

Medizinische Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen
Institut für Gesundheitswissenschaften
Abteilung für Hebammenwissenschaft

**Hebammen in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im ersten und zweiten
Trimenon: Ein narratives Review mit Fokus auf Schweden und Deutschland**

Bachelorarbeit zur Erlangung
des akademischen Grades
Bachelor of Science (B.Sc.)
im Studiengang
B.Sc. Hebammenwissenschaft

Nordmeyer, Clara Amalia
aus Frankfurt am Main

2026

Dekanin der Medizinischen Fakultät: Professor Dr. med. Sara Y. Brucker

1. Berichterstatterin: Kristie Walter, M.Sc.

2. Berichterstatterin: Tina Werringloer, M.A.

Datum der Abgabe: 15.06.2026

Anmerkung: In dieser Arbeit wird das generische Femininum verwendet. Alle Personenbezeichnungen gelten hierbei gleichermaßen für alle Geschlechter. Der Begriff „Frau“ wird mit Genderstern „*“ gekennzeichnet und bezieht sich im Kontext dieser Arbeit auf Menschen mit Uterus und ist unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität.

Abstract

Hintergrund: Bei der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen bestehen in Deutschland große Versorgungslücken, was unter anderem mit einer rückläufigen Zahl an Leistungserbringenden zu tun hat. Hebammen wären durch mehrere Gründe für eine Einbindung in das System prädestiniert. Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung der Möglichkeit einer hebammengeleiteten Abbruchversorgung, so wie sie in Schweden bereits erfolgreich umgesetzt wird. **Methodik:** Für diese Arbeit wurde ein narratives Review mit systematischer Literaturrecherche nach PCC- und PRISMA-Schema durchgeführt. Diese fand in verschiedenen Datenbanken statt und wurde mittels einer Handsuche ergänzt. **Ergebnisse:** Die Studien zeigen für Deutschland starke regionale, strukturelle, finanzielle und gesellschaftliche Hürden und gleichzeitig eine deutlich bessere Versorgungsstruktur im hauptsächlich von Hebammen geleiteten schwedischen Modell. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass eine stärkere Einbindung von Hebammen in die Abbruchversorgung hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit einer ärztlich geleiteten Abbruchversorgung ebenbürtig ist. Auch zeigt sich eine hohe Patientinnenzufriedenheit mit dem schwedischen Modell. **Diskussion/Fazit:** Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine stärkere Einbindung von Hebammen viele Vorteile mit sich bringen, für eine Übertragung des schwedischen Modells auf Deutschland jedoch sowohl strukturelle, rechtliche und bildungspolitische Anpassungen als auch weitere Forschung notwendig sind.

Background: There are significant gaps in the provision of abortion services in Germany, partly due to a declining number of service providers. Midwives would be ideally suited to be integrated into the system for a number of reasons. The aim of this study is to investigate the feasibility of midwife-led abortion care, as is already successfully practised in Sweden. **Methodology:** For this study, a narrative review with a systematic literature search was conducted following the PCC and PRISMA guidelines. This search was carried out across various databases and supplemented by a manual search. **Results:** The studies reveal significant regional, structural, financial and societal barriers in Germany, whilst highlighting a markedly better care

