

Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft (CarePreg)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Projektabschlussbericht

Hamburg, Februar 2025

Titel und Verantwortliche

Titel:	Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft (CarePreg)
Förderkennzeichen:	ZMII2-2520FSB113
Projektleitung:	Dr. phil. Jördis Zill
Projektmitarbeitende:	Dr. rer. biol. hum. Anja Lindig Lara Reck, M. Sc. Alica Schellhorn, M. Sc.
Kontaktdaten:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Martinistraße 52 – Gebäude W26 20246 Hamburg j.zill@uke.de, a.lindig@uke.de
Projektlaufzeit:	01. November 2020 – 30. Juli 2024
Fördersumme:	347.147,00 €

Inhaltsverzeichnis

Titel und Verantwortliche.....	2
Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
1. Einleitung.....	9
1.1 Ausgangslage des Projektes	9
1.2 Ziele des Projektes	11
2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	11
2.1 Operationalisierung der Ziele.....	11
2.1.1 Studiendesign	11
2.1.2 Projektbeiräte	12
2.1.3 Kooperierende Versorgungseinrichtungen	12
2.1.4 Theoretischer Hintergrund	13
2.2 Datenerhebung, Methodik und Auswertung	13
2.2.1 Ethikantrag.....	13
2.2.2 Phase 1: Relevanz und aktuelle Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung	13
2.2.3 Phase 2: Evaluation der Dimensionen von Personenzentrierung Versorgung	17
2.2.4 Phase 3: Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung.....	23
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	26
3.1 Durchführung.....	26
3.2 Arbeits- und Zeitplan.....	26
4. Ergebnisse.....	27
4.1. Phase 1: Relevanz und aktueller Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung.....	27
4.1.1 Workshops mit Expertinnen und Experten	27
4.1.2 Interviews mit Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch	36
4.1.3 Interviews mit Personen mit ausgetragener Schwangerschaft.....	47
4.2 Phase 2: Evaluation der Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung	53
4.2.1 Soziodemografie der Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft in der Online-Befragung.....	53
4.2.2 Ergebnisse zur psychosozialen Versorgung.....	55
4.2.3 Ergebnisse zur medizinischen Versorgung.....	65
4.2.5 Ergebnisse zur psychosozialen Belastung	72
4.2.6 Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Entscheidung über die Schwangerschaft	76
4.2.7 Ergebnisse zur Stigmatisierung	78
4.2.8 Ergebnisse zur Partnerschaft	81
4.2.9 Ergebnisse zur Studienteilnahme.....	81
4.2.10 Ergebnisse zu vertiefenden Interviews zu Stigmatisierung	82
4.3 Phase 3: Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung.....	85

4.3.1 Workshops mit Expertinnen und Experten	85
4.3.2 Online-Befragung von Versorgenden.....	87
5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung.....	100
6. Gender Mainstreaming Aspekte	102
7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	102
8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	103
9. Publikationsverzeichnis	104
10. Literaturverzeichnis.....	108

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der verwendeten Messinstrumente in der Online-Befragung.	20
Tabelle 2: Datensätze und Kriterien zur Datenbereinigung. Anzahl ausgeschlossener Daten je nach Kriterium.....	21
Tabelle 3: Arbeits- und Zeitplan.....	26
Tabelle 4: Soziodemografische Daten der Expertinnen und Experten in Phase 1, n=18.....	27
Tabelle 5: Soziodemografische Daten der Einzelinterviews mit Personen mit abgebrochener Schwangerschaft (n=35)..	36
Tabelle 6: Soziodemografische Daten der Einzelinterviews mit Personen mit ausgetragener Schwangerschaft (n=15)...	47
Tabelle 7: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden der t0 Befragung (n=240).	54
Tabelle 8: EPAT-Ergebnisse für Items zum Messzeitpunkt t0: Adaptation für den Kontext der Beratungsstelle.....	57
Tabelle 9: Gründe für Auswahl der Beratungsstelle (n=155).....	60
Tabelle 10: Erwartungen an die Beratungsstelle (n=152), t2.	60
Tabelle 11: Zufriedenheit mit der Beratungsstelle (n=152), t2.....	61
Tabelle 12: Empfinden zur verpflichtenden Schwangerschaftskonfliktberatung und Wartezeit (n=152), t2.	62
Tabelle 13: EPAT-Ergebnisse für die Items Messzeitpunkt t1: Adaptation für den Kontext des ersten gynäkologischen Kontakts.	66
Tabelle 14: EPAT-Ergebnisse zum Messzeitpunkt t1: Adaptation für den Kontext der medizinischen Versorgung während des Schwangerschaftsabbruchs.....	69
Tabelle 15: Ergebnisse zu den wahrgenommenen Problembereichen des Distress-Thermometers über drei Messzeitpunkte (t0, t1, t2).	73
Tabelle 16: Ergebnisse zu psychosozialen Unterstützungsbedarfen (t2), n=155.....	75
Tabelle 17: Ergebnisse der Decision Regret Scale (n=152, t2).	77
Tabelle 18: Ergebnisse zu den Skalen der Individual Level of Abortion Stigma Scale (t2), Teil 1, n=136.....	78
Tabelle 19: Ergebnisse zu den Skalen der Individual Level of Abortion Stigma Scale (t2), Teil 2, n=136.....	79
Tabelle 20: Ergebnisse zur erwarteten und erlebten Stigmatisierung in der Beratung (t0, n=152) oder Praxis/Klinik (t1, n=135).....	80
Tabelle 21: Ergebnisse zur allgemeinen Erwartung an die Beratung (t0, n=152) und Behandlung (t1, n=135).....	80
Tabelle 22: Soziodemografische Daten der Einzelinterviews zu Stigmatisierung mit Personen mit abgebrochener Schwangerschaft (n=15).....	82
Tabelle 23: Die soziodemografischen Daten der Workshop Teilnehmenden in Phase 3 (n=18).....	86
Tabelle 24: Die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden der Online-Befragung in Phase 3 (n=247).....	87

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Bzw.	beziehungsweise
Ca.	circa
DGMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
DGMS	Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie
DGGG	Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGPFG	Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DKVF	Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
DRS	Decision Regret Scale
Dt.	deutsch
EPAT	Fragebogen zur erlebten Patientenorientierung
FPZ	Familienplanungszentrum
ILAS	Level of Abortion Stigma Scale
M	Meilenstein
MW	Mittelwert
n	Häufigkeit
SD	Standardabweichung
SKF	Sozialdienst Katholischer Frauen
StGB	Strafgesetzbuch
t0, t1, t2	Messzeitpunkt zum Zeitpunkt null/eins/zwei
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
v.a.	Vor allem
WHO	World Health Organization (Deutsch: Weltgesundheitsorganisation)
yCHCR	Young Center for Health Care Research & Public Health
z.B.	Zum Beispiel
ZUF-8	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
%	Prozent

Zusammenfassung

Personenzentrierung gilt als Qualitätsmerkmal für eine hochwertige Gesundheitsversorgung und bedeutet, die Präferenzen, Bedarfe und Werte von Personen in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen. Diese Forderung geht einher mit aktuellen internationalen und nationalen Leitlinien zur Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen, die eine effiziente, sichere und personenzentrierte Versorgung im Rahmen einer selbstbestimmten Entscheidung der schwangeren Person als unerlässlich sehen. Die internationale als auch die nationale Versorgungssituation zeigt jedoch, dass Personen mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft und dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch etliche Hürden in der Versorgung erleben. Diese entstehen durch die rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch, fehlende medizinische Einrichtungen, die Abbrüche anbieten oder durch Stigmatisierungen in der Versorgung, der Gesellschaft und im privaten Umfeld.

Das zentrale Ziel des CarePreg Projektes war es, Aspekte von Personenzentrierung in der psychosozialen Versorgung (d.h. im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatungen oder anderen Beratungssituationen um die unbeabsichtigte Schwangerschaft), als auch in der medizinischen Versorgung um einen Schwangerschaftsabbruch zu untersuchen und Handlungsempfehlungen für die Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland zu formulieren. Als theoretischer Hintergrund wurde das Integrative Modell zur Personenzentrierung (original Titel: Patientenzentrierung) mit seinen 16 Dimensionen verwendet.

Das CarePreg Projekt wurde in drei Phasen umgesetzt, bei denen unterschiedliche Methoden eingesetzt wurden: 1) Untersuchung von Relevanz und aktueller Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer mit Hilfe von Workshops mit Expertinnen und Experten, als auch Einzelinterviews mit Personen mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft in den vergangenen fünf Jahren, welche diese abgebrochen oder ausgetragen haben; 2) Evaluation der Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung aus Perspektive von Personen die zum Studieneinschluss aktuell von einer unbeabsichtigten Schwangerschaft oder einem Schwangerschaftsabbruch betroffen waren. Diese wurde mit Hilfe einer Online – Befragung zu drei Zeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten durchgeführt und ergänzt durch vertiefende Einzelinterviews mit Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch zu Erfahrungen von Stigmatisierung in der Versorgung; 3) Ableitung von Empfehlungen für die psychosoziale und medizinische Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren mit Schwangerschaftsabbruch auf Basis der Erkenntnisse aus Phase 1 und 2, welche im Rahmen von zwei weiteren digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten entwickelt und in einer Online-Befragung mit Versorgenden hinsichtlich ihrer Relevanz und Umsetzung in der medizinischen und psychosozialen Versorgung evaluiert wurden.

Alle Projektphasen wurden von einem Beirat von sechs Betroffenen einer unbeabsichtigten Schwangerschaft, sowie einem ethischen Beirat begleitet.

In Phase 1 nahmen n=18 Expertinnen und Experten (zehn Beratende und acht Gynäkologinnen / Gynäkologen) an zwei digitalen Workshops teil und diskutierten die Relevanz und Umsetzung der 16 Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren. Zusätzlich bewerteten die Expertinnen und Experten die Relevanz und die aktuelle Umsetzung der Dimensionen in einer Online-Befragung. Die Online-Befragung mit den Expertinnen und Experten ergab, dass 15 der 16 Dimensionen von Personenzentrierung als sehr relevant für die Versorgung angesehen werden, aber nur unzureichend umgesetzt empfunden wurden. Insgesamt n=49 Personen mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft in den vergangenen fünf Jahren, welche diese abgebrochen (n=34) oder ausgetragen (n=15) haben wurden mittels leitfadengestützter telefonischer Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen mit der psychosozialen und medizinischen Versorgung befragt. Die Workshops und die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse mit Hilfe einer Kombination aus deduktiven Kategorien basierend auf den Dimensionen des Integrativen Modells für Personenzentrierung und im Prozess neu entwickelten induktiven Kategorien ausgewertet. Die Auswertung der Workshops und der n= 34 Einzelinterviews von Personen mit abgebrochener Schwangerschaft zeigte, dass die Dimensionen "Zugang zur Versorgung", "personenzentrierte Eigenschaften von Behandelnden", "emotionale Unterstützung" und "persönlich angepasste Informationen" als besonders relevant für die Versorgung genannt wurden. Gleichzeitig fanden sowohl Expertinnen und Experten als auch Betroffene diese und auch weitere Dimensionen häufig nicht ausreichend in der Versorgung adressiert. Darüber hinaus wurden neue Kategorien wie "Stigmatisierung der Betroffenen und Behandelnden" und „Rechtliche Regelungen“ identifiziert und Hürden im Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in diesen Aspekten gesehen.

Für die n=15 Personen mit ausgetragener Schwangerschaft, waren besonders relevante und in der Versorgung nicht ausreichend adressierte Dimensionen die „Integration von medizinischer und nicht-medizinischer Versorgung“, insbesondere die „Beratung/Therapieangebote für Paare/werdende Eltern“ und der „Zugang zur Versorgung“, insbesondere zur „Hebammenversorgung“. Als weitere relevante Aspekte zur Verbesserung der Versorgung wurde als neue Kategorie u.a. die „offene Kommunikation und Enttabuisierung in der Gesellschaft“ in Bezug auf unbeabsichtigte Schwangerschaften gefunden.

In der Phase 2 nahmen n=240 Personen zum Studieneinschluss (t0), n=177 Personen zu t1 (zwei Monate nach t0) und n=155 zu t2 (zwölf Monate nach t0) an der Online – Befragung teil. Neben der erlebten Personenzentrierung wurde die psychische Belastung, psychosoziale Unterstützungsbedarfe, Stigmatisierungserwartungen und -erfahrungen als auch verschiedene weitere Aspekte zur Entscheidung über die Schwangerschaft und die psychosoziale und medizinische Versorgung erhoben. Alle Fragebögen und Items wurden deskriptiv ausgewertet. Die meisten Aspekte der Personenzentrierung wurden als mäßig bis hoch umgesetzt eingestuft. Allerdings wurde das „Angebot von Unterstützung für das psychische Wohlbefinden“ und die „Einbeziehung von Partnern / Partnerinnen, Freunden und Familie“ bei der medizinischen Versorgung eher niedrig bewertet. Die psychische Belastung der Betroffenen war bei Bekanntwerden der Schwangerschaft sehr hoch, kurz nach dem Abbruch mäßig und nahm bis zu 12 Monate nach dem Abbruch weiter ab. Die

erwartete Stigmatisierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung wurde höher bewertet als die tatsächlich erlebte Stigmatisierung. Die Entscheidung über die Schwangerschaft war für den größten Teil der Personen richtig, gleichzeitig gab es bei ungefähr der Hälfte der Personen einen Wunsch nach mehr Unterstützungsangeboten. Die vertiefenden leitfadengestützten telefonischen Einzelinterviews mit n=15 Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch zu Erfahrungen von Stigmatisierung in der Versorgung wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass Stigmatisierung sowohl erwartet wird als auch real erlebt wurde.

In Phase 3 nahmen n=18 Expertinnen und Experten (neun Beratende und neun Gynäkologinnen / Gynäkologen) an zwei digitalen Workshops teil, in welchen auf Basis der Erkenntnisse aus Phase 1 und 2 insgesamt 60 Empfehlungen für die Versorgung abgeleitet wurden. An der anschließenden Online-Befragung zur Evaluation der Relevanz und Umsetzung der Empfehlungen in der aktuellen medizinischen und psychosozialen Versorgung nahmen n=247 Versorgende teil. Die Auswertung fand deskriptiv statt.

Alle Empfehlungen wurden hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgung ausgesprochen hoch bewertet, jedoch wurden 34 der 60 Empfehlungen nur als gering bis mittel umgesetzt bewertet. Besonders wichtige und nicht ausreichend umgesetzte Empfehlungen betrafen dabei den flächendeckenden und rechtzeitigen Zugang zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, die (digitale) Bereitstellung von Informationen zum Ablauf und Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs auf Seiten der Anbieter, den verbesserten Zugang zu Verhütungsmitteln durch eine Kostenübernahme der Krankenkassen ohne Altersbegrenzung, als auch die Lehre im Medizinstudium und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Die Empfehlung betreffend einer neuen Regelung des §218 StGB zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs, sowie eine damit verbundene Legalisierung und Entkriminalisierung, wurde als höchst relevant von den Expertinnen und Experten bewertet. Diese erhielt jedoch den geringsten Wert in der Umsetzung, aufgrund der aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen von §218 StGB zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Dies ging einher mit der als höchst relevant bewerteten Empfehlung zu einer gesellschaftlich offeneren Kommunikation über unbeabsichtigte Schwangerschaft und der Reduktion der bestehenden Stigmatisierung von unbeabsichtigt schwangeren Personen und Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch.

Die Empfehlungen können als Basis für eine verbesserte personenzentrierte Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren in Deutschland verwendet werden.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage des Projektes

Die medizinische und psychosoziale Versorgungssituation als auch die Rechtslage in Deutschland für Personen mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft und dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch wird gesellschaftlich und gesundheitspolitisch stark diskutiert (1,2). In Deutschland variierte die Zahl der jährlichen Schwangerschaftsabbrüche zwischen 2021 und 2023 zwischen 94.596 (2021) und 106.218 (2023) (Statistisches Bundesamt (3)). In derselben Zeit gab es in Deutschland zwischen 795.492 (2021) und 692.989 (2023) Lebendgeburten pro Jahr (4), aber es gibt keine Daten darüber, wie viele davon Lebendgeburten von Personen waren, die eine unbeabsichtigte Schwangerschaft austrugen. Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach §218 StGB grundsätzlich strafbar (5), bleibt jedoch straffrei, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist (6): (1) Die schwangere Person hat eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchlaufen, eine Bescheinigung darüber erhalten und mindestens drei Tage Bedenkzeit eingehalten, wobei der Abbruch innerhalb von 12 Wochen nach Empfängnis erfolgen muss; (2) es besteht eine schwerwiegende Gefahr für das Leben oder die körperliche und geistige Gesundheit der Schwangeren; (3) die Schwangerschaft ist Folge eines sexuellen Übergriffs und der Abbruch erfolgt innerhalb von 12 Wochen nach Schwangerschaftsbeginn. Die überwiegende Mehrheit (95,8%) der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland wird nach der Bedingung (1), der Beratungsregel, durchgeführt (7).

Studien aus den USA zeigen, dass eine unbeabsichtigte Schwangerschaft mit einer Reihe von sozialen und gesundheitlichen Risiken für die austragende Person (hier bezeichnet als Mutter) und das Kind sowie für die gesamte Familie einhergehen (8–10). Dazu gehören ein erhöhtes Risikoverhalten der Mutter während der Schwangerschaft, verminderte psychische Gesundheit, erhöhte familiäre Instabilität oder häusliche Gewalt und eine erhöhte Frühgeburtenrate (8). Verglichen mit Personen, die eine unbeabsichtigte Schwangerschaft abbrechen konnten, geraten Personen, die eine solche Schwangerschaft austragen mussten, weil ein gewünschter Abbruch ihnen verweigert wurde, häufiger in eine finanzielle Notlage oder Unsicherheit (9).

Im Jahr 2022 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine überarbeitete Leitlinie zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen, die unabhängig von den rechtlichen und politischen Unterschieden zwischen Ländern als Empfehlung gilt (11). In Deutschland wurde im selben Jahr die S2K – Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegeben (12). Beide Leitlinien betonen einen respektvollen Umgang, die Bereitstellung relevanter Informationen für eine selbstbestimmte Entscheidung und die Berücksichtigung der individuellen Werte, Kultur und Lebensumstände in der Versorgung. Sie fordern eine hochwertige, effiziente und sichere Versorgung, die personenzentriert gestaltet ist.

Diese Prinzipien der Leitlinien stehen im Einklang mit dem Konzept der **Personenzentrierung** (oder: Patientinnen– bzw. Patientenorientierung). Dieses Konzept gilt als zentrales Qualitätskriterium im deutschen Gesundheitswesen und beinhaltet die Forderung, die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen des Individuums in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen (13–15). Bei Schwangerschaftsabbrüchen sind eine informierte Entscheidung, Vertraulichkeit und Zugang zu legaler, erschwinglicher Versorgung entscheidende Aspekte.

Scholl et al. entwickelten ein Modell der Personenzentrierung mit 15 Dimensionen, die in drei Gruppen unterteilt werden: **Grundprinzipien** (z.B. personenzentrierte Merkmale der Behandelnden und Einzigartigkeit jeder Person), **förderliche Faktoren** (z.B. ein guter Zugang zur Versorgung und eine gute Planung der Behandlung) und **Aktivitäten** (z.B. persönlich zugeschnittene Informationen und das Empowerment der Person) (15). In einer Folgestudie wurde die Dimension „Sicherheit von Patientinnen und Patienten“ als 16. Dimension ergänzt (16).

Im Bereich der reproduktiven Gesundheitsversorgung zeigt sich, dass eine personenzentrierte Versorgung die medizinischen Outcomes für die schwangere Person verbessern kann. Doch aufgrund restriktiver gesundheitspolitischer Vorgaben und sozialer Stigmatisierung wurde das Konzept der Personenzentrierung bisher kaum in der Versorgung von Personen mit unbeabsichtigten Schwangerschaften und bei Schwangerschaftsabbrüchen umgesetzt (17).

Internationale Studien untersuchten meist die allgemeine Zufriedenheit von Personen mit der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen und beleuchten dabei nur selten die spezifischen Dimensionen der Personenzentrierung (17–20).

Doran et al. (2015) identifizierten in einer Übersichtsarbeit zu Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen Barrieren beim Zugang zur Versorgung, darunter weite Entfernungen zu Einrichtungen, negative Einstellungen des Personals und hohe Kosten (21). Auch aus Sicht von Versorgenden wurden moralische Ablehnung, mangelnde Ausbildung, Personalmangel, Mobbing und knappe Ressourcen als Hürden genannt. Eine neuere Studie aus den Niederlanden nennt zusätzlich die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, eingeschränkte Zugänglichkeit für marginalisierte Gruppen und gesellschaftliche Tabus (22). Weitere Studien verweisen auf die Belastung durch lange Anfahrtswege oder die Notwendigkeit, ins Ausland zu reisen (23,24). In Deutschland gibt es bisher kaum Daten zu den Erfahrungen von Personen, die eine unbeabsichtigte Schwangerschaft und einen Schwangerschaftsabbruch hatten, sowie zu der Situation der Fachkräfte, die diese begleiten. Die Qualität der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen wurde bisher zudem nicht im Hinblick auf die Umsetzung einer personenzentrierten Versorgung untersucht (25).

1.2 Ziele des Projektes

Das übergeordnete Ziel des Projektes war es, die aktuelle Versorgungslage für unbeabsichtigt Schwangere mit einem Schwangerschaftsabbruch oder aber mit einer unbeabsichtigten ausgetragenen Schwangerschaft abzubilden und Hinweise für die Verbesserung der Versorgungsstrukturen abzuleiten.

Hieraus leiteten sich die folgenden drei zentralen Zielsetzungen des Projektes ab:

Zielsetzung 1: Untersuchung der Relevanz und Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung aus der Sicht von Expertinnen und Experten und Personen mit der Erfahrung einer abgebrochenen oder ausgetragenen unbeabsichtigten Schwangerschaft

Zielsetzung 2: Evaluation von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung aus der Sicht von Personen mit einer aktuellen unbeabsichtigten Schwangerschaft und Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch oder aktuellem Schwangerschaftsabbruch

Zielsetzung 3: Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die psychosoziale und medizinische Versorgung für Personen mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft und einem Schwangerschaftsabbruch

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

2.1 Operationalisierung der Ziele

2.1.1 Studiendesign

Entsprechend der drei Projektziele wurde das Gesamtprojekt in drei aufeinander aufbauende Phasen strukturiert. Es wurde ein sequentielles, exploratives Studiendesign mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden gewählt.

Phase 1: Untersuchung von Relevanz und aktueller Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer

- Durchführung von zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren (v.a. Beratenden, Gynäkologinnen und Gynäkologen)
- Telefonische Einzelinterviews mit Personen, die innerhalb der letzten 5 Jahren eine unbeabsichtigte Schwangerschaft ausgetragenen oder abgebrochenen haben

Phase 2: Evaluation der Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung aus Perspektive von Personen mit einer aktuellen unbeabsichtigten Schwangerschaft oder einem Schwangerschaftsabbruch

- Online – Befragung von Personen mit einer aktuellen unbeabsichtigten Schwangerschaft bzw. einem aktuellen Schwangerschaftsabbruch zu drei Zeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten

- Vertiefende telefonische Einzelinterviews mit Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch zu Stigmatisierung in der Versorgung

Phase 3: Ableitung von Empfehlungen für die psychosoziale und medizinische Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren und bei Schwangerschaftsabbruch

- Durchführung von zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren (v.a. Beratenden, Gynäkologinnen und Gynäkologen) zur Reflektion der Ergebnisse aus Phase 1 und 2 und Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung
- Online-Befragung von Versorgenden aus der psychosozialen und medizinischen Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer hinsichtlich der Relevanz und Umsetzbarkeit der abgeleiteten Empfehlungen

Entsprechend der Vorgaben des Förderschwerpunktes des BMG wurden in allen Studienphasen nur Personen einbezogen, welche einen Schwangerschaftsabbruch Beratungsregelung (nach § 218a Absatz 1 StGB (6)) wünschten oder durchführen ließen oder sich für die Austragung einer unbeabsichtigten Schwangerschaft entschieden, aber dennoch eine Beratung zum Schwangerschaftskonflikt in Anspruch nahmen.

2.1.2 Projektbeiräte

Die Studie wurde von zwei Projektbeiräten über alle Phasen begleitet. Der erste „Projektbeirat von Betroffenen“ bestand aus sechs Frauen, die selbst eine unbeabsichtigte Schwangerschaft innerhalb der letzten 5 Jahre (gerechnet von Studienbeginn 01.11.2020) erlebt hatten (eine Person hatte die Schwangerschaft ausgetragen und fünf Personen hatten die Schwangerschaft abgebrochen). Es wurden im Sinne der partizipativen Forschung mit Betroffenen regelmäßige Treffen durchgeführt, in welchen die Gestaltung von Studienmaterialien, wie z.B. die Inhalte und Darstellung von Fragebögen, die Gewinnung von Teilnehmenden, als auch Fragestellungen und Ergebnisse diskutiert wurden [20]. Die Treffen dieses Beirats fand im Durchschnitt alle drei bis fünf Monate statt, je nach inhaltlicher Phase im Projekt.

Der zweite „ethische Projektbeirat“ bestand aus zwei Personen aus der klinischen Ethik, sowie einer Beraterin, einer Gynäkologin, sowie zwei Personen aus dem „Beirat der Betroffenen“. Dieser Beirat wurde insgesamt zwei Mal konsultiert (zu Studienbeginn und vor Beginn der zweiten Projektphase).

2.1.3 Kooperierende Versorgungseinrichtungen

Bereits vor dem Projektbeginn hatten fünf Beratungsstellen (ProFamilia Hamburg, ProFamilia Bremen, Sozialdienst Katholischer Frauen (SKF) Hamburg, SKF Kiel, Familienplanungszentrum (FPZ) Hamburg) eine Unterstützung in der Gewinnung von Studienteilnehmenden in Phase 1 und 2 als auch ihre Bereitschaft als Expertinnen und Experten in den Workshops in Phase 1 und 3 zu unterstützen zugesagt. Zusätzlich hatte das Netzwerk „FINE – Frauenpsychosomatik im Netzwerk“ (Mitglieder aus den Fachbereichen Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Psychosozialen Beratung) seine Unterstützung für Studienaufrufe an seine Mitglieder über den FINE-Newsletter zugesagt. Die Zahl der kooperierenden Versorgungseinrichtungen wurde im Laufe der Studie auf 25 Einrichtungen erweitert.

2.1.4 Theoretischer Hintergrund

Als theoretische Grundlage zur Analyse der Versorgungssituation wurden die 16 Dimensionen des integrativen Modells der Personenzentrierung (original Titel: Patientenorientierung) nach Scholl et al. genutzt (15,16). Die Dimensionen im Modell sind drei Bereichen zugeordnet:

- *Grundprinzipien*: Personenzentrierte Eigenschaften von Behandelnden/ Beratenden; Vertrauensvolle Beziehung; Einzigartigkeit jeder Person; Einbezug der Lebensumstände
- *Förderliche Faktoren*: Angemessene Kommunikation; Einbezug ergänzender Angebote; Zusammenarbeit der Beratenden / Behandelnden; Zugang zur Versorgung; Gute Planung der Versorgung
- *Aktivitäten*: Persönlich angepasste Informationen; Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung an Entscheidungen; Einbezug von Familie und Freunden; Empowerment der Person; Unterstützung des psychischen Wohlbefindens; Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens; Sicherheit von Patientinnen und Patienten.

2.2 Datenerhebung, Methodik und Auswertung

2.2.1 Ethikantrag

Der Ethikantrag (LPEK-0260) für das CarePreg Projekt wurde bei der internen Ethikkommission des Zentrums für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eingereicht und begutachtet. Die Kommission hat dem Vorhaben am 02.02.2021 zugestimmt.

2.2.2 Phase 1: Relevanz und aktuelle Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung

Die Phase 1 bestand aus zwei Teilstudien (vgl. Kapitel 2.1.1):

- a. Durchführung von zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren
- b. Telefoninterviews mit Personen, die innerhalb der letzten 5 Jahren eine unbeabsichtigte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochenen hatten

Im Folgenden werden Datenerhebung, Methodik und die Auswertung beider Teilstudien nacheinander erläutert.

- a) Durchführung von zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren**
- Gewinnung von Teilnehmenden: Es wurde eine Online-Recherche nach Expertinnen und Experten in der Versorgung der Zielgruppe durchgeführt. Dabei wurde nach dem Prinzip des „Convenience Sampling“ (dt. Zufallsstichprobe) vorgegangen. Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail mit der Einladung zur Teilnahme. Es wurden sowohl Personen angeschrieben, die in Beratungsstellen für Schwangere tätig sind,

als auch über die Liste der Bundesärztekammer identifizierte Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Über die unterstützenden Einrichtungen (vgl. Kapitel 2.1.3) wurden ebenfalls Expertinnen und Experten zur Teilnahme eingeladen.

- Datenerhebung: Die Workshops mit Expertinnen und Experten wurden im April 2021 über die Plattform Webex (Cisco Webex Meeting, Cisco Systems, San Jose¹, Kalifornien, USA) durchgeführt. Jeder der Workshops bestand aus zwei Teilen. Im jeweils ersten Teil des Workshops (Dauer ca. 30 Minuten) erhielten die Teilnehmenden eine Einführung in den Hintergrund des CarePreg-Projekts sowie in das Integrative Modell der Personenzentrierung einschließlich der 16 Dimensionen (15,16). Die ersten Teile der Workshops wurden von der Studienleitung und einem Mitglied des Studienteams moderiert. Für den jeweils zweiten Teil der Workshops (Dauer ca. 120 Minuten) wurden die Teilnehmenden in zwei gleich große Gruppen aufgeteilt und in einen von zwei Breakout-Räumen der Online-Plattform geschickt. Es wurde auf eine ausgeglichene Verteilung hinsichtlich der Professionen geachtet. Ziel war es, je 8 der 16 Dimensionen des Integrativen Modells der Personenzentrierung in jeder Teilgruppe zu diskutieren. Dazu wurden die Dimensionen und ihre jeweilige Definition zunächst vorgestellt und zu jeder Dimension wurden folgende Diskussionsfragen gestellt:

- *Welche Bedeutung hat diese Dimension für Ihre Tätigkeit?*
- *Welche Aspekte sind Ihrer Meinung nach besonders relevant für eine unbeabsichtigt schwangere Person?*
- *Wie sehen Sie die Umsetzung dieser Dimension in der aktuellen Versorgung in Deutschland?*
- *Welche Aspekte sollten [zu der jeweiligen Dimension] ergänzt werden?*

Zusätzlich wurden die der jeweiligen Dimension zugehörigen Items des Fragebogens zur erlebten Patientenorientierung (EPAT (26)), der die 16 Dimensionen des Integrativen Modells der Personenzentrierung erfasst, vorgestellt. Die zweiten Teile der Workshops wurden mit Hilfe von Audioaufnahmegeräten aufgezeichnet. Für die Teilnahme erhielten die Expertinnen und Experten eine Aufwandsentschädigung von je 100 Euro, wenn sie dies wollten.

Im Anschluss an die zwei Workshops wurden die Teilnehmenden zu einer Online-Befragung eingeladen und gebeten, die 16 Dimensionen hinsichtlich ihrer Relevanz und ihrer aktuellen Umsetzung in der Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer zu bewerten:

- *Wie relevant finden Sie diese Dimension für die Versorgung von unbeabsichtigt schwangeren Personen?“ - zu beantworten auf einer 10-Punkte-Skala von nicht relevant (1) bis äußerst relevant (10)*
- *Wie gut umgesetzt finden Sie diese Dimension für die Versorgung unbeabsichtigt schwangerer Personen in Deutschland? - zu beantworten auf einer 10-Punkte Skala von überhaupt nicht umgesetzt (1) bis vollständig umgesetzt (10)*

Über diese Online-Umfrage wurden auch die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden (z.B. Alter, Geschlecht, Konfession, beruflicher Hintergrund, Ausbildung) erfragt.

- Auswertungen: Die vier Audioaufnahmen der insgesamt vier Teilgruppen der zwei Workshops mit Expertinnen und Experten wurden durch studentische Hilfskräfte wörtlich transkribiert (verbatim). Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse mittels mit MAXQDA 12 (Verbi GmbH) (27–29). Zunächst wurden deduktive Kategorien entsprechend den 16 Dimensionen des Integrativen Modells der Personenzentrierung definiert (15). Zwei Mitglieder des Studienteams kodierten jeweils 50 % aller Transkripte (das Transkript einer der beiden Teilgruppen pro Workshop). Während des Kodierungsprozesses wurde das deduktive Kodierungsschema durch induktive Kategorien und Unterkategorien ergänzt. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden derjenigen Kategorie zugeordnet, die am besten zum Inhalt der Daten passte, unabhängig von der Dimension des Modells, die in diesem Zusammenhang diskutiert wurde. [Zum Beispiel: Wenn Teilnehmende über die Dimension „Zugang zur Versorgung“ sprachen, aber die Aussage inhaltlich besser zu der Kategorie „Gute Planung der Versorgung“ passte, wurde die Aussage der Kategorie „Planung der Versorgung“ zugeordnet]. Es war auch möglich, Aussagen mehreren Kategorien zuzuordnen. Im Rahmen einer umfassenden Qualitätskontrolle überprüfte Teammitglied 1 alle von Teammitglied 2 initial zugeordneten Kategorien und umgekehrt. Anschließend diskutierten die Teammitglieder die zugeordneten Kategorien und das Kategorienschema, bis ein Konsens erzielt wurde. Die soziodemografischen Daten und die Online-Befragung wurden mit Hilfe von deskriptiver Statistiken in SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 23) analysiert.

b) Telefoninterviews mit Personen, die innerhalb der letzten 5 Jahren, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochenen hatten

- Einschlusskriterien: Teilnehmende mussten mindestens 18 Jahre alt sein, Deutsch sprechen, lesen und verstehen können und eine unbeabsichtigte Schwangerschaft innerhalb der letzten 5 Jahre [zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses] erlebt haben und diese entweder nach §218a Absatz 1 StGB (6) abgebrochen haben oder ausgetragen haben.
- Gewinnung von Teilnehmenden: Über kooperierende Einrichtungen wurden Flyer zur Interviewstudie an potenzielle Personen ausgehändigt (z.B. im Anschluss an eine Schwangerschaftskonfliktberatung). Zusätzlich wurden Kanäle sozialer Medien, auf X [früher Twitter] und Instagram für Studienaufrufe genutzt. Mitglieder des Studienteams beantworteten die E-Mails interessierter Personen und verschickten die Studieninformationen, das Datenschutzdokument und die Einwilligungserklärung. Es wurde darum gebeten die Einwilligungserklärung per E-Mail zurückzusenden. Zudem konnten sich die Teilnehmenden entscheiden ob sie eine eigene Telefonnummer für den Anruf angeben wollten oder das Studienteam zum Termin des Interviews selbst anrufen wollten. Zusätzlich gab es einen weiteren Studienaufruf für

Personen mit einer ausgetragenen Schwangerschaft im Frühjahr 2024. Dieser erfolgte nach Abschluss der ersten Interviewphase im Jahr 2021 im Rahmen einer Bachelorarbeit.

- Datenerhebung: Die Interviews wurden zwischen Juli und November 2021 telefonisch von zwei Mitgliedern des Studienteams durchgeführt. Es wurden 34 Personen mit einer abgebrochenen Schwangerschaft und 9 Personen mit einer ausgetragenen Schwangerschaft befragt. Weitere 6 Interviews mit Personen mit einer ausgetragenen Schwangerschaft wurden vom März bis April 2024 im Rahmen einer Bachelorarbeit geführt. Die Methodik entsprach der ersten Erhebungsphase in 2021. Die Bachelorstudierende wurde entsprechend dem Leitfaden geschult und ein Probeinterview mit einer studentischen Hilfskraft des Projektes wurde zur Übung durchgeführt.

Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden wurde entsprechend der konsolidierten Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Forschung (COREQ-Statement (30)) entwickelt. Jedes Interview war für eine Dauer von etwa 60 Minuten geplant.

Zu Beginn wurde den Teilnehmenden der Ablauf des Interviews erklärt. Nachdem die Teilnehmenden ihre Einwilligung zur Teilnahme erneut bestätigt hatten, wurde die Audioaufnahme gestartet. Zu Beginn wurde erfragt, wann sie ungewollt schwanger wurden und wann sie dies festgestellt haben, dann wurde darum gebeten zu spezifizieren, ob sie die Schwangerschaft als ungewollt oder ungeplant bezeichnen würden, um den gewählten Begriff im weiteren Verlauf des Interviews zu verwenden. Zudem wurde gefragt, ob sie die Schwangerschaft abgebrochen oder ausgetragen haben. Das Ziel der Interviews war es, ein tieferes Verständnis für die Erfahrungen der Personen im Hinblick auf die Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch oder einer ausgetragenen unbeabsichtigten Schwangerschaft zu gewinnen.

Der Interviewleitfaden umfasste offene Fragen zu den positiven und negativen Erfahrungen in der Versorgung, von Entdeckung der Schwangerschaft bis hin zum Abbruch oder aber der Geburt und die anschließende Betreuung.

Während der Interviews wurde explizit nach den 16 Dimensionen des Integrativen Modells personenzentrierter Versorgung gefragt, sofern dies zu den berichteten Inhalten der Teilnehmenden passte [z.B. „Haben Sie die Informationen erhalten, die Sie in der Situation benötigten?“ zur Dimension „individuell zugeschnittene Informationen“ oder „Wie lange mussten Sie auf den Termin warten?“ zur Dimension „Zugang zur Versorgung“]. Am Ende wurden die Teilnehmenden zu Ihren Vorstellungen für eine optimale Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft befragt.

Nach diesem Teil wurde die Audioaufzeichnung gestoppt, und die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden (z. B. Altersgruppe, Bildungsstand, Schwangerschaftswoche bei Entdeckung/Abbruch der Schwangerschaft) anhand einer kurzen Selbstauskunft erfasst. Bei Bedarf wurden Kontakte von weiteren psychosozialen Hilfsangeboten genannt. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Teilnehmenden einen Wertgutschein über 25 €.

- Auswertungen: Die Audioaufnahmen der Interviews wurden durch studentische Hilfskräfte und die Bachelorstudierende wörtlich transkribiert (verbatim) und dabei pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte entsprechend der Auswertungen der Workshops mit Expertinnen und Experten mittels qualitativer Inhaltsanalyse mittels mit MAXQDA 12 (Verbi GmbH) (27–29). Es wurde eine getrennte Auswertung für die Interviews von Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch und die Interviews mit Personen mit einer ausgetragenen Schwangerschaft gewählt, da die Inhalte zu sehr auseinanderlagen.

Die Analyse der Interviews von Personen mit Schwangerschaftsabbruch wurde von vier Mitgliedern des Studienteams durchgeführt. Als Grundlage wurde das Kategorienschema der Auswertungen der Workshops mit Expertinnen und Experten übernommen. Zunächst kodierten zwei Teammitglieder jeweils zwei der insgesamt 34 Interviews und passten das Kodierungssystem an die Forschungsfrage und die Perspektive von Betroffenen an. Anschließend diskutierten sie den Prozess und das angepasste Kategorienschema mit zwei weiteren Teammitgliedern. Danach kodierten zwei weitere Teammitglieder jeweils 50 % der weiteren 30 Transkripte, und die vorherigen zwei Teammitglieder überprüften alle kodierten Interviews auf Konsistenz. Erneut wurden somit zunächst deduktive Kategorien entsprechend den 16 Dimensionen des Integrativen Modells der Personenzentrierung definiert. Zudem wurden vier weitere induktive Kategorien, die im Rahmen des Kategoriensystems der Auswertung der Workshops mit Expertinnen und Experten entstanden waren, beibehalten. Im Verlauf der Auswertung der Interviews wurden dann weitere induktive Kategorien und Unterkategorien hinzugefügt. Eine doppelte Kodierung und damit die Zuordnung zu mehreren Dimensionen war möglich, wenn der Inhalt dies erforderlich machte.

