft auf.

Erfahrungen in der Versorgung und mit der Informiertheit

Auch die Partner der Teilnehmerinnen erfahren Belastungen im Zuge der medizinischen Versorgungssituation. Dies tritt durch mangelnde Informationen zur Frauen- und Schwangerengesundheit auf. Zudem fehlt es zum Teil an einer konsequenten Einbindung der Väter in Geburtsvorbereitungskurse. Teilnehmer berichten von Unsicherheiten und Ängste im Rahmen der Schwangerschaft, welche sich um das Wohlergehen der Partnerin und des Fötus drehen. Diese sind auf eine unzureichende Aufklärung zurückzuführen. Bemängelt werde zudem fehlende Räume für einen Austausch unter Vätern. Im Weiteren werden Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes im Zuge der Geburt als belastend beschrieben. Hier fühlen sich die Männer meist nicht eingebunden, fehl am Platz oder berichten von dem Gefühl zu stören. Sie fühlen sich nicht ausreichend über das Geschehen während der Geburt informiert und mit ihren Sorgen und Ängsten allein gelassen sowie unverstanden, insbesondere wenn Hektik während der Geburt aufkommt oder sie gegebenenfalls gebeten werden den Kreißsaal zu verlassen, ohne über die Gründe dafür aufgeklärt zu werden. Zudem wird ein empathiloser Umgang des medizinischen Personals gegenüber den werdenden Vätern bemängelt. Insbesondere im Rahmen der Corona Pandemie und den dadurch eingeführten Maßnahmen wurde verstärkt über das Gefühl des Ausschlusses und den damit verbundenen Ängsten berichtet.

Konsequenzen für die Karriere und Finanzielle Lage

Das Leben mit einem (weiteren) Kind bedeutet auch ein höherer finanzieller Bedarf oder führt je nach Konstellation zu Schwierigkeiten im Verfolgen der bisherigen Berufstätigkeit. Die finanzielle Situation wird dabei zur Belastung, wenn aufgrund einer unsicheren Anstellung oder Kurzarbeit bei Eintritt der Schwangerschaft zunächst ungewiss ist, wie die finanzielle Versorgung für ein weiteres Kind zukünftig gewährleistet werden kann. Generell lässt sich konstatieren, dass die Sorgen, um berufliche Einbußen bei den interviewten Männern nicht bestätigen. Ein Leben mit einem (weiteren) Kind erfordert es für dies finanziell aufkommen zu können. Im Falle der Unterhaltspflicht für weitere Kinder aus vorheriger Paarbeziehung führt dies zu Belastungsgefühlen, für die eigene

Familie nicht in ausreichendem Ausmaß finanziell sorgen zu können. Die zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie erforderlichen Maßnahmen führten in einigen Betrieben dazu, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kurzarbeit zu beschäftigen. Im Zuge dieser Maßnahmen verringerte sich das Einkommen. Dies erforderte es in Einzelfällen einer zusätzlichen Beschäftigung nachgehen zu müssen, um ein entsprechend angemessenes Einkommen für die Familie einzubringen. Eine projektbasierte Anstellung, Saisonarbeit oder Selbstständigkeit ist mit einem unsicheren Einkommen verbunden. Daraus resultieren Sorgen, unzureichend finanziell aufgestellt zu sein für ein Leben mit einem (weiteren) Kind. Bestehen eine starke Berufsorientierung und eine damit verbundene Flexibilität der Arbeitszeiten, führt die ungewollt eingetretene Schwangerschaft der Partnerin zu Befürchtungen, der beruflichen Tätigkeit nicht mehr angemessen nachgehen zu können. Dadurch wird die bisherige berufliche Erfüllung durch das Familienleben brüchig und stellt eine temporäre Belastung dar.

Fazit

Anhand der Analyse der Interviews mit den Männern, deren Partnerinnen eine ungewollte eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben – also Väter geworden sind – zeigen sich einige Belastungsfelder. Auffallend ist, dass nicht in allen Interviews Belastungen genannt werden. Zudem halten die Belastungen meist nur temporär an. Die genannten Bereiche zeigen Sorgen, Ängste, Unsicherheiten und Hürden in den Bereichen des sozialen Umfeldes (1.+2.), der Gesundheit (3.+4.) und finanziellen Situation (5.). In den verschiedenen Interviews kumulieren einige der Belastungen. Diese nehmen allerdings nicht das Ausmaß, wie bei den Belastungen der Frauen, an. Wie letztlich mit diesen im Kontext der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft umgegangen wird, wird anhand der Typenbildung deutlich.

7.1.2.1.6 Bewältigungsmuster der Männer im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft

Eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft bringt (auch) für die Partner der schwangeren Frauen Herausforderungen mit sich und beeinflusst die Paarbeziehung sowie die bisherigen gemeinsamen Zukunftspläne dahingehend, dass die Lebensentwürfe nachjustiert werden. Betrachtet man die dargestellten Belastungen der Frauen gegenüber denen der Männer, lässt sich konstatieren, dass das Erleben der Belastungen bei den Frauen in mehreren Bereichen parallel auftreten, Belastungen kumuliert auftreten und länger anhalten. Hingegen stellt sich dies bei den Männern anders dar: Es treten insgesamt weniger Belastungen auf und kumulierte Belastungen stellen ebenfalls eine Seltenheit dar. Ferner ist zu beachten, dass sich die Bewältigungsmuster der Männer im Umgang mit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft auf das Belastungserleben der Frau, aus der Perspektive des Partners einzuordnen sind. Der Fokus liegt nun auf den Bewältigungsmustern, die die Partner anwenden. Diese werden unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen erarbeitet. Eingebettet wird dies in Vorstellungen von Familie und Partnerschaft, sowie Vaterschaft und Männlichkeit.

Orientierung an der Dyade – Der Egalitäre Typus

Durch die *Orientierung an der Dyade*, einer egalitären Aufteilung innerhalb der Paarbeziehung und einer involvierten, engagierten Vaterschaft, respektive hier fürsorglichen Männlichkeit, können die Herausforderungen, die mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft und dem Leben mit einem (weiteren) Kind auftreten, bewältigt werden. Auffallend ist eine ambivalente Erfahrung von Versorgung: Die zum Typus gehörenden Fälle engagieren sich einerseits durch die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen und Begleitung ihrer Partnerin, andererseits erfahren sie hier Lücken in der Versorgung. Der Wunsch nach einer stärkeren Einbindung werdender Väter, sowohl in einem explizit an Väter gerichteten Vorbereitungskurs als auch in der Einbindung während der Geburt, lässt sich daraus konstatieren. Neben dieser Forderung lässt sich zusammenfassen, dass durch das

Erfahrungswissen und Vertrauen der Partnerin, der egalitären Aufteilung des Alltags und durch die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld das Zusammenleben als Familie gelingt.

Kennzeichen des Typus

Der Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft, die ausgetragen wird, erfolgt in diesem Typus partnerschaftlich. Die Partnerschaft wird als egalitär in dem Sinne bezeichnet, dass ein hohes Maß an gemeinsamem Austausch mit der Partnerin im Umgang mit der Schwangerschaft und werdenden (weiteren) Vaterschaft zu erkennen ist. Diese manifestiert sich in einer gerechten Aufgabenverteilung im Alltag. Diese bezieht sich auf Paarbeziehungen, die bereits konsolidiert sind und in denen es gemeinsame Kinder, respektive Versuche (die in einer Fehlgeburt endeten), gibt. Als ungewollt wird die Schwangerschaft im Sinne der Sequenzregel, dem *Spacing* und der finanziellen Situation eingeordnet: Entweder war ein Wiedereinstieg der Partnerin in den Beruf aufgrund vorheriger Elternzeit geplant, der Abschluss der Ausbildung der Partnerin oder es fehlte schlichtweg an den ökonomischen und räumlichen Möglichkeiten für ein weiteres Kind. Die Gründe der Ungewolltheit sind also vielfältig. Die Vorstellungen von Familie sind geprägt durch Gemeinsamkeit, Stabilität und einer Balance innerhalb des Familiengefüges. Die Vaterschaft lässt sich als engagiert und involviert bezeichnen, sie ist geprägt durch Anwesenheit, Verantwortungsübernahme und Auseinandersetzung in der Erziehung des Kindes/der Kinder. Dies konstruiert sich in einer fürsorglichen Männlichkeit, die sich auszeichnet durch die Unterstützung der Partnerin und aktiven Übernahme von Aufgaben im reproduktiven Bereich.

Erläuterungen durch die Fälle

Marius Schmitt und seine Partnerin erwarteten vor dem Eintritt der ungewollten Schwangerschaft bereits ein gemeinsames Kind. Die Schwangerschaft endete allerdings in einer Fehlgeburt. Die Partnerin von Marius Schmitt hat bereits zwei Kinder aus einer vorherigen Paarbeziehung. Für Marius Schmitt ist die Schwangerschaft und seine Vaterwerdung durch verschiedene Unsicherheiten geprägt: Aufgrund der vorherigen Fehlgeburt entsteht die Sorge um den Fötus, die fehlende Erfahrung als Partner, seine Frau zu unterstützen und die fehlende Vorbildfunktion seines Vaters. Marius Schmitts Kindheit war durch einen gewaltvollen Vater geprägt, dies erklärt er mit den damaligen historischen Gegebenheiten, von denen er sich explizit abwenden möchte:

„ich werd mein Kind äh nie schlagen, ich werd meim Kind nie drohen, ich versuche (2) von diese Zuckerbrot und Peitsche Methode loszuwerden, also weg davon, (1) aber wenn man (1) ALLES durchgehen lässt, dann hat man irgendwann so=n kleinen Egoisten auf die Welt gezo=erzogen.“ (Marius Schmitt, Z. 618-621).

Marius Schmitt skizziert zudem Unsicherheiten in seiner Rolle als Partner während der Schwangerschaft und insbesondere bei der Geburt. Gemeinsam mit seiner Partnerin informieren sie sich - bedingt durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie – anhand von Videos über Geburtsvorbereitung, die er als unterstützend wahrnimmt. In der Praxis fällt es Marius Schmitt zunächst nicht leicht, sich zu seiner Zufriedenheit einzubringen. Seine Partnerin unterstützt ihn, indem sie ihr Erfahrungswissen mit ihm teilt, wodurch er sich in die Rolle einfindet:

„an sich hab ich wirklich des - äh 90 Prozent der=mmmh des äh Vorbereitungggg für die Geburt und während der Geburt hab ich wirklich mit meiner Partnerin gesprochen ((lautes Einatmen)), weil ich auch sofort gemerkt hab ähm bei dir kann man wirklich die meiste Erfahrung und die meisten Tipps und Tricks holen, weil sie schon alles mitgemacht hat.“ (Marius Schmitt, Z. 318-321).

Durch die Covid-19-Pandemie galten strenge Kontaktregeln, weshalb er nur teilweise bei den Untersuchungen und Aufenthalten im Krankenhaus dabei war. Dies führt zu einem Gefühl von Unsicherheit und Überflüssigkeit. Marius Schmitt ist fokussiert auf die Bedarfe seiner Frau, interessiert an der Schwangerschaft, dem Kind und allem drum herum und findet so seinen Weg in die Vaterwerdung. Für ihn ist es dabei elementar, im tiefen Austausch mit seiner Partnerin zu sein

und einen gemeinsamen Umgang zu finden. Das gegenseitige Vertrauen zwischen ihm und seiner Partnerin führt zur gemeinschaftlichen Bewältigung der herausfordernden Situation.

Der Schwangerschaftseintritt von Finn Mauers Partnerin ist begleitet von finanziellen Sorgen. Seine Partnerin überlegte daher einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Finn Mauer unterstützte sie in ihrer Entscheidungsfreiheit. Das Paar lebte bereits mit einem gemeinsamen Kind zusammen in einem Haus, Finn Mauer ist zudem für Kinder aus einer vorherigen Paarbeziehung unterhaltspflichtig. Durch die Unterhaltspflicht musste Finn Mauer und seine Partnerin ihre finanzielle Situation und Ressourcen für ein weiteres Kind genau abwägen. Finn Mauer und seine Partnerin stießen auf Schwierigkeiten im Zugang zu Informationen zu einem Schwangerschaftsabbruch und auf Ablehnung in der gynäkologischen Versorgung. Ihnen werden Vorwürfe hinsichtlich der Verhütung gemacht. Seine Partnerin entscheidet sich letztlich für das Austragen der Schwangerschaft und Finn Mauer unterstützt sie darin. Während der Geburt nimmt Finn Mauer das Verhalten des medizinischen Personals ihm und anderen werdenden Vätern gegenüber als kühl und abweisend wahr. Dies trägt zu einer weiteren negativen Erfahrung (auch) Männern gegenüber bei. Generell liegt Finn Mauers Priorisierung auf der Familie, sodass sein Beruf eine Vereinbarkeit damit ermöglicht. Er beschreibt seinen Erziehungsstil und den seiner Frau als verschieden, jedoch respektieren und vertrauen sie sich diesbezüglich :

„der Klassiker isch Windeln wechseln würd ich jetzt sagen. also (mhm) (2) ich bin daaa so einer, der macht dann beim Windeln wechseln eben auch mal Faxen mit den Kindern, einfach dass se einfach auch en bisschen liegen bleiben oder sich dann dementsprechend (1) - und für sie - sie isch da nur en bisschen (1) ZIELSTREBIG, gerade - Windel auf, zack, einmal durch un (.) fertig. (1) (ja, verstehe) ne. (2) ((lacht)) oder=oder ja, in=in=s Bett bringen mach ich dann auch immer noch=n bisschen mit den Kindern Faxen, also nich so dieses (2) isch - ja isch jetzt blöd gsagt Faxen machen, also ich=ich ALBER halt was mit ihnen rum, wenn nett grad beim Anziehen oder so, weil sie halt dann doch mal Kinder sind und rumtrödeln. (1) und sie macht=s dann halt wieder anderscht, weil - weil also des sind so die - des ich sag ma so die Klassiker.“ (Finn Mauer, Z. 233-241).

Dies zeigt, dass sich Finn Mauer fürsorglich in die Care-Arbeit mit den Kindern einbringt und das Paar- und Familienkonstrukt von Egalität und Vertrauen geprägt ist. Der Beruf von Finn Mauer und seiner Frau ermöglichen eine genaue Absprache hinsichtlich der Arbeitsaufteilung in der Familie. Die Gleichberechtigung im Paar zeigt sich darin, berufliches und familiäres zu können, bedingt durch die Unterstützung des jeweilig anderen. [OBJ]

Für Jens Oster tritt die ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft ein, nachdem seine Partnerin via Kinderwunschbehandlung bereits zwei Kinder gebar. Eins der Kinder ist noch sehr jung, wodurch seine Partnerin noch in Elternzeit ist und plante, in den Beruf, verbunden mit einem beruflichen Aufstieg, wieder einzusteigen. Die Familie ist dabei, in den Alltag mit zwei Kindern zu finden. Die Kinder werden als sehr fordernd in ihrem Bedarf nach Aufmerksamkeit bezeichnet, dadurch gilt die Vorstellung, mit einem weiteren Kind zu leben, zunächst als Herausforderung. Letztlich bestätigt sich dies im Alltag mit drei Kindern:

„des war schon - das war schon ne Hausnummer. und wenn dann eins davon tatsächlich auch äh (1) ähm sein Recht so massiv einfordert, wie des die äh Polina gemacht hat, zeitweise, (2) ähm (1) dann KANN einen das GANZ schön auch persönlich aus der Bahn werfen, erstmal, ne. (1) wo man dann erst mal zwei Schritte zurückgehen muss und erst mal durchatmen muss, un=sa=so pff und jetzt müss=wer=mal“ (Jens Oster, Z.512-516).

Jens Oster schafft es mit diesen Herausforderungen im Alltag mit drei Kindern und der Vereinbarkeit der Lohnarbeit letztlich, indem er sich mit seiner Partnerin die Aufgaben egalitär aufteilt. Bereits in der Vorbereitung auf das Leben mit einem dritten Kind informiert er sich aktiv durch die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs. Neben diesem unterstützt im Alltag Jens

Osters Mutter bei der Kinderbetreuung. Sie springt flexibel ein, wodurch Jens Oster und seine Partnerin als berufstätige Eltern von drei Kindern den Alltag bewältigen.

Doing Family – Die Entwicklung der Familienorientierung

In allen zu diesem Typ *Doing Family* zugeordneten Fällen handelt es sich um die erste Vaterschaft und zusätzlich zu der Besonderheit der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft, in kürzerer Zeit eine Nachjustierung des bisherigen Lebensentwurfs vorzunehmen, geht dies mit dem Übergang einer Statuspassage - nämlich von der Partnerschaft zur Elternschaft- einher. Gemeinsam ist ihnen das allmähliche Einfinden in die Kernfamilie, also des *Doing Family* und auch in das Einfinden in die Vaterrolle. Zuvor bestand die Orientierung an der Sequenzregel und entsprechend die beruflichen Pläne (sowie weiteren familiären Pläne) umzusetzen. Mit der Zeit findet eine Anpassung an das Familienleben statt. Die berufliche Priorisierung wird zugunsten der Familienorientierung aufgegeben. Ermöglicht wird dies durch klare Absprachen innerhalb des Paares, unterstützt durch gegenseitiges Vertrauen und der Möglichkeit weiterhin eigenständig den Bedarfen nachzugehen. Des Weiteren führt die Orientierung an einer anwesenden Vaterschaft dazu, Zeit mit dem Kind und in der Familie zu verbringen. Dies weitete sich sogar zum Teil auf eine Verbesserung der Beziehung zu der eigenen Herkunftsfamilie aus.

Kennzeichen des Typus

Doing Family beschreibt dabei die aktive Herstellungsleistung einer Gemeinschaftlichkeit als Familie (Jurczyk et al., 2014). Die Entwicklung einer Familienorientierung entsteht mit der Elternwerdung. Ungewollt tritt die Schwangerschaft hier ein, da zu dem Zeitpunkt der Eintritt einer Schwangerschaft als unwahrscheinlich galt aufgrund einer medizinischen Diagnose oder dem nicht Verfolgenkönnen der Sequenzregel. Die Belastungen lassen sich in dem Bereich der Sorge, den weiteren Verlauf der Karriere nicht nachgehen zu können sowie der Befürchtungen, um die schwangere Partnerin und den Fötus beziehungsweise des

Kindes, verorten. Erschwerend hinzu kam hier eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Fehlgeburt, respektive Sorgen um die Gesundheit des Kindes. Das Leben als Familie wird durch Gemeinsamkeit hergestellt. Dies zeigt sich in der Übernahme von Verantwortung oder auch Anpassung der bisherigen Priorisierung des Berufs in den Alltag als Familie. Die Paarbeziehung ist geprägt durch gegenseitiges Vertrauen und klaren Absprachen in der Organisation der verschiedenen Arbeitsbereiche. Diese entwickelten sich zum Teil erst mit der Transformation zur Elternschaft. Die Aufteilung der Aufgabenbereiche erfolgt an dieser Stelle nicht mit dem Anspruch an Egalität. Die Vaterschaftsbilder sind gekennzeichnet durch den Anspruch an Anwesenheit und Verantwortung. Vatersein wird mit Stolz sein verbunden. Die Konstruktion von Männlichkeit ist durch das Festhalten der bisherigen Arbeitsteilung, um die eigenen Ziele und Interessen zu verfolgen, geprägt.

Erläuterungen durch die Fälle

Anton Laut und seine Partnerin lebten zum Eintritt der ungewollten Schwangerschaft gemeinsam und planten bald zu heiraten. Ein Kinderwunsch bestand, jedoch wollten sie zunächst die Zeit als Paar zu zweit genießen. Anton Laut geht in seiner Selbstständigkeit seiner Leidenschaft im Kreativbereich nach. Dies erfordert ein hohes Maß an Zeit und Flexibilität. Für ihn ist diese Tätigkeit mit Freude und Erfüllung verbunden. Die Vorstellung nun früher als geplant Einschränkungen in seine Karriere und Selbstverwirklichung vorzunehmen, sorgt ihn. Hinzu kam, dass während der Schwangerschaft der Fötus ein geringes Gewicht aufweist, wodurch die Schwangerschaft und erste Zeit nach der Geburt von Sorgen geprägt waren. Er litt zudem unter einer depressiven Episode. Diese vielfältigen Belastungen führten bei ihm dazu, dass er sich wenig mit der Schwangerschaft auseinandersetzte. Aufgrund seiner begrenzten Zeitressourcen beziehungsweise der Priorisierung seiner beruflichen Tätigkeit, wird diese als nachrangig angesehen. Es lässt sich für ihn ein sukzessives Einfinden in das Familienleben konstatieren. Er beschreibt:

„ich hatt auch ganz starke - also ganz=ganz große Angst davor, (mhm) muss ich sagen, dass - ne also ich=ich (2) hab ge- hab gedacht, so dass ich dann ähh (2) ja dass es - dass meine Vorstellung davon wie=wie (1) wie mein Leben, mein (.) persönliches Leben weitergeht dann (.) ganz viel Brüche kricht. (1) uund ähm es is - es is auch erst mal so, muss man ganz ehrlich sagen, aber ähm dafür kricht man ganz viel andere Inspirationen, die - von der man nich gedacht hätte, dass die dann da is. also (2) ja, also da kommt auf jeden Fall - (1) es zieht Energie, aber es gibt einem auch irgendwie Energie“ (Anton Laut, Z.443-446).

Anton Laut schafft es, sich in seine Rolle als Vater einzufinden und kann dies mit seinem Arbeitsethos vereinen, da sein Kind ihn, entgegen seinen Befürchtungen, in seiner Arbeit inspiriert. Seine Orientierung in der Vaterschaft ist von Anwesenheit und gemeinsamer Zeit mit dem Kind geprägt. Durch das schrittweise Einleben in das Familienleben als Vater gelingt die Transformation von der Paarbeziehung zur Elternschaft für Anton Laut.

Für Eike Linde und seine Partnerin bestand ein Kinderwunsch. Eine Schwangerschaft wurde jedoch durch die medizinische Diagnose einer Hormonschwäche bei seiner Partnerin für unwahrscheinlich erklärt. Dadurch trat die unerwartete Schwangerschaft zu einem unpassenden Zeitpunkt ein. Nach Eintritt der ungewollten Schwangerschaft war daher die Zeit von Sorge geprägt, da eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Fehlgeburt vorlag. Dies führte zu Schwierigkeiten bei Eike Linde, sich in den neuen Lebensabschnitt einfinden zu können. Er und seine Partnerin richteten ihren Alltag zunächst nicht nach dem Leben mit einem Kind aus. Eine zusätzliche Vorbereitung nahm er während der Schwangerschaft nicht in Anspruch, da dies seine Frau eigenständig übernahm. Hinzu kam, dass bei seiner Partnerin nach der Geburt eine Notoperation vorgenommen werden musste, wodurch sich die Sorge um das Wohlergehen des Fötus in die Sorge um seine Frau verlagerte. Die Erfahrungen in der Klinik entsprachen nicht den Erwartungen von Eike Linde und seiner Partnerin, da sie sich ein engeres Betreuungsverhältnis sowie eine Unterstützung im Mutter-Kind-Bonding gewünscht hatten. Eike Linde resümiert, dass das gegenseitige Vertrauen in der Paarbeziehung ihn in der Zeit der Schwangerschaft stärkte. Der Familienentwurf sieht eine Eingliederung der Paarorientierung in die Familienerlebnisse vor. Als das gemeinsame Kind älter wird, wechselt Eike Linde seinen Beruf, der ihm mehr Home-Office ermöglicht. Dies führt dazu, dass er:

„ähm sa=ma NAHEzu fast nur noch aus=m Homeoffice arbeite, (1) was natürlich auch total schön is, weil (.) wir dadurch viel, viel flexibler geworden sind ähm (ja mh) (1) sei es dass ich dann mal mittags irgendwie, (.) äh wenn meine Frau noch unterwegs is äh unsere Tochter abholen kann, (1) (mhm) ähm (1) wir uns das (.) glaub ich (.) mittlerweile sehr, sehr gut oder da einen sehr, sehr guten Modus gefunden haben wie gesagt, dass wir uns da (mhm) (1) gut ergänzen (1) ähm (2) und (2) ICH auch äh mal Zeiten mit meiner d=äh oder mit unserer Tochter habe (1) äh (mhm) also einfach mal zu zweit, (1) was ich auch total schön finde, einfach dass da auch dieses (.) diese Bindung einfach ähhh STARK (1) BLEIBT oder stark wird, noch (ja) stärker wird.“(Eike Linde, Z.527-534).

Durch das Überdenken der Priorisierung seines Berufs und seinem eigenen Anspruch als Vater, in Abkehr von seinem eigenen Vater, eine intensive Bindung zu dem Kind aufzubauen und anwesend zu sein, findet er sich in das Familienleben ein. Dadurch findet sich ein Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft und dem Leben mit einem Kind.

Herstellung von Gemeinsamkeit – Die Ermöglichung der Bewältigung

Die zu dem Typus *Herstellung von Gemeinsamkeit* zugehörige Fälle eint eine Wiederherstellung von Gemeinschaftlichkeit innerhalb der Paarbeziehung im Zuge einer gemeinsamen Konfliktlösung. Beide Teilnehmer berichten von einer persönlichen Ablehnung der Schwangerschaft und Konflikten während des Entscheidungsprozesses, welche als belastend erfahren werden. Die Herstellung von Gemeinsamkeit in der Paarbeziehung erforderte einen intensiven aktiven Kommunikationsaustausch, um Verständnis für die andere Portion zu ermöglichen. Als Ressource werden

insbesondere soziale und professionelle Unterstützung genannt, die zur Herstellung der Gemeinsamkeit beitragen.

Kennzeichen des Typus

Der Typus *Herstellung von Gemeinsamkeit* verweist auf vorherige Konflikte und Distanz in der Paarbeziehung, sodass das Gefühl von Vertrauen und Gemeinschaftlichkeit fehlt. Beide Teilnehmer berichten von partnerschaftlichen Konflikten aufgrund von divergierenden Vorstellungen zu dem weiteren Verlauf der Schwangerschaft. Durch die endgültige Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen und damit für ein Leben mit einem weiteren Kind, berichten beide Männer von einer Wiederherstellung des Familiengefüges, welche im Rahmen der Integration eines weiteren Kindes in das Familiengefüge, vollzogen wurde. Zu beachten ist, dass bei beiden Fällen zwar eine aktive Vaterschaft und eine fürsorgliche Männlichkeit erkannt wird und beide nach Zeit, insbesondere an Wochenenden, mit ihren Kindern streben, doch sind sowohl Hannes Koch als auch Hans Rose hauptsächlich verantwortlich für das Einkommen der Familie und nicht egalitär an Haus- und Care-Arbeit beteiligt. Somit berichten beide von wenig Veränderung ihres beruflichen, aber auch familiären Alltags. Somit treten keine langfristigen Belastungen bei beiden Teilnehmern auf. Die erfahrenen Belastungen sind in beiden Fällen temporär begrenzt. Sie treten während des Entscheidungsprozesses und im Zuge von partnerschaftlichen Konflikten auf. Durch eine gemeinschaftliche Konfliktlösung bewältigen Hannes Koch und Hans Rose die belastenden Situationen.

Erläuterung durch die Fälle

Beide zu diesem Typus zugeordneten Fälle gaben an, bei Eintritt der Schwangerschaft, mit der Familienplanung abgeschlossen zu haben. Sie hatten bereits Kinder und bewerteten ihre Familiengröße als ausreichend und zufriedenstellend. Beide Teilnehmer reagierten zunächst mit Ablehnung auf die Schwangerschaft und befürworteten einen Schwangerschaftsabbruch. In diesem Zusammenhang können Konflikte im Rahmen des Entscheidungsprozesses innerhalb der Paarbeziehung erkannt werden, welche insbesondere bei Hannes Koch bereits bestehende partnerschaftliche Konflikte verstärken.

Die sehr eingeschränkte Handlungsmacht in Bezug auf die Entscheidung wird als Kontrollverlust wahrgenommen. Dies führt darüber hinaus dazu, dass Hannes Koch die Schwangerschaft seiner Frau zunächst verkennt. Hans Rose berichtet von stetig andauernden Diskussionen, welche sich zu einem sich verfestigten, partnerschaftlichen Konflikt entwickelten. Für Hans Rose ist ein Schwangerschaftsabbruch eine logische Konsequenz, da das Paar bereits vor einigen Jahren ihre Familienplanung abgeschlossen hatte: Er und seine Frau waren bereits Ende 40 Jahre zu diesem Zeitpunkt und die Schwangerschaft seiner Frau wurde als gesundheitliches Risiko eingeschätzt. Für das Hadern mit der Entscheidung seiner Partnerin brachte er zunächst kein Verständnis auf. Darüber hinaus berichten beide Teilnehmer über ein Auseinanderleben als Paar. Hannes Koch beschreibt in diesem Zuge divergierende Vorstellungen in Bezug auf eine gemeinsame Zukunft. Hans Rose beschreibt sein Beziehungsleben als ein *nebeneinanderher leben* mit wenig Gemeinschaftlichkeit. Als besonders belastend werden die sich verfestigten partnerschaftlichen Konflikte im Zuge der Entscheidung erfahren. Die Machtlosigkeit, diese Entscheidung nicht allein oder nach ihren Vorstellungen fällen zu können, wird in diesem Rahmen thematisiert. Eine Lösung des Konflikts entwickelt sich nach der Inanspruchnahme der Schwangerschaftskonfliktberatung, die zugleich als Paarberatung wirkte. Den Paaren gelang es mittels dieser Beratung wieder einen Weg der gemeinsamen Kommunikation zu finden. Hannes Koch berichtet in diesem Zusammenhang von einer Wiederaufnahme der Kommunikation mit seiner Partnerin, wodurch ein vertrauensvoller Austausch stattfindet:

„A: ähmm (1) äh man hat sich schon bissel ähm (.) au bissel bedrängt gefühlt - also die=die - klar, die sind in der Situation, dass sie natürlich wollen, dass die Kinder behalten werden und (mhm) (.)“

ähm (.) aber sie stand au auf meiner Seite, also=also hat beide Seiten sich angehört, war jetzt nett so, dass sie mich jetzt da- total dazu gedrängt hat ähm, (mhm) (1) äh (.) da des Kind zu bekommen. (mhm) ähm wir waren dann zwar ähm nach=m Termin dann eher so ver=ver=vver äh verblieben, dass wir dann (.) schon uns eigentlich mehr oder weniger für des Kind (1) entschieden haben, (mhm) ((schnieft)) aber so ganz 100 prozentig war ich halt no=nett (.) (ja) äh in Gedanken dabei ((lacht)). (ja ja) genau. (1) aber so war der Termin eigentlich ganz angenehm und ähm (1) ja, man ha- man hat sich da jetzt nett ähm verpflichtet gefühlt, aber ja“ (Hannes Koch, Z. 66-74).

Hans Rose erlernt durch das gemeinsame Beratungsgespräch seine Position zu reflektieren und somit die Position seiner Frau zu verstehen. Es findet eine gemeinsame Bewältigung der Krisensituation statt und das Paar findet zueinander. Hans Rose beschreibt dies mit folgenden Worten:

„und DAS glaub ich war so=n bisschenn (3) JA so=nn (1) Türöffner, sag ich mal irgendwie fürrr (.) ähm (3) also (.) für UNS da zu ner gemeinsamen Lösung zu KOMMEN und für mich äh (1) das vielleicht nochma in (.) en größeren Rahmen zu setzen ähm (3) und (3) ja überhaupt (1) überhaupt Sachen denkbar werden zu lassen vielleicht, ne. also äh (2) auch=auch (.) jetzt erst ma AN - vielleicht e- überhaupt zuerst mal die=die andere Position einfach nur anzuerkennen. (2) ähm (1) ich glaube das=das hat Charlotte eigentlich äh - IS ihr ja vor MIR schon gelungen, irgendwie auch meine Position anzuerkennen. ich glaube (2) bei mir brauchte es dann en bisschen länger. und das hat aber - also diese äh (.) Beratungsgespräche da ham=ham auf jeden Fall geholfen, also sozusagen dieser (2) dieser rahmen noch mit ner andern PERSON irgendwie das in=in (1) in andere (.) jaa in andere Koordinaten zu bekommen, ne und=und so=n bisschen aus dem eigenen Tunnel irgendwie (1) vielleicht rauszukommen. ähm (2) genau. (2) ähm (3) was halt interessant (1) inn diesem ganzen Umfeld (.) halt (1) WAR dass das (.) ähm (2) DAS halt auch einfach emotional viel verändert hat, weil diese=diese m=gewissermaßen ANNäherung im=im Gespräch (2) ähh über auch diese Beratungsstelle hat halt auch (1) uns als Partner, Partnerinnen irgendwie doch auch wieder=n bisschen (1) - oder sehr viel besser wieder angenähert, so, ne, also. (3) im Rückblick, weil ja da is man in seinen argumentativen Gräben und das hat so=n bisschen das soo äh überbrücken können. (2) ähm (1) und wie gesagt, da sind so=n bisschen andere Dinge denkbar geworden - also oder auch diese äh Schwangerschaft dann austragen zu können, beziehungsweise einfach auch erst ma zu respektieren“ (Hans Rose, Z. 65-83).

Ressourcenstärke und Resilienz als Bewältigungsmuster

Die Fälle dieses Typus *Ressourcenstärke und Resilienz als Bewältigungsmuster* eint der Bezug auf die persönliche Stärke, wodurch Krisensituationen gemeistert werden. Durch ausreichend finanzielle und soziale Ressourcen gelingt es Paul Weber und Matthias Bauer einen Umgang mit den Belastungen zu finden. Im Weiteren eint sie, dass sie ihre Vorstellungen zu Männlichkeit und Vaterschaft überdenken und sich diese zu Fürsorglichkeit und Emotionalität öffnet. Dadurch gelingt es Paul Weber und Matthias Bauer ein harmonisches Familiengefüge aufzubauen.

Kennzeichen des Typus

Die Ausgangssituation der zu diesem Typus zugehörigen Fälle eint die persönlichen Unsicherheiten und Belastungen, die im Zuge der Ungewolltheit der Schwangerschaft auftreten. Es gelingt ihnen sich mit der neuen Situation zu arrangieren, indem sie ihre Verhaltensweisen an der neuen unbekannten Situation anpassen können. Dieser Typus ist geprägt von Reife- und Reflexionsprozessen in Bezug auf Vaterschaft und Vorstellungen zu Männlichkeit, wodurch ein Umgang mit den Belastungen gefunden werden kann. Zudem verfügen sie über eine ausgeprägte Ressourcenstärke, welche sowohl in finanziellen als auch in sozialen Ressourcen gegründet liegt.

Erläuterungen durch die Fälle

Die Belastungen der Teilnehmer, welche diesem Typus zugeordnet werden, treten in verschiedenen Bereichen auf und variieren zwischen den Fällen. Belastungen werden bei Paul Weber in der

Fragilität der Schwangerschaft seiner Frau erfahren. Die Sorge, dass die Schwangerschaft komplikationsreich wird und somit gesundheitliche Folgen für seine Partnerin und das Kind entstehen könnten, führten zunächst zu einer Ablehnung der Schwangerschaft. Dies führte dazu, dass Paul Weber nicht über die Schwangerschaft sprechen wollte und jegliche Gesprächsversuche abwehrte. Zudem realisierte er erst den Eintritt der Schwangerschaft, als diese von einer Gynäkologin bestätigt wurde:

„hab ich mir eingeredet, es is noch kein Kind, (okay) erst ab der 16. oder 18. Woche. also erst wenn die Frauenärztin mir sagt (.) Herr Weber äh herzlichen Glückwunsch, sie werden Vater, es is alles gesund, da is=n Herzschlag (aha) ähm ich kann die größten Krankheiten ausschließen (1) ab dem Zeitpunkt wollt ich erst drüber sprechen, das heißt für meine Freundin war es in dem Moment schwierig, weil ich hab des beiseite geschoben und sie musste mit ihrer sch- mit ihrer Mutter sprechen, (ja) weil (2) für mich war es erst real, wenn ich=s ausspreche und ich hab es bis dahin nicht ausgesprochen (mhm) (1) ich hab=s auch meiner Familie nicht gesagt und meinen Freunden nicht gesagt, (aha) (1) sondern erst an dem Tag, wo wir acht Wochen später den ersten Frauenarzttermin hatten. (mhm) da waren wir glaub ich in der - weiß ich nicht - 13., 14. Woche. da hat die Frauenärztin gesagt herzlichen Glückwunsch ähm, (mhm) ich hör (1) Puls (aha) und nicht nur einen, sondern wir ham Zwillinge erwartet und auch (ah okay) Zwillinge bekommen (aha) (1) ähm (.) und dann war=s für mich real (okay) (.) (...) - sie wollte mit mir drüber sprechen, aber ich bin da eher en verschlossener Mensch (mhm) und ähm wie gesagt, ich hab=s nicht ausgesprochen, also war=s nicht WAHR, (mhm) also wenn irgendwas passiert wäre und es wäre zu nem Abgang gekommen, (mhm) denn hätte es mich (1) HOFFENTlich (.) nicht so getroffen. auch wenn=s mich natürlich getroffen hätte, aber (mhm) ich hab mir eingeredet,

ich sprech jetzt nicht drüber, also is nicht - (.) is es nicht real, (okay) somit kann ich nachher au nicht verletzt werden, wenn irgendwas passiert (Paul Weber, Z. 91-113).

Zudem verschlechtert sich die Gesundheit seiner Partnerin während der Schwangerschaft, wodurch zunächst seine Befürchtungen bestätigt werden. Paul Weber verspürt in diesem Zuge einen Kontrollverlust, welche sich in der Angst sein harmonisches und vollkommenes Familiengefüge zu verlieren, widerspiegelt. Die Erfahrungen seiner Frau und die Ausführung der hauptsächlichen Sorgetätigkeit von ihr regen Paul Weber zum Reflektieren seiner Rolle - Haupternährer der Familie und Second Caregiver - an, sodass er ihr mit Wertschätzung begegnet und seine verschlossene Haltung ihr gegenüber überdenkt. Es tritt eine Reflexion der bisherigen Vorstellungen von Vaterschaft und Männlichkeit ein. Durch diese Reflexionsprozesse und der emotionalen Öffnung gegenüber seiner Partnerin gelingt ihm der Umgang mit seiner Verlustangst, zudem besinnt er sich auf seine persönliche Stärke. So meistert er diese schwierigen Situationen. Auf diese Art und Weise gelingt es ihm einen Umgang mit dem empfundenen Kontrollverlust, bedingt durch die Sorge während der schwierigen Schwangerschaft, zu überwinden und die familiäre Harmonie aufrechtzuerhalten. Paul Weber greift dabei auf finanzielle Ressourcen zurück und bekommt umfassende Unterstützung aus seinem sozialen Umfeld.

Bei Matthias Bauer liegen die erfahrenen Belastungen im Bereich der Paarbeziehung. Zum Zeitpunkt des Eintrittes der Schwangerschaft berichtete Matthias Bauer von starken Konflikten innerhalb dieser. Diese werden zunächst als unüberwindbar betrachtet und er zog eine Trennung in Betracht. Somit nahm er den Eintritt der Schwangerschaft krisenhaft wahr, da er das Gefühl hatte, sich nicht mehr von seiner Partnerin trennen zu können, da sie nun schwanger von ihm war. Bei der Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, wurde er von ihr nicht eingebunden, wodurch er sich machtlos fühlte. In diesem Rahmen treten Schwierigkeiten bei Matthias Bauer auf, sich emotional auf die Schwangerschaft einzulassen. Dies begründet er auch mit der fehlenden Einbindung in die Geburtsvorbereitung. Matthias Bauer gelingt es mit den Belastungen umzugehen, in dem er sich an seine lösungsorientierte und pragmatische Handlungsweise orientiert. Daraus

folgt die Priorisierung der Familie für ihn. Matthias Bauer löst sich von der Vorstellung, eine Familie nur auf Basis einer romantischen Beziehung zu gründen, respektive zu führen. Er verbindet die Vorstellung von Familie nun an die Beziehung zu einem Kind und entkoppelte diese bewusst von seiner Paarbeziehung. Den Wunsch der Eheschließung seiner Partnerin im Zuge der Familiengründung, kam er somit zunächst nicht nach. Jedoch sagte er trotz des Ausschlusses aus der Entscheidungsfindung, seiner Partnerin Unterstützung in Bezug auf die Care-Arbeit und einer aktiven Vaterschaft zu, falls sie sich für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden sollte:

„und ähm (2) und (??) hab ich ihr GANZ knallhart gesagt ich steh immer (.) zu dem Kind (mhm) IMMER (1) ich bin immer (mhm) der Papa, ich werd des KIND nie alleinlassen und somit auch sie nicht, (mhm) (1) auch wenn die Beziehung vielleicht en andern Weg läuft, aber des (1) äh=ähm aber ich STEH immer zu dem Kind. (1) (ja) das hab ich ihr da gesagt. das is - (ja) und wenn=s sein muss, nehm ich des Kind zu mir. also (okay) des hab ich - also (1) beziehungsweise wenn wir uns des teilen, aber ich hab ihr gesagt ich steht IMMER zu diesem Kind, des is mein Kind (mhm) ja. und des HAT ((seufzt))“ (Matthias Bauer, Z. 191-197) “

In der Vaterrolle hat er einen neuen Sinn des Lebens gefunden, welcher ihm hilft, die Konflikte in der Beziehung auszuhalten. Hier ist ein Umdenken der Vorstellungen zu Männlichkeit und Vaterschaft zu erkennen. Diese wechselt von der sehr traditionell aufgeladenen Vorstellung des Hauptnährers zu einer emotionalen und fürsorglichen Auffassung. Durch dieses Umdenken gelingt es ihm, ein funktionierendes familiäres Gefüge für seine Kinder zu entwickeln. Matthias Bauer gelingt der Umgang mit diesen sehr belastenden Erfahrungen, durch eine individuelle Anpassung an die Gegebenheiten. Ihm gelingt die Entwicklung einer Widerstandsfähigkeit durch den Umgang mit den schwelenden Beziehungskonflikten. Wie im Fall Paul Weber greift Matthias Bauer auf ausreichende finanzielle und soziale Ressourcen zurück, wodurch er Rückhalt gewinnt.

Fazit

Anhand der Interviewanalyse zeigt sich bei den Männern, dass die auftretenden Belastungen unter Ausnahme der konflikthafter Paarbeziehung temporär auftreten. Es gelingt ihnen die Belastungen durch Ressourcenstärke einerseits und in den meisten Fällen durch die Gemeinsamkeit in der Paarbeziehung andererseits zu bewältigen oder zumindest zu mildern. In der Gesamtschau wird anhand der verschiedenen Typen gezeigt, dass von einem *inhärenten Kinder- und Familienwunsch* im ersten Typus, über die *Entwicklung einer Familienorientierung* im zweiten Typus, zur *Herstellung von Gemeinsamkeit* im dritten, bis zum *individualistischen Konzept von Familie* im vierten, die Bedeutung der Priorisierung und Gestaltung des Familienkonzepts geändert und nachjustiert wird. Da die Partner die zu bewältigenden Herausforderungen und Belastungen der Frauen aus der Sicht als Partner erfahren, bilden die Typen die jeweilige Partnerschaftsdynamik und Familienkonstruktion ab. So lässt sich in dieser Reihenfolge von einem abnehmenden Fokus auf Familie und Vaterschaft schließen. In Bezug zu den Forschungsfragen bedeutet dies, dass insbesondere eine egalitäre Aufteilung und Orientierung an Partnerschaftlichkeit als Abfederung in der Bewältigung der Belastungen führt. Zugleich sind die ersten Typen einer engagierten Vaterschaft und insbesondere der Egalitätstyp von einer fürsorglichen Männlichkeit geprägt. In den entsprechenden Interviews werden Versorgungslücken aufgezeigt und ein Wunsch nach engerer Einbindung der (werdenden) Väter in der Versorgung und bei der Geburt geäußert. Daraus geht zweierlei hervor: Erstens lässt sich die Bewältigung als gelungen einordnen, wenn das Bewältigungsmuster durch Egalität, Partnerschaftlichkeit, engagierter Vaterschaft und einer fürsorglichen Männlichkeit geprägt ist also ein geschlechtergerechtes Paararrangement besteht beziehungsweise entsteht. Zweitens zeigt sich insbesondere in dem ersten Typus der Wunsch nach aktiver Einbindung der (werdenden) Väter in der Versorgungslage und unterstreicht damit die Bedeutsamkeit eines ausgebauten sozialpsychologischen Beratungssystems in der Schwangerschaftsberatung.

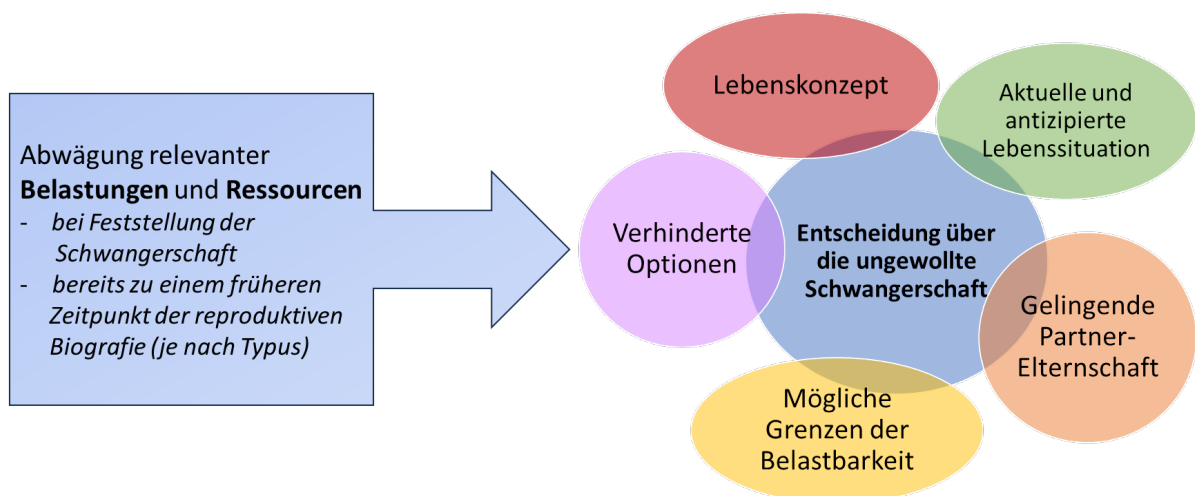
7.1.2.2 Ergebnisse der qualitativen Analyse zu Schwangerschaftsabbrüchen (Hochschule Fulda) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

7.1.2.2.1 Entscheidungsmuster von Frauen, die ihre ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben

Unsere rekonstruktive Analyse der geführten Interviews hat gezeigt, dass Frauen in der Situation einer ungewollten Schwangerschaft vor einem besonders komplexen Entscheidungsprozess stehen. Sie nehmen sich die Zeit, ihre momentane Lebenssituation sowie ihre Lebenspläne für die Zukunft sorgsam gegeneinander abzuwägen. In dem folgenden Kapitel widmen wir uns den verschiedenen Aspekten, die bei der Entscheidung über eine ungewollte Schwangerschaft eine Rolle spielen. Zudem werden wir aufzeigen, welche Muster sich in diesen Entscheidungsprozessen erkennen lassen. Diese Muster sind in Typen unterteilt, um sie genauer zu charakterisieren. Um ein tieferes Verständnis dafür zu erlangen, wie Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft umgehen und wie sie ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch treffen, wurden 25 qualitative episodische Interviews mit Hilfe der Dokumentarischen Methode analysiert. Die interviewten Frauen waren zwischen 17 und 41 Jahre alt, als sie ihre ungewollte Schwangerschaft feststellten.

Die rekonstruktive Analyse der durchgeführten Interviews hat gezeigt, dass Frauen im Entscheidungsprozess bezüglich einer ungewollten Schwangerschaft ihre derzeitigen Lebenssituationen sorgfältig mit ihren Lebenskonzepten und Lebensvorstellungen abwägen. In diese Abwägung beziehen sie sowohl die gegenwärtigen Umstände als auch mögliche zukünftige Entwicklungen ein. Dieser Abwägungsprozess setzte bei einigen Frauen genau in dem Augenblick ein, in dem sie von ihrer Schwangerschaft erfuhren. Bei anderen Frauen fand dieser Vergleich zwischen ihrer gegenwärtigen Situation und ihren Zukunftsplänen bereits früher in ihrer Reproduktionsgeschichte statt, besonders mit Blick auf das Streben nach und die Verwirklichung von konkreten Lebenszielen. Relevante Aspekte, die im Zuge des Entscheidungsprozesses thematisiert wurden, waren das Gelingen von Partner- und Elternschaft und mögliche Grenzen der eigenen bzw. familiären und partnerschaftlichen Belastbarkeit. Auch die Frage nach Optionen, die durch eine (weitere) ausgetragene Schwangerschaft nicht mehr wahrgenommen werden konnten oder könnten, hatte einen bedeutenden Einfluss.

Abb. 7.168: Einflussfaktoren auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch unter Abwägung relevanter Belastungen und Ressourcen



Quelle: ELSA-AP1.2e Fulda 2024

Die Ergebnisse unserer Analyse werden anhand einer Typenbildung dargestellt, die unterschiedliche Entscheidungsmuster im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft

aufzeigen. Um die einzelnen Typen sowohl innerhalb des einzelnen Typus auf Homologien zu untersuchen und sie gleichzeitig zu den einzelnen Typen zu kontrastieren, wurden aus den Aspekten des Leitfadens und den Auswertungsergebnissen folgende zu vergleichende Kategorien gebildet: Berufsbiografie, familiäre Situation und sozioökonomische Lebenssituation. Da im Typus des Stabilisierens dem gesundheitlichen Aspekt eine besondere Bedeutung zukommt, wurde dieser hier ergänzend aufgenommen, da er für diese Frauen ein weiterer wichtiger Faktor in der Entscheidungsfindung war.

Im Rahmen unserer Analyse haben wir vier unterschiedliche Typen gebildet, deren Zuordnung sich auf den Zeitpunkt der Feststellung und Entscheidung der ungewollten Schwangerschaft bezieht und damit die aktuelle Lebenssituation und die Lebensvorstellungen der befragten Frauen widerspiegelt. Folgende Typen konnten rekonstruiert werden:

- Bewahren von bereits erfüllten Lebenskonzepten,
- Stabilisieren in belastenden Lebenssituationen,
- Orientieren - Offenhalten von Möglichkeiten und
- Verwirklichen festgelegter Ziele.

Dabei zeigte sich, dass aufgrund bestimmter lebensbiographischer Aspekte, die häufig in einer bestimmten Lebensphase relevant sind, die Typen auch durch eine bestimmte Altersgruppe repräsentiert werden können. Dazu gehört beispielsweise die Gründung einer Familie und die Geburt von Kindern oder die berufliche Orientierung und Stabilisierung als lebensphasenspezifische Ziele, die Frauen verwirklichen wollen. Da die Typeneinteilung auch eine Entwicklung des gelebten Lebens widerspiegelt und somit prozesshaft verstanden werden soll, könnte eine Frau im Laufe ihrer Reproduktionsbiografie mehreren Typen zugeordnet werden. Da wir sie zum Zeitpunkt einer abgebrochenen ungewollten Schwangerschaft befragt haben, ist diese Lebensphase für die Einordnung zentral.

Für die grafische Gegenüberstellung der einzelnen Typen ist eine Übersichtstabelle dargestellt:

Abb. 7.169: Gegenüberstellung der einzelnen Typen im Vergleich der Ebenen: Berufsbiografie, Familie/Partnerschaft, Lebenssituation und Gesundheit

Typ	Bewahren von bereits erfüllten Lebenskonzepten	Stabilisieren in belastenden Lebenssituationen	Orientieren Offenhalten von Möglichkeiten	Verwirklichen festgelegter Ziele
Berufsbiografie	-Stabile berufliche Situation -erfolgreicher Wiedereinstieg -Möglichkeit weiterer Qualifikation	- (längere) Arbeitslosigkeit/Krankenstand, - erschwerter Wiedereinstieg, - Niedriglohn	- Suche nach passendem Beruf - noch in schulischer, beruflicher Ausbildung	- in (akademischer) beruflicher Ausbildung - Berufsbiografie hat aktuell Priorität
Familie/ Partnerschaft	- begrüßte und anzahlmäßig ausreichende Elternschaft - gelingende Aushandlungsprozesse mit (Ex)-Partnern, ->Familiengröße, familiärer/beruflicher Vereinbarkeit - Kinderanzahl entspricht Vorstellungen für Gewährleistung guter Elternschaft	- belastende Partnerschaften mit (Ex)Partnern (Gewalt und Suchtproblematik), - nicht oder schwer gelingende Aushandlungsprozesse mit Erzeuger des gemeinsamen Kindes	Instabile, (noch) nicht ausreichend gefestigte Partnerschaft, u.a. als Voraussetzung für gute Elternschaft	- Partnerschaften sind/werden nicht im Hinblick auf Elternschaft geschlossen - etwaige Elternschaft, wenn überhaupt, erst nach Etablierung im Beruf
Lebenssituation (sozioökonomisch)	Stabil, entspricht formulierten Bedarfen aktueller Lebenssituation	Instabil, entspricht nicht aktuellen Bedarfen, auch im Sinne guter Elternschaft	- Instabil, - am Anfang der Berufsbiografie - unsichere berufliche Lage - auch im Sinne guter Elternschaft	- Betonung, etwaige Kinder allein versorgen zu können - Unabhängigkeit in beruflicher und finanzieller Hinsicht
Gesundheit		physische und psychische Einschränkungen/ Erkrankungen (oft parallel vorhanden)		

Quelle: ELSA-AP1.2e Fulda 2024

Typ: Bewahren bereits erreichter Lebensziele

Der Typ „Bewahren bereits erreichter Lebensziele“ zeichnet sich dadurch aus, dass die erreichten "Meilensteine" des eigenen Lebens als wertvolle Ressource für die persönliche Verwirklichung betrachtet werden. Frauen dieses Typs haben bereits wesentliche familiäre, berufliche und sozioökonomische Ziele realisiert und die damit verbundenen Herausforderungen gemeistert

Kennzeichen des Typs

Charakteristisch für diesen Typ ist, die frühe Konkretisierung von Lebenszielen. Der Wunsch nach einer eigenen Familie kristallisiert sich oft schon in jungen Jahren heraus, häufig beeinflusst durch eigene Kindheitserfahrungen. Ebenso charakteristisch ist die Abwägung der Familiengröße. Die vorhandene und als ausreichend empfundene Kinderzahl wird sorgfältig im Kontext der persönlichen Belastbarkeit, der sozioökonomischen Möglichkeiten und der beruflichen Vereinbarkeit reflektiert. Zum Typ gehört auch die Flexibilität in der Lebensplanung. Die Frauen zeigen sich bereit, ursprüngliche Lebenskonzepte anzupassen. Dies kann bedeuten, dass der anfängliche Wunsch nach einer Großfamilie revidiert oder nach einer Trennung der beruflichen Entwicklung mehr Priorität eingeräumt wird.

Die ungewollte Schwangerschaft trat im Typ des Bewahrens zu einem Zeitpunkt ein, in dem wichtige Aspekte des Lebenskonzeptes aus der Perspektive der Frauen bereits verwirklicht wurden und damit einhergehende Herausforderungen, wie beispielsweise Care-Aufgaben, berufliche Vereinbarkeit, sowie die Aufrechterhaltung der sozioökonomischen Verhältnisse als tragbare und aktuell gewollte Lebenssituationen beschrieben wurden. Frauen dieses Typus blickten auf eine stabile berufliche Situation, die beispielsweise auch den erfolgreichen Wiedereinstieg oder Möglichkeiten der Weiterqualifikation beinhalten. Die interviewten Frauen beschrieben eine abgeschlossene Familienplanung und eine sozioökonomisch stabile Situation, die beide Partner durch ihre Berufstätigkeit aufrechterhalten konnten. Lebten die Frauen getrennt von den Vätern vorhandener Kinder, gelang es ihnen, beispielsweise durch ein gut funktionierendes Wechselmodell, die Versorgung und Betreuung mit den Expartnern zu gestalten.

Erläuterungen durch Fallbeispiele

Die hier gewählten Fallbeispiele illustrieren die Lebenswege von zwei Frauen, die erfolgreich ihren Wunsch nach einer Familie mit einer stabilen, langjährigen beruflichen Karriere vereinbaren konnten. Dies resultierte aus ihrer Fähigkeit, eine Balance zwischen Beruf und Familienleben zu finden und zu bewahren. Eine Erweiterung der Familie um ein weiteres Kind hätte diese sorgfältig aufgebaute Balance gefährdet. Annette Schröder hatte sich bereits für eine ausgedehnte Elternzeit entschieden. Eine weitere Elternzeit hätte die sozioökonomische Stabilität ihrer Familie ernsthaft gefährdet. Julia Fiedler kehrte ebenfalls nach ihrer Elternzeit in ihren Beruf zurück und wurde Teamleiterin – ein Schritt der beruflichen Entwicklung, der mit der Geburt eines weiteren Kindes nicht weiter realisierbar gewesen wäre. Zudem war ihr Partner, der wesentlich älter war, bereits durch die Doppelbelastung von Beruf und Familienpflichten stark beansprucht und wünschte sich kein weiteres Kind.

Fallbeispiel Annette Schröder: Realisierung der eigenen Familie als Ressource

Annette Schröder war 41 Jahre alt, als sie zweimal nacheinander ungewollt schwanger wurde. In einer früheren Beziehung hatte sie als junge Frau bereits eine Schwangerschaft abgebrochen, da weder sie selbst noch ihr damaliger Partner einen Kinderwunsch hatten und mit ihrem damaligen Partner kein gemeinsames Familienleben möglich gewesen wäre:

„ja ich hab mit 25, hab ich auch ne Schwangerschaft abgebrochen, das war allerdings weil der Partner deutlich älter war, verheiratet war und ähm, das nicht infrage gekommen wäre - also es -, wir haben es ein bisschen drauf angelegt und dann war das soweit und dann hab ich gemerkt, er ist definitiv nicht bereit dafür ein Kind zu bekommen und sich in irgendeiner Art und Weise

einzuschränken und für mich wäre eben alleinerziehend zu dem Zeitpunkt nicht infrage gekommen deswegen -, genau“ (Annette Schröder Z. 125 ff.).

Mit ihrem heutigen Partner hatte sie nun zwei gemeinsame Kinder im Alter von zwei und vier Jahren. Sie lebten in einer Wohnung, in der die Platzverhältnisse ihrer aktuellen Familiengröße entsprachen, aber für ein weiteres Kind kaum ausgereicht hätten. Annette hatte schon immer den Wunsch nach einer eigenen und auch möglichst großen Familie:

„Kinderwunsch war irgendwie schon immer da, n bisschen begraben je älter ich geworden bin, aber für mich war das eigentlich immer so, Ankommen, Familie, ähm, zu Hause sein und ähm, ja (.) und hauptsächlich ankommen“ (Annette Schröder Z. 63 ff.).

Als sie dann zum ersten Mal in der jetzigen Beziehung gewollt schwanger wurde, erlitt sie eine Fehlgeburt und erlebte starke Trauergefühle und die Angst, den Wunsch nach der eigenen Familie nicht mehr verwirklichen zu können. Annette blickte auf eine belastete Kindheit zurück, Geborgenheit hat sie nicht erlebt. Auch ihr Mann kam aus schwierigen Familienverhältnissen. Für Annette stellte eine eigene Familie die Möglichkeit dar, Familienleben so zu gestalten, wie sie sich es als Kind immer gewünscht hatte:

„für mich war Familie immer so=n Idealbild Vater, Mutter Kind, man macht schöne Sachen zusammen, man entfaltet sich irgendwie, man wächst zusammen auf, man wächst miteinander, man erlebt Sachen miteinander und das ging halt, ähm, in meiner Kindheit nicht so, deswegen war das für mich immer n großer Wunsch, dass ich meinen Kindern die Welt zeige und wie gesagt, zusammen Sachen erleben, durch dick und dünn gehen (3) genau“ (Annette Schröder Z. 75 ff.).

Verantwortung zu übernehmen hatte sie in ihrem belastenden Elternhaus, auch durch die Versorgung ihrer zehn Jahre jüngeren Schwester, schon früh gelernt, beschrieb aber gleichzeitig, dass sie unterschätzt hatte, was es für ihre persönliche Lebenssituation in der Gestaltung des Alltags bedeutet, Familie, Partnerschaft und Beruf miteinander zu vereinbaren:

„also ich hab mehr oder weniger alles zusammengehalten war natürlich dann auch verantwortlich dafür wenn irgendwas schief gelaufen ist (2) und, deswegen war für mich Verantwortung übernehmen eben nicht so schwierig, obwohl ich jetzt nicht gedacht hätte dass das, mit den Kindern, die ich habe, so schwierig, nochmal so=n Unterschied wird“ (Annette Schröder: Z. 71 ff.).

Als sie nach ihren beiden gewollten Kindern dann noch zweimal ungewollt schwanger wurde, entschied sie sich gemeinsam mit ihrem Partner gegen ein Austragen. Zwar gab es ihrerseits immer den Wunsch nach einer großen Familie, doch ihre zwei kleinen Kinder mit geringem Altersabstand, und die Tatsache, dass beide berufstätig sein müssen, um das aktuelle Leben zu finanzieren, führten zur Entscheidung, kein weiteres Kind mehr zu bekommen. Die Familie hätte umziehen müssen, finanziell wäre die jetzt noch stabile sozioökonomische Situation gekippt. Annette hätte erneut Elternzeit nehmen müssen und hatte bereits davor schon mit den kleinen Kindern in Teilzeit gearbeitet. Da sie schon lange bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt war, hatte sie sich eine Sicherheit erarbeitet, die sie nicht gefährden wollte. Auch die Tatsache, dass sie bereits 41 Jahre alt und erst spät Mutter geworden war, spielte für ihre Entscheidung zum Abbruch eine große Rolle.

Fallbeispiel Julia Fiedler: Das Leben in Balance halten

Julia Fiedler war 36 Jahre alt beim Abbruch ihrer zweiten ungewollten Schwangerschaft und hatte bereits eine leitende Position im Gesundheitswesen inne. Eine erste ungewollte Schwangerschaft hatte sie bereits zwischen ihren beiden geborenen Kindern abgebrochen, auch eine Fehlgeburt mit einer für sie traumatisch erfahrenen medizinischen Versorgung, hatte sie in dieser Zeit erlebt. Das Empfinden bei der ersten ungewollten Schwangerschaft beschrieb sie als ein anderes, im Gegensatz zur zweiten ungewollten Schwangerschaft, die sie vor allem mit dem Ende ihrer Reproduktionsfähigkeit in Verbindung setzte:

„eigentlich hab ich ein sehr gutes Körpergefühl und deswegen war es dann schon, ein Schock sozusagen, dass da meine Tage nicht kamen, ähm, aber, da kam mit dem Test durchaus kurz die Freude also, sag ich jetzt mal (.) Schock und so, ja doch ich hab mich auch schon kurz gefreut ja, auch, doch ich -, auch eben im Vergleich sozusagen zu dieser anderen Schwangerschaft im (3) mehrere Jahre vorher, da war keine Freude, ähm, da war dieses Mal schon Freude weil ich, glaub ich irgendwie wusste, es ist die letzte Chance, also (2) ähm (2) danach (2) ja, ist der biologische Zug sozusagen abgefahren“ (Julia Ziegler Z. 195 ff.).

Gleichzeitig sah sie in der Diskussion mit ihrem wesentlich älteren Partner und auch in der Auseinandersetzung mit seinen Bedenken durchaus die Belastungen, die mit einem weiteren Kind auf sie beide zukommen wären:

„ja, ich denke es war schon auch das Alter, und die Gründe haben mich schon auch überzeugt und ich bin auch -, ähm, wir haben noch über den Beruf oder die Arbeit gesprochen, ich arbeite auch viel, also mein Partner auch, wir arbeiten wirklich viel und wir kriegen das grad so hin, ja, ähm, und das wär dann halt auch nicht mehr möglich gewesen (2) ein halbes Jahr vorher wurde ich Teamleiterin ich, hätte auch nicht nochmal in Elternzeit wollen, beruflich gesehen und so weiter, ähm, ähm (2) genau, und, von daher ist ja -, also rational hat komplett alles dagegen gesprochen und deswegen hab ich mich auch, oder haben wir uns auch dagegen entschieden“ (Julia Ziegler Z. 226 ff.).

Das neu gebaute Haus und die Tatsache, dass hier für eine vierköpfige Familie gebaut wurde, betonte Julia noch einmal in der Bilanz der Gefühle für die Entscheidung zum Abbruch:

„was wäre dann gewesen, wenn wir jetzt noch n drittes Kind gehabt hätten. Weil ich mein, ich hab ja schon zwei Kinder, ich weiß wie anstrengend das ist [...] deswegen, ich glaube für mein, für unser gesamtes Leben und auch für die Zeit, die ich für meine Kinder habe, ähm (2) war das auf jeden Fall die richtige Entscheidung. Und auch vor dem Hintergrund sozusagen, so sag ich mir das halt dann, ähm, dass ja n Baby auch jetzt beispielsweise oder halt dieses Kind (2) wir hätten ja nochmal von Null angefangen. Und jetzt sind unsere Kinder schon wirklich schon sehr selbständig und -, oder, relativ selbständig, ja und das macht -, meine Tochter ist bald schon in der Pubertät, aber ähm (3) ich kann durchschlafen, wir können größere Urlaube planen, etc. und, ähm (2) ja, das versuche ich dann in diesem Gesamtkontext zu rücken“ (Julia Fiedler, Z. 121 ff.).

Typ: Stabilisieren Handlungsfähig bleiben

Der zweite Typus ist durch das Streben nach Stabilität und den Erhalt der persönlichen Handlungsfähigkeit gekennzeichnet. Frauen dieses Typus betrachten eine ungewollte Schwangerschaft als potenzielle Bedrohung für ihre mühsam aufgebaute oder angestrebte Lebensstabilität. Ihre Entscheidungen und Handlungen sind stark davon geprägt, ein Gleichgewicht in ihrem Leben zu bewahren oder wiederherzustellen.

Kennzeichen des Typs

Zentrale Kennzeichen dieses Typus lassen sich wie folgt darstellen: Erstens wird die ungewollte Schwangerschaft primär als Risiko für die existenzielle Stabilität wahrgenommen. Zweitens liegt ein entscheidender Schwerpunkt auf der Handlungsfähigkeit, wobei die wesentliche Ressource im Erhalt oder der Stärkung der eigenen Autonomie und Handlungskompetenz besteht. Drittens ist das Bestreben nach einem Gleichgewicht evident, mit einem ausgeprägten Wunsch, eine Balance in den verschiedenen Lebensbereichen zu erreichen.

Die Frauen dieses Typs sehen sich oft in einer Situation, in der sie gerade dabei sind, wichtige Aspekte ihres Lebens zu stabilisieren oder eine erreichte Stabilität zu sichern. Die Entscheidung über den Fortgang der Schwangerschaft wird vor diesem Hintergrund getroffen und ist eng mit dem Bedürfnis verknüpft, die eigene Handlungsfähigkeit zu schützen und zu stärken. Frauen des Typs "Stabilisieren" sehen sich mit einem Geflecht aus aktuellen und antizipierten Belastungen konfrontiert, die verschiedene Lebensbereiche durchdringen - von sozioökonomischen Aspekten

bis hin zu physischen und psychischen Dimensionen - und die oftmals parallel auftreten, wodurch sie die Lebenssituation der Betroffenen maßgeblich prägen. Diese zeigen sich in Form von psychischen Erkrankungen, Arbeitslosigkeit, schlecht bezahlten Tätigkeiten, körperlichen Einschränkungen, (schweren) körperlichen Erkrankung - wie Krebs, Gewalterfahrungen oder stark belastender Partnerschaften durch beispielsweise eine Suchtproblematik des Partners. Es geht um ein (Über-)Leben an einer Belastungsgrenze, die von den Frauen bewusst wahrgenommen und verteidigt wird. Dadurch sind sie fähig, ressourcenorientiert zu agieren, besonders im Hinblick auf den Erhalt ihrer Handlungsfähigkeit. Die Interviewten reflektierten nicht nur über ihre eigene Handlungsfähigkeit, sondern bezogen auch die potenziellen Lebensumstände eines möglichen Kindes in ihre Überlegungen ein. Mit großer Klarheit artikulierten die Frauen, dass ihre gegenwärtige Lebenssituation ihren Vorstellungen einer gelingenden Elternschaft nicht gerecht werden würde. Diese Einsicht spielte eine zentrale Rolle in ihrem Entscheidungsprozess und unterstrich ihre verantwortungsvolle Haltung gegenüber der Elternschaft.

Erläuterungen durch Fallbeispiele

In den nachfolgenden Fallbeispielen werden die persönlichen, gesundheitlichen und sozioökonomischen Herausforderungen zweier Frauen dargestellt, die sich in äußerst herausfordernden und belastenden Lebensumständen mit ihrer ungewollten Schwangerschaft auseinandersetzen mussten.

Celia sah sich aufgrund ihrer ungünstigen partnerschaftlichen und gesundheitlichen Lebensumstände zum Schwangerschaftsabbruch veranlasst. Sie hatte nie einen Kinderwunsch verspürt. Hinzu kam die durch ihre Depressionserkrankung nötige dauerhafte Medikamenteneinnahme, die das Kindeswohl hätte gefährden können. Auch Simone hatte mit körperlichen Problemen und Depressionen zu kämpfen. Sie hatte bereits ein Kind aus einer früheren gewalttätigen Beziehung, für dessen Unterhalt sie nun allein aufkommen musste. Ferner hatte sie sich in einer belastenden juristischen Auseinandersetzung mit dem Kindsvater befunden.

Fallbeispiel Celia Neumann: Die eigenen Belastungsgrenzen (er-)kennen und schützen

Celia Neumann hatte vor der ungewollten Schwangerschaft mit 29 Jahren nie den Wunsch nach eigenen Kindern und entgegen der von außen an sie herangetragenen Erwartungen, verspürte sich auch später keinen Kinderwunsch. Sie lebte zu diesem Zeitpunkt in einer langjährigen Beziehung mit ihrem drogenabhängigen Partner, der bereits vier leibliche Kinder hatte. Als ihre Regel ausblieb, bekam sie große Angst:

„dann kam=s halt dazu, dass ich einfach meine Periode nicht bekommen hab (mhm) und äh ich natürlich schon paranoid, also ((lacht)) (((lacht))) für mich war das nie eine Frage groß, dass ich Kinder kriege. (mhm) ähm (1) ersteinmmal ich hatte eine Erkrankung, ich hatte Medikamente, die ich nehmen muss. (mhm) äh (.) und ich hab den Wunsch auch nicht so gehabt, also viele sagen ja - viele sagen ja oooh ja und irgendwann will ich ein Kind und ich hab immer be- immer nee, bloß nicht, also (mhm) alles bloß das nicht. (mhm)also da war NIE der Wunsch da.“ (Celia Neumann Z. 18 ff.).

Seit Jahren litt sie unter Depressionen mit Angststörungen und nahm schon lange Medikamente dagegen ein. Unter diesen Umständen war es schwer gewesen, den Beruf zu behalten. Oftmals begann sie eine neue Tätigkeit, musste diese jedoch wegen ihrer Krankheitsphasen wieder aufgeben. Erst im Jahr davor war sie an Gebärmutterhalskrebs erkrankt, es musste ein Stück des Organes entfernt werden. Als sie dann ungewollt schwanger wurde, verspürt sie zwar schon eine gewisse Freude, dennoch war ihr sofort klar, sie will kein Kind unter diesen Lebensumständen:

„also sofort war der Gedanke da, das funktioniert nicht, wie soll das funktionieren? (2) ähm weil das Geld nicht da war, ich hab mit=m Partner nicht zusammengewohnt, (??) das war nicht so einfach eben mit der ganzen Drogen Hintergeschichte, (mhm) die er gehabt hat “ (Celia Neumann, Z. 38 ff.).

Sie besprach auch die potenziellen gesundheitlichen Risiken im Falle einer Fortsetzung der Schwangerschaft mit ihrer Frauenärztin und einer Pränatal-Klinik:

„und äh denen hab ich=s dann halt gesagt wie die ganzen Medikamente alle heißen und äh pff, dass ich die halt auch alle zusammennehme und dann haben sie mir immer eben Nebenwirkungen gesagt, was passieren kann, also was bekannt is (mhm) ähm wo die (2) - äh Medikamente, wie sie sich halt auswirken können, müssen natürlich nicht. (.) aber das hat dann angefangen mit Entwicklungsstörungen, mit äh Herzfehler, mit äh es - ich muss halt auf jeden Fall in er=e Kinderklinik äh gebären quasi, weil das sein kann, dass es halt äh am Anfang nicht eigenständig atmen kann und lauter so=n (mhm oh) so=n Zeug noch dazu (mhm) (1) und ähh was für mich auch mit Ausschlaggebende=war aber dann war, wie sie gesagt haben also wir können das nur für die einzelnen Medikamente sagen, was die alle zusammen anrichten, das können sie mir nicht sagen“ (Celia Neuman

Trotz aller Belastungen, mit denen Celia zu kämpfen hatte, prophezeite ihr das Umfeld, dass sie es später einmal bereuen würde, die Schwangerschaft abgebrochen zu haben. Im Rückblick war Celia mehr denn je froh, dass sie sich so entschieden hatte. Später nach ihrem Eingriff erfuhr sie, dass ihr Partner sie bereits seit der ungewollten Schwangerschaft betrogen hatte. Sie trennte sich von ihm. Er war neben seiner Suchterkrankung mittlerweile auch straffällig geworden. Als zusätzliche Belastung war für sie nun auch die Pflege ihrer erkrankten Mutter hinzugekommen. Diese hatte lange Drogen konsumiert und unter den gesundheitlichen Folgen litt sie seit Jahren. Ihr Vater bot ebenfalls keine Unterstützung, auch bei ihm zeigten sich die Folgen einer jahrelangen Alkoholabhängigkeit. Dabei hatte es auch erfolgreiche und gute Zeiten für Celia gegeben. Mit 19 Jahren hatte sie eine Psychotherapie begonnen, die ihr half, sich seelisch zu stabilisieren. Sie begann ihre Ausbildung und beendete sie als Jahrgangsbeste in ihrer Region. Sie hätte sogar im Anschluss ein Stipendium wahrnehmen können, doch eine erneute Depression stand der Weiterbildung im Weg. Sie ging nun nach der Ausbildung arbeiten, erkrankte immer wieder psychisch und physisch, suchte wieder eine neue Beschäftigung, bis sie dann doch Arbeitslosengeld beziehen musste. Es reichte zum „Überleben“ aber nicht zum Leben, wie sie erläuterte. Ein Kind, mochte sie unter diesen, auch sozioökonomisch schwierigen Umständen, so nicht großziehen. Es gab kein Netzwerk, das sie in schwierigen Situationen auffangen konnte, vielmehr war sie immer diejenige gewesen, die sich um andere gekümmert hat und auch weiterhin kümmern muss. All diese Aspekte hatte Celia bereits sehr differenziert im Zuge ihrer Entscheidung zum Abbruch reflektiert und durchgespielt:

„also ich hab jetzt diesen ganzen Plan schon durchdacht, was wäre wenn? was wär wenn ich=s auf die Welt bringe? Und du gibst es zur Adoption frei, wie kommst du damit zurecht? Was is wenn du (1) - eben, wenn das Kind dann doch nicht gesund is? was is wenn dies is - und also ich hab das alles durchdacht, (mhm mhm) was mir einfallen konnte, hätte können, an ALLE EVENTUALITÄTEN.“ (Celia Neumann z. 381 ff.).

Fallbeispiel Simone Kieser: Das Leben trotz vieler Hindernisse aktiv Gestalten

Zum Zeitpunkt des Interviews lag Simone Kiesers zweiter Schwangerschaftsabbruch gerade drei Wochen zurück, der erste fand vor etwa eineinhalb Jahren statt. Beide ungewollte Schwangerschaften ereigneten sich mit ihrem aktuellen Partner, mit dem sie bereits seit drei Jahren zusammenlebte. Eine hormonelle Verhütung gestaltete sich für Simone generell schwierig, denn sie verstärkte und beeinflusste die Symptomatik ihrer Depression. Das Paar verhütete daher mit Kondom und es kam in Folge zweier Verhütungspannen zu den ungewollten Schwangerschaften. Zum Interviewzeitpunkt war Simone krankgeschrieben, sowohl orthopädische als auch psychische Erkrankungen hatten für sie das Arbeiten schließlich unmöglich gemacht:

„dann hab ich sehr viel äh Schwierigkeiten in der Firma gehabt in der ich war, ich hab Depressionen ich hat denk ich auch an nem Burnout gekratzt und jetzt ist so langsam der Zeitraum -, also ich bin durchgehend krankgeschrieben, wo ich diese Erholungsphase, wo ich so=n bisschen wieder zu meiner alten Form zurückkehre“ (Simone Kieser, Z. 11 ff.).

Langfristig wünschte sich Simone, eine Tätigkeit auszuüben, die ihre Gesundheit nicht länger körperlich so belastet, wie es in den letzten Jahren der Fall war. Ihre orthopädischen Probleme und die daraus entstanden notwendigen Operationen machten ihr es zum Schluss unmöglich, in ihrem Handwerksbetrieb zu bleiben. Doch sie musste und wollte bis zur Rente weiterarbeiten, erschwerend zu ihrer sozioökonomischen Lage kam eine private Verschuldung hinzu und die Tilgungsrate, die sie jeden Monat bezahlen musste, führte zu begrenzten finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten.

Depressionen begleiteten Simone schon seit mehreren Jahren. Sie konnte sich therapeutische Hilfe für die zurückliegenden Krankheitsphasen holen, aber nun lagen die Wartezeiten für eine weitere Behandlung zu ihrem Bedauern bei fast einem Jahr. Doch sie wollte sich nicht „unterkriegen lassen“. Da Antidepressiva bei ihr nicht wirkten, hatte sie sich schon früher mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen stabilisieren können. Auch jetzt wollte sie während der Wartezeit an diese anknüpfen:

„ich habe verschiedene Antidepressiva ausprobiert und äh ich habe das Gefühl, dass sie mir nicht helfen, also ich muss an meine Disziplin ran, ja wenn ich irgendwie ähm -, ich hab jetzt vor 2 Wochen wieder angefangen mit Sport ne also ich muss meinen eigenen Schweinehund überwinden, dass ich so mich wieder erinnere an meine ähm zu Therapiezeiten, was ich gelernt hab, was ich für Hilfsmittel mitgekriegt hab“ (Simone Kieser, Z. 52 ff.).

Aus einer früheren Beziehung stammte Simones jüngerer Sohn Felix, der nun, wegen des gewalttätigen Verhaltens seines Vaters, dauerhaft bei ihr wohnte. Das letzte Jahr war anstrengend für Simone gewesen. Ihr jetziger Partner konnte aufgrund seiner Suchterkrankung keine Unterstützung bieten. Neben einer akuten orthopädischen Erkrankung musste sie nun auch einen Umgangsstreit mit dem Vater ihres Sohnes durchstehen, der, auch aufgrund seiner Gewalttätigkeit, ein familienpsychologisches Gutachten erforderlich machte. Seltene Vater-Sohn-Besuche waren nur begleitet möglich. Doch die Treffen zwischen ihrem Expartner und Felix waren Simone schon immer ein wichtiges Anliegen gewesen. Da sie ohne Vater aufwachsen musste, tat sie sehr viel dafür, dass trotz der Problematiken, Begegnungen zwischen beiden möglich waren:

„ich bin ohne Vater aufgewachsen und ich habe mir das für meinen Sohn (.) nicht gewünscht, dass er ohne Vater aufwächst, ja also ich bin jetzt dran, dass sein Vater sich kümmert, ja also, der zieht sich aus allem raus [...] Und somit entzieht er sich jetzt und macht eigentlich Felix das Herz schwer, und äh -, ich wollte immer, dass Felix Kontakt zu seinem Vater hat, aber halt nicht unter der Prämisse, dass Felix alles mitmachen muss“ (Simone Kieser, Z.60 ff.).

Das Leben gestaltete sich nicht einfach für Simone zum Zeitpunkt des Interviews. Neben den geschilderten Problemen war bei ihrem Sohn eine neurologische Entwicklungsstörung diagnostiziert worden. Für sie war klar gewesen, dass sie unter diesen Lebensumständen keine weiteren Kinder mehr wollte. Ähnlich erging es ihrem Partner, der keine eigenen Kinder hatte und auch nie welche bekommen wollte. Bei seinem Bruder wiesen beide Kinder körperliche und geistige Behinderungen auf. Seitdem hatte sich eine Angst manifestiert, gesundheitliche Beeinträchtigungen weiterzugeben. Das Paar war sich daher einig, keine eigenen gemeinsamen Kinder zu bekommen. Um das Problem der Verhütung langfristig zu lösen, hatte sich Simones Partner dazu entschlossen, bei seiner bevorstehenden urologischen Operation zugleich eine Vasektomie durchführen zu lassen

Typ: Orientieren – Offenhalten von Möglichkeiten

Zum Typ "Orientieren" gehören junge Frauen am Anfang eines neuen Lebensabschnitts. Ihre wichtigste Ressource besteht in den Wahlmöglichkeiten, die sich ihnen auf ihrem Lebensweg bieten.

Kennzeichen des Typs

Eine ungewollte Schwangerschaft tritt für diese Frauen oft in einer Lebensphase ein, in der sie (noch) unsicher sind, wie sie ihr Leben planen und gestalten wollen. Diese Unsicherheit wird in der Auseinandersetzung mit dem Ereignis der ungewollten Schwangerschaft als Belastung erlebt. Frauen, die sich noch in einer Phase der Orientierung befinden, verfügen noch nicht über ein festgelegtes Lebenskonzept, dem sie gezielt folgen möchten oder können. Sie wollen zunächst verschiedene Optionen prüfen, bevor sie weitreichende Entscheidungen in ihrem Leben treffen.

Diese Frauen sind häufig recht jung und konzentrieren sich auf die Suche nach einer passenden Ausbildung oder beruflichen Laufbahn. Oft befinden sie sich noch in der schulischen oder beruflichen Ausbildung und haben finanziell wenig Spielraum. Neben der beruflichen Unsicherheit berichten diese Frauen von Partnerschaften, die zum Zeitpunkt einer ungewollten Schwangerschaft noch nicht gefestigt sind oder die sie als instabil wahrnehmen. Vor allem in Bezug auf die Familienplanung wird die aktuelle Situation als unzureichende Grundlage für eine verantwortungsvolle Elternschaft wahrgenommen. Die fehlende persönliche oder innerhalb der Partnerschaft bestehende emotionale Stabilität wird als ein wesentlicher Grund genannt, warum es derzeit nicht der richtige Zeitpunkt für ein Kind ist. Diese noch ausstehende emotionale "Reife" wird sowohl von den Frauen als auch ihren beteiligten Partnern als entscheidende Bedingung für eine verantwortungsvolle Elternschaft angesehen.

Erläuterungen durch Fallbeispiele

Die beiden Fallbeispiele von Laetitia Kostitsch und Anna Meier beschreiben Frauen, die sich in einer (noch) unsicheren Lebensphase mit ihrer ungewollten Schwangerschaft konfrontiert sahen. Sowohl Laetitia als auch Anna dachten schon einige Zeit über eine mögliche Trennung von ihren Partnern nach und waren sich zudem unsicher, ob sie ihr damaliges Studium fortsetzen wollten. Laetitia war gerade für ihr Studium in eine neue Stadt gezogen und lebte in einer Fernbeziehung. Sie beschrieb vor allem eine Belastung durch die gesellschaftliche und familiäre Erwartung, die Schwangerschaft auszutragen. Anna, die ebenfalls während des Studiums ungewollt schwanger wurde, traf ihre Entscheidung, die Schwangerschaft nicht fortzusetzen, aufgrund des Wunsches nach persönlicher Reife und der Erkenntnis, dass sie und ihr Partner sich noch nicht bereit fühlten, Eltern zu werden. Beide thematisieren die normativen Erwartungshaltungen gegenüber Frauen, mit denen sie sich im Zuge des Schwangerschaftsabbruches intensiv auseinandergesetzt hatten.

Fallbeispiel Laetitia Kostitsch: auf der Suche nach dem Leben, das passt

Laetitia Kostitsch stellte mit 24 Jahren ihre ungewollte Schwangerschaft fest. Gerade war sie in eine fremde Stadt gezogen, um ihr Studium zu beginnen, ihre Ausbildung im sozialpädagogischen Bereich hatte sie zuvor abgebrochen:

„weil ich eigentlich meinem pädagogischen Anspruch an mich selber nie gerecht werden konnte. (1) also (1) Kinderfremdbetreuung ist einfach (1) ich glaube in (.) in nem kleinen Ausmaß gut vertretbar“ (Laetitia Kostitsch, Z: 913 ff.).

Für sie kaum vertretbar war es daher auch, zum damaligen Zeitpunkt bereits Mutter zu werden. Als Studentin in einer fremden Stadt und mit einem Partner, der eigentlich erstmal für längere Zeit die Welt bereisen wollte, wäre unter diesen Umständen nur eine Fremdbetreuung möglich gewesen und das wollte sie nicht. Zwar trat ihr Freund seine Reise wegen der damals vorherrschenden Corona-Pandemie nicht an, doch er blieb in seiner Heimatstadt und das bedeutete für beide nun in einer Fernbeziehung leben zu müssen:

„wir ham diese Fernbeziehung und er war glaub ich sehr unentschlossen, was er mit seinem Leben jetzt machen möchte, weil - weil sein Plan von reisen nich aufgegangen is und ich hatte mir eigentlich vorgenommen, voll durchzustarten“ (Laetitia Kostitsch, Z. 15 f.).

Doch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen erschwerten Laetitia den Einstieg in ihr neues Leben. Ihre WG-Mitbewohnerinnen „tickten“ anders als sie. Einsamkeitsgefühle machten ihr zu schaffen, denn durch die reinen Online-Vorlesungen gab es kaum Kontakte zu ihren Mitstudentinnen und -studenten.

Laetitia beschrieb für die Zeit vor der ungewollten Schwangerschaft ein generelles Spannungsfeld zwischen (studentischem) Pflichtgefühl und Spaß haben wollen: Für sie war unklar, wie genau sie ihr Leben gestalten wollte und sollte. Auch eine eventuelle Trennung von ihrem Freund stand für sie zur Diskussion:

„also quasi vor der Schwangerschaft gab=s AUCH schon diese (.) diese Überlegung, ob - ob wir uns nich besser trennen, weil des vielleicht für uns beide besser hätte sein können, (mhm) so. (.) aber wir ham uns=s nie dafür entschieden. (3) genau. (2) also so (2) (??) ich glaube DAVOR hat es schon angefangen, dass ich mich sehr irgendwie finden musste oder auf der Suche WAR und gar nich wusste, wohin mit mir auch. genau. (.) das war so der Moment bis zur Schwangerschaft“ (Laetitia Kostitsch, Z. 32).

Mit ungewollten Schwangerschaften hatte sie sich im Vorfeld eher wenig auseinandergesetzt:

„hab ich da nie so richtig drüber NACHgedacht, (2) ob=ob ich mal abtreiben würde. sondern ich bin einfach durch=s Leben gegangen und hab gedacht ((mit verstellter Stimme)) wenn ich mal schwanger WERD (.) DANN bekomm ich einfach en Kind (1) ähm und des war aber dann in dem Moment gar nich so. (2) genau, des hat sich sehr stark geändert.“ (Laetitia Kostitsch Z. 54 f.)

Da Laetitia die Temperaturmessmethode zur Verhütung nutzte, hatte sie bereits in der vierten Woche den Verdacht, dass sie schwanger sein könnte. Der positive Test erschütterte sie und löste Panikgefühle aus. Die Feststellung der Schwangerschaft überforderte beide sehr. Das Paar fühlt sich noch nicht reif für eine gute Elternschaft, wollte noch Optionen haben und sich nicht schon durch ein Kind festlegen müssen. Laetitia war sich nun gar nicht mehr so sicher, ob sie ihr Studium überhaupt weiterführen mochte. Sie beschloss zu ihren Eltern zu fahren und sich ihrer Familie mitzuteilen. Die Entscheidung war ihr nicht leichtgefallen, sie wusste, dass ihre Eltern Schwangerschaftsabbrüche generell ablehnten. Doch ihre Lebenssituation in einer fremden Stadt, ohne ihren Freund und unter Corona-Bedingungen führten zu der Hoffnung, zu Hause die weiteren Abläufe leichter regeln zu können. Ihre Eltern waren für eine Fortsetzung der Schwangerschaft, ebenso ihr Bruder. Er wollte sogar zu ihr ziehen, um ihr später zu helfen. Einzig ihre Schwester sicherte ihr eine wertfreie Unterstützung zu. Auch von einer weiteren Frauenärztin und in der Pflichtberatung kamen Signale, sie solle die Schwangerschaft austragen:

„aber dass immer auf diesem Weg auch diese zweite Frauenärztin und dann auch (1) @diese@ Schwangerschaftsabbruch - ((lacht)) Schwangerschaftskonfliktberatung lady ähm (2) und natürlich auch meine Eltern. (.) dass die alle so (.) dafür waren. (1) und die alle immer so gedacht haben es is ganz einfach, dass ich jetzt dieses Kind bekommen würde. (mhm) (1) und dass wir auch als PAAR jetzt einfach (.) vonn - von Paar zu Familie werden, (mhm) des liegt doch ganz auf der Hand (1) (mhm) und des macht man halt so. (1) und des hat mich schon auch sehr in diese Ecke gedrängt, dass ich (.) - irgendwann hatt ich des Gefühl, dass ich eigentlich da was - was voll falsches entscheid. (mhm) (2) auch was (4) ja, oft hatt ich des Gefühl, ich werd behandelt wie ne Verbrecherin. (1) und ich=ich ja=e=ka- erkämpf mir so diesen Freischein, (1) und dass ich nich strafbar gemacht werd. (mhm) für was, was aber EIGENTLICH in meinem Körper passiert. also ich bin - (.) damals war ich traurig und (.) und hilflos und jetzt bin ich einfach nur wütend, (mhm) (1) dass - dass so mit meinem Körper

umgegangen wird und dass ich eigentlich gar nicht frei entscheiden DARF. (2)“. (Laetitia Kostitsch, Z. 263 ff.).

Laetitia fühlte sich durch diese Reaktionen sehr stark belastet. Freundinnen, denen sie sich mitteilen konnte, äußerten sich kritisch darüber, dass außenstehende Personen ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen Laetitia aufdrängen wollten. Die Unterstützung der Freundinnen half ihr sehr. Sie setzte sich nun intensiv mit der Situation von ungewollt Schwangeren auseinander, hinterfragte die auferlegten Erwartungshaltungen gegenüber Frauen und bemerkte, wie frauenfeindlich die Verankerung des Schwangerschaftsabbruches im Strafrecht war. Gesellschaftlich müsste man sich viel mehr mit den Wünschen und Rahmenbedingungen beschäftigen:

„ich glaube in der Gesellschaft müssen wir uns mehr damit auseinandersetzen, wann will man Kinder und will man überhaupt Kinder und (1) WIE stell ich mir die w- die Rahmenbedingungen vor, dass ich (2) Kinder in die Welt setzen MÖCHTE [...] ich wünsch mir, dass alle Menschen sich diese Fragen fragen, weil (.) es gibt so viele Antworten dadrauf (.) und eben nicht nur die EINE Antwort“ (Laetitia Kostitsch, Z. 526 ff.).

Fallbeispiel Anna Meier: Auf der Suche nach dem Ich

Anna Meier war 20 Jahre alt und befand sich gerade im Studium, als ihr Verhütungscomputer eine Schwangerschaft anzeigte. Sie vertraute schon lange auf eine natürliche Familienplanung, denn ihr Körper hatte bisher so sicher wie ein „Uhrwerk“ funktioniert. Sie hatte Vertrauen in ihren Computer, der die fruchtbaren Tage durch täglicher Temperaturmessungen per Algorithmus berechnete. Anna hatte im Laufe der Zeit ihren Körper sehr gut kennengelernt und fühlte mittlerweile auch die körperlichen Veränderungen, wenn ihre fruchtbaren Tage bevorstanden. Doch diesmal war alles anders:

„also ich habe meine Temperatur erhoben, Gebärmutter Schleim beobachtet und hab gemerkt am Tag 30, dass meine Blutung nicht kommt und dass es auch keine Anzeichen dafür gibt und hab dann noch ein paar Tage abgewartet. Ich glaube vier, fünf Tage und es kam mir sehr spanisch vor“ (Anna Meier, Z. 23 ff.).

Der positive Schwangerschaftstest erschütterte sie und ließ „alles in ihr zusammenbrechen“ (Z. 37). Sie konnte nicht fassen, dass sie schwanger geworden war, konnte sich nicht erklären, wie und wann genau das geschehen konnte - sie war sich ihres Körpers doch so sicher gewesen. Panikgefühle ergriffen sie. Sie hatte in diesem Moment nicht das Gefühl, durch eine Schwangerschaft einen Lebensstraum zu zerstören oder es finanziell als Studentin nicht gestalten zu können. Stattdessen war ihr erster Gedanke gewesen:

„ich kann diesem Kind nicht die Mutter sein, die gerne möchte“ (Anna Meier, Z. 41).

Anna war sofort klar, dass sie zum damaligen Zeitpunkt die Schwangerschaft nicht weiterführen konnte. Sie wollte zwar Kinder haben, gerne auch eine junge Mutter sein, aber nicht zum damaligen Zeitpunkt. Der Gedanke an eigene Kinder war ihr nicht neu, sie selbst war mit einer jungen Mutter großgeworden und sah darin viele Vorteile. Aber das Wichtigste für sie war vor allem, eine haltgebende Mutter für ihr Kind sein zu können. Sie reflektierte ihre Gefühle und thematisierte den Aspekt der Ambivalenzen, die auch Frauen bei gewollten Schwangerschaften verspüren:

„es gibt ja diese normale Ambivalenz-Reaktion nach einem positiven Schwangerschaftstest auch bei Frauen, die einen Kinderwunsch haben, ich hab zu dem Zeitpunkt gedacht, das ist absolut nicht das. Also ich hab gedacht, geht absolut nicht. Ich hab keine Wahl gesehen. Ich hab gedacht, das geht einfach nicht“ (Anna Meier, Z. 47 ff.).

Ihr Freund fühlte wie sie. Das Paar hatte sofort das Gefühl, noch nicht reif genug für eine Elternschaft zu sein. Beide hatten schon im Vorfeld mit psychischen Problemen gekämpft und daher das Gefühl gehabt, die oberste Priorität war erst einmal die eigene seelische Stabilität zu finden.

Sie schrieben ihre Beweggründe auf und Anna kontaktierte sofort ihren Gynäkologen, parallel hatte sie auch noch studentische Prüfungen zu absolvieren:

„ich weiß nicht, wie ich das geschafft habe, keine Ahnung, aber das hat irgendwie funktioniert ähm, dann hatte ich auch zwei Tage später einen Gyntermin“ (Anna Meier Z. 65 f.).

Der Gynäkologe bestätigte die Schwangerschaft und am gleichen Tag hatten sie und ihr Freund bereits einen Termin zur Pflichtberatung und erhielten den Schein zum Abbruch. Anna regelte alle Abläufe für den Abbruch in sehr kurzer Zeit. Sie wollte so schnell wie möglich die Schwangerschaft abbrechen. Durch ihre Messmethode war sie Ende der vierten, Anfang der fünften Schwangerschaftswoche, je früher, desto besser war für sie das wichtigste Ziel. Einen Termin zum Abbruch hatte sie bereits für die darauffolgende Woche in einer Praxis vereinbart, denn sie wollte unbedingt einen medikamentösen Abbruch. Ihr war wichtig gewesen, eine gewisse Kontrolle und Handlungsfähigkeit wieder herzustellen, die ihr durch die ungewollte Schwangerschaft entglitten schien:

„weil ich das Gefühl hatte, dass ich mehr Einfluss darauf selber habe“ (Anna Meier Z. 87 f.).

Doch ihr Gynäkologe verhielt sich abwartend und verlangte, sie soll den Abbruchtermin erstmal absagen. Er wollte schauen, ob es nicht doch von „alleine abgeht“ und ein Blutbild zur Feststellung des Schwangerschaftshormons machen. Für Anna war diese Reaktion seltsam und belastend. Sie wurde immer unruhiger. Je länger sie warten musste, um so konkreter wurde für sie diese ungewollte Schwangerschaft, sie litt mittlerweile auch sehr unter einer Schwangerschaftsübelkeit.

In der siebten Schwangerschaftswoche konnte sie den Abbruch durchführen und fühlte sich danach lange Zeit sehr gut mit ihrer Entscheidung, bis in ihrem Studium der Schwangerschaftsabbruch als Lehrinhalt thematisiert wurde. Diskussionen und die Sichtweise des Dozenten führten nun bei ihr zu einer starken Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Situation. Sie fühlte plötzlich Zweifel, obwohl sie sich gleichzeitig immer bewusst war, in ihrer Situation die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Anna pausierte nun in ihrem Studium. Sie suchte Wege, um sich seelisch zu stabilisieren und tauschte sich mit Freundinnen aus. Doch die sozialen Einschränkungen in der Coronapandemie isolierten sie und warfen Anna auf sich selbst zurück. Eine Hilfe war für Anna immer auch der regelmäßige Austausch mit ihrem Freund gewesen. Auch nach der Trennung hielten beide einen guten Kontakt zueinander und hatten konstruktive Gespräche, auch über ihre Gefühle zum Schwangerschaftsabbruch.

Dabei kamen sie immer wieder zu dem Schluss, die damals für sie richtige Entscheidung getroffen zu haben, denn die Verantwortung für Kinder wollten sie erst tragen, wenn sie sich reif genug für eine Elternschaft fühlten:

„ich möchte mich vorher kennen, bevor ich meine Kinder kennenlernen, @ also @. Ich möchte mit mir im Reinen sein und klarkommen, um das an meine Kinder weitergeben zu können, das war mir ganz wichtig und das konnte ich zu dem Zeitpunkt eben nicht“ (Anna Meier, Z. 950 ff.).

Typ: Verwirklichen konkreter Lebenspläne

Für die ebenfalls meist jungen Frauen des vierten Typs tritt eine ungewollte Schwangerschaft in einem Lebensabschnitt auf, in dem sie sich aufgrund ihres klar formulierten Lebenskonzepts und den damit verbundenen Herausforderungen, denen sie sich stellen möchten, gegen eine Schwangerschaft entscheiden. Die Umsetzung dieser persönlichen Ambitionen oder Pläne wird von den Frauen als wesentliche Ressource angesehen. Der Wert der Autonomie und Unabhängigkeit, in Bezug auf berufliche und finanzielle Aspekte, auch in Unabhängigkeit vom Partner, wird dabei besonders hervorgehoben.

Kennzeichen des Typs

Frauen dieses Typs haben sehr präzise Vorstellungen von Familie, Beruf und deren Vereinbarkeit, sowie deren chronologische Abfolge. Diese Vorstellungen führen auch dazu, dass sie bestimmte Lebensaufgaben priorisierten. Diese Frauen sind oft jung und streben ein Leben an, das durch klare und selbstbewusst vertretene Ziele gekennzeichnet ist. Sie befinden sie häufig in einem Studium, in einer Aus- oder Weiterbildung und verfolgen ihre beruflichen Ziele.

Befinden sich diese Frauen in Partnerschaften, so werden diese als stabil und unterstützend beschrieben. Die jeweiligen Partner würden auch die Weiterführung der ungewollten Schwangerschaft mittragen. Partnerschaften werden jedoch nicht unter der Prämisse der Familiengründung und -gestaltung geschlossen. Das Lebenskonzept dieser Frauen beinhaltet eine autonome Versorgung und finanzielle Unabhängigkeit von Partnerschaften, insbesondere mit eigenen Kindern.

Erläuterung durch Fallbeispiele

Die Fallbeispiele von Christina Harting und Katja Schneider beschreiben, wie die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch von dem Bestreben geleitet war, die eigenen Ziele und die persönliche Autonomie zu schützen und zu bewahren. Für beide Frauen war die Verwirklichung persönlicher Wünsche und Ziele ein unverzichtbarer Teil ihrer Selbstbestimmung gewesen. Christina strebte berufliche Unabhängigkeit an und war entschlossen, Kinder erst in einer Lebensphase zu bekommen, in der sie sich finanziell und emotional gefestigt fühlte. Trotz der Konfrontation mit zwei ungeplanten Schwangerschaften blieb sie unbeirrt auf ihrem eingeschlagenen Weg. Katja hingegen stand im Rahmen ihrer Arbeit in der humanitären Hilfe vor der Herausforderung, ihr berufliches Engagement mit dem Wunsch nach einer Familie in Einklang zu bringen. Erst als sie einen Partner fand, der wie sie in der Entwicklungshilfe tätig war, konnte sie sowohl ihrem beruflichen Engagement treu bleiben als auch das gewünschte Familienleben verwirklichen.

Fallbeispiel Christina Harting: Unabhängigkeit als erklärtes Lebenskonzept

Christina Harting hatte schon früh den klaren Wunsch, eine eigene Familie zu gründen, zu der für sie, auf jeden Fall auch eigene Kinder gehörten. Zugleich war für sie die Selbstständigkeit im Beruf und in der Gestaltung ihres Familienlebens ihr erklärtes Lebenskonzept. Auf eigenen Füßen stehen zu können, auch in sozioökonomischer Hinsicht, hatte für sie immer oberste Priorität. Sie war 23 Jahre alt und hatte gerade ein technisches Studium begonnen, als sie zweimal in kürzeren Abständen ungewollt schwanger wurde.

Früh hatte sie bereits festgestellt, dass ihr technische Berufe sehr liegen und auch Spaß machten. Vor ihrem Studium hatte sie bereits eine Ausbildung in diesem Bereich absolviert und auch in ihrem Ausbildungsbetrieb weitergearbeitet, aber das mittelständische Unternehmen wurde von ihrem Chef recht patriarchalisch geführt, und das war für Christina sehr schwer mit ihrem emanzipatorischen Selbstverständnis vereinbar:

„war eher so=n patriarchisches Umfeld so=n kleiner Mittelständler, wo der Chef ähm, sagen wir mal, eine etwas antiquierte Meinung von der Rolle der Frauen hatte [...] zwar toleriert hat, dass wir im Kundenbetreuungsdienst sehr aktiv waren aber nun war ich in einem technischen Beruf, und er dachte ich sei die Tippse der IT und ähm, wir sind sehr unglücklich aneinandergeraten weil er mich äh (2) sagen wir mal auch auf meinem emanzipierten Fuß erwischt hat indem er mich halt sehr schroff angefahren hat und gesagt hat ich möge doch bitte ihm sofort Kaffee holen ((lacht leise)) und auch schon nicht wusste wie ich heiße und nur sagte Frau äh Dingsda“ (Christina Harting, Z. 24 ff.).

Dieses Verhalten wollte und konnte sie so nicht stehen lassen, denn es gab eine klare Aufgabenverteilung in ihrem Betrieb. Sie beschwerte sich über diese Art der Behandlung und die

Diskussionen eskalierten. Doch sie blieb konsequent und sachlich und zeigte somit nicht das Verhalten, dass ihr Chef wohl erwartet hatte.

Ihr Jahresvertrag wurde nicht verlängert, doch sie sah es als positive Fügung und entschied sich spontan, in diesem Fachbereich ein Studium zu beginnen. Es macht ihr sehr viel Spaß und sie hatte sich „voll reingehangen“ (Z. 50). Sie wurde zu einer für sie völlig falschen Zeit zum ersten Mal ungewollt schwanger. Zu dieser Zeitpunkt war sie noch weit entfernt von der Verwirklichung ihres Lebenskonzeptes:

„ich wusste ich will Kinder, aber halt erst, wenn ich wirklich [...] so bei mir angekommen bin, so gesettelt bin [...] und ich hab n finanzielles Polster, ich weiß, selbst wenn ich mit dem Partner, nicht zusammenbleibe, ist das mit den Kindern kein Problem, die bring ich zur Not alleine durch [...] ich wusste ich will auf jeden Fall möglichst unabhängig sein vom Mann“ (Christina Harting: Z. 71 ff.).

Bereits mit 13 Jahren hatte Christina die Pille von ihrer Frauenärztin verschrieben bekommen und sah jetzt eine gesundheitliche Gefahr für ihren Körper durch die jahrelangen Einnahmen von Hormonen. Die Pille beeinträchtigte ihr seelisches Befinden, sie setzte sie ab und vertraute ihrem „Regelwerkzyklus“. An den kritischen Tagen verhüteten sie mit Kondom. Sie kannte ihren Körper gut und als am Stichtag die Regel ausblieb begann sie sich Sorgen zu machen, eine Woche später saß sie bereits bei ihrer Frauenärztin und „brach komplett zusammen“, als diese ihr eine Schwangerschaft bestätigte. Zwar hätte ihr Partner sie bei der Austragung der Schwangerschaft unterstützt, doch die Entscheidung zum Abbruch war für Christina sofort klar. In Gedanken plante sie sofort den weiteren Weg, doch es dauerte noch drei Wochen, bis sie den Pflichtberatungstermin wahrnehmen konnte. Dieses ungewollte Schwanger-Sein belastete sie körperlich und seelisch sehr. Der Pflichttermin fiel kurz aus, Christiane brauchte keine Beratung:

„ich hab gesagt ich will nur diesen Schein, ich will nicht mit Ihnen darüber diskutieren, ich will keine Psychoanalyse, ähm (2) äh, ich hab diese Entscheidung getroffen, ich bin mir bewusst, was das bedeutet, ich will einfach nur diesen Schein“ (Christiane Harting, Z. 361 f.).

Aus Angst vor einer weiteren ungewollten Schwangerschaft nahm sie einige Wochen wieder die Pille ein, doch die bekannten Stimmungsschwankungen führten zum erneuten Absetzen. Im nächsten Zyklus wurde sie zum zweiten Mal ungewollt schwanger und war „unheimlich sauer auf sich“, da ihr das nochmal passiert war. Sie und ihr Partner durchliefen das ganze Prozedere erneut und wieder mit denselben beteiligten Akteurinnen und Akteuren. Der Abbrucharzt hielt ihr nun einen „Vortrag“ und verstärkte ihre ohnehin schon starken Schuldgefühle. Auch ihre Frauenärztin zeigte Unverständnis. Christina verhütete von dem Zeitpunkt an mit einem Zykluscomputer und lebte aus lauter Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft sexuell enthaltsam rund um die Zeit ihrer fruchtbaren Tage:

„dann hab ich verhütet (2) mit, Persona, mit Kondomen, ähm, ich hab sehr akribisch drauf geachtet dass in der Zeit wo ich sozusagen Fruchtbarkeitstage hatte auf keinen Fall, auch definitiv und nicht mal schminken ((lacht)) also ich war sehr, ähm, sozusagen diszipliniert, und damit hat das dann funktioniert“ (Christina Harting, Z. 506 f.).

Sie blieb noch einige Jahre mit ihrem Partner zusammen, bevor sie sich trennten.

Christina beendete erfolgreich ihr Studium und hatte gerade ihren neuen Arbeitsplatz angetreten als sie ein drittes Mal ungewollt schwanger wurde. Ihrem damaligen Partner ging es finanziell nicht gut, aber sie wusste, dass sie es diesmal auch ohne ein zweites Gehalt schaffen konnte. So entschied sie sich für das Austragen. Doch die Schwangerschaft endete mit einer Fehlgeburt und das Paar trennte sich nach einiger Zeit. Christina lernte nun ihren heutigen Ehemann kennen. Nach Jahren

der Partnerschaft fühlten sich beide bereit für ein gemeinsames Kind und zu beider großer Freude wurde Christina dann recht schnell gewollt schwanger:

„wir dachten eigentlich wir müssen noch n bisschen üben ((lacht)) aber es hat ziemlich schnell geklappt (2) ja so dass ich jetzt, ziemlich spät sogar mit 38 jetzt erst (Mom) bin“ (Christina Harting, Z. 763 f.).

Fallbeispiel Katja Schneider: Humanitäre Hilfeleistung als erklärtes Lebensziel

Katja Schneider war gerade für ein Auslandssemester zur Entwicklungshilfe im Ausland, als sie dort ungewollt schwanger wurde. Mit ihrem damaligen Partner war sie erst seit kurzer Zeit liiert und ihre Lebensumstände ließen sich in keiner Weise mit einer eigenen Familie vereinbaren.

„also das war ne völlig unsichere Situation, das heißt ich ich hatte kein hohes Einkommen, ich hatte äh, ne relativ schlechte gesundheitliche Versorgung [...] und ähm, ja ich hatte halt irgendwie auch (2) in gewisser Weise auch von der Arbeit her keine große Zukunftsperspektive“ (Katja Schneider, Z. 23 f.).

Hinzu kam, dass sie auf jeden Fall nach Deutschland zurückkehren wollte, um ihr Studium dort zu beenden. Obwohl ihr Partner auch bereit gewesen wäre, mit ihr gemeinsam ein Kind groß zu ziehen, stellten beide fest, dass ihre momentanen Lebenssituationen alles andere als günstig für eine Familiengründung waren. Zu dem Zeitpunkt war Katja 23 Jahre alt, für sie hätte ein Kind das Ende ihrer damaligen beruflichen Pläne und Ziele bedeutet. Ihr Herz schlug für die soziale Unterstützung in Ländern, die humanitäre Hilfe brauchten. Das erforderte viel Zeit und Energie:

„diese Diskrepanz zwischen ich möchte gern den Beruf machen, den ich will und das ist echt was, was mir am Herzen liegt, und dafür, dafür brenne ich, und andererseits, wenn ich ne Familie hab dann möchte ich auch für die Familie da sein“ (Katja Schneider, Z. 77 f.).

Die Verbindung mit und zu ihrer eigenen Herkunftsfamilie hatte für Katja immer einen großen Stellenwert gehabt. Sie beschrieb Eltern und Bruder als Konstante, die in ihrem turbulenten und anstrengenden Leben in der Entwicklungshilfe immer haltgebende Elemente waren. In ihrem beruflichen Alltag hatte sie dagegen häufig erlebt, wie belastend sich die Entwicklungshilfe im Versuch der Vereinbarkeit von Familienleben gestaltete. Kollegen mit Familien im Herkunftsland hatten wochenlange Phasen, in denen sie nicht nach Hause fahren konnten, fühlten sich zerrissen zwischen der Verantwortung für den Beruf und für die eigene Familie. Das war nicht das Familienmodell, das sie leben und erleben wollte.

„wenn ich Familie hab, wenn ich Kinder hab dann möcht ich auch gern Zeit für die haben dann möcht ich auch gern bei ihnen sein“ (Katja Schneider, Z. 92 f.).

Die humanitäre Lage in dem Entwicklungsland, in dem sie damals arbeitete, gestaltete sich schwierig und das wirkte sich nun auch auf ihre persönlichen Lebensumstände aus. Schwangerschaftsabbrüche waren zu der Zeit generell illegal, keine Gynäkologin beziehungsweise Gynäkologe durfte, außer bei einer medizinischen Indikation, Abbrüche durchführen. Daher war der illegale Markt für traditionelle Abbruchmittel sehr groß, beschrieb es Katja im Interview. Zwar hatte sie durch ihre Tätigkeit auch Kontakte zu Personen im Gesundheitswesen und hätte auch „irgendwie Zugang“ zu einem Abbruch bekommen:

„aber das wär dann quasi so, ähm (2) ja, wie gesagt unter der Theke gewesen ohne richtige Betreuung (3) ich hab mich dabei nicht wohlgefühlt also ich hab mir -, ich hab=s mir kurzzeitig überlegt und dann -, Hasenfuß wie ich bin halt, ich, konnt=s, dann nicht machen, mir war es dann einfach zu risikoreich auch mit dem Rückflug dann, wenn dann irgendwas gewesen wäre hätte ich nicht zurückfliegen können, ich glaub das war mir einfach zu, zu risikoreich“ (Katja Schneise, Z. 244 f.).

Katja wollte so schnell wie möglich nach Deutschland zurückkehren, denn sie wusste um die verschiedenen Termine, die sie auf dem Weg zum Abbruch durchlaufen musste. Sie wurde immer nervöser und beschrieb im Hinblick auf die dahinschwindende Zeit ihre großen Angstgefühle, denn mittlerweile war die Schwangerschaft sehr weit vorangeschritten: es war „*der totale Horror*“ (Z. 253). Zuhause angekommen, konnte sie auf ihren langjährigen Gynäkologen zählen, alles musste nun sehr schnell gehen: das Attest vom Arzt, die Beratung bei profamilia und schließlich der Termin in der Abbrucheinrichtung, die Zeit drängte immer mehr.

Als sie sich vor dem Eingang der Klinik befand, wurde sie durch eine Gruppe von Lebensschützern belästigt, und sie merkte, wie sehr die Wut über dieses übergriffige Verhalten in hier hochstieg:

und kommen solche Leute, die meinen die hätten die Weisheit mit Löffeln gefressen und wollen dir was erzählen aus ner Lebenssituation, die sie selbst nie erlebt haben, also ich hatte da richtig viel Wut in mir, also, ich hab mich super geärgert“ (Katja Schneider, Z. 476 f.).

In der Klinik ging es routiniert und sachlich zu. Dieser „normale Umgang“ nach dem Erlebnis mit den Lebensschützerinnen und -schützern tat Katja gut, die eingespielten Abläufe wirkten beruhigend. Der Eingriff verlief ohne Probleme. Im Verlauf der weiteren Monate wurde nun der Kontakt mit dem Erzeuger immer seltener - zu weit war die Entfernung und zu hoch die telefonischen Kosten für den entfernten Kontinent.

Seitdem begleitet Katja eine große Angst, nochmal ungewollt schwanger zu werden. Näherten sich die fruchtbaren Tage, so wurde sie sehr vorsichtig und nahm, sobald sie das Gefühl hatte, dass das Kondom nicht richtig gesessen hatte, die Pille danach.

Katja beendete ihr Studium und ging wieder für viele Jahre ins Ausland. Den Gedanken an eine eigene Familie hatte sie weit in den Hintergrund geschoben, denn sie arbeitet nach wie vor in der Entwicklungshilfe:

“In meinem Kopf war so Familie, Arbeit und dazwischen gibt=s sehr wenig, oder man macht sehr große Kompromisse sowohl beim einen als auch beim anderen“ (Katja Schneider, Z. 623 ff.).

Nach einigen Jahren lernte sie ihren heutigen Ehemann kennen, auch er engagierte sich in humanitärer Hilfe und sie führten eine Fernbeziehung in der sie sich Monate nicht sehen konnten. Der Wunsch nach einer gemeinsamen Familie wurde für das Paar konkret und Katja merkte, dass er sich mit ihrem unterstützenden Partner nun realisieren ließ:

„dann hab ich gedacht, ich muss mich überhaupt nicht entscheiden (.) ich kann das beides haben, wenn ich jemanden hab der bei mir ist und der mein Beruf versteht, und (2) der mich unterstützt (2) und dann hab ich quasi the perfect fits gehabt, ich hab einen Mann, der ist unglaublich unterstützend, der kennt mein Beruf, der brennt genauso dafür, und der möchte mit mir eine Familie haben und dann hab ich gesagt, dann probieren wir=s einfach“ (Katja Schneider, Z. 637 f.).

Nach der Geburt ihres ersten Kindes heiratete das Paar und bekam kurz darauf ihr zweites gewolltes Kind. Die Familie lebte nun zu viert weiterhin im Ausland, Corona führte sie allerdings zurück nach Deutschland. Ob sie später wieder im Ausland arbeiten wollten, war für das Paar damals noch nicht geklärt.

Den Umgang mit Frauen und Schwangerschaftsabbrüchen sah Katja, auch bedingt durch ihre Berufserfahrungen im Ausland, sehr kritisch:

„ich, find es wird viel tabuisiert, warum, warum wird das gemacht, wieso wird=s gemacht, ich find=s grundsätzlich ein Unding, dass es immer noch glaub ich im Gesetzbuch drinsteht, dass es verboten ist [...] und ich find=s beschämend, für ne Demokratie wie Deutschland, dass man so was in den Gesetzbüchern stehen lässt“ (Katja Schneider, Z. 675 ff.).

Spezifische Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen

In der Analyse der Interviews fiel neben den beschriebenen Abwägungen von Belastungen und Ressourcen auf, dass die interviewten Frauen vielfach das Thema Schuldgefühle im Zusammenhang mit der getroffenen Entscheidung thematisierten. Von der Feststellung der ungewollten Schwangerschaft bis hin zur endgültigen Entscheidung zum Abbruch berichteten die Frauen neben organisatorischen und/oder logistischen Hürden, auch über mentale Belastungen im Zusammenhang mit erfahrener Tabuisierung, die sowohl bei der Thematik der ungewollten Schwangerschaft als auch dem Schwangerschaftsabbruch auftauchten. Im Kontext dieser Tabuisierungserfahrungen zeigte sich, dass Schilderungen von Schuld- und Schamgefühlen und erfahrener Stigmatisierung einen großen Raum in der Beschreibung von Belastungserfahrungen eingenommen hatten. Dabei fiel auf, dass die Frauen Schuldgefühle auf zweierlei Art erlebten: einerseits als Schuldgefühle, die von anderen Personen als Erwartungen an sie herangetragen wurden, andererseits aber auch als stark belastende verinnerlichte Schuldgefühle, mit denen sich die Betroffenen nicht nur während, sondern auch noch nach der Entscheidung auseinandergesetzt hatten.

Belastungsfaktoren im Kontext ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen

Wie bereits im Kapitel zur Typenbildung dargestellt, begriffen die befragten Frauen ihre Entscheidung, die ungewollte Schwangerschaft abubrechen, als Chance und Möglichkeit, ihre Lebenspläne verwirklichen zu können. Rückblickend betonten die Befragten, in ihrer damaligen Lebenssituation, die einzig richtige Entscheidung getroffen zu haben. Trotzdem berichteten viele zugleich von an sie herangetragenen Erwartungen und/oder von Schuldgefühlen, die sie während der Entscheidungsfindung und danach auch teilweise noch länger begleitet hatten. Diese Schuldgefühle gingen mit Verunsicherung oder seelischer Belastung während oder nach der Entscheidung einher. Schuldgefühle stehen in engem Zusammenhang mit normativen Geschlechterzuschreibungen, die dem Einfluss politischer, kultureller und religiöser Vorstellungen unterliegen (Busch, 2015; Busch & Hahn, 2022; Hahn, 2022; Kumar et al., 2009). Im Folgenden wird auf den Einfluss von Faktoren näher eingegangen, die ein Schuldverständnis und Schuldempfinden beeinflusst oder geprägt haben.

Normative Erwartungshaltung an Frauen

Im Zusammenhang mit Scham und Schuldgefühlen wurden von den interviewten Frauen mehrere wichtige Themen angesprochen, die mit der Frage und Auseinandersetzung mit normativen Erwartungen verbunden waren. So wurden häufig die Verhütungsverantwortung, aber auch bestimmte Zuschreibungen an Frauen thematisiert. Besonders die normative Annahme, die Mutterschaft als schicksalhaftes Ereignis zu betrachten, spielt eine zentrale Rolle im Erleben ungewollter Schwangerschaften und bringt oft das Gefühl einer Verpflichtung mit sich, eine ungewollte Schwangerschaft annehmen und austragen zu müssen.

Die Analyse der Stigmatisierungserfahrungen und verinnerlichten Schuldgefühle zeigte, dass sich die Entscheidung gegen die Fortführung einer Schwangerschaft gegen tief verankerte Vorstellungen von Frau- und Muttersein durchsetzen musste. Diese normativen Vorstellungen sind oft mit der Erwartung verbunden, dass eine Frau ungewollte Schwangerschaften annehmen und austragen sollte, was zu einem starken sozialen Druck führt. Daher war es für die Betroffenen notwendig, sich von diesen gesellschaftlichen Normen zu distanzieren und ihre individuelle Entscheidung zu legitimieren. Die Herausforderung, gegen diese tief verwurzelten Überzeugungen anzukämpfen, erforderte nicht nur Mut, sondern auch eine klare Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und der eigenen Lebenssituation. Die Angst vor Stigmatisierung und die Sorge um das eigene Ansehen in der Gesellschaft könnten zusätzliche Hürden darstellen, die es den Frauen erschweren, ihre Entscheidung selbstbestimmt zu vertreten. In diesem Kontext wird deutlich, dass

die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nicht nur eine persönliche, sondern auch eine gesellschaftlich herausfordernde ist.

Manuela Weiß, zum Beispiel, erlebte schon während der Entscheidungsphase und auch nach dem Abbruch intensive Schuldgefühle, da sie sich gegen das Austragen der Schwangerschaft entschieden hatte:

„Ich hab das Leben produziert, auch wenn=s ungewollt war, und ich (3) bin der Meinung oder denke, dann hätt ich dafür auch sorgen oder geradestehen müssen“ (Manuela Weiß, Z. 227).

In ihrer Darstellung sieht Manuela Weiß ihren beteiligten Ehemann als (Mit)Erzeuger der ungewollten Schwangerschaft jedoch nicht in der Verantwortung.

Für Julia Fiedler schienen die Zusammenhänge zwischen den biologischen Gegebenheiten der Frau und der Mutterschaft klar miteinander verknüpft zu sein. Nach ihrem Abbruch litt sie noch einige Zeit unter Schwangerschaftsübelkeit. Dies hatte bei ihr das Gefühl erzeugt, entgegen einer biologischen Bestimmung gehandelt zu haben. Schon während der ungewollten Schwangerschaft hatten sie ihre körperlichen Veränderungen sehr belastet. Gleichzeitig spürte sie, wie sich ihr Organismus immer mehr auf den Zustand des Schwanger-Seins einstellte. Julia fühlte sich nicht mehr wohl und thematisiert eine starke Ablehnung des eigenen schwangeren Körpers: *„diese gespannten Brüste, die, die eigentlich was vorefreudiges oder sowas vorbereitendes haben was man aber nicht möchte“* (Julia Ziegler, Z. 336). Umso verunsicherter wurde sie, als die Schwangerschaftssymptome auch nach dem Abbruch noch anhielten. Es fühlte sich fast wie eine „Strafe“ an, beschrieb sie ihre Gefühle (Julia Fiedler, Z. 347). Sie vermutete: *„Mein Körper hätte glaub ich dieses Kind gewollt [...] also mein Körper war bereit für dieses Kind, und mein Hormonspiegel ist lange nicht abgefallen.“* (Julia Fiedler Z. 377ff.).

Einige der befragten Frauen äußerten starke Bedenken über ihre ungewollten Schwangerschaften in Gegenwart von Frauen zu sprechen, die Schwierigkeiten hatten, schwanger zu werden. Sie empfanden Schuldgefühle aufgrund der wahrgenommenen Undankbarkeit gegenüber jenen, die erfolglos versuchten, ein Kind zu bekommen:

„andere haben Probleme, kriegen keine Kinder und wir kriegen se und wollen se nicht“ (Manuela Weiß, Z. 478ff.),

„und dann anderen Frauen zu erzählen, äh, ich hab ne Schwangerschaft beendet, die gerade versuchen schwanger zu werden und bei denen es nicht klappt, [...] einfach schwierig“ (Julia Fiedler, Z. 160 ff.)

Sie standen in einem gefühlten Kontrast zu Frauen mit einem Kinderwunsch, während sie ihre eigene Schwangerschaft ablehnten.

Auch das Thematisieren reproduktiver Erwartungshaltungen im familiären Kreis wurde im Kontext von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen als sehr belastend erfahren:

„Wenn quasi andere thematisieren, da kommt ja noch was bei euch [...] wo ich äh für mich innerlich ähm das schlucken muss. Also ich hab mich bewusst gegen das vierte Kind entschieden und da kommt nichts viertes. Ähm und das war glaub ich das, was äh ja im Nachgang dann auch immer wieder dazu geführt hat, dass ich nochmal da drüber nachgedacht hab ne, dass ich wieder da dran gedacht hab, war das jetzt die richtige Entscheidung. Wenn jetzt alle davon ausgehen, ein viertes Kind ähm vielleicht sehen die anderen was in mir was ich nicht sehe, ähm das war also das ist immer wieder so=ne Situation wo ich ähm innehalten muss“ (Brigitte Hartmann, Z. 637ff.).

Brigitte Hartman berichtete darüber hinaus, wie sie und ihr Mann eine damals erlittene Fehlgeburt ihren Schwiegereltern mitgeteilt hatten. Ihre Schwiegermutter fiel in eine große Trauer, da sie nun

nicht das ersehnte erste Enkelkind bekam. Dabei traten das Befinden von Brigitte Hartmann sowie ihr erlittener Verlust völlig in den Hintergrund. Sie war sehr verletzt über diese Reaktion und hielt aus diesem Grund ihre spätere ungewollte Schwangerschaft und den Abbruch vor der Familie ihres Mannes geheim:

„davor hatte ich Angst, dass ich am Ende eine Schwiegermutter vor mir hab die dann um ein Kind trauert, ähm und ich dann immer wieder sehe, vor Augen sehe ähm, dass sie um das Kind trauert, was ich nicht wollte. [...] Das äh, das hät ich wahrscheinlich nicht ertragen“ (Brigitte Hartmann, Z. 245).

Dennoch unterstrich sie, dass sie mit ihren drei Kindern reproduktiven Erwartungshaltungen gerecht geworden sei: *„also wir sind die ersten die quasi die Enkel bekommen haben“* (Brigitte Hartmann, Z. 637).

Die von den Frauen beschriebenen Gefühle und Einstellungen zeigten sich in den Interviews auch durch negative Stereotypen (Cockrill & Nack, 2013, S. 979) gegenüber anderen ungewollt Schwangeren und deren Schwangerschaftsabbruch geprägt. So werden Attribute wie „naiv“, oder „verantwortungslos in der Ver- und Beurteilung anderer benutzt, jedoch auch als Vorwurf gegen sich selbst:

„ich denk auch, dass das schwierig ist, wenn man vielleicht ähm en Patienten drin hat, der das vierte, fünfte Mal en medikamentösen Schwangerschaftsabbruch macht äh, weil einfach mal dieses Geld oder äh die Lust nicht für ne Verhütung da ist“ (Brigitte Hartmann, Z. 380 ff).

„die Peinlichkeit rührte tatsächlich daher, dass ich äh, aus der Verhütungspanne zum einen, ja das war aber nicht das Einzige, sondern och so=n bisschen aus meinem (2) aus meiner Persönlichkeit her gesehen vielleicht ähm, weil (3) also ich bin keen unvernünftiger Mensch oder ne und denn=denn so dieses Gefühl wie konnte denn mir das jetzt passieren“ (Sabine Dörr, Z. 554 ff.).

In der Be- und Verurteilung von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen zeigten sich bei den Befragten tradierten Normen und Wertvorstellungen (Løkeland, 2004, S. 171) von einem „passenden Alter“, bestehendem Familien-beziehungsweise Partnerstatus oder der sozioökonomischen Situation. So wurde in einigen Interviews ein Abbruch bei sehr jungen Frauen, in unsicheren Lebenssituationen eher akzeptiert als bei Frauen, die beispielsweise verheiratet und oder beruflich gefestigt waren und/oder möglicherweise schon Kinder hatten. Als eine Mitschülerin von Tessa Kowalski sich für das Austragen ihrer ungewollten Schwangerschaft entschieden hatte, sah sie sich einer starken Verurteilung und Mobbing Erfahrungen ausgeliefert. Sie verließ schließlich die Schule: *„weil sie=s nicht länger ertragen hatt [...] weil, wer in dem Alter schwanger wird, is ne – is ne Schlampe“* (Tessa Kowalski, Z. 337).

Tessa Kowalski thematisierte in dem Interview, wie sehr normative Vorstellungen von Mutterschaft und dem ‚passenden Kontext‘ von widersprüchlichen gesellschaftlichen Botschaften begleitet werden. Die allgemeine Verurteilung des Schwangerschaftsabbruches stand einer gleichzeitigen Verurteilung der Frauen gegenüber, die zum „falschen“ Zeitpunkt Mutter geworden waren (Tessa Kowalski, Z. 337ff.). Als Tessa mit 19 Jahren und Abiturplänen ungewollt schwanger wurde, hielt sie die Schwangerschaft und ihren Abbruch geheim. Zu groß war ihre Angst gewesen, wie ihre Mitschülerin stigmatisierenden Äußerungen oder Erfahrungen ausgeliefert zu sein.

Die autonome und „richtige“ Entscheidung bei ungewollten Schwangerschaften schien auch Manuela Weiß jungen Frauen weniger als sich selbst als erfahrene Mutter zuzutrauen. Das Gespräch bei ihrer Schwangerschaftskonfliktberatung beschrieb sie als neutral und nicht übergriffig. Für ihre Entscheidung sah sie wenig Beratungsbedarf, da ihre Erfahrung und bereits erfolgte Pflichterfüllung als dreifache Mutter ihre Entscheidung rechtfertigen würden:

„also da wurd auch gar nicht groß, ähm (2) auf mich eingeredet oder so weil ja zum Beispiel okay die wussten [...], ich hab schon drei Kinder das ist jetzt nicht, wo man vielleicht sagt, jemand ganz junges kriegt sein erstes Kind oder so also man -, die wussten schon, ich weiß, was es heißt, n Kind zu haben (2) äh, und im Leben zu stehen“ (Manuela Weiß, Z. 187f.).

Dass Beratungen generell für jede ratsuchende Person unabhängig von Alter und Familienstatus neutral stattfinden sollten, schien für Manuelas Verständnis von Schwangerschaftskonfliktberatungen kaum vorstellbar, könnte jedoch auch ihrer Religiosität und ihren starken Schuldgefühlen zu Grunde liegen, die sie mit diesen Äußerungen legitimieren wollte.

Schuldgefühle wurden auch im Kontext einer Übernahme der Verhütungsverantwortung thematisiert. Dabei fiel auf, dass die meisten Frauen die Verhütungsverantwortung als normative Erwartungshaltung verinnerlicht hatten und nur in wenigen Partnerschaften die Verantwortung als geteilte Aufgabe verstanden und praktiziert wird. Der erwartete aber auch teilweise verinnerlichte Vorwurf lag vor allem für einige Frauen in der Überzeugung, als Frau die Möglichkeit der Verhütung entweder unterlassen oder nicht richtig wahrgenommen zu haben und formulierte die nun entstandene ungewollte Schwangerschaft als „Preis“ dieser Verantwortungslosigkeit (Hahn, 2000). Verstärkt werden konnten diese Überzeugungen, wenn es bereits einen Abbruch oder schon mehrere Abbrüche gegeben hatte, wie es Christina Harting (Z. 482), Annette Schröder (Z. 196 ff.) oder Simone Kieser (Z. 312) beschrieben hatten. Ein Hinterfragen dieser Vorstellungen tauchte für einige Frauen erst im Rückblick der ungewollt eingetretenen Schwangerschaften und den sich ergebenden Konsequenzen auf. Auch Annette Schröder hatte sich in der Vergangenheit verantwortlich in der Verhütungsfrage gefühlt und stellte erst nach ihren zwei aufeinandergefolgten Abbrüchen die Frage nach einer partnerschaftlich ausgehandelten Verantwortung:

„er darf sich jetzt um die Verhütung kümmern [...] weil ich zu ihm gesagt habe, es ist nicht nur meine Sache, äh genau, fand er n bisschen blöd aber, wer möchte ne, der muss“ (Annette Schröder Z. 640 f.).

Eine geteilte Verhütungsverantwortung war eher bei Paaren jüngeren Alters wie bei Anna Meier, oder Laetitia Kostitsch zu finden oder wenn Frauen bewusst tradierte Vorstellungen insbesondere zu Fragen der Verhütung, in Frage stellten.

Eine betroffene Frau konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht mit einer sicheren Verhütungsmethode verhüten und hatte dem Wunsch des Partners nachgegeben, auf das Benutzen des Kondoms zu verzichten. Zu groß war ihre Angst gewesen, den Partner zu verärgern oder gar zu verlieren. Sie übernahm dann auch die alleinige Verantwortung für das Zustandekommen der ungewollten Schwangerschaft..

Julia Fiedler bat ihren Partner nach der Abbrucherfahrung um die Durchführung einer Vasektomie:

„danach hab ich eigentlich mit ihm dis verhandelt, dass er ähm (...) sich sterilisieren lässt, hat er leider noch nicht gemacht (2) aber eigentlich war das sozusagen die Verhandlung, wenn ich dis jetzt mache, und nochmal einen Schwangerschaftsabbruch vornehme er musste das natürlich auch bezahlen hab ich auch zu ihm gesagt, ähm, dann lässt du dich bitte, sozusagen jetzt sterilisieren“ (Julia Fiedler Z. 236 ff.).

Bis zum Zeitpunkt des Interviews war er diese der Bitte noch nicht nachgekommen.

Manuela Weiß hatte mit ihrem Mann nach dem dritten Kind eigentlich abgesprochen, dass er sich sterilisieren lässt:

das war sogar geplant nach dem dritten Kind, dass mein Mann sich sterilisieren lässt, und dann haben wir das so=n bisschen aufgeschoben ham gesagt, kleinen Moment warten wir noch hatte ja keine Eile hat ja keine Eile (3)“ (Manuele Weiß, Z. 81 f.)

Für den Ehemann war bereits nach dem dritten Kind völlig klar, dass er kein weiteres Kind mehr wollte, trotzdem gab sie sich die primäre Schuld an der ungewollten Schwangerschaft:

„ich hatte halt dann mehr den Gedanken okay selber schuld, jetzt muss ich die Suppe eigentlich auch auslöffeln“ (Manuela Weiß, Z. 83 ff.).

Ähnliches berichtete auch Brigitte Hartmann - auch sie hatte bereits drei Kinder und in ihrem Bekanntenkreis hatten sich bereits mehrere Männer einer Vasektomie unterzogen. Sie hatte sich generell gewünscht, dass ihr Mann sich an der Verhütungsverantwortung beteiligte, von seiner Seite kam jedoch keinerlei Überlegungen sich einer Sterilisation zu unterziehen: *„auf die Idee ist er nicht gekommen“* (Brigitte Hartmann Z. 517), aber sie wollte ihn deshalb auch nicht unter Druck setzen. Als sie zum vierten Mal, diesmal ungewollt schwanger wurde, ließ sie sich eine Kupferspirale einsetzen:

„also auch eine Erleichterung, das Gefühl, dass ich quasi aktiv bin und vor allen Dingen das Gefühl also äh, (...), und äh genau da war=s für mich wichtig dass ich einfach im Tun bin“ (Brigitte Hartmann, Z. 513 ff.).

Die für sie so belastende Auseinandersetzung mit einer ungewollten Schwangerschaft und ihren starken Schuldgefühlen wollte sie nicht noch ein weiteres Mal erleben: *„war für mich dann also ganz wichtig, dass ich ähm mich nochmal vor dieser Entscheidung schütze, dass ich die nicht nochmal tragen muss“* (Manuela Weiß Z. 534 f.).

Zwei Frauen wünschten aus Angst vor ungewollter Schwangerschaft die eigene Sterilisation. Für sie gestaltete sich aus gesundheitlichen Gründen generell eine hormonelle Verhütung schwierig. Durch finanzielle Engpässe konnten sie den privatfinanzierten Eingriff jedoch nicht durchführen lassen (Simone Kieser, Z. 277 ff., Celia Neumann, Z.527 ff.). Später wurden beide ungewollt schwanger. Celia Neumann berichtete neben den hohen Kosten von 1600 bis 1800 Euro, auch über eine generell ablehnende Haltung seitens der Ärztinnen und Ärzte, die sie aufsuchte. Sie sei ja noch so jung, da könne sich in Zukunft noch vieles an ihrer Einstellung ändern (Celia Neumann Z. 527 ff.). In Foren tauschte sie sich verzweifelt mit weiteren Betroffenen aus, die die gleiche Problematik schilderten:

„es is halt witzlos, ne [...] wenn=s dann zehn Jahr später dahockst un es leider Gottes halt genau so eingetroffen is, ne [...] ja des Problem äh hätt=i in dem Sinn nett gehabt [...] hätt=i viel weniger Theater“ (Celia Neumann, Z. 589).

Diana Mahler wollte nach einer traumatisch erlebten Totgeburt und einer für sie anschließenden sehr belastenden zweiten Schwangerschaft des heutigen Kindes nie wieder schwanger werden. Sie bat ihren Mann, sich einer Sterilisation zu unterziehen. Er konnte sich nicht durchringen:

„eigentlich stand der Entschluss fest, Sterilisation und mein Mann kam da nicht so hinterher ((lacht leise)) ich weiß nicht ob er n bisschen Angst hatte oder so und ich wollte ihm da jetzt nicht die Pistole auf die Brust setzen, ähm (2) weil, ja mit 35 ist so, falls man vielleicht nicht immer zusammen bleibt, man weiß es ja nie was die Zukunft bringt (2) ähm, und er doch noch mit jemand anderem vielleicht n Kind möchte, hab ich dann jetzt nicht gesagt du machst das sondern ich hab das dann gemacht“ (Diana Mahler, Z. 92 ff.).

Doch die Kosten der Privatleistung waren für das Paar erst einmal zu hoch gewesen. Bis schließlich profamilia in der Finanzierungsfrage durch Vermittlung zu einer Kostenübernahmestelle weiterhelfen konnte, war auch Diana bereits ungewollt schwanger geworden. Im Anschluss an den Abbruch konnte sie dann die gewünschte Sterilisation durchführen lassen.

Der Aspekt der alleinigen Verhütungsverantwortung und somit auch der Schuld bei Versagen, wurde in einigen Berichten durch ein missbilligendes Verhalten der behandelnden Frauenärztinnen und -ärzte verstärkt. Einige interviewte Frauen berichteten von Ärztinnen und Ärzten, die sich

kritisch zu der praktizierten Verhütungsmethode äußerten und einen belehrenden Umgang gegenüber den ungewollt schwangeren Frauen hatten. Simone Kieser wich bereits bei ihrem ersten Abbruch in die Niederlande aus, um ihrer damals übergriffigen und beeinflussenden Frauenärztin zu entgehen. Sie betonte positiv eine dort ganzheitliche und wertschätzende Beratung zu allen Fragen bei einer ungewollten Schwangerschaft. Als sie später noch einmal ungewollt schwanger wurde, brach sie unter telemedizinischer Betreuung zu Hause ab, um einer erneuten Verurteilung und Einflussnahme ihrer Frauenärztin zu entgehen, die sie als übergriffig und sehr beschämend empfunden hatte (Simone Kieser, Z. 312 ff.). Joana Bayer, die bis lang erfolgreich mit der Natürlichen Familien Planung (NFP) verhütet hatte, schildert die Missbilligung seitens ihrer Frauenärztin und die Aufforderung sich gut zu überlegen, wie es jetzt weitergehen soll, damit dies nicht nochmal passiert (Joana Bayer Z. 465 ff.) Annette Schröder wurde direkt im folgenden Zyklus nach einem vorausgegangenen Abbruch erneut ungewollt schwanger. Das erhöhte Risiko für eine erneute Schwangerschaft durch ihr ungewollte Schwangerschaft einen Monat zuvor, war ihr nicht bewusst und auch nicht vermittelt worden. Obwohl sie sich in der ersten Abbruchpraxis bestens aufgehoben gefühlt hatte, suchte sie aus Scham für den zweiten Abbruch eine andere Praxis auf.

Religiosität und persönliche Überzeugungen des Lebensschutzes

Im Kontext von Schuld- und Schamgefühlen haben auch religiöse Ausrichtungen oder ideologische Überzeugungen im Zusammenhang mit Aspekten des Lebensschutzes eine Rolle gespielt. Nadja Novak, die sich klar zu ihrem katholischen Glauben bekannte, beschrieb sehr starke Schuldgefühle, die ungewollte Schwangerschaft abgebrochen und sich im Sinne ihrer religiösen Ausrichtung versündigt zu haben (Nadja Novak Z. 335 f.). Schwanger-Sein wurde von ihr als ein Geschenk Gottes verstanden, das sie abgelehnt und somit ihre große Undankbarkeit bewiesen hatte (Nadja Novak Z. 343 f.) Ihre Scham saß so tief, dass sie es bis zum Tag des Interviews nicht gewagt hatte, ihrem jetzigen Ehemann und Vater des gemeinsamen Kindes von ihrem damaligen Abbruch zu erzählen.

Manuela Weiß beschrieb aus ihrem religiösen Empfinden heraus das Gefühl, mit ihrem Abbruch einen Mord begangen zu haben (Manuela Weiß Z: 246 ff.). In ihrer Verzweiflung hatte sie Gott um Hilfe gebeten:

„das hab ich wirklich gehofft, vielleicht nimmt Gott mir ja die Entscheidung wieder ab [...] bricht von sich aus sozusagen die Schwangerschaft ab“ (Manuela Weiß, Z. 159 f.).

Ihre Scham und Schuldgefühle führten zu einer großen Angst, bei der Familie ihres Mannes in Ungnade zu fallen, die bis zum Interview nichts von ihrem Abbruch wusste (Manuela Weiß, Z. 499).

Brigitte Hartmann beschrieb sich als Mitglied einer pro-life Bewegung (Brigitte Hartmann, Z. 391). Sie war der Ansicht, dass mit Schwangerschaftsabbrüchen generell der Aspekt von Schuld und innerlichen Konflikten verbunden sein musste und hielt daher im Nachgang von Schwangerschaftsabbrüchen für dringend notwendig, dass Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch automatisch Termine für Krisengespräche verordnet bekommen:

„dass man das vielleicht in ner Form von ner Krisenintervention, wo man ja fünf Stunden hat, dass man das im Endeffekt einfach automatisch mit verschrieben kriegt. [...] Also, dass quasi der Frauenarzt das einfach in dieser Situation, die äh ja, die mit anbietet äh und dass äh, dass das mit äh mit auf den Weg gegeben wird“ (Brigitte Hartmann, Z. 690 ff.).

Schuldgefühle und Angst thematisierten jedoch auch die Befragten, die sich bewusst als nicht religiös beschrieben hatten und die ein Ausdruck des nachhaltigen Wirkens tradierter christlicher Normierungen sind. Sie litten häufig unter der Erwartung, für den Abbruch in irgendeiner Form bestraft zu werden und befürchteten beispielsweise ein Unglück für das eigene oder familiäre Leben:

„du wirst bestraft dafür, du kriegst niemals n gesundes Kind, weil du dein erstes Kind umgebracht, du hast dein erstes Kind abgetrieben, deswegen kriegst du keins“ (Annette Schröder, Z. 264 ff.) „ich dachte irgendwie so, ja, ich muss dafür -, muss ich irgendwie noch bestraft werden, mich selbst geißeln oder sonst irgendwas, also das war schon -, das war schon ne heftige Zeit“ (Annette Schröder, Z. 486 f.).

Annette Schröder hatte darüber hinaus berichtet, dass sie bei ihrem Abbruch in ihrer Jugend auf der Suche nach Informationen, auf christlichen Seiten der pro-life Bewegungen gestoßen war und wie diese Informationen zu einer großen Verunsicherung und starken Schuldgefühlen bei ihr geführt haben, die bis heute anhalten:

„man landet ja viel auch auf diesen äh christlichen Seiten, das sind so mit die ersten Seiten die einem ins Auge springen ähm wenn -, also ich bin selber im medizinischen Beruf und ich weiß eigentlich was passiert und es ist so bescheuert dass man sich trotzdem auf dieses Niveau herab begibt, ähm der Fötus schreit, der hat Schmerzen wenn er abgetrieben wird, und es macht - immer was mit einem, ne also auch wenn ich weiß, es ist nicht so, es ist am Anfang ein Zellhaufen, es kann gar nichts passieren, also dem Wesen, dem Zellklumpen, aber es ist irgendwie -, es ist ja allgegenwärtig dieses ähm (2) es ist einfach irgendwie immer da“ (Annette Schröder, Z. 196 f.).

Frauen mit starken Schuldgefühlen berichteten über das Gefühl, sich durch ihren Abbruch eines Mordes oder einer Tötung schuldig gemacht zu haben (Katja Schneider, Z.715 f.; 726; Manuela Weiß Z. 246).

„ich finde ich hab hier einen Mord begangen. Mein Mann sieht das anders, er sagt der äh (3) na der Zustand des Fötus oder Embryos was das noch ist, ähm, dass man das noch nicht so als Leben sozusagen betrachten kann, aber für mich (4) ist es einfach, ja, Mord und dafür (.) dass ich, dass ich sozusagen Gott spiele und bestimme wer darf leben und wer nicht“ (Manuela Weiß Z.223 ff.).

Embryonale Entwicklung

Auch die Lebens- und Empfindungsfähigkeit in der embryonalen Entwicklungsphase waren für das Erleben während der ungewollten Schwangerschaft und zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruches relevant. Die interviewten Frauen berichteten, dass es für sie leichter war (oder gewesen wäre), die Schwangerschaft in einem frühen Stadium zu beenden:

„ich wollte mich auch schnell entscheiden, weil, ich wollte kein [...] Kind abtreiben, sondern ich wollte ne Schwangerschaft beenden die (2) für mich gefühlt noch kein Kind ist, sondern -, bis dahin kann auf jeden Fall - ist halt ne Zelle“ (Julia Fiedler, Z. 46).

Die Vorstellung, nur Schwangerschaftsgewebe bzw. einen frühen Embryo zu verlieren, macht es für die viele Frauen leichter, wie auch Joana Bayer es berichtete (Joana Bayer, Z. 183 f.). Die von den Frauen geschilderte Belastung wurde hier besonders im Zusammenhang mit dem sich entwickelnden Leben beim Voranschreiten der ungewollten Schwangerschaft gesehen:

„also ich glaube, dass ich große Probleme damit gehabt hätte das in der zwölften., 13., 14., 15. Woche zu machen. Also weil ähm das dann schon immer mehr -, mit jeder Woche, jedem Tag immer mehr äh wie ein Mensch aussieht (...) und so hab ich schon das Gefühl dass es mehr noch ein Zellhaufen ist“ (Brigitte Hartmann, Z. 563).

Manuela Weiß brachte den Aspekt des ‚wehrlosen Geschöpfes‘ in seiner Verwundbarkeit in einen Zusammenhang mit ihren Schuldgefühlen. Sie brachte aber nicht die embryonale Entwicklung in einen Zusammenhang mit stärkeren oder schwächeren Schuldgefühlen. Die Schuld ergab sich für sie durch die Ablehnung eines von ‚Gott geschenkten Lebens‘, ab dem Moment der Zeugung:

„ich fühl mich wie, wie als hab ich jemanden, tatsächlich umgebracht was find ich, mir nicht, zusteht schon gar nicht jemand Wehrlosen, der ja eigentlich nix, nix gemacht hat nicht wie jetzt wenn man

jemand n, weiß nicht, äh umbringt weil, weil vielleicht jemand was ganz Schlimmes gemacht oder so. Dafür hab ich mich einfach geschämt, dass ich diesen, diesen Schritt gehe, ja hab mich vor mir selbst geschämt, ja“ (Manuela Weiß, Z. 226 ff.).

Politischer und sozialer Kontext

Politische Ansichten, Rahmenbedingungen und damit verbundene Vorschriften trugen auch bei unseren Befragten häufig dazu bei, dass sie sich für ihre Entscheidung missbilligt und verurteilt fühlten. Die juristische Verankerung im Strafgesetz führte zu Stigmatisierungsgefühlen und wurde von den Befragten sehr kritisch gesehen. In den Interviews wurde die Position formuliert, dass die Verankerung des Schwangerschaftsabbruches im Strafgesetzbuch dazu beiträgt, dass sich Frauen schuldig fühlen (müssen):

„das klingt wie als hätt ich ne - ne Straftat begangen, aber wenn ich mich an die Regeln halt, dann werd ich einfach nich bestraft. (mhm) (2) also allein das hat mir immer das Gefühl gegeben, ich - ich mach hier was schlimmes“ (Laetitia Kostitsch, Z. 368 f.).

„ich find=s grundsätzlich ein Unding dass es immer noch, glaub ich im Gesetzbuch drinsteht, dass es verboten ist“ (Katja Schneider, Z. 677 f.).

Einfluss auf das Erleben von Schuldgefühlen übte auch der soziale Kontext, in dem sich die Befragten bewegten, aus und führte dazu, dass das erlebte lokale Klima auch den Umgang mit der eigenen Situation beeinflusste. Sabine Dörr beschrieb eine soziale Missbilligung in ihrem sehr konservativ geprägten dörflichen Umfeld, nachdem sie sich nach der Scheidung mit ihrem Exmann auf eine spezifische Form der gemeinsamen Kinderbetreuung geeinigt hatte. Sie war sich der Verurteilung ihres Schwangerschaftsabbruches sicher:

„also dadurch dass ich hier sehr dörflich wohne, und das so=n No-Go is glaub ich also so, es gibt halt viele Familien och in der näheren, im näheren Umfeld, die sehr viele Kinder haben, ne, und ich meine schon wenn die dis wüssten, man wäre schon n stückweit verurteilt ne, ähm, weil das ja nicht so der normale Gang is und ähm, ich glaube auch dass sich da einige von mir abgewendet hätten, ähm, mit dem Wissen dass ich das gemacht habe, und ähm, ich, wie gesagt also schätze das schon so ein gerade auf so=m Dorf wo jeder jeden kennt (.) das ist rum wie so=n Lauffeuer ne und wenn man in der Stadt wohnt ähm, und sich nicht so rundrum-, nicht so besonders gut kennt ich glaub da ist es eher noch zu vertreten, weil dort teilweise halt och die Ansichten schon andere sind, das ist och mit meinem Betreuungsmodell was wir hier vollziehen ne also, das ist och-, da bin ich och uff ganz viel Ablehnung gestoßen weil=s einfach so-, es is halt nicht norMAL und und n stückweit zu unbekannt für viele Menschen, hier in der Gegend zumindest und ähm, ja, da, findet man dann och öfters mal Ablehnung“ (Sabine Dörr, Z. 565 ff.).

Annette Schröder beschrieb für ihre Situation:

„für mich wichtig, dass es keiner im Umfeld mitbekommt, [...] ich würd natürlich auch n Teufel tun, das auf der Arbeit zu erzählen [...] ja man muss gucken “ (Annette Schröder, Z. 720 f.).

Dabei war das Bedürfnis, über das Erlebte frei reden zu können, bei vielen Befragten vorhanden. Ein häufig geäußelter Wunsch war, sich mit anderen Betroffenen zum Erleben einer ungewollten Schwangerschaft frei austauschen zu können:

„ich glaub (1) mich=mich schmerzt es auch so, weil ich immer noch das Gefühl hab, ich=ich kann ähm (2) ich bi- ich bin so alleine damit (mhm) mit diesem Thema. (.) und dabei stimmt das gar nich, weil so VIELE Frauen erleben des (Laetitia Kostitsch, Z. 408 f.).

Das Nicht-Thematisieren-Können von persönlichen Erfahrungen ist insofern schmerzlich, da es neben dem Gefühl von Isolation auch eine gelebte Realität unsichtbar macht, die Teil der persönlichen Lebens- und Erfahrungswelt von Frauen ist, jedoch selten als solche anerkannt wird.

Folgen von Schuldgefühlen

Obwohl ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche keine seltenen Ereignisse in reproduktiven Biografien von Frauen sind, wurden sie von den befragten Frauen in ihrem sozialen Umfeld selten thematisiert. Die Angst vor einer negativen Beurteilung hielt die befragten Frauen davon ab, sich auch engen und engsten Vertrauten mitzuteilen. Die Furcht, dass andere hinter ihr ‚Geheimnis‘ kommen könnten, war für einige Frauen sehr belastend und hat ihr psychisches Wohlbefinden teilweise stark eingeschränkt. Wurde der Schwangerschaftsabbruch im privaten oder öffentlichen Raum thematisiert, führten normative Vorstellungen und Erwartungshaltungen gegenüber Frauen, bei einigen der Interviewten zu Verunsicherung. Das Gefühl den eigenen Lebenskonzepten und -plänen gefolgt zu sein, stand im Spannungsverhältnis mit dem Gefühl, sich durch die eigene Entscheidung schuldig gemacht zu haben. Von außen an die Frauen herangetragene Bedenken, den Abbruch später zu bereuen, verstärkten Schuldgefühle. Sich mit solchen Äußerungen auseinander setzen zu müssen und diese zu hinterfragen wurde als eine sehr belastende und die Integration der Entscheidung in die eigene Lebensbiografie erschwerende Aufgabe beschrieben.

Selbstwert und Selbstwirksamkeit

Verinnerlichte Schuldgefühle bildeten Belastungsfaktoren für die Stabilität des Selbstwertgefühls und für das Wohlbefinden. Zu glauben, gegen bestimmte eigene oder von außen gesetzte moralische Prinzipien verstoßen zu haben, musste mit dem persönlichen Selbstbild und der Überzeugung, die richtige Entscheidung getroffen zu haben, ausbalanciert werden. Das fiel schwerer, je stärker die negativen Auffassungen im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und Abbrüchen ausfielen und je mehr sie verinnerlicht worden waren:

„so dieses Gefühl, wie konnte denn mir das jetzt passieren ne, also, das eher so-, das hatte so=n bisschen was mit meinem, meinem Selbstbewusstsein dann auch zu tun und mit meiner Rolle, mit meiner beruflichen Rolle, was so=n bisschen kollidiert“ (Sabine Dörr, Z. 558 ff.).

Mit Schuld- und Schamgefühlen ging bei einigen Frauen auch eine verringerte Selbstwirksamkeit einher. Der Gedanke, sich moralisch nicht korrekt verhalten zu haben oder von anderen als unmoralisch verurteilt zu werden, konnte dazu führen, dass sie es zum Beispiel auch in Arztpraxen, nicht wagten, Wünsche oder Befindlichkeiten zu äußern: *„ja da muss ich jetzt durch, das ist ja das Stück ähm äh was ich mittragen muss“ (Brigitte Hartmann, Z. 362).* Der Gedanke, sich schuldig gemacht zu haben, führte zu einer gefühlten Asymmetrie zwischen ihnen als ‚Frau, die moralisch verurteilt wird‘ und jenen, die sie verurteilen und über sie richten könnten:

„die äh schlimmste Situation war wirklich die im Wartezimmer mit den anderen Patienten. Und da muss ich sagen, das hätte ich mir anders gewünscht [...] da hab ich auch nachgefragt, ob es die Möglichkeit gibt, dass ich mal in nem andern Zimmer sitze und nicht im Wartezimmerbereich, aber das wurde mir von den Schwestern verwehrt [...] ich hab es dann sozusagen auch nicht weiter erkämpft, [...], so stark war ich dann nicht (Brigitte Hartmann, Z. 324 ff.).

Schamgefühle wurden von einigen Frauen auch bei der eigenen, teilweise langjährigen Frauenärztin empfunden, und führten zu Hemmungen, die eingetretene Schwangerschaft explizit als ungewollt zu bezeichnen:

„wir kennen uns schon ne ganze Zeit, meine Frauenärztin hat selber vier Kinder [...] war=s mir nach unangenehm ihr zu sagen (.) ich hab jetzt ein Kind und ich möchte kein zweites jetzt grade“ (Sabine Dörr, Z. 289 ff.).

„also ich hab mich geschämt, ganz schrecklich geschämt (2) ähm (3) grad weil=weil die Frauenärztin halt auch alle drei Schwangerschaften zuvor betreut hatte (4) und ihr dann halt zu sagen irgendwie,

hubs, das ist jetzt irgendwie nochmal ungewollt passiert und man will es nicht (2) also ich hatte dann totales Kopfkino, dass die schlecht über mich denkt“ (Manuela Weiß, Z. 208 f.).

Annette Schröder suchte aus Scham bei ihrer zweiten ungewollten Schwangerschaft eine neue Abbruchpraxis auf, obwohl hier der Umgang weitaus weniger emphatisch verlief als in der ersten. Sie hatte sich in der ersten Praxis sehr gut aufgehoben gefühlt und beschrieb aus diesem Grund eine große Angst, für die erneute ungewollte Schwangerschaft verurteilt zu werden: *„da wollte ich nicht nochmal hin, weil die Praxis eben so toll war, war mir das so unangenehm“ (Annette Schroeder, Z. 431).*

Julia Fiedler beschrieb den empathielosen Umgang in der Abbruchpraxis als etwas, durch das sie mit ihrem Anliegen eben ‚durchmusste‘: *„also nett war es nicht. Es sollte ja auch nicht nett sein darum geht=s nicht“ (Julia Fiedler, Z. 478 f.).*

Als Brigitte Hartmann die Schwangerschaft mittels eines medikamentösen Eingriffes beendete und sich währenddessen im Wartezimmer in Anwesenheit von hochschwangeren Frauen befand (Brigitte Hartmann, Z. 245 f.), beschrieb sie eine missbilligende Haltung des Personals:

„ich hab schon das Gefühl gehabt, dass [...] mir von dem Personal, wie na ja, sie wollen das Kind jetzt abtreiben also dann müssen sie das auch aushalten können, dass sie neben den schwangeren sitzen, ich hab das schon so=n bisschen äähm, wie nennt man das ähm bestrafen ist das falsche Wort, aber mir fällt kein bessres ein“ (Brigitte Hartmann, Z. 361 ff.).

Den empathielosen Umgang durch das Personal erlebte Brigitte Hartmann nicht als Folge möglicher Überlastungssituationen in der Praxis, sondern als Ausdruck von Missbilligung und Schuldzuweisung. Die empfundenen Schuldgefühle führten bei den Interviewten zusätzlich zur Schlussfolgerung, durch ein moralisches Versagen nun keinen zugewandten Umgang mehr verdient zu haben. In der Situation ohnehin vorhandener Schuldgefühle verstärkte das die emotionale Belastung.

Schuldgefühle haben auch dazu geführt, dass medizinische oder psychosoziale Interaktionen, die weder neutral noch unterstützend waren, von den Betroffenen entschuldigt oder (zu) positiv bewertet wurden, wie beispielsweise bei Brigitte Hartmann:

„ich hab ein Ultraschallbild bekommen von der Frauenärztin, ähm und sie hat gesagt sie würde das -, also sie akzeptiert das natürlich, wenn ich die Schwangerschaft nicht austragen will, würde das sehr schade finden, sie traut mir ein viertes Kind zu, das hat sie schon gesagt [...] also sie hat sich sehr neutral verhalten“ (Brigitte Hartmann, Z. 280 ff.).

Neben der Geheimhaltung haben sich Schuldgefühle negativ auf den Prozess der persönlichen Entscheidungsfindung oder im Rückblick auf die bereits getroffene Entscheidung ausgewirkt. Eigene Wertebilder spielen hierbei ebenso eine Rolle wie normative Erwartungen der sozialen Bezugspersonen oder auch religiöse sowie politische Bewertungen. Die komplexe Verwobenheit der verschiedenen Aspekte machte es den Frauen nicht immer leicht, klar zu benennen, warum sie sich letztendlich schuldig fühlten.

Bei Anna Meier traten eine starke Verunsicherung und Schuldgefühle auf, als einige Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch das Thema im Unterricht durch einen pro-life eingestellten Lehrer aufgeworfen wurde. Bis dahin hatte sie sich gut und sicher mit ihrer Entscheidung gefühlt. Nach den Diskussionen im Unterricht begann es ihr schlechter zu gehen und sie fühlte große Zweifel, ob sie wirklich das die richtige Entscheidung getroffen hat. Sie beschrieb die darauffolgende Zeit als einen langen Weg mit einer erneuten intensiven Auseinandersetzung bezogen auf ihre Entscheidung. Es dauerte einige Zeit, bis sie ihr seelisches Gleichgewicht wiedergefunden hatte:

„das hat ne Weile gedauert, bis ich sagen konnte, ja okay, hätte hätte, aber es ist jetzt so gewesen, es hatte auch n Grund, warum das so passiert ist, oder warum ich mich so entschieden hab, und darauf kann ich aufbauen“ (Anna Meier, Z. 228 ff.).

Laetitia Kostitsch thematisierte ähnliche Gefühle im Zusammenhang mit ihrem Schwangerschaftsabbruch. Der Wunsch ihrer Familie, die Schwangerschaft fortzusetzen und deren Unterstellung, sie würde den Abbruch später bereuen, hatte sie noch lange nach dem Schwangerschaftsabbruch belastet. Im Rückblick und durch ihre Auseinandersetzung mit den normativen Erwartungshaltungen konnte sie für sich feststellen:

„und ich kann auch separieren, dass das nich nur meine Gefühle sind, sondern dass auch mir viel Gefühle (1) eingeredet werden. (2) und das - also dass geschlussfolgert wird, dass ich diese Gefühle hab, [...] so zum Beispiel wie dass ich irgendwann ma was bereuen werd. [...] mir des aber erst KLAR zu werden und auch zu erLAUBEN und auch zu - AUSZusprechen sozusagen und dazu zu stehen, dass es okay ist wenn man des NICHT bereut, (.) das musst ich mir erst erka=erkämpfen.“ (Laetitia Kostitsch, Z. 940 f.).

Die Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, die geringe öffentliche Thematisierung und ein erschwerter Informationszugang führten bei Eintritt der ungewollten Schwangerschaft bei einigen Frauen zu einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit, das weitere Vorgehen organisieren zu können. Laetitia Kostitsch sieht neben einer politischen auch eine gesellschaftliche Verantwortung und macht eine generelle Tabuisierung von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen für ein eingeschränktes Agieren der Frauen verantwortlich:

„sonst hab ich immer des Gefühl, (1) Schwangerschaftsabbrüche gibt=s nich, (1) weil da einfach niemand drüber redet. (mhm) (1) und dann is man auf einma in dieser Situation und dann wird man überhaupt auch (2) auch nich so richtig oder nur halb aufgeklärt und (2) - also ich glaube da is einfach ein gesellschaftlicher ähm (3) Verantwortung nich wahrgenommen worden, (mhm) (2) die des dann so schwierig macht, in dem Moment zu entscheiden“ (Laetitia Kostitsch, Z. 384 ff.).

Laetitia kritisierte ferner, dass der Schwangerschaftsabbruch als Teil des Sexualkundeunterrichtes kaum bis gar nicht thematisiert wurden und Frauen somit auch nicht auf diese Lebensrealität vorbereiten werden:

„da würd ich mir einfach wünschen, dass irgendwie die Gesellschaft schon - schon weiter darüber is. (mhm) (1) also ich hab NIE in der Schule über Schwangerschaftsabbruch geredet. (.) dabei werd ich für alles mögliche sonst vorbereitet, so. (1) und da einfach gar nich, und dabei is des so - also dabei passiert des so vielen Menschen“ (Laetitia Kostitsch, Z. 413 f.).

Adressierung von Schuldgefühlen

Tief verwurzelte gesellschaftliche und kulturelle Normen können die Gedanken und Gefühle nachhaltig beeinflussen, auch wenn diese nicht direkt mit einem Glaubensverständnis in Verbindung stehen und damit für die Frauen als belastend wahrgenommen werden:

„wir sind nicht gläubig aber es schwingt halt immer noch so=n bisschen so dieses Gott-Ding mit, so du treibst ab und du wirst bestraft dafür, das war mit dem ersten, mit dem ersten Schwangerschaftsabbruch dachte ich auch, es klappt so lange nicht mit der Großen weil ähm, du wirst bestraft dafür, du kriegst niemals n gesundes Kind weil du dein erstes Kind umgebracht hast, ne das ist eigentlich überhaupt gar nicht meins, ich bin kein gläubiger Mensch, aber es ist trotzdem immer im Hinterkopf äh mit drin“ (Annette Schröder, Z. 178 ff.).

Ein Teil der Belastung bestand darin, einen Umgang mit diesen Vorstellungen und Gefühlen zu finden, obwohl es nicht klar war, wer oder was genau dafür verantwortlich war. Frauen, die kaum oder keine Schuldgefühle empfanden, waren sich der Faktoren, die Schuld- und Schamgefühle hervorrufen oder verstärken könnten, durchaus bewusst. Sie hatten eine klare Vorstellung von den

an Frauen gerichteten Erwartungshaltungen sowie ein kritisches Bewusstsein bezüglich politischer Regelungen und religiöser Glaubenssätze. Diese Themen sprachen sie bewusst in den Interviews an und reflektierten, wie sie diese in Bezug auf ihr eigenes Leben einordneten. Ebenso konnten Frauen, die sich aus religiösen Gründen oder wegen ihres Bekenntnisses zur pro-life Gedankenwelt gegen Schwangerschaftsabbrüche aussprachen, ihre Gefühle eindeutig identifizieren. Für sie bedeutete die Entscheidung gegen eine Mutterschaft und für einen Abbruch einen deutlichen Widerspruch zu ihren persönlichen Überzeugungen. Dennoch trafen auch sie die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch.

Umgang mit Stigmatisierung Schuldgefühlen

Die befragten Frauen thematisierten in den Interviews, dass die Auseinandersetzung mit einer ungewollten Schwangerschaft und dem Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch für sie auch den Umgang mit der erwarteten Verurteilung durch ihr Umfeld beinhaltete. Dieser Aspekt wurde als relevanter und oft belastender Faktor angesprochen. Sie machten deutlich, dass sie die potenzielle Verurteilung stets im Hinterkopf behielten und in Beziehung zu ihrer eigenen, persönlichen Situation setzten.

Obgleich einige Frauen wenige stigmatisierende Erfahrungen beschrieben haben, waren bereits ihre Erläuterungen von ‚guten Reaktionen im Umfeld‘ oder einer ‚neutralen und nicht verurteilenden Unterstützung‘ ein Hinweis darauf, dass sie den urteilsfreien Umgang mit ihnen und ihrem Anliegen nicht als selbstverständlich erwartet hätten. Infolgedessen wurde die Frage nach den ‚vermeintlichen‘ Konsequenzen von ungewollter Schwangerschaft und Abbruch von den Frauen bereits im Vorfeld antizipiert. Die Befragten sprachen daher, wenn überhaupt, nur mit ausgewählten Personen über ihre Situation und Empfindungen, entweder um einer Beeinflussung von außen zu entgehen oder aus der Angst heraus, verurteilt zu werden:

„zum einen, weil=s mir sehr peinlich war, dass mir das passiert ist ähm, und zum anderen (.) weil ich auch nicht wollte, dass jemand meine Entscheidung infrage stellt und vielleicht mich beeinflusst (..) und ich mich beeinflussen lasse und das dann nicht mehr meine Entscheidung ist, sondern vielleicht die der Anderen (2) und dann n stückweit abgerückt werde, und, dann dis vielleicht irgendwann bereut hätte“ (Sabine Dörr, Z. 186 ff.).

Frauen versuchten mit dem Geheimhalten ihrer Entscheidung vor allem ihre zwischenmenschlichen Beziehungen zu wahren und die für sie relevanten sozialen Netzwerke aufrecht zu erhalten.

Im Umgang mit verinnerlichten Schuldgefühlen zeigte sich, dass die Gruppe von Frauen, die geringe oder gar keine Schuldgefühle aufwiesen, normative, religiöse sowie restriktive politische Erwartungshaltungen bewusst in Frage stellten und ihr Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie betonten. Dementsprechend bekamen Schuldgefühle wenig Raum in den Schilderungen zu Fragen der ungewollten Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch: *“ne, ich bin nicht schuld an irgendwas, es gibt ja die Option (des Abbruchs: Anmerkung der Autorin)” (Joana Bayer, Z. 588).*

In dieser Gruppe von Frauen zeigte sich auch kein Rechtfertigungsdruck für die Entscheidung. Die Frauen konnten jedoch klar erläutern, warum jetzt oder generell keine Kinder in das eigene, beziehungsweise partnerschaftliche Leben passten. Für Joana Bayer hatte ihre ‚biologische Uhr noch nicht getickt‘ (Joana Bayer, Z. 162) und es war für sie selbstverständlich, dass sie ein generelles Recht auf Abtreibung hat und dieses auch wahrnehmen kann (Joana Bayer, Z. 484). Für Kerstin Schäfer war es sehr wichtig gewesen, über ihren Abbruch mit vielen Menschen zu reden und sich austauschen zu können: *„ich hatte auch das Bedürfnis darüber zu reden (...) das ist ein Teil von meinem Leben“ (Kerstin Schäfer Z. 220 ff.).* Für sie war dieser Abbruch ein Aspekt in ihrem Leben, der als Erfahrung in ihre Biografie integriert und bewusst verortet werden konnte und sollte. So sah es auch Tessa Kowalski, die offen den Schwangerschaftsabbruch bei Freunden thematisierte, damit

es „eben kein Tabuthema“ ist, und sich Frauen nicht mehr verstecken und ihn verheimlichen müssen: „*ich glaub uns allen hilft da nur Offenheit und Transparenz*“ (Tessa Kowalski, Z. 246 ff.).

Elena Grothe, die selbst als Assistenz in einer Abbruchpraxis arbeitete, schilderte die Reaktion einer Freundin, als sie ihren Abbruchwunsch mitteilte:

„eine Freundin war sehr geschockt und hat gesagt, ich soll mir das sehr gut überlegen [...] ich werde da immer dran denken und werde mir Vorwürfe machen [...] ich hab versucht ihre Meinung zu akzeptieren, auch wenn mich das natürlich sehr traurig gemacht hat, dass sie da nicht die Gesamtsituation betrachtet hat, sondern da eher gefühlstechnisch drauf reagiert hat und die Freundschaft gibt es heute auch nicht mehr“ (Elena Grothe, Z. 184 ff.).

Die Entscheidung zum Abbruch wird, wie das Beispiel von Elena Grothe zeigt, in dieser Gruppe von Frauen nicht als Bruch mit ihren persönlichen moralischen Vorstellungen verstanden, sondern entsprach vielmehr ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung. Damit konnte die Entscheidung auch nicht die Integrität ihrer Persönlichkeit berühren und führte nicht zu Belastungen die mit einem ‚moralischen Vergehen‘ verbunden gewesen wären. Auch kam es in dieser Gruppe nicht zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls.

Allerdings hatten diese Frauen bewusst und situationsabhängig entschieden, in welchem Kontext sie ihre Abbrüche thematisieren. Dies geschah als bewusste Abwehr von befürchtigtem übergriffigem Verhalten oder ungefragten Belehrungen und ist als aktiver Selbstschutz und dem verstandenen Recht auf Privatsphäre zu verstehen. Diese Gruppe von Frauen beschrieben ferner den Abbruch als etwas, das ihnen ‚geschehen war‘: und nun zu ihrem Leben dazugehört: „*das ist ein Teil von meinem Leben*“ (Kerstin Schäfer Z. 220 ff.) der als akzeptierter Teil der eigenen Biografie verstanden und verortet werden konnte.

Einige Frauen haben sich bewusst mit Stigmatisierung und Schuldgefühlen auseinandergesetzt und konnten dadurch einen Umgang und ein Verständnis für ihre Entscheidung finden:

„es hatte auch n Grund, warum das so passiert ist, oder warum ich mich so entschieden hab, und darauf kann ich aufbauen“ (Anna Meier, Z. 228 f.).

Frauen, die sich für die ungewollte Schwangerschaft verurteilten, fanden einen versöhnlicheren Umgang mit ihren Schuldgefühlen: „*ja, aber ja @man is ja auch nur n Mensch also@, ne, hm, ja*“ (Sabine Dörr, Z. 559).

Bei den Frauen, die Schwangerschaftsabbrüche generell stark verurteilten, lag eine Bewältigungsstrategie darin, sich moralisch von den ‚anderen Frauen‘ in gleicher Situation zu unterscheiden, die eigene Lage als Ausnahmesituation zu legitimieren und somit das angegriffene Selbstbild ein Stück weit wiederherzustellen (Cockrill & Nack, 2013, 975 f.):

„ich hab das ja schon aus anderen Gründen gemacht, nicht ähm, also ich hatte das Gefühl dass ich also dass ich den Schwangerschaftsabbruch ähm aus em tieferen Beweggründen mache, und äh dass das schon äh wichtiger ist“ (Brigitte Hartmann, Z. 383 f.).

Dabei wurde unter anderem hervorgehoben, dass das Gebären eigener Kinder und die Rolle als Mutter eine einzigartige Perspektive und Beurteilungsfähigkeit mit sich bringen:

„deswegen hab ich mir diesen Zuspruch von meinen Freundinnen geholt, die selber Kinder haben, so=ne Art Selbsthilfegruppe, vielleicht äh dass ähm -, ja quasi Mütter die in meiner Situation waren, sich mit jemandem in meiner Situation austauschen können“ (Brigitte Hartmann, Z. 615 f.).

Dies erwies sich insbesondere im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs als relevant, da die Schuldgefühle stark mit den normativen Erwartungen an die Reproduktion verflochten waren. Die Hervorhebung einer bereits ‚erfolgreich erfüllten Mutterschaft‘ bot in dieser Situation eine

Möglichkeit, die internalisierten Schuldgefühle abzuschwächen und sich von dem Gefühl des ‚moralischen Versagens‘ zu distanzieren:

„also wir sind die ersten die quasi die Enkel bekommen haben und jetzt ham alle anderen nachgezogen, so dass quasi ich die Aufgabe, der äh der Schwangeren auch übergeben hab“ (Brigitte Hartmann, Z. 641 f.).

Einige Frauen erläuterten, aus Loyalität gegenüber dem Partner oder den Kindern der Familie gehandelt zu haben:

„Das hätte ich ja nicht gewusst mit dem dritten Kind ja ich bin, tendenziell über 35 schon mein Partner eben dann nochmal elf Jahre älter als ich das hätte ich ja nicht gewusst, das hätte ich ja nochmal auf=s Spiel gesetzt äh, dieses (3) dieses Glück oder diese Gesundheit meines Mannes“ (Julia Ziegler, Z. 127 f.).

Der auferlegte, sowie auch verinnerlichte Vorwurf einer ‚Verantwortungslosigkeit‘ wurde hier einem verantwortungsvollen Handeln für bereits vorhandene familiären und partnerschaftlichen Beziehungen gegenübergestellt und konnte die Entscheidung zum Abbruch erklär- und nachvollziehbar machen (Cockrill & Nack, 2013, S. 983).

Die Frage, wie sich der Schwangerschaftsabbruch in die eigene Lebensbiografie integriert, steht auch im Zusammenhang mit verinnerlichten Schuldgefühlen. Frauen, die keine oder kaum verinnerlichte Schuldgefühle aufwiesen, integrieren den Abbruch in ihre Biografie als etwas, das ihnen ‚geschehen ist‘: *„das ist ein Teil von meinem Leben“* (Kerstin Schäfer, Z. 220 ff.).

Wenn die Frauen in der Lage waren, ihre Schuldgefühle zu benennen und zu verstehen, ermöglichte dies eine Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen. Dieser Prozess konnte dazu beitragen, dass sie einen Weg fanden, mit ihrer Situation umzugehen und ein tiefgreifendes Verständnis für ihre eigene Lage entwickelten: *„es hatte auch n Grund, warum das so passiert ist, oder warum ich mich so entschieden hab, und darauf kann ich aufbauen“* (Anna Meier, Z. 228 ff.).

Brigitte Hartmann begegnete ihren starken Schuldgefühlen, indem sie ihren Schwangerschaftsabbruch in Bezug zu ihrer erlittenen Fehlgeburt setzte:

„was vielleicht ähm neu ist also, also relativ frisch ist, dass ich äh nicht mehr äh sage, dass ich drei Kinder hab, sondern dass ich das Gefühl hab [...] ich hab fünf Kinder, davon sind zwei ungeboren. Also, dass ich das jetzt eher in meine Biografie mit aufnehme und nicht mehr weg denke sozusagen“ (Brigitte Hartmann, Z. 595 ff.).

In diesem Fall leugnete die Frau, die die Pro-Life-Ansichten vertrat, den Abbruch nicht direkt, konnte ihn jedoch nicht eindeutig als solchen akzeptieren. Um einen Umgang zu finden, wurde ihm das Narrativ eines „Kindes, das nicht geboren wurde“, zugewiesen und fand damit eine passfähige Verortung in der Lebensbiografie (Cockrill & Nack, 2013, 975f.).

Zusammenfassung

Die spezifischen Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen sind in ein Geflecht aus individuellen, sozialen und kulturellen Einflüssen eingebunden, die das Erleben und die Entscheidungsfindungsprozesse der betroffenen Frauen beeinflussen. Ungeachtet der individuellen Umstände jeder ungewollten Schwangerschaft teilen viele der interviewten Frauen bestimmte Aspekte in ihrem Erleben von Belastungen. Neben der Angst vor einer sozialen Stigmatisierung und Isolation wurde von den Frauen die Konfrontation mit Schuld- und Schamgefühlen geschildert, die sowohl durch verinnerlichte Schuldgefühle als auch durch externe soziale, kulturelle und religiöse Einflüsse geprägt waren. Die Interviews machten deutlich, wie sehr die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und das Erleben ungewollter Schwangerschaften durch vorherrschende soziale und kulturelle Normen, Vorstellungen von Weiblichkeit, Mutterschaft und Sexualität geprägt sind. Frauen sehen sich innerhalb ihres

Entscheidungsprozesses mit Erwartungen und Zuschreibungen konfrontiert, die sowohl die Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit als auch die Fähigkeit zur autonomen Entscheidungsfindung beeinflussen konnten. Die Erzählungen der Befragten bewegten sich im Spannungsfeld zwischen dem Streben nach autonomer Entscheidung und dem Einfluss wirkmächtiger äußerer normativer und stigmatisierender Einflüsse.

Einige Frauen begegneten dem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und ihrer persönlichen Situation, indem sie entschieden, ihr Recht und ihre Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen hervorhoben. Sie stützten sich auf die Überzeugung, dass sie die volle Autorität über ihren Körper und ihr Leben besitzen. Andere Frauen hingegen kämpften mit tief verwurzelten moralischen und ethischen Vorstellungen. Diese inneren Überzeugungen wurden zusätzlich durch äußere Erwartungen verstärkt, was die emotionale und psychische Belastung für diese Frauen erhöhte.

7.1.2.2.2 Ergebnisdarstellung der Männerinterviews

Das Forschungsprojekt ELSA hat in die Untersuchung der Erfahrungen und Lebenslagen von ungewollt Schwangeren ergänzend die Perspektive der beteiligten Männer im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüchen einbezogen. Dazu wurden neun Männerinterviews zu der Frage ausgewertet:

Wie beschreiben und verstehen Männer ihre Rolle und Verantwortung im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft und der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch?

Für die Suche nach Homologien und/oder Kontrastierungen wurden die geführten Interviews zu folgenden Aspekten untersucht: Kommunikation, emotionale und praktische Unterstützung und Entscheidungsfindung.

Anhand der Analyse konnten zwei Typen des Umgangs durch die Männer unterschieden werden:

Typ A: Engagierte und involvierte Begleitung

Typ B: Zurückhaltende bis passive Begleitung.

Die jeweiligen befragten Männer zeigten bereits während der geführten Interviews unterschiedliche Darstellungsweisen bei den einzelnen Aspekten im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft und dem sich anschließenden Schwangerschaftsabbruch. Männer, die wir Typ A zuordnen, konnten generell ausführlich zur Feststellung der ungewollten Schwangerschaft, des organisatorischen Ablaufs, der Informationsbeschaffung, der Entscheidungsfindung, des Abbruchs, der Nachsorge und der Zeit danach berichten. Die Männer dieser Gruppe stellten ferner ausführlich und reflektiert die eigenen Gefühle und die ihrer Partnerinnen während des Interviews dar.

Im Gegensatz dazu konnten die Männer von Typ B nur einzelne Punkte detaillierter darstellen. Diese Unterschiede spiegelten sich auch in einer kürzeren Gesprächslänge zu den einzelnen Fragen ihres Umgangs mit der ungewollten Schwangerschaft wider. In der zurückhaltenden bis passiven Begleitung war zudem eine gewisse emotionale Abgrenzung/Entfernung gegenüber den Partnerinnen in dieser besonderen Situation erkennbar. Die Rolle der Männer wurde hier eher als eine flankierende und weniger eine (emotional) involvierende beschrieben. Zwar wurde über einen Austausch während der Entscheidungsfindung berichtet, dieser war jedoch weniger von Empathie und Unterstützung für die Bedürfnisse der einzelnen Frauen geprägt als im Typ A. Die Männer des Typ B sahen mit der Entscheidungsfindung die Situation als geklärt an. Die Verantwortung für das weitere Vorgehen überließen sie überwiegend den Frauen.

Beschreibung der einzelnen Typen

Im folgenden Kapitel erfolgt eine detaillierte Darstellung der beiden unterschiedlichen Typen. Es folgt eine grundlegende Beschreibung des jeweiligen Typs und seiner spezifischen Merkmale. Zur Veranschaulichung werden die dem jeweiligen Typ zugeordneten Männer in einem kurzen Fallportrait vorgestellt, das ihre Sicht der Verantwortungsübernahme und Begleitung im Umgang mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beschreibt.

Typ A: Engagierte und involvierte Begleitung

Männer in der Gruppe der engagierten und involvierten Begleitung übernahmen aktiv die Mitverantwortung für die ungewollte Schwangerschaft. Sie waren zentral in den Entscheidungsprozess eingebunden und unterstützten ihre Partnerinnen während und nach dem Schwangerschaftsabbruch. Diese Männer agierten als aktive Begleiter und zeigten sich sowohl emotional als auch praktisch hilfsbereit. Sie gaben ihrer Partnerin Halt, suchten gemeinsam nach Lösungen und förderten eine offene, partnerschaftliche Kommunikation.

Merkmale des Typs:

Männer dieses Typs setzten sich aktiv mit ihrer Beteiligung und Verantwortung am Zustandekommen der ungewollten Schwangerschaft und deren möglichen Folgen auseinander. Sie zeigten Empathie und waren bereit, Zeit und Unterstützung in die Begleitung ihrer Partnerin sowohl während der Entscheidungsfindung als auch nach dem Abbruch zu investieren. Sie leisteten aktive und emotionale Unterstützung und fühlten sich ihrer Partnerin in dieser Situation (stark) verbunden.

In verschiedenen Kontexten wie der Informationssuche, der Organisation von Terminen oder der Begleitung während und nach dem Abbruch bedeutete dies, eine proaktive Haltung einzunehmen, sich mit der Partnerin auszutauschen und Lösungen für Probleme zu suchen. Das Engagement der begleitenden Männer zeigte sich unter anderem darin, dass in den Interviews eine sehr starke Verbundenheit gegenüber der Partnerin und all ihren Anliegen beschrieben wurde. Gleichzeitig thematisierten sie auch ihre Hilflosigkeit, da die physischen Erfahrungen der ungewollten Schwangerschaft und des Abbruchs ausschließlich von der Partnerin erlebt werden mussten. Männer dieses Typs konnten sehr genau Auskunft über die Gefühlslage ihrer Partnerin geben und dabei ebenfalls ihre eigenen Emotionen klar reflektieren und beschreiben. Auch die organisatorischen Wege von der Feststellung der ungewollten Schwangerschaft über den Abbruch bis hin zu der Zeit danach, wurden von ihnen detailliert und sachkundig wiedergegeben.

Bei der Analyse der engagierten und involvierten Haltung stellten sich im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft die zu vergleichenden Aspekte folgendermaßen dar:

1. Kommunikation: Die engagierten und involvierten Männer suchten und förderten offene Dialoge, in denen Gefühle, Ängste und Hoffnungen sowohl ausgesprochen als auch diskutiert werden konnten. Sie vermittelten durch ihr Handeln und Agieren, dass ihre Partnerin in dieser herausfordernden Zeit nicht allein war.
2. Emotionale Unterstützung und Empathie: Die Männer zeigten Verständnis und Mitgefühl. Sie erkannten, wenn ihre Partnerin sich emotional belastet fühlte und sorgten für ein unterstützendes Umfeld, in dem beide gleichermaßen ihre Gefühle frei ausdrücken konnten.
3. Praktische Hilfe: Ob es um die Begleitung zu ärztlichen Untersuchungen, Beratungsterminen, Informationsbeschaffung oder die Übernahme von (mehr) Aufgaben im Alltag ging, vermittelten sie ihrer Partnerin, dass diese sich auf sie verlassen konnte.
4. Entscheidung: Sie beteiligen sich aktiv und intensiv am Entscheidungsprozess, indem sie Informationen recherchierten, Optionen besprachen und ihre eigene Perspektive teilten, während sie gleichzeitig die Autonomie und die Entscheidungsfreiheit ihrer Partnerin respektierten.

Erläuternde Fallporträts:

In die Gruppe der engagierten und involvierten Begleitung ließen sich vier der insgesamt neun interviewten Männer einordnen. Charakteristisch für diese Männer war, dass sie sich als Teil des gesamten Prozesses ab dem Beginn der Feststellung der ungewollten Schwangerschaft, bis hin zur Zeit nach dem Abbruch gesehen hatten. Alle Männer dieses Typs teilen, dass sie jung waren und sich aktuell in einer studentischen Ausbildung befanden. Zeigten sich Probleme in der Partnerschaft, begleiteten sie ihre Partnerinnen weiterhin und unterstützten sie so gut es ihnen möglich gewesen war.

Max Theiner

Max Theiner war 22 Jahre alt, seine Freundin 21, als sie ungewollt schwanger wurde. Er war mitten in seinem Studium und seine Freundin befand sich ebenfalls in ihrer Ausbildung. Nach dem Abbruch, der zum Zeitpunkt des Interviews etwa fünf Jahre zurücklag, blieben sie noch ein Jahr zusammen, bevor sie sich endgültig trennten. Schon vor der ungewollten Schwangerschaft waren sie sich unsicher über den Fortbestand ihrer Beziehung. Trotz der Trennung hielten sie jedoch weiterhin sporadischen Kontakt und tauschten sich immer mal über den zurückliegenden Schwangerschaftsabbruch aus.

Sie hatten eine partnerschaftliche Beziehung gelebt, in der der gemeinsame Austausch wichtig war. Die Auseinandersetzung mit der ungewollten Schwangerschaft und dem Abbruch beschrieb Max Theiner daher auch als: *„wirklich ne gemeinsame Entscheidung“* (Max Theiner, Z. 23). Seine Partnerin verhütete mit einem Verhütungscomputer, ihr Zyklus war: *„wie sie das äh immer so gesagt hat, die Uhr [die man danach stellen konnte]. also das war wirklich sehr krass“* (Max Theiner, Z. 35). An den kritischen Tagen hatte er dann auch mit Kondom verhütet. An einem Tag war sie sich aber nicht ganz sicher gewesen, ob sie „safe“ wären, berichtete er, aber sie hatten dann doch auf das Kondom verzichtet. Als ihr nach einiger Zeit plötzlich vom Rauchen und allgemein übel wurde, begannen sie sich Sorgen zu machen, und als dann auch noch die Periode ausblieb, bekamen beide große Angst. Als der Schwangerschaftstest, den sie zur Sicherheit gleich zweimal machten, positiv ausfiel, wussten beide sofort, dass sie die Schwangerschaft in ihrer momentanen Situation nicht fortsetzen konnten.

Im Rückblick beschrieb Max Theiner ihre Partnerschaft als eine enge und außergewöhnliche Verbundenheit: *„also grade für des Alter ne ziemlich sch- (.) spirituelle Beziehung“* (Max Theiner, Z. 56 f.). Diese Verbundenheit zeigte sich dann auch in seiner engen Begleitung durch den weiteren Verlauf der ungewollten Schwangerschaft und die Zeit danach. Von der Entscheidungsfindung über die Organisation bis hin zum Abbruch standen beide in engem Kontakt und Austausch. Ursprünglich hatten sie sich im Ausland kennen gelernt und dort bereits als Paar zusammengelebt. Zurück in Deutschland wohnten sie dann mal bei ihren, mal bei seinen Eltern.

Es war daher nicht einfach gewesen, sofort einen Arzt zu finden. Ein Gynäkologe, der sie in seiner Heimatstadt behandelt hatte, war sehr unhöflich gewesen, und so beschlossen sie, den Abbruch am Wohnort ihrer Eltern vornehmen zu lassen. Sie hatten noch Zeit, da die Schwangerschaft früh entdeckt worden war. Für seine Partnerin war es außerdem wichtig, dass ihre Mutter und eine gute Freundin sie am Tag des Eingriffs begleiteten. Auch deshalb wollte sie den Abbruch in ihrem Heimatort durchführen lassen, das sei „vertraut“ und „heimelig“, beschrieb Max Theiner. Gemeinsam waren sie zuvor sowohl im Gesundheitsamt als auch im Familienplanungszentrum zur Pflichtberatung gewesen. Im Gesundheitsamt hatten sie sich früher schon einmal auf Geschlechtskrankheiten untersuchen lassen.

Am Tag des Abbruches konnte er nicht dabei sein, er musste arbeiten. Er beschrieb jedoch, dass seine Freundin rückblickend festgestellt hatte: *„dass sie=s ganz gut sogar fand, dass ich nich an dem*

Tag dabei war“ (Max Theiner, Z. 88 f.). Am Abend davor hatten sie noch eine Zeremonie abgehalten, bei der sie sich dann:

„ann (2) das Wesen - wie auch immer man das jetzt nennen möchte irgendwie gewendet [hatten] und irgendwie (1) das adressiert [hatten] und (.) jeder nochma irgendwie so seine Gedanken sagen konnte“ (Max Theiner, Z. 98 f.).

Am Tag nach dem Eingriff konnte er endlich zu ihr fahren, sie hatten sich für die Zeit nach dem Abbruch eine Woche Zeit genommen. Seine Freundin habe eine Absaugung gehabt, berichtet er. Zwar hätte sie den Abbruch auch medikamentös durchführen lassen können, aber sie hätte einfach Angst gehabt, auf der Toilette zu sehen, wie das Schwangerschaftsgewebe abgeht, schilderte er ihre Ängste: *„und ich glaub genau vor dem Bild hatte sie wahnsinnig Schiss. (mhm) (1) und hat sich deswegen für die Ausschabung entschieden. (1) weil des dann einfach (.) durch is sozusagen* (Max Theiner, Z. 588). Beide waren dieses Szenario bereits durchgegangen, erzählte er und er konnte ihre Befürchtungen nachvollziehen, *„wenn ich Geschlechtsverkehr ham=mit jemand hab und die währenddessen sozusagen ihre TAGE bekommt und ich des schon als Option WEISS (1) ähm erschreck ich mich trotzdem total“* (Max Theiner, Z. 602).

Er berichtet, wie die hormonellen Veränderungen die Stimmung seiner Freundin beeinflussten (Max Theiner, Z. 558) und reflektierte, wie abstrakt diese Erfahrung für ihn als Mann war, da er selbst nie in diese Situation kommen würde. Die Entscheidung müsse bei der Frau bleiben, bekräftigte er:

„also ich könnt=s mir gar nich vorstellen da (2) über sowas zu diskutieren [...] man muss als Mann glaub ich da eher akzeptieren, dass es einfach nich in seinem eigenen Körper stattfindet. (.) und somit entzieht sich auch (.) die Entscheidung (.) einem einfach. (Max Theiner, Z. 191 f.).

Sebastian Vogel

Auch Sebastian Vogel (25 Jahre) hatte seine Partnerin (24 Jahre) während der gesamten Zeit der ungewollten Schwangerschaft und des anschließenden Schwangerschaftsabbruchs umfassend unterstützt. Als sie von der ungewollten Schwangerschaft erfuhren, war beiden sofort klar, dass sie jetzt nicht Eltern werden können:

„Es war doch ein Schock. Wir haben beide geweint und fühlten uns überfordert. Wir hatten schon über das Thema gesprochen. Sie hatte gesagt, dass sie dann abtreiben werde, sie wolle kein Kind haben. Jetzt jedenfalls noch nicht. Ich war d'accord. Weil sie da so klar war. Das hat sie mir in der Situation noch mal mitgeteilt“ (Sebastian Vogel, Z. 25 f.).

Sebastian Vogel und seine Freundin befanden sich beide noch im Studium. Trotz der kurzen Dauer der Beziehung von nur einem halben Jahr und der noch nicht ganz gefestigten Partnerschaft nahm Sebastian Vogel eine sehr aktive und unterstützende Rolle ein. Er begleitete seine Partnerin zu allen Terminen, soweit es die damalige Corona-Pandemie zuließ. Er beteiligte sich an Entscheidungsprozessen und unterstützte seine Partnerin sowohl emotional als auch organisatorisch. Sein Engagement reichte von der Informationsbeschaffung über die Terminkoordination bis hin zur Kommunikation mit der Krankenkasse für die Kostenübernahme, auf die sie als Studentin Anspruch hatte. Auch zum Pflichtberatungsgespräch gingen sie gemeinsam:

„Der Termin lief überraschen gut. Wir hatten da eine große Sorge, dass wir Vorwürfe hören. Ich durfte mit, das fand ich gut. Wir haben viele Informationen bekommen, die Beratung hat uns Mut gemacht“ (Sebastian Vogel, Z. 39 f.).

Sebastian Vogel kümmerte sich intensiv um das körperliche und seelische Wohlbefinden seiner Partnerin während des gesamten Prozesses. Er berichtete aufgebracht, wie seiner Freundin während der Untersuchung der Ultraschall gezeigt wurde:

„da wurde meiner Freundin auf jeden Fall ungefragt der (1) der Fötus gezeigt, (oh nee, mhm) was - was glaub ich für sie so eine der traumatischsten Erfahrungen war im ganzen Prozess (Sebastian Vogel, Z. 84 f.).

Da er noch nicht in seinem Studentenjob arbeiten musste, war er bei ihr, als sie dann zu Hause den medikamentösen Abbruch durchführte. Der Prozess zog sich über mehrere Tage hin und er schilderte seine Besorgnis, da sie doch starke Schmerzen und lange Blutungen hatte. Dass das normal sein konnte, hatten beide dann später nachgelesen. Doch in der damaligen Situation fühlte er sich ohnmächtig und verzweifelt, da er ihr kaum helfen konnte. Er hatte schon überlegt, einen Krankenwagen zu bestellen. Das Einzige, worin er sie in dieser Situation unterstützen konnte, war die Einkäufe zu erledigen und ihr das Essen zu zubereiten.

Zur Nachsorge war er, wie auch beim Abbruch, ebenfalls mitgegangen, leider „wieder nur im Wartezimmer“ verbleibend. Doch die Schwangerschaft war nicht vollständig abgegangen und erneut stellte sich die Frage nach einem medikamentösen oder operativen Eingriff. Sie wollte jedoch nicht noch einmal mal die Schmerzen und langen Blutungen durchleben und ließ nun eine Absaugung in Vollnarkose durchführen. Sebastian begleitete seine Partnerin in die Abbruchpraxis, in der er jedoch nicht verbleiben durfte. Es waren schreckliche drei Stunden des Wartens, beschrieb er seine Situation. Er schrieb mit ihr, während sie im Aufwachraum lag, und sie berichtete über starke Schmerzen:

„da bin ich dann sehr nervös geworden und bin sofort äh auf=s (mhm) Fahrrad gesprungen und (mhm) äh hingeradelt. (1) und musste dann aber noch super lange dort warten, also es hat dann richtig lang gedauert, bis sie dann raus kam. (1) ähm (1) und als ich die Nachrichten bekommen hab äh, dacht ich schon äh mein Gott, ich bin zu spät ähm, sie is jetzt schon irgendwie im=im äh sie wartet schon auf mich, dass ich sie abhole.“ (Sebastian Vogel Z. 415 f.).

Da sie beide kein eigenes Auto besaßen, bot er ihr an, eins zu organisieren, doch sie fühlte sich in der Lage, wie besprochen, mit der Bahn zurückfahren. Zu Hause versuchte Sebastian Vogel ihr zu helfen, wo er konnte. Er selbst empfand seine Hilfestellungen jedoch als unzureichend:

„ich konnte jetzt (2) nich so viel abnehmne, ne? also wir ham auch drüber gesprochen wie unfair das einfach is, dass quasi ähm (.) ((schnieft)) - dass sie das jetzt größtenteils alles ausbaden muss un=äh und=und äh (mhm) davon so betroffen is und ähm (1) äh ich, der ich ja irgendwie auch @dazu@ beigetragen hab, dass überhaupt die Situation entstanden is (mhm) ähm, (.) daa - ja (2) q=quasi keine Konsequenzen, wenn man ma ehrlich is“ (Sebastian Vogel Z. 478 ff.).

Diese gemeinsamen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch waren auch später immer wieder Gegenstand ihrer Gespräche gewesen. Seine Freundin hatte im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft vor allem den Kontrollverlust über den eigenen Körper und die nun in Frage gestellte Selbstbestimmung thematisiert. Das habe sie noch lange beschäftigt, erzählt Sebastina Vogel.

Fred Nitsche

Fred Nitsche (25) und seine Freundin (23) erlebten die ungewollte Schwangerschaft in der ‚Hochzeit der Coronapandemie‘. Beide waren gerade mitten in ihrem Studium und gemeinsam in seine Heimat gezogen. Da seine Partnerin ein reines Onlinestudium absolvieren konnte, er aber vor Ort sein musste, hatten sie sich dazu entschieden, gemeinsam in seinem Studienort zusammen zu ziehen. Eines Tages habe sie über noch nie aufgetretene Rückenschmerzen geklagt und er habe gescherzt, dass sie vielleicht schwanger sein könnte. Als ihre Periode ausblieb, wurden beide unruhig. Sie machten vier unterschiedliche Schwangerschaftstests, die alle positiv ausfielen. Dieses Erkenntnis überforderte beide zunächst: Sie wussten nicht, wie sie mit dem Ergebnis umgehen sollten:

„wir beide wollten das jetzt im ersten Moment auch gar nicht einordnen, oder sagen, was wird jetzt unsere Entscheidung mit der Schwangerschaft sein, mit dem Kind, erstmal jetzt überhaupt die Information generell verarbeiten. (Fred Nitsche, Z. 65 f.).

Das Paar fuhr daraufhin erstmal in ihren Heimatort, da beide den Wunsch, verspürten sich Unterstützung zu holen:

„weil wir beide ein gutes Verhältnis zu den Eltern von meiner Freundin haben, dass wir da ein bisschen äh emotionalen Beistand haben und klareren Gedanken zu fassen, das war so die unmittelbare Zeit quasi als wir das zuerst festgestellt haben“ (Fred Nitsche, Z. 80 f.).

Zudem wollte seine Partnerin unbedingt zu ihrer Frauenärztin, da sie mit einer Kupferspirale verhütete. Beide hatten im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft recherchiert, dass hier das Risiko einer Eileiterschwangerschaft bestehen könnte, und wollten dies schnellstmöglich abklären lassen. Die Frauenärztin, zu der er seine Partnerin begleitete, stellte fest, dass die Spirale verrutscht war und dies die ungewollte Schwangerschaft erklärte. Die behandelnde Frauenärztin hatte bereits während der Untersuchung seine Partnerin zu allen weiteren Optionen bei einer ungewollten Schwangerschaft ausführlich informiert und ihr diesbezüglich weiterführende Adressen gegeben.

Die Beziehung zu seiner Freundin war *„sehr glücklich und vertraut“* (Fred Nitsche, Z. 87). Immer mal wieder hatten sie auch über gemeinsame Kinder gesprochen, waren sich jedoch einig, dass sie eine Familiengründung erst später realisieren wollten. Trotzdem wäre Fred Nitsche für alle Optionen offen gewesen:

„und dann kamen irgendwie viel Gespräche und sagen okay, wie sehen wir es gemeinsam, können wir uns das vorstellen, ein Kind zu bekommen, das habe ich ja eingangs schon gesagt, dass wir uns das eigentlich sehr, sehr gut vorstellen können, aber können wir uns das auch jetzt grade, in dieser Lebenssituation vorstellen, und dann war eigentlich immer mehr der -, unser gemeinsames Ergebnis, dass wir das eigentlich, gerade nicht wollen“ (Fred Nitsche, Z. 135 ff.).

Beide wollten gerne erstmal ihr Studium beenden und sich beruflich gefestigt haben:

„und jetzt ganz abstrakt, ganz losgelöst von der Ausbildungssituation war es auch einfach die bloße Tatsache, dass jetzt vor allem meine Partnerin gesagt hat, he ich bin einfach zu jung, ich sehe mich nicht mit 23 Mutter werden oder dann halt mit 24“ (Fred Nitsche, Z. 208 f.).

Er richtete sich in der Entscheidungsfindung ganz nach ihr, denn sie war letztendlich die Person, die das Kind bekommen musste und für sie hätte es auch die größeren Konsequenzen gehabt, beschrieb er seine Überlegungen (Fred Nitsche, Z. 212 ff.). Zur Konfliktberatung ging sie zwar allein, berichtete ihm jedoch ausführlich über die angenehme und informativer Beratungssituation, in der sowohl über die Option des Abbruchs als auch über die Option der Fortsetzung der Schwangerschaft gesprochen wurde. Das Paar überdachte noch einmal beide Möglichkeiten und entschied sich für den Abbruch. Er beschrieb ein Gefühl von Erleichterung: *„jetzt gar nicht so erleichtert, dass ich gesagt habe, okay, juhu also ich werd kein Vater sondern erleichtert, wir haben ne Entscheidung getroffen“* (Fred Nitsche, Z. 273 ff.).

Die Abbruchpraxis suchten sie dann pragmatisch nach Wohnortnähe aus. Er hatte sie zu allen Arztterminen begleitet, musste aber immer in einem Vorraum warten. *„ob das der Wunsch war wegen Corona oder ob das auch damit zusammenhängt, dass das was sehr Intimes ist, dass da nicht die ganze Zeit auch die Männer mit rumrennen“* (Fred Nitsche, Z. 297), vermochte er nicht zu sagen. Der chirurgische Eingriff unter Narkose dauerte etwa drei bis vier Stunden erzählte er. Obwohl er nur fünf Minuten von zu Hause entfernt wohnte, war er so nervös, dass er stundenlang um den Block lief, um in Reichweite zu sein und sofort zu ihr eilen zu können, wenn sie ihm schrieb, dass sie fertig wäre. Nach dem Eingriff war seine Freundin dann sehr erleichtert, alles überstanden zu

haben. Da sie keine Schmerzen verspürte, konnten beide den kurzen Weg nach Hause laufen. Das Personal und die Ärztin waren nicht so freundlich, hatte sie ihm dann später berichtet. Sie tauschen sich über ihr gemeinsames Befinden und ihre Gefühle aus und stellten fest:

„dass wir gut finden, wie wir die Entscheidung getroffen haben, also einmal, dass wir die Entscheidung so getroffen haben wie wir sie getroffen haben, ich glaube das wurde uns beiden nochmal bewusst, dass wir da sehr froh drüber sind aber auch so die Art und Weise wie wir das durchlaufen haben“ (Fred Nitsche, Z. 372 f.).

In der Folgezeit sei alles gut gegangen, berichtete er, auch bei der Nachsorge durch die Gynäkologin. Ihre Beziehung festigte sich durch diese gemeinsame Erfahrung. Das gegenseitige Vertrauen war weitergewachsen und beide wussten:

„wir wollen gemeinsam Kinder haben und es klappt, aber halt nicht jetzt, und ich glaube, das hat uns beiden wirklich geholfen damit klarzukommen und zu sagen, hey, das war einfach jetzt nicht der Moment“ (Fred Nitsche, Z. 388 f.).

Paul Kuhnert

Paul Kuhnert war 23 Jahre alt, als seine Freundin zu ihm in seine Heimatstadt gezogen war, damit sie gemeinsam ihre anstehenden Bachelorarbeiten schreiben konnten. Zuvor hatte das Paar in einer Fernbeziehung gelebt, nachdem sie sich während ihres Praxissemesters in seinem Wohnort kennengelernt hatten. Sie war seine erste richtige Beziehung und große Liebe gewesen, erzählt er:

„das erste Mal, dass ich ähm nen Menschen oder ne Frau kennengelernt hab oder mit nem - mit ner Frau zusammengekommen bin, die (2) ich wirklich geliebt habe und die mich auch geliebt hat. also des war das erste Mal, dass ich wirklich Liebe (1) (mhm) erfahren habe in meinem Leben“ (Paul Kuhnert, Z. 37 f.).

Kurz vor ihrem Einzug hatte sie ihm bereits berichtet, dass ihre Regel ausgeblieben war. Am Wochenende des Einzuges wollten sie sich dann Klarheit verschaffen. Sie machten dann den ersten Schwangerschaftstest, der jedoch nur schwach positiv war. Sie hatten kurz die Hoffnung, dass sie doch nicht schwanger sein könnte, doch der zweite Test am nächsten Morgen zeigte ein eindeutig positives Ergebnis. Für seine Freundin stürzte eine Welt zusammen, beschrieb er die Situation. Sie war so geschockt, dass sie heftig in Tränen ausbrach und sich kaum beruhigen konnte:

„hab (1) erst mal versucht irgendwie, sie zu beruhigen oder irgendwie für sie DA zu sein, aber (.) sie ähm (2) kam da erst ma überhaupt nicht mit klar und is wirklich ja wie so zusammengebrochen und (.) ähm konnte mich auch erst ma da für den Moment dann grade überhaupt nicht an sich ranlassen“ (Paul Kuhnert, Z. 135 f.).

Während ihrer Fernbeziehung hatte seine Freundin mit einem Menstruationskalender ihre fruchtbaren Tage bestimmt und war sich eigentlich sicher gewesen, zum damaligen Zeitpunkt nicht schwanger werden zu können. Daher benutzte er auch kein Kondom. Als ihre Regel dann ausgeblieben war, wurde das Paar zunehmend unruhig. Paul bekam Angst, beide waren sich im Vorfeld klar gewesen, zum aktuellen Zeitpunkt kein Kind zu wollen. Als weitere Belastung beschrieb er seine persönliche Situation als ein Scheidungskind, er hatte sehr in seiner Kindheit und Jugend unter der Trennung seiner Eltern gelitten:

„in ner Beziehung oder in ner=in ner Ehe dann sozusagen wie auch immer und äh ja vielleicht zu merken okay äh ich ähm (1) oder s passt nich mehr, und dadurch dem Kind sozusagen das gleiche Leid anzutun (mhm) oder der - die gleiche Erfahrung anzutun, die mir widerfahren is“ (Paul Kuhnert, Z. 101 f.).

Er fühlte einen aufkommenden Entscheidungsdruck mit dem Zwang, jetzt handeln zu müssen. Keine Entscheidung zu treffen, bedeutete in der Konsequenz, Eltern zu werden. Die Schwangerschaft

abbrechen zu wollen, bedeutete dagegen, jetzt ins Handeln zu kommen. Er erlebte ein großes Dilemma, denn er wollte seine Freundin nicht unter Druck setzen, sondern sich so neutral wie möglich verhalten. Bevor die ungewollte Schwangerschaft festgestellt wurde, waren sich beide sicher gewesen, dass sie noch kein Kind wollten. Doch das positive Testergebnis, veränderte die Situation:

„das hab ich dann ja auch (1) erfahren. (1) dass dieser um- also dass die Situation dann so is, dass man dann schwanger is, das verändert was. (mhm) und ähm deswegen muss ma dann (1) nochmal neu über das ganze nachdenken. oder auch überhaupt ma vernünftig über das ganze nachdenken. (mhm) und der Prozess ähm stand uns dann ja bevor und den sind wir dann ja ähm (.) sind wir dann ja eingegangen“ (Paul Kuhnert, Z. 183 f.).

Sie fühlten sich beide etwas überfordert und fuhren zu ihrer Mutter: Seine Freundin verspürte eine große Sehnsucht, sich mit ihrer Mutter persönlich austauschen zu können: *„was ich ja auch vollkommen nachvollziehen konnte“* (Paul Kuhnert, Z. 226). Bei der Begrüßung fiel sie ihrer Mutter weinend in die Arme und er wusste nicht, wie er sich verhalten sollte, denn er schämte sich ein wenig:

„ma hat=so dieses gefühl gehabt, ma hat jetzt irgend- ma hat - ma hat blödsinn gemacht und hat irgendwie - ma hat SCHEISSE gebaut. (mhm) weil ma hat - ma hat einfach Scheiße gebaut, weil man wollte kein kind ähm, man hat (mhm) ja sozusagen ja sich dazu entschieden, nich zu verhüten, weil wird schon nichts passieren, laut diesem ähmm äh d- ähmm äh Regel-Kalender. ähmm und es is aber halt jetzt doch so passiert und jetzt muss man da halt - also jetzt is halt das halt die Konsequenz“ (Paul Kuhnert, Z. 240 f.).

Drei Wochen blieben sie bei ihrer Mutter. Er initiierte, dass sie sich gemeinsam bei pro familia beraten ließen, auch mit der Hoffnung, dass sie für sich mehr Klarheit gewinnen konnten. Er schilderte sein Dilemma:

„ich hab mir die aller - allergrößte Mühe zu gegeben, (1) ähm (1) die Perspektive zu entwickeln, oder=oder das von allen Seiten zu betrachten und die Perspektive zu entwickeln, dass ich - dass ich des MÖCHTE. Also, dass ich en Kind möchte, dass ich dazu (1) JA sagen möchte. (mhm) ähm (.) aber (1) und das stand eigentlich von Anfang an für mich feste war (.) eigentlich - eigentlich will ich des nich, eigentlich äh (1) äh k=k=KANN ich des nich“ (Paul Kuhnert, Z. 262 f.).

Er bemühte sich, sich so neutral wie möglich zu verhalten. Er selbst war nie *„dagegen gewesen“* oder hatte sie genötigt, die Schwangerschaft abzubrechen, aber er konnte auch nicht dafür sein (Paul Kuhnert, Z. 290 f.), sonst hätte er sich und seine Gefühle verleugnet, beschrieb er die damalige Situation. Trotzdem war klar gewesen: *„wenn sie gesagt hätte, sie will das Kind, dann hätten wir das Kind bekommen“* (Paul Kuhnert, Z. 316) und das *„Ding gemeinsam durchgezogen“* (Paul Kuhnert, Z. 320), beschrieb er die Phase der Entscheidungsfindung. Doch sie konnte für sich keine Entscheidung treffen. Das Einzige, was er daher für sie tun konnte, war ihr dabei zu helfen, sich darüber klar zu werden, was sie wirklich für sich wollte (Paul Kuhnert, Z. 375f.). Die letzte Entscheidung sollte immer bei der Frau liegen, bekräftigte er, denn es war ihr Körper und sie musste die Schwangerschaft mit den verbundenen Konsequenzen allein tragen, bekräftigte er (Paul Kuhnert, Z. 472 f.). Erneut gingen sie aufgrund seiner Initiative zu profamilia, diesmal in seiner Heimatstadt. Während er dort sehr offen und emotional über seine Gefühle und Gedanken sprach, blieb sie weiterhin verschlossen. Er konnte nicht herausfinden, was sie wirklich wollte, und bemühte sich, ihre wahren Gefühle zu ergründen. Doch die Kommunikation kam zum Stillstand:

„sie konnte mir da eigentlich nie wirklich ne Antwort drauf geben. Sie hat immer gesagt sie is leer, sie HAT (mhm) keine Gedanken, sie hat keine Gefühle dazu. (mhm) das is im Endeffekt ja auch einfach nur - bei ihr hat halt auch alle Abwehr Mechanismen ham da auch hochgeschossen und sie

ähm hatte da keinen Zugriff so wirklich drauf und konnte im Endeffekt auch da (.) ähm (1) keine richtige Position für sich bilden“ (Paul Kuhnert, Z. 450 f.).

Um etwas mehr Klarheit zu bekommen, fuhren sie kurzfristig weg, mieteten sich eine Ferienwohnung in der Hoffnung ihre Gefühle zu ordnen und eine Entscheidung zu treffen. Sie fuhren zurück in ihre Heimat und sie hatte sich nun für den Abbruch entschieden. Die Informationssuche gestaltete sich schwierig, gerade im Internet hätten Ärztinnen und Ärzte aus Angst vor Morddrohungen kaum Informationen zum Angebot des Schwangerschaftsabbruches online gestellt, berichtete er. Ab dem Moment der Entscheidung begann sie sich von ihm zu distanzieren, erzählte er. Paul Kuhnert versuchte nach wie vor ihre Gefühle zu ergründen: „WAS IS so=so sach was is los, so wie=wie fühlst du dich, was=was willst du?“ (Paul Kuhnert, Z. 769). Ihre Sprachlosigkeit verletzte ihn mittlerweile, auch weil sie sich nicht mit seinen Gefühlen und Gedanken auseinandersetzte. Auch als sie gemeinsam zur Abbruchpraxis gingen, war sie sehr verschlossen, erzählte er. Er durfte nicht bei ihr bleiben, sondern musste aus Diskretionsgründen gegenüber den anderen Patientinnen die Praxis verlassen. Als das Praxispersonal sich bei ihm meldete, konnte seine Freundin bereits wieder abgeholt werden. Zu Hause versuchte er für sie da zu sein und sich um sie zu kümmern, doch nun war sie noch distanzierter als je zuvor. Ihr Verhalten verletzte ihn, denn er hatte aus seiner Perspektive versucht für sie da zu sein. Er hätte sich Hilfe und Zugewandtheit von ihr gewünscht, denn auch er hatte diese Situation als sehr belastend erfahren. Ihr emotionaler Rückzug machte ihm Angst, er befürchtete sie zu verlieren.:

„diese - diese Kälte von ihr, dieses - dieses - diese (.) Emotionslosigkeit, diese Distanz, die dass sie mich nich an mich äh - dass sie mich nich an sich ranlassen konnte, (.) das hat dazu geführt, weil mich das SO SEHR verletzt hat, (2) ähm dass ich dann im Endeffekt mich eigentlich von mei- also dass meine Gefühle dann abhanden gekommen sind (Paul Kuhnert, Z. 710 f.).

Vom Abbruch selbst hatte sie ihm in ihrer Gefühlslage wenig erzählt, er geschah in Vollnarkose, dass wusste er. Ihre distanzierte Haltung verhinderte den gemeinsamen Austausch über ihre Gefühle. Nach einiger Zeit gab es wieder eine Annäherung. Sie lebte nun mit ihm in seiner Wohngemeinschaft und beide verfassten ihre Bachelorarbeiten. Im Anschluss zogen sie in eine gemeinsame Wohnung und es begann ihr besser zu gehen. Mittlerweile hatten beide auch angefangen zu arbeiten, und die Corona Pandemie bestimmte nun ihr Leben. Er bemerkte mittlerweile, dass seine Gefühle für sie nachließen. Nach einigen Wochen trennte sich das Paar und sie zog in eine eigene Wohnung. Der Kontakt brach ab und es hatte auch keinen weiteren Austausch mehr gegeben. Im Rückblick auf den Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft als Paar reflektierte er:

„ich glaub das belastendste war für mich dieses (3) ihr nicht helfen können. (mhm) (1) ähm (1) also alles zu versuchen, um irgendwie sie zu unterstützen. (mhm) (1) ähm ihr aber nich helfen zu können. (1) und gleichzeitig (2) - weil - ich=ich glaub, was ICH gebraucht hätte is, dass wir das - dass wir das zusammen machen irgendwie. (hmmm mhm) also, dass ich irgendwie - dass wir da zusammen irgendwie - also (1) dass wir zusammen fürenander da sind, so. (mhm) ich hab versucht, für sie da zu sein, sie konnt das nich annehme“ (Paul Kuhnert, Z. 1359 f.).

Typ B: zurückhaltende bis passive Begleitung

Männer in dieser Gruppe beschrieben eine zum Teil zurückhaltende und/oder in Teilen passive Begleitung im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft. Ihre Unterstützung war auf eher wenige Interaktionen und meist wenig emotionale Zuwendung begrenzt. Eine intensive Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Gefühlen ihrer Partnerin hatte sporadisch und weniger tiefgründig stattgefunden. Diese Männer beschrieben selten eine aktive Begleitung und ihre partnerschaftliche Beteiligung blieb oft unvollständig.

Merkmale des Typs:

Die Formen der zurückhaltenden bis passiven Begleitung der Partnerinnen durch diese Männer wiesen verschieden Unterschiede auf. Sie beschrieben, dass ihr Engagement in der Entscheidungsfindung, den organisatorischen Abläufen sowie beim Schwangerschaftsabbruch und der Zeit danach eher begrenzt war. Aktive und emotionale Unterstützung boten sie weniger an, und das Gefühl der Verbundenheit mit ihren Partnerinnen war in diesen Situationen oft schwächer ausgeprägt. Im Kontext der Informationsbeschaffung, Terminorganisation sowie der Begleitung während und nach dem Abbruch zeigte sich ihre Zurückhaltung durch eine geringere aktive Unterstützung und Kommunikation. Diese Zurückhaltung könnte auf verschiedene persönliche und oder kulturelle Faktoren zurückzuführen sein. Die Männer beschrieben ihre Unsicherheit und Passivität im Umgang mit komplexen emotionalen Situationen und thematisierten traditionelle Vorstellungen von Geschlechterrollen.

Bei der Analyse der zurückhaltenden bis passiven Begleitung stellten sich im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft die zu vergleichenden Aspekte folgendermaßen dar:

1. Kommunikation: Männer dieses Typs hielten sich eher zurück, eine explizite verbale Unterstützung für Entscheidungen und/oder Gefühle gegenüber der Partnerin auszudrücken. In einigen Fällen wurde vollkommen vermieden, über die mit der ungewollten Schwangerschaft verbundenen Themen zu sprechen. Ob dies spezifisch an der ungewollten Schwangerschaft lag oder generell ein Problem mangelnder Kommunikationsfähigkeit war, konnte von den Männern nicht immer konkret benannt werden.
2. Emotionale Unterstützung und Empathie: Die Männer tendierten in den Partnerschaften eher dazu, Gespräche über die ungewollte Schwangerschaft, die Optionen oder die emotionalen Auswirkungen nicht oder kaum zu thematisieren. Die Distanz zu der Situation ihrer Partnerinnen zeigte sich beispielsweise darin, dass kaum Erinnerungen an die organisatorischen Abläufe wie Pflichtberatungstermine, Termine bei Frauenärztinnen und -ärzte, oder auch den durchgeführten Abbruchmethoden mitgeteilt werden konnten. Ferner war den Männern zwar bewusst gewesen, dass ihre Partnerinnen während und teilweise auch nach dem Abbruch emotionale Unterstützung gebraucht hätten, trotzdem suchten sie nicht aktiv das Gespräch, sondern verhielten sich eher unbeteiligt und passiv.
3. Praktische Hilfe: Männer dieser Gruppe berichteten über wenig bis keine praktische Unterstützung, wie beispielsweise die Begleitung zu Beratungsgesprächen, medizinischen Terminen oder Beratungsgesprächen. Sie beteiligten sich kaum bis gar nicht bei der Suche nach Informationen oder zu Fragen des weiteren Vorgehens, wie beispielsweise die Wahl der Abbruchmethode.
4. Entscheidung: Die Männer berichteten zwar von einer Beteiligung bei der Entscheidungsfindung, jedoch war mit der getroffenen Entscheidung die Situation für sie als Mann geklärt. Die Verantwortung für das weitere Vorgehen wurde an die Frauen abgegeben und ihr die weitere Organisation überlassen.

Erläuternde Fallporträts

Fünf der interviewten Männer ließen sich in die Gruppe der zurückhaltenden bis passiven Begleitung einordnen. Die Männer dieses Typs waren im Durchschnitt älter als die des ersten Typs. Sie befanden sich eher im mittleren Alter und in einer längeren Partnerschaft mit mindestens einem Kind. Für zwei der Männer ereignete sich die ungewollte Schwangerschaft nach dem dritten Kind. Diese Gruppe zeigte sich deutlich indifferenter im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft und der Begleitung ihrer Partnerinnen. Sie äußerten spezifische Gründe, die ihre zurückhaltende bis passive Haltung erklären sollten: Zwei der befragten Männer wünschten sich noch ein weiteres Kind und hofften, dass ihre Partnerinnen ihre Entscheidung nochmals überdenken würden. Ein Mann befand sich in einer Rehabilitationsphase und war durch eigene psychische und physische

Herausforderungen in seiner Unterstützungsfähigkeit eingeschränkt. Ein Mann konnte die Schuldgefühle seiner Partnerin nicht wirklich nachvollziehen und fühlte sich, im Gegensatz zu ihr, nicht schuldig. Ein weiterer Interviewter erklärte seine Zurückhaltung damit, dass er die Entscheidungsfreiheit seiner Partnerin respektieren wollte, jedoch blieb unklar, warum er keine andere Form der Unterstützung wählte.

Jens Adler

Jens Adler (37 Jahre) hatte mit seiner Partnerin bereits zwei gemeinsame Kinder als die Partnerin zweimal in Folge ungewollt schwanger und die Schwangerschaft beide Male abgebrochen wurde. Beide waren berufstätig, dennoch blieb leider am Monatsende nicht mehr viel übrig, beschrieb er ihren geringen finanziellen Spielraum. Er erläuterte ferner, dass er sich in der Zeit der ungewollten Schwangerschaften familiär und beruflich überfordert fühlte und wegen seiner Suchtproblematik in einer Rehabilitationseinrichtung befand. Er war viele Jahre drogenabhängig gewesen und hatte aktuell mit psychischen und physischen Problemen zu kämpfen. Seine ihn belastende Lebenslage ließ nicht mehr viel Kraft und Zeit für das Familienleben übrig:

„das Traurige ist so an der gesamten Situation, dass ich ähm, ja mit mir selbst noch kaum irgendwie im Klaren bin, also dass ich mit mir selbst mehr zu tun habe als irgendwie geben zu können so ne, ja (Jens Adler, Z. 70 f.).

Er beschrieb die Auseinandersetzung mit seinen Problemen und die Tatsache, dass es ihm kaum möglich war, seinen Kindern als Vater und seiner Lebensgefährtin als Partner emotional zur Verfügung zu stehen. In der Zeit der ungewollten Schwangerschaften ging es ihm mental sehr schlecht. Erlebnisse aus seiner Vergangenheit kamen in sein Bewusstsein und belasteten ihn. Das Problem erläuterte er, war, dass er sich dazu mit seiner Partnerin nicht wirklich austauschen konnte: *„das ist eh so=n Problem mit uns beiden, dass wir halt nicht wirklich miteinander reden können, so, ja“* (Jens Adler, Z. 109). Mit der Familiengründung verschlimmerte sich diese Problematik, erzählte er, die mangelnde Zeit und Regenerationsmöglichkeiten verschärften die partnerschaftliche Missstimmung. Das Paar befand sich in einer schwierigen Lebenssituation. Bei der ersten ungewollten Schwangerschaft hatten sie daher auch eine Pro- und Kontraliste erstellt: *„leider hat dann halt diese Kontraliste überwogen sozusagen, ja, hm“* (Jens Adler, Z. 149). Da er sich zu diesem Zeitpunkt in der Rehaklinik aufhielt, hatten sie die Für und Wider telefonisch erörtert. Er beschrieb ihr Telefonat als konstruktiv und gut, auf diese Art konnten sie generell viel besser miteinander kommunizieren als von Angesicht zu Angesicht. Als dann die Entscheidung zum Abbruch feststand, überließ er seiner Partnerin komplett das weitere Vorgehen und die weitere Organisation:

„sie hat sich da n Haufen belesen dazu, ich bin ja da eher un-, un-, so eher teilnahmslos so in der Hinsicht, [...] und ich hab einfach nur immer so, halt zugestimmt so ne, also das war jetzt nicht irgendwie ähm, na ja, also für mich stand ja dann auch fest dass es halt nicht nicht nicht also, also dass wir es einfach nicht schaffen würden, praktisch genau“ (Jens Adler, Z. 257 f.).

Er war erleichtert, dass es zu einer Entscheidung gekommen war, reflektierte dabei gleichzeitig, dass sich seine Partnerin emotionalen Zuspruch und Unterstützung gewünscht hätte, die er jedoch nicht geben konnte: *„also das Problem ist bei mir, ich bin halt auch sehr bedürftig so ne, das ist halt so ein Problem bei mir so“* (Jens Adler, Z. 278f.). Er begleitete sie einmal in der Zeit der ersten ungewollter Schwangerschaften zu ihrer Frauenärztin. Dabei fühlte er sich an die Geburt seiner Tochter erinnert, die er als sehr belastenden Situation erlebt hatte. Seine Freundin musste ungeplant per Kaiserschnitt entbinden. Er hatte den Umgang mit ihnen in diese Situation als wenig unterstützend empfunden. Die weiteren Termine, wie Beratungsgespräche, Kostenübernahmegespräche mit der Krankenkasse und weiter Untersuchungen macht seine Partnerin dann bei beiden ungewollten Schwangerschaften allein, sie hatte ja noch Elternzeit und

er musste arbeiten: „*mich hat=s ja nie gestört irgendwie nicht mitzukommen so ne also*“ (Jens Adler, Z. 331). Zwar hatte seine Partnerin von ihren Terminen erzählt, aber an die Inhalte konnte er sich nicht wirklich erinnern. Über die Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruches hatte er sich selbständig nicht informiert. Er wusste jedoch, dass beide Schwangerschaften mit der medikamentösen Methode abgebrochen wurden. An die Zeiten nach dem Abbruch erinnerte er sich kaum, durch seine eigenen Probleme war „*alles in Vergessenheit gerückt*“ (Jens Adler, Z. 468). Wie es ihr emotional ergangen war, konnte er nicht wirklich beschreiben. Er hatte zwar schon gemerkt, dass es ihr nicht gut gegangen war (Jens Adler, Z. 219 f.), doch zu der Zeit konnten sie nicht gut über konflikthafte Situationen sprechen, es eskalierte dann im Streit: „*und deswegen traut sie sich halt nicht so Sachen halt zu sagen*“ (Jens Adler, Z. 494). Allerdings reflektierte er im Rückblick seine Rolle des Unterstützers mit den Worten: „*also merk ich schon grade, dass da n bisschen Schlucken dabei ist so, dass vielleicht auch, weiß ich nicht, mich hätte mehr um sie halt kümmern sollen oder weiß ich und sowas*“ (Jens Adler, Z. 525).

Bodo Haas

Bodo Haas (34 Jahre) hatte gerade ein Haus in einer teureren Wohngegend erworben, um als Familie mit seiner Frau dort einzuziehen. Sein Anspruch zielte darauf ab, seine Familie gut versorgen zu können. Gewisse Voraussetzungen wollte er seiner Familie ermöglichen, erläuterte er, wie beispielsweise ein eigenes Zimmer für jedes seiner drei Kinder. Ein weiteres Kind hätte die Familiensituation sowohl in organisatorischer, zeitlicher und sozioökonomischer Hinsicht sehr belastet, beschrieb er die Situation. Er hatte überlegt, eine Vasektomie durchführen zu lassen, doch seine Frau wollte noch etwas damit warten und so kümmerte er sich nicht aktiv um einen Termin. Das Paar verhütete schon seit Jahren erfolgreich mit einem Verhütungscomputer. Allerdings zeigte der Computer durch die Stillzeit die fruchtbaren Tage nicht korrekt an, erläuterte er, und seine Frau wurde diesmal ungewollt schwanger. Beide waren fassungslos. Zu der Frage der Entscheidung tauschten sie sich in den darauffolgenden Wochen aus:

„*das wollte sie nie haben so eine Situation, sie ist aber dann eingetreten und wir haben halt eben öfters und lange darüber gesprochen, ähm auch ähm, was -, was es eben bedeuten würde wenn jetzt noch ein Kind da wäre und was das mit uns machen würde und mit drei Kindern ist man halt eben schon familiär ziemlich angespannt in der jetzigen Zeit*“ (Bodo Haas, Z. 96 ff.).

Bodo Haas thematisierte in diesem Zusammenhang auch die Herausforderungen, mit denen Frauen sich generell konfrontiert sehen:

„*es ist ja so, dass die Frau nicht nur Frau sein muss, sondern sie muss auch Mutter sein, dann muss sie erfolgreich im Beruf sein und so, also das sind alles Ansprüche, die an die Frauen gestellt werden, die finde ich nicht gerecht sind [...] und das machts halt unglaublich schwer*“ (Bodo Haas, Z. 103 f.).

Während der Entscheidungsfindung wog das Paar alle Für und Wider ab, Bodo Haas thematisierte in diesem Zusammenhang auch ihre berufliche und familiär anstrengende Lebenssituation. Er beschrieb, dass er sie nicht beeinflussen wollte, obwohl für ihn eigentlich die Familienplanung nach drei Kindern abgeschlossen war.

Das Paar tauschte sich mit niemandem über ihre Situation aus. Seine Frau äußerte den Wunsch, dass keiner über die ungewollte Schwangerschaft informiert wurde. Er selbst wäre offener damit umgegangen, respektierte jedoch ihren Wunsch nach absoluter Geheimhaltung. Er beschrieb die starken Scham- und Schuldgefühle seiner Frau, die mit der Entscheidung verbunden waren, nicht noch ein viertes Kind groß ziehen zu wollen. In der Pflichtberatung versuchte die Beraterin offensichtlich diese Gefühle einzuordnen und gab ihr den Hinweis: „*konzentrieren Sie sich darauf, was sie haben, was sie dann schützen, dass eben die Familie dadurch zusammenhält, dass sie eben schon drei Kinder haben die eben dann mehr von der Mama haben*“ gab er das Beratungsgespräch wieder. „*die haben ihr den Rücken gestärkt, also dieses Gespräch das war ein ganz ganz wichtiges*

für sie glaube ich“ (Bodo Haas, Z. 396). Er persönlich fühlte keine Schuldgefühle: „mir ist es egal was andere Leute denken, weil die betrifft das dann nicht, ich finde man kann immer nur Sachen von anderen anfordern, wenn man sie halt selbst schon mal gemacht hat oder selbst weiß wie es ist“ (Bodo Haas, Z. 385 f.).

Nach der Entscheidung zum Abbruch überließ er seiner Frau die weitere Organisation: „also ich hab mich da nicht so reingehängt, weil es von meiner Seite aus halt auch Ihre Entscheidung war, weil es ihr Körper ist“ (Bodo Haas, Z. 164 f.). Zu den Untersuchungen und zur Pflichtberatung ging seine Frau allein, er vermutete, aufgrund der Corona-Pandemie bedingten Einschränkungen, wusste es aber nicht so genau. Zu Frauenarztterminen begleitete er sie nicht und über die Art der Abbruchmethode oder von der Übernahme der Kosten wusste er nichts zu berichten. Am Tag, als der Eingriff stattfand, brachte er sie zur Abbruchklinik:

„also ich musste draußen vor der Tür stehen bei der Klinik, da durfte ich auch nicht zu ihr reingehen, auch nicht mit Maske, also das war ganz schlimm, weil da hat sie auf der Liege gelegen, ich hab sie gesehen aber ich durfte halt nicht hingehen“ (Bodo Haas, Z. 263 ff.).

Ob sie zur Nachsorge später noch einen Termin hatte, konnte er nur vermuteten, dass sie dafür ihre eigene Frauenärztin aufgesucht hatte. Auf die Frage, wie sie als Paar mit der getroffenen Entscheidung umgegangen waren, antwortete Bodo Haas eher vage und unbestimmt: *„also, ich fühl mich gut, ich hoffe meine Frau fühlt sich auch gut damit“ (Bodo Haas, Z. 286).*

Seine Frau hatte allerdings noch länger über die ungewollte Schwangerschaft nachdenken müssen, berichtete er:

„äh ich halte da nicht so viel von so immer in der Vergangenheit wieder Wunden aufzureißen, sondern das Leben geht halt weiter ne, die Entscheidung ist halt so gewesen, wir haben uns so entschieden und es ist halt jetzt so und kann keiner mehr rückgängig machen das ist jetzt rum“ (Bodo Haas, Z. 333 f.).

Seine Rolle als Mann in der Thematik beschrieb er als begrenzt und nur indirekt beteiligt: *„ich glaube als Mann ist man da relativ außen vor, als Mann ist das glaube ich auch nochmal was anderes wie als Frau, weil, es wächst nicht in einem selbst, man ist nur der Initiator, man ist da son bisschen außen vor [...], ich weiß nicht ob da nur ich so denke oder ob das generell so ist von Männern, dass die eben mehr außenstehender sind, sag ich mal“ (Bodo Haas, Z. 404 ff.).*

Florian Wolff

Florian Wolff (48 Jahre) wusste bereits bei Eintritt der ungewollten Schwangerschaft, dass seine Ehefrau keine weiteren Kinder mehr wollte. Sie hatten eine gemeinsame Tochter und seine Partnerin hatte sich bewusst für ein Einzelkind entschieden. Sie durchlebte bei der ersten Schwangerschaft eine schwerwiegende Komplikation und musste mit Kaiserschnitt entbinden. Es bestand daher das Risiko, dass eine weitere Schwangerschaft für Mutter und Kind lebensbedrohlich werden könnte. Florian Wolff war bereits aus seiner ersten Ehe Vater einer 24-jährigen Tochter. Er respektierte den Wunsch seiner Partnerin, wäre jedoch gerne noch Vater eines Jungen geworden:

„ich hab zu ihr gesagt, weeste, ich hab jetzt zwei Kinder, mein Soll ist erfüllt, ich würd mich freuen, weil ich hätte gerne noch nen Jungen gehabt, sind nur Mädchen geworden“ (Florian Wolff, Z. 112 f.). Allerdings hatte er während der Entscheidungsfindung doch immer die Hoffnung gehabt, dass sie ihren Entschluss nochmal überdenkt, erläuterte er: „ich hab immer gedacht vielleicht überlegt sie sich das noch I: hmhm] also ich hätte mich gefreut noch über, n kleenen Jungen“ (Florian Wolff, Z. 126f.).

Wann und wie die ungewollte Schwangerschaft damals festgestellt wurde, entzog sich seiner Erinnerung. Auch zu seinen Gefühlen oder Reaktionen konnte er nichts Konkretes berichten:

„ich kann mich nicht mehr daran erinnern, überhaupt gar nicht, war da immer so=n bisschen hin und her gerissen, also ich wusste ja dass sie keine Kinder mehr wollte, und ich hatte gedacht, na ja vielleicht überlegt sie sich das doch“ (Florian Wolff, Z. 119 f.).

Dass sich seine Frau und er im weiteren Verlauf der ungewollten Schwangerschaft nur sehr sporadisch austauschten, lag vielleicht auch daran, dass ihre Familienvorstellungen sich von seinen unterschieden. Seine Frau hatte die weitere gesamte Organisation bis zur Nachsorge nach dem Abbruch in die eigene Hand genommen. Außerdem hatte sie bereits vor ihrer ungewollten Schwangerschaft in einer gynäkologischen Praxis gearbeitet und war daher mit der gesamten Thematik der ungewollten Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüche vertraut (Florian Wolff, Z. 280). Im weiteren Verlauf hatte sie sämtliche Termine selbständig organisiert und ihn nur über den ausgemachten Termin zum Abbruch informiert:

„sie hat gesagt, ich hab jetzt einen Termin zum Schwangerschaftsabbruch gemacht, das findet an dem und dem Tag statt, ich hab sie gefragt ob ich sie hinbringen soll und abholen -, wollte sie gar nicht, wollte alles alleine machen“ (Florian Wolff, Z. 148 ff.).

Von dem Abbruch selbst, der Abbruchmethode, den Beratungs- oder Frauenarztterminen konnte er nichts berichten: *„hab ich nichts von mitbekommen, also mitbekommen schon, ich wusste dass sie es macht, aber wir haben da auch nicht groß drüber gesprochen“* (Jonathan Schäfer, Z.157).

Allerdings hatte er ihr angeboten, sie bei einzelnen Terminen zu begleiten (Florian Wolff, Z. 164). Im Nachgang hatte das Paar sich nicht mehr über den Abbruch ausgetauscht. Auf die Frage, wie es ihm mit der Entscheidung heute gehe, beschrieb er: *„na man hat sich so damit arrangiert, also ich bin weder böse noch anders, weil, ich kanns ja nicht ändern, ich hab mich da gefügt, sozusagn“* (Florian Wolff, Z. 318). Zu der Frage des generellen Umganges mit ungewollter Schwangerschaft vertrat er allerdings recht unterschiedliche Positionen, die er von der Art der Paar-Beziehung abhängig machte. Er bezog sich dabei auf eine frühere, für ihn nicht zukunftssträchtige „Zwischenbeziehung“ (Z. 123), in der er seine damalige Partnerin zum Abbruch bewegte: *„bei meiner Exbeziehung war das ein langer Kampf, weil sie das Kind eigentlich unbedingt wollte, ich hab aber gesagt, kannst du machen, stehst du dann aber alleine mit da, ich werde dich definitiv nicht mit dem Kind nehmen“* (Florian Wolff, Z. 205 f.)

Er bekräftigte seine generelle Position, die Entscheidung den betroffenen Frauen zu überlassen:

„also grundsätzlich ist es ja so dass die Frauen von Natur gegeben mit ihrem Körper da einstehen, und ich kann Ihnen sagen dass bei der Exbeziehung -, die Dame hatte noch lange damit zu tun, dass sie den Abbruch gemacht hat, auch psychisch, also wir haben noch ein paarmal darüber gesprochen, aber -, ich hab damals auch nicht mal ein schlechtes Gewissen gehabt muss ich ganz ehrlich sagen, hatte ich einfach nicht, es passte einfach in dem Moment nicht rein und die Dame ooch nicht, also mit der wäre ich auch nicht zusammen geblieben mit oder ohne Kind, also gehuppt wie gesprungen, war für mich bloß ne Zwischenmöglichkeit, ums mal vorsichtig auszudrücken, hört sich böse an, ich denke Männer sind da ein bisschen einfacher gestrickt“ (Florian Wolff, Z. 369 ff.).

Jonathan Schäfer

Jonathan Schäfer (38 Jahre) war Vater von drei Kindern, von denen zwei gerade im Kindergartenalter waren und das älteste eine weiterführende Schule besuchte. Der Alltag sei anstrengend berichtete er, zumal er und seine Frau beide in ihren Berufen stark eingespannt waren. Die Partnerschaft war mit der Bewältigung des Alltags und den Kindern eher in den Hintergrund gerückt, berichtete er. Über eine ungewollte Schwangerschaft hatte er sich generell noch nie Gedanken gemacht. An die Feststellung der ungewollten Schwangerschaft seiner Frau konnte er sich bei dem Interview nicht mehr erinnern. Im Entscheidungsprozess hatte sich Jonathan Schäfer passiv verhalten: *ob sie das nun als Belastung empfunden hat, weil ich quasi ihr nichts vorgegeben*

hab“ (Jonathan Schäfer, Z. 8f.) vermochte er nicht zu sagen. Seine Intention war gewesen, sie nicht in „eine Ecke zu drängen“ (Jonathan Schäfer, Z. 10). In der Auseinandersetzung mit der ungewollten Schwangerschaft war es insofern involviert gewesen, dass er mit seiner Frau die Für und Wider eines vierten Kindes abgewogen hatte. Er beschrieb die sehr herausfordernden Rahmenbedingungen, die ihren Alltag so belastend machten. Sie hätten drei gesunde Kinder und warum sollte man dieses Glück aufs Spiel setzen, beschrieb er die Abwägungen. Eine Schwangerschaft berge auch immer Gefahren und die Belastungen mit vier Kindern wären dann noch größer. Auch finanziell wäre es nicht mehr so einfach, das finge schon mit einem passenden Auto an, beschrieb er seine Überlegungen (Jonathan Schäfer, Z. 23 ff.). Außerdem sei seine Frau mit jedem weiteren Kind besorgter geworden, was er nicht ganz nachvollziehen konnte:

„ob das jetzt darum geht dass die Kinder da hinfallen könnten, und dass man eben immer überlegt, was denn äh bei einer bestimmten Aktion passieren könnte und das hat sich einfach so=n bisschen mehr ausgeprägt, dass man immer, Gefahren versucht im Vorhinein zu erkennen und am besten noch vorher alles ausschalten, so dass eigentlich auch so=n bisschen die Freiheit der Kinder einschränkt“ (Jonathan

Sein Gefühl mit der Entscheidung zum Abbruch beschrieb er:

„ja erstmal als wir die Entscheidung, oder ich würde fast sagen, dass meine Frau die Entscheidung gefällt hat, äh erleichtert, dass einfach mal die Entscheidung da ist, und, und dann war=s ja auch tatsächlich die ((lachend)) /Vorzugsvariante/“ (Jonathan Schäfer, Z. 53 f.).

Zu den nun folgenden organisatorischen und medizinischen Abläufen konnte er wenig bis garnichts berichten. Jonathan Schäfer hatte seine Frau weder zu Terminen wie Pflichtberatung oder Untersuchungen begleitet. Auch die Recherche zu organisatorischen Abläufen hatte er seiner Frau überlassen: *„ich habe jetzt persönlich nicht recherchiert“* (Jonathan Schäfer, Z. 72). Zu der Situation des Abbruchs, so wie der Zeit danach konnte er kaum etwas berichten, ebenso wenig zu dem emotionalen und körperlichen Zustand seiner Frau während und nach dem Schwangerschaftsabbruch. Bei Fragen zur medizinischen Versorgung seiner Frau beschrieb er *„also das hat mehr oder weniger wiederum alles meine Frau gemacht, sag ich mal äh, Frauenarzt, äh also ich hab dazu gar nichts beigetragen“* (Jonathan Schäfer, Z. 63 f.). Über die durchgeführten Abbruchmethode seiner Frau wusste er nichts Näheres im Detail:

„na sie hat mich mit eingebunden, und aber am Ende -, dadurch dass sie es dann machen muss, ähm, also ich glaube wir haben drüber geredet und ähm sie hat dann für sich entschieden, was sie gerne haben möchte, ja [...] also genau im Detail weiß ich es nicht“ (Jonathan Schäfer, Z. 84 ff.).

Ob er seine Frau nach dem Eingriff abgeholt hatte, wusste er nicht mehr genau: *„ich meine ja“* (Jonathan Schäfer, Z. 109). Über eine eventuelle Kostenübernahme durch die Krankenkasse konnte er ebenfalls berichten (Jonathan Schäfer, Z. 102f.) und wie sich die Zeit zu Hause nach dem Eingriff gestaltete, war ihm nicht mehr bewusst: *„da hab ich wahrscheinlich einen Urlaubstag gehabt und äh äh sag ich mal, der Alltag ist normal weitergelaufen“* (Jonathan Schäfer Z. 119 f.).

Bezüglich seiner Involviertheit berichtete Jonathan Schäfer, dass seine Frau unter seiner mangelnden Unterstützung gelitten habe, sie hatte ihm: *„schon mal versucht zu vermitteln, dass sie sich da ein bisschen alleingelassen gefühlt hat“* (Jonathan Schäfer, Z. 136 f.) und den Wunsch geäußert, dass er *„einfach nur da [sei], als Unterstützung und [...] bei der Entscheidungsfindung“* (Jonathan Schäfer, Z. 149f.). Er erklärte, sie nicht beeinflussen zu wollen:

„die Intention von mir war eben ihr die freie Entscheidung zu lassen, weil sie ja aus meiner Sicht das meiste dafür machen musste und weil sie ja die meisten Einschränkungen hat, ähm und äh, ja das war wiederum meine Intention“ (Jonathan Schäfer, Z. 142f.).

Gleichzeitig thematisierte er, die unterschiedlichen Kommunikationsbedürfnisse in ihrer Partnerschaft:

„ich denke wir sind uns da generell manchmal etwas uneinig, ich brauch sag ich mal eher weniger reden und für mich sind viele Sachen klar und sie würde eher das mehr erörtern, also von daher ist das ein generelles Thema.“ (Jonathan Schäfer, 163 f.).

Auf die Nachfrage, inwieweit eine emotionale Unterstützung seiner Partnerin von ihm als eine Beeinflussung verstanden werden könnte, wollte er nicht weiter antworten: *„ich würde sagen es ist ((lachend)) /so gelaufen, wie es gelaufen ist“* (Jonathan Schäfer, Z. 161).

Oliver Bleuel

Oliver Bleuel (35 Jahre) war bereits Vater eines kleinen Jungen, als seine Frau ungewollt schwanger wurde. Zu dem Zeitpunkt war er Alleinverdiener und das Paar hatte vor kurzem ein Haus erworben. Die damalige finanzielle Situation belastete ihn: *„dass man hier und da, wie vorher schon (geschafft) so bisschen, äh, Cent zwei Mal umdrehen so bisschen nach dem Motto, äh, ja“* (Oliver Bleuel, Z. 313).

Als sich das Paar damals in seiner Heimat kennengelernt hatte, war Oliver Bleuels Mutter schwer erkrankt und wenig später verstorben. In dieser Zeit hatte seine Frau nicht nur ihm, sondern auch seiner Familie viel Halt gegeben. Nach dem Tod seiner Mutter war er dann zu ihr gezogen: *„damit, wenn denn sich Nachwuchs einstellt, auch eine Oma da ist“* (Oliver Bleuel, Z. 59). Er wohnte nun viele Kilometer von seiner Familie entfernt und erlebt die neue Familiensituation anders, als er sich es vorgestellt hatte:

„wir sind ja [...] hierher gezogen wegen meiner Frau, ihre Familie ist hier, [...] das ist das was mir hier so ein bisschen fehlt, so bisschen mehr Zusammenhalt, [...], das fehlt hier son bisschen, ähm, die Familie von meiner Frau ähm, ja sind auch für einen da aber da kommt selten, ganz selten mal was von sich aus, jetzt gerade mit dem Kleinen zum Beispiel, ähm, Oma, also die Mutter kommt unregelmäßig, ähm, und wenn braucht man gefühlt schon n Termin, und selbst da ist so n bisschen schwierig also da fehlt so bisschen, auf der einen Seite, der Rückhalt, das bessert sich langsam, jetzt ist sie, in Rente, jetzt hat sie da schon ein bisschen Zeit also“ (Oliver Bleuel, Z. 18 ff.)

Allerdings hatte ihn nach dem Tod seiner Mutter auch nichts mehr in seiner Heimat gehalten, beschrieb er seine familiäre Situation. Zu seinen Geschwistern hatte er schon immer kein sehr inniges Verhältnis gehabt, sie Geschwister entfernten sich nach im Laufe der Zeit immer mehr voneinander.

Kurz nach dem Umzug wurde das Paar geplant schwanger, doch im Verlauf der Schwangerschaft verschlechterten sich die Herztöne des Kindess, und es verstarb während der Schwangerschaft. Für beide war das schwer zu verkraften: *„dann hast du da Auslieferungen zu Kindergärten und so, da muss man dann natürlich immer mal wieder schlucken“*. (Oliver Bleuel, Z. 81). Als Paar hatten sie das Erlebnis jedoch nicht gemeinsam verarbeitet oder sich viel über ihre Gefühle ausgetauscht: *„ich bin dann in der Regel eher so der stille Leider, das heißt, ich fresse das eher mich rein“* (Oliver Bleuel, Z. 92). Für seine Frau war die Situation schwer zu verkraften. Im Krankenhaus, in dem ihr verstorbenes Kind zur Welt kam, besuchte sie eine Gruppe von Eltern, deren Kinder während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt verstarben. Sie erlitt eine Depression, wurde psychologisch betreut und konnte für eine längerer Zeit nicht mehr arbeiten. Dies machte die sozioökonomische Situation für das Paar zunehmend schwieriger.

Als sie in dieser Lebensphase erneut mit ihrem jetzigen Kind schwanger wurde, verschärfte dies die Situation: *„da war ja dann auch nicht wieder dran zu denken, dass da irgendwie was arbeitsmäßig, äh, sich ergibt, weil, warum soll sie für zwei, drei Monate irgendwas anfangen“* (Oliver Bleuel, Z. 108). Während dieser Schwangerschaft stellte sich heraus, dass sie eine unentdeckte Erkrankung

hatte, die möglicherweise für das Versterben des ersten Kindes verantwortlich war. Ab diesem Punkt wurde sie engmaschig und spezialisiert in einer entfernten Uniklinik betreut. Die Angst war groß, dass sich diese traumatische Erfahrung auch bei ihrer aktuellen Schwangerschaft wiederholen könnte; das Risiko lag bei etwa 10 %. (Oliver Bleuel, Z. 119 ff.). Doch die Schwangerschaft verlief ohne große Komplikationen und ihr gemeinsames Kind kam gesund zur Welt. Seine Frau hatte sich nun für eine Sterilisation entschieden und in der Zeit vor dem Eingriff hatten sie nicht verhütet:

„bevor sie den Eingriff dann hatte (3) haben wir dann, schätze ich mal äh (3) vergessen zu also ich - da haben wir dann nicht verhütet und wenn es das eine Mal war, dann wars der goldene Schuss, wo man dann nicht mir gerechnet hat, also (3) ja“ (Oliver Bleuel, Z. 148 f.).

Kurz darauf wurde seine Frau schwanger. Für sie war die Familienplanung abgeschlossen, bedauerte er: *„meinerseits, ja ich würde lügen, wenn ich mir nicht noch ein Kind wünschen würde“* (Oliver Bleuel, Z. 137 f.), konnte aber die Entscheidung seiner Frau nach ihrer traumatischen ersten Schwangerschaft nachvollziehen:

„aber ich kann natürlich auch meine Frau verstehen, sie, sie hat das zu tragen, und da stehe ich ihr natürlich auch bei, bloß für mich war das denn, wieder noch bisschen schwieriger, weil, man hätte ja nochmal die Chance gehabt“ (Oliver Bleuel, Z. 141 f.).

Er hatte bei der Feststellung der ungewollten Schwangerschaft noch ein *„Fünkchen Hoffnung“* gehabt, (Oliver Bleuel, Z. 167), dass sie ihre Meinung ändert, doch seine Frau hielt an ihrem Entschluss fest, die Schwangerschaft abbrechen zu wollen. Im weiteren Verlauf tauschte sie sich vor allem mit ihrem Psychologen, ihrer Mutter und einer Freundin aus, während er sich Niemandem anvertrauen wollte:

„das ist wahrscheinlich wieder meine Problematik, dass ich das dann mit mir ausmache, äh, dass ich keinem zur Last fallen will, ähm, das war bei mir, weiß ich nicht was, kriege ich auch nicht abgestellt also ich, ich bin dann gefühlt ein Allein-Kämpfer“ (Oliver Bleuel, Z. 180 f.).

Allerdings reflektierte er seine generelle Haltung in der Auseinandersetzung mit familiären Problemen und schwierigen Situationen:

„alle sollten natürlich auch an einem Strang ziehen, [...], keine Alleingänge sozusagen wenn man so will, dass da n Zusammenhalt ist, ähm jetzt natürlich mit Kind, äh, das ist dann natürlich immer noch n bisschen schwieriger, ähm, aber wie gesagt ähm, Zusammenhalt soll schon da sein, und auch Probleme ansprechen wo ich mich, zum Beispiel, schwer tu, muss ich sagen, also ich bin eher so ich, mach das mit mir aus, ähm, na wahrscheinlich ist dann auch wieder so typisch Mann, ähm, ich bin gefühlt der Letzte der was sagt, ähm, und das ist dann auch vielleicht n bisschen hinderlich“ (Oliver Bleuel, Z. 32 f.).

Die Entscheidung zum Abbruch wirkte noch länger in ihm nach, und er beschrieb seine weiterhin ambivalenten Gefühle: *„ja ich, leicht fiels mir halt nicht, ähm, und, ich habs dann, ja, mehr oder weniger hingenommen und äh da so bisschen, die Gefühle weiß ich nicht, vielleicht hab ich mich auch über mich geärgert oder allgemein geärgert, [...] das ist aber so generell mein Ding äh (3) weil ich dann in der Geschichte äh schon ganz verständlich aber äh, dass ich bei gewissen Sachen dann auch schnell nachgebe oder, bei solchen Sachen“* (Oliver Bleuel, Z. 203 ff.).

In den weiteren Ablauf war Oliver Bleuel wenig involviert und konnte sich nicht wirklich erinnern, auf welche Art und Weise seine Frau die Schwangerschaft abgebrochen hatte. Auch konnte er nicht berichten, wie sie sich während der weiteren Organisation des Schwangerschaftsabbruchs gefühlt hatte. Über eine mögliche Kostenübernahme durch die Krankenkasse wusste er ebenfalls nichts. Genauer, mutmaßte jedoch, dass die Kosten für ihre darauffolgende Sterilisation von einem örtlichen Frauenhilfverein übernommen wurden. Beim Pflichtberatungstermin war er nicht

anwesend und konnte auch nicht sagen, wo genau dieses Gespräch stattgefunden hatte: „*da bin ich raus*“ (Oliver Bleuel, Z. 276.).

Auf die Frage, wo er sich während des Abbruchs aufgehalten hatte, antwortete er: „*ähm (5) so wie ich mich kenne ich war arbeiten*“ (Oliver Bleuel, Z. 283.).

Nach dem Abbruch berichtete er, dass seine Frau sich erleichtert fühlte, während er immer noch etwas mit der Entscheidung haderte. Später tauschten sie sich nur noch wenig über die Thematik aus, denn der Alltag hatte sie schnell wieder eingeholt:

„ich weiß nicht ob meine Frau da, n bisschen, von, vielleicht von mir mehr Unterstützung äh, erhofft hat, kann ich jetzt natürlich schwer sagen, hat sie so auch nicht verlauten lassen ähm, dass sie da vielleicht sich n bisschen allein gefühlt hat, das weiß ich jetzt nicht“ (Oliver Bleuel, Z. 394 f.).

7.1.2.3 Ergebnisse der qualitativen Analyse zu ungewollten Schwangerschaften bei Frauen mit Gewalt-, Migrations- und Fluchterfahrung (Hochschule Nordhausen) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

In diesem Kapitel werden die qualitativen empirischen Befunde zu den entsprechenden Forschungsfragen systematisch deskriptiv dargestellt und im Kapitel 9.1.2.3 abschließend diskutiert. Die Forschungsfragen (1 - 6) lauten:

- (1) Welche individuellen biografischen Ereignisse oder Kontexte sowie gesellschaftlichen Lebensbedingungen haben bei einer ungewollten Schwangerschaft die Entscheidung beeinflusst? Berücksichtigt werden Gewalt-, Migrations- und Fluchterfahrung, personelle und sozialen Ressourcen, Coping-Strategien sowie Lebenssituationen und der -entwürfe.
- (2) Wie haben sich die Frauen zu Schwangerschaft und einem Schwangerschaftsabbruch informieren können? Welche Informationen waren zugänglich, wurden genutzt und waren adäquat auf die spezifische Situation der einzelnen Gruppen ausgerichtet?
- (3) Mit wem haben sich die Frauen informell und formell beraten (lassen)? Wie war der Zugang, die Beratung (kultursensibel, bedarfsgerecht, auf Augenhöhe etc.) Hat die Beratung ihre Entscheidung beeinflusst?
- (4) Bei einem Abbruch: Wie erfolgte der Abbruch? Wo, mit welchen Methoden? Zugangswege zur Praxis o.ä.
- (5) Nach einem Abbruch zum Zeitpunkt t0 und t1: Werden physische und psychische Beschwerden und Belastungen aufgrund des Abbruchs berichtet? Wenn ja, welche? Worauf führen die Frauen diese zurück? Wie stehen die Frauen im Nachhinein zu ihrer Entscheidung?
- (6) Was würden die Frauen sich bei einer ungewollten Schwangerschaft vor dem Hintergrund ihrer individuellen Lebenssituation an informeller und formeller Unterstützung wünschen? Welches Verbesserungspotential wird gesehen?

Zu berücksichtigen ist, dass die Forschungsfrage 4 im Hinblick auf mögliche Schwangerschaftsabbruchmethoden durch die quantitative Untersuchung dezidiert bearbeitet wurde (s. Kap. 7.1.1.6 Querverweis). Der Teilaspekt bezüglich der Zugangswege zu einer Abbruchseinrichtung erfolgt qualitativ unter der Forschungsfrage 6, formelle Unterstützungsbedarfe.

In der nachfolgenden Darstellung werden unterschiedliche Zitierweisen verwendet, die auf unterschiedlichen Auswertungsdokumenten basieren. Zu jedem geführten Interview liegt ein Falldossier vor, indem alle wichtigen Informationen zusammengefasst wurden. Die verwendeten Zitate aus den Falldossiers beziehen sich auf das Interviewtranskript und enthalten bei einer Quellenangabe die Zeilennummern der Transkripte (z.B. Z. 99). Da sowohl die Falldossiers als auch die Transkripte zur Tiefenanalyse mit MAXQDA kodiert wurden, ergeben durch die MAXQDA-Systematik Quellenangaben mit einer Absatznummerierung (z.B. M17(99), für Interview Nr. 17 und Absatznr. 99). Fälle von Frauen mit Migrationshintergrund sind durch ein M und Fälle von Frauen, die von Partnergewalt betroffen waren; sind durch ein P gekennzeichnet. Die vereinzelt Frauen, auf die beides zutrifft, erhielten die Kennung PM.

Aus Gründen des Datenschutzes wurden alle Fälle anonymisiert und mit Pseudonymen versehen.

7.1.2.3.1 Lebenslagen ungewollt Schwangerer (Forschungsfrage 1)

Die nachfolgend dargestellten empirischen Befunde geben Einblick in die Lebensverläufe von Frauen, die von Partnergewalt betroffen waren oder zum Befragungszeitraum noch sind. Die befragten Frauen hatten alle ungewollte Schwangerschaften, die sie ausgetragen und/ oder abgebrochen haben. Die dichten Beschreibungen dienen zugleich als inhaltliche Einführung in den

thematisch-biografischen Verlauf der erhobenen Fälle. Diese Kurzzusammenfassungen der biografisch-narrativen Episoden geben Aufschluss darüber, in welchen sozialen Kontexten die interviewten Frauen von der Kindheit bis zur Gegenwart aufgewachsen sind. Es zeigen sich durch den Fallvergleich homologe Erfahrungen und Handlungsmuster, die charakteristisch für das untersuchte Forschungsfeld sind. Es handelt sich lediglich um eine Auswahl an Fallbeschreibungen, da der Umfang des Samples aus Platzgründen keine vollständige Darstellung erlaubt und bei der Auswahl der Fälle eine empirische Sättigung zu erkennen war.

