

Sachbericht zum Projekt:
**„Medizinische Versorgungssituation zur
Durchführung eines Schwangerschafts-
abbruchs im Krankenhaussektor in
Deutschland (MedVersKH)“**

Förderzeitraum: 1.11.2020 – 31.10.2023

28. März 2024

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1) Titel und Verantwortliche

Titel:	„Medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland (MedVersKH)“
Förderkennzeichen:	ZMVI1-2520FSB112
Leitung:	Prof. Dr. Alfons Holleder
Projektmitarbeitende:	Dr. Ixhel Escamilla Lored
Kontaktdaten:	Universität Kassel Fachbereich 01 Humanwissenschaften Institut für Sozialwesen Professur Theorie und Empirie des Gesundheitswesens Arnold-Bode-Str. 10 D-34127 Kassel alfons.holleder@uni-kassel.de Telefon +49 561 804 2974
Laufzeit:	1.11.2020 – 31.10.2023
Fördersumme:	229.543,24 €
Zuwendungsgeber:	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

2) Inhaltsverzeichnis

1) Titel und Verantwortliche	2
2) Inhaltsverzeichnis	3
3) Zusammenfassung	4
4) Einleitung	5
5) Erhebungs- und Auswertungsmethodik	8
6) Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	10
7) Ergebnisse	13
8) Gender Mainstreaming Aspekte	23
9) Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung	23
10) Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	25
11) Verwertung der Projektergebnisse	26
12) Publikationsverzeichnis	28
13) Literaturverzeichnis	29
14) Abkürzungsverzeichnis	31
15) Abbildungsverzeichnis	32
16) Tabellenverzeichnis	32

3) Zusammenfassung

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt die medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen eine große Herausforderung für die Öffentliche Gesundheit dar. Die Zugänglichkeit in die Gesundheitsversorgung, Verfügbarkeit und Qualität der Leistungserbringung sind dabei von besonderer Wichtigkeit. Das medizinische Versorgungsangebot wird von vielfältigen Faktoren beeinflusst. Trotz ihrer Bedeutung und hohen Fallzahlen ist die medizinische Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen insbesondere im Krankenhaussektor wenig erforscht. Deshalb wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland (MedVersKH)“ eine Bestandsanalyse zu Schwangerschaftsabbrüchen in den Krankenhäusern für das Jahr 2019 und ein Review erstellt. Es zielt darauf ab, die Informationsdefizite über die medizinische Versorgungssituation zu Schwangerschaftsabbrüchen im Krankenhaussektor zu reduzieren und Transparenz herzustellen. Eine Datengrundlage der Sekundäranalysen sind die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte der mehr als 2.000 Krankenhäuser in Deutschland. Daneben wurde eine Sonderauswertung der Schwangerschaftsabbruchstatistik des Bundes unter der Fachbegleitung der Universität Kassel durch das Statistische Bundesamt auf Basis der Meldedaten durchgeführt. Die Ergebnisse der beiden Datenquellen werden gegenübergestellt. Die Analyse belegt die Heterogenität der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Die Korrelationsanalysen ergeben große regionale Unterschiede bei den prozentualen Anteilen der Schwangerschaftsabbrüche im Krankenhaus zwischen den Bundesländern bzw. Ost-/Westdeutschland. Es zeigt sich außerdem, dass Schwangerschaftsabbrüche mit den Trägerstrukturen der Krankenhäuser sowie der Bettengrößenklasse des Krankenhauses assoziiert sind. Darüber hinaus wurden Disparitäten bei Eingriffsarten und Komplikationen festgestellt. Das Versorgungsgeschehen wird durch die Mobilität der Patientinnen beeinflusst. Ein Abgleich zwischen der Bundesstatistik und den Ergebnissen auf Basis der Qualitätsberichte offenbart eine unerwartet große Diskrepanz bei Schwangerschaftsabbrüchen in Ambulanzen von Krankenhäusern nach der Ziffer OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“. Bei der Analyse der Qualitätsberichte der Krankenhäuser hat sich herausgestellt, dass speziell die ambulanten Behandlungsprozeduren mit diesem Code OPS-5-751 nicht valide erfasst werden! Dagegen lassen sich Versorgungsstrukturen über die Krankenhausstandorte abbilden. Es werden Implikationen für Berichterstattung, Politik, Praxis und Wissenschaft abgeleitet.

4) Einleitung

Die WHO (2021) sieht einen mangelnden Zugang zu sicherer, rechtzeitiger, finanziell tragbarer und respektvoller Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch als ein kritisches Problem der öffentlichen Gesundheit an. Die WHO (2022) schätzt, dass weltweit zwischen 4,7 % und 13,2 % aller Todesfälle bei Müttern auf unsichere Schwangerschaftsabbrüche (insbesondere in den Entwicklungsländern) zurückzuführen sind. Diese vorzeitige Mortalität wäre über einen besseren Zugang in die medizinische Versorgung prävenierbar (WHO 2022). Hinzu kommt die Morbiditätslast aufgrund von Komplikationen und psychischen Belastungen. Global wird eine Rate von 64 ungewollten Schwangerschaften je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter angenommen (Bearak et al. 2020). Von den ungewollten Schwangerschaften dürften schätzungsweise 3 von 5 mit einem Schwangerschaftsabbruch enden (Bearak et al. 2020). Deshalb sind die Zugänglichkeit in die Gesundheitsversorgung und das Qualitätsniveau zentrale Fragestellungen für ein Gesundheitssystem. Es wirken gesundheitliche, soziale und juristische Faktoren zusammen. Die mit dem Menschenrecht auf Gesundheit verbundenen Prinzipien der Verfügbarkeit (Availability), Zugänglichkeit (Accessibility), Annehmbarkeit (Acceptability) und Qualität (Quality) gelten auch für die reproduktive Gesundheit laut Vereinte Nationen (UN 2018).

Trotz der hohen Zahl an betroffenen Frauen und Schwangerschaftsabbrüchen wurde dieser Bereich bislang kaum erforscht. Auch in Deutschland gibt es nur wenige wissenschaftliche Arbeiten über die Versorgungsstrukturen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern (DGGG 2022). Generell herrscht ein Datendefizit zu Schwangerschaftsabbrüchen und eine Intransparenz über die Versorgungsstrukturen vor. Der Forschungsstand ist hier auch gering, weil sich die internationale Forschung in der Vergangenheit wenig auf Fragen des Gesundheitssystems, sondern auf andere medizinische Schwerpunktthemen wie klinische Aspekte des Eingriffs konzentriert hat (Escamilla Loredó & Holleder 2024).

Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf gilt laut der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD 2023) als die Differenz zwischen den Dienstleistungen, die als notwendig und geeignet zur Behandlung der Gesundheitsprobleme erachtet werden und der tatsächlichen Leistungserbringung. Bedarfsgerechtigkeit ist ein theoretisches Konzept (SVR 2001) und für ein Gesundheitssystem ein normatives Ziel, das idealerweise Unterversorgung vermeidet.

In Deutschland gibt das Gesetz vor, dass die Bundesländer nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) „ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen

zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherstellen“. Dieser Sicherstellungsauftrag in der Krankenhausversorgung kann vom Land auf die Landkreise und kreisfreien Städte über die Krankenhausgesetzgebung übertragen werden (wie in Niedersachsen). In Deutschland können Schwangerschaftsabbrüche sowohl in gynäkologischen Praxen als auch in Krankenhäusern stationär oder ambulant vorgenommen werden. Die Bundesländer sind im föderalen System in Deutschland für die Krankenhausplanung zuständig, während dagegen der Bereich der niedergelassenen gynäkologischen Praxen selbstverwaltet ist. Die Länder haben damit gesundheitspolitische Einflussmöglichkeiten auf die Versorgungsstrukturen in der Krankenhausplanung.

In Deutschland legt das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) fest, dass eine Bundesstatistik vom Statistischen Bundesamt zu erheben und aufzubereiten ist. Auch die Erhebungsmerkmale sind gesetzlich normiert. Von den im Jahr 2022 gemeldeten 103.927 Schwangerschaftsabbrüchen wurden 99.968 nach einer vorgeschriebenen Schwangerschaftskonfliktberatung vorgenommen (Destatis 2023). Bei 3.924 Schwangerschaftsabbrüchen wurde eine medizinische Indikation und bei 35 eine kriminologische Indikation festgestellt.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland gemäß § 218 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar. Der Tatbestand des § 218 StGB ist nach § 218a Absatz 1 nicht verwirklicht, wenn „1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.“ Der Abbruch bleibt ebenfalls straflos, wenn eine medizinische Indikation oder eine kriminologische Indikation unter Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen für die Straffreiheit vorliegt.

In Deutschland sind vor allem regionale Unterschiede bei Schwangerschaftsabbrüchen bislang nicht ausreichend untersucht und erklärt worden. Regionale Versorgungsunterschiede werden im Allgemeinen relativ häufig mit medizinischer Unterversorgung assoziiert. Ein mehrdimensionales Leitmodell für die Erklärung von Versorgungsunterschieden ist das „Behavioral Model of Health Services Use“ von Anderson (1995). Der Zugang zu einem Gesundheitssystem sowie das Angebot und die Nachfrage von Versorgungsleistungen kann dabei als komplexer Prozess verstanden werden. Nach dem „Behavioral Model of Health Services Use“ wirken neben der Gesundheitssystemgestaltung und den Rahmenbedingungen weitere Faktoren, angefangen von prädisponierenden Merkmalen (wie Alter, Geschlecht, Bildung, Religion, Migration

etc.) über befähigende Faktoren (wie Einkommen, Ressourcen) bis zum individuellen Versorgungsbedarf. Sie beeinflussen das individuelle Gesundheitsverhalten und die Nutzung von Versorgungsleistungen, die ihrerseits die Gesundheit mit determinieren. Das Modell verbindet Systemfragen auf der Makroebene mit der Nutzung von Gesundheitsdiensten wie Krankenhäuser auf der Mesoebene bis hin zur individuellen Ebene (Mikroebene).

Das Projekt „Medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland (MedVersKH)“ der Universität Kassel zielt deshalb darauf, die Informationsdefizite über die medizinische Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern zu reduzieren und Transparenz herzustellen. Dafür wurden Bestandsaufnahmen und Sekundäranalysen im Bereich der Krankenhäuser in Deutschland durchgeführt.

5) Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die methodische Herangehensweise im Projekt bestand in Sekundärdatenanalysen von Schwangerschaftsabbruchstatistiken und der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Eine Datenbasis der Analyse sind alle Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Deutschland für das Jahr 2019. Die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte informieren über die Struktur eines Krankenhauses, dessen Leistungsangebote und die Behandlungsergebnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. Alle Krankenhäuser, die gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten behandeln, müssen seit dem Berichtsjahr 2012 jährlich Qualitätsberichte vorlegen. Die Krankenhäuser müssen in ihren Qualitätsberichten für jede Fachabteilung angeben, wie oft ein Eingriff durchgeführt wurde. Die Daten der Patientinnen und Patienten werden dabei anonymisiert – das heißt, es ist nicht ersichtlich, auf wen sich die Daten beziehen. Wenn weniger als vier Menschen behandelt wurden, wird die Patientenzahl in den Qualitätsberichten nicht angegeben. Der Datenschutz wird sichergestellt, in dem die Angaben durch einen Hinweis auf den Datenschutz ersetzt werden. Diese Daten wurden beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für das Forschungsprojekt beantragt und der Bezug genehmigt. Dafür wurde eine Datenbank für die XML-Jahresdateien der Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2019 konsolidiert. Die Daten wurden dann in das Statistikprogramm SPSS Version 28 überführt. In der Methodik kommen im Forschungsprojekt deskriptive Statistik und Korrelationsanalytik zur Anwendung.

Im Fokus der Analysen stehen die ambulanten und stationären Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenhäusern in Deutschland. Die stationären Schwangerschaftsabbrüche werden nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) mit ICD-O04 „ärztlich eingeleiteter Abort“ (BfArM 2022) erfasst. OPS ist die Abkürzung für „Operationen- und Prozedurenschlüssel“, mit dem die Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus kodiert werden (BfArM 2022). In den Qualitätsberichten können ambulante Schwangerschaftsabbrüche, die mit dem Code OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“ (BfArM 2022) eingetragen werden, für die Forschung ausgewertet werden.

Ein Ziel des Forschungsprojekts MedVersKH ist es, das Informationsdefizit über die medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland zu reduzieren. Ein Indikator für die Zielerreichung ist die Erschließung der Qualitätsberichte als neue Erkenntnisquelle für die Forschung zu diesem Thema und die Publikation einer Sekundärdatenanalyse der Schwangerschaftsabbrüche von allen Krankenhäusern in Deutschland. Ein weiteres Ziel ist die Exploration von Versorgungsunterschieden bei Schwangerschaftsabbrüchen nach Regionen. Dem Ziel dienen Vergleichsanalysen von Ergebnissen aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und einer Sonderauswertung der Schwangerschaftsabbruchstatistik mit Testung von Assoziationen.

Das Statistische Bundesamt (2023) veröffentlicht regelmäßig Jahresstatistiken über die Schwangerschaftsabbrüche für Deutschland und die Bundesländer in einer Fachserie. Sie geben einen Überblick über die Größenordnung und Entwicklungen der Schwangerschaftsabbrüche sowie über Soziodemografie und Lebensumstände der betroffenen Frauen. Es handelt sich hierbei um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht für Arztpraxen und Krankenhausleitungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen wurden (vgl. § 18 Abs.1 SchKG). Darüber hinaus wird als tiefste regionale Gliederung das Bundesland des Behandlungsorts und des Wohnorts der betroffenen Frau eruiert.

Für die Forschung stehen bislang keine Scientific Use Files mit Daten der Schwangerschaftsabbruchstatistik im Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder zur Verfügung. Es ist auch keine Möglichkeit der kontrollierten Datenfernverarbeitung oder Onsite-Nutzung vorgesehen. Das Statistische Bundesamt hat auf die Anfrage im Zuge dieses Forschungsprojekts die rechtliche Zulässigkeit von Datenlieferungen und Sonderaufbereitungen aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik für die Forschung eingehend geprüft und die Möglichkeiten und Limitationen im Grundsatz geklärt. Die juristische Stellungnahme ermöglicht Sonderaufbereitungen des Statistischen Bundesamts für die Forschung unter verschiedenen Restriktionen. Aber bei den Raumbezugsgrößen sind sehr enge Grenzen wegen der Fallzahlen, Meldestellen und aus Erhebungsgründen gesetzt. Die Bundesländer bilden bei der vorliegenden Analyse der Schwangerschaftsabbrüche im Krankenhaussektor aus Datenschutzgründen und wegen statistischer Geheimhaltung die kleinsten verfügbaren Raumbezüge. Aus diesem Grund kann bzw. darf die spezifische medizinische Versorgungssituation in Landkreisen und kreisfreien Städten und damit auch etwaige Mitversorgungseffekte über diese Datenquelle nicht vertieft analysiert werden.

6) Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die nachfolgende Aufstellung informiert über die Arbeits- und Zeitplanung im Forschungsprojekt „MedVersKH“ für den Berichtszeitraum.

Arbeitsplan (gemäß Antragsverfahren):

1. Phase: Erstellung eines internationalen Scoping Review zu Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern (1. und 2. Quartal im Jahr 1 und Meilenstein 1).
2. Phase: Aufbau einer Datenbank für XML-Jahresdateien der Qualitätsberichte der Krankenhäuser; Sonderauswertung Statistisches Bundesamt (3. und 4. Quartal im Jahr 1 und Meilenstein 2).
3. Phase: Statistische Analysen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Deutschland in 2018 (1. bis 4. Quartal im Jahr 2 und Meilenstein 3).
4. Phase: Assoziationen Qualitätsberichte und Schwangerschaftsabbruchstatistik etc. auf Ebene der Bundesländer (1. bis 3. Quartal im Jahr 3 und Meilenstein 4).
5. Phase: Handlungsempfehlungen zur Transparenz der Versorgungsangebote in Krankenhäusern (4. Quartal im Jahr 3 und Meilenstein 4).

Als ein Meilenstein wurde planmäßig ein Scoping-Review auf Basis einer systematischen internationalen Literaturrecherche mit Methodik-, Ergebnis- und Diskussionsteil erstellt. Es ist positiv zu vermerken, dass mit der systematischen Literaturrecherche eine ausreichende Zahl an Studien für die zentrale Fragestellung der medizinischen Versorgungssituation von freiwilligen Schwangerschaftsabbrüchen und ihre Einflussfaktoren international identifiziert werden konnte. Die Dynamik der Covid-19-Pandemie erforderte allerdings eine zweite Aktualisierungswelle des Reviews gegen Projektende, weil sich die coronabedingten Veränderungen und Lockdowns zu einem neuen Hemmfaktor bei der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen entwickelten und am aktuellen Rand der Forschung diskutiert wurden. Es konnten letztendlich 23 Studien in das Review unter dem Titel “Barriers to and Enablers of Abortion Care in the Hospital Sector” eingeschlossen werden. Das Review wurde zur Publikation eingereicht und befindet sich zum Berichtszeitpunkt im Peer Review-Verfahren.

Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) müssen die Krankenhäuser die Qualitätsberichte in einer maschinenverwertbaren Version zuliefern. Die Informationen können darüber jedoch nicht direkt ausgelesen werden. Die Qualitätsberichtsdaten wurden deshalb in verwertbarer Form als ACCESS-Datenbank von der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) zusätzlich bezogen. Sie erfasste die über 10.000 einzelnen Extensible-Markup-Language-Jahresdateien der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Deutschland für das Jahr 2019. Sie wurden danach weiter im Forschungsprojekt planungsgemäß konsolidiert und anschließend in das Statistikprogramm SPSS Version 28.0 überführt. Die SPSS-Datenbasis bildete die Grundlage für die statistischen Analysen. Das Vorhandensein einer voll funktionsfähigen und konsolidierten Datenbank für die weitergehende Bearbeitung mit Statistiksoftware und Kartografie ist ein notwendiger Meilenstein im Projektablauf.

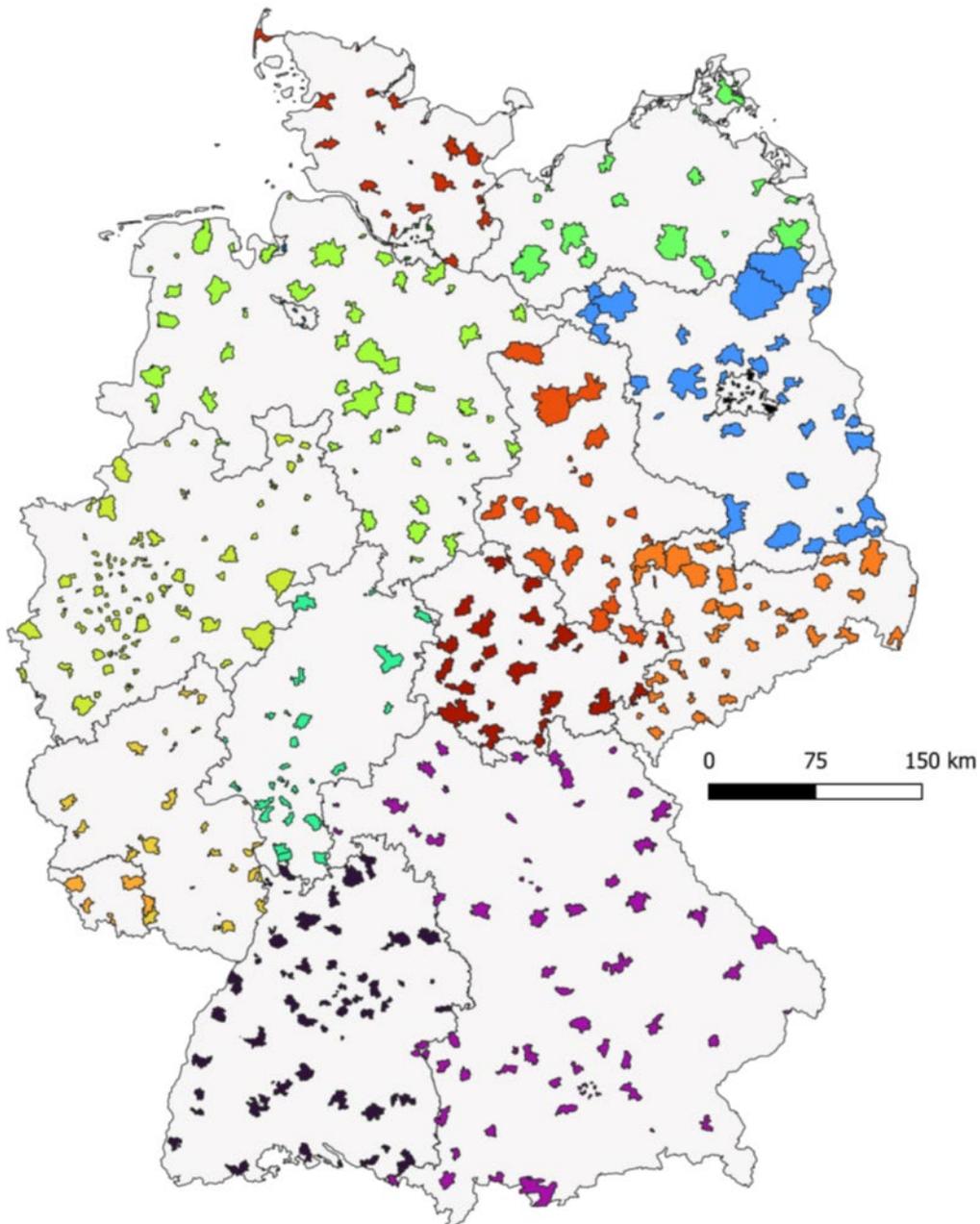
Danach wurde eine Bestandsanalyse auf Basis dieser Qualitätsberichte der Krankenhäuser durchgeführt. Dabei wurde die regionale Verteilung der Krankenhäuser, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen wurden, sowie die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern nach verschiedenen Merkmalen untersucht. Es wurden Korrelationsanalysen unter anderem nach Regionalbezug, Trägerschaft des Krankenhauses, Universitätsklinikum, Bettengrößenklasse und Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus gerechnet. Die Auswertungen wurden im Sinne eines Meilensteins in einem Ergebnisbericht mit Methodik- und Diskussionsteil aufbereitet.

Darüber hinaus wurde eine Sonderauswertung auf Grundlage der Schwangerschaftsabbruchstatistik durch das Statistische Bundesamt in enger fachlicher Begleitung der Universität Kassel erstellt und an das Forschungsprojekt übermittelt. Die Sonderauswertung der Schwangerschaftsabbrüche ergibt (erstmals) zusätzliche Statistiken für den Krankenhaussektor jeweils nach ambulanter und stationärer Behandlung sowie nach der Beratungsregelung zu verschiedenen Bereichen. Die Analysen wurden zusammen mit den generierten Statistiken open access publiziert (Escamilla Loredó & Holleder, 2023). Mit einem Triangulation-Verfahren wurden die Befunde mit Daten der Schwangerschaftsabbrüche des Bundes (Destatis 2020) und der Sonderauswertung verglichen sowie Auffälligkeiten exploriert. Der Ergebnisbericht mit Methodik- und Diskussionsteil stellt einen weiteren Meilenstein im Projekt dar.

Die im Forschungsprojekt gewonnenen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen wurden an den Deutschen Kongressen für Versorgungsforschung (DKV) des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) in den Jahren 2022 und 2023 präsentiert und zur Diskussion gestellt. Es wurden Empfehlungen zu den Informations- und Datengrundlagen abgeleitet.

7) Ergebnisse

Abbildung 1: Standorte der Krankenhäuser mit Schwangerschaftsabbrüchen auf Basis der Qualitätsberichte (ICD-10-O04 oder OPS-5-75) nach Postleitzahlbezirken im Jahr 2019



Quelle der Schwangerschaftsabbruchsdaten: Krankenhaus-Qualitätsberichte aus dem Jahr 2019.

Hintergrundkartenquelle: Bundesamt für Kartographie und Geodäsie.

Vordergrundkarte: Eigene Darstellung mit QGIS 3.22.3-Bialowieza.

Für das Berichtsjahr 2019 konnten 2.603 Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Deutschland genutzt werden. Das Berichtsjahr 2019 ist ein passendes Jahr für diese Analyse, weil es noch vor der Covid-19-Pandemie lag. Die Qualität der Datenerfassung hat bei den Qualitätsberichten während der Covid-19-Pandemie aufgrund von Überlastung in den Krankenhäusern bekanntermaßen stark abgenommen.

Es ist zu berücksichtigen, dass es standortbezogene Berichtspflichten für die Krankenhäuser in Deutschland gibt. So kann beispielsweise ein Klinikum mehr als einen Standort und damit mehrere zuordbare Qualitätsberichte haben. Die Auswertungen folgen dem Prinzip der Betriebsstätte, d. h., ein Qualitätsbericht entspricht in diesem Sinne einem Krankenhausbetrieb. Auf Basis der gesamten Krankenhaus-Qualitätsberichte wurden 539 Krankenhäuser identifiziert, die zusammen 3.653 stationäre Schwangerschaftsabbrüche mit der Diagnose ICD-10-O04 und 14.091 ambulante Abbrüche mit der Diagnose OPS-5-751 angegeben haben. Die Standorte der Krankenhäuser werden in Abbildung 1 für einen Überblick für Deutschland nach Postleitzahlbezirken dargestellt. Die Dichte dieser Krankenhausstandorte und damit die regionale Erreichbarkeit unterscheidet sich zwischen den Bundesländern in Abbildung 1 deutlich. Das medizinische Versorgungsangebot in den Krankenhäusern geht offensichtlich auf historisch gewachsene Strukturen zurück, die sich bei Schwangerschaftsabbrüchen vor allem zwischen den neuen und alten Bundesländern ganz verschieden entwickelt haben. Die nachfolgende Tabelle 1 weist die Anzahl der ambulanten und stationären Schwangerschaftsabbrüche auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach den Bundesländern aus. In den ostdeutschen Bundesländern ist das medizinische Versorgungsangebot zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs bei den Krankenhäusern relativ stark ausgebaut. Das könnte auf die früheren Krankenhausstrukturen sowie ein regionalspezifisches Inanspruchnahme-Verhalten zurückzuführen sein. Zu Zeiten der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) gab es in fast allen Krankenhäusern Spezialabteilungen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (bei gesetzlicher Fristenregelung). Auf diesen Krankenhausstrukturen wurde nach der Wiedervereinigung aufgebaut. Das weist darauf hin, dass die regionale Krankenhausplanung und -strukturen von großer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen bei Schwangerschaftsabbrüchen sind.

Tabelle 1: Gemeldete ambulante und stationäre Schwangerschaftsabbrüche in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser im Jahr 2019 nach den Bundesländern

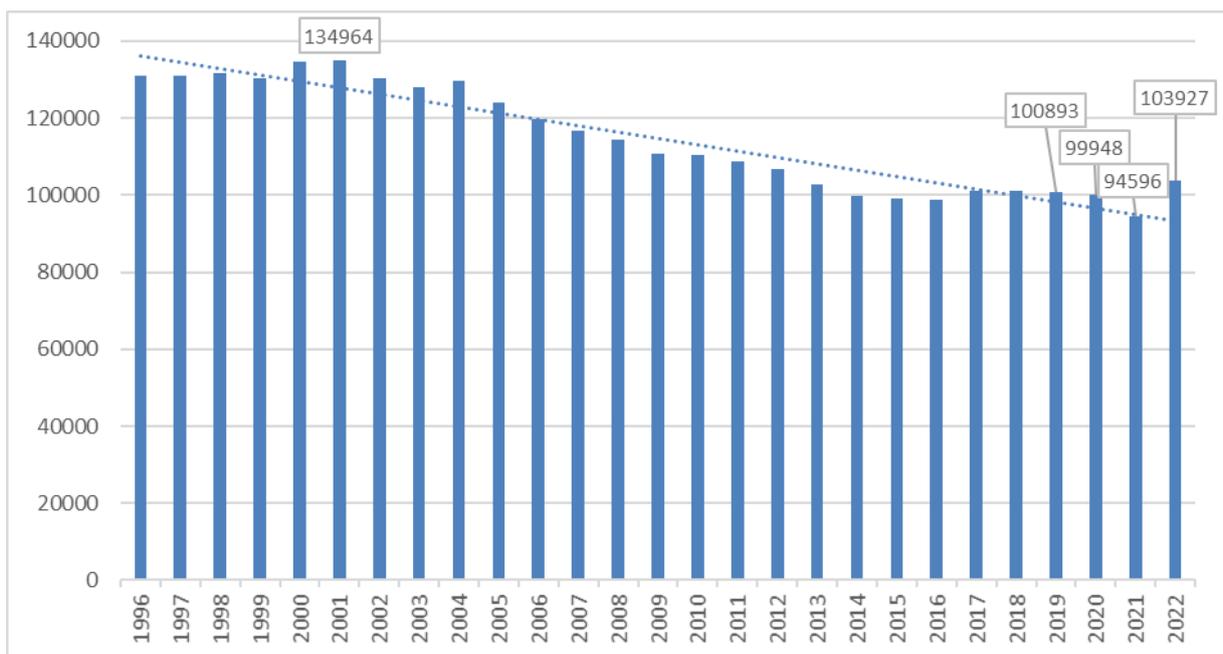
Bundesland	Krankenhausstandorte (Qualitätsberichte)	Schwangerschaftsabbrüche in den Krankenhäusern	Davon: Stationär eingeleiteter Abort (ICD-004)	Davon: Ambulante Kürettage (OPS-5-751)
Baden-Württemberg	59	848	458	390
Bayern	72	979	608	371
Berlin	17	814	327	487
Brandenburg	27	2377	70	2307
Bremen	6	556	59	497
Hamburg	10	301	97	204
Hessen	35	519	227	292
Mecklenburg-Vorpommern	16	1025	60	965
Niedersachsen	57	2414	232	2182
Nordrhein-Westfalen	100	1588	890	698
Rheinland-Pfalz	22	414	55	359
Saarland	6	101	60	41
Sachsen	45	2405	293	2112
Sachsen-Anhalt	23	1309	74	1235
Schleswig-Holstein	21	1014	87	927
Thüringen	23	1080	56	1024
Gesamt	539	17744	3653	14091

Ein internationales Scoping-Review wurde von Escamilla und Holleder (2024) durchgeführt, um wissenschaftliche Belege für Hindernisse und Förderfaktoren zu identifizieren, die die Leistungserbringung bei Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern beeinflussen. Es wurden Studien aus Ländern mit hohem Einkommen in englischer und deutscher Sprache in PubMed Central, Cochrane Library, Health Systems Evidence, Bielefeld Academic Search Engine und OpenGrey gesucht. Nach den Ein- und Ausschlusskriterien wurden 23 Publikationen einbezogen. Die meisten Veröffentlichungen stammten aus den Vereinigten Staaten, Kanada und Irland. Nach dem internationalen Literaturüberblick kann sich eine Reihe von Faktoren auf das Versorgungsangebot bei Schwangerschaftsabbrüchen auswirken. Die Studien zeigen dabei ganz unterschiedliche Arten von Barrieren und Förderfaktoren auf. Sie betreffen sowohl Strukturen als auch soziale und juristische Aspekte sowie die Belange der Gesundheitsberufe. Als wesentliche Einflussfaktoren auf die medizinische Leistungserbringung wurden in den Studien

die Covid-19-Pandemie, die jeweilige Gesetzeslage, die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals, der Fachkräftemangel, die Vernetzung, isoliertes Arbeiten, Arbeitsteilung der medizinischen Aufgaben, Stigmatisierungen sowie Stand der Telemedizin beschrieben. Um den Rahmen nicht zu sprengen, werden sie hier nur genannt.

Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche des Bundes (Destatis 2023) bestätigt auch für Deutschland diesen genannten Einfluss der Covid-19-Pandemie am aktuellen Rand. Die Abbildung 2 informiert über eine kontinuierliche Abnahme der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in den letzten Jahrzehnten in Deutschland. Der tiefste Stand wurde in der Covid-19-Pandemie in 2021 erreicht. Mit dem Ende der Covid-19-Pandemie wird allerdings ein sprunghafter Anstieg in 2022 beobachtet, dessen Niveau dann über dem Stand des Jahres 2019 bzw. vor der Covid-19-Pandemie liegt.

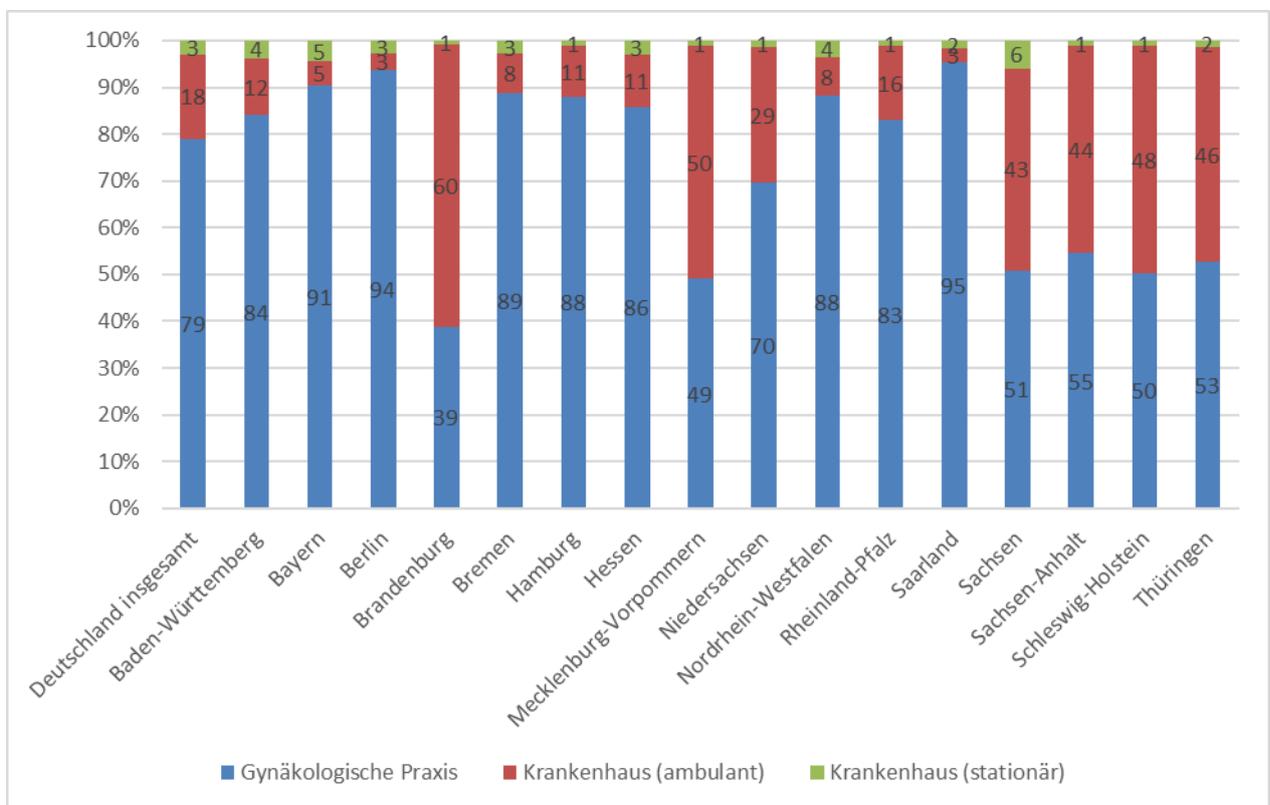
Abbildung 2: Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023; Abruf vom 3.3.2024 unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>. Eigene Darstellung.

Wie die Bundesstatistik (Destatis 2020) für das Berichtsjahr 2019 zeigt, wurden 100.893 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durchgeführt. 20,9 % dieser Schwangerschaftsabbrüche fanden in Krankenhäusern in 2019 statt. Dabei wurden 18.023 der 21.135 Schwangerschaftsabbrüche im Krankenhaussektor nach der Beratungsregelung vorgenommen, von denen 17.623 Fälle (97,8 %) ambulant erfolgten. Die folgende Abbildung 2 demonstriert, dass die Krankenhäuser bei den Schwangerschaftsabbrüchen in den jeweiligen Bundesländern in sehr unterschiedlichem Ausmaß beteiligt waren.

Abbildung 3: Anteil der gynäkologischen Praxen und Krankenhäuser an allen Schwangerschaftsabbrüchen 2019 nach den Bundesländern, in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020. Eigene Darstellung.

Um regionale Unterschiede bei der Versorgung eines freiwilligen Schwangerschaftsabbruchs in Krankenhäusern zu identifizieren, wurde die oben erwähnte Sonderauswertung der Schwangerschaftsabbruchstatistik für das Jahr 2019 analysiert. Die Sonderauswertung wurde für das Projekt „Medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwanger-

schaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland (MedVersKH)“ vom Statistischen Bundesamt in enger fachlicher Begleitung der Universität Kassel erstellt. Die Sonderauswertung der Schwangerschaftsabbruchsdaten ergibt (erstmalig) zusätzliche Statistiken für den Krankenhaussektor jeweils nach ambulanter und stationäre Behandlung sowie nach der Beratungsregelung zu folgenden Bereichen in Tabellenform:

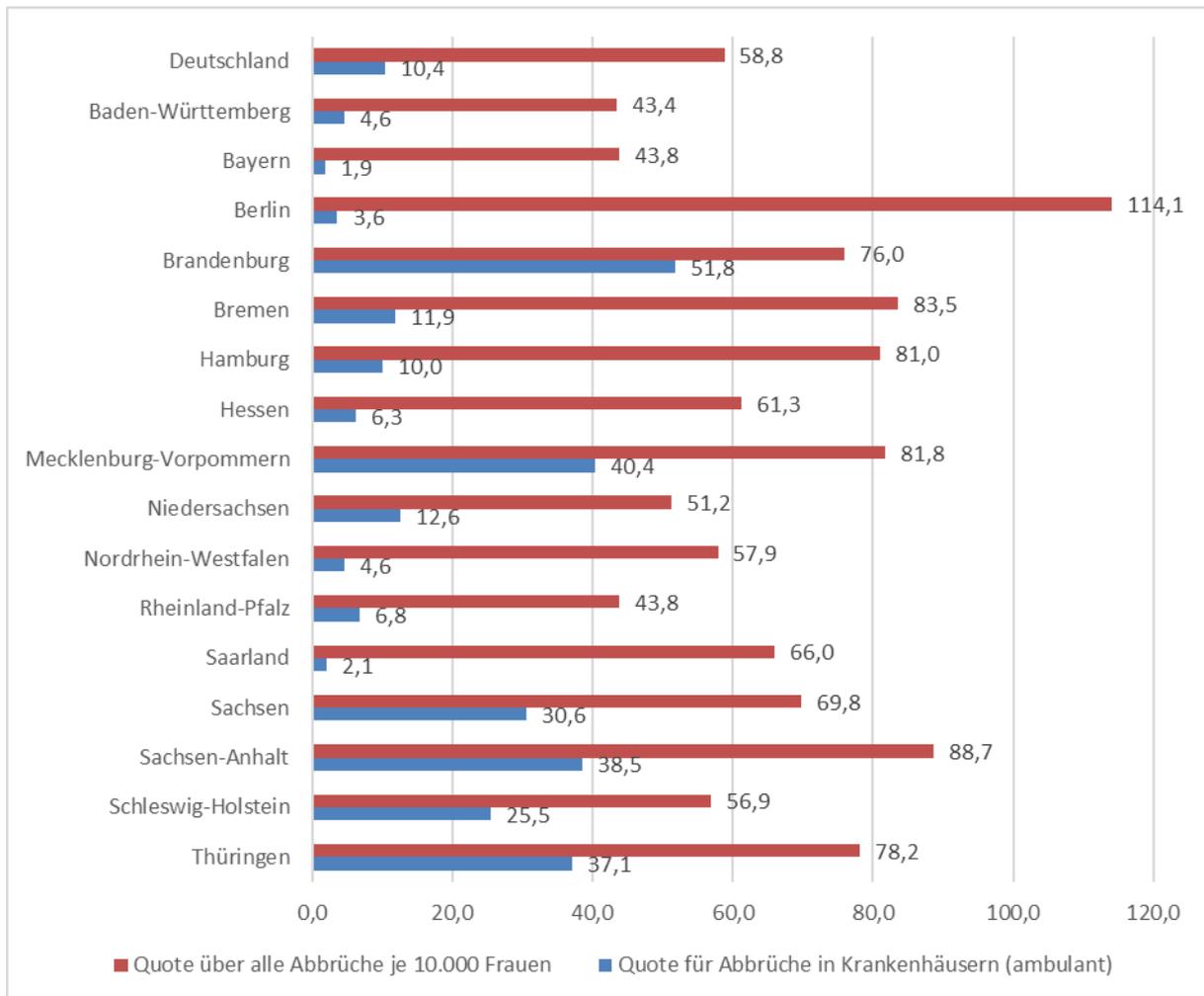
- Schwangerschaftsabbrüche nach Ländern, Altersgruppen und Versorgung
- Schwangerschaftsabbrüche nach Ländern, Familienstand, Begründung
- Schwangerschaftsabbrüche nach Ländern, Eingriffsart und Versorgung
- Schwangerschaftsabbrüche nach Versorgung, Ländern und Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft
- Schwangerschaftsabbrüche nach Ländern, Komplikationen und Versorgung
- Schwangerschaftsabbrüche nach Ländern, Altersgruppen und Versorgung

Die Ergebnisse sind in einer Open Access-Originalarbeit mit Anhangstabellen von Escamilla Loredó und Holleder (2023) veröffentlicht, so dass sich hier auf ausgewählte relevante Aspekte konzentriert und danach das Weiterentwicklungspotenzial diskutiert werden kann.

Die Analysen zeigen große Disparitäten im medizinischen Versorgungsgeschehen bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung auf. Dabei wurden insbesondere starke regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern bei Schwangerschaftsabbrüchen, die im Krankenhaussektor vorgenommen wurden, festgestellt (Escamilla Loredó & Holleder 2023). Während 2019 die Bundesquote für Schwangerschaftsabbrüche im gebärfähigen Alter (15 bis unter 50 Jahre), die in Ambulanzen von Krankenhäusern durchgeführt wurden, bei 10,4 Abbrüchen je 10.000 Frauen lag, variierte diese Quote nach Bundesländer in der Bandbreite von 1,9 Abbrüchen in Bayern bis 51,8 in Brandenburg. Die höchsten Quoten von Schwangerschaftsabbrüchen, die ambulant in Krankenhäusern vorgenommen wurden, lagen in den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen. Die folgende Abbildung 4 zeigt aber nicht nur diese Varianz auf, sondern stellt sie in Zusammenhang mit den Quoten über alle Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen dar. Die Abbildung 4 visualisiert diese sehr großen regionalen Unterschiede bei der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen zwischen den Bundesländern und da-

runter die verschiedenen Anteile der Krankenhausambulanzen. Die massiven regionalen Unterschiede innerhalb Deutschlands sind bislang medizinisch nicht zu erklären. Sie sind ein Indiz für die Notwendigkeit kleinräumiger Bedarfsfeststellungen und Versorgungskonzepte.

Abbildung 4: Schwangerschaftsabbrüche 2019 insgesamt und in Ambulanzen von Krankenhäusern je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 50 Jahre in Deutschland (nach der Beratungsregelung)



Datenquelle: Sonderauswertung des Statistisches Bundesamts (2021) (zitiert nach Escamilla Loredo & Holleder 2023, S. 16). Eigene Darstellung.

Die Sonderauswertung (Escamilla Loredo & Holleder 2023, S. 20) informierte außerdem über grenzüberschreitende Mobilität von Patientinnen in den Bundesländern. Das betrifft vor allem Ambulanzen von Krankenhäusern in Brandenburg, die einen Großteil (780) der Schwangerschaftsabbrüche von Frauen aus dem Ausland in 2019 vornahmen. Die Nationalität wird

nicht erfasst. Eine Erklärung wäre möglicherweise eine länderübergreifende Mobilität von Frauen aus dem angrenzenden Polen, wo restriktive Abtreibungsgesetze gelten.

Eine Mobilität wurde aber auch zwischen den Bundesländern anhand des Wohnorts der Frauen und des Eingriffsorts bestätigt. Regionale Versorgungsunterschiede bei Schwangerschaftsabbrüchen entstehen demnach durch Mitversorgungseffekte von Krankenhäusern aufgrund der räumlichen Erreichbarkeit. Mitversorgungseffekte können bei den Stadtstaaten wie Bremen (für Niedersachsen) und Hamburg (für Schleswig-Holstein) belegt werden.

Die Trägerschaft eines Krankenhauses hat ebenfalls Einfluss auf das Versorgungsangebot. Die Krankenhäuser in öffentlicher sowie freigemeinnütziger Trägerschaft führten überdurchschnittlich häufig Schwangerschaftsabbrüche durch. Es zeigte sich, dass über die Hälfte der Universitätskliniken in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche gemeldet haben.

Auffälligerweise gibt es im Krankenhausesektor starke regionale Versorgungsunterschiede bei den Schwangerschaftsabbrüchen nach Art des Eingriffs (Escamilla Loredó & Holleder, 2023). Das trifft insbesondere auf Schwangerschaftsabbrüche durch Vakuumaspiration und Curettage, aber auch Einsatz des Wirkstoffes Mifepriston (Handelsname Mifegyne) zu. In den Ambulanzen der Krankenhäuser standen bei den durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen (nach der Beratungsregelung) im Jahr 2019 die Eingriffsarten Vakuumaspiration (63,7 %) und Curettage (27,6 %) in Vordergrund und weniger Mifepriston (Handelsname Mifegyne) (6,9 %). Im Einsatz von Mifepriston (Handelsname Mifegyne) besteht jedoch nicht nur eine große Heterogenität zwischen den Bundesländern, sondern auch ein signifikanter Unterschied zu den gynäkologischen Praxen. Die Bundesstatistik (Destatis 2020) weist nämlich für das Jahr 2019 aus, dass 25,0 % aller Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland mittels Mifepriston (Handelsname Mifegyne) vorgenommen wurden. Am aktuellen Rand hat die Verwendung von Mifepriston (Handelsname Mifegyne) weiter stark zugenommen und der analoge Anteil lag im Jahr 2022 schon bei 35,3 % (Destatis 2023). Die risikoreiche Curettage wurde dagegen nur noch bei 10 % der Schwangerschaftsabbrüche als Eingriffsart in 2022 gemeldet.

Die Schwangerschaftsabbrüche verlaufen nicht immer komplikationsfrei und dabei regional unterschiedlich. Es wurden Schwangerschaftsabbrüche mit Komplikationen sowohl in der Sonderauswertung für den Krankenhausesektor (Escamilla Loredó & Holleder, 2023, S. 23) als auch insgesamt in der Bundesstatistik für 2019 (Destatis 2020) gemeldet. Dabei handelte es sich zumeist um Nachblutungen und Blutverlust. Es befanden sich darunter als besonders

schwerwiegende Komplikationen aber auch einzelne Fälle von Cervixriss und Uterus-Perforationen.

Bei den Analysen ist zu beachten, dass die betroffenen Frauen keine homogene Gruppe darstellen. Das legt die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche anhand der Altersgruppen (von unter 15 Jahren bis 50 und mehr) oder nach Zahl der Lebendgeborenen offen. Nach der Bundesstatistik (Destatis 2020) hatte die Mehrheit der Frauen (59,8 %) vorangegangene Lebendgeborenen. Das bedeutet, dass es offenbar häufig nicht um Kinderlosigkeit an sich, sondern um die Begrenzung der Zahl der Kinder ging. 38,4 % der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in 2019 vornahmen, waren verheiratet. Lediglich 2,7 % der betroffenen Frauen waren unter 18 Jahren alt.

Für die Gesundheitssystemanalyse ist die mittlere Dauer der Schwangerschaft bis zum Abbruch von Interesse. Zum einen gibt § 218a als Voraussetzung der Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungsregelung vor, dass seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein dürfen. Zum anderen könnten sie Hinweise auf Wartezeiten und damit auf lokale Versorgungsdefizite geben. Von den Schwangerschaftsabbrüchen 2019 erfolgten nach der Bundesstatistik 8,5 % bis unter die fünfte vollendete Schwangerschaftswoche. Insgesamt ging bei 76,3 % der betroffenen Frauen die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft bis maximal zur 8. vollendeten Woche. Zwischen den Bundesländern schwankten diese Durchschnittswerte leicht. Bei den Schwangerschaftsabbrüchen in den Ambulanzen von Krankenhäusern lagen die analogen Prozentsätze deutlich unter dem Durchschnitt (Escamilla Loredó & Holleder 2023, S. 19), was darauf hindeutet, dass sie schneller auf den lokalen Bedarf reagieren könnten.

Bei der Statistik der Schwangerschaftsabbrüche des Statistischen Bundesamts (Destatis 2020) handelt es sich wie bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser um eine Totalerhebung mit gesetzlicher Auskunftspflicht. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser mit der Bundesstatistik der Schwangerschaftsabbrüche führt aber zu einer überraschend großen Diskrepanz insgesamt und speziell bei der Fallzahl von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen im Krankensektor. So wurden 14.091 Fälle mit dem Code OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“ auf der Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gezählt, während die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Bundes für das Jahr 2019 eine Gesamtfallzahl von 5.023 an ambulanten Fällen in Krankenhäu-

ern mit der Eingriffsart Curettage ergeben hat. Die Zahl der ambulanten Behandlungsprozeduren im Krankenhaus mit der OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“ in den Qualitätsberichten ist damit wesentlich höher als erwartet und nicht zu verifizieren. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche 2019, die durch Curettage vorgenommen wurden, wird für ganz Deutschland und inklusive der gynäkologischen Praxen nur mit 14.224 in der Bundesstatistik beziffert (Destatis 2020). Für diese große Diskrepanz zwischen den beiden Datenquellen gibt es keine gesicherten Erklärungen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser die Behandlungsprozeduren OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“ in Kombination mit anderen Eingriffen wie mit medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen oder Vakuumaspirationen erfasst wurden. Das ist nämlich in der Erhebungskonzeption der Bundesstatistik explizit nicht erlaubt. Bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ist als Restriktion zu berücksichtigen, dass nur die Eingriffsart Curettage als ambulante Behandlungsprozedur angegeben werden kann. Das folgt der DRG-Logik und der Verwendung von OPS-Prozeduren im stationären Bereich. Für die anderen Eingriffsarten bei Schwangerschaftsabbruch stehen gar keine eigenen OPS-Schlüssel im Verzeichnis zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2022). Hier besteht eine Berichtslücke im System speziell für die Ambulanzen der Krankenhäuser.

Die Qualitätsberichte informieren über die Struktur eines Krankenhauses, seine Leistungsangebote und die Behandlungsergebnisse. Sie können auch mit der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten in Vollkräften sowie mit ihren Facharztbezeichnungen (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) in den jeweiligen Fachabteilungen korreliert werden. Solange aber die Mengenangaben der Schwangerschaftsabbrüche – wie sich hier herausgestellt hat – nicht zuverlässig sind, besteht die Gefahr von Artefakten und Scheinassoziationen.

Im stationären Bereich bilden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser Komplikationen bei Schwangerschaftsabbrüchen dagegen gut ab und auch zahlenmäßig häufiger als die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche des Bundes. Das liegt daran, dass die ICD-10 bei der Klassifikation von ICD-O04 („ärztlich eingeleiteter Abort“) auf der vierten Stelle ergänzend eine Kodierung für die Komplikationen vorsieht. Auch bei diesen Prävalenzraten bestehen Unterschiede nach Bundesländern, die weiteren Forschungsbedarf aufzeigen. Es ist jedoch in den Qualitätsberichten generell zu beachten, dass Zusatzinformationen über die rechtlichen Voraussetzungen der Schwangerschaftsabbrüche wie Betreuungsregelung sowie medizinische oder kriminologische Indikation nicht enthalten sind.

8) Gender Mainstreaming Aspekte

Im Forschungsprojekt wurden Aspekte des Gender Mainstreaming in allen Phasen berücksichtigt.

9) Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Das Forschungsprojekt „Medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland (MedVersKH)“ gibt einen Überblick über die Krankenhausversorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen. Es zielte darauf ab, die Informationsdefizite über die medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland zu reduzieren und Transparenz herzustellen. Die Analyse zeigt auf, wie heterogen die medizinischen Versorgungsstrukturen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland sind. Sie belegt große Auffälligkeiten beim Vergleich der Bundesländer, die medizinisch nicht begründet sind. Es gibt signifikante Unterschiede im Umfang des medizinischen Versorgungsangebots zu Schwangerschaftsabbrüchen im Krankenhaussektor zwischen den Bundesländern und insbesondere im Ost-West-Vergleich. Sie sind von Interesse für die Krankenhausplanung und Gesundheitspolitik. Eine wichtige Rolle spielt auch die Mobilität der Patientinnen zwischen den Bundesländern und international in Grenzregionen. Die Krankenhäuser in öffentlicher sowie freigemeinnütziger Trägerschaft führten Schwangerschaftsabbrüche im Verhältnis häufiger als die der übrigen Träger durch.

Wie die Bestandsanalyse demonstriert, spielt das Verhältnis zwischen ambulantem und stationärem Sektoren eine wichtige Rolle in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland dürften vor allem in den damaligen Regelungen in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und der Art der Trägerschaften der Krankenhäuser begründet sein.

Bei etwaigen lokalen Versorgungsdefiziten haben die Länder prinzipiell gesundheitspolitische Einflussmöglichkeiten, da sie für die Krankenhausplanung im föderalen System zuständig sind. Für ein Monitoring kann die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser von Nutzen sein. Generell besteht jedoch ein Bedarf zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung. Das trifft vor allem auf die ambulanten Behandlungsprozeduren der Krankenhäuser in den Qualitätsberichten zu.

Über etablierte Kliniksuchmaschinen im Internet können außerdem Standorte und medizinische Qualität auf Datengrundlage der Qualitätsberichte nachgehalten werden, was unter anderem für die Beratungspraxis hilfreich sein könnte.

In der Versorgungsforschung können die Qualitätsberichte der Krankenhäuser für die Beschreibung der Versorgungsstrukturen über die Klinikstandorte genutzt werden. Es können auch die Daten für stationäre Schwangerschaftsabbrüche für Analysen und Komplikationen herangezogen werden.

Das unerwartete Faktum, dass die ambulanten Behandlungsprozeduren OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“ in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser invalide erfasst werden, begrenzt jedoch die Möglichkeiten von tiefergehenden Versorgungsforschungsstudien und Sekundärdatenanalysen sehr stark. Das Meldeverfahren muss weiter untersucht und überprüft werden.

Nach unserem Kenntnisstand ist dieses Projekt das erste Forschungsvorhaben, das die Angaben zu den Schwangerschaftsabbrüchen in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sekundäranalytisch nutzte. Es ist auch ein Resultat im Sinne eines Entwicklungsprojekts, dass (nur) die stationären ICD-10-Diagnosen der Schwangerschaftsabbrüche in den Qualitätsberichten als valide und die OPS-Angaben in den Krankenhausambulanzen in den Quantitäten dagegen als insgesamt problematisch zu bewerten sind. Das Forschungsprojekt wurde durch die Datenqualität bei der Analyse stark limitiert, weil das Risiko von Artefakten steigt. Es zeigt aber gleichzeitig das Entwicklungspotenzial und dazugehörige Instrumentarium auf. Es besteht ein Bedarf zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung und ihrer Abfrage in den Krankenhausambulanzen, aber auch ein Handlungsansatz für mehr Transparenz durch entsprechend modifizierte Qualitätsindikatoren in den Richtlinien.

Krankenhäuser sind im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtet, bestimmte Leistungen in den Qualitätsberichten zu dokumentieren. Die Qualitätsberichte beruhen auf Selbstangaben. Bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ist nach einer Auswertung von Kraska et al. (2017) bekannt, dass es in der Vergangenheit Probleme mit fehlenden ganzen Berichten oder fehlenden einzelnen Angaben in den Berichten gab. In der vorliegenden Analyse hat sich herausgestellt, dass speziell die ambulanten Behandlungsprozeduren mit dem Code OPS-5-751 „Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)“ nicht valide erfasst wurden und sehr vorsichtig zu interpretieren sind. Die Versorgungsstrukturen lassen sich durch den Standortbezug jedoch abbilden.

10) Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen wurden neben den Publikationen bei zwei Deutschen Kongressen für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) vorgestellt. Dabei wurden unter anderem die Ost-West-Unterschiede beim Versorgungsangebot zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor präsentiert:

1. Vortrag am 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF) am 4.10.2023 in Berlin: Escamilla Loredó MI, Holleder A. (2023). Ost-West-Unterschiede beim Versorgungsangebot zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor.
2. Präsentationen am 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF) am 7.10.2022 in Potsdam: Escamilla Loredó MI, Holleder A. (2022). Regionale Unterschiede bei der stationären Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland. PS26: Mixed Bag. Präsentation und Poster-Präsentation.

Die Ergebnisse der oben erwähnten Sonderauswertung, die in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt erstellt wurden, sind open access in der Publikationsreihe des Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) veröffentlicht worden. Darüber hinaus wurde in diesem Medium die Sonderauswertung in Form von Anhangstabellen der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt.

Bei Erscheinen wurde die Presse gesondert informiert:

- Pressemitteilung (2023). Medieninformation: Aktuelle Studie der Universität Kassel zu Schwangerschaftsabbrüchen in Krankenhäusern im Zi-Versorgungsatlas veröffentlicht. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (Hg.). Berlin, 23. März 2023.

Diese Pressemitteilung fand ein relativ breites Presseecho, darunter im Informationsdienst Wissenschaft e.V. -idw- sowie im Deutschen Ärzteblatt vom 23. März 2023.

11) Verwertung der Projektergebnisse

Das Forschungsprojekt „MedVersKH“ zeigt auf, wie heterogen die medizinische Versorgung hinsichtlich der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland ist. Das bedeutet, dass das Verhältnis zwischen ambulantem und stationärem Sektor und damit die Krankenhausplanung der Länder eine wichtige Rolle in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland spielt. Hier bestehen ein Informationsdefizit und mangelnde Transparenz, die sowohl das Gesundheitssystem als auch die betroffenen Frauen, Akteure und Beratungsstellen vor Herausforderungen stellen. Als Beispiel kann die Liste der Bundesärztekammer nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz genannt werden, die freiwillig geführt wird, aber derzeit relativ wenige Krankenhäuser enthält (vgl. <https://liste.bundesaerztekammer.de/suche#>). Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz sind die Länder für ein ausreichendes Angebot anerkannter Beratungsstellen verantwortlich. Es muss für je 40.000 Einwohner mindestens 1 Berater(in) wohnortnah zur Verfügung stehen. Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und beinhaltet die Konfliktberatung, aber auch die Vermittlung medizinischer, sozialer und juristischer Informationen sowie die Beratung zu möglichen praktischen Unterstützungsangeboten.

Strukturierte Informationen zum Leistungsangebot und zur Qualität in der Krankenhausversorgung sind eine Voraussetzung für die Zugänglichkeit und eine patientenorientierte Gestaltung des Gesundheitswesens (Laurer et al., 2013). Ein strategisch interessantes Instrument ist in diesem Zusammenhang die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser. Es kann auch von den einzelnen Bundesländern für ihre Qualitätssicherung genutzt werden. Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Leistungserbringung entsprechend zu informieren. Sie sollen die Arbeit der Krankenhäuser transparent machen und vor allem Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten bei der Suche nach einer passenden Klinik helfen. Auch die Krankenhäuser selbst können die Daten nutzen, um ihre Ergebnisse mit denen anderer Häuser zu vergleichen.

Über die schon bestehenden Kliniksuchmaschinen im Internet könnte ein besserer Zugang zu Informationen über die Versorgungsangebote und die Qualität kommuniziert werden. Das würde auch die Beratungsstellen in ihrer Aufgabenwahrnehmung unterstützen. Mit den vorliegenden Daten der Kliniken könnte unter Umständen auch die oben erwähnte Liste der Bundesärztekammer nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz für den Überblick ergänzt werden.

Trotz der oben beschriebenen Problematik bei den Fallzahlen und der Diskrepanz im Abgleich zur Bundesstatistik können die Qualitätsberichte für die Allgemeinheit von Nutzen sein, da die Standorte der Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, kleinräumig identifiziert werden können. Sie können der Transparenz und Zugänglichkeit bei den

Leistungsangeboten der Krankenhäuser dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hält bereits eine interessante, aber kaum bekannte Online-Referenzdatenbank mit den einzelnen Qualitätsberichten der Krankenhäuser vor, über die nach Ort oder Name des Krankenhauses der jeweilige Qualitätsbericht aufgerufen werden kann:

<https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/>

Auf diese Daten der Qualitätsberichte greifen im Hintergrund auch eine Reihe von Kliniksuchmaschinen wie die der gesetzlichen Krankenkassen zurück. Das bedeutet, dass über eine spezifische Suchabfrage auch bundesweit zum Versorgungsangebot bei Schwangerschaftsabbrüchen in diesen bestehenden Online-Datenbanken recherchiert werden kann. Wenn beispielsweise im Deutschen Krankenhausverzeichnis (www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de) in die Suchabfrage „5-751“ eingegeben wird, erscheinen alle Kliniken in Deutschland in der Trefferliste zur Behandlungsprozedur OPS-5-751 und auch eine Landkarte für die Übersicht. Es steht auch jedem Bundesland frei, zusätzlich eigene Qualitätsaspekte routinemäßig über die jährliche Qualitätsberichterstattung aufzunehmen und dann abzufragen. Für die Qualitätssicherung gibt es unterschiedliche Arten von Qualitätsindikatoren, darunter auch Indikatoren mit Monitoring-Funktion (Geraedts et al. 2017). Die Items der Qualitätsberichte werden jährlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss angepasst, so dass sich hier Gestaltungsmöglichkeiten böten.

Im Gesundheitssystem sind Fragen nach der Bedarfsgerechtigkeit bei den Schwangerschaftsabbrüchen noch offen geblieben. Es mangelt an entsprechenden Gesundheitssystemanalysen und Daten für die Versorgungsforschung. Ein allgemeines Versorgungsdefizit hat sich aber in den Analysen für das Jahr 2019 nicht angedeutet, wenn Indikatoren wie die durchschnittliche vollendete Schwangerschaftswoche bei Abbruch, die Mitversorgung von Frauen aus dem Ausland oder der spätere Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2022 in die Betrachtung einbezogen werden. Die rudimentäre Datenlage ist aber vorsichtig zu interpretieren. Es wäre zielführend, die Erhebungsmerkmale der Bundesstatistik der Schwangerschaftsabbrüche durch weitere interessierende Items zu erweitern. Die Bundesstatistik hat sich als die wesentlich validere Datenquelle im direkten Vergleich mit den Qualitätsberichten der Krankenhäuser herausgestellt.

12) Publikationsverzeichnis

Veröffentlichungen im Rahmen des Forschungsprojekts:

Escamilla Loredo MI, Holleder A. (2024) Barriers to and Enablers of Abortion Care in the Hospital Sector: A Scoping Review. (eingereicht)

Holleder, A. (2024). Die Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland: ein Überblick. Gostomzyk, J. & Holleder, A. (Hg.). Angewandte Sozialmedizin. Erg.Lfg. 03/2024. ecomed MEDIZIN, Landsberg. XI – 2, S. 1–12.

Escamilla Loredo MI, Holleder A. (2023). Ost-West-Unterschiede beim Versorgungsangebot zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor. Kongress-Abstrakt. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). German Medical Science GMS Publishing House 2023

Escamilla Loredo MI, Holleder A. (2023). Regionale Versorgungsunterschiede bei der Durchführung ambulanter oder stationärer Schwangerschaftsabbrüche in Krankenhäusern in Deutschland. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/02. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.20364/VA-23.02>

Escamilla Loredo MI, Holleder A. (2022). Regionale Unterschiede bei der stationären Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland. Kongress-Abstract. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). German Medical Science GMS Publishing House 2022. Online verfügbar unter <https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2022/22dkvf208.shtml>

13) Literaturverzeichnis

- Andersen R (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? American Sociological Association 1995; 36: 1-10
- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet Glob Health. 2020 Sep;8(9): e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023). ICD-10-GM Version 2023: Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99): Kategorie O04 ärztlich eingeleiteter Abort. Bonn 2022a. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/block-o00-o08.htm> [letzter Zugriff vom 6.11.2023]
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (2022). S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon. AWMF Registernummer 015 – 094. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-094> [letzter Zugriff vom 4.3.2024]
- Geraedts M et al. (2017). DNVF-Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“, Teil 3: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung. Gesundheitswesen; 79: e95–124
- Kraska R A, de Cruppe W, Geraedts M (2017). Probleme bei der Verwendung von Qualitätsberichtsdaten für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2017; 79(07): 542-547
- Lauerer M, Emmert M, Schöffski O (2013). Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Ein systematischer Review 2013; 75: 483–491
- OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- SVR (2001). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bundestag Drucksache 14/5661
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2020). Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2019. Fachserie 12 Reihe 3. Wiesbaden. URL: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00056597/2120300197004_Korr21082020.pdf

Statistisches Bundesamt (2022). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller): 2021. Gesundheit. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023. Schwangerschaftsabbrüche 2022: Statistischer Bericht. Erschienen am 27.3.2023. Wiesbaden. (Zugriff unter www.destatis.de vom 3.3.2024)

United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner (2018). YOUR HEALTH, YOUR CHOICE, YOUR RIGHTS: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights. (Zugriff unter <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf> vom 1.3.2024)

World Health Organization (WHO) (2012). Safe and unsafe induced abortion. Geneva.

World Health Organization (WHO) (2021). Preventing unsafe abortion. Geneva: World Health Organization. Factsheet, Geneva. (Zugriff unter <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/abortion> vom 1.3.2024)

World Health Organization (WHO) (2022). Abortion care guideline. Geneva. (Zugriff unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> vom 1.3.2024)

14) Abkürzungsverzeichnis

BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-O04	Ärztlich eingeleiteter Abort
MedVersKH	„Medizinische Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaussektor in Deutschland“
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OPS-5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft (Abruptio)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
XML	Extensible Markup Language

15) Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standorte der Krankenhäuser mit Schwangerschaftsabbrüchen auf Basis der Qualitätsberichte (ICD-10-004 oder OPS-5-75) nach Postleitzahlbezirken im Jahr 2019	13
Abbildung 2: Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland	16
Abbildung 3: Anteil der gynäkologischen Praxen und Krankenhäuser an allen Schwangerschaftsabbrüchen 2019 nach den Bundesländern, in %	17
Abbildung 4: Schwangerschaftsabbrüche 2019 insgesamt und in Ambulanzen von Krankenhäusern je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 50 Jahre in Deutschland (nach der Beratungsregelung)	19

16) Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gemeldete ambulante und stationäre Schwangerschaftsabbrüche in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser im Jahr 2019 nach den Bundesländern	15
--	----