Die Analyse der Interviews von Personen mit ausgetragener Schwangerschaft wurde von der Studienleitung und der Bachelorstudierenden durchgeführt. Als Grundlage wurde das Kategorienschema der Auswertungen der Interviews mit Personen mit Schwangerschaftsabbruch übernommen. Die Bachelorstudierende kodierte zwei Interviews und besprach dann das angepasste Kategoriensystem mit der Studienleitung. Anschließend kodierte die Bachelorstudierende alle 12 weiteren Transkripte und erstellte weitere induktive Kategorien im Verlauf.

Die Studienleitung überprüfte alle kodierten Interviews auf Konsistenz. Differenzen wurden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde.

Die soziodemografischen Daten aller Teilnehmenden der Interviews wurden jeweils anhand deskriptiver Statistiken mithilfe von SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 23) analysiert.

2.2.3 Phase 2: Evaluation der Dimensionen von Personenzentrierung Versorgung

Die Phase 2 ist in zwei Teilstudien unterteilt (vgl. Kapitel 2.1.1):

- a. Online – Befragung von Personen mit einer aktuellen unbeabsichtigten Schwangerschaft bzw. einem aktuellen Schwangerschaftsabbruch zu drei Zeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten
- b. vertiefende Telefoninterviews mit Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch zu Stigmatisierung in der Versorgung

Im Folgenden werden die Datenerhebung, Methodik und Auswertung beider Abschnitte nacheinander erläutert.

a) Online – Befragung von Personen mit einer aktuellen unbeabsichtigten Schwangerschaft bzw. einem aktuellen Schwangerschaftsabbruch zu drei Zeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten

- Einschlusskriterien: Teilnehmende mussten mindestens 18 Jahre alt sein, Deutsch sprechen, lesen und verstehen können und [zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses] unbeabsichtigt / konfliktbehaftet schwanger sein (bis einschließlich 24. Schwangerschaftswoche) und eine Schwangerschaftskonfliktberatung wahrgenommen haben, oder innerhalb der letzten 8 Wochen [zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses] einen Schwangerschaftsabbruch nach §218a Absatz 1 StGB gehabt haben.
- Gewinnung von kooperierenden Einrichtungen: Neben bereits bestehenden kooperierenden Einrichtungen wurden in 2022 etwa 25 weitere Einrichtungen für die Unterstützung in der Gewinnung von Teilnehmenden gewonnen. Dazu wurden deutschlandweit alle Praxen angeschrieben, die laut aktueller Liste der Bundesärztekammer nach §13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz Schwangerschaftsabbrüche durchführen (31,32). Des Weiteren wurden jeweils 10-12 Beratungsstellen pro Bundesland, die Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung anbieten, angeschrieben und auf die Möglichkeit der Kooperation aufmerksam gemacht. Dabei wurde auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen konfessionslosen als auch konfessionellen Trägern sowie Standorten in Städten als auch in ländlichen Regionen geachtet. Die kooperierenden Einrichtungen erhielten eine Aufwandsentschädigung.
- Die Gewinnung von Teilnehmenden: Mitarbeitende der kooperierenden Einrichtungen (v.a. Beratungsstellen für Schwangerschaftsberatung und Schwangerschaftskonfliktberatung und Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen) reichten Flyer mit einem QR-Code zur Studieninformationen und zur Online-Befragung direkt an potenzielle Teilnehmende weiter, Flyer lagen zudem in den Wartebereichen aus und Poster zur Studie wurden ausgehängt. Wie die einzelnen Einrichtungen die Studieninformationen zur Verfügung stellen (z.B. direktes Überreichen der Flyer, nur Auslage der Flyer) wurde den einzelnen Einrichtungen überlassen. Die Einrichtungen wurden jedoch durch das Projektteam motiviert, potenzielle Studienteilnehmende möglichst direkt auf die CarePreg Studie hinzuweisen und die Flyer im persönlichen Gespräch zu überreichen. Flyer und Poster sowie Informationen für Mitarbeitende der Ein-

richtungen wurden durch den gesamten Studienverlauf durch das Projektteam angeboten und zur Verfügung gestellt. Eine Vorstellung des Projektes in einer Teamsitzung wurde allen Einrichtungen angeboten. Über den Instagram-Kanal der Studie (carepreg_studie) wurden zudem regelmäßig Informationen zum Projekt und zur Online-Befragung veröffentlicht und eine Teilnahme an der Online-Befragung direkt über die Projektwebseite (<https://www.uke.de/carepreg>) war ebenfalls möglich.

Durch die Art der Rekrutierung in den kooperierenden Einrichtungen ist nicht nachvollziehbar, wie viele Personen in den Einrichtungen bezüglich der Studienteilnahme angesprochen wurden, wie viele Personen einen Flyer oder die Papierversion der Fragebögen mitnahmen und wie viele dieser Personen letztlich an der Befragung teilnehmen. Gründe für eine Nicht-Teilnahme wurden somit nicht systematisch erhoben.

- Methodik der Onlinebefragung: Teilnehmende der Befragung wurden zu drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten befragt (t0 = Baseline, t1 = 2 Monate nach Baseline, t2 = 12 Monate nach Baseline). Die Einladung zu den Befragungen zu t2 und t2 erhielten die Teilnehmenden an die zu t0 von ihnen angegebene E-Mail- Adresse. Im Juli 2022 startete die Datenerhebung für t0, im September 2022 für t1 und im Juli 2023 für t2. Die Datenerhebung wurde im März 2024 beendet. Für die Teilnahme an jeder einzelnen Befragung erhielten die Teilnehmenden einen Wertgutschein über 15 Euro als Aufwandsentschädigung. Die Hauptziele der drei Befragungszeitpunkte waren:
 - zu t0 die *Erfassung der wahrgenommenen Personenzentrierung in der psychosozialen Versorgung* (Schwangerschaftsberatung und/oder Schwangerschaftskonfliktberatung)
 - zu t1 die Erfassung der *wahrgenommenen Personenzentrierung in der medizinischen Versorgung* (bei Schwangerschaftsabbruch oder Austragung der Schwangerschaft)
 - zu t2 die Erfassung von *Inanspruchnahme und Bedarfen in der Versorgung, Erfahrungen von Stigmatisierung in der Versorgung und die Zufriedenheit mit der Entscheidung über die Schwangerschaft*

Für die Befragungen zu t1 und t2 wurden jeweils *zwei angepasste Versionen* der Fragebögen erstellt, jeweils einer für die *Gruppe der Personen mit Schwangerschaftsabbruch* und einer für die *Gruppe der Personen mit ausgetragener Schwangerschaft*.

Um eine Datenerhebung zu gewährleisten, die den höchsten datenschutzrechtlichen Standards entspricht, wurde das Online-Tool REDCap für die Durchführung der Online-Befragung verwendet. Zusätzlich wurden die Fragebögen in Papierversion erstellt und den kooperierenden Einrichtungen zur Gewinnung von Teilnehmenden, die den Fragebogen nicht online ausfüllen können oder wollen, zur Verfügung gestellt.

Die verwendeten Messinstrumente, welche in den über die drei Zeitpunkte eingesetzten Fragebögen verwendet wurden, werden in Tabelle 1 beschrieben.

Tabelle 1: Übersicht der verwendeten Messinstrumente in der Online-Befragung.

Messinstrumente:	Erhoben zu:	Anmerkungen:
Soziodemografische Daten	t0	selbstentwickelt
Fragen zur Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Partnerschaft	t0, t1, t2	selbstentwickelt
Fragebogen zur Erlebten Patientenorientierung (EPAT)(26)	t0 und t1	Einsatz in drei Kontexten: (1) Schwangerschaftskonfliktberatung, medizinischen Versorgung (2) bei Schwangerschaftsabbruch (Erstkontakt in gynäkologischer Praxis und Einrichtung des Abbruchs) und (3) Austragung der Schwangerschaft Auswahl geeigneter Items, Adaptationen einiger Items an die Kontexte, Entwicklung neuer Items, Durchführung kognitiver Interviews für neue/adaptierte Items für t0 (n=5) und t1 (n=5)
Distress Thermometer und Problembereiche (33)	t0, t1, t2	Adaptation der Skala und der Problembereiche zur Erfassung der Belastung zu folgenden Zeitpunkten: Feststellung der Schwangerschaft (1), nach Schwangerschaftsabbruch oder zum Zeitpunkt der Schwangerschaft (t1), hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs oder der unbeabsichtigten Schwangerschaft (2). Durchführung kognitiver Interviews für t0 (n=4) und t1 (n=5)
Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) (34)	t0, t1	Einsatz in drei Kontexten: (1) Schwangerschafts(-konflikt)beratung, medizinischen Versorgung (2) bei Schwangerschaftsabbruch und (3) Austragung der Schwangerschaft
Fragen zum Kontakt mit der CarePreg Studie	t1	Selbstentwickelte Items
Decision Regret Scale (DRS) (35,36)	t2	Adaption für den Kontext „Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch“, Durchführung kognitiver Interviews (n=2) und Diskussion der Items im „Beirat Betroffener“
Individual Level of Abortion Scale (ILAS) (37)	t2	Einsatz für den Kontext „Schwangerschaftsabbruch“ und Adaption für den Kontext „Austragung der unbeabsichtigten Schwangerschaft“, Durchführung kognitiver Interviews (n=2) und Diskussion der Items im „Beirat Betroffener“
Fragen zu Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs / der ausgetragenen unbeabsichtigten Schwangerschaft	t2	Selbstentwickelte Items
Fragen zur Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit der Methode des Abbruchs (nur Gruppe Schwangerschaftsabbruch)	t2	Selbstentwickelte Items

Messinstrumente:	Erhoben zu:	Anmerkungen:
Fragen zur Einrichtung des Abbruchs / der Beratungsstelle	t0, t1	Selbstentwickelte Items
Fragen zum Prozess der Entscheidungsfindung zum Schwangerschaftsabbruch oder Austragung	t2	Selbstentwickelte Items
Fragen zu Schmerzen beim Abbruch	t2	Selbstentwickelte Items
Fragen zu psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten und Bedarfen nach dem Schwangerschaftsabbruch / der Austragung	t2	Selbstentwickelte Items
Vertiefende Fragen zur Beratung bei der Schwangerschaftskonfliktberatung	t2	Selbstentwickelte Items

Anmerkung: t0= 1. Messzeitpunkt, t1= 2. Messzeitpunkt, t2= 3. Messzeitpunkt.

- Auswertungen: Die Online-Befragung wurde am 12.03.2024 beendet. Zu diesem Zeitpunkt hatten 541 Personen den t0 Fragebogen vollständig ausgefüllt, 310 Personen haben den t1 Fragebogen und 203 den t2 Fragebogen vollständig ausgefüllt. Zusätzlich haben 12 Personen den t0 Fragebogen in der Papierversion ausgefüllt, 6 Personen den t1 Fragebogen und 3 Personen den t2 Fragebogen. Dies sind die Zahlen der Teilnehmenden der unbereinigten Rohdatensätze.

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die Datensätze zu den drei Erhebungspunkten bereinigt und auf Datenmanipulation überprüft. Die Zahlen der Datensätze und die Kriterien, welche zum Ausschluss von Datensätzen aus der finalen Analyse angewandt wurden sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Datensätze und Kriterien zur Datenbereinigung. Anzahl ausgeschlossener Daten je nach Kriterium.

Gesamtdatensatz (n)	t0 n= 541		t1 n= 316		t2 n= 206	
Kriterien zur Datenbereinigung	n	%	n	%	n	%
keine Daten im Fragebogen	69	12.7	14	4.4	16	7.8
Fragebogen sicher doppelt ausgefüllt	24	4.4	13	4.1	7	3.4
Fragebogen zu spät ausgefüllt	0	0.0	2	0.6	0	0.0
Fragebogen vermutlich doppelt ausgefüllt	12	2.2	3	0.9	8	3.9
auffällige Reaktionszeiten	212	39.2	111	0.03	24	11.7
Auffälligkeiten bei der E-Mail-Adresse	59	10.9	16	5.	0	0.0
Auffälligkeiten bei einer vorherigen Befragung	12	2.2	0	0.0%	0	0.0
sonstige Auffälligkeiten	12	2.2	23	7.3	3	1.5

Anmerkungen: Häufigkeiten (n) und Prozente (%). Ausschluss auf Grund mehrerer erfüllter Kriterien möglich.

Um einen qualitativ hochwertigen Datensatz sicherzustellen wurde zudem entschieden, alle Datensätze auszuschließen, die mindestens eines der oben genannten Kriterien erfüllten. Es wurden daher folgende Anzahl

an Datensätzen in die Auswertung übernommen: *t0: 240 Datensätze (44.5% des Gesamtdatensatzes)*, *t1: 177 Datensätze (56.0% des Gesamtdatensatzes)*, *t2: 155 Datensätze (75.2% des Gesamtdatensatzes)*.

Alle Datenverarbeitungsschritte und -analysen wurden mit SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 23) durchgeführt. Für die Auswertungen aller weiteren Items wurden Einzelauswertungen anhand deskriptiver Statistiken und Häufigkeitsanalysen auf Item-Ebene getätigt.

b) Vertiefende Telefoninterviews mit Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch zu Stigmatisierung in der Versorgung

In der zweiten Teilstudie der Phase 2 wurden vertiefende Telefoninterviews mit 15 Teilnehmenden aus der Online-Befragung zu Erfahrungen mit Stigmatisierung im Rahmen der psychosozialen und medizinischen Versorgung geführt. Die Daten wurden im Rahmen einer Masterarbeit erhoben.

- Einschlusskriterien: [entsprechend der Online-Befragung der Phase 2] Teilnehmende mussten mindestens 18 Jahre alt sein, Deutsch sprechen, lesen und verstehen können und eine unbeabsichtigte Schwangerschaft innerhalb der letzten 5 Jahre [zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses in die Online-Befragung] erlebt haben diese nach §218a Absatz 1 StGB abgebrochen haben.
- Gewinnung von Teilnehmenden: [entsprechend der Online-Befragung der Phase 2]. Im Rahmen der t1 Online-Befragung wurden Teilnehmende am Ende der Befragung eingeladen, an einem telefonischen Interview zum Thema Stigmatisierung teilzunehmen und dazu vom Studienteam via E-Mail kontaktiert zu werden. Die Masterandin beantwortete die E-Mails interessierter Teilnehmender und verschickte die Studieninformationen, das Datenschutzblatt, die Einwilligungserklärung und einen kurzen Fragebogen zur Soziodemografie der Teilnehmenden (z. B. Altersgruppe, Bildungsstand, Methode des Schwangerschaftsabbruchs). Es wurde darum gebeten die Einwilligungserklärung und den Fragebogen per E-Mail zurückzusenden. Zudem konnten sich die Teilnehmenden entscheiden, ob sie eine eigene Telefonnummer für den Anruf angeben wollten oder das Studienteam zum Termin des Interviews selbst anrufen wollten.
- Datenerhebung: Die Interviews wurden zwischen März und Mai 2023 telefonisch von der Masterandin durchgeführt. Es wurden 15 Personen mit einer abgebrochenen Schwangerschaft befragt. Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden wurde entsprechend den konsolidierten Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Forschung (COREQ-Statement (38)) im Studienteam gemeinsam mit dem „Beirat Betroffener“ entwickelt. Als theoretische Fundierung wurde das „Mentall Illness Stigma Framework“ verwendet, welches drei Bereiche von Stigmatisierung beschreibt: erfahrene Stigmatisierung, erwartete Stigmatisierung und internalisierte Stigmatisierung (39). Die Dauer der Interviews war für 60 Minuten geplant.

Zu Beginn wurde den Teilnehmenden der Ablauf des Interviews erklärt. Nachdem die Teilnehmenden ihre Einwilligung zur Teilnahme erneut bestätigt hatten, wurde die Audioaufnahme gestartet. Während

der Interviews wurde explizit nach den drei Bereichen des „Mentall Illness Stigma Framework“ gefragt [z.B. *„Manche Menschen berichten, dass Sie sich wegen Ihrer Entscheidung, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft abubrechen, Schuld oder Schamgefühle erleben. Können Sie das nachvollziehen?“* zu „Internalisierte Stigmatisierung“; *„Bitte denken Sie an die Zeit kurz nachdem Sie von Ihrer Schwangerschaft erfahren haben. Welche Erwartungen hatten Sie zu diesem Zeitpunkt bezüglich der weiteren Versorgung?“* zu „Erwartete Stigmatisierung in der Versorgung“; *„Hatten Sie den Eindruck, dass Sie in der Versorgung Ihrer unbeabsichtigten Schwangerschaft anders behandelt wurden als Personen mit einer beabsichtigten Schwangerschaft?“* zu „Erlebte Stigmatisierung in der Versorgung“]. Zusätzlich zur Versorgung wurde nach Stigmatisierungserfahrungen im privaten bzw. gesellschaftlichen Umfeld gefragt [z.B. *„Manche Menschen berichten, dass Sie wegen Ihrer Entscheidung, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft abubrechen, von der Gesellschaft oder ihrem persönlichen Umfeld verurteilt werden oder sie befürchten, verurteilt zu werden. Welche Erfahrungen sind für Sie in diesem Zusammenhang wichtig?“*]. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Teilnehmenden einen Wertgutschein über 25 €.

- **Auswertungen:** Die Audioaufnahmen der Interviews wurden wörtlich transkribiert (verbatim) und dabei pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte entsprechend der Auswertungen der Daten aus Phase 1 mittels qualitativer Inhaltsanalyse mittels mit MAXQDA 12 (Verbi GmbH). Die Analyse der Interviews wurde von der Masterandin und der Studienleitung durchgeführt. Es wurden zunächst deduktive Kategorien entsprechend dem „Mentall Illness Stigma Framework“ definiert. Im Verlauf der Auswertung der Interviews wurden weitere induktive Kategorien und Unterkategorien hinzugefügt. Eine doppelte Kodierung und damit die Zuordnung zu mehreren Dimensionen war möglich, wenn der Inhalt dies erforderlich machte. Die Masterandin kodierte zwei Interviews und besprach dann das erstellte Kategoriensystem mit der Studienleitung. Anschließend kodierte die Masterandin alle 13 weiteren Transkripte und erstellte weitere induktive Kategorien im Verlauf. Die Studienleitung überprüfte alle kodierten Interviews auf Konsistenz. Differenzen wurden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde. Die soziodemografischen Daten aller Teilnehmenden der Interviews wurden jeweils anhand deskriptiver Statistiken mithilfe von SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 23) analysiert.

2.2.4 Phase 3: Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung

Die Phase 3 ist in zwei Teilstudien unterteilt (vgl. Kapitel 2.1.1):

- a) Durchführung von zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren zur Reflektion der Ergebnisse aus Phase 1 und 2 und Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung
- b) Online-Befragung von Versorgenden aus der psychosozialen und medizinischen Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer hinsichtlich der Relevanz und Umsetzbarkeit der abgeleiteten Empfehlungen

Im Folgenden werden die Datenerhebung, Methodik und Auswertung beider Abschnitte nacheinander erläutert.

a) Durchführung von zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren zur Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung

- Gewinnung von Teilnehmenden: Entsprechend der Gewinnung von Expertinnen und Experten in Phase 1. Dabei wurde nach dem Prinzip des „Convenience Sampling“ (dt. Zufallsstichprobe) vorgegangen. Im ersten Schritt wurden alle Personen, die in Phase 1 bereits an den Workshops mit Expertinnen und Experten teilgenommen haben erneut per E-Mail angeschrieben und eingeladen. Darüber hinaus wurden alle neu hinzugekommenen kooperierenden Einrichtungen (vgl. Kapitel 2.1.3) ebenfalls kontaktiert und Mitarbeitende eingeladen. Zusätzlich wurde eine Auswahl an der über die Liste der Bundesärztekammer identifizierten Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, angeschrieben und eingeladen, sowie über die E-Mail-Verteiler von „Doctors for Choice“ und dem FINE-Netzwerk zur Teilnahme aufgerufen. Allen interessierten Personen wurden eine Studieninformation, eine Einwilligungserklärung und Datenschutzerklärung per E-Mail zugeschickt. Des Weiteren erhielten die Personen auf diesem Wege einen soziodemografischen Fragebogen mit der Bitte, diesen mit den anderen Unterlagen vor dem Workshop wieder zurückzusenden.
- Datenerhebung: Die zwei digitalen Workshops mit Expertinnen und Experten wurden im April 2024 über die Plattform Zoom durchgeführt. Jeder Workshop bestand aus drei Teilen. Im ersten Teil des Workshops (1,5 Stunden) wurden den Teilnehmenden die Studie, die Methodik sowie ausgewählte Ergebnisse der Phasen 1 und 2 vorgestellt. Die Teilnehmenden waren eingeladen, jederzeit Verständnisfragen zu stellen. Im Anschluss folgte eine kurze Diskussion in der Großgruppe. Die Vorstellung erfolgte abwechselnd von der Studienleitung und einem Mitglied des Studienteams. Im zweiten Teil wurden die Teilnehmenden in jeweils zwei Kleingruppen aufgeteilt und in Breakout-Räume der Plattform geschickt, dabei wurde auf eine ausgeglichene Verteilung entsprechend der Professionen der Teilnehmenden geachtet. Es folgte eine einstündige Diskussion in den jeweiligen Gruppen zu den Fragen:
 - *Welche Empfehlungen können auf Basis der CarePreg Daten für die Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren mit Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch abgeleitet werden?*
 - *Wie können diese konkret umgesetzt werden?*

Im letzten Teil der Workshops (45 Minuten) wurden die Ergebnisse der beiden Kleingruppen in der Großgruppe vorgestellt und gemeinsam besprochen. Die gesamten Workshops wurden von zwei studentischen Hilfskräften bzw. Praktikantinnen protokolliert und die Diskussionen in den Kleingruppe zusätzlich anhand eines Audioaufnahme gerätes aufgenommen. Die Teilnehmenden konnten einen Wertgutschein über 50€ für ihre Teilnahme erhalten.

- Auswertungen: Die Auswertung erfolgte auf Basis der Protokolle und Audioaufnahmen. Dazu wurden die Empfehlungen der Teilnehmenden zusammengefasst und den Dimensionen des Integrativen Modells für Personenzentrierung zugeordnet (15). Im Anschluss wurde diese Zusammenfassung der Empfehlungen an die Expertinnen und Experten verschickt mit der Möglichkeit Ergänzungen oder Korrekturen anzumerken. Diese wurden dann in einer finalen Version in einer gemeinsamen Diskussion im Studienteam erörtert und die Zusammenfassung entsprechend angepasst.

b) Online-Befragung von Versorgenden aus der psychosozialen und medizinischen Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer hinsichtlich der Relevanz und Umsetzbarkeit der abgeleiteten Empfehlungen

- Gewinnung von Teilnehmenden: Die Einladungen für die Teilnahme an der Online-Befragung zu den abgeleiteten Empfehlungen wurden auf unterschiedlichen Wegen per E-Mail verschickt. Erneut wurden die Mitarbeitenden aller kooperierenden Einrichtungen eingeladen, die von Liste der Bundesärztekammer identifizierten Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen und es wurden neun Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen angeschrieben mit der Bitte diese Einladung zur Teilnahme an ihre Zweigstellen weiterzuleiten (z.B. ProFamilia, Diakonie, Caritas). Zusätzlich wurde die Einladung an Fachverbände wie z.B. die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG) weitergeleitet.
- Datenerhebung: Die Online-Befragung wurde mit Hilfe des Befragungstools Limesurvey aufgesetzt. Es wurden unter 15 Hauptüberschriften (13 entsprechend Dimensionen aus dem Integrativen Modell der Personenzentrierung, sowie zwei zusätzliche Überschriften zu Aspekten von „Stigmatisierung“ und „rechtlichen Rahmenbedingungen“) je 2 bis 13 Empfehlungen präsentiert. Die Teilnehmenden wurden um ihre Einschätzung zu folgenden Punkten gebeten:
 - *Wie relevant sind diese Handlungsempfehlungen für die Versorgung?*
 - *Wie nehmen Sie die aktuelle Umsetzung dieser Empfehlungen in Deutschland wahr?*

Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 1 (gar nicht relevant / gar nicht umgesetzt) bis 10 (sehr relevant / sehr gut umgesetzt). Die Befragung erfolgte anonym, jedoch wurden die Teilnehmenden gebeten am Ende einige Fragen zu ihrer Soziodemografie (z.B. Alter, Bildungsstand, beruflicher Hintergrund) zu beantworten.

- Auswertungen: Alle Datenverarbeitungsschritte und -analysen wurden mit SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 23) durchgeführt. Für die Auswertungen wurden Einzelauswertungen anhand deskriptiver Statistiken und Häufigkeitsanalysen auf Item-Ebene getätigt.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

3.1 Durchführung

Die Durchführung der einzelnen Teilprojekte im Rahmen des CarePreg-Projektes wird im Abschnitt zur Datenerhebung und Methodik umfassend ausgeführt. Dort wird auf die verschiedenen methodischen Ansätze eingegangen.

Die im Projektantrag formulierten Vorhabensziele und die vorab festgelegten Meilensteine blieben während des Projektzeitraums unverändert. Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten jedoch die Meilensteine M2 bis M5 angepasst und in der zeitlichen Durchführung nach hinten verschoben werden. So wurde unter anderem die ursprünglich als Papierversion geplante Befragung von unbeabsichtigt Schwangeren bzw. Personen mit Schwangerschaftsabbruch in eine Online-Befragung umgewandelt. Auch personelle Veränderungen und die zeitweilige Arbeitssituation unter Covid-19 führten sowohl im Studienteams als auch in den kooperierenden Einrichtungen zu Verzögerungen im Zeitplan.

3.2 Arbeits- und Zeitplan

Für die Einhaltung des Arbeits- und Zeitplans kam es entsprechend der oben dargestellten Verschiebungen in der Projektdurchführung auch zu Verschiebungen der Meilensteine und infolgedessen zu einer 6-monatigen finanzierten Projektverlängerung bis zum 30.04.2024 und einer weiteren 4-monatigen kostenneutralen Projektverlängerung bis zum 31.07.2024. In Tabelle 3 sind die wichtigsten zeitlichen Verschiebungen aufgeführt.

Tabelle 3: Arbeits- und Zeitplan.

Meilensteine	Geplanter Zeitpunkt	Tatsächlicher Zeitpunkt
M2: Abschluss Vorbereitungsphase AP1 (Workshops mit Expertinnen und Experten und Interviews) und Beginn der Datenerhebung der Online-Befragung	01.10.2021	15.07.2022
M3: Abschluss Datenerhebung der Online-Befragung	31.11.2022	15.02.2024
M4: Abschluss Datenauswertung AP1	31.03.2023	31.03.2024
M5: Abschluss Expertenworkshop + Online-Befragung AP2.	31.08.2023	31.07.2024

Anmerkung: M=Meilenstein.

4. Ergebnisse

4.1. Phase 1: Relevanz und aktueller Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung

4.1.1 Workshops mit Expertinnen und Experten

Es nahmen insgesamt n=18 Expertinnen und Experten an den Workshops teil. Alle Teilnehmenden hatten einen Hochschulabschluss. Die meisten Teilnehmenden bezeichneten sich als weiblich (94,1 %), waren zwischen 50 und 59 Jahre alt (29,4 %), konfessionslos (58,8 %) und arbeiten in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern (70,6 %). Acht Teilnehmende arbeiten als Gynäkologinnen oder Gynäkologen, neun als Beratende in psychosozialen Versorgungseinrichtung. Eine Teilnehmerin war Juristin und arbeitet im Vorstand einer Beratungsstelle und ist selbst nicht aktiv in der Beratung tätig. Die meisten Teilnehmenden gaben an, gute Kenntnisse über Personenzentrierung zu haben (41,7%). Alle Teilnehmenden gaben an, dass sie über gute (29,4%) oder sehr gute Kenntnisse (64,7%) zum Thema unbeabsichtigte Schwangerschaft verfügen. Eine detaillierte Übersicht über die soziodemografischen Daten findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Soziodemografische Daten der Expertinnen und Experten in Phase 1, n=18.

Mermal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Geschlecht		
Weiblich	16	88.9
Männlich	1	5.5
Fehlend	1	5.5
Altersgruppen (in Jahren)^a		
18-29	1	5.5
30-39	3	16.7
40-49	3	16.7
50-59	5	27.8
60-69	4	22.2
70-79	1	5.5
Fehlend	1	5.5
Muttersprache		
Deutsch	17	94.4
Fehlend	1	5.5
Konfessionszugehörigkeit		
Römisch-Katholisch	2	11.1
Evangelisch	5	27.8
konfessionslos	10	55.5
Fehlend	1	5.5
Derzeitiger Beruf[‡]		
Gynäkolog:in	8	44.4
Berater:in / Sozialpädagogik	7	38.9
Berater:in / Psychologie	2	11.1
Jurist:in	1	5.5
Größe des Wohnortes (Einwohnende)		
Landgemeinde < 5.000	1	5.5
Mittelstadt < 100.000	2	11.1
Großstadt > 100.000	12	66.7

Mermal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Fehlend	3	16.7
Wissen über Personenzentrierung		
Überhaupt nicht	2	11.1
Kaum	1	5.5
Etwas	4	22.2
Gut	7	38.9
Sehr gut	2	11.1
Fehlend	2	11.1
Wissen über unbeabsichtigte Schwangerschaft		
Überhaupt nicht	0	0.0
Kaum	0	0.0
Etwas	0	0.0
Gut	5	27.8
Sehr gut	11	61.1
Fehlend	2	11.1
Arbeitserfahrung (in Jahren)		
Mittelwert (SD)	22.62 (12.81)	
Range in Jahren	2 – 40	
Fehlend	1	

Anmerkungen: Eine Person verweigerte die Angabe der soziodemografischen Daten und wurde in der Tabelle als fehlend deklariert (mit Ausnahme von „aktueller Beruf“, der von allen Teilnehmenden bekannt war). a Das Alter wurde in Kategorien von jeweils etwa 10 Jahren innerhalb des erwerbsfähigen Altersbereichs eingeschätzt, um eine Beschreibung der Stichprobe zu ermöglichen, ohne die Anonymität zu gefährden; ‡ mehr als eine Antwortmöglichkeit war gegeben, SD = Standardabweichung.

Die vier Untergruppen der Workshops umfassten jeweils 4 oder 5 Teilnehmer. Die Dauer der Diskussionen innerhalb der Untergruppen lag zwischen 77 und 95 Minuten (Mittelwert 86 Minuten). Aus Zeitgründen wurde nicht jede der Dimensionen von Personenzentrierung, wie ursprünglich geplant, diskutiert, sondern fünf bis acht Dimensionen pro Untergruppe. Die Dimensionen „Personenorientierte Merkmale von Behandelnden“ und „Teamarbeit“ wurden in keiner der Untergruppen speziell diskutiert. Nichtsdestotrotz fanden sich alle 16 deduktiv generierten Kategorien in den Daten wieder, auch wenn es Unterschiede in der zur Verfügung stehenden Zeit für die Diskussion der einzelnen Dimensionen und zwei Dimensionen, die gar nicht diskutiert wurden, gab. Aus Sicht der Expertinnen und Experten wurden alle 16 Dimensionen des integrativen Modells der Personenzentrierung als relevant für die Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft beschrieben. Es wurden zudem 31 Unterkategorien für die 16 Dimensionen des integrativen Modells von Personenzentrierung definiert. Außerdem wurden vier neue Hauptkategorien gefunden: 1) positive und negative Einflüsse der „COVID-19-Pandemie“, 2) „Politische und rechtliche Aspekte von Schwangerschaftsabbrüchen“, 3) „Stigmatisierung von Frauen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft“ und 4) „Stigmatisierung von Versorgenden“. Diese konnten nicht den 16 Dimensionen des Modells zugeordnet werden und wurden daher separat auf einer Makroebene dargestellt. Tabelle 5 enthält eine vollständige Übersicht der deduktiven und induktiven Kategorien und ihren entsprechenden Inhalten, die auf Basis der Inhalte der Workshops mit

Expertinnen und Experten vergeben wurden. Eine noch detailliertere Darstellung dieser Teilstudie ist zudem in der Publikation von Lindig et al. zu finden (40).

Die folgende Auflistung zeigt die Ergebnisse der Workshops mit Expertinnen und Experten (n=18). Die Inhalte basieren auf den Berichten und der Diskussion der Teilnehmenden. Deduktive Kategorie (=D), Induktive Kategorie (=I):

Grundprinzipien

- **Personenzentrierte Eigenschaften von Behandelnde / Beratenden (D):** Frauen mit unbeabsichtigten Schwangerschaften benötigen eine respektvolle, vorurteilsfreie und unterstützende Betreuung, die ihre individuellen Bedürfnisse ernst nimmt und Scham oder Schuldgefühle reduziert. Zudem sollte ein professionelles Selbstverständnis herrschen, dass Schwangerschaftsabbrüche Teil der gynäkologischen Versorgung und des Lebens von Frauen sein können, dies fehle jedoch häufig.
- **Ausbildung von Versorgenden (I):** Ein großer Mangel an Wissen und Ausbildung zur Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen wurde festgestellt, insbesondere bei operativen Eingriffen und im Umgang mit kultureller Vielfalt sowie den Emotionen der betroffenen Personen. Gynäkologinnen / Gynäkologen müssen Wissen oft eigenständig erwerben. Positive Entwicklungen, wie eine stärkere Präsenz des Themas auf Kongressen, wurden wahrgenommen. Teilnehmende fordern eine intensivere Integration des Themas Schwangerschaftsabbruch in die medizinische Ausbildung, um Vorurteile abzubauen und die Versorgung zu verbessern.
- **Kompetenz und Informiertheit von Versorgenden (I):** Viele Ärztinnen und Ärzte haben wenig Kontakt zu Personen mit unbeabsichtigten Schwangerschaften und mangelndes Wissen über Abbrüche besitzen, auch aufgrund fehlender Ausbildung im Medizinstudium. Zudem bestehen Unsicherheiten im Umgang mit kultureller Vielfalt. Dies führe zu einem Rückgang der Zahl von Ärzten und Ärztinnen, die operative Abbrüche durchführen, insbesondere unter Lokalanästhesie.
- **Vertrauensvolle Beziehung (D):** Das Ziel ist eine respektvolle Beziehung zwischen der Person mit unbeabsichtigter Schwangerschaft und der versorgenden Person. Eine feste Ansprechperson während des Abbruchs sowie eine angenehme Atmosphäre können helfen, Vertrauen zu schaffen und das Wohlbefinden zu fördern.
- **Einzigartigkeit jeder Person (D):** Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft sollten ganzheitlich betrachtet werden. Individuelle Bedürfnisse sollten respektiert werden, einschließlich der Haltung zur Schwangerschaft, dem Informationsbedarf sowie den eigenen Werten, Wünschen und Präferenzen bezüglich der Beratung.

- **Einbezug der Lebensumstände (D):** Individuelle Lebensumstände und -situationen (z. B. finanzielle Lage, Zugang zu Verhütungswissen, Partnerschaft) berücksichtigt werden, da diese die Wahl der Abbruchmethode beeinflussen können, z.B. den Wunsch nach einem medikamentösen Abbruch zu Hause.
- *Einbezug der finanziellen und Arbeitssituation (I):* Die finanzielle Lage der Person sollte in der Beratung berücksichtigt werden, da sie die Wahl der Abbruchmethode, den Zugang zu Verhütung und die Entscheidung über die Schwangerschaft beeinflussen kann.
- *Einbezug von Partnerschaft / Beziehung (I):* Die Partnerschaft oder Beziehung können den Wunsch nach einem Abbruch als auch die Unterstützung während der Schwangerschaft oder des Abbruchs beeinflussen. Allerdings können partnerschaftliche Probleme in der Schwangerschaftskonfliktberatung schwer angesprochen oder gelöst werden.
- *Unterstützung durch Familie und Freundinnen und Freunden (I):* Beratende sollten die Unterstützung durch Familie und Freunde in der Beratung thematisieren, da Frauen möglicherweise aufgrund kultureller oder religiöser Gründe Druck erfahren. Obwohl regionale Unterschiede bestehen, sprechen viele Personen ihre Situation mit engen Bezugspersonen an.
- *Einbezug des kulturellen und religiösen Hintergrunds (I):* Personen aus Familien mit bestimmten kulturellen Hintergründen haben oft Angst, dass ihre Familie von der unbeabsichtigten Schwangerschaft oder dem Abbruch erfährt. Das Verständnis des kulturellen Hintergrunds und das Ansprechen von sexueller Gewalt sind wichtige Aspekte der Beratung und können die Wahl der Abbruchmethode beeinflussen.

Förderliche Faktoren

- **Angemessene Kommunikation (D):** Die psychosoziale oder medizinische Beratung sollte in einer freundlichen Atmosphäre stattfinden, unvoreingenommen und objektiv sein. Es ist wichtig, individuelle Unterschiede zu berücksichtigen und angemessen auf Ängste und Bedenken der Personen einzugehen.
- **Einbezug ergänzender Angebote (D):** Teilnehmende betonten die Wichtigkeit der Weitervermittlung an spezialisierte psychologische Unterstützung. Zusätzliche Gesundheitsangebote sind in der Beratung und Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen oft nicht verfügbar, sollten jedoch vorhanden sein, um sie empfehlen zu können.
- **Zusammenarbeit der Beratenden / Behandelnden (D):** Die Kooperation zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Praxen, Krankenhäusern und sozialen Unterstützungsdiensten (z. B. Familienbildungsstätten, das Programm "Frühe Hilfen", Einrichtungen für Mütter mit ihren Kindern) wird als wichtig erachtet, aber es gibt Herausforderungen, insbesondere bei der Nachsorge (z.B. weil einige Kliniken die Behandlung nach einem Abbruch im Fall von Komplikationen verweigern) und dem Austausch zwischen den Fachkräften. Eine proaktive Nachsorge und der Austausch von Wissen zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie die Nutzung bestehender Netzwerke in der Beratung können die Versorgung verbessern.

- **Zugang zur Versorgung (D):** Teilnehmende betonten die Notwendigkeit einer schnellen und leicht zugänglichen Hilfe für Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft. In südlichen und ländlichen Regionen gibt es einen Mangel an Beratungsstellen und Abbruchmöglichkeiten, was weite Anfahrten erfordert. Zudem erschwert das Tabuisieren des Themas und die Tatsache, dass viele Gynäkologinnen und Gynäkologen keine Abbrüche mehr anbieten, den Zugang zu einer sicheren Abbruchversorgung.
- *Finanzielle Interessen mancher Ärztinnen und Ärzte (I):* Es wurde berichtet, dass Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland hohe Kosten für die betroffenen Personen verursachen können. Die Kosten variieren je nach angewandter Abbruchmethode und sollten nicht individuell angepasst werden und aus Profitgründen durchgeführt werden.
- *Zugang zu Informationen zu verschiedenen Abbruchmethoden / Möglichkeit zwischen den Methoden zu wählen (I):* Frauen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft haben in vielen Regionen nicht die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Abbruchmethoden zu wählen, da diese nicht angeboten werden. Zudem wird der Zugang zu Informationen über die Methoden als schwierig empfunden, und die finanzielle Lage der Frauen beeinflusst, welche Abbruchmethoden sie sich leisten können.
- *Zugang zu Informationen zu Kliniken/Praxen die Abbrüche anbieten (I):* Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft haben Schwierigkeiten, Informationen über Abbruchpraxen zu finden, da Listen oft unvollständig sind und einige Webseiten falsche Informationen bieten. Der Zugang zu Abbruchversorgung und Nachsorge in Krankenhäusern ist ebenfalls eingeschränkt, da einige Einrichtungen Abbrüche oder Nachsorge ablehnen. Teilnehmende plädieren dafür, dass Ärztinnen und Ärzten auf ihren Webseiten Informationen zu den von ihnen angebotenen Abbruchmethoden bereitstellen.
- *Videobasierte oder Telefonische Schwangerschaftskonfliktberatung (I):* Telemedizinische Angebote, wie Telefonberatungen, erleichterten während der COVID-19-Pandemie den Zugang zur Schwangerschaftskonfliktberatung in Deutschland, da sie den Frauen lange Reisewege ersparen und sich besser in den Alltag integrieren lassen.
- *Zugang zu medikamentösen Abbrüchen im home-use (I):* Teilnehmende betonten, dass der Zugang zu telemedizinischen Dienstleistungen frühere und weniger komplizierte Abbrüche mit weniger Nebenwirkungen und Risiken ermöglichen. Apps wie „MedABB“ könnten dabei helfen, Frauen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft besser zu informieren und zu unterstützen. Allerdings gibt es Vorbehalte bei Ärztinnen / Ärzten gegenüber medikamentösen Abbrüchen zur Nutzung zuhause, was zu einem Mangel an Informationen über diese Methode in Deutschland führt.
- *Rechtzeitiger Zugang zur Versorgung (I):* Teilnehmende betonten, dass ein schneller und unkomplizierter Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland entscheidend ist. Es sollte kein Druck auf Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft ausgeübt werden, selbst wenn es sich um eine Notfallsituation handelt. Häufig werden Behandlungen jedoch durch Wissenslücken auf beiden Seiten verzögert, wie

etwa die unnötige Wartezeit auf einen Termin zur Feststellung der Schwangerschaft, der nicht zwingend für die Konfliktberatung erforderlich ist.

- *Zugang zur Versorgung nahe am Wohnort (I)*: In Deutschland gibt es keine flächendeckende Versorgung. Die Teilnehmenden hielten ein erweitertes Angebot an (tele-)medizinischer Betreuung für eine mögliche Lösung, um diese Lücke zu schließen.
- *Verspäteter Zugang zu Abbrüchen aufgrund der Kostenerstattung (I)*: Das Verfahren zur Kostenübernahme durch Krankenkassen verzögert die Behandlung, und es gibt Probleme, insbesondere wenn das Einkommen knapp über der Einkommensgrenze liegt. Die Teilnehmenden forderten, dass Abtreibungen Teil des regulären Gesundheitssystems werden und die Kosten von Krankenkassen übernommen werden. Aktuell variieren die Preise für Abbrüche, und es gibt Berichte, dass manche Ärztinnen / Ärzten keine Kostenerstattung durch Krankenkassen akzeptieren.
- *Limitierter Zugang durch Sprachbarrieren (I)*: Sprache (und digitale) Barrieren würden den Zugang zu Informationen einschränken, was zu Verzögerungen im Versorgungsprozess führen kann.
- *Mangel an Sprachmittlerinnen / Sprachmittlern (I)*: Teilnehmende Beratende berichteten, dass die Rekrutierung geeigneter sprachmittlernder Personen unter Zeitdruck schwierig ist und häufig an fehlender Finanzierung für Dolmetscherdienste mangelt. Einige sprachmittlernde Personen lehnten die Übersetzung von Schwangerschaftskonfliktberatungen ab oder waren voreingenommen. Oft mussten Familienmitglieder, darunter auch Kinder oder Geschwister der Frauen, als Übersetzende fungieren.
- *Zugang zu Medikamenten (I)*: Medikamentöse Abbrüche ist in Deutschland weniger verbreitet. Grund sei z.B. ein teils erschwerter Zugang zu den Medikamenten (z.B. Cytotec).
- *Zugang zu Verhütungsmitteln (I)*: Der einfache Zugang zu Verhütungsmitteln führt oft zu negativen Einstellungen gegenüber Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft, da ihnen vorgeworfen wird, Verhütung nicht richtig angewendet zu haben. Zudem müssen die Kosten für Verhütungsmittel häufig selbst getragen werden.
- **Gute Planung der Versorgung (D)**: Um Kontinuität in der Versorgung zu gewährleisten, sollten Ärztinnen und Ärzten nach dem Abbruch ansprechbar bleiben und Nachsorgeinformationen bereitstellen. Soziale Unterstützungsdienste bieten umfassende Beratung, die oft nicht bekannt ist. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Beratungsstellen und Praxen kann die Kontinuität der Betreuung verbessern.
- *Ausreichend Zeit für die Beratung und die medizinische Konsultation (I)*: Eine gute Beratung erfordert ausreichend Zeit, um Behandlungsmethoden zu erklären und die persönlichen Umstände der betroffenen Personen zu berücksichtigen.
- *Möglichkeit für Nachsorgetermine (I)*: Nachsorgetermine in Beratungsstellen und Praxen sind wichtig, um Verhütungsfragen zu klären oder weiterführende Beratung anzubieten.

Aktivitäten

- **Persönlich angepasste Informationen (D):** Für eine fundierte Entscheidung ist der Zugang zu Informationen und eine detaillierte medizinische Aufklärung entscheidend. Die Teilnehmenden fordern, dass Informationen zum Ablauf von Schwangerschaftsabbrüchen offen, sichtbar und leicht zugänglich gemacht werden.
- *Manipulation und Fehlinformation (I):* Fehlinformationen über Schwangerschaftsabbrüche, entstehen teils durch Unwissen bei den Versorgenden oder werden beabsichtigt durch Gegnerinnen und Gegner von Abbrüchen oder Initiativen verbreitet. Dadurch kann es zu unnötigen Wartezeiten kommen oder falsche Ängste vor den Folgen eines Abbruchs entstehen.
- *Informationen zum Ablauf von Abbrüchen und den rechtlichen Regelungen (I):* Teilnehmende berichteten, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen meist nur die Schwangerschaft bestätigen, aber keine umfassenden Informationen zum Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs vermitteln, was häufig zu Verzögerungen in der Versorgung führen kann. Sie forderten, dass die Adressen von Praxen, die Abbrüche durchführen, direkt von den Gynäkologinnen und Gynäkologen weitergegeben werden sollten.
- *Informationen zu den (medizinischen) Folgen von Abbrüchen (I):* Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft würden oft Ängste bezüglich der Folgen eines Abbruchs äußern (z.B. Unfruchtbarkeit oder Depressionen). Diese Ängste sollten in Beratungen angesprochen und Schuldgefühle reduziert werden.
- *Informationen zu Verhütung und sexuelle Aufklärung (I):* Nachsorgegespräche zu Schwangerschaftsabbrüchen sollten Informationen zu Verhütungsmethoden enthalten, Ziel sollte aber auch sein das Körperbewusstsein sowie die Wahrnehmung des eigenen Körpers der Personen stärken.
- *Vermittlung von ausreichenden und korrekten Informationen (I):* Es wurde berichtet, dass immer wieder falsche oder manipulative Informationen durch Ärztinnen und Ärzten verbreitet würden, es unnötige Untersuchungen und Missverständnisse über rechtliche Vorgaben gäbe.
- **Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung an Entscheidungen (D):** Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft benötigen ausreichende, wertfreie Informationen über den Ablauf sowie Vor- und Nachteile von Methoden zum Abbruch und Zugang zu verschiedenen Methoden, da rudimentäres Wissen oft nicht genügt, um eine fundierte Entscheidung für sich zu treffen.
- **Einbezug von Familie und Freunden (D):** Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde wird häufig als hilfreich empfunden, doch Sprachbarrieren führen manchmal dazu, dass manchmal ungewollt Angehörige, wie Kinder, in sensible Gespräche eingebunden werden.
- *Nicht-Einbezug von Familie und Freunden (I):* Beratende, sowie Ärztinnen und Ärzten sollten klären, ob Personen ohne den Einbezug anderer Personen sprechen möchten, und ihnen die Möglichkeit bieten, im Einzelgespräch zu sprechen.

- **Empowerment der Person (D):** In der Beratung und medizinischen Versorgung sollten Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft gestärkt werden, indem wissenschaftlich fundierte Informationen vermittelt und das Körperbewusstsein und das Wissen über den eigenen Körper gestärkt werden. Vorbehalte von Fachpersonal gegenüber Abbrüchen behindern jedoch diese Stärkung.
- **Ermutigung zur selbstbestimmten Entscheidung (I):** Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft sollten im Entscheidungsprozess unterstützt, in ihrer Wahrnehmung gestärkt und all das notwendige Wissen vermittelt bekommen um eine selbstbestimmte Entscheidung für sich treffen zu können.
- **Unterstützung des psychischen Wohlbefindens (D):** Psychologische Unterstützung sollte angeboten werden, in dem Raum für Gefühle in Gesprächen besteht und ein beruhigender, strukturierter Rahmen gegeben wird. Auch das empathische Ansprechen von Ängsten und individuellen Sorgen und Bedürfnisse, sowie das Vermitteln von Sicherheit wird als Teil dessen betrachtet.
- **Scham und Schuldgefühle (I):** Bei Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft werden oft Gefühle von Schuld und Scham wahrgenommen. Insbesondere in religiös geprägten Kulturen, in welchen Ängste vor Verurteilung und Ablehnung besonders stark sein können. Auch im Versorgungskontext treten diese Gefühle auf und können z.B. dazu führen, dass Personen sich gegen die Einnahme von Schmerzmitteln entscheiden.
- **Adressieren ambivalenter Gefühle (I):** Im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch können betroffene Personen sehr ambivalente Gefühle erleben. Beratende und Gynäkologinnen und Gynäkologen sollten dies normalisieren und vermitteln, dass unterschiedliche Gefühle wie Traurigkeit und Erleichterung auch gleichzeitig da sein können
- **Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens (D):** Siehe Schmerzmanagement
- **Schmerzmanagement (I):** Die Entscheidung über die Einnahme von Schmerzmitteln sollte individuell getroffen werden, da Schmerzempfindungen variieren. Mögliche Schmerzen sollten angesprochen werden und ein Angebot von Schmerzmitteln gemacht werden.
- **Sicherheit von Patientinnen und Patienten (D):** Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch bietet den Vorteil, dass keine körperlichen Eingriffe nötig sind, was die Risiken verringert. Einige Gynäkologinnen und Gynäkologen geben ihre private Nummer weiter, um im Falle von Komplikationen um den Abbruch direkte Unterstützung anbieten zu können.
- **Schutz der Privatsphäre (I):** Der Schutz der Privatsphäre, wie z.B. eine diskrete Behandlung an der Anmeldung ist für die Betroffenen von besonderer Bedeutung.

Makroebene

- **Stigmatisierung von Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft (I):** Die Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen verstärkt die Stigmatisierung von Personen mit unbeabsichtigten Schwangerschaftsabbrüchen

ten. Stigmatisierung zeigt sich in der medizinischen Versorgung, im gesellschaftlichen Umfeld und insbesondere in religiös geprägten Kontexten. Die Psychologisierung von Schwangerschaftsabbrüchen verstärkt das Stigma zusätzlich.

- *Entstigmatisierung und Enttabuisierung (I)*: Unbeabsichtigte Schwangerschaften sollten als Notfall für die betroffene Person sachlich behandelt werden, um Stigmatisierung zu reduzieren. Zudem wird gefordert, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen Abbrüche als zentralen Teil ihrer Arbeit anerkennen.
- *Eine unbeabsichtigte Schwangerschaft kann passieren (I)*: Personen mit unbeabsichtigten Schwangerschaften sollten in der Versorgung entstigmatisiert werden, indem vermittelt wird, dass dies passieren kann. Stereotype Zuschreibungen durch Versorgende widersprechen der Tatsache, dass dies Personen mit unterschiedlichem Alter, Bildungsgrad und sozioökonomischer Status (usw.) passiert.
- *Stigmatisierung von Versorgenden (I)*: Gynäkologinnen / Gynäkologen, die Abbrüche anbieten, erfahren oft Stigmatisierung durch Kolleginnen / Kollegen. Schwangerschaftsabbrüche sind in den neuen Bundesländern und Großstädten wie Berlin und Hamburg gesellschaftlich akzeptierter als in anderen Regionen.
- **Politische und rechtliche Aspekte (I)**: Die rechtliche Regelung im §218 StGB zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland erschwert den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen. Gynäkologinnen / Gynäkologen fühlen sich durch die rechtliche Einstufung von Abbrüchen als Straftat in einer „Grauzone“. Beratungspflichten werden von betroffenen Personen oft als Zwang empfunden. Fachverbände unterstützen die Verbreitung von Informationen zu medikamentösen Abbrüchen nicht ausreichend. Zudem fehlen entsprechende Ausbildungsinhalte in der medizinischen Lehre.
- *Recht von Gynäkologinnen / Gynäkologen Abbrüche abzulehnen (I)*: Die rechtliche Möglichkeit von Gynäkologinnen / Gynäkologen und Kliniken, Schwangerschaftsabbrüche und die Behandlung von entstandenen Komplikationen zu verweigern, führe zu erheblichen Problemen, einschließlich der Verlegung von Personen in andere Städte.
- **Einflüsse der Covid-19 Pandemie (I)**: Während der Pandemie bestanden für Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft weitere Barrieren, etwa durch erschwerten Zugang zu Informationen und fehlende soziale Unterstützung sowie durch Corona-bedingte Einschränkungen in den Praxen. Gleichzeitig habe die Einführung von Telefonsprechstunden Zugangsprobleme erleichtert und ein gesteigertes Angebot von medikamentösen Abbrüchen sei zu beobachten gewesen.

Ergebnissen der Online – Befragung zur Relevanz und Umsetzung der Dimensionen

Im Anschluss an die Workshops erhielten die Teilnehmenden eine Einladung zu einer kurzen Online-Befragung hinsichtlich der Relevanz und aktuellen Umsetzung der Dimensionen. Dabei wurde die Dimension „Sicherheit von Patientinnen und Patienten“ in dieser quantitativen Befragung mit einem Mittelwert von 9,87 (n=15, SD= 0.52, Range=8-10) mit der höchsten Relevanz bewertet. Die Dimension „Einbezug ergänzender Angebote“ erhielt die geringste Bewertung für die Relevanz mit einem Mittelwert von 6,29 (n=14; SD= 2.95;

Range= 1-10). Bezogen auf die aktuelle Umsetzung in Deutschland erhielt die Dimension „Sicherheit von Patientinnen und Patienten“ Befragung mit einem Mittelwert von 7,87 (n=15, SD= 2.0, Range = 4 bis 10) erneut den höchsten Wert und die Dimension „Zugang zur Versorgung“ mit einem Mittelwert von 4,0 (n=15, SD= 1.56; Range= 2 bis 6) den geringsten Wert.

4.1.2 Interviews mit Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch

Es nahmen insgesamt n=35 Personen, mit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft an den Einzelinterviews teil. Die größte Gruppe der Teilnehmenden war zwischen 25 bis 34 Jahre alt (62,8%), hatte einen Hochschulabschluss (65,7%) und lebte in einer Großstadt (80%), war in Partnerschaft lebend (42,9%) oder verheiratet (25,7%). Die meisten Personen hatten keine Kinder (74,3%) und nannten als Hauptgrund für den Schwangerschaftsabbruch den „falschen Zeitpunkt im Leben“ (82,9%). Eine detaillierte Übersicht über die soziodemografischen Daten findet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Soziodemografische Daten der Einzelinterviews mit Personen mit abgebrochener Schwangerschaft (n=35).

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Geschlecht		
Weiblich	35	100
Altersgruppen (in Jahren)^a		
20-24	6	17.1
25-29	11	31.4
30-34	11	31.4
35-39	5	14.3
40-44	2	5.7
Muttersprache		
Deutsch	35	100
Konfessionszugehörigkeit		
Römisch-Katholisch	3	11.1
Evangelisch	10	27.8
konfessionslos	21	55.5
andere	1	5.5
Höchster Bildungsabschluss		
Mittlere Reife/Realschulabschluss	2	5.7
Fachhochschulreife	1	2.9
Abitur	9	25.7
Hochschul-/Fachhochschulstudium	23	65.7
Beschäftigungsstatus		
Angestellt in Vollzeit (≥30 Stunden)	15	42.9
Angestellt in Teilzeit	3	8.6
Selbstständig	6	17.1
Ohne Beschäftigung	1	2.9
Studierend /Schule/ Ausbildung	9	25.7
Sonstiges	1	2.9
Landgemeinde < 5.000	3	31.4

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Größe des Wohnortes (Einwohnende)		
Mittelstadt < 100.000	4	42.9
Großstadt > 100.000	28	25.7
Familienstand		
Ledig	11	31.4
In einer Partnerschaft	15	42.9
Verheiratet	9	25.7
Anzahl Kinder		
Keine Kinder	26	74.3
Ein Kind	2	5.7
Zwei Kinder	7	20.0
Hauptgründe für den Schwangerschaftsabbruch ‡		
Falscher Zeitpunkt im Leben	29	82.9
Nicht der/die richtige Partner/Partnerin	12	34.3
Finanzielle Gründe	11	31.4
Kein Kinderwunsch/ Wunsch Mutter zu sein	10	28.6
Bereits Mutter und keine weiteren Kinder gewünscht	5	14.3
Gesundheitsrisiken (körperlich)	1	2.9
Gesundheitsrisiken (psychisch)	5	14.4

Anmerkungen: ^a Das Alter wurde in Kategorien von jeweils etwa 5 Jahren innerhalb des reproduktiven Altersbereichs eingeschätzt, um eine Beschreibung der Stichprobe zu ermöglichen, ohne die Anonymität zu gefährden; ‡ mehr als eine Antwortmöglichkeit war gegeben, Zahl und Prozente der Personen die mit „Ja“ gestimmt haben, Prozente gerechnet pro Antwortmöglichkeit an der Gesamtmenge von n=35 (100%).

Die Dauer der Interviews variierte zwischen 28 bis 124 Minuten (Mittelwert 46 Minuten). In der inhaltsanalytischen Auswertung wurden die berichteten positiven und negativen Erfahrungen der Teilnehmenden den 16 Dimensionen des integrativen Modells der Personenzentrierung zugeordnet, alle Dimensionen wurden in den Aussagen der Teilnehmenden gefunden. Es wurden zudem 27 Unterkategorien für die 16 Dimensionen des integrativen Modells von Personenzentrierung definiert. Außerdem wurden vier neue Hauptkategorien gefunden: 1) „Stigmatisierung von Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft“; und 2) „Politische und rechtliche Aspekte von Schwangerschaftsabbrüchen“; 3) „soziale Unterstützung; 4) „positive und negative Einflüsse der „COVID-19-Pandemie“. Diese konnten nicht den 16 Dimensionen des Modells zugeordnet werden und wurden daher separat auf einer Makroebene dargestellt. Den vier neuen Hauptkategorien wurden 8 Unterkategorien zugeordnet. Tabelle 7 enthält eine vollständige Übersicht der deduktiven und induktiven Kategorien und ihren entsprechenden Inhalten, die auf Basis der Inhalte Interviews vergeben wurden.

Die folgende Auflistung zeigt die Ergebnisse der Interviews mit Personen mit abgebrochener Schwangerschaft (n=35). Deduktive Kategorie (=D), Induktive Kategorie (=I), Unterkategorien sind kursiv dargestellt. Alle Inhalte basieren auf den Berichten der Teilnehmenden.

Grundprinzipien

- **Personenzentrierte Eigenschaften von Beratenden / Behandelnden (D):** Die Teilnehmenden beschrieben eine positive Erfahrung in der Beratung und medizinischen Behandlung, wenn die Beratenden/ Behandelnden ihnen freundlich, einfühlsam, sensibel, respektvoll, nicht-wertend, selbstverständlich, sachlich begegnet waren. Sie wünschen sich ernst genommen werden und in ihren individuellen Bedürfnissen gesehen werden, Scham und Schuldgefühle sollten reduziert und die Situation normalisiert werden. Versorgende sollten sich mit dem Thema „unbeabsichtigte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch“ auskennen und umfassend zu Möglichkeiten informieren können. Bei gegenteiliger Erfahrung wurden diese Eigenschaften häufig als Wunsch für eine gute beratende oder behandelnde Person formuliert.
- **Kompetenz und Informiertheit von Versorgenden (I):** Teilnehmende beschrieben, dass insbesondere Gynäkologinnen, die zur Feststellung der Schwangerschaft als erstes aufgesucht wurden, teilweise nur wenig Wissen über den Ablauf und die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs (medikamentös oder chirurgisch) gehabt hätten oder aufgrund eigener Haltungen zurückhaltend in der Weitergabe der Informationen gewesen seien. Es bestand der Wunsch nach besserer Informiertheit und besser Aus- und Weiterbildung von Medizinerinnen und Medizinern und einer Verankerung im Studium. Als Konsequenz der mangelnden Ausbildung wurde auch vermutet, dass sich möglicherweise weniger Gynäkologinnen und Gynäkologen bereit erklären würden Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.
- **Vertrauensvolle Beziehung (D):** Vor allem um die Situation des Schwangerschaftsabbruchs und im Anschluss berichteten einige Teilnehmende sehr vertrauensvolle Erfahrungen mit den betreuenden Ärztinnen / Ärzten und dem Pflegepersonal gemacht zu haben, in dem eine warme, entspannte und beruhigende Stimmung kreiert wurde, und z.B. durch körperlichen Kontakt (z.B. Hand drücken) Beruhigung hergestellt wurde. Einige Personen berichteten, es belastend empfunden zu haben, den Abbruch nicht bei der oder dem ihnen vertrauten Gynäkologin oder Gynäkologen durchführen lassen zu können, weil diese keine Abbrüche durchführen und keine feste Ansprechperson gehabt zu haben. Es wurde der Wunsch nach weniger Versorgungstellen geäußert um eine vertrauensvollere Beziehung herstellen zu können.
- **Einzigartigkeit jeder Person (D):** Einige Teilnehmende berichteten sehr positiv, dass die Beratung und/oder die Gespräche in der medizinischen Versorgung sehr an ihrer individuellen Situation (z.B. Unsicherheit bzgl. der Schwangerschaft, Akzeptanz der Entscheidung) ausgerichtet worden sein und auf ihre Bedürfnisse und Wünsche eingegangen worden sei. Dies habe viel Vertrauen geschaffen. Andere hatten das Gefühl, nach einem Schema "abgearbeitet" worden zu sein, und hatten keinen Raum für ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse (z.B. nach einer Krankschreibung oder Bestätigung ihrer Gefühle oder Entscheidung über die Schwangerschaft). Viele äußerten den Wunsch nach einer individuellen Beratung oder Behandlung als "Person".

- **Einbezug der Lebensumstände (D):** Einige Teilnehmende berichteten, dass insbesondere in der Beratung ihre individuelle Situation (z.B. Ausbildungs- bzw. Arbeitssituation, finanzielle Situation, Partnerschaft, Wohnsituation) aufgegriffen worden sei und angemessene Angebote dazu gemacht worden seien, bzw. ihre Wünsche und Sorgen dies bzgl. adressiert worden seien. Andere fühlten sich hinsichtlich ihrer Situation und Gründen (für einen Abbruch oder Unsicherheit über die Austragung der Schwangerschaft) nicht akzeptiert und teils bedrängt.

Förderliche Faktoren

- **Angemessene Kommunikation (D):** Die psychosoziale oder medizinische Beratung sollte in einer freundlichen Atmosphäre stattfinden, unvoreingenommen und objektiv sein. Es ist wichtig, individuelle Unterschiede zu berücksichtigen und angemessen auf Ängste und Bedenken der Personen einzugehen.
- **Einbezug ergänzender Angebote (D):** Teilnehmende berichteten kaum ergänzende Angebote, wie z.B. psychologische Unterstützung im Rahmen der unbeabsichtigten Schwangerschaft bzw. dem Schwangerschaftsabbruch erhalten zu haben. Viele äußerten den Wunsch nach Austauschmöglichkeiten mit anderen Betroffenen, z.B. in Form eines Gesprächsangebots für Frauen nach einem Abbruch oder einer Selbsthilfegruppe. Manche äußerten auch sich selbst z.B. online Austausch gesucht zu haben. Einige hätten sich auch psychologische oder psychotherapeutische Hilfsangebote gewünscht, nur sehr wenige berichteten diese auf Wunsch auch erhalten zu haben.
- **Zusammenarbeit der Beratenden / Behandelnden (D):** Teilnehmende äußerten positiv, wenn eine gute Vermittlung zwischen gynäkologische Praxen und Beratungsstellen stattfand (z.B. durch bereitstellen von Informationen und Adressen). Es wurde häufiger von einer Belastung durch die unterschiedlichen notwendigen Anlaufstellen auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch berichtet, und damit der Notwendigkeit die eigene Situation immer wieder neu Erzählen zu müssen. Es bestand der Wunsch nach einer Vereinfachung des Prozesses, z.B. durch Gesundheitszentren oder Anlaufstellen, die den ganzen Prozess begleiten und versorgen.
- **Zugang zur Versorgung (D):** Teilnehmende berichteten sehr unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung, Personen, welche in Großstädten lebten berichteten häufiger leicht und schnell Termine in Praxen und Beratungsstellen vereinbaren zu können, andere berichteten in ein anderes Bundesland haben fahren zu müssen. Die unterschiedlichen Versorgungsstellen wurden häufiger als Zugangsbarriere erlebt und der Wunsch geäußert, dass es mehr Stellen für Schwangerschaftsabbrüche gäbe und diese den gesamten Prozess übernehmen würden.
- **Zugang zu Informationen zu verschiedenen Abbruchmethoden / Möglichkeit zwischen den Methoden zu wählen (I):** Teilnehmende berichteten über die Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs und über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Methode umfassend informiert worden zu sein. Andere

fühlten sich nur sehr einseitig bis gar nicht beraten und allein gelassen mit der Informationssuche. Einige Teilnehmende berichteten auch keine Wahl der Methode gehabt zu haben oder das ihnen dies nicht bekannt gewesen sei. Es wurde der Wunsch nach leicht zugänglichen Informationen und kompetenter Beratung und Information geäußert.

- *Zugang zu Informationen zu Kliniken/Praxen die Abbrüche anbieten (I)*: Teilnehmende berichteten sehr unterschiedliche Erfahrungen. Einige bemerkten positiv, dass sie von der Praxis der Feststellung der Schwangerschaft und/oder der Beratungsstelle Adressen von Praxen erhalten hätten, die Abbrüche durchführen, andere hatten Schwierigkeiten diese Informationen zu erhalten und mussten dafür selbst (z.B. im Internet) recherchieren. Der Wunsch nach einem leichteren Zugang zu Informationen wurde geäußert.
- *Videobasierte oder Telefonische Schwangerschaftskonfliktberatung (I)*: Einige Teilnehmende berichteten, dass sie die Pflichtberatung hätten telefonisch oder Videobasiert wahrnehmen können (v.a. während der Covid-19 Pandemie), andere äußerten den Wunsch nach der Möglichkeit einer telefonischen Beratung, da dies Hürden nehmen würde und einfacher in den Alltag integrierbar sei.
- *Zugang zu Informationen zu Beratungsstellen für die Pflichtberatung (I)*: Einige Teilnehmende berichteten, direkt von der Praxis, bei welcher sie die Schwangerschaft feststellen ließen, Informationen (z.B. Flyer, Adresslisten) zu Beratungsstellen erhalten zu haben. Andere mussten dafür selbst recherchieren und fanden es teils schwierig seriöse (Stellen die einen Beratungsschein ausstellen) zu identifizieren. Der Wunsch nach leichter zugänglichen und einheitlichen Informationen wurde geäußert.
- *Rechtzeitiger Zugang zur Versorgung (I)*: Einige Teilnehmende berichteten, schnell einen Termin für einen Beratungstermin, als auch in den gynäkologischen Praxen erhalten zu haben. Teils sei direkt auf die Dringlichkeit die durch die unbeabsichtigte Schwangerschaft bestand reagiert worden. Andere wiederum haben viele Praxen/Beratungsstellen abtelefonieren müssen um einen kurzfristigen Termin zu erhalten. Der Wunsch nach weniger zeitlichen Verzögerungen durch verlangsamte Terminvergaben wurde geäußert.
- *Zugang zur Versorgung nahe am Wohnort (I)*: Teilnehmende berichteten vor allem, wenn sie eine negative Erfahrung gemacht hatten und weitere Strecken zurücklegen mussten um eine Praxis für einen Schwangerschaftsabbruch zu besuchen. Teils wurden auch Einschränkungen berichtet, weil kein Auto vorhanden war und keine Verbindung über den öffentlichen Nahverkehr bestand. Wieder andere berichteten, dass nur eine einzige Praxis in ihrer Umgebung gewesen sei. Der Wunsch nach einer flächendeckenden Versorgung wurde geäußert.
- *Verspäteter Zugang zu Abbrüchen aufgrund der Kostenerstattung (I)*: Personen wurden im Prozess der Kostenübernahme gut unterstützt durch die Beratung oder die versorgende Praxis, einzelne berichteten zunächst aufgefordert gewesen zu sein, Bargeld mitzubringen für den Abbruch, oder Schwierigkeiten gehabt zu haben herauszufinden wie der Prozess der Kostenübernahme ablaufe.

Der Wunsch nach allgemeiner Kostenübernahme durch die Krankenkasse, im Sinne der medizinischen Grundversorgung, unabhängig von Einkommen wurde geäußert.

- **Gute Planung der Versorgung (D):** Teilnehmende äußerten als positiv, wenn es einen guten und schnellen Ablauf von Terminen gab und der Behandlungen/Untersuchungen an sich gab. Es wurde der Wunsch geäußert, dass die Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen auf eine Praxis zentralisiert würde und Nachsorge inkl. dem Bedarf nach einer Krankschreibung geklärt wird.
- *Ausreichend Zeit für die Beratung und die medizinische Konsultation (I):* Einige Teilnehmende berichteten positiv, dass sich in der Beratungs-stelle/Praxis Zeit für ihre Fragen und Anliegen genommen worden sei und ihnen Abläufe genau erklärt worden seien. Andere bemängelten, dass sie insbesondere Gespräche in Praxen/Kliniken als zu kurz empfunden hätten und kein Raum für ihre Anliegen da gewesen sei.
- *Wartezeiten in der Praxis/Klinik (I):* Teilnehmende berichteten vereinzelte und unterschiedliche Erfahrungen. Positiv wurde betont, wenn in einer Notfallsituation keine langen Wartezeiten nötig waren, andere berichteten von längeren Wartezeiten in Praxen oder auch auf Termine.
- *Atmosphäre in der Beratungsstelle /Praxis (I):* Einige Teilnehmende sprachen die Atmosphäre in den Beratungsstellen/Praxen an. Positiv wurde beschrieben, wenn diese offen, wert-neutral und herzlich war. Andere empfanden sie als kühl oder steril. Teils wurden auch Ausstattungsmerkmale in Wartebereichen genannt, wie Werbung für Schwangere oder Personen die schwanger werden wollen, dies empfanden einzelne als negativ in ihrer Situation der unbeabsichtigten Schwangerschaft.
- *Umgang mit Komplikationen nach dem SAB (I):* Einige Teilnehmende berichteten, Komplikationen nach dem Schwangerschaftsabbruch erlebt zu haben und sich in diesem Zusammenhang nicht gut betreut oder ernstgenommen gefühlt zu haben. Einzelne andere fühlten sich durch die Komplikationen zusätzlich belastet, sahen aber darin keinen Versorgungsfehler.
- *Möglichkeit für Nachsorgetermine (I):* Einige Teilnehmende berichteten positiv, sich in der Nachbetreuung des Schwangerschaftsabbruchs gut versorgt gefühlt zu haben. Einige erwähnten auch positiv, dass sie von der Beratungsstelle das Angebot bekommen hätten noch weitere Termine im Anschluss an den Abbruch wahrnehmen zu können. Viele Teilnehmende äußerten nichts zu dieser Kategorie.

Aktivitäten

- **Persönlich angepasste Informationen (D):** Einige Teilnehmende berichteten als positive Erfahrung, Informationen zu allen für sie relevanten Themen in der Beratung und/oder dem ärztlichen Gespräch erhalten zu haben. Andere fühlten sich nicht individuell beraten oder es fehlten ihnen der Zugang zu relevanten Informationen. Es wurde der Wunsch nach einheitlichen Informationen, die schriftlich

(online oder als Flyer) zu finden sind geäußert und auch nach einfach zugänglichen telefonischen Diensten, die im Fall der unbeabsichtigten Schwangerschaft beraten.

- *Informationssuche im Internet (I)*: Einige Teilnehmende berichteten, sich im Internet zum Thema Schwangerschaftsabbruch informiert zu haben und Schwierigkeiten gehabt zu haben seriöse Informationen zum Ablauf (rechtlicher Rahmen, Kosten, Methoden) und den Folgen eines Abbruchs zu finden. Teils wurde es auch als schwierig beschrieben Adressen von Beratungsstellen und Praxen/Kliniken die einen Abbruch durchführen zu finden. Der Wunsch nach einer einheitlichen Informationsseite für Deutschland, mit Adresslisten nach Regionen, wurde geäußert.
- *Informationen zum Ablauf von Abbrüchen und den rechtlichen Regelungen (I)*: Teilnehmende berichteten unterschiedlich ausführlich über den rechtlichen Rahmen und den Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs in der Beratung/Praxis informiert worden zu sein. Teilnehmende sagten sie haben die Informationen als zu kurzgefasst empfunden, teils seien Beratende nicht mit dem medizinischen Eingriff vertraut gewesen und auch Ärztinnen / Ärzten hätten teils nur sehr knapp den Ablauf geschildert. Es bestand der Wunsch nach besserer Information und Aufklärung zum Ablauf, Methoden, Vor- und Nachteilen dieser, im Vorfeld.
- *Informationen zu den (medizinischen) Folgen von Abbrüchen (I)*: Für einige Teilnehmende war es sehr relevant, Informationen über die medizinischen oder/und psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs zu erhalten. Es bestanden teilweise Ängste, dass Folgeschwangerschaften durch den Abbruch beeinträchtigt werden könnten oder psychische Probleme daraus resultieren könnten. Sorgen wurden in diesen Fällen von den Behandelnden aufgegriffen und konnten aufgeklärt werden. Teilweise beschrieben Teilnehmende, dass sie sich diese Informationen umfangreicher und früher gewünscht hätten. Z.B. auch die Information, dass es mit einem Abbruch zu einer hormonellen Umstellung kommt, die für einige Personen spürbar waren und zu Verunsicherung geführt hatten bis sie sich darüber informieren konnten.
- *Informationen zu Verhütung und sexuelle Aufklärung (I)*: Einige Teilnehmende berichteten über Verhütungsmittel informiert worden zu sein im Rahmen der Beratung oder medizinischen Versorgung. Einige empfanden dies als hilfreich, wieder andere fühlten sich mit den Hinweisen auf mögliche Verhütungsmethoden beschämt oder schuldig gemacht für die unbeabsichtigte Schwangerschaft. Eine einfühlsame Sprache und gleichzeitige Verständnis für die entstandene Situation halfen diese Informationen besser annehmen zu können.
- *Informationen zum Entwicklungsstand des Embryos (I)*: Teilnehmende berichteten vereinzelt Informationen zum Entwicklungsstand des Embryos bei der Feststellung der Schwangerschaft erhalten zu haben. In diesem Fall wurde dies von den Teilnehmenden positiv empfunden, wenn die Behandelnden vorab fragten, welche Informationen die Person sich wünsche und ob sie beispielsweise den Ultraschall/das Ultraschallbild sehen möchte. Informationen die ohne vorherige Absprache gegeben

wurden sind, wie z.B. das Zeigen des Ultraschallbildes/oder Hinweise zum Entwicklungsstand (z.B. Schlagen des Herzens) wurden als belastend empfunden.

- *Manipulation und Falschinformation / Vermittlung von nicht ausreichenden und korrekten Informationen (I)*: Einzelne Teilnehmende berichteten, sie hätten das Gefühl gehabt, falsch und/oder nicht ausreichend informiert worden zu sein, z.B. bzgl. des Ablaufs und der Möglichkeiten eines Abbruchs oder sie fühlten sich bzgl. ihrer Entscheidung über die Schwangerschaft von den Beratenden/Behandelnden nicht akzeptiert und hatten das Gefühl man wolle sie umstimmen und zur Austragung überreden. Es wurden sich eine neutrale, wertfreie und umfassende Informations-vermittlung und dabei die Akzeptanz und Unterstützung für die getroffene Entscheidung gewünscht.
- **Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung an Entscheidungen (D)**: Teilnehmende berichteten positive Erfahrungen in Hinsicht auf die Unterstützung in der Entscheidung über die Schwangerschaft und den Abbruch, wenn sie in ihren Anliegen ernst genommen wurden und ihnen entsprechend ihrer Bedürfnisse ausreichende Informationen zur Verfügung gestellt wurden um eine Entscheidung zu treffen. Als negativ wurde umgekehrt von Teilnehmenden beschrieben, wenn ihnen zu etwas geraten wurde, z.B. bzgl. der Methode des Abbruchs, ohne die Vor- und Nachteile ausreichend zu erklären.
- *Akzeptanz und Unterstützung in der Entscheidung (I)*: Teilnehmende berichteten positiv, sofern mit ihrer Entscheidung über die Schwangerschaft wertfrei, akzeptierend, respektvoll und unterstützend umgegangen wurde. Im umgekehrten Fall fühlten Personen sich nicht akzeptiert, teilweise überredet und in die Richtung einer anderen Entscheidung gedrängt und empfanden dies ausgesprochen negativ.
- **Einbezug von Familie und Freunden (D)**: Teilnehmende berichteten als sehr positiv, wenn sie die Möglichkeit hatten unterstützende Freundinnen und Freunde, Partnerinnen und Partner, oder Familienmitglieder mit zu Beratungsterminen oder in die medizinische Praxis/Klinik zu nehmen. Bestand diese Möglichkeit nicht, z.B. aufgrund von Einschränkungen unter der Covid-19 Pandemie oder fehlenden Kenntnissen über diese Option wurde dies teils rückblickend als Wunsch geäußert.
- **Empowerment der Person/ Ermutigung zur selbstbestimmten Entscheidung (D)**: Teilnehmende berichteten als sehr positive Erfahrung, wenn sie darin bestätigt oder ermutigt wurden für sich eine gute und richtige Entscheidung treffen zu können. Wurde dies nicht erlebt, formulierten einige Teilnehmenden den Wunsch nach mehr Unterstützung in ihrer Entscheidung.
- **Unterstützung des psychischen Wohlbefindens (D)**: Teilnehmende berichteten positiv, von psychischer Unterstützung im direkten Kontakt mit den Versorgenden um den Schwangerschaftsabbruch, z.B. empathische und beruhigende Atmosphäre oder Ansprache der Person. Für einige Personen, war es zudem hilfreich weiterführende Angebote (z.B. eine Psychotherapie) vermittelt zu bekommen. Andere wiederum äußerten den Wunsch nach mehr psychologischer Unterstützung als

Wunsch für die Versorgung. Teilweise beschrieben Teilnehmende auch negative Erfahrungen dahingehend keine ausreichende Unterstützung erhalten zu haben, obwohl sie diese gewünscht hätten (z.B. auch im Rahmen der Möglichkeit einer Krankschreibung).