Kurzportraits zu den Fällen von Partnergewalt betroffener Frauen

Gloria Pohl (Fall P1), 33 Jahre, beschreibt die belastenden Familienverhältnisse „Alkoholabhängigkeit des Vaters“, „Selbstständigkeit der Mutter“ und die Verschiebung der Sorgearbeit auf die Großmutter sowie die paternalistischen Verhältnisse in der Großelterngeneration (s. Falldossier, P1(12)). Bereits der erste Freund von Gloria Pohl hat ebenfalls familiäre Probleme und leidet unter einer Alkoholabhängigkeit. In ihren Ausbildungsjahren berichtet sie von Erfahrungen sexualisierter Belästigung (Z. 247-264). Sie reflektiert, dass diese Vorfälle dazu führten, „dass ich total unsicher war [...] habe einfach das Gefühl gehabt, ich wirke falsch auf die Menschen oder die, die sehen mich falsch? Das hat mich immer mehr kaputt gemacht“ (Z. 645-647). Ihre zweite Partnerschaft dauerte vier Jahre und war vor allem durch ein besitzergreifendes Verhalten des Freundes gekennzeichnet (Z. 112). In dieser Zeit zog sie zu ihrem Freund in die Wohnung seiner Eltern und fühlte sich sehr isoliert: „Bis Anfang 20, glaube ich, bin ich dann, habe ich fast nie das Haus verlassen, [...] hat mich seelisch oder psychisch sehr fertig gemacht, muss ich sagen, weil ich habe in der Zeit auch nichts erlebt.“ (Z. 113-117). Ein Wechsel der Arbeitsstelle (Z. 122) führte letztendlich zum Auszug aus der gemeinsamen Wohnung und zur Beendigung der Partnerschaft. Sie evaluiert reflexiv, dass sie Männer mit psychischen Erkrankungen magisch anzieht. Vor dem Hintergrund erlebter psychischer und sexueller Partnergewalt hatte Gloria Pohl zwei ungewollte Schwangerschaften, die sie ausgetragen hat.

Julia Kraus (Fall P2), 39 Jahre, beschreibt, dass sie von einem 20 Jahre älteren Mann schwanger wird. Im Verlauf der Partnerschaft wird das Verhältnis immer „eskalativer“ und die Beziehung war von Partnergewalt geprägt. Sie konnte sich auf ihren Partner nicht verlassen, da er „einfach nur auf der Couch liegt [...] Und ich wusste nicht, ob ich, wenn ich mittags heimkomme, ob das Kind noch lebt, so ungefähr“ (Z. 178-182). Julia Krause hat insgesamt sechs(un-)gewollte Schwangerschaften, von denen sie eine unbestimmte Zahl abgebrochen und ausgetragen hat.

Annette Göbel (Fall P3), 36 Jahre, wurde mit 30 Jahren trotz Verhütung ungewollt schwanger. Sie leidet unter einer Wochenbettdepression und kann ihr Kind nicht adäquat versorgen. Sie fühlt sich in den Folgejahren zunehmend gesellschaftlich isoliert und gewöhnt sich nur sehr schwer an ihre Rolle als Mutter und Hausfrau. Die Herkunftsfamilie des Kindesvaters setzt sie mit eher traditionell-konservativen Erwartungen an ihre Mutterrolle unter Druck, sodass sie sich wie eine Leihmutter fühlt. Ihre negativ antizipierten Erwartungen an eine Mutterschaft bestätigen sich, weil sie sich in ihrer Mutterrolle nicht selbstbestimmt fühlt (Z. 677). Annette Göbel hat zwei ungewollte Schwangerschaften, welche sie beide ausgetragen hat.

Janine Böhme (Fall P4), 31 Jahre, erzählt, dass sie in ihrer Kindheit und Jugend kein stabiles Zuhause hatten und ständig zwischen ihren getrenntlebenden Eltern wechselte. Auf eigenen Wunsch zieht sie als Jugendliche in ein Kinderheim (Z. 28-29). Der Vater ist Alkoholiker (stirbt als sie 19 Jahre alt ist) und die Mutter ist eine gewalttätige „narzisstische Borderlinerin“, die ihr die Zähne ausgeschlagen hat (Z. 30). Ihre erste Partnerschaft ist von massiver physischer Partnergewalt und permanenten Morddrohungen geprägt, da ihr Partner sehr eifersüchtig ist und ihr jegliche Schuld an der Situation zuschreibt. Sie wusste, „mit ihm ein Kind zu kriegen ist ein Fehler“ (Z. 562-563). Sie hatte „Angst“ (Z. 563) mit ihm über Abbruchmöglichkeit zu sprechen, weil es „das KO“ für die Beziehung gewesen wäre (Z. 565). Sie hatte Panik allein zu sein und litt unter Verlustängsten,

weshalb sie das Kind austrug (Z. 566-567). Bei der 2. Schwangerschaft ist sie am Beginn ihrer Ausbildung, weshalb sie sich mit ihrem Partner gegen das Kind entschieden hat: „Weil besser ein Kind richtig durchbringen und sich was aufbauen als ein Zweites dann in die Welt zu setzen und dass auch mehr schlecht als recht zu machen.“ (Z. 63-65). Für die Entscheidung zum Abbruch wird sie von ihrem sozialen Umfeld – außer dem Arbeitsumfeld – verurteilt (Z.614-618). Für sie ist es auch heute noch die richtige Entscheidung „Auch in Hinblick auf mein Leben“ (Z. 751 und Z. 732). Auch wenn sie wusste und immer noch weiß, dass es richtig war „hat sich trotzdem falsch angefühlt. Und das war etwas zerreißen“ (Z. 739-740). Sie hat Angst, dass es „purer Egoismus“ ist, das Kind nicht zu bekommen (Z.580). Janine Böhme hat drei ungewollte Schwangerschaften. Es kam zu Austragungen und Abbrüchen.

Lina Schubert (Fall P7), 24 Jahre, wächst nach der Trennung ihrer Eltern bei ihrer Mutter auf. Ihre Oma übernimmt viel Sorgearbeit und ist eine wichtige Bezugsperson für sie. Zu dem neuen Partner ihrer Mutter hat Lina ein gutes Verhältnis. Im Teenageralter trennen sich ihre Mutter und ihr Stiefvater räumlich, woraufhin sie beim Stiefvater wohnen bleibt (Z. 22 ff.). Als ihre Mutter und ihr Stiefvater wieder zusammenziehen, ist in der neuen Wohnkonstellation kein Platz für Lina und sie zieht mit ihrem Partner zusammen. Unter dem Gefühl, keinen Platz in der Familienwohnung zu haben, leidet Lina sehr und sie wird übergewichtig (Z. 288 ff.). Lina ist sozial eingebunden, hat viele Freunde und reitet viel und regelmäßig (Z. 279 ff.). Nach Linas Realschulabschluss fängt sie eine Ausbildung an, die sie jedoch abbricht und stattdessen ihr Fachabitur nachholt. Auch das kann sie jedoch noch nicht beenden, weil sie während der Zeit nach 1,5 Jahren Beziehung ungewollt von ihrem Partner schwanger wird (Z. 42 ff. und 202 ff.). Die Beziehung zum Kindsvater bezeichnet Lina Schubert als On-Off-Drama (Z. 408). Während der Schwangerschaft wird Linas Partner zunehmend aggressiv, er geht auf sie los (Z. 74 ff.). Er wirft Gegenstände nach ihr, ist sehr impulsiv und aggressiv „rastet immer gleich aus“ (Z. 388). Er deutet ihre Standpunkte und Aussagen permanent als böse (Z. 548 f.), beleidigt sie, macht ihr Vorwürfe (Z. 578) und sie fühlt sich dadurch abgewertet (Z. 567 ff.). Trotz der Erklärungsversuche, die sie für das Verhalten des Kindsvater aufbringt und stetig während der Hoffnung, es könne sich doch noch etwas ändern, resigniert sie irgendwann. Sie stumpft im Umgang mit dem Kindsvater ab und gibt Teile von sich selbst auf: „Weil ich einfach schon so abgestorben bin“ (P7(31)), um handlungsfähig zu bleiben. Lina vermutet ein Fremdgehen ihres Partners während der Schwangerschaft (Z. 395 ff.). Der Umgang ihres damaligen Partners mit der Trennung belastet Lina Schubert sehr (Z. 95 ff.). Er stalkt und überwacht sie (Z. 100 ff. und 588 ff.), zahlt keinen Unterhalt und erzählt dem Jugendamt Lügen über sie (Z. 103 ff.). Das Sorgerecht wird gerichtlich zu ihren Gunsten geregelt (Z. 123 ff.). Er verlangt von ihr Unterstützung (Z. 176 ff.), ist aber unzuverlässig und bis heute impulsiv und nicht verständnisvoll (Z. 221 ff.). Lina hat Sorge, dass ihr Ex-Partner auch ihrem gemeinsamen Sohn gegenüber gewalttätig wird (Z. 393). Sie leidet noch heute unter seinem Verhalten (Z. 248 ff.), reagiert aber klar, selbstbewusst und stark (Z. 569 ff.). Lina Schubert hat eine ungewollte Schwangerschaft, die sie ausgetragen hat.

Stefanie Becker (Fall P8), 24 Jahre, wächst in einem behüteten Elternhaus auf, ihre Eltern sind immer für sie da (Z. 23). In der Schule wird sie gemobbt und wechselt zweimal die Schule. Sie macht einen Hauptschulabschluss, obwohl ihrer Meinung nach ein Realschulabschluss möglich gewesen wäre (Z. 28). Nach dem Abschluss konsumiert sie Drogen und kümmert sich nicht um die Aufnahme einer Berufsausbildung (Z. 38-40). Wenige Monate nachdem sie den Kindsvater kennenlernt, wird sie schwanger (Z. 46). Obwohl sie keinen Kinderwunsch hatte und Karriere machen wollte, freut sie sich und entscheidet sich für das Austragen (Z. 47-50). Wegen der Schwangerschaft zieht sie zu ihren Eltern und erfährt von ihnen Unterstützung (Z. 60-65). Die Unterstützung des Kindsvaters nimmt hingegen kontinuierlich ab. Er bleibt nachts weg und die Beziehung wird schwieriger und belastend (Z. 67ff.). Sie muss sich allein um das Kind kümmern, es gibt häufig Streit und er findet immer Ausreden für sein unpartnerschaftliches Verhalten (Z. 134ff.). Als er nach einem Ultimatum von ihr wieder über Nacht wegbleibt, verweist sie ihn aus der gemeinsamen Wohnung (Z. 133-144).

Stefanie Becker hat zwei ungewollte Schwangerschaften von der sie eine ausgetragen und die andere abgebrochen hat.

Vanessa König (Fall P10), 33 Jahre, beschreibt, dass sie „ein typisches Landkind ist und (...) wirklich so hity-tity, high-family mäßig aufgewachsen“ ist (Z. 29 f.). Sie wollte schon immer sehr früh Mutter werden. Für sie kam ein Schwangerschaftsabbruch nicht in Frage. Sie beklagt die ungleiche Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung zwischen Mann und Frau. Sie wird trotz Verhütung schwanger. Als junge Teenagerin macht sie ihre ersten Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt (Z. 1739ff.). Einige Jahre später hatte sie ihre erste richtige Beziehung, die fünf Jahre dauerte (Z. 1789 ff.). Von diesem Partner wurde sie „im Grunde richtig Hardcore, vergewaltigt, weil ich habe mich mit Händen und Füßen gewehrt“ (Z. 1804 f.). Von Partnergewalt war sie ab dem Eintritt der ungewollten Schwangerschaft betroffen (Z.262). Während der Schwangerschaft wurde sie von diesem Partner auch vergewaltigt (Z. 316 f.). Frühere Freundinnen und Freunde hat sie durch die Beziehung zum ersten Kindesvater verloren, da er sie sozial isolierte. Ihr Partner hat ihren Platz im Freundeskreis eingenommen und ihr wollte niemand glauben, dass sie unter Partnergewalt leidet (Z.629 + 1677 f.). Diese Ablehnung erlebt sie von ihrem gesamten sozialen Umfeld. Bis zu einem Schlüsselmoment verstehen weder Eltern noch die enge Freundin das Ausmaß der Gewalt. Sie trennte sich von dem Partner. Der Sorgerechtsstreit um das Kind dauert bis heute an (Z. 1100). Vanessa König wurde einmal gewollt und einmal ungewollt schwanger. Es kam zu einer Austragung und einem Abbruch.

Nadine Walter (Fall P11), 34 Jahre, ist nur bei der Mutter aufgewachsen, bis der Stiefvater und die Stiefschwester dazu kamen. Da ihre Mutter immer arbeiten musste (Z. 25 f.), war sie oft mit ihrem Stiefvater alleine, der sie schon mit drei oder vier Jahren einschloss und ihr nichts zu essen gab (Z. 26 f.). Diese Misshandlungen dauerten jahrelang an, bis die Oma davon erfuhr und sich an das Jugendamt wandte. Nadine berichtete, dass das Jugendamt jedoch nichts unternahm (Z. 27 ff.). Nachdem sich die Mutter von ihrem damaligen Partner trennte, zogen sie für einige Zeit zu der erkrankten Oma (Z. 30). Nadins Mutter lernte einen neuen Partner kennen, mit welchem sie zwei weitere Kinder bekam. Nadine berichtete, dass sie von diesem Partner „auch immer so angefasst“ (Z. 34) wurde. Ihre Mutter kommentierte es mit: „Ja, du bist selber schuld, musst ja hier nicht in kurzen Sachen rumlaufen.“ (Z. 34 f.) und billigte damit das Verhalten ihres Partners. Nadine wandte sich an ihre Oma, die ihn daraufhin vor die Tür setzte (Z. 36 f.). Nadine wurde von ihrem ersten Freund, in den Jugendjahren, ungewollt schwanger. Die Mutter des Kindesvaters verneinte jedoch die Vaterschaft ihres Sohnes, was Nadine sehr unter Stress setzte und zu einer Frühgeburt führte. Die größte Belastung stellt für Nadine Walter ihre Mutter dar, die das Jugendamt in ihrem Sinne manipulierte. Nadine wurde auf Anweisung des Jugendamtes mit 20 Jahren in einem Heim untergebracht und ihre Kinder blieben bei ihrer Mutter. Ein Umgang fand nur an den Wochenenden statt (Z. 68 ff.). Sie bekam im weiteren Verlauf ihres Lebens von unterschiedlichen Männern weitere Kinder. Aufgrund von psychischen Erkrankungen, Angstzuständen und Panikattacken wurde ihr das Sorgerecht für einige Kinder entzogen. Ihre Partnerschaften waren geprägt von Männern, die Alkohol konsumierten sowie psychische und physische Gewalt gegen sie und auch die Kinder ausübten. Nadine Walter hatte sieben (un-)gewollte Schwangerschaften, die sie alle – bis auf eine Fehlgeburt - ausgetragen hat.

Annika Braun (Fall P12), 28 Jahre, hat einen slawischen Migrationshintergrund. Sie ist laut ihrer Aussage in „behüteten“ mittelschichtgeprägten Familienverhältnissen aufgewachsen. Nach der mittleren Reife macht sie noch ihr Fachabitur und eine pädagogische Ausbildung (Z. 30 ff.), bei der sie ihren jetzigen Ehemann kennen lernt (Z. 32). Mit Anfang 20 und nach einem Jahr Beziehung zieht sie mit dem Partner zusammen (Z. 48 ff.). Da sie aus einem strengen Elternhaus mit vielen Regeln kommt, genießt sie nun das Gefühl von Freiheit (Z. 196). Erste Konflikte entstehen, da „falsche Freunde“ ihre Wohnsituation ausnutzen. Sie unterstützt ihren Freund intensiv bei seiner Umschulung. Er findet danach allerdings keine Arbeit. Obwohl sie selbst immer wieder von

Streitereien und Phasen spricht, in denen es „bergab“ geht, fällt es ihr schwer, bei konkreten Nachfragen erlittene Partnergewalt zu schildern. Wenn es Streitigkeiten gab, eskalierte die Situation und es wurde mitunter für einige Tage nicht miteinander geredet (Z. 71 ff.). Annika Braun hatte zwei (un-)gewollte Schwangerschaften von der sie eine abbrach und eine austrug.

Diana Schmidt (Fall P13), 44 Jahre, bezeichnet sich als typisches Scheidungskind. Sie ist bei der Mutter aufgewachsen und nimmt es ihr übel, „dass sie mit mir kaum über irgendetwas gesprochen hat, so generell“ (Z. 17-18). Auch über den Vater wurde nicht gesprochen und außerdem hat die Mutter den Kontakt zu ihm verboten (Z. 24-25). Dies bezeichnet sie als „großen Fehler“ (Z. 185), aber sie hat später den Kontakt zur Mutter gepflegt, auch wenn sie dafür nicht wertgeschätzt wurde (Z. 195). Mit ca. 20 Jahren heiratet sie ihren damaligen Freund (stammt aus Montenegro), „meine erste große Liebe“ (Z. 308), heimlich und fühlt sich trotz Beziehung allein gelassen. Sie wird von ihm schwanger. Letztendlich entscheidet sie sich für einen Abbruch und bezeichnet dies retrospektiv als „Fehler“ (Z. 42). Danach wollte sie unbedingt ein Kind und wurde wieder schwanger. Das erste Kind sei ihre „Rettung“ (Z. 415), weil sie mit der Schwangerschaft ihren Drogenkonsum beendete und keine Leere mehr verspürte; sich wieder „lebendig“ fühlte (Z. 413). Der Kindesvater ist zu diesem Zeitpunkt weiterhin heroinabhängig. Sie wird ein drittes Mal von diesem Partner schwanger und entscheidet sich wieder für einen Abbruch. Als Grund gibt sie an, dass sie erstmal eine Ausbildung machen müsse (Z. 66). Der Partner ist in Montenegro und darf nicht ausreisen. Nachdem er wieder in Deutschland ist, wird sie ein viertes Mal schwanger und ihr zweites „Wunschkind“ (Z. 72) kommt zur Welt. Sie beschreibt, dass der Kindesvater kriminell ist und sie fühlt sich von ihm alleine gelassen (Z. 73-77). Nach über zehn Jahren Beziehung trennt sie sich von ihm und fängt einen neuen Job an. Mit dem zweiten Partner ist sie sieben Jahre zusammen. Er lebt auch auf ihre Kosten und sie konnte sich wegen der selbst finanzierten neuen Ausbildung zur Pflegefachkraft diese Partnerschaft „nicht mehr leisten“ und trennt sich (Z. 91). Nach der abgeschlossenen Ausbildung lernt sie ihren dritten Partner kennen. Er ist finanziell eigenständig und sie wird ein fünftes Mal schwanger und sie bekommt ihr drittes „Wunschkind“ (Z. 100). Sie arbeitet in einer stellvertretenden Führungsposition. Es geht für sie zwar beruflich bergauf „harter Weg“ (Z. 102), aber in der Beziehung geht alles schief (Z. 104). Er geht fremd, weshalb sie sich bei der sechsten Schwangerschaft wieder für einen Abbruch entscheidet. Danach haben sie eine Paartherapie begonnen, aber sich mittlerweile getrennt. Heute ist sie selbst zweifache Oma und kann ihre Tochter nicht unterstützen, da sie Vollzeit arbeitet. Die Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Z. 559-565) teilen Mutter und Tochter (Z. 530). Diana Schmidt hatte sechs (un-)gewollte Schwangerschaften. Es kam zu Austragungen und Abbrüchen.

Johanna Horn (Fall P14), 53 Jahre, wird in den 1970er Jahren als zweites Kind in einer „gut bürgerlichen“ (Z. 32) Familie geboren. Die Ehe ihrer Eltern kriselt bereits und sie spürt als Kind die Aufgabe, für ein „glückliches Familienleben zu sorgen“ (Z. 42). Mit dem Beenden der Schule fällt für Johanna eine wichtige Konstante weg und sie leidet daraufhin an einer Depression und Magersucht (Z. 65 ff.). Sie bricht ihr begonnenes Studium ab, macht eine Therapie, jobbt als Ungelernte und beginnt mit Mitte 20 eine Ausbildung (Z. 70 ff.). Johanna Horn hat unterschiedliche Partnerschaften, aus denen insgesamt acht Kinder hervorgehen. Sie fühlte sich in ihrer zweiten Partnerschaft zunehmend unwohl. Sie bekommt wenig Unterstützung durch ihren Partner und fühlt sich einsam. Ihr Mann unterstützt sie nicht in der Kinderbetreuung und auch nicht emotional. Er setzt sie unter Druck, wenn sie keine Lust auf Sex hat, und ist genervt, wenn sie vor Verzweiflung weint (Z. 409 ff.). Johanna Horn vermutet eine narzisstische Persönlichkeitsstörung bei ihrem Partner (Z. 418 ff.) und beschreibt ihn als nicht fähig zu lieben und vermutet, dass er auch sie nie geliebt hat (Z. 432 f.). Innerhalb der Beziehung funktioniert Johanna Horn nur noch. Im Mittelpunkt steht für sie das Wohlergehen ihres Partners (450 f.). Sie fühlt sich traumatisiert durch die Partnerschaft (Z. 466 f.). Ihren Vorschlag einer gemeinsamen Paartherapie lehnt ihr Partner ab (Z. 479 ff.). Er provoziert sie häufig, ist manipulativ, belügt und ignoriert sie (Z. 652 ff.). Die vierte und letzte Partnerschaft

verläuft für sie ähnlich problematisch. Sie will sich von ihrem Partner trennen, doch dann hat ihr siebtes Kind einen schweren Autounfall, woraufhin es stark behindert ist und gepflegt werden muss. Johanna Horn hat die Hoffnung, dass sich die Beziehung bedingt durch den Unfall emotional verbessert (Z. 395 ff.). Das ist nicht der Fall und sie ist psychisch sehr stark belastet und leidet unter Selbstmordgedanken (Z. 467 ff.). Inzwischen sind sie und ihr Partner getrennt, leben aber in räumlicher Nähe, um sich gemeinsam um den behinderten Sohn zu kümmern (Z. 689 ff.). Johanna Horn hat insgesamt neun (un-)gewollte Schwangerschaften. Es kam zu Austragungen und Abbrüchen.

Alexandra Schröder (Fall P15), 28 Jahre, wird Anfang der 1990er Jahre in einer norddeutschen Großstadt geboren und wächst dort gemeinsam mit ihren Eltern und zwei Geschwistern auf. Ihre Kindheit ist „schwierig“ (Z. 34) und sie leidet unter psychischer Gewalt durch die Eltern. Auch in der Schule wird sie gemobbt und ist „zurückhaltend und nicht selbstbewusst“ (Z. 46 +26 ff.). Sie fehlt häufig in der Schule, weshalb sie bis heute keinen Schulabschluss hat (Z. 74 ff.). Schon in ihrer ersten Partnerschaft als junge Teenagerin ist Alexa Schröder Gewalt durch ihren Partner ausgesetzt. Er bedroht sie mit einem Messer, treibt „kranke Spielchen“ (Z. 398), spricht Morddrohungen aus (vgl. Z. 393 ff. und Z. 1873 ff.) und missbraucht sie sexuell (Z. 403). Was sie durch ihn erlebt hat, bezeichnet Alexa als eine der schlimmsten Sachen, die in ihrem Leben passiert sind (Z. 412 ff.), und noch heute hat sie Angst vor ihm. Auch durch ihre weiteren Partner erfährt sie kontinuierliche Belastungen statt Unterstützung, sie wird immer wieder betrogen und ihre Partner gehen sehr respektlos mit ihr um (Z. 379 ff., Z. 474 ff., Z. 511 ff.). Aufgrund mangelnder Einbettung in ein soziales Netzwerk investiert sie sehr viel in Beziehungen und sucht immer wieder viel Nähe bei ihren Partnern, die ihre Abhängigkeit und ihr Vertrauen missbrauchen (Z. 524 ff., Z. 586 ff.). Einer ihrer Partner macht hohe Schulden, für die Alexa Schröder mit haftet (Z. 595 ff.). Während ihrer ersten ausgetragenen Schwangerschaft geht ihr damaliger Partner heimlich eine Beziehung zu einer anderen Frau ein und plant deren gemeinsame Zukunft, ohne Alexa Schröder zu informieren (Z. 614 ff.). Auch der durch das Jugendamt organisierten Familienhilfe entzieht sich ihr Partner (Z. 839 ff.). Sie kann sich nicht auf ihren damaligen Partner verlassen, er ist immer wieder länger weg und in finanziell kritischen Situationen muss sie allein Lösungen finden (Z. 924 ff.). Einer ihrer anderen Partner schreit sie wiederholt /regelmäßig an und schubst sie (Z. 1856 ff.). Sie fühlt sich in ihren Partnerschaften emotional abhängig (1876 f.). Der Vater ihres ersten Kindes verhält sich aggressiv, auch dem Kind gegenüber und verweigert Unterhaltzahlungen (Z. 1884 ff.). Insgesamt hat Alexandra Schröder sieben ungewollte Schwangerschaften von unterschiedlichen Männern, von denen sie vier ausgetragen hat.

Laura Bock (Fall P16), 40 Jahre, wächst in einem kleinen Dorf in Brandenburg mit zwei älteren Geschwistern auf. Im Grundschulalter haben sich ihre Eltern getrennt, was für sie eine Erleichterung war, denn die Beziehung war sehr konflikthaft. Nach der Trennung lebt sie mit ihren Geschwistern bei der Mutter und der Vater stirbt Ende der 1990er Jahre bei einem Autounfall. Sie wird früh sehr selbstständig und beginnt nach dem Abitur eine Ausbildung in Norddeutschland. Danach zieht sie in eine Großstadt in Ostdeutschland, um in der Nähe ihrer Familie zu leben. Dort hat sie einige Schwierigkeiten, eine sehr konflikthafte Partnerschaft und einen Klinikaufenthalt nach einem Suizidversuch. Anfang der 2010er Jahre zieht sie zu ihrer Jugendliebe nach Süddeutschland. Sie bekommt eine Tochter, findet keinen Job und ist als Mutter und Hausfrau zuhause (Z. 531 ff.). Die Beziehung wird zunehmend durch Konflikte bestimmt und sie leidet unter psychischer Gewalt. Ein Jahr nach der Geburt ihrer Tochter wird Laura Bock erneut schwanger, diesmal ungewollt. Ihr Partner lehnt ein weiteres Kind kategorisch ab und lässt keinen Raum für gemeinsame Aushandlungen: „Du weißt schon, dass wir das Kind nicht bekommen.“ (Z. 326). Sie bricht die Schwangerschaft ab, trennt sich und zieht mit ihrer Tochter zurück in die Großstadt in Ostdeutschland. Laura Bock hat vier (un-)gewollte Schwangerschaften. Sie hat Austragungen und Abbrüche durchlebt.

Nicole Graf (P17 Fall), 28 Jahre, ist in kleinstädtischen Verhältnissen (Z. 25) mit Vater, Mutter und kleiner Schwester aufgewachsen und beschreibt ihre Kindheit als recht klassisch. Jedoch verweist sie auf starke Eheprobleme der Eltern (Z. 28) und reflektiert, dass aufgrund der Streitigkeiten, ständigen Trennungsversuchen der Eltern (Z. 33) und des Fremdgehens des Vaters eine angstvolle Atmosphäre entstand, die die Schwestern zusammenschweißte (Z. 371f). Ihre Mutter verfiel aufgrund der Situation in eine Depression (Z. 447f). Nicole Graf übernahm als große Schwester viele Aufgaben im Haushalt sowie Fürsorgepflichten für ihre Schwester (Z. 380/385). Die Umstände in ihrem Elternhaus als auch die Phase der Pubertät (Z. 446) führten zu eigenen schulischen Problemen. In der Folge musste sie vom Gymnasium auf die Realschule wechseln (Z. 36). Ihr soziales Umfeld veränderte sich und sie wurde Teil einer Clique, die stark Alkohol und Drogen konsumierte (Z. 641-647). Dort lernte sie ihren ersten Partner im Teenageralter kennen. Er wies bereits damals ein extremes Alkohol- und Drogenproblem auf (Z. 129) und war ihr gegenüber verbal sehr ausfallend (Z. 247). Nach eineinhalb Jahren Beziehung stellt sie ihre ungewollte Schwangerschaft fest. Ihr Freund unterstützte sie in der Zeit des Schwangerschaftsabbruchs nicht und verheimlichte die Situation gegenüber seinen Freunden. Nicole Graf machte sein Verhalten irgendwann gegenüber den Freunden öffentlich, woraufhin er so aufgebracht war, dass er mit einem Schlagring zu ihr nach Hause fuhr und damit drohte, ihr etwas anzutun (Z. 782-792). „Beim Abbruch selbst war mein Freund dabei und fand das alles irgendwie furchtbar witzig.“ (Z.89-90). Nicole Graf schildert retrospektiv, dass der Schwangerschaftsabbruch als auch die Rahmenbedingungen, in denen sie sich befunden hat, sie psychisch sehr stark belastet haben. Sie berichtet zudem: „Und immer im Rausch hat er mir das halt voll vorgeworfen. Du hast unser Kind umgebracht und es ist deine Schuld“ (Z. 130-131). Sie fürchtet sich, erneut schwanger zu werden (Z. 139f). Mit dem Schwangerschaftsabbruch scheinen die Suchtprobleme ihres Freundes massiver zu werden, was dazu führte, dass er ihr gegenüber nun auch körperlich aggressiv wurde (Z. 248). Die äußeren Umstände wie z.B. die Eheprobleme der Eltern, die problematische, gewaltgeprägte Beziehung zu ihrem Freund, als auch der Schwangerschaftsabbruch führten für sie in eine psychische Erkrankung (Depression) (Z. 135). Es folgten zwei Aufenthalte in der Psychiatrie, eine medikamentöse Therapie mit langfristiger psychotherapeutischer Behandlung. Nicole Graf hatte zwei ungewollte Schwangerschaften von der sie eine abbrach und eine austrug.

Sarah Noack (Fall P18), 35 Jahre, wächst in einer Patchworkfamilie auf. Ihre Eltern trennen sich als sie in der Grundschule ist. Nach der Trennung verhindert die Mutter den Kontakt zum Vater, damit beginnt für sie eine schwierige Zeit: „Ich bin schon immer ein Papa-Kind gewesen“ (Z. 24). Ihr Vater trinkt viel Alkohol und ist gegenüber der Mutter gewalttätig: „Aber wir haben es ja auch gesehen“ (Z. 494-495). Der Tod ihres Schulfreundes – den sie mit ansehen musste und für den sie verantwortlich gemacht wird – ist ein frühes einschneidendes Erlebnis. Sie hat kein gutes Verhältnis zur Mutter und bekommt nach diesem Erlebnis auch keine (professionelle) Hilfe, sondern macht ihr „eigenes Ding“ (Z. 51-52). Als Minderjährige zieht sie zu ihrem volljährigen Freund, die Mutter hat nichts dagegen, was sie heute komisch findet (Z. 68-70). Der Freund hat jedoch ein Alkoholproblem und schlägt sie. Von ihm wird sie schwanger und er verspricht mit den Gewalthandlungen aufzuhören, macht aber dennoch weiter. Sie kann sich nicht trennen, weil er ihr „gewisse Sachen“ (Z.81) gibt, die sie bisher nicht bekommen hat und sie sich ihm „hörig“ (Z. 79) fühlt. Er trennt sich im achten Schwangerschaftsmonat von ihr. Die Unterstützung, die sie sich damals gewünscht hat, bekam sie nicht (Z. 88-89). Partnergewalt in der Beziehung wird von ihr als logische Abfolge einer Spirale aus Alkohol – Aggressionen – Gewalt geschildert (Z. 70-74). Er wurde aufgrund ihrer sozialen Isolation und geschaffenen Abhängigkeitsverhältnissen zu ihre wichtigsten „Bezugsperson“ (Z. 397), weshalb eine Trennung trotz Gewalterfahrung für sie nicht in Frage kam und erst Jahre später vollzogen wird. In der darauffolgenden zehnjährigen Partnerschaft setzt sich die Gewaltspirale fort und es war auch hier sehr schwer für sie, sich zu trennen (Z. 182-184). Auch dieses Mal kann sie sich nicht erklären, warum sie sich nicht trennen konnte; sie hat nach Liebe gesucht und war doch nur seine „Marionette“ (Z. 472). Sie zieht zu ihrer Mutter, wird dort aber mit Baby vor die Tür gesetzt

und lebt von nun an in instabilen Wohnverhältnissen bei Freundinnen (Z. 97-99) oder beim Vater (Z. 111-117). Das Jugendamt übernimmt die Vormundschaft für das Baby (Z. 103-106). Sarah Noack hat fünf (un-)gewollte Schwangerschaften, die sie alle ausgetragen hatte.

Kurzportraits zu den Fällen von Frauen mit Migrationserfahrungen

Anthina Pietsch (Fall M1), 38 Jahre, ist in der ehemaligen Sowjetunion Mitte der 1980er Jahre geboren und wuchs bei ihrer Mutter auf. Ihr Vater wollte keine Kinder, während ihre Mutter einen starken Kinderwunsch hatte, zunächst aber Karriere machte und deswegen eher spät Mutter wurde (Mitte 30). Als ihr Vater sich ihr gegenüber verbal aggressiv verhält, kam es zur Trennung. Für ihre Mutter spielte Anthina Pietsch eine wichtige Rolle: „Letztendlich war ich ihr Lebensinhalt mehr oder weniger“ (Z. 35), weshalb sie „überbehütet“ (Z. 36) aufwächst. Im Grundschulalter migriert sie mit ihrer Mutter und engen Verwandten nach Deutschland, Sachsen. Dort besucht sie die Grundschule, später das Gymnasium und schließt Freundschaften. Als Teenagerin zieht sie mit ihrer Mutter nach Nordrhein-Westfalen, dort lebten bereits weitere Verwandte. Hier fällt ihr der soziale Anschluss zunächst schwer, später wird sie aber Teil einer großen Freundesgruppe, mit welcher sie bis heute eng befreundet ist. Nach dem Abitur hat sie den festen Plan, zur Bundeswehr zu gehen, dies scheitert jedoch an ihrer Sehkraft. Dadurch gerät sie in eine berufliche Findungsphase, sie bricht ein Sprachenstudium ab. In dieser Zeit lernt sie ihren Partner kennen. Nach kurzer Zeit erfährt sie, dass er bereits eine Beziehung führt, da sie emotional aber schon eine starke Bindung zu ihm hatte, brach sie die Beziehung nicht ab: „Aber das war gefühlsmäßig für mich schon zu spät irgendwie“ (Z. 83). Die Beziehung beschreibt sie als „eigentlich auch nicht wirklich, ja, normal“ (Z. 79). Beruflich kann sie sich weiterhin noch nicht festlegen, absolviert viele Praktika. Sie wurde ungewollt schwanger: „Also ich habe damit absolut nicht gerechnet. [...] Das war so ein Gefühl von wie in ein Loch fallen“ (Z. 104-107). Obwohl sie bisher immer total gegen Schwangerschaftsabbrüche war: „Ich habe vorher auch immer gesagt: ‚Boah, wenn ich mal schwanger werden würde [...] ich würde nie abtreiben. Ich war total dagegen. Man findet immer einen Weg, habe ich gedacht.‘“ (Z. 187-190), entscheidet sie sich für einen Abbruch. Nach dem Abbruch beginnt sie eine Ausbildung in einer Behörde. Dort ist sie bis heute. Ihr damaliger Partner und sie trennen sich, indem sie eine neue Beziehung eingeht. Mit dem darauffolgenden Partner bekommt sie ihr erstes Kind, was eine gewollte Schwangerschaft war. Dieser Freund ist aber „nicht wirklich für eine Familie gedacht“, die Beziehung endet. Kurz darauf lernt sie ihren jetzigen Mann kennen: „Ich bin irgendwie immer so ein Mensch gewesen - ich bin von einer Beziehung in die nächste gesprungen.“ (Z. 224-225). Dieser Mann ist ein „Familienmensch“ (Z. 228), mit ihm wird es, wie sie es sich „eigentlich immer gewünscht und vorgestellt“ hat (Z. 233). Sie leben im gemeinsamen Haus, bekommen ein gemeinsames Kind. Sie arbeitet weiterhin in der Behörde, halbtags, flexibel, kann sich so auch um die Kinder kümmern, verdient gut und ist zufrieden. Anthina Pietsch hat insgesamt sechs Schwangerschaften, die gewollt und ungewollt waren. Sie hat Schwangerschaften ausgetragen und abgebrochen.

Tatjana Baumann (Fall M2), 40 Jahre, aufgewachsen in einem sibirischen Dorf in Russland mit starker sozialer Eingebundenheit, was sie als „sehr gut vernetzt, ein sehr gutes soziales Miteinander“ beschreibt (Z. 32-33). Migriert nach Deutschland in den 1990er Jahren als Kind. Sie ist in Deutschland in einem Dorf in einer ländlichen Region an der holländischen Grenze aufgewachsen. Sie erlebt ihre Integration als positiv - im Gegensatz zu der Integration der Eltern und Geschwister, „deren Integration ist anders verlaufen als meine“ (Z. 47-48). Ihre Geschwister sind im ländlichen Umfeld geblieben, sie ist weggezogen. Ihre Mutter verstarb früh, als sie Teenager war, danach musste sie die Aufgaben der Mutter als „Ersatz der Ehefrau im Sinne von Haushalt führen und Kochen“ (Z. 59) übernehmen. Die Beziehung zum Vater war stark durch „Machtkämpfe“ (Z. 60) geprägt und sie musste dadurch früh selbst arbeiten und sich um ihre eigenen Belange kümmern. Ihren jetzigen Mann hat sie während ihrer Schulzeiten kennengelernt. Nach ihrem Studium ist sie wegen einem prestigereichen Job in eine Großstadt gezogen. Mit ihrer von

Erwerbsarbeit geprägten Lebenssituation war sie unzufrieden, weil sie darin eine Unvereinbarkeit von Beruf und Familie erlebte und sich entschied, zu kündigen: „Wenn du Karriere machst, machst du immer so keine Familie“ (Z. 96-97). Die ungewollte Schwangerschaft trat nach ihrer Kündigung auf der Radreise mit ihrem Mann ein. Sie hat ein ambivalentes Verhältnis zur Schwangerschaft bzw. Familiengründung: „Eigentlich wollte ich Familie, ich wollte nur nie darüber sprechen“ (Z. 124-125.). Eine Familiengründung bedeutet für sie eine „Fessel“ (Z. 127) und mit einem Kind verbindet sie, keine guten Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben. Sie thematisiert das unter den Aspekten der „Absicherung“ und „persönlichen Entwicklung“ (Z. 141-142). Vor allem die durch ihre Herkunft geprägten traditionellen Rollenmuster stehen im Vordergrund: „klassisch-konservativ, Einfamilienstrukturen“ (Z. 148-149). Ihre Geschwister haben die traditionellen Vorstellungen übernommen, die von ihnen vor allem der Vater erwartet hat: „Meine Schwester lebt diese Rolle, diese traditionelle Rolle“ (Z. 182). Tatjana Baumann distanziert und emanzipiert sich von diesen Rollenvorstellungen. Sie ist geprägt von dem Rollenbild ihrer eigenen Mutter, die sie als „Macherin“ (Z. 570) bezeichnet. Nach ihren Aussagen haben die Mütter in Russland Vollzeit gearbeitet und sich für die Kindererziehung engagiert. Sie sieht bei diesem Bild Parallelen zu Deutschland, bloß dass die „Degradierung“ versteckter ist. Tatjana Baumann problematisiert vor allem die fehlenden Karriere- und Berufsmöglichkeiten durch die Entscheidung für ein Kind. Neben ihrem Mann nimmt sie in ihrem Umfeld keine Akzeptanz bezüglich der Entscheidung wahr, dass sie Arbeiten geht und ihr Mann sich um die Kinder kümmert. Sie sagt, dass sie „oftmals Rabenmutter genannt“ (Z. 541) wurde. Tatjana Baumann hat vier (un-)gewollte Schwangerschaften und hat sich für Austragungen und Abbrüche entschieden.

Yaa Mensha (Fall M3), 44 Jahre, wurde in Westafrika als Tochter einer Zweitfrau geboren. Wegen der beruflichen Verpflichtung ihrer Mutter wuchs sie zunächst bei ihrer Oma auf (Z. 24). Mit fünf Jahren wurden sie und ihre (Adoptiv-)Schwester von ihrem Onkel mütterlicherseits und seiner deutschen Ehefrau adoptiert. Sie migrierte nach Deutschland. Aufgrund des konfliktbehafteten Verhältnisses zu ihren Adoptiveltern brach sie das Gymnasium nach dem Erwerb der mittleren Reife ab. Sie absolvierte eine Ausbildung im Gesundheitswesen und zog bereits vor der Volljährigkeit in eine eigene Wohnung (Z. 56 f.). Mitte der 2000er Jahre holte sie ihr Abitur nach (Z. 65), um Sozialwissenschaften zu studieren. Jedoch wurde sie kurz vor Umzug in die neue Hochschulstadt ungewollt schwanger. Sie sagt, mit der ersten ungewollten Schwangerschaft sei für sie „eine Welt zusammengebrochen.“ ist (Z. 310-312). Sie hatte sich zuvor von ihrem langjährigen Freund getrennt und keine Kenntnis davon, welcher Geschlechtspartner der Vater des Kindes war. Für den anstehenden Ortswechsel hatte sie einen sicheren Job. Sie brach die Schwangerschaft ab, weil sie als Alleinerziehende alles allein hätte regeln müssen, und nahm das Studium auf. Die zweite ungewollte Schwangerschaft ereignete sich in ihren späten 30ern, obwohl sie verschiedene Verhütungsmethoden gleichzeitig angewendet hatte (Z. 99 f.). Aufgrund ihrer nun stabilen Rahmenbedingungen entschied sie sich für das Austragen der Schwangerschaft. Yaa Mensha hatte zwei ungewollte Schwangerschaften von der sie eine austrug und eine abbrach.

Ada Petzold (Fall M4), 33 Jahre, ihre Eltern migrieren aus einem osteuropäischen Land nach Deutschland. Sie sind „damals vor dem Kommunismus geflohen“ (Z.19-20). Sie selbst wird in Deutschland geboren und wächst mit zwei Geschwistern auf (ältere Schwester, jüngerer Bruder). Die Kindheit ist geprägt von der schweren Depression ihrer Mutter, die sich später zu einer manischen Depression entwickelt: „Das war nicht so einfach. Da war ich so ein bisschen auf mich selber gestellt.“ (Z. 26-27). Als sie unter 10 Jahren alt ist, verweigert ihre Mutter auf Grund der Erkrankung Essen und Trinken: „Ich habe sie darum gebeten, dass sie endlich essen soll, weil sie sonst stirbt.“ (Z. 229). Der Vater kann die Kinder emotional nicht unterstützen: Er „war da einfach nicht da für mich [...] er kann das auch gar nicht, weil er das nie gelernt hat.“ (Z. 229-231). Nach der Hauptschule besucht sie auf Wunsch der Eltern die Wirtschaftsschule und macht anschließend eine Lehre im Bereich der Gastronomie. Ihre Mutter unterstützt sie bei der Suche nach einem

Ausbildungsplatz in der Gastronomie. Durch die Erkrankung der Mutter ist Ada als Kind mehr auf sich selbst gestellt bzw. muss ihre Mutter unterstützen. Sie war diejenige, die ihre „Mutter aufgefangen hat und nicht umgekehrt.“ (51-52). Mit dem Wegzug aus dem Elternhaus hat sie „einfach so ein bisschen Abstand gefunden zu allem“ (Z. 49-50) und konnte sich von den Eltern lösen. Anfang der 2010er Jahre lernt sie ihren jetzigen Mann kennen, der zehn Jahre älter ist als sie. Aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Gastronomie möchte sie eine weitere Lehre beginnen. Sie wird im ersten Jahr der Beziehung ungewollt schwanger und beginnt die Ausbildung nicht. Die Schwangerschaft wird wegen negativer Tests und fehlender ärztlicher Feststellung bis zur 16. Woche nicht erkannt. Zusammen mit ihrem Mann bekommt sie noch ein zweites, geplantes Kind. Um Beruf und Kinder vereinbaren zu können, erlernt sie einen pädagogischen Beruf. Die Ausbilderin imponiert ihr, sie empfindet die Weiterbildung als Lernen fürs Leben. Ihr Partner ist aus ihrer Sicht ein toller Vater für die Kinder: „Ich könnte mir für meine Kinder keinen besseren Papa wünschen.“ (Z.619), „weil er einfach alles tut für sie“ (Z.630). Als das erste Kind auf der Welt ist, führt die Reaktion der Schwiegermutter zu Konflikten (Z. 331-333). Von ihrem Partner fühlt sie sich in diesem Zusammenhang alleingelassen, der Konflikt wird auch zur Belastung ihrer Beziehung. Sie wird depressiv. Inzwischen hat sich die Situation etwas gebessert (Z. 358). Ihre Kinder empfindet sie als Unterstützung. Sie und ihre Schwester sind bei beiden Schwangerschaften ungeplant zeitgleich schwanger, was ihre Verbindung intensiviert hat (Z. 389-399). Trotzdem ist das Verhältnis zwischen ihnen eher angespannt. Ada Petzold hatte eine ungewollte Schwangerschaft, die sie abbrach und eine gewollte Schwangerschaft, die sie ausgetragen hat.

Defne Schneider (Fall M5), 41 Jahre, ist aufgewachsen als Tochter von Gastarbeitern, deren Ansichten sehr religiös-konservativ geprägt sind. Mit fast 20 Jahren sollte sie verheiratet werden. Sie empfand sich selbst als zwischen zwei Kulturen gefangen und entschied sich für einen Ausbruch aus der Kultur der Eltern (Z. 41-47). Dieser wurde von den Eltern nicht einfach akzeptiert, es kam zu einem Vorfall, welcher letztendlich dazu führte, dass ihr Vater polizeilich aus ihrer eigenen Wohnung weggewiesen werden musste (Z. 811-834). Sie berichtet von einem sehr cholerischen (Z. 858) und narzisstischen (Z. 861) Vater, wodurch der Familienalltag mit viel Angst und Stress besetzt war (Z. 863). Hinzukommt, dass ihre Eltern ihrer Integration in die deutsche Gesellschaft eher im Wege standen. Auch ihre Geschwister hatten von den Eltern die Anweisung, sich von ihr fernzuhalten (Z. 1041). Das Aufeinanderprallen kultureller Normen zieht sich durch ihr ganzes Leben. Ihren Unterhalt bestritt sie aus BAföG-Mitteln und Nebenjobs. Sie berichtete von einer Phase, in welcher sie ihre Pubertät nachholte. In dieser Zeit ereignete sich ihre erste ungewollte Schwangerschaft (Z. 62-67), bei der sie sich sehr schnell für einen Abbruch entschied. In ihrer „Ausbruchszeit“ fand sie aufgrund des Kontaktabbruchs zu Eltern und Geschwistern keine Unterstützung aus ihrer Familie. Ihren damaligen Partner bezog sie in die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nicht mit ein und erfuhr auch keine Hilfe von ihm (Z. 973-977). Sie hat sich zu dieser Zeit in einer Phase der Pubertät gesehen und sich demnach nicht reif oder alt genug für ein Kind und für eine Mutterschaft gefühlt (Z. 60ff). Hinzukamen die bevorstehenden Abiturprüfungen sowie das Wissen, dass sie sich mit ihrem Partner keine langfristige Beziehung vorstellen konnte (Z. 922). Zu guter Letzt hatte sie Angst vor der Reaktion ihrer Eltern, da diese wegen ihrer konservativen Position, Sex vor der Ehe missachteten (Z. 945f). Auch wird der medizinisch initiierte Abbruch der Schwangerschaft von Seiten der Eltern stark kritisiert. „Meine Eltern waren empört darüber, dass sowas überhaupt geht. Und für die ist es auch so, als hätte es sie [die Schwangerschaft] nie gegeben. [...] Und das macht das Ganze insgesamt nochmal schwieriger.“ (Z. 460-463). Defne Schneider hat insgesamt fünf Schwangerschaften, die gewollt und ungewollt waren. Sie hatte Schwangerschaftsabbrüche und -austragungen.

Elena Thieme (Fall M6), 41 Jahre, flieht mit ihren Eltern und ihren Geschwistern aus der ehemaligen UDSSR. Die Eltern halten aus Angst, dass die Kinder die geplante Flucht verraten, die Fluchtpläne geheim. Elena Thieme plagt Alpträume, dass sie zurück nach Russland müssen. Diese psychische

Unsicherheit begleitet sie, bis sie 20 Jahre alt ist. In ihrer Schulzeit ist sie in Deutschland aufgrund des Migrant*innenstatus und der ökonomischen Limitationen ihrer Eltern nicht akzeptiert. Die Schulzeit ist deshalb geprägt von Unsicherheit und Ausgrenzung: „Ich wurde zu einem großen Teil ausgeschlossen aufgrund der [...] Äußerlichkeit oder weil man eben nicht die gleichen Hobbys hat, weil die Eltern das nicht bezahlen können“ (Z. 84-86). Die Eltern müssen sich beide um die finanzielle Absicherung der Familie kümmern und haben deswegen nicht viel Zeit für ihre Kinder. Sie geben ihrer Tochter aber wesentliche Bewältigungsstrategien mit: „Das war immer so, dass sie gesagt haben, du stehst für dein Leben ein, du kannst was selber, auch für dich im Kleinen gestalten. Setz dich hin, mal ein Bild, was dir guttut oder geh in den Garten, pflanz mit der Oma irgendwie Pflanzen ein, die du wachsen siehst“ (Z. 343-346) und „zu wissen, dass da so diese Lebensüberzeugung im Hintergrund steht, das ist schon sehr viel Wert“ (Z. 350-351). Mit ihrem Studium beginnt für sie das freie und weltoffenere Leben. Die erste Schwangerschaft ist gewollt und geplant, die zweite Schwangerschaft ist ungewollt, wird von ihr aber ausgetragen. Die zweite (ungewollte) Schwangerschaft hat Elena „richtig aus dem Leben gerissen“ (Z. 182). Für sie ist es nicht mehr möglich mit zwei Kindern ihren bisherigen Job auszuführen. Ihr fehlen verständnisvolle Gesprächspartnerinnen - und partner, sie fühlt sich allein: „Ich war fix und fertig, ich habe nicht geschlafen.“ (Z. 188). Ein Schwangerschaftsabbruch ist für sie keine Option: „Es kam aber auch so vom Herzen her für mich nicht in Frage, es abzutreiben.“ (Z. 188-189). Der Zwiespalt aus Ablehnung der Schwangerschaft und gleichzeitig persönlich fehlender Option des Schwangerschaftsabbruchs beschreibt Elena als „Lebenskatastrophe in dem Moment“ (Z. 192). Sowohl die erste (gewollte), als auch die zweite (ungewollte) Schwangerschaft empfindet sie einschließlich der Geburten im Nachhinein aber als sehr positiv, indem sie sagt: „Seltsamerweise, ich war unglaublich gerne schwanger. Dieses Körpergefühl schwanger zu sein und dieses Kind da so in sich zu haben“ (Z. 451-452) und sie beschreibt die Geburt als „der stärkste Moment meiner Innerlichkeit.“ (Z. 465-466). In den ersten drei Jahren mit zwei Kindern lehnt sie ihre Kinder und ihre eigene Mutterrolle ab. Elena Thieme hat eine gewollte und eine ungewollte Schwangerschaft, die sie beide ausgetragen hat.

Milana Pisarenko (Fall M7), 36 Jahre, kommt aus einem Land in Osteuropa. Sie besuchte keinen Kindergarten, sondern ihre Mutter hat sie und ihre Geschwister in den ersten Lebensjahren in der Häuslichkeit betreut. Ihr Vater war Alleinverdiener und die Familie lebte in ärmlichen Verhältnissen. Sie ging in ihrem Dorf zur Schule. Ihr Abitur absolvierte sie in der Stadt, arbeitete nebenbei und studierte erfolgreich. Nach Deutschland kam sie ursprünglich, um ihr Deutsch zu verbessern. Sie hatte nicht vor, hier wohnen zu bleiben. Jedoch lernte sie in Deutschland ihren Ehemann kennen und entschied sich schlussendlich für die Migration. Aufgrund des traditionellen Rollenbildes, was in Osteuropa vermittelt wird, konstruiert sie ein spezifisches Mutterbild mit einer konservativen Rollenverteilung, was sie internalisiert hat. Der Haushalt und die liebevolle Kinderbetreuung sind für sie die primären Aufgaben der Frau. Sie hatte zwei Schwangerschaften. Die erste gewollt mit Anfang 30 und die zweite ungeplant mit Mitte 30. Die zweite Schwangerschaft war zu dem Zeitpunkt, in dem sie eingetreten ist, noch nicht angedacht und ist folglich als ungeplant anzusehen. Sie zeigt auf, dass sie und ihr Ehemann durchaus ein zweites Kind haben wollten, nur dass es zeitlich später gewünscht gewesen wäre, da in dieser Zeit ihr erstes Kind noch sehr fordernd war (Z. 45 f.). Ihr Mann war aber zu diesem Zeitpunkt einem zweiten Kind nicht abgeneigt. Das erste Kind freute sich auf ein Geschwisterchen (Z. 111f). Für sie kam ein Abbruch nicht infrage, da sie ein zweites Kind wollte (Z. 114) und sie finanziell sehr gut abgesichert waren (Z. 115). Milana Pisarenko hatte eine gewollte und eine ungewollte Schwangerschaft. Beide Schwangerschaften wurden ausgetragen.

Wanda Piotrowska (Fall M8), 43 Jahre, ist Ende der 1970er Jahre in Osteuropa geboren. Die Migrationserfahrung ist u.a. von der langen Wartezeit auf einen gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland geprägt. Die Eltern dürfen in dieser Zeit nicht arbeiten, die Familie muss Arbeitslosengeld beziehen. Wanda empfand es als „schwierige Zeit, weil eben der Druck sehr groß war auf meine Eltern“ Z. 61-62). Sie hat trotz der widrigen Umstände nicht das Gefühl, dass ihr

etwas fehlt, „weil eben der Input da war von den Eltern und auch Freunde da waren, auch Unterstützung da war“ (Z. 68-69). Die gesamte Familie integriert sich schnell: „[Die Eltern] haben uns auch dann eben vermittelt, dass wir überall zu Hause sein können“ (Z. 70-71). Ihre eigene Migrationserfahrung prägt sie in Bezug auf eine Orientierung am Umfeld und sie sagt dazu: „Dass sich das durch die Migrations-, diese Tatsache halt, eben in der Fremde zu sein und sich anpassen zu müssen und nicht negativ auffallen zu wollen und so“ (Z. 328-330). Sie vermutet, auch deswegen könnte es ihr schwergefallen sein, ihren Austragungswunsch formulieren zu können. Ihr Mann hat ebenfalls Migrationserfahrung. Er kam aus Asien für das Studium nach Deutschland. Wanda fühlt sich deutlicher in die deutsche Gesellschaft integriert als ihr Mann (Z. 220-221). Als sie das zweite Mal - diesmal ungewollt - schwanger wird, befindet sie sich durch die Doppelbelastung von Kinderbetreuung und beruflicher Verpflichtungen in einer sehr stressigen Lebensphase: „Ich habe das gar nicht so richtig für möglich gehalten, weil ich so gestresst war“ (Z. 108-109) und ich „dachte, dass ich nicht so in der körperlichen Verfassung bin, wo ich schwanger werden kann“ (Z. 111-112). Durch die berufliche Belastungssituation der beiden Eltern kann sich ihr Ehemann kein zweites Kind in dieser Situation vorstellen: „Dann hat er relativ ablehnend reagiert und hat gesagt, er kann sich das überhaupt nicht vorstellen, dass wir das stemmen, also auch gerade irgendwie in der Beziehung.“ (Z. 122-124). Der Partner schlägt einen Schwangerschaftsabbruch vor. Das Beratungsgespräch in der Schwangerschaftskonfliktberatung führt jedoch dazu, dass Wanda ihren Austragungswunsch klarer formulieren kann und keinen Schwangerschaftsabbruch vornimmt. Wanda Piotrowska hatte zwei ungewollte Schwangerschaften. Beide Schwangerschaften wurden ausgetragen.

Valea Serban (Fall M11), 43 Jahre, ist in Rumänien geboren und aufgewachsen. Sie gibt an, dass sie von der politischen Situation der kommunistischen Diktatur geprägt ist. Die Großeltern sind ihre „ersten Bezugspersonen“ (Z. 28). Ihre Mutter kommt sie und Schwester regelmäßig besuchen, der Vater wird als nicht präsent beschrieben. Ihre Kindheit bezeichnet sie generell als schwer, weil sie von ihren Eltern keine „Empathie“ (Z. 33) erfahren hat. Die Lebensverhältnisse in Rumänien beschreibt sie als arm, weil kein Geld für Spielzeug vorhanden war. Über ihren Vater erzählt sie, dass er in belastenden Verhältnissen in einer Adoptivfamilie aufgewachsen ist, weshalb er bleibende psychische Probleme hat. Das Thema wird innerhalb der Familie tabuisiert, es besteht keine Möglichkeit für ihn, die Belastungen zu verarbeiten, weil in der rumänischen Diktatur psychische Probleme als „Hexenwerk“ bezeichnet und damit die Schuldfrage individualisiert wird. Die psychischen Probleme des Vaters führen zu seinem Alkoholismus. Er übt auf die Familienmitglieder psychische und seltener auch physische Gewalt aus. Ihre Mutter war mehrfach schwanger und musste selbstständig Abtreibungen durchführen, die Valea Serban direkt beobachtete: „Sie hat immer wieder abgetrieben alleine zu Hause. Und sie lag da in einer Blutlache“ (Z. 97-97). In der Diktatur gab es keine Möglichkeiten, sich Hilfe zu holen oder die psychische Belastung zu bearbeiten, außer in der konservativen Kirche. Mangelhafte bzw. fehlende sexuelle Aufklärung und extreme Belastungen für viele minderjährige Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind, belasten auch sie selbst und verfolgen sie bis heute. Ihre erste ungewollte Schwangerschaft hatte sie im Teenageralter in Rumänien. Sie hat zu diesem Zeitpunkt viel Verantwortung für die kleine Schwester übernommen und wollte erst ihrem Bildungsweg nachgehen, weshalb sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet. Am Rande erwähnt sie: „Gut, der Partner an meiner Seite war auch gewalttätig“ (Z. 152). Nach der Migration über Spanien, lernt sie einen neuen Partner in Deutschland kennen. Sie wird ungewollt schwanger, bricht die Schwangerschaft aus medizinischen Gründen ab (Trisomie-21). Die dritte Schwangerschaft ist ebenfalls ungewollt und sie hadert sehr mit der Entscheidungsfindung, da ihr Partner chronisch krank ist. Sie entscheidet sich für das Austragen der Schwangerschaft. Das Kind ist gesund und hochbegabt, was für sie sehr anstrengend ist. Die Versorgungslage in Deutschland bezeichnet sie im Vergleich zu Rumänien als gut. Wobei sie sehr auf den Trisomie-21-Test drängen musste.

Belastend sind für sie retrospektiv die Erfahrungen aus Rumänien bzgl. der schwierigen Versorgungslage und Möglichkeiten, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu können (vgl. Situation Mutter). Valea Serban hatte drei ungewollte Schwangerschaften, von denen sie zwei Schwangerschaften abgebrochen und eine ausgetragen hat.

Irina Popow (Fall M13), 43 Jahre, wächst bis zu ihrem 14. Lebensjahre in der ehemaligen Sowjetunion in einer russischen Kleinstadt auf. Ihre Eltern sind ausgebildet als Ärztin und Arzt. Ihr Aufwachsen beschreibt sie als „sehr ärmlich“ (Z.40) aber schön, mit einem starken sozialen Netzwerk. Ihr Beruf erleichtert den Eltern das Einfinden in Deutschland. Irina absolviert das Abitur und studiert Pharmazie. Zu Beginn des Studiums wird sie das erste Mal ungewollt schwanger. Sie sagt, sie war „total entsetzt. Aber mein Mann hat sich so darauf gefreut [...] und ich natürlich auch“ (Z. 86-87). Sie trägt die Schwangerschaft aus. Nach ihrem Studium wird sie ein zweites Mal schwanger. Sie beschließt später, sich beruflich umzuorientieren, und beginnt ein Medizinstudium, das sie aktuell noch absolviert. Mit Anfang 40 wird sie das dritte Mal ungewollt schwanger. Irina Popow bemerkt schnell diese Schwangerschaft, da ihre Menstruation ausbleibt. Sie ist sehr überrascht von der Schwangerschaft, da sie verhütet hat. Sie bespricht sich mit ihrem Ehemann, der sowohl eine Entscheidung für das Austragen als auch für einen Abbruch mittragen würde. Irina Popow entscheidet sich für einen Abbruch der Schwangerschaft und begründet den Abbruch damit: „Ich fühlte mich einfach, ehrlich gesagt, zu alt jetzt für ein Kind“ (Z. 245). „Es ist auch eine egoistische Entscheidung. Aber ich möchte auch ein bisschen dann für mich [...] was leben.“ (Z. 254-256). Die Entscheidung fühlt sich gut für sie an: „Als ich mich doch dagegen entschieden habe, war es ein sehr gutes Gefühl, ehrlich gesagt.“ (Z. 155-156). Irina Popow hatte (un-)gewollte Schwangerschaften. Sie hatte Schwangerschaftsabbrüche und -austragungen.

7.1.2.3.2 Informationsgewinnung (Forschungsfrage 2)

Die Institutionen, von denen sich ungewollt Schwangere Informationen erhoffen, gleichen sich bei den beiden vulnerablen Gruppen. Gynäkologinnen und Gynäkologen werden in den Erzählungen besonders häufig als erhoffte Zugangsmöglichkeit zu Informationen genannt. Dort erwarten viele der ungewollt Schwangeren Informationen zu medizinischen, organisatorischen und rechtlichen Fragen zu erhalten. Die gynäkologische Praxis stellt in den meisten Fällen die erste institutionelle Anlaufstelle im Versorgungssystem für die ungewollt Schwangeren dar (vgl. M3(28), M5(5), M13(29,31), M14(25), M15(49,57), M16(59,63), M17(3), M18(5), P4(65), P12(59), P20(7), P24(17, 23), P25(39)). Ebenfalls häufig wurde die Schwangerschaftskonfliktberatung als Informationsquelle erwähnt (vgl. M13(29), M15(49), M17(3), M19(99,101), MP1(4), PM1(49), P4(65), P8(9), P9(5), P10(15), P14(3), P16(11), P17(3), P19(35), P20(7), P24(3), P25(39)). Das Internet wird gleichfalls häufig für Informationen zu Rate gezogen. Die Recherche im Internet dient dabei sowohl als Ergänzung zu institutionellen Informationsquellen, als auch als Ersatz, wenn das Beratungs- und Versorgungssystem keine ausreichenden Informationen bereitstellt (vgl. M13(29,39), M14(5,43), M15(49), M16(59,63), M19(99), P8(33), P12(59), P15(54), P20(7), P21(14), P24(3,17)). Einzelnennungen waren außerdem die Schuldnerberatung, das Jobcenter, Sozialkontakte sowie eine Smartphone-App zur Begleitung der Nachsorge nach einem Abbruch. Die Suche nach Informationen wurde vor allem von Frauen mit einem Abbruchwunsch als besonders relevant bewertet (vgl. M3(28), M5(5), M13(29), M14(5,25), M15(49,57), M16(59,63), M17(3), M18(5), M19(97), P4(65), P12(59), P16(11), P20(7), P24(3), P25(39)), denn sie sind wegen der rechtlichen Situation und der Beratungspflicht nach §218a StGB bei einem Abbruch ohne medizinische Indikation zu dem Kontakt mit institutionellen Stellen verpflichtet und folglich auf das Beratungs- und Versorgungssystem angewiesen.

Während sich einige Frauen gut im Versorgungssystem orientieren können und bedarfsgerechte Begleitung durch Fachpersonal erfahren (vgl. M9(76,80), M15(45,57), M18(5), P4(65), P10(15), P14(3), P16(11), P25(39)), gibt es Schwierigkeiten, wenn die Schwangeren durch

Beratungsgespräche nicht ausreichend über das Verfahren um einen Abbruch aufgeklärt werden und Fragen unbeantwortet bleiben (vgl. M5(5), M13(29,31) M17(13), M19(101,155), MP1(4), PM1(49,51), P8(9), P9(5), P10(15), P12(59), P18(21), P21(14)). Eingeschränkte Zugänge zum Versorgungssystem stellen in einzelnen Fällen ebenfalls eine Informationsbeschaffungshürde dar (vgl. P24(3,27)). So ist ein Arzt „etwas weiter weg, also eine Stunde Fahrt von hier, weil hier im Umkreis das tatsächlich keiner gemacht hat und das war auch der nächste, der dran war.“ (Michelle Müller, P24(3))

Typisierung Prozess der Informationsgewinnung

Auf Grundlage der geführten Interviews konnten auf sinngenetischer Ebene idealtypisch drei Erfahrungstypen herausgearbeitet und abstrahiert werden, die das Erleben der ungewollt Schwangeren bei dem Versuch Informationen zu erlangen beschreiben: 1) Bedürfnisorientierte Beratung als supportive Informationsquelle, 2) Informationsgewinnung auf Basis von Eigeninitiative und 3) Beratungs- und Versorgungssystem als defizitäre Informationsquelle.

Bedürfnisorientierte Beratung als supportive Informationsquelle

(P4, P25, P10, P14, P16, M9 M15 M18)

Der erste Typ zeichnet sich durch Beratungs- und Versorgungskontexte aus, die den Schwangeren ihren Bedürfnissen entsprechend vollumfängliche Informationen zu ihren Möglichkeiten, Rechten und Verpflichtungen liefern. Diese Personen berichten von als unterstützend und stärkend empfundenen Erfahrungen. Wichtig scheint für diesen Erfahrungstyp ein initiiertes Beratungsgespräch, was positiv und wertschätzend evaluiert wird. In diesen Beratungssetting konnten sie private und intime Informationen zur ungewollten Schwangerschaft teilen und bedürfnisorientierte Informationen zurückerhalten, die ihnen den weiteren Weg durch das Beratungs- und Versorgungssystem erleichtern (vgl. M9(76,80), M15(45,57), M18(5), P4(65), P10(15), P14(3), P16(11), P25(39)): „[D]ann konnte ich auch eine Frauenärztin sehen und die war Gott sei Dank sehr zugewandt und sehr empathisch und sehr respektvoll. [...] Und sie hat mir dann auch geholfen und hat mich vermittelt, beziehungsweise mir die Flyer gegeben und erklärt, wie die Vorgänge [bei einem Abbruch] sind“ (Sofia Wyss M18(5)).

In der komparativen Analyse der Fälle zeigt sich, dass die Bedürfnisse nach der Gestaltung der Beratungsgespräche stark divergieren: Während es Schwangere gibt, die umfangreiche emotionale Gespräche entlastend empfinden (Vgl. M9(76,80), M15(45,57), M18(5), P4(65), P10(15), P14(3), P16(11), P25(39)), wünschen sich andere Schwangere eine möglichst sachliche und pragmatische Information, ohne die emotionale Ebene anzusprechen (vgl. P4(65), P8(11), P25(39)).

Im empirischen Material zeigt sich, dass der Prozess der Informationsgewinnung für betroffene Frauen von antizipierter Stigmatisierung prädisponiert ist. Immer wieder wird von Sorge vor Verurteilung, Stigmatisierung und Rechtfertigungsdruck im Beratungs- und Versorgungssystem berichtet, was den Informationsgewinn und das Vertrauen in Beratungs- und Versorgungsinstanzen im Vorfeld einer Beratung unterminiert. Anhand der Typenbildung zum Beratungs- und Versorgungssystem (Forschungsfrage 3) konnte diskursanalytisch aufgezeigt werden, dass die antizipierte Stigmatisierung im Beratungsgespräch reflexiv positiv gewendet werden konnte, sodass ein guter und bedürfnisorientierter Zugang zu Informationen vorlag. Das heißt, dass zwar negativ antizipierte Erwartungen bestanden, diese sich aber im Verlauf der Beratung nicht bestätigten, sodass die Beratungen den Bedürfnissen der Schwangeren entsprachen (vgl. M14(35,39), M18(5), M19(155,163), MP1(18), P4 (65), P14(3), P16(11), P21(14), P25(39)).

Empathie und Parteilichkeit für die ungewollt Schwangere stärkt das Gefühl der Unterstützung. Besonders im Kontext von Partnergewalt ist dies von besonderer Bedeutung für die Frauen, da der Partner der Frau i.d.R. Schuld für seine Gewalttätigkeit gibt, d.h. Parteilichkeit kann zu ihrer Entlastung führen. Die Bestärkung der Frauen in ihrer Entscheidungsmacht über ihren Körper kann

hier besonders wichtig sein für eine selbstbestimmte und freie Entscheidung über den Verlauf der ungewollten Schwangerschaft. Für ungewollt Schwangere, die Partnergewalt erleiden, gilt hier außerdem: Besonders in Beratungs- und Informationsgesprächen, in denen der gewaltausübende Partner anwesend ist, ist eine klar kommunizierte Parteilichkeit für die Selbstbestimmung und die reproduktiven Rechte der Frau von großer Bedeutung (Vgl. P4(65), P9(5), P10(15)).

Informationsgewinnung auf Basis von Eigeninitiative

(P4, P17, P20, P21, P24, M11, M13, M14, M16, M17, M19, MP1, PM1)

Besonders häufig beschreiben Frauen einen hochschwelligen Zugang zu Informationen, dem mit hohem Maß an Eigeninitiative begegnet werden muss. Die in Anspruch genommenen Gespräche im Beratungs- und Versorgungssystem können statt unterstützenden, aber auch belastenden Charakter annehmen. Belastungen zeigen sich insbesondere dann, wenn in Beratungsgesprächen nicht alle Informationen übermittelt werden, die die Frauen benötigen. Offensichtlich wird in diesen Fällen keine Gesprächsatmosphäre erreicht, in der die Schwangeren die Möglichkeit haben, sich umfassend zu informieren und alle aufkommenden Fragen zu stellen. Ungewollt Schwangere sind dann darauf angewiesen eigeninitiativ Informationen zu recherchieren (vgl. M13(29,31), M17(13), M19(101,155), MP1(4), PM1(49,51), P8(47), P10(15), P12(59), P18(21), P24(17)).

Bei einem Informationsdefizit wird meist reflexhaft auf das Internet zurückgegriffen, um sich möglichst vollständig zu der Thematik zu informieren (vgl. M13(29,37), M14(5), M19(99), P8(33), P12(59), P15(54), P21(14), P24(17)). Dieser zusätzliche Aufwand kann erkenntnisbringend sein, birgt jedoch die Gefahr, auf unseriöse und widersprüchliche Informationen und Quellen zu stoßen, die die Frauen weiter verunsichern können:

„Aber auf der einen Seite, das kostet 600 bis 1000 Euro, auf der nächsten Seite steht, das kostet 400 bis 800 Euro, auf der nächsten Seite steht 800 bis 900 Euro. Also das war-, es waren tausend Sachen und der eine sagt dies und der andere sagt jenes [...] und ja, bin dann halt irgendwie auf Youtube gelandet und habe halt als erstes, das weiß ich noch, ein total dummes Video gefunden“ (Michelle Müller P24(17)).

Zu Verunsicherung kommt es insbesondere dann, wenn Informationen aus dem Internet nicht denen der gynäkologischen Beratung entsprechen oder Ängste und Sorgen verstärken (vgl. M14(5), M16(63), P24(17)).

„Also bei der Behandlung [der Nachsorge nach einem Abbruch] hat die Frauenärztin zu mir gesagt, dass man da schon noch Schleimhautreste sieht und dass irgendwie nicht alles abgestoßen ist. Das hat mir dann erstmal richtig Panik bereitet, weil ich im Internet auch gelesen habe, dass medikamentöse Abbrüche manchmal nicht vollständig funktionieren. Weswegen man dann erst recht einen chirurgischen Eingriff machen muss. Und dann dachte ich mir schon so: „Oh Gott, hat jetzt wahrscheinlich nicht funktioniert“ (Klara Huber M16(63)).

Belastend bei der Internetsuche empfand eine Person, dass dort überwiegend Informationen zu gewollten Schwangerschaften sowie zum normalbiografischen Schwangerschaftsverlauf angezeigt werden (M16 (63)). Zum Teil ist die Suche im Internet ein alternativloser Weg, um Informationsdefizite zu kompensieren (vgl. M13(29,37), M14(5), M19(99), P8(33), P12(59), P21(14), P24(17)). Neben der institutionellen Beratung nutzen Frauen die Informationssuche im Internet als eine Art inkorporierte, mediale routinisierte Praxis (vgl. M15(49), M16(59,63), M19(97,99), P15(54), P20(7)). Das bedeutet, dass viele alltägliche Informationsbedarfe der Frauen durch Informationen aus dem Internet gedeckt werden. Dieses Handlungsmuster wird implizit und nicht reflexiv als Routine auf das Problem der ungewollten Schwangerschaft als gravierendes Lebensereignis übertragen, was aus o.g. Gründen als risikoreich einzuschätzen ist, da die Informationsgehalte kaum auf ihre Validität hin zu überprüfen sind.

Anekdoten zum Thema Schwangerschaftsabbruch wirken sich ebenfalls belastend aus, da sie meist auf Einzelfällen basieren und ggf. medizinisch fehlinformieren: „Und ich glaube dadurch, dass auch so wenig über Abtreibung gesprochen wird, hat man auch noch so ein ganz falsches Bild. Und ich dachte: Okay, wenn ich eine Ausschabung mache, dann werde ich nie wieder Kinder haben können“ (Nadja Iwanowa M17(3)). Eine zusätzliche Herausforderung ist die Unklarheit über wesentliche Anlaufstellen im Prozess eines Schwangerschaftsabbruchs (vgl. M3(28), M14(5), M17(3), P12(59)).

Sprachbarrieren durch fehlende Übersetzungsangebote als ein weiteres Hindernis im Informationserhalt erlebte eine Frau: „Es war nicht so alles klar und durch diese sprachliche Barriere konnte vieles nicht abschließend in der Kommunikation geklärt werden. Oder Fragen, die sie (die Schwangere) gestellt hat, konnten wegen der sprachlichen Barriere nicht abschließend kommuniziert oder geklärt werden. [...] Ich fühlte mich schon bisschen lost oder verloren durch die sprachliche Barriere“ (Magalie Morel, PM1(49)).

In diesem Erfahrungstyp wird die Informationsrecherche neben der potenziell belastenden Situation der ungewollten Schwangerschaft zu einer zusätzlichen kräftezehrenden Herausforderung im Beratungs- und Versorgungssystem. Zur Kompensation müssen ungewollt Schwangere daher auf eigene Ressourcen zurückgreifen und Informationsfragmente an unterschiedlichsten Anlaufstellen zusammensuchen, um subjektiv umfassend informiert zu sein. Frauen, denen es an entsprechenden Ressourcen mangelt, werden so strukturell benachteiligt, was zu einer Fremdmarginalisierung der Lebenslagen von ungewollt schwangeren Frauen beiträgt.

Beratungs- und Versorgungssystem als defizitäre Informationsquelle (P8, P9, P10, P12, P18, P21, M5)

Bei diesem Erfahrungstyp erreichen Beratungsgespräche nicht das Ziel, ungewollt Schwangere bedürfnisorientiert mit Informationen zu versorgen. Sie werden orientierungslos und verunsichert zurückgelassen. Die Bedürfnisse der Schwangeren finden keinerlei Beachtung, es gibt große Informationslücken und die gegebenen Informationen stehen ihren (geäußerten) Bedürfnissen konträr gegenüber. Antizipierte negative Erwartungen der Frauen gegenüber dem Versorgungssystem können nicht aufgelöst werden. Diese problematischen Voraussetzungen führen zu Beratungsgesprächen, die unter Anspannung und Druck geführt werden. Frauen können oder wollen sich nicht öffnen. Scham, fehlende Ressourcen und Mehrfachbelastungen der Frauen sind hier einflussreiche Faktoren, wie auch antizipierte Stigmatisierungen und Diskriminierungserfahrungen im Beratungs- und Versorgungssystem. Die Erfahrungen dieses Typs spiegeln vor allem Erlebnisse von Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind, wider.

Eine ungewollte Schwangerschaft ist eine Lebenssituation, die mit einer starken emotionalen Auseinandersetzung sowie mit einem hohen organisatorischen Aufwand einhergeht. Fristen müssen eingehalten und Voraussetzung erfüllt werden. Gynäkologinnen und Gynäkologen und Beraterinnen und Berater werden als die relevanten Fachpersonen und Wissensträgerinnen und -träger in dem Kontext eingeordnet – bleibt informative Unterstützung von ihnen aus, kann das zu starker Orientierungslosigkeit und Überforderung führen (vgl. M5(5), P9(5), P12(59), P18(21)).

„Und ich muss sagen, das fand ich echt doof, oder ich habe mich dann so hilflos gefühlt. Man ist aufgeschmissen, man steht da, hm, ja, was mache ich denn jetzt? Gehe ich nach rechts, gehe ich nach links, rufe ich da richtig an oder was sagt man da irgendwie. Das ist auch so dieses, okay, was heißt wie stelle ich mich vor oder wie erkläre ich das jetzt, was sage ich da am besten? Man ist ja trotz dessen irgendwie beschämt, sage ich mal, dass man jetzt diesen Gedanken hat oder mit dem Gedanken spielt, eventuell, aus-, ja, ich sage jetzt mal so allgemein, aus welchen Gründen auch immer, das Kind nicht behalten zu wollen. Man hat ja immer seine irgendwelche Gründe. Und ich meine, so sehe ich das, es muss jedem freigestellt sein und man sollte sich in dem Moment nicht so schlecht fühlen, nicht alleingelassen. Man fühlt sich so oder so schon irgendwie alleine und der Arzt,

der dann eigentlich dir dann helfen sollte so, ja, weiß ich nicht, ruf mal, guck mal selber. Danke.“ (Annika Braun, P12(59))

Gespräche werden von den Frauen als negativ erlebt, wenn Informationen geteilt werden, die explizit nicht gewünscht wurden. Die Bedürfnisse der Frauen werden ignoriert und sie werden bevormundet (s. Typenbildung Forschungsfrage 3, Typ1: fremdbestimmter Typ). Sie erhalten keine für sie relevanten Informationen und erfahren das Gefühl, nicht beachtet und ernstgenommen zu werden. Neben der bereits emotional belastenden Situation der ungewollten Schwangerschaft bedarf diese Missachtung einer weiter belastenden emotionalen Auseinandersetzung und Aufarbeitung und weiteren Suche nach Informationen an anderer Stelle:

„Ich habe gleich von Anfang gesagt, ich brauche keine Schwangerschaftsabbruchsberatung, sondern eine Schwangerschaftsberatung. Ich möchte das Kind bekommen. Und diese ganze halbe Stunde oder so, oder Stunde, die ich da dringesessen bin, hat die immer wieder von der Abtreibung angefangen zu sprechen, immer wieder. Immer wieder. Und irgendwann ist dann meine Mutter mal, ist so dazwischen gegangen. Und meint, hören sie eigentlich nicht zu. Die will nicht abtreiben. Und dann haben wir das Ganze abgebrochen, sind gegangen.“ (Vanessa König, P10(15)).

Mehrfachbelastungen wie prekäre Lebensverhältnisse bei ungewollt Schwangeren, die von Partnergewalt betroffen sind und deren gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen für sie selbst und involvierte Kinder können verstärkend negativ wirken, wenn die Frauen wenig Ressourcen haben, um die mangelhafte Unterstützung durch das Beratungs- und Versorgungssystem zu kompensieren. Ein verpflichtendes Beratungsgespräch kann ein enormer zusätzlicher Stressor sein.

In ihrer Abbruchsentscheidung sichere Frauen benötigen meist keine Informationen. Rechtliche Vorgaben werden als Fremdrahmung beschrieben, da sie kein Erkenntnisgewinn für die Frauen generieren (Vgl. P8(11), P9(5), P21(14)):

„Und ich war bei [...] (einer Beratungsstelle), habe halt die Sache offengelegt. Ich fand den Termin ziemlich ätzend ehrlich gesagt, weil, also das ist für mich jetzt mit Ihnen eine andere Situation, das so zu bereden. Aber für mich war es ja sowieso schon eine blöde Situation. In der Situation überhaupt einen Termin zu finden mit meinen drei Kindern, [...]. Dann, dass das überhaupt passiert ist. [...] Ich habe halt nur gedacht. Warum muss ich so einen Termin wahrnehmen? Für mich war das nicht toll.“ (Ronja Petersen, P9(5)).

Das institutionelle Beratungs- und Versorgungssystem wird von diesem Erfahrungstyp häufig mit einem impliziten Erklärungs- und Rechtfertigungsdruck assoziiert. Es stellt zudem nicht die Informationen bereit, welche den Bedarfen der Frauen entsprechen. Auf der Suche nach neuen Wegen, rücken web-basierte Angebote in den Fokus der Informationssuche, die als niedrigschwellig evaluiert werden (P21(6)). Aus Sicht der Frauen mindert dieses Angebot die Dependenz gegenüber dem institutionalisierten Beratungs- und Versorgungssystem und führt zu mehr Autonomie der Schwangeren. Mittels dieser Web-Programme wird die Möglichkeit eröffnet, sich durch eine Onlineberatung die notwendigen Medikamente für einen Abbruch per Post zuschicken zu lassen.

Es gibt Akteurinnen und Akteure im Versorgungssystem, deren Verhaltensweisen als informationsverweigernd und diskriminierend konstruiert werden. Diese haben erheblichen Einfluss auf die medizinische Versorgung, die psychosoziale Gesundheit und Sicherheit der ungewollt Schwangeren (mit Migrationserfahrung), wie die Erzählung einer Frau exemplifizierend zeigt:

„Also, ich musste zur Schwangerschaftskonfliktberatung, ich bin dann zur Klinik gefahren. Und der Arzt meinte halt so, ja, er könnte ja verstehen, [...] wenn man aus meinem Kulturkreis kommen würde, dass man dann das Kind nicht haben will. [...] ich fand das so ein bisschen rassistisch, wenn ich das

jetzt mal so rückblickend sagen darf, aber ich habe da nichts gesagt. Ich habe einfach gesagt, ich will das jetzt ganz irgendwie hinter mich bringen. Und ich bin aber danach auch komplett alleine gelassen worden mit allem. Ich wusste nicht, was auf mich zukommt, ich wusste nicht, was passiert, was passiert auch mit dem Körper. Ich meine so, ich war da komplett auf mich allein gestellt. Es hat auch keiner gefragt, ob alles gut gegangen ist oder nicht, wie es mir geht. Ich weiß noch, als ich dann zu Hause war, habe ich so extrem viel geblutet. Und das hat mich so irritiert, wo ich gedacht habe, ist das jetzt normal oder nicht. Habe mich dann aber auch nicht getraut, weil ich gedacht habe, was mache ich jetzt damit, ja, und habe es einfach ausgesessen so.“ (Defne Schneider, M5(5)).

Rassistische Diskriminierung im Versorgungssystem wirkt in diesem Fall emotional so belastend, dass das Fehlen von Informationen in Kauf genommen und nicht weiter nachgefragt wird, auch wenn gesundheitliche Risiken entstehen könnten. Zusätzlich besteht für die Frauen bei einem Wunsch nach einem Abbruch eine Abhängigkeit zum Versorgungssystem, was die Bereitschaft zur Auseinandersetzung und ggf. Konflikt hemmen und zur Vermeidung entsprechender Reaktionen führen kann. Stereotype können sich herausbilden, sodass auf medizinische Versorgung verzichtet wird. Solche belastenden Erfahrungen können somit dazu führen, dass ungewollt Schwangere keinerlei oder kaum Informationen erhalten. Im Extremfall kann es zu hohen gesundheitlichen Risiken mit Gefährdungssituationen für die ungewollt Schwangeren kommen.

7.1.2.3.3 Typisierung Versorgungs- und Beratungssetting (Forschungsfrage 4)

Nachfolgend wird das empirische Material systematisch dargestellt, welches zur Typisierung der Erfahrungen in Bezug auf die Inanspruchnahme der Schwangerschafts(konflikt)beratung (SKB) und der gynäkologischen Beratung und Versorgung herangezogen wurde. Die Erfahrungen mit der SKB werden zusätzlich dargelegt, um aufzuzeigen, dass die Erfahrungen in beiden Beratungs- und Versorgungssettings für ungewollt Schwangere identische Orientierungsprobleme verursachen. Ferner kommt der SKB in der derzeitigen rechtlichen Regelung eines Schwangerschaftsabbruchs eine bedeutende Rolle zu. Das Aufzeigen beider Ebenen stellt eine Erweiterung des Erkenntnisgewinns dar.

Um die Überleitung zur Interpretation und späteren Typenbildung intersubjektiv nachvollziehbar zu gestalten, wurden die Passagen mit den rekonstruierten Orientierungsgehalten im Memo-Format, als Zwischenschritt der Interpretation, gekennzeichnet.

Schwangerschaftskonfliktberatung

Fallbeschreibungen zu Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind

Positive Erfahrungen

Janine Böhme (Fall P4), 31 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, bekam die Schwangerschaft von ihrer Gynäkologin bestätigt und hat daraufhin einen Termin bei einer Beratung vereinbart. Das Beratungsgespräch „lief auch total entspannt“, „es wurde einem schon extrem einfach gemacht“ (P4(65)). Die Erwartungen von Janine Böhme haben sich nicht erfüllt: „Also ich hätte damit gerechnet, dass da viel, viel mehr Gegenwind kommt, irgendwie mit, überlegen sie sich. Und wissen sie nicht und haben sie nicht“ (P4(65)). Die Mitarbeiterin konnte nachvollziehen, dass sie und ihr Partner aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem gemeinsamen ersten Kind und dem Aufbau einer Familie weiß, worauf sich einlassen würde. Die Mitarbeiterin wollte ihr in die Entscheidung nicht einreden und stellte die Bescheinigung zum Abbruch aus.

Orientierung: Negativ antizipierte Erwartungen gegenüber der SKB erfüllten sich überraschenderweise nicht, Beratung ist an der Selbstbestimmung der Frau oder Familie orientiert, SKB wird als „total entspannt“ und „extrem einfach“ evaluiert.

Vanessa König (Fall P10), 33 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, berichtet, dass sie und ihr Partner bereits vier Kinder haben und sie Bedenken hatten, dass sie „das schaffen“ ein weiteres Kind

hinreichend versorgen zu können. Ihr Partner war zum Zeitpunkt der Schwangerschaft arbeitslos. Nach ihrem ‚Bauchgefühl‘ wollte Vanessa das Kind austragen, nur im Kopf war das noch nicht klar. Sie vereinbarten eine „Schwangerschaftsabbruchberatung“. Sie schwärmt von der Beratung, die „ganz toll“ war, eine „ganz tolle Frau“, die die Beratung durchgeführt hat. Sie war vermutlich Sozialarbeiterin. Die Beratung führte dazu, dass ihr Wunsch nach einem Austragen bestärkt wurde, weil finanzielle Bedenken und mögliche gesellschaftliche Stigmatisierungen „was denken die Leute“ thematisiert wurden (P10(15)).

Orientierung: Beratung ist an den psychosozialen Bedürfnissen orientiert, ihre Entscheidung nach Austragung wurde bestärkt, sie konnte Bedenken ansprechen und möglicherweise klären.

Johanna Horn (Fall P14), 53 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, beschreibt, dass sie wiederholt die Beratung bei der gleichen Frau in Anspruch nahm, „weil das so toll war“. Sie vertraute der Beraterin, sie hat das toll gemacht. Sie schätzt es, „dass es solche Menschen gibt“. Sie beschreibt, sie hat damit „Glück gehabt“ (P14(3)). Johanna Horn hatte die Erwartung, dass wenn sie eine Beratungsstelle aufsucht, dass man „irgendwie da ein schlechtes Gewissen gemacht kriegt oder so“. Ihre Beraterin zeigte Verständnis und sagte, dass die Lebenssituation manchmal kein Kind zulässt. Die Beratung wäre für sie schlimmer gewesen, wenn man ihr ein schlechtes Gewissen gemacht hätte, weil die Entscheidung gegen ein Kind „schon ein schweres Stück ist“ (P14(11)).

Orientierung: Beraterin wird als Glücksfall beschrieben, psychosoziale Beratung ist stark an der Lebenslage der Frau orientiert, wird als verständnisvoll erlebt, Vorwürfe wären stark belastend gewesen.

Sabrina Mazur (Fall P21), 33 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, erklärt, dass sie das Beratungsgespräch zum Schwangerschaftsabbruch onlinebasiert vollzog. Sie wollte nicht die Zeit aufwenden, lange warten und sich erklären müssen, warum sie die Schwangerschaft abbrechen wollte. Es war ihr unangenehm. Sie ist froh, dass ihr der übliche Weg erspart blieb. Sabrina Mazur musste ihre Lebensverhältnisse erläutern, um den Beratungsschein zu erhalten. Ergänzend beschreibt sie, dass sie „das da ein bisschen dramatisieren“ musste (P21(10)), weil sie Sorge hatte, dass ihr Angaben möglicherweise nicht ausreichen würden, um die Schwangerschaft abbrechen zu dürfen.

Orientierung: a) Es bestehen negativ antizipierte Erwartungen gegenüber Gesundheitssystem (Schwangerschaftskonfliktberatung). In der Folge wird die Beratung und der Schwangerschaftsabbruch über ein niedrigschwelliges Onlineangebot durchgeführt. b) Es bestehen negativ antizipierte Erwartung gegenüber der SKB und der Druck bei den Gründen pro Abbruch „übertreiben“ zu müssen, weshalb der Wunsch nach Selbstbestimmung nicht gewahrt wird.

Ambivalente Erfahrungen

Nicole Graf (Fall P17), 28 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, beschreibt, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung ihre „Einwände (...) schon ernst genommen“ hat. Sie schilderte ihre Situation, dass ihr Vater sie – wenn sie das Kind austragen würde - aus der Wohnung „schmeißt“, sie keinen Schulabschluss hat und ein Austragen für sie keine Option ist. Sie wurde darauf hingewiesen, dass sie in ein Mutter-Kind-Heim unterkommen könnte, wo sie auch eine Ausbildung machen könne. Sie beschreibt diesen Hinweis als, dass „man mich da so ein bisschen davon abbringen möchte“ (P17(3)).

Orientierung: Beratung konfrontierte mit antithetischen Entscheidungsoptionen, obwohl Entscheidung vorab klar benannt wurde.

Karola Weber (Fall P19), 47 Jahre, Betroffene von Partnergewalt beschreibt, dass die Beraterin in der Schwangerschaftskonfliktberatung noch sehr jung war und noch keine eigenen Kinder hatte. Sie hält es für wichtig, wenn jemand die Beratung durchführt, der bereits Kinder hat. Es geht ihr

dabei um die Nachvollziehbarkeit des situativen Erlebens, was mehr Verständnis für ihre Situation schaffen könnte. Sie selbst war früher als Lehrerin sehr wertend und anklagend, was sich aber mit der eigenen Mutterschaft veränderte. Grundsätzlich war sie mit der Beratung zufrieden, es gab die richtigen Impulse (P19(35)).

Orientierung: Authentisches Beraten/ Handeln kann nur der, der über konjunktive Felderfahrungen verfügt.

Negative Erfahrung

Stefanie Becker (Fall P8), 24 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, berichtet von der Pflicht zur Beratung als Voraussetzung für einen Schwangerschaftsabbruch. Die Beratung fand telefonisch statt und wurde von ihr als nicht hilfreich bewertet. Die Beraterin sagt, dass man im Gespräch ehrlich sein sollte, aber Stefanie Becker betonte insbesondere „das Negative“, weil sie „diese Bescheinigung auf jeden Fall haben wollte“ (P8(9-11)). Mit ihren Eltern tauschte sie sich ebenfalls zur Schwangerschaft und den Perspektiven mit Kind aus, was sie als sehr unterstützend wahrgenommen hat. Die Beratungsstelle hat nach Gefühlen, Gedanken und Bedarfen gefragt, was ihren lebenspraktischen Bedarf allerdings nicht abdeckte: „Wenn man alles mal so durchgegangen wäre“, das hätte mehr gebracht. Aus ihrer Sicht wäre es besser, „wenn die einem wirklich eine Meinung dazu sagen“. Die neutrale Haltung der Beraterin, die „total nett und lieb war“, „bringt eigentlich nichts“ (P8(47)).

Orientierung: Negativ antizipierte Erwartungen an die Beratung, Abbruch muss durch formale Gründe gerechtfertigt sein, korrekte Rechtfertigung steht im Vordergrund, psychosoziale Bedarfe werden abgefragt, aber die neutrale, ergebnisoffene Beratung unterstützt sie nicht bei der praktischen Bewältigung der Entscheidungsfindung

Ronja Petersen (Fall P9), 34 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, hat gemeinsam mit ihrem Ehemann eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch genommen. Ihr Ehemann versicherte ihr, dass er ihre Entscheidung zum Ausgang der Schwangerschaft unterstützt bzw. sie können über alles selbst entscheiden. Die Entscheidungsfreiheit fiel ihr aufgrund ihrer Ambivalenz extrem schwer. Sie evaluiert das Beratungsgespräch als „ziemlich ätzend“, weil sie ihre Situation offenlegen musste. Die Terminfindung mit drei Kindern war sehr schwierig. Sie hinterfragt das Beratungsgespräch allgemein in seiner Sinnhaftigkeit. Es gab noch einen zweiten Beratungstermin. Sie problematisiert Schwangerschaftshormone, welche sich auf die Bindung zwischen Mutter und Kind auswirken. Ohne dieses Gefühl hätte sie sich mit der Abbruchsentscheidung gut gefühlt. Sie hat sich eine Pro- und Kontra-Liste erstellt und für sie war der einzige Pro-Punkt, dass sie, neben ihren drei Söhnen, ein Mädchen bekommen könnte. Sie beschrieb, „... [die Beratungsstelle] war da für mich nicht wirklich eine Unterstützung.“ (P9(5)).

Orientierung: Entscheidungsfreiheit und eine ergebnisoffene Beratung können das Austragung/ Abbruch-Dilemma nicht auflösen.

Vanessa König (Fall P10), 33 Jahre, Betroffene von Partnergewalt hat in Begleitung ihrer Mutter eine „Schwangerschaftsberatung“ in Anspruch genommen, weil sie mit 23 Jahren ungewollt schwanger wurde. Sie hat zu Beginn der Beratung darauf hingewiesen, dass sie keine Abbruchberatung möchte und das Kind austragen will. Trotz dieser Information lenkte die Beraterin das Beratungsgespräch auf das Thema Schwangerschaftsabbruch: „die hat immer wieder von der Abtreibung angefangen zu sprechen, immer wieder. Immer wieder.“ Die Mutter von Vanessa König intervenierte irgendwann und sie brachen das Beratungsgespräch ab (P10(15)).

Orientierung: Beratung ist nicht am Bedürfnis der Befragten orientiert. Beraterin hat eigene Relevanzsetzungen im Modus einer Bevormundung.

Fälle mit Migrationshintergrund

Positive Erfahrungen

Anthina Pietsch (Fall M1), 38 Jahre, mit Migrationshintergrund, beschreibt, dass „keiner irgendwie versucht hat, mich in irgendeine Richtung zu lenken oder so.“. Sie hatte bereits im Vorfeld des Beratungsgesprächs eine Entscheidung getroffen. Niemand versucht sie zu überreden oder machte ihr Vorwürfe (M1(26)).

Orientierung: Beratung war an den expliziten Bedürfnissen der Schwangeren orientiert, ohne Einflussnahme von außen.

Yaa Mensah (Fall M3), 44 Jahre, mit Migrationshintergrund erzählt, dass sie das Beratungsgespräch mit dem Kindesvater in Anspruch nahm. Die Beratung empfand sie als „super“, denn es wurde sich Zeit genommen, es wurde nicht „gedrängelt“ und ethisch-moralisch der „Zeigefinger“ erhoben. Die Beratung war offen und sehr unterstützend. Sie hatte das Gefühl, sich frei entscheiden zu können. Auch die Intention, „nur den Zettel haben“ zu wollen, wäre auch in Ordnung gewesen. „Doch das war... War echt gut. Fand ich super. Ja“ (M3(28)).

Orientierung: Beratung wurde positiv und unterstützend erlebt, sie war ergebnisoffen und bedürfnisorientiert, es gab kein moralisch-ethische Verurteilung.

Wanda Piotrowska (Fall M8), 43 Jahre, mit Migrationshintergrund, beschreibt, dass sie „glücklicherweise“ mit ihrem Mann zur Schwangerschaftskonfliktberatung ging, um eine Bescheinigung für einen Abbruch zu bekommen. Ihr ging es zwischen dem positiven Schwangerschaftstest und dem Termin zur Beratung nicht sehr gut. Sie empfand das Gespräch als „sehr, sehr hilfreich“, weil ihr im Gespräch bewusst wurde, dass es ihre Entscheidung ist und nicht die ihres Mannes, es ist ihr Körper und sie entscheidet, was damit passiert. Sie sah die Entscheidung bisher als gemeinsame Entscheidung mit ihrem Mann. Er präferierte einen Abbruch und sie fühlte sich etwas unter Druck gesetzt, obwohl er sie dazu nicht zwingen würde. Er verstand es aber im Beratungsgespräch und fügte sich der Entscheidung seiner Frau. Die Beratung unterstützte sie, sodass sie die Entscheidung selbstständig treffen konnte. Damit löste sich ein innerer Druck für sie (M8(6)).

Orientierung: Beratung auf psychosozialer Ebene, klärt den Umgang mit Erwartungen des Partners, stärkt die Eigenverantwortung über den Körper und schaffte psychische Entlastung.

Irina Popow (Fall M13), 43 Jahre, mit Migrationshintergrund, erläutert, dass es für sie ein gutes Gefühl war, sich entschieden zu haben. Sie war zuvor sehr hin- und hergerissen. Die Entscheidung brauchte bei ihr etwas Zeit. Als Irina Popow ihre Entscheidung in dem „Vorgespräch“ vor dem Abbruch argumentativ offenlegt, fühlte sie sich in ihrer Entscheidung bestätigt (M13(27)) und in der Beratung sehr gut aufgehoben. Es gab keine Wertungen. Es ging in der Beratung nur um sie selbst und die Beraterin hat gut zugehört: „Wir haben ein sehr, sehr nettes Gespräch geführt.“ (M13(29)).

Orientierung: Beratung als Ort der Reflexion und Selbstvergewisserung der Entscheidung, Beratung an den Bedürfnissen der Schwangeren orientiert, keine moralischen Zwänge.

Linda Cardoso (Fall M14), 36 Jahre, mit Migrationshintergrund, war anfänglich darüber empört, dass es eine Pflichtberatung gibt, was sie im Kontext der Geschlechtergleichstellung als „Frechheit“ und „Ungerechtigkeit“ empfindet, da der Mann nicht einbezogen wird. Linda Cardoso beschreibt, dass es ein gutes Gespräch war, was sie befreit und in ihrer Entscheidung bestärkte. Sie hat das Gegenteil erwartet, weil das Gespräch Pflicht ist und sie deshalb schon Tage vorher „Magenschmerzen“ hatte. Sie wusste zwar, dass sie sich nicht rechtfertigen muss und auch keine Erlaubnis zum Abbruch braucht, aber sie fühlte sich aufgrund der Pflicht etwas unwohl. Sie empfand die Beraterin als eine einfühlsame Person, die eine neutrale Position vertrat und sehr gut informierte. Sie war von der telefonischen Beratung fasziniert und hatte das Gefühl, dass die

Beraterin sie „durchschaut“, sie gut versteht und auf ihr Anliegen sofort eingegangen ist. Es war für sie ein gutes Gefühl, von „außen nochmal zu hören, ja, Sie haben doch eine sinnvolle Entscheidung für sich getroffen, dass macht doch alles Sinn und Sie wirken darin sehr stabil, war trotzdem, ja, danke. Das-, also es tat gut.“ (M14(9-11)).

Orientierung: Beratungsgespräch wird als Pflicht konstruiert. Antizipation negativer Erfahrungen, die sich im Gespräch positiv auflösen. Beratung war empathisch, neutral, informativ und am Wunsch der Betroffenen orientiert.

Esma Ahmed (Fall M15), 19 Jahre, mit Migrationshintergrund, besuchte die Schwangerschaftskonfliktberatung gemeinsam mit ihrer Freundin. Sie hatte sich das Gespräch „viel schlimmer“ vorgestellt, als es war und empfand die Beratung als professionell, ohne Auf- bzw. Abwertungen. Sie wurde sachlich aufgeklärt, sodass sie sich „sehr, sehr sicher und gut fühlte“. „Also das war alles sehr, sehr, sehr gut.“ (M15(47)).

Orientierung: Negativ antizipierte Erwartung wendet sich überraschend positiv: Beratung war professionell und sachlich, ohne moralische Verurteilung.

Klara Huber (Fall M16), 25 Jahre, mit Migrationshintergrund, berichtet, dass sie die Schwangerschaftskonfliktberatung bei einer Ärztin geführt hat. Sie hat ihre Abbruch-Entscheidung gleich zu Beginn des Gesprächs mitgeteilt und diese wurde auch respektiert. Sie hatte „wirklich das Gefühl“, dass die Ärztin registriert hat, dass ihre Entscheidung feststeht. Das Beratungsgespräch hat sie in ihrer Entscheidung unterstützt, ohne dass die Beratenden andere Optionen angeführt oder mit ihr diskutieren wollte (M16(3)).

Orientierung: Beratung am expliziten Willen der Betroffenen orientiert, Gefühl von Verständnis.

Sofia Wyss (Fall M18), 32 Jahren, mit Migrationshintergrund, beschreibt, dass es bei der Schwangerenkonfliktberatung „im Grunde um eine Rechtfertigung“ geht: „warum man das machen will“. Sie hatte das Gefühl, dass die Beraterin das irgendwie führen muss. Die Beraterin tat alles dafür, dass Sofia das Gefühl hat, dass sie nicht verurteilt wird. Die Beraterin hat vieles relativiert oder abgemildert. Für Sofia war es „gar nicht so eine schlimme Erfahrung, im Endeffekt. Gott sei Dank.“ (M18(5)).

Orientierung: Beratungsgespräch als fremdbestimmtes Setting antizipiert, um sich rechtfertigen zu müssen. Beraterin verurteilt nicht, sondern relativiert und mildert ab, positive Erfahrung.

Ambivalente Erfahrungen

Defne Schneider (Fall M5), 41 Jahre, mit Migrationshintergrund beschreibt, dass ihre Familie Sex vor der Ehe nicht duldet und sie mit dem Kindesvater kein Kind haben wollte. Sie stellte die Schwangerschaft in der 9. Woche fest und hatte noch drei Wochen Zeit, um die Schwangerschaft abzubrechen, was ihr Zeitdruck bereitete (M5(29)). Sie vereinbarte einen Termin bei einer Schwangerschaftskonfliktberatung und musste alle weiteren Schritte bis zum Abbruch selbst planen, damit sie die Frist für einen Schwangerschaftsabbruch einhält.

Orientierung: Beratung wird als wenig relevant im Prozess des Schwangerschaftsabbruchs evaluiert. Es ist mehr ein „Abarbeiten“ an Formalien und Terminen, da für sie der Ausgang der Schwangerschaft bzw. Abbruchwunsch klar war.

Negative Erfahrungen

Valea Serban (Fall M11), 43 Jahre, mit Migrationshintergrund, beschreibt, dass sie gemeinsam mit ihrem Partner die Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchte. Es war ihr expliziter Wunsch, dass ihr Mann sie begleitet, weil sie „ein bisschen unter Schock“ stand. Sie stand etwas unter Zeitdruck, weil die Schwangerschaft schon fortgeschritten war. Sie erzählte, dass es zwischen ihnen zu „Differenzen“ mit der Beraterin kam, weil ein Missverständnis vorlag. Sie fragte den Mann, was er

hier wolle und bat ihn seine Frau aussprechen zu lassen „und immer total so“ zurückweisend. Sie hatte nicht die Kraft, ihre Position eigenständig zu erläutern. Es war ihre Bitte, dass ihr Mann mitkommt. Es war ihre feste Entscheidung, das Kind nicht zu bekommen, aber die Beraterin „wollte das nicht verstehen“. Valea Serban dachte: „das kann nicht wahr sein.“. Die Beraterin musste die Entscheidung irgendwann akzeptierte. Valea Serban musste sich „zusammenreißen und sagen, ja, es ist schon richtig so. Und wir wollen das.“ (M11(23)).

Orientierung: Beratung als Überforderung und Rechtfertigung in einer psychosozial schwierigen Situation; Stereotypisierung und Diskriminierung des Ehemannes.

Gynäkologische Beratung und Versorgung

Bei den Fällen, die für die Typenbildung für das gynäkologische Beratungs- und Versorgungssetting berücksichtigt wurden, erfolgt keine separate Betrachtung von Fällen, die von Partnergewalt (P-Fälle) betroffen waren und/ oder über eine Migrationsbiografie (M-Fälle) verfügen. Grund hierfür ist die sinngenetische Typenbildung, die lediglich auf der Ebene von Sinnkonstruktionen analysiert wurde. Erst bei einer soziogenetischen Typenbildung gerät die Genese der Orientierungen in den Fokus der Analyse, womit handlungsleitende Orientierungen möglicherweise auf einer Migrations- oder Milieutypik zurückgeführt werden könnten.

Typ 1: Fremdbestimmter Typ

Typ 1.1 Passiv und schicksalsergebener Typ

Gloria Pohl (Fall P1), 33 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, berichtet über negative Erfahrungen bei ihrer Frauenärztin. Dort arbeitete eine Mitarbeiterin, die aus ihrem Heimatland kam, sodass Gloria Pohl sehr vorsichtig mit ihren Aussagen sein musste, weil sie annahm, dass alles, was sie dort sagt, möglicherweise ihren Eltern oder Verwandten zugetragen wird (P1(110-113)).

Orientierung: Indiskrete konstruiertes Beratungs- und Versorgungssetting, keine Privatsphäre, keine zielgruppenspezifische Versorgung möglich.

Anette Göbel (Fall P3), 36 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, beschreibt eine sehr unangenehme Beratungs- und Versorgungssituation bei ihrer Gynäkologin. Während der Ultraschalluntersuchung zeigte sie ihr ungefragt Ultraschallbilder und kommentiert die Bilder durch Verniedlichungsformen, z.B. hier ist das kleine Herzchen. Anette Göbel fühlte sich von ihr manipuliert, das Kind austragen zu müssen, zumal sie geschockt und aufgelöst war, dass sie überhaupt schwanger geworden ist. Für die Gynäkologin war „irgendwie völlig klar, dass das jetzt schon ein Baby ist und kein Embryo und irgendwie, dass das halt schon einen Herzschlag hat.“ (P3(7)). In dem Schockmoment unterschrieb Anette Göbel eine Einverständniserklärung für eine individuelle Gesundheitsleistung (IGEL), die durchgeführt und von ihr privat bezahlt werden musste. Sie fühlte sich in der für sie psychisch angespannten Situation ausgenutzt, weil sie handlungsunfähig war. Folglich wechselte sie die Gynäkologin. Anette Göbel erzählt, dass ihre Gynäkologin ihr eine Schwangerschaftskonfliktberatung angeraten hat und den Kontakt vermittelte, obwohl Anette Göbel erläutert, dass sie dies auch ohne ihre Hilfe realisiert hätte (P3(7)).

Orientierung: Beratung wird als Ohnmachtserfahrung und Fremdrahmung, ohne Möglichkeiten der Gegenwehr, konstruiert. Gynäkologin steuert das Geschehen, eigne psychosoziale Bedürfnisse werden nicht bearbeitet. Die Gynäkologin ist an einem paternalistischen Ärztin-Patientin-Verhältnis orientiert.

Nicole Graf (Fall P17), 28 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, erläutert, dass sie gemeinsam mit ihrem Freund bei der Frauenärztin war, um einen Schwangerschaftstest zu machen, da ihre Periode ausblieb.

„Und ja, da ging es dann los. Also die Arzthelferin hat mich und meinen Freund dann ins Labor gerufen und so ganz blöd gefragt, was ich denn vermute, warum ich meine Periode nicht bekomme.“

Dann habe ich gesagt: ‚Ja. Keine Ahnung, vielleicht bin ich schwanger.‘ Und dann hat sie gesagt: ‚Ja, herzlichen Glückwunsch, ganz toll gemacht.‘ So, also es war von Anfang an sehr vorwurfsvoll. Vor allem mir gegenüber. Gar nicht meinem Freund gegenüber, sondern ich war halt schuld an keine Ahnung. Ja, genau. Und für mich ist eine Welt zusammengebrochen, logischerweise.“ (P17(3)).

Ihr Gynäkologe fragte sie gleich zu Beginn, ob sie das Kind behalten oder die Schwangerschaft abbrechen möchte. „Nein, möchte ich nicht. Gar keine Option für mich.“, sagte Nicole Graf. Der Arzt zeigte für die besondere Situation der ungewollten Schwangerschaft bei Minderjährigkeit Verständnis. Aufgrund ihrer Minderjährigkeit vereinbarte er einen Termin in der Abbruchklinik für sie, obwohl hierfür die Zustimmung der Eltern notwendig gewesen wäre (P17(3)). Sie wurde umfassend zum Ablauf des Schwangerschaftsabbruchs beraten. Darüber hinaus erhielt sie von ihrem Frauenarzt „wertvolle Tipps“. Sie sollte nie wieder über den Schwangerschaftsabbruch reden, dann ist es nie passiert, was sie „sich zu Herzen nahm“ und später mit ihrer Therapeutin aufarbeitet (P17(112)).

Orientierung: Beratung wird als Rechtfertigung gerahmt (Arzthelferin), negativer Horizont. Die Behandlung und Beratung durch die Arzthelferin wird als Bevormundung mit Schuldzuschreibung konstruiert, sie bleibt passiv und verteidigt sich nicht (Typ 1.1). Arzt berät umfassend zum Prozess des Schwangerschaftsabbruchs. In der Beschreibung steuert er aktiv das Geschehen für den Abbruch. Sie fügt sich ihrem Schicksal und den Mechanismen im Versorgungssystem. Nimmt den Rat an, die Schwangerschaft zu verschweigen. Beratung wird als fremdbestimmt, tolerant und zugleich paternalistisch entworfen.

Defne Schneider (Fall M5), 41 Jahre, mit Migrationshintergrund, macht auf ein für sie bestehendes Problem aufmerksam, indem sie beschreibt, dass sie sich teilweise nicht traut, Ärztinnen und Ärzte anzusprechen, weil sie nicht weiß, wie sie zu einem Schwangerschaftsabbruch stehen. Sie fragt sich, ob Ärztinnen und Ärzte beispielsweise auch Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, obwohl sie auf der Webseite dies nicht anführen oder ob sie es strikt ablehnen. Sie sieht nicht, ob Ärztinnen und Ärzte konservativ sind oder nicht. Wenn die Ärztinnen und Ärzte „konservativ behandeln“, das heißt das für Defne Schneider, dass sie keine Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Es muss aber nicht heißen, dass sie deshalb gegen Schwangerschaftsabbrüche sind. Ihr fällt es schwer, die Situation bei den Ärztinnen und Ärzten richtig einzuschätzen und einen Schwangerschaftsabbruch anzusprechen (M5(37)). Die Wahl einer Gynäkologin, eines Gynäkologen fällt ihr schwer und die psychosoziale Versorgung und Beratung ist für sie nur bedingt bedürfnisorientiert.

Orientierung: Die Versorgung bei Gynäkologinnen und Gynäkologen ist für sie schwer einschätzbar, es ist nicht durchschaubar, ob auf Bedürfnisse eingegangen wird (Angst vor Zurückweisungen oder Moralisierung?). Aktive Auseinandersetzung mit Abbruch, Abbruch als Prozess wird als intransparente Fremdrahmung konstruiert. Auf psychosoziale Bedürfnisse wird nicht eingegangen.

Defne Schneider (Fall M5), 41 Jahre, mit Migrationshintergrund beschreibt, dass sie von ihrem Frauenarzt keine Unterstützung erhalten hat. Weder hat er sie an die Abbruchklinik überwiesen noch einen Termin für sie vereinbart. Sie musste sich um alles allein kümmern (M5(31)). Defne Schneider erklärt, dass sie einen kurzen Fahrtweg zum Krankenhaus hatte, wo der Abbruch durchgeführt wurde. Sie charakterisiert die dortige Ärztin als sehr unsensibel. Sie gab ihre Tabletten und erklärte, dass ihr übel werden könnte. Sie lag in einem Bett und die Blutungen setzten ein. Die Ärztin untersuchte sie und sagte, es ist alles in Ordnung, sodass sie nach Hause entlassen wurde, wo sie den Rest mit sich allein ausmachen musste: „Ich habe so einen Modus, der angeht, ich muss funktionieren. Und dann habe ich, wenn ich dann-, der lief dann einfach.“ (M5(29)).

Orientierung: Beratung wird als unemphatisch und fremdbestimmt konstruiert, psychosoziale Probleme bleiben unbearbeitet, schicksalsergeben gegenüber dem System, Fremdrahmung ohne Gegenwehr.

Valea Serban (Fall M11), 43 Jahre, mit Migrationshintergrund, gibt Auskunft über ihre negativen Erfahrungen mit einem Pränatalzentrum. Sie hatte einen Termin zur Diagnostik, der sich aber krankheitsbedingt um eine Woche verschob. Bei ihr wurde eine Blutuntersuchung durchgeführt, um möglicherweise eine Behinderung des Fötus auszuschließen. Sie wurde erst nach über einer Woche über das Untersuchungsergebnis informiert, sodass Valea Serban frustriert und enttäuscht war. Sie hatte psychisch zu leiden und aus Angst redete sie sich ein, dass schon alles in Ordnung sein wird, gerade weil es so lange dauert. Auf ihrer Arbeitsstelle erreichte sie dann der Anruf, dass der Test positiv war:

„Und es war-, ich habe den Boden unter meinen Füßen nicht mehr gespürt. Es war wirklich-, also ich konnte nicht mehr sprechen und ich war entsetzt. Vor allem auch von deren Vorgehensweise. Ich war ein bisschen enttäuscht, muss ich ehrlich sagen. Also das Ganze. -Warum, wieso. Warum ich. Nachher habe ich mich gefragt, warum nicht ich. Aber in dem Moment, wenn man hat so viel Pech.“ (M11(19-23)).

Sie entschied sich, die Schwangerschaft abzuberechnen.

Orientierung: Unsensible und unemphatische Versorgung und Beratung, Beratung und Versorgung als Fremddrahmung, passive Bewältigungsstrategie, Rückzug in sich selbst, fügt sich dem Schicksal.

1.2 Reflexiv-verteidigender Typ

Yaa Mensah (Fall M3), 44 Jahre, mit Migrationshintergrund, berichtet von ihrer Schwangerschaft, die 16 Jahre zurück liegt. Sie musste sich bei ihrem Gynäkologen den Schwangerschaftstest, eine sehr zuverlässige Blutuntersuchung, „erkämpfen“, um Gewissheit über die Schwangerschaft zu haben. Der Test fiel dann positiv aus. Da Yaa Mensah sofort den klaren Entschluss gefasst hatte, die Schwangerschaft abzuberechnen, bat sie den Arzt um Adressen von Ärzten, wo sie die Schwangerschaft abbrechen kann. Sie wollte keine Zeit verlieren und es „nicht kurz vor knapp machen“ zu müssen, da sie körperliche Veränderungen wahrnahm. Ihr Gynäkologe konnte ihr hierzu keine Auskunft geben, er verwies auf die zwingende Schwangerschaftskonfliktberatung, die alles Weitere mit ihr besprechen würden (M3(28)).

Orientierung: Beratung als negativer Horizont: sich Leistungen „erkämpfen“ müssen, keine Auskunft zum Abbruch erhalten (abweichende Position), Beratung- und Versorgungssystem wird als Fremdbestimmung konstruiert.

Laura Bock (Fall P16), 40 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, berichtet von ihrer Fehlgeburt und der negativ empfundenen Beratungssituation bei ihrer Gynäkologin. Die Gynäkologin erklärte, wo auf dem Ultraschallbild die „Füßchen“ und „Händchen“ sind, aber leider schlägt das Herz nicht mehr. Sie erklärt, dass sie damit nicht allein sei, da es viele Frauen betrifft. Sie müsse sich einen Termin im Krankenhaus machen für einen Abbruch. Laura Bock und ihr Partner war über das Vorgehen bestürzt. Sie wollten die Ärztin wechseln, was aber nicht möglich war (P16(57)).

Orientierung: Empathielose Beratung, keine psychosoziale Unterstützung, Beratung ist an medizinischen Aspekten orientiert und wird als Bevormundung konstruiert.

Isabell Schwarz (Fall P20), 38 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, erläutert, dass sie und ihr Partner sich gegen das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben. Der Gynäkologe bestätigte die Schwangerschaft und Isabell Schwarz teilte den Wunsch nach einem Abbruch ihrem Gynäkologen mit. Bei ihm „ging dann erstmal die Kinnlade (...) runter, weil er dann auch gesagt hat, kann er nicht verstehen.“. Sie musste ihm die Beweggründe erläutern und sich rechtfertigen. Gemäß ihren Vorstellungen sollte es letztendlich jeder Frau selbst überlassen sein, eine für sie bestmögliche Entscheidung zu treffen, und ein Arzt, eine Ärztin habe in dieser Situation kein Mitbestimmungsrecht. Sie kann aber nachvollziehen, dass ein Arzt, eine Ärztin Frauen zum

Austragen ermutigen möchte. Sie erhielt im Verlauf der Beratung dann die Kontaktdaten einer Schwangerschaftskonfliktberatung (P20(7)).

Orientierung: Abbruch ist autonome Entscheidung der Frau, Beratung ging am Bedarf vorbei, mit Rechtfertigungsdruck, Verteidigung der eigenen Position, Beratung wird als Fremdrahmung explizit konstruiert, sie muss sich gegenüber der abweichenden Position der Gynäkologin, des Gynäkologen verteidigen.

Typ 2: Externalisierender Typ

Nadja Iwanowa (Fall M17), 27 Jahre, mit Migrationshintergrund, ist mit ihrem Frauenarzt zufrieden, sie sagt: „fühle ich mich bei meinem Frauenarzt doch eigentlich sehr wohl“. Er ist immer auf alles eingegangen ist. Mit der ungewollten Schwangerschaft ist er „sehr menschlich“ umgegangen. Er fragte sie, ob sie das Kind im Ultraschall sehen möchte oder nicht. Als sie sich nach der Untersuchung noch einmal sahen und Nadja Iwanowa weinte, sagte er zu ihr: „machen Sie das für sich, für Sie selbst richtig anfühlt. Also eine Entscheidung, mit der Sie eben auch leben können“, da er wahrnahm, dass der Kindesvater Druck ausübte (M17(19)).

Orientierung: Beratung wird „als menschlich“ und mitfühlend (positiver Horizont) entworfen. Beratung ist verständnisvoll und gibt Hinweise zur Krisenbewältigung, externalisierte Entscheidungsfindung von außen wird als bedeutsam entworfen.

Ronja Petersen (Fall P9), 34 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, nimmt Bezug auf die Ultraschalldiagnostik bei ihrer Gynäkologin, die sie seit dem 13. Lebensjahr behandelt. Für sie war es das Schlimmste, was einer Frau passieren kann. Die Gynäkologin musste den Herzschlag prüfen und das war für sie der „Gänsehautmoment“, wo sie erkannte, dass sie den Abbruch nicht schafft und wohl doch noch ein Kind bekommen muss (P9(5)).

Orientierung: Gefühle werden thematisiert, Versorgungssituation als psychische Belastung, Beratung/Versorgung perpetuiert Ambivalenz.

Ronja Petersen (Fall P9), 34 Jahren, Betroffene von Partnergewalt, erklärt, dass sie zum Zeitpunkt der Schwangerschaft psychisch belastet war. Sie sagte, dass sie ein viertes Kind psychisch nicht „geschafft“ hätte, zu versorgen. Sie drückt es sehr drastisch aus: „ich hätte wahrscheinlich mein Leben beendet“. Vor dem Hintergrund dieser Belastungssituation riet ihr die Gynäkologin zu einem Schwangerschaftsabbruch. Es bestärkte Ronja Petersen in ihrer Entscheidung, die Schwangerschaft abubrechen „Seitdem stehe ich da voll dahinter.“, weil die Ärztin meinte, dass sie sich gegen das Austragen der Schwangerschaft aber gleichwohl für ihre drei Kinder entscheidet (P9(45)).

Orientierung: Beratung wird als Klärung konstruiert, da Hinweise gegeben werden; die Frau gewinnt durch die Beratung wieder an Handlungsfähigkeit; Entscheidungsfindung wird aber externalisiert. Rat der Gynäkologin wird als zentral „seitdem stehe ich voll dahinter“ entworfen.

Nadine Walter (Fall P11), 34 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, beschreibt, dass sie wegen einer drohenden Frühgeburt über viele Wochen, gegen ihren Willen, im Krankenhaus war. Ihre Gynäkologin und ihre Oma sorgten dafür, dass sie aus dem Krankenhaus entlassen wird, weil sie der Meinung waren, dass der Aufenthalt unnötig war.

„Keiner hat irgendwie geholfen, außer dann halt meine Frauenärztin. Die hat dann irgendwann zu meiner Oma gesagt. ‚Hol die Kleine da raus, sonst kommt sie da gar nicht mehr raus.‘ Und dann ist meine Oma auch losgefahren mit einem Zettel von meiner Frauenärztin und hat mich dann abgeholt.“ (P11(9)).

Orientierung: Hilfe von außen wird als positive „rettende“ Intervention konstruiert, sie sorgt für psychosoziale Entlastung und führt zur Problemlösung.

Typ 3: ressourcenorientierter typ

3.1 reflexiv wendender Typ

Sofia Wyss (Fall M18), 32 Jahre, mit Migrationshintergrund, beschreibt, dass sie am Folgetag des selbst durchgeführten Schwangerschaftstests bei ihrer Gynäkologin war. Ihre behandelnde Ärztin war nicht da, aber die Schwester erkannte, dass es ihr nicht gut ging. Deshalb konnte sie zu einer anderen Gynäkologin, die sie „Gott sei Dank sehr zugewandt und sehr empathisch und sehr respektvoll“ behandelte. Sie konnten die Frage besprechen, wie sich Sofia Wyss den Schwangerschaftsausgang vorstellt. Sie entschied sich für einen Abbruch (M18(5)).

Orientierung: Empathische und respektvolle Beratung, die eine Entscheidungsfindung unterstützt, wird als Entlastung konstruiert. Negative antizipierte Erwartung, die sich positiv „Gott sei Dank“ auflöst (Rahmenkongruenz zwischen propositionaler und performativer Logik).

Irina Popow (Fall M13), 43 Jahre mit Migrationshintergrund, teilt ihre negativen Erfahrungen bei der Beratung durch ihre Gynäkologin mit, die sie als am schlimmsten im Prozess des Abbruchs beschreibt. Die Gynäkologin beriet sie eingangs zum Austragen des Kindes und fragte, was sie möchte. Irina sagte, dass sie das Kind vielleicht nicht austragen möchte. Daraufhin fühlte sie sich „so ein bisschen weggeschoben“. Sie erhielt keine Beratung zu einem medikamentösen Abbruch oder zu anderen Methoden oder wer den Abbruch vornimmt. Sie bekam lediglich eine Überweisung „und das war es dann“. Die Arzthelferin hat ihr dann eine „Sozialberatung“ empfohlen, deren Adresse sie selbst recherchiert und einen Termin vereinbarte. Für die Nachuntersuchung und eine weitere Behandlung wählte sie sich eine neue Gynäkologin, mit der sie sehr zufrieden war. Eine Behandlung von der alten Gynäkologin schloss sie für sich aus: „Und ich denke, ich bleibe dann auch da. Weil zu der will ich auch gar nicht mehr hingehen.“ (M13(29-31)).

Orientierung: Keine bedürfnisorientierte Beratung. Beratung ist an Austragung orientiert und nicht am präferierten Abbruch (negativer Horizont), dennoch positive Auseinandersetzung mit der Situation, es werden eigene Lösungswege gefunden und die Gynäkologin wird gewechselt. Der Fremdbestimmung und Fremdrahmung erfolgreich entfliehen (wendender Typ).

3.2 proaktive, selbstbestimmte Typ

Bintou Abiodun (Fall M9), 32 Jahre, mit Migrationshintergrund, beschreibt die Versorgungssituation beim Frauenarzt als sehr positiv. Trotz der Sprachbarriere fühlt sie sich gut verstanden. Insbesondere bei der Entscheidungsfindung in der zweiten Schwangerschaft fühlte sie sich ausführlich beraten, da ihr Gesundheitszustand nicht ideal für eine erneute Schwangerschaft war (M9(23f.)).

Orientierung: Beratung wird als hilfreich konstruiert. Aktive, selbstbestimmte Entscheidungsfindung wird unterstützt.

Linda Cardoso (Fall M14), 36 Jahre, mit Migrationshintergrund, erwähnt positiv, dass ihre Gynäkologin über eine langjährige Berufserfahrung verfügt. Sie hat ein tolles Fingerspitzengefühl, um sich zu vergewissern, wie sich Linda Cardoso den Ausgang der Schwangerschaft wünscht – wie ihre „Standfestigkeit“ ihres Entschlusses ist. Die Gynäkologin gibt ihr das Gefühl, nicht nochmal alles erzählen zu müssen, sich rechtfertigen zu müssen, „mich nochmal nach außen (zu) stülpen. Da hatte sie so ein ganz, ganz feines Fingerspitzengefühl für das Dazwischen.“ (M14(25)).

Orientierung: Beratung wird als unterstützend konstruiert, Beratung knüpft an Bedürfnissen an, ohne sich rechtfertigen zu müssen; Gynäkologin erfragt zurückhaltend und „feinsinnig“ Vorstellungen zum Ausgang der Schwangerschaft, reflexiver Typ.

Esma Ahmed (Fall M15), 25 Jahre, mit Migrationshintergrund, beschreibt, dass bei ihrer Gynäkologin alles „safe“ war. Ihre Gynäkologin kannte die Mutter der Befragten und die kulturellen Hintergründe sowie mögliche Konflikte um eine ungewollte Schwangerschaft. Sie erfuhr eine sehr

empfindsamen Beratung, in der ihr alles erklärt wurde. Die Gynäkologin hat sie beruhigt und ihre Schweigepflicht betont: „Ja, niemand wird davon erfahren.“ (M15(45)). Das gab Esma Ahmed die notwendige Sicherheit.

Orientierung: Beratung wird als kultursensibel und verschwiegen „safe“ konstruiert; sie unterstützt psychosozial, weil sie Sicherheit schafft, Rahmenkongruenz.

Klara Huber (M16), 25 Jahre, mit Migrationshintergrund, erläutert, dass zwischen dem positiven Schwangerschaftstest und dem Termin bei ihrer Gynäkologin nur zwei Stunden vergingen. Die Ärztin hat sie beraten und ihr versichert, dass sie noch alle Möglichkeiten hat, den Ausgang der Schwangerschaft zu beeinflussen. Das nahm ihr die Panik in dieser Situation. Klara Huber verstand anfänglich nicht, warum sie noch eine Woche warten musste, um die Schwangerschaft abbrechen zu lassen. Die Gynäkologin erklärte ihr, dass die Schwangerschaft erst korrekt lokalisiert werden muss, um die Methode des Abbruchs genau festlegen zu können, was sie nachvollziehen konnte (M16(57 ff.)).

Orientierung: Beratung wird als psychosoziale Entlastung konstruiert „nahm ihr die Panik“, Beratung hält Handlungsfähigkeit aufrecht, Klara Huber bleibt Akteurin ihrer eigenen Biografie.

Michelle Müller (Fall P24), 26 Jahre, Betroffene von Partnergewalt, gibt Auskunft darüber, dass sie unmittelbar nach dem positiven Ergebnis im Schwangerschaftstest einen Termin bei ihrer Gynäkologin vereinbaren konnte. Die Arzthelferin hatte die Ärztin bereits informiert und sie ging sogleich von einer Schwangerschaft aus, was sich auch im Ultraschall zeigte. Die Ärztin fragte sie, ob sie den Befund sehen möchte, sie würde den Monitor sonst zur Seite drehen. Sie lehnte das Angebot der Ärztin ab, weil sie sonst emotional werden würde. Die Ärztin druckte zur Dokumentation der Schwangerschaft Ultraschallbilder aus. Sie fragte nicht nach den Gründen für den Schwangerschaftsabbruch, sondern erklärte das Vorgehen und die Notwendigkeit einer Schwangerschaftskonfliktberatung. Die Ärztin beriet sie zu den Möglichkeiten eines Abbruchs, sie war dabei „total diskret“. Michelle Müller war froh über die Art und Weise der Beratung. In einem anderen Fall, wo sie sich hätte rechtfertigen müssen oder Herztöne hören müsste, sagte sie, dann „wäre ich der ins Gesicht gesprungen“ (P24(3)).

Orientierung: Neutrale, empathische Beratung, Beratung wird reflexiv als „total diskret“ konstruiert. Beratung wird vor einem positiven Horizont verhandelt, weil sie bedürfnisorientiert verlief.

7.1.2.3.4 Physische und psychische Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs (Forschungsfrage 5)

Die Forschungsfrage 5 behandelt vor allem die retrospektive Einschätzung der ungewollt schwangeren Frauen im Hinblick auf ihre Entscheidungsfindung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft. Ergänzend wird auf psychische Beschwerden und Belastungen eingegangen. Aus methodischer Sicht war eine isolierte Betrachtung von Aussagen über Schwangerschaftsabbrüche nicht möglich, weil die befragten Frauen Mehrfachschwangerschaften hatten, die mit Austragungen und/ oder Abbrüchen verbunden waren. Methodisch wurde zwar versucht, das Erkenntnisinteresse mittels einer gezielten Gesprächsführung auf die Fokusschwangerschaft zu richten, was aber auf der Ergebnisebene nicht zu Erzählungen und Beschreibungen führte, die die erforderliche Trennschärfe aufweisen, um gezielt Schwangerschaftsabbrüche zu untersuchen. Aus diesem Grund kann nur auf allgemeine Belastungsfaktoren eingegangen werden, die sowohl für Austragungen als auch für Schwangerschaftsabbrüche Gültigkeit besitzen.

1. Retrospektive Einschätzungen der ungewollt Schwangeren

1.1 Positiver Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft

Sicherheit mit der eigenen Entscheidung, die Möglichkeit der Selbstverwirklichung sowie gesicherte Lebensumstände durch oder nach der Entscheidung bezüglich der ungewollten Schwangerschaft

sind wesentliche Aspekte, die für ungewollt Schwangere zu einer positiven retrospektiven Einschätzung ihres Umgangs mit der Schwangerschaft führen (vgl. M8(6), M13(27), M14(33), M16(11), P4(69), P9(5), P16(43), P19(35), P24(17), P25(35)).

„Ich habe das auch als meine Pflicht empfunden, mich in dem Moment nochmal zu hinterfragen [...] bist du dir da wirklich ganz, ganz sicher. Deswegen kann ich auch sagen, ja, ich war mir ganz, ganz sicher und habe das auch keinen Moment bereut.“ (Lucia Garcia, M14(33)).

Eine selbstbestimmte Entscheidung ermöglicht über den Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft hinaus eine gute psychische Verarbeitung eines Abbruchs, einer Austragung der Schwangerschaft.

„Also das war einfach ein bisschen viel auf einmal. (lacht) [...] Deswegen stand da für mich die Entscheidung eigentlich relativ schnell, dass ich das Kind nicht kriegen werde. [...] letztendlich war es eigentlich im Nachhinein die richtige Entscheidung, das nicht zu tun. [...] ich würde zumindest heute nicht dastehen, wo ich heute bin.“ (Yaa Mensah, M3(5)).

Häufig spiegelt sich in der Entscheidungsfindung von ungewollt Schwangeren ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Das Bedürfnis eine verantwortungsvolle Mutter zu sein, kann in unterschiedlichen Lebenssituationen zu verschiedenen Entscheidungen bezüglich der ungewollten Schwangerschaft führen. Ermöglicht die Entscheidungsfindung eine Kongruenz von Bedürfnissen und Möglichkeiten der Lebensführung, ist in der retrospektiven Betrachtung eine positive Einschätzung möglich (vgl. M13(91), M14(33), P4(69), P9(5), P16(43), P19(35), P24(17), P25(35)).

Auch die Umdeutung der Ungewolltheit der Schwangerschaft hin zu einem gewollten Kind ist eine Bewältigungsstrategie, emotionales Coping, welche zu einer positiven retrospektiven Einschätzung und Integration in das eigene Leben führen kann: „ich sage immer, mein (erstes Kind) ist ungeplant gewollt, weil es einfach so sein sollte“ (M4(21)). Die Integrierbarkeit der Situation der ungewollten Schwangerschaft und ihres Ausgangs in den eigenen Lebenslauf scheint ein wesentlicher Faktor für eine positive Einschätzung in der Retrospektion zu sein.

1.2 Ambivalenter Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft

Eine ungewollt Schwangere schätzte ihre Entscheidung retrospektiv aufgrund einer hohen Alltagsbelastung mit Kind und fehlender struktureller Unterstützung ambivalent ein. Die Konfrontation mit der Realität der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf für sie als Mutter steht hier im Vordergrund. Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung sowohl als Mutter als auch im Rahmen einer beruflichen Karriere stoßen auf alltägliche und strukturelle Herausforderungen, die mit einer hohen Auslastung einhergehen (M7(51)).

„na klar, also ich liebe die Kinder wirklich über alles und ich bin froh, dass sie da sind. Aber ist wirklich 100 Prozent anstrengend. Also das ist nur anstrengend, und wenn man arbeiten möchte, und ich möchte ja auch arbeiten, weil dafür habe ich studiert und so viel gemacht, um jetzt einfach das Ganze zu schmeißen. Das ist wirklich sehr anstrengend. Weil, man kann sich selbst organisieren, und diese ganzen, dass man Vollzeit-Kitagutschein hat, kann man sich an die Wand nageln. Also ich habe Anspruch an elf Stunden Kita pro Tag. Davon kriege ich jetzt irgendwie sechs Stunden am Tag, [...] es haut einfach vorne und hinten nicht hin.“ (Milana Pisarenko, M7(51)).

1.3 Negativer Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft

Negativ und stark psychisch belastend bewerten ungewollt Schwangere retrospektiv ihre Entscheidung, wenn sie diese nicht ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechend umsetzen konnten. Sowohl Fremdbestimmung während der Entscheidungsfindung als auch unauflösliche Orientierungsprobleme bzw. Norm-Bedürfnis-Konflikte können Auslöser für eine starke psychische Belastung über die ungewollte Schwangerschaft hinaus sein (M6(40,42), M17(5,27), M19(173,175), P18(17,25)).

Von Belastungen berichten sowohl ungewollt Schwangere, die fremdbestimmt einen Abbruch vorgenommen haben, als auch Frauen, die trotz keinem (weiteren) Kinderwunsch die Schwangerschaft ausgetragen haben: „weil das eine Kind wollte ich, das andere nicht, aber für mich war dann nachher bei beiden Kindern, wo ich dann gedacht habe, ich will sie eigentlich beide gar nicht, aber erst später, also erst nach dem sie da waren.“ (M6(40)). Haben ungewollt Schwangere aus Ausweglosigkeit, wegen bestehender Sprach- und Wissensbarrieren oder wegen Druck durch den Partner gegen ihren Wunsch einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, reicht die psychische Belastung tendenziell noch weit über die ungewollte Schwangerschaft hinaus. Gefühle wie Trauer und Schuld können dann prägend sein:

„Ich denke ab und zu noch dran. Ja. Weil ich es im Endeffekt nicht unbedingt bereue, aber trotzdem schon ziemlich schade finde, dass es so kommen musste. Ja. Genau. Und das [Ultraschall-] Bild zum Beispiel habe ich aber weggeschmissen. [...] Das (verweint) ist schon schlimm, alleingelassen zu werden. Ja. Aber ich kann die Situation nicht ändern.“ (Valeska Antonow, M19(173-175)).

Ohnmachts- und Vulnerabilitätserfahrungen können so die retrospektive Einschätzung überformen. Eine Verarbeitung der Geschehnisse ist häufig schwer und langwierig (M6(40,42), M17(5,27), P18(17,25)).

„Also ich muss sagen, es war wirklich sehr, sehr schwer. Klar, hätte ich manchmal gedacht: Warum ist das eigentlich so passiert? Und warum bin ich schwanger geworden? Aber nicht, dass ich mein Kind jetzt hasse, auf keinen Fall. Nur durch diese ganzen Probleme, die du dann bekommen hast. Keiner war da für dich. Keiner hat dir geholfen. Keiner hat irgendwie geguckt, komm, wir gehen mal, versuchen irgendwie. Weil irgendwie muss es ja weitergehen, das Leben. Das Kind ist ja jetzt nun mal da.“ (Sarah Noack, P18(17))

2. Nähere Betrachtung belastender Umstände und Faktoren

Auf Basis der Typenbildung zur Nutzung der Schwangerschafts(konflikt)beratung (SKB) und zur gynäkologischen Versorgung zeigte sich, dass es unterschiedliche Erfahrungstypen unter den schwangeren Frauen gibt (vgl. Forschungsfrage 4). Die typisierten Erfahrungen liegen zwischen den Horizonten fremd- und selbstbestimmter Erfahrungen und den Möglichkeiten, die eigenen handlungsleitenden Orientierungen umsetzen zu können. Das vorliegende empirische Datenmaterial belegt, dass es primär die sozialen und institutionellen Kontexte sind, die psychische Belastungen und Beschwerden hervorrufen und nicht der Schwangerschaftsabbruch selbst. Welche Beratungssettings als unterstützend und belastend hervorgebracht werden, wird näher zur Forschungsfrage 4, SKB und gynäkologische Beratung (s. o.) erörtert. Nachfolgend werden weitere soziale Kontexte und Bedingungen angesprochen, welche das Bild möglicher Einflussfaktoren und deren Belastungspotentiale komplettiert.

2.1 Allgemeine Lebenslagen der Frauen als Belastungsfaktoren

Die Entscheidung für oder gegen ein Kind geschieht nicht isoliert, sondern im Horizont der eigenen Lebenswelt. Frauen tragen eine hohe Verantwortung für sich selbst. Faktoren, die bereits zum Eintritt der ungewollten Schwangerschaft im Kontext von Partnergewalt zu herausfordernden Lebenssituation führen können und als Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch reflektiert werden, sind: a) eine belastende partnerschaftliche Situation, b) bereits vorhandene Kinder, c) keine abgeschlossene Ausbildung und finanzielle Schwierigkeiten d) das Fehlen von Unterstützung und Anerkennung durch das soziale Umfeld sowie e) Mangelnde Besprechbarkeit, Stigmatisierungs- und Isolationserfahrungen. Die Umstände der vulnerablen Frauen können existenziellen Charakter haben:

„[W]enn es das Kind gegeben hätte, dann hätte ich wahrscheinlich mein Leben beendet. Das klingt jetzt so drastisch, aber (...) hätte ich wahrscheinlich nicht geschafft. Ich war zu dem Zeitpunkt sehr, sehr stark psychisch belastet, sehr stark.“ (Ronja Petersen, P9(45)).

a) eine belastende Paarbeziehung

Partnergewalt stellt eine kontinuierliche Belastung dar und kann sich bei einer ungewollten Schwangerschaft stark negativ auswirken und langfristige psychische Erkrankungen hervorbringen (vgl. P17(3)). Eine ungewollt Schwangere berichtet über ihren Partner nach ihrem Schwangerschaftsabbruch:

„Und immer im Rausch hat er mir das halt voll vorgeworfen. Du hast unser Kind umgebracht und es ist deine Schuld und bla bla und ja, dass es Schwachsinn ist, ist mir heute auch klar. Damals war das. Also es war für mich eine wirklich krasse, schwierige Zeit. Es hat dann auch dazu geführt, also unter anderem auch diese ganzen anderen Umstände mit meinen Eltern und so weiter, hat dazu geführt, dass ich irgendwann wirklich psychisch krank geworden bin. Ich hatte jahrelang eine ganz schwere Depression. Ich war mehrmals in Psychatrien.“ (Nicole Graf, P17(3))

Zieht der Partner sich aus der gemeinsamen Sorge für ein mögliches Kind zurück und gibt es keine positive Perspektive für ein Kind, so lässt diese Belastungssituation und soziale Isolation ein Austragen der ungewollten Schwangerschaft nicht zu. Eine belastende prekäre Paarbeziehung wird zum bedeutenden Entscheidungs- und Belastungskriterium:

„Aber trotz alledem hat er mich die ganze Zeit alleine gelassen, wie gesagt. War-, ist dann halt natürlich im Privaten viel passiert. Beschaffungskriminalität und so weiter von seiner Seite. Er hat mich beklaut. Wir hatten kaum Geld, weil ständig mein Konto leergeräumt war und-. Ja ich bin so viel arbeiten gegangen und trotzdem noch die Kinder und alle und. Also war gar nicht machbar mit ihm.“ (Diana Schmidt, P13(10)).

Die Situation in der Paarbeziehung ist ein sehr bedeutender Faktor bei der Entscheidung über eine ungewollte Schwangerschaft. Ist die Frau Gewalt durch ihren Partner ausgesetzt, kann das zur Sorge um das Kindeswohl führen. Die Erkenntnis, kein (weiteres) Kind einem potenziell gewaltausübenden Kindesvater aussetzen zu wollen, führt in manchen Fällen auch zu einer Trennung vom Partner, um selbst der Gewalt zu entkommen. Das hat positive Auswirkungen und führt zu einem starken Gefühl der Selbstwirksamkeit (P9(5), P16(19), P24(35)).

„Und habe dann für mich auch die Entscheidung getroffen, dass ich auch tatsächlich jetzt die Beziehung verlasse. Das war für mich noch mal so dieses Zeichen, wo ich so dachte, okay, selbst damit wäre ich jetzt alleine gewesen oder bin ich jetzt alleine. Ich verabschiede mich jetzt alleine davon. Hätte ich es bekommen, wäre ich damit auch alleine gewesen. Also so oder so wäre ich alleine, dann kann ich es jetzt auch lassen. Und ja, von da an, so dramatisch das jetzt klingt, von da an hatte ich dann mein Leben wieder in der Hand.“ (Ronja Petersen, P9 (5)).

b) bereits vorhandene Kinder

In den Fällen, in denen bereits Kinder vorhanden sind, müssen Frauen den Großteil der Betreuungsaufgaben für die Kinder übernehmen und zusätzlich für den Haushalt sorgen. Meist wird ein Zustand beschrieben, in dem sich die Frauen an der Grenze ihrer Belastbarkeit sehen. Auch hier zeigt sich eine starke Verantwortungsübernahme durch die Frauen: Sie möchten angemessen für sich und ihre bisherigen Kinder sorgen. Übersteigt die Fürsorge für ein weiteres Kind die Kapazitäten und Ressourcen der ungewollt Schwangeren, kann die Entscheidung für einen Abbruch eine Entscheidung gegen eigene Überforderung und zugleich für die Sorge der bisherigen Kinder darstellen. Die Entscheidung gegen belastende Lebenssituationen wird von diesen Frauen retrospektiv als positiv bewertet (P4(67), P9(5), P13(10) P16(19), P24(35)).

c) keine abgeschlossene Ausbildung und finanzielle Schwierigkeiten

Das Abwägen für oder gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft findet insbesondere vor dem Hintergrund der Frage nach gesicherten ökonomischen Verhältnissen statt. Wurde eine Berufsausbildung noch nicht abgeschlossen, dann begünstigt dies einen

Schwangerschaftsabbruch, da einer abgeschlossenen Berufsausbildung in unserer Arbeits- und Leistungsgesellschaft finanzielle Unabhängigkeit zugeschrieben wird. Die Unvereinbarkeit von Bildungs- bzw. Ausbildungskarrieren mit einem (weiteren) Kind rechtfertigen einen Schwangerschaftsabbruch. Die Entscheidung für mehr Autonomie und gegen eine prekäre Lebenslage stehen im Fokus der Entscheidung (P4(67), P13(10), P16(43)).

„Ich war in der Zeit, als ich das zweite Mal schwanger geworden bin, Mitte 20. Da habe ich noch eine Menge Leben vor mir. Und sich das mit Mitte 20 dann schon so zu verbauen, weil, versaut wäre es ja nicht, es wäre halt anders gewesen. Aber ich weiß ja, wie ich bin. Und ich weiß ja, dass ich-, ich gehe gerne arbeiten. Und ich stehe gerne auf eigenen Füßen. Und ich will meinen Mann nicht um Taschengeld bitten“ (Janine Böhme, P4(71)).

d) die Abwesenheit von Unterstützung und Anerkennung durch das soziale Umfeld

Das soziale Umfeld der ungewollt Schwangeren besteht meist aus Freundinnen und Freunden, Familie, dem Partner und Arbeitskolleginnen und -kollegen. Es ist der emotionale Bezugsrahmen und das soziale Beziehungsnetzwerk, von dem sich Verständnis, Wertschätzung und Unterstützung gewünscht wird. Werden die Bedürfnisse der ungewollt Schwangeren nicht anerkannt, bleibt Unterstützung aus oder wird Gewalt ausgeübt, hat das negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sowie auf eine Verarbeitung der ungewollten Schwangerschaft und deren Integration in die eigene Biografie. Negative oder abwertende Reaktionen im sozialen Umfeld oder Gewalterfahrungen können außerdem zusätzliche Belastungsfaktoren für die ungewollt Schwangeren sein und zusätzlich zu einer Überforderung führen (M5(5), M6(21), M8(6), M14(35), M16(13), M17(3), M18(5), M19(93), P4(67), P11(3), P13(10), P16(19), P17(3), P18(5,15,21,24)).

„Bei der Geburt zum Beispiel wurde ein Dammschnitt gemacht, was ja auch nicht so-. Also das musste gemacht werden. Aber danach hat dann meine Mutter, wo das wieder genäht werden sollte, hat sie da nicht zugestimmt, dass ich die Betäubung bekomme. Musste dann auch ohne Betäubung gemacht werden. Dann hat sie auch immer wieder gesagt. „Ja, wer schon so jung ein Kind kriegen kann, der kann das jetzt auch aushalten. Und ich hoffe du kriegst nie wieder Kinder.“ Also das war dann schon so sehr schlimm für mich.“ (Nadine Walter, P11(3)).

Ungewollt Schwangere berichten von Erfahrungen der Negation ihrer Bedürfnisse aus dem privaten Umfeld. Ihre physischen und psychischen Beschwerden werden von Außenstehenden als übertrieben beurteilt. Eigene gemachte Erfahrungen des Umfelds dienen hier als Maßstab der Bewertung und verflechten sich zum Teil mit Fehlinformationen zu (ungewollten) Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen. Für die Anerkennung ihrer Bedarfe müssen die ungewollt Schwangeren in Konflikt mit ihrem sozialen Umfeld treten, was zur zusätzlichen Belastung wird (M5(5), M17(3), P18(15)).

„Und das war im Prinzip auch neun Monate kein richtiges Leben haben. Es war nichts möglich [...] das fand ich sehr schlimm, weil ich mich sehr isoliert gefühlt habe. Ich musste halt auch immer wieder in das Krankenhaus wegen Dehydrierung, weil ich ja auch keine Flüssigkeit bei mir behalten konnte und dann das Fruchtwasser wegging. [...] die Reaktion meines Umfelds war dann immer wieder, ja, stell dich nicht so an. [...] Und dann hatte Mama mich angerufen, ich lag zu dem Zeitpunkt im Krankenhaus. „Also, ich habe meine Mädels gefragt, sie hatten das alle nicht, also kannst du das auch nicht haben.“ (Defne Schneider, M5(5)).

e) Mangelnde Besprechbarkeit, Stigmatisierungs- und Isolationserfahrungen

Ungewollt Schwangere erleben und/oder antizipieren gesellschaftlich und im sozialen Umfeld Stigmatisierung sowie Abwertung. Dies kann sowohl die Situation der ungewollten Schwangerschaft betreffen als auch Schwangerschaftsabbrüche. Die strafrechtliche Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen stärkt eine Tabuisierung und kann zu Verunsicherungen bei

ungewollt Schwangeren führen, mit der sie sich allein gelassen fühlen können (M14(35), M16(41), P24(17)):

„Da war jede Menge blöder Videos und wo es halt auch direkt um diese strafbare Geschichte geht. Deswegen habe ich halt auch echt Panik gehabt und habe gedacht, super, jetzt hast du eine Strafanzeige und dann habe ich geguckt, wie oft-, wie lange man ins Gefängnis gehen muss dafür und mit was für einer Freiheitsstrafe. Dann habe ich gesagt, dann sehe ich drei Jahre meine Kinder nicht und wie und oh Gott und habe halt-. Ich glaube das ist das, was vielen vielleicht auch Angst davor macht, diesen Weg zu gehen. Dass dann da viel steht, ja, aber das ist strafbar und die vielleicht gar nicht so diesen Weg gehen, okay, wie geht das denn straffrei vonstatten. Sondern die erst mal nur lesen ‚strafbar‘“ (Michelle Müller, P24(17)).

Derartige Erfahrungen hindern Frauen an einem Austausch und Sprechen über ihre Situation. Das Fehlen von Besprechbarkeit geht einher mit Gefühlen von Isolation und Alleingelassen-Sein mit der ungewollten Schwangerschaft. Stigmatisierungserfahrungen im sozialen Umfeld sowie im Versorgungssystem haben ein hohes Belastungs- und Überforderungspotenzial (M14(35), M16(13,15), M17(3,27), M18(5), M19(163), P11(3), P12(75), P15(8,50), P16(17,47), P18(37), P20(9), P21(8), P24(3,13)).

„Aber dass man ganz klar weiß, [...] ich sollte das möglichst nicht sagen und ich darf da möglichst nicht darüber sprechen, weil ich nicht weiß, wie mir dann begegnet wird und wie mir dann auch danach begegnet wird. Das ist schwierig“ (Lucia Garcia, M14(35)).

Schon die Angst vor negativen Erfahrungen und Stigmatisierungen, Gefühle der Schuld und Scham führen dazu, dass sich die ungewollt Schwangeren häufig nur sehr wenigen Personen anvertrauen und wenig Hilfe suchen (M14(35), M16(13,15), M19(163), P11(3), P12(75), P15(8,50), P16(17,47), P18(37), P20(9), P21(8), P24(3,13)):

„Ich muss so ganz ehrlich sagen, ich-, außer meinem Partner, ich habe meiner Mutter-, habe ich mich bis zum Ende nie getraut zu sagen, weil ich genau wusste, dass sie es nicht verstehen wird. Und ich auch irgendwo Angst vor ihrer Enttäuschung hatte, dass man dann sowas macht, aber es ging auch nicht anders. Und dadurch hatte man halt auch niemanden irgendwie mit dem man so hätte offen darüber reden können, weil die Leute, die man-, wo man wusste, das sind Vertrauenspersonen, die hätten das einfach nie verstanden. Die hätten nie verstanden, warum man den Schritt geht.“ (Laura Bock, P16(17)).

Erfahrene Abwertung und die Abwesenheit von Sprachräumen können sich belastend auswirken, vor allem, wenn diese vom institutionellen Versorgungssystem nicht antizipiert werden und Teile der Versorgung privatisiert sind (M16(37), P17(3)):

„Na ja, dadurch, dass ich ja irgendwie dort hinkommen musste und auch wieder abgeholt werden musste wegen der Narkose, ich durfte ja nicht alleine gehen, musste ich dann meine Mama aber doch einweihen und ihr sagen, was los ist. Und ja, die Reaktion war nur: „Ich wünschte, du hättest es mir nicht gesagt.“ (Nicole Graf, P17(3)).

Fehlende Sprachräume im sozialen Umfeld verhindern sowohl den Transfer von Wissen zwischen Betroffenen als auch unterschiedliche Formen der Unterstützung als Coping-Strategie (M17(3), M19(155), P12(75), P20(9)).

„Weil ich mir nicht diese vorwurfsvollen Blicke anhören wollte. Also [...] ich wollte nicht angeguckt werden. [...] Was sollen die schon sagen? Mitfühlende Worte. Ja. Hätte mir auch nichts in der Situation gebracht. Die hätten das dann auch ihrem Partner oder sonstiges erzählt. Und dann hätten es auch in meinen Augen viel zu viele gewusst. Ja. Und darum habe ich es komplett für mich behalten. Ja.“ (Valeska Antonow, M19(163)).

Die Gleichzeitigkeit von fehlenden Sprachräumen, erlebter Stigmatisierung und Isolationserfahrungen insbesondere bei Partnergewalt in der Situation der ungewollten Schwangerschaft können zu Überforderung und hohen psychischen Belastungen sowie auch erhöhten physischen Risiken führen, wenn beispielsweise bei Frauen, die auf sich gestellt Zuhause einen medikamentösen Abbruch durchführen, dabei Komplikationen entstehen und sie aus Sorge vor Stigmatisierung durch ihr soziales Umfeld nicht nach Hilfe fragen (M19(155,161)).

7.1.2.3.5 Formelle und informelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungspotentiale (Forschungsfrage 6)

Im Hinblick auf die Forschungsfrage 6 ist festzustellen, dass die Befragungssituation und das geführte biografisch-narrative Interview für viele ungewollt Schwangere eine besondere Situation darstellte und z.T. auch wegen der zugewandten Gesprächsatmosphäre zu psychischer Entlastung führte. Im Interview konnten zurückliegende Belastungssituationen meist überhaupt zum ersten Mal ausgesprochen werden. Den Frauen wurde insbesondere durch die verständnisvolle Gesprächsführung der Interviewerinnen bewusst, welche krisenhaften Erfahrungen sie durchlitten haben. Die Forschungsfrage 6 ist an in-/formellen Unterstützungsbedarfen orientiert. Bei der Analyse der qualitativen Daten zeigte sich, dass der Großteil der befragten Frauen (noch) nicht in der Lage war, sich so weit von den negativen Erfahrungen zu distanzieren, sodass sie konkrete Unterstützungsbedarfe explizit machen konnten. Der Fokus der Beschreibung war tendenziell mehr auf die problematischen Lebensumstände – um die ungewollte Schwangerschaft und deren Ausgang – gerichtet. Hierin ist die Ursache zu sehen, warum nur wenige explizite Unterstützungsbedarfe vorlagen, die auf einer kommunikativ reflexiven Ebene besprochen werden konnten. Das lässt keineswegs die Schlussfolgerung zu, dass ungewollt Schwangere in diesem Sample keine Unterstützungsbedarfe haben.

Die hier dargestellten Bedarfe sind deshalb als systematische Einordnungen der Befunde mit eigenen Schlussfolgerungen, die sich aus den Diskursen im vorliegenden empirischen Material ergeben, zu verstehen.

Informelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungspotentiale

1. Austausch über Soziale Medien, fachlich moderierte Formen

Soziale Medien werden als niedrigschwellige Unterstützung wahr- und in Anspruch genommen, weil sie Informationen zum Thema Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung stellen. Formen der Selbsthilfe, wie es bspw. durch Messenger-Gruppen möglich ist, können allerdings problematisch sein (P1(108)), da die geteilten Informationen meist fachlich ungeprüft sind und die Chats nicht moderiert werden, sodass die agierenden Personen nicht identifizierbar sind. Tatsache ist, dass Sozialmedien als soziale Praxis in der Lebenswelt der ungewollt Schwangeren eine gewichtige Rolle spielen und genutzt werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Onlineangebote stark an der Austragung einer Schwangerschaft ausgerichtet sind. Entscheiden sich Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch, können Onlineangebote Schuldgefühle hervorrufen, weil sich Frauen gegen den Normalverlauf einer Schwangerschaft (Austragung) entscheiden (M14, Z. 527 ff.).

2. Notwendigkeit ehrenamtlicher Selbstsorge im Kontext ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche

Eine ungewollte Schwangerschaft stellt für betroffene Frauen i.d.R. eine psychosoziale Belastungsphase dar, die unterschiedlich bearbeitet wird. Empirisch zeigt sich, dass informelle Unterstützung durch Freundschaftsnetzwerke einen Rahmen ermöglichen, um das tabuisierte Thema „ungewollte Schwangerschaft“ besprechbar zu machen (M1(8), M15(Z. 200), M18(5), M19(22)). Es besteht allerdings die Sorge, für eine ungewollte Schwangerschaft verurteilt zu werden (M5, Z. 200 ff.), weshalb sich der Personenkreis, den sich ungewollt Schwangere mitteilen, sehr einschränkt. Bei Frauen mit einem Migrationshintergrund zeigt sich zudem, dass ihre Familie unter

Umständen einer ungewollten Schwangerschaft mit einem möglichen Schwangerschaftsabbruch eher ablehnend gegenüberstehen (M11(24)). Betroffene Frauen mit Migrationshintergrund verschweigen eine ungewollte Schwangerschaft gegenüber ihrer Familie und erhalten folglich in der belastenden Lebensphase keine familiäre Unterstützung (M19(22)). Besondere Unterstützungsbedarfe ergeben sich für Frauen, die durch Partnergewalt vulnerabilisiert sind, da sie viel häufiger sozial isoliert sind und daher kaum soziale Unterstützung aus informellen Kreisen bei der Entscheidungsfindung oder beim Abbruch bzw. der Austragung der Schwangerschaft erhalten. Der Bedarf nach informeller, lebensweltnaher Unterstützung zeigt sich auf empirischer Ebene über das gesamte Sample in unterschiedlichen Facetten. Die Inanspruchnahme von Frauengesundheitszentren⁴⁴ als formalisiertes Angebot könnte unter Umständen eine Antwort auf die eingeschränkten informellen Ressourcen und die bestehenden Beratungsbedarfe liefern und zur psychischen Entlastung ungewollt Schwangerer führen.

Formelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungspotentiale

1. Vereinfachung der formalisierten Abläufe um einen Schwangerschaftsabbruch

Die formalisierten Abläufe, die für einen Schwangerschaftsabbruch vorausgesetzt werden, verstärken psychosoziale Belastungen für die ungewollt Schwangeren (vgl. Forschungsfrage 5 sowie näher hierzu M3(28)). Die gynäkologische Feststellung der Schwangerschaft, die Inanspruchnahme der Schwangerschafts(-konflikt-)beratung und letztendlich der medizinische Eingriff bei einem Schwangerschaftsabbruch sind drei Instanzen, die Frauen zwingend in Anspruch nehmen müssen. Die Terminvereinbarungen und die Einhaltung zeitlicher Vorgaben (Abbruch bis zur 9. Woche) erzeugen sehr hohen Handlungsdruck und große Abhängigkeit von Institutionen. Am Beispiel eines Onlineangebotes kann gezeigt werden (P21(6)), dass eine vereinfachte onlinebasierte Beratung und Betreuung bei einer Abbruchmedikation eine psychosoziale Entlastung darstellen kann. Das trifft insbesondere auf ungewollt Schwangere zu, die sich in ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch sicher sind.

Problematisch scheint außerdem, dass es gesetzlich verpflichtend ist, dass Frauen bei jedem Kontakt mit Institutionen die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch erläutern müssen. Durch die formalisierten, kaskadierten Abläufe: gynäkologischen Beratung, Schwangerschaftskonfliktberatung und gynäkologische Beratung bei Abbruch müssen sich Frauen i.d.R. dreimal für ihre Entscheidung rechtfertigen. Zum Problem wird dies dann, wenn die Vorstellungen der Beratenden und Ärztinnen und Ärzte nicht denen der Frauen entsprechen. In derartigen Gesprächen müssen die Frauen dann nicht nur ihre Beweggründe erläutern, sondern sich rechtfertigen, was für die Frauen insbesondere in psychisch belasteten Lebenslagen schwierig ist. Verbessern ließe sich diese Situation, wenn Beratende und Ärztinnen und Ärzte ihre professionelle Haltung sowie Patientinnenzentrierung beibehalten und eigene normative Wertevorstellungen nicht auf die Schwangeren projizieren.

2. Sensibilisierung der Jugendämter für die Bedarfe junger vulnerabler Schwangerer

Gewalterfahrungen in der Partnerschaft und eine ungewollte Schwangerschaft sind für minderjährige und junge Frauen besondere Krisensituationen (P11(29)), in denen sie ggf. unmittelbare Hilfen durch das Jugendamt benötigen. Es zeigt sich, dass ökonomische und organisatorische Rahmenbedingungen innerhalb der Strukturen des Jugendamtes effektive und

⁴⁴ Frauengesundheitszentren (FGZ) haben sich in der Bundesrepublik Deutschland in den 70er Jahren als feministische Gegenbewegung zu paternalistischen Strukturen im medizinischen Versorgungssystem gegründet. Die FGZ bestehen heute weiterhin fort und können Frauen in psychosozialen Belastungssituationen medizinisch und frauenzentriert zu ungewollten Schwangerschaften beraten. Es zeigt sich, dass FGZ auch die empirischen sichtbaren Bedarfslagen der Frauen decken können, sofern die Zentren strukturell gefördert werden, sodass sie sozialräumlich gut erreichbar sind und Frauen Zugangsmöglichkeiten haben.

unmittelbare Hilfe be- oder verhindern, sodass die Schwangere und ihr ungeborenes Kind der Gewalterfahrungen des Kindesvaters über längere Zeit weiterhin ausgesetzt sind. In diesem Kontext besteht ein Bedarf an Sensibilisierung der Mitarbeitenden in den Jugendämtern, sodass sie in die Lage versetzt werden, das Kinder- und Jugendhilferecht in diesen prekären Lebenssituationen von jungen Frauen als Betroffene von Partnergewalt zügig und möglichst ohne formalen Aufwand, dem Kindeswohl entsprechend anzuwenden.

3. Sicherstellung der Versorgung durch Hebammen

Neben der positiv erwähnten gynäkologischen Versorgung durch Hebammen (P3 (33), (P11(59), P4(63)) zeigt sich, dass die Hebammen im Bereich der psychosozialen Versorgung entlastende Unterstützung leisten. Zudem haben sie Einblicke und Zugang in die Familien, die im Regelfall nur das Jugendamt erhält. Die Hebammen stehen mit Ärztinnen und Ärzten und dem Jugendamt in Verbindung, was die Vernetzung verschiedener sozialer Dienste und damit den Kinderschutz fördert. Folglich haben Hebammen für Frauen in vulnerablen Lebenslagen eine besonders hohe Bedeutung. Der Zugang und das Recht auf eine flächendeckende Versorgung für Frauen durch eine (Familien-)Hebammen sollte sichergestellt werden und Frühe Hilfen für alle Frauen zugänglich sein.

4. Verbesserungspotentiale in Abbruchseinrichtungen

Abbrucheinrichtungen haben einen Versorgungsauftrag, der professionell ausgeführt werden sollte – Eine Abbruchklinik darf kein Ort der Stigmatisierung und Entwürdigung sein.

Es zeigt sich empirisch an zahlreichen Fällen (17(3+13), M5(31), M18(5), P16(11)), dass Frauen sich in der Aufklärung vor dem medizinischen Eingriff von Ärztinnen und Ärzten in Schwangerschaftsabbruchseinrichtungen systematisch stigmatisiert bzw. diskriminiert fühlen. Die ungewollt Schwangeren erleben in dieser psychosozial hochbelasteten Situation unmittelbar vor dem Schwangerschaftsabbruch, dass Ärztinnen und Ärzte den Schwangerschaftsabbruch so abschreckend wie möglich zu gestalten versuchen, damit möglicherweise ein erneuter Abbruch vermieden wird. Frauen werden explizit mit gesellschaftlichen Normen konfrontiert, die auf ein Austragen der Schwangerschaft ausgerichtet sind. Frauen werden in ihrem Schritt, die Schwangerschaft abzuberechnen, von Ärztinnen und Ärzten entwürdigt. Schuld und Verantwortung für eine ungewollte Schwangerschaft werden allein den Frauen zugewiesen (P17, Z. 790), obwohl in vielen Fällen von Partnergewalt Frauen nicht die Möglichkeit der autonomen Verhütung haben. Frauen haben den Wunsch und das Recht auf eine würdevolle, neutrale Behandlung sowie die Achtung ihrer Entscheidung (P24(17)), eine Schwangerschaft abzuberechnen.

Versorgungslage und weite Entfernung für Schwangerschaftsabbrüche

Die medizinische Versorgungslage zu Schwangerschaftsabbrüchen ist bundesweit sehr unterschiedlich ist. Bei Versorgungsengpässen sind Praxen und Kliniken teilweise überfordert und können zeitnah keine Termine anbieten (P17(179 ff.)). Erschwerend kommen auf die Frauen lange Fahrtwege für einen Schwangerschaftsabbruch zu.

5. Verbesserung der Beratung und Versorgung im Krankenhaus

Ungewollt Schwangere kritisieren (M7(51), P1(37), P11(9), P15(22)), dass die Beratung und Versorgung zu wenig an ihren Bedürfnissen ausgerichtet sind. Die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Schwangeren wird als hierarchisch und bevormundend beschrieben. Die Aufklärung für medizinische Eingriffe (z.B. Kaiserschnitt bei Geburt oder Abbruchmethode) sollte umfassend und für alle verständlich erfolgen sowie die Bedürfnisse der Frauen berücksichtigen. Auch bei einem Schwangerschaftsabbruch sollte sich die Beratung und Behandlung an den Prinzipien der Patientinnenorientierung und Klientinnenzentrierung ausrichten.

6. Verbesserung der gynäkologischen Beratung und Versorgung

Es zeigt sich, dass es Frauen an einem umfassenden Zugang zu Informationen mangelt, wer Schwangerschaftsabbrüche mit welcher Methode in Deutschland durchführt (M3(28), M5(37)). Sie

wissen teilweise nicht, ob ihre Ärztin/ ihr Arzt einen Schwangerschaftsabbruch anbietet, was zu Verunsicherung und Informationsdefiziten führt. Auch hier zeigt sich, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch schambesetzt ist und damit eine gute Beratung sowie Versorgung behindert. Ferner steht es Ärztinnen und Ärzten frei, ob sie zum Thema Schwangerschaftsabbrüche beraten oder einen Abbruch vornehmen. Im Zweifel müssen Frauen sich die Informationen über ggf. unsichere Informationswege selbst beschaffen und für sich die Frage der Seriosität der Quellen klären. Unter Umständen werden Frauen in Krisensituationen so mit Informationen konfrontiert, die aus normativer Perspektive ausschließlich die Möglichkeit des Austragens vorsehen und andere Optionen stigmatisieren bzw. kriminalisieren. Empirisch zeigt sich, dass Medizinerinnen und Mediziner in Einzelfällen keine Beratung und Unterstützung zu Schwangerschaftsabbrüchen durchführen, was Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit der Schwangeren hat (M3(28), (M5(31)). Frauen wünschen sich in der belastenden Situation eine umfassende und verständliche Beratung und Zugänge zu Informationen. Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ist eine Gewissensentscheidung, die Medizinerinnen und Mediziner die Möglichkeit einräumt, sich dafür oder dagegen zu entscheiden. Warum eine Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen häufig damit einhergeht, dass die Frauen in dieser belastenden Situation nicht beraten werden, ist nicht nachvollziehbar und kritisch zu diskutieren.

Es zeigen sich Diskriminierungserfahrungen aufgrund der spezifischen Umstände einer ungewollten Schwangerschaft (P17(3)) wie das ungefragte Abspielen von Herztönen sowie das Zeigen von Ultraschallbildern (P3(17)) oder ein Kommunikationsstil, der einer Fehlgeburt unangemessen ist (P16(57)). Frauen haben ein Recht auf eine verständnisvolle und bedürfnisorientierte Beratung und eine würdevolle Versorgung. Eine stärkere Aufklärung der Frauen hinsichtlich ihrer Rechte scheint notwendig.⁴⁵ Das Auflösen der problematischen Abhängigkeits- und Machtverhältnisse in der Patientinnen-Ärztinnen/Ärzte-Beziehung ist in anderen Teilbereichen bereits gelungen und kann übertragen werden. Hier bedarf es weiterer Anstrengungen in der ärztlichen Ausbildung oder Weiterbildungen durch medizinische Fachgesellschaften.

Frauen wünschen sich zur Bewältigung ihrer Krise bzw. des Orientierungsproblems zwischen Abbruch vs. Austragen eine einfühlsame Beratung, die bei Unsicherheiten auf die spezifischen Bedürfnislagen eingeht und partizipativ Lösungen erarbeitet (vgl. Typenbildung, Typ II, externalisierender Typ). Nur auf diese Weise kann eine psychosoziale Entlastung eintreten, weil sich das Orientierungsdilemma durch Bearbeitung auflöst (P9(45), M14(25), M15(45), M16(57-59), P24(3)).

7. Verbesserungspotentiale der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Anhand des empirischen Materials und an der Vielzahl an positiven Nennungen wird deutlich, dass die SKB im Horizont der Beratungsqualität auf eine hohe Akzeptanz stößt. Aus funktionaler Sicht kommt die SKB ihrem genuinen Auftrag nach, den Konflikt zwischen Austrag und Abbruch der Schwangerschaft zu bearbeiten. Der Beratungsprozess findet jedoch unter rechtlichen Rahmenbedingungen statt, deren Vorgaben den Beratungsprozess inhaltlich über eine empfundene Fremdrahmung strukturieren. Der §219 StGB sieht vor, dass Frauen zu den Möglichkeiten eines Austragens der Schwangerschaft beraten werden (P17(3)). Daraus ergeben sich sowohl für die betroffenen Schwangeren als auch für die Beratenden problematische Beratungsverläufe (P10(15)), weil sie durch gesetzliche Bestimmungen eine Fremdrahmung erfahren. Die Beraterinnen und Berater müssen gegen die gefasste Entscheidung der Frauen beraten (pro Austragung) und orientieren sich damit nicht explizit an den Bedürfnissen der

⁴⁵ Ein Beschwerdeverfahren bei der Antidiskriminierungsstelle könnte dazu führen, dass Diskriminierungen öffentlich gemacht werden.

Schwangeren. Die Konfrontation mit antithetischen Entscheidungsoptionen wirkt irritierend und verunsichernd, weil die Selbstvergewisserung von Entscheidung in diesen Settings verunmöglicht wird. Verbesserungspotentiale können nur mit der rechtlichen Anpassung des §219 StGB einhergehen, sodass Beratung nicht als Beratung zum Austragen prädisponiert wird. Das empirische Material zeigt die negativ antizipierten Erwartungen der Frauen gegenüber der SKB (P8(9-11), M3(28), M8(6)). Die Auswirkungen der negativ antizipierten Erwartungen der ungewollt Schwangeren werden in der Beratungspraxis durch zwei Orientierungsmuster sichtbar, sodass eine qualitätsvolle und bedürfnisorientierte Beratung verhindert wird. Schwangere stehen unter hohem psychischem Druck und sie müssen a) Gründe für den Abbruch übertrieben darstellen oder b) sich aktiv verteidigen, um ihre Position zur Schwangerschaft zu verdeutlichen. Wegen ihren Erwartungen kann die SKB von ihnen vornehmlich nur instrumentell genutzt werden und meist nicht zur Klärung von spezifischen Fragen beitragen. Der Fokus auf die Präsentation einer schlüssigen und anzuerkennenden Rechtfertigung verhindert einen an den Lebenslagen der Frauen orientierten Beratungsprozess. Eine lebenspraktische Beratung, die psychosoziale Probleme der Schwangeren aufgreift und entlastend wirkt, ist in diesen Settings kaum möglich. Um die Situation zu verbessern, könnten Frauen vor der Beratung bereits über die rechtliche Notwendigkeit und die Zieleperspektive der Beratung aufgeklärt werden. Wichtig scheint vor allem der Hinweis, dass die Ausstellung des Beratungshilfescheins einzig auf die persönliche Inanspruchnahme und nicht an eine plausible Rechtfertigungsfigur gebunden ist. Nur so könnte eine SKB die Konflikte der Schwangeren bearbeiten, weil eine offene Beratungsbeziehung hergestellt werden kann.

8. Verbesserungspotentiale der therapeutischen Versorgungslage

Die allgemein schwierige therapeutische und psychologische Versorgungslage scheint dazu zu führen, dass Frauen, die Partnergewalt erlitten haben, kaum Zugang zu derartigen, meist dringend notwendigen Leistungen erhalten (P1, Z. 994). Traumatische Erfahrungen können so nicht bearbeitet werden, was die psychische Gesundheit der betroffenen Frauen und Familien negativ beeinflusst. Hier bedarf es dringend eines Ausbaus des Angebotes, wie es auch von der Istanbul Konvention gefordert wird.

9. Verbesserungspotentiale Wohnsituation

Die vulnerablen Lebensumstände von ungewollt Schwangeren zeigen sich auch in der angespannten Wohnsituation. Beengte Wohnverhältnisse und ein schlechter baulicher Zustand der Wohnung prägen die Wohn- und Lebensumstände insbesondere von Alleinerziehenden (P1, Z. 432 ff.). Das geringe monatlich verfügbare Einkommen sowie Armutslagen ermöglichen es nicht, den prekären Wohnverhältnissen zu entfliehen (sozialräumliche Segregation). Der allgemeine Mangel an bezahlbaren und verfügbaren Wohnraum trifft insbesondere (alleinstehende) Frauen in vulnerablen Lebenssituationen. Die unzureichende Perspektive von vulnerablen Gruppen auf dem Wohnungsmarkt wird nachvollziehbar kritisiert und bedarf weiterer sozialpolitischer Eingriffe des Sozialstaates. Die Schaffung bezahlbarer Wohnungen oder der Tausch von größeren Wohnungen, die von alleinstehenden Seniorinnen und Senioren genutzt werden, könnten möglicherweise für eine Verbesserung sorgen.

10. Verbesserungspotentiale hinsichtlich Vereinbarkeit von Ausbildung, Studium, Erwerbsarbeit und Familie

Wie bereits unter der Fragestellung zu den Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen (vgl. Forschungsfrage 1) aufgezeigt werden konnte, ist die Vereinbarkeit von Ausbildung, Studium, Erwerbsarbeit und Familie ein zentrales Entscheidungskriterium, was Einfluss auf den Ausgang einer ungewollten Schwangerschaft hat. Insbesondere bei karriereorientierten Frauen mit Migrationshintergrund ist die Fortsetzung der Bildungskarriere und die Nichtvereinbarkeit mit den Karrierezielen und -chancen häufig ein Kriterium, was einen Schwangerschaftsabbruch begünstigt. Für hoch und höher gebildete Frauen ist ein Kind i.d.R. ein Karriererisiko, wenn die Bildungskarriere noch nicht abgeschlossen ist. Eine Austragung der ungewollten Schwangerschaft geht zudem mit

einer möglichen finanziellen Abhängigkeit gegenüber dem Kindesvater und Partner einher, was hoch und höher gebildete Frauen als „Fessel“ oder rückschrittlich evaluieren und vermeiden wollen. Darüber hinaus kritisieren ungewollt Schwangere mit Migrationshintergrund, dass das Mutterbild und die Aufteilung der Sorgearbeit in Deutschland eher konservativ konstituiert ist und eher Männern Karrierechancen zugesprochen werden. Emanzipierte und karriereorientierte Frauen werden stigmatisiert, da ihre handlungsleitende Orientierung nicht dem gesellschaftlichen Bild von Mutterschaft entspricht. Die sozialstaatliche Infrastruktur im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Kinderbetreuung werden von karriereorientierten Frauen als ausbaufähig evaluiert. Vor dem Hintergrund der Diskussion um den Fachkräftemangel in Deutschland und die hohe Teilzeitbeschäftigungsquote von Frauen scheint der Ausbau von Kinderbetreuungsangeboten sinnvoll.

Bei der Gruppe Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind und eher über geringe bis mittlere Bildungsabschlüsse verfügen, zeigt sich, dass die Entscheidungsfindung für oder gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft häufig vor dem Horizont ökonomischer Tragbarkeit verhandelt wird. Für Alleinerziehende oder Paare mit geringem monatlichem Einkommen, die nah an der Armutsgefährdungsquote leben, bedeutet ein Kind häufig ein Armutsrisiko und schlechtere Chancen, um an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten teilzunehmen. Auch bei dieser Gruppe zeigt sich, dass die Vereinbarkeit von Bildungsangeboten, Erwerbsarbeit und Familie disharmonisch sind, sodass schlechte soziökonomische Verhältnisse das Austragen der Schwangerschaft verunmöglicht.

7.1.2.4 Ergebnisse der qualitativen Analyse zu ungewollten Schwangerschaften bei Frauen mit psychischer Erkrankung (Universitätsklinikum Ulm) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

In der vertiefenden qualitativen Befragung des Teilprojekts ELSA PSY wurden 40 narrativ-biografische Interviews durchgeführt. Die Analyse erfolgte zum einen inhaltsanalytisch im Hinblick auf die Erfahrungen und Bedarfe in der Versorgung und Beratung, zum anderen wurden hermeneutisch-rekonstruktive Verfahren eingesetzt, um die subjektive Bedeutung der psychischen Erkrankung im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft zu untersuchen.

7.1.2.4.1 Hermeneutisch-rekonstruktive Auswertung und Typologie

Übersicht Typologie ELSA PSY

Um sich der biografischen Bewältigung einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft bei Frauen mit psychischen Erkrankungen zu nähern, wurden 40 narrativ-biografische Interviews hermeneutisch-rekonstruktiv ausgewertet (vgl. Kapitel 5.1.2.4) und Fallstudien erstellt. Ziel dieser Fallstudien war die Entwicklung einer Typologie zur Bedeutung, die der psychischen Erkrankung aus der Sicht der Frauen für den Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft zukommt. In der hermeneutisch-rekonstruktiven Auswertung erfolgte eine Orientierung an einem zuvor theoriebasiert entworfenen Auswertungsskript (vgl. Kapitel 5.1.2.4). Zur intersubjektiven Überprüfung der Lesarten fanden regelmäßige gemeinsame Interpretationssitzungen statt. Einzelne Fallstudien wurden darüber hinaus in einer qualitativen Forschungswerkstatt an der Klinik für Psychiatrie der Universität Ulm vorgestellt und diskutiert.

Basierend auf zunächst zwölf Fallanalysen wurde eine erste Typologie entwickelt, die unter Hinzunahme weiterer Fallanalysen verfeinert und schließlich unter Berücksichtigung aller Fälle theoretisch gesättigt werden konnte. Ein Großteil der Fallanalysen ließ sich eindeutig einem Idealtyp zuordnen, bei einigen liegen Mischformen vor. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Idealtypen Abstraktionen darstellen, die nicht die Komplexität eines biografischen Einzelfalls wiedergeben. Sie bieten vielmehr eine analytische Struktur, mit der typische Merkmale und Deutungsmuster im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft systematisch erfasst und vergleichend betrachtet werden können.

Die Idealtypen wurden anhand folgender Vergleichsebenen entwickelt: Kindheit/Jugend; Biografie und psychische Erkrankung; Kinderwunsch; Ungewolltheit bei Eintritt; Entscheidungsprozess; Rolle der psychischen Erkrankung im Umgang mit der Schwangerschaft; decision rightness. Zentrales Kriterium für die Entwicklung der Typologie war die Frage nach der **subjektiven Bedeutung der psychischen Erkrankung im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft** im biografischen Kontext. Darin bildet sich das heuristische Dreieck ab, das unserer Fragestellung zu Grunde liegt. Folgende fünf Idealtypen wurden rekonstruiert:

Abb. 7.170: Typologie ELSA PSY



Quelle: Eigene Darstellung

Idealtyp 1 „Heilung“:

Aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung kommt es zunächst zu einem normativen Ausschluss von Mutterschaft. Die ungewollt eingetretene Schwangerschaft bietet eine unverhoffte Chance, über die realisierte Mutterschaft eine Normalbiografie und damit auch „Heilung“ zu konstruieren. Dem Wunsch nach sozialer Anerkennung durch Mutterschaft stehen Erfahrungen von Stigmatisierung gegenüber.

Bei Frauen des Typs Heilung tritt die psychische Erkrankung früh auf und führt bereits im Jugend- oder spätestens im frühen Erwachsenenalter zu einer Einschränkung der schulischen und beruflichen Pläne. Viele Frauen beschreiben sich als „schon immer“ psychisch krank, haben umfangreiche Therapieerfahrungen, oft auch stationär, und empfinden wenig Selbstwirksamkeit gegenüber der Krankheit und anderen Menschen. Gleichzeitig kommt in der Rekonstruktion des biografischen Verlaufs der „Normalbiografie“ eine zentrale Bedeutung zu, zu deren wesentlicher Kernbestandteilen die Gründung einer Familie gehört. Aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung wird Mutterschaft von dem sozialen Umfeld oder den Frauen zunächst selbst normativ ausgeschlossen, so dass die Frauen auf die ungewollte eingetretene Schwangerschaft „geschockt“ oder mit großer Überraschung reagieren. In der Auseinandersetzung geht es jedoch weniger um die Ungewolltheit an sich als um normative Fragen: Darf und kann ich Mutter sein? In der Regel entscheiden sich die Frauen eher schnell und intuitiv für das Austragen, und bleiben dann bei ihrer Entscheidung. Die ungewollte Schwangerschaft wird mit der Hoffnung auf Geborgenheit in einer Familie oder einer konsolidierten Partnerschaft verknüpft, mit der Idee eines Neuanfangs, dem Erlangen eines Lebenssinns und der sozialen Anerkennung in der Rolle als Mutter. In jedem Fall ist die Entscheidung subjektiv mit der psychischen Erkrankung verknüpft, mit der Entscheidung zum Austragen geht eine Akzeptanz von Hilfebedarfen einher. Der zunächst vorgestellte normative

Ausschluss einer Mutterschaft bildet sich nun in Form von wahrgenommenen Stigmatisierungen als „psychisch kranke Mutter“ in der realisierten Mutterschaft ab. Dennoch kann Mutterschaft den Frauen eine Aufgabe, eine Struktur, einen anderen Fokus als die eigene Krankheit sowie die soziale Anerkennung als Mutter bieten.

Idealtyp 2 „Stabilisierung“:

Die Normalbiografie wird durch die psychische Erkrankung ‚irritiert‘, und die Entscheidung über den Ausgang der ungewollten Schwangerschaft ist darauf gerichtet, die psychische Gesundheit und das Leben zu stabilisieren oder zumindest Schaden zu begrenzen.

Der biografische Verlauf erfolgt bis ins Erwachsenenalter eher regelhaft und entspricht dem Muster einer Normalbiografie. Das Gründen einer Familie ist wesentlicher Teil des Lebensentwurfs, wird als konstituierend für ein erfolgreiches und glückliches Leben und teilweise auch als identitätsstiftend gesehen. Die psychische Erkrankung spielt lange Zeit keine Rolle, die Biografie wird erst spät vom Eintritt einer psychischen Erkrankung ‚irritiert‘ und mit aktiven Bewältigungsstrategien kontrolliert. Die Schwangerschaft reiht sich als weitere Irritation der Biografie ein und wird mit explizitem Bezug auf die potenziell negativen Folgen für die psychische Gesundheit als ungewollt vorgestellt. Die Frauen setzen sich intensiv mit den z.B. sozio-ökonomischen oder familiären Rahmenbedingungen, ethischen Fragen und den Konsequenzen der Entscheidung auseinander. Die Entscheidung über den Ausgang der Schwangerschaft ist am eigenen Wohlbefinden und daran orientiert, den Schaden für die psychische Gesundheit zu begrenzen bzw. das Leben zu stabilisieren. Die decision rightness fällt dementsprechend positiv aus. Zwar beschäftigen sich die Frauen durchaus auch mit der Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, die nicht in ihre Vorstellung einer „Normalbiografie“ zu passen scheinen. Sie begegnen dem aber proaktiv, indem sie ihr eigenes Wohlbefinden in den Mittelpunkt stellen.

Idealtyp 3 „Konformität“:

Die psychische Erkrankung ist Folge einer langen Belastungskarriere, der mit Anpassung und Aufopferung begegnet wird; über die ungewollte Schwangerschaft als weitere Belastung wird so entschieden, dass es die soziale Norm erfüllt bzw. den Erwartungen des sozialen Umfelds entspricht.

Charakteristisch ist zunächst eine Kindheit und Jugend, die durch schwierige finanzielle und soziale Umstände sowie traumatische Erfahrungen geprägt sein kann. Oftmals zeigen sich zwar schon in der Kindheit und Jugend erste Anzeichen von Überlastung oder einer psychischen Erkrankung, die Hilfe bleibt aber zu diesem Zeitpunkt – und in der Regel bis weit ins Erwachsenenalter hinein – aus. Vielfach bleibt den Frauen als Kind und Jugendliche keine andere Wahl, als ihre Lebenssituation auszuhalten und sich um sich selbst zu kümmern. Daher empfinden sie zwar wenig Selbstwirksamkeit (agency) und orientieren sich an den Bedürfnissen anderer, treten aber nach außen eher stark auf. Es gelingt den Frauen in gewisser Weise, den Anforderungen, die das Leben und ihr Umfeld an sie stellt, zu entsprechen, und dieses Muster bleibt im weiteren Verlauf ihres Lebens erkennbar. Der Schwangerschaftswunsch ist entweder vorhanden, stellt sich ein oder ist ambivalent. Tendenziell ist Mutterschaft aber eher etwas, was das Leben mit sich bringt. Die ungewollte Schwangerschaft stellt sich als (weitere) biografische Herausforderung bzw. Belastung dar. In der Auseinandersetzung zeigt sich ein biografisches Muster von Konformität: Über die Schwangerschaft wird so entschieden, dass entweder eine (abstrakte) soziale Norm erfüllt wird bzw. den Erwartungen des sozialen Umfelds entsprochen wird. In der Folge kann dies allerdings zu einer Verschlechterung der Erkrankung und teilweise zur ersten Inanspruchnahme von psychiatrischer/ psychotherapeutischer Hilfe führen. Charakteristisch ist hier eine Ambivalenz in der decision rightness. Einerseits erhöht sich infolge der Entscheidung die psychische und

körperliche Belastung und kann sich so weit verschlechtern, dass es zu einem Zusammenbruch, und teilweise zu einer ersten Inanspruchnahme von psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung kommt. Andererseits wird die Entscheidung für ihr soziales Umfeld, insbesondere den Partner oder die Familie, als die richtige vorgestellt – auch wenn es für die Frauen selbst nicht die richtige Entscheidung gewesen sein mag. Allerdings wird die ungewollte Schwangerschaft samt den Folgen durchaus auch als Chance betrachtet, Hilfe in Form psychotherapeutischer Behandlung zu erhalten.

Idealtyp 4 „Rationalisierung“:

Nach einer schwierigen Jugend tritt die ungewollte Schwangerschaft in einer Phase des Aufbaus und der langsamen psychischen Stabilisierung ein und bedroht diese. Die Mutterschaft wird daher in eine idealisierte Zukunft verschoben und damit in eine „stabile“ biografische Phase, in der die normativen Ansprüche an die eigene Mutterschaft umgesetzt werden sollen.

Frauen dieses Typs berichten in der Regel von einer belasteten Kindheit, die durch wenig Kontinuität, schwierige (Familien-)Verhältnisse und traumatische Ereignisse geprägt ist. Die sich daraufhin entwickelnde psychische Erkrankung beeinträchtigt sie erheblich. Im Verlauf des frühen Erwachsenenalters setzen sich die Frauen zunehmend proaktiv mit ihrer Erkrankung auseinander und versuchen, sie zu überwinden oder zumindest gut mit ihr zu leben. Sie sehen sich im Unterschied zu früheren Biografiephasen in der Lage, aktiv zu handeln. Diese Selbstermächtigung zeigt sich insbesondere im Versuch, die äußeren Lebensumstände zu stabilisieren. Zwar ist die Vulnerabilität der Kindheit noch nicht ganz überwunden, aber sie sind deutlich an der Zukunft orientiert. In diesem Kontext erwähnen die Frauen einen Kinderwunsch und die Vorstellung einer glücklichen und gutgestellten, stabilen Familie. In diese Phase des Aufbaus fällt die ungewollte Schwangerschaft. Über sie wird so entschieden, dass Mutterschaft in eine als stabil imaginierte Zukunft verschoben werden kann. Die Frauen tendieren dazu, die ungewollt eingetretene Schwangerschaft abzubereiten, wobei die Entscheidung vor allem in Abwägung der äußeren Umstände mit dem Wohl des Kindes – rational - begründet wird. Die Bedeutung der psychischen Erkrankung für die Entscheidung über die ungewollte Schwangerschaft wird ausgespart oder ausgeschlossen und korrespondiert mit einer Präsentation als zukünftige gute und gesunde Mutter. In Bezug auf die decision rightness unterscheiden die Frauen typischerweise zwischen einer rationalen und einer emotionalen Ebene. Auch wenn viele Frauen überzeugt davon sind, die richtige Entscheidung getroffen zu haben, sind sie emotional durch den Abbruch belastet.

Idealtyp 5 „Passivität“:

Die Biografie ist belastet durch die psychische Erkrankung und andere Schicksalsschläge, denen mit einer eingeschränkten agency begegnet wird. Der Eintritt der Schwangerschaft entspricht dem biografischen Muster einer passiven Verlaufskurve, und auch der Ausgang der Schwangerschaft basiert auf einer „Nicht-Entscheidung“.

Die Kindheit und Jugend der Frauen, die diesem Typus zugeordnet werden, sind durch zahlreiche Schicksalsschläge und Brüche geprägt; die psychische Erkrankung tritt eher früh im Lebensverlauf auf. Die biografischen Ereignisse erleben sie insgesamt als wenig beeinflussbar, und auch späteren biografischen Entwicklungen wird mit wenig agency begegnet. Allerdings kommt es - anders als bei Frauen des Typs 1 - nicht zu einem vollständigen „Scheitern“ der Normalbiografie. Aufgrund eines häufig jungen Alters und instabiler Lebensverhältnisse besteht kein Kinderwunsch, die Schwangerschaft tritt trotz Verhütung und damit ungewollt ein. Der psychischen Erkrankung kommt in der Auseinandersetzung wenig bzw. nur indirekte Bedeutung zu, wenn es um die belastenden Lebensumstände und das Gefühl von Überforderung geht. Zwar denken sie über einen Abbruch nach, lassen die Schwangerschaft dann aber geschehen. Charakteristisch ist für diesen Typus, dass keine Entscheidung *gegen* einen Schwangerschaftsabbruch oder *für* das Austragen

getroffen wird, sondern diese eher hingenommen wird. Es kommt in der Regel zum Austragen der Schwangerschaft. In der Folge sehen sie sich jedoch gezwungen, die Lebensumstände zunehmend aktiver zu gestalten, um dem Kind eine gute Mutter zu sein. Für die psychische Erkrankung können diese Entwicklungen positiv sein, auch wenn die psychische Erkrankung weiterhin eine Bürde darstellt, auf die sie wenig Einfluss haben. Dabei zeigt sich in der decision rightness eine Ambivalenz: einerseits gehen mit der verfrühten Mutterschaft (weitere) biografische Belastungen einher, andererseits bietet die Mutterschaft eine biografische Orientierung, die sich auch positiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

7.1.2.4.2 Inhaltsanalyse Versorgungsfragen: Erfahrungen und Bedarfe in Versorgung und Beratung

Im Folgenden werden die Erfahrungen und subjektiven Bedarfe der Studienteilnehmerinnen hinsichtlich der von ihnen in Anspruch genommenen Angebote im Zusammenhang mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft dargestellt. Dazu gehören sowohl die Bewertungen der Angebote als auch die von den Frauen geäußerten (gedeckten und ungedeckten) Bedarfe im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft. Dabei konzentrieren wir uns zum einen auf 1) die gynäkologische Versorgung, 2) die psychologisch-psychiatrische Versorgung sowie 3) die Angebote der psychosozialen Beratung. Die qualitativen Ergebnisse ergänzen die in Kapitel 7.1.1.6.3 vorgestellten Ergebnisse aus der SQB hinsichtlich der Thematisierung der psychischen Erkrankung im Rahmen der gynäkologischen Versorgung und der psychosozialen Beratung sowie die Thematisierung der ungewollten Schwangerschaft im Rahmen der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung.

Erfahrungen in der gynäkologischen Versorgung

Die Angebote der Gynäkologie nehmen in der Versorgung einer ungewollten Schwangerschaft eine zentrale Rolle ein, da Frauenärztinnen und -ärzte in der Regel die erste Anlaufstelle sind, an die sich Frauen nach bzw. zur Feststellung einer Schwangerschaft wenden. Die Äußerungen der Teilnehmerinnen zu den in diesem Setting gemachten Erfahrungen beziehen sich zum einen auf den Umgang der Fachkräfte mit dem Thema psychische Erkrankungen sowie auf die niederschwellige und zeitnahe Vermittlung an psychosoziale oder psychologische Unterstützungsangebote durch die Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Als dominierendes Thema sticht in den Interviews eine mangelnde **Berücksichtigung der psychischen Erkrankung** im Rahmen der gynäkologischen bzw. geburtshilflichen Maßnahmen hervor. Dies kann aus Sicht der Frauen auf **fehlende Kenntnisse über psychische Erkrankungen** bei gynäkologischen Fachkräften bezogen sein und dazu führen, dass spezifische Behandlungsbedarfe unberücksichtigt bleiben. Genannt werden zum einen die besonderen Belastungen, die mit den gynäkologischen Untersuchungen bei Frauen mit sexuellen Traumatisierungserfahrungen einhergehen und aus Sicht der Teilnehmerinnen Auslöser für Ängste und psychische Belastungen sein können. Zum anderen werden von den Teilnehmerinnen auch Situationen berichtet, in denen die mangelnde Berücksichtigung der psychischen Erkrankung eine Fehlbehandlung nach sich zieht, wie dies im folgenden Zitat exemplarisch aufscheint:

„Es wurde keine Rücksicht darauf genommen, dass zum Beispiel mein Puls und Blutdruck gerade steigen, weil ich eine Panikattacke habe (...) ich kenne den Körper jetzt auch, was passiert bei Panikattacken. Wenn ich nervös bin, dieses keine Luft kriegen, dieses Beengte. Und das ist halt auch im Kreißsaal dann passiert. Aber dieses, dass sie es direkt auf das Körperliche geschoben haben. Ich habe direkt Sauerstoffmaske auf die Nase gedrückt bekommen. Und das macht es in dem Moment nicht besser. Mir hätte dann eher geholfen, hätte jemand gesagt: „Hey. Alles gut. Wir machen das. Wir sind ruhig, wir kriegen das hin.“ Und die waren halt schon aufgeklärt, dass ich die Krankheiten habe“ (RLP1YW, pos. 1791-1804).

Einige Teilnehmerinnen berichten auch von **stigmatisierenden Erfahrungen** während der gynäkologischen Behandlung in Form einer wahrgenommenen "Andersbehandlung" oder Diskriminierung aufgrund der dokumentierten psychiatrischen Diagnose. Dazu zählen aus Sicht der Teilnehmerinnen **Unsicherheiten** im Umgang mit psychisch erkrankten Patientinnen. Aus Sicht einer Teilnehmerin haben gynäkologische Fachkräfte:

„große Berührungsängste, die wissen nicht, wie die damit umgehen sollen, also wenn so etwas da steht. Und das finde ich wirklich, dabei sollten die das eigentlich wissen, dass das ganz normale Menschen sind“ (NRW6SS, pos. 1000-1009).

Vielfach sind die berichteten Stigmatisierungserfahrungen auf den Schwangerschaftsabbruch bezogen und reichen von einer implizit wahrgenommenen Missbilligung der Entscheidung zum Abbruch über explizite moralische Abwertungen bis hin zur Ausübung von psychischem Zwang, z.B. durch erzwungenes Anhören der embryonalen Herztöne trotz eines expliziten Wunschs nach einem Schwangerschaftsabbruch. Im Falle des Austragens der ungewollten Schwangerschaft sind Stigmatisierungserfahrungen auch auf die Mutterschaft bei bestehenden psychischen Erkrankungen bezogen.

Aus der Sicht der Teilnehmerinnen sollten vorbestehende psychische Erkrankungen oder Belastungen und die sich daraus ergebenden Bedarfe stärker berücksichtigt werden in der gynäkologischen bzw. geburtshilflichen Behandlung. Zentrale Wünsche sind mehr Zeit für Gespräche sowie eine offene, sensible und nicht-stigmatisierende Haltung der Fachkräfte gegenüber Patientinnen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen:

„Ich kann echt nur sagen, fragt nach. (lacht leise) Das ist so das, was ich jedem Arzt sagen kann. Fragt, was, wenn der Patient äußert, er hat psychische Probleme (...) fragt nach: was brauchst du, damit du dich gut fühlst“ (HE3AB, pos. 1345-1349).

Vor dem Hintergrund eines vielfach mangelnden Wissens der Teilnehmerinnen über bestehende Angebote wünschen sie sich mehr **Informationen und konkrete Handlungsanweisungen** sowie eine bessere **Vermittlung in psychosoziale und psychologische Hilfsangebote**. Die Informationssuche im **Internet** wird als insgesamt eher wenig hilfreich beschrieben, da kaum spezifische Informationsquellen für Frauen mit vorbestehenden psychischen Belastungen bestehen. Der Bedarf an Vermittlung in weitere Hilfen zeigt sich besonders im Kontext der **Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch**.

„Und vor allem fand ich jetzt auch im Nachhinein, es wusste ja keiner, ob ich jetzt vorher schon psychisch erkrankt bin oder nicht, dass gar nicht nachgefragt wurde und auch im Nachgang keine Hilfe angeboten wurde. Also es wird so, ja, okay, tschüss. Klar, kann ich wegen, sage ich mal, körperlichen Schmerzen nochmal hin, konnte ich nochmal sagen, okay, ich habe das und das. Hätte ich nochmal hingehen können, aber mir wurde ja nicht angeboten, ach, wenn es dir psychisch nicht gut geht, dann haben wir hier und hier die Hilfestellen“ (NI5SS, pos. 799-806).

Im Fall des Austragens einer ungewollten Schwangerschaft zeigen sich in den Interviews spezifische Herausforderungen einer **Elternschaft** im Kontext einer psychischen Erkrankung. Die Teilnehmerinnen wünschen sich mehr **Informationen und Aufklärung** über die Anzeichen der postpartalen Depression und darauf ausgerichtete Versorgungsangebote sowie konkrete Hilfeangebote.

Erfahrungen in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung

Psychologisch-psychiatrische Angebote nehmen in der Versorgung von psychisch vorbelasteten Frauen mit ungewollter Schwangerschaft ebenfalls eine wichtige Rolle ein. Durch die teils langjährige Anbindung an das psychiatrische bzw. psychotherapeutische Setting besteht zum einen ein niedrigschwelliger Zugang, der eine frühzeitige Unterstützung von Frauen in reproduktiven

Belangen und so auch in der Unterstützung im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft erlaubt. Zum anderen erleichtert der in therapeutischen Settings stattfindende Einbezug der individuellen Lebenssituation und des sozialen Kontexts die Entwicklung passgenauer psychosozialer Unterstützungsangebote zum Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft.

Die Teilnehmerinnen äußern vielfach den **Wunsch nach therapeutischer Unterstützung** im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft, die aus der Sicht der Teilnehmerinnen eine zusätzliche Belastung für die psychische Gesundheit darstellen kann. Psychotherapeutische Unterstützung wird insbesondere zu Beginn einer ungewollten Schwangerschaft, in der Phase der **Entscheidungsfindung über den Ausgang der Schwangerschaft** als wichtig beschrieben, aber auch in Form einer **Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch** von Teilnehmerinnen gewünscht bzw. wertgeschätzt. Gleichzeitig wird die Thematisierung eines Schwangerschaftsabbruchs im psychiatrischen/psychotherapeutischen Setting von der **Haltung der Therapeutin bzw. des Therapeuten** bzw. der Befürchtungen, stigmatisiert zu werden, abhängig gemacht. Der Wunsch nach Thematisierung hängt auch davon ab, ob das Ereignis aus subjektiver Sicht als **therapierelevant** erachtet wird. Einige Teilnehmerinnen betonen die Relevanz einer **kontinuierlichen Begleitung**, die es ermögliche, eine ungewollte Schwangerschaft mit therapeutischer Unterstützung nicht als singuläres Ereignis, sondern im biografischen Kontext zu bearbeiten.

Ein dominierendes Thema waren die Schwierigkeiten beim **Zugang zu ambulanter Psychotherapie** aufgrund langer Wartezeiten und fehlender Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich des therapeutischen Angebots. Hier betonen die Teilnehmerinnen, dass hohe Zugangshürden besonders problematisch sind aufgrund des **zeitlichen Handlungsdrucks**, der einerseits durch die einzuhaltenden Fristen (im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs) entstehen kann. Andererseits besteht die Notwendigkeit einer raschen Intervention hinsichtlich der **Medikation** nach Feststellung der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft. Hier zeigt sich ein Unterstützungsbedarf in Bezug auf Fragen zu Fortführen, Verändern oder Absetzen der aktuellen Medikation angesichts der potenziellen Risiken, die sich daraus für die Entwicklung des Embryos wie auch für die psychische Gesundheit der Frau ergeben können, und bei der Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft relevant werden.

Der Handlungsdruck kann die psychische Krisensituation, in der sich Frauen nach Feststellung der ungewollten Schwangerschaft ohnehin befinden können, noch zusätzlich verstärken. Das folgende Zitat zeigt die Wechselwirkung zwischen erfolgloser Suche nach einem Therapieplatz und psychischer Belastung:

„Ich war total wie gelähmt zwischendurch. Man soll sich um/ man soll sich selber, wenn es einem schlecht geht, um so viele Sachen kümmern. Ich konnte nicht mal irgendwo anrufen und mit der/ ich wusste, wenn ich jetzt irgendwo anrufe, und die sagen mir wieder nein, dann war es wieder/ ging es wieder so ein Stück bergab irgendwie. Und also ich hab manchmal gar nicht die Kraft gehabt, überhaupt irgendwo noch anzurufen“ (SH1YW, pos. 1794-1799).

Einen weiteren Bedarf äußern die Teilnehmerinnen in Bezug auf **Mutterschaft im Kontext psychischer Erkrankungen** im Fall ausgetragener ungewollter Schwangerschaften. Aus Sicht der Teilnehmerinnen sind niederschwellige Zugänge in (teil)stationäre Angebote für (werdende) Mütter mit psychischen Erkrankungen wichtig.

Einige Teilnehmerinnen berichten von wahrgenommenen Überforderungen der psychiatrischen Fachkräfte durch die mit einer Schwangerschaft oder Mutterschaft einhergehenden Bedarfe im Rahmen einer (teil)stationären Behandlung. Die Teilnehmerinnen wünschen sich von den Fachkräften in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung einen **sensiblen, wertfreien**

Umgang, einen angemessenen Raum für die Thematisierung alltagsbezogener Sorgen und Ängste in Bezug auf die Elternschaft und im Bedarfsfall die Vermittlung in weitere psychosoziale Hilfen.

Erfahrungen in der psychosozialen Versorgung

Die psychosoziale Beratung kann für Frauen im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft von zentraler Bedeutung sein. Die von den Frauen geschilderten Erfahrungen mit psychosozialen Beratungsangeboten weisen ein breites Spektrum auf, das von Unterstützung im Umgang sowie bei der Entscheidung um den Schwangerschaftsausgang über rechtliche und medizinische Aufklärung bis hin zur Vermittlung von sozialen und finanziellen Hilfsangeboten reicht.

Sichtbarkeit und Erreichbarkeit der psychosozialen Beratungsdienste sind aus Sicht der Frauen häufig unzureichend und können eine zeitnahe Inanspruchnahme nach Feststellung der ungewollten Schwangerschaft erheblich erschweren. Betont wird, dass insbesondere in einer akuten Belastungssituation das bloße Nennen von Beratungsstellen nicht ausreicht. Die Teilnehmerinnen wünschen sich bessere Informationen zum Angebotsspektrum und zu den konkreten Angebotsinhalten der Beratungsstellen. Auch wünschen sie mehr **Unterstützung bei der Kontaktaufnahme und bei der Organisation von Hilfen:**

„Also ich hätte mir mehr Hilfe gewünscht, auch von Seiten des Amts. Oder von einer anderen Stelle, die mir einfach [zum] Beispiel sagt: „Hier, da kann man zusammen hingehen. Oder hier, den Antrag bringe ich dir mit. Den füllen wir hier aus. Da musst du nicht rausgehen.“ Das hat einfach gefehlt. Das hat gefehlt. [...] Ich weiß nicht, ob es sowas überhaupt gibt. Ob es so (?ein) Angebot überhaupt gibt für Schwangere. Glaube nicht“ (SN3SG, pos. 485-492).

In den Erfahrungsberichten der Teilnehmerinnen nehmen die Angebote zur **Schwangerschaftskonfliktberatung** den größten Raum ein. Hier würdigen sie insbesondere die Informationsvermittlung. Dies gilt sowohl im Falle einer Entscheidung für das Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft, z.B. hinsichtlich materieller Unterstützungsmöglichkeiten. Ebenso wertgeschätzt werden die Informationen im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs, z.B. zum konkreten Ablauf oder zu Abbruchmethoden. Gleichzeitig wird ein Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung von psychischen Belastungen bzw. einer expliziten Berücksichtigung der psychischen Erkrankung geäußert. Insbesondere Frauen, die trotz psychischer Belastung keine therapeutische Anbindung haben, äußern über den Informationsbedarf hinaus einen **Bedarf an kontinuierlicher emotionaler Unterstützung**, der einem einmaligen Beratungstermin gegenübergestellt wird.

„Menschen, die man dann einmal in dieser Konfliktberatung sieht, (können) einfach schwierig abschätzen, wie komplex diese ganze Lage ist“ (BER1Ab, pos. 377ff.).

Bestehende Beratungsangebote sind aus Sicht einiger Teilnehmerinnen nur eingeschränkt auf den **spezifischen Unterstützungsbedarf von Frauen mit psychischen Erkrankungen** ausgerichtet. Durchweg kritisch wird gesehen, wenn die psychische Belastung durch die Beratungskräfte nicht thematisiert wird. Hier besteht der Wunsch, mögliche psychische Belastungen offensiver anzusprechen.

Aufgrund von Stigmatisierungserwartungen in den regulären Angeboten wird die Möglichkeit einer **spezifischen Beratungsstelle für Personen mit psychischen Erkrankungen** genannt, die die Bereitschaft zur Inanspruchnahme verbessern könnte. In diesem Zusammenhang wird auch die Notwendigkeit einer wertneutralen und sensiblen Haltung der Beratungskräfte betont. Die Teilnehmerinnen wünschen sich mehr Zeit für die einzelnen Beratungsgespräche und das explizite Anbieten mehrerer Termine, insbesondere in Bezug auf die Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch oder auf spezifische Angebote für psychisch belastete Mütter.

Die Teilnehmerinnen äußern den Wunsch nach spezifischen Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen, die sich für das Austragen der ungewollten Schwangerschaft entscheiden, wobei insbesondere bei fehlendem sozialem Umfeld ein Unterstützungsbedarf in der Alltagsbewältigung, der Kinderbetreuung oder -erziehung bestehe. Hier formulieren einzelne Teilnehmerinnen den Wunsch nach professioneller Entlastung bei Stress und Überforderung sowie eine Notbetreuung in akuten psychischen Krisen. Die spezifischen **Bedarfe von Müttern mit psychischen Belastungen** bzw. Erkrankungen werden aus Sicht der Teilnehmerinnen durch die regulären Angebote nicht ausreichend gedeckt. Sie weisen darauf hin, dass der Beratungsfokus nicht ausschließlich und einseitig auf dem Kindeswohl liegen, sondern stärker auch die Sicht und die Bedürfnisse der Mütter berücksichtigen sollte: „*Ab dem Zeitpunkt, wo man schwanger ist, geht es nur noch um das Kind*“ (BY7YW, pos.1713).

Insofern Teilnehmerinnen bereits praktische Hilfen durch das Jugendamt erhalten, werden diese **Hilfen als ambivalent** wahrgenommen: Einerseits leisten die Angebote eine wichtige Unterstützung in der Alltagsbewältigung der Teilnehmerinnen. Andererseits ist die Inanspruchnahme dieser Hilfen mit Ängsten und Scham besetzt, was es erschwert, Alltagsprobleme offen anzusprechen und konkrete Hilfen einzufordern.

„Aber mich auch geschämt hab, Hilfe zu holen, muss man so sagen. Ja. Ja. Weil ich gedacht hab, die denken halt dann, dass ich (weinend) eine schlechte Mama bin oder halt, ja, es nicht auf die Reihe krieg und mir dann das Kind wegnehmen oder so, weil ja auch Jugendamt und alles mit dabei dann war jetzt oder ist noch. Und dass die da halt/ ja. (weint) Deswegen auch hier auch anfangs immer, wenn dann die Hebamme oder Dings kommt, eigentlich sind die ja da dafür, dass die Sozialpädagogen, mir mit meinen Sachen zu helfen. Aber ich hab immer das Gefühl, es muss, wenn die da sind, schon alles perfekt sein“ (BY2YW, pos. 2106-2113).

In Ergänzung zu den bestehenden Angeboten äußern Teilnehmerinnen den Wunsch nach mehr Unterstützung durch **Selbsthilfegruppen**, die das Teilen von Erfahrungen und insbesondere den Austausch über tabuisierte Themen wie ungewollte Schwangerschaft, psychische Erkrankungen und das Bereuen von Mutterschaft ermöglichen.

„Und ich habe aber so ein Wunsch nach so einer Gruppe. Auch gerade als Mutter ist es ist ja auch nicht sagbar zu sagen: ‘Boah, ey. Ich wollte das Kind eigentlich nicht’ oder so. Das ist einfach, das ist alles nicht sagbar. Oder nur im ganz geschützten Raum so. Oder ich bin psychisch erkrankt, und eigentlich schaffe ich das nicht und so“ (BER1AB, pos. 561-566).

7.1.2.5 Ergebnisse der Vertiefungsstudie zu Traumatisierungen in der Kindheit und ungewollten Schwangerschaften (FU Berlin) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

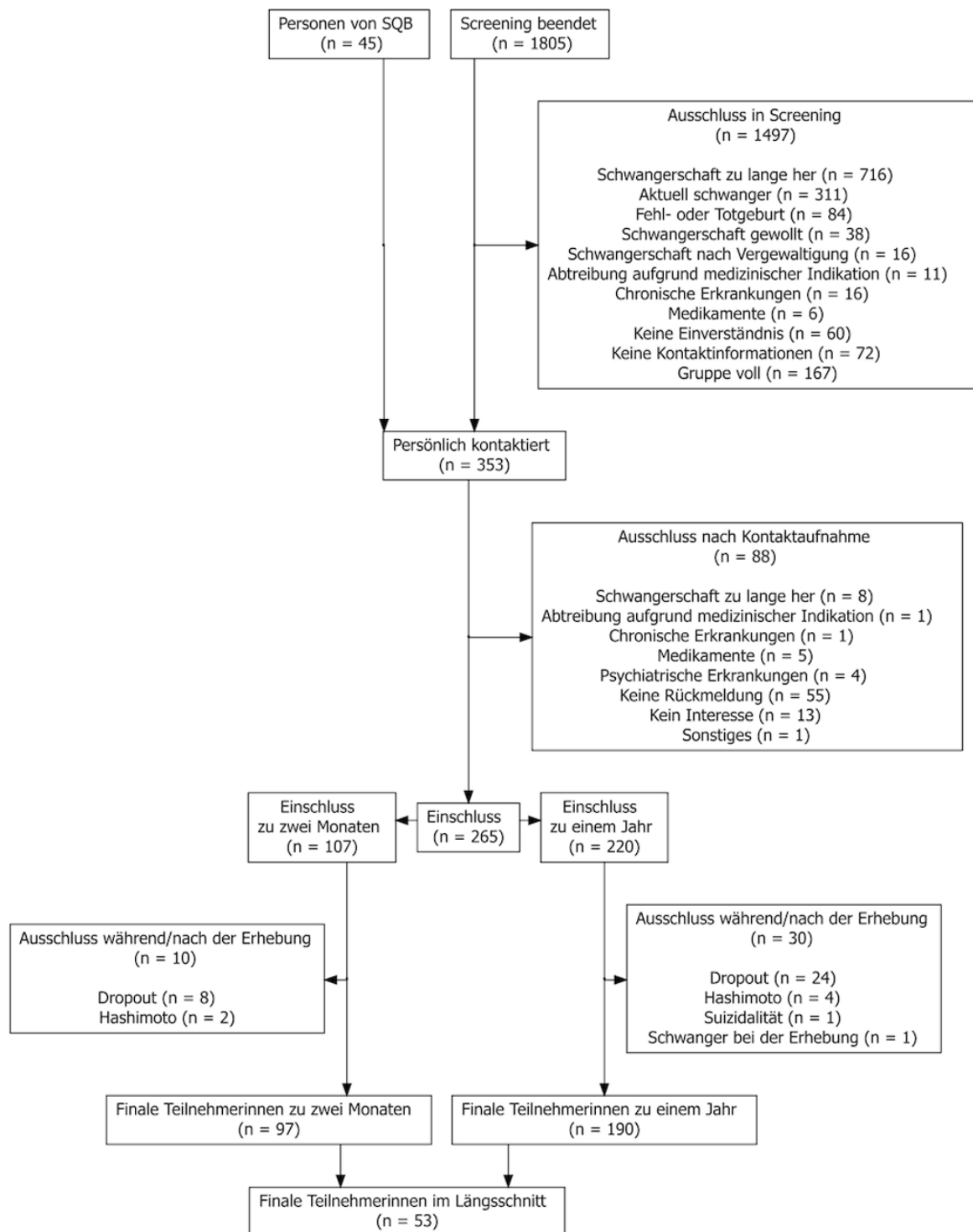
7.1.2.5.1 Stichprobenbeschreibung

Wie in Abb. 7.171 zu sehen ist, wurden aus der standardisierten Querschnittsbefragung $n = 45$ Personen ermittelt, die für die Vertiefungsstudie am Standort Berlin in Frage kamen. Außerdem beendeten insgesamt $n = 1805$ Personen das Screening, von welchen $n = 1497$ Personen die Einschlusskriterien nicht erfüllten, keine Kontaktdaten angegeben hatten oder sich letztendlich doch gegen eine Teilnahme entschieden. $n = 167$ Personen konnten nicht teilnehmen, weil zu dem Zeitpunkt der Interessenbekundung die Rekrutierung für die in Frage kommende Gruppe schon abgeschlossen war. Von den $n = 353$ Personen, welche persönlich kontaktiert wurden, konnten insgesamt $n = 265$ Personen eingeschlossen werden. Die übrigen $n = 88$ Personen mussten nach der finalen Abklärung der Ein- und Ausschlusskriterien doch ausgeschlossen werden, waren nicht erreichbar oder zeigten kein Interesse an einer Teilnahme. Von den eingeschlossenen Personen konnten $n = 107$ Personen für den Zeitpunkt nach zwei Monaten und $n = 220$ Personen für den Zeitpunkt nach zwölf Monaten eingeschlossen werden. Nach einem Dropout von $n = 8$ Personen während der Erhebung und einem Ausschluss aufgrund verspätet berichtetem Hashimoto von $n = 2$ Personen konnten final Daten zum Zeitpunkt zwei Monate nach dem Ende der Schwangerschaft von $n = 97$ Personen erhoben werden. Die finale Teilnehmerinnenanzahl zum Zeitpunkt nach zwölf Monaten lag bei $n = 190$, wobei von den zunächst eingeschlossenen Personen $n = 24$ Personen die Studienteilnahme abbrachen, vier aufgrund von Hashimoto und eine aufgrund von Schwangerschaft während der Erhebung nachträglich ausgeschlossen werden mussten. Außerdem musste eine Studienteilnahme aufgrund von Suizidalität unterbrochen werden. Für die längsschnittliche Erhebung lagen final Daten für beide Zeitpunkte von $n = 53$ Personen vor.

Die Anzahl der verwendbaren Haarcortisolaten wich leicht von der gesamten Teilnehmerinnenanzahl ab. Zwei Frauen hatten zum Zeitpunkt nach zwei Monaten keine Haarprobe abgegeben; $n = 6$ hatten zwar eine Haarprobe abgegeben, jedoch war deren Menge, Länge und/oder Qualität nicht ausreichend, um eine Cortisolanalyse durchzuführen. Für den Messzeitpunkt zwei Monate nach Geburt/Abbruch wiesen $n = 4$ Personen Cortisolwerte auf, die $M \pm 3$ SD überschritten. Diese wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Zum Zeitpunkt zwölf Monate nach dem Ende der Schwangerschaft fehlten von $n = 6$ Personen eine Haarprobe, $n = 2$ hatten zwar eine Haarprobe abgegeben, jedoch war deren Menge, Länge und/oder Qualität nicht ausreichend, um eine Cortisolanalyse durchzuführen. Für den Messzeitpunkt ein Jahr nach Geburt/Abbruch wiesen $n = 2$ Personen Cortisolwerte auf, die $M \pm 3$ SD überschritten. Diese wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Insgesamt lagen für den Messzeitpunkt zwei Monate nach Geburt/Abbruch von $n = 88$ Personen Haarcortisolaten vor, für den Messzeitpunkt ein Jahr nach Geburt/Abbruch lagen für $n = 181$ Haarcortisolaten vor.

In der finalen Stichprobe konnten Daten von insgesamt $n = 234$ Frauen berichtet werden. Für Alter, Familienstand und Staatsangehörigkeit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kindheitstraumata. Frauen ohne Kindheitstraumata hatten signifikant höhere Bildungsabschlüsse und Berufsabschlüsse. Auch in den chronischen Krankheiten und langanhaltenden gesundheitlichen Problemen zeigten sich Unterschiede, Frauen mit Kindheitstraumata berichteten signifikant häufiger eine chronische Krankheit oder ein langanhaltendes gesundheitliches Problem. Außerdem hatten Frauen mit Kindheitstraumata signifikant häufiger eine psychiatrische Diagnose in den letzten 12 Monaten und waren signifikant häufiger in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung gewesen. In Bezug auf die Anzahl bisheriger Schwangerschaften, Geburten und Abbrüche unterschieden sich Frauen mit und ohne Kindheitstraumata nicht. Die Details sind Tab. 7.45 zu entnehmen.

Abb. 7.171: Flowchart der Vertiefungsstudie FU Berlin



Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Tab. 7.45: Demografische Angaben der Teilnehmerinnen der Vertiefungsstudie

	mit Kindheitstraumata (n=100)	ohne Kindheitstraumata (n=134)	p-Wert
Alter			0,72
Mittelwert (SD)	31,4 (5,53)	31,7 (5,48)	
Median [Min, Max]	32,0 [20,0, 43,0]	32,0 [19,0, 43,0]	
Familienstand			0,764
Nicht in fester Partnerschaft	12 (12,0 %)	12 (9,0 %)	
In fester Partnerschaft	43 (43,0 %)	48 (35,8 %)	
Verheiratet	28 (28,0 %)	37 (27,6 %)	
Sonstiges	6 (6,0 %)	4 (3,0 %)	
Deutsche Staatsangehörigkeit			1
Nicht vorhanden	3 (3,0 %)	4 (3,0 %)	
Vorhanden	97 (97,0 %)	130 (97,0 %)	
Höchster Schulabschluss			0,00915**
Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse	2 (2,0 %)	0 (0 %)	
Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	20 (20,0 %)	10 (7,5 %)	
Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule	13 (13,0 %)	23 (17,2 %)	
Abitur bzw. erweiterte Oberschule	65 (65,0 %)	99 (73,9 %)	
Anderer Schulabschluss, keine Zuordnung möglich	0 (0 %)	2 (1,5 %)	
Höchster Berufsabschluss			0,0208*
(Noch) kein beruflicher Ausbildungsabschluss	16 (16,0 %)	15 (11,2 %)	
Lehre oder schulische Berufsausbildung (z.B. Berufsfachschulabschluss)	36 (36,0 %)	33 (24,6 %)	
Meisterin-/Technikerin- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	41 (41,0 %)	64 (47,8 %)	
Universitäts- oder (Fach-)Hochschulabschluss, Berufsakademie	1 (1,0 %)	0 (0 %)	
Anderer beruflicher Abschluss	6 (6,0 %)	22 (16,4 %)	
Chronische Krankheit oder lang andauerndes gesundheitliches Problem			0,00927**
Nein	80 (80,0 %)	122 (91,0 %)	
Ja	20 (20,0 %)	10 (7,5 %)	

(Fortsetzung Tabelle 7.45)

	mit Kindheitstraumata (n=100)	ohne Kindheitstraumata (n=134)	p-Wert
Psychiatrische Diagnose			0,00759**
Vorhanden	16 (16,0 %)	7 (5,2 %)	
Nicht vorhanden	84 (84,0 %)	127 (94,8 %)	
Frühere psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung			0,0178*
Nicht vorhanden	57 (57,0 %)	97 (72,4 %)	
Vorhanden	43 (43,0 %)	37 (27,6 %)	
Anzahl Schwangerschaften			0,678
Mittelwert (SD)	2,19 (1,25)	2,12 (1,33)	
Median [Min, Max]	2,00 [1,00, 6,00]	2,00 [1,00, 7,00]	
Anzahl Geburten			0,356
Mittelwert (SD)	1,44 (1,19)	1,58 (1,12)	
Median [Min, Max]	1,00 [0, 5,00]	1,00 [0, 5,00]	
Anzahl Abbrüche			0,0815
Mittelwert (SD)	0,530 (0,658)	0,388 (0,547)	
Median [Min, Max]	0 [0, 3,00]	0 [0, 2,00]	

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Tab. 7.46: Teilnehmerinnen nach Erhebungszeitpunkt und Kindheitstrauma

Erhebungszeitpunkt	mit Kindheitstraumata (n=117)	ohne Kindheitstraumata (n=170)
zwei Monate nach¹	28	69
Abbruch	7	19
Geburt	21	50
zwölf Monate nach²	89	101
Abbruch	40	39
Geburt	49	62

¹ Zum Zeitpunkt nach zwei Monaten wurden Kindheitstrauma mit dem Childhood Trauma Screener erfasst. Die Datensätze von zwei Teilnehmerinnen umfassen nicht alle Erhebungsteile.

² Zum Zeitpunkt nach zwölf Monaten wurden Kindheitstrauma mit dem Childhood Trauma Questionnaire erfasst. Die Datensätze von sechs Teilnehmerinnen umfassen nicht alle Erhebungsteile.

Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

7.1.2.5.2 Ergebnisse der Analysen zu Traumatisierung als Vulnerabilitätsfaktor

Um genauer zu untersuchen, inwieweit Traumatisierungen als biografische Erfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft darstellt, wurden zunächst psychische Belastungen und Störungen zwischen Personen mit und ohne Kindheitstraumata verglichen.

Die Erhobenen Maße für psychische Belastungen, waren depressive Symptome, erfasst mit dem PHQ-8 (2 und 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft), die Diagnose einer depressiven Episode seit Beginn der Schwangerschaft, erfasst mit dem SKID-CV Interview (12 Monate nach Ende der Schwangerschaft), sowie subjektives Stressempfinden, erfasst mit dem TICS (2 und 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft). Darüber hinaus wurden Emotionsregulationsschwierigkeiten mithilfe des DERS erfasst (12 Monate nach Ende der Schwangerschaft).

Depressive Symptome waren nach der ungeplanten Schwangerschaft signifikant erhöht bei Frauen, die ein Kindheitstraumata erlebt haben im Vergleich zu Frauen, die kein Kindheitstraumata erlebt haben. Dies zeigte sich sowohl 2 Monate ($p=0,010$), als auch 12 Monate nach dem Ende der Schwangerschaft ($p<0,001$).

Die Diagnose einer depressiven Episode seit Beginn der Schwangerschaft trat bei Frauen mit Kindheitstraumata häufiger auf als bei Frauen ohne Kindheitstrauma ($p=0,009$).

Das subjektive Stressempfinden war signifikant erhöht bei Frauen, die ein Kindheitstraumata erlebt haben im Vergleich zu Frauen, die kein Kindheitstraumata erlebt haben. Dies zeigte sich sowohl 2 Monate ($p=0,007$), als auch 12 Monate nach dem Ende der Schwangerschaft ($p<0,001$). Emotionsregulationsschwierigkeiten waren 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft bei Frauen mit Kindheitstraumata ebenfalls signifikant erhöht ($p<0,001$).

Die zugehörigen Ergebnisse, inklusive Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Gruppen und Zeitpunkte, können Tab. 7.47 entnommen werden.

Tab. 7.47: Depressive Symptome und Episoden, Subjektiver Stress und Emotionsregulation mit und ohne Kindheitstraumata

	mit Kindheitstraumata	ohne Kindheitstraumata	p-Wert
Depressive Symptome			
PHQ zwei Monate	9,11 (4,76)	6,51 (3,38)	0,012*
PHQ zwölf Monate	8,11 (4,80)	5,42 (3,68)	<0,001***
Depressive Episode seit Schwangerschaftsbeginn			
SCID	28 (31,5 %)	15 (14,9 %)	0,0088**
Subjektiver Stress			
TICS zwei Monate	16,4 (6,36)	12,5 (5,62)	0,0068**
TICS zwölf Monate	17,7 (6,26)	13,4 (5,65)	<0,001***
Emotionsregulationsschwierigkeiten			
DERS zwölf Monate	42,3 (11,6)	36,5 (9,31)	<0,001***

*** $p<0,001$, ** $p<0,01$, * $p<0,05$. PHQ = Patient Health Questionnaire. TICS = Trier Inventory for Chronic Stress.

Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Frauen, die Kindheitstraumata erlebt haben, nach einer ungewollten Schwangerschaft höhere depressive Symptome, eine höhere Wahrscheinlichkeit an einer depressiven Episode seit Beginn der Schwangerschaft zu erkranken, höheres subjektives Stressempfinden, als auch verstärkte Emotionsregulationsschwierigkeiten

aufweisen. Somit stellt Traumatisierungen als biografische Erfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für psychische Belastungen nach ungewollter Schwangerschaft dar.

7.1.2.5.3 Ergebnisse der Analysen zu biologischen Stressmarkern

Anschließend wurde für beide Messzeitpunkte untersucht, inwieweit es Unterschiede im Haarcortisol als Marker für die Aktivierung der HHN-Achse zwischen Frauen mit und ohne Kindheitstrauma gibt. Hierfür wurden pro Haarprobe jeweils zwei Segmente analysiert, aus denen die kumulierte Konzentration von Cortisol aus jeweils ca. zwei Monaten analysiert wurde. Somit liegen für jeden Messzeitpunkt Cortisolkonzentrationen aus den vier vorhergehenden Monaten vor.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Zeitpunkte (2 und 12 Monate nach Abbruch/Geburt) und darin enthalten jeweils die beiden analysierten Segmente (entsprechend: letzte 2 Monate der Schwangerschaft, ersten zwei Monate nach Geburt/Abbruch, Monate 9&10 nach Geburt/Abbruch und Monate 11 &12 nach Geburt/Abbruch) sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

Für Personen mit Schwangerschaftsabbruch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit und ohne Kindheitstrauma in Haarcortisolkonzentrationen. Dies galt für alle Zeitpunkte und Segmente. Es zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede im subjektiven Stresserleben oder depressiven Symptomen in dieser Gruppe. Tab. 7.48 erläutert die Cortisolkonzentrationen, sowie depressive Symptome und subjektives Stresserleben bei Personen mit Schwangerschaftsabbruch. Hierbei werden die Mittelwerte getrennt berichtet für Personen mit und ohne Kindheitstraumata, sowie der p-Wert als Maß, um festzustellen, ob diese Gruppen in den jeweiligen Variablen signifikante statistische Unterschiede zeigen.

Tab. 7.48: Depressive Symptome, Subjektiver Stress und Haarcortisolkonzentration zwei und zwölf Monate nach dem Abbruch

	mit Kindheitstraumata	ohne Kindheitstraumata	p-Wert
nach zwei Monaten¹	n = 7	n = 19	
PHQ	9,57 (5,44)	6,95 (3,39)	0,27
TICS	18,7 (6,05)	13,4 (6,39)	0,08
HCK schwanger ²	7,04 (6,59)	6,58 (4,91)	0,74
HCK post abort 1 ³	5,65 (4,55)	4,75 (2,44)	0,91
nach zwölf Monaten⁴	n = 40	n = 39	
PHQ	7,03 (5,09)	5,36 (4,07)	0,11
TICS	16,4 (5,66)	13,8 (6,11)	0,05
HCK post abort 2 ⁵	7,61 (5,71)	8,60 (7,29)	1,00
HCK post abort 3 ⁶	7,32 (5,55)	7,97 (5,80)	0,54

¹ Zum Zeitpunkt nach zwölf Monaten wurden Kindheitstrauma mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erfasst.. PHQ = Patient Health Questionnaire. TICS = Trier Inventory for Chronic Stress. HCK = Haarcortisol-Konzentration. Angabe HCK-Werte als Rohwerte. Die statistischen Tests wurden auf Basis der logarithmierten Cortisol Werte durchgeführt.

² Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt zwei Monaten vor Abbruch n = 26 Analysen vor.

³ Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt zwei Monaten ab Abbruch n = 25 Analysen vor.

⁴ Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt 9-10 Monate ab Abbruch n = 74 Analysen vor. Die Analyse wurde unter Berücksichtigung von konfundierten Variablen (hormonelle Verhütung) durchgeführt.

⁵ Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt 11-12 Monate ab Abbruch n = 76 Analysen vor.

Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Für Personen, welche die Schwangerschaft austrugen, zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit und ohne Kindheitstrauma in Haarcortisolkonzentrationen.

Dies galt für alle Zeitpunkte und Segmente. Es zeigten sich signifikante Unterschiede im subjektiven Stresserleben (zwei und 12 Monate nach Geburt) und in depressiven Symptomen (12 Monate nach Geburt), mit jeweils erhöhten Werten in der Gruppe mit Kindheitstraumata. Tab. 7.49 erläutert die Cortisolkonzentrationen, sowie depressive Symptome und subjektives Stresserleben bei Personen, die die Schwangerschaft ausgetragen haben. Hierbei werden die Mittelwerte getrennt berichtet für Personen mit und ohne Kindheitstraumata, sowie der p-Wert als Maß, um festzustellen, ob diese Gruppen in den jeweiligen Variablen signifikante statistische Unterschiede zeigen.

Tab. 7.49: Depressive Symptome, Subjektiver Stress und Haarcortisolkonzentration zwei und zwölf Monate nach der Geburt

	mit Kindheitstraumata	ohne Kindheitstraumata	p-Wert
Nach zwei Monaten¹	n = 21	n = 50	
PHQ	8,95 (4,64)	6,34 (3,40)	0,27
TICS	15,6 (6,41)	12,1 (5,33)	0,03*
HCK schwanger ²	9,98 (8,98)	8,30 (5,67)	0,85
HCK postpartum 1 ³	7,61 (4,49)	7,73 (4,79)	0,94
Nach zwölf Monaten⁴	n = 49	n = 62	
PHQ	9,00 (4,41)	5,45 (3,44)	<0,001***
TICS	18,8 (6,57)	13,2 (5,39)	<0,001***
HCK postpartum 2 ⁵	8,38 (9,13)	6,32 (4,68)	0,44
HCK postpartum 3 ⁶	11,09 (16,35)	7,30 (10,04)	0,15

*** $p < 0,001$, * $p < 0,05$. PHQ = Patient Health Questionnaire. TICS = Trier Inventory for Chronic Stress. HCK = Haarcortisol-Konzentration. Angabe HCK-Werte als Rohwerte. Die statistischen Tests wurden auf Basis der logarithmierten Cortisol Werte durchgeführt.

¹ Für den Zeitpunkt zwei Monate nach Geburt wurde der Childhood Trauma Screener (CTS) zur Messung von Kindheitstrauma verwendet.

² Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt zwei Monate vor Geburt $n = 62$ Analysen vor

³ Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt zwei Monate ab Geburt $n = 60$ Analysen vor

⁴ Zum Zeitpunkt nach zwölf Monaten wurden Kindheitstrauma mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erfasst.

⁵ Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt 9-10 Monate ab Geburt $n = 105$ Analysen vor. Die Analyse wurde unter Berücksichtigung von konfundierten Variablen (BMI, hormonelle Verhütung) durchgeführt.

⁶ Für die Haarcortisolanalyse lagen für den Zeitpunkt 11-12 Monate ab Geburt $n = 105$ Analysen vor. Die Analyse wurde unter Berücksichtigung von konfundierten Variablen (BMI, hormonelle Verhütung) durchgeführt.

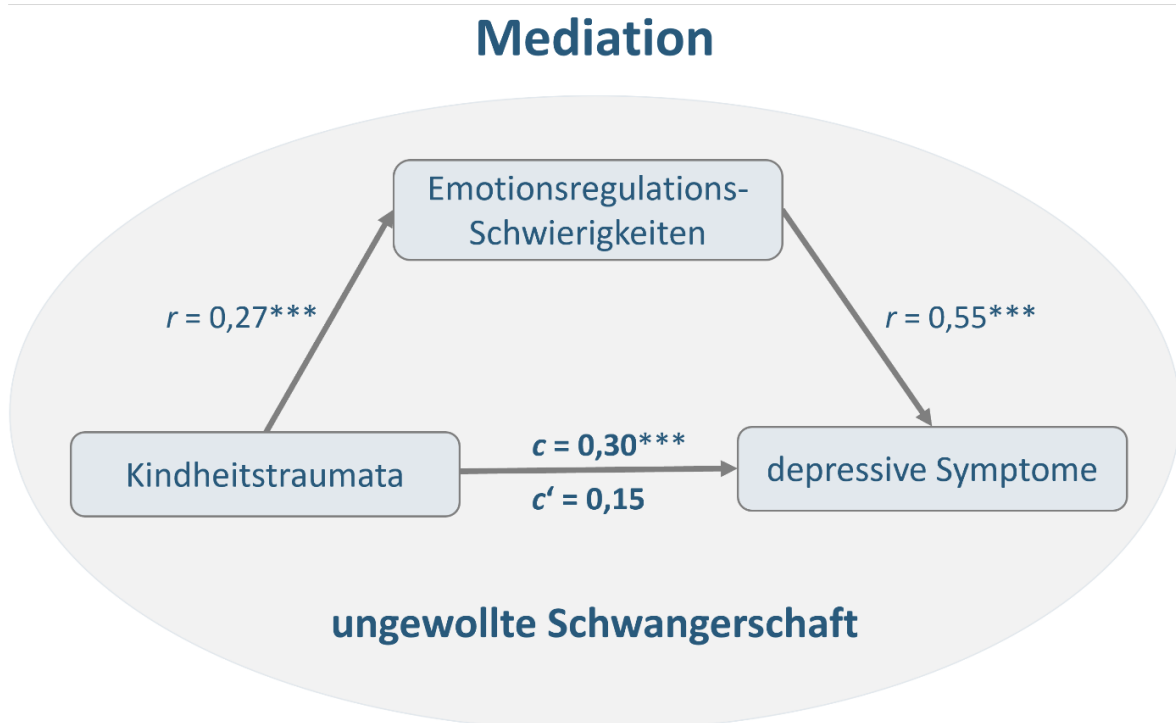
Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

7.1.2.5.4 Ergebnisse der Analysen der vermittelnden Faktoren von Trauma & Depression

Darüber hinaus wurden in der Vertiefungsstudie Mechanismen untersucht, die den Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und psychischer Belastung vermitteln. Dafür wurde überprüft, welche Faktoren den Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen vermitteln. Als solche vermittelnden Faktoren wurden Emotionsregulationsfähigkeiten und biologische Stressmarker untersucht.

Um den vermittelnden Effekt von Emotionsregulationsfähigkeiten zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen zu testen, wurde ein mediertes Regressionsmodell berechnet.

Abb. 7.172: Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen im Kontext ungewollter Schwangerschaft



*** $p < 0,001$

Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Tab. 7.50 zeigt die Koeffizienten des multiplen Mediationsmodells, in dem aktuelle Emotionsregulationsschwierigkeiten als Mediator einbezogen wurden. Der Faktor Kindheitstraumata hatte einen signifikanten direkten Effekt auf depressive Symptome ($b^* = 0,27$, $SE = 0,07$), wie auch schon in den Ergebnissen zu Kindheitstraumata als Vulnerabilitätsfaktor beschrieben. Dieser Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen wurde signifikant durch Emotionsregulationsschwierigkeiten vermittelt ($b^* = 0,15$, $SE = 0,04$). Nach Berücksichtigung des indirekten Effekts nahm der Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen ab, blieb aber signifikant ($b^* = 0,15$, $SE = 0,06$), was auf eine partielle Mediation hindeutet. Daraus lässt sich ableiten, dass Emotionsregulationsschwierigkeiten für 50 % des Gesamteffekts von Kindheitstraumata auf depressive Symptome verantwortlich sind. Das Gesamtmodell erklärte etwa 37 % der Varianz der depressiven Symptome in dieser Stichprobe.

Tab. 7.50: Effekte des multiplen Mediationsmodells

		<i>b</i> *	<i>SE</i>	<i>t</i>	95 % KI	<i>p</i> -Wert
Totaler Effekt						
Kindheitstraumata	→	0,30***	0,07	4,30		<0,001***
Emotionsregulationsschwierigkeiten (c)						
Direkter Effekt						
Kindheitstraumata	→	0,27***	0,07	3,83		<0,001***
Emotionsregulationsschwierigkeiten						
Emotionsregulationsschwierigkeiten	→ depressive Symptome	0,55***	0,06	9,09		<0,001***
Kindheitstraumata	→ depressive Symptome (unter Berücksichtigung des indirekten Effektes, c')	0,15*	0,06	2,52		<0,013*
Indirekter Effekt						
Über Emotionsregulationsschwierigkeiten		0,15***	0,04		[0,07, 0,23]	<0,001***

*** $p < 0,001$, * $p < 0,05$

1) c' = direkter Effekt von Kindheitstraumata unter Berücksichtigung des indirekten Effekts; b^* = Standardisierte Pfadkoeffizienten

2) Indirekte Effekten werden mittels Bootstrapping geschätzt, wobei signifikante Effekte durch Konfidenzintervalle bestimmt werden

3) Depressive Symptome gemessen durch PHQ-8 = Patient Health Questionnaire. Kindheitstraumata gemessen durch CTQ = Childhood Trauma Questionnaire. Emotionsregulationsschwierigkeiten gemessen durch DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale

Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Emotionsregulation ein vermittelnder Faktor für den Zusammenhang von Kindheitstraumata und depressiven Symptomen nach einer ungeplanten Schwangerschaft ist.

7.1.2.6 Literaturverzeichnis

- Busch, U. & Hahn, D. (2022) "Schwangerschaftsabbruch in BRD und DDR: Ein Vergleich der Entwicklungen und die Neuregelung der 1990er Jahre", *Ariadne. Form für Frauen- und Geschlechtergeschichte*, No. 77, S. 81–101.
- Busch, U. (2015) "Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Abtreibung", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* [Online], Berlin, Bielefeld, De Gruyter; transcript Verlag, S. 13–40. Verfügbar unter <http://www.degruyter.com/view/product/430234>.
- Cockrill, K. & Nack, A. (2013) "'I'm Not That Type of Person': Managing the Stigma of Having an Abortion", *Deviant Behavior*, Vol. 34, No. 12, S. 973–990.
- Hahn, D. (2000) *Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*, Frankfurt, New York, Campus.
- Hahn, D. (2022) "Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit: Der Schwangerschaftsabbruch als Menschenrechts- und Public-Health-Frage", *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, No. 53, S. 11–24.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016) *frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen: Schwerpunkt: ungewollte Schwangerschaften*, Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Jurczyk, K, Lange, A & Thiessen, B (Hg.) (2014) *Doing Family: Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist*, Weinheim, Basel, Beltz Juventa.
- Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009) "Conceptualising abortion stigma", *Culture, health & sexuality*, Vol. 11, No. 6, S. 625–639.
- Løkeland, M. (2004) "Abortion: The Legal Right Has Been Won, But Not the Moral Right", *Reproductive health matters*, Vol. 12, sup24, S. 167–173 [Online]. DOI: 10.1016/S0968-8080(04)24016-2 (Abgerufen am 5 Januar 2021).

7.2 Psychosoziale Versorgung (AP 2) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)

7.2.1 Darstellung von Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft

7.2.1.1 Befunde aus den explorierenden Expertinnen- und Expertengesprächen

Um Aussagen zur Struktur der Beratungsstellenlandschaft treffen zu können, wurden – wie in Kapitel 5.2.1 beschrieben – zunächst explorierende Fachgespräche sowie Kurzbefragungen von zentralen Akteurinnen und Akteuren in den Bundesländern und Trägerverbänden realisiert. Diese wurden mittels einer Strukturdatenrecherche vertieft, deren (länderbezogene) Ergebnisse hinsichtlich der Beratungsstellenverteilung, zur Pluralität des Beratungsangebots und zur Einhaltung des gesetzlich festgelegten Versorgungsschlüssels nachfolgend präsentiert werden.

7.2.1.1.1 Fachaustausch und Kurzbefragung auf Landesebene

Neben der Vorstellung des Projektvorhabens und Kooperationsanbahnung zur Erleichterung des Feldzugangs stand während des Fachaustauschs vor allem die Erhebung der fachlichen Einschätzungen der Teilnehmenden zu den Fragestellungen des Teilprojekts im Vordergrund.

Zu Beginn fand eine strukturbezogene Vorstellungsrunde der Teilnehmenden statt, die eine erste Sondierung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche ermöglichte. Überwiegend ist die Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) in den Bundesländern entweder stärker dem Gesundheits- oder dem Sozialressort zugeordnet. Unterschiede zeigten sich auch darin, wie zentral oder peripher die Zuständigkeit für die Umsetzung des SchKG im gesamten Tätigkeitsbereich der einzelnen Landesvertreterinnen und -vertreter ausfiel.

Die Teilnehmenden zeigten gegenüber der ELSA-Studie großes Interesse, äußerten aber auch Sorge. Neben der Befürchtung vor wertenden Ländervergleichen wurden Bedenken geäußert, dass die Studie politische Bestrebungen hinsichtlich einer zentralen Steuerung auf Bundesebene auslösen könnte, was in der Teilnehmendenrunde klar abgelehnt wird. Zudem äußerten einige Teilnehmende Verunsicherungen durch die Konstellation, dass der ELSA-Verbund aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert wurde, zugleich aber die Verantwortlichkeit der Umsetzung des SchKG im Bereich des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend liegt. Dies führte aufseiten einiger Teilnehmenden zu Zurückhaltung. Aus dem Forschungsprojekt heraus wurde darauf reagiert, indem erstens an der länderbezogenen Kurzbefragung, die sich den Gesprächen anschloss, optional anonym teilgenommen werden konnte; und zweitens mit den Zuständigen aus den Ländern vereinbart wurde, dass es vor einer möglichen Veröffentlichung länderspezifischer Angaben aus dem Fachaustausch bzw. der Kurzbefragung eine Vorabinformation bzw. Austausch geben würde.

Inhaltliche Fragen und Hinweise in den beiden Fachgesprächen adressierten vor allem die Limitationen des Vorhabens der ELSA-Studie insgesamt und des Teilprojekts ELSA-PV im Speziellen. Genannt wurden hier Themen, die der Verbund nicht bearbeitet, wie etwa die Herausforderungen in der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimester, in der Hebammenversorgung sowie im Kontext Vertraulicher Geburt. Hier sahen die Teilnehmenden ebenfalls Forschungsbedarf.

Schriftliche Kurzbefragung der Landesministerien

Die Auswertung und weitere Verwendung der Daten aus der schriftlichen Kurzbefragung gestalteten sich aus den unter 5.2.1.2.1 genannten Gründen schwierig. Auf die Frage, inwieweit es in den Bundesländern zu Abweichungen vom gesetzlich vorgeschriebenen *Versorgungsschlüssel* von 1:40.000 VzÄ kommt, antworteten n=3 mit einer Erhöhung der VzÄ aufgrund zielgruppenspezifischer Anforderungen und n=4 mit einer Erhöhung der VzÄ aufgrund inhaltlicher Anforderungen. Als Gründe für die Erhöhung der VzÄ wurden u.a. die historische Entwicklung der

Beratungsstandorte, eine Gewährleistung der Flächendeckung und die Erweiterung der Aufgabenfelder genannt.

Weiterhin sollten die Befragten angeben, welche Einrichtungen und/oder (Modell-)Projekte innerhalb ihres Bundeslandes existieren, die spezifische Angebote der psychosozialen Versorgung für *ungewollt Schwangere in belastenden Lebenslagen* vorhalten.

In mehreren Antworten wurde hervorgehoben, dass die Beratungsstellen aufgrund ihrer Sozialraumorientierung und Mitarbeit in diversen Netzwerken kompetente Anlaufstellen für alle Zielgruppen seien. Neben einer grundsätzlichen Ausrichtung der Beratungsstellen für Notlagen und niedrigschwelliger Beratungsangebote könne im Falle weitergehender Unterstützungsbedarfe an regionale oder u.U. auch digital verfügbare Angebote vermittelt werden.

Mecklenburg-Vorpommern führt das Bundesmodellprojekt für Frauen mit Fluchterfahrungen weiter, das von 2015 – 2019 gefördert wurde. In einem anderen Bundesland werden Ratsuchende mit Migrationshintergrund durch die Vernetzung mit lokalen Akteurinnen und Akteuren muttersprachlich beraten. Bei Konfliktlagen im Zusammenhang mit Gewalterfahrung erfolgt eine intensive Zusammenarbeit mit Frauenschutzeinrichtungen (Frauenzentren, Frauenhäuser/ Frauenschutzwohnungen). Frauen mit psychischen Belastungen rund um die Geburt werden in Mecklenburg-Vorpommern über das Projekt „Babyblues Mamas“ begleitet. Weitere Angebote in anderen Bundesländern zu ungewollt Schwangeren mit psychischen Erkrankungen sind bspw. besondere Expertisen eines multidisziplinären Beratungszentrums, die sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen sowie eine Mutter-Kind-Ambulanz "Psychisch Gesund für zwei" eines Universitätsklinikums.

Die hohe Bedeutung der *Netzwerkarbeit* zeigt sich in den Antworten auf die Frage nach den Vernetzungsstrukturen unter Beteiligung der Schwangerschaftsberatungsstellen. V.a. auf kommunaler resp. regionaler Ebene findet eine intensive Netzwerkarbeit statt. Im Folgenden sind die genannten Netzwerke, Arbeitskreise etc. gelistet:

- Netzwerk Frühe Hilfen
- Netzwerk „Vertrauliche Geburt“
- Netzwerk „Praktische Elternarbeit“
- Netzwerk „Krisen rund um die Geburt“
- Netzwerk „Häusliche Gewalt“
- Netzwerk „vorgeburtliche Diagnostik“
- Netzwerk für Kinderschutz
- Netzwerk/Arbeitskreis Migration
- Arbeitskreise der Schwangerschaftskonfliktberaterinnen und -berater
- Arbeitskreise Sexualpädagogik und sexuelle Bildung
- Arbeitskreise zur vertraulichen Geburt
- Arbeitskreise zur Pränataldiagnostik/interprofessioneller Qualitätszirkel Pränataldiagnostik
- lokale Bündnisse für Familien
- Regionalkonferenzen in den Versorgungsbereichen
- Hebammenstammtisch
- Klinikprechstunden
- trägerinterne Fachgruppentreffen

Auch auf Landesebene findet Vernetzung statt, diese werden jedoch sehr viel seltener genannt:

- Landesarbeitskreis Schwangerschaftsberatung
- Fachausschuss Schwangerenberatung der Liga der freien Wohlfahrtspflege
- Bund-Länder-Koordinierungskreis

Die Vernetzungsstrukturen zwischen Schwangerschaftsberatung und Akteurinnen und Akteuren aus der *medizinischen Versorgung* zeigen sich v.a. im Bereich der Pränataldiagnostik, aber auch in der Vernetzung mit Fachärztinnen und -ärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Hebammen in Form von Arbeitskreisen, Stammtischen, Kliniksprechstunden oder Bereitschaftsvereinbarungen mit niedergelassenen Praxen und örtlichen Kliniken. In einigen Beratungsstellen wird bspw. die Anpassung von Diaphragmen durch medizinisches Fachpersonal angeboten.

Entsprechend sind für die psychosoziale Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 4 (sehr wichtig) in der Einschätzung der Ministeriumsvertreterinnen und -vertreter die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen (3,5) die wichtigsten medizinische Kooperationspartnerinnen und -partner, gefolgt von den Praxen/Kliniken/Einrichtungen, die Abbrüche durchführen (3,4), Hebammen (3,2) und Psychotherapeutinnen und -therapeuten (2,8). Als weniger bedeutsam für die Arbeit der Beratungsstellen wurden die Kooperation mit Hausärztinnen und -ärzten (2,3) und Psychiaterinnen und Psychiatern (2,3) eingestuft.

7.2.1.1.2 Fachaustausch und Kurzbefragung auf Trägerebene

Der Ablauf für den Fachaustausch mit den zuständigen Referentinnen und Referenten der Trägerverbände entsprach dem des Gesprächs mit den Ländern, war aber von weniger Vorbehalten begleitet. Insgesamt zeigten die Teilnehmenden eine große Offenheit gegenüber dem gesamten ELSA-Projektvorhaben.

Entlang vorbereiteter Fragestellungen wurden drei Themenkomplexe diskutiert:

Im Vordergrund stand zunächst die psychosoziale Versorgung vulnerabler Gruppen. Hier wurde ein großes Interesse aller Verbände deutlich, da sowohl Erfahrungen hinsichtlich der Arbeit mit schwer erreichbaren Zielgruppen bestanden (vgl. HeLB von *donum vitae*) als auch aktuelle Bemühungen innerhalb der Verbände angestrengt wurden, gerade Klientinnen und Klienten mit Flucht- und Migrationserfahrung angemessen zu erreichen, zu versorgen und zu begleiten. Betont wurde, dass hier vor allem auch die Perspektive der Klientinnen und Klienten neben der von Beratungsfachkräften relevant sei, um mehr über Versorgungsbedarfe zu erfahren.

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bildete das Thema Online-Informationen bei ungewollter Schwangerschaft. Dabei wurden drei Aspekte von den Vertreterinnen und Vertretern der Träger thematisiert: Erstens die Bedeutung von digitaler Beratung (bspw. Finanzierung, Erreichbarkeit); zweitens die Qualität und Seriosität von Onlineinformationen (u.a. mit Blick auf Falschinformationen, etwa durch rechtspolitisch motivierte Akteurinnen und Akteure; der Schwierigkeit der Träger, Inhalte im Netz gut sicht- und erreichbar zu platzieren; aber auch die Schwierigkeit, ein komplexes Thema im digitalen Raum zielgruppengerecht aufzubereiten); drittens Fragen der Zuständigkeit für die Bereitstellung von Onlineinformationen, auch mit Blick auf vorhandene Ressourcen der Träger und Beratungsstellen.

Als drittes Themenfeld wurden die Netzwerkstrukturen der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer diskutiert. Neben der Feststellung, dass die Schwangerschaftsberatungsstellen ohnehin stark vernetzt arbeiten und die Anliegen der Ratsuchenden in aller Regel auch ein hohes Maß an Netzwerkkompetenz erfordern, wurden von den Teilnehmenden drei Bereiche besonders hervorgehoben: Erstens die essenzielle, aber häufig defizitär gestaltete Vernetzung mit dem medizinischen Bereich; zweitens das laut der Teilnehmenden dringend notwendige und weitgehend verfügbare Angebot von (Video)Dolmetscherinnen/Dolmetschern und Sprachmittlerinnen/Sprachmittlern (sowohl für Menschen mit anderen Herkunftssprachen als auch mit eingeschränkten Sprachkenntnissen/-fähigkeiten) und drittens die besonderen Herausforderungen und Bedingungen der Vernetzung im ländlichen Raum.

Schriftliche Kurzbefragung der Verbände

Die Antworten der Vertreterinnen und Vertretern der Trägerverbände verweisen auf die dichte und vielfältige Vernetzungsstruktur der Beratungsstellen. Diese sind eingebunden in die landesweiten, trägerübergreifenden Landesarbeitsgemeinschaften, Ligen, Runden Tische und Ad-hoc-Arbeitsgruppen. Auch innerhalb der Landesverbände gibt es Arbeitskreise und Arbeitsgemeinschaften, aber auch trägerspezifische Gremien und Beraterinnen/ Beraterkonferenzen, in denen sich Vertreterinnen und Vertreter der Schwangerschaftsberatungsstellen strategisch austauschen und Erfahrungen teilen können.

Die Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft sind bundesweit in 27 Diözesen strukturiert. In jeder Diözese gibt es eine eigene Referentin für die Schwangerschaftsberatung, die das Bindeglied zwischen Bundes-, Landes- und Ortsebene bildet. Es gibt Bundeskonferenzen mit den Diözesanreferentinnen und -referenten und regelmäßige Beraterinnen- und Beraterkonferenzen, und darüber hinaus auf Bundes-, Landes- und Diözesanebene themenspezifische und fachpolitische Arbeitskreise, die je nach Arbeitsauftrag sowohl zeitlich befristet sind oder als Dauergremien angelegt sind.

Auf Bundesebene sind die Beratungsstellen im Paritätischen Wohlfahrtsverband, in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände (BAGFW), im Arbeitskreis Familie (Parität), Forum Menschenrechte (AG Frauen), Bundesforum für Familie vertreten.

Die Frage nach relevanten Kooperationen mit medizinischen Akteurinnen und Akteuren bei ungewollter Schwangerschaft beantworten Vertreterinnen und Vertreter der Trägerverbände ähnlich wie die Ministeriumsvertreterinnen und -vertreter. Auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 4 (sehr wichtig) werden auch hier die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen (4,0) als die wichtigsten medizinischen Kooperationspartnerinnen und -partner eingeschätzt, gefolgt von den Praxen/Kliniken/Einrichtungen, die Abbrüche durchführen (3,6) und Hebammen (3,2). Als weniger bedeutsam wurden Psychotherapeutinnen und -therapeuten (2,6), die Hausärztinnen und -ärzte (2,4) und die Psychiaterinnen und Psychiater (2,4) eingeordnet.

Spezifische Angebote der psychosozialen Versorgung für ungewollt Schwangere in vulnerablen Lebenslagen wurden laut Erhebung seit 2015 in vielen Beratungsstellen, verteilt über das ganze Bundesgebiet eingerichtet. Darunter wurden spezifische Angebote für Menschen mit Fluchthintergrund sowie aufsuchende Angebote, Gruppenangebote und Angebote der sexuellen Bildung gefasst. Zusätzlich wurden im Fragebogen folgende, vergangene Modellprojekte genannt:

- Schwangerschaft und Flucht (2016-2019) – donum vitae
- Fachdialognetz schwangere, geflüchtete Frauen (2016-2019) – pro familia Bundesverband
- „HeLB - Helfen. Lotsen. Beraten. (2019-2022)“ – donum vitae

7.2.1.2 Befunde aus der Strukturdatenanalyse

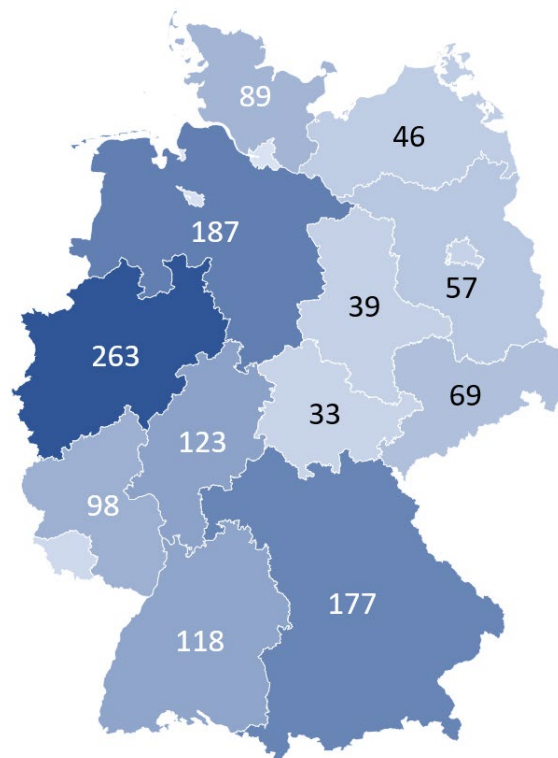
Die ersten Einschätzungen aus den Befragungen von Zuständigen aus den Landesministerien und den Trägerverbänden wurde um eine Strukturdatenanalyse ergänzt, um Fragen nach der regionalen Verteilung der Beratungsstellen im Bundesgebiet, zur weltanschaulichen Pluralität und zur Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB i.V.m. 5 SchKG beantworten zu können. Hinsichtlich der Analyse regionaler Unterschiede in den Bundesländern wurden zudem Angaben aus den Ausführungsbestimmungen der Länder berücksichtigt. Da sich anhand der Beratungsstellendichte keine Aussage zur Anzahl an Beraterinnen und Berater innerhalb der Beratungsstellen ableiten lässt, wurde in einem weiteren Schritt die Einhaltung des Versorgungsschlüssels anhand recherchierter Daten zu den vorgegebenen Vollzeitäquivalenten (VzÄ) im Personalschlüssel geprüft.

7.2.1.2.1 Verteilung im Bundesgebiet und weltanschauliche Pluralität der Beratungsstellen

Der Ergebnisdarstellung liegt eine bundesweite Liste von nach § 3 SchKG staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen (inklusive Außen- und Nebenstellen) mit 1.375 Einträgen zugrunde (vgl. Kapitel 5.2.1.2.2). Darin enthalten sind 1.052 Beratungsstellen, die nach § 219 StGB i.V.m. § 5 SchKG beraten und Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG ausstellen. Weiterhin konnten in sieben Bundesländern insgesamt n=327 Ärztinnen und Ärzte recherchiert werden, die gemäß § 8 SchKG zur Durchführung von Konfliktberatungen anerkannt sind.

In absoluten Zahlen verteilen sich die 1.375 staatlich anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen innerhalb einer Spannweite zwischen sechs Beratungsstellen (Stadtstaat Hamburg) und 263 Beratungsstellen (Nordrhein-Westfalen) (vgl. Abb. 7.173). In den ostdeutschen Bundesländern liegen die Zahlen an Beratungsstellen im zweistelligen Bereich, während sie im restlichen Bundesgebiet meist dreistellig sind. Allerdings verteilen sich die Beratungsstellen proportional zur jeweiligen Einwohnerzahl der Bundesländer, d.h. diejenigen Bundesländer mit den meisten Einwohnerzahl haben auch die höchste Zahl an Beratungsstellen, z.B. Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Bayern. Die Bundesländer im Osten sind besiedelungsschwächer und verfügen folgerichtig insgesamt über deutlich weniger Beratungsstellen als die westlichen Bundesländer.