structure in the Swedish model, which is primarily midwife-led. The findings suggest that greater involvement of midwives in abortion care is equally safe and effective as medically managed abortion care. There is also a high level of patient satisfaction with the Swedish model. **Discussion/Conclusion:** The results suggest that greater involvement of midwives would bring many benefits; however, transferring the Swedish model to Germany would require structural, legal and educational policy adjustments, as well as further research.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	2
1.1.1 Medizinische Grundlagen zum Schwangerschaftsabbruch	2
1.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	4
1.1.3 Die Rolle der Hebamme.....	10
1.2 Hebammenwissenschaftliche Relevanz	11
1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung	12
2 Methodik.....	13
2.1 Studiendesign.....	13
2.2 Suchstrategie und Datenbanken	13
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	14
2.4 Datenextraktion und Analyse	16
3 Ergebnisse	18
3.1 Versorgungslage und Hebammenrolle in Deutschland.....	18
3.1.1 Versorgungsrealität – Ergebnisse der ELSA-Studie.....	18
3.1.2 Rechtliche Unklarheiten für Hebammen und Analyse des Hebammenhilfevertrags	22
3.2 Hebammenrolle in der Abbruchversorgung in Schweden	23
3.2.1 Rechtlicher Rahmen und historische Entwicklung	23
3.2.2 Klinische Evidenz.....	26
3.2.3 Zufriedenheit der Betroffenen	28
3.3 Vergleich Deutschland-Schweden.....	28
3.3.1 Rechtslage.....	28
3.3.2 Hebammenkompetenzen	29
3.3.3 Versorgungsstruktur	30
3.3.4 Informationszugang und gesellschaftliche Akzeptanz	30
3.3.5 Zufriedenheit der Betroffenen	30
3.3.6 Fazit des Vergleichs.....	31
4 Diskussion	32
4.1 Limitationen der Literatur und Methodenkritik.....	32
4.2 Übertragbarkeit von Schweden auf Deutschland	33
4.3 Chancen und Grenzen der hebammengeleiteten Versorgung.....	35
4.4 Limitationen	37
4.5 Empfehlungen für die Praxis	37
4.6 Beantwortung der Forschungsfrage.....	39
5 Fazit.....	40

6	Literaturverzeichnis	41
7	Anhang.....	44
7.1	Tabellen	44
7.2	Studienbewertung.....	47
	Erklärung zur Urheberschaft.....	61
	Einsatz generativer KI.....	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rechtliche Rahmenbedingungen im europäischen Vergleich	44
Tabelle 2: Durchführung und Zugänglichkeit im europäischen Vergleich	44
Tabelle 3: PRISMA-Schema	45
Tabelle 4: Suchstrings und Datenbanken	45
Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche	46
Tabelle 6: Qualitätsbewertung der ELSA-Studie	47
Tabelle 7: Qualitätsbewertung der Studie von Endler et al. (2020)	49
Tabelle 8: Qualitätsbewertung der Studie von Kopp Kallner et al. (2015)	53
Tabelle 9: Qualitätsbewertung der Studie von Jar-Allah et al. (2025)	57

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGGG	Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DHV	Deutscher Hebammenverband
ELSA	Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung
ESF+	Europäischer Sozialfonds Plus
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HebStPrV	Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen
HHV	Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V, Hebammenhilfevertrag
ICM	International Confederation of Midwives
LARC	langzeitwirksame reversible Kontrazeptiva
MWBO	Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer
p.c.	post conceptionem
PICO	Patient/Population, Intervention, Comparison, Outcome
p.m.	post menstruationem
PCC	Population, Concept, Context
PKV	Private Krankenversicherung
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCT	Randomised Controlled Trial
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswoche
StBA	Statistisches Bundesamt
StGB	Strafgesetzbuch
STI	sexuell übertragbare Infektion
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Weltweit werden jährlich etwa 73 Millionen Schwangerschaften abgebrochen (1), was den Abbruch zu einer der häufigsten gynäkologischen Behandlungen macht (2). 2024 wurden in Deutschland 106.455 Schwangerschaftsabbrüche registriert, 97 % davon innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Befruchtung (post conceptionem, p.c.) (2). Als ein Schwangerschaftsabbruch wird die medizinisch induzierte vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft definiert (3), dabei gilt ein Abbruch vor der 13+6 SSW post menstruationem (p.m.) als früher Schwangerschaftsabbruch (4); eine detaillierte Beschreibung der Durchführung erfolgt in Kapitel 1.1.1. Als ungewollte Schwangerschaft werden in dieser Arbeit Schwangerschaften verstanden, die von den Betroffenen nicht gewollt waren und zu einem Abbruch führen sollen oder geführt haben.