- *Emotionen bei Feststellung der Schwangerschaft (I)*: Teilnehmende berichteten von Gefühlen von Angst, Panik, Ratlosigkeit, dem Gefühl unter Schock zu stehen, Überforderung und großer Schuld, dass dies überhaupt passiert sei und große Sorge darüber was zu tun sei.
- *Emotionen um den Schwangerschaftsabbruch (I)*: Teilnehmende berichten sich teils nicht mehr richtig an die Situation des Abbruchs erinnern zu können, teils dem Gefühl unter Schock zu stehen, teils von bestehender Unsicherheit bzgl. der Entscheidung, einige fühlten sich fremdbestimmt und unwohl im eigenen Körper durch die hormonellen Umstellungen durch die Schwangerschaft. Einige fühlten sich belastet durch die Wartezeit bis zum Abbruch.
- *Emotionen nach dem Abbruch (I)*: Die Teilnehmenden beschrieben positive Gefühle wie Erleichterung genauso wie negative Gefühle wie Traurigkeit. Einige gaben an sich mehr psychosoziale Unterstützung in der Verarbeitung gewünscht zu haben oder sich diese gesucht zu haben, teils betraf dies auch die betroffenen Partner.
- *Adressieren ambivalenter Gefühle (I)*: Ambivalente Gefühle bzgl. der Entscheidung über die Schwangerschaft wurden von einigen Teilnehmenden berichtet. Besonders positiv und hilfreich wurde empfunden, wenn diese in Gesprächen aufgegriffen wurden und/oder normalisiert wurden. Andere Teilnehmende fühlten sich mit diesen Gedanken und Gefühlen alleine gelassen und hätten sich hierzu Unterstützung gewünscht.
- *Scham und Schuld (I)*: Mehrere Teilnehmenden berichteten von Gefühlen von Scham und Schuld darüber unbeabsichtigt schwanger geworden zu sein und / oder aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs selbst, auch wenn dieser gewollt worden sei. Diese Gefühle seien durch die wahrgenommene Verurteilung des Umfeldes, als auch gesellschaftlich und politisch verstärkt worden. Der Wunsch nach mehr Akzeptanz und Raum für unterschiedliche Gefühle um den Abbruch wurde geäußert.
- **Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens (D)**: Teilnehmende berichteten positive Erfahrungen, wie eine gute Betreuung nach dem Abbruch, z.B. durch ausreichend Zeit in einem Ruheraum, die Möglichkeit von Unterstützung durch Partner oder Partnerin, oder Freundinnen oder Freunden, als auch durch die Behandelnden. Andere wiederum fühlten sich nicht ausreichend unterstützt und z.B. alleine gelassen nach der OP.
- *Schmerzmanagement (I)*: Die Teilnehmenden, die das Thema Schmerzen um den Abbruch ansprachen, berichteten gut versorgt worden zu sein und Medikamente zur Linderung der Schmerzen erhalten zu haben oder über Möglichkeiten zur Einnahme von Schmerzmitteln bei Bedarf aufgeklärt worden zu sein.

- **Sicherheit von Patientinnen und Patienten (D):** Einige Teilnehmende berichteten von den Behandelnden eine Telefonnummer für den Notfall erhalten zu haben, sollte es um den Abbruch zu Komplikationen kommen.
- *Schutz der Privatsphäre (I):* Einige Teilnehmende berichteten positiv, dass auf ihre Privatsphäre geachtet wurde, z.B. indem sie nicht zeitgleich mit anderen (schwangeren) Patientinnen in die Praxis bestellt wurden bzw. im Wartebereich saßen. Andere berichteten das Gegenteil, oder auch, dass sie in der persönlichen Ansprache durch die Behandelnden in Hörweite von anderen Patientinnen gewesen wären, was sie als unangenehm empfanden. Auch gab es Personen, die sich einen Sichtschutz im Aufwachraum und Intimsphäre nach der OP gewünscht hätten, für andere war dies gegeben.

Makroebene

- **Stigmatisierung von Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft (I):** Viele Teilnehmende berichteten an einer oder mehreren Stellen in der Versorgung und/oder im privaten und gesellschaftlichen Umfeld Stigmatisierung aufgrund ihrer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch erlebt zu haben oder aber das Gefühl oder die Angst gehabt zu haben verurteilt oder negativ bewertet zu werden. Diese Erfahrungen waren sehr divers und betrafen z.B. die Situation in gynäkologischen Praxen, in welcher einigen zur Schwangerschaft gratuliert wurde, als auch ärztliche Hinweise "richtig" zu verhüten, mangelnde Empathie der Versorgenden oder non-verbale Signale wie gefühlte Missbilligung. Einige erlebten auch negative Kommentare im privaten Umfeld und/oder fühlten sich durch die rechtliche Regelung der Illegalität des Abbruchs verurteilt. Es bestand bei vielen der Wunsch nach Enttabuisierung und Entstigmatisierung, einem Abbau von Vorurteilen und Stereotypen (z.B. bzgl. Alter, Bildung, sozioökonomischen Status) gegenüber unbeabsichtigt schwangeren und mehr gesellschaftlicher Akzeptanz und Aufklärung zum Thema.
- *Geheimhaltung (I):* Einige Teilnehmende berichteten die unbeabsichtigte Schwangerschaft und den Abbruch bewusst sehr geheim gehalten zu haben vor ihrem sozialen Umfeld um nicht verurteilt oder/und stigmatisiert zu werden. Dies wurde häufig als belastend empfunden und der Wunsch nach mehr Möglichkeiten zum Austausch und weniger politischer und gesellschaftlicher Stigmatisierung geäußert.
- *Eine unbeabsichtigte Schwangerschaft kann passieren (I):* Es wurde als hilfreich erlebt, wenn die Tatsache der unbeabsichtigten Schwangerschaft normalisiert wurde und akzeptiert als "Unfall der jeder/jedem sexuell aktiven Menschen mit der Möglichkeit Schwanger zu werden, passieren kann". In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch nach mehr öffentlicher Aufklärung und sexueller Bildung geäußert.
- *Ethische Aspekte (I):* Wenige Teilnehmende äußerten Gedanken zu den ethischen Aspekten eines Schwangerschaftsabbruchs und der Frage, wann Leben beginnt und zu schützen ist, die sie als schwer zu beantworten fanden. In diesem Zusammenhang wurden auch sogenannte "Pro-Life" Organisationen und der "Marsch für das Leben" genannt, die die Betroffenen als verurteilend erlebten

- **Soziale Unterstützung (I):** Soziale Unterstützung aus dem privaten Umfeld wurde von vielen Teilnehmenden als sehr wichtige Ressource beschrieben, wenn diese vorhanden war.
- *Austausch mit Partnern / Partnerinnen, Familie und Freundinnen und Freunden (I):* Viele Teilnehmende berichteten, dass ihnen der Austausch mit dem Partner, (ausgewählten) Freunden oder Freundinnen und/ oder Familienangehörigen in der Situation der unbeabsichtigten Schwangerschaft sehr geholfen habe, sofern das Umfeld nicht als verurteilend wahrgenommen wurde.
- *Austausch mit anderen Betroffenen (I):* Einige Teilnehmende berichteten, dass sie sich mit anderen Betroffenen einer unbeabsichtigten Schwangerschaft über ihre Erfahrungen in dieser Situation austauschen konnten und ihnen dies sehr geholfen habe. Von anderen wurde vermehrt der Wunsch nach dieser Möglichkeit des Austausches geäußert, wenn es diese für sie nicht gab. Wenige berichteten, besonders offen mit ihrer eigenen unbeabsichtigten Schwangerschaft umzugehen um den öffentlichen Diskurs anzuregen und/oder anderen Betroffenen Mut zu machen bzw. die Möglichkeit zu geben auch über ihre Erfahrungen zu sprechen.
- **Politische und rechtliche Aspekte (I):** Einige Teilnehmende erlebten die Tatsache sich nach der rechtlichen Regelung vor dem Abbruch beraten lassen zu müssen als in Ordnung oder auch positiv. Auch bzgl. der dreitägigen Wartefrist gab es unterschiedliche Erfahrungen. Der Großteil der Teilnehmenden äußerte den nachdrücklichen Wunsch, dass der §218 zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland aus dem Strafgesetzbuch entfernt wird und sprachen sich damit für eine Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und eine Integration in die medizinische Grundversorgung aus.
- *Pflichtberatung (I):* Einige Teilnehmende berichteten das Beratungsgespräch als hilfreich, erklärend oder haltgebend erlebt zu haben. Sie nahmen es als Möglichkeit wahr über das ärztliche Gespräch hinaus Fragen stellen zu können und sich in ihrer Entscheidung gestützt zu fühlen. Andere berichteten es als unangenehm oder Zwang empfunden zu haben und/oder das Gefühl gehabt zu haben, dass sie sich für ihre Entscheidung zum Abbruch haben rechtfertigen müssen. Einige äußerten den Wunsch, dass der Gesetzestext zur Beratung deutlicher im Sinne der Unterstützung der Entscheidung der Schwangeren formuliert werden sollte.
- *Übermittlung des Beratungsscheins (I):* Einige Teilnehmenden berichteten erlebt zu haben, dass ihnen bereits zu Beginn des Beratungsgesprächs von den Beratenden signalisiert worden sei, dass sie den Schein über die Beratung in jedem Fall ausgestellt bekämen. Damit sei kein Druck bzgl. einer Rechtfertigung über die Entscheidung aufgekommen und dies wurde als positiv erlebt.
- *Vorbehalte gegenüber kirchlichen Beratungsstellen (I):* Einige Teilnehmende äußerten bewusst keine kirchlich assoziierte Institution für das Beratungsgespräch aufgesucht zu haben, da sie Sorge gehabt hätten, dort nicht neutral in Bezug auf ihre Entscheidung beraten zu werden.
- **Einflüsse der Covid-19 Pandemie (I):** Diejenigen Teilnehmenden, die während der Covid-19 Pandemie einen Abbruch erlebt haben berichteten vor allem als negative Erfahrung, dass sie Termine zur Beratung und

zum Abbruch ohne Angehörige wahrnehmen mussten. Einige erlebten positiv, den Beratungstermin videobasiert oder telefonisch durchgeführt zu haben, was die Organisation von Anfahrt erleichterte.

4.1.3 Interviews mit Personen mit ausgetragener Schwangerschaft

Es nahmen insgesamt n=15 Personen, mit einer unbeabsichtigten ausgetragenen Schwangerschaft an den Einzelinterviews teil. Die größte Gruppe der Teilnehmerinnen war zwischen 25 bis 34 Jahre alt (66,6%), hatte einen Hochschulabschluss (73,3%), war in Partnerschaft lebend, unverheiratet (53,33%). Die meisten Personen hatten bereits ein Kind oder mehr Kinder (80%). Eine detaillierte Übersicht über die soziodemografischen Daten findet sich in Tabelle 6.

Tabelle 6: Soziodemografische Daten der Einzelinterviews mit Personen mit ausgetragener Schwangerschaft (n=15).

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozente (%)
Altersgruppen (in Jahren)^a		
20-24	1	6.7
25-29	5	33.3
30-34	5	33.3
35-39	4	26.7
Geschlecht		
Weiblich	15	100
Muttersprache		
Deutsch	13	86.67
anderes	2	13.3
Konfession		
Römisch-Katholisch	2	13.33
Evangelisch	7	46.67
konfessionslos	6	40.0
Höchster Bildungsabschluss		
Abitur	4	26.67
Hochschul-/Fachhochschulstudium	11	73.3
Beschäftigungsstatus		
Angestellt in Vollzeit (≥30 Stunden)	3	20.0
Angestellt in Teilzeit	7	46.67
Im Studium/ Schule / Ausbildung	2	13.33
Sonstiges	3	20.0
Familienstand		
Ledig	2	13.33
In einer Partnerschaft	8	53.33
Verheiratet	5	33.34
Anzahl Kinder		
Keine Kinder	3	20.0
Ein Kind	6	40.0
Zwei Kinder	5	33.33
Drei Kinder	1	6.67
Vorherige Schwangerschaftsabbrüche		

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozente (%)
Ja	2	13.33
nein	13	86.67

Anmerkungen: ^a Das Alter wurde in Kategorien von jeweils etwa 5 Jahren innerhalb des reproduktiven Altersbereichs eingeschätzt, um eine Beschreibung der Stichprobe zu ermöglichen, ohne die Anonymität zu gefährden.

Die Dauer der Interviews variierte zwischen 25 bis 55 Minuten (Mittelwert 38 Minuten). In der inhaltsanalytischen Auswertung wurden die berichteten positiven und negativen Erfahrungen der Teilnehmenden den 16 Dimensionen des integrativen Modells der Personenzentrierung zugeordnet, 15 Dimensionen wurden in den Aussagen der Teilnehmenden gefunden. Den 15 Dimensionen wurden 15 induktiven Unterkategorien zugeordnet. Außerdem wurden fünf neue Hauptkategorien gefunden: 1) „Stigmatisierung von Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft“; und 2) „Offene Kommunikation/Enttabuisierung in der Gesellschaft“; 3) „Diskriminierung am Arbeitsplatz“ 4) „soziale Unterstützung; 5) „positive und negative Einflüsse der „COVID-19-Pandemie“. Diese konnten nicht den 16 Dimensionen des Modells zugeordnet werden und wurden daher separat auf einer Makroebene dargestellt.

Die folgende Auflistung zeigt die Ergebnisse der Einzelinterviews mit Personen mit ausgetragener Schwangerschaft (n=15). Deduktive Kategorie (=D), Induktiv Kategorie (=I). Unterkategorien sind kursiv dargestellt. Die Inhalte basieren auf den Berichten der Teilnehmenden.

Grundprinzipien

- **Personenzentrierte Eigenschaften von Beratenden/Behandelnden (D):** Empathie, sensible Kommunikation und eine vorurteilsfreie Haltung werden geschätzt und stärkten das Wohlbefinden der Personen. Fehlende Empathie, Missachtung von Grenzen, Unaufmerksamkeit und unprofessionelles Verhalten wie Unhöflichkeit wurden kritisiert. Emotionale Sensibilität und Verständnis von Versorgenden wurden oft als unzureichend empfunden.
- *Kompetenz und Informiertheit von Behandelnden (I):* Bedenken wurden über die Ausbildung und Kompetenz von Behandelnden geäußert, insbesondere in Bezug auf eine ausreichende Ausbildung hinsichtlich einer leitliniengerechten Behandlung in der Schwangerschaft, da Teilnehmenden Informationen zu medizinischen Maßnahmen fehlten (z.B. CTG) oder Vor – und Nachteile über Behandlungen oder Untersuchungen nicht ausreichend kommuniziert worden.
- **Vertrauensvolle Beziehung (D):** Die Bedeutung von Vertrauen, Beständigkeit und Verständnis für die persönliche Geschichte wurde betont. Einige Teilnehmende legten Wert auf eine partnerschaftliche und emotionale Beziehung zu den Versorgenden und betonten, dass Zeit und Beständigkeit für Vertrauen sorgen. Andere bevorzugten einen professionellen, auf Fachwissen ausgerichteten Ansatz ohne eine persönliche Ebene.

- **Einzigartigkeit jeder Person (D):** Einige Teilnehmenden äußerten sich unzufrieden über den Mangel an individueller Betreuung, und viele hatten das Gefühl, dass ihre individuellen Wünsche und Erwartungen nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Sie stellten fest, dass sich Ärztinnen / Ärzten in der Regel nur auf medizinische Fragen konzentrierten und den breiteren persönlichen Kontext vernachlässigten.
- **Einbezug der Lebensumstände (D):** Viele Teilnehmende fanden ihre weiteren Lebensumstände, wie persönliche Geschichte, Familienumstände und soziale Unterstützung, nicht angemessen in der Behandlung berücksichtigt. Sie sprachen sich für einen ganzheitlicheren Ansatz aus, der neben medizinische Fragen, das emotionale Wohlbefinden und die persönliche Lebenssituation (z.B. Arbeit/Ausbildung, F, finanzielle Situation, Partnerschaft) einbezieht.
- *Einbezug des kulturellen Hintergrunds (I):* Eine Person betonte, wie wichtig es ist, dass die Versorgenden kulturelle Einflüsse und den familiären Hintergrund berücksichtigen. Dies beeinflusste sie bei der Entscheidung, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen oder abbrechen sollte. Sie äußerte den Bedarf an kulturell kompetenter Unterstützung, da familiärer Druck und kulturelle Normen großen Einfluss haben können.

Förderliche Faktoren

- **Angemessene Kommunikation (D):** Teilnehmende schätzen eine neutrale, respektvolle und vorurteilsfreie Kommunikation, insbesondere bei sensiblen Gesprächen über Schwangerschaftsentscheidungen. Die Bedeutung klarer Kommunikation und adäquater Information wurde hervorgehoben. Einige Versorgende machten Annahmen über den emotionalen Zustand oder Entscheidungen der Teilnehmenden, anstatt offene Fragen zu stellen. Frauen berichteten von unzureichenden Informationen und einem Mangel an Sensibilität für kulturelle und soziale Kontexte.
- **Einbezug ergänzender Angebote (D):** Psychologische Beratung und Unterstützungsdienste wurden als essenziell angesehen, jedoch fehlten sie häufig in der Standardversorgung. Frauen schätzten Geburtsvorbereitungskurse, wünschten sich jedoch eine bessere Verfügbarkeit postnataler Unterstützung, wie personalisierte Beratungen und psychologische Betreuung.
- *Beratung oder Therapie Angebote für Paare/werdende Eltern (I):* Die Teilnehmenden betonten den Wunsch nach professioneller Paarberatung oder -therapie merkten aber an, dass diese oft mit hohen Kosten verbunden sein und es ihnen an Informationen über die Möglichkeiten gefehlt habe. Sie haben nicht gewusst, welche Angebote es gäbe. Teilnehmende hätten sich eine Paartherapie oder –beratung während der Schwangerschaft sehr gewünscht, um die sich auf die Herausforderungen der ungeplanten Elternschaft vorzubereiten.

- *Finanzielle und soziale Beratung* (I): Beratung über die finanziellen Auswirkungen durch die Geburt eines Kindes wurde als wesentlich für die Planung der Elternschaft angesehen. Psychosoziale Beratung wurde ebenfalls als notwendig erachtet, um komplexe emotionale Entscheidungen zu treffen.
- *Mutter-Kind-Einrichtungen / Frauenhäuser* (I): Es gab vereinzelt den Wunsch, nach einer Schutzmöglichkeit vor Verwandten oder dem Partner, wenn die Schwangerschaft verurteilt wurde und der schwangeren Person Gewalt angedroht wird oder sie zu einem Abbruch gedrängt wird.
- **Zusammenarbeit der Beratenden / Behandelnden** (D): Teilnehmende schätzten die Integration von gynäkologischer und hebammengeleiteter Betreuung sowie die persönliche Unterstützung durch Hebammen während und nach der Geburt. Schlechte Kommunikation und Koordination zwischen den Behandelnden führten jedoch zu Versorgungslücken, die durch fehlende Anerkennung zwischen den Professionen (insbesondere von Hebammen), wechselnde Zuständigkeiten und administrative Hindernisse verursacht wurden. Insbesondere beim Übergang zwischen pränataler, Geburtshilfe- und postnataler Betreuung.
- **Zugang zur Versorgung** (D): Teilnehmende betonten die Bedeutung eines schnellen Zugangs zu medizinischen Terminen, insbesondere in kritischen Situationen. Verzögerungen zur Versorgung in Krankenhäusern waren häufig.
- *Rechtzeitiger Zugang* (I): Die Teilnehmenden legen Wert auf einen zeitnahen Zugang zur Versorgung, z. B. durch schnelle Antworten von Vertretern des Gesundheitswesens und Unterstützungsdiensten. Der Erstkontakt mit Beratungsstellen ist oft innerhalb von 24 Stunden möglich, und Termine werden manchmal innerhalb weniger Tage vereinbart. Allerdings kommt es in Krankenhäusern häufig zu Verzögerungen, und die Frauen betonen, wie wichtig es ist, in kritischen Situationen sofort einen Arzttermin zu bekommen.
- *Finanzielle Barrieren im Zugang zur Versorgung* (I): Beratungs- und Unterstützungsangebote waren oft nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt, z. B. Paartherapie und private Hebammenbetreuung. Frauen betonten den Bedarf an erschwinglichen nichtmedizinischen Unterstützungsleistungen während Schwangerschaft und postnatalen Phase.
- **Gute Planung der Versorgung** (D): Eine gute Planung der Versorgung ist wichtig, einschließlich der Frühdiagnose und des Managements von Komplikationen, wobei die Notwendigkeit einer umfassenden, individuellen Versorgung, einschließlich der Nachbehandlung, insbesondere nach der Geburt betont wird. Die Frauen empfanden die Koordinierung und Kontinuität der Betreuung häufig als unzureichend, wobei sie insbesondere die schlechte Kommunikation zwischen den verschiedenen medizinischen Fachkräften bemängelten.

- *Ausreichend Zeit für die Beratung und die medizinische Konsultation (I)*: Die Frauen berichteten, dass sie nicht genügend Zeit mit ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen hatten. Viele Teilnehmende äußerten, dass sinnvolle Gespräche nur bei ihren Terminen mit Hebammen möglich seien, die mehr Zeit für Gespräche hätten.

Aktivitäten

- **Persönlich angepasste Informationen (D)**: Die Teilnehmenden äußerten häufig den Wunsch nach maßgeschneiderten, leicht zugänglichen Patienteninformationen über ihre Behandlung sowie über medizinische, psychosoziale und finanzielle Aspekte. Viele Frauen gaben an, dass sie nicht die Informationen erhielten, die sie benötigten, und hielten die bereitgestellten Informationen oft für unzureichend.
- *Informationen zu medizinischer Versorgung (I)*: Es wurde an Mangel an Informationen und Risikokommunikation zu Untersuchungen in der Schwangerschaft, sowie unter der Geburt ausgedrückt. (z.B. über die Wehen und medizinische Maßnahmen wie das CTG).
- *Informationen zu Paarberatung (I)*: Es gab eine Informationslücke über Angebote für Paarberatung oder -therapie
- *Informationen zu Hebammenversorgung (I)*: Vielen Frauen waren sich nicht bewusst, dass Hebammen auch pränatale Betreuung anbieten, da sie von ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen unzureichend informiert wurden.
- *Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Baby (I)*: Geburtsvorbereitungskurse wurden geschätzt, insbesondere solche, die sich auf praktische Aspekte wie Stillen und Babyschlaf konzentrieren.
- *Informationen zu Unterstützung nach der Geburt (I)*: Die Teilnehmenden berichteten über einen Mangel an Informationen über postpartale Unterstützungsdienste. Viele wussten nicht, dass es psychologische Unterstützungsdienste gibt, und wünschten, sie hätten von deren Existenz gewusst.
- *Informationssuche im Internet (I)*: Viele Teilnehmende, die das Gefühl hatten, dass sie von den medizinischen Fachkräften nicht ausreichend informiert wurden, verließen sich auf ihre eigenen Recherchen im Internet. Sie nutzten Foren und soziale Medien zum Austausch von Informationen und zur Unterstützung. Frauen äußerten den Wunsch nach zentralisierten Informationen, z. B. durch Online-Plattformen, die Aktivitäten und Kurse wie Erste-Hilfe-Kurse für Kinder auflisten.
- **Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung an Entscheidungen (D)**: Die Teilnehmenden betonten, wie wichtig die Einbeziehung der Patientinnen in die Betreuung und Entscheidungsfindung sei. Sie betonten die Notwendigkeit klarer, umfassender Informationen z.B. über Schmerzen unter der Geburt und medizinische Eingriffe und stellten fest, dass ein Mangel an offener Kommunikation die gemeinsame Entscheidungsfindung behindert.

- *Akzeptanz/Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (I)*: Viele Frauen fühlten sich von den Versorgenden in ihrer Situation beruhigt, was ihr Vertrauen stärkte und die Bedeutung von Akzeptanz/Unterstützung bei der Entscheidungsfindung widerspiegelt. Eine Teilnehmerin schätzte eine unterstützende Beraterin, die ihr half, trotz Zweifeln an ihrer Entscheidung festzuhalten. Einige berichteten auch das Gefühl gehabt zu haben sich für ihre Entscheidung rechtfertigen zu müssen.
- **Einbezug von Partner/Partnerin, Familie und Freunden (D)**: Frauen betonten die Bedeutung der Rolle des Partners in der pränatalen Betreuung, z. B. durch Teilnahme an Ultraschalluntersuchungen und Schwangerschaftsgesprächen. Die Partner spielen eine entscheidende Rolle in den Entscheidungsprozessen, insbesondere bei Schwangerschaftskonflikten.
- **Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens (D)**: Einige Teilnehmende berichteten, dass sie eine gute medizinische Versorgung erhielten bei Beschwerden während der Schwangerschaft (z.B. starke Übelkeit, Erbrechen), während andere Probleme mit der Qualität der Versorgung hatten.
- **Unterstützung des psychischen Wohlbefindens (D)**: Teilnehmende wünschten sich mehr emotionale und mentale Unterstützung während und nach der Schwangerschaft. Psychologische Unterstützung, einschließlich frühzeitiger Erkennung von Stress und postpartaler Depression, wurde als entscheidend angesehen. Viele Frauen forderten auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittene Beratungsangebote, die von der Krankenversicherung abgedeckt werden sollten. Versorgende fokussierten sich zu sehr auf Symptome und medikamentöse Lösungen und zu wenig auf die mentale Gesundheit. Frauen fühlten sich nach der Geburt oft isoliert und berichteten, dass ihre eigenen Bedürfnisse übersehen wurden.
- **Sicherheit von Patientinnen und Patienten (D)**: Teilnehmende schätzten die Einhaltung von Hygieneregeln, insbesondere unter der Covid-19 Pandemie. Gleichzeitig wurde insbesondere das Maskentragen in einigen Situationen auch als belastend empfunden. Es gab auch den Wunsch, dass die Sicherheit der schwangeren Person in ihrer sozialen Umgebung von den Versorgenden sichergestellt wird (z.B. bei Konflikten über die Schwangerschaft in der Familie oder in der Partnerschaft).

Makrobene

- **Stigmatisierung von Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft (I)**: Die Teilnehmenden sehen sich mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und negativen Urteilen über ihre Entscheidungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft konfrontiert und wünschen sich ein Umdenken, das diese Entscheidungen als normale Lebensentscheidungen ansieht. Rechtlichen Regelungen und gesellschaftliche Tabuisierung um den Schwangerschaftsabbruch setzt die Frauen unter Druck, ihre Entscheidung geheim zu halten oder zu rechtfertigen.
- **Offene Kommunikation/Enttabuisierung in der Gesellschaft (I)**: Es besteht ein Wunsch nach öffentlicher und offener Kommunikation über psychische Belastungen um eine Schwangerschaft. Das umfasst die Enttabuisierung von unbeabsichtigten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen, als auch

bei Schwangerschafts-konflikten – oder Verlusten durch Fehlgeburten. Die Teilnehmenden wünschen sich, dass diese Themen akzeptiert und normalisiert werden, Informationen und Unterstützungsangebote leichter zugänglich werden.

- **Diskriminierung am Arbeitsplatz (I):** Teilnehmende berichteten über Diskriminierung in Bezug auf Arbeitsplatzsicherheit und Arbeitsbedingungen. Teilnehmende haben Schwierigkeiten, wenn sie nach dem Mutterschaftsurlaub wieder ins Berufsleben einsteigen, und müssen sich oft mit schlechteren Bedingungen als zuvor auseinandersetzen.
- **Hebammenversorgung (I):** Hebammen wurden als essentiell in der Versorgung angesehen. Sie boten emotionale Unterstützung während der Geburt und hilfreiche postnatale Hausbesuche. Einige Teilnehmende berichteten über Hebammenmangel, fehlende systemische Unterstützung und hohe Kosten für private Leistungen. Teilnehmende, die ihre Schwangerschaft spät entdeckten oder die Suche nach Betreuung verzögerten, hatten Schwierigkeiten, gute Hebammenversorgung zu finden.
- **Soziale Unterstützung (I):** Der Austausch mit Partnern / Partnerinnen, Freunden, Familie wurde als hilfreich erachtet, wenn er möglich war. Die Erfahrungen reichten von Frustration über mangelnde Beteiligung bis hin zu positiver Unterstützung. Zudem wurde der Austausch von Informationen unter Müttern als hilfreich angesehen (z.B. über Kurse oder Internetforen).
- **Einflüsse der Covid-19 Pandemie (I):** Teilnehmende berichteten über reduzierten Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten, wie Rückbildungskurse und postnatale Klassen, die während der Pandemie oft nur online stattfanden. Online-Beratungen wurden als unzureichend wahrgenommen. COVID-19-Maßnahmen schränkten die Beteiligung von Partnern ein, etwa bei medizinischen Terminen oder Geburtsvorbereitungskursen, was als belastend empfunden wurde. Frauen fühlten sich während der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach der Geburt oft isoliert, da soziale Kontakte und Unterstützung durch Freunde und Familie eingeschränkt waren. Hygienevorschriften und Sicherheitsmaßnahmen während der Pandemie wurden von einigen Teilnehmenden als beruhigend empfunden.

4.2 Phase 2: Evaluation der Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung

4.2.1 Soziodemografie der Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft in der Online-Befragung

Bei der folgenden Ergebnisdarstellung ist zu beachten, dass sich die Anzahl der Teilnehmenden pro Messzeitpunkt unterscheiden und nicht alle Teilnehmenden eines Messzeitpunktes alle Fragen beantwortet haben. Im Folgenden wird daher zu jedem Item die Anzahl der Daten angegeben, die in die Auswertung einbezogen wurde. Prozentuale Angaben beziehen sich zudem auf gültige Prozente ohne fehlende Werte. Folgende Gesamtdatensätze wurden zu den drei Messzeitpunkten einbezogen: t0 (n=240), t1 (n=156), t2 (n=133).

Die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden der Online-Befragung wurden zum ersten Messzeitpunkt (t0) erhoben. Die Teilnehmenden waren im Mittel 29.4 Jahre alt (Range: 18 – 44 Jahre), hatten zu über

70% mindestens Abitur als höchsten Bildungsabschluss, waren zu 66% in Partnerschaft oder waren verheiratet, lebten zu 46% in einer Großstadt und kamen aus insgesamt 14 Bundesländern, wobei der größte Teil aus Hamburg (n=72), Hessen (n=40) und Niedersachsen (n=31) kam. Eine detaillierte Übersicht über die soziodemografischen Daten findet sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Soziodemografische Daten der Teilnehmenden der t0 Befragung (n=240).

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Geschlecht		
Weiblich	216	99.1
Männlich	2	0.9
Konfessionszugehörigkeit (n=219)		
Konfessionslos	126	57.5
Römisch-katholisch	29	13.2
Evangelisch-lutherisch	43	19.6
Islam	12	6.4
andere	7	3.2
Höchster Bildungsabschluss (n=218)		
Ohne Hauptschul-/Volksschulabschluss	7	3.2
Hauptschul-/Volksschulabschluss	12	5.5
Mittlere Reife/Realschulabschluss	42	19.3
Fachhochschulreife / Abschluss einer Fachoberschule	21	9.6
Abitur /allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	56	25.7
Abgeschlossenes Hochschul-/Fachhochschulstudium	79	36.2
Promotion/Habilitation	1	0.5
Derzeitiger Beziehungsstatus (n=218)		
Ledig	47	21.6
feste Partnerschaft, unverheiratet	124	56.9
Verheiratet	34	15.6
Geschieden	2	0.9
Getrennt lebend	5	2.3
anderes	6	2.8
Anzahl der Kinder (n=221)		
0	132	59.7
1	42	19.0
2	33	14.9
3	11	5.0
Wohnort (n=219)		
Baden-Württemberg	3	1.4
Bayern	9	4.1
Berlin	9	4.1
Brandenburg	4	1.8
Bremen	2	0.9
Hamburg	72	32.9
Hessen	40	18.3
Mecklenburg-Vorpommern	9	4.1
Niedersachsen	31	14.2
Nordrhein-Westfalen	8	3.7
Rheinland-Pfalz	5	2.3

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Saarland	0	0.0
Sachsen	20	9.1
Sachsen-Anhalt	0	0.0
Schleswig-Holstein	11	5.0
Thüringen	1	0.5
Wohnortgröße (Einwohnerinnen/Einwohner) (n=218)		
Landgemeinde < 5.000	32	14.7
Kleinstadt < 20.000	34	15.6
Mittelstadt < 100.000	42	19.3
Großstadt ab 100.000	110	50.5
Nettoeinkommen (n=218)		
0 bis 500€	23	10.6
500€ bis unter 1000€	30	13.8
1000€ bis unter 1250€	23	10.6
1250€ bis unter 1750€	25	11.5
1750€ bis unter 2000€	26	11.9
2000€ bis unter 2250€	14	6.4
2250€ bis unter 3000€	25	11.5
3000€ bis unter 4000€	22	10.1
4000€ bis unter 5000€	15	6.9
über 5000€	15	6.9
Stand der Schwangerschaft zu t0 (n=221)		
Aktuell noch schwanger	98	44.3
Schwangerschaft bereits abgebrochen	120	54.3

Daten zu den aktuellen und vergangenen Schwangerschaften

Zu t0 gaben 40.8% (n=98) der Teilnehmenden an, noch schwanger zu sein, davon im Mittel in der 7.99 Schwangerschaftswoche (SSW) (Range 3. SSW bis 24. SSW). 54.3% (n=120) gaben an, die Schwangerschaft abgebrochen zu haben, der Abbruch fand im Mittel in der 7.48 Schwangerschaftswoche statt. Drei Personen gaben an, es nicht zu wissen, ob sie noch schwanger sind. Für 54,3% (n=120) der Personen gaben an, dass es ihre erste Schwangerschaft sei, 16,3% (n=36) gaben an, dass es ihre zweite Schwangerschaft sei, für 13,1% (n=29) sei es die dritte und für 15,4% (n=34) war es die vierte bis maximal achte Schwangerschaft (n=1).

Zu t1 gaben 94% (n= 164) der Teilnehmenden an, sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden zu haben, 6% (n=10) gaben an, sich für die Austragung der Schwangerschaft entschieden zu haben.

Zu t2 gaben 1,9% (n=3) an aktuell schwanger zu sein. 1,3% (n=2) gaben an die Schwangerschaft austragen zu wollen. Eine Person gab einen Spätabbruch nach medizinischer Indikation durchführen zu lassen.

4.2.2 Ergebnisse zur psychosozialen Versorgung

Angaben zum Aufsuchen und der Art der Beratung (t0)

Zum Zeitpunkt des Ausfüllens des t0- Fragebogens, gaben 12,1% (n=29) Teilnehmenden an, am heutigen Tag zuletzt in der Beratungsstelle gewesen zu sein. Für 41,7% (n=100) lag der Termin bis zu einer Woche zurück,

für 22,1% (n=53) bis zu zwei Wochen, für 13,7% (n=33) drei bis vier Wochen, für 7,9% (n=19) mehr als vier Wochen und für 2,5% (n=6) mehr als acht Wochen.

Für 86,3% (n=207) der insgesamt 240 Befragten, fand die wichtigste Beratung im Rahmen der Schwangerschaft in einer Beratungsstelle (z.B. ProFamilia, Diakonie) statt. Für 13,8% (n=33) in einer ärztlichen Praxis. Die Beratungsstelle war bei 72,1% (n=173) nicht konfessionell geprägt, 8,3% (n=20) waren in einer konfessionell geprägten Beratungsstelle und 19,6% (n=47) wussten es nicht. Der Großteil der Befragten mit 83,8% (n=201) nahm einen Beratungstermin wahr, 9,6% (n=23) nahm zwei Termine wahr und 6,7% (n=16) nahmen drei oder vier Termine in der Beratungsstelle wahr. Die meisten Personen mit 74,6% (n=179) nahmen die Beratungstermine alleine wahr, 15,8% waren mindestens einmal in Begleitung ihres Partners oder ihrer Partnerin dort, jeweils 3,8% (n=9) hatten Familienangehörige bzw. eine Freundin oder einen Freund dabei, 5,4% (n=13) nahmen mindestens einen Termin in Begleitung der erzeugenden Person wahr.

Das wichtigste Ziel der Beratung war für 78,8% (n=188) von insgesamt 239 Teilnehmenden, die Ausstellung des Beratungsscheins. 12,6% (n=30) gaben an sich unsicher gewesen zu sein ob sie die Schwangerschaft austragen wollen, 3,8% (n=9) wollten sich über soziale oder finanzielle Hilfen informieren, 5% (n=12) hatten andere Gründe z.B. sich über die Folgen eines Abbruchs zu informieren oder die Methoden oder aber sich nach einem Abbruch Unterstützung gesucht.

Ergebnisse zur Personenzentrierung in der Beratung (t0)

In Tabelle 8 werden die Ergebnisse für die wahrgenommene Personenzentrierung in der Beratung mit den Items der hier untersuchten 12 Dimensionen der adaptierten Version des EPATs dargestellt. Die Bewertung der Items der Dimensionen fand auf einer Skala von 1 (= trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (=trifft völlig zu). Eine hohe Personenzentrierung wurde für alle Items mit einem Mittelwert im Bereich von 4,6 bis 6,0 vergeben, dies war für 39 der insgesamt 48 dargestellten Items der Fall. Eine mittlere Personenzentrierung wurde für Items mit einem Mittelwert zwischen 2,6 bis 4,5 dies war für die Items 19, 31, 33, 34 und 36 der Fall. Eine geringe Personenzentrierung mit einem Mittelwert von 1,0 bis 2,5 wurde nicht gefunden.

Die Items 15, 29, 48 und 49 wurden ergänzend zum EPAT Fragebogen entwickelt und hatten eine umgekehrte Polung und ihr geringer Mittelwert zwischen 1 bis 2,5 spricht daher für eine hohe Personenzentrierung.

Es wird hier eine Zusammenfassung der Ergebnisse gegeben, jedoch ist zu berücksichtigen, dass einzelne Dimensionen Items beinhalten, die sowohl einer hohen als auch einer mittleren Personenzentrierung zugeordnet wurden.

Eine **hohe Personenzentrierung** wurde gefunden für:

- Zugang zur Beratung (zeitnah, wohnortnah)

- die vermittelten Informationen (zum Ablauf des Abbruchs, Methoden des Abbruchs, Adressen, finanzielle oder sozialrechtliche Aspekte)
- Planung der Beratung (ausreichend Zeit, Angebot weiterer Termine)
- Personenzentrierte Merkmale der Beratenden (respektvoll, wertfrei, empathisch, vertrauensvoll)
- Unterstützung in der Entscheidung (selbstbestimmt)
- Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche und Lebensumstände
- Angemessene Kommunikation.

Eine **mittlere Personenzentrierung** wurde gefunden für:

- Nennung von Quellen zu verständlichen und wissenschaftlichen fundierten Informationen zu den Möglichkeiten
- Berücksichtigung von körperlichen als auch psychische Anliegen in der Beratung
- Klärung eines Bedarfs an psychischer Unterstützung (zum Beispiel psychologische Beratung, Psychotherapie oder Seelsorge)
- Einbezug und Unterstützung der Angehörigen bei Wunsch der Betroffenen (zum Beispiel Begleitung in die Beratung, Informationsvermittlung)

Tabelle 8: EPAT-Ergebnisse für Items zum Messzeitpunkt t0: Adaptation für den Kontext der Beratungsstelle.