Abb. 7.173: Anzahl an anerkannten Beratungsstellen lt. Beratungsstellenliste (Stand 03/2023), N=1.375



Unterstützt von Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

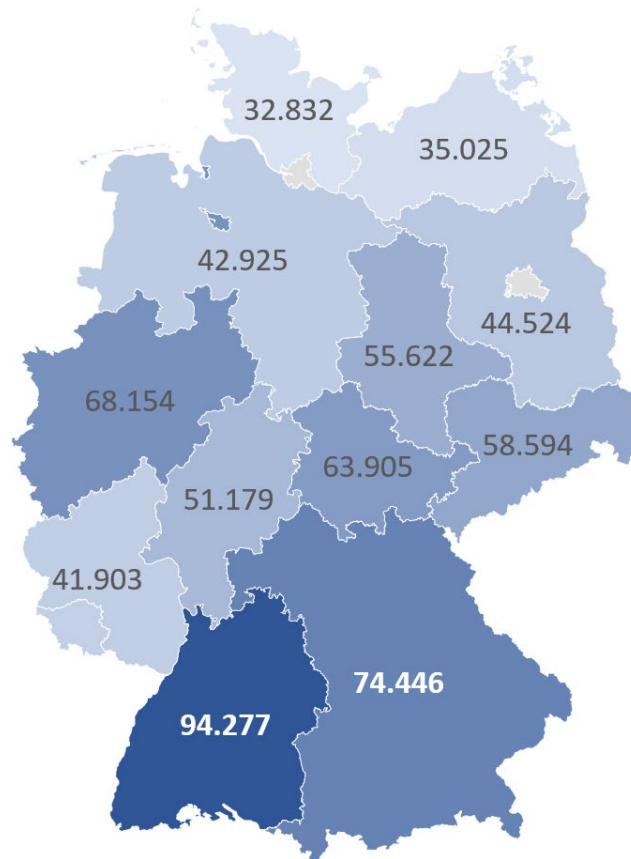
Berlin: 36; Bremen: 10; Hamburg: 6; Saarland: 24
Quelle: eigene Darstellung

Werden die konkreten Einwohnerzahlen auf je eine Beratungsstelle einbezogen, ergibt sich ein etwas anderes Bild. Im bundesweiten Durchschnitt kommen 50.536 Einwohnerinnen und Einwohner auf eine Beratungsstelle – unabhängig von deren jeweiliger Personalausstattung (VzÄ).

Obwohl Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg in absoluten Zahlen die meisten Beratungsstellen haben, kommen hier zugleich auffallend mehr Einwohnerinnen und Einwohner auf jede Beratungsstelle als im Bundesdurchschnitt oder auch in den nördlichen Bundesländern wie

bspw. in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vgl. Abb. 7.174). Die ostdeutschen Bundesländer liegen im Mittelfeld des Bundesdurchschnitts oder sogar etwas darunter. Die geringere Anzahl an Beratungsstellen in den Stadtstaaten, vor allem in Berlin und Hamburg, wird durch eine entsprechend hohe Anzahl an anerkannten Ärztinnen und Ärzten in diesen Bundesländern ausgeglichen.

Abb. 7.174: Einwohnerzahl pro 1 Beratungsstelle (Stichtag: 31.12.2022), N=1.375



Unterstützt von Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

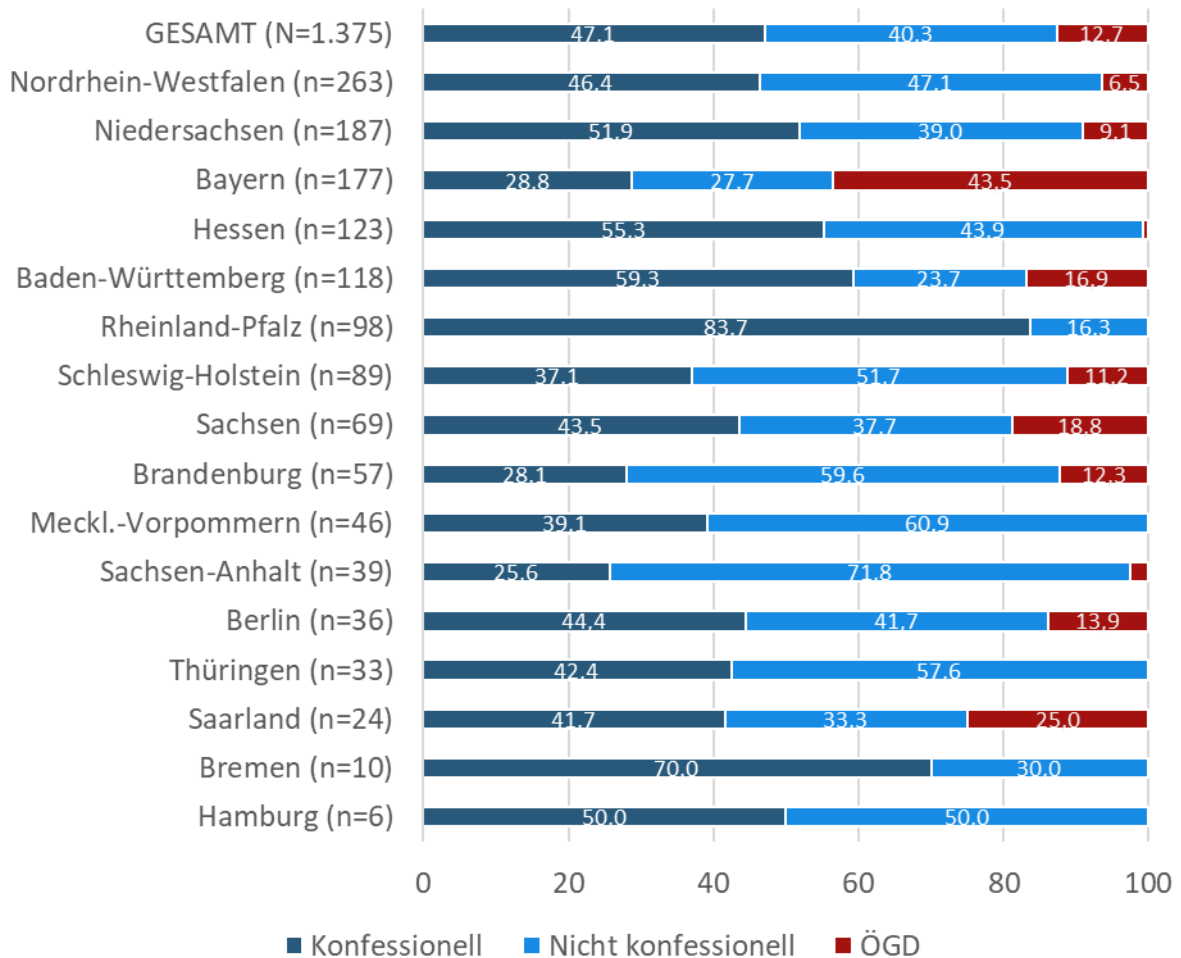
Berlin: 102.152; Bremen: 67.646; Hamburg: 308.989; Saarland: 40.931
Quelle: eigene Darstellung

In einem weiteren Schritt erfolgte die Analyse der Verteilung der Beratungsstellen nach Trägerverbänden. Die Gesetzeslage sieht dazu für die Länder ein weltanschaulich plurales Beratungsstellenangebot vor. Die Erfassung der Beratungsstellenträger erfolgte gruppiert nach konfessionell, nicht-konfessionell und Öffentlicher Gesundheitsdienst bzw. kommunaler Träger (ÖGD). Der Trägerverband donum vitae wurde als katholisch geprägter Verein, der aber keiner Kirche angehört, der nicht-konfessionellen Gruppe zugeordnet.

Weltanschauliche Pluralität bedeutet in der Praxis nicht zwangsläufig eine Ausgewogenheit zwischen diesen Trägergruppen, weder bundesweit noch regional. Insgesamt stellen konfessionelle Träger mit 47,1 % die meisten Beratungsstellen bundesweit, der ÖGD mit 12,7 % die wenigsten.

Regionale Unterschiede zeigen sich bspw. im Anteil an konfessionellen Beratungsstellen in Rheinland-Pfalz, hier mit 83,7 % weit über dem Bundesdurchschnitt vertreten, und in Baden-Württemberg mit 59,3 %. In Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil an nicht-konfessionellen Beratungsstellen mit 60,9 % besonders hoch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Und in Bayern findet sich der bundesweit höchste Anteil an Beratungsstellen im ÖGD mit 43,5 % an allen bayrischen Beratungsstellen (vgl. Abb. 7.175).

Abb. 7.175: Anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen nach Konfessionszugehörigkeit und Bundesland, N=1.375 (Angaben in Prozent)



Quelle: eigene Darstellung

7.2.1.2.2 Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB i.V.m. 5 SchKG

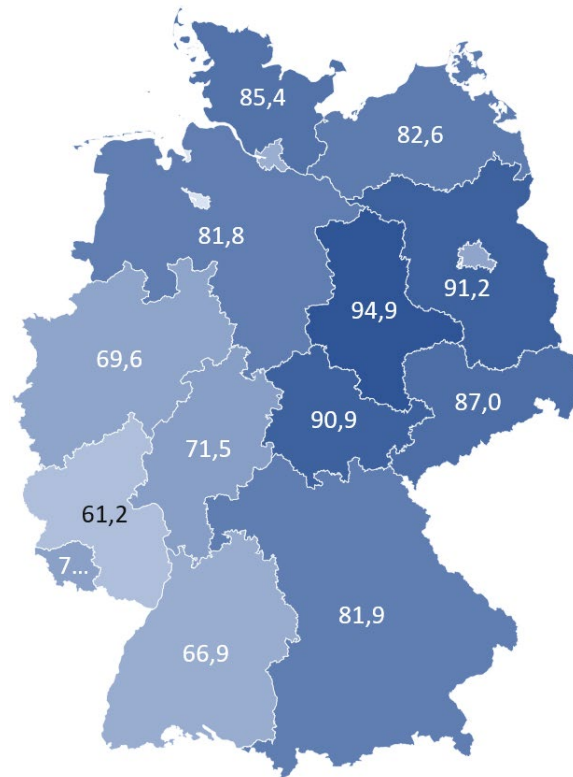
Auch die Möglichkeit, eine Beratung nach § 219 StGB aufzusuchen, steht in Zusammenhang mit der weltanschaulichen Ausrichtung der Beratungsstellen, da die katholischen Träger seit fast 25 Jahren keine Beratungsbescheinigungen mehr ausstellen.

Der Anteil der scheinausstellenden Beratungsstellen beträgt laut unserer Beratungsstellenliste bundesweit im Durchschnitt 76,5 %, ⁴⁶ wobei sich die Unterschiede in den Flächenländern zwischen 61,2 % in Rheinland-Pfalz und 94,9 % in Sachsen-Anhalt bewegen (vgl. Abb. 7.176). Im Bundesdurchschnitt liegt die Einwohnerzahl pro Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle (nicht pro VzÄ in den Einrichtungen) bei 73.944. Wenn zugleich die Einwohnerzahl berücksichtigt wird, kommen in Baden-Württemberg auf eine Beratungsstelle mit Scheinausstellung die meisten Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesvergleich. Es ist davon auszugehen, dass die katholische Prägung in einigen Bundesländern (mit Ausnahme Bayern, deren hohe Zahl an Beratungsoptionen im ÖGD bundesweit eine Ausnahme darstellt) in Zusammenhang mit dem Anteil an Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft steht – und dadurch die Zahl an scheinausstellenden Beratungsstellen niedriger ausfällt. Für die ostdeutschen Bundesländer gilt wiederum, dass sich

⁴⁶ Zum Vergleich: In der Datenbank der BZgA betrug der Anteil 2022 75,4 % (BZgA 2024).

nach 1990 vor allem nicht-konfessionelle und Beratungsstellen in evangelischer Trägerschaft etabliert haben und die Zahl an Beratungsstellen ohne Scheinvergabe entsprechend niedrig ist.

Abb. 7.176: Anteil an Beratungsstellen, die nach § 219 StGB beraten an allen anerkannten Beratungsstellen lt. Beratungsstellenliste (Stand 03/2023, Angaben in Prozent)



Unterstützt von Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Berlin: 69,4 %; Bremen: 50 %; Hamburg: 66,7 %
Quelle: eigene Darstellung

Nimmt man zu den Beratungsstellen die anerkannten Ärztinnen und Ärzte hinzu, erhöht sich der Anteil an Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB deutlich, vor allem in den Stadtstaaten Bremen (von 50 % auf 80,8 %) und Hamburg (von 66,7 % auf 98,3 %).⁴⁷ Während die Anzahl an scheinausstellenden Beratungsstellen in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg auf geringem Niveau verbleibt, verkleinern sich die Differenzen in den Anteilen an Beratungsmöglichkeiten mit Scheinvergabe im Rest von Deutschland, wenn scheinausstellende Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden.

Allerdings variieren die Anteile an Beratungen, die von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden, zwischen den Bundesländern erheblich. Die Anteile liegen in den uns vorliegenden Daten aus drei Bundesländern zwischen 1,5 % (Schleswig-Holstein), 9,5 % (Berlin) und 26 % (Hamburg) an allen Schwangerschaftskonfliktberatungen pro Ärztin bzw. Arzt. Die anderen Bundesländer haben uns entweder keine Auskunft erteilt oder führen keine statistische Erfassung.

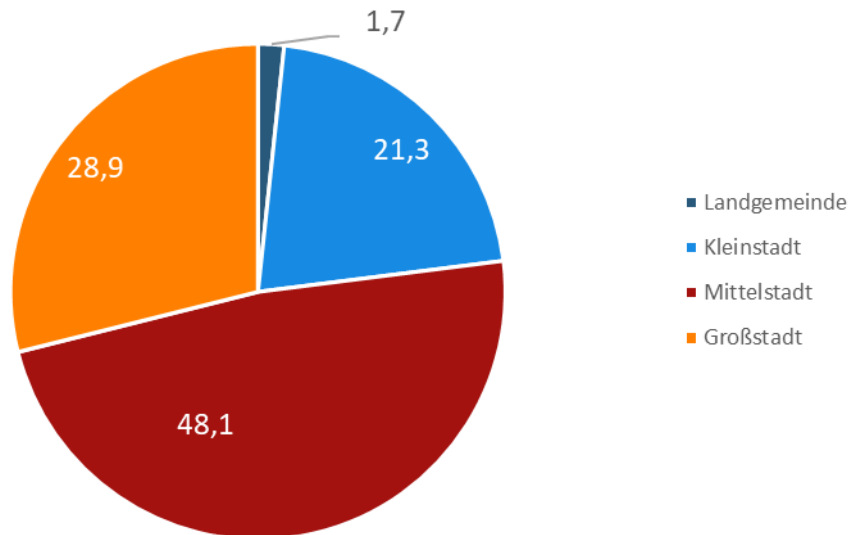
7.2.1.2.3 Regionale Verteilung in den Bundesländern

Ein weiterer Aspekt zur Einschätzung der Versorgungsstruktur ist die Erreichbarkeit der Beratungsstellen. Gesetzlich vorgesehen ist laut §§ 3 und 4 SchKG, dass die Beratungsstellen

⁴⁷ Unter Berücksichtigung der angegebenen Ärztinnen und Ärzte, die Beratungsscheine ausstellen können, verändern sich die Zahlen der weiteren Bundesländer folgendermaßen: Berlin: 87,4 %; Saarland: 70,8 %; Schleswig-Holstein: 88,4 %; Niedersachsen: 85,3 %; Nordrhein-Westfalen: 74,9 %; Hessen: 76 %

wohnnah sein müssen. Beinahe die Hälfte aller Beratungsstellen befindet sich in den Mittelstädten, ein knappes Drittel in Großstädten, nur etwa ein Viertel in ländlichen oder kleinstädtischen Gebieten (vgl. Abb. 7.177).

Abb. 7.177: Anteil Beratungsstellen nach Raumtyp, N=1.375 (Angaben in Prozent)



Einteilung gemäß Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2023): Landgemeinde (bis 5.000 EW), Kleinstadt (5.000 bis 20.000 EW), Mittelstadt (20.000 bis unter 100.000 EW), Großstadt (ab 100.000 EW)

Quelle: eigene Darstellung

Unterschiede zwischen den Bundesländern ergeben sich aus der Verteilung von Gemeindetypen in den jeweiligen Ländern. So ist bspw. im städtisch geprägten Nordrhein-Westfalen der Anteil an Beratungsstellen in Großstädten mit 44 % besonders hoch. Und im Vergleich sind in den v.a. ländlich und kleinstädtisch geprägten Ländern Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern die Anteile an Beratungsstellen im ländlichen und kleinstädtischen Raum mit je 52 % überdurchschnittlich hoch.

7.2.1.2.4 Ausführungsbestimmungen zum Schwangerschaftskonfliktgesetz

Um Unterschiede und Besonderheiten in der regionalen Beratungsstellenstruktur herausarbeiten zu können, werden nachfolgend weiterführende Aussagen über die Erreichbarkeit im Sinne der Wohnortnähe und hinsichtlich der Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Beratungsstellen aus den länderspezifischen Ausführungsbestimmungen vorgestellt.

Im systematischen Vergleich der Ausführungsbestimmungen wird deutlich, dass einige Bundesländer sehr konkrete Bestimmungen ausformulieren und andere viel Interpretationsspielraum zur Auslegung der Gesetzgebung gelassen haben. So sind bspw. die Definitionen der in §§ 4 und 8 SchKG geforderten Wohnortnähe uneinheitlich und werden bislang nur in einigen Bundesländern konkretisiert, bspw. in den Ausführungsbestimmungen von Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt, wo eine Hin- und Rückreise mit ÖPNV innerhalb eines Tages als zumutbar beschrieben wird. In weiteren zwei Bundesländern (Hessen, Thüringen) wird eine Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln benannt, allerdings ohne Angabe zu einer zumutbaren Anfahrtszeit.

Zwar finden sich in allen Ausführungsbestimmungen Hinweise zur Regelung geeigneter Räume für die sachgemäße Durchführung der Beratung, aber nur Rheinland-Pfalz und Thüringen fordern einen barrierefreien Zugang der Räumlichkeiten, Thüringen darüber hinaus auch Räume, „die für die Ratsuchenden erkennbar und gleichzeitig diskretionswährend gelegen“ sind. Entlang der verfügbaren Daten ist schwer einzuschätzen, inwieweit bspw. die Regelungen zu Wohnortnähe den

Bedarfen von Ratsuchenden entspricht. Hier bedürfte es einer weitergehenden, systematischen Untersuchung von Wegzeiten und Entfernungen, insbesondere in den Flächenländern und dort, wo der Anteil von Beratungsstellen mit Beratungen nach § 219 StGB gering ist.

Auch die länderspezifischen Vorgaben zu den Öffnungszeiten variieren – so wird in Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein vorgegeben, dass die Beratungsstelle an mehreren Tagen geöffnet sein muss – also an mindestens zwei Wochentagen –, während dies bspw. in Thüringen „an mindestens vier Tagen“ sein müssen. Dies kann eine Differenz von zwei Tagen bedeuten, in denen Ratsuchende Zugang zu Angeboten der Schwangerschaftskonfliktberatung bekommen.

Um das Beratungsangebot zu garantieren, ist zudem die finanzielle Absicherung der Träger relevant. Der Großteil der Bundesländer fördert 80 % der notwendigen und angemessenen Personal- und Sachkosten, in einzelnen Bundesländern gelten auch Sätze von bis zu 100 % der Personalkosten (Thüringen) und 90 % der Sachkosten (Mecklenburg-Vorpommern, Saarland) als förderfähig.⁴⁸ Um bspw. den in § 2 SchKG formulierten Ansprüchen auf Information und Beratung „in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen“ mit einer entsprechenden Angebotsstruktur gerecht zu werden, sind die Beratungsstellen auf eine vollumfängliche Finanzierung angewiesen. Den Finanzierungslücken wird unterschiedlich begegnet, und auch hier unterscheiden sich länderspezifische Vorgaben. Zur Deckung des vom Träger zu erbringenden Eigenanteils empfiehlt bspw. das Land Bremen ein Beratungsentgelt, bemessen „an der Beratungsleistung und den wirtschaftlichen Verhältnissen des Leistungsempfängers“. In Hamburg soll darauf „verzichtet werden, wenn der Träger auf andere Weise seinen Eigenanteil erbringt.“ Dies gilt jeweils nicht für die verpflichtend wahrzunehmende Beratung nach § 219 StGB.

7.2.1.2.5 Versorgungsschlüssel

Da sich anhand der Beratungsstellendichte keine Aussage zur Anzahl an Beraterinnen und Beratern innerhalb der Beratungsstellen ableiten lässt, wurde zur Einschätzung der Versorgungslage der sog. Versorgungsschlüssel herangezogen, sofern die entsprechenden Daten recherchierbar waren. Wie oben erwähnt, beauftragt § 4 Abs. 1 SchKG die Länder, je 40.000 Einwohnerinnen und Einwohner mindestens eine Beraterin/einen Berater in Vollzeit zu beschäftigen⁴⁹. Einer Abfrage per E-Mail bei den zuständigen Landesministerien zu Indikator 7.1 der Gesundheitsberichterstattung im 1. Quartal 2023 zufolge, liegt der Versorgungsschlüssel mit geringen Abweichungen im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen (1:40.000). Hier ergab die Berechnung der länderspezifischen Vollzeitäquivalente (VzÄ) ein nahezu homogenes Bild in der Versorgungslage mit einer geringen Variation zwischen 0,92 und 1,09 VzÄ pro 40.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Stadtstaaten nehmen auch hier durch ihre unterschiedliche Anrechnung der anerkannten Ärztinnen und Ärzte auf die VzÄ eine Sonderrolle ein. Die Berücksichtigung von Ärztinnen und Ärzten innerhalb des Versorgungsschlüssels lässt jedoch keine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Verteilung tatsächlich durchgeführter Beratungen zu.

⁴⁸ Eine öffentliche Förderung ist dabei lt. § 2 SchKG unabhängig vom Ausstellen einer Beratungsbescheinigung (lt. § 7 SchKG) möglich, so dass auch Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft gefördert werden.

⁴⁹ Inwiefern nach § 9 SchKG anerkannte Ärztinnen und Ärzte in die Berechnung des Schlüssels eingehen, variiert zwischen den Ländern. So bezieht bspw. Berlin diese nicht in die Berechnung ein, in Nordrhein-Westfalen werden sie mit 25 % auf den Schlüssel angerechnet.

7.2.1.3 Befunde aus der quantitativen Leitungskräftebefragung

Nachfolgend werden Daten aus einer weiteren Teilerhebung, der quantitativen Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen vorgestellt, um ergänzend zur Strukturdatenanalyse folgende Fragen zu beantworten:

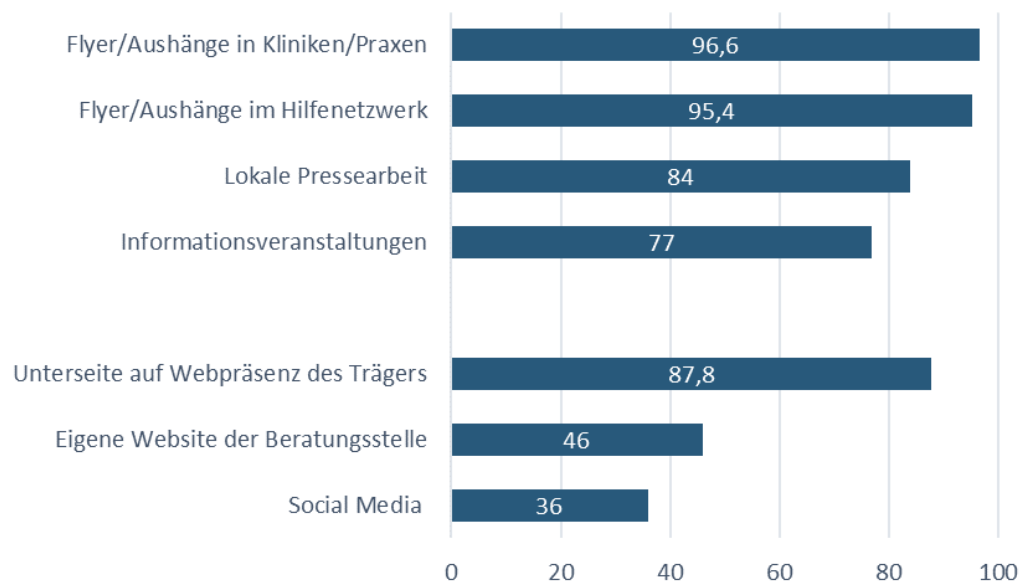
Welche Aussagen lassen sich zur Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der Beratungsstellen, zur Kooperation in den Bereich der medizinischen Versorgung und zu Angeboten für vulnerable Gruppen treffen? Welche Verbesserungsbedarfe nehmen Beratungsfachkräfte in ihrer Praxis hinsichtlich der psychosozialen und medizinischen Versorgung ungewollt Schwangerer bzw. im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs wahr?

Die folgende Ergebnisdarstellung widmet sich zuerst der Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen und den Zugangswegen durch Ratsuchende, anschließend der Vernetzung und dem Austausch in das psychosoziale und medizinische Versorgungssystem und als letztes den Angeboten und Informationen im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen.

7.2.1.3.1 Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen

Die Ergebnisse auf die Frage, welche Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden, zeigten deutlich die Priorisierung für traditionelle Instrumente mit geringer Reichweite, die aber offenbar mit einer hohen Zielgruppengenauigkeit einhergehen: Flyer und Aushänge in medizinischen und psychosozialen Einrichtungen wurden von fast allen befragten Beratungsstellen genutzt und auch die lokale Pressearbeit und Infoveranstaltungen vor Ort spielten eine wesentlich Rolle in der Sichtbarkeit von Beratungsstellen (vgl. Abb. 7.178).

Abb. 7.178: Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit (n=583, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)



Frage: Nutzt Ihre Beratungsstelle aktuell folgende Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Eine ebenfalls zentrale Rolle spielte die Öffentlichkeitsarbeit über Onlinemedien, da fast 9 von 10 Beratungsstellen in Form einer Unterseite auf den Webseiten der Trägerorganisation vertreten waren. Knapp die Hälfte der Beratungsstellen verfügte über eine eigene Webseite und etwa ein Drittel war sowohl mit einer eigenen Webseite als auch auf den Webseiten des Trägers präsent. Am seltensten vertreten waren in der Gruppe mit eigener Webseite kleine Beratungsstellen und Beratungsstellen aus Ostdeutschland, die wie oben erwähnt häufig in Kombination auftreten.

Öffentlichkeitsarbeit via Social Media wurde nur von etwa einem Drittel der Befragten genutzt. Am häufigsten waren dies Beratungsstellen in nicht-konfessioneller Trägerschaft, Beratungsstellen mit einer hohen Anzahl an Mitarbeitenden sowie Beratungsstellen aus Mittel- und Großstädten.

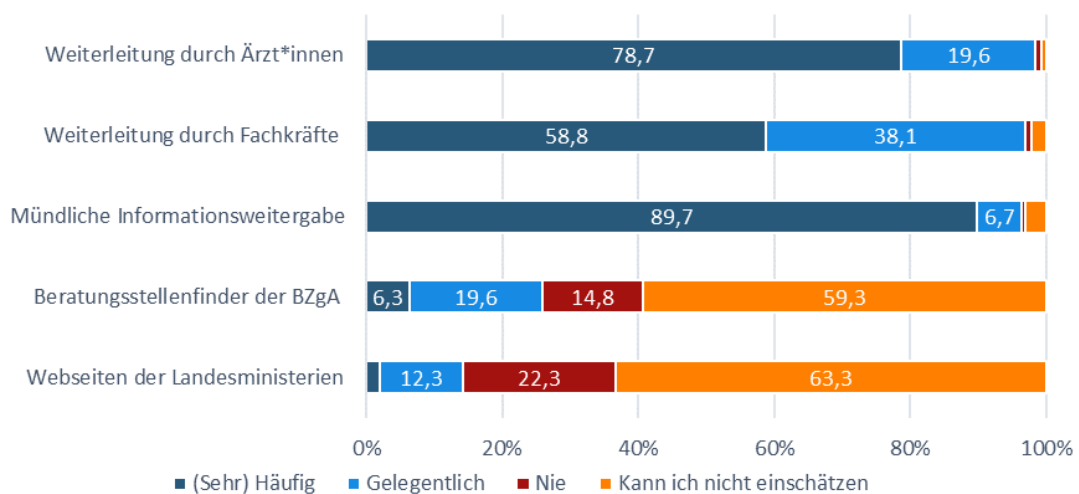
Mehr als die Hälfte der befragten Beratungsstellen (58,2 %) bewerteten die Ausstattung der Beratungsstelle mit Mitteln für Öffentlichkeitsarbeit als mindestens ausreichend, mit Abstand am häufigsten die Leitungskräfte aus der Region Süd (75,5 %). Ein gutes Drittel (34,3 %) bewertete die zur Verfügung stehenden Mittel allerdings als nicht ausreichend, am häufigsten die Leitungskräfte in der Region Ost (47,2 %) und aus nicht-konfessioneller Trägerschaft (43,9 %).

7.2.1.3.2 Zugangswege in die Beratungsstellen

Die Befragten wurden gebeten einzuschätzen, wie häufig Ratsuchende über unterschiedliche Wege Zugang zum Angebot der Beratungsstelle finden. Dabei wurden auch die bereits angegebenen und durch die Beratungsstelle steuerbaren Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit abgefragt, ergänzt durch weitere, nicht unmittelbar durch die Beratungsstelle steuerbare Zugänge.

Von den nicht unmittelbar steuerbaren Informationsmöglichkeiten für Ratsuchende spielten diejenigen die größte Rolle, die auf persönlichem Kontakt basieren: Die mündliche Informationsweitergabe ohne spezifische Eingrenzung, durch wen die Information erfolgte, wurde von 89,7 % als sehr häufiger oder häufiger Zugang zu Angebot der Beratungsstelle eingeschätzt und war damit am bedeutsamsten (vgl. Abb. 7.179). Die Weiterleitung durch Ärztinnen und Ärzte folgte mit 78,7 % in der Rangliste an zweiter Stelle, die Weiterleitung durch Fachkräfte mit knapp 60 % an dritter Stelle.

Abb. 7.179: Informationswege nicht steuerbar (n=583, Angaben in Prozent)



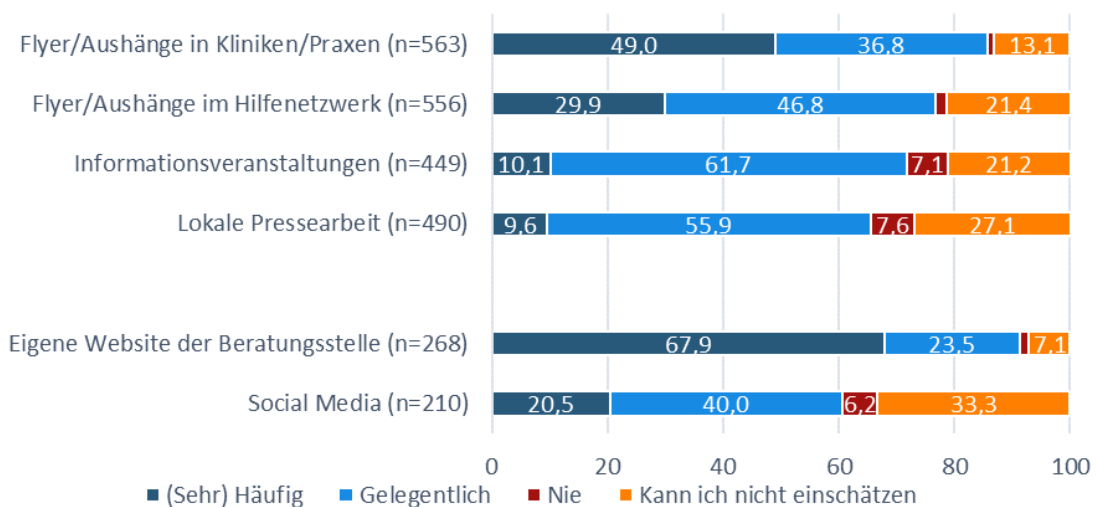
Frage: Wie häufig werden Ratsuchende über folgende Wege auf Ihre Beratungsstelle aufmerksam?
Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Während lt. Einschätzung der Leitungskräfte in nicht-konfessioneller Trägerschaft die Ratsuchenden in erste Linie mit 94 % über die Ärztinnen und Ärzte auf die Beratungsstellen aufmerksam gemacht wurden und darüber häufig oder sehr häufig den Zugang zur Beratungsstelle fanden, spielte bei den Leitungskräften in konfessioneller Trägerschaft die mündliche Informationsweitergabe mit 93,1 % die zentrale Rolle. Die Weiterleitung durch andere Fachkräfte spielte nach Einschätzung der befragten Leitungskräfte ebenfalls eine wichtige Rolle, wenn auch mit deutlichem Abstand und mit stärkerer Ausprägung für den großstädtischen Raum resp. große Beratungsstellen. Zu den Online-Informationsangeboten des Bundes, vertreten durch die BZgA, und

der Länder wollten oder konnten die Befragten hingegen am häufigsten keine Einschätzung vornehmen, wie häufig diese Angebote von Ratsuchenden genutzt werden.

Bei den steuerbaren Informationswegen schätzten die Befragten die eigene Website als besonders effektiv ein: knapp 70 % waren der Meinung, die Ratsuchenden würden häufig oder sehr häufig darüber auf die Beratungsstelle aufmerksam werden (vgl. Abb. 7.180). Die Wirkung der eigenen Webpräsenz wurde besonders hoch von den Leitungskräften aus dem großstädtischen Raum eingeschätzt, hier lag die Rate bei 80,7 %. Alle traditionellen, analogen Wege der Öffentlichkeitsarbeit, die besonders häufig zur Bekanntmachung der Beratungsstelle eingesetzt wurden, wurden gleichzeitig als sehr viel weniger effektiver Zugangsweg in die Beratungsstelle eingeschätzt als die eigene Website. Ein Fünftel der Befragten nannte auch Social Media als häufigen oder sehr häufigen Zugangsweg.

Abb. 7.180: Informationswege steuerbar (Angaben in Prozent)



Frage: Wie häufig werden Ratsuchende über folgende Wege auf Ihre Beratungsstelle aufmerksam?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Die Frage, ob die Beratungsstellen jemals Erfahrungen mit belästigenden Aktionen von sog. Lebensschützerinnen und -schützern gemacht haben, wurde von 39,3 % der Leitungskräfte bestätigt. Meist handelte es sich dabei um kontaktlose Maßnahmen wie Anfeindungen per E-Mail oder Telefon (50,2 %) oder postalischen Belästigungen (39,4 %). Fake-Beratungen (25,1 %), Proteste und Mahnwachen vor der Beratungsstelle (10,4 %) oder sog. Gehsteigberatungen (7,8 %) wurden sehr viel seltener berichtet. Von Anfeindungen durch politische Gegnerinnen und Gegner waren Beratungsstellen in der Großstadt (51,5 %) stärker betroffen als in Klein- und Mittelstädten, ebenso Beratungsstellen in West- und Norddeutschland (46,5/43,8 %) und in nichtkonfessioneller Trägerschaft. Mit Abstand am seltensten von Anfeindungen berichteten Befragte des ÖGD (17,5 %). Auf die letzten fünf Jahre zurückgeschaut, konnte der Großteil der Befragten keine Veränderungen in der Häufigkeit oder Intensität der Anfeindungen beobachten, es zeigte sich im Gegenteil eher eine leichte Tendenz zum Rückgang.

7.2.1.3.3 Vernetzung und Austausch

Ein zentraler Fokus der Leitungsbefragung lag auf der Vernetzung der Beratungsstellen mit anderen Einrichtungen. Gefragt wurde nach dem Vorkommen und der Häufigkeit des Austauschs, aber auch nach der Qualität des Austauschs im Sinne der Bedarfsentsprechung. Hierbei wurde unterschieden nach Vernetzung zu weiteren psychosozialen Einrichtungen und nach Vernetzung in das medizinische System.

Die Ergebnisse verdeutlichen das breite Spektrum an Vernetzung in das psychosoziale Versorgungssystem (vgl. Tab. 7.51). Der Austausch war am intensivsten mit anderen Schwangerschaftsberatungsstellen (98,1 %), etwas weniger regelmäßig waren die Beratungsstellen mit anderen Beratungsstellen wie der Erziehungsberatung, kommunalen Behörden und mit Familienhebammen in Austausch.

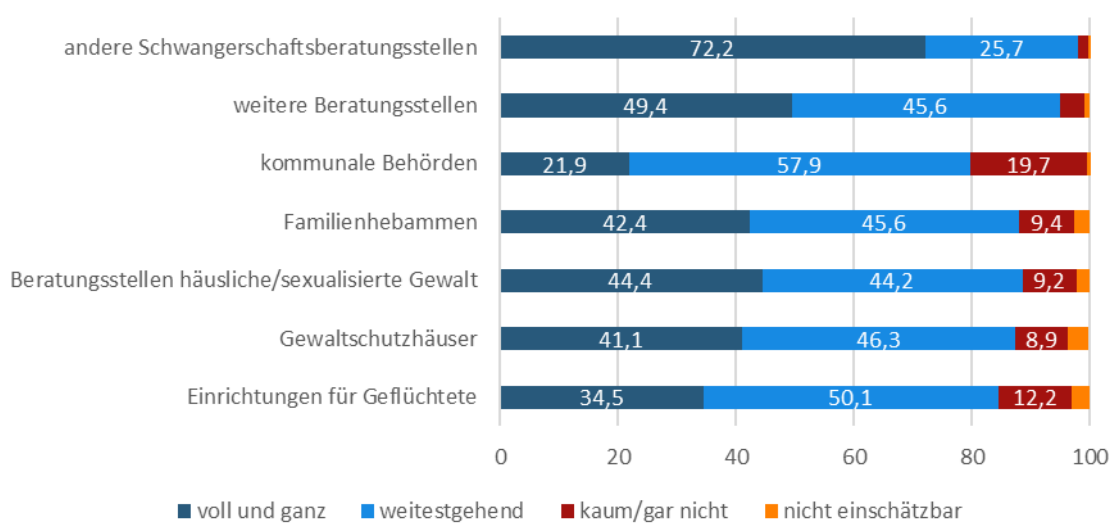
Tab. 7.51: Existenz und Häufigkeit des Austauschs mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung (n=583, Angaben in Prozent)

Einrichtungen der psychosozialen Versorgung	Austausch vorhanden	davon »sehr/eher regelmäßig«
Andere Schwangerschaftsberatungsstellen	99,0	98,1
Weitere Beratungsstellen (z.B. Erziehungsberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Migrationsberatung)	97,5	78,8
Kommunale Behörden (z.B. Sozialamt, Jugendamt, Jobcenter)	97,7	81,0
Familienhebammen	90,7	72,1
Fachberatungsstellen bei häuslicher/sexualisierter Gewalt	88,4	46,0
Gewaltschutzhäuser	82,6	40,4
Einrichtungen für Geflüchtete	79,5	54,8

Frage: Mit welchen der folgenden lokalen Einrichtungen der psychosozialen Beratung und Unterstützung steht Ihre Beratungsstelle im Austausch? Wie häufig ist Ihre Beratungsstelle mit den genannten Einrichtungen im Austausch?
Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Am seltensten und unregelmäßigsten fand die Vernetzung mit Anlaufstellen bei Gewalterfahrung statt (40,4 % bzw. 46,0 %). Hier lassen sich sowohl Ursachen in der fehlenden regionalen Angebotsstruktur als auch in den personellen Ressourcen aufseiten der Beratungsstellen wie auch der Einrichtungen vermuten. So standen bspw. Beratungsstellen mit max. drei Mitarbeitenden am seltensten regelmäßig mit den Fachberatungsstellen bei häuslicher/sexualisierter Gewalt im Austausch.

Abb. 7.181: Bedarfsentsprechung des Austauschs mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung (Angaben in Prozent)



Frage: Wie sehr entspricht der Austausch Ihrem Bedarf?
Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Aussagen zur Qualität der Kooperationsbeziehungen lieferten die Einschätzungen zur Bedarfsentsprechung des Austauschs. Die Zufriedenheit mit den Kontakten zu anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung lag bei den befragten Leitungskräften hoch. Besonders positiv tritt auch hier der Kontakt zu den anderen Schwangerschaftsberatungsstellen hervor: knapp drei Viertel der Befragten gaben an, dass dieser Kontakt voll und ganz dem Bedarf entspricht (vgl. Abb. 7.181). Der Austausch mit den kommunalen Behörden entsprach am wenigsten den Bedarfen, nur jede und jeder fünfte Befragte gab an, dass der Austausch voll und ganz dem Bedarf entspricht. Dennoch: auch hier war die Mehrheit zumindest weitestgehend zufrieden mit dem Austausch. Insgesamt zeigte sich ein recht homogenes Bild: 80 % der Beratungsstellen waren mit dem Austausch mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung mindestens weitestgehend zufrieden, meist lagen die Zufriedenheitswerte sogar noch höher.

Mit Blick auf die Defizite in der Bedarfsdeckung (Antwortoption »Kaum/gar nicht«) fiel erneut auf, dass diese am häufigsten beim Austausch mit kommunalen Behörden erlebt werden, an zweiter Stelle wurden Einrichtungen für Geflüchtete genannt. Der Austausch mit Einrichtungen für Geflüchtete entsprach bei den Beratungsstellen in Norddeutschland mit 21 % am häufigsten nicht dem Bedarf.

Die Angaben zur Vernetzung in die medizinische Versorgung differenzierten sehr nach Fachrichtung. So fand ein Austausch mit Akteurinnen und Akteuren, die direkt die Frauengesundheit betreffen, bei der Hälfte bis zwei Drittel der befragten Beratungsstellen regelmäßig statt, der Austausch mit allen anderen erfassten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr viel seltener. Nur etwa die Hälfte der Beratungsstellen gab eine Vernetzung mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Institutionen an, ein gutes Viertel beschreibt den Austausch als eher oder sehr regelmäßig (vgl. Tab. 7.52). Im Vergleich zur Häufigkeit der Vernetzung mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung wird die Vernetzung mit der medizinischen Versorgung von den Befragten insgesamt als sehr viel unregelmäßiger beschrieben (max. 66,3 %).

Tab. 7.52: Existenz und Häufigkeit des Austauschs mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung (n=548, Angaben in Prozent)

Einrichtungen der medizinischen Versorgung	Austausch vorhanden	davon »sehr/ eher regelmäßig«
Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen	92,1	65,0
Hebammen	93,2	66,3
Kliniken für Gynäkologie/Geburtshilfe	85,3	56,9
Praxen/Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen	73,4	60,7
Krankenkassen	64,4	39,9
Niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten/ Psychiaterinnen und Psychiater	52,0	25,3
Psychiatrische Kliniken	44,7	23,9

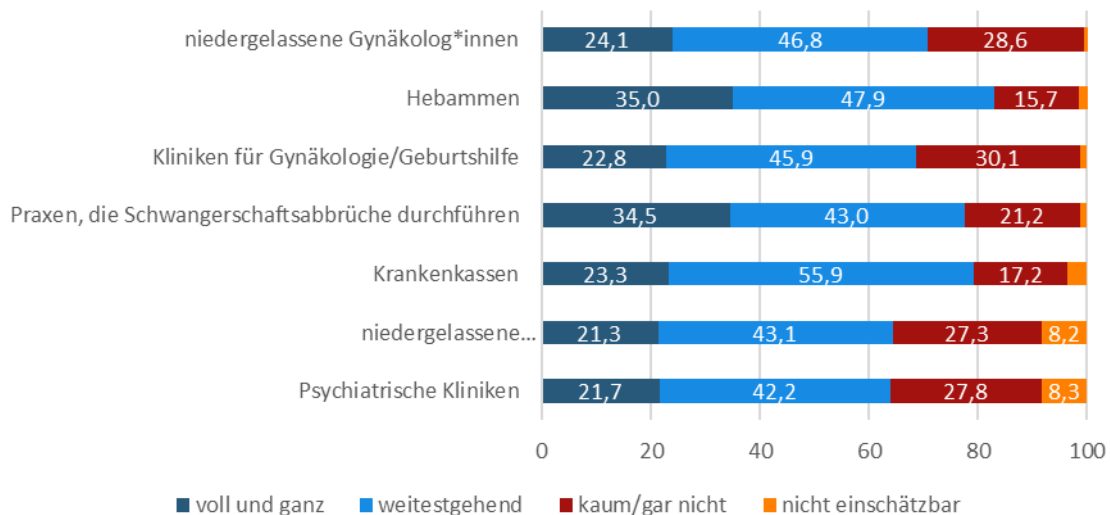
Fragen: Mit welchen der folgenden lokalen Einrichtungen der medizinischen Versorgung steht Ihre Beratungsstelle im Austausch? Wie häufig ist Ihre Beratungsstelle mit den genannten Einrichtungen im Austausch?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Sowohl für das psychosoziale als auch das medizinische Netzwerk zeigte sich folgender Zusammenhang: Mit den Einrichtungen, mit denen häufiger Vernetzungen bestanden, fand der Austausch auch häufiger regelmäßig statt. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass der Austausch mit durchaus versorgungsrelevanten Einrichtungen nicht nur seltener erfolgte, sondern auch weniger regelmäßig.

In den Einschätzungen zur Bedarfsentsprechung des Austauschs mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung waren über zwei Drittel der Leitungskräfte mindestens weitestgehend zufrieden, insbesondere mit Hebammen und Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (vgl. Abb. 7.182). Im Vergleich zum psychosozialen Versorgungsbereich lagen die Werte jedoch niedriger, entsprach also der Kontakt in den medizinischen Versorgungsbereichen weniger dem Bedarf der Beratungsstellen als der Kontakt zu den psychosozialen Einrichtungen.

Abb. 7.182: Bedarfsentsprechung des Austauschs mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Angaben in Prozent)



Frage: Wie sehr entspricht der Austausch Ihrem Bedarf?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

7.2.1.3.4 Schwangerschaftsabbruch: Angebote für spezifische Lebenslagen

Ein weiteres Forschungsinteresse war, vorhandenen Angebote der psychosozialen Versorgung in besonders belasteten Lebenslagen bzw. nach einem Schwangerschaftsabbruch zu erfragen.

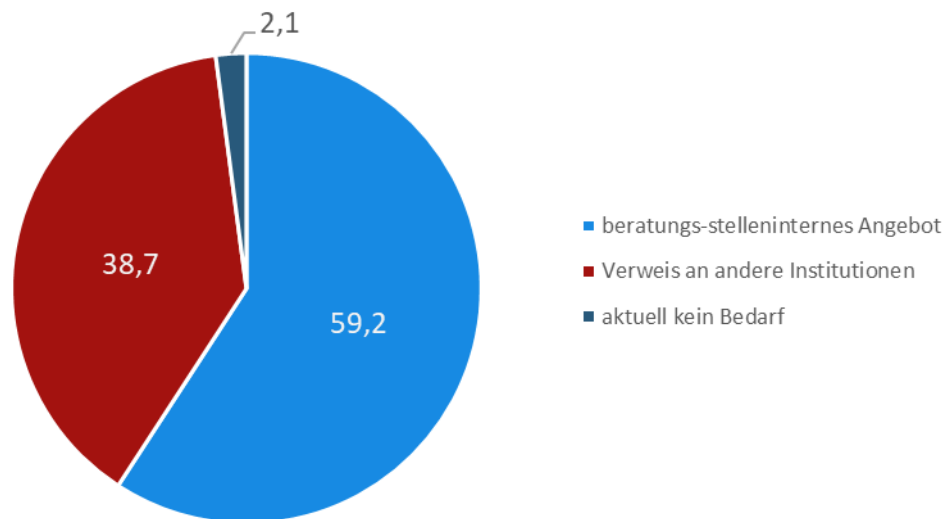
Hier zeigte sich, dass neben dem Beratungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch, das auch gemäß gesetzlicher Vorgabe ins Portfolio einer Beratungsstelle gehört, weitere Angebote eher weniger verbreitet waren. So vermittelten 47,9 % der befragten Einrichtungen ihre Klientinnen und Klienten bei Bedarf an psychotherapeutische Einrichtungen und etwa ein Fünftel (20,5 %) an medizinische Einrichtungen. 35,4 % der Beratungsstellen stellten weiterführende Materialien und Literatur zur Verfügung, am häufigsten in Ostdeutschland, während ein Gruppenangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch, das mit 2,7 % nur selten benannt wurde, am ehesten in großstädtischen Beratungsstellen vorgehalten wurde.

Die Befragung der ungewollt Schwangeren im Rahmen des AP 1 weist darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten nach einem Schwangerschaftsabbruch eher zögerlich ausfällt. Auch in der Leitungsbefragung gab drei Viertel der Leitungskräfte (76,5 %) an, dass ihrer Einschätzung nach höchstens 1 von 10 Klientinnen und Klienten ein nachgehendes Angebot ihrer Beratungsstelle nach einem Schwangerschaftsabbruch wahrnehmen würde. Hierbei handelte es sich v.a. um Ratsuchende in konflikthaften bis gewaltvollen Partnerschaften, mit psychischen Vorerkrankungen, mit Traumatisierungserfahrungen, und eher selten um Ratsuchende mit Flucht- oder Migrationserfahrung.

Ergänzend wurde konkret nach vorhandenen Angeboten vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch für Personen in belasteten Lebenssituationen gefragt, worunter

Personen mit psychischen Belastungen, Traumatisierungen, Migrations- und Fluchterfahrungen, Gewalterfahrungen und Partnerschaftskonflikten gefasst wurden.

Abb. 7.183: Angebote für spezifische Zielgruppen nach einem Schwangerschaftsabbruch (n=427, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)



Frage: Gibt es in Ihrer Beratungsstelle - zusätzlich zur ohnehin bestehenden Beratung und Begleitung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch (nach Beratungsregelung) - spezifische Angebote für

- Personen mit psychischen Belastungen?
- Personen mit Traumatisierungs- und Stresserfahrungen?
- Personen mit Migrations- und Fluchterfahrungen?
- Personen mit Gewalterfahrungen?
- Personen mit Partnerschaftskonflikten und Trennungserfahrungen?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Zusätzlich zur ohnehin bestehenden Beratung gaben 59,2 % die Existenz eines beratungsstelleninternen Angebots für mindestens eine der genannten Personengruppen an (vgl. Abb. 7.183). Am häufigsten hielten die Beratungsstellen interne Angebote für Personen mit Partnerschaftskonflikten und Trennungserfahrungen (51,1 %) und für Personen mit psychischen Belastungen (38,9 %) vor, am seltensten für Personen mit Gewalterfahrungen (19,6 %). Letztgenannte Personengruppe wurde hingegen am häufigsten an Institutionen des bereits oben dargestellten Netzwerkes verwiesen (73,4 %). Damit wurde ein gewisses Muster erkennbar: Je seltener eine Beratungsstelle über ein beratungsstelleninternes Angebot verfügte, desto häufiger verwies sie Personen in belasteten Lebenssituationen an Dritte. Über interne Angebote verfügten am häufigsten große Beratungsstellen mit elf und mehr Mitarbeitenden. Aber auch diejenigen in Mittel- und Großstädten und in konfessioneller Trägerschaft hielten häufiger selbst Angebote für Personen in belasteten Lebenssituationen vor. Die Option des Verweises an Institutionen des Netzwerkes gaben am häufigsten Beratungsstellen aus ländlichen bzw. kleinstädtischen Gebieten, Süddeutschland und aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. kommunale Beratungsstellen an.

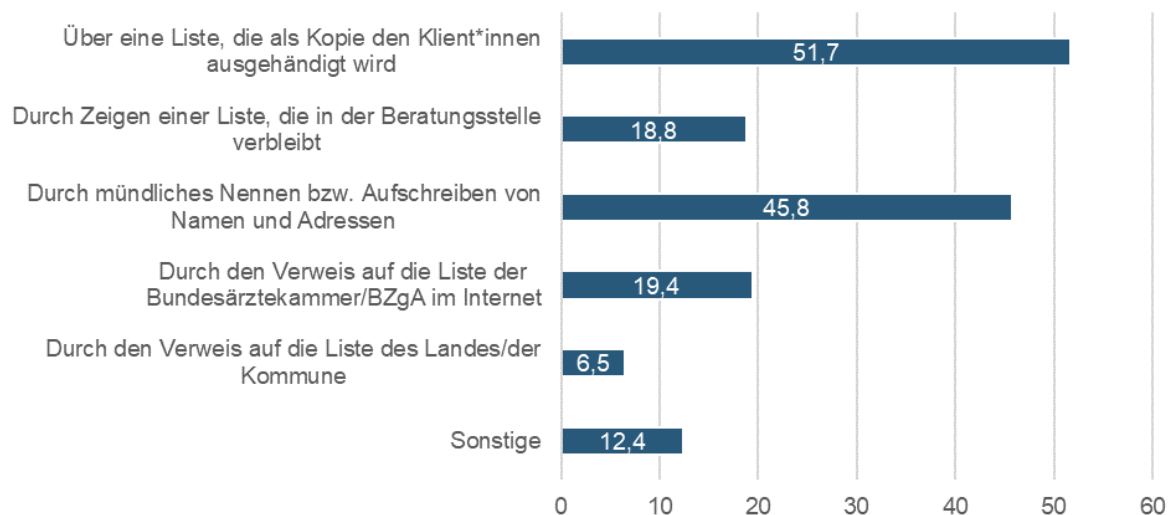
Dass insgesamt nur 2 % der Befragten angab, keinen Bedarf für spezifische Angebote für Personen in belasteten Lebenssituationen zu sehen, spricht für den hohen Hilfe- und Beratungsbedarf dieser Zielgruppen, die Notwendigkeit eines breiten und passfähigen Beratungsangebots und ein umfangreiches Verweisungswissen der Beraterinnen und Berater.

7.2.1.3.5 Informationsmanagement im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen

Das Wissen darüber, welche regionalen ärztlichen Praxen und Kliniken Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist für Beratungsstellen, die Beratungen nach § 219 StGB anbieten, von großer Bedeutung. Mit der Reform des § 219a StGB wurde die Bundesärztekammer (BÄK) damit beauftragt, eine Liste über die Einrichtungen zu erstellen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen und diese Liste der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesamt für Familie und den Ländern zur Verfügung zu stellen (§ 13 Abs. 3 SchKG). Diese Liste war nach Aussagen von Fachverbänden von Anfang an unvollständig und ist es nach eigenen Recherchen innerhalb des Teilprojekts trotz Streichung des § 219a nach wie vor. Vor diesem Hintergrund sind Menschen, die einen Schwangerschaftsabbruch benötigen, darauf angewiesen, Informationen wie etwa Adressen von Praxen, die Abbrüche durchführen, im Rahmen einer Beratung nach § 219 StGB oder auch einer Online-Recherche (vgl. Kapitel 7.2.2) zu erhalten.

Auch hier zeigt sich, dass Austausch und Netzwerkwissen zur medizinischen Versorgung zentrale Elemente der Beratungsstellenarbeit sind, hier am Beispiel der konkreten Informationsweitergabe über ärztliche Praxen bzw. Kliniken, die in der jeweiligen Region Abbrüche durchführen. Erhoben wurde dazu das Vorgehen innerhalb einer Beratung nach § 219 StGB zur Informationsbereitstellung zu regional vorhandenen Einrichtungen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen.

Abb. 7.184: Informationsvermittlung über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (n=427, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)



Frage: Auf welchem Weg informieren Sie Ihre Klientinnen und Klienten über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche (bis zur 14. Schwangerschaftswoche p.m.) durchführen?

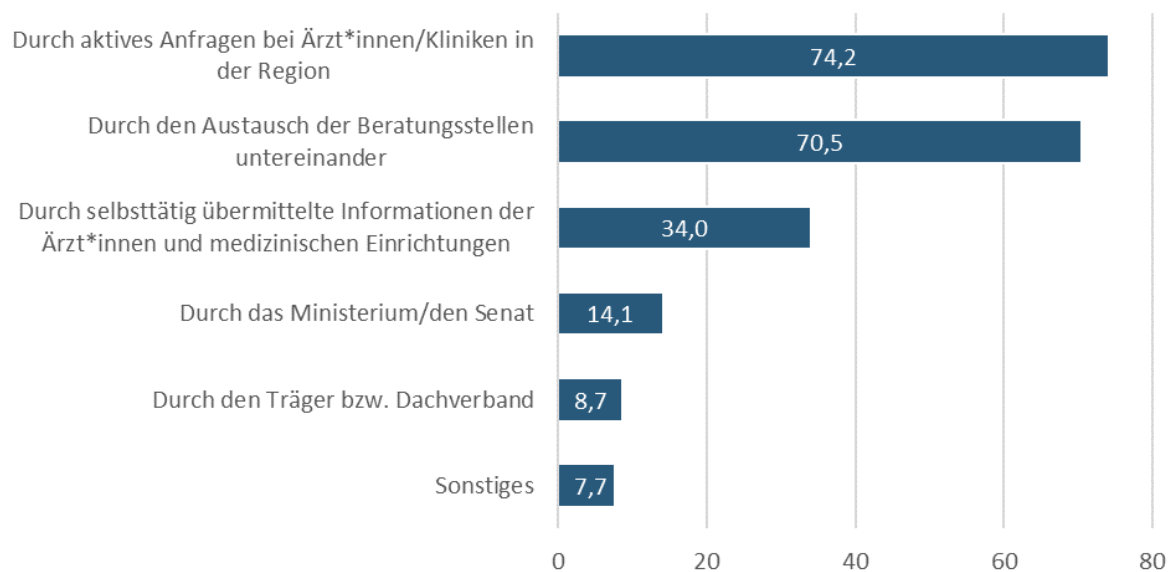
Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Es zeigten sich große Variationen in der Vermittlungspraxis: Mehr als die Hälfte der Befragten handigte eine Liste aus, etwas weniger nannten Namen und Kontaktdaten mündlich oder schrieben sie während der Beratung auf (vgl. Abb. 7.184). Deutlich weniger häufig wurde eine Liste während der Beratung gezeigt oder auf die Liste der BÄK oder der BZgA im Netz verwiesen (6,5 % bzw. 19,4 %). Dabei zeigten sich regionale Unterschiede im Vorgehen: In Süddeutschland wurden die Listen am seltensten ausgehändigt und am häufigsten nur vorgezeigt. In West- und Norddeutschland hingegen wurden die Listen am häufigsten ausgehändigt. Wenn auf die offiziellen Listen von BÄK und BZgA verwiesen wurde, dann am häufigsten in Süddeutschland und am seltensten in West- und Norddeutschland. Die Vermittlungswege waren somit nicht einheitlich und variierten regional unter den Beratungsstellen. Inwieweit mit der Abschaffung des § 219a StGB, Veränderungen in der Informationsweitergabe einhergehen oder sich Unsicherheiten im Umgang

mit Informationsweitergabe fortsetzen, lässt sich entlang der vorliegenden Daten – die vor der Abschaffung des § 219a StGB erhoben wurden – nicht beantworten.

Erhoben wurde in einem weiteren Schritt, woher die Beratungsstellen die Angaben für die Listen und Übersichten erhalten. Die größte Rolle spielte hierfür die Eigeninitiative der Beratungsstellen: Knapp Dreiviertel der Befragten (74,2 %) gab an, die Informationen aktiv bei den Ärztinnen/Ärzten und medizinischen Einrichtungen zu erfragen (vgl. Abb. 7.185). Der umgekehrte Weg – dass Ärztinnen/Ärzte und medizinische Einrichtungen selbstständig Informationen übermitteln – wird nur von etwa einem Drittel (34 %) angegeben. Häufig informierten sich auch die Beratungsstellen regional untereinander. Den anderen Informationswegen, bspw. der Bereitstellung von Übersichten durch Landesministerien oder durch die Trägerverbände, kam eine deutlich niedrigere Bedeutung zu.

Abb. 7.185: Informationsbeschaffung über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (n=427, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)



Frage: Wodurch erhalten Sie Informationen für diese Liste?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

7.2.1.3.6 Verbesserungsbedarfe bei ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

In zwei offenen Antwortfeldern am Ende des Fragebogens wurde nach Ideen zur Verbesserung von Beratung und Versorgung rund um einen Schwangerschaftsabbruch sowie der Beratung und Versorgung von Personen mit anfänglich abgelehnter oder ambivalent erlebter Schwangerschaft, die diese Schwangerschaft aber austragen, gefragt. Die benannten Verbesserungsbedarfe wurden für beide Felder in der inhaltsanalytischen Auswertung in Ober- und Unterkategorien geclustert, die drei jeweils am häufigsten benannten Oberkategorien werden nachfolgend vorgestellt.

Verbesserungsbedarfe in der Beratung und Versorgung im Kontext von Abbrüchen

Tab. 7.53: Verbesserungsvorschläge zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen (Ranking nach Häufigkeit; Mehrfachnennungen möglich)

Medizinische Versorgung	464
Rechtliche Regelungen	212
Psychosoziale Versorgung / Beratung	185

Frage: Welche Ideen haben Sie, wie die Beratung und Versorgung rund um Schwangerschaftsabbrüche verbessert werden könnte?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Insgesamt machten n=378 der teilnehmenden Leitungskräfte in diesem Feld Anmerkungen. Am häufigsten werden Verbesserungsbedarfe im Bereich der medizinischen Versorgung benannt (464 Nennungen⁵⁰). Die Leitungskräfte kritisieren vor allem die aktuelle oder in naher Zukunft erwartete mangelhafte medizinische Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbruch (189 Nennungen). In diesem Zusammenhang fordern sie die Notwendigkeit einer verbesserten Ausbildung im Sinne der Verankerung in Ausbildungen von Medizinerinnen und Medizinern oder Gynäkologinnen und Gynäkologen (61 Nennungen), die straffreie Informationsweitergabe durch Ärztinnen und Ärzte, da zum Befragungszeit noch der § 219a StGB galt (50 Nennungen), den Ausbau der medizinischen Versorgungsstruktur im ländlichen Raum (34 Nennungen) sowie mehr Angebote zum medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen, um eine größere Wahlfreiheit bei der Abbruchmethode zu ermöglichen (19 Nennungen). Auch der Ausbau der Vernetzung mit Gynäkologinnen und Gynäkologen (19 Nennungen) und die erleichterte Weitervermittlung an Psychologinnen und Psychologen und Psychotherapeutinnen und -therapeuten (7 Nennungen) werden vorgeschlagen.

Am zweithäufigsten wurden Verbesserungs- bzw. Veränderungsbedarfe in den bestehenden rechtlichen Regelungen benannt (212 Nennungen). Gefordert wird hier u.a. die Streichung von Schwangerschaftsabbrüchen aus dem Strafgesetzbuch (56 Nennungen), die Abschaffung der verpflichtenden Schwangerschaftskonfliktberatung (31 Nennungen) und anstelle der Pflichtberatung wird die freiwillige Beratung vorgeschlagen, verankert als Recht auf Beratung (20 Nennungen). Weiterhin wird eine grundsätzliche Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen (27 Nennungen) und die Kostenübernahme für Verhütungsmittel (29 Nennungen) gefordert.

Als drittes großes Thema wurden Antworten zur psychosozialen Versorgung und Beratung gegeben (185 Nennungen). Die geäußerten Verbesserungsbedarfe betreffen eine bessere finanzielle Ausstattung bzw. Vollfinanzierung von Beratungsstellen (38 Nennungen), bspw. die Aufstockung der Mittel für Weiterbildungen und für zusätzliche Dienste wie Dolmetschen; eine bessere Vernetzung v.a. im medizinischen Bereich zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen und Ärztinnen und Ärzte (29 Nennungen); den Wunsch nach Verbesserungen in den Nachsorgeangeboten nach einem Schwangerschaftsabbruch (23 Nennungen); sowie der Forderung nach Ausbau bzw. Aufrechterhaltung digitaler Beratungsangebote (19 Nennungen). In einigen Antworten wird die psychosoziale Versorgungssituation durch Beratungsstellen insgesamt als ausreichend beschrieben (12 Nennungen).

⁵⁰ Da das offene Antwortfeld im Fragebogen die Nennung mehrere Verbesserungsbedarfe ermöglichte, werden in diesem Abschnitt jeweils die Häufigkeit, mit der eine Kategorie in der Auswertung vorkam, benannt. Entsprechend stimmen die Häufigkeiten des Vorkommens der einzelnen Kategorien nicht mit der Zahl der Teilnehmenden überein.

Verbesserungsbedarfe in Beratung und Versorgung ungewollter, ausgetragener Schwangerschaften

Zur Frage nach der Verbesserung der Versorgung von Personen mit anfänglich abgelehnter oder ambivalent erlebter Schwangerschaft, die ausgetragen wird, machten 313 Befragte Aussagen.⁵¹

Tab. 7.54: Verbesserungsvorschläge zur Versorgung von ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften (Ranking nach Häufigkeit; Mehrfachnennungen möglich)

Ausbau sozialer und finanzieller Hilfen	316
Psychosoziale Versorgung / Beratung	196
Medizinische Versorgung	85

Frage: Welche Ideen haben Sie, wie die Beratung und Versorgung von Personen mit anfänglich abgelehnter oder ambivalent erlebter Schwangerschaft, die diese Schwangerschaft aber austragen, verbessert werden könnte?

Quelle: ELSA-Befragung von Leitungskräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen

Verbesserungsbedarfe in der Beratung und Versorgung von ungewollt oder ambivalent erlebten Schwangerschaften, die ausgetragen werden, sehen die Befragten vor allem im Ausbau der sozialen und finanziellen Hilfen (316 Nennungen). Am häufigsten wird in diesem Zusammenhang der Ausbau von finanziellen Unterstützungen und Transferleistungen wie Grundsicherung, Stiftungsgelder oder Elterngeld genannt (72 Nennungen). Weiterhin sehen die Befragten Verbesserungsbedarf bei familienentlastenden Angeboten wie Krabbelgruppen, Haushaltshilfen, oder direkter, unbürokratischer und niedrigschwelliger Unterstützung im Alltag (48 Nennungen) sowie hin zu einer bedarfsorientierten, flexiblen Kindertagesbetreuung (46 Nennungen).

Am zweithäufigsten wurden Angaben zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung gemacht (196 Nennungen). An erster Stelle der Verbesserungsvorschläge steht der Wunsch nach einer verbesserten finanziellen und personellen Ausstattung der Beratungsstellen (50 Nennungen). Des Weiteren wird die Relevanz der Gewährleistung einer langfristigen Beratung und Begleitung (48 Nennungen) und der Ausbau von Gruppenangeboten (38 Nennungen) betont. Wird allgemein auf die psychosoziale Versorgungslage für ausgetragene Schwangerschaften Bezug genommen, wird diese überwiegend als ausreichend oder gut beschrieben (26 Nennungen).

Antworten innerhalb der dritten Kategorie, nämlich Verbesserungen im Bereich der medizinischen Versorgung für ungewollte, ausgetragene Schwangerschaften, wurden mit 85 Nennungen deutlich seltener gegeben. Hier werden hauptsächlich die Behebung des Mangels in der Hebammenversorgung (33 Nennungen) und der leichtere Zugang zu psychologischer Beratung und Psychotherapie gefordert (22 Nennungen).

⁵¹ Da das offene Antwortfeld im Fragebogen die Nennung mehrere Verbesserungsbedarfe ermöglichte, werden in diesem Abschnitt jeweils die Häufigkeit, mit der eine Kategorie in der Auswertung vorkam, benannt. Entsprechend stimmen die Häufigkeiten des Vorkommens der einzelnen Kategorien nicht mit der Zahl der Teilnehmenden überein.

7.2.2 Befunde quantitativer Medieninhaltsanalysen zu schwangerschaftsabbruch-bezogenen Online-Informationen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den unter 5.2.2 genannten Forschungsfragen über schwangerschaftsabbruchbezogene Online-Informationen entlang Datenauswertungen aus den vier beschriebenen Teilauswertungen beantwortet.

7.2.2.1 Anbieterinnen und Anbieter der Websites

Es wurde untersucht, welche deutschsprachigen Websites zum Thema Schwangerschaftsabbruch für Rat- und Informationssuchende über eine Google-Suche erreichbar sind und wer die dortigen Informationen bereitstellt. Es zeigte sich, dass mit 42 % die Mehrheit der Websites auf den ersten vier Google-Treffer-Seiten von Medienschaffenden bereitgestellt wird (52 von 142 untersuchten Websites, vgl. Tab. 7.55). Das Sample ist durch journalistische Websites geprägt, was bedeutet, dass die Inhalte und Informationen von Medienschaffenden aus Verlagshäusern, Fernsehsendern o.ä. redaktionell aufbereitet wurden.⁵²

18 % der Websites (n=22), die auf den ersten vier Googletreffer-Seiten angezeigt wurden, gehören zu staatlichen Institutionen wie z.B. Bundes- oder Landesministerien oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).⁵³ Mit knapp 14 % sind Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen (n=13)⁵⁴ sowie mit 10 % der Treffer (n=12)⁵⁵ Websites von Krankenkassen im Sample vertreten. Websites von Gesundheitsfachkräften oder -organisationen wie bspw. von Ärztinnen und Ärzten tauchen in der Stichprobe mit 7 % nur selten auf; auf ersten vier Googletreffer-Seiten positionierten sich insgesamt nur neun dieser Websites.⁵⁶ Unter den sonstigen Seiten (10 %) wurden v.a. Einträge kommerzieller Anbieterinnen und Anbieter zusammengefasst.⁵⁷

⁵² Beispiele für journalistische Websites: <https://www.vice.com/de/article/bnb5n3/wie-sich-dein-leben-verndert-wenn-du-ungeplant-schwanger-wirst-772>; <https://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/ungewollt-schwanger-ich-habe-abgetrieben-ich-schaeme-mich-nicht-a-1217452.html>; <https://www.emma.de/thema/abtreibung> (Zugriff: 17.05.2023).

⁵³ Beispiele für staatliche Websites: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/schwangerschaftsabbruch/schwangerschaftsabbruch-nach-218-strafgesetzbuch-81020>; <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/> (Zugriff: 17.05.2023).

⁵⁴ Beispiele für Websites von Beratungsstellen: <https://www.profamilia.de/themen/schwangerschaftsabbruch>; <https://www.diakonie-bayreuth.de/angebote/ungeplante-oder-ungewollte-schwangerschaft/> (Zugriff: 17.05.2023).

⁵⁵ Beispiele für Websites von Krankenkassen: <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/informationen-versicherte/leistungen/schwangerschaft-und-familie/leistungen-schwangerschaft-geburt/schwangerschaftsabbruch-2017698?tkcm=aaus>; <https://www.aok.de/pk/uni/inhalt/schwangerschaftsabbruch/> (Zugriff: 17.05.2023).

⁵⁶ Beispiele für Websites von Gesundheitsfachkräften/-organisationen: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/schwangerschaftsabbruch/>; <https://www.dr-bartnitzky.de/schwangerschaftsabbruch/> (Zugriff: 17.05.2023).

⁵⁷ Beispiele für sonstige Websites: https://www.meinbaby123.de/ratgeber/ungeplant-schwanger/#google_vignette; <https://de.wikipedia.org/wiki/Schwangerschaftsabbruch> (Zugriff: 17.05.2023).

Tab. 7.55: Anbieter von Websites über die Google-Suche mit den Suchbegriffen Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung, ungewollt schwanger, ungeplant schwanger

Anbieter von Websites	Gesamt (n=124)
Medienschaffende	52 (41.9 %)
Staatliche Institutionen	22 (17.7 %)
Schwangerschaftsberatungsstellen	17 (13.7 %)
Krankenkassen	12 (9.7 %)
Gesundheitsfachkräfte/-organisationen	9 (7.2 %)
Sonstige	12 (9.7 %)

Quelle: Eigene Darstellung

Da im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen die Sorge vor gezielten Fehlinformationen bzw. moralisch-ethischer Beeinflussung durch so genannte Lebensschutzorganisationen besteht (Chaiken et al., 2021), wurde untersucht, wie häufig jene Organisationen mit ihren Websites auf den ersten vier Googletreffer-Seiten im Sample vertreten sind. Befürworterinnen und Befürworter des so genannten Lebensschutzes argumentieren, dass der Embryo/Fötus ab dem Moment der Keimzellenverschmelzung ein eigenständiges Recht auf Leben habe, jenes stärker wiegt als das Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Person und der Schwangerschaftsabbruch eine moralisch verwerfliche Form der Tötung darstellt (Krolzik-Matthei, 2019). Es lässt sich festhalten, dass die Websites der „Lebensschutz“-Organisationen in der Stichprobe eine nachrangige Rolle spielen; von den n=124 Websites konnten lediglich 4 % (n=5) einer solchen Institution zugeordnet werden.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass das Spektrum der Anbietenden öffentlicher Gesundheitsinformationen zum Schwangerschaftsabbruch im Internet zwar breit gestreut ist, bei einer suchbegriffgestützten Google-Recherche jedoch die Websites von Medienschaffenden und damit journalistische Contents die Trefferliste dominieren, mit einigem Abstand gefolgt von Websites staatlicher Organisationen/Behörden, während Gesundheits- und Beratungsinstitutionen nur einen kleinen Teil der gefundenen Websites bereitstellen und durch die geringere Sichtbarkeit über eine Google-Suche mit den verwendeten Suchbegriffen für Rat- und Informationssuchende schlechter erreichbar sind. Ebenfalls in nur geringem Umfang finden sich Websites von politisch bzw. religiös – im Sinne des sog. Lebensschutzes – motivierten Akteurinnen und Akteuren.

7.2.2.2 Rechtliche Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen

Hinsichtlich der Frage, wer online rechtliche Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen bereitstellt, ist ein zentraler Befund, dass sich bei einer Google-Suche zum Thema Schwangerschaftsabbruch auf den ersten vier Googletreffer-Seiten nur selten Hinweise auf den (straf)rechtlichen Kontext finden lassen: Im gesamten Sample (n=124 Websites) werden auf lediglich 31 % der Websites rechtliche Vorgaben und Regelungen von Schwangerschaftsabbrüchen erwähnt. Ein genauerer Blick auf die Anbieter der Websites zeigt, dass Medienschaffende (mit 42% am häufigsten in der Stichprobe vertreten) auf knapp Zweidrittel (64 %) ihrer Seiten nicht über diesen Themenkomplex informieren. Einschränkend ist anzumerken, dass keine qualitative Überprüfung der Informationen vorgenommen wurde – die Richtigkeit und auch die Verständlichkeit der Informationen bei den insg. 36 % der journalistischen Websites, die juristische Informationen bereitstellen, wurden nicht vertiefend analysiert.

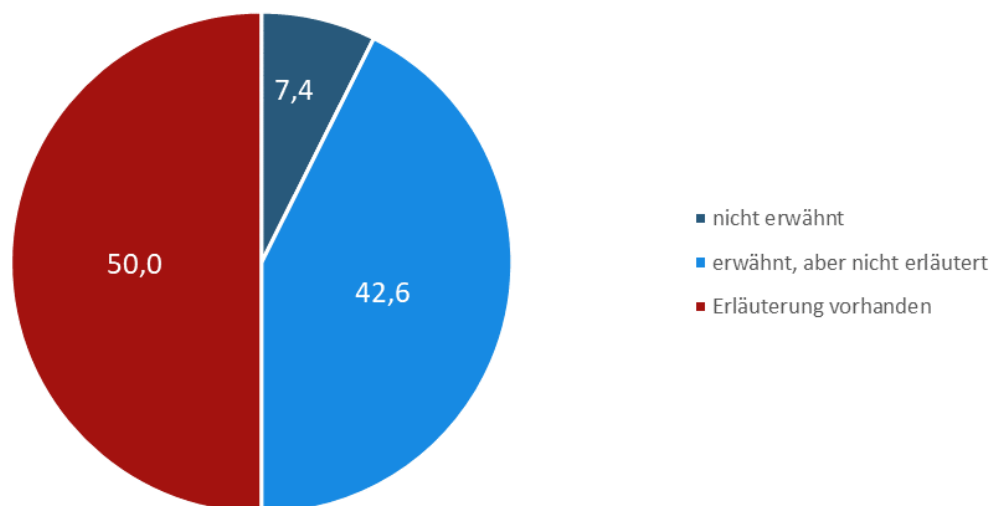
Von den Krankenkassenwebsites, die bei der Google-Suche angezeigt wurden, informiert genau die Hälfte über rechtliche Aspekte. Bei den Websites von staatlichen Organisationen/Behörden sieht es anders aus: Auf jenen Webauftritten sind in 73 % der Fälle entsprechende Informationen nicht

vorhanden. Zwar stellen einige staatliche Seiten Verlinkungen zu Beratungsstellen-Websites zur Verfügung, allerdings ohne den gesetzlichen Hintergrund dafür zu erläutern. Auch auf den Websites von Gesundheitsfachkräften/-organisationen werden in 78 % der Fälle keine Informationen zu rechtlichen Aspekten eines Schwangerschaftsabbruchs bereitgestellt.

Da Beratungsstellen nach § 5 SchKG „jede nach Sachlage erforderliche [...] juristische [...] Information“ bereitstellen, wurde in einer Teilerhebung genauer untersucht, ob und in welcher Ausführlichkeit die Beratungspflicht und der Beratungsschein auf den Websites der scheinausstellenden Beratungsstellen (n=256) thematisiert wurden.⁵⁸

Auf 50 % dieser untersuchten Seiten wurde der rechtliche Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen ausführlich erläutert: Ratsuchende erfuhren, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung verpflichtend ist und ihnen nach erfolgter Beratung eine Beratungsbescheinigung ausgestellt wird, die Voraussetzung für einen Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB ist. Auf 43 % der Websites wurden rechtliche Aspekte ohne nähere Erläuterung kurz erwähnt, aber nicht vertiefend erklärt. So wurde auf den Websites beispielsweise angeführt, dass eine Beratungsbescheinigung ausgestellt wird, ohne jedoch einen Zusammenhang zu den rechtlichen Vorgaben explizit herzustellen bzw. zu erklären. Auf 7 % der Beratungsstellen-Websites finden sich keine Hinweise auf den (straf-)rechtlichen Kontext (vgl. Abb. 7.186).

Abb. 7.186: Erwähnung des rechtlichen Kontexts auf den Beratungsstellenwebsites, nur Beratungsstellen mit Scheinvergabe; n=256, in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Auch die Teilerhebung zu den Websites der Ärztinnen/Ärzte und medizinischen Einrichtungen (BÄK-Liste) wurden hinsichtlich der Bereitstellung von Informationen zum (straf-)rechtlichen Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen analysiert. In dem Sample der n=65 Websites, die überhaupt die Leistung Schwangerschaftsabbruch benennen, fehlt in 72 % der Fälle eine Erläuterung zur strafrechtlichen Verortung des Schwangerschaftsabbruchs. Das bedeutet andersherum, dass ein gutes Viertel (28 %) an mindestens einer Stelle die strafrechtliche Verankerung thematisiert.

⁵⁸ Die Beschränkung auf die Websites von scheinausstellenden Schwangerschaftsberatungsstellen hängt damit zusammen, dass nur diese die Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB anbieten und demzufolge die (straf-)rechtlichen Rahmungen für ihre Arbeit von besonderer Bedeutung sind.

Auf den 16 Ministerien-Websites wird der strafrechtliche Kontext in der Hälfte der Fälle (8) erwähnt, eine Nennung der medizinischen und kriminologischen Indikation findet sich nur auf vier Websites.

Insgesamt zeigt sich eine vom Anbietertyp abhängige Thematisierung der strafrechtlichen Rahmung von Schwangerschaftsabbrüchen. Es lassen sich Informationen über rechtliche Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs v.a. auf Websites der Schwangerschaftsberatungsstellen finden, hier informieren 93 % der untersuchten Seiten, während es mit der Hälfte der Ministerien-Websites und jeweils weniger als einem Drittel der Websites von Ärztinnen/Ärzten, medizinischen Einrichtungen und Websites aus der Google-Trefferliste deutlich weniger sind.

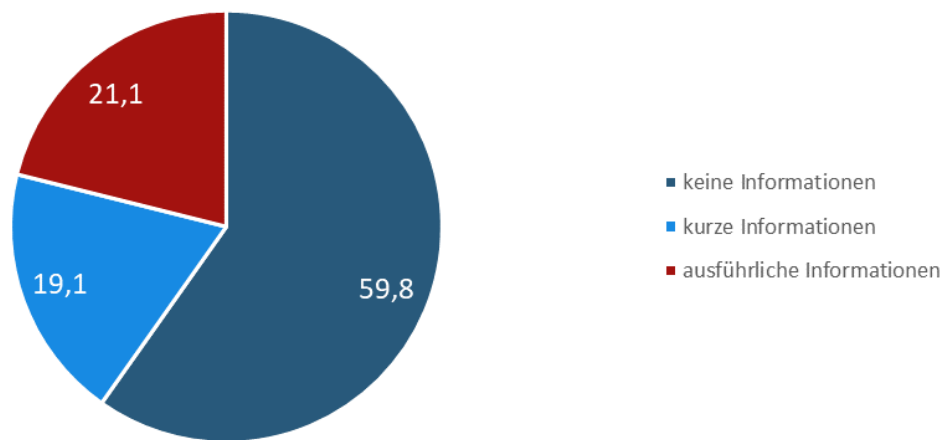
7.2.2.3 Medizinische Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen

Betrachtet man die unterschiedlichen Anbieter der Googletreffer-Analyse hinsichtlich der Bereitstellung von Informationen zu medizinischen Abläufen, so fällt zunächst auf, dass diese Art von Informationen nur auf rund 30% der Websites der ersten vier Trefferseiten Erwähnung finden.⁵⁹ Eine genauere Betrachtung der Anbietertypen zeigt, dass Gesundheitsfachkräfte/-organisationen auf mehr als der Hälfte ihrer Websites (56 %) entsprechende Informationen bereitstellen, während es bei den Krankenkassen nur bei 25 % der Fall ist. Seltener sind diese Informationen nur auf Websites staatlicher Institutionen zu finden (23 %). Journalistische und sonstige Seiten liefern zu jeweils ähnlichen Anteilen (29 % bzw. 33 %) medizinische Informationen.

Beratungsstellen übernehmen nach § 5 SchKG auch hinsichtlich der Vermittlung „jeder nach Sachlage erforderliche[n] medizinische[n] [...] Information“ eine relevante Rolle. Deswegen wurde bei der Inhaltsanalyse der Websites von Beratungsstellen erfasst, ob und wie ausführlich diese Informationen vorhanden waren. Rund 21 % der Websites stellen umfangreiche Angaben zu medizinischen Abläufen eines Schwangerschaftsabbruchs bereit, indem u.a. die beiden Methoden für einen Schwangerschaftsabbruch erläutert wurden. Auf rund 19 % der Websites konnten kurze Hinweise identifiziert werden, z.B. darauf, dass medizinische Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs ein Beratungsinhalt sein können. Allerdings fehlten auf 60% der Websites der Beratungsstellen jegliche Informationen zu medizinischen Abläufen bzw. Methoden eines Abbruchs (vgl. Abb. 7.187).

⁵⁹ Einschränkung ist auch hier zu erwähnen, dass diese Informationen weder bezüglich der Qualität noch auf Vollständigkeit geprüft wurden.

Abb. 7.187: Informationen über medizinische Abläufe/Methoden nur Beratungsstellen mit Scheinvergabe; n=256, in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

In der Teilerhebung zu den Websites der Ärztinnen und Ärzte/medizinischen Einrichtungen zeigt sich hingegen ein anderes Bild: So wurden auf 75 % der Websites (n=65) medizinische Informationen zur Verfügung gestellt. Das bedeutet jedoch gleichzeitig auch, dass 25 % der Ärztinnen und Ärzte bzw. medizinischen Einrichtungen, die den Schwangerschaftsabbruch durchführen und diese Leistung auf ihren Websites vermerken, darauf verzichten, darüber konkreter zu informieren. Auf jenen Websites erfährt man lediglich, dass Abbrüche durchgeführt werden, aber es gibt keine weiteren Hinweise darauf, wie die Abläufe sind oder welche medizinischen Aspekte relevant sein können.

In der Analyse der Websites der Ministerien (n=16) zeigt sich, dass lediglich fünf der analysierten Ministeriumsseiten Informationen zu medizinischen Abläufen bietet.

Betrachtet man die Verfügbarkeit medizinischer Informationen innerhalb der vier Teilerhebungen, so fällt auf, dass eine einfache Google-Suche zum Thema Schwangerschaftsabbruch wie auch die Suche auf Websites von Ministerien mit jeweils rund 30 % Treffern eher weniger ergiebig ist. Auch das gezielte Ansteuern der Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen führt diesbezüglich nur begrenzt zu Informationen. Vergleicht man die Samples der vier hier zugrundeliegenden Stichproben, so informieren – wenig überraschend – Ärztinnen und Ärzte bzw. medizinische Einrichtungen am häufigsten auf ihren Websites über medizinische Abläufe bzw. Methoden – ohne, dass dies jedoch für alle geprüften Websites der Stichprobe zutrifft.

7.2.2.4 Psychosoziale Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen

Inwieweit finden sich in den Daten aus den vier Teilerhebungen mindestens eine kurze Erwähnung psychosozialer Beratungs- und Unterstützungsangebote bei ungewollter Schwangerschaft bzw. im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs?

In der Analyse der Googletreffer hinsichtlich der Erwähnung psychosozialer Unterstützungsangebote ergibt sich folgendes Bild: Mehr als die Hälfte der 124 Websites enthalten auch Informationen zu einem psychosozialen Beratungsangebot. Auf 60,5% der Websites (n=75) werden psychosoziale Versorgungsangebote mindestens einmal erwähnt, auf 39,5% (n=49) hingegen nicht. Am häufigsten wird auf Websites der Krankenkassen (83,3% aller KK-Websites, n=10) und Beratungsstellen (82,4% aller BST-Websites, n=14) auf psychosoziale Angebote hingewiesen. Bei

staatlichen Institutionen ist dies immerhin zu 77,3% der Fall (n=17), bei journalistischen Seiten (n=26) nur zu 50%.

Informationen zu psychosozialen Aspekten gibt es auf den n=65 Websites von Ärztinnen/Ärzten und medizinischen Einrichtungen der BÄK-Liste, die die Leistung Schwangerschaftsabbruch mindestens erwähnen, nur in geringem Maße: 10 Websites platzieren entsprechende Hinweise, sehr selten verbunden mit einer Verlinkung bspw. zu einer Beratungsstelle.

Anders sieht es auf den untersuchten Websites der Landesministerien aus: Hier findet auf allen Seiten (n=16) psychosoziale Beratung und Unterstützung Erwähnung.

Etwas ausführlicher soll auf die Teilerhebung zu den Websites der Schwangerschaftsberatungsstellen (n=319) eingegangen werden: Hier wurde erhoben, ob und wie ausführlich Beratungsstellen auf ihren Websites Informationen zu sozialen bzw. finanziellen Hilfen für das Fortsetzen einer Schwangerschaft bzw. zu finanzieller Unterstützung für das Leben mit Kind bereitstellen. 47 % der Beratungsstellen informieren auf ihren Homepages ausführlich dazu. Das bedeutet: Es werden auf der Website bspw. mehrere Möglichkeiten genannt, finanzielle Hilfen zu beantragen, wie bspw. Wohngeld, Leistungen der Arbeitsagentur oder des Jobcenter, Kindergeld und Unterhaltsvorschuss oder die Bundesstiftung "Mutter und Kind". Hinweise in kürzerer Form zu finanziellen Hilfen bieten knapp 41 % der untersuchten Websites. Hier wird mindestens eine konkrete Stelle benannt, bei der finanzielle Hilfen beantragt werden kann oder auf der Website wird erwähnt, dass finanzielle Hilfen Beratungsinhalt sein können. Auf etwa jeder zehnten Homepage einer Schwangerschaftsberatungsstellen (ca. 12 %) finden Ratsuchende keine Informationen zu sozialen oder finanziellen Hilfen im Falle des Fortsetzens einer Schwangerschaft.

Erwartungsgemäß bieten Websites, die Institutionen des Versorgungssystems angehören, häufiger Verweise auf psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote als Websites von Medienschaffenden – die zugleich aber die Ergebnisse der Google-Suche nach Schlagworten dominieren. Schwangerschaftsberatungsstellen, die als zentrale Anlaufstelle auch im Fall ungewollter Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch zu verstehen sind, bieten in über 90 % bereits online erste konkrete Informationen zu sozialen und finanziellen Aspekten, die auch in der Abwägung für oder gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft relevant sein können.

7.2.2.5 Erreichbarkeit und regionale Angebote von Schwangerschaftsberatungsstellen

Auf insgesamt 192 der 319 untersuchten Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen des Samples (ca. 60 %) findet sich ein Hinweis auf die derzeit geltenden Öffnungszeiten der Schwangerschaftsberatungsstelle. Das bedeutet gleichermaßen, dass sich bei rund 40 % der untersuchten Internetpräsenzen keine Nennung der Öffnungszeiten der zugehörigen Schwangerschaftsberatungsstelle findet. Offene Sprechstunden sind auf den Websites im Sample bundesweit nur vereinzelt zu finden. Lediglich 15 Beratungsstellen, also etwa 5 %, geben auf ihrer Internetpräsenz entweder auf der Hauptseite oder auf einer Unterseite eine offene Sprechstunde an. Dies ist möglicherweise aber auch den Veränderungen, die mindestens temporär mit der Corona-Pandemie einhergehen, geschuldet.

Die Häufigkeit der Angaben telefonischer Erreichbarkeit ähneln stark denen zur Nennung von Öffnungszeiten. Auf etwa 63 % der untersuchten Websites werden Zeiten telefonischer Erreichbarkeit benannt, auf insgesamt 119 untersuchten Homepages fand sich keine entsprechende Auflistung.

Bis auf eine Schwangerschaftsberatungsstelle geben alle im Sample untersuchten Institutionen auf ihren Websites die Adresse ihrer Einrichtung an. Fast genauso häufig, nämlich in 96 % aller Fälle wird außerdem eine E-Mailadresse zur Kontaktaufnahme angegeben oder ist auf der Website ein Kontaktformular eingebunden.

In der Teilerhebung wurde auch untersucht, inwieweit die Beratungsstellen auf ihren Websites neben der Präsenzberatung weitere mögliche Beratungsformate benennen. Im Gegensatz zur telefonischen Beratung, die lediglich 7 % der Websites im Sample als Möglichkeit angeben, weisen 158 Schwangerschaftsberatungsstellen (50 %) die Möglichkeit zur Online-Beratung aus. Die Begrifflichkeit „Online-Beratung“ wurde im Rahmen der Erhebung allerdings nicht näher spezifiziert. Es wurde stattdessen die wörtliche Nennung des Begriffs erfasst, die jedoch keine Auskunft darüber zulässt, welche Art von Angeboten sich jeweils dahinter verbirgt. ^[10]

Eine direkt auf der Website aufgeführte Chatfunktion findet sich in lediglich 3 % (n=11) des im Rahmen der Erhebung betrachteten Samples. Noch seltener wird im Sample explizit die Möglichkeit zur Videoberatung aufgeführt, konkret in 2 % (n=5) der untersuchten Fälle.

Untersucht wurde in der Teilerhebung zu den Websites der Schwangerschaftsberatungsstellen auch die Erwähnung regionaler Angebote: In etwa 24 % (n=76) der Fälle informieren Beratungsstellen auf ihren Internetpräsenzen ausführlich über regionale Unterstützungs- und Hilfsangebote beim Fortsetzen der Schwangerschaft, weitere 19 % (n=61) der Websites stellen immerhin ein regionales Angebot vor. Mit ca. 57 % überwiegen jedoch die Beratungsstellen-Websites, auf denen keine Hinweise zu regionalen Unterstützungsangeboten auffindbar sind.

Auf Zweidrittel (66 %) der untersuchten Websites wird explizit benannt, dass Ratsuchende einen Anspruch auf eine fortlaufende Beratung und damit auch auf ein psychosoziales Nachsorgeangebot haben. 14 Websites (also rund 4 %) erwähnen diesen Anspruch jedoch lediglich explizit für den Fall, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird bzw. für den Zeitraum nach der Geburt des Kindes – die Möglichkeit zur Beratung nach einem Schwangerschaftsabbruch wird in diesen Fällen nicht separat aufgeführt. Bei einem Drittel der Homepages fanden sich keinerlei Informationen zu einer fortlaufenden Beratungsmöglichkeit/einem psychosozialen Nachsorgeangebot.

7.2.2.6 Barrierefreiheit

Ein weiterer Befund der unterschiedlichen Medieninhaltsanalysen bezieht sich auf den Aspekt der Barrierefreiheit. Angelehnt an die EU-Richtlinie für Websites wurden exemplarisch drei Kriterien untersucht: die Möglichkeit, neben Deutsch mind. noch eine weitere Sprache einstellen zu können, Leichte Sprache und die Vorlesefunktion.

Es lässt sich festhalten, dass die Zugänglichkeit der jeweiligen schwangerschaftsabbruchbezogenen Inhalte für bestimmte Personengruppen sehr selten gewährleistet ist (vgl. Tab. 7.56). Insbesondere bezogen auf die Websites der Ärztinnen und Ärzte und die der Ministerien ist Barrierefreiheit bisher kein Aspekt, der besonders fokussiert wird.

Tab. 7.56: Kriterien von Barrierefreiheit für Websites auf Google-Treffern, Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärztinnen und Ärzte/medizinischen Einrichtungen und Ministerien

	Googletreffer (n=124)	Websites Beratungsstellen (n=319)	Websites Ärztinnen und Ärzte (n=65)	Websites Ministerien (n=16)
Spracheinstellung	17 (13.7 %)	30 (9.4 %)	6 (9.2 %)	0 (0.00 %)
Leichte Sprache	13 (10.5 %)	71 (22.3 %)	1 (1.5 %)	2 (12.5 %)
Vorlesefunktion	8 (6.5 %)	23 (7.2 %)	0 (0.0 %)	3 (18.75 %)

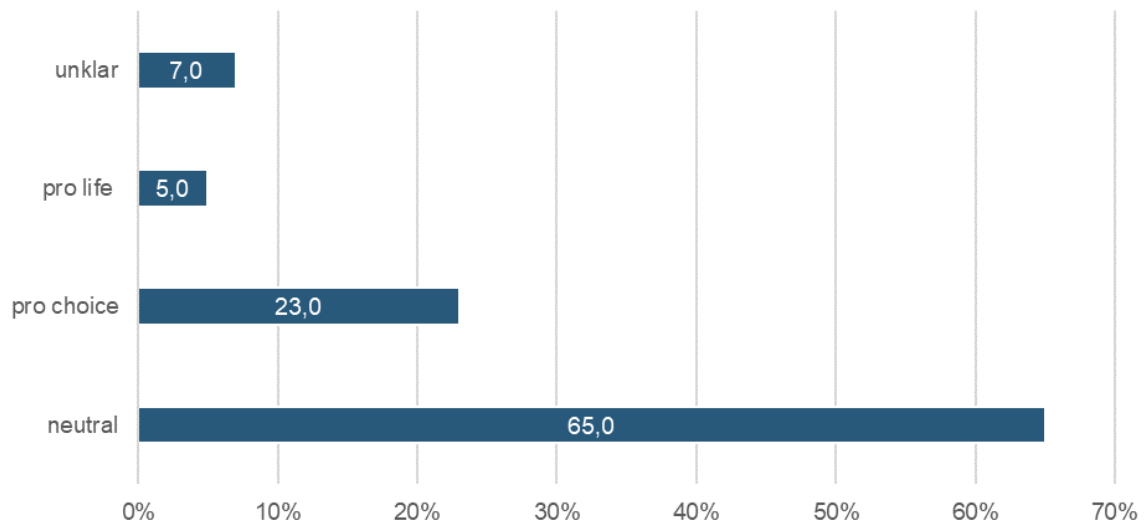
Quelle: Eigene Darstellung

7.2.2.7 Neutralität der Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen

Auf etwa 65 % der Google-Treffer sind neutrale Informationen über Schwangerschaftsabbrüche verfügbar (vgl. Abb. 7.188). Das bedeutet, dass auf den jeweiligen Seiten keine spezifische Position zu Schwangerschaftsabbrüchen (z.B. pro choice oder pro life) eingenommen wird und die

Informationen sachlich dargestellt sind. Innerhalb 23 % der angezeigten Websites lassen sich pro choice-Botschaften identifizieren. Auf diesen Seiten wird das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren betont bzw. favorisiert. Die Informationen über Schwangerschaftsabbrüche sind auch auf diesen Seiten sachlich zusammengestellt. Auf nur 5 % der Google-Treffer sind eindeutige pro life-Botschaften identifizierbar. Auf diesen Seiten gibt es entweder ausdrückliche Argumente gegen Abbrüche oder die Informationen zeichnen ein sehr negatives bzw. gefährliches Bild dieses Gesundheitsdienstes. Auf etwa 7 % der Fälle ist die Neutralität der digitalen Inhalte unklar.

Abb. 7.188: Neutralität von Informationen und Botschaften hinsichtlich Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der Googletreffer (n=124, in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung

Wenngleich es positiv einzuordnen ist, dass sich auf etwa Zweidrittel der Trefferseiten bei einer Google-Suche wertneutrale Aussagen zum Schwangerschaftsabbruch finden lassen und Websites sog. Lebensschützerinnen und -schützer nur einen sehr kleinen Teil der analysierten Googletreffer ausmachen, muss dennoch limitierend angemerkt werden, dass dies u.U. dem Forschungsvorgehen geschuldet ist und andere, insbesondere kombinierte Suchbegriffe andere Befunde bringen würden, also bspw. kombinierte Suchbegriffe wie „Abbruch und traurig“ eine höhere Trefferzahl von Websites liefern könnten, die pro life Botschaften vermitteln.

7.2.3 Inhaltsanalysen der Praxiseinschätzung zur psychosozialen Versorgung und den notwendigen Verbesserungen aus Sicht von Beratungsfachkräften

Nachfolgend werden ausgewählte Daten der qualitativen Teilerhebung vorgestellt, um erstens das Erleben der psychosozialen und medizinischen Versorgungssituation aus Sicht psychosozialer Beratungsfachkräfte zu explorieren und *zweitens* benannte Bedarfe der Weiterentwicklung psychosozialer und medizinischer Angebots- und Kooperationsstrukturen abzubilden.

Vorab ist anzumerken, dass häufig, insbesondere bei Schwangerschaftskonfliktberatungen, nur ein einmaliger Kontakt zwischen Klientin und Beraterin oder Berater besteht. Der Einblick, den die Befragten in Lebenslagen der Klientinnen erhalten und auf denen die nachfolgend skizzierten Einschätzungen basieren, ist also mitunter nur punktuell.

7.2.3.1 Psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer

Die **psychosoziale Versorgungslage** für ungewollt Schwangere wird von den Befragten insgesamt eher als mangelhaft, denn als ausreichend beschrieben.

Die meisten Nennungen zur mangelhaften Versorgung beziehen sich auf die eigene Tätigkeit in einer Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle. Die benannten Mängel beziehen sich nach Aussagen der Befragten vor allem auf strukturelle Gegebenheiten wie die unzureichende Finanzierung, die beispielsweise das Aufstellen eines multiprofessionellen Teams erschwert. Weiterhin wird kritisiert, dass keine Vollfinanzierung der BST gegeben ist, gleichzeitig im Laufe der Zeit jedoch zusätzliche Aufgaben hinzugekommen sind wie die psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik, zur vertraulichen Geburt und Änderungen innerhalb des Sozialrechts, die in Verbindung mit komplexer gewordenen Fragen und Anliegen stehen.

In diesem Kontext wird von einigen Befragten auch auf die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch Bezug genommen. Die verpflichtende Beratung binde zeitliche Kapazitäten, die mit der Vielzahl an anderen Aufgaben und Anliegen in Konkurrenz stehen, obwohl aus Sicht dieser Befragten ein Anliegen der Klientinnen außer demjenigen, den Beratungsschein zu erhalten, nicht immer vorhanden ist (siehe Abschnitt rechtliche Regelungen).

Für den ländlichen Bereich wird eine stärkere Unterversorgung bezüglich psychosozialer Angebote konstatiert als für städtische Zentren.

Weiterhin wird auf die Schwierigkeit verwiesen, dass das Image von Beratung nach wie vor negativ sei, Beratung mit Problemen assoziiert werde sowie mit der Vorstellung, dass Ratsuchende defizitär seien.

„Ich glaube auch, dass eben psychosoziale Beratung oder Therapie, egal, hat einfach auch noch keinen besonders guten Stellenwert. Mit einem offenen Beinbruch geht man zum Chirurgen, das ist eindeutig. Aber wenn es mir nicht gut geht, egal warum oder wenn ich im Entscheidungsdilemma tagelang stehe, ist erst mal... Wir sind gewohnt, vieles mit uns selbst auszumachen und merken vielleicht manchmal rückblickend, das Eine oder Andere mit jemandem zu besprechen war schon hilfreich.“ (W2B3)

Die übrigen Aussagen zu mangelhafter Versorgung, die sich nicht direkt auf Schwangerschafts-(konflikt)beratung beziehen, benennen etwa die fehlende Zeit für psychosoziale Belange in ärztlichen Aufklärungsgesprächen, die wiederum den Arbeitsaufwand der Beratungsstellen erhöhen. Auch werden mangelnde Kapazitäten in Gewaltschutzeinrichtungen benannt.

Wenn die psychosoziale Versorgungslage in der eigenen Region als ausreichend eingeschätzt wird, machen die Interviewten dies daran fest, dass Anfragen für Schwangerschafts(konflikt)beratung ohne (längere) Wartezeiten bearbeitet werden können, mitunter am gleichen oder nächsten Tag. Online und telefonische Angebote erleichterten zudem die Versorgung im ländlichen Raum. Alle Aussagen, die die psychosoziale Versorgungslage als ausreichend beschreiben, beziehen sich auf Schwangerschafts(konflikt)beratung, nicht auf weitere psychosoziale Angebote.

Kooperationen und Vernetzung im Feld psychosozialer Versorgung für ungewollt Schwangere werden analog zur quantitativen Erhebung von den qualitativ Befragten als relevant und zumeist ausreichend vorhanden beschrieben. Die Befragten benennen teils explizit ihre „Lotsenfunktion“ (W1B3) und führen als häufige Kooperationspartner und Netzwerkstrukturen im psychosozialen Bereich Gewaltberatungsstellen, Gewaltschutzeinrichtungen, Migrationsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen und die Frühen Hilfen an. Insbesondere im Kontext vulnerabler Personengruppen in der Beratung (siehe Abschnitt *Vulnerable Gruppen und lebensweltliche Herausforderungen*) wird Weiterverweisung als zentrale Aufgabe der Beraterinnen und Berater benannt.

7.2.3.2 Medizinische Versorgung ungewollt Schwangerer

Die medizinische Versorgung ungewollt Schwangerer wird von den Befragten für ihre jeweilige Region oder Stadt in etwa drei Mal so häufig als mangelhaft denn als ausreichend eingeschätzt.

Die Aussagen zur **mangelhaften medizinischen Versorgung** beziehen sich hauptsächlich auf „Ärztmangel“ (W1B2), vor allem hinsichtlich fehlender Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, seltener auch bezüglich der Begleitung ausgetragener Schwangerschaften. Der Mangel führe zu längeren Wartezeiten wie Anfahrtswegen für diejenigen mit Abbruchwunsch. Insbesondere der ländliche Raum wird als unterversorgt beschrieben. Im folgenden Zitat werden die für die Frauen entstehenden Folgen beispielhaft beschrieben:

„Dann kommt eben dazu, dass wir teilweise sagen müssen: ‚Wissen Sie, es tut uns leid, aber bei uns im Landkreis macht es niemand.‘ Sondern wir schicken dann nach [Ort]. Und dann hat man durchaus auch die Frauen, die vor uns sitzen und sagen: ‚Wissen Sie, das kriege ich nicht hin. Ich habe zu Hause eine bestimmte Anzahl an Kindern‘ oder auch nur eins oder gar keins, das ist ja egal, ‚ich kriege es nicht hin, weil ich nicht mobil bin, weil ich die finanziellen Mittel nicht habe, dort hinzukommen, weil ich keine Unterstützung habe, weil ich das niemandem anvertrauen möchte.‘ Und dann wird da auf einmal ein Riesenthema draus.“ (N2B3)

Mehrere Befragte beschreiben eine Verschlechterung der medizinischen Versorgungssituation für Schwangerschaftsabbrüche, die sie in erster Linie mit dem Renteneintritt vieler Ärztinnen und Ärzte in Zusammenhang bringen, die Abbrüche vorgenommen haben und deren Nachfolgerinnen oder Nachfolger diese Leistung nicht mehr anbieten.

Weitere einzelne Nennungen beziehen sich auf das regionale Fehlen von Abbruchsangeboten mit örtlicher Betäubung oder mit der medikamentösen Methode. Eine Befragte berichtet, dass in ihrem Einzugsbiet keine Abbrüche nach der 11. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden und eine weitere Interviewte benennt fehlende mehrsprachige Angebote.

Etwa ein Viertel der Nennungen zur mangelhaften medizinischen Versorgung bezieht sich auf **Psychotherapie und Psychiatrie**. Es wird die mangelnde Verfügbarkeit von Therapieplätzen kritisiert, die zu langen Wartezeiten führt und bei akutem Bedarf problematisch ist:

„Wenn ich in einer Krise bin, und dann noch einen Therapeuten, eine Therapeutin suchen soll und dann ein halbes Jahr Wartezeit habe, dann ist einfach der Zeitpunkt vertan.“ (OB3).

Nach Einschätzung der Befragten bringt diese Unverfügbarkeit eine gehäufte Thematisierung von psychischer Instabilität in der Beratung mit sich. Die Beraterinnen und Berater stellen also fest, dass sich der unerfüllte Bedarf an psychologischer Begleitung auf die Erwartungen an ihre Beratungspraxis auswirken kann.

„Also die Versorgung ist einfach insgesamt schlechter geworden. Das, was die Psychiatrie erreicht hatte an offener Psychiatrie und der guten Versorgung, das geht ja eher wieder zurück. Also viele Menschen, die psychisch und auch psychiatrisch erkrankt sind, sind ziemlich allein gelassen, weil das System drum rum nicht mehr leistbar ist, weiß ich nicht. Die tauchen dann eher in der Schwangerenberatung auf. Das sind schon dann auch für uns herausfordernde Fälle.“ (SB5)

Zusätzlich zur Einschätzung der Versorgungslage berichten die Beratungsfachkräfte von Erfahrungen ungewollt Schwangerer bei Arztbesuchen, die als unsensibel oder gar gängelnd eingeordnet werden. Ungefragt oder gegen den Willen der Schwangeren werden Herztöne oder Ultraschallbilder gezeigt, Mutterpässe ausgestellt oder zur Schwangerschaft beglückwünscht. Auch das mehrmalige in-die-Praxis-einbestellen im mehrwöchigen Abstand wird von den Beraterinnen und Beratern teils als bewusste Verzögerung gewertet.

Wenn die Befragten eine **ausreichende medizinische Versorgungssituation** beschreiben, machen sie diese meist daran fest, dass ungewollt Schwangere in ihrer Region zeitnahe Termine für einen

Abbruch bekommen können. Häufig wird nicht weiter ausgeführt, was dies im Konkreten bedeutet. Eine Befragte spricht von „*von einer Woche auf die nächste*“ (N1B3), von Anderen wird eine Spanne von drei bis vier Werktagen genannt. Weiterhin wird die Versorgungslage als ausreichend oder gut bewertet, wenn die Wahl zwischen medikamentösem und instrumentellem Abbruch gegeben ist. Einzelne Interviewte betonen zudem, dass im eigenen Einzugsgebiet auch Abbrüche mit örtlicher Betäubung möglich sind oder auch Spätabbrüche durchgeführt werden.

Auffällig ist, dass die meisten positiven Aussagen zur medizinischen Versorgung in negativer Relation getroffen werden: „*Aber ich glaube, gemessen an anderen Regionen, geht es [Ort] tatsächlich noch gut.*“ (W2B3). Hier zeigt sich, dass die Versorgungslage insgesamt als so mangelhaft eingeschätzt wird, dass kleinere Mängel im Vergleich als unerheblich erscheinen. So etwa, wenn im eigenen Ort nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte Abbrüche durchführen, aber in einen nahegelegenen Ort ausgewichen werden kann.

Die **Vernetzung** mit Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, wird teils als gut und teils als ausbaufähig beschrieben. Befragte berichten einerseits von einem „*kurzen Draht*“ (W1B4), der beidseitig für Nachfragen und Anmerkungen genutzt werden kann, vereinzelt sogar von der Möglichkeit, bei einem Abbruch zu hospitieren oder ausführlichen Austauschtreffen. Andererseits wird geschildert, dass wahlweise Zeit und Kapazitäten auf beiden Seiten und mitunter auch das Interesse von medizinischer Seite fehle, um regelmäßigen und konstruktiven Austausch zu ermöglichen. Dies wird bedauert und der Wunsch danach bekräftigt.

Insgesamt ist der interdisziplinäre Austausch in die medizinische Versorgung weniger intensiv und regelmäßig als innerhalb des Feldes psychosozialer Versorgung. Zudem geht dieser laut Aussagen der Befragten in den meisten Fällen von Seiten der Beratungsstellen aus: „*Wir fahren also nicht jedes Jahr, aber alle zwei Jahre, glaube ich, fahren wir in die Praxen oder wenn jemand gewechselt hat.*“ (W1B1)

Weitere Nennungen beziehen sich auf Vernetzung und Kooperationen im Bereich der Psychotherapie und Psychiatrie. Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Angeboten in diesem Bereich komme es nur vereinzelt zu Kooperationen, die dann jedoch meist als gefestigt beschrieben werden.

7.2.3.3 Rechtliche Regelungen

Rechtliche Regelungen rund um Schwangerschaftsabbrüche sowie spezifisch in Bezug auf Schwangerschaftskonfliktberatung waren nicht Teil des Interviewleitfadens, dennoch wurden sie in allen Interviews von den Befragten angesprochen und diskutiert.

Die Kritik einiger Befragter zielt grundsätzlich auf die rechtlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs. Die Verortung im Strafgesetzbuch wird als grundlegend problematisch beschrieben: „*Es fängt ja in diesem Konstrukt überhaupt an, das ins Strafgesetzbuch zu machen.*“ (N2B4) Die Befragten sprechen sich im Zuge dessen für eine „*Entkriminalisierung*“ (ebd.) aus. Dies würde es ungewollt Schwangeren ermöglichen, sich direkt der Frage zu widmen, wie sie mit der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft umgehen möchten. In allen Interviews wurde die verpflichtende Schwangerschaftskonfliktberatung diskutiert. Die Aussagen lassen sich in ihren Bewertungen zwischen Pflicht als Hürde und als Chance einordnen, wobei mehr Aussagen getätigt wurden, die die Pflichtberatung kritisieren. Zudem äußern sich einige wenige Befragte ambivalent.

Beratungspflicht als Hürde

In den Gruppendiskussionen rekurren Beratungsfachkräfte mit einer kritischen Haltung gegenüber der verpflichtenden Beratung nach § 219 StGB vor allem auf ihre Erfahrungen in der

Interaktion mit den Klientinnen und Klienten und beschreiben verschiedene Hürden, die den Zugang zu einer zeitnahen und sicheren Schwangerschaftsabbruchversorgung erschweren.

Zwar würden nicht alle Klientinnen und Klienten die Beratung als Zwang empfinden, *„dennoch hat man immer diesen Ballast eigentlich am Anfang einer Beratung, dass man erst mal diesen Zwang so ein bisschen entschärfen und aus dem Weg räumen muss“* (N1B3). Der Beginn sowie das Ende einer Beratung würden von Klientinnen und Klienten häufig für ein Gespräch auf der *„Meta-Ebene“* (N1B2) genutzt, in der die Pflicht zur Beratung hinterfragt wird. Denn durch Recherchen im Internet brächten Klientinnen und Klienten mitunter bereits Wissen über die Strafbarkeit, die politischen Diskussionen um Schwangerschaftsabbrüche und deren gesetzliche Regelungen mit. Am Ende von Beratungen werde von Klientinnen und Klienten auch Erleichterung oder Dankbarkeit gegenüber den Beratungsfachkräften ausgedrückt. Eine Befragte stellt für diese Momente aber klar: *„Warum war es denn toll? Weil die davor Angst hatten. Weil die davor verunsichert waren.“* (SB2) Nicht nur Ängste aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Beratung, sondern auch Sorgen vor Unverständnis, Verurteilungen, Belehrungen, Überredungsversuchen oder Ausübung von Druck begleiten die Klientinnen und Klienten aus Sicht der befragten Fachkräfte. Durch diese von Angst und Unsicherheit geprägten Vorannahmen fällt es den Befragten z. T. schwer einzuschätzen, *„wie viel soziale Erwünschtheit in den Gründen“* (W1B2) steckt, die die Klientinnen und Klienten ihnen hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruches nennen. In telefonischen Beratungen nach § 219 StGB, die seit der Corona-Pandemie in einigen Beratungsstellen möglich sind, würden die Klientinnen und Klienten eher auch ein Desinteresse an dem Beratungsgespräch zeigen oder darauf hinweisen, dass sie lediglich die Beratungsbescheinigung benötigen. Hierbei zeigt sich, dass *„zumindest ein Teil der Frauen eigentlich gar kein Interesse“* (N1B3) an dem Beratungsgespräch hat. Daher vertreten mehrere Befragte die Ansicht, dass die Klientinnen und Klienten *„nicht auch noch in die Beratung kommen müssen, wenn sie schon längst die Entscheidung getroffen haben und sonst keine Fragen haben“* sowie *„gut eingebettet sind in einem sozialen Umfeld“* (SB1). Gerade bei Klientinnen und Klienten, die sich bereits entschieden haben, sei somit der gesetzlich auferlegte Beratungsauftrag, ergebnisoffen sowie zur Beibehaltung der Schwangerschaft zu beraten, schwer umsetzbar. Eine Teilnehmerin skizziert diese Herausforderung für beraterisches Handeln mit: *„Wie jetzt? Sollen wir jetzt das oder jenes?“* (SB4).

Die Abschaffung der Verpflichtung könnte also nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater die Beratungssituation deutlich entspannen:

„Dann würden die Frauen zu mir in die Beratung selbstbewusst aus eigener Motivation kommen und sagen: Ich habe einen Schwangerschaftsabbruch vor, aber ich habe noch folgende Fragen und ich bin mir noch irgendwie unsicher und ich weiß noch gar nicht ganz genau, wo die Reise hingehen soll“ (W1B4).

Beratungspflicht als Chance

Neben kritischen Positionierungen gibt es in den Interviews ebenfalls Aussagen, die die Chancen der Pflichtberatung hervorheben und laut derer eine Beibehaltung der Pflicht zur Beratung entsprechend vertretbar ist. Es handelt sich um eine kleinere Gruppe als die derjenigen, die sich gegen die Verpflichtung zur Beratung aussprechen.

Am deutlichsten wird dahingehend argumentiert, dass bei einer (nur) optionalen Beratung viele Schwangere nicht mehr erreicht werden würden. Fehlendes Wissen um Beratungsmöglichkeiten, etwa von kürzlich migrierten ungewollt Schwangeren, die mit dem System in Deutschland noch nicht vertraut seien, erschwere u.U. den Zugang. Zudem hätten Klientinnen und Klienten oft ein negatives Bild von Schwangerschaftskonfliktberatung, das sich jedoch durch das Gespräch zum Positiven ändern könne:

„Andererseits ist die Realität eben doch, dass wir hier in [Ort] eine völlig ergebnisoffene Beratung haben und dass es den Frauen oft hilft, die Entscheidung zu treffen. Ich höre das zumindest als Aussage manchmal von Frauen, die ich dann wieder treffe, später: ‚Das war unheimlich gut‘ [...]. Und die Frauen wissen es vorher nicht so genau, was für eine tolle Möglichkeit das ist.“ (W2B1).

Auch würde die Gelegenheit, die eigene Entscheidung oder noch bestehende Unsicherheiten mit einer neutralen Person zu besprechen und zu reflektieren, aus Sicht der Befragten häufig als (unerwartet) hilfreich erlebt – das mögliche Ausbleiben dieser Erfahrung bezeichnen sie im Kontrast dazu als verpasste Chance. Ob zur Erhaltung dieser Chance die Verpflichtung ein sinnvolles oder problematisches Mittel ist, wird zwischen den Interviewpartnerinnen und -partnern auch kontrovers diskutiert:

„Also ich denke auch eher in Ihre Richtung, dass, wenn wir die Pflichtberatung nicht hätten, ganz viele Frauen nicht kommen würden. [...] Ich glaube, dass es einfach in der Realität so aussehen würde, dass die Frauen eben nicht mehr zur Beratung kommen würden.“ (W2B1)

„Für mich ist es falsch herum. Bloß weil es dann manchmal oder in vielen Fällen auch guttut, würde ich nicht sagen, sollte es Pflicht sein, sondern wirklich es so niedrigschwellig zu machen. Wir gehen zum Beispiel in Müttercafés, wo Frauen mit Migrationshintergrund sich zum Kaffeetrinken treffen und wo dann ab und zu Expertinnen dazukommen, zu den unterschiedlichsten Themen. [...] Da kann man dann Kontakte knüpfen, wenn es gut läuft, dass sie sich auch trauen, dann vielleicht mal selber zu einer Beratungsstelle zu gehen. Das ist halt ein anderer Ansatz.“ (W2B2)

„Nur die Tatsache, dass wir Geld für die Beratungen bekommen, hat überhaupt dazu geführt, dass sich dieses Beratungsangebot so ausweiten konnte. Und dass wir eben bei dem Thema Pränataldiagnostik jetzt erst mal nicht so eine Pflichtberatung haben, führt dazu, dass eben wenig Frauen, obwohl es ein Riesenproblem letztendlich sein kann, kommen.“ (W2B1)

Als weiteres Argument für die jetzige gesetzliche Regelung wird die größtenteils gesicherte Finanzierung der Beratungsstellen benannt. Es besteht die Sorge, dass bei einer Aufhebung der Verpflichtung auch die Finanzierung von staatlicher Seite nicht mehr sichergestellt werden würde. Vergleichend wird auf die Beratung zur Pränataldiagnostik verwiesen, die nicht flächendeckend gesichert sei und zudem nach Einschätzung einzelner Beraterinnen und Berater (zu) selten in Anspruch genommen werde. Auch hier werden der schlechte Ruf der Beratung, Scham und fehlendes Wissen als Hindernisse auf Seiten der Klientinnen und Klienten vermutet.

In einem Interview wird die Schwangerschaftskonfliktberatung mit medizinischen Untersuchungen verglichen, die verpflichtend sind:

„Wir haben ja auch inzwischen eine Pflicht-Vorsorgeuntersuchung bei Kindern [...] Das gelbe Heft. Das hat dazu geführt, dass Eltern häufiger zum Kinderarzt gehen. Das war im Rahmen dieser Gewaltprävention, wo Ärzte drauf aufmerksam werden, was mit dem Kind vielleicht sonst noch los ist. [...] Und soweit ich weiß, gibt es auch keine Überlegung, das nicht mehr zur Pflicht zu machen.“ (W2B1)

Zwei Seiten der Pflicht zur Beratung – ambivalente Einschätzung

Nicht alle befragten Beraterinnen und Berater vertreten eine eindeutige Position hinsichtlich der Pflichtberatung. Bei dieser Gruppe der nicht eindeutig Positionierten handelt es sich um die kleinste im Vergleich zu den Befürworterinnen oder Befürworter und Kritikerinnen oder Kritiker der Beratungspflicht.

In einigen Aussagen zeigt sich ein **ambivalentes** Ringen mit Vor- und Nachteilen:

„Pflichtberatung hat so zwei Seiten. Und wenn ich nicht seit zwanzig Jahren in dem Beruf arbeiten würde [...]. Davor hätte ich gesagt: Niemals. [...] Jeder kann selber entscheiden. Aber was ich so

festgestellt habe, dass dieses Reflektieren mit jemand anderem unglaublich erleichternd sein kann.“ (W2B3)

Des Weiteren betonen die Befragten, wie hilfreich die Beratung für viele Schwangere sei, merken aber auch an, dass nicht alle ungewollt Schwangeren ein Gespräch benötigten und sie den Einzelnen die Entscheidung für oder gegen Beratung überlassen möchten. In diesem Zusammenhang wird auch der Vergleich zur freiwilligen psychosozialen Beratung zu pränataldiagnostischen Untersuchungen gezogen:

„Ich möchte niemanden bevormunden, nie, never, aber in den Beratungen, gerade bei Pränataldiagnostik, die nach dem Spätabbruch kommen, da wäre es manchmal/ Da hätte ich mir manchmal so gewünscht, man hätte manches einfacher haben können, wenn die vor dem Spätabbruch gekommen wären. Sie würden anders vorbereitet da reingehen.“ (W2B3)

Es ist außerdem für die Beraterinnen und Berater nicht immer einschätzbar, ob Beratungsbedarf vorhanden ist oder die Klientinnen und Klienten nur aufgrund der Pflicht in die Beratung kommen.

„Mir geht es so, seit es die Telefonberatung gibt, [...] dass ich die Erfahrung gemacht habe, dass die Frauen viel weniger über ihre Gründe sprechen als sie das tun, wenn sie mit mir im Raum sitzen, ich denke mal, wahrscheinlich mache ich irgendwas falsch, ich muss anders fragen, aber [...] für mich fühlt es sich tatsächlich so an, dass durch diese Distanz, die ja ein bisschen größer ist am Telefon, die Frauen einfach sich mehr trauen auch zu zeigen, dass es sie eigentlich überhaupt nicht interessiert, sondern dass sie diesen Schein haben wollen [...], eigentlich wollen sie nichts weiter von mir, und das ist ja auch völlig in Ordnung so.“ (N1B3)

7.2.3.4 Informiertheit von Ratsuchenden – Analoge und digitale Informationen

Analoge Informationsquellen

Als analoge Informationsquellen werden insbesondere Fachpersonen wie Beraterinnen und Berater und Ärztinnen und Ärzte genannt oder analoge Medien wie Flyer und Broschüren. Als ein zentrales analoges Medium wird wiederholt die Liste mit abbruchdurchführenden Einrichtungen angesprochen, jedoch wird diese den Ratsuchenden eher nicht bereitgestellt. Ratsuchende müssen sich stattdessen Inhalte von dieser Liste z.B. selbst notieren:

„Das machen wir zum Beispiel noch nicht, also eine Liste mit Ärztinnen in [Ort] rausgeben, das machen wir noch nicht, weil wir das auch noch nicht besprochen haben mit den Ärztinnen, das ist irgendwie so ein ungeschriebenes Gesetz bisher gewesen, dass das quasi mündlich kommuniziert wird in der Beratung. Die Ärztinnen in [Ort] haben das noch nicht auf ihren Webseiten, sind auch noch nicht alle auf den Listen drauf, die meisten jetzt schon, aber noch nicht alle. Wir bitten die Person dann immer, das aufzuschreiben.“ (OB5)

Darüber hinaus werden auch Flyer und Broschüren als analoge Informationsmedien genannt, wobei auch an manchen Stellen klar wird, dass auch Kopien von Materialien herausgegeben werden, weil es für die Originale keine finanziellen Ressourcen gibt.

„Wir haben hier die Tabelle von [Organisation] aus dem Heft, die haben wir hier abkopiert, [...] wir haben die Hefte nicht, die kosten ja, denke ich, auch.“ (OB4)

Als eine analoge, etwas anders gelagerte Quelle wird auch die Sexuelle Bildung an mehreren Stellen eingebracht. Die Beraterinnen und Berater erachten die Sexuelle Bildung an Schulen und anderen Bildungsveranstaltungen für eine wichtige Option, um Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen zu vermitteln, sind sich aber nicht sicher, inwiefern Kolleginnen und Kollegen, die Sexuelle Bildung anbieten, dieses Thema tatsächlich besprechen. Eine der Beraterinnen und Berater, die selbst Sexuelle Bildung an Schulen anbietet, berichtet, dass sie das Thema eigentlich nie von selbst anspricht, aber es dennoch für sehr wichtig hält:

„Ich bin selbst in der sexuellen Bildung auch noch tätig und (.) bespreche Schwangerschaftsabbruch, wenn das kommt, aber ich bringe das jetzt (.) also abgesehen, dass ich gar nicht einen Block habe oder eine Methode dazu, aber ich bringe es gar nicht von mir aus, glaube ich, rein und frage mich aber sehr oft, ob und wie ich das besser thematisieren kann, weil man ja auch weiß, jetzt gerade in so Identitätsprozessen bei Jugendlichen ganz viel über Moral eben auch läuft, ne, und dass man dann eben für so Moralsachen ganz anfällig ist, weil man ja seine Identität irgendwie erst (.) gucken muss, wo man da so hingehört, ne?“ (OB2)

Eine in den Interviews als besonders relevant herausgestellte analoge Informationsquelle sind Medizinerinnen und Mediziner. Die Aussagen der Beraterinnen und Berater zur Informationsversorgung durch Medizinerinnen und Mediziner beinhalten zwei hauptsächliche Schwerpunkte bzw. weisen auf zwei Hürden hin: eine unzureichende bis fehlende oder fehlerhafte Informationsversorgung durch Ärztinnen und Ärzte und die negative Darstellung des medikamentösen Abbruchs im Rahmen der Informationsversorgung bzw. das Abraten von dieser Methode seitens der Ärztinnen und Ärzte:

„Auch das, was die Frauenärzte erzählen, ist nicht verlässlich. Die immer wieder vom medikamentösen [Abbruch] abraten, was schon Unsinn ist. Also ich will gar nicht sagen, dass der besser ist oder schlechter ist. Sondern einfach nur, dass man über beide Methoden informieren muss, damit die Frauen nachher eine informierte Entscheidung treffen können.“ (WB2)

„Aber ich denke, es gibt noch einige Fragen und (...) Unkenntnis oder manchmal auch Falschaussagen, die immer wieder transportiert werden oder nicht revidiert werden von Ärzten, die schon allein diese Drei-Tagefrist, die da/ und wann darf ich eine Überweisung aushändigen und wie wird das gesehen mit diesen drei Tage warten, also manche Ärzte sagen da irgendwas Falsches, dass sie dann erst die Überweisung geben können und was weiß ich. Also, dass auch seitens der Frauenärzteschaft einfach (...) nicht mehr so viel Desinformationen oder Fehlinformationen kommt.“ (OB4)

Bezogen auf die Informationsversorgung durch Ärztinnen und Ärzte sind sich die Befragten sehr einig darüber, dass es erhebliche Unterschiede in der Informationsversorgung gibt: Einige Medizinerinnen und Mediziner klären im Vorfeld des Abbruchs grundlegend bezüglich medizinischer Aspekte auf. Dies passiert insbesondere, wenn in der Einrichtung der jeweiligen Fachkraft Abbrüche durchgeführt werden. Jedoch wird in den Aussagen deutlich häufiger erwähnt, dass Ärztinnen und Ärzte sehr wenig bis gar nicht informieren und Ratsuchende darauf hinweisen, sich diesbezüglich an Beratungsstellen zu wenden.

„Gerade wenn es um Schwangerschaftskonflikt geht, beziehungsweise die Frau beim Arzt schon sagt: Naja, ich überlege die Schwangerschaft zu beenden. Die kommt dann zu uns und sagt dann: Naja der Arzt hat eigentlich noch gar nicht viel gesagt. Der hat gesagt: „Das erfahren Sie alles dort“. Und da bin ich schon überrascht, dass eigentlich der Arzt oder die Ärztin, also Gynäkologin gar net so arg viel schon dazu sagt. Sondern des eigentlich so an die Beratungsstelle [verweisen]“ (SB2)

In diesem Zusammenhang wird betont, dass Ratsuchende häufig nichts von Beratungsstellen wissen und darauf angewiesen sind, dass Ärztinnen und Ärzte sie darauf aufmerksam machen. Ratsuchende lassen z.T. die Beraterinnen und Berater wissen, dass sie Informationen über Schwangerschaftsabbrüche eher von den Beratungsstellen als von Ärztinnen und Ärzten erhalten haben.

Auch die Websites von Medizinerinnen und Medizinern werden angesprochen: Trotz des Wegfalls von § 219a haben sich die Informationen auf den Homepages von Ärztinnen und Ärzten zum Schwangerschaftsabbruch nicht wesentlich im Vergleich zu vor der Gesetzesänderung geändert. Die Beraterinnen und Berater gehen davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte sich aufgrund einer möglichen Diffamierung scheuen, sich auf die Bundesärztekammerliste setzen zu lassen:

„Soweit ich das weiß, tragen die sich die freiwillig ein. Und viele Ärzte wollen das eben nicht freiwillig machen. Deshalb steht es auf vielen Arztseiten ja auch gar nicht drauf. Aber man sieht es ja auch, was jetzt in Dortmund passiert ist. Da ist eine niederländische Ärztin, hat da eine Praxis aufgemacht. Die hat eine wunderschöne Homepage, wo die sehr ausführlich über den Abbruch und über Verhütung und Sterilisation informiert und das ist es, was sie anbietet. Schwupp, Mahnwachen vor der Tür. Gehsteigberatung.“ (W1B2)

Digitale Informationsquellen

Die Befragten haben einen ambivalenten bis pessimistischen Blick auf Online-Informationen über Schwangerschaftsabbrüche. Die Beraterinnen und Berater gehen teilweise davon aus, Online-Informationen seien überwiegend *„Teilinformationen, gefärbte Informationen“* (Süd, BX) und dass *„das, was man findet, wenn man Schwangerschaftsabbruch sucht, einfach verheerende Informationen sind, die verstörend, hochgradig verunsichernd und verängstigend sind“* (SB5).

Einige Beraterinnen und Berater raten ungewollt Schwangeren eher davon ab, sich im Internet über Schwangerschaftsabbrüche zu informieren:

„Dann gibt es aber auch viele, die wild googlen, und wenn ich das Glück habe, vorher mit ihnen drüber zu sprechen, sage ich immer, wenn sie jetzt Abtreibung eingeben, das würde ich lieber nicht machen, da kommen dann eben die Seiten mit den vergrößerten Embryonen und alles wird in bunten Farben geschildert, was da Schreckliches passiert, machen sie das lieber nicht.“ (N1B3)

Als Herausforderungen bei der Online-Suche nach sachlich fundierten und neutralen Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen nennen die Beraterinnen und Berater fehlende Informationen auf Websites von Ärztinnen und Ärzten und eventuelle Hürden, spezifische Informationen wie Adressen auf familienplanung.de zu finden. Familienplanung.de wird an mehreren Stellen kritisch diskutiert; die Navigation auf der Seite wird als kompliziert beschrieben:

„Und dann kam ich auf diesen Link. Aber auf dieser Seite von familienplanung.de, da waren Beratungsstellen, wie kriege ich die angezeigt, aber die Ärzte hab ich jetzt auf die Schnelle nicht gefunden, wo ich den Button Ärzte, und dann wo das dann mit dem Postleitzahlen geht, auch da dachte ich, das könnte jetzt, von der Regierung ist das ja, BZGA, nochmal überdacht werden.“ (OB2)

Die Beraterinnen und Berater gehen mehrheitlich davon aus, dass es digital viele Inhalte so genannter Lebensschützerinnen und -schützer gibt:

„Weil das durch die Abtreibungsgegnerszene so massiv befeuert wird an Informationen. Das will ich immer gar niemanden anraten, da zu gucken, welche Informationen man da im Internet findet.“ (SB5)

Die Nutzung von Social Media für die Informationsbereitstellung seitens der Beratungsstellen ist sehr unterschiedlich, einige bedienen alle gängigen Plattformen (Instagram, Facebook und TikTok), andere überhaupt keine. Insgesamt wird das Thema Social Media zurückhaltend bis ambivalent betrachtet. So wird es z.B. als nebensächlich oder ungeeignet für die Informationssuche und -bereitstellung eingeschätzt:

„Das ist sozusagen Beiwerk“ (W1B4).

„Dieses Social Media als Informationsquelle? (...) Das also kriege ich nicht zusammen dann.“ (N2B2)

„[...] wir nutzen zwar auch Facebook und Instagram, aber auch eher so auf einer politischen Ebene, dass man da Informationen weiterverteilt“ (W1B4)

Gerade in Zusammenhang mit Social Media bescheinigen sich einige der befragten Beraterinnen jedoch eine unzureichende Kompetenz:

„Ich selber bin überhaupt nicht Social Media-affin. Ich habe da überhaupt keinen Nerv zu. [...]. Ich habe da überhaupt keinen Zugang zu. (lacht) Und es spielt [keine Rolle] in meinen Beratungen, vielleicht liegt es daran.“ (W1B1)

In diesem Zusammenhang werden auch das Alter der Beratungsfachkräfte und ein gewisser Generationswechsel angesprochen:

„Ich glaube, die ganze Landschaft verändert sich da einfach [...], ich werde in [...] sechs bis acht Jahren in Rente sein, aber die Frauen, die nachkommen, die Männer, was auch immer nachkommt hier an Beraterinnen und Berater, die werden [...] wirklich auch [...] Social Media [nutzen, E.K.]“ (N2B4)

Es wird kritisiert, dass es dort keine individuell angepassten Informationen gibt. Doch es gibt auch die Haltung, dass gerade für jüngere Menschen Social Media eine wichtige Rolle spielen kann, da sich dort beliebte Influencerinnen zum Schwangerschaftsabbruch äußern und so ggf. zu einer Enttabuisierung beitragen, was sich positiv auf das Leben der jüngeren Menschen auswirken kann.

„[...] weil ich dieser Influencerin folge und die hat gesagt, das könnt ihr machen, und ich hatte das mal, oder irgendwie so, dann kommt das aus dieser Tabu-Ecke, wo es in den Achtzigern und Neunzigern vielleicht nicht so weit drin war wie dann, kommt es da ein Stück weit raus und dann fällt vielleicht auch der Gang zu uns und zu anderen Beratungsstellen einfacher oder leichter, oder das in der Praxis zu äußern, wenn ich feststelle, vielleicht auch bei einer Routineuntersuchung, da besteht eine Schwangerschaft, dass ich vielleicht frei heraus äußern mag, dass ich gerade nicht weiß, wie es weitergehen soll. Wenn da nicht drüber gesprochen wird und ich bin damit konfrontiert, dann fällt das bestimmt schwerer, ich glaube, da spielt Social Media eine große Rolle“ (N1B2)

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass sich immer mehr Beratungsstellen und Ärztinnen und Ärzte sichtbar in Social Media präsentieren, um damit einen Gegenpol zu Abtreibungsgegnerinnen und -gegnern zu schaffen.

„Aber auf Instagram ist es vor allem wirklich auch so, dass dort diese Beratungsstellen, also da sind wirklich viele, [Organisation] ist da, [Organisation] ist da und, alle, die wir so kennen, die auch so im Bereich Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung arbeiten. Aber eben, wie gesagt, auch immer mehr, die ÄrztInnen, die sich zusammentun und sagen: „So, wir müssen jetzt hier wirklich mal einen Gegenpool bilden gegen die Lebensschutzbewegung.“ (N2B3)

Die Beraterinnen und Berater reflektieren auch den Anteil ihrer Beratungsstellen an der digitalen Informationsversorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen. Es gibt unterschiedliche Einschätzungen zur Bedeutung der beratungsstelleneigenen Website für die Informationsversorgung von Ratsuchenden. Eine Beraterin weiß konkret, dass die Website ihres Bundesverbands mehrere hundert Male am Tag aufgerufen wird, eine andere zweifelt daran, dass die Website überhaupt von Ratsuchenden besucht wird und geht davon aus, dass v.a. andere Fachkräfte die Website nutzen:

„[...] kriegen die Seiten auch Zugriffe? Und je differenzierter, und je vielschichtiger und je umfangreicher die Informationen werden, umso weniger werden die Seiten genutzt. Da sind nämlich die Fachkräfte drauf, nicht die Ratsuchenden.“ (SB4)

„Also ich habe gestern mit dem [Organisation]-Bundesverband noch kurz zu tun gehabt. Und dann war ich überrascht. Weil der Bundesverband, der hat das nämlich tatsächlich/ Also die Website finde ich auch sehr gut. Und die haben gesagt, die wird tatsächlich 700 Mal am Tag angeklickt. Und dann denke ich, das macht Sinn, weil die können es pflegen.“ (SB2)

Es wird betont, dass die beratungsstelleneigenen Websites als informativ wahrgenommen werden, jedoch dauern Bearbeitungen der Seiten sehr lange, da Veränderungen oder Aktualisierungen z.T. einem Genehmigungsprozess unterliegen. Einige Beratungsstellen haben gezielte Projekte/externe Agenturen für die Neugestaltung oder Aktualisierung ihrer Websites/Öffentlichkeitsarbeit, andere

arbeiten eng mit ihrem Bundes- bzw. Trägerverband zusammen, um Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit zu erhalten. Insbesondere kleinere Beratungsstellen haben keine Unterstützung und auch keine Personalstellenanteile dafür:

„Die Schwierigkeit ist, dass das Bespielen dieser Homepage beziehungsweise der einzelnen Beratungsstellen dann wieder Aufgabe der Beratungsstellen ist und im Beratungsstellenalltag das noch nebenbei mit unterzubringen. Es muss ja auch regelmäßig gepflegt werden, diese ganzen Texte und, und, und. Das ist eine Riesenarbeit, die man sich da machen müsste.“ (N2B3)

Fehlende Ressourcen werden auch in Bezug auf den beratungsstelleneigenen Social Media Auftritt als eine der zentralen Hürden angesprochen, aber auch die Followerinnen und Follower und die mit ihnen zusammenhängende Bewertung der Notwendigkeit von Social Media Präsenzen von Beratungsstellen:

„Also wir haben auch eine Insta. War unsere Hoffnung. Wir haben unseren Wartebereich. Wir sind auf Insta. Da geben wir Informationen. Ihr könnt das und das machen. Was sehen wir an den Followern, wer folgt uns? [Organisation] [Ort] und die ganzen. (lacht) Also da sind wir bisher auch noch gescheitert.“ (W1 B3)

Informiertheit von Ratsuchenden durch Online-Quellen und Konsequenzen für die Beratungspraxis

Die Beraterinnen und Berater weisen darauf hin, dass die Informiertheit der Ratsuchenden je nach individuellem Hintergrund wie Alter, Bildung und politischer Haltung variiert. Es gibt mehr Äußerungen zu Ratsuchenden, die gar nicht bzw. nur bruchstückhaft informiert sind, v.a. fehle häufig Wissen bezüglich der Abbruchmethoden und finanzieller Aspekte, aber auch zu Fristen, Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen, sei es psychisch, körperlich oder in Bezug auf die Möglichkeit einer erneuten Schwangerschaft. Sind Ratsuchende gut informiert, haben sie laut der Befragten möglicherweise bereits Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen gemacht oder sind durch Social Media und Online-Recherche informiert.

Die Aussagen der Beraterinnen und Berater verdeutlichen, dass die Informiertheit der Ratsuchenden durch Online-Quellen und die Qualität der Informationen stark variieren. Die kritische Nutzung digitaler Quellen falle sehr unterschiedlich aus; ein differenzierter Umgang bei der Informationsbeschaffung bzw. ein Bewusstsein über die potenziellen Qualitätsunterschiede in digitalen Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen sind bei den Ratsuchenden nur teilweise vorhanden:

„Zu der Informiertheit der Klientinnen, ist tatsächlich sehr, sehr unterschiedlich, aber zunehmend habe ich den Eindruck, dass wir richtigstellen, Informationen, also welche aus dem Netz. Vielen ist das überhaupt nicht bekannt, dass es eben nicht nur wahre, sachliche Informationen gibt [...].“ (OB3)

Nichtsdestotrotz sind digitale Informationen in den meisten Fällen kein Beratungsgespräch-Gegenstand. Die meisten Beraterinnen und Berater wissen nicht, wo sich die Ratsuchenden online (und offline) konkret informieren:

„Jetzt spricht man grad‘ auch nicht so sehr drüber: Wo ist die Information her? Sondern man guckt: Was haben die für Informationen? Setzt sich damit auseinander...“ (SB1)

Wenn sich im Laufe des Gesprächs zeigt, dass das Wissen der Frau zu Schwangerschaftsabbrüchen auf Falschinformationen basiert, wird das als Herausforderung für die weitere Beratung identifiziert:

„Und das stelle ich aber dann auch, so toll es ist, sich informieren zu können, stellen wir ganz viel Verunsicherung fest.“ (SB3)

„Die Herausforderung, die mir entgegenschwappt, ist ganz oft: ‚Ja, ich habe das und das schon gelesen‘ und das ist dann wirklich im Internet irgendwie falsch, weil sie auf Seiten war, die eben von den Abtreibungsgegnern [...] gestaltet worden sind.“ (N2B4)

7.2.3.5 Vulnerable Gruppen und lebensweltliche Herausforderungen

Nach Herausforderungen unter Berücksichtigung von besonders vulnerablen Klientinnen in der Beratung gefragt, berichten Beraterinnen und Berater in erster Linie (in absteigender Häufigkeit) von psychischen Belastungen und Erkrankungen, partnerschaftlichen Konflikten und partnerschaftlicher Gewalt, Klientinnen mit Migrationserfahrungen und sozioökonomischen Problemlagen wie etwa finanzieller Prekarität. Vereinzelt werden darüber hinaus folgende besonders vulnerable Personengruppen genannt: alleinerziehende Klientinnen, Klientinnen mit Behinderung, Minderjährige, transgeschlechtliche Personen.

Insgesamt beschreiben die Befragten einerseits mehrfach Überschneidungen verschiedener lebensweltlicher Herausforderungen, zugleich wird andererseits eine Zunahme an psychischen Belastungen beobachtet, die die Befragten auch mit gesellschaftlichen Entwicklungen in Zusammenhang bringen.

„Ich glaube, das geht allen so, dass sich über die Jahre das schon sehr zugespitzt hat. Wir haben viel mehr Beratungen mit, ich sage mal, Multiproblemlagen. Wo es wirklich überall klemmt und wo man sich an allen Ecken irgendwie auch als Beraterin engagieren muss. [...] Das ist schon sehr viel herausfordernder geworden. [...] Und da denke ich schon, es ist symptomatisch für das ganze System. An der Schwangerschaft macht es sich dann fest. Das ist ein Zustand von maximaler Verunsicherung oder auch Instabilität, wo dann alle anderen Themen über die Frauen reinbrechen und sie bei uns dann auftauchen. Das finde ich, hat sich sehr verschärft.“ (SB4)

Über individuelle Belange werden – nicht nur, aber auch – Auswirkungen gesellschaftlicher Strukturen innerhalb der Schwangerschaftsberatung verhandelt. Ungewollte Schwangerschaft kann hier insgesamt als vulnerable Lebenslage verstanden werden, die andere, verletzlich machende Faktoren noch potenziert.

Aus diesen verletzlich machenden Lebenslagen resultieren wiederum **Beratungsbedarfe** der ungewollt Schwangeren. In Zusammenhang mit lebensweltlichen Herausforderungen sind die Befragten in der Beratungspraxis mit folgenden Anliegen der Klientinnen konfrontiert: Ungewollt Schwangere in ökonomischen Problemlagen äußerten Anliegen wie den Bedarf an Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Hilfen. Einige ungewollt Schwangere mit psychischen Belastungen und Erkrankungen wünschen psychotherapeutische Behandlung, sowie Unterstützung bei der Therapieplatzsuche. Allgemeiner werden laut den Befragten Emotionen und moralische Fragen – etwa Schuld, Isolation aufgrund des dem Schwangerschaftsabbruch anhaftenden Stigmas oder die aktuelle oder erwartete Mutterrolle – von den Klientinnen eingebracht, die sie in der Beratung bearbeiten möchten.

Im Fall von erlebter Partnerschaftsgewalt berichten die Befragten sowohl, dass die Gewalt innerhalb der Beratung thematisiert und von den Betroffenen ggfs. zum ersten Mal als solche eingeordnet wird. Erlebte Gewalt oder eine problematische Beziehung würden teilweise auch als Gründe für einen Abbruchwunsch genannt. Die Befragten berichten zudem von expliziten Hilfesuchen, wenn physische oder psychische Gewalt angesprochen und um Unterstützung gebeten wird, die gewaltvolle Beziehung zu verlassen. Auch werde mitunter gemeinsam in der Beratung überlegt, ob die Klientin die Schwangerschaft austragen möchte und eine vertrauliche Geburt in Frage komme. Dies kommt nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater jedoch deutlich seltener vor als die indirekte Thematisierung von Gewalt. (Zum Bedarf an Informationen siehe den Absatz *Informiertheit von Ratsuchenden*.)

Ein Bedarf an Sprachmittlung ist in den Beratungen kein seltener Fall und besteht, wenn Klientinnen und Beraterinnen und Berater keine gemeinsame Sprache sprechen. In den Interviews zeigt sich, dass sowohl die Verfügbarkeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern als auch insgesamt das Vorgehen in diesen Fällen deutlich differieren. Einerseits wird die Finanzierung als limitierender Faktor beschrieben. Es bestehen keine einheitlichen Länderbestimmungen zur Finanzierung und dem Vorhalten von Sprachmittlung für Schwangerschafts(konflikt)beratung. Andererseits ist entscheidend, inwiefern innerhalb der Beratungsstelle ein standardisiertes Vorgehen bezüglich Sprachmittlung abgestimmt wurde oder ob spontan von Fall zu Fall entschieden wird. So differiert die in den Interviews geschilderte Praxis stark und umfasst einerseits klar geregelte und finanzierte Vorgehensweisen: *„[Da] haben wir ja dieses Dolmetscherprogramm, ich habe so gelernt, zu arbeiten, dass immer jederzeit ein Dolmetscher verfügbar ist.“* (O1B2) Andererseits wird von Fällen berichtet, in denen Sprachmittlung fehlt und sich dadurch der Abbruch verzögert. Auch wird ein nicht standardisiertes, von den Klientinnen und Klienten selbst organisiertes Vorgehen genannt:

„Bei uns ist es sehr gut eigenorganisiert von den Frauen, die schwanger sind. Da gibt es mittlerweile etliche Personen, die man immer wieder mit in der Beratung erlebt [...]. Wie die das untereinander finanziell regeln, möchte ich gar nicht wissen, muss ich ehrlich sagen. Wir haben letztes Mal unfreiwillig auch einen Streit vor unserer Beratungsstelle erleben müssen, wo dann auch um Bezahlungen ging.“ (OB6)

Es wird deutlich: Beraterinnen und Berater stehen vor der Aufgabe, ihre Beratungspraxis auch auf Klientinnen und Klienten, die mit unterschiedlichen Schwierigkeiten und Lebenssituationen konfrontiert sind, anzupassen und auf die individuellen Bedarfe einzugehen.

Das beraterische Handeln ist einerseits durch strukturelle Rahmenbedingungen bedingt. Die Befragten setzen auf dieser Ebene Finanzierung (vgl. Abschnitt *Psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer*), Kooperationen und Vernetzung (ebd.) und rechtliche Regelungen (vgl. *rechtliche Regelungen*) zentral. Weitere institutionelle Bedingungen prägen die Beratungsarbeit, wie in Bezug auf Sprachmittlung geschildert. In diesem Zusammenhang verweisen die Befragten außerdem auf beratungsstelleneigene Angebote für Ratsuchende vulnerabler Gruppen, wie spezifische Gruppenangebote, auch Selbsthilfegruppen, und Kurse, etwa zu Partnerschaft und Depression. Auch das Vorhalten von digitaler Beratung oder *blended counselling* wird als sinnvoll benannt, da es die Erreichbarkeit im ländlichen Raum erleichtert und Dolmetscherinnen und Dolmetscher unkompliziert zugeschaltet werden können.

Neben struktureller und institutioneller ist auch die fachliche Ebene entscheidend, sie bezieht sich auf das professionelle Handeln der Beratungsfachkraft. Als ein zentraler Aspekt werden in diesem Bereich die eigene Zusatzqualifikationen genannt. Inwiefern Beratungsfachkräfte weitergebildet sind, bestimmen auch, wie sie auf spezifische lebensweltliche Herausforderungen, die von Klientinnen und Klienten thematisiert werden, eingehen können. Die Befragten zählen in diesem Zusammenhang vorhandene Zusatzqualifikationen im Bereich der Paarberatung, Psychotherapie, Trauma und häusliche Gewalt auf.

Weiterhin treffen die Interviewten Aussagen, die das eigene Wissen und die eigene Sensibilität bezüglich der Diversifizierung ihrer Zielgruppe thematisieren. Es wird auch auf eigene Lücken verwiesen, wie im folgenden Zitat:

„Sie [eine Kollegin, Anm. JB] hat kein medizinisches Angebot und auch kein psychosoziales Angebot finden können für den Fall, das Transpersonen ungewollt schwanger sind, und könnte darum quasi ihre Klientinnen und Klienten auch nicht guten Gewissens weitervermitteln. [...] Wir als Beraterinnen sagen, ja, klar, kommt zu uns, auf jeden Fall sind Sie auch herzlich willkommen. Andererseits ist es auch klar, dass es wichtig ist, dass wir uns da auch nochmal fit machen, ganz explizit zu dem Thema, was bisher noch nicht passiert ist.“ (OB5)

Es herrscht Übereinstimmung zwischen den Befragten, dass im Fall der Thematisierung bestimmter oben skizzierter Erfahrungen und Anliegen, etwa erlebte Partnerschaftsgewalt oder psychische Erkrankungen, zunächst nachgefragt und im späteren Verlauf meist weiterverwiesen sowie das Fortführen der Beratung über mehrere Termine angeboten wird. Uneinigkeit besteht bezüglich der Fälle, in denen etwa Gewalterfahrungen oder starke psychische Belastungen seitens der Beraterinnen und Berater nur vermutet werden. Die Schilderungen reichen von Zurückhaltung und Unsicherheit im Vorgehen bis hin zu direktiven Entscheidungen seitens der Fachkräfte, wie im folgenden Fall:

„Da gucke ich dann schon, dass wir da Hilfen mit reinsetzen, weil das schon eine gewisse Gefahr ist, da muss man gucken. Ich hatte Fälle, eindeutig eine stark psychische Erkrankte, die aber nicht krankheitseinsichtig war. Und wir bis hin zu einer 8A-Gefährdungsmeldung⁶⁰ dann machen mussten. Und das geht natürlich nur als Hinweis, da noch keine 8A in der Schwangerschaft. Und die Frau wirklich im Kreissaal dann ihr Kind auch leider weggenommen bekommen hat, weil sie nicht einsichtig war, keinerlei Hilfe annehmen wollte, seitens SPFH⁶¹ oder irgendwas.“ (W1B3)

Hier zeigt sich, dass die Aussagen der Befragten zum eigenen fachlichen Handeln auch implizit oder explizit Aussagen zum eigenen Rollenverständnis beinhalten. Im Zitat wird die Rolle derjenigen deutlich, die es als ihre Pflicht betrachtet, zu intervenieren, wenn sie es für nötig hält, oder zumindest bestimmte Handlungsschritte betont nahezu legen. Weitere Rollen, die häufiger beschrieben werden, sind: Die Rolle als Unterstützerin, die es sich zur Aufgabe macht, die Klientinnen bei ihren Herausforderungen und Entscheidungsprozessen zu begleiten. Zudem wird die Rolle betont, Informationen zu korrigieren und die Klientinnen über ihre Rechte aufzuklären.

7.2.3.6 Verbesserungsvorschläge

Die Befragten treffen eine Vielzahl an Aussagen zur Verbesserung der Versorgungssituation ungewollt Schwangerer. Im Folgenden werden diese Vorschläge, orientiert an der Gliederung der Ergebnisdarstellung (psychosoziale Versorgung, medizinische Versorgung, rechtliche Regelungen, Informationen, vulnerable Gruppen und lebensweltliche Herausforderungen), zusammengefasst dargestellt.

Im Bereich psychosozialer Versorgung wird in erster Linie die Notwendigkeit einer umfassenden Finanzierung der Beratungsstellen betont. Die derzeit nicht umfassend sichergestellte Finanzierung erschwert die Beratungsarbeit, etwa, da die Aufstellung eines multiprofessionellen Teams kaum möglich ist oder sich um zusätzliche Finanzierung, etwa für Öffentlichkeitsarbeit, bemüht werden muss. In Kombination mit einer steigenden Anzahl an Aufgaben erleben die Befragten die Finanzierungssituation als erhebliche Herausforderung für die Beratungsarbeit.

Bezüglich medizinischer Versorgung stellen die Interviewten einen Rückgang an Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, fest und sprechen sich teils allgemein für den Ausbau der medizinischen Versorgung rund um Abbrüche, teils dezidiert für die Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen in der medizinischen Ausbildung aus. Zudem sehen sie Verbesserungsbedarf in der Kooperation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Beratungsstellen, der mitunter nur einseitig verläuft oder an mangelnden Kapazitäten auf beiden Seiten scheitert. Idealerweise gäbe es einen:

⁶⁰ Eine „8A-Meldung“ bezieht sich auf eine spezifische Form der Meldepflicht im Kontext von Kindeswohlgefährdung in Deutschland. Diese Meldepflicht ist im § 8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) verankert. Die Meldung kann, wie hier beschrieben, als Hinweis bereits in der Schwangerschaft erfolgen.

⁶¹ SPFH meint Sozialpädagogische Familienhilfe, die vom zuständigen Jugendamt zur Unterstützung von Familien eingesetzt/bewilligt wird.

„aktive[n] Austausch von beiden Seiten mit medizinischen Einrichtungen, Praxen, Kliniken und Beratungsangebot, Krankenkassen vielleicht auch, also mit alle[n] Akteure[n], die untereinander auch Interesse zeigen, nachfragen, sich informieren und kurze Wege bereithalten.“ (N1B2)

Dies würde auch die Informationsweitergabe an ungewollt Schwangere verbessern, etwa wenn sie direkt im Arztgespräch von der Beratungspflicht erfahren würden und direkt entsprechende Adressen erhielten. Insbesondere bei der Informationsweitergabe und dem Hinweis auf Beratungsangebote vor pränataldiagnostischen Untersuchungen sehen die Befragten großen Verbesserungsbedarf.

Weiterhin wird das Vorhalten von psychotherapeutischen Behandlungsplätzen ohne lange Wartezeiten gefordert.

Bezüglich rechtlicher Regelungen wird die Streichung der strafrechtlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs vorgeschlagen. Dies könnte nach Einschätzung einiger Befragter insgesamt die oben geschilderten Hürden für ungewollt Schwangere mit Abbruchwunsch abbauen. Diese Hürden sehen die Befragten zudem bedingt durch die verpflichtende Beratung. So werden als Alternative eine freiwillige Beratung bzw. ein verankertes Recht auf Beratung diskutiert.

In einer umfassenden Gesetzesänderung sehen einige Befragte auch Potenzial für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung, da etwa bei einer außerstrafrechtlichen Regelung die Bereitschaft unter Ärztinnen und Ärzten größer sein könnte, Abbrüche durchzuführen. Gefordert werden außerdem rechtliche Möglichkeiten, gegen Gehsteigproteste von sog. Lebensschützerinnen und -schützern vorzugehen, sowie das Verbot der Verbreitung sachlich falscher Informationen zum Schwangerschaftsabbruch. Weiterhin fordern einige Befragte die Bereitstellung kostenfreier Verhütungsmittel sowie die grundsätzliche Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs.

Auch zum Thema digitale und analoge Informationsversorgung haben die Befragten Verbesserungsvorschläge. Diese zielen überwiegend darauf ab, die Zugänglichkeit und Qualität von digitalen Informationen zu erhöhen sowie analoge Informationsmöglichkeiten auszubauen und gleichzeitig die öffentliche Sensibilisierung zu fördern. So wird die Notwendigkeit von zentralisierten und neutralen digitalen Informationsquellen betont. Plattformen sollten z.B. über Gütesiegel verfügen, um die Zuverlässigkeit und Neutralität der bereitgestellten Informationen zu gewährleisten:

„Dass für die Frauen, wenn sie auf dieser Seite, egal, auf welchem Medium irgendwie sind, dass sie mitbekommen: „Okay, da kann ich mich drauf verlassen, das sind neutrale Informationen.“ Und dass die bitte schnell und gut zu finden sind.“ (N2B3)

In diesem Zusammenhang wird auch der Vorschlag unterbreitet, dass Websites von Lebensschutz-Organisationen einen entsprechenden Hinweis aufweisen sollten. Die Beraterinnen und Berater sehen darüber hinaus die Notwendigkeit, Online-Plattformen wie familienplanung.de benutzungsfreundlicher zu gestalten:

„Familienplanung.de, ich wollte den ganzen Rattenschwanz da nicht abschreiben. [...] suchst du ewig, bis ich dann mal in meiner Region bin, das ist softwareprogrammtechnisch, programmiertechnisch bestimmt besser lösbar.“ (OB2)

Verbessert werden sollten gemäß den Beraterinnen und Beratern auch mobile Websiteansichten bzw. generell Websiteaufbereitungen. Als konkreter Verbesserungsvorschlag wird eine gut geführte Liste mit abbruchdurchführenden Ärztinnen und Ärzten genannt.

Hervorgehoben wird auch die Bedeutung einer frühzeitigen Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche. Dies schließt die Integration relevanter Informationen in die Bildungseinrichtungen ein. Konkret wird die Sexuelle Bildung in der Schule genannt:

„Und da würde ich, nicht nur bei den Frauen, sondern wirklich auch schon im Kindes- und im Jugendalter mit dieser Thematik ansetzen, dass sie wissen, wie diese Regelungen in Deutschland sind, wo man hingeht, was man bei der Entscheidung für Möglichkeiten hat, finde ich wichtig.“ (O1B6)

„Das muss auch in der Schule stattfinden. Dass man da drüber redet. Also die Informiertheit, die kann sich ja net drauf konzentrieren, auf ein paar Klicks jetzt im Internet. Und dann habe ich alle Informationen zur Verfügung. Sondern das ist ein Prozess, der sich über Jahre hinwegzieht und sich entwickelt. Zu einer Haltung, zu einer Grundeinstellung auch, was Rollenverständnis anbelangt.“ (S B2)

Um die breite Öffentlichkeit zu informieren und für das Thema Schwangerschaftsabbruch zu sensibilisieren, schlagen einige Beraterinnen vor, gezielte Kampagnen zu starten, die das Thema Schwangerschaftsabbruch und Beratung zentral setzen. Sie orientieren sich dabei an anderen Kampagnen im öffentlichen Raum. Ziel dieser Kampagnen soll es sein, das Thema Schwangerschaftsabbruch aus der Tabuzone herauszuholen:

„Wenn ich an die Kampagne, gib Aids keine Chance, denke. Plakate, Bushaltestellen, überall ist dir das entgegengesprungen. Warum nicht sowas auch mal? Also einfach ein bisschen mehr Ideen. Es gab doch jetzt eine Zeit lang Werbung zu, juckt es im Schritt, oder irgendwie sowas. Also lustig, wirklich lustig, wo man lachen musste. Und Humor ist auch in der Schwangerenberatung ganz wichtig. Warum nicht mal ein bisschen eine gute Werbekampagne dazu starten, Werbebüros dazu engagieren und dieses, ja, manchmal schwere, aber eigentlich auch ein hoffnungsfrohes Thema mal zu stärken und präsent zu bringen?“ (W1 B3)

Darüber hinaus plädieren einige Beraterinnen für einen verstärkten interdisziplinären Austausch zwischen medizinischen Fachkräften und Beratungsstellen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Regelmäßige Reflexionen und Fortbildungen werden als entscheidend angesehen, um sicherzustellen, dass die Beratungsdienste aktuelle Phänomene (z.B. Social Media) aufgreifen.

Um den spezifischen Bedarfen von Klientinnen, die vulnerablen Gruppen angehören, gerecht zu werden, sprechen sich die Befragten einerseits für den Ausbau des Unterstützungssystems auf psychosozialer und medizinischer Ebene aus. Dies betrifft etwa Kapazitäten von Frauenhäusern, in Mutter-Kind Einrichtungen sowie in ambulanter und stationärer psychologischer Behandlung. Andererseits wird auch in diesem Zusammenhang die Bereitstellung finanzieller Mittel als wichtig genannt, etwa um Dolmetscherinnen und Dolmetscher vorhalten zu können oder beratungsstelleneigene Informationen in leichte Sprache übersetzen zu können. Auch werden eigene Unsicherheiten und Wissenslücken benannt, was auf zielgruppenspezifische Fort- und Weiterbildungsbedarfe verweist, jedoch nicht explizit artikuliert wird.

7.2.4 Literaturverzeichnis

- Chaiken, S. R., Han, L., Darney, B. G. & Han, L. (2021) *Factors Associated With Perceived Trust of False Abortion Websites: Cross-sectional Online Survey*, Journal of medical Internet research, Vol. 23, No. 4, e25323.
- Krolzik-Matthei, K. (2019) *Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa*, Bundeszentrale für politische Bildung, Verfügbar unter <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/290793/abtreibungen-in-der-debatte-in-deutschland-und-europa/> (08.10.2024).

7.3 Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3) (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

Der vorliegende Berichtsteil befasst sich mit der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen und stellt einen wichtigen Teil des Arbeitspakets 3 (AP 3) dar. Die Ergebnisse basieren auf fünf verschiedenen Untersuchungsansätzen. Eine Expertenbefragung auf Länderebene fokussiert auf die landesspezifischen Regelungen zum Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung. Die Strukturdatenanalyse liefert wichtige Informationen über die regionale Verteilung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen, zum regionalen Verfügbarkeitsangebot und zur Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch. Eine Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen auf regionaler Ebene und eine weitere bundesweite Befragung von Anbieterinnen und Anbietern vermitteln differenzierte Erkenntnisse zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch. Gruppendiskussionen mit Expertinnen und Experten zum Thema erweitern das Bild.

Die Ergebnisse geben Auskunft über die Situation, Motivation und Angebote der Anbieterinnen und Anbieter, ihre Qualifikationen und die angewandten Methoden. Darüber hinaus werden Gründe für regionale Unterschiede in der Versorgung aufgezeigt. Durch diese integrierte Betrachtung liefern die Ergebnisse wertvolle Hinweise für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung in diesem Bereich.

7.3.1 Befragung der Zuständigen in den Bundesländern (Expertinnen- und Expertenbefragung, AP 3-2)

Die zentrale Fragestellung, die im Rahmen des Arbeitspaketes 3.2 beantwortet werden soll, bezieht sich mit der Sicherstellung der Versorgung nach § 12 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in den 16 Bundesländern. Zur Datenerhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen Landesministerien aller Bundesländer durchgeführt.

Der folgende Ergebnisteil zu den Experteninterviews enthält Informationen über die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die 16 Bundesländer sowie eine Einschätzung der aktuellen (medizinischen) Versorgungslage. Dargestellt wird hier auch, ob es landesinterne, rechtliche Regelungen gibt oder landesinterne Meldelisten über Abbrucheinrichtungen neben der Liste der Bundesärztekammer. Darüber hinaus wird beleuchtet, ob Kooperationen und Zusammenarbeiten mit weiteren (regionalen) Akteurinnen und Akteure bestehen und welche konkreten Handlungsbedarfe die Bundesländer sehen. Abschließend werden die Empfehlungen der Bundesländer zur Verortung der Zuständigkeiten bei der Sicherstellung der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen dargelegt. Den Interviewpartnerinnen - und partnern wurde zugesagt, die Auswertung und Darstellung der Daten hinsichtlich der Nennung des jeweiligen Bundeslandes und des individuellen Namens zu anonymisieren, da erfasst werden sollte, welche Versorgungsangebote in den Bundesländern bestehen und ob und wie der Sicherstellungsauftrag in den Bundesländern umgesetzt wird. Eine Einzeldarstellung der Regelungen in den Bundesländern war nicht vorgesehen. Landesspezifische Gesetze und Verordnungen unterliegen jedoch nicht der Anonymisierung, hier werden die Bundesländer benannt.

7.3.1.1 Sicherstellungsauftrag der Länder

Ein zentrales Ergebnis der Expertinnen und Expertengespräche ist die *Heterogenität der Regelungen und Strukturen auf Länderebene*. Insbesondere zeigt sich eine unterschiedliche Zuordnung der Zuständigkeiten für die medizinische Versorgung und die psychosoziale Beratung in verschiedenen Ministerien bzw. Abteilungen.

In vier Bundesländern wurde von einer unklaren Zuständigkeit für die medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen berichtet. Ein Bundesland gab an, den Sicherstellungsauftrag für die Schwangerschaftskonfliktberatung zu erfüllen, wies jedoch darauf hin, dass die Steuerungsmöglichkeiten durch die Verteilung der Zuständigkeiten auf verschiedene Ressorts eingeschränkt seien. Ein anderes Bundesland führte aus, dass die medizinische und psychosoziale Versorgung bezogen auf die Zuständigkeit der Ministerien unterschiedlich organisiert ist. Im Gegensatz dazu verantwortet ein Bundesland das gesamte Thema "Schwangerschaftsabbruch" innerhalb eines einzigen Ministeriums, in dem sowohl die medizinische Versorgung als auch die psychosoziale Beratung koordiniert werden. Eine Mitarbeiterin dieses Ministeriums betonte, dass diese Organisationsstruktur eine effiziente Kommunikation und Entscheidungsfindung ermögliche. In Fällen, in denen die Zuständigkeiten auf verschiedene Ministerien oder Abteilungen verteilt sind, kann dies hingegen die Kommunikation und Abstimmung erschweren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl die personelle Zuständigkeit als auch die Verortung des Sicherstellungsauftrages in unterschiedlichen Abteilungen bzw. Ministerien in den Bundesländern eine große Heterogenität aufweisen. In einem Ministerium sind alle Aspekte der Sicherstellung der Schwangerschaftsabbruchsversorgung klar organisiert und gut aufeinander abgestimmt. Es gibt jedoch auch Bundesländer, in denen die Zuständigkeiten auf mehrere Fachreferate verteilt sind, was zu einer vollständigen Trennung von psychosozialer Beratung und medizinischer Versorgung führt. In anderen Fällen sind die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich und in Krankenhäusern in unterschiedlichen Ministerien und Ressorts zugeordnet oder es fehlen klare Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung durch Kliniken. In mindestens zwei Bundesländern bestehen überhaupt keine Regelungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Ein weiteres zentrales Ergebnis zeigt, dass einheitliche *Kriterien zur Beurteilung der Versorgungssituation der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch* fehlen und die *Datenlage in den Bundesländern* unzureichend ist. Vertreterinnen und Vertreter eines Bundeslandes wiesen darauf hin, dass neben den Daten des Statistischen Bundesamtes keine landesinternen Daten erhoben werden. In drei Bundesländern wurde ausdrücklich der Wunsch nach einer fundierteren Datenlage geäußert. Einige Bundesländer berichteten zudem von systematischen Anfragen bei gynäkologischen Praxen, um die spezifische Versorgungssituation in ihrem Gebiet besser bewerten zu können. Zusammenfassend zeigt sich, dass in mehreren Bundesländern ein erheblicher Bedarf an umfassenderen und spezifischeren Daten zur Versorgungssituation besteht, um fundierte Entscheidungen treffen und die Qualität der Versorgung verbessern zu können.

Regionale Versorgungsunterschiede, insbesondere in ländlichen Gebieten, stellen eine weitere Herausforderung dar. Besondere Engpässe ergeben sich aus regionalen Entwicklungen wie dem altersbedingten Ausscheiden von Ärztinnen und Ärzte aus der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen oder Praxisübernahmen durch Ärztinnen und Ärzte, die keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durchführen. Drei Bundesländer berichteten in diesem Zusammenhang von einer Ausdünnung der Versorgung in ländlichen Regionen. In vier weiteren Bundesländern wird ein ausdrücklicher Handlungsbedarf aufgrund des Generationswechsels bei den Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, artikuliert.

Hinsichtlich der *Klinikversorgung* berichteten vier Bundesländer über eine veränderte Versorgungssituation, die beispielsweise durch Fusion von Kliniken entstehen kann, wenn der Krankenhausträger konfessionsbedingt die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen einstellt oder eine Abteilungsleitung die Durchführung mit der Begründung des eigenen christlichen Leitbilds ablehnt. Dies führe dann zu einer veränderten Situation, in der Kliniken für die Abbruchversorgung wegfallen, Steuerungsmöglichkeiten bleiben in diesen Fällen begrenzt.

Auch zur *aktuellen Einschätzung* der medizinischen Versorgungslage zeigt sich eine gemischte Bilanz. Während einige Bundesländer mit Engpässen und Veränderungen in der Versorgung konfrontiert sind, beschreiben andere eine stabilere Situation. Die nachfolgende Darstellung verdeutlicht die heterogene medizinische Versorgungslage in den Bundesländern:

In fünf Bundesländern wird die Versorgungslage als gut bewertet. Die Bewertungen variieren zwischen der Einschätzung einer grundsätzlich guten, stabilen, befriedigenden oder ausreichenden Versorgungslage. Dabei stützen sich die Bundesländer fast nie direkt auf konkrete Versorgungsdaten, sondern auf das Ausbleiben von Beschwerden und Anfragen, auf gleichbleibende Abbruchzahlen oder auf das Ausbleiben von Veränderungen, z. B. Engpässe durch Pensionierung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Ein Bundesland beschreibt die aktuelle Versorgungssituation als gut und ausreichend, auch für die Zukunft. Dies gilt trotz einer rückläufigen Zahl von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, was damit begründet wird, dass sich Ärztinnen und Ärzte zunehmend in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder größeren Gemeinschaftspraxen organisieren.

Insgesamt kommen die Expertinnen und Experten der Bundesländer zu dem Schluss, dass die medizinische Versorgung derzeit als gesichert betrachtet werden kann, jedoch werden in zehn Bundesländern Schwierigkeiten oder potenzielle Problembereiche identifiziert:

- Die Unterversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen.
- Eine sinkende Zahl von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Dies liegt zum einen daran, dass nach Praxisübernahmen häufig keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durchgeführt werden. Zum anderen führt der sogenannte "Generationswechsel" dazu, dass ärztliche Praxen gänzlich ohne Nachfolge bleiben.
- Ein hoher Anteil konfessioneller Klinikträger, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sowie die Zusammenlegung städtischer oder kommunaler Kliniken mit konfessionellen Kliniken führen zur Einstellung des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen und damit zu regionalen Versorgungsproblemen.

7.3.1.2 Rechtliche Regelungen in den Bundesländern: Ausführungsgesetze der Landesministerien

Die Mehrzahl der Bundesländer verfügt nicht über spezifische Ausführungsgesetze zum (bundesrechtlichen) SchKG. In sieben Bundesländern wurden spezifische Ausführungsgesetze zum SchKG erlassen, welche sich mit Ausnahme von Bayern auf Beratung und Information fokussieren. Unter diese Gesetze fallen

1. Teil 5 des GDG (Gesundheitsdienstgesetz Bayern), welches seit dem 01.06.2022 das Bayerische Schwangerenhilfeergänzungsgesetz (BaySchwHEG) ersetzt,
2. das Schwangerenberatungsstellengesetz (SchwBG) in Berlin,
3. das Brandenburgische Gesetz zur Ausführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (BbgAGSchKG),
4. das Hessische Ausführungsgesetz zum Schwangerschaftskonfliktgesetz (HAGSchKG),
5. das Niedersächsische Ausführungsgesetz zum Schwangerschaftskonfliktgesetz (Nds. AG SchKG),
6. das Landesgesetz zur Ausführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und anderer Gesetze (AGSchKG) Rheinland-Pfalz,
7. das Ausführungsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt zum Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG-AG LSA).

Zu 1:

Das GDG ergänzt das SchKG und umfasst verschiedene Bestimmungen, die sowohl die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als auch die damit verbundenen Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen betreffen. Die Regelungen des GDG gelten für Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche von Ärztinnen und Ärzten mit Zustimmung der Schwangeren durchgeführt werden, einschließlich Krankenhäusern und Arztpraxen. Es beinhaltet Erlaubnispflichten: Es wird regelmäßig eine Erlaubnis durch die Regierung benötigt, um Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Dem Gesundheitsamt obliegt die Überwachung der Einhaltung dieser Pflichten und Anforderungen. Zahlreiche weitere Bestimmungen des Gesetzes, wie z. B. der Facharztvorbehalt und Einnahmebegrenzungen, wurden durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts für nichtig erklärt.

Zu 2:

Das SchwBG in Berlin regelt die Beratung und Unterstützung von schwangeren Frauen und ihren Partnern. Es zielt darauf ab, die Rechte und Bedürfnisse von Schwangeren zu schützen und ihnen Zugang zu wichtigen Informationen und Hilfsangeboten zu ermöglichen. Ziele des SchwBG sind die Sicherstellung von Beratung und Unterstützung schwangerer Frauen und deren Schutz der Privatsphäre, in dem es gewährleistet, dass persönliche Daten der Ratsuchenden vertraulich behandelt werden. Die wesentlichen Bestimmungen regeln das Angebot für Beratung, den Zugang zu Informationen und die Kooperation mit anderen Institutionen, um eine umfassende Unterstützung zu gewährleisten.

Zu 3:

Das BbgAGSchKG hat den primären Zweck, ein ausreichendes und vielfältiges Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen für Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung in Brandenburg sicherzustellen. Es umfasst Beratungsstellen in freier und kommunaler Trägerschaft sowie Ärztinnen und Ärzte. Es regelt die öffentliche Förderung eines pluralen Angebots von Beratungsstellen gemäß dem SchKG und legt Versorgungsbereiche fest, um die Wohnortnähe zu gewährleisten. Weiterhin regelt es Qualitätsanforderungen an die Beratungsstellen, die Berichtspflicht und Datenschutz der Träger von Beratungsstellen und die Zuständigkeit für die Umsetzung und Verwaltung. Das für Frauen zuständige Ministerium ist die zuständige Behörde

Zu 4:

Das HAGSchKG regelt die Förderung und Sicherstellung von Beratungsstellen, die gemäß des §§ 3 und 8 SchKG tätig sind. Die wesentlichen Punkte des Gesetzes betreffen die Förderung eines ausreichenden und vielfältigen Angebots an wohnortnahen Beratungsstellen sowie den Rechtsanspruch auf Beratung. Zielsetzung des HAGSchKG ist es, die Qualität der Beratung zu verbessern und sicherzustellen sowie eine strukturierte und rechtlich gesicherte Unterstützung für Frauen in Schwangerschaftskonflikten in Hessen zu gewährleisten.

Zu 5:

Das Nds. AG SchKG regelt die öffentliche Förderung von Beratungsstellen um sicherstellen, dass es ein ausreichendes Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen gibt, bei denen Ratsuchende zwischen verschiedenen weltanschaulichen Ausrichtungen wählen können, sowie die Anforderungen an Beratungsstellen. Es definiert Versorgungsbereiche in Niedersachsen, um die Wohnortnähe der Beratungen zu gewährleisten. Dabei muss der Versorgungsschlüssel (eine Beratungskraft für 40.000 Einwohnerinnen und Einwohner) eingehalten werden. Insgesamt zielt das Nds. AG SchKG darauf ab, eine umfassende und qualitativ hochwertige Beratung für Schwangere in Niedersachsen sicherzustellen.

Zu 6:

Das AGSchKG von Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 2005 regelt **die Sicherstellung eines ausreichenden Beratungsangebots** zu Schwangerschaftskonflikten, **die Anerkennung von Beratungsstellen, die Zulassung von Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche** und **die Zuständigkeiten des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung** in diesen Bereichen. Das Gesetz legt detailliert die Anforderungen an Beratungsstellen und Abbrucheinrichtungen fest. Ziel ist die **gesetzkonforme und geregelte Umsetzung des SchKG** auf Landesebene.

Zu 7:

Das SchKG-AG LSA regelt die Bereitstellung und Organisation von Beratungsstellen für Frauen, die sich in einer Schwangerschaftskonfliktsituation befinden. Es verfolgt mehrere zentrale Ziele: Sicherstellung der Beratungsangebote, der Qualität der Beratung, des Zugangs zu Informationen und der Vertraulichkeit und des Datenschutzes der betroffenen Frauen.

7.3.1.3 Landesinterne Meldelisten über Abbrucheinrichtungen

Sechs Bundesländer geben an, eigene landesinterne Meldelisten über Schwangerschaftsabbruchseinrichtungen zu veröffentlichen: Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Sachsen. Die Aufnahme auf diese Liste ist in allen Bundesländern freiwillig und mit dem Einverständnis der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte verbunden. In Bayern besteht eine Auskunftspflicht der Gesundheitsämter und Krankenkassen. Diese erteilen nach Art. 24 Abs. 3 Satz 1 GDG auf Ersuchen Frauen, die eine Schwangerenkonfliktberatung nach § 219 StGB oder die schriftliche Feststellung eines Arztes oder einer Ärztin über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 oder 3 StGB nachweisen, Auskunft über Bezeichnung und Anschrift der im Regierungsbezirk nach Art. 22 GDG zugelassenen Einrichtungen, soweit die jeweiligen Träger oder Inhaber einer solchen Einrichtung in eine solche Unterrichtung eingewilligt haben. Über die Anzahl, wie viele Ärztinnen und Ärzte bereit sind, sich auf diese Listen setzen zu lassen, gibt es keine Informationen. In Sachsen führen die Beratungsstellen nach Auskunft des Landesministeriums landkreisbezogene Listen, die den Frauen ausgehändigt und regelmäßig aktualisiert werden, um sicherzustellen, dass die aufgeführten Einrichtungen noch Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Niedersachsen hat 2019 eine Liste veröffentlicht, in die sich Ärztinnen und Ärzte eintragen können, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dieses Angebot wurde von der Ärztinnen und Ärzteschaft jedoch kaum genutzt. In Hamburg veröffentlicht das Amt für Gesundheit auf seiner Internetseite eine eigene Liste von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Diese Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen werden in unregelmäßigen Abständen angeschrieben, um zu überprüfen, ob sie immer noch Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Ist dies der Fall, werden sie um eine Einverständniserklärung zur Aufnahme in die öffentliche Liste gebeten. In Berlin veröffentlicht die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin auf ihrer Internetseite eine Liste über Ärztinnen und Ärzte/Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen und auch hier wird vor der Veröffentlichung die Zustimmung eingeholt. Die Liste wird laufend aktualisiert und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zwei weitere Bundesländer geben an, aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken keine landesinternen Listen über Abbrucheinrichtungen zu veröffentlichen, obwohl Zweifel an der Vollständigkeit und Aktualität der über die Bundesärztekammer veröffentlichten Liste bestehen. Im Interview wurde eingeschätzt, dass die Liste der Bundesärztekammer maximal 25 % der eigenen Meldestellen enthält. Acht Bundesländer verfügen neben der Liste der Bundesärztekammer über keine eigenen Listen von Abbrucheinrichtungen.

In diesem Zusammenhang werden von mindestens zwei Bundesländern Initiativen beschrieben, die Angebote im eigenen Bundesland durch Befragungen der Ärztinnen und Ärzte erfassen. Die Resonanz auf diese Befragungen wird jedoch nicht positiv bewertet und Übersichten zur

Angebotssituation bleiben unvollständig. Mögliche ergänzende Adresslisten von Schwangerenberatungsstellen oder Konfliktberatungsstellen werden ebenfalls erwähnt, es kann jedoch keine fundierte Aussage darüber getroffen werden, ob es sich dabei um Listen von Abbrucheinrichtungen handelt, die zusätzlich zur Liste der Bundesärztekammer im Bundesland erstellt wurden.

7.3.1.4 Kooperation und Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteure

Vertreterinnen und Vertreter aus 14 der 16 Bundesländer geben an, mit anderen Akteurinnen und Akteure in Kontakt zu stehen bzw. zusammenzuarbeiten, wobei Beratungsstellen oder die Kassenärztliche Vereinigung als zentrale Kooperationspartnerinnen und -partner genannt werden. In zwei Bundesländern gibt es keine direkte Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteure. Es gibt jedoch eine Sensibilisierung für Beschwerden und das Fehlen von detaillierten Daten sowie kooperierende Berufsgruppen und geeignete Netzwerkstrukturen.

7.3.1.5 Handlungsbedarfe

Dreizehn Bundesländer benennen konkreten Handlungsbedarf. Zusammenfassend betrifft der genannte Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen aus Sicht der Bundesländer folgende übergeordnete Themenbereiche:

7.3.1.5.1 Gesellschaftliche Debatte und Enttabuisierung

Ein häufig genanntes und als äußerst wichtig erachtetes Thema ist die Förderung einer intensiveren gesellschaftlichen Diskussion über Schwangerschaftsabbrüche. Das Thema sollte mehr öffentliche Aufmerksamkeit erhalten, da ein offenerer Umgang damit zur Enttabuisierung beitragen kann. In diesem Kontext wird auch die Verbesserung des Zugangs zu Informationen angesprochen.

7.3.1.5.2 Zugang zu Daten, die Datenerhebung und Datenbewertung.

Die Forderung nach einer differenzierten Erfassung und Verbesserung der Datenlage wird als bedeutsam erachtet. Es wird hervorgehoben, dass aktuelle und vor allem regional aufgeschlüsselte Daten zur Ist-Situation erforderlich sind und dass das Bundesgesetz zur medizinischen Versorgung klarer formuliert werden sollte, um die Ausführungsbestimmungen für die einzelnen Länder zu präzisieren.

Auf regionaler Ebene stellt die intransparente Datenlage derzeit ein zentrales Problem dar, da es schwierig ist, das genaue Verhältnis von Praxen zu Kliniken im Land zu bestimmen. Dies liegt vor allem daran, dass entsprechende Daten nicht gesondert erfasst werden, was eine detaillierte Analyse der vorhandenen Versorgungsinfrastruktur erschwert. Es wird daher gefordert, die notwendigen Daten zu erheben. Dies wurde nicht weiter spezifiziert. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die derzeitigen Steuerungsinstrumente im Bereich der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen unzureichend sind, da sie sich auf die Schwangerschaftskonfliktberatung beschränken. Diese Instrumente stellen zwar bereits eine wichtige Unterstützung dar, es zeigt sich jedoch, dass eine Ausweitung auf Schwangerschaftsabbrucheinrichtungen einen ähnlich positiven Effekt haben könnte. Die Erarbeitung und Umsetzung vergleichbarer Regelungen für diese Einrichtungen würde nicht nur für einheitliche Standards sorgen, sondern auch die Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen deutlich erhöhen.

7.3.1.5.3 Kontakt zu medizinischen Fachkräften und Fachverbänden

Die Ministerien äußern den verstärkten Wunsch nach einem engeren Kontakt mit der Ärztinnen und Ärzteschaft, um einen konstruktiven Dialog über die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen führen zu können. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund des bestehenden Nachwuchsmangels als unerlässlich angesehen. Um den Herausforderungen in der medizinischen Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch wirksam zu begegnen, wird angestrebt, die Ärztinnen und Ärzteschaft zu einem stärkeren Engagement für den Schwangerschaftsabbruch zu motivieren, da sie die zentrale Berufsgruppe ist, die die Zahl der Versorgungsangebote erhöhen und die Versorgungssituation verbessern kann. Dabei kommt den ärztlichen Fachverbänden eine Schlüsselrolle zu: Auch sie sollen motiviert werden, das Thema Schwangerschaftsabbruch proaktiv in ihren Agenden zu verankern und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Als spezifischer Anreiz für Ärztinnen und Ärzte, sich aktiv an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen zu beteiligen, wird in einem Bundesland die Einrichtung einer Fallpauschale vorgeschlagen. Dieser finanzielle Ausgleich soll als Anreiz dienen, Schwangerschaftsabbrüche in das Leistungsspektrum aufzunehmen. Der Ansatz verfolgt das Ziel, den Zugang zur medizinischen Versorgung auch qualitativ zu verbessern und damit die Versorgungsqualität insgesamt zu erhöhen. Die Ministerien erhoffen sich durch einen besseren Kontakt zur Ärztinnen- und Ärzteschaft eine grundlegende strukturelle Verbesserung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen.

7.3.1.5.4 Nachwuchs fördern, „Generationenwechsel“ und Versorgung absichern

Ein weiterer wichtiger Ansatz, um die Versorgung in Zukunft sicherzustellen, wird bei der Aus- und Weiterbildung der - gesehen. Diese sollte angepasst werden, indem Schwangerschaftsabbrüche dezidiert im Curriculum der Facharztausbildung verankert werden. Aber auch schon während des Studiums sollte eine verstärkte Aufklärung und Information über den Schwangerschaftsabbruch, insbesondere den medikamentösen Abbruch, in die Curricula der medizinischen Studiengänge integriert werden. Eine gesetzliche Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs in der medizinischen Ausbildung wurde vorgeschlagen, da man sich davon einen Einfluss auf die Versorgung verspricht. Es wird deutlich, dass in einigen Ministerien der Wunsch besteht, Einfluss auf die Ausbildung zu nehmen. Auch Handlungsoptionen, die direkt die medizinische Versorgung betreffen, wurden angesprochen. So sollte die alleinige Entscheidung der Kliniken, ob sie Schwangerschaftsabbrüche anbieten oder nicht, hinterfragt werden. Auch die Rolle der Hausärztinnen und -ärzte in der Versorgung bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch wurde eingebracht, wobei betont wurde, dass die Entscheidung darüber schlussendlich bei der Ärztinnen- und Ärzteschaft liegt. Vereinzelt wurde die Einbeziehung von Telemedizin als wichtiger Aspekt der Versorgung befürwortet. Die Zulassung von Ärztinnen und Ärzte zum Schwangerschaftsabbruch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sollte erleichtert werden.

7.3.1.5.5 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen

Mehrere Befragte sprachen sich für eine breitere gesellschaftliche und rechtliche Anerkennung des Schwangerschaftsabbruchs aus. Die Sicherstellung der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen erfordert mehr Aufmerksamkeit und eine Reihe gezielter Maßnahmen, um bestehende Hürden und Unsicherheiten in diesem Bereich abzubauen. Es mangelt an klaren gesetzlichen Regelungen und deren konkreter Umsetzung, auch Gesetzesänderungen werden gefordert. Die Forderung nach einer solchen Gesetzesänderung wird nicht zuletzt damit begründet, klare und verständliche Regelungen zu schaffen, die den Schwangerschaftsabbruch explizit einschließen. Zur Verbesserung der Versorgung wird vorgeschlagen, das Thema im Gesundheitsministerium besser zu verankern, die Ärztekammern sollten den Schwangerschaftsabbruch als eine ihrer Aufgaben

betrachten. Darüber hinaus wird die Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und anderen relevanten Ministerien als entscheidend angesehen. Mehrere der Befragten befürworteten darüber hinaus, einen Ansatz zu entwickeln, der den Schwangerschaftsabbruch als normale medizinische Leistung und als Teil der medizinischen Regelversorgung anerkennt. Eine Vernetzung zwischen den Landesministerien wird befürwortet.

Gefordert wurde eine Verbesserung der Regelung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen durch ein klares Bekenntnis der Politik und eine bessere Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen.

Zur strukturellen Verortung gaben vier Ministerien konkrete Verbesserungshinweise. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob die Hauptverantwortung für die medizinische Versorgung nicht im Gesundheitsressort liegen sollte, da bisher der Einfluss auf den medizinischen Sektor begrenzt zu sein scheint. Kurze Wege und klare Zuständigkeiten sollten angestrebt werden.

7.3.1.5.6 Schutz vor Belästigung und Werbeverbot

Auch die Themen "Gehsteigbelästigung" und "Werbeverbot nach § 219a StGB" wurden im Rahmen der Handlungsoptionen als Probleme benannt. Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung wird auf eine weitere Ausführung verzichtet: (Verbot von "Gehsteigbelästigungen", Streichung des § 219a StGB, Bundestagsbeschluss vom 24.6.2022).

7.3.1.5.7 Fazit

Zusammenfassend sehen die Bundesländer Handlungsbedarf in der Gesundheitspolitik, in der Ausbildung und in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Schwangerschaftsabbruchs. Sie fordern eine Enttabuisierung des Themas, eine verstärkte Ausbildung des ärztlichen Personals und klare gesetzliche Regelungen zur Verbesserung der Versorgungssituation.

7.3.2 Strukturdatenanalyse zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch (AP 3-1)

Der Zugang zu Versorgung wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Zwei zentrale Zugangsdimensionen sind die Verfügbarkeit und die räumliche Erreichbarkeit von Angeboten (Penchansky und Thomas 1981). Die räumliche Erreichbarkeit beinhaltet im Wesentlichen das Verhältnis zwischen dem Ort des Angebots und dem Ort und der Mobilität der Patientinnen. Eine geringe Erreichbarkeit führt zu großen Entfernungen und langen Fahrtzeiten zum Angebot. Verfügbarkeit beschreibt das Verhältnis von Kapazitäten der existierenden Angebote sowie dem Bedarf der Patientinnen. Eine geringe Verfügbarkeit führt bspw. zu langen Wartezeiten auf Termine oder Ablehnung von Patientin aufgrund zu großer Nachfrage. Dies kann dazu führen, dass Patientinnen auf ein weiter entferntes Angebot zurückgreifen müssen, wo noch Kapazitäten verfügbar sind oder eine schnellere Terminvergabe möglich ist. Es wird deutlich, dass Verfügbarkeit und Erreichbarkeit zwar theoretisch unterschiedliche Dimensionen sind, in der Praxis jedoch eng miteinander verbunden sind. Daher sollten sie bei der Analyse regionaler Unterschiede im Zugang zur Versorgung gemeinsam betrachtet werden. Im Rahmen der ELSA-Studie wurden Strukturdaten ausgewertet, um die regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu erfassen.

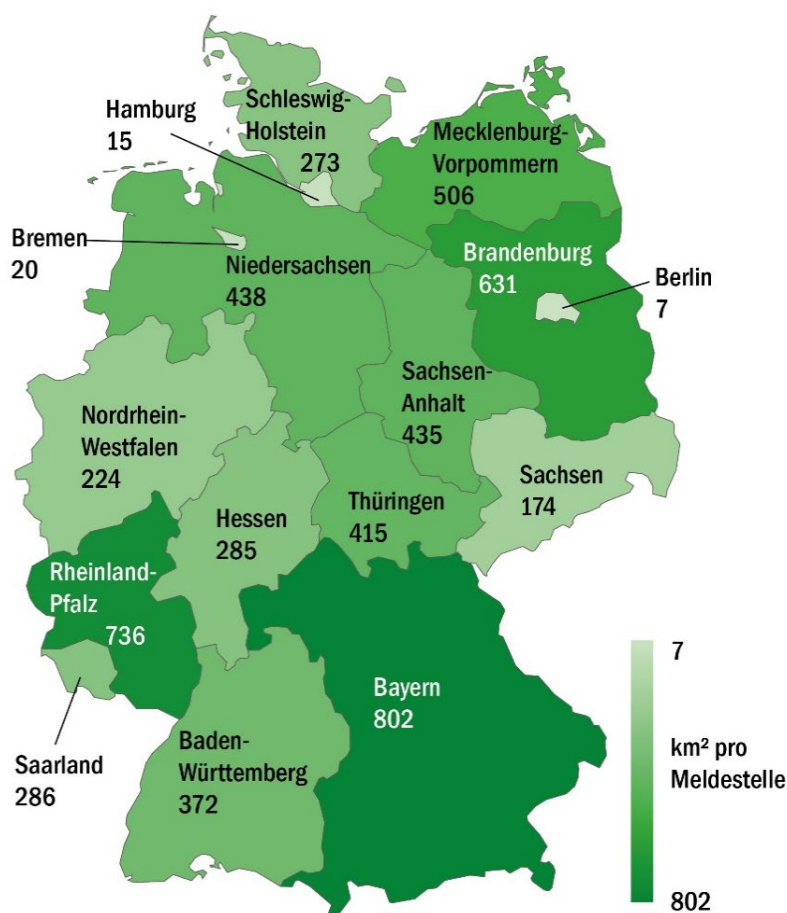
Im ersten Teil werden die Analysen zur Erreichbarkeit von Angeboten präsentiert. Dazu gehören Berechnungen der Relationen zwischen Fläche und Meldestellen/Einrichtungen sowie eine Analyse der statistischen Fahrzeiten zum nächstgelegenen Angebot. In diesem Abschnitt wird auch ein Kriterium für eine ausreichende Erreichbarkeit von Angeboten für Schwangerschaftsabbrüche vorgeschlagen. Im zweiten Teil werden die Analysen zur Verfügbarkeit vorgestellt. Hierzu zählen Berechnungen der Versorgungsdichte sowie Analysen zur Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen und zur regionalen Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche im gesamten Bundesgebiet.

7.3.2.1 Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch

7.3.2.1.1 Versorgungsindikator „Fläche“

Für die Untersuchung regionaler Unterschiede in der räumlichen Erreichbarkeit wurde zunächst das Verhältnis zwischen der Fläche in Quadratkilometern und der Anzahl der Meldestellen berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass dieses Verhältnis zwischen den Bundesländern stark variiert: Die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen verzeichnen die mit Abstand niedrigsten Werte (7 bis 20 km² pro Meldestelle). Bei den Flächenländern gibt es erhebliche Unterschiede von 174 km² pro Meldestelle (Sachsen) bis 802 km² pro Meldestelle (Bayern) (vgl. Abb. 7.189).

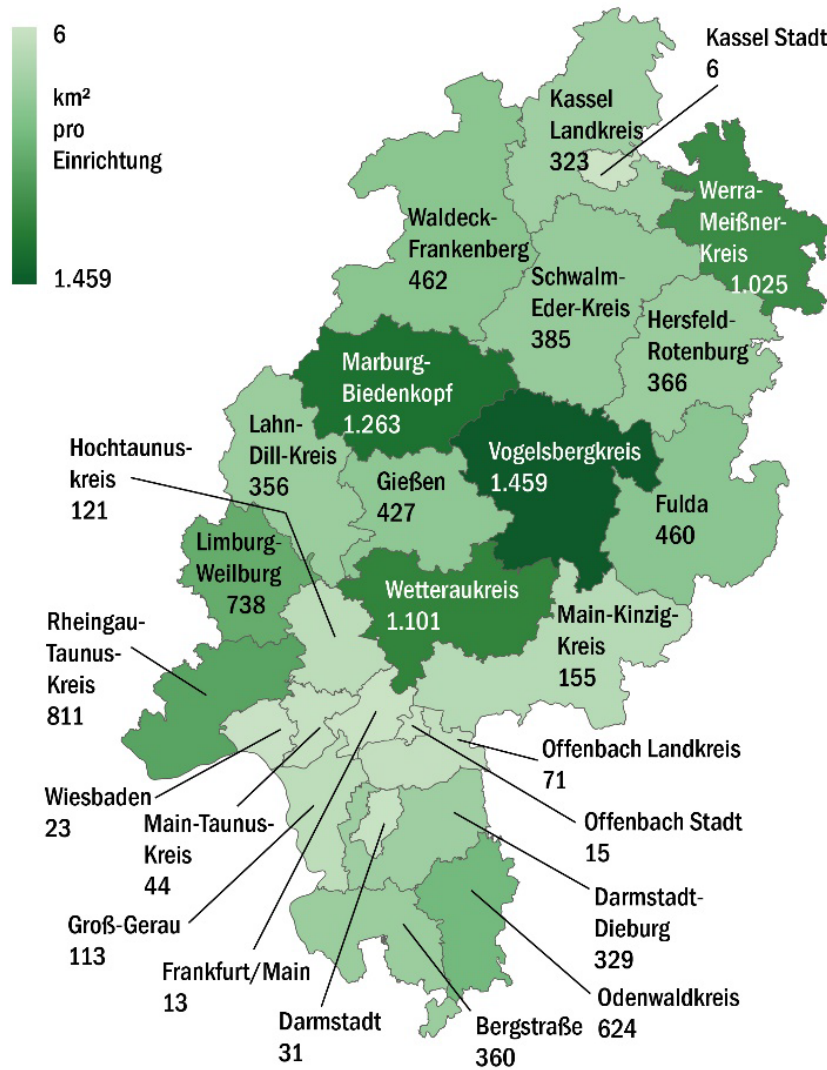
Abb. 7.189: Fläche pro Meldestelle nach Bundesländern (2022)



ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2022a) und (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2023)

Für die Bundesländer Hessen und Bayern konnten aufgrund der vorhandenen Daten Berechnungen auf Landkreis- bzw. Regierungsbezirksebene durchgeführt werden (vgl. Kapitel 5.3.2.1.1). Es zeigt sich hier, dass innerhalb der Bundesländer Hessen und Bayern sogar noch größere regionale Disparitäten bezüglich der Fläche bestehen: So liegen die Werte der Flächenlandkreise in Hessen zwischen 44 km² im Main-Taunus-Kreis und über 1.459 km² im Vogelsbergkreis (vgl. Abb. 7.190).

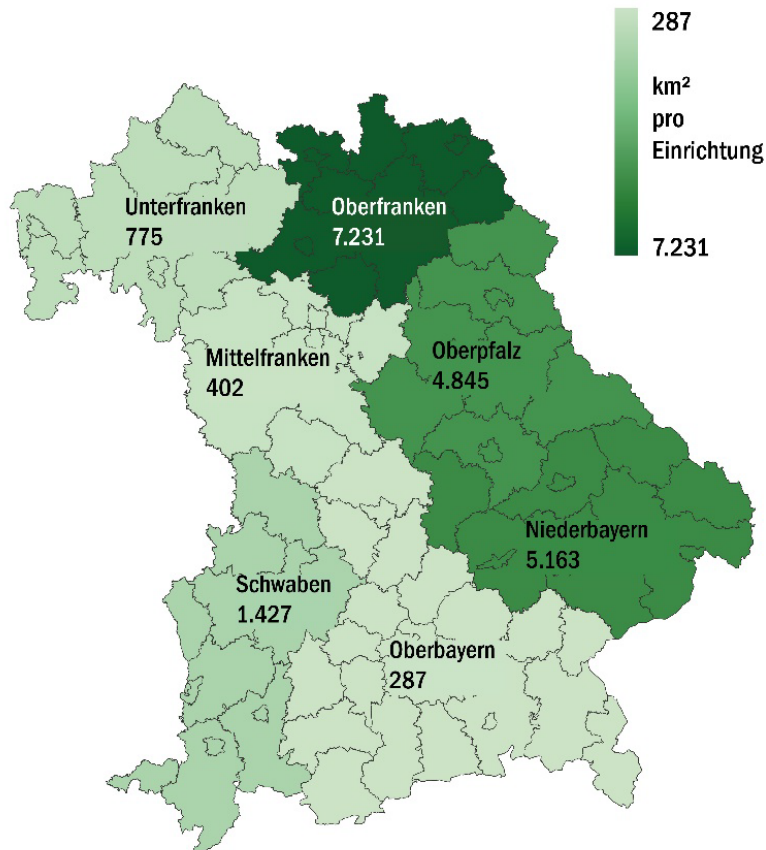
Abb. 7.190: Fläche pro Einrichtung nach Landkreisen in Hessen (2018)



ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Hessischer Landtag 2018) und (Hessischer Landkreistag e.V. 2020)

In Bayern gibt es erhebliche regionale Unterschiede bei der Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche. Diese reichen von 287 km² pro Einrichtung in Oberbayern (mit München) bis zu 7.231 km² pro Einrichtung in Oberfranken (vgl. Abb. 7.191). Die Regierungsbezirke Oberpfalz, Niederbayern und Oberfranken haben mit 117, 123 und 148 Einwohnerinnen und Einwohner pro km² die niedrigsten Bevölkerungsdichten in Bayern und weisen gleichzeitig die höchsten Werte bei den Flächenverhältnissen auf, die zwischen etwa 5.000 und 7.000 km² pro Einrichtung liegen. Im Gegensatz dazu hat Unterfranken mit 156 Einwohnerinnen und Einwohner pro km² eine ähnliche niedrige Bevölkerungsdichte, jedoch nur etwa 800 km² pro Einrichtung.

Abb. 7.191: Fläche pro Einrichtung nach Regierungsbezirken in Bayern (2020)



¹⁾ nur Kliniken einbezogen, die Abbrüche nach Pflichtberatung anbieten
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Bayerischer Landtag 2020) und (Bayerisches Landesamt für Statistik 2019)

Die Berechnungen der Verhältnisse zwischen der Fläche und den Angeboten für Schwangerschaftsabbrüche zeigen, dass die räumliche Erreichbarkeit in Deutschland regional unterschiedlich ist. In Bayern, Rheinland-Pfalz und Brandenburg gibt es im Durchschnitt deutlich mehr Quadratkilometer pro Meldestelle als in den Stadtstaaten und Sachsen. Außerdem zeigen sich in Bayern und Hessen große Unterschiede zwischen den einzelnen Regierungsbezirken und Landkreisen.

7.3.2.1.2 Fahrtzeit zum nächsten Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch

Im Folgenden werden Analysen vorgestellt, die durch statistische Berechnungen der Fahrtzeiten zum nächstgelegenen Angebot genauere Informationen zur räumlichen Erreichbarkeit liefern.

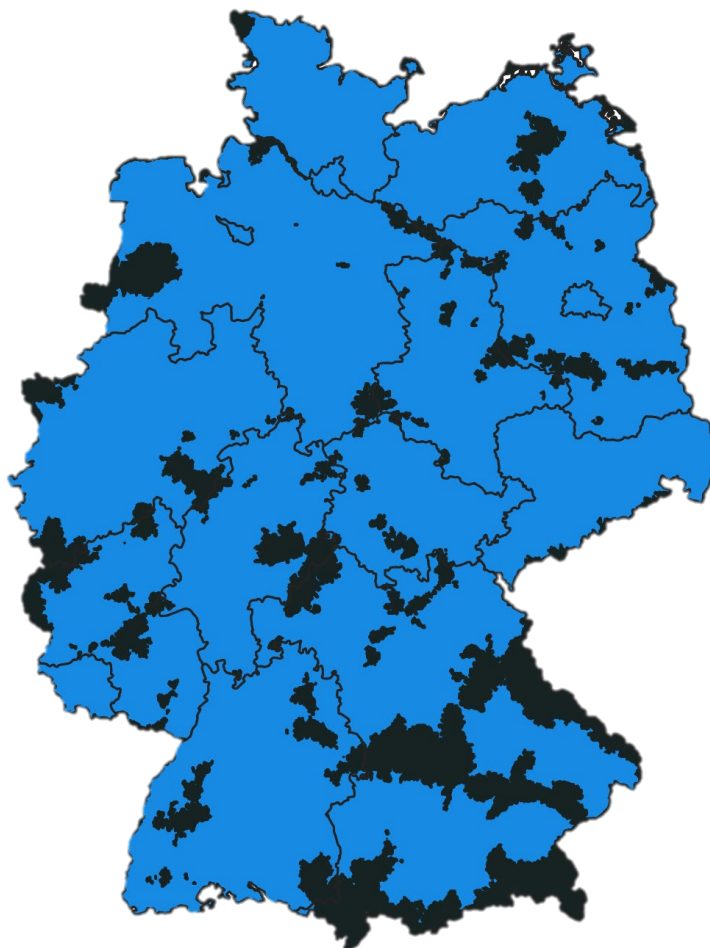
Die Grundlage für diese Erreichbarkeitsanalyse ist eine Liste mit 1.048 Adressen von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Diese Liste wurde im Rahmen des Projekts erstellt und umfasst Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet. Diese Adressen wurden georeferenziert,

und es wurde statistisch berechnet, welche Gebiete mehr als 40 PKW-Minuten von der nächsten Einrichtung entfernt sind. Die ermittelten Gebiete wurden dann mit den georeferenzierten Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes (StBA) verknüpft.

Für die Analyse wurde das Kriterium für eine ausreichende Erreichbarkeit aus der Bedarfsplanung für die ambulante gynäkologische Versorgung angesetzt. Hier ist festgelegt, dass 95 % der Bevölkerung das nächste gynäkologische Angebot innerhalb von maximal 40 Minuten mit dem PKW erreichen sollen (§ 35 Abs. 5 Nr. 3 der BPL-RL des G-BA). Zur Datengrundlage und dem methodischen Vorgehen siehe ausführlich Kapitel 5.3.2)

Abb. 7.192 zeigt die Gebiete, in denen man mehr als 40 Minuten mit dem Auto zur nächsten Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch fahren muss. Besonders im Süden und Westen Deutschlands gibt es große Bereiche, in denen die nächste Einrichtung nicht innerhalb von 40 PKW-Minuten erreichbar ist. Größere zusammenhängende Gebiete mit eingeschränkter Erreichbarkeit finden sich vor allem in Bayern, Ostthessen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern. Kleinere Flächen mit ähnlichen Problemen gibt es zudem in Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen und Nordrhein-Westfalen. In den Stadtstaaten sowie im Saarland sind keine solchen Flächen vorhanden.

Abb. 7.192: Gebiete außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten (in schwarz)



ELSA-Erreichbarkeitsanalyse auf Grundlage der ermittelten Adressen von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch 2024

Insgesamt leben 4,5 Millionen Menschen in Deutschland in Gebieten, die mehr als 40 Minuten mit dem Auto von der nächsten Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch entfernt sind. Das entspricht 5,4 % der gesamten Bevölkerung. Von diesen 4,5 Millionen Menschen wohnen 2,5

Millionen in Bayern, was 19,2 % der Bevölkerung dort ausmacht (vgl. Tab. 7.57). In 209 von 400 Landkreisen werden für den Weg zum nächsten Angebot länger als 40 Minuten mit dem Auto benötigt.

In 85 von 400 Landkreisen benötigen mehr als 5 % der Bevölkerung über 40 Minuten mit dem Auto, um zur nächsten Einrichtung zu gelangen. Diese Landkreise erfüllen somit nicht das festgelegte Kriterium für eine ausreichende Erreichbarkeit. Unter diesen 85 Landkreisen befinden sich 43 in Bayern sowie jeweils acht in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Sechs Landkreise liegen in Niedersachsen, vier in Thüringen, während Mecklenburg-Vorpommern und Hessen jeweils drei Landkreise aufweisen. In Brandenburg und Schleswig-Holstein gibt es jeweils einen Landkreis mit ähnlichen Erreichbarkeitsproblemen (vgl. Tab. 7.57).

Tab. 7.57: Bevölkerung und Bevölkerungsanteil außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung nach Bundesländern, inkl. Anzahl der Landkreise ohne ausreichende Erreichbarkeit (= Bevölkerungsanteil > 5 %)

Bundesland	Einwohnerinnen und Einwohner mit > 40 PKW- Minuten zum nächsten Angebot ¹⁾	Bevölkerungsanteil in % ²⁾	Anzahl der Landkreise ohne ausreichende Erreichbarkeit ³⁾
Bayern	2.527.107	19,2	43
Rheinland-Pfalz	240.504	5,9	8
Mecklenburg-Vorpommern	90.496	5,6	3
Baden-Württemberg	441.912	4,0	8
Niedersachsen	308.817	3,8	6
Hessen	240.174	3,8	3
Nordrhein-Westfalen	526.348	2,9	8
Brandenburg	48.415	1,9	1
Thüringen	39.916	1,9	4
Schleswig-Holstein	43.506	1,5	1
Sachsen-Anhalt	20.798	1,0	0
Sachsen	7.293	0,2	0
Hamburg	22	0,0	0
Saarland	0	0,0	0
Berlin	0	0,0	0
Bremen	0	0,0	0
Gesamtsumme	4.535.308	5,4	85

¹⁾ Berechnung auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2023b)

²⁾ Berechnung auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2023a)

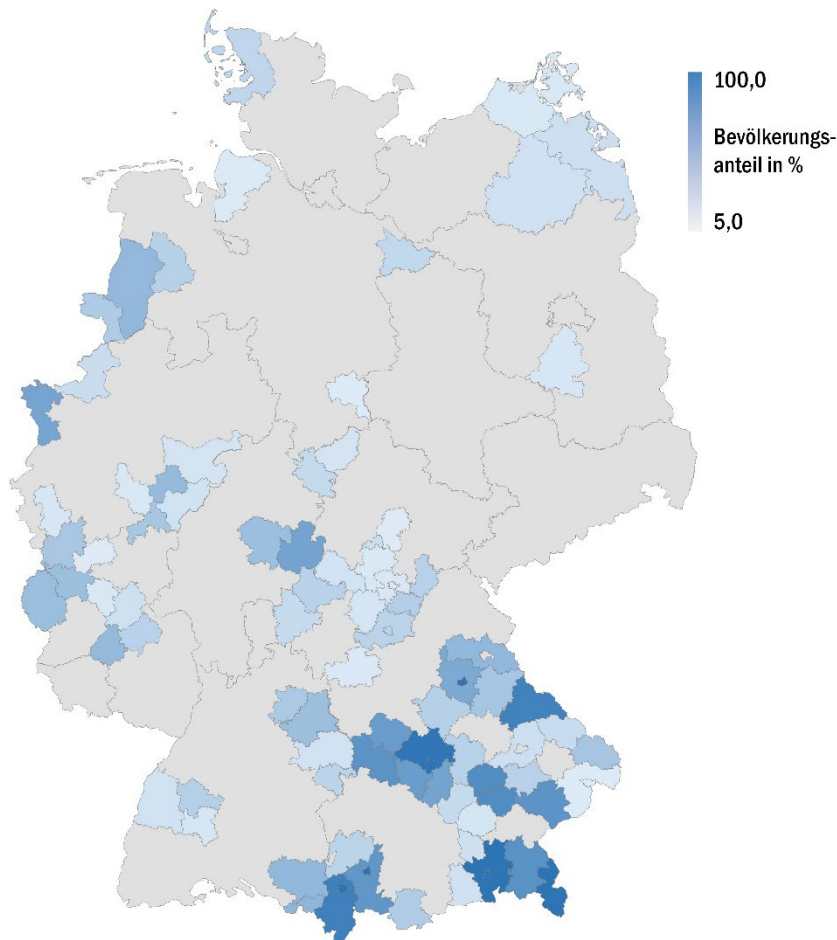
³⁾ ELSA-Erreichbarkeitsanalyse auf Grundlage der ermittelten Adressen von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch 2024

Mit 43 Kreisen liegen mehr als die Hälfte der Landkreise ohne ausreichende Erreichbarkeit in Bayern (vgl. Abb. 7.193). In diesen Landkreisen überschreitet der Anteil der Bevölkerung, die länger als 40 Minuten mit dem Auto zur nächsten Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch benötigt, teilweise deutlich die Schwelle von 5 %. In 18 Landkreisen beträgt dieser Anteil mehr als 50 %, und in sechs Landkreisen sowie kreisfreien Städten ist die Erreichbarkeit sogar vollständig unzureichend, da alle Einwohnerinnen und Einwohner dort länger als 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot benötigen. Diese sechs Landkreise sind die kreisfreien Städte Amberg, Ingolstadt, Kaufbeuren und

Kempton (Allgäu) sowie der Landkreis Berchtesgadener Land und die Kreisregion Rosenheim (einschließlich der kreisfreien Stadt Rosenheim).

Die Ergebnisse zeigen, dass in einigen Regionen Deutschlands für einen Teil der Bevölkerung keine ausreichende Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch gegeben ist. Dies trifft insbesondere auf Regionen im Westen und Süden Deutschlands zu, es finden sich aber auch im Norden und Osten des Bundesgebietes Regionen mit Problemen bei der Erreichbarkeit.

Abb. 7.193: Landkreise ohne ausreichende Erreichbarkeit



ELSA-Erreichbarkeitsanalyse auf Grundlage der ermittelten Adressen von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch 2024

7.3.2.2 Verfügbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch

Neben der Erreichbarkeit spielt auch die Dimension der Verfügbarkeit von Angeboten eine wichtige Rolle für den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen. Regionen, die bei der Erreichbarkeit gut abschneiden, können trotzdem Barrieren hinsichtlich der Verfügbarkeit von Angeboten aufweisen. Wenn die Kapazitäten von Angeboten ausgeschöpft sind und ungewollt Schwangere daher lange auf einen Termin warten müssen, wählen sie wahrscheinlich ein weiter entferntes Angebot. Dies hat wiederum negative Auswirkungen auf die Erreichbarkeit. Nach der Darstellung der Ergebnisse zur Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch werden in diesem Kapitel die Ergebnisse zur Verfügbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch vorgestellt.

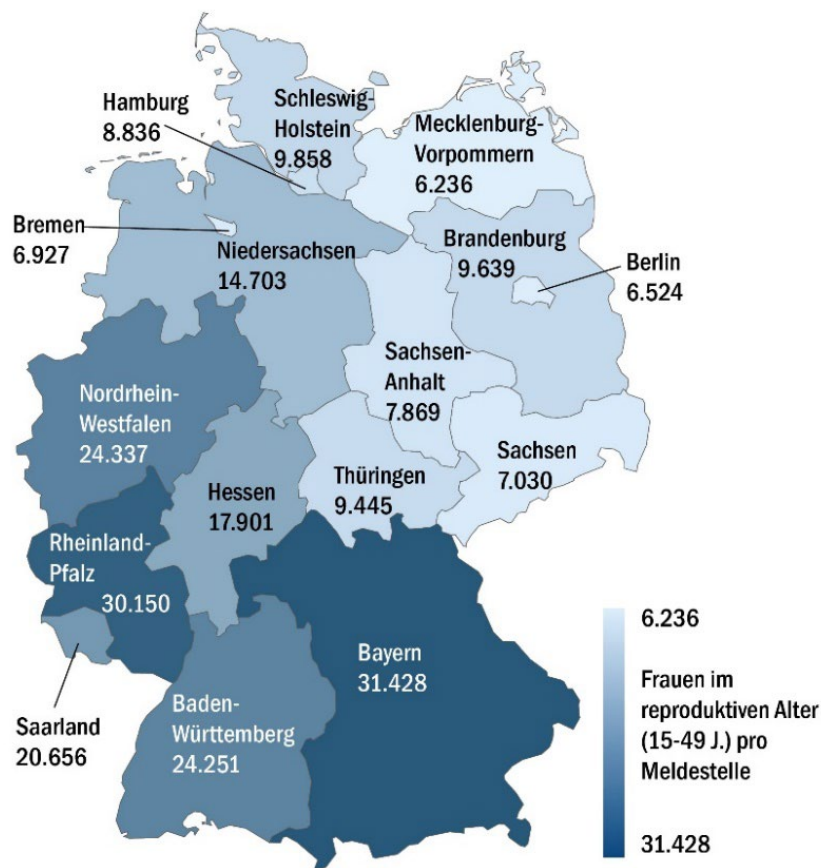
Mit den drei im Folgenden vorgestellten Indikatoren lassen sich auf Basis der vorliegenden Daten Aussagen über die regionale Verfügbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch treffen. Bei den Indikatoren handelt es sich um die Versorgungsdichte, die durchschnittliche Fallzahl und

den Anteil an Meldestellen, die keine oder nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durchführen („kleine Meldestellen“).

7.3.2.2.1 Indikator Versorgungsdichte

Die Versorgungsdichte gibt die Anzahl der Frauen im reproduktiven Alter (15-49 Jahre) pro Meldestelle an. Je höher die Anzahl der Frauen pro Meldestelle, desto niedriger die Versorgungsdichte. Im Jahr 2022 kamen in den Bundesländern auf eine Meldestelle zwischen 6.236 (Mecklenburg-Vorpommern) und 31.428 (Bayern) Frauen im reproduktiven Alter (vgl. Abb. 7.194). Auf der Karte ist ein klares Gefälle erkennbar: Die östlichen und nördlichen Bundesländer (inkl. Bremen) weisen mit maximal 9.858 Frauen (Schleswig-Holstein) allesamt höhere Versorgungsdichten auf als die westlichen und südlichen Bundesländer mit mindestens 14.703 Frauen (Niedersachsen).

Abb. 7.194: Versorgungsdichte nach Bundesländern (2022)



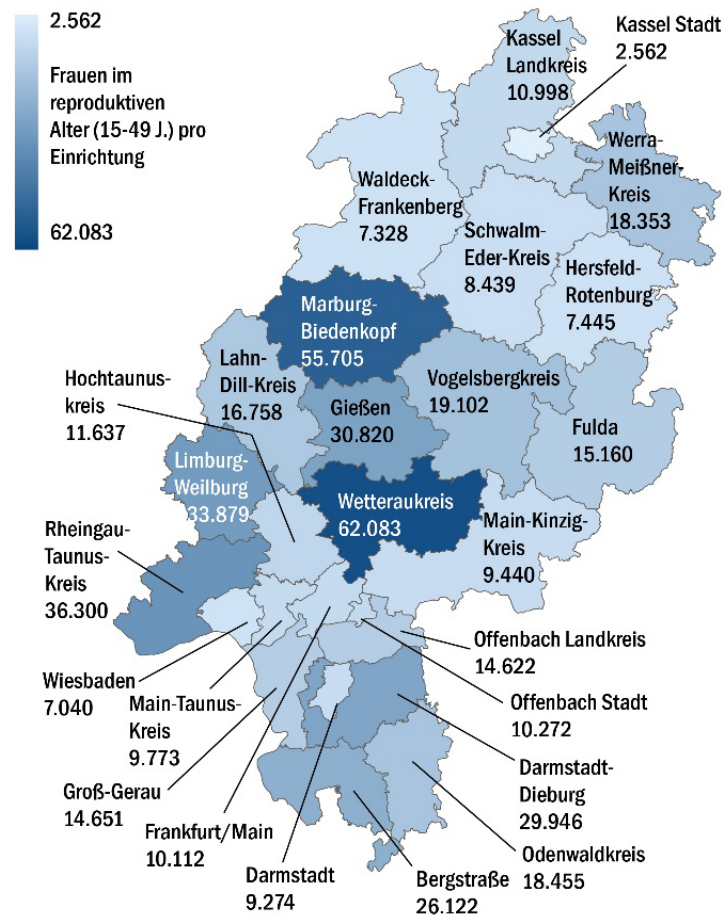
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2022a) und (Statistisches Bundesamt 2023a)

Die Auswertungen der Daten für Bayern (2020) und Hessen (2018) auf Regierungsbezirks- bzw. Landkreisebene zeigen, dass sich die Zahlen innerhalb eines Bundeslandes noch stärker unterscheiden können.

In Hessen hat die kreisfreie Stadt Kassel mit 2.562 Frauen im reproduktiven Alter pro Einrichtung die höchste Versorgungsdichte. Unter den Flächenlandkreisen weist Waldeck-Frankenberg mit 7.328 Frauen im reproduktiven Alter pro Meldestelle die höchste Dichte auf. Im Gegensatz dazu verzeichnet der Wetteraukreis mit 62.083 Frauen pro Einrichtung die niedrigste Versorgungsdichte (vgl. Abb. 7.195). Im Jahr 2018 waren auch in den Landkreisen Odenwaldkreis, Rheingau-Taunus-Kreis, Limburg-Weilburg, Marburg-Biedenkopf, Vogelsbergkreis und Werra-Meißner-Kreis jeweils

nur eine Einrichtung verzeichnet, die Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Diese Einrichtungen sind alle ambulante gynäkologische Praxen (Hessischer Landtag 2018).

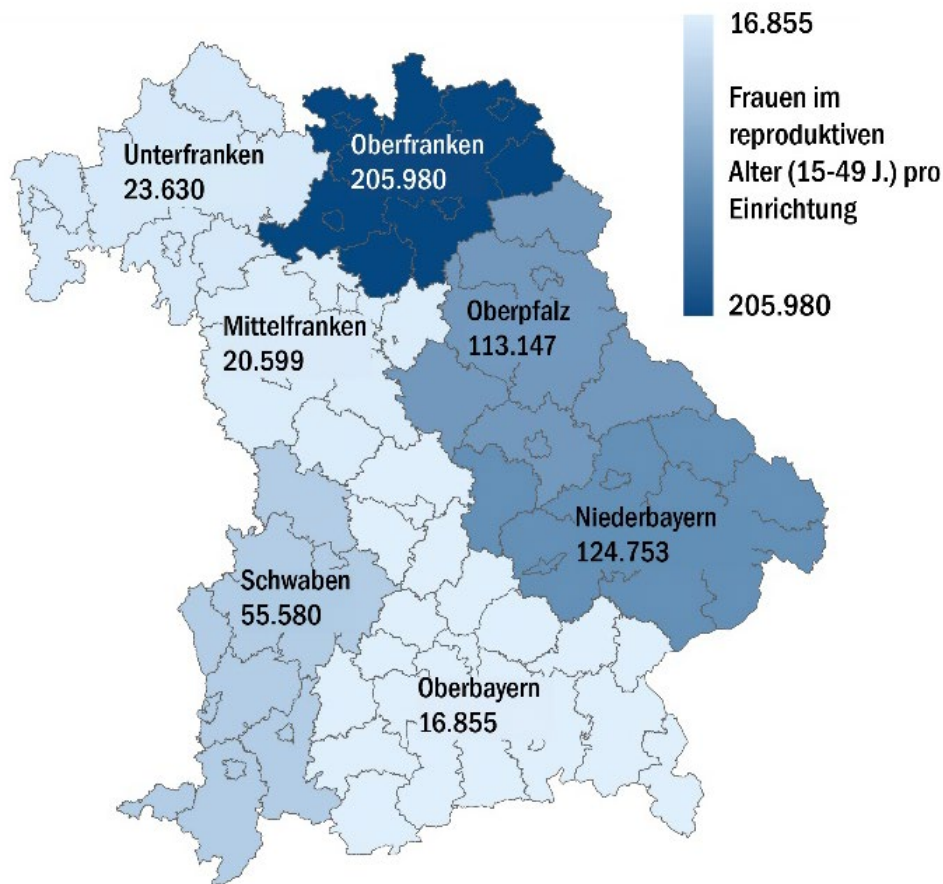
Abb. 7.195: Versorgungsdichte nach Landkreisen in Hessen (2018)



ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Hessischer Landtag 2018) und (Hessisches Statistisches Landesamt 2020)

Im Regierungsbezirk Oberbayern, wo auch die Landeshauptstadt München liegt, gibt es die höchste Versorgungsdichte mit 16.855 Frauen im reproduktiven Alter pro Einrichtung. Im Gegensatz dazu hat der Regierungsbezirk Oberfranken die niedrigste Versorgungsdichte: Hier kommen auf jede Einrichtung 205.980 Frauen im reproduktiven Alter, was mehr als zwölfmal so hoch ist (vgl. Abb. 7.196).

Abb. 7.196: Versorgungsdichte nach Regierungsbezirken in Bayern (2020)



ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Bayerischer Landtag 2020) und (Bayerisches Landesamt für Statistik 2023)

Die nördlichen und östlichen Bundesländer weisen höhere Versorgungsdichten auf als die westlichen und südlichen Bundesländer. Kleinräumige Berechnungen auf Landkreis- bzw. Regierungsbezirksebene für Bayern und Hessen zeigen, dass sich die Versorgungsdichten innerhalb der Bundesländer ebenfalls stark unterscheiden können.

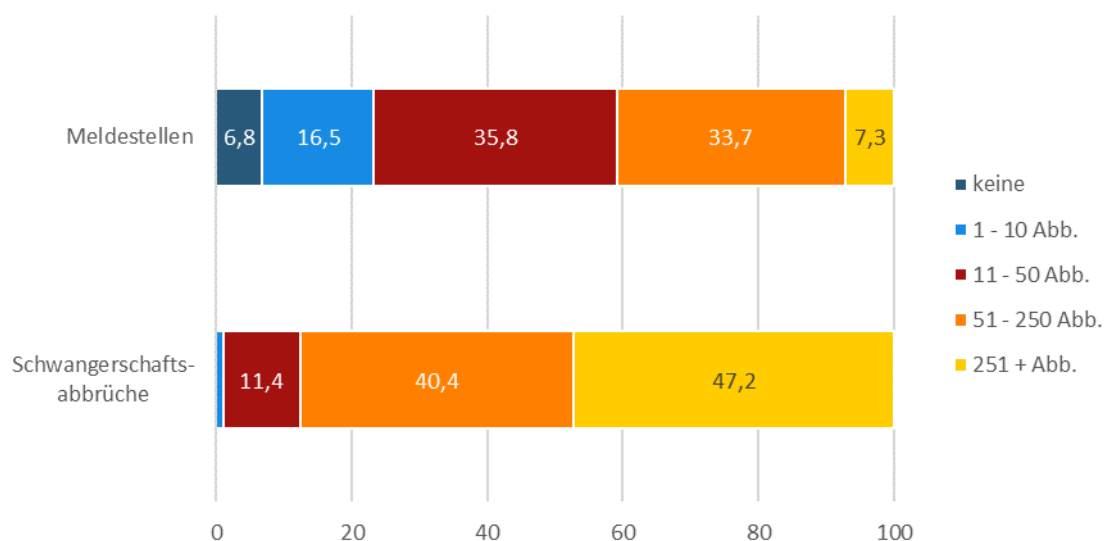
7.3.2.2.2 Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen

Im Folgenden werden zwei Indikatoren vorgestellt, mit denen Aussagen zur Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen auf die Meldestellen getroffen werden können. Der erste Indikator ist der Anteil der „kleinen Meldestellen“, die nur wenige Abbrüche durchführen. Der zweite Indikator ist die durchschnittliche Fallzahl, also die durchschnittliche Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen pro Meldestelle.

Größenklassen der Meldestellen

Die Sonderauswertung des StBA zu den Größenklassen der Meldestellen (zur Beschreibung der Daten vgl. Kapitel 5.3.2.1.2) zeigt, dass die Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche stark zwischen den Meldestellen variiert (Statistisches Bundesamt 2022a). Im Jahr 2020 führten bundesweit 7,3 % aller Meldestellen mehr als 250 Abbrüche durch: Diese „großen Meldestellen“ waren für 47,2 % der gesamten Schwangerschaftsabbrüche verantwortlich. Im Gegensatz führten 6,8 % der Meldestellen keine Abbrüche durch, während 16,5 % nur 1 bis 10 Abbrüche verzeichneten. Insgesamt führte im Jahr 2020 knapp ein Viertel (23,3 %) der offiziellen Meldestellen keine oder nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durch (vgl. Abb. 7.197).

Abb. 7.197: **Anteile der Meldestellen und der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche nach Größenklassen der Meldestellen**

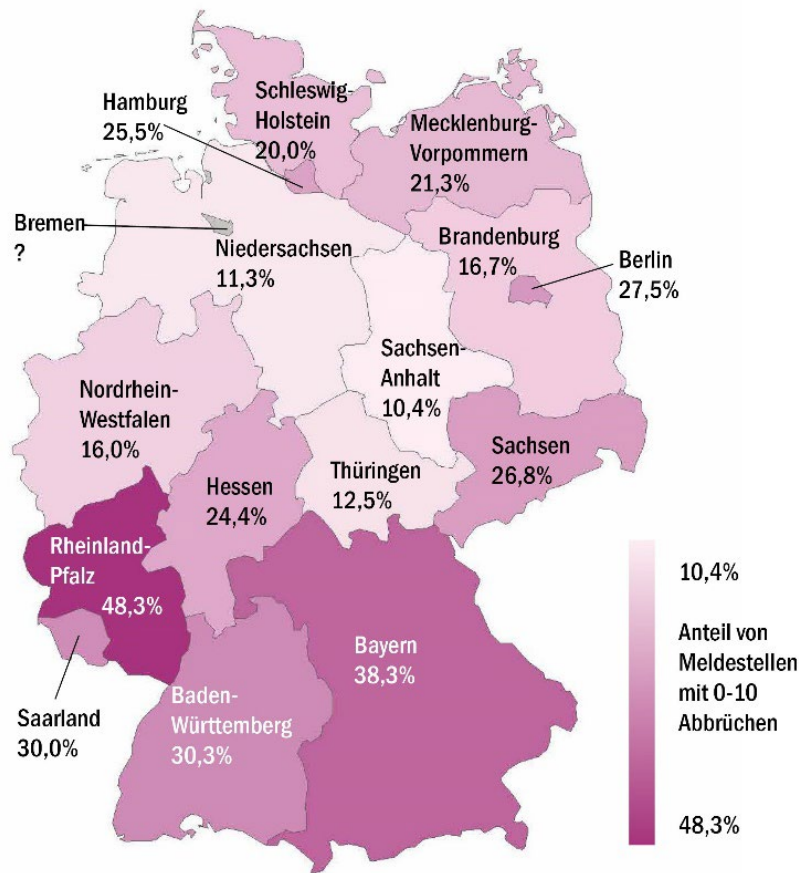


ELSA-Berechnungen auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2022b)

In einigen Bundesländern ist die Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen ungleicher als in anderen. In Bayern decken die „großen Meldestellen“ 76,9 % der Schwangerschaftsabbrüche ab, gefolgt von Hessen mit 62,4 % und Nordrhein-Westfalen mit 60,9 %. In Hamburg liegt dieser Anteil bei 54,4 %, in Baden-Württemberg bei 43,2 % und in Berlin bei 41,6 %. In Niedersachsen sind es nur 29,5 %, während es in Mecklenburg-Vorpommern keine „große Meldestelle“ gibt. Für die übrigen acht Bundesländer liegen aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen keine Informationen zur Anzahl der „großen Meldestellen“ vor.

Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich des Anteils der „kleinen Meldestellen“ an allen Meldestellen. In Rheinland-Pfalz liegt dieser Anteil mit 48,3 % am höchsten, gefolgt von Bayern mit 38,3 %. Im Gegensatz dazu ist der Anteil in Sachsen-Anhalt mit 10,4 %, Niedersachsen mit 11,3 % und Thüringen mit 12,5 % am niedrigsten (vgl. Abb. 7.198). Die Daten für Bremen zur Anzahl der „kleinen Meldestellen“ sind aufgrund der Zusammenfassung von Größenklassen durch das StBA nicht verfügbar.

Abb. 7.198: Anteil „kleiner Meldestellen“ (0-10 Abbrüche) nach Bundesländern (2020)



d

ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2022a)

Ein Vergleich der Bundesländer hinsichtlich der Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen zeigt, dass in einigen Regionen eine hohe durchschnittliche Fallzahl mit einer ungleichen Verteilung auf die Meldestellen einhergeht. In Bayern werden fast 80 % der Schwangerschaftsabbrüche von „großen Meldestellen“ durchgeführt, während gleichzeitig knapp 40 % der Meldestellen keine oder nur sehr wenige Abbrüche verzeichnen. Die durchschnittliche Fallzahl liegt mit etwa 140 Abbrüchen im oberen Bereich im bundesweiten Vergleich.

Im Gegensatz dazu gibt es in Mecklenburg-Vorpommern keine „große Meldestelle“, die durchschnittliche Fallzahl ist die niedrigste aller Bundesländer und der Anteil „kleiner Meldestellen“ beträgt 21 %. Hier ist die Verteilung der Abbrüche auf die Meldestellen gleichmäßiger, was wahrscheinlich auch an den unterschiedlichen Siedlungsstrukturen liegt. Während Mecklenburg-Vorpommern stark ländlich geprägt ist und große Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte aufweist, gibt es in Bayern mehr städtische Gebiete und Großstädte.

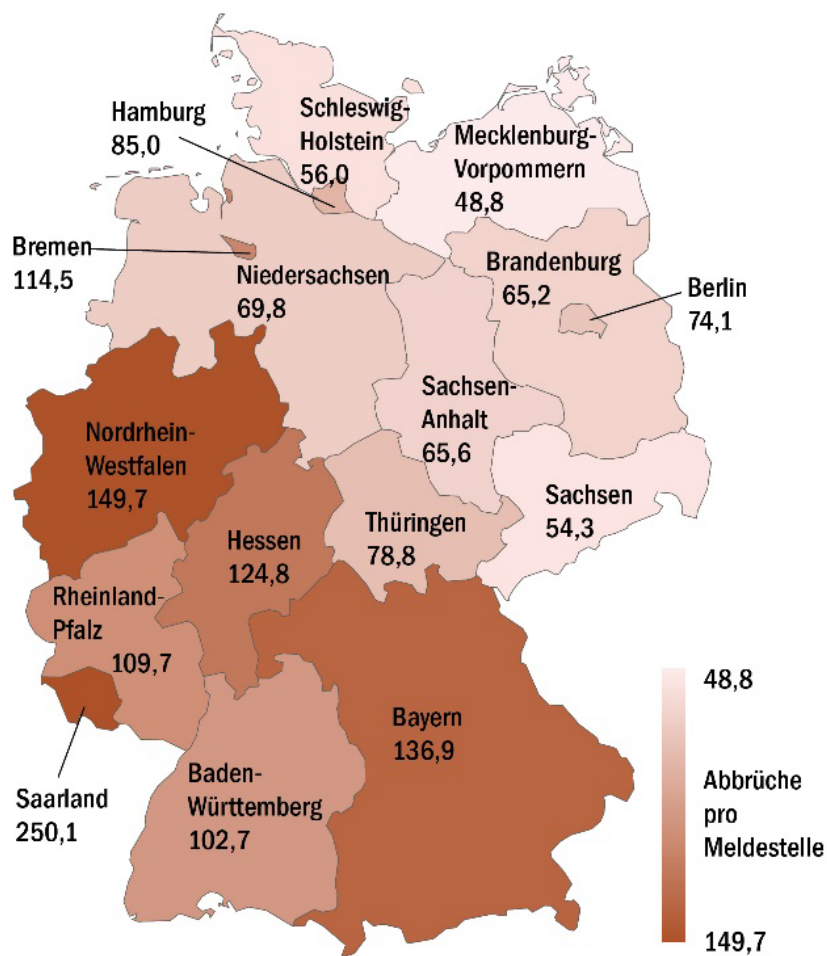
Ein Vergleich zwischen Bayern und Niedersachsen zeigt, dass trotz ähnlicher Siedlungsstrukturen die Anzahl der in den Einrichtungen durchgeführten Abbrüche stark variiert. In Niedersachsen liegt der Anteil der „kleinen Meldestellen“ bei etwa 11 %, und die „großen Meldestellen“ führen lediglich knapp 30 % der Abbrüche durch.

Durchschnittliche Fallzahl (Eingriffsland)

Der Indikator „durchschnittliche Fallzahl (Eingriffsland)“ zeigt, wie viele Schwangerschaftsabbrüche im Durchschnitt pro Meldestelle in jedem Bundesland durchgeführt werden. Alle Angaben beziehen sich auf das Berichtsjahr 2022.

Den mit Abstand höchsten Wert verzeichnet das Saarland: Hier kommen durchschnittlich 250,1 Schwangerschaftsabbrüche auf eine Meldestelle. Den zweithöchsten Wert bei der durchschnittlichen Fallzahl weist Nordrhein-Westfalen mit 149,7 Abbrüchen pro Meldestelle auf. Damit handelt es sich beim Saarland um einen statistischen Ausreißer. In Mecklenburg-Vorpommern ist der Wert um ein Vielfaches niedriger und beträgt 48,8 Abbrüche pro Meldestelle. Dies ist im Ländervergleich der niedrigste Wert, dicht gefolgt von Sachsen mit 54,3 und Schleswig-Holstein mit 56,0 Abbrüchen pro Meldestelle (vgl. Abb. 7.199).

Abb. 7.199: Durchschnittliche Fallzahl nach Bundesländern als Eingriffsland (2022)



¹⁾ In der Farbgebung wurde der Wert vom Saarland nicht berücksichtigt, da es sich um einen statistischen Ausreißer handelt. Stattdessen wurde der Wert von Nordrhein-Westfalen als Maximalwert der Farbskala gesetzt.
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2022a) und (Statistisches Bundesamt 2023c)

Die durchschnittliche Fallzahl ist in den meisten östlichen und nördlichen Bundesländern niedriger als in den anderen Bundesländern. Es zeigt sich ein ähnliches Gefälle zwischen den Bundesländern wie bei der Versorgungsdichte. Ausnahmen bilden hier Bremen mit 114,5 Abbrüchen pro Meldestelle, was eine minimal höhere durchschnittliche Fallzahl ergibt als Rheinland-Pfalz bzw. Baden-Württemberg mit 110 bzw. 103 Abbrüchen pro Meldestelle sowie Niedersachsen mit nur knapp 70 Abbrüchen pro Meldestelle. Einen großen Einfluss auf diese Zahlen hat die Tatsache, dass

in Bremen ein großer Anteil an Abbrüchen für Frauen aus Niedersachsen vorgenommen wird, hier also eine starke Mitversorgung vorliegt. Im Jahr 2022 wurden in Bremen insgesamt 946 Abbrüche für Frauen aus Niedersachsen vorgenommen, was 39,3 % aller in Bremen durchgeführten Abbrüche ausmacht (Statistisches Bundesamt 2023c).

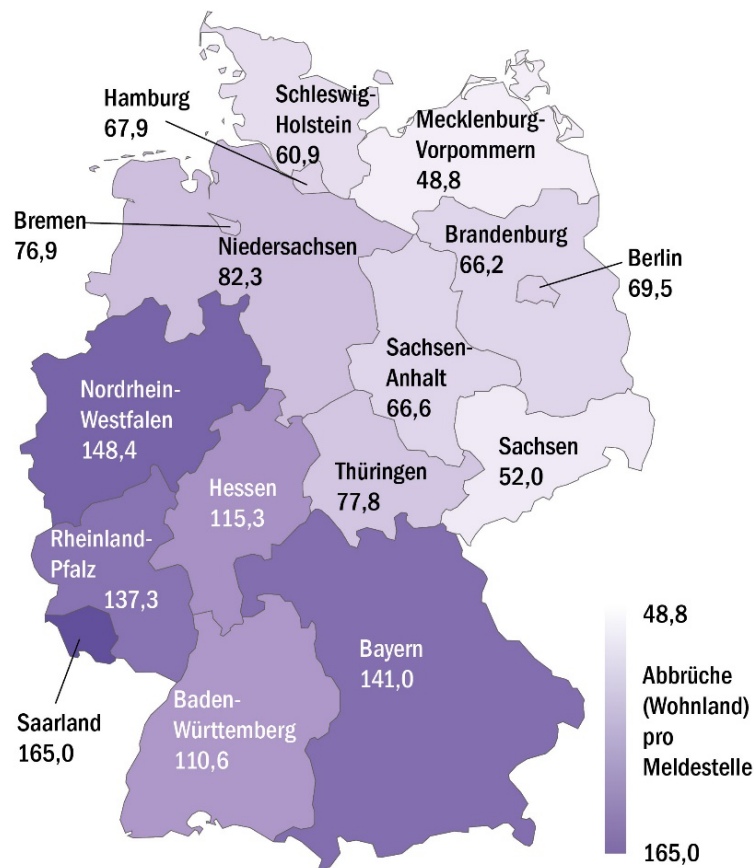
Durchschnittliche Fallzahl (Wohnland)

Die Länder sind verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der Pflichtberatung. Sie haben laut Schwangerschaftskonfliktgesetz (§ 13 SchKG) ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen vorzuhalten. Wie bereits gezeigt, gibt es Länder, die in beträchtlichem Ausmaß die Frauen aus anderen Bundesländern mitversorgen. Wenn man davon ausgeht, dass die Länder verpflichtet sind, die Versorgung für die hiesigen ungewollt Schwangeren sicherzustellen, ist es sinnvoll, die durchschnittliche Fallzahl von Schwangerschaftsabbrüchen zu betrachten. Diese Zahl wird berechnet, indem die Abbrüche der Frauen nach dem Bundesland ihres Wohnsitzes betrachtet werden. In einer zweiten Variante wurde die durchschnittliche Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen pro Meldestelle für Frauen, die in einem bestimmten Bundesland wohnen, ermittelt. So können die unterschiedlichen regionalen Bedürfnisse besser berücksichtigt werden, indem die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche von Frauen aus jedem Bundesland dargestellt wird.

Die Abbruchraten in den Bundesländern variieren für das Jahr 2022 erheblich: Sie reichen von 46 Abbrüchen pro 10.000 Frauen im reproduktiven Alter in Rheinland-Pfalz bis zu 113 in Bremen (Statistisches Bundesamt 2023c). Auch in dieser Version des Indikators zeigt sich ein Ost-West- bzw. Nord-Süd-Gefälle. In dieser Berechnung haben die Bundesländer, in denen deutlich mehr Schwangerschaftsabbrüche für Frauen aus anderen Bundesländern durchgeführt werden als umgekehrt, einen niedrigeren Wert bei der durchschnittlichen Fallzahl. Das liegt daran, dass insgesamt weniger Abbrüche berücksichtigt werden. In den Bundesländern, in denen deutlich mehr Frauen aus dem eigenen Bundesland Schwangerschaftsabbrüche in anderen Bundesländern durchführen lassen, als Frauen aus anderen Bundesländern bei ihnen, zeigt sich jetzt ein höherer Wert. Das liegt daran, dass in dieser Berechnung mehr Abbrüche berücksichtigt werden (vgl. Abb. 7.200).

So hat Bremen nun eine durchschnittliche Fallzahl von knapp 77 statt 115 Abbrüchen pro Meldestelle und Niedersachsen liegt nun ähnlich hoch mit 82 statt 70 Abbrüchen pro Meldestelle. Nach der zweiten Berechnungsmethode zeigt das Saarland eine deutlich niedrigere durchschnittliche Fallzahl von 165 Abbrüchen pro Meldestelle im Vergleich zu 250 Abbrüchen. Dies liegt daran, dass das Saarland viele Frauen aus Rheinland-Pfalz versorgt. Rheinland-Pfalz wiederum verzeichnet nun eine höhere durchschnittliche Fallzahl mit 137 statt 110 Abbrüchen pro Meldestelle.

Abb. 7.200: Durchschnittliche Fallzahl nach Bundesländern als Wohnland (2022)



ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt 2022a) und (Statistisches Bundesamt 2023c)

Es zeigt sich somit, dass in fast allen Bundesländern die unterschiedlichen Bedarfe die ermittelten unterschiedlichen Versorgungsdichten - als Unterschiede im Angebot - nicht ausgleichen können. Lediglich für Niedersachsen ist dies nicht der Fall. Hier ist die durchschnittliche Fallzahl ähnlich niedrig, wie in der Gruppe der nördlichen und östlichen Bundesländer mit den höheren Versorgungsdichten, obwohl Niedersachsen eine eher niedrige Versorgungsdichte aufweist.

Unter Einbezug der unterschiedlichen Abbruchraten und damit des unterschiedlichen Niveaus des Bedarfs an Schwangerschaftsabbrüchen in den Bundesländern ergibt sich ein ähnliches Ost-West- bzw. Nord-Süd-Gefälle wie bei der Versorgungsdichte. Bis auf Bremen und Niedersachsen weisen alle nördlichen und östlichen Bundesländer eine niedrigere durchschnittliche Fallzahl auf als die südlichen und westlichen Bundesländer. Die unterschiedlichen Versorgungsdichten werden somit nicht durch die unterschiedlichen Abbruchraten in den Ländern ausgeglichen.

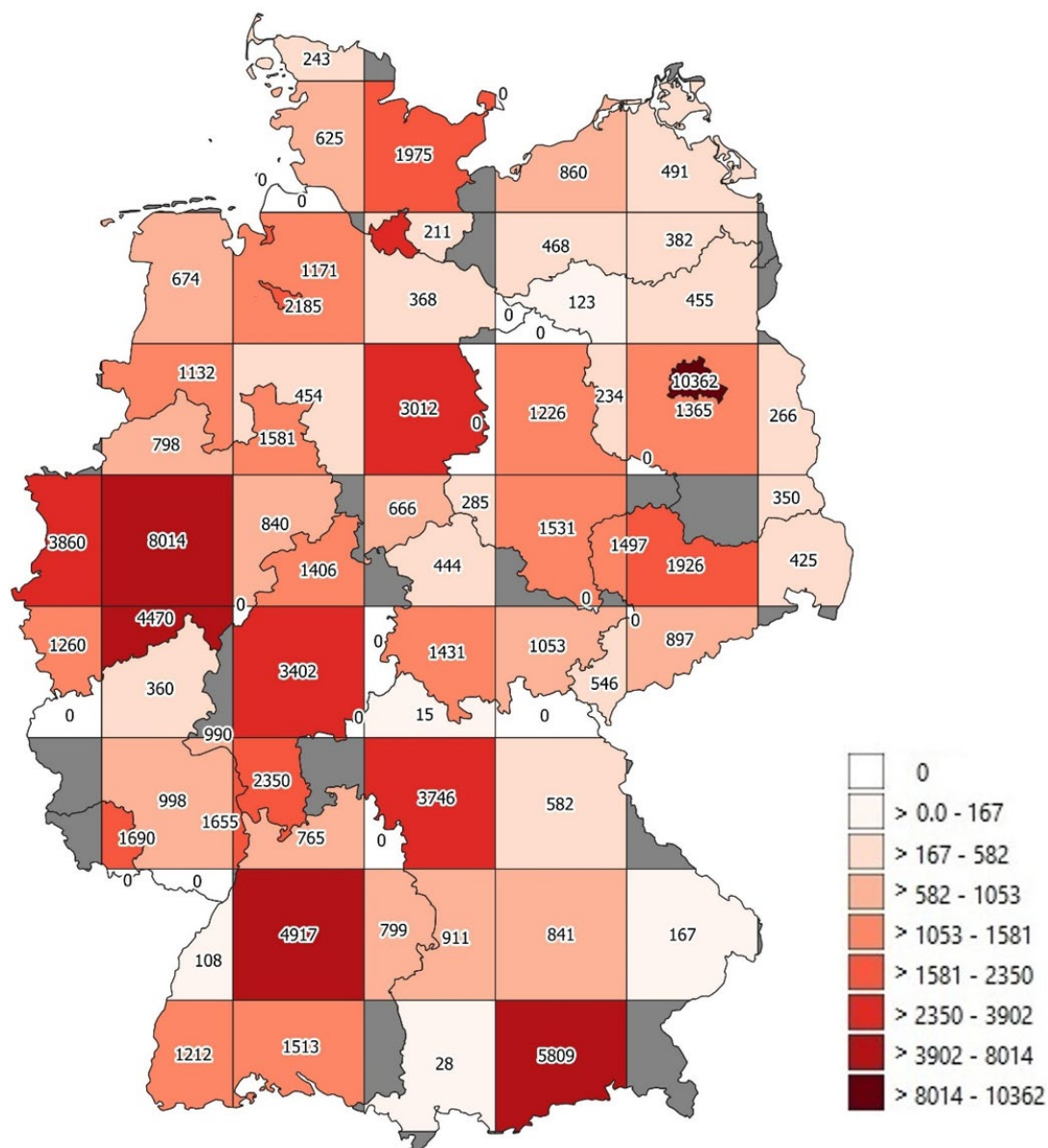
7.3.2.3 Regionale Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche

Wie in 5.3.2.1.2 beschrieben, hat das StBA der ELSA-Studie einen Datensatz mit georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen für das Jahr 2020 zur Verfügung gestellt (Statistisches Bundesamt 2022b). Die Daten des StBA wurden für die Geoinformationssoftware QGIS aufgearbeitet und statistisch ausgewertet. Aus diesen Auswertungen wurden Karten zur regionalen Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen nach bestimmten Merkmalen erstellt, die Hinweise auf regionale Versorgungslagen bieten können. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

7.3.2.3.1 Gesamtverteilung der Schwangerschaftsabbrüche im Bundesgebiet

Bei der Betrachtung der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in den Teilkitterzellen wird deutlich, dass in einigen Regionen nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. So wurden in der südöstlichsten Teilkitterzelle in Bayern nur 28 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, in einer westlichen Teilkitterzelle nur 167, in den zwei nördlichen Teilkitterzellen nur 15 bzw. 0 Abbrüche. Hier zeigt sich auch in der Karte eine starke regionale Konzentration der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen auf die Teilkitterzelle, in der München liegt (5.809 Abbrüche) und die Teilkitterzelle, in der Nürnberg und Würzburg liegen (3.746 Abbrüche). Zusammengenommen wurden in diesen beiden Teilkitterzellen 77,0 % aller Schwangerschaftsabbrüche in Bayern durchgeführt. Auch in Rheinland-Pfalz findet sich im Nordwesten eine größere Teilkitterzelle ohne vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche, die Teilkitterzelle darunter ist grau, d. h. dort gibt es nur sehr wenige Meldestellen.

Abb. 7.201: Gesamtverteilung der Schwangerschaftsabbrüche im Bundesgebiet (2020)



¹⁾ In grau gefärbten Teilkitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist nicht bekannt.

ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

Im Nordwesten von Brandenburg gibt es eine Teilgitterzelle mit nur 123 Schwangerschaftsabbrüchen. Neben dieser Zelle befinden sich zwei kleinere Teilgitterzellen, in denen keine Abbrüche verzeichnet sind. Um hier deutlichere Aussagen zu unterschiedlichen Verfügbarkeiten zu treffen, sollten die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ins Verhältnis zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner in den Teilgitterzellen gesetzt werden.

7.3.2.3.2 Regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen nach rechtlichen Voraussetzungen

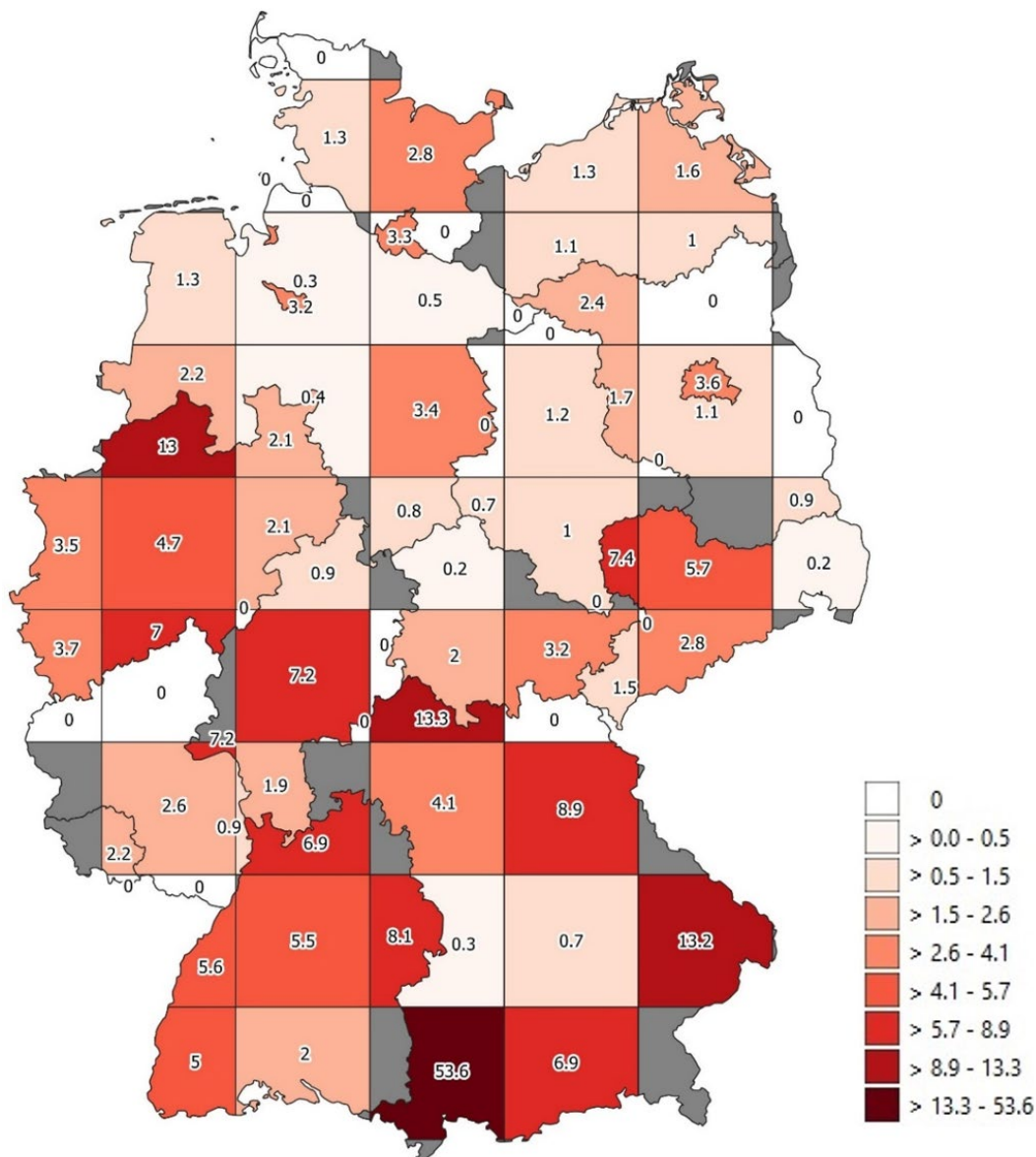
Im Folgenden wird die regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen anhand bestimmter Merkmale dargestellt. Dabei werden die Anteile der Abbrüche, die in den einzelnen Teilgitterzellen durchgeführt werden, berechnet. Dadurch sind die Werte direkt vergleichbar, und die Ergebnisse können unabhängig von den Bevölkerungszahlen in den Teilgitterzellen interpretiert werden.

Zunächst ist relevant, inwiefern in Teilgitterzellen ein besonders hoher Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen durchgeführt wird, die nach medizinischer oder kriminologischer Indikation stattfinden. Die ELSA-Studie nimmt insbesondere die Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen in den Blick, die nach einer Pflichtberatung stattfinden. Ein hoher Anteil an Abbrüchen nach Indikation in Teilgitterzellen mit einer geringen Gesamtzahl an Schwangerschaftsabbrüchen deutet auf eine geringe Zahl an Einrichtungen hin, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung anbieten. Im Jahr 2020 wurden bundesweit 3,8 % aller Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer oder kriminologischer Indikation durchgeführt. Die folgende Karte zeigt, dass in einigen Teilgitterzellen ein deutlich höherer Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen nach Indikation verzeichnet ist (vgl. Abb. 7.202).

In Bayern ist dies in der südwestlichen Teilgitterzelle der Fall, wo der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer oder kriminologischer Indikation bei 53,6 % liegt. Auch in der westlichen und nördlichen Teilgitterzelle sind die Anteile mit 13,2 % bzw. 13,3 % höher. Diese Teilgitterzellen wurden im vorherigen Abschnitt als solche mit sehr wenigen Schwangerschaftsabbrüchen bezeichnet. Dazu kommt eine nördliche Teilgitterzelle in Nordrhein-Westfalen mit einem Anteil von 13,0 %. Ebenfalls mehr als doppelt so hoch wie der bundesweite Durchschnitt ist der Anteil der Abbrüche nach Indikation in einer Teilgitterzelle im Westen Baden-Württembergs (8,1 %) und im Nordosten Bayerns (8,9 %).

Darüber hinaus liegen etliche Teilgitterzellen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen nach Indikation vor. Dies kann darauf hindeuten, dass Frauen in diesen Regionen weitere Strecken zurücklegen müssen, wenn sie eine Schwangerschaft nach medizinischer oder kriminologischer Indikation abbrechen wollen. Anteile von unter 1 % weisen Teilgitterzellen in der Mitte Bayerns auf (0,7 % bzw. 0,3 %), jeweils der Norden von Rheinland-Pfalz (0,0 %), Hessen (0,9 %), Thüringen (0,2 %) und Brandenburg (0,0 %) sowie weite Teile Niedersachsens (0,0 % bis 0,5 %). Zudem sind auch der Osten Sachsens (0,2 %) und Brandenburgs (0,0 %) betroffen. Bei einem Anteil von 0,0 % ist davon auszugehen, dass hier regional keine Einrichtung vorhanden ist, die Schwangerschaftsabbrüche nach mindestens einer der Indikationen durchführt.

Abb. 7.202: Regionale Anteile von Abbrüchen nach medizinischer oder kriminologischer Indikation (2020, in Prozent)



¹⁾ In grau gefärbten Teilgitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist nicht bekannt.

ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

7.3.2.3.3 Regionale Anteile von ambulanten Abbrüchen in Kliniken

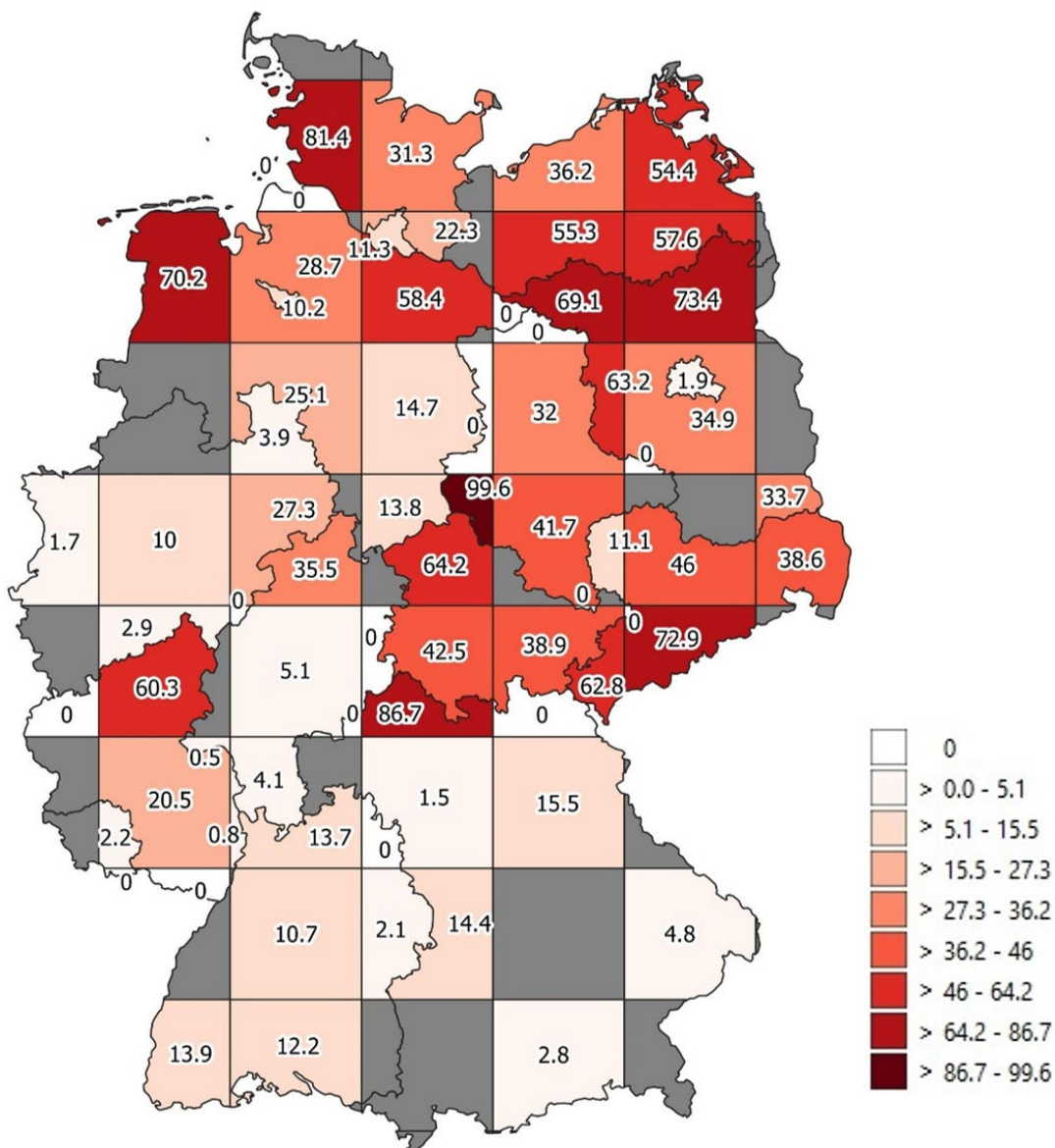
Die Beteiligung der Kliniken an der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen unterscheidet sich regional sehr stark. Laut SchKG sollen die Länder ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen sicherstellen – dies wird so interpretiert, dass Frauen die Wahl haben sollen, ob sie ihren Schwangerschaftsabbruch in einer Klinik oder einer Praxis durchführen lassen wollen (Schmid 2023). Abb. 7.203 zeigt, dass in einigen Regionen kaum ambulante Schwangerschaftsabbrüche in Kliniken vorgenommen werden. Dabei ist zu beachten, dass das StBA aufgrund datenschutzrechtlicher Erwägungen in Gitterzellen mit einer zu geringen Zahl bestimmter Meldestellen (meist Krankenhaus) die originären Daten auf „Praxis/OP-Zentrum“ umgeschlüsselt hat, sodass dort keine Unterscheidungen beim Ort des Eingriffs (Klinik bzw. Praxis) möglich sind.

Dies trifft insgesamt auf sieben Gitterzellen bzw. acht Teilgitterzellen zu. Diese sind in der Abbildung ebenfalls grau eingefärbt.

Im Großen und Ganzen sind im Norden und Osten Deutschlands die Kliniken deutlich stärker an der Versorgung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen beteiligt. Eine Ausnahme bilden einige Teilgitterzellen im Norden Niedersachsens, wo die Anteile bei 70,2 % und 58,4 % liegen, sowie im Norden Hessens mit 35,5 %. Auch im Norden von Rheinland-Pfalz beträgt der Anteil 60,3 %, während im Norden Bayerns sogar 86,7 % erreicht werden. Darüber hinaus zeigen Brandenburg, Schleswig-Holstein, Sachsen und der südwestliche Teil Sachsen-Anhalts sehr hohe Anteile von über 70 %, wobei Sachsen-Anhalt mit 99,6 % an der Spitze steht.

Im Nordwesten und mittleren Süden Bayerns führen Kliniken dagegen nur sehr wenige ambulante Abbrüche durch (1,5 % bzw. 2,8 %). Dies trifft auch auf den Westen und Nordosten von NRW zu (1,7 % bzw. 3,9 %). Betroffen ist auch der Osten von Baden-Württemberg (2,1 %).

Abb. 7.203: Regionale Anteile ambulanter Schwangerschaftsabbrüche in Kliniken (2020, in Prozent)



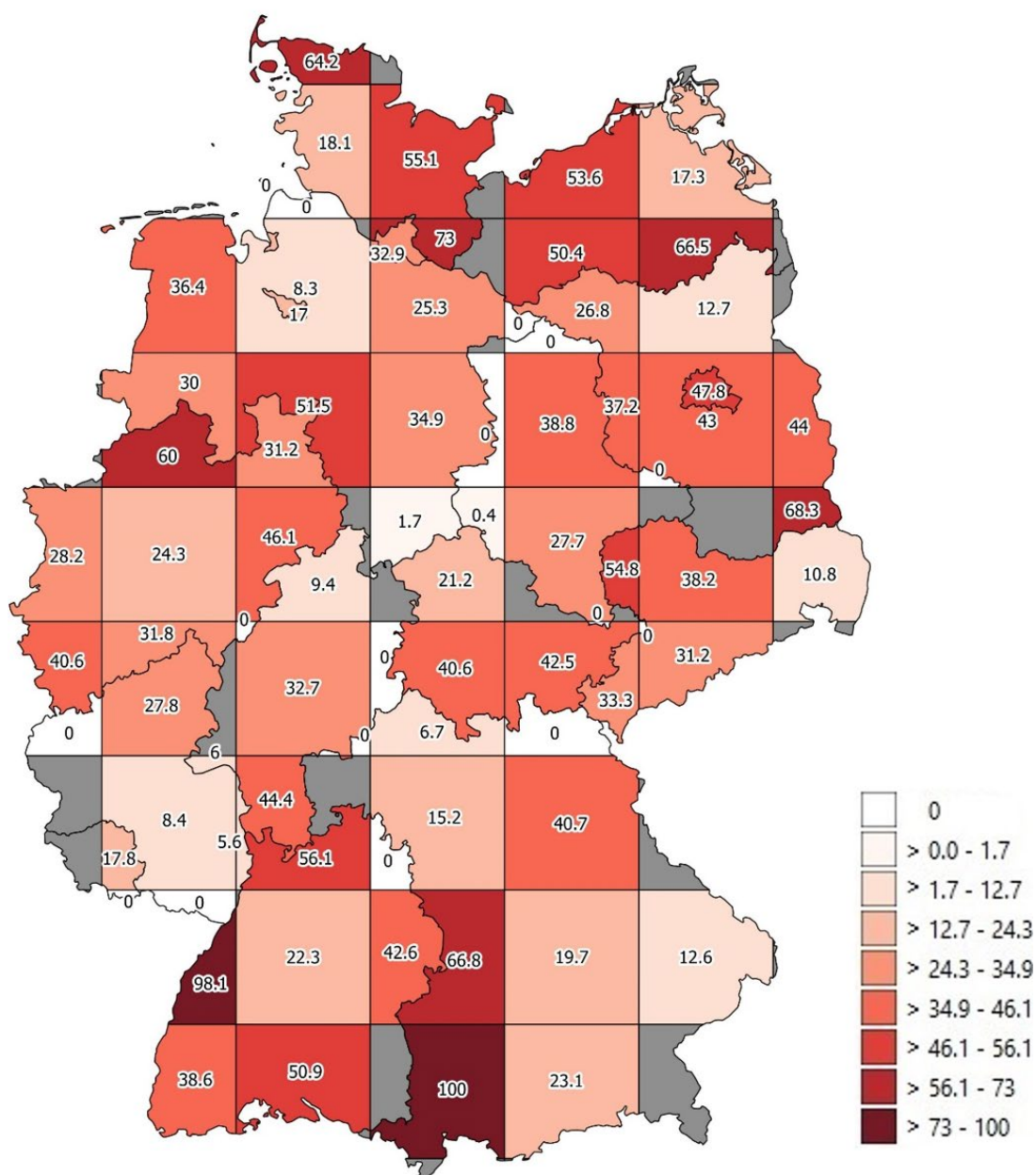
¹⁾ In grau gefärbten Teilgitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen bzw. dort ambulant in Kliniken vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüchen ist nicht bekannt. ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

7.3.2.3.4 Regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen nach angewendeten Methoden

Die freie Wahl der Methode ist ein Qualitätsmerkmal in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen. In den letzten zehn Jahren ist der Anteil der medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland laut der Daten des Statistischen Bundesamts von 16,6 % im Jahr 2013 auf 38 % im Jahr 2023 gestiegen. Dennoch bleibt dieser Anteil im internationalen Vergleich relativ niedrig. Zudem zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in Bezug auf die angewendeten Methoden für Schwangerschaftsabbrüche. So schwankt der Anteil medikamentöser Abbrüche in den Teilkitterzellen zwischen 0,4 % (südwestliche Ecke in Sachsen-Anhalt) und 100,0 % (Südwesten Bayerns). Eine weitere Teilkitterzelle mit einem sehr hohen Wert findet sich im Westen Baden-Württembergs mit 98,1 %. In diesen beiden Regionen kann es für Frauen schwierig sein, einen operativen Abbruch vornehmen zu lassen, wenn sie dies wünschen.

Besonders niedrige Anteile medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche (unter 20 %) deuten auf einen mutmaßlich erschwerten Zugang zu diesen Verfahren hin. Dies ist in weiten Teilen Bayerns, Rheinland-Pfalz, dem Saarland, in der Mitte und im Süden Niedersachsens, in Bremen sowie in einzelnen Teilkitterzellen von Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg der Fall (vgl. Abb. 7.204).

Abb. 7.204: Regionale Anteile medikamentöser Abbrüche (2020, in Prozent)

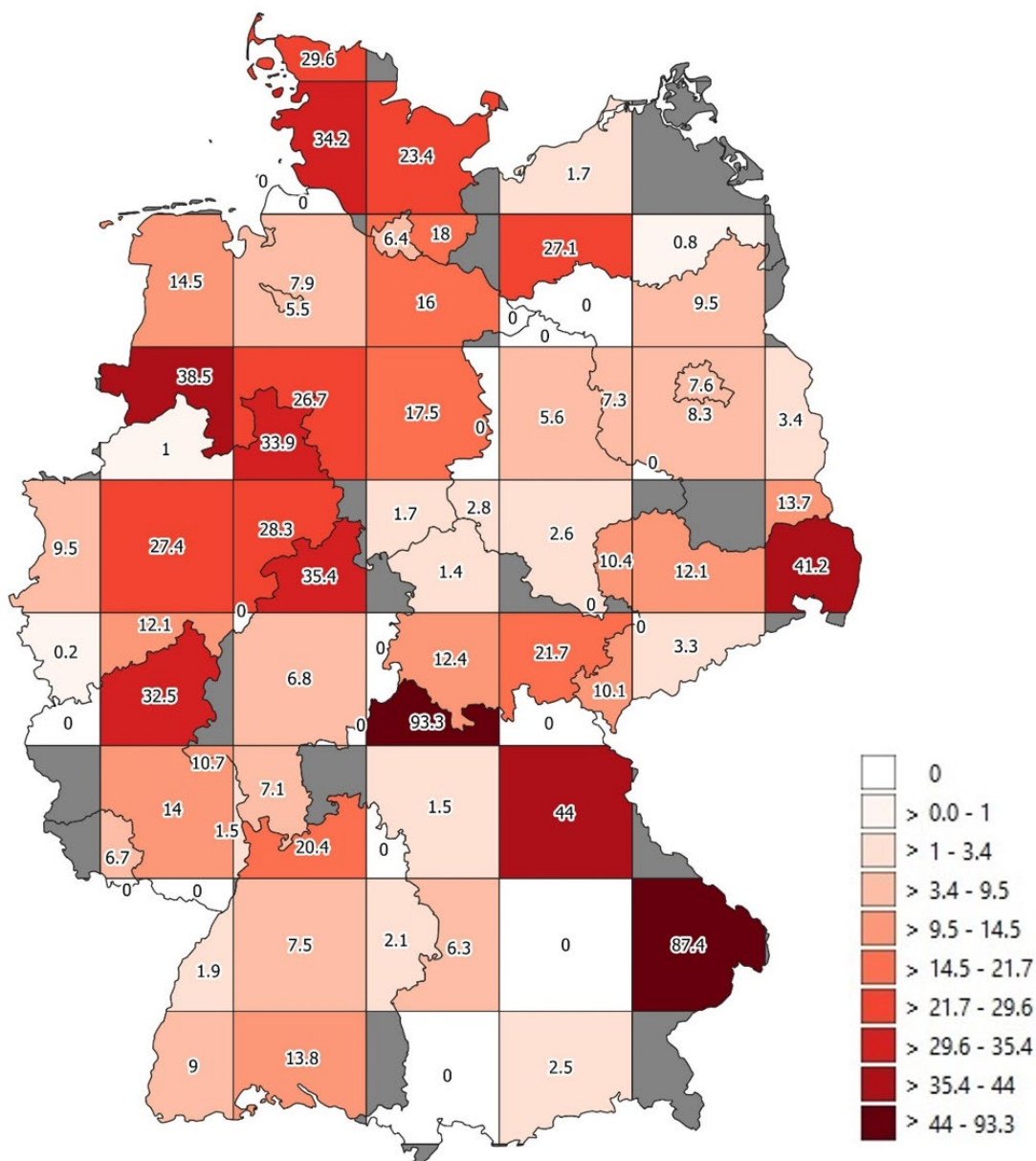


¹⁾ In grau gefärbten Teilgitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist nicht bekannt.
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

Die Curettage wird seit 2003 von der WHO nicht mehr als Methode für den Schwangerschaftsabbruch empfohlen. Dennoch kommt sie in einigen Regionen weiterhin häufig zum Einsatz. Im Jahr 2020 betrug der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche, die mittels Curettage durchgeführt wurden, bundesweit 12,1 %. Die Abb. 7.205 zeigt jedoch, dass in bestimmten Regionen deutlich höhere Anteile zu finden sind, insbesondere in Teilen Bayerns, wo die Werte zwischen 44,0 % und 93,3 % liegen. Auch im Westen von Sachsen (41,2 %), im Norden von Rheinland-Pfalz (32,5 %) und Hessen (35,4 %), sowie in verschiedenen Teilen Nordrhein-Westfalens (27,4 % bis 33,9 %) und im Süden Niedersachsens (26,7 % und 38,5 %) sind die Anteile hoch. Zudem sind weite Teile Schleswig-Holsteins (23,4 % bis 34,2 %) und der Süden Mecklenburg-Vorpommerns (27,1 %) betroffen.

Die Unterschiede in den Anteilen medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche zeigen sich weniger zwischen den Bundesländern, sondern vor allem innerhalb der einzelnen Bundesländer. Besonders auffällig ist eine zusammenhängende, bundeslandübergreifende Region mit einem hohen Anteil an Curettage-Abbrüchen. Diese erstreckt sich über Schleswig-Holstein, Teile Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens bis in den Norden Hessens und Rheinland-Pfalz. Besonders auffällig sind die drei Teilgitterzellen in Bayern, in denen der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche, die mittels Curettage durchgeführt wurden, sehr hoch ist. Dies sind zugleich Teilgitterzellen, in denen nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden.

Abb. 7.205: Regionale Anteile von Abbrüchen mit Curettage (2020, in Prozent)



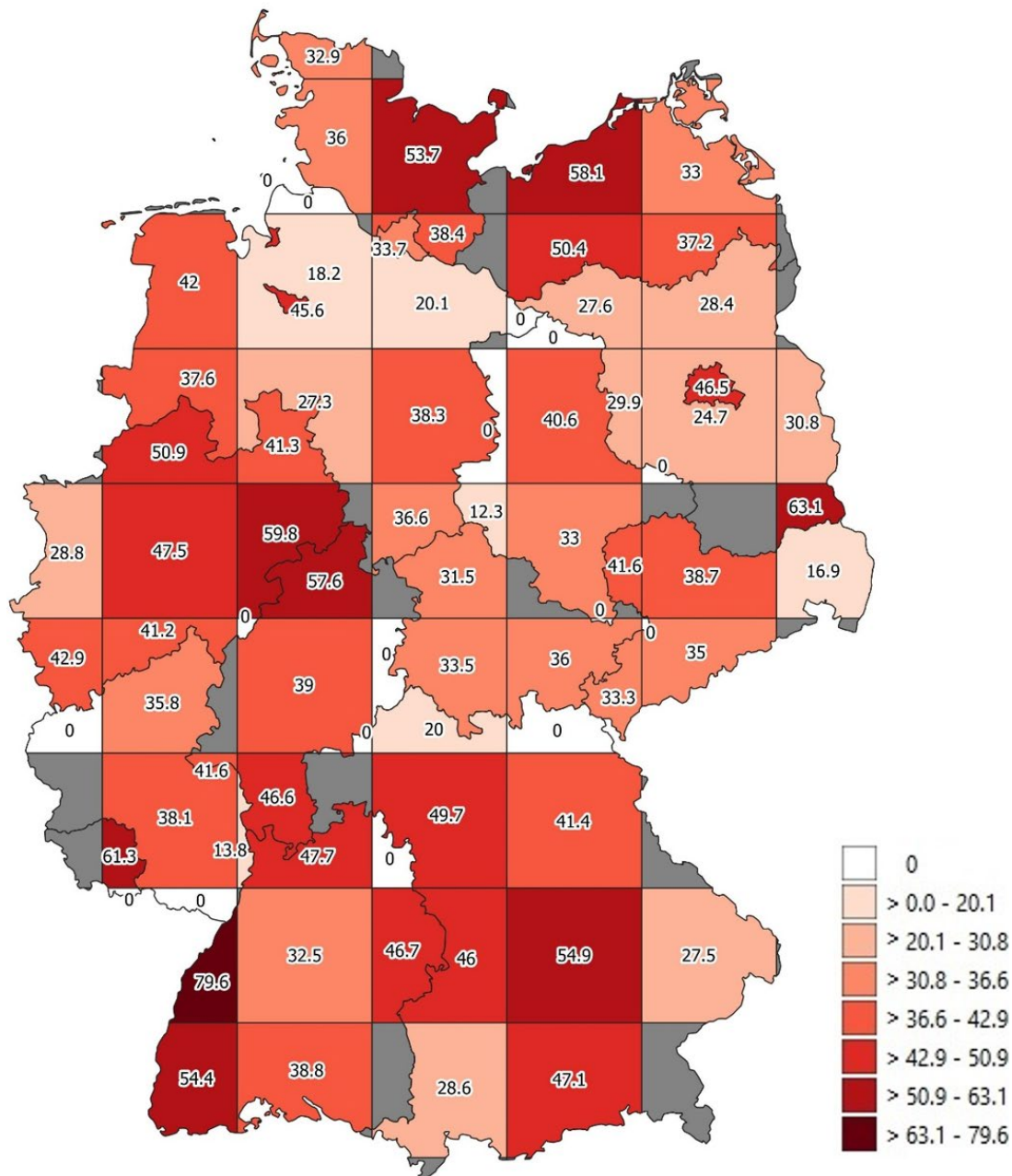
¹⁾ In grau gefärbten Teilgitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist nicht bekannt.
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

7.3.2.3.5 Regionale Anteile von Schwangerschaftsabbrüchen, die in den ersten sechs Wochen durchgeführt werden

Schwangerschaftsabbrüche sollten laut WHO (WHO 2022), so früh wie möglich erfolgen, um die Belastungen für die Schwangere und medizinische Risiken zu minimieren. Eine Auswertung der regionalen Anteile von Schwangerschaftsabbrüchen, die in den ersten sechs Wochen der Schwangerschaft durchgeführt wurden, zeigt einige bemerkenswerte Unterschiede. Im Jahr 2020 fanden bundesweit 41,0 % aller Schwangerschaftsabbrüche in diesem frühen Zeitraum statt (Statistisches Bundesamt 2021). Die Abb. 7.206 verdeutlicht, dass in bestimmten Teilgitterzellen die Anteile erheblich vom Bundesdurchschnitt abweichen. In der Teilgitterzelle in Niedersachsen, die Bremen umgibt, liegt der Anteil mit nur 18,2 % weniger als halb so hoch wie der Durchschnitt. Auch in der angrenzenden Teilgitterzelle östlich davon beträgt der Anteil lediglich 20,1 %. Hier könnte die Mitversorgung der Frauen durch Bremen und die damit verbundenen längeren Wege eine Rolle spielen. Zudem weisen die südwestliche Ecke Sachsen-Anhalts (12,3 %), der Osten Sachsens (16,9 %) sowie der Norden Bayerns (20,0 %) ebenfalls sehr niedrige Anteile auf.

In mehreren Teilgitterzellen liegt der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche in den ersten sechs Wochen deutlich über dem Bundesdurchschnitt. So verzeichnen wir im Osten Schleswig-Holsteins einen Anteil von 53,7 %, im Norden Mecklenburg-Vorpommerns sogar 58,1 %. Auch im Norden (50,9 %) und Osten Nordrhein-Westfalens (59,8 %), im Norden Hessens (57,6 %) sowie im Südosten Brandenburgs (63,1 %) sind die Werte hoch. Darüber hinaus zeigen das Saarland (61,3 %), der Westen Baden-Württembergs (79,6 % und 54,4 %) und die Mitte Bayerns (54,9 %) ebenfalls signifikante Anteile an frühen Schwangerschaftsabbrüchen.

Abb. 7.206: Regionale Anteile von Schwangerschaftsabbrüchen, die in den ersten sechs Wochen durchgeführt werden (2020, in Prozent)



¹⁾ In grau gefärbten Teilgitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist nicht bekannt.
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

7.3.2.3.6 Gesamtschau der Ergebnisse zur regionalen Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche

Nach der Vorstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren der regionalen Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen zeigt die folgende Übersicht, die diese verschiedenen Indikatoren miteinander verknüpft sind mit dem Fokus auf regionale Besonderheiten.

Die Karte in Abb. 7.207 stellt die regionalen Besonderheiten der zuvor beschriebenen Merkmale in den einzelnen Teilgitterzellen dar. Auffällig ist, dass Teilgitterzellen mit mehreren tausend Schwangerschaftsabbrüchen kaum auffällige Werte bei den Einzelindikatoren aufweisen. Hier stehen viele verschiedene Meldestellen hinter den Schwangerschaftsabbrüchen und auffällige

statistische Ausreißer gleichen sich in der Masse eher aus. Ausnahmen bilden hier die Teilgitterzelle im Zentrum Nordrhein-Westfalens mit einem hohen Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen, die mit Curettage durchgeführt wurden und die Teilgitterzelle in Bremen mit einem niedrigen Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen.

Eine statistische Auswertung der Einzeldaten des StBA zeigt einen starken und signifikanten Zusammenhang zwischen der angewendeten Methode und der Dauer der Schwangerschaft (Cramers $V=0,326$, $p<0,001$). 26,3 % der Abbrüche mit Curettage, 30,5 % der Abbrüche mit Vakuumaspiration und 65,9 % der medikamentösen Abbrüche finden in den ersten 6 Wochen statt. Abbrüche mit anderen Methoden (Fetozid, Hysterektomie usw.) wurden für diese Auswertung ausgeschlossen, da ihre Fallzahl zu gering ist.

Dieser Zusammenhang wird auch regional deutlich: So geht ein hoher Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen in einigen Teilgitterzellen mit einem hohen Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen bis zur sechsten Woche einher (vgl. Abb. 7.207). Dies trifft auf Teilgitterzellen im Zentrum Schleswig-Holsteins, im Zentrum Mecklenburg-Vorpommerns, im Norden Nordrhein-Westfalens, im Südosten Brandenburgs sowie im Westen Baden-Württembergs zu. Gleichzeitig korrespondiert umgekehrt ein niedriger Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen mit einem niedrigen Anteil an Abbrüchen bis zur sechsten Woche in einigen Regionen. Dies zeigt sich für die Teilgitterzelle in Niedersachsen, die um Bremen herum liegt, die südwestliche Ecke Sachsen-Anhalts, den Osten Sachsens sowie den kleinen südöstlichen Zipfel von Rheinland-Pfalz, in welchem auch Mainz liegt.

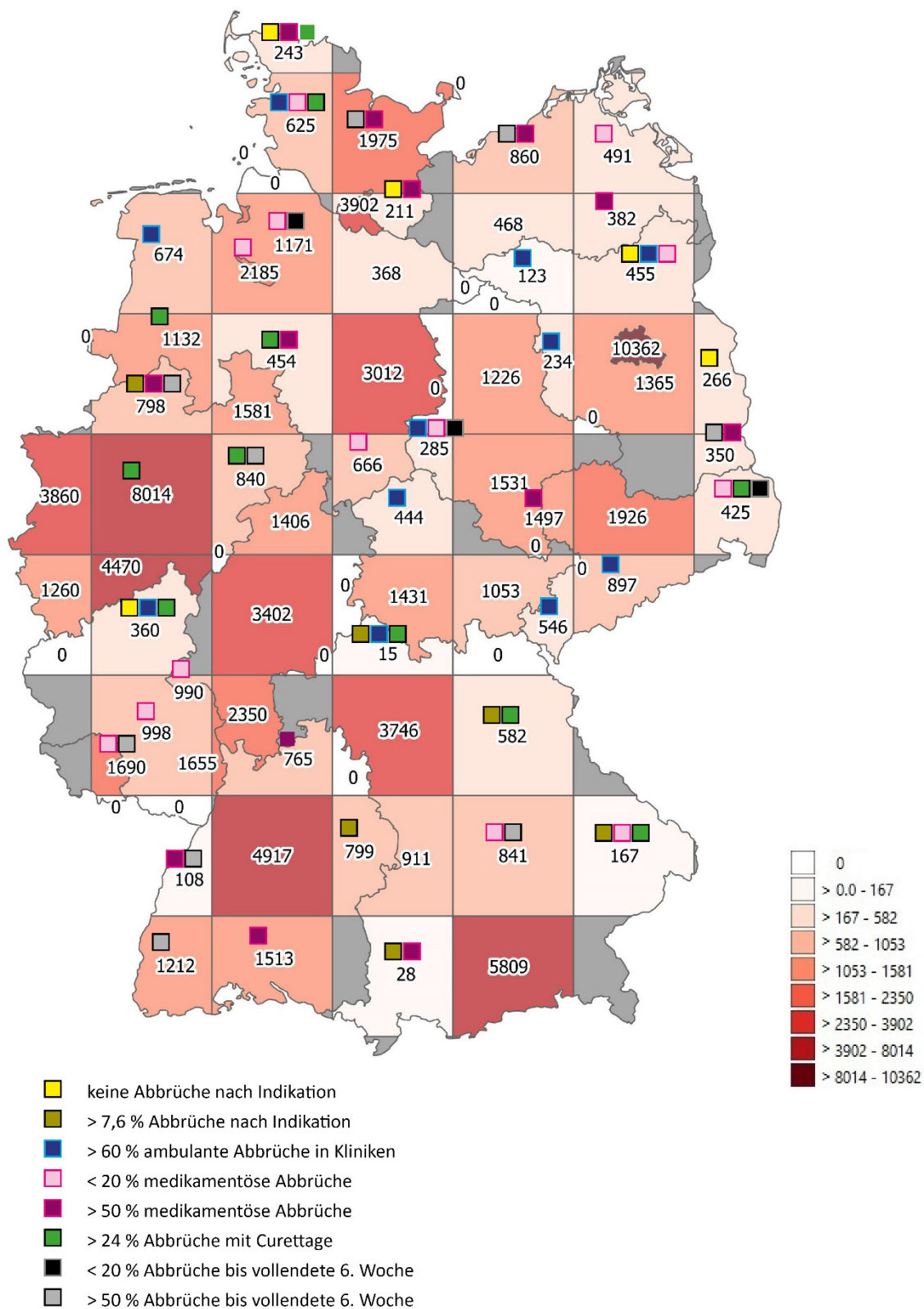
Zudem wird ersichtlich, dass in drei Teilgitterzellen ein niedriger Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen gleichzeitig mit einem hohen Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen mit Curettage zusammenfällt. Dies trifft auf die Teilgitterzelle im Westen Schleswig-Holsteins, im Osten Sachsens sowie im Osten Bayerns zu. Für einige Teilgitterzellen finden sich sowohl ein hoher Anteil medikamentöser Abbrüche und ein hoher Anteil an Abbrüchen nach Curettage. Dies ist im Norden Schleswig-Holsteins und im Süden Mecklenburg-Vorpommerns und Niedersachsen der Fall.

Es besteht ein schwacher und signifikanter Zusammenhang (Cramers $V=0,199$, $p<0,001$) zwischen der Art der Einrichtung und der angewendeten Methode: So finden 32,5 % der Abbrüche mit Curettage ambulant in Kliniken statt, aber nur 17,6 % der Abbrüche mit Vakuumaspiration bzw. 5,1 % der medikamentösen Abbrüche.

Auch dieser Zusammenhang zeigt sich in einigen Regionen: Ein hoher Anteil an Abbrüchen, die mit einer Curettage durchgeführt werden, geht in vier Teilgitterzellen auch mit einem hohen Anteil an Abbrüchen einher, die ambulant in Kliniken durchgeführt werden: Dies trifft auf den Westen Schleswig-Holsteins zu, den Norden von Rheinland-Pfalz und den Norden von Bayern (wobei hier insgesamt nur 15 Abbrüche durchgeführt wurden).

Eine detailliertere Analyse auf kleinerer Ebene als die Teilgitterzellen könnte genauere Aussagen zur regionalen Versorgungslage liefern, jedoch standen dafür leider keine Daten zur Verfügung. Dennoch zeigen sich auch unterhalb der Bundeslandebene deutliche regionale Unterschiede in Bezug auf die angewendeten Methoden, die Art der Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche, den Anteil der Abbrüche in den ersten sechs Wochen sowie den Anteil der Abbrüche nach Indikation.

Abb. 7.207: Gesamtüberblick zur regionalen Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen im Bundesgebiet nach verschiedenen Merkmalen (2020)

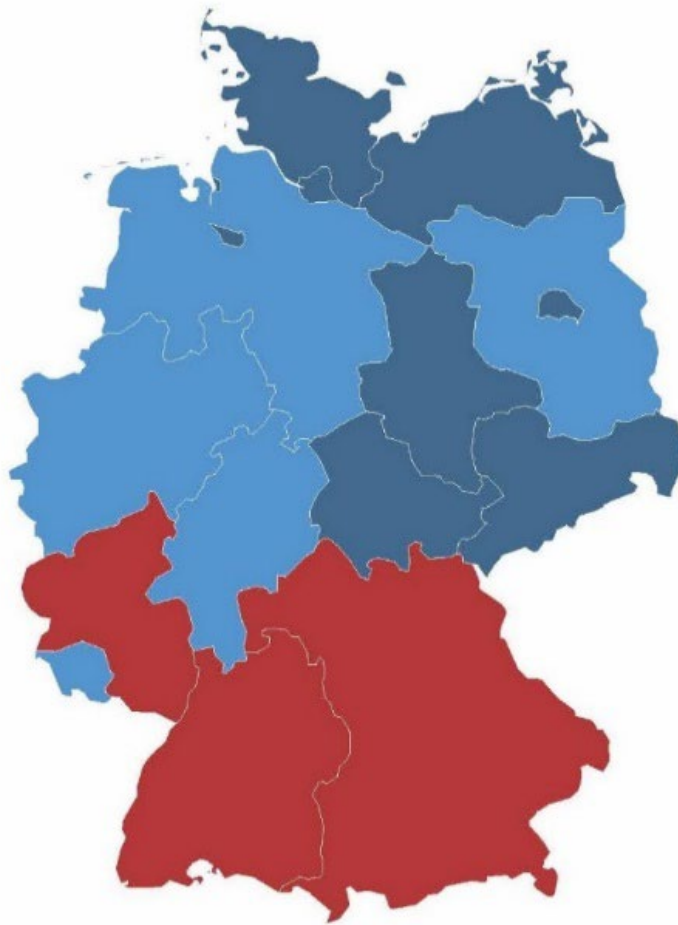


¹⁾ In grau gefärbten Teilgitterzellen sind aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben keine Daten enthalten. Die Anzahl der dort vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche ist nicht bekannt.
ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage der Sonderauswertung des StBA zu georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüchen

7.3.2.4 Gruppierung der Bundesländer nach Versorgungsgrad („Versorgungsregionen“)

Die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades auf der Basis der Indikatoren Versorgungsdichte und Fläche (vgl. Kapitel 5.3.2.1.2), zeigt, dass die Bundesländer Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg der Region mit geringem Versorgungsgrad zugeordnet werden (rot in Abb. 7.208). Das Saarland, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Niedersachsen hingegen gehören zur Region mit mittlerem Versorgungsgrad (hellblau in Abb. 7.208) Alle übrigen Bundesländer fallen in die Kategorie mit hohem Versorgungsgrad (dunkelblau, vgl. Abb. 7.208, Tab. 7.58).

Abb. 7.208: Bundesländer nach Versorgungsgrad



ELSA-Berechnungen 2024

Tab. 7.58: Gruppierung der Bundesländer nach Versorgungsgrad

Bundesland	Versorgungsdichte	Fläche	Summe	Versorgungs- grad
Bayern	3	3	6	gering
Rheinland-Pfalz	3	3	6	
Baden-Württemberg	3	2	5	
Saarland	2	2	4	mittel
Hessen	2	2	4	
Nordrhein-Westfalen	3	1	4	
Brandenburg	1	3	4	
Niedersachsen	2	2	4	
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	3	hoch
Sachsen-Anhalt	1	2	3	
Schleswig-Holstein	1	2	3	
Thüringen	1	2	3	
Bremen	1	1	2	
Hamburg	1	1	2	
Berlin	1	1	2	
Sachsen	1	1	2	

ELSA-Berechnungen 2024

7.3.2.5 Zusammenfassung

Zu den Themenfeldern Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und der regionalen Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen lassen sich folgenden Ergebnissen festhalten:

Erreichbarkeit:

Die Berechnungen zum Verhältnis zwischen den Flächen und den Meldestellen zeigen, dass die räumliche Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, unterschiedlich ist. In Bayern, Rheinland-Pfalz und Brandenburg gibt es im Durchschnitt viel mehr Fläche pro Meldestelle als in den Stadtstaaten und in Sachsen. In Bayern und Hessen gibt es zudem große Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken und Landkreisen hinsichtlich der Fläche pro Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch.

Eine ausreichende Erreichbarkeit zum nächsten Angebot eines Schwangerschaftsabbruchs nach dem Erreichbarkeitskriterium der Bedarfsplanung für die ambulante, gynäkologische Versorgung ist in Deutschland nicht flächendeckend gegeben. Insbesondere im Süden und Westen Deutschlands befinden sich größere Gebiete, in denen die nächste Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch nicht innerhalb von 40 PKW-Minuten zu erreichen ist.

Insgesamt leben in Deutschland 4,5 Mio. Menschen (5,4 %) außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung. Davon wohnen 2,5 Mio. in Bayern, was einem Anteil von 19,2 % an der dortigen Bevölkerung entspricht.

In 85 von 400 Landkreisen benötigen mehr als 5 % der Bevölkerung über 40 Minuten mit dem PKW zum nächsten Angebot, d.h. dort ist keine ausreichende Erreichbarkeit gegeben. Von den 85

Landkreisen liegen 43 in Bayern und jeweils acht in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen.

Verfügbarkeit:

In den nördlichen und östlichen Bundesländern besteht eine bessere Verfügbarkeit von Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch als in den südlichen und westlichen Bundesländern.

Die nördlichen und östlichen Bundesländer weisen höhere Versorgungsdichten auf als die westlichen und südlichen Bundesländer. Im Jahr 2022 kamen in den Bundesländern auf eine Meldestelle zwischen 6.236 (Mecklenburg-Vorpommern) und 31.428 (Bayern) Frauen im reproduktiven Alter. Kleinräumige Berechnungen auf Landkreis- bzw. Regierungsbezirksebene für Hessen bzw. Bayern zeigen, dass sich die Versorgungsdichten innerhalb der Bundesländer ebenfalls stark unterscheiden können.

Die unterschiedlichen Abbruchraten in den Ländern (von 46 in Rheinland-Pfalz bis 113 in Bremen, Angaben in Abbrüche pro 10.000 Frauen im reproduktiven Alter für 2022) rechtfertigen nicht die unterschiedlichen Versorgungsdichten. Die durchschnittliche Anzahl von Abbrüchen pro Meldestelle ist in den meisten östlichen und nördlichen Bundesländern niedriger als in den anderen Bundesländern und ergibt damit ein ähnliches Gefälle zwischen den Bundesländern wie bei der Versorgungsdichte. Während im Saarland 2022 auf eine Meldestelle durchschnittlich 250 Schwangerschaftsabbrüche kommen, beträgt dieser Wert bspw. in Mecklenburg-Vorpommern nur 50 Abbrüche.

Die Schwangerschaftsabbrüche verteilen sich sehr ungleichmäßig auf die Meldestellen: Im Jahr 2020 führten bundesweit 7 % aller Meldestellen mehr als 250 Abbrüche durch und deckten damit 47 % aller Schwangerschaftsabbrüche ab. Demgegenüber führten 7 % der Meldestellen keine und 17 % der Meldestellen 1 - 10 Abbrüche durch. Damit führte bundesweit knapp ein Viertel der offiziellen Meldestellen keine bzw. nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durch.

In einigen Bundesländern gibt es eine stärkere Ungleichverteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen. In Bayern führten Meldestellen, die mehr als 251 Abbrüchen durchführen, 77 % der Abbrüche durch, während es in Niedersachsen nur 30 % waren. In Mecklenburg-Vorpommern gab es keine Meldestelle mit mehr als 250 Abbrüchen. Der Anteil der Meldestellen, in denen bis 10 Abbrüche durchgeführt wurden, variiert stark zwischen den Bundesländern: In Rheinland-Pfalz liegt dieser Anteil bei 48 %, in Bayern bei 38 % und in Sachsen-Anhalt nur bei 10 %.

Insgesamt zeigt sich, dass in einigen Ländern viele Schwangerschaftsabbrüche auf nur wenige Meldestellen konzentriert sind. Diese Meldestellen haben gleichzeitig eine hohe durchschnittlicher Fallzahl, aber es gibt nur wenige Einrichtungen, die diese Leistungen anbieten. Das deutet darauf hin, dass in diesen Regionen Probleme bei der Verfügbarkeit von Angeboten für Schwangerschaftsabbrüche bestehen. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Versorgung hier schlechter.

Regionale Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche:

Es gibt eine ungleiche Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen innerhalb der Bundesländer. Diese Unterschiede betreffen verschiedene Aspekte, wie die verwendete Abbruchmethode, die Beteiligung der Kliniken an der Versorgung, den Anteil der Abbrüche bis zur 6. Woche sowie den Anteil der Abbrüche, die aufgrund einer medizinischen Indikation durchgeführt werden, im Vergleich zu denen, die nach einer Pflichtberatung erfolgen.

Für Bayern zeigt sich eine starke regionale Ungleichverteilung von Schwangerschaftsabbrüchen. Für einige Regionen insbesondere im Nordwesten Deutschlands kann eine stärkere Verbreitung der Curettage als Methode des Schwangerschaftsabbruchs konstatiert werden.

7.3.3 Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen in ausgewählten Regionen (AP 3-4)

Im Rahmen des dritten Arbeitspakets (AP 3) zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch präsentiert dieses Kapitel die Ergebnisse der Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen in drei ausgewählten Regionen.⁶²

Diese Befragung in den zwei Bundesländern Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und dem Regierungsbezirk (RB) Tübingen zielt darauf ab, Unterschiede in der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen und deren Ursachen zu ermitteln. Dabei werden die Gynäkologinnen und Gynäkologen in drei Kategorien eingeteilt: solche, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen (Anbieterinnen und Anbieter), solche, die keine Abbrüche durchführen (Nicht-Anbieterinnen und Anbieter) und solche, die Abbrüche nur nach Indikation durchführen. Die vorgestellten Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass der Anteil der Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Abbrüche durchführen, in den drei Regionen stark variiert. Die gefundenen Unterschiede werden anhand soziodemografischer und beruflicher Merkmale sowie der Qualifikation der Befragten betrachtet. Darüber hinaus wird dargestellt, mit welchen Barrieren die Befragten bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen konfrontiert sind und welche Ansätze aus Sicht der Befragten geeignet sind, diese abzubauen. In diesem Zusammenhang widmet sich der Ergebnisbericht auch den Einstellungen der Befragten zu rechtlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs und zum Status des Embryos. Darüber hinaus spielen auch in dieser Gruppe der Befragten Veränderungswünsche eine wichtige Rolle. Für alle Themenbereiche werden regionale Unterschiede dargestellt.

7.3.3.1 Soziodemografische und berufliche Merkmale der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen

Der folgende Abschnitt bietet einen detaillierten Überblick über die Vielfalt der befragten Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf ihre soziodemografischen und beruflichen Merkmale. Der Fokus liegt auf der regionalen Verteilung, Altersstruktur, Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, politischer Orientierung und der Art der Tätigkeitsstätte. Die Analyse hebt signifikante regionale Unterschiede hervor, insbesondere in den demografischen und beruflichen Merkmalen der Anbieterinnen und Anbieter und Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter.

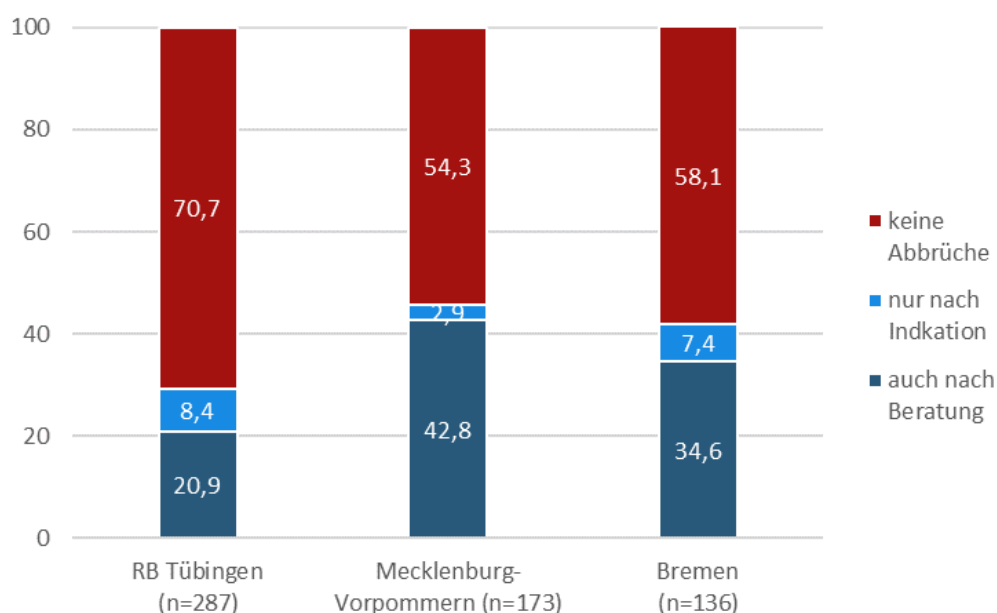
7.3.3.1.1 Regionale Verteilung

Die Mehrheit der Befragten gibt an, keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (62,2 %). 6,7 % der Befragten geben an, Schwangerschaftsabbrüche nur nach medizinischer und/oder kriminologischer Indikation, aber nicht nach Pflichtberatung durchzuführen. Diese beiden Gruppen werden zusammengefasst als „Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter“ bezeichnet, da sie keine Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen. 30,7 % führen Schwangerschaftsabbrüche sowohl nach Indikation als auch nach Pflichtberatung durch. Sie werden als „Anbieterinnen und Anbieter“ bezeichnet.

Der Anteil der Befragten, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen, unterscheidet sich regional. Im RB Tübingen ist der Anteil mit 20,9 % der Befragten am geringsten, in Mecklenburg-Vorpommern ist er mit 42,8 % mehr als doppelt so hoch und in Bremen beträgt er 34,6 % und liegt damit in der Mitte. Der Anteil der Befragten, die Abbrüche nur nach Indikation durchführen, liegt zwischen 2,9 % (Mecklenburg-Vorpommern) und 8,4 % (RB Tübingen).

⁶² Alle Angaben der Schwangerschaftswochen (SSW) in p.m. (post menstruationem): d.h. Bezugszeitpunkt ist die letzte Menstruation.

Abb. 7.209: Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Region (in Prozent)



n = 596, Cramers V=0,154, p<0,001

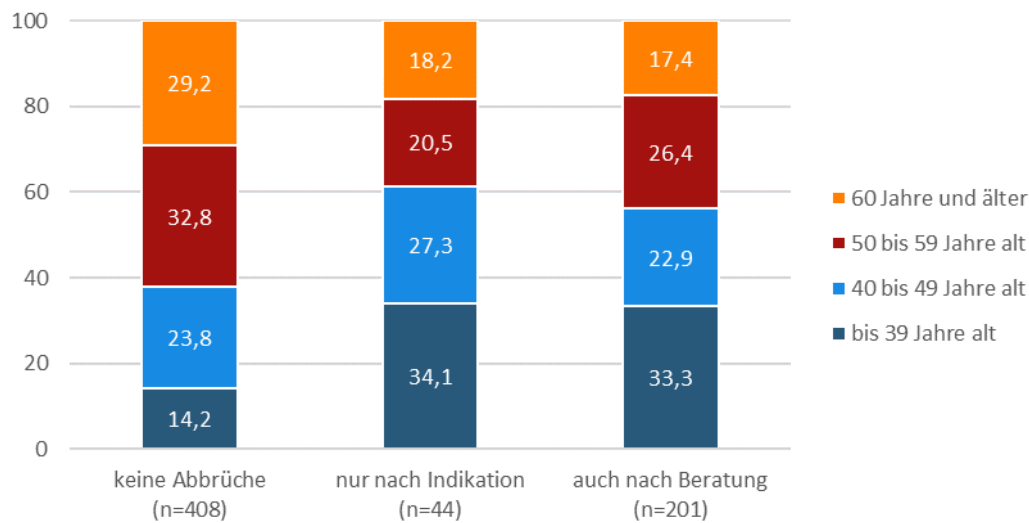
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte führt keine Schwangerschaftsabbrüche durch (62 %). Knapp ein Drittel bietet Schwangerschaftsabbrüche sowohl nach Indikationsstellung als auch nach Pflichtberatung an. Die Anteile variieren dabei nach Region: Im RB Tübingen führen etwa 70 % der Befragten keine Schwangerschaftsabbrüche durch, in Bremen sind es mit 58 % und in Mecklenburg-Vorpommern mit 54 % deutlich weniger.

7.3.3.1.2 Alter

Anbieterinnen und Anbieter sind jünger als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Etwa ein Drittel der Anbieterinnen und Anbieter ist jünger als 40 Jahre (33,3 %). Der Anteil bei den Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter ist mit 14,2 % deutlich geringer. 26,4 % der Anbieterinnen und Anbieter sind zwischen 50 und 59 Jahre alt, von den Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern sind es 32,8 %. Auch in der Altersgruppe 60 Jahre und älter ist der Anteil der Anbieterinnen und Anbieter mit 17,4 % deutlich geringer als bei den Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter mit 29,2 %. Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unterscheidet sich signifikant nach den Altersgruppen.

Abb. 7.210: Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Altersgruppen (in Prozent)

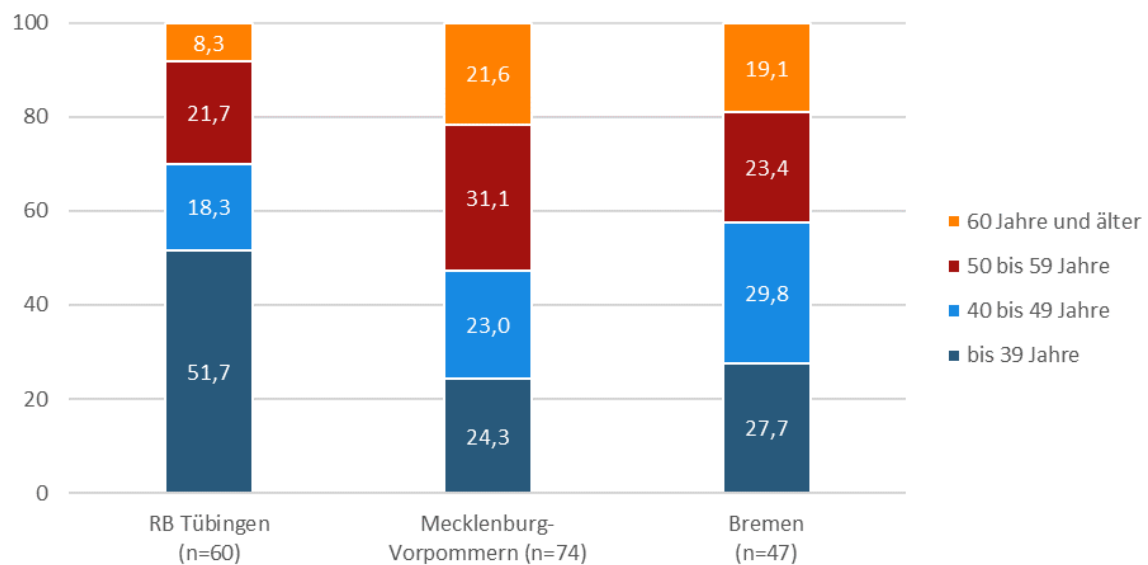


n=653, Cramers V=0,172; p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Obwohl zwischen den Regionen kaum ein Unterschied hinsichtlich der Altersstruktur von allen Befragten besteht, zeigt sich jedoch ein Unterschied in der Altersstruktur zwischen den Regionen, wenn man nur die Anbieterinnen und Anbieter in den Blick nimmt. Im RB Tübingen sind 51,7 % der Anbieterinnen und Anbieter jünger als 40 Jahre. In Bremen liegt dieser Anteil mit 27,7 % deutlich niedriger und in Mecklenburg-Vorpommern ähnlich niedrig bei 24,3 %.

Abb. 7.211: Altersgruppen der Anbieterinnen und Anbieter nach Region (in Prozent)



nur Anbieterinnen und Anbieter, Cramers V=0,201, p=0,024

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Die befragten Anbieterinnen und Anbieter sind im Durchschnitt jünger als die befragten Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Dabei variiert die Altersstruktur der Anbieterinnen und Anbieter regional. Insbesondere die Anbieterinnen und Anbieter im RB Tübingen sind deutlich jünger, sowohl im Vergleich zu den anderen Regionen als auch im Vergleich zu den Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern im RB Tübingen selbst. Dies könnte ein Hinweis auf neuere Entwicklungen in der Region sein.

7.3.3.1.3 Weitere soziodemografische Merkmale

Es finden sich keine Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Religiosität sowie Erfahrungen mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch und der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Bei den Befragten aus dem RB Tübingen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft. Mit einem Drittel (32,6 %) führen Befragte, die sich keiner Religionsgemeinschaft zuordnen, doppelt so häufig Schwangerschaftsabbrüche durch als Befragte, die sich einer katholischen (16,3 %) oder evangelischen (17,3 %) Religionsgemeinschaft zuordnen. Mit anderen Worten: Im RB Tübingen ist es doppelt so wahrscheinlich, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen keine Abbrüche durchführen, wenn sie der katholischen oder evangelischen Kirche angehören. Bei den Befragten aus Bremen findet sich ein ähnlicher, aber nicht ganz so großer Unterschied: Knapp die Hälfte der Befragten (45,7 %) ohne Religionszugehörigkeit führt hier Abbrüche nach Pflichtberatung durch gegenüber einem knappen Drittel der Befragten, die sich einer evangelischen (30,9 %) oder katholischen Religionsgemeinschaft (30,0 %) zugehörig fühlen. Für Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich diese Unterschiede nicht.

Bei den Befragten aus Bremen zeigt sich zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der politischen Orientierung der Befragten und der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Anbieterinnen und Anbieter ordnen sich mit 68,9 % etwas häufiger als (eher) links ein und mit 15,6 % etwas seltener der politischen Mitte als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Letztere bezeichnen sich zu 55,1 % als (eher) links und zu 31,9 % als politisch der Mitte zugehörig. Die Anteile der Befragten, die sich als (eher) rechts einordnen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Es finden sich keine Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Religiosität, politischer Orientierung und eigenen Erfahrungen mit ungewollter Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch und der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Lediglich für die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft zeigt sich für den RB Tübingen und Bremen, dass Anbieterinnen und Anbieter etwas häufiger keiner Religionsgemeinschaft angehören als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter.

7.3.3.1.4 Art der Tätigkeitsstätte

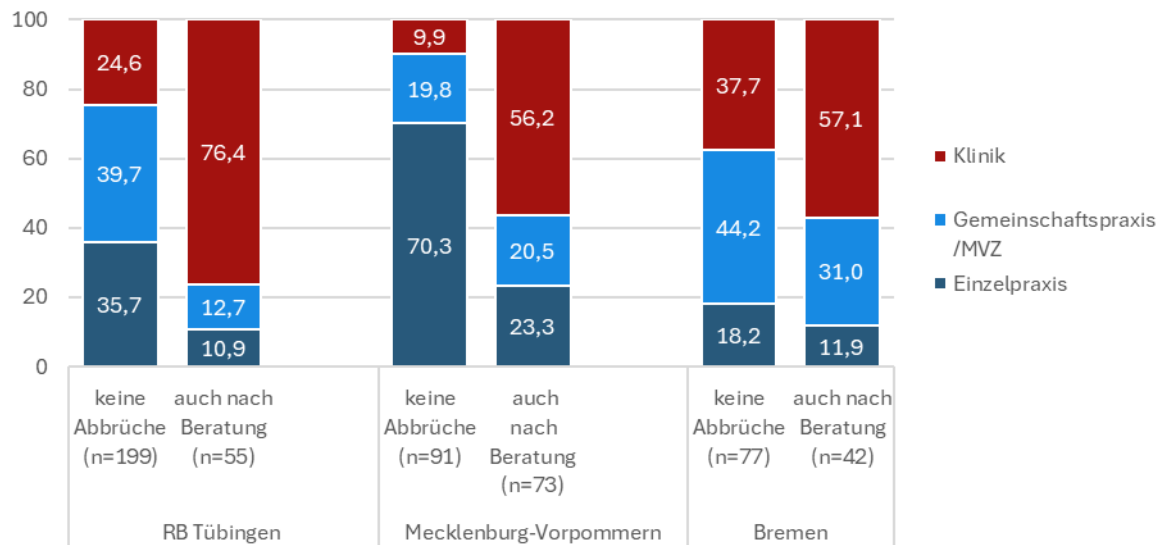
Die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern sind häufiger nur in einer Einzelpraxis tätig (48,2 %) als die Befragten im RB Tübingen (28,2 %) und in Bremen (14,7 %). Dafür sind sie seltener nur in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ tätig (20,0 %) als die Befragten im RB Tübingen (32,1 %) und in Bremen (40,3 %). Die Befragten in Bremen bzw. im RB Tübingen sind mit 45,0 % bzw. 39,7 % etwas häufiger nur in einer Klinik tätig als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern mit 31,8 %. Der Zusammenhang zwischen der Region der Befragten und der Art der Tätigkeitsstätte ist signifikant (Cramers $V=0,191$, $p<0,001$).

Betrachtet man nur die Gruppe der Anbieterinnen und Anbieter, zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Region und der Art der Tätigkeitsstätte der Befragten: Im RB Tübingen arbeiten Anbieterinnen und Anbieter deutlich häufiger nur in einer Klinik (76,4 %) als in Mecklenburg-Vorpommern (56,2 %) und Bremen (57,1 %). Zudem ist der Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die Abbrüche durchführen und nur in einer Einzelpraxis arbeiten, in Mecklenburg-Vorpommern doppelt so hoch (23,3 %) wie in Bremen (11,9 %) und im RB Tübingen (10,9 %). In Bremen arbeitet ein größerer Anteil an Anbieterinnen und Anbietern in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ (31,0 %) als in Mecklenburg-Vorpommern (20,5 %) und im RB Tübingen (12,7 %).

Schließt man die kleine Gruppe der Befragten aus, die Schwangerschaftsabbrüche nur nach Indikation anbieten, so zeigen die Auswertungen in den einzelnen Regionen zu den Zusammenhängen zwischen der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und der Art der

Tätigkeitsstätte signifikante Zusammenhänge für den RB Tübingen (Cramers V=0,444, $p<0,001$) und für Mecklenburg-Vorpommern (Cramers V=0,533, $p<0,001$). In beiden Regionen sind Anbieterinnen und Anbieter deutlich häufiger nur in Kliniken tätig als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Im RB Tübingen sind es 76,4 % gegenüber 24,6 % und in Mecklenburg-Vorpommern sind es 56,2 % gegenüber 9,9 %. In Bremen sind ebenfalls etwas mehr Anbieterinnen und Anbieter in Kliniken tätig (57,1 % gegenüber 37,7 %) und etwas weniger nur in Gemeinschaftspraxen bzw. MVZs (31,0 % gegenüber 44,2 %). Der Zusammenhang ist jedoch für Bremen statistisch nicht signifikant ($p=0,123$).

Abb. 7.212: Art der Tätigkeitsstätte nach Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und Region (in Prozent)



Zusammenhang zwischen Durchführung und Art der Tätigkeitsstätte: RB Tübingen: Cramers V=0,444; $p<0,001$; Mecklenburg-Vorpommern: Cramers V=0,533; $p<0,001$; Bremen nicht signifikant ($p=0,044$)

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Die befragten Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter sind häufiger in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen tätig, während Anbieterinnen und Anbieter überwiegend in Kliniken arbeiten. Besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede zwischen Anbieterinnen und Anbietern und Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern im RB Tübingen und in Mecklenburg-Vorpommern. Zudem sind die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter in Bremen und im RB Tübingen mit 44,2 % bzw. 39,7 % häufiger in Gemeinschaftspraxen/MVZs tätig als jene in Mecklenburg-Vorpommern. Hier arbeiten die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter häufiger in Einzelpraxen (70,3 % gegenüber 35,7 % im RB Tübingen bzw. 18,2 % in Bremen).

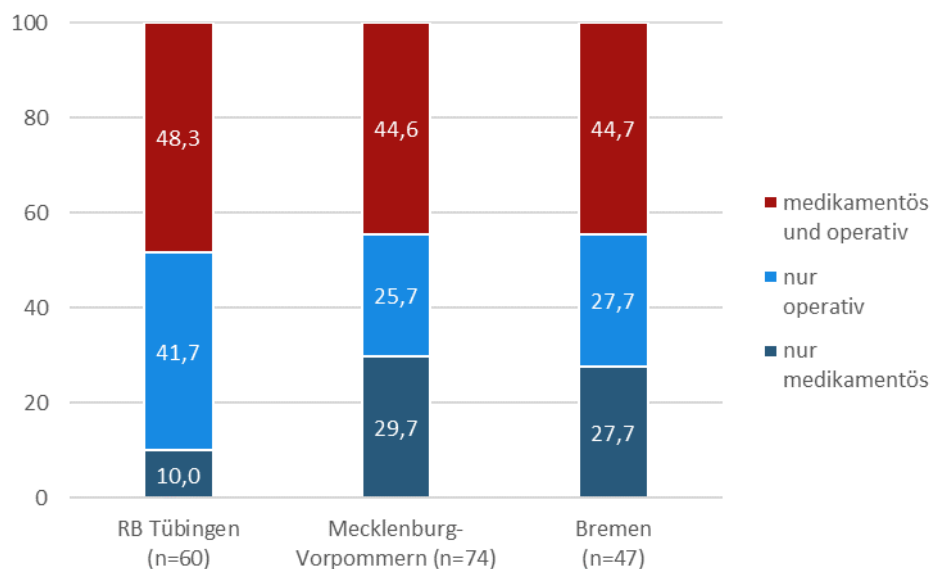
7.3.3.2 Versorgungsangebot der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen

Im Folgenden werden insbesondere die regionalen Unterschiede im Versorgungsangebot und die angewandten Methoden von Schwangerschaftsabbrüchen dargestellt.

7.3.3.2.1 Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Die befragten Anbieterinnen und Anbieter aus dem RB Tübingen führen medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche seltener durch (58,3 %) als jene aus Mecklenburg-Vorpommern (74,3 %) und Bremen (72,4 %). Dementsprechend führen die Befragten im RB Tübingen mit 41,7 % am häufigsten ausschließlich operative Schwangerschaftsabbrüche durch. In Bremen bzw. Mecklenburg-Vorpommern liegt dieser Anteil ähnlich hoch bei 27,7 % bzw. 25,7 %. In allen drei Regionen liegt der Anteil jener Befragten, die sowohl medikamentöse als auch operative Schwangerschaftsabbrüche durchführen auf ähnlichem Niveau bei knapp der Hälfte (44,6 % in Mecklenburg-Vorpommern bis 48,3 % im RB Tübingen).

Abb. 7.213: Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nach Region (in Prozent)



nur Anbieterinnen und Anbieter. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

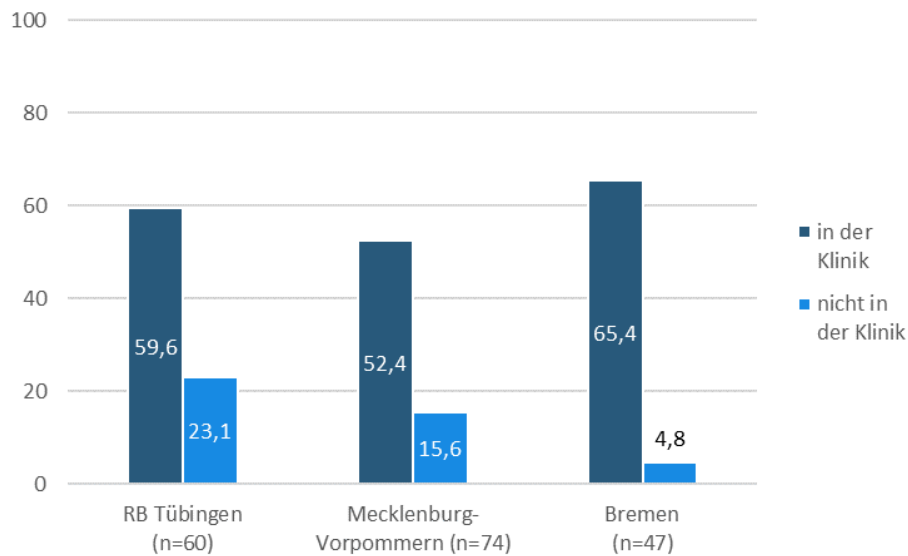
Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen der angewandten Methode und der Art der Tätigkeitsstätte, so zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den drei Regionen: In Bremen wenden Gynäkologinnen und Gynäkologen, die in Kliniken tätig sind, häufiger sowohl die medikamentöse als auch die operative Methode an (70,8 %) im Vergleich zu den Befragten, die im RB Tübingen (54,8 %) und in Mecklenburg-Vorpommern (58,5 %) tätig sind.

Operative Methoden

Etwa die Hälfte der befragten Anbieterinnen und Anbieter, die Schwangerschaftsabbrüche (auch) operativ durchführen (48,1 %), wenden sowohl die Vakuumaspiration/Saugcurettage als auch die Curettage an. 47,4 % führen nur die Vakuumaspiration/Saugcurettage durch und ein geringer Anteil (4,5 %) wendet ausschließlich die Curettage an. Zwischen den Regionen gibt es kaum Unterschiede in der Anwendung der operativen Methoden. Jedoch sind 6 der 7 Anbieterinnen und Anbieter, die nur die Curettage anwenden, im RB Tübingen tätig.

Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der Tätigkeit in einer Klinik und der Anwendung der Curettage in den einzelnen Regionen. Die befragten Anbieterinnen und Anbieter, die nicht in der Klinik arbeiten, wenden die Curettage mit 23,1 % im RB Tübingen häufiger an als in Mecklenburg-Vorpommern (15,6 %) bzw. Bremen (4,8 %).

Abb. 7.214: Anwendung der Curettage nach Tätigkeit in einer Klinik und Region (in Prozent)



nur Anbieterinnen und Anbieter, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Befragten in Bremen und Mecklenburg-Vorpommern häufiger angeben, medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen als die Befragten im RB Tübingen.

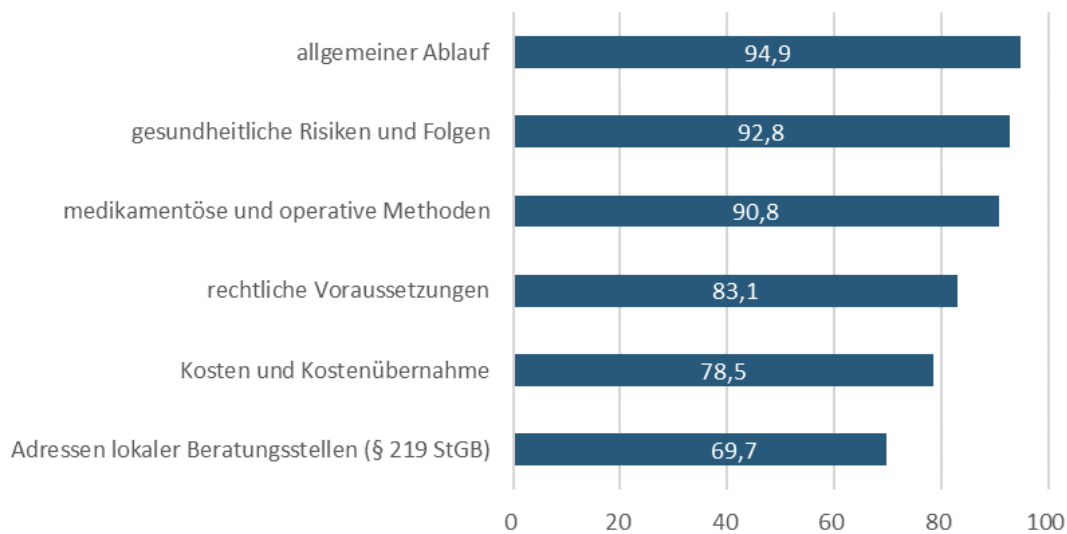
Etwa die Hälfte der Anbieterinnen und Anbieter von operativen Schwangerschaftsabbrüchen bietet sowohl die Vakuumaspiration/Saugcurettage als auch die Curettage an. Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass die Curettage im RB Tübingen häufiger angewendet wird. Ein kleiner Anteil der Befragten führt ausschließlich die Curettage als Abbruchmethode durch, in dieser Gruppe zeigen sich kaum regionale Unterschiede.

7.3.3.2.2 Umgang mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen

Anbieterinnen und Anbieter

Eine große Mehrheit der befragten Anbieterinnen und Anbieter gibt an, dass sie ihre Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen, über den allgemeinen Ablauf (94,9 %), allgemeine Risiken und Folgen des Schwangerschaftsabbruchs (92,8 %), die verschiedenen Methoden mit Vor- und Nachteilen (90,8 %) sowie über die rechtlichen Voraussetzungen (83,1 %) informieren. Über die Kosten und Kostenübernahme (78,5 %) und Adressen lokaler Beratungsstellen nach § 219 StGB (69,7 %) werden die Patientinnen von den Befragten seltener informiert.

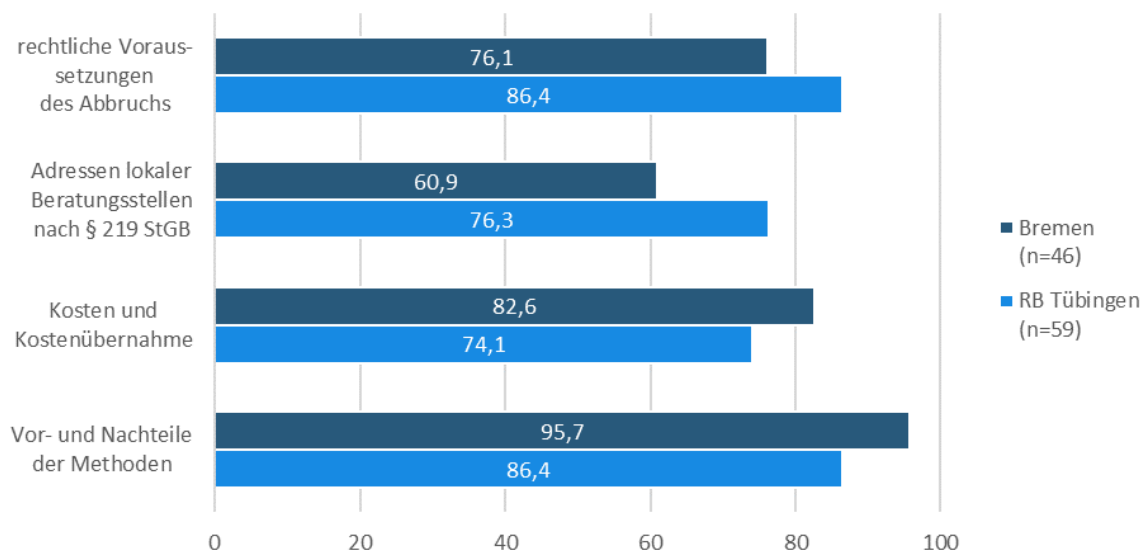
Abb. 7.215: Aspekte, über die Anbieterinnen und Anbieter Patientinnen informieren, die einen Abbruch nach Pflichtberatung wünschen (in Prozent)



n=195, Mehrfachnennung möglich, nur Anbieterinnen und Anbieter. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Aspekten, über die die Anbieterinnen und Anbieter ihre Patientinnen informieren und der Region. Dennoch zeigen sich einige Unterschiede: So informiert im RB Tübingen mit 86,4 % ein höherer Anteil der Anbieterinnen und Anbieter über die rechtlichen Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung als in Bremen, wo der Anteil bei 76,1 % liegt. Im RB Tübingen informieren die Anbieterinnen und Anbieter mit 76,3 % auch häufiger über Adressen lokaler Beratungsstellen nach § 219 als in Bremen mit 60,9 %. Demgegenüber ist der Anteil der Anbieterinnen und Anbieter, die über die Kosten zum Abbruch und die Möglichkeit der Kostenübernahme informieren im RB Tübingen mit 74,1 % geringer als in Bremen mit 82,6 %. Auch über die Vor- und Nachteile der medikamentösen und operativen Methode wird in Bremen mit 95,7 % der Anbieterinnen und Anbieter häufiger informiert als im RB Tübingen mit 86,4 %. Die Anteile der Anbieterinnen und Anbieter in Mecklenburg-Vorpommern liegen immer zwischen den Werten der Befragten im RB Tübingen und in Bremen und werden hier nicht dargestellt.

Abb. 7.216: Aspekte, über die Anbieterinnen und Anbieter Patientinnen informieren, die einen Abbruch nach Pflichtberatung wünschen, nach Region (in Prozent)



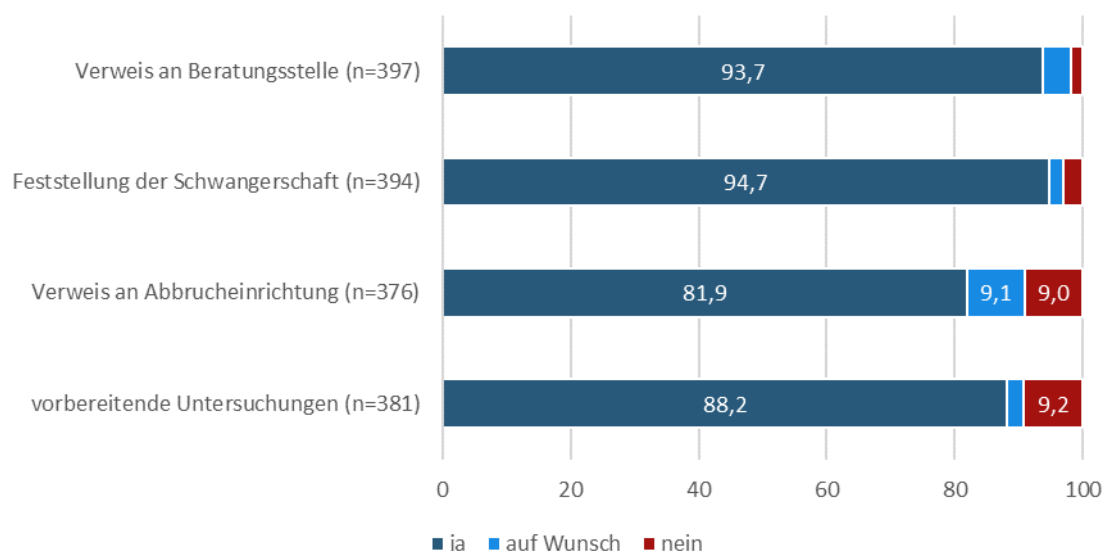
Die Werte von Mecklenburg-Vorpommern liegen bei allen Aspekten zwischen den Werten von RB Tübingen und Bremen und werden in der Grafik nicht dargestellt.

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter

Die Mehrheit der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter ist bereit, Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, umfassend zu unterstützen. Dies umfasst den Verweis an eine Beratungsstelle (ja und auf Wunsch der Patientin: 98,2 %), die Feststellung der Schwangerschaft (ja und auf Wunsch der Patientin: 97,0 %), den Verweis an eine Einrichtung, die Schwangerschaftsabbrüche durchführt (ja und auf Wunsch der Patientin: 91,0 %) sowie vorbereitende Untersuchungen (ja und auf Wunsch der Patientin: 90,8 %).

Abb. 7.217: Umgang von Nicht-Anbieterinnen und Anbieter mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen (in Prozent)

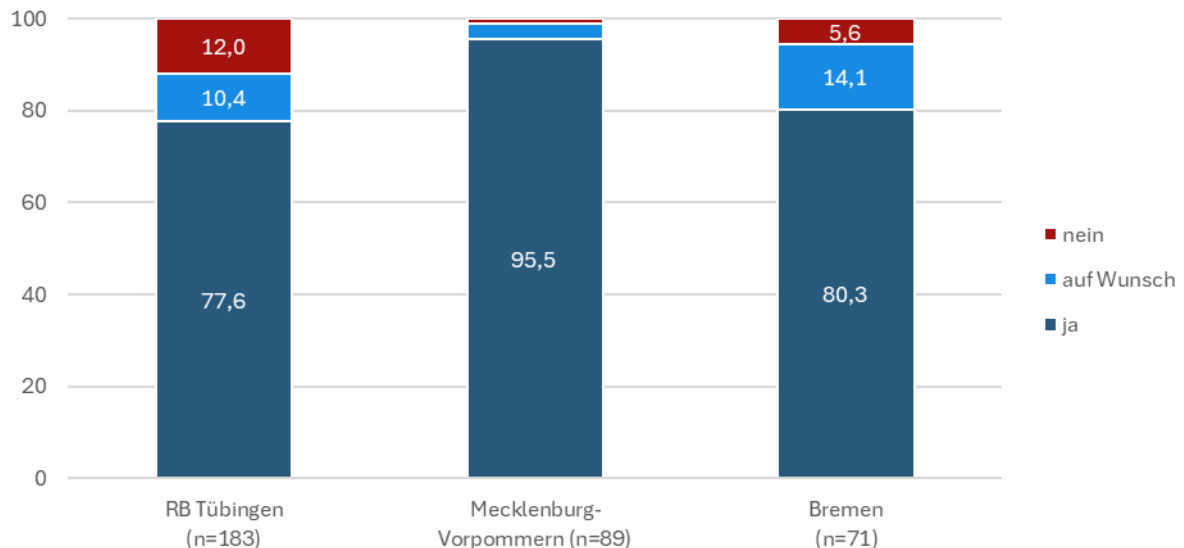


nur Nicht-Anbieterinnen und Anbieter. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Es zeigen sich regionale Unterschiede bei der Frage, was Nicht-Anbieterinnen und Anbieter tun, wenn eine Patientin einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung vornehmen lassen möchte. In Bremen verweisen die Befragten mit 85,3 % etwas seltener an eine Beratungsstelle als die Befragten in den anderen beiden Regionen (95,9 % im RB Tübingen und 96,7 % in Mecklenburg-Vorpommern). Sie tun dies etwas häufiger auf Wunsch der Patientin (9,3 % gegenüber 3,6 % im RB Tübingen bzw. 3,3 % in Mecklenburg-Vorpommern) oder gar nicht (5,3 % gegenüber 0,5 % im RB Tübingen bzw. niemand in Mecklenburg-Vorpommern).

Bei der Verweisung an eine Einrichtung, die Schwangerschaftsabbrüche durchführt, zeigen sich ebenfalls regionale Unterschiede: 95,5 % der Befragten in Mecklenburg-Vorpommern verweisen die Patientinnen an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch gegenüber 80,3 % in Bremen und 77,6 % im RB Tübingen. In Bremen tun dies mit 14,1 % deutlich mehr nur auf Wunsch der Patientin gegenüber 10,4 % im RB Tübingen und 3,4 % in Mecklenburg-Vorpommern. Dementsprechend ist der Anteil der Befragten, die überhaupt nicht an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch verweisen, im RB Tübingen mit 12,0 % deutlich höher als in Bremen mit 5,6 % und in Mecklenburg-Vorpommern mit 1,1 %.

Abb. 7.218: Verweis durch Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch nach Region (in Prozent)

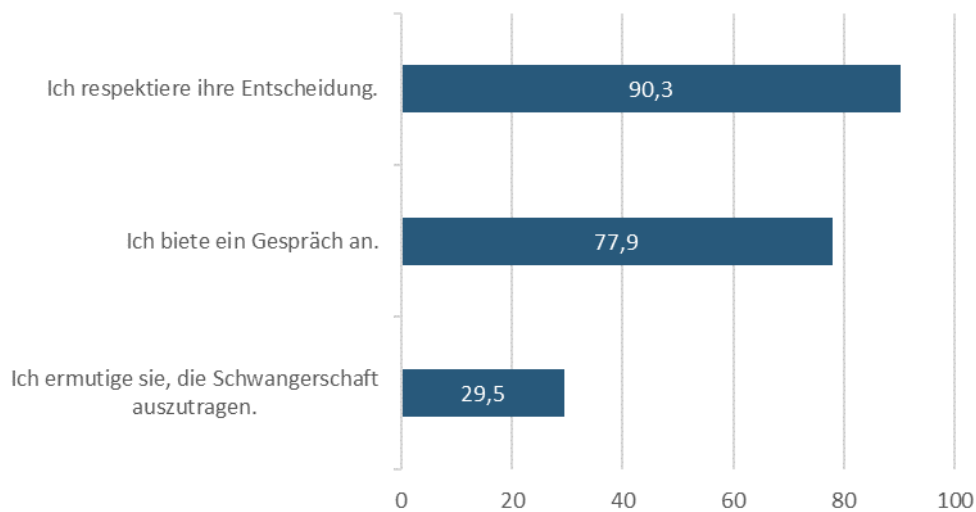


nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, Cramers V=0,159, p=0,002

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Ebenso wurden die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter gefragt, wie sie einer Patientin begegnen, die zu ihnen kommt und einen Abbruch nach Beratung wünscht. Sie konnten angeben, ob sie die Entscheidung der Patientin respektieren, ihnen ein Gespräch anbieten und/oder sie zum Austragen der Schwangerschaft ermutigen. Ein Großteil der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter gab an, dass sie die Entscheidung der Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen möchten, respektieren (90,3 %) und den Frauen ein Gespräch anbieten (77,9 %). Mehr als ein Viertel der Befragten gab an, die Frauen zum Austragen der Schwangerschaft zu ermutigen (29,5 %).

Abb. 7.219: Haltung gegenüber Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen (in Prozent)



n=403, Mehrfachnennung möglich. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Auch bei diesem Aspekt zeigen sich Zusammenhänge mit der Region, in der die Befragten tätig sind. So geben mit 86,3 % die Befragten im RB Tübingen seltener an, die Entscheidung der Patientin zu respektieren als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern (95,7 %) und in Bremen (96,2 %).

Für die Ermutigung der Patientin zum Austragen der Schwangerschaft zeigt sich ein überraschendes Ergebnis: Mit 43,6 % der Befragten in Mecklenburg-Vorpommern geben diese deutlich häufiger an, die Patientin zum Austragen zu ermutigen. Im RB Tübingen liegt der Anteil bei 27,4 % und in Bremen bei 15,4 %.

Ob die befragten Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter die Entscheidung ihrer Patientin bezüglich eines gewünschten Schwangerschaftsabbruches respektieren, hängt auch davon ab, welcher Religionsgemeinschaft sie sich zuordnen. Während 94,2 % der evangelischen Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter und 92,3 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter ohne Religionsgemeinschaft die Entscheidung respektieren, liegt der Anteil bei den katholischen Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern mit 85,3 % etwas niedriger.

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Religiosität der Befragten und ihrem Respekt für die Entscheidung ihrer Patientinnen. Die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, die sich selbst als sehr bis ziemlich religiös beschreiben, respektieren die Entscheidung ihrer Patientinnen mit 76,9 % seltener als jene, die sich als mittelmäßig (93,8 %) oder kaum bis gar nicht religiös (91,7 %) einordnen.

Befragte, die sich als sehr bis ziemlich religiös verorten, ermutigen mit 46,2 % zudem häufiger zum Austragen der Schwangerschaft als Befragte, die angeben, mittelmäßig (26,9 %) bzw. kaum bis gar nicht religiös (28,0 %) zu sein. Der Zusammenhang ist nicht signifikant ($p=0,054$).

Im Regierungsbezirk Tübingen verweisen etwa 12 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter eine Patientin, die einen Schwangerschaftsabbruch wünscht, nicht an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch. In Bremen bzw. Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Anteil mit knapp 6 % bzw. 1 % deutlich geringer. Gleichzeitig geben im Regierungsbezirk Tübingen die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter seltener an, die Entscheidung der Patientin für einen Schwangerschaftsabbruch zu respektieren (85 % gegenüber etwa 95 %). Dies hängt auch damit zusammen, dass sich hier Befragte häufiger als katholisch bzw. als sehr bis ziemlich religiös einordnen.

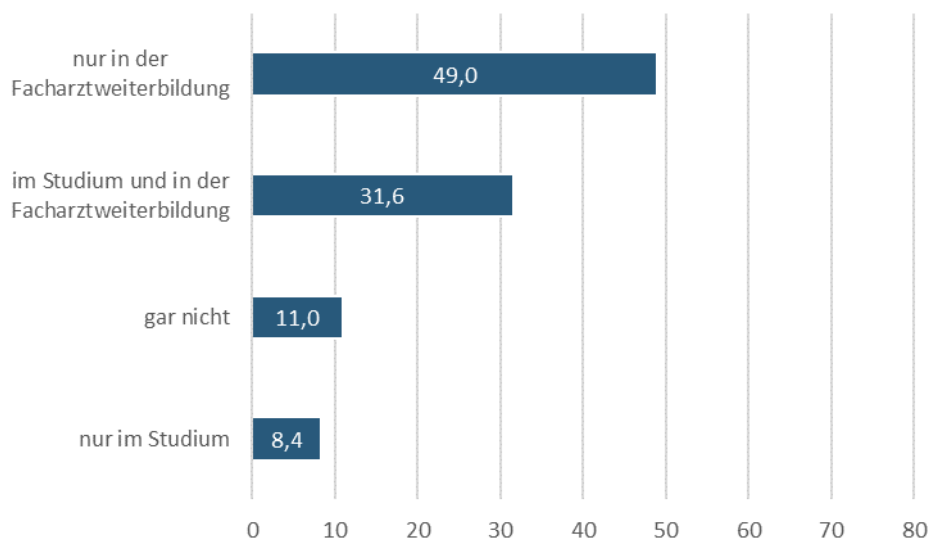
7.3.3.3 Qualifikation

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie die befragten Ärztinnen und Ärzte ihre Qualifikation zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen erworben haben. Dabei wird betrachtet, in welchem Umfang das Medizinstudium auf das Thema Schwangerschaftsabbruch eingeht und welche Rolle die Facharztweiterbildung (FAW) spielte. Die Handlungssicherheit der Medizinerinnen und Mediziner ist ein weiterer zentraler Aspekt, der beleuchtet wird, ebenso wie die Bedeutung von Fortbildungen und Fachaustausch für die kontinuierliche Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten.

7.3.3.3.1 Thematisierung im Studium und in der Facharztweiterbildung

Die Befragten konnten angeben, ob sie im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung und/oder ihres Studiums mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch in Berührung gekommen sind. 8,4 % gaben an, ausschließlich während des Studiums mit dem Thema in Berührung gekommen zu sein. Etwa die Hälfte der Befragten (49,0 %) hatte ausschließlich während der Facharztweiterbildung Kontakt mit dem Thema. Knapp ein Drittel (31,6 %) kam sowohl während des Studiums als auch während der Facharztweiterbildung damit in Berührung. 11,0 % gaben an, weder während des Studiums noch während der Facharztweiterbildung mit dem Thema in Berührung gekommen zu sein.

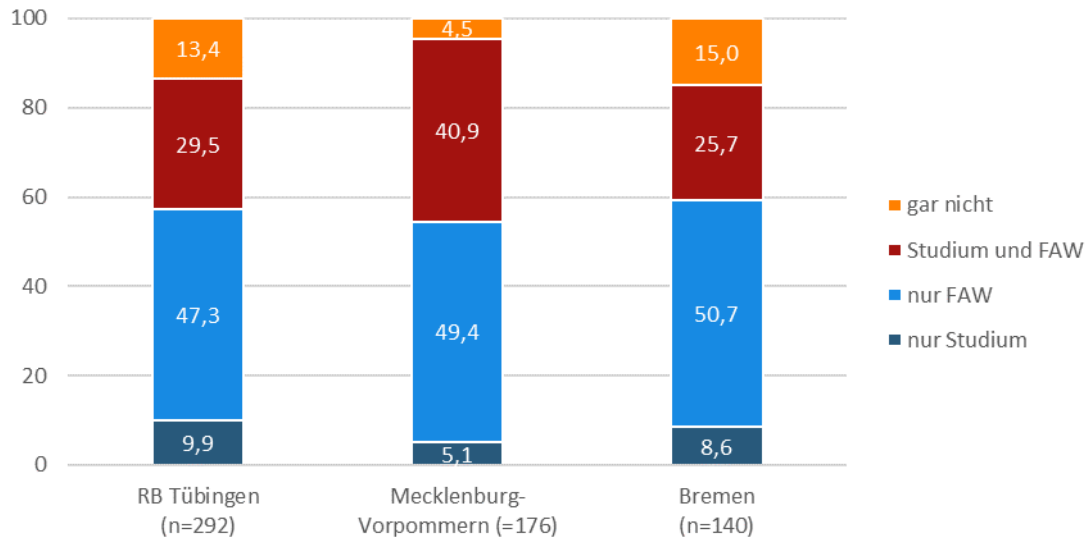
Abb. 7.220: Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Studium und/oder in der Facharztweiterbildung (in Prozent)



n=670, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Befragte in Mecklenburg-Vorpommern geben mit 40,9 % häufiger an, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch sowohl im Studium als auch in der FAW thematisiert wurde. Im RB Tübingen sind es dagegen 29,5 % und in Bremen 25,7 %. In Mecklenburg-Vorpommern ist auch der Anteil der Befragten, die weder im Studium noch in der FAW mit dem Thema in Kontakt gekommen sind mit 4,5 % geringer als im RB Tübingen mit 13,4 % und in Bremen mit 15,0 %.

Abb. 7.221: Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Studium und/oder in der Facharztweiterbildung nach Region (in Prozent)



n=608, Cramers V=0,129, p=0,003

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

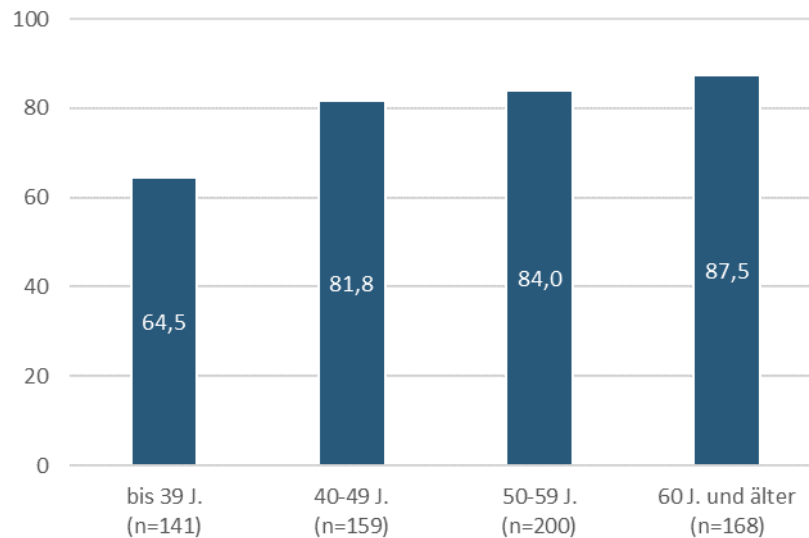
Das heißt, dass mit insgesamt 90,3 % deutlich mehr Befragte in Mecklenburg-Vorpommern angaben, mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung in Kontakt gekommen zu sein als in Bremen und dem RB Tübingen, wo es nur 76,8 % bzw. 76,2 % sind.

Es wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlung des Themas Schwangerschaftsabbruch im Studium oder in der Facharztweiterbildung und der späteren Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen festgestellt.

Thematisierung in der Facharztweiterbildung im Zeitverlauf

Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass jüngere Befragte insgesamt seltener angeben, in der Facharztweiterbildung mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch in Berührung gekommen zu sein. So geben 64,5 % der Befragten, die 39 Jahre oder jünger sind, an, mit dem Thema in der FAW in Kontakt gekommen zu sein. Bei den 40-49-Jährigen liegt der Anteil mit 81,8 % deutlich höher und steigt dann kontinuierlich mit zunehmendem Alter der Befragten bis auf 88,0 % bei den 65-Jährigen und Älteren an.

Abb. 7.222: Thematisierung von Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung nach Altersgruppen (in Prozent)

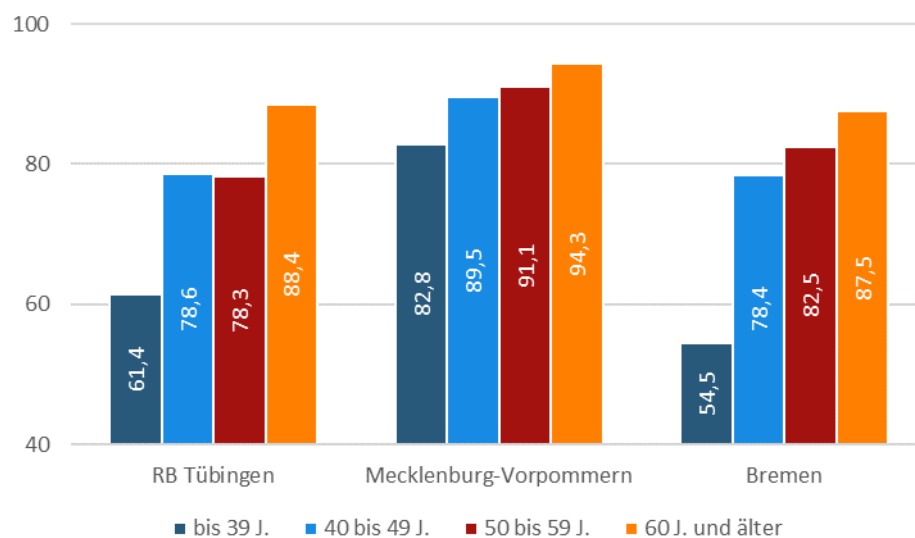


n=668, Cramers V=0,240, p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Je jünger die Befragten, umso niedriger der Anteil der Befragten, die in der FAW mit Schwangerschaftsabbruch in Berührung gekommen sind. Dies zeigt sich auch für die einzelnen Regionen: Besonders deutlich sind hier die Unterschiede im Regierungsbezirk Tübingen und in Bremen. Es lässt sich feststellen, dass in den Altersgruppen ab 60 Jahren die Anteile in den einzelnen Regionen ähnlich sind (88,4 % bis 94,3 %), aber dann vor allem in den beiden westdeutschen Regionen absinken, je jünger die Befragten sind. Im RB Tübingen liegt der Anteil bei den Befragten bis 39 Jahre bei 61,4 %, bei den Befragten im Alter ab 60 Jahren bei 88,4 %. In Bremen kommt bei den Befragten bis 39 Jahre nur ein Anteil von 54,5 % mit dem Thema in Berührung, während es 87,5 % bei den Befragten ab 60 Jahren und älter sind. In Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Unterschied nicht so stark ausgeprägt: Bei den Befragten mit einem Alter bis 39 Jahre liegt hier der Anteil bei 82,8 % und bei den Befragten ab 60 Jahren bei 94,3 %.

Abb. 7.223: Thematisierung in der Facharztweiterbildung nach Altersgruppen und Region (in Prozent)



RB Tübingen: n=70/70/83/69; MV: n=29/38/56/53; Bremen: n=33/37/40/32. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Knapp ein Drittel der Befragten kam mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch sowohl im Studium als auch in der Facharztweiterbildung in Kontakt. Knapp die Hälfte gab an, dass das Thema nur in der Facharztweiterbildung, aber nicht im Studium behandelt wurde. Bei 8,4 % wurde der Schwangerschaftsabbruch nur im Studium thematisiert. Ein Zehntel der Befragten hatte das Thema weder im Studium noch in der Facharztweiterbildung. Damit wurde das Thema bei fast 20 % in der fachärztlichen Ausbildung nicht thematisiert.

Je jünger die Befragten sind, desto seltener wird das der Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung thematisiert. In allen Altersgruppen ab 40 Jahren geben mindestens 80 % der Befragten an, dass der Schwangerschaftsabbruch thematisiert wurde. In der Altersgruppe der bis 39-Jährigen liegt der Anteil nur bei 64,5 %. Dieser Unterschied ist besonders stark in den zwei westdeutschen Regionen Bremen bzw. dem RB Tübingen, wo der Anteil bei den bis 39-Jährigen nur noch bei 54,5 % bzw. 61,4 % liegt. Demgegenüber verzeichnet Mecklenburg-Vorpommern hier mit 82,8 % einen deutlich höheren Anteil.

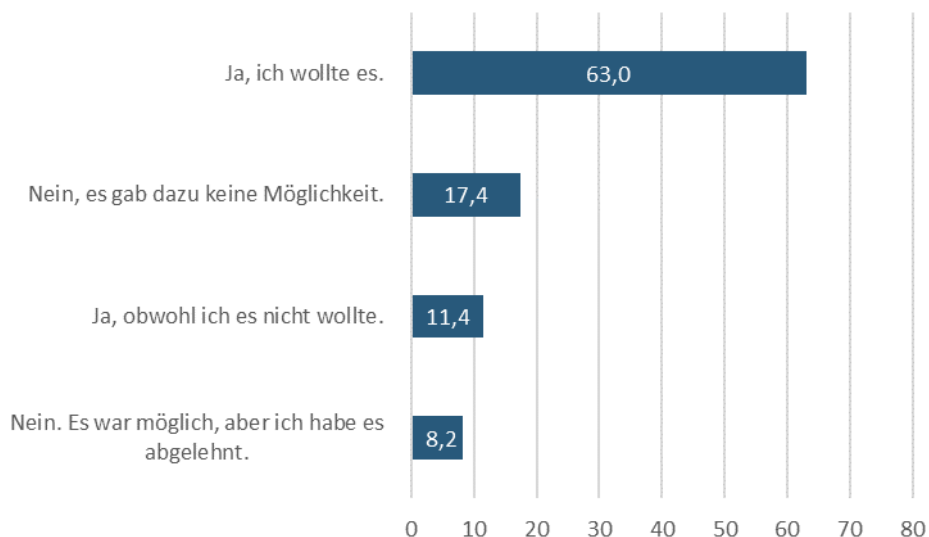
Zwischen der Thematisierung im Studium bzw. in der Facharztweiterbildung und der späteren Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen konnte kein Zusammenhang festgestellt werden.

7.3.3.2 Erlernen der Durchführung in der Facharztweiterbildung

Neben der Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die auch nur auf theoretischer bzw. ethisch-rechtlicher Ebene möglich ist, wurde auch erhoben, inwieweit die Befragten die praktische Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Facharztweiterbildung erlernt haben. Die Mehrheit der Befragten (63,0 %) hat während ihrer Facharztweiterbildung die praktische Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen erlernt und wollte dies auch. 17,4 % der Befragten gaben an, dass sie dazu keine Möglichkeit hatten. 11,4 % gaben an, die Durchführung von Abbrüchen erlernt zu haben, obwohl sie dies nicht wollten. 8,2 % hatten zwar die Gelegenheit, die Durchführung zu erlernen, haben es jedoch abgelehnt.

Abb. 7.224: Erlernen in der Facharztweiterbildung (in Prozent)

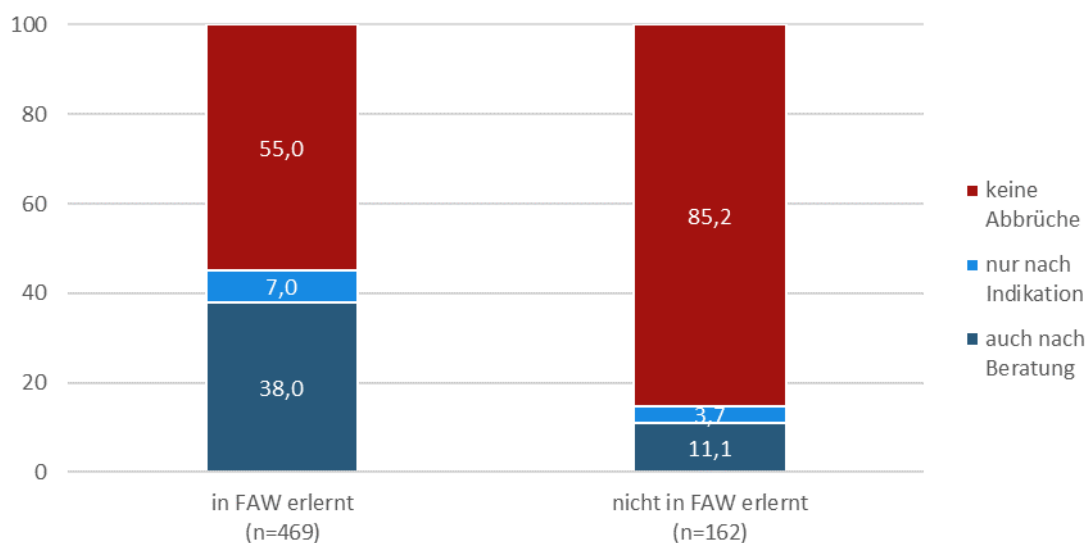
Haben Sie in Ihrer Facharztweiterbildung die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gelernt?



n=649, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erlernen in der Facharztweiterbildung (gruppiert in ja/nein) und der späteren Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. 38,0 % der Befragten, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der FAW praktisch erlernt haben, führen später Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch. Haben die Befragten die Durchführung in der FAW nicht erlernt, so führen später nur 11,1 % Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch. Dies zeigt, dass das Erlernen der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der FAW einen signifikanten Einfluss auf die spätere Entscheidung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen hat.

Abb. 7.225: Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Erlernen in der FAW (in Prozent)

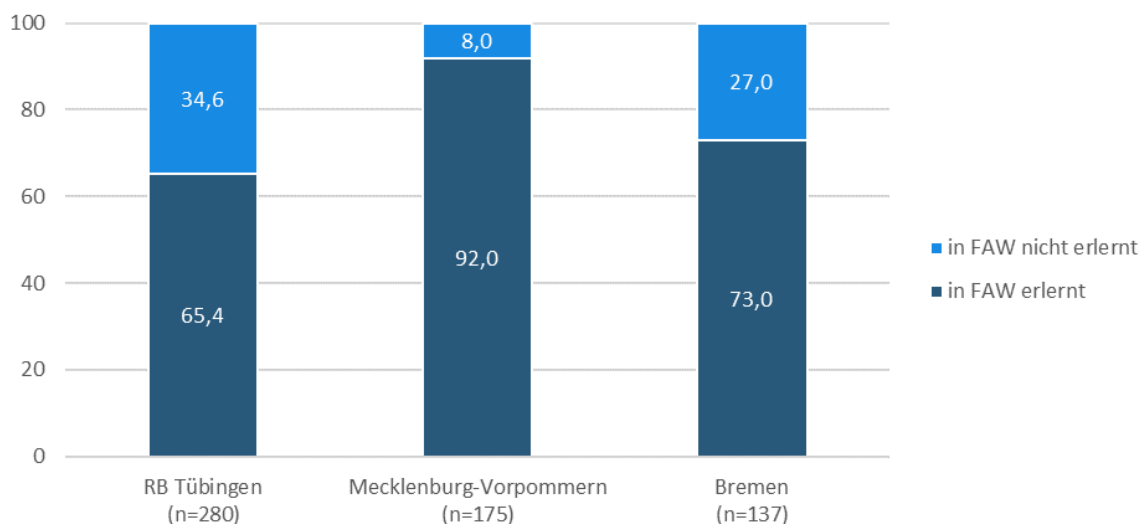


n=649, Cramers V=0,275; p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

In den beiden westdeutschen Regionen haben Befragte deutlich seltener Schwangerschaftsabbrüche in der Facharztweiterbildung erlernt als in Mecklenburg-Vorpommern. Im RB Tübingen liegt der Anteil bei 65,4 %, in Bremen bei 73,0 % und in Mecklenburg-Vorpommern bei 92,0 %.

Abb. 7.226: Praktisches Erlernen in der FAW nach Region (in Prozent)

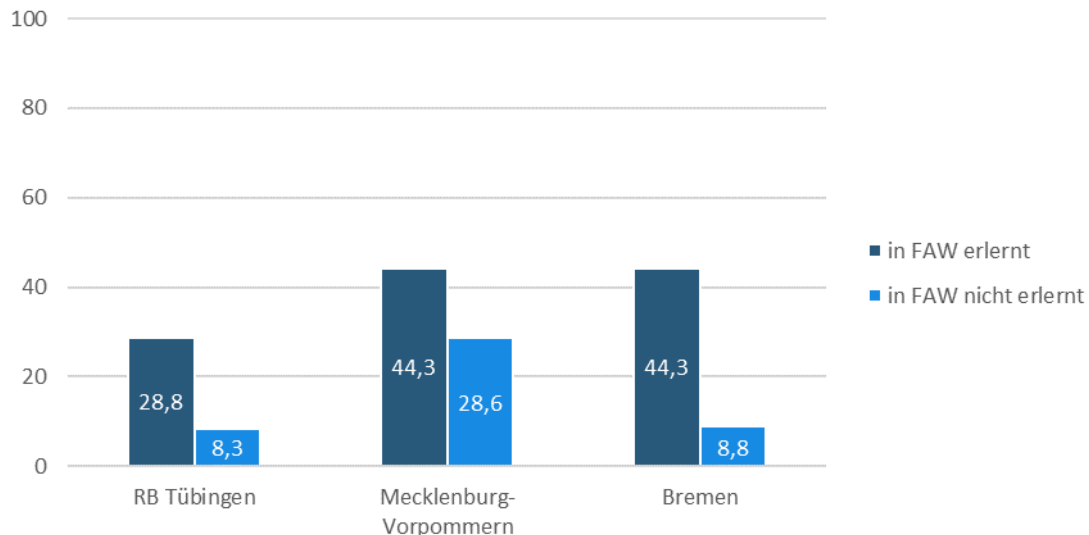


Cramers V=0,264; p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Entsprechend ist in den beiden westdeutschen Regionen der Zusammenhang zwischen dem Erlernen von Abbrüchen in der Facharztweiterbildung und der späteren Durchführung stärker als in Mecklenburg-Vorpommern, wo sowieso fast alle Befragten Abbrüche erlernt haben. So beträgt der Anteil der Anbieterinnen und Anbieter bei jenen, die die Durchführung in der FAW erlernt und nicht erlernt haben in Bremen 44,3 % gegenüber 8,8 % und im RB Tübingen 28,8 % gegenüber 8,3 %. In Mecklenburg-Vorpommern beträgt der Unterschied dagegen nur 44,3 % gegenüber 28,6 %.

Abb. 7.227: Anteil von Anbieterinnen und Anbietern nach Erlernen in der FAW und nach Region (in Prozent)



RB Tübingen: n=177/96 (Cramers V=0,284, p<0,001); Mecklenburg-Vorpommern: n=158/14; Bremen: n=94/34 (Cramers V=0,344, p<0,001)

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

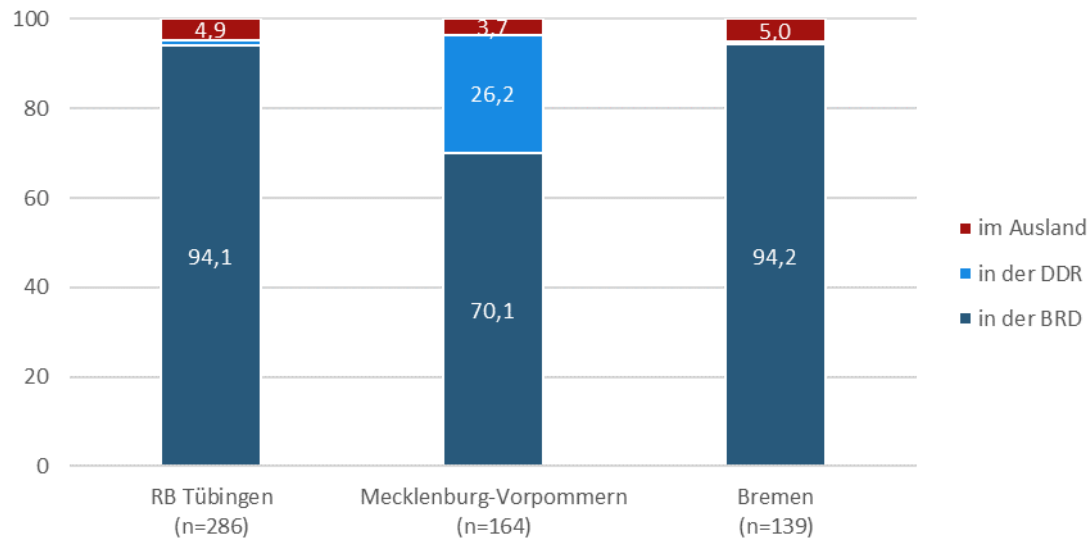
Im Gegensatz zur Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs steht das praktische Erlernen in der Facharztweiterbildung in Zusammenhang mit der späteren Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders deutlich in den beiden westdeutschen Regionen und weniger in Mecklenburg-Vorpommern.

Ort der Facharztweiterbildung

Die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern haben die FAW mit 26,2 % deutlich häufiger hauptsächlich in der DDR absolviert als die Befragten in Bremen mit 0,7 % und im RB Tübingen mit 1,0 %. Entsprechend haben die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern die FAW mit 70,1 % seltener hauptsächlich in der BRD absolviert als die Befragten in Bremen mit 94,2 % und im RB Tübingen mit 94,1 %. Der Anteil der Befragten, die ihre FAW überwiegend im Ausland absolviert haben, ist in allen drei Regionen in etwa gleich hoch (3,7 % bis 5,0 %).

Abb. 7.228: Ort der Facharztweiterbildung nach Region (in Prozent)

Wo haben Sie Ihre Facharztweiterbildung hauptsächlich absolviert?



Cramers V=0,296, $p < 0,001$

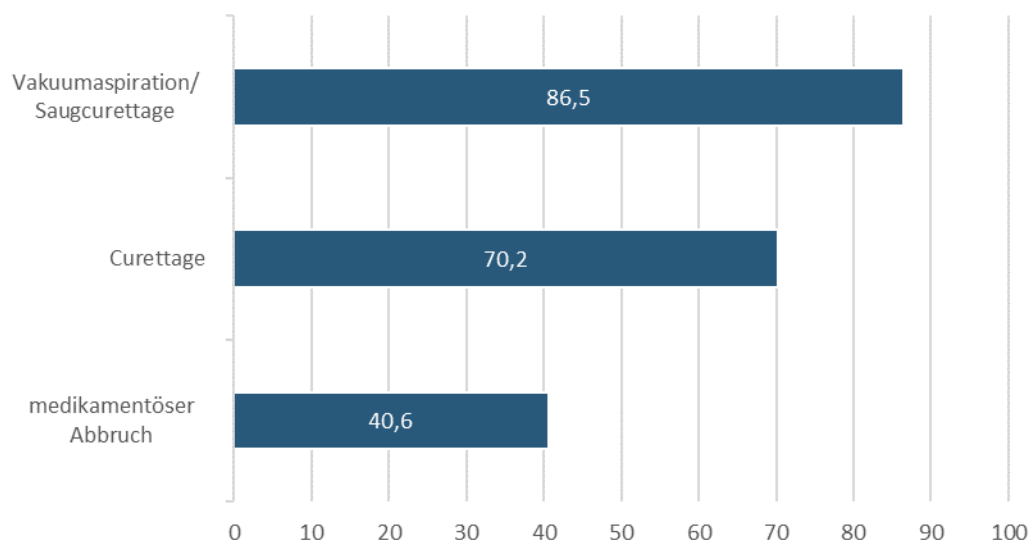
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Erlernte Methoden

Mit 86,5 % hat eine große Mehrheit der Befragten während ihrer Facharztweiterbildung die Vakuumaspiration/Saugcurettage erlernt, mit 70,2 % etwas weniger die Curettage. Den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch haben nur 40,6 % in der Facharztweiterbildung erlernt.

Abb. 7.229: Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung (in Prozent)

Welche Methoden zum Schwangerschaftsabbruch haben Sie dabei gelernt?



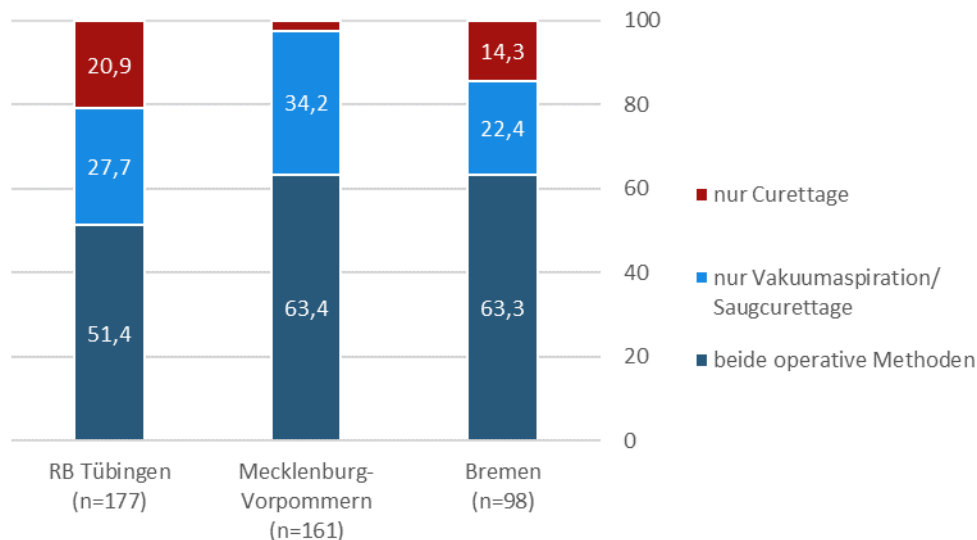
n=480, Mehrfachantworten möglich, nur Befragte, die die Durchführung in FAW erlernt haben. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Sowohl mindestens eine operative als auch die medikamentöse Methode lernten 40,2 %. Nur ein sehr geringer Anteil lernte ausschließlich den medikamentösen Abbruch (0,6 %).

Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen dem Erlernen der medikamentösen Methode des Schwangerschaftsabbruchs während der Facharztweiterbildung und der Region, in der die Befragten tätig sind.

Hinsichtlich des Erlernens der verschiedenen operativen Methoden besteht hingegen ein signifikanter Zusammenhang mit der Region. In allen drei Regionen wurden sowohl die Vakuumaspiration/Saugcurettage als auch die Curettage am häufigsten erlernt, wobei die Unterschiede zum RB Tübingen deutlich sind: Hier haben 51,4 % der Befragten beide operativen Methoden erlernt, in Mecklenburg-Vorpommern sind es 63,4 % und in Bremen 63,3 %. In Mecklenburg-Vorpommern wurde mit lediglich 2,5 % am seltensten nur die Curettage erlernt. In Bremen liegt der Anteil bei 14,3 % und im RB Tübingen sogar bei 20,9 %. Dementsprechend wurde in Mecklenburg-Vorpommern am häufigsten nur die Vakuumaspiration/Saugcurettage erlernt: Ein gutes Drittel der Befragten (34,2 %) gibt dies an. Im RB Tübingen ist es dagegen ein gutes Viertel (27,7 %) und in Bremen lediglich ein gutes Fünftel (22,4 %). Damit haben die Befragten aus dem RB Tübingen mit insgesamt 79,1 % seltener die Vakuumaspiration in der Facharztweiterbildung gelernt als die Befragten aus Bremen (85,9 %) und Mecklenburg-Vorpommern mit (97,8 %).

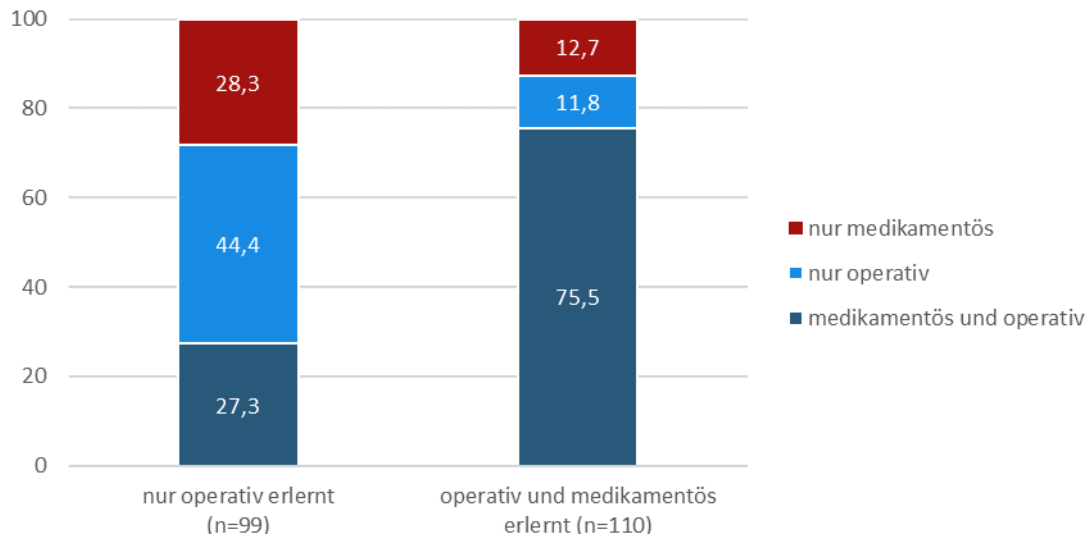
Abb. 7.230: Erlernte operative Methoden nach Region (in Prozent)



n=436, nur Befragte, die Durchführung in FAW erlernt haben, Cramers V=0,181, p<0,001
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den in der Facharztweiterbildung erlernten und später angewandten Methoden. 44,4 % der Befragten, die in der Facharztweiterbildung nur die operative Methode erlernt haben, führen später auch nur operative Abbrüche durch. Haben die Befragten beide Methoden in der Facharztweiterbildung erlernt, so führen nur 11,8 % von ihnen später ausschließlich operative Abbrüche durch. Drei Viertel der Befragten (75,5 %), die beide Methoden in der Facharztweiterbildung erlernt haben, wenden später auch beide Methoden zum Schwangerschaftsabbruch an.

Abb. 7.231: Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nach erlernten Methoden in der Facharztweiterbildung (in Prozent)



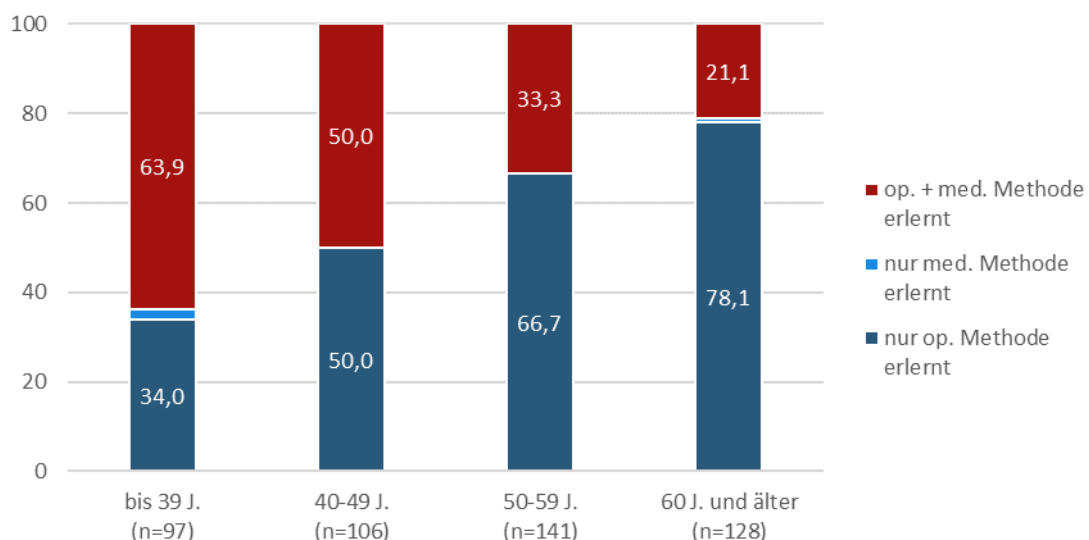
n=209, nur Befragte, die Durchführung in FAW erlernt haben und Ausschluss der 2 Befragten, die nur die medikamentöse Methode in der FAW erlernt haben, Cramers V=0,487, p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Der Zusammenhang zwischen den erlernten Methoden und der späteren Anwendung zeigt sich für jede einzelne Region ebenfalls mit ähnlichen Verteilungen, daher wird hier auf eine Darstellung nach Regionen getrennt verzichtet.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den erlernten Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung und dem Alter der Befragten. Je jünger die Befragten sind, desto häufiger haben sie sowohl die medikamentöse als auch mindestens eine operative Methode in der FAW erlernt: Beträgt der Anteil bei den über 59-Jährigen 21,1 %, so steigt er auf 63,9 % bei den bis 39-Jährigen. Dementsprechend sinkt der Anteil der Befragten, die nur operative Methoden erlernt haben in der Facharztweiterbildung, je jünger die Befragten sind – von 78,1 % auf 34,0 %.

Abb. 7.232: Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung nach Altersgruppen (in Prozent)



n=472, nur Befragte, die Durchführung in FAW erlernt haben, Cramers V=0,242, p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Je jünger die Befragten sind, desto häufiger haben sie die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung erlernt. 47,8 % der bis 39-Jährigen geben dies an gegenüber 15,9 % der 60-64-Jährigen.

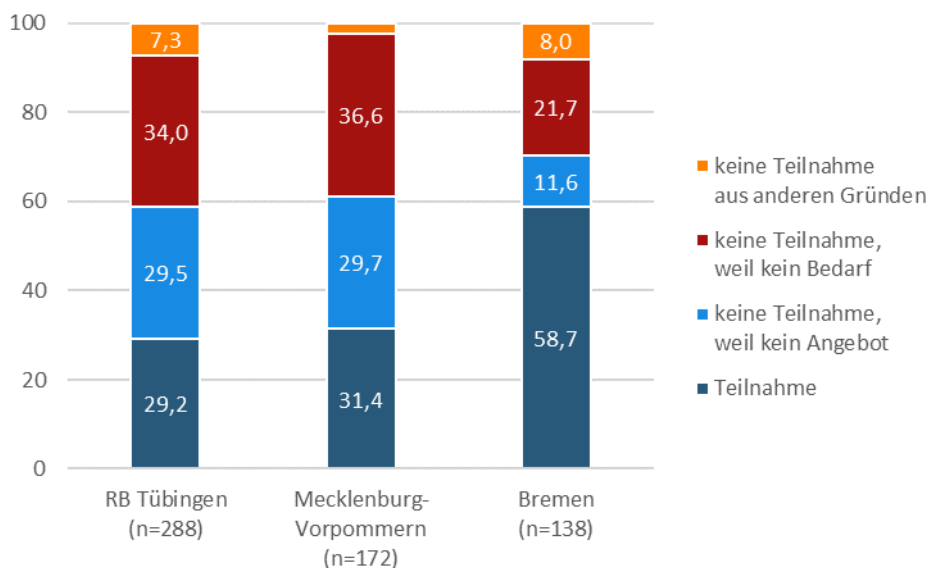
Während die überwiegende Mehrheit der Befragten den operativen Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung erlernt hat, gaben weniger als die Hälfte der Befragten (40,6 %) an, die medikamentöse Methode erlernt zu haben. 12,5% der Befragten haben in ihrer Facharztweiterbildung nur die Curettage als operative Methode erlernt.

Die erlernten Methoden stehen in einem engen Zusammenhang mit den später angewandten Methoden des Schwangerschaftsabbruchs. Wenn die Befragten beide Methoden erlernt haben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie später beide Methoden anwenden, fast dreimal so hoch als wenn sie in ihrer Facharztausbildung nur den operativen Schwangerschaftsabbruch erlernt haben.

7.3.3.3 Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch

Die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch hängt mit der Region zusammen, in der die Befragten tätig sind. In Bremen ist der Anteil an Befragten, die an Fortbildungen teilgenommen haben, mit 58,7 % deutlich höher als in Mecklenburg-Vorpommern (31,4 %) sowie im RB Tübingen (29,2 %). In Bremen geben mit 21,7 % weniger Befragte an als in Mecklenburg-Vorpommern (36,6 %) und im RB Tübingen (34,0 %), dass sie keinen Fortbildungsbedarf zum Thema hatten. In Bremen geben mit 11,6 % der Befragten auch weniger als halb so viele als in Mecklenburg-Vorpommern (29,7 %) und im RB Tübingen (29,5 %) an, dass sie nicht teilgenommen haben, weil es keine entsprechenden Fortbildungen gab.

Abb. 7.233: Teilnahme an Fortbildungen nach Region (in Prozent)



n=598, Cramers V=0,203, p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Diese Unterschiede zeigen sich analog auch, wenn man nur die Befragten betrachtet, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen bzw. die Befragten, die dies nicht tun. Auch dann geben im Vergleich mehr Befragte in Bremen an, an Fortbildungen zum Thema teilgenommen zu haben und weniger Befragte berichten, dass es keine Fortbildungen zum Thema gab oder sie keinen Bedarf hatten. Lediglich für den RB Tübingen ist festzustellen, dass hier ähnlich viele Befragte (21,7 %), die Abbrüche durchführen, angeben, keinen Bedarf gehabt zu haben wie in Bremen (20,0 %). Insgesamt findet sich in den einzelnen Regionen kein Zusammenhang zwischen

der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und der Teilnahme an Fortbildungen. Lediglich in Bremen zeigt sich ein kleinerer deskriptiver Unterschied: Hier haben 64,4 % der Anbieterinnen und Anbieter gegenüber 55,8 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter bereits an Fortbildungen zum Thema teilgenommen.

Die Befragten aus Bremen haben fast doppelt so häufig an Fortbildungen zum Schwangerschaftsabbruch teilgenommen (knapp 60 % gegenüber etwa 30 %), berichten seltener, keinen Bedarf gehabt zu haben und auch deutlich seltener, dass keine Fortbildungen angeboten wurden (etwa 10 % gegenüber etwa 30 %) als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern und dem RB Tübingen. Die Teilnahme an Fortbildungen steht in keinem Zusammenhang mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

7.3.3.4 Einstellungen der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse zu den Einstellungen von Ärztinnen und Ärzten zum Themenbereich Schwangerschaftsabbruch dar. Zunächst werden ihre Ansichten zu den rechtlichen Regelungen beleuchtet, einschließlich der Faktoren, die diese Einstellungen beeinflussen können. Weiterhin werden die Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte zum Status des Embryos bzw. Fötus betrachtet. Der Umgang mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, wird ebenfalls thematisiert, um zu verstehen, wie persönliche Überzeugungen den Umgang mit diesen Frauen beeinflussen können. Darüber hinaus wird auf die Haltung gegenüber Kolleginnen und Kollegen eingegangen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, um mögliche Unterstützung oder Abgrenzung zu beleuchten. Abschließend werden die Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte über die Überzeugungen der Menschen in ihrer Region zum Thema Schwangerschaftsabbruch zusammengefasst, um ein Bild davon zu vermitteln, wie das regionale Umfeld ihre Perspektiven beeinflusst oder spiegelt.

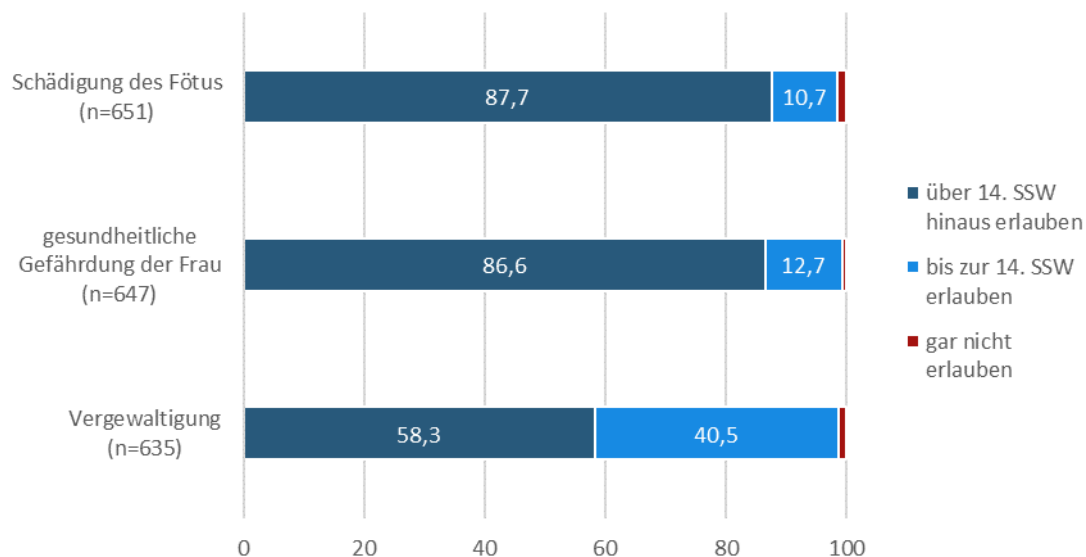
7.3.3.4.1 Einstellungen zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

In der Befragung wurde erhoben, wie nach Meinung der Befragten die rechtliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch aussehen sollte. Auf die Frage „Unter welchen Umständen und in welchem Zeitraum sollte Ihrer Meinung nach ein Schwangerschaftsabbruch gesetzlich erlaubt sein?“ konnten die Befragten zu insgesamt neun verschiedenen Umständen angeben, ob in diesen Fällen ein Abbruch bis zur 14. Schwangerschaftswoche (p.m.), über die 14. Schwangerschaftswoche (p.m.) hinaus oder gar nicht erlaubt sein sollte.

Die höchste Zustimmung für die gesetzliche Erlaubnis, die Schwangerschaft auch nach der 14. Schwangerschaftswoche (SSW) abzubrechen, findet sich bei einer gesundheitlichen Schädigung des Fötus (87,7 %) und einer schwerwiegenden gesundheitlichen Gefährdung der Frau (86,6 %). Deutlich weniger Befragte sprechen sich für eine Erlaubnis über die 14. SSW hinaus aus, wenn die Schwangerschaft Folge einer Vergewaltigung war: Mit 58,3 % ist es aber immer noch eine Mehrheit, die findet, dass ein Abbruch in diesem Fall über die 14. SSW hinaus erlaubt sein sollte. 40,5 % der Befragten sind der Meinung, dass in diesem Fall der Abbruch nur bis zur 14. SSW erlaubt sein sollte. Der Anteil der Befragten, die bei diesen drei Gründen angaben, dass ein Schwangerschaftsabbruch überhaupt nicht erlaubt sein sollte, ist sehr klein und lag zwischen 0,6 % und 1,6 %.

Abb. 7.234: Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs unter bestimmten Umständen (Auswahl: Umstände mit häufigster Zustimmung zur Erlaubnis, in Prozent)

Unter welchen Umständen und in welchem Zeitraum sollte Ihrer Meinung nach ein Schwangerschaftsabbruch gesetzlich erlaubt sein?

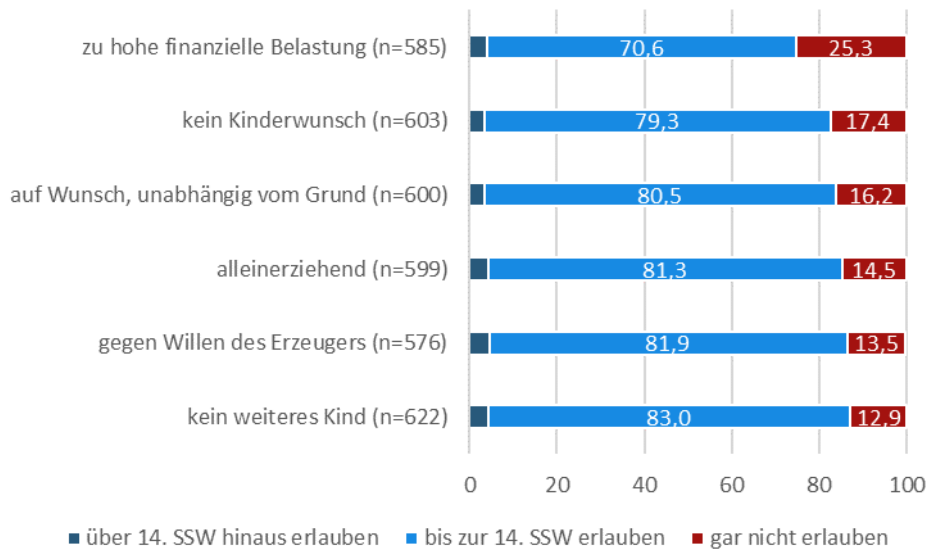


Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Zusätzlich wurde erfragt, wie die Teilnehmenden zu einer gesetzlichen Erlaubnis des Schwangerschaftsabbruchs stehen, wenn dieser mit Umständen begründet wird, die sich aus der Lebenslage der Schwangeren ergeben. Die geringste Zustimmung findet hier die gesetzliche Erlaubnis des Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer zu hohen finanziellen Belastung durch ein (weiteres) Kind. Jede und jeder vierte Befragte (25,3 %) ist der Meinung, dass ein Schwangerschaftsabbruch aus diesem Grund überhaupt nicht erlaubt sein sollte. Hat die Frau keinen Kinderwunsch, finden 17,4 % der Befragten, dass ein Abbruch nicht erlaubt sein sollte. Alle

weiteren Umstände zeigen Ablehnungswerte zwischen 12,9 % (wenn die Frau bereits Kinder hat und keine weiteren will) und 16,2 % (auf Wunsch, unabhängig vom Grund der Frau). Nur ein kleiner Anteil der Befragten stimmt bei diesen weiteren Umständen einer Erlaubnis auch über die 14. SSW hinaus zu (3,3 % bis 4,5 %).

Abb. 7.235: Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs unter bestimmten Umständen (Auswahl: restliche Umstände, in Prozent)



Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Die Befragten zeigen eine konsistente Einstellung zu den verschiedenen Umständen, die einen Schwangerschaftsabbruch begründen könnten. 90 % derer, die unter einem bestimmten Umstand einem Abbruch bis zur 14. Schwangerschaftswoche zustimmen, tun dies auch bei anderen Umständen. Dies deutet darauf hin, dass Befragten bei der Frage, ob und bis wann ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein sollte, kaum zwischen verschiedenen Umständen unterscheiden. Stattdessen haben viele Befragte eine grundsätzliche Haltung zu Schwangerschaftsabbrüchen: Entweder lehnen sie Schwangerschaftsabbrüche generell ab, befürworten sie bis zur 14. Schwangerschaftswoche oder unterstützen sie auch nach der 14. Schwangerschaftswoche. Diese Grundhaltung gilt dann für die meisten Befragten für alle oder sehr viele der vorgegebenen Umstände.

Nahezu alle Befragten befürworten die gesetzliche Freigabe von Schwangerschaftsabbrüchen bei einer gesundheitlichen Gefahr für die Schwangere, bei einer Schädigung des Fötus und wenn die Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung entstanden ist. Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten befürworten unter diesen Umständen auch eine gesetzliche Erlaubnis des Schwangerschaftsabbruchs über die 14. Schwangerschaftswoche hinaus. Bei Umständen, die in der Lebenslage der Schwangeren begründet sind, befürwortet ebenfalls eine große Mehrheit der Befragten die gesetzliche Freigabe eines Schwangerschaftsabbruchs bis zur 14. Schwangerschaftswoche.

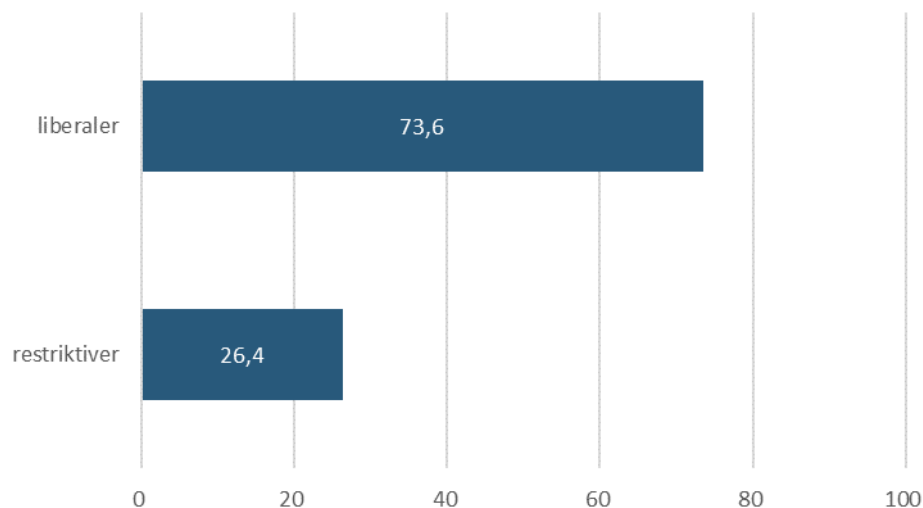
Index: Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

Um besser Zusammenhänge zwischen den Einstellungen zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und weiteren Faktoren prüfen zu können, wurde ein Index gebildet, der die Einstellung der Befragten zur Rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs auf einer Skala misst. Dazu wurden die Einstellungen der Befragten zu den Umständen, die in den Lebenslagen der Schwangeren begründet sind, in den Index einbezogen. Die Umstände, die eine

kriminologische, medizinische oder embryopathische Indikation beinhalten, wurden aus methodischen und inhaltlichen Gründen nicht berücksichtigt: Die drei genannten Umstände nehmen in den gesetzlichen Regelungen als Indikationen eine Sonderstellung ein, während die anderen Umstände alle in der jetzigen Beratungsregelung aufgehen. Zudem sind die drei Items zu den Indikationen statistische Außenseiter und bilden eine eigene Dimension der Einstellungen – die gemachten Angaben der Befragten zu diesen drei Items unterscheiden sich deutlich von den Angaben, die die Befragten zu den sechs weiteren Items gemacht haben. Zur Bildung des Indexes wurden nur Fälle eingeschlossen, die für mindestens 4 der 6 Items Angaben machten. Der Index kann Werte von 0 bis 2 annehmen. Ein Wert von 0 bedeutet, dass die Befragten unter allen Umständen, zu denen sie Angaben gemacht haben, der Meinung sind, dass Schwangerschaftsabbrüche nicht erlaubt sein sollten. Befragte mit einem Wert von 2 sind unter allen Umständen, zu denen sie Angaben gemacht haben, der Meinung, dass Schwangerschaftsabbrüche auch nach der 14. Schwangerschaftswoche erlaubt sein sollten. Der Wertebereich von 0 (unter keinen Umständen erlauben) bis 2 (immer über die 14. SSW hinaus erlauben) wurde dann in zwei Gruppen unterteilt: Die Gruppe der Befragten mit einem Wert von 0 bis unter 1 möchte Schwangerschaftsabbrüche nur unter bestimmten Umständen erlauben, sie werden auch als Gruppe mit restriktiverer Einstellung bezeichnet. Die Gruppe mit einem Wert von 1 bis 2 möchte die derzeitige Regelung im Wesentlichen beibehalten oder liberalisieren, also unter bestimmten Umständen Abbrüche auch über die 14. SSW hinaus erlauben. Sie werden auch als Gruppe mit liberalerer Einstellung bezeichnet.

Fast drei Viertel der Befragten (73,6 %) liegen im Wertebereich von 1 bis 2, sind also liberaler gegenüber der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs eingestellt. Ein gutes Viertel der Befragten (26,4 %) möchte Schwangerschaftsabbrüche hingegen nur unter bestimmten Umständen gesetzlich erlauben, sie sind also im Vergleich restriktiver eingestellt

Abb. 7.236: Index Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



n=595, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Insgesamt zeigt sich, dass mit fast drei Vierteln der überwiegende Teil der Befragten eine liberalere Einstellung zu der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs hat und für die meisten Umstände, die sich aus der Lebenslage der Schwangeren ergeben, für eine gesetzliche Erlaubnis, zumindest bis zur 14. SSW, wenn nicht darüber hinaus, plädiert. Etwa ein Viertel der Befragten plädiert bei einigen dieser Umstände gegen eine gesetzliche Erlaubnis von Schwangerschaftsabbrüchen, und ist somit restriktiver eingestellt.

Einflussfaktoren auf die Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

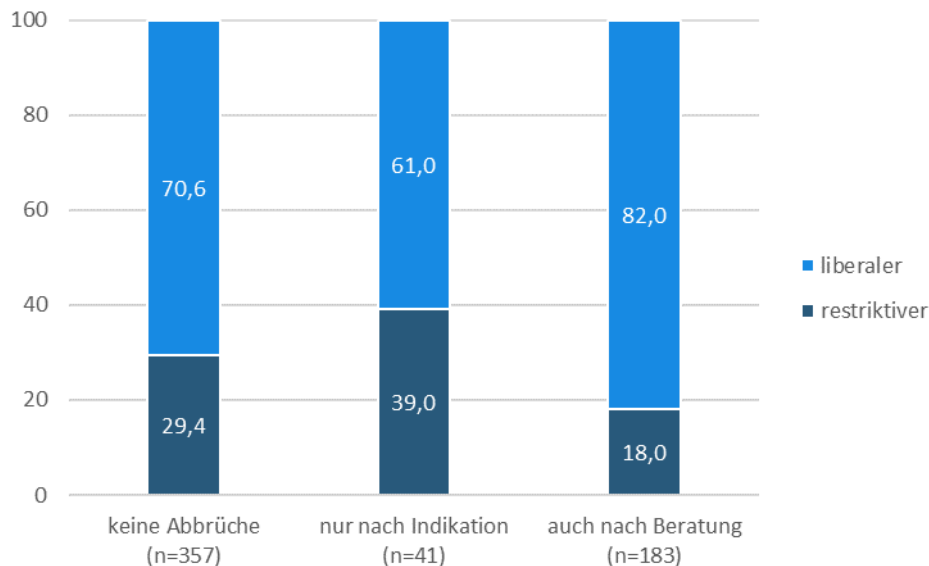
Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Unterscheiden sich die Befragten, die Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, in ihrer Einstellung zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs von jenen Befragten, die keine Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen? Bei der Frage, ob Abbrüche aus gesundheitlichen Gründen (Schädigung des Fötus / Gefährdung der Frau) oder bei Vergewaltigung gesetzlich erlaubt sein sollten, finden sich keine statistischen Unterschiede zwischen Anbieterinnen und Anbietern auf der einen und Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern auf der anderen Seite. Die Verteilungen sind hier nahezu identisch.

Für die weiteren vorgegebenen Umstände finden sich durchgängig schwache und signifikante Zusammenhänge. Anbieterinnen und Anbieter finden hier etwas häufiger als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, dass Abbrüche erlaubt sein sollten. Betrachtet man auch die kleine Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche nur nach Indikation durchführen, so zeigt diese stärkere Ähnlichkeit in ihren Einstellungen mit der Gruppe der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter.

Betrachtet man den oben beschriebenen Einstellungs-Index, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung der Befragten und der Frage, ob sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder nicht. Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, zeigen seltener eine restriktivere Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs – ihr Anteil liegt bei 18,0 %. Bei Ärztinnen und Ärzten, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, beträgt der Anteil derer mit restriktiverer Einstellung 29,4 %. Führen die Befragten ausschließlich Abbrüche nach Indikation durch, so liegt der Anteil derer mit restriktiverer Einstellung bei 39,0 %.

Abb. 7.237: Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)



Cramers V=0,141, p=0,003

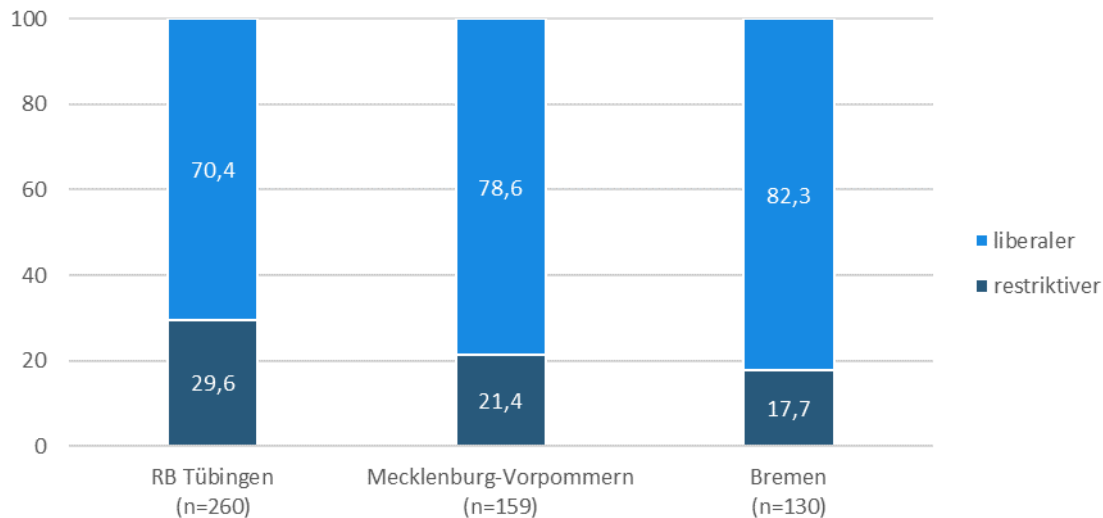
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Anbieterinnen und Anbieter haben häufiger eine liberalere Einstellung zur Frage, wann Schwangerschaftsabbrüche erlaubt sein sollten, als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter und Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche nur nach Indikation durchführen.

Regionale Unterschiede

Es besteht ein schwacher, aber signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und der Region, in der die Befragten ärztlich tätig sind. Mit 82,3 % sind die Befragten in Bremen etwas häufiger liberaler eingestellt als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern (78,6 %) und im RB Tübingen (70,4 %).

Abb. 7.238: Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach Region (in Prozent)



Cramers V=0,119, p=0,020

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Betrachtet man die einzelnen Umstände, die für die Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs abgefragt wurden, so zeigen sich regionale Unterschiede bei drei der neun erfragten Umstände:

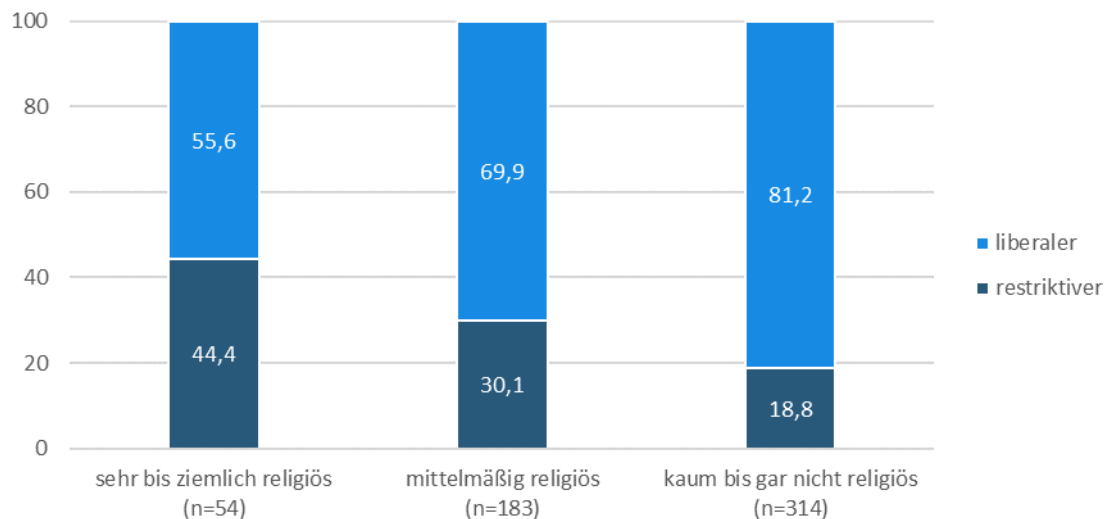
Bei der Frage, ob ein Abbruch auf Wunsch der Frau, unabhängig vom konkreten Grund, erlaubt sein sollte, geben 21,2 % der Befragten im RB Tübingen an, dass ein Abbruch in diesem Fall gar nicht erlaubt sein sollte. Bei den Befragten in Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil bei 11,7 % und bei jenen in Bremen bei 7,8 % und ist damit in beiden Regionen etwas niedriger. Wenn die Frau ein Leben ohne Kinder geplant hat, finden 20,9 % der Befragten im RB Tübingen gegenüber 11,6 % in Mecklenburg-Vorpommern und 9,5 % in Bremen, dass ein Abbruch in diesem Fall nicht erlaubt sein sollte. Ist die Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung entstanden, unterscheiden sich die Angaben der Befragten im RB Tübingen und in Mecklenburg-Vorpommern von den Befragten in Bremen in der Frage, bis zu welcher Frist ein Abbruch erlaubt sein sollte. In Bremen finden deutlich mehr Befragte, dass ein Abbruch in dem Fall auch über die 14. SSW hinaus erlaubt sein sollte: Hier sind 71,5 % der Befragten dieser Meinung. In Mecklenburg-Vorpommern sind mit 55,0 % und im RB Tübingen mit 54,9 % deutlich weniger dieser Ansicht.

Insgesamt haben die Befragten in Bremen etwas häufiger eine liberalere Einstellung gegenüber der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern. Die Befragten im RB Tübingen zeigen im Vergleich etwas häufiger restriktivere Einstellungen als die Befragten der beiden anderen Regionen.

Religiosität

Je religiöser sich die Befragten beschreiben, desto restriktiver sind ihre Einstellungen zur gesetzlichen Erlaubnis des Schwangerschaftsabbruchs. So haben 44,4 % der sehr bis ziemlich religiösen Befragten eine restriktivere Einstellung. Dieser Anteil liegt bei den mittelmäßig religiösen Befragten bei 30,1 % und bei den kaum bis gar nicht religiösen Befragten bei 18,8 %.

Abb. 7.239: Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach Religiosität (in Prozent)



Cramers V=0,190, $p<0,001$

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Je religiöser sich die Befragten einschätzen, desto restriktiver sind ihre Einstellungen zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Fast die Hälfte der Befragten, die sich selbst als sehr bis ziemlich religiös einschätzen, sind restriktiver eingestellt. Befragte, die sich als kaum oder gar nicht religiös einschätzen, sind dagegen nur zu einem knappen Fünftel restriktiver eingestellt.

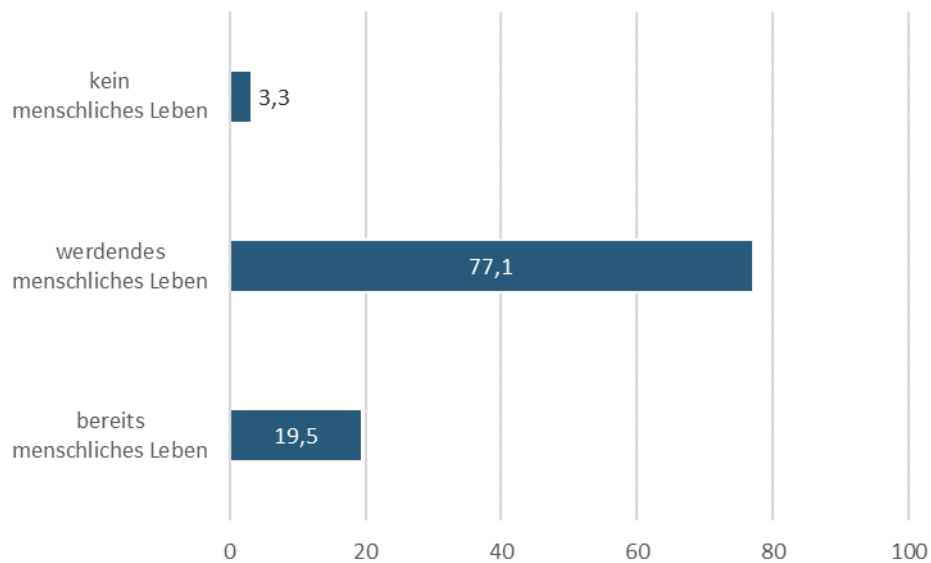
7.3.3.4.2 Einstellung zum Status des Embryos/Fötus

Die Befragten konnten angeben, welche Einstellung sie zum Status des Embryos/Fötus haben. Dabei war es möglich, zwischen drei Optionen zu wählen:

- „Der Embryo/Fötus ist Schwangerschaftsgewebe und als solches noch kein menschliches Leben.“
- „Der Embryo/ Fötus ist werdendes menschliches Leben, aber noch keine Person.“
- „Der Embryo/Fötus ist bereits menschliches Leben genauso wie ein bereits geborener Mensch.“

Mehr als drei Viertel der Befragten (77,1 %) haben angegeben, dass sie den Embryo/Fötus für werdendes menschliches Leben halten. Knapp ein Fünftel (19,5 %) der Befragten betrachtet ihn bereits als vollständiges menschliches Leben und 3,3 % sehen darin kein menschliches Leben.

Abb. 7.240: Einstellung zum Status des Embryos/Fötus (in Prozent)



n=599, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Betrachten die Befragten den Embryo/Fötus bereits als vollständiges menschliches Leben, so haben sie mit 58,0 % deutlich häufiger eine restriktivere Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, als wenn sie den Embryo als werdendes menschliches Leben oder als kein menschliches Leben betrachten. In diesen beiden Fällen liegen die Anteile derer, die restriktiver eingestellt sind, bei 20,2 % bzw. 11,1 % und sind somit deutlich niedriger.

Mehr als drei Viertel der Befragten betrachten den Embryo/Fötus als werdendes menschliches Leben. Knapp ein Fünftel sieht in ihm bereits menschliches Leben, genauso wie in einem bereits geborenen Menschen. Dieses Fünftel zeigt deutlich häufiger eine restriktivere Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs.

Zusammenhänge mit der Einstellung zum Status des Embryos/Fötus

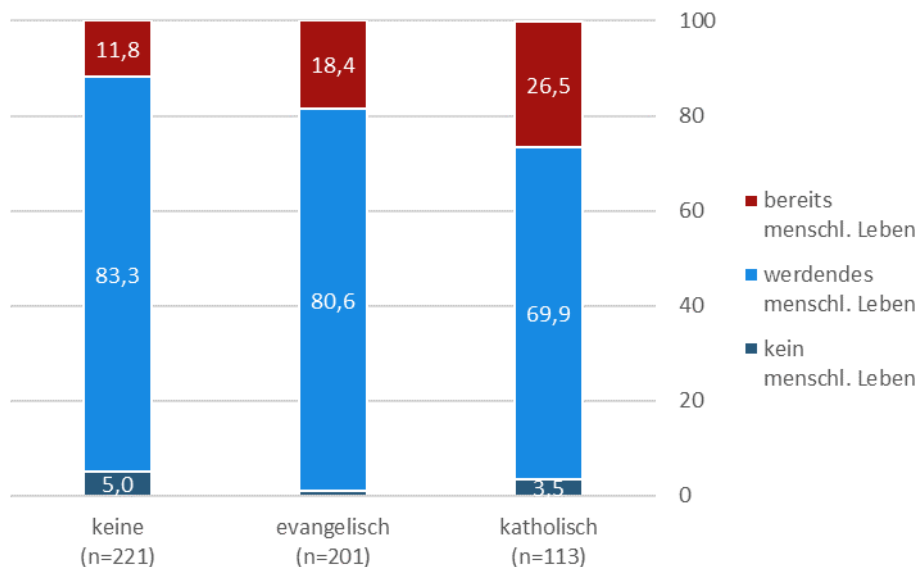
Die Einstellung zum Status des Embryos/Fötus hängt signifikant zusammen mit der Frage, ob die Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 76,1 % der Befragten, die den Embryo/Fötus bereits als vollwertiges menschliches Leben betrachten, führen keine Schwangerschaftsabbrüche durch. Bemerkenswert ist, dass immerhin 18,6 % von ihnen Schwangerschaftsabbrüche auch nach Pflichtberatung durchführen, obwohl sie den Fötus bereits als menschliches Leben, genauso wie einen geborenen Menschen, betrachten. 5,3 % von ihnen führen Abbrüche nur nach Indikation durch. Bei den Befragten, die den Embryo/Fötus als werdendes menschliches Leben betrachten, führen 59,1 % keine Abbrüche durch. Entsprechend führt mit 47,1 % ein deutlich größerer Anteil Abbrüche nach Pflichtberatung durch. Damit führen Ärztinnen und Ärzte, die den Embryo/Fötus bereits als vollständiges menschliches Leben ansehen, seltener Schwangerschaftsabbrüche durch als Ärztinnen und Ärzte, die den Embryo/Fötus als werdendes oder kein menschliches Leben betrachten.

Ein signifikanter Zusammenhang besteht auch zwischen der Einstellung zum Status des Embryos/Fötus und der Religiosität der Befragten. Je religiöser sich die Befragten einschätzen, desto eher betrachten sie den Fötus bereits als menschliches Leben, genauso wie einen geborenen Menschen. Bei den sehr bis ziemlich Religiösen sind es 40,0 %, bei den mittelmäßig Religiösen nur etwa halb so viele (21,1 %) und bei den kaum bis gar nicht Religiösen noch weniger (11,9 %).

Die Einstellung zum Status des Embryos/Fötus unterscheidet sich signifikant nach der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft. Befragte, die einer katholischen oder evangelischen

Religionsgemeinschaft angehören, betrachten den Fötus mit 26,5 % bzw. 18,4 % etwas häufiger bereits als menschliches Leben als Befragte, die keiner Religionsgemeinschaft angehören (11,8 %).

Abb. 7.241: Einstellung zum Status des Embryos/Fötus und Religionsgemeinschaft (in Prozent)



Ausschluss der Befragten, die sich einer anderen Religionsgemeinschaft zuordnen, Cramers V=0,125, p=0,002
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

In den Daten zeigt sich kein statistischer Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber dem Status des Embryos/Fötus und der Region, in der die Befragten tätig sind.

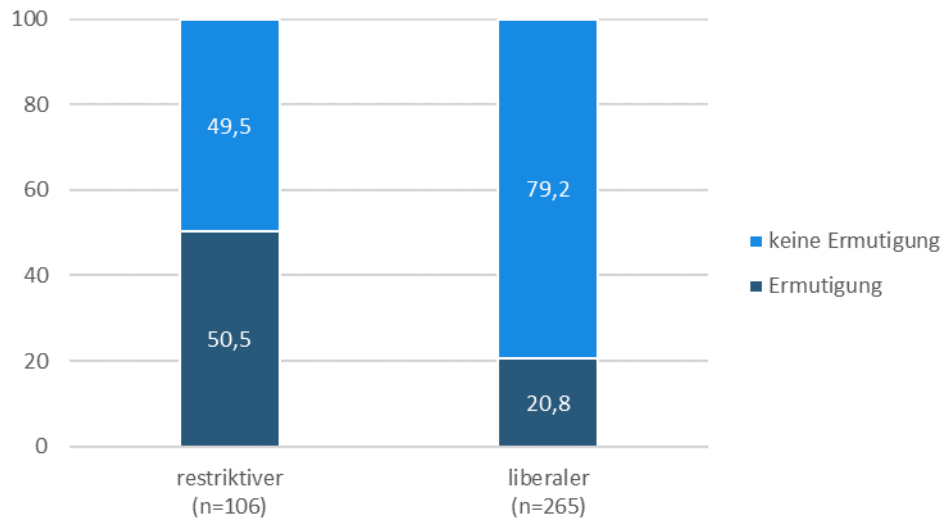
Je religiöser die Befragten sich einordnen, desto häufiger betrachten sie den Embryo/Fötus bereits als vollwertiges menschliches Leben. Befragte, die einer katholischen oder evangelischen Religionsgemeinschaft angehören, betrachten den Fötus mit etwa einem Viertel bzw. etwa einem Fünftel häufiger bereits als vollwertiges menschliches Leben als Befragte, die keiner Religionsgemeinschaft angehören. Hier liegt der Anteil nur bei gut einem Zehntel.

7.3.3.4.3 Einfluss der Einstellungen auf den Umgang mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen

Die WHO empfiehlt in ihrer Leitlinie, dass Ärztinnen und Ärzte, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, Patientinnen mit Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch an Angebote für einen Schwangerschaftsabbruch verweisen, d.h. ihnen zumindest die Adresse einer Einrichtung zur Verfügung zu stellen. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Einstellung zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und der Verweisung an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch. Mit 17,9 % verweisen Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, die eine restriktivere Einstellung zur gesetzlichen Erlaubnis des Schwangerschaftsabbruchs haben, Patientinnen mit Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch häufiger nicht an eine Einrichtung, die Abbrüche durchführt, als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter mit einer liberaleren Einstellung. Hier beträgt der Anteil 5,1 %.

Es zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen der Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und der Haltung, die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter gegenüber Patientinnen einnehmen, die bei ihnen einen Abbruch nach Pflichtberatung wünschen. Befragte mit restriktiverer Einstellung geben mit 50,2 % häufiger an, eine Patientin, die einen Schwangerschaftsabbruch wünscht, zum Austragen der Schwangerschaft zu ermutigen. Befragte mit liberalerer Einstellung geben dies zu 20,8 % an.

Abb. 7.242: Ermutigung der Patientin, die Schwangerschaft auszutragen nach Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



nur Befragte, die keine Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, $\Phi=0,293$, $p<0,001$

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Ein schwacher Zusammenhang ($\Phi=0,129$, $p=0,013$) besteht auch zwischen der Einstellung zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und der Frage, ob Ärztinnen und Ärzte, die keine Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, die Entscheidung der Patientin respektieren, die einen Abbruch nach Pflichtberatung wünscht. Dies bejahen 85,4 % der Befragten mit restriktiverer Einstellung gegenüber 93,6 % der Befragten mit liberalerer Einstellung. Damit zeigt sich, dass der Respekt für die Entscheidung der Patientin generell auf einem sehr hohen Niveau ist und die Unterschiede in den Einstellungen der Befragten nur graduell sind. Es zeigt auch, dass die Mehrheit der Befragten, die die Patientin zum Austragen der Schwangerschaft ermutigen, dennoch ihre Entscheidung respektieren. Von den 122 Befragten geben dies 91,0 % an.

Es bestehen Zusammenhänge zwischen der Einstellung der Befragten zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und der Art und Weise, wie sie mit Patientinnen umgehen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen. Ärztinnen und Ärzte mit einer restriktiveren Einstellung verweisen etwas seltener an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch als Ärztinnen und Ärzte mit einer liberaleren Einstellung. Sie ermutigen die Patientin auch mehr als doppelt so häufig dazu, die Schwangerschaft auszutragen (50 % vs. 20 %). Gleichzeitig geben mehr als 90 % von ihnen an, die Entscheidung der Patientin zu respektieren.

7.3.3.4.4 Einstellungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (*abortion provider stigma*)

Die Befragten konnten angeben, wie stark sie den folgenden Aussagen über Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, zustimmen:

- „Sie leisten einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen.“
- „Sie verstoßen gegen das ärztliche Berufsethos, Leben zu erhalten.“

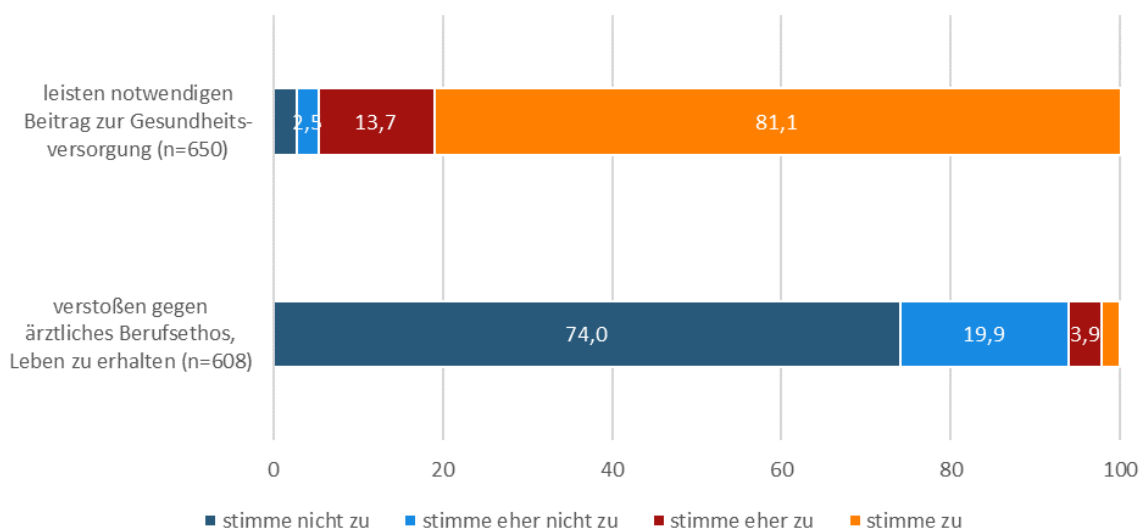
Zur Beantwortung stand ihnen eine vierstufige Skala zur Verfügung: stimme zu / stimme eher zu / stimme eher nicht zu / stimme nicht zu.

81,1 % der Befragten stimmen der Aussage zu, dass Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen leisten. 13,7 % stimmen der Aussage eher zu. Lediglich 5,2 % stimmen der Aussage (eher) nicht zu. Befragte, die selbst Schwangerschaftsabbrüche durchführen, stimmen etwas häufiger der Aussage zu, dass

Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen leisten. Während 77,7 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter der Aussage zustimmen, sind es 88,2 % der Anbieterinnen und Anbieter.

Fast drei Viertel der Befragten (74,0 %) stimmen der Aussage nicht zu, dass Anbieterinnen und Anbieter gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten. Knapp ein Fünftel (19,9 %) stimmen der Aussage eher nicht zu. 6,1 %, und damit nur sehr wenige Befragte, stimmen der Aussage (eher) zu. 10,2 % der Befragten gaben bei dieser Frage allerdings auch „kann oder möchte ich nicht beantworten“ an. Befragte, die selbst Schwangerschaftsabbrüche durchführen, stimmen etwas häufiger der Aussage nicht zu, dass Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten. Während 71,2 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter der Aussage nicht zustimmen, sind es 81,1 % der Anbieterinnen und Anbieter.

Abb. 7.243: Einstellungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (in Prozent)



Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Mit fast 95 % findet eine große Mehrheit der Befragten, dass Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen leisten. Nur 6 % sind der Meinung, dass sie gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten.

Zusammenhänge mit Einstellungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen

Politische Orientierung

Ordnen sich die Befragten politisch (eher) links ein, stimmen sie etwas häufiger der Aussage zu, dass Anbieterinnen und Anbieter einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten. 88,6 % der Befragten, die sich politisch (eher) links einordnen, stimmen der Aussage zu gegenüber 82,7 % der Befragten, die sich der politischen Mitte zuordnen und 70,6 % der Befragten, die sich (eher) rechts einordnen.

Für die Aussage, dass Anbieterinnen und Anbieter gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten, finden sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Gruppen nach politischer Orientierung. Hier ist es umgekehrt: Befragte, die sich (eher) links einordnen, stimmen der Aussage häufiger nicht zu: 79,4 % der (eher) linken Befragten stimmen der Aussage nicht zu gegenüber 73,6 % der Befragten, die sich der politischen Mitte zuordnen und 67,6 % der Befragten, die sich (eher) rechts einordnen.

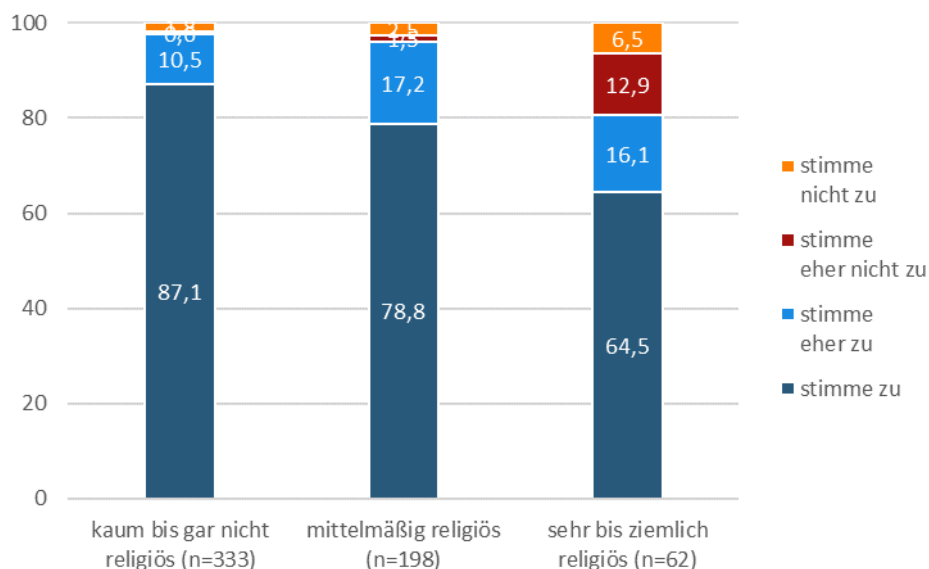
Religion und Religiosität

Befragte, die sich einer katholischen Religionsgemeinschaft zugehörig fühlen, stimmen der Aussage, dass Anbieterinnen und Anbieter einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten, weniger häufig zu (76,3 %) als Befragte, die keiner oder einer evangelischen Religionsgemeinschaft angehören (87,4 % bzw. 81,4 %).

Befragte, die einer katholischen Religionsgemeinschaft angehören, lehnen seltener die Aussage ab, dass Anbieterinnen und Anbieter gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten: Hier liegt der Anteil bei 62,2 %. Befragte, die keiner oder einer evangelischen Religionsgemeinschaft angehören, lehnen zu 82,4 % bzw. 77,8 % die Aussage ab.

Je religiöser die Befragten, desto seltener stimmen sie der Aussage zu, dass Anbieterinnen und Anbieter einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen leisten: Befragte, die sich als sehr bis ziemlich religiös einordnen, stimmen der Aussage immer noch zu 64,5 % zu, mittelmäßig religiöse Befragte zu 78,8 % und kaum bis gar nicht religiöse Befragte zu 87,1 %.

Abb. 7.244: Zustimmung zur Aussage, dass Anbieterinnen und Anbieter einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten nach Religiosität (in Prozent)



$p=0,179$, $p<0,001$

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Je religiöser die Befragten sind, desto seltener lehnen sie die Aussage ab, dass die Anbieterinnen und Anbieter gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten. 59,0 % der sehr bis ziemlich religiösen Befragten lehnen die Aussage ab gegenüber 69,4 % der mittelmäßig religiösen bzw. 80,6 % der kaum bis gar nicht religiösen Befragten.

Es finden sich keine Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter, Familienstand, eigenen Kindern und der eigenen Beteiligung an einer ungeplanten/ungewollten Schwangerschaft bzw. einem Schwangerschaftsabbruch.

7.3.3.4.5 Einschätzung der Überzeugungen von Menschen in der Region zum Schwangerschaftsabbruch

Die Befragten konnten angeben, wie sie die Überzeugungen der Menschen in ihrer Region bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs einschätzen. Dazu waren drei Aussagen vorgegeben:

- Jede Frau sollte das Recht haben, eine ungewollte Schwangerschaft abzubrechen.
- Nur in Ausnahmefällen sollte ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein.

- *Schwangerschaftsabbruch sollte grundsätzlich verboten sein.*

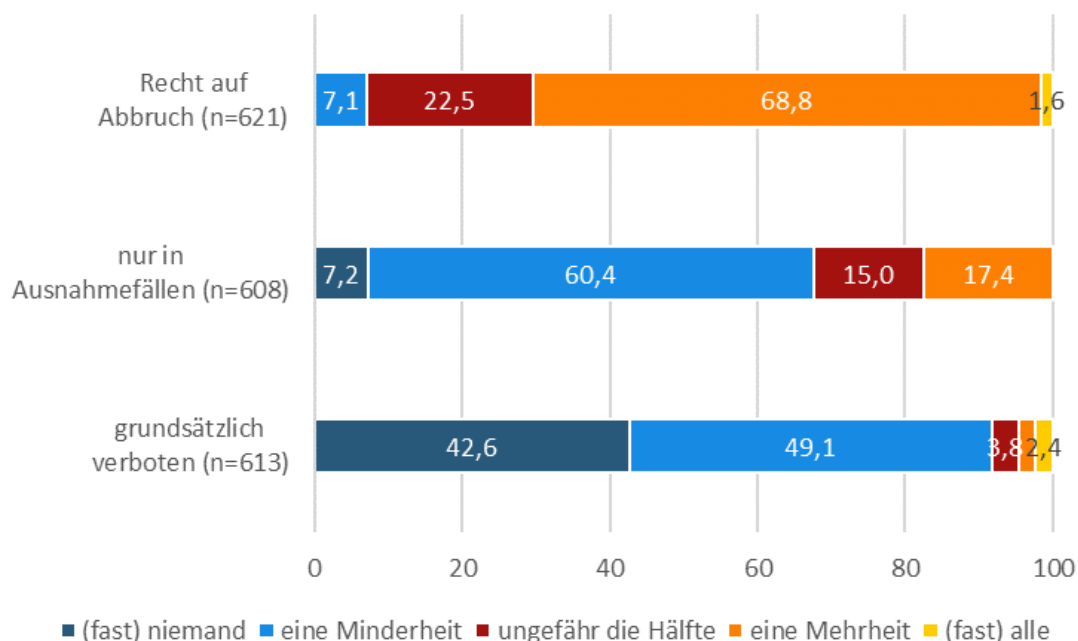
Die Befragten konnten zu jeder dieser drei Aussagen einschätzen, wie viele Menschen in ihrer Region dieser Ansicht sind. Dabei stand ihnen eine fünfstufige Skala zur Verfügung: (fast) niemand / eine Minderheit / ungefähr die Hälfte / eine Mehrheit / (fast) alle.

Die meisten Befragten (68,8 %) waren der Ansicht, dass eine Mehrheit der Menschen in ihrer Region der Meinung ist, dass jede Frau das Recht haben sollte, eine ungewollte Schwangerschaft abzubrechen. 22,5 % der Befragten schätzten, dass ungefähr die Hälfte der Menschen in ihrer Region dieser Meinung ist und 7,1 % gaben an, dass ihrer Meinung nach eine Minderheit in ihrer Region diese Einstellung hat. Keine bzw. sehr wenige (1,6 %) Befragte gaben hier (fast) niemand bzw. (fast) alle an.

Die Meinung, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmefällen erlaubt sein sollte, ist nach Einschätzung der Befragten deutlich weniger verbreitet. Hier geben die meisten Befragten (60,4 %) an, dass eine Minderheit in ihrer Region diese Meinung vertritt. 15,0 % denken, dass ungefähr die Hälfte und 17,4 % vermuten, dass eine Mehrheit in ihrer Region diese Ansicht haben.

Die dritte Meinung, dass Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich verboten sein sollten, ist nach Ansicht der Befragten insgesamt am wenigsten verbreitet. Hier geben 42,6 % bzw. 49,1 % der Befragten an, dass (fast) niemand bzw. eine Minderheit in ihrer Region diese Einstellung hat. Nur sehr wenige Befragte (jeweils < 5 %) geben an, dass ungefähr die Hälfte, eine Mehrheit oder (fast) alle in ihrer Region dieser Meinung sind.

Abb. 7.245: Einschätzung der Überzeugungen von Menschen in der Region zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

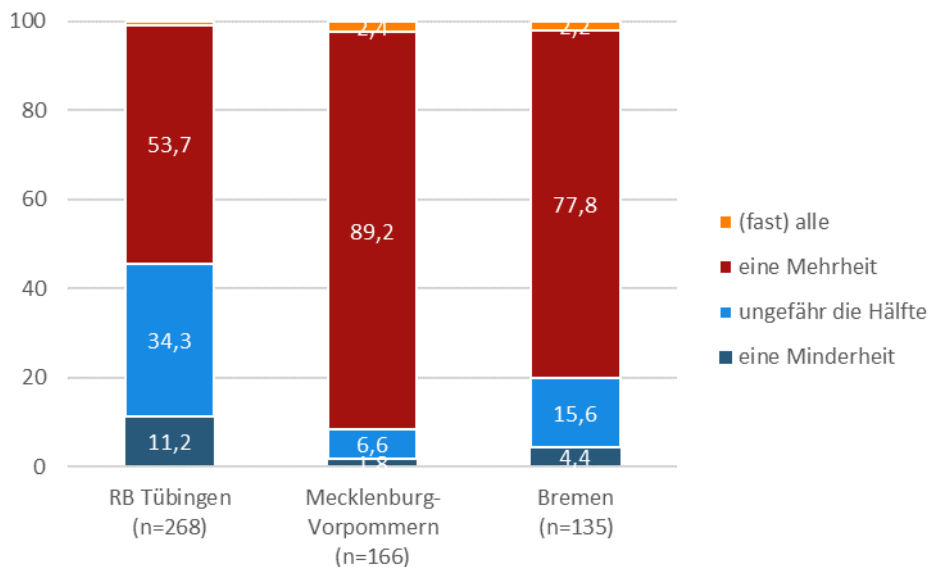
Regionale Unterschiede

Differenziert nach den Regionen, in denen die Befragten tätig sind, zeigen sich zum Teil recht deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Überzeugungen der Menschen in ihrer Umgebung.

Verglichen mit den beiden anderen Regionen schätzen die Befragten im RB Tübingen deutlich häufiger ein, dass nur eine Minderheit (11,2 %) oder ungefähr die Hälfte der Menschen (34,3 %) in

ihrer Region der Meinung ist, dass jede Frau das Recht haben sollte, eine ungewollte Schwangerschaft abzuberehen. In Bremen liegen die Anteile demgegenüber bei 4,4 % bzw. 15,6 %. In Mecklenburg-Vorpommern sind die Anteile noch geringer. Entsprechend sind die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern mit 89,2 % und in Bremen mit 77,8 % deutlich häufiger der Meinung, dass die Mehrheit in ihrer Region dieser Meinung ist. Im RB Tübingen sind es dagegen nur 53,7 %.

Abb. 7.246: Einschätzung, wie viele Menschen in der Region der Überzeugung sind, dass jede Frau das Recht haben sollte, eine ungewollte Schwangerschaft abzuberehen nach Region (in Prozent)



Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Regionale Unterschiede zeigen sich auch, wenn die Befragten einschätzen sollen, wie viele Menschen in ihrer Region der Überzeugung sind, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmefällen erlaubt sein sollte. Im RB Tübingen vermuten die Befragten deutlich seltener, dass nur eine Minderheit (2,6 %) oder ungefähr die Hälfte der Menschen (49,6 %) in ihrer Region der Meinung sind, dass ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmefällen erlaubt sein sollte. In Bremen sind die Anteile mit 9,2 % bzw. 66,4 % deutlich höher. In Mecklenburg-Vorpommern sind die Anteile mit 13,0 % bzw. 74,1 % noch höher. Die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern und Bremen gehen also häufiger als die Befragten in der RB Tübingen davon aus, dass nur wenige Menschen in ihrer Region der Meinung sind, dass Abbrüche nur in Ausnahmefällen erlaubt sein sollten.

Es zeigen sich auch regionale Unterschiede bei der Frage, wie viele Menschen in der Region der Meinung sind, dass Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich verboten sein sollten. In Mecklenburg-Vorpommern sind die Befragten am häufigsten der Meinung, dass (fast) niemand in ihrer Region der Meinung ist, dass ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich verboten sein sollte (58,5 %). In Bremen liegt der Anteil bei 43,1 % und im RB Tübingen bei 32,6 %. Dass eine Minderheit diese Meinung vertritt, vermuten im RB Tübingen 58,6 % der Befragten, in Bremen 52,6 % und in Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil mit 32,9 % im Vergleich deutlich niedriger.

Zusammenfassend halten die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern die Überzeugungen der Menschen in ihrer Region für liberaler und die Befragten im RB Tübingen für restriktiver, während die Befragten in Bremen mit ihrer Einschätzung dazwischenliegen.

7.3.3.5 Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern

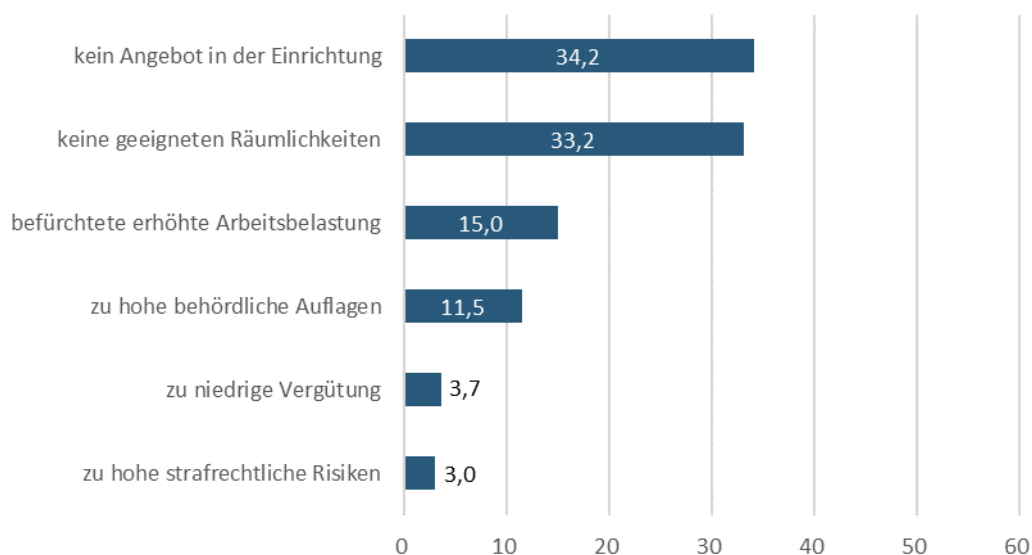
Im folgenden Unterkapitel werden die Barrieren betrachtet, aufgrund derer Gynäkologinnen und Gynäkologen keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Unter den Begriff Barrieren fallen dabei alle Aspekte, die Gynäkologinnen und Gynäkologen selbst angeben. Dabei kann es sich beispielsweise um innere, äußere oder stigmatisierungsbezogene Barrieren handeln. Zudem wird in einem Unterabschnitt gezeigt, inwiefern bei den Befragten die Bereitschaft besteht, Abbrüche durchzuführen, wenn Barrieren wegfallen. In die Auswertung wurden nur Befragte einbezogen, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen (sog. Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter).

Ärztinnen und Ärzte nennen verschiedene Barrieren, die verhindern, dass sie keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die Barrieren wurden mit der Frage „Aus welchen der folgenden Gründe führen Sie keine Schwangerschaftsabbrüche durch?“ erhoben. Die Nicht-Anbieterinnen und Anbieter konnten aus 15 Antwortmöglichkeiten alle auszuwählen, die auf sie zutreffen. Zusätzlich konnten sie in einem Freitextfeld unter „andere Gründe“ weitere Barrieren nennen.

Am häufigsten nannten die Befragten Barrieren, die sich auf äußere Umstände beziehen: Mehr als ein Drittel gab an, keine Abbrüche durchzuführen, weil diese in ihrer derzeitigen Einrichtung nicht angeboten werden (34,2 %). Ebenfalls ein Drittel (33,2 %) nennt den Mangel an geeigneten Räumlichkeiten als Barriere. 15,0 % der Befragten befürchten eine deutliche Zunahme des Arbeitsaufwandes und 11,5 % nennen zu hohe behördliche Auflagen als Barriere. Nur wenige bieten keine Abbrüche an, weil ihnen die Vergütung zu gering ist (3,7 %) oder die strafrechtlichen Risiken zu groß sind (3,0 %).

Abb. 7.247: Äußere Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern (in Prozent)

Aus welchen der folgenden Gründe führen Sie keine Schwangerschaftsabbrüche durch?

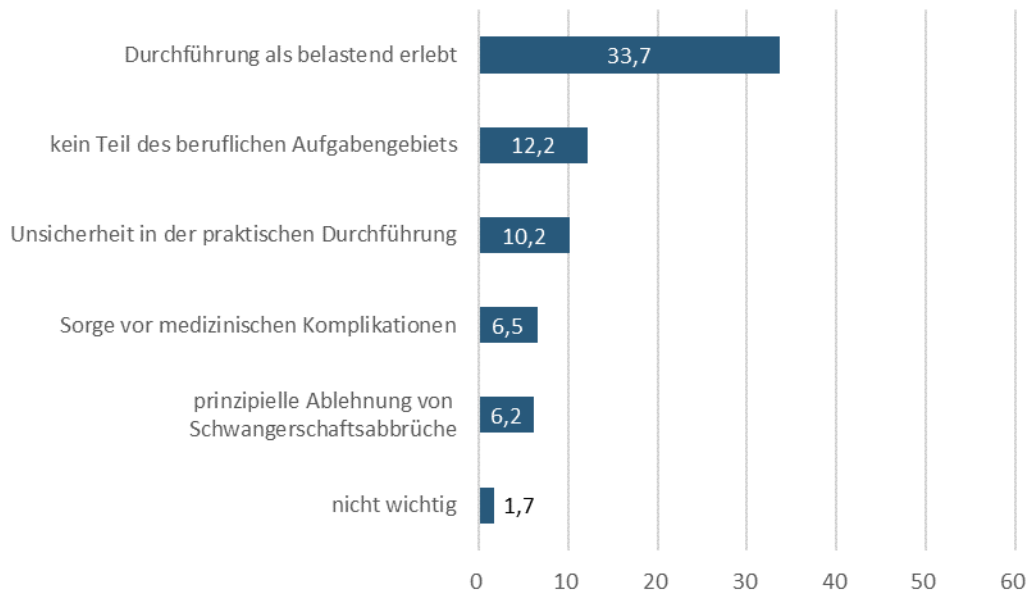


n=401, nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Mehrfachantworten möglich. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Neben den äußeren Barrieren wurden auch solche angegeben, die sich auf persönliche Aspekte beziehen und somit als innere Barrieren bezeichnet werden können. Hier wurde am häufigsten (33,7 %) als Barriere genannt, dass die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als belastend erlebt wird. 12,2 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter geben an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie dies nicht als Teil ihres Aufgabengebietes betrachten.

10,2 % geben an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie sich in der praktischen Durchführung nicht sicher fühlen. Ein kleiner Teil der Befragten (6,5 %) nennt als Barriere die Sorge vor medizinischen Komplikationen. 6,2 % der Befragten geben an, keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, da sie diese grundsätzlich ablehnen.

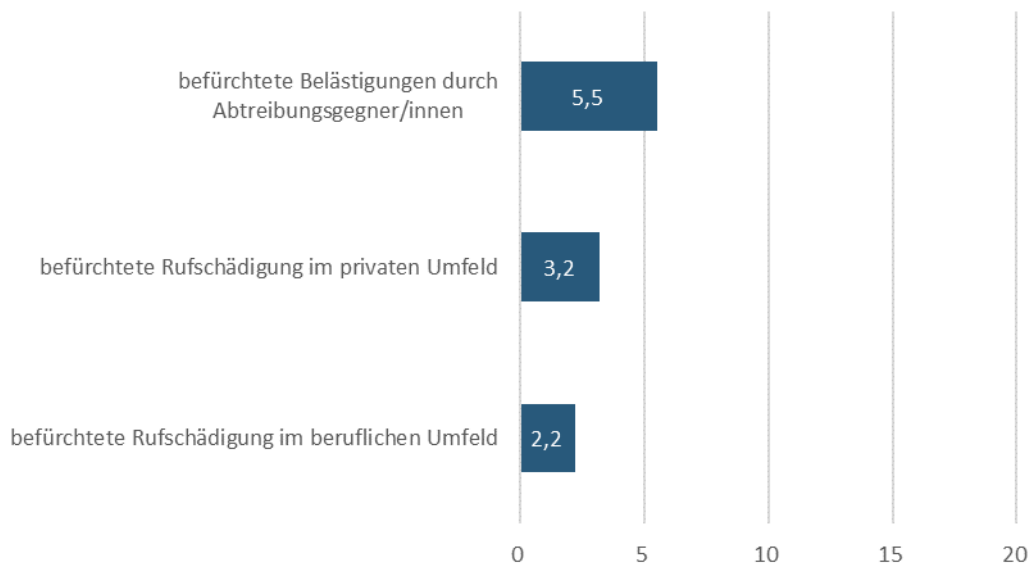
Abb. 7.248: Innere Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern (in Prozent)



n=401, nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Mehrfachantworten möglich. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Stigmatisierungsbezogene Barrieren wurden seltener angegeben. 5,5 % der Befragten geben an, keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, weil sie Belästigungen durch Abtreibungsgegnerinnen und -gegner befürchten. Um ihren Ruf im privaten bzw. beruflichen Umfeld fürchten 3,2 % bzw. 2,2 %.

Abb. 7.249: Stigmatisierungsbezogene Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern (in Prozent)



n=401, nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Mehrfachantworten möglich. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Knapp die Hälfte der Befragten gibt eine Barriere an, weshalb sie keine Abbrüche durchführt (45,9 %). Etwa ein Viertel (26,6 %) der Befragten nennt zwei Barrieren, 13,5 % nennen drei Barrieren. 14,0 % geben vier oder mehr Barrieren an, warum sie keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die Daten zeigen, dass die Entscheidung, keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, häufig aufgrund mehrerer Barrieren getroffen wird.

Es konnten deutliche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Barrieren, die gemeinsam angegeben wurden, festgestellt werden. Insbesondere äußere Barrieren werden häufig gemeinsam genannt. So besteht beispielsweise ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Nennung der Barrieren, dass keine geeigneten Räumlichkeiten zur Verfügung stehen und die behördlichen Auflagen zu hoch sind.

Darüber hinaus hatten die Teilnehmerinnen die Option, unter „Anderes“ in einem Freitextfeld weitere Barrieren zu nennen. Diese Möglichkeit wurde von 26,4 % der Befragten genutzt. Die meisten der genannten Barrieren lassen sich den Kategorien „religiöse/ethische Bedenken“ und der Barriere „keine Möglichkeit zum Operieren“ zuordnen. 19 Befragte nennen zusätzliche persönliche Gründe. Elf Befragte geben organisatorische Gründe in der Praxis als Barriere an, weitere elf sehen keinen Bedarf in der Region, in der sie tätig sind.

Insgesamt benennen die Befragten sowohl Barrieren, die sich auf äußere Umstände wie strukturelle Rahmenbedingungen beziehen als auch solche, die eher persönliche Aspekte betreffen. Jeweils ein Drittel der Befragten gibt an, keine Abbrüche durchzuführen, weil diese in der Einrichtung, in der sie tätig sind, nicht angeboten werden, weil keine geeigneten Räumlichkeiten zur Verfügung stehen und weil die Durchführung als belastend empfunden wird. Ein kleinerer Teil der Befragten benennt als Barrieren die Befürchtung, dass sich die Arbeitsbelastung erhöhen würde, dass die behördlichen Auflagen zu hoch seien oder dass sie sich in der praktischen Durchführung unsicher fühlten. Barrieren, die sich auf Stigmatisierungserfahrungen beziehen, spielen nur eine geringe Rolle, ebenso wie strafrechtliche Risiken, eine zu geringe Vergütung und die grundsätzliche Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen. Es zeigt sich, dass die bestehenden strafrechtlichen Sanktionierungen mit ihren unterschiedlichen Folgen

sich hier somit kaum unmittelbar als Barrieren widerspiegeln, warum Ärztinnen und Ärzte keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Stattdessen sind eher darüberhinausgehende strukturelle Rahmenbedingungen für die Frage von Bedeutung, warum Ärztinnen und Ärzte keine Abbrüche durchführen.

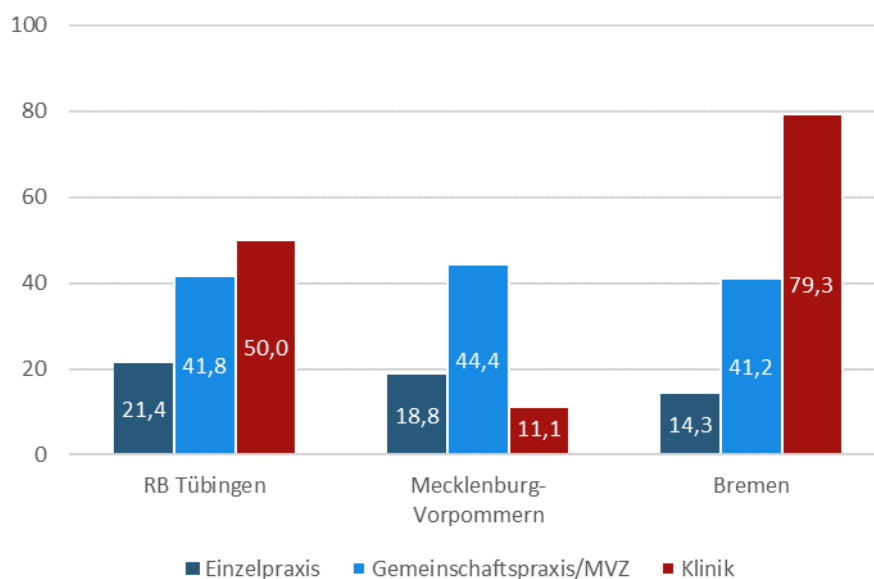
7.3.3.5.1 Fehlendes Angebot in der Einrichtung als Barriere

Für die Aussage „Ich führe keine Abbrüche durch, weil sie in der Einrichtung, in der ich tätig bin, nicht angeboten werden“ findet sich ein moderater Zusammenhang mit der Region, in der die Befragten tätig sind. Der Anteil der Befragten, die dieser Aussage zustimmen, ist in Bremen mit 50,6 % am höchsten. Im RB Tübingen liegt der Anteil bei 36,5 % und in Mecklenburg-Vorpommern bei 22,3 %.

Insgesamt geben Befragte, die in Kliniken und Gemeinschaftspraxen/MVZs arbeiten, häufiger ein fehlendes Angebot in der Einrichtung als Barriere dafür an, dass sie keine Abbrüche durchführen. So nennen nur 18,0 % der Befragten in Einzelpraxen diese Barriere, aber 40,3 % der Befragten in Gemeinschaftspraxen oder MVZs und 52,2 % der Befragten in Kliniken. Der Zusammenhang ist signifikant.

Differenziert nach Regionen, ist in Bremen der Anteil der Befragten, die in einer Klinik tätig sind und diese Barriere angeben, mit 79,3 % deutlich höher als im RB Tübingen mit 50,0 % oder in Mecklenburg-Vorpommern mit nur 11,1 %. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass in den Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern deutlich häufiger Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden.

Abb. 7.250: Fehlendes Angebot in der Einrichtung als Barriere, keine Abbrüche durchzuführen, nach Art der Arbeitsstätte und Region (in Prozent)



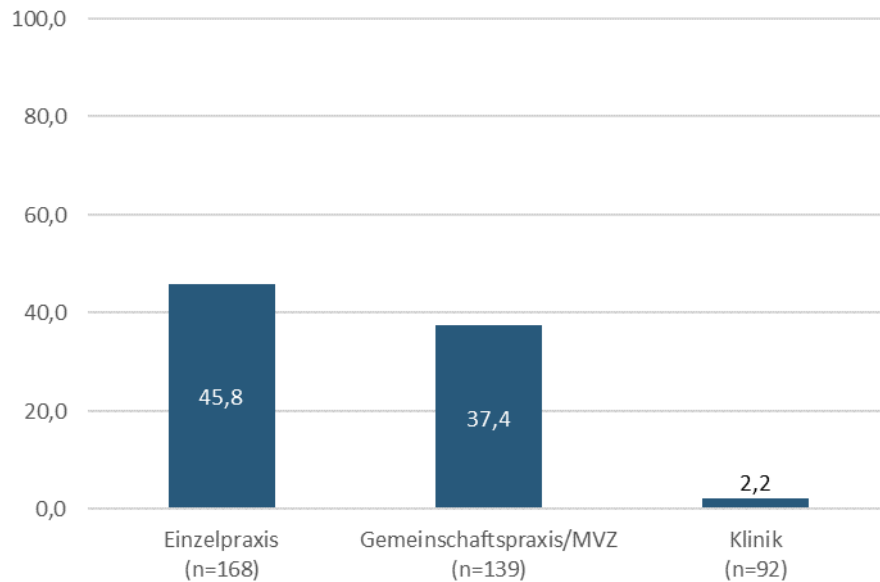
RB Tübingen: n=70/79/48; MV: n=64/18/9; Bremen: n=14/34/29, nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Befragte aus Bremen, die in Kliniken arbeiten, geben besonders häufig an, dass sie keine Abbrüche durchführen, weil die Einrichtung, in der sie tätig sind, diese nicht anbietet. Auch Befragte aus dem RB Tübingen, die in Kliniken arbeiten, geben diese Barriere häufiger an. In Mecklenburg-Vorpommern geben deutlich weniger Befragte, unabhängig von der Art der Tätigkeitsstätte, diese Barriere an.

7.3.3.5.2 Fehlende geeignete Räumlichkeiten als Barriere

Befragte, die in Einzelpraxen arbeiten, nennen häufiger das Fehlen geeigneter Räumlichkeiten als Grund, warum sie keine Abbrüche durchführen. So nennen 45,8 % der Befragten in Einzelpraxen diese Barriere. Immerhin geben 37,4 % der Befragten in Gemeinschaftspraxen oder MVZs ebenfalls diese Barriere an, aber nur 2,2 % der Befragten in Kliniken.

Abb. 7.251: Fehlende geeignete Räumlichkeiten als Barriere nach Tätigkeitsstätte (in Prozent)



nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, Cramers V=0,366, $p<0,001$

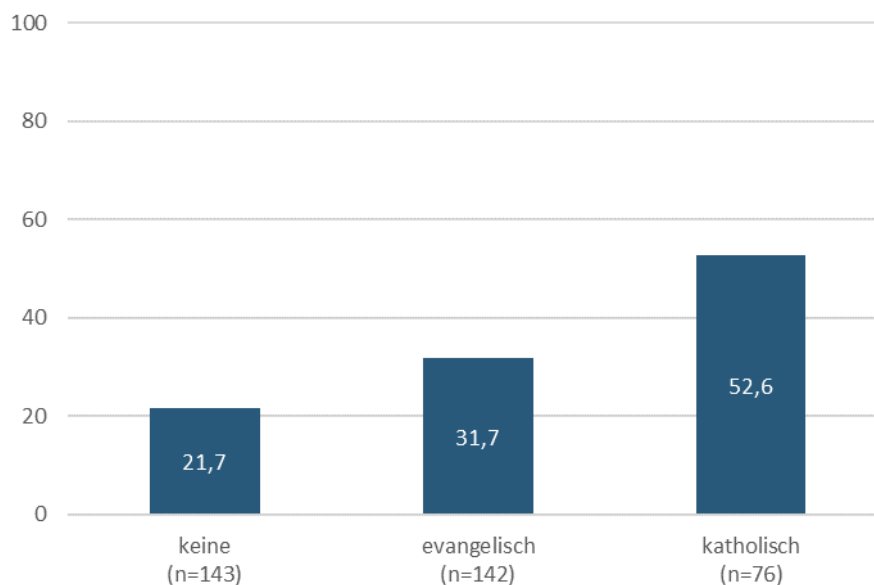
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

7.3.3.5.3 Belastendes Erleben als Barriere

Bei der Aussage „Ich führe keine Schwangerschaftsabbrüche durch, weil ich die Durchführung als belastend erlebe“ zeigt sich ein Zusammenhang mit der Region, in der die Befragten tätig sind. Dieser Aussage stimmen 39,3 % der Befragten aus dem RB Tübingen zu. In Bremen bzw. in Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil mit 17,7 % bzw. 26,6 % deutlich niedriger.

Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Religionsgemeinschaft der Befragten und der Barriere, keine Abbrüche durchzuführen, weil deren Durchführung als belastend empfunden wird. Etwa die Hälfte der katholischen Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter (52,6 %) gibt diese Barriere an im Vergleich zu etwa einem Drittel (31,7 %) der evangelischen Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter bzw. 21,7 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, die sich keiner Religionsgemeinschaft zuordnen.

Abb. 7.252: Belastendes Erleben als Barriere nach Religionsgemeinschaft (in Prozent)



nur Nicht-Anbieterinnen und Anbieter, Ausschluss der Befragten mit anderer Religionsgemeinschaft, Cramers V=0,246, $p<0,001$

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Neben der Religionszugehörigkeit zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Religiosität der Befragten. Diejenigen, die sich als sehr bis ziemlich religiös bezeichnen, geben häufiger (47,5 %) an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie das als belastend empfänden. Bei den kaum bis gar nicht religiösen Befragten liegt dieser Anteil mit 25,8 % deutlich niedriger.

Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch mit der Einstellung der Befragten zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Befragte mit restriktiverer Einstellung geben häufiger an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie die Durchführung als belastend erleben. Bei ihnen liegt der Anteil bei 47,6 %. Bei den Befragten mit einer liberaleren Einstellung ist dieser Anteil mit 26,2 % deutlich geringer.

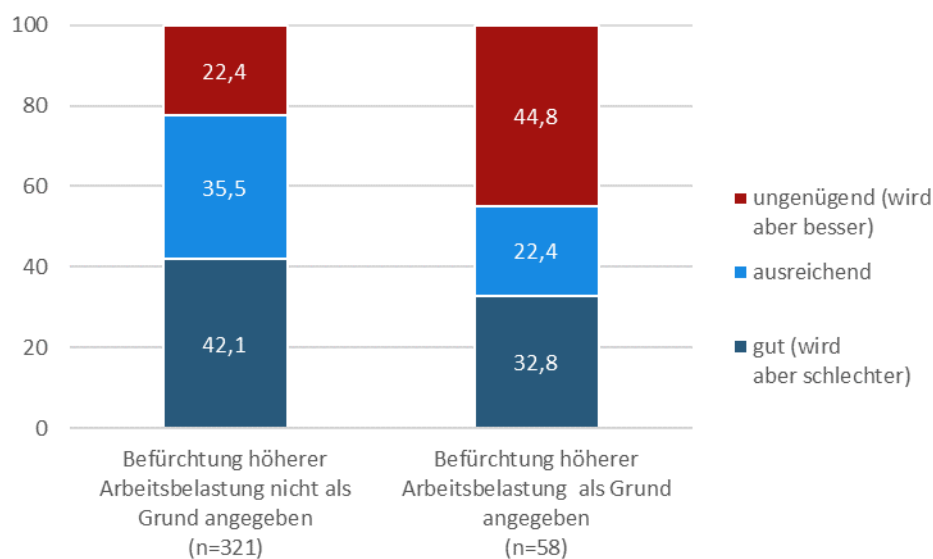
Befragte aus dem Regierungsbezirk Tübingen führen häufiger keine Abbrüche durch, weil sie die Durchführung als belastend erleben, als die Befragten aus den anderen Regionen. Zudem geben Befragte diese Barriere häufiger an, wenn sie einer katholischen Religionsgemeinschaft angehören, sehr bis ziemlich religiös sind oder restriktivere Einstellungen gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen haben.

7.3.3.5.4 Befürchtung erhöhter Arbeitsbelastung als Barriere

22,8 % der Befragten aus Bremen geben an, dass sie keine Abbrüche durchführen, weil sie befürchten, dass dadurch ihre Arbeitsbelastung erheblich steigen würde. Im RB Tübingen bzw. in Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil mit 12,9 % bzw. 10,6 % deutlich niedriger.

Schätzen Befragte die Versorgungslage in ihrer Region schlechter ein, so führen sie häufiger deshalb keine Abbrüche durch, weil sie eine höhere Arbeitsbelastung befürchten. Von den Befragten, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weil sie eine erhöhte Arbeitsbelastung befürchten, schätzen 44,8 % die Versorgungslage in ihrer Region als ungenügend ein, während 32,8 % sie als gut bewerten. Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, für die die Befürchtung einer höheren Arbeitsbelastung keine Barriere darstellt, beurteilen die Versorgungslage in ihrer Region insgesamt positiver: 22,4 % schätzen sie als ungenügend ein, während 42,1 % sie als gut wahrnehmen.

Abb. 7.253: Einschätzung der regionalen Versorgungslage nach Befürchtung höherer Arbeitsbelastung als Grund, keine Abbrüche durchzuführen (in Prozent)



n=379, nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, Cramers V=0,208, p=0,002
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

7.3.3.5.5 Kein Teil des beruflichen Aufgabengebiets als Barriere

Befragte, die sich selbst als sehr oder ziemlich religiös einordnen, geben häufiger an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie dies nicht als Teil ihrer beruflichen Aufgabe einstufen. Der Anteil liegt hier bei 25,6 %. Bei den Befragten, die sich als mittelmäßig bzw. kaum bis gar nicht religiös bezeichnen, liegt der Anteil dagegen bei 8,3 % bzw. 11,3 %.

7.3.3.5.6 Grundsätzliche Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen als Barriere

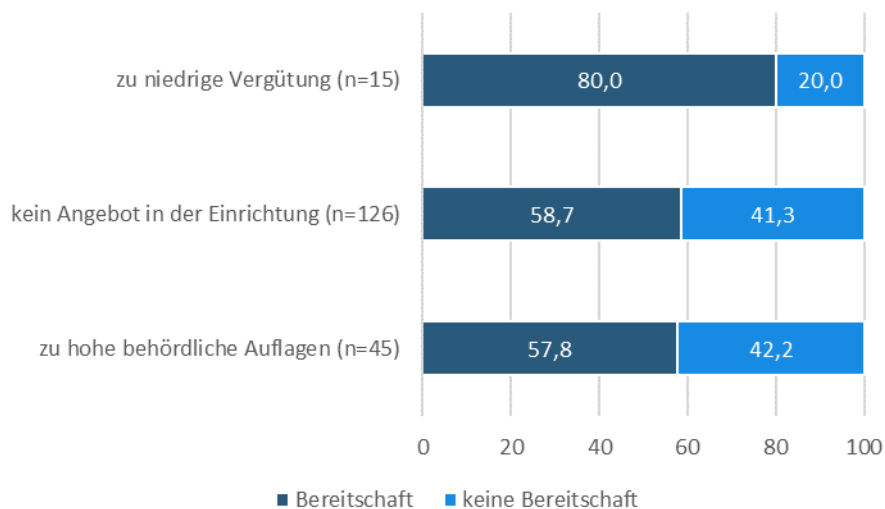
17,5 % der sehr bis ziemlich religiösen Befragten geben an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie diese grundsätzlich ablehnen. Bei den mittelmäßig bzw. kaum bis gar nicht religiösen Befragten sind es nur 3,8 % bzw. 3,6 %.

7.3.3.6 Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen bei Wegfall von Barrieren

Die Befragten, die derzeit keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, konnten angeben, ob sie sich vorstellen könnten, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, falls eines oder mehrere der von ihnen genannten Barrieren beseitigt wären. 42,7 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter können sich vorstellen, unter diesen Umständen Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. 57,3 % der Befragten können sich trotzdem nicht vorstellen, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

Befragte, die (auch) äußere Barrieren als Grund für die Nicht-Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen angegeben haben, zeigen eine höhere Bereitschaft, bei Wegfall von Barrieren Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Mehr als die Hälfte der Befragten (58,7 %), die als Barriere angegeben haben, dass in ihrer derzeitigen Einrichtung keine Schwangerschaftsabbrüche angeboten werden, könnten sich vorstellen, solche durchzuführen, wenn bestimmte Barrieren beseitigt wären. Von denjenigen, die zu hohe behördliche Auflagen als Barriere angaben, wären 57,8 % bereit, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wenn Barrieren entfielen. Bei denjenigen, die die Vergütung als zu gering einstufen, wären 80,0 % der Befragten bereit, allerdings haben diese Barriere nur wenige Befragte angegeben.

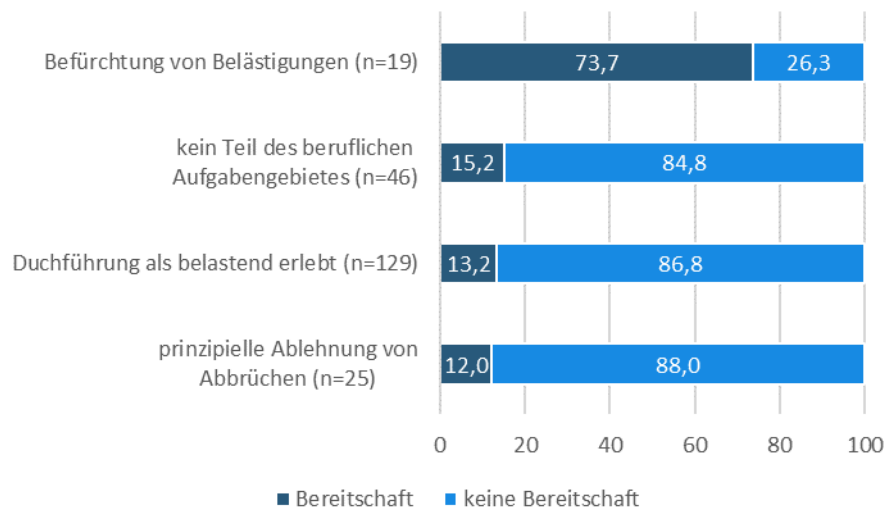
Abb. 7.254: Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bei Wegfall von Barrieren nach äußeren Barrieren (in Prozent)



zu niedrige Vergütung: Cramers V=0,153; p=0,003; kein Angebot in der Einrichtung: Cramers V=0,228; p<0,001; zu hohe behördliche Auflagen: Cramers V=0,113; p=0,029
nur Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Befragte, die (auch) innere Barrieren angaben, zeigen eine geringere Bereitschaft Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wenn die Barrieren wegfallen. Nur 15,7 % der Befragten, die als Barriere angegeben haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche nicht zu ihrem beruflichen Aufgabengebiet zählen, waren dazu bereit. Auch Befragte, die keine Abbrüche durchführen, weil sie diese als belastend erleben (13,2 %) oder weil sie Schwangerschaftsabbrüche prinzipiell ablehnen (12,0 %), sind seltener dazu bereit. Eine Ausnahme bilden hier die, wenn auch wenigen, Befragten, die Belästigungen durch Abtreibungsgegnerinnen und -gegner befürchten: 73,7 % von ihnen geben hier eine Bereitschaft an. Auch dies ist plausibel, da sich diese innere Barriere direkt auf äußere Bedingungen, nämlich das Vorhandensein von Belästigungen, bezieht.

Abb. 7.255: Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bei Wegfall von Barrieren nach inneren Barrieren (in Prozent)



Befürchtung von Belästigung: Cramers V=0,144, p=0,005; kein Teil des beruflichen Aufgabengebietes: Cramers V=0,209; n<0,001; Durchführung als belastend erlebt: Cramers V=0,431; p<0,001; prinzipielle Ablehnung von Abbrüchen: Cramers V=0,165; p<0,001

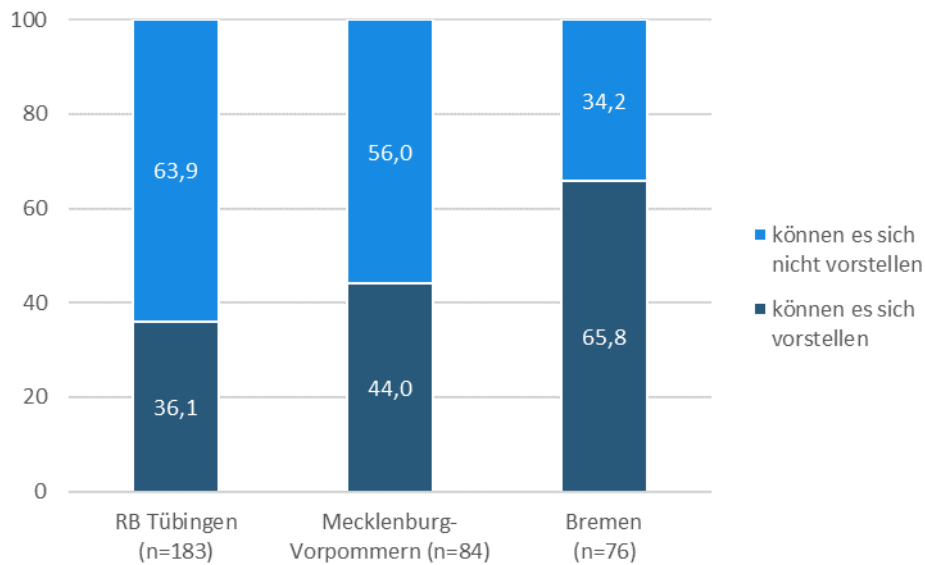
nur Nicht-Anbieterinnen und Anbieter, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

42,7 % aller Befragten geben an, dass sie sich vorstellen könnten, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wenn zumindest ein Teil der bestehenden Barrieren beseitigt wäre. Insgesamt zeigen Befragte, die äußere Barrieren angeben, eine höhere Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen, wenn Barrieren wegfallen. Befragte, die innere Barrieren angeben, können sich dies seltener vorstellen.

7.3.3.6.1 Regionale Unterschiede bzgl. der Bereitschaft

Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Regionen hinsichtlich ihrer Bereitschaft, bei einem Wegfall von Barrieren Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen: In Bremen geben 65,8 % der Befragten an, dass sie sich dies bei Wegfall von Barrieren vorstellen könnten, in Mecklenburg-Vorpommern 44,0 % und im RB Tübingen nur 36,1 %. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die Befragten im RB Tübingen häufiger innere Barrieren angeben, die dazu führen, dass sie keine Abbrüche durchführen.

Abb. 7.256: Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen, wenn Barrieren wegfallen nach Region (in Prozent)



nur Befragte, die keine Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, Cramers V=0,237, $p < 0,001$
Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

In Bremen geben mit knapp zwei Dritteln deutlich mehr Befragte an, dass sie bei Wegfall der Barrieren einen Abbruch durchführen würden als in Mecklenburg-Vorpommern (44%) und im RB Tübingen (36%). Dies lässt sich auch dadurch erklären, dass die Befragten aus Bremen häufiger äußere Barrieren angeben und die Befragten aus dem RB Tübingen häufiger innere Barrieren angeben, warum sie keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

7.3.3.7 Veränderungswünsche

Am Ende der Befragung wurden verschiedene Veränderungsmöglichkeiten aufgelistet, die im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit immer wieder diskutiert werden. Die Befragten konnten angeben, inwieweit sie den vorgeschlagenen Veränderungen zustimmen. Auf einer vierstufigen Skala standen ihnen die Antworten dafür / eher dafür / eher dagegen / dagegen zur Verfügung. Für die Auswertung wurden die ersten und letzten beiden Antwortmöglichkeiten zu „(eher) dafür“ und „(eher) dagegen“ zusammengefasst. Zwischen 539 und 645 der Befragten haben zu den einzelnen Veränderungen Angaben gemacht.

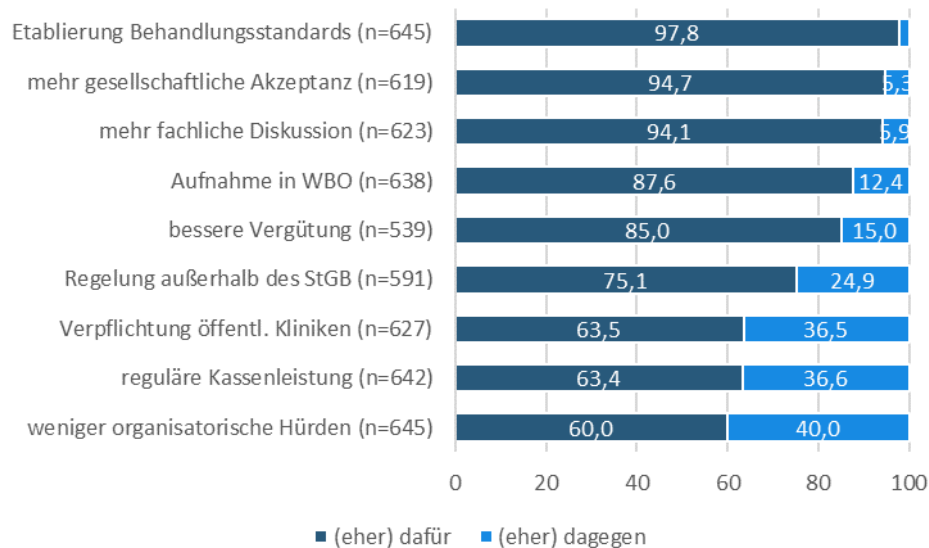
Es wird deutlich, dass ein großer Anteil der Befragten den Veränderungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch zustimmt. Die Zustimmung („dafür“ und „eher dafür“) liegt in allen Fällen deutlich über 50 %. Nur 2,9 % der Befragten wünschen keine der vorgegebenen Veränderungen. Die Einführung von Behandlungsstandards findet mit 97,8 % die größte Zustimmung. Dicht dahinter folgt der Wunsch nach einer größeren gesellschaftlichen Akzeptanz für das Thema (94,7 %), gefolgt von einer intensiveren fachlichen Diskussion in der Gynäkologie (94,1 %). Für die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs in die ärztliche Weiterbildungsordnung sprechen sich 87,6 % aus. Eine bessere Vergütung befürworten 85,0 %.⁶³ Drei Viertel der Befragten (75,1 %) sind für eine Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuchs.⁶⁴

⁶³ Bei diesem Veränderungswunsch gaben 20,5 % aller Befragten „kann oder möchte ich nicht beantworten“ an bzw. machten keine Angaben.

⁶⁴ Auch hier ist der Anteil an Befragten, die „kann oder möchte ich nicht beantworten“ bzw. nichts angegeben haben, mit 12,8 % von allen Befragten relativ hoch.

Etwas weniger, aber immer noch deutlich mehr als 60 Prozent der Befragten sprechen sich für folgende Änderungen aus: die Verpflichtung öffentlicher Krankenhäuser zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (63,5 %), die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen (63,4 %) und die Reduzierung organisatorischer Hürden (60,0 %). Auch wenn diese Zustimmungswerte im Vergleich zu den anderen Punkten geringer ausfallen, zeigen sie dennoch eine hohe Zustimmung für diese Vorschläge.

Abb. 7.257: Veränderungswünsche (in Prozent)



n=539-645, Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Auf der Grundlage der Zustimmung zu den Veränderungen wurde ein Mittelwertindex gebildet, der alle Angaben zu den Zustimmungswerten von 1 (dafür) bis 4 (dagegen) umfasst, wobei nur die Fälle eingeschlossen wurden, bei denen die Befragten bei mindestens 7 der 9 vorgegebenen Veränderungen Angaben machten. Bei einem Mittelwert von 1 geben die Befragten bei allen Veränderungen, zu denen sie Angaben gemacht haben, „dafür“ an und bei einem Wert von 4 immer „dagegen“. Bei einem Mittelwert von 2 geben die Befragten im Durchschnitt „eher dafür“ an, d.h. sie könnten bei der Hälfte der Angaben „dafür“ (1) und bei der anderen Hälfte „eher dagegen“ (3) angeben und kämen dann auf einen Mittelwert von 2. Dabei ist zu beachten, dass hier ein Mittelwert aus der Zustimmung zu sehr unterschiedlichen Veränderungen gebildet wurde, die zum Teil recht verschiedene Forderungen beinhalten. Aus diesem Mittelwertindex wurde an einigen Stellen zur verständlicheren Darstellung eine dichotome Aufteilung der Befragten in die Gruppe „(eher) dafür“ mit Werten von 1 bis 2,5 und die Gruppe „(eher) dagegen“ mit Werten über 2,5 bis 4 vorgenommen. 90,2 % der Befragten mit ausreichenden Angaben sind der Gruppe „(eher) dafür“ und 9,0 % der Gruppe „(eher) dagegen“ zugeordnet.

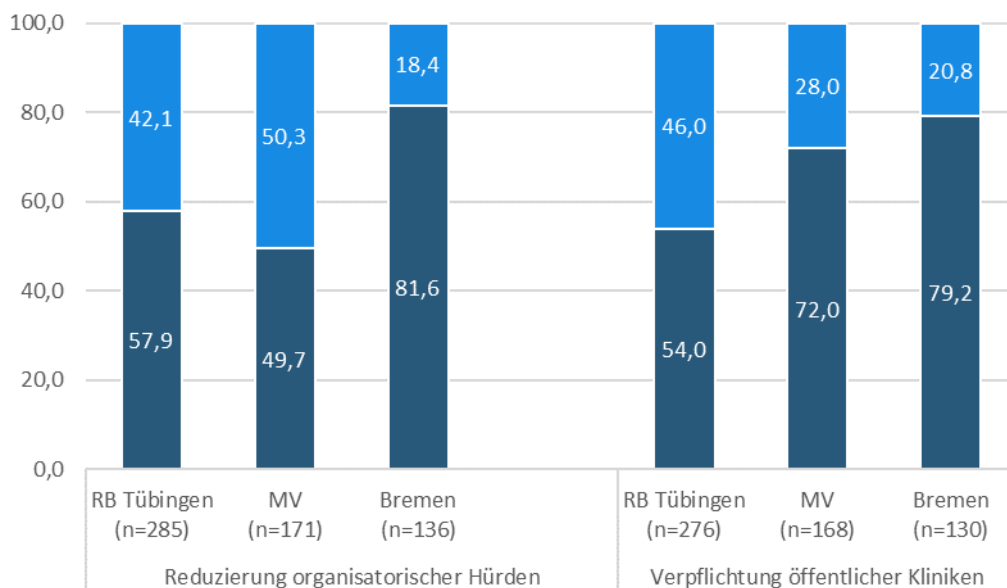
Von den vorgegebenen Veränderungen erhalten die Etablierung von Behandlungsstandards, mehr gesellschaftliche Akzeptanz des Themas und mehr fachliche Diskussion in der Gynäkologie die Zustimmung von über 90 % der Befragten. Die Aufnahme des Themas in die ärztliche Weiterbildungsordnung sowie eine bessere Vergütung befürworten mehr als 80 % der Befragten. Die Streichung des § 218 aus dem Strafgesetzbuch wird von drei Vierteln der Befragten befürwortet. Etwas geringer, aber immer noch deutlich über 60 % der Befragten sprechen sich für die Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, die reguläre Kostenübernahme durch die Krankenkassen und die Reduzierung organisatorischer Hürden aus. Nur ein geringer Anteil von knapp 3 % der Befragten stimmt keiner der vorgegebenen Veränderungen zu.

7.3.3.7.1 Regionale Unterschiede

Im Durchschnitt stimmen die Befragten in Bremen mit einem Mittelwert von 1,54 den Veränderungen stärker zu als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern mit einem Mittelwert von 1,75 und im RB Tübingen mit einem Mittelwert von 1,80. Die Region der Befragten hat einen kleinen Effekt auf die Zustimmungswerte. Der Anteil an Befragten, die den vorgeschlagenen Veränderungen (eher) zustimmen, ist in Bremen mit 96,2 % etwas höher als in Mecklenburg-Vorpommern mit 89,2 % und im RB Tübingen mit 89,8 %.

Größere regionale Unterschiede in der Zustimmung gibt es bei zwei der neun Veränderungen: bei der Verpflichtung öffentlicher Kliniken, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen sowie der Reduzierung organisatorischer Hürden. Bei beiden Veränderungen ist der Anteil der Befragten, die (eher) dafür sind, in Bremen deutlich höher als bei den Befragten aus den anderen beiden Regionen. Der Reduzierung organisatorischer Hürden stimmen 49,7 % der Befragten in Mecklenburg-Vorpommern (eher) zu, im RB Tübingen sind es mit 57,9 % etwas mehr. Den mit Abstand höchsten Anteil verzeichnet Bremen mit 81,6 %. Bei der Verpflichtung öffentlicher Kliniken, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, liegt der Anteil der Befragten aus Mecklenburg-Vorpommern, die (eher) dafür sind, mit 72,0 % näher an dem Anteil der Befragten aus Bremen (79,2 %) als jenen aus dem RB Tübingen (54,0 %). Bei beiden vorgeschlagenen Veränderungen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Region der Befragten und der Zustimmung.

Abb. 7.258: Zustimmung zur Reduzierung organisatorischer Hürden und zur Verpflichtung öffentlicher Kliniken nach Region (in Prozent)



Reduzierung organisatorische Hürden: Cramers V=0,242, p<0,001; Verpflichtung öffentlicher Kliniken: Cramers V=0,228, p<0,001

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023.

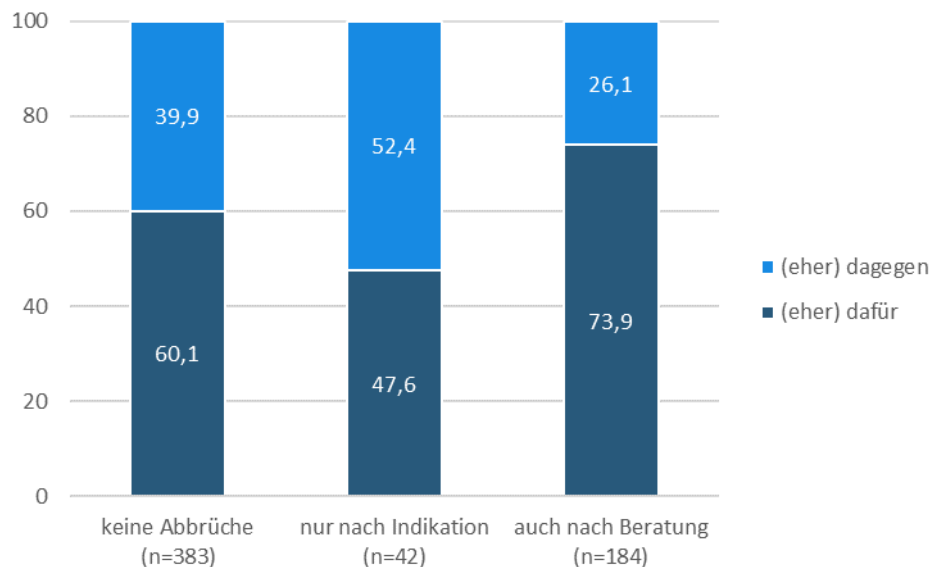
Insgesamt stimmen die Befragten in Bremen den Veränderungen etwas häufiger zu als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern und dem RB Tübingen. 96 % gehören hier zu der Gruppe, die den Veränderungen im Schnitt (eher) zustimmen. Im RB Tübingen liegt der Anteil bei 90 % und in Mecklenburg-Vorpommern bei 89 %. Größere regionale Unterschiede bei der Zustimmung zeigen sich für die Reduzierung organisatorischer Hürden und die Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. In Bremen stimmen über 80 % der Reduzierung organisatorischer Hürden zu, im RB Tübingen bzw. in Mecklenburg-Vorpommern sind es mit 58 % bzw. 50 % deutlich weniger. Der Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen stimmen in Bremen und Mecklenburg-Vorpommern jeweils etwa drei Viertel der Befragten (eher) zu. Im RB Tübingen sind es etwas mehr als die Hälfte der Befragten.

7.3.3.7.2 Zusammenhänge mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Die Vermutung, dass die Zustimmung zu den Veränderungen damit zusammenhängt, ob die Befragten Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder nicht, bestätigt sich nur für wenige einzelne Veränderungswünsche. Auch bei einer Differenzierung nach Regionen zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und der Zustimmung zu Veränderungen.

Einzelne Veränderungen hängen mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zusammen. Die Verpflichtung öffentlicher Krankenhäuser zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen befürworten 73,9 % der Anbieterinnen und Anbieter gegenüber 60,1 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Nur 47,6 % der Befragten, die Abbrüche ausschließlich nach Indikation durchführen, stimmen dieser Veränderung zu.

Abb. 7.259: Zustimmung zur Verpflichtung öffentlicher Krankenhäuser, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, nach Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)



Cramers V=0,158; $p < 0,001$

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Auch die Zustimmung zur Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Krankenkassen unterscheidet sich signifikant nach der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen: Von den Befragten, die Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, stimmen 71,5 % der Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu, bei den Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern liegt der Anteil mit 58,5 % deutlich darunter.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei der Zustimmung zu den Veränderungen bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Für zwei einzelne Veränderungen finden sich Unterschiede: die Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unterstützen die Anbieterinnen und Anbieter mit drei Vierteln etwas häufiger als die Nicht-Anbieterinnen und Anbieter mit etwa 60 %. Ähnliche Unterschiede finden sich auch für die Befürwortung der regulären Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Krankenkasse.

7.3.3.7.3 Zusammenhänge mit Einstellungen zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

Je restriktiver die Befragten gegenüber der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs eingestellt sind, desto weniger stimmen sie den vorgegebenen Veränderungen zu. Bei einer restriktiveren Einstellung zeigen die Befragten bei der Zustimmung zu den Veränderungen einen Mittelwert von 2,07, bei liberalerer Einstellung von 1,61. Die Einstellung der Befragten hat damit einen deutlichen Einfluss auf die Zustimmung zu den Veränderungen. Bei den Befragten mit restriktiverer Einstellung liegt der Anteil derjenigen, die den Veränderungen (eher) zustimmen bei 73,8 %. Dieser Anteil beträgt bei den Befragten mit liberalerer Einstellung 96,2 %.

Schwache bis moderate Zusammenhänge ($\Phi > 0,1$) mit der Einstellung finden sich auch für alle einzelnen Veränderungen und auch innerhalb der einzelnen Regionen.

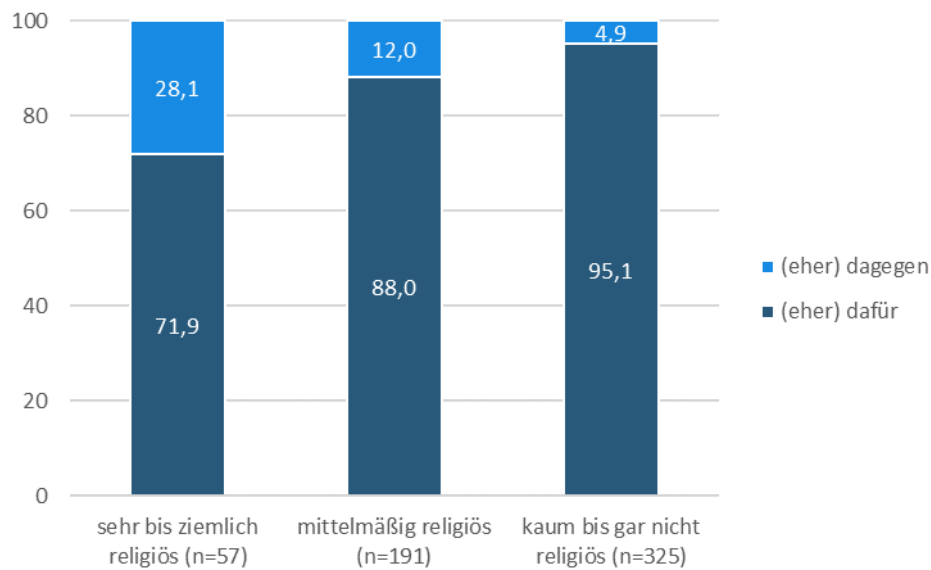
Die Zustimmung zu den Veränderungen hängt eng mit der Einstellung der Befragten zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zusammen. Je restriktiver die Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs ist, desto geringer ist die Zustimmung zu den Veränderungen. Dennoch weisen auch die Befragten mit restriktiverer Einstellung einen Mittelwert von unter 2,5 auf und stimmen damit den Veränderungen eher zu als nicht zu.

7.3.3.7.4 Weitere Faktoren

Religiosität

Je religiöser die Befragten sind, desto seltener stimmen sie den vorgegebenen Veränderungen zu. So liegt der Mittelwert der Zustimmung zu den Veränderungen bei 2,15 bei den sehr bis ziemlich religiösen Befragten, während er bei den kaum bis gar nicht religiösen Befragten bei 1,64 liegt. Hier wird deutlich, dass auch die sehr bis ziemlich religiösen Befragten mit einem Mittelwert unter 2,5 den Veränderungen im Durchschnitt immer noch eher zustimmen als nicht zustimmen. Die Religiosität der Befragten hat einen mittleren Effekt auf die durchschnittliche Zustimmung zu den Veränderungen. Liegt der Anteil der Befragten, die den Veränderungen im Durchschnitt (eher) zustimmen, bei den ziemlich bis sehr religiösen Befragten bei 71,9 %, so steigt dieser Anteil bei den kaum bis gar nicht religiösen Befragten auf 95,1 %.

Abb. 7.260: Veränderungswünsche nach Religiosität (in Prozent)



Eta-Quadrat=0,078, $p < 0,001$

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Politische Orientierung

Je weiter links sich die Befragten politisch einordnen, desto häufiger stimmen sie den Veränderungswünschen zu. Der Anteil der Befragten in der Gruppe „(eher) dafür“ liegt bei den Befragten, die sich (eher) links einordnen bei 96,3 % und bei den Befragten, die sich (eher) rechts einordnen, bei 77,9 % – und damit ebenfalls auf einem hohen Niveau. Der Mittelwert der Zustimmung zu den Veränderungswünschen liegt bei 1,61 bei den (eher) links orientierten Befragten und bei 1,92 bei den (eher) rechts orientierten Befragten.

Geschlecht

Frauen stimmen den Veränderungen eher zu (92,9 %) als Männer (81,8 %). Der Zusammenhang ist schwach und signifikant ($\Phi = 0,160$, $p < 0,001$). Der Mittelwert liegt bei den weiblichen Befragten bei 1,69 und bei den männlichen Befragten bei 1,92

7.3.4 Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (AP 3-3)

Im Rahmen des dritten Arbeitspakets (AP 3), das sich eingehend mit der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch befasst, präsentiert der folgende Bericht die Ergebnisse der Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen.⁶⁵

Der Bericht stellt insbesondere die Arbeitsbedingungen und die Arbeitssituation der Anbieterinnen und Anbieter bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen dar. Es werden verschiedene Aspekte betrachtet, angefangen von den Einrichtungen, in denen die Anbieterinnen und Anbieter Schwangerschaftsabbrüche durchführen, bis hin zur Anzahl der in diesen Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzte und der Anzahl der von ihnen durchgeführten Abbrüche. Weitere Punkte betreffen den Anteil der medizinischen Leistung Schwangerschaftsabbruch an der Gesamtarbeitszeit sowie die Meldepraxis an das Statistische Bundesamt. Neben diesen Punkten stellt der Bericht das aktuelle Versorgungsangebot der Anbieterinnen und Anbieter, eventuell geplante Veränderungen im Angebot, die angewandten Methoden und die Bekanntmachung dieser Angebote dar.

Ein bedeutender Bereich des Berichts ist zudem die Betrachtung der Qualifikation zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, deren Einfluss auf die Handlungssicherheit und das spätere Versorgungsangebot der Ärztinnen und Ärzte, sowie der Bedarf und die Nutzung von Fortbildungsmaßnahmen und fachlichem Austausch. Darüber hinaus widmet sich der Ergebnisbericht den Motiven von Ärztinnen und Ärzten, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, den Barrieren, mit denen sie dabei konfrontiert sind, ihren Erfahrungen mit Stigmatisierung sowie ihren Wünschen nach Veränderungen in diesem Bereich.

7.3.4.1 Arbeitsbedingungen und Infrastruktur bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

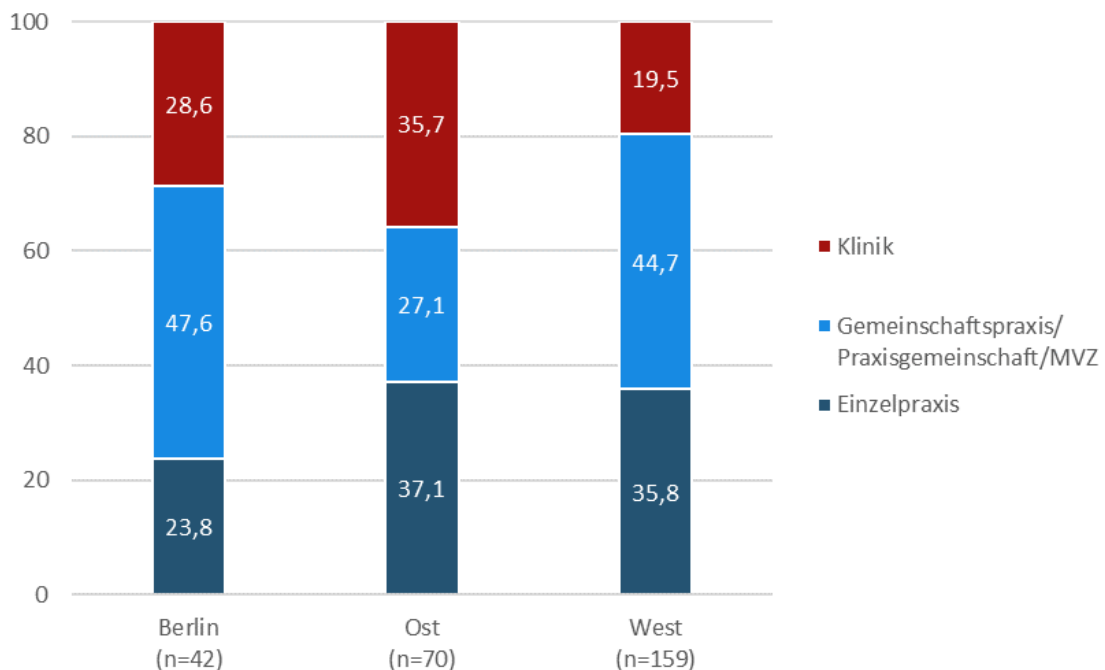
In diesem Abschnitt des Abschlussberichts werden die spezifischen Rahmenbedingungen betrachtet, unter denen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dabei stehen verschiedene Aspekte im Vordergrund, die sowohl die Qualität der medizinischen Versorgung als auch die Arbeitsweise der beteiligten Fachkräfte beeinflussen. Zunächst werden die Tätigkeitsstätten betrachtet, in der Schwangerschaftsabbrüche stattfinden, im Anschluss daran die Einrichtung(en), in denen Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen, wenn dies außerhalb der eigenen Tätigkeitsstätte geschieht. Zudem wird die Anzahl der weiteren Ärztinnen und Ärzte, die in diesen Einrichtungen Abbrüche durchführen, beleuchtet, da dies direkt mit der Verfügbarkeit von Dienstleistungen und der Entlastung des bestehenden Personals zusammenhängt. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche sowie der Anteil dieser Eingriffe an der Gesamtarbeitszeit der Befragten. Schließlich wird auch die Meldepraxis an das Statistische Bundesamt beschrieben.

⁶⁵ Alle Angaben der Schwangerschaftswochen (SSW) in p.m. (post menstruationem): d.h. Bezugszeitpunkt ist die letzte Menstruation.

7.3.4.1.1 Art der Tätigkeitsstätte

Insgesamt arbeiten 36,9 % der Befragten in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder MVZ, 32,0 % in einer Einzelpraxis und 24,3 % in einer Klinik. 6,5 % der Befragten arbeiten in einer sonstigen Einrichtung oder in mehreren Tätigkeitsstätten. Letztere Gruppe wird aufgrund der fehlenden Aussagekraft und der geringen Größe aus den Auswertungen zur Art der Tätigkeitsstätte ausgeschlossen. Die Häufigkeit der jeweiligen Tätigkeitsstätten unterscheidet sich signifikant zwischen den Regionen: Der Anteil der Befragten, die in einer Einzelpraxis tätig sind, ist in Berlin mit 23,8 % deutlich geringer – bei den Befragten in Ostdeutschland beträgt er 37,1 % und in Westdeutschland 35,8 %. Demgegenüber arbeiten in Berlin mit 47,6 % deutlich mehr Befragte in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder einem MVZ. Mit 44,7 % arbeiten die Befragten in Westdeutschland ebenfalls häufiger in solch einer Tätigkeitsstätte. In Ostdeutschland sind es dagegen nur 27,1 %. Entsprechend unterscheiden sich auch die Anteile der Befragten, die in Kliniken arbeiten: Der größte Anteil liegt mit 35,7 % bei den Befragten in Ostdeutschland vor, gefolgt von Berlin mit 28,6 % und den Befragten in Westdeutschland mit 19,5 %. Dies korrespondiert mit den Zahlen des Statistischen Bundesamtes, wonach in den ostdeutschen Bundesländern mehr Schwangerschaftsabbrüche in Kliniken durchgeführt werden als in vielen westdeutschen Bundesländern.

Abb. 7.261: Art der Tätigkeitsstätte nach Region Ost/West/Berlin (in Prozent)



n=271, ohne die Befragten in sonstigen Einrichtungen und mehreren Tätigkeitsstätten, Cramers V=0,144, p=0,024
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

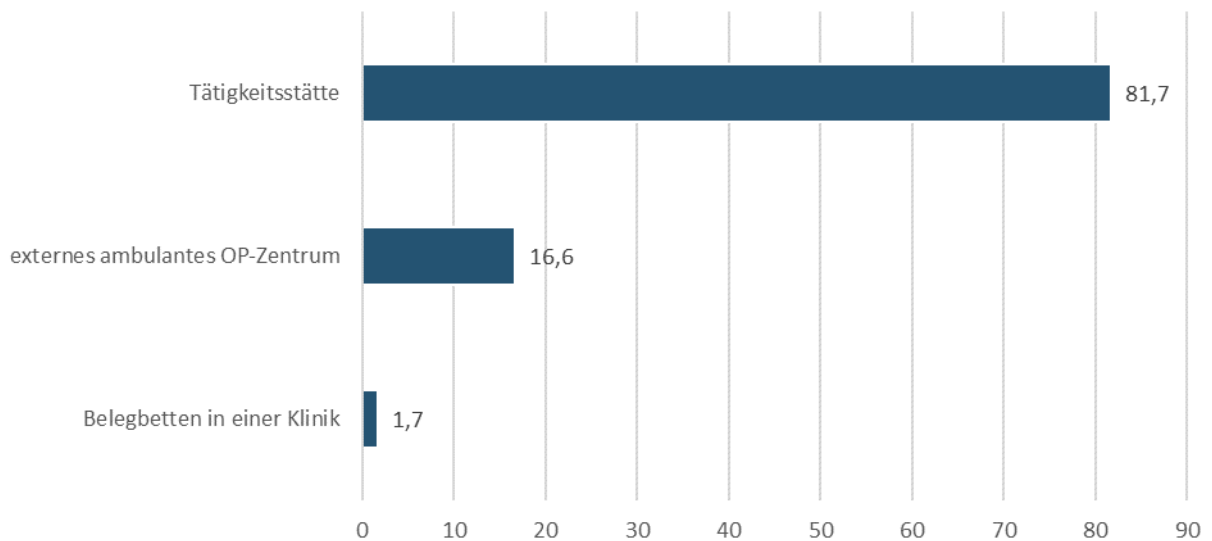
Die Befragten in Ostdeutschland sind mit gut einem Drittel deutlich häufiger in einer Klinik tätig als die Befragten in Berlin mit gut einem Viertel und in Westdeutschland mit knapp einem Fünftel. Dementsprechend sind die Befragten in Berlin und Westdeutschland häufiger in ambulanten Einrichtungen tätig. Die Befragten in Berlin sind mit einem knappen Viertel jedoch seltener in einer Einzelpraxis tätig, in Ost- bzw. Westdeutschland ist es dagegen gut ein Drittel. Knapp die Hälfte der Anbieterinnen und Anbieter in Berlin und Westdeutschland arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder einem MVZ, in Ostdeutschland ist es nur ein gutes Viertel.

7.3.4.1.2 Einrichtung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Manche Ärztinnen und Ärzte führen Schwangerschaftsabbrüche nicht in ihrer Tätigkeitsstätte durch, also in der Einrichtung, in der sie hauptsächlich ärztlich tätig sind. Ein Grund dafür kann sein, dass die Tätigkeitsstätte beispielsweise nicht die räumlichen Voraussetzungen erfüllt oder operative Schwangerschaftsabbrüche in einem ambulanten OP-Zentrum vorgenommen werden, wo auch eine Anästhesistin oder ein Anästhesist verfügbar ist.

Die Mehrheit (81,7 %) der Befragten führt Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Tätigkeitsstätte durch. 16,6 % nimmt Schwangerschaftsabbrüche in einem externen ambulanten OP-Zentrum vor und 1,7 % nutzen dazu Belegbetten in einer Klinik. Insgesamt führen damit 18,3 % der Befragten Abbrüche an einem anderen Ort als ihrer Tätigkeitsstätte durch.

Abb. 7.262: Einrichtung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)

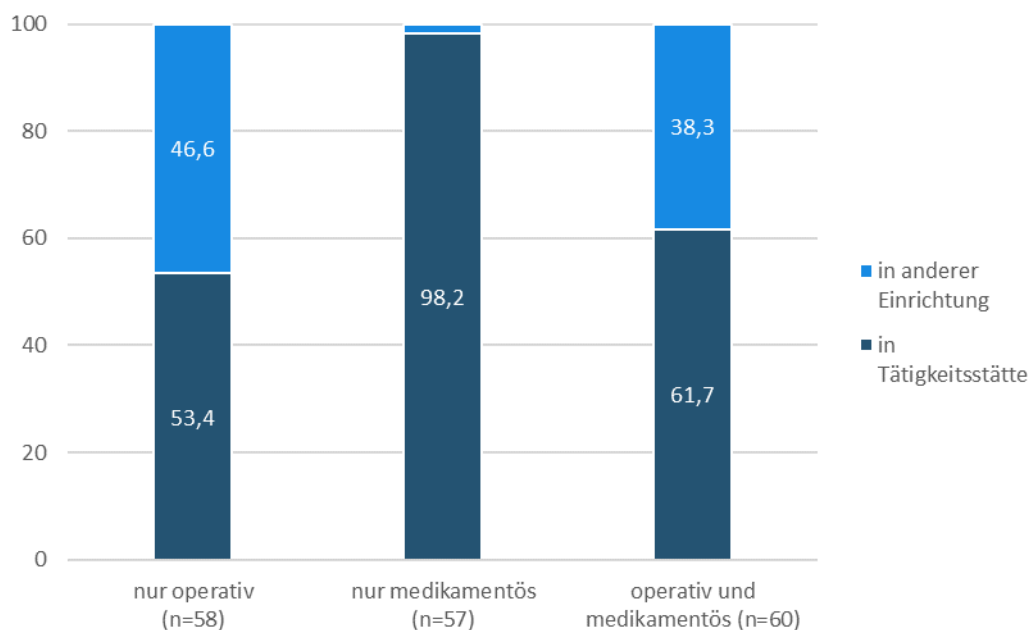


n=301, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Die Befragten, die als einzige Tätigkeitsstätte eine Klinik angegeben haben, führen Abbrüche immer in ihrer Tätigkeitsstätte durch. 28,1 % der Befragten, die als einzige Tätigkeitsstätte eine Einzelpraxis angegeben haben, führen Schwangerschaftsabbrüche in einer anderen Einrichtung als ihrer Tätigkeitsstätte durch. Bei den Befragten, die in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder einem MVZ tätig sind, beträgt der Anteil 19,6 %.

Ob die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte Abbrüche in ihrer Tätigkeitsstätte oder woanders durchführen, hängt auch damit zusammen, welche Methoden zum Schwangerschaftsabbruch sie anwenden. Wenn die Befragten ausschließlich operative Abbrüche durchführen, tun das 46,6 % in einer anderen Einrichtung. Bei Befragten, die ausschließlich medikamentöse Abbrüche durchführen, sind es nur 1,8 %. Führen die Befragten operative und medikamentöse Abbrüche durch, so tun dies 38,3 % von ihnen in einer anderen Einrichtung. Daraus lässt sich ableiten, dass insbesondere operative Abbrüche in externen Einrichtungen durchgeführt werden.

Abb. 7.263: Einrichtung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach angewandten Methoden (in Prozent)



n=175, nur Befragte mit ambulanten Tätigkeitsstätten, Cramers V=0,425; p<0,001 Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

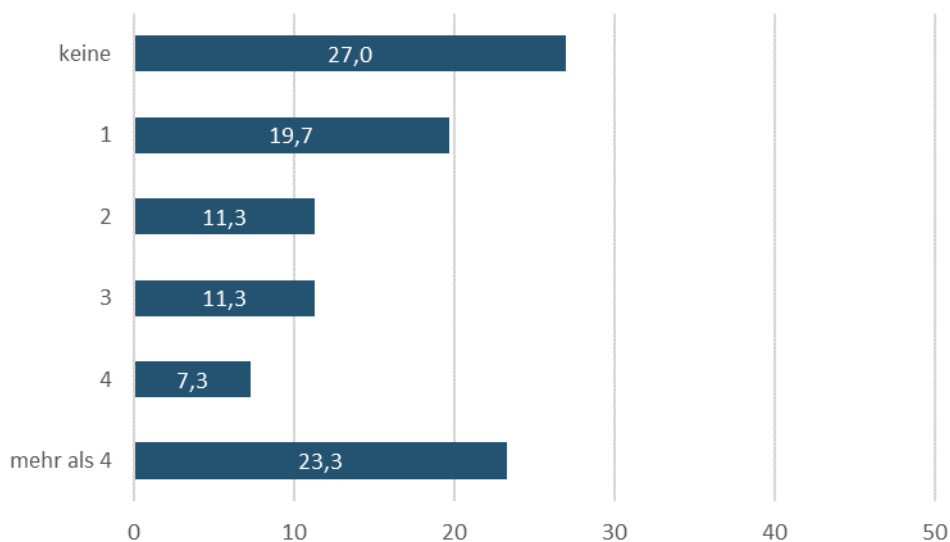
Knapp ein Fünftel der befragten Anbieterinnen und Anbieter führt Schwangerschaftsabbrüche in einer anderen Einrichtung als ihrer Tätigkeitsstätte durch. Dies betrifft insbesondere Anbieterinnen und Anbieter, die in Einzelpraxen arbeiten und Anbieterinnen und Anbieter, die operative Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

7.3.4.1.3 Anzahl weiterer Ärztinnen und Ärzte, die in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen

Führen weitere Ärztinnen und Ärzte in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durch, so kann angenommen werden, dass darüber eher in der Einrichtung gesprochen wird, dass unter Umständen auch weniger Stigmatisierung stattfindet und Ärztinnen und Ärzte sich stärker in ihrer Arbeit unterstützt fühlen. Daher ist es interessant zu erfahren, inwiefern Ärztinnen und Ärzte in der Einrichtung, in der sie Abbrüche durchführen, die einzigen sind oder ob weitere Ärztinnen und Ärzte dort Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Die Daten zeigen, dass 27,0 % der Befragten in der Einrichtung, in der sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, diese als einzige Ärztin oder einziger Arzt durchführen. Bei 19,7 % führen neben den Befragten selbst noch eine, bei jeweils 11,3 % zwei bzw. drei und bei 7,3 % vier weitere Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche in der Einrichtung durch. Bei 23,3 % führen mehr als vier Ärztinnen und Ärzte auch Schwangerschaftsabbrüche durch. Damit führen insgesamt 73,0 % der Befragten neben weiteren Ärztinnen und Ärzten Schwangerschaftsabbrüche in der Abbrucheinrichtung durch.

Abb. 7.264: Anzahl weiterer Ärztinnen und Ärzte, die in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen (in Prozent)



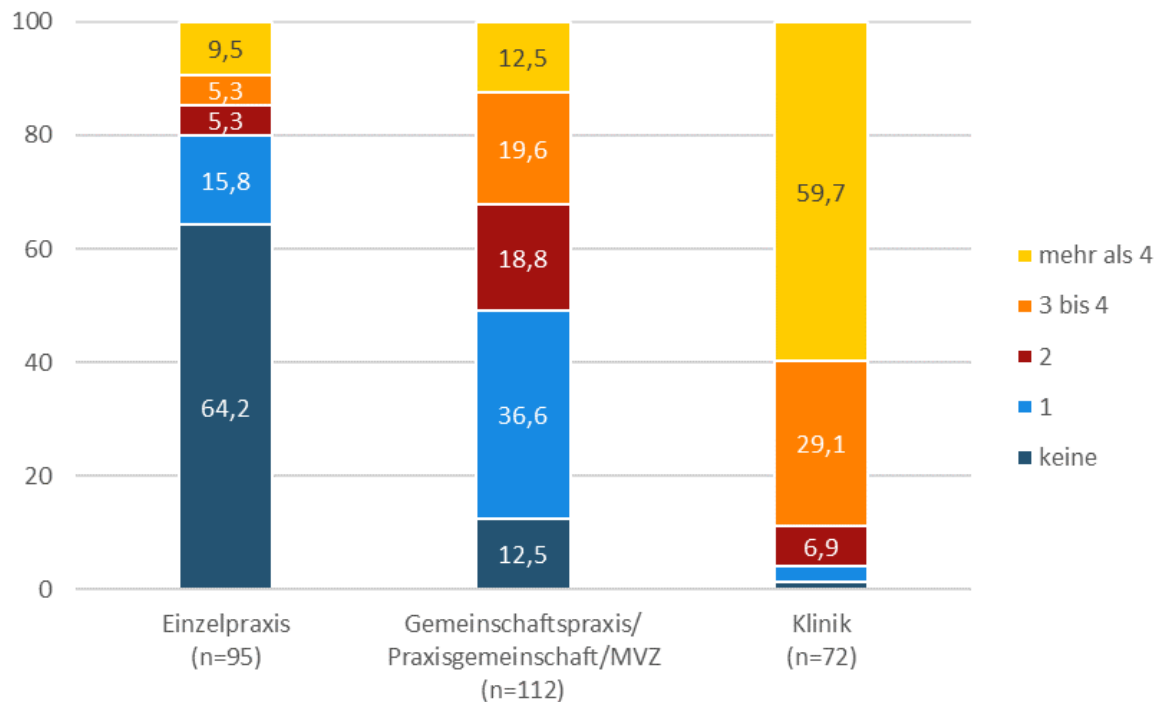
n=300, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Ärztinnen und Ärzte, die in einer Einzelpraxis arbeiten, führen nicht automatisch als einzige Ärztinnen und Ärzte dort Abbrüche durch. Sie können andere Ärztinnen und Ärzte anstellen, die ebenfalls Abbrüche durchführen. In einer Gemeinschaftspraxis kann nur ein Arzt/eine Ärztin oder können auch mehrere Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen, in einer Klinik gilt dies ebenso. Daher ist es interessant zu untersuchen, ob sich bestimmte Arbeitsformen in Hinblick auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in den Daten finden.

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der weiteren Ärztinnen und Ärzte in der Einrichtung, die Abbrüche durchführen und der Tätigkeitsstätte der Befragten. Während 64,2 % der Befragten, die nur in einer Einzelpraxis tätig sind, als einzige Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche in der Abbrucheinrichtung durchführen, sind es bei den Befragten, die nur in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft oder einem MVZ arbeiten lediglich 12,5 % und in nur in einer Klinik nur 1,4 %. Bei 59,7 % der Befragten, die ausschließlich in einer Klinik

arbeiten, führen mehr als vier Ärztinnen und Ärzte neben ihnen noch Abbrüche in der Einrichtung durch. 36,6 % der Befragten, die nur in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft oder einem MVZ arbeiten, haben eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt, die oder der Abbrüche durchführt.

Abb. 7.265: Anzahl weiterer Ärztinnen und Ärzte, die in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen nach Tätigkeitsstätte (in Prozent)



n=279, ohne die Befragten in sonstigen Einrichtungen und mehreren Tätigkeitsstätten, Cramers V=0,568, p<0,001
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

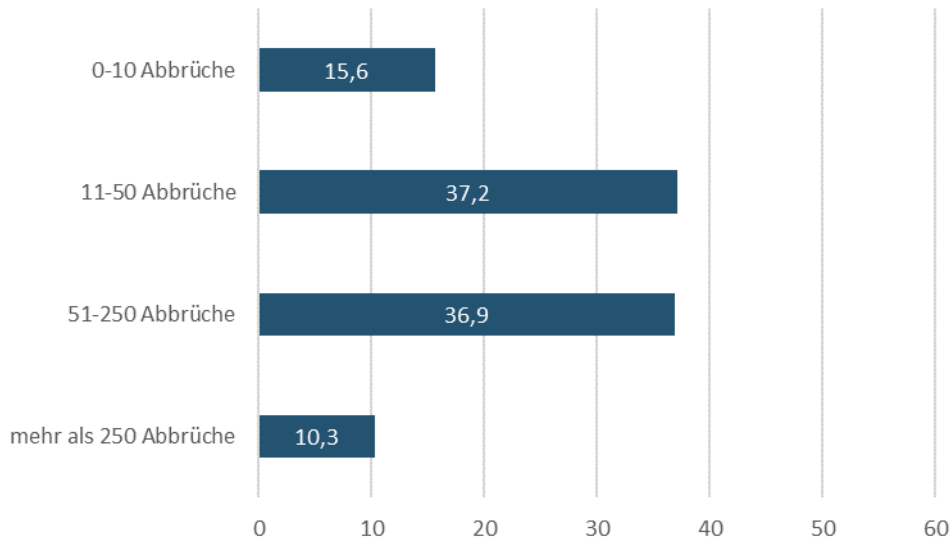
Wenn nur die Befragten in ambulanten Einrichtungen betrachtet werden, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Tätigkeitsstätte von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen und der Anzahl der dort vorhandenen Ärztinnen und Ärzte, die ebenfalls Abbrüche vornehmen. Mit 39,0 % führen insbesondere jene, die in ihrer eigenen Tätigkeitsstätte Schwangerschaftsabbrüche durchführen, diese als einzige ohne weitere Ärztinnen und Ärzte durch. Bei den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, die in einer externen Einrichtung Abbrüche durchführen, liegt der Anteil mit 24,5 % deutlich niedriger. Ebenso hoch ist der Anteil hier von jenen, die mehr als vier Kolleginnen und Kollegen haben, die ebenfalls Abbrüche durchführen (im Vgl. zu 6,1 % bei den Befragten, die Abbrüche in ihrer Tätigkeitsstätte durchführen).

Bei etwa einem Viertel der Befragten arbeiten in der Einrichtung, in der die Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, keine weiteren Ärztinnen und Ärzte, die ebenfalls Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Rund ein Fünftel gibt eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt an, während knapp ein Drittel zwei bis vier weitere Ärztinnen und Ärzte angibt. Etwa ein Viertel der Befragten berichtet von mehr als vier weiteren Ärztinnen und Ärzten, die ebenfalls in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Befragte in Kliniken arbeiten besonders häufig mit anderen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zusammen, die ebenfalls Schwangerschaftsabbrüche durchführen, in Einzelpraxen geschieht dies deutlich seltener. Wenn Befragte in ambulanten Tätigkeitsstätten Schwangerschaftsabbrüche in einer externen Einrichtung durchführen, gibt es dort häufiger auch weitere Ärztinnen und Ärzte, die ebenfalls Abbrüche durchführen.

7.3.4.1.4 Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche

Es bestehen erhebliche Unterschiede in der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche, die die Befragten im Jahr 2021 durchgeführt haben. So gaben 15,6 % der Befragten an, bis zu zehn Abbrüche vorgenommen zu haben. Weitere 37,2 % führten mehr als 10 und bis zu 50 Abbrüche durch, weitere 36,9 % gaben an, mehr als 50 und bis zu 250 Abbrüche durchzuführen. 10,3 % der Befragten führten mehr als 250 Abbrüche durch. Insgesamt führten über 50 % der Befragten 50 oder weniger Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 durch und insgesamt 90 % der Befragten bis zu 250 Abbrüche.

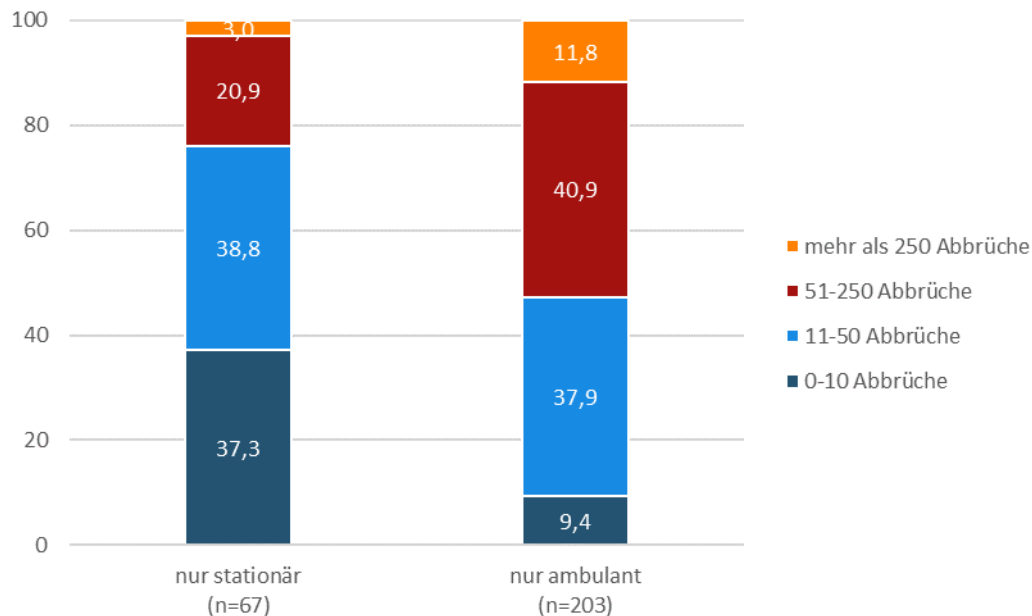
Abb. 7.266: Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 (in Prozent)



n=282, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Tätigkeitsstätte und der Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche. Ärztinnen und Ärzte in Kliniken führten weniger Schwangerschaftsabbrüche durch als Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung. 37,3 % der Ärztinnen und Ärzte, die nur in Kliniken tätig sind, führten bis zu zehn Abbrüche durch. Bei den Befragten, die nur in ambulanten Einrichtungen arbeiten, betrug der Anteil 9,4 %.

Abb. 7.267: Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 nach Art der Tätigkeitsstätte (in Prozent)

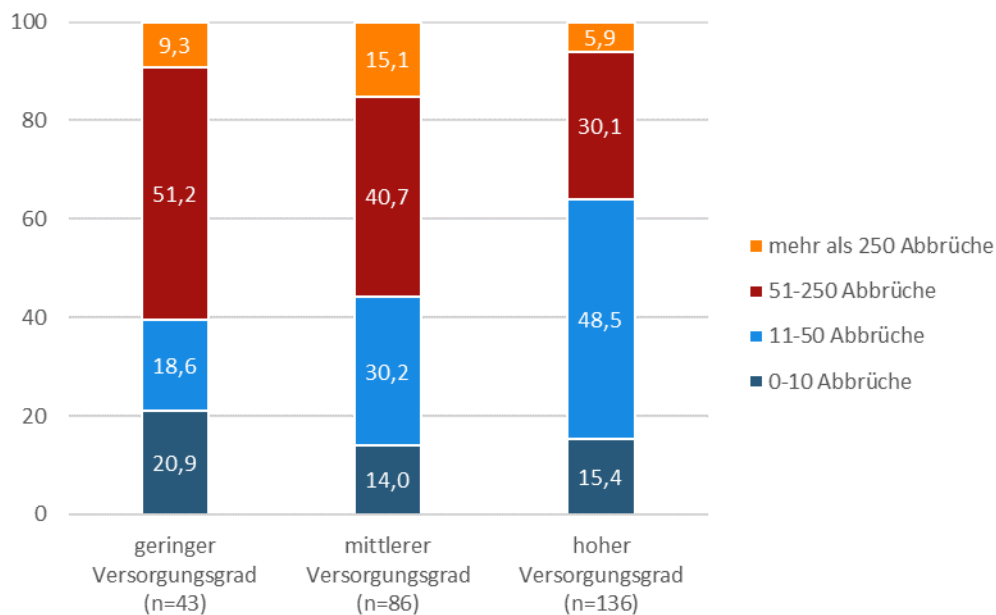


n=270, Cramers V=0,354, p<0,001

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem regionalen Versorgungsgrad und der Anzahl der durchgeführten Abbrüche im Jahr 2021. In der Region mit hohem Versorgungsgrad führen Ärztinnen und Ärzte mit 63,9 % am häufigsten bis 50 Abbrüche durch. In der Region mit mittlerem Versorgungsgrad beträgt dieser Anteil 44,2 % und in der Region mit geringem Versorgungsgrad 39,5 %. Demgegenüber ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die bis zu zehn Abbrüche durchgeführt haben, in der Region mit geringem Versorgungsgrad etwas höher (20,9 %) als in den anderen Regionen (14,0 % bis 15,4 %). Dies ist bemerkenswert, da ja in dieser Region weniger Befragte in Kliniken arbeiten und damit anzunehmen gewesen wäre, dass sich hier weniger Befragte mit sehr wenigen Abbrüchen finden. Betrachtet man die Befragten, die nur in ambulanten Einrichtungen arbeiten, zeigen sich sehr ähnliche Verteilungen in den Regionen.

Abb. 7.268: Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 nach Versorgungsregion (in Prozent)



n=265, Cramers V=0,193, p=0,003

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Befragte, die in Kliniken arbeiten, führen deutlich seltener eine hohe Anzahl an Abbrüchen durch – lediglich knapp ein Viertel von ihnen verzeichnete im Jahr 2021 mehr als 50 Abbrüche. Im Gegensatz dazu hat etwas über die Hälfte der Befragten in ambulanten Tätigkeitsstätten – unabhängig von Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ – mehr als 50 Abbrüche durchgeführt.

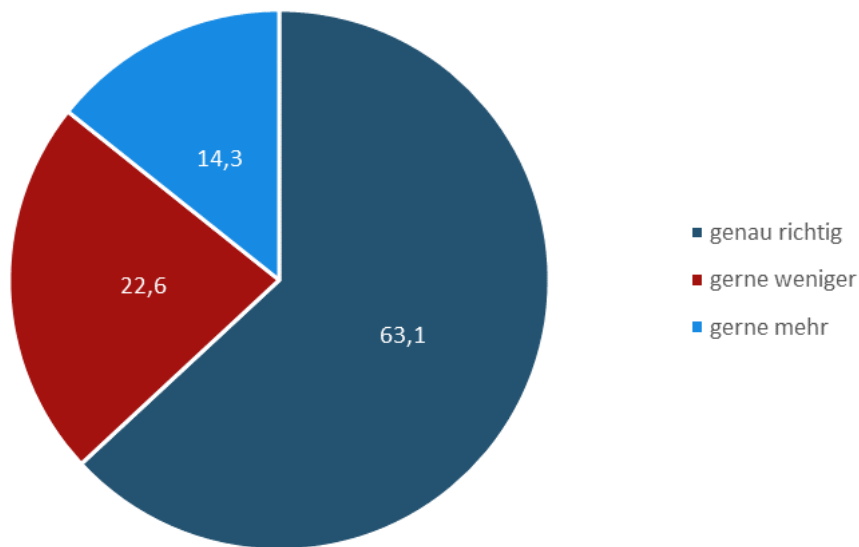
Die Anzahl der durchgeführten Abbrüche hängt auch vom regionalen Versorgungsgrad ab: In Regionen mit hohem Versorgungsgrad ist der Anteil von Anbieterinnen und Anbieter höher, die nur bis zu 50 Abbrüche durchführen, in Regionen mit mittlerem oder geringem Versorgungsgrad steigt der Anteil der Befragten die mehr als 50 Abbrüche im Jahr durchführen. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass in diesen Regionen gleichzeitig mehr Befragte in Kliniken tätig sind.

7.3.4.1.5 Anteil der Zeit, die für Schwangerschaftsabbrüche aufgewendet wird, an der Gesamtarbeitszeit

Die Befragten konnten angeben, wie viel Zeit sie in ihrer Arbeit für Schwangerschaftsabbrüche aufwenden. Die Mehrheit, und zwar 80,2 %, berichtete, dass sie weniger als 10 % ihrer Arbeitszeit mit Aufgaben zu diesem Thema beschäftigt sind. 16,4 % der Befragten gaben an, dass der Anteil ihrer Arbeit, der Schwangerschaftsabbrüche betrifft, zwischen 10 % und 25 % liegt. Eine kleine Minderheit von 3,3 % der Befragten wendet mehr als 25 % ihrer Arbeitszeit für Schwangerschaftsabbrüche auf.

Knapp zwei Drittel der Befragten (63,1 %) empfinden den Umfang ihrer Arbeitszeit, die sie mit Schwangerschaftsabbrüchen verbringen, als genau richtig. 22,6 % der Befragten würden gerne weniger Schwangerschaftsabbrüche durchführen und 14,3 % der Befragten würden gerne mehr Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Abb. 7.269: Bewertung des Anteils von Schwangerschaftsabbrüchen an der Gesamtarbeitszeit (in Prozent)



n=252, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

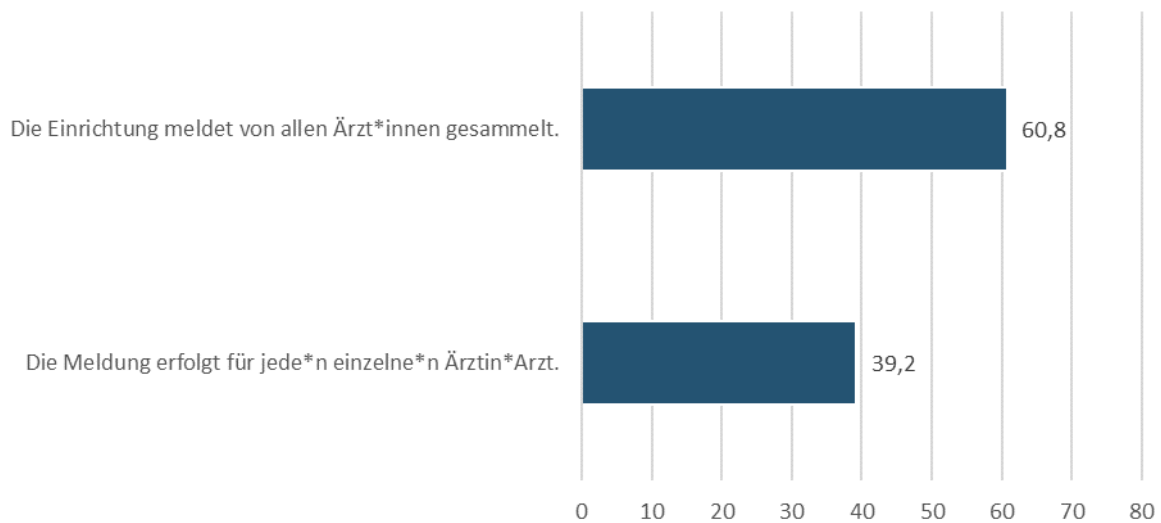
Von den Befragten, die gerne weniger Schwangerschaftsabbrüche durchführen würden, gibt gut die Hälfte (52,1 %) an, dass sie mehr Abbrüche durchführt als gewollt, weil die Versorgungssituation in ihrer Region so schlecht ist. Das entspricht einem Anteil von etwa einem Zehntel an allen Befragten.

Etwa 80 % der Befragten gaben an, weniger als 10 % ihrer gesamten Arbeitszeit für Schwangerschaftsabbrüche aufzuwenden. Rund 16 % wenden zwischen 10 % und 25 % ihrer Arbeitszeit dafür auf. Ein gutes Fünftel der Befragten wünscht sich, weniger Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Von diesen führt etwa die Hälfte mehr Abbrüche durch, als sie möchte, da die Versorgungssituation in ihrer Region schlecht ist.

7.3.4.1.6 Meldepraxis an das Statistische Bundesamt

Bei 60,8 % (n=166) der Befragten übernimmt die Einrichtung, in der die Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, die Meldung an das Statistische Bundesamt. 39,2 % (n=107) der Befragten, geben an, dass bei ihnen jede Ärztin bzw. jeder Arzt die Abbrüche selbst meldet.

Abb. 7.270: Meldepraxis an das Statistische Bundesamt (in Prozent)



n=273, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Tätigkeitstätte und der Meldepraxis an das Statistische Bundesamt. Arbeiten Befragte nur in einer Einzelpraxis, so melden 78,3 % der Ärztinnen und Ärzte selbst. Die Anteile unterscheiden sich kaum, wenn man danach differenziert, ob sie Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Tätigkeitsstätte durchführen (79,7 %) oder in einer anderen Einrichtung (73,1 %). Bei Befragten, die in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ arbeiten, melden nur 23,8 % selbst, stattdessen werden die Abbrüche bei 76,2 % gesammelt über die Einrichtung gemeldet. Befragte, die nur in Kliniken tätig sind, melden zu 5,3 % selbst.

Im regionalen Vergleich melden die Befragten in der Region mit geringem Versorgungsgrad mit 48,6 % etwas häufiger selbst als die Befragten in der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad. Hier liegen die Anteile bei 40,0 % bzw. 36,2 %. Der Zusammenhang ist nicht signifikant ($p=0,396$).

Mehr als Viertel der Befragten, die ausschließlich in einer Einzelpraxis tätig sind, melden die von ihnen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche selbst an das Statistische Bundesamt. Bei den Befragten, die in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ tätig sind, erfolgt die Meldung nur zu 23,8 % selbst, bei 76,2 % werden die Abbrüche gesammelt über die Einrichtung gemeldet. Bei Befragten, die ausschließlich in Kliniken tätig sind, erfolgt die Meldung fast immer über die Einrichtungen. Im regionalen Vergleich melden die Befragten in der Region mit niedrigerem Versorgungsgrad etwas häufiger selbst als die Befragten in der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad.

7.3.4.2 Versorgungsangebot

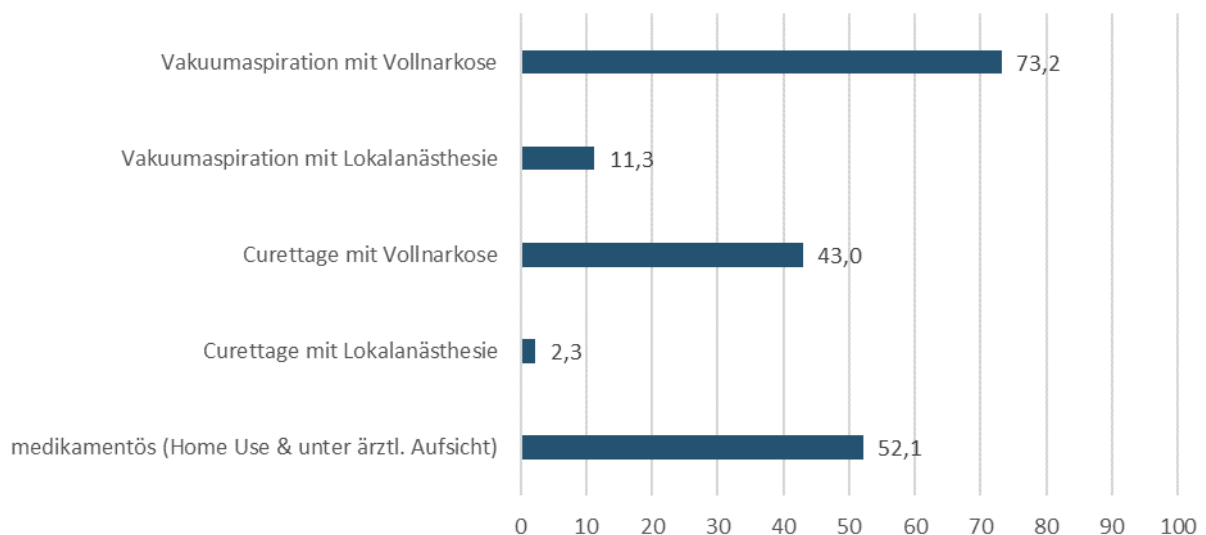
In diesem Kapitel wird das Versorgungsangebot von Ärzten im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs umfassend beleuchtet. Zunächst werden die verschiedenen angewandten Methoden des Schwangerschaftsabbruchs beschrieben, gefolgt von den zeitlichen Fristen, innerhalb derer Ärztinnen und Ärzte Abbrüche durchführen. Es wird zudem auf die Indikationen eingegangen, für die Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Ein weiterer Abschnitt widmet sich der Frage, wie das Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen bekannt gemacht wird und welche Herausforderungen dabei bestehen. Des Weiteren werden die Gründe erläutert, warum Ärztinnen und Ärzte die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ablehnen. Ein weiterer Aspekt sind außerdem die Preise, die Ärztinnen und Ärzte für unterschiedliche Methoden berechnen. Abschließend wirft das Kapitel einen Blick auf geplante Veränderungen im Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen.

7.3.4.2.1 Angewandte Methoden

Insgesamt führen 47,9 % der Befragten nur operative und 22,6 % nur medikamentöse Abbrüche durch. 29,4 % führen sowohl medikamentöse als auch operative Schwangerschaftsabbrüche durch.

73,2 % der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, Schwangerschaftsabbrüche mit Vakuumaspiration in Vollnarkose durchzuführen. 11,3 % führen diese Methode mit Lokalanästhesie durch. Eine Curettage mit Vollnarkose führen 43,0 % der Befragten durch, 2,3 % mit Lokalanästhesie. 52,1 % bieten den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch an. Von diesen gaben an, diesen sowohl im sog. Home Use (Einnahme des zweiten Medikaments zuhause) als auch mit Einnahme beider Medikamente in der Einrichtung durchzuführen.

Abb. 7.271: Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)



n=265, Mehrfachnennung möglich.

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

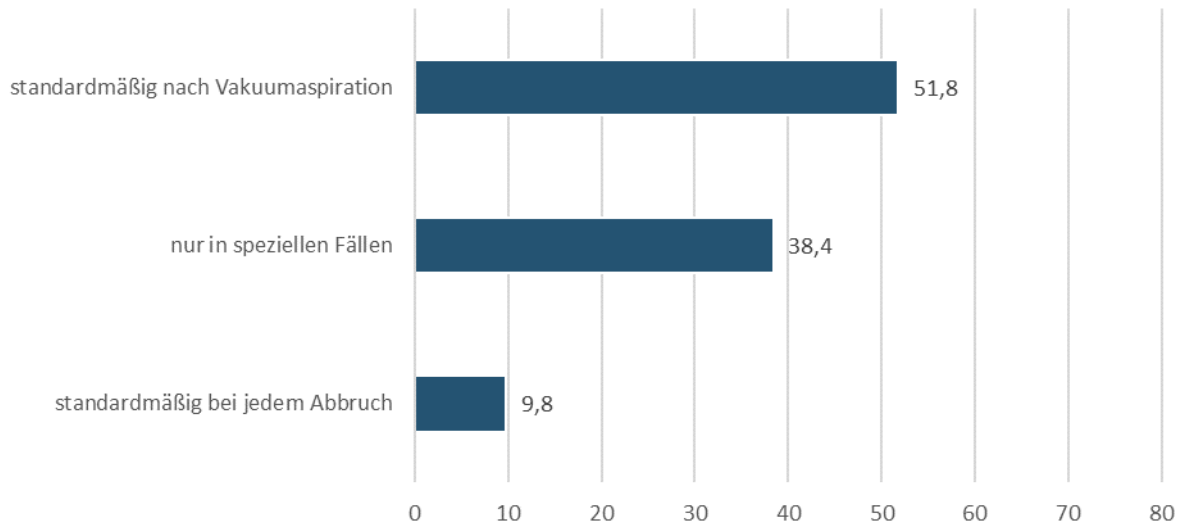
Knapp die Hälfte der Befragten führt nur operative Schwangerschaftsabbrüche durch und knapp ein Viertel nur medikamentöse Abbrüche. Knapp 30 % führen sowohl medikamentöse als auch operative Schwangerschaftsabbrüche durch.

Anwendung der Curettage als Methode des Schwangerschaftsabbruchs

Da die Curettage seit 2003 von der WHO nicht mehr als Methode für den Schwangerschaftsabbruch empfohlen wird, sollten die Befragten, die die Curettage anwenden, konkretisieren, in welchen

Fällen sie diese Methode nutzen. 51,8 % von ihnen führen diesen Eingriff standardmäßig nach einer Vakuumaspiration durch. In speziellen Fällen wird sie von 38,4 % der Befragten genutzt und 9,8 % gaben an, dass sie diese Methode standardmäßig bei jedem Schwangerschaftsabbruch anwenden.

Abb. 7.272: Situationen, in denen eine Curettage durchgeführt wird (in Prozent)



n=112, nur Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche mit Curettage durchführen

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

55,6 % der Ärztinnen und Ärzte, die medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche anbieten, führen den Home Use standardmäßig durch. 44,4 % gaben an, von Fall zu Fall zu entscheiden, ob das zweite Medikament zuhause oder in der Einrichtung eingenommen werden soll.

Angewandte Methoden und Art der Tätigkeitsstätte

Die angewandten Methoden, um einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, stehen im Zusammenhang mit der Art der Tätigkeitsstätte. Befragte, die nur in ambulanten Einrichtungen tätig sind, führen mit 67,0 % häufiger medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche durch. Bei Befragten, die nur in Kliniken tätig sind, sind es lediglich 17,6 %. Befragte, die nur in Kliniken arbeiten, führen alle operative Schwangerschaftsabbrüche durch, bei den Befragten, die nur in ambulanten Einrichtungen arbeiten, sind es 67,6 %.

Die Curettage mit Vollnarkose wird mit 73,3 % häufiger von Befragten durchgeführt, die nur in Kliniken arbeiten. Bei den Befragten, die nur in ambulanten Einrichtungen tätig sind, liegt der Anteil bei 23,9 %.

7.3.4.2.2 Fristen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Der Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung ist in Deutschland bis zur 14. Schwangerschaftswoche (p.m.) möglich. Die Medikamente für den medikamentösen Abbruch sind in Deutschland nur bis einschließlich der 9. Schwangerschaftswoche (p.m.) zugelassen, ein off-label-use⁶⁶ außerhalb dieser Frist ist möglich. 67,9 % der Befragten gaben an, dass sie Abbrüche bis zu den gesetzlich möglichen Fristen für einen Schwangerschaftsabbruch durchführen. 29,1 % der Befragten berichteten, dass sie eigene Fristen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen festgelegt haben. 29 Befragte (9,4 %) machten zu dieser Frage keine Angaben.

⁶⁶ Off-label-use bezeichnet den Einsatz eines Medikamentes außerhalb der von den Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete beispielsweise bei anderen Indikationen.

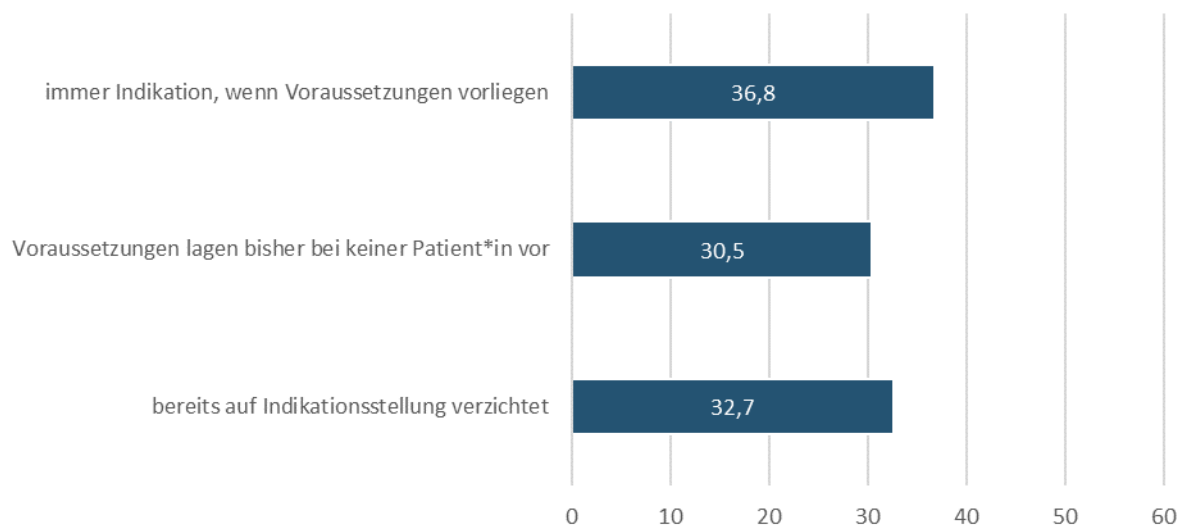
Von den Befragten, die Schwangerschaftsabbrüche innerhalb engerer Fristen durchführen (n=90), gaben 70 % an, medikamentöse Abbrüche nur bis zu einer selbst festgelegten Schwangerschaftswoche vorzunehmen. Die Mehrheit der Befragten gab als Frist die siebte oder achte Schwangerschaftswoche an, was einer Differenz von ein bis zwei Wochen zu dem Zeitpunkt entspricht, bis zu dem der medikamentöse Abbruch nach dem Arzneimittelrecht zulässig ist. 45,6 % der Befragten, die Abbrüche in engeren Fristen durchführen, führen auch operative Schwangerschaftsabbrüche nur bis zu einer bestimmten Woche durch: von ihnen gaben die meisten als Frist die 12. SSW p.m. an, also 2 Wochen vor dem gesetzlichen Fristende. Einige wenige gaben als Frist die zehnte, elfte oder 13. SSW. an. Darüber hinaus führen einzelne Befragte operative Abbrüche erst ab einer spezifischen Schwangerschaftswoche durch: Hier wurden die sechste, neunte SSW p.m. sowie die zwölfte SSW p.m. genannt.

Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sie Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der gesetzlich möglichen Frist durchführen. Alle anderen Befragten haben eigene Fristen, ab oder bis zu denen sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

7.3.4.2.3 Indikationen

Es kommt vor, dass Ärztinnen und Ärzte auf die Feststellung einer medizinischen oder kriminologischen Indikation verzichten, obwohl die Voraussetzungen dafür vorliegen. Sie empfehlen den Schwangeren stattdessen, den Abbruch nach Pflichtberatung durchführen zu lassen. Die Befragten konnten angeben, ob sie bereits auf die Feststellung einer Indikation verzichtet haben und aus welchen Gründen. 36,8 % der Teilnehmenden stellen immer eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, wenn die Voraussetzungen gegeben sind. 30,5 % berichteten, dass sie bisher keine Patientin behandelt haben, bei der die Voraussetzungen für eine Indikation vorlagen. 32,7 % gaben an, dass sie bereits auf die Stellung einer Indikation verzichtet haben, obwohl die entsprechenden Gründe vorhanden waren.

Abb. 7.273: Verzicht auf Stellung einer Indikation (in Prozent)



n=266, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

14,6 % der Befragten gaben an, bereits mindestens einmal auf eine Indikationsstellung verzichtet zu haben, weil sie unsicher mit der Indikationsstellung waren. 21,6 % verzichteten darauf, da sie den Aufwand für einen Abbruch nach Pflichtberatung geringer einschätzten. 3,4 % gaben an, bereits auf die Indikationsstellung aus monetären Gründen verzichtet zu haben und 6,3 % hatten andere Gründe.

Etwa ein Drittel der Befragten gab an, bereits auf eine kriminologische oder medizinische Indikationsstellung verzichtet zu haben, obwohl die Voraussetzungen dafür vorlagen. Die

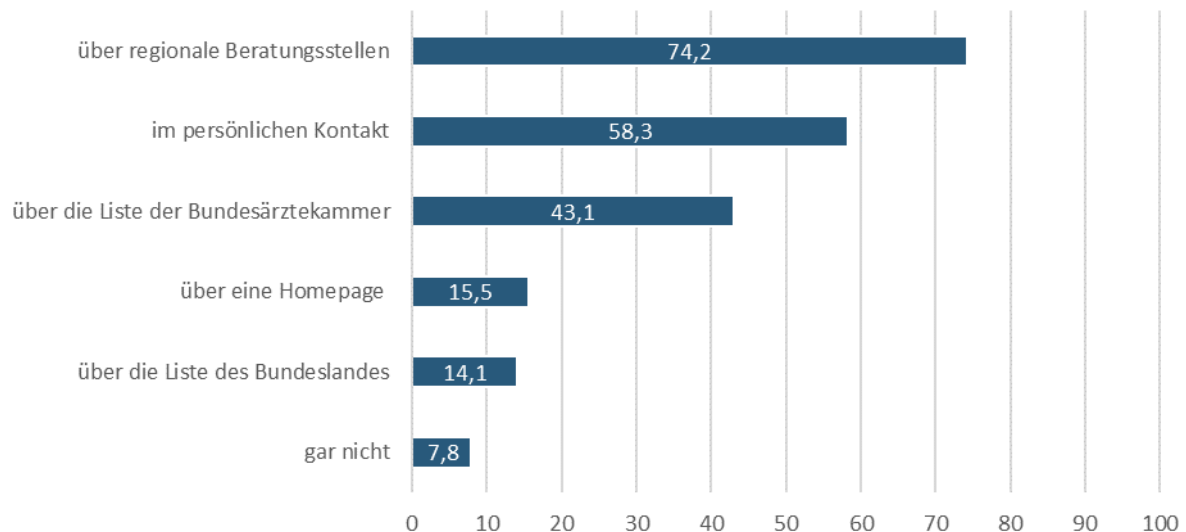
häufigsten Gründe für dieses Vorgehen waren ein geringerer Aufwand und Unsicherheiten bei der Indikationsstellung.

7.3.4.2.4 Bekanntmachung des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen

Ob und welche Kanäle Ärztinnen und Ärzte nutzen, um darüber informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist wichtig für die Frauen, die Zugang zum Schwangerschaftsabbruch benötigen. Mit 74,2 % nutzen die Befragten am häufigsten die regionalen Beratungsstellen, um ihr Angebot zu bekanntzumachen. 58,3 % informieren über den persönlichen Kontakt. 43,1 % der Befragten informieren über die Liste der Bundesärztekammer, 15,5 % teilen ihr Angebot über die eigene Homepage bzw. die Homepage der Einrichtung mit. 14,1 % machen ihr Angebot über die Liste der jeweiligen Bundesländer bekannt. 7,8 % machen ihr Angebot über die Liste der jeweiligen Bundesländer bekannt.

20,1 % nutzen nur eine Möglichkeit, um über ihr Angebot zu informieren, 38,5 % zwei und 25,8 % drei und mehr Möglichkeiten. 7,8 % gaben an, überhaupt nicht über ihr Angebot zu informieren. 7,1 % informieren ausschließlich über den persönlichen Kontakt und geben keine weiteren Kanäle der Bekanntmachung an. Daraus ergibt sich, dass 14,9 % der Befragten ihr Angebot nicht öffentlich bekannt geben.

Abb. 7.274: Bekanntmachung des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)



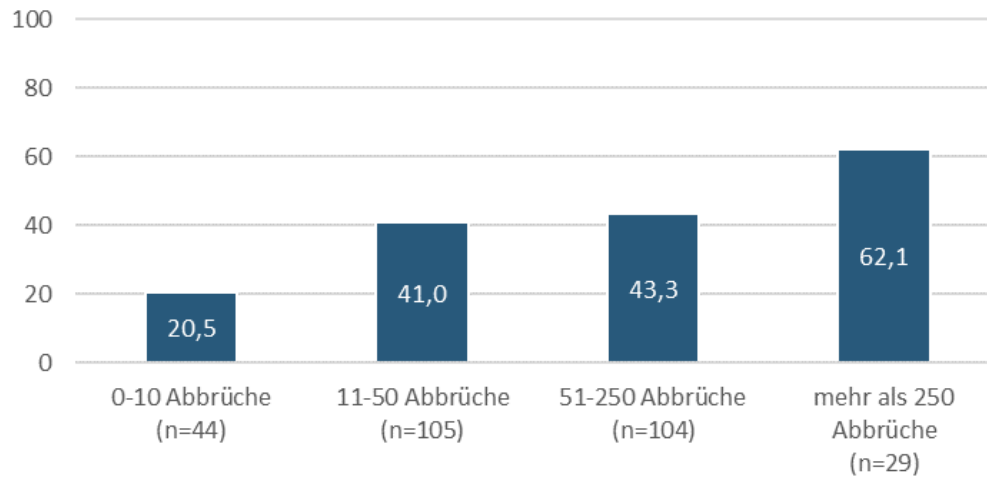
n=283, Mehrfachnennung möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Tätigkeitsstätte und der öffentlichen Bekanntgabe des Angebots. Befragte in Kliniken gaben zu 38,2 % an, ihr Angebot nicht öffentlich bekannt zu machen. Im Gegensatz dazu liegt dieser Anteil bei den Befragten in ambulanten Tätigkeitsstätten, unabhängig davon, ob es sich um Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften/MVZ handelt, deutlich niedriger bei nur 9,7 %. Es gibt keine regionalen Unterschiede in der öffentlichen Bekanntgabe des Angebots.

Ob Befragten ihr Angebot über die Liste der Bundesärztekammer bekannt machen, hängt auch davon ab, wie viele Schwangerschaftsabbrüche sie durchführen. Je mehr Abbrüche die Befragten durchführten, desto häufiger geben sie über die Liste der Bundesärztekammer bekannt, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Bei den Ärztinnen und Ärzten, die null bis zehn Abbrüche durchführten, informieren nur 20,5 % über die Liste der Bundesärztekammer, bei den Ärztinnen und Ärzten, die 250 und mehr Abbrüche durchführen, sind es mit 62,1 % deutlich mehr.

Abb. 7.275: Bekanntmachung über die Liste der Bundesärztekammer nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent)



Cramers V=0,217, p=0,004

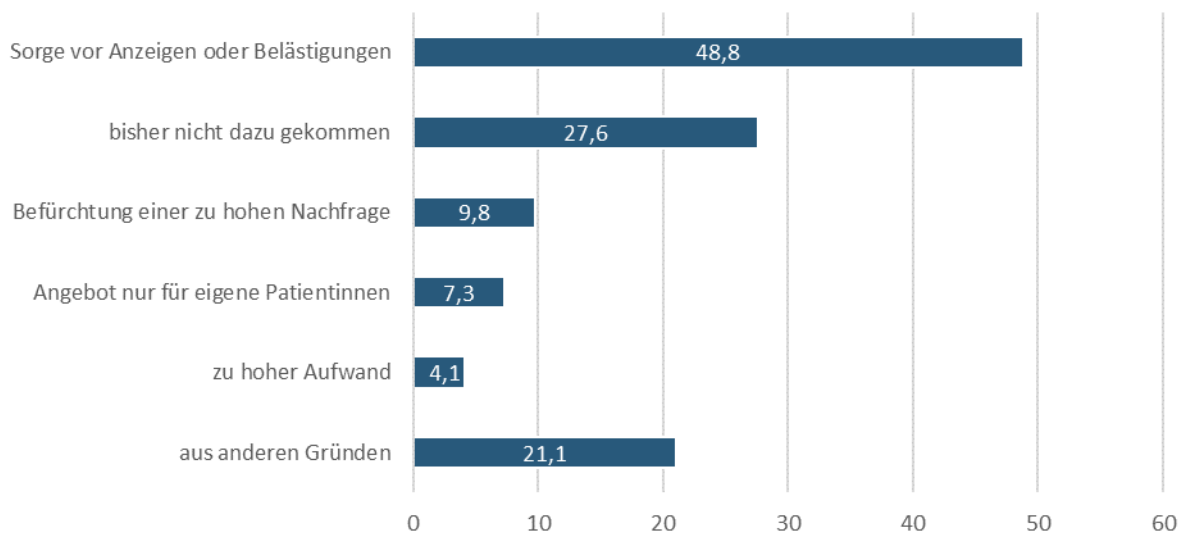
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Drei Viertel der Befragten nutzen die regionalen Beratungsstellen, um ihr Angebot bekannt zu machen, knapp 60 % informieren über den persönlichen Kontakt. Mehr als 40 % der Befragten machen ihr Angebot über die Liste der Bundesärztekammer bekannt, ein Siebtel über die eigene Homepage bzw. die Homepage der Einrichtung. Knapp 8 % gaben an, gar nicht über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu informieren und 7 % ausschließlich über den persönlichen Kontakt. Damit macht etwa ein Siebtel der Befragten ihr Angebot nicht öffentlich bekannt.

Gründe warum Ärztinnen und Ärzte die Liste der Bundesärztekammer nicht nutzen

56,9 % der Befragten haben sich nicht auf die Liste von Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen nach § 12, Abs. 3 SchKG setzen lassen, die die Bundesärztekammer veröffentlicht. Von ihnen gab die Hälfte (48,8 %) an, dies aus Sorge vor Anzeigen und Belästigungen nicht zu tun. 27,6 % von ihnen sind bisher noch nicht dazu gekommen. Die Befürchtung, dass die Einrichtung den daraus möglicherweise resultierenden Andrang nicht bewältigen kann, teilen 9,8 % der Befragten. 7,3 % der Befragten führen Schwangerschaftsabbrüche nur bei ihren eigenen Patientinnen durch und informieren darum nicht über die Liste. 4,1 % ist der Aufwand zu hoch und 21,1 % haben andere Gründe.

Abb. 7.276: Gründe für einen Verzicht auf die Bekanntmachung über die Liste der Bundesärztekammer (in Prozent)



n=123, Mehrfachnennung möglich, nur Befragte, die die Liste der BÄK nicht nutzen.

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Von den Befragten, die ihr Angebot nicht über die Liste der Bundesärztekammer bekannt machen, gibt fast die Hälfte an, dies aus Sorge vor Anzeigen und Belästigungen nicht zu tun. Ein gutes Viertel ist bisher noch nicht dazu gekommen – sie wären aber dazu bereit, es noch zu tun. Knapp ein Zehntel befürchtet eine zu hohe Nachfrage, wenn das Angebot über die Liste bekannt gemacht wird.

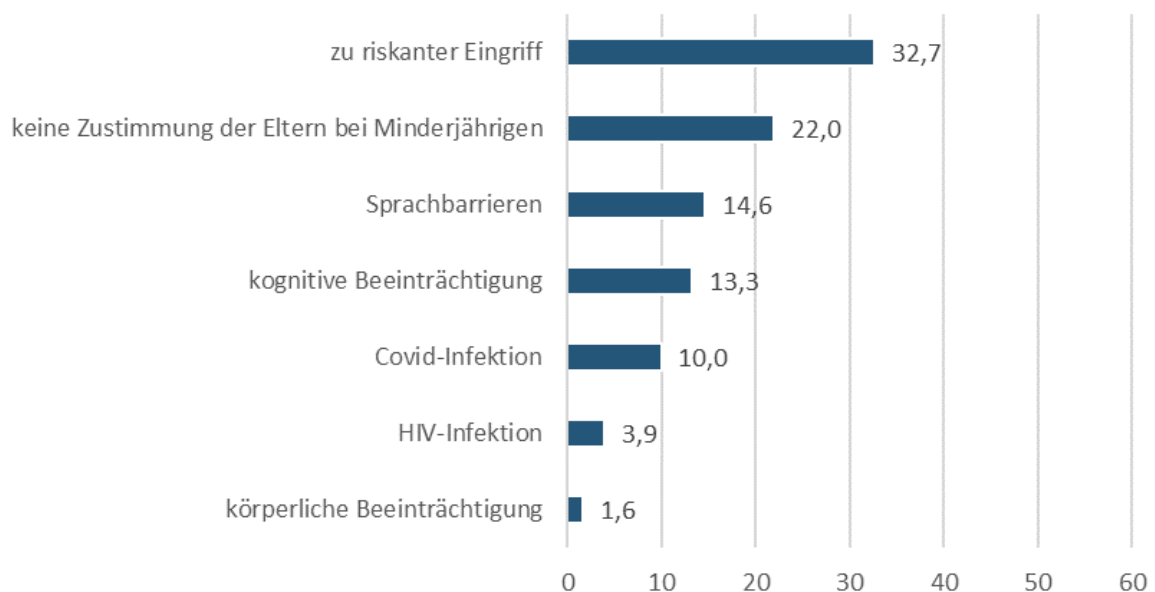
7.3.4.2.5 Gründe, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird

Folgend werden die medizinischen, rechtlichen und persönlichen Gründe dargestellt, warum Ärztinnen und Ärzte nach einer Pflichtberatung gegebenenfalls von der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs absehen. Die hier vorgestellten Daten bieten einen umfassenden Einblick in die komplexen Entscheidungsprozesse, die zur Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs führen können.

Medizinische und rechtliche Gründe

Zunächst wurden die Anbieterinnen und Anbieter nach möglichen Fällen gefragt, bei denen sie nach einer Pflichtberatung keinen Schwangerschaftsabbruch durchführen können oder wollen. Von allen Befragten gaben 50,2 % der Anbieterinnen und Anbieter mindestens einen Grund an. Am häufigsten wurde genannt, dass die Durchführung ein zu riskanter Eingriff ist (32,7 %), die Zustimmung der Eltern bei minderjährigen Patientinnen fehlt (22,0 %), Sprachbarrieren vorliegen (14,6 %) und die Patientin kognitiv beeinträchtigt ist (13,3 %). Weiterhin wird die Durchführung eines Abbruchs abgelehnt bei einer Covid-Infektion (10,0 %), einer HIV-Infektion (3,9 %) und bei körperlichen Beeinträchtigungen (1,6 %) der Patientin.

Abb. 7.277: Medizinische und rechtliche Gründe, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird (in Prozent)



n=309, Mehrfachnennung möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

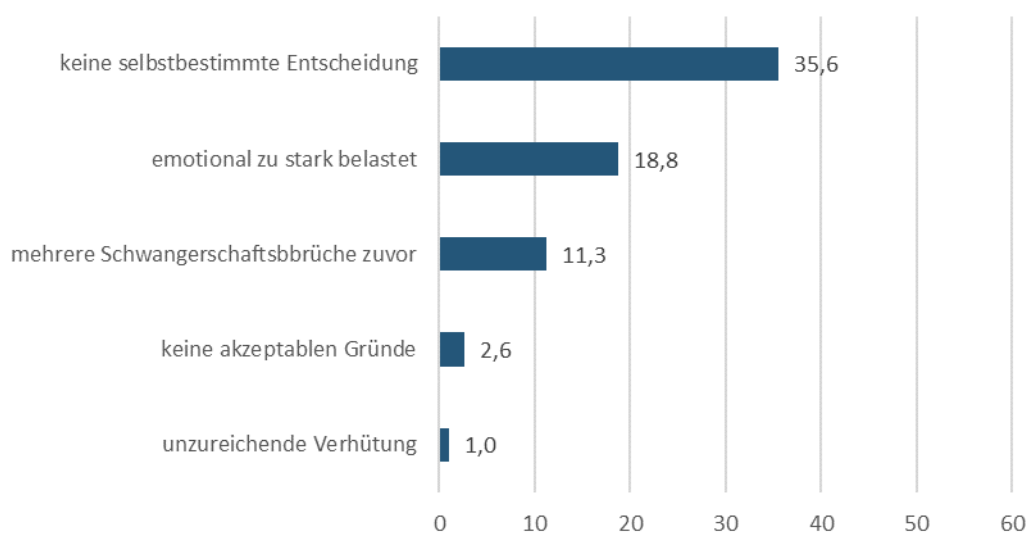
Anschließend sollten die Ärztinnen und Ärzte angeben, ob sie wissen, wohin sie Patientinnen weiterleiten können, bei denen sie den Abbruch nicht selbst durchführen wollen oder können. Bei einem zu riskanten Eingriff, bei einer HIV-positiven Patientin, bei Sprachbarrieren und bei kognitiven Beeinträchtigungen der Patientinnen wissen mehr als drei Viertel der Befragten, wohin sie die Patientinnen weiterleiten können. Bei minderjährigen Patientinnen ohne Zustimmung der Eltern und bei Corona-positiven Patientinnen sind die Anteile mit 66,7 % bzw. 51,5 % etwas geringer.

Persönliche Gründe

Es wurden zusätzlich Gründe erhoben, warum die Durchführung eines Abbruchs nach Pflichtberatung durch die Befragten abgelehnt wurde, auch wenn dieser nach geltendem Recht

möglich wäre. Dabei gaben 37,5 % der Befragten an, dass es für sie Gründe gibt, einen Schwangerschaftsabbruch abzulehnen, auch wenn dieser nach geltendem Recht möglich ist. Ärztinnen und Ärzte, die Gründe angaben, gaben an, dass sie die Durchführung ablehnen, wenn sie das Gefühl haben, dass der Abbruch nicht selbstbestimmt ist (35,6 %), wenn die Frau auf sie emotional zu stark belastet wirkt (18,8 %) und wenn bereits mehrere Abbrüche bei der Patientin durchgeführt wurden (11,3 %). Wesentlich seltener wurde genannt, wenn sie die Gründe der Frau nicht akzeptieren (2,6 %) oder bei unzureichender Verhütung (1,0 %). Außerdem nutzten 12,9 % der Befragten die Möglichkeit, im Freitext weitere Gründe anzugeben, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird. Dabei sind die am häufigsten genannten Antworten die Ambivalenz der Patientin (15), eine bereits weit fortgeschrittene Schwangerschaft (7) und wiederum medizinische Gründe (9).

Abb. 7.278: Persönliche Gründe, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird (in Prozent)



n=309, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Die Hälfte der Befragten gab an, dass es Gründe gibt, warum sie keinen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Die häufigsten Gründe für die Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs waren mit jeweils etwa einem Drittel der Nennungen, dass der Abbruch medizinisch zu riskant ist oder dass sie das Gefühl haben, dass die Patientinnen nicht selbstbestimmt entscheiden. Jeweils etwa ein Fünftel der Befragten nannte eine fehlende Zustimmung der Eltern bei minderjährigen Patientinnen oder wenn die Patientin emotional zu stark belastet wirkt. Zwischen 10 % und 15 % der Befragten gaben an, keine Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, wenn Sprachbarrieren, kognitive Beeinträchtigungen oder eine COVID-Infektion vorliegen oder auch wenn Patientinnen bereits mehrere Abbrüche zuvor hatten.

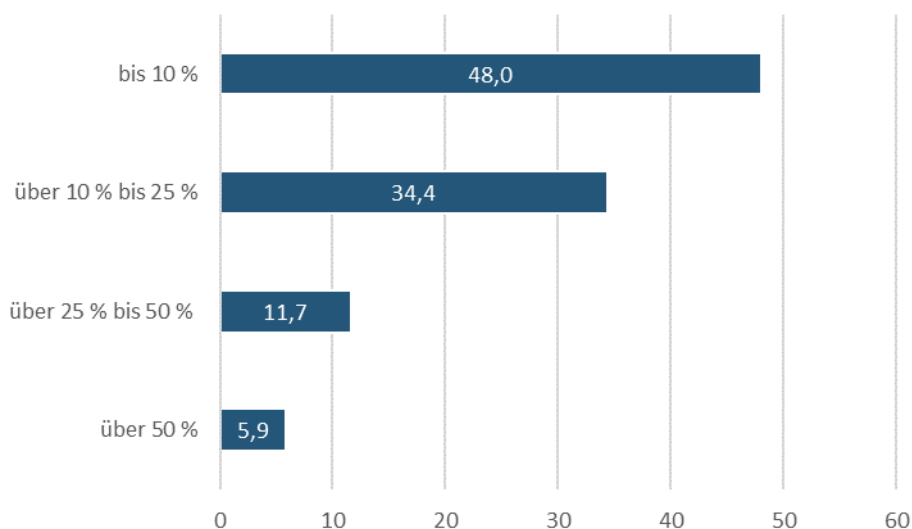
7.3.4.2.6 Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch

Im folgenden Abschnitt werden die finanziellen Aspekte von Schwangerschaftsabbrüchen beleuchtet, insbesondere der Anteil der Patientinnen, die die Kosten selbst tragen müssen, sowie die durchschnittlichen Kosten in Abhängigkeit von der gewählten Methode und der regionalen Versorgung.

Anteil der Selbstzahlerinnen

Fast die Hälfte der befragten Anbieterinnen (48,0 %) berichtete, dass nur maximal jede zehnte Patientin den Schwangerschaftsabbruch nach einer Pflichtberatung selbst bezahlt. Bei 34,4 % der Anbieterinnen liegt der Anteil der Selbstzahlerinnen zwischen einem Zehntel und einem Viertel. 11,7 % der Befragten gaben an, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte ihrer Patientinnen die Kosten für den Abbruch selbst tragen. Nur wenige Ärztinnen (5,9 %) berichteten, dass bei ihnen mehr als die Hälfte der Patientinnen die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch selbst übernehmen müssen.

Abb. 7.279: Anteil der Selbstzahlerinnen an Patientinnen mit Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



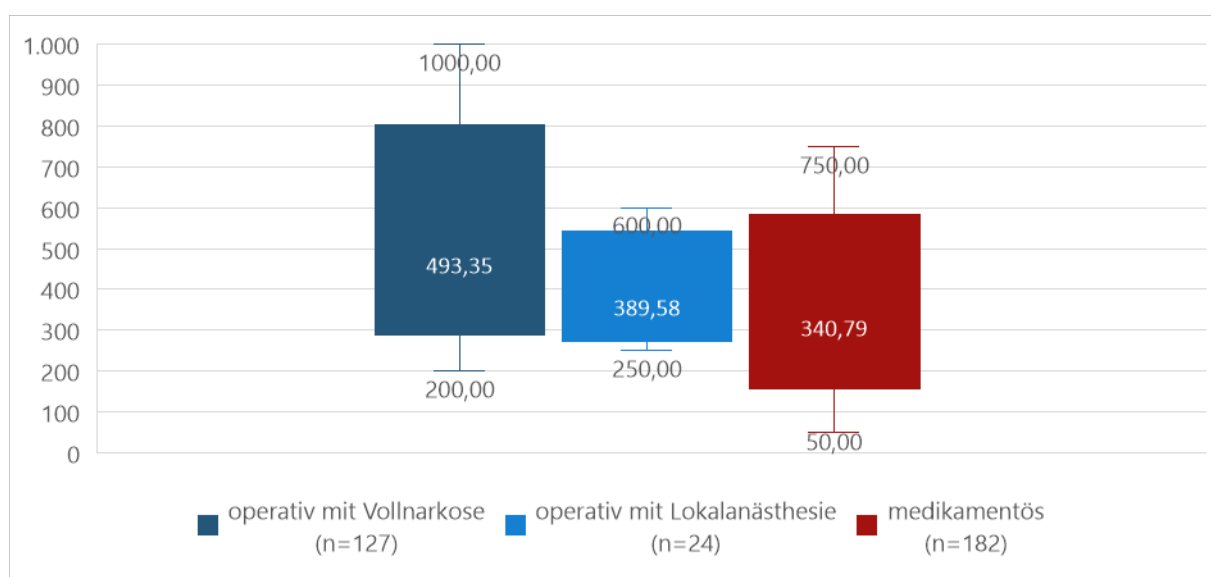
n=273, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass maximal jede zehnte Patientin bei ihnen die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch selbst zahlt. Bei einem Drittel der Befragten ist es ein Zehntel bis ein Viertel der Patientinnen.

Höhe der Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch

Die Frage zu den Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch für Selbstzahlerinnen hat nur ein Teil der befragten Anbieterinnen und Anbieter beantwortet. Dies kann u.a. daran liegen, dass Ärztinnen und Ärzte in Kliniken oder angestellte Ärztinnen und Ärzte in einer Praxis nicht wissen, wie viel die Patientinnen für einen Abbruch bezahlen müssen. Aus den Angaben der Ärztinnen und Ärzte gehen die folgenden durchschnittlichen Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch hervor: Für einen operativen Abbruch unter Vollnarkose entstehen Selbstzahlerinnen im Durchschnitt Kosten in Höhe von 493,35 EUR (Min=200, Max= 1000, SD=114,13). Ein operativer Abbruch mit Lokalanästhesie ist im Gegensatz zur Vollnarkose mit einem Durchschnitt von 389,58 EUR etwas günstiger (Min=250, Max=600, SD=94,39). Die durchschnittlichen Kosten für einen medikamentösen Abbruch liegen bei 340,79 EUR (Min=50, Max=750, SD= 77,41).

Abb. 7.280: Durchschnittliche Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch für Selbstzahlerinnen (in Euro)



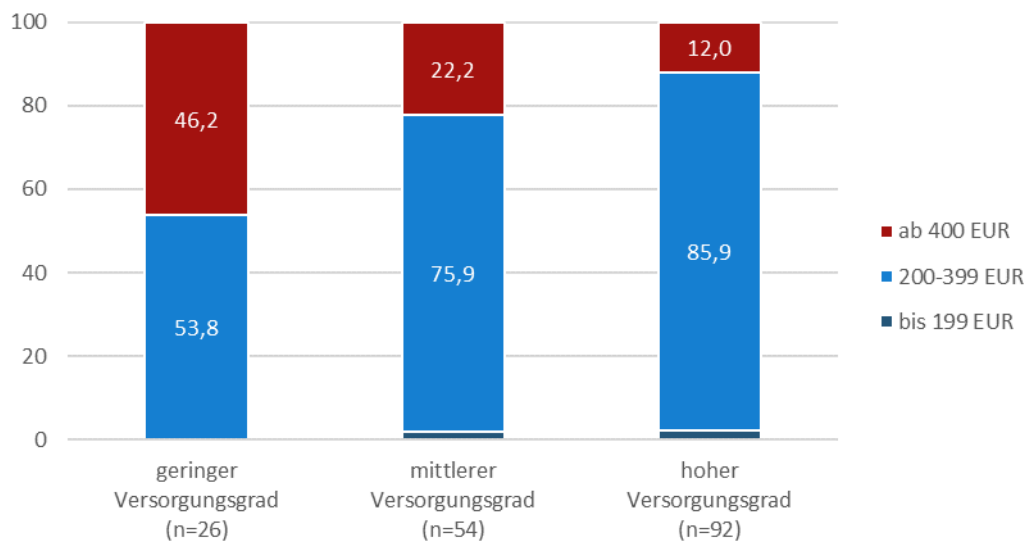
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Die angegebenen Kosten wurden anschließend in vier Gruppen kategorisiert. Dabei ist ersichtlich, dass vor allem der operative Abbruch unter Vollnarkose häufig die höheren Kosten für Selbstzahlerinnen verursacht. 75,6 % der Anbieterinnen und Anbieter gaben an, dass ihre Patientinnen 400 bis 599 EUR für einen operativen Abbruch mit Vollnarkose bezahlen müssen, 13,4 % nannten einen Preis ab 600 EUR. Die Kosten für einen medikamentösen Abbruch liegen zu 77,5 % bei 200 bis 399 EUR. Der Betrag für den operativen Abbruch mit Lokalanästhesie liegt gleich verteilt: 50,0 % liegen zwischen 250 bis 399 EUR und die anderen 50,0 % zwischen 400 und 600 EUR. Die Angaben der befragten Ärztinnen und Ärzte zu den Kosten für Selbstzahlerinnen zeigen deutliche Schwankungen, die sich nach den angewandten Methoden unterscheiden.

Regionale Unterschiede in der Höhe der Kosten

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe der Kosten für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und dem Versorgungsgrad der Region. Je geringer der Versorgungsgrad, desto höher die Kosten: In der Region mit geringem Versorgungsgrad beträgt der Anteil der Befragten, die die Höhe der Kosten mit ab 400 EUR angeben 46,2 %, während er in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad nur 22,2 % beträgt und in der Region mit hohem Versorgungsgrad nur 12,0 %. Die Mittelwerte liegen hier je nach regionalem Versorgungsgrad bei 562 EUR (geringer Versorgungsgrad), 473 EUR (mittlerer Versorgungsgrad) und 493 EUR (hoher Versorgungsgrad).

Abb. 7.281: Kosten für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für Selbstzahlerinnen nach Versorgungsregion (in Prozent)



$p=0,267$; $p<0,001$, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Bei der Höhe der Kosten für einen operativen Schwangerschaftsabbruch unter Vollnarkose finden sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen: Insbesondere der Anteil der Befragten, die hier Kosten ab 600 EUR angeben, ist in der Region mit geringem Versorgungsgrad mit 26,7 % deutlich höher als in der Region mit mittlerem (10,8 %) und hohem (12,3 %) Versorgungsgrad. Zudem gibt keine der befragten Anbieterinnen und Anbieter aus der Region mit geringem Versorgungsgrad Kosten unter 400 EUR an, während dieser Anteil bei den Befragten in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad 8,1 % beträgt und in der Region mit hohem Versorgungsgrad 15,4 %. Der Zusammenhang ist nicht signifikant ($p=0,086$). Die Mittelwerte betragen hier differenziert nach regionalem Versorgungsgrad 391 EUR (geringer Versorgungsgrad), 340 EUR (mittlerer Versorgungsgrad) und 327 EUR (hoher Versorgungsgrad).

Für den operativen Schwangerschaftsabbruch mit Lokalanästhesie finden sich ähnliche regionale Unterschiede und auch ein signifikanter Zusammenhang, jedoch ist hier die Gruppengröße der Befragten, die diese Methode anbieten, sehr klein.

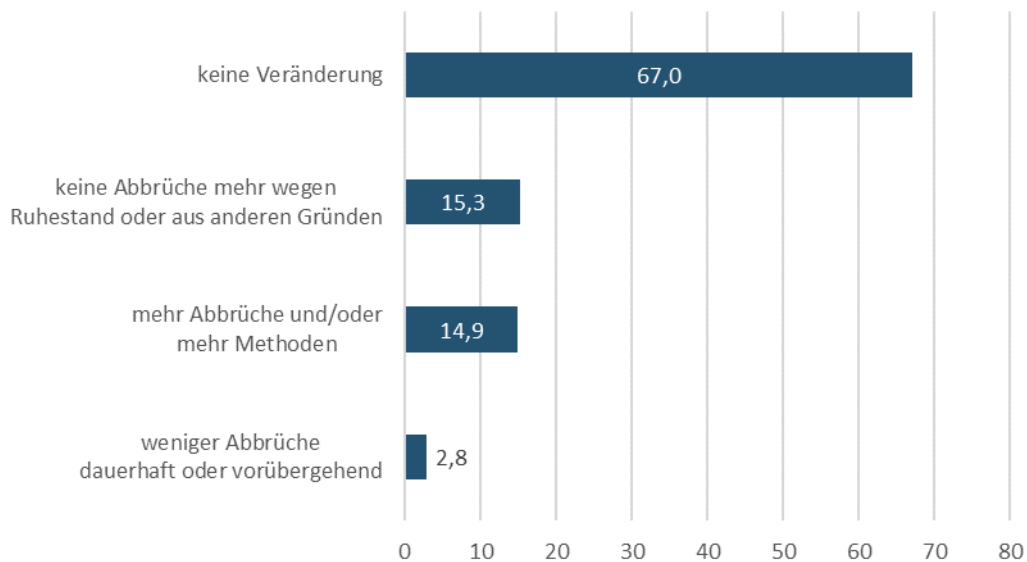
Für Selbstzahlerinnen liegen die durchschnittlichen Kosten für einen operativen Abbruch in Vollnarkose bei 493 EUR, für einen Abbruch in Lokalanästhesie bei 390 EUR und für einen medikamentösen Abbruch bei 341 EUR. Dabei zeigt sich, dass die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche in Regionen mit mittlerem und geringem Versorgungsgraden steigen.

7.3.4.2.7 Geplante Veränderungen beim Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen

Die befragten Anbieterinnen und Anbieter wurden gebeten, über ihre geplanten beruflichen Veränderungen Auskunft zu geben, die ihr Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen beeinflussen. Der Zeitraum bezog sich dabei auf die kommenden fünf Jahre.

Zwei Drittel der befragten Anbieterinnen und Anbieter (67,0%) planen in den kommenden fünf Jahren keine Veränderungen, die Einfluss auf ihr Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen haben werden. 15,3 % der Befragten planen, in den nächsten fünf Jahren keine Abbrüche mehr durchzuführen (wegen geplantem Ruhestand oder aus anderen Gründen), 14,9 % planen eine Erweiterung ihres Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen (Erhöhung der Arbeitszeit, Einstellung neuer Kolleginnen und Kollegen oder anderes) und 2,8 % planen dauerhaft oder vorübergehend weniger Abbrüche durchzuführen (Elternzeit, Wechsel des beruflichen Aufgabengebiets oder anderes).

Abb. 7.282: Geplante Veränderungen des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen in den nächsten fünf Jahren (in Prozent)



n=288, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

78,6 % der Befragten über 65 Jahre und 47,8 % der Befragten zwischen 60 und 65 Jahren planen in den nächsten 5 Jahren in den Ruhestand zu gehen.

7.3.4.3 Nutzerinnen des Versorgungsangebots

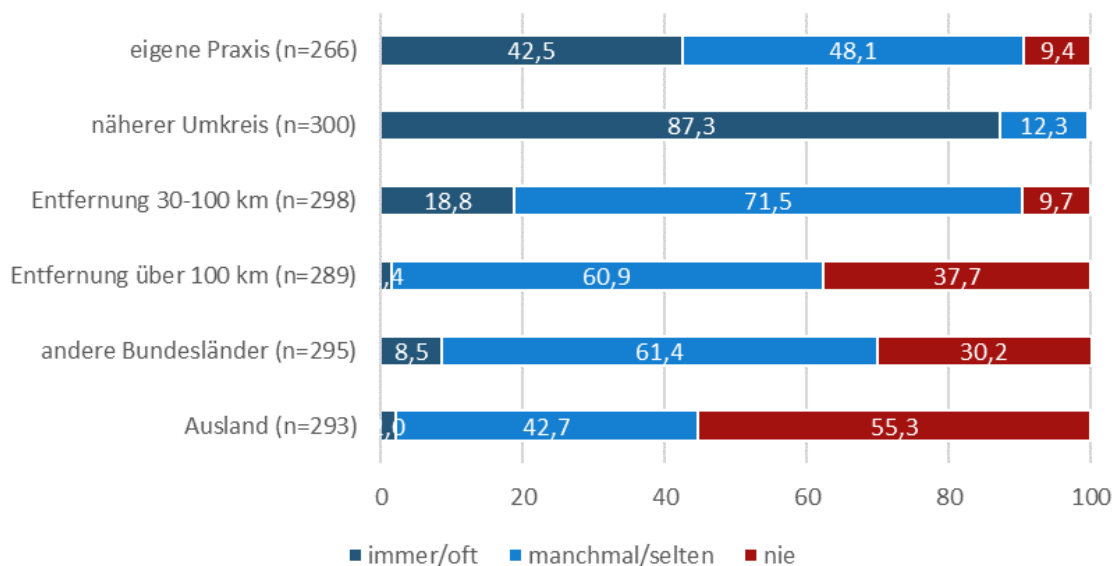
Dieser Abschnitt widmet sich den Nutzerinnen, die das Angebot eines Schwangerschaftsabbruchs in Anspruch nehmen. Zunächst wird beleuchtet, welche Patientinnen sich für einen Schwangerschaftsabbruch in der entsprechenden Einrichtung entscheiden und welche demografischen oder sozialen Merkmale dabei eine Rolle spielen. Zudem wird der Anteil an Schwangeren betrachtet, bei denen ein vermuteter selbstinduzierter Versuch eines Schwangerschaftsabbruchs vorliegt. Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch in der Einrichtung der Befragten durchführen lassen

Da Schwangerschaftsabbrüche nicht regulär von allen Gynäkologinnen und Gynäkologen angeboten werden, interessierte uns die Herkunft der Patientinnen, bei denen die Befragten Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die befragten Anbieterinnen und Anbieter sollten einschätzen, woher die Patientinnen wie häufig kommen. Dies wurde anhand einer fünfstufigen

Skala erhoben (immer-oft-manchmal-selten-nie). Für die Auswertung wurden die Ausprägungen zu immer/oft, manchmal/selten und nie zusammengefasst.

Die meisten Befragten gaben an, dass die Patientinnen, die Abbrüche bei ihnen durchführen lassen, häufig aus der eigenen Praxis oder dem näheren Umkreis kommen. Nur selten kommen sie aus einer Entfernung von über 100 km, aus anderen Bundesländern oder dem Ausland. 42,5 % der befragten Anbieterinnen und Anbieter berichteten, dass sie Schwangerschaftsabbrüche immer/oft bei Patientinnen der eigenen Praxis durchführen und 87,3 % gaben an, dass die Patientinnen immer/oft aus dem näheren Umkreis sind. Schwangerschaftsabbrüche für Patientinnen aus einer Entfernung von 30 - 100 km werden hingegen nur zu 18,8 % immer/oft durchgeführt. 37,3 % der befragten Anbieterinnen und Anbieter berichteten, dass sie Schwangerschaftsabbrüche nie bei Patientinnen aus einer Entfernung von über 100 km durchführen. 30,2 % bzw. 55,3 % berichten, dass die Patientinnen nie aus anderen Bundesländern oder dem Ausland kommen.

Abb. 7.283: Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch in der Einrichtung der Befragten durchführen lassen (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Bei den meisten Befragten kommen die Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, aus der eigenen Praxis oder aus dem näheren Umfeld.

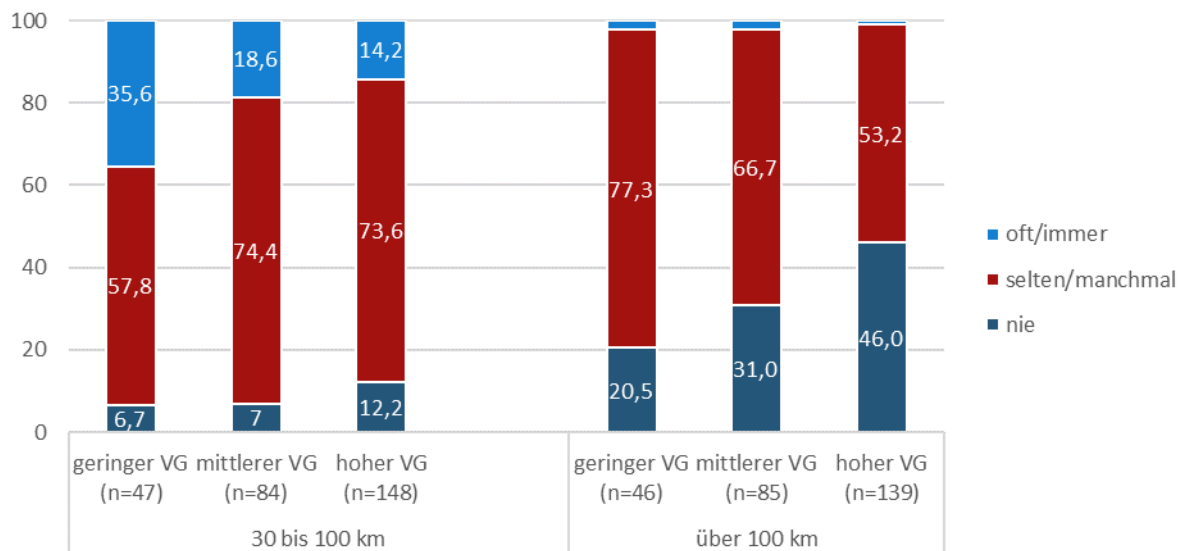
7.3.4.3.1 Regionaler Versorgungsgrad und Kreis der Patientinnen

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen regionalem Versorgungsgrad und woher die Patientinnen kommen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Wenn der regionale Versorgungsgrad geringer ist, kommen die Patientinnen seltener aus der eigenen Praxis. So schätzen mehr als die Hälfte der Befragten (50,4 %) aus der Region mit geringem Versorgungsgrad, dass Patientinnen für einen Schwangerschaftsabbruch oft oder immer aus der eigenen Praxis kommen. In der Region mit mittlerem Versorgungsgrad ist es nur ein Drittel der Befragten (32,5 %) und in der Region mit geringem Versorgungsgrad ähnlich viel mit 29,3 %.

Für eine mittlere Entfernung von 30 km bis 100 km zeigt sich ein umgekehrter Zusammenhang: Je geringer der Versorgungsgrad, desto häufiger kommen die Patientinnen aus dieser Entfernung. Von den Befragten, die in der Region mit geringem Versorgungsgrad tätig sind, schätzen 35,6 % ein, dass Patientinnen für einen Schwangerschaftsabbruch oft oder immer eine Entfernung zwischen 30 km und 100 km zurücklegen. Dieser Anteil ist bei Befragten aus der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad nur etwa halb so groß und liegt bei 18,6 % bzw. 14,2 %.

Analoges zeigt sich für die Entfernung von über 100 km: Während 31,0 % bzw. 46,0 % der Befragten aus der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad angaben, nie Patientinnen für einen Schwangerschaftsabbruch aus einer Entfernung über 100 km zu behandeln, liegt dieser Anteil bei den Befragten, die in der Region mit geringem Versorgungsgrad tätig sind, nur bei 20,5 % und ist damit deutlich niedriger. Entsprechend gaben hier mit 77,3 % der Befragten deutlich häufiger an, selten und manchmal Patientinnen aus dieser weiten Entfernung zu behandeln, gegenüber 66,7 % bei mittlerem Versorgungsgrad und immer noch 53,2 % bei hohem Versorgungsgrad.

Abb. 7.284: Häufigkeit von Patientinnen aus 30 bis 100km und mehr als 100 km Entfernung nach Versorgungsregion (in Prozent)



VG= Versorgungsgrad; 30 bis 100 km: $p=-0,197$; $p<0,001$; über 100 km: $p=-0,204$; $p<0,001$
 Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es finden sich keine Zusammenhänge mit der Einwohnerinnen- und Einwohnerzahl des Ortes.

Die Daten zeigen, dass mehr Patientinnen für Schwangerschaftsabbrüche aus größeren Entfernungen kommen, wenn der Versorgungsgrad der Region geringer ist. Die Daten der ELSA-Ärztinnen und Ärzte-Befragung bestätigen hier die Ergebnisse der ELSA-Strukturdatenanalyse. Ist der Versorgungsgrad geringer, müssen die Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen Patientinnen aus einem größeren Einzugsgebiet bedienen. Dadurch sinkt auch der Anteil der Patientinnen aus der eigenen Praxis.

7.3.4.3.2 Ungewollt Schwangere mit vermutetem selbstinduziertem Versuch eines Schwangerschaftsabbruchs

Die befragten Anbieterinnen und Anbieter sollten angeben, ob sie bereits einmal Frauen behandelt haben, bei denen sie einen selbstinduzierten Abbruchversuch vermuteten. 85,7 % der Befragten gaben an, dass es bei ihnen nicht vorkam. 11,6 % der Anbieterinnen und Anbieter gaben an, dass sie weniger als eine Frau im Jahr mit vermutetem selbstinduziertem Abbruch behandeln und 2,7 % gingen von mehr als eine bis zehn Frauen im Jahr aus.

Mehr als ein Zehntel der Befragten gab an, schon einmal Frauen behandelt zu haben, bei denen der Verdacht auf einen selbstinduzierten Schwangerschaftsabbruch bestand oder die einen solchen versucht hatten.

7.3.4.4 Qualifizierung zum Schwangerschaftsabbruch

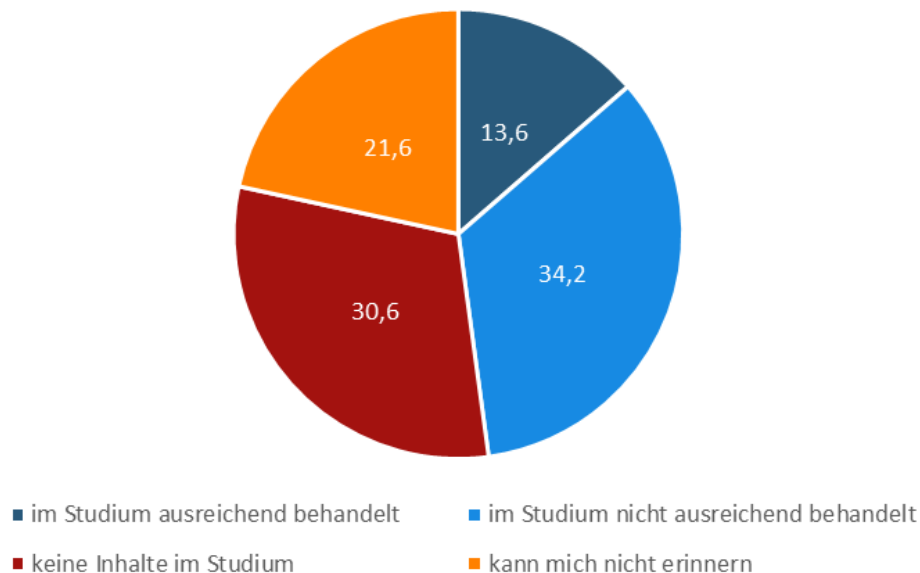
In diesem Abschnitt wird untersucht, wie die befragten Ärztinnen und Ärzte ihre Qualifikation zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen erworben haben. Dabei wird betrachtet, in

welchem Umfang das Medizinstudium auf dieses Thema vorbereitet und welche Rolle die Facharztweiterbildung spielte. Die Handlungssicherheit der Medizinerinnen und Mediziner ist ein weiterer zentraler Aspekt, der beleuchtet wird, ebenso wie die Bedeutung von Fortbildungen und Fachaustausch für die kontinuierliche Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten. Ziel ist es, ein umfassendes Bild der Qualifizierungswege zu zeichnen und mögliche Lücken oder Verbesserungsmöglichkeiten in der Ausbildung aufzuzeigen.

7.3.4.4.1 Medizinstudium

Von den befragten Ärztinnen und Ärzten erinnern sich insgesamt 47,8 % daran, das Thema Schwangerschaftsabbruch im Rahmen ihres Medizinstudiums behandelt zu haben. 34,2 % der Befragten bewerten die Behandlung des Themas als nicht ausreichend. Nur 13,6 % bewerten die Inhalte zum Thema Schwangerschaftsabbruch im Studium als ausreichend. Bei 30,6 % kam das Thema im Studium nicht vor und 21,6 % können sich nicht daran erinnern, ob Schwangerschaftsabbruch im Studium thematisiert wurde.

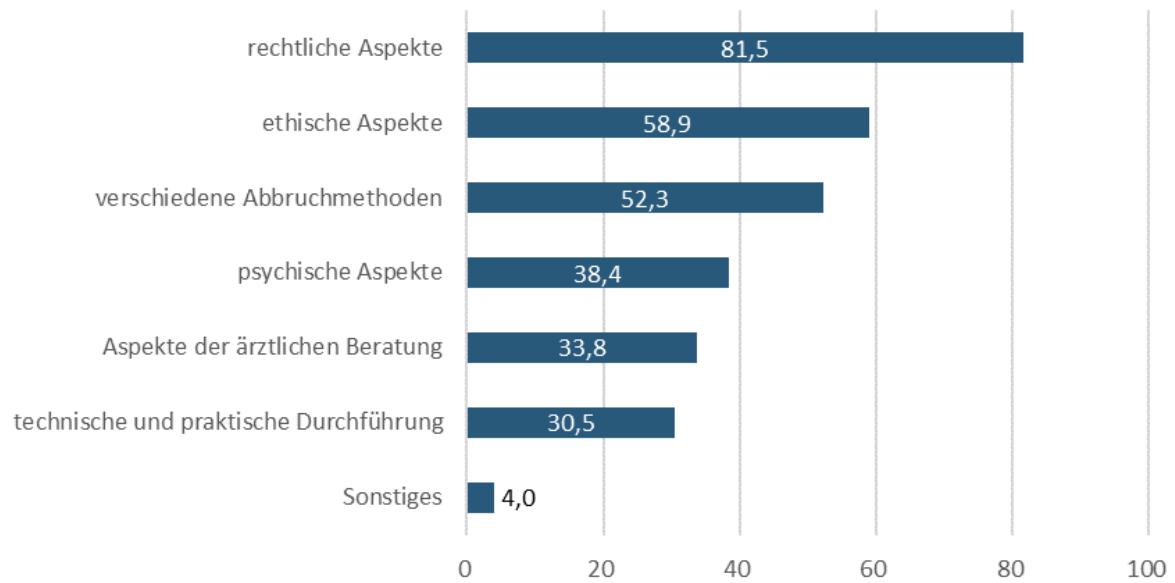
Abb. 7.285: **Behandlung des Themas Schwangerschaftsabbruch im Studium (in Prozent)**



n=301, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Unter den Befragten, die das Thema Schwangerschaftsabbruch während ihres Studiums behandelt haben, wurden verschiedene Aspekte in unterschiedlichem Umfang thematisiert: Rechtliche Aspekte wurden mit 81,5 % am häufigsten von den Befragten genannt. Ethische Aspekte wurden von 58,9 % der Befragten angegeben. Dass verschiedene Abbruchmethoden besprochen wurden, gaben 52,3 % der Befragten an. Weniger häufig wurden folgende Themen im Studium behandelt: Psychische Aspekte wurden von 38,4% der Befragten erwähnt. Aspekte der ärztlichen Beratung nannten 33,8 % der Befragten. Die technische und praktische Durchführung der Abbruchmethoden wurden am seltensten behandelt und wurden von 30,5 % der Befragten genannt. Diese Verteilung zeigt, dass der Fokus im Studium hauptsächlich auf rechtlichen und ethischen Aspekten lag, während praktische und psychologische Themen weniger Beachtung fanden.

Abb. 7.286: Thematisierte Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs im Medizinstudium (in Prozent)



n=151, Mehrfachnennung möglich, nur Befragte mit Inhalten im Studium

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Knapp die Hälfte der Befragten gab an, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch im Studium behandelt wurde, doch nur knapp 14 % der Befragten bewerteten die Befassung mit dem Thema als ausreichend. Fast ein Drittel gab an, dass das Thema in ihrem Medizinstudium gar nicht behandelt wurde. Rechtliche und ethische Fragen sowie Informationen über die verschiedenen Abbruchmethoden sind die von den Befragten am häufigsten genannten Aspekte, die im Studium thematisiert wurden.

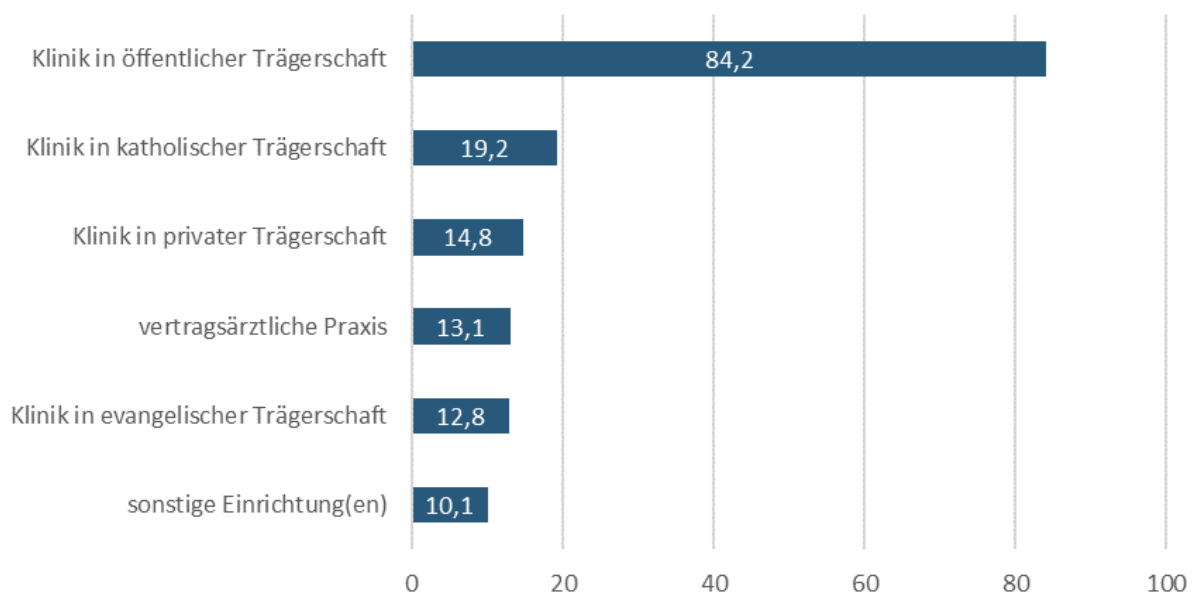
7.3.4.4.2 Facharztweiterbildung

Einrichtungen, in der die FAW absolviert wurde

Die Dauer der fachärztlichen Weiterbildung in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe beträgt 60 Monate. Sie kann nur an befugten Weiterbildungsstätten durchgeführt werden.

Der größte Teil der Befragten (84,2 %) hat die FAW in einer Klinik in öffentlicher Trägerschaft absolviert. Bei 19,2 % erfolgte die Weiterbildung in einer katholischen Klinik. In Kliniken privater Träger waren 14,8 % der Befragten für ihre FAW und in einer evangelischen Klinik 12,8 %. Jeweils unter 5 % der Befragten absolvierten ihre FAW in einer anderen freigemeinnützigen Klinik, einem MVZ, einer privaten Praxis oder einer sonstigen Einrichtung. Für die weiteren Analysen wurden diese Angaben zusammengefasst zu „sonstige Einrichtung(en)“.

Abb. 7.287: Einrichtungen, in der die FAW absolviert wurde (in Prozent)



n=297,

Mehrfachantworten

möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

58,9 % der Ärztinnen und Ärzte absolvierten ihre FAW in einer Einrichtung, 29,6 % in zwei und 11,4 % in drei und mehr Einrichtungen.

Von den Befragten gaben 86,3 % an, dass in mindestens einer Einrichtung, in der sie ihre FAW absolviert haben, Schwangerschaftsabbrüche im ersten Trimenon durchgeführt wurden. Bei 13,7 % wurden in keiner der Einrichtungen Schwangerschaftsabbrüche im ersten Trimenon durchgeführt.

Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung

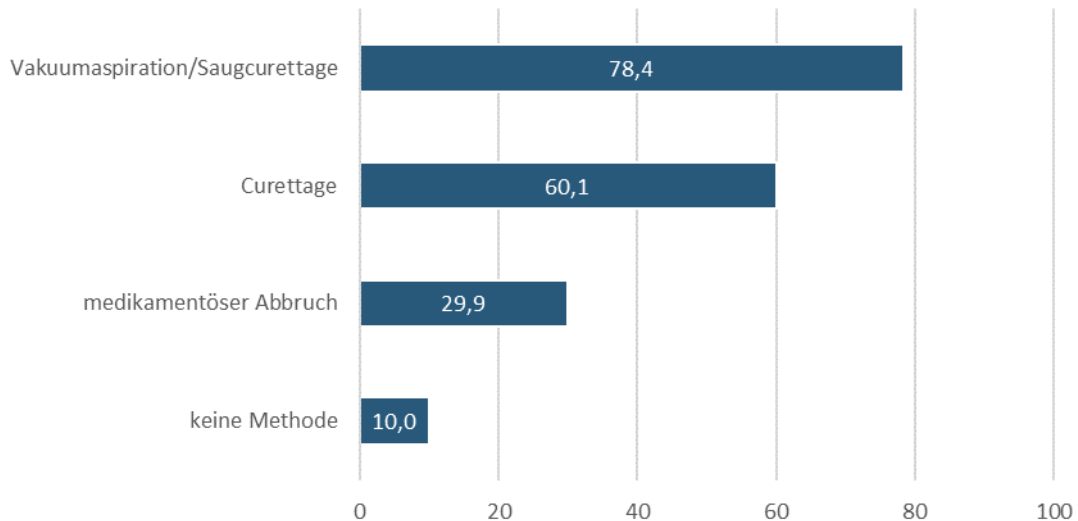
Die praktischen Inhalte in der FAW in Bezug auf Schwangerschaftsabbruch wurden anhand von zwei Fragen ermittelt:

- Welche Methoden zum Schwangerschaftsabbruch haben Sie in der Facharztweiterbildung gelernt praktisch durchzuführen? (Curettage, Vakuumaspiration, medikamentöser Abbruch)
- Welche Schwangerschaftsabbrüche haben Sie während der Facharztweiterbildung praktisch durchgeführt? (Unterteilung nach SSW).

Die Vakuumaspiration/Saugcurettage ist mit 78,4 % die am häufigsten in der FAW vermittelte Abbruchmethode. Die Curettage als Methode des Schwangerschaftsabbruchs erlernten 60,1 % der

Befragten. Weniger als ein Drittel (29,9 %) gab an, die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs in der FAW gelernt zu haben. Ein Zehntel der befragten Ärztinnen und Ärzte hat keine der Methoden während der FAW gelernt (10,0 %).

Abb. 7.288: Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der FAW (in Prozent)



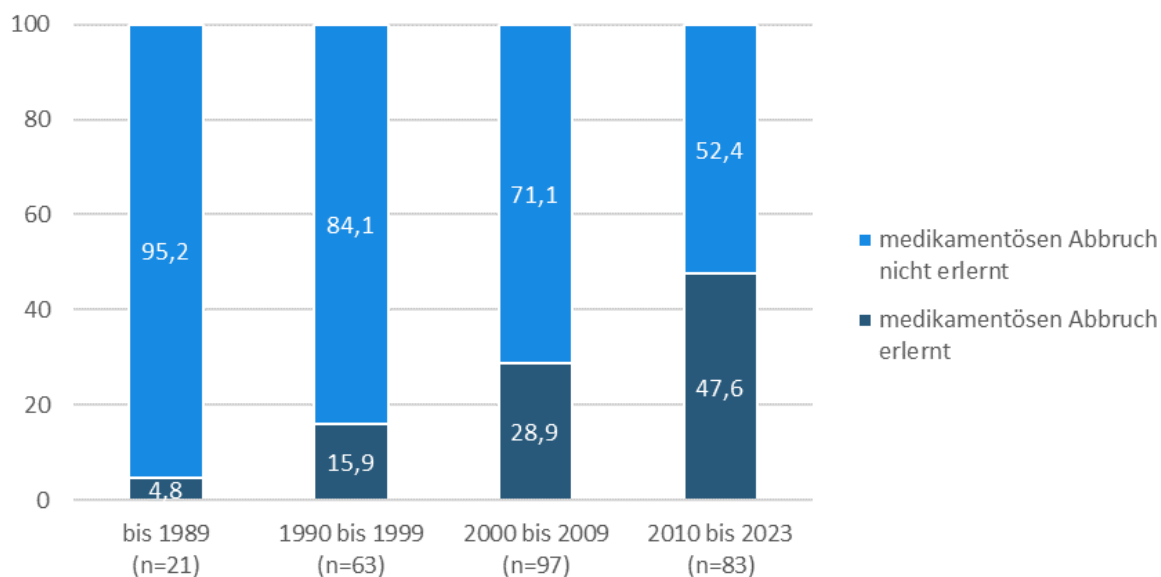
n= 301, Mehrfachnennungen möglich

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

16,8 % der Befragten, die die Vakuumaspiration oder Curettage während der FAW praktisch gelernt haben, wurde der operative Eingriff auch unter Einsatz von Lokalanästhesie vermittelt.

Da die Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland erst Ende 1999 zugelassen wurde, ist zu erwarten, dass das Erlernen dieser Methode in den folgenden Jahren zugenommen hat. Die Daten bestätigen diese Hypothese: Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erlernen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs und dem Zeitpunkt des Abschlusses der FAW. 15,9 % der Befragten, die ihre FAW zwischen 1990 und 1999 abgeschlossen haben, gaben an, den medikamentösen Abbruch während ihrer FAW erlernt zu haben. Wurde die FAW in den Jahren 2000 bis 2009 abgeschlossen, beträgt der Anteil 28,9 % und bei Abschluss der FAW zwischen 2010 und 2023 gaben bereits 47,6 % der Befragten an, den medikamentösen Abbruch während der FAW gelernt zu haben. Es zeigt sich, dass der Anteil derer, denen die medikamentöse Methode in der FAW vermittelt wird, seit der Zulassung kontinuierlich zugenommen hat.

Abb. 7.289: Erlernen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in der FAW nach Zeitpunkt des Abschlusses der FAW (in Prozent)



n=263, Cramers V=0,306; p<0,001

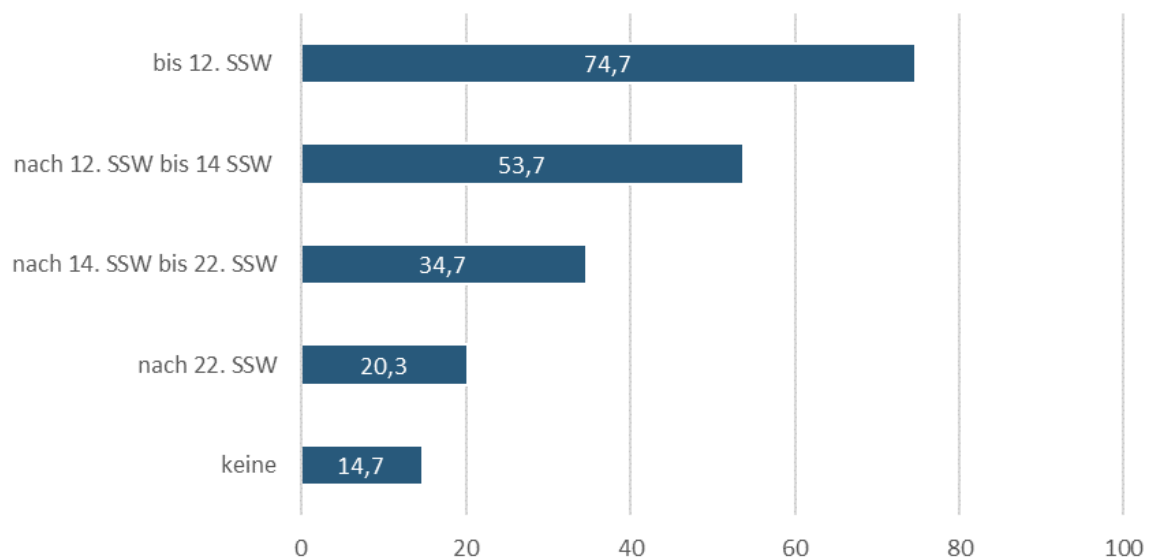
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Die Curettage wird von der WHO seit 2003 nicht mehr für den operativen Abbruch empfohlen, da mit der Vakuumaspiration eine deutlich schonendere und risikoärmere Methode zur Verfügung steht. Für das Erlernen dieser Methode in der FAW zeigen sich Veränderungen im Zeitverlauf, die jedoch statistisch nicht signifikant sind ($p=0,071$): So beträgt der Anteil der Befragten, die die Curettage in der FAW erlernten, bei den Befragten mit Abschluss der FAW zwischen 1990 und 1999 noch 74,6 % und sinkt bei den Befragten mit Abschluss zwischen 2010 und 2023 auf 56,1 %.

Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Schwangerschaftswoche

Nach gesetzlicher Regelung ist ein Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung bis zur 14. Schwangerschaftswoche (SSW, alle Angaben in p.m.) möglich. Mit 74,7 % führte die Mehrheit der Befragten während der FAW Schwangerschaftsabbrüche bis zur 12. SSW durch. 53,7 % gaben an, Abbrüche bis zur 14. SSW durchgeführt zu haben. Praktische Erfahrungen mit Abbrüchen zwischen der 14. und 22. SSW machten 34,7 %, nach der 22. SSW führten ihn 20,3 % durch. 14,7 % der Befragten geben an, dass sie während ihrer FAW keine Schwangerschaftsabbrüche praktisch durchgeführt haben.

Abb. 7.290: Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach SSW in der FAW (in Prozent)



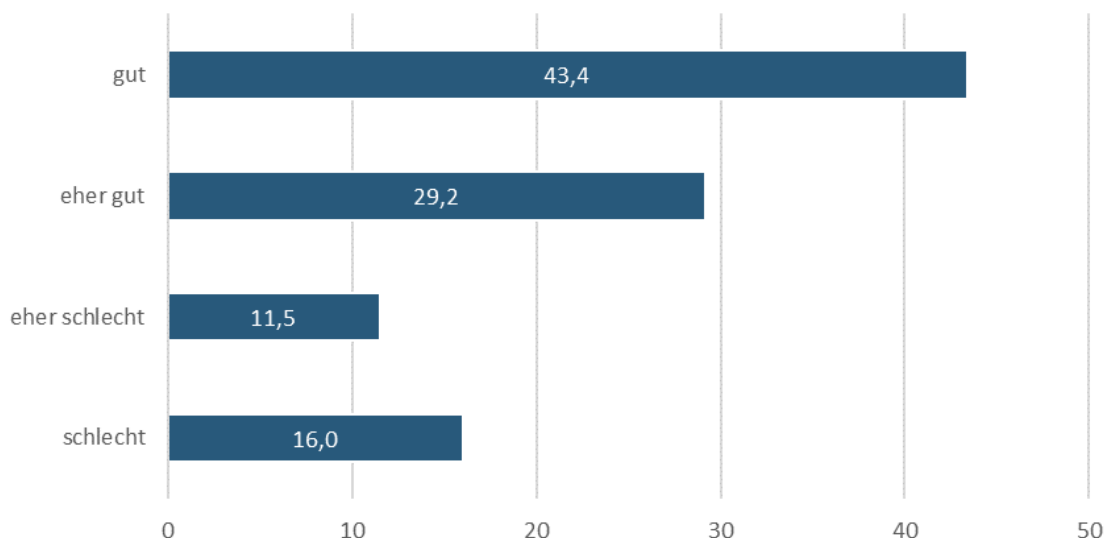
n= 300, Mehrfachnennung möglich, Alle Angaben der SSW in p.m.
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Aus den Angaben der Befragten geht hervor, dass die fachärztliche Weiterbildung zum Schwangerschaftsabbruch nicht einheitlich erfolgt. Jede zehnte befragte Person hat in der FAW weder eine Methode zum Schwangerschaftsabbruch gelernt noch Schwangerschaftsabbrüche praktisch durchgeführt. Nur etwa die Hälfte der Befragten hat Abbrüche nach der 12. SSW bis zur 14. SSW durchgeführt, dem gesetzlich festgelegten Zeitraum, in dem ein Abbruch nach Pflichtberatung straffrei möglich ist. Auch beim Erlernen der verschiedenen Methoden zeigt sich kein einheitliches Bild: Weder die Vakuumaspiration als operative Standardmethode im ersten Trimenon noch die seit 1999 zugelassene medikamentöse Methode werden durchgängig vermittelt. Dagegen lernten 60 % der Befragten während der FAW die Curettage als Methode des Schwangerschaftsabbruchs, die ausdrücklich und seit vielen Jahren nicht mehr als *lege artis* für die Anwendung beim Schwangerschaftsabbruch gilt. Sie wurde auch noch mehr als der Hälfte der Befragten vermittelt, die ihre FAW seit 2010 abgeschlossen haben.

Vorbereitung auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Facharztweiterbildung

Knapp drei Viertel der Befragten gaben an, dass sie sich insgesamt durch die FAW gut (43,4 %) oder eher gut (29,2 %) auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen vorbereitet fühlten. Ein Viertel der Befragten bewertete die Vorbereitung negativ: 11,5 % fühlten sich eher schlecht und 16,0 % schlecht vorbereitet.

Abb. 7.291: Bewertung der Vorbereitung auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die FAW (in Prozent)



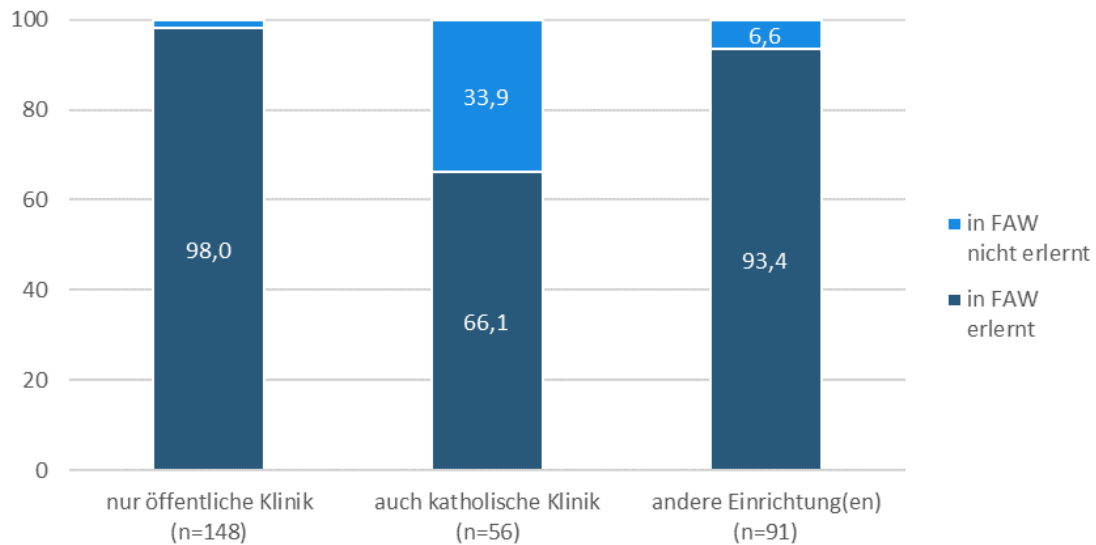
n=288, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

22 Befragte absolvierten ihre FAW vollständig oder teilweise in der DDR. Alle diese Befragten bewerteten die Vorbereitung durch die FAW auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als gut oder eher gut. Von den Befragten, die ihre FAW nicht in der DDR absolvierten, gaben 30,3 % an, dass sie sich schlecht oder eher schlecht durch die FAW vorbereitet fühlten.

Einfluss der Trägerschaft der Einrichtung, in der die Facharztweiterbildung absolviert wurde

Absolvierten die Befragten ihre FAW ausschließlich in einem öffentlichen Krankenhaus, so erlernten 98,0 % von ihnen dort, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Die Befragten, die auch in einem katholischen Krankenhaus ihre FAW absolvierten, lernten die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nur zu 66,1 %. Die restlichen Befragten, die ihre FAW in anderen bzw. neben der öffentlichen Klinik in weiteren Einrichtungen absolvierten, lernten die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in 93,4 % der Fälle.

Abb. 7.292: Erlernen von Schwangerschaftsabbrüchen in der FAW nach Trägerschaft der FAW-Einrichtung (in Prozent)



n=295, Cramers V=0,409, p<0,001

Quelle: ELSAH-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Befragte, die ihre FAW ausschließlich in einem öffentlichen Krankenhaus absolvierten, fühlten sich mit 80,3 % häufiger (eher) gut durch die FAW auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen vorbereitet. Von den Befragten, die ihre FAW in anderen bzw. neben der öffentlichen Klinik in weiteren Einrichtungen durchliefen, fühlten sich ebenfalls 79,8 % (eher) gut durch die FAW auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen vorbereitet. Bei jenen Befragten, die ihre FAW auch in einem katholischen Krankenhaus absolviert haben, liegt der Anteil derer, die sich durch die FAW (eher) gut vorbereitet fühlten nur bei 38,9 % und damit deutlich niedriger.

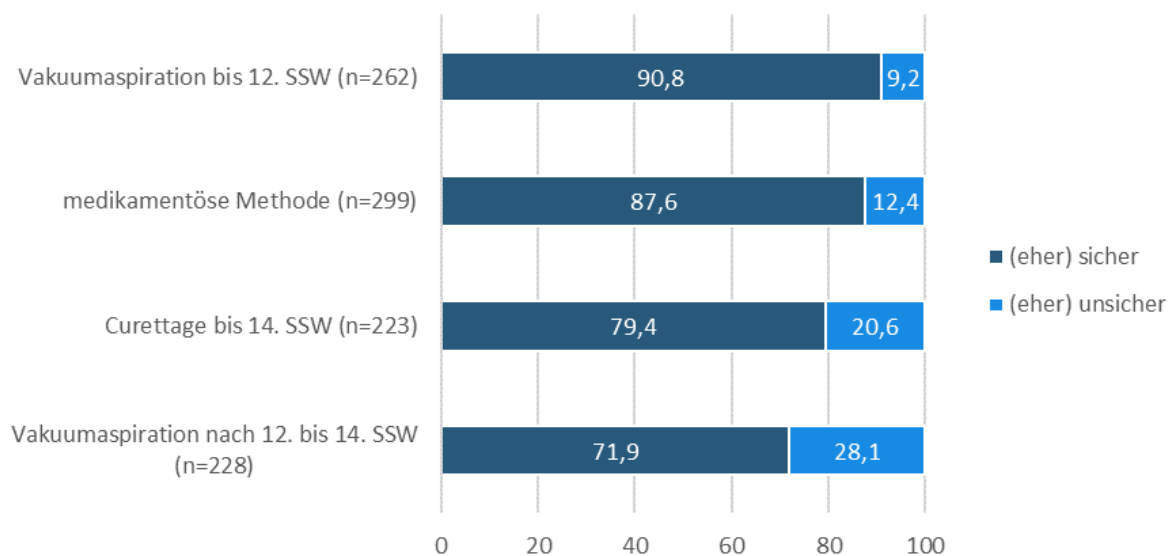
Wurde die FAW auch in einer katholischen Klinik absolviert, so haben deutlich weniger Befragte in der FAW die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gelernt und fühlten sie sich deutlich seltener (eher) gut durch die FAW auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen vorbereitet.

7.3.4.4.3 Handlungssicherheit

Handlungssicherheit in Bezug auf medizinische Abläufe

Die Anbieterinnen und Anbieter wurden detailliert gefragt, wie sicher sie sich bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen hinsichtlich der medizinischen Abläufe fühlen. Die meisten Befragten fühlen sich mit 90,8 % bei der Vakuumaspiration bis zur 12. SSW und mit 87,6 % bei der Anwendung der medikamentösen Methode (eher) sicher. Bei der Curettage gaben 79,4 % Befragten an, (eher) sicher zu sein. Niedriger ist die Handlungssicherheit bei Abbrüchen mit Vakuumaspiration zwischen der 12. und der 14. SSW - 71,9 % fühlen sich hier (eher) sicher.

Abb. 7.293: Handlungssicherheit in Bezug auf medizinische Abläufe (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

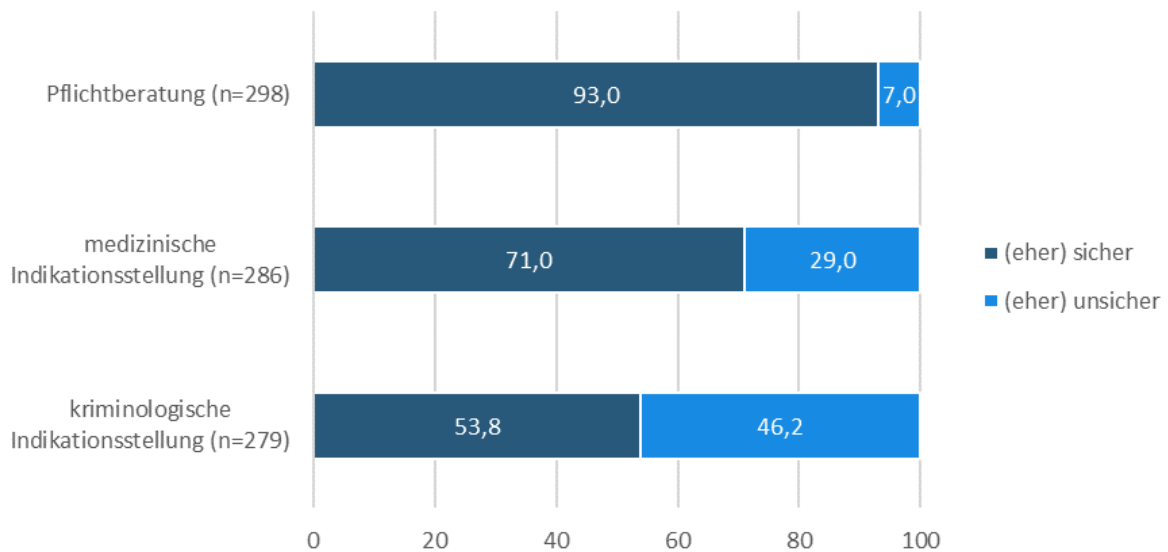
Es wurde eine Variable gebildet, die die generelle Handlungssicherheit in Bezug auf die medizinischen Abläufe (medikamentöse Methode, Vakuumaspiration bis 12. SSW, Vakuumaspiration zwischen 12. und 14. SSW, Curettage) zum Schwangerschaftsabbruch abbildet. Diese Variable beinhaltet zwei Gruppen: Anbieterinnen und Anbieter, die sich in allen angegebenen Methoden (eher) sicher sind und Anbieterinnen und Anbieter, die sich in mindestens einer der Methoden (eher) unsicher sind. Demnach fühlen sich 54,0 % der Anbieterinnen und Anbieter (eher) sicher in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und 46,0 % fühlen sich bei mindestens einer Methode (eher) unsicher.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich die große Mehrheit der Anbieterinnen und Anbieter (eher) sicher in Bezug auf die medizinischen Abläufe fühlt. Allerdings fühlt sich bei der Curettage ein Fünftel und bei der Vakuumaspiration zwischen 12. und 14. SSW mehr als ein Viertel der Befragten (eher) unsicher. Insgesamt gibt knapp die Hälfte der Befragten an, sich bei mindestens einer Methode (eher) unsicher zu fühlen.

Handlungssicherheit in Bezug auf rechtliche Fragen

Bei rechtlichen Fragen, die den Abbruch nach Pflichtberatung betreffen, fühlt sich die große Mehrheit der Befragten mit 93,0 % (eher) sicher. Bei der medizinischen und kriminologischen Indikationsstellung ist die Sicherheit deutlich geringer: Bei der medizinischen Indikationsstellung gaben 71,0 % der Befragten an, sich (eher) sicher zu fühlen und bei der kriminologischen Indikationsstellung fühlen sich nur 53,8 % der Befragten (eher) sicher.

Abb. 7.294: Handlungssicherheit in Bezug auf rechtliche Fragen (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Die überwiegende Mehrheit der Befragten fühlt sich in Bezug auf rechtliche Fragen zum Schwangerschaftsabbruch nach der Pflichtberatung sicher. Bei der Feststellung einer medizinischen Indikation fühlen sich jedoch nur knapp drei Viertel der Befragten (eher) sicher, bei der Feststellung einer kriminologischen Indikation ist es lediglich etwas mehr als die Hälfte, die sich sicher fühlt.

7.3.4.4.4 Einfluss der Facharztweiterbildung auf die Handlungssicherheit

Wurde die Vakuumaspiration in der fachärztlichen Weiterbildung erlernt, so fühlen sich die Befragten deutlich sicherer in der Durchführung der Vakuumaspiration bis zur 12. SSW, der Vakuumaspiration nach der 12. und bis zur 14. SSW und bei der Curettage bis zur 14. SSW als die Befragten, die diese Methoden in der FAW nicht gelernt haben.

Für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch besteht kein signifikanter Zusammenhang. Das kann damit erklärt werden, dass die (neuere) Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs eher in Fortbildungen erlernt wurde (Tab. Tab. 7.59).

Tab. 7.59: Handlungssicherheit nach Erlernen der Methode in der FAW (in Prozent)

(eher) sicher bei der Durchführung der Abbruchmethode	Methode in FAW erlernt (in %)	Methode in FAW nicht erlernt (in %)	Cramers V
Vakuumaspiration bis 12. SSW (n=254)	94,7	75,0	1)
Vakuumaspiration nach 12. bis 14. SSW (n=220)	77,2	44,4	0,269***
Curettage bis zur 14. SSW (n=216)	87,8	67,1	0,251***
medikamentöse Methode	93,2	85,2	0,111

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, 1) Anwendungsbedingungen nicht erfüllt (Chi²-Test nicht bestanden)

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Darüber hinaus fühlen sich Befragte, die angaben, durch die FAW (eher) gut auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen vorbereitet zu sein, heute auch häufiger (eher) sicher in der Anwendung der operativen Methoden. Es bestehen starke und moderate, signifikante Zusammen-

hänge zwischen der Bewertung der Vorbereitung auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Facharztweiterbildung und der Handlungssicherheit für die operativen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs (Tab. Tab. 7.60).

Für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bestehen wieder keine Zusammenhänge.

Tab. 7.60: Handlungssicherheit bei operativen Methoden nach Vorbereitung durch die FAW (in Prozent)

(eher) sicher bei der Durchführung der Abbruchmethoden	(eher) gute Vorbereitung durch die FAW (in %)	(eher) schlechte Vorbereitung durch die FAW (in %)	p
Vakuumaspiration bis 12. SSW (n=245)	97,3	75,4	0,276***
Vakuumaspiration nach 12. bis 14. SSW (n=214)	81,9	48,1	0,306***
Curettage bis 14. SSW (n=210)	86,1	65,4	0,206*

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

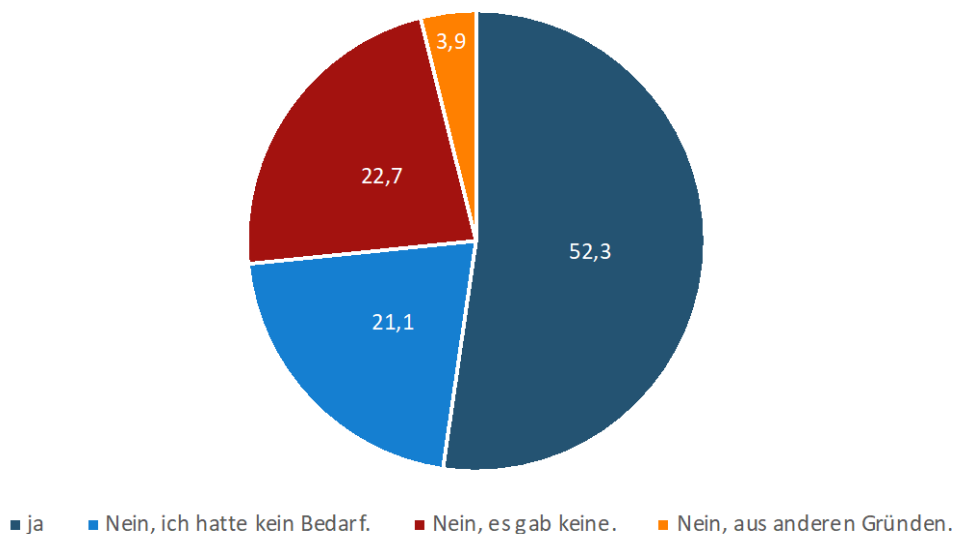
Wenn die Befragten in der FAW die Vakuumaspiration bzw. die Curettage erlernt haben, so fühlen sie sich aktuell häufiger sicher in der Anwendung dieser Methode. Fühlten sich die Befragten durch die FAW gut auf die Durchführung von Abbrüchen vorbereitet, so fühlen sie sich aktuell auch häufiger sicher in der Anwendung der operativen Methoden. Bei der medikamentösen Methode findet sich kein Zusammenhang zwischen dem Erlernen bzw. der Vorbereitung in der FAW und der aktuellen Handlungssicherheit. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Befragten die Methode häufiger außerhalb der FAW erlernt haben.

7.3.4.4.5 Fortbildungen und Fachaustausch

Teilnahme an Fortbildungen

Mehr als die Hälfte (52,3 %) der Befragten hat an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen. Mehr als jede fünfte befragte Person hatte keinen Bedarf (21,1 %) und vergleichbar viele (22,7 %) haben aufgrund fehlender Angebote an keiner Fortbildung teilgenommen.

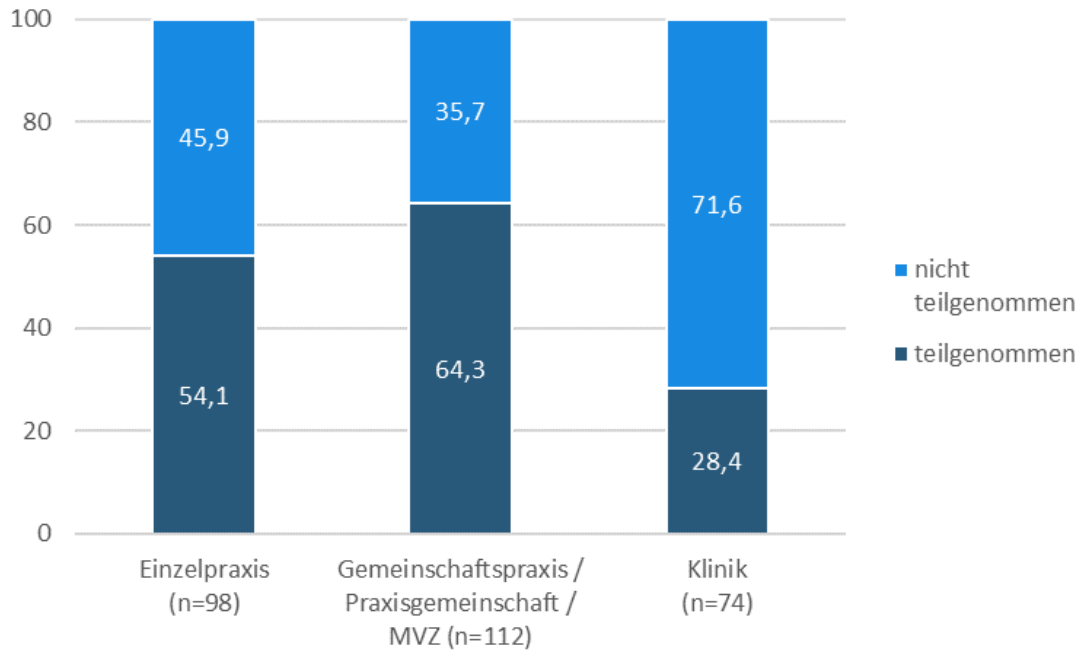
Abb. 7.295: Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n=304, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Die Teilnahme an Fortbildungen unterscheidet sich signifikant nach der Tätigkeitsstätte. Hierbei nehmen die befragten Anbieterinnen und Anbieter aus Gemeinschaftspraxen / Praxisgemeinschaften / MVZs mit 64,3 % am häufigsten an Fortbildungen teil. 54,1 % der der Befragten aus Einzelpraxen und nur 28,4 % der Befragten aus Kliniken gaben an, in der Vergangenheit an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen zu haben.

Abb. 7.296: Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch nach Tätigkeitsstätte (in Prozent)

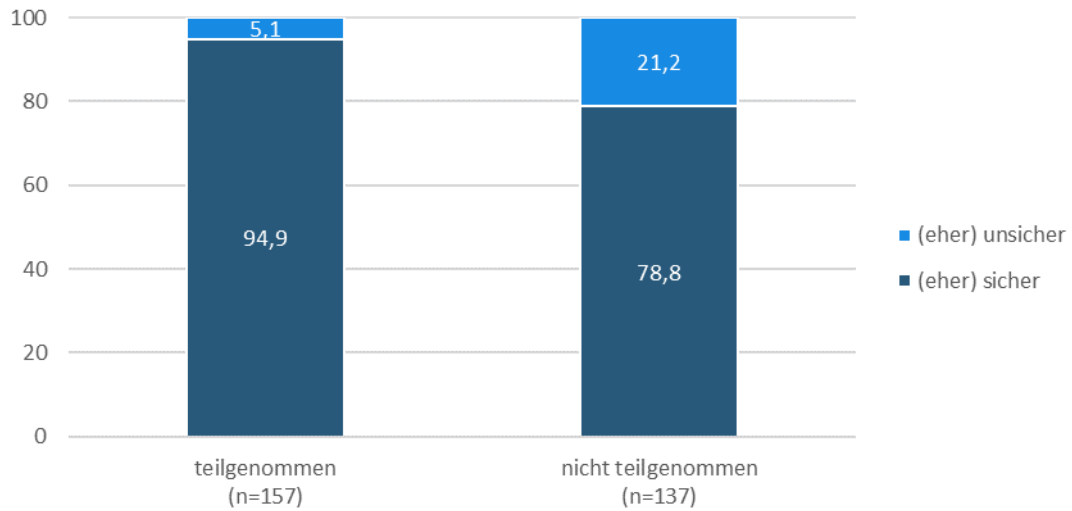


n=284, Cramers V=0,287, p<0,001

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Ebenso besteht ein signifikanter Unterschied mit der Handlungssicherheit der medikamentösen Methode nach der Teilnahme an Fortbildungen. 94,9 % der Befragten, die an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen haben, fühlten sich (eher) sicher in der Durchführung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche. Bei den Befragten, die keine Fortbildungen zum Thema besuchten haben, beträgt der Anteil nur 78,8 %.

Abb. 7.297: Handlungssicherheit bei der medikamentösen Methode nach Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



Cramers V=0,242, $p < 0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

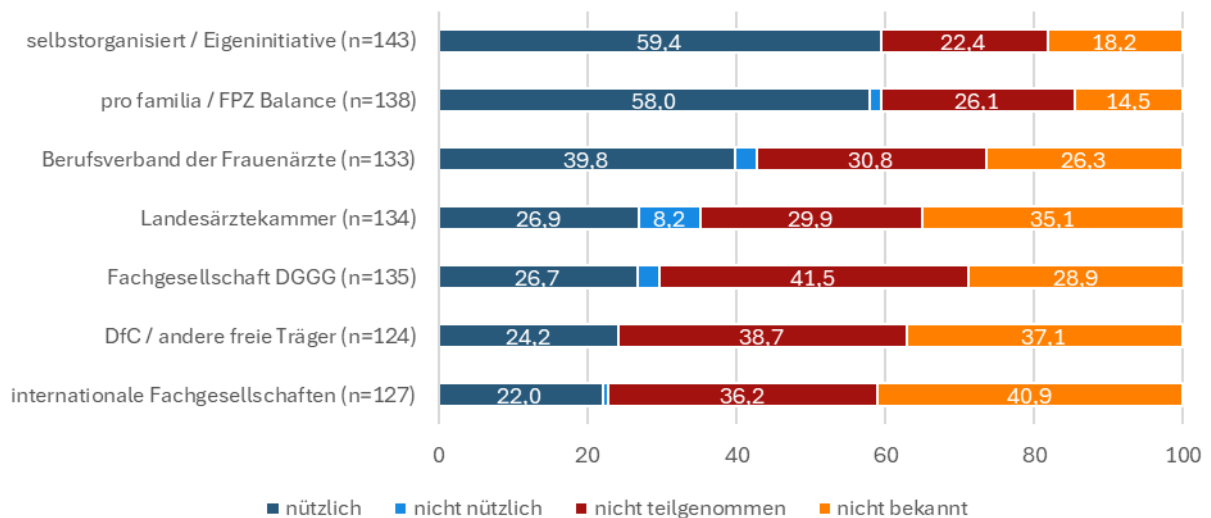
Etwas mehr als die Hälfte der Befragten hat bereits an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen. Befragte aus in Kliniken nehmen seltener an Fortbildungen teil. Befragte, die an Fortbildungen zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch teilgenommen haben, fühlen sich häufiger sicher in der Anwendung der Methode.

Nutzung und Bewertung von Fortbildungs-Anbieterinnen und Anbieter

Es gibt unterschiedliche Anbieterinnen und Anbieter, die Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch durchführen. Die Befragten, die schon einmal an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen haben, konnten angeben, von wem sie bereits Fortbildungen besucht haben und als wie nützlich sie diese bewerten.

Mit 59,4 % der Befragten nutzten die Befragten am häufigsten selbstorganisierte Fortbildungen – alle von ihnen fanden diese Fortbildungen auch nützlich. Ebenfalls 59,4 % besuchten Fortbildungen von pro familia oder dem Familienplanungszentrum Balance in Berlin, 58,0 % befanden diese für nützlich. Die Fortbildungen des Berufsverbandes der Frauenärzte besuchten 42,8 % der Befragten, 39,8 % fanden diese nützlich. Zwischen 26,9 % und 22,0 % lag der Anteil der Befragten, die Fortbildungen der anderen Anbieterinnen und Anbieter nützlich fanden. Am häufigsten wurden Fortbildungen der Landesärztekammer als nicht nützlich bewertet: 8,2 % der Befragten gaben dies an, was einem Anteil von knapp einem Viertel der Befragten entspricht, die an Fortbildungen der Landesärztekammer teilgenommen haben. Am wenigsten bekannt unter den Befragten sind die Fortbildungen der internationalen Fachgesellschaften (40,9 %), von Doctors for Choice und anderen freien Trägern (37,1 %) und von den Landesärztekammern (35,1 %).

Abb. 7.298: Nutzung und Bewertung verschiedener Fortbildungs-Anbieterinnen und Anbieter (in Prozent)



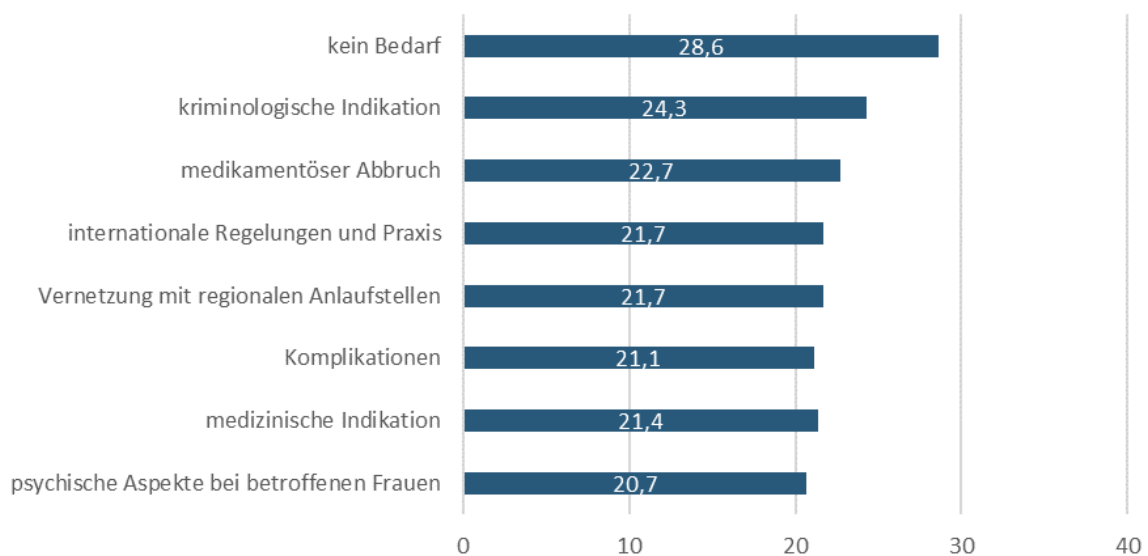
nur Befragte mit Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch
keine Darstellung der Fortbildungsanbieterinnen und Anbieter, die weniger als 10,0 % der Befragten nutzten
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Die Befragten, die an Fortbildungen teilgenommen haben, haben mit jeweils knapp 60 % vor allem selbstorganisierte Angebote oder Angebote von pro familia oder dem Familienplanungszentrum Balance genutzt. Viele Fortbildungsangebote sind den Befragten nicht bekannt.

Aktueller Fortbildungsbedarf

Mehr als zwei Drittel der Befragten (71,4 %) gaben einen aktuellen Fortbildungsbedarf an. 28,6 % haben aktuell keinen Bedarf. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten, die jeweils von mindestens einem Fünftel der Befragten genannt wurden, gehören die Stellung einer kriminologischen (24,3 %) und medizinischen Indikation (21,4 %), der medikamentöse Abbruch (22,7 %), internationale Regelungen und Praxis (21,7 %), regionale Vernetzung (21,7 %), Komplikationen (21,1 %) und psychische Aspekte der betroffenen Frauen (20,7 %). Mehr als jeweils ein Zehntel der Befragten sieht darüber hinaus Fortbildungsbedarf zum Thema Abrechnung (19,1 %), Gesprächsführung (15,8 %), Abbruch nach der 14. Schwangerschaftswoche (15,1 %), Nachsorge (12,2 %) und zum Abbruch in der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche (11,8 %). Fortbildungsbedarf zu den Themen Abbruch nach Pflichtberatung (9,9 %) und zur operativen Methode (7,2 %) wurde von den Befragten am seltensten genannt.

Abb. 7.299: Aktueller Fortbildungsbedarf zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n=305, Mehrfachnennung möglich, Darstellung aller Bedarfe, die von mehr als 20,0% der Befragten genannt wurden.
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Fast drei Viertel der Befragten äußerten den Bedarf nach Fortbildungen.

Handlungssicherheit und aktueller Fortbildungsbedarf

Die befragten Ärztinnen und Ärzte berichteten häufiger über Unsicherheiten bei der Feststellung von kriminologischen und medizinischen Indikationen, was auf eine eingeschränkte Handlungssicherheit in rechtlichen Fragen hinweist. Sind sich die Befragten diesbezüglich unsicher, so haben sie auch häufiger einen Fortbildungsbedarf zu diesen Themen. Von denjenigen, die sich (eher) unsicher bei der medizinischen Indikationsstellung fühlen, äußerten 42,2 % Fortbildungsbedarf zum Thema medizinische Indikationsstellung. Bei den Befragten, die sich (eher) sicher damit fühlen, beträgt der Anteil nur 13,0 %.

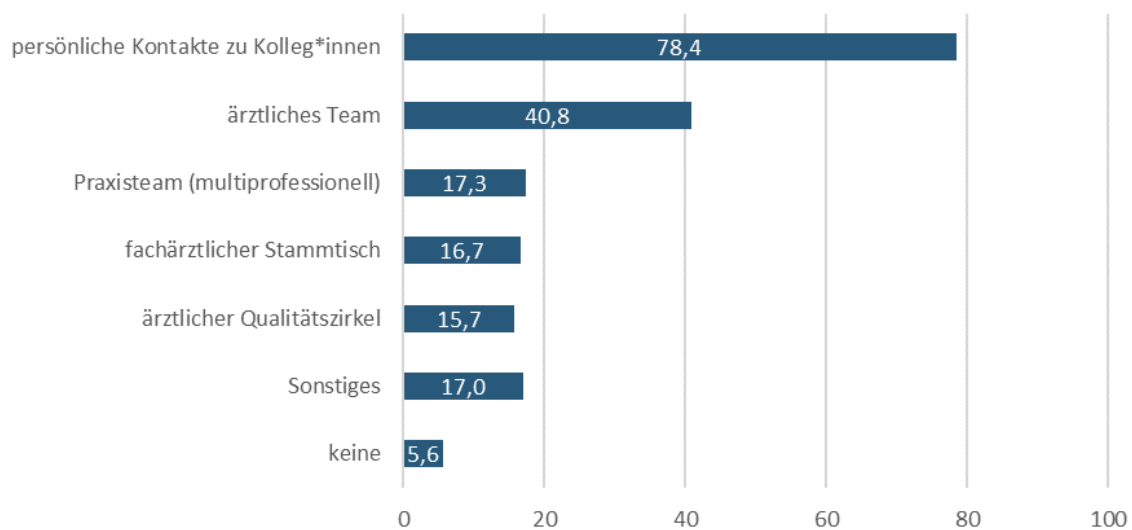
Bei der kriminologischen Indikationsstellung findet sich ein ähnlicher Zusammenhang: 42,6 % derjenigen, die sich (eher) unsicher in der Anwendung der kriminologischen Indikationsstellung fühlen, gaben einen aktuellen Fortbildungsbedarf dazu an. Im Vergleich dazu sind es nur 9,5 % derjenigen, die sich (eher) sicher in der Anwendung fühlen.

Befragte, die sich unsicher fühlen mit der medizinischen oder kriminologischen Indikation unsicher fühlen, haben auch häufiger Fortbildungsbedarf in diesem Bereich.

Fachaustausch

Der Fachaustausch zum Thema wird von fast allen Befragten (94,4 %) genutzt. Bei mehr als drei Viertel der Befragten (78,4 %) erfolgt der Fachaustausch über den persönlichen Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen. Auch die fachliche Kommunikation im ärztlichen Team spielt mit 40,8 % eine wichtige Rolle. Weniger bedeutsam sind der Austausch im multiprofessionellen Praxisteam (17,3%), beim fachärztlichen Stammtisch (16,7 %) und in ärztlichen Qualitätszirkeln (15,7 %). Nicht einmal jede fünfte befragte Person nutzt diese Möglichkeiten. Viel seltener noch nehmen die Befragten an multiprofessionellen Runden Tischen (5,6 %) oder an Supervision/Balintgruppen teil (4,6 %) oder nutzen die Möglichkeit einer Hospitation (1,6 %).

Abb. 7.300: Nutzung von fachlichem Austausch zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)



n=306, Mehrfachnennung möglich. Darstellung von Arten des Fachaustauschs nur bei Angaben über 10,0 %.
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

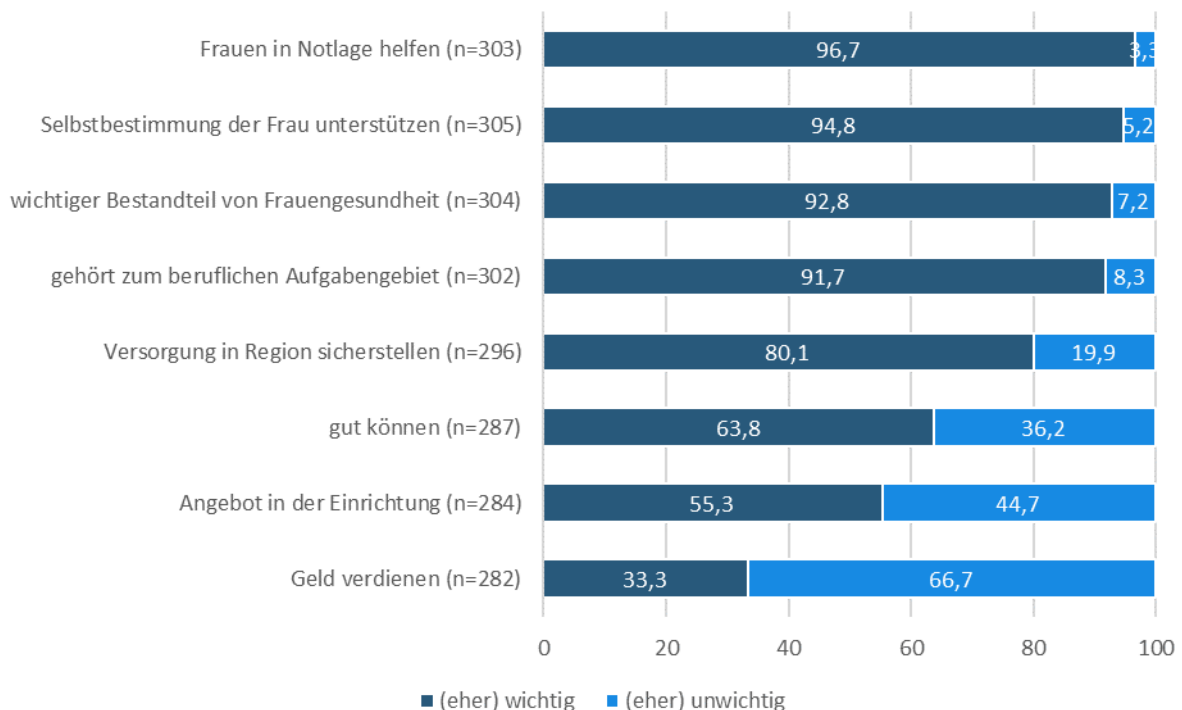
Dennoch scheint der Bedarf an Fachaustausch nicht gedeckt: 54,9 % der Befragten gaben an, sich mehr fachlichen Austausch zum Thema Schwangerschaftsabbruch zu wünschen.

Fast alle Befragten nutzen mindestens eine Form des fachlichen Austauschs. Mehr als drei Viertel nutzen persönliche Kontakte zu Kolleginnen und Kollegen, etwa 40 % ihr ärztliches Team. Dennoch gibt mehr als die Hälfte der Befragten an, sich mehr Fachaustausch zum Thema Schwangerschaftsabbruch zu wünschen.

7.3.4.5 Gründe für Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen

Ärztinnen und Ärzte führen aus unterschiedlichen Gründen Schwangerschaftsabbrüche durch. Die Befragten konnten auf einer vierstufigen Skala bewerten, wie wichtig ihnen acht vorgegebene Gründe sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Mehr als 90 % der Befragten gaben als (eher) wichtige Gründe an, Frauen in einer Notlage zu helfen (96,7 %), die Selbstbestimmung von Frauen zu unterstützen (94,8 %) und weil Schwangerschaftsabbrüche Bestandteil der Frauengesundheit (92,8 %) bzw. des beruflichen Aufgabengebietes (91,7 %) sind. Die Sicherstellung der Versorgung in der Region benannten etwa 80,1 % als (eher) wichtigen Grund. Für 63,8 % ist ihre Fähigkeit, Schwangerschaftsabbrüche gut durchführen zu können, ein (eher) wichtiger Grund. 55,3 % gaben als (eher) wichtigen Grund an, dass Schwangerschaftsabbrüche in der Einrichtung angeboten werden, in der sie tätig sind. Für nur 33,3 % ist es ein (eher) wichtiger Grund, mit dem Angebot Geld zu verdienen.

Abb. 7.301: Gründe für Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (in Prozent)



Mehrfachnennung möglich, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

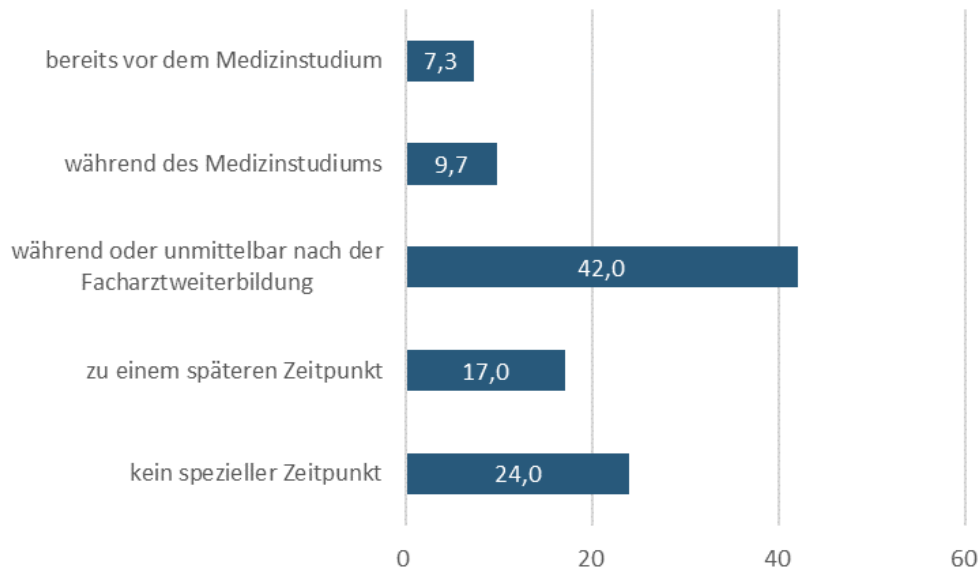
Sind die Befragten ausschließlich in einer Klinik tätig, gaben sie mit 71,8 % deutlich häufiger als (eher) wichtigen Grund an, dass Schwangerschaftsabbrüche in der Einrichtung angeboten werden. Befragte in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ gaben diesen Grund zu 57,0 % als (eher) wichtig an und Befragte in einer Einzelpraxis lediglich zu 38,4 %.

Für eine große Mehrheit der befragten Anbieterinnen und Anbieter ist die Perspektive und der Wunsch der Frau ein zentraler Beweggrund, Abbrüche anzubieten. Sie führen Schwangerschaftsabbrüche auch durch, weil sie diese als einen wichtigen Bestandteil der Frauengesundheit und ihres beruflichen Aufgabengebiets betrachten. Über 80 % führen Abbrüche durch, weil sie die Versorgung in der Region sicherstellen wollen. Nur ein Drittel der Befragten gibt als wichtigen Grund an, damit Geld zu verdienen.

7.3.4.5.1 Zeitpunkt der Entscheidung, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, wann sie zu dem Entschluss gekommen sind, später Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Nur 7,3 % der Befragten haben bereits vor dem Medizinstudium diesen Entschluss gefasst, weitere 9,7 % gaben an, sich während des Medizinstudiums dazu entschieden zu haben. Mit 42,0 % hat der größte Anteil der Befragten während oder unmittelbar nach der FAW die Entscheidung getroffen, später Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. 17,0 % trafen die Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt und für 24,0 % gab es keinen speziellen Zeitpunkt.

Abb. 7.302: Zeitpunkt der Entscheidung, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (in Prozent)



n=288, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten 2022

Über 40 % der Befragten haben sich während oder unmittelbar nach der FAW dazu entschieden, später Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Für ein knappes Viertel der Befragten gab es keinen speziellen Zeitpunkt.

7.3.4.6 Barrieren bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

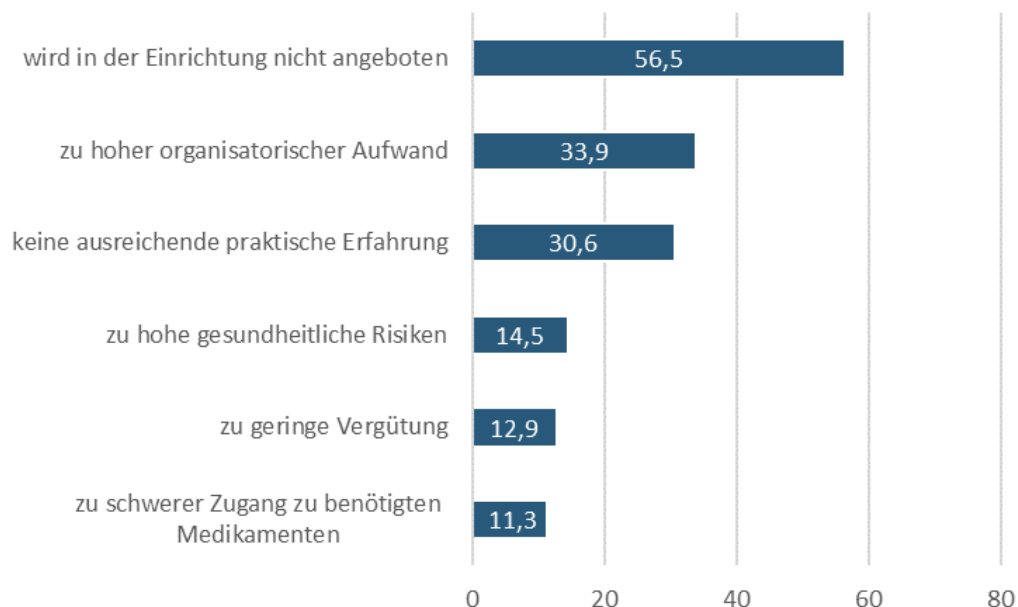
Dieser Abschnitt beleuchtet die Ergebnisse zu den verschiedenen Barrieren, denen Ärztinnen und Ärzte bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen begegnen. Dazu zählt die Entscheidung, keine medikamentösen Abbrüche anzubieten, sowie die Herausforderungen, die mit der Durchführung operativer Abbrüche verbunden sind. Des Weiteren wird auf den zusätzlichen Aufwand durch Sonderregelungen eingegangen, der die Arbeit erschweren kann. Die Vergütung bei Kostenübernahme stellt eine weitere Barriere dar, insbesondere wenn sie als nicht ausreichend empfunden wird. Schließlich wird die Schwierigkeit thematisiert, geeignetes Personal zu finden, das bereit und qualifiziert ist, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wodurch die Versorgung und Kapazität der Einrichtungen beeinträchtigt werden kann.

7.3.4.6.1 Barrieren, keine medikamentösen Abbrüche durchzuführen

Die Befragten, die nur operative Abbrüche durchführen, konnten Angaben zu ihren Gründen machen, warum sie keine medikamentösen Abbrüche durchführen. Die Frage wurde aus technisch nicht nachvollziehbaren Gründen nur 66 Befragten angezeigt, obwohl insgesamt 127 Befragte ausschließlich operative Abbrüche durchführen, d. h. 61 Befragte wurden für die Angaben verloren. 62 der 66 erreichten Befragten machten Angaben.

Mehr als die Hälfte von ihnen (56,5 %) gaben an, dass sie keine medikamentösen Abbrüche durchführen, weil diese Methode in ihrer Tätigkeitsstätte nicht angeboten wird. Einen zu hohen organisatorischen Aufwand gaben 33,9 % als Grund an. 30,6 % nannten ihre nicht ausreichenden praktischen Erfahrungen mit dieser Methode als Grund. Weitere Gründe, die deutlich seltener aber von mindestens 10 % genannt wurden, sind ein zu hohes gesundheitliches Risiko für die Frau (14,5 %), eine zu geringe Vergütung (12,9 %) und ein schwieriger Zugang zu den benötigten Medikamenten (11,3 %).

Abb. 7.303: Barrieren, keine medikamentösen Abbrüche durchzuführen (in Prozent)



n=62, Mehrfachnennung möglich, nur Befragte, die ausschließlich operative Abbrüche durchführen, nur Darstellung von Barrieren mit mehr als 10 % Angaben

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

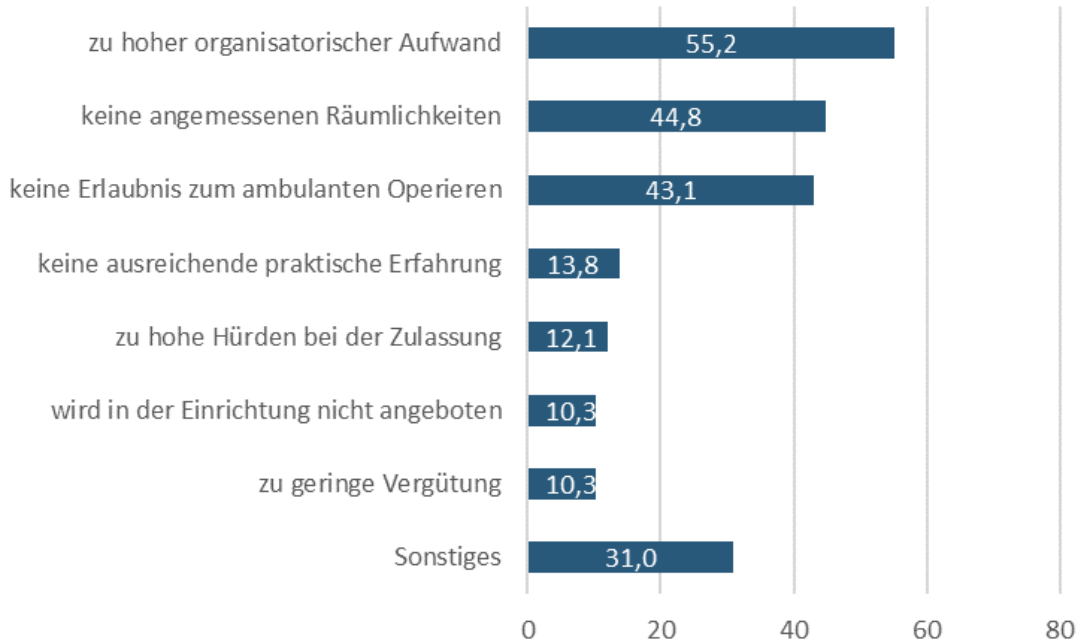
Als Barrieren für die Durchführung medikamentöser Abbrüche nannten die Befragten insbesondere, dass diese Methode in ihrer Einrichtung nicht angewendet wird, dass der organisatorische Aufwand als zu hoch empfunden wird und dass keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen.

7.3.4.6.2 Barrieren, keine operativen Abbrüche durchzuführen

Die Befragten, die nur medikamentöse Abbrüche durchführen, konnten Angaben machen, warum sie keine operativen Abbrüche durchführen. Mit 55,2 % gaben mehr als die Hälfte von ihnen einen zu hohen organisatorischen Aufwand für operative Abbrüche als Grund an, keine durchzuführen. Keine verfügbaren, angemessenen Räumlichkeiten gaben 44,8 % als Grund an. 43,1 % nannten als Grund das Fehlen einer Erlaubnis zum ambulanten Operieren. Als weitere Gründe mit mehr als 10 % Angaben wurden keine ausreichende praktische Erfahrung mit der Methode (13,8 %), zu hohe

Hürden bei der Zulassung (12,1 %), eine zu geringe Vergütung (10,3 %) und dass in der Tätigkeitsstätte keine operativen Abbrüche durchgeführt werden (10,3 %) genannt. 31,0 % der Befragten gaben sonstige Gründe an.

Abb. 7.304: Gründe gegen die Durchführung operativer Abbrüche (in Prozent)



n=58, Mehrfachnennung möglich, nur Befragte, die ausschließlich medikamentöse Abbrüche durchführen, nur Darstellung von Barrieren mit mehr als 10 % Angaben

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

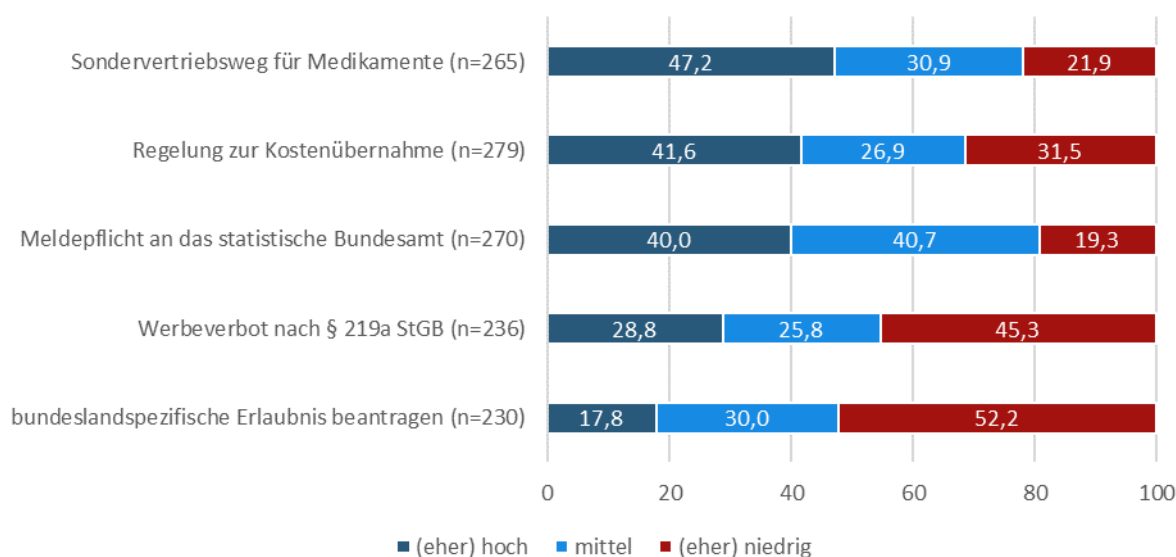
Als häufigste Barrieren für die Durchführung operativer Abbrüche nannten die Befragten, dass der organisatorische Aufwand als zu hoch empfunden wird, dass geeignete Räumlichkeiten fehlen und dass sie keine Erlaubnis zum ambulanten Operieren besitzen.

7.3.4.6.3 Aufwand durch Sonderregelungen

Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unterliegt einer Vielzahl von Sonderregelungen, die für die durchführenden Ärztinnen und Ärzte einen erhöhten Aufwand bedeuten können. Der Aufwand, der durch den Sondervertriebsweg für die notwendigen Medikamente entsteht, wird von 47,2 % der Befragten als (eher) hoch eingeschätzt. Mit 21,9 % bewertete etwa nur ein Fünftel der Befragten den Aufwand als (eher) niedrig. 41,5 % bewerteten den Aufwand durch die Regelung zur Kostenübernahme als (eher) hoch und 40,0 % den Aufwand, der durch die Meldepflicht an das Statistische Bundesamt entsteht. Diesen bewerteten mit 19,3 % ebenfalls nur ein knappes Fünftel als (eher) niedrig. Das bis 2019 geltende Werbeverbot erzeugte für 28,8 % einen (eher) hohen Aufwand. Lediglich 17,8 % der Befragten bewerteten den Aufwand als (eher) hoch, der durch die in manchen Bundesländern notwendige Beantragung einer Erlaubnis für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen entsteht.

Befragte in ambulanten Tätigkeitsstätten bewerteten den Aufwand durch die Regelung zur Kostenübernahme häufiger als (eher) hoch: 49,0 % der Befragten in einer Einzelpraxis und 42,1 % der Befragten in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ. Bei den Befragten, die in einer Klinik arbeiten, liegt der Anteil nur bei 22,6 %.

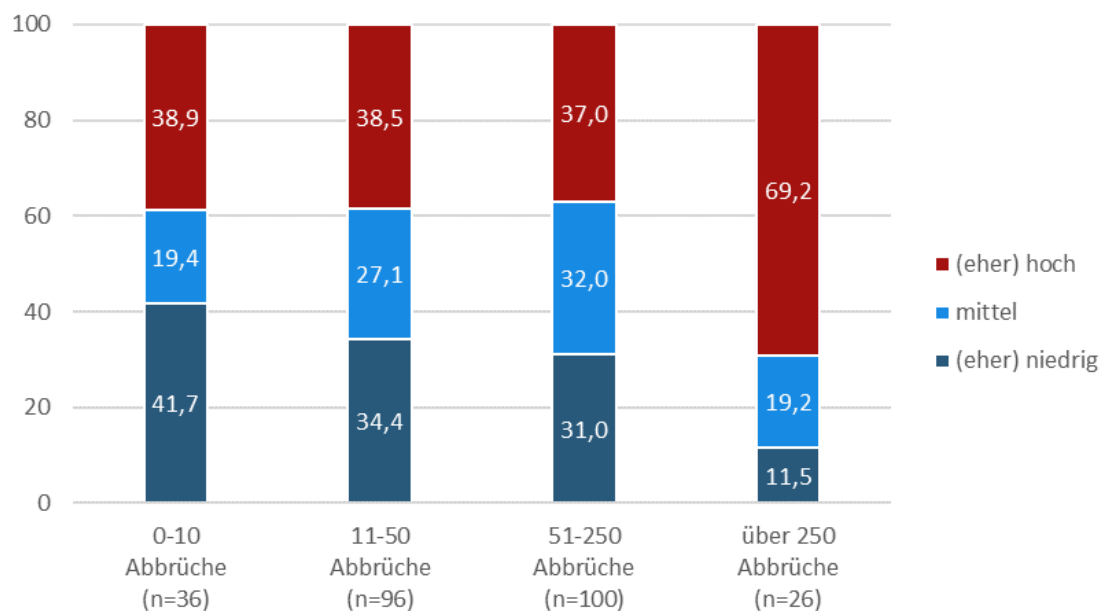
Abb. 7.305: Höhe des Aufwands durch Sonderregelungen (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Umfang der 2021 durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche und dem Aufwand, der durch die Regelung zur Kostenübernahme entsteht. Vor allem Anbieterinnen und Anbieter, die mehr als 250 Abbrüche durchgeführt haben, bewerten den Aufwand häufiger als (eher) hoch.

Abb. 7.306: Höhe des Aufwands, der durch die Regelung zur Kostenübernahme entsteht, nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent)



n=258, p=-0,185; p=0,003

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unterliegt einer Vielzahl von Sonderregelungen, die für die durchführenden Ärztinnen und Ärzte einen erhöhten Aufwand bedeuten können. Fast die Hälfte der Befragten schätzte den Aufwand, der durch den Sondervertriebsweg für die notwendigen Medikamente entsteht, als (eher) hoch ein. Jeweils etwa 40 % bewerteten

den Aufwand durch die Regelung zur Kostenübernahme und die Meldepflicht an das Statistische Bundesamt als (eher) hoch.

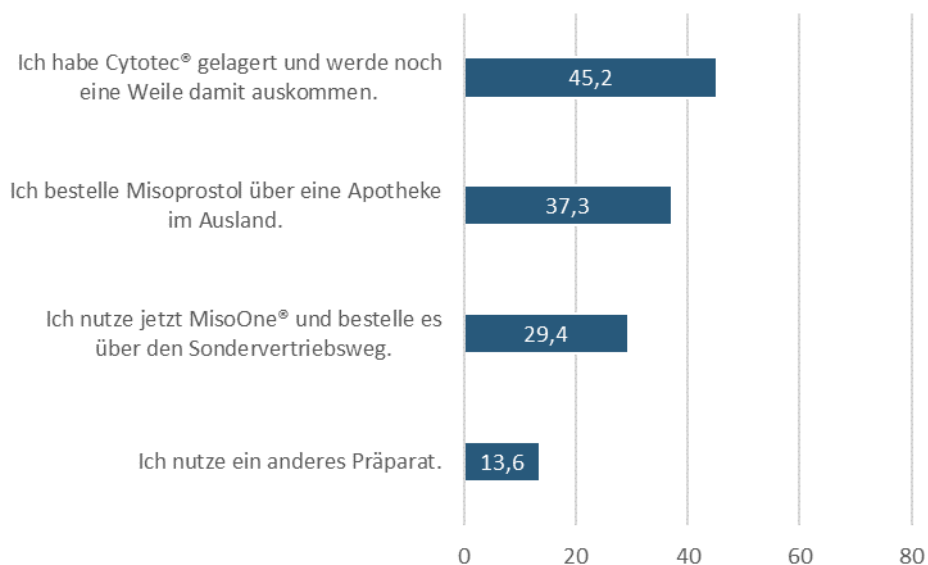
Importstopp von Cytotec®

2021 kam es zum Vertriebs- und Importstopp für das Misoprostolpräparat Cytotec®. Unter anderem wird es für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, aber auch für die Vorbereitung eines operativen Abbruchs verwendet. Der Importstopp löste in der Fachgemeinschaft Widerspruch aus.

69,7 %, und damit mehr als zwei Drittel der Befragten, gaben an, dass der Importstopp für sie jetzt oder in Zukunft ein Problem bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen darstellt.

Die Befragten konnten angeben, wie sie mit dem Importstopp umgehen. 45,2 % der Befragten haben Cytotec® gelagert und können eine Weile damit auskommen. Manche Anbieterinnen und Anbieter nutzen nun Alternativen: 37,3 % bestellen Misoprostol über eine Apotheke im Ausland, 29,4 % bestellen das deutlich teurere Präparat MisoOne® über den Sondervertriebsweg und 13,6 % nutzen ein anderes Präparat. Auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verzichten zum Befragungszeitpunkt sechs Befragte aufgrund des Importstopps. Vier Befragte haben kein Cytotec® bei der Durchführung von Abbrüchen verwendet. 5,4 % gaben Sonstiges an.

Abb. 7.307: Umgang mit dem Importstopp von Cytotec® (in Prozent)



n=279, Mehrfachnennung möglich, nur Darstellung von Angaben mit über 10 %

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Mehr als zwei Drittel der Befragten geben an, dass der Importstopp von Cytotec® für sie jetzt oder in Zukunft ein Problem bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen darstellt. Die Befragten gehen unterschiedlich mit dem Importstopp um. Bei knapp der Hälfte lagert noch eine größere Menge, mit der sie noch eine Weile auskommt. Etwa ein Drittel bestellt das Präparat über eine Apotheke im Ausland.

Reform des § 219a StGB

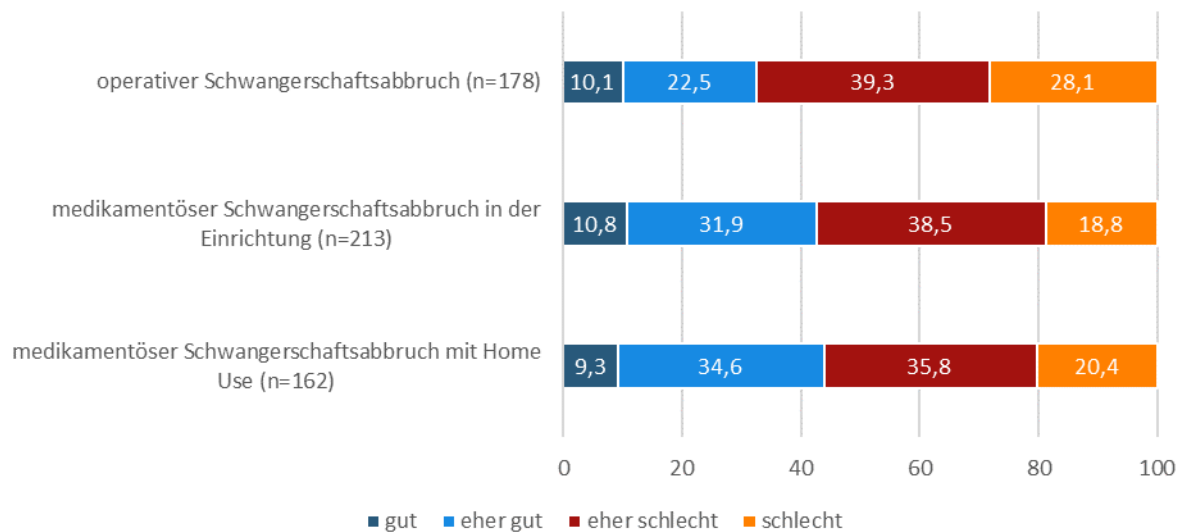
Nach einer umfassenden gesellschaftlichen Debatte wurde im Jahr 2019 der § 219a StGB reformiert und 2022 komplett gestrichen (nach Ende der Befragung). Durch das sogenannte Werbeverbot konnten Ärztinnen und Ärzte bis dahin nicht öffentlich auf ihrer Homepage darüber informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die Reform erleichterte nur bei 10,6 % der Befragten die Bereitstellung von Informationen für Ihre Patientinnen. 28,0 % sehen eine teilweise Erleichterung, 61,4 % sehen darin keine Erleichterung.

7.3.4.6.4 Vergütung bei Kostenübernahme

Die Höhe der Vergütung bei einer Kostenübernahme wird bundeslandspezifisch festgelegt. 67,4 % der Befragten schätzen die Vergütung bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch als (eher) schlecht ein. Bei dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, bei dem beide Medikamente unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden, schätzen 57,3 % der Befragten die Vergütung als (eher) schlecht ein. Beim Home Use ist der Anteil mit 56,2 % etwas geringer.

Insgesamt haben bei diesen Fragen zwischen 93 und 141 Befragte „kann oder möchte ich nicht beantworten“ angekreuzt. Hierbei handelt es sich vor allem um angestellte Ärztinnen und Ärzte, die die Höhe der Vergütung nicht kennen oder die die gefragte Methode des Schwangerschaftsabbruchs selbst nicht durchführen und die Höhe daher nicht bewerten können.

Abb. 7.308: Bewertung der Höhe der Vergütung bei einer Kostenübernahme (in Prozent)



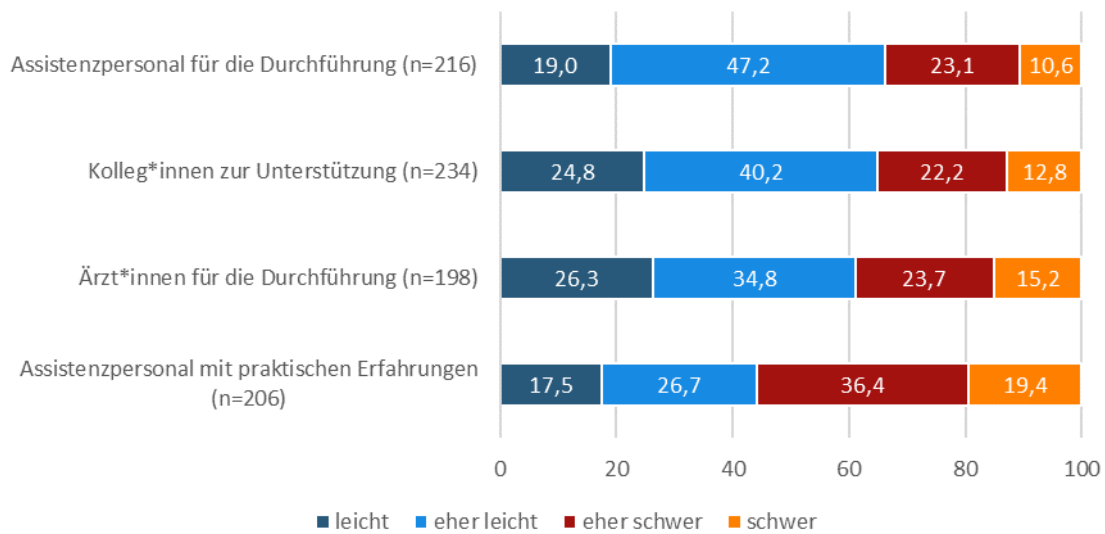
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Die Vergütung des Schwangerschaftsabbruchs wird von der Mehrheit als (eher) schlecht eingestuft. Mehr als zwei Drittel der Befragten beurteilen die Vergütung bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch als (eher) schlecht und mehr als die Hälfte der Befragten die Vergütung für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, sowohl bei Einnahme beider Medikamente unter ärztlicher Aufsicht als auch im Home Use.

7.3.4.6.5 Schwierigkeiten, Personal zu finden

Die Befragten sollten einschätzen, wie schwer es ihnen fällt, Personal für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden. Zwei Drittel bis mehr als die Hälfte der Befragten schätzen es als (eher) leicht ein, Assistenzpersonal für die Durchführung (66,2 %), Kolleginnen und Kollegen zur Unterstützung, z. B. bei der Nachsorge oder als Urlaubsvertretung (65,0 %) und Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung (61,1 %) zu finden. Dagegen schätzte es weniger als die Hälfte der Befragten als (eher) leicht ein, Assistenzpersonal zu finden, das bereits praktische Erfahrungen bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gesammelt hat (44,2 %).

Abb. 7.309: Schwierigkeiten, Personal zu finden (in Prozent)

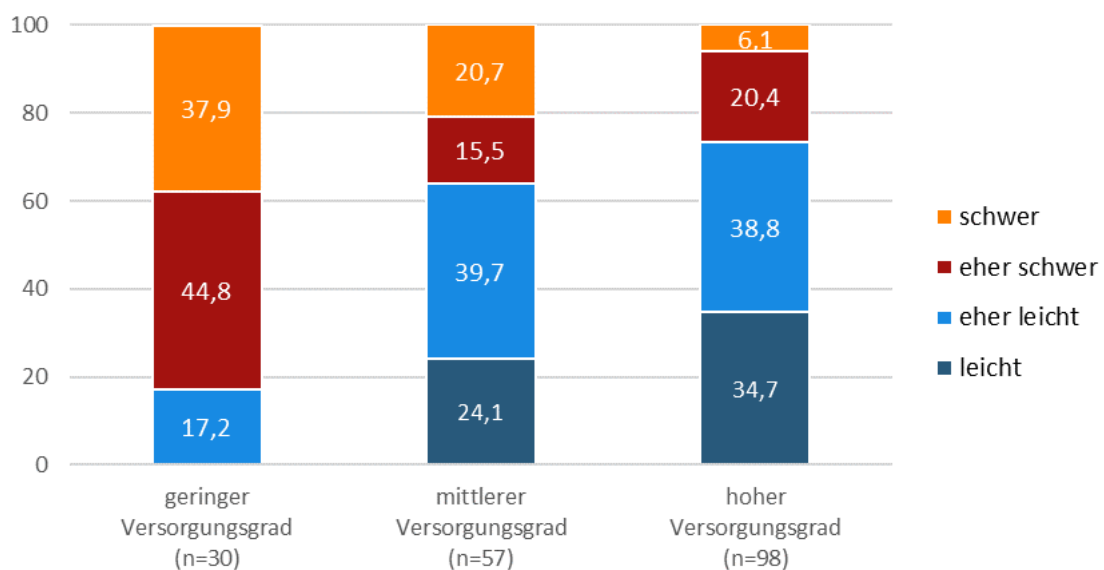


Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Schwierigkeiten, Personal zu finden nach Versorgungsgrad der Region

Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad fällt es häufiger (eher) leicht und Befragten in der Region mit geringem Versorgungsgrad häufiger (eher) schwer, ärztliche Kolleginnen und Kollegen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden. In der Region mit hohem Versorgungsgrad fällt es 73,5 % der Befragten (eher) leicht, ärztliches Personal für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden. Die Angaben der Befragten aus der Region mit geringem Versorgungsgrad unterscheiden sich davon deutlich: nur 17,2 % finden es eher leicht, ärztliches Personal für die Durchführung zu finden und niemand gab an, es leicht zu finden. Der Anteil der Befragten, denen es (eher) schwerfällt, ist entsprechend in der Region mit geringem Versorgungsgrad mit 82,7 % am höchsten und in der Region mit hohem Versorgungsgrad mit 26,5 % am niedrigsten. Es besteht ein starker und signifikanter Zusammenhang.

Abb. 7.310: Schwierigkeit, Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden nach Versorgungsregion (in Prozent)

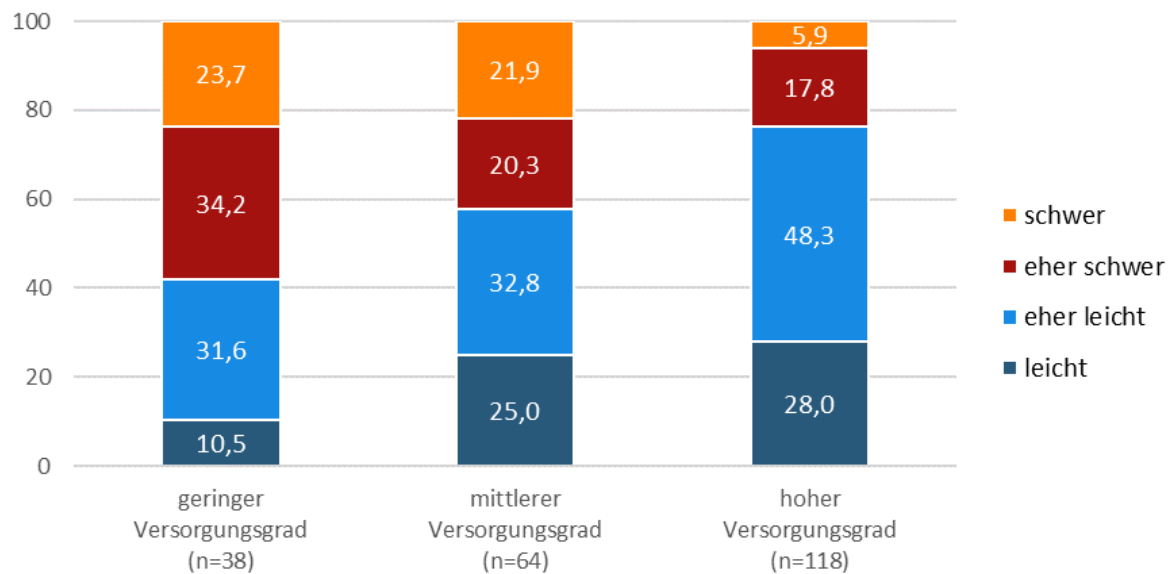


$p=0,375$; $p<0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Auch bei der Frage, wie leicht oder schwer es den Befragten fällt, Kolleginnen und Kollegen zu finden, die sie bei Schwangerschaftsabbrüchen unterstützen (z. B. für Nachsorge, Urlaubsvertretung etc.), zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Versorgungsgrad der Region, in der die Befragten tätig sind. Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad fällt es häufiger (eher) leicht und Befragten in der Region mit geringem Versorgungsgrad häufiger (eher) schwer, Kolleginnen und Kollegen zu finden, die sie bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unterstützen. So fällt es in der Region mit hohem Versorgungsgrad 76,3 % der Befragten (eher) leicht, während dieser Anteil in der Region mit geringem Versorgungsgrad nur 42,1 % beträgt. Es zeigt sich ein moderater und signifikanter Zusammenhang.

Abb. 7.311: Schwierigkeit, Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen zu erhalten nach Versorgungsregion (in Prozent)

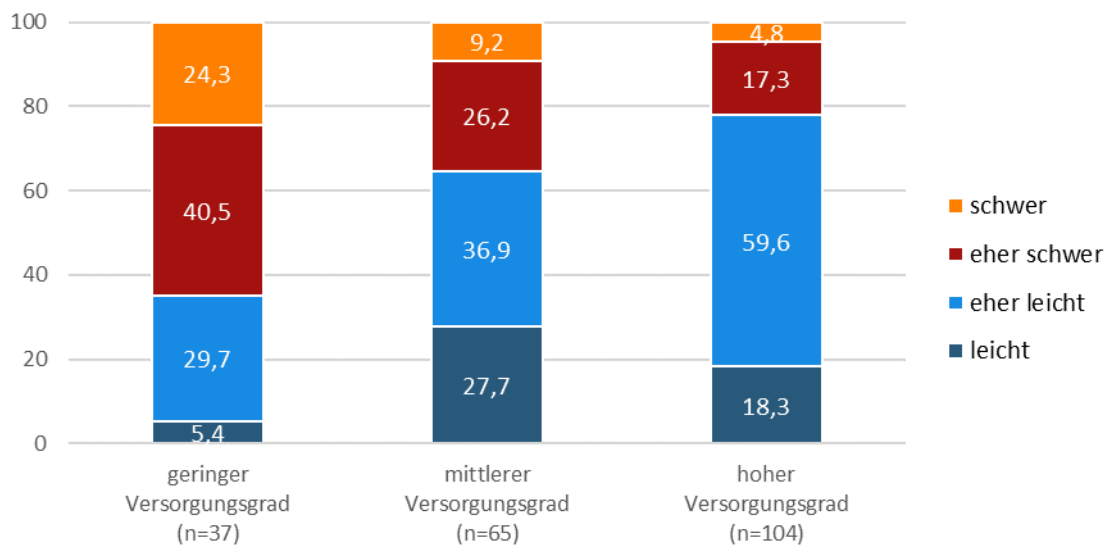


$p=0,264$; $p=0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch für die Schwierigkeit, nicht-ärztliches Assistenzpersonal zu finden. Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad fällt es häufiger (eher) leicht und Befragten in der Region mit geringem Versorgungsgrad häufiger (eher) schwer, Assistenzpersonal zu finden, das bereit ist, sich an Schwangerschaftsabbrüchen zu beteiligen. So fällt es in der Region mit geringem Versorgungsgrad nur 35,1 % der Befragten (eher) leicht, während dieser Anteil in der Region mit hohem Versorgungsgrad 77,9 % beträgt. Entsprechend ist hier der Anteil der Befragten, denen es schwerfällt, am niedrigsten (4,8 %) und in der Region mit geringem Versorgungsgrad deutlich höher (24,3 %). Es zeigt sich ein moderater und signifikanter Zusammenhang.

Abb. 7.312: Schwierigkeit, nicht-ärztliches Assistenzpersonal zu finden, das sich an Schwangerschaftsabbrüchen beteiligt, nach Versorgungsregion (in Prozent)



$p=0,253$; $p<0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich bei der Schwierigkeit, nicht-ärztliches Assistenzpersonal zu finden, das bereits praktische Erfahrung mit Schwangerschaftsabbrüchen hat.

Je geringer der regionale Versorgungsgrad, desto größer sind die Schwierigkeiten, ärztliches und nicht-ärztliches Personal für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden: In der Region mit geringem Versorgungsgrad findet dies eine große Mehrheit der Befragten als (eher) schwierig, in der Region mit hohem Versorgungsgrad bestehen diese Barrieren für etwa drei Viertel der Befragten dagegen nicht.

Im Vergleich schätzen es die Befragten insgesamt als etwas schwieriger ein, nicht-ärztliches Assistenzpersonal zu finden als Ärztinnen und Ärzte. Die Schwierigkeit, geeignetes bzw. dazu bereit Personal zu finden, hängt dabei nicht nur mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch zusammen, sondern ist auch im Kontext eines allgemeinen Fachkräftemangels zu sehen. Dennoch ist der Zusammenhang mit den Versorgungsregionen deutlich.

7.3.4.7 Stigmatisierungserfahrungen

In diesem Abschnitt werden die Stigmatisierungserfahrungen von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, dargestellt. Hierbei wird zunächst die antizipierte Stigmatisierung betrachtet, also die Erwartungen und Befürchtungen der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich potenzieller negativer Reaktionen. Darauf aufbauend folgt eine Analyse der tatsächlich erlebten Stigmatisierung, die die realen Erfahrungen und Vorfälle widerspiegelt. Der Umgang mit solchen Stigmatisierungserfahrungen und die Strategien der Bewältigung werden ebenfalls thematisiert. Zudem wird aufgezeigt, wie verschiedene Formen der Stigmatisierung miteinander zusammenhängen und welche Einflussfaktoren diese Erfahrungen prägen. Ein besonderer Fokus liegt auf regionalen Unterschieden, die bedeutsam für die Intensität und Art der Stigmatisierungserfahrungen sein können. Abschließend werden die Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte zu den allgemeinen Einstellungen der Bevölkerung von Stadt oder Gemeinde, in der sich die Einrichtung befindet, hinsichtlich des Themas Schwangerschaftsabbruch zusammengefasst, um das soziale Umfeld besser zu verstehen.

Wie in der Literatur üblich, unterscheiden wir zwischen antizipierter und erlebter Stigmatisierung sowie dem Umgang mit Stigmatisierung in Form von Geheimhaltung oder Offenlegung des Stigmas.

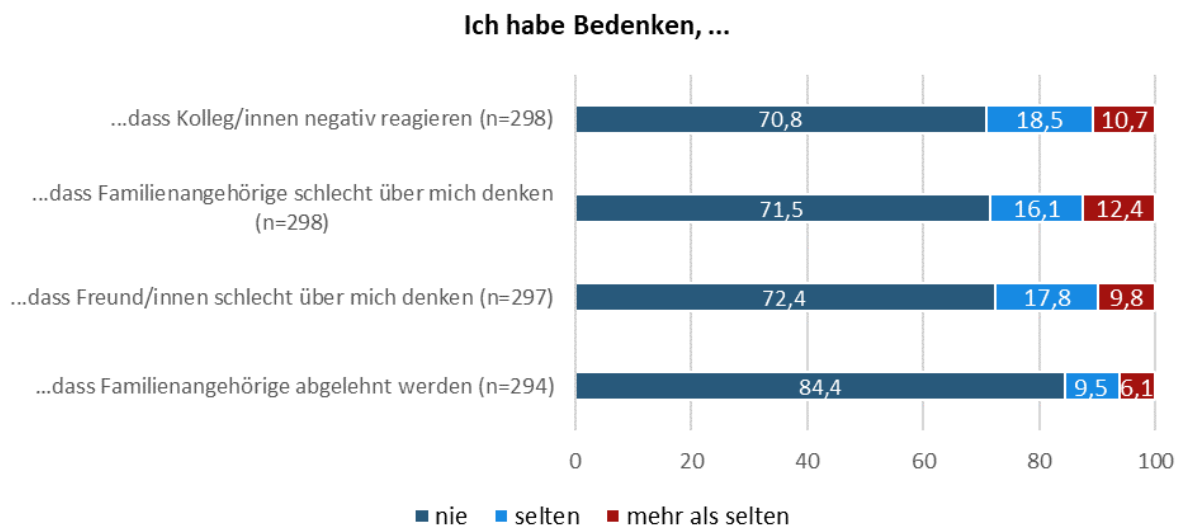
Mehr zum theoretischen Konzept und der Operationalisierung von Stigmatisierung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, können dem Kapitel 5.3.1.3 entnommen werden.

7.3.4.7.1 Antizipierte Stigmatisierung

Antizipierte Stigmatisierung wurde mit vier Items auf einer fünfstufigen Skala erhoben. Die Befragten konnten angeben, ob die Aussagen nie, selten, manchmal, oft oder immer auf sie zutreffen. Aufgrund der Häufigkeitsverteilungen wurden die drei Ausprägungen manchmal, oft und immer zu „mehr als selten“ zusammengefasst.

Mehr als ein Viertel der Befragten hat zumindest ab und zu Bedenken, dass jemand von den Kolleginnen und Kollegen (29,2 %), aus ihrer Familie (28,5 %) oder ihrem Freundinnen- und Freundeskreis (27,6 %) schlecht über sie denken oder negativ reagieren könnte, wenn sie erfahren, dass Familienangehörige der Befragten auf Ablehnung stoßen könnten, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Diese Sorge haben 6,1% der Befragten mehr als selten.

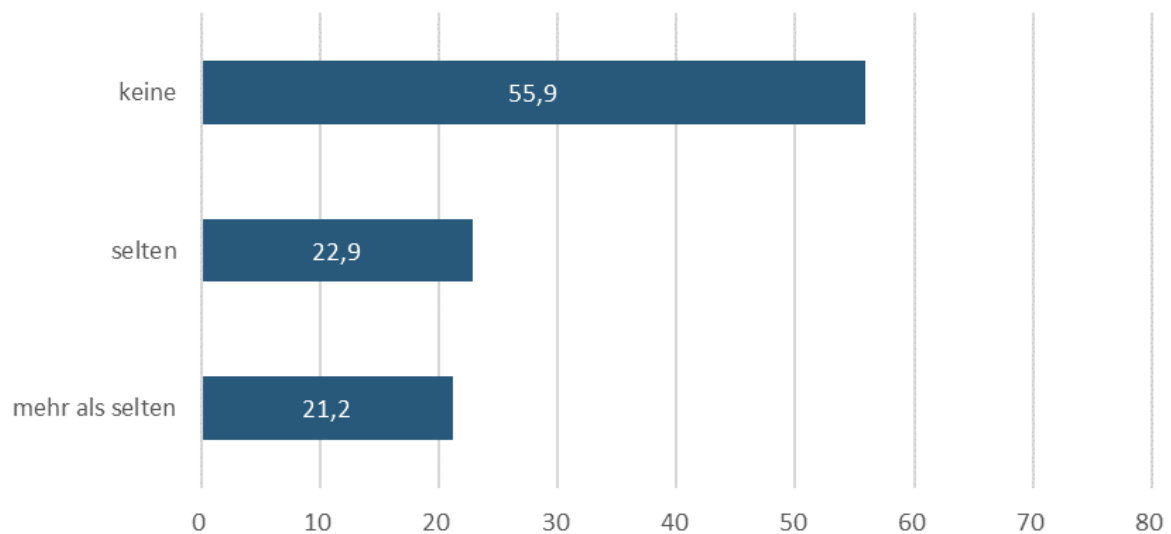
Abb. 7.313: Antizipierte Stigmatisierung (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es wurde ein Index aus den vier Items zur antizipierten Stigmatisierung gebildet. Es lassen sich so aufgrund der Angaben drei Gruppen unterscheiden: Erstens Befragte ohne berichtete Befürchtungen, zweitens Befragte mit in einer oder mehreren Hinsichten seltenen Befürchtungen und schließlich drittens Befragte, die in mindestens einer Hinsicht mehr als seltene Befürchtungen berichten. 55,9 % der Befragten antizipieren keine Stigmatisierung, 22,9 % der Befragten selten und 21,2 % der Befragten mehr als selten.

Abb. 7.314: Index antizipierte Stigmatisierung (in Prozent)



n=297, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

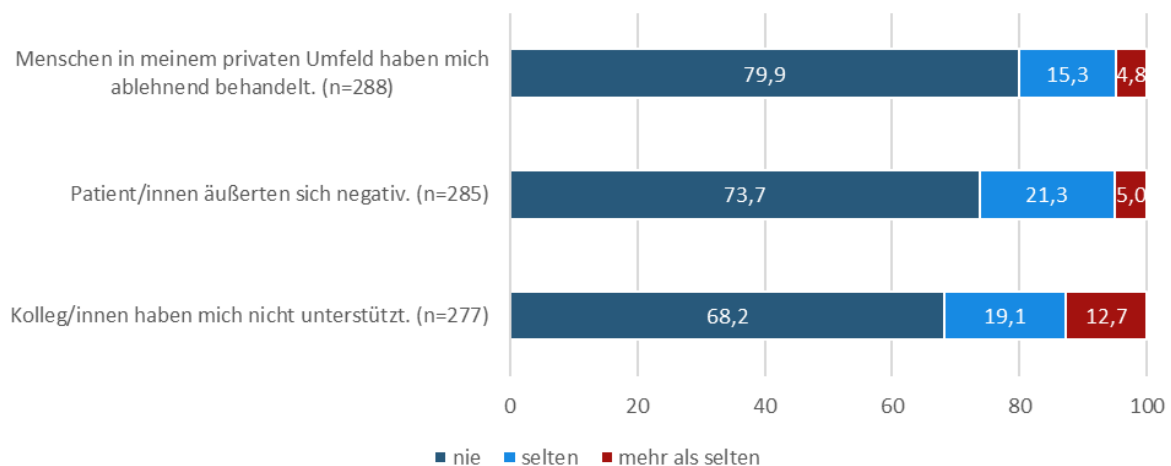
Fast die Hälfte der Befragten antizipiert eine Stigmatisierung im beruflichen und/oder privaten Umfeld. Ein Fünftel erwartet Stigmatisierung mehr als selten.

7.3.4.7.2 Erlebte Stigmatisierung

Die erlebte Stigmatisierung wurde mit sieben Items und ebenfalls einer fünfstufigen Skala (nie-selten-manchmal-oft-immer) erhoben. Aufgrund der Häufigkeitsverteilungen wurden wieder die drei Ausprägungen manchmal, oft und immer zu „mehr als selten“ zusammengefasst.

Fast jede dritte befragte Person (31,8 %) wird von Kolleginnen und Kollegen zumindest ab und zu nicht unterstützt, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Darunter gaben 12,7 % der Befragten an, dass sie mehr als selten keine kollegiale Unterstützung erhalten. Etwa ein Viertel der Befragten (26,3 %) berichtete, dass sich Patientinnen zumindest ab und zu negativ darüber äußern, dass sie Abbrüche durchführen. Jede*r fünfte befragte Person (20,1 %) wird von Menschen im privaten Umfeld zumindest ab und zu ablehnend behandelt, 4,8 % machen diese Erfahrung mehr als selten.

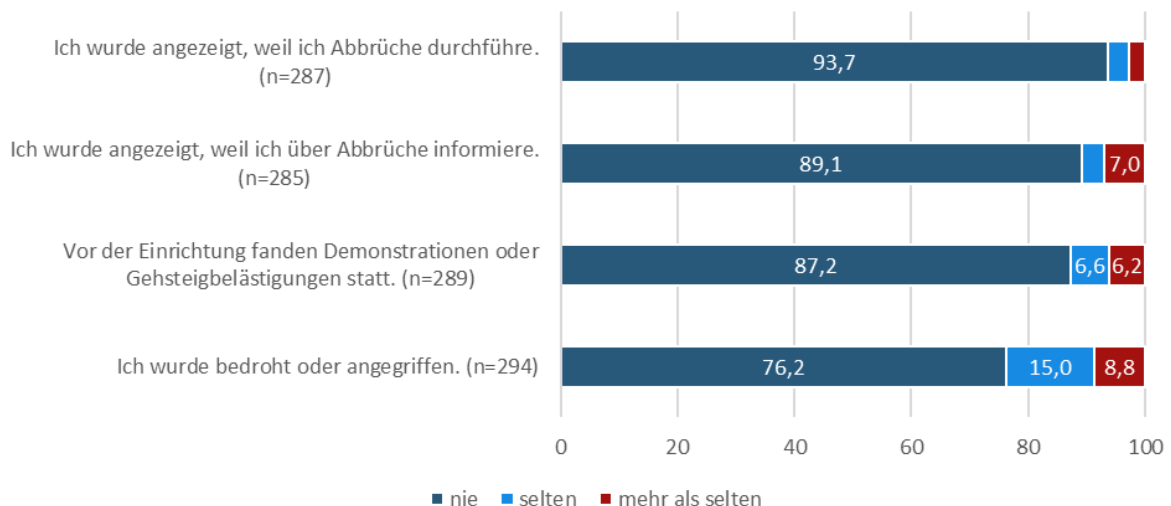
Abb. 7.315: Erlebte Stigmatisierung im Umfeld (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Insgesamt wird fast ein Viertel der Befragten (23,8 %) mindestens ab und zu bedroht oder angegriffen, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Fast jede zehnte befragte Person (8,8 %) wird mehr als selten bedroht oder angegriffen. 12,8 % der Befragten gaben an, dass zumindest ab und zu vor der Einrichtung, in der sie Abbrüche durchführen, Demonstrationen oder Gehsteigbelästigungen stattfanden. 6,2 % der Befragten machen diese Erfahrung mehr als selten. 10,9 % der Befragten gaben an, bereits angezeigt worden zu sein, weil sie über Schwangerschaftsabbrüche informieren, 7,0 % mehr als selten. 6,3 % der Befragten wurden bereits angezeigt, weil sie Abbrüche durchführen.

Abb. 7.316: Erlebte Stigmatisierung in der Öffentlichkeit (in Prozent)

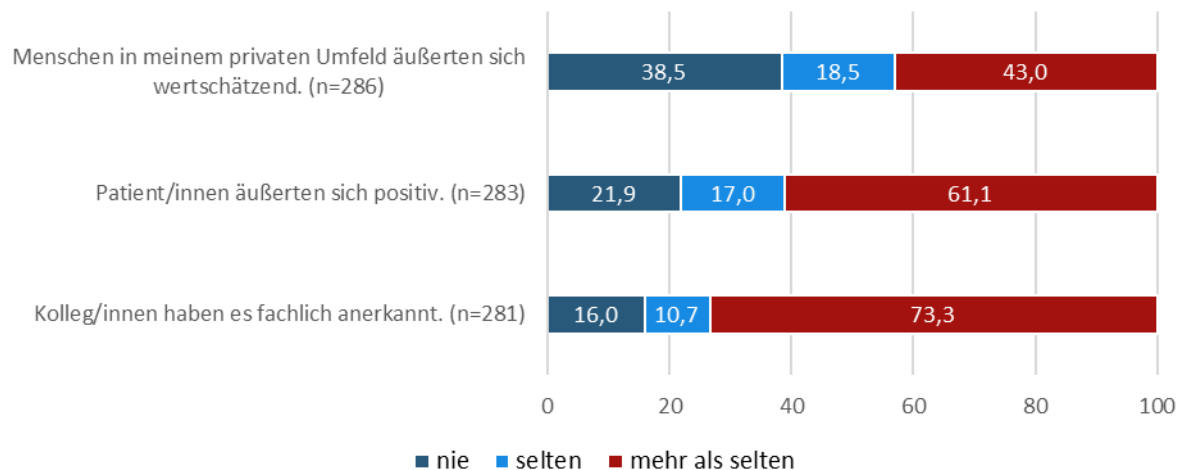


Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Daneben wurde die berichtete Häufigkeit von positiven Erfahrungen mit der gleichen fünfstufigen Skala erhoben. Hier wurden wieder die Angaben manchmal, oft und immer zu „mehr als selten“ zusammengefasst.

Mehr als ein Drittel der Befragten (38,5 %) gab an, dass sich in ihrem privaten Umfeld nie jemand wertschätzend darüber äußerte, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 43,0 % gaben an, diese Erfahrung mehr als selten zu machen. 21,9 % der Befragten berichteten, dass sich Patientinnen nie positiv darüber äußerten, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 61,1 % der Befragten machen diese Erfahrung mehr als selten. 16,0 % der Befragten gaben an, dass sie von Kolleginnen und Kollegen nie fachliche Anerkennung dafür bekamen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 73,3 % erfahren mehr als selten fachliche Anerkennung von Kolleginnen und Kollegen.

Abb. 7.317: Erlebte positive Reaktionen im Umfeld (in Prozent)

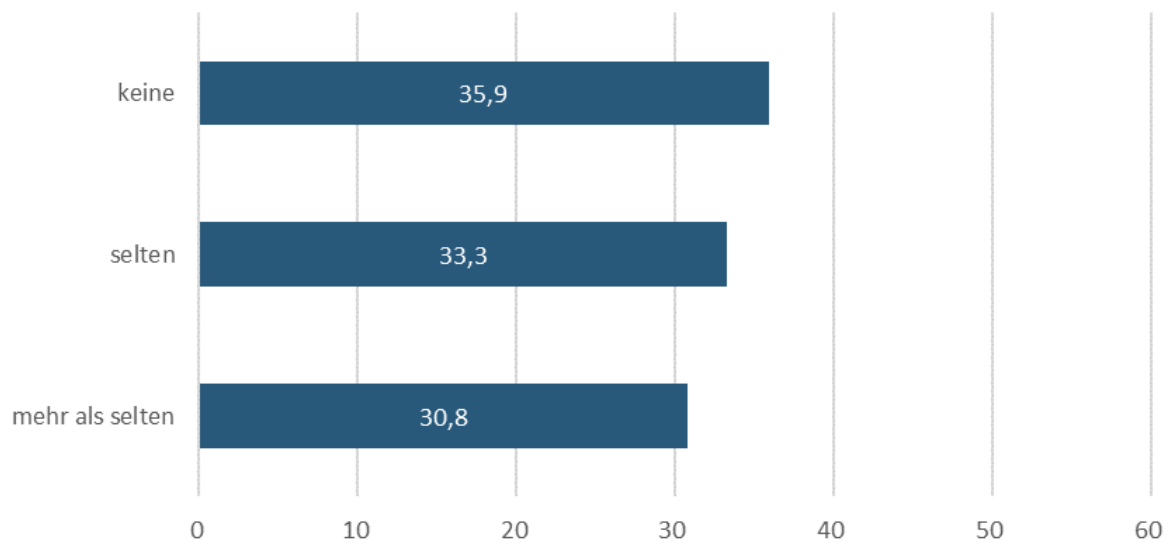


Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Für die erlebte Stigmatisierung wurde ein übergreifender Index gebildet, der sowohl die drei Items zur erlebten Stigmatisierung im Umfeld als auch die vier Items zu erlebter Stigmatisierung in der Öffentlichkeit einschließt. Das bedeutet, dass hier recht unterschiedliche Formen erlebter Stigmatisierung enthalten sind, die in einem durchaus unterschiedlichen Ausmaß auf die Befragten wirken können. So ist zwar die nicht erfolgte Unterstützung durch eine Kollegin im Grad der Stigmatisierung anders zu bewerten als eine polizeiliche Anzeige oder eine (körperliche) Bedrohung in der Öffentlichkeit, für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte können jedoch all diese Formen erlebter Stigmatisierung, insbesondere, wenn sie mehr als selten auftreten, zu einer dauerhaften Belastung führen. Sie sind daher alle als Formen erlebter Stigmatisierung zu werten und werden in einem Index abgebildet. Für die Interpretation der Ergebnisse bleibt indes zu beachten, dass in den Gruppen zum Teil recht heterogene Stigmatisierungserfahrungen eingeschlossen sind, die von negativen Äußerungen von Patientinnen bis hin zu Angriffen reichen können.

Die drei Gruppen von Befragten werden im Index dann wie folgt unterschieden: In der ersten Gruppe finden sich die Befragten, die keine erlebte Stigmatisierung im Umfeld und in der Öffentlichkeit berichteten (35,9 %). In der zweiten Gruppe befinden sich all jene Befragten, die mindestens ab und zu Stigmatisierung im Umfeld oder in der Öffentlichkeit erleben (33,3 %). Die dritte Gruppe enthält alle Befragten, die mehr als selten Stigmatisierung im Umfeld oder in der Öffentlichkeit erleben (30,8 %).

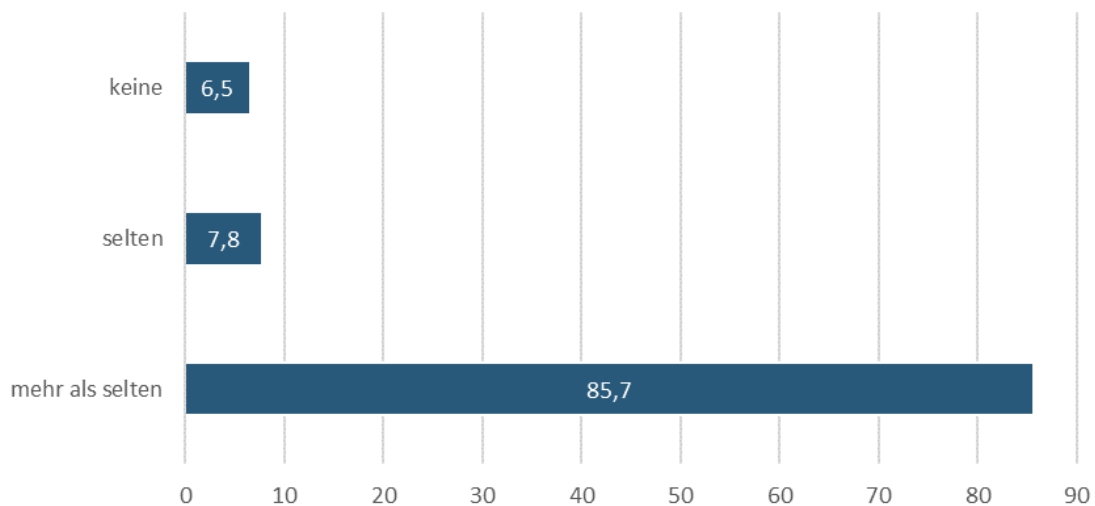
Abb. 7.318: Index erlebte Stigmatisierung (in Prozent)



n=276, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Auf die gleiche Weise wurde ein Index aus den drei Items zu erlebten positiven Reaktionen im Umfeld konstruiert: 6,5 % der Befragten berichteten, dass sie nie positive Erfahrungen in Form von kollegialer Anerkennung, privater Wertschätzung oder positiven Reaktionen von Patientinnen machen. 7,8 % der Befragten erfahren selten und 85,7 % der Befragten mehr als selten positive Reaktionen, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Abb. 7.319: Index positive Reaktionen (in Prozent)



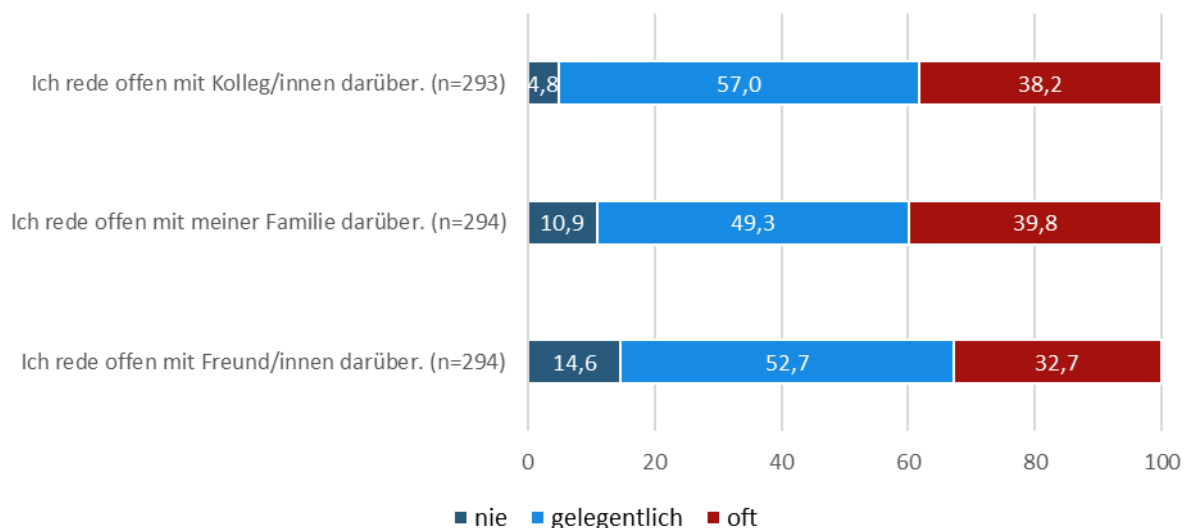
n=294, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

7.3.4.7.3 Umgang mit Stigmatisierung

Eine wesentliche Dimension des Umgangs mit Stigmatisierung ist die Geheimhaltung bzw. Offenlegung des Stigmas – also des Merkmals, weswegen man Stigmatisierung antizipiert bzw. erlebt. In der ELSA-Befragung wurde daher bei den Ärztinnen und Ärzten erhoben, wie häufig sie in verschiedenen Lebensbereichen offen damit umgehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Bei den Items zur Offenlegung bzw. Geheimhaltung des Angebots wurde eine dreistufige Antwortskala (nie - gelegentlich - oft) benutzt.

4,8 % der Befragten gaben an, nie offen mit Kolleginnen und Kollegen darüber zu sprechen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 57,0 % der Befragten tun dies gelegentlich, 38,2 % oft. 10,9% der Befragten gaben an, nie mit der eigenen Familie offen darüber zu sprechen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die Hälfte (49,3 %) tut dies gelegentlich und 39,8 % oft. 14,6 % der Befragten geben an, nie mit Freundinnen und Freunde offen darüber zu reden, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Mehr als die Hälfte (52,7 %) tut dies gelegentlich, 32,7 % oft.

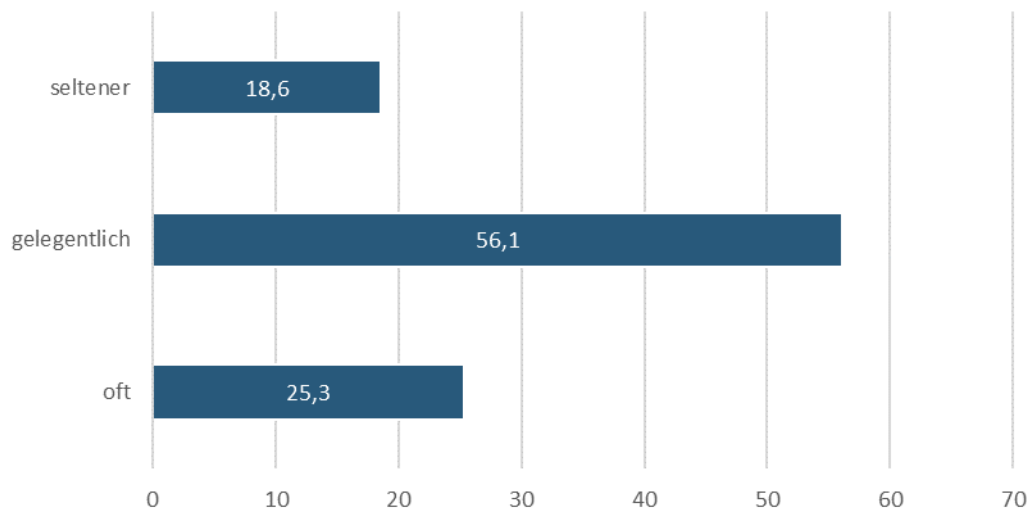
Abb. 7.320: Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Der Index zum Umgang mit Stigmatisierung wurde über die Items zum offenen Umgang erhoben. Dabei wurden alle Befragten, die in allen drei Bereichen (familiäres, soziales und berufliches Umfeld) „oft“ offen damit umgehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, der Gruppe „oft“ zugeordnet. 25,3 % der Befragten gehen sowohl mit Kolleginnen und Kollegen, Familienangehörigen als auch Freundinnen und Freunde oft offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Alle Befragten, die in mindestens einem Bereich nur „gelegentlich“ angaben, aber in keinem Bereich „nie“, sind der Gruppe zugeordnet, die „gelegentlich“ einen offenen Umgang pflegt. Dies trifft mit 56,1 % auf über die Hälfte der Befragten zu. Sie gehen also in allen Bereichen mindestens gelegentlich, wenn nicht gar oft offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Alle Befragten, die in mindestens einem Bereich angegeben haben, nie offen damit umzugehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sind der Gruppe mit einem „selteneren“ offenen Umgang zugeordnet. Dies betrifft 18,6 % der Befragten. Sie vermeiden es in mindestens einem ihrer Lebensbereiche komplett, offen damit umzugehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Unter ihnen sind sieben Befragte, die dies für alle Bereiche angeben.

Abb. 7.321: Index zum Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)



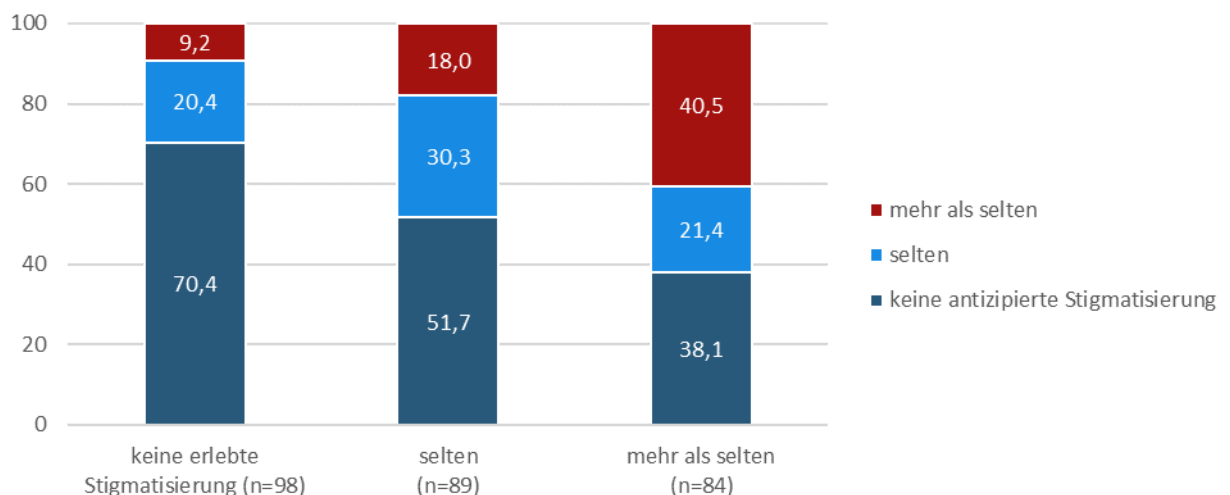
n=296, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

7.3.4.7.4 Zusammenhänge zwischen Stigmatisierungsformen

Antizipierte und erlebte Stigmatisierung

Je seltener die Befragten Stigmatisierung erleben, desto seltener antizipieren sie diese auch und umgekehrt. 70,4 % der Befragten, die nie Stigmatisierung erleben, antizipieren auch nie Stigmatisierung. Dieser Anteil ist mit 38,1 % bei jenen deutlich geringer, die mehr als selten Stigmatisierung erlebt haben. Entsprechend steigt der Anteil an Befragten, die mehr als selten Stigmatisierung antizipieren, je häufiger die Befragten auch Stigmatisierung erleben: Der Anteil beträgt 9,2 % bei jenen, die nie Stigmatisierung erleben und 40,5 % bei den Befragten, die diese mehr als selten erleben.

Abb. 7.322: Zusammenhang zwischen antizipierter und erlebter Stigmatisierung (in Prozent)



n=271, $p=0,310$; $p<0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Bei detaillierterer Betrachtung zeigen sich moderate Zusammenhänge zwischen den einzelnen Lebensbereichen, in denen Stigmatisierung antizipiert oder erlebt wird. Befragte, die von Menschen in ihrem privaten Umfeld mindestens ab und zu ablehnend behandelt werden, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, haben häufiger Bedenken, dass Familienangehörige oder

Freundinnen und Freunde schlecht über sie denken, wenn sie erfahren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Je häufiger die Befragten im beruflichen Kontext erleben, dass sie von Kolleginnen und Kollegen nicht unterstützt werden, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, desto häufiger haben sie auch Bedenken, dass Kolleginnen und Kollegen negativ reagieren, wenn sie erfahren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

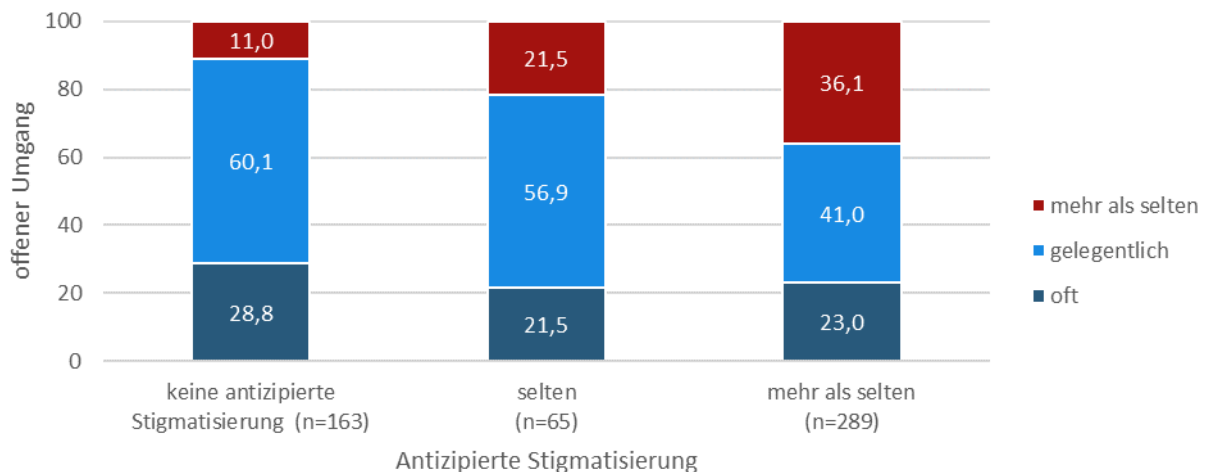
Bemerkenswert ist, dass das Erleben positiver Reaktionen nicht mit dem Ausmaß an antizipierter Stigmatisierung zusammenhängt. Selbst, wenn Befragte häufiger positive Reaktionen erleben, antizipieren sie nicht seltener Stigmatisierung.

Insgesamt wird deutlich, dass erlebte und antizipierte Stigmatisierung zusammenhängen, insbesondere im privaten Umfeld. Je häufiger Ärztinnen und Ärzte Stigmatisierung erleben, desto häufiger antizipieren sie diese auch. Wenn Ärztinnen und Ärzte häufiger Erfahrungen mit positiven Reaktionen machen, hängt dies jedoch nicht mit einem geringeren Ausmaß an antizipierter Stigmatisierung zusammen. Hier scheinen Erfahrungen mit negativen Reaktionen stärker zu wirken.

Antizipierte Stigmatisierung und Umgang mit Stigmatisierung

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen antizipierter Stigmatisierung und dem Umgang mit Stigmatisierung. Je seltener Befragte Stigmatisierung antizipieren, desto häufiger gehen sie offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Über ein Drittel der Befragten (36,1 %), die mehr als selten Stigmatisierung antizipieren, gehen selten offen damit um, dass sie Abbrüche durchführen. Dieser Anteil ist bei den Befragten, die selten Stigmatisierung antizipieren, mit einem Fünftel (21,5 %) deutlich niedriger und bei jenen Befragten, die keine Stigmatisierung antizipieren mit 11,0 % noch niedriger.

Abb. 7.323: Zusammenhang zwischen antizipierter Stigmatisierung und Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)



n=289, $p=0,186$; $p=0,002$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Antizipierte Stigmatisierung und ein offener Umgang im privaten oder professionellen Umfeld hängen zusammen. Je häufiger Stigmatisierung antizipiert wird, desto seltener gehen die Befragten offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

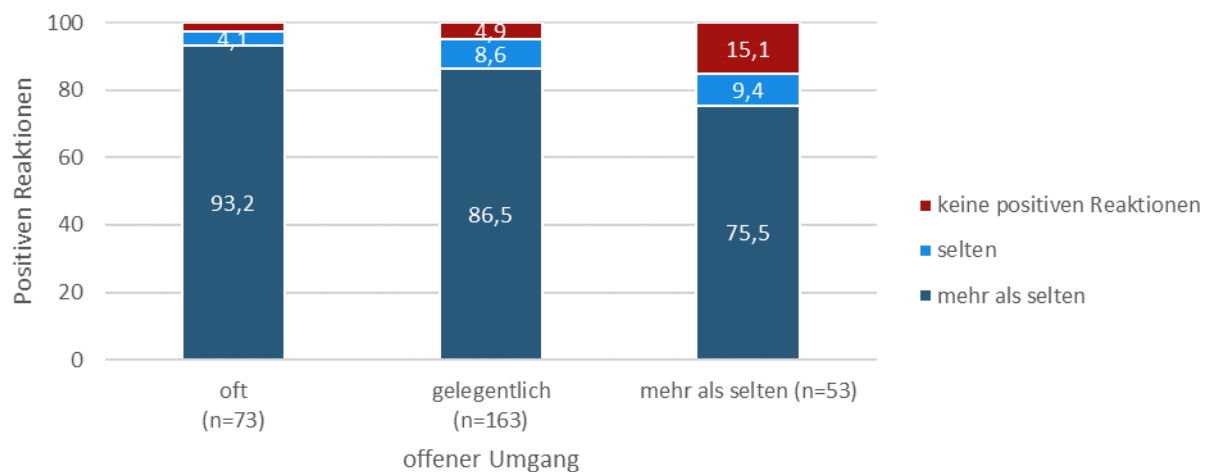
Erlebte Stigmatisierung und positive Reaktionen und Umgang mit Stigmatisierung

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem offenen Umgang mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und Erfahrungen mit positiven Reaktionen im Umfeld. Je häufiger Ärztinnen und Ärzte offen damit umgehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, desto

häufiger erleben sie auch positive Reaktionen. So erleben 93,2 % der Befragten, die oft offen damit umgehen, dass sie Abbrüche durchführen, auch mehr als selten positive Reaktionen. Dieser Anteil sinkt auf 86,5 % bzw. 75,5 % bei denjenigen, die nur gelegentlich bzw. seltener einen offenen Umgang damit haben, liegt aber damit immer noch auf einem hohen Niveau.

Durch einen offenen Umgang ergeben sich einerseits mehr Gelegenheiten, auch positive Reaktionen zu erfahren. Zudem können umgekehrt positive Reaktionen Ärztinnen und Ärzte dazu motivieren, offener damit umzugehen, dass sie Abbrüche durchführen. Der Zusammenhang ist also in beide Richtungen plausibel.

Abb. 7.324: Zusammenhang zwischen Erfahrungen mit positiven Reaktionen im Umfeld und Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)



n=289, $p=0,168$; $p=0,004$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Bemerkenswert ist, dass ein offener Umgang nicht notwendigerweise mit dem Erleben von Stigmatisierung einhergeht. Das könnte daran liegen, dass zwei gegenläufige Effekte möglich sind: Einerseits könnten Ärztinnen und Ärzte, die oft Stigmatisierung erfahren, erwarten, dass dies wieder geschieht, und deshalb seltener offen über durchgeführte Abbrüche sprechen. Andererseits könnten sie, gerade weil sie seltener offen darüber sprechen, auch weniger Stigmatisierung erfahren.

Der offene Umgang mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Erfahrung positiver Reaktionen hängen zusammen. Dieser Zusammenhang ist dabei in beide Kausalrichtungen plausibel: Ein offener Umgang bietet mehr Gelegenheiten, positive Reaktionen zu erfahren. Gleichzeitig können positive Erfahrungen zu einem offeneren Umgang ermutigen.

7.3.4.7.5 Einflussfaktoren auf Stigmatisierungserfahrungen

Tätigkeitsstätte

Die Tätigkeitsstätte der Befragten steht im Zusammenhang mit antizipierter und erlebter Stigmatisierung sowie dem offenen Umgang mit dem eigenen Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen.

Antizipierte Stigmatisierung: 28,1 % der Befragten in Einzelpraxen antizipieren mehr als selten Stigmatisierung gegenüber 18,0 % derjenigen, die in Gemeinschaftspraxen, Praxismgemeinschaften oder MVZs tätig sind und 15,9 % der Befragten, die in Kliniken arbeiten. Gleichzeitig antizipieren diese zu 71,0 % keine Stigmatisierung, während dies bei den Befragten in Gemeinschaftspraxen, Praxismgemeinschaften oder MVZ 54,1 % sind und jenen in Einzelpraxen 46,9 %. Damit antizipieren

die Befragten in Einzelpraxen am häufigsten Stigmatisierung und die Befragten in Kliniken am seltensten.

Erlebte Stigmatisierung: 39,1 % der Befragten in Einzelpraxen erleben mehr als selten Stigmatisierung gegenüber 29,0 % denjenigen, die in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder MVZ tätig sind und 19,6 % der Befragten, die in Kliniken arbeiten. Gleichzeitig erleben diese zu 51,8 % keine Stigmatisierung, während dies bei den Befragten in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder MVZ nur 38,3 % sind und bei jenen in Einzelpraxen sogar nur 28,3 %. Damit erleben die Befragten in Einzelpraxen am häufigsten Stigmatisierung und die Befragten in Kliniken am seltensten.

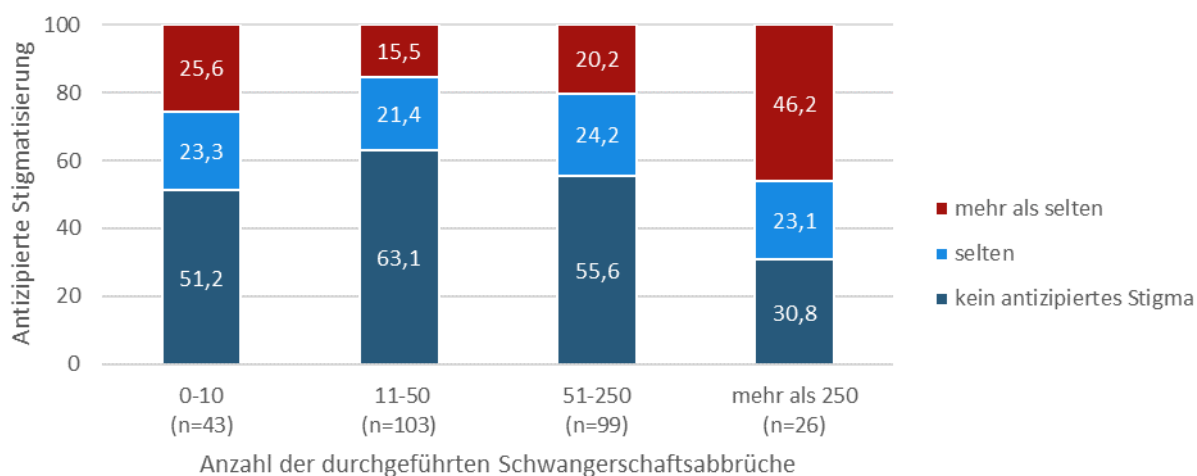
Umgang mit Stigmatisierung: 25,0 % der Befragten in Einzelpraxen gehen in mindestens einem Lebensbereich nie offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Bei den Befragten, die in Kliniken arbeiten, sind es 22,4 % und bei jenen, die in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder MVZs tätig sind, 11,6 %. Gleichzeitig gehen diese mit 32,1 % am häufigsten offen damit um, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Bei den Befragten in Einzelpraxen sind es lediglich 19,8 % und bei jenen in Kliniken 17,9 %. Damit gehen die Befragten, die in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder MVZs tätig sind, am häufigsten offen damit um, dass sie Abbrüche durchführen.

Ärztinnen und Ärzte, die in Kliniken arbeiten, antizipieren und erleben seltener Stigmatisierung. Ärztinnen und Ärzte, die gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen in einer Praxis arbeiten, gehen häufiger offen mit ihrem Angebot um. Ärztinnen und Ärzte, die in Einzelpraxen arbeiten, antizipieren und erleben häufiger Stigmatisierung.

Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche

Die Befragten, die mehr als 250 Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 durchführten, gaben deutlich häufiger (46,2 %) an, Stigmatisierung mehr als selten zu antizipieren, als die Befragten, die weniger Abbrüche durchführten (bis 25,6 %). Entsprechend liegt auch der Anteil an Befragten, die keine Stigmatisierung antizipieren, mit 30,8 % bei jenen mit mehr als 250 Abbrüchen am niedrigsten. Befragte mit 0-10 Abbrüchen gaben etwas seltener an, keine Stigmatisierung zu antizipieren (51,2 %) als Befragte mit 11-50 (63,1 %) bzw. 51-250 durchgeführten Abbrüchen (55,6 %).

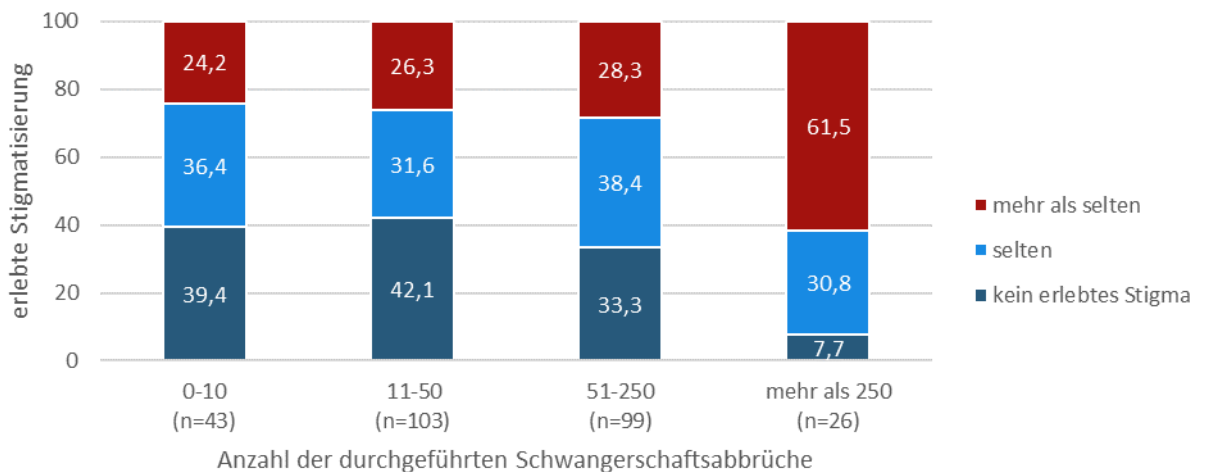
Abb. 7.325: Antizipierte Stigmatisierung nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent)



n=271, Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Mit 61,5 % erleben Ärztinnen und Ärzte mit mehr als 250 durchgeführten Abbrüchen deutlich häufiger Stigmatisierung gegenüber 24,2 % bis 28,3 % der Ärztinnen und Ärzte mit weniger Abbrüchen. Entsprechend ist der Anteil derer, die nie Stigmatisierung erleben, bei jenen mit 250 und mehr durchgeführten Abbrüchen mit 7,7 % deutlich geringer als bei jenen, die weniger Abbrüche durchführten. Hier liegt der Anteil zwischen 33,3 % und 42,1 %. Der Zusammenhang ist schwach und signifikant.

Abb. 7.326: Erlebte Stigmatisierung nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent)



n=253, $p=0,184$; $p=0,003$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

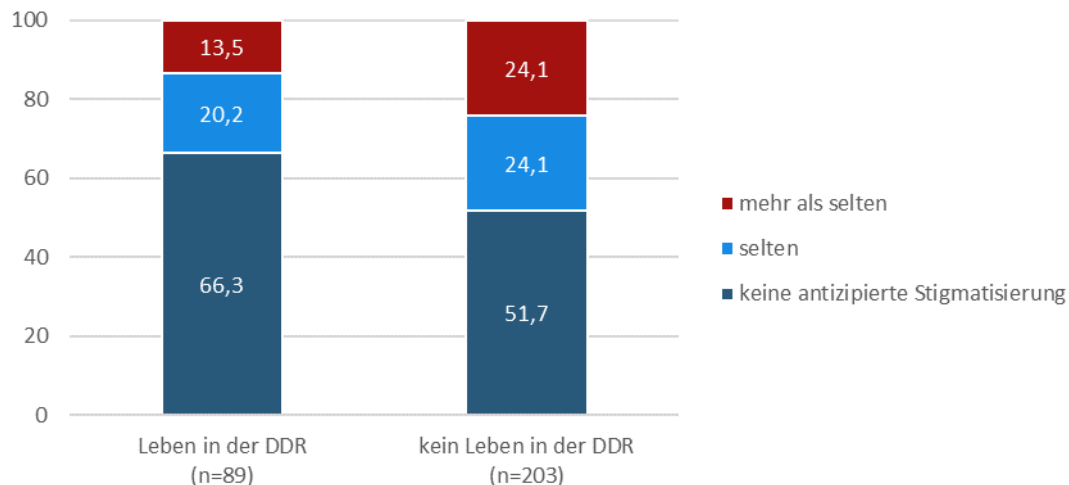
Ärztinnen und Ärzte, die im Jahr 2021 mehr als 250 Abbrüche durchgeführt haben, weisen ein höheres Maß an antizipierter und erlebter Stigmatisierung auf als Ärztinnen und Ärzte mit weniger Abbrüchen. Ärztinnen und Ärzte mit sehr wenigen (bis zu zehn) durchgeführten Abbrüchen zeigen ein höheres Ausmaß an antizipierter Stigmatisierung als Ärztinnen und Ärzte mit mehr als bis zu 250 durchgeführten Abbrüchen.

7.3.4.7.6 Regionale Unterschiede bezüglich Stigmatisierungserfahrungen

Unterschiede zwischen Ost und West

Haben die Befragten einen Teil ihres Lebens in der DDR verbracht, so antizipieren sie seltener Stigmatisierung als Befragte, die keinen Teil ihres Lebens in der DDR verbracht haben. 66,3 % der Ersteren geben an, nie Stigmatisierung zu antizipieren, während dieser Anteil bei Letzteren bei 51,7 % liegt.

Abb. 7.327: Antizipierte Stigmatisierung nach Leben in der DDR (in Prozent)



n=292, Cramers V=0,145; p=0,047

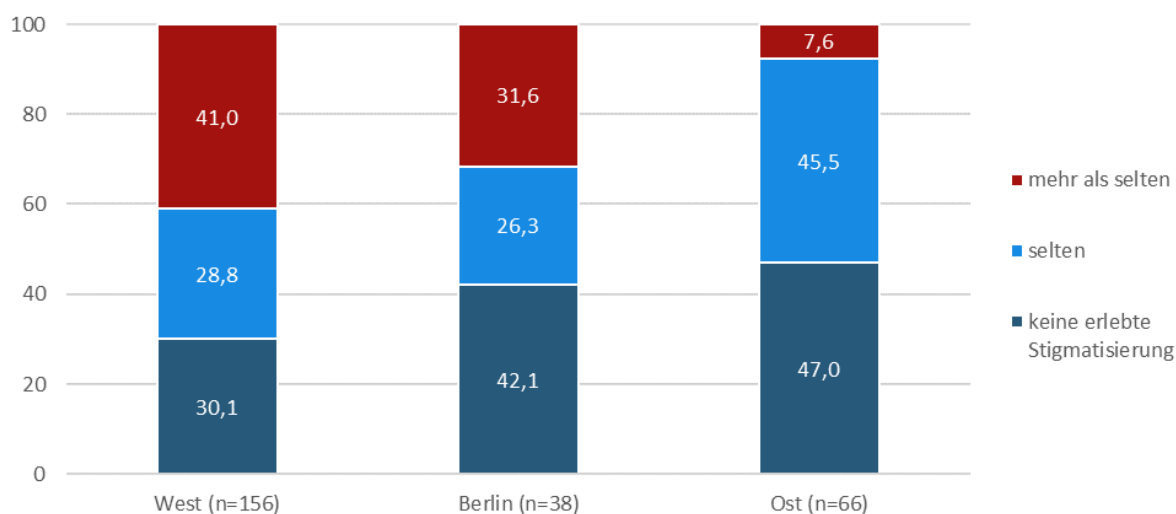
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Ein ähnlicher Zusammenhang findet sich für den Umgang mit Stigmatisierung: Befragte, die ihr Leben mindestens teilweise in der DDR verbracht haben, gehen häufiger offen damit um, dass sie Abbrüche durchführen, als Befragte, die nie in der DDR gelebt haben. So liegt der Anteil bei ersteren Befragten, die oft offen damit umgehen, bei 36,0 %, während dieser Anteil bei Letzteren nur bei 21,4 % liegt.

Weiterhin besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Region, in der die Ärztinnen und Ärzte aktuell Abbrüche durchführen und dem Ausmaß an antizipierter Stigmatisierung. Während 69,9 % der Ärztinnen und Ärzte, die in ostdeutschen Ländern tätig sind, keine Stigmatisierung antizipieren, sind es nur 45,1 % der Ärztinnen und Ärzte, die in Westdeutschland tätig sind. Bei Ärztinnen und Ärzte, die in Berlin tätig sind, ist dieser Anteil mit 81,8 % am größten.

Ein signifikanter Zusammenhang besteht auch zwischen der Region, in der die Ärztinnen und Ärzte aktuell Abbrüche durchführen und dem Ausmaß an erlebter Stigmatisierung. 30,1 % der Ärztinnen und Ärzte, die in westdeutschen Ländern tätig sind, geben an, keine Stigmatisierung zu erleben. 41,0 % erleben sie mehr als selten. Von den Ärztinnen und Ärzte, die in Ostdeutschland tätig sind, geben 47,0 % an, keine Stigmatisierung zu erleben, lediglich 7,6 % erleben sie mehr als selten.

Abb. 7.328: Erlebte Stigmatisierung nach Region Ost/West/Berlin (in Prozent)



n=260, Cramers V=0,220, p<0,001

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Befragte, die eine Zeit lang in der DDR gelebt haben, gehen häufiger offen mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen um. Sie zeigen ein geringeres Ausmaß an antizipierter Stigmatisierung.

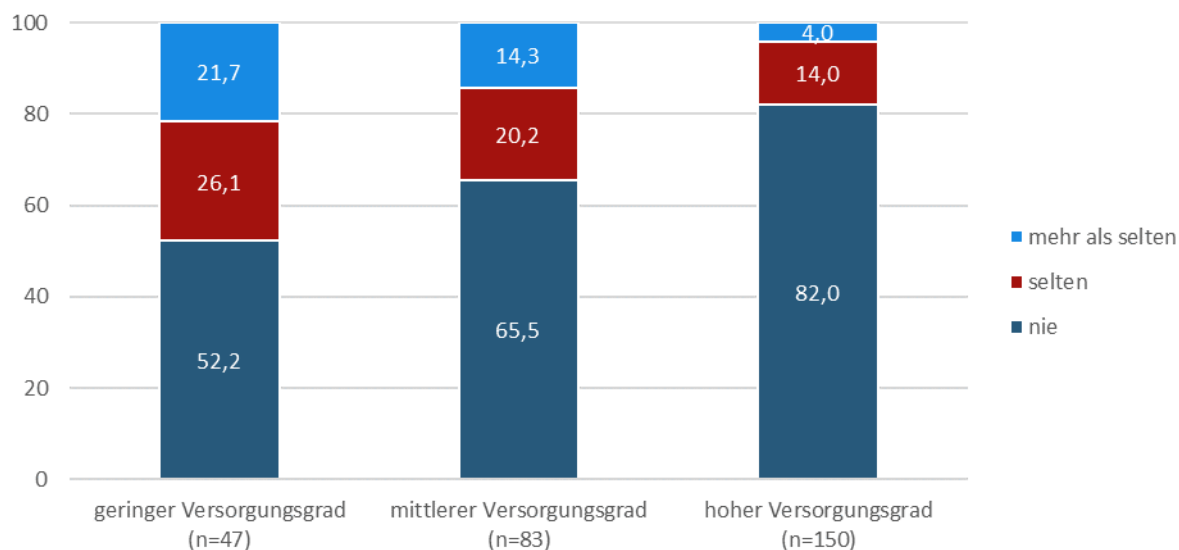
Befragte, die in Ostdeutschland tätig sind, antizipieren und erleben Stigmatisierung seltener als Ärztinnen und Ärzte, die in Westdeutschland tätig sind.

Regionaler Versorgungsgrad

Je geringer der Versorgungsgrad der Region, in der die Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen, desto häufiger antizipieren die Befragten Stigmatisierung. 68,7 % der Befragten, die in der Region mit hohem Versorgungsgrad tätig sind, gaben an, nie Stigmatisierung zu antizipieren. Dieser Anteil beträgt bei Befragten, die in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad tätig sind, nur noch 46,4 % und sinkt auf 40,0 % bei Befragten aus der Region mit geringem Versorgungsgrad. Entsprechend steigt der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die mehr als selten Stigmatisierung antizipieren, von 10,7 % (hoher Versorgungsgrad) auf 31,1 % (geringer Versorgungsgrad).

Bei der Auswertung von antizipierter Stigmatisierung in den einzelnen Lebensbereichen (beruflich/privat) fällt auf, dass hier ein besonders starker Zusammenhang zwischen dem regionalen Versorgungsgrad und der Befürchtung negativer Reaktionen durch Kolleginnen und Kollegen besteht. Während in der Region mit hohem Versorgungsgrad 82,0 % der Befragten angaben, nie negative Reaktionen von Kolleginnen und Kollegen zu fürchten, liegt dieser Anteil in der Region mit geringem Versorgungsgrad nur bei etwa der Hälfte (52,2 %) und damit deutlich niedriger. Ein Fünftel der Befragten (21,7 %) in der Region mit geringem Versorgungsgrad fürchtet mehr als selten negative Reaktionen von Kolleginnen und Kollegen gegenüber 4,0 % der Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad.

Abb. 7.329: Befürchtung negativer Reaktionen durch Kolleginnen und Kollegen nach Versorgungsregion (in Prozent)

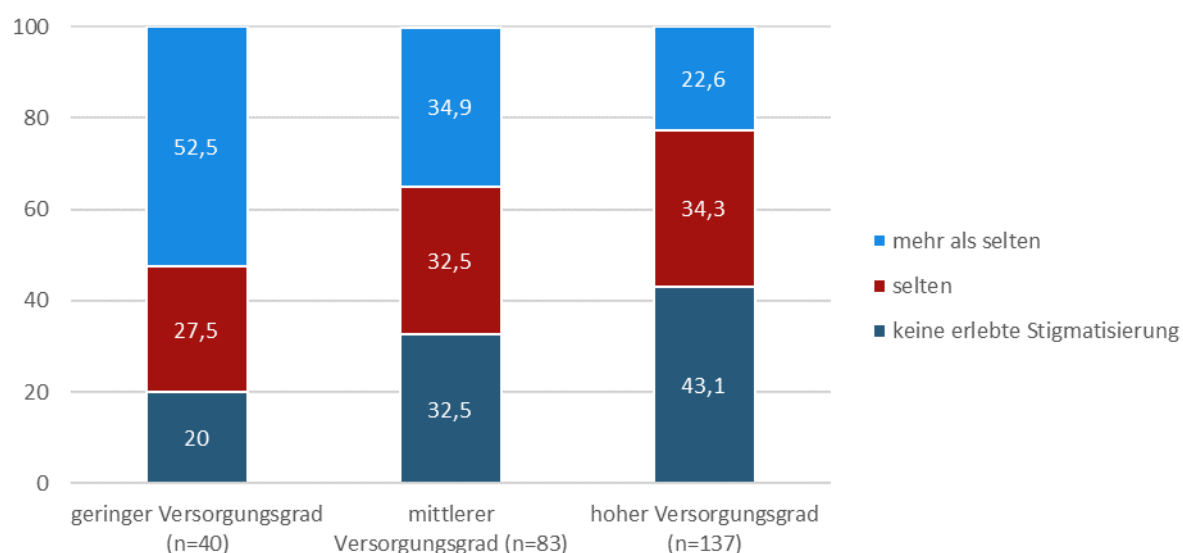


$p=0,269$; $p<0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Die Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad erleben am seltensten Stigmatisierung und die in der Region mit geringem Versorgungsgrad am häufigsten. Während bei hohem Versorgungsgrad 43,1 % der Befragten nie Stigmatisierung erleben, liegt dieser Anteil bei geringem Versorgungsgrad nur bei einem Fünftel der Befragten (20,0 %). Demgegenüber erleben immerhin fast ein Viertel (22,6 %) der Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad mehr als selten Stigmatisierung, ein Drittel (34,9 %) der Befragten in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad und mehr als die Hälfte (52,5 %) in der Region mit geringem Versorgungsgrad.

Abb. 7.330: Erlebte Stigmatisierung nach Versorgungsregion (in Prozent)



$p=0,224$; $p<0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Bei der Auswertung der einzelnen Items zu erlebter Stigmatisierung ergeben sich moderate bis schwache Zusammenhänge, die in der folgenden Tabelle überblicksartig dargestellt sind. Zusätzlich ist der Anteil der Befragten ausgewiesen, die hier jeweils „nie“ angegeben haben. Je höher der

Versorgungsgrad, desto seltener erleben die Befragten Stigmatisierung. Ein besonders deutlicher Unterschied zwischen den nach regionalem Versorgungsgrad unterteilten Gruppen der Befragten zeigt sich für fehlende Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen.

Tab. 7.61: Erlebte Stigmatisierungen nach Versorgungsregion (in Prozent)

	Region mit geringem Versorgungsgrad (in %)	Region mit mittlerem Versorgungsgrad (in %)	Region mit hohem Versorgungsgrad (in %)	Spearman's Rho p
Erlebtes Stigma				
Nie: Keine Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen	52,5	61,3	79,1	-0,231***
Nie: Ablehnende Behandlung durch Menschen im privaten Umfeld	70,0	73,2	86,7	-0,195**
Nie: Negative Äußerungen durch Patientinnen	61,5	68,7	80,1	-0,165**
Nie: Angriffe oder Bedrohungen	67,4	75,3	77,7	kein Zhg.
Nie: Demonstrationen oder Gehsteigbelästigungen vor der Einrichtung	69,0	89,2	91,1	-0,189**

*** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Je höher der regionale Versorgungsgrad, desto seltener antizipieren oder erleben die Befragten Stigmatisierung: In Regionen mit hohem Versorgungsgrad antizipieren mehr als zwei Drittel der Befragten (68,7 %) nie Stigmatisierung, in Regionen mit mittlerem bzw. geringem Versorgungsgrad sind es weniger als die Hälfte der Befragten (46,4 % bzw. 40,0 %). In der Region mit hohem Versorgungsgrad erlebt fast die Hälfte der Befragten nie Stigmatisierung (43,1 %). Dieser Anteil liegt in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad bei knapp einem Drittel (32,5 %) und in der Region mit geringem Versorgungsgrad bei einem Fünftel (20,0 %).

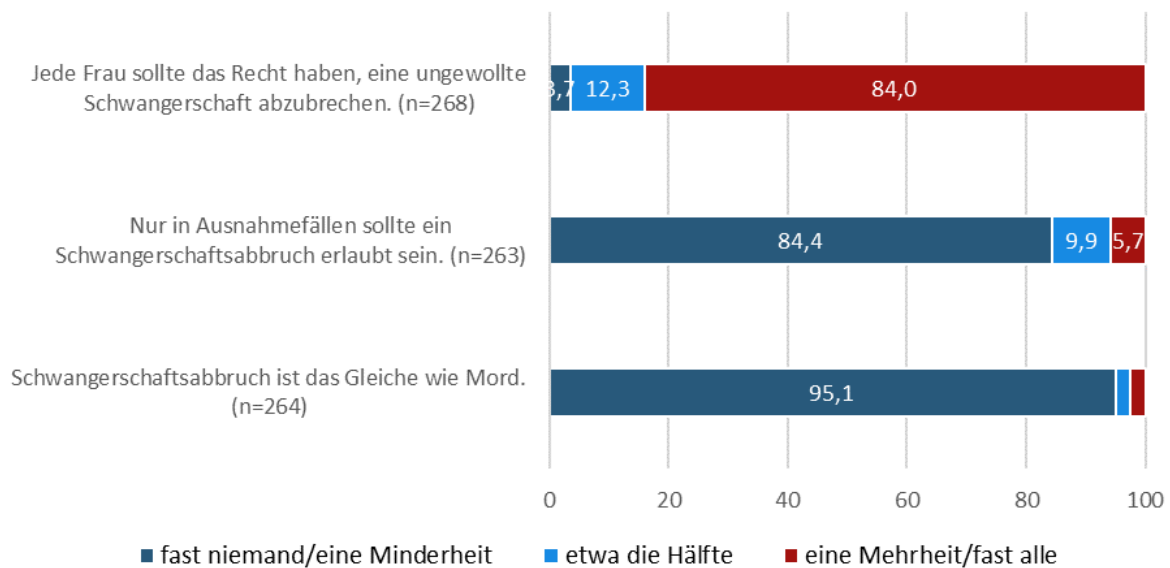
7.3.3.7.7 Einschätzung der Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch von Menschen in der Stadt oder Gemeinde

84,0 % der Befragten schätzten, dass in ihrer Stadt oder Gemeinde fast alle oder eine Mehrheit oder der Überzeugung sind, dass jede Frau das Recht haben sollte, eine ungewollte Schwangerschaft abzuberechnen. 3,7 % der Befragten schätzten, dass in ihrer Stadt oder Gemeinde eine Minderheit dieser Überzeugung sei. „Fast niemand“ wurde als Antwort überhaupt nicht angegeben.

Bei der Frage, wie viele Menschen in der Stadt oder Gemeinde der Meinung sind, dass Schwangerschaftsabbrüche nur in Ausnahmefällen erlaubt sein sollten, dreht sich dieses Verhältnis um: 5,7 % der Befragten schätzten ein, dass fast alle oder eine Mehrheit in ihrer Stadt oder Gemeinde dieser Überzeugung sind, 84,4 % schätzten die Zustimmung zu dieser Aussage auf eine Minderheit oder fast niemanden.

Noch eindeutiger ist die Einschätzung über die Einstellungen der Menschen in der Stadt oder Gemeinde, wenn es um die Überzeugung geht, dass Schwangerschaftsabbruch das Gleiche wie Mord sei: Fast die Hälfte der Befragten (44,3 %) ging davon aus, dass fast niemand in ihrer Stadt oder Gemeinde dieser Überzeugung ist, 50,8 % schätzten eine Minderheit so ein. Lediglich 4,9 % denken, dass etwa die Hälfte oder eine Mehrheit in ihrer Stadt oder Gemeinde dieser Überzeugung sind.

Abb. 7.331: Einschätzung von Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch in der Stadt/Gemeinde (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Es besteht ein schwacher und signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an antizipierter Stigmatisierung und der Einschätzung, wie viele Menschen in der Region die Einstellung vertreten, dass jede Frau das Recht haben sollte, eine ungewollte Schwangerschaft abzubrechen. Je liberaler die Menschen in der Region eingeschätzt werden, desto weniger Befragte weisen Anzeichen von antizipierter Stigmatisierung auf.

Es bestehen schwache und signifikante Zusammenhänge zwischen der Einschätzung zu den Einstellungen in der Region und wo die Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Dabei zeigt sich, dass Ärztinnen und Ärzte, die in Westdeutschland bzw. der Region mit geringem Versorgungsgrad tätig sind, die Einstellungen in ihrer Region restriktiver einschätzen als die Ärztinnen und Ärzte, die in Ostdeutschland bzw. in den Regionen mit höherem Versorgungsgrad tätig sind.

Tab. 7.62: Einschätzung der Einstellungen in der Stadt/Gemeinde nach Versorgungsregion (in Prozent)

	Region mit geringem Versorgungsgrad (in %)	Region mit mittlerem Versorgungsgrad (in %)	Region mit hohem Versorgungsgrad (in %)	Spearman's Rho ρ
Einstellungen in der Region				
eine Mehrheit/fast alle: Jede Frau sollte das Recht haben, eine ungewollte Schwangerschaft abzubrechen.	62,5	83,1	90,4	0,226***
Fast niemand / eine Minderheit: Nur in Ausnahmefällen sollte ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein.	68,4	77,2	93,9	-0,206**
Etwa die Hälfte / eine Mehrheit: Schwangerschaftsabbruch ist das Gleiche wie Mord.	15,8	5,1	1,5	nicht signifikant

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

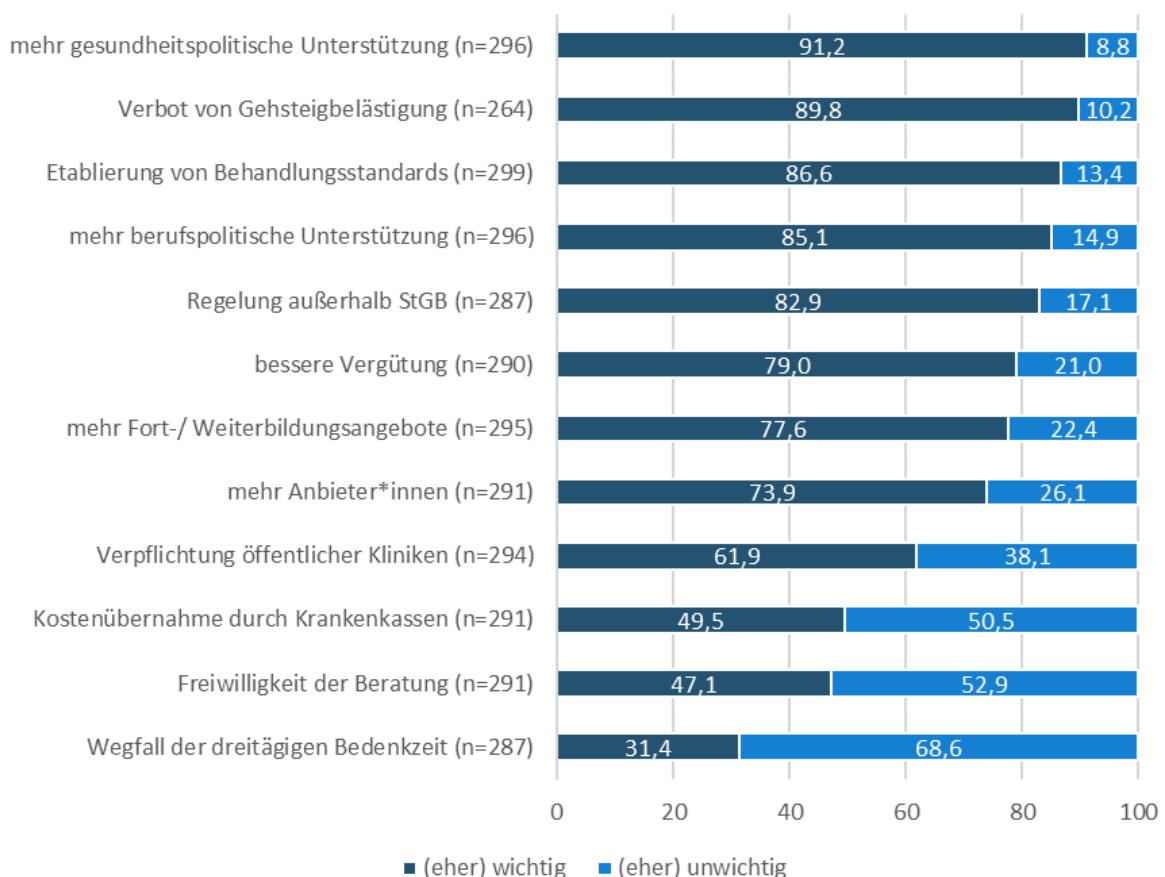
Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

7.3.4.8 Veränderungswünsche

Diese Ergebnisse stellen dar, welche Veränderungswünsche Ärztinnen und Ärzte äußern, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Im Rahmen der Befragung sollten die Ärztinnen und Ärzte auf einer vierstufigen Skala von wichtig bis unwichtig angeben, als wie wichtig sie zwölf vorgegebene Veränderungsmöglichkeiten in Bezug auf das Thema Schwangerschaftsabbruch bewerten. Für die folgenden Darstellungen wurden die Ausprägungen „wichtig“ und „eher wichtig“ zu „(eher) wichtig“ sowie „unwichtig“ und „eher unwichtig“ zu „(eher) unwichtig“ zusammengefasst.

Mehr als drei Viertel der Befragten gaben an, dass sie die folgenden Veränderungen (eher) wichtig finden: mehr gesundheitspolitische Unterstützung (91,2 %), Verbot von Gehsteigbelästigung (89,8 %), Etablierung von Behandlungsstandards (86,6 %), mehr berufspolitische Unterstützung (85,1 %), Regelung außerhalb des Strafbuchgesetzbuches (82,9 %), eine bessere Vergütung (79,0 %) und mehr Fort- und Weiterbildungsangebote (77,6 %). Die Erhöhung der Zahl der Anbieterinnen und Anbieter (73,9 %) und die Verpflichtung öffentlicher Krankenhäuser, Abbrüche durchzuführen (61,9 %) wurde von mehr als der Hälfte der Befragten als (eher) wichtig eingeschätzt. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen und die Freiwilligkeit der Beratung finden jeweils etwa die Hälfte der Befragten (eher) wichtig (49,5 % bzw. 47,1 %). Nur ein knappes Drittel (31,4 %) der Befragten bewertete den Wegfall der dreitägigen Bedenkzeit als (eher) wichtig.

Abb. 7.332: Veränderungswünsche (in Prozent)



Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Niemand der Befragten fand alle Veränderungen für (eher) unwichtig. Etwa 8 % sahen bis zu vier Veränderungen als (eher) wichtig, während ein Drittel fünf bis acht Veränderungen als wichtig erachtete. Knapp 59,6 % sahen neun und mehr der zwölf vorgeschlagenen Veränderungen als

(eher) wichtig an. Die Zustimmungswerte für die angegebenen Veränderungen sind für die meisten Befragten als sehr hoch zu bewerten.

Viele der vorgegebenen Veränderungen werden von den Befragten als (eher) wichtig erachtet. Jeweils mehr als drei Viertel der Befragten bewerteten mehr gesundheitspolitische Unterstützung, das Verbot von Gehsteigbelästigung, die Etablierung von Behandlungsstandards, mehr berufspolitische Unterstützung, eine Regelung außerhalb des Strafgesetzbuches, eine bessere Vergütung und mehr Fort- und Weiterbildungsangebote als (eher) wichtig.

7.3.4.8.1 Zusammenhänge mit der Einschätzung der Versorgungslage

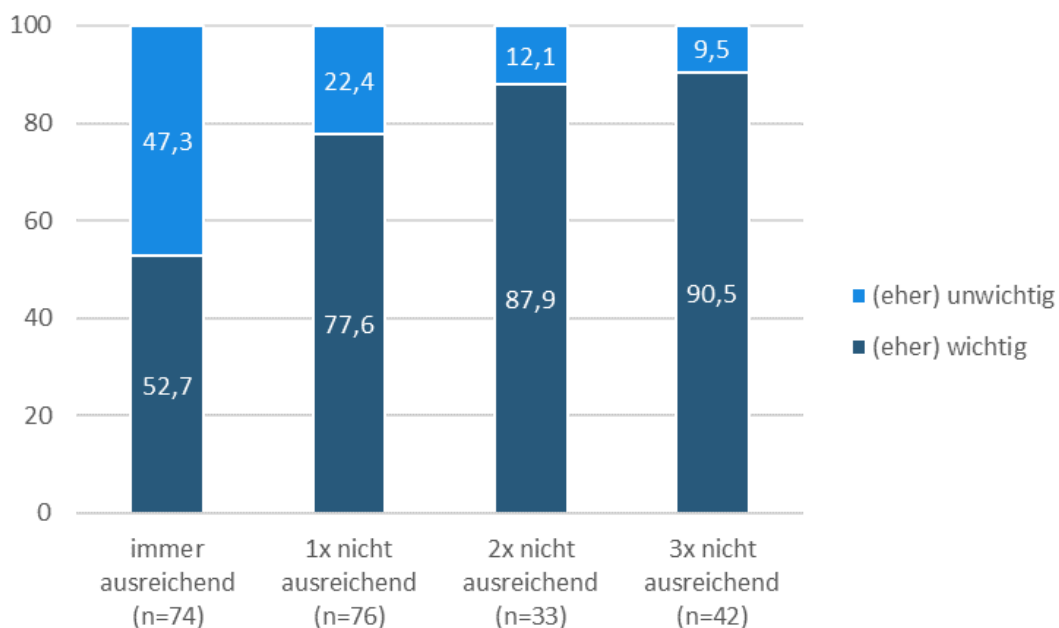
Die Befragten konnten angeben, ob sie die Versorgungslage in ihrer Region in Hinblick auf drei Aspekte als ausreichend einschätzen: das Angebot operativer Schwangerschaftsabbrüche, medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche sowie Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der regionalen Versorgungslage durch die Befragten und der Zustimmung zu den vorgeschlagenen Veränderungen.

Je mehr Mängel die Befragten in der Versorgungslage ihrer Region sahen, desto mehr der vorgeschlagenen Veränderungen bewerteten sie als (eher) wichtig.

Besonders stark ist der Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Versorgungslage und den Veränderungen „mehr Anbieterinnen und Anbieter“, „mehr berufspolitische Unterstützung“ und „mehr Fort- und Weiterbildungsangebote“. Hier unterscheiden sich die Angaben der Befragten besonders stark danach, wie ausreichend sie die Versorgungslage in ihrer Region bewerten.

Der stärkste Zusammenhang zeigt sich für den Wunsch nach der Erhöhung der Anzahl von Anbieterinnen und Anbieter. Wenn die Befragten die regionale Versorgungslage in allen drei Aspekten als ausreichend ansehen, so bewerteten sie die Erhöhung der Anzahl von Anbieterinnen und Anbieter mit 52,7 % deutlich seltener als (eher) wichtig, als wenn sie die Versorgungslage in zwei oder drei Aspekten als nicht ausreichend bewerten (87,9 % zw. 90,5 %).

Abb. 7.333: Veränderungswunsch „mehr Anbieterinnen und Anbieter“ nach Einschätzung der Versorgungslage (in Prozent)



$p=-0,375$; $p<0,001$

Quelle: ELSA-Befragung von Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen 2022

Schätzten die Befragten die Versorgungslage in allen drei Aspekten als ausreichend ein, so fanden 77,9 % mehr berufspolitische Unterstützung (eher) wichtig. Bei Befragten, die die Versorgungslage in zwei oder gar drei Aspekten nicht als ausreichend bewerteten, liegt dieser Anteil mit 97,0 % bzw. 92,7 % deutlich höher.

Mehr Fort- und Weiterbildungsangebote wurden von 70,1 % der Befragten, die die Versorgungslage in allen drei Punkten als ausreichend betrachten, als (eher) wichtig angesehen. Im Vergleich dazu sind es 90,6 % bzw. 85,0 % derjenigen, die die Versorgung in zwei bis drei Punkten nicht als ausreichend einschätzen.

In je mehr Punkten die Befragten die Versorgungslage in ihrer Region als nicht ausreichend einschätzen, desto häufiger hielten sie Veränderungen im Themenfeld Schwangerschaftsabbruch für (eher) wichtig.

7.3.4.8.2 Zusammenhänge mit der Handlungssicherheit

74,3 % der Anbieterinnen und Anbieter, die sich in allen drei Methoden sicher in der Durchführung fühlen, gaben an, dass mehr Fort- und Weiterbildungsangebote (eher) wichtig für sie sind gegenüber 86,6 % der Befragten, die in mindestens einer Methode (eher) unsicher sind.

Befragte, die sich eher unsicher sind bzgl. der medizinischen Abläufe bei einem Schwangerschaftsabbruch wünschen sich häufiger mehr Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema.

7.3.5 Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten zu Handlungsempfehlungen (AP 3.5)

In diesem Abschnitt präsentieren wir die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch. Ziel dieser Diskussionen war es, ein vertieftes Verständnis der quantitativ gewonnenen Ergebnisse zu erlangen und spezifische Anliegen, Erwartungen sowie Perspektiven der Teilnehmenden sichtbar zu machen. Die Methode der Gruppendiskussion ermöglichte es, Erfahrungen, Meinungen, Argumentationen und gegenläufige Positionen zu erfassen und sowohl die gegenwärtigen Probleme zu diskutieren als auch Handlungsmöglichkeiten auszuloten. Alle ausgewählten Teilnehmenden waren Expertinnen und Experten, die professionell mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch befasst sind. Daher werden ihre Diskussionsbeiträge nicht nur als individuelle Meinungen, sondern auch als repräsentative Stimmen ihrer Berufsgruppe betrachtet. Die Fragestellungen der Gruppendiskussionen konzentrierten sich ausschließlich auf die Versorgung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen.

In der ersten von zwei Diskussionen richtete sich die Diskussion auf die Fragen, welche Probleme derzeit gesehen werden und welche Änderungen erforderlich sind, um die Versorgung für Frauen zu verbessern. Die zweite Diskussion bezog die Erkenntnisse der ersten Diskussion mit ein. Auch hier wurde zunächst die Frage nach der Einschätzung der aktuellen bedarfsgerechten Versorgung gestellt. Im Anschluss wurden Lösungsansätze diskutiert und abgewogen. Besonders berücksichtigt wurde dabei die regionale Versorgungssituation. Die transkribierten Diskussionen wurden mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet und Kategorien gebildet.

In diesem Ergebnisteil werden die gewonnenen Erkenntnisse systematisch entlang der gewonnenen neun Kategorien strukturiert, um ein umfassendes Bild der aktuellen Situation in der medizinischen Versorgung zum Schwangerschaftsabbrüchen zu vermitteln. Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der folgenden Kategorien **Datenlagen/Bewertungsgrundlage, Zuständigkeiten für**

die Versorgung, gesundheitspolitische Unterstützung, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten, fachverbandliche Unterstützung, bürokratischer Aufwand/Zulassungsbedingungen, Finanzierung sowie Versorgung durch Kliniken.

Diese Kategorien ermöglichen es, die identifizierten Herausforderungen und Chancen gezielt zu beleuchten und die unterschiedlichen Aspekte der Versorgung differenziert darzustellen.

Abb. 7.334: Inhaltsanalytische Kategorienzuordnung der Diskussionsinhalte



7.3.5.1 Zuständigkeiten für die Bewertung der Versorgung

Die Verantwortung für ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen liegt in Deutschland bei den einzelnen Bundesländern. Die Ausgestaltung dieser wichtigen Gesundheitsleistung ist somit Ländersache, was in einem föderalen System zu einer Vielfalt von Zuständigkeiten und Strukturen führt. Im Rahmen unserer Untersuchungen sind wir auf eine erhebliche Unübersichtlichkeit der Strukturen und Zuständigkeiten gestoßen, die eine effektive und effiziente Erbringung dieser medizinischen Leistung erheblich beeinträchtigt. Es zeigte sich, dass nicht nur die Zugehörigkeit der verantwortlichen Ministerien und Abteilungen, sondern auch die Identifikation konkreter Ansprechpartner für die Akteure im Bereich der medizinischen Versorgung, einschließlich der Ärzteschaft und der betroffenen Frauen, häufig unklar ist.

Eine transparente Darstellung und Bewertung der Maßnahmen und Zuständigkeiten in den einzelnen Bundesländern fehlt weitgehend, was zu Verunsicherung und möglichen Versorgungslücken führt. Um dem entgegenzuwirken, sollten zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen klar definiert und die Zuständigkeiten eindeutig festgelegt werden. Die zuständigen Strukturen müssen nicht nur genau benannt werden, sondern auch deren Arbeitsweise und Zuständigkeiten müssen transparent gemacht werden. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit einer verstärkten Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Institutionen betont. Als potenzielle Netzwerkpartnerinnen und -partner wurden die Landesministerien, die Landesärztekammern, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Fachverbände der Gynäkologie und der Allgemeinmedizin sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen identifiziert. Die Verbesserung der Kommunikation zwischen diesen Akteuren kann ein wesentlicher Schritt sein, um Missverständnisse zu reduzieren und die Koordination der Versorgungsleistungen zu optimieren.

Die Schaffung klarer und zugänglicher Strukturen und die Förderung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen sind daher unverzichtbare Maßnahmen, um

die Versorgungssituation in den Bundesländern nachhaltig zu verbessern. Nicht nur zur Klärung der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, sondern auch zur Sicherstellung einer flächendeckenden, barrierefreien und qualitativ hochwertigen Versorgung ist ein gemeinsames, zielorientiertes Vorgehen aller beteiligten Akteure notwendig.

7.3.5.2 Datenlage zur Bewertung der Versorgungssituation

Die Beurteilung der Versorgungssituation im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs wird durch eine erhebliche Intransparenz der Datenlage erschwert. Die Unübersichtlichkeit und mangelnde Verfügbarkeit von Informationen über die regionale Bedarfssituation und die allgemeine Datenlage erschweren eine fundierte Bewertung. Diese Situation unterstreicht die dringende Notwendigkeit, die spezifischen Bedarfe in den einzelnen Bundesländern detailliert zu erfassen und zu bewerten. Es müssen geeignete Instrumente entwickelt und implementiert werden, die nicht nur eine umfassende Bedarfsanalyse und -planung ermöglichen, sondern auch die regionalen Besonderheiten berücksichtigen.

Die Schaffung einer umfassenden Transparenz hinsichtlich der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen ist ein zentraler Aspekt dieser Herausforderung. Detaillierte und leicht zugängliche Informationen darüber, welche Einrichtungen bzw. Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Regionen und Bundesländern Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sind von entscheidender Bedeutung. Diese Transparenz ist nicht nur für die Beurteilung und Planung der Versorgungssituation unabdingbar, sondern auch, um betroffenen Frauen Orientierung zu bieten und ihnen den Zugang zu den benötigten medizinischen Leistungen zu erleichtern.

Darüber hinaus erfordert die Verbesserung der Datenlage eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Gesundheitsministerien der Länder, den medizinischen Einrichtungen, Fachverbänden und weiteren relevanten Akteuren. Durch die Etablierung eines standardisierten Erhebungs- und Berichtswesens könnten wertvolle Daten generiert werden, die eine realistische Einschätzung der Versorgungssituation sowie eine effektive Planung der notwendigen Ressourcen und Maßnahmen unterstützen. Letztendlich zielt die Forderung nach verbesserten Erhebungsmethoden und einer größeren Transparenz darauf ab, sowohl die Effizienz der vorhandenen Versorgungsstrukturen zu steigern als auch sicherzustellen, dass jede Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, Zugang zu den benötigten medizinischen Dienstleistungen hat, unabhängig von ihrem Wohnort. Die Entwicklung einer solchen umfassenden und detaillierten Datengrundlage würde einen bedeutenden Fortschritt in der Gesundheitsversorgung und im speziellen Bereich der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen darstellen.

7.3.5.3 Gesundheitspolitische Unterstützung

Die Teilnehmenden äußerten ihre Besorgnis über die unzureichende gesundheitspolitische Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Sie betonten, dass in einer besseren Unterstützung ein erhebliches, bisher ungenutztes Potenzial liegt, nicht nur die Versorgung an sich, sondern auch die Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal und das allgemeine Klima rund um das Thema zu verbessern. Es wurde deutlich, dass die Bewältigung dieser Herausforderung eine gemeinsame Anstrengung erfordert, bei der verschiedene Akteure zusammenarbeiten müssen, um substanzielle Fortschritte zu erzielen.

Insbesondere bundespolitische Initiativen sowie Unterstützungsleistungen der Landesärztekammern und Landesministerien wurden von den Diskussionsteilnehmern als wegweisend für die Erreichung dieser Ziele angesehen. Innerhalb der erarbeiteten Handlungsfelder wurden mehrere Schlüsselstrategien identifiziert, die die Grundlage für eine umfassende Verbesserung bilden könnten:

7.3.5.3.1 Die Schaffung von Kommunikations- und Vernetzungsstrukturen

Es wurde als vordringlich angesehen, tragfähige Kommunikationsstrukturen zu entwickeln und die Vernetzung zwischen allen relevanten Akteuren auf Bundes- und Landesebene zu fördern. Die Betonung liegt hierbei auf einem integrativen Prozess, der die Qualität der Versorgung in den Mittelpunkt stellt, Verbesserungspotenziale aufdeckt und schnellstmöglich umsetzt. Hierbei sollte auch der Einbezug von Krankenhäusern in Betracht gezogen werden, um den Prozess ganzheitlich zu gestalten.

7.3.5.3.2 Die Schaffung von Problembewusstsein

Als weiteres wichtiges Instrument wurde die Notwendigkeit der Schaffung eines stärkeren Problembewusstseins hervorgehoben. Vorgeschlagen wurden die Thematisierung relevanter Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs in ärztlichen Qualitätszirkeln sowie die Förderung und Finanzierung zielgerichteter Fortbildungen, insbesondere auch zum Thema medikamentöser Schwangerschaftsabbruch, durch die Bundesländer. Als vorbildlich wurden hierzu Fördermaßnahmen des Landes Bremen angeführt, die durch die Fortbildungen den Anteil von Ärztinnen und Ärzte erhöhen konnten, die im Land Bremen medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Darüber hinaus wurde auf die Bedeutung hingewiesen, die Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen vulnerabler Gruppen zu erhöhen.

7.3.5.3.3 Der Dialog über Barrieren und länderspezifische Besonderheiten sowie Restriktionen

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Förderung des Dialogs über länderspezifische Besonderheiten, Regelungen und etwaige Restriktionen. Durch einen solchen Dialog können notwendige Veränderungen zur Verbesserung der Versorgung identifiziert und vorangetrieben werden. Auch die Überprüfung und mögliche Abschaffung von Restriktionen, die derzeit Hausärztinnen und -ärzte betreffen, wurde als wichtig erachtet.

7.3.5.3.4 Entwicklung regional angepasster Strukturen:

Als strategische Maßnahme zur Verbesserung der Versorgungssituation wurde die Schaffung von spezialisierten Zentren, insbesondere in Regionen mit erhöhtem Bedarf, diskutiert. Eine solche Maßnahme würde es ermöglichen, zielgerichtete und spezialisierte Angebote dort vorzuhalten, wo sie am dringendsten benötigt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass durch eine Kombination aus gezielter politischer Unterstützung, struktureller Anpassung, Sensibilisierung und Dialog eine signifikante Verbesserung in der Versorgung und Unterstützung rund um Schwangerschaftsabbrüche erreicht werden kann. Es wird deutlich, dass eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ebenen und Akteuren notwendig ist, um die genannten Ziele zu erreichen und die Qualität der Versorgung insgesamt zu verbessern.

7.3.5.4 Weiterbildung und Fortbildungsmöglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch

Die während der Diskussionen angesprochenen Herausforderungen und Problemstellungen im Bereich der Fort- und Weiterbildung zum Schwangerschaftsabbruch beleuchteten eine Reihe kritischer Punkte. Ein zentrales Anliegen war dabei die fehlende Verbindlichkeit in der Wissensvermittlung. Derzeit besteht weder für Kliniken noch für deren leitende Ärztinnen und Ärzte eine verbindliche Vorgabe, fundierte Kenntnisse über Schwangerschaftsabbrüche zu lehren oder dieses wichtige Thema fest im Lehrplan zu verankern. Diese Lücke in der Ausbildung führt zu erheblichen Defiziten in den Basiskompetenzen des medizinischen Fachpersonals und wirkt sich direkt auf die Qualität der Patientinnenversorgung aus. Weiterhin wird die Rolle der gynäkologischen Fachgesellschaften als nicht ausreichend klar definiert wahrgenommen. Obwohl

die Verantwortung für die fachspezifische Fortbildung im Bereich der Schwangerschaftsabbrüche bei diesen Gesellschaften liegt, ist das Angebot an entsprechenden Bildungsprogrammen vonseiten der Fachverbände äußerst begrenzt. Daraus resultiert ein ausgeprägter Mangel an spezialisierten Fortbildungsangeboten, insbesondere zu Themen wie medikamentösem Abbruch, telemedizinische Versorgung und den besonderen Bedürfnissen vulnerabler Gruppen, die bislang weitgehend ungedeckt bleiben. Diese Lücke verstärkt die bestehenden Wissensdefizite innerhalb der medizinischen Betreuung. Im Rahmen der Diskussionen wurden die nachfolgenden Handlungsansätze vorgeschlagen, um diese Problematiken anzugehen:

7.3.5.4.1 Aufnahme in die fachärztlich Weiterbildungsordnung

Die Aufnahme spezifischer Lehrinhalte zum Schwangerschaftsabbruch in die Weiterbildungsordnung für Fachärztinnen und Ärzte wird als Schlüssel angesehen, um sicherzustellen, dass die Medizinerinnen und Mediziner von morgen mit dem erforderlichen Wissen und den nötigen Kompetenzen ausgestattet sind.

