



Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon



pro familia Online-Expert*innengespräch

am 25. November 2022



Impressum



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

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2023

Titelfoto ©: SunwArt – adobe stock

Projektleitung:
Katharina Rohmert

Dokumentation und Redaktion:
Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin

Layout:
Katharina Gandner

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon

pro familia Online-Expert*innengespräch
am 25. November 2022

Zum Thema		4
Grußwort	Stephanie Schlitt.....	5
Grußwort	Katharina Rohmert	6
Vortrag 1	Ergebnisse des Forschungsprojektes „KAST – Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon“ Johanna Walsch	7
Vortrag 2	Medizinisches Vorgehen und Problemlagen beim Schwangerschaftsabbruch im 2. und 3. Trimenon Holger Stepan	13
Vortrag 3	Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation – Nöte und Bedarfe der Betroffenen Marion Janke	16
Vortrag 4	Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen im 2. Trimenon in den Niederlanden Elles Garcia	20
Diskussion		25
Zusammenfassung		26
Fazit und Ausblick		30
Literatur		31



Zum Thema

In Deutschland ist ein Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften Woche nach Empfängnis möglich und rechtmäßig, wenn eine medizinische Indikation ausgestellt wird. Die Zahl der Abbrüche nach dem ersten Trimenon ist in Deutschland mit etwa 3.000 Fällen pro Jahr nicht hoch (2021: 3.086 Fälle).

Obwohl die Rechtssituation hier eindeutig ist, erleben wir bei pro familia immer wieder, dass es für Frauen extrem schwierig und mit vielen Hürden verbunden ist, einen Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften Woche vorzunehmen. Dies sogar, wenn sie bereits eine Indikation vorlegen können. Viele betroffene Schwangere erleben insofern eine Ausnahmesituation, in der sie sich häufig nur mühsam zurechtfinden können. Sie suchen Informationen zur Indikationsstellung, zu den Abläufen im Vorfeld des Schwangerschaftsabbruchs und Standards der Behandlung sowie zu möglichen Anlaufstellen – die häufig nur sehr schwer zugänglich sind. Jeder einzelne Fall stellt dabei eine Herausforderung für alle am Abbruch beteiligten Akteur*innen dar, berichten Mitarbeiter*innen aus Beratungsstellen.

Forschungsergebnisse oder Befragungen zu Angebotsstrukturen beim Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimenon in Deutschland fehlten nach unseren Informationen bis 2021 völlig. So erhielt die Hochschule Merseburg vom pro familia Bundesverband den Auftrag zur Erfassung und Beschreibung der in Deutschland verfügbaren klinischen Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon (KAST-Studie).

Aus der Online-Befragung und den explorierenden Fachinterviews geht hervor, dass es keine flächendeckende, standardisierte Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland gibt. Viele Kliniken tun sich schwer, ein Angebot offen zu kommunizieren, können aber Versorgungsschwierigkeiten bestätigen. Die Arbeit wird als belastend erlebt, und Entscheidungs- sowie Durchführungsmodalitäten sind unterschiedlich geregelt.

Das Thema der Schwangerschaftsabbrüche im fortgeschrittenen Stadium löst bei vielen Akteur*innen Berührungängste aus und wird häufig tabuisiert. Dies trägt dazu bei, dass sich hilfreiche professionelle Netzwerke nicht bilden oder zu wenig genutzt werden, obwohl sie für eine funktionierende Versorgung im Sinne der Betroffenen von zentraler Bedeutung sein können.

Die Studie zeigt trotz kleiner Teilnehmerzahl viele Problemfelder beim Abbruch fortgeschrittener Schwangerschaften auf, aber sie macht auch Mut, Lösungsansätze zu definieren und zu verfolgen. Dabei sollten wichtige Versorger*innen, die in diesem schwierigen Arbeitsfeld tätig sind, unbedingt einbezogen werden. ■

Grußwort

©: pro familia Archiv



Stephanie Schlitt

Stephanie Schlitt ist stellvertretende Vorsitzende des pro familia Bundesverbands.

In Zusammenhang mit der medizinischen Indikation beim Schwangerschaftsabbruch erreichen den pro familia Bundesverband regelmäßig Schilderungen von Mitarbeiter*innen der pro familia Beratungsstellen, die von verzweifelten Frauen und Familien, aber auch ratlosen Gynäkolog*innen und hilflosen Berater*innen berichten. pro familia möchte für Betroffene, die einen Abbruch nach dem ersten Trimenon wünschen, Unterstützung bereitstellen und Angebote aufzeigen, so wie es im Schwangeren- und Familienhilfegesetz festgelegt ist. Dabei stoßen unsere Mitarbeiter*innen immer wieder an Grenzen, weil flächendeckende, standardisierte Angebote beim Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimenon fehlen, intransparent bleiben oder nicht kommuniziert werden.

Mit dem heutigen Expert*innengespräch möchte der pro familia Bundesverband einen wertschätzenden und fachlich orientierten Austausch befördern. Betroffene

Frauen, Paare und Familien brauchen Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, Transparenz über die möglichen medizinischen Angebote, und sie wünschen sich Rechtssicherheit. Sie haben aber auch Anspruch auf die bestmögliche medizinische Versorgung sowie möglichst barrierearme Zugänge zu Angeboten im Sinne internationaler Menschenrechtsnormen und WHO-Standards.

Wir freuen uns, dass das BMFSFJ diesen Austausch von Expert*innen aus Fachverbänden unterstützt, der auf der von pro familia beauftragten Studie zur Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimenon aus 2021 aufbaut.

Ich wünsche Ihnen und uns allen einen konstruktiven Austausch! ■



Begrüßung

©: pro familia Archiv



Katharina Rohmert

Katharina Rohmert ist Medizinische Referentin beim pro familia Bundesverband konzipierte und leitete die Online-Tagung.

Im vergangenen Jahr hat der pro familia Bundesverband der Hochschule Merseburg einen Auftrag zur Erfassung und Beschreibung der verfügbaren klinischen Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland erteilt. Diese sogenannte KAST-Studie, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziert wurde, ergab erstmals valide Erkenntnisse über Angebot und Problemlagen bei dem schwierigen Thema eines Schwangerschaftsabbruchs nach der 14. Schwangerschaftswoche nach dem ersten Tag der letzten Periode.

Ergänzend zu den Ergebnissen dieser Studie, die hier eingangs vorgestellt wird, soll es heute vor allem um den praktischen Ablauf solcher sogenannten Spätabbrüche gehen. Welche Folgerungen ziehen die Expert*innen und Vertreter*innen unterschiedlicher Fachgesellschaften, die heute hier zusammengekommen sind, aus den Studienergebnissen? Welche Bedarfe und Nöte von Betroffenen und Mitarbeiter*innen in den Beratungsstellen sind zu beachten? Wie ist die qualitative Versorgungslage aktuell und was müsste sich verbessern?

Ziel ist dabei, Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung der Versorgung Schwangerer zu formulieren. Ganz besonders müssen wir das Augenmerk auf die Arbeits- und Rahmenbedingungen von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen und allen unterstützenden Akteur*innen richten. Denn aktuell ist das Angebot im Bereich der Spätabbrüche in Deutschland vielerorts strukturell ungenügend gelöst, was zu Belastungen und Problemen führt und in der Folge nicht selten zu Frustration, Irritation und Rückzug sowie dazu, dass sich keine Netzwerke bilden oder vorhandene Netzwerke nicht genutzt werden.

Der heutige Austausch soll die Diskussion anstoßen und alle dazu ermutigen, sie in ihre Fachgesellschaften und Organisationen weiterzutragen, mit anderen Akteur*innen das Gespräch zu suchen und an Lösungsansätzen zu arbeiten. ■

Vortrag 1

Ergebnisse des Forschungsprojektes „KAST – Klinische Angebote zum Schwangerschafts- abbruch im zweiten und dritten Trimenon“

©: Titus Mövius



Johanna Walsch

Johanna Walsch ist Sexualwissenschaftlerin und war Projektmitarbeiterin in der von Prof. Maika Böhm geleiteten KAST-Studie an der Hochschule Merseburg. In ihrem Vortrag stellte sie einige wichtige Voraussetzungen und Ergebnisse der Studie vor.

Ausgangssituation

Schwangere, die nach der 14. Schwangerschaftswoche ihre Schwangerschaft beenden möchten, benötigen dafür eine von einer*in Arzt*in ausgestellte medizinische Indikation. Häufig ist es nicht einfach, eine solche Indikation zu erhalten, und auch die Suche nach einer Klinik, die einen Abbruch nach dem ersten Trimenon durchführt, ist meist schwierig und zeitintensiv.

Als Schnittpunkt zwischen Betroffenen und Versorgungssystem kommt den Beratungsstellen eine ganz besondere Relevanz zu. Allerdings gibt es auch dort nicht selten Informationsdefizite. Die KAST-Studie nahm diese Diskrepanz als Ausgangspunkt und trat mit dem Ziel an, eine Übersicht von Kliniken zu erstellen, die Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche anbieten. Vorab sei angemerkt, dass dies leider nicht voll umgesetzt werden konnte, da nur relativ wenige Einrichtungen überhaupt an der Studie teilnahmen und auch viele der teilnehmenden Institutionen es ablehnten, sich auf eine Liste setzen zu lassen.

Forschungsstand und Methodik

In der Forschung zur Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch stehen Abbrüche vor der 14. Woche¹

deutlich stärker im Fokus als Abbrüche nach diesem Zeitraum. So konzentrierte sich etwa die Studie frauenleben 3 (Helfferrich et al. 2016) auf Schwangerschaftsabbrüche im ersten Trimenon, und auch das aktuell vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte ELSA-Projekt untersucht die Versorgungslage bei Abbrüchen vor der 14. Woche. Nur wenige Kliniken in Deutschland veröffentlichen Daten im Zusammenhang mit Abbrüchen im zweiten und dritten Trimenon. Ausnahmen sind etwa Studien des Universitätsklinikums Leipzig (Dathan-Stumpf et al. 2021) und der Uni Gießen (Dettmeyer et al. 2017). Weitere Publikationen gehen nur am Rande auf die Versorgungssituation ein und legen ihren Fokus auf juristische oder ethische Aspekte.

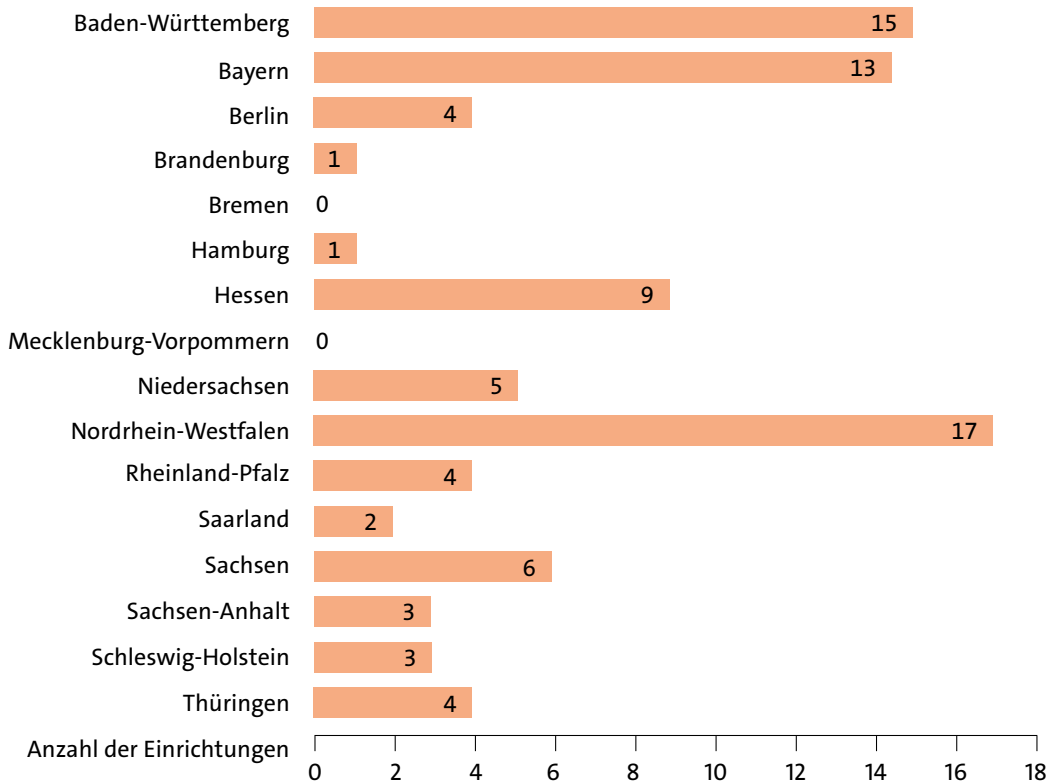
Fragen von Betroffenen zum Abbruch nach dem ersten Trimenon, die häufig nicht oder nur ungenügend beantwortet werden können, sind zum Beispiel:

- Wer kann medizinische Indikationen ausstellen?
- Wer führt „Spätabbrüche“ durch?
- Wie sind die Verfahrensweisen in den einzelnen Kliniken?
- Was muss vor dem Abbruch bedacht werden?

¹ Gemeint ist immer die 14. Woche nach der letzten Periode.



Abb. 1: KAST-Studie, Verteilung der Rückläufe nach Bundesländern



Das Forschungsprojekt zielte darauf, umfassende Informationen zu Abbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche zusammenzutragen und sie Schwangerenberatungsstellen zur Verfügung zu stellen, um deren Beratungsleistung für Betroffene zu verbessern.

Die Studie basiert auf einem Mixed-Method-Design, umfasst also sowohl qualitative wie quantitative Bausteine. Zunächst wurden sechs qualitative Interviews mit Expert*innen aus den Bereichen Sozialwissenschaft, Gynäkologie und Schwangerschaftskonfliktberatung durchgeführt. Darauf folgte eine quantitative Online-Befragung. Dafür fragten wir 766 Kliniken mit Schwerpunkt Gynäkologie und Geburtshilfe an sowie fünf Praxen, die uns von pro familia Beratungsstellen genannt wurden. Von den 766 Kliniken nahmen nur 108 an der Online-Befragung teil. Dies, obwohl im Aufruf explizit darauf verwiesen wurde, dass auch dann um eine Teilnahme gebeten werde, wenn die jeweilige Einrichtung keine Abbrüche durchführt. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 13,75 Prozent, wobei lediglich 46 der 108 Institutionen, die antworteten, auch Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche durchführen. Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS.

Die Rücklaufquote nach Bundesländern differierte stark (siehe Abb. 1): In absoluten Zahlen war sie in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg besonders hoch, in den Bundesländern, in denen auch die Klinikdichte recht hoch ist.

Forschungsergebnisse

Einschränkend sei vorab festgehalten, dass die Aussagekraft der Studie aufgrund der geringen Teilnahme limitiert ist. Zudem ist davon auszugehen, dass sich wahrscheinlich vor allem Einrichtungen an der Studie beteiligt haben, die Interesse am Thema haben.

1) Die medizinische Indikation

Das Ausstellen einer medizinischen Indikation ist Voraussetzung für einen Abbruch nach dem ersten Trimenon. 26 der 46 teilnehmenden Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. Woche durchführen, stellen auch Indikationen aus. Dabei handelte es sich nur um Universitätskliniken und allgemeine Krankenhäuser, nicht um Praxen.

92 Prozent der 26 Kliniken, die Indikationen ausstellen, gaben an, dass ein pränataldiagnostischer Befund für sie ein Grund für das Ausstellen einer Indikation sei. Schwere körperliche Erkrankungen der Schwangeren sahen 85 Prozent als ausreichenden Grund an und psychische oder psychiatrische Erkrankungen der Schwangeren ohne pränataldiagnostischen Befund 38 Prozent.

Die Expert*innen-Interviews ergaben die Einschätzung, dass der Zugang zur medizinischen Indikation bei einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund

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

Interviewte Person aus der KAST-Studie

„[...] dass niemand diese psychiatrische Indikation ausstellen möchte“

Interviewte Person aus der KAST-Studie

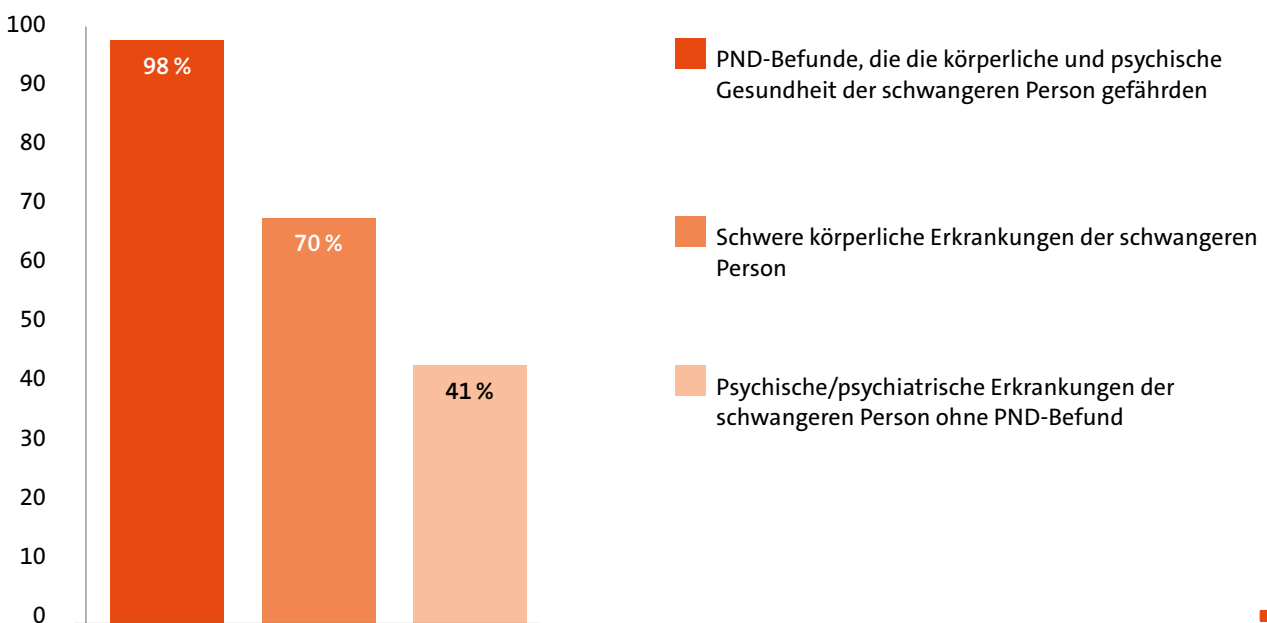
deutlich leichter zu erhalten sei als bei einer Diagnose, die ausschließlich die Schwangere betrifft. Als besonders schwierig wird von den Expert*innen das Erlangen einer medizinischen Indikation bei psychiatrischen Problemen eingeschätzt. Eine interviewte Person wies explizit auf den Mangel an Ärzt*innen hin, die Schwangeren eine Indikationen ausstellen, wenn kein pränataldiagnostischer Befund vorliegt.

2) Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche

Das Spektrum der Schwangerschaftswochenanzahl, zu der die Einrichtungen maximal einen Schwangerschaftsabbruch innerhalb des zweiten und dritten Trimenon durchführen, ist breit. Auf die Frage, bis zur wievielten Schwangerschaftswoche Abbrüche durchgeführt würden, antworteten 42 Einrichtungen. Der Endpunkt lag bei den meisten Einrichtungen zwischen der 19. und der 24. Woche, vereinzelt auch davor beziehungsweise danach. Nur drei Einrichtungen gaben an, dass sie bis zur 40. Schwangerschaftswoche Abbrüche durchführen.

Die Expert*innen nannten in den Interviews unterschiedliche Gründe für diese Situation, darunter auch, dass ab der potenziellen Lebensfähigkeit ein Fetoizid durchgeführt werden müsse, wovon viele Einrichtungen zurückschreckten.

Abb. 2: KAST-Studie, Diagnosen, bei denen die befragten Einrichtungen Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche p. m. vornehmen; Angaben in Prozent





Auf die Frage, bei welcher Diagnose Einrichtungen einen Abbruch durchführen würden, antworteten fast alle Befragten, dass sie dies bei pränataldiagnostischen Befunden, die die physische oder psychische Gesundheit der Schwangeren gefährdeten, tun würden. Wenn allerdings eine schwere körperliche Erkrankung der Schwangeren vorliegt, sind nur knapp 70 Prozent bereit, einen Abbruch vorzunehmen, und bei einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung ohne pränataldiagnostischen Befund nur noch etwas über 40 Prozent (siehe Abb. 2).

Hier wird deutlich, was sich auch schon bei der Ausstellung der medizinischen Indikation zeigte: Selbst wenn einer schwangeren Person nach schwieriger Suche eine Indikation ausgestellt wird, weil sie eine psychische oder psychiatrische Erkrankung hat, heißt das noch nicht,

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

Interviewte Person aus der KAST-Studie

dass auch ein Abbruch durchgeführt wird. Das hängt wiederum von den Entscheidungen der Einrichtungen, die die Abbrüche vornehmen, ab. Hinzu kommen unterschiedliche Prozesse, die Betroffene in den Einrichtungen durchlaufen müssen. Teilweise gibt es Ethikkommissionen, interdisziplinäre Beratungskonzeile, intradisziplinäre Beratungen sowie zusätzliche Beratungs- und Aufklärungsgespräche. Diese einrichtungsspezifischen Prozesse und Verfahrensweisen können sich für die Personen, die einen Abbruch nach dem ersten Trimenon benötigen, als belastend erweisen und zusätzliche Hürden darstellen.

Die Studie fragte außerdem nach Verweisungsstrukturen und Kooperationen, die sich ebenfalls als überaus heterogen erwiesen. Im Vorfeld äußerte eine Interviewperson in der qualitativen Befragung die Annahme, dass Beratungsstellen wüssten, welche Kliniken Abbrüche nach dem ersten Trimenon durchführen,

und dass sie Betroffene direkt an diese Einrichtungen verweisen könnten. In der quantitativen Studie antworteten allerdings nur 67 Prozent der Einrichtungen, dass Beratungsstellen an sie verwiesen, während deutlich mehr Pränataldiagnostiker*innen (83 Prozent) und Gynäkolog*innen (89 Prozent) als Vermittler nannten.

Auch die Kooperationsstrukturen in den jeweiligen Kliniken differieren stark, etwa in Hinsicht auf die Zusammenarbeit mit psychosozialen Beratungsstellen und Sozialarbeiter*innen oder auch mit Hebammen bei Abbrüchen in höheren Schwangerschaftswochen. Zwar gibt es in manchen Regionen gute Netzwerke, aber dies ist nicht bundesweit der Fall. Eine interviewte Person äußerte in diesem Zusammenhang die Forderung, dass Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche nur in Häusern mit der entsprechenden Infrastruktur und dem entsprechenden Team durchgeführt werden sollten.

3) Die Kommunikationsbereitschaft und immanente Barrieren

Im Laufe des Forschungsprojekts zeigten sich Auffälligkeiten in der Kommunikationsbereitschaft der einzelnen Kliniken und Praxen sowie Barrieren in der Kommunikation. Generell war die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie sehr gering. Aber auch die teilnehmenden Einrichtungen hatten nicht selten Probleme, ihre Kontaktdaten herauszugeben: Nur zehn von den 46 Kliniken, die Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche durchführen, waren damit einverstanden, sich auf eine Überblicksliste setzen zu lassen. Dies obwohl explizit darauf hingewiesen wurde, dass die Daten nicht im Internet erscheinen würden, sondern nur an die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen weitergegeben würden und ausdrücklich zur Information für Personen, die einen Abbruch benötigen, dienen sollten.

Die Befragten aus der qualitativen und quantitativen Erhebung äußerten in diesem Zusammenhang unterschiedliche Befürchtungen, so unter anderem:

- Angst vor Überlastung, wenn öffentlich würde, dass sie Abbrüche nach dem ersten Trimenon durchführen. Befürchtet wurde ein Zustrom, teilweise wurde von „Tourismus“ gesprochen, aus ganz Deutschland, weil einzelne Kliniken mehrere Bundesländer versorgen müssten.

- Demonstrationen und Diffamierungen durch Abbruchgegner*innen. Dies wurde insbesondere von Einrichtungen problematisiert, die auch eine Geburtsabteilung oder eine Kinderwunschprechstunde anboten. Die Einrichtungen befürchteten Hürden und Ängste, wenn man offen ausspreche, dass in derselben Einrichtung auch Abbrüche nach dem ersten Trimenon durchgeführt werden.
- Distanzierung. Häufiger trugen Einrichtungen im offenen Antwortfeld ein, dass sie wirklich nur in Ausnahmefällen einen Abbruch nach der 14. Schwangerschaftswoche vornehmen würden.
- Befürchtung unerwünschter Assoziationen. So etwa, dass eine Person eine Geburtsbegleitung in einer Klinik erlebe und dann vielleicht beim nächsten Mal eine andere Klinik aufsuche, wenn sie weiß, dass dort Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden.

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

Statement einer Einrichtung aus der KAST-Studie

Beratungsstellen schildern, dass es für sie schwierig sei, für Schwangere, die einen Abbruch im zweiten oder dritten Trimenon benötigen, Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Ärzt*innen nehmen das teilweise sehr anders wahr. Sie gehen davon aus, dass Beratungsstellen ihr Angebot sehr genau kennen. Hier zeigt sich, wie wichtig eine gute Kommunikation zwischen den Professionen ist.

„Also wir hatten halt gerade im letzten Jahr drei Fälle von sehr späten Schwangerschaftskonflikten, wo wir einfach erlebt haben, wie schwierig es ist, für die Frauen, Hilfe und Unterstützung zu bekommen. Wir würden uns sehr wünschen, dass das sich ändert. Aber ehrlich gesagt, ich sehe da nicht wirklich Licht am Horizont.“

Beraterin aus der KAST-Studie

4) Die Versorgungslage

Die Versorgungslage wird insgesamt als prekär beschrieben. So werden etwa finanzielle und organisatorische Hürden für die Schwangeren angeführt, wenn vor Ort keine adäquate Versorgung vorhanden ist und zum Teil weite Wege zurückgelegt werden müssen. Das kann zu einer erheblichen psychischen Belastung bei Betroffenen führen, dies in einer teilweise ohnehin schon belasteten Situation – denn bei Abbrüchen nach dem ersten Trimenon handelt es sich oft um gewollte Schwangerschaften. In den Interviews wurde etwa bemängelt, dass einige Kliniken zwar Pränataldiagnostik anbieten, bei negativem Befund stünden dann aber keine weiterführenden Angebote oder Verweisungsstrukturen zur Verfügung. Eine andere Befragte verwies darauf, dass die Versorgungssituation für Abbrüche im dritten Trimenon sogar noch schlechter sei und dass die wenigen Kliniken dann weite Einzugsgebiete hätten. Hier zeigt sich, dass die Sorge der Überlastung, wenn ein Angebot publik gemacht wird, nicht ganz unberechtigt ist.

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

Interviewte Person aus der KAST-Studie

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

Interviewte Person aus der KAST-Studie

Handlungsbedarfe und Ausblick

Die Interviewten äußerten eine Reihe von Wünschen und Forderungen:

- Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs allgemein, aber auch speziell von Abbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche, in Bezug auf Betroffene, aber auch auf Ärzt*innen, die diese Eingriffe vornehmen





- Begleitung und Unterstützung durch die Klinik für die Schwangere, zum Beispiel nach auffälligem pränatal-diagnostischem Befund, und zwar nicht nur Diagnostik, sondern ein umfassendes Angebot, damit die Person eine gute Entscheidung treffen kann
- Schwangerschaftsabbrüche als Teil der gynäkologischen Ausbildung
- Implementierung von Leitlinien für Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche
- Gesetzliche Veränderungen rund um die Paragraphen 218/219 StGB

„Jedes öffentlich geförderte Krankenhaus muss bereit sein, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Dadurch garantieren die, dass das Angebot da ist.“

Interviewte Person aus der KAST-Studie

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

Interviewte Person aus der KAST-Studie

Die Studie hat außerdem eine Reihe von Forschungsbedarfen festgestellt:

- Erweiterte, bundesweite Erfassung der Versorgungssituation, um festzustellen, welche Kliniken Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon anbieten – in Deutschland sowie gegebenenfalls im Ausland
- Qualitative Erhebungen zur Informationslage von Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen – die KAST-Studie hat hier nur punktuelle Aussagen ermöglicht, die aber darauf hindeuten, dass Defizite bestehen könnten
- Erhebung von Erfahrungsperspektiven Betroffener mit psychosozialer und medizinischer Begleitung
- Untersuchung der Herausforderungen, die mit Abbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche einhergehen, insbesondere für das medizinische Personal
- Betrachtung zur Ausstellung medizinischer Indikationen und ihrer Umsetzung in Bezug auf die zugrunde liegende Diagnose ■

Vortrag 2

Medizinisches Vorgehen und Problemlagen beim Schwangerschaftsabbruch im 2. und 3. Trimenon

Holger Stepan

©: G. Gäbler



Holger Stepan

Prof. Dr. Holger Stepan ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und leitet die Abteilung für Geburtsmedizin am Universitätsklinikum Leipzig. Seit 2015 hat er einen Lehrstuhl für Geburtsmedizin an der Universität Leipzig inne. Er berichtet aus dem Klinikalltag einer Institution, die regelmäßig Schwangerschaftsabbrüche im zweiten und dritten Trimenon durchführt.

Am Universitätsklinikum Leipzig werden jährlich etwa 60 Spätabbrüche mit Fetozyd durchgeführt. Wir versorgen Schwangere aus ganz Mitteldeutschland, denn in Sachsen-Anhalt und Thüringen fehlen entsprechende Strukturen. In den letzten Jahren sind wir mit diesem Thema stärker an die Öffentlichkeit getreten, da aus unserer Sicht die Versorgungslage in diesem Bereich in einigen Regionen Deutschlands extrem schlecht ist. Uns erreichen wöchentlich Anfragen aus anderen Bundesländern von Personen, die Hilfe suchen, denen wir aus Kapazitätsgründen aber nicht helfen können.

Spätabbrüche nach Pränataldiagnostik als Teil der Notfallversorgung

Die pränatale Feststellung einer schweren Erkrankung eines Kindes ist ein medizinischer Notfall. Daran schließt sich die Versorgung an. Kliniken und Praxen, die pränataldiagnostische Untersuchungen anbieten, haben meiner Ansicht nach auch die Pflicht, Strukturen vorzuhalten, um Betroffene weiter zu betreuen. Das heißt nicht, dass jede PND-Praxis auch Spätabbrüche vornehmen muss. Die Kolleg*innen sollten sich aber mit

dem Thema auseinandersetzen und funktionierende Hilfestrukturen und Versorgungsnetzwerke aufbauen. Neben dem Abbruch kann dies auch bedeuten, dass die Schwangerschaft ausgetragen und das Kind dann palliativ versorgt wird. Das ist ebenso anspruchsvoll und die Versorgungslage in diesem Bereich ebenso problematisch. „Abortion is healthcare“ – dieser Satz ist in der Debatte um Abbrüche in den USA gefallen und charakterisiert die Situation meines Erachtens treffend.

Bei der Durchführung von Spätabbrüchen ist die Versorgung der Schwangeren und die Entbindung anspruchsvoller als der Fetozyd, der letztlich nur ein kleiner Eingriff ist. Die Geburt des toten Kindes kann Tage dauern und für die Frau deutlich belastender sein. Ein Fetozyd zusammen mit der Betreuung und Entbindung danach ist eine komplexe medizinische Leistung. Wir brauchen Kliniken, die Spätabbrüche mit Fetozyd auf hohem professionellen Niveau durchführen können und die entsprechende Infrastruktur sowie die nötige Expertise in multidisziplinären Teams vorhalten.

Der Fetozyd, die Betreuung der Frau unter der Geburt und die Entbindung des toten Kindes sollten in einer Hand liegen. Es ist für eine Frau nicht zumutbar, dass sie





Abb. 3: 164 Spätabbrüche mit Fetozyd nach Gestationsalter und fetalen Anomalien zwischen 2016 und 2019 am Universitätsklinikum Leipzig; Gesamtzahl der Geburten: 10.669 (Dathan-Stumpf et al. 2021); Angaben in Prozent

Spätabbrüche mit Fetozyden gemäß §218a Abs. 2 Strafgesetzbuch (n = 164)					
Gestationsalter < 24 SSW (n = 60)		Gestationsalter < 24 – 28 SSW (n = 65)		Gestationsalter < 28 SSW (n = 39)	
Fetale Anomalien		Fetale Anomalien		Fetale Anomalien	
Zentralnervensystem	33,3 %	Zentralnervensystem	16,9 %	Zentralnervensystem	43,6 %
Numerische Chromosomenaberration	28,3 %	Numerische Chromosomenaberration	32,3 %	Numerische Chromosomenaberration	25,6 %
Andere Syndrome	20,0 %	Andere Syndrome	24,6 %	Andere Syndrome	17,9 %
Herz	6,7 %	Herz	18,5 %	Herz	5,1 %
Skelettdysplasie	5,0 %	Skelettdysplasie	3,1 %	Skelettdysplasie	5,1 %
Andere	6,7 %	Andere	4,6 %	Andere	2,6 %

den Fetozyd in einer Praxis vornehmen lassen, dann mit dem toten Kind im Bauch den Weg in eine andere Klinik zurücklegen muss, um dort zu entbinden – nur weil sich Kliniken weigern, Fetozyde durchzuführen. Man kann den Fetozyd auch nicht auf die invasive Prozedur der Punktion reduzieren, es geht auch etwa um die psychologische Betreuung betroffener Frauen und Familien, die sehr anspruchsvoll ist und nicht zwischen unterschiedlichen Institutionen aufgeteilt werden sollte.

Viele Kolleg*innen antworten auf die Frage, warum die Versorgungslage bei Spätabbrüchen so schlecht ist, dass sie Angst vor juristischen Konsequenzen hätten. Tatsächlich arbeiten wir aber bei Fetozyden nicht im rechtsfreien Raum oder in einer juristischen Grauzone. Der Paragraf 218 hat ganz klar definiert, was wir dürfen und was nicht. Wer sich an die Rechtslage hält, hat nichts zu befürchten.

In Deutschland gibt es Kliniken, die Pränataldiagnostik anbieten und Frauen dann bei einer schlechten Diagnose nicht weiter unterstützen. Selbstverständlich können Krankenhäuser, etwa in konfessioneller Trägerschaft, aus ethischen Gründen ablehnen, Abbrüche durchzuführen. Wenn aber ein staatliches Krankenhaus DEGUM-III-Ultraschall anbietet und beispielsweise eine

Trisomie 18 diagnostiziert und dann die Schwangere ohne Hilfsangebote wegschickt, ist das meiner Ansicht nach inakzeptabel. Zumindest Häuser der Maximalversorgung sollten, wenn sie Pränataldiagnostik anbieten, auch ein Angebot für Spätabbrüche vorhalten.

Dass der Spätabbruch aus medizinischer Sicht sicher ist, wenn er in einer Klinik mit der entsprechenden Infrastruktur durchgeführt wird, konnten wir in unserer Analyse von 164 im Universitätsklinikum Leipzig zwischen 2016 und 2019 vorgenommenen Spätabbrüchen mit Fetozyd nachweisen (Dathan-Stumpf et al. 2021) (Abb. 3).

Unsere Studie ergab ein durchschnittliches Zeitintervall von Diagnose bis Fetozyd von 20 Tagen, wobei es im Schnitt länger dauert, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist (Abb. 4). Auch drei Wochen scheinen zunächst lang, was sich aber in dem Entscheidungsprozess begründet. Es ist davon auszugehen, dass man durch eine bessere, frühere und kompetenter durchgeführte Pränataldiagnostik etwa die Hälfte der Spätabbrüche vermeiden könnte, da viele Diagnosen noch im ersten Trimenon erfolgen können. Es gibt aber auch fetale Erkrankungen, die sich bei bester Pränataldiagnostik erst im späteren Schwangerschaftsverlauf manifestieren.

Abb. 4: Zeitintervall zwischen Diagnose und Fetoizid am Universitätsklinikum Leipzig; 2016–2019, Gesamtzahl der Fetoizide: 164 von 10.669 Geburten (Dathan-Stumpf et al. 2021)

	Mittelwert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum
Maternales Alter (Jahre)	31,4	5,7	17,0	46,0
Gestationsalter bei Entbindung (Schwangerschaftswoche)	26,1	3,3	21,5	36,2
Zeitintervall Diagnosestellung bis Fetoizid (Tage)				
Gesamtgruppe	20,1	13,7	5,0	70,0
unter 24 SSW	14,0	9,4	5,0	55,0
24 bis 28 SSW	23,0	12,2	6,0	55,0
über 28 SSW	24,5	18,2	7,0	70,0

Best Practice Leipzig

In Leipzig führen wir etwa 60 Spätabbrüche jährlich durch, was in etwa dem Bedarf in Mitteldeutschland entspricht. Diese Konzentration auf unsere Klinik hat den Vorteil, dass wir eine hohe Expertise bündeln können. Wir haben für das Thema eine klare Vorgehensweise, die wir aktuell überarbeiten. Dabei legen wir insbesondere Wert auf ein multiprofessionelles Team und eine umfassende, qualitativ hochwertige Betreuung der Frauen in dieser schwierigen Situation.

Unser Team akzeptiert Spätabbrüche als Teil der Geburtsmedizin. Sehr wichtig ist, dass es jedem*r im Team freigestellt ist, ob er*sie bei Fetoiziden assistieren möchte oder nicht. Insgesamt können diese Eingriffe für das Team extrem belastend sein, weswegen wir auch ihre Anzahl begrenzen. Außerdem steht Supervision zur Verfügung, die inzwischen auch gut angenommen wird. Die psychologische Hauptlast tragen dabei die Hebammen, die die Geburt betreuen.

Wenn ein Fetoizid vorgenommen wurde, vermerken wir auf dem Totenschein, dass es ein nicht natürlicher Tod war. Mit der Staatsanwaltschaft ist verabredet, dass wir ihnen jeden Spätabbruch unaufgefordert zufaxen. Dank dieser fest installierten und transparenten Abläufe, die sich an geltendes Recht halten, gab es bei uns bislang keinerlei juristische Probleme im Zusammenhang mit Spätabbrüchen.

Auch Demonstrationen von Abtreibungsgegner*innen oder Diffamierungen gab es in Leipzig bislang nicht. Im Gegenteil erleben wir oft große Dankbarkeit von Betrof-

fenen, weil wir die Diagnose nicht auf die lange Bank geschoben haben. Unsere Leistung ist eine notwendige medizinische Leistung, die auch als solche wahrgenommen wird.

Fazit

Spätabbruch und Fetoizid sind ein Thema, mit dem intransparent und zum Teil bigott umgegangen wird. Die Versorgungslage ist regional sehr heterogen und insgesamt unbefriedigend. Es fehlt eine Verpflichtung, ein weiterführendes Konzept anbieten zu müssen – zumindest bei maximaler Pränataldiagnostik im Fall einer schweren Anomalie (Fetoizid, palliative Betreuung).

Wir brauchen flächendeckend eine Infrastruktur und kompetente Teams, die sicherstellen, dass Frauen und Paare in dieser Krisensituation mit bester medizinischer Kompetenz und bestmöglichem menschlichem und psychologischem Support betreut werden, damit ein Spätabbruch medizinisch sicher ist und bestmöglich durchlebt und verarbeitet werden kann.

Ein Spätabbruch mittels Fetoizid mit anschließender Einleitung und Geburt des Kindes ist eine Konsequenz der modernen Pränataldiagnostik und in einem spezialisierten Perinatalzentrum mit einer niedrigen Komplikationsrate verbunden. In einer idealen Welt gäbe es in jedem Bundesland Teams, die Support bekommen, entsprechende Erfahrung haben und sich dieser Aufgabe als medizinischer Notfallversorgung stellen. ■



Vortrag 3

Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation – Nöte und Bedarfe der Betroffenen

Marion Janke

©: Tanja Isecke | Atelier Dittmar



Marion Janke

Dr. Marion Janke ist Leiterin der pro familia Stuttgart und leitet eine der vier „Informations- und Vernetzungsstellen (luV) Pränataldiagnostik“ in Baden-Württemberg. Sie fokussierte in ihrem Vortrag auf die Perspektive von Betroffenen.

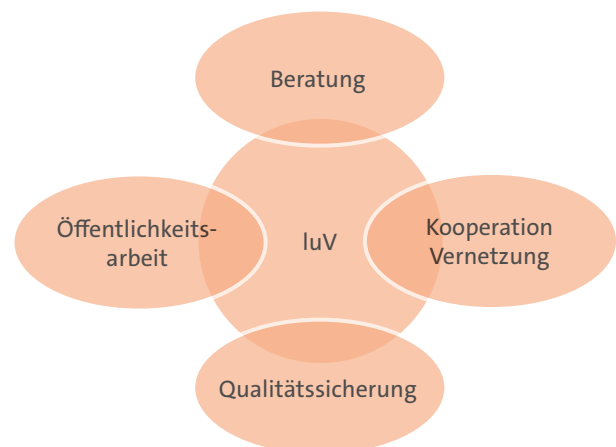
Als Leiterin der Stuttgarter Informations- und Vernetzungsstelle Pränataldiagnostik (luV-Stelle) möchte ich im Folgenden Einblick in unsere Arbeit geben. Dabei lege ich Wert darauf, die zeitliche Dimension auf die Phase vor und nach dem sogenannten Spätabbruch zu erweitern und die Vernetzung mit anderen Akteur*innen einzubeziehen. Die KAST-Studie hat vieles von dem aufgearbeitet und zusammengefasst, was wir in der Praxis tagtäglich erleben. Vorausgeschickt sei, dass die Versorgungssituation bei Abbrüchen nach dem ersten Trimenon in Baden-Württemberg nicht besonders gut ist.

Die luV-Stellen

Die luV-Stellen wurden vor zwölf Jahren im Rahmen eines Projekts in Baden-Württemberg gestartet und sind inzwischen eine feste Einrichtung mit gesicherter Finanzierung. Insgesamt gibt es vier luV-Stellen, in Karlsruhe, Mannheim, Ulm und Stuttgart, die jeweils eine bestimmte Region betreuen. Zu ihren Aufgaben gehört die psychosoziale Beratung für Schwangere und ihre Partner*innen im Kontext pränataler Diagnostik, aber auch die Vernetzung der beteiligten Berufsgruppen sowie die Qualitätssicherung in der Beratung und

Öffentlichkeitsarbeit. Alle luV-Stellen sind bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt und jeweils trägerübergreifend für mehrere Beratungsstellen zuständig. Die Stuttgarter luV-Stelle untersteht pro familia und betreut insgesamt 50 Beratungsstellen. So können wir in diesen speziellen Beratungssituationen, die in einzelnen

Abb. 5: Schwerpunkte der luV-Arbeit



Beratungsstellen eher selten vorkommen, Berater*innen mit unserer Expertise unterstützen.

Wichtig ist, dass wir eine trägerübergreifende Anlaufstelle für grundsätzliche Fragen sind und dass wir interprofessionelle Vernetzung in den Regionen unterstützen. Wir versuchen, Beratungsstellen, Kliniken und Praxen, Genetik, Seelsorge und Hebammen zur Netzwerkbildung und zum Austausch zu motivieren. Unser wichtigstes Ziel ist dabei, die Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik weiterzuentwickeln. Deshalb sorgen wir für Wissensmanagement, koordinieren Informationen und bieten Fortbildungen, Fachtagungen sowie Öffentlichkeitsarbeit an (für weitere Details siehe www.pnd-beratung.de).

Besonderheiten bei Spätabbrüchen für Schwangere/Paare

Bei späten Abbrüchen nach Pränataldiagnostik handelt es sich in der Regel um gewünschte, häufig lang ersehnte Schwangerschaften, deren Entstehung nicht selten reproduktionsmedizinisch unterstützt wurde. Häufig ist die Schwangerschaft schon weit fortgeschritten, die Frauen spüren Kindsbewegungen und haben bereits eine Bindung zu ihrem Kind entwickelt. Die Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft ist für sie eine schwerwiegende und weitreichende Entscheidung, die zudem häufig auf Basis einer relativ unsicheren Faktenlage getroffen werden muss. Denn niemand kann mit Sicherheit sagen, wie dieses Kind sein wird oder wie das Leben mit ihm sein wird. Es ist eine Grenzerfahrung. Viele Paare formulieren ganz klar, dass sich die Entscheidung, egal wie sie ausfällt, falsch anfühlt.

Hinzu kommt ein Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und der Entmündigung, weil Frauen und Paare zwar eine Entscheidung treffen müssen, bei der Umsetzung aber darauf angewiesen sind, dass Ärzt*innen die medizinische Indikation ausstellen und bereit sind, einen Abbruch durchzuführen. Eine schwierige Versorgungssituation verstärkt diese Verunsicherung. Die strafgesetzlichen Regelungen führen zur Kriminalisierung von Frauen, besonders gravierend ist dies im Zusammenhang mit dem Fetoizid.

Besonderheiten bei Spätabbrüchen für Ärzt*innen und das medizinische Personal

Ärzt*innen und medizinisches Personal erfahren ebenso durch die strafgesetzlichen Regelungen eine Kriminalisierung, viele haben Angst vor juristischen Sanktionen und erleben gesellschaftliche Missbilligung. Es gibt keine andere ärztliche Tätigkeit, die mit vergleichbaren strafrechtlichen Vorschriften belegt ist. Somit gibt es konkurrierende Ansprüche zwischen der Autonomie der Frau und der moralischen Integrität des medizinischen Personals. Das Weigerungsrecht sollte aus meiner Sicht zwar für einzelne Personen erhalten bleiben, aber es darf nicht für Kliniken gelten.

Die medizinische Indikation

Nur wenige Ärzt*innen stellen medizinische Indikationen aus. Besonders für Schwangere, die eine Schwangerschaft aufgrund einer psychischen oder psychiatrischen

Typisches Fallbeispiel

Eine 38-jährige Frau ist erstmals schwanger. Sie befindet sich wegen schwerer depressiver Episoden seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung, teilweise auch stationär, und nimmt Medikamente ein. Sie hatte nie einen Kinderwunsch, fühlt sich komplett von der Schwangerschaft überfordert. Ihr Partner ist ebenfalls psychisch krank. Das Paar verhütet mit Kondomen und hat selten Geschlechtsverkehr. Ihr Zyklus ist unregelmäßig, und die Frau bemerkt erst sehr spät, dass sie schwanger ist. Sie spricht ihre Therapeutin an, die ratlos ist und sie zur Gynäkologin schickt. Zu dem Zeitpunkt ist die Grenze der zwölften Woche bereits überschritten, und die Gynäkologin sagt, sie könne keine Indikation schreiben, dazu sei sie nicht berechtigt, sie müsse damit zu ihrem behandelnden Psychiater gehen. Beim Psychiater wird ihr bei der Anmeldung ein Termin in zwei Wochen gegeben, man müsse ein ausgiebiges psychiatrisches Gutachten dazu erstellen. Daraufhin wendet sie sich schon ziemlich verzweifelt an ihren Hausarzt, der auch sagt, er dürfe eine Indikation nicht ausstellen, und sie zu einer kirchlichen Beratungsstelle schickt, die ihr eine Schwangerenhilfenberatung anbietet. Sie findet eine Freundin, die mit ihr nach Holland fährt und beendet die Schwangerschaft dort.





Erkrankung beenden möchten, ist es schwierig, eine Indikation zu erhalten. Viele Ärzt*innen kennen die formalen Anforderungen und die Fristen nicht, wissen nicht, wie sie eine solche Indikation formulieren sollen, und sind sich nicht im Klaren darüber, dass dafür kein Gutachten nötig ist und dass jede*r Ärzt*in eine Indikation ausstellen kann. Mit PND-Befund ist es hingegen leichter eine medizinische Indikation zu erhalten.

Die Abbruchversorgung: Beispiel Stuttgart

In der Versorgung bei Abbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche in Baden-Württemberg gibt es in der Regel keine Wahl der Methode. Nur wenige Einrichtungen bieten ambulante Abbrüche bis zur 16. Woche an. Auch pro familia Beratungsstellen können hier nicht immer valide Informationen weitergeben.

In Baden-Württemberg sind die Möglichkeiten für sehr späte Abbrüche mit Fetozyd sehr eingeschränkt. Die Maximalversorgungsklinik in Stuttgart führt keine ambulanten Abbrüche durch und lehnt die Durchführung von Fetozyden ab. Schwangere, die in Stuttgart leben und eine medizinische Indikation für einen Abbruch nach der 22. Schwangerschaftswoche erhalten, müssen reisen, um einen Fetozyd vornehmen zu lassen. Typische Anlaufstellen sind Kliniken in Bonn und Köln. Die Frauen müssen also 400 Kilometer mit dem toten Kind im Bauch zurücklegen, was für viele extrem belastend ist, bevor sie es in der Stuttgarter Klinik auf die Welt bringen können.

Die wenigen Ärzt*innen, die in Stuttgart Abbrüche vornehmen, sind extrem belastet, und die psychosoziale Nachsorge ist weder geregelt noch sichergestellt. Während eine Universitätsklinik eine kleine Welt für sich ist, die die medizinische und psychologische Versorgung rundum sicherstellt, sind die Frauen nach dem Eingriff völlig auf sich gestellt. Hier gibt es kaum Kooperations- und Verweisstrukturen. Wenn Frauen den Abbruch nicht vor Ort durchführen lassen können, sind sie noch stärker auf sich selbst gestellt.

Wissensdefizite

Es bleibt weitestgehend intransparent, wie und wo eine Schwangere einen Abbruch nach dem ersten Trimenon durchführen kann. Hier ist die Zurückhaltung der Praxen und Kliniken extrem groß. Das wenige Wissen wird ungern geteilt, fast als Geheimnis betrachtet. Berater*innen und Ärzt*innen müssen sich Listen selbst

erarbeiten und aktualisieren. Hier sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägern erheblich; bei einigen kirchlichen Trägern gilt das Führen solcher Listen, aber auch die Weitergabe von Informationen als Tabu.

Dass die Abläufe in Kliniken, die Abbrüche durchführen, so intransparent sind, kann für Frauen belastend sein. Wenn Frauen gut vorbereitet einen Spätabbruch vornehmen, gibt es meiner Erfahrung nach deutlich weniger Traumatisierung, und die Situation wird nicht so schnell als Überforderung empfunden.

Kaum präsent ist auch Wissen über den Ablauf palliativer Geburten. Es gibt kein Informationsmaterial, Praxen und Kliniken veröffentlichen nichts dazu auf ihren Homepages – auch nicht, seitdem der Paragraph 219a gefallen ist. Kliniken führen teilweise an, palliative Geburten seien personell sehr aufwändig. Unserer Erfahrung nach können mit ambulanten Palliativteams und engagierten Hebammen palliative Geburten auch gut zu Hause organisiert werden.

Best Practice: Der interprofessionelle Qualitätszirkel in Stuttgart

In Stuttgart gibt es seit zwölf Jahren einen interprofessionellen Qualitätszirkel, der mit zehn bis fünfzehn Teilnehmenden sehr gute Arbeit leistet. Seitdem hat sich bei uns in der Stadt und im Umfeld viel verändert. Unterschiedliche Professionen haben unterschiedliche Herangehensweisen, einen anderen Blick auf jeden Fall, aber sie sprechen auch anders darüber. In diesen vielen Jahren hat sich ein echtes Verständnis füreinander und eine sehr gute Zusammenarbeit entwickelt, sodass die Überweisungsstrukturen bei uns in Stuttgart gut funktionieren – anders als in anderen und vor allem ländlichen Regionen Baden-Württembergs.

Dies zeigt: Überweisungen finden dann statt, wenn man sich persönlich kennt und positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht hat. Interprofessionelle Qualitätszirkel schaffen Verständnis, Vertrauen, gegenseitige Wertschätzung und alle lernen von allen.

Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs

Aus unserer Sicht ist das größte Problem die Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Ein Tabu beruht auf gesellschaftlichen Normen, die unausgesprochen bleiben, gleichzeitig aber unhinterfragt und rationaler Kritik entzogen sind. All diese Punkte treffen auch auf

den Schwangerschaftsabbruch zu. Die Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs verhindert den Diskurs über das Thema und fördert Angst und Abwehr. Das zeigt sich auch etwa darin, dass Kliniken ihre Daten zum Schwangerschaftsabbruch nicht öffentlich machen. Angst vor Angriffen ist zwar nicht immer unbegründet, aber dennoch kein guter Ratgeber. Die Tabuisierung führt zur Einschränkung des Aktionsspielraums, fördert die Geheimhaltung und das Schweigen, was wiederum dazu führt, dass das Tabu aufrechterhalten bleibt.

Was ist ein Tabu?

„Ein Tabu beruht auf einem stillschweigend praktizierten gesellschaftlichen Regelwerk beziehungsweise einer kulturell überformten Übereinkunft, die bestimmte Verhaltensweisen auf elementare Weise gebietet oder verbietet. Tabus sind unhinterfragt, strikt, bedingungslos, sie sind universell und ubiquitär, sie sind mithin Bestandteil einer funktionierenden menschlichen Gesellschaft. Dabei bleiben Tabus als soziale Normen unausgesprochen oder werden allenfalls durch indirekte Thematisierung (zum Beispiel Ironie) oder beredtes Schweigen angedeutet: Insofern ist das mit Tabu Belegte jeglicher rationalen Begründung und Kritik entzogen.“

Wikipedia

woche durchführen, aber dass sie Kooperationsstrukturen vorhalten – wer Pränataldiagnostik anbietet, sollte auch verpflichtet sein, sich hier zu beteiligen

- Verteilen der Durchführung von Abbrüchen nach dem ersten Trimenon auf viele Schultern, Zusammenstellung von Teams

Mein Apell ist: Lassen Sie uns darüber reden, auch mit Kritiker*innen. Das Schweigen und die Sprachlosigkeit verursachen viel mehr Leid als der Schwangerschaftsabbruch selbst, und zwar für ungewollt schwangere Frauen, Ärzt*innen und medizinisches Personal sowie alle anderen Beteiligten. Ich bin überzeugt, eine Mehrheit in unserer Bevölkerung wäre damit einverstanden, das Thema in die normale Gesundheitsversorgung einzubeziehen. ■

Wünsche

Ich möchte abschließend keine Forderungen aufstellen, sondern eine Reihe von Wünschen formulieren, die mir am Herzen liegen. Wichtig wäre aus meiner Sicht:

- Angstfreie und offene Kommunikation
- Öffentlichkeitsarbeit, die aktiv statt reaktiv und defensiv ist
- Aktive interprofessionelle Zusammenarbeit
- Erstellen von Listen und Übersichten über die Abbruchversorgung für ganz Deutschland
- Implementierung des Schwangerschaftsabbruchs als Teil der regulären Gesundheitsversorgung und Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen sowie Erstellen von Standards und Leitlinien
- Beteiligung möglichst aller Kliniken, das heißt nicht, dass alle Abbrüche nach der 14. Schwangerschafts-





Vortrag 4

Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten Trimenon in den Niederlanden

©: privat



Elles Garcia

Elles Garcia ist als Ärztin in zwei Abtreibungskliniken in Amsterdam und Haarlem/Heemstede tätig. Beide Kliniken sind auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisiert, wobei in Heemstede vor allem spätere Abbrüche bis zur 22. Schwangerschaftswoche nach der letzten Periode durchgeführt werden. Sie berichtete aus dem Klinikalltag und gab einen kurzen Überblick zum Umgang mit Abbrüchen in den Niederlanden.

Ich arbeite als Ärztin in der Bloemenhove Klinik in Haarlem/Heemstede und in einer weiteren Abtreibungsklinik in Amsterdam und möchte heute über die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten Trimenon in unseren Kliniken berichten.

Schwangerschaftsabbrüche in den Niederlanden – Grundlagen

Das 1984 eingeführte Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch in den Niederlanden sieht vor, dass ein Abbruch bis zur 24. Woche nach dem ersten Tag der letzten Periode legal ist, wenn bestimmte Bedingungen eingehalten werden. Zentral ist dabei, dass der Abbruch die freie Entscheidung der Frau ist, die sich in einer Notsituation befindet, egal ob aus medizinischen oder sozio-ökonomischen Gründen. Wenn die sechste Schwangerschaftswoche überschritten ist (6 Wochen + 2 Tage), ist aktuell noch eine Bedenkzeit von fünf Tagen einzuhalten. Ab Januar 2023 ist diese Bedenkzeit nicht mehr verpflichtend. Der Abbruch muss in einer Abbruchklinik oder einem Krankenhaus durchgeführt werden, die dafür lizenziert sind. Abbruchkliniken müssen mit einem Krankenhaus in der Nähe kooperieren, um Patientinnen im Notfall weiterleiten zu können.

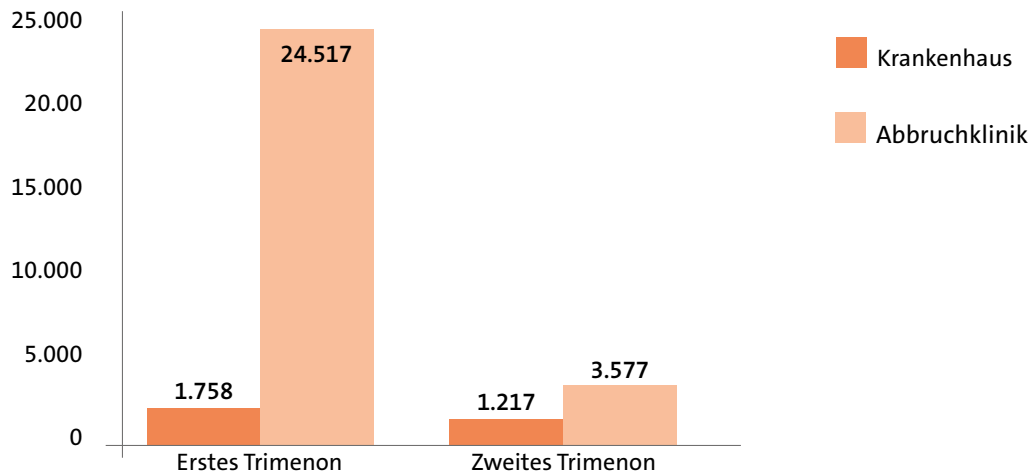
In den Niederlanden gibt es 79 Krankenhäuser, die Abbrüche vornehmen, sowie 19 Abbruchkliniken. Ungefähr 90 Prozent der Abbrüche finden in den spezialisierten Kliniken statt. Von den 19 Abbruch-

kliniken führen sieben Abbrüche im zweiten Trimenon durch, davon zwei im späten zweiten Trimenon. Die Krankenhäuser und Kliniken dürfen kein Geld an diesem Angebot verdienen. Für Niederländerinnen ist der Eingriff kostenlos, Ausländerinnen sind zur Zahlung verpflichtet (Kosten 2022: zwischen 445 und 1.095 Euro).

Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, müssen eine spezielle Ausbildung durchlaufen. Für die Durchführung von Abbrüchen im ersten Trimenon dauert diese Ausbildung in der Regel acht Monate, für die Durchführung von Abbrüchen bis zur 18. Woche beziehungsweise bis zur 24. Woche verlängert sie sich jeweils um ein weiteres Jahr. Anschließend müssen Ärzt*innen 75 Behandlungen in allen Kategorien jährlich durchführen, um die Berechtigung zu behalten.

In den Niederlanden sind die Abbruchzahlen in den letzten Jahrzehnten stabil und liegen bei insgesamt etwa 30.000 Abbrüchen jährlich (Abb. 6). Davon entfallen etwa zehn Prozent auf Ausländerinnen (2021: 28.089 Niederländerinnen, 2.960 Ausländerinnen, davon 1.011 Deutsche). Die Abbruchrate in den Niederlanden ist sehr gering: Sie liegt bei 8,7 pro 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren (zum Vergleich: USA 20,8; die niedrigste Abbruchrate in Europa hat die Schweiz mit 7,3).

Abb. 6: Anzahl der Abbrüche in den Niederlanden (2021); Gesamtzahl = 31.069



Best Practice Bloemenhove Klinik

Die Bloemenhove Klinik in Heemstede/Haarlem gibt es seit 1971. Sie ist in den Niederlanden ein Symbol für den Kampf für das Recht auf den Schwangerschaftsabbruch. In Heemstede nehmen wir Abbrüche bis zur 22. Woche p. m. vor, in Amsterdam nur bis zur 18. Woche p. m. Insgesamt führen wir jährlich ungefähr 6.500 Abbrüche in beiden Kliniken zusammen durch (Abb. 7).

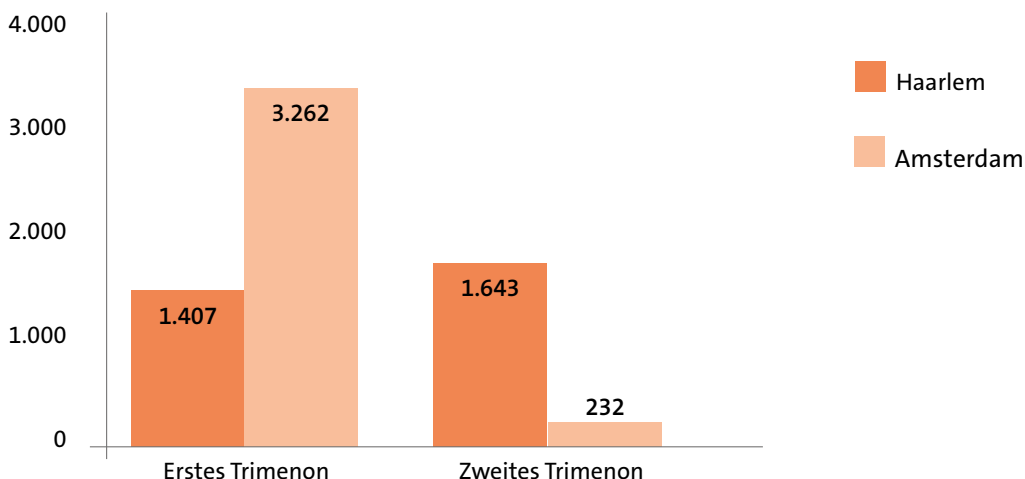
2021 wurden 27 Prozent der Abbrüche in unseren Kliniken medikamentös durchgeführt, 44 Prozent mit Vakuumaspiration (Saugkürrettage) und 29 Prozent per Zervixdilatation und Evakuierung (D&E).

96 Prozent der Patientinnen in unserer Klinik in Amsterdam kommen aus den Niederlanden, in Haarlem nur etwas mehr als die Hälfte (53 Prozent). Von den Ausländerinnen kommen die meisten aus Deutschland (15 Prozent), gefolgt von Polen und Frankreich (je ca. 13 Prozent).

1) Unsere Prozesse

Zunächst erfolgt eine telefonische Terminvergabe, bei der schon das Schwangerschaftsstadium erfragt wird, ebenso das Datum des letzten Arztbesuches. Letzteres ist wichtig, um die gesetzliche Wartezeit von fünf Tagen einhalten zu können. Außerdem stellen wir Fragen zur

Abb. 7: Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in den Kliniken in Amsterdam und Haarlem (2021); Gesamtzahl: 6.544





Medikamentierung und Vorerkrankungen, um sicherzugehen, dass die Frauen bei uns behandelt werden können. Zur Behandlung müssen sie ihren Personalausweis und ihre Versicherungskarte mitbringen und einen Fragebogen ausfüllen sowie eine Einverständniserklärung („informed consent“) unterschreiben.

Der*die Ärzt*in führt anschließend ein Gespräch mit der Frau alleine, ohne Begleitpersonen. Dies ist wichtig, um sicherzugehen, dass die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wirklich die eigene Entscheidung der Frau ist und dass sie davon überzeugt ist. Aus welchen Gründen sie einen Abbruch wünscht, ist für uns nicht zentral. Wir fragen zwar nach den Gründen, aber nur um abschätzen zu können, wie überzeugt die Frau von ihrer Entscheidung ist. Außerdem sprechen wir das Thema Verhütung an, stellen Fragen zur allgemeinen Gesundheit, machen einen Ultraschall und klären über das Vorgehen und die Risiken und möglichen Komplikationen auf. Anschließend spricht die Frau nochmals mit einer Krankenschwester über ihre Entscheidung, die auch ihre Blutgruppe sowie weitere Details abklärt.

2) Gründe für den Abbruch

Mehr als ein Viertel (28 Prozent) der 1.260 Frauen, die in der Bloemenhove Klinik 2021 befragt wurden, gaben an, dass sie einen Abbruch vornehmen lassen wollten, weil ihre Familienplanung bereits abgeschlossen sei. 22 Prozent gaben als Grund ihre soziale oder finanzielle Situation an, 20 Prozent fühlten sich zu jung oder zu alt

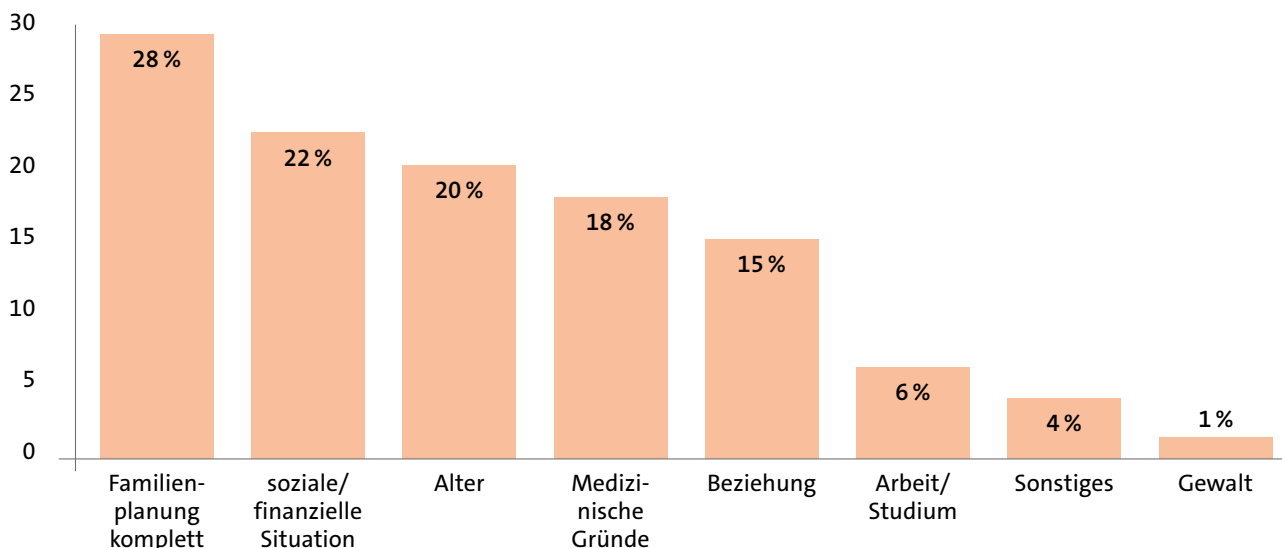
für eine Schwangerschaft, 18 Prozent führten medizinische Gründe an, 15 Prozent Beziehungsgründe (Abb. 8).

3) Behandlungsmethoden

Von der vierten bis zur neunten Schwangerschaftswoche p. m. erfolgt der Abbruch bei uns medikamentös beziehungsweise alternativ per Vakuumaspiration, die wir bis zur zwölften Woche durchführen. Bei Abbrüchen ab der 13. bis zur 22. Woche führen wir den Abbruch per Zervixdilatation und operativer Uterusausräumung (Dilatation und Evakuierung; D&E) durch (Abb. 9). Der chirurgische Abbruch erfolgt mit Sedierung (Gabe von Propofol und Alfentanil). Bis zur 17. Schwangerschaftswoche können Frauen alternativ eine Lokalanästhesie erhalten, für die sich aber sehr wenige entscheiden (2021: sechs Prozent). Frauen mit erhöhtem Risiko bei einer Sedierung, etwa Frauen mit Adipositas, erhalten automatisch eine Lokalanästhesie. Die Frauen bleiben für den Abbruch zwei bis acht Stunden in der Klinik.

Zunächst bereiten wir den Gebärmutterhals mit der Gabe von Misoprostol vor. Möglich wäre auch eine Gabe von Mifepriston (Mifegyne). Allerdings muss dieser Wirkstoff einen Tag früher eingenommen werden, was den bei uns etablierten Prozess beeinträchtigen würde, bei dem sich die Frauen nicht über Nacht in der Klinik aufhalten. Dauer und Menge der Mifepristongabe hängen vom Schwangerschaftsalter ab. Danach erfolgt die Behandlung im OP mit Dilatation der Portio auf maxi-

Abb. 8: Gründe für den Abbruch; 1.260 Befragte aus der Bloemenhove Klinik (2021); Angaben in Prozent



mal 17 Millimeter und anschließender Entfernung von Fötus und Plazenta mit einer Zange sowie, wenn nötig, durch Aspiration. Die Behandlung kontrollieren wir per Ultraschall. Bis um die 15. Woche p. m. bieten wir an, beim Abbruch direkt eine Spirale zu setzen. Bei höherem Schwangerschaftsalter wird das Risiko einer Abstoßung zu groß.

Die Intervention dauert bei Abbrüchen im zweiten Trimenon zwischen 15 und 30 Minuten, wobei sie umso länger ist, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist. Auch die Risiken, die Nebenwirkungen der Medikamente und der Bedarf an psychologischer Unterstützung steigen bei höherem Schwangerschaftsalter. Bei Abbrüchen nach der 16. Schwangerschaftswoche werden prophylaktisch Antibiotika verabreicht (1000 mg Azithromycin und 2000 mg Metronidazol). Nach der Behandlung müssen Frauen mit Blutverlust und Schmerzen wie bei einer normalen Periode rechnen. Wir empfehlen, zwei Wochen nach dem Abbruch keine Tampons zu benutzen, nicht zu baden, keinen Geschlechtsverkehr zu haben und bei Aktivitäten genau auf seinen Körper zu hören. Die erste Periode kommt üblicherweise vier bis sechs Wochen nach dem Eingriff.

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein sehr sicherer Eingriff mit einer geringen Komplikationsrate. Bei den etwa 6.500 Abbrüchen, die wir im vergangenen Jahr in unseren Kliniken durchgeführt haben, gab es nur in 1,5 Prozent der Fälle Komplikationen. Dabei handelte es sich fast immer um unvollständige Abbrüche.

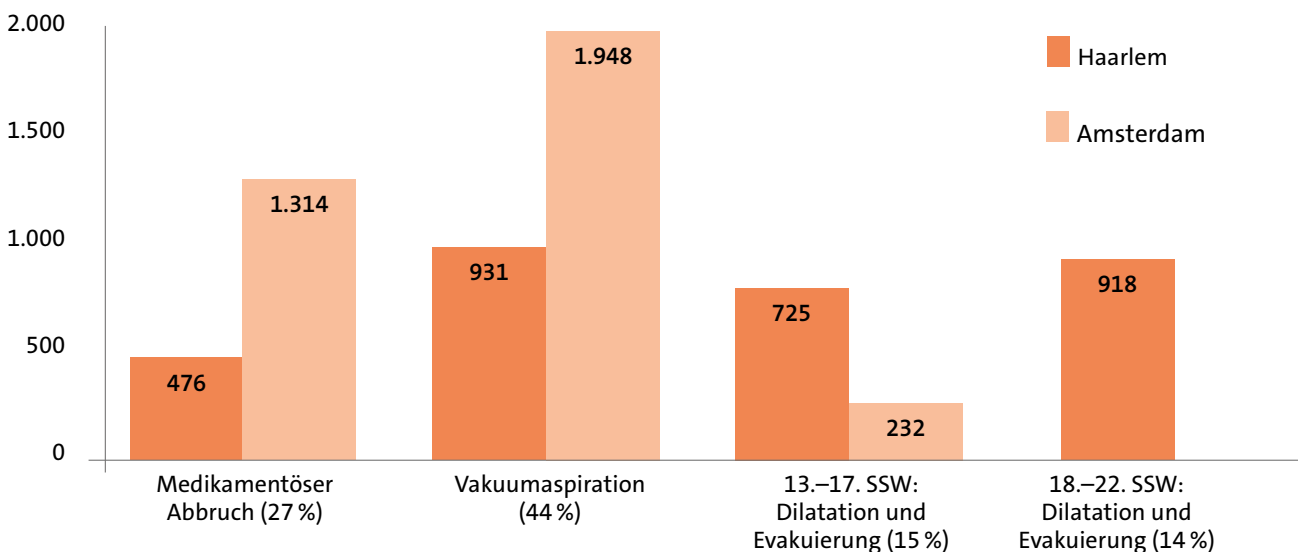
4) Follow-up

Wir empfehlen ein Follow-up nach drei bis fünf Wochen, das in unseren Kliniken stattfinden kann, aber auch bei Allgemeinmediziner*innen oder anderen Ärzt*innen, auch per Telefon. Bei diesem Termin sprechen wir nochmals das Thema Verhütung an. Immer sollte ein Schwangerschaftstest erfolgen, um zu überprüfen, ob der Fötus komplett abgegangen ist. Manchmal braucht es weitere Untersuchungen. Beim Follow-up schauen wir auch, wie es der Frau emotional geht. Wenn nötig, bieten wir psychologische Hilfe an, häufig genügt aber die Unterstützung durch Freunde und Familie.

5) Website

Auf unserer Homepage www.bloemenhove.nl stellen wir unser Angebot detailliert vor. Die Website steht in mehreren Sprachen zur Verfügung, auch auf Deutsch: www.abtreibungholland.de.

Abb. 9: Methoden beim Schwangerschaftsabbruch in den Abbruchkliniken in Amsterdam und Haarlem, 2021, Gesamtzahl der Abbrüche: 6544





Diskussion



Abb. 10: Diskussionsrunde am 25. November 2022

Insgesamt ist die Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland mangelhaft.

Die Versorgungssituation für Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland ist regional stark unterschiedlich, wird aber insgesamt als mangelhaft eingeschätzt. Zwar gibt es wenig konkrete Daten, denn die meisten Kliniken in Deutschland machen nicht transparent, ob, wie und wie viele Abbrüche nach dem ersten Trimenon sie durchführen. Bei Abbrüchen mit Feto-zid ist die Lage noch angespannter, obwohl die Fallzahl nicht sehr hoch ist und eigentlich jede*r Pränataldiagnostiker*in, der*die mit den invasiven Methoden vertraut ist, auch einen Feto-zid durchführen kann.

Viele Kliniken lehnen es ab, Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche durchzuführen oder ihre Angebote transparent zu machen. Als Gründe geben sie an, dass sie Überlastung aufgrund des deutschlandweit geringen Angebots befürchten, aber auch Imageverluste, Diskriminierung und Diffamierung durch Abbruchgegner und – dies insbesondere im Zusammenhang mit Feto-ziden – juristische Probleme. Viele dieser Befürchtungen könnten vorgeschoben sein, sie zeigen aber das Klima der Tabuisierung und Kriminalisierung rund um den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland.

Angeführt wurde auch, dass sich eine schlechte finanzielle Vergütung vor allem im ambulanten Bereich negativ auf das Angebot auswirken könnte. Dies betrifft auch den Bereich der Indikationsstellung: Niedergelassene Ärzt*innen erhalten für die Ausstellung von Indikationen keine adäquate Vergütung.

Aufgrund der angespannten Versorgungssituation und der mangelnden Transparenz können Frauen nicht frei wählen, welche Abbruchmethode sie bevorzugen. Aus Studien ist bekannt, dass die Wahlmöglichkeit entscheidend für der Verarbeitung des Eingriffs ist. Die operative Ausräumung im zweiten Trimenon, die etwa in Holland Usus ist, wird den Frauen in Deutschland häufig gar nicht angeboten.

Medizinische Indikation – ein ungedeckter Bedarf

Die medizinische Indikation ist gemäß Paragraf 218a auf die Schwangere bezogen und setzt voraus, dass von der Schwangerschaft eine erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit ausgeht – auch etwa ausgelöst durch die schwere gesundheitliche Schädigung des Kindes. Da sich dies je nach Fall sehr unterschiedlich darstellt, lassen sich keine Listen erstellen, welche Krankheiten der Mutter oder des Kindes eine Indikation rechtfertigen würden. Die Entscheidung über die Indikation bleibt damit im Ermessensspielraum der Ärzt*innen. Die Entscheidung der Frau ist dabei sekundär (anders als etwa in den Niederlanden).

Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche werden in Deutschland fast ausschließlich durchgeführt, weil das Kind Anomalien aufweist. Sogenannte „mütterliche“ Indikationen, die alleine auf den Gesundheitszustand der Frau fokussieren, sind sehr selten. Ein ungedeckter Bedarf scheint bei psychischen/psychiatrischen Beeinträchtigungen der Schwangeren zu bestehen. Hier gibt es zwar kaum valide Daten, aber Erfahrungswerte bestätigen, dass Schwangere, die eine Schwangerschaft nach der 14. Woche aus psychischen Gründen abbrechen möchten, selten eine Indikation erhalten. Dabei herrscht der Irrglaube vor, es müsste ein psychiatrisches Gutachten erstellt werden und nur ein*e Psychiater*in könne nach langwieriger psychiatrischer Untersuchung eine solche Indikation ausstellen. Tatsächlich kann laut Gesetz jede*r Ärzt*in eine Indikation ausstellen, wenn sich die Frau in einer akuten Belastungssituation befindet, von der die „Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“ ausgeht (Paragraf 218a). Hier stellt sich die Frage, ob man Frauen, die sich in einer akuten Belastungssituation befinden, sonst aber gesund sind, überhaupt psychiatrisch beurteilen lassen sollte.

Hinzu kommt, dass auch Frauen, die eine psychische/psychiatrische Indikation erhalten, häufig keine Klinik finden, die dann den Abbruch durchführt. Feste Verweisstrukturen und definierte Prozesse gibt es nicht. Letztlich ist es Glückssache, ob eine Betroffene eine Beratungsstelle oder eine*n Ärzt*in findet, die sie begleiten. Häufig führt ihr Weg letztlich ins Ausland.

Genetische Diagnostik: Segen oder Fluch?

Die genetische Diagnostik hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert und nimmt immer mehr Raum ein. Dies kann sich positiv auf die Entscheidungsfindung auswirken, weil Betroffene sich ein klareres Bild von den Erkrankungen ihres Kindes machen können. Allerdings bleibt häufig eine erhebliche Unsicherheit, denn viele Krankheitsbilder sind alles andere als eindeutig. In der Diskussion wurde angemahnt, dass eine weiterführende Diagnostik nur dann sinnvoll sei, wenn sie wirklich zur Entscheidungsfindung beiträgt. Ist eine Schwangere nach Feststellung eines pränatalen Befundes überzeugt, dass sie die Situation nicht aushält und die Schwangerschaft abbrechen möchte, sollte sie keine weitere Diagnostik durchlaufen müssen. An dieser Stelle ist es wichtig, die Beratung in den Prozess einzubinden, denn die Entscheidungsfindung basiert nicht nur auf medizinischen Fakten.

Andererseits ist es wichtig, bei dieser schwierigen Entscheidung, den Betroffenen alle relevanten Informationen zur Verfügung zu stellen und keinen Zeitdruck aufzubauen. Ist die Versorgungssituation bei Abbrüchen nach dem ersten Trimenon gut, gibt es weniger Abbrüche in sehr weit fortgeschrittenen Schwangerschaften.

Die wichtige Rolle von Beratung bei Abbrüchen nach dem ersten Trimenon

Auch nach Abbrüchen im zweiten und dritten Trimenon brauchen sehr wenige Frauen eine Therapie, meist genügt eine Begleitung von erfahrenen Berater*innen, die auch Trauerbegleitung leisten können. In der Regel zweifeln die Paare und Frauen ihre Entscheidung nicht an. Sie brauchen aber einen Raum, in dem sie darüber sprechen können. Nach ein paar Sitzungen können sie dann wieder in die Normalität zurückkehren.

Dabei sollte Beratung in die Abläufe eingebunden sein und vor, während und nach dem Eingriff zur Verfügung stehen. Da der späte Schwangerschaftsabbruch bei einigen Trägern von Beratungsstellen stark tabuisiert ist, ist hier ein Netzwerk besonders wichtig, aber auch eine große Herausforderung.

Was kann dazu beitragen, Prozesse besser zu strukturieren?

Eine Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon könnte – anknüpfend an die gerade erstellte Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon – Handlungssicherheit geben und dazu beitragen, Prozesse zu etablieren und die professionsübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Da die Versorgung bei Abbrüchen in der weiter fortgeschrittenen Schwangerschaft immer komplexer wird, wären Leitlinien über das erste Trimenon hinaus besonders wichtig. Möglich wäre es auch, an der Leitlinie zur Geburtseinleitung anzudocken, in der bereits ein Abschnitt zur Abortinduktion und Geburtseinleitung bei intrauterinem Fruchttod enthalten ist (https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf).

Um die Prozesse für Pränataldiagnostiker*innen klarer zu strukturieren, wäre auch ein Statement der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) ein wichtiger Schritt. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft könnte sie darlegen, welche Prozesse und welche Infrastruktur für Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon nach PND-Befunden benötigt werden.

Die ambulanten und stationären Verfahren bei Abbrüchen nach dem ersten Trimenon werden bislang von den Kliniken selbst festgelegt und sind sehr unterschiedlich. Betroffene erhalten häufig erst spät Informationen über das Procedere in der jeweiligen Klinik. In manchen Einrichtungen gibt es Ethikkommissionen, die Frauen müssen erneut ihre Gründe darlegen und eine zweite Prüfung durchlaufen, deren Ausgang unsicher ist. Es wäre wünschenswert, dass die Kliniken hier eine adäquate, qualitätsgeprüfte und einheitliche Leistung anbieten und diese transparent nach außen vermitteln würden.

Wichtig wäre außerdem, die Kooperation zwischen Beratungsstellen, Kliniken und Niedergelassenen einheitlich und transparent zu organisieren. Einzelne PND-Praxen und -Kliniken haben zwar funktionierende Kooperationsstrukturen, aber dies ist keineswegs flächendeckend der Fall. So ließe sich auch die Nachsorge disziplinübergreifend gewährleisten.





Team, Konzept und Supervision

Um eine qualitativ hochwertige Durchführung von Abbrüchen nach der 14. Schwangerschaftswoche vorzuhalten, braucht es multiprofessionelle, erfahrene Teams mit einem definierten, transparenten Konzept. Einbezogen werden sollten neben Gynäkolog*innen und Pränataldiagnostiker*innen, auch Anästhesist*innen, Psycholog*innen, Hebammen, Berater*innen, Seelsorger*innen vor Ort und extern. Es ist zentral, alle Akteur*innen ins Boot zu holen und ein gemeinsames Procedere zu erarbeiten. Dabei sollte auch dafür gesorgt werden, Supervision zur Verfügung zu stellen, um das Team in belastenden Situationen zu unterstützen.

In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass insbesondere Hebammen bei Abbrüchen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft in der Regel besonders belastet sind: Denn sie begleiten die Mütter während des gesamten Geburtsvorgangs, der mit der Geburt eines toten Kindes endet. Hier ist es wichtig, für Supervision zu sorgen. Die ablehnende Haltung der Hebammen und die schlechte Personalsituation wird dabei häufig auch von Klinikleitungen als Argument vorgebracht, um die Durchführung von Abbrüchen nach dem ersten Trimenon abzulehnen.

Qualitätsstandards beim Ultraschall

Wichtig wäre auch, die Einhaltung der Qualitätsstandards der Ultraschalluntersuchungen zu gewährleisten und zu verbessern, da eine Vielzahl genetischer Störungen noch immer zu spät entdeckt wird. Hier braucht es eine effiziente Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften wie der DGKG und der DEGUM, aber auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, um die Vergütung angemessen zu regeln. ■

Zusammenfassung

Die KAST-Studie, deren Ergebnisse Johanna Walsch einleitend präsentierte, stellt eine Reihe von Daten zur Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland zur Verfügung. Schon die geringe Beteiligung an der quantitativen Befragung der Studie zeigt, dass die Berührungängste mit dem Thema noch groß sind. Dies bestätigte auch die geringe Bereitschaft vieler an der Studie beteiligter Kliniken, ihr Angebot offenzulegen und für Beratungsstellen per Liste zugänglich zu machen. Außerdem deutete sich an, dass der Zugang zur medizinischen Indikation stark mit den Gründen für den Abbruch zusammenhängt: Bei einer schweren Erkrankung des Kindes scheint es leichter zu sein, eine Indikation zu bekommen, als bei einer Erkrankung der Schwangeren, wobei bei psychischen/psychiatrischen Erkrankungen besonders ungerne Indikationen ausgestellt werden. Aber auch wenn eine Schwangere eine Indikation erhalten hat, ist der Zugang zum Abbruch noch nicht automatisch gewährleistet. Entscheidend sind hier die Gepflogenheiten der einzelnen Kliniken, die – auch dies hat die Studie herausgearbeitet – stark differieren und teilweise zusätzliche Hürden darstellen.

Im zweiten Vortrag gab Prof. Dr. Holger Stepan Einblick in das Vorgehen bei Abbrüchen mit Fetozyd am Universitätsklinikum in Leipzig. Er legte dar, dass auch Abbrüche in der fortgeschrittenen Schwangerschaft sichere Eingriffe sind, die eine geringe Komplikationsrate aufweisen, wenn ein entsprechend ausgebildetes multiprofessionelles Team sie ganzheitlich betreut. Neben Ärzt*innen unterschiedlicher Disziplinen gehören dazu auch Psycholog*innen, Hebammen und Berater*innen. Das Vorgehen in Leipzig bewegt sich auf dem Boden der aktuellen Rechtslage und ist juristisch abgesichert. Stepan betonte, dass der Abbruch in diesen Fällen Teil der medizinischen Notfallversorgung sei und dass Kliniken, die Pränataldiagnostik anbieten, Frauen auch Wege weisen müssten, wenn eine schwere Erkrankung des Kindes festgestellt wird – vom Abbruch der Schwangerschaft bis hin zur Möglichkeit der palliativen Geburt.

Anschließend fokussierte Dr. Marion Janke auf die Sichtweise von Beratungsstellen und Betroffenen. Letztere befinden sich in einer persönlichen Ausnahmesituation, in der sie auf häufig unklarer Faktenbasis eine schwerwiegende Entscheidung treffen müssen. Eine schwierige Versorgungssituation, intransparente Abläufe in Kliniken, die Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche durchführen, und die Kriminalisierung und Tabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs stellen zusätzliche Hürden für Betroffene dar. Janke berichtete über Wissensdefizite in Bezug auf das Ausstellen der medizinischen Indikation und die Schwierigkeiten, aus psychischen oder psychiatrischen Gründen eine Indikation zu erhalten.

Elles Garcia gab schließlich einen Ausblick auf die Situation in den Niederlanden, wo der Abbruch bis zur 24. Schwangerschaftswoche legal ist. Sie legte dar, dass die Gründe der Schwangeren für die Durchführung des Abbruchs in den Niederlanden nicht von Bedeutung sind, sondern dass vor allem wichtig sei, dass die Frau von der Entscheidung zum Abbruch überzeugt ist und dass es ihre eigene Entscheidung ist. In den Kliniken, in denen Garcia arbeitet, wird der Abbruch zwischen der 13. und der 22. Schwangerschaftswoche per Zervixdilatation und operativer Uterusausräumung durchgeführt. Dafür halten sich die Frauen maximal acht Stunden in der Klinik auf. Da ein Schwangerschaftsabbruch in den Niederlanden nicht unter Strafandrohung steht, nutzen auch viele Frauen aus Deutschland dieses Angebot.

Die Teilnehmenden benannten in der anschließenden Diskussion dringende Verbesserungsbedarfe sowie konkrete Vorschläge, die zur Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs und zur Verbesserung der Versorgung beitragen können. Diese Ergebnisse des Fachgesprächs werden im folgenden Kapitel näher vorgestellt. ■



Fazit und Ausblick

Im Online-Expert*innengespräch ist es gelungen, die Bedarfe und Schwierigkeiten beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon sowohl für die Versorger*innen und die betroffenen Schwangeren als auch für die Beratungsstellenmitarbeiter*innen zu beleuchten.

Durch den Austausch der Teilnehmer*innen untereinander zwischen den Vorträgen und das Aufzeigen von Lösungsansätzen zur Verbesserung der Versorgungssituation wurde das Fachgespräch zu einem wichtigen Baustein in der Begleitung von Schwangeren beim Abbruch im zweiten oder dritten Trimenon.

Die Diskussion der Teilnehmer*innen mit den referierenden Expert*innen wurde sehr ernsthaft und engagiert geführt, die Moderatorin Ute Sonntag sorgte für disziplinierten Umgang mit den Zeitfenstern für alle Beiträge. Das Online-Format der Expert*innenrunde hat aber einen offenen, sichtbaren Austausch mit allen Teilnehmer*innen sicherlich auch etwas beeinträchtigt, zumal auf eine Vorstellungsrunde aus organisatorischen Gründen verzichtet wurde.

Aus den Expert*innen-Überlegungen wurden konstruktive Vorschläge zusammengetragen (siehe Kasten rechts), die beitragen können zur Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs und zu einer guten Unterstützung sowohl der Versorger*innen als auch der betroffenen Frauen und der Beratungsstellenmitarbeiter*innen.

Die Bundesregierung wird eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin einrichten, um zu prüfen, ob eine Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafbgesetzes möglich ist. Die Expert*innen mahnten im Gespräch an, dass hier auch das Thema der Abbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche diskutiert werden müsse.

Sowohl die Ergebnisse der KAST-Studie als auch die Beiträge aus dem Fachgespräch liefern uns eine Argumentationsgrundlage für den dringenden Verbesserungsbedarf folgender wichtiger Themenkomplexe:

Beiträge zur Enttabuisierung:

- Angstfreie und offene Kommunikation ermöglichen
- Aktive Öffentlichkeitsarbeit unterstützen
- Erstellen von Listen und Übersichten über die Abbruchversorgung für ganz Deutschland
- Initiierung von (mehr) Forschung und Projektarbeit zum Abbruch nach der zwölften Woche
- Kliniken und Praxen, die Abbrüche nach der zwölften Woche durchführen, sollten ihre Daten zur Verfügung stellen
- Qualitätskontrollen kommunizieren und verbessern

Beiträge zur Unterstützung der Versorger*innen:

- Rechtssicherheit herstellen – juristisches Statement zu Abbrüchen nach der zwölften Woche (insbesondere mit Fetozyd)
- Erstellen von Standards oder Leitlinien
- Das Thema in die Fachgesellschaften tragen – Vorstellen wissenschaftlicher Evidenz aus dem In- und Ausland auf Fachkongressen
- Verbesserung der Stellenschlüssel von Abteilungen, die Fetozyde durchführen (medizinisches Personal, psychologische und seelsorgerische Betreuung, Verwaltung etc.)
- Die Vergütung von Schwangerschaftsabbrüchen und Indikationsstellung gerecht gestalten
- Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften Woche wird von mehreren an der medizinischen Versorgung Beteiligten mitgetragen
- Multiprofessionelle Teams etablieren und fundierte Konzepte für die Durchführung des Angebotes erstellen

Beiträge zur Unterstützung der Betroffenen und der Berater*innen

- Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten verbessern (Beratungsstellen, Kliniken und Niedergelassenen) und Netzwerke bilden
- Erstellung und Transparenz von einheitlichen Betreuungs- und Versorgungskonzepten, inklusive Konzepte für eine palliative Begleitung durch multiprofessionelle Teams
- Betroffene sollten die freie Wahl der Methode haben (operative Abbrüche auch im zweiten Trimenon, Ausbildungszentren für operative Eingriffe initiieren etc.)
- Der Fetozyd als Eingriff, aber auch die Betreuung der Frau unter der Geburt und die Entbindung des toten Kindes sollten in einer Hand liegen

1. Versorgungsangebot

Da sich die Versorgungsangebote mit zunehmender Schwangerschaftsdauer reduzieren, ist die Überlegung zu qualifizierten Schwerpunktkliniken mit teamübergreifenden Konzepten und Standards ein konstruktiver Ansatz. Hier könnte für alle Beteiligten mehr Transparenz, Kooperation und Netzwerkarbeit die meist schwere Situation bei Schwangerschaftsabbrüchen in fortgeschrittenen Schwangerschaftswochen erleichtern. Dabei kann auch politische Einflussnahme unterstützen, die Kliniken der Maximalversorgung, die auch qualifizierte Pränataldiagnostik anbieten, zur Bereitstellung von Angeboten beim späten Schwangerschaftsabbruch zu motivieren. Vor allem die universitären Einrichtungen haben hier einen Versorgungsauftrag. Damit wäre in jedem Bundesland ein Angebot garantiert. Qualitätsstandards müssen definiert, kommuniziert und eingehalten werden.

Einige medizinische Akteur*innen benennen Rechtsunsicherheit beim späten Schwangerschaftsabbruch insbesondere nach Fetozyd, eine bundesweit einheitliche Zusammenarbeit mit der Staatsanwaltschaft ist nicht geregelt. Rechtssicherheit ist unbedingt herzustellen beziehungsweise transparent zu kommunizieren.

2. Standards und Prozesse

Festgelegte Prozesse und medizinische Standards helfen den Versorger*innen. Dabei sind besonders die medizinischen Fachpersonen selbst angesprochen, Versorgungsstandards und Abläufe in ihrer Einrichtung zu beschreiben. Aber auch die Fachgesellschaften, die ihren Mitgliedern auf Kongressen neueste Erkenntnisse der Wissenschaft vorstellen und ständige Erneuerung diagnostischer und therapeutischer Richtlinien und Empfehlungen garantieren, sind aufgerufen, sich zu engagieren. Sie haben die Aufgabe, die Forschung und Wissenschaft im gesamten Fachgebiet, wie zum Beispiel der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, zu fördern.

Die Erstellung von Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon könnte einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten. Die Frage eines ambulanten oder stationären Aufenthaltes beschäftigt die betroffenen Schwangeren ebenso wie die Wahlmöglichkeit zwischen operativem Vorgehen oder medikamentös induzierter Entbindung oder der Umgang mit einem Fetozyd.

Die Teilnehmer*innen des Fachgespräches betonten, dass im Sinne der betroffenen Schwangeren die Durchführung eines Fetozyds, die Betreuung der Frau unter Geburt wie auch die Entbindung des toten Kindes unter einem Dach erfolgen sollten. Dieses Konzept erfordert auch die Überprüfung der Stellenschlüssel und gegebenenfalls deren Anpassung.

Der Nutzen von „Ethikkommissionen“ für die Schwangeren mit Abbruchwunsch nach medizinischer Indikation ist nicht definiert. Die disziplinübergreifende Nachsorge wird zwar als wichtig erachtet, aber oft vernachlässigt. Die Daten verweisen auf eine eher eingeschränkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und Verweisungspraxis. Die Unterstützungsmöglichkeiten durch Beratung in den Schwangerenberatungsstellen oder auch IuV-Stellen PND (Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik) werden den betroffenen Frauen und Paaren nicht regelmäßig angeboten. Beratungsstellen und Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen, niedergelassene Mediziner*innen oder Hebammen profitieren von Vernetzung, um die jeweiligen Angebote im Sinne der Frauen zu kennen und zu vermitteln.

3. Indikationsstellung

Die meisten medizinischen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch werden bei positivem pränataldiagnostischen Befund ausgestellt, aber für den Abbruch nicht immer anerkannt. Insbesondere Indikationen für Schwangerschaftsabbrüche bei physischer oder psychischer Gefährdung oder Erkrankung der Mutter (ohne PND-Befund des Kindes) sind dagegen schwer zu erhalten. Auch im Fachgespräch wurde fast ausschließlich auf die Abbrüche aufgrund positiver pränataldiagnostischer Befunde fokussiert.

Bei der Frage der Indikationsstellung und -anerkennung können wir von unseren Nachbarn lernen. Geschätzt tausend Frauen reisen jedes Jahr nach Holland, um eine Schwangerschaft nach den ersten zwölf Wochen abbrechen zu lassen. In den Niederlanden steht beim Abbruch im zweiten Trimenon nicht die medizinische Begründung im Fokus, sondern vor allem die Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Frau.





Es ist unklar, ob die Indikationsstellung und der Eingriff unter einem Dach – in Häusern mit spezieller Expertise – eher sinnvoll oder realitätsfern ist. Aus Rückmeldungen von Beratungsstellenmitarbeiter*innen wissen wir aber, dass betroffene Frauen diese Möglichkeit durchaus begrüßen würden. Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon sollte von mehreren an der medizinischen Versorgung Beteiligten mitgetragen werden, um sowohl die Betroffenen als auch Versorger*innen und Berater*innen zu entlasten.

Der offenere Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation im zweiten und dritten Trimenon und eine Enttabuisierung des Themas ist ein langer Weg, aber er kann gelingen. Hier hat pro familia nicht nur die Aufgabe im Kontext des gesetzlichen Beratungsauftrags, sondern auch die Möglichkeiten und die Strukturen, darauf hinzuwirken, Zugangshürden zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon in Kooperation mit anderen wichtigen Akteur*innen für Schwangere zu verbessern.

Frauen haben ein Recht auf bestmöglichen Zugang und Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch auch nach dem ersten Trimenon. „Abortion is Healthcare“ – so die Botschaft aus der Expert*innenrunde. ■

Literatur

Braun, A. (2006): Spätabbrüche nach Pränataldiagnostik: Der Wunsch nach dem perfekten Kind. Dtsch Arztebl 2006; 103(40): A 2612-6; online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=52919> (Zugriff: Dezember 2022).

Dathan-Stumpf, A./ Kern, J./Faber, R./Stepan, H. (2021): Pränatale und geburtshilfliche Parameter von Spätabbrüchen: eine retrospektive Analyse. In: Geburtshilfe Frauenheilkunde 2021; 81: 807–818.

Dettmeyer, R./Lang, J./Axt-Flidner, R./Birngruber, C./ Tinneberg, H.-R./Degenhardt, J. (2017): Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code – Real-life Data from the "Gießen Model". In: Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017; 77(4): 352–357. doi:10.1055/s-0043-103461.

Helfferrich, C./ Klindworth, H./ Heine, Y./ Wlosnewski, I. (2016): frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Köln: BZgA 2016.

Kaisenberg, C. von/ Jonat, W./ Kaatsch, H.-J. (2005): Spätinterruptio und Fetoizid – das Kieler Modell: Juristische und gynäkologische Überlegungen. Dtsch Arztebl 2005; 102: A 133–136 [Heft 3]. S. 133–136, online unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/45055/Spaetinterruptio-und-Fetoizid-das-Kieler-Modell-Juristische-und-gynaekologische-Ueberlegungen> (Zugriff: Dezember 2022).

Wewetzer, C. (2019): Spätabbruch der Schwangerschaft. In: pro familia medizin. Der familienplanungsrundbrief. Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie. Nr. 2.



www.profamilia.de/Publikationen