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
	1 Dimension „Zugang zur Versorgung“			
1	Ich habe leicht Informationen zu Beratungsstellen gefunden (zum Beispiel im Internet, über Informationsbroschüren, durch andere Behandelnde).	234	5.55	,802
2	Ich habe rechtzeitig einen Termin bekommen.	234	5.54	,913
3	Die Beratungsstelle war für mich einfach erreichbar (zum Beispiel fußläufig, mit dem Rad, mit Bus oder Bahn).	230	5.38	1,066
4	Ich konnte leicht einen Termin in der Beratungsstelle vereinbaren (zum Beispiel über Telefon, E-Mail oder Internetseite).	234	5.56	,907
5	Ich konnte Informationsbroschüren oder Anträge, die mir gegeben wurden, gut verstehen.	220	5.61	,897
	2 Dimension „Gute Planung der Beratung“			
6	Die Beratenden haben sich genug Zeit für mich genommen.	23	5.68	,785
7	Bei Bedarf wurden weitere Beratungstermine mit mir vereinbart oder mir wurde erklärt, dass ich weitere Beratungstermine vereinbaren kann.	213	5.66	,835
8	Bei Bedarf wurde mir erklärt, an wen ich mich wenden kann, um Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen und Formularen zu bekommen oder um rechtliche Beratung zu erhalten.	170	5.07	1,446
9	Falls ich an andere Beratende oder Behandelnde verwiesen wurde, wurde ich dabei unterstützt (zum Beispiel wurden mir Kontaktdaten gegeben oder es wurde für mich direkt ein Termin vereinbart).	167	5.29	1,152
	3 Dimension „Personenzentrierte Merkmale der Beratenden“			

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
10	Die Beratenden haben sich respektvoll und wertschätzend verhalten.	231	5.79	,619
11	Ich wurde ernst genommen.	231	5.79	,646
12	Die Beratenden waren einfühlsam (zum Beispiel sind sie auf meine Gefühle eingegangen, haben Verständnis gezeigt oder haben sich in meine Situation hineinversetzt).	229	5.66	,814
13	Wenn ich das wollte, wurden schwierige Themen von den Beratenden direkt und offen angesprochen (zum Beispiel Probleme in der Partnerschaft, Gewalt, Sexualität, finanzielle, familiäre oder soziale Probleme).	192	5.59	,839
14	Ich wurde ehrlich und wertfrei beraten.	231	5.72	,686
15	Ich wurde von den Beratenden negativ beurteilt.	156	1.73	1,555
4 Dimension „Unterstützung des psychischen Wohlbefindens“				
16	Ich hatte die Möglichkeit, mit den Beratenden über meine Gefühle zu sprechen.	221	5.47	1,007
17	Die Beratenden sind auf meine Ängste und Sorgen eingegangen (zum Beispiel, indem sie Verständnis gezeigt und mir Mut gemacht haben).	209	5.42	1,030
18	Die Beratenden haben mich gefragt, wie ich unterstützt werde (zum Beispiel durch Partner:in, Familie, Freundinnen und Freunden).	222	5.22	1,335
19	Ich wurde gefragt, ob ich psychische Unterstützung wünsche (zum Beispiel psychologische Beratung, Psychotherapie oder Seelsorge).	202	4.26	1,941
5 Dimension „Vertrauensvolles Miteinander“				
20	Ich hatte das Gefühl, ich konnte mich den Beratenden anvertrauen (zum Beispiel bei intimen oder schwierigen Themen).	226	5.35	1,083
21	Ich konnte mit den Beratenden in einem vertraulichen Rahmen sprechen (zum Beispiel unter vier Augen, sodass niemand anderes zuhören konnte).	224	5.66	,799
6 Dimension „Persönlich angepasste Informationen“				
22	Ich habe Informationen zu meinen Möglichkeiten leicht finden können (zum Beispiel im Internet).	222	5.13	1,166
23	Ich wurde von den Beratenden gefragt, was ich in Bezug auf meine Möglichkeiten wissen möchte.	220	5.38	1,051
24	Wenn ich das wollte, wurde mir erklärt, wie und wo ein Schwangerschaftsabbruch möglich ist (zum Beispiel Fristen, Kosten, Adressen von Praxen).	217	5.57	,984
25	Wenn ich das wollte, wurde mir erklärt, wie bei einem Schwangerschaftsabbruch die verschiedenen Methoden (medikamentös oder operativ) durchgeführt werden.	216	5.56	1,023
26	Wenn ich das wollte, wurden mir Informationen zur Schwangerschaft und Elternsein gegeben (zum Beispiel finanzielle Hilfen, Vorsorgeuntersuchungen, Unterstützungsangebote).	150	5.27	1,215
27	Mir wurden schriftliche Informationen zu den verschiedenen Möglichkeiten gegeben, die mich interessierten (zum Beispiel Adresslisten von Praxen, Anträge, Unterstützungsangebote).	185	5.05	1,545
28	Falls Behandlungskosten für mich entstehen können, wurden mir Möglichkeiten erklärt, wie ich Unterstützung erhalten kann (zum Beispiel bei einem Schwangerschaftsabbruch).	212	5.44	1,153

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
29	Ich hatte den Eindruck, dass mir falsche Informationen gegeben oder mir wichtige Hinweise vorenthalten wurden.	167	1.62	1,320
30	Mir wurden alle Informationen gegeben, die ich haben wollte.	225	5.49	,931
	7 Dimension „Berücksichtigung der Lebensumstände“			
31	In meiner Beratung wurden sowohl körperliche, als auch psychische Anliegen erfragt und berücksichtigt.	219	4.86	1,471
32	In der Beratung wurde meine gesamte Lebenssituation berücksichtigt, soweit ich das wollte (zum Beispiel Beruf, Familie und Freunde, Partnerschaft und Sexualität, Kultur und Religion, Alter oder finanzielle Verhältnisse).	214	5.21	1,232
	8 Dimension „Einbezug von Familie und Freundinnen und Freunden“			
33	Mir wurde erklärt, welche Möglichkeiten es gibt, meine Angehörigen mit in die Beratung einzubeziehen (zum Beispiel durch Teilnahme an Gesprächen).	176	4.11	1,864
34	Wenn die Situation meine Angehörigen belastet hat, wurde ihnen Unterstützung angeboten.	118	3.77	1,963
	9 Dimension „Aktivierung der Person in der Beratung“			
35	Ich wurde ermutigt, Fragen zu stellen.	219	5.29	1,082
36	Mir wurde erklärt, wo ich verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zu meinen Möglichkeiten finden kann.	196	4.43	1,649
37	Ich wurde ermutigt, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.	218	5.47	1,065
	10 Dimension „Einzigartigkeit jeder Person“			
38	Die Beratenden sind persönlich auf mich eingegangen und haben mich nicht als einen von vielen Menschen betrachtet.	220	5.42	1,046
39	Meine Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen wurden erfragt und in der Beratung berücksichtigt.	219	5.42	1,043
40	Es wurde gefragt und akzeptiert, was die Schwangerschaft für mich und mein Leben bedeutet.	216	5.25	1,333
	11 Dimension „Angemessene Kommunikation“			
41	Die Beratenden verwendeten Begriffe, die ich gut verstehen konnte.	220	5.79	,585
42	Die Beratenden haben mich im Gespräch angesehen und mir aufmerksam zugehört.	194	5.66	,704
43	Meine Fragen wurden für mich gut verständlich beantwortet.	221	5.76	,581
	12 Dimension „Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Umgang mit Entscheidungen“			
44	Mir wurde gesagt, dass ich selbst die Entscheidung über die Schwangerschaft treffen kann.	217	5.66	,883
45	Mir wurde erklärt, dass ich bei Entscheidungen unterstützt werden kann, sofern ich das möchte.	213	5.38	1,141
46	Mir wurde erklärt, wie viel Zeit ich habe, um über meine verschiedenen Möglichkeiten nachzudenken.	213	5.24	1,234
47	Die Beratenden haben meine Entscheidungen über die Schwangerschaft akzeptiert.	220	5.73	,633
48	Ich hatte das Gefühl, durch die Beratenden beeinflusst zu werden in Bezug auf meine Entscheidungen über die Schwangerschaft.	169	1.95	1,634
49	Die Beratenden haben mich zu Entscheidungen gedrängt, die ich nicht wollte.	159	1.35	1,131

Anmerkungen: Evaluation von 12 Dimensionen der Personenzentrierung. Darstellung der Mittelwerte bei einer Skala von 1 (= trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (=trifft völlig zu). n = Anzahl der Teilnehmenden, SD = Standardabweichung, Teilnehmende hatten die Möglichkeit „betrifft mich nicht“ anzukreuzen, dies wurde als fehlender Wert betrachtet. Items 15, 29, 48 und 49 wurden ergänzend zum EPAT-Fragebogen entwickelt und haben eine umgekehrte Polung zur Skala.

Ergebnisse zu vertiefenden Fragen zur Erfahrung in der Beratung (t2)

Zum t2 Messzeitpunkt wurde rückblickend zum Zeitpunkt der unbeabsichtigten Schwangerschaft nach Gründen für die Auswahl der Beratungsstelle, zur Übermittlung des Beratungsscheins, Inhalten der Beratung und der Zufriedenheit mit der Beratungsstelle gefragt. Diese Daten schließen sowohl Personen mit abgebrochener als auch mit ausgetragener Schwangerschaft ein. Die drei am häufigsten genannten Gründe für die Auswahl der Stelle waren, die schnelle Terminvergabe (94%), die örtliche Nähe (67%) und die Empfehlung der Stelle durch andere (37%). Weitere Gründe stellt Tabelle 9 dar.

Tabelle 9: Gründe für Auswahl der Beratungsstelle (n=155).

Item	Häufigkeit (n) ^a	Prozent (%)
Beratungsstelle war für mich am besten zu erreichen.	67	43.2
In dieser Beratungsstelle habe ich schnell einen Termin bekommen.	94	60.6
Mir war es wichtig, dass die Beratungsstelle konfessionell (zum Beispiel evangelisch oder katholisch) geprägt ist.	5	3.2
Mir war es wichtig, dass die Beratungsstelle nicht konfessionell (zum Beispiel evangelisch oder katholisch) geprägt ist.	15	9.7
Ich hatte bereits vorher eine oder mehrere Beratungen in der Beratungsstelle wahrgenommen.	6	3.9
Die Beratungsstelle wurde mir empfohlen.	37	23.9
Anderes	8	5.2

Anmerkungen: ^a Mehrfachantworten waren möglich.

Für 80% (n=122) war es sehr wichtig, in der Beratungsstelle einen Beratungsschein zu erhalten 11,2% (n=17) war es wichtig. 8,6% (n=13) war es weniger wichtig oder nicht wichtig.

61,9 % (n=96) der Personen gaben an, das die Themen Freigabe des Kindes zur Adoption und die vertrauliche oder anonyme Geburt nicht in der Beratung angesprochen wurden. 34,2% (n=53) gaben an das eines der Themen angesprochen wurde, 16,8% (n=26) gaben an es nicht mehr zu wissen. 77% (n=117) gaben an, dass eine Adoption, vertrauliche oder anonyme Geburt für sie von vorneherein ausgeschlossen gewesen sei. 15,8% (n=24) gaben an, darüber nicht nachgedacht zu haben. 5,3% (n=8) gaben an darüber nachgedacht zu haben, aber sich dagegen entschieden zu haben. 2% (n=3) gaben an sich für eine vertrauliche Geburt entschieden zu haben. Für 55,9 % (n=85) war die Beratung viel besser oder besser als sie es erwartet hatten. Details zu dieser Frage sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Erwartungen an die Beratungsstelle (n=152), t2.

Item	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Die Beratung war viel besser als ich es erwartet hatte.	38	25.0
Die Beratung war besser als ich es erwartet hatte.	47	30.9
Die Beratung war so, wie ich sie erwartet hatte.	52	34.2

<i>Item</i>	<i>Häufigkeit (n)</i>	<i>Prozent (%)</i>
Die Beratung war schlechter als ich es erwartet hatte.	8	5.3
Die Beratung war viel schlechter als ich es erwartet hatte.	7	4.6

Des Weiteren wurde die **Zufriedenheit mit der Beratungsstelle mit einer adaptieren Version des ZUF-8** (34) erfasst. 58,6% (n=89) gaben an, dass sie eindeutig die Beratung erhalten haben, die sie wollten. Genaue Ergebnisse zu den weiteren Items und Antworten sind in Tabelle 11.

Tabelle 11: Zufriedenheit mit der Beratungsstelle (n=152), t2.

<i>Item / Antwortkategorie</i>	<i>Häufigkeit (n)</i>	<i>Prozent (%)</i>
In welchem Maße hat die Beratung Ihren Bedürfnissen entsprochen?		
Sie hat allen meinen Bedürfnissen entsprochen.	87	57.2
Sie hat fast allen Bedürfnissen entsprochen.	30	19.7
Sie hat den meisten Bedürfnissen entsprochen.	20	13.2
Sie hat nur wenigen Bedürfnissen entsprochen.	8	5.3
Sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen.	7	4.6
Haben Sie die Art der Beratung erhalten, die Sie wollten?		
eindeutig ja	89	58.6
im Allgemeinen ja	48	31.6
eigentlich nicht	8	5.3
eindeutig nicht	7	4.6
Würden Sie einer Freundin diese Beratungsstelle empfehlen, wenn sie in einer ähnlichen Situation wäre?		
eindeutig ja	96	63.2
ich glaube ja	37	24.3
ich glaube nicht	11	7.2
eindeutig nicht	8	5.3
Würden Sie wieder in diese Beratungsstelle kommen, wenn Sie wieder in einer ähnlichen Situation wären?		
eindeutig ja	95	62.5
ich glaube ja	37	24.3
ich glaube nicht	11	7.2
eindeutig nicht	9	5.9

Ergebnisse zur Wahrnehmung des aktuellen gesetzlichen Rahmens der Schwangerschaftskonfliktberatung

Im Rahmen der Befragung zum t2 Messzeitpunkt wurden die Teilnehmenden mit zwei selbstentwickelten Items zur ihrem Empfinden der gesetzlichen Regelung der Schwangerschaftskonfliktberatung befragt. Außerdem waren Freitextantworten möglich. Von den Befragten gaben 42,8% (n=65) an die verpflichtende Beratung vor dem Abbruch als sehr gut oder gut zu empfinden, 22,4% (n=34) empfanden diese als weder gut noch schlecht, 22,4% (n=34), gaben an diese schlecht oder sehr schlecht zu finden, 12,5% (n=19) gaben an noch nie darüber nachgedacht zu haben. Bezogen auf die verpflichtende Wartezeit von drei Tagen vor dem Abbruch, gaben 29,6% (n=45) an diese gut oder sehr gut zu empfinden, 31,6% (n=48) gaben an diese weder

gut noch schlecht zu finden, 11,2% (n=17) gaben an noch nie darüber nachgedacht zu haben, 27,7% (n=42) empfanden die Regelung als schlecht oder sehr schlecht. Eine detaillierte Darstellung zeigt Tabelle 12.

Tabelle 12: Empfinden zur verpflichtenden Schwangerschaftskonfliktberatung und Wartezeit (n=152), t2.

Wie empfinden Sie die?	... Pflicht zur Beratung		... Wartezeit von 3 Tagen bis zum Abbruch	
Antwortkategorie	Häufigkeit (n)	Prozent (%)	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
sehr gut	26	17.1	18	11.8
gut	39	25.7	27	17.8
weder gut noch schlecht	34	22.4	48	31.6
schlecht	20	13.2	27	17.8
sehr schlecht	14	9.2	15	9.9
Ich habe noch nicht darüber nachgedacht	19	12.5	17	11.2

Die Frage zur **Pflicht der Beratung** erhielt zudem insgesamt 65 Freitextantworten, diese persönlichen Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmenden sind im Folgenden zusammengefasst. Die Auswertungen der Freitextantworten erfolgten nicht systematisch, sondern wurden händisch kategorisiert.

Als **positive Aspekte der Beratung** wurden unter anderem folgende Punkte genannt:

- Die Beratung kann dabei helfen, die eigenen Gedanken zu ordnen und eine Entscheidung zu reflektieren (Beispielzitat: „*Mir hat es geholfen, meine Gedanken zu ordnen und die Beratung hat mich unterstützt, meine Gedanken zu hinterfragen.*“)
- Eine neutrale und wertfreie Beratung erlaubt Hilfe bei einer neutralen Bewertung der Gründe für und gegen die Austragung der Schwangerschaft („*Neutrale Position, der man alles erzählen kann*“; „*Falls die Beratung jedoch wertend stattfindet, halte ich sie nicht für zielführend, sondern für Schikane.*“; „*Weil es einem eine vergleichsweise objektive Meinung zu einem emotionalen Thema gibt.*“; („*Vorausgesetzt, es ist tatsächlich eine neutrale Beratung. Dann finde ich es wichtig, nicht allein mit der Frage, ob man einen Abbruch durchführt, gelassen zu werden.*“)
- Für Personen, die sonst keine Ansprechpartner: innen in der Situation haben, kann die Beratung eine wichtige psychosoziale Unterstützung sein. („*Ich denke es ist gut, weil man in der Situation überfordert ist und es für viele auch die einzige Möglichkeit ist, um mit jemanden darüber zu sprechen und das völlig wertfrei.*“; „*Ich denke es ist sinnvoll für Frauen, die sonst keinen Ansprechpartner bekommen und dort über Ihre Möglichkeiten informiert werden.*“)
- Die Beratung kann neue Perspektiven oder Optionen aufzeigen, die zuvor nicht berücksichtigt wurden, dies kann besonders für in der Entscheidung unsicher Personen relevant sein. (Beispielzitat: „*Wenn man unsicher ist, könnte die Beratung einem auch neue noch nicht berücksichtigte Ansichten*“)

aufzeigen.“; „Ich wusste vorher nicht welche anderen Optionen es noch gibt und ich glaube viele Frauen wissen dies nicht.“)

- Die Beratung kann darin helfen sicherzustellen, dass die Entscheidung der Person respektiert wird und keine externe Beeinflussung oder Zwang vorliegt. (Beispielzitat: *„Um sicherzustellen, dass die Wünsche zu einem Abbruch von der Frau allein kommen und diese nicht z. B. gezwungen wird.“)*

Als **kritische Punkte zur Pflicht zur Beratung** wurden u.a. folgende Punkte genannt:

- Die Verpflichtung kann als zusätzliche Hürde durch den Zeitaufwand und die Bürokratie empfunden werden, die in einer ohnehin belastenden Zeit überwunden werden muss (Beispielzitate: *„Pflicht, unnötige Hürde.“*, *„Unnötige Bürokratie und Hürden, die einem diesen Schritt noch schwerer machen als ohnehin schon.“*, *„Demütigung, zeitraubend, Entscheidung steht fest, daher kein Gespräch notwendig.“)*
- Für Personen, die ihre Entscheidung bereits getroffen haben, kann die Beratung als überflüssig und nicht als Hilfe in der Situation erscheinen. (Beispielzitate: *„Ein zusätzlicher Termin mit ggf. Wartezeit & Fahrweg. Psychische Belastung dich für die Entscheidung rechtfertigen zu müssen.“*; *„Wenn eine Entscheidung schon gefällt wurde, ändern auch andere Sichtweisen nichts.“*; *„Wenn kein Konflikt gegeben ist (und man bereits endgültig eine Entscheidung getroffen hat über das weitere Verfahren), empfinde ich eine Konfliktberatung als zusätzliche Hürde und nicht zielführend.“)*
- Die Pflicht zur Beratung kann als Bevormundung empfunden werden, da die Personen selbstbestimmt über ihren Körper entscheiden möchten. (Beispielzitat: *„Ich bin erwachsen und kein Kind. Ich empfinde es als extrem, eine Beratung machen zu müssen, um über den eigenen Körper entscheiden zu dürfen.“*; *„Ich als Person werde dadurch mit meiner Meinung und meinen Bedürfnissen in Frage gestellt. Ich werde in eine Position der Rechtfertigung und Erklärung gedrängt, obwohl dies meine persönliche Entscheidung über meinen Körper und mein Leben ist. Ich fühle mich dadurch nicht ernst genommen und entmachtet/hilflos, sowie stigmatisiert.“)*

Als Wunsch wurde der Aspekt einer freiwilligen Beratung von einigen Teilnehmenden beschrieben (Beispielzitate: *„Eine Empfehlung auszusprechen, wäre meiner Meinung nach ausreichend.“*; *„Ich finde, das Angebot sollte optional sein.“*; *„Ich finde eine Beratung nicht zwingend notwendig wenn der Entschluss für einen Abbruch feststeht und keine Zweifel bestehen.“*; *„Es sollte ein Angebot sein und nicht verpflichtend. Es fühlt sich bevormundend an und nicht wie eine wirkliche Unterstützung in der Situation.“)*

Bezogen auf die **verpflichtende Wartezeit** wurden insgesamt 86 Freitextantworten gegeben und diese hier zusammengefasst. Die Auswertungen der Freitextantworten erfolgten nicht systematisch, sondern wurden händisch kategorisiert.

Als **positive Aspekte der verpflichtenden Wartezeit** wurden unter anderem folgende Punkte genannt:

- Die Wartezeit ermöglicht es, die Entscheidung zu reflektieren, zu festigen oder noch einmal zu überdenken. (Beispielzitate: *„Man kann noch einmal in sich gehen und schauen, ob man die richtige Entscheidung gewählt hat.“*; *„Es hilft die Entscheidung zu festigen oder zu überdenken.“*)
- Die Zeit bietet Raum, die Informationen aus der Beratung zu verarbeiten und sich bewusst mit der Situation auseinanderzusetzen. (Beispielzitate: *„Informationen können 'verarbeitet' werden.“*; *„Weil es sinnvoll ist, alle neuen Informationen erst mal zu verdauen.“*; *„Somit kann man die Erkenntnisse aus dem Beratungsgespräch reflektieren.“*)
- Sie verhindert vorschnelle oder übereilte Entscheidungen, die später bereut werden könnten. (Beispielzitate: *„Keine Kurzschlussentscheidung möglich, unterstützende Maßnahmen können eingeleitet werden.“*; *„Damit keine falsche Entscheidung getroffen wird, die man hinterher bereut.“*; *„Man sollte sich genügend Bedenkzeit nehmen, auch wenn man entschlossen ist, sollte man hinter seiner Entscheidung stehen und diese nicht bereuen.“*)
- Es kann sinnvoll sein, zusätzliche Zeit zu haben, um die Möglichkeiten mit Partnern oder anderen Personen zu besprechen. (Beispielzitate: *„Es wird die Möglichkeit geboten, nochmal über die Optionen nachzudenken und/oder mit dem Partner oder anderen Personen zu reden.“*)

Als **kritische Aspekte der verpflichtenden Wartezeit** wurden folgende Punkte genannt:

- Von Personen, die sich ihrer Entscheidung sicher sind, wird die Wartezeit als überflüssig, zeitraubend oder bevormundend empfunden. (Beispielzitate: *„Für Menschen, die sich absolut sicher sind, ist es schlecht.“*; *„Für mich war klar, dass nur ein Abbruch infrage kommt. Die Wartezeiten waren da eher anstrengend und nervenaufreibend.“*; *„Ich denke, die wenigsten Frauen brauchen nach der Beratung noch weitere drei Tage, um darüber nachzudenken, was sie tun werden.“*; *„Wozu gibt es das? Das ist doch vollkommen lächerlich. Man hat schon längst seine Entscheidung getroffen.“*)
- Die Wartezeit kann als bevormundend oder stigmatisierend empfunden werden (Beispielzitate: *„Ich glaube daran, dass Frauen selbst Entscheidungen treffen können sollten, ohne verpflichtet zu sein, 'nochmal drüber nachzudenken, ob sie das wirklich wollen'.“* *„Diese Wartezeit impliziert, dass ich mir nicht 'genügend' oder die 'richtigen' Gedanken über den Abbruch mache.“*; *„Ich habe eine Entscheidung getroffen und kann diese nicht ausführen (lassen), da es vorgegeben ist drei Tage zu warten. Es wirkt auf mich wie eine Einschränkung in meiner Persönlichkeit.“*; *„noch mal: my body, my choice“*)
- Die Wartezeit kann als große psychische und körperliche Belastung empfunden werden, vor allem wenn die Schwangerschaft weit fortgeschritten ist oder/und Schwangerschaftssymptome wie Übelkeit vorliegen. (Beispielzitate: *„Es sollte lieber schneller gehen. Vor allem wenn die Schwangerschaft schon weit vorgeschritten ist.“*; *„...und diese extra Wartezeit nach der Beratung war für mich sehr schwierig mit den Hormonentanz.“*; *„Gerade wenn die Belastung derart groß für die Patientin ist, kann jeder Tag zählen.“*)

- Durch die dreitägige Wartezeit kann der Termin zum Abbruch sich um einen noch längeren Zeitraum, z.B. durch ein Wochenende dazwischen, verschieben (Beispielzitat: „Drei volle Tage verschieben den Abbruch oftmals um mindestens eine Woche.“; „Zeitfaktor, Kind entwickelt sich jeden Tag weiter“)

Als Verbesserung der Situation wurde von einigen Teilnehmenden eine Verkürzung oder Abschaffung der Wartezeit vorgeschlagen (Beispielzitate: „Drei Tage sind m.E. zu lang. 1-2 sind ausreichend.“; „Ob noch Bedenkzeit erforderlich ist, sollte von der Frau selbst entschieden werden können.“; „Sehr belastende Zeit, 1 Tag halte ich für ausreichend“).

4.2.3 Ergebnisse zur medizinischen Versorgung

Angaben zum Aufsuchen und der Art der medizinischen Einrichtung im ersten medizinischen Kontakt zur Feststellung der Schwangerschaft (t1)

Mit 65,3% (n=115) von insgesamt 176 Personen hatten die meisten Personen, den ersten medizinischen Kontakt nach der eigenen Feststellung der Schwangerschaft in ihrer bisherigen gynäkologischen Praxis. Diese und die folgenden Angaben schließen sowohl Personen mit abgebrochener als auch mit ausgetragener Schwangerschaft ein.

19,3% (n=34) suchten eine andere gynäkologische speziell für diesen Termin auf, 10,8% (n=19) hatten bis zum diesem Zeitpunkt keine gynäkologische Anbindung und mussten eine neue Praxis suchen, 4,6% (n=6) hatten den ersten Kontakt in einer Tagesklinik, Ambulanz oder im Krankenhaus. Unter Gründen für die Auswahl dieser jeweiligen medizinischen Einrichtung wurden unter den Freitextantworten, vor allem das Vertrauensverhältnis zu der bisherigen Praxis angegeben oder das bewusst bereits eine gynäkologische Praxis aufgesucht wurde, die auch Abbrüche anbietet. 65,7% (n= 115 von 175) der Personen suchten die Praxis erstmalig zwischen der 5 und 7 Schwangerschaftswoche auf. Als wichtigstes Ziel für das Aufsuchen der Einrichtung nannten 63,3% (n=112) von insgesamt n=177, die offizielle Bestätigung der Schwangerschaft, 47,5% (n=84) gaben zudem an Informationen über den Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs erhalten haben zu wollen, 18,6% (n=33) gaben an unsicher gewesen zu sein, ob sie die Schwangerschaft austragen wollen und darüber sprechen zu wollen. Auf die Frage, ob angeboten wurde, dass der Ultraschallmonitor während des Ultraschalls so gedreht wird, dass die Personen das Bild nicht sehen müssen antworten 35,8 (n=63) von n= 176 mit ja, 14,2% (n=25) gaben an nicht danach gefragt worden sein, aber der Monitor nicht sichtbar gewesen sei, 48,3% (n=85) gaben an, dass sie nicht danach gefragt wurden und der Monitor nicht weggedreht wurde, also für sie sichtbar war. 1,7% (n=3) gaben an sich nicht daran zu erinnern.

Im Weiteren werden für bestimmte Fragebögen zu t1 und t2, die für die Gruppe „Schwangerschaftsabbruch“ und „ausgetragene Schwangerschaft“ getrennt erfragt wurden, nur die Ergebnisse für die der Personen berichtet, die sich für einen Abbruch entschieden haben. Die Fallzahl für die Gruppe der ausgetragenen

Schwangerschaften sind so gering, dass eine aussagekräftige Auswertung für diese Gruppe oder statistische Gruppenvergleiche nicht möglich sind.

Ergebnisse zur Personenzentrierung im ersten gynäkologischen Kontakt (t1)

In Tabelle 13 werden die Ergebnisse für die wahrgenommene Personenzentrierung im ersten gynäkologischen mit einer Auswahl von insgesamt 15 Items über fünf Dimensionen des EPATs dargestellt (26). Die Bewertung der Items der Dimensionen fand auf einer Skala von 1 (= trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (=trifft völlig zu). Eine hohe Personenzentrierung wurde für alle Items mit einem Mittelwert im Bereich von 4,6 bis 6,0 vergeben, dies war für 11 der insgesamt 15 dargestellten Items der Fall. Eine mittlere Personenzentrierung wurde für Items mit einem Mittelwert zwischen 2,6 bis 4,5 vergeben, dies war für das Item 6 zur Gabe von schriftlichen Informationen der Fall.

Eine geringe Personenzentrierung mit einem Mittelwert von 1,0 bis 2,5 wurde nicht gefunden.

Die Items 7,13 und 14 wurden ergänzend zum EPAT-Fragebogen entwickelt und hatten eine umgekehrte Polung und ihr geringer Mittelwert zwischen 1 bis 2,5 spricht daher für eine hohe Personenzentrierung.

Tabelle 13: EPAT-Ergebnisse für die Items Messzeitpunkt t1: Adaptation für den Kontext des ersten gynäkologischen Kontakts.

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
	1 Dimension „Zugang zur Versorgung“			
1	Ich habe rechtzeitig einen Termin bekommen.	174	5.47	0,858
	3 Dimension „Personenzentrierte Merkmale der Beratenden“			
2	Die Behandelnden waren einfühlsam (zum Beispiel sind sie auf meine Gefühle eingegangen, haben Verständnis gezeigt oder haben sich in meine Situation hineinversetzt).	174	4.67	1,521
	6 Dimension „Persönlich angepasste Informationen“			
2	Wenn ich das wollte, wurde mir erklärt, wie und wo ein Schwangerschaftsabbruch möglich ist (zum Beispiel Fristen, Kosten, Adressen von Praxen).	165	5.15	1,332
4	Wenn ich das wollte, wurde mir erklärt, wie bei einem Schwangerschaftsabbruch die verschiedenen Methoden (medikamentös oder operativ) durchgeführt werden.	166	4.86	1,540
5	Wenn ich das wollte, wurden mir Informationen zur Schwangerschaft und Elternsein gegeben (zum Beispiel finanzielle Hilfen, Vorsorgeuntersuchungen, Unterstützungsangebote).	126	4.81	1,521
6	Mir wurden schriftliche Informationen zu den verschiedenen Möglichkeiten gegeben, die mich interessierten (zum Beispiel Adresslisten von Praxen, Anträge, Unterstützungsangebote).	141	4.23	1,914
7	Ich hatte den Eindruck, dass mir falsche Informationen gegeben oder mir wichtige Hinweise vorenthalten wurden.	134	2.007	1,519
8	Mir wurden alle Informationen gegeben, die ich haben wollte.	174	4.96	1,395
	12 Dimension „Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Umgang mit Entscheidungen“			
9	Mir wurde gesagt, dass ich selbst die Entscheidung über die Schwangerschaft treffen kann.	168	5.38	1,120

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
10	Mir wurde erklärt, dass ich bei Entscheidungen unterstützt werden kann, sofern ich das möchte.	161	4.63	1,687
11	Mir wurde erklärt, wie viel Zeit ich habe, um über meine verschiedenen Möglichkeiten nachzudenken.	213	5.24	1,234
12	Die Behandelnden haben meine Entscheidungen über die Schwangerschaft akzeptiert.	170	5.33	1,272
13	Ich hatte das Gefühl, durch die Behandelnden beeinflusst zu werden in Bezug auf meine Entscheidungen über die Schwangerschaft.	141	2.07	1,552
14	Die Behandelnden haben mich zu Entscheidungen gedrängt, die ich nicht wollte.	132	1.49	1,066
	15 Dimension „Sicherheit von Patientinnen und Patienten“			
15	Bei der Anmeldung wurde ich mit Diskretion behandelt	175	5.10	1,234

Anmerkungen: Evaluation von 5 Dimensionen der Personenzentrierung. Darstellung der Mittelwerte bei einer Skala von 1 (= trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (=trifft völlig zu). n = Anzahl der Teilnehmenden, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Teilnehmende hatten die Möglichkeit „betrifft mich nicht“ anzukreuzen, dies wurde als fehlender Wert betrachtet. Items 7, 13, 14 wurden ergänzend zum EPAT Fragebogen entwickelt und haben eine umgekehrte Polung zur Skala.

Fragen zur Einrichtung des Schwangerschaftsabbruchs und Durchführung (t1)

Im folgenden Bericht werden nur Ergebnisse von Personen dargestellt, die angegeben haben die Schwangerschaft abgebrochen zu haben, für die Gruppe der Personen mit ausgetragener Schwangerschaft waren diese Fragen nichtzutreffend und wurden nicht gestellt.

Mit 52,8% (n=85) von n=161 gaben etwas über die Hälfte der Personen an, dass ihr Schwangerschaftsabbruch in einer gynäkologischen Praxis stattgefunden habe. 34,2% (n=55) gaben an der Abbruch habe in einer in einer Krankenhausambulanz, Tagesklinik oder Praxisklinik stattgefunden, 2,5% (n=4) im Krankenhaus und 10,6% (n=17) im Home-Use.

Für 51,6% (n=83) von n=161 lag die medizinische Einrichtung im selben Ort, 14,9% (n=24) mussten bis 20 km anreisen, 26,1% (n=42) mussten 21 bis 50 km anreisen, 5,0% (n=8), mussten 51 bis 100 km anreisen, 2,5% (n=4) mussten 101 bis 200 km anreisen.

Bei der Methode des Abbruchs gaben 50,3% (n=81) von n=161 einen medikamentösen Abbruch durchgeführt zu haben, 38,5% (n=62) einen operativen Abbruch mit Vakuumaspiration/Saugkürettage), 3,7% (n=6) einen operativen Abbruch mit Kürettage, 7,5% (n=4) gaben operativ an, nicht wissend welche Methode verwendet wurde. Von denjenigen, die angaben einen operativen Abbruch gehabt zu haben, gaben 83,8% (n=67) von n=93 an eine Vollnarkose gehabt zu haben und 16,2% (n=13) eine örtliche Betäubung.

Der Großteil der Personen mit 72,5% (n=116) von insgesamt n=160 brach die Schwangerschaft zwischen der 6 und 9 Schwangerschaftswoche ab. 15,8% (n=28 von 161) gab an, Komplikationen während oder nach dem Abbruch erlebt zu haben. 67,1 (n=108 von 161) gaben an Schmerzen nach dem Abbruch erlebt zu haben, im Mittel lagen diese bei 6,3 (SD= 2,3) auf einer Skala von 1 bis 10 (1=keine Schmerzen bis 10=stärkste vorstellbare Schmerzen). 54,6% (n=59 von 108) gaben an mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer anderen nachbetreuenden Person über die Schmerzen gesprochen zu haben. Die Nachuntersuchung fand für 50,9% (n=82)

von n= 161 wieder in der bisherigen gynäkologischen Praxis statt, 37,9% (n=61) gaben an dafür in der Einrichtung gewesen zu sein, in welcher der Abbruch durchgeführt wurde. 3,1% (n=5) waren in einer anderen Einrichtung, 8,1% (n=13) nahm keine Nachsorge in Anspruch.

Vertiefende Fragen zur Auswahl der Methode zum Schwangerschaftsabbruch (t2)

Zu t2 wurden rückblickende Fragen zur Auswahl der Methode zum Schwangerschaftsabbruch gestellt. Dabei gaben 86% (n=107 von 135) an, dass ihnen wichtig oder sehr wichtig war die Methode für den Schwangerschaftsabbruch selbst wählen zu können. Eine Wahl der Methode gehabt zu haben bejahten 77% (n=104), 11,1% (n=15) gaben an keine Wahl gehabt zu haben und 11,9% (n=16) gaben an keine Methode bevorzugt zu haben.

Personenzentrierung in der medizinischen Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch (t1):

In Tabelle 14 werden die Ergebnisse für die wahrgenommene Personenzentrierung in der Einrichtung des Schwangerschaftsabbruchs mit einer Auswahl von insgesamt 63 Items über 15 Dimensionen des EPATs dargestellt. Eine hohe Personenzentrierung wurde, entsprechend der oben dargestellten Auswertung, für alle Items mit einem Mittelwert im Bereich von 4,6 bis 6,0 vergeben, dies war für 44 Items der Fall. Eine mittlere Personenzentrierung wurde für Items mit einem Mittelwert zwischen 2,6 bis 4,5 vergeben, dies war für insgesamt 18 Items der Fall.

Eine geringe Personenzentrierung mit einem Mittelwert von 1,0 bis 2,5 wurde für das Item 39 gefunden.

Die Items 18, 33 und 60 wurden ergänzend zum EPAT-Fragebogen entwickelt und hatten eine umgekehrte Polung und ihr geringer Mittelwert zwischen 1 bis 2,5 spricht daher für eine hohe Personenzentrierung. Von einer Auswertung auf Dimensionsebene wurde abgesehen, da die Items teilweise sehr unterschiedliche Aspekte einer Dimension erfassen und somit auch unterschiedliche Bewertungen erhielten, so dass dadurch zu viele Informationen nicht dargestellt werden könnten.

Es wird hier eine Zusammenfassung der Ergebnisse gegeben, jedoch ist zu berücksichtigen, dass einzelne Dimensionen Items beinhalten, die sowohl einer hohen als auch einer mittleren Personenzentrierung zugeordnet wurden.

Eine tendenziell **hohe Personenzentrierung** wurde für folgende Aspekte gefunden:

- den Zugang zu Praxen (rechtzeitige Termine, Wohnortnähe)
- Planung der Behandlung (z.B. ausreichend Zeit zur Verfügung)
- personenzentrierte Merkmale der Behandelnden (respektvoll, wertfrei, empathisch)
- die vermittelten Informationen (zum Ablauf des Abbruchs, Methoden des Abbruchs, Adressen, Kostenübernahme),
- Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens
- Angemessene Kommunikation (verständliche Sprache, Zeit für Fragen)

- Umgang mit Entscheidungen in der Behandlung (z.B. Wahl der Methode zum Abbruch)
- Sicherheit von Patientinnen und Patienten (Privatsphäre, Einwilligung zur Untersuchung)

Eine tendenziell **mittlere Personenzentrierung** wurde gefunden für:

- Planung der Behandlung (Hilfestellung bei Formularen, Weitervermittlung an andere Behandelnde)
- Adressierung des psychischen Wohlbefindens in der medizinischen Behandlung (z.B. Raum für Ängste und Sorgen im ärztlichen Gespräch, Bedarf an zusätzlicher Unterstützung).
- Einbezug und Angebot ergänzender Angebote (z.B. Gespräche in einer Beratungsstelle, Selbsthilfegruppen, Gesundheitskurse, Alternativmedizin oder spirituelle Unterstützung)
- Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche und Lebensumstände in der Behandlung
- Aktivierung der Person (z.B. Ermutigung Fragen zu stellen)
- Einzigartigkeit der Person (z.B. Berücksichtigung individueller Wunsch und Bedürfnisse)

Eine tendenziell **geringe Personenzentrierung** wurde gefunden für:

- Einbezug und Unterstützung der Angehörigen bei Wunsch der Betroffenen (zum Beispiel Begleitung in die Praxis, Informationsvermittlung)

Tabelle 14: EPAT-Ergebnisse zum Messzeitpunkt t1: Adaptation für den Kontext der medizinischen Versorgung während des Schwangerschaftsabbruchs.

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
	1 Dimension „Zugang zur Versorgung“			
1	Ich habe leicht Informationen zu medizinischen Einrichtungen gefunden die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen (z.B. im Internet, über Beratungsstellen oder durch andere Behandelnde).	160	5.01	1,371
2	Ich habe rechtzeitig einen Termin bekommen.	160	5.43	,922
3	Die medizinische Einrichtung war für mich einfach erreichbar (z.B. fußläufig, mit dem Rad, mit Bus oder Bahn).	159	5.29	1,121
4	Ich konnte leicht einen Termin in der medizinischen Einrichtung vereinbaren (zum Beispiel über Telefon, E-Mail oder Internetseite).	160	5.57	,838
5	Wenn ich mit einer Ärztin/einem Arzt sprechen wollte, war diese/dieser gut erreichbar.	160	5.15	1,258
6	Ich wurde darüber informiert, wie ich außerhalb der Öffnungszeiten Hilfe erhalte (zum Beispiel über Notfalldienste).	160	4.74	1,726
7	Ich konnte die Formulare gut verstehen, die mir gegeben wurden (zum Beispiel Einwilligungserklärungen, Patienteninformationen oder Anträge).	159	5.68	,669
	2 Dimension „Gute Planung der Beratung“			
8	Die Anmeldung in der medizinischen Einrichtung lief einfach und schnell.	159	5.55	0,914
9	Die Behandelnden haben sich genug Zeit für mich genommen.	159	5.11	1,310
10	Bei Bedarf wurden Folgetermine mit mir vereinbart oder mir wurde erklärt, wie ich Folgetermine vereinbaren kann (zum Beispiel zur Nachsorge oder Weiterbehandlung).	145	4.96	1,481

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
11	Bei Bedarf wurde mir erklärt, an wen ich mich wenden kann, um Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen und Formularen zu bekommen oder um rechtliche Beratung zu erhalten.	103	4.19	1,946
12	Falls ich an andere Beratende oder Behandelnde verwiesen wurde, wurde ich dabei unterstützt (zum Beispiel wurden mir Kontaktdaten gegeben oder es wurde für mich direkt ein Termin vereinbart).	89	4.64	1,694
3 Dimension „Personenzentrierte Merkmale der Beratenden“				
13	Die Behandelnden haben sich respektvoll und wertschätzend verhalten.	157	5.26	1,127
14	Ich wurde ernst genommen.	158	5.46	1,007
15	Die Behandelnden waren einfühlsam (zum Beispiel sind sie auf meine Gefühle eingegangen, haben Verständnis gezeigt oder haben sich in meine Situation hineinversetzt).	155	5.05	1,338
16	Wenn ich das wollte, wurden schwierige Themen von den Behandelnden direkt und offen besprochen (zum Beispiel Probleme in der Partnerschaft, Gewalt, Sexualität, finanzielle, familiäre oder soziale Probleme).	104	5.13	1,351
17	Ich wurde ehrlich und wertfrei beraten.	157	5.28	1,215
18	Ich wurde von den Behandelnden negativ beurteilt.	129	1.68	1,364
4 Dimension „Unterstützung des psychischen Wohlbefindens“				
19	Ich hatte die Möglichkeit, mit Behandelnden über meine Gefühle zu sprechen.	136	4.27	1,753
20	Die Behandelnden sind auf meine Ängste und Sorgen eingegangen (zum Beispiel indem sie Verständnis gezeigt und mir Mut gemacht haben).	138	4.51	1,666
21	Die Behandelnden haben mich gefragt wie ich unterstützt werde (zum Beispiel durch Partner:in, Familie, Freundinnen und Freunden).	150	4.36	1,814
22	Ich wurde gefragt, ob ich psychische Unterstützung wünsche (zum Beispiel psychologische Beratung, Psychotherapie oder Seelsorge).	139	2.93	2,020
5 Dimension „Einbezug ergänzender Angebote“				
23	Ich wurde gefragt, ob ich ergänzende Angebote nutze oder nutzen möchte (zum Beispiel Gespräche in einer Beratungsstelle, Selbsthilfegruppen, Gesundheitskurse, Alternativmedizin oder spirituelle Unterstützung).	143	2.87	1,950
24	Bei Bedarf habe ich Informationen zu ergänzenden Angeboten bekommen.	108	3.33	2,042
6 Dimension „Vertrauensvolles Miteinander“				
25	Ich hatte das Gefühl, ich konnte mich den Behandelnden anvertrauen (zum Beispiel bei intimen oder schwierigen Themen).	150	4.56	1,645
26	Ich konnte mit den Behandelnden in einem vertraulichen Rahmen sprechen (zum Beispiel unter vier Augen, sodass niemand anderes zuhören konnte).	154	5.09	1,4675
7 Dimension „Persönlich angepasste Informationen“				
27	Ich habe Informationen zu Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs leicht finden können (zum Beispiel im Internet),	156	5.03	1,287
28	Ich wurde von den Behandelnden gefragt, was ich in Bezug auf meinen Schwangerschaftsabbruch wissen möchte,	154	4.81	1,644

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
29	Mögliche Risiken wurden mir rechtzeitig vor der Behandlung erklärt.	156	5.09	1,314
30	Wenn ich das wollte, wurden mir zusätzliche schriftliche Informationen zum Schwangerschaftsabbruch gegeben (zum Beispiel Methoden, Ablauf, Nachsorge).	141	4.89	1,593
31	Wenn ich mich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden habe, wurden mir schriftliche Informationen zu den Medikamenten und möglichen Nebenwirkungen gegeben und erklärt.	102	5.18	1,445
32	Falls Behandlungskosten durch den Schwangerschaftsabbruch für mich entstanden sind, wurden mir Möglichkeiten erklärt, wie ich Unterstützung erhalten kann (zum Beispiel Bezuschussung oder Freistellung).	136	4.97	1,549
33	Ich hatte den Eindruck, dass mir falsche Informationen gegeben oder mir wichtige Hinweise vorenthalten wurden.	121	1.72	1,305
34	Mir wurden alle Informationen gegeben, die ich haben wollte.	152	5.18	1,146
8 Dimension „Berücksichtigung der Lebensumstände“				
35	In Bezug auf meinen Schwangerschaftsabbruch wurden sowohl körperliche, als auch psychische Anliegen erfragt und berücksichtigt.	154	4.28	1,660
36	In Bezug auf meinen Schwangerschaftsabbruch wurde meine gesamte Lebenssituation berücksichtigt, soweit ich das wollte (zum Beispiel Beruf, Familie und Freunde, Partnerschaft und Sexualität, Kultur und Religion, Alter oder finanzielle Verhältnisse).	142	4.34	1,751
37	Es wurde berücksichtigt, ob ich in der Lage bin, nach dem Schwangerschaftsabbruch selbstständig wieder nach Hause zu kommen (zum Beispiel ob ich Bus und Bahn nutzen kann oder von einer Begleitperson gefahren werde).	142	4.54	1,789
9 Dimension „Einbezug von Familie und Freundinnen und Freunden“				
38	Mir wurde erklärt, welche Möglichkeiten es gibt, meine Angehörigen mit in die Beratung einzubeziehen (zum Beispiel Begleitung zum Schwangerschaftsabbruch, Teilnahme an Gesprächen oder Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten).	139	3.12	1,930
39	Wenn die Situation meine Angehörigen belastet hat, wurde ihnen Unterstützung angeboten.	84	2.33	1,819
40	Meine Angehörigen bekamen von den Behandelnden so viele Informationen zu meinem Schwangerschaftsabbruch, wie ich es wollte.	77	3.01	2,062
10 Dimension „Aktivierung der Person in der Behandlung“				
41	Ich wurde ermutigt, Fragen zu stellen.	152	4.47	1,569
42	Mir wurde erklärt, wo ich verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zu den Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs finden kann.	146	3.47	1,905
43	Ich wurde ermutigt, meine eigenen Entscheidungen zu treffen.	148	5.06	1,366
44	Wenn ich es wollte, wurde mit mir im Rahmen der Nachsorge besprochen, welche Verhütungsmittel für mich geeignet sind.	146	4.84	1,655
11 Dimension „Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens“				
45	Ich wurde ermutigt, bei Schmerzen um Hilfe zu bitten.	153	4.76	1,546

	<i>Dimension / Item</i>	<i>n</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
46	Für den Fall, dass ich körperliche Beschwerden habe, wurde mir Hilfe angeboten (zum Beispiel bei Schmerzen und Unwohlsein).	150	4.83	1,478
47	Ich wurde mit Vorsicht untersucht und behandelt.	155	5.24	1,083
	12 Dimension „Einzigartigkeit jeder Person“			
48	Die Behandelnden sind persönlich auf mich eingegangen und haben mich nicht als einen von vielen Menschen betrachtet.	156	4.49	1,652
49	Meine Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen wurden erfragt und in der Behandlung berücksichtigt.	153	4.46	1,638
	13 Dimension „Angemessene Kommunikation“			
50	Die Behandelnden haben mich zu Beginn begrüßt und sich vorgestellt, wenn ich sie noch nicht kannte.	152	5.16	1,318
51	Mir wurde genug Zeit gegeben, mein Anliegen und meine Situation zu beschreiben.	154	4.82	1,514
52	Die Behandelnden verwendeten Begriffe, die ich gut verstehen konnte.	155	5.44	,905
53	Die Behandelnden haben mich im Gespräch angesehen und mir aufmerksam zugehört.	155	5.2	1,142
54	Die Behandelnden haben mich ausreden lassen.	154	5.29	1,160
55	Meine Fragen wurden für mich gut verständlich beantwortet.	153	5.33	1,051
56	Die Behandelnden haben sichergestellt, dass ich richtig verstanden habe, was sie mir erklärt haben.	153	5.09	1,300
	14 Dimension „Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Umgang mit Entscheidungen“			
57	Der Austausch mit den Behandelnden war auf Augenhöhe (zum Beispiel bei Entscheidungen über die Methode des Abbruchs oder Austausch von Informationen).	156	5.01	1,330
58	Ich wurde über verschiedene Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs und deren Vor- und Nachteile informiert.	148	4.77	1,603
59	Es wurde bei der Entscheidung über die Methode des Abbruchs berücksichtigt, was mir besonders wichtig ist.	144	4.71	1,620
60	Die Behandelnden haben mich zu Entscheidungen gedrängt, die ich nicht wollte.	122	1.59	1,347
	15 Dimension „Sicherheit von Patientinnen und Patienten“			
61	Vor Untersuchungen oder Behandlungen wurde mein Einverständnis ausdrücklich eingeholt,	155	5.33	1,228
62	Bei der Anmeldung wurde ich mit Diskretion behandelt.	156	5.11	1,327
63	Es wurde auf meine Privatsphäre geachtet (zum Beispiel bei Untersuchungen oder in Gesprächen).	156	5.28	1,146

Anmerkungen: Evaluation von 15 Dimensionen der Personenzentrierung. Darstellung der Mittelwerte bei einer Skala von 1 (= trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (=trifft völlig zu). N = Anzahl der Teilnehmenden, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Teilnehmende hatten die Möglichkeit „betrifft mich nicht“ anzukreuzen, dies wurde als fehlender Wert betrachtet. Items 18, 33 und 60 wurden ergänzend zum EPAT Fragebogen entwickelt und haben eine umgekehrte Polung zur Skala.

4.2.5 Ergebnisse zur psychosozialen Belastung

Ergebnisse des Distress Thermometers und die Darstellung emotionaler Problembereiche und Belastungen für t0, t1 und t2

Anhand angepasster Versionen des NCCN Distress Thermometers wurde auf einer Skala von 0 (= gar nicht belastet) bis 10 (= extrem belastet) das Ausmaß psychischer Belastung, sowie relevanter Problembereiche erfasst (33). Dabei wurde für den *Zeitpunkt um die Feststellung der Schwangerschaft* (t0) ein mittlerer Distresswert von MW= 8,26 (n = 215) erhoben; für den *Zeitpunkt nach der Beendigung der Schwangerschaft* (t1) ein mittlerer Distresswert von MW = 5,28 (n = 156) und für *Belastungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch nach 12 Monaten* (t2) ein mittlerer Distresswert von MW = 3,9 (n = 133).

Am häufigsten stimmten die Befragten zu, einen der folgenden emotionalen Problembereiche erlebt zu haben: Sorgen, Gedankenkreisen und Grübeln, innere Unruhe, Angst und Panik und Traurigkeit. Über die Hälfte gaben zu t0 an, Schuld oder Schamgefühle zu haben. Weitere höhere Belastungen wurden bzgl., der Situation der Arbeit/Ausbildung/Studium sowie bei finanziellen Themen genannt. In Tabelle 15 sind die deskriptiven Ergebnisse zu den Häufigkeiten der erfragten Problembereiche zu t0, t1 und t2 im Detail dargestellt, es werden immer die Zahlen zu den Personen genannt, die mit „ja“ geantwortet haben bei der Frage, ob sie den Problembereich für sich feststellen.

Es zeigte sich, dass die Zustimmung zum Vorhandensein der Problembereiche von t0 über t1 zu t2 weniger wurde. Hierzu ist jedoch zu beachten, dass die Stichprobe sich über die drei Messzeitpunkte verkleinerte und somit keine direkten Vergleiche zwischen den drei Messzeitpunkten möglich sind. Einzelne Problembereiche wurden zudem nur zu einem der drei Zeitpunkte erfragt, da diese für jeden Bereich individuell angepasst wurden.

Tabelle 15: Ergebnisse zu den wahrgenommenen Problembereichen des Distress-Thermometers über drei Messzeitpunkte (t0, t1, t2).

	t0 (n=218)		t1 (n=156)		t2 (n=133)	
Problembereiche	n	%	n	%	n	%
Arbeit/Ausbildung/Studium	125	57,3	61	39,1	25	18,8
fehlende Kinderbetreuung	59	27,1	16	10,3	11	8,3
Alleinerziehend sein	52	23,9	14	9,0	9	6,8
Finanzielle Themen	136	62,4	52	33,3	28	21,1
Dem/der (Ex-)Partner/Partnerin	48	28,9	58	37,2	45	33,8
meinen Eltern/einem Elternteil von mir	25	22,0	30	19,2	19	14,3
anderen Familienangehörigen	40	11,5	19	12,2	16	12,0
bereits vorhandenen Kindern	24	18,3	11	7,1	6	4,5
Freundinnen und Freunden oder Bekannten	42	11,0	25	16,0	13	9,8
Arbeitgeber/Kollegiales Umfeld	72	19,3	19	12,2	12	9,0
Probleme mit dem kulturellen Umfeld	-	-	17	10,9	7	4,5
Sorgen	189	86,7	108	69,2	48	36,1
Angst/Panik	156	71,6	78	50,0	35	26,3

	t0 (n=218)		t1 (n=156)		t2 (n=133)	
Traurigkeit	154	70,6	100	64,1	60	38,7
Innere Unruhe	175	80,3	102	65,4	51	32,9
Schuld	124	56,9	81	51,9	41	30,8
Scham	119	54,6	89	57,1	49	36,8
Wut	88	40,4	60	38,5	32	24,1
Ratlosigkeit	135	61,9	60	38,5	29	21,8
Hilflosigkeit	131	60,1	60	38,5	26	19,5
Gedankenkreisen/Grübeln	183	83,9	115	73,7	66	49,6
Einsamkeit	95	43,6	71	45,5	38	28,6
Überforderung	-	-	82	52,6	35	26,3
Gefühlosigkeit	-	-	39	25,0	26	19,5
Konflikt mit dem Glauben/ der Spiritualität	24	11,0	24	15,4	15	11,3
Verlust/Veränderung des Glaubens	8	3,7	12	7,7	8	6,0
Erschöpfung/Müdigkeit	189	86,7	95	60,9	48	36,1
Schlafprobleme	145	66,5	88	56,4	37	27,8
Gedächtnis-/Konzentrationsprobleme	119	54,6	69	44,2	36	27,1
Kreislaufprobleme/Schwindel	117	53,7	58	37,4	23	17,1
Übelkeit/Erbrechen	145	66,5	35	22,4	-	-
Vermehrter/verminderter Appetit	138	63,3	53	34,0	22	16,5
Verdauungsstörungen	97	44,5	44	28,2	-	-
Häufiger Harndrang	133	61,0	-	-	-	-
Schmerzen/Spannen in der Brust	177	83,1	62	39,7	-	-
Schmerzen/Spannungen im Unterleib/Bauch	-	-	110	70,5	-	-
Sexuelle Probleme	56	25,7	57	36,5	41	30,8
Probleme mit dem äußeren Erscheinungsbild	82	37,6	56	35,9	28	21,1
Stimmungsschwankungen	147	67,4	102	65,4	39	29,3

Anmerkungen: Häufigkeit (n) und Prozentsatz (%) für die Personen die mit „ja“ für den jeweiligen Problembereich geantwortet haben über die drei Messzeitpunkte. Einzelne Problembereiche (z.B. Probleme im kulturellen Umfeld) wurden nicht über alle Zeitpunkte erhoben und weisen daher keine Werte auf.

Ergebnisse bzgl. der gewünschten und erhaltenen psychosozialen Unterstützung um den Schwangerschaftsabbruch (t2):

Mittels selbst entwickelter Items wurden der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bzw. die erhaltene psychosoziale Unterstützung um den Schwangerschaftsabbruch erfragt. Mit 50,6% (n=78) von n=154 gaben die Hälfte der Befragten an, keinen Wunsch nach psychosozialer (seelischer, psychischer und/oder sozialer)

Unterstützung aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs gehabt zu haben. 18,8% (n=28) hatten einen klaren Wunsch nach psychosozialer Unterstützung, 29,8% (n=56) hatten einen Wunsch wussten aber nicht, dass es Angebote gibt, an wen sie sich wenden sollen oder haben sich nicht getraut danach zu fragen. Bezogen auf die Art der Unterstützung, wurde mit 19,5% (n=30) am häufigsten der Wunsch nach psychologischer Beratung oder Unterstützung genannt, gefolgt von 18,2% (n=28) mit dem Wunsch nach einer Psychotherapie. Als Gründe für den Wunsch nach psychosozialer Unterstützung gaben 27,3% (n=42) der Befragten an, dass sie den Wunsch hatten über psychische/seelische Belastungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch sprechen und 26,0% (n=40) über den Schwangerschaftsabbruch und 18,2% (n=28) über Partnerschaft/Beziehung.

Von den Befragten gaben 47,4% (n=73) an, dass sie keine Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten erhalten haben, gaben an 28,6% (n=44) Informationen von der Beratungsstelle erhalten zu haben und gaben an 8,4% (n=13) von der Gynäkologin oder dem Gynäkologen. Eine genaue Übersicht gibt Tabelle 16.

Tabelle 16: Ergebnisse zu psychosozialen Unterstützungsbedarfen (t2), n=155.

<i>Item / Antwortkategorie</i>	<i>Häufigkeit (n)^a</i>	<i>Prozent (%)</i>
Hatten Sie aufgrund Ihres Schwangerschaftsabbruchs einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung?		
Ja, ich hatte einen Wunsch nach psychosozialer Unterstützung.	28	18.8
Ja, aber ich wusste nicht, an wen ich mich diesbezüglich wenden soll.	17	11.0
Ja, aber ich wusste nicht, dass es solche Angebote gibt.	11	7.1
Ja, aber ich habe mich nicht getraut, aktiv danach zu fragen.	18	11.7
Ich brauchte keine Unterstützung.	78	50.6
Von wem wünschen/wünschten Sie sich psychosoziale Unterstützung?		
Unterstützung durch eine Beratungsstelle	15	9.7
psychologischer Beratung / Unterstützung	30	19.5
Psychotherapie	28	18.2
sozialrechtliche Beratung / Unterstützung	2	1.3
Unterstützung durch Psychiater/Psychiaterin	10	6.5
sozialrechtliche Beratung / Unterstützung	2	1.3
Selbsthilfegruppe	14	9.1
Telefonberatung durch Expertinnen und Experten	9	5.8
Internetberatung durch Expertinnen und Experten	6	3.9
Internet-Forum	7	4.5
spirituelle Unterstützung	6	3.9
Warum wünschten Sie sich psychosoziale Unterstützung?		
Ich wollte über meine unbeabsichtigte Schwangerschaft sprechen,	19	12.3
Ich wollte über den Schwangerschaftsabbruch sprechen	40	26.0
Ich wollte über meine Partnerschaft / Beziehung sprechen	28	18.2
Ich wollte über das Thema Familienplanung sprechen	9	5.8
Ich wollte mich über finanzielle oder soziale Hilfen informieren	4	2.6
Ich wollte über psychische/seelische Belastungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch sprechen	42	27.3
Ich wollte über anderes sprechen	7	2.6

<i>Item / Antwortkategorie</i>	<i>Häufigkeit (n)^a</i>	<i>Prozent (%)</i>
Von wem haben Sie Informationen über psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten erhalten?		
über die Schwangerschafts(konflikt)beratung	44	28.6
von meiner Gynäkologin / meinem Gynäkologen	13	8.4
von anderem medizinischem Personal	1	0.6
von Partner:in, Freundinnen und Freunden oder Familie	7	4.5
Ich habe selbst im Internet recherchiert.	17	11.0
Ich habe keine Informationen zu psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten erhalten.	73	47.4
Anderes	7	4.5

Anmerkungen: ^a Mehrfachantworten waren möglich.

4.2.6 Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Entscheidung über die Schwangerschaft

Ergebnisse zur Sicherheit und Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung über die Schwangerschaft (t2):

Von den Befragten zum letzten Messzeitpunkt, waren sich 78,2% (n=118) von insgesamt n=151 bereits vor der Schwangerschaftskonfliktberatung sehr sicher oder sicher, dass sie die Schwangerschaft abbrechen möchten. 10.6% (n=16) waren sich eher sicher einen Abbruch durchführen zu lassen, und 11,3 % (n=17) eher nicht sicher oder unsicher bzgl. der Entscheidung die Schwangerschaft abzuberechnen.

92.1% (n=139) gaben an im Verlauf bei ihrer ursprünglichen Entscheidung für den Abbruch geblieben zu sein, 2% (n=3) haben die Schwangerschaft erst abbrechen wollen, sich dann aber für die Austragung entschieden und 4,6% (n=7) wollten die Schwangerschaft zunächst austragen, haben sich dann aber für einen Abbruch entschieden, 1.3% (n=2) gaben an nie wirklich entschieden gewesen zu sein. 19,2% (n=34) gaben an, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung ihnen sehr oder etwas in der Entscheidung geholfen habe. 11,9% (n=18) gaben an sie half eigentlich nicht, und 9,3% (n=14) gaben an diese haben ihnen die Entscheidung schwerer gemacht. Für 49,7% brachte diese keinen Mehrwert im positiven oder negativen Sinne, da sie bereits fest in ihrer Entscheidung waren.

Bzgl. der Frage was den Personen in ihrer Entscheidungsfindung geholfen habe, erhielt die meiste Zustimmung, der Austausch mit Familienmitgliedern 81,3% (n=126) von n=155, gefolgt von 57,4% (n=89) der Austausch mit ihrem Partner oder der Partnerin, 38,1% (n=59) die Auseinandersetzung mit sich selbst, 32,3 (n=50) der Austausch mit Freundinnen und Freunden, 14,8% (n=23) die Informationssuche im Internet. 78,7% (n=122 von 155) gaben an keinen zusätzlichen Bedarf an Unterstützung in der Entscheidungsfindung gewünscht zu haben.

Die Zufriedenheit mit der Entscheidung wurde zudem mit der deutschen Version der Decision Regret Scale zum letzten Messzeitpunkt (t2) erfasst (35,36). Dem Item „Die Entscheidung war richtig“ stimmten 72% (n=109) von n= 151 zu; 14% (n=22) stimmen dem überwiegend zu; 10% (n=15) stimmten weder zu noch widersprechen; 3% (n=5) stimmen nicht zu. Dem Item „Ich bereue die getroffene Entscheidung“ stimmten

7,3 % (n=11) zu; 4% (n=6) stimmen dem überwiegend zu; 11,3% (n=17) stimmten weder zu noch widersprechen; 12,6% (n=19) stimmten überwiegend nicht zu; 64,9% (n=98) stimmen nicht zu. Die vollständige Übersicht der Items ist in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Ergebnisse der Decision Regret Scale (n=152, t2).

<i>Items / Antwortkategorien</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Die Entscheidung war richtig.		
Ich stimme zu	109	72.2
Ich stimme überwiegend zu	22	14.6
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	15	9.9
Ich stimme nicht zu	5	3.3
Ich bereue die getroffene Entscheidung.		
Ich stimme zu	11	7.3
Ich stimme überwiegend zu	6	4.0
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	17	11.3
Ich stimme überwiegend nicht zu	19	12.6
Ich stimme nicht zu	98	64.9
Ich würde die gleiche Wahl treffen, wenn ich nochmals entscheiden müsste.		
Ich stimme zu	77	51.0
Ich stimme überwiegend zu	24	15.9
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	34	22.5
Ich stimme überwiegend nicht zu	3	2.0
Ich stimme nicht zu	13	8.6
Die Entscheidung hat mich sehr beeinträchtigt.		
Ich stimme zu	12	7.9
Ich stimme überwiegend zu	31	20.5
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	17	11.3
Ich stimme überwiegend nicht zu	30	19.9
Ich stimme nicht zu	15	9.9
Die Entscheidung war gut überlegt.		
Ich stimme zu	113	74.8
Ich stimme überwiegend zu	23	14.8
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	9	6.0
Ich stimme überwiegend nicht zu	5	3.3
Ich stimme nicht zu	1	0.7
Es war für mich eine klare Entscheidung.		
Ich stimme zu	98	64.9
Ich stimme überwiegend zu	32	21.2
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	10	6.6
Ich stimme überwiegend nicht zu	6	4.0
Ich stimme nicht zu	5	3.3
Ich hadere mit der Entscheidung.		
Ich stimme zu	8	5.3
Ich stimme überwiegend zu	13	8.6
Ich kann weder zustimmen noch widersprechen	15	9.9
Ich stimme überwiegend nicht zu	22	14.6
Ich stimme nicht zu	93	61.6

Anmerkungen: Häufigkeiten (n) und Prozente (%).

4.2.7 Ergebnisse zur Stigmatisierung

Ergebnisse der Ergebnisse zur Stigmatisierung im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch (t2):

Die Individual Level of Abortion Stigma Scale (ILAS) erfasst Stigmatisierung um den Schwangerschaftsabbruch auf vier Skalen „Isolation“, „Sorgen über Bewertungen“, „Selbstwertung“, „Verurteilungen durch die Gemeinde“ (37). Bei den dargestellten Ergebnissen sind nur Personen (n=136) eingeschlossen, welche angaben, sich für den Abbruch der Schwangerschaft entschieden zu haben. Für die Skala „Isolation“ zeigte sich (über alle Items), dass über die Hälfte der Betroffenen in irgendeiner Weise Unterstützung von Familie oder Freunden in der Situation des Schwangerschaftsabbruchs erfahren hat jedoch um die 20% der Befragten, über die drei Items der Skala, nie die Möglichkeit der Unterstützung oder des Gesprächs hatte. Auf der Skala „Sorgen über Bewertungen“, waren die Sorgen mit besonders hoch ausgeprägt für das Item „Andere Menschen könnten von meinem Schwangerschaftsabbruch erfahren,“ und „Andere Menschen könnten negativ über mich urteilen“. Hier gab knapp die Hälfte der Befragten an extrem oder sehr besorgt zu sein. Auf der Skala Selbstbewertung zeigten sich, dass für ca. 70 – 80% der Befragten, über alle Items, Gefühle von Scham, Schuld und Egoismus in unterschiedlich stark ausgeprägter Form in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch vorhanden waren. Dem Item „Ich war überzeugt, dass ich die richtige Entscheidung getroffen habe,“ stimmten 30,1% (n = 41) zu und 47,1% (n = 64) der Befragten vollständig zu. Die vollständigen Ergebnisse sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Ergebnisse zu den Skalen der Individual Level of Abortion Stigma Scale (t2), Teil 1, n=136.

Skala: Isolation	Nie	Einmal	Mehr als einmal	Oft
Ich habe mich mit jemanden, der mir nahesteht, über meinen Schwangerschaftsabbruch unterhalten.	22.1% (n=30)	19.9% (n=27)	33.8 (n=46)	24.3 % (n=33)
Ich habe jemanden, der mir nahesteht, meine Gefühle über meinen Schwangerschaftsabbruch offen gezeigt.	19.9% (n=27)	21.3% (n=29)	22.8% (n=31)	36.0% (n=49)
Ich hatte zum Zeitpunkt meines Schwangerschaftsabbruchs das Gefühl, von jemandem unterstützt zu werden, der mir nahesteht.	16.2% (n=22)	9.6% (n=13)	24.3% (n=33)	24.3% (n=33)
Skala: Sorgen über Bewertungen (Teil 1)	Nicht besorgt	Ein wenig besorgt	Ziemlich besorgt	Extrem besorgt
Andere Menschen könnten von meinem Schwangerschaftsabbruch erfahren.	24.3% (n=33)	28.7% (n=39)	24.3 % (n=33)	22.8% (n=31)
Mein Schwangerschaftsabbruch könnte die Beziehung mit einem mir sehr nahestehenden Menschen negativ beeinflussen.	33.8% (n=46)	27.2% (n=37)	16.2% (n=22)	22.8% (n=31)
Ich könnte jemanden enttäuschen, der mir sehr nahesteht.	33.8% (n=46)	25.0% (n=34)	19.9 % (n=27)	21.3% (n=29)

Skala: Isolation	<i>Nie</i>	<i>Einmal</i>	<i>Mehr als einmal</i>	<i>Oft</i>
Ich könnte gedemütigt werden.	41.2% (n=56)	30.1% (n=41)	15.4% (n=21)	13.2% (n=18)
Andere Menschen könnten hinter meinem Rücken über mich reden.	37.5% (n=51)	21.3% (n=29)	22.8% (n=31)	18.4% (n=25)
Jemand, der mir sehr nahe steht, könnte mich zurückweisen.	39.0% (n=53)	27.2% (n=37)	15.4% (n=21)	18.4% (n=25)
Andere Menschen könnten negativ über mich urteilen.	24.3% (n=33)	29.4% (n=40)	21.3% (n=29)	25.0% (n=34)

Tabelle 19: Ergebnisse zu den Skalen der Individual Level of Abortion Stigma Scale (t2), Teil 2, n=136.

Skala: Sorgen über Bewertungen (Teil 2)	<i>Trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>Trifft nicht zu</i>	<i>Trifft teilweise zu</i>	<i>Trifft zu</i>	<i>Trifft vollständig zu</i>
Ich kann mit den Menschen, die mir nahestehen, über meinen Schwangerschaftsabbruch reden.	15.4% (n=21)	14.7% (n=20)	25.0% (n=34)	22.8% (n=31)	22.1% (n=30)
Ich kann den Menschen, die mir nahe stehen, Informationen über meinen Schwangerschaftsabbruch anvertrauen.	16.2% (n=22)	9.6% (n=13)	24.3% (n=33)	24.3% (n=33)	25.7% (n=35)
Ich habe mich zum Zeitpunkt meines Schwangerschaftsabbruchs von den Menschen, die mir nahestanden, unterstützt gefühlt.	19.1% (n=26)	6.6% (n=9)	21.3% (n=29)	30.9% (n=42)	22.1% (n=30)
Skala: Selbstbewertung	<i>Trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>Trifft nicht zu</i>	<i>Trifft teilweise zu</i>	<i>Trifft zu</i>	<i>Trifft vollständig zu</i>
Ich habe mich wie ein schlechter Mensch gefühlt.	22.8% (n=31)	14.0% (n=19)	33.8% (n=46)	11.8% (n=16)	17.6% (n=24)
Ich war überzeugt, dass ich die richtige Entscheidung getroffen habe.	6.6% (n=9)	1.5% (n=2)	14.7% (n=20)	30.1% (n=41)	47.1% (n=64)
Ich habe mich für meinen Schwangerschaftsabbruch geschämt.	23.5% (n=32)	21.3% (n=29)	23.5% (n=32)	14.7% (n=20)	16.9% (n=23)
Ich habe mich egoistisch gefühlt.	33.8% (n=46)	16.2% (n=22)	19.9% (n=27)	14.7% (n=20)	15.4% (n=21)
Ich habe mich schuldig gefühlt.	27.2% (n=37)	16.6% (n=22)	22.8% (n=31)	16.2% (n=31)	17.6% (n=24)
Skala: Verurteilung durch die Gemeinde	<i>Niemand</i>	<i>Ein paar Menschen</i>	<i>Ungefähr die Hälfte der Menschen</i>	<i>Viele Menschen</i>	<i>Die meisten Menschen</i>
Ein Schwangerschaftsabbruch ist immer falsch.	17.8% (n=24)	37.0% (n=50)	28.9% (n=39)	10.4% (n=14)	5.9% (n=8)
Ein Schwangerschaftsabbruch ist das gleiche wie ein Mord.	23.0% (n=31)	40.7% (n=55)	22.2% (n=30)	8.1% (n=11)	5.9% (n=8)

Ergebnisse zu den vertiefenden Fragen zu erwarteter und tatsächlicher Stigmatisierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung (t2):

Mittels selbst entwickelter Items wurden die Erwartungen in Bezug auf eine negative Bewertung oder Stigmatisierung, sowie reale Erfahrungen von negativer Bewertung oder Stigmatisierung in der Schwangerschaftskonfliktberatung und der Praxis/Klinik, in welcher der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, erhoben. Zudem wurde die allgemeine Erwartung an die Beratung bzw. Behandlung erfragt.

Für Beratungssituation gaben 38,8% der Befragten (n=59 von n=152; Antwortoptionen „ja“ und „eher ja“ zusammengefasst) an, dass sie (eher) erwartet haben stigmatisiert oder negativ bewertet zu werden. Für die Behandlung in der Praxis/Klinik, in welcher der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden sollte, gaben 41,5% der Befragten (n=56 von n=135; Antwortoptionen „ja“; „eher ja“ und „teils teils“ zusammengefasst) an, dass sie (teils) erwarten stigmatisiert oder negativ bewertet zu werden.

Eine (teils) negative Bewertung/Stigmatisierung erlebten tatsächlich 6,4% der Befragten (n=10 von N=152; Antwortoptionen „ja“/„eher ja“ zusammengefasst) in der Beratungssituation und 17% der Befragten (n=24 von N=135; Antwortoptionen „ja“/ „eher ja“/ „teils teils“ zusammengefasst) in der medizinischen Behandlung. Weitere Ergebnisse sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 20: Ergebnisse zur erwarteten und erlebten Stigmatisierung in der Beratung (t0, n=152) oder Praxis/Klinik (t1, n=135).

<i>Item / Antwortkategorien</i>	<i>erwartet</i>		<i>erlebt</i>	
	n	%	n	%
Haben Sie erwartet/erlebt , dass Sie in der Beratung negativ behandelt oder bewertet (stigmatisiert) werden?				
ja	18	11.8	7	4.6
eher ja	41	27.0	3	2.0
eher nein	55	36.2	18	11.8
nein	38	25.0	124	81.6
Haben Sie erwartet/erlebt , dass Sie in der Praxis/Klinik negativ behandelt oder bewertet (stigmatisiert) werden?				
ja	7	5.2	6	4.4
eher ja	20	14.8	6	4.4
teils teils	29	21.5	12	8.9
eher nein	39	28.9	25	18.5
nein	40	29.6	86	63.7

Anmerkungen: Häufigkeit (n), Prozente (%).

Für die allgemeine Erwartung an die Beratung zeigte sich, dass 55,9% (n=85 von n=152) der Befragten eine (viel) bessere Beratung erhalten haben als sie angaben es erwartet zu haben. Ein Drittel der Befragten mit 34,2% (n=52), gaben an, ihre Beratung sei wie erwartet gewesen und 9,9% (n=15) gaben an, dass sie (viel) schlechter als erwartet gewesen sei.

Für die Praxis/Klinik gaben 43,9% (n=57 von n=135) der Befragten an eine (viel) bessere Behandlung erhalten zu haben als sie es erwartet hatten. Für über 33,3% (n=45) der Befragten war die Behandlung wie erwartet, für 23,7% (n=32) (viel) schlechter als erwartet. Weitere Ergebnisse sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 21: Ergebnisse zur allgemeinen Erwartung an die Beratung (t0, n=152) und Behandlung (t1, n=135).

<i>Item / Antwortkategorien</i>	<i>Beratung</i>		<i>Praxis / Klinik</i>	
	n	%	n	%
Wurden Sie in der ... so beraten bzw. behandelt, wie Sie es auch erwartet hatten?				

<i>Item / Antwortkategorien</i>	<i>Beratung</i>		<i>Praxis / Klinik</i>	
Die Beratung/Behandlung ... war viel besser als ich es erwartet hatte.	38	25.0	25	18.5
... war besser als ich es erwartet hatte.	47	30.9	33	24.4
... war so, wie ich sie erwartet hatte.	52	34.2	45	33.3
... war schlechter als ich es erwartet hatte.	8	5.3	28	20.7
... war viel schlechter als ich es erwartet hatte.	7	4.6	4	3.0

Anmerkungen: Häufigkeit (n), Prozente (%).

4.2.8 Ergebnisse zur Partnerschaft

Ergebnisse zu Fragen zur Partnerschaft (t0, t2)

Zum ersten Messzeitpunkt (t0) gaben 96,4% (n=213) von n=221 an zu wissen wer die erzeugende Person ihrer aktuellen Schwangerschaft ist. 60,1% (n=128) von n=213 gaben an mit der Person in einer festen Partnerschaft zu leben, 16,9% (n=36) gaben an mit der Person verheiratet zu sein, 6,1% (n=13) gaben an in der Kennenlernphase mit der Person zu sein, 4,2% (n=9) in freundschaftlichem Verhältnis, aber nicht in Partnerschaft. 10,8% (n=16) der Befragten gaben an mit der Person eine andere Art des Beziehungsverhältnisses zu haben (z.B. eine Affäre, oder Bekanntschaft).

93,9% (n=200) gaben an die Person über die Schwangerschaft informiert zu haben, 62,3% (n=132) gaben an „immer“ von der Person in der Situation der Schwangerschaft unterstützt zu werden, 14,2 (n=30) gab an „meistens“ unterstützt zu werden, 12,3 (n=26) „ein wenig“ und 11,3% (n=24) „überhaupt nicht“.

Zum letzten Messzeitpunkt wurde die Gruppe der Personen mit dem Schwangerschaftsabbruch gefragt, ob sie die erzeugende Person der Schwangerschaft in Unterstützungsangebote mit einbezogen haben, z.B., ob sie mit ihnen zusammen an Beratungsgesprächen teilgenommen hat.

41,6 (n=64) von 154 gaben an keine Unterstützungsangebote wahrgenommen zu haben. 24,0% (n=37) gaben an die Person habe nicht daran teilgenommen, weil sie es selbst nicht wollten, 14,9% (n=23) gaben an, sie habe nicht teilgenommen, weil die Person selbst es nicht wollte, 0,6% (n=1) gab an nicht zu wissen wer die erzeugende Person sei.

4.2.9 Ergebnisse zur Studienteilnahme

Ergebnisse zur Studienteilnahme (t1)

Zum zweiten Messzeitpunkt wurde gefragt, wie die Teilnehmenden auf die Studie aufmerksam geworden sind. 47,5% (n=77) von n=162 gaben an einen Flyer zur CarePreg Studie über die Beratungsstelle überreicht bekommen zu haben. 42,0% (n=68) erhielten den Flyer über eine medizinische Einrichtung. 10,5% (n=19) wurden auf anderem Weg auf die Studie aufmerksam, z.B. über die Website, soziale Medien oder über andere Personen.

4.2.10 Ergebnisse zu vertiefenden Interviews zu Stigmatisierung

Insgesamt nahmen n = 15 Personen an den Interviews teil. Eine Teilnehmerin versäumte es, einige soziodemografische Daten anzugeben, weshalb die Datensätze zwischen 15 und 14 variieren. Das Alter der Teilnehmerinnen lag zwischen 19 und 39 Jahren, mit einem Mittelwert von 29,5 Jahren. Eine Übersicht zu den soziodemografischen Daten der Befragten zeigt Tabelle 21.

Tabelle 22: Soziodemografische Daten der Einzelinterviews zu Stigmatisierung mit Personen mit abgebrochener Schwangerschaft (n=15).

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Höchster Bildungsabschluss (n=14)		
Mittlere Reife/Realschulabschluss	1	6.7
Fachhochschulreife / Fachoberschule	3	20.0
Abitur /allgemeine Hochschulreife	4	26.7
Hochschul-/Fachhochschulstudium	7	46.7
Konfessionszugehörigkeit (n=15)		
Konfessionslos	10	66.7
Römisch-katholisch	2	13.3
Evangelisch-lutherisch	2	13.3
Islam	1	6.7
Größe des Wohnortes (Einwohner) (n=14)		
Landgemeinde (bis 5.000)	1	6.7
Kleinstadt (bis 20.000)	2	13.3
Mittelstadt (bis 100.000)	2	13.3
Großstadt (ab 100.000)	9	64.3
Derzeitiger Beziehungsstatus (n=15)		
Ledig	3	20.0
feste Partnerschaft, unverheiratet	7	46.7
Verheiratet	4	26.7
anderes	1	6.7
Methode des Schwangerschaftsabbruchs (n=15)		
Medikamentös	7	46.7
Operativ (Saugkürrettage)	7	46.7
Operative (Kürrettage)	1	6.7

Die Dauer der Interviews lag zwischen 45 und 90 Minuten. Es konnten insgesamt 24 Kategorien gefunden werden, dabei wurden die drei deduktiven Kategorien des Mental Stigma bestätigt und um 21 weitere Kategorien ergänzt. Die folgende Auflistung zeigt die Ergebnisse zur Stigmatisierung aus Einzelinterviews mit Personen mit abgebrochener Schwangerschaft (n=15). Deduktive Kategorie (=D), Induktive Kategorie (=I), Unterkategorien sind kursiv dargestellt. Alle Inhalte basieren auf den Berichten der Teilnehmenden.

- **Internalisiertes Stigma (D):** Teilnehmende beschrieben gesellschaftlich fest verankerte Annahmen von Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft erleben und eine Abtreibung durchführen lassen: jung, in unbeständigen Beziehungen, verantwortungslos. Es bestand das Bedürfnis sich aktiv von den stereotypischen Vorstellungen im Zusammenhang mit ungewollter Schwangerschaft und Abtreibung zu distanzieren. Zudem gaben sie an, den Eindruck zu haben, dass es notwendig ist, plausible und verständliche Gründe für die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch vorzubringen, um diesen zu legitimieren.
- **Schamgefühle (I):** Schamgefühle können in zwei Kategorien unterschieden werden. Einerseits entstehen sie durch die Tatsache, dass die Teilnehmenden ungewollt schwanger wurden, und andererseits durch die Entscheidung, die Schwangerschaft nicht auszutragen. Die Teilnehmenden beschrieben, dass sie während des gesamten Prozesses von Schamgefühlen begleitet wurden. Einige kämpfen noch immer mit Scham, sobald das Thema Abtreibung zur Sprache kommt.
- **Schuldgefühle (I):** Ähnlich wie bei den Schamgefühlen werden Schuldgefühle in zwei Kategorien unterschieden: Schuldgefühle, die dadurch entstehen, dass die Teilnehmenden ungewollt schwanger wurden, und solche, die aus der Entscheidung resultieren, die Schwangerschaft nicht auszutragen. Häufig wurde erwähnt, dass die Teilnehmenden Schuldgefühle gegenüber dem ungeborenen Kind, ihren Partnern und anderen Familienmitgliedern hatten.
- **Geheimhaltung (I):** Einige berichteten, dass sie kaum mit jemandem über ihre Situation sprechen wollten oder konnten (sei es mit Familie, Freundinnen oder Ärztinnen). Sie hatten Angst, dass Menschen, die nicht direkt an der Situation beteiligt sind, von ihrer Entscheidung erfahren könnten (z. B. Personen im Wartezimmer, andere Ärztinnen oder Ärzte, Empfangspersonal). Teilnehmende betonten die Bedeutung der Diskretion im Umgang mit ihren medizinischen Informationen. Zudem wurde beschrieben, dass Betroffene im Voraus sorgfältig darüber nachdenken, wie andere auf das Thema reagieren könnten, und nur diejenigen einweihen, bei denen sie keine negative Reaktion befürchten.
- **Akzeptanz der eigenen Entscheidung (I):** Diese Kategorie bildet den positiven Gegenpol zu jeder Form von Selbststigmatisierung, indem sie Empathie und Verständnis für die eigene Situation und Entscheidung fördert. Durch die Entwicklung von Mitgefühl für sich selbst und die Akzeptanz der eigenen Umstände erfahren Betroffene eine Form der inneren Erleichterung, die dazu beiträgt, Schuld- und Schamgefühle zu reduzieren. Dieses Verständnis ermöglicht es Frauen, ihre Situation mit weniger inneren Konflikten und mehr Selbstakzeptanz zu bewältigen.
- **Erwartetes Stigma (D):** Aus den Daten geht hervor, dass die Teilnehmenden mit erheblicher Stigmatisierung im Zusammenhang mit ihrer Entscheidung rechnen. Die Frauen äußerten Bedenken, verurteilt oder ausgegrenzt zu werden – sowohl im persönlichen Umfeld als auch von der Gesellschaft insgesamt. Dies deutet auf eine starke Erwartung negativer sozialer Reaktionen hin, sowohl aus dem engen Umfeld als auch aus der breiteren Gemeinschaft.

- **Sorge/Unsicherheit** (I): Ein hoher Anteil der Teilnehmenden war von Sorgen belastet. Einige waren allgemeiner Natur, andere sehr spezifisch. Die größte Sorge war die Angst vor Verurteilung oder Kritik. Laut der Teilnehmenden umfasste dies die Sorge, anders wahrgenommen zu werden, dass ihre Gründe für andere nicht nachvollziehbar seien, dass sie sich rechtfertigen müssten oder dass ihre Entscheidung infrage gestellt würde.
- **Vermeidung** (I): Teilnehmende berichteten, dass sie bestimmte Termine bewusst vermieden haben. Sie gingen absichtlich zu einem anderen Arzt oder einer anderen Ärztin, um nicht mit dem vertrauten Arzt oder der vertrauten Ärztin sprechen zu müssen, da sie sich dabei unwohl fühlten. Zudem vermieden sie sogar Termine und nahmen bestimmte Betreuungsangebote nicht in Anspruch, um nicht erneut über die Abtreibung sprechen zu müssen.
- **Vermeidung konfessioneller Beratungsstellen** (I): Einige Teilnehmende gaben an, konfessionelle Beratungsstellen bewusst gemieden zu haben, da sie eine hohe Erwartung hatten dort Stigmatisierung zu erfahren. Einige berichteten, dass sie sogar längere Wartezeiten in Kauf nahmen, um einen Termin in einer nicht-konfessionellen Beratungsstelle zu erhalten.
- **Beeinflussung/Überzeugung** (I): Einige Teilnehmende berichteten, dass sie befürchteten, andere könnten versuchen, ihre Entscheidung zu beeinflussen und sie zu etwas zu drängen, das sie nicht wollten. Es zeigte sich, dass Betroffene befürchteten, andere (z. B. Partner, Eltern) könnten eine andere Haltung einnehmen und eine andere Entscheidung bevorzugen, die ihre eigene Entscheidung beeinflussen könnte.
- **Mangelnde soziale Unterstützung** (I): Viele Teilnehmende äußerten die Überzeugung, dass es in ihrem Umfeld Menschen gibt, die ihre Entscheidung nicht verstehen und sie nicht unterstützen könnten. Daher entschieden sie sich, diese nicht in ihre Situation einzubeziehen (siehe Geheimhaltung).
- **Unangemessene oder unangenehme Ratschläge** (I): Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft sollten ganzheitlich betrachtet werden. Individuelle Bedürfnisse sollten respektiert werden, einschließlich der Haltung zur Schwangerschaft, dem Informationsbedarf sowie den eigenen Werten, Wünschen und Präferenzen bezüglich der Beratung.
- **Neutrale/professionelle Erwartungen** (I): Diese Kategorie stellt einen positiven Gegenpol zu negativen Erwartungen an die medizinische und psychologische Versorgung dar. Viele Teilnehmende beschrieben, dass sie eine professionelle Herangehensweise erwarten. Sie erklärten auch, dass sie es als "nichts Besonderes" ansehen, da das Personal häufig mit solchen Situationen konfrontiert ist.
- **Erwartete Unterstützung/Akzeptanz** (I): Diese Kategorie bildet einen positiven Gegenpol zu negativen Erwartungen gegenüber dem persönlichen Umfeld der Betroffenen. Die Teilnehmende beschrieben, dass sie erwarten, dass die Menschen um sie herum ihre Entscheidung verstehen und respektieren. Sie hofften, dass ihre Familie, Freundinnen usw. sie in ihrem Prozess unterstützen würden.

- **Erlebtes Stigma (D):** Teilnehmende berichteten, die gesetzliche Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen als stigmatisierend wahrzunehmen. Sie sahen sich sowohl in der psychosozialen als auch in der medizinischen Betreuung mit Abwertungen konfrontiert – durch abfällige Kommentare sowie durch Körpersprache und Gesten. Darüber hinaus wurden sie im Internet mit Falschinformationen von Abtreibungs-gegnern konfrontiert. Viele berichteten, das Gefühl vermittelt zu bekommen, etwas Falsches zu tun.
- **Unangemessene Reaktion/Verhalten von Beratenden oder Behandelnden(I):** Teilnehmende berichteten, dass Ärztinnen sie häufig zu ihrer Schwangerschaft gratulierten, ohne zu berücksichtigen, dass eine Schwangerschaft nicht für jede Person ein freudiges Ereignis ist. Es fehlte spürbar an bedeutungsvoller Kommunikation, was den Teilnehmenden das Gefühl gab, nicht ausreichend informiert zu sein. Zudem verhielten sich einige Behandelnde ohne Empathie, stellten aufdringliche Fragen und ignorierten dabei den Wunsch der Teilnehmenden, keine weiteren Details zu teilen.
- **Atmosphäre (I):** Einige Teilnehmende berichteten, dass während ihrer Termine eine düstere Stimmung herrschte, mit wenig Verständnis für ihre Entscheidung. Es fühlte sich so an, als wollten die Ärztinnen / Ärzten nichts mit der Situation zu tun haben und die Betroffenen schnell abfertigen.
- **Unangenehme Gefühle der Betroffenen (I):** Einige Teilnehmende drückten aus, sich wie Patientinnen zweiter Klasse zu fühlen. Die Atmosphäre trug zur Unsicherheit und Sorge bei, ob sie gut behandelt werden würden.
- **Urteile/Verurteilungen (I):** Einige Teilnehmende berichteten, sich so zu fühlen, als hätten sie etwas falsch gemacht. Sie wurden oft moralisch verurteilt.
- **Gefühl der Bevormundung (I):** Einige Teilnehmende fühlten sich gezwungen, sich zu rechtfertigen.
- **Mangelnde medizinische, physische und psychologische Unterstützung (I):** Einige Teilnehmende berichteten, sich alleine gelassen zu fühlen. Sie wünschten sich mehr Unterstützung und bessere Schmerzbehandlung.
- **Isolation und Ignoranz (I):** Einige Teilnehmende fühlten sich isoliert und ignoriert, da das Thema tabuisiert wurde.
- **Neutrale/positive Behandlung und Beratung (I):** Einige Teilnehmende berichteten sich gut betreut, respektiert und unterstützt gefühlt zu haben von den Versorgenden.

4.3 Phase 3: Ableitung von Empfehlungen für die Versorgung

4.3.1 Workshops mit Expertinnen und Experten

Die Workshops wurden im April 2024 mit n= 18 Expertinnen und Experten durchgeführt. Am ersten Workshop nahmen insgesamt acht Personen (vier Beraterinnen / Berater, vier Ärztinnen / Ärzte) teil und beim zweiten Workshop im April nahmen zehn Personen (fünf Beraterinnen / Berater, fünf Ärztinnen /

Ärzte) teil. Drei Personen sagten wegen Krankheit kurzfristig ihre Teilnahme ab. Die Soziodemografie der Teilnehmenden ist in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 23: Die soziodemografischen Daten der Workshop Teilnehmenden in Phase 3 (n=18).

<i>Merkmal</i>	<i>Häufigkeit (n)</i>	<i>Prozent (%)</i>
Altersgruppen (in Jahren)^a		
30-39	2	11.1
40-49	5	27.8
50-59	5	27.8
60-69	6	33.3
Geschlecht		
Weiblich	15	83.3
Männlich	2	11.1
Non-binär	1	5.6
Muttersprache		
Deutsch	17	94.4
Andere	1	5.6
Konfession		
Römisch-Katholisch	2	11.1
Evangelisch	3	16.7
Konfessionslos	12	66.7
fehlend	1	5.6
Beruflicher Hintergrund		
Sozialpädagogik /Soziale Arbeit	7	38.9
Fachärztin/Facharzt Gynäkologie	7	38.9
Allgemeinmedizin	2	11.1
Diplom Psychologie	2	11.1
Größe des Ortes der Arbeitsstelle (Einwohner)		
Landgemeinde (bis 5.000)	1	5.6
Kleinstadt (bis 20.000)	1	5.6
Mittelstadt (bis 100.000)	4	22.2
Großstadt (ab 100.000)	11	61.1
fehlend	1	5.6
Wissen über Personenzentrierung		
Überhaupt nicht	1	5.6
Kaum	3	16.7
Etwas	4	22.2
Gut	6	33.3
Sehr gut	4	22.2
Überhaupt nicht	1	5.6
Wissen über unbeabsichtigte Schwangerschaft		
Etwas	1	5.6
Gut	7	38.9
Sehr gut	10	55.6

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Berufserfahrung (in Jahren)		
Mittelwert (SD)	25.91 (10.04)	
Range in Jahren	7.5 – 42	
Fehlend	1	

Anmerkungen: SD = Standardabweichung

Auf Basis der vorgestellten Ergebnisse der ersten und zweiten Phase der CarePreg Studie diskutieren die Teilnehmenden in je zwei Kleingruppen pro Workshop, die Fragen (1) welche Empfehlungen können auf Basis der CarePreg Daten für die Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren mit Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch abgeleitet werden können und (2) wie diese konkret umgesetzt werden können.

Im letzten Teil wurden die Ergebnisse der Kleingruppen in der Großgruppe vorgestellt und gemeinsam besprochen. Auf Basis der Auswertungen der Protokolle und Audioaufnahmen der Workshops wurden insgesamt 60 Handlungsempfehlungen für die Versorgung identifiziert. Dazu wurden die Empfehlungen der Teilnehmenden zusammengefasst und den 13 der 16 Dimensionen des Integrativen Modells für Personenzentrierung zugeordnet. Dabei wurden die meisten, insgesamt 13, Empfehlungen für die Dimension „Zugang zur Versorgung“ formuliert, gefolgt von 10 Empfehlungen für die Dimension „Persönlich angepasste Informationen“. Zusätzlich wurden noch Empfehlungen formuliert, die sich nicht in das Modell einordnen ließen und den zwei zusätzlichen Kategorien „Stigmatisierung“ und „rechtliche Aspekte“ zugeordnet wurden. Die Empfehlungen werden im folgenden Abschnitt zur Online-Befragung von Versorgenden im Detail vorgestellt.

4.3.2 Online-Befragung von Versorgenden

Es nahmen insgesamt n=247 Personen an der Online-Befragung zur Evaluation der insgesamt 60 Handlungsempfehlungen, hinsichtlich ihrer Relevanz und aktuellen Umsetzung in der Versorgung, teil. Nicht alle Teilnehmenden beantworteten alle Fragen. Der Großteil der Teilnehmenden mit 89,3% (n=218 von n=244) waren Personen, die in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle arbeiteten. Die Personen kamen aus allen 16 Bundesländern, wobei die meisten aus Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Bayern kamen. Weitere Details sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 24: Die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden der Online-Befragung in Phase 3 (n=247).

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Altersgruppen (in Jahren)^a (n=246)		
20-29	13	5.3
30-39	55	22.4
40-49	61	24.8
50-59	75	30.5

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
60-69	41	16.7
über 69	1	0.4
Geschlecht (n=247)		
Weiblich	240	97.2
Männlich	6	2.4
anderes	1	0.4
Muttersprache (n=245)		
Deutsch	237	96.7
Anderer	8	3.3
Konfession (n=228)		
Römisch-Katholisch	70	30.7
Evangelisch	70	30.7
Konfessionslos	81	35.5
andere	7	3.1
Derzeitige Arbeitsstelle (n=244)		
Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle ^a	218	89.3
Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle ^b	4	1.6
Anderer Beratungsstelle	7	2.9
Gynäkologische Praxis	10	4.1
Anderer ärztliche Praxis	1	0.4
Anderes	4	1.6
Größe des Wohnortes (Einwohnende) (n=243)		
Landgemeinde (bis 5.000)	7	2.9
Kleinstadt (bis 20.000)	51	21.0
Mittelstadt (bis 100.000)	95	39.1
Großstadt (ab 100.000)	90	37.0
Bundesland (n=244)		
Baden-Württemberg	7	2.9
Bayern	43	17.6
Berlin	6	2.5
Brandenburg	12	4.9
Bremen	1	0.4
Hamburg	9	3.7
Hessen	10	4.1
Mecklenburg-Vorpommern	6	2.5
Niedersachsen	46	18.9
Nordrhein-Westfalen	52	21.3
Rheinland-Pfalz	9	3.7
Saarland	1	0.4
Sachsen	13	5.3
Sachsen-Anhalt	1	0.4
Schleswig-Holstein	16	6.6
Thüringen	12	4.9
Wissen über Personenzentrierung (n=241)		
Überhaupt nicht	10	4.1
Kaum	28	11.6
Etwas	53	22.0
Gut	94	39.0
Sehr gut	56	23.2

Merkmal	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Wissen über unbeabsichtigte Schwangerschaft (n=247)		
Kaum	1	0.4
Etwas	3	1.2
Gut	64	25.9
Sehr gut	179	72.5
Arbeitserfahrung (n=243)		
Mittelwert (SD)	16.9 (11,112)	
Range in Jahren	1 – 42	

Anmerkungen: ^a= staatlich anerkannt; ^b= staatlich nicht anerkannt; SD = Standardabweichung.

Eine vollständige Übersicht zu den Handlungsempfehlungen und ihrer Bewertung ist der Tabelle X zu entnehmen. Für jede Empfehlung wurden die folgenden zwei Fragen gestellt:

- (1) Wie wichtig finden Sie diese Empfehlung für die Versorgung?
- (2) Wie sehr empfinden Sie diese Empfehlung in der aktuellen Versorgung umgesetzt?

Die Fragen wurden auf einer 10 – stufigen Skala von 1 = überhaupt nicht wichtig / überhaupt nicht umgesetzt bis 10 = ausgesprochen wichtig / vollständig umgesetzt bewertet. Am wichtigsten für die Versorgung wurde die Empfehlung *„Eine zeitnahe Terminvergabe (für die Feststellung der Schwangerschaft, Schwangerschaftskonfliktberatung und einen Schwangerschaftsabbruch) in Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen sollte flächendeckend in Deutschland ermöglicht werden“* auf der Dimension „Zugang zur Versorgung“ mit einem Mittelwert von 9,90 (SD=0,350; n=189) bewertet. Auf der Bewertung für die aktuelle Umsetzung in der Versorgung erhielt diese Empfehlung einen Mittelwert von 5,63 (SD=2.455; n=182).

Die zweithöchste Wichtigkeit wurde der Empfehlung *„Es sollten immer die Wünsche und die Selbstbestimmung der schwangeren Person an erster Stelle stehen, wenn es um die Entscheidung und den Einbezug anderer Personen geht. Bei Konflikten, Gewaltbeziehungen oder Ähnlichem sollten die betroffene Person geschützt werden.“* auf der Dimension „Einbezug von Familie und Freundinnen und Freunden“ mit einem Mittelwert von 9,87 (SD=0,418; n=163) gegeben, diese wurde bereits als relativ gut umgesetzt in der Versorgung bewertet mit einem Mittelwert von 8,53 (SD=1,763; n=150).

Die Empfehlung *„Die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs sollten nicht im Strafgesetzbuch geregelt sein, sondern legalisiert und entkriminalisiert werden.“* unter der Kategorie „Rechtliche Aspekte“ hatte die höchste Diskrepanz hinsichtlich ihrer sehr hohen Relevanz (MW=9,03; SD= 2.247; n=158) und sehr niedrigen aktuellen Umsetzung (MW=0,63; SD= 1,504; n=141). *Unter dieser Kategorie wurden gleichzeitig am niedrigsten hinsichtlich ihrer Relevanz die Empfehlungen „Die Schwangerenkonfliktberatung sollte keine gesetzliche Pflicht, sondern ein Recht der Betroffenen sein. Die Kostenübernahme für die Beratung nach Bedarf, sollte durch die Kommunen dabei weiterhin gewährleistet werden.“* (MW=5,86; SD= 4,086; n=157) und *„Die Schwangerenkonfliktberatung sollte eine gesetzliche Pflicht bleiben um die Hürde die Beratung freiwillig aufzusuchen nicht entstehen zu lassen. Damit soll gesichert bleiben, dass Betroffene alle notwendigen Informationen über ihre Möglichkeiten erhalten und ein Raum für psychosoziale Unterstützung angeboten wird.“*

(MW=5,86; SD= 4,086; n=157) bewertet. Diese zwei letzten Empfehlungen zeigten gleichzeitig die höchsten Standardabweichungen auf und damit eine hohe Varianz hinsichtlich der gegebenen Antworten. Bezüglich der aktuellen Umsetzung unterschieden sich diese zwei Empfehlungen sehr, was durch die aktuellen gesetzlich geltenden Regelungen zur Beratungspflicht zu erwarten war.

Über alle Empfehlungen ist eine ausgesprochen hohe Relevanz der personenzentrierten Empfehlungen für die Versorgung zu finden, jedoch wurden 34 der 60 Empfehlungen als gering bis mittel umgesetzt bewertet. Weitere besonders wichtige und aber in der aktuellen nicht ausreichend umgesetzte Empfehlungen betrafen dabei den flächendeckenden und rechtzeitigen Zugang zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten; die (digitale) Bereitstellung von Informationen zum Ablauf und Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs auf Seiten der Anbieter; den verbesserten Zugang zu Verhütungsmitteln durch eine Kostenübernahme der Krankenkassen ohne Altersbegrenzung; die Lehre im Medizinstudium und Weiterbildung von Ärztinnen / Ärzten zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, als auch die Empfehlung einer gesellschaftlichen offeneren Kommunikation über unbeabsichtigte Schwangerschaft und die gesetzliche Entkriminalisierung zur Reduktion der bestehenden Stigmatisierung von unbeabsichtigt schwangeren Personen und Schwangerschaftsabbrüchen.

Die folgende Auflistung enthält die Ergebnisse der Online-Befragung zu den Handlungsempfehlungen (n=247) MW= Mittelwert, n= Häufigkeit, SD= Standardabweichung.

Dimension „Persönlich angepasste Informationen“

Empfehlung 1: *Es sollten eindeutige wissenschaftlich fundierte Informationen zu Möglichkeiten und Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs (Medikamentöser Abbruch (Praxis/Home-Use); operativer Abbruch/Saugkürrettage (Vollnarkose/örtliche Betäubung)) erstellt werden. In diesen sollten Vor- und Nachteilen der Methoden (inklusive zu erwartende Schmerzen, Blutungen und mögliche anschließende Komplikationen) dargestellt werden. Informationen sollten vollständig und sachlich sowie fachlich richtig sein.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=211, Mittelwert = 9,61 (SD =1,061)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=211, Mittelwert 5.09 (SD: 2,238)

Empfehlung 2: *In Beratungsstellen, medizinischen Einrichtungen als auch auf entsprechenden Online-Informationsseiten sollten Informationen über die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch, mögliche Erstattung über die Krankenkasse und evtl. Zusatzleistungen (Verhütung, Sterilisation, Einsetzen einer Spirale etc.) gelistet sein, sofern Patientinnen diese selbst tragen müssen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=210, Mittelwert = 9,44 (SD =1,225)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=208, Mittelwert 4,39 (SD: 2,681)

Empfehlung 3: *In Beratungsstellen, Praxen als auch auf entsprechenden Online-Informationsseiten der psychosozialen und medizinischen Einrichtungen sollten Informationen einheitlich und schriftlich zur Verfügung gestellt werden. Diese sollten wissenschaftlich fundiert und verständlich formuliert sein.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=206, Mittelwert = 9,04 (SD =1,624)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=198, Mittelwert 3,90 (SD: 2,273)

Empfehlung 4: *Beratungsstellen, welche Schwangerenberatung anbieten, sollten auf ihren Online Informationsseiten eindeutig erkennbar machen, ob, die angebotene Beratung eine Schwangerschaftskonfliktberatung nach §9 SchKG ist und ob Betroffene auf Wunsch einen Beratungsschein für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs erhalten können. Diese Beratungsstellen sollten bei Online-Recherchen nach Schwangerschaftsabbruch/Abtreibung/ungewollte Schwangerschaft (o.ä. Suchbegriffen) in Online-Suchmaschinen als erstes gelistet sein.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=208, Mittelwert = 9,60 (SD =1,227)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=191, Mittelwert 6,13 (SD: 2,561)

Empfehlung 5: *Beratungsstellen mit einem Beratungsangebot für unbeabsichtigt Schwangere, welche keine Schwangerschaftskonfliktberatung nach §9 SchKG und somit auch keinen Beratungsschein erstellen dürfen sollten dies ebenfalls auf Ihrer Online Informationsseite kenntlich machen müssen. Damit sollen Irrtümer (z.B. bei ähnlicher Namensgebung zu staatlich anerkannten Stellen) und somit mögliche Nachteile für die Schwangeren (z.B. Zeitverlust) vermieden werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=208, Mittelwert = 9,63 (SD =1,069)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=174, Mittelwert 3,79 (SD: 2,637)

Empfehlung 6: *Medizinische Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, sollten diese Information auf ihren Online-Webseiten zur Verfügung stellen, sowie auch die angebotenen Möglichkeiten des Abbruchs/Methoden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=201, Mittelwert = 9,54 (SD =1,183)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=193, Mittelwert 2,50 (SD: 1,843)

Empfehlung 7: *Ziele der Schwangerschaftskonfliktberatung sollten transparenter gemacht werden z.B. in der Öffentlichkeitsarbeit. Es sollte in der Beschreibung der Ziele der Beratung deutlich werden, dass diese Raum für unterschiedliche Gefühle zur Schwangerschaft anbieten, wertfrei, offen und informierend seien und die Person in ihrer Selbstbestimmung über die Schwangerschaft fördern soll*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=207, Mittelwert = 9,56 (SD =1,073)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=202, Mittelwert 4,83 (SD: 2,590)

Empfehlung 8: *Es sollten Informationen zu weiteren unterstützenden Angeboten geben und diese auch angeboten werden (z.B. psychologische Beratung, Paarberatung, Selbsthilfe). Diese sollten in der Entscheidungssituation, sowie auch in der Nachsorge angeboten werden. Bei Bedarf sollten Betroffene an die entsprechenden Angebote weitergeleitet werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=206, Mittelwert = 9,39 (SD =1,312)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=196, Mittelwert 6,49 (SD: 2,372)

Empfehlung 9: *Es sollten konkrete Informationsangebote für Partner und Partnerinnen, Beziehungspersonen und Angehörige der unbeabsichtigt schwangeren Person zur Verfügung stehen und es sollte sowohl in den Beratungsgesprächen als auch auf den Informationswebseiten deutlich gemacht werden, dass es diese gibt. Bei Bedarf sollten die Betroffenen an die entsprechenden Angebote weitergeleitet werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=204, Mittelwert = 8,52 (SD =1,954)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=190, Mittelwert 4,43 (SD: 2,499)

Empfehlung 10: *Es sollten mehr Flyer und Poster in medizinischen Einrichtungen oder andere Kommunikationswege (z.B. Social-Media-Kanäle) genutzt werden um Informationen zu psychosozialen Unterstützungsangeboten (psychologische Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfe o.ä.) bereitzustellen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=199, Mittelwert = 8,72 (SD =1,938)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=188, Mittelwert 4,00 (SD: 2,162)

Dimension „Zugang zur Versorgung“

Empfehlung 1: *Eine zeitnahe Terminvergabe (für die Feststellung der Schwangerschaft, Schwangerschaftskonfliktberatung und einen Schwangerschaftsabbruch) in Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen sollte flächendeckend in Deutschland ermöglicht werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=189, Mittelwert = 9.90 (SD =0,350)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=182, Mittelwert 5,63 (SD: 2,455)

Empfehlung 2: *Es sollte die Möglichkeit geben, Termine in Praxen/Ambulanzen auch online zu vereinbaren und auch entsprechende Gründe für den Termin auszuwählen (z.B. Schwangerschaftsabbruch / Feststellung einer ambivalenten/ungewollten Schwangerschaft).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=186, Mittelwert = 8,66 (SD =1,923)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=159, Mittelwert 2,40 (SD: 2,298)

Empfehlung 3: *Das Angebot medikamentöser Abbrüche in medizinischen Einrichtungen sollte erhöht werden. Die Durchführung z.B. auch in Hausarztpraxen sollte gefördert und erhöht werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=172, Mittelwert = 7,29 (SD =3,149)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=166, Mittelwert 1,64 (SD: 1,849)

Empfehlung 4: *Voraussetzungen zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen sollten von den verantwortlichen Stellen (meist kassenärztliche Vereinigungen) transparent kommuniziert (z.B. auf ihrer Homepage) und möglichst bundeseinheitlich geregelt werden. Das würde die Hürde für interessierte Ärztinnen und Ärzten verringern.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=174, Mittelwert = 9,18 (SD =1,679)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=115, Mittelwert 1,92 (SD: 1,849)

Empfehlung 5: *Das Angebot telemedizinischer Versorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen sollte erhöht werden – sowohl die Möglichkeit telemedizinisch medikamentös begleiteter Abbrüche als auch telefonischer oder digitaler Beratungsangebote/Schwangerschaftskonfliktberatung*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=184, Mittelwert = 7,52 (SD =2,700)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=160, Mittelwert 2,72 (SD: 1.943)

Empfehlung 6: *Ärztinnen und Ärzte sollten mehr ermutigt und unterstützt werden, über ihr Behandlungsangebot zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen zu informieren, zum Beispiel auf ihrer Webseite.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=188, Mittelwert = 9,16 (SD =1,455)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=196, Mittelwert 2,72 (SD: 1.716)

Empfehlung 7: *Ärztinnen und Ärzte sollten mehr ermutigt und unterstützt werden, sich an der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen zu beteiligen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=180, Mittelwert = 9,19 (SD =1,685)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=173, Mittelwert 1,73 (SD: 1.639)

Empfehlung 8: *Die Bezahlung von Abbrüchen sollte erhöht werden um Ärztinnen und Ärzte mehr zu motivieren, sich an der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen zu beteiligen (vgl. auch der Bezahlung während der Corona-Impfkampagne).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=141, Mittelwert = 7,22 (SD =3,153)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=108, Mittelwert 1,50 (SD: 1,897)

Empfehlung 9: *Versorgung auch für Schwangerschaftsabbrüche höhere Schwangerschaftswochen (ab der 10. SSW) sollte flächendeckend verbessert werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=170, Mittelwert = 8,99 (SD =1,908)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=150, Mittelwert 2,94 (SD: 2,214)

Empfehlung 10: *Krankenkassen sollten die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs in ihren Leistungskatalog der Regelversorgung übernehmen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=180, Mittelwert = 9,19 (SD =1,685)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=160, Mittelwert 0,60 (SD: 1.472)

Empfehlung 11: *Krankenkassen sollten die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs in ihren Leistungskatalog der Regelversorgung übernehmen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=187, Mittelwert = 9,30 (SD =1,891)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=184, Mittelwert 0,76 (SD: 1.347)

Empfehlung 12: *Es sollte eine ausreichende Refinanzierung von Beratungsstellen mit dem Angebot von Schwangerschaftskonfliktberatungen auch in ländlichen Regionen ermöglicht werden, sodass unbeabsichtigt Schwangeren zeitnah und auch in Randzeiten (z.B. Ferien, Feiertage) ausreichend Beratungsangebote zur Verfügung gestellt werden können.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=185, Mittelwert = 9,66 (SD =1,117)

- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=169, Mittelwert 3,38 (SD: 2,661)

Empfehlung 13: *Es sollte weitere Forschung zum Thema Schwangerschaftsabbruch in Deutschland geben. Es werden Daten benötigt, die zeigen, dass es tatsächlich eine Ausbildungslücke und Versorgungslücke gibt.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=176, Mittelwert = 9,14 (SD =1,595)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=142, Mittelwert 3,06 (SD: 2,181)

Dimension „Personenzentrierte Merkmale der Beratenden / Behandelnden“

Empfehlung 1: *Die Ausbildung von Beratende hinsichtlich personenzentrierter Merkmale (z.B. wertneutral, empathisch, respektvoll, kompetenzbasiert, angemessene Kommunikation) sollte verbessert werden, eine multiprofessionelle Ausbildung sollte Voraussetzung für die Durchführung von Schwangerschaftskonfliktberatungen werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=174, Mittelwert = 8,70 (SD =2,186)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=163, Mittelwert 6,96 (SD: 2,317)

Empfehlung 2: *Aus- und Weiterbildungsangebote für (angehende) Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung medikamentöser und operativer Schwangerschaftsabbrüche sollten ausgebaut werden (z.B. im Zuge der Reform der Approbationsordnung und breiteren Weiterbildungsangeboten) um Hemmschwellen für die Beteiligung an der Versorgung abzubauen*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=164, Mittelwert = 9,47 (SD =1,241)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=116, Mittelwert 2,37 (SD: 1,712)

Empfehlung 3: *Psychologische Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte, z.B. in Form von spezifischen Balint-Gruppen, sollten in die Ausbildung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen integriert werden. In der Ausbildung sollten neben den medizinischen Aspekten eines Abbruchs auch psychologische Aspekte (z.B. die Kommunikation, Adressierung von Schuld-oder Schamgefühlen durch Normalisierung) mehr beachtet werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=164, Mittelwert = 9,37 (SD =1,203)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=106, Mittelwert 2,14 (SD: 1,978)

Empfehlung 4: *Auch andere Fachgruppen wie z.B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychiaterinnen und Psychiater sollten über besondere Bedarfe von Personen mit einem Schwangerschaftsabbruch/unbeabsichtigter Schwangerschaft besser informiert werden (z.B. Enttabuisierung auch in der Psychotherapie).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=168, Mittelwert = 8,89 (SD =1,805)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=98, Mittelwert 3,49 (SD: 2,586)

Dimension „Aktivierung der Person in der Beratung / Behandlung“

Empfehlung 1: *Die Betroffenen sollten immer in ihrer selbstbestimmten Entscheidung unterstützt werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=170, Mittelwert = 9,85 (SD =0,482)

- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=162, Mittelwert 6,96 (SD: 2,308)

Empfehlung 2: *Individuelle Ambivalenzen der Betroffenen im Verlauf des Entscheidungsprozesses sowie vor und nach dem Schwangerschaftsabbruch sollten grundsätzlich akzeptiert werden*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=171, Mittelwert = 9,84 (SD =0,505)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=153, Mittelwert 7,40 (SD: 2,272)

Dimension „Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Umgang mit Entscheidungen“

Empfehlung 1: *Es sollten schriftliche und wissenschaftlich basierte Information zu den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in Form einer Entscheidungshilfe zur Verfügung stehen um den Betroffenen eine an individuellen Bedürfnissen ausgerichtete und informierte Entscheidung zu ermöglichen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=168, Mittelwert = 8,90 (SD =1,840)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=148, Mittelwert 4,39 (SD: 2,687)

Empfehlung 2: *Die Wahlfreiheit bezüglich der Methode sollte nicht von der Region abhängen, in der die Betroffenen leben, sondern flächendeckend gegeben sein.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=169, Mittelwert = 9,83 (SD =0,643)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=154, Mittelwert 3,36 (SD: 2,504)

Dimension „Unterstützung des psychischen Wohlbefindens“

Empfehlung 1: *Emotionen (z.B. Ängste, Sorgen, Schuld und Scham) sollte in der Schwangerenberatung/Schwangerenkonfliktberatung und medizinischen Versorgung explizit durch Beratende und Behandelnde adressiert werden. Es sollte grundsätzlich ein Angebot gemacht werden, über Gefühle zu sprechen und vorhandene Gefühle validiert/normalisiert werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=247, Mittelwert = 9,50 (SD =1,171)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=247, Mittelwert 7,28 (SD: 2,180)

Empfehlung 2: *In der Schwangerenberatung/Schwangerenkonfliktberatung und medizinischen Versorgung sollte aktiv nachgefragt werden, ob Betroffene ein psychisches oder psychosoziales Unterstützungsangebot wünschen und wenn ja welcher Art. Bei Bedarf sollten schriftliche Informationen über Unterstützungsangebote mitgegeben werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=168, Mittelwert = 8,90 (SD =1,869)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=149, Mittelwert 6,29 (SD: 2,225)

Empfehlung 3: *In der Schwangerenberatung/Schwangerenkonfliktberatung und medizinischen Versorgung sollte aktiv das Angebot gemacht werden, über Gefühle und Gedanken im Zusammenhang mit der unbeabsichtigten Schwangerschaft und/oder dem (erlebten) Abbruch zu sprechen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=166, Mittelwert = 9,45 (SD =1,272)

- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=154, Mittelwert 7,44 (SD: 2,099)

Dimension „Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens“

Empfehlung 1: *Bei der Wahl der Methode zum Schwangerschaftsabbruch sollte in der medizinischen Versorgung ausreichend über zu erwartende Schmerzen aufgeklärt werden. Je nach Bedarf sollten ausreichend Schmerzmittel zur Verfügung gestellt werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=166, Mittelwert = 9,63 (SD =0,826)
- Es fehlt die Einschätzung der aktuellen Umsetzung aufgrund eines Fehlers in der Online-Befragung.

Empfehlung 2: *Es sollte grundsätzlich über körperliche (hormonelle) Folgen von Abbrüchen informiert werden (z.B. Umstellung des Körpers nach einer Schwangerschaft).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=164, Mittelwert = 9,29 (SD =1,400)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=121, Mittelwert 6,31 (SD: 2,330)

Dimension „Einzigartigkeit jeder Person“

Empfehlung 1: *Personen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch sollten individuell beraten werden. Dabei soll der Fokus auf den Bedürfnissen, Wünschen und Präferenzen der Person liegen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=166, Mittelwert = 9,78 (SD =0,624)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=155, Mittelwert 8,04 (SD: 2,079)

Dimension „Einbezug ergänzender Angebote“

Empfehlung 1: *Bei Wunsch nach sozialem Austausch über die unbeabsichtigte Schwangerschaft oder/und den Schwangerschaftsabbruch sollten Betroffenen die Möglichkeit haben sich zum Beispiel über Gruppenangebote in Beratungsstellen auszutauschen. Diese sollten auch digital angeboten werden um Hemmschwellen zu senken und den Zugang zu erleichtern.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=149, Mittelwert = 7,69 (SD =2,362)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=131, Mittelwert 2,46 (SD: 2,285)

Dimension „Zusammenarbeit von Beratenden / Behandelnden“

Empfehlung 1: *Vernetzung sowie Austausch zwischen Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder unbeabsichtigt Schwangere versorgen, sollte ausgebaut werden. Es sollten vermehrt Informationen zwischen den Institutionen ausgetauscht werden, z.B. auch Kenntnisse zur genauen Durchführung verschiedener Methoden des Abbruchs um möglichst den selben Informationsstand bei den Versorgenden herzustellen und an spezifische Behandelnde verweisen zu können.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=161, Mittelwert = 9,31 (SD =1,375)

- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=153, Mittelwert 4,62 (SD: 2,606)

Dimension „Einbezug von Familie und Freundinnen und Freunde

Empfehlung 1: *In der Beratung und medizinischen Versorgung sollte gefragt werden, welche Personen im Umfeld möglicherweise für die Betroffene eine Unterstützung darstellen können.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=163, Mittelwert = 9,26 (SD =1,469)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=150, Mittelwert 7,86 (SD: 1,946)

Empfehlung 2: *Beratungsstellen und medizinische Einrichtungen sollten Betroffenen aktiv das Angebot unterbreiten, Partnerinnen und Partner, Angehörige, Freundinnen und Freunde oder andere Beziehungspersonen mit in den Prozess einzubeziehen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=161, Mittelwert = 8.58 (SD =2,235)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=144, Mittelwert 7,37 (SD: 2,177)

Empfehlung 3: *Es sollte sowohl die Möglichkeit und Information dazu geben, dass Einzelberatungen auch für Partnerinnen und Partner, Angehörige, Freundinnen und Freunde oder andere Beziehungspersonen möglich sind, als auch das gemeinsame Beratungen möglich sind.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=160, Mittelwert = 9,11 (SD =1,620)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=149, Mittelwert 7,18 (SD: 2,340)

Empfehlung 4: *Beratungsstellen sollten bei Bedarf prüfen, ob sie Ihre Strukturen so anpassen können, dass gemeinsame Termine mit Partnerinnen und Partner, Angehörige, Freundinnen und Freunde oder andere Beziehungspersonen möglich sind (z.B. Angebot späterer Termine für Paare, oder während der Kinderbetreuungszeiten).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=157, Mittelwert = 9,18 (SD =1,623)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=149, Mittelwert 7,64 (SD: 2,166)

Empfehlung 5: *Es sollten immer die Wünsche und die Selbstbestimmung der schwangeren Person an erster Stelle stehen, wenn es um die Entscheidung und den Einbezug anderer Personen geht. Bei Konflikten, Gewaltbeziehungen oder Ähnlichem sollten die betroffene Person geschützt werden*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=163, Mittelwert = 9,87 (SD =0,418)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=150, Mittelwert 8,53 (SD: 1,763)

Dimension „Gute Planung der Beratung / Behandlung“

Empfehlung 1: *Es sollte immer auf das Angebot weiterer Beratungstermine/Nachsorgetermine hingewiesen werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=162, Mittelwert = 9,62 (SD =0,878)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=152, Mittelwert 8,68 (SD: 1,781)

Empfehlung 2: *Es sollte ausreichend Zeit für die Aufklärung und Information über die Durchführung und den Ablauf des Schwangerschaftsabbruchs zur Verfügung stehen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=162, Mittelwert = 9,72 (SD =0,735)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=145, Mittelwert 8,19 (SD: 1,804)

Empfehlung 3: *Es sollte ausreichend Zeit für die Nachversorgung (z.B. nach OP oder auch bei medikamentösem Abbruch) zur Verfügung stehen*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=159, Mittelwert = 9,72 (SD =0,720)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=100, Mittelwert 6,35 (SD: 2,194)

Empfehlung 4: *Personen sollte grundsätzlich bei/nach einem Schwangerschaftsabbruch ein Notfallkontakt angeboten werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=151, Mittelwert = 8,84 (SD =1,866)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=108, Mittelwert 5,19 (SD: 3,282)

Empfehlung 5: *Warteräume in medizinischen Einrichtungen und Beratungsstellen sollten auch die Bedürfnisse von unbeabsichtigt Schwangeren adressieren.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=156, Mittelwert = 9,04 (SD =1,530)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=122, Mittelwert 4,16 (SD: 2,642)

Dimension „Angemessene Kommunikation“

Empfehlung 1: *In der Beratung und medizinischen Versorgung sollte darauf geachtet werden, dass Informationen auch verstanden werden (besonders auf Grund eines möglicherweise hohen Stresslevels der Betroffenen und wenigen Möglichkeiten nach weiterem Austausch mit anderen Personen).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=162, Mittelwert = 9,77 (SD =0,538)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=143, Mittelwert 6,56 (SD: 2,088)

Empfehlung 2: *Gesprächsführung und Kommunikation sollte in der Lehre von Medizinstudierenden besser verankert werden, entsprechende Techniken sollten im Studium und in der Weiterbildung verpflichtend und ausführlicher vermittelt werden.*

- **Wichtigkeit für die Versorgung:** n=157, Mittelwert = 9,63 (SD =0,886)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=121, Mittelwert 2,79 (SD: 1,901)

„Stigmatisierung“

Empfehlung 1: *Als Voraussetzung für eine Ent-Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, sollten die gesetzlichen Regelungen überarbeitet werden, und die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches geregelt werden (Entkriminalisierung).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=159, Mittelwert = 9,08 (SD =2,190)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=146, Mittelwert 0,93 (SD: 1,848)

Empfehlung 2: *Offene Gespräche über Schwangerschaftsabbrüche sollten gesellschaftlich gefördert werden (z.B. offene Debatten, Gesprächsangebote, Informationsangebote auch für nicht (direkt) Betroffene). Dies unterstützt die Ent-Tabuisierung und die Ent-Stigmatisierung des Themas.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=162, Mittelwert = 9,01 (SD =1,668)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=147, Mittelwert 2,71 (SD: 1,843)

Empfehlung 3: *Insbesondere Versorgende sollten mit dem Thema offen umgehen und Schwangerschaften mit der Haltung, dass alle Gefühle und Entscheidungen für die individuelle Person richtig sein dürfen, begegnen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=160, Mittelwert = 9,67 (SD =1,000)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=138, Mittelwert 6,05 (SD: 2,601)

Empfehlung 4: *Schwangerschaftsabbrüche sollten normalisiert werden. Dies kann zum Beispiel durch eine verstärkte mediale Präsenz erreicht werden, z.B. mit Szenarien, in den Personen selbstbestimmt entscheiden (vgl. auch der Darstellung von Inklusion in Filmen und Medien).*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=152, Mittelwert = 7,81 (SD =2,825)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=128, Mittelwert 2,50 (SD: 1,761)

Empfehlung 5: *Gesellschaftlich sollte ein Bewusstsein dafür gestärkt werden, dass es nicht nur glückliche Schwangerschaften gibt, sondern dass eine Schwangerschaft auch mit sehr ambivalenten Gefühlen einhergehen kann und mit der Entscheidung, diese nicht austragen zu wollen.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=161, Mittelwert = 9,39 (SD =1,276)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=149, Mittelwert 3,01 (SD: 2,057)

„Rechtliche Aspekte“

Empfehlung 1: *Die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs sollten nicht im Strafgesetzbuch geregelt sein, sondern legalisiert und entkriminalisiert werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=158, Mittelwert = 9,03 (SD =2,247)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=141, Mittelwert 0,63 (SD: 1,504)

Empfehlung 2: *Die Schwangerenkonfliktberatung sollte keine gesetzliche Pflicht, sondern ein Recht der Betroffenen sein. Die Kostenübernahme für die Beratung nach Bedarf, sollte durch die Kommunen dabei weiterhin gewährleistet werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=155, Mittelwert = 5,83 (SD =4,036)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=124, Mittelwert 0,48 (SD: 1,370)

Empfehlung 3: *Die Schwangerenkonfliktberatung sollte eine gesetzliche Pflicht bleiben um die Hürde die Beratung freiwillig aufzusuchen nicht entstehen zu lassen. Damit soll gesichert bleiben, dass Betroffene alle notwendigen Informationen über ihre Möglichkeiten erhalten und ein Raum für psychosoziale Unterstützung angeboten wird.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=157, Mittelwert = 5,86 (SD =4,086)

- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=118, Mittelwert 7,43 (SD: 3,740)

Empfehlung 4: *Die Schwangerschaftskonfliktberatung sollte weiter wissenschaftlich evaluiert werden. Auf dieser Basis sollten die Vor- und Nachteile der aktuellen Beratungsregel für die Betroffenen differenzierter betrachtet werden und Schlüsse für die gesetzliche Regelung abgeleitet werden.*

- **Wichtigkeit** für die Versorgung: n=154, Mittelwert = 8,72 (SD =2,174)
- **Aktuelle Umsetzung** in der Versorgung: n=103, Mittelwert 4,21 (SD=2,448)

5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Das Hauptziel des CarePreg Projektes war es Aspekte von Personenzentrierung in der psychosozialen Versorgung (d.h. im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatungen oder anderen Beratungssituationen um die unbeabsichtigte Schwangerschaft), als auch in der medizinischen Versorgung um einen Schwangerschaftsabbruch zu untersuchen und Handlungsempfehlungen für die Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland zu formulieren. Hintergrund waren die bestehenden Hürden in der Versorgung, z.B. durch rechtliche Rahmenbedingungen, Mangel an medizinischen Einrichtungen die Abbrüche durchführen und Stigmatisierungen innerhalb der Gesellschaft und Versorgungsstrukturen, die eine personenzentrierte Versorgung erwartbar einschränken (siehe auch Einleitung unter Abschnitt 1.1.)

Das CarePreg Projekt wurde in drei Phasen realisiert. Dabei wurden unterschiedliche qualitative und quantitative Forschungsansätze verwendet und es konnten verschiedene Perspektiven, sowohl von Expertinnen und Experten in der Versorgung unbeabsichtigt Schwangerer, als auch von Betroffenen selbst gesammelt werden. In allen Studienphasen wurde ein Beirat von betroffenen Personen in die Forschungsabläufe und die Interpretation von Ergebnissen mit einbezogen. Zusätzlich wurde ein ethischer Beirat konsultiert (siehe auch Projektbeiräte unter Abschnitt 2.1.2). Die Erkenntnisse stehen im Einklang mit nationalen und internationalen Versorgungsempfehlungen, wie die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der deutschen S2k Leitlinie für die Versorgung des Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimenon (11,12).

Es ist von verschiedenen Limitationen im Projekt auszugehen die im Folgenden diskutiert werden.

Die geplanten Meilensteine im Projekt, konnten nicht in den ursprünglich im Antrag geplanten Zeitplan umgesetzt werden. Insbesondere bei der Vorbereitung der Phase 2 und der Online-Befragung kam es zu einer Verzögerung von über 10 Monaten, die sich auch auf den weiteren Projektverlauf auswirkten. Es wurden zwei Verlängerungsanträge für das Projekt gestellt und die Laufzeit von ursprünglich 10/2023 auf 7/2024 verlängert. Gründe für die zeitlichen Verzögerungen waren unter anderem die Covid-19 Pandemie, welche einerseits dazu führte, dass sämtliche im Projekt abläufe digitalisiert werden mussten, und insbesondere dazu führte, dass die ursprünglich als Papierversion geplante Befragung von Betroffenen in ein Online-Tool über-

führt werden musste. Aufgrund des Längsschnitt-Designs mussten umfangreiche Datenschutzkonzepte beachtet werden und die Programmierung der Fragebögen im Tool RedCap stellte sich als herausfordernd dar. Zudem änderten sich auch in den Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen, welche die Erhebung unterstützten die strukturellen Abläufe während der Pandemie (z.B. Umstellung auf Telefon – oder Videokonsultation während der Schwangerschaftskonfliktberatung). Dadurch war die direkte Ansprache von potentiellen Teilnehmenden nicht mehr so häufig möglich, auch die personellen Ressourcen in den Einrichtungen waren knapper während dieser Zeit.

Die erreichten Fallzahlen für die Längsschnitt-Befragung lagen, weit unter der im Antrag geplanten Fallzahlen von t0: 1300, zu t1: 1040 (Drop-out von 20%), t2: 624 (Drop-out 40%). Das Forschungsteam konnte zwar insgesamt 25 unterstützende Einrichtungen für die Gewinnung von Teilnehmenden gewinnen, jedoch liegen keine Daten vor wie viele Personen tatsächlich zur Studie eingeladen wurden und wie viele eine Studienteilnahme ablehnten. Gründe für die Nicht-Teilnahme können nur vermutet werden und könnten eine Überforderung mit der Befragung in einer höchst vulnerablen Situation dargestellt haben oder aber auch Ängste bzgl. der Verwendung der Daten dargestellt haben.

Gleichzeitig wurde mit der Gewinnung der weiteren Einrichtungen auch die regionale Herkunft der Teilnehmenden erweitert, die im Antrag nur für den Norden Deutschlands geplant war. Die Teilnehmenden der Online-Befragung kamen aus allen 16 Bundesländern. Aufgrund der geringen Stichprobengrößen für die drei Messzeitpunkte konnten jedoch keine Berechnungen für bestimmte Untergruppen oder Vergleiche zwischen verschiedenen Gruppen durchgeführt werden. Damit können auch keine Aussagen über die Versorgungssituation in bestimmten Regionen Deutschlands getroffen werden. Auch ein Vergleich zwischen der Gruppe der Personen mit Schwangerschaftsabbruch und derjenigen, welche angaben die Schwangerschaft ausgetragen zu haben war nicht möglich. Letztere Gruppe war mit n=10 so gering, dass keine statistischen Auswertungen sinnvoll waren und die Daten in diesem Bericht nicht dargestellt wurden.

Die Studienteilnehmenden erhielten für jeden ausgefüllten Fragebogen ein Wunschgutschein über 15€, die Incentivierung der Studienteilnahme hat möglicherweise dazu geführt, dass Personen nicht aufgrund der Studieninhalte, sondern aus monetären Aspekten teilnahmen. Es gab eine hohe Zahl an auffälligen Datensätzen (z.B. sehr schnelle Reaktionszeiten in der Beantwortung der Fragen), welche in einem sehr konservativen Verfahren von der Auswertung ausgeschlossen wurden um eine Datenmanipulation auszuschließen. Der Verlust von Teilnehmenden über die drei Messzeitpunkte der Online – Befragung und die nicht bekannten Gründe für den Drop-out aus der Studie, kann die Aussagekraft der Studie zudem weiter beeinträchtigen. Für die qualitativen Erhebungen (Einzelinterviews und Workshops mit Expertinnen und Experten) konnten die geplanten Stichprobengrößen erreicht bzw. übertroffen werden. Auch bei der Gewinnung für die qualitativen Erhebungen wurde jeweils ein „Convenience Sampling“ Ansatz verwendet und es liegen keine Daten über Gründe von einer Nicht-Teilnahme vor.

Sowohl die Teilnehmenden der Einzelinterviews als auch der Online Befragung können einer mittleren bis hohen sozioökonomischen Schicht zugeordnet werden und fast alle Personen hatten Deutsch als Muttersprache. Es handelt sich bei den Ergebnissen um selbstberichtete Daten, die durch Selbstauskunft der Teilnehmenden erhoben wurden, dies kann zu Verzerrungen durch ungenaue oder nicht wahrheitsgemäße Angaben führen.

Es fehlen somit Erkenntnisse zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse, und das Studienteam betont, dass diese nicht auf andere Regionen oder Bevölkerungsgruppen übertragbar sind.

Weitere Limitationen werden im Detail in den bereits bestehenden und folgenden Publikationen zu den Studienergebnissen diskutiert oder können direkt beim Studienteam erfragt werden.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Bei allen im Projekt erstellten und verwendeten Materialien (z.B. Anschreiben, Fragebögen und Präsentationen) wurde eine geschlechtergerechte Sprache verwendet. Auf Seiten der teilnehmenden Versorgenden überwog in den Workshops mit Expertinnen und Experten und Befragungen der Anteil weiblicher Personen, da diese auch den größeren Anteil an Mitarbeitenden in Beratungsstellen und in der Fachrichtung Gynäkologie ausmachen.

Obwohl im ursprünglichen Studientitel „Frauen“ beschrieben wurden, wurden alle gebärfähigen Personen inkludiert (z.B. non-binäre oder Transgender Personen). Dazu wurden in den Studienmaterialien genderneutrale Bezeichnungen wie „Schwangere“ verwendet oder explizit darauf hingewiesen, dass auch nicht weiblich gelesene Personen teilnehmen können. Das Geschlecht wurde in allen Befragungen mit erhoben, es nahmen in den Befragungen mit Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft nur Personen teil, die sich als weiblich bezeichneten.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Planung des Studienvorhabens sowie Teile der Projektergebnisse wurden als Poster-Beiträge und Vorträge auf verschiedenen nationalen und internationalen Fachkongressen vorgestellt (Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie 2021, 2023; Kongress der Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) 2021, 2023; Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG), 2022; Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 2021, 2023, 2024; Deutscher Kongress der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), 2024; Hamburger-Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET), 2020, 2021, 2022, 2023). Zusätzlich wurde auf verschiedenen Fachtagungen und Netz-

werktreffen, sowie bei eingeladenen Vorträgen z.B. der Hamburger Ärztekammer über das Projekt informiert. Darüber hinaus ist die Vorstellung weiterer Projektergebnisse nach Abschluss des Projekts auf weiteren Kongressen geplant (z.B. European Congress of Obstetrics and Gynaecology, 2025).

Eine vollständige Auflistung ist im Publikationsverzeichnis aufgeführt, Abschnitt 11.).

Das Studienprotokoll der Studie wurde in einer internationalen Fachzeitschrift publiziert (siehe Abschnitt 11), sowie auch zwei Publikationen zu Ergebnissen der ersten Studienphase in einem internationalen und einer nationalen Fachzeitschrift erschienen sind. Weitere Projektergebnisse sollen darüber hinaus in nationalen und internationalen Fachzeitschriften publiziert werden (z.B. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Contraception).

Darüber hinaus wurde weitere Presse und Öffentlichkeitsarbeit im Projekt geleistet über regelmäßige Veröffentlichung neuer Informationen zur CarePreg Studie auf dem Instagram Account (carepreg_studie); die Erstellung eines vierteljährlichen Newsletters der CarePreg Studie und Verteilung an Interessierte und kooperierende Partnerinnen und Partner während der Projektlaufzeit und Veröffentlichung auch auf der Projektwebseite (www.uke.de/carepreg); über einen Beitrag für den 2. Newsletter Versorgungsforschung des Center for Health Care Research & Public Health am UKE; über einem Kurzbericht zur CarePreg Studie in der UKE-internen Zeitschrift „wissen+forschen“. Zusätzlich wurden ein Interview zu Projekterkenntnissen in der Frauenzeitschrift „Brigitte Magazin“ veröffentlicht, auch in der Tageszeitung „TAZ“ wurden zwei Interviews mit der Studienleitung Dr. Jödis Zill veröffentlicht, sowie auch in der digitalen Version der „Apotheken Rundschau“ und dem dazugehörigen Podcast. Weitere Diskussionen zum Projekt und Thema fanden im Zuge der „Save Abortion Week 2024“ teil, hier wurde im Rahmen einer eingeladenen Podiumsdiskussion im öffentlichen Raum des Museums für Kunst und Gewerbe in Hamburg über die Studienergebnisse informiert. Des Weiteren wurden die Ergebnisse im Rahmen einer Anhörung der Hamburger Bürgerschaft von SPD und Grünen im September 2024 vorgestellt.

Darüber hinaus organisierte das Studienteam ein öffentliches hybrides Abschluss Symposium zur Studie im Juni 2024 und stellte die Ergebnisse auf diesem Wege allen interessierten Fachpersonen als auch der Community zur Verfügung. Am Symposium nahmen um die 50 Personen vor Ort teil, und ca. weitere 70 waren online dazu geschaltet. Für die Finanzierung des Symposiums konnte eine Förderung über den Fond für Wissenschaftskommunikation der Hamburg Research Academy und der Simon-Claussen Stiftung gewonnen werden.

8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen bieten eine gute Grundlage zur Verbesserung der psychosozialen und medizinischen Versorgungssituation für Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft, sowie eine Orientierung für eine mögliche Neuregelung der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch.

Die Ergebnisse der Phase 1 und 2 zeigen, dass auch in Deutschland Hürden in der Versorgung bestehen, insbesondere durch wahrgenommene und erlebte Stigmatisierung in der Gesellschaft und der Versorgung. Die aktuell geltende Rechtslage des §218 StGB wird dabei von Expertinnen und Experten und Betroffenen als aufrechterhaltenden und verstärkenden für diese Situation empfunden.

Die in der Phase 3 aus den Projektergebnissen gewonnenen Empfehlungen zeigen, dass Personenzentrierung von erheblicher Relevanz für die Versorgung von Personen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft ist und welche Aspekte besonders von den Akteuren des Gesundheitswesens und Gesetzgebern adressiert werden sollten um eine Verbesserung der Versorgungssituation herzustellen. Diese Aspekte betreffen dabei den Ausbau einer flächendeckenden und rechtzeitigen Zugangs zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten; die (digitale) Bereitstellung von Informationen zum Ablauf und Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs auf Seiten der Anbieter; den verbesserten Zugang zu Verhütungsmitteln durch eine Kostenübernahme der Krankenkassen ohne Altersbegrenzung; als auch den Ausbau der Lehre im Medizinstudium und die Weiterbildung von Ärztinnen / Ärzten zur Durchführung von (medikamentösen) Schwangerschaftsabbrüchen. Weitere Empfehlungen betreffen auch den Ausbau von Unterstützungsangeboten für unbeabsichtigt Schwangere und der Anregung eines öffentlichen Diskurses über nicht gewünschte Schwangerschaften um diese zu normalisieren und das Thema zu enttabuisieren. An die Empfehlung der Entstigmatisierung schließt sich auch die Empfehlung einer Entkriminalisierung und einer neuen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (§218 StGB) außerhalb des Strafgesetzbuches an.

Die Erkenntnisse und Empfehlungen können somit auch dem weiteren Ausbau von medizinischen Leitlinien zur Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren und der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch dienen, zum Beispiel bei der Weiterentwicklung der S2k Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon in eine S3 Leitlinie (12).

Auf diesem Wege bieten die Daten eine wichtige Orientierung hin zu einer personenzentrierten Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren in Deutschland entsprechend auch der Versorgungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (11).

9. Publikationsverzeichnis

Kongresse/Fachtagungen:

- **Vortrag:** Internalisierte, erwartete und erlebte Stigmatisierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren in Deutschland – eine Online-Befragung im Rahmen der CarePreg Studie, Anja Lindig & Jördis Zill, **65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)**, 2024, Berlin
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Relevanz und Umsetzung von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland: Eine qualitative Befragung von Versorgenden und Betroffenen im Rahmen der CarePreg Studie, Jördis Zill, Alica Schellhorn, Anastasia Izotova, Stefanie Heger, Anja Lindig, **65. Kongress der DGGG**, 2024, Berlin.

- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Einstellungen von Medizinstudierenden zum Schwangerschaftsabbruch – Ergebnisse einer quantitativen Online-Befragung, Mirja Baumgart, Mareike Rutenkröger, Jördis Zill, Anja Lindig, **65. Kongress der DGGG**, 2024, Berlin.
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Erfahrungen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren in Deutschland: Eine Längsschnittstudie mit Betroffenen im Rahmen der CarePreg Studie, Jördis Zill, Pola Hahlweg, Isabelle Scholl, Martin Härter, Anja Lindig, **65. Kongress der DGGG**, 2024, Berlin.
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Übersetzung, Adaptation und psychometrische Prüfung der Abortion Attitude Scale zur Evaluation von Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen, Anja Lindig, Mirja Baumgart, Mareike Thomas, Jördis Zill, **65. Kongress der DGGG**, 2024, Berlin.
- **Vortrag:** Erfahrungen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von unbeabsichtigt Schwangeren in Deutschland: Eine Längsschnittstudie mit Betroffenen, Jördis Zill, Pola Hahlweg, Isabelle Scholl, Martin Härter, Anja Lindig, **24. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)**, 2024, Potsdam.
- **Vortrag:** Übersetzung, Adaptation und psychometrische Prüfung der Abortion Attitude Scale zur Evaluation von Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen, Anja Lindig, Mirja Baumgart, Mareike Thomas, Jördis Zill, **24. DKVF**, 2024, Potsdam
- Einstellungen von Medizinstudierenden zum Schwangerschaftsabbruch – eine Querschnitts-Online-Befragung im Rahmen der CarePreg Studie Anja Lindig, Mirja Baumgart, Mareike Rutenkröger, Jördis Zill, **24. DKVF**, 2024, Potsdam
- **Vortrag:** Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft in Deutschland: Die Perspektive von Behandelnden, Jördis Zill, Stefanie Heger, Anja Lindig, **52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)**, 2023, Hamburg.
- **Vortrag:** Erfahrungen zur aktuellen Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft in Deutschland: Die Perspektive von Betroffenen, Anja Lindig, Alica Schellhorn, Anastasia Izotova, Jördis Zill, **Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaften für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (DGMP/DGMS)**, 2023, Gießen.
- **Vortrag:** Relevanz und aktuelle Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft in Deutschland: Die Perspektive von Beratenden und Gynäkologinnen und Gynäkologen, Anja Lindig, Stefanie Heger, Jördis Zill, **DGMP/DGMS**, 2023, Gießen.
- **Posterpräsentation:** Einstellungen von Medizinstudierenden zum Schwangerschaftsabbruch – Erstellung einer quantitativen Online-Befragung im Rahmen der CarePreg Studie, Mirja Baumgart, Mareike Thomas, Jördis Zill, Anja Lindig, **Nachwuchstag des Young Center for Health Care Research & Public Health (yCHCR)**, 2023, UKE, Hamburg.
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Umsetzung partizipativer Beiratsarbeit in der CarePreg Studie zur Personenzentrierung in der Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft, Anja Lindig, Alica Schellhorn, Mirja Baumgart, Jördis Zill, **23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)**, 2023, Berlin.
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Erfahrungen zur aktuellen Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft in Deutschland: Die Perspektive von Betroffenen, Jördis Zill, Alica Schellhorn, Anastasia Izotova, Anja Lindig, **23. DKVF**, 2023, Berlin.
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Relevanz und aktuelle Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft in Deutschland: Die Perspektive von Beratenden und Gynäkologinnen und Gynäkologen Anja Lindig, Stefanie Heger, Jördis Zill, **23. DKVF**, 2023, Berlin.
- **Posterpräsentation & Kurzvortrag:** Adaptation des EPAT Fragebogens zur Evaluation von Personenzentrierung in der Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft (CarePreg Studie), Jördis Zill, Alica Schellhorn, Felicitas Schwenzer, Anja Lindig, **23. DKVF**, 2023, Berlin.

- **Vortrag:** Stigmatisierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch – eine Interviewstudie, Lisa Theen, Jördis Zill, Alica Schellhorn, Anja Lindig, **23. DKVF**, 2023, Berlin.
- **Posterpräsentation:** Einstellungen von Medizinstudierenden zum Schwangerschaftsabbruch – Ergebnisse einer quantitativen Befragung im Rahmen der CarePreg-Studie, Mirja Baumgart, Mareike Thomas, Jördis Zill, Anja Lindig, **7. Symposium Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung (HAM-NET)**, 2023, UKE, Hamburg.
- **Posterpräsentation:** Erfahrungen zur aktuellen Umsetzung von Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft in Deutschland: Die Perspektive von Betroffenen, Jördis Zill, Alica Schellhorn, Anastasia Izotova, Anja Lindig, **7. HAM-NET Symposium**, 2023, UKE, Hamburg.
- **Posterpräsentation:** Stigmatisierung in der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch – eine Interviewstudie, Lisa Theen, Jördis Zill, Alica Schellhorn, Anja Lindig, **7. HAM-NET Symposium**, 2023, UKE, Hamburg.
- **Vortrag:** Assessing the relevance of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancies in Germany: Results of expert workshops. Jördis Zill, Anja Lindig, Lara Reck, Stefanie Heger. Präsentiert auf: **20. Kongress der International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology (ISPOG)**, 2022, Wien.
- **Vortrag:** Assessment of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancies (CarePreg): a study protocol. Jördis Zill, Anja Lindig, Isabelle Scholl, Martin Härter, Pola Hahlweg. Präsentiert auf: **20. ISPOG**, 2022, Wien.
- **Posterpräsentation:** Assessing the relevance of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancy in Germany: Results of expert workshops. Anja Lindig, Stefanie Heger, Jördis Zill. Präsentiert auf: **yCHCR Nachwuchstag**, 2022, UKE, Hamburg.
- **Posterpräsentation:** Partizipative Beiratsarbeit in der CarePreg Studie zur Personenzentrierung in der Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft. Anja Lindig, Alica Schellhorn, Mirja Baumgart, Jördis Zill. Präsentiert auf: **6. HAM-NET Symposium**, 2022, UKE, Hamburg
- **Posterpräsentation:** Adaptation des EPAT Fragebogens zur Evaluation von Personenzentrierung in der Versorgung bei unbeabsichtigter Schwangerschaft (CarePreg Studie). Alica Schellhorn, Anja Lindig, Felicitas Schwenzer, Jördis Zill. Präsentiert auf: **6. HAM-NET Symposium**, 2022, UKE, Hamburg
- **Posterpräsentation:** Studienprotokoll Projekt CarePreg - Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für ungewollt Schwangere. Lara Reck, Pola Hahlweg, Isabelle Scholl, Martin Härter & Jördis Zill. **DGMP/DGMS**, 2021, online.
- **Posterpräsentation:** Studienprotokoll Projekt CarePreg - Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für ungewollt Schwangere. Lara Reck, Pola Hahlweg, Isabelle Scholl, Martin Härter & Jördis Zill. Präsentiert auf: **20. DKVF**, 2021, online.
- **Posterpräsentation:** Relevanz von Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für ungewollt Schwangere - Ergebnisse Expertinnen und Expertendiskussionen. Stefanie Heger, Lara Reck, Jördis Zill. **5. HAM-NET Symposium**, 2021, online (1. Preis für den Ham-Net Award).
- **Posterpräsentation:** Studienprotokoll Projekt CarePreg - Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für ungewollt Schwangere. Lara Reck, Pola Hahlweg, Isabelle Scholl, Martin Härter & Jördis Zill. **4. HAM-NET Symposium**, 2020, online

Eingeladene Vorträge / Fortbildungen:

- **Vortrag:** Jördis Zill. Psychosoziale und medizinische Versorgungsaspekte bei unbeabsichtigter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, Fortbildung zur Schwangerschaftskonfliktberatung, Hamburger Ärztekammer, 27.09.2023, Hamburg.
- **Vortrag:** Jördis Zill. „Projekt CarePreg: Erfahrungen und Wünsche von Menschen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft im Kontext von Beratung und medizinischer Versorgung“. Fachtag des Zentrums

Projektabschlussbericht CarePreg

für Gesundheitsethik (ZfG) - „(Später) Schwangerschaftsabbruch – und danach? Begleitung von Frauen, Paaren und Familien als interprofessionelle Aufgabe“, 24.11.2021, online.

- **Vortrag:** Jördis Zill. „Projekt CarePreg: Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“. Netzwerks für Frauenpsychosomatik (FINE), 11.08.2021, Hamburg.

Presse/Öffentlichkeitsarbeit:

- **Presse:** **Brigitte Magazin** am 13.07.2024 <https://www.brigitte.de/aktuell/gesellschaft/schwangerschaftsabbruch--angst-vor-dem-stigma-13841216.html>
- **Presse:** **Apotheken Umschau Podcast „Ne Dosis Wissen“** am 04.07.2024: <https://www.apotheken-umschau.de/podcast/episode/ne-dosis-wissen-der-medizin-podcast-fuer-menschen-im-gesundheitswesen/ungewollt-schwanger-in-deutschland-so-erleben-es-betroffene-1121067.html>
- **Presse:** **Apotheken Umschau** am 27.06.2024 <https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/abtreibung-interview-zu-carepreg-studie-ueber-ungewollt-schwangere-1117003.html>
- **Presse:** **taz.am Wochenende** am 19.6.2021: <https://taz.de/Eine-Frau-berichtete-sie-habe-viel-Scham-erlebt!/5777197/>
- **Presse:** **Taz.Nord** am 26.6.2024: <https://taz.de/Studie-zu-Schwangerschaftsabbruechen!/6016071/>
- Projektwebsite <https://www.uke.de/carepreg>
- **Newsletters der CarePreg Studie:** Verteilung an Interessierte und KooperationsPartnern / Partnerinnen, Veröffentlichung auch auf der Projektwebseite <https://www.uke.de/carepreg>
- Beitrag für den **2. Newsletter Versorgungsforschung des CHCR&PH** (Center for Health Care Research & Public Health)
- Regelmäßige Veröffentlichung neuer Informationen zur CarePreg Studie auf dem **Instagram** Account [carepreg_studie](https://www.instagram.com/carepreg_studie)
- **Podiumsdiskussion:** Save Abortion Week 2024, Hamburg: <https://www.mkg-hamburg.de/veranstaltungen/legal-einfach-fair-abtreibungsverbot-teil-geschichte>

Publikationen:

- Zill, J.M., Lindig, A., Reck, L.M., Scholl, I., Härter, M., Hahlweg, P., Assessment of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancy (CarePreg): protocol for a mixed-method study, *BMJ Open* 2022;12:e066939, doi: 10.1136/bmjopen-2022-066939
- Lindig, A., Heger, S., Zill, J. Assessing the relevance of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancy in Germany: results of expert workshops, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2024, 24:247, DOI: 10.1186/s12884-024-06453-8
- Zill, J.M., Lindig, A. Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch – ausgewählte Ergebnisse der CarePreg Studie, *Bundesgesundheitsblatt*, 2024, <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03990-7>

Qualifikationsarbeiten:

- Bachelorarbeit: Experiences with Person-Centered Care in German Healthcare and Social Support Services for Women Carrying an Unintended Pregnancy to Term (CarePreg): An Interview Study, Karoline Beysiegel, MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, Fakultät Humanwissenschaften, 2024

- Masterarbeit: Stigmatization in psychosocial and medical care for unintended pregnancy and abortion - an interview study, Lisa Theen, Universität Bremen, Fachbereich: Human- und Gesundheitswissenschaften, Studiengang Psychologie, 2024
- Masterarbeit: Einstellungen von Medizinstudierenden zum Schwangerschaftsabbruch, Mirja Baumgart, FernUniversität in Hagen, Fakultät für Psychologie, 2024
- Medizinische Doktorarbeit: Einflussfaktoren auf das Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen durch niedergelassene Gynäkologinnen / Gynäkologen in Deutschland – eine Online-Querschnittsstudie, Vanessa Le, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, UKE, in Vorbereitung

10. Literaturverzeichnis

1. Tagesschau. Immer weniger Abtreibungsärzte [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 31]. Available from: <https://www.tagesschau.de/inland/kontraste-abtreibung-103.html>
2. aerzteblatt.de. Ärzte für mehr Informationsfreiheit bei Schwangerschaftsabbrüchen [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 31]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103982/Aerzte-fuer-mehr-Informationsfreiheit-bei-Schwangerschaftsabbruechen>
3. Statistisches Bundesamt. Schwangerschaftsabbrüche [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 31]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html
4. Statistisches Bundesamt. Veränderung der Zahl der Lebendgeborenen zum jeweiligen Vorjahr [Internet]. 2022. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-differenz.html;jsessionid=F87ED31E4F7F15DE1F635BF3398408B5.live711>
5. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetze im Internet. 2023. Strafgesetzbuch (StGB) § 218 Straftaten gegen das Leben. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__218.html
6. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetze im Internet. 2023. Strafgesetzbuch (StGB) § 218a Schwangerschaftsabbruch. Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__218a.html
7. Prütz F, Hintzpeter B, Krause L. Abortions in Germany - Current data from the statistics on terminations of pregnancy. *Journal of health monitoring*. 2022 Jun;7(2):39–47.
8. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2008 Mar;39(1):18–38. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed8&NEWS=N&AN=18540521>
9. Foster DG, Biggs MA, Ralph L, Gerds C, Roberts S, Glymour MM. Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States. *Am J Public Health*. 2018;108(3):407–13.
10. Wurtz H. Indigenous Women of Latin America: Unintended Pregnancy, Unsafe Abortion, and Reproductive Health Outcomes. *Pimatisiwin*. 2012;10(3):271–82.
11. World Health Organization. Abortion care guideline. World Health Organization, editor. 2022.
12. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. S2k Leitlinienprogramm Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. 2022.

13. Härter M, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks ML, Eich W, et al. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2022 Mar 15];123:46–51. Available from: <http://www.zefq-journal.com/article/S1865921717300818/fulltext>
14. Hahlweg P, Bieber C, Levke Brütt A, Dierks ML, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, et al. Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2022 Jun 1;171:49–57.
15. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS One*. 2014;9:e107828.
16. Zeh S, Christalle E, Hahlweg P, Härter M, Scholl I. Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: results of a Delphi study. *BMJ Open*. 2019 Dec 23;9(12):e031741.
17. Altshuler AL, Whaley NS. The patient perspective: Perceptions of the quality of the abortion experience. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):407–13.
18. Sudhinaraset M, Landrian A, Montagu D, Mugwanga Z. Is there a difference in women's experiences of care with medication vs. manual vacuum aspiration abortions? Determinants of person-centered care for abortion services. Gemmill A, editor. *PLoS One* [Internet]. 2019 Nov 25;14(11):e0225333. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0225333>
19. Cotter SY, Sudhinaraset M, Phillips B, Seefeld CA, Mugwanga Z, Golub G, et al. Person-centred care for abortion services in private facilities to improve women's experiences in Kenya. *Cult Health Sex* [Internet]. 2021 Feb 1;23(2):224–39. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2019.1701083>
20. French VA, Steinauer JE, Kimport K. What Women Want from Their Health Care Providers about Pregnancy Options Counseling: A Qualitative Study. *Women's Health Issues* [Internet]. 2017;27(6):715–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2017.08.003>
21. Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care* [Internet]. 2015;41(3):170–80. Available from: <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/41/3/170.full.pdf>
22. Holten L, de Goeij E, Kleiverda G. Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2021 Jan 1;29(1):162–79. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2021.1917042>
23. Rahm L, De Zordo S, Mishtal J, Garnsey CL, Gerdtts C. Inter-departmental abortion travels in metropolitan France: A mixed-methods analysis of women's experiences, access, and barriers to abortion care. Ortega JA, editor. *PLoS One* [Internet]. 2022 Oct 4;17(10):e0273190. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0273190>
24. Garnsey C, Zanini G, De Zordo S, Mishtal J, Wollum A, Gerdtts C. Cross-country abortion travel to England and Wales: results from a cross-sectional survey exploring people's experiences crossing borders to obtain care. *Reprod Health* [Internet]. 2021 Dec 22;18(1):103. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01158-z>
25. Torenz R, Vollmer H, Eckardt S, Wyrobisch-Krüger A, Thonke I, Hahn D. Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. *Research in Health Services & Regions*. 2023 Dec 15;2(1):21.
26. Scholl I, Zeh S, Christalle E. Fragebogen zur Patientenerfahrungen im Gesundheitswesen (ASPIRED ambulant).

27. Flick U, von Kardorff E, Steinke I. A companion to qualitative research [Internet]. London: Sage Publications; 2004. 432 p. Available from: <http://www.loc.gov/catdir/toc/fy054/2003112201.html>
<http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0657/2003112201-d.html>
28. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005 Nov;15(9):1277–88.
29. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 4th ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2018.
30. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007 Dec;19(6):349–57.
31. Bundesärztekammer. Liste der Bundesärztekammer nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz [Internet]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Schwangerschaftsabbruch/20221205_Liste____13_Abs_3_SchKG.pdf
32. Familienplanung.de. Beratungsstellen Schwangerschaftsabbruch [Internet]. Available from: <https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstelle-finden/>
33. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U. Die deutsche version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische prüfung eines screening-instruments zur erfassung psychosozialer belastung bei krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.* 2006;54(3):213–23.
34. Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmidt J. Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* [Internet]. 2008;17(October 2015):67–79. Available from: <http://www.redi-bw.de/db/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdx&AN=0210616&site=ehost-live>
35. Brehaut JC, O'Connor AM, Wood TJ, Hack TF, Siminoff L, Gordon E, et al. Validation of a decision regret scale. *Medical Decision Making.* 2003;23(4):281–92.
36. Haun MW, Schakowski A, Preibsch A, Friederich HC, Hartmann M. Assessing decision regret in caregivers of deceased German people with cancer—A psychometric validation of the Decision Regret Scale for Caregivers. *Health Expectations.* 2019;22(5):1089–99.
37. Hanschmidt F, Nagl M, Klingner J, Holger S, Kersting A. Abortion after diagnosis of fetal anomaly: Psychometric properties of a German version of the individual level abortion stigma scale. *PLoS One.* 2018;13(6):e0197986.
38. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007 Sep 14;19(6):349–57.
39. Fox AB, Earnshaw VA, Taverna EC, Vogt D. Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma Health.* 2018 Nov;3(4):348–76.
40. Lindig A, Heger S, Zill JM. Assessment of relevance and actual implementation of person-centeredness in healthcare and social support services for women with unintended pregnancy in Germany (CarePreg): results of expert workshops. *BMC Pregnancy Childbirth.*