7.3.5.4.2 Entwicklung spezifischer Fort- und Weiterbildungskonzepte

Es besteht ein deutlicher Bedarf an der Entwicklung von Fortbildungsprogrammen, die gezielt auf die Durchführung von medikamentösen sowie operativen Schwangerschaftsabbrüchen ausgerichtet sind. Solche spezialisierten Bildungsangebote könnten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der regionalen Verfügbarkeit dieser medizinischen Dienstleistungen leisten.

7.3.5.4.3 Förderung von Kooperation und Vernetzung

Die Initiierung von regional ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen in Kooperation mit den Landesärztekammern, den berufsständischen Vereinigungen und den Kliniken, sowie eine intensivierete Vernetzung zwischen AllgemeinMedizinerinnen und Mediziner, Gynäkologinnen und Gynäkologen und Kliniken könnten wesentlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

7.3.5.4.4 Motivation und verstärkte Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten

Eine intensivere Einbindung der Berufsgruppe der Hausärztinnen und Ärzte in die medizinische Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch, verbunden mit einer verbesserten Vernetzung mit Fachärztinnen und Ärzten und Kliniken, könnte zu einer grundlegenden Verbesserung der medizinischen Versorgung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, führen.

7.3.5.4.5 Qualitätssicherung und Sensibilisierung

Der Schwerpunkt sollte nicht nur auf den technischen Fähigkeiten zur Durchführung des Eingriffs selbst liegen, sondern auch auf der Verbesserung der Qualität der Versorgung insgesamt. Dazu gehört auch die Sensibilisierung für die besonderen Bedürfnisse von Patientinnen in vulnerablen Situationen. Jeder dieser Ansätze hat das Potenzial, nicht nur die fachliche Kompetenz im Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen zu erhöhen, sondern auch die Qualität der Versorgung insgesamt zu verbessern und damit einen wertvollen Beitrag zu einer verantwortungsvolleren, kompetenteren und einfühlsameren ärztlichen Praxis zu leisten.

7.3.5.5 Fachverbandliche Unterstützung für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Ein zentrales Thema der Diskussion war die Wahrnehmung von Defiziten in der Fortbildung, der medizinischen Versorgung sowie die Haltung des Berufsverbandes der Frauenärzte (BvF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sehen sich mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert. Es wurde deutlich, dass sowohl der BvF als auch die DGGG Schwierigkeiten in der Aus-

und Fortbildung sowie in der Versorgung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen nicht ausreichend anerkennen. Die Diskussionsteilnehmenden betonten die aus ihrer Sicht besorgniserregende Zurückhaltung seitens der Verbände, sich aktiv mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Diese generelle Zurückhaltung wurde sowohl bei den Verbänden selbst als auch bei einzelnen Vertreterinnen und Vertretern festgestellt. Insbesondere die spezifische Haltung des BvF wurde als mangelndes Engagement für die Belange von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht ziehen, gewertet.

Ein weiterer Kritikpunkt war das fehlende Interesse oder die Ablehnung, die Allgemeinmedizin in die Versorgung einzubeziehen, was als hinderlich für eine gute Versorgung betrachtet wurde. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden verschiedene Lösungsansätze diskutiert. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass ein verstärkter Dialog zwischen den beteiligten Akteuren notwendig ist. Eine offenere Kommunikation über die Problematik könnte dazu beitragen, eine angemessene und zugängliche Versorgung für betroffene Frauen sicherzustellen. Es wurde empfohlen, spezifische Probleme und Bedarfe klar an den Berufsverband der Frauenärzte zu kommunizieren. Darüber hinaus sollten Dialogstrukturen innerhalb der Verbände initiiert werden, um Plattformen für einen konstruktiven Austausch zwischen allen Beteiligten zu schaffen. Die gesundheitspolitische sowie berufspolitische Mobilisierung wurden als entscheidende Schritte hervorgehoben, um die Versorgungsqualität und die Fortbildungsmöglichkeiten nachhaltig zu verbessern. Diese Maßnahmen sind unerlässlich, um eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung für Frauen zu gewährleisten, die sich in einer herausfordernden Lebenssituation befinden.

7.3.5.6 Bürokratischer Herausforderungen - Zulassungsbedingungen, Zugang zu Medikamenten und Meldewesen

In der medizinischen Versorgung werden vielfältige Hindernisse für medizinische Einrichtungen und Praxen aufgeführt, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten möchten. Dazu zählen insbesondere der bürokratische Aufwand, streng geregelte Zulassungsvoraussetzungen, der eingeschränkte Zugang zu notwendigen Medikamenten und ein aufwändiges Meldewesen. Diese Themen wurden intensiv diskutiert und als signifikante Hürden für die Bereitstellung dieser essentiellen medizinischen Dienstleistung identifiziert.

Der bürokratische und organisatorische Aufwand, der mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verbunden ist, erscheint übermäßig und zeitraubend. So erhöht beispielsweise die komplizierte Abrechnung mit den verschiedenen Krankenkassen den Verwaltungsaufwand enorm. Spezielle Regelungen, welche von Bundesland zu Bundesland variieren, wie etwa in Bayern, sowie die zeitaufwendigen Meldepflichten an das Statistische Bundesamt, erhöhen den bürokratischen Aufwand zusätzlich.

Als weiteres Problem wird der erschwerte Zugang zu notwendigen Medikamenten kritisiert. Die eingeschränkte Verfügbarkeit von Medikamenten für den Schwangerschaftsabbruch, die vor allem durch die Marktdominanz einzelner Pharmaunternehmen wie Nordic Pharma und den Importstopp für bestimmte Medikamente wie Cytotec bedingt ist, erschwert die Möglichkeit, diese Methode anzubieten, enorm.

Auch die hohen Zulassungsvoraussetzungen und Sonderregelungen wurden als wesentliche Hindernisse für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in niedergelassenen Praxen hervorgehoben. Das Spektrum der Regelungen für ambulante Operationen, sowohl für medikamentöse als auch für chirurgische Eingriffe, wird als unangemessen restriktiv bewertet. Insbesondere die räumlichen und hygienischen Anforderungen werden im Vergleich zu ähnlichen medizinischen Behandlungen als überzogen und damit als unverhältnismäßige Belastung empfunden.

Um dieser belastenden Situation zu begegnen und das Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen zu erleichtern, wurden verschiedene Optimierungsvorschläge formuliert. Eine deutliche Reduzierung des bürokratischen Aufwands durch vereinfachte Abrechnungs- und Meldeverfahren könnte wesentlich zur Entlastung beitragen. Eine Aufhebung des Importstopps für bestimmte Medikamente und das Aufbrechen des Pharma-Monopols könnten eine verbesserte Medikamentenverfügbarkeit sicherstellen. Darüber hinaus könnte eine Harmonisierung der Regelungen zwischen den Bundesländern, insbesondere im Hinblick auf Hygienestandards und Genehmigungsvoraussetzungen, zu einer Vereinfachung der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen führen. Eine solche Angleichung würde auch die oft unverhältnismäßigen räumlichen und personellen Anforderungen revidieren.

Die Überprüfung und mögliche Abschaffung überzogener Zulassungsvoraussetzungen und Sonderregelungen wird als dringender Schritt hervorgehoben, um es medizinischen Einrichtungen zu erleichtern, ihr Angebot um Schwangerschaftsabbrüche zu erweitern. Darüber hinaus könnte die Erlaubnis für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Operationskapazitäten in Kliniken für Schwangerschaftsabbrüche zu nutzen, eine erhöhte Zugänglichkeit gewährleisten. All diese Maßnahmen würden nicht nur die Last für die Anbietenden von medizinischen Leistungen verringern, sondern auch sicherstellen, dass Frauen ungehinderten Zugang zu notwendigen medizinischen Dienstleistungen erhalten.

7.3.5.7 Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen

Auch bezogen auf die Finanzierungsmodelle im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden tiefgreifende Probleme sowohl für die Anbieterinnen und Anbieter medizinischer Leistungen als auch für die betroffenen Frauen identifiziert. Ein zentraler Kritikpunkt an der aktuellen Situation ist die von vielen medizinischen Einrichtungen und Fachkräften als unzureichend empfundene Vergütung. Die Vergütung deckt häufig nicht die tatsächlichen Kosten der durchgeführten Eingriffe, was zu finanziellen Engpässen bei den Leistungserbringern führt und die Qualität der Versorgung gefährden kann.

Eine besondere Herausforderung stellen die so genannten Vorhaltekosten dar, die insbesondere in spezialisierten Facharztpraxen für Gynäkologie sowie in den Anästhesiebereichen anfallen. Diese Kosten umfassen Aufwendungen für die Vorhaltung von Fachpersonal und die Unterhaltung der Praxisräume, unabhängig davon, ob Termine von Patientinnen in Anspruch genommen werden. Die derzeitige Finanzierungssystematik berücksichtigt diese Fixkosten nicht in angemessenem Maße, was die wirtschaftliche Stabilität der Praxen zusätzlich belastet. Für Kliniken ergibt sich ein weiteres Problem in der Abrechnungspraxis. Würde der Schwangerschaftsabbruch als reguläre Kassenleistung behandelt, könnte dieser über das Diagnosis Related Groups (DRG)-System abgerechnet werden. Eine solche Regelung wird als eine Möglichkeit für eine vereinfachte und gerechtere Vergütungsmethodik gesehen und könnte sowohl für die Kliniken als auch für die betroffenen Frauen eine größere finanzielle Sicherheit bedeuten.

Auf Seiten der Frauen führt die gegenwärtige Regelung häufig zu erheblichen finanziellen Belastungen, insbesondere wenn lange Anfahrtswege zu den wenigen spezialisierten Einrichtungen in Kauf genommen werden müssen. Diese Problematik betrifft vor allem Frauen in ländlichen Gebieten und kann durch hohe Fahrtkosten zu einer zusätzlichen finanziellen Hürde werden.

Im Rahmen der Diskussion wurden verschiedene Lösungsansätze erörtert, um diese Herausforderungen anzugehen. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Pauschalen für die Kosten von Schwangerschaftsabbrüchen könnte dazu beitragen, die finanzielle Belastung gerechter zu verteilen und gleichzeitig die Planungssicherheit für medizinische Einrichtungen zu verbessern. Zudem würde eine angemessene Berücksichtigung der Vorhaltekosten die wirtschaftliche Grundlage der Einrichtungen stärken. Ein weiterer Vorschlag war die Erhöhung der Transparenz bezüglich der Kostenstrukturen für Selbstzahlerinnen, um diesen eine präzisere finanzielle

Vorbereitung zu ermöglichen. In Regionen mit langen Anfahrtswegen sollte zudem die Übernahme von Fahrtkosten oder die Ausstellung von Taxischeinen intensiver geprüft werden, um den Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Betroffenen zu erleichtern. Diese vorgeschlagenen Maßnahmen zielen darauf ab, die finanziellen und administrativen Hindernisse abzubauen, die mit der Inanspruchnahme und Bereitstellung von Schwangerschaftsabbrüchen einhergehen. Dadurch soll eine gerechtere und zugänglichere Versorgungslage geschaffen werden, die sowohl den Bedürfnissen der betroffenen Frauen als auch den Anforderungen der Anbietenden medizinischer Leistungen für Schwangerschaftsabbrüche gerecht wird.

7.3.5.8 Versorgungspotenziale durch Kliniken

Als ein zentrales Problem wurde gesehen, dass die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen in vielen Regionen nicht gewährleistet ist. Diese Diskrepanz führt dazu, dass nicht alle Frauen Zugang zu den notwendigen medizinischen Leistungen haben, was insbesondere in ländlichen Gebieten zu einer erheblichen Benachteiligung führt. Ein spezifisches Problem sind die kirchlichen Einrichtungen, die in der medizinischen Versorgung eine bedeutende Rolle spielen. Viele dieser Häuser führen keine Schwangerschaftsabbrüche durch, was die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit dieser wichtigen medizinischen Leistung stark einschränkt. In Regionen, in denen kirchliche Träger dominieren, wird die Situation besonders prekär, da betroffene Frauen oft keine Alternativen haben.

Ein weiteres zentrales Problem ist die mangelnde Transparenz bezüglich der Angebote von Kliniken im Bereich Schwangerschaftsabbruch. Viele Frauen sind sich nicht bewusst, ob und an welche Klinik sie sich wenden können, um Unterstützung zu erhalten. Diese Unsicherheit kann dazu führen, dass Frauen in einer bereits emotional belastenden Situation zusätzliche Hürden überwinden müssen. Auch das Thema der Abrechnung in Kliniken stellt ein bedeutendes Hindernis dar, das in der Diskussion um die Finanzierung näher beleuchtet werden sollte.

Um diese Herausforderungen anzugehen, wurden verschiedene Lösungsansätze erörtert. Eine zentrale Forderung besteht darin, die Transparenz bezüglich der Klinikangebote zu erhöhen. Informationen darüber, welche Kliniken Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sollten leicht zugänglich gemacht werden. Dies könnte durch eine zentrale Informationsplattform geschehen, die es Frauen erleichtert, geeignete Einrichtungen zu finden, womit der Zugang zu diesen medizinischen Leistungen verbessert würde.

Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, Kliniken zu identifizieren, die bereit sind, eine Notfallversorgung für Schwangerschaftsabbrüche anzubieten. Schätzungen zufolge ist diese Art der Versorgung in etwa 2 % der Fälle notwendig. Eine klare Zuweisung der Kliniken, die diese Notfallversorgung übernehmen, könnte sowohl allgemeinmedizinische Praxen als auch gynäkologische Fachpraxen entlasten und sicherstellen, dass Frauen im Bedarfsfall schnell und effizient behandelt werden. Schließlich wurde auch die Notwendigkeit betont, dass kirchliche Träger im Notfall zur Behandlung verpflichtet werden sollten. Diese Maßnahme würde gewährleisten, dass Frauen in akuten medizinischen Situationen Zugang zu den erforderlichen Leistungen haben – unabhängig von der Trägerschaft der Klinik. Ein solcher Ansatz könnte dazu beitragen, die Versorgungslandschaft insgesamt gerechter und zugänglicher zu gestalten.

7.3.5.9 Rechtliche Regelungen

Die strafrechtliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch, die im § 218 des deutschen Strafgesetzbuchs (StGB) verankert ist, steht immer wieder im Mittelpunkt gesellschaftlicher und politischer Debatten. Dieser Paragraph behandelt Schwangerschaftsabbrüche als grundsätzlich rechtswidrig, sieht jedoch unter bestimmten Bedingungen Ausnahmen vor, unter denen ein Abbruch straffrei bleibt. Die Diskussion um diesen Paragraphen verdeutlicht die Komplexität und die restriktive Natur der Regelung sowie die weitreichenden Auswirkungen, die sie auf die Praxis

von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland hat. Diese Regelung wirft eine Reihe von Problemen für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte auf.

Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, berichten von einem Arbeitsumfeld, das sie als "halb legal" empfinden. Diese Unsicherheit wird durch das Gefühl verstärkt, dass ihre Tätigkeit, obwohl sie unter bestimmten Voraussetzungen legal ist, dennoch stigmatisiert und teilweise kriminalisiert wird. Diese Situation führt dazu, dass viele Kolleginnen und Kollegen aus Sorge vor rechtlichen Konsequenzen zögern, sich aktiv in diesem Bereich zu engagieren oder sich entscheiden, Schwangerschaftsabbrüche nicht anzubieten.

Die Kriminalisierung hat auch zur Folge, dass zahlreiche Ärztinnen und Ärzte ihr Angebot an Schwangerschaftsabbrüchen geheim halten müssen, um sich und ihre Praxen vor möglichen Anzeigen und Belästigungen zu schützen. Diese Geheimhaltung erschwert es betroffenen Frauen erheblich bzw. macht es ihnen sogar unmöglich, Zugang zu Informationen und sicheren medizinischen Leistungen für einen Schwangerschaftsabbruch in ihrem regionalen Umfeld zu erhalten.

Ein weiteres zentrales Problem ist die fehlende Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch als Kassenleistung abzurechnen. Diese Regelung bringt finanzielle Unsicherheiten für medizinische Einrichtungen mit sich und verstärkt die Herausforderungen für Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich. Zudem werden Datenschutzvorgaben und Unsicherheiten im Umgang mit sensiblen Daten häufig der aktuellen Regelung durch § 218 zugeschrieben-, was zusätzliche Hürden schafft.

Als Lösungsansatz wird in der Diskussion die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und damit die Abschaffung des § 218 StGB vorgeschlagen. Befürwortende dieses Ansatzes argumentieren, dass eine solche Reform nicht nur das Arbeitsumfeld für medizinisches Fachpersonal erheblich verbessern würde, sondern auch den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen für Frauen entstigmatisieren und vereinfachen könnte. Durch die Entkriminalisierung könnten rechtliche Unsicherheiten für Ärztinnen und Ärzte beseitigt werden, was einen offeneren Zugang zu Informationen und Dienstleistungen im Bereich Schwangerschaftsabbruch für betroffene Frauen ermöglichen würde. Insgesamt wird ein Reformbedarf für die rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch konstatiert, um sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern als auch den Zugang zu einer sicheren medizinischen Versorgung für Frauen zu gewährleisten.

7.3.5.10 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich, dass aus der Perspektive von Expertinnen und Experten auf verschiedenen Ebenen erhebliche Herausforderungen in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland existieren. Zu den zentralen Problemfeldern gehören die föderativen Zuständigkeiten und die damit verbundene Vielfalt an Zuständigkeiten und Strukturen, die sowohl die Planung als auch die Umsetzung einer effektiven Versorgung erheblich erschweren. Die Intransparenz in der Datenlage verschärft diese Situation weiter, da eine fundierte Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung ohne umfassende und zugängliche Informationen kaum möglich sind. Des Weiteren wird die Situation durch unzureichende gesundheitspolitische Unterstützung und mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten für Medizinerinnen und Mediziner, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, erschwert. Fachverbandliche Unterstützung sowie die administrativen und finanziellen Herausforderungen stellen zusätzliche Hürden dar. Die kritische Rolle von Kliniken, insbesondere in ländlichen Gebieten und die limitierte Verfügbarkeit von medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, unterstreichen die Versorgungslücken. Zudem führen rechtliche Regelungen wie im § 218 StGB festgehalten, zu rechtlichen Unsicherheiten sowie zu einer Stigmatisierung von Ärztinnen und Ärzten und betroffenen Frauen. Ein umfassender Ansatz, der sowohl rechtliche, organisatorische als auch informatorische Aspekte beinhaltet, wird als notwendig erachtet, um die Versorgungssituation

nachhaltig zu verbessern. Hierzu gehört insbesondere die Verbesserung der Transparenz über verfügbare Anbieterinnen und Anbieter, die Vereinheitlichung von Abrechnungsmodalitäten, die Stärkung der Vernetzung zwischen den Akteuren, die spezifische Förderung der Aus- und Weiterbildung im Bereich der Schwangerschaftsabbrüche sowie der Einsatz für eine gerechte und zugängliche Finanzierung. Darüber hinaus wird die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs als ein Weg gesehen, sowohl rechtliche Unsicherheiten zu beseitigen als auch den Zugang für betroffene Frauen zu vereinfachen und zu entstigmatisieren. Insgesamt zeigt sich die Notwendigkeit einer multidisziplinären Zusammenarbeit, die über die bestehenden sektoralen Grenzen hinweggeht, um die Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zu optimieren und eine qualitativ hochwertige, zugängliche Versorgung für alle betroffenen Frauen sicherzustellen.

7.3.6 Literaturverzeichnis

- Bayerischer Landtag (2020): Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Strohmayr, SPD: Schwangerschaftsabbrüche in Bayern. Drucksache 18/9512. Online verfügbar unter https://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Schriftliche%20Anfrage%20n/18_0009512.pdf.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2019): Gebiet - Fläche und Gemeindezahlen 2018. Online verfügbar unter https://www.regierung.mittelfranken.bayern.de/mam/regierungsbezirk_mittelfranken/mittelfranken_in_zahlen/01_01_2018.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2023): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011 nach Regierungsbezirken in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?operation=themes&levelindex=0&levelid=1724775471376&code=12#abreadcrumb>, zuletzt aktualisiert am 27.08.2024, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Hessischer Landkreistag e.V. (2020): Statistiken. Online verfügbar unter <https://www.hlt.de/verband/landkreise-in-hessen/statistiken>, zuletzt aktualisiert am 27.08.2024, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Hessischer Landtag (2018): Kleine Anfrage der Abgeordneten Schott, DIE LINKE: Schwangerschaftsabbruch. Drucksache 19/6572. Online verfügbar unter <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/2/06572.pdf>.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2020): Die Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise Hessens am 31. Dezember 2018 nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/HEHeft_derivate_00009449/AI6_j18_a.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Penchansky, R.; Thomas, J. W. (1981): The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: Medical care 19 (2), S. 127–140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.
- Schmid, Paulien (2023): Eine versäumte Staatsaufgabe – Der Versorgungsauftrag nach § 13 Abs. 2 SchKG. In: KJ 56 (1), S. 29–33. DOI: 10.5771/0023-4834-2023-1-29.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023): Fläche und Bevölkerung | Statistikportal.de. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung>, zuletzt aktualisiert am 20.08.2024, zuletzt geprüft am 20.08.2024.
- Statistisches Bundesamt (2021): Schwangerschaftsabbrüche. Berichtsjahr 2020. Wiesbaden (Fachserie 12, Reihe 3).
- Statistisches Bundesamt (2022a): Meldestellen der Schwangerschaftsabbruchstatistik nach Größenklassen der getätigten Abbrüche 2020. Sonderauswertung für die ELSA-Studie.
- Statistisches Bundesamt (2022b): Sonderauswertung georeferenzierter Schwangerschaftsabbrüche nach faktisch anonymisierten Einzeldaten für die ELSA-Studie.
- Statistisches Bundesamt (2023a): Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2021 (Letzte Ausgabe - berichtsweise eingestellt). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/bevoelkerungsfortschreibung-2010130217005.html>, zuletzt aktualisiert am 13.12.2023, zuletzt geprüft am 27.08.2024.

Statistisches Bundesamt (2023b): Georeferenzierte Bevölkerungszahlen zum 31.12.2021. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/veroeffentlichungen/georeferenzierte-bevoelkerungszahlen>.

Statistisches Bundesamt (2023c): Schwangerschaftsabbrüche. Berichtsjahr 2022. Wiesbaden.

WHO (2022): Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization Human Reproduction Programme. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942/>.

8 Gendermainstreamingaspekte **(Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)**

Das Forschungsvorhaben zum Thema ungewollte ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaft stellte ungewollt schwangere Frauen in den Mittelpunkt. Im Rahmen der standardisierten Befragung (Arbeitspaket 1) wurden ausschließlich Frauen befragt, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen hatten, da das Projekt in erster Linie darauf abzielte, das Verständnis für die Situation ungewollt schwangerer Frauen zu vertiefen und ihre Erfahrungen in der Partnerschaft und in der medizinischen Versorgung zu erheben. Ebenso wurden ihre Belastungen und Ressourcen sowie ihr Unterstützungsbedarf erfasst. Um jedoch auch die Perspektive der beteiligten Männer bei ungewollten Schwangerschaften zu berücksichtigen, um zu erfahren, inwieweit sie in die Entscheidungen involviert waren, wie sie die Partnerin unterstützten und welchen Unterstützungsbedarf sie selbst sahen, wurden qualitative Interviews mit Männern sowohl im Zusammenhang mit ungewollt ausgetragenen als auch abgebrochenen Schwangerschaften durchgeführt.

In die Vorbereitung der empirischen Erhebungen floss die wissenschaftliche Literatur sowohl zu Frauen als auch zu Männern ein, wobei die Forschung zu Fragen, die ungewollt schwangere Frauen betreffen, weitaus umfangreicher ist als die Literatur zur Perspektive von Männern. Die Erhebungsinstrumente – Fragebogen wie Interviewleitfäden – wurden an den vorhandenen Forschungsstand angepasst.

Um eine vertrauensvolle Atmosphäre während der Face-to-Face-Interviews zu schaffen, kamen ausschließlich Interviewerinnen im direkten Kontakt mit den befragten Frauen zum Einsatz. Bei der Befragung der Männer wurde ebenfalls, anders als geplant, aus personellen Gründen auf Interviewerinnen zurückgegriffen, was sich nicht negativ auf die Bereitschaft der Männer zur Teilnahme auswirkte.

Die Untersuchung der Angebots- und Kooperationsstrukturen in der psychosozialen Beratung (Arbeitspaket 2) sowie die Analyse der medizinischen Versorgungssituation (Arbeitspaket 3) berücksichtigten das Geschlecht als möglichen Einflussfaktor, was von den am Projekt Beteiligten gemeinsam entschieden wurde. Die Gendersensibilität des gesamten Forschungsvorhabens wurde durch die ausgewiesene Expertise des beteiligten wissenschaftlichen Personals sichergestellt und orientierte sich an der Gender-Matrix von Eichler et al. (1999).

Im Projekt arbeiteten fast ausschließlich weibliche Mitarbeitende, was der geringen Zahl an Bewerbungen von Männern geschuldet war. Insofern waren die männlichen Mitarbeitenden im Projekt eher die Ausnahme. Da die Befragung in erster Linie Frauen einbezog und auch die Interviews von Mitarbeiterinnen geführt werden sollten, war der hohe Frauenanteil eher förderlich.

Der Beirat des Projektes setzte sich aus zwölf weiblichen und sieben männlichen Mitgliedern zusammen, wobei die Mitglieder ausschließlich aufgrund ihrer fachlichen Erfahrungen bzw. als Vertreterinnen und Vertreter von für das Projekt relevanten Institutionen ausgewählt wurden.

Die Ergebnisse des Projektes sind auch geeignet, Chancengleichheit zu fördern. Die Erkenntnisse des Projektes zu den Problemen bei der medizinischen Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch, zur Stigmatisierung und zu Schwierigkeiten beim Informationszugang sowie zu besonderen Benachteiligungen von Frauen aus vulnerablen Gruppen tragen dazu bei, bestehende Barrieren abzubauen, die Frauen den Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten erschweren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Forschungsvorhaben einen Ansatz verfolgte, um die unterschiedlichen Erfahrungen und Perspektiven von Frauen und Männern bei ungewollten Schwangerschaften zu erfassen und dabei eine gendersensible Methodik anzuwenden. Dabei

standen jedoch die ungewollt schwangeren Frauen im Fokus des Projektes, und deren Erfahrungen wurden differenziert und mit verschiedenen Methoden erhoben.

Literaturverzeichnis

Eichler, M., Fuchs, J., Maschewsky, K. & Maschewsky-Schneider, U. (1999) Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung: Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs., 2002-04. Berliner Zentrum Public Health, Berlin.

9 Diskussion der Ergebnisse

Im Diskussionskapitel dieser Arbeit werden die Ergebnisse der umfassenden Untersuchung zu ungewollten Schwangerschaften detailliert analysiert und bewertet. Zunächst werden die Ergebnisse der quantitativen Befragung ungewollt Schwangerer diskutiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Interpretation der Freiburger und Fuldaer Daten zu Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen ungewollten Schwangerschaften. Die Auswertung der Daten aus den Teilprojekten Nordhausen, Ulm und Berlin liefert wertvolle Einschätzungen zu vulnerablen Gruppen wie Frauen mit psychischen Erkrankungen, traumatischen Kindheitserfahrungen, Migrationshintergrund und Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind. Daraus ergeben sich spezifische Handlungsempfehlungen. Darüber hinaus werden vertiefende qualitative Studien vorgestellt, die die vielfältigen Lebenssituationen, Informationsbedürfnisse und psychosozialen Herausforderungen ungewollt Schwangerer beleuchten. Diese vertiefenden Analysen aus Freiburg, Fulda, Nordhausen, Ulm und Berlin erweitern das umfassende Bild der individuellen und sozialen Dynamiken im Kontext ungewollter Schwangerschaften. Ergänzt wird die Diskussion durch die Analyse der psychosozialen Versorgungsstruktur und die Bewertung der Verfügbarkeit digitaler Informationen. Für die umfassende Betrachtung der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen werden aufgrund der unterschiedlichen Forschungsansätze zahlreiche Aspekte der medizinischen Versorgung bewertet. Das Kapitel diskutiert zum einen die Ergebnisse der Strukturdatenanalyse, vergleicht länderspezifische Heterogenitäten in der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und regionale Unterschiede in der Versorgung, zum anderen werden die Ergebnisse der Ärztinnen und Ärztebefragungen, deren Versorgungsangebote, bestehende Barrieren und Stigmatisierungen diskutiert. Abschließend werden die von den Ärztinnen und Ärzten angegebenen Verbesserungswünsche erörtert, die zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und zur Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte beitragen können.

9.1 Die Befragungen der ungewollt Schwangeren (AP 1)

9.1.1 Die quantitative Befragung der ungewollt Schwangeren (AP 1-1/AP 1-3)

9.1.1.1 Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen Befragung Freiburg und Fulda (Kapitelverantwortliche: Tilmann Knittel und Prof. Dr. Daphne Hahn)

In den folgenden Abschnitten präsentieren wir die zentralen Ergebnisse zu den Lebenslagen und Erfahrungen, die mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften einhergehen. Hierbei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften dargestellt und eingeordnet. Zuerst gehen wir auf die Lebenslagen ein, in denen ungewollte Schwangerschaften eintreten. Anschließend beleuchten wir die Sicherheit bei der Entscheidung, die ungewollt eingetretene Schwangerschaft abzuberechen oder auszutragen, sowie die Emotionen der Befragten, die sie während des Entscheidungsprozesses empfanden. Danach geht es um den zentralen Aspekt der Stigmatisierungserfahrungen der ungewollt Schwangeren. Als Querschnittsthema finden sich Stigmatisierungserfahrungen auch in den nachfolgenden Abschnitten. Der vierte Abschnitt fasst die Ergebnisse zusammen, die sich auf den Zugang zu Informationen und die Informiertheit der ungewollt Schwangeren beziehen. Danach schließt sich das Thema der medizinischen Versorgung an. Hier liegt der Fokus insbesondere auf der Identifizierung der Barrieren, denen ungewollt Schwangere in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen begegnen. In Deutschland umfasst der Versorgungsweg zum Schwangerschaftsabbruch auch die Pflichtberatung und die gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit. Daher erläutern wir in diesem Abschnitt auch, mit welchen Erwartungen Frauen in die Pflichtberatung gehen und wie sie die Wartezeit erleben. Im letzten Teil zum psychischen Wohlbefinden wird zusammenfassend dargestellt, welche Faktoren einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden kurz nach dem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt haben

und sich somit als Belastungsfaktoren bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften erweisen. Dabei geht es auch um die Frage, welche Faktoren die Erfahrungen der ungewollt Schwangeren positiv beeinflussen. Es wird außerdem auf die Veränderung des Belastungserlebens im Zeitverlauf eingegangen.

9.1.1.1.1 Lebenslagen

Die Lebenslagen werden im Rahmen der ELSA-Studie unter verschiedenen Perspektiven berücksichtigt. Unter Lebenslage verstehen wir die Gesamtheit der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Bedingungen, die die Handlungsspielräume der Menschen prägen (Engels, 2008). Neben der finanziellen Situation werden hier insbesondere den Bereichen der Partnerschaft sowie der Bildung, Ausbildung, der beruflichen Situation und der Wohnsituation besondere Beachtung geschenkt. Da spezifische Lebenslagen mit unterschiedlichen Lebensphasen verbunden sind, wird auch das Alter berücksichtigt. Die spezifischen Lebenslagen werden im Hinblick auf vorhandene oder fehlende Ressourcen untersucht, um zu verstehen, wie Belastungen im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften entstehen, bewältigt oder verstärkt werden.

Die Altersstruktur von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften unterscheidet sich von jener der Frauen mit gewollten Schwangerschaften. Ungewollte Schwangerschaften treten über weite Teile der fertilen Lebensphase mit einer vergleichbaren Häufigkeit auf, wohingegen gewollte Schwangerschaften überwiegend in der Altersspanne zwischen 28 und 34 Jahren eintreten. Während für gewollte Schwangerschaften eine enger gefasste Altersspanne angegeben werden kann, in der sie mit größerer Wahrscheinlichkeit eintreten, ist dies für die ungewollten Schwangerschaften nicht möglich. Es gibt kein typisches Alter, in dem ungewollte Schwangerschaften gehäuft auftreten, sondern sie treten in jeder Altersgruppe und damit auch in jeder Lebensphase ein. Aus der Heterogenität des Alters und damit verbunden der Lebensphasen, in denen es zu ungewollten Schwangerschaften kommt, schließen wir auf eine große Vielfalt der Lebenssituationen ungewollt Schwangerer.

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Partnerschaftssituation beim Schwangerschaftseintritt gelegt. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Schwangerschaften – egal ob gewollt oder ungewollt, ausgetragen oder abgebrochen – überwiegend in Partnerschaften eintreten. Bei den gewollten Schwangerschaften war dies nahezu immer der Fall (99,8 %), bei den ungewollt eingetretenen, ausgetragenen Schwangerschaften betrug der Anteil 90,4 % und bei den Schwangerschaftsabbrüchen trat die Schwangerschaft in 82,9 % der Fälle im Rahmen einer Partnerschaft ein. Daraus lässt sich schließen, dass Schwangerschaften, wenn sie außerhalb einer Partnerschaft eingetreten sind, zumeist ungewollt sind. Größere Unterschiede zeigen sich bei der Partnerschaftsqualität bei Eintritt der Schwangerschaft. Während Frauen mit gewollten Schwangerschaften die Qualität ihrer Partnerschaft bei Eintritt mit großer Mehrheit als positiv bewerteten (94,3 %), war dies bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften deutlich seltener der Fall (75,1 %) und bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen noch seltener als bei den Frauen mit ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften (69,9 %).

Bezogen auf den Bereich der beruflichen Situation zeigt sich bei den Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften bei 67,8 %, dass mindestens eine für eine Familiengründung oder -erweiterung nachteilige Lage vorliegt, wie z. B. sich noch in Ausbildung zu befinden oder arbeitslos zu sein, eine zeitlich befristete Arbeitsstelle zu haben, keinen Arbeitsvertrag mit Anspruch auf Rückkehr zum Arbeitsplatz nach Elternzeit zu haben oder dass keine Vereinbarkeit der eigenen beruflichen Pläne mit einem (weiteren) Kind vorliegt. Bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ist dies sogar bei 82,6 % der Befragten der Fall. Im Unterschied dazu gaben 22,1 % der Frauen mit gewollten Schwangerschaften an, dass mindestens eines dieser Merkmale vorliegt.

Im Bereich der finanziellen Situation bewerteten 47,2 % der Frauen mit einer ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft ihre finanzielle Situation mit einem (weiteren) Kind als sehr angespannt, bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen sind es 68,4 %. Bei Frauen mit gewollten Schwangerschaften trifft dies auf lediglich 16,4 % zu.

Bezüglich der Wohnsituation bewerteten von den Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften 31,1 % ihre Wohnsituation als (sehr) schlecht oder empfanden ihre Wohnsituation beim Gedanken an ein (weiteres) Kind als Belastung. Bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen traf dies auf 46,4 % der Befragten zu. Bei den Frauen mit gewollten Schwangerschaften berichteten lediglich 7,7 % der Befragten von Belastungen bezogen auf ihre Wohnsituation.

Auch hinsichtlich der körperlichen Gesundheit vor dem Eintritt der Schwangerschaft unterscheiden sich die drei Vergleichsgruppen voneinander. Von den Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften gaben 15,7 % einen Wert unter 70 an, der als Grenzwert für eine eingeschränkte körperliche Gesundheit definiert wurde. Bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch sind es 23,7 % und bei den Frauen mit gewollter Schwangerschaft 8,3 %.

Neben der Analyse der einzelnen nachteiligen Lebenslagen für eine Familiengründung oder -erweiterung wurde auch untersucht, inwieweit die Kumulationen solcher nachteiligen Lebenslagen innerhalb der drei Vergleichsgruppen verbreitet sind. Während einzelne nachteilige Lebenslagen in einem Bereich ggf. durch andere Bereiche kompensiert werden können, ist dies beim Vorliegen von nachteiligen Lebenslagen in mehreren Bereichen nur erschwert oder gar nicht möglich. Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Frauen mit gewollten Schwangerschaften in keinem bis maximal einem Bereich eine nachteilige Lebenslage aufweist (82,1 %). Betrachtet man hingegen die mittleren 50 %, so zeigt sich, dass Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften in einem bis maximal drei Bereichen eine nachteilige Lebenslage aufweisen. Bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen verteilen sich die mittleren 50 % auf zwei bis vier Lebensbereiche mit nachteiligen Lagen.

Sowohl bei der Einzelbetrachtung nachteiliger Lebenslagen als auch bei der Betrachtung von Kumulationen schwieriger Lebenslagen zeigt sich, dass diese bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften und insbesondere bei Frauen mit ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaften deutlich häufiger auftreten als bei Frauen mit gewollten Schwangerschaften. Die betrachteten Lebenslagen lassen sich einteilen in solche, die auch ohne eine Schwangerschaft belastend wirken können, und solche Belastungen, die durch die Geburt eines (weiteren) Kindes entstehen. Bereits ohne eine Schwangerschaft können bestimmte Lebenslagen nachteilig und belastend sein, insofern sie sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Ein (weiteres) Kind würde diese Belastungen verstärken. Beispielsweise können finanzielle Schwierigkeiten, beengte Wohnverhältnisse, die Herausforderung der beruflichen Vereinbarkeit, fehlende berufliche Etablierung, ein unpassendes Alter oder eine schlechte Partnerschaft zu erheblichen Problemen führen. Diese Faktoren wirken sich in Anwesenheit eines Kindes noch einmal anders, oft intensiver, aus.

Die Kumulation solcher nachteiliger Lebenslagen führt zu zusätzlicher Belastung und tritt häufiger bei ungewollten Schwangerschaften, insbesondere abgebrochenen Schwangerschaften auf. Diese belastenden Lebenslagen sind oftmals der Grund dafür, dass eine Schwangerschaft als ungewollt wahrgenommen wird und schließlich die Entscheidung zu einem Abbruch getroffen wird.

Ungewollt schwangere Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen, befinden sich im Gegensatz zu gewollt Schwangeren in heterogeneren Lebenssituationen, was sowohl das Alter als auch die berufliche, finanzielle und partnerschaftliche Situation betrifft.

Bei ungewollten Schwangerschaften zeigt sich insgesamt, wie bereits beschrieben, im Gegensatz zu beabsichtigten Schwangerschaften, keine Konzentration auf die Altersjahre zwischen 30 und 35 Jahren, sondern die Altersstruktur der ungewollt Schwangeren ist deutlich heterogener. Im Vergleich zu gewollt Schwangeren treten ungewollte Schwangerschaften dagegen insbesondere in einem jüngeren Alter von unter 25 Jahren häufiger auf. So waren in der Gruppe der Frauen mit Abbrüchen 31,2 % zum Zeitpunkt des Abbruchs jünger als 24 Jahre und 26,3% jünger als 30 Jahre. Dementsprechend befinden sich folglich auch mehr Befragte in Ausbildung/Studium (30 %). Mehr als die Hälfte der Befragten war bei Eintritt der Schwangerschaft erwerbstätig und je 6 % waren arbeitslos oder Hausfrauen. Zum Befragungszeitpunkt schätzten 56 % der Befragten ihre finanzielle Situation als (sehr) gut ein. Demgegenüber schätzten 28 % ihre finanzielle Situation als ausreichend ein und 13 % gaben an, zu wenig Geld zu haben. Dabei ist die gegenwärtige berufliche und finanzielle Situation, die teilweise auch an Lebensphasen geknüpft ist, nicht per se als Belastung zu definieren. Bei der Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zeigte sich jedoch, dass ein Großteil der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei einem (weiteren) Kind als nicht gegeben ansahen. Sie schätzten ein, dass sich durch die Geburt eines (weiteren) Kinders ihre berufliche und finanzielle Situation verschlechtern würde. Mit einem (weiteren) Kind werden damit Belastungen und Verschlechterungen in der Zukunft antizipiert.

Schwangerschaften treten in aller Regel in Partnerschaften ein. Bei gewollten Schwangerschaften ist eine Partnerschaft in der Regel eine grundlegende Voraussetzung. Aber auch ungewollte Schwangerschaften entstehen nur zu einem geringen Teil außerhalb von Partnerschaften. Im Vergleich zu den anderen Gruppen befanden sich Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, zum Zeitpunkt ihrer ungewollten Schwangerschaft seltener in einer Partnerschaft, nämlich zu 83 %. Etwa drei Viertel der bestehenden Partnerschaften bleiben nach dem Abbruch bestehen und werden von den Frauen als (eher) qualitativ gut beschrieben. Ein Viertel berichtete von einer (eher) schlechten Partnerschaftssituation und 17 % befanden sich in gar keiner Partnerschaft. Ein Jahr nach dem Schwangerschaftsabbruch kam es in einem Viertel der Partnerschaften zu Trennungen. Diese stehen im Zusammenhang mit Streit, starken Beziehungskrisen und fehlender Unterstützung durch den Partner während der Schwangerschaft.

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch befinden sich demnach insgesamt in heterogenen Lebenssituationen. Während sich ein Teil in partnerschaftlich, beruflich und finanziell stabilen Lebenslagen befindet, steckt ein anderer Teil in finanziell, beruflich oder partnerschaftlich belastenden Situationen oder Umbruchsphasen. Es zeigt sich, dass in der Gruppe der Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen, im Vergleich häufiger Lebenslagen auftreten, die für ein (weiteres) Kind als ungeeignet eingeschätzt werden.

9.1.1.1.2 Entscheidungssicherheit und Gefühle bei der Entscheidung

Die Untersuchung der Entscheidungsprozesse und der Entscheidungssicherheit im Zusammenhang mit einer ungewollten Schwangerschaft zeichnet ein differenziertes Bild: Unabhängig davon, ob eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird, ist die Entscheidungssicherheit nach der Entscheidung für Austragen oder Abbruch zwischen den Gruppen nahezu identisch. Starke Zweifel wurden von weniger als 10 % der Frauen beschrieben.

Bei dem Entscheidungsprozess selbst zeigen sich Unterschiede zwischen den Gruppen, denn er wird von Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, häufiger als schwierig empfunden. Von den Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, gaben 9 % an, dass der Entscheidungsprozess sehr schwer war, während dieser Anteil bei den Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, bei 22 % lag. Hingegen empfanden 45 % der Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft austrugen, den Entscheidungsprozess als sehr leicht, während dies nur 31 % der Frauen mit abgebrochener Schwangerschaft angaben.

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wird von den Betroffenen sorgfältig abgewogen. So gaben 39,2 % der Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften an, dass sie einen Abbruch in Erwägung gezogen hatten. Etwa jede zweite Frau war sich ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (sehr) sicher und konnte diese ohne Schwierigkeiten treffen, während jede dritte Frau angab, die Entscheidung als (sehr) schwer empfunden zu haben.

Zum Zeitpunkt der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch waren sich über drei Viertel der befragten Frauen (eher) sicher, dass sie die richtige Wahl trafen, während jede sechste Befragte (eher) unsicher war. Im Laufe der Zeit wuchs jedoch das Vertrauen in ihre Entscheidung: Zum Zeitpunkt der Befragung waren über 90 % der Frauen (eher) überzeugt, dass sie richtig gehandelt hatten. Obwohl die Mehrheit der Frauen ihre Entscheidung ohne Schwierigkeiten treffen konnte und sie sich ihrer Wahl sicher war, erlebte knapp die Hälfte der Befragten dennoch negative Gefühle wie Schuld und Scham oder Unsicherheiten und Zweifel. Gleichzeitig berichteten etwas mehr als die Hälfte der Frauen von positiven Emotionen wie Erleichterung und Zuversicht, die sie nach ihrer Entscheidung empfanden.

Frauen, die aufgrund äußerer Lebensumstände, des Partners oder anderer Personen Einschränkungen in ihrer eigenständigen Entscheidungsfindung erleben und ihre Entscheidung als nicht oder nur teilweise selbstbestimmt wahrnehmen, durchlaufen häufig einen (eher) schwierigen Entscheidungsprozess und sind sich dabei ihrer Entscheidung weniger sicher. Insbesondere junge Frauen, die sich noch in der Schule, Ausbildung oder im Studium befinden, sind häufiger von solchen Einschränkungen betroffen.

Der Einbezug des Partners spielt bei der Entscheidung über den Fortgang einer ungewollten Schwangerschaft eine bedeutende Rolle. Bei Frauen, die sich entschieden, die Schwangerschaft auszutragen, wurde der Partner häufiger in den Entscheidungsprozess einbezogen. Dennoch kam es in etwa 10 % der Fälle vor, dass der Partner oder der beteiligte Mann versuchte, die Frau zu einer bestimmten Entscheidung zu drängen. Welche Auswirkungen diese Einflussnahme auf die endgültige Entscheidung der Frauen hatte, lässt sich aus unseren Daten leider nicht eindeutig ableiten.

Nach der getroffenen Entscheidung verspürte die Mehrheit der Frauen Erleichterung, unabhängig davon, ob sie sich für das Austragen der Schwangerschaft oder für einen Abbruch entschieden haben. Zukunftsängste sind bei Frauen, die die ungewollte Schwangerschaft austrugen, erheblich stärker ausgeprägt als bei jenen, die sich für einen Abbruch entscheiden. Darüber hinaus ist die Entscheidungsphase häufig von Stigmatisierungsgefühlen begleitet. Diese Empfindungen beeinflussen nicht nur den Verlauf des Entscheidungsprozesses, sondern hinterlassen auch längerfristig Spuren, wie im folgenden Abschnitt näher erläutert wird.

Bereits oft untersucht wurde, welche Gründe Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch haben, beispielsweise in den „frauenleben“-Studien (Chae et al., 2017; Foster, 2020; Helfferich et al., 2016; Roberts et al., 2017). In politischen und gesellschaftlichen Diskussionen gibt es immer wieder die wissenschaftlich nicht belegbare Aussage, ein Schwangerschaftsabbruch sei auf lange Sicht für Frauen eine psychische Belastung oder Frauen würden den Schwangerschaftsabbruch bereuen. Daher war es in der ELSA-Studie von besonderem Interesse zu fragen, wie sicher sich die Befragten mit ihrer Entscheidung zum Abbruch waren und inwiefern es bei dieser Einschätzung eine Veränderung im Zeitverlauf gab.

Gefühle wie Schuld und Scham, die eng mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen verknüpft sind, spielen bei der Entscheidung eine große Rolle: Je ausgeprägter sie empfunden werden, desto seltener sind sich die Befragten sicher, dass die Entscheidung richtig war. Damit wird deutlich, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung des

Schwangerschaftsabbruchs, die sich u. a. in internalisierter Form als Schuld- und Schamgefühle ausdrückt, die Entscheidungssicherheit der Frauen verringern kann.

Die Versorgung sollte daher so gestaltet werden, dass Frauen und Paare in ihrer Entscheidungsfindung bestmöglich unterstützt werden. Dabei ist das Ziel, eine „informierte Entscheidung“ zu ermöglichen, wie sie üblicherweise im Rahmen einer medizinischen Behandlung stattfindet bzw. stattfinden soll. Diese Form der Entscheidung fordert einen offenen Austausch notwendiger Informationen zwischen der Ärztin oder dem Arzt und der Frau (und ihrem Partner), wobei die bestmöglichen Voraussetzungen geschaffen werden, um die Frau bei ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Zu notwendigen Informationen gehören diejenigen, die verständlich, neutral und von der Frau gewünscht sind. Diese Informationen sollten auf Evidenz basieren und darauf abzielen, Schuldzuweisungen, unangemessene Verantwortung und Scham zu vermeiden. Es ist auch wichtig, ein Bewusstsein für Faktoren zu schaffen, die Stigmatisierung fördern, um diesen effektiv entgegenwirken zu können. Indem solche Rahmenbedingungen geschaffen werden, können Frauen und Paare fundierte und selbstbestimmte Entscheidungen treffen.

9.1.1.1.3 Stigmatisierungserfahrungen

Die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen wirkt sich nicht nur auf Frauen aus, die sich für einen Abbruch entscheiden oder dies beabsichtigen, sondern berührt ebenfalls medizinisches Fachpersonal, das an der Durchführung solcher Eingriffe beteiligt ist. In diesem Abschnitt wird beschrieben, inwiefern Stigmatisierung die Entscheidungsprozesse von Frauen beeinträchtigt, ihren Zugang zur medizinischen Versorgung behindert und schlussendlich tiefgreifende psychosoziale Folgen nach sich ziehen kann.

Frauen mit ungewollten Schwangerschaften erfahren Stigmatisierung in unterschiedlichen Formen. Sie sind negativen Bewertungen und Zuschreibungen ausgesetzt, die im Zusammenhang mit ihrer ungewollten Schwangerschaft stehen und die auf gesellschaftlichen Normen und Vorurteilen beruhen. Zum Beispiel wird Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind, eine unzureichende Verantwortung in Bezug auf Verhütung oder ein als nicht normgerecht betrachtetes sexuelles Verhalten zugeschrieben. Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen oder sich dazu entscheiden, erfüllen darüber hinaus nicht die an sie herangetragene Erwartung einer grundlegenden Bereitschaft zur Mutterschaft und sind moralischen Bewertungen hinsichtlich ihrer Entscheidung ausgesetzt, die auf der Annahme gründen, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit der Beendigung eines menschlichen Lebens gleichzusetzen sei (Kumar et al., 2009).

In der aktuellen Forschung wird zwischen internalisierter, antizipierter und erlebter Stigmatisierung unterschieden (Hanschmidt et al. 2016). Unter internalisierter Stigmatisierung wird die gegen sich selbst gerichtete Zuschreibung negativer Eigenschaften oder gesellschaftlich verankerter Stereotype verstanden, die sich im Empfinden von Scham-, Schuldgefühlen sowie Selbstvorwürfen äußern kann. Antizipierte Stigmatisierung umfasst die Sorge bzw. die Erwartung, von anderen abwertend behandelt zu werden oder dass schlecht über sie gedacht oder geredet wird. Dies kann sich insbesondere dahingehend auswirken, dass Frauen ihre Schwangerschaft erst spät offenlegen bzw. ihren Schwangerschaftsabbruch geheim halten. Unter erlebter Stigmatisierung werden Stigmatisierungserfahrungen sowohl durch strukturelle Rahmenbedingungen als auch in der unmittelbaren, professionellen und medialen Öffentlichkeit als auch im direkten sozialen Umfeld verstanden. Dazu gehören das herabwürdigende Verhalten durch Familie, Freundinnen und Freunde, medizinisches Personal oder die als solche bezeichneten Gehsteigbelästigungen. Aber auch ein erschwelter Zugang zu Informationen und Versorgung wird als Stigmatisierungserfahrung bewertet.

Im Rahmen der ELSA-Studie wurde untersucht, wie häufig und in welchem Ausmaß internalisierte Stigmatisierungsgefühle, antizipierte Stigmatisierung und erlebte Stigmatisierung bei ungewollten Schwangeren vorkommen und wie sie sich auf das psychische Wohlbefinden drei Monate nach Schwangerschaftsende auswirken. Aus den ELSA-Daten geht hervor, dass 83,5 % der Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben, mindestens schwach ausgeprägte Stigmatisierungsgefühle haben. Darunter sind sie bei 29,5 % der befragten Frauen sehr stark ausgeprägt. Frauen, die sich zum Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft entschieden haben, berichteten ebenfalls von Stigmatisierungsgefühlen, wenn auch seltener: 47,1 % der befragten Frauen mit ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften wiesen nach ihrer Entscheidung eine mindestens schwach ausgeprägte internalisierte Stigmatisierung auf – darunter 5,1 % in sehr starkem Ausmaß. 78,0 % der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, erwarteten, dass sie dafür stigmatisiert werden könnten. Sie gaben in mindestens in einem Bereich die Erwartung an, negativ bewertet zu werden. Bei den Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften trifft es auf 47,8 % zu, dass sie mindestens eine Stigmatisierungserwartung hatten. Bezogen auf erlebte Stigmatisierung berichteten 27,2 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen, dass sie in mindestens einer Situation Stigmatisierung in Form einer herabwürdigenden Reaktion erlebt haben. Bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften waren es 35,9 %.

Ein Vergleich der Häufigkeiten der Stigmatisierungsformen zwischen Frauen mit ungewollt eingetretenen abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften zeigt, dass internalisierte und antizipierte Stigmatisierung bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen häufiger auftritt und bei einer Mehrheit der Frauen nachzuweisen ist. Erlebte Stigmatisierung wird hingegen häufiger von Frauen mit ausgetragenen Schwangerschaften berichtet. Ein weiterer Unterschied ist, dass Stigmatisierung bei Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen weitestgehend unabhängig von soziodemografischen Merkmalen verbreitet ist (eine Ausnahme bilden sehr religiöse Befragte, bei denen Stigmatisierungsgefühle häufiger in sehr stark ausgeprägtem Ausmaß vorkommen sowie junge Frauen unter 22 Jahre, die häufiger von stigmatisierenden Erlebnissen berichteten). Bei Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften zeigen sich hingegen Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und dem Stigmatisierungsvorkommen. Die Anteile bei Frauen ohne Partner, jungen Frauen unter 22 Jahre oder Frauen in finanziell prekärer Lage, die von internalisierter, antizipierter oder erlebter Stigmatisierung berichten, sind höher gegenüber dem Anteil in der Gesamtbetrachtung der Frauen mit ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften. Bei Frauen, die erwerbstätig sind, sind die Anteile von Frauen mit Stigmatisierung wiederum niedriger gegenüber dem Anteil in der Gesamtbetrachtung.

Frauen mit ungewollten Schwangerschaften erfahren Stigmatisierung unabhängig davon, ob sie eine Schwangerschaft austragen oder abbrechen, allerdings unterscheidet sich die Qualität bzw. der Gegenstand der Stigmatisierung zwischen diesen Gruppen. Frauen, die sich dazu entscheiden, eine ungewollte Schwangerschaft auszutragen, sind Stigmatisierungen vor allem dann ausgesetzt, wenn sie sich in einer Lebenssituation befinden, die normativ als ungeeignet für ein Leben mit Kind gilt – beispielsweise wenn sie sehr jung sind, sich noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden und damit zusammenhängend noch keine berufliche Konsolidierung erfahren haben, sich in einer finanziell prekären Situation befinden oder auch, wenn sie keinen Partner haben. Darüber hinaus ist das Stigma der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft, wenn sie ausgetragen wird, sichtbar, sodass diese Frauen in höherem Ausmaß Situationen ausgesetzt sind, die Stigmatisierung mit sich bringen können (eine Strategie der Geheimhaltung zu verfolgen ist ab einem gewissen Zeitpunkt nicht oder nur schwerlich möglich).

Bei Frauen mit einer ungewollt eingetretenen abgebrochenen Schwangerschaft ist es vor allem die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch, die den Gegenstand der Stigmatisierung bildet,

wegen dem Frauen internalisierte Stigmatisierungsgefühle entwickeln, Stigmatisierung antizipieren oder erleben. Die Konsequenzen der Stigmatisierung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen sind weitreichender, insbesondere, wenn sie in Form von Versorgungsbarrieren auftreten bzw. eine Inanspruchnahme von Versorgung einschränken, wie im nächsten Abschnitt tiefergehend dargelegt wird.

Stigmatisierung erhöht das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch um den Faktor 4,3. Bei Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben, hatte Stigmatisierung hingegen keinen eigenständigen Erklärungsbeitrag zum psychischen Wohlbefinden drei Monate nach der Geburt des Kindes.

9.1.1.1.4 Zugang zu Informationen und Informiertheit

Bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften stellt sich die Herausforderung einer umfassenden sowie einfach und schnell zugänglichen Information in besonderer Weise. Frauen, die einen Abbruch der Schwangerschaft in Erwägung ziehen oder beabsichtigen, sind – nicht nur – wegen der gesetzlichen Regelungen auf zeitnah verfügbare Informationen angewiesen, um eine informierte Entscheidung und erforderliche organisatorische Vorbereitungen treffen zu können. Frauen, die sich zum Austragen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft entschließen, stehen gleichermaßen vor drängenden Herausforderungen zur Information. Anders als bei beabsichtigten Schwangerschaften müssen innerhalb kurzer Zeit etwa medizinische, rechtliche und finanzielle Informationen sowohl für die Phase der Schwangerschaft als auch für die folgende (Klein-)Kindphase beschafft werden.

Die Ergebnisse zu Informationsbedarfen und Erfahrungen mit dem Zugang zu Informationen sind im Folgenden getrennt nach ausgetragenen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen dargestellt. Ist die Entscheidung, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen werden soll, noch offen, sind Informationen für beide Entscheidungsalternativen erforderlich.

Informationsbedarfe und Informationsquellen bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

Eine umfassende Informiertheit während einer Schwangerschaft ist nachweislich mit einem gesteigerten Gesundheitsbewusstsein verbunden und zeigt positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind (Coglianese et al., 2020; Shieh, Broome, & Stump, 2010; Song, Cramer, McRoy, & May, 2013). Die Wichtigkeit des Zugangs zu Informationen für werdende Mütter wurde bereits 2017 im Nationalen Gesundheitsziel 'Gesundheit rund um die Geburt' vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de betont (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Frauen, die eine ungewollte und damit unerwartete und unvorbereitete Schwangerschaft austragen, stehen vor der Herausforderung, sich innerhalb kurzer Zeit informieren und mit Fragen zur Schwangerschaft und zum Leben mit dem Kind auseinandersetzen zu müssen. Angesichts der im Vergleich zu gewollten Schwangerschaften häufiger nachteiligen Lebenslagen für eine Familiengründung oder -erweiterung sind Informationsbedarfe zu finanzieller und sozialer Unterstützung, aber auch familienrechtliche Fragen stärker verbreitet. Zudem wird bei Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen, öfter als von gewollt Schwangeren nach Unterstützungsmöglichkeiten durch Schwangerschaftsberatungsstellen gesucht (20 % gegenüber 7 %). Allgemeine Informationen zu Schwangerschaft und Geburt, Informationen zur Gesundheit sowie Erfahrungsberichte von anderen Frauen sind zwar auch bei ungewollt Schwangeren die häufigsten gesuchten Informationen. Im Vergleich zu gewollt Schwangeren befassen sich ungewollt Schwangere jedoch deutlich seltener mit diesen Themen. Es ist zu vermuten, dass dieser Unterschied mit der fehlenden Vorbereitungszeit bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften in Zusammenhang steht, wobei in der ELSA-Befragung hierzu keine Daten erhoben wurden.

Spezifische Informationsquellen werden von ungewollt und gewollt schwanger gewordenen Frauen in unterschiedlichem Maß als hilfreich beurteilt. Allgemeine Internetquellen werden von ungewollt Schwangeren (mit 49 %) im Vergleich zu gewollt Schwangeren (mit 70 %) seltener als hilfreich bewertet – ein denkbarer Grund ist, dass diese Informationsangebote zu wenig spezifisch auf die Situation ungewollt Schwangerer eingehen. Auch Freundinnen und Freunde werden von Frauen mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft seltener als geeigneter Personenkreis für Information und Austausch angesehen (31 % gegenüber 49 %). Zu vermuten ist, dass hier zum einen die Stigmatisierung ungewollt eingetretener Schwangerschaften als Barriere Wirkung zeigt, zum anderen Erfahrungen mit ungewollten Schwangerschaften weniger verbreitet sind, so dass im privaten Umfeld seltener einschlägiger und hilfreicher Rat verfügbar ist.

Beratungsstellen kommt eine besondere Bedeutung zu bei der Information von Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen. Knapp jede dritte Befragte (31,8 %) mit ungewollt eingetretener Schwangerschaft bezeichnete die Beratungsstellen als hilfreiche Informationsquelle (gegenüber 7,2 % bei Befragten mit gewollten Schwangerschaften). Die Beratungsstellen wurden dabei von Befragten mit niedrigem Bildungsstatus (mit einem Anteil von 44,7 %) und von jüngeren, unter 25 Jahre alten Frauen (mit einem Anteil von 47,5 %) weit überdurchschnittlich häufig als hilfreich erlebt. Internetquellen werden dagegen von Frauen mit niedrigem Bildungsstatus deutlich seltener als von Frauen mit hoher Bildung als nützliche Quelle für Informationen genannt.

Die Ergebnisse verweisen damit auf die hohe Relevanz der Beratungsstellen zur Deckung spezifisch mit einer ungewollten Schwangerschaft verbundenen Informationsbedarfen und der wirksamen Vermittlung hilfreicher Informationen an Personengruppen mit weniger Ressourcen.

Zugang zu Informationen und Informiertheit bei Schwangerschaftsabbrüchen

Der Zugang zu korrekten und vollständigen Informationen ist entscheidend für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, da er für eine informierte und individuell passende Entscheidung unverzichtbar und damit Teil einer guten Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch ist. Informationsbarrieren schaden der Gesundheit und dem Wohlergehen von Frauen, indem sie zu Fehlinformationen führen und den Zugang zu Versorgungsangeboten erschweren können. Zudem verletzen sie die ethisch gebotene Achtung der Selbstbestimmung von Frauen.

Um zeitnahen Zugang zur Versorgung zu gewährleisten und einen guten Entscheidungsprozess zu ermöglichen, werden innerhalb eines kurzen Zeitraumes umfangreiche und komplexe Informationen benötigt. Im Rahmen einer guten Schwangerschaftsabbruchversorgung ist es von großer Bedeutung, qualitativ hochwertige Informationen zur Verfügung zu stellen. Diese Informationen sind essenziell für eine selbstbestimmte Entscheidung, psychisches Wohlbefinden und eine evidenzbasierte Versorgung. Da beim Schwangerschaftsabbruch der Zeitfaktor eine zentrale Rolle spielt, ist auch der zügige Zugang zu guten Informationen relevant. Wenn es um Informationen zum Schwangerschaftsabbruch geht, ist es wichtig, dass diese vollständig, sachlich, verständlich, evidenzbasiert und auf die individuellen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Außerdem müssen sie vertraulich sein, wenn die Frau dies wünscht. Viele Frauen stoßen bereits während des Informationsprozesses auf Hindernisse, die als belastend empfunden werden können und den Zugang zur Abbruchversorgung erschweren (Hahn 2024).

Die ELSA-Daten zeigen zum einen, welche Informationen die Frauen überhaupt benötigen: Etwa drei Viertel der Befragten suchen nach Informationen zu Beratungsstellen für die Pflichtberatung und zu Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch. Etwa zwei Drittel suchen Informationen zu medizinischen und finanziellen Aspekten und etwa die Hälfte der Befragten benötigte Informationen zu rechtlichen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs. Zum anderen zeigen sie, welche Informationsquellen relevant sind, also wo Frauen konkret hilfreiche Informationen finden.

Hier nannten die Befragten am häufigsten Beratungsstellen, Arztpraxen und/oder das Internet als ihre Hauptquellen.

Hier wird die zentrale Rolle der Informationsquellen deutlich: Sie sind nicht nur entscheidend für den Zugang zu Informationen, sondern auch für den Zugang zur medizinischen Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch insgesamt. Die Informationsquelle steht in Beziehung zur Einschätzung der Frauen, wie einfach oder schwierig es für sie war, eine geeignete Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. Drei Viertel derjenigen, die die Adresse von ihrer eigenen Ärztin/ihrem eigenen Arzt erhielten, gaben an, dass es ihnen sehr leicht fiel, eine Einrichtung zu finden. Im Gegensatz dazu gab nur knapp die Hälfte der Frauen, die die Adresse über eine Beratungsstelle erhielten, an, dass sie diese Erfahrung gemacht haben.

Ein weiterer wichtiger Befund ist, dass Befragte aus Regionen mit einem hohen Versorgungsgrad die Adresse der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch häufiger von der eigenen Ärztin/dem eigenen Arzt und deutlich seltener von der Beratungsstelle erhalten. Dieses Ergebnis verdeutlicht, wie das Zusammenspiel von Informationswegen und Versorgungsstrukturen den Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen oder beeinträchtigen kann.

Etwa jede zweite Befragte gab an, im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft bzw. dem Schwangerschaftsabbruch auf Informationsbarrieren gestoßen zu sein. Die von den Befragten am häufigsten genannten Barrieren stehen im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen. Mehr als die Hälfte der Befragten, die Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung hatte, gab als Grund an, Angst davor zu haben, dass schlecht über sie gedacht würde (55,3 %). Ebenfalls über die Hälfte gab die Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs als Problem bei der Informationsbeschaffung an (50,5 %). Mehr als jede fünfte Befragte berichtete, sich nicht getraut zu haben nach Informationen zu fragen (22,2 %). Die antizipierte Stigmatisierung wirkt somit als eine der größten Hürden bei der Informationsbeschaffung zum Schwangerschaftsabbruch. Damit stellt sie ein zentrales Problem beim Versorgungszugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Versorgung dar.

Zusätzlich zu den stigmatisierungsbezogenen Informationsbarrieren nannten die Befragten auch solche, die mit dem physischen Zugang und der Qualität der Informationen zusammenhängen: Ein Drittel der Befragten mit Informationsbarrieren gab an, keine guten Informationen im Internet gefunden zu haben. Dies zeigt, dass ein Bedarf an qualitativ hochwertigen und evidenzbasierten Informationen besteht, die online leicht zugänglich sind. Eine weitere Barriere betrifft die Qualität: Etwa ein Drittel der Frauen gab an, beim ersten Arztbesuch zur Feststellung der Schwangerschaft nicht über die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs informiert worden zu sein. Ein Fünftel der Frauen gab zudem an, nicht alle notwendigen Informationen erhalten zu haben.

Neben dem Fehlen der notwendigen Informationen werden auch Informationen, die von den Frauen als ein Zuviel an nicht notwendigen Informationen oder als explizit unerwünschte Informationen empfunden werden, als Informationsbarrieren angesehen: So erhielt etwa ein Fünftel der Befragten beim ersten Arztbesuch zur Feststellung der Schwangerschaft unerwünschte Informationen. Dies betrifft insbesondere das ungefragte Zeigen des Ultraschallbildes sowie unerwünschte Informationen zur Familienplanung: Jeweils etwa jede zwölfte Befragte war davon betroffen.

Trotz der hohen Prävalenz von Informationsbarrieren fühlten sich insgesamt 4 von 5 Befragten eher oder sehr gut über den Schwangerschaftsabbruch informiert. 1 von 5 Befragten fühlte sich dagegen eher oder sehr schlecht informiert. Hier werden zwei Zusammenhänge deutlich: Befragte, die Informationsbarrieren angaben, schätzten ihre Informiertheit häufiger als eher oder sehr schlecht ein. Gleiches gilt für Stigmatisierungserfahrungen in jeglicher Form: Befragte, die internalisierte,

antizipierte und/oder erlebte Stigmatisierungangaben, fühlten sich häufiger schlecht über den Schwangerschaftsabbruch informiert.

Dies ist wichtig für die Entscheidungssicherheit und den Zugang zur Versorgung: Wenn Frauen sich gut informiert fühlen, d. h. keine Informationsbarrieren erleben, sind sie auch häufiger sicher in ihrer Entscheidung. Zudem wenden sie häufiger die von ihnen bevorzugte Methode des Schwangerschaftsabbruchs an und finden auch leichter eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch.

Auch wenn in den letzten Jahren die mit der Abschaffung des § 219a verbundenen rechtlichen Verbesserungen hinsichtlich des Zugangs zu Informationen für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollen, erreicht wurden, bestehen nach wie vor vielfältige und komplexe Informationsbarrieren. Diese schränken den Zugang zu guter Information ein, der wiederum ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch darstellt. Es wird deutlich, dass die beschriebenen Faktoren, die den Zugang zu Informationen beeinflussen, auch direkt den Zugang zur Versorgung betreffen.

9.1.1.1.5 Erfahrungen in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen

Die Erhebungen und Analysen zur medizinischen Versorgung bei ungewollten Schwangerschaften konzentrierten sich in der ELSA-Studie auf den Bereich der Schwangerschaftsabbrüche. Die in erster Linie zu Vergleichszwecken erhobenen Daten zur Versorgung ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, die ausgetragen wurden, deuten auf keine verbreiteten Problemlagen hin und spiegeln stattdessen eine dezidiert positive Bewertung der ärztlichen Versorgung wider. Die folgenden Darstellungen beziehen sich daher ausschließlich auf die medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen.

Auf dem Weg zu einem Schwangerschaftsabbruch sehen sich ungewollt Schwangere mit verschiedenen Barrieren beim Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch konfrontiert. Dazu zählen Schwierigkeiten bei der Orientierung im Versorgungssystem, unzureichende oder schlecht zugängliche Informationen, begrenzte Auswahlmöglichkeiten von Abbrucheinrichtungen, fehlende Wahlmöglichkeiten der Abbruchmethoden, staatliche Restriktionen wie Pflichtberatungen, Wartezeiten und der eingeschränkte Zugang zu Kliniken (Jerman et al. 2017; WHO 2022). Eine mangelnde flächendeckende Versorgungssituation kann sich negativ auf den Zeitpunkt eines gewünschten Schwangerschaftsabbruches auswirken, weil Frauen länger nach einem medizinischen Versorgungsangebot suchen oder längere Wege zurücklegen müssen. Eine schlechte Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von medizinischen Dienstleistungsangeboten für einen Schwangerschaftsabbruch kann längere Wartezeiten, Schwierigkeiten für eine rechtzeitige Terminvergabe, höhere Kosten, einen größeren organisatorischen Aufwand sowie Stigmatisierungserfahrungen u. a. aufgrund erzwungener Aufdeckung zur Folge haben. Diese Folgen stellen Zugangsbarrieren dar und betreffen insbesondere Frauen aus vulnerablen Gruppen, zum Beispiel solche mit geringeren sozio-ökonomischen Ressourcen, Sprachbarrieren, gewalttätigen Partnern, Frauen mit Behinderung, Minderjährige sowie Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Foster 2020; Killinger et al. 2020). Stellen Frauen eine Schwangerschaft spät fest und wollen diese abbrechen, stoßen sie überdies auf logistische Hürden beim Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch (Foster & Kimport 2013).

In diesem Abschnitt geht es um die Erfahrungen, die Frauen in der medizinischen Versorgung machen, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung vornehmen lassen. Ähnlich wie bei der Ergebnisdarstellung orientiert sich auch dieser Diskussionsteil chronologisch am Versorgungsweg: Zunächst geht es um den Umgang durch das medizinische Personal am Anfang

des Versorgungswegs, dann um die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch und schließlich um Kosten und Methoden des Schwangerschaftsabbruchs. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und nach Themen geordnet, die den gesamten Versorgungsweg betreffen: Dazu gehören die Schwierigkeiten der Frauen, den Abbruch zu organisieren und der von ihnen empfundene Zeitdruck auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch. Daran schließt sich ein zentraler Abschnitt an, der die Ergebnisse zu den Zugangsbarrieren für Frauen in der medizinischen Versorgung zusammenfasst und insbesondere darauf eingeht, inwieweit Zugangsbarrieren in Deutschland regional unterschiedlich ausgeprägt sind. Unter anderem aufgrund bestehender Zugangsbarrieren suchen einige Frauen alternative Wege außerhalb der Regelversorgung, um einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Diesem Thema widmen wir uns in einem anschließenden Exkurs. Abschließend fassen wir zusammen, welche Veränderungen sich die Frauen in der Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch wünschen.

Erfahrungen mit dem Umgang durch das medizinische Personal am Anfang des Versorgungswegs

Die Erfahrungen, die Frauen mit der Ärztin oder dem Arzt bzw. dem medizinischen Personal beim ersten Arztbesuch und in der frühen Schwangerschaft machen, bei dem die Schwangerschaft festgestellt oder bestätigt wird, spielen in der Versorgung von ungewollten Schwangerschaftsabbrüchen eine wichtige Rolle, da sie den Einstieg in die medizinische Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch darstellen. Der erste Arztbesuch wird von einem Großteil der Befragten insgesamt positiv bewertet, was eine initiale Ressource im Versorgungsprozess darstellen kann. Mit über 80 % berichtet eine große Mehrheit der Frauen, dass in der Arztpraxis Wert auf ihre Privatsphäre gelegt wurde, sie Vertrauen zur Ärztin/zum Arzt hatten und ihre Meinung respektiert wurde. Knapp drei Viertel gaben an, dass sich die Ärztin/der Arzt ausreichend Zeit für ihre Anliegen nahm und knapp zwei Drittel fühlten sich respektvoll behandelt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten beschrieb die Behandlung in der Versorgung insgesamt als neutral und sachlich bzw. als freundlich und einfühlsam.

Ein kleiner Teil der Frauen berichtet von negativen Erfahrungen im Umgang mit dem medizinischen Personal: Jeweils zwischen 6 % und 8 % berichteten, dass sie unfreundlich behandelt, zum Austragen der Schwangerschaft gedrängt oder mit Vorwürfen konfrontiert wurden.

Darüber hinaus empfand gut ein Drittel der Befragten das Arztgespräch beim ersten Arztbesuch als belastend. Hier zeigen die Daten, dass die Bewertung des Arztgesprächs als belastend vor allem mit weiteren negativen Erfahrungen beim ersten Arztbesuch zusammenhängt und weniger mit den individuellen Lebenssituationen und Entscheidungsprozessen der Frauen. Je mehr negative Erfahrungen die Frauen beim Arztbesuch machen, desto häufiger beschreiben sie auch das Arztgespräch als belastend. Besonders bedeutsame Faktoren dafür, ob das Gespräch als belastend erlebt wird oder nicht, sind der Respekt der Ärztin/des Arztes gegenüber der Meinung der Frau, das Vertrauen in die Ärztin/den Arzt, der Erhalt aller notwendigen Informationen und dass sich die Ärztin/der Arzt ausreichend Zeit nimmt. Der Umgang der Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Personals mit der Patientin, die einen Schwangerschaftsabbruch wünscht, hat folglich einen starken Einfluss darauf, inwiefern sie das Gespräch als belastend empfindet.

Aber auch ein Fünftel der Frauen, die keine negativen Erfahrungen beim ersten Arztbesuch angaben, beschrieben das Gespräch als belastend. Umgekehrt gibt es auch Frauen, die zwar negative Erfahrungen beim ersten Arztbesuch gemacht haben, das Gespräch aber nicht als belastend empfanden. Das bedeutet, dass es neben den Erfahrungen mit dem Personal weitere Faktoren gibt, die dazu beitragen, ob Frauen das Arztgespräch als belastend erleben oder nicht. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem Stigmatisierungserfahrungen, denn insbesondere Frauen mit einem höheren Ausmaß an internalisierter oder antizipierter Stigmatisierung erleben das Gespräch beim ersten Arztbesuch auch jeweils häufiger als belastend. Inwiefern ein höheres

Ausmaß an Stigmatisierung die Wahrnehmung des Arztgesprächs beeinflusst oder das Verhalten der Ärztin/des Arztes wiederum die Stigmatisierungserfahrungen der Frauen verstärkt, lässt sich aus den Daten nicht zeigen.

Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch

Die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch von entscheidender Bedeutung. Damit ein Angebot für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollen, verfügbar ist, muss die Einrichtung zunächst in der Lage sein, innerhalb eines angemessenen Zeitraums Termine zu vergeben und die bevorzugte Methode anzubieten. Für eine angemessene Erreichbarkeit sollte die Einrichtung entsprechend der Mobilität der Patientinnen möglichst nah oder gut an den ÖPNV angebunden sein. Weitere Aspekte der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch, die in der ELSA-Befragung erhoben wurden, beziehen sich auf die Schwierigkeit der Frauen, eine Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch zu finden und ob eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Einrichtungen besteht. Gerade in der gynäkologischen Versorgung spielen persönliche Faktoren und das Vertrauen in die Ärztin/den Arzt ebenso eine große Rolle wie die Wahl der Methode zum Schwangerschaftsabbruch.

Mehr als jede zweite Befragte konnte nicht zwischen verschiedenen Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch wählen. Zudem musste jede vierte Befragte mehr als eine Einrichtung kontaktieren, um überhaupt einen Termin für einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen. Die wiederholte Offenlegung des Abbruchwunsches gegenüber verschiedenen unbekannten Personen kann bei einem stigmatisierten Eingriff wie dem Schwangerschaftsabbruch für die Patientinnen als besonders belastend empfunden werden. 4 von 5 Befragten gaben an, dass es ihnen sehr oder eher leichtfiel, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. Dementsprechend fiel es fast jeder fünften Befragten eher oder sehr schwer. Für die Interpretation dieser Zahlen ist es entscheidend zu berücksichtigen, dass subjektive Bewertungen stets im Kontext individueller Erwartungshaltungen betrachtet werden müssen. Wenn Frauen von vornherein erwarten, dass der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch schwieriger ist als bei anderen medizinischen Eingriffen, und sie zusätzlich Scham und Schuld empfinden, neigen sie dazu, den Zugang als (eher) leicht einzuschätzen, selbst wenn weitere Wege und größere Mühen damit verbunden sind.

Bezüglich der Erreichbarkeit berichtete jede siebte Befragte, dass die Einrichtung, in der der Abbruch vorgenommen wurde, mehr als 50 km entfernt war. Etwa 9 von 10 Befragten beurteilten die Erreichbarkeit der Einrichtung als eher oder sehr gut, nur 1 von 10 Befragten als eher oder sehr schlecht. Auch hier gelten die oben beschriebenen Hinweise zur Einordnung der subjektiven Bewertung der Erreichbarkeit durch die Frauen im Hinblick auf ihre Erwartungen.

Als Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch haben wir definiert:

- Kontaktaufnahme mit mehr als einer Einrichtung, um einen Termin zu vereinbaren
- Finden der Einrichtung als eher oder sehr schwierig bewertet
- Entfernung der Einrichtung mehr als 50 km
- Erreichbarkeit der Einrichtung als eher oder sehr schwierig bewertet.

Addiert man diese Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit, so berichten insgesamt etwa 2 von 5 Befragten über mindestens eine der Barrieren in der Verfügbarkeit und/oder Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch. Jede vierte Befragte berichtet von mehr als einer Barriere, jede zehnte Befragte von mehr als zwei Barrieren. Ein erheblicher Anteil der Frauen in Deutschland stößt also auf Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit einer Einrichtung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs. In den folgenden Abschnitten wird deutlich werden, welchen Einfluss diese Barrieren auf die Versorgungserfahrungen der Frauen haben.

Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch

Neben der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen ist auch die Bezahlbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs eine wichtige Zugangsdimension. Zwar können Frauen in Deutschland, die unter einer bestimmten Einkommensgrenze liegen, eine Kostenübernahme beantragen. Frauen, die jedoch keine Kostenübernahme beantragen – in unserer Stichprobe jede dritte Frau – bzw. Frauen, deren Kostenübernahme abgelehnt wurde, müssen für die Kosten des Abbruchs selbst aufkommen. Die Kosten für die Vor- und Nachsorge werden im Rahmen der regulären vertragsärztlichen Versorgung von den Krankenkassen übernommen. Jede zweite der sogenannten Selbstzahlerinnen trägt die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch vollständig allein. Bei jeder vierten Selbstzahlerin beteiligt sich der Partner an den Kosten. Die Daten zeigen auch, dass die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch stark variieren: Jede zweite Befragte gibt Kosten zwischen 200 und 400 EUR an, fast jede Dritte zwischen 400 und 600 EUR. Knapp 8 % berichten von Kosten für den Schwangerschaftsabbruch, die einen Betrag von 600 EUR übersteigen. Dabei hängt die Höhe der Kosten auch davon ab, ob die Frauen einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen: Die Kosten eines operativen Schwangerschaftsabbruchs sind im Durchschnitt deutlich höher als die Kosten für einen medikamentösen Abbruch.

Trotzdem die Mehrheit eine Kostenübernahme erhält, gab jede fünfte Frau an, dass es ihr eher oder sehr schwerfiel, für die angefallenen Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch aufzukommen. Frauen, deren Kostenübernahme abgelehnt wurde bzw. denen Kosten über den Abbruch hinaus entstehen, berichteten am häufigsten, dass sie sich die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nur schwer leisten konnten. Dabei entstanden fast jeder zweiten Frau über den Abbruch hinaus Kosten, wobei etwa jeder dritten Frau Kosten für die An- und Abreise entstehen.

Die Daten zeigen einen Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch und der Bezahlbarkeit des Abbruchs: Je mehr Barrieren Frauen in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtungen angaben, desto häufiger haben sie auch Schwierigkeiten, die Kosten zu tragen. So hatte etwa jede siebte Frau, die keine Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit angab, Schwierigkeiten, für die Kosten aufzukommen. Bei den Frauen mit 3 bis 4 Barrieren ist es fast jede Zweite, die Probleme hat, die Kosten zu bezahlen. Das bedeutet: Je schlechter die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch, desto schwerer fällt es Frauen, für die Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch aufzukommen.

Die vorliegenden Ergebnisse offenbaren ein komplexes Zusammenspiel zwischen der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Bezahlbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Obwohl die rechtliche Regelung eine Kostenübernahme für Frauen unter einer bestimmten Einkommensgrenze vorsieht, zeigen unsere Ergebnisse, dass finanzielle Barrieren nach wie vor ein erhebliches Hindernis darstellen. Besonders besorgniserregend ist, dass jede fünfte Frau angibt, Schwierigkeiten bei der Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs und der darüber hinaus damit verbundenen Kosten zu haben. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, das bestehende System der Kostenübernahme zu überprüfen. Besonders betroffen sind Frauen, deren Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt wurde, sowie Frauen, die zusätzliche Kosten, wie solche für die An- und Abreise, tragen müssen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das derzeitige System möglicherweise nicht ausreicht, um allen betroffenen Frauen einen gleichberechtigten Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu gewährleisten.

Die Tatsache, dass fast jeder zweiten Frau zusätzliche Kosten entstehen, insbesondere für An- und Abreise, verdeutlicht überdies die Notwendigkeit, die regionale Verteilung von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu verbessern. Ein Mangel an entsprechenden Einrichtungen in bestimmten Regionen zwingt die Frauen zu längeren Anfahrtswegen und damit zu

zusätzlichen finanziellen Belastungen. Besonders bemerkenswert ist der festgestellte Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen und der finanziellen Belastung. Die Tatsache, dass Frauen, die mehr Barrieren in Bezug auf Verfügbarkeit und Erreichbarkeit erleben, auch häufiger Schwierigkeiten haben, die Kosten zu tragen, deutet auf eine Kumulation von Barrieren hin. Dies könnte bedeuten, dass Frauen in unterversorgten Gebieten nicht nur mit längeren Anfahrtswegen, sondern auch mit höheren Gesamtkosten konfrontiert sind. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit, den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu verbessern. Es reicht nicht aus, sich nur auf die Kostenübernahme zu konzentrieren; vielmehr muss auch die geografische Verteilung der Einrichtungen verbessert werden, um Reisekosten zu reduzieren und den Zugang zu erleichtern.

Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Trotz des stetigen Anstiegs in den letzten Jahren ist der Anteil medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland im internationalen Vergleich gering - das zeigen nicht nur die offiziellen Daten des Statistischen Bundesamtes, sondern auch die ELSA-Daten: Bei knapp 60 % der Befragten wurde der Schwangerschaftsabbruch operativ durchgeführt. 14 % der operativen Abbrüche wurden in Lokalanästhesie durchgeführt. 40 % der Befragten hatten einen medikamentösen Abbruch. Betrachtet man nur die Befragten, die in den letzten 5 Jahren einen Abbruch hatten, so liegt der Anteil von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen mit 50 % etwas höher. Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, der bis zur 9. Schwangerschaftswoche möglich ist, werden zwei Medikamente im Abstand von 24 bis 48 Stunden eingenommen. Die Einnahme kann auf verschiedene Weise erfolgen: Die Schwangere kann zur Einnahme der beiden Medikamente (Mifepriston zum Schwangerschaftsabbruch und Misoprostol zur Unterstützung der Abstoßung des Schwangerschaftsgewebes) in die medizinische Einrichtung kommen, die Einnahme des zweiten Medikaments kann zu Hause erfolgen (sog. Home Use) oder beide Medikamente werden zu Hause eingenommen und der Abbruch wird telemedizinisch begleitet. Das telemedizinische Verfahren ist international anerkannt und von der Weltgesundheitsorganisation als sicher bewertet (World Health Organisation, 2023). Mit den Daten aus der ELSA-Befragung liegen für Deutschland erstmals differenzierte Daten zu den verschiedenen Abgabeverfahren vor: Demnach nimmt etwa jede vierte Befragte das zweite Medikament zu Hause ein. 5 % der Befragten nahmen beide Medikamente mit telemedizinischer Begleitung zu Hause ein. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass Home Use bei Befragten, die in den letzten fünf Jahren einen Schwangerschaftsabbruch hatten, deutlich häufiger angewendet wird als bei Befragten, deren Schwangerschaftsabbruch länger als fünf Jahre zurückliegt.

Die WHO-Leitlinien empfehlen, dass Frauen die Möglichkeit haben sollten, die Methode des Schwangerschaftsabbruchs zu wählen. Die ELSA-Daten geben erstmals Auskunft darüber, in welchem Umfang die bevorzugte Methode des Schwangerschaftsabbruchs von Frauen in Deutschland in Anspruch genommen wird. Dabei zeigt sich zunächst, dass der Anteil der Frauen, die keine bevorzugte Methode hatten, mit den Jahren abnimmt: Lag der Abbruch mehr als 5 Jahre zurück, betrug der Anteil etwa ein Drittel. Von den Frauen, die in den letzten fünf Jahren einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben, gaben mit einem Sechstel nur noch halb so viele an, keine bevorzugte Methode gehabt zu haben. Ein Drittel der Befragten wurde beim ersten Arztbesuch nicht über die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs informiert. Diese Frauen hatten auch häufiger keine bevorzugte Methode. Der Anteil der Frauen mit einer bevorzugten Methode war bei den Frauen, die einen medikamentösen Abbruch vornehmen ließen, etwas höher (ca. 85 % gegenüber 70 %). Wenn bei den Befragten die bevorzugte Methode nicht angewandt wurde, so war dies in den meisten Fällen die medikamentöse Methode, die nicht zur Verfügung stand. Hierfür sind zwei Erklärungen denkbar: Zum einen kann dies ein Hinweis darauf sein, dass es in Deutschland an Angeboten zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch fehlt, und damit die Wahlfreiheit zwischen einem operativen und einem medikamentösen Abbruch nur

bedingt gewährleistet werden kann. Zum anderen kann eine Erklärung auch darin liegen, dass Frauen aufgrund der engeren Fristsetzung für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch diese Methode nicht mehr zur Verfügung stand.

Schwierigkeiten, den Schwangerschaftsabbruch zu organisieren

Aufgrund der unterschiedlichen Zahl von Anlaufstellen und notwendigen Terminen, der obligatorischen Wartezeit bei gleichzeitig enger Fristsetzung von 12 Wochen sowie der bereits geschilderten Zugangsbarrieren kann es für Frauen schwierig sein, einen Schwangerschaftsabbruch zu organisieren. Neben diesen strukturellen Rahmenbedingungen, die den Zugang erschweren können, werden in Studien auch die persönlichen Ressourcen der Frauen wie bspw. soziale Unterstützung, die finanzielle Situation und ihre Mobilität als wichtige Faktoren für die Bewältigung des organisatorischen Aufwands benannt. Unsere Daten zeigen jedoch kaum Zusammenhänge mit soziodemografischen Merkmalen der Frauen: Die von den Frauen berichteten Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs sind weitgehend unabhängig von Alter, finanzieller Situation, Erwerbstätigkeit, Migrationshintergrund und Bildung. Lediglich für die Schwierigkeit, den Haushalt und die Kinderbetreuung zu organisieren, lässt sich zeigen, dass Befragte, die älter sind, deren Hauptberuf Hausfrau ist und deren Haushalt staatliche Unterstützungsleistungen bezieht, etwas stärker betroffen sind.

Mit 60 % berichtete deutlich mehr als die Hälfte der Befragten von Schwierigkeiten, den Schwangerschaftsabbruch zu organisieren. Mehr als jede dritte Befragte hatte organisatorische Schwierigkeiten, weil sie den Schwangerschaftsabbruch geheim hielt. Hier zeigt sich, welche konkreten Konsequenzen die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen haben kann. Jeweils ein Viertel der Befragten berichtete von Schwierigkeiten, eine Begleitperson bzw. die An- und Abreise zu organisieren. Jeweils rund ein Fünftel hatte Probleme bei der Organisation des Haushalts und der Kinderbetreuung bzw. Schwierigkeiten, weil sie sich krankschreiben lassen mussten. Organisatorische Schwierigkeiten kumulieren zudem: Etwa ein Viertel der Frauen berichtet von drei oder mehr Schwierigkeiten, den Schwangerschaftsabbruch zu organisieren.

Dabei gilt: Je mehr Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch bestehen, desto mehr Schwierigkeiten haben die Frauen auch bei der Organisation des Abbruchs. Wenn die Befragten keine Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit angaben, hat immer noch die Hälfte Schwierigkeiten, den Abbruch zu organisieren. Bei einer Barriere sind es bereits knapp 70 %, bei 3 bis 4 Barrieren gaben fast alle Befragten organisatorische Schwierigkeiten an. Die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung ist insbesondere mit Schwierigkeiten bei der Organisation der An- und Abreise, der Haushalts- und Kinderbetreuung sowie der Suche nach einer Begleitperson verbunden. Dies ist nicht verwunderlich: Ist eine Abbrucheinrichtung weiter entfernt bzw. schwerer erreichbar, müssen die Frauen einen längeren Anfahrtsweg in Kauf nehmen und benötigen somit für einen längeren Zeitraum eine Vertretung für ihre Betreuungsaufgaben bzw. eine Begleitperson. Das wirkt sich auch auf die Bezahlbarkeit aus: Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs stehen im Zusammenhang mit Schwierigkeiten, die Kosten des Abbruchs zu tragen. Das Gleiche gilt für Informationsbarrieren: Geben die Befragten an, von solchen betroffen zu sein, so berichten sie auch fast doppelt so häufig von Schwierigkeiten bei der Organisation des Abbruchs als Befragte ohne Informationsbarrieren.

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen die komplexen Herausforderungen, denen sich Frauen bei der Organisation eines Schwangerschaftsabbruchs gegenübersehen. Trotz der Möglichkeit der Kostenübernahme und der Verfügbarkeit von Beratungsstellen berichteten über 60 % der Befragten von Schwierigkeiten bei der Organisation eines Schwangerschaftsabbruchs. Diese Schwierigkeiten sind nicht nur auf strukturelle Barrieren wie Wartezeiten und die Vielzahl der erforderlichen Termine zurückzuführen, sondern auch auf die Stigmatisierung, die mit einem

Schwangerschaftsabbruch einhergeht. Besonders auffällig ist, dass die organisatorischen Schwierigkeiten weitgehend unabhängig von soziodemografischen Merkmalen sind, was darauf hindeutet, dass die Probleme systemischer Natur sind und nicht nur Faktoren betreffen, die auf den Ressourcen der Frauen gründen.

Frauen, die mit mehreren Barrieren konfrontiert sind, berichten überproportional häufig von Schwierigkeiten, was die Notwendigkeit unterstreicht, die Zugangsbedingungen zu Abbrucheinrichtungen zu verbessern. Darüber hinaus zeigen die Daten, dass die Bezahlbarkeit des Abbruchs eng mit der Fähigkeit zur Organisation verknüpft ist. Organisatorische Schwierigkeiten führen häufig zu finanziellen Belastungen, wodurch ein Teufelskreis entsteht, der den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen weiter erschwert. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass eine übergreifende Betrachtung von Zugangsbarrieren notwendig ist, die sowohl strukturelle als auch individuelle Dimensionen berücksichtigt. So wird deutlich, wie unterschiedliche Zugangsbarrieren zu konkreten Problemen für Frauen führen können, den notwendigen organisatorischen Aufwand für einen Schwangerschaftsabbruch zu bewältigen. Dabei greifen die Barrieren ineinander, können kumulieren und so dazu führen, dass Frauen mit mehreren organisatorischen Schwierigkeiten gleichzeitig konfrontiert sind.

Zeitdruck

Fast zwei Drittel der Befragten empfinden Zeitdruck auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch. Der Zeitpunkt, zu dem die Schwangerschaft festgestellt wurde, steht in Zusammenhang damit, ob die Frauen Zeitdruck auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch empfinden. Befragte, die ihre Schwangerschaft später feststellen, empfinden häufiger Zeitdruck. Dies ist insofern plausibel, als aufgrund der gesetzlichen Frist bis zur 14. Woche bei einer späten Feststellung der Schwangerschaft weniger Zeit bleibt, um den Abbruch vornehmen zu lassen.

Für den Zeitdruck können sowohl innere Gründe eine Rolle spielen als auch die oben genannten äußeren Rahmenbedingungen, die den Versorgungsweg beim Schwangerschaftsabbruch in Deutschland prägen. Ein innerer Grund ist zum Beispiel der Wunsch der Frauen, den Abbruch so schnell wie möglich hinter sich zu bringen. Dieser Wunsch wurde in unserer Befragung am häufigsten als Grund für einen empfundenen Zeitdruck genannt: Mehr als ein Drittel der Befragten fühlte sich dadurch unter Zeitdruck. Deutlich weniger, aber immer noch etwas mehr als jeder zehnte Befragte gab einen längeren Entscheidungsprozess als Grund für Zeitdruck an. Auch dies zählt zu den inneren Gründen. Demgegenüber empfindet fast ein Viertel der Frauen Zeitdruck aufgrund äußerer Zugangsbarrieren: Dazu zählen ein erschwelter Zugang zu Informationen, Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Einrichtung und lange Wartezeiten auf Termine. Die späte Feststellung der Schwangerschaft führt bei etwa jeder siebten Befragten zu Zeitdruck.

Der empfundene Zeitdruck korreliert auch mit Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch. Je häufiger die Befragten diese angaben, desto häufiger berichteten sie von Zeitdruck durch lange Wartezeiten auf einen Termin sowie von Zeitdruck durch Schwierigkeiten, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. Damit wird deutlich, dass Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit mit dem subjektiven Belastungserleben, hier dem empfundenen Zeitdruck, zusammenhängen.

Zugangsbarrieren und regionale Unterschiede im Zugang

Um die Zugangsbarrieren zum Schwangerschaftsabbruch umfassend abzubilden, haben wir einen Index gebildet, der neben der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch auch die Bezahlbarkeit der mit dem Abbruch verbundenen Kosten sowie das Vorhandensein von Informationsbarrieren und organisatorischen Schwierigkeiten berücksichtigt. Addiert man all diese möglichen Barrieren, so zeigt sich, dass 4 von 5 Frauen, und damit die große Mehrheit, auf mindestens eine Barriere im Zugang zur medizinischen Versorgung

bei einem Schwangerschaftsabbruch stoßen. 3 von 5 Frauen stoßen auf mindestens zwei Barrieren. Eine von drei Frauen stößt auf mindestens drei Barrieren.

Zugangsbarrieren gehen dabei mit einer längeren Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft einher. Das bedeutet, dass Frauen ihre Schwangerschaft später abbrechen, wenn sie Zugangsbarrieren erleben.

Bei der Frage, wer von Zugangsbarrieren betroffen ist, zeigt sich, dass soziodemografische Merkmale nur eine geringe Rolle spielen – vielmehr ist die Region, in der die Frauen zum Zeitpunkt des Abbruchs wohnen, ein zentraler Faktor dafür, ob und auf wie viele Barrieren sie stoßen. Die Erfahrungen, die Frauen mit der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch machen, unterscheiden sich je nachdem, in welcher Region die Frauen zum Zeitpunkt des Abbruchs wohnen.

Um zu untersuchen, ob sich regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch in den Versorgungserfahrungen der Frauen widerspiegeln, haben wir auf der Grundlage unserer Strukturdatenanalyse die Bundesländer zu drei Versorgungsregionen mit hohem, mittlerem und niedrigem Versorgungsgrad zusammengefasst. Zur Region mit hohem Versorgungsgrad gehören die ostdeutschen Bundesländer bis auf Brandenburg, die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie Schleswig-Holstein. Zur Region mit mittlerem Versorgungsgrad gehören die Bundesländer Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und das Saarland. Die restlichen Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz bilden die Region mit geringem Versorgungsgrad. Diese Versorgungsregionen dienten als Auswertungsgrundlage für die Analysen zu regionalen Unterschieden. Darüber hinaus standen die so genannten BIK-Regionen zur Verfügung. Diese geben grob an, wie ländlich oder städtisch die Regionen sind und wurden in sieben Kategorien unterteilt: Vom Kernbereich mit 500.000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohnern bis hin zu Gemeinden mit unter 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Insgesamt zeigt sich, dass die berichteten Erfahrungen der Frauen weitgehend mit den Ergebnissen der ELSA-Strukturdatenanalyse zur regionalen Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch korrespondieren. Je niedriger der Versorgungsgrad der Region, in der die Frauen zum Zeitpunkt des Abbruchs wohnen, desto häufiger berichteten sie von Problemen beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten aus der Region mit niedrigem Versorgungsgrad berichtete von Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Abbrucheinrichtungen. In der Region mit hohem Versorgungsgrad liegt der Anteil derer, die mindestens eine dieser Barrieren angeben, deutlich niedriger, aber immer noch bei knapp einem Drittel der Befragten.

In der Region mit niedrigem Versorgungsgrad ist für fast jede dritte Frau die Abbrucheinrichtung mehr als 50 km entfernt. In den beiden Regionen mit mittlerem und hohem Versorgungsgrad liegt dieser Anteil deutlich niedriger (15 % bzw. 4 %). Dies ist auch damit zu erklären, dass in der Region mit hohem Versorgungsgrad die drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen enthalten sind und der Anteil der Befragten, die im Kernbereich ab 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner leben, bei etwa 60 % liegt. In den beiden anderen Regionen sind es 15 % (niedriger Versorgungsgrad) bzw. 20 % (mittlerer Versorgungsgrad). Aber selbst wenn man alle Befragten, die in dieser städtischsten BIK-Region wohnen, aus der Analyse ausschließt, weisen die Frauen in der Region mit hohem Versorgungsgrad mit über 30 % immer noch den höchsten Anteil mit einer Entfernung von bis zu 10 km auf, gegenüber 14 % der Frauen in der Region mit niedrigem Versorgungsgrad. Insgesamt lässt sich also festhalten: Je ländlicher der Wohnort der Frauen und je niedriger der Versorgungsgrad der Region ist, desto größere Entfernungen müssen sie zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zurücklegen.

In der Region mit hohem Versorgungsgrad berichteten mehr als drei Viertel der Befragten von einer sehr guten Erreichbarkeit der Abbrucheinrichtung, mit abnehmendem Versorgungsgrad sinkt dieser Anteil auf gut die Hälfte. Auch hier haben die Stadtstaaten einen Einfluss, aber schließt man die Befragten im Kernbereich mit mehr als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner wieder aus, schneidet die Erreichbarkeit in der Region mit hohem Versorgungsgrad trotzdem besser ab: 35 % der Befragten aus der Region mit geringem Versorgungsgrad gaben hier eine sehr gute Erreichbarkeit an gegenüber 71 % der Befragten aus der Region mit hohem Versorgungsgrad. Zudem ist hier mit einzubeziehen, dass es sich – im Gegensatz zur Entfernung – um eine subjektive Einschätzung handelt. Frauen aus ländlichen Regionen, die es gewohnt sind, weitere Wege zurückzulegen oder Frauen, die aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen keine hohen Erwartungen an die Erreichbarkeit haben, aber auch Frauen, die mobiler sind, weil sie ein eigenes Auto besitzen oder keine Kinder haben, geben hier unter Umständen eine vergleichsweise bessere Erreichbarkeit an als Frauen, auf die dies nicht zutrifft.

Auch erlebte oder antizipierte Stigmatisierung kann dazu führen, dass Frauen bereit sind, weite Wege zurückzulegen. Beispielsweise entscheiden sich manche Frauen, die ihre ungewollte Schwangerschaft und den Schwangerschaftsabbruch geheim halten wollen, längere Strecken zurückzulegen, um die medizinische Versorgung in ihrer Heimatregion zu umgehen. Diese Entscheidung ermöglicht es ihnen, in ihrem unmittelbaren Umfeld Diskretion zu wahren und sich möglichen negativen Reaktionen zu entziehen.

Regionale Unterschiede zeigen sich auch bei den Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch: In der Region mit niedrigem Versorgungsgrad ist der Eingriff für Selbstzahlerinnen teurer als in Regionen mit mittlerem oder hohem Versorgungsgrad. Dies liegt aber auch daran, dass in der Region mit niedrigem Versorgungsgrad mehr Schwangerschaftsabbrüche operativ durchgeführt werden. Darüber hinaus entstehen den Frauen hier im Vergleich zur Region mit hohem Versorgungsgrad mehr zusätzliche Kosten über den Abbruch hinaus: Sie müssen fast doppelt so häufig Kosten für die An- und Abreise tragen, was sich durch die häufigere schlechte Erreichbarkeit und größere Entfernung zur Einrichtung des Schwangerschaftsabbruchs erklären lässt.

Hinsichtlich der Anwendung der verschiedenen Abbruchmethoden zeigen die ELSA-Daten, dass der Anteil der medikamentösen Abbrüche mit dem regionalen Versorgungsgrad zunimmt: von etwa 18 % der Befragten in der Region mit niedrigem Versorgungsgrad auf über 40 % in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad bis zu über 57 % in der Region mit hohem Versorgungsgrad. Die Daten erlauben darüber hinaus noch genauere Aussagen zur medikamentösen Methode: Mit dem Versorgungsgrad der Region steigt auch der Anteil der medikamentösen Abbrüche mit sogenanntem Home Use, also der Einnahme des zweiten Medikaments zu Hause. Er liegt bei Frauen aus Regionen mit hohem Versorgungsgrad bei etwa 30 %, in Regionen mit niedrigem Versorgungsgrad bei knapp 9 %. Der Anteil der telemedizinisch begleiteten Abbrüche, d. h. der Einnahme beider Medikamente zu Hause, ist in allen Regionen mit etwa 5 % bis 6 % ähnlich hoch. Dabei könnten Home Use und telemedizinische Begleitung Möglichkeiten darstellen, den Zugang für Frauen zu erleichtern, insbesondere bei größeren Entfernungen zur Abbrucheinrichtung, indem zumindest ein Termin und damit eine Fahrt eingespart werden kann.

Regionale Unterschiede zeigen sich auch bei der Frage, wo Frauen hilfreiche Informationen zum Schwangerschaftsabbruch finden. Die Daten zeigen, dass in der Region mit hohem Versorgungsgrad mehr Ärztinnen und Ärzte Adressen von Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch kennen und weitergeben und dass dies damit einhergeht, dass Frauen leichter eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch finden. In Regionen mit niedrigem Versorgungsgrad spielen Beratungsstellen eine deutlich größere Rolle bei der Weitergabe von Adressen zu Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, um die Zusammenhänge

zwischen Versorgungsstrukturen und Informationszugang zum Schwangerschaftsabbruch genauer zu untersuchen.

Auch bei der Zeitspanne zwischen Feststellung der Schwangerschaft und Abbruch zeigen sich regionale Unterschiede: In der Region mit hohem Versorgungsgrad hat fast jede zweite Frau ihren Abbruch innerhalb der ersten zwei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft. In der Region mit niedrigem Versorgungsgrad ist es nur knapp jede dritte Frau.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Region, in der die Frau zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs lebt, einen großen Einfluss darauf hat, wie gut oder schlecht die Frauen Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch haben. Neben dem Grad der Ländlichkeit spielt der regionale Versorgungsgrad eine wesentliche Rolle. Hier zeigen sich in der ELSA-Strukturanalyse Disparitäten zwischen den besser versorgten nördlichen und östlichen Bundesländern einerseits und den schlechter versorgten westlichen und südlichen Bundesländern andererseits, die sich auch in den berichteten Versorgungserfahrungen der Frauen widerspiegeln.

Exkurs: Schwangerschaftsabbrüche außerhalb der regulären Versorgung

In der Literatur wird beschrieben, dass ein schwieriger Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen dazu führen kann, dass die Betroffenen alternative Wege außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung suchen. Für Deutschland ist bekannt, dass im Jahr 2021 mehr als 2.000 Frauen Kontakt mit der Nichtregierungsorganisation Women On Web aufnahmen, um Zugang zu Medikamenten für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch außerhalb der regulären Versorgung zu bekommen.⁶⁷

Betrachtet man nur die Frauen der Zufallsstichprobe aus unserer Untersuchung, die aus den Daten des Einwohnermeldeamts gezogen wurden, und hier nur die Frauen, die bereits mindestens eine ungewollte Schwangerschaft bzw. einen Schwangerschaftsabbruch in ihrem Leben hatten, so geben etwa 3 von 100 Frauen an, mindestens einmal in ihrem Leben versucht zu haben, eine Schwangerschaft außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung abzubringen. Als häufigste Gründe dafür nennen zwei Drittel dieser Frauen Hindernisse beim Zugang zu Informationen, Beratungsstellen und/oder medizinischer Versorgung, und für fast die Hälfte der Frauen war der Grund, dass der Partner nichts von dem Abbruch erfahren sollte.

Im Einzelnen werden von den Frauen zahlreiche Gründe genannt, warum sie eine Behandlung außerhalb der Regelversorgung erwägen oder wählen. Viele davon, wie Zugangsbarrieren zu Informationen und medizinischer Versorgung, die direkte Nennung von zu hohen Kosten, organisatorische Probleme durch weite Anfahrtswege oder familiäre Einbindung, können direkt mit der Versorgungssituation in Verbindung gebracht werden. Viele der weiteren Gründe wie Geheimhaltung vor dem Partner und/oder der Familie, Scham- und Angstgefühle und schlechte Vorerfahrungen können mit der Verortung des Schwangerschaftsabbruchs in der gesellschaftlichen Diskussion und der strafrechtlichen und damit als verurteilend und stigmatisierend empfundenen Regelung diskutiert werden. Handlungsansätze, die dieser Praxis entgegenwirken, sollten Maßnahmen entwickeln und umsetzen, die den Zugang zu Information und medizinischer Versorgung bundesweit sicherstellen. Zugang und Qualität sollten sich zudem an internationalen evidenzbasierten Empfehlungen orientieren, da diese umfangreiche Möglichkeiten bieten, Barrieren für Frauen abzubauen. In Anlehnung an die Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation sind dies z. B. leicht zugängliche, qualitativ hochwertige und neutrale Informationen zu allen

⁶⁷ Hahn/Thonke 2023. Im Jahr 2019 waren es noch etwa 1.000 Anfragen, siehe Killinger, K., Atay, H., Gomperts, R., Gunther, S. & Endler, M. (2020) "Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study", *BMJ sexual & reproductive health*, Vol. 48, e6-e12.

Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs und der Abbau von Barrieren, die einen Schwangerschaftsabbruch verzögern können, wie Beratungspflicht und Wartezeiten zwischen Beratung und Abbruch.

Verbesserungsbedarfe

Ein wichtiges Indiz dafür, wie die Frauen die Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch empfunden haben, ist auch, inwieweit sie Veränderungswünsche haben. Nur knapp ein Drittel der Befragten gibt an, rückblickend keine Veränderungswünsche zu haben. Der größte Veränderungswunsch besteht für die Frauen darin, keinen gesonderten Antrag auf Kostenübernahme stellen zu müssen: Knapp 40 % aller Befragten, die einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich haben, gaben diesen Wunsch an. Ein gutes Drittel wünscht sich, nicht so viele Anlaufstellen aufsuchen zu müssen. Diese Verbesserungswünsche können direkt mit den identifizierten Barrieren in Verbindung gebracht werden. Ein Schwangerschaftsabbruch ohne notwendige Beantragung der Kostenübernahme, z. B. durch eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung, würde die finanzielle Belastung der Frauen durch einen Schwangerschaftsabbruch verringern, das Verfahren vor einem Schwangerschaftsabbruch insgesamt vereinfachen und möglicherweise verkürzen sowie die Anzahl der notwendigen Wege reduzieren und damit die Frauen entlasten. Als weitere Verbesserungswünsche nannte ein Viertel, schneller und einfacher einen Termin zu bekommen, und ein Fünftel wünscht sich einen leichteren Zugang zu den notwendigen Informationen. Aus Sicht der Frauen gibt es also verschiedene Bereiche in der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen, in denen Verbesserungspotenzial besteht. Dies sind wichtige Ansatzpunkte für die Entwicklung konkreter Maßnahmen.

9.1.1.1.6 Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit vor einem Schwangerschaftsabbruch

Aufgrund des methodischen Designs der ELSA-Befragung mit unterschiedlichen Zugangswegen zu den Befragungsteilnehmerinnen konnten die Daten von Frauen mit ungewollt ausgetragenen und mit abgebrochenen nicht als gemeinsame Stichprobe, sondern nur getrennt voneinander ausgewertet werden. Daher sind auch keine direkten Rückschlüsse auf das quantitative Verhältnis der Anteile im Nachgang von Gesprächen zur Pflichtberatung abgebrochener und ausgetragener Schwangerschaften möglich.

Unter inhaltlichen Aspekten erweist sich die getrennte Analyse der Gruppen als angemessen und sinnvoll, da sich die Erwartungen und Motive des Besuchs der Pflichtberatung bei Frauen mit in der Folge abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften deutlich unterscheiden. Während das Aufsuchen der Pflichtberatung im Falle eines späteren Schwangerschaftsabbruchs – Schwangerschaftsabbrüche nach Indikationenregelung ausgenommen – verpflichtend ist, suchten lediglich 12,6 % der Frauen, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft austragen, diese Beratung auf. Bei drei Viertel dieser Frauen bestand vor Aufsuchen der Pflichtberatung bereits die Tendenz zum Austragen der Schwangerschaft. Charakteristisch für die Frauen, die vor dem Austragen einer Schwangerschaft eine Pflichtberatung aufsuchten, ist der von 80 % geäußerte Wunsch, Hilfe bei der Entscheidung über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft zu erhalten. Dies korrespondiert mit Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung.

Der Anteil der Frauen, die angaben, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung und gesetzliche Bedenkzeit dazu beigetragen haben, sich für das Austragen der Schwangerschaft zu entscheiden, ist mit 4,0 % an allen Frauen mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft gering. Bei diesen Frauen waren die Unsicherheit und der Wunsch nach Hilfe bei ihrer Entscheidung stark ausgeprägt.

Die große Mehrheit der ungewollt schwangeren Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen, treffen diese Entscheidung unabhängig von der gesetzlich verpflichtenden Beratung. Mit einem Anteil von über 80 % ist sich die große Mehrheit der Frauen dabei sicher, die richtige Entscheidung zu treffen. Entsprechend häufig steht für die Frauen der Erhalt des erforderlichen Beratungsnachweises im Vordergrund – ein Interesse an einer Hilfe bei der Entscheidung im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung wird dagegen von 70 % der Frauen verneint. Die 30 % der Frauen, die sich von der Pflichtberatung Hilfe bei ihrer Entscheidung wünschten, waren sich deutlich häufiger unsicher, die richtige Entscheidung zu treffen. Das Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch wird von den Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen, mehrheitlich nicht als neutrale und uneingeschränkte ergebnisoffene Beratung erwartet. Über die Hälfte der Befragten erwarteten, sich für ihre Entscheidung rechtfertigen zu müssen, und fast ein Drittel befürchtete, zum Austragen der Schwangerschaft überredet zu werden.

Die gesetzlich obligatorische Bedenkzeit von drei Tagen zwischen dem Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch und dem Schwangerschaftsabbruch wurde von knapp der Hälfte der Frauen als belastend empfunden.

Auf Grundlage der gewonnenen empirischen Ergebnisse ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die Beratungspflicht bei Schwangerschaftsabbrüchen nach § 219 StGB die von Bundesverfassungsgericht und Gesetzgeber intendierte Wirkung entfaltet. Die Annahme, dass ungewollt schwanger gewordene Frauen mit dem sicheren Entschluss, ihre Schwangerschaft abzuberechnen die Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen und maßgeblich aufgrund dieser Beratung ihren Entschluss revidieren, findet in den empirischen Daten von Ausnahmen abgesehen weitestgehend keine Entsprechung. Es bleibt zudem unklar, inwiefern die Regelung der Beratungspflicht einen Einfluss auf das Aufsuchen der Pflichtberatung hat. Das von den die Pflichtberatung aufsuchenden Frauen geäußerte ausgeprägte Interesse an Unterstützung bei der Entscheidung legt nahe, dass ein entsprechendes Beratungsangebot unabhängig von der Beratungspflicht aufgesucht wurde bzw. auch ohne Beratungspflicht nachgefragt werden würde.

Auch die verbreiteten Vorbehalte gegenüber der Pflichtberatung in ihrer jetzigen Form, die die Gewährleistung einer offenen und vertrauensvollen Beratungssituation erschweren können, sowie das geringe eigene Interesse an der Beratung seitens der Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen lassen möchten, lassen eine Wirkung der obligatorischen Schwangerschaftskonfliktberatung fraglich erscheinen.

Gleichzeitig ist nachdrücklich auf den aus den Daten ersichtlichen, bei einer spezifischen Gruppe ungewollt schwanger gewordenen Frauen bestehenden hohen Bedarf für Beratungsangebote und Hilfe bei ihrer Entscheidung zum Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft hinzuweisen.

9.1.1.1.7 Die Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft als Belastungsfaktor

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Versorgung im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs ist, dass dieser so schnell wie möglich erfolgt, wenn sich die ungewollt Schwangere für einen Abbruch entschieden hat. Denn neben den erhöhten medizinischen Risiken kann eine unnötige Fortsetzung der Schwangerschaft durch Verzögerungen in der Versorgung eine Belastung für die Frauen darstellen.

Die ELSA-Ergebnisse zeigen, dass mit über 80 % der Befragten die ungewollte Schwangerschaft vor der sechsten Schwangerschaftswoche und damit sehr früh festgestellt wurde. Jeder zweite Schwangerschaftsabbruch fand vor der achten Schwangerschaftswoche statt. Damit fanden rund 40 % aller Abbrüche innerhalb von zwei Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft statt. Innerhalb von vier Wochen nach Feststellung der Schwangerschaft wurden insgesamt rund 80 % aller Schwangerschaften abgebrochen. Bei einem Anteil von etwa 20 % der Frauen lagen mehr als

vier Wochen zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und dem Abbruch. Bei der Auswertung der ELSA-Daten konnten einige Faktoren identifiziert werden, die die Zeitspanne zwischen der Feststellung und dem Schwangerschaftsabbruch beeinflussen können. Diese sind in Abbildung 9.1 grafisch dargestellt.

Abb. 9.1: **Signifikante Einflussfaktoren auf die Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft**



Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022

Generell wirken viele verschiedene Faktoren auf die Zeitspanne zwischen Feststellung der Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch ein, die sich gegenseitig verstärken oder aufheben können. Zum einen spielen äußere Rahmenbedingungen eine Rolle: Die Entfernung zur Einrichtung sowie Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren sind mit einer längeren Zeitspanne verbunden. Zum anderen spielt der regionale Versorgungsgrad eine Rolle: Leben Frauen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs in einer Region mit niedrigem Versorgungsgrad, vergeht häufiger mehr Zeit zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und dem Abbruch. Auch Informationsbarrieren stehen im Zusammenhang mit einem längeren Zeitraum zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft. Dies ist plausibel, da die Betroffenen dann mehr Hürden im Informations- und Versorgungsprozess überwinden müssen.

Aber auch individuelle Prozesse spielen eine Rolle: Fiel den Befragten die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch schwer, verging zwischen Feststellung und Abbruch mehr Zeit. Gleiches gilt für Zeitdruck aufgrund eines langen Entscheidungsprozesses. Ein innerlich empfundener Zeitdruck („Ich wollte es so schnell wie möglich hinter mich bringen“) geht jedoch nicht mit einer kürzeren Zeitspanne einher. Dies könnte darauf hindeuten, dass Frauen wenig Spielraum haben, den Betreuungsweg zu beschleunigen.

Wenn Frauen über internalisierte Stigmatisierung berichteten, war auch die Zeitspanne zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und dem Abbruch länger. Schuld-/Schamgefühle und Selbstvorwürfe können zu Verzögerungen bei der Entscheidungsfindung und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung für einen Schwangerschaftsabbruch führen.

9.1.1.1.8 Das psychische Wohlbefinden als Maß für das Belastungserleben

Eine zentrale Untersuchungsperspektive der ELSA-Studie richtet sich auf die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens im Zusammenhang mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften. Zum einen wird hierbei der Frage nachgegangen, inwiefern Auswirkungen von ungewollten Schwangerschaften allgemein und Schwangerschaftsabbrüchen im Speziellen auf das psychische Wohlbefinden zu beobachten sind. Zum anderen wird systematisch untersucht, welche Einflüsse

und Rahmenbedingungen während der Schwangerschaftsphase auf das psychische Wohlbefinden wirken und mithin als Belastungsfaktoren oder als Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen identifiziert werden können. Beide Analyseaspekte stellen wesentliche Grundlagen dafür dar, um fundierte Schlussfolgerungen zu Verbesserungsbedarfen bei der Versorgung ungewollt Schwangerer und zu konkreten Handlungsfeldern zu ermöglichen. Für Deutschland fehlten bislang wissenschaftlich basierte Erkenntnisse zu maßgeblichen Einflussfaktoren auf das Erleben und die Verarbeitung von ungewollten Schwangerschaften, zur Versorgungssituation und zu den Bedarfen ungewollt Schwangerer.

Die Ergebnisse der ELSA-Studie weisen auf Unterschiede beim psychischen Wohlbefinden zwischen Frauen mit ungewollt und gewollt eingetretenen Schwangerschaften als auch – bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften – zwischen ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften hin. Ein wesentlicher Befund der Analyse ist, dass sich die Unterschiede bereits vor Eintritt der ungewollten oder gewollten Schwangerschaften zeigen: Gegenüber Frauen, deren Schwangerschaft gewollt eintritt, ist bei ungewollt Schwangeren und in besonderer Ausprägung bei Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, das psychische Wohlbefinden häufiger vor Eintritt der Schwangerschaft eingeschränkt. Den Hintergrund dieser Unterschiede der psychischen Verfasstheit bilden belastende Einflüsse von nachteiligen Lebenslagen und insbesondere die Häufung schwieriger Lebensumstände bei Frauen, deren Schwangerschaft ungewollt eintritt. Diese – insbesondere auch mit Blick auf die Geburt eines (weiteren) Kindes – ungünstigen Lebensumstände sind ihrerseits als wesentliche Gründe für die Ungewolltheit von Schwangerschaften und Entscheidungen für den Abbruch von Schwangerschaften zu sehen.

Die Unterschiede bei dem psychischen Wohlbefinden vor Eintritt der Schwangerschaft setzen sich über die Phase der Schwangerschaft und auch nach den Schwangerschaften fort und verweisen damit auf einen Unterstützungsbedarf der Gruppe der Frauen, die ungewollt schwanger werden. Ob ungewollt eingetretene Schwangerschaften ausgetragen oder abgebrochen werden, wirkt sich nicht längerfristig auf Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens aus, wie auf Grundlage der ELSA-Daten mittels eines Regressionsmodells mit u.a. dem psychischen Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt als Kontrollvariable gezeigt werden kann.

Zur Identifikation des Einflusses von Belastungsfaktoren und Ressourcen im Verlauf von ungewollt eingetretenen Schwangerschaften wurde das psychische Wohlbefinden – aus Gründen der Vergleichbarkeit zwischen ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften – zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Ende der Schwangerschaften herangezogen. Einfache bivariate Analysen zeigten dabei eine Vielzahl von Zusammenhängen zwischen dem psychischen Wohlbefinden nach Schwangerschaftsende und dem Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt, spezifischen Lebenslagen (v.a. Partnerschaft und Partnerschaftsqualität, finanzielle und berufliche Situation, Wohnsituation), dem körperlichen Gesundheitszustand und seiner Entwicklung, Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der medizinischen Versorgung und Informationssuche sowie der internalisierten, erwarteten und erlebten Stigmatisierung. Aufschlüsse darüber, welcher eigenständige Erklärungsbeitrag jeweils diesen untereinander häufig korrelierenden Einflussfaktoren zukommt, wurden mittels logistischer Regressionsmodelle gewonnen. Als Kontrollvariablen wurden hierbei das – eng mit den Lebensumständen zusammenhängende – psychische Wohlbefinden vor dem Schwangerschaftseintritt und der körperliche Gesundheitszustand drei Monate nach Schwangerschaftsende einbezogen.

Bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, die ausgetragen werden, zeigt sich der stärkste eigenständige Erklärungsbeitrag bei Beziehungskonflikten: bei Streit oder Stress aufgrund der Schwangerschaft mit dem Partner bzw. dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann erhöht sich das Risiko für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden drei Monate nach der Geburt signifikant um den Faktor 2. Die Qualität der Partnerschaft beeinflusst ihrerseits weitere Faktoren

mit Einfluss auf das Wohlbefinden: Werden – wie in einem ersten Schritt des Regressionsmodells ausgeführt – schwangerschaftsbezogene Beziehungskonflikte nicht eingeschlossen, zeigt sich ein signifikanter Einfluss von Zukunftsängsten und Sorgen wegen der Lebensumstände auf das Wohlbefinden, die bei Einschluss der Beziehungskonflikte in das Modell ihre eigenständige Erklärungskraft verlieren. Stigmatisierungsgefühle und antizipierte Stigmatisierung üben bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, die ausgetragen werden, keinen eigenständigen signifikanten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden aus.

Bei Schwangerschaftsabbrüchen zeigt sich ein maßgeblicher Einfluss der schwangerschaftsabbruchbezogenen Stigmatisierung auf das psychische Wohlbefinden drei Monate nach Ende der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft: Bei Frauen mit einem sehr stark ausgeprägten Stigmatisierungsgrad liegt das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden um den Faktor 4,3 höher als bei Frauen ohne oder mit lediglich schwach ausgeprägter Stigmatisierung. Daneben üben auch Konflikte mit dem Partner bzw. dem an der Schwangerschaft beteiligten Mann einen Einfluss aus: Treten Konflikte im Zusammenhang mit der Schwangerschaft auf, verdoppelt sich das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden.

Das schrittweise aufgebaute Regressionsmodell verweist zudem darauf, dass die Stigmatisierung auch andere betrachtete Faktoren beeinflusst. In einem ersten Modellschritt, in dem die Stigmatisierung nicht berücksichtigt wird, weisen neben Beziehungskonflikten auch mehrfache Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung und auch Zukunftsängste und Sorgen wegen der Lebensumstände einen signifikanten Effekt auf ein eingeschränktes Wohlbefinden auf. Wird die Stigmatisierung in das Modell eingeschlossen, verlieren diese Effekte ihre Signifikanz. Dies unterstreicht die bereits zuvor im Bericht ausgeführte Bedeutung von Stigmatisierung bei den Zugangsbarrieren zur Versorgung.

Zusammengefasst verweisen die Regressionsmodelle auf die hohe Bedeutung der Partnerschaftsqualität für das psychische Wohlbefinden bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften. Die emotionale, soziale und materielle Unterstützung durch den Partner bzw. den beteiligten Mann ist während und nach einer Schwangerschaft als wesentliche Ressource zu betrachten. Konflikte wegen der Schwangerschaft und damit verbunden die Gefahr einer Trennung können vor diesem Hintergrund mehrfach emotional belastende Wirkungen entfalten. Wie die Ergebnisse zeigen, trifft dies nicht nur bei ausgetragenen Schwangerschaften zu, bei denen für die Organisation und wirtschaftliche Absicherung des Lebens mit einem (weiteren) Kind der Beitrag des Vaters essentiell ist – zumal sich die Frauen bei ungewollt eingetretenen Schwangerschaften häufig in für eine Familiengründung oder -erweiterung ungünstigen Lebensumständen befinden. Die Ergebnisse verweisen gleichermaßen darauf, dass der Unterstützung des Partners oder beteiligten Mannes auch im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen eine Rolle als wichtiger Ressource zur Bewältigung psychischer Belastungen zukommt.

Als zentrales Ergebnis der Analyse ist der starke Einfluss und die übergeordnete Bedeutung der Stigmatisierung auf die Einschränkung des psychischen Wohlbefindens bei Schwangerschaftsabbrüchen festzuhalten. Deutlich wird dies nicht nur aufgrund des hohen Odds Ratio-Wertes von 4,3 im Regressionsmodell bei einer sehr stark ausgeprägten Stigmatisierung. Zu berücksichtigen ist, dass die Stigmatisierung bei Schwangerschaftsabbrüchen ihrerseits auf zahlreiche andere das Wohlbefinden beeinflussende Aspekte wirkt – insbesondere auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, den Zugang zu Informationen, aber auch Isolationsgefühle durch zurückhaltendes Agieren im direkten sozialen Umfeld.

Als wesentlicher Ansatzpunkt für eine wirksame Verbesserung der Situation von Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, ist auf Grundlage der empirischen Ergebnisse die Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs zu nennen. Konkret können hierzu von öffentlicher Seite Strukturen

und Regelungen vermieden werden, die eine Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs aufrechterhalten oder verstärken.

9.1.1.2 Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen Befragung Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse für die Zielgruppen, die am Standort Nordhausen untersucht wurden, belegen spezifische Bedarfe der psychosozialen und medizinischen Versorgung. Vulnerabilität ergibt sich für beide Gruppen aufgrund ihres Status oder ihrer Lebenslage und ist kein Wesensmerkmal der Frauen aus diesen Gruppen. Es werden für jede Zielgruppe erst die Limitationen erläutert, dann die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst, um dann am Ende des Kapitels die aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen für die Praxis für beide Gruppen mit Vulnerabilitätsmerkmal vorzustellen.

9.1.1.2.1 Frauen mit Migrationshintergrund als vulnerable Gruppe

Limitationen

Wie bereits in Kapitel 7.1.1.6 ausgeführt, ist bei dieser Zielgruppe vulnerabler Frauen von einem Selektionsbias auszugehen, da sich die Befragten mit Migrationshintergrund (MIG) im Gegensatz zu repräsentativen Studien bspw. der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts (RKI) kaum von den Frauen ohne MIG unterscheiden. Im Gesamtsample der ELSA-Studie macht der Anteil der Frauen mit MIG 24,4 % aus, während 2023 laut bundesweiter Statistik 38 % der weiblichen Gesamtbevölkerung im reproduktiven Alter von 15 bis 45 Jahren einen MIG aufwiesen (Destatis, 2024). Von einem Undercovering dieser Gruppe ist folglich auszugehen. Ebenso kann ein Bildungsbias - wie in anderen Studien mit langen Online-Fragebögen auch - vermutet werden, d.h. dass der Anteil der höher gebildeten Frauen im Sample größer als in der Bevölkerung ist. Im ELSA-Sample haben 45,2 % der Frauen mit MIG das Abitur und 45,3 % einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, während es laut Mikrozensus 35,9 % bzw. 18 % waren (DeStatis, 2020). Für etliche Fragen konnten aufgrund der kleinen Gruppengrößen je nach Filter keine statistischen Analysen durchgeführt werden, d.h. für diese Fragen liegen keine Häufigkeitsergebnisse vor. Um eine ausreichende Fallzahl für die Auswertung zu erreichen, wurde die Stichprobe aus verschiedenen Quellen zusammengesetzt (vgl. Kapitel 7.1.1.6.1), sodass keine Repräsentativität gegeben ist. Nicht abbilden können wir mit den Ergebnissen der quantitativen Befragung die Unterschiede zwischen den Frauen mit einem MIG, differenziert nach Herkunftsland oder -region oder anderen detaillierteren Kategorien, um die Intersektionalität von Faktoren aufzuzeigen. Gleichwohl bieten die Daten einen ersten deskriptiven Einblick in die Situation und die Bedarfe von Frauen mit einem MIG im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Betont werden soll an dieser Stelle, dass Frauen mit einem MIG ausgesprochen divers sind und nicht grundsätzlich miteinander verglichen werden können. Sie kommen aus unterschiedlichen Ländern, Kulturen, Traditionen und haben unterschiedliche Erfahrungen, Biografien, Status, Lebenslagen sowie Gründe für eine Migration nach Deutschland. Was sie aber in gewisser Weise vereint, sind ähnliche Erfahrungen im Beratungs- und Versorgungssystem aufgrund ihres Status als Person mit einer eigenen oder familiären Migrationsbiografie.

Die soziale Lage der Frauen: Unterschiede zwischen den Frauen mit vs. ohne MIG zeigen sich bei den soziodemografischen Merkmalen, die zwar häufig signifikant sind, aber meist keine große Effektstärke aufweisen. Diese Unterschiede deuten auf eine im Vergleich prekäre Lebenssituation hin, die sich mit allgemeinen Studienergebnissen decken (vgl. Metzging, 2021). Insbesondere zeigen sich Gruppenunterschiede bei den Bildungsabschlüssen, der hauptsächlichen Tätigkeit vor der Schwangerschaft sowie bei dem Erwerbsumfang. Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch bei den soziodemografischen Merkmalen des Partners während der Schwangerschaft. Dem entsprechend beziehen Frauen mit MIG häufiger staatliche Transferleistungen.

Schwangerschaftsaspekte: Bei weiteren Aspekten wie Schwangerschaftsintention, sexualisierte Gewalt als Ursache für die Schwangerschaft, Verhütungsverhalten, Anzahl der ungewollten oder gewollten Schwangerschaften insgesamt, Anzahl der abgebrochenen ungewollten Schwangerschaften sowie die emotionalen Reaktionen auf die Fokusschwangerschaft etc. zeigen sich nur geringe prozentuale Unterschiede und selten Signifikanzen, die wenig Effekt haben. Ein größerer Unterschied besteht einzig beim Alter bei der ersten Lebendgeburt. Insgesamt sind die Frauen mit MIG im Sample jünger als die Vergleichsgruppe, was sich mit den allgemeinen Bevölkerungsdaten für Deutschland deckt, denn Personen mit MIG sind i.d.R. jünger als Personen ohne MIG.

Informations- und medizinische Beratungsbedarfe und -erfahrungen: Frauen mit MIG unterscheiden sich im Hinblick auf Information, Beratung und Behandlung kaum von den Frauen ohne MIG, gleichwohl zeigen sich Unterschiede in der prozentualen Häufigkeit, die auf einen spezifischen Bedarf in Beratung und Versorgung hinweisen. Bei den Aspekten zu den Barrieren in der Informationssuche wird deutlich, dass es bei ihnen eine größere Unsicherheit gibt, sei es, weil sie im Vergleich häufiger nicht wissen, wo sie suchen sollen oder sie die gefundenen Informationen verunsichern. Weiter besteht bei ihnen häufiger der Wunsch, die ungewollte Schwangerschaft geheim halten zu wollen. Die meisten Frauen mit MIG finden sich im Beratungs- und Versorgungssystem zurecht und erhalten die benötigten Informationen. Dennoch besteht ein Bedarf an verständlichen, ggf. auch muttersprachlichen Informationen über eine (ungewollte) Schwangerschaft. Sie äußern häufiger den Wunsch nach Unterstützung in dieser Situation einer ungewollten Schwangerschaft sowie bei einem Abbruch. Dieser Unterstützungsbedarf zeigt sich auch für weitere Schritte hin zu einem Abbruch und daran, dass Frauen mit MIG häufiger an andere Stellen weitergeleitet werden. Bei Frauen mit MIG wird eine größere Versorgungslücke deutlich, denn etwa jede dritte Frau wollte nicht, dass ihre feste Gynäkologin oder Gynäkologe von der Schwangerschaft Kenntnis hatte oder sie hatten keine feste Frauenärztin/-arzt. Obwohl das Arztgespräch unabhängig vom Migrationshintergrund mehrheitlich gut bewertet wird, belastet es jede dritte Frau und jede fünfte erhielt ungebeten Informationen. Frauen mit MIG erhalten häufiger ungebetene Informationen zur Familienplanung (Verhütung, Kinderwunsch), aber seltener wird ihnen das Ultraschallbild ungefragt gezeigt. Hier deutet sich ein paternalistisches Modell in der Arzt-Patientinnen-Beziehung an, die insbesondere Frauen mit MIG nicht als gleichwertig und selbstbestimmt entscheidend wahrnimmt und keine partnerschaftliche Arzt-Patientinnen-Beziehung anstrebt. Im Vergleich berichten Frauen mit MIG seltener von einer freundlichen und einfühlsamen Behandlung. Beide Gruppen wünschen sich z.T. mehr Unterstützung durch die Ärztin/den Arzt. Frauen mit MIG wünschen es sich insbesondere häufiger zu emotionalen/psychischen Fragen, zum Körpergewicht sowie zu Medikamenten während der Schwangerschaft und zum Stillen nach der Schwangerschaft.

Entscheidungsfindung: Mehrheitlich bestimmen die Frauen beider Gruppen den Ausgang der ungewollten Schwangerschaft entweder alleine oder mit dem Partner zusammen, wobei weniger Frauen mit MIG als ohne eine selbstbestimmte Entscheidung treffen konnten. Die Entscheidungsfindung wurde bei beiden Gruppen zu einem sehr hohen Anteil weder durch die Beratung noch die Bedenkzeit beeinflusst, allerdings spielte der körperliche Gesundheitszustand bei den Frauen mit MIG im Vergleich häufiger eine Rolle.

Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs: Eine schnelle Terminvergabe und eine gute Erreichbarkeit ist bei der Wahl der Abbrucheinrichtung für beide Gruppen ausschlaggebend, Frauen mit MIG legen zudem häufiger Wert auf die Sicherung der Anonymität als die Vergleichsgruppe. Bei den Frauen mit MIG wird der Abbruch häufiger frühzeitig bis zur 7. Schwangerschaftswoche durchgeführt und ihnen entsteht seltener Zeitdruck bei der Organisation des Abbruchs durch eine lange Entscheidungsfindung als den Frauen ohne MIG, d.h. sie konnten sich schneller entscheiden. Etwa die Hälfte beider Gruppen erreichte die Abbrucheinrichtung in einer Entfernung bis zu 10 km,

wobei der Anteil der Frauen mit MIG höher war, sodass davon ausgegangen werden kann, dass diese befragte Gruppe ihren Wohnort eher in städtischen Räumen haben. Mehrheitlich benötigten beide Gruppen nur eine Kontaktaufnahme für einen Abbruchtermin, allerdings waren bei Frauen mit MIG und insbesondere aus Low Income Countries signifikant mehr Kontakte nötig. Hier wird eine Versorgungslücke deutlich, die wahrscheinlich auf sprachliche Verständigungsprobleme zurückzuführen ist. Die Mehrzahl der Frauen bejahte Probleme bei der Organisation des Abbruchs, die u.a. auf Zeitmangel, langen Wartezeiten für Termine, Probleme bei der Informationsbeschaffung sowie dem Finden einer Einrichtung für den Eingriff basieren. Die Probleme bei den Frauen mit MIG werden häufiger von dem Geheimhaltungswunsch verursacht und im Vergleich geben sie weniger häufig Probleme bei der Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung für den Abbruchtermin an. Hier kann vermutet werden, dass sie auf größere oder tragfähigere familiäre soziale Netzwerke zurückgreifen können.

Emotionale Situation: Erschreckend hoch ist der Anteil an Frauen beider Gruppen mit stark belastenden Gefühlen wie Scham/Schuld, Selbstvorwürfe, Verzweiflung oder Stress. Diese Gefühle sind im Kontext der gesellschaftlichen Diskurse, der Stigmatisierung und Tabuisierung sowie rechtlichen Vorgaben zu sehen. Gesundheitsfachkräfte sind nicht frei von derartigen Einflüssen. Jede dritte Frau belastete das ärztliche Gespräch.

Änderungswünsche: Bei den abgefragten Änderungswünschen an die Gesundheitsversorgung wird die Organisationsbelastung eines Abbruchs deutlich, denn beide Gruppen wünschen sich ähnlich häufig, dass kein Antrag auf Kostenübernahme gestellt und nicht so viele Stellen aufgesucht werden sollten. Gefragt nach den Erwartungen oder Sorgen im Hinblick auf die Reaktion anderer auf den Abbruch, erwarteten die Frauen mit MIG im Vergleich häufiger Verständnis für ihre Entscheidung, aber seltener, dass sie darüber reden können, und sie sorgten sich seltener vor den Reaktionen anderer.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung: Im Vergleich schätzen die Frauen mit MIG sowohl ihre psychische als auch körperliche Gesundheit signifikant schlechter ein als Frauen ohne MIG. Dieses Ergebnis bestätigt vorliegende empirische Studien zum Gesundheitsstatus bei migrierten Personen. Bei der psychischen Gesundheit sind diese Unterschiede zur Gruppe der Frauen ohne MIG zu den drei verschiedenen Zeitpunkten signifikant, d.h. vor und während der Schwangerschaft sowie zum Befragungszeitpunkt. Allerdings unterscheidet sich der psychische Zustand innerhalb der Gruppe mit MIG nicht signifikant zwischen dem Zeitpunkt vor der Schwangerschaft und zum Befragungszeitraum, d.h. es konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und einer schlechteren psychischen Gesundheit nach dem Abbruch nachgewiesen werden. Den körperlichen Gesundheitszustand schätzen Frauen mit MIG vor der Schwangerschaft signifikant schlechter ein als die Gruppe ohne MIG, was bereits mit der Entscheidung in Zusammenhang gebracht werden konnte (s.o.). Nach einem Abbruch geht es den Frauen mit MIG körperlich signifikant besser als den Frauen ohne MIG.

9.1.1.2.2 Von Partnergewalt betroffene Frauen als besonders vulnerable Gruppe

Limitationen

Auch bei der Zielgruppe der Frauen mit Partnergewalt/ Gewalt in der Partnerschaft (GiP) kann von einem Selektionsbias und einer Unterschätzung ausgegangen werden. Anders als geplant, konnte die Sonderstichprobe nicht realisiert werden, d.h. es gelang nur in wenigen Ausnahmefällen, gewaltbetroffene Frauen über Beratungsstellen oder Unterstützungseinrichtungen zu erreichen. Das bedeutet, dass in dem ELSA-Sample zum einen der Anteil der Frauen mit GiP niedriger ist als in der Realität, d.h. die Prävalenz unterschätzt wird, und zum anderen wohl vornehmlich Frauen teilgenommen haben, die weniger schwer von GiP betroffen sind. Denn zum einen ist anzunehmen, dass wegen der sozialen Kontrolle kaum Frauen in schweren Misshandlungsbeziehungen teilgenommen haben, und zum anderen Frauen, die wegen der Gewaltschwere in Institutionen wie

einem Frauenhaus oder einer Frauenschutzwohnung untergebracht sind, über die Einwohnermeldestichprobe nicht angesprochen werden konnten. Eine Differenzierung nach Schweregrad der Gewaltwiderfahrnisse kann nicht vorgenommen werden, weil Häufigkeiten einzelner Gewaltformen und ihre gesundheitlichen Auswirkungen nicht abgefragt wurden, um die Komplexität des Fragebogens nicht zu erhöhen.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Für das ELSA-Sample ergaben sich wesentliche Unterschiede zwischen den Frauen mit vs. ohne Partnergewalt/ Gewalterfahrung in der Partnerschaft (GiP), die nachfolgend dargestellt werden. Partnergewalt beeinflusst – wie auch in vorliegenden Studien nachgewiesen wurde – weitreichend die Situation der betroffenen Frauen im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft und trägt wesentlich zu einem spezifischen Versorgungsbedarf bei.

Partnergewalt betrifft viele Frauen: Bei Beginn der Fokusschwangerschaft berichteten 6,5 % aller befragten Frauen von GiP, unter den ungewollt Schwangeren erhöht sich der Anteil auf 16,1 %. Diese Punktprävalenzen sind mit anderen Studienergebnissen vergleichbar (Hellbernd & Brzank, 2007; vgl. Martin-de-las-Heras et al, 2015; Miller & Silverman, 2010; Samankasikorn et al, 2019). Partnergewalt zeigt sich wie in anderen Studien auch als Misshandlungssystem aus verschiedenen ineinandergreifenden Gewaltformen, bei denen psychische Gewalt bzw. Zwangsgewalt (Coercive Control) überwiegt: Mehr als 90 % der gewaltbetroffenen Befragten berichteten von psychischer Gewalt. Anders als bei physischer Gewalt sind die Auswirkungen psychischer Gewalt auf den ersten Blick nicht leicht zu erkennen. Gleichwohl wirkt sich diese Gewaltform sehr gravierend auf die Betroffenen, ihre mentale Gesundheit, ihre personalen und sozialen Ressourcen, ihre allgemeinen Widerstandsressourcen und insbesondere auf ihr Verhalten, ihr mangelndes Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühl aus.

Partnergewalt ist mit prekären Lebenslagen assoziiert: Von GiP betroffene Frauen befinden sich – wie in anderen Studien ebenfalls belegt (vgl. Brzank, 2009; Davies et al, 2015; Silva & Leite, 2020) – in wenig stabilen und gesicherten Lebensverhältnissen. Meist sind sie jünger als die Vergleichsgruppen, haben auch aufgrund ihres Alters häufig noch keine (Berufs-) Ausbildung abgeschlossen oder waren wegen der Gewalttraumatisierung und deren Folgen nicht dazu in der Lage, sie sind seltener in einer festen, sicheren Partnerschaft, ihre Arbeitsverhältnisse und auch ihre finanzielle Lage sind i.d.R. prekärer als bei der Vergleichsgruppe. Gemäß dem Querschnittsdesign lässt die ELSA-Studie keine Ursache-Wirkungsanalyse zu, d.h. es kann nicht bestimmt werden, ob die prekären Lebensbedingungen ein Risiko für GiP sind oder umgekehrt GiP die Lebenslage verschlechtert. Vorliegende Studienergebnisse (vgl. Brzank, 2009) zeigen allerdings, dass GiP das Armutsrisiko bei Frauen erhöht, sodass gesagt werden kann: *Partnergewalt macht Frauen arm*. Unklar ist auch, ob die instabileren Partnerschaften ein Kennzeichen von und ein Risiko für GiP ist. Vermutet werden kann, dass in jüngeren Lebensjahren und instabileren Beziehungen, in denen noch nicht sehr viel in die Beziehung investiert wurde, wie bspw. durch ein gemeinsames Darlehen für ein Haus/ Wohnung oder gemeinsame Kinder, die gewaltbetroffenen Frauen eher zu einer Anzeige und einem Offenlegen von Gewalt bereit sind als Frauen, die jahrelang durch Partnergewalt das Gefühl von eigenem Selbstwert, Selbstbestimmung oder auch Selbstreflexion verloren haben und nach dem Willen des Partners ohne körperliche Gewalt oder deren Androhung funktionieren (vgl. Brzank, 2012: Kap. 3).

Bei ungewollt schwangeren Frauen, die sowohl von MIG als auch GiP betroffen sind und einen Abbruch hatten, hängt der Aufenthaltsstatus signifikant häufiger vom Partner ab. Hier liegt die Vermutung nahe, dass diese bestehende Abhängigkeit nicht durch ein Kind vergrößert werden soll und sich die Frauen deshalb eher für einen Abbruch entscheiden.

Partnergewalt erhöht das Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft und einen Abbruch: Etwa die Hälfte der Schwangerschaften bei den Frauen mit GiP war ungewollt. In dem ELSA-VG-

Studiensample ist das Chancenverhältnis (Odds Ratio; OR) für eine ungewollte Schwangerschaft bei physischer um 6,6, bei psychischer um 5,3 und bei sexualisierter GiP um 23,9 erhöht. Auch für einen Abbruch ist das Risiko um 2,9 bei physischer, um 1,9 bei psychischer und um 5,2 bei sexualisierter GiP erhöht. Auch diese Ergebnisse sind mit internationalen Ergebnissen vergleichbar (vgl. Pallitto et al, 2013). Wobei von GiP betroffene Frauen häufiger als die Vergleichsgruppe verhüten, allerdings wird ihre Verhütung auch häufiger vom Partner beeinflusst, sodass hier von einer reproduktiven Nötigung (vgl. Grace & Anderson, 2018) ausgegangen werden kann. Berichtet wird von den Frauen mit GiP signifikant häufiger von Verhütungseinschränkungen verschiedenster Art bis hin zu Verweigerung des Zugangs zu Verhütungsmitteln, d.h. für sie ist keine selbstbestimmte Verhütung möglich.

Partnergewalt macht nicht vor einer Schwangerschaft halt: Während die Mehrzahl der Frauen mit GiP bereits vor der Schwangerschaft Gewalt erlitten hatten, war bei einem beträchtlichen Teil der Befragten die Schwangerschaft der Trigger für erste Gewalthandlungen. Bei knapp der Hälfte blieb die Gewalt während der Schwangerschaft gleich und bei etwa einem Drittel verschlimmerte sie sich. Auch dieses Ergebnis bestätigt vorliegende Studienresultate (Bacchus et al, 2004; Stöckl & Gardner, 2013).

Partnergewalt isoliert die betroffenen Frauen und macht sie einsam: In den Ergebnissen zu den Fragen zur Einbettung in soziale Netzwerke oder Unterstützung durch nahestehende Personen zeigt sich der Effekt der sozialen GiP. Partnergewalt zielt auf Macht und Kontrolle über die andere Person. Soziale Gewalt in Form von Isolierung von Familie, Freundinnen und Freunde und Arbeitskolleginnen und Kollegen baut Abhängigkeitsverhältnisse zum Partner aus. Ein soziales Netzwerk ist in Krisensituationen hilfreich. Sowohl problem- als auch emotionsorientiertes Coping gelingt ohne Ansprechpersonen schlechter. Frauen mit GiP erscheinen im ELSA-Sample sozial isolierter und stärker auf sich gestellt, was sich in etlichen der Fragen spiegelt (seltener Begleitung zu Terminen, Sprechen über den Abbruch oder offener Umgang mit einem Abbruch in Familie und sozialem Umfeld, häufiger Kosten für Kinderbetreuung für den Abbruch, Gefühl von Alleinsein nach Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft). Gewaltbetroffene Frauen wünschen sich mehr Unterstützung von ihrer Ärztin/ ihrem Arzt zum Umgang mit Gewalt in der Partnerschaft. Dieser Wunsch verdeutlicht, dass – wie in anderen Studien bereits gezeigt wurde – Gesundheitsfachkräfte für die Frauen vertrauensvolle Ansprechpersonen sind. Die Schwangerschaft öffnet ein „Window for Opportunity“ zur Intervention durch sensible Ansprache und Weiterleitung an Fachberatungsstellen (Hellbernd & Brzank, 2007; Hellbernd et al, 2004).

Partnergewalt beeinflusst die Suche nach Informationen: Gemäß dem höheren Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft hängt die Informationssuche bei den Frauen mit GiP auch stärker mit allen damit zusammenhängenden Aspekten zusammen. Sie suchen häufiger nach Informationen zu einem Abbruch, einer Kindsabgabe/ Adoption, alternativen Abbruchmethoden oder auch nach Sorge-/ Umgangsrecht sowie Beratungsstellen. In dieser Suche wird die große Sorge zum Umgang mit der Schwangerschaft und der Organisation eines Abbruchs sowie der Geheimhaltungswunsch deutlich. Für Frauen mit GiP stellen Beratungsstellen (auch jene zu Gewalt gegen Frauen) eine wesentliche Unterstützung dar, denn von ihnen erhielten sie die meisten hilfreichen Informationen. Die Informationssuche wird insbesondere bei den Frauen mit GiP häufiger behindert durch: Angst, dass schlecht über sie gedacht wird, den Geheimhaltungswunsch, oder sie haben sich nicht getraut, zu fragen. Die Aufklärungsinformationen zum Abbruch erhalten sie seltener in für sie verständlicher Form bzw. können damit nicht alle ihre Fragen beantwortet werden.

Partnergewalt beeinflusst emotionale Reaktionen auf die Schwangerschaft: Im Geheimhaltungswunsch sowie in der Angst vor den Reaktionen anderer auf die ungewollte Schwangerschaft und dessen Ausgang wird die antizipierte und internalisierte Stigmatisierung bei allen Frauen sichtbar. Allerdings reagieren Frauen mit GiP signifikant häufiger mit negativen

Gefühlen auf die Schwangerschaft. Hier zeigt sich ihre psychisch belastete Situation. Sie sind weniger zuversichtlich und berichten häufiger von Selbstvorwürfen, Schuld/ Scham⁶⁸, Ängsten vor der Zukunft, Sorge wegen der Lebensumstände, Unsicherheit/ Überforderung und Stress. Entscheiden sie sich für ein Austragen, fällt es ihnen schwerer, die Schwangerschaft zu akzeptieren. Auch ihr Partner reagiert häufiger spontan mit negativen Gefühlen.

Partnergewalt beeinflusst die Entscheidung über eine ungewollte Schwangerschaft dreifach: 1) Die erlittene Partnergewalt spielt für Frauen mit GiP bei der Entscheidung über eine ungewollte Schwangerschaft für einen Abbruch eine wesentliche Rolle. 2) Bei Frauen mit GiP beeinflusst sowohl der Partner als auch andere Personen die Entscheidung über die Schwangerschaft. 3) Die wegen der Partnergewalt beeinträchtigten Lebensumstände haben bei Frauen mit GiP bei der Entscheidung einen stärkeren Einfluss. Die Frauen mit GiP sind folglich in ihrer selbstbestimmten Entscheidungsmöglichkeit sehr stark eingeschränkt, was sich auch in ihrer größeren Unsicherheit in der Entscheidungsfindung zeigt. Fast alle ungewollt Schwangeren waren zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung von ihrer jeweiligen Entscheidung zum Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft überzeugt, wobei Frauen mit GiP in ihrer Entscheidung unsicherer waren. Als Grund kann bei ihnen die mangelnde selbstbestimmte Entscheidung angenommen werden.

Partnergewalt erschwert die Organisation eines Abbruchs: Bei den Frauen mit GiP finden sich höhere Organisationsprobleme für den Abbruch in fast allen abgefragten Kategorien. Die Organisation erfolgt bei den gewaltbetroffenen Frauen zudem unter den erschwerten Bedingungen der sozialen Isolierung und Kontrolle ihrer An-/ Abwesenheit von der gemeinsamen Wohnung. Unsicherheit und organisatorische Probleme zeigen sich darin, dass sie von einem höheren Zeitdruck für einen Abbruch berichten, der Abbruch bei ihnen in einer späteren Schwangerschaftswoche erfolgte und sie bei den Verbesserungswünschen zum Ablauf eines Abbruchs alle abgefragten Items häufiger angaben. Bei gewaltbetroffenen Frauen wird der Abbruch häufiger an Orten mit höherer Anonymität (OP-Zentren/Familienplanungszentren) durchgeführt und wird seltener vom Partner gezahlt, was auch auf den Geheimhaltungswunsch zurückgeführt werden kann.

Partnergewalt beeinflusst den Umgang des Versorgungssystems mit den ungewollt Schwangeren: Gefragt nach den Erfahrungen mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem berichten Frauen mit GiP im Vergleich zu ohne GiP seltener von ausreichend Zeit der Ärztinnen und Ärzte oder ihrem Vertrauen in die Ärztin/ den Arzt, dem Respektieren der eigenen Meinung, oder der Sicherung der Privatsphäre sowie dem Erhalt ungebetener Informationen über Geburt oder Kindsabgabe/ Adoption/ vertrauliche Geburt. Seltener hingegen fühlten sie sich respektvoll, einfühlsam, sachlich behandelt, dagegen häufiger unfreundlich, mit Vorwürfen konfrontiert oder ihnen wurde nahegelegt, die Schwangerschaft auszutragen. Auch wenn es mittlerweile viele Sensibilisierungsfortbildungen zur Gewaltbetroffenheit von Frauen gibt, sind Gesundheitsfachkräfte und Ärztinnen und Ärzte nicht frei von Stereotypen und Vorurteilen, die sich in diesem wahrgenommenen Verhalten niederschlagen können. Gleichzeitig wünschen sich gewaltbetroffene Frauen häufiger, mit ihrer Ärztin/ ihrem Arzt über Partnergewalt sprechen zu können.

Partnergewalt macht krank: Für alle gewaltbetroffenen Frauen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen GiP und einer schlechteren psychischen Gesundheit wie in anderen Studien auch (vgl. Loxton et al, 2017; Satyanarayana et al, 2015). Ungewollt schwangere Frauen mit GiP, die bei einer in den letzten 10 Jahren erfolgten Psychotherapie eine Diagnose erhielten, haben im ELSA-Sample ein deutlich erhöhtes Chancenverhältnis für Schizophrenie (OR 18,8), eine

⁶⁸ Selbstvorwürfe, Schuld und Scham werden i.d.R. von gewaltbetroffenen Frauen auch in anderen Studien berichtet.

Suchterkrankung (OR 13,0), Persönlichkeitsstörung (OR 3,6), psychosomatische Störungen (OR 2,4) oder eine PTBS (OR 1,8), wobei sich die genannte Reihenfolge nach der Häufigkeit der Diagnosen je nach Ausgang der Schwangerschaft ändert. Auch für die körperliche Gesundheit zeigen sich signifikanten Zusammenhänge zu Partnergewalt. Tragen Frauen mit GiP die ungewollte Schwangerschaft aus, dann war der statistische Effekt höher. Die stärksten Prädiktoren für die psychische Gesundheit für den Zeitpunkt vor der Schwangerschaft, währenddessen und drei Monate danach waren jeweils die körperliche Gesundheit und die psychische Gesundheit zum vorherigen Befragungszeitpunkt. Ähnliche Prädiktoren zeigen sich für die körperliche Gesundheit, wobei die Einschätzung zum Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt vor der Schwangerschaft auch erklärt wird durch das Verbot der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sowie die finanzielle Kontrolle durch den Partner und zum Zeitpunkt während der Schwangerschaft mit sexueller Gewalt als Ursache für die Schwangerschaft. Hier zeigt sich die gegenseitige Beeinflussung der psychischen und körperlichen Gesundheit und die Auswirkungen der Partnergewalt. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass ein Schwangerschaftsabbruch weder die körperliche noch die psychische Gesundheit beeinflusst.

Von Partnergewalt betroffene Frauen bewältigen die ungewollte Schwangerschaft und zeigen eine bessere psychische Gesundheit als zuvor: Alle Frauen schätzen ihre psychische Gesundheit drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch oder der Geburt wesentlich schlechter ein als vor der Schwangerschaft, jedoch erhöhte sich psychische Gesundheit wieder zum Zeitpunkt der Befragung. Frauen mit GiP weisen eine zu allen Zeitpunkten schlechtere Gesundheit als die Frauen ohne GiP auf. Allerdings steigt ihr Wert stärker wieder zum Befragungszeitraum an. Es kann vermutet werden, dass sie an der Krise der ungewollten Schwangerschaft gewachsen sind, ihre Entscheidung ggf. ohne den gewalttätigen Partner getroffen sowie das weitere Vorgehen selbst organisiert haben und so Selbstwirksamkeit gefühlt, interne Kontrollüberzeugung oder auch soziale Unterstützung erfahren haben. Gemäß dem Konzept von Antonovsky (1997) konnten Frauen in diesem Prozess ggf. in Teilen ihr Kohärenzgefühl in den Komponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit stärken.

9.1.1.2.3 Empfehlungen

Aus den komprimierten Ergebnissen können folgende Empfehlungen für Beratung und Versorgung beider Gruppen abgeleitet werden.

Prüfung, Verbesserung und Vereinheitlichung des Informationsmaterials: Für Frauen mit MIG kann ein latentes Versorgungs- und insbesondere ein Informationsdefizit festgestellt werden. Die Frauen sind sich unsicher, wo sie nach Informationen suchen sollen und was die Informationen bedeuten, d.h. hier zeigt sich zum einen, dass die vorhandenen Informationen nicht ausreichend sind, und zum anderen, dass eine geringe Gesundheitskompetenz bei diesen Frauen vorliegt (s.u.). Auch die Informationen, die Frauen mit GiP erhalten, beantworten nicht alle ihre Fragen. Ohne verlässliche Aufklärung ist eine eigenständige informierte Entscheidung, wie sie mehrheitlich medizinethisch in der Gesundheitsversorgung postuliert und im § 630 des Bürgerlichen Gesetzbuches gefordert wird, nur schwerlich möglich. Vorhandene Informationsmaterialien über Schwangerschaft, Geburt, Abbruch und auch den jeweiligen Prozess – wann welche weiteren Stellen aufzusuchen sind – sollten von zentraler Stelle (bspw. BZgA oder auf der Webseite des Nationalen Gesundheitsportals⁶⁹) auf Vollständigkeit und Verständlichkeit überprüft und in verschiedenen Muttersprachen sowie in leichter Sprache und in ansprechendem, empathischem Duktus angeboten werden. Betont werden sollte in den Informationen die Schweigepflicht der Ärztinnen und Ärzte und der Gesundheitskräfte, um auf den Geheimhaltungswunsch der ungewollt

⁶⁹ <https://gesund.bund.de>, <https://www.gesundheitsinformation.de/schwangerschaftsabbruch-abtreibung.html> (Zugriff 18.09.2024)

Schwangeren einzugehen. Nach Aufhebung des § 219a (Werbung für einen Schwangerschaftsabbruch) bietet sich eine einheitliche, qualitätsgeprüfte Webseite für die Informationen an, sodass in den Beratungsstellen oder Praxen darauf verwiesen werden kann. Eine jeweilige Aktualisierung oder Anpassung kann durch eine Zentralisierung leichter garantiert werden. Zu empfehlen ist, diese Informationen mit verschiedenen Adressatinnengruppen gemeinsam partizipativ zu erarbeiten.

Flächendeckende Sprachmittlungsangebote: Das Informations- und Versorgungsdefizit bei den Frauen mit MIG ist sicherlich auch auf Sprachprobleme zurück zu führen, dem mit einem einheitlichen telefonischen Übersetzungsdienst, wie es in manchen Bundesländern für den Gesundheit- und Beratungsbereich bereits angeboten wird, begegnet werden kann. Auch die Frauengesundheitszentren⁷⁰ (können) informieren und sind ggf. entsprechend zu fördern.

Gesundheitskompetenz stärken und ein nutzerinnenfreundliches Gesundheitssystem gestalten: Die individuelle Gesundheitskompetenz (health literacy), die das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen meint (vgl. Jordan, 2023), ist in Deutschland allgemein eingeschränkt (Schaeffer et al, 2021) und sicherlich auch in einer ähnlichen prozentualen Höhe unter den Frauen beider vulnerablen Gruppen. Eine allgemeine Förderung der Kompetenzen und eine nutzerinnenfreundliche Gestaltung des Gesundheitssystems, wie es vom *Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz*⁷¹ gefordert wird, könnte zu einer Verbesserung der Situation auch für ungewollt Schwangere beitragen.

Sensibilisierung von Gesundheitskräften: Die Scham über eine ungeplante Schwangerschaft, die von beiden Gruppen vermehrt geäußert wird, zeigt sich neben dem Geheimhaltungswunsch auch darin, dass viele der Frauen das Arztgespräch als belastend empfunden haben. Sie berichten weiter, dass sie ungebetene Informationen erhielten und sich seltener als die Vergleichsgruppe freundlich oder einfühlsam behandelt fühlten, sondern eher unfreundlich und nicht „neutral“. Gynäkologinnen und Gynäkologen kommt allerdings eine bedeutende Rolle für die ungewollt Schwangeren zu, denn ihre Reaktion, Meinung sowie der zwischenmenschliche Umgang beeinflussen die Einstellung, Reaktionen und die Entscheidungsfindung zum Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft. Die ungewollt Schwangeren erwarten und erfahren Formen der Schuldzuschreibung (victim blaming) für die ungewollte Schwangerschaft, das Nichtrespektieren ihrer Entscheidung sowie ein moralisierend-abwertendes Verhalten seitens der Gesundheitsfachkräfte und Ärztinnen und Ärzte. Die qualitativen Interviews (vgl. Kapitel 7.1.2.1) geben hier einen detaillierteren Einblick. Angesichts der Lebenslagen, ihrer beschränkten personalen, sozialen und materiellen Ressourcen sowie der häufig erlebten sexuellen Nötigung oder erlittenen Partnergewalt ungewollt Schwangerer und ihrer eingeschränkten Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung braucht es mehr Verständnis für ihre Situation. Fraglich ist, ob Gesundheitsfachkräfte und Ärztinnen und Ärzte bei anderen gesundheitlichen Ereignissen oder Eingriffen die Patientinnen ebenso mit ihrer eigenen moralischen Position konfrontieren, wie es häufig im Fall einer ungewollten Schwangerschaft erlaubt zu sein scheint. Eine professionelle Haltung beinhaltet die neutrale, nicht wertende Feststellung einer Schwangerschaft (Franz, 2014). Für eine Schwangerschaft sind zwei Personen verantwortlich, was auch in der ärztlichen Ansprache der schwangeren Frauen deutlich werden sollte. Die meist krisenhafte Situation einer ungewollten Schwangerschaft ist für die betroffenen Frauen bereits stark psychisch belastend. Für ein größeres Verständnis der Frauen, einen achtsamen, vorurteilsfreien und respektvollen Umgang mit ihnen sowie eine Begegnung auf Augenhöhe – wie es grundsätzlich für das Arzt/ Ärztin-Patientinnen-Verhältnis postuliert wird –

⁷⁰ www.frauengesundheitszentren.de (Zugriff 13.09.2024)

⁷¹ www.nap-gesundheitskompetenz.de (Zugriff 13.09.2024)

braucht es Sensibilisierungsmodule in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und Ärztinnen und Ärzte, in denen zur Situation ungewollt Schwangerer umfassender informiert wird. Dabei sollten im Hinblick auf die Ergebnisse auch multiple belastende Lebensumstände bedacht werden, die zum einen mit sozioökonomischen Merkmalen aber insbesondere auch mit Gewalt in der Paarbeziehung zusammenhängen, wobei diese bislang immer noch nicht adäquat (auch) als Ursache der Schwangerschaft und des erschwerten Zugangs zur Versorgung gesehen wird.

Partner als Mitverantwortliche Person mitdenken: Obwohl in vielen Fällen die Entscheidungsfreiheit der ungewollt Schwangeren eingeschränkt ist, wird ihnen gesamtgesellschaftlich, d.h. auch in der Gesundheitsversorgung, meist die Verantwortung für die Verhütung und für eine ungewollte Schwangerschaft zugesprochen und Männer oft nicht als mitverantwortlich gesehen. Bei einem personenzentrierten Ansatz (s. u.) in Beratung und Versorgung ist die Mitverantwortung des Partners/ Kindsvaters zu berücksichtigen und anzusprechen, damit Frauen von ihren Schuldgefühlen entlastet werden. Bei Betroffenen von GiP ist jedoch zu bedenken, dass die direkte Ansprache des Partners kontraproduktiv sein und die Frauen in eine Gefährdungssituation (s.u.) bringen kann – insbesondere dann, wenn die Schwangerschaft vor dem Partner geheim gehalten werden soll.

Prozess der Organisation eines Schwangerschaftsabbruches entschlacken und vereinfachen: In etlichen Antworten der Frauen zu verschiedenen Aspekten wird deutlich, dass der Prozess der Organisation eines Schwangerschaftsabbruchs von ihnen als sehr belastend und stressverursachend erlebt wird: zu viele Termine bei verschiedenen Stellen, sehr hoher Zeitdruck (insbesondere für von GiP betroffene Frauen), räumliche und infrastrukturelle Barrieren bei der Organisation dieser Termine und des Abbruchs, nicht geregelte Finanzierung, Organisation von Kinder- oder Haushaltsbetreuung usw. unter gleichzeitigem Geheimhaltungswunsch/ -notwendigkeit. Insbesondere für von GiP betroffene Frauen stellt der Zeitfaktor eine große Belastung dar, weil ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung i. d. R. eingeschränkt wird. Angesichts der mit der Partnergewalt einhergehenden sozialen Isolation und der Kontrolle sowohl der reproduktiven Gesundheit als auch der Finanzen bestehen für die betroffenen Frauen größere Zugangsbarrieren zu reproduktiven Gesundheitsdiensten, sodass diese Frauen mehr Zeit benötigen und ggf. ihr materieller und immaterieller Aufwand für Versorgung und Abbruch erheblich erhöht werden kann (vgl. Foster & Kimport, 2013). Um die Frauen zu entlasten, sollte der gesamte Prozess einfacher gestaltet und entschlackt werden, d.h. Zentrierung der Anlaufstellen an einen Ort bzw. Minimieren der aufzusuchenden Stellen auf eine sowie den Ausbau von Online-Angeboten.

Interventionsfenster bei Betroffenen von Partnergewalt nutzen: Eine (ungewollte) Schwangerschaft ist eine besondere Situation für von Partnergewalt betroffene Frauen. In dieser Phase sind sie offener für eine sensible Ansprache, die ihre Sicherheit und Gesamtsituation empathisch thematisiert. Frauen sehen in Gesundheitsfachkräften und Ärztinnen und Ärzte bedeutende Ansprechpersonen. Häufig sind sie die einzigen Personen, die die gesundheitlichen Folgen von Partnergewalt zu sehen bekommen und genießen wegen ihrer Schweigepflicht großes Vertrauen seitens der Frauen. Hier bietet sich ein „Window of Opportunity“, dass genutzt werden sollte (Hellbernd & Brzank, 2007; Hellbernd et al, 2004). Internationale ärztliche und geburtshilfliche Fachgesellschaften empfehlen, die Frage nach Gewalt als festen Bestandteil in Form einer Routinebefragung in die Sozialanamnese bei schwangeren Frauen aufzunehmen (Brzank & Blättner, 2010; Hellbernd et al, 2004). Gleichwohl ist zu beachten, dass eine Schwangerschaft der Trigger für GiP sein kann oder sich die Partnergewalt während der Schwangerschaft fortsetzt. Die Sicherheit der Betroffenen hat oberste Priorität. In Trennungsphasen besteht für Betroffene das größte Risiko für einen Femizid. Orientierung für eine Intervention in der Gesundheitsversorgung bietet „S.I.G.N.A.L. e. V.-Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt“

(SIGNAL e.V., 2018)⁷², deren Empfehlungen auf denen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) basieren. Grundprinzipien einer Intervention sind die Komponenten Erkennen, Ansprechen, Untersuchen, Dokumentieren, Gefahrenabklärung und Weiterleitung an spezifische Beratungs- und Unterstützungsstellen. Empfohlen wird, eine entsprechende Weiterbildung, die mittlerweile auch online zur Verfügung steht⁷³, zu besuchen. Für eine Weiterleitung an spezifische Stellen braucht es das Wissen über die Unterstützungsstellen⁷⁴ und Hotlines⁷⁵ sowie eine regionale Vernetzung.

Personenorientierung und –zentrierung auch bei ungewollter Schwangerschaft: Diese Grundeinstellung wird von der Versorgungsforschung für ein gelungenes, vertrauensvolles Verhältnis zwischen Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen als Grundlage gelingender Versorgung formuliert (Mugele, 2018; Zill et al, 2021). Dafür braucht es eine Wahrnehmung der Patientinnen als Individuen in ihrer gesamten biopsychosozialen und auch lebensweltlichen Perspektive, ein unvoreingenommenes aktives Zuhören sowie eine Ansprache auf Augenhöhe ohne Konfrontation mit weiteren Vorurteilen oder Vorwürfen. Viele Faktoren können zu einer ungewollten Schwangerschaft beitragen und ebenso können viele Faktoren die Entscheidungsfindung der Frauen beeinflussen. Offene Fragen zur Schwangerschaft erlauben es den Frauen, sich frei und ohne Bedenken zu äußern (vgl. Johnson-Mallard et al, 2017). Personenorientierung und -zentrierung ist insbesondere bei jenen Entscheidungen angebracht, die ein Leben der Patientinnen nachhaltig und langfristig verändern oder beeinträchtigen können – wie es bei einer ungewollten Schwangerschaft der Fall ist. Diese grundsätzliche professionelle Haltung ist in entsprechenden Modulen in den Curricula zu integrieren.

Förderung der selbstbestimmten Entscheidung bei einer ungewollten Schwangerschaft: Die Entscheidung für einen Abbruch oder das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft wird bei beiden vulnerablen Gruppen von anderen Personen beeinflusst, sodass eine selbstbestimmte Entscheidung bei einem großen Teil der Frauen nicht möglich ist. Meist befinden sie sich in prekären Lebenslagen mit eingeschränkten Coping-Ressourcen, die eine selbstbestimmte Entscheidung ebenfalls beeinträchtigen. Ungewollt schwangere Frauen – und insbesondere Frauen mit Vulnerabilitätsmerkmal – sollten in den Gesprächen unterstützt und empowert werden, damit sie eine selbstbestimmte Entscheidung für sich treffen können. Insbesondere ist ein Empowerment bei den gewaltbetroffenen Frauen indiziert, denn sie erfahren in ihrer gewalttätigen Partnerschaft i. d. R. eine systematische Entmündigung und Degradierung, die sie sehr stark psychisch beeinträchtigt und an ihrem Selbstwert sowie ihrer Selbstwirksamkeit zweifeln lässt. Ein Empowerment in der Beratungs- und Versorgungssituation sowie eine eigene Entscheidung und ein erfolgreiches Coping der krisenhaften Situation einer ungewollten Schwangerschaft kann zu einer wesentlichen Stärkung der Frauen führen, wie auch an den Werten für die psychische Gesundheit abzulesen ist.

Enttabuisierung und Entstigmatisierung ungewollter Schwangerschaften: Sowohl die Scham über die ungewollte Schwangerschaft, der Geheimhaltungswunsch als auch die negativen Erwartungen an Beratung und Versorgung sowie das als belastend erlebte Arztgespräch weisen auf die internalisierte und antizipierte oder tatsächliche Stigmatisierung und die mangelnde Besprechbarkeit einer ungewollten Schwangerschaft bzw. eines Abbruchs hin. Eine Tabuisierung und Stigmatisierung dieses Lebensereignisses, dass im Leben jeder Frau vorkommen kann, entsteht

⁷² S.I.G.N.A.L. e.V. <https://www.signal-intervention.de/> (Zugriff am 19.09.2024)

⁷³ <https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/> (Zugriff am 19.09.2024)

⁷⁴ Bundesverband Frauenberatungsstellen u. Frauennotrufe <https://www.frauen-gegen-gewalt.de> (Zugriff am 19.09.2024)

⁷⁵ Bundesweites Hilfetelefon <https://www.hilfetelefon.de/> (Zugriff am 19.09.2024)

im gesellschaftlichen Diskurs, d.h. die Gesellschaft ist mitverantwortlich für die psychische Belastung der ungewollt schwangeren Frauen. Zur Verbesserung der Situation würde beitragen, eine ungewollte Schwangerschaft sowie deren Abbruch zu enttabuisieren und zu entstigmatisieren. Dazu sind verschiedene Maßnahmen essentiell, wie eine veränderte gesellschaftliche Diskussion zum einen über die Normalität einer ungewollten Schwangerschaft im Leben und zum anderen die Praxis des Schwangerschaftsabbruches, der Abbau von Barrieren, verständlichere und leicht zugängliche Informationen rund um einen Abbruch, ein personenorientierten/ -zentrierter Ansatz in Beratung und Versorgung ungewollt Schwangerer (s. CarePreg-Studie: Lindig et al, 2024), eine sensible Sozialanamnese, Aufklärung und Schulung der Gesundheitsfachkräfte, um Mythen oder Vorannahmen entgegen zu wirken und mehr Verständnis für die Situation der ungewollt Schwangeren zu entwickeln sowie ihre Befähigung zur Entlastung und zum Empowerment von ungewollt schwangeren Frauen (s. o.). Grundsätzlich würde eine allgemeine wertungsfreie Diskussion über und die Straffreiheit eines Schwangerschaftsabbruches maßgeblich zu einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung beitragen, denn Grundlage für Tabuisierung und Stigmatisierung ist die Strafstellung eines Abbruchs.

Keine Warnung vor schweren psychischen Folgen durch einen Schwangerschaftsabbruch: Eine ungewollte Schwangerschaft ist eine Situation, die eine weitreichende Entscheidung verlangt und die schwangeren Frauen unabhängig vom Ausgang psychisch belasten kann. Die Ergebnisse der ELSA-VG-Studie belegen für keine Zielgruppe und kein Zeitfenster, dass ein Schwangerschaftsabbruch zu nachhaltigen psychischen Problemen wie bspw. Depressionen führt. Da psychischen Auswirkungen durch einen Schwangerschaftsabbruch nicht wissenschaftlich belegt werden können, sollten sie zum Wohl der belasteten Frauen nicht mehr öffentlich vertreten oder verbreitet werden.

Nationaler koordinierter Ausbau gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützungsangebote: Mit der Unterzeichnung der Istanbul-Konvention hat sich Deutschland dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Prävention und dem Schutz vor Gewalt an Mädchen und Frauen sowie eine adäquate Versorgung der Überlebenden geschlechtsspezifischer Gewalt zu gewährleisten. Alle Fachkräfte, die mit Opfern und Tätern beruflich in Berührung kommen, sollten sensibilisiert werden – insbesondere Gesundheitsfachkräfte. Nach dem ersten Bericht zur Überprüfung der Umsetzung entsprechender Maßnahmen durch die Expertengruppe zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (GREVIO) in 2022 sind in Deutschland einige Mängel offengelegt worden (GREVIO, 2022). Darunter zählen z.B. zahlreiche Zugangsbarrieren zu und zu wenige Schutzeinrichtungen sowie eine Vernachlässigung vulnerabler Gruppen, wozu bspw. auch Frauen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung und Schwangere zählen. Unter der Beachtung der Forderungen durch GREVIO sowie der oben genannten Empfehlungen müssen Angebote zur Prävention, Schutz und Versorgung gewaltbetroffener Frauen insbesondere im Kontext Schwangerschaft, verstärkt finanziert und systematisch ausgebaut werden.

Zur psychischen Entlastung der ungewollt Schwangeren und zur Verbesserung ihrer Situation sollten diese Empfehlungen umgesetzt werden.

Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse für die Zielgruppen, die am Standort Nordhausen untersucht wurden, belegen spezifische Bedarfe. Vulnerabilität ergibt sich für beide Gruppen aufgrund ihres Status oder ihrer Lebenslage und ist kein Wesensmerkmal der Frauen aus diesen Gruppen. Es werden für jede Zielgruppe erst die Limitationen erläutert, dann die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst, um dann am Ende des Kapitels die aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen für die Praxis für beide Gruppen mit Vulnerabilitätsmerkmal vorzustellen.

9.1.1.3 Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen und qualitativen Befragung Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

Diese Diskussion fokussiert auf die besondere Risikogruppe der Frauen mit psychischen Erkrankungen im Kontext ungewollter Schwangerschaften. In diesem Kapitel werden sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Ergebnisse bewertet.

Ausgangspunkt für eine vertiefende Betrachtung der Gruppe von Frauen mit psychischen Erkrankungen war die Annahme, dass diese im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft vor besonderen Herausforderungen stehen. Die Befunde der ELSA Studie deuten darauf hin, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen zwar vergleichbar häufig schwanger werden wie Frauen ohne psychische Erkrankungen. Allerdings erleben Frauen mit psychischen Erkrankungen häufiger ungewollte Schwangerschaften und brechen ihre Schwangerschaften häufiger ab als Frauen ohne psychische Erkrankung. Damit können wir für Deutschland erstmals internationale Befunde bestätigen, wonach Frauen mit psychischen Erkrankungen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für ungeplante Schwangerschaften haben (Aymerich et al., 2024; Schonewille et al., 2022), sowie erstmals differenzierte Aussagen treffen zur erhöhten Prävalenz dezidiert *ungewollter* Schwangerschaften sowie zu Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit psychischen Erkrankungen.

Als Ursachen der erhöhten Prävalenz ungeplanter bzw. ungewollter Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen werden vor allem individuelle Faktoren wie mangelnde Aufklärung über Kontrazeptiva, pharmakodynamische Interaktionen, kognitive und motivationale Einschränkungen z.B. aufgrund depressiver Symptome, symptombedingtes Risikoverhalten z.B. bei Manien sowie eingeschränkte reproduktive Autonomie in Partnerschaftskonflikten diskutiert (Buchholz et al., 2015; Clark et al., 2014; Miller & Finnerty, 1998; Seeman & Ross, 2011). Demgegenüber wird den sozioökonomischen Kontextbedingungen einer ungewollten Schwangerschaft bei psychisch erkrankten Frauen bislang vergleichsweise wenig Beachtung geschenkt. Unsere Befunde zeigen, dass sich die sozialen Belastungen zwischen Frauen mit und Frauen ohne psychische Erkrankungen bei den *gewollten* Schwangerschaften kaum unterscheiden. Allerdings zeigt sich bei den ungewollten Schwangerschaften, dass sich Frauen mit psychischen Erkrankungen zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft häufiger in belastenderen Lebensumständen befinden als Frauen ohne psychische Erkrankungen; dazu zählen geringere Schulbildung, Erwerbslosigkeit, Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen, finanzielle Sorgen, ungünstige Wohnverhältnisse sowie keine oder krisenhafte Partnerschaften und ein ungesunder Lebensstil.

Zusammenfassend stellen Frauen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften demnach eine besondere Risikogruppe dar: Einerseits haben sie ein erhöhtes Risiko für den Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft. Ungünstige soziale Kontextfaktoren können dabei eine Rolle spielen, indem sie das Risiko für ungewollte bzw. ungeplante Schwangerschaften erhöhen (Steinberg & Finer, 2011). Andererseits können die sozialen Faktoren negativ auf die psychische Gesundheit zurückwirken. Personen mit geringem Sozialstatus haben häufiger eine eingeschränkte psychische Gesundheit (Busch et al., 2011). Unabhängig von einer bestehenden psychischen Erkrankung können ungewollte Schwangerschaften zudem psychosoziale Belastungen mit sich bringen. Eine niederländische Studie wies nach, dass Frauen mit ungewollter Schwangerschaft im Vergleich zu Frauen mit gewollter Schwangerschaft und Frauen ohne Schwangerschaft signifikant häufiger über psychosoziale Probleme berichten, dazu zählten z.B. Stressreaktionen, Ängste, depressive Verstimmungen und Beziehungsprobleme, insbesondere während und nach der Schwangerschaft (Dijkstra et al., 2023). Bei Frauen mit einer vorbestehenden psychischen Erkrankung können die psychosozialen Belastungen einer ungewollten Schwangerschaft die psychische Gesundheit zusätzlich negativ beeinflussen.

Hinsichtlich der Versorgung äußerten Frauen mit psychischen Erkrankungen häufiger spezifische Herausforderungen im Umgang mit ungewollten Schwangerschaften. Sie fühlen sich oft schlechter informiert, weniger respektvoll behandelt und haben ungedeckte Unterstützungsbedarfe, besonders in finanziellen, gesundheitlichen und lebensstilbezogenen Belangen. Zudem nehmen sie vermehrt Stigmatisierung wahr, sowohl im persönlichen wie auch im professionellen Umfeld. In den qualitativen Daten deutet sich ein breites Spektrum möglicher Stigmatisierungserfahrungen an, das von einem allgemeinen Stigma psychischer Erkrankungen über das Stigma der Ungewolltheit einer Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs bis hin zum Stigma der „psychisch kranken Mutter“ im Falle des Austragens der ungewollten Schwangerschaft reichen kann. Stigmatisierungen im Kontext psychischer Erkrankungen können über den Prozess der Selbststigmatisierung das Selbstwertgefühl beeinträchtigen, zu sozialem Rückzug führen, die Inanspruchnahme von Hilfe und den Zugang zu Behandlungen erschweren und dadurch negativ auf die psychische Gesundheit zurückwirken (Link et al., 1989). Zum spezifischen Stigma von Elternschaft im Kontext psychischer Erkrankungen und den negativen Konsequenzen für die Inanspruchnahme notwendiger Hilfen liegen zahlreiche Befunde vor (Ahmad et al., 2024; Hasson-Ohayon et al., 2018; Jeffery et al., 2013; Krumm & Becker, 2006). Frauen mit psychischen Erkrankungen sind aufgrund der multiplen Stigmata, die mit psychischen Erkrankungen, (ungewollten) Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbruch und Mutterschaft verbunden sind, einem erhöhten Risiko für negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit ausgesetzt.

Unsere Befunde legen nahe, dass eine psychische Problematik im Rahmen der gynäkologischen Betreuung nicht konsistent thematisiert wird und sich Frauen nicht ausreichend unterstützt fühlen. Umgekehrt scheinen reproduktive Themen wie Kinderwunsch oder eine (ungewollte) Schwangerschaft in der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung nicht regelhaft thematisiert zu werden. In den qualitativen Interviews formulierten die Teilnehmerinnen über die drei Versorgungssysteme der Gynäkologie, der Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie der Psychosozialen Beratung hinweg den Wunsch nach einer stärkeren Berücksichtigung der psychischen Gesundheit, etwa in Form psychologischer Begleitung während der Entscheidungsphase oder der emotionalen Unterstützung nach einem Schwangerschaftsabbruch. Frauen, die ihre ungewollte Schwangerschaft austragen, wünschen sich mehr und spezifischere Angebote für Mütter mit psychischen Erkrankungen, die neben dem Kindeswohl auch dezidiert das Wohl der Mutter berücksichtigen. Diese Befunde schließen an Diskussionen zur Fragmentierung der psychiatrischen Versorgung an, die eine integrierte Behandlung zwischen Fachbereichen verhindert (Gühne et al., 2019). Gynäkologische und psychiatrische Behandlungen sowie Angebote der Jugendhilfe verlaufen vielfach parallel und ohne konsistente, interdisziplinäre Abstimmung zwischen den Fachbereichen. Dies widerspricht einem ganzheitlichen Verständnis von reproduktiver Gesundheit, das körperliche, psychische und soziale Aspekte sowie die interdisziplinäre Betreuung in allen Lebensphasen umfasst und erschwert damit eine recoveryorientierte Behandlung und Begleitung von Frauen mit psychischen Erkrankungen in einem zentralen Lebensbereich. Die Befunde unserer rekonstruktiven Analyse betonen die Relevanz biografischer Ansätze in der Behandlung und Begleitung von Frauen. Diese ermöglichen einen Einblick in den biografischen Sinn reproduktiver Handlungen und damit passgenauere Hilfen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung bzw. psychosozialen Begleitung. Eine ganzheitliche Betrachtung reproduktiven Handelns - von Kinderwunsch über Schwangerschaft(sabbruch) bis zu Elternschaft – kann wesentlich zur Entfaltung des Potenzials von Elternschaft als einer Form der sozialen Teilhabe beitragen.

9.1.1.4 Interpretation der Ergebnisse aus der quantitativen Befragung Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

Die Analyse zu Kindheitstraumata als möglicher Vulnerabilitätsfaktor im Kontext ungewollter Schwangerschaft zeigt, dass Frauen mit Kindheitstraumata eine größere psychische Belastung berichten und auch signifikant häufiger klinisch bedeutsam (d.h. über dem Schwellenwert für eine bedeutsame klinische Symptomatik) belastet sind. Dies spricht dafür, dass Frauen mit Kindheitstraumata – neben den bereits etablierten vulnerablen Gruppen – eine weitere Personengruppe darstellen, die im Kontext ungewollter Schwangerschaft besonders vulnerabel zu sein scheint. Eine weitere mögliche Belastung zeigt sich auch in den Lebenslagen von Frauen mit Kindheitstraumata: So waren diese – im Vergleich zu Frauen ohne Kindheitstraumata – zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft durchschnittlich jünger und hatten zum Zeitpunkt der Befragung einen geringeren Schul- bzw. Berufsabschluss. Entsprechend ist davon auszugehen, dass Frauen mit Kindheitstraumata über geringere Ressourcen verfügen als Frauen ohne Kindheitstraumata. Dies könnte ein weiterer Faktor sein, welcher ggf. die etwas häufigeren Schwangerschaftsabbrüche in der Gruppe mit Kindheitstraumata (mit-)bedingt. So spielen bei der Abwägung, ob die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird, u.a. ökonomische als auch mentale Faktoren eine Rolle (Kirkman et al., 2009).

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigen, dass Frauen mit Kindheitstraumata nach einer ungewollten Schwangerschaft eine höhere psychische Belastung erleben, als Frauen ohne Kindheitstraumata. Aus dieser Vulnerabilität von Frauen mit Kindheitstraumata lassen sich spezifische Versorgungsbedarfe ableiten: Eine Ergänzung bestehender Versorgungsmaßnahmen um eine traumasensible Perspektive kann dazu beitragen, eine unterstützende Umgebung zu schaffen, um die Bedürfnisse dieser Frauen angemessen zu adressieren. Die Aufklärung von Mitarbeitenden des Gesundheitswesens über Trauma und Traumafolgestörungen sowie deren Schulung bzgl. relevanter Kernkompetenzen in der traumasensiblen Versorgung (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021; Benton et al., 2024) wäre eine konkrete Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Risikogruppe. Hierbei ist hervorzuheben, dass dies ohne konkretes Wissen um spezifische Erfahrungen der Frauen umsetzbar ist und auch Frauen mit traumatischen Erfahrungen im Erwachsenenalter (z.B. durch Fluchterfahrung oder sexualisierte Gewalt) hiervon profitieren würden.

Weiterhin kann ein systematisches Screening zu biografischen Traumatisierungserfahrungen ermöglichen, gefährdete Frauen frühzeitig zu identifizieren und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen anzubieten. Hierzu kann neben traumasensiblen Beratungsangeboten bei Bedarf auch die Weiterleitung an psychotherapeutische Fachkräfte gehören. Mit Blick auf mögliche Interventionsmaßnahmen ist zu betonen, dass eine Schwangerschaft – ob gewollt oder ungewollt – ein besonderes Moment darstellt, um vulnerable und unterversorgte Frauen zu erreichen: Aus zahlreichen Studien sind Ungleichheiten im Zugang zu sowie Nutzen von Gesundheitsleistungen bekannt (Hertle et al., 2023; Klein and von dem Knesebeck, 2016). Dabei hat sich gezeigt, dass sozial schwächere Personen eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheits- und Versorgungsleistungen haben (Hertle et al., 2023; Klein and von dem Knesebeck, 2016). Dies ist insbesondere vor Hintergrund der o.g. Korrelation von Kindheitstraumata mit geringeren sozioökonomischen Lebenslagen relevant. Während einer Schwangerschaft kommt jedoch fast jede Frau in Kontakt mit dem Gesundheits- und Versorgungssystem (z.B. durch Termine bei einer Gynäkologiepraxis, Hebammenbesuche im Falle einer ausgetragenen Schwangerschaft oder einen Termin bei einer Beratungsstelle im Falle einer abgebrochenen Schwangerschaft). Hieraus ergibt sich eine einmalige Gelegenheit, die Versorgung vulnerabler Gruppen zu verbessern, indem an diesen Kontaktpunkten erweiterte Versorgungsangebote gemacht werden. Besonders relevant erscheint hier eine disziplinübergreifende Zusammenarbeit von sozialen, medizinischen und

psychotherapeutischen Fachkräften. Einfach verfügbare und niedrigschwellige Angebote können somit zu einer Verringerung der oben beschriebenen Versorgungslücken beitragen und die reproduktive sowie psychische Gesundheit von Frauen mit Kindheitstraumata verbessern.

Die quantitative Untersuchung des Standorts Berlins ist die erste Studie, die die Rolle von Kindheitstraumata als Vulnerabilitätsfaktor im Kontext ungewollter Schwangerschaft untersucht. Somit ist der innovative Charakter des Forschungsansatzes besonders hervorzuheben. Die große und sozioökonomisch diverse Stichprobe spricht dabei für die Qualität der Studie sowie für robuste Ergebnisse. Gleichzeitig müssen diese vor dem Hintergrund einiger Limitationen betrachtet werden: So wurden in die Untersuchung Frauen eingeschlossen, bei denen die ungewollte Schwangerschaft teilweise bis zu 6 Jahre zurücklag. Weiterhin ermöglicht das eingesetzte Messinstrument, der GHQ-12, lediglich eine allgemeine Aussage über die psychische Belastung; störungsspezifische Aussagen können nicht getroffen werden. Zeitlich kontrollierte und näher an der ungewollten Schwangerschaft liegende Erhebungen sowie der Einsatz von störungsspezifischen Messinstrumenten können ein vertiefendes Verständnis für den Vulnerabilitätsfaktor Kindheitstraumata im Kontext ungewollter Schwangerschaft ermöglichen. Hierfür verweisen wir auf Kapitel 9.1.2.5.

9.1.1.5 Literaturverzeichnis

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2021) Caring for Patients Who Have Experienced Trauma: ACOG Committee Opinion, Number 825. *Obstetrics & Gynecology*. [Online] 137 (4), e94. Available from: doi:10.1097/AOG.0000000000004326.
- Antonovsky, A. & Franke, A. H. (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit von Aaron Antonovsky, Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2004) Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 113(1), 6–11.
- Benton, M., Wittkowski, A., Edge, D., Reid, H.E., et al. (2024) Best practice recommendations for the integration of trauma-informed approaches in maternal mental health care within the context of perinatal trauma and loss: A systematic review of current guidance. *Midwifery*. [Online] 131103949. Available from: doi:10.1016/j.midw.2024.103949.
- Brzank, P. & Blättner, B. (2010) Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner: Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53(2).
- Brzank, P. (2009) Häusliche Gewalt gegen Frauen: Soziökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Einführung und Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 52(3), 330-8.
- Brzank, P. (2012) Wege aus der Partnergewalt - Frauen auf der Suche nach Hilfe. Wiesbaden: Springer VS.
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M. & Sedgh, G. (2017) "Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries", *Contraception*, Vol. 96, No. 4, S. 233–241.
- Davies, L., Ford-Gilboe, M., Willson, A., Varcoe, C., Wuest, J., Campbell, J. & Scott-Storey, K. (2015) Patterns of Cumulative Abuse Among Female Survivors of Intimate Partner Violence: Links to Women's Health and Socioeconomic Status. *Violence Against Women*, 21(1), 30-48.
- DeStatis (2020) Bildungsstand der Bevölkerung - Ergebnisse des Mikrozensus 2019, Ausgabe 2020. Wiesbaden: Bundesamt, S.
- Destatis (2024) Statistischer Bericht: Mikrozensus - Bevölkerung nach Migrationshintergrund. Erstergebnisse 2023. Wiesbaden: Bundesamt, S.
- Foster, D. G. & Kimport, K. (2013) Who seeks abortions at or after 20 weeks? Perspectives on sexual and reproductive health, 45(4), 210–218.
- Foster, D. G. (2020) The turnaway study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having - or being denied - an abortion [Online], New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi, Scribner. Verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6199332>.
- Franz, J. (2014) Beratung nach § 219 StGB - Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen, in Busch, U. & Hahn, D. (eds), *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript Verlag, 257-278.
- Grace, K. T. & Anderson, J. C. (2018) Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 19(4), 371–390.
- GREVIO (2022) GREVIO Baseline Evaluation Report Germany.
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y & Wlosnewski, I (Hg.) (2016) *frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen (Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften ; eine Studien im Auf-trag der*

- BZgA von Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski), Köln, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Hellbernd, H. & Brzank, P. (2007) Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte, in Kavemann, B. & Kreyssig, U. (eds), *Handbuch Kinder und häusliche Gewalt* VS Verlag für Sozialwissenschaften, 88-103.
- Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung.
- Hertle, D., Lange, U. & Wende, D. (2023) Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. *Das Gesundheitswesen*. [Online] 85 (4), 364–370. Available from: doi:10.1055/a-1690-7079.
- Johnson-Mallard, V., Kostas-Polston, E. A., Woods, N. F., Simmonds, K. E., Alexander, I. M. & Taylor, D. (2017) Unintended pregnancy: a framework for prevention and options for midlife women in the US. *Women's Midlife Health*, 3(1), 8.
- Jordan, S. (2023) Gesundheitskompetenz/Health Literacy, in (BZgA), B. f. g. A. (ed), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., et al. (2009) Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*. [Online] 12 (6), 365–378. Available from: doi:10.1007/s00737-009-0084-3.
- Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2016) Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. [Online] 59 (2), 238–244. Available from: doi:10.1007/s00103-015-2283-6.
- Lindig, A., Heger, S. & Zill, J. M. (2024) Assessment of relevance and actual implementation of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancy in Germany (CarePreg): results of expert workshops. *BMC Pregnancy Childbirth*, 24(1), 247.
- Loxton, D., Dolja-Gore, X., Anderson, A. E. & Townsend, N. (2017) Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *PLOS ONE*, 12(6), e0178138.
- Martin-de-las-Heras, S., Velasco, C., Dios Luna, J. d. & Martin, A. (2015) Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study. *WOMEN AND BIRTH*, 28(2), 101–105.
- Metzing, M. (2021) Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten, deren Nachkommen und Geflüchteten in Deutschland, in (Destatis), S. B., (WZB), W. B. f. S. & (BiB), B. f. B. (eds), *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Sozialstruktur und soziale Lagen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 286-295.
- Miller, E. & Silverman, J. G. (2010) Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy. *Expert review of obstetrics & gynecology*, 5(5), 511–515.
- Mugele, K. (2018) Personenzentrierte Versorgung – eine Frage der Haltung. *Forum*, 33(4), 236-238.
- Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M. & Watts, C. (2013) Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 120(1), 3–9.

- Roberts, S. C. M., Belusa, E., Turok, D. K., Combellick, S. & Ralph, L. (2017) "Do 72-Hour Waiting Periods and Two-Visit Requirements for Abortion Affect Women's Certainty? A Prospective Cohort Study", *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, Vol. 27, No. 4, S. 400–406.
- Samankasikorn, W., Alhusen, J., Yan, G., Schminkey, D. L. & Bullock, L. (2019) Relationships of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence to Unintended Pregnancy. *JOGNN-JOURNAL OF OBSTETRIC GYNECOLOGIC AND NEONATAL NURSING*, 48(1), 50–58.
- Satyanarayana, V. A., Chandra, P. S. & Vaddiparti, K. (2015) Mental health consequences of violence against women and girls. *Current opinion in psychiatry*, 28(5), 350–356.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griesse, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.Bielefeld.
- SIGNAL e.V. (2018) Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.
- Silva, R. P. & Leite, F. M. C. (2020) Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*, 54(97).
- Stöckl, H. & Gardner, F. (2013) Women's perceptions of how pregnancy influences the context of intimate partner violence in Germany. *. Culture, health & sexuality*, 15(10), 1206–1220.
- World Health Organisation (2023) "Clinical practice handbook for quality abortion care" [Online]. Verfügbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1> (Abgerufen am 5 September 2024).
- Zill, J. M., Zeh, S. & Scholl, I. (2021) Patientenzentrierte Versorgung, in Brinkhaus, B. & Esch, T. (eds),

9.1.2 Die Vertiefungsstudien (AP 1-2)

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Vertiefungsstudien der Standorte Freiburg, Fulda, Nordhausen, Ulm und Berlin ausführlich diskutiert. Ziel ist es, die vielfältigen Lebenssituationen von ungewollt Schwangeren, die ihre Schwangerschaft abgebrochen oder ausgetragen haben, detailliert zu beleuchten. Dazu werden die individuellen und sozialen Dynamiken im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften, auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen vulnerabler Gruppen, vertiefend analysiert.

9.1.2.1 Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

In diesem Kapitel diskutiert Freiburg die analysierten Ergebnisse der Frauen- und Männerinterviews zum Umgang mit einer ausgetragenen ungewollten Schwangerschaft und setzt sie, auch unter dem Aspekt von Partnerschaft, in Bezug zueinander. Ferner thematisiert der Standort die Belastungen und Ressourcen, die sowohl die interviewten Frauen wie auch Männer aufgeworfen haben.

9.1.2.1.1 Gesamtfazit der Typenbildungen der Frauen und Männerinterviews bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften

Das Belastungserleben von Frauen und den beteiligten Männern in Zusammenhang mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften, die ausgetragen wurden, wurde einer ausführlichen Analyse unterzogen, dabei wurde der Umgang mit den Belastungen untersucht. Anhand der Typisierungen werden verschiedene Umgangsweisen sichtbar, durch welche die erfahrenen Belastungen gemildert, beziehungsweise bewältigt werden. Gelingt es Teilnehmerinnen nicht, einen Umgang mit den Belastungen zu finden, tritt dies im Kontext fehlender sozialer und finanzieller Ressourcen auf.

Die Auswertung der Interviews der Frauen und Männer wurde separat durchgeführt. In beiden Typisierungen liegt der Fokus auf den Umgang mit dem ungewollten Eintritt der Schwangerschaft, dies basiert auf zwei unterschiedlichen Tertium Comparationis. Bei den Frauen wird das Zusammenspiel zwischen erfahrenen Belastungen und vorhandenen Ressourcen fokussiert. Dabei werden die handlungspraktischen Bewältigungsmuster erarbeitet. Bei den Männern hingegen liegt der Fokus auf der Gestaltung der Bewältigungsprozesse in Bezug auf die Erfahrung der Ungewolltheit der Schwangerschaft. Da anhand der Interviewanalyse der Männer-Interviews, das Belastungserleben als marginal erlebt wird und Männer vielmehr in der Rolle als Partner die Belastungen, denen die Partnerinnen ausgesetzt sind, flankierend erleben, stellt dies nicht den Fokus des Tertium Comparationis dar. Der Schwerpunkt des Teilprojekts liegt vielmehr auf der Untersuchung der Bewältigungsmuster hinsichtlich der Männlichkeits-, Vaterschafts-, Partnerschafts- und Familienkonstruktionen, der in die Typenbildung miteinfluss.

Trotz der Unterschiede wollen wir die zwei Typenbildungen unter dem übergreifenden Ziel des Projektes – Erkenntnisse über die Erfahrungen und Lebenslagen bei ungewollten Schwangerschaften zu erlangen – folgend in einer Gesamtschau betrachten. Zunächst ist festzustellen, dass die entscheidende Ressource für die Belastungsbewältigung die Paarbeziehung ist. Gemeinsam als Paar und somit durch gegenseitige praktische, aber auch emotionale Unterstützung gelingt es den Teilnehmenden, ihre Belastungen stark zu mildern. Auffällig in diesem Rahmen ist, dass besonders Personen, welche in einer egalitär geführten Paarbeziehung leben und dadurch sowohl Care- als auch Lohnarbeit gerecht untereinander aufteilen, ihre Belastungen und Herausforderungen in besondere Ausmaße mindern. Somit ist für die Frau eine supportive Paarbeziehung, welche auf gegenseitige Unterstützung beruht, die entscheidende Ressource. Die Betrachtung der Typisierung der Frauen weist eine Abnahme in der gemeinsamen Bewältigung als Paar zwischen den vier Typen auf. Wird keine oder nur eine gering ausgeprägte gemeinschaftliche Bewältigung erkannt, ist die Frau damit auf sich selbst gestellt und kann nur mit ausreichend sozialer und finanzieller Ressourcen

einen Umgang mit der Situation finden. Kann nicht auf ausreichende Ressourcen zurückgegriffen und dadurch Belastungen nicht abgemildert werden, ist ein Ausharren in der Situation festzustellen. Diejenigen Frauen, die in dieser Situation sind, sind durch die erhöhten Bedarfe besonders auf ein funktionierendes Unterstützungsnetz angewiesen.

Anhand der Typenbildung der Männer wird ersichtlich, dass zwischen dem ersten bis zum vierten Typ die Egalität und Gemeinschaftlichkeit abnimmt, was zugleich die Verminderung der Familieninvolvierung des Vaters mit sich zieht. Daraus erfolgt, dass die Teilhabe und dadurch das gemeinsame Erleben und Bewältigen der Belastungssituation sukzessive in den Hintergrund rücken. Dies geht mit Schwierigkeiten einher sich in das neue Familiengefüge einzufinden. Bilanzierend lässt sich feststellen, dass Männer von einem auf Egalität und Gemeinschaftlichkeit beruhenden Austausch im Paar profitieren, da dies die Vaterwerdung unterstützt, Belastungen mildert und zu einer gelingenden Vereinbarkeit führt. Durch eine egalitär geführte Paarbeziehung und einer gemeinsamen Bewältigung, wird der Vaterschaft eine tragende Rolle zugeschrieben. Eine fürsorgliche Männlichkeit und engagierte Vaterschaft trägt zur Festigung der Familiengefüge bei, wodurch diese als funktionierende Einheit wahrgenommen wird und Herausforderungen sowie Krisen bewältigt werden können.

Abschließend kann festgestellt werden, dass bei Frauen eine egalitäre und gemeinschaftlich geführte Paarbeziehung ein Indikator für eine gelungene Belastungsbewältigung ist, wohingegen Männer in ihrer Vaterwerdung unterstützt werden und die Familienwerdung und Gestaltung eines harmonischen Familiengefüges gelingend gelebt werden.

9.1.2.2 Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

Der Standort Fulda diskutiert seine Typenbildung unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung, die sich aus der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch für die Frauen ergeben hat. Dabei wird auch der erfahrenen Stigmatisierung als Belastungsfaktor Raum gegeben. Darüber hinaus wird das Verhalten der interviewten Männer im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft und die Unterstützung der ungewollt schwangeren Partnerin analysiert.

9.1.2.2.1 Diskussion zur Typenbildung

Die Entscheidungen ungewollt Schwangerer, ob eine Schwangerschaft fortgesetzt oder abgebrochen werden soll, offenbart eine bemerkenswerte Vielschichtigkeit der in die Entscheidung einbezogenen Aspekte. Unsere Auswertung zeigt, dass diese Entscheidung nicht lediglich von finanziellen, beruflichen oder partnerschaftlichen Überlegungen abhängt. Vielmehr werden diese Entscheidungen vor dem Hintergrund komplexer Abwägungen von gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumständen gefällt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Entscheidungsfindung in dieses tiefgreifende Gefüge eingebettet ist, welches über die offensichtlichen Kriterien weit hinausgeht und die Komplexität menschlicher Lebenssituationen widerspiegelt. Die Abwägungen ungewollt Schwangerer betreffen sowohl ihre eigenen Lebensumstände und künftigen Möglichkeiten als auch die Optionen und Chancen für das Kind, wenn es geboren werden würde. Im Prozess der Entscheidungsfindung zeigte sich eine Abwägung von Belastungen und Ressourcen durch die Fragestellung, welche spezifischen Belastungen durch ein (weiteres) Kind entstehen würden und welche Chancen und Möglichkeiten somit nicht mehr wahrgenommen werden könnten.

Die Typenbildung wird daher unter dem Aspekt einer Ressourcenorientierung formuliert, da die mit der Entscheidung zum Abbruch antizipierten (stark) einschränkenden Belastungen nicht eingetreten waren. Im nächsten Abschnitt wird detailliert erläutert, wie die Teilnehmenden ihre Entscheidungen hinsichtlich ihrer gegenwärtigen sowie zukünftigen Lebenssituation getroffen haben. Dies geschieht anhand der vier Typen, die durch unsere Analyse identifiziert wurden (vgl.

Kapitel 7.1.2.2.). Des Weiteren verdeutlichen die vier identifizierten Typen, dass spezifischen Lebensphasen mit typischen Belastungen und Ressourcen einhergehen.

Der Typ *"Bewahren bereits erreichter Lebensziele"* schließt Frauen ein, die bereits wesentliche Ziele in ihrem Leben erreicht haben und dieses Erreichte erhalten wollen. Die Entscheidung gegen die Schwangerschaft ist hier durch das Bestreben charakterisiert, den gegenwärtigen sozioökonomischen Lebensstandard und die erreichte Balance zwischen Beruf und Privatleben weiterhin bewahren zu können. Die Ressource dieses Typs liegt darin, den erreichten Lebensstandard, die bereits gebildeten familiärer Strukturen sowie berufliche Erfolge weiterhin zu sichern und damit eine Balance zu erhalten, die ein gutes Leben ermöglicht.

Der Typ *"Stabilisierung"* kennzeichnet Frauen in einem Lebensabschnitt, der durch das Streben nach oder die Konsolidierung von Stabilität geprägt ist. Für sie würde eine ungewollte Schwangerschaft eine zusätzliche Belastung bedeuten. Ihre Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch ist von dem tiefen Bedürfnis geprägt, sich auf das Bewältigen aktueller Herausforderungen zu konzentrieren, ohne zusätzlichen Problemen ausgesetzt zu sein. Frauen, die diesem Typus zugeordnet werden, unterstreichen die Wichtigkeit, in persönlicher, gesundheitlicher oder beruflicher Hinsicht Stabilität zu erlangen oder zu festigen. Ihre Ressource stellt den Erhalt oder das Festigen ihrer Handlungsfähigkeit dar.

Der Typ *"Orientieren – Offenhalten von Möglichkeiten"* fokussiert auf junge Frauen am Beginn wesentlicher Lebensentscheidungen. Sie suchen nach Selbstfindung und Klärung ihrer Berufs- und Lebenspläne und wünschen sich, Optionen offenzuhalten. Ihre Ressource liegt in den Wahlmöglichkeiten.

Schließlich schließt der Typ *"Verwirklichen konkreter Lebenspläne"* Frauen ein, die eine klare Vision ihrer Zukunft besitzen und aktiv auf die Realisierung ihrer spezifischen Ziele hinarbeiten. Eine ungewollte Schwangerschaft würde ihre Pläne erheblich beeinträchtigen oder verzögern. Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch wird dabei als Möglichkeit gesehen, die Kontrolle über die eigene Lebensgestaltung zu behalten und dabei auch die eigenen Ziele zu verfolgen. Ihre Ressource besteht darin, dass sie ihre Lebensvorstellungen und Prioritäten aktiv gestalten und umsetzen.

Bei der Analyse der geführten Interviews wurde deutlich, dass der Prozess der Entscheidungsfindung durch eine umfassende Abwägung der Lebensumstände, persönlicher Ziele und gesellschaftlicher Erwartungen charakterisiert war. Es ist auch festzustellen, dass sich im Rahmen der aktuellen Lebenswirklichkeiten ein deutlicher Paradigmenwechsel vollzogen hat. Dieser Wechsel betrifft die Zuschreibung und Übernahme von Verantwortung für die Gestaltung zukünftiger Lebenswege und deren Absicherungen und wirkt sich maßgeblich auf die Entscheidungsfindungsprozesse aus. Dabei verlagerte sich die Verantwortung zunehmend auf das Individuum (Bäcker et al. 2020, 38 ff.). Diese Entwicklung erfordert von den Personen, dass sie eine aktiv gestaltende Rolle in Bezug auf ihre eigene Zukunft übernehmen, was die frühzeitige Auseinandersetzung mit möglichen negativen Lebensereignissen und Entwicklungen einschließt.

Ein solcher Umbruch unterstreicht die wachsende Bedeutung individueller Kompetenzen in der Risikoabschätzung und -vermeidung, was eine differenzierte Analyse und Anpassung der eigenen Lebenssituation notwendig macht (Althammer & Lampert, 2014). Diese Veränderungen sind insbesondere für Frauen von weitreichenden Konsequenzen begleitet, weil sie versuchen müssen, die erwartete Eigenverantwortung mit den realen Bedingungen familiärer Verantwortlichkeiten, vor allem im Bereich der Kinderbetreuung, in Übereinstimmung zu bringen. Das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit und individuellen Vorsorge führt in Verbindung mit den traditionell stärker auf Frauen gerichteten familiären Pflichten zu großen Herausforderungen (Statistisches Bundesamt, 2024). Diese Dichotomie unterstreicht die komplexen Herausforderungen, vor denen

speziell Frauen stehen, wenn sie versuchen, ein Gleichgewicht zwischen beruflichem Vorankommen, persönlicher Unabhängigkeit, und der Übernahme familiärer Aufgaben herzustellen. In den Interviews wurden diese Herausforderungen speziell bei der Betrachtung von Belastungen und Ressourcen hervorgehoben. Die momentane Situation verdeutlicht zudem, dass trotz eines Trends hin zu einer egalitäreren Verteilung der Erwerbsarbeit die Betreuungspflichten mehrheitlich bei den Frauen verbleiben. Im Falle einer Trennung übernehmen mit über 80 % überwiegend Frauen die alleinige Erziehung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder | Gemeinsames Statistikportal, 2024) - eine Tatsache, die insbesondere mit den damit verbundenen geschlechtsspezifischen Gehaltslücken (destatis, 2024) eine besondere Belastung darstellt. Diese Punkte wurden besonders von alleinerziehenden Frauen thematisiert, aber auch von Frauen in bestehenden Partnerschaften, die zunächst nach finanzieller Unabhängigkeit strebten, um im Falle einer alleinigen Versorgung handlungsfähig zu sein. Trotz dieser Überlegungen und Abwägungen sahen sich die interviewten Frauen mit negativen Zuschreibungen konfrontiert, die „Hürden“, die sich mit einem (weiteren) Kind ergeben, nicht überwinden zu wollen, insbesondere wenn sie sich für ein Lebenskonzept ohne Kinder entschieden haben (Hahn, 2024; Heuschkel & Rahnfeld, 2023). Dies liegt möglicherweise auch an der bis heute vorherrschenden normativen Erwartungshaltung gegenüber Frauen, eigene Bedürfnisse und Wünsche hintenanzustellen.

Viele der interviewten Frauen erlebten eine Reduktion ihrer Persönlichkeit auf die Rolle als „diejenige, die Mutterschaft abgelehnt hatte“ und stießen auf Missbilligung für ihr Abweichen von der normativen Erwartung. Selten wurde anerkannt, dass die Entscheidung gegen eine Schwangerschaft auch eine Entscheidung „für etwas“ sein kann. Für Frauen bedeutete die Entscheidung, eine Schwangerschaft nicht auszutragen, in schwierigen Lebenssituationen handlungsfähig zu bleiben, die eigene Autonomie zu stärken, Optionen offen zu halten oder das zu bewahren, was bereits viel Kraft und Einsatz gefordert hatte. Der Wunsch nach Verständnis für die persönlichen Lebens- und Entscheidungssituationen ungewollt schwangerer Frauen war ein häufig thematisierter Punkt in den Interviews. Es wurde auch das Fehlen eines empathischen Umgangs auf vielen Ebenen des Versorgungsweges und das fehlende Verständnis im gesellschaftlichen Diskurs für die Lebenssituation und Lebenspläne ungewollt schwangerer Frauen beklagt, unabhängig davon, ob die Frauen sich normativen Erwartungen angepasst oder diese abgelehnt hatten.

Unsere Typisierungen reflektieren die Vielfalt der Lebensrealitäten ungewollt schwangerer Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Im Vordergrund muss dabei die einzelne Frau mit ihren persönlichen Bedürfnissen stehen. Es geht darum, den Wunsch der betroffenen Frauen ohne Wertung zu akzeptieren und sie auf ihrem individuellen Weg zu unterstützen. Diese Unterstützung sollte sich an den spezifischen Belastungen und Ressourcen der Frauen orientieren und von ihrer jeweiligen Lebenssituation abhängen.

9.1.2.2.2 Diskussion zu spezifischen Belastungsfaktoren im Kontext ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche

Von der Feststellung der ungewollten Schwangerschaft bis hin zur endgültigen Entscheidung zum Abbruch berichteten die interviewten Frauen neben organisatorischen und/oder logistischen Hürden auch über spezifische Belastungsfaktoren, die im Kontext der Tabuisierung ungewollter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche auftraten. Es zeigte sich, dass in diesem Zusammenhang die Schilderungen von Schuld-, Schamgefühlen und erfahrener Stigmatisierung einen großen Raum in der Darstellung von Belastungserfahrungen einnahmen, denn sie gingen teilweise mit einer starken Verunsicherung oder seelischer Belastung einher, die während oder nach der Entscheidungsfindung eingetreten war. Sowohl Schuldgefühle als auch ein Stigmatisierungserleben standen in engem Zusammenhang mit normativen Geschlechterzuschreibungen und unterlagen dem Einfluss politischer, kultureller und religiöser Vorstellungen:

„ich bin wahrscheinlich och n stückweit ähm, zu egoistisch als Mutti äh, noch für n zweites Kind zu sorgen, weil ich einfach och meine- meiner beruflichen Rolle sehr, großzügig nachgehe“ (Sabine Dörr, Z. 704 ff.).

In den Schilderungen zu Gefühlen, Gedanken und Erleben der ungewollten Schwangerschaft zeigte sich häufig die Annahme, Mutterschaft als schicksalhafteres Ereignis zu verstehen, mit dem auch die Verpflichtung einhergeht, eine ungewollte Schwangerschaft annehmen zu müssen. In der Beschreibung von Stigmatisierungserleben und der Thematisierung verinnerlichter Schuldgefühle, waren diese Aspekte für die Befragten insofern von großer Bedeutung, da sie mit der Ablehnung ihrer eigenen Schwangerschaft und in letzter Konsequenz mit ihrem Schwangerschaftsabbruch gegen Vorstellungen verstießen, die mit dem Verständnis des „Frau-“ und insbesondere des „Mutter-Seins“ eng verbunden waren:

„Ich hab das Leben produziert, auch wenn=s ungewollt war, und ich (3) bin der Meinung oder denke, dann hätt ich dafür auch sorgen oder geradestehen müssen“ (Manuela Weiß, Z. 227).

Im Zusammenhang mit normativen Vorstellungen bekam auch der Aspekt der Verhütungsverantwortung eine besondere Relevanz im Belastungserleben der Befragten. Dabei fiel auf, dass die meisten Frauen die Verhütungsverantwortung als ihre alleinige Aufgabe begriffen haben. Der erwartete aber auch teilweise verinnerlichte Vorwurf lag vor allem für einige Frauen in der Überzeugung, als Frau die Möglichkeit der Verhütung entweder unterlassen oder nicht richtig wahrgenommen zu haben und die nun entstandene ungewollte Schwangerschaft auch verantworten zu müssen. Verstärkt werden konnten diese Überzeugungen, wenn es bereits einen Abbruch oder schon mehrere Abbrüche gegeben hatte.

Die Befragten thematisierten ferner einen frühen Abbruch als weniger belastend, da die Schwangerschaft noch nicht mit dem Bild eines Kindes verknüpft war. Das Gefühl, nur Schwangerschaftsgewebe zu verlieren, machte es für Frauen daher auch leichter, und erklärte den Wunsch, die ungewollte Schwangerschaft so schnell wie möglich beenden zu können.

Der politische und soziale Kontext, in dem Schwangerschaftsabbrüche diskutiert und geregelt wurden, trug viel zu einem Klima der erfahrenen Stigmatisierung und Tabuisierung bei. Die rechtliche Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen im Strafgesetzbuch und die damit einhergehende implizite Kriminalisierung verstärkten bei einigen Befragten das Gefühl, nicht wirklich autonom und frei entscheiden zu können:

„das klingt wie als hätt ich ne - ne Straftat begangen, aber wenn ich mich an die Regeln halt, dann werd ich einfach nich bestraft. (mhm) (2) also allein das hat mir immer das Gefühl gegeben, ich - ich mach hier was schlimmes“ (Laetitia Kostitsch, Z. 368 f.)

Die Geheimhaltung sowohl der ungewollten Schwangerschaft als auch des Schwangerschaftsabbruches wurde von den Frauen daher auch als eine Möglichkeit verstanden, einer Verurteilung zu entgehen und somit die eigene soziale und gesellschaftliche Verankerung nicht zu gefährden. Ferner hatten die Frauen beschrieben, sich vor Erwartungshaltungen und einer unliebsamen Beeinflussung von „außen“ schützen zu wollen.

Im Kontext von Schuld- und Schamgefühlen hatten religiöse Ausrichtungen oder Überzeugungen im Zusammenhang mit Aspekten der Lebensschutzbewegungen eine weitere Rolle gespielt. Schwanger-Sein wurde in diesem Kontext als ein Geschenk Gottes verstanden, das durch die Ablehnung eine große Undankbarkeit implizierte. Einige Frauen beschrieben aus ihrem religiösen Empfinden heraus das Gefühl, mit ihrem Abbruch einen Mord begangen zu haben. Scham und Schuldgefühle hatten bei ihnen dazu geführt, dass sie sich selbst den engsten Angehörigen nicht mitgeteilt haben.

Ging es in den Interviews um eine Beschreibung oder Erläuterung von Gefühlen zu empfundener Schuld oder Scham fiel auf, dass viele der interviewten Frauen nicht klar beschreiben konnten, warum sie sich durch ihre Gedanken belastet fühlten. Diejenigen die sich weder religiös und dem Lebensschutz verbunden sahen konnten ihre Gefühle nicht immer klar adressieren:

„wir sind nicht gläubig, aber es schwingt halt immer noch so=n bisschen so dieses Gott-Ding mit, so du treibst ab und du wirst bestraft dafür (Annette Schröder, Z. 178 f.). Allerdings wurden in den Interviews in diesem Zusammenhang mehrfach auf Seiten von Lebensschutzbewegungen hingewiesen, die bewusst mit der Generierung von Schuldgefühlen arbeiteten.

Frauen, die wenig bis keine Schuldgefühle beschrieben hatten, waren sich der Aspekte, die Schuld- und Schamgefühle generieren oder verstärken konnten, bewusst. Ihr Verständnis von Zuschreibungen an Frauen, ein Infragestellen politischer Regelungen, wie die strafrechtliche Verankerung des Schwangerschaftsabbruches und religiöse Überzeugungen waren Faktoren, die sie bewusst auch in den Interviews thematisiert und mit ihrem eigenen Leben in Bezug gesetzt hatten. Auch religiöse beziehungsweise, pro-life propagierende Frauen konnten ihre Gefühle klar zuordnen, denn die Mutterschaft nicht anzunehmen und eine Schwangerschaft abubrechen, war für sie ein klarer Verstoß gegen ihre Auffassungen.

Schuldgefühle konnten zu einer Erschütterung des Selbstwertgefühls führen. Zu glauben, gegen (eigene) moralische Prinzipien verstoßen zu haben, war für die betroffenen Frauen schwer mit ihrem persönlichen Selbstbild vereinbar, besonders, wenn sie negative Auffassungen und stigmatisierende Verurteilungen verinnerlicht hatten. Dabei fiel weiterhin auf, dass einige Befragte Einbußen in ihrer Selbstwirksamkeit zeigten. Der Gedanke, sich moralisch nicht korrekt verhalten zu haben, hatte bei einigen dazu geführt, dass sie im Kontext der medizinischen Versorgung, wie beispielsweise in Abbruchpraxen, nicht wagten, Wünsche oder Befindlichkeiten zu äußern. Der Gedanke, sich „schuldig“ gemacht zu haben, führte zu einer gefühlten Asymmetrie zwischen ihnen als „verwerflicher Frau“ und denen, die sie verurteilen und über sie richten könnten. Schamgefühle wurden dann vereinzelt auch bei der eigenen, teilweise langjährigen Frauenärztin empfunden und hatten zu starken Hemmungen geführt, die eingetretene Schwangerschaft explizit als ungewollt zu bezeichnen. Die empfundenen Schuldgefühle hatten zur Schlussfolgerung geführt, durch ein moralisches Versagen keinen emphatischen Umgang verdient zu haben und ließen im Rückblick medizinische Interaktionen positiver erscheinen.

Die stigmatisierende gesellschaftliche wie auch politisch anzutreffende Missbilligung des Schwangerschaftsabbruches wirkte sich für einige Frauen auf den Entscheidungsprozess oder späteren Umgang mit der getroffenen Entscheidung aus. Einige Frauen berichteten von gesellschaftlichen wie auch familiären Erwartungshaltungen, die ungewollte Schwangerschaft weiter führen zu müssen. Bei einigen Frauen hatte dies die Entscheidung erschwert, denn mit dem Abbruch das soziale Umfeld zu enttäuschen, stellte sich für die Befragten als teilweise große Belastung dar. Auch Zweifel nach dem Abbruch konnten durch das soziale Umfeld generiert werden und zu einer erneuten jetzt belastenden Auseinandersetzung führen.

Auch die Zuschreibung durch das familiäre oder private Umfeld, den Abbruch später zu bereuen, hatte bei einigen Befragten zu großer Verunsicherung und dem generellen Hinterfragen von normativen Erwartungshaltungen geführt:

„mir des aber erst KLAR zu werden und auch zu erLAUBEN und auch zu - AUSZusprechen sozusagen und dazu zu stehen, dass es okay ist wenn man des NICHT bereut, (.) das musst ich mir erst erka=erkämpfen.“ (Laetitia Kostitsch, Z. 940).

Einige Frauen haben sich bewusst mit Stigmatisierungsaspekten und Schuldgefühlen auseinandergesetzt und konnten dadurch einen Umgang und ein Verständnis für ihre Entscheidung

finden: „es hatte auch n Grund, warum das so passiert ist, oder warum ich mich so entschieden hab, und darauf kann ich aufbauen (Anna Meier, Z. 228 ff.).

Auf der Suche nach einem Umgang mit Schuldgefühlen ließen sich unterschiedliche Bewältigungsformen in den Interviews rekonstruieren. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Schuldgefühlen und den Umständen, unter denen die ungewollte Schwangerschaft eingetreten war, hatten teilweise zu Mitgefühl und Verständnis geführt: „ja, aber ja @man is ja auch nur n Mensch also@, ne, hm, ja (Sabine Dörr, Z. 559). Bei Frauen, die Schwangerschaftsabbrüche generell stark verurteilten, lag die Bewältigung darin, das „eigene Versagen“ als Ausnahme zu kontextualisieren:

„ich hab das ja schon aus anderen Gründen gemacht, nicht ähm, also ich hatte das Gefühl, dass ich also, dass ich den Schwangerschaftsabbruch ähm aus em tieferen Beweggründen mache“ (Brigitte Hartmann, Z. 383).

Dabei war auch die starke Hervorhebung bereits vorhandener (mehrere) eigener Kinder von besonderer Bedeutung gewesen. Die Betonung einer bereits „erfolgreichen Mutterschaft“ stellte in diesem Zusammenhang die Möglichkeit dar, die verinnerlichten Schuldgefühle zu mindern und sich von dem Gefühl des „moralischen Versagens“ mehr oder weniger zu entlasten.

Einige Frauen erläuterten, aus Loyalität gegenüber dem Partner oder den eigenen Kindern gehandelt zu haben. Dem angetragenen, teilweise auch verinnerlichten Vorwurf einer „Verantwortungslosigkeit“ wurde das verantwortungsvolle Handeln für bereits vorhandene familiäre und partnerschaftliche Verpflichtungen gegenübergestellt.

Die Frage, wie die ungewollte Schwangerschaft und der Schwangerschaftsabbruch in die Lebensbiografie integriert wurde, stand ebenfalls im Zusammenhang mit Schuldgefühlen. Frauen, die keine oder kaum Schuldgefühle aufwiesen, akzeptierten den Abbruch als etwas, das ihnen „geschehen war“, und für das sie nicht die alleinige Verantwortung übernehmen mussten. Frauen, die Vorwürfe sowohl zur ungewollten Schwangerschaft als auch zu ihrem Abbruch verinnerlicht hatten, zeigten teilweise starke Belastungssymptome und hatten sich länger mit Schuldgefühlen zur Entstehung der ungewollten Schwangerschaft sowie dem Schwangerschaftsabbruch auseinandergesetzt. Unabhängig davon betonten alle Frauen im Rückblick, die richtige Entscheidung in ihrer damaligen Lebenssituation getroffen zu haben.

9.1.2.2.3 Diskussion zu den Ergebnissen der Männerinterviews

Zur Beantwortung der Frage des Umgangs mit ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen sollten ergänzend auch die Erfahrungen und Perspektiven der involvierten Männer analysiert werden. Männer spielen oft eine wichtige Rolle in Entscheidungsprozessen. Ihre Einstellung und die Art der Begleitung ihrer Partnerinnen durch sie kann das Wohlbefinden und das Erleben der ungewollt schwangeren Frauen beeinflussen (Costescu & Lamont, 2013). Daher wurden Interviews mit Männern geführt, deren Partnerinnen eine ungewollte Schwangerschaft und einen Abbruch erlebt haben. Ziel war nachzuvollziehen, wie die interviewten Männer die Frauen begleiteten und auf welche Weise, in welchen Bereichen und in welchem Umfang sie im Prozess der Entscheidung Verantwortung übernommen haben. Um ihre Sichtweisen in den wissenschaftlichen Diskurs zu integrieren, wurden neun Männerinterviews zu der Frage ausgewertet:

Wie beschreiben und verstehen Männer ihre Rolle und Verantwortung im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft und bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch?

Für die Suche nach Homologien und/oder Kontrastierungen wurden die geführten Interviews zu den Aspekten Kommunikation, emotionale und praktische Unterstützung und Entscheidungsfindung analysiert.

Anhand der Analyse konnten zwei Typen des Umgangs durch die Männer unterschieden werden:

Typ A: Engagierte und involvierte Begleitung

Typ B: Zurückhaltende bis passive Begleitung.

Der Vergleich zwischen Typ A und Typ B verdeutlicht zwei unterschiedliche Ansätze im Umgang von Männern mit ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen, die jeweils unterschiedliche emotionale und praktische Formen der Unterstützung in den Beziehungen aufzeigen:

Typ A: Engagierte und Involvierte Begleitung (Männer im Alter zwischen 22 und 25 Jahren):

1. Aktive Beteiligung:

Männer des Typs A waren in alle Phasen des Prozesses involviert, von der Entscheidungsfindung bis zur Nachsorge. Sie suchten aktiv den Dialog und beteiligten sich umfassend an der Organisation und Durchführung der erforderlichen Schritte.

2. Emotionale Unterstützung:

Diese Männer zeigten Empathie und waren in der Lage, sowohl ihre eigenen Gefühle als auch die ihrer Partnerinnen zu reflektieren und zu kommunizieren. Sie schafften ein unterstützendes Umfeld, in dem Ängste und Hoffnungen beider Partner offen besprochen werden konnten.

3. Praktische Unterstützung:

Sie übernahmen praktische Aufgaben und unterstützten ihre Partnerinnen bei der Informationssuche, der Organisation von Terminen und durch Teilnahme an medizinischen und beratenden Terminen.

4. Partnerschaftlicher Austausch:

Der Austausch innerhalb der Partnerschaft war geprägt von gegenseitiger Unterstützung und Offenheit. Männer des Typs A fühlten sich emotional stark mit ihren Partnerinnen verbunden und betrachteten die Situation als eine gemeinsame Aufgabe, die gemeinsam gelöst werden sollte.

Typ B: Zurückhaltende bis Passive Begleitung (Männer im Alter zwischen 34 und 48 Jahren)

1. Geringere Beteiligung:

Männer des Typs B zeigten eine tendenziell zurückhaltende oder passivere Haltung gegenüber der ungewollten Schwangerschaft. Ihre Beteiligung war oft auf wenige Interaktionen beschränkt, während sie die Hauptverantwortung ihren Partnerinnen überließen.

2. Geringere emotionale Unterstützung:

Sie zeigten im Allgemeinen weniger eine emotionale Anteilnahme oder Unterstützung. Gespräche über die ungewollte Schwangerschaft und ihre emotionalen Auswirkungen wurden teilweise vermieden oder ihrerseits nicht initiiert.

3. Begrenzte praktische Hilfe:

Die praktische Unterstützung war reduzierter, Männer dieses Typs waren selten bei Beratungsgesprächen/medizinischen Terminen zugegen. Sie beteiligten sich kaum bis gar nicht an der Informationsbeschaffung.

4. Eingeschränkte Kommunikation:

Innerhalb der Partnerschaft fehlte es oft an offenen Dialogen, und sie beschrieben eine emotional distanziertere Haltung in der Interaktion mit ihren Partnerinnen. Männer dieses Typs tendierten dazu, nach der Entscheidungsfindung die Verantwortung für das weitere Vorgehen an ihre Partnerinnen abzugeben.

Tab. 9.1: Gegenüberstellung der einzelnen Typen anhand der Ebenen: Alter, Beruf, sozioökonomischer und familiärer Status

TYP	Typ A: engagierte und involvierte Begleitung (4 Männer)	Typ B: Zurückhaltende bis passive Begleitung (5 Männer)
Alter	22-25 Jahre	34-48 Jahre
Beruf	Studenten	Arbeiter- bis Akademikerstatus
Sozioökonomischer Status	geringes bis kein Einkommen	prekär bis gut verdienend
Familienstatus	keine Kinder	1 Kind (1) 2 Kinder (2) 3 Kinder (2)

Quelle: ELSA-Standort Fulda, AP1.2e 2024

Erklärungsansätze

Die Bereitschaft der Männer, an einem Interview zu dieser Thematik teilzunehmen, deutet darauf hin, dass sie sich intensiver mit ungewollter Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und der Relevanz des Themas, sowohl allgemein als auch in ihrem persönlichen Fall, auseinandergesetzt haben. In den Interviews betonten alle befragten Männer, dass sie die Entscheidung ihrer Partnerin respektierten und unterstrichen, dass das endgültige Entscheidungsrecht grundsätzlich bei der Frau liegen sollte. Zu diesem Ergebnis kamen 2015 bereits auch Sharp et al. (Sharp et al., 2015).

In der Auswertung kristallisierten sich jedoch unterschiedliche Haltungen hinsichtlich der jeweiligen Begleitung bei Entscheidungsfragen, weiteren Aspekten, wie einer Begleitung zur Pflichtberatung oder dem Schwangerschaftsabbruch, heraus. Ferner zeigten sich Unterschiede im Entscheidungsprozess dahingehend, dass sie von einer einvernehmlichen Zustimmung bis hin zur Zustimmung durch Zugeständnis reichten, wie es auch in der Studie bei Brandão beschrieben wird (Brandão et al., 2020, S. 6). In der Gruppe B hatten sich zwei der Männer zwar noch ein weiteres Kind gewünscht, aber die Entscheidung zum Abbruch der Partnerin respektiert. In der Gegenüberstellung beider Gruppen zeigte sich ebenfalls, dass ein sozioökonomisch homogener Typ A, einer eher inhomogenen Gruppe mit unterschiedlichen sozioökonomischen Merkmalen gegenübersteht. Beide Typen sollen im Folgenden unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituationen und Lebensphasen und unter Einbeziehung von Erklärungsansätzen diskutiert werden:

Typ A: engagierte und involvierte Begleitung - Die jungen Akademiker

Die Männer des Typs A waren zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft mit einem Alter von 22 bis 25 Jahren und damit noch relativ jung bei Eintritt der ungewollten Schwangerschaft. Alle vier Männer dieser Gruppe befanden sich zu diesem Zeitpunkt in ihrer akademischen Ausbildung. Weder sie noch ihre Partnerinnen hatten zu diesem Zeitpunkt eigene oder gemeinsame Kinder oder einen bestehenden Kinderwunsch. Männer dieses Typs befanden sich somit in einer Lebensphase, die von perspektivischer Flexibilität und der Entwicklung von Identitäten geprägt war. Auch die

Partnerinnen dieser Männer wiesen einen ähnlichen sozioökonomischen Hintergrund auf. Die egalitären Einstellungen im Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft könnten in dieser Gruppe ähnliche Prioritäten in Bezug auf Bildung, Karriere und persönliche Lebensplanung widerspiegeln und zur Einvernehmlichkeit in der Entscheidungsfindung beigetragen haben (Kleikamp, 2017).

Männer der 1990er-Geburtsjahrgänge gehören einer Generation an, für die Geschlechtergleichstellung als gesellschaftlicher Wert auch individuell größere Bedeutsamkeit besitzt (Meuser & Scholz, 2012). Die gesellschaftlichen Entwicklungen könnten eine offenere Einstellung gegenüber egalitären Geschlechterrollen befördern (Dotti Sani & Quaranta, 2017). Die zunehmend pluralistischen Lebenswelten sowie die offenere Ausgestaltung von Familie und Partnerschaft könnten ebenfalls zur Flexibilität in Geschlechterrollen und solidarischen Partnerschaften innerhalb dieser Gruppe junger Männer beigetragen (Brüderl, 2021; Michalek et al., 2012) und dazu geführt haben, dass reproduktive Verantwortung nicht nur als eine weibliche Angelegenheit von den interviewten Männern verstanden, sondern als gemeinsame Aufgabe verinnerlicht wurde. Zudem könnte die geringe Altersspanne innerhalb dieser Gruppe die Homogenität ihrer Erfahrungen und Perspektiven verstärkt haben, und das einheitlich beschriebene Verständnis von Unterstützung und Partnerschaftsvorstellungen erklären.

Durch ihre akademische Ausbildung bewegten sich Männer dieses Typs ferner in einem Umfeld, das sich progressiver und offener gegenüber neuen Geschlechterrollen sowie partizipativeren Partnerschaftsmodellen zeigt (Jacobi, 2012). Der gemeinsame universitäre Hintergrund dieser Gruppe könnte Offenheit und Diskussionsfähigkeit befördert und die von den interviewten Männern stark betont partnerschaftliche und gleichberechtigte Entscheidungsfindung begünstigt haben. Forschungsergebnisse legen nahe, dass Bildung ein entscheidender Faktor für das Hinterfragen von gesellschaftlichen Normen sein kann und normative Vorstellungen dekonstruieren kann (Althans et al., 2012; Baar, 2012; Kosuch & Kuhnhenne, 2012). Die Berufswünsche und Lebenskonzepte der Partnerinnen bekamen in dieser Gruppe einen großen Raum in den Schilderungen von den aktuellen Lebensumständen und/oder noch zu verwirklichenden Lebensperspektiven der ungewollt schwangeren Frauen. Die Männer berichteten sehr detailliert, wie sich Berufswünsche und noch zu erreichende Lebensziele ihrer Partnerinnen darstellten und erkannten diese an.

Ein weiterer relevanter Aspekt ist der erweiterte Zugang zu Informationen über reproduktive Gesundheit und partnerschaftliche Beziehungen gerade für die ab 1990 geborene Generation. Durch das Internet und die sozialen Medien hatte sich der Zugang zu Informationen erheblich erweitert. Männer in diesen Altersgruppen hatten bereits für ihre sexuelle Aufklärung Zugang zu einer Vielzahl an Informationsquellen gehabt, die weit über traditionelle Strukturen hinausgehen und digitale Kompetenzen innerhalb dieser Generation förderte (Suzuki & Calzo, 2004). Dieser Aspekt könnte die proaktive Unterstützung erklären, insbesondere bei der Informationsbeschaffung im Zusammenhang mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Männer, die nach 1990 geboren sind, in einem Kontext aufgewachsen sind, der durch eine gesteigerte Sensibilität für Gleichberechtigung, erweiterte Wissenszugänge dank digitaler Medien sowie einen erhöhten Wert auf individuellen Ausdruck und partnerschaftliches Miteinander gekennzeichnet ist. Diese Faktoren könnten durch den gemeinsamen akademischen Hintergrund weiter verstärkt worden sein. Infolgedessen sind Männer des Typs A möglicherweise dazu in der Lage, Partnerschaft und reproduktive Verantwortung gleichberechtigter zu verstehen und zu leben. Dies würde auch ihre engagierte und involvierte Begleitung im Kontext ungewollter Schwangerschaften erklären.

Typ B: zurückhaltende bis passive Begleitung - Familienväter mit beruflichen Verpflichtungen

Im Gegensatz zur Lebenssituation der jungen Akademiker, lebten die Männer des Typs B, die zur Befragungszeit zwischen 34 und 48 Jahren alt waren, in einem Lebensabschnitt, der durch ihre beruflichen und familiären Verpflichtungen sowie durch gesundheitliche Einschränkungen geprägt war. Ihre sozioökonomische Lage variierte von eher schwierigen finanziellen Lebenslagen, in denen „jeder Cent zweimal umgedreht wurde“, bis hin zu einem guten Einkommen. Die Anzahl der Kinder reichte von einem Einzelkind über zwei bis hin zu drei leiblichen Kindern pro Mann. Männer dieses Typs betonten häufig die Bedeutung ihrer beruflichen und familiären Verpflichtungen. Drei der Männer berichteten über den Erwerb eines Hauses, wobei einer in diesem Zusammenhang seine Situation als Alleinverdiener als belastend empfand, da seine Frau wegen einer psychischen Erkrankung länger nicht arbeitsfähig war - gleichzeitig hätte er gerne noch ein zweites Kind gehabt, was allerdings die sozioökonomische Situation für die Familie verschärft hätte. Für zwei andere Männer stellte ein weiteres Kind in einer (Miet-)Wohnung eine erhebliche Herausforderung dar.

Drei der fünf Männer stimmten in ihrer Entscheidung für einen Abbruch mit den Wünschen ihrer Frauen überein. Zwei Männer äußerten den Wunsch nach einem weiteren Kind, haben jedoch die Entscheidung ihrer Partnerinnen akzeptiert und in diesem Zusammenhang mögliche gesundheitliche Risiken einer weiteren Schwangerschaft bei den Ehefrauen thematisiert. Im Gegensatz zur Gruppe A lässt sich die Begleitung durch die Männer des Typs B als weniger emotional unterstützend oder aktiv beschreiben. Dies könnte in den zwei dargestellten Fällen darin begründet sein, dass hier noch ein Kinderwunsch bestand und ein gewisser emotionaler Rückzug gewählt wurde. Einer dieser beiden Männer beschrieb, dass seine Frau seine Unterstützung nicht wirklich gewollt hätte und alles Weitere autonom regeln wollte. Ein anderer Mann betonte seine gesundheitliche Situation und seine mangelnde Kapazität, emotional oder praktisch verfügbar zu sein.

Resümierend thematisierten zwei der Männer, dass sich ihre Frauen mehr Unterstützung gewünscht hätten; hier wurden insbesondere die emotionale Unterstützung sowie die fehlende Anteilnahme im weiteren Verlauf der ungewollten Schwangerschaft angesprochen. Ein weiterer Mann war sich nicht sicher, ob sich seine Frau mehr Unterstützung erhofft hätte, er hatte sich oder seiner Partnerin diese Frage bis vor dem Interview nie gestellt. Er erzählte ferner, dass er über seine Gefühle generell nicht sprechen würde und bezeichnete sich als „stillen Leider“, der Wünsche und Bedürfnisse mit sich selbst ausmache und auch nicht die Kommunikation oder den Austausch suche. Ein weiterer Mann konnte oder wollte nicht erklären, warum er seine Frau nicht emotional unterstützte; er äußerte den Wunsch, die Autonomie seiner Frau zu wahren, wobei unklar blieb, warum dies eine empathische Begleitung ausschloss.

Erklärungsansätze für die zurückhaltende bis passive Begleitung könnten, neben den dargestellten persönlichen Lebensumständen, auch eine stärkere Verankerung von traditionellen Geschlechterrollen der 1970er, 1980er Geburtenjahrgänge sein, auch wenn sich diese im Laufe dieser Jahrzehnte allmählich veränderten. Die Studie Männerperspektiven (BMFSFJ, 2016) zeigt, dass viele Männer dieser Generation noch Einflüsse klassischer Rollenvorstellungen zeigen, in denen insbesondere die reproduktive Verantwortungsübernahme tendenziell als primär weiblich angesehen wird (BMFSFJ, 2016, 2021). Dies könnte die zurückhaltende Unterstützung, insbesondere nach der Entscheidungsfindung erklären. In den Interviews zeigte sich einerseits ein Bewusstsein und Verständnis für die Herausforderungen, denen Frauen in der heutigen Zeit durch ihre Mehrfachbelastungen von Familie und Beruf ausgesetzt sind, dennoch schien die Sphäre der reproduktiven Verantwortung nach wie vor von den interviewten Männern als eine ‚weibliche‘ Angelegenheit verstanden zu werden. Zudem wurden in dieser Gruppe die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen oder auch den Gefühlen ihrer Partnerinnen anders verhandelt als bei Männern des Typs A - in Bezug auf eine emotionale Beteiligung und Partnerschaft hatten Männer

vom Typ B zwar Aufmerksamkeit für ihre Rolle als Partner in emotionalen und häuslichen Angelegenheiten entwickelt, dennoch schienen emotionale Zurückhaltung nach wie vor als normative Erwartung verstanden zu werden, insbesondere im Kontext traditioneller Männerbilder (Connell & Messerschmidt, 2005). Männer vom Typ B hatten kaum bis gar nicht über einen emotionalen Austausch mit der Partnerin berichtet; stattdessen wurde, wenn überhaupt, eher eine praktische Unterstützung betont. Die Studie „Männer in Bewegung“ konstatierte:

„dass es bezüglich der Gefühle einen enormen kulturellen wie männerentwicklerischen Lernbedarf gibt [...] zumal sich an dieser einseitigen Zuordnung von Gefühlen zum „Weiblichen“ in den letzten Jahren so gut wie nichts geändert hat“ (OBI:OBJ:OBJ)z & Zulehner, 2009, S. 315 (OBJ:OBJ).

Männer der Jahrgänge 1970 bis 1980 sind in einer Übergangszeit aufgewachsen, die durch sozialpolitische Veränderungen und ein flexibleres Rollenverständnis geprägt war (Hollstein, 2021). Der wachsende Einfluss der Medien sowie der Beginn des digitalen Wandels ab den 1980er Jahren boten neue Perspektiven und Zugang zu unterschiedlichen Geschlechternormen und -rollen. Diese Entwicklungen beeinflussten auch das Verständnis von Partnerschaft, indem sie erweiterte Rollenmodelle und -vorstellungen über das private und berufliche Leben in einem globalisierten Kontext zugänglich machten. Dennoch scheinen die eigenen Sozialisierungserfahrungen mit traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit nach wie vor in dieser Gruppe wirkmächtig zu sein.

Fazit

Die Analyse zeigt unterschiedliche Auswirkungen des Verhaltens von Männern des Typ A und Typ B auf das Wohlbefinden von Frauen. Während die engagierte und involvierte Unterstützung, wie sie von Typ A geleistet wird, das Wohlbefinden ungewollt schwangerer Frauen fördern kann, kann eine zurückhaltende oder passive Haltung von Typ B, als mangelnde Anteilnahme und Unterstützung verstanden und als Belastung wahrgenommen werden. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass partnerschaftliche Kommunikation und die Unterstützung durch den Partner während des gesamten Prozesses einer ungewollten Schwangerschaft und eines Schwangerschaftsabbruchs entscheidende Ressourcen darstellen können. Es ist nicht nur wichtig, dass der Partner praktische Hilfe leistet, sondern auch, dass er aktiv emotional an der Entscheidungsfindung und dem Versorgungsprozess teilnimmt. Eine offene und reflektierte Auseinandersetzung mit der Situation kann dazu beitragen, den Umgang mit der ungewollten Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch zu erleichtern und das emotionale Wohlbefinden beider Partner zu stärken.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Übernahme von Verantwortung durch Männer in einer Partnerschaft einen positiven Einfluss auf den Umgang mit Herausforderungen haben kann, insbesondere in Bezug auf reproduktive Fragen. Eine symmetrische Partnerschaftsbeziehung, die auf Gleichberechtigung basiert, erweist sich als besonders bedeutsam. Diese Erkenntnis unterstreicht die Notwendigkeit, Geschlechtergleichheit sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene zu fördern.

Um dies zu erreichen, sind Bildungs- und Aufklärungsprogramme von entscheidender Bedeutung. Solche Initiativen können dazu beitragen, ein besseres Verständnis für partnerschaftliche und gleichberechtigte Rollenvorstellungen zu entwickeln und das Bewusstsein für die Bedeutung aktiver Mitverantwortung in reproduktiven Angelegenheiten zu schärfen. Die Förderung einer gleichberechtigten Kommunikation in Beziehungen ist essenziell, um sicherzustellen, dass Partnerin und Partner sich gleichermaßen als verantwortlich verstehen.

9.1.2.3 Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

In diesem Kapitel werden die qualitativen Befunde entlang der Forschungsfragen 1 – 6 (vgl. Kapitel 7.1.1.6) diskutiert und Handlungsempfehlungen für den Praxistransfer abgeleitet.

9.1.2.3.1 Lebenslagen ungewollt Schwangerer (Forschungsfrage 1)

Von Partnergewalt betroffene Frauen haben häufig in ihrer Herkunftsfamilie erlebt, dass die Beziehung der Eltern konflikthaft oder gewalttätig verlief und irgendwann zerbrach. Innerhalb dieser Eltern-Kind-Beziehungen waren sie den elterlichen Konflikten unmittelbar ausgesetzt und haben psychische und physische Gewalterfahrungen beobachtet und/ oder selbst erleiden müssen (vgl. Herrenkohl, et. al., 2008; DHHS, 2003; Löbmann, et. al., 2005). Meist schreiben sie sich die Schuld an elterlichen Konflikten selbst zu und konstruieren sich gleichzeitig als handlungsunfähig. Diese emotionale Coping Strategie wird in ihr Selbstkonzept inkorporiert. Als zusätzliche Belastung lag bei einem oder beiden Elternteilen, i.d.R. bei den Vätern, eine Alkoholabhängigkeit vor, welche die elterlichen Konfliktsituationen verschärfte und zur Vernachlässigung der betroffenen Kinder beitrug. Es wurden auch „Seitensprünge“ der Väter thematisiert. Eine Vernachlässigung der Familie ergab sich weiter durch die Priorisierung der Erwerbsarbeit durch ein Elternteil. Diese als instabil und dysfunktional zu kennzeichnenden familialen Verhältnisse führten häufig dazu, dass sich die Eltern trennten und neue Partnerschaften eingingen, die zu psychischen Be- oder Entlastungen führten. Diese „broken home“ Biografien stellen sich als emotional sehr belastend dar, da Kinder häufig keine Möglichkeiten sehen, diesen prekären Situationen zu entfliehen und positiv zu lösen. Gefühle wie (bedingungslose) Liebe, Anerkennung sowie Stabilität und Kontinuität in der Familie fehlen häufig oder sind tief erschüttert. Viele der Befragten berichten von einer frühen Verantwortungsübernahme für ihr eigenes und z. T. für das Leben der Eltern. Die instabilen Familienverhältnisse und „Adverse Childhood Experiences (ACE)“ (vgl. Felitti, et. al., 1998) führten im weiteren Verlauf der Biografien zu Stigmatisierungen (z.B. Mobbing) und Entwicklungs- bzw. Lerndefiziten in der Schule (vgl. Walker-Descartes, 2021), so dass eher niedrige Bildungsabschlüsse erreicht wurden. Auffallend ist, dass die befragten Frauen in der Adoleszenz in Freundescliquen einmünden, in denen deviantes Verhalten als Norm definiert ist. Alkohol- und Drogenabhängigkeiten werden als soziale Praxis in der Clique benannt. Bereits in dieser Phase sammeln Frauen erste emotional belastende sexuelle Erfahrungen.

Die befragten ungewollt schwangeren Frauen berichten über physische, psychische und sexuelle Formen von Partnergewalt. Sie nehmen Partnergewalt teils auf einer prä- und postreflexiven Ebene wahr, aber insbesondere sexualisierte Partnergewalt wird nicht als solche benannt. Homologe Erfahrungen der Frauen sind, dass sie bereits in ihrer Kindheit durch instabile und prekäre Familienverhältnisse vulnerabilisiert wurden und als Erwachsene selbst Partnergewalt in einem hohen Maß auch über einen längeren Zeitraum tolerieren. Gewalt in der Kindheit gilt laut vorliegender Studien als größter Risikofaktor für Partnergewalt (vgl. Herrenkohl, et. al., 2021; Brzank, 2012). In der Kindheit wird erlernt, dass Liebe mit Gewalt verbunden ist. Stetig projizieren die gewalttätigen Männer die Schuld für die Gewalthandlungen auf ihre Partnerinnen, sodass die Frauen sich diese auch selbst zu schreiben. Die Praxis der Schuldzuschreibung ist habituell sedimentiert und wird zu einem spezifischen und homologen Handlungsmuster, welches sich in eigenen Paarbeziehungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter bei den Befragten reproduziert.

Partnergewalt äußert sich auch durch die soziale Isolation der betroffenen Frauen von ihrer Familie und ihren Freundinnen und Freunde, sodass sie i.d.R. bei Problemen auf sich selbst gestellt sind. Sie hoffen, dass sich die Gewalthandlungen des Partners durch äußere Umstände bessert (z.B. durch die Schwangerschaft, den klinischen Drogenentzug, Gefängnisaufenthalt, u.a.), was sich in allen untersuchten Fällen nicht erfüllte. Zusätzlich verstärkt sich der Leidensdruck der Frauen durch belastende Verhaltensweisen des Partners wie Alkoholabhängigkeit, Überschuldung, Seitensprünge, paternalistische Strukturen (u.v.m.). Die quantitativen Befunde zeigen, dass gewaltbetroffene Frauen statistisch signifikant häufiger ungewollt schwanger sind und die Schwangerschaft abbrechen (vgl. Kapitel 7.1.1.6.1). In den Biografien der Frauen zeigen sich die Ursachen vor allem darin, dass Frauen die Verhütung nicht autonom steuern können und die

Kindesväter reproduktiven Zwang durch psychischen Druck ausüben, d.h. die Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Austragung drängen (s. auch Typenbildung, Forschungsfrage 3). Zudem sind die Paarbeziehungen instabil und häufig sind die Partner emotional voneinander entfremdet. Frauen sorgen sich, dass die Kindesväter nicht adäquat für die Versorgung und Unterstützung für sie und das Kind aufkommen. Belastend ist weiter, dass Frauen durch ein geteiltes Sorge- und Umgangsrecht häufig an den gewalttätigen Kindesvater sozial gebunden sind.

Im Hinblick auf die untersuchte Teilstichprobe *Frauen mit Migrationshintergrund* lässt sich zunächst aus soziodemografischer Sicht feststellen, dass sie im Vergleich zu Betroffenen von Partnergewalt eher über hohe/ höhere Bildungsabschlüsse verfügen (vgl. Beschreibung der Stichprobe, vgl. Kapitel 5.1.2.3) und sich daher für sie bessere Arbeitsmarktchancen und dementsprechend Einkommensunterschiede ergeben. Aus diesem Unterschied lässt sich ein Mittelstandsbias für die untersuchte Teilstichprobe von Frauen mit einem Migrationshintergrund schlussfolgern. Weil für die Teilnahme an der Befragung vornehmlich Frauen aus Osteuropa oder den ehemaligen Republiken der Sowjetunion gewonnen wurden, kann ein Selektionsbias vermutet werden. Im Hinblick auf die regionale Herkunft der Befragten ergeben sich folglich „blinde Flecken“ und Limitationen, sodass die hier ermittelten Ergebnisse nicht auf alle Kulturen und Herkunftsregionen generalisiert werden können. Dass die vorliegende Studie weitere Gruppe nicht erreichen konnte, hat aus Sicht der Autorinnen und Autoren folgende Ursachen: Zum einen fiel der Zeitraum der qualitativen Befragung in die Zeit der COVID-19-Pandemie, in der für die Rekrutierung der Teilnehmerinnen relevante Multiplikatoren (z. B. Beratungsstellen) ihre Dienstleistungen nicht oder nur sehr eingeschränkt anbieten konnten. Zum anderen wird vermutet, dass Frauen anderer Herkunftsregionen deutlich isolierter in ihren migrantischen Communitys oder als Geflüchtete in Sammelunterkünften leben, sodass sie für derartige Forschungsvorhaben schwer zu erreichen sind. Im Ergebnis ist für die nicht erreichte Gruppe zu konstatieren, dass die soziale Isolation möglicherweise viel ausgeprägter ist und sich als Zugangsbarriere darstellt, was sich auf die Teilnehmerinnengewinnung und das Sample negativ auswirkte und zu einer Homogenisierung der Stichprobe beiträgt. Vor dem Horizont des Erkenntnisinteresses bedeutet dies limitierend, dass ungewollt Schwangere mit Migrationsbiografien, in denen Kriegs-, Vertreibungs- und Fluchterfahrungen vorliegen, nicht durch das vorliegende Sample abgebildet werden können.

Bei näherer Betrachtung des biografischen Fallgeschehens wird ersichtlich, dass bei den Frauen mit Migrationshintergrund die Frage, ob sie im Fall einer ungewollten Schwangerschaft bereit sind, das Kind auszutragen, unter anderen Prämissen verhandelt wird als von Partnergewalt betroffene Schwangere. Sie thematisieren das Pro und Contra einer Schwangerschaftsabbruch primär vor dem Hintergrund der psychosozial belastenden Lebenssituation. Bei ungewollt schwangeren Frauen mit einer Migrationsgeschichte können zwei Orientierungen als Distinktionstypen rekonstruiert werden. Die zwei identifizierten Typen wurden abduktiv aus dem empirischen Material heraus entwickelt und richten sich semantisch an den Handlungsorientierungen der befragten Frauen aus. Der Begriff Karriereorientierung ist nicht nur normativ-gesellschaftlich kontrovers, sondern wird auch auf der Ebene der Handlungspraxis als Orientierungsproblem hervorgebracht.

Typ 1: karriereorientierter Typ

Diesen Typ kennzeichnet, dass die befragten Frauen eine unbelastete Kindheit hatten, die frei von Gewalterfahrungen war. Ihre Eltern verfügen über hohe und höhere Bildungsabschlüsse. Ihre Migrationserfahrungen führten in der Regel nicht zu einer Vulnerabilisierung, sondern beförderten einen positiven Umgang mit und die Resilienz gegenüber krisenhaften und herausfordernden Lebensereignissen. Die gemeisterte Migration und Integration führen dazu, dass Frauen an diesen Lebensereignissen und Krisen wachsen und mehr Selbstwirksamkeit erfahren, woraus sich eine Stärkung des Kohärenzgefühls (vgl. Antonovsky, 1997, S. 33 ff.) ableitet.

Gekoppelt an den Bildungserfolg der Eltern liegen bei ihnen ebenfalls hohe oder höhere Bildungsabschlüsse vor bzw. strebten sie diese zum Befragungszeitpunkt an. Grundlegend zeigt sich bei dem karriereorientierten Typ eine starke Ausrichtung am Bildungserfolg, welcher sich in den Feldern Ausbildung, Studium und Erwerbsarbeit dokumentiert. Implizit wird Bildungs- und Karriereerfolg mit Integrationserfolg und sozialem Aufstieg gleichgesetzt, weshalb der karriereorientierte Typ die Austragung einer Schwangerschaft stark von diesen Kriterien abhängig macht. Ungewollt Schwangere dieses Typs entscheiden sich häufig für Schwangerschaftsabbrüche, weil die Bildungsbiografie nicht abgeschlossen ist oder sie finanziell keine Absicherung haben. Eine mögliche finanzielle Abhängigkeit vom Kindesvater, die sich aus einem möglichen Rückzug vom Arbeitsmarkt durch die Betreuung der Kinder ergibt, wird als Schritt in die Unfreiheit interpretiert. Das Vorliegen finanzieller Unabhängigkeit ist ebenfalls ein zentrales Entscheidungskriterium für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft sowie die Orientierung an eine Idealvorstellung von Paarbeziehung und Vaterschaft (pro Familie). Als Orientierungsproblem kritisieren die ungewollt Schwangeren weiter, dass in Deutschland lebenden Frauen seitens der Gesellschaft deutlich mehr Verantwortung für die Kinderbetreuung zugeschrieben wird, als es in osteuropäischen Staaten der Fall gewesen zu sein scheint. Das Zurückstecken der Karriereziele zugunsten der Familie wird im Fall M2 mit der Metapher „Familie als Fessel“ problematisiert. Insbesondere Frauen aus osteuropäischen Herkunftsländern haben im Heimatland die Erfahrung gemacht, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesellschaftlich akzeptierter ist als in Deutschland. Das Selbstbild der Frau als „Macherin“ (Z. 570), die beruflichen Karriereerfolg und Familie vereinen kann, wird in Deutschland durch Stigmatisierung erschüttert, was die Bezeichnung der „Rabenmutter“ (Z. 541) verdeutlicht. Es konnte lediglich ein Fall identifiziert werden, in welchem kulturelle Normen einen Schwangerschaftsabbruch verunmöglichten, obwohl sozioökonomische Lebensbedingungen, in diesem Fall die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, gegen das Austragen sprachen.

Typ 2: konservativ-familienorientierter Typ

Bei diesem Typ handelt es sich um ungewollt Schwangere, die über niedrige bis mittlere Bildungsabschlüsse verfügen. Im Vergleich zum karriereorientierten Typ 1 ist ihre Orientierung am beruflichen Erfolg eher weniger ausgeprägt bzw. wird im Interviewmaterial nicht vordergründig thematisiert. Ihre Handlungsorientierung ist viel stärker an einem eher konservativ geprägten Bild von Familie ausgerichtet. Die Aufgabenverteilung zwischen Müttern und Vätern folgt klassischen Rollenverteilungen. Führt das Einfügen in Familienstrukturen mit einer konservativen Rahmung beim Typ 1 zu Orientierungsproblemen, so erfolgt beim Typ 2 eine konfliktfreie Passung und Akzeptanz konservativer Rollenzuschreibungen. Interessant ist, dass ungewollt Schwangere des konservativ-familienorientierten Typs ebenfalls Gewalt erlitten haben. Entweder haben sie Gewalt in den Paarbeziehungen ihrer Eltern als Kind beobachtet oder selbst erfahren. Sie teilen zum Teil die identischen und problembelasteten Lebenslagen der untersuchten Fälle mit Partnergewalt, wie z.B. das Gefühl von Alleinsein und sich für Konflikte in der Paarbeziehung verantwortlich zu fühlen.

Da in den bisher diskutierten Fällen Religiosität und dessen Einfluss auf die Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen eher eine untergeordnete Rolle spielte, wird ein Fallgeschehen exemplarisch nachgezeichnet. Am Fall von Defne Schneider (Fall M5), die aus einer religiös geprägten Gastarbeiterfamilie stammt, werden innerhalb der Familie Konfliktlinien deutlich, welche sich aus der Migrationsbiografie der Eltern und ihrem Festhalten an den religiös geprägten Normen der Herkunftsgesellschaft sowie der stärkeren Integration und normativen Hinwendung der Tochter zur deutschen Gesellschaft ergeben. Der Vater sieht sich als Patriarch und Wächter über familiäre Normen. Er ist cholerisch und unterdrückt die Familienmitglieder, indem er Ängste schürt, welche funktional zur Einhaltung der Familiennormen beitragen. Die Tochter ist durch gesellschaftliche Teilhabe über ihre Peergroup und die Schule stark mit den Normen der deutschen Gesellschaft konfrontiert. Sex vor der Ehe, die Wahl eines Partners oder ein Schwangerschaftsabbruch werden

außerhalb ihrer Familie deutlich liberaler gesehen als in ihrer Herkunftsfamilie, wo diese Themen entweder vom Vater vorbestimmt oder als normwidriges Verhalten abgelehnt werden. Zwischen den normativen Sphären der Herkunftsfamilie und ihrer Lebenswelt außerhalb der Familie besteht ein konflikthafte Spannungsfeld. Defne Schneider fühlt sich zwischen zwei Kulturen gefangen, aber ihr Wunsch nach Selbstverwirklichung und Emanzipation setzt sich durch. Der Vater drohte ihr mit Gewalt, weshalb die Polizei für ihre Sicherheit sorgen musste. Den Schwestern verbietet er den Kontakt zu ihr. In ihrer „Ausbruchszeit“ (Z. 973) wird sie ungewollt schwanger und bricht die Schwangerschaft ab. Sie holt ihre Pubertät nach und fühlt sich für ein Kind nicht bereit. In dieser Zeit ist sie mit dem Schwangerschaftskonflikt allein und erhält weder vom Kindesvater noch von ihrer Familie eine Unterstützung. Ihre Biografie nach eigenen Maßstäben zu leben und sich nicht den religiösen Familiennormen zu unterwerfen, bedeutet für sie, von der Familie verstoßen zu werden und Einsamkeit zu erfahren.

Abschließend ist zu konstatieren, dass die Lebenslagen der ungewollt schwangeren Frauen in den biografischen Fallverläufen zu sehen und zu verstehen sind. Ob und wie ungewollt Schwangere ihre eigenen Lebensentwürfe umsetzen und zu Akteurinnen ihrer eigenen Biografie werden können, ist jeweils fallspezifisch. Biografische Erfahrungen können unter den oben genannten Umständen (Typ 1) zur Genese von Resilienz- und Kohärenzgefühlen führen. Diese ressourcenstarken ungewollt Schwangeren vertreten selbstbewusst die Kontrolle über ihren Körper und die Reproduktion als ihr ureigenes Selbstbestimmungsrecht. Sie sind in der Lage, ihre Karriereorientierung mit der Familienplanung auszubalancieren. Demgegenüber stehen ungewollt Schwangere (Typ 2), deren soziale Passung stärker an tradierten Geschlechterrollen orientiert ist. Ihre biografischen Lebensumstände, die Limitationen in Bezug auf verfügbare Ressourcen sowie eigene begrenzte Widerstandsressourcen und Coping Strategien verunmöglichen ein Karrierestreben und den damit verbundenen sozialen Aufstieg. Die soziale Persistenz, das Verharrungsvermögen in Milieus und die Prädisponiertheit von biografischen Lebensverläufen verdeutlichen, dass die soziale Herkunft und Lebenslage sowie die verfügbaren Ressourcen wesentlich über den Ausgang einer ungewollten Schwangerschaft entscheiden. Es konnte deutlich herausgearbeitet werden, dass die strukturellen und kaum zu überwindenden Barrieren, die sich aus den Lebenslagen und Milieus ergeben, nicht nur Auswirkungen auf den Bildungsverlauf von Menschen haben, sondern die Optionen, die den Ausgang einer ungewollten Schwangerschaft betreffen, stark erweitern oder limitieren können. Hieraus ergeben sich bedeutsame Konsequenzen für die Beratung und Versorgung von ungewollt schwangeren Frauen in Deutschland (vgl. Kapitel 9.1.2.3).

9.1.2.3.2 Informationsgewinnung (Forschungsfrage 2)

Die Interviews machen fallübergreifend deutlich, dass ungewollt Schwangere nicht sicher sein können, passgenaue und umfassende Informationen zu erhalten. Verschiedene Anlaufstellen wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Schwangerschaftskonfliktberatungen und Abbruchkliniken führen zu einem „Flickenteppich“ an Informationen und beeinflussen damit die Qualität der Beratung und Versorgung. Die Aufteilung von Beratung und Versorgung auf unterschiedliche Institutionen führt scheinbar zu Unklarheit bei den Professionellen, welche Informationen in welchem Umfang im eigenen Aufgabengebiet liegen und welche für eine umfassende Beratung notwendig sind. So scheint es zum Teil eine Diskrepanz zwischen erwarteten Informationen durch die Gynäkologin und den Gynäkologen als erste Anlaufstelle für die Schwangeren und der tatsächlichen Informationsweitergabe durch die Ärztinnen und Ärzte zu geben. Zusätzlich wird die Versorgung mit Informationen erschwert, wenn diese mit negativen, abwertenden oder stigmatisierenden Erfahrungen einhergehen und zu einer weiteren psychischen Belastung führen. Zum Teil antizipieren ungewollt Schwangere die Erfahrung, für eine ungewollte Schwangerschaft und/ oder einen Schwangerschaftsabbruch stigmatisiert zu werden. Auffallend ist, dass sich für ein Teil der Befragten innerhalb des Beratungs- und Versorgungssystems diese Erwartung bestätigt.

Auch unter Professionellen scheint eine ungewollte Schwangerschaft immer noch ein gesellschaftliches Tabuthema zu sein. Um dieses Thema nicht bearbeiten zu müssen, zeigen sich unterschiedliche Vermeidungsstrategien, die zwischen den Polen ethischer Bedenken und administrativer Zuständigkeit changieren. Dass Frauen in ihrer krisenhaften Lebenssituation auf Informationen angewiesen sind, ist in Einzelfällen für Gynäkologinnen und Gynäkologen nachrangig. Umso erleichteter sind ungewollt Schwangere, wenn sie „Gott sei Dank“ (M18(5)) eine empathische Beratung erfahren und bedürfnisorientierte Informationen erhalten. Der Erhalt von umfassenden Informationen ist für viele ungewollt Schwangere innerhalb des Beratungs- und Versorgungssystems nicht gegeben und unberechenbar. Es besteht zudem ein Machtgefälle mit einer starken Abhängigkeit ungewollt Schwangerer von professionellen Akteurinnen und Akteuren. Aus rechtlichen Gründen besteht die Verpflichtung, mit ihnen zu sprechen, sofern der Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch besteht. Es liegt dann in der Entscheidungsmacht der Gynäkologinnen und Gynäkologen und Beraterinnen und Berater, ob und welche Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung gestellt werden. Ungewollt Schwangere sind abhängig von den Relevanzsetzungen, normativen Haltungen und dem Wohlwollen der institutionell Beratenden oder Versorgenden. Auf eine bedürfnisorientierte Beratung können sie sich häufig nicht verlassen. Negative Erfahrungen können zu Misstrauen und ablehnenden Haltungen gegenüber dem Beratungs- und Versorgungssystem führen. Bleiben Fragen offen und bestehen weiterhin Unsicherheiten, z. B. bei Schwangerschaftsabbrüchen, hat das negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und im extremen Fall entstehen gesundheitlichen Risiken durch Fehlverhalten. Patientinnenrechte - wie das Recht auf Information sowie Aufklärung - werden verletzt und damit sind die Voraussetzungen weder für den Status einer mündigen Patientin noch für das in der medizinischen Versorgung postulierte Prinzip einer informierten, autonomen Entscheidung gegeben.

In den Erfahrungen von Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind, zeigt sich, dass sie aufgrund von Mehrfachbelastungen und sozialer Isolation z. T. wenig Kapazitäten für verpflichtenden Termine haben und diese deswegen z. T. ablehnen oder schlecht nachkommen können. In der Folge ist das Risiko für diese Frauen im Vergleich zu ungewollt Schwangeren mit Migrationserfahrung besonders hoch, im Beratungs- und Versorgungssystem Erfahrungen des Typs 3 (Beratungs- und Versorgungssystem als defizitäre Informationsquelle) zu machen, weil die Zugänge zu hochschwierig sind.

Positiv berichten ungewollt Schwangere von einer umfassenden Beratung und medizinischen Aufklärung, wenn sie eine bedürfnisorientierte Haltung von Professionellen sowie Empathie und Wertschätzung wahrnehmen. Als erste Anlaufstelle können Gynäkologinnen und Gynäkologen ihren Patientinnen passgenaue und hilfreiche Informationen vermitteln, wenn sie zuvor sensibel die Bedürfnisse der ungewollt Schwangeren erfragen, diese ernst nehmen und auf Augenhöhe - wie es für ein partizipatives Ärztinnen/Arzt-Patientinnen-Verhältnis grundsätzlich gefordert wird - kommunizieren. Eine verständnisvolle Atmosphäre und unterstützende Gesprächsführung reduzieren die Hürde, Fragen zu stellen und Unsicherheiten zu äußern. Besonders von Partnergewalt betroffene Frauen zeigen im- und explizit Gesprächs- und Beratungsbedarf. Sie benötigen und erwarten eine Informationsvermittlung, die ihnen eine autonome Entscheidung ermöglicht und ihre Selbstwirksamkeit unterstützt.

9.1.2.3.3 Typisierung von Beratungs- und Versorgungssetting (Forschungsfrage 4):

In diesem Kapitel wird das institutionelle Versorgungs- und Beratungssystem organisational auf den Ebenen der Schwangerschafts(konflikt)beratung (SKB) und der Beratung durch Ärztinnen und Ärzte diskutiert. Die Begründung, warum die SKB ebenfalls Gegenstand der Analyse ist, wird im Kapitel 7.1.2.3.3 erörtert.

Die nachfolgende sinngenetische Typenbildung ist das finale Produkt der dokumentarischen Interpretation des empirischen Datenmaterials. Sie behandelt die Fälle mit Migrationserfahrungen und Frauen, die von Partnergewalt betroffen waren, gleichwertig, d.h. ohne analytische Trennung. Der Grund hierfür liegt darin, dass die befragten Frauen typenspezifische konjunktive Erfahrungsräume miteinander teilen, weil sie über Erfahrungen verfügen, die von der Struktur des Erlebens identisch sind. Bei der sinngenetischen Typenbildung werden soziogenetische Aspekte, wie beispielsweise die Zugehörigkeit zu bestimmten Bildungs- oder Migrationsmilieus ausgeklammert und nur die Sinnstrukturen der Erfahrung in die Typenbildung einbezogen. Es wäre geboten und sicherlich interessant, wenn sich weitere Forschungsarbeiten intensiver mit der Soziogenese von Orientierungen in Bezug auf das Beratungs- und Versorgungssetting befassen.

Die geführten qualitativen Interviews (n=42) geben Auskunft über spezifische Erfahrungsschichtungen, welche die befragten Frauen mit der SKB und der gynäkologischen Beratung verbinden. Insgesamt ließen sich drei Erfahrungstypen identifizieren, die sich nachfolgend in abstrahierter Form benennen lassen und empirisch dargestellt werden. Je mehr empirisches Material in die Analyse einbezogen wird, desto valider und differenzierter kann das Modell ausgeformt werden. Für die Qualität der rekonstruierten Typen spricht, dass die in der Frauen Leben 3 Studie (Helferich et. al., 2016, S. 163 ff.) angeführten Erfahrungstypen Gemeinsamkeiten aufweisen und durch die hier vorliegende Studie für die vulnerablen Gruppen weiter spezifiziert werden konnten. Interessant scheint in diesem Zusammenhang, dass die rekonstruierten Typen ebenfalls auf das gynäkologische Beratungs- und Versorgungssetting zutreffen, was den erweiterten Erkenntnisgewinn dieser Studie unterstreicht.

Typenbildung Schwangerschafts(konflikt)beratung

Im Hinblick auf die SKB konnten drei sinngenetische Typen herausgearbeitet werden, die in Tab. 9.1 dargestellt werden.

Tab. 9.1 Sinngenetische Typenbildung Schwangerschafts(konflikt)beratung

tertium comparationis: Erfahrungen mit der Schwangerschafts(konflikt)beratung als (Pflicht-)Angebot für ungewollt Schwangere mit Migrationshintergrund und/ oder betroffen von Partnergewalt		
Typ 1: Beratung als Fremdbestimmung	Typ 2: Beratung perpetuiert Ambivalenz	Typ 3: Beratung als Ressource
- Beratung wird als Bevormundung, Ungerechtigkeit und Belastung (Repression) empfunden - Beratung folgt fremden Relevanzsetzungen - Konfrontation und Suggestion mit antithetischen ungewollten Entscheidungsoptionen - negative antizipierte Erwartungen an Beratung bestätigen sich - Frauen nutzen Beratung instrumentell, um handlungsfähig zu bleiben - aus Angst, Zustimmung für Schwangerschaftsabbruch nicht zu erhalten, werden Rechtfertigungen übertrieben - psychosoziale Aspekte und Beratung/ Unterstützung bei Entscheidungsfindung bleiben unberücksichtigt, da die Zustimmung zum Abbruch im Fokus steht - Beratung ist nicht bedürfnisorientiert: Gefühl von Fremdbestimmtheit - P8, P17, P21, M11	- Beratung kann das Choice-Dilemma Abbruch oder Austragung nicht auflösen - Frauen bleiben ggü. der Entscheidungsfindung passiv - Entscheidungsfindung wird externalisiert - Beratung ist neutral, ergebnisoffen und an Entscheidungsfreiheit orientiert, aber sie wird den Bedürfnissen der Frau nicht gerecht - psychosoziale Belastung und Ambivalenz bleiben bestehen - P9, P8, M17, M19	- Frauen können psychosoziale Belastungen/ Bedenken ansprechen und aktiv Lösungen erarbeiten - negativ antizipierte Erwartungen ggü. Beratung lösen sich positiv auf - Entscheidungsfindung/ Selbstvergewisserung vollzieht sich - Beratung wird als Ressource betrachtet - die Entscheidungsfindung ist internalisiert - Beratung ist ergebnisoffen, ohne moralische Verurteilung und an Selbstbestimmung orientiert - P4, P10, P14, P19, M1, M3, M8, M13, M14, M15, M16, M18

Quelle: Eigene Darstellung

Typ 1: Beratung als Fremdbestimmung

Im Typ 1 wird die SKB als fremdbestimmter Rahmen konstruiert. Es bestehen antizipiert-negative Erwartungen an eine SKB, die sich im Verlauf der Beratung bestätigen. Die Beratung wird als Belastung (M11(23)) und Bevormundung (P10(15)) und insgesamt als Fremdbestimmtheit und Zwang wahrgenommen. Die Beratung folgt dabei unterschiedlichen Formen von eigenen Relevanzsetzungen der Beratenden. So zeigt sich am empirischen Material, dass eine Befragte explizit eine Schwangerschaftsberatung wünschte und „die [Beratende] hat immer wieder von der Abtreibung angefangen zu sprechen, immer wieder. Immer wieder.“ (P10(15)). Ein weiterer Fall verdeutlicht die psychische Belastung einer Befragten, deren Mann sie zum Beratungsgespräch, auf ihren eigenen Wunsch hin, begleitete. Er wurde bevormundet und stigmatisiert. Die Beratende „wollte das nicht verstehen“ und die ungewollt Schwangere musste sich „zusammenreißen und sagen, ja, es ist schon richtig so“, dass der Kindesvater in der Beratung unterstützt (M11(23)). Ferner

zeigen sich Beratungspraktiken, die Schwangere mit antithetischen Entscheidungsoptionen konfrontieren: „da so ein bisschen davon abbringen“ (P17(3)), um möglicherweise die Standfestigkeit der Entscheidung zu überprüfen. In der Beratungspraxis wird das „Negative“ (P8(9-11)) um die ungewollte Schwangerschaft von den betroffenen Frauen stärker betont oder die eigene Situation „ein bisschen dramatisier[t]“ (P21(10)) dargestellt, aus Angst den Beratungsschein nicht zu erhalten und handlungsfähig zu bleiben. Problematisch ist, dass der Beratungsschein für einen Schwangerschaftsabbruch implizit im Fokus des Beratungsgesprächs steht und psychosoziale Belastungen in der Beratung unberücksichtigt bleiben.

Typ 2: Beratung perpetuiert Ambivalenzen

Im Typ 2 lassen sich Fälle einordnen, welche die Erfahrung einer neutralen und ergebnisoffenen Beratung prägen. Die Beratung ist an einem hohen Maß an Entscheidungsfreiheit orientiert. Ratsuchende Schwangere konstruieren dieses Setting als problematisch, weil sie in ihrer krisenhaften Lebenssituation noch keine Perspektive entwickeln konnten, wie die Schwangerschaft ausgehen soll. Die ergebnisoffene Beratung kann das bestehende Choice-Dilemma zwischen Abbruch und Austragung der ungewollten Schwangerschaft nicht auflösen und die Befragten demzufolge nicht in ihrem Entscheidungsprozess unterstützen. Frauen entwerfen sich als passiv, weil sie die Entscheidungsfindung externalisieren und an die Beratenden delegieren wollen. Sie haben die implizite Erwartung, dass diese die Entscheidung mit ihnen gemeinsam treffen und damit das Choice-Dilemma auflösen. Nach der Beratung bestehen psychosoziale Belastungen und Ambivalenzen fort: „die Beratungsstelle war da für mich nicht wirklich eine Unterstützung.“ P9(5)). Die Beraterin war „total nett und lieb“, aber, „wenn die einem wirklich eine Meinung dazu sagen, wäre es besser“ (P8(47)).

Typ 3: Beratung als Ressource

Charakteristisch für Typ 3 sind fallspezifische Erfahrungen, dass Beratende ein positives Setting geschaffen haben, indem Schwangere psychosoziale Belastungen und Bedenken besprechen konnten. Im Vergleich zum Typ 1 bestehen auch im Typ 3 im Vorfeld der Beratung „Magenschmerzen“ und die Beratung wird als geschlechtsspezifische „Ungerechtigkeit“ empfunden (M14(9-11)). Zudem bestand die Erwartung, „dass da viel, viel mehr Gegenwind kommt, irgendwie mit, überlegen sie sich. Und wissen sie nicht und haben sie nicht“ (P4(65)) oder dass man da „irgendwie ein schlechtes Gewissen gemacht kriegt oder so“ (P14(11)) und es um eine „Rechtfertigung“ (M18(5)) geht. Im Verlauf der Beratung lösen sich, im Unterschied zu Typ 1, die negativ-antizipierten Erwartungen auf und die Beratung verläuft „total entspannt“ (P4(65)), weil das Gespräch „so toll war“ (P14(3)) und es gut war, von „außen nochmal zu hören, ja, Sie haben doch eine sinnvolle Entscheidung für sich getroffen, das macht doch alles Sinn und Sie wirken darin sehr stabil, [...] also es tat gut.“ (M14(9-11)). Die Beratung ist an einer selbstbestimmten Entscheidung ohne jegliche Verurteilungen orientiert und unterstützt Frauen bei der Entscheidungsfindung. In diesem Rahmen können Schwangere, im Unterschied zum Typ 2, Lösungsmöglichkeiten aktiv und internalisiert herstellen bzw. aus sich selbst heraus entwickeln. Im Beratungsprozess wurden sie bei der Entscheidungsfindung begleitet und/ oder es vollzog sich eine Selbstvergewisserung, weil die zuvor getroffene Entscheidung durch die Beratung bestätigt wurde. Fall P10 verdeutlicht, dass ökonomische Bedenken - „das (finanziell) schaffen“ - und gesellschaftliche Stigmatisierungen einer kinderreichen Familie - „was denken die Leute“ - durch die „ganz tolle Frau“ (Beraterin) ausgeräumt wurden (P10(15)). Die Ergebnisoffenheit wird von einer Befragten wertgeschätzt: „Keiner hat irgendwie versucht, mich in irgendeine Richtung zu lenken.“ (M1(26)). Eine weitere Befragte erläutert: „Also ich habe im Vorhinein gleich meine Entscheidung gesagt und die wurde auch so [...] ich habe da schon wirklich das Gefühl, dass die registriert haben, dass meine Entscheidung steht“ (M16(3)).

Typenbildung gynäkologisches Beratungs- und Versorgungssetting

Nachfolgend werden die drei sinngenetischen Typen der gynäkologischen Beratung in Verweis auf Tab. 9.2 dargestellt, die als rekonstruktiv-analytische Fortentwicklung der Erfahrungstypen zu betrachten sind.

Tab. 9.2: Sinngenetische Typenbildung zur gynäkologischen Beratung

tertium comparationis: Erfahrungen mit dem gynäkologischen Beratungs- und Versorgungssystem als (Pflicht-)Angebot für ungewollt Schwangere mit Migrationshintergrund und/ oder betroffen von Partnergewalt		
Typ 1: Fremdbestimmter Typ	Typ 2: Externalisierender Typ	Typ 3: Ressourcenorientierter Typ
- Erfahrungsbasis: Beratung oder Unterstützung wird als nicht annehmbar oder hilfreich konstruiert - Beratung wird als paternalistisch entworfen - Beratung wird als Bevormundung und Ungerechtigkeit expliziert und implizit als Fremdbestimmung hervorgebracht - Psychosoziale Probleme und negative Gefühle werden der Fremdrahmung unterworfen und nicht durch gyn. Beratung bearbeitet - Negativ-antizipierte Erwartungen werden bestätigt <u>Subtypen:</u> - <i>schicksalsergeben (passiv):</i> - Entscheidungsfindung wird passiv dem System und seinen Strukturen überlassen „Externalisierung“ (Fremdrahmung ohne Gegenwehr) - o <i>reflexiv verteidigend (aktiv):</i> - Entscheidungsfindung ist „internalisiert“ und wird gegen Irritationen durch abweichende Positionen verteidigt – um Handlungsunfähigkeit wird „gekämpft“ (Fremdrahmung mit Gegenwehr)	- Frauen konstruieren die Entscheidungsfindung (Abbruch/Austragung) als Krise, sind überfordert, handlungsunfähig und ambivalent in ihrer Entscheidung - Hilfe von außen wird hohe Bedeutung zugeschrieben - Entscheidungsfindung wird „externalisiert“ - Antizipierte Erwartung, dass Beratung Probleme aktiv löst; (geteilte) Verantwortungsübernahme - Wunsch nach praktischen und lebensweltnahen Entscheidungshilfen, die das Dilemma (Abbruch/Austragung) auflösen - Konkrete Entscheidungshilfe (Rahmenkongruenz) erzeugt Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung (Entlastung) - Keine konkrete Entscheidungshilfe oder Irritation (Rahmeninkongruenz) perpetuiert Ambivalenz, psych. Belastung bleibt bestehen	- Beratung wird als Entlastung konstruiert, weil Sorgen besprochen und Lösungen gefunden werden (Rahmenkongruenz, Erwartung vs. Beratungspraxis) - Frau konstruiert sich im Beratungssetting als reflexiv handlungsfähig (im Akteurstatus) - Entscheidungsfindung ist „internalisiert“ und selbstbestimmt - Entscheidungsfindung und Selbstvergewisserung werden als proaktive Auseinandersetzung konstruiert - Informationen werden aktiv eingefordert, mit dem Ziel, Handlungsfähigkeit herzustellen - Beratung wird als proaktive/reaktive Auseinandersetzung konstruiert, reaktiv insbesondere im negativen Horizont <u>Subtypen:</u> - <i>3.1 reflexiv wendender Typ (aktiv):</i> - Negativ antizipierte Erwartungen werden in der gyn. Beratung ausgeräumt, es entstehen bedürfnisorientierte Lösungen - <i>3.2 proaktiv selbstbestimmter Typ</i> - Betroffene konstruieren sich als selbstbestimmt und handlungsfähig – sie können ihre Absichten klar formulieren und selbstbewusst vertreten, womit sie an eigenen personalen Ressourcen anschließen
1.1: P1, P3, P17, M11 //	P9, P11, M17	3.1: M13, M18 //
1.2: M3, M5, P16, P20		3.2: M9, M14, M15, M16, P24

Quelle: Eigene Darstellung

Typ 1: Fremdbestimmter Typ

Der Typ 1 wird von den befragten Frauen als Fremdbestimmung gerahmt, weil theoretische Erwartungen an die Beratung und Versorgung bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen in einer notorischen Diskrepanz zur erlebten sozialen Praxis stehen, und bildet die zentrale Erfahrungsbasis. Beratung und Versorgung sind dadurch gekennzeichnet, dass sie als nicht annehmbar oder hilfreich entworfen werden. Die Fremdbestimmung wird vor negativen Horizonten im Diskurs verhandelt. Es werden Hierarchien und paternalistische Erfahrungsaufschichtungen deutlich, die auf Machtunterschiede innerhalb des Ärztin/Arzt-Patientinnen-Verhältnisses zurückzuführen sind. Diese werden von den Befragten als Bevormundung und Ungerechtigkeit expliziert und können implizit als Fremdbestimmung rekonstruiert werden. Psychosoziale Probleme und Belastungen können in diesem Beratungs- und Versorgungssetting nicht besprochen werden, weil sie der Fremdrahmung untergeordnet werden müssen. Die Unterordnung ergibt sich, weil Ärztinnen und Ärzte nicht hinreichend auf die Bedürfnisse ungewollt Schwangerer eingehen und sich von eigenen normativen Vorstellungen und Relevanzsetzungen in der Beratung leiten lassen. Neben den oben dargestellten Gemeinsamkeiten zeigen sich innerhalb des Typ 1 Erfahrungsunterschiede, die im Umgang mit der Fremdrahmung entworfen werden, woraus sich zwei Subtypen ableiten lassen.

Im **Subtyp 1.1** lassen sich handlungsleitende Orientierungen rekonstruieren, in der sich Frauen in der Fremdrahmung als *ohnmachts-, schicksalsergeben und passiv* konstruieren, ohne sich der Situation widersetzen zu können (ohne Gegenwehr).

Am Fall P3 zeigt sich, dass die ungewollt Schwangere die gynäkologische Beratung als krisenhaften „Schockmoment“ (P3(7)) rahmt. Die Gynäkologin zeigt ihr ungefragt Ultraschallbilder, der Fötus wird verniedlichend dargestellt, der Fokus der Beratung liegt auf der Austragung, ohne dass der Wille der Betroffenen eruiert worden wäre und es wird der Schwangeren eine Einverständniserklärung für eine individuelle Gesundheitsleistung (IGEL) abverlangt, die sie selbst bezahlen muss und welche sich retrospektiv als nicht erforderlich evaluiert. Die Schicksalsergebenheit und die situative Passivität dokumentieren sich homolog am Fall P17, in welchem eine Arzthelferin einen positiven Schwangerschaftstest als „herzlichen Glückwunsch – ganz toll gemacht“ (P17(3)) im Modus einer Stigmatisierung und Schuldzuschreibung kommentiert und die Schwangere in ihrem Ohnmachtsgefühl keine Gegenwehr aufbringen kann. Der Gynäkologe begleitet die Schwangere durch sachliche Beratung und steuert den Prozess bis zum Schwangerschaftsabbruch. Zudem nimmt die Befragte, was ihre falltypische Orientierung verdeutlicht, einen „wertvollen Tipp“ (P17(112)) des Gynäkologen an, der ihr riet, nie wieder über die Schwangerschaft zu sprechen, dann sei sie auch nicht passiert. Die Erfahrungen im Fall M5 zeigen eine große Verunsicherung gegenüber den Gynäkologinnen und Gynäkologen, weil das Beratungs- und Versorgungssystem zum Schwangerschaftsabbruch als intransparent hervorgebracht wird. Ob Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche vornehmen oder eher „konservativ“ (M5(37)) behandeln, ist mittels der Informationen im Internet nicht abschätzbar, woraus sich für die Befragte ein zurückhaltender und von Unsicherheit geprägter Umgang mit Ärztinnen und Ärzten ergibt. Eine klare Haltung der Gynäkologin zum Thema Schwangerschaftsabbruch kann negativ-antizipierte Erwartungen auflösen und ein offenes Beratungssetting begünstigen. Ferner beschreibt die Befragte einen unsensiblen Umgang in der Abbruchklinik, wo auf ihre psychosozialen Bedürfnisse nicht eingegangen wird. Sie musste ihre Belastungen sowie den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch allein in ihrer Häuslichkeit bewältigen und ergab sich wehrlos ihrer als schicksalhaft entworfenen Fremdbestimmung, indem sie einfach „funktionierte“: „Ich habe so einen Modus, der angeht, ich muss funktionieren. Und dann habe ich, wenn ich dann-, der lief dann einfach.“ (M5(29)). Die Schicksalsergebenheit und die Passivität werden als homologe Orientierung auch im Fall M11 deutlich. Die Befragte konstruiert die Reaktion auf den Anruf eines Pränatalzentrums als „ich konnte nicht mehr sprechen und ich war entsetzt“ und rahmt ihre

persönliche Situation als „Pech“ (M11(19-23)), was die Schicksalsergebenheit und Fremdbestimmtheit als Orientierungsrahmen im weiteren Sinne expliziert.

Der **Subtyp 1.2** ist ebenfalls von Fremdrahmungen mit Rahmeninkongruenzen charakterisiert, aber er unterscheidet sich vom Subtyp 1.1, da die Befragten sich nicht als passiv und schicksalsergeben oder ohnmächtig konstruieren. Sie zeigen vielmehr Handlungsorientierungen, die eine reaktiv-reflexive Auseinandersetzung in Form von Verteidigung bzw. Gegenwehr verdeutlichen, mit dem impliziten Ziel, ihre Handlungsfähigkeit herzustellen oder aufrecht zu erhalten.

Im Fallvergleich werden soziale Praktiken sichtbar, die aufzeigen, dass sich Frauen im Prozess der gynäkologischen Beratung und Versorgung medizinische Leistungen „erkämpfen“ müssen (M3(28)), um ihre Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Am Fall P16 zeigt sich, dass die Beratung einer Gynäkologin bzgl. eines toten Fötus als nicht hinnehmbar entworfen wird, da die Diagnose über Verniedlichungsformen vermittelt wird. Die „Füßchen und Händchen“ (P16(57)) sind im Ultraschallbild sichtbar, aber das Herz schlägt nicht mehr. Der tote Fötus wird mit dem Vergleich, dass andere Frauen davon auch betroffen sind, relativiert und in der Folge Gefühle der Betroffenen übergangen. Die betroffene Schwangere versucht vergebens, die Gynäkologin zu wechseln (Verteidigungsschema), was ihr aber systembedingt verwehrt bleibt. Der reflektierte Umgang und die Verteidigung gegenüber der Fremdrahmung werden im Fall P20 homolog sichtbar. Auf den Wunsch, dass ein Schwangerschaftsabbruch präferiert wird, wird die Reaktion des Gynäkologen folgendermaßen entworfen: da „ging dann erstmal die Kinnlade (...) runter, weil er dann auch gesagt hat, kann er nicht verstehen.“ (P20(7)). Die Schwangere musste sich zu ihren Beweggründen rechtfertigen, entwirft sich aber als handlungsfähig, weil sie sich gegen die Fremdrahmung verteidigt und expliziert reflexiv, dass ein Arzt kein Mitbestimmungsrecht über den Verlauf der Schwangerschaft hat.

Typ 2: Externalisierender Typ

Dieser Typ zeichnet sich dadurch aus, dass sich Frauen im Setting der gynäkologischen Beratung und Versorgung als überfordert, handlungsunfähig und ambivalent in ihrer Entscheidung (für oder gegen eine Austragung) konstruieren. Hilfen von außen werden in der Weise entworfen, dass ihnen eine hohe Bedeutung zugesprochen wird. In der Folge ist der Vollzug der Entscheidungsfindung zwischen Austragung oder Abbruch der Schwangerschaft nicht aktiv und selbstbestimmt, sondern er wird eher nach außen verlagert, „externalisiert“. Die Entscheidungsfindung changiert im Typ 2 zwischen den Horizonten einer geteilten Verantwortungsübernahme einerseits und andererseits der antizipierten Erwartung, dass das Beratungs- und Versorgungssystem die Probleme für die betroffenen Frauen löst. Es besteht der Wunsch nach praktischen und lebensweltnahen Entscheidungshilfen, die das Orientierungsdilemma zwischen Schwangerschaftsabbruch oder -austragung auflösen. Eine konkrete, von außen herbeigeführte Entscheidungshilfe erzeugte eine Rahmenkongruenz. Handlungsfähigkeit und psychosoziale Entlastung stellen sich ein. In Fällen, wo Hilfen von außen als keine konkrete Entscheidungshilfe oder als Irritation hervorgebracht werden, bleibt die Rahmeninkongruenz bestehen. Daher wird die Ambivalenz hinsichtlich der Entscheidung und die psychosozialen Belastungssituationen als perpetuierend entworfen.

Typ 2 stellt sich im Fallvergleich auf empirischer Ebene folgendermaßen dar: Im Fall M17 wird eine gute Beziehungsgestaltung zwischen dem Frauenarzt und der Schwangeren entworfen: „fühle ich mich bei meinem Frauenarzt doch eigentlich sehr wohl“ (M17(19)). Auf die Belastungssituation, die von Tränen begleitet wird, rät der Arzt: „machen Sie das für sich, was sich für Sie selbst richtig anfühlt. Also eine Entscheidung, mit der Sie eben auch leben können“ (M17(19)), was die Bewältigung der Ambivalenz und die Entscheidungsfindung erleichterte. Homolog zeigt sich die zugeschriebene Problemlösekapazität bzw. positive Bedeutungszuschreibung einer Gynäkologin am Fall P9. Die Ultraschalluntersuchung wird als „das Schlimmste“ gerahmt, was einer Frau passieren kann. Es ist der „Gänsehautmoment“ (P9(5)) auf dem Monitor, in welchem die betroffene

Frau das Gefühl hat, sie schafft den Abbruch nicht und muss noch ein Kind bekommen. Die mögliche Austragung wird krisenhaft konstruiert, weil sie es nicht „geschafft“ hätte, ein viertes Kind zu versorgen. Sie sagt: „ich hätte wahrscheinlich mein Leben beendet“ (P9(45)). Die Gynäkologin riet ihr, die Schwangerschaft abzuberechen und sagte, dass sie sich nicht gegen das ungeborene Kind entscheidet, sondern sie entscheidet sich für ihre drei Kinder: „Seitdem stehe ich da voll dahinter.“ (P9(45)). Hier dokumentiert sich die Externalisierung der Entscheidungsfindung bzw. kooperative Herstellung einer Entscheidung, die annehmbar ist. Die Hilfe der Gynäkologin wird als zentral und bedeutend entworfen. Der Fall P11 konstruiert die Hilfe der Gynäkologin als „Rettung“ vor dem übergriffigen System Krankenhaus: „Keiner hat irgendwie geholfen, außer dann halt meine Frauenärztin.“ (P11(9)).

Typ 3: Ressourcenorientierter Typ

Die Beratungs- und Versorgungssituation im gynäkologischen Setting wird von diesem Typ als Entlastung konstruiert, weil Sorgen besprochen und Lösungen gefunden werden. Frauen entwerfen sich in diesem Typ am handlungsfähigsten, insbesondere, weil eigene handlungsleitende Orientierungen im Sinne einer Rahmenkongruenz mit der sozialen Beratungs- und Versorgungspraxis in einem gemeinsamen Orientierungsrahmen verhandelt und hervorgebracht werden. Die Entscheidungsfindung ist selbstbestimmt und damit „internalisiert“, da die Befragten sich als handlungsfähige und reflexive Akteurinnen ihrer eigenen Biografie hervorbringen. Die Entscheidungsfindung vollzieht sich als bestätigte Selbstvergewisserung oder im Modus einer proaktiven Auseinandersetzung. Informationen werden aktiv eingefordert, mit dem Ziel Handlungsfähigkeit herzustellen. Beratung wird als proaktive Auseinandersetzung konstruiert, sie verläuft im negativen Horizont reaktiv und emanzipiert. Auf dieser geteilten Erfahrungsbasis dokumentieren sich zwei Subtypen, die divergente Erfahrungsschichtungen aufweisen.

Der **Subtyp 3.1** zeigt sich empirisch als reflexiv wendender Typ, der negative Erwartungen gegenüber dem gynäkologischen Beratungs- und Versorgungssystem entwirft. Aber im Prozess der Beratung wird eine negative Erwartung reflexiv gewendet. Fall M18 beschreibt: „Gott sei Dank sehr zugewandt und sehr empathisch und sehr respektvoll“ (M18(5)), weil die Schwangere in einer Gemeinschaftspraxis von einer anderen Gynäkologin behandelt wird. Sie konnte sich in diesem Setting für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden und war handlungsfähig. Die Befragte im Fall M13 entwirft die Beratung im negativen Horizont, als nicht zufriedenstellend. Ihre Gynäkologin ist an der Austragung der Schwangerschaft orientiert. Auf Einwände reagiert die Gynäkologin in Form einer Zurückweisung, sodass sich die Schwangere „so ein bisschen weggeschoben“ (M13(29)) fühlt. Es erfolgte keine Abbruchberatung, es wurde von der Sprechstundenhilfe auf die „Sozialberatung“ (M13(29)) verwiesen. Für die Untersuchung nach dem Schwangerschaftsabbruch wählte die Befragte eine neue Gynäkologin, mit der sie zufrieden war. In diesem Fall zeigt sich, dass die Befragte die Realisierungsmöglichkeiten besitzt und sich demzufolge als handlungsfähig konstruiert, da sie eine Versorgung findet, welche ihrer Orientierung entspricht. Sie wendet den Fall für sich reflexiv positiv durch eigne Ressourcen und stellt damit eine Rahmenkongruenz her, weil sie eigene Lösungen entwirft und umsetzen kann (Enaktierungspotential).

Den **Subtyp 3.2** zeichnet aus, dass Frauen das gynäkologische Beratungs- und Versorgungssystem auf Basis ihrer Erfahrungsschichtungen im positiven Horizont konstruieren. Sie entwerfen sich zudem im Prozess der Entscheidungsfindung als proaktive und selbstbestimmte Akteurinnen ihrer eigenen Biografie, mit einer starken Orientierung auf die eigene Handlungsfähigkeit. Empirisch entfaltet sich dieser Typ entlang des empirischen Materials, indem sich beispielsweise Fall M9 gut beraten fühlt, obwohl das Körpergewicht vor der Schwangerschaft nicht ideal war (M9(23 f.)), aber diesbezüglich Probleme geklärt wurden. Im Fall M14 wird eine sehr bedürfnisorientierte Beratung einer Gynäkologin entworfen, da sie sich: „nicht nochmal nach außen stülpen [musste]. Da hatte sie [Gynäkologin] so ein ganz, ganz feines Fingerspitzengefühl für das Dazwischen.“ (M14(25)). Eine weitere Befragte, Fall M15, konstruiert die Beratung als „safe“: „Ja, niemand wird davon erfahren.“

(M15(45)) und erhält durch die Verschwiegenheit die notwendige Sicherheit und Selbstbestimmung. Im Fall M16 wird die ungewollte Schwangerschaft als Krise hervorgebracht und die Gynäkologin kann der Befragten die „Panik“ (M16(57 ff.)) nehmen und ihr versichern, dass sie noch genügend Zeit hat, um die Schwangerschaft abzubrechen. Als „total diskret“ (P24(3)) wird die Beratung im Fall P24 entworfen. Der Fallvergleich zeigt, dass die Beratung sehr bedürfnisorientiert verläuft und Rahmenkongruenz besteht, weil Erfahrungen im positiven Horizont hervorgebracht werden. Es ist die positiv evaluierte soziale Praxis, der sich ungewollt Schwangere zuwenden, weil sie dadurch Handlungsfähigkeit herstellen und ihre Biografie in Selbstbestimmung leben können. Sie sind handelnde Akteurinnen, die Beratung stärkt ihre Ressourcen und ist zugleich Ressource, um die ungewollte Schwangerschaft zu bewältigen.

9.1.2.3.4 Physische und psychische Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs (Forschungsfrage 5)

Es ist auf Basis des empirischen Materials anhand der untersuchten Fälle mit Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen und/ oder Migrationserfahrungen nicht ersichtlich, dass eine ausgetragene ungewollte Schwangerschaft generell besser verarbeitet werden kann als ein Schwangerschaftsabbruch. Ausschlaggebend für das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft ist nicht die Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft, sondern die sozioökonomischen und psychosozialen Lebensumstände, unter denen diese Entscheidung getroffen werden muss. Sehen sich ungewollt Schwangere als handlungsfähig und entsprechen Unterstützungen aus dem sozialen Netzwerk, dem institutionellen Versorgungssystem sowie die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen ihren Bedürfnissen, dann ist den Frauen ein positiver Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft möglich. Eine ungewollte Schwangerschaft geht mit einem Gefühl der Verantwortung und dem Bedürfnis, in Ruhe eine wohlüberlegte Entscheidung treffen zu können, einher. Erleben sich ungewollt Schwangere allerdings in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt und machen Erfahrungen fehlender sozialer Anerkennung, kann dies zu (starken) psychischen Belastungen führen, unabhängig davon, ob die ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird. Ganz allgemein sind Erfahrungen von Tabuisierung und Stigmatisierung aufgrund einer ungewollten Schwangerschaft maßgebliche Faktoren, die das Entscheidungssetting negativ beeinflussen können. Zusätzlich haben negative Faktoren, wie direkte Verurteilungen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld das Potenzial, Schuld und Scham hervorzurufen. Sie gefährden aufgrund ihrer handlungstheoretischen Relevanz positive Einflussfaktoren. Fehlende Besprechbarkeit perpetuiert gesellschaftliche Tabuisierungen und fördert soziale Isolationserfahrungen und damit eine überfordernde und krisenhafte Lebenssituation. Ungewollt Schwangere mit Migrationserfahrung laufen zudem Gefahr, neben diesen Erfahrungen zusätzlich Diskriminierung in der institutionellen Versorgung und im sozialen Umfeld zu erleben. Sie sind damit potenziell zusätzlichen Belastungsfaktoren ausgesetzt, die nicht im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft stehen, jedoch zu den oben genannten Belastungsfaktoren hinzukommen und die Vulnerabilität verstärken können.

Von Partnergewalt betroffene Frauen befinden sich durch die belastende Paarbeziehung in besonders prekären Lebenslagen, was auch die Ergebnisse des quantitativen Teils der Studie aufzeigen (vgl. Kapitel 7.1.1.6.1). Sie sind besonders hohen und multiplen psychischen Belastungen ausgesetzt und stärker in ihrer selbstbestimmten Lebensführung eingeschränkt als die untersuchten Frauen mit Migrationshintergrund. Es wird deutlich, dass sich ein selbstbestimmter Umgang mit der belastenden Situation um den Ausgang der ungewollten Schwangerschaft retrospektiv positiv auf die Evaluation dessen auswirkt.

9.1.2.3.5 Formelle und informelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungspotentiale (Forschungsfrage 6)

Wie bereits unter Kapitel 9.1.1.2 diskutiert wurde, stehen die beiden vulnerablen Vergleichsgruppen, Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen, die Partnergewalt erlitten haben, in starkem Kontrast zueinander. Das betrifft primär das Bildungsmilieu und die ökonomische Lage sowie prägende Kindheitserfahrungen und akute Gewaltwiderfahrnisse in der Partnerschaft. Die sich daraus ergebenden divergenten Lebenslagen schlagen sich auch auf die formellen und informellen Unterstützungsbedarfe nieder.

Die befragten Frauen mit Migrationshintergrund deuten vereinzelt informelle Unterstützungsbedarfe an. Insbesondere dann, wenn ihr Niveau der deutschen Sprache eine Verständigung erschwert. Mit fortschreitender Integration in den Arbeitsmarkt wachsen auch Sozialbeziehungen, die Unterstützung in Lebensfragen bieten. Frauen mit Migrationsbiografie, die hohe Bildungsabschlüsse vorweisen können, haben kaum informelle Unterstützungsbedarfe. Bei dieser Gruppe und insbesondere bei karriereorientierten Frauen zeigen sich mehr formelle Unterstützungsbedarfe, welche die Vereinbarkeit von Familie, Ausbildung und Erwerbsarbeit mit beruflichen Aufstiegschancen unterstützen. Interessant ist zudem, dass karriereorientierte Frauen gesellschaftliche Normativitätsvorstellungen hinsichtlich der Rollenerwartungen an eine Frau und das damit intendierte „Mutterbild“ kritisieren. Dass Frauen nicht die gleichen beruflichen Chancen und Möglichkeiten zugesprochen werden, der Karriereorientierung der Männer Vorrang gewährt wird und karriereorientierte Frauen stigmatisiert werden, ist bedenklich. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Zunahme von Teilzeitbeschäftigung von hoch und höher qualifizierten Frauen ist ein gesellschaftliches Umdenken notwendig. Diese formellen Unterstützungsangebote für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedürfen weiterhin eines konsequenten Ausbaus, insbesondere in Bezug auf Ganztagsangebote in Kindertagesstätten und Schulen.

Formelle und informelle Unterstützungsbedarfe zeigen sich in der vulnerablen Gruppe der Frauen, die unter Partnergewalt leiden, viel deutlicher. Diese Gruppe ist häufiger von einer oder mehrfachen Problemlagen betroffen. Eine ungewollte Schwangerschaft ist für sie i. d. R. nur ein krisenhaftes Lebensereignis unter vielen. Der Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und dem psychischen Wohlbefinden im Erwachsenenalter wurde in Kapitel 9.1.2.3.1 bereits erwähnt. Die Biografien der befragten Frauen zeigen eine hohe psychische Problembelastung über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Bezogen auf die in-/formellen Unterstützungsbedarfe zeichnet sich im Kontrast zu den Befragten mit Migrationserfahrung ab, dass ausgehend von der kleinstmöglichen sozialen Einheit, der Familie, deutlich weniger informelle Unterstützung vorliegt. Fragile Familienverhältnisse, die von Armut, Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Erkrankungen überformt sind, stellen weniger soziale Ressourcen und Unterstützungspotential bereit. So haben Frauen, die unter Gewalt in der Partnerschaft leiden, häufig ein weniger unterstützungsfähiges soziales Umfeld. Gewalt in der Partnerschaft führt zu sozialen Isolationseffekten, sodass auch dieser Faktor dazu beiträgt, dass Frauen über eher losere Sozialbeziehungen und ein deutlich kleineres soziales Netzwerk mit einer erschwerten zwischenmenschlichen Kommunikation verfügen. Dass ungewollt Schwangere, die unter Gewalt in Partnerschaften leiden, sich selbst als Ursache von Problemen sehen und diese mit sich selbst verhandeln, ist besorgniserregend. Der Personenkreis, der sie informell bei einer ungewollten Schwangerschaft unterstützt, ist extrem limitiert, was empirisch sehr deutlich heraussteicht und zum Reflex führt, Unterstützung durch Soziale Medien zu suchen. Auf die Qualität dieser Unterstützung und die damit verbundenen Irritationen und Limitationen wurde bereits hingewiesen (vgl. Kapitel 7.1.2.3.5).

Da informelle Ressourcen weitestgehend erschöpft sind, zeichnet sich ein umso höherer Bedarf nach formellen Unterstützungsleistungen ab, die sich fallspezifisch unterscheiden. Bezogen auf eine ungewollte Schwangerschaft besteht häufig Unterstützungsbedarf bei der grundsätzlichen Entscheidung zum Ausgang der Schwangerschaft. Dabei drängt sich den betroffenen Frauen die Frage auf, welche Zukunft Mutter und Kind in einer Partnerschaft mit einem gewaltausübenden

Partner haben. Aufgrund der eher geringen Bildungsabschlüsse sowie Auf- und Abbrüchen in den Bildungsbiografien besteht ein Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Vereinbarkeit von einer Ausbildung und Kind. Dringend scheint außerdem die ökonomische Absicherung, insbesondere für alleinerziehende Mütter, deren Leben am Existenzminimum mit Sorgen und geringeren sozialen Teilhabechancen erfüllt sind. Ebenfalls wurde die Versorgung durch Hebammen und die postnatale Beratung in den ersten Lebensmonaten des Kindes, insbesondere für junge Mütter als relevant benannt. Auch der Unterstützung durch Jugendämter kommt eine hohe Bedeutung zu, da Kinder unmittelbar von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind und der Schutz sowohl des Kindes als auch der Kindesmutter vor dem gewalttätigen Partner im Verantwortungsbereich des Jugendamtes liegt. Die Aufzählung bleibt an dieser Stelle unvollständig und lässt sich an unterschiedlichen professionellen Akteurinnen und Akteuren diskutieren. Der Bedarf an formeller Unterstützung ist umso größer, je krisenhafter sich die Lebenslage von ungewollt schwangeren Frauen mit Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen darstellt.

In unterschiedlichen Beratungs- und Versorgungssettings wird vordergründig über die Zukunft des ungeborenen Kindes verhandelt, aber weniger die belastenden Lebensumstände in das Abwägen einbezogen. Die unterschiedlichen Erfahrungstypen hinsichtlich der SKB und der gynäkologischen Beratung verdeutlichen, dass formelle Unterstützung von institutioneller Seite angeboten wird, aber prekäre Lebenslagen kaum Gegenstand der Bearbeitung sind. Eine ungewollte Schwangerschaft und die damit verbundene formelle Unterstützung sind nicht ausschließlich biologisch-medizinisch zu denken, sondern in den jeweiligen psychosozialen Kontexten und sozioökonomischen Lebenslagen zu betrachten.

9.1.2.3.6 Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen werden auf Basis der zuvor diskutierten empirischen Befunde abgeleitet, die an den Biografien und Lebenssituationen der betroffenen Frauen anknüpfen. Das Fremd- und Fallverstehen stellen die Stärken der vorliegenden empirischen Untersuchung dar. Die in der Forschungsfrage 1 dargestellten und diskutierten Lebenssituationen von ungewollt schwangeren Frauen, die Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen erlitten und/ oder ein Migrationshintergrund haben, sind hierfür zentral. Diese Lebenssituationen bieten eine Art Folie, auf der alle Handlungsempfehlungen gedacht werden können. Diese Folie trägt dazu bei, sich konsequent mit biografisch bedingten krisenhaften Lebenssituationen und deren gesellschaftlichen Ursachen zu befassen, anstatt Frauen für eine ungewollte Schwangerschaft zu verurteilen und zu stigmatisieren. Die abgeleiteten Handlungsempfehlungen folgen dem Theorem: Wer Zugang zu den Lebenslagen und den Biografien ungewollt Schwangerer hat und diese analytisch aufgeschlossen hat, kann nachvollziehen, warum sich betroffene Frauen gegen oder für die Austragung einer Schwangerschaft entscheiden. Es ist das Zusammenspiel aus biografischen, partnerschaftlichen, ökonomischen und gesellschaftlichen Dimensionen, dass eine Entscheidung nicht monokausal begründbar macht.

Bezogen auf die Forschungsfragen 2, 3, 5 und 6 werden nachfolgende Handlungsempfehlungen ausgesprochen:

Informationsgewinnung (Forschungsfrage 2)

Die Zugänge zu Informationen um die Themen ungewollte Schwangerschaft und einen möglichen Schwangerschaftsabbruch sind für betroffene Frauen mit Hürden und Herausforderungen besetzt. Professionellen Akteure, wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Ärztinnen und Ärzte und Mitarbeitende der SKB kommt aufgrund ihrer zentralen Position im Beratungs- und Versorgungssystem eine besondere Bedeutung zu. Ob Frauen in diesem System überhaupt ihren Bedürfnissen entsprechend beraten werden und umfassende Informationen erhalten, auf deren Grundlage sie eine Entscheidung zum Ausgang der ungewollten Schwangerschaft treffen können, bleibt empirisch bedauerlicherweise dem Zufall bzw. der normativen Haltung der Beratenden gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch überlassen. Zugespitzt ist es eine Frage von

Parteilichkeit, die sich darauf reduziert, ob Beratende sich eher an den Bedürfnissen und Erwartungen der ungewollt Schwangeren orientieren oder am Schutz des ungeborenen Lebens. Ärztinnen und Ärzte berufen sich auf den hippokratischen Eid und Mitarbeitende der SKB entscheiden, wie stark sie die Informationsvermittlung am § 219 StGB: „Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen.“ ausrichten. Dass ungewollt Schwangere in Deutschland innerhalb des Beratungs- und Versorgungssystems von Professionellen und deren normativer Haltung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen abhängig sind, ist problematisch. Dass sich betroffene Frauen in der als krisenhaft empfundenen Lebenssituation zurückgewiesen, stigmatisiert und teilweise kriminalisiert fühlen, ist ein Dilemma, was zu Lasten der Frauen und ihrer psychosozialen und physischen Gesundheit geht. Ungewollt Schwangere nicht über legale Behandlungsmethoden zu informieren und eine umfassende und bedürfnisorientierte Information dem Zufall zu überlassen, kann nur durch einheitliche Beratungsstandards geregelt werden. Zumindest wäre es für Frauen als einen ersten Schritt in Richtung Transparenz wichtig zu erfahren, ob ein/e Arzt/ Ärztin zu Schwangerschaftsabbrüchen berät und diese auch durchführt oder nicht. Damit ließe sich verhindern, dass Frauen ohne umfassende Informationen zurückgelassen werden und Ärztinnen und Ärzte müssten durch eine positive öffentliche Haltung zum Schwangerschaftsabbruch nicht mit Stalking und Gehsteigbelästigungen von sogenannten „Lebensschützerinnen und -schützern“ rechnen. Wollen Ärztinnen und Ärzte ungewollt Schwangeren nicht zu einem Abbruch beraten, wäre ein Hinweis auf eine zentrale Webseite, z. B. bereitgestellt durch die BZgA, die alle wichtigen Informationen bündelt, eine mögliche Alternative. Die genannten Ansätze setzen allerdings eher an den Symptomen und nicht an der Ursache an. Gesellschaftlich sind eine ungewollte Schwangerschaft und Gewalt in der Paarbeziehung Themen, die verschwiegen werden, schambesetzt sind und gern tabuisiert bleiben oder deren Lösung Professionelle eher an andere Institutionen delegieren möchten. Fraglich bleibt deshalb, wie der normative Blick auf diese Themen in gesellschaftliche Prozesse einzubringen ist, damit Betroffene die notwendige Unterstützung erfahren. Der Transfer der Studienergebnisse in die Curricula von Ausbildung und Studium kann der Beginn einer Professionalisierung unterschiedlicher Berufsgruppen zu diesen Themen sein.

Typenbildung Schwangerschafts(konflikt)beratung und gynäkologisches Beratungs- und Versorgungssetting (Forschungsfrage 3)

Die oben diskutierten Typenbildungen zur SKB und zur gynäkologischen Beratung hat drei Erfahrungstypen generiert, die als Idealtypen zu verstehen sind, die auf der Ebene der Praxis auch Überschneidungen im Kontrast der Gemeinsamkeiten erkennen lassen. Die entwickelten Typen dienen dennoch dazu, die Beratungs- und Versorgungspraxis aus dem spezifischen Erleben der ungewollt schwangeren Frauen zu charakterisieren. Auffallend ist im Zuge dessen, dass Frauen mit Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen viel häufiger negativ-antizipierte Erwartungen haben, die sich im Beratungsgespräch bestätigen und sich nicht positiv auflösen lassen (Typ 1). Sie müssen sogar um ihre Rechte kämpfen oder sich gegen Fremdrahmungen verteidigen. Problematisch scheint vor allem für Betroffene von Gewalt in der Paarbeziehung, dass sich repressive Erfahrungen wie ungleiche Machtverhältnisse, Bevormundung und Fremdbestimmtheit und insbesondere die Ohnmachts- und Schicksalsergebenheit innerhalb der Partnerschaft auch in den Beratungs- und Versorgungskontexten der Schwangerschafts(konflikt)- und gynäkologischen Beratung reproduzieren. Darüber hinaus erleben sie weniger eine Beratung, die sie bei der Lösung psychosozialer Belastungen unterstützt und eigene Ressourcen reaktiviert (Typ 3), da Gewalt in Paarbeziehungen verheimlicht werden und soziale Isolation als Problemfolge entsteht. Sich für die Beratung zu öffnen und Vertrauen zu fassen, fällt dieser Gruppe vor ihrem Erfahrungshorizont

besonders schwer. Sie sind zudem nach der Inanspruchnahme weiterhin mit Ambivalenzen im Hinblick auf den Schwangerschaftsverlauf konfrontiert, da eine neutrale Beratung sie kaum in die Lage versetzt, aktiv und nicht schicksalsergeben eine Entscheidung über den Schwangerschaftsausgang zu treffen (Typ 2). Es besteht ein hoher Bedarf an lebenspraktischen Abwägungen und entlastenden Entscheidungshilfen.

Grundsätzlich zeigt sich auf Basis der Typenbildung, dass das Beratungs- und Versorgungssetting nicht allen ungewollt Schwangeren die gleiche Unterstützung und Bedürfnisorientierung bietet. Die drei rekonstruierten Erfahrungstypen explizieren, welche Erfahrungen ungewollt Schwangere im Beratungs- und Versorgungssetting machen. Die empirischen Befunde zeigen, wie eine Beratung als interaktiver Prozess mit sozialen Praktiken zwischen den betroffenen Frauen und professionellen Akteurinnen und Akteuren hervorgebracht wird. Bei Letzteren zeigen sich in den Erzählungen der Frauen fallübergreifende Orientierungen, die typspezifisch in homologer Weise auftreten. Diese werden als habituell sedimentierte handlungsleitende Orientierungen permanent durch eine Handlungspraxis hervorgebracht. Das heißt, dass Professionelle beraten, ohne ständig darüber nachdenken zu müssen, wie sie beraten. Das ist der natürliche Vollzug einer sozialen Praxis. Beratung hat aus dieser epistemologischen Sicht keine reflexive Ebene im praktischen Vollzug. Das Setting im Beratungs- und Versorgungssystem beruht auf Routinen, das heißt, dass bspw. eine Ärztin oder ein Arzt wiederkehrende Handlungs- und Beratungspraktiken vollzieht. Bezogen auf die drei rekonstruierten Erfahrungstypen werden diese Routinen darüber vermittelt, dass Beratende den Orientierungen folgen:

Level 1: Ich weiß, was für meine Patientin gut ist, und ich sage ihr, was ich für richtig halte.

Level 2: Eigentlich weiß ich schon, was für meine Patientin gut ist, aber ich höre ihr erst mal zu.

Level 3: Den Willen meiner Patientin nehme ich ernst – er ist mir nicht Befehl, aber ich will mich ihm mit meinen fachlichen Kompetenzen und den gesetzlichen Möglichkeiten stellen. (adaptiert nach Hinte, 2022).

Damit stellt sich insbesondere bei der Beratung und Versorgung auf dem Level 1 die Frage, wie Beratung professionalisiert werden kann, damit Beratung und Versorgung das physische und psychische Wohlbefinden und die Selbstbestimmung der ungewollt Schwangeren unterstützt. Am empirischen Material zeigt sich, wie beispielsweise eine professionelle gynäkologische Beratung konstruiert wird:

„Die Gynäkologin gibt ihr das Gefühl, nicht nochmal alles erzählen zu müssen, sich rechtfertigen zu müssen: „[...] mich nochmal nach außen stülpen. Da hatte sie so ein ganz, ganz feines Fingerspitzengefühl für das Dazwischen.“ (M14(25)).“

Diese professionelle Haltung im Umgang mit ungewollt Schwangeren ist erlernbar. Im Bereich Methoden der Gesprächsführung bietet die Profession Soziale Arbeit reichhaltige professionelle handlungsmethodische Ansätze, um den Bedarfen des Adressatinnenkreises zu entsprechen. In einem professionellen Beratungssetting sollten eingangs die Bedürfnisse der zu Beratenden erfragt werden, damit Beratung subjektorientiert verläuft. Wie wichtig eine Sozialanamnese und Auftragsklärung für die Beratung ist, zeigt sich insbesondere an den negativen Erwartungen gegenüber der SKB und der gynäkologischen Beratung (Typ 1 und Typ 3). Vorbehalte aufzulösen, eröffnet den Weg, um psychosoziale Probleme auszusprechen und Konflikte in der Bewältigung einer ungewollten Schwangerschaft zu bearbeiten. Nur auf diese Weise kann SKB ihrem genuinen Auftrag – mögliche Schwangerschaftskonflikte und biografische Krisen zu klären – authentisch und Bedürfnisorientiert nachkommen. Die gynäkologische Beratung kann im Verständnis einer professionellen Beratungs- und Versorgungslogik eine tragfähige und humanistische Arbeitsbeziehung im Ärztinnen/Ärzte-Patientinnen-Verhältnis aufbauen, sodass Ärztinnen und

Ärzte Frauen zur Seite stehen, die sich in einer Lebenskrise befinden und auf ihre Unterstützung angewiesen sind.

Physische und psychische Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs (Forschungsfrage 5)

Fallübergreifend konnte die vorliegende Untersuchung klären, dass sich die physischen und vor allem psychischen Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs nicht von denen bei Austragung einer ungewollten Schwangerschaft unterscheiden. Die Frage der physischen und psychischen Auswirkungen einer ungewollten Schwangerschaft im Allgemeinen muss unter einer anderen Überschrift diskutiert werden. Ob die befragten Frauen eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen oder austragen, ob sie retrospektiv physische und psychische Auswirkungen und Belastungen beklagen und eine ungewollte Schwangerschaft als ein krisenhaftes Lebensereignis konstruieren, hängt von unterschiedlichen Einflussfaktoren ab. Zum einen sind individuelle biografische Kindheitserfahrungen, prekäre sozioökonomische Lebensverhältnisse und ein limitiertes soziales Netzwerk Faktoren, welche Frauen vulnerabilisieren und ihre Ressourcen und Coping-Strategien beeinflussen. Zum anderen ist es der gesellschaftlich-normative Rahmen, da eine ungewollte Schwangerschaft negativ konnotiert ist. Betroffene Frauen erleiden häufig Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen im privaten Umfeld sowie in öffentlichen Institutionen. Das Zusammenwirken individueller und gesellschaftlicher Einflussfaktoren kann bei Frauen Ohnmachtsgefühle hervorrufen, den Rückzug in sich selbst verstärken und eine Lebenskrise auslösen. Dass ein Schwangerschaftsabbruch gesellschaftlich kaum akzeptiert ist, wird auch durch die Rechtslage legitimiert. Die grundsätzliche Strafbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs ist für ungewollt Schwangere belastend und trägt zur weiteren Vulnerabilisierung bei. Eine Abschaffung des § 218 würde die betroffenen Frauen entkriminalisieren und einen Schwangerschaftsabbruch zu einem normalen medizinischen Eingriff machen. In der Folge würde das Thema ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch enttabuisiert und für Frauen besser besprechbar machen, ohne Stigmatisierungen zu antizipieren und deshalb zu schweigen. Der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft sollte nicht zu einer schweren Lebenskrise führen. Vielmehr ist darüber nachzudenken, ob die Problematik im Sinne der Bereitstellung einer adäquaten psychosozialen Begleitung nicht in der Zuständigkeit des Sozialgesetzbuches anstelle des Strafgesetzbuches verortet sein sollte. Rückblickend zeigen die sozialen Lebenslagen Armut und Arbeitslosigkeit, wie gesellschaftliche Modernisierungsprozesse zu einem Paradigmenwechsel geführt haben: Unterstützung statt Kriminalisierung.

Formelle und informelle Unterstützungsbedarfe/ Verbesserungspotentiale (Forschungsfrage 6)

Den Befund – je weniger informelle Unterstützungsmöglichkeiten über eigene Ressourcen und soziale Netzwerke mobilisiert werden können, desto größer ist der Bedarf an formellen Unterstützungsleistungen – aufgreifend, rücken besonders formelle Unterstützungsbedarfe mit entsprechenden Verbesserungspotentialen in den Fokus der Betrachtung (vgl. Kapitel 9.1.1.3). Insbesondere den professionellen Akteurinnen und Akteuren (u. a. Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende der SKB, Jugendämter, Hebammen, aber auch jene Fachkräfte, die Kontakt zu von Gewalt betroffenen Kindern bzw. deren Familien haben) kommt eine besondere Verantwortung im Beratungs- und Versorgungsnetzwerk. Aber auch jene Fachkräfte, die Kontakt zu von Gewalt betroffenen Kindern bzw. deren Familien haben (z.B. Kinderschutzbeauftragte, Erzieherinnen/Erzieher und Lehrkräfte), sind von Bedeutung. Gewalt in Paarbeziehungen folgt einer generativen Logik. Kinder, die Gewalt in ihrer Herkunftsfamilie beobachten und/ oder selbst davon betroffen sind, tragen als Erwachsene ein hohes Risiko selbst Gewalt auszuüben oder zu erfahren. Das Risiko, an Suchterkrankungen zu leiden oder geringe Bildungsabschlüsse zu erreichen, ist ebenfalls stark erhöht und limitiert die Chancen auf ein gutes Leben mit einer Resilienz gegenüber krisenhaften Lebensereignissen und deren Verarbeitung. Dieser Argumentation folgend, muss Kinderschutz und Gewaltprävention als Handlungsempfehlung einen hohen Stellenwert einnehmen.

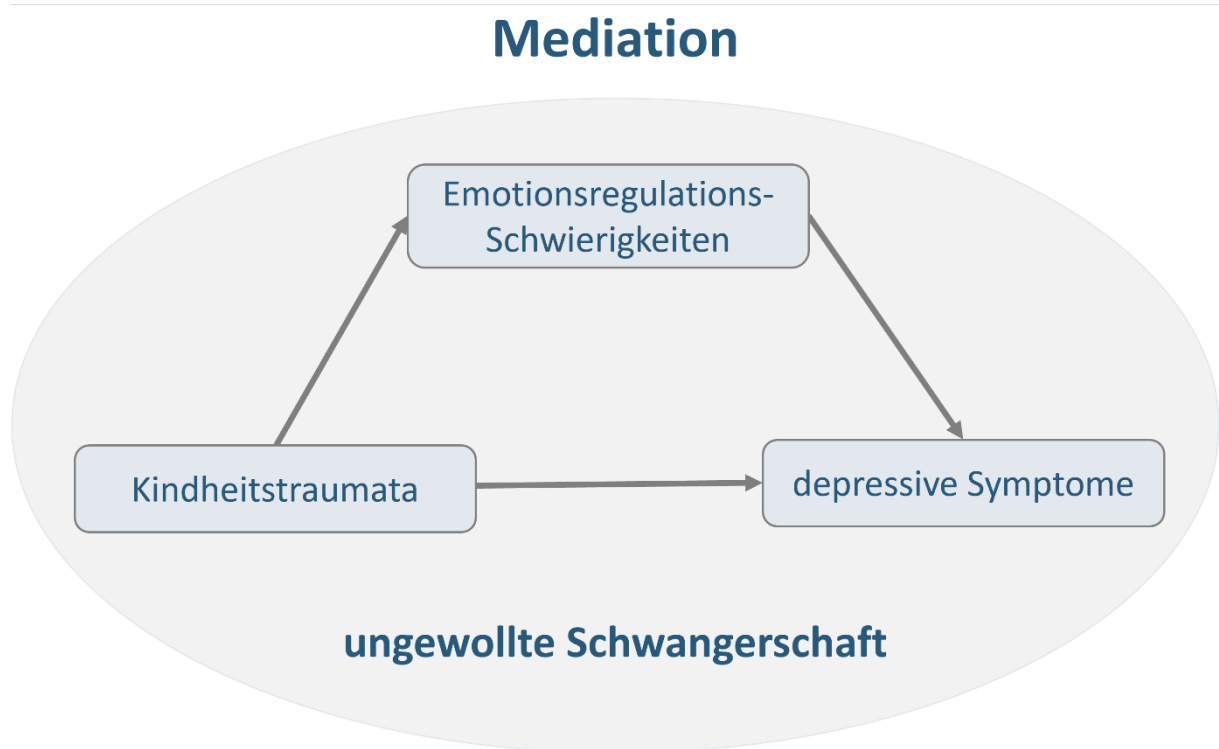
Professionelle Akteurinnen und Akteure müssen für diese vulnerablen Gruppen und ihre Symptome sensibel sein, um zu erkennen, dass sich ungewollt Schwangere in einer krisenhaften Lebenssituation befinden. Wichtig scheint im Hinblick auf die Verbesserungspotentiale in der Unterstützung und Versorgung von ungewollt Schwangeren mit Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen, dass verstärkt sozialraumorientierte Ansätze etabliert werden. Formell Unterstützende sollten ihre Dienstleistungen stärker als bisher aufeinander beziehen und netzwerkförmig Assoziationen bilden, um die Kommunikationsprozesse auf kommunaler Ebene zwischen den Professionellen zu verbessern und kleinteilige sozialräumliche Strategien und Konzepte für Prävention und Kriseninterventionen erarbeiten.

9.1.2.4 Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Befragung Ulm **(Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)**

Die Ergebnisse in diesem Kapitel werden gemeinsam mit den quantitativen Ergebnissen in Kapitel 9.1.1.3 diskutiert.

9.1.2.5 Interpretation der Ergebnisse aus der Vertiefungsstudie Berlin **(Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)**

Abb. 9.2: Medierter Einfluss von Kindheitstraumata auf depressive Symptome



Quelle: ELSA-Vertiefungsstudie mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2021-2023

Die Vertiefungsstudie am Standort Berlin beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern Kindheitstraumata das Risiko erhöhen, nach einer ungewollten Schwangerschaft eine verstärkte Depressivität, erhöhten Stress sowie Emotionsregulationsschwierigkeiten zu erleben. Zusätzlich wurde untersucht, ob nach einer ungewollten Schwangerschaft bei Frauen mit Kindheitstraumata im Vergleich zu Frauen ohne Kindheitstraumata Veränderungen auch auf neuroendokrinologischer Ebene sichtbar sind. Hierfür wurde Haarcortisol als Marker für langanhaltende Veränderungen der HHN-Achse herangezogen. Die Ergebnisse der Vertiefungsstudie bestätigen die Ergebnisse der standardisierten Querschnittsbefragung. Sie erlauben zudem eine detailliertere Analyse der vermittelnden Mechanismen. Die Befunde bestätigen, dass im Kontext von ungewollten

Schwangerschaften Kindheitstraumata einen Risikofaktor für psychische Belastungen darstellen. Keine Hinweise konnten gefunden werden, die für eine neuroendokrinologische Veränderung durch Kindheitstraumata sprechen. Zu beiden Messzeitpunkten der Studie (2 sowie 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft) wiesen Frauen mit Kindheitstraumata signifikant erhöhte depressive Symptome auf als Frauen ohne Kindheitstraumata. Zusätzlich haben Frauen mit Kindheitstraumata zwölf Monate nach Ende der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko, an einer klinisch bedeutsamen Depression zu erkranken. Dies deutet darauf hin, dass die ungewollte Schwangerschaft einer der Faktoren sein könnte, die mit depressiven Symptomen in Verbindung gebracht werden. Vor dem Hintergrund des Vulnerabilitäts-Stress-Modells (Ingram and Luxton, 2005) könnte eine ungewollte Schwangerschaft als Stressor in einer bereits durch die Traumatisierungen in der Kindheit vulnerablen Gruppe betrachtet werden, der zu einer Zunahme depressiver Symptome oder sogar zum Ausbruch einer depressiven Störung beitragen kann. Weiterhin zeigen unsere Ergebnisse, dass Frauen mit Kindheitstraumata an beiden Messzeitpunkten erhöhte Stresswerte berichten. Diese Ergebnisse ergänzen frühere Forschungsarbeiten zu anderen Bevölkerungsgruppen, in denen ein Zusammenhang zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und depressiven Symptomen sowie stärkerem Stress nachgewiesen wurde (Gallo et al., 2018; Humphreys et al., 2020; Sahle et al., 2022). Es wird angenommen, dass Kindheitstrauma beeinflussen, wie Stressoren wahrgenommen werden. Personen mit Kindheitstraumata weisen eine erhöhte Sensibilität für Stress auf, welche auch auf neurobiologischer Ebene nachweisbar ist. Diese erhöhte Stresswahrnehmung und Stressreaktivität bilden wiederum einen Mechanismus, der den Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und Depressivität erklären kann. Frauen mit Kindheitstrauma weisen möglicherweise zunächst eine erhöhte Stresssensibilität auf, die wiederum das Risiko erhöht, psychische Probleme, z.B. depressive Symptome, zu entwickeln. Zum zweiten Messzeitpunkt – 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft – berichteten Frauen mit Kindheitstraumata von verstärkten Emotionsregulationsschwierigkeiten im Vergleich zu Frauen ohne Kindheitstraumata. Dies steht im Einklang mit bisherigen Befunden, die eine enge Verknüpfung von Kindheitstraumata und Emotionsregulationsschwierigkeiten darlegen (Gruhn and Compas, 2020; Miu et al., 2022; Pollak et al., 1998). Da Emotionsregulationsfähigkeiten vornehmlich während der Kindheit und Jugend entwickelt werden, können Kindheitstraumata einen nachhaltig negativen Einfluss auf diesen Prozess ausüben. Schwierigkeiten in der Emotionsregulation können dann wiederum im Erwachsenenalter beeinflussen, wie ein Stressor, wie beispielsweise eine ungewollte Schwangerschaft, wahrgenommen wird und welche Reaktionen entstehen (Barton et al., 2017; Hopfinger et al., 2016; Schierholz et al., 2016).

Bezüglich möglicher Veränderungen der stressresponsiven HHN-Achse zeigte sich, dass bei Frauen mit Kindheitstraumata im Vergleich zu Frauen ohne Kindheitstraumata keine Unterschiede im Haarcortisol sichtbar werden. Haarcortisol ist ein zentrales Hormon der HHN-Achse und kann als biologischer Marker für chronischen Stress, z.B. aufgrund von mehrfachen oder Kindheitstraumatisierungen, verstanden werden. Die Analyse des Haarcortisol wurde getrennt vorgenommen für die Gruppe, die die ungewollte Schwangerschaft abgebrochen beziehungsweise ausgetragen hat. Dies ist damit zu begründen, dass nach einem Schwangerschaftsabbruch andere hormonelle Prozesse ablaufen als nach der Geburt eines Kindes. Nach der Geburt eines Kindes kommt zum Beispiel eine komplexe Hormonkaskade in Gang, die das Stillen und die Bindung zum Neugeborenen fördert. Dies ist bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch nicht der Fall. Ein direkter Vergleich des Haarcortisols ist somit methodisch nicht sinnvoll. Für die Gruppe Abbruch ließ sich für beide Messzeitpunkte (2 sowie 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft) feststellen, dass Frauen mit Kindheitstraumata im Vergleich zu Frauen ohne Kindheitstraumata keine veränderten Haarcortisolwerte hatten. Ebenso gab es für die Gruppe Geburt an beiden Messzeitpunkten keine Unterschiede bezüglich der Haarcortisolwerte bei Frauen mit Kindheitstraumata im Vergleich zu

Frauen ohne diese Erfahrung. Diese fehlenden Unterschiede in der HPA-Achsen Aktivität stehen im Kontrast zu zahlreichen Studien, die langfristige neurobiologische Veränderungen durch Kindheitstraumatisierungen aufzeigen (siehe z.B. Teicher et al., 2022). Jedoch muss angemerkt werden, dass ein Großteil dieser Studien nicht mit Personen während oder nach einer Schwangerschaft durchgeführt wurde. Insbesondere fehlen Studien, die die langfristige HPA-Achsen Aktivität mittels Haarcortisol untersuchen und dabei Unterschiede aufgrund von Kindheitstraumatisierungen beachten. Obwohl also davon auszugehen ist, dass Kindheitstraumatisierungen zu einer Fehlregulierung der HPA-Achse führen können, ist unklar, inwiefern sich diese Unterschiede während und nach einer Schwangerschaft zeigen. Möglicherweise verdecken die tiefgreifenden hormonellen Veränderungen, die eine Schwangerschaft kennzeichnen, Unterschiede in der HPA-Achsen Aktivität, die auf Kindheitstraumatisierungen zurückzuführen sind. Gleichzeitig ist es nichtsdestotrotz weiterhin wichtig, dass sich zukünftige Studien auf die HPA-Achse als zentrales Stresssystem konzentrieren und Risikofaktoren für eine Fehlregulierung untersuchen, denn insbesondere während der Schwangerschaft können sich solche Veränderungen auch auf das Ungeborene auswirken (siehe z.B. Heim et al., 2019).

Im zweiten Teil der vertieften Befragung wurde untersucht, welche Mechanismen dem Zusammenhang von Kindheitstraumata und psychischer Belastung, insbesondere Depressivität, zu Grunde liegen. Zum einen konnten wir diesbezüglich zeigen, dass 12 Monate nach Ende der Schwangerschaft Emotionsregulationsschwierigkeiten eine signifikante vermittelnde Rolle beim Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und Depressivität spielen (vgl. Abb. 9.2). Frühere Forschung konnte diesen Zusammenhang bereits in anderen Populationen nachweisen (Li et al., 2020; Miu et al., 2022). Dies ist entscheidend, wenn es darum geht, Implikationen für eine optimale psychische Gesundheitsversorgung nach einer ungewollten Schwangerschaft abzuleiten: Emotionsregulationsfähigkeiten können – im Gegensatz zu Kindheitstraumata, die retrospektiv nicht mehr veränderbar sind – als modifizierbarer Mechanismus genutzt werden, um von depressiven Symptomen betroffenen Personen zu helfen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Frauen, die Kindheitstraumata erlebt haben, besonders anfällig dafür sind, nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft psychisch belastet zu sein. Um diese vulnerable Gruppe bestmöglich zu versorgen, ist es vor allem wichtig, sie als solche zu identifizieren. Dies könnte beispielsweise durch ein systematisches Screening auf Kindheitstrauma im Rahmen der Regelversorgung von Personen mit einer ungewollten Schwangerschaft erreicht werden. Die Schwangerschaft ist hierfür eine besonders günstige Phase, da durch die Regelversorgung von Schwangeren bereits ein verstärkter Kontakt mit dem Gesundheitssystem besteht. So kommen in Deutschland fast alle Personen mit einer ungewollten Schwangerschaft mit dem Gesundheitssystem in Kontakt - zum Beispiel bei Frauenarztterminen, bei Beratungsangeboten zur Familienplanung (z.B. pro familia), durch Hebammenbetreuung oder Klinikaufenthalte. Im Allgemeinen werden peripartale und reproduktive psychische Störungen nach wie vor unterdiagnostiziert und unterbehandelt (Fonseca et al., 2020). Daher müssen bestehende Anlaufstellen genutzt werden, um gefährdete Personen zu identifizieren und sie über Möglichkeiten der psychologischen Gesundheitsversorgung zu informieren. Wichtig ist hierbei auch, dass Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, aufgrund der kürzeren Zeit, in der sie schwanger sind, in der Regel weniger Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben. Für diese Gruppe ist eine frühzeitige Identifikation von Risiken für psychische Probleme und mögliche Interventionen umso wichtiger. Die Nutzung der Schwangerschaft als Zeitfenster um Frauen mit Kindheitstraumata zu identifizieren kann dazu beitragen, Informationen und Unterstützung zu bieten, falls psychische Probleme auftreten. Unsere Ergebnisse deuten weiter darauf hin, dass, sobald gefährdete Personen identifiziert sind, Emotionsregulationsschwierigkeiten ein vielversprechender Ansatzpunkt für Präventions- und/oder Interventionsmaßnahmen

darstellen könnten. Während Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation eng mit Kindheitstraumata verwoben zu sein scheinen (Schierholz et al., 2016), sind sie, anders als Kindheitstraumata, ein proximaler, modifizierbarer Aspekt psychischer Belastung. Emotionsregulationsfähigkeiten zu verbessern könnte daher depressive Symptome nach einer ungewollten Schwangerschaft verhindern oder verringern. Hierfür können verschiedene psychotherapeutische Methoden und Strategien hilfreich sein, z. B. Dialektische Behaviorale-Therapie (DBT; (Linehan, 1993)), kognitive Umstrukturierung oder emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2011). Je nachdem, welche individuellen Emotionsregulationsstrategien genutzt werden und wie gut sie funktionieren, sollten personalisierte Interventionen ausgewählt werden, um depressive Symptome zu verringern. Künftige Forschung ist erforderlich, um zu untersuchen, welche Strategien im Zusammenhang mit einer ungewollten Schwangerschaft am nützlichsten sein könnten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Initial sollte die Stichprobe zum größten Teil über die repräsentative Querschnittserhebung rekrutiert werden. Da die geplante Stichprobe auf diesem Weg jedoch nicht erreicht werden konnte, wurden zusätzliche Rekrutierungswege, vor allem Social Media, genutzt. Dadurch kam es zu Selbstselektionseffekten. Diese könnten beispielsweise zu einer geringen Diversität in der Stichprobe geführt haben. So finden sich vergleichsweise wenig Frauen mit Migrationsgeschichte in der Stichprobe sowie relativ viele Frauen mit hoher beruflicher Qualifikation. Ebenso muss angemerkt werden, dass durch die querschnittlich durchgeführten Datenanalysen keine kausalen Schlüsse bezüglich des Zusammenhangs von Emotionsregulationsschwierigkeiten, subjektivem Stress und depressiven Symptomen gezogen werden können und die Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht eingeordnet werden müssen. So könnte es zum Beispiel auch der Fall sein, dass, sobald depressive Symptome abnehmen, auch die Emotionsregulationsschwierigkeiten geringer werden.

Auf der anderen Seite sind folgende Stärken der Studie anzumerken. Zunächst ist zu betonen, dass dies die erste Studie ist, die die Rolle von Kindheitstraumata, Emotionsregulationsschwierigkeiten, Haarcortisol und deren Zusammenhang mit Depressivität im Kontext ungewollter Schwangerschaft untersucht. Die große Stichprobengröße, das balancierte Design in Bezug auf Kindheitstraumata sowie die Hinzunahme eines klinischen Interviews neben Selbstauskunftsfragebögen tragen weiter zu den Stärken der Studie bei. Zusätzlich ist hervorzuheben, dass die Fragestellungen in einem eng umgrenzten Zeitraum nach der ungewollten Schwangerschaft untersucht wurden und damit die Aussagekraft der Ergebnisse in Bezug auf die ungewollte Schwangerschaft stärkt. Diese Studie adressiert nicht nur fehlende Studien in Bezug auf Frauen mit Kindheitstraumata und ungewollten Schwangerschaften in Deutschland, sondern schließt auch noch eine Datenlücke von Studien zu ungewollten Schwangerschaften, die sowohl Frauen inkludieren, die die Schwangerschaft abgebrochen als auch solche, die sie ausgetragen haben.

Abschließend lässt sich festhalten, dass auch die Ergebnisse dieser Vertiefungsstudie (neben der vertieften Analyse der repräsentativen Umfrage, siehe Kapitel 9.1.1.5) dafürsprechen, dass Frauen, die in der Kindheit Traumatisierungen erlebt haben, eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, nach einer ungewollten Schwangerschaft psychisch belastet zu sein. Insbesondere scheint für diese vulnerable Gruppe das Risiko erhöht, dass sie verstärkten Stress und Depressivität erleben oder eine depressive Episode ausbricht, das heißt, sie an einer psychischen Störung erkranken.

9.1.2.6 Literaturverzeichnis

- Ahmad, S. A. I. H., Holtrop, J., van den Eijnden, M. J. M., Jonkman, N. H., van Pampus, M. G., van den Heuvel, O. A., Broekman, B. F. P. & Schonewille, N. N. (2024) "Family planning decision-making in relation to psychiatric disorders in women: a qualitative focus group study", *Reproductive health*, Vol. 21, No. 1, S. 96.
- Aymerich, C., Pedruzo, B., Salazar de Pablo, G., Madaria, L., Goena, J., Sanchez-Gistau, V., Fusar-Poli, P., McGuire, P., González-Torres, M. Á. & Catalan, A. (2024) "Sexually transmitted infections, sexual life and risk behaviours of people living with schizophrenia: systematic review and meta-analysis", *BJPsych open*, Vol. 10, No. 3, e110.
- Althammer, Jörg; Lampert, Heinz (2014): *Lehrbuch der Sozialpolitik*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Althans, B., Freis, M., Lamprecht & Juliane (2012) "Implizite Geschlechter-Inszenierung und Professionskulturen.: Zu aktuellen Optimierungsbestrebungen beim Übergang von Kita zur Grundschule", in Baader, M. S., Bilstein, J. & Tholen, T. (Hg.) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*, Springer-Verlag, S. 207–234.
- Antonovsky, A., Franke, A. (Hrsg.) (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit von Aaron Antonovsky*, Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke, Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Baar, R. (2012) "Männlichkeitskonstruktionen von Grundschullehrern und Auswirkung auf deren berufliche Handlungspraxis", in Baader, M. S., Bilstein, J. & Tholen, T. (Hg.) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*, Springer-Verlag, S. 235–254.
- Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard (2020): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland: Ein Handbuch*. 6. Aufl. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-06249-1>.
- Barton, K., Redshaw, M., Quigley, M.A. & Carson, C. (2017) Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Online] 17 (1). Available from: doi:10.1186/s12884-017-1223-x [Accessed: 24 October 2019].
- BMFSFJ (2016) *Männer-Perspektiven* [Online]. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/maenner-perspektiven-115582> (Abgerufen am 5 Dezember 2024).
- BMFSFJ (2021) *Familienreport 2020: Familie heute : Daten, Fakten, Trends, Deutschland, Information*.
- Brandão, E. R., Da Cabral, C. S., Azize, R. L. & Heilborn, M. L. (2020) "Homens jovens e aborto: a perspectiva masculina face à gravidez imprevista", *Cadernos de saude publica*, 36Suppl 1, Suppl 1, e00187218.
- Brüderl, J. (2021) "Die Pluralisierung partnerschaftlicher Lebensformen in Westdeutschland und Europa", Bundeszentrale für politische Bildung, 7. Dezember [Online]. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/28344/die-pluralisierung-partnerschaftlicher-lebensformen-in-westdeutschland-und-europa/> (Abgerufen am 10 Dezember 2024).
- Brzank, P. (2012). *Wege aus der Partnergewalt: Frauen auf der Suche nach Hilfe*. Springer-Verlag.
- Buchholz, B., Aylward, S., McKenzie, S. & Corrigan, P. (2015) "Should youth disclose their mental health challenges? Perspectives from students, parents, and school professionals", *Journal of Public Mental Health*, Vol. 14, No. 3, S. 159–168.
- Busch, M., Hapke, U. & Mensink, G. (2011) *Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise*.

- Busch, U. & Hahn, D. (2022) "Schwangerschaftsabbruch in BRD und DDR: Ein Vergleich der Entwicklungen und die Neuregelung der 1990er Jahre", *Ariadne. Form für Frauen- und Geschlechtergeschichte*, No. 77, S. 81–101.
- Busch, U. (2015) "Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Abtreibung", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* [Online], Berlin, Bielefeld, De Gruyter; transcript Verlag, S. 13–40. Verfügbar unter <http://www.degruyter.com/view/product/430234>.
- Clark, L. E., Allen, R. H., Goyal, V., Raker, C. & Gottlieb, A. S. (2014) "Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients", *American journal of obstetrics and gynecology*, Vol. 210, No. 1, 42.e1-42.e8.
- Cockrill, K. & Nack, A. (2013) "'I'm Not That Type of Person': Managing the Stigma of Having an Abortion", *Deviant Behavior*, Vol. 34, No. 12, S. 973–990.
- Connell, R. W. & Messerschmidt, J. W. (2005) "Hegemonic Masculinity", *Gender & Society*, Vol. 19, No. 6, S. 829–859.
- Costescu, D. J. & Lamont, J. A. (2013) "Understanding the pregnancy decision-making process among couples seeking induced abortion", *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, Vol. 35, No. 10, S. 899–904.
- destatis (2024): Gender Gap Simulator. Gender Pay Gap, Gender Hours Gap, Gender Gap Arbeitsmarkt. Online verfügbar unter <https://service.destatis.de/DE/paygap/>, zuletzt aktualisiert am 28.10.2024, zuletzt geprüft am 12.11.2024.
- DHHS (2003). In Harm's Way: Domestic Violence and Child Maltreatment. <http://library.adoption.com/articles/in-harms-way-domestic-violence-and-childmaltreatment.html>. (Zugriff am 12.08.2011).;).
- Dijkstra, C. I., Dalmijn, E. W., Bolt, S. H., Groenhof, F., Peters, L. L. & Jansen, D. E. M. C. (2023) "Women with unwanted pregnancies, their psychosocial problems, and contraceptive use in primary care in Northern Netherlands: insights from a primary care registry database", *Family practice*, Vol. 40, 5-6, S. 648–654.
- aGühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G. & Becker, T. (2019) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg.
- Dotti Sani, G. M. & Quaranta, M. (2017) "The Best Is Yet to Come? Attitudes Toward Gender Roles Among Adolescents in 36 Countries", *Sex Roles*, Vol. 77, 1-2, S. 30–45 [Online]. DOI: 10.1007/s11199-016-0698-7.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May;14(4):245-58. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8. 1
- Gallo, E.A.G., Munhoz, T.N., Loret de Mola, C. & Murray, J. (2018) Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. [Online] 79107–114. Available from: doi:10.1016/j.chiabu.2018.01.003.
- Greenberg, L.S. (2011) *Emotion-focused therapy*. Emotion-focused therapy. Washington, DC, US, American Psychological Association.
- Gruhn, M.A. & Compas, B.E. (2020) Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*. [Online] 103104446. Available from: doi:10.1016/j.chiabu.2020.104446.

- Hahn, D. (2000) *Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*, Frankfurt, New York, Campus.
- Hahn, D. (2022) "Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit: Der Schwangerschaftsabbruch als Menschenrechts- und Public-Health-Frage", *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, No. 53, S. 11–24.
- Hahn, D. (2024) Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin.
- Hasson-Ohayon, I., Hason-Shaked, M., Silberg, T., Shpigelman, C.-N. & Roe, D. (2018) "Attitudes towards motherhood of women with physical versus psychiatric disabilities", *Disability and health journal*, Vol. 11, No. 4, S. 612–617.
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *Frauen Leben 3: Familienplanung im Lebens-lauf von Frauen: Schwerpunkt: ungewollte Schwangerschaften*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Herrenkohl, T. I., Fedina, L., Roberto, K. A., Raquet, K., Hu, R. X., & Rousson, A. N. (2021). Child maltreatment, youth violence, intimate partner violence, and elder mistreatment: A review and theoretical analysis of research on violence across the lifecourse. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(1), 314–328. <https://doi.org/10.1177/1524838020939119>; Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84-99. <https://doi.org/10.1177/1524838008314797>
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84-99. <https://doi.org/10.1177/1524838008314797>
- Heuschkel, A. & Rahnfeld, C. (2023) *Gewollte Kinderlosigkeit: Theoretische Einordnung und empirische Erkenntnisse zur Entscheidung von Frauen für ein Leben ohne Kinder* [Online], Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; Springer VS. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/claudia-rahnfeld/publication/375801111_2023_gewollte_kinderlosigkeit_ebook.
- Hinte, W. (2022). Sozialraumorientierung–konzeptionelle Grundlagen, Hindernisse und Chancen. *unsere jugend*, 74(9), 362-372.
- Hollstein, W. (2021) "Vom Singular zum Plural: Männlichkeit im Wandel - Essay", Bundeszentrale für politische Bildung, 7. Dezember [Online]. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/144849/vom-singular-zum-plural-maennlichkeit-im-wandel-essay/> (Abgerufen am 10 Dezember 2024).
- Jacobi, J. (2012) "Wie männlich ist die Universität?", in Baader, M. S., Bilstein, J. & Tholen, T. (Hg.) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*, Springer-Verlag, S. 271–286.
- Kleikamp, T. (2017) *Akademikerpaare werden Eltern: Rollenfindung, Bewältigungsstrategien, Belastungsfaktoren*, Opladen, Berlin, Toronto, Verlag Barbara Budrich.
- Kosuch, R. & Kuhnhenne, M. (2012) "(Wie) empfehle ich meinen Studiengang?: Positionierungen und Männlichkeitsinszenierungen von Akteuren beim Zukunftstag für Jungen", in Baader, M. S., Bilstein, J. & Tholen, T. (Hg.) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*, Springer-Verlag, S. 287–302.
- Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009) "Conceptualising abortion stigma", *Culture, health & sexuality*, Vol. 11, No. 6, S. 625–639.

- Löbmann R & Herbers K (2005). Neue Wege gegen häusliche Gewalt. Pro-aktive Beratungsstellen in Niedersachsen und ihre Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Løkeland, M. (2004) "Abortion: The Legal Right Has Been Won, But Not the Moral Right", *Reproductive health matters*, Vol. 12, sup24, S. 167–173 [Online]. DOI: 10.1016/S0968-8080(04)24016-2 (Abgerufen am 5 Januar 2021).
- Meuser, M. & Scholz, S. (2012) "Herausgeforderte Männlichkeiten.: Männlichkeitskonstruktionen im Wandel von Erwerbsarbeit und Familie", in Baader, M. S., Bilstein, J. & Tholen, T. (Hg.) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*, Springer-Verlag, S. 23–40.
- Michalek, R., Schönknecht, G. & Laros, A. (2012) "Männlichkeitskonstruktionen, Leistungsorientierung und Arbeitsmotivation-Einblicke in eine Studie an einem Schweizer Gymnasium", in Baader, M. S., Bilstein, J. & Tholen, T. (Hg.) *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies*, Springer-Verlag, S. 255–270.
- Miller, L. J. & Finnerty, M. (1998) "Family planning knowledge, attitudes and practices in women with schizophrenic spectrum disorders", *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, Vol. 19, No. 4, S. 210–217 [Online]. DOI: 10.3109/01674829809025699.
- Miu, A.C., Szentágotai-Táti, A., Balázs, R., Nechita, D., et al. (2022) Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. [Online] 93102141. Available from: doi:10.1016/j.cpr.2022.102141.
- Pollak, S., Cicchetti, D. & Klorman, R. (1998) Stress, memory, and emotion: Developmental considerations from the study of child maltreatment. *Development and Psychopathology*. [Online] 10 (4), 811–828. Available from: doi:10.1017/S0954579498001886.
- Sahle, B.W., Reavley, N.J., Li, W., Morgan, A.J., et al. (2022) The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [Online] 31 (10), 1489–1499. Available from: doi:10.1007/s00787-021-01745-2.
- Schierholz, A., Krüger, A., Barenbrügge, J. & Ehring, T. (2016) What mediates the link between childhood maltreatment and depression? The role of emotion dysregulation, attachment, and attributional style. *European Journal of Psychotraumatology*. [Online] 7 (1), 32652. Available from: doi:10.3402/ejpt.v7.32652.
- Schonewille, N. N., Rijkers, N., Berenschot, A., Lijmer, J. G., van den Heuvel, O. A. & Broekman, B. F. P. (2022) "Psychiatric vulnerability and the risk for unintended pregnancies, a systematic review and meta-analysis", *BMC pregnancy and childbirth*, Vol. 22, No. 1, S. 153 [Online]. DOI: 10.1186/s12884-022-04452-1.
- VSeeman, M. V. & Ross, R. (2011) "Prescribing contraceptives for women with schizophrenia", *Journal of psychiatric practice*, Vol. 17, No. 4, S. 258–269.
- Sharp, E., Richter, J. & Rutherford, A. (2015) "'Um... I'm Pregnant.'" Young Men's Attitudes Towards Their Role in Abortion Decision-Making", *Sexuality Research and Social Policy*, Vol. 12, No. 2, S. 155–162.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder | Gemeinsames Statistikportal (2024): Frauenanteil an Alleinerziehenden | Statistikportal.de. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-5-geschlechtergleichheit/frauenanteil-alleinerziehenden>, zuletzt aktualisiert am 12.11.2024, zuletzt geprüft am 12.11.2024.
- Statistisches Bundesamt (2024): KORREKTUR: Gender Care Gap 2022: Frauen leisten 44,3 % (alt: 43,8 %) mehr unbezahlte Arbeit als Männer. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_073_63991.html, zuletzt aktualisiert am 03.04.2024, zuletzt geprüft am 11.11.2024.

- Steinberg, J. R. & Finer, L. B. (2011) "Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model", *Social science & medicine* (1982), Vol. 72, No. 1, S. 72–82 [Online]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.10.006.
- Suzuki, L. K. & Calzo, J. P. (2004) "The search for peer advice in cyberspace: An examination of online teen bulletin boards about health and sexuality", *Journal of Applied Developmental Psychology*, Vol. 25, No. 6, S. 685–698.
- Volz, R. & Zulehner, P. M. (2009) *Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland* [Online], Universitätsbibliothek Tübingen. Verfügbar unter <https://tobias-lib.ub.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/65091>.
- Walker-Descartes I., Mineo M., Condado LV, Agrawal N. (2021). Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatr Clin North Am.* 455-464. doi: 10.1016/j.pcl.2020.12.011.

9.2 Psychosoziale Versorgung (AP 2) **(Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)**

Im Folgenden werden die in Kap. 7.2.1 bis 7.2.3 beschriebenen Ergebnisse aller Teilerhebungen des AP 2 zusammengefasst, diskutiert und entlang der Praxiserfahrungen der befragten Beratungsfachkräfte Handlungsansätze zur Verbesserung der psychosozialen wie medizinischen Versorgung vorgestellt.

9.2.1 Psychosoziale Versorgungsstruktur

Aufgrund fehlender systematischer Untersuchungen zur Beratungsstellenstruktur lag das Ziel von AP 2-1 in der Erstellung einer systematischen Übersicht der bundesweiten länder- und trägerspezifische Struktur der Schwangerschaftsberatungsstellen. Dafür wurden explorierende Expertengespräche mit Vertretungen der Landesministerien und der Trägerverbände per Online-Konferenzen und Kurzfragebogen umgesetzt, eine Recherche von Strukturdaten zu Anzahl, Pluralität, personeller Ausstattung (Versorgungsschlüssel) und Erreichbarkeit der Beratungsstellen und eine Analyse ausgewählter Aspekte der Angebots- und Vernetzungsstruktur der Beratungsstellen per Online-Erhebung unter Leitungskräften realisiert. Zentrale Aspekte zur Beratungsstellenstruktur als wesentlicher psychosozialer Versorgungsinstanz werden nachfolgend diskutiert und um Veränderungen, die befragte Leitungskräfte mit Blick auf die Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen für relevant halten, ergänzt.

9.2.1.1 Explorierende Expertengespräche

Durch den gesetzlichen Auftrag aus § 10 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) verfügen die zuständigen Behörden/Landesministerien über Daten zur psychosozialen Versorgungssituation der jeweiligen Bundesländer. Für eine erste Exploration von Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft wurden der Antragstellung entsprechend leitfadengestützte Fachgespräche mit den Zuständigen der jeweiligen Bundesländer wie auch den Referentinnen und Referenten der Trägerverbände der Beratungsstellen nach § 3 SchKG geführt, ergänzt um einen elektronisch versendeten Kurzfragebogen. Die so gewonnenen ersten Übersichten über die psychosoziale Versorgungsstruktur konnten im weiteren Projektverlauf für die Vorbereitung der quantitativen Erhebungen genutzt werden.

In den Expertengesprächen trat die Diversität der Angebote der Schwangerschaftsberatungsstellen und deren Rolle als zentrale Netzwerk-Akteurinnen und -Akteure im Feld der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer deutlich hervor. Zugleich wurden Unterschiede in den länderspezifischen Ausführungsbestimmungen einerseits und trägerspezifischen Schwerpunkten andererseits erkennbar. Weiterhin wurde in den Fachgesprächen deutlich, dass zumindest einige Beteiligte von einer hohen Fragilität der Beratungsstellenlandschaft und der besonderen Bedeutung der gesellschaftspolitischen Rahmung des Themas ausgingen – beschrieben wurde in diesem Zusammenhang unter anderem die Tabuisierung und Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, die sich auf Ratsuchende, aber auch Beraterinnen und Berater und Ärztinnen und Ärzte auswirken würde. Es zeigte sich gleichermaßen ein hohes Interesse an der wissenschaftlichen Untersuchung des ELSA-Verbunds (auf Grund bisher sehr lückenhafter Forschung) und ein hohes Sicherheitsbedürfnis (insb. bei einigen Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene), das darauf abzielte, Ergebnisse möglichst nur nach Absprache zu publizieren und keine fundamentalen Veränderungen vorhandener Struktur und Verantwortlichkeiten anzustoßen.

Die anschließende Kurzbefragung stellte sich als wenig geeignet heraus, um eine differenziertere Erfassung relevanter Strukturdaten zu ermöglichen. Als ein wiederkehrendes Thema, das auch in den explorierenden Fachgesprächen benannt wurde, konnte hier aber die Vernetzung zwischen dem psychosozialen und dem medizinischen Bereich identifiziert werden, das damit auch einen Schwerpunkt in den nachfolgenden Erhebungen bildete.

Insgesamt stellte dieses Arbeitspaket einen wichtigen Baustein für den Feldzugang (Leitungsbefragung in AP 2-1, qualitative Fachkräftebefragung in AP 2-3) sowie für den Aufbau eines Netzwerks zur Recherche weiterer länder- und trägerbezogener Strukturdaten dar. Die Recherche von Strukturdaten mit Hilfe von öffentlich verfügbaren Übersichtslisten und Berichtsdaten wurde in der Folge als weiterer Untersuchungsschritt abgeleitet.

9.2.1.2 Strukturdatenanalyse

Um Fragen zur Beratungsstellenverteilung, zur weltanschaulichen Pluralität des Beratungsangebots, zur Einhaltung des gesetzlich festgelegten Versorgungsschlüssels und zur regionalen Erreichbarkeit der Beratungsstellen beantworten zu können, wurden themenbezogen recherchierte Daten analysiert und grafisch dargestellt (vgl. Kapitel 7.2.1).

Mit Hilfe der Strukturdatenanalyse konnte gezeigt werden, dass der gesetzlich vorgegebene Versorgungsschlüssel (1 Beratungsfachkraft VzÄ per 40.000 Einwohnende) mit nur geringen bundesweiten Abweichungen gut umgesetzt wurde. Allerdings erlaubt dies keine Schlussfolgerungen darüber, inwieweit die Beratungsstellen dem tatsächlich vorhandenen Beratungsbedarf mit einer solchen Stellenberechnung angemessen begegnen können und ob die Finanzierung des Personals, die meist bei 80 % liegt, ausreichend ist. Auch können entlang der untersuchten Daten keine Aussagen zur Nachfrage oder den genauen jährlichen Beratungszahlen nach Themen getroffen werden.

Die Analysen zeigten jedoch große regionale Unterschiede in den Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB mit Scheinvergabe vor einem Schwangerschaftsabbruch. Eine insgesamt schlechtere Angebotsstruktur für die Pflichtberatung vor einem Schwangerschaftsabbruch findet sich in Regionen mit einer hohen Anzahl an Beratungsstellen, die katholischen Trägern angehören und keine Beratungsscheine ausstellen, das sind Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (mit unter 70 % scheinausstellenden Beratungsstellen). Anders sieht es in den ostdeutschen Bundesländern aus – hier finden sich teilweise über 90 % scheinausstellender Beratungsstellen (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Brandenburg). Zudem umfasst die weltanschauliche Pluralität auf Trägerseite bisher nur Beratungsstellen in Trägerschaft einer christlichen Kirche oder nicht-konfessioneller Trägern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Weiterhin ließen sich bundesweit uneinheitliche Ausführungsbestimmungen feststellen, was bspw. Aspekte wie Erreichbarkeit und Ausgestaltung der Beratungsstellen betrifft.

Dabei stehen unsere Aussagen unter dem Vorbehalt einiger Limitationen, die v.a. in der fehlenden Verfügbarkeit vergleichbarer statistischer Daten in den einzelnen Bundesländern begründet sind. Eine große Hürde in der Recherche bestand in der uneinheitlich gestalteten und in Teilen – auch für wissenschaftliche Zwecke – nicht zugänglichen Datensammlung. Gerade was die Gesundheitsberichterstattung und den für ELSA relevanten Indikator 7.1 betrifft, fehlen in einzelnen Bundesländern Festlegungen über gesetzliche Zuständigkeiten, Periodizität des Berichtswesens oder inhaltliche Vorgaben zu relevanten Datenquellen oder Indikatoren. Dieser Spielraum in der konkreten Umsetzung führt zu teilweise großen Lücken in der Berichterstattung und Verfügbarkeit von Daten. Mit Ausnahme von Sachsen und Nordrhein-Westfalen wird die Berichterstattung zum Indikator 7.1 wenig transparent kommuniziert, die Daten sind oft nur auf Anfrage bei den zuständigen Ministerien verfügbar. Einige wenige Bundesländer stellen die (aktuelle) GBE online zur Verfügung, andere weisen zwar die GBE nach Indikatoren aus, allerdings nicht zum Indikator 7.1.

Deshalb braucht es zukünftig eine größere Transparenz in der Datenerfassung und -weitergabe durch die Länder bzw. der mit der Umsetzung des SchKG beauftragten Stellen, um Längs- und Querschnittsvergleiche bspw. zu Beratungszahlen und VzÄ zu ermöglichen. Mit Blick auf den digitalen Raum haben unsere Erhebungen gezeigt, dass bspw. Informationen über vorhandene Beratungsstellen nicht konsequent von allen Landesministerien bereitgestellt werden bzw. die

vorhandenen Listen zum Teil nicht aktuell oder fehlerhaft sind. Die Datenbank der BZgA auf familienplanung.de ist ein hilfreiches Tool für die Suche nach einer regionalen Beratungsstelle. Zugleich basiert sie auf Selbstmeldeangaben der Beratungsstellen und hat deshalb hinsichtlich Aktualität und Korrektheit Schwächen. Da die vorhandenen Übersichten der Länder und auf familienplanung.de damit nur eingeschränkt zuverlässig in ihrer Aussagekraft sind, braucht es zur Einschätzung der Versorgung valide und aktuelle Übersichten.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass sich Aussagen zur Anzahl an Beratungsstellen nur bedingt für eine Beurteilung der psychosozialen Versorgungsstruktur eignen. Die konkrete regionale Situation, die personelle und finanzielle Ausstattung, die rahmenden Vorgaben der Bundesländer und Trägerverbände und die damit einhergehenden Möglichkeiten, auf spezifische Bedarfe und Fragen Ratsuchender adäquat eingehen zu können, sind in der Praxis letztendlich ausschlaggebend für die tatsächliche Versorgungssituation.

9.2.1.3 Leitungskräftebefragung

Um differenzierte Daten zu Vor- bzw. Nachsorgeangeboten bei ungewollter Schwangerschaft, regionalen Kooperationsstrukturen und Anlässen der Beratung, z.B. spezifische Beweggründe oder wiederholte Inanspruchnahme, zu erfassen, wurde eine Fragebogenerhebung unter den Beratungsstellen aller Bundesländer über die Trägerverbände der Wohlfahrtspflege initiiert. Diese diente der Analyse der Netzwerkstrukturen von Schwangerschaftsberatungsstellen ins psychosoziale und ins medizinische Versorgungssystem und der sich daraus ableitenden Handlungsbedarfe.

Die Analysen der Onlineerhebung haben deutlich gezeigt, dass Schwangerschaftsberatungsstellen zentrale Aufgaben der psychosozialen Begleitung bei ungewollten/ambivalenten Schwangerschaften übernehmen. Mit Blick auf ratsuchende Personen in besonderen Belastungssituationen wurde deutlich, dass auf deren Beratungsbedarf entweder mit internen eigenen Beratungsangeboten oder durch Verweisung in die vorhandenen Netzwerke reagiert wird. Gleichzeitig wurden der Beratungs- und Unterstützungsbedarf und die Auslastung als sehr hoch beschrieben und die Ressourcen der Beratungsstellen und Beraterinnen und Berater reichen nicht immer aus, um dem gerecht zu werden. Es wird dementsprechend die Aufstockung und Sicherstellung personeller und finanzieller Ressourcen gefordert, auch, um die nötigen Kooperationsbeziehungen aufrechtzuerhalten bzw. zu etablieren. Die Intensität der Austauschbeziehungen variiert mit der Art der Einrichtungen: Während die befragten Beratungsstellen im Allgemeinen häufiger, regelmäßiger und stärker am Kooperationsbedarf orientiert mit weiteren psychosozialen Einrichtungen im Austausch stehen, finden die Kooperationsbeziehungen mit der medizinischen Versorgung weniger häufig, weniger regelmäßig und seltener bedarfsorientiert stat. Oft begründen sich die Disparitäten in der regionalen Angebotsstruktur.

Mit Blick auf Vernetzungsaspekte ist noch einmal die Funktion von Schwangerschaftsberatungsstellen als zentrale Netzwerk-Akteurinnen und -Akteure an der Schnittstelle psychosozialer und medizinischer Versorgungsangebote herauszustellen. Neben der Vermittlung in weiterführende Beratungs- und Unterstützungsangebote übernehmen Beratungsstellen auch die Funktion der Informationsdissemination. Deutlich wird dies bspw. anhand der Informationsweitergabe über ärztliche Versorgung im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs. 51,7 % der befragten Beratungsstellen gab in der Beratung eine Liste mit Informationen über regionale Abbrucheinrichtungen an die Klientinnen und Klienten, 45,8 % nannten die Namen und Kontaktdaten der Einrichtung bzw. schrieben die jeweiligen regionalen Möglichkeiten in der Beratung auf. Auf die Liste der Bundesärztekammer verwiesen 19,4 % der Befragten, auf mögliche Listen der Bundesländer 6,5 % - sie sind, obschon auch hier eine regionale Recherche möglich ist, für die Befragten offensichtlich eine weniger relevante Informationsquelle.

Unsere Daten zeigen auch, dass gerade Vernetzung und Kommunikation in Richtung medizinischer Versorgung als ausbaufähig einzuschätzen ist. So erhielten zum Beispiel 74 % der Beratungsstellenleitungen nur durch aktives Nachfragen bei den Ärztinnen und Ärzten, Praxen und Kliniken in der Region die nötigen Informationen über regionale Abbrucheinrichtungen für ihre Listen bzw. Übersichten. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit Ärztinnen und Ärzten und Kliniken wird von den Beraterinnen und Beratern als sehr bedeutsam eingeordnet, ist aber eher als „Einbahnstraße“ zu interpretieren. Hier ist ein hohes Maß an Eigeninitiative durch die Beratungsstellen erforderlich, um aktuelle und passende Informationen über Abbrucheinrichtungen, Methoden des Abbruchs usw. zu erhalten. Auch nehmen Leitungen einen höheren Bedarf an Austausch mit den medizinischen Einrichtungen wahr und erleben ihn als einseitiger, anders als den Austausch mit psychosozialen Einrichtungen.

Mit Hilfe der Onlinebefragung von Leitungskräften konnte weiterhin gezeigt werden, dass sich Schwangerschaftsberatungsstellen nach wie vor bevorzugt analoger Medien bedienen, wenn es um ihre Sichtbarkeit geht. Mündliche Informationsweitergabe, Weitervermittlung durch Ärztinnen und Ärzte und andere Fachkräfte wurden von Leitungskräften der Schwangerschaftsberatung als besonders relevant für den Zugang zur Beratung eingeschätzt. Zunehmend nutzen Beratungsstellen aber auch die Internetpräsenz und gehen davon aus, dass ein Großteil der Ratsuchenden durch die Internetrecherche Zugang zu den Beratungsstellen findet.

Die Onlineerhebung bot abschließend Raum für Verbesserungsvorschläge in der Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Dieser Möglichkeit, eigene Überlegungen mitzuteilen, kam knapp 65 % der Befragten nach. Die meisten Antworten waren geprägt von einer befürchteten oder bereits wahrgenommenen mangelhaften medizinischen Versorgung, verbunden mit dem Wunsch nach einer verbesserten Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern, Gynäkologinnen und Gynäkologen, der straffreien Informationsweitergabe zum Schwangerschaftsabbruch durch Ärztinnen und Ärzte⁷⁶, einem Ausbau der medizinischen Versorgungslage im ländlichen Raum und der Möglichkeit der Methodenwahl, insbesondere des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs. Weiterhin wurde die finanzielle und personelle Ausstattung der Beratungsstellen problematisiert, verbunden mit der Forderung nach einer vollständigen Finanzierung. Auch genannt wurden Schwierigkeiten in der Weitervermittlung zu psychotherapeutischen Angeboten und in der Umsetzung digitaler Beratungsangebote. Unaufgefordert gab es sehr viele Rückmeldungen zur rechtlichen Rahmung des Schwangerschaftsabbruchs in Form der Kritik der aktuellen Verortung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch und der Forderung der Streichung. Auch wurde auf die Beratungspflicht Bezug genommen, teils wird (nur) die Abschaffung gefordert, teils auch alternative Regelungsmodelle angedeutet. Die genannten Vorschläge sind wichtige Hinweise auf Lücken im Versorgungssystem und decken sich weitestgehend mit den Befunden anderer Teilerhebungen des ELSA-Verbunds (vgl. Kapitel 9.2.3).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Ergebnisse der Leitungsbefragung – ähnlich wie es Clasen und Völckel (2024) konstatieren – die Lotsenfunktion der Beratungsstellen in das Gesundheitssystem und das System der sozialen Hilfen betonen, und zugleich die vielfältigen fachlichen Kompetenzen aufzeigen, die dafür aufseiten von Beraterinnen und Berater in den Themenfeldern (ungewollte) Schwangerschaften, Verhütung, Frühe Hilfen und staatliche Transferleistungen notwendig sind. Auch die Auswirkungen von gesellschaftlichen Krisen auf die individuellen Lebenslagen und Beratungsbedarfe der Ratsuchenden, wie sie zuvor etwa Großmaß & Püschel (2006) oder Clasen und Völckel (2024) beschrieben haben, spiegeln sich in den Befunden wider.

⁷⁶ Zum Befragungszeitpunkt im 4. Quartal 2021 galt noch der §219a StGB.

Zugleich entwickelt sich der gesellschaftliche Diskurs um staatliche Verpflichtungen im Kontext reproduktiver Gesundheit weiter und muss in diesem Zusammenhang dauerhaft sichergestellt sein, dass die Ausstattung und Fachlichkeit von Schwangerschaftsberatungsstellen finanziell abgesichert sind.

9.2.2 Online-Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

Die im Antrag formulierten Ziele des AP 2-2 waren, entlang einer Google-Schlagwortsuche bzw. einer Medieninhaltsanalyse der Internetpräsenzen von anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen online bereitgestellte Informationen zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch hinsichtlich psychosozialer, juristischer und medizinischer Aspekte zu untersuchen, die Websites hinsichtlich Informationen über regional spezifische Versorgungsangebote und ihrer Erreichbarkeit zu prüfen sowie die Usability, also die praktische Gebrauchstauglichkeit der Internetpräsenzen in den Blick zu nehmen, insbesondere hinsichtlich Barrierearmut. Diese Ziele wurden erreicht.

Im Forschungsprozess wurde das im Antrag nur grob skizzierte Vorgehen (Untersuchung von max. 160 Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen; Google-Schlagwortsuche; Analysen der Trefferlisten) in ein zweischrittiges Vorgehen aufgegliedert, indem einerseits ein gezieltes Sample an Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen (25% der Grundgesamtheit, n=319) zusammengestellt wurde und andererseits Googletrefferlisten entlang einer Schlagwortsuche erstellt wurden (n=124). Aus forschungsökonomischen Gründen musste auf den Zugang zu den Websites über Gastarbeitsplätze regional unterschiedlicher universitärer Bibliotheken verzichtet werden.

Die im Antrag definierten Ziele zur Medieninhaltsanalyse einschlägiger Internetseiten psychosozialer Versorgungsangebote (= Beratungsstellen-Websites) wurden in Teilen in der Umsetzung angepasst. So wurde darauf verzichtet, die Qualität der Informationen zu untersuchen, dafür jedoch der Umfang der online bereitgestellten Informationen bei der Medieninhaltsanalyse der Schwangerschaftsberatungsstellen-Websites berücksichtigt.

Ergänzend, obschon im Antrag nicht explizit benannt, wurden auch Websites der n=16 Bundesländer in die Erhebung aufgenommen und analysiert.

In Absprache mit dem Mittelgeber wurde zudem eine Medieninhaltsanalyse von schwangerschaftsabbruchbezogenen Informationen ärztlicher Einrichtungen vorgenommen. Diese Anpassung des Forschungsdesigns folgte aus der Abschaffung des § 219a StGB im Juli 2022, das Ärztinnen und Ärzten bislang untersagt hatte, öffentlich über ihr Leistungsangebot Schwangerschaftsabbruch zu informieren bzw. weiterführende Informationen zu disseminieren. Ein Jahr nach der Gesetzesänderung sollte in einer entsprechenden Teilerhebung geprüft werden, ob und in welchem Umfang Ärztinnen und Ärzte und medizinische Einrichtungen online Informationen bereitstellen.

9.2.2.1 Google-Treffer

Es dominierten mit knapp 42 % die Websites von Medienschaffenden und damit journalistisch aufbereitete Inhalte. Deutlich seltener waren mit knapp 18 % Websites staatlicher Institutionen wie bspw. der BZgA oder Landesministerien, Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen (14 %), von Krankenkassen (10 %) und von Gesundheitsfachkräften bzw. -organisationen (7 %) vertreten. Zentrale Erkenntnis der Analysen zu den Inhalten ist, dass wenn Ratsuchende sich über eine Google-Recherche zum Thema ungewollte Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch informieren wollen, die meisten der Treffer zu einschlägigen Suchbegriffen auf den ersten vier Treffer-Seiten aus dem journalistischen Bereich stammen und entsprechend von Medienschaffenden aufbereitet werden. Es fällt auf, dass auf mehr als der Hälfte dieser Seiten keine Informationen zu rechtlichen

oder medizinischen Aspekten rund um einen Schwangerschaftsabbruch zu finden sind. Hier zeigt sich, dass Ratsuchende auf der Mehrheit an Websites, die ihnen im Rahmen der ‚klassischen‘ Google-Suche begegnen, zunächst keine sachlichen Informationen zu rechtlichen, medizinischen oder psychosozialen Aspekten eines Abbruchs erhalten. Gezeigt werden kann im Rahmen der Teilauswertung auch, dass Websites, die anhand von Suchbegriffen wie „Abtreibung“ und „Schwangerschaftsabbruch“ auf den ersten vier Googletreffer-Seiten angezeigt werden, überwiegend keine dezidierte Botschaft im Sinne von pro life oder pro choice, sondern das Thema eher neutral behandeln. Wenngleich hier Websites, die eindeutig dem Lebensschutz zuzuordnen sind, nur eine kleine Fallzahl ausmachen (n=5), positionieren sie sich in den Listen insgesamt gut – pro femina unter dem Suchwort „Abtreibung“ bspw. noch vor der staatlichen Website familienplanung.de. Die Informationen und Inhalte der analysierten Websites sind in weit überwiegendem Ausmaß nicht barrierearm und entsprechend gerade für Personengruppen mit bspw. Flucht- oder Migrationshintergrund weniger erreichbar.

Zu berücksichtigen sind in der Einordnung der Ergebnisse folgende Limitationen: Durch die Dynamiken, denen Online-Contents und Erreichbarkeiten einzelner Websites unterliegen, muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Untersuchungsergebnisse vor allem Aussagen über den jeweiligen Erhebungszeitpunkt erlauben. Zudem ist die Google-Analyse durch die gewählten Suchbegriffe geprägt – andere, bspw. auch kombinierte Suchbegriffe hätten u.U. andere Trefferlisten generiert. In zukünftiger Forschung sollte gerade dieser Aspekt (Suchverhalten/-begriffe bei ungewollter Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch) noch genauer untersucht werden, so dass gerade staatliche Websites und staatlich geförderte Einrichtungen wie Schwangerschaftsberatungsstellen entsprechende Suchmaschinenoptimierungen umsetzen könnten.

9.2.2.2 Websites von Beratungsstellen

Die quantitative Befragung unter Leitungskräften von Schwangerschaftsberatungsstellen konnte zeigen, dass nahezu alle Schwangerschaftsberatungsstellen mit einer Unterseite auf der Website ihres Trägers oder einer eigenen Website im Netz vertreten sind (vgl. Kapitel 7.2.1.2). Die Mehrheit der Schwangerschaftsberatungsstellen informierte zum Erhebungszeitpunkt auf ihren Websites über rechtliche Aspekte von Schwangerschaftsabbrüchen (93 %). Informationen über medizinische Aspekte, die Beratungsstellen im analogen Raum per gesetzlichem Auftrag des Schwangerschaftskonfliktgesetzes im Beratungsgespräch geben, stellten sie auf den Websites nur zu 40 % bereit. Die Ergebnisse zeigen, dass Schwangerschaftsberatungsstellen, die nach § 219 StGB beraten und den Beratungsschein ausstellen, in fast allen Bereichen auf ihren Websites ausführlicher informieren als Beratungsstellen, die den Beratungsschein nicht ausstellen.

Auch in dieser Teilauswertung fällt auf, dass Informationen zu medizinischen Abläufen selten bereitgestellt werden. Zudem wird deutlich, dass Barrierefreiheit überwiegend nicht gewährleistet ist, sich also Personen mit sprachlicher oder kognitiver Einschränkung auf den untersuchten Seiten weniger gut online informieren können. Dieser Befund ist insofern überraschend, als dass einige Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen in den vergangenen Jahren an niedrigschwelligen Projekten beteiligt waren bzw. entsprechende Angebote entwickelt haben, um bspw. Zielgruppen wie Geflüchtete besser zu erreichen – sich dies aber in einer barrierearmen niedrigschwelligen Erreichbarkeit bislang noch nicht widerspiegelt. Die finanzielle und personelle Ausstattung von Beratungsverbänden ist an dieser Stelle entsprechend zu erweitern, so dass Beratungsstellen und ihre Angebote online gut auffindbar sind und damit Verantwortung dafür übernehmen können, sachliche und umfangreiche Informationen zu den verschiedenen Aspekten eines Schwangerschaftsabbruchs zur Verfügung zu stellen.

9.2.2.3 Websites von Ärztinnen/ Ärzten und medizinischen Einrichtungen

Obschon seit Sommer 2022 der § 219a Strafgesetzbuch abgeschafft ist und Ärztinnen/Ärzte und med. Einrichtungen nun zum Schwangerschaftsabbruch informieren können, sind auf Websites von Ärztinnen/ Ärzten und medizinischen Einrichtungen zum Untersuchungszeitpunkt im Sommer 2023 nur selten entsprechende Informationen vorhanden.

So hatte zum Zeitpunkt der Untersuchung ein Sechstel der auf der Bundesärztekammer-Liste genannten Ärztinnen/Ärzte und medizinischen Einrichtungen keine eigene Website. Von den Ärztinnen/ Ärzten und med. Einrichtungen mit einer online auffindbaren Website (n=293) wurde nur auf rund jeder fünften untersuchten Seite (22%, n=65) das Leistungsangebot des Schwangerschaftsabbruchs eindeutig benannt. Auf diesen 65 Websites wurde bei 28 % der (straf)rechtliche Kontext erwähnt, auf 75 % dieser Seiten wurden Informationen zu medizinischen Aspekten bereitgestellt. Auf den verbleibenden 25 % der Websites wurde lediglich benannt, dass Abbrüche durchgeführt werden, ohne weitere Angaben zu medizinischen Aspekten. Auch über ein Jahr nach der Streichung des § 219a StGB (zum Erhebungszeitpunkt) informiert also nur ein Fünftel der Ärztinnen/Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die auf der BÄK-Liste stehen, über die Leistung Schwangerschaftsabbruch auf ihren Websites.

Gerade in Zusammenhang mit den Ergebnissen aus dem Fuldaer Teilprojekt (AP 3) ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, auch online über Schwangerschaftsabbrüche zu informieren, maßgeblich durch die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Befürchtung vor Belästigungen durch sog. Lebensschützer beeinflusst wird.

Mit Blick auf Ratsuchende wird deutlich: Informationen über medizinische Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs sind auch bei gezieltem Aufsuchen einer ärztlichen Website nur selten zugänglich. Das gilt insbesondere für Personen mit Einschränkungen, denn in den ausgewerteten Kriterien zur Barrierearmut (Spracheinstellung, Leichte Sprache, Vorlesefunktion) erreichen die hier untersuchten Websites im Vergleich zu den anderen Teilauswertungen die niedrigsten Werte.

9.2.2.4 Websites der Landesministerien

Zentrales Ergebnis dieser zusätzlichen Analyse ist, dass die Informationen, die auf Websites von Landesministerien bereitgestellt werden, uneinheitlich sind und Übersichtslisten zu Schwangerschaftsberatungsstellen sowie zu Ärztinnen/Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, nur teilweise zur Verfügung gestellt werden.

So sind zwar auf 14 der 16 Websites Übersichtslisten zu Schwangerschaftsberatungsstellen auffindbar, allerdings war nur auf vier der 16 Seiten die Liste der Bundesärztekammer über Ärztinnen/Ärzte und medizinischen Einrichtungen verlinkt bzw. zur Verfügung gestellt. Auf der Hälfte der Websites der Ministerien wurden zudem Hinweise auf den (straf)rechtlichen Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen gegeben, auf weniger als einem Drittel der Seiten wurden medizinische Aspekte thematisiert.

Hier fehlt es an Vergleichbarkeit in Inhalten und Zugänglichkeit über die Bundesländer hinweg, so dass es zu einer Situation kommen kann, in der Ratsuchende aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands über die staatlichen Websites in unterschiedlichem Maße Barrieren ausgesetzt sind.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der drei Teilstudien einerseits ein breites Spektrum an öffentlichen Online-Informationen zum Thema Schwangerschaftsabbruch von unterschiedlichen Anbietendentypen, andererseits wird deutlich, dass sich die unterschiedlichen Stichproben der Websites mit Blick auf den Informationsgehalt zu den ausgewählten Schwerpunkten (rechtliche und medizinische Informationen) zum Teil stark unterscheiden. Sachliche Informationen zum Schwangerschaftsabbruch sind zwar auf der Seite familienplanung.de auffindbar, doch ist diese bei einer google-Recherche nicht gut gelistet. Für die Weiterentwicklung der digitalen Informationsbereitstellung durch beratungsstelleneigene bzw. praxiseigene Websites gilt: Die Websites müssen durch die

Eingabe von Suchbegriffen wie Schwangerschaftsabbruch oder Abtreibung durch die Suchmaschinen gefunden und unter den ersten Sucheinträgen gezeigt werden. Darüber hinaus sollten sie auch für kombinierte Suchbegriffe optimiert werden. Ratsuchende sollten so verlässlich sachliche und gut verständliche Informationen insbesondere zu den bedeutsamen rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Aspekten eines Schwangerschaftsabbruchs finden können. Notwendige personelle und monetäre Ressourcen müssen in der Finanzierung durch die Länder sichergestellt werden.

Allerdings sind im Kontext von Gesundheitsinformationen Qualitätsanalysen von zentraler Bedeutung (Singh et al. 2012) und insbesondere im moralisch aufgeladenen Themenfeld Schwangerschaftsabbruch besteht Bedarf an weiterführenden Untersuchungen, die die politischen Botschaften und Bewertungen von Schwangerschaftsabbrüchen fokussieren (Döring und Conde 2021). In diesem Zusammenhang sollte, die hier berichteten Erhebungen ergänzend, auch die Verwendung von Bildern auf Websites und anderen digitalen Formaten stärker berücksichtigt und die ihnen inhärenten Botschaften analysiert werden. Auch KI-generierte Inhalte zu Schwangerschaftsabbrüchen sollten auf ihre sachliche Richtigkeit und auf eventuelle ethisch-moralische Botschaften untersucht werden sowie insgesamt die Bedeutung von KI für Ratsuchende wie auch Beratende im Kontext ungewollter Schwangerschaft/Schwangerschaftsabbruch beforscht werden (vgl. etwa Döring und Kubitzka 2023; Kubitzka 2024).

9.2.3 Qualitative Befragung von Beratungsfachkräften

Interviewt wurden n=25 Fachkräfte aus gesetzlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen unterschiedlicher Träger aus mehreren Bundesländern. Die Interviews wurden mit dem Ziel konzipiert und geführt, das Erleben der psychosozialen und medizinischen Versorgungssituation aus der Sicht psychosozialer Beratungsfachkräfte zu explorieren und Bedarfe der Weiterentwicklung unterstützender psychosozialer Angebots- und Kooperationsstrukturen zu erheben. Dabei wurde insbesondere Fragen zu der Erfahrung mit Bedarfen (ausgewählter) vulnerabler Zielgruppen und der regionalen Netzwerkarbeit Rechnung getragen.

Während die Zielsetzung weiterhin der Antragstellung entsprach, kam es im Forschungsvorgehen zu einer methodischen Anpassung. In Rücksprache mit dem Mittelgeber wurden sechs Fokusgruppeninterviews anstelle der ursprünglich geplanten Einzelinterviews und Expertinnenzirkel durchgeführt, da sich die Fokusgruppen als geeigneteres Instrument zur Erreichung der Forschungsziele herausstellten. Die dadurch freigewordenen zeitlichen und personellen Kapazitäten flossen in eine weitere Teilerhebung im AP 2-2 (Medieninhaltsanalyse der Liste der Bundesärztekammer ein Jahr nach Streichung des § 219a StGB, vgl. 9.2.2).

Analog zur quantitativen Leitungskräftebefragung lässt sich auch in der Auswertung der qualitativen Daten festhalten, dass Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen an einer zentralen Schnittstelle im Netzwerk psychosozialer und medizinischer Versorgung situiert sind. Kooperationen und Netzwerke im Bereich der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer werden von den Befragten als wichtig und größtenteils ausreichend beschrieben. Die Befragten betonen auch ihre eigene Vermittlungsrolle und nennen unter anderem Gewaltberatungsstellen, Gewaltschutzeinrichtungen, Migrationsberatungen, Mutter-Kind-Einrichtungen und die Frühen Hilfen als relevante Netzwerkpartnerinnen und -partner. Besonders bei vulnerablen Gruppen wird die Weiterverweisung als eine zentrale Aufgabe der Beratungsarbeit hervorgehoben.

Im Kontext von lebensweltlichen Herausforderungen und Vulnerabilität berichten die Befragten von Klientinnen und Klienten mit psychischen Belastungen und Erkrankungen, partnerschaftlichen Konflikten bis hin zu Gewalt, Migrationserfahrungen und finanzieller Prekarität. Es werden zunehmend Überschneidungen verschiedener Problemlagen beobachtet, was die Beratung

herausfordernder macht. Ungewollte Schwangerschaften potenzieren bereits bestehende Schwierigkeiten und führen zu komplexen Beratungsbedarfen. Diesen kann in der Beratung teils nachgekommen werden, etwa durch Unterstützung zur Beantragung finanzieller Hilfen oder Informationsbereitstellung zu weiteren Anlaufstellen. Fachliche Zusatzqualifikationen, z. B. in Trauma- oder Paarberatung, sind aus Sicht der Befragten aber entscheidend, um auf komplexe Lebenslagen adäquat eingehen zu können.

Zugleich berichten die Beraterinnen und Berater von Grenzen in den Möglichkeiten, in unterstützende Hilfesysteme weiterzuvermitteln, bspw. aufgrund des Mangels an zeitnah verfügbaren Psychotherapieplätzen. Dies führt teilweise dazu, dass sich therapeutische Bedarfe in die Beratung verlagern und längere bzw. tiefergehende Begleitungen notwendig werden. In diesem Zusammenhang wird in den Interviews darauf hingewiesen, dass eine ausreichende und gesicherte Finanzierung der Beratungsstellen die Chance auf Einstellung entsprechend qualifizierter Fachkräfte (etwa Psychologinnen und Psychologen) oder eine Erweiterung des beratungsstelleninternen Angebots ermöglichen würde.

Auch in Bezug auf Sprachmittlung zeigt sich die Finanzierung als entscheidende Stellschraube: Wenn Sprachmittlungsbedarf besteht, ist es derzeit von den regionalen Bestimmungen abhängig, ob Dolmetscherinnen und Dolmetscher finanziert werden können oder andere Lösungen gefunden werden müssen. Hier zeigt sich eine Zugangsbarriere für Klientinnen und Klienten, die kein oder kaum Deutsch sprechen, die auch den Weg zum Schwangerschaftsabbruch verkomplizieren und verlängern kann. Ein standardisiertes Vorgehen, das nicht auf persönliche Kontakte der Klientinnen zurückgreift, ist bei einem intimen und mitunter schambelasteten Thema wie ungewollter Schwangerschaft zu empfehlen – das gilt für Beratung wie auch ärztliche Gespräche.

Hinsichtlich des Erlebens der medizinischen Versorgungslage für ungewollt Schwangere wird von den befragten Beratungsfachkräften für ihre jeweilige Region deutlich häufiger eine mangelhafte als eine ausreichende Versorgungslage beschrieben. Hauptsächlich wird der Mangel an Abbrucheinrichtungen hervorgehoben, wobei ländliche Gebiete im Erleben der Befragten besonders unterversorgt sind. So entstehen mitunter lange Anfahrtswege und damit zusätzliche Belastungen für ungewollt Schwangere. Ebenso wie Busch (2019) und Meurer et al. (2021) sehen auch die bei ELSA-PV befragten Fachkräfte eine Möglichkeit für eine flächendeckende medizinische Versorgung in einer erweiterten, in der gynäkologischen Ausbildung fest verankerten Thematisierung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Auch zeigen sich in den Ergebnissen der qualitativen Erhebung die bereits im quantitativen Ergebnisteil beschriebenen Vernetzungsdisparitäten in den medizinischen Versorgungsbereich. Zwar werden auch positive Beispiele der Zusammenarbeit mit Akteurinnen und Akteuren der medizinischen Versorgung geschildert, doch vor allem Wünsche nach einem Ausbau dieser Kooperationen sowie größerem beidseitigem Engagement formuliert. Eine wechselseitige Kenntnis der jeweiligen Aufgabenbereiche und Unterstützungsangebote für ungewollt Schwangere könnte sich langfristig positiv auf die Transparenz im Informationsfluss und auf eine verlässliche Verweisungspraxis auswirken. Dies wird in den Interviews insbesondere bezüglich Pränataldiagnostik betont.

Diskutiert wurde in den Interviews auch über die Bedeutung von Online-Informationen als ein relevanter Aspekt der reproduktiven Gesundheitsversorgung. Die Befragten sprechen sich für sachliche Informationen auf Websites und Social-Media-Kanälen von Gesundheits- und Beratungsinstitutionen aus, die zielgruppengerecht (auch für Jugendliche) aufbereitet sein müssen. Notwendig sei eine Suchmaschinenoptimierung aufseiten der Fachorganisationen, damit entsprechende Inhalte gut sicht- und auffindbar sind, und eine barrierearme und diversitätssensible Aufbereitung der Online-Contents (bspw. mehrsprachig, leichte Sprache). Dies schließt an Empfehlungen von Döring/Kubitza (2023, S. 10) an, die ebenfalls darauf hinweisen, dass Online-

Inhalte für unterschiedliche Zielgruppen weiter zu diversifizieren und auch mehrsprachig anzubieten seien und die digitalen Informationen hinsichtlich praktischer Fragen wie denen nach Beratung oder Kosten auszubauen seien.

Innerhalb der Fokusgruppeninterviews wurde auch die rechtliche Rahmung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Interviewten thematisiert. In der Diskussion um das Für und Wider der verpflichtenden Beratung nach § 219 StGB verdichteten sich Fragen und Themen, die auch in der umfassenden Debatte zu den rechtlichen Regelungen von Schwangerschaftsabbrüchen eine Rolle spielen: Welche Bedeutung kommt den aktuellen gesetzlichen Regelungen für die Versorgung zu? Ist die gegenwärtige Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen ausreichend? Kann sie spezifischen Lebenslagen gerecht werden? Welche politischen Schritte könnten zu einer Verbesserung der Lage beitragen? Anknüpfend an die eigenen Praxiserfahrungen berichten die Befragten in den Interviews ähnlich vielfältige Positionierungen, wie in der Online-Erhebung unter Leitungskräften in AP 2-1 beschrieben wurden.

Die Aussagen der Interviewteilnehmenden orientieren überwiegend in Richtung einer Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, der Streichung strafrechtlicher Regulierungen sowie zur Abschaffung der Pflichtberatung. Als Argumente werden aus den gesetzlichen Regelungen entstehende Hürden für ungewollt Schwangere, wie etwa der auf ihnen lastende Rechtfertigungsdruck genannt. Dies deckt sich mit Ergebnissen der Frauen leben 3 Studie (Helfferich et al., 2016). Eine freiwillige Beratung könnte nach Einschätzung der Fachkräfte dazu führen, dass die Klientinnen und Klienten selbstbewusster und mit offenen Fragen oder tatsächlichem Unterstützungsbedarf in der Entscheidungsfindung im Kontext eines Abbruchs in die Beratung kämen. Durch die aktuelle Pflicht zur Beratung werden aus Sicht einiger Befragter unnötig Beratungskapazitäten gebunden, in jenen Fällen nämlich, in denen Klientinnen und Klienten bereits sicher für einen Abbruch entschieden seien. Einige Beraterinnen und Berater problematisieren zudem die widersprüchlichen Anforderungen, die mit der Pflichtberatung entlang der aktuellen rechtlichen Vorgaben einhergehen – ähnlich, wie Franz (2012, 2015) es bereits beschrieben hat. Auch sei in anderen Ländern sichtbar, dass ein auf Freiwilligkeit basierendes Modell gut funktioniere. In den Plädoyers für die Abschaffung der Beratungspflicht stimmen die Forderungen der Befragten mit den Empfehlungen von WHO (2022) und CEDAW überein.

Doch spricht sich ein Teil der Befragten auch für die Beibehaltung der Pflichtberatung aus, vor allem aufgrund von Bedenken, sonst gewisse Zielgruppen nicht mehr zu erreichen, die von einem Beratungsangebot – auch über einen konkreten Schwangerschaftskonflikt bzw. -abbruch hinausgehend – profitieren würden. Auch diese Erwägungen und insgesamt eine Heterogenität in den beraterischen Haltungen decken sich mit dem Forschungsstand (Madeker, 2012, Helfferich et al., 2016). Einig sind sich die Befragten hinsichtlich eines Verbesserungsbedarfs bezüglich des Images von Beratung. Sie sei nach wie vor mit schweren Problemlagen assoziiert und damit für viele Personen ein hochschwelliges Angebot. Stattdessen müssten die möglichen positiven Effekte und Chancen von Beratung stärker bekannt gemacht und diese quasi „veralltäglicht“ werden. Auch kann eine angemessene Aufklärung über die Pflichtberatung falsche Vorstellungen abbauen und so auch den Zugang zu weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten erleichtern, besonders für Menschen in vulnerablen Lebenslagen.

9.2.4 Literaturverzeichnis

- Clasen, S., Völckel, N. (2024) „Angebote und Entwicklungslinien der Schwangerschafts(konflikt)beratung in Deutschland.“ In: Lohner, EM., Böhm, M., Bomert, C. & Krolzik-Matthei, K. (Hg.) „Beratung bei ungewollter Schwangerschaft: Beiträge aus Forschung und Praxis.“, Gießen, Psychosozial, S. 508 – 518.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2020) *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights. Abortion*, Genf, OHCHR, Verfügbar unter https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf (08.10.2024)
- Döring N. & Kubitzka E. (2023) „Ich fühlte mich so alleine damit, aber dein Video hat mir geholfen“ – Der Schwangerschaftsabbruch auf YouTube und TikTok, München, merz – medien + erziehung, online exklusiv, Verfügbar unter <https://www.merz-zeitschrift.de/swipe-des-monats/details/ich-fuehlte-mich-so-alleine-damit-aber-dein-video-hat-mir-geholfen/> (08.10.2024).
- Döring, N. & Conde, M. (2021) *Sexuelle Gesundheitsinformationen in sozialen Medien: ein systematisches Scoping Review*, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz Vol. 64, S. 1416–1429.
- Franz J. (2015) „Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen.“ In: Busch, U., Hahn, D. (Hg.) *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld, transcript Verlag, S. 257–277.
- Franz, J. (2012) *Pflichtberatung vor dem Schwangerschaftsabbruch*, pro familia magazin, No.3, S. 23-25.
- Helfferrich, C, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) & Köln (Hg.) (2016) *frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen* (Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften ; eine Studien im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferrich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski), Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Kubitzka, E. (2024) *ChatGPT als digitale Anlaufstelle für Beratungsanliegen zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Eine explorative Untersuchung*, e-beratungsjournal.net – Zeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation, No. 1, S. 79-104.
- Madeker, M. (2012) *Ethische Aspekte der Schwangerschaftskonfliktberatung - Einschätzungen staatlich anerkannter Schwangerschaftskonfliktberaterinnen in Niedersachsen*, Göttingen, Georg-August Universität, Diss., 2012, Göttingen, Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen.
- Püschel, E. & Großmaß, R. (2006) *Psychologische Studentenberatung - Zwischen Aufbruch und Depression*, psychosozial, Vol. 102, S. 120-130.
- Singh, A. G., Singh, S. & Singh, P. P. (2012) *YouTube for information on rheumatoid arthritis--a wakeup call?*, The Journal of rheumatology, Vol. 39, No. 5, S. 899–903.
- World Health Organization (2022) *Abortion Care Guideline*, Genf, Verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (08.10.2024).

9.3 Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch (AP 3) **(Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)**

9.3.1 Diskussion der Ergebnisse aus der Befragung von Expertinnen und Experten (AP 3.2)

Die Befragung der Expertinnen und Experten hatte das Ziel, die Datenlage zur Versorgung zu erweitern und die Befragung der Ärztinnen und Ärzte (Arbeitspaket 3.3 und 3.4) vorzubereiten. Interviews wurden in den zuständigen Ministerien aller 16 Bundesländer durchgeführt. Dabei wurden Expertinnen und Experten dazu befragt, welche Versorgungsangebote vorhanden sind, wie der Sicherstellungsauftrag nach § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in den einzelnen Bundesländern konkret umgesetzt wird und welche Verbesserungsvorschläge es auf der Grundlage der vorhandenen Erfahrungen gibt.

Die Diskussion beleuchtet nun verschiedene zentrale Aspekte der Sicherstellung. Der auf Experteninterviews basierende Untersuchungsansatz ermöglichte uns Einblicke in die komplexen Aufgaben, Strukturen und Herausforderungen, mit denen die Bundesländer konfrontiert sind. Ziel der Diskussion ist es, die zentralen Ergebnisse zusammenzufassen, sie einzuordnen und Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen aufzuzeigen.

9.3.1.1 Heterogenität der Organisationsstrukturen

Die auf Länderebene beobachtete Vielfalt der Regelungen und Strukturen reflektiert die föderalistische Systematik Deutschlands, in der jedes Bundesland ein hohes Maß an Selbstbestimmung in diversen politischen Bereichen, darunter Gesundheitswesen, Bildung und soziale Dienstleistungen, genießt. Diese Eigenständigkeit begünstigt die Vielfalt unterschiedlicher Herangehensweisen.

Die Diversität in der Zuweisung von Zuständigkeiten, sei es durch die strukturelle Einbettung in eines oder mehrere Ministerien, in unterschiedlichen Ressorts oder auch in der Separation zwischen medizinischer und psychosozialer Betreuung, wirft bedeutende Fragen bezüglich der Effizienz und Koordination von Maßnahmen auf. Einerseits ermöglicht diese Diversität eine flexible Anpassung an lokale Bedürfnisse und Besonderheiten, andererseits kann sie jedoch zu Ineffizienzen führen, insbesondere was die Kommunikation und Abstimmungsprozesse zwischen verschiedenen Ministerien und Ressorts betrifft. Weiterhin kann sie die Möglichkeiten der Steuerung und Intervention einschränken.

Effektive Steuerungsansätze im Bereich der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch setzen klar definierte Verantwortlichkeiten voraus, eine Bedingung, die nicht in allen Ministerien als gegeben betrachtet werden kann. Es gibt Hinweise darauf, dass eine klare organisatorische Zuständigkeit für den Sicherstellungsauftrag positiv mit der Fähigkeit zu effektiver Kommunikation und Entscheidungsfindung korreliert. Insbesondere organisatorische Strategien, die thematische Bereiche unter der Ägide eines einzigen Ministeriums bündeln, könnten als effektive Methoden zur Verbesserung von Koordination und Implementierung von Maßnahmen betrachtet und diskutiert werden.

9.3.1.2 Datenlage und Versorgungssituation

Das Fehlen von Kriterien zur Beurteilung der Versorgungssituation und die mangelhafte Datenlage in vielen Bundesländern stellen weitere wesentliche Problembereiche dar. Ohne aussagefähige Kriterien sowie verlässliche und differenzierte Daten ist es schwierig, die Versorgungsangebote entsprechend dem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nach § 13 Abs. 2 SchKG zielgerichtet zu planen und zu steuern, Versorgungsengpässe präzise zu identifizieren und adäquat zu adressieren.

Die Ergebnisse verdeutlichen die unterschiedlichen Bewertungsgrundlagen. Sie belegen auch den Sonderstatus der ärztlichen Leistung bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, da Indikatoren für eine adäquate und differenzierte Bewertung der Versorgung parallel zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung fehlen. In einigen Bundesländern ist eine flächendeckende Erfassung aller Anbieterinnen und Anbieter derzeit nicht möglich. Die explizite Forderung nach einer verbesserten Datenlage durch die Zuständigen aus einigen Bundesländern selbst unterstreicht die Notwendigkeit einer fundierteren Grundlage für die Bedarfsermittlung und -bewertung sowie für zukünftige Planungen und Entscheidungen.

Die regionalen Unterschiede in der medizinischen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zusammen mit den Herausforderungen, die durch den Generationswechsel innerhalb der Ärztinnen- und Ärzteschaft entstehen, unterstreichen die dringende Notwendigkeit, die Angebote der Gesundheitsversorgung zu optimieren und deren Zugänglichkeit zu verbessern. Während Bundesländer ihre Versorgungslage als stabil bewerten, stehen andere vor erheblichen Engpässen und Herausforderungen. Diese werden durch strukturelle Veränderungen wie Klinikfusionen und das Ausscheiden von Ärztinnen und Ärzte aus dem Berufsleben noch verschärft, was die Dringlichkeit von Anpassungen und Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zusätzlich erhöht.

9.3.1.3 Landesinterne rechtliche Regelungen und Meldelisten

Die landesrechtlichen Regelungen über Abbrucheinrichtungen zeigen die Bemühungen einiger Bundesländer, eigenständige Rahmenwerke zur Organisation und Information der Versorgung zu schaffen. Zielsetzung dieser landesspezifischen Zusatzregelungen ist zumeist die Unterstützung der betroffenen Frauen durch die strukturelle und rechtliche Sicherstellung des Beratungsanspruchs, eines ausreichenden Beratungsangebots sowie der qualitativ hochwertigen Beratung. Sie sollen als präzise Ausführungs- bzw. Durchführungsregelungen die Umsetzung der bundesrechtlichen Regelungen verbessern und Qualitätsstandards regeln. Häufig finden sich darin Regelungen zur öffentlichen Förderung von Beratungseinrichtungen. Eine Ausnahme stellt hier insbesondere das Gesundheitsdienstgesetz Bayern (GDG), welches seit dem 01.06.2022 das Bayerische Schwangerenhilfeergänzungsgesetz (BaySchwHEG) ersetzt. Dieses enthält keine derartige Zweckbestimmung. Hierin findet sich unter anderem eine grundsätzliche Erlaubnispflicht für Einrichtungen, welche Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Auch das Rheinland-Pfälzische Landesgesetz zur Ausführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und anderer Gesetze (AGSchKG) sieht eine Zulassungspflicht für derartige Einrichtungen vor. Neben der Beratung und Unterstützung der Frauen wird hierdurch somit auch die Arbeit in den Einrichtungen reguliert. Eine Zunahme von Auflagen und Bedingungen kann einerseits die Rechtssicherheit auch für die Ärztinnen und Ärzte erhöhen, andererseits aber auch dazu führen, dass zusätzliche Regelungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Betreiberinnen und Betreiber der Einrichtungen als bürokratische Hürde und damit als Hindernis für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wahrgenommen werden. Dies kann sich auf die Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und dadurch mittelbar auf den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch auswirken und bedarf weiterer Untersuchungen.

Landesinterne Meldelisten können die Transparenz und Zugänglichkeit verbessern, wenn sie im Bundesland auch öffentlich verfügbar sind. Gleichzeitig sind sie, wenn sie vollständig sind, ein wichtiger Indikator für Stand und Entwicklungen der Versorgung. In einigen Ländern gelingt es jedoch nicht, diese Listen zu erstellen bzw. Ärztinnen und Ärzte lehnen die Veröffentlichung ab. Hier zeigt sich die Fragmentierung der rechtlichen und strukturellen Grundlagen. Bisher hängt der Erfolg solcher Initiativen von der aktiven Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte und der Aktualität der Listen ab. Transparenz und vollständige Listen von Anbieterinnen und Anbietern und den von ihnen angebotenen Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch, die in allen Bundesländern für

Ratsuchende zugänglich sind, könnten hier zu einer Rechtssicherheit und zu einer deutlich verbesserten Orientierung führen.

Dies könnte beispielsweise durch eine Informationspflicht der Bevölkerung durch die Bundesländer erreicht werden, die nicht der Freiwilligkeit unterstellt ist.

9.3.1.4 Kooperation und Vernetzung

Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren wird überwiegend positiv bewertet. Dies unterstreicht die Bedeutung und das Potenzial von Vernetzung und multidisziplinärer Koordination. Trotzdem besteht weiterhin die Notwendigkeit, ärztliche Verantwortung systematischer einzubeziehen, um die Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zu verbessern. Die Entwicklung von fachlichen Netzwerken, z. B. durch die für die Versorgungssicherheit zuständigen Ministerien, die interdisziplinär arbeiten, sowie ein intensiverer Austausch und konstruktiver Dialog könnten hier wirkungsvolle Lösungsansätze sein.

9.3.1.5 Fazit

Die von den Expertinnen und Experten identifizierten Handlungsbedarfe deuten auf ein breites Spektrum an Verbesserungspotenzialen hin. Dieses reicht von der Anregung gesellschaftlicher Debatten und einer stärkeren Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs über die Verbesserung der Datenerhebung und -auswertung bis hin zur Anpassung der Aus- und Weiterbildung im medizinischen Bereich. Die Vorschläge für politische und rechtliche Rahmenbedingungen spiegeln den Wunsch nach klaren Regelungen und einer besseren gesellschaftlichen und medizinischen Anerkennung von Schwangerschaftsabbrüchen als notwendiger Leistung im Rahmen von Frauengesundheit wider. Um dies zu erreichen und damit langfristig zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität beizutragen, ist die Umsetzung von Maßnahmen zur Entstigmatisierung des Themas und zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses und die Aufhebung unnötiger gesetzlicher Auflagen zu diskutieren. Die Ergebnisse zeigen, dass die dargestellten Herausforderungen auch aus der Perspektive der Bundesländer komplex und vielschichtig sind und ein systematisches und koordiniertes Vorgehen erfordern. Sie zeigen auch, dass bestimmte Themenfelder von vielen Bundesländern genannt werden, und sich die Probleme somit ähneln. Dabei sind sowohl die rechtlichen, strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen als auch die praktische Umsetzung der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zu berücksichtigen. Es wird weiterhin deutlich, dass eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit diesen Themen notwendig ist, um die Qualität der Versorgung zu sichern und den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch für die Frauen in allen Bundesländern gleichermaßen gut zu gewährleisten. Die Bundesländer messen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung eine unterschiedliche Bedeutung zu. Auch die Bewertung der Versorgungssituation in den einzelnen Bundesländern fällt unterschiedlich aus. Jedoch gestaltet sich die Erfassung der Datenlage zu den medizinischen Einrichtungen in vielen Bundesländern schwierig und ist eher unzureichend. Entsprechend wird auch die Bewertung der Versorgungssituation auf der Grundlage einer unzureichenden Datenlage und uneinheitlichen Bewertungskriterien vorgenommen. In der Konsequenz ist dadurch in vielen Bundesländern auch eine Zugänglichkeit zu notwendigen Informationen zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch nicht gewährleistet. Die Harmonisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und eine stärkere Orientierung an einer datengestützten Entscheidungsfindung sind wichtige Ansätze, um die Versorgung in diesem sensiblen Bereich auf eine gesicherte empirische Basis zu stellen. Auch die bundesländerübergreifende Diskussion möglicher Strategien, Interventionen und Handlungsfelder könnte dazu beitragen, Fragen der Versorgung, der Kommunikation oder der Versorgungsdaten lösungsorientiert anzugehen. Die Ausführungen und Anregungen der Bundesländer bieten wertvolle Hinweise für die Bedarfe bezüglich der zukünftigen Ausrichtung der Gesundheitspolitik.

9.3.2 Diskussion der Ergebnisse der Strukturdatenanalysen zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch (AP 3.1)

Im Folgenden präsentieren wir eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse unserer Strukturdatenanalysen zur regionalen Verteilung von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch. Dabei ordnen wir die Ergebnisse ein und diskutieren sie im Kontext der Forschungsfrage, inwieweit regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche bestehen und wie diese Unterschiede erklärt und bewertet werden können.

Im ersten Abschnitt stellen wir die Daten vor, die für unsere Analysen zur Verfügung standen. Darauf aufbauend untersuchen wir verschiedene Dimensionen des Zugangs zur Versorgung. Im zweiten Abschnitt stellen wir unsere Ergebnisse zur Dimension der räumlichen Erreichbarkeit vor. Hierbei haben wir a) den Indikator „Fläche“ berechnet, der angibt, wie viele Quadratkilometer im Durchschnitt auf eine Meldestelle pro Bundesland entfallen, und b) die Bevölkerungsanteile in den Landkreisen ermittelt, die mehr als 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch benötigen. Im dritten Abschnitt widmen wir uns der Zugangsdimension Verfügbarkeit. Hier betrachten wir verschiedene Indikatoren zur Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen: Der erste Indikator „durchschnittliche Fallzahl“ bildet die durchschnittliche Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen je Meldestelle in dem jeweiligen Bundesland ab. Dabei werden in einer ersten Variante alle im Bundesland durchgeführten Abbrüche zugrunde gelegt (Eingriffsland) und in einer zweiten Variante alle Abbrüche von im Bundesland wohnhaften Frauen (Wohnland). Beim zweiten Indikator handelt es sich um den Anteil „kleiner Meldestellen“ in den Bundesländern. Als „kleine Meldestellen“ bezeichnen wir solche Meldestellen, in denen nur bis zu zehn Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2020 durchgeführt wurden. Im vierten Abschnitt werden die Ergebnisse für die Dimensionen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit zusammengeführt und diskutiert. Beide Dimensionen müssen zwar analytisch unterschieden werden, im tatsächlichen Zugang für die ungewollt Schwangeren wirken sie jedoch immer zusammen und müssen daher auch gemeinsam betrachtet werden. In der Praxis ist ein Angebot, das zwar nur zehn Minuten entfernt ist, aber keinen fristgerechten Termin vergeben kann oder nicht die bevorzugte Methode des Schwangerschaftsabbruchs anbietet, nur bedingt hilfreich. Ungewollt Schwangere müssen dann unter Umständen längere Wege in Kauf nehmen, um das für sie passende Angebot nutzen zu können. Im fünften und letzten Abschnitt betrachten wir die regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen im Bundesgebiet nach verschiedenen Merkmalen (rechtliche Voraussetzungen, angewandte Methode, Beteiligung der Kliniken, Zeitpunkt des Abbruchs).

9.3.2.1 Datenlage

Da es in Deutschland keinen vollständigen und aktuellen Überblick über medizinische Einrichtungen gibt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, mussten wir unterschiedliche Datenquellen nutzen, bewerten und zusammenführen. Neben den online verfügbaren amtlichen Statistiken haben wir auch Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamts sowie selbst erhobene Daten genutzt. Aufgrund dieser unterschiedlichen Datenquellen variiert, was jeweils als „Angebot für einen Schwangerschaftsabbruch“ gilt (vgl. Kapitel 5.3.2.1.2).

Wir beziehen einerseits die Angaben des Statistischen Bundesamts (StBA) zu den „Meldestellen“ ein, also den Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche an das Amt melden. Aktuell gibt es bundesweit etwa 1.100 Meldestellen. Es ist wichtig zu beachten, dass diese nicht mit den Einrichtungen gleichzusetzen sind, die tatsächlich Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Eine Meldestelle kann zum Beispiel eine Klinik, eine Einzelpraxis oder auch ein ambulantes OP-Zentrum sein, in dem mehrere Arztpraxen operative Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Die Zahl der jährlich gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche pro Meldestelle variiert erheblich: Eine Meldestelle kann zum Beispiel zehn oder auch 1.000 Abbrüche im Jahr durchführen. Daher ist die Sonderauswertung, die wir beim Statistischen Bundesamt in Auftrag gegeben haben und die erstmals Daten zur Anzahl der in den Meldestellen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche liefert, eine wichtige Ergänzung für unsere Ergebnisse. Zusätzlich haben wir in einer umfangreichen Recherche eine Liste von Einrichtungen erstellt, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Diese Liste umfasst 1.048 Adressen und liegt damit nahe an der Anzahl der Meldestellen.

Zusätzlich hatten wir Zugang zu kleinräumigen Daten von den Landesregierungen in Hessen und Bayern, die auf kleinen Anfragen in den Landesparlamenten stammen und auf weiteren Datenquellen basieren (Bayerischer Landtag, 2020; Hessischer Landtag, 2018). Diese Angaben sind geeignet, die regionale Situation in den beiden Bundesländern differenzierter darzustellen. So zeigt das Beispiel Bayerns, dass es 106 Arztpraxen gibt, die über eine vom Land geforderte Sondererlaubnis zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen verfügen und 25 Kliniken, die ihre Bereitschaft angezeigt haben, Abbrüche durchzuführen. Insgesamt gibt es in Bayern also 131 Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Das StBA registrierte indes im Jahr 2020, aus dem die Anfrage im Bayerischen Landtag stammt, 93 Meldestellen in Bayern, also 38 weniger (Statistisches Bundesamt, 2022b). Der Besitz einer Erlaubnis sagt zudem nichts darüber aus, ob die Ärztinnen und Ärzte tatsächlich Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Die Daten aus Hessen beruhen auf Abrechnungsdaten der Krankenkassen und ergeben für das Jahr 2018 insgesamt 114 Einrichtungen, die Abbrüche nach Pflichtberatung nach § 22 SchkG mit dem Land abgerechnet haben. Die Anzahl der vom StBA angegebenen Meldestellen betrug für das Jahr 2018 in Hessen 81, was einer Differenz von 33 entspricht. Allerdings erfolgt die Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen in manchen Fällen erst lange nach deren Durchführung.

Ein erstes Resümee lautet daher: Die derzeit zur Verfügung stehenden Daten zur Bewertung regionaler Versorgungslagen sind in Deutschland unzureichend. Obwohl die Bundesländer gesetzlich verpflichtet sind, ein „ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen“ sicherzustellen (§ 13 Abs. 2 SchKG), wird nur in wenigen von ihnen überhaupt erfasst, welche Einrichtungen im Bundesland Schwangerschaftsabbrüche durchführen, welche Kapazitäten diese für Schwangerschaftsabbrüche bereit halten und ob diese den Bedarf decken (vgl. Kapitel 7.3.1).

Um valide Aussagen über regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zu treffen, haben wir verschiedene Analysen durchgeführt und diese miteinander kombiniert. Dabei setzen die Analysen zwar unterschiedliche Schwerpunkte, ergänzen sich jedoch gegenseitig und bestätigen sich in ihren Ergebnissen. Insgesamt bieten sie eine solide Grundlage zur Bewertung der Versorgungssituation.

9.3.2.2 Räumliche Erreichbarkeit

Die räumliche Erreichbarkeit betrachtet das Verhältnis zwischen dem Ort des Angebots und dem Wohnort der Patientin. Sie kann in Entfernung, Flächenverhältnissen oder Fahrtzeiten gemessen werden. Eine schlechte Erreichbarkeit kann große Entfernungen und lange Fahrtzeiten mit sich bringen. Dies führt zu höheren Kosten für die An- und Abreise sowie zu einem größeren organisatorischen Aufwand, was für die betroffenen Frauen eine Zugangsbarriere darstellen kann.

Der **Indikator Fläche** liefert Hinweise dafür, dass sich die räumliche Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland regional unterscheidet. In Bayern, Rheinland-Pfalz und Brandenburg kommen im Durchschnitt etwa zwischen 630 km² und 800 km² auf eine Meldestelle. Dass dies in den drei Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg deutlich weniger ist, erklärt sich aus deren hoher Bevölkerungsdichte (6 km² bis 20 km²). Aber auch im Vergleich zu anderen Flächenländern wie Sachsen, Schleswig-Holstein und Saarland (ca. 170 km² bis 290 km²)

sind die Unterschiede gravierend. Diese Unterschiede hängen nicht (nur) von der Bevölkerungsdichte ab: So haben Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern eine ähnliche Bevölkerungsdichte zwischen etwa 170 und 190 Einwohnerinnen und Einwohner pro km² (Statistisches Bundesamt, 2023b), weisen aber mit 273 km², 438 km² und 802 km² große Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Fläche pro Meldestelle auf. Gleichzeitig weist Mecklenburg-Vorpommern mit 70 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² die geringste Bevölkerungsdichte aller Bundesländer auf, befindet sich in Bezug auf den Indikator Fläche mit 506 km² aber z. B. noch vor Rheinland-Pfalz (736 km²) mit einer Bevölkerungsdichte von 209 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km².

Innerhalb von Bayern und Hessen zeigen sich zudem große Disparitäten zwischen den Regierungsbezirken bzw. den Landkreisen hinsichtlich der Fläche pro Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch. So korrespondiert beispielsweise für einige Landkreise in Hessen die Bevölkerungsdichte mit den Verhältniszahlen zur Fläche, d. h. Landkreise mit einer niedrigen Bevölkerungsdichte zeigen in vielen Fällen höhere Werte beim Indikator Fläche. Gleichzeitig finden sich aber auch Landkreise mit ähnlich niedrigen Bevölkerungsdichten, aber sehr unterschiedlichen Werten des Indikators Fläche: So weisen der Werra-Meißner-Kreis, Waldeck-Frankenberg und der Vogelsbergkreis eine sehr niedrige Bevölkerungsdichte zwischen etwa 70 und 100 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² auf (Hessischer Landkreistag e.V., 2020). In Waldeck-Frankenberg kommen knapp 500 km² auf eine Einrichtung, im Werra-Meißner-Kreis etwa 1.000 km² und im Vogelsbergkreis sind es knapp 1.500 km², was die Unterschiede bezüglich des Indikators zwischen diesen drei Landkreisen verdeutlicht.

Unsere zweite Analyse zur **Berechnung von Fahrtzeiten** zeigt zum Teil ähnliche, aber auch abweichende Ergebnisse. Da es sich bei einem Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung in der Regel um einen ambulanten, gynäkologischen Eingriff handelt, haben wir das Erreichbarkeitskriterium der Bedarfsplanung für die ambulante, gynäkologische Versorgung in Deutschland zugrunde gelegt. Dieses besagt, dass maximal 5 % der Bevölkerung eines Landkreises/einer kreisfreien Stadt länger als 40 Minuten mit dem PKW zum nächsten gynäkologischen Angebot benötigen sollen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. G-BA, 2023). Dieses Kriterium ist in Deutschland für Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen nicht flächendeckend erfüllt. In 85 von 400 Landkreisen benötigen mehr als 5 % der Bevölkerung über 40 Minuten mit dem PKW zum nächsten Angebot, d. h. in diesen Landkreisen ist für dieses Kriterium keine ausreichende Erreichbarkeit gegeben. Von den 85 Landkreisen liegen 43 in Bayern und jeweils acht in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Damit finden sich insbesondere im Süden und Westen Deutschlands größere Gebiete, in denen die nächste Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch nicht innerhalb von 40 PKW-Minuten erreichbar ist. Insgesamt leben in Deutschland 4,5 Mio. Menschen (5,4 %) außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung. Davon wohnen 2,5 Mio. in Bayern, was einem Anteil von 19,2 % an der dortigen Bevölkerung entspricht. Da statistische Fahrtzeiten meist unter den realen Fahrtzeiten liegen, kann in der Praxis von höheren Zahlen ausgegangen werden.

In Tab. 9.3 werden die Bundesländer anhand des Indikators „Fläche“ sowie des Bevölkerungsanteils verglichen, der in der Erreichbarkeitsanalyse ermittelt wurde und außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten lebt. Zur besseren Übersicht sind in den beiden rechten Spalten auch die Rangplätze der Bundesländer im direkten Vergleich aufgeführt.

Tab. 9.3: Indikator Fläche und Fahrtzeitenanalyse nach Bundesländern

	Bevölkerungs- dichte (EW / km ²) ¹⁾	Indikator Fläche (km ² pro Meldestelle) ²⁾	Bevölkerungsanteil mit > 40 PKW-Min. zum nächsten Angebot (in %) ³⁾	Rankingplatz Fläche	Rankingplatz Fahrzeiten
Baden-Württemberg	316	372,4	4,0	9	13
Bayern	190	801,6	19,2	16	16
Berlin	4214	6,6	0,0	1	1
Brandenburg	87	630,9	1,9	14	8
Bremen	1632	20,0	0,0	3	1
Hamburg	2506	14,8	0,0	2	1
Hessen	303	285,3	3,8	7	11
Mecklenburg-Vorpommern	70	506,4	5,6	13	14
Niedersachsen	171	437,7	3,8	12	11
Nordrhein-Westfalen	532	224,4	2,9	5	10
Rheinland-Pfalz	209	735,5	5,9	15	15
Saarland	386	285,7	0,0	8	1
Sachsen	221	174,1	0,2	4	5
Sachsen-Anhalt	107	435,2	1,0	11	6
Schleswig-Holstein	187	272,5	1,5	6	7
Thüringen	131	415,4	1,9	10	8

¹⁾ Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b)

²⁾ ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt, 2022a) und (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2023)

³⁾ ELSA-Berechnungen 2024 auf Grundlage von (Statistisches Bundesamt, 2023a)

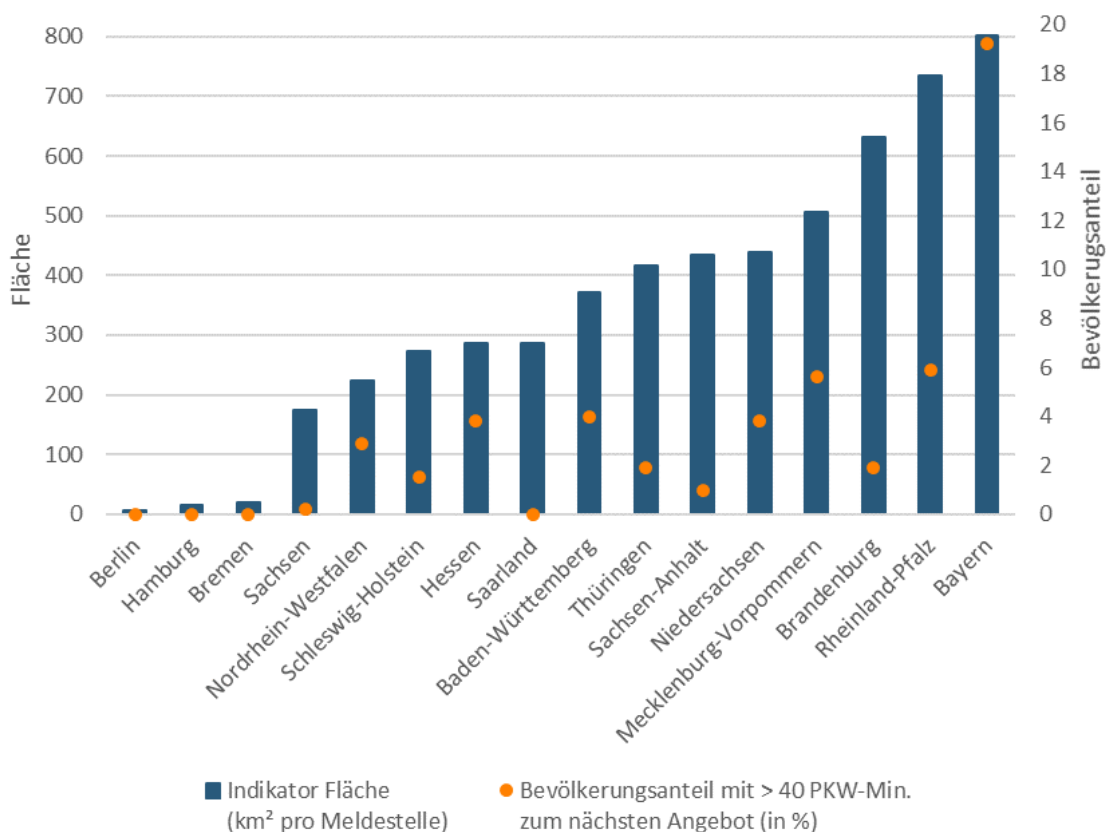
Bei der Fahrtzeitenanalyse weisen einige Bundesländer gleich hohe Bevölkerungsanteile auf, sie wurden mit dem gleichen Rankingplatz bedacht. Dadurch entfallen einige Rankingsplätze.

ELSA-Studie 2024

Die Abb. 9.3 zeigt in einem Diagramm den Rang jedes Bundeslandes für beide Indikatoren. Die dunkelblauen Säulen geben auf der linken Vertikalachse die Fläche je Meldestelle an, während die orangenen Punkte den Bevölkerungsanteil in Prozent außerhalb von 40 PKW-Minuten Erreichbarkeit auf der rechten Vertikalachse anzeigen. Die Bundesländer sind von links nach rechts in aufsteigender Reihenfolge des Indikators „Fläche“ angeordnet. Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass die Punkte von links nach rechts nicht ansteigen. Das bedeutet, dass der Bevölkerungsanteil, der außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten lebt, nicht automatisch mit einem höheren Wert beim Indikator Fläche zunimmt. Dies ist auch zu erwarten, da die beiden Indikatoren auf unterschiedlichen Daten basieren: Die Angaben zu den Meldestellen stammen vom Statistischen Bundesamt, während unsere Liste von Einrichtungen selbst recherchiert wurde. Zudem drücken beide Indikatoren auch Unterschiedliches aus. So berücksichtigt der Indikator Fläche nicht das Verhältnis zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner. Im Vergleich zeigen die drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen für beide Indikatoren sehr niedrige Werte, woraus eine sehr gute Erreichbarkeit geschlussfolgert werden kann. Dies trifft auch auf Sachsen und Schleswig-Holstein zu, wobei hier deutlich mehr Quadratkilometer pro Meldestelle zu verzeichnen sind, da es sich um Flächenländer mit deutlich niedrigerer Bevölkerungsdichte als die Stadtstaaten handelt. Auffällig ist, dass Bayern und Rheinland-Pfalz bei beiden Erreichbarkeitsindikatoren im hinteren Feld liegen. Auch im hinteren Feld, aber etwas weniger schlecht, schneidet Mecklenburg-Vorpommern ab, das Bundesland mit

der bundesweit niedrigsten Bevölkerungsdichte. Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und das Saarland zeigen einen relativ niedrigen Bevölkerungsanteil außerhalb der ausreichenden Erreichbarkeit bei der Fahrtzeitenanalyse im Vergleich zum Indikator Fläche. Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg und Niedersachsen liegen bei *beiden* Erreichbarkeitsindikatoren im vorderen bis hinteren Mittelfeld.

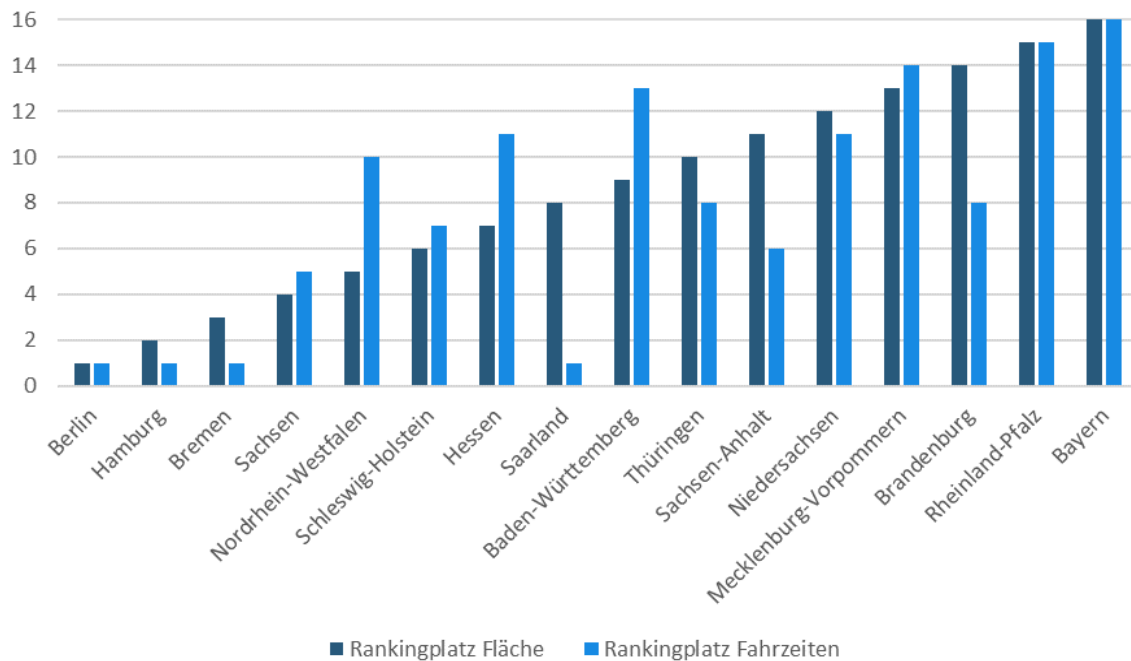
Abb. 9.3: Fläche (in km²) und Bevölkerungsanteil (in Prozent) mit über 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot nach Bundesländern



Reihenfolge der Bundesländer v.l.n.r. nach dem Indikator Fläche
Quelle: Eigene Darstellung

In der folgenden Abb. 9.4 haben wir die Rankingplätze der Bundesländer für die beiden Indikatoren aus Tab. 9.2 dargestellt, anstatt die absoluten Werte für Fläche und Bevölkerungsanteile zu zeigen. Dabei liegen Rheinland-Pfalz, Bayern und Mecklenburg-Vorpommern in beiden Rankings weit hinten, während die drei Stadtstaaten sowie Sachsen und Schleswig-Holstein in beiden Rankings weit vorne platziert sind. Beide Ansätze dienen der gegenseitigen Überprüfung und führen zu ähnlichen Schlussfolgerungen.

Abb. 9.4: Rankingplätze beim Indikator Fläche und beim Bevölkerungsanteil mit über 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot im Vergleich nach Bundesländern



Reihenfolge der Bundesländer v.l.n.r. nach dem Rankingplatz beim Indikator Fläche

Bei der Fahrzeitenanalyse weisen einige Bundesländer gleich hohe Bevölkerungsanteile auf, sie wurden mit dem gleichen Rankingplatz bedacht. Dadurch entfallen einige Rankingplätze, vgl. Tabelle 9.1, rechte Spalte.

ELSA-Studie 2024

Legt man beide Analysen zugrunde, die wir für die Zugangsdimension Erreichbarkeit durchgeführt haben, so lässt sich festhalten, dass die Stadtstaaten sowie Sachsen und Schleswig-Holstein bei beiden Analysen eine relativ gute Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch aufweisen und Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Bayern bei beiden Analysen eine relativ schlechte Erreichbarkeit. Für die anderen Bundesländer zeigen sich gemischte Ergebnisse: Einige Bundesländer weisen eine hohe Zahl an Quadratkilometern pro Meldestelle und gleichzeitig einen relativ niedrigen Bevölkerungsanteil außerhalb von 40 PKW-Minuten Erreichbarkeit auf. Dies trifft auf Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg zu. Die regionalen Siedlungsstrukturen können dieses Ergebnis erklären: In diesen Ländern gibt es große, dünn besiedelte Gebiete, die die durchschnittliche Anzahl der Quadratkilometer pro Meldestelle erhöhen. Gleichzeitig befinden sich die Einrichtungen jedoch häufig in der Nähe von Ballungsräumen, wo viele Menschen leben. Das sorgt dafür, dass der Bevölkerungsanteil, der außerhalb der geforderten Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten wohnt, gering bleibt.

In Sachsen-Anhalt gibt es keinen Landkreis, in Brandenburg nur einen, in dem der Bevölkerungsanteil leicht über 5 % liegt und außerhalb der geforderten Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten lebt. Im Gegensatz dazu haben die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen und Baden-Württemberg eine relativ niedrige Anzahl an Quadratkilometern pro Meldestelle, aber gleichzeitig einen vergleichsweise hohen Bevölkerungsanteil, der außerhalb dieser Erreichbarkeit wohnt. Diese Bundesländer sind dichter besiedelt als die vorher genannten, weisen jedoch auch in diesen dicht besiedelten Regionen größere Versorgungslücken auf. In allen drei Bundesländern gibt es mehrere Landkreise, in denen der Bevölkerungsanteil mit über 30 % deutlich über der 5 %-Grenze liegt.

Es lassen sich mehrere Einflussfaktoren auf die Erreichbarkeit von Angeboten für Schwangerschaftsabbrüche identifizieren. Zum einen spielt die Siedlungsstruktur, insbesondere die

Bevölkerungsdichte, eine entscheidende Rolle für die räumliche Erreichbarkeit. Daher schneiden die Stadtstaaten im Vergleich zu den anderen Bundesländern in dieser Hinsicht besonders gut ab.

Gleichzeitig ist sie nicht der einzige Faktor. So zeigen dünn besiedelte ostdeutsche Bundesländer mit niedriger Bevölkerungsdichte wie Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, zwar durchaus auch eine geringere Erreichbarkeit, sie liegen aber nicht so weit hinten wie die dichter besiedelten süddeutschen Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz. Dies könnte u. a. auch durch die unterschiedliche Rechtsgeschichte bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs beeinflusst sein. Die von 1972 bis 1993 geltende Fristenlösung in der DDR bzw. den ostdeutschen Bundesländern, verbunden mit einem verankerten staatlichen Versorgungsauftrag der Kliniken, hat hier zu einer besseren Versorgungslage geführt, die sich in der Tendenz bis heute fortzusetzen scheint. In der Bundesrepublik gab es vor der bundesweiten Neuregelung nach der Wiedervereinigung in den südlichen Bundesländern deutlich restriktivere Auslegungen der in der dort geltenden Indikationslösung und höhere Hürden für Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen wollten, als in den nördlichen Bundesländern. Das führte bereits in den 1970er und 1980er Jahren zu einer deutlich schlechteren Versorgungslage im westdeutschen Süden gegenüber dem westdeutschen Norden. Auch diese Disparitäten zeigen sich noch heute: So haben Hessen und Baden-Württemberg ähnliche Bevölkerungsdichten (316 und 303) und zeigen auch ähnliche Werte beim Indikator Fläche (372 und 285) und bei der Fahrzeitenanalyse (3,8 % und 4,0 % Bevölkerungsanteil). Sachsen und Schleswig-Holstein haben beide eine niedrigere Bevölkerungsdichte (221 und 187), zeigen aber beim Indikator Fläche einen besseren bzw. ähnlichen Wert (174 und 272) und bei der Fahrzeitenanalyse beide niedrigere Bevölkerungsanteile (0,2 % und 1,5 %). Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern haben eine deutlich geringere Bevölkerungsdichte (70 und 87) als Rheinland-Pfalz und Bayern (190 und 209), zeigen aber bessere Werte beim Indikator Fläche (631 und 506 gegenüber 735 und 802) und bessere bzw. ähnliche Werte bei der Fahrzeitenanalyse (1,9 % und 5,6 % gegenüber 19,2 % und 5,9 % Bevölkerungsanteil).

9.3.2.3 Verfügbarkeit

Bei der Zugangsdimension Verfügbarkeit geht es um die Kapazitäten der Angebote im Verhältnis zum Bedarf. Eine schlechte Verfügbarkeit kann beispielsweise lange Wartezeiten auf Termine zur Folge haben oder dazu führen, dass Patientinnen abgewiesen werden und sich an eine andere Einrichtung wenden müssen. Dadurch kann eine schlechte Verfügbarkeit zu einer Zugangsbarriere werden.

Unsere Strukturdatenanalysen zeigen für die Zugangsdimension der Verfügbarkeit ein deutliches Nord-Süd- bzw. Ost-West-Gefälle, d. h. eine bessere Verfügbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch in den nördlichen und östlichen Bundesländern als in den westlichen und südlichen Bundesländern.

Der Indikator Versorgungsdichte kann regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit aufzeigen. Die Versorgungsdichte gibt das Verhältnis zwischen Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch und den Frauen im reproduktiven Alter an. Zu Berechnung haben wir die Anzahl der Meldestellen in den Bundesländern genutzt. Es zeigt sich ein deutliches Nord-Süd- bzw. Ost-West-Gefälle: Alle nördlichen und östlichen Bundesländer weisen eine höhere Versorgungsdichte auf als die westlichen und südlichen Bundesländer. Im Jahr 2022 kamen in den Bundesländern auf eine Meldestelle zwischen 6.236 (Mecklenburg-Vorpommern) und 31.428 (Bayern) Frauen im reproduktiven Alter. Kleinräumige Berechnungen auf Landkreis- bzw. Regierungsbezirksebene für Hessen bzw. Bayern zeigen, dass sich die Versorgungsdichten innerhalb der Bundesländer ebenfalls stark unterscheiden.

Da die Abbruchraten in den Ländern sehr unterschiedlich sind – sie reichen für das Jahr 2022 von 46 in Rheinland-Pfalz bis 113 in Bremen (Angaben in Abbrüche pro 10.000 Frauen im reproduktiven Alter) – könnte argumentiert werden, dass bei niedrigeren Abbruchraten ein geringerer Bedarf

vorliegt und somit auch eine geringere Versorgungsdichte gerechtfertigt ist. Um zu prüfen, ob die unterschiedlichen Abbruchraten die unterschiedlichen Versorgungsdichten ausgleichen, haben wir als weiteren Indikator die durchschnittliche Fallzahl berechnet. Diese gibt die durchschnittliche Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen pro Meldestelle an. Sie ist in den meisten östlichen und nördlichen Bundesländern (abgesehen von Bremen) niedriger als in den anderen Bundesländern. Es zeigt sich damit ein ähnliches Gefälle zwischen den Bundesländern wie bei der Versorgungsdichte. Während im Saarland 2022 auf eine Meldestelle durchschnittlich 250 Schwangerschaftsabbrüche kommen, beträgt dieser Wert bspw. in Mecklenburg-Vorpommern nur 50 Abbrüche. Das heißt, die niedrigeren Abbruchraten gleichen die geringere Versorgungsdichte nicht aus. Da die regionalen Unterschiede also nicht durch Unterschiede in der Nachfrage erklärt werden können, kann hier von ungerechtfertigten Versorgungsvarianten gesprochen werden (Vogt & Ermann, 2020). Zudem zeigen Studien, dass ein schwieriger Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen auch den Zugang verhindern und zur Folge haben kann, dass weniger Schwangerschaften beendet werden (Lindo et al., 2020). Gleichzeitig muss hier als Limitation genannt werden, dass die Abbruchraten lediglich eine Annäherung an den Bedarf an Schwangerschaftsabbrüchen abbilden, denn ungewollt Schwangere suchen auch Wege außerhalb der regulären Versorgung, um eine Schwangerschaft zu beenden, insbesondere wenn der Zugang erschwert ist. Diese Schwangerschaftsabbrüche werden jedoch nicht von den Abbruchraten erfasst, fließen also nicht in den „Bedarf“ ein.

Da sich die Schwangerschaftsabbrüche nicht gleichmäßig auf die Meldestellen verteilen, wie es die durchschnittliche Fallzahl vermuten lässt, war es für uns von Interesse, die tatsächliche Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche in den Meldestellen zu analysieren. Dazu haben wir die Größenklassen der Meldestellen untersucht. Die Daten aus einer Sonderauswertung des Statistischen Bundesamts zeigen, dass sich die Schwangerschaftsabbrüche sehr ungleichmäßig auf die Meldestellen verteilen. Im Jahr 2020 führten bundesweit 7 % aller Meldestellen mehr als 250 Abbrüche durch und deckten damit 47 % aller Schwangerschaftsabbrüche ab. Diese Meldestellen bezeichnen wir auch als „große Meldestellen“. Demgegenüber führten 7 % der Meldestellen keine und 17 % der Meldestellen ein bis zehn Abbrüche durch. Damit führte bundesweit knapp ein Viertel der Meldestellen keine bzw. nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durch. Diese Meldestellen bezeichnen wir auch als „kleine Meldestellen“.

Ein Vergleich der Bundesländer offenbart eine unterschiedlich ausgeprägte Ungleichverteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen: In Bayern führten Meldestellen ab 251 Abbrüche 77 % der Abbrüche durch, in Niedersachsen dagegen nur 30 %. In Mecklenburg-Vorpommern gab es keine Meldestelle, in der über 250 Abbrüche stattfanden. Der Anteil der Meldestellen, an denen bis zu zehn Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, variiert stark zwischen den Bundesländern. In Rheinland-Pfalz liegt dieser Anteil mit 48 % am höchsten, gefolgt von Bayern mit 38 %. Im Gegensatz dazu ist der Anteil in Sachsen-Anhalt mit nur 10 % am niedrigsten.

Insgesamt zeigen die Zahlen zur Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen, dass diese in den westlichen und südlichen Bundesländern ungleichmäßiger verteilt sind. In diesen Regionen übernehmen „große Meldestellen“ einen größeren Anteil der Schwangerschaftsabbrüche, und teilweise ist auch der Anteil der „kleinen Meldestellen“ an allen Meldestellen höher. Wir gehen davon aus, dass eine eher gleichmäßige Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf die Meldestellen hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung besonders risikoarm ist. Wenn sich ein Großteil der Abbrüche auf nur wenige Einrichtungen konzentriert, kann der Ausfall einer „großen Meldestelle“ – sei es durch den Ruhestand von Ärztinnen und Ärzte, längere gesundheitliche Abwesenheit oder temporären Urlaub – erhebliche negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungslage haben.

Zudem ist davon auszugehen, dass eine hohe Konzentration von Abbrüchen auf wenige Einrichtungen in Flächenländern zu längeren Fahrtwegen führt, was die räumliche Erreichbarkeit und somit eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme der Versorgung erschwert. Gleichzeitig sind hier auch Aspekte der Versorgungsqualität zu beachten: In Bayern und Rheinland-Pfalz werden in deutlich über 30 % der Meldestellen nur sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Eine jährlich durchgeführte Mindestzahl erscheint sinnvoll, um diese Abbrüche sicher und routiniert durchführen zu können. Dies gilt umso mehr für Schwangerschaftsabbrüche in späteren Schwangerschaftswochen.

Abgesehen vom Einwand bezüglich der Versorgungsqualität ist der Anteil „kleiner Meldestellen“ in Hinblick auf die Verfügbarkeit von Angeboten nur in Kombination mit der Versorgungsdichte und der durchschnittlichen Fallzahl interpretierbar und nicht per se als negativ zu werten. Ist, wie es beispielsweise in Berlin der Fall ist, die Versorgungsdichte hoch und die durchschnittliche Fallzahl gering, kann ein hoher Anteil „kleiner Meldestellen“ als Ausdruck eines vielfältigen und ausreichenden Angebots gesehen werden. Da es eine Vielzahl von Angeboten für Schwangerschaftsabbrüche gibt, existieren auch Einrichtungen, die nur wenige Abbrüche durchführen. Demgegenüber bedeutet im Fall von Bayern, wo die Versorgungsdichte gering ist und die durchschnittliche Fallzahl hoch, ein hoher Anteil an „kleinen Meldestellen“ gleichzeitig, dass ein großer Teil von Schwangerschaftsabbrüchen von sehr wenigen „großen Meldestellen“ durchgeführt wird. Hier konzentriert sich dann ein Großteil der Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung auf sehr wenige Anbieterinnen und Anbieter.

9.3.2.4 Regionale Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen

Aus unserer Auswertung der georeferenzierten Schwangerschaftsabbrüche zeigen sich zwei zentrale Ergebnisse: Zum einen ergibt sich auch hier eine ungleichmäßige räumliche Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen in Bayern. Über drei Viertel der Schwangerschaftsabbrüche in Bayern fanden in nur zwei Teilgitterzellen statt, während im äußersten Norden, Osten und Südwesten kaum Abbrüche verzeichnet wurden. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der Auswertung der Größenklassen der Meldestellen, die eine starke ungleichmäßige Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche in Bayern zeigt. Das bedeutet, dass viele Abbrüche auf nur wenige Meldestellen konzentriert sind. Gleichzeitig gibt es einen hohen Anteil an „kleinen Meldestellen“, während die durchschnittliche Fallzahl hoch und die Versorgungsdichte gering ist.

Zum anderen zeigt sich in den Daten eine bundeslandübergreifende Schwerpunktregion mit einem hohen Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen, die mit Hilfe der veralteten Methode der Curettage durchgeführt werden. Die Anteile in den Teilgitterzellen liegen hier zum Teil deutlich über 30 %, wobei der bundesweite Durchschnitt im Jahr 2020 12,1 % betrug. Das Cluster erstreckt sich über Schleswig-Holstein, Teile Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens bis in den Norden Hessens und Rheinland-Pfalz. Fast ein Drittel der Schwangerschaftsabbrüche mit Curettage finden dabei ambulant in Kliniken statt. Sie werden damit fast doppelt so häufig in Kliniken durchgeführt als Schwangerschaftsabbrüche mit Vakuumaspiration. Es bedarf weitergehender Forschung, um Erklärungsansätze zu ermitteln, warum sich die für den Schwangerschaftsabbruch nicht mehr empfohlene Methode der Curettage in manchen Regionen Deutschlands so hartnäckig hält.

9.3.2.5 Fazit

Die Strukturdatenanalyse der ELSA-Studie diente dazu, die regionale Verteilung von Angeboten für Schwangerschaftsabbrüche zu untersuchen. Diese Analyse kann wertvolle Erkenntnisse über den regionalen Zugang zur Versorgung für ungewollt Schwangere liefern, die ihre Schwangerschaft beenden möchten. Eine wichtige Erkenntnis unserer Untersuchung ist, dass es bisher kaum geeignete Daten für eine valide kleinräumige Analyse gibt. Diese Datenlage erschwert die Untersuchung der regionalen Verteilung von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch erheblich und führt dazu, dass nur grobe Aussagen getroffen werden können. Trotz dieser Herausforderungen ist es gelungen, durch zentrale Versorgungsindikatoren und umfangreiche

eigene Recherchen aufzuzeigen, dass die Bundesländer erhebliche Unterschiede in den analysierten Parametern aufweisen. Dabei ist es entscheidend, die Indikatoren gemeinsam zu betrachten und die Versorgungslage als ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu verstehen.

Ein zentrales Ergebnis zeigt nicht nur, dass die Meldestellen für Schwangerschaftsabbrüche sehr unterschiedliche Kapazitäten aufweisen, sondern auch in welchem Ausmaß. Im Jahr 2020 führten bundesweit ein Viertel der Meldestellen maximal zehn Abbrüche durch, was bedeutet, dass sie nur wenig zur Versorgung beitrugen. Gleichzeitig übernahmen 7 % der Meldestellen fast die Hälfte aller Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Das bedeutet wiederum, dass weniger als 100 Meldestellen im ganzen Land für die Hälfte der Versorgung verantwortlich sind. Diese ungleiche Verteilung kann massive Auswirkungen auf die regionale Versorgungslage haben. Besonders in dünn besiedelten Regionen kann dies zu längeren Fahrzeiten und einer schlechteren Erreichbarkeit der Angebote führen.

Die Ergebnisse zeigen klar, dass regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland bestehen. Wir haben zudem deutliche Disparitäten in der regionalen Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen nach bestimmten Merkmalen ermitteln können, die einen vertieften Einblick in regionale Versorgungslagen bieten und die Aussagen zur Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Anbieterinnen und Anbieter ergänzen.

Obwohl für unsere Analysen unterschiedliche Daten zugrunde lagen, bestätigen sich die Ergebnisse in verschiedener Hinsicht gegenseitig. In der Gesamtbetrachtung weisen die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Bayern die geringsten Versorgungsdichten auf. Gleichzeitig konzentrieren sich hier viele Schwangerschaftsabbrüche auf wenige Einrichtungen. Rheinland-Pfalz und Bayern haben zudem auch die im Vergleich schlechteste räumliche Erreichbarkeit von Angeboten. Insbesondere für Bayern zeigt sich, dass hier der Großteil aller Schwangerschaftsabbrüche im Bundesland im Raum München und Nürnberg stattfindet. Die anderen Regionen weisen hingegen geringe Zahlen an Abbrüchen auf, die zum Teil durch hohe Anteile an Abbrüchen mit Curettage auffallen. In Rheinland-Pfalz sind die Schwangerschaftsabbrüche regional ebenfalls sehr unterschiedlich verteilt, im Norden und Westen des Bundeslandes finden nur sehr wenige statt, und von diesen wird ein hoher Anteil mit Curettage vorgenommen. Dies weist auf regionale Problemlagen im Zugang zu Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch in diesen Bundesländern hin.

Für die restlichen Bundesländer ergibt sich aus unseren Analysen ein gemischtes Bild. In der Tendenz verzeichnen ostdeutsche und nördliche Bundesländer eine bessere Verfügbarkeit von Angeboten. Hier sind die Versorgungsdichten höher, die durchschnittlichen Fallzahlen pro Meldestelle sind geringer und die Schwangerschaftsabbrüche verteilen sich gleichmäßiger auf die Meldestellen. Die räumliche Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch hängt dabei jedoch auch mit der Bevölkerungsdichte der Länder zusammen.

Um die regionalen Disparitäten zu verstehen, müssen auch historische Entwicklungen im Ost-West- und Nord-Süd-Vergleich betrachtet werden. Diese historischen Entwicklungen werden zusätzlich von siedlungsstrukturellen Faktoren beeinflusst. Die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen in der ehemaligen DDR mit der Fristenlösung und in der ehemaligen BRD, in der bis zur bundesweiten Neuregelung die Indikationslösung galt, haben zusammen mit variierenden weltanschaulich-religiösen Perspektiven auf ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche zu divergierenden Versorgungssituationen geführt. Auch innerhalb der westdeutschen Bundesländer variierten die Rechtsauslegungen und die Versorgungspraxis: In katholisch geprägten Regionen des Südens war die Handhabung deutlich restriktiver, während sie im protestantisch geprägten Norden liberaler war. Da Schwangerschaftsabbrüche zur damaligen Zeit deutlich häufiger in Kliniken stattfanden, hat sich diese stärkere Beteiligung der Kliniken an der Versorgung mit

Schwangerschaftsabbrüchen in den norddeutschen sowie ostdeutschen Bundesländern bis heute erhalten. Auch anhand der höheren Versorgungsdichten zeigen sich bis heute diese historischen Kontinuitäten, was die regionalen Unterschiede betrifft.

Die Ergebnisse unserer Strukturdatenanalyse zeigen deutlich, dass die Versorgungslagen in einigen Regionen Deutschlands Probleme aufweisen, die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten sowie die freie Wahl der Methoden betreffend und einen entsprechenden Handlungsbedarf. Letztlich spiegeln sich die benannten Probleme sowohl im Erleben der Frauen als auch der Ärztinnen und Ärzte wider.

9.3.3 Diskussion der Ergebnisse aus der Regionalbefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen (AP 3.4)

Mit Hilfe der ELSA-Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen in drei Regionen untersuchten wir, womit regionale Unterschiede in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch erklärt werden können und wodurch sich Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen, von Ärztinnen und Ärzten unterscheiden, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Erstere bezeichnen wir als Anbieterinnen und Anbieter und letztere als Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Darüber hinaus haben wir in unserer Auswertung eine dritte Gruppe identifiziert: Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche ausschließlich nach Indikation durchführen. Diese Gruppe unterscheidet sich in einigen Punkten von den beiden anderen Gruppen, z.B. in der Einstellung zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Da die ELSA-Studie auf die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen nach Pflichtberatung fokussiert, haben wir keine tiefergehenden Analysen zu dieser dritten Gruppe durchgeführt und gehen auch in diesem Kapitel nicht näher auf sie ein.

Für die Befragung wurden die Bundesländer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und der Regierungsbezirk Tübingen ausgewählt, da sich diese drei Regionen hinsichtlich verschiedener Strukturindikatoren der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen sowie sozioökonomischer und siedlungsstruktureller Indikatoren besonders stark unterscheiden (mehr zur Auswahl der Regionen in Kapitel 5.3.5.1). Die Erklärungsansätze für regionale Versorgungsunterschiede basieren somit direkt auf den ermittelten Unterschieden zwischen diesen drei ausgewählten Regionen. Da wir bei der Auswahl der Regionen ein breites Spektrum an Kriterien zugrunde gelegt haben, sind die Ergebnisse durchaus auf andere Regionen bzw. das Bundesgebiet übertragbar. Wichtig ist, dass bei der Untersuchung weiterer Regionen möglicherweise zusätzliche Einflussfaktoren auf die Versorgungssituation identifiziert werden können. Die hier beschriebenen Faktoren bieten eine solide Grundlage, lassen aber Raum für zukünftige Untersuchungen.

Im Folgenden stellen wir die zentralen Ergebnisse aus Kapitel 7.3.3 in Hinblick auf die übergreifende Frage nach Erklärungen für regionale Versorgungsunterschiede dar. Dazu werden all jene Faktoren einbezogen, die nach unserer Datenauswertung einen Einfluss darauf haben, ob Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder nicht. Dazu zählen auch Faktoren, die einen Einfluss auf die angewandten Methoden zum Schwangerschaftsabbruch haben. Wir unterscheiden in solche Faktoren, die regionale Versorgungsunterschiede erklären können und solche, die nach unseren Daten keine regionalen Unterschiede erklären, aber nichtsdestotrotz einen Zusammenhang mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen aufweisen und insofern die Versorgungslagen überall gleichermaßen beeinflussen. Neben der Frage, wie viele Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche nach welchen Methoden durchführen und welche Faktoren Einfluss darauf haben, gehört zur Versorgungssituation auch der Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen. Mit diesem Thema beschäftigen wir uns im zweiten Teil dieses Kapitels. Auch hier stellen wir wieder sowohl Faktoren dar, die regionale Unterschiede begründen als auch solche,

die sich in allen Regionen gleichermaßen zeigen. Im letzten Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Veränderungswünschen der Befragten noch einmal zusammenfassend dargestellt.

9.3.3.1 Regionale Unterschiede hinsichtlich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und der angewandten Methoden

Die Anteile der Befragten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, variieren je nach Region: Im Regierungsbezirk Tübingen führen etwa 20 % der Befragten Schwangerschaftsabbrüche durch, während es in Bremen mit knapp 35 % und in Mecklenburg-Vorpommern mit etwas über 40 % deutlich mehr sind. Aus den bei der Befragung ermittelten Häufigkeiten lässt sich für die drei Regionen jeweils der Anteil unter den dort praktizierenden Gynäkologinnen und Gynäkologen schätzen, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen. Diese Anteile umfassen mindestens alle Befragten, die eine entsprechende Angabe machten. Damit ist die Untergrenze hier datengestützt. Zu einer plausiblen oberen Grenze der Schätzung führt die Annahme, dass diese Anteile bei Gynäkologinnen und Gynäkologen, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, nicht höher als bei den Teilnehmenden liegen. Tab. 9.4 zeigt die Berechnungsgrundlagen und die sich daraus ergebenden Unter- und Obergrenzen für die Anteile. Demnach führen im Regierungsbezirk Tübingen schätzungsweise zwischen 12 % und 21 % aller berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen Schwangerschaftsabbrüche durch. In Bremen sind es zwischen 18 % und 35 % und in Mecklenburg-Vorpommern zwischen 23 % und 43 %.

Tab. 9.4: Anteil der Anbieterinnen und Anbieter an allen berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen

Region	Anzahl berufstätige Gynäkologinnen und Gynäkologen	Anzahl befragte Anbieterinnen und Anbieter	Mindestanteil (= $n2/n1$)	Maximalanteil (= Anteil bei den Befragten)
	n1	n2	in %	in %
RB Tübingen	508	60	11,8	20,9
Mecklenburg- Vorpommern	326	74	22,7	42,8
Bremen	265	47	17,7	34,6

Quelle: ELSA-Regionalbefragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen 2023

Diese Zahlen zum Anteil der berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, korrespondieren mit den Ergebnissen der ELSA-Strukturdatenanalyse (vgl. Kapitel 7.3.2). Demnach verzeichnet Baden-Württemberg von den drei Regionen die geringste Versorgungsdichte und der RB Tübingen, als Teil von Baden-Württemberg, hat schätzungsweise auch den geringsten Anteil an berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Abbrüche durchführen. Mecklenburg-Vorpommern weist von den drei Regionen wiederum die höchste Versorgungsdichte auf und auch schätzungsweise den höchsten Anteil an berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen.

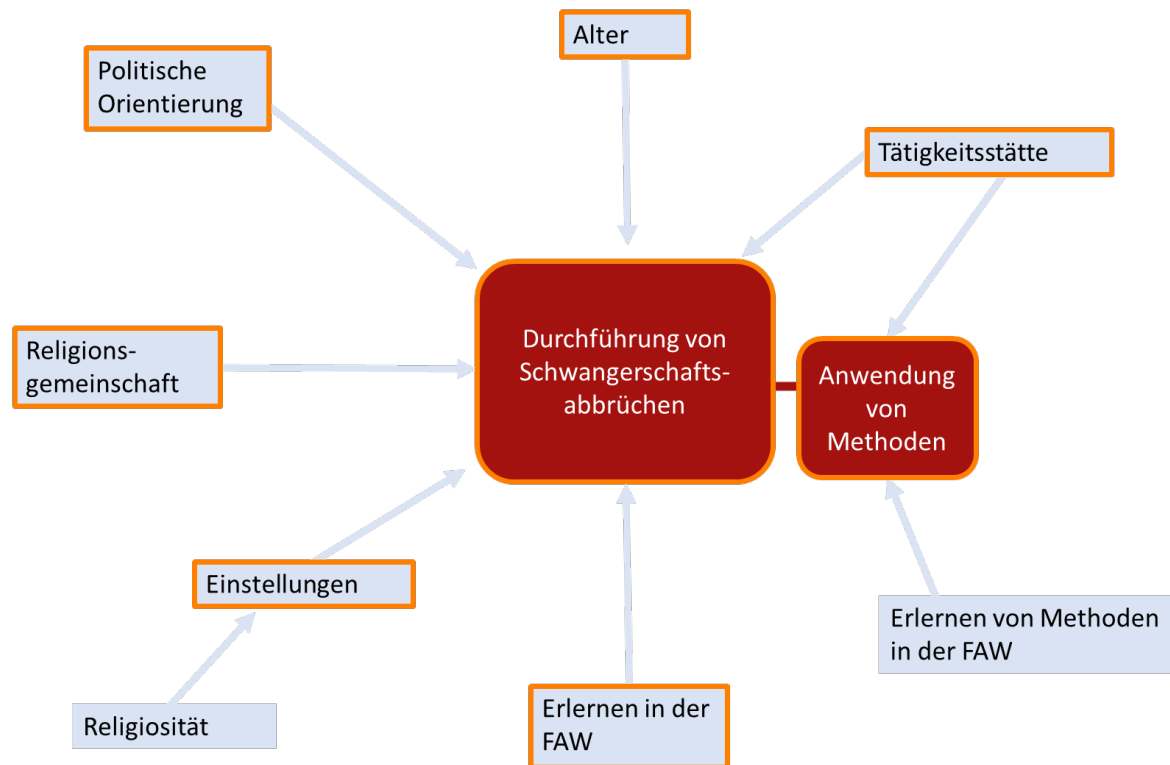
Die befragten Anbieterinnen und Anbieter aus dem Regierungsbezirk Tübingen bieten mit etwa 60 % seltener die medikamentöse Methode an als die Anbieterinnen und Anbieter aus Mecklenburg-Vorpommern und Bremen. Hier liegt der Anteil jeweils bei etwa 75 %. Es finden sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Regionen hinsichtlich der Anwendung der operativen Methoden. In allen drei Regionen wendet etwa die Hälfte der Anbieterinnen und Anbieter, die operative Abbrüche vornehmen, nur die Vakuumaspiration an und die andere Hälfte sowohl die Vakuumaspiration als auch die Curettage. Anbieterinnen und Anbieter, die in Kliniken tätig sind, wenden deutlich häufiger die Curettage an, die jedoch von der WHO seit 2003 nicht mehr für den Schwangerschaftsabbruch empfohlen wird, da die Vakuumaspiration die schonendere operative Methode darstellt. Damit zeigen sich regionale Unterschiede im Hinblick auf die angewandten

Methoden zum Schwangerschaftsabbruch vor allem bei der medikamentösen Methode, die im RB Tübingen von den befragten Anbieterinnen und Anbieter seltener angewendet wird. Nach den Daten des Statistischen Bundesamts fanden im Jahr 2023 in Baden-Württemberg (stellvertretend für den Regierungsbezirk Tübingen) 41 % aller Abbrüche medikamentös statt, in Bremen 32 % und in Mecklenburg-Vorpommern 50 %. Diese Verhältnisse spiegeln sich nicht in der Verteilung der angewandten Methoden bei den Befragten wider – allerdings haben wir nicht erhoben, in welchem Umfang die Befragten Schwangerschaftsabbrüche durchführen, daher kann von dem Anteil der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche nicht auf den Anteil der Ärztinnen und Ärzte geschlossen werden, da diese unterschiedlich viele Abbrüche durchführen (vgl. Kapitel 5.3.5.2).

9.3.3.2 Einflussfaktoren auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Im Folgenden geht es um die Frage, warum in manchen Regionen mehr Gynäkologinnen und Gynäkologen Schwangerschaftsabbrüche durchführen als in anderen. In Abb. 9.5 ist überblicksartig dargestellt, welche Faktoren wir in unseren Daten identifizieren konnten, die mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zusammenhängen. Faktoren, die wiederum mit der Region zusammenhängen und insofern – nach unseren Daten – Erklärungen für regionale Versorgungsunterschiede liefern können, sind in der Abbildung orange umrahmt.

Abb. 9.5: Signifikante Einflussfaktoren auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen



hellblau = signifikanter Zusammenhang (Cramers $V > 0,1$, $p < 0,050$)
orange umrahmt: Zusammenhang mit Region der Befragten
Quelle: Eigene Darstellung

9.3.3.3 Soziodemografische und berufliche Merkmale

Ein Vergleich zwischen Anbieterinnen und Anbietern auf der einen und Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter auf der anderen Seite zeigt, dass diese sich hinsichtlich der Verteilung der Merkmale Geschlecht, Religiosität und Erfahrungen mit ungewollter Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch nicht unterscheiden. Diese Faktoren scheinen also kaum einen Einfluss darauf zu haben, ob Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder nicht.

Anders ist es beim **Alter**: Die befragten Anbieterinnen und Anbieter sind jünger als die befragten Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter. Ein Drittel der Befragten, die Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen, sind zum Befragungszeitpunkt unter 40 Jahre alt. Bei den Befragten, die keine Abbrüche durchführen, ist der Anteil dieser Altersgruppe deutlich geringer, er ist nicht einmal halb so groß und liegt bei etwa einem Siebtel. Beleuchtet man nur die Befragten, die Abbrüche nach Pflichtberatung vornehmen, so variiert ihre Altersstruktur regional: So sind im Regierungsbezirk Tübingen etwas mehr als die Hälfte der Anbieterinnen und Anbieter unter 40 Jahre alt, in Mecklenburg-Vorpommern und Bremen liegt ihr Anteil nur bei einem guten Viertel und ist damit nur halb so groß. Auch in der höchsten Altersgruppe zeigen sich entsprechende regionale Unterschiede: In Bremen und Mecklenburg-Vorpommern ist etwa ein Fünftel der Anbieterinnen und Anbieter über 60 Jahre alt, während es im Regierungsbezirk Tübingen weniger als ein Zehntel ist. Damit sind die befragten Anbieterinnen und Anbieter im Regierungsbezirk Tübingen im Vergleich zu den anderen Regionen und auch im Vergleich zu den Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern in ihrer Region selbst deutlich jünger. Dies könnte ein Hinweis auf jüngere Entwicklungen in der Region sein, die insbesondere neue Ärztinnen und Ärzte dazu motivieren, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Allerdings wurden im Vergleich zur Bundesärztestatistik eher jüngere Gynäkologinnen und Gynäkologen für die Befragung erreicht, was auf das Ergebnis hier ebenfalls einen Einfluss haben kann.

In Bezug auf die Zugehörigkeit zu einer **Religionsgemeinschaft** zeigen sich Unterschiede bei den Befragten im Regierungsbezirk Tübingen und in Bremen: Im RB Tübingen führt etwa ein Drittel der Befragten, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, Abbrüche nach Pflichtberatung durch, während dieser Anteil bei den katholischen und evangelischen Befragten nur etwa ein Sechstel beträgt. Bei den Befragten in Bremen führt knapp die Hälfte der Befragten ohne Religionsgemeinschaft Abbrüche nach Pflichtberatung durch, während es bei den Befragten, die sich einer evangelischen oder katholischen Religionsgemeinschaft zugehörig fühlen, etwa 30 % sind. Der Regierungsbezirk Tübingen unterscheidet sich von den anderen beiden Regionen unter anderem darin, dass er mit einem guten Drittel einen größeren katholischen Bevölkerungsanteil aufweist. Dies spiegelt sich auch bei den befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen, wo ein gutes Viertel sich einer katholischen Religionsgemeinschaft zuordnet. Von ihnen führen ein Sechstel der Befragten Abbrüche durch. Der Anteil ist ähnlich bei den evangelischen Befragten. Im RB Tübingen ist es somit doppelt so wahrscheinlich, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen keine Abbrüche durchführen, wenn sie einer katholischen oder evangelischen Religionsgemeinschaft angehören. Damit scheint die Religionsgemeinschaft im RB Tübingen ein Einflussfaktor zu sein, warum die Versorgungsdichte bzw. der Anteil der Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Abbrüche durchführen, geringer ist als in den anderen Regionen. Auch für Bremen lässt sich ein solcher Einfluss feststellen, jedoch ist dieser hier geringer: Bremen hat mit etwa 40 % einen deutlich größeren evangelischen Bevölkerungsanteil als die anderen beiden Regionen. Der Anteil der Befragten in Bremen, die der evangelischen Kirche angehören, ist ebenso hoch. Mit jeweils etwa einem Drittel führen die evangelischen und katholischen Befragten aus Bremen seltener Schwangerschaftsabbrüche durch, als wenn die Befragten keiner Religionsgemeinschaft angehören. Bei ihnen beträgt der Anteil knapp die Hälfte. Für Mecklenburg-Vorpommern finden sich diese Unterschiede bezogen auf die Religionsgemeinschaft der Befragten nicht. Dies hat auch mit der historischen Entwicklung hier zu tun: Bis zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs nach der Wiedervereinigung 1995 haben im Gebiet Mecklenburg-Vorpommerns aufgrund der ab 1972 geltenden Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Form einer Fristenregelung sehr viele Ärztinnen und Ärzte ungeachtet ihrer Religion Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Zudem nahm die Macht der christlichen Kirchen aufgrund der sozialistischen Religionspolitik in der DDR stark ab und bis heute begreifen sich deutlich weniger Menschen in den ostdeutschen Bundesländern als religiös.

Für Bremen findet sich zudem ein moderater Zusammenhang zwischen der **politischen Orientierung** der Befragten und der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Über zwei Drittel der Anbieterinnen und Anbieter ordnen sich hier als (eher) links und etwa ein Siebtel in der politischen Mitte ein. Bei den Nicht-Anbieterinnen und Anbietern beschreiben sich dagegen nur etwas mehr als die Hälfte als (eher) links und knapp ein Drittel als politisch in der Mitte. Die Anteile der Befragten, die sich als (eher) rechts einordnen, unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Damit sind die Anbieterinnen und Anbieter in Bremen politisch etwas stärker politisch links orientiert als die Nicht-Anbieterinnen und Anbieter. Für den RB Tübingen und Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der politischen Orientierung bei den Anbieterinnen und Anbietern und Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern.

Ob die Befragten Abbrüche durchführen oder nicht, hängt auch mit der Art ihrer **Tätigkeitsstätte** zusammen: Die Befragten, die keine Abbrüche durchführen, sind häufiger in ambulanten Einrichtungen wie Einzel- oder Gemeinschaftspraxen tätig, während die befragten Anbieterinnen und Anbieter in allen drei Regionen deutlich häufiger in Kliniken arbeiten. Dies ist erst einmal bemerkenswert, da laut Daten des StBA der weitaus größte Anteil der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche bundesweit in ambulanten Einrichtungen stattfindet und nicht in Kliniken. Eine Ausnahme bilden hier die ostdeutschen Bundesländer und Schleswig-Holstein, wo etwa ein Drittel bis die Hälfte aller gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird. Dies könnte wiederum erwarten lassen, dass der Anteil an Anbieterinnen und Anbieter, die in Kliniken arbeiten, in Mecklenburg-Vorpommern höher ist. Dies ist jedoch nicht der Fall: So arbeiten im RB Tübingen drei Viertel der befragten Anbieterinnen und Anbieter in einer Klinik, in Mecklenburg-Vorpommern und Bremen sind es knapp 60 %. Prinzipiell lässt der statistische Anteil der in Kliniken durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche keinen Rückschluss auf eine höhere Anzahl an Ärztinnen und Ärzte zu, die Schwangerschaftsabbrüche in Kliniken durchführen, hierfür wären Informationen zu dem Umfang der durchgeführten Abbrüche bei den einzelnen Ärztinnen und Ärzten notwendig, die jedoch nicht bekannt sind. Bezüglich der Art der ambulanten Tätigkeitsstätten der Befragten finden sich ebenfalls regionale Unterschiede: Im RB Tübingen arbeiten die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter häufiger in einer Einzelpraxis oder einer Gemeinschaftspraxis/MVZ als die Anbieterinnen und Anbieter. Das Gleiche gilt in geringerem Grad auch für Bremen. In Mecklenburg-Vorpommern dagegen arbeiten die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter zwar auch deutlich häufiger in einer Einzelpraxis, aber zu fast gleichem Anteil in einer Gemeinschaftspraxis/MVZ im Vergleich zu den Befragten, die Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen.

9.3.3.4 Qualifikation

Die Auswertung der Daten hat gezeigt, dass sich Ärztinnen und Ärzte auf unterschiedlichen Wegen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen qualifizieren. Bei etwa einem Zehntel wurde das Thema Schwangerschaftsabbruch weder im Studium noch in der Facharztweiterbildung theoretisch behandelt. Bei etwa 80 % der Befragten kam das Thema Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung vor. Jüngere Befragte geben dabei seltener an, dass der Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung eine Rolle gespielt hat. Dieser Unterschied ist besonders stark in den zwei westdeutschen Regionen Bremen bzw. dem RB Tübingen, wo der Anteil bei den bis 39-Jährigen nur noch bei etwa 55 % bzw. 60 % liegt. Demgegenüber verzeichnet Mecklenburg-Vorpommern hier mit über 80 % einen deutlich höheren Anteil. Ein Erklärungsansatz dafür ist die im Vergleich zu den anderen beiden Regionen stärkere Beteiligung der Kliniken an der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch, die vor allem auch historisch durch die Fristenregelung in der DDR bzw. die in der DDR in Kliniken verankerten Versorgungsangebote für den Schwangerschaftsabbruch begründet ist. Da in den Kliniken der größte Teil der Facharztweiterbildung stattfindet, ist es plausibel, dass hier auch häufiger der Schwangerschaftsabbruch

thematisiert wird. Zwischen der theoretischen Thematisierung im Studium bzw. in der Facharztweiterbildung und der späteren Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen konnten wir in unseren Daten keinen Zusammenhang finden. Damit scheint sie also keine entscheidende Rolle für regionale Unterschiede in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch zu spielen.

Wir unterscheiden zwischen der Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs in der ärztlichen Ausbildung, die die theoretische Auseinandersetzung mit z. B. ethischen und rechtlichen Aspekten umfasst und dem Erlernen der praktischen Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Dieses ist bis dato kein obligatorischer Teil der gynäkologischen Facharztweiterbildung, was sich auch in den ELSA-Daten zeigt: Während eine große Mehrheit der Befragten den operativen Abbruch in der Facharztweiterbildung erlernte, gaben nur etwa 40 % der Befragten an, die medikamentöse Methode gelernt zu haben. Je jünger die Befragten sind, desto häufiger haben sie die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung erlernt – wobei der Anteil mit knapp der Hälfte in der Altersgruppe bis 39 Jahre immer noch auf einem niedrigen Niveau liegt. Etwa 12 % der Befragten erlernten ausschließlich die Curettage als operative Methode in der Facharztweiterbildung, wobei sich dieser Anteil zwischen den Altersgruppen kaum unterscheidet. Das ist bemerkenswert, weil die Curettage seit 2003 von der WHO nicht mehr für Schwangerschaftsabbrüche empfohlen wird, da die Vakuumaspiration als schonender gilt. Hier zeigen sich auch Disparitäten zwischen den Regionen: Befragte aus dem RB Tübingen haben mit fast 80 % seltener die Vakuumaspiration in der Facharztweiterbildung gelernt als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern, wo der Anteil bei fast 98 % liegt. Auch liegt der Anteil der Befragten, die im RB Tübingen nur die Curettage in der Facharztweiterbildung erlernt haben, mit etwa 20 % deutlich höher als bei den Befragten in Mecklenburg-Vorpommern mit etwa 3 %.

Im Gegensatz zur theoretischen Behandlung des Themas in Studium und/oder Facharztweiterbildung hängt das praktische Erlernen eines Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung damit zusammen, ob die Befragten später Schwangerschaftsabbrüche durchführen: So führen knapp 40 % der Befragten, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Facharztweiterbildung praktisch erlernt haben, später auch Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch. Bei den Befragten, die die Durchführung in der Facharztweiterbildung nicht erlernt haben, beträgt der Anteil nur etwa ein Zehntel. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte, die in der Facharztweiterbildung die praktische Durchführung von Abbrüchen erlernen, mehr als dreimal so häufig später auch Abbrüche nach Pflichtberatung durchführen. Dieser Unterschied zeigt sich besonders deutlich in den beiden westdeutschen Regionen und ist etwas geringer bei den Befragten in Mecklenburg-Vorpommern. Zudem hängen die in der Facharztweiterbildung erlernten Methoden stark mit den später angewendeten Methoden zum Schwangerschaftsabbruch zusammen. Haben die Befragten beide Methoden erlernt, so ist es fast dreimal wahrscheinlicher, dass sie später auch beide Methoden anwenden, als wenn sie nur den operativen Abbruch gelernt haben. Hier zeigt sich ein Erklärungsansatz für regionale Unterschiede in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch: Ob Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche in der Facharztweiterbildung lernen und welche Methoden sie vermittelt bekommen sind entscheidende Faktoren dafür, ob sie später Schwangerschaftsabbrüche durchführen und welche Methoden sie dabei anwenden.

Über ein Drittel der Befragten haben bereits an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen. Ein Viertel der Befragten hat an keinen Fortbildungen teilgenommen, weil keine angeboten wurden bzw. sie keine Kenntnis darüber hatten. Das zeigt, dass ein ungedeckter Bedarf an Fortbildungen zum Thema besteht. Die Anteile unterscheiden sich nur sehr gering danach, ob die Befragten Abbrüche durchführen. Dies ist bemerkenswert, weil man vermuten könnte, dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die an Fortbildungen zum Thema teilgenommen haben, Schwangerschaftsabbrüche durchführen bzw. Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ein höheres Interesse an Fortbildungen haben. Die Daten können

dahingehend interpretiert werden, dass Anbieterinnen und Anbieter keinen so großen Bedarf haben, da sie sich bereits mit dem Thema ausreichend vertraut fühlen. Zudem kann es auch sein, dass es keine Fortbildungen gibt zu den Aspekten, die sie interessieren. Es zeigen sich in Hinblick auf die Region, in der die Befragten tätig sind, Unterschiede bezüglich der Teilnahme an Fortbildungen: So haben die Befragten in Bremen mit knapp 60 % – unabhängig davon, ob sie Abbrüche durchführen oder nicht – fast doppelt so häufig an Fortbildungen zum Schwangerschaftsabbruch teilgenommen als die Befragten aus den anderen beiden Regionen. Die Befragten aus Bremen berichten mit etwa 10 % zudem deutlich seltener, dass keine Fortbildungen angeboten wurden, als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern und dem RB Tübingen, wo der Anteil bei etwa 30 % liegt. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass es in Bremen mehr Fortbildungsangebote zum Thema Schwangerschaftsabbruch gibt oder diese zumindest bekannter sind, als in den anderen beiden Regionen, und dass Gynäkologinnen und Gynäkologen diese auch häufiger besuchen. Ein besseres Fortbildungsangebot kann ein Grund sein, warum in Bremen ein höherer Anteil an Gynäkologinnen und Gynäkologen Schwangerschaftsabbrüche vornimmt und die Versorgungslage hier besser ist als im RB Tübingen.

9.3.3.5 Einstellungen

Bei den Einstellungen zu der Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch gesetzlich erlaubt sein sollte, finden wir insgesamt betrachtet ein homogenes Bild bei den Befragten vor, Unterschiede bestehen eher im Detail. Fast alle Befragten befürworten die gesetzliche Erlaubnis von Schwangerschaftsabbrüchen bei einer gesundheitlichen Gefahr für die Schwangere, bei einer Schädigung des Fötus und wenn die Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung entstanden ist. Mehr als die Hälfte der Befragten befürwortet bei allen drei genannten Umständen auch die Möglichkeit für einen Abbruch auch über die 14. SSW hinaus, was einer Liberalisierung des geltenden Rechts bei der kriminologischen Indikation entsprechen würde. Bei Umständen, die in der Lebenslage der Schwangeren begründet sind, befürwortet ebenfalls eine große Mehrheit der Befragten die gesetzliche Erlaubnis eines Schwangerschaftsabbruchs bis zur 14. SSW. Zu diesen Umständen zählen u.a. ein nicht vorhandener Kinderwunsch bei der Schwangeren; die Perspektive, das Kind allein erziehen zu müssen oder eine zu hohe finanzielle Belastung durch ein (weiteres) Kind. Für den letztgenannten Umstand findet eine gesetzliche Erlaubnis im Vergleich die geringste Zustimmung – doch auch in diesem Fall sind fast drei Viertel der Befragten der Ansicht, dass ein Schwangerschaftsabbruch mindestens bis zur 14. SSW oder darüber hinaus erlaubt sein sollte.

Aus den Angaben zu den Umständen, die in der Lebenslage der Schwangeren begründet sind, haben wir einen Index gebildet, um zu erfassen, wie restriktiv bzw. liberal die Befragten gegenüber der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs eingestellt sind. Die Tendenz ist sehr deutlich: Knapp drei Viertel der Befragten sind liberaler eingestellt – d.h. sie liegen in einem Bereich, in dem sie im Durchschnitt bei allen Gründen einer gesetzlichen Erlaubnis zumindest bis zur 14. SSW oder sogar darüber hinaus zustimmen. Ein Viertel der Befragten ist restriktiver eingestellt. Das heißt, sie liegen im Durchschnitt in einem Bereich, wo sie bei mindestens einem Umstand einer gesetzlichen Erlaubnis zum Schwangerschaftsabbruch nicht zustimmen.

Anbieterinnen und Anbieter sind mit etwas über 80 % häufiger liberaler eingestellt gegenüber der Frage, wann Schwangerschaftsabbrüche erlaubt sein sollten. Bei Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern sind es mit etwa 70 % etwas weniger. Bei den Befragten, die Abbrüche nur nach Indikation durchführen, sind nur etwa 60 % liberaler gegenüber der rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs eingestellt. Dies ist insofern nicht verwunderlich, da sie auch keine Abbrüche durchführen, die in den oben beschriebenen sozialen Umständen begründet und hier in unseren Einstellungsindex eingeflossen sind. Der Unterschied ist insgesamt aber als graduell zu betrachten. Die Einstellungen zur rechtlichen Regelung hängen nur schwach mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Pflichtberatung zusammen und scheinen in unseren Daten

lediglich eine untergeordnete Rolle zu spielen (bzw. umgekehrt die Durchführung von Abbrüchen für die Einstellung der Befragten).

Die Befragten in Bremen sind etwas häufiger liberaler eingestellt gegenüber der gesetzlichen Erlaubnis von Schwangerschaftsabbrüchen als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern. Die Befragten im RB Tübingen zeigen im Vergleich etwas häufiger restriktivere Einstellungen als die Befragten aus den anderen beiden Regionen. Diese regionalen Unterschiede hängen vor allem mit der Religiosität der Befragten zusammen – so sind die Befragten im RB Tübingen religiöser als in den anderen zwei Regionen. Je religiöser die Befragten sich beschreiben, desto häufiger zeigen sie eine restriktivere Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. So ist knapp die Hälfte der Befragten, die sich als sehr bis ziemlich religiös einordnen, restriktiver eingestellt. Von den Befragten, die sich als kaum bis gar nicht religiös einschätzen, ist dagegen nur ein knappes Fünftel restriktiver eingestellt.

Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sind von gesellschaftlichen Stigmatisierungen betroffen (vgl. Kapitel 5.3.1.3). Mit der Befragung wurde untersucht, inwiefern unter Gynäkologinnen und Gynäkologen, und damit im beruflichen Umfeld der Ärztinnen und Ärzte, stigmatisierende Vorstellungen von Ärztinnen und Ärzten verbreitet sind, die Abbrüche vornehmen. Mit fast 95 % stimmen fast alle Befragten der Aussage (eher) zu, dass Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von Frauen leisten. Lediglich 6 % sind der Meinung, dass Anbieterinnen und Anbieter gegen das ärztliche Berufsethos verstoßen, Leben zu erhalten. Damit finden sich unter den befragten Ärztinnen und Ärzten nur sehr wenige, die stigmatisierende und stattdessen sehr viele, die wertschätzende Ansichten über die Arbeit von Anbieterinnen und Anbietern haben.

Die Befragten sollten außerdem schätzen, wie viele Menschen in ihrer regionalen Umgebung finden, dass a) ein Abbruch auf Wunsch der Frau erlaubt sein sollte, b) ein Abbruch nur in Ausnahmefällen erlaubt sein sollte und c) ein Abbruch grundsätzlich verboten sein sollte. Zusammenfassend halten die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern die Überzeugungen der Menschen in ihrer Region im Vergleich für liberaler und die Befragten im RB Tübingen für restriktiver, während die Bewertung der Befragten in Bremen dazwischenliegt.

Eine geringere Versorgungsdichte bzw. ein geringerer Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die Abbrüche durchführen, korrespondiert hier mit einer restriktiveren Einschätzung zu den Einstellungen der Menschen in der Region gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen. Umgekehrt schätzen die Befragten aus der Region mit der höchsten Versorgungsdichte und dem höchsten Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die Abbrüche vornehmen, die Einstellungen der Menschen in der Region am liberalsten ein. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass neben der Einstellung der Ärztinnen und Ärzte selbst auch die Einschätzung des regionalen Klimas zum Schwangerschaftsabbruch eine zumindest geringe Rolle dabei spielt, wie viele Ärztinnen und Ärzte in der Region sich dazu entscheiden, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

9.3.3.6 Barrieren

Die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter konnten Barrieren angeben, weshalb sie keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dabei nannten sie sowohl äußere Barrieren, die sich auf Umstände wie bspw. strukturelle Rahmenbedingungen beziehen als auch solche, die eher persönliche Aspekte betreffen und die wir als innere Barrieren bezeichnen. Jeweils etwa ein Drittel der Befragten gibt als äußere Barrieren an, keine Abbrüche durchzuführen, weil diese nicht in der Einrichtung angeboten werden, in der sie tätig sind oder weil ihnen keine geeigneten Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Ebenfalls etwa ein Drittel gibt als innere Barriere an, dass sie die Durchführung von Abbrüchen als belastend erleben.

Ein deutlich kleinerer Teil von jeweils etwa 10 bis 15 % benennt als weitere Barrieren die Befürchtung, dass sich die Arbeitsbelastung erhöhen würde, zu hohe behördlichen Auflagen oder Unsicherheit in der praktischen Durchführung. Barrieren, die sich direkt auf Stigmatisierungserfahrungen beziehen, wie eine befürchtete Rufschädigung im privaten oder beruflichen Umfeld oder Belästigungen durch Abtreibungsgegner/innen, spielen nur eine untergeordnete Rolle bei den Ärztinnen und Ärzten: Weniger als jeweils 6 % der Befragten geben an, deshalb keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Das Gleiche gilt für die strafrechtlichen Risiken - nur 3 % der Befragten geben diese als Grund an, warum sie keine Abbrüche vornehmen. Damit geben Ärztinnen und Ärzte Barrieren, die sich direkt auf Stigmatisierungen oder die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs beziehen, nur selten als Grund an, warum sie keine Abbrüche durchführen.

Dies sollte jedoch nicht vorschnell zu dem Schluss führen, dass Stigmatisierung und die strafrechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs keine Rolle als Barrieren für Ärztinnen und Ärzte spielen, keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Einige der oben genannten externen Barrieren müssen vielmehr als Barrieren betrachtet werden, die indirekt mit Stigmatisierung oder indirekt mit der strafrechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zusammenhängen. So kann die Barriere, dass Schwangerschaftsabbrüche in der Einrichtung nicht angeboten werden, darin begründet sein, dass die Cheförztn oder der Chefarzt die Durchführung ablehnt. Zu hohe behördliche Auflagen (spezieller Vertriebsweg, landesspezifische Sondergenehmigung, andere Art der Kostenabrechnung) hängen zum Teil damit zusammen, dass Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung im Gegensatz zu anderen medizinischen Eingriffen als nicht legal angesehen werden. Diese Barriere hat also indirekt etwas mit der strafrechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs zu tun. Auch interne Barrieren können mit Stigmatisierungsprozessen und der Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zusammenhängen: So zeigen unsere Daten, dass fehlende Qualifizierungsmöglichkeiten mit Unsicherheiten in der praktischen Durchführung zusammenhängen, die als innere Barriere genannt wird. In ähnlicher Weise hängt das belastende Erleben der Durchführung mit restriktiveren Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch und der Religiosität der Befragten zusammen: Wir sehen in den Daten, dass Befragte diese Barriere häufiger angeben, wenn sie restriktivere Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch haben oder sich selbst als religiöser einschätzen. Einstellungen haben dabei nicht nur mit individuellen inneren Prozessen zu tun, sondern sind immer auch eingebettet in gesellschaftliche Debatten, die wiederum im Kontext von Stigmatisierung und Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs stattfinden.

Gleichzeitig geben nur knapp 6 % der Befragten an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie diese prinzipiell ablehnen. Es zeigt sich somit, dass das individuelle Weigerungsrecht von Ärztinnen und Ärzten aus Gewissensgründen als Barriere kaum eine Rolle spielt, warum Ärztinnen und Ärzte keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dies steht in einem deutlichen Kontrast zu der Bedeutung, der dieses Recht in den gesellschaftlichen Debatten um den Schwangerschaftsabbruch zugeschrieben wird. Stattdessen sind insbesondere strukturelle Rahmenbedingungen, die als solche veränderbar sind, entscheidende Faktoren, warum Ärztinnen und Ärzte keine Abbrüche durchführen.

Geben die Befragten nun, je nachdem in welcher Region sie tätig sind, unterschiedlich häufig Barrieren für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen an? Dies könnte Hinweise für Erklärungsansätze zu regionalen Versorgungsunterschieden bieten. Nur bei wenigen Barrieren unterscheiden sich die Angaben der Befragten danach, in welchen Regionen sie tätig sind. Befragte aus Bremen, die in Kliniken arbeiten, geben mit fast 80 % besonders häufig an, dass sie keine Abbrüche durchführen, weil die Einrichtung, in der sie tätig sind, diese nicht anbietet. Hier scheint es also insbesondere Potential bei Klinikärztinnen und -ärzten zu geben, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen würden, wenn die Klinik, in der sie tätig sind, diese

anbieten würde. Auch die Befragten aus dem Regierungsbezirk Tübingen, die in Kliniken arbeiten, geben diesen Grund mit 50 % häufiger an. In beiden Regionen beteiligen sich nach den Daten des Statistischen Bundesamts die Kliniken nur zu einem sehr geringen Teil an der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch. In Mecklenburg-Vorpommern sind es deutlich weniger Befragte, die diese Barriere überhaupt angeben, aber besonders selten geben hier Befragte in Kliniken diesen Grund an. In Mecklenburg-Vorpommern sind die Kliniken laut Daten des Statistischen Bundesamts deutlich stärker in die Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch eingebunden.

Die Befragten aus dem RB Tübingen führen zudem mit fast 40 % häufiger keine Abbrüche durch, weil sie die Durchführung als belastend erleben, als die Befragten aus den anderen Regionen. In Bremen liegt der Anteil bei etwa einem Viertel, in Mecklenburg-Vorpommern lediglich bei einem Sechstel. Dies hat auch damit zu tun, dass sich die Befragten im Regierungsbezirk Tübingen häufiger einer Religionsgemeinschaft zuordnen bzw. als religiöser einordnen. Denn ob Befragte angeben, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie dies als belastend erleben, hängt mit den Einstellungen gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen, der Religiosität und der Religionsgemeinschaft der Befragten zusammen. So geben diese Barriere etwa ein Fünftel der Befragten ohne Religionszugehörigkeit an aber fast ein Drittel der Befragten, die sich der evangelischen Kirche zuordnen bzw. sogar mehr als die Hälfte der Befragten, die sich der katholischen Kirche zuordnen. Je restriktiver die Befragten eingestellt sind bzw., je religiöser sie sich einordnen, desto häufiger geben sie an, keine Abbrüche durchzuführen, weil sie sie Durchführung als belastend erleben. Die Tab. 9.4 zeigt, welche Faktoren die Barrieren beeinflussen.

Interessant für die Diskussion von Handlungsansätzen ist die Frage, ob Ärztinnen und Ärzte, die aktuell keine Abbrüche durchführen, unter veränderten Bedingungen dazu bereit wären. Etwas über 40 % aller Befragten geben an, dass sie sich vorstellen könnten, Abbrüche durchzuführen, wenn zumindest ein Teil der Barrieren wegfallen würde. Insgesamt zeigen Befragte, die äußere Barrieren angeben, eine höhere Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen, wenn Barrieren wegfallen. Befragte, die innere Barrieren angeben, können sich das seltener vorstellen. In Bremen geben mit knapp zwei Dritteln deutlich mehr Befragte an, dass sie Abbrüche durchführen würden, wenn Barrieren wegfallen würden, als in Mecklenburg-Vorpommern (44%) und in der RB Tübingen (36%). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Befragten in Bremen häufiger äußere Barrieren und die Befragten im RB Tübingen häufiger innere Barrieren angeben, warum sie keinen Abbruch durchführen.

Tab. 9.4: Faktoren, die die Barrieren beeinflussen

Barrieren	Faktoren
Fehlendes Angebot in der Einrichtung	Region Art der Tätigkeitsstätte
Fehlende geeignete Räumlichkeiten	Art der Tätigkeitsstätte
Belastendes Erleben	Region Religionsgemeinschaft Religiosität Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs
Befürchtung erhöhter Arbeitsbelastung	Region Einschätzung der regionalen Versorgungslage
Kein Teil des beruflichen Aufgabengebiets	Religiosität
Prinzipielle Ablehnung	Religiosität

Quelle: Eigene Darstellung

9.3.3.7 Umgang mit Patientinnen

Auch Ärztinnen und Ärzte, die keine Abbrüche durchführen, treffen in ihrer beruflichen Tätigkeit auf Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen. Für den weiteren Versorgungsweg der Schwangeren kann es wichtig sein, dass die Ärztinnen und Ärzte an eine Einrichtung verweisen können, die Abbrüche durchführt. Die WHO empfiehlt das auch in ihrer Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch. Unsere Daten zeigen, dass die Einstellung der Befragten, die keine Abbrüche durchführen, eine Rolle für die Frage spielt, wie sie mit Patientinnen umgehen, die zu ihnen kommen und einen Abbruch wünschen. Mit knapp 18 % verweisen Ärztinnen und Ärzte mit einer restriktiveren Einstellung die Patientinnen deutlich häufiger nicht an eine Einrichtung, die Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Bei Befragten mit liberalerer Einstellung sind es nur 5 %. Im Regierungsbezirk Tübingen verweisen etwa 12 % der Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter eine Patientin, die einen Schwangerschaftsabbruch wünscht, nicht an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch. In Bremen bzw. Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Anteil mit knapp 6 % bzw. 1 % deutlich geringer. Eine fehlende Weiterleitung kann den Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch für die Patientinnen deutlich erschweren, da sie so anderweitig nach einer Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch suchen müssen, und sich dies in Deutschland unter anderem aufgrund des bis 2022 bestehenden Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche und einer lückenhaften Liste der Bundesärztekammer schwierig gestalten kann.

Neben der Verweisung an eine Einrichtung, bei der die Patientin ihren Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen kann, ist auch die Haltung wichtig, mit der Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen begegnen. Auch hier finden wir einen Zusammenhang mit der Einstellung: Die Befragten, die eine restriktivere Einstellung aufweisen, ermutigen die Patientin etwa doppelt so häufig dazu (etwa 50 %) die Schwangerschaft auszutragen als die Befragten mit liberalerer Einstellung (etwa 20 %). Gleichzeitig gibt aber die große Mehrheit von über 85 % der Befragten mit restriktiverer Einstellung an, die Entscheidung der Patientin zu respektieren. Bei den Befragten mit liberalerer Einstellung sind es fast 95 %. Somit ermutigt nur ein sehr kleiner Teil der Befragten die Patientin zum Austragen und respektiert gleichzeitig nicht ihre Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft. Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter im Regierungsbezirk Tübingen geben etwas seltener an, die Entscheidung der Patientin für einen Schwangerschaftsabbruch zu respektieren (86 % gegenüber etwa 95 %). Dies ist u.a. auch darauf zurückzuführen, dass Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter, die sich einer katholischen Religionsgemeinschaft zuordnen bzw. die sich selbst als sehr bis ziemlich

religiös einordnen, etwas seltener die Entscheidung der Patientin respektieren - und diese im RB Tübingen häufiger vertreten sind.

9.3.3.8 Veränderungswünsche

Die Befragten konnten am Ende des Fragebogens angeben, welche der in der Öffentlichkeit debattierten Veränderungsvorschläge sie (eher) befürworten. Die große Mehrheit der Befragten stimmt vielen der insgesamt neun vorgegebenen Veränderungen zu. Nur ein geringer Anteil von knapp 3 % der Befragten gibt keine Veränderungswünsche an. Die meiste Zustimmung mit über 90 % der Befragten erhalten die Etablierung von Behandlungsstandards, mehr gesellschaftliche Akzeptanz für das Thema und mehr fachliche Diskussion in der Gynäkologie. Der Aufnahme des Themas in die ärztliche Weiterbildungsordnung sowie einer besseren Vergütung stimmen mehr als 80 % der Befragten zu. Drei Viertel der Befragten befürworten die Streichung des § 218 aus dem Strafgesetzbuch. Etwas geringer, aber immer noch deutlich über 50 %, ist der Anteil der Befragten, die der Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, der Kostenübernahme durch die Krankenkassen und der Reduzierung organisatorischer Hürden zustimmen.

Es zeigen sich einige regionale Unterschiede bezüglich der Zustimmung zu den Veränderungen: Insgesamt stimmen die Befragten in Bremen den Veränderungen etwas häufiger zu als die Befragten in Mecklenburg-Vorpommern und dem RB Tübingen. Größere regionale Unterschiede hinsichtlich der Zustimmung zu den Veränderungen zeigen sich für die Reduzierung organisatorischer Hürden und der Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Letzterer stimmen in Bremen knapp 80 % der Befragten zu, in Mecklenburg-Vorpommern sind es knapp drei Viertel der Befragten und im RB Tübingen sind es etwas mehr als die Hälfte der Befragten und damit deutlich weniger. Bemerkenswert ist hier der hohe Anteil in Bremen, da in dieser Region auch besonders viele Befragte, die in Kliniken arbeiten, angeben, dass sie keine Abbrüche durchführen, weil sie in der Klinik nicht angeboten werden. Hier scheint von den Befragten aus Bremen bei den Veränderungswünschen ebenfalls das Potential in den Kliniken gesehen zu werden.

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei den Zustimmungswerten zu den Veränderungen zwischen Anbieterinnen und Anbietern und Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbietern. Für zwei einzelne Veränderungswünsche finden sich Unterschiede: Anbieterinnen und Anbieter unterstützen die Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen mit drei Vierteln etwas häufiger als die Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter mit 60 %. Ähnliche Zahlen finden sich für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass Anbieterinnen und Anbieter um den Mehraufwand wissen, den die jetzige Regelung der Kostenübernahme für sie zur Folge hat, warum sie häufiger dieser Veränderung zustimmen.

Nicht zuletzt hängt die Zustimmung zu den Veränderungen stark damit zusammen, welche Einstellungen die Befragten zum Schwangerschaftsabbruch haben. Je restriktiver ihre Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs ist, desto seltener stimmen sie den Veränderungen zu.

9.3.4 Diskussion der Ergebnisse aus der Befragung der Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen (AP 3.3)

Mit der Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durchführen („Anbieterinnen und Anbieter“), wurden die medizinische Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch in Deutschland und die Erfahrungen und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte untersucht. Im Folgenden werden die in Kapitel 7.3.4. dargestellten Ergebnisse zusammengefasst, eingeordnet und diskutiert. Im ersten Abschnitt werden zunächst die Merkmale und Arbeitsbedingungen der befragten Anbieterinnen und Anbieter dargestellt. Danach geht es um ihr Versorgungsangebot. Es folgen die Ergebnisse zur Qualifizierung der befragten Ärztinnen und Ärzte im Bereich Schwangerschaftsabbruch. Anschließend wird darauf eingegangen, aus welchen Gründen Ärztinnen und Ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen und welche Barrieren existieren, die ihnen das Durchführen von Schwangerschaftsabbrüchen erschweren oder die dazu führen, dass sie nicht alle Methoden des Schwangerschaftsabbruchs anbieten. Im darauffolgenden Abschnitt geht es um die Stigmatisierungserfahrungen von Anbieterinnen und Anbietern, die in der Literatur auch unter dem Begriff *Abortion Provider Stigma* gefasst werden (vgl. Kapitel 5.3.1.3). Die ELSA-Daten zeigen, inwiefern Anbieterinnen und Anbieter in Deutschland Stigmatisierung im persönlichen, beruflichen und öffentlichen Umfeld erleben oder antizipieren und welche Faktoren dazu beitragen. Eine zentrale Forschungsfrage der ELSA-Studie ist die Ermittlung von Erklärungsansätzen für regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch. Daher werden die aufgeführten Aspekte in einem weiteren Abschnitt hinsichtlich regionaler Unterschiede beleuchtet. Abschließend gehen wir darauf ein, ob und welche Veränderungen die befragten Anbieterinnen und Anbieter in Bezug auf die Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch für wichtig halten.

9.3.4.1 Merkmale und Arbeitsbedingungen von Anbieterinnen und Anbietern

Fast alle befragten Anbieterinnen und Anbieter sind Fachärztinnen und -ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Dabei ist fast ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte 60 Jahre und älter, etwa zwei Drittel sind weiblich. Knapp drei Viertel arbeiten in der ambulanten und ein Viertel in der stationären Gesundheitsversorgung; nur wenige (unter 4 %) sowohl in ambulanten als auch stationären Tätigkeitsstätten. Die Häufigkeitsverteilungen bezogen auf Alter, Geschlecht und den Tätigkeitsbereich in der Gesundheitsversorgung unterscheiden sich kaum von jenen der Bundesärztestatistik für die berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland. Damit scheinen sich Anbieterinnen und Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen hinsichtlich dieser Merkmale kaum von der Gesamtheit der berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland zu unterscheiden. Sie sind weder viel jünger oder älter noch häufiger männlich oder weiblich noch arbeiten sie in einem Bereich der Versorgung mehr als in einem anderen. Es wäre jedoch insbesondere möglich, dass an der fast ausschließlich online durchgeführten Befragung jüngere Anbieterinnen und Anbieter teilgenommen haben und insofern die Altersstruktur der Befragten in Bezug auf die Altersstruktur aller Anbieterinnen und Anbieter in Deutschland verzerrt ist.

Über ein Viertel der Befragten führen in ihrer Einrichtung als einzige Ärztin oder Arzt Schwangerschaftsabbrüche durch. Bei einem knappen Fünftel führt eine weitere Ärztin/ein weiterer Arzt in der Einrichtung auch Abbrüche durch und bei mehr als der Hälfte der Befragten sind es zwei und mehr weitere Ärztinnen und Ärzte, die ebenfalls Abbrüche in der Einrichtung vornehmen. Das heißt, dass fast drei Viertel der Anbieterinnen und Anbieter in einem beruflichen Umfeld arbeiten, in dem weitere Ärztinnen und Ärzte Abbrüche durchführen. Dies eröffnet niedrigschwellige Möglichkeiten der Vernetzung und des Austausches in fachlicher Hinsicht aber auch bezogen auf die Erfahrungen, die Ärztinnen und Ärzte mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen machen.

Fast 30 % der Befragten, die in einer Einzelpraxis arbeiten, führen Schwangerschaftsabbrüche in einer externen Einrichtung, zum Beispiel in einem ambulanten OP-Zentrum, durch. Bei denjenigen, die in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft tätig sind, ist es knapp ein Fünftel. Insbesondere operative Schwangerschaftsabbrüche werden in externen Einrichtungen durchgeführt. Dies ist plausibel, da für diese Methode neben fachärztlichen Personal für die Anästhesie (für Abbrüche bei Vollnarkose) ein OP-Raum und ein Aufwachraum benötigt werden und diese in einer normalen Arztpraxis oftmals nicht verfügbar sind. Führen Befragte in ambulanten Tätigkeitsstätten Schwangerschaftsabbrüche in einer externen Einrichtung durch, so gibt es dort häufiger weitere Ärztinnen und Ärzte, die ebenfalls in dieser Einrichtung Abbrüche durchführen.

Die Befragten führten 2021 unterschiedlich viele Schwangerschaftsabbrüche durch: Knapp ein Fünftel der Befragten führten mehr als 10, die Hälfte führte mehr als 50 und ein Zehntel der Befragten führte mehr als 250 Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 durch. Ärztinnen und Ärzte in Kliniken nahmen dabei deutlich weniger Schwangerschaftsabbrüche vor als Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung. Somit unterscheiden sich die Anbieterinnen und Anbieter untereinander in Hinblick darauf, welchen Anteil die Durchführung von Abbrüchen in ihrer ärztlichen Tätigkeit einnimmt. Während es für einen gewissen Teil der Befragten zum Arbeitsalltag gehört, stellt es für andere eher eine Ausnahme von ihren gewohnten Tätigkeiten dar. Daraus leiten sich zum Teil auch andere Erfahrungen und Einschätzungen ab, wie im Folgenden noch näher erläutert wird.

Mit etwa 80 % gibt die große Mehrheit der Befragten an, weniger als 10 % ihrer Gesamtarbeitszeit für Schwangerschaftsabbrüche aufzuwenden. Etwa 16 % wenden zwischen 10 % und 25 % ihrer Gesamtarbeitszeit dafür auf. Ein gutes Fünftel der Befragten möchte gern weniger Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Von diesen führt etwa die Hälfte mehr Abbrüche auf als gewünscht, weil die Versorgungslage in ihrer Region so schlecht ist.

Etwa zwei Drittel der Befragten geben an, dass sie in den nächsten fünf Jahren keine beruflichen Veränderungen planen, die ihr Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen verringern oder erweitern. Vom restlichen Drittel der Befragten plant etwas mehr als die Hälfte die komplette Einstellung oder Verringerung des Angebots, zum Beispiel wegen Ruhestand. Etwas weniger als die Hälfte von ihnen plant eine Erweiterung des Angebots, zum Beispiel durch Einstellung weiterer Kolleginnen und Kollegen usw. Daraus lässt sich schließen, dass die Zahlen der Anbietenden ungefähr konstant bleibt, wenn sich die geplante Erweiterung realisieren lässt. Es ist jedoch möglich, dass eher engagierte Ärztinnen und Ärzte an der Befragung zum Thema Schwangerschaftsabbruch teilgenommen haben, die motiviert sind, in Zukunft ihr Angebot diesbezüglich auszuweiten. Auf einen möglichen Response Bias in Bezug darauf, dass eventuell etwas jüngere Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben im Vergleich zur Gesamtheit der Anbieterinnen und Anbieter, hatten wir bereits weiter oben hingewiesen. Die Daten zeigen, dass ältere Ärztinnen und Ärzte häufiger eine Einstellung des Angebots planen, um in den nächsten Jahren in den Ruhestand zu gehen.

9.3.4.2 Versorgungsangebot

Knapp 30 % der befragten Anbieterinnen und Anbieter führen sowohl medikamentöse als auch operative Schwangerschaftsabbrüche durch. Etwa 23 % der Befragten nehmen ausschließlich medikamentöse Abbrüche vor und 48 % bieten nur operative Abbrüche an. Damit führen etwa 80 % der Befragten operative Abbrüche durch, aber nur 52 % medikamentöse Abbrüche. Es überwiegt also der Anteil jener, die operative Abbrüche durchführen, deutlich, was sich auch mit dem im internationalen Vergleich hohen Anteil an operativen Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland deckt.

Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Pflichtberatung ist in Deutschland auf die ersten 14 Wochen (p.m.) begrenzt. Für medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche ergeben sich

aus den Zulassungsbedingungen der dafür notwendigen Medikamente noch engere Fristen: So ist das erste Medikament für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nur bis zum Ende der 9. Woche (p.m.) zugelassen, kann aber im off-label-use auch später angewendet werden. In unserer Befragung geben nur etwa zwei Drittel der Befragten an, dass sie Schwangerschaftsabbrüche bis zu diesen Fristen durchführen. Das andere Drittel führt Schwangerschaftsabbrüche in engeren Fristen durch. Dabei werden von den meisten dieser Befragten sowohl für den operativen als auch den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch Fristen genannt, die etwa 2 Wochen vor der gesetzlich möglichen Frist liegen, d.h. für den medikamentösen Abbruch eine Frist bis zur 7./8. Woche und für den operativen Abbruch die 12. Woche. Einige wenige beschränken die Frist, in dem sie den operativen Abbruch nicht in der sehr frühen Schwangerschaft durchführen. Damit beschränken engere Fristen den Zugang für Frauen, die einen sehr frühen Schwangerschaftsabbruch oder einen Abbruch nahe der gesetzlichen Frist wünschen. Weitere Forschung sollte die Gründe der Ärztinnen und Ärzte untersuchen, die dazu führen, dass sie Abbrüche in engeren Fristen als den gesetzlich möglichen vornehmen.

Auch wenn die rechtlichen Voraussetzungen vorliegen, um einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung vorzunehmen, führen ihn mehr als 60 % der befragten Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen nicht durch. Sie nennen mindestens eine Situation, in der sie keinen Schwangerschaftsabbruch durchführen würden: Am häufigsten wird hier genannt, dass der Eingriff als medizinisch zu riskant eingeschätzt wird (etwa ein Drittel) oder wenn der Eindruck besteht, dass der Abbruch von der Patientin nicht selbstbestimmt gewünscht wird (etwa ein Drittel) bzw. sie emotional zu stark belastet wirkt (ein knappes Fünftel). Etwa ein Fünftel der Befragten nennt die fehlende Zustimmung der Eltern bei minderjährigen Patientinnen als Grund, keinen Abbruch durchzuführen. Bei minderjährigen Patientinnen ab 14 Jahre haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, deren Entscheidungsfähigkeit selbst einzuschätzen und von einer Einwilligung der Erziehungsberechtigten abzusehen. Von diesem Spielraum scheint ein Fünftel der Anbieterinnen und Anbieter pauschal keinen Gebrauch zu machen. Darüber hinaus geben jeweils zwischen 10 % und 15 % der Befragten an, keine Schwangerschaftsabbrüche bei Patientinnen durchzuführen, wenn Sprachbarrieren, kognitive Beeinträchtigungen oder eine Covid-Infektion vorliegen oder die Patientin bereits zuvor mehrere Schwangerschaftsabbrüche hatte. Diese ärztlichen Praktiken, in diesen Fällen auf die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs zu verzichten, kann einen erschwerten Zugang für diese Personengruppen zur Folge haben.

Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung sind in Deutschland rechtswidrig, bleiben aber straffrei. Unter 5 % aller gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche finden jedes Jahr nicht nach einer Pflichtberatung, sondern nach einer medizinischen oder kriminologischen Indikation statt. Schwangerschaftsabbrüche nach einer dieser beiden Indikationen sind rechtmäßig. Die Abbrüche werden von der Krankenkasse bezahlt und ein Abbruch nach medizinischer Indikation unterliegt auch keiner Frist. Für Ärztinnen und Ärzte bedeuten Abbrüche nach Indikation Mehraufwand durch die Stellung der Indikation, zudem ist in einigen Bundesländern die Vergütung geringer als bei einem Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung. Unsere Daten zeigen, dass sich mit der medizinischen Indikationsstellung knapp 30 % der Befragten (eher) unsicher fühlen, mit der kriminologischen Indikationsstellung fühlt sich sogar fast die Hälfte der Befragten (eher) unsicher. Fast ein Drittel der Befragten berichtet, bereits auf eine medizinische oder kriminologische Indikationsstellung verzichtet zu haben, obwohl die Voraussetzungen dafür vorlagen. Als häufigste Gründe für dieses Vorgehen gaben sie den höheren Aufwand und Unsicherheit mit der Indikationsstellung an. Diese Praxis bedeutet für die Patientinnen einen deutlich höheren Aufwand: Sie müssen – anders als bei einem Abbruch nach Indikation – eine Pflichtberatung aufsuchen, eine Kostenübernahme beantragen oder die Kosten selbst tragen und sie führen zudem einen Abbruch durch, der nach der geltenden Rechtslage als rechtswidrig gilt, auch wenn er straffrei bleibt. Dies muss insbesondere vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass das Vorliegen von

Voraussetzungen für eine kriminologische oder medizinische Indikation in vielen Fällen eine starke Belastung der Patientinnen bedeutet, da die Schwangerschaft durch eine erst vor Kurzem stattgefundene Vergewaltigung entstanden ist oder eine Gefahr für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren vorliegt. Ein unnötig hoher Aufwand sollte in so einer Situation noch dringender vermieden werden. Es sollte einerseits erwogen werden, gezielt Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte anzubieten, um den Ärztinnen und Ärzten die Indikationsstellung zu erleichtern und Unsicherheiten zu verringern. Unsere Daten zeigen, dass insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, die sich unsicher sind mit den Indikationsstellungen, Fortbildungsbedarf zu diesen Themen angeben. Andererseits sollten auch die Rahmenbedingungen insbesondere bezüglich der schlechteren Vergütung in einigen Bundesländern verändert und damit bestehende ökonomische Anreize für eine Praxis beseitigt werden, die für die Patientinnen einen eingeschränkten Versorgungszugang bedeutet.

Der Schwangerschaftsabbruch ist kein regulärer Bestandteil der gynäkologischen Versorgung. Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, durften bis xy nicht über ihr Angebot informieren, denn die Information über Schwangerschaftsabbrüche sowie deren Angebot unterlag bis dahin noch dem sogenannten „Werbeverbot“ im § 219a StGB. Für den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen ist es essenziell, dass Schwangere wissen, wohin sie sich für einen Abbruch wenden können. Darum wurden die Anbieterinnen und Anbieter gefragt, wie sie bekannt machen, dass sie Abbrüche durchführen. Etwa ein Sechstel der Befragten gibt ihr Angebot in keiner Weise öffentlich bekannt, sondern informiert höchstens im persönlichen Kontakt mit den (eigenen) Patientinnen. Immerhin fast drei Viertel der Befragten nutzen die regionalen Beratungsstellen zur Bekanntmachung ihres Angebots. Knapp die Hälfte der Befragten informiert über die offizielle Liste der Bundesärztekammer. Folglich lässt sich mehr als die Hälfte der Befragten nicht auf die Liste der Bundesärztekammer setzen. Als häufigster Grund dafür wird die Sorge vor Belästigungen oder Anzeigen durch Abtreibungsgegnerinnen und -gegner genannt. Hier zeigt sich unmittelbar, wie Stigmatisierungserfahrungen den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen beschränken können, indem der Zugang zu Informationen für die ungewollt Schwangeren erschwert wird.

9.3.4.3 Qualifikation

Weniger als die Hälfte der Befragten gibt an, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch in ihrem Medizinstudium behandelt wurde. Davon bewerten über 70 % den Inhalt dazu als nicht ausreichend. Hier scheint es viel Potential für Verbesserungen zu geben.

Über 80 % der befragten Anbieterinnen und Anbieter haben die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen während ihrer Facharztweiterbildung erlernt. Dabei unterscheidet sich, welche Methoden zum Schwangerschaftsabbruch sie vermittelt bekommen haben: Mit über drei Viertel haben die meisten Befragten die Vakuumaspiration erlernt, die nicht mehr empfohlene Methode der Curettage wurde in etwa 60 % der Fälle erlernt. Weniger als ein Drittel der Befragten erlernte in der Facharztweiterbildung den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Die Vermittlung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung hat seit seiner Zulassung 1999 langsam, aber kontinuierlich zugenommen. Dennoch haben etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die ihre Facharztweiterbildung ab 2010 abgeschlossen haben, den medikamentösen Abbruch nicht in der Facharztweiterbildung erlernt. Etwa 15 % der Befragten erlernten die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht in der Facharztweiterbildung. Knapp 28 % der Befragten gaben an, sich (eher) nicht gut durch die Facharztweiterbildung vorbereitet zu fühlen. Damit zeigt sich, dass die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Facharztweiterbildung weder flächendeckend noch einheitlich gelehrt wird. Vielmehr werden unterschiedliche Methoden in unterschiedlichem Maße oder gar nicht gelehrt, was dazu führt, dass sich ein beträchtlicher Teil nicht gut durch die Facharztweiterbildung auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen vorbereitet fühlt.

Mehr als die Hälfte der Befragten nahm bereits an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch teil. Von ihnen nahmen jeweils knapp 60 % an Fortbildungen teil, die selbst organisiert waren oder von pro familia oder dem Familienplanungszentrum Balance in Berlin angeboten wurden. Fast ein Viertel der Befragten gibt an, dass sie an keiner Fortbildung teilgenommen haben, weil es nach ihrem Wissen keine Angebote dazu gab. Damit zeigt sich, dass Fortbildungen zum Schwangerschaftsabbruch vor allem durch private Initiativen stattfinden, ein flächendeckendes Angebot, beispielsweise durch Fachgesellschaften, scheint es dagegen nicht zu geben oder zumindest nicht bekannt zu sein, obwohl ein beträchtlicher Anteil der Anbieterinnen und Anbieter Fortbildungsbedarf hat: Fast drei Viertel der Befragten gaben aktuell Bedarf an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch an. Hier werden von jeweils einem Viertel bis einem Fünftel der Befragten insbesondere die Stellung der kriminologischen (24 %) oder medizinischen (21 %) Indikation, die Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs (23 %), internationale Regelungen und Praxis (22 %), regionale Vernetzung (22 %), Komplikationen (21 %) und psychische Aspekte der betroffenen Frauen (21 %) als spezifische Themen genannt, zu denen Fortbildungsbedarf besteht. Zudem wünscht sich über die Hälfte der Befragten mehr fachlichen Austausch. Hier zeigen sich große Potentiale, um durch Fortbildungen und Räume für Fachaustausch die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzte für Schwangerschaftsabbrüche und somit auch die Handlungssicherheit und die Qualität der Versorgung zu verbessern.

9.3.4.4 Gründe für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Fast alle befragten Ärztinnen und Ärzte geben an, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weil sie Frauen in einer Notlage helfen oder die Selbstbestimmung von Frauen unterstützen wollen. Über 90 % geben zudem an, dass sie es tun, weil sie Schwangerschaftsabbrüche als grundsätzlichen Bestandteil der Frauengesundheit sehen oder als Teil ihres beruflichen Aufgabengebietes betrachten. Immerhin über 80 % geben als Grund an, dass sie die Versorgung in der Region sicherstellen wollen. Damit zeigt sich, dass die meisten Anbieterinnen und Anbieter Schwangerschaftsabbrüche aus Überzeugung durchführen und nicht nur, weil sie die Versorgungslage in der Region als zu gering einschätzen oder die Klinik, in der sie arbeiten, Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Viele Befragte nennen mehrere Gründe, die gemeinsam dazu beitragen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Äußere Faktoren spielen dabei zwar auch eine Rolle, es überwiegen bei den Befragten jedoch klar die intrinsischen Motive.

9.3.4.5 Barrieren bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Mit der ELSA-Befragung der Anbieterinnen und Anbieter wurden sowohl Barrieren untersucht, die das Durchführen einer bestimmten Methode des Schwangerschaftsabbruchs verhindern als auch solche Barrieren, die Mehraufwand bedeuten und damit das Durchführen von Schwangerschaftsabbrüchen erschweren.

Damit ungewollt Schwangere die Möglichkeit haben, zwischen der medikamentösen und operativen Methode des Schwangerschaftsabbruchs zu wählen, werden Ärztinnen und Ärzte benötigt, die beide Methoden auch anbieten und durchführen. Es war daher von Interesse zu untersuchen, was Ärztinnen und Ärzte daran hindert, nur eine statt beide Methoden durchzuführen. Als Barrieren für die Durchführung von medikamentösen Abbrüchen nannten die Befragten am häufigsten, dass in ihrer Tätigkeitsstätte keine medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche angeboten werden (57 %), dass sie den organisatorischen Aufwand dafür als zu hoch einschätzen (34 %) und dass sie keine ausreichenden praktischen Erfahrungen mit dieser Methode haben (30 %). Zudem nennen 15 % der Befragten zu hohe gesundheitliche Risiken als Grund. Da es sich bei dem medikamentösen Abbruch um einen sehr sicheren medizinischen Eingriff mit äußerst geringen Risiken handelt, muss hier von fehlenden oder falschen Informationen auf Seiten der Befragten ausgegangen werden. Hier kann der hohe Anteil an Befragten, die den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nicht in der Facharztweiterbildung erlernt haben, eine Rolle spielen. Fehl- oder Falschinformationen und mangelndes Wissen kann mit Informationen und

Fortbildungsangeboten begegnet werden. Etwa 13 % der Befragten nennen eine zu geringe Vergütung und 11 % einen zu schweren Zugang zu den erforderlichen Medikamenten als Grund, keine medikamentösen Abbrüche anzubieten. Als Barrieren für die Durchführung operativer Abbrüche wurden von den Befragten am häufigsten genannt, dass ihnen der Aufwand zu hoch ist (55 %), dass ihnen dafür keine angemessenen Räumlichkeiten zur Verfügung stehen (45 %) und dass ihnen eine Erlaubnis zum ambulanten Operieren fehlt (43 %). Jeweils etwa ein Siebtel bis ein Zehntel der Befragten nennt fehlende praktische Erfahrung (14 %), zu hohe Hürden für die Zulassung (12 %) und eine zu geringe Vergütung (10 %). Hier zeigt sich, dass sich die meisten Barrieren auf äußere Rahmenbedingungen beziehen, unter denen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Neben diesen Barrieren gibt es auch solche, die die Anwendung bestimmter Methoden bei den Anbieterinnen und Anbieter zwar nicht verhindern, die Durchführung von Abbrüchen jedoch allgemein erschweren. Die Durchführung von medikamentösen wie auch operativen Schwangerschaftsabbrüchen unterliegt in Deutschland einer Vielzahl von Sonderregelungen, die für die durchführenden Ärztinnen und Ärzte einen erhöhten Aufwand bedeuten können und darum als Barrieren in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu bewerten sind. Sie könnten in Zukunft dazu führen, dass Anbieterinnen und Anbieter ihr Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen einstellen oder verringern, wenn die Abwägung des erforderlichen Aufwands und der bestehenden Motivationen als nicht mehr günstig angesehen wird.

Von besonderer Bedeutung ist der Zugang zu den erforderlichen Medikamenten. Dabei handelt es sich um den Wirkstoff Mifepriston, der für den medikamentösen Abbruch der Schwangerschaft benötigt wird sowie um den Wirkstoff Misoprostol, der bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen als zweites Medikament zur Unterstützung der Ausstoßung des Schwangerschaftsgewebes und bei operativen Schwangerschaftsabbrüchen zur Vorbereitung des Muttermunds verwendet wird. Der Sondervertriebsweg nach §47a Arzneimittelgesetz, der mit einem hohen bürokratischen Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte verbunden ist, betrifft das Mifepristonpräparat Mifegyne® sowie das für den Schwangerschaftsabbruch zugelassene Misoprostolpräparat MisoOne®. Fast die Hälfte der Befragten schätzt den Aufwand, der durch den Sondervertriebsweg entsteht, als (eher) hoch ein. Fast 70 % der Befragten bewerten den seit 2021 bestehenden Importstopp von Cytotec® als Problem für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Bei dem Medikament handelt es sich um ein Misoprostolpräparat, das weltweit für Schwangerschaftsabbrüche verwendet wird und in Deutschland im sogenannten off-label-use (also ohne offizielle Zulassung für diesen Zweck) zur Anwendung kommt. Knapp die Hälfte der Befragten gibt an, Cytotec® gelagert zu haben und noch eine Weile damit auszukommen. Gut ein Drittel der Befragten bestellt es über eine Apotheke im Ausland, knapp 30 % bestellen das Präparat MisoOne® über den bereits beschriebenen Sondervertriebsweg, der mit höherem Aufwand und höheren Kosten verbunden ist. Die Beendigung des Importstopps von Cytotec® sowie die Abschaffung des Sondervertriebswegs würden für viele Anbieterinnen und Anbieter eine Verringerung des Aufwands bedeuten.

Etwa 40 % bewerten den Abrechnungsaufwand durch die Regelungen zur Kostenübernahme als (eher) hoch. Dies trifft insbesondere auf die Befragten zu, die über 250 Abbrüche im Jahr durchführen und sich somit in einem hohen Maß an der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen beteiligen. Eine Überführung von Schwangerschaftsabbrüchen in den Bereich der regulären Kassenleistungen würde diesen Aufwand beseitigen.

Ebenfalls etwa 40 % der Befragten schätzen den Aufwand zur Meldung der Schwangerschaftsabbrüche an das Statistische Bundesamt als (eher) hoch ein. Die Erhebungsmerkmale, die das Statistische Bundesamt zu den gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen sammelt, sollten hinsichtlich ihrer Notwendigkeit geprüft werden. So scheint fraglich, inwiefern der

Merkmale wie Familienstand der Schwangeren, die genaue Zahl der Lebendgeborenen sowie die genaue Zahl der im Haushalt der Frau lebenden minderjährigen Kinder für die Statistik über Schwangerschaftsabbrüche relevant sind.

In den Bundesländern existieren unterschiedliche Vergütungshöhen für Schwangerschaftsabbrüche nach einer Pflichtberatung mit Kostenübernahme. Einige Länder vergüten sie genauso wie Schwangerschaftsabbrüche nach Indikation auf Grundlage des ärztlichen EBM. Andere Länder wiederum zahlen Pauschalbeträge, die oftmals (etwas) über den Vergütungshöhen des EBM liegen. Die Vergütung für Schwangerschaftsabbrüche nach Kostenübernahme wird von der Mehrheit der Befragten als (eher) schlecht eingestuft: Zwei Drittel der Befragten schätzen die Vergütung bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch als (eher) schlecht ein. Etwas weniger, aber immer noch mehr als die Hälfte der Befragten, bewerten die Vergütung für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch als (eher) schlecht.

Zudem schätzt ein beachtlicher Teil von jeweils gut einem Drittel der Befragten es als (eher) schwer ein, nicht-ärztliches Assistenzpersonal und Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden. Die Schwierigkeit, geeignetes bzw. bereites Personal zu finden, hängt dabei nicht nur mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch zusammen, sondern muss auch im Kontext eines allgemeinen Fachkräftemangels betrachtet werden. Aber auch das Finden von Kolleginnen und Kollegen, die bei dem Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen beispielsweise durch Nachsorge oder Urlaubsvertretung unterstützen, bewerten mehr als ein Drittel als (eher) schwierig.

Es zeigen sich vielfältige Barrieren, die das Anbieten bestimmter Methoden zum Schwangerschaftsabbruch verhindern oder die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen für die Ärztinnen und Ärzte erschweren. Die Barrieren betreffen insbesondere äußere Faktoren: Dazu zählen insbesondere bestehende Sonderregelungen, die in vielen Fällen einen erhöhten Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte bedeuten, aber auch fehlende Räumlichkeiten, fehlende Fortbildungsangebote und eine zu geringe Vergütung. Durch die Veränderung dieser Rahmenbedingungen kann Anbieterinnen und Anbieter die Durchführung von Abbrüchen erleichtert werden und können sie für die Durchführung weiterer Methoden zum Schwangerschaftsabbruch gewonnen werden. Entsprechende Maßnahmen können so in hohem Maße zu einem verbesserten Zugang zum Schwangerschaftsabbruch für ungewollt Schwangere beitragen.

9.3.4.6 Stigmatisierung

Im folgenden Abschnitt fokussieren wir darauf, welche stigmatisierenden Erfahrungen Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen und wie häufig sie sie machen. Dabei unterscheiden wir die antizipierte Stigmatisierung, also die *Befürchtung* negativer Reaktionen durch andere, und die erlebte Stigmatisierung – also das *Erfahren* negativer Reaktionen, verweigerter Unterstützung usw. durch andere (vgl. Kapitel 5.3.1.3).

Die Befragten konnten Angaben dazu machen, wie häufig sie Sorge haben, dass Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder Arbeitskolleginnen und Kollegen negativ über sie denken, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen und inwiefern sie fürchten, dass eigene Familienangehörige aus diesem Grund abgelehnt werden. Fast 45 % Befragten erfahren mindestens eine dieser Formen von antizipierter Stigmatisierung im privaten oder im beruflichen Umfeld. Dabei haben 21 % der Befragten diese Sorgen nicht nur selten, sondern häufiger.

Auch zu erlebter Stigmatisierung, worunter negative Reaktionen im privaten und beruflichen Umfeld sowie in der Öffentlichkeit fallen, wurden Angaben gemacht. Dabei geben etwa jeweils ein Drittel der Befragten an, keine, selten oder mehr als selten Stigmatisierungen zu erleben. Ein Viertel der Befragten berichtet, bereits bedroht oder angegriffen worden zu sein, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 13 % der Befragten gaben an, dass vor der Einrichtung, in

der sie Abbrüche durchführen, Demonstrationen oder Gehsteigbelästigungen stattfinden. Über 10 % der Befragten gaben an, bereits angezeigt worden zu sein, weil sie über Schwangerschaftsabbrüche informieren.

Es wurde auch erhoben, inwiefern die Befragten bereits positive Reaktionen in Form von kollegialer Anerkennung, privater Wertschätzung oder positiver Reaktionen von Patientinnen erfahren haben dafür, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Über 85 % berichten, dass sie nicht nur selten solche positiven Reaktionen erleben.

Es zeigt sich, dass erlebte und antizipierte Stigmatisierung zusammenhängen, insbesondere im privaten Umfeld. Je häufiger Ärztinnen und Ärzte Stigmatisierung erleben, desto häufiger antizipieren sie diese auch. Wenn Ärztinnen und Ärzte häufiger Erfahrungen mit positiven Reaktionen machen, antizipieren sie jedoch nicht seltener Stigmatisierung. Das zeigt, dass negative Reaktionen Befürchtungen in diese Richtung bei den Ärztinnen und Ärzten verstärken, positive Reaktionen die Befürchtungen aber nicht verringern. Hier scheinen Erfahrungen mit negativen Reaktionen also stärker auf antizipierte Stigmatisierung zu wirken.

Die Geheimhaltung bzw. Offenlegung des Stigmas, hier die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, ist eine wesentliche Dimension des Umgangs mit Stigmatisierungserfahrungen. Wir haben die Ärztinnen und Ärzte daher gefragt, wie häufig sie in der Familie, unter Freundinnen und Freunde und Kolleginnen und Kollegen offen damit umgehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Ein Viertel der Befragten geht sowohl mit Kolleginnen und Kollegen, Familienangehörigen als auch Freundinnen und Freunde oft offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Knapp 60 % der Befragten tun dies in mindestens einem der Kreise nur gelegentlich. 19 % der Befragten geht dagegen seltener offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Sie gehen in mindestens einem ihrer Lebensbereiche nie offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Hier ist davon auszugehen, dass Befragte diesen Teil ihrer ärztlichen Tätigkeit aktiv geheim halten. Sie vermeiden es in mindestens einem ihrer Lebensbereiche komplett, offen damit umzugehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 7 Befragte geben an, sowohl im Freundes-, Familien- also auch Kolleginnen und Kollegenkreis nie offen damit umzugehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Antizipierte Stigmatisierung und ein offener Umgang hängen zusammen: Je häufiger Stigmatisierung antizipiert wird, desto seltener gehen die Befragten offen damit um, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Gleichzeitig zeigen die Daten auch, dass je häufiger Ärztinnen und Ärzte offen damit umgehen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen, desto häufiger erleben sie auch positive Reaktionen. Durch einen offenen Umgang ergeben sich einerseits mehr Gelegenheiten, auch positive Reaktionen zu erfahren. Umgekehrt können positive Reaktionen Ärztinnen und Ärzte auch dazu motivieren, offener damit umzugehen, dass sie Abbrüche durchführen. Der Zusammenhang ist also in beide Richtungen plausibel. Interessant ist, dass ein offener Umgang nicht signifikant mit erlebter Stigmatisierung zusammenhängt. Dies kann daran liegen, dass hier zwei gegenläufige Wirkungen denkbar sind: Je häufiger Ärztinnen und Ärzte Stigmatisierung erleben, desto häufiger antizipieren sie Stigmatisierung und in der Folge gehen sie seltener offen damit um, dass sie Abbrüche durchführen. Gleichzeitig ist plausibel, dass sie seltener Stigmatisierung erleben, wenn sie seltener offen damit umgehen, dass sie Abbrüche durchführen.

In den Daten zeigt sich auch, dass Ärztinnen und Ärzte, die in Kliniken arbeiten, Stigmatisierung seltener antizipieren und seltener erleben. Ärztinnen und Ärzte, die dagegen in Einzelpraxen arbeiten, erleben häufiger Stigmatisierung. Und Ärztinnen und Ärzte, die in einer Praxis gemeinsam mit anderen Kolleginnen und Kollegen arbeiten, gehen häufiger offen damit um, dass sie Abbrüche durchführen. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass Ärztinnen und Ärzte in Kliniken deutlich anonym arbeiten und weniger persönlich exponiert sind als Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen. Ärztinnen und Ärzte in Gemeinschaftspraxen legen häufiger einen offenen Umgang

an den Tag, weil sie in einem kollegialen Umfeld arbeiten, in dem sie die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wahrscheinlich sowieso nur schwer geheim halten könnten. Zudem arbeiten sie auch häufiger mit anderen Ärztinnen und Ärzten, die ebenfalls Abbrüche durchführen und somit das Risiko, Stigmatisierung von ihnen zu erfahren, als geringer bewertet werden kann.

Zudem wurde bereits weiter oben ausgeführt, dass Ärztinnen und Ärzte in Kliniken weniger Abbrüche durchführen und es besteht ein Zusammenhang zwischen antizipierter und erlebter Stigmatisierung und der Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche: Ärztinnen und Ärzte, die 2021 mehr als 250 Abbrüche durchgeführt haben, antizipierten und erlebten deutlich häufiger Stigmatisierung als Ärztinnen und Ärzte mit weniger Abbrüchen. Hier sind mehrere Erklärungen denkbar: Die hohen Fallzahlen können bei den Ärztinnen und Ärzten dadurch zustande kommen, dass die Abbrüche in einer schlecht versorgten Umgebung stattfinden, also kaum alternative Einrichtungen zur Verfügung stehen. Eine schlechte Versorgungslage kann wiederum mit einer höheren Prävalenz an Stigmatisierung einhergehen (vgl. Kapitel 7.3.4.7.6). Ärztinnen und Ärzte, die mehr als 250 Abbrüche im Jahr durchführen, sind für diese Tätigkeit bekannter. Im Unterschied zu den Kolleginnen und Kollegen, die beispielsweise nur bei den eigenen Patientinnen Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, kann ihnen leichter das Etikett „Abtreibungsarzt“ verliehen werden. Zudem ist eine weitere Erklärung, dass Ärztinnen und Ärzte, die stärker Stigmatisierung antizipieren, aus diesem Grund auch weniger Abbrüche durchführen und dadurch wiederum weniger Stigmatisierung erleben.

9.3.4.7 Regionale Unterschiede

Eine zentrale Frage der ELSA-Studie ist, inwiefern in Deutschland regionale Unterschiede hinsichtlich der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch bestehen und wie diese erklärt werden können. Auf Grundlage der ELSA-Strukturdatenanalyse wurden die Bundesländer zu drei Regionen mit geringem, mittlerem und hohem Versorgungsgrad zusammengefasst, die Unterschiede in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch abbilden (vgl. Kapitel 5.3.2.2).

Im Folgenden fassen wir die wichtigsten regionalen Unterschiede zusammen, die sich aus den Angaben der Anbieterinnen und Anbieter ergeben. Dabei wird einerseits untersucht, ob die in der Strukturdatenanalyse festgestellten regionalen Unterschiede mit den Aussagen der Anbieterinnen und Anbieter übereinstimmen. Andererseits liefern diese Aussagen Anhaltspunkte für mögliche Erklärungen, warum diese Unterschiede bestehen. Wir betrachten dabei die teils deutlichen regionalen Unterschiede in den Arbeitsbedingungen der Anbieterinnen und Anbieter, dem von den Befragten angegebenen Versorgungsangebot, dem Einzugsgebiet der Patientinnen, den Kosten für den Schwangerschaftsabbruch, der Meldepraxis an das Statistische Bundesamt sowie Erfahrungen mit Stigmatisierung und bestehenden Hürden bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Diese Aspekte werden im Folgenden näher beschrieben und erklärt.

9.3.4.7.1 Arbeitsbedingungen

In Ostdeutschland arbeiten deutlich mehr Befragte in einer Klinik, nämlich etwas mehr als ein Drittel. In Berlin ist es etwas mehr als ein Viertel, und in Westdeutschland nur knapp ein Fünftel. Damit sind die Befragten in Berlin und Westdeutschland häufiger in ambulanten Einrichtungen tätig. Dies deckt sich mit den Daten des StBA zu Schwangerschaftsabbrüchen: So ist der Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen, die in Krankenhäusern stattfinden, in den ostdeutschen Bundesländern deutlich größer als in Berlin und den meisten westdeutschen Bundesländern. Bei den Befragten, die in ambulanten Einrichtungen tätig sind, zeigen sich regionale Unterschiede hinsichtlich der Art der ambulanten Tätigkeitsstätte: Die Befragten in Berlin sind mit einem knappen Viertel seltener in einer Einzelpraxis tätig, in Ost- bzw. Westdeutschland ist es dagegen ein gutes Drittel. Dies ist bemerkenswert, da der Anteil an allen Fachärztinnen und -ärzten in Einzelpraxen in den ostdeutschen Bundesländern und Berlin höher ist als in den westdeutschen Bundesländern.

Knapp die Hälfte der befragten Anbieterinnen und Anbieter in Berlin und Westdeutschland arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder einem MVZ, in Ostdeutschland ist es nur ein gutes Viertel.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche, die die Befragten durchführen, hängt vom Versorgungsgrad ihrer Region ab. In Regionen mit hohem Versorgungsgrad führen knapp zwei Drittel der befragten Anbieterinnen und Anbieter bis zu 50 Abbrüche durch. In Regionen mit mittlerem Versorgungsgrad sind es knapp die Hälfte, und in Regionen mit geringem Versorgungsgrad weniger als 4 %. Das ist bemerkenswert, weil in Regionen mit geringem Versorgungsgrad mehr Befragte in Kliniken arbeiten, die insgesamt weniger Abbrüche durchführen. In Regionen mit hohem Versorgungsgrad gibt es somit mehr Anbieterinnen und Anbieter, die wenige Abbrüche durchführen, egal ob sie in Praxen oder Kliniken tätig sind. In Regionen mit geringem Versorgungsgrad hingegen gibt es einen größeren Anteil von Anbieterinnen und Anbieter, die mehr Abbrüche durchführen. Das könnte darauf hindeuten, dass in schlechter versorgten Regionen weniger Anbieterinnen und Anbieter die Versorgung sichern müssen, während in besser versorgten Regionen die Verantwortung gleichmäßiger verteilt ist.

Es wäre wichtig, die Strukturen der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen weiter zu erforschen, um genauere Aussagen treffen zu können. Vor allem können wir aus den vorhandenen Daten nicht ableiten, ob befragte Personen in einer Einrichtung zusammenarbeiten und gemeinsam ein Angebot für Frauen bereithalten. Trotzdem zeigt sich klar, dass die Verteilung der Abbrüche auf die Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Regionen unterschiedlich ist.

9.3.4.7.2 Versorgungsangebot

Ist der regionale Versorgungsgrad geringer, so kommen die Patientinnen, die einen Abbruch wünschen, aus einem größeren Einzugsgebiet. Entsprechend sinkt auch der Anteil der Patientinnen aus der eigenen Praxis. Jedoch ist davon auszugehen, dass Anbieterinnen und Anbieter, die Abbrüche nur für eigene Patientinnen anbieten, mit unserer Befragung schwerer erreicht wurden, weil sie als Anbieterinnen und Anbieter oftmals gar nicht bekannt sind. Ist die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch geringer, so müssen Patientinnen weitere Wege zurücklegen, um ein Angebot in Anspruch zu nehmen. Aus Perspektive der Anbieterinnen und Anbieter stellt sich das so dar, dass sie häufiger Patientinnen für einen Schwangerschaftsabbruch behandeln, die aus weiter entfernten Regionen kommen. So gibt nur etwa ein Fünftel der Befragten aus der Region mit geringem Versorgungsgrad an, nie Patientinnen aus mehr als 100 km zu behandeln, während die Befragten aus Regionen mit hohem Versorgungsgrad dies in etwa zur Hälfte angeben. Die Angaben der Anbieterinnen und Anbieter decken sich hier also mit den Ergebnissen der ELSA-Strukturdatenanalyse.

Die durchschnittlichen Kosten für einen Abbruch, sofern keine Kostenübernahme vorliegt, werden mit durchschnittlich 490 Euro für einen operativen Abbruch unter Vollnarkose, 390 Euro für einen Abbruch mit Lokalanästhesie und 340 Euro für einen medikamentösen Abbruch angegeben. Dabei zeigt sich, dass sich die Kosten für Selbstzahlerinnen nach regionalem Versorgungsgrad unterscheiden. Sie liegen höher, wenn der Versorgungsgrad gering ist.

So geben über ein Viertel der Befragten aus der Region mit geringem Versorgungsgrad für einen operativen Schwangerschaftsabbruch unter Vollnarkose Kosten ab 600 EUR an. Dieser Anteil liegt bei den Befragten aus der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad mit etwa einem Zehntel der Befragten deutlich niedriger. Die Mittelwerte liegen hier je nach regionalem Versorgungsgrad bei 562 EUR (gering), 473 EUR (mittel) und 493 EUR (hoch) und damit vor allem in der Region mit geringem Versorgungsgrad deutlich höher.

Bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen geben fast die Hälfte der Befragten aus Regionen mit geringem Versorgungsgrad an, dass die Kosten ab 400 Euro betragen. In Regionen mit

mittlerem Versorgungsgrad ist es etwas mehr als ein Fünftel, und in Regionen mit hohem Versorgungsgrad nur etwa ein Siebtel. Die Mittelwerte der Kosten betragen hier differenziert nach regionalem Versorgungsgrad 391 EUR (gering), 340 EUR (mittel) und 327 EUR (hoch).

Neben einer schlechteren Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten für einen Schwangerschaftsabbruch sind in der Region mit geringem Versorgungsgrad auch die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch höher. Offen bleibt, inwiefern das geringere Angebot und damit die in Relation höhere Nachfrage, allgemein höhere Lebenshaltungskosten, die unterschiedlichen Vergütungshöhen der Länder, oder auch die stärkere Verbreitung von Stigmatisierungserfahrungen der Ärztinnen und Ärzte Gründe dafür sind, warum Ärztinnen und Ärzte den Selbstzahlerinnen höhere Kosten für den Abbruch berechnen. Die Ergebnisse decken sich auch mit den Ergebnissen der ELSA-Frauenbefragung: Hier haben die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ebenfalls höhere Kosten angegeben, je geringer der Versorgungsgrad der Region war, in der sie zum Zeitpunkt des Abbruchs wohnten.

9.3.4.7.3 Meldepraxis an das Statistische Bundesamt

Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und den Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, müssen laut § 18 SchkG an das Statistische Bundesamt gemeldet werden. Auskunftspflichtig sind Praxisinhaberinnen und -inhaber sowie Klinikleitungen. Einrichtungen, die Abbrüche ans Bundesamt melden, werden als Meldestellen bezeichnet. Das Statistische Bundesamt merkt zur Anzahl der Meldestellen an, dass diese nicht gleichzusetzen sind mit den Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, sondern beispielsweise ambulante OP-Zentren, in denen mehrere Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Praxen Abbrüche durchführen, gesammelt für diese Ärztinnen und Ärzte als eine Meldestelle die Daten an das Statistische Bundesamt übermitteln (vgl. Kapitel 5.3.2.1.1). Für die ELSA-Strukturdatenanalyse (vgl. Kapitel 7.3.2) nutzten wir die Anzahl der Meldestellen, um verschiedenen Indikatoren in den Bundesländern zu berechnen und damit regionale Unterschiede hinsichtlich des Versorgungszugangs bei Schwangerschaftsabbruch in Deutschland zu ermitteln. Für die Interpretation der Zahlen der Meldestellen und wie valide diese sind, ist es daher interessant, mehr über die Meldepraxis der Anbieterinnen und Anbieter zu erfahren und ob diese sich regional unterscheiden. Über drei Viertel der Befragten, die ausschließlich in einer Einzelpraxis tätig sind, melden die von ihnen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche selbst an das Statistische Bundesamt. Bei den Befragten, die in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder einem MVZ arbeiten, meldet nur ein knappes Viertel die Schwangerschaftsabbrüche selbst. Fast alle Befragten, die nur in Kliniken tätig sind, gaben an, dass die Abbrüche über die Einrichtung gesammelt gemeldet werden. Im regionalen Vergleich melden die Befragten in der Region mit geringem Versorgungsgrad mit knapp der Hälfte etwas häufiger selbst als die Befragten in der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad, wo die Anteile bei 40 % bzw. einem guten Drittel liegen. Diese Verteilung ist zu erwarten, da in der Region mit geringem Versorgungsgrad die Befragten seltener in Kliniken arbeiten. Dies bedeutet in Hinblick auf die Interpretation der Zahl der Meldestellen, dass es sein kann, dass hinter der Zahl der Meldestellen in den Bundesländern mit geringem Versorgungsgrad etwas häufiger einzelne Ärztinnen und Ärzte stehen als in der Region mit mittlerem bzw. hohem Versorgungsgrad, wo mehr Ärztinnen und Ärzte gesammelt über eine Einrichtung, wie beispielsweise eine Klinik, melden.

9.3.4.7.4 Stigmatisierungserfahrungen

Je höher der regionale Versorgungsgrad, desto seltener antizipieren oder erleben die Befragten Stigmatisierung: In der Region mit hohem Versorgungsgrad antizipieren über zwei Drittel der Befragten nie Stigmatisierung, während es bei mittlerem bzw. geringem Versorgungsgrad weniger als die Hälfte der Befragten sind. In der Region mit hohem Versorgungsgrad erlebt fast die Hälfte der Befragten nie Stigmatisierung. Dieser Anteil beträgt in der Region mit mittlerem Versorgungsgrad knapp ein Drittel und in der Region mit geringem Versorgungsgrad lediglich ein

knappes Fünftel. Diese regionalen Unterschiede zeigen sich besonders deutlich bei Stigmatisierungserfahrungen im beruflichen Umfeld. Diese Zusammenhänge können in der Praxis in beide Richtungen wirksam sein: So kann eine schlechtere Versorgungslage in einer Region durch die dortige höhere Prävalenz von Stigmatisierungen bedingt sein. Ärztinnen und Ärzte bieten seltener Abbrüche an oder führen sie nur für ihre eigenen Patientinnen durch, da sie häufiger Stigmatisierungen befürchten. Gleichzeitig bedeutet eine schlechtere Versorgungslage und somit weniger Anbieterinnen und Anbieter, dass das Durchführen von Abbrüchen hier weniger normal ist, was zu einer stärkeren Verbreitung stigmatisierender Vorstellungen und damit auch zu häufigeren stigmatisierenden Erlebnissen führen kann.

Bezüglich eines offenen Umgangs mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen findet sich kein Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsgrad. Haben die Befragten jedoch eine Zeit lang in der DDR gelebt, so gehen sie auch heute noch häufiger offen damit um, dass sie Abbrüche durchführen. Dies hat historische Gründe: Schwangerschaftsabbrüche waren in der DDR ab 1972 fast 20 Jahre lang legal und sehr viele Gynäkologinnen und Gynäkologen haben sie Teil der regulären Gesundheitsversorgung sowohl erlernt als auch durchgeführt. Sie haben über lange Jahre die Erfahrung gemacht, dass Schwangerschaftsabbrüche Teil ihres beruflichen Aufgabengebietes sind und sind in ihrem Umfeld offen mit dieser Tätigkeit umgegangen. Dies setzt sich bis heute fort.

Die unterschiedlichen historischen Entwicklungen bezüglich der rechtlichen Regelungen in der DDR und BRD bis Mitte der 1990er Jahre tragen auch dazu bei, dass Anbieterinnen und Anbieter, die heute in Ostdeutschland tätig sind, Stigmatisierung sowohl seltener antizipieren als auch erleben als Ärztinnen und Ärzte, die in Westdeutschland tätig sind. So geben fast die Hälfte der in Ostdeutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte an, keine Stigmatisierung zu erleben. Bei den Ärztinnen und Ärzten in Westdeutschland beträgt dieser Anteil nicht mal ein Drittel. Mehr als zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte, die in Ostdeutschland tätig sind, antizipieren nie Stigmatisierung, bei den in Westdeutschland tätigen Ärztinnen und Ärzten sind es nicht einmal die Hälfte. Dabei ist dieser Anteil bei Ärztinnen und Ärzten in Berlin mit über 80 % am größten. Hier zeigen sich auch nach über 30 Jahren nach dem Zusammenbruch der DDR bemerkenswerte historische Kontinuitäten bezogen auf das gesellschaftliche Klima gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen.

Entsprechend zeigt sich auch, dass Anbieterinnen und Anbieter in Westdeutschland bzw. in der Region mit geringem Versorgungsgrad die Einstellungen der Menschen in ihrer Stadt oder Gemeinde restriktiver einschätzen als die Anbieterinnen und Anbieter in Ostdeutschland bzw. in den Regionen mit höherem Versorgungsgrad.

9.3.4.7.5 Barrieren

Befragten in der Region mit hohem Versorgungsgrad fällt es häufiger (eher) leicht und Befragten in der Region mit geringem Versorgungsgrad häufiger (eher) schwer, ärztliches und nicht-ärztliches Personal sowie Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden. In der Region mit hohem Versorgungsgrad finden es fast drei Viertel der Befragten (eher) leicht, ärztliches Personal für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden. In der Region mit geringem Versorgungsgrad liegt dieser Anteil bei deutlich unter einem Fünftel. Beim nicht-ärztlichen Personal fällt es ebenfalls etwa drei Viertel der Befragten aus der Region mit hohem Versorgungsgrad (eher) leicht. In der Region mit geringem Versorgungsgrad liegt dieser Anteil lediglich bei einem guten Drittel. Bei geringem regionalem Versorgungsgrad findet mehr als die Hälfte der Befragten nur (eher) schwer Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen, wenn es beispielsweise um Urlaubsvertretung oder Nachsorgebehandlungen geht. Dieser Anteil beträgt bei hohem Versorgungsgrad nur etwa ein Viertel der Befragten. Dies zeigt, dass Anbieterinnen und Anbieter in schlechter versorgten Gebieten häufiger mit Barrieren zu kämpfen haben, wenn es um die Gewinnung von Personal und Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen geht, was es schwierig macht, die Versorgungslage

zu verbessern. Dagegen zeigen sich für die anderen genannten Barrieren, wie Mehraufwand durch Sonderregelungen oder die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten keine regionalen Unterschiede.

9.3.4.8 Verbesserungsbedarfe

Fast alle Befragten sehen Veränderungsbedarf in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch. Die höchsten Zustimmungswerte mit 80 % bis 90 % weisen die Vorschläge für mehr gesundheits- und berufspolitische Unterstützung, das Verbot von Gehsteigbelästigung, das zwischenzeitlich bereits umgesetzt wurde, und die Etablierung von Behandlungsstandards auf. Eine Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches halten ebenfalls über 80 % der Befragten und damit die große Mehrheit für (eher) wichtig. Etwa drei Viertel der Befragten finden darüber hinaus eine bessere Vergütung, mehr Fort- und Weiterbildungsangebote und die Erhöhung der Zahl der Anbieterinnen und Anbieter (eher) wichtig. Für die Vorschläge öffentliche Krankenhäuser zu verpflichten, Abbrüche durchzuführen, die Kostenübernahme von Abbrüchen durch die Krankenkassen und die Freiwilligkeit der Beratung werden mit Zustimmungswerten von etwa 50 % bis 60 % als weniger wichtig bewertet. Mit einem knappem Drittel der Befragten bewertet nur eine Minderheit den Wegfall der gesetzlich vorgeschriebenen dreitägigen Wartezeit zwischen Pflichtberatung und Schwangerschaftsabbruch als (eher) wichtig. Dabei zeigt sich: Je schlechter die Befragten die regionale Versorgungslage einschätzen, desto mehr Veränderungsbedarfe halten sie für (eher) wichtig. Dies ist plausibel, da hier dann regional auch größerer Veränderungsbedarf besteht als in Regionen, wo die Versorgungslage besser ist.

Die meisten Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen, die in gesellschaftlichen Debatten diskutiert werden, finden bei der großen Mehrheit der Anbieterinnen und Anbieter Zustimmung. Alle Vorschläge, außer dem Wegfall der gesetzlich vorgeschriebenen dreitägigen Wartezeit, werden von der Mehrheit bis hin zur Hälfte der Befragten als (eher) wichtig angesehen.

9.3.5 Diskussion der Ergebnisse aus der Gruppendiskussion mit Expertinnen und Experten

Schwangerschaftsabbrüche stellen in der medizinischen Versorgung ein sensibles und komplexes Thema dar. Aus Sicht der Expertinnen und Experten bestehen erhebliche Herausforderungen in der Versorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen, denn eine Reihe von Barrieren erschweren es medizinischen Einrichtungen und Praxen, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten. In der vorliegenden Diskussion der Forschungsergebnisse beleuchten wir die vielschichtigen Herausforderungen und Möglichkeiten im Kontext der medizinischen Versorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Ausgangspunkt waren Fokusgruppendiskussionen mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten, die aufschlussreiche Einblicke in bestehende Strukturen und potenzielle Lösungsansätze lieferten. Die Schwerpunkte der Diskussionen reichten von der föderalen Zuständigkeitsverteilung über die intransparente Datenlage bis hin zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, die zunehmend als Hindernisse für eine effektive und zugängliche Versorgung wahrgenommen werden.

Um ein differenziertes Bild der Versorgungssituation zu zeichnen, gliedern wir die ausgewerteten Diskussionsergebnisse in zentrale Kategorien wie Zuständigkeiten, gesundheitspolitische Unterstützung, Weiterbildungsmöglichkeiten und bürokratische Hürden. Dabei wird insbesondere auf die Notwendigkeit eingegangen, rechtliche Hürden zu überwinden, bürokratische Abläufe zu optimieren und Finanzierungsmechanismen gerechter zu gestalten. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Forderung nach einer stärkeren Vernetzung und einem konstruktiven Dialog zwischen allen Akteuren, um eine qualitativ hochwertige, zugängliche und flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Diese Ebene der Zusammenarbeit ist unerlässlich, um die bestehenden

Versorgungslücken zu schließen und sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, zu unterstützen.

Im Folgenden werden die kritischen Bereiche dargestellt, in denen im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen zur medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen Verbesserungsbedarfe identifiziert wurden.

9.3.5.1 Zuständigkeiten

Zunächst zeigt sich in der föderalen Struktur Deutschlands eine erhebliche Vielfalt und Unübersichtlichkeit in Zuständigkeiten und Strukturen, was die Planung und Umsetzung einer effektiven Versorgung erschwert. Als zentrale Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Situation sollte eine eindeutige Festlegung der rechtlichen Rahmenbedingungen, eine präzise Definition der gesetzlichen Vorgaben sowie eine klare Zuordnung und verbesserte Transparenz der Zuständigkeiten umgesetzt werden. Auch können koordinierende Strukturen auf Bundes- und Landesebene dazu beitragen, dem offensichtlichen Kommunikations- und Vernetzungsdefizit zwischen allen an der Versorgung beteiligten Institutionen und Akteurinnen und Akteure entgegenzuwirken und ein gemeinsames, zielorientiertes Vorgehen zur Sicherstellung einer flächendeckenden, barrierefreien und qualitativ hochwertigen Versorgung zu fördern.

9.3.5.2 Datenlage

In Bezug auf die Datenlage und Bewertungsgrundlage zeigt sich, dass die Datenlage zur Versorgungssituation von den Expertinnen und Experten als unzureichend und intransparent bewertet wird, da sie eine adäquate Bedarfsermittlung und -planung erschwert. Dies betrifft sowohl die allgemeine Datenlage als auch die regionale Bedarfssituation. Bestätigt wird dies durch die Ergebnisse von Torenz et al. (2023), wonach bisher in keinem Bundesland eine spezifische Infrastrukturplanung zur Sicherstellung der Versorgung durch die zuständigen Landesministerien durchgeführt wird. Dies deutet darauf hin, dass zur Verbesserung der wohnortunabhängigen Versorgungssituation effektive Instrumente zur Bedarfsanalyse und -planung erforderlich sind. Mit diesen sollten jedoch auch regionale Besonderheiten erfasst werden, die es erlauben, die Versorgungslage unabhängig vom Wohnort zu verbessern.

9.3.5.3 Gesundheitspolitische Unterstützung

Die fehlende gesundheitspolitische Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, wird als ein wesentliches Hindernis für eine bessere Versorgung gesehen. Dabei scheint eine stärkere politische und institutionelle Unterstützung für zwei wichtige Versorgungsaspekte von Bedeutung: neben der gesundheitspolitischen Stärkung der Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen könnte sie auch das Versorgungsklima erheblich verbessern, in dem Anbieterinnen und Anbieter ihren Beruf ausüben. Dies kann als Appell gewertet werden für die Unterstützung und Förderung des Themas durch gesundheitspolitische Initiativen auf Bundesebene, beispielsweise der Bundesärztekammer und dem Bundesministerium für Gesundheit, und auf Landesebene durch die Landesärztekammern und die zuständigen Ministerien. Hierbei wurden von den Expertinnen bereits wichtige Maßnahmen genannt: die Förderung der Kommunikation und Vernetzung mit dem Fokus auf Versorgungsqualität und unter Einbeziehung von Krankenhäusern sowie die Förderung von Fortbildungen und Diskussionen zum Schwangerschaftsabbruch in Fachzirkeln, um das Bewusstsein für die Probleme in der Versorgung zu erhöhen. Vernetzung, Kommunikation und die Sensibilisierung können sich in diesem Zusammenhang gut ergänzen. Ein weiterer Ansatzpunkt ist es, bekannte Barrieren und Restriktionen, die die Durchführung erschweren oder verhindern, auf den Prüfstand zu stellen. Hier könnten Ländererfahrungen abgeglichen und für Anpassungen genutzt werden. Für Regionen mit besonderem Bedarf und identifizierten Versorgungsdefiziten, beispielsweise in ländlichen Regionen, wurde die Etablierung von spezialisierten Zentren als mögliche Lösung diskutiert. Dies sollte insbesondere deshalb, als ein wichtiger Ansatz betrachtet

werden. Durch sie können regionale Versorgungsengpässe, beispielsweise durch Praxisschließung, vermieden werden und sie können Qualitätsstandards gewährleisten. International haben sich Zentren bewehrt (Pinter et al., 2005).

9.3.5.4 Fortbildungsmöglichkeiten und fachverbandliche Unterstützung

Den Expertinnen und Experten zufolge besteht ein Mangel an spezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten zum Schwangerschaftsabbruch, was zu fehlenden Basiskompetenzen und Wissenslücken beim medizinischen Personal führt. Dies wird durch die internationale und nationale Literatur bestätigt. Die unzureichende Fortbildung zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland wird von Czygan & Thonke (2015) beschrieben. Weitere Untersuchungen bestätigen bei Ärztinnen einen Bedarf an Weiterbildung zur Abbruchversorgung (Baier et al., 2019; Lappen et al., 2021; Subasinghe et al., 2019; Tennhardt, 2019). Da die Fort- und Weiterbildung als wichtiges Instrument gilt, um medizinisches Personal zu befähigen und zu motivieren, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten und damit Einfluss auf die Versorgungssituation zu nehmen, kommt den Kliniken hier eine besondere Rolle zu. Diesen Defiziten könnte durch eine verbindliche Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs als Weiterbildungsinhalt in die Fort- und Weiterbildung oder auch als verpflichtend zu absolvierende Kursfortbildung begegnet werden. In diesem Zusammenhang sollte auch die von den Expertinnen und Experten festgestellte fachverbandliche Unterstützung diskutiert werden: Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten und mit dem Thema befassten Akteurinnen und Akteure fehlt die Unterstützung ihrer medizinischen Fachverbände. Diese könnte in zweierlei Hinsicht verbessert werden: zum einen durch eine offizielle Positionierung der Fachgesellschaften, dass Schwangerschaftsabbrüche integraler Bestandteil medizinischer Leistungen sind, zum anderen durch gezielte Fortbildungen unter Berücksichtigung evidenzbasierter medizinischer Leitlinien und regionaler Versorgungsbedarfe. International wird das Engagement von Fachgesellschaften für den Schwangerschaftsabbruch als sehr wirksam eingeschätzt, da sie eine hohe fachliche Glaubwürdigkeit genießen (Vries et al., 2020). Die bisher als defizitär bewertete Haltung der Fachverbände zum Thema Schwangerschaftsabbruch weist auf einen Bedarf an offenerem Dialog und Engagement hin. Neben der Kommunikation und Vernetzung im gesundheitspolitischen Bereich scheint dieser Bedarf auch auf der Ebene der Berufsverbände zu bestehen. Dazu gehört auch eine Öffnung hin zur hausärztlichen Versorgung und damit zu den allgemeinmedizinischen Fachverbänden, die in die fachliche Diskussion und Versorgung insbesondere des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs einbezogen werden könnten. Dieses in Deutschland bisher wenig genutzte Potential ist beispielsweise gängige Praxis in den Niederlanden (Pinter et al., 2005). Auch bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Fokussierung auf die Versorgung von Frauen in vulnerablen Situationen kommt den Fachverbänden eine wichtige Rolle zu.

9.3.5.5 Bürokratische Hindernisse

Der bürokratische Aufwand und die restriktiven Zulassungsbedingungen werden als wesentliche Barrieren für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen identifiziert. Von den Expertinnen und Experten wurden diesbezüglich klare Beispiele genannt. Viele der bürokratischen Regelungen scheinen der Sonderstellung des Schwangerschaftsabbruchs geschuldet zu sein, wie z.B. das Melde- und Abrechnungsverfahren. Auch der Aufwand, der betrieben werden muss, um die für den Schwangerschaftsabbruch notwendigen Medikamente zu erhalten, fällt nach Auffassung der Expertinnen und Experten, darunter, da der Sondervertriebsweg mit aufwendigen Bestell- und Dokumentationsvorgaben verbunden ist und Ärztinnen und Ärzte zusätzlich für die Medikamente in Vorlage treten müssen. Die Verfügbarkeit der für den Schwangerschaftsabbruch notwendigen Medikamente wurde bereits 2021 und 2023 von vierzehn Fachverbänden, darunter die wissenschaftliche Fachgesellschaft in der Gynäkologie, in einem offenen Brief an die zuständige

Behörde problematisiert⁷⁷, kann als eine Barriere gewertet werden, deren Beseitigung Ärztinnen und Ärzte entlasten würde und durch die seit langem bestehende medizinische Bewertung der Weltgesundheitsorganisation unterstützt wird (WHO, 2012). Hohe bürokratische Hürden und restriktive Zulassungsbedingungen scheinen im Widerspruch zur medizinischen Bewertung stehen, nachdem der Schwangerschaftsabbruch als sehr sicherer medizinischer Eingriff gilt (WHO, 2012). Daher sollten auch die unterschiedlichen Zulassungsbedingungen in den Bundesländern auf den Prüfstand gestellt werden, insbesondere von den Expertinnen und Experten genannte Erhöhung der bereits bestehenden Auflagen für die operative Methode, sowie Auflagen, Praxisanforderungen und Genehmigungsvorgaben für die medikamentöse Methode.

9.3.5.6 Ärztliche Vergütung für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

Die aktuelle Finanzierungsregelung, die aus Expertinnen- und Expertensicht nicht kostendeckend ist, muss als problematisch bewertet werden, wenn Ärztinnen und Ärzte dafür gewonnen werden sollen, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten. Eine angemessene Vergütung sowie eine ausreichende Berücksichtigung von Vorhaltekosten für den Fall, in denen Frauen ihren Abbruchtermin kurzfristig absagen, sollten als Grundvoraussetzung für Anstrengungen angesehen werden, dass Schwangerschaftsabbrüche von mehr Ärztinnen und Ärzten in der Niederlassung angeboten werden. Darüber hinaus kann eine angemessene Vergütung und Anpassung bei Kostensteigerungen möglicherweise den Stellenwert des Eingriffs positiv beeinflussen. Von den Expertinnen und Experten wurde eine Vereinheitlichung der Kostenpauschalen als weiterer Ansatz genannt. Bezogen auf die Frauen spielen die Kosten dann eine wichtige Rolle, wenn die Kosten für den Abbruch selbst aufgewendet werden müssen, denn bisher besteht keine Transparenz, was Frauen dann für ihren Eingriff bezahlen. Da es sich beim Schwangerschaftsabbruch um einen Eingriff handelt, über den nicht offen gesprochen wird, ermöglicht dies den Anbieterinnen und Anbietern eine freie und möglicherweise überteuerte Preisgestaltung. Auch die Kosten, die den Frauen über den Abbruch hinaus entstehen, z.B. durch lange Anfahrtswege in Regionen mit geringer Versorgungsdichte, werden bisher zu wenig berücksichtigt, hier sollte eine mögliche Kostenübernahme geprüft werden.

9.3.5.7 Die Rolle der Kliniken in der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch

Für die Versorgung durch Kliniken sind drei Aspekte hervorzuheben, die für die Verbesserung der Versorgung relevant sind: Die eingeschränkte Verfügbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Kliniken, die mangelnde Transparenz über das regionale Klinikangebot und die Kosten des Eingriffs für die Frauen.

Viele Krankenhäuser mit gynäkologischen Abteilungen beteiligen sich nicht an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen. Bekannt ist, dass Kliniken in katholischer Trägerschaft keine Abbrüche durchführen⁷⁸. Über weitere Zahlen und Gründe gibt es bisher keine Daten, aber Anhaltspunkte durch eine Recherche der Organisation Correctiv⁷⁹. Das Versorgungspotenzial der Kliniken ist in unterversorgten, ländlichen Regionen größer und kann in Regionen, in denen Kliniken in konfessioneller Trägerschaft stärker vertreten sind, einen großen negativen Einfluss haben.

Ein großes Problem stellt die mangelnde Transparenz über das vorhandene Angebot dar. Ob Schwangerschaftsabbrüche als medizinische Leistung zum staatlichen Versorgungsauftrag zählen, ist bisher nicht klar geregelt. Für die Bundesländer gilt bisher nur die Verpflichtung nach § 13

⁷⁷ <https://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen-und-nachrichten/offener-brief-weiter-grosse-sorge-wegen-erschweren-zugangs-zu-misoprostol-200mg>

⁷⁸ Deutsche Bischofskonferenz: Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse“ (GrO), www.dbk.de

⁷⁹ <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/>

Schwangerschaftskonfliktgesetz, ein angemessenes Angebot sicherzustellen. Klärung besteht hinsichtlich der Transparenz. Für Frauen aber auch für alle an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure wird von den Expertinnen und Experten empfohlen, eine Informationsplattform bereitzustellen, die es Frauen erleichtert, geeignete Informationen zu erhalten. Diese Informationen sind auch für die Anbieterinnen und Anbieter hilfreich, da sie die ambulante Notfallversorgung unterstützen können. Für den seltenen Fall einer Notfallbehandlung wird die Verpflichtung aller Kliniken betont.

9.3.5.8 Entkriminalisierung

Die Regelungen des § 218 StGB bringen Ärztinnen und Ärzte in eine unsichere Lage und stigmatisieren den Schwangerschaftsabbruch. Eine Reform oder Abschaffung des § 218 könnte das Arbeitsumfeld für Medizinerinnen und Mediziner entscheidend verbessern und den Zugang für Frauen erleichtern. Dies ist umso wichtiger, als sich bei einer restriktiven Gesetzgebung die Stigmatisierung bei allen Beteiligten verstärkt (Busch, 2009; O'Donnell et al., 2011). Es zeigt sich, dass die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs Einfluss auf alle in der Diskussion angesprochenen Themenfelder hat. Der Paragraph 218 StGB kann als ursächlich für die mangelnde Datentransparenz, die zurückhaltende Unterstützung durch Gesundheitspolitik und Fachverbände, den erhöhten bürokratischen Aufwand, die Sonderregelungen bei der Medikamentenbeschaffung sowie bei der Vergütung medizinischer Leistungen, die uneinheitliche Versorgung in den Kliniken sowie das Fehlen einer verbindlichen Fort- und Weiterbildung angesehen werden und kann somit als das zentrale Querschnittsthema bewertet werden.

9.3.5.9 Fazit

Für die in den Fokusediskussionen adressierten Problembereiche werden diverse Lösungsansätze vorgeschlagen, die von der Schaffung transparenter Strukturen und Zuständigkeiten, über die Vereinfachung von bürokratischen Prozessen bis hin zur Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen reichen. Die Diskussion macht deutlich: Um die Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland zu verbessern und sicherzustellen, ist eine mehrdimensionale Strategie notwendig, die staatliche, medizinische und gesellschaftliche Ebenen einbezieht.

9.3.6 Literaturverzeichnis

- Baier, A., Behnke, A.-L. & Schäfer, P. (2019) Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch | Gunda-Werner-Institut | Heinrich-Böll-Stiftung [Online]. Verfügbar unter <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch> (Abgerufen am 13 November 2021).
- Bayerischer Landtag (2020): Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Strohmayr, SPD: Schwangerschaftsabbrüche in Bayern. Drucksache 18/9512. Online verfügbar unter https://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Schriftliche%20Anfrage/18_0009512.pdf.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2019): Gebiet - Fläche und Gemeindezahlen 2018. Online verfügbar unter https://www.regierung.mittelfranken.bayern.de/mam/regierungsbezirk_mittelfranken/mittelfranken_in_zahlen/01_01_2018.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (2023): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf Grundlage des Zensus 2011 nach Regierungsbezirken in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?operation=themes&levelindex=0&levelid=1724775471376&code=12#abreadcrumb>, zuletzt aktualisiert am 27.08.2024, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Busch, U. (2009) Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten [Online].
- Czygan, C. & Thonke, I. (2015) "Schwangerschaftsabbruch - Ärztliches Handeln in Forschung und Praxis", in Busch, U. & Hahn, D. (Hg.) Abtreibung: Diskurse und Tendenzen [Online], Berlin, Bielefeld, De Gruyter; transcript Verlag, S. 279–297. Verfügbar unter <http://www.degruyter.com/view/product/430234>.
- Hessischer Landkreistag e.V. (2020): Statistiken. Online verfügbar unter <https://www.hlt.de/verband/landkreise-in-hessen/statistiken>, zuletzt aktualisiert am 27.08.2024, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Hessischer Landtag (2018): Kleine Anfrage der Abgeordneten Schott, DIE LINKE: Schwangerschaftsabbruch. Drucksache 19/6572. Online verfügbar unter <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/2/06572.pdf>.
- Hessisches Statistisches Landesamt (2020): Die Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise Hessens am 31. Dezember 2018 nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/HEHeft_derivate_00009449/AI6_j18_a.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Lappen, J. R., Vricella, L. K., Andrews, V., Christensen, E., Heuser, C. C., Horvath, S., Johnson, C. T., Louis, J. M., Luchowski, A. T., Norton, M. E., Sagaser, K. G., Srinivas, S. K., Werner, E., Zahedi-Spung, L. & Blackwell, S. (2021) "Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: Maternal-fetal medicine subspecialist survey on abortion training and service provision", American journal of obstetrics and gynecology, Vol. 225, No. 1, B2-B11.
- O'Donnell, J., Weitz, T. A. & Freedman, L. R. (2011) "Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work", Social science & medicine (1982), Vol. 73, No. 9, S. 1357–1364.
- Penchansky, R.; Thomas, J. W. (1981): The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: Medical care 19 (2), S. 127–140. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.

- Pinter, B., Aubeny, E., Bartfai, G., Loeber, O., Ozalp, S. & Webb, A. (2005) "Accessibility and availability of abortion in six European countries", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Vol. 10, No. 1, S. 51–58.
- Schmid, Paulien (2023): Eine versäumte Staatsaufgabe – Der Versorgungsauftrag nach § 13 Abs. 2 SchKG. In: *KJ* 56 (1), S. 29–33. DOI: 10.5771/0023-4834-2023-1-29.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2023): Fläche und Bevölkerung | Statistikportal.de. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung>, zuletzt aktualisiert am 20.08.2024, zuletzt geprüft am 20.08.2024.
- Statistisches Bundesamt (2021): Schwangerschaftsabbrüche. Berichtsjahr 2020. Wiesbaden (Fachserie 12, Reihe 3).
- Statistisches Bundesamt (2022a): Meldestellen der Schwangerschaftsabbruchstatistik nach Größenklassen der getätigten Abbrüche 2020. Sonderauswertung für die ELSA-Studie.
- Statistisches Bundesamt (2022b): Sonderauswertung georeferenzierter Schwangerschaftsabbrüche nach faktisch anonymisierten Einzeldaten für die ELSA-Studie.
- Statistisches Bundesamt (2023a): Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2021 (Letzte Ausgabe - berichtsweise eingestellt). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/bevoelkerungsfortschreibung-2010130217005.html>, zuletzt aktualisiert am 13.12.2023, zuletzt geprüft am 27.08.2024.
- Statistisches Bundesamt (2023b): Georeferenzierte Bevölkerungszahlen zum 31.12.2021. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/veroeffentlichungen/georeferenzierte-bevoelkerungszahlen>.
- Statistisches Bundesamt (2023c): Schwangerschaftsabbrüche. Berichtsjahr 2022. Wiesbaden.
- Subasinghe, A. K., Deb, S. & Mazza, D. (2019) "Primary care providers' knowledge, attitudes and practices of medical abortion: a systematic review", *BMJ sexual & reproductive health*.
- Tennhardt, C. (2019) "Was spricht für den Schwangerschaftsabbruch mit Medikamenten?", Abstracts der Wissenschaftlichen Sitzungen 2019 der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (GGGB). Berlin, 1/1/2019 - 12/31/2019, Georg Thieme Verlag KG.
- Torenz, R., Vollmer, H., Eckardt, S., Wyrobisch-Krüger, A., Thonke, I. & Hahn, D. (2023) "Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany", *Research in Health Services & Regions*, Vol. 2, No. 1.
- Vries, I. de, van Keizerswaard, L. J., Tolboom, B., Bulthuis, S., van der Kwaak, A., Tank, J. & Koning, K. de (2020) "Advocating safe abortion: outcomes of a multi-country needs assessment on the potential role of national societies of obstetrics and gynecology", *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Vol. 148, No. 3, S. 282–289 [Online]. DOI: 10.1002/ijgo.13092.
- WHO (2012) Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems [Online], 2. Aufl., Geneva, World Health Organization. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/>.
- WHO (2022): Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization Human Reproduction Programme. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942/>.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

10.1 Standort Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

10.1.1 Einführung

Im Rahmen des Projekts ELSA hat die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle gespielt, um die Forschungsergebnisse und -erkenntnisse einem breiten Publikum zugänglich zu machen. Über den Projektzeitraum hinweg wurden zahlreiche Publikationen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht, die wesentliche Beiträge zur aktuellen Forschungsliteratur leisten. Diese Publikationen wurden in der Fachwelt rezipiert.

Darüber hinaus haben wir eine Reihe von Vorträgen auf nationalen, aber auch internationalen Konferenzen gehalten, die es uns ermöglicht haben, unsere Arbeit direkt mit anderen Fachleuten zu diskutieren und wertvolle Rückmeldungen zu erhalten. Diese Vorträge trugen erheblich zur Verbreitung der Projektergebnisse bei und förderten den wissenschaftlichen Austausch.

Presseanfragen wurden systematisch bearbeitet. Insbesondere um die Abschlusstagung am 10. April herum, an der über 1.300 Personen teilnahmen, erwies sich das Interesse der Medien als ausgesprochen groß, konnte aber durch die Unterstützung der für die Presse in der Hochschule verantwortlichen Mitarbeiterin angemessen bewältigt werden, was zu umfangreichen Berichterstattungen in überregionalen Medien geführt hat. Diese Berichte haben nicht nur das Bewusstsein für das Projekt ELSA in der Öffentlichkeit erhöht, sondern auch die Relevanz unserer Forschung für gesellschaftliche Fragestellungen unterstrichen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit war die Einbindung von Studierenden in Lehrforschungsprojekte. Diese Projekte boten den Studierenden die Möglichkeit, aktiv an Forschungsarbeiten teilzunehmen und gleichzeitig ihre eigenen Arbeiten, wie Bachelor- und Masterarbeiten, in den Kontext des Projekts zu integrieren. Dies förderte nicht nur den wissenschaftlichen Nachwuchs, sondern sorgte auch für interessante Überlegungen und neue Perspektiven in unserem Projekt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Öffentlichkeitsarbeit im Projekt ELSA maßgeblich dazu beigetragen hat, unsere Forschungsarbeit sowohl in der Wissenschaftsgemeinschaft als auch in der breiten Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Die oben genannten Formen der Öffentlichkeitsarbeit haben das Projekt bekannt gemacht, die Relevanz unserer Arbeit verdeutlicht und den Austausch zwischen Wissenschaft und Gesellschaft gefördert.

10.1.2 Umgesetzte und geplante Maßnahmen

10.1.2.1 Publikationen

10.1.2.1.1 Bereits erschienen

Hahn, D.; Böhm, M.; Thonke, I.; Torenz, R.; Wienholz, S. (2025.): Die regionale Verteilung medizinischer und psychosozialer Angebote für Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Eine Übersicht auf der Grundlage von Strukturdaten. Zeitschrift für Sexualforschung, 2/2025. Im Erscheinen.

Hahn, D.; Torenz, R.; Thonke, I. et al. (2024). Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung: Eine Analyse aus der Perspektive ungewollt Schwangerer – Erkenntnisse aus der Studie „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)“. Bundesgesundheitsblatt. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03987-2>

Thonke, I.; Wyrobisch-Krüger, A. (2024). ELSA – Ein Forschungsprojekt zu den Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer und zu den Angeboten der Beratung und Versorgung. *Betrifft Mädchen*. 2/2024: 10.3262/BEM2402080

Hahn, D.; Thonke, I. (2023). Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ – Konzept und Hintergründe der Studie. In: Repschläger, U.; Schulte, C.; Osterkamp, N. (Hrsg.): Barmer Gesundheitswesen aktuell 2023. Beiträge und Analysen. Deutschland: Barmer GEK: 190-209. Link: https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2023/gwa-2023_hahn.pdf

Schneider, M.; Eckardt, S.; Torenz, R.; Thonke, I.; Vollmer, H.; Wyrobisch-Krüger, A.; Hahn, D. (2023). Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland. Zeitschrift für Sexualforschung 36(04): 213–222. <https://doi.org/10.1055/a-2194-5972>

Torenz, R.; Vollmer, H.; Eckardt, S.; Wyrobisch-Krüger, A.; Thonke, I.; Hahn, D. (2023). Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. Research in Health Services & Regions 2:21. <http://dx.doi.org/10.1007/s43999-023-00036-4>

Hahn, D. (2022). Das Projekt ELSA – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. Rundbrief Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. 48: 24-29.

Hahn, D. (2021). Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer“. pro familia Magazin 2-3/2021: 24-26.

10.1.2.1.2 Im Erscheinen

Hahn, D.; Böhm, M.; Thonke, I.; Torenz, R.; Wienholz, S. (i. E. 2025). Die regionale Verteilung medizinischer und psychosozialer Angebote für Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Eine Übersicht auf der Grundlage von Strukturdaten. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2/2025.

10.1.2.1.3 Geplante Veröffentlichungen

Thonke, I. Arbeitstitel: Qualifikation zum Schwangerschaftsabbruch in der medizinischen Ausbildung: Ergebnisse der ELSA-Studie zur Situation in Deutschland.

Thonke, I. Arbeitstitel: Barrieren in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen aus der Sicht von Ärzt*innen. Ergebnisse der ELSA-Studie.

Wyrobisch-Krüger, A. Arbeitstitel: Schwangerschaftsabbruch als Ressource. Qualitative Ergebnisse der Elsa-Studie

Wyrobisch-Krüger, A. Arbeitstitel: Spezifische Belastungsfaktoren bei Schwangerschaftsabbrüchen. Qualitative Ergebnisse der Elsa-Studie

10.1.2.2 Beiträge auf Fachkonferenzen

Vortrag: R. Torenz. Barrieren beim Schwangerschaftsabbruch-Ergebnisse der ELSA-Studie. Schwangerschaftsabbruch ein Hürdenlauf in Deutschland, Doctors for Choice. Online, 12.12.2024

Vortrag und Workshop: Zentrale Ergebnisse der Studie ELSA. I. Thonke. Heinrich Böll Stiftung: Feministische Werkstatt: Schwangerschaftsabbruch geht uns alle an. Stuttgart, 08.11.2024.

Vortrag: Erfahrungen von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften und Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung. D. Hahn, I. Thonke, R. Torenz, S. Eckardt, A. Wyrobisch-Krüger, H. Vollmer. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin, 17.10.2024.

Vortrag: Regionale Unterschiede im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch – Ergebnisse der Strukturdatenanalyse. R. Torenz, D. Hahn, I. Thonke. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin, 17.10.2024.

Vortrag: Barrieren in der medizinischen Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch und Stigmatisierungserfahrungen von Ärzt*innen. S. Eckardt, D. Hahn, I. Thonke, R. Torenz, A. Wyrobisch-

Krüger, H. Vollmer. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin, 17.10.2024.

Vortrag: Qualifikation in der fachärztlichen Weiterbildung und Verbesserungsbedarfe. I. Thonke, D. Hahn, R. Torenz, S. Eckardt, A. Wyrobisch-Krüger, H. Vollmer. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin, 17.10.2024.

Vortrag: Medizinische Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch. Ausgewählte Ergebnisse der ELSA-Studie. I. Thonke. Online-Veranstaltung zum Safe-Abortion-Day über die neuesten Forschungsergebnisse und Empfehlungen hinsichtlich der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen. Gesundheitsreferat München Fachstelle Frau, Gesundheit und Gendermedizin, 25.09.2024.

Vortrag: Barriers preventing gynecologists from performing abortions in Germany. R. Torenz. 15th Conference of the International Federation of Abortion and Contraception Professionals (FIAPAC), Brüssel, 20.-21.09.2024.

Vortrag: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer - Entscheidungsmuster zum Schwangerschaftsabbruch. A. Wyrobisch-Krüger. Ringvorlesung Ethik in der Medizin, Frankfurt am Main, 03.07.2024.

Vortrag: Ergebnisse der ELSA-Studie. D. Hahn, I. Thonke. Landesärztekammer Hessen, Frankfurt am Main, 29.05.2024.

Vortrag: Qualifikation in der fachärztlichen Weiterbildung als Barriere und Veränderungsbedarfe in der medizinischen Versorgung. D. Hahn, I. Thonke. Landesärztekammer Hessen, Frankfurt am Main, 29.05.2024.

Vortrag: Ergebnisse und Erkenntnisse der ELSA-Studie. R. Torenz, H. Vollmer. SPD NRW - Mein Körper! Meine Entscheidung! Welche Ergebnisse und Erkenntnisse liefert die ELSA-Studie? Düsseldorf, 06.05.2024.

Vortrag: Regionale Unterschiede im Zugang zu Schwangerschaftsabbruch - Ergebnisse aus der Strukturdatenanalyse. R. Torenz. Online-Ergebnispräsentation Forschungsprojekt ELSA. Online, 10.04.2024.

Vortrag: Erfahrungen von Frauen mit ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften: Medizinische Versorgung. D. Hahn. Online-Ergebnispräsentation Forschungsprojekt ELSA. Online, 10.04.2024.

Vortrag: Schwangerschaftsabbruch als Chance, Lebensplanungen verwirklichen bzw. bewahren zu können. A. Wyrobisch-Krüger. Online-Ergebnispräsentation Forschungsprojekt ELSA. Online, 10.04.2024.

Vortrag: Barrieren in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch und Stigmatisierungserfahrungen von Ärzt*innen. S. Eckardt. Online-Ergebnispräsentation Forschungsprojekt ELSA. Online, 10.04.2024.

Vortrag: Qualifikation in der fachärztlichen Weiterbildung und Verbesserungsbedarfe. I. Thonke, Online-Ergebnispräsentation Forschungsprojekt ELSA. Online, 10.04.2024.

Vortrag: Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch aus der Sicht betroffener Frauen. D. Hahn. Fachtagung ELSA. Fulda, 23.02.2024.

Vortrag: Ergebnisse aus den qualitativen Interviews mit ungewollt Schwangeren mit Schwangerschaftsabbruch. A. Wyrobisch-Krüger. Fachtagung ELSA. Fulda, 23.02.2024.

Vortrag: Qualifikation von Ärzt*innen zum Schwangerschaftsabbruch. I. Thonke. Fachtagung ELSA. Fulda, 23.02.2024.

- Vortrag: Stigmatisierung im Kontext Schwangerschaftsabbruch aus Sicht von Ärzt*innen. S. Eckardt. Fachtagung ELSA. Fulda, 23.02.2024.
- Vortrag: Barrieren in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen aus der Perspektive von Ärzt*innen. R Torenz. Fachtagung ELSA. Fulda, 23.02.2024.
- Workshop: Medizinische Versorgung – Handlungsbedarfe und Ansätze. Moderation: S. Eckardt, R. Torenz. Fachtagung ELSA. Fulda, 23.02.2024.
- Vortrag: AP3 - Medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch Fachtagung. ELSA. Fulda, 23.02.2024.
- Vortrag: 9. Medizinische Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbruch: AP 3-3: Ärzt*innenbefragung – Rekrutierung, Stichprobenbeschreibung und erste Ergebnisse. R.Torenz. 30.09.2023.
- Vortrag: Ergebnisse und Erkenntnisse der ELSA-Studie. D. Hahn, S. Eckardt, L. Herzig, I. Thonke, R. Torenz, H. Vollmer, A. Wyrobisch-Krüger. Jahrestagung der DGMS. Gießen, 20.09.2023.
- Vortrag: Vorläufige Ergebnisse zur medizinischen Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch. L. Herzig, R. Torenz. Trägersitzung der Schwangerschaftsberatungsstellen NRW. Düsseldorf, 10.05.2023.
- Vortrag: ELSA – Vorstellung des Forschungsprojektes und vorläufiger Ergebnisse zur medizinischen Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch. L. Herzig, R. Torenz. Trägersitzung Schwangerschafts(konflikt)beratungstellen. Düsseldorf, 10.05.2023.
- Vortrag: Erste Ergebnisse aus der ELSA-Studie. D. Hahn; S. Eckardt; I. Thonke, R. Torenz, A. Wyrobisch-Krüger, H. Vollmer, R. Galarza. Perspektiven einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches. Sexuelle und reproduktive Gesundheit umsetzen. Fachtagung des pro familia Bundesverbandes. Leipzig, 06.05.2023.
- Vortrag: Über den Schwangerschaftsabbruch reden. Stigmatisierung und Schwangerschaftsabbruch. L. Olejniczak, D. Hahn, A. Wyrobisch-Krüger, I. Thonke, S. Eckardt, R. Torenz, L. Herzig, H. Vollmer. Perspektiven einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches. Sexuelle und reproduktive Gesundheit umsetzen. Fachtagung des pro familia Bundesverbandes. Leipzig, 06.05.2023.
- Vortrag: Erste Ergebnisse der ELSA-Studie zur medizinischen Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch. Fachtagung in der Evangelischen Weiterbildungsakademie. D. Hahn. Frankfurt, 23.05.2023.
- Vortrag: Vorläufige Ergebnisse zur medizinischen Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch, L. Herzig, R. Torenz. Trägersitzung der Schwangerschaftsberatungsstellen NRW, Düsseldorf, 10.05.2023.
- Vortrag: Erste Ergebnisse aus der ELSA-Studie. D. Hahn. Perspektiven einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs. Fachtagung der pro familia. Leipzig, 06.05.2023.
- Vortrag: ELSA – Vorstellung des Forschungsprojektes. I. Thonke. Doctors for Choice. Online, 29.04.2023.
- Vortrag: Forschungstraditionen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland und ihre Implikationen für die ELSA-Studie. D. Hahn, U. Busch. Panel „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer: ausgewählte Aspekte und erste Erkenntnisse aus der ELSA-Studie" auf dem Kongress „Armut und Gesundheit". Berlin, 06.03.2023.
- Vortrag: Ungewollte Schwangerschaft: Forschungsstand zu den Zusammenhängen mit körperlicher und psychischer Gesundheit und Umsetzung in der ELSA-Studie. L. Herzig, D. Hahn, I. Thonke, A. Wyrobisch-Krüger, R. Torenz, S. Eckardt. Panel „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer: ausgewählte Aspekte und erste Erkenntnisse aus der ELSA-Studie" auf dem Kongress „Armut und Gesundheit". Berlin, 06.03.2023.

Vortrag: Das Thema Schwangerschaftsabbruch mit Fokus auf die Versorgungssituation und Vorstellung der ELSA-Studie mit ihren Forschungsschwerpunkten. A. Wyrobisch-Krüger, I. Thonke, BDKJ, Frankfurt am Main, 25.02.2023.

Vortrag: Erste Ergebnisse der ELSA-Studie zur medizinischen Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch. D. Hahn, R. Torenz. Bund-Länder-Koordinierungskreis. Berlin, 30.11.2022.

Vortrag: Vorstellung der vorläufigen Ergebnisse der ELSA-Studie. I. Thonke, L. Herzig. Fachtagung des Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF). Berlin, 06.11.2022.

Vortrag: Die aktuelle Versorgungssituation: Schwangerschaftsabbrüche in Kliniken und Praxen. Erste Ergebnisse aus dem Projekt ELSA. I. Thonke. Fachtag „Reproduktive Rechte und staatliche Pflichten“, Mannheim, 19.10.2022.

Vortrag: Versorgungssituation ungewollt Schwangerer – erste Ergebnisse der ELSA-Studie. D. Hahn, R. Torenz, I. Thonke, S. Eckardt; A. Wyrobisch-Krüger, H. Vollmer, R. W. Gallarza Torres. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. München, 12.10.2022.

Vortrag: Barrieren in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch – Forschungsstand und Konzepte. S. Eckardt, R. Torenz. Online-Tagung der Universität Paderborn. Online, 19. – 20.05. 2022.

Poster: Mapping the regional availability of abortion providers in Germany. R. Torenz, H. Vollmer, S. Eckardt, I. Thonke, A. Wyrobisch-Krüger, D. Hahn. FIAPAC-Konferenz. Riga, 09.09.2022 – 10.09.2022.

Vortrag: Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – Datenlage und regionale Unterschiede. S. Eckardt. 57. Jahrestagung der DGSMG und DGMS. Magdeburg, 07.-09.09.2022.

Vortrag: Vorstellung ELSA für Praxispartnerinnen und -partner. D. Hahn, A. Wyrobisch-Krüger, R. Torenz, I. Thonke, H. Vollmer, S. Eckardt Team Fulda. Online, 16.06.2021.

Vortrag: Vorstellung der Studie ELSA bei Doctors for choice. Team Fulda. Online, 19.05.2021

10.1.2.3 Fact Sheets

Torenz, R. (2024) *Regionale Unterschiede im Zugang zu Schwangerschaftsabbruch - Ergebnisse aus der Strukturdatenanalyse*, Hochschule Fulda, Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt 02.

Hahn, D. (2024) *Erfahrungen von Frauen mit ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften: Medizinische Versorgung*, Hochschule Fulda, Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt 03.

Wyrobisch-Krüger, A. (2024) *Schwangerschaftsabbruch als Chance, Lebensplanungen verwirklichen bzw. bewahren zu können*, Hochschule Fulda, Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt 04.

Eckardt, S. (2024) *Barrieren in der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch und Stigmatisierungserfahrungen von Ärzt*innen*, Hochschule Fulda, Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt 13.

Thonke, I. (2024) *Qualifikation in der fachärztlichen Weiterbildung und Verbesserungsbedarfe*, Hochschule Fulda, Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt 14.

10.1.2.4 Lehrforschungsprojekte und Abschlussarbeiten zum Projekt an der Hochschule Fulda

10.1.2.4.1 Lehrforschungsprojekte Hochschule Fulda

Sommersemester 2020 bis Wintersemester 2020/2021: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen mit körperlichen Behinderungen. Angebote der Beratung und Versorgung.

Sommersemester 2022 bis Wintersemester 2022/2023: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. Auswertung von Interviews mit Frauen mit ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften. Befragung von Frauen mit Behinderungen.

Sommersemester 2022 bis Wintersemester 2022/2023: Studentisches Forschungsprojekt zu den Experteninterviews der Länder aus der Hauptstudie ELSA: "Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer - Angebote der Beratung und Versorgung"

Sommersemester 2021 bis Wintersemester 2021/2022: Studentisches Forschungsprojekt (ELSA-S) aus der Hauptstudie ELSA: "Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen - Angebote der Beratung und Versorgung".

Sommersemester 2023 bis Wintersemester 2023/2024: Studentisches Forschungsprojekt zum Schwangerschaftsabbruch als Thema in der Ausbildung des Gesundheitspersonals in Deutschland.

10.1.2.4.2 Bachelor- und Masterarbeiten an der Hochschule Fulda

Draeger, S. (2022): „Telemedizinische Begleitung bei Schwangerschaftsabbrüchen“.

Borsch, S. M. (2022): „Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, ein Vergleich zwischen Irland und Deutschland“.

Henninger, B. (2022): „Die Verweigerung aus Gewissensgründen von Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischem Assistenzpersonal“.

Keller, R. (2022): „Motivation von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen“.

Meckler, J. (2022): „Die medizinische Versorgung eines Schwangerschaftsabbruches in Deutschland“.

Schierenbeck, M. (2022): „Abortion policies and it's implementation as human right on health by comparison of Canada and Germany“.

Schneider, C. (2022): „Stigmatisierungserfahrungen bei Schwangerschaftsabbrüchen von Health Professionals“.

Wozniak, R. (2022): „Stigmatisierung von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen“.

Bauer, C. M. (2023): „Analyse der medizinischen Versorgungssituation von Schwangerschaftsabbrüchen in drei Bundesländern: Eine vergleichende Darstellung“.

Fuß, A. (2023): „Analyse der medizinischen Versorgungssituation von Schwangerschaftsabbrüchen in vier deutschen Bundesländern: Eine vergleichende Darstellung im Rahmen der ELSA-Studie“.

Schnell, M. (2023): „Kostenübernahme von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen durch die gesetzlichen Krankenkassen“.

Wrobel, C. (2023): „Analyse der medizinischen Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen in vier ausgewählten deutschen Bundesländern: Eine vergleichende Darstellung“

Schneider, M. (2023): Informiertheit von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland“.

Kruse, S. (2024): „Gründe, weshalb Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland keine Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Eine quantitative Analyse äußerer, innerer und stigmapbezogener Barrieren“.

Kurth, L. (2024): „Versorgungsangebot von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland aus der Perspektive der Anbieterinnen und Anbieter“.

Ziegler, R. (2024): „Verantwortungsübernahme von Männern in Partnerschaften für Verhütung und ungewollte Schwangerschaften“.

10.1.2.5 Sonstige Formate

10.1.2.5.1 Pressemitteilungen

Hochschule Fulda (24.11.2020). Für eine bessere Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft. <https://idw-online.de/de/news758504>

Hochschule Fulda (10.04.2024). Ungewollte Schwangerschaft: ELSA-Projekt stellt erste ausgewählte Ergebnisse vor. <https://nachrichten.idw-online.de/2024/04/10/ungewollte-schwangerschaft-elsa-projekt-stellt-erste-ausgewaehlte-ergebnisse-vor>

10.1.2.5.2 Radiointerviews

Schwangerschaftsabbrüche entkriminalisieren (2024) Deutschlandfunk Nova, 20. April.

Studie: Deshalb brechen Frauen eine ungewollte Schwangerschaft ab (2024) SWR-Kultur. 10. April

10.1.2.5.3 Fernsehinterviews

Interview: Ergebnisse der ELSA-Studie: Wie sind die Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer? (2024) Frau TV, WDR, 11. April. <https://www.ardmediathek.de/video/frau-tv/frau-tv-oder-11-04-2024/wdr/Y3JpZDovL3dkci5kZS9CZWl0cmFnLXNvcGhvcmEtMWlyMWQ2ODQtMjNjNy00YzZkLTliZjltNzY4NWNkNzI3NzgZ>

Interview: D. Hahn. Studie zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland (2024) Tagesthemen. Das Erste, 10. April. <https://www.tagesschau.de/multimedia/sendung/tagesthemen/video-1325774.html>

10.1.2.5.4 Online-Zeitungsartikel und Webseiten (auf der Grundlage von Interviews zur Studie)

Torenz, R.; Thonke, I. (2021). "Umfangreiche Studie zur Versorgungslage bei ungewollter Schwangerschaft gestartet. (Information zur Studie ELSA).", Gyne Newsletter, 04.06.

Bruhn, E. (2024) "Studie zu Abtreibungen. Im Emsland nichts Neues", taz, 20. April [Online]. Verfügbar unter: <https://taz.de/Studie-zu-Abtreibungen/!6004621/> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

Martin, M. & Richter-Kuhlmann, E. (2024) "Ungewollte Schwangerschaften in Deutschland: Viele Barrieren, kritische Hilfen", Deutsches Ärzteblatt, 19. April [Online]. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/238599/Ungewollte-Schwangerschaften-in-Deutschland-Viele-Barrieren-kritische-Hilfen> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

Willems, S. (2024) "Wenn schon die Anfahrt zum Schwangerschaftsabbruch zur Tortur wird", Hessenschau.de, 13. April [Online]. Verfügbar unter <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/elsa-studie-zeigt-abtreibungen-in-osthessen-besonders-schwer-v1,elsa-studie-einrichtungen-schwangerschaftsabbruch-100.html> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

Diekmann, T.; Ruoff, K. (2024). "Studie zu Schwangerschaftsabbrüchen. Stigmatisierungen und Versorgungsmängel." Tagesschau, 11. April [Online]. Verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/schwangerschaft-abbrueche-studie-100.html>

dpa (2024) "Möglichkeiten für Abtreibung in Deutschland unterschiedlich", Süddeutsche Zeitung, 10. April [Online]. Verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/studie-moeglichkeiten-fuer-abtreibung-in-deutschland-unterschiedlich-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-240410-99-628333> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

Breitinger, M. (2024) "Untersuchung von sechs Hochschulen. ELSA-Studie: Versorgung mit Abtreibungspraxen in BW vergleichsweise gering.", SWR Aktuell, 10. April [Online]. Verfügbar unter <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/abtreibungspraxen-in-bw-geringe-versorgung-elsa-studie-100.html> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

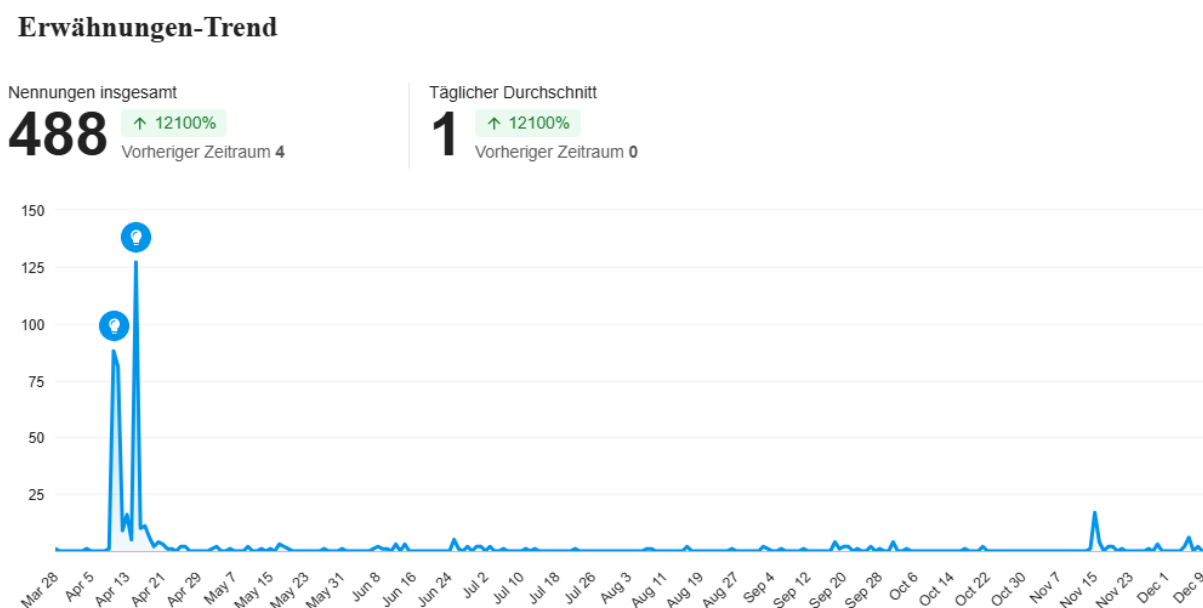
Feuerbach, L. (2024) "Dichteste Versorgung mit Abtreibungspraxen im Osten", Frankfurter Allgemeine, 10. April [Online]. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/neue-studie-dichteste-versorgung-mit-abtreibungspraxen-im-osten-19643428.html> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

Kristin, K. (2022) "Interview mit Prof. Dr. rer. pol. Daphne Hahn, Gesundheitswissenschaftlerin an der Hochschule Fulda: Die Bedürfnisse ungewollt Schwangerer in den Blick nehmen", Deutsches Ärzteblatt. 03/2022. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/223848/Interview-mit-Prof-Dr-rer-pol-Daphne-Hahn-Gesundheitswissenschaftlerin-an-der-Hochschule-Fulda-Die-Beduerfnisse-ungewollt-Schwangerer-in-den-Blick-nehmen> (Abgerufen am 14. Dezember 2024).

10.1.2.5.5 Medienresonanz

In den folgenden Abbildungen wird die Medienresonanz des ELSA-Projekts zwischen dem 28.03.2024 und dem 09.12.2024 abgebildet. Dabei umfasst die Auswertung nur solche Formate, die online zu finden sind. Abbildung 10.1 visualisiert den Erwähnungstrend und in Abbildung 10.22 wird die Reichweite der Onlineformate dargestellt.

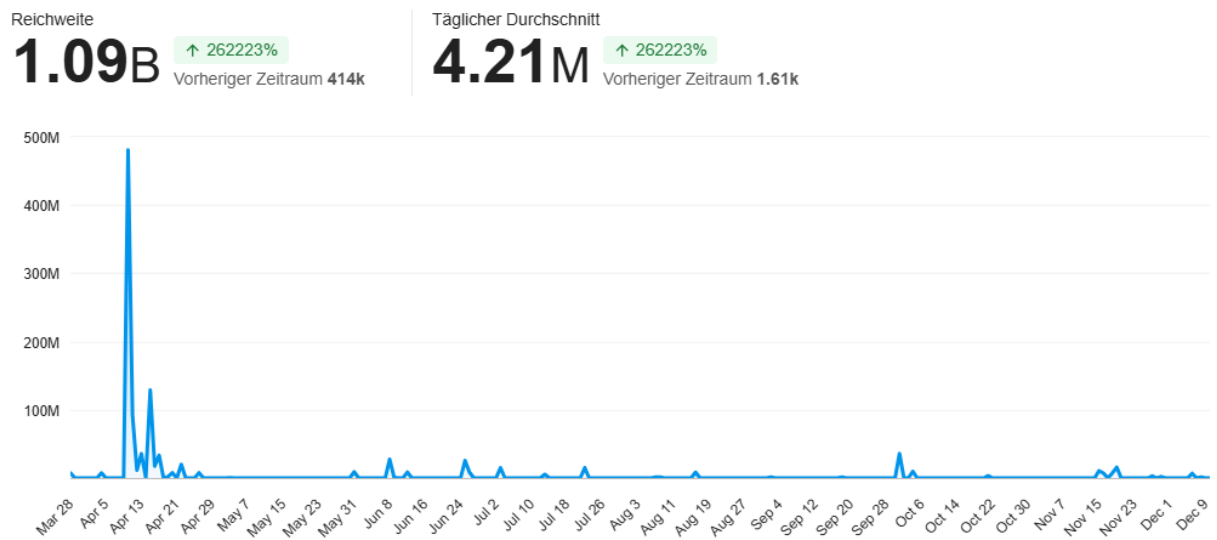
Abb. 10.1: Erwähnungen der ELSA-Studie zwischen dem 28.03. und dem 09.12.2024



Quelle: Darstellung der Pressestelle der Hochschule Fulda

Abb. 10.2: Reichweitentrend der ELSA-Studie zwischen dem 28.03. und dem 09.12.2024

Reichweiten-Trend



Quelle: Darstellung der Pressestelle der Hochschule Fulda

10.2 Standort Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

10.2.1 Beiträge auf Fachkonferenzen

- Vortrag: Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Ausgewählte vorläufige Ergebnisse aus der ELSA-Studie. T. Knittel, L. Olejniczak. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie. Gießen, 20.09.2023.
- Vortrag: Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Ausgewählte vorläufige Ergebnisse aus der ELSA-Studie. T. Knittel. Fachtagung der Gesellschaft für Sexualwissenschaft (GSW). Leipzig, 09.09.2023.
- Vortrag: Doing Family als Herausforderung im Umgang mit Krisen? – Familienplanung und -Alltag während der Covid-19-Pandemie. J.-L. Holz, V. Melchior. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, Wirtschaftsuniversität- Wien, 03.07.2023.
- Vortrag: Stigmatisierung und Schwangerschaftsabbruch: Konzept, Methoden und erste vorläufige Ergebnisse der ELSA-Studie. L. Olejniczak. Fachtagung der profamilia: Perspektiven einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs. Leipzig, 06.05.2023.
- Vortrag: Schwangerschaftsabbruch und Stigmatisierungserfahrungen: Konzept und Methoden in der ELSA-Studie. L. Olejniczak. Kongress „Armut und Gesundheit“. Berlin, 06.03.2023.
- Vortrag: Zusammenhänge zwischen Armut und ungewollten Schwangerschaften. T. Knittel, L. Olejniczak. Kongress „Armut und Gesundheit“. Berlin, 06.03.2023.
- Vortrag: Voraussetzungen für die Familiengründung und Vorstellungen zu der Aufgabenteilung von Care- und Erwerbsarbeit aus der Perspektive von Frauen. L. Olejniczak, T. Knittel. Digitale Frühjahrstagung der DGS-Sektion Familiensoziologie. Online, 03.03.2023.
- Vortrag: Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Verständnisses von „ungewollter Schwangerschaft“ auf Grundlage empirischer Befunde. L. Olejniczak, T. Knittel. Präsentation auf der 57. Jahrestagung der DGSMF und DGMS. Magdeburg, 07. – 09.09. 2022.

10.2.2 Verzeichnis der Abschlussarbeiten

- Berndt, M. A.(2023) „Entwicklung und Einflussfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes bei schwangeren Frauen nach Schwangerschaftsintention: eine Querschnittstudie“. Abschlussarbeit im M.Sc. Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.
- Renz, L. (2022) „Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen. Eine Ermittlung der Unterstützungsbedarfe anhand der subjektiven Erfahrungen mit dem Versorgungssystem in Deutschland“, Soziale Arbeit, EH Freiburg.
- Göbel, S. (2021) „Welche Befunde liegen zu dem Zusammenhang von Schwangerschaftsabbruch und psychischer Belastung vor?“, Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida.
- Müller, A. (2025) „Psychosoziale Belastungen und Vorstellungen von Elternschaft bei Müttern mit psychischen Erkrankungen: Eine inhaltsanalytische Auswertung narrativ-biografischer Interviews“, Dissertation Medizinische Fakultät der Universität Ulm; voraussichtliche Abgabe: 2025.

10.3 Standort Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

- Vortrag: Traumatische Kindheitserfahrungen als Risikofaktor für Symptome psychischer Belastung im Kontext unbeabsichtigter Schwangerschaften. M. K. Blecker, S. Haering, S. Engel, H. Klusmann, C. Meyer, S. Schumacher, C. Knaevelsrud. Auf dem 2. Deutschen Psychotherapiekongress – Forum für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin vom 10.-13.05.2023.
- Vortrag: Traumatische Kindheitserfahrungen als Risikofaktor für PTBS Symptome und Stresserleben nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft – ein Studiendesign. M. K. Blecker, H. Klusmann, S. Engel, S. Haering, S. Schumacher, C. Knaevelsrud. Auf der Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) in Zürich vom 16. – 18.02.2023.
- Vortrag: Traumatische Kindheitserfahrungen als Vulnerabilitätsfaktor für depressive Symptome ein Jahr nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft – eine diversitätssensible Betrachtung. M. K. Blecker, S. Engel, H. Klusmann, S. Haering, C. Meyer, S. Schumacher, C. Knaevelsrud. Auf der Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) in Zürich vom 22. – 24.02.2024.
- Poster: Postpartum depressive symptoms: the predictive role of childhood maltreatment and HPA axis regulation. M. K. Blecker, S. Engel, H. Klusmann, S. Haering, C. Meyer, C. Knaevelsrud, S. Schumacher. Anxiety and Depression Association of America Conference in Boston, USA, 11.-14.04.2024.
- Vortrag: Traumatische Kindheitserfahrungen als Risikofaktor für depressive Symptome nach ungeplanter Schwangerschaft. H. Klusmann, C. Meyer, S. Engel, S. Haering, M. K. Blecker, C. Conrad, F. Reichmuth, S. Schumacher, C. Knaevelsrud. 3. Deutscher Psychotherapie Kongress, Berlin, 11.-15.06.2024.
- Vortrag: Die Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde Achse als Mechanismus für den Zusammenhang Kindheitstraumata und depressiven Symptomen ein Jahr postpartum. S. Schumacher, M. K. Blecker, S. Engel, H. Klusmann, S. Haering, C. Meyer, C. Knaevelsrud. 3. Deutscher Psychotherapie Kongress, Berlin, 11.-15.06.2024.
- Vortrag: Maternal postpartum depressive symptoms: the predictive role of childhood maltreatment and HPA axis regulation. S. Schumacher, M. K. Blecker, S. Engel, H. Klusmann, S. Haering, C. Meyer, C. Knaevelsrud. Marcé Society conference, Barcelona, 04.-07.09.2024.
- Poster: Childbirth-related posttraumatic stress symptoms: exploring the predictive role of childhood maltreatment and hair cortisol. M. K. Blecker, S. Engel, H. Klusmann, S. Haering, C. Meyer, C. Knaevelsrud, S. Schumacher. International Society for Traumatic Stress Studies 40th Annual Meeting, Boston, USA, 25.-28.09.2024.

10.4 Standort Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

Nachfolgend werden die Informationskanäle sowie die Wege der Dissemination der Studienergebnisse des Teilprojektes VG dargestellt.

10.4.1 Bereitstellung von Informationen

Zur Darstellung des Teilprojektes vulnerable Gruppen der Frauen mit Migrationshintergrund bzw. Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind, wurden eigene Informationsmaterialien erstellt wie ein Plakat (s. Abb. 10.3), mehrsprachige Flyer und eine eigene Webseite, die in fünf Sprachen für verschiedene Zielgruppen Informationen zum Projekt, Aktuellem, für Frauen und für Fachkräfte bereitstellt, FAQs auflistet, ein Glossar sowie Flyer zum Projekt in fünf Sprachen zum Download zur Verfügung stellt und die Möglichkeit der Teilnahme am Projekt erklärt (<https://www.elsa-nordhausen.de/>). Für diese Seite wurden eine eigene, inklusive Bildsprache sowie ein eigenes Layout in vereinfachter Sprache entwickelt (s. Abb. 10.4).

Abb. 10.3: Poster des Teilprojektes ELSA-VG

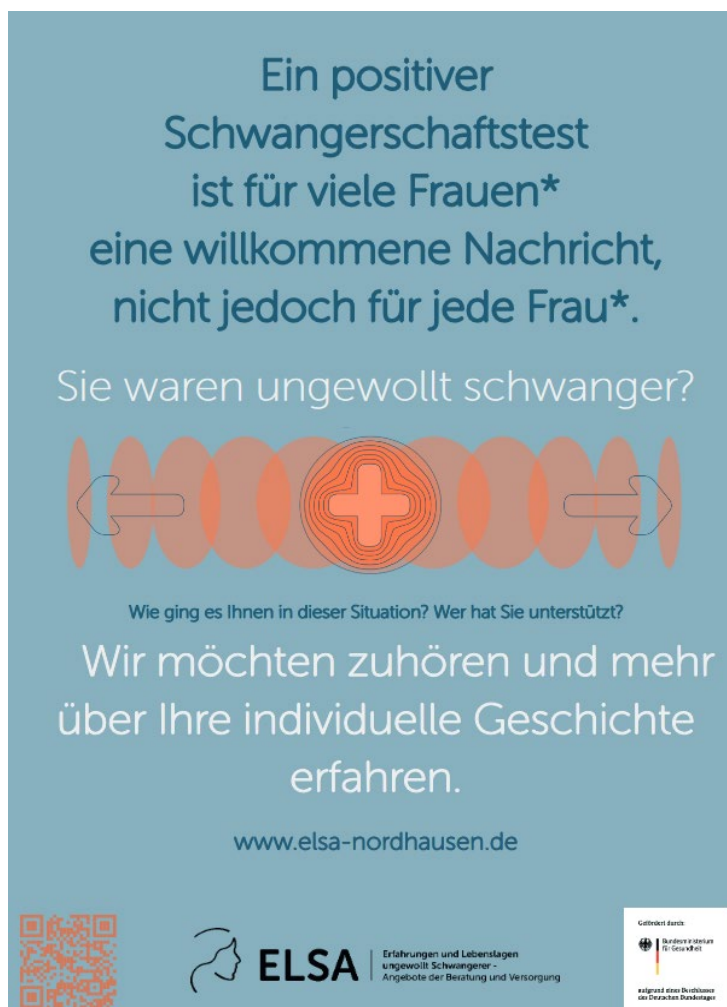
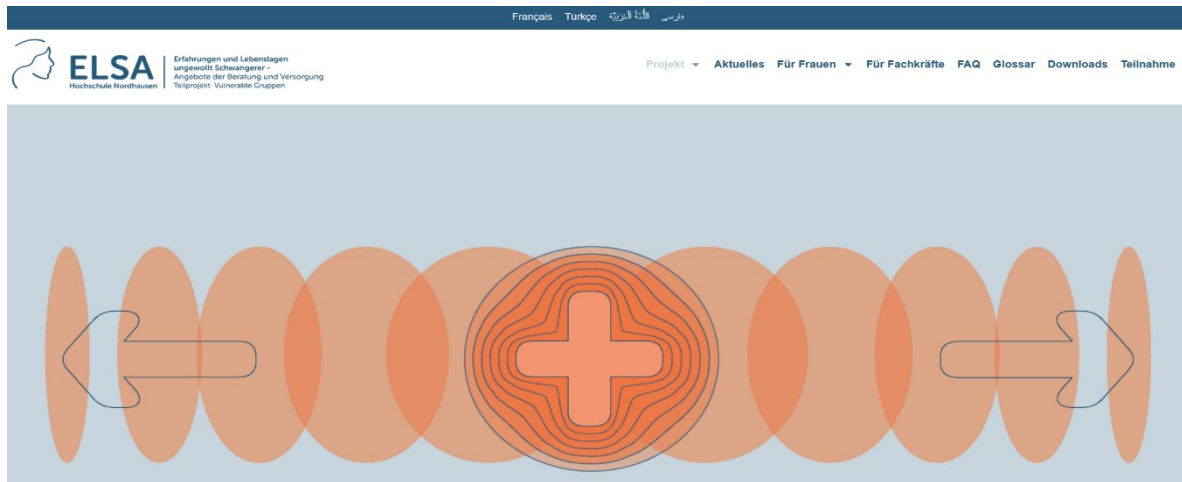


Abb. 10.4: Landingpage des Teilprojektes an der Hochschule Nordhausen



Quelle: www.elsa-nordhausen.de

Auf dieser Webseite wird der Stand des Projektes berichtet. Zur Dissemination der Ergebnisse wird dort nach Freigabe durch das Bundesministerium der Abschlussbericht sowie die Liste der Publikationen zum Download für alle Interessierten bereitgestellt werden.

Weiter wurden etwa 30 Instagram-Posts mit Informationen zur ungewollten Schwangerschaft und dem Abbruchverfahren verbreitet (s. Abb. 10.5).

Abb. 10.5: Auswahl an Instagrammposts



10.4.2 Dissemination der Ergebnisse

10.4.2.1 Beiträge auf Fachkonferenzen

Im Teilprojekt „Vulnerable Gruppen“ an der Hochschule Nordhausen wurden bislang folgende 15 Beiträge auf Kongressen oder Fachveranstaltungen gehalten. Zwei Vorträge sind für einen Kongress im Frühjahr 2025 bereits eingereicht, eine Entscheidung steht zwar noch aus, allerdings wird eine positive Entscheidung erwartet, da das Interesse an den Ergebnissen sehr groß ist. Weitere Vorträge auf (inter-)nationalen Kongressen sind in den folgenden Jahren geplant.

- Brzank, P. J. (2021) „Partnergewalt und Schwangerschaftsabbruch“, Vortrag im Workshop auf dem Fachkongress „150 Jahre §218“ gefördert vom BMFSFJ, www.159jahre218.de
- Jung, A. & Brzank, P. J. (2022) „About Shame – Sociological Perspectives on Abortion and Intimate Partner Violence“, Präsentation auf der Jahreskonferenz des „European Network Gender and Violence“ in Kopenhagen am 09.06. 2022.
- Ulrich, H. S., Markert, J., Jung, A., Winter, K., Laué, M. & Brzank, P. J. (2022) „Ressourcen, Belastungen und Versorgungsbedarfe von ungewollt schwangeren geflüchteten und „illegalisierten“ Frauen: ein Realist-Review“, Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) „Soziale Gesundheit neu denken: Herausforderungen für Sozialmedizin & medizinische Soziologie in der digitalen Spätmoderne“ am 07.09.2022 in Magdeburg.
- Winter, K., Jung, A., Ulrich, H.-S., Schneider, N. & Brzank, P.J. (2022) „Belastungen, Ressourcen und Versorgungsbedarfe von ungewollt Schwangeren mit Gewalterfahrungen in intimen Paarbeziehungen: ein Realist Review“, Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) „Soziale Gesundheit neu denken: Herausforderungen für Sozialmedizin & medizinische Soziologie in der digitalen Spätmoderne“ am 07.09.2022 in Magdeburg.
- Markert, J., Ulrich, H.-S., Jung, A., Korn, A. & Brzank, P. J. (2023) „Ressourcen, Belastungen und Versorgungsbedarfe von ungewollt schwangeren migrierten, geflüchteten und illegalisierten Frauen: Ergebnisse des Realist Reviews“, Vortrag auf dem 28. Kongress Armut und Gesundheit „gemeinsam Wandel gestalten“ am 06.03.2023 in Berlin.
- Jung, A., Korn, A., Winter, K., Schneider, N., Pfeifer, M., Pfützenreuter, C. & Brzank, P. J. (2023) „Mehrdeutigkeiten, Komplexitäten und Spannungen von Vulnerabilitäten und Agency bei ungewollt Schwangeren: Erste Erkenntnisse aus biografischen Interviews“, Vortrag auf dem 28. Kongress Armut und Gesundheit „gemeinsam Wandel gestalten“ am 06.03.2023 in Berlin.
- Brzank, P. J., Jepsen, D., Engelhard, M., Ulrich, H.-S. & Seeberg, J. (2023) „Lebenslagen und Belastungen von ungewollt schwangeren Betroffenen von Partnergewalt - Erste Ergebnisse aus dem Teilprojekt ELSA-VG“, Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) „Bewegte Zeiten: Lebenswelten im Wandel“ am 20.09.2023 in Gießen.
- Jung, A., Korn, A. & Brzank, P. J. (2023) „Shame, Guilt and Silence? Affective and Emotional Approaches to Unintended Pregnancies and Intimate Partner Violence.“ Vortrag auf der Konferenz „Diversity and Difference Studies in Subjectivation“ der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS), Sektion Biografieforschung an der Christian-Albrechts-Universität Kiel am 30.09.2023.
- Brzank, P. J. & Jepsen, D. (2024) „Lebenslagen und Belastungen von ungewollt schwangeren Betroffenen von Partnergewalt: Ergebnisse des Teilprojektes ELSA-VG“, Vortrag auf dem 29. Kongress Armut und Gesundheit „Sozial Gerecht: Gesundheit – Umwelt – Klima“ in Berlin am 12.03.2024.

- Brzank, P. J. & Nowak, M. (2024) „Erfahrungen von Partnergewalt betroffenen Frauen und/oder Frauen mit Migrationsbiografie mit Beratung und medizinischer Versorgung im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft“, Vortrag auf dem ELSA-Fachtag an der Hochschule Fulda am 23.02.2024.
- Brzank, P. J., Jepsen, D. (2024) „Vulnerabilität durch Partnergewalt und/oder Migrationsgeschichte: Die besondere Situation im Kontext ungewollter Schwangerschaft – Ergebnisse der standardisierten Befragung“, Vortrag auf der ELSA-Abschlussveranstaltung online am 10.04.2024.
- Nowak, M. & Brzank, P. J. (2024) „Kollektive Erfahrungen mit Unterstützung und Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft - Ergebnisse der qualitativen Interviews“, Vortrag auf der ELSA-Abschlussveranstaltung online am 10.04.2024.
- Jepsen, D., Winter, K., Engelhard, M., Nowak, M., Schneider, N., Pfeiffer, M. & Brzank, P. J. (2024) „Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Versorgung“, Vortrag auf der Kooperationstagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) „Gesundheit – gemeinsam denken, forschen, handeln“ am 11.09.2024 in Dresden.
- Brzank, P. J. & Jepsen, D. (2024) „Sexualisierte Gewalt durch den Partner als Risikofaktor für ungewollte Schwangerschaften: Erkenntnisse und Empfehlungen aus der ELSA-Studie“, Vortrag auf der Fachtagung „Ungewollte Schwangerschaft nach Gewalterfahrung. Umgang mit Betroffenen – Sprachfähigkeit und kriminologische Indikation“ des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München und ProFamilia München am 12.10.2024 in München.
- Brzank, P. J., Jepsen, D. & Nowak, M. (2024) „Ungewollte Schwangerschaft und gynäkologische Versorgung: Erfahrungen von Frauen mit Partnergewalt und/oder Migrationsgeschichte. Ergebnisse der ELSAVG-Studie“, Vortrag auf dem 65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. am 19.10.2024 in Berlin.
- Brzank, P. J., Jepsen, D., Engelhard, M., Winter, K. & Nowak, M. (2024) “Unintended pregnancies in the context of intimate partner violence: Findings from the ELSA-Study”, Poster presentation at the 17th European Public Health Conference in Lisbon, Portugal on 15th of November 2024.
- Nowak, M. & Brzank, P. J. (eingereicht) „Beratung von ungewollt schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen, die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind“, eingereichtes Abstrakt für einen Vortrag auf dem 30. Kongress Armut und Gesundheit 2025.
- Jepsen, D. & Brzank, P. J. (eingereicht) „Gewalt in Paarbeziehungen und Verläufe psychischer und körperlicher Gesundheit im Kontext Schwangerschaft“, eingereichtes Abstrakt für einen Vortrag auf dem 30. Kongress Armut und Gesundheit 2025.

Vorgesehen:

- Brzank, P. J. (in 2025): „Partnergewalt als Risikofaktor ungewollte Schwangerschaft: Erkenntnisse aus der ELSA-Studie“, Vortrag auf der Langen Nacht der Wissenschaft an der Hochschule Nordhausen im Herbst 2025.

In den kommenden Jahren werden weitere Vorträge bei (inter-)nationalen Fachkonferenzen eingereicht werden.

Vorträge zur Information und Rekrutierung von Teilnehmenden

Neben diesen Vorträgen auf Konferenzen wurden auch im Rahmen der Ansprache von Stakeholder, Gatekeeperinnen/Gatekeepern und auch Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren Vorträge zu dem Teilprojekt ELSA-VG gehalten. Insgesamt war das Interesse groß und die Reaktion positiv.

Brzank, P. J. (2022) „Vorstellung des Projektes ELSA-VG“ online bei der Fachgruppe Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands LV Thüringen.

Ulrich, H.-S. & Brzank, P. J. (2022) „Vorstellung des Projektes ELSA-VG“ online beim Runden Tisch „Migration und Gesundheit“ Berlin am 21.01. 2022

Ulrich, H.-S. & Brzank, P. J. (2022) „Vorstellung des Projektes „ELSA-VG“ online bei ProFamilia Berlin online am 25.01. 2022.

Brzank, P. J. (2022) „Vorstellung des Projektes „ELSA-VG“ online beim Projekt „Gewaltfrei in die Zukunft“ am 05.04. 2022.

Es ist davon auszugehen, dass nach Erscheinen des Abschlussberichtes Anfragen aus der Praxis für eine Präsentation der Ergebnisse gehäuft eingehen werden. Damit ergibt sich die Möglichkeit, für einen zielgruppenspezifischen Wissenstransfer von Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen an ein Fachpublikum.

10.4.2.2 Publikationen

Bereits erschienen:

Ulrich, H. S., Markert, J., Jung, A., Winter, K., Laué, M. & Brzank, P. J. (2022) „Ressourcen, Belastungen und Versorgungsbedarfe von ungewollt schwangeren geflüchteten und „illegalisierten“ Frauen: ein Realist-Review“, Gesundheitswesen, 84(08/09), V-029.

Jung, A., Korn, A., Winter, K. & Brzank, P. J. (2023) „Vulnerabilitäten und Handlungsmacht von ungewollt Schwangeren mit Partnergewalterfahrungen: die Komplexität der Gleichzeitigkeit“, Psychologie & Gesellschaftskritik, 47, 357-381.

Brzank, P. J., Nowak, M., Jepsen, D., Winter, K., Engelhardt, M., Schneider, N., Pfeifer, M., Seeberg, J. & Ulrich, H.-S. (2024) „Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt: Ergebnisse aus der ELSA-Studie zur Partnerschaftssituation und Bedarfe an Schwangerschaftsberatung“, in Böhm, M., Bomert, C., Krolzik-Matthei, K. & Lohner, E. M. (Hg.) Beratung bei ungewollter Schwangerschaft. Beiträge aus Forschung und Praxis. Gießen: Psychosozial Verlag.

Jepsen, D., Winter, K., Engelhard, M., Nowak, M., Schneider, N., Pfeifer, M. & Brzank, P. J. (2024) „Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Versorgung“, „Gesundheit – gemeinsam“ Kooperationstagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH). Dresden: German Medical Science GMS Publishing House.

Brzank, P. J., Jepsen, D. & Nowak, M. (2024) „Ungewollte Schwangerschaft und gynäkologische Versorgung: Erfahrungen von Frauen mit Partnergewalt und/oder Migrationsgeschichte. Ergebnisse der ELSA-VG-Studie“, Geburtshilfe Frauenheilkd, 84(10), 44.

Winter, K., Niemann, J., Jepsen, D. & Brzank, P. J. (2024) Experiences and life circumstances of unintentionally pregnant women affected by intimate partner violence -Stress factors, resources, healthcare structures and needs: A Scoping Review Protocol. Frontiers in Public Health, Public Mental Health.

Im Erscheinen:

Brzank, P. J., Jepsen, D., Engelhard, M., Nowak, M. & Markert, J. (2024 i. E.) „Ungewollte Schwangerschaft bei Frauen mit im Vergleich zu ohne Migrationsgeschichte. Die ELSA-Studie: Einblick in Kontext, Versorgungssituation und Bedarfe“, BuGeBl Schwerpunkttheft „Ungewollte Schwangerschaft“.

Brzank, P. J., Jepsen, D., Engelhard, M., Winter, K. & Nowak, M. (i. E. 2024) “Unintended pregnancies in the context of intimate partner violence: Findings from the ELSA-Study”, European Journal of Public Health, Issue Supplement.

In Vorbereitung:

Brzank, P. J., Winter, K., Nowak, M., Engelhard, M. & Jepsen, D. (in Vorbereitung für 2025) „Partnergewalt als Risikofaktor für ungewollte Schwangerschaften - Implikationen für Beratung und Versorgung“, Bundesgesundheitsblatt, geplantes Schwerpunkttheft für 2025/26.

Jepsen, D. & Brzank, P. J. (in Vorbereitung für 2025) “Intimate partner violence and trajectories of mental and physical health in the context of pregnancy”, vorgesehen für Social Science & Medicine.

Nowak, M. & Brzank, P. J. (in Vorbereitung für 2025) „Schwangerschaftskonfliktberatung zwischen Belastung und Unterstützung. Erfahrungen ungewollt Schwangerer mit Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen“ vorgesehen für Soziale Arbeit.

Nowak, M. & Brzank, P. J. (in Vorbereitung für 2025) „Schwangerschafts(konflikt)beratung – rekonstruktive Zugänge zu konjunktiven Erfahrungen von ungewollt Schwangere in vulnerablen Lebenslagen“ vorgesehen für Sozial Extra.

Nowak, M. & Brzank, P. J. (in Vorbereitung für 2025) „Typisierung impliziter Erfahrungen mit der Schwangerschafts(konflikt)beratung – Herausforderungen für ungewollt Schwangere und Beratende“ vorgesehen für WIDERSPRÜCHE.

Brzank, P. J. & Jepsen, D. (in Vorbereitung für 2025) “Intimate partner violence as a risk factor for unintended pregnancy – needs for and intervention opportunities within counselling and health care”, vorgesehen für Contraception: X oder Social Science & Medicine.

Weitere Publikationen – insbesondere zur Verknüpfung der quantitativen mit den Qualitativen Daten – sind geplant und werden angedacht.

10.4.3 Verzeichnis der Abschlussarbeiten

Eine Sensibilisierung für das Thema sowie ein Praxistransfer findet auch über die Einbindung von Studierenden in das Projekt statt. In ELSA-VG an der Hochschule Nordhausen wurden je elf Bachelorarbeiten vornehmlich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen und Masterarbeiten im Bereich Therapeutische Soziale Arbeit eingereicht, die meist sehr gute Ergebnisse erzielt haben. Eine Dissertation wird in 2025 abgeschlossen.

10.4.3.1 Bachelorarbeiten

Akdas, C. (2022) „Ungewollt schwanger: Schwangerschaftskonfliktberatung bei Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

Anoprienko, N. (2022) „Familienplanung von Migrantinnen und die Rolle der Sozialen Arbeit“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

Cebulla, A. (2022) „Möglichkeiten und Grenzen für schwangere Frauen mit Fluchterfahrung im Gesundheitssystem der autochthonen Bevölkerung“, BA Heilpädagogik im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

- Harrer, S. (2021) „Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung geflüchteter und asylsuchender Schwangerer in Deutschland unter Berücksichtigung der Rolle der Sozialen Arbeit“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Hartung, J. (2022) „Die formale und inhaltliche Gestaltung des Beratungsprozesses in der Schwangerschaftskonfliktberatung im Kontext ungewollt schwangerer Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben“, BA Heilpädagogik im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Hentrich, F. (2021) „Der Gesundheitsstatus und die Gesundheitsversorgung von ungewollt schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Pfeifer, M. (2023) „Ungewollte Schwangerschaft und subjektives Autonomieerleben zweier Frauen mit Migrationserfahrung im institutionellen Kontext“, BA Kulturwissenschaften an der Universität Leipzig.
- Ptaschek, J. (2021) „Ungewollte Schwangerschaft im Kontext von Partnerschaftsgewalt: Einfluss der Schwangerschaftskonfliktberatung auf die Entscheidungsfindung“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Schneider, N. (2022) „Schwanger - und jetzt? Eine Betrachtung der Entscheidungsfindung bei ungewollten Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt“, BA Kulturwissenschaften an der Universität Leipzig.
- Willner, J. (2022) Ungewollt schwanger im Kontext von Gewalt in der Partnerschaft – eine qualitative Analyse zu den Erfahrungen mit medizinischem Personal in Deutschland. BA Hebammenkunde Universität Leipzig.
- Zervos, S. (2023) Psychosoziale Belastungen bei ungewollten Schwangerschaften im Jugendalter im Kontext von Partnerschaftsgewalt. MA Therapeutische Soziale Arbeit Hochschule Nordhausen.

10.4.3.2 Masterarbeiten

- Feistel, J. (2022) „Welche psychosozialen Belastungen tragen dazu bei, dass Frauen, die zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft Gewalt in ihrer Partnerschaft erfahren, sich für einen Abbruch entscheiden?“, MA Therapeutische Soziale Arbeit, Hochschule Nordhausen.
- Guericke, J. (2024) „Ungewollte Schwangerschaft aus der Lebensperspektive migrierter Frauen: Einfluss von Ressourcen und Coping-Strategien“, MA Therapeutische Soziale Arbeit, Hochschule Nordhausen.
- Makkai, M. (2023) „Erfahrungen und Bedarf von ungewollt Schwangeren mit Migrationsbiografie und Partnergewalt“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Kräling, M. (2024) „Betroffene von Partnerschaftsgewalt: belastende Kindheitserfahrungen, Bedarf an Beratung und Versorgung bei einer ungewollten Schwangerschaft“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Montz-Schiller, S. (2022) „Partnerschaftsgewalt im Kontext von Schwangerschaft-Bedeutung für die Versorgung (ungewollt) Schwangerer“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Müller, L. (2022) „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen – Einfluss migratorischer Belastungsfaktoren im Entscheidungsfindungsprozess“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

- Peuckert, A. L. (2022) „Partnerschaftsgewalt und ungewollte Schwangerschaft: Entscheidungsfindung und Bedeutung psychosozialer Versorgungsangebote“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Pfützenreuter, C. (2022) „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Inwieweit wird das Konstrukt der Mutterschaft bei Frauen mit Migrationshintergrund durch eine ungewollte Schwangerschaft beeinflusst?“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Schärfer, L. (2023) „Ungewollte Schwangerschaft bei Partnergewalt: Belastungsfaktoren, Ressourcen und Copingstrategien“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Spieth, R.-C. (2022) „Ressourcen und Coping-Strategien von Frauen im Kontext von ungewollter Schwangerschaft und Partnergewalt“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Werner, L. (2023) „Ungewollte Schwangerschaft im Kontext von Partnerschaftsgewalt - Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Frauen“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

10.4.3.3 Dissertation

- Winter, K. (Abgabe 2025) „Let’s talk about Sex“ – Explorative Analyse quantitativer und qualitativer Daten zur sexuellen Gesundheit und Agency von Heranwachsenden im Kontext ihrer Lebensrealität. Promotion zur Erlangung des Dr. phil. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

10.5 Standort Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

10.5.1 Beiträge auf Fachkonferenzen

- Krumm S: ELSA PSY – Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Belastungen. Digitales Treffen der Sozialpsychiatrie 2020, 4.3.2021.
- Jaeger S, Krumm S.: Häufigkeit ungewollter und ungeplanter Schwangerschaften von Frauen in psychiatrischer Behandlung. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin. 23.-26.11.2022, City Cube Berlin
- Krumm S. Schwangerschaftsabbrüche und psychische Belastung. Eine systematische Übersicht. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin. 23.-26.11.2022, City Cube Berlin
- Krumm S., Renz L, Wessling Y. Psychisch erkrankte Frauen mit ungewollten Schwangerschaften. Erfahrungen und Bedarfe in der Versorgung. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin. 29.11.-2.12.2023, City Cube Berlin
- Wessling Y, Krumm S. Ungewollte Schwangerschaften und psychische Erkrankungen im biografischen Kontext. 27. Sozialpsychiatrie Treffen 8.-10.3.2023 Weimar
- Krumm S. ELSA-PSY Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Belastungen. Herausforderungen, subjektive Strategien und Unterstützungsbedarfe. Einladung im Rahmen der Fort- und Weiterbildungsreihe „Gynäko-Psychiatrie“, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Psychiatrie Baselland, 19.7.2023
- Krumm S., Renz L, Wessling Y: Die subjektive Sicht psychisch erkrankter Frauen auf professionelle Unterstützung im Umgang mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft. Qualitative Befunde aus der ELSA PSY Studie. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, 20.-22. September 2023, Gießen.

10.5.2 Publikationen:

Breilmann J, Wessling Y, Krumm S. „Relationship between induced abortion and subsequent mental disorder in women: a systematic review and meta-analysis“. PROSPERO 2023 CRD42023471577
Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023471577

Krumm S. Ungewollte Schwangerschaft bei Frauen mit psychischen Erkrankungen. NeuroTransmitter 2024, Q1, 3-24.

10.5.3 Mediale Publikationen:

Wessling Y. Interview mit freeFM über das Projekt ELSA PSY und ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen; Ulm, 12. Januar 2022

Krumm S. Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen, Radiointerview Donau3FM, Ulm 27.10.2023

10.5.4 Masterarbeiten:

Becker, Anabel (20223): Mutterschaftskonzepte von cis Frauen mit psychischer Belastung und ungewollter Schwangerschaft im narrativ-biografischen Kontext, unveröffentlichte Masterarbeit, Gender Studies, Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Mayrhofer, Kristin (2023): Die soziale Teilhabe von ungewollt schwangeren Frauen mit psychischer Erkrankung. Eine rekonstruktiv-hermeneutische Analyse biografisch-narrativer Interviews mit dem Fokus auf das subjektive Erleben der reproduktiven Biografie, unveröffentlichte Masterarbeit, Soziologie, Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Lehmann, Elisa-Felicia (2024): Analyse der Agency und Betrachtung der Decision Rightness bei Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft und psychischer Belastung – Eine hermeneutisch-rekonstruktive Analyse biografisch-narrativer Interviews, unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie, Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Soysal, Saskia (in Arbeit): Analyse der Agency und Betrachtung der Decision Rightness bei Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft und psychischer Belastung – Eine hermeneutisch-rekonstruktive Analyse biografisch-narrativer Interviews, unveröffentlichte Masterarbeit, Soziale Arbeit, Kiel: Fachhochschule Kiel.

10.6 Standort Merseburg (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)

10.6.1 Publikationen

- Baer, J., Walsch, J. & Böhm, M. (2023). Versorgung und rechtliche Regelungen von Schwangerschaftsabbrüchen. Welche Verbesserungsbedarfe sehen Fachkräfte der Schwangerschaftskonfliktberatung? Zeitschrift für Sexualforschung, S. 233–239.
- Baer, J., Kubitz, E., Wienholz, S. & Böhm, M. (in Vorbereitung): Die medizinische und psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer aus Sicht von Beratungsfachkräften: Ergebnisse qualitativer Expert*inneninterviews. Der pädagogische Blick. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen.
- Hahn, D., Thonke, I., Torenz, R. & Wienholz, R. (accepted). Die regionale Verteilung medizinischer und psychosozialer Angebote für Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Eine Übersicht auf der Grundlage von Strukturdaten. Zeitschrift für Sexualforschung.
- Kubitz, E. & Böhm, M. (2023). Informationen zur reproduktiven Gesundheit in digitalen Medien. Quantitative Inhaltsanalysen ausgewählter deutschsprachiger Websites zum Schwangerschaftsabbruch. Zeitschrift für Sexualforschung, S. 203–212.
- Kubitz, E. & Böhm, M. (under review). Beratung und Digitalität: Perspektiven von Beraterinnen auf die Rolle von Online-Informationen im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen. Zeitschrift für Sexualforschung.
- Kubitz, E., Bomert, C., Böhm, M. (2024): „Abtreibung – was muss ich wissen?“ Die Bedeutung von Schwangerschaftsberatungsstellen für die Bereitstellung von Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft. In: Lohner, E., Böhm, M., Bomert C. & Krolzik-Matthei, K. (Hg.): Beratung bei ungewollter Schwangerschaft. Beiträge aus Forschung und Praxis. Psychosozial-Verlag, S. 213–234.
- Wienholz, S., Krolzik-Matthei, K., Böhm, M. (2024): Wie werden ungewollt Schwangere in Deutschland psychosozial begleitet? Strukturdaten und empirische Befunde zur bundesweiten Versorgung durch Schwangerschaftsberatungsstellen. In: Lohner, E., Böhm, M., Bomert C. & Krolzik-Matthei, K. (Hg.): Beratung bei ungewollter Schwangerschaft. Beiträge aus Forschung und Praxis. Psychosozial-Verlag, S. 169–191.

10.6.2 Beiträge auf Fachkonferenzen

- Vortrag: „Schwangerschaftsberatung auf neuen Wegen? Ausgewählte Studienergebnisse zur Digitalisierung in der Schwangerschaftsberatung“; Prof. Dr. Maika Böhm, Eva Kubitz, Dr. Sabine Wienholz, Katja Krolzik-Matthei; Beratung im Wandel - Fachwoche Katholische Schwangerschaftsberatung, Bamberg; 09.05.2022
- Vortrag: „Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Erste Zwischenergebnisse aus dem Teilprojekt ELSA-PV“; Prof. Dr. Maika Böhm, Katja Krolzik-Matthei, Eva Kubitz; Bund-Länder-Koordinierungskreis, online; 12.05.2022
- Vortrag: „Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Erste Zwischenergebnisse aus dem Teilprojekt ELSA-PV“; Katja Krolzi-Matthei, Eva Kubitz, Prof. Dr. Maika Böhm; Fachtag „Ungewollt Schwangere beraten“ des Gesundheitsreferats Stadt München; 13.10.2022
- Vortrag: „Online-Contents zu Schwangerschaftsabbrüchen. Erste Zwischenergebnisse aus dem Teilprojekt ELSA-PV“; Prof. Dr. Maika Böhm, Eva Kubitz; Online-Ringvorlesung „Sexualität und Soziale Arbeit“; 05.12.2022

- Vortrag: „Zur Struktur der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer. Zwischenergebnisse aus dem Teilprojekt ELSA-PV“; Katja Krolzik-Matthei, Prof. Dr. Maika Böhm; Diakonie Mitteldeutschland, Halle/Saale; 22.02.2023
- Vortrag: „Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Einblicke in erste Ergebnisse des ELSA-Forschungsprojekts zur psychosozialen Versorgung“; Prof. Dr. Maika Böhm, Dr. Sabine Wienholz, Eva Kubitzka; Bundeskonferenz des Sozialdienst Katholischer Frauen in Berlin, 18.04.2023
- Vortrag: „Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftskonfliktberatung. Aktuelle Versorgungssituation und beraterische Herausforderungen“; Prof. Dr. Maika Böhm, Johanna Walsch; Online-Veranstaltungsreihe „Reproduktive Selbstbestimmung in Recht, Ethik und Geschichte“ des Institutes für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; 25.04.2023
- Vortrag: „Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftskonfliktberatung. Aktuelle Versorgungssituation und beraterische Herausforderungen“; Prof. Dr. Maika Böhm, Dr. Sabine Wienholz, Eva Kubitzka, Judit Baer; Veranstaltung „Der Konflikt mit dem Schwangerschaftskonflikt“ der Hanns-Seidel-Stiftung e.V., München; 05.05.2023
- Poster: „Online Contents zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch auf Websites von Beratungsstellen. Zwischenergebnisse einer Medieninhaltsanalyse“; Eva Kubitzka, Katja Krolzik-Matthei, Prof. Dr. Maika Böhm; klinische Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) in Berlin; 06.09.2023
- Vortrag: „Online-Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen – Erste medieninhaltsanalytische Ergebnisse des Teilprojekts ELSA-PV“; Dr. Sabine Wienholz, Eva Kubitzka, Judit Baer, Prof. Dr. Maika Böhm; Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Gießen; 20.09.2023
- Vortrag: „Ungewollt Schwangere, ihre Lebenslagen und Anliegen. Empirische Einblicke aus der Praxis von Beratungsfachkräften der Schwangerschaftsberatung“; Judit Baer, Dr. Sabine Wienholz, Eva Kubitzka, Prof. Dr. Maika Böhm; HS Fulda; 23.02.2024
- Vortrag: „Strukturdaten und Vernetzung von Schwangerschaftsberatungsstellen“; Dr. Sabine Wienholz, Judit Baer, Eva Kubitzka, Prof. Dr. Maika Böhm; Abschlussveranstaltung des Teilprojekts „ELSA: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ HS Merseburg; 20.03.2024
- Vortrag: „Beratung und Versorgung ungewollt Schwangerer aus Sicht von Beraterinnen und Berater“; Judit Baer, Dr. Sabine Wienholz, Eva Kubitzka, Prof. Dr. Maika Böhm; Abschlussveranstaltung des Teilprojekts „ELSA: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ HS Merseburg; 20.03.2024
- Vortrag: „Online-Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen. Befunde quantitativer Inhaltsanalysen ausgewählter deutschsprachiger Websites“. Eva Kubitzka, Dr. Sabine Wienholz, Judit Baer, Prof. Dr. Maika Böhm; Abschlussveranstaltung des Teilprojekts „ELSA: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ HS Merseburg; 20.03.2024
- Vortrag: „Schwangerschaftsberatungsstellen als zentrale Anlaufstelle bei ungewollter Schwangerschaft. Quantitative und qualitative Daten zur Versorgungslandschaft, Vernetzungsaktivitäten und Verbesserungsbedarfen“; Prof. Dr. Maika Böhm, Judit Baer, Eva Kubitzka, Dr. Sabine Wienholz; Online-Abschlussveranstaltung des Forschungsverbunds; 10.04.2024
- Vortrag: „Informationen zum Schwangerschaftsabbruch im digitalen Raum. Befunde quantitativer Inhaltsanalysen ausgewählter deutschsprachiger Websites“; Eva Kubitzka, Judit Baer, Dr. Sabine Wienholz, Prof. Dr. Maika Böhm; Online-Abschlussveranstaltung des Forschungsverbunds; 10.04.2024

Poster: „Reproductive Health Information in Digital Media. Quantitative Content Analyses on Abortion on Selected German-language Google Results“; Eva Kubitza, Prof. Dr. Maika Böhm; Konferenz der International Academy of Sex Research (IASR) in Berlin; 23.07.2024

Vortrag: „Ausgewählte Ergebnisse der Studie 'ELSA: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer - Angebote der Beratung und Versorgung. Teilprojekt Merseburg: Psychosoziale Versorgung'“; Judit Baer, Dr. Sabine Wienholz, Prof. Dr. Maika Böhm; Safe Abortion Week Leipzig; 24.09.2024

Poster: „Informationen zu reproduktiver Gesundheit in digitalen Medien. Ausgewählte Ergebnisse quantitativer Inhaltsanalysen zum Thema Schwangerschaftsabbruch“; Eva Kubitza, Prof. Dr. Maika Böhm; Promovierenden-Netzwerktreffen an der HS Merseburg; 24.10.2024

Poster: „Informationen zu reproduktiver Gesundheit in digitalen Medien. Ausgewählte Ergebnisse quantitativer Inhaltsanalysen zum Thema Schwangerschaftsabbruch“; Eva Kubitza, Prof. Dr. Maika Böhm; Lange Nacht der Forschung an der HS Merseburg, 07.11.2024

11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

11.1 Standort Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

Das Forschungsprojekt „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ hat einen umfangreichen Wissensstand zu den Lebenslagen und Erfahrungen von Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen haben, ihren Informationszugängen, ihren Erfahrungen im medizinischen Versorgungssystem sowie ihren Stigmatisierungserfahrungen für Deutschland generiert. Die vorliegenden Daten schließen auch spezifische Gruppen wie Frauen mit traumatischen Kindheitserfahrungen, Frauen mit psychischen Erkrankungen, Frauen mit Flucht- und Migrationsgeschichte sowie Frauen mit Erfahrungen von Partnergewalt ein. Auch über die Erfahrungen von Männern liegen Ergebnisse vor.

Die Studie liefert jedoch nicht nur umfangreiche Daten zur Situation der Frauen, sondern auch zur Situation von Ärztinnen und Ärzten, den psychosozialen Beratungsstrukturen und den medizinischen Versorgungsangeboten. Die medizinische Versorgung wird auf der Grundlage von Strukturdaten, aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen sowie aus der Sicht von Gynäkologinnen und Gynäkologen insgesamt beschrieben. Damit stehen auch Aussagen zur medizinischen Versorgung aus der Perspektive derer zur Verfügung, die derzeit keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Insgesamt liegen damit erstmals für Deutschland umfassende Daten zur Situation von Frauen vor, die ungewollte Schwangerschaften austragen oder abbrechen, zu den psychosozialen Versorgungsangeboten sowie zu den Schwangerschaftsabbrüchen durchführenden bzw. nicht durchführenden Ärztinnen und Ärzten, ihren Motiven, Erfahrungen und Einstellungen vor. Auf der Grundlage der empirischen Daten werden Empfehlungen und Ansätze für die Verwertung der Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen formuliert, die sich aus den unterschiedlichen Untersuchungsteilen und Untersuchungszielen ergeben.

Im ersten Teil des Kapitels werden übergreifende Handlungsempfehlungen für das gesamte Projekt ELSA formuliert. Die nachfolgenden Textteile enthalten differenzierte Handlungsempfehlungen insbesondere des Standortes Nordhausen.

11.1.1 Übergreifende Handlungsempfehlungen aus den Arbeitspaketen 1 und 3 (Befragung von Frauen mit ungewollten ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften und medizinische Versorgung für Schwangerschaftsabbrüche)

Dieser Abschnitt enthält projektübergreifende Handlungsempfehlungen. Dabei fließen die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragungen von ungewollt Schwangeren mit ausgetragener als abgebrochener Schwangerschaft (AP 1-1, 1-2 und 1-3) sowie allgemeine Empfehlungen für die ausgewählten vulnerablen Gruppen ein.

In die Verwertungsansätze fließen auch die Ergebnisse des Arbeitspakets drei zur medizinischen Versorgung ein, weil das Ziel der Studie war, sowohl die spezifischen Aspekte der ungewollt Schwangeren auf der einen Seite zu untersuchen als auch die Situation der Ärztinnen und Ärzte auf der anderen Seite zu beleuchten und miteinander zu verknüpfen.

11.1.1.1 Ungewollte Schwangerschaften als Teil von Lebenswirklichkeiten anerkennen

Die Ergebnisse der ELSA-Studie zeigen, dass die Entscheidung für oder gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft eng mit der Lebenssituation, den Lebenskonzepten, gesellschaftlichen Vorstellungen von Familie und Familienplanung, aber auch mit Weiblichkeitsvorstellungen

zusammenhängt. Insgesamt zeigt sich, dass sich bei den Frauen, die sich für den Abbruch einer Schwangerschaft entscheiden, schwierige Lebenslagen summieren.

Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, entscheiden sich vor allem für etwas: Sie entscheiden sich dafür, ihre schulische oder berufliche Ausbildung abzuschließen, bevor sie über die Gründung einer Familie nachdenken, sie entscheiden sich dafür, ein Kind erst in einer Partnerschaft mit zukunftsorientierter Perspektive zu bekommen oder auch erst dann, wenn sich eine schwierige gesundheitliche Situation stabilisiert hat und sie sich dann in der Lage sehen, Verantwortung für ein Kind zu übernehmen.

Indem sie sich gegen weitere Kinder entscheiden, wenn ihre Familienplanung bereits abgeschlossen ist, entscheiden sie sich beispielsweise für eine berufliche Konsolidierung oder auch dafür, den bereits vorhandenen Kindern eine gute Lebensperspektive zu ermöglichen. Sie können sich auch für ein anderes Lebensmodell entscheiden, d. h. für ein Modell ohne leibliche Kinder. Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche gehören zur Lebenswirklichkeit von Frauen, Männern und Paaren. Eine Empfehlung lautet daher, Frauen für diese Entscheidungen nicht strafrechtlich zu sanktionieren oder gesellschaftlich zu missbilligen.

Die ELSA-Studie zeigt, dass ungewollt Schwangere Stigmatisierung befürchten und erleben und dass diese Befürchtungen und Erfahrungen mit Barrieren beim Zugang zu Informationen und Versorgung verbunden sind. Deshalb ist es wichtig, neben der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruch-rechtes und der Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs auch das gesellschaftliche Klima so zu verändern, dass eine ungewollte Schwangerschaft und der Schwangerschaftsabbruch als Teil der Lebensrealität von Menschen wahrgenommen werden. Dazu gehört auch, dass die medizinische Versorgung Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung wird und die Versorgung und die Betreuung und Unterstützung bei ungewollten Schwangerschaften als Teil der Frauengesundheit verstanden wird.

Unter den Themen, die damit in Zusammenhang stehen und die ebenfalls Teil der Empfehlungen sein sollen, ist das Verhütungsthema zu nennen. Die Studie zeigt, dass sich vor allem Frauen die Verantwortung für eine misslungene Verhütung der ungewollten Schwangerschaft zuschreiben und sich dafür schuldig fühlen, was ihr psychisches Wohlbefinden beeinträchtigen kann. Eine effektive Verhütung einer ungewollten Schwangerschaft ist ein wesentliches Anliegen vieler Menschen. Dabei ist die Wirksamkeit der Methode, aber auch deren Nebenwirkungen, Zugänglichkeit und Kosten sowie die Anwendungsfreundlichkeit entscheidend für deren Nutzung.

International wird empfohlen, Verhütungsmittel kostenlos zur Verfügung zu stellen, was auch hier angeregt werden soll. Gleichzeitig ist es wichtig, die Sexuaufklärung stärker auf die Verantwortung aller Beteiligten auszurichten und Männer stärker in die Verantwortung für Verhütung einzubinden. Es bedarf verstärkter Anstrengungen, den Zugang zu Verhütungsmitteln zu erleichtern, Aufklärungsarbeit zu leisten, zur Anwendung zu beraten und gleichzeitig zielgruppenspezifische Strategien zu entwickeln, um auch diejenigen zu erreichen, die derzeit weniger gut verhüten.

Zur Förderung der Gesundheit von Frauen und auch der Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, gehört auch, dass Ärztinnen und keine Ärzte keine Stigmatisierung aufgrund ihrer Tätigkeit erfahren. Auch hier sollte ein gesellschaftliches Umdenken dahingehend gefördert werden, dass diese Arbeit als gesellschaftlich relevant anerkannt wird und Frauen gut bei der Umsetzung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte begleitet werden. Ebenso gehört dazu, dass die Tätigkeit der Medizinerinnen und Mediziner stärker unterstützt und erleichtert wird. Dies schließt Erleichterungen beim Zugang zu Medikamenten für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ebenso ein wie eine adäquate Bezahlung des Schwangerschaftsabbruchs sowie die Entbürokratisierung bei der Zulassung und Abrechnung.

11.1.1.2 Zugang zu medizinischer Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch verbessern

Sowohl aus der Perspektive der Frauen mit ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften als auch aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte lassen sich regional unterschiedlich ausgeprägte Versorgungsdefizite feststellen. Diese korrespondieren mit der Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen. Deren Verbesserung ist von komplexen Faktoren abhängig. Für folgende Bereiche lassen sich Handlungsempfehlungen aus unseren Ergebnissen ableiten:

11.1.1.2.1 Datenbeschaffung und Nutzung als Grundlage für die Versorgungsplanung

Ausgangspunkt für eine handlungsorientierte Einschätzung und Einflussnahme auf die Versorgungssituation ist eine kontinuierliche statistische Analyse der Bundes- und Länderdaten. Um aussagekräftige Schlussfolgerungen für die Länder ziehen zu können, muss es möglich sein, die Daten regional kleinräumig zu analysieren. Insbesondere müssen Disparitäten zwischen Regionen erkennbar sein. Grundlage der Analyseperspektive sollte die Erreichbarkeit sein, d. h., die Daten sollten Aussagen ermöglichen, die die Entfernung und die Zeit bis zu einem Versorgungsangebot beschreiben. Dazu ist es notwendig, die Verfügbarkeit der durch die Meldepflicht aller Schwangerschaftsabbrüche gewonnenen Daten des Statistischen Bundesamtes und deren Auswertung für die kleinräumige regionale Planung der medizinischen Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch auszdifferenzieren und damit zu verbessern.

Weiterhin ist es erforderlich, die gewonnenen Erkenntnisse in die Bedarfsplanung der Länder zu integrieren, damit diese ihrem gesetzlich verankerten Sicherstellungsauftrag nachkommen können. Die Bedarfsplanung sollte sich an der ambulanten gynäkologischen Versorgung orientieren. Die Erreichbarkeit der Einrichtung sollte maximal 40 Minuten betragen. Der Bedarfsplanung sollten bundeseinheitliche Kriterien zugrunde liegen, die sich – wie bei der ärztlichen Versorgung oder der Pflichtberatung – an einem Versorgungsschlüssel orientieren.

Die Erhebung qualitativer Indikatoren stellt eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung dar. So sollten Aussagen zur bedarfsgerechten Verfügbarkeit von Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, zu adäquaten Informationen und Informationszugängen für ungewollt Schwangere sowie zur Angemessenheit der Angebote für Frauen aus vulnerablen Gruppen ermöglicht werden.

11.1.1.2.2 Förderung der Kooperation zwischen den Verantwortlichen in den Ländern und Berufs- und Fachverbänden

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für die Verbesserung der Versorgung ungewollt Schwangerer besteht in der regelmäßigen Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Ländern mit den relevanten ärztlichen Berufs- und Fachverbänden sowie den Berufsverbänden.

Durch den Informations- und Erfahrungsaustausch sollten Handlungsbedarfe identifiziert werden. Dazu gehört z. B. die Beseitigung bürokratischer Hürden im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren oder dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Wie die ELSA-Ärztbefragung zeigt, beeinträchtigen solche Hürden die Bereitschaft, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, erheblich und sollten daher abgebaut werden. Ebenso zählen dazu Finanzierungsaspekte und andere Rahmenbedingungen, die das medizinische Versorgungsangebot beeinflussen.

Durch eine verbindliche Form der Zusammenarbeit können Lösungen entwickelt werden, die sowohl die Qualität der Versorgung verbessern als auch sicherstellen, dass ungewollt schwangere Frauen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen ist somit ein entscheidender Schritt, um eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

11.1.1.2.3 Übernahme von Verantwortung durch den Bund zur Gesamtkoordination der medizinischen Versorgung

Die Sicherstellung der Versorgung ungewollt Schwangerer ist eine Aufgabe, die in der Verantwortung der Länder liegt. Dennoch sollte der Bund eine aktivere Rolle übernehmen, um die Qualität und die Absicherung der Versorgungsangebote zu gewährleisten. Eine verstärkte Aufsicht durch Bundesbehörden wie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sollte dazu beitragen, einheitliche Standards zu etablieren und sicherzustellen, dass alle betroffenen Frauen einen guten Zugang zu den notwendigen Dienstleistungen haben.

Durch eine bundesweit koordinierte Aufsicht könnten bestehende Unterschiede in der Versorgung zwischen den einzelnen Bundesländern identifiziert und reduziert werden. Dies würde nicht nur dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern, sondern auch sicherzustellen, dass alle Frauen unabhängig von ihrem Wohnort die gleiche Unterstützung erhalten. Eine solche Maßnahme könnte insbesondere in ländlichen Regionen von Bedeutung sein, wo der Zugang zu Versorgungsangeboten oft eingeschränkt ist.

Zusätzlich sollten wissenschaftliche Evaluationen durchgeführt werden. Diese Evaluierungsergebnisse können wertvolle Erkenntnisse darüber liefern, wie sich die Veränderungen auf die Versorgungslandschaft auswirken und ob die gesetzten Ziele erreicht werden. Auf Basis dieser Daten können weitere Anpassungen vorgenommen werden, um die Versorgung kontinuierlich zu optimieren und den Bedürfnissen der betroffenen Frauen gerecht zu werden. Insgesamt würde eine stärkere Verantwortung des Bundes in der Sicherstellung der Versorgung nicht nur die Qualität verbessern, sondern auch das Vertrauen der Frauen in das Gesundheitssystem stärken.

11.1.1.2.4 Aufhebung der Trennung zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch

Es wird empfohlen, die Trennung zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch aufzuheben, da sie für die betroffenen Frauen unnötige Barrieren schafft. Für die Frauen bedeutet diese Trennung nicht selten eine zusätzliche Hürde, die die Inanspruchnahme der medizinischen Leistung verzögern kann. So müssen sie mehrere Termine wahrnehmen, oft verbunden mit langen Wartezeiten, was den Zugang zur Behandlung erschwert und emotional belastend sein kann. Auch die WHO betont, dass es im Interesse der Frauen ist, einen nahtlosen Übergang zwischen Beratung und medizinischer Behandlung zu gewährleisten. Auch den Ärztinnen und Ärzten gegenüber wird durch die Aufhebung der Trennung von Abbruch und Beratung nicht mehr, wie bislang, inhärent ein Misstrauen ausgesprochen (insofern Ärztinnen und Ärzte, die zum Schwangerschaftsabbruch beraten, selbst keine Abbrüche durchführen dürfen). Durch die Integration von Beratung und Schwangerschaftsabbruch kann eine patientenzentrierte Versorgung gestärkt werden, die den Frauen mehr Autonomie und Vertrauen in die medizinische Versorgung gibt. Dies fördert das Wohlbefinden der Frauen und baut gleichzeitig Hindernisse auf dem Weg zur Gesundheitsversorgung ab.

11.1.1.2.5 Verbesserung der Angebote für medikamentöse Abbrüche

Frauen sollten die Wahl für die Schwangerschaftsabbruchmethode haben. Es notwendig, das Angebot an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen zu verbessern, da es erhebliche regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit und den Auswahlmöglichkeiten gibt. Dafür sollten zum einen bürokratische Hürden reduziert werden (vgl. Kapitel 11.1.1.2). Zum anderen ist es notwendig, dass politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie Gesundheitsbehörden Maßnahmen ergreifen, um Mifegyne außerhalb des bislang erschwerten Sondervertriebsweges verfügbar zu machen, den Zugang zu Cytotec zu sichern und auch damit eine angemessene Versorgung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu fördern. Die Verbesserung der Fortbildungsangebote zu den Methoden des Schwangerschaftsabbruchs sollte den Fokus auf den

medikamentösen Schwangerschaftsabbruch legen und die telemedizinische Versorgung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch einbeziehen.

11.1.1.2.6 Kostenübernahme neu regeln

Für einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung ist es entscheidend, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche vollständig übernehmen. Derzeit sind die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch an die persönliche Einkommenssituation der betroffenen Frauen gekoppelt. Viele Frauen stehen vor der Herausforderung, die finanziellen Mittel für den Eingriff aufzubringen, aber auch für weitere Kosten, die mit dem Eingriff verbunden sind, beispielsweise für weite Wege oder die Kinderbetreuung. Dies führt zu erheblichen Ungleichheiten im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch.

Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen würde nicht nur den Zugang verbessern, sondern auch gesundheitliche Risiken verringern, die durch zeitliche Verzögerung entstehen können.

Darüber hinaus würde eine vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkassen dazu beitragen, die gesellschaftliche Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen abzubauen. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen wie bei anderen Gesundheitsleistungen signalisiert zudem, dass der Schwangerschaftsabbruch ein legitimer und notwendiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist und dadurch auch Bestandteil des gesetzlichen Versorgungsauftrags. Dies trägt dazu bei, dass mehr Frauen ihre Entscheidungen ohne Angst vor finanziellen Konsequenzen treffen können.

Insgesamt ist es für eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung unerlässlich, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche übernehmen. Dies käme nicht nur den betroffenen Frauen zugute, sondern würde auch zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung generell sowie zu einem von gesellschaftlicher Akzeptanz geprägtem Klima gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch in der Gesellschaft beitragen.

11.1.1.3 Informationszugänge verbessern

Aus Sicht der Frauen, aber auch der Beraterinnen sowie vieler Ärztinnen und Ärzte ist der Zugang zu Informationen über alle Fragen rund um den Schwangerschaftsabbruch trotz aller Veränderungen in den letzten Jahren verbesserungsbedürftig. Dazu gehören Fragen, die von der Feststellung der Schwangerschaft über die Pflichtberatung, die Kostenübernahme bis hin zu Abbruchmethoden, Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und auch zur Nachsorge reichen können. Die Nachwirkungen der Rahmenbedingungen des § 219a StGB, der 2022 gestrichen wurde, wirken sich noch immer einschränkend auf die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten aus, ihr Angebot bekannt zu machen. Hinzu kommt, dass sich Ärztinnen und Ärzte mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in einem rechtlich und gesellschaftlich missbilligtem Handlungsfeld bewegen.

Da eine weitere Liberalisierung von Recht und Praxis zum Schwangerschaftsabbruch offensichtlich ein langwieriger Prozess sein wird, sollten die Informationszugänge erleichtert werden, indem die Bundesländer und Kommunen verpflichtet werden, Listen von Einrichtungen zu führen, die Abbrüche vornehmen, diese aktuell zu halten und sowohl den Frauen als auch den Beratungsstellen zur Verfügung zu stellen und im Internet zugänglich zu machen. Dies würde einer gesetzlichen Informationspflicht der Abbrüche durchführenden Ärztinnen und Ärzte entsprechen. In Ländern wie der Schweiz oder Frankreich gibt es damit gute Erfahrungen. In der Schweiz ist die Informationspflicht der Kantone gesetzlich geregelt (Art. 119, Abs. 4, Schweizerisches Strafgesetzbuch). Ärztinnen und Ärzte sollten neben Informationen zu medizinischen Aspekten auch auf psychosoziale Versorgungsangebote verweisen.

Die von der Bundesärztekammer geführte Liste der Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenhäuser und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des Strafgesetzbuches durchführen hat sich sowohl wegen der Freiwilligkeit der Meldungen als auch wegen des erschwerten Zugangs für die Frauen als ineffizient erwiesen. Den Beratungsstellen stehen daher gegenwärtig Informationen über Abbrucheinrichtungen weiterhin nur nach aufwändiger Recherche und nicht systematisch zur Verfügung.

Es sollte eine große Vielfalt an Informationszugängen geschaffen werden, die Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen und Gesundheitsämter ebenso einschließt wie Angebote im Internet. Auch hier sollten verschiedene Informationszugänge und Plattformen wie die BZgA, Kommunen oder medizinische Einrichtungen genutzt werden.

Umfassende Informationen über den Schwangerschaftsabbruch selbst, sowie über rechtliche, psychische sowie medizinische Aspekte sollten niedrigschwellig und insbesondere für vulnerable Gruppen leicht zugänglich sein. Dies betrifft Informationen in verschiedenen Sprachen, in leichter Sprache, für die spezifischen Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Gewalterfahrungen bzw. auch weitere Gruppen.

Bestehende Angebote der Trägerverbände von Beratungsstellen sollten in ihrem Ausbau systematisch gefördert werden. Ebenso sollten die Informationsmöglichkeiten der Beratungsstellen selbst sowie der ärztlichen Verbände und der BZgA ausgebaut werden.

11.1.1.4 Beratungsangebote anpassen

Beratung sollte sich am Bedarf orientieren. Viele Frauen haben bei einer ungewollten Schwangerschaft keinen Beratungsbedarf im Sinne einer Konfliktberatung. Sie haben ihre Entscheidung zumeist bereits getroffen und benötigen ggf. detailliertere Informationen zu den konkreten Schritten im Verlauf oder wünschen sich Entlastung von befürchteten oder erlebten Stigmatisierungen. Die Anpassung der Beratungsangebote für ungewollt Schwangere an ihren Bedarf ist ein entscheidender Schritt, um den unterschiedlichen Bedürfnissen ungewollt Schwangerer gerecht zu werden.

Ein zentraler Aspekt dieser Anpassung besteht darin, die bestehende Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch von einem Recht auf umfassende Beratung abzulösen. Dies würde den Frauen ermöglichen, selbstbestimmt und ohne Druck über ihre Optionen zu entscheiden. Statt einer oft als belastend erlebten Pflichtberatung sollen Frauen die Möglichkeit haben, sich in einem respektvollen und unterstützenden Umfeld über alle für sie relevanten Themen zu informieren, sei es über die Fortsetzung der Schwangerschaft oder über einen möglichen Abbruch.

Darüber hinaus ist es wichtig, den bestehenden Beratungsbedarf ungewollt Schwangerer umfassend zu befriedigen. Viele Frauen haben möglicherweise keinen spezifischen Beratungsbedarf im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch, sondern benötigen Unterstützung in anderen Bereichen, wie etwa der finanziellen Absicherung, der psychosozialen Begleitung oder der Klärung ihrer persönlichen Lebenssituation. Ein flexibles Beratungsangebot sollte daher nicht nur auf den Schwangerschaftsabbruch fokussiert sein, sondern auch präventive und begleitende Maßnahmen anbieten, die Frauen in ihrer Gesamtheit unterstützen.

Um die Versorgung, Beratung und Unterstützung von Frauen in vulnerablen Gruppen im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen zu verbessern, ist es entscheidend, dass die Angebote adäquat und niedrigschwellig zugänglich sind. Frauen der in unsere Studie einbezogenen vulnerablen Gruppen mit traumatischen Kindheits-erfahrungen, psychischen Erkrankungen, Gewalt in der Partnerschaft sowie solche mit Flucht- und Migrationsgeschichte benötigen Formen der Unterstützung, die auf ihre individuellen Lebensumstände abgestimmt sind. Es sollte sichergestellt werden, dass Beratungsstellen und medizinische Einrichtungen über geschultes Personal verfügen, das sich der besonderen Herausforderungen und

Bedürfnisse dieser Frauen bewusst ist. Zudem sind niedrigschwellige Angebote von großer Bedeutung, um Hemmschwellen abzubauen und einen sicheren Zugang zu Informationen und Hilfsangeboten zu gewährleisten. Beratungsangebote sollten daher so gestaltet sein, dass sie diesen Gruppen gerecht werden und ihnen Raum bieten, um ihre individuellen Herausforderungen zu besprechen. Dies könnte durch spezialisierte Beraterinnen und Berater geschehen, die mit den besonderen Lebensrealitäten dieser Frauen vertraut sind und ihnen gezielte Hilfe anbieten können. Kulturelle Sensibilität in der Beratung kann dazu beitragen, das Vertrauen der betroffenen Frauen zu gewinnen und ihre Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen zu erhöhen. Schließlich sollten auch in diesen Bereichen interdisziplinäre Netzwerke zwischen Gesundheitsdienstleistern, sozialen Einrichtungen und Beratungsstellen gefördert werden, um eine umfassende und koordinierte Unterstützung zu gewährleisten. Durch diese Maßnahmen kann einerseits sichergestellt werden, dass alle Frauen, unabhängig von ihrer persönlichen Situation, die notwendige Hilfe und Unterstützung erhalten.

Insgesamt erfordert die Anpassung der Beratungsangebote ein Umdenken im Umgang mit ungewollten Schwangerschaften. Durch ein flexibles, bedarfsorientiertes und inklusives Beratungsangebots kann sichergestellt werden, dass alle Frauen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen – unabhängig von ihrer persönlichen Situation oder ihrem Hintergrund. Dies würde nicht nur das Wohlbefinden der betroffenen Frauen fördern, sondern auch Chancengleichheit fördern.

11.1.1.5 Strukturelle Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verbessern

Die Ergebnisse zeigen, dass es eine nennenswerte Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten gibt, an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken. Diese Bereitschaft kann genutzt werden, um das Versorgungsangebot zu verbessern. Dazu sollten insbesondere bürokratische Hürden für das ambulante Durchführen operativer und medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche verringert werden, wozu Vorschriften und Voraussetzungen für das ambulante Operieren sowie aufwändige Zulassungsanträge gehören.

Es wird empfohlen, den Zugang zu den für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch notwendigen Medikamenten, insbesondere Cytotec und Mifegyne, zu vereinfachen. Derzeit ist Mifegyne nur über einen Sondervertriebsweg erhältlich und Cytotec wurde 2021 vom deutschen Markt genommen und ist seitdem nur unter erschwerten Bedingungen zugänglich. Für Ärztinnen ist dies mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden. Die Regelungen stellen einerseits eine Hürde für eine evidenzbasierte medizinische Versorgung dar, die den WHO-Standards zum Schwangerschaftsabbruch folgt. Andererseits können sie auch bewirken, dass weniger Ärztinnen und Ärzte bereit sind, insbesondere die medikamentöse Methode in ihrer Praxis anzubieten. Eine Vereinfachung des Zugangs würde nicht nur die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte erhöhen, diese wichtigen Dienstleistungen anzubieten, sondern auch sicherstellen, dass Frauen zeitnah und ohne unnötige Verzögerungen die benötigte medizinische Versorgung erhalten. Darüber hinaus könnte eine Verbesserung des Zugangs zu diesen Medikamenten für Ärztinnen und Ärzte dazu beitragen, das Bewusstsein für medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche zu schärfen und sie überall als integralen Bestandteil der reproduktiven Gesundheitsversorgung zu etablieren. Indem Mifegyne wie andere verschreibungspflichtige Medikamente behandelt wird und Cytotec auf dem deutschen Markt verfügbar, könnten sie einfacher als Kassenrezept verschrieben werden.

Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, wünschen sich in hohem Maße eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz und gesundheitspolitische Unterstützung. Die Ergebnisse der Studie zeigen die stigmatisierenden Auswirkungen der derzeitigen Situation. Eine Liberalisierung der gesetzlichen Regelung könnte dazu beitragen, dass die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gesamtgesellschaftlich als Bestandteil der gynäkologischen Versorgung und wichtiger

Teil der Frauengesundheit wahrgenommen wird, den Ärztinnen und Ärzten überwiegend befürworten.

Konkrete Handlungsbedarfe werden in einer stärkeren Einbindung der Kliniken in die Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch gesehen. Die Studie konnte einerseits zeigen, dass der Versorgungszugang dort besser ist, wo Kliniken stärker an der gesamten Versorgung beteiligt sind. Andererseits wurde von den Befragten als Barriere genannt, dass es in der Einrichtung, in der sie tätig sind, kein Angebot zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gibt, sie sonst aber auch Abbrüche vornehmen würden. Empfohlen wird daher zur Verbesserung des Versorgungsangebotes, dass Schwangerschaftsabbrüche als Teil des gynäkologischen Angebotes in gynäkologischen Kliniken Standard werden sollten. Dies würde letztlich auch dazu führen, dass sich Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung die erforderlichen Kompetenzen in den Kliniken aneignen könnten (vgl. Kapitel 11.1.1.5).

Für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollte das ambulante Operieren erleichtert werden. Derzeit ist es für sie oft schwierig, die räumlichen Voraussetzung in ihren Praxen zu erfüllen. Eine Kooperation mit einer Klinik bzw. die Nutzung dort vorhandener Räumlichkeiten wäre ein geeigneter Ansatz, das Versorgungsangebot zu verbessern. Kooperationen sind auch dahingehend anzudenken, dass Kliniken sich durch ihre 7 Tage / 24 Stunden- Besetzung bereiterklären, für seltene Komplikationen als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung zu stehen.

Hinsichtlich der Vergütung wird empfohlen, bundeseinheitliche Regelungen zu schaffen und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinsichtlich der Vergütungshöhe anzupassen. Die Kostenübernahme ist zugunsten einer krankenkassenfinanzierten Bezahlung des Schwangerschaftsabbruches zu überprüfen und die Höhe der Kostenübernahme sollte angemessen sein. Eine einheitliche Vergütungsregelung durch den EBM würde aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte den bürokratischen Aufwand verringern. Aus der Perspektive der Frauen könnten zusätzliche Belastungen wie Wege, Zeit und psychisch belastende Situationen im Zusammenhang mit dem Vorgang der Kostenübernahme reduziert werden.

11.1.1.6 Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte verbessern

Vor dem Hintergrund der in der Studie festgestellten Defizite in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und der damit verbundenen Unsicherheiten bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wird die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs in die Weiterbildungsordnung der Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie empfohlen und auch von den befragten Ärztinnen und Ärzten mit großer Mehrheit befürwortet. Dies würde dazu beitragen, dass in der Fort- und Weiterbildung nicht nur ethische und rechtliche Inhalte vermittelt werden, sondern auch praktische Fertigkeiten in der Durchführung aller heute gängigen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs erlernt werden. In der Konsequenz bedeutet dies aber auch, dass dieser Kompetenzerwerb unabhängig von der Trägerschaft der auszubildenden Einrichtung sichergestellt werden sollte, da trotz aller Verbesserungen der letzten Jahre viele Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in Einrichtungen absolvieren, die keine Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Somit kann auch der Abbruch nach medizinischer Indikation nicht erlernt werden.

Der Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Schwangerschaftsabbrüche könnte durch die systematische Einbeziehung erfahrener niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen befördert werden. Besonders hervorzuheben ist hierbei der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch. Ebenso sollten telemedizinisch begleitete Schwangerschaftsabbrüche in die Ausbildung und Fortbildung integriert werden. Durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen und den Austausch von Best Practices unter Fachkolleginnen kann das notwendige Know-how weitergegeben werden, was letztlich auch zu einer besseren Versorgungslage führen kann.

11.2 Standort Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

11.2.1 Implikationen

Frauen, die Kindheitstraumata erlebt haben, zeigen nach einer ungewollten Schwangerschaft eine insgesamt erhöhte psychische Belastung. Die Ergebnisse des Teilprojekts am Standort Berlin Studie zeigen signifikant höhere depressive Symptome, ein gesteigertes Risiko für depressive Episoden, verstärkten subjektiven Stress und erhöhte Emotionsregulationsschwierigkeiten im Vergleich zu Frauen ohne Kindheitstraumata. Keine Unterschiede konnten bezüglich biologischer Folgen von Kindheitstraumatisierungen, gemessen mittels Haarcortisolkonzentrationen, gefunden werden. Die Untersuchung umfasste auch die Betrachtung von Faktoren wie Emotionsregulationsschwierigkeiten und biologischen Stressmarkern als potenzielle vermittelnde Mechanismen. Diese Befunde sind gleichermaßen gültig für Frauen, die sich für das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden wie für Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Frauen mit Kindheitstraumata im Kontext ungewollter Schwangerschaften eine vulnerable Gruppe darstellen.

Die Implikationen der Ergebnisse sind vielfältig. Erstens betonen sie die Notwendigkeit einer verbesserten Früherkennung und eines gezielten Screenings für Frauen mit Kindheitstraumata im Kontext ungewollter Schwangerschaften. Zweitens unterstreichen die Ergebnisse die Wichtigkeit eines traumasensiblen Umgangs in der psychosozialen Beratung und medizinischen Versorgung von Frauen mit Kindheitstraumata bei ungewollter Schwangerschaft. Drittens zeigt sich die Dringlichkeit der Entwicklung spezifischer Versorgungsangebote für Frauen mit Kindheitstraumata nach einer ungewollten Schwangerschaft. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachleuten aus verschiedenen Bereichen ist hierbei entscheidend, um eine umfassende und individuell angepasste Unterstützung zu gewährleisten. Diese drei Punkte werden im Folgenden weiter ausgeführt.

11.2.1.1 Erkennung vulnerabler Gruppen im Rahmen von Früherkennung und Screening

Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Frauen mit Kindheitstraumata eine besondere Vulnerabilität im Kontext ungewollter Schwangerschaften aufweisen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer verbesserten Früherkennung und eines gezielten Screenings, um diese spezielle Gruppe frühzeitig zu identifizieren und entsprechende unterstützende Maßnahmen einzuleiten. Um die Erkennung vulnerabler Gruppen, insbesondere Frauen mit Kindheitstraumata im Kontext ungewollter Schwangerschaften, zu verbessern, empfiehlt sich ein mehrdimensionaler Ansatz. Hierzu könnte die Integration standardisierter Screenings in die reproduktive Gesundheitsversorgung beitragen. Ärzte, Gynäkologen, Hebammen und weiteres medizinisches Personal sollten entsprechend geschult werden, um die speziellen Bedürfnisse und Anzeichen von Frauen mit Kindheitstraumata zu erkennen und sensibel darauf zu reagieren. Weiter stehen hierfür bewährte Screening Instrumente zur Verfügung. Ein Beispiel ist der Childhood Trauma Screener, der fünf kurze Fragen umfasst und zeit- und kosteneffektiv in der Regelversorgung eingesetzt werden kann. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass dieses Instrument in vergleichbaren Stichproben geeignet ist, um diese vulnerable Gruppe zu erkennen.

Die Implementierung dieser Maßnahmen würde dazu beitragen, Früherkennung und Screening für Frauen mit Kindheitstraumata zu verbessern, was wiederum den Weg für frühzeitige Interventionen und unterstützende Maßnahmen ebnet. Damit könnten gezielte Maßnahmen ergriffen werden, um die psychische Gesundheit dieser Frauen effektiv zu fördern und ihre Bedürfnisse besser zu adressieren.

11.2.1.2 Traumasensibler Umgang im Kontext von ungewollter Schwangerschaft

Die Ergebnisse unterstreichen nachdrücklich die Bedeutung eines traumasensiblen Umgangs in der Beratung und medizinischen beziehungsweise gynäkologischen Versorgung von Frauen, die mit ungewollten Schwangerschaften konfrontiert sind und zugleich Kindheitstraumata erlebt haben. Ein solcher sensibler Umgang ist entscheidend, um die Bedürfnisse dieser Frauen angemessen zu adressieren und eine unterstützende Umgebung zu schaffen.

Ein zentraler Aspekt ist die Notwendigkeit einer einfühlsamen Kommunikation seitens des Gesundheitspersonals. Dies erfordert eine achtsame und respektvolle Herangehensweise, die Raum für Offenheit und Vertrauen schafft. Durch die Berücksichtigung der traumatischen Hintergründe können Gesundheitsdienstleister besser verstehen, wie vergangene Erfahrungen die aktuelle Situation beeinflussen können. Dies ermöglicht eine individualisierte Betreuung, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Ängste der betroffenen Frauen eingeht. Umsetzungsideen dazu finden sich beispielsweise bei Benton und Kolleginnen und Kollegen (2024).

Die Bereitstellung von Ressourcen zur psychosozialen Unterstützung ist ein weiterer zentraler Bestandteil eines traumasensiblen Ansatzes. Dies könnte die Vermittlung an spezialisierte Beratungsdienste, Psychotherapie oder Selbsthilfegruppen umfassen. Indem Frauen Zugang zu geeigneten Unterstützungsdiensten erhalten, können sie besser mit den emotionalen Herausforderungen umgehen, die mit der ungewollten Schwangerschaft und den damit verbundenen Kindheitstraumata einhergehen.

11.2.1.3 Zielgruppenspezifische Interventionsangebote

Abschließend bedarf es Versorgungsangebote, die spezifisch auf die Bedarfe von Frauen mit Kindheitstraumata nach einer ungewollten Schwangerschaft abgestimmt sind.

Neben traumasensiblen Beratungsangeboten, kann hier auch frühzeitige psychotherapeutische Unterstützung angeboten werden. Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) oder andere traumatherapeutische Ansätze, die sich in der Behandlung von Traumatisierung als wirksam erwiesen haben, könnten hier Anwendung finden. Unsere Ergebnisse deuten weitere darauf hin, dass Frauen mit Kindheitstraumata geringere Ressourcen zur Verfügung stehen. Unterstützung bei psychosozialen Herausforderungen, die häufig mit Kindheitstraumata einhergehen. Dies könnte Unterstützung bei der Bewältigung von Stress, Trauerarbeit und dem Aufbau von stabilen Lebensumständen umfassen.

Im Fall einer ausgetragenen Schwangerschaft oder für bereits bei der Mutter lebende Kinder muss weiter auch das Wohlbefinden der Kinder in den Blick genommen werden. Mögliche Ansätze sind hier Elternkompetenztrainings, die speziell die Bewältigung von Stress und die Förderung der Bindung zwischen Eltern und Kind fördern. Kurzinterventionen sowie die Möglichkeit, Online-Ressourcen zu nutzen stellen hier eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Gesundheitsförderung dar. Hiermit kann Barrieren wie Stigmatisierung und begrenzter Ressourcen von Eltern begegnet werden.

Die Integration dieser spezifischen Versorgungsangebote in bestehende Gesundheitsdienste könnte dazu beitragen, Frauen mit Kindheitstraumata eine umfassende und individuell angepasste Unterstützung anzubieten, die ihre spezifischen Bedürfnisse berücksichtigt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Psychologie, Gynäkologie, Sozialarbeit und Recht könnte dazu ist hierbei unerlässlich. Durch den Austausch von Wissen und Ressourcen können effektivere Strategien entwickelt werden, um Frauen mit Kindheitstraumata optimal zu begleiten.

11.2.2 Begleitung für Gesetzgebung

Folgende Maßnahmen können dazu beitragen, die psychischen Belastungen von Frauen mit Kindheitstraumata im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften zu verringern und eine unterstützende Umgebung zu schaffen.

Finanzierung und Sicherstellung psychosozialer Unterstützung: Es muss sichergestellt werden, dass Frauen mit im Fall einer ungewollten Schwangerschaft leichter Zugang zu spezialisierten psychosozialen Unterstützungsdiensten haben. Dies gilt im Besonderen für vulnerable Gruppen wie Frauen mit Kindheitstraumata. Dies kann zum Beispiel die Bereitstellung von spezialisierten Beratungsdiensten und Psychotherapie umfassen.

Integration von Screenings und traumasensibler Beratung und Behandlung in die reproduktive Gesundheitsversorgung: Eine Integration standardisierter Screenings in der reproduktive Gesundheitsversorgung kann dazu beitragen, vulnerable Frauen frühzeitig zu identifizieren und ihre speziellen Bedürfnisse besser zu berücksichtigen. Hierzu sollten Weiterbildungsmaßnahmen zu traumasensibler Beratung und Behandlung entwickelt und in Ausbildungscurricula aufgenommen werden, um medizinisches Personal, insbesondere im Bereich der reproduktiven Gesundheit, besser auf den Umgang mit Frauen mit vorhergehender Traumatisierung vorzubereiten.

11.2.3 Weiterführende Fragestellungen

Aus den Ergebnissen ergeben sich weiterführende Fragestellungen. Zunächst kann zukünftige Forschung dazu beitragen, zusätzliche Risikofaktoren identifizieren, die das Risiko von psychischen Belastungen nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft erhöhen. Neben der Betrachtung von Kindheitstraumata und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation sollten auch andere potenzielle Einflussfaktoren berücksichtigt werden, um ein umfassenderes Bild der komplexen Dynamik zu erhalten. Neben der Identifikation zusätzlichen Risikofaktoren sollte weiterführende Forschung die zugrundeliegenden Mechanismen dieser erhöhten Vulnerabilität untersuchen. Dabei ist es wichtig, nicht nur auf Schwierigkeiten in der Emotionsregulation zu fokussieren, sondern auch andere mögliche Wege zu erforschen, wie Kindesmisshandlung die psychopathologischen Auswirkungen im Erwachsenenalter nach einer unbeabsichtigten Schwangerschaft beeinflusst.

Abschließend könnte die Entwicklung von Interventionen darauf abzielen, nicht nur die Emotionsregulation zu stärken, sondern auch gezielt auf die identifizierten Risikofaktoren und Mechanismen einzugehen. Im Fall einer ausgetragenen Schwangerschaft gilt es, die besondere Lebenssituation der Frauen nach der Geburt zu berücksichtigen. Weiter müssen mögliche Barrieren, wie Angst vor Stigmatisierung, Scham- und Schuldgefühle und finanzielle Härten berücksichtigt werden. Kurzinterventionen oder niedrigschwellige Online-Interventionen stellen hier vielversprechende Ansätze dar, um betroffenen Personen effektive Unterstützung zu bieten und ihre psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen.

Darüber hinaus sollten zukünftige Studien sich auch darauf konzentrieren, die Langzeitwirkungen von Interventionen und unterstützenden Maßnahmen für Frauen mit Kindheitstraumata und ungewollten Schwangerschaften zu untersuchen. Es ist wichtig zu verstehen, wie sich diese Interventionen langfristig auf das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Bewältigungsfähigkeiten der betroffenen Frauen auswirken, sowie – im Fall einer ausgetragenen Schwangerschaft – insbesondere auch die Mutter-Kind-Bindung und die Entwicklung der Kinder auswirken. Insgesamt eröffnen die Ergebnisse unserer Forschung ein breites Spektrum an weiteren Forschungsfragen, die dazu beitragen können, das Verständnis für die Bedürfnisse und Herausforderungen von Frauen mit Kindheitstraumata in Verbindung mit ungewollten Schwangerschaften zu vertiefen und effektive Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln.

11.3 Standort Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

Die Ergebnisse des Teilprojektes ELSA-VG können dazu dienen, die Gesundheitsberatung und –versorgung von ungewollt Schwangeren mit Migrationshintergrund oder betroffen von Partnergewalt zu verbessern. Mit ELSA-VG liegen erstmals umfassende qualitative und quantitative Erkenntnisse für Deutschland vor, die die gegenwärtigen, meist internationalen Studienergebnisse insbesondere zum Zusammenhang von Partnergewalt und der Einschränkung reproduktiver Rechte der betroffenen Frauen sowie der Effekte von Partnergewalt auf ungewollte Schwangerschaften und der Entscheidung zum Ausgang dieser Schwangerschaften belegen. Mit diesen Ergebnissen wird das hohe Ausmaß von Partnergewalt und ungewollter Schwangerschaften sowie die besonderen Bedarfe für die Zielgruppen und die Interventionsmöglichkeiten in Gesundheitsberatung und -versorgung deutlich. Angesichts der hohen Betroffenenzahlen – jede vierte Frau erleidet mindestens einmal Partnergewalt in ihrem Leben – und der gravierenden Gesundheitsfolgen von Partnergewalt auf die Gesundheit von Frauen und Kindern sowie der mit ELSA-VG belegten Assoziation zwischen Partnergewalt und ungewollter Schwangerschaft bzw. Abbruch ergibt sich ein Versorgungsauftrag – wie er auch in der von Deutschland ratifizierten Istanbul Konvention formuliert ist –, der in das Ressort des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) fällt. Das Problem ist auf der Agenda der Weltgesundheitsorganisation und gehört auch auf die Agenda des BMGs.

Notwendig ist die Aufnahme des Themas in die Curricula von Ausbildung und Studium der Gesundheitsberufe, bundesweite Sensibilisierungstrainings zum Zusammenhang von Partnergewalt und ungewollter Schwangerschaft, die Finanzierung der Trainings sowie eine adäquate Vergütung des erhöhten Beratungsbedarfs bei diesen Gruppen an vulnerablen Frauen. Ein Schwangerschaftsabbruch nach kriminologischer Indikation sollte gleich hoch wie ein Abbruch nach Beratungsregelung vergütet werden.

Für eine verbesserte Information und eine Aufbereitung der Informationsmaterialien ist die BZgA als nachgeordnete Behörde mit einzubeziehen. Grundsätze der Patientenorientierung und der partizipativen Arzt-Patientinnen-Kommunikation auf Augenhöhe sind auf das Beratungs- und Behandlungssetting mit (ungewollt) Schwangeren zu übertragen und zu propagieren.

Einer Tabuisierung und Stigmatisierung von ungewollten Schwangerschaften sowie Partnergewalt ist entgegenzuwirken. Ungewollte Schwangerschaften sind normale Realität im Leben von vielen Frauen und im Kontext der meist fremdbestimmten Lebensgeschichten zu betrachten. Konkrete Vorschläge, die aus den Ergebnissen abgeleitet wurden, sind ausführlicher im Kapitel 9.1.1.2 beschrieben.

Die im Projekt unter den Verbundpartnerinnen und im Teilprojekt mit den unterstützenden Institutionen, Projekten und Einzelpersonen etablierten Informations- und Kommunikationswege werden für die weitere Dissemination der Ergebnisse – bspw. via des etablierten ELSA-Newsletter – sowie ggf. für Folgeprojekte genutzt. Ehemalige Projektmitarbeitende werden in ihrer wissenschaftlichen Karriere gefördert und arbeiten weiter an dem Thema, so dass sie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Zusammenhänge zwischen Vulnerabilität und ungewollter Schwangerschaft weiterverbreiten werden und sich so das Netzwerk ausweiten kann.

Das Teilprojekt ELSA-VG hat bemerkenswerte Ergebnisse produziert, gleichwohl braucht es weitere erhellende Studien zu einer ähnlich umfassenden Fragestellung, die vor allem bei den vulnerablen Gruppen ein repräsentatives Sample und/oder eine probalistische Stichprobe vorsieht.

11.4 Standort Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

Angesichts einer an sich bereits belastenden Situation, die sich mit einer ungewollten Schwangerschaft und des daraus folgenden Entscheidungsdrucks einstellen kann, zeigen die Befunde aus der Teilstudie ELSA PSY die besonderen Herausforderungen, mit denen Frauen mit psychischen Erkrankungen im Umgang mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft konfrontiert sind und einen besonderen Unterstützungsbedarf mit sich bringen können. Frauen mit psychischen Erkrankungen haben aufgrund vielfältiger, bislang jedoch nur unzureichend verstandener Faktoren nicht nur ein erhöhtes Risiko für den Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft, sondern sind darüber hinaus im Umgang mit einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft auch mit besonders erschwerenden Kontextbedingungen belastet, die negativ auf die psychische Gesundheit zurückwirken können.

Aus den in vorgestellten Befunden lassen sich folgende Forderungen ableiten:

- 1) Das Wissen um die spezifischen Risiken und Belastungen, denen Frauen mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit einer ungewollten Schwangerschaft ausgesetzt sind, sowie die Sensibilität für die belastenden Lebensumstände sollten im Fachdiskurs sowie in der Aus- und Weiterbildung der relevanten Professionen (Medizin/Gynäkologie, Psychiatrie/Psychotherapie, Soziale Arbeit) erhöht werden. Aufgrund der potenziellen Mehrfachstigmatisierung von Frauen mit psychischen Erkrankungen (psychische Erkrankung, ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Mutterschaft bei psychischer Erkrankung) sollten neben öffentlichen Entstigmatisierungsmaßnahmen gezielte Maßnahmen zur Sensibilisierung von Fachkräften gegenüber den Belangen von Frauen mit psychischen Erkrankungen erfolgen.
- 2) Aufgrund der besonderen Risikokonstellation und des Zusammenhangs von sozialer Lage und psychischer Gesundheit sollten Frauen mit psychischen Erkrankungen mehr finanzielle sowie psychologische bzw. emotionale Unterstützung im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft erhalten. Während und nach der Schwangerschaft sollten Angebote zur psychosozialen Unterstützung erfolgen, um die Entwicklung schwerwiegender Folgen für die psychische und physische Gesundheit zu verhindern. Angesichts der zeitlichen Entscheidungsdrucks, der sich aus der Notwendigkeit einer medikamentösen Umstellung zum Schutz des Embryos ergeben kann, sollte die Vermittlung in psychiatrische/ psychotherapeutische Hilfen zeitnah erfolgen.
- 3) In der gynäkologischen Versorgung sollten stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Frauen und normative Erwartungen zur Erwünschtheit von Schwangerschaften kritisch hinterfragt werden, um zusätzliche psychische Belastungen zu vermeiden. Regelmäßige Gespräche über psychische Belastungen und die Vermittlung in psychologische Versorgungssysteme sind wichtig, um die Unterstützung für Frauen mit ungewollten Schwangerschaften zu verbessern. Aufgrund des erhöhten Risikos für Frauen mit psychischen Vorbelastungen sollte eine umfassende Aufklärung über peripartale psychische Erkrankungen sowie präventive Unterstützung und Nachsorge erfolgen.
- 4) Es sollten niederschwellige und zeitnahe Zugänge zur ambulanten Psychotherapie für psychisch vorbelastete Frauen mit ungewollten Schwangerschaften geschaffen werden. Frauen, die bereits vor der ungewollten Schwangerschaft aufgrund psychischer Probleme in Behandlung waren, sollten bei der Vergabe von ambulanter Psychotherapie bevorzugt behandelt werden. Eine frühzeitige Anbindung an psychiatrische bzw. psychotherapeutische Angebote ist neben dem Zeitdruck durch die 12-Wochen-Frist im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs auch aufgrund des medikamentenbezogenen Entscheidungsdrucks insbesondere im Falle des Austragens einer ungewollten Schwangerschaft notwendig. Zudem sollten niederschwellige Zugänge in spezifischer Therapie- und

Unterstützungsangebote für Mütter mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden. Im Rahmen der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung sollten Themen der reproduktiven Gesundheit noch stärker thematisiert werden.

- 5) Frauen mit psychischen Erkrankungen benötigen bessere und spezifischere Informationen zum Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft, die auch Aspekte der psychischen Gesundheit berücksichtigen, sowohl in Bezug auf ein Austragen wie auch einen Abbruch der Schwangerschaft. Insbesondere psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote sollten sichtbar werden und z.B. auch in Einrichtungen zur psychischen Gesundheit vorgestellt werden, inklusive der Angebote zur Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch. Eine Thematisierung der psychischen Erkrankung ist Voraussetzung für die Vermittlung in weitere spezifische Unterstützungsangebote, die sich spezifisch an Frauen mit psychischen Vorbelastungen bzw. Erkrankungen richtet. Die explizite Adressierung dieser Gruppe kann Stigmatisierungsängste verringern und den Zugang zu Unterstützungsangeboten erleichtern. Angesichts der vielfältigen Stigmatisierungen sollten der Austausch und die gegenseitige Unterstützung betroffenen Frauen gefördert werden.

11.5 Standort Merseburg (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)

Implikationen

Strukturdaten zur Beratungsstellenlandschaft: Wie gezeigt wurde, sind Korrektheit und Aktualität der öffentlich zugänglichen Beratungsstellenübersichten (familienplanung.de und Listen der Bundesländer) nur mit Einschränkungen gegeben; dies kann in ihre jeweilige Aussagekraft limitieren. Zudem zeigt die Leitungsbefragung, dass auf diese Seiten als Informationsquellen nicht regelmäßig verwiesen wird. Zur Einschätzung der Versorgungsstruktur braucht es valide und aktuelle, öffentlich zugängliche Übersichten.

Weitere Daten, die eine Einschätzung der Versorgungslage ermöglichen würden (wie bspw. aus dem Indikator 7.1 der GBI), werden durch die Bundesländer uneinheitlich erfasst und sind nur in Teilen verfügbar. Notwendig sind eine größere Transparenz und Einheitlichkeit in der Datenerfassung und -weitergabe durch die Länder bzw. der mit der Umsetzung des SchKG beauftragten Stellen, gerade auch um Aussagen zur Bedarfsdeckung treffen zu können.

Kooperationsstrukturen stärken: Die Untersuchung zeigt, dass die Vernetzung zwischen psychosozialen Beratungsstellen und dem medizinischen Bereich ausbaufähig ist. Besonders die Sicherstellung regelmäßiger Kommunikationskanäle und des Informationsflusses zu ärztlichen Angeboten erscheint notwendig.

Ausbau psychologischer Angebote: Aufgrund mangelnder Verfügbarkeit an psychotherapeutischen und psychologischen Angeboten sehen sich Schwangerschafts(konflikt)Beraterinnen und Berater zunehmend in der Situation, diesen Mangel in ihren Beratungen aufzufangen und Klientinnen und Klienten nicht weitervermitteln zu können. Da eine ungewollte Schwangerschaft bereits bestehende psychische Belastungen verstärken kann und zugleich innerhalb der Beratung vermehrt psychisch belastete Personen wahrgenommen werden, muss hier einerseits die psychotherapeutische Unterstützung niedrigschwelliger erreichbar sein und andererseits Beratungsfachkräfte in der Schwangerschafts- wie auch Schwangerschaftskonfliktberatung entsprechend qualifiziert sein.

Barrierefreiheit in der psychosozialen und medizinischen Versorgung: Besonders die mangelnde Barrierefreiheit für Menschen, die kaum/ keine Deutschkenntnisse oder sprachliche/kognitive Einschränkungen hat, stellt eine Herausforderung dar. Eine mögliche gesetzliche Lösung könnte die

Förderung von mehrsprachigen und barrierefreien Informations- und Beratungsangeboten sein sowie länderübergreifend einheitliche Regelungen bzgl. der Sprachmittlung für Beratungen.

Digitale Informationen: Aus der Untersuchung öffentlicher Online-Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen lassen sich Hinweise für die Praxis von Beratungsfachkräften und Ärztinnen und Ärzte ableiten. Wenn die Fachkräfte genauer wissen, mit welchen Informationen Menschen im Internet zum Thema Schwangerschaftsabbruch konfrontiert sind, können lücken- oder fehlerhafte Informationen im Gespräch mit Ratsuchenden einfacher eingeordnet bzw. korrigiert werden. Damit sich Beratungsfachkräfte souverän im Kontext der digitalen Informationen über Schwangerschaftsabbrüche bewegen und diese mit mehr Sicherheit und Orientierung mit den Ratsuchenden diskutieren können, benötigen sie institutionell bereitgestellte Ressourcen, um erstens ihr eigenes Wissen in diesem Kontext zu erweitern und zweitens selbst den digitalen Raum mit sachlich korrekten, neutralen und nützlichen Informationen mitzugestalten. Trägerverbände und Länder sollten den Beratungsstellen entsprechende Fachkenntnisse und finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. Aber auch bei knappen Ressourcen gibt es eine Möglichkeit, die Inhalte von Beratungsstellen-Websites qualitativ ansprechend zu erweitern: Die BZgA stellt verschiedene Websites zur Verfügung, auf welchen sachliche Informationen zum Schwangerschaftsabbruch in 13 Sprachen, Leichter Sprache und Gebärdensprache zu finden sind. Beratungsstellen können diese bereits gut aufbereiteten Inhalte nutzen, indem sie diese Websites verlinken – insbesondere dann, wenn ihre eigenen Websites noch ausbaufähig sind. Für die Weiterentwicklung der digitalen Informationsbereitstellung durch beratungsstelleneigene bzw. praxiseigene Websites gilt: Die Websites müssen durch die Eingabe von Suchbegriffen wie Schwangerschaftsabbruch oder Abtreibung durch die Suchmaschinen gefunden und unter den ersten Sucheinträgen gezeigt werden. Darüber hinaus sollten sie auch für kombinierte Suchbegriffe optimiert werden. Ratsuchende sollten so verlässlich sachliche und gut verständliche Informationen insbesondere zu den bedeutsamen rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Aspekten eines Schwangerschaftsabbruchs finden können. Eine fachpolitische Begleitung könnte hier ansetzen, indem sie Standards für digitale Zugänglichkeit und Informationsbereitstellung festlegt.

Hinweise für eine mögliche Novellierung der Gesetzgebung

Rechtliche Lage: Sowohl in den Interviews als auch in der Online-Erhebung wurden, anknüpfend an die eigenen Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Befragten, vielfältige Aussagen zur rechtlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs gemacht, obschon diese nicht explizite erfragt wurden. Nach überwiegender Einschätzung der Befragten wird der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund der aktuellen gesetzlichen Lage für Betroffene erschwert. Kritisch diskutiert wird auch die Pflichtberatung. Eine Novellierung sollte Alternativen zur geltenden verpflichtenden Beratung vor einem Abbruch in Betracht ziehen, etwa ein verankertes Recht auf Beratung anstatt der Beratungspflicht. Zugleich sollte gesichert werden, das bestehende psychosoziale Beratungsnetz aufrechtzuerhalten und (ungewollt) Schwangeren einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen, etwa durch einen gesicherten Informationszugang. Dieser könnte sowohl durch verbindlichere Verweisungen durch Ärztinnen und Ärzte/medizinische Einrichtungen als auch durch gut erreichbare Online-Informationen gesichert werden.

Weiterführende Fragestellungen

Obschon die in dieser Studie befragten Beraterinnen angaben, im Allgemeinen nicht zu wissen, woher die Ratsuchenden ihre jeweiligen Informationen beziehen, berichten sie dennoch davon, dass Ratsuchende häufig auf ‚Lebensschutz‘-Seiten stoßen würden. Das Online-Suchverhalten ungewollt Schwangerer sollte deshalb vertiefend untersucht werden.

Auch ist bisher nicht genauer untersucht worden, ob Menschen, die sich über Schwangerschaftsabbrüche digital informieren, Fehlinformationen rezipieren und deswegen falsch informiert sind

oder ob sie eigentlich korrekte Inhalte zur reproduktiven Gesundheit aus dem Internet nicht richtig verstehen und daher zu falschen Schlüssen kommen. Auch hierzu wären weitere qualitative Erhebungen notwendig.

Inwiefern insbesondere Falschinformationen tatsächlich auf digitale Quellen von Abtreibungsgegnerinnen und -gegner zurückzuführen sind oder eher aus analogen Quellen wie Prospekten oder Personen stammen, muss noch untersucht werden. In diesem Zusammenhang sollte – erweiternd zu den im Teilprojekt realisierten Teilerhebungen – etwa eine Googletreffer-Analyse mit kombinierten Suchbegriffen zu realisieren.

Zukünftige Forschung sollte zudem der zunehmenden Bedeutung künstlicher Intelligenz Rechnung tragen und untersuchen, auf welche Weise hier Fragen zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beantwortet werden. Zugleich ist noch unerforscht, ob und auf welche Weise künstliche Intelligenz für Beratungsarbeit nutzbar gemacht werden kann. Weitere Forschung zur Orientierung von Beratungsfachkräften im digitalen Raum sollte unter der Berücksichtigung ihrer Altersstrukturen erfolgen. Darauf wurde bei der Umsetzung der vorliegenden Studie wurde darauf verzichtet, jedoch zeigte sich in der Auswertung, dass das Alter als Faktor im Kontext des Forschungsthemas eine Relevanz haben kann.

Die vorliegende Studie hat spezifische Personengruppen in vulnerablen Lebenslagen genauer in den Blick genommen – weitere relevante Zielgruppen, auf sie zugeschnittene bestehende Versorgungsangebote und ihr Erleben der Versorgungssituation sollten in weiteren Erhebungen fokussiert werden. Das gilt in ähnlicher Weise für das Thema Schwangerschaftsabbrüche im zweiten und dritten Trimenon, die in dieser Studie nicht Gegenstand waren und zu deren medizinischer und psychosozialer Versorgung für den deutschen Sprachraum bisher kaum Daten vorliegen.

12 Publikationsverzeichnis

12.1 Standort Fulda (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Daphne Hahn)

12.1.1 Publikationen

- Hahn, D.; Böhm, M.; Thonke, I.; Torenz, R.; Wienholz, S. (i. E. 2025). Die regionale Verteilung medizinischer und psychosozialer Angebote für Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Eine Übersicht auf der Grundlage von Strukturdaten. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2/2025.
- Hahn, D.; Torenz, R.; Thonke, I. et al. (2024). Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung: Eine Analyse aus der Perspektive ungewollt Schwangerer – Erkenntnisse aus der Studie „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)“. Bundesgesundheitsblatt. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03987-2>
- Thonke, I.; Wyrobisch-Krüger, A. (2024). ELSA – Ein Forschungsprojekt zu den Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer und zu den Angeboten der Beratung und Versorgung. Betrifft Mädchen. 2/2024: 10.3262/BEM2402080
- Hahn, D.; Thonke, I. (2023). Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ – Konzept und Hintergründe der Studie. In: Repschläger, U.; Schulte, C.; Osterkamp, N. (Hrsg.): Barmer Gesundheitswesen aktuell 2023. Beiträge und Analysen. Deutschland: Barmer GEK: 190-209. Link: https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2023/gwa-2023_hahn.pdf
- Torenz, R.; Vollmer, H.; Eckardt, S.; Wyrobisch-Krüger, A.; Thonke, I.; Hahn, D. (2023). Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. *Research in Health Services & Regions* 2:21. <http://dx.doi.org/10.1007/s43999-023-00036-4>
- Schneider, M.; Eckardt, S.; Torenz, R.; Thonke, I.; Vollmer, H.; Wyrobisch-Krüger, A.; Hahn, D. (2023). Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland. *Zeitschrift für Sexualforschung* 36(04): 213–222. <https://doi.org/10.1055/a-2194-5972>
- Hahn, D. (2022). Das Projekt ELSA – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. Rundbrief Netzwerk Frauen, Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. 48: 24-29.
- Hahn, D. (2021). Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer“. *pro familia Magazin* 2-3/2021: 24-26.

12.1.2 Verzeichnis der im Projekt entstandenen Bachelor- und Masterarbeiten

- Draeger, S. (2022) Telemedizinische Begleitung bei Schwangerschaftsabbrüchen“.
- Borsch, S. M. (2022): „Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, ein Vergleich zwischen Irland und Deutschland“.
- Henninger, B. (2022): „Die Verweigerung aus Gewissensgründen von Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischem Assistenzpersonal“.
- Keller, R. (2022): „Motivation von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen“.
- Meckler, J. (2022): „Die medizinische Versorgung eines Schwangerschaftsabbruches in Deutschland“.
- Schierenbeck, M. (2022): „Abortion policies and it's implementation as human right on health by comparison of Canada and Germany“.
- Schneider, C. (2022): „Stigmatisierungserfahrungen bei Schwangerschaftsabbrüchen von Health Professionals“.

- Wozniak, R. (2022): „Stigmatisierung von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen“.
- Bauer, C. M. (2023): „Analyse der medizinischen Versorgungssituation von Schwangerschaftsabbrüchen in drei Bundesländern: Eine vergleichende Darstellung“.
- Fuß, A. (2023): „Analyse der medizinischen Versorgungssituation von Schwangerschaftsabbrüchen in vier deutschen Bundesländern: Eine vergleichende Darstellung im Rahmen der ELSA-Studie“.
- Schnell, M. (2023): „Kostenübernahme von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen durch die gesetzlichen Krankenkassen“.
- Wrobel, C. (2023): „Analyse der medizinischen Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen in vier ausgewählten deutschen Bundesländern: Eine vergleichende Darstellung“
- Schneider, M. (2023): Informiertheit von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Deutschland“.
- Kruse, S. (2024): „Gründe, weshalb Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland keine Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Eine quantitative Analyse äußerer, innerer und stigmabezogener Barrieren“.
- Kurth, L. (2024): „Versorgungsangebot von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland aus der Perspektive der Anbieterinnen und Anbieter“.
- Ziegler, R. (2024): „Verantwortungsübernahme von Männern in Partnerschaften für Verhütung und ungewollte Schwangerschaften“.

12.2 Standort Freiburg (Kapitelverantwortlicher: Tilmann Knittel)

12.2.1 Abschlussarbeiten

- Berndt, M. A. (2023) „Entwicklung und Einflussfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes bei schwangeren Frauen nach Schwangerschaftsintention: eine Querschnittstudie“. Abschlussarbeit im M.Sc. Gesundheitspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

12.3 Standort Berlin (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Prof. Dr. Sarah Schumacher)

12.3.1 Publikationen

- Blecker, M.K. (in Vorbereitung). Predicting Childbirth-Related Posttraumatic Stress: Investigating the Role of Childhood Maltreatment as well Hotspots and Interpersonal Strain during Childbirth. [Dissertation, Psychologie]. Freie Universität Berlin.
- Blecker, M.K., Engel, S., Klusmann, H., Haering, S., Meyer, C., Skoluda, N., Nater, U., Knaevelsrud, C. & Schumacher, S. (submitted). Depressive symptoms postpartum: the predictive role of childhood maltreatment and HPA axis regulation.
- Haering, S. (in Vorbereitung). Higher Risk – Less Research? Addressing the Gender Data Gap in Psychotraumatology [Dissertation, Psychologie]. Freie Universität Berlin.
- Haering, S., Engel, S., Klusmann, H., Blecker, M.K., Meyer, C., Hahn, D., Boehm, M., Brzank, P., Busch, U., Knittel, T., Krumm, S., Schumacher, S. & Knaevelsrud, C. (submitted). Childhood maltreatment as a risk factor for posttraumatic stress symptoms in the context of unintended pregnancy.
- Klusmann, H., Meyer, C., Engel, S., Haering, S., Blecker, M.K., Conrad, E., Reichmuth, F., Schumacher, S. & Knaevelsrud, C. (under review). Childhood maltreatment as a risk factor for depressive symptoms after an unintended pregnancy: the mediating role of emotion regulation difficulties.

12.4 Standort Nordhausen (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Petra J. Brzank)

12.4.1 Publikationen

- Ulrich, H. S., Markert, J., Jung, A., Winter, K., Laué, M. & Brzank, P. J. (2022) „Ressourcen, Belastungen und Versorgungsbedarfe von ungewollt schwangeren geflüchteten und „illegalisierten“ Frauen: ein Realist-Review“, *Gesundheitswesen*, 84(08/09), V-029.
- Jung, A., Korn, A., Winter, K. & Brzank, P. J. (2023) „Vulnerabilitäten und Handlungsmacht von ungewollt Schwangeren mit Partnergewalterfahrungen: die Komplexität der Gleichzeitigkeit“, *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 47, 357-381.
- Brzank, P. J., Nowak, M., Jepsen, D., Winter, K., Engelhardt, M., Schneider, N., Pfeifer, M., Seeberg, J. & Ulrich, H.-S. (2024) „Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt: Ergebnisse aus der ELSA-Studie zur Partnerschaftssituation und Bedarfe an Schwangerschaftsberatung“, in Böhm, M., Bomert, C., Krolzik-Matthei, K. & Lohner, E. M. (Hg.) *Beratung bei ungewollter Schwangerschaft. Beiträge aus Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Jepsen, D., Winter, K., Engelhard, M., Nowak, M., Schneider, N., Pfeifer, M. & Brzank, P. J. (2024) „Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen: Herausforderungen für eine interdisziplinäre Versorgung“, „Gesundheit – gemeinsam“ Kooperationskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH). Dresden: German Medical Science GMS Publishing House.
- Brzank, P. J., Jepsen, D. & Nowak, M. (2024) „Ungewollte Schwangerschaft und gynäkologische Versorgung: Erfahrungen von Frauen mit Partnergewalt und/oder Migrationsgeschichte. Ergebnisse der ELSA-VG-Studie“, *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 84(10), 44.
- Winter, K., Niemann, J., Jepsen, D. & Brzank, P. J. (2024) Experiences and life circumstances of unintentionally pregnant women affected by intimate partner violence -Stress factors, resources, healthcare structures and needs: A Scoping Review Protocol. *Frontiers in Public Health, Public Mental Health*.
- Brzank, P. J., Jepsen, D., Engelhard, M., Nowak, M. & Markert, J. (2024 i. E.) „Ungewollte Schwangerschaft bei Frauen mit im Vergleich zu ohne Migrationsgeschichte. Die ELSA-Studie: Einblick in Kontext, Versorgungssituation und Bedarfe“, *BuGeBl Schwerpunkttheft „Ungewollte Schwangerschaft“*.
- Brzank, P. J., Jepsen, D., Engelhard, M., Winter, K. & Nowak, M. (i. E. 2024) “Unintended pregnancies in the context of intimate partner violence: Findings from the ELSA-Study”, *European Journal of Public Health, Issue Supplement*.

12.4.2 Verzeichnis der Abschlussarbeiten

Eine Sensibilisierung für das Thema sowie ein Praxistransfer findet auch über die Einbindung von Studierenden in das Projekt statt. In ELSA-VG an der Hochschule Nordhausen wurden je elf Bachelorarbeiten vornehmlich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen und Masterarbeiten im Bereich Therapeutische Soziale Arbeit eingereicht, die meist sehr gute Ergebnisse erzielt haben. Eine Dissertation wird im Jahr 2025 abgeschlossen.

12.4.2.1 Bachelorarbeiten

- Akdas, C. (2022) „Ungewollt schwanger: Schwangerschaftskonfliktberatung bei Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

- Anoprienko, N. (2022) „Familienplanung von Migrantinnen und die Rolle der Sozialen Arbeit“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Cebulla, A. (2022) „Möglichkeiten und Grenzen für schwangere Frauen mit Fluchterfahrung im Gesundheitssystem der autochthonen Bevölkerung“, BA Heilpädagogik im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Harrer, S. (2021) „Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung geflüchteter und asylsuchender Schwangerer in Deutschland unter Berücksichtigung der Rolle der Sozialen Arbeit“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Hartung, J. (2022) „Die formale und inhaltliche Gestaltung des Beratungsprozesses in der Schwangerschaftskonfliktberatung im Kontext ungewollt schwangerer Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben“, BA Heilpädagogik im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Hentrich, F. (2021) „Der Gesundheitsstatus und die Gesundheitsversorgung von ungewollt schwangeren Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Pfeifer, M. (2023) „Ungewollte Schwangerschaft und subjektives Autonomieerleben zweier Frauen mit Migrationserfahrung im institutionellen Kontext“, BA Kulturwissenschaften an der Universität Leipzig.
- Ptaschek, J. (2021) „Ungewollte Schwangerschaft im Kontext von Partnerschaftsgewalt: Einfluss der Schwangerschaftskonfliktberatung auf die Entscheidungsfindung“, BA Gesundheit- und Sozialwesen im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Schneider, N. (2022) „Schwanger - und jetzt? Eine Betrachtung der Entscheidungsfindung bei ungewollten Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt“, BA Kulturwissenschaften an der Universität Leipzig.
- Willner, J. (2022) Ungewollt schwanger im Kontext von Gewalt in der Partnerschaft – eine qualitative Analyse zu den Erfahrungen mit medizinischem Personal in Deutschland. BA Hebammenkunde Universität Leipzig.
- Zervos, S. (2023) Psychosoziale Belastungen bei ungewollten Schwangerschaften im Jugendalter im Kontext von Partnerschaftsgewalt. MA Therapeutische Soziale Arbeit Hochschule Nordhausen.

12.4.2.2 Masterarbeiten

- Feistel, J. (2022) „Welche psychosozialen Belastungen tragen dazu bei, dass Frauen, die zum Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft Gewalt in ihrer Partnerschaft erfahren, sich für einen Abbruch entscheiden?“, MA Therapeutische Soziale Arbeit, Hochschule Nordhausen.
- Guericke, J. (2024) „Ungewollte Schwangerschaft aus der Lebensperspektive migrierter Frauen: Einfluss von Ressourcen und Coping-Strategien“, MA Therapeutische Soziale Arbeit, Hochschule Nordhausen.
- Makkai, M. (2023) „Erfahrungen und Bedarf von ungewollt Schwangeren mit Migrationsbiografie und Partnergewalt“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Kräling, M. (2024) „Betroffene von Partnerschaftsgewalt: belastende Kindheitserfahrungen, Bedarf an Beratung und Versorgung bei einer ungewollten Schwangerschaft“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

- Montz-Schiller, S. (2022) „Partnerschaftsgewalt im Kontext von Schwangerschaft-Bedeutung für die Versorgung (ungewollt) Schwangerer“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Müller, L. (2022) „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt schwangerer Frauen – Einfluss migratorischer Belastungsfaktoren im Entscheidungsfindungsprozess“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Peuckert, A. L. (2022) „Partnerschaftsgewalt und ungewollte Schwangerschaft: Entscheidungsfindung und Bedeutung psychosozialer Versorgungsangebote“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Pfützenreuter, C. (2022) „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Inwieweit wird das Konstrukt der Mutterschaft bei Frauen mit Migrationshintergrund durch eine ungewollte Schwangerschaft beeinflusst?“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Schärfer, L. (2023) „Ungewollte Schwangerschaft bei Partnergewalt: Belastungsfaktoren, Ressourcen und Copingstrategien“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Spieth, R.-C. (2022) „Ressourcen und Coping-Strategien von Frauen im Kontext von ungewollter Schwangerschaft und Partnergewalt“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.
- Werner, L. (2023) „Ungewollte Schwangerschaft im Kontext von Partnerschaftsgewalt - Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Frauen“, MA Therapeutische Soziale Arbeit im Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen.

12.4.2.3 Dissertation

- Winter, K. (Abgabe 2025) „Let's talk about Sex" – Explorative Analyse quantitativer und qualitativer Daten zur sexuellen Gesundheit und Agency von Heranwachsenden im Kontext ihrer Lebensrealität. Promotion zur Erlangung des Dr. phil. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

12.5 Standort Ulm (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Silvia Krumm)

12.5.1 Publikationen:

- Breilmann J, Wessling Y, Krumm S. „Relationship between induced abortion and subsequent mental disorder in women: a systematic review and meta-analysis“. PROSPERO 2023 CRD42023471577
Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?ID=CRD42023471577
- Krumm S. Ungewollte Schwangerschaft bei Frauen mit psychischen Erkrankungen. NeuroTransmitter 2024, Q1, 3-24.

12.5.2 Mediale Publikationen:

- Wessling Y. Interview mit freeFM über das Projekt ELSA PSY und ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen; Ulm, 12. Januar 2022
- Krumm S. Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen, Radiointerview Donau3FM, Ulm 27.10.2023

12.5.3 Masterarbeiten:

- Becker, Anabel (2023): Mutterschaftskonzepte von cis Frauen mit psychischer Belastung und ungewollter Schwangerschaft im narrativ-biografischen Kontext, unveröffentlichte Masterarbeit, Gender Studies, Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Göbel, Stephanie (2021): Welche Befunde liegen zu dem Zusammenhang von Schwangerschaftsabbruch und psychischer Belastung vor? Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida.
- Mayrhofer, Kristin (2023): Die soziale Teilhabe von ungewollt schwangeren Frauen mit psychischer Erkrankung. Eine rekonstruktiv-hermeneutische Analyse biografisch-narrativer Interviews mit dem Fokus auf das subjektive Erleben der reproduktiven Biografie, unveröffentlichte Masterarbeit, Soziologie, Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Lehmann, Elisa-Felicia (2024): Analyse der Agency und Betrachtung der Decision Rightness bei Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft und psychischer Belastung – Eine hermeneutisch-rekonstruktive Analyse biografisch-narrativer Interviews, unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie, Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Renz, Lena (2022): Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Erkrankungen. Eine Ermittlung der Unterstützungsbedarfe anhand der subjektiven Erfahrungen mit dem Versorgungssystem in Deutschland, unveröffentlichte Masterarbeit, Soziale Arbeit, EH Freiburg.
- Soysal, Saskia (in Arbeit): Analyse der Agency und Betrachtung der Decision Rightness bei Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft und psychischer Belastung – Eine hermeneutisch-rekonstruktive Analyse biografisch-narrativer Interviews, unveröffentlichte Masterarbeit, Soziale Arbeit, Kiel: Fachhochschule Kiel.

12.5.4 Dissertation

- Müller, Anita (in Arbeit): Psychosoziale Belastungen und Vorstellungen von Elternschaft bei Müttern mit psychischen Erkrankungen: Eine inhaltsanalytische Auswertung narrativ-biografischer Interviews, Dissertation Medizinische Fakultät der Universität Ulm; voraussichtliche Abgabe 2025.

12.6 Standort Merseburg (Kapitelverantwortliche: Prof. Dr. Maika Böhm)

- Baer, J., Walsch, J. & Böhm, M. (2023). Versorgung und rechtliche Regelungen von Schwangerschaftsabbrüchen. Welche Verbesserungsbedarfe sehen Fachkräfte der Schwangerschaftskonfliktberatung? Zeitschrift für Sexualforschung, S. 233–239.
- Baer, J., Kubitz, E., Wienholz, S. & Böhm, M. (in Vorbereitung): Die medizinische und psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer aus Sicht von Beratungsfachkräften: Ergebnisse qualitativer Expert*inneninterviews. Der pädagogische Blick. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen.
- Hahn, D., Thonke, I., Torenz, R. & Wienholz, R. (accepted). Die regionale Verteilung medizinischer und psychosozialer Angebote für Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Eine Übersicht auf der Grundlage von Strukturdaten. Zeitschrift für Sexualforschung.
- Kubitz, E. & Böhm, M. (2023). Informationen zur reproduktiven Gesundheit in digitalen Medien. Quantitative Inhaltsanalysen ausgewählter deutschsprachiger Websites zum Schwangerschaftsabbruch. Zeitschrift für Sexualforschung, S. 203–212.
- Kubitz, E. & Böhm, M. (under review). Beratung und Digitalität: Perspektiven von Beraterinnen auf die Rolle von Online-Informationen im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen. Zeitschrift für Sexualforschung.

- Kubitza, E., Bomert, C., Böhm, M. (2024): „Abtreibung – was muss ich wissen?“ Die Bedeutung von Schwangerschaftsberatungsstellen für die Bereitstellung von Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft. In: Lohner, E., Böhm, M., Bomert C. & Krolzik-Matthei, K. (Hg.): Beratung bei ungewollter Schwangerschaft. Beiträge aus Forschung und Praxis. Psychosozial-Verlag, S. 213–234.
- Wienholz, S., Krolzik-Matthei, K., Böhm, M. (2024): Wie werden ungewollt Schwangere in Deutschland psychosozial begleitet? Strukturdaten und empirische Befunde zur bundesweiten Versorgung durch Schwangerschaftsberatungsstellen. In: Lohner, E., Böhm, M., Bomert C. & Krolzik-Matthei, K. (Hg.): Beratung bei ungewollter Schwangerschaft. Beiträge aus Forschung und Praxis. Psychosozial-Verlag, S. 169–191.

Danksagung

Mit dem Abschluss des Projekts ELSA - "Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer: Angebote der Beratung und Versorgung" möchten wir unseren tiefsten Dank an alle aussprechen, die dieses Vorhaben ermöglicht und unterstützt haben. An erster Stelle gilt unser Dank allen Frauen, die bereit waren, ihre persönlichen Erfahrungen mit uns zu teilen. Ihre Offenheit und ihr Vertrauen bildeten das Fundament unserer Forschung und haben maßgeblich zum Erfolg des Projekts beigetragen. Wir bedanken uns bei allen Ärztinnen und Ärzten, die an unseren Befragungen teilgenommen haben und uns zu sehr vielen unterschiedlichen und zum Teil sensiblen Aspekten Auskunft gegeben haben. Großer Dank gilt auch den Expertinnen und Experten, die ihr wertvolles Wissen mit uns geteilt haben. Die Unterstützung der Ärzte- und Berufsverbände war von unschätzbarem Wert und hat unsere Arbeit wesentlich bereichert. Ein besonderer Dank geht an die Vertreterinnen und Vertreter der Ministerien, die durch ihre Kooperation und ihren fachlichen Input die Relevanz und Praxisnähe unserer Forschung sichergestellt haben. Unseren Kolleginnen und Kollegen danken wir für die konstruktive Zusammenarbeit, den regen Austausch und die gegenseitige Unterstützung während der gesamten Projektlaufzeit. Nicht zuletzt möchten wir unseren Familien von Herzen danken. Ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre emotionale Unterstützung über die letzten vier Jahre hinweg waren von unschätzbarem Wert und haben uns die Kraft gegeben, dieses anspruchsvolle Projekt zu bewältigen. Die außerordentliche Unterstützung all dieser Menschen hat das Projekt ELSA erst möglich gemacht. Ihr Engagement, ihre Expertise und ihr Vertrauen in unsere Arbeit waren der Schlüssel zum Erfolg. Dafür sind wir zutiefst dankbar.

Wir sind uns bewusst, dass wir nicht alle namentlich erwähnen konnten, die zu diesem Projekt beigetragen haben; sollten wir jemanden vergessen haben, so bitten wir um Nachsicht und danken allen dennoch herzlich für Ihre Unterstützung – sie war für uns von großer Bedeutung.

Hochschule Fulda:

Susanne Becker-Hütsch, Hochschule Fulda
Christoph Dippe, Stiftung Gesundheit
Prof. Dr. Stefan Greß, Hochschule Fulda
Dagmar Hertle, BARMER
Kristina Hänel
Werner Hofmann
Alexandra Maischak, Hochschule Fulda
Dr. Antje Mohr, Hochschule Fulda
Katja Mruk, Hochschule Fulda
Dr. Katharina Rohmert, pro familia
Anke Schäfer, Hochschule Fulda
Heiko Schirmacher, Statistisches Bundesamt
Hendrik Siebert, Hochschule Fulda
Friedrich Stapf
Petra Stromberger, SoFFI F. Freiburg
Nina Welsch
Alle Zuständigen in den Landesministerien, Berufsverbänden, Organisationen, die uns unterstützt haben
Die Ärztinnen von Doctors for Choice insbesondere Dr. Christiane Tennhardt, Dr. Nora Szasz, Dr. Alicia Baier, Dr. Jana Maeffert
Alle, die uns in den Expertengesprächen unterstützt haben
Alle Praxis-Partnerinnen und Partner, die uns den Zugang zu ihren Patientinnen ermöglicht haben

Alle Studierenden, die an den Lehrforschungsprojekten teilgenommen und ihre Bachelor- und Masterarbeiten im Projekt geschrieben haben

Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen im FIVE e.V. Freiburg (SoFFI F.):

Petra Stromberger
Natasa Subotin
Miriam Berndt
Hatice Eldiven
Verena Steinmann
Lara Sorgenfrei
Lena Renz
Sonja Glaser
Romy Helf

Freie Universität Berlin:

Claudia Kapp
Elisabeth Conrad
Franziska Reichmuth
Noemi Lücking
Jule Käselau
Luise Kratt

Hochschule Merseburg:

Greta Drefs
Katja Krolzik-Matthei
Maria Urban
Alle Befragten aus den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen
Den Referentinnen der Trägerverbände
Den zuständigen Ansprechpersonen aus den Landesministerien

Hochschule Nordhausen:

Aaron Korn
Alina Jung;
Anna Lena Peuckert
Charlotte Pfützenreuter
Dennis Jepsen
Hanna-Sophie Ulrich
Jaqueline Guericke
Jelena Seeberg
Julia Feistel
Kristina Winter
Leandra Müller
Leonie Werner
Liska Schärfer

Mara Pfeifer
Marie Engelhard
Marie Laue
Martin Novak
Nele Schneider
Romy Spieth
Sarah Montz-Schiller
TSA-Studierende der HS Nordhausen bei Interviewführung und -auswertung
Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe e.V.
Büros für medizinische Flüchtlingshilfe
MediNetze bundesweit
Albatros gGmbH
DaMigra e.V.
Institut für Sozialmedizin, Rehabilitation und Versorgungsforschung
Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Berlin
Mosaik e.V. Leipzig
Schrackenlos e. V.
Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) Berlin
Familienplanungszentrum Balance Berlin
Interkulturelles Frauenhaus Berlin

Universität Ulm:

Elisa Feldmann
Stephanie Göbel
Sophie Just
Anna Malitskaya
Kristin Mayrhofer
Anita Müller
Chloe Rascacea
Lena Renz
Saskia Soysal

Abbildungsverzeichnis

Abb. 4.1:	Übersicht über die Beziehungen zwischen den Arbeitspaketen und Kooperationspartnerinnen und -partnern	10
Abb. 5.1:	Aufbau des Fragebogens	19
Abb. 5.2:	Erhebung der Schwangerschaftsintention im ELSA-Fragebogen	21
Abb. 5.3:	Erhebung der angewandten Verhütung im ELSA-Fragebogen	21
Abb. 5.4:	Erhebung des subjektiven Schwangerschaftsrisikos im ELSA-Fragebogen	22
Abb. 5.5:	Operationale Definition ungewollter und gewollter Schwangerschaft in der ELSA-Befragung	22
Abb. 5.6:	Dimensionen und Einflussfaktoren von medizinischer Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch	37
Abb. 5.7:	Übersicht der ELSA-Stichproben	44
Abb. 5.8:	Altersstruktur der ELSA-Befragungsstichproben	51
Abb. 5.9:	Heuristisches Modell (Krumm 2010)	104
Abb. 5.10:	Häufigkeit berichteter psychischer Störungen in der Stichprobe	108
Abb. 5.11:	Ablauf der Vertiefungsstudie aus Sicht der Teilnehmerinnen	117
Abb. 5.12:	Ablauf und Messzeitpunkte der Vertiefungsstudie	119
Abb. 5.13:	Faktoren, die regionale Versorgungsvarianten bei Schwangerschaftsabbruch erklären können	157
Abb. 5.14:	Koordinatenreferenzsystem mit Teilgitterzellen (Überschneidung der Bundeslandgrenzen mit Gitterzellen des Georasters)	163
Abb. 7.1:	Häufigkeiten beabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Altersjahren (je 1.000 Frauen gleichen Alters)	207
Abb. 7.2:	Altersverteilung von Schwangeren nach Schwangerschaftsintention (in Prozent)	208
Abb. 7.3:	Altersverteilung von Frauen bei Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen, Deutschland 2020 (in Prozent)	209
Abb. 7.4:	Anteile beabsichtigter, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Zahl der bereits geborenen Kinder	210
Abb. 7.5:	Anteile der Frauen in Partnerschaften bei Schwangerschaftseintritt nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	211
Abb. 7.6:	Familienstand (Ehe oder eingetragene Partnerschaft) bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	212
Abb. 7.7:	Partnerschaftsdauer bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	213
Abb. 7.8:	Partnerschaftsqualität bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft	215
Abb. 7.9:	Formaler Bildungsstand bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	216
Abb. 7.10:	Erwerbstätigkeit bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	217
Abb. 7.11:	Subjektive Einschätzung der finanziellen Situation beim Gedanken an ein (weiteres) Kind nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	218
Abb. 7.12:	Bewertung der Wohnsituation bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	219
Abb. 7.13:	Bewertung der Wohnsituation bei dem Gedanken an ein (weiteres) Kind bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	220
Abb. 7.14:	Gesundheitsverhalten vor der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	222

Abb. 7.15:	Anzahl Bereiche mit mindestens einer nachteiligen Lebenslage nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	224
Abb. 7.16:	Zeitpunkt der Feststellung ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaften (in Prozent)	226
Abb. 7.17:	Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent).....	227
Abb. 7.18:	Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft (in Prozent).....	229
Abb. 7.19:	Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft nach Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	230
Abb. 7.20:	Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)	231
Abb. 7.21:	Einbezug des Partners bzw. beteiligten Mannes an der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (Zustimmung zur Aussage in Prozent) ...	232
Abb. 7.22:	Gefühle bei der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent).....	234
Abb. 7.23:	Positive und negative Gefühle zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent).....	235
Abb. 7.24:	Verbreitung von Schuld- und Schamgefühlen sowie Selbstvorwürfen bei Bemerkungen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)	236
Abb. 7.25:	Sorgen vor Reaktionen anderer Personen auf die ungewollt eingetretene Schwangerschaft (in Prozent).....	238
Abb. 7.26:	Verbreitung stigmatisierender Erlebnisse im sozialen Umfeld (in Prozent)	239
Abb. 7.27:	Psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach Ende der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft nach internalisierter Stigmatisierung (Index)	242
Abb. 7.28:	Gesuchte Informationen nach Bemerkungen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent).....	244
Abb. 7.29:	Frauen mit gewollt und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften: nach Bemerkungen der Schwangerschaft gesuchte Informationen (in Prozent)	245
Abb. 7.30:	Frauen mit gewollt und ungewollt eingetretenen Schwangerschaften: Hilfreiche Informationsquellen aus Sicht der befragten Frauen (in Prozent)	246
Abb. 7.31:	Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften: Erhalt hilfreicher Informationen bei Beratungsstellen nach Bildungsstatus (in Prozent) .	248
Abb. 7.32:	Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften: Erhalt hilfreicher Informationen im Internet (Webseiten und Suchmaschinen) nach Bildungsstatus (in Prozent)	249
Abb. 7.33:	Frauen mit Erwägung eines Abbruchs der ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaft: bei Bemerkungen der Schwangerschaft aufgesuchte Gynäkologiepraxis (in Prozent)	250
Abb. 7.34:	Befragte mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft: Bewertung des Arztbesuchs zur Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)	251
Abb. 7.35:	Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften: Anliegen bei Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung (in Prozent)	252
Abb. 7.36:	Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft bei Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)	255
Abb. 7.37:	Einfluss des körperlichen Gesundheitszustandes auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch nach Vorliegen körperlicher Probleme oder Erkrankungen bei Eintritt der Schwangerschaft (in Prozent)	256

Abb. 7.38:	Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	257
Abb. 7.39:	Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung (in Prozent)	258
Abb. 7.40:	Entscheidungssicherheit zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)	259
Abb. 7.41:	Einbezug des Partners bzw. beteiligten Mannes an der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (Zustimmung zur jeweiligen Aussage in Prozent)	260
Abb. 7.42:	Gefühle bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	261
Abb. 7.43:	Positive und negative Gefühle zum Zeitpunkt der Entscheidung und zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)	262
Abb. 7.44:	Sorgen vor Reaktionen anderer Personen auf den eigenen Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	264
Abb. 7.45:	Stigmatisierende Erlebnisse im sozialen Umfeld (in Prozent)	265
Abb. 7.46:	Stigmatisierende Erlebnisse bei der medizinischen Versorgung (in Prozent)	266
Abb. 7.47:	Erlebte Stigmatisierung nach Alter bei Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	267
Abb. 7.48:	Bedürfnis zum Austausch über den Schwangerschaftsabbruch nach Grad der internalisierten Stigmatisierung (in Prozent)	268
Abb. 7.49:	Austausch über den Schwangerschaftsabbruch nach Grad der internalisierten Stigmatisierung (nur Frauen mit Bedürfnis zum Austausch, in Prozent)	269
Abb. 7.50:	Austausch über den Schwangerschaftsabbruch nach Grad der antizipierten Stigmatisierung (nur Frauen mit Bedürfnis zum Austausch, in Prozent)	270
Abb. 7.51:	Offener Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Familie und Freundeskreis (in Prozent)	270
Abb. 7.52:	Psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch nach internalisierter, antizipierter und erlebter Stigmatisierung (Indizes)	272
Abb. 7.53:	Gesuchte Informationen zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent der Frauen, die Informationen zum Schwangerschaftsabbruch suchten)	274
Abb. 7.54:	Hilfreiche Informationsquellen aus Sicht der befragten Frauen (in Prozent)	275
Abb. 7.55:	Erhalt hilfreicher Informationen im Internet nach Bildungsstatus (in Prozent)	276
Abb. 7.56:	Informationsquelle für die Adresse der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle (in Prozent)	276
Abb. 7.57:	Informationsquelle für die Adresse der den Schwangerschaftsabbruch durchführenden Einrichtung (in Prozent)	277
Abb. 7.58:	Informationsquelle für die Adresse der den Schwangerschaftsabbruch durchführenden Einrichtung nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)	278
Abb. 7.59:	Ursachen der Informationsbarrieren bei Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)	279
Abb. 7.60:	Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit bei Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)	280
Abb. 7.61:	Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit bei Schwangerschaftsabbrüchen in Abhängigkeit von erlebten Informationsbarrieren (in Prozent)	280
Abb. 7.62:	Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen: bei Bemerkten der Schwangerschaft aufgesuchte Gynäkologiepraxis (in Prozent)	282
Abb. 7.63:	Bewertung des Arztbesuchs zur Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)	283
Abb. 7.64:	Bewertung des Arztgesprächs als belastend nach Anzahl der negativ bewerteten Aspekte (in Prozent)	285
Abb. 7.65:	Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen: Erleben der Behandlung durch Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal in der frühen Phase der Schwangerschaft (in Prozent)	286

Abb. 7.66:	Frauen mit abgebrochenen Schwangerschaften: Anliegen bei Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung (in Prozent)	287
Abb. 7.67:	Wunsch nach Hilfe bei der Entscheidung bei der Pflichtberatung nach der Sicherheit mit der Entscheidung (in Prozent).....	288
Abb. 7.68:	Anzahl kontaktierter Praxen und Kliniken für einen Termin zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent).....	289
Abb. 7.69:	Einschätzung der Schwierigkeit, eine Praxis oder Klinik für einen Termin zum Schwangerschaftsabbruch zu finden (in Prozent).....	290
Abb. 7.70:	Entfernung der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch von der eigenen Wohnung (in Prozent)	291
Abb. 7.71:	Entfernung zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach BIK-Regionen (in Prozent).....	291
Abb. 7.72:	Entfernung zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent).....	292
Abb. 7.73:	Subjektive Einschätzung der Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (in Prozent).....	293
Abb. 7.74:	Subjektive Einschätzung der Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent).....	293
Abb. 7.75:	Summenindex Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (in Prozent).....	295
Abb. 7.76:	Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex) nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent).....	295
Abb. 7.77:	Schwierigkeiten bei der Suche einer Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch nach Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit (in Prozent).....	296
Abb. 7.78:	Schwierigkeiten bei der Einrichtungssuche nach Informationsbarrieren (in Prozent).....	297
Abb. 7.79:	Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex) nach Selbsteinschätzung der eigenen Informiertheit (in Prozent)	297
Abb. 7.80:	Kostenübernahme durch die Sozialkasse bei dem Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	298
Abb. 7.81:	Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (ohne Befragte mit Kostenübernahme durch die Sozialkasse, in Prozent)	299
Abb. 7.82:	Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach angewandter Methode (ohne Befragte mit Kostenübernahme durch die Sozialkasse, in Prozent)	299
Abb. 7.83:	Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach regionalem Versorgungsgrad (ohne Befragte mit Kostenübernahme durch die Sozialkasse, in Prozent)	300
Abb. 7.84:	Weitere angefallene Ausgaben im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch (in Prozent der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch)	301
Abb. 7.85:	Persönliche finanzielle Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	302
Abb. 7.86:	Persönliche finanzielle Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach Beantragung und Bewilligung der Kostenübernahme (in Prozent)	302
Abb. 7.87:	Persönliche finanzielle Belastung durch die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Summenindex) (in Prozent)	303
Abb. 7.88:	Angewandte Methode beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	304
Abb. 7.89:	Anwendung der bevorzugten Methode beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	305
Abb. 7.90:	Anwendung der bevorzugten Methode beim Schwangerschaftsabbruch in Abhängigkeit der Aufklärung über Methoden beim ersten Arzttermin (in Prozent)	306
Abb. 7.91:	Angewandte Methode beim Schwangerschaftsabbruch nach Bildungsstatus (in Prozent)	307

Abb. 7.92:	Angewandte Methode beim Schwangerschaftsabbruch nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent).....	308
Abb. 7.93:	Orte der Medikamenteneinnahme bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent).....	309
Abb. 7.94:	Anteil spezifischer operativer Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent).....	309
Abb. 7.95:	Bewertung des Arztbesuchs zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	310
Abb. 7.96:	Erfahrungen im Umgang mit der Ärztin oder dem Arzt beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent).....	311
Abb. 7.97:	Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	313
Abb. 7.98:	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft (in Prozent)	314
Abb. 7.99:	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent).....	315
Abb. 7.100:	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	316
Abb. 7.101:	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach internalisierter Stigmatisierung (Index, in Prozent).....	316
Abb. 7.102:	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach Entfernung zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	317
Abb. 7.103:	Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)	318
Abb. 7.104:	Auftreten körperlicher Beschwerden in Folge des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	318
Abb. 7.105:	Auftreten körperlicher Beschwerden in Folge des Schwangerschaftsabbruchs nach angewandter Methode (in Prozent)	319
Abb. 7.106:	Auftreten körperlicher Beschwerden in Folge des Schwangerschaftsabbruchs nach Bewertung der ärztlichen Vorbereitung auf Nachwirkungen (in Prozent).....	320
Abb. 7.107:	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	322
Abb. 7.108:	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	323
Abb. 7.109:	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung (in Prozent)	324
Abb. 7.110:	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach Informationsbarrieren (in Prozent)	326
Abb. 7.111:	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach internalisierter Stigmatisierung (in Prozent)	327
Abb. 7.112:	Schwierigkeiten bei der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs nach antizipierter Stigmatisierung (in Prozent).....	328
Abb. 7.113:	Verbreitung von Zeitdruck vor Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs nach dem Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft (in Prozent)	329
Abb. 7.114:	Zeitdruck vor dem Schwangerschaftsabbruch: Verbreitung und Gründe (in Prozent)	330
Abb. 7.115:	Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren nach Anzahl von Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (Summenindex) (in Prozent)	331
Abb. 7.116:	Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung (Summenindex)	333
Abb. 7.117:	Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung nach regionalem Versorgungsgrad (in Prozent)	333
Abb. 7.118:	Psychisches Wohlbefinden zum Zeitpunkt drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch nach Anzahl der Zugangsbarrieren	334

Abb. 7.119:	Veränderungswünsche bei der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	335
Abb. 7.120:	Entwicklung des psychischen Wohlbefindens bei ungewollten und gewollten, ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften	337
Abb. 7.121:	Lebensumstände bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	338
Abb. 7.122:	Psychisches Wohlbefinden vor Schwangerschaftseintritt nach Anzahl nachteiliger Lebenslagen.....	340
Abb. 7.123:	Körperlicher Gesundheitszustand vor und nach der Schwangerschaft sowie zum Befragungszeitpunkt nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft.....	344
Abb. 7.124:	Veränderungen körperlicher Gesundheitsprobleme durch die Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	345
Abb. 7.125:	Ängste vor der Zukunft/Sorgen wegen der Lebensumstände nach Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent).....	346
Abb. 7.126:	Konflikte mit dem Partner bzw. an der Schwangerschaft beteiligten Mann nach Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)	347
Abb. 7.127:	Stigmatisierung (Index) nach Ausgang der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent)	348
Abb. 7.128:	Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung (Summenindex, in Prozent)	349
Abb. 7.129:	Entscheidungssicherheit zum aktuellen Zeitpunkt der Befragung	357
Abb. 7.130:	Zusammensetzung des Samples der gewaltbetroffenen Frauen (n=333).....	358
Abb. 7.131:	Überschneidungen der verschiedenen Gewaltformen (n=333; in Prozent)	359
Abb. 7.132:	Items zur detaillierten Erfassung von Coercive Control (in Prozent)	360
Abb. 7.133:	Altersverteilung zum Befragungszeitpunkt der Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	361
Abb. 7.134:	Partnerschaftssituation bei Feststellung der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	361
Abb. 7.135:	Bildungsindikator bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	362
Abb. 7.136:	Berufssituation vor der Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	362
Abb. 7.137:	Berufssituation des Partners bei Eintritt der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	363
Abb. 7.138:	Einschätzung der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf nach Eintritt der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	364
Abb. 7.139:	Diagnosen psychischer Erkrankungen bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	366
Abb. 7.140:	Intention der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	368
Abb. 7.141:	Alter beim Ausgang der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	369
Abb. 7.142:	Schwierigkeiten bei der Informationssuche zum Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	373
Abb. 7.143:	Zeitpunkt der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	376
Abb. 7.144:	Methode des Schwangerschaftsabbruchs bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	376
Abb. 7.145:	Organisationsprobleme beim Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	377
Abb. 7.146:	Erwartete Reaktion anderer auf die Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	378
Abb. 7.147:	Umgang mit Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	378
Abb. 7.148:	Soziale Unterstützung beim Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent).....	379

Abb. 7.149:	Soziale Unterstützung während der Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	379
Abb. 7.150:	Psychische Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum.....	381
Abb. 7.151:	Psychische Gesundheit bei Frauen mit GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum	383
Abb. 7.152:	Psychische Gesundheit bei Frauen ohne GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum	383
Abb. 7.153:	Körperliche Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum.....	385
Abb. 7.154:	Körperliche Gesundheit bei Frauen mit GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum	386
Abb. 7.155:	Körperliche Gesundheit bei Frauen ohne GiP nach Schwangerschaftsintention und Befragungszeitraum	387
Abb. 7.156:	Änderungswünsche an die Schwangerschaftsabbruchsversorgung bei Frauen mit vs. GiP (in Prozent)	388
Abb. 7.157:	Zusammensetzung des Samples der Frauen mit Migrationshintergrund	390
Abb. 7.158:	Psychische und körperliche Gesundheit nach Befragungszeitraum bei Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund	402
Abb. 7.159:	Odds Ratios von Frauen mit und ohne Diagnose	405
Abb. 7.160:	Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose bei ungewollten Schwangerschaften (in Prozent)	406
Abb. 7.161:	Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose bei gewollten Schwangerschaften (in Prozent)	407
Abb. 7.162:	Vergleich von Frauen mit und ohne Diagnose hinsichtlich der Frage, wie gut sie sich im Versorgungssystem zurechtfinden (in Prozent)	409
Abb. 7.163:	Erfahrungen der Frauen in der Arztpraxis in Abhängigkeit vom Schwangerschaftsausgang und Diagnose (mit/ohne; in Prozent).....	410
Abb. 7.164:	Erfahrungen der Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, in der Arztpraxis in Abhängigkeit der Diagnose (mit/ohne; in Prozent)	410
Abb. 7.165:	Häufigkeit der Thematisierung reproduktiver Aspekte und psychischer Erkrankung in der Gynäkologie und Psychiatrie/Psychotherapie	411
Abb. 7.166:	Gefühle nach der Entscheidung für einen Abbruch oder für das Austragen der ungewollten Schwangerschaft bei Frauen mit und ohne Diagnose.....	413
Abb. 7.167:	Psychische Belastung von Befragten mit und ohne Kindheitstraumata	418
Abb. 7.168:	Einflussfaktoren auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch unter Abwägung relevanter Belastungen und Ressourcen	452
Abb. 7.169:	Gegenüberstellung der einzelnen Typen im Vergleich der Ebenen: Berufsbiografie, Familie/Partnerschaft, Lebenssituation und Gesundheit.....	454
Abb. 7.170:	Typologie ELSA PSY.....	541
Abb. 7.171:	Flowchart der Vertiefungsstudie FU Berlin	550
Abb. 7.172:	Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und depressiven Symptomen im Kontext ungewollter Schwangerschaft	556
Abb. 7.173:	Anzahl an anerkannten Beratungsstellen lt. Beratungsstellenliste (Stand 03/2023), N=1.375	563
Abb. 7.174:	Einwohnerzahl pro 1 Beratungsstelle (Stichtag: 31.12.2022), N=1.375	564
Abb. 7.175:	Anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen nach Konfessionszugehörigkeit und Bundesland, N=1.375 (Angaben in Prozent)	565
Abb. 7.176:	Anteil an Beratungsstellen, die nach § 219 StGB beraten an allen anerkannten Beratungsstellen lt. Beratungsstellenliste (Stand 03/2023, Angaben in Prozent)	566
Abb. 7.177:	Anteil Beratungsstellen nach Raumtyp, N=1.375 (Angaben in Prozent).....	567

Abb. 7.178:	Mittel und Wege der Öffentlichkeitsarbeit (n=583, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)	569
Abb. 7.179:	Informationswege nicht steuerbar (n=583, Angaben in Prozent)	570
Abb. 7.180:	Informationswege steuerbar (Angaben in Prozent)	571
Abb. 7.181:	Bedarfsentsprechung des Austauschs mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung (Angaben in Prozent)	572
Abb. 7.182:	Bedarfsentsprechung des Austauschs mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Angaben in Prozent)	574
Abb. 7.183:	Angebote für spezifische Zielgruppen nach einem Schwangerschaftsabbruch (n=427, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)	575
Abb. 7.184:	Informationsvermittlung über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (n=427, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)	576
Abb. 7.185:	Informationsbeschaffung über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (n=427, Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich)	577
Abb. 7.186:	Erwähnung des rechtlichen Kontexts auf den Beratungsstellenwebsites, nur Beratungsstellen mit Scheinvergabe; n=256, in Prozent	582
Abb. 7.187:	Informationen über medizinische Abläufe/Methoden nur Beratungsstellen mit Scheinvergabe; n=256, in Prozent	584
Abb. 7.188:	Neutralität von Informationen und Botschaften hinsichtlich Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der Googletreffer (n=124, in Prozent)	587
Abb. 7.189:	Fläche pro Meldestelle nach Bundesländern (2022)	613
Abb. 7.190:	Fläche pro Einrichtung nach Landkreisen in Hessen (2018)	614
Abb. 7.191:	Fläche pro Einrichtung nach Regierungsbezirken in Bayern (2020)	615
Abb. 7.192:	Gebiete außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten (in schwarz)	616
Abb. 7.193:	Landkreise ohne ausreichende Erreichbarkeit	618
Abb. 7.194:	Versorgungsdichte nach Bundesländern (2022)	619
Abb. 7.195:	Versorgungsdichte nach Landkreisen in Hessen (2018)	620
Abb. 7.196:	Versorgungsdichte nach Regierungsbezirken in Bayern (2020)	621
Abb. 7.197:	Anteile der Meldestellen und der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche nach Größenklassen der Meldestellen	622
Abb. 7.198:	Anteil „kleiner Meldestellen“ (0-10 Abbrüche) nach Bundesländern (2020)	623
Abb. 7.199:	Durchschnittliche Fallzahl nach Bundesländern als Eingriffsland (2022)	624
Abb. 7.200:	Durchschnittliche Fallzahl nach Bundesländern als Wohnland (2022)	626
Abb. 7.201:	Gesamtverteilung der Schwangerschaftsabbrüche im Bundesgebiet (2020)	627
Abb. 7.202:	Regionale Anteile von Abbrüchen nach medizinischer oder kriminologischer Indikation (2020, in Prozent)	629
Abb. 7.203:	Regionale Anteile ambulanter Schwangerschaftsabbrüche in Kliniken (2020, in Prozent)	630
Abb. 7.204:	Regionale Anteile medikamentöser Abbrüche (2020, in Prozent)	632
Abb. 7.205:	Regionale Anteile von Abbrüchen mit Curettage (2020, in Prozent)	633
Abb. 7.206:	Regionale Anteile von Schwangerschaftsabbrüchen, die in den ersten sechs Wochen durchgeführt werden (2020, in Prozent)	635
Abb. 7.207:	Gesamtüberblick zur regionalen Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen im Bundesgebiet nach verschiedenen Merkmalen (2020)	637
Abb. 7.208:	Bundesländer nach Versorgungsgrad	638
Abb. 7.209:	Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Region (in Prozent)	642
Abb. 7.210:	Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Altersgruppen (in Prozent)	643
Abb. 7.211:	Altersgruppen der Anbieterinnen und Anbieter nach Region (in Prozent)	643
Abb. 7.212:	Art der Tätigkeitsstätte nach Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und Region (in Prozent)	645

Abb. 7.213:	Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nach Region (in Prozent)	646
Abb. 7.214:	Anwendung der Curettage nach Tätigkeit in einer Klinik und Region (in Prozent)	647
Abb. 7.215:	Aspekte, über die Anbieterinnen und Anbieter Patientinnen informieren, die einen Abbruch nach Pflichtberatung wünschen (in Prozent).....	648
Abb. 7.216:	Aspekte, über die Anbieterinnen und Anbieter Patientinnen informieren, die einen Abbruch nach Pflichtberatung wünschen, nach Region (in Prozent)	649
Abb. 7.217:	Umgang von Nicht-Anbieterinnen und Anbieter mit Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen (in Prozent)	649
Abb. 7.218:	Verweis durch Nicht-Anbieterinnen und Nicht-Anbieter an eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch nach Region (in Prozent)	650
Abb. 7.219:	Haltung gegenüber Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung wünschen (in Prozent)	651
Abb. 7.220:	Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Studium und/oder in der Facharztweiterbildung (in Prozent)	652
Abb. 7.221:	Thematisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Studium und/oder in der Facharztweiterbildung nach Region (in Prozent)	653
Abb. 7.222:	Thematisierung von Schwangerschaftsabbruch in der Facharztweiterbildung nach Altersgruppen (in Prozent)	654
Abb. 7.223:	Thematisierung in der Facharztweiterbildung nach Altersgruppen und Region (in Prozent)	654
Abb. 7.224:	Erlernen in der Facharztweiterbildung (in Prozent)	656
Abb. 7.225:	Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Erlernen in der FAW (in Prozent)	657
Abb. 7.226:	Praktisches Erlernen in der FAW nach Region (in Prozent)	657
Abb. 7.227:	Anteil von Anbieterinnen und Anbietern nach Erlernen in der FAW und nach Region (in Prozent)	658
Abb. 7.228:	Ort der Facharztweiterbildung nach Region (in Prozent)	659
Abb. 7.229:	Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung (in Prozent)	659
Abb. 7.230:	Erlernte operative Methoden nach Region (in Prozent)	660
Abb. 7.231:	Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs nach erlernten Methoden in der Facharztweiterbildung (in Prozent)	661
Abb. 7.232:	Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der Facharztweiterbildung nach Altersgruppen (in Prozent)	661
Abb. 7.233:	Teilnahme an Fortbildungen nach Region (in Prozent)	662
Abb. 7.234:	Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs unter bestimmten Umständen (Auswahl: Umstände mit häufigster Zustimmung zur Erlaubnis, in Prozent)	664
Abb. 7.235:	Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs unter bestimmten Umständen (Auswahl: restliche Umstände, in Prozent)	665
Abb. 7.236:	Index Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	666
Abb. 7.237:	Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)	667
Abb. 7.238:	Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach Region (in Prozent)	668
Abb. 7.239:	Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs nach Religiosität (in Prozent)	669
Abb. 7.240:	Einstellung zum Status des Embryos/Fötus (in Prozent)	670
Abb. 7.241:	Einstellung zum Status des Embryos/Fötus und Religionsgemeinschaft (in Prozent)	671

Abb. 7.242:	Ermutigung der Patientin, die Schwangerschaft auszutragen nach Einstellung zur rechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent).....	672
Abb. 7.243:	Einstellungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (in Prozent).....	673
Abb. 7.244:	Zustimmung zur Aussage, dass Anbieterinnen und Anbieter einen notwendigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten nach Religiosität (in Prozent)	674
Abb. 7.245:	Einschätzung der Überzeugungen von Menschen in der Region zum Schwangerschaftsabbruch (in Prozent).....	675
Abb. 7.246:	Einschätzung, wie viele Menschen in der Region der Überzeugung sind, dass jede Frau das Recht haben sollte, eine ungewollte Schwangerschaft abzuberechnen nach Region (in Prozent)	676
Abb. 7.247:	Äußere Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern (in Prozent)	677
Abb. 7.248:	Innere Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern (in Prozent)	678
Abb. 7.249:	Stigmatisierungsbezogene Barrieren, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verhindern (in Prozent)	679
Abb. 7.250:	Fehlendes Angebot in der Einrichtung als Barriere, keine Abbrüche durchzuführen, nach Art der Arbeitsstätte und Region (in Prozent)	680
Abb. 7.251:	Fehlende geeignete Räumlichkeiten als Barriere nach Tätigkeitsstätte (in Prozent).....	681
Abb. 7.252:	Belastendes Erleben als Barriere nach Religionsgemeinschaft (in Prozent)	682
Abb. 7.253:	Einschätzung der regionalen Versorgungslage nach Befürchtung höherer Arbeitsbelastung als Grund, keine Abbrüche durchzuführen (in Prozent)	683
Abb. 7.254:	Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bei Wegfall von Barrieren nach äußeren Barrieren (in Prozent).....	684
Abb. 7.255:	Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bei Wegfall von Barrieren nach inneren Barrieren (in Prozent)	685
Abb. 7.256:	Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen, wenn Barrieren wegfallen nach Region (in Prozent).....	686
Abb. 7.257:	Veränderungswünsche (in Prozent)	687
Abb. 7.258:	Zustimmung zur Reduzierung organisatorischer Hürden und zur Verpflichtung öffentlicher Kliniken nach Region (in Prozent).....	688
Abb. 7.259:	Zustimmung zur Verpflichtung öffentlicher Krankenhäuser, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, nach Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent).....	689
Abb. 7.260:	Veränderungswünsche nach Religiosität (in Prozent).....	691
Abb. 7.261:	Art der Tätigkeitsstätte nach Region Ost/West/Berlin (in Prozent).....	693
Abb. 7.262:	Einrichtung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)	694
Abb. 7.263:	Einrichtung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach angewandten Methoden (in Prozent)	695
Abb. 7.264:	Anzahl weiterer Ärztinnen und Ärzte, die in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen (in Prozent).....	696
Abb. 7.265:	Anzahl weiterer Ärztinnen und Ärzte, die in der Einrichtung Schwangerschaftsabbrüche durchführen nach Tätigkeitsstätte (in Prozent)	697
Abb. 7.266:	Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 (in Prozent)	698
Abb. 7.267:	Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 nach Art der Tätigkeitsstätte (in Prozent)	699
Abb. 7.268:	Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 nach Versorgungsregion (in Prozent).....	700

Abb. 7.269:	Bewertung des Anteils von Schwangerschaftsabbrüchen an der Gesamtarbeitszeit (in Prozent)	701
Abb. 7.270:	Meldepraxis an das Statistische Bundesamt (in Prozent)	702
Abb. 7.271:	Angewandte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs (in Prozent)	703
Abb. 7.272:	Situationen, in denen eine Curettage durchgeführt wird (in Prozent).....	704
Abb. 7.273:	Verzicht auf Stellung einer Indikation (in Prozent)	705
Abb. 7.274:	Bekanntmachung des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen (in Prozent)	706
Abb. 7.275:	Bekanntmachung über die Liste der Bundesärztekammer nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent).....	707
Abb. 7.276:	Gründe für einen Verzicht auf die Bekanntmachung über die Liste der Bundesärztekammer (in Prozent)	708
Abb. 7.277:	Medizinische und rechtliche Gründe, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird (in Prozent)	709
Abb. 7.278:	Persönliche Gründe, warum die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abgelehnt wird (in Prozent).....	710
Abb. 7.279:	Anteil der Selbstzahlerinnen an Patientinnen mit Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	711
Abb. 7.280:	Durchschnittliche Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch für Selbstzahlerinnen (in Euro)	712
Abb. 7.281:	Kosten für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für Selbstzahlerinnen nach Versorgungsregion (in Prozent)	713
Abb. 7.282:	Geplante Veränderungen des Angebots von Schwangerschaftsabbrüchen in den nächsten fünf Jahren (in Prozent)	714
Abb. 7.283:	Patientinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch in der Einrichtung der Befragten durchführen lassen (in Prozent)	715
Abb. 7.284:	Häufigkeit von Patientinnen aus 30 bis 100km und mehr als 100 km Entfernung nach Versorgungsregion (in Prozent).....	716
Abb. 7.285:	Behandlung des Themas Schwangerschaftsabbruch im Studium (in Prozent)	717
Abb. 7.286:	Thematisierte Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs im Medizinstudium (in Prozent)	718
Abb. 7.287:	Einrichtungen, in der die FAW absolviert wurde (in Prozent)	719
Abb. 7.288:	Erlernte Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in der FAW (in Prozent)	720
Abb. 7.289:	Erlernen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in der FAW nach Zeitpunkt des Abschlusses der FAW (in Prozent)	721
Abb. 7.290:	Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach SSW in der FAW (in Prozent)	722
Abb. 7.291:	Bewertung der Vorbereitung auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die FAW (in Prozent)	723
Abb. 7.292:	Erlernen von Schwangerschaftsabbrüchen in der FAW nach Trägerschaft der FAW-Einrichtung (in Prozent)	724
Abb. 7.293:	Handlungssicherheit in Bezug auf medizinische Abläufe (in Prozent)	725
Abb. 7.294:	Handlungssicherheit in Bezug auf rechtliche Fragen (in Prozent).....	726
Abb. 7.295:	Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent).....	727
Abb. 7.296:	Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch nach Tätigkeitsstätte (in Prozent)	728
Abb. 7.297:	Handlungssicherheit bei der medikamentösen Methode nach Teilnahme an Fortbildungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	729
Abb. 7.298:	Nutzung und Bewertung verschiedener Fortbildungs-Anbieterinnen und Anbieter (in Prozent)	730
Abb. 7.299:	Aktueller Fortbildungsbedarf zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent).....	731
Abb. 7.300:	Nutzung von fachlichem Austausch zum Thema Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	732

Abb. 7.301:	Gründe für Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (in Prozent)	733
Abb. 7.302:	Zeitpunkt der Entscheidung, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (in Prozent)....	734
Abb. 7.303:	Barrieren, keine medikamentösen Abbrüche durchzuführen (in Prozent)	735
Abb. 7.304:	Gründe gegen die Durchführung operativer Abbrüche (in Prozent).....	736
Abb. 7.305:	Höhe des Aufwands durch Sonderregelungen (in Prozent)	737
Abb. 7.306:	Höhe des Aufwands, der durch die Regelung zur Kostenübernahme entsteht, nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent).....	737
Abb. 7.307:	Umgang mit dem Importstopp von Cytotec® (in Prozent).....	738
Abb. 7.308:	Bewertung der Höhe der Vergütung bei einer Kostenübernahme (in Prozent)	739
Abb. 7.309:	Schwierigkeiten, Personal zu finden (in Prozent)	740
Abb. 7.310:	Schwierigkeit, Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu finden nach Versorgungsregion (in Prozent).....	740
Abb. 7.311:	Schwierigkeit, Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen zu erhalten nach Versorgungsregion (in Prozent).....	741
Abb. 7.312:	Schwierigkeit, nicht-ärztliches Assistenzpersonal zu finden, das sich an Schwangerschaftsabbrüchen beteiligt, nach Versorgungsregion (in Prozent).....	742
Abb. 7.313:	Antizipierte Stigmatisierung (in Prozent)	743
Abb. 7.314:	Index antizipierte Stigmatisierung (in Prozent).....	744
Abb. 7.315:	Erlebte Stigmatisierung im Umfeld (in Prozent).....	744
Abb. 7.316:	Erlebte Stigmatisierung in der Öffentlichkeit (in Prozent)	745
Abb. 7.317:	Erlebte positive Reaktionen im Umfeld (in Prozent)	746
Abb. 7.318:	Index erlebte Stigmatisierung (in Prozent).....	747
Abb. 7.319:	Index positive Reaktionen (in Prozent)	747
Abb. 7.320:	Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)	748
Abb. 7.321:	Index zum Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent).....	749
Abb. 7.322:	Zusammenhang zwischen antizipierter und erlebter Stigmatisierung (in Prozent)	749
Abb. 7.323:	Zusammenhang zwischen antizipierter Stigmatisierung und Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)	750
Abb. 7.324:	Zusammenhang zwischen Erfahrungen mit positiven Reaktionen im Umfeld und Umgang mit Stigmatisierung (in Prozent)	751
Abb. 7.325:	Antizipierte Stigmatisierung nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent).....	752
Abb. 7.326:	Erlebte Stigmatisierung nach Anzahl der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche 2021 (in Prozent).....	753
Abb. 7.327:	Antizipierte Stigmatisierung nach Leben in der DDR (in Prozent).....	754
Abb. 7.328:	Erlebte Stigmatisierung nach Region Ost/West/Berlin (in Prozent)	755
Abb. 7.329:	Befürchtung negativer Reaktionen durch Kolleginnen und Kollegen nach Versorgungsregion (in Prozent).....	756
Abb. 7.330:	Erlebte Stigmatisierung nach Versorgungsregion (in Prozent)	756
Abb. 7.331:	Einschätzung von Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch in der Stadt/Gemeinde (in Prozent)	758
Abb. 7.332:	Veränderungswünsche (in Prozent)	759
Abb. 7.333:	Veränderungswunsch „mehr Anbieterinnen und Anbieter“ nach Einschätzung der Versorgungslage (in Prozent).....	760
Abb. 7.334:	Inhaltsanalytische Kategorienzuordnung der Diskussionsinhalte	762
Abb. 9.1:	Signifikante Einflussfaktoren auf die Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft	797
Abb. 9.2:	Mediierter Einfluss von Kindheitstraumata auf depressive Symptome	848

Abb. 9.3:	Fläche (in km ²) und Bevölkerungsanteil (in Prozent) mit über 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot nach Bundesländern	875
Abb. 9.4:	Rankingplätze beim Indikator Fläche und beim Bevölkerungsanteil mit über 40 PKW-Minuten zum nächsten Angebot im Vergleich nach Bundesländern	876
Abb. 9.5:	Signifikante Einflussfaktoren auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ...	883
Abb. 10.1:	Erwähnungen der ELSA-Studie zwischen dem 28.03. und dem 09.12.2024	919
Abb. 10.2:	Reichweitentrend der ELSA-Studie zwischen dem 28.03. und dem 09.12.2024.....	920
Abb. 10.3:	Poster des Teilprojektes ELSA-VG	923
Abb. 10.4:	Landingpage des Teilprojektes an der Hochschule Nordhausen	924
Abb. 10.5:	Auswahl an Instagrammposts	924

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1:	Thematische Verknüpfung zwischen den verschiedenen Perspektiven	7
Tab. 5.1:	Bildungsstatus als Kombination aus Schul- und Ausbildungsabschluss	24
Tab. 5.2:	Zusammensetzung der Stichprobe mit abgebrochenen Schwangerschaften nach Zugangswegen.....	42
Tab. 5.3:	Überblick zur Stichprobe der Frauen mit ungewollt und gewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften ($n_1 = 572$ und $n_2 = 3.391$)	45
Tab. 5.4:	Überblick zur Stichprobe der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ($n=608$).....	47
Tab. 5.5:	Anvisierte Zielgrößen für das Teilprojekt ELSA-VG (in absoluten Zahlen (n))	52
Tab. 5.6:	Operationalisierung von Partnergewalt	59
Tab. 5.7:	Samplezusammensetzung der interviewten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch	81
Tab. 5.8:	Transkriptionsregeln für die qualitativen Interviews	84
Tab. 5.9:	Samplezusammensetzung der interviewten Männer bei Schwangerschaftsabbruch	89
Tab. 5.10:	Charakteristik der qualitativen Stichprobe zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft....	100
Tab. 5.11:	Soziodemographische Merkmale der Teilnehmerinnen	107
Tab. 5.12:	Stichprobe der Leitungsbefragung (Angaben in Prozent)	129
Tab. 5.13:	Stichprobe von Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen ($n=319$) nach Trägern/Dachverbänden und Scheinvergabe.....	134
Tab. 5.14:	Pseudonomisierung am Beispiel für Interview Nord I.....	138
Tab. 5.15:	Stichprobe nach Trägerschaft	139
Tab. 5.16:	Anzahl der Adressen auf der Liste der Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, nach Bundesländern.....	161
Tab. 5.17:	Zusammensetzung der Teilnehmenden	171
Tab. 5.18:	Soziodemografischer Indikatoren der Bundesländer.....	179
Tab. 5.19:	Versorgungsindikatoren in den Bundesländern für das Jahr 2021	181
Tab. 5.20:	Übersicht aller Indikatoren für die drei ausgewählten Regionen	183
Tab. 5.22:	Zusammensetzung der Teilnehmenden der Regionalbefragung	186
Tab. 5.22:	Zusammensetzung der Teilnehmenden der Regionalbefragung nach Regionen	161
Tab. 7.1:	Häufigkeitsverteilung für eine Schwangerschaft nachteiliger Lebenslagen nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft differenziert nach Bereichen	223
Tab. 7.2:	Schwierigkeit des Prozesses der Entscheidung zum Austragen der ungewollt eingetretenen Schwangerschaft (in Prozent).....	228
Tab. 7.3:	Index internalisierte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften	237
Tab. 7.4:	Index antizipierte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften	238
Tab. 7.5:	Index erlebte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften	240
Tab. 7.6:	Internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierung bei ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften nach Lebenslagenmerkmalen (in Prozent).....	241
Tab. 7.7:	Index internalisierte Stigmatisierung	263
Tab. 7.8:	Index antizipierte Stigmatisierung	264
Tab. 7.9:	Index erlebte Stigmatisierung	266
Tab. 7.10:	Korrelationen von Isolationsgefühl mit internalisierter und antizipierter Stigmatisierung sowie offenem Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch.....	271
Tab. 7.11:	Einflussfaktoren auf die Bewertung des Arztgesprächs als belastend	284
Tab. 7.12:	Zusammenhang der Erfahrungen im Umgang mit ärztlichem und mit nichtärztlichem Personal beim Schwangerschaftsabbruch.....	312

Tab. 7.13:	Spezifische organisatorische Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch nach Anzahl der Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Einrichtung (in Prozent)	325
Tab. 7.14:	Spezifische organisatorische Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch nach Erreichbarkeit der Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch (in Prozent)	325
Tab. 7.15:	Index Zugangsbarrieren bei der medizinischen Schwangerschaftsabbruchversorgung: Dimensionen und berücksichtigte Variablen	332
Tab. 7.16:	Anzahl der Bereiche mit mindestens einer nachteiligen Lebenslage bei Eintritt der Schwangerschaft nach Ausgang und Gewolltheit der Schwangerschaft (in Prozent)	341
Tab. 7.17:	Zusammenhänge zwischen psychischem Wohlbefinden und körperlicher Gesundheit nach Ausgang und Gewolltheit (ausgewiesen durch Spearman-Rho)	342
Tab. 7.18:	Regressionsmodell: Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften 3 Monate nach Ende der Schwangerschaft	351
Tab. 7.19:	Regressionsmodell: Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften 3 Monate nach Ende der Schwangerschaft (Schritt 1)	353
Tab. 7.20:	<i>(Fortsetzung): Regressionsmodell: Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen ausgetragenen Schwangerschaften 3 Monate nach Ende der Schwangerschaft (Schritt 2)</i>	<i>354</i>
Tab. 7.21:	Regressionsmodell: Längerfristiger Einfluss des Schwangerschaftsausgangs (Geburt oder Schwangerschaftsabbruch) auf das psychische Wohlbefinden von Frauen mit ungewollt eingetretenen Schwangerschaften	356
Tab. 7.22:	Prävalenzen von Partnergewalt nach Schwangerschaftsintention und -ausgang	359
Tab. 7.23:	Isolierte Prävalenzen von Partnergewalt nach Schwangerschaftsintention und -ausgang	359
Tab. 7.24:	Kindheitstraumata bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	365
Tab. 7.25:	Intention der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP in absoluten Zahlen (Vierfeldertafel)	367
Tab. 7.26:	Ausgang der Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP in absoluten Zahlen (Vierfeldertafel)	367
Tab. 7.27:	Risikoschätzung für GiP und Intention/ Ausgang der Schwangerschaft	368
Tab. 7.28:	Angaben zur reproduktiven Situation bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	369
Tab. 7.29:	Emotionen bei Schwangerschaftsfeststellung bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent) ..	370
Tab. 7.30:	Angaben zur Paarbeziehung bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	371
Tab. 7.31:	Erste emotionale Reaktionen des Partners auf die Schwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne GiP (in Prozent)	372
Tab. 7.32:	Psychische Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum	380
Tab. 7.33:	Prädiktoren psychischer Gesundheit vor der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP	381
Tab. 7.34:	Prädiktoren psychischer Gesundheit während der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP	382
Tab. 7.35:	Prädiktoren psychischer Gesundheit 3 Monate nach der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP	382
Tab. 7.36:	Körperliche Gesundheit bei Frauen mit vs. ohne GiP nach Befragungszeitraum	384
Tab. 7.37:	Prädiktoren körperlicher Gesundheit vor der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP	385
Tab. 7.38:	Prädiktoren körperlicher Gesundheit während der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP	386
Tab. 7.39:	Prädiktoren körperlicher Gesundheit 3 Monate nach der Schwangerschaft bei Frauen mit GiP	386
Tab. 7.40:	Soziodemografische Merkmale der Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund	391

Tab. 7.41:	Angaben zur Fokusschwangerschaft bei Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund (n/ in Prozent)	393
Tab. 7.42:	Angaben zur medizinischen Versorgung bei Frauen mit vs. ohne Migrationshintergrund (n/ in Prozent)	397
Tab. 7.43:	Lebenszeitprävalenz reproduktiver Ereignisse.....	404
Tab. 7.44:	Demografische Charakteristika der Teilnehmerinnen mit und ohne Kindheitstraumata ..	416
Tab. 7.45:	Demografische Angaben der Teilnehmerinnen der Vertiefungsstudie.....	551
Tab. 7.46:	Teilnehmerinnen nach Erhebungszeitpunkt und Kindheitstrauma	552
Tab. 7.47:	Depressive Symptome und Episoden, Subjektiver Stress und Emotionsregulation mit und ohne Kindheitstraumata	553
Tab. 7.48:	Depressive Symptome, Subjektiver Stress und Haarcortisolkonzentration zwei und zwölf Monate nach dem Abbruch.....	554
Tab. 7.49:	Depressive Symptome, Subjektiver Stress und Haarcortisolkonzentration zwei und zwölf Monate nach der Geburt.....	555
Tab. 7.50:	Effekte des multiplen Mediationsmodells	557
Tab. 7.51:	Existenz und Häufigkeit des Austauschs mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung (n=583, Angaben in Prozent)	572
Tab. 7.52:	Existenz und Häufigkeit des Austauschs mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung (n=548, Angaben in Prozent)	573
Tab. 7.53:	Verbesserungsvorschläge zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen (Ranking nach Häufigkeit; Mehrfachnennungen möglich).....	578
Tab. 7.54:	Verbesserungsvorschläge zur Versorgung von ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften (Ranking nach Häufigkeit; Mehrfachnennungen möglich)	579
Tab. 7.55:	Anbieter von Websites über die Google-Suche mit den Suchbegriffen Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung, ungewollt schwanger, ungeplant schwanger....	581
Tab. 7.56:	Kriterien von Barrierefreiheit für Websites auf Google-Treffern, Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärztinnen und Ärzte/medizinischen Einrichtungen und Ministerien.....	586
Tab. 7.57:	Bevölkerung und Bevölkerungsanteil außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung nach Bundesländern, inkl. Anzahl der Landkreise ohne ausreichende Erreichbarkeit (= Bevölkerungsanteil > 5 %)	617
Tab. 7.58:	Gruppierung der Bundesländer nach Versorgungsgrad.....	639
Tab. 7.59:	Handlungssicherheit nach Erlernen der Methode in der FAW (in Prozent).....	726
Tab. 7.60:	Handlungssicherheit bei operativen Methoden nach Vorbereitung durch die FAW (in Prozent).....	727
Tab. 7.61:	Erlebte Stigmatisierungen nach Versorgungsregion (in Prozent)	757
Tab. 7.62:	Einschätzung der Einstellungen in der Stadt/Gemeinde nach Versorgungsregion (in Prozent).....	758
Tab. 9.1:	Gegenüberstellung der einzelnen Typen anhand der Ebenen: Alter, Beruf, sozioökonomischer und familiärer Status.....	826
Tab. 9.2:	Sinngenetische Typenbildung zur gynäkologischen Beratung	874
Tab. 9.3:	Indikator Fläche und Fahrtzeitenanalyse nach Bundesländern	874
Tab. 9.4:	Anteil der Anbieterinnen und Anbieter an allen berufstätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen	882
Tab. 9.5:	Faktoren, die die Barrieren beeinflussen	891