Schwangerschaftsabbrüche sind in Deutschland gemäß §218 Strafgesetzbuch (StGB) verboten. Unter bestimmten, in §218a StGB genannten Umständen, ist ein Abbruch entweder rechtmäßig, aber straffrei (Beratungsregel) oder rechtmäßig (medizinische oder kriminologische Indikation). Diese Umstände werden in Kapitel 1.1.2 ausführlicher beleuchtet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kritisiert diese Regelung und fordert eine Entkriminalisierung, da sie Schwangerschaftsabbrüche zu den *wesentlichen Gesundheitsleistungen* („essential health care service[s]“) zählt (1).

Obwohl die Bundesländer gemäß §13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) einen Sicherstellungsauftrag für eine ausreichende gynäkologische Versorgung haben, wird dieser Auftrag nicht ausreichend umgesetzt. Dies lässt sich auch in der Zahl der Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, sehen, die sich in den letzten 25 Jahren fast halbiert hat. Besonders in ländlichen Regionen sowie in den Bundesländern Baden-Württemberg und Bayern bringt dies gravierende Versorgungslücken mit sich (5, 6).

In Deutschland liegt die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen fast ausschließlich in ärztlicher Hand, während Hebammen in diesen Bereich kaum eingebunden sind, obwohl sie aufgrund ihrer beruflichen Kenntnisse für die Begleitung und Durchführung prädestiniert wären (7). In anderen europäischen Ländern lässt sich hingegen die erfolgreiche Umsetzung dieser Aufgabenteilung bereits sehen: in Frankreich dürfen Hebammen seit 2016 medikamentöse und seit 2024 auch operative Abbrüche durchführen (8), in Großbritannien sind Hebammen in

die Beratung und Begleitung von medikamentösen Abbrüchen eingebunden (9), und in Schweden dürfen Hebammen bis zur 10. Schwangerschaftswoche (SSW) p.m. medikamentöse Abbrüche durchführen (10). Die Einbindung von Hebammen wird mit einer effizienteren und stärker frauen*zentrierten Versorgung in Verbindung gebracht. Die aktuelle Rechtslage in Deutschland schließt Hebammen jedoch weitgehend aus diesem Versorgungsbereich aus, und damit auch ihr Potenzial, die bestehende Lücke zu verkleinern.

1.1 Hintergrund

In diesem Kapitel werden die medizinischen Grundlagen und Methoden sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen in ausgewählten europäischen Ländern sowie die Rolle der Hebamme in der Abbruchversorgung dargestellt.

1.1.1 Medizinische Grundlagen zum Schwangerschaftsabbruch

Methoden im ersten und zweiten Trimenon

Im ersten Trimenon der Schwangerschaft stehen in Deutschland zwei Methoden zur Verfügung: der operative und der medikamentöse Abbruch. Die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (DGGG) empfiehlt, die Wahlfreiheit der schwangeren Person zu unterstützen und den Zugang zur gewünschten Methode wohnortnah zu ermöglichen (11). Dabei begrenzt das Gestationsalter (Fortschritt der Schwangerschaft) allerdings die Optionen, da in Deutschland beide Methoden jeweils nur in bestimmten Zeiträumen der Schwangerschaft durchgeführt werden dürfen. Grundlage dafür ist die S2k-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „*Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon*“ (2022) von der DGGG (11).

Beiden Methoden geht eine standardisierte Voruntersuchung voraus, die aus einer genauen Erhebung der Anamnese, des β -hCG-Wertes im Urin, des Gestationsalters mittels Ultraschalluntersuchung, der Rhesusblutgruppe und des Hämoglobinwertes besteht. Außerdem soll ein Screening auf sexuell übertragbare Infektionen (STIs) und ein Aufklärungsgespräch durchgeführt werden. (11)

Um einen medikamentösen Abbruch durchzuführen, darf das Gestationsalter, gezählt nach dem ersten Tag der letzten Menstruation, 9 Wochen nicht überschreiten (8+6 SSW p.m.) (11). Dabei weicht diese Regelung von den Empfehlungen der WHO ab, die medikamentöse Abbrüche bis zur 11+6 SSW p.m. für sicherer und komplikationsärmer als operative Abbrüche hält

(12). Für die Durchführung werden in einem Abstand von 36-48 h 200 mg Mifepriston oral sowie 400-800 mg Misoprostol vaginal, bukkal oder sublingual eingenommen (13). Mifepriston (Mifegyne®) blockiert als Progesteronrezeptor-Antagonist die Progesteronrezeptoren in der Dezidua und leitet so die Ablösung des Schwangerschaftsgewebes ein (14). Misoprostol (Cytotec®) als Prostaglandin-E1-Analogon löst anschließend Kontraktionen und somit die Fehlgeburt aus (14). In Deutschland wurden laut *dem Statistischen Bundesamt* (StBA) im Jahr 2025 45 % der Abbrüche medikamentös durchgeführt (15).

Die operative Methode (Vakuumaspiration) darf laut Leitlinie der DGGG bis zur 13+6 SSW p.m. angewandt werden. Vor dem eigentlichen Eingriff empfiehlt die Leitlinie ein Priming der Zervix, also eine gezielte Vorbereitung des Gewebes auf den Eingriff, mithilfe von Mifepriston, Misoprostol oder intrazervikalen osmotischen Dilatatoren. Die Absaugung des Schwangerschaftsgewebes selbst dauert rund zehn Minuten und wird meist in Vollnarkose durchgeführt. (11)

Eine Nachtastung mittels einer Metallkürettage, wie es früher üblich war, wird heute von der DGGG und der WHO nicht mehr empfohlen, da diese Methode deutlich schmerzhafter als die Vakuumaspiration ist und negative Folgen, wie Blutungen, Verletzung des Endometriums oder Verwachsungen haben kann (11, 12, S. 65). Trotzdem werden in Deutschland noch immer 12,1 % der Abbrüche mit dieser Methode durchgeführt (5, S. 632f.). Sowohl bei der medikamentösen als auch bei der operativen Methode empfiehlt die DGGG eine begleitende analgetische Therapie (11).

Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Trimenon werden aufgrund ihrer deutlich höheren Komplikationsrate im stationären Setting durchgeführt und meist medikamentös eingeleitet (4).

Nachsorge und psychosoziale Dimension

Nach einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch soll die Beendigung der Schwangerschaft sieben bis zehn Tage nach Auslösen der Blutung durch eine Nachuntersuchung mittels transvaginalen oder abdominalen Ultraschalles oder einem speziellen Urin-hCG-Test sichergestellt werden. Dies ist nach einem operativen Abbruch mit unauffälligem Verlauf nicht notwendig. (11)

Die psychische Situation der Betroffenen sollte beim Gesundheitspersonal dabei ebenso im Fokus stehen wie die medizinische Versorgung. Bei Bedarf sollte der Betroffenen empfohlen

werden, weitere Unterstützung in Anspruch zunehmen oder die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle erneut aufzusuchen (11). Da nach einem Schwangerschaftsabbruch die erste Ovulation in der Regel innerhalb von vier Wochen stattfindet, sollte eine informierte Entscheidungsfindung zur individuell passenden Verhütungsmethode ebenfalls Teil der Nachsorge sein (11).

1.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

In folgendem Abschnitt werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Rolle der Hebamme in Deutschland, Schweden und anderen europäischen Ländern dargestellt. Aufgrund der international unterschiedlichen Zählweisen des Schwangerschaftsfortschritts, werden in der folgenden Darstellung für Deutschland die im StGB angegebene Zählung in SSW p.c. angegeben, für alle anderen Länder jedoch die international gebräuchliche Angabe in SSW p.m. SSW p.m. entspricht dabei SSW p.c. zuzüglich zwei Wochen.

Deutschland

Wie bereits beschrieben, ist der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nur unter den in §218a StGB dargestellten Bedingungen rechtswidrig, aber straffrei oder rechtmäßig. Die am häufigsten eingesetzte Voraussetzung, die den Abbruch straffrei macht, ist die Inanspruchnahme der Schwangerschaftskonfliktberatung mit einer anschließenden verpflichtenden dreitägigen Bedenkzeit. Genauer zu der Beratung findet sich in §219 StGB und im SchKG. Die Kosten für den Abbruch müssen von der Betroffenen selbst getragen werden. Neben einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregel gibt es auch solche nach einer medizinischen (Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren) oder kriminologischen Indikation (Schwangerschaft aus Straftat §§176-178 StGB). Hierbei ist der Abbruch rechtmäßig und wird von der Krankenkasse bezahlt. Abbrüche nach der Beratungsregel und nach kriminologischer Indikation dürfen bis maximal 11+6 SSW p.c. durchgeführt werden, medizinisch induzierte Abbrüche haben hingegen keine Frist. Sie dürfen nur von approbierten Ärztinnen mit ausdrücklicher Zustimmung der Schwangeren vorgenommen werden, nachdem die Schwangerschaft von einer weiteren ärztlichen Person festgestellt worden ist. Geschieht ein Abbruch unrechtmäßig, drohen sowohl der betroffenen als auch der durchführenden Person strafrechtliche Konsequenzen in Form von Geld- und Freiheitsstrafen. (16)

Nach §12 Abs. 1 und 2 SchKG ist außerdem eine Weigerung der Durchführung aus Gewissensgründen durch das Gesundheitspersonal möglich. 2022 wurde der §219a StGB, der das „Werbeverbot“ für Abbrüche regelte, aufgehoben (17). Dieser Paragraph sorgte dafür, dass Praxen und Kliniken öffentlich (z.B. auf Internetseiten oder Flyern) nicht darüber informieren durften, dass sie Abbrüche durchführen. Dadurch hatten Betroffene kaum eine Möglichkeit, schnell an Informationen über mögliche Abbrucheinrichtungen zu kommen (17). Bis heute sind die Auswirkungen des ehemaligen Werbeverbot sichtbar: verfügbare Listen mit Einrichtungen und Praxen, die an der Abbruchversorgung beteiligt sind, sind unvollständig. Auch werden diese von staatlicher Seite nicht auf ihre Vollständigkeit und Aktualität überprüft (18, S. 40). So sind auch Einrichtungen gelistet, die schon längst keine Abbrüche mehr durchführen. Laut einer Veröffentlichung des StBA im November 2024 sprachen sich 74 % der deutschen Bevölkerung konfessionsübergreifend für eine Entkriminalisierung aus (19).

In Deutschland besteht ein soziales Krankenversicherungssystem, das föderalen Strukturen folgt und auf den Prinzipien der Solidarfinanzierung und der Selbstverwaltung basiert. Jede Person ist versicherungspflichtig und muss entweder in einer gesetzlichen (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sein. Die Wahl der Krankenkasse ist dabei freigestellt, wobei die PKV in der Regel nur für Beamte, Selbstständige oder Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zugänglich ist. Anders als in vielen anderen Ländern können Fachärztinnen in Deutschland sowohl ambulant als auch stationär tätig sein, zudem haben Patientinnen eine freie Ärztinnenwahl. (20)

In Deutschland besteht keine strikte Trennung von Staat und Kirche. Dies führt dazu, dass beide Akteure in vielen Bereichen zusammenarbeiten. Kirchen organisieren sich hierbei als Körperschaften des öffentlichen Rechts und verfügen dadurch über Sonderrechte, darunter das Recht Steuern zu erheben und ein weitreichendes Selbstbestimmungsrecht (21). Die feste Verankerung des sogenannten *Subsidiaritätsprinzip*, also dass der Staat soziale Aufgaben vorrangig an freie Träger delegiert, führt dazu, dass Kirchen über ihre Wohlfahrtsverbände, wie Caritas und Diakonie, große Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen sind (22). Aufgrund des dadurch geltenden Selbstbestimmungsrechts haben Krankenhäuser unter kirchlicher Trägerschaft ein eigenes Arbeitsrecht und können somit „[...] *alle Maßnahmen, die der Sicherstellung der religiösen Dimension des Wirkens im Sinne kirchlichen Selbstverständnisses und der Wahrung der unmittelbaren Beziehungen der Tätigkeit zum kirchlichen Grundauftrag dienen*“

umsetzen (23). Durch diese institutionelle Präsenz und moralische Positionierung haben religiöse Akteure einen erheblichen Einfluss auf die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen. So kommt es dazu, dass Krankenhäuser unter dieser Trägerschaft die Durchführung von Abbrüchen in ihren Einrichtungen aus religiösen Gründen verweigern dürfen (23). Auch die staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung wird teilweise von Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft, beispielsweise der Diakonie, angeboten. Dabei sind diese aber verpflichtet, die Vorgaben des SchKG einzuhalten und ergebnisoffen zu beraten (23).

Schweden

Schweden hat im europäischen Vergleich eine der liberalsten Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. Seit dem Inkrafttreten des liberalisierten Abbruchrechts im Jahre 1974 (*Abortlag 1974:595*) ist der Schwangerschaftsabbruch nicht mehr im Straf-, sondern im Gesundheits- und Sozialrecht verankert (18, Tab. 14). Schwangerschaftsabbrüche sind in Schweden bis zur 18+0 SSW p.m. legal, die Schwangere muss hierbei keine Gründe angeben (18, S. 14). Nach dem Ablauf der Frist sind Abbrüche weiterhin möglich, benötigen aber einer Genehmigung durch das *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* (18, Tab. 14). Für einen Abbruch nach medizinischer Indikation gilt in Schweden die Grenze der Lebensfähigkeit des Fetus. Eine genaue Wochengrenze ist aufgrund der fortschreitenden medizinischen Versorgung von Frühgeborenen bewusst nicht in den Gesetzestext mit aufgenommen. Aktuell wendet das nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt daher eine Frist von 21+6 SSW p.m. an. Bei Lebensgefahr für die Schwangere darf ein Abbruch zu jeder Zeit stattfinden (18, S. 24). Unter medizinische Indikationen können auch soziale Gründe fallen, wie beispielsweise junges Alter, schwierige Lebensbedingungen oder eine Suchterkrankung der schwangeren Person. Des Weiteren gibt es in Schweden keine Beratungspflicht, Schwangere können jedoch freiwillig ein Beratungsangebot in Anspruch nehmen. Auch gibt es keine verpflichtende Bedenkzeit. Schweden ist eines der wenigen Länder in Europa, das dem Gesundheitspersonal keine Gewissensklausel einräumt. Somit dürfen medizinische Fachkräfte ihre Mitarbeit an einem Abbruch nicht aus religiösen oder moralischen Gründen verweigern. In Schweden sind Hebammen weitreichend in die Versorgung von medikamentösen Abbrüchen einbezogen, welche im Jahr 2022 etwa 96 % aller Abbrüche ausmachten. Ungewollt Schwangere müssen dabei nicht für die Kosten aufkommen, da diese als Teil der nationalen Grundversicherung (*Försäkringskassan*) fast vollständig vom staatlichen Gesundheitssystem übernommen werden. Es muss

lediglich eine geringe Praxisgebühr (wie bei jedem Arztbesuch) von schwangeren Personen ab 18 Jahren bezahlt werden. (18, Tab. 14)

Das schwedische Gesundheitssystem gilt als ein vergleichsweise effizientes und egalitäres System. Es ist stark dezentral organisiert, wobei das Ministerium für Soziales und Gesundheit den gesetzlichen Rahmen vorgibt, die 21 Regionen (*län*) jedoch die Ausgestaltung der Finanzierung, Organisation und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung übernehmen. Finanziert ist das Gesundheitssystem hauptsächlich durch lokale Steuern, außerdem durch staatliche Zuschüsse und durch eine geringe Praxisgebühr für Patientinnen. Die Versorgung gilt für fast alle in Schweden lebenden und arbeitenden Menschen (24). Schwangerschaftsabbrüche gelten hier als Teil der Regelversorgung und werden neben der allgemeinen Praxisgebühr vom staatlichen Gesundheitssystem finanziert.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen und die liberalen Abbruchgesetze in Schweden hatte außerdem die Trennung von Kirche und Staat. Historisch gesehen verlief der Prozess von einer fast totalen Einheit zwischen lutherischer Kirche und Staat im Jahr 1850 innerhalb von etwa 150 Jahren zu einem religiös neutralen Staat (25). Formal trat diese Trennung am 1. Januar 2000 in Kraft. Seitdem ist die Schwedische Kirche rechtlich vom Staat unabhängig und finanziert sich als eine Non-Profit-Organisation über Mitgliedsbeiträge, Kirchengebühren und geringe staatliche Zuschüsse (26). Im Zuge dieser Reform wurde auch die automatische Kirchenmitgliedschaft bei der Geburt abgeschafft, seitdem entsteht eine Mitgliedschaft in der Regel durch die Taufe oder durch einen späteren Beitritt zur Kirche (25). Auch das Gesundheitssystem ist seitdem weitestgehend unabhängig, dennoch bietet die Schwedische Kirche weiterhin Seelsorge und Wohlfahrtsdienstleistungen an, was ihn zum größten und finanzkräftigsten Akteur im Bereich der Zivilgesellschaft macht (26). Auch fördert der Staat im Sinne religiöser Vielfalt die Bereitstellung sogenannter „*spiritueller Pflege*“ (*andlig vård*) in öffentlichen Krankenhäusern (27). Es lässt sich erkennen, dass die medizinische Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zwar staatlich durch das Abbruchgesetz geregelt wird, religiöse Dienste dennoch Beratungsgespräche dahingehend beeinflussen können (27), was eine Hürde für Betroffene darstellen kann.

Andere europäische Länder

Frankreich gilt als ein Staat mit einer sehr liberalen Gesetzgebung im Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche. 2022 nahm Frankreich als erstes Land das Recht auf

Schwangerschaftsabbruch in die Verfassung auf (28). Hier dürfen Abbrüche auf Verlangen bis zur 16. SSW p.m. durchgeführt werden, außerdem gibt es keine Beratungspflicht oder Bedenkzeit und die Kosten müssen von der ungewollt Schwangeren nicht selbst getragen werden (18, Tab. 8). Seit 2016 dürfen Hebammen medikamentöse und seit 2024 auch operative Abbrüche durchführen (8).

Die **Niederlande** verfügen im Vergleich zu anderen europäischen Staaten über die großzügigste Fristenregelung. Die Frist für Abbrüche auf Verlangen liegt aktuell bei der 24. SSW p.m., also an der Grenze der Lebensfähigkeit des Fetus. Auch hier gibt es keine Pflichtberatung und die Bedenkzeit wird zwischen der betroffenen und der ärztlichen Person individuell vereinbart. Sie kann dabei auch komplett entfallen. Die Kosten müssen nicht von der Betroffenen getragen werden, sondern werden von der Krankenkasse übernommen. Hebammen dürfen hier keine Abbrüche durchführen, diese aber unterstützend begleiten. (18, Tab. 11)

Spanien hat sein Abbruchrecht durch eine Reform im Februar 2023 massiv liberalisiert. Hier sind Abbrüche auf Verlangen nun bis zur 14. SSW p.m. möglich, dabei gibt es weder eine Beratungspflicht noch eine verpflichtende Bedenkzeit, auch ist der Abbruch kostenlos. Hebammen sind in Spanien nicht an der Durchführung von Abbrüchen beteiligt, allerdings übernehmen sie eine wichtige administrative und koordinative Rolle. (18, Tab. 17)

In **Großbritannien** sind die Regelungen für Abbrüche regional unterschiedlich. In England, Schottland und Wales dürfen Abbrüche auf Verlangen in der Regel bis zur 24. SSW p.m. durchgeführt werden, in Nordirland bis zur 12. SSW p.m. (29) Hebammen sind gesetzlich von der Durchführung ausgeschlossen, übernehmen aber Beratungs- und Begleitaufgaben (29). Im Juni 2025 beschloss das britische Unterhaus, Frauen* in England und Wales, