

Herausforderungen und Potenziale der gegenwärtigen wie künftigen medizinischen Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland

Amelie Kolandt

1 Einleitung

Der Zugang zu medizinisch sicheren Schwangerschaftsabbrüchen wird vom Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen als Menschenrecht von Frauen und Mädchen klassifiziert. Eine Beschränkung des Zugangs, beispielsweise durch Kriminalisierung, wird als schwere Einschränkung reproduktiver Freiheiten und geschlechtsspezifische Gewalt bis hin zu Folter gewertet (OHCR, 2020, S. 1f.). Diese Einschätzung betonte das Büro des Hochkommissars der Vereinten Nationen erneut vor dem Hintergrund der jüngeren Gesetzesänderungen in den USA und Polen (Kapelanska-Preowska, 2021; OHCR, 2022).

In Deutschland wurde 2018 – ausgelöst durch den Fall Kristina Hänel – eine Debatte entfacht über die Kriminalisierung von Ärzt*innen, die Informationen über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen weitergeben (§ 219a Strafgesetzbuch, kurz StGB) stand. Diese hatte nicht nur eine Gesetzesreform zur Folge, sondern auch eine bis heute anhaltende mediale und fachliche Diskussion darüber, inwiefern die Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland aktuell gewährleistet ist (Ärzteblatt, 2018; Deutscher Bundestag, 2022; Grather, 2022) und ob es einer weitergehenden Entkriminalisierung des Eingriffs bedürfe (BMFSFJ, 2023). Im vorliegenden Beitrag soll zum einen ein kurzer Überblick zum aktuellen Forschungsstand bezüglich der Versorgungssituation ungewollt Schwangerer gegeben werden. Zum anderen können die Ergebnisse einer durch die Autorin durchgeführten Interviewstudie Einblicke darin geben, welche Herausforderungen und Potenziale Expert*innen – auch vor dem Hintergrund (inter)nationaler gesellschaftspolitischer Entwicklungen – für die medizinische Behandlung ungewollt Schwangerer in Deutschland gegenwärtig wie künftig sehen.

2 Hintergrund und aktueller Forschungsstand

In Deutschland wurden gemäß den Erhebungen des Statistischen Bundesamts zwischen 2013 und 2022 im Durchschnitt etwas mehr als 100.000 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr durchgeführt. 96,2 % der Eingriffe erfolgten gemäß § 219 StGB nach einem verpflichtenden Beratungsgespräch, einer Wartefrist von drei Tagen und vor Ende der zwölften Schwangerschaftswoche post conceptionem durch eine*n Ärzt*in (BMJ, 2023b; Destatis, 2023c). Für Letztere waren sie unter Einhaltung dieser Bedingungen legal, für die Patient*innen¹ straffrei, aber weiterhin rechtswidrig und laut Gesetzgeber »dennoch verwerflich« (Deutscher Bundestag, 2017, S. 6).

Neben der Anzahl der Eingriffe dokumentiert das Statistische Bundesamt seit 2018 die Anzahl der Meldestellen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführten (Destatis, 2023a). Allerdings erfolgte diese Dokumentation vor 2018 nicht systematisch und aufgrund der Erhebungsmethodik ist kein Rückschluss auf die Gesamtzahl der Institutionen möglich, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten (Destatis, 2023b), und damit auch nicht auf die Anzahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführ(t)en.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) stellt in ihrem ersten Leitlinienprogramm »Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon« von 2022 einerseits unter Verweis auf diese Zahlen den Rückgang der Meldestellen zwischen 2003 und 2021 um fast 46 % heraus. Andererseits kritisiert sie eine unzureichende Datenlage für die deutsche Versorgungslandschaft und die eingeschränkte Übertragbarkeit internationaler Studienergebnisse auf den deutschen Kontext (DGGG, 2022, S. 48f.).

Im Rahmen einer Sonderauswertung der durch das Statistische Bundesamt erhobenen Daten für das Jahr 2019 untersuchten Loredo und Holleder Schwangerschaftsabbrüche, die nach Beratungsregelung im Krankenhaus durchgeführt wurden (Loredo & Holleder, 2023). Hier zeigten sich Unterschiede zwischen den jeweiligen Bundesländern in der Anzahl und

1 Der Gesetzestext geht von (cis) weiblichen Schwangeren aus. Das Guttmacher-Institut veröffentlichte 2023 eine Studie zu Charakteristika von 6.674 Patient*innen, die zwischen Juni 2021 und Juli 2022 einen Schwangerschaftsabbruch in den USA hatten. Hierbei identifizierten sich 16 % der Befragten als nicht heterosexuell und 1,1 % der Befragten als nicht binär (0,7 %), trans-männlich (0,3 %) oder etwas anderes (0,1 %) (Jones & Chiu, 2023). Deswegen wird hier und im Folgenden die genderinklusive Form verwendet.

Methodik der durchgeführten Eingriffe bzw. im Zugang zur Versorgung. Die Autor*innen stellten ein Ost-West-Gefälle bezüglich der Eingriffsquoten fest, also eine höhere Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen pro 10.000 Personen im gebärfähigen Alter in den ehemaligen Ost-Bundesländern als in Westdeutschland (ebd., S. 7f.). Patient*innen mit Wohnsitz in Bayern, dem Saarland und Niedersachsen mussten mit höherer Wahrscheinlichkeit in ein anderes Bundesland fahren, um behandelt zu werden. Umgekehrt versorgten die Stadtstaaten Bremen und Hamburg auch Patient*innen aus anderen Bundesländern und Brandenburg besonders viele Patient*innen mit Wohnsitz im Ausland (ebd., S. 7f., 12).

Der wesentliche Großteil (über 90 %) der in dieser Untersuchung berücksichtigten Schwangerschaftsabbrüche wurde operativ vorgenommen. Auffällig waren hier die im internationalen Vergleich häufig durchgeführten Kürettagen (bundesweit knapp 28 %) sowie regionale Unterschiede: Die meisten Kürettagen wurden in Hessen (über 80 %), Bayern (über 70 %) und Rheinland-Pfalz (über 60 %) durchgeführt, während in Berlin und Brandenburg je über 80 % der Schwangerschaftsabbrüche mittels Vakuumaspiration durchgeführt wurden. Als mögliche Erklärungsansätze führten die Autor*innen die historisch bedingt unterschiedlichen gesellschaftlichen bzw. rechtlichen Bedingungen in der ehemaligen BRD bzw. DDR an. Zudem bemängeln sie, dass eine detailliertere Analyse, beispielsweise auf regionaler Ebene, aufgrund der Erhebungsmethoden nicht möglich war (ebd., S. 9–12).

Welche Ursachen könnte es für die Heterogenität der regionalen Versorgungslandschaft außerdem geben? Und gibt es weitere Unterschiede jenseits von Verfügbarkeit und Zugänglichkeit? Erste Antworten auf diese Fragen kann die Interviewstudie der Autorin liefern (Kolandt, 2024a, i. Dr.). Die Ergebnisse dieser Veröffentlichung sollen unter 4.1 zunächst zusammengefasst werden, um dann im Anschluss auf die benannten Zukunftsperspektiven der Expert*innen (vgl. hierzu auch Kolandt, 2024b, i. Dr.) einzugehen. Zunächst soll jedoch das methodische Vorgehen erläutert werden.

3 Methodik

Für die hier präsentierten Ergebnisse wurden insgesamt 42 semistrukturierte leitfadengestützte Expert*inneninterviews (n = 20 Schwangerschaftskonfliktberater*innen, n = 22 gynäkologisch tätige Ärzt*innen)

geführt und ausgewertet. Die Rekrutierung erfolgte deutschlandweit über Berufsverbände für Gynäkologie und Geburtshilfe, Träger anerkannter Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Gesundheitsämter, Universitätskliniken, über Aufrufe in Fachzeitschriften sowie das Schneeballprinzip.

Allen an einem Interview interessierten Expert*innen wurde ein Termin zum Gespräch angeboten. Die befragten Schwangerschaftskonfliktberater*innen arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung in Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Zwei Berater*innen, die ausgebildete Mediziner*innen sind, waren eigenen Angaben nach in der Vergangenheit sowie zum Zeitpunkt der Erhebung vor allem beraterisch tätig, sodass sie der Gruppe der Berater*innen zugeordnet wurden. Die weiteren Berater*innen waren ausgebildete Sozialpädagog*innen ($n = 9$), Sozialarbeiter*innen ($n = 5$) oder Psycholog*innen ($n = 4$). Sechs von ihnen arbeiteten zu diesem Zeitpunkt an christlichen Beratungsstellen, zehn für pro familia, zwei bei Landesgesundheitsämtern, eine*r beim Humanistischen Verband Deutschlands und eine*r bei einem Familienplanungszentrum mit mehreren konfessionslosen Trägern. Durchschnittlich hatten sie 21,3 Jahre Berufserfahrung (drei Berater*innen hatten weniger als zehn Jahre Berufserfahrung, fünf Berater*innen zwischen zehn und 20 Jahren und zwölf Berater*innen hatten mehr als 20 Jahre Berufserfahrung).

22 Ärzt*innen entsprachen den Einschlusskriterien und hatten entweder eine abgeschlossene ($n = 20$) oder zum Zeitpunkt des Interviews begonnene Weiterbildung im Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe ($n = 2$). Hiervon waren neun im Krankenhaussektor und zwölf in der Niederlassung tätig. Ein*e dieser Ärzt*innen gab an, bislang vorwiegend im stationären Sektor und erst seit Kurzem im ambulanten Sektor tätig zu sein. Ein*e Expert*in befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf Stellensuche, um künftig die Methodik von Schwangerschaftsabbrüchen erlernen zu können. Drei der (niedergelassenen) Ärzt*innen boten Konfliktberatungen an, ein*e weitere*r war zum Zeitpunkt der Erhebung dabei, medikamentöse Abbrüche in seiner*ihrer Praxis zu etablieren. Die verbleibenden Ärzt*innen führten selbst medikamentöse und/oder operative Abbrüche in ihrer Praxis bzw. Abteilung durch. Die ärztlich tätigen Expert*innen hatten durchschnittlich 20,82 Jahre Berufserfahrung (weniger als zehn Jahre Berufserfahrung hatten vier der interviewten Ärzt*innen, zwischen zehn und 20 Jahren Berufserfahrung hatten sieben der interviewten Ärzt*innen und

mehr als 20 Jahre Berufserfahrung hatten elf der interviewten Ärzt*innen). Sie waren zum Interviewzeitpunkt in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt tätig.

Die Interviews fanden zwischen September 2020 und Mai 2021 am Telefon statt und wurden aufgezeichnet. Sie dauerten zwischen 25 und 105 Minuten (Durchschnitt: 50 Minuten). Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) im induktiven Verfahren mithilfe der Software MaxQDa 2022. Es erfolgte eine Gegencodierung durch zwei mit qualitativer Methodik vertraute Forschende der Charité ausgehend von ca. 10 % des Materials. Bei Nichtübereinstimmung wurden die entsprechenden Codes bzw. Textstellen so lange diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde. Das Kategoriensystem wurde dementsprechend mehrfach überarbeitet.²

Im Rahmen der Erhebung wurden die Expert*innen gebeten, die aktuelle Versorgungssituation, möglicherweise bestehende Herausforderungen sowie mögliche Lösungsansätze zu beschreiben. Zudem wurden sie nach ihren Ängsten und Befürchtungen sowie Ideen und Wünschen im Hinblick auf die Zukunft gefragt. Ihre Antworten sollen im Nachfolgenden zusammengefasst dargestellt werden.

4 Ersttrimester-Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland: Gegenwart und Zukunft, Dystopien und Utopien

4.1 Der Blick in die Gegenwart: Die aktuelle Versorgungssituation und bestehende Herausforderungen

»Die nächste Herausforderung ist, dass eine ganze Generation von Ärzten – das ist jetzt praktisch meine Generation und die, die noch älter sind als ich – die tatsächlich auch aus politisch oder weltanschaulich motivierten Gründen fanden, dass sie jetzt auch Schwangerschaftsabbrüche machen würden, [...] dann in Rente gehen [...]. Und dann gibt es eine Zwischengeneration, [...] ich sag mal so die

2 Für eine ausführlichere Darstellung der Methodik vgl. Kolandt (2024a, i.Dr.).

40-Jährigen, da war das einfach nicht so Thema. Da gibt's einfach viele, die sich mit dem Thema nicht beschäftigt haben, die [damit] dann jetzt auch nichts zu tun haben wollen.«

*Niedergelassene*r Gynäkolog*in aus Norddeutschland,
28 Jahre Berufserfahrung (Ärzt*in 18, Abschnitt 44)*

Die Expert*innen beschrieben verschiedene Herausforderungen bezüglich der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen im ersten Trimenon. Als drängendstes Problem der regionalen Verfügbarkeit wurde ein unterschiedlich ausgeprägter Mangel an Ärzt*innen beschrieben, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dieser führe dazu, dass Patient*innen teils lange Wartezeiten bis zum Zeitpunkt des Eingriffs bzw. lange Distanzen bis zum Ort der Versorgung zurücklegen müssten. Expert*innen berichteten teils von Patient*innen, die über 100 Kilometer bis zum Versorgungsort reisten. Durch eine limitierte Ärzt*innenwahl sei auch die Methodenwahl beschränkt, da nicht alle Ärzt*innen alle Methoden beherrschten bzw. anböten. Zusammengefasst beschrieben die Expert*innen ein Nord-Süd – teils auch ein Ost-West –, insbesondere aber ein Stadt-Land-Gefälle, was die Verfügbarkeit des Eingriffs betraf.

Die Expert*innen schilderten weiter, dass der Zugang zu Informationen durch § 219a StGB, der im Erhebungszeitraum noch in Kraft war, eingeschränkt werde. Außerdem kursierten Fehl- und Desinformationen, so die Interviewten. Letztere seien unter anderem auf die Verbreitung durch Abtreibungsgegner*innen und nicht staatlich zertifizierte Beratungsstellen zurückzuführen. Die mangelnde Transparenz der Informationen führe dazu, dass Patient*innen Schwierigkeiten hätten, Versorger*innen zu finden und ihr Gesundheitswissen eingeschränkt werde. Der Zugang zur Versorgung werde zudem durch die gesetzlich vorgeschriebene Beratungs- und Wartepflicht erschwert sowie dadurch, dass Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung aufgrund der Kriminalisierung nicht standardmäßig durch die Krankenkassen finanziert werden. Zusätzlich zu den gesetzlichen Auflagen und den gegebenenfalls bestehenden finanziellen Herausforderungen kämen teils Sprachbarrieren und eine fehlende Vertraulichkeit gegenüber dem*der eigenen Gynäkolog*in als Hürden für die Patient*innen hinzu.

Neben der Verbreitung von Desinformationen beschrieben die Expert*innen Angst vor Diffamierung und Bedrohungen durch Abtreibungsgegner*in-

nen bzw. konkrete Erfahrungen hiermit als Herausforderung für Ärzt*innen, Berater*innen und Patient*innen. Dies geschehe beispielsweise in Form von Demonstrationen, Drohbriefen oder Gehsteigbelästigung. Zwei Interviewte berichteten sogar von konkreter Androhung von Gewalt gegen sie.

Die fehlende Vertraulichkeit gegenüber dem*der eigenen Gynäkolog*in führten die Expert*innen unter anderem auf eine Stigmatisierung des Eingriffs bzw. der Patient*innen durch Fachpersonal zurück. Eine wertende Haltung des Personals zeige sich beispielsweise durch Äußerungen gegenüber Patient*innen bzw. deren Andersbehandlung. Die Angst vor Stigmatisierung bzw. konkrete Stigmatisierungserfahrungen der Patient*innen schmäleren die Annehmbarkeit von Versorgungsangeboten sowohl im Bereich der Beratung als auch im Gesundheitswesen, so die Expert*innen weiter.

Wertendes Verhalten seitens des Fachpersonals führten die Expert*innen auf eine gesellschaftlich verbreitete Stigmatisierung bzw. Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland zurück. Außerdem sei die Konfrontation mit dem Thema im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung unzureichend. In der Folge werde zudem fachlichen bzw. methodischen Herausforderungen bei der Behandlung ungewollt Schwangerer teils nicht adäquat begegnet.

Als mögliche Ursachen für den Personalmangel beschrieben die Expert*innen mehrere Faktoren: Es gebe einen generellen, zunehmenden Ärzt*innenmangel, unabhängig vom Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, der dazu führe, dass die Versorger*innenzahl in den vergangenen Jahren bis Jahrzehnten abgenommen habe. Dieser ärztliche Personalmangel sei in ländlichen Regionen stärker spürbar als in urbanen. Bedingt sei dieser generelle Ärzt*innenmangel unter anderem durch den demografischen Wandel. Verschärft werde er im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen zusätzlich durch intergenerationale Unterschiede innerhalb der Gynäkolog*innenschaft, so die Expert*innen weiter: Die ältere Generation der Gynäkolog*innen sei entweder in der ehemaligen DDR sozialisiert und/oder durch die Frauenbewegung der 1970er Jahre politisiert worden und daher eher bereit dazu (gewesen), den Eingriff durchzuführen. Eine mittlere Generation von Gynäkolog*innen wird teils als entweder konservativer in ihrer Haltung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen beschrieben oder sie hielten es teils nicht für notwendig, selbst in die Versorgung ungewollt Schwangerer einzutreten, da sie diese durch andere (ältere) Kolleg*innen gewährleistet sahen.

Eine jüngere Generation von Mediziner*innen, die sich teilweise noch

im Studium, teilweise in der Weiterbildung befinden, wird wiederum als stärker politisiert beschrieben, unter anderem durch die gesellschaftliche Debatte um § 219a StGB. Diese Generation sei eher dazu bereit, den Eingriff zu erlernen oder sich beispielsweise in Form von extracurricularen Kursen mit der Thematik zu befassen und auch selbst Aufklärungsarbeit zu leisten. Als Beispiele für solche Initiativen wurden von den Expert*innen die Medical Students for Choice und die Doctors for Choice Germany genannt (siehe dazu auch das Interview mit Alicia Baier in diesem Band).

Besonders kritisch wurden in diesem Zusammenhang auch das Weigerungsrecht³ und die dadurch bedingten Folgen diskutiert. Während die meisten der interviewten Expert*innen das Weigerungsrecht als individuelles Recht nicht grundsätzlich infrage stellten, gab es auch Expert*innen, die der Meinung waren, dass Gynäkolog*innen in ihrer Weiterbildung die Methodik des Schwangerschaftsabbruchs verpflichtend lernen sollten. Weitergehend einige waren sie sich jedoch in ihrer Kritik daran, dass sich Leitungen im Namen ganzer Abteilungen bzw. Einrichtungen dieses Bereichs der Versorgung verweigerten. Damit kämen die dortigen Gynäkolog*innen auch nicht in Kontakt mit dem Thema (ohne deswegen aus Sicht der Expert*innen selbst aktiv Abbrüche durchführen zu müssen). Das kritischste Moment für die Expert*innen war dabei, dass das Weigerungsrecht nicht die Versorgung von Patient*innen gefährden dürfe. Insbesondere Universitätskliniken und Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft dürften sich aus ihrer Sicht nicht grundsätzlich der Versorgung verweigern.

Neben dem demografischen Wandel, den intergenerationalen Wertunterschieden und den Auswirkungen der Weigerungsoption wurde als mögliche Ursache für die geringer werdende Anzahl an Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, auch die grundsätzliche Kriminalisierung des Eingriffs genannt. Die als mangelnd empfundene Rechtssicherheit mache es unattraktiv, sich in den Versorgungsbereich zu begeben. Hinzu komme der erhöhte bürokratische Mehraufwand durch die Gesetzeslage beispielsweise bei der Beschaffung von Medikamenten für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.

Die rechtliche Situation wurde auch als wesentlicher Faktor im Zusam-

3 Die Weigerungsoption ist die im Falle von Schwangerschaftsabbrüchen gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, sich der Beteiligung am Eingriff zu verweigern. So sieht das Strafgesetzbuch vor, dass niemand gezwungen werden kann, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallindikation (BMJ, 2023a).

menhang mit der gesellschaftlichen Haltung zum Thema bzw. der daraus folgenden Stigmatisierung beschrieben, da durch den Gesetzestext bereits eine grundsätzliche moralische Haltung vermittelt würde. Als wesentliche Einflussgröße auf die gesellschaftliche Haltung wurden außerdem die christlichen Kirchen benannt, insbesondere die katholische. Diese habe kulturell-gesellschaftlichen, politischen und institutionellen Einfluss, beispielsweise in Form von Vereinen, Parteien oder durch die Trägerschaft von Institutionen der Gesundheitsversorgung. Der je nach Region unterschiedlich starke religiöse Einfluss wurde meist als eine Ursache dafür benannt, warum die Versorgung ungewollt Schwangerer im Süden Deutschlands schlechter sei als beispielsweise im Norden der Republik.

Im Anschluss wurden die Expert*innen gebeten, ihre Ängste und Befürchtungen, aber auch ihre Ideen für die zukünftige Versorgung zu schildern.

4.2 Ängste und Befürchtungen: Von Schwarzmalerei und Dystopien

»Also wenn ich jetzt ganz schwarzmale und diese Fundamentalisten hier mir vorstelle, was ich ja meistens vermeide, mir vorzustellen – aber dann solche Szenarien, die so extremistisch vielleicht auch mal hier kommen können, so wie sie in den USA sind und [bricht ab und überlegt] da ich schon selbst mit meinem Leben bedroht wurde nicht nur mit meiner Karriere, sondern auch mit meinem Leben, ja, das schwingt schon latent, glaube ich, mit. Also immer wieder zu wissen, so selbstverständlich ich das finde, dass das die Basis der absoluten Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern ist, sind wir davon natürlich so extrem weit entfernt leider immer noch, trotz viel Engagement über die Jahrhunderte des Kampfes, dass es kein sicheres Gefühl gibt, sich dafür öffentlich zu engagieren.«

*Gynäkolog*in aus Berlin, seit Kurzem ambulant tätig,
ca. 20 Jahre Berufserfahrung (Ärzt*in 23, Abschnitt 85)*

Eine unzureichende Versorgungssicherheit war die meistgenannte Antwort der Interviewten auf die Frage nach Ängsten in Bezug auf die Zukunft. Auch hier wurden als Befürchtungen (weiter) abnehmende Versorger*in-

nenzahlen sowie eine eingeschränkte Zugänglichkeit und Methodenwahl benannt. In diesem Zusammenhang befürchteten mehrere Expert*innen, dass künftig mehr Patient*innen für die Versorgung ins Ausland fahren müssten und dass die medizinische Versorgungsqualität in Deutschland abnehmen könnte, was eine Gefährdung der Patient*innengesundheit wahrscheinlicher mache.

Die Angst vor einer schlechter werdenden Versorgungslage ging für fast die Hälfte der Befragten (19 von 42) mit der Furcht vor einer (weiterführenden) Kriminalisierung in Deutschland einher. Diese Befürchtungen reichten von einer Verschärfung bestehender Gesetze bis hin zu einem absoluten Verbot des Eingriffs, das Patient*innen und Ärzt*innen in die Illegalität zwingen würde. Grund für diese Befürchtungen seien entsprechende Bestrebungen rechtskonservativer bis rechtsextremer Strömungen. In diesem Zusammenhang verwiesen einige Interviewpartner*innen auf gesellschaftspolitische Entwicklungen im Ausland, vorwiegend in Polen, Ungarn und den USA. Das Erstarken konservativistischer und rechter Parteien habe dort die rechtliche Einschränkung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen zur Folge gehabt. In Hinblick auf den amerikanischen Kontext betonten die Expert*innen die Rolle stärker werdender christlich-fundamentalistischer Bewegungen und Akteur*innen, die gesellschaftspolitischen Einfluss nähmen bzw. am Obersten Gerichtshof der USA direkt auf die Gesetzgebung einwirkten.

Sollten sich entsprechende Befürchtungen für die gesellschaftspolitischen Entwicklungen in Deutschland bewahrheiten, so die Expert*innen weiter, sei in der Konsequenz damit zu rechnen, dass die medizinisch adäquate Behandlung ungewollt Schwangerer nicht mehr gewährleistet sei und sie physische und psychische Schäden erleiden könnten, beispielsweise durch illegale Behandlungen durch nicht- medizinisches Personal oder zur Austragung der Schwangerschaft gezwungen würden.

Einige der befragten Expert*innen stellten hierbei eine Verbindung her zwischen befürchteter Kriminalisierung und einer verstärkten Tabuisierung bzw. gesellschaftlichen Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, die sich negativ auf Patient*innen, Ärzt*innen und Berater*innen auswirken könnte. Des Weiteren leiteten die Interviewten teils aus einer potenziellen weiterführenden Kriminalisierung eine mögliche Bedrohungslage für Patient*innen und die Versorgenden beispielsweise durch Abtreibungsgegner*innen ab.

Die Angst vor einer Zunahme der absoluten Zahlen von Schwanger-

schaftsabbrüchen bei einer Liberalisierung wurde von keine*r der interviewten Expert*innen als persönliche Befürchtung benannt. Ein*e Ärzt*in verweist aber indirekt auf diese Überlegung. Er*Sie hält eine solche Entwicklung für unwahrscheinlich, insbesondere wenn eine qualitativ gute Aufklärungsarbeit geleistet würde (Ärzt*in 14, im stationären Sektor tätige*r Gynäkolog*in, Niedersachsen, zwölf Jahre Berufserfahrung). Eine gute Aufklärung in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche (sowohl im akuten Fall als auch als Teil der allgemeinen Sexualaufklärung) war einer der Wünsche der Expert*innen. Welche Überlegungen die Expert*innen auf die Frage nach Ideen für die Zukunft sonst geäußert haben, zeigt sich im Folgenden.

4.3 Ideen, Wünsche, Zukunftsvisionen: Entkriminalisierung und Entstigmatisierung, Verhütungsvielfalt und Gleichberechtigung

»Ja, die Zukunftsvision wäre auf jeden Fall raus aus dem Strafgesetzbuch, das wäre mein großer Wunsch [...] und einfach, dass diese Ausbildungen, die Abbrüche in der medizinischen Ausbildung fest verankert sind und dass richtig viele Ärzte, Ärztinnen, das auch anbieten und auch Lust drauf haben, das anzubieten und die Frauen gut beraten, gut begleiten und betreuen [...]. Ich wünsche mir einfach, dass sowohl der Schwangerschaftsabbruch als auch alle Verhütungsmittel einfach Krankenkassenleistungen werden.«

*Schwangerschaftskonfliktberater*in aus Ostbayern, ca. fünf
Jahre Berufserfahrung im Bereich Konfliktberatung
(Berater*in 10, Abschnitt 143)*

Am häufigsten wurde auf die Frage nach Ideen für die Zukunft mit dem allgemeinen Wunsch nach Versorgungssicherheit für die Patient*innen geantwortet. Im Spezifischen nannten die Interviewten hier ein qualitativ gutes Beratungsangebot und eine qualitativ gute medizinische Versorgung. Hierzu gehörten ein besserer Zugang zu Informationen über Schwangerschaftsabbrüche sowie die Möglichkeit, die Methode des Abbruchs wählen zu können. Um diese Versorgungssicherheit gewährleisten zu können, bräuhete es aber auch mehr ärztliches Personal, das Abbrüche durchführt.

Bezüglich der Qualität des Beratungsangebots wurden ein flächen-

deckender, niedrigschwelliger Zugang zur Beratung, ergebnisoffene und kultursensible Beratungsangebote und ein wertschätzender Umgang mit den ungewollt Schwangeren unabhängig vom Grund für den Abbruch genannt.

Zur Verbesserung der humanmedizinischen Lehre forderten die Expert*innen eine verpflichtende Verankerung des Themas im Medizincurriculum samt methodischer, rechtlicher und ethischer Aspekte. Auch die Implementierung der bislang studentisch organisierten extracurricularen Lehrangebote in Form von Workshops zur Methodik wurde angeregt. Sowohl im Rahmen der Aus- als auch der Weiterbildung sollten, so die Expert*innen, Räume für Austausch und Diskussion, aber vor allem zur Eruerung einer eigenen Haltung geschaffen werden. Im Kontext der gynäkologischen Weiterbildung hielten die Expert*innen die stärkere Verankerung des Themas im Weiterbildungskatalog daher für essenziell. Während es zur verpflichtenden Verankerung des Durchführens von Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen der Weiterbildung unterschiedliche Meinungen gab, waren sich die Interviewten größtenteils darin einig, dass eine Konfrontation mit dem Thema in der Weiterbildung erfolgen müsse, um das Versorgungsangebot und den Umgang mit den Patient*innen zu verbessern. Die Sensibilisierung und Entstigmatisierung im Kontext von Aus- und Weiterbildung bzw. beruflicher Praxis wurde von den Expert*innen einerseits teils schon selbst in unterschiedlichen Formen in ihrem Berufsalltag praktiziert und wurde andererseits als wesentlich für eine gesamtgesellschaftliche Entstigmatisierung angesehen. Außerdem wünschten sich die Expert*innen mehr (medizinische) Forschung zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Dieser Wunsch war für einen Teil von ihnen auch Anlass, an der Erhebung teilzunehmen. Darüber hinaus hofften sie, dass bürokratische Hürden abgebaut würden, damit der Zugang zum Abbruch verbessert wird. Eine niedergelassene*r Gynäkolog*in wünscht sich über die Entkriminalisierung und die Aufhebung der Beratungspflicht hinaus die Etablierung eines »Beratungsrecht[s], weil das [...] einer Frau eine größere Freiheit ermöglicht« (Ärzt*in 1, Abschnitt 289, Nordrhein-Westfalen, ca. 22 Jahre Berufserfahrung).

Ein zentraler Wunsch an politische Akteur*innen war mehr Schutz für Patient*innen und Personal vor Abtreibungsgegner*innen, insbesondere im Zusammenhang mit Gehsteigbelästigungen, beispielsweise in Form von demonstrationsfreien Schutzzonen um die jeweiligen Beratungs- bzw. Versorgungsinstitutionen.

Die rechtliche Entkriminalisierung und Entstigmatisierung im medizinischen Kontext ist für die meisten Expert*innen jedoch nicht ohne eine gesellschaftliche Entstigmatisierung zu denken. Die verschiedenen Dimensionen bedingten sich in ihrer Wahrnehmung wechselseitig.

Im Sinne einer Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen wünschten sich die Expert*innen neben einer Stärkung der Sexual- und Verhütungsaufklärung auch eine Verbesserung der finanziellen und strukturellen Bedingungen für Schwangerschaft und Familien(planung). Darunter verstanden die Expert*innen beispielsweise eine Verbesserung des geburts-hilffichen Versorgungsangebots durch die Stärkung der Hebammenschaft bzw. Geburtshilfe, mehr Kinderbetreuungsplätze, Schaffung von Wohnraum, mehr finanzielle Hilfen für Familien wie beispielsweise eine Kindergrundsicherung und einen Abbau familien- bzw. meist mütterdiskriminierender Hürden am Arbeitsplatz, etwa in Form prekärer Arbeitsverhältnisse. Die Verhütung ungeplanter Schwangerschaften betreffend sahen sie neben der verstärkten Aufklärungsarbeit einen besseren Zugang zu Kontrazeptiva bzw. die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen sowie mehr Angebote und Forschung zur Vielfalt von Kontrazeptionsmethoden als wichtige Präventionsmöglichkeiten an.

Diese Möglichkeiten und Potenziale stehen und fallen für die meisten interviewten Expert*innen jedoch mit den politischen Entwicklungen im Land. Gleichzeitig ist die Hoffnung, dass eine politische Veränderung und damit eine Entwicklung hin zu einer evidenzbasierten, patient*innenzentrierten Versorgung möglich ist, der ausschlaggebende Grund für das Engagement einiger der Interviewten. So sagt beispielsweise ein*e Berliner Gynäkolog*in, wenn er*sie nicht an eine Umkehrung dieses »Negativtrends« glaubte, dann »würde ich mich wahrscheinlich auch nicht engagieren« (Ärzt*in 23, Abschnitt 21, Berlin, ambulant tätig, ca. 20 Jahre Berufserfahrung).

5 Diskussion

Die im Rahmen dieser Studie interviewten Expert*innen beschrieben insgesamt einen Negativtrend über die letzten Jahre bzw. Jahrzehnte bezüglich der Anzahl der versorgenden Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und eine dadurch eingeschränkte Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Versorgung. Eine gesellschaftlich bedingte, aber

auch im Gesundheitswesen verbreitete Stigmatisierung des Eingriffs bzw. ungewollt Schwangerer beeinträchtigt die Annehmbarkeit von Versorgungsangeboten für Patient*innen. Aufgrund der unzureichenden Abbildung der Methodik von Schwangerschaftsabbrüchen in Aus- und Weiterbildung komme es zu Einschränkungen bezüglich der Qualität von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Unterschiede zwischen der Versorger*innendichte und der Arbeitslast der Versorger*innen sowie der Zugänglichkeit des Eingriffs zwischen verschiedenen Bundesländern konnten sowohl in der bereits zitierten Studie von Loredó und Hollenderer als auch durch eine weitere quantitative Untersuchung bestätigt werden (Torenz et al., 2023, S. 4–12). Zu Unterschieden bezüglich der Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen in Ost- und Westdeutschland gibt es zwar eine repräsentative Längsschnittstudie für die Bevölkerung (Hanschmidt et al., 2020), jedoch keine spezifisch für Ärzt*innen oder Gynäkolog*innen. In der Studie von Hanschmidt et al. konnten bis 2012 Unterschiede in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zwischen der Bevölkerung der ehemaligen DDR- bzw. BRD-Bundesländern festgestellt werden. So zeigten sich die Ostdeutschen insgesamt unterstützender gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen als die Westdeutschen. Jedoch stellten die Autor*innen eine Angleichung von Ost und West fest, die in einer insgesamt konservativeren Haltung in beiden Landesteilen resultierte. In beiden Teilen zeigten sich religiöse Menschen und Menschen im mittleren Lebensabschnitt restriktiver in ihrer Haltung (ebd., S. 89ff.). Unter der Prämisse, dass sich Ärzt*innen in ihren Werthaltungen zum Schwangerschaftsabbruch nicht wesentlich von der Gesamtbevölkerung unterscheiden, erscheinen die Beschreibungen der Expert*innen zu intergenerationalen Unterschieden in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch kohärent mit den Ergebnissen aus dieser Längsschnittstudie. Jedoch bräuchte es weitere Erhebungen, um diese Annahmen zu stützen. Wie auch die interviewten Expert*innen halten Hanschmidt et al. fest, dass ein Mangel an Leitlinien und Weiterbildung zum Thema die Normalisierung im Gesundheitswesen beeinträchtigen könne (vgl. ebd., S. 92). Auch der von den Expert*innen kritisierte zunehmende Druck durch religiös-fundamentalistische und rechtskonservative bis -extremistische Strömungen wird von ihnen als Einflussgröße auf den Diskurs um reproduktive Rechte benannt (ebd.) und wurde von Sanders et al. (2014; 2018) für den deutschen Kontext bereits mehrfach beschrieben.

6 Fazit: Alles Utopie?

Die bislang verfügbaren qualitativen und quantitativen Daten deuten darauf hin, dass die Anzahl der Versorger*innen in Deutschland in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten abgenommen hat und damit teils bereits Versorgungsengpässe in Deutschland bestehen bzw. -lücken drohen. Ob sich der abnehmende Personaltrend fortsetzen wird, bleibt zwar abzuwarten; jedoch haben Gesellschaft und Politik, nicht zuletzt aber das medizinische Fachpersonal bereits jetzt entscheidenden Einfluss auf die Stellschrauben zur Verbesserung der Versorgungslandschaft in Deutschland und dies auch unabhängig von der absoluten Anzahl an Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Aufnahme des Eingriffs in die reguläre Gesundheitsversorgung und Ausbildung von Gesundheitspersonal scheinen hierbei zentrale Ansatzpunkte zu sein. Die Haltung gegenüber dem Eingriff, wichtiger aber gegenüber den Patient*innen, wird jedoch wesentlich von der medizinischen Gemeinschaft selbst bestimmt und diese hat in der Konsequenz Einfluss auf eine gesamtgesellschaftliche Entstigmatisierung. Ob und wie auch auf die historische und gegenwärtige Bedeutung von Schwangerschaftsabbrüchen für die Gesundheit und Gleichstellung von Frauen und Menschen, die schwanger werden können, in Lehre und Praxis verwiesen wird, liegt nicht nur in den Händen (berufs)politischer Entscheider*innen. Nichtsdestotrotz sollten auch Politiker*innen in Deutschland in die Verantwortung gezogen werden und Verantwortlichkeiten beispielsweise über Ländergrenzen hinweg analysiert werden, damit deutschlandweit wie innereuropäisch Lösungen für ähnliche Problemlagen gefunden werden können. Gleichzeitig haben einzelne Versorger*innen wie die interviewten Expert*innen über die Dauer ihres Berufslebens hinweg Einfluss auf viele einzelne (Patient*innen-)Schicksale und Kolleg*innen sowie die Fachgesellschaften. Die Gynäkolog*innen als Kollektiv stellen heute mit die Weichen dafür, welches der von den Expert*innen beschriebenen Szenarien künftig wahrscheinlicher ist.

Literatur

- Allen, R., Raker, C., Steinauer, J., Eastwood, K., Kacmar, J. & Boardman, L. (2010). Future abortion provision among US graduating obstetrics and gynecology residents, 2004. *Contraception*, 81(6), 531–536. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.001>

- Ärzteblatt (2018). Frauenärzte gegen Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89286/Frauenaeerzte-gegen-Werbeverbot-fuer-Schwangerschaftsabbrueche> (18.01.2024).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023). Reproductive Selbstbestimmung. Sachverständigenkommission nimmt Arbeit auf. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/sachverstaendigenkommission-nimmt-arbeit-auf-223464> (18.01.2024).
- BMJ – Bundesministerium für Justiz (2023a). Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG). <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BJNR113980992.html> (18.01.2024).
- BMJ – Bundesministerium für Justiz (2023b). Strafgesetzbuch (StGB): § 219 Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_219.html (18.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023a). Anzahl der Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchstatistik in Deutschland im Jahr 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2022.html> (18.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023b). Schwangerschaftsabbrüche: Meldestellen in der Schwangerschaftsabbruchstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/aktuell-meldestellen.html> (18.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023c). Schwangerschaftsabbrüche: Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html (18.01.2024).
- Deutscher Bundestag (2017). Sachstand: Regelungssystematik der §§ 218, 218a StGB. <https://www.bundestag.de/resource/blob/541290/4654eee8823c4fd7efb68cc1d85b1954/wd-7-161-17-pdf-data.pdf> (18.01.2024).
- Deutscher Bundestag (2022). Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche gestrichen. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-werbeverbot-schwangerschaftsabbruch-897782> (18.01.2024).
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2022). Leitlinienprogramm »Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon«. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf (18.01.2024).
- Grather, L. (2022). Schwangerschaftsabbruch. 100 Kilometer bis zur nächsten Arztpraxis. *tagesschau*, 24.06.2022 <https://www.tagesschau.de/inland/schwangerschaftsabbruch-aerzte-101.html> (18.01.2024).
- Hanschmidt, F., Kaiser, J., Stepan, H. & Kersting, A. (2020). The change in attitudes towards abortion in former West and East Germany after reunification: A latent class analysis and implications for abortion access. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(1), 84–94. <https://doi.org/10.1055/a-0981-6286>
- Jones, R. & Chiu, D. (2023). Characteristics of abortion patients in protected and restricted states accessing clinic-based care 12 months prior to the elimination of

- the federal constitutional right to abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 55(2), 80–85. <https://doi.org/10.1363/psrh.12224>
- Kapelanska-Pregowska, J. (2021). The scales of the European Court of Human Rights: Abortion restriction in Poland, the European consensus, and the state's margin of appreciation. *Health Hum Rights*, 23(2), 213–224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8694290/pdf/hhr-23-213.pdf> (18.01.2024).
- Kolandt, A., Michl, S. & Faissner, M. (2024a, i.Dr.). Strukturelle Hürden der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Beratungsregelung in Deutschland: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit 42 Expert*innen.
- Kolandt, A., Michl, S. & Faissner, M. (2024b, i.Dr.). Christian influences on abortion care in Germany: Results from a qualitative interview study.
- Loredo, M. & Holleder, A. (2023). Regionale Versorgungsunterschiede bei der Durchführung ambulanter oder stationärer Schwangerschaftsabbrüche in Krankenhäusern in Deutschland. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/02. <https://doi.org/10.20364/VA-23.02>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag.
- OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights (2020). Information series on sexual and reproductive health and rights. Abortion. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf (18.01.2024).
- OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights (2022). Access to safe and legal abortion: Urgent call for United States to adhere to women's rights convention, UN committee. <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/07/access-safe-and-legal-abortion-urgent-call-united-states-adhere-womens-rights> (18.01.2024).
- Sanders, E., Achetlik, K. & Jentsch, U. (2018). *Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der »Lebensschutz«-Bewegung*. 1. Aufl. Berlin: Verbrecher Verlag.
- Sanders, E., Jentsch, U. & Hansen, F. (2014). *Deutschland treibt sich ab. Organisierter »Lebensschutz«. Christlicher Fundamentalismus. Antifeminismus*. 1. Aufl. Münster: Unrast Verlag.
- Steinauer, J., Landy, U., Filippone, H., Laube, D., Darney, P.D. & Jackson, R.A. (2008). Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(1), 39 e31–36. <https://doi.org/10.1016/j.jajog.2007.06.002>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s43999-023-00036-4>

Biografische Notiz

Amelie Kolandt ist Ärztin in Weiterbildung und Musikwissenschaftlerin. Seit 2022 arbeitet sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dort beforcht sie schwerpunktmäßig die deutsche Versorgungssituation in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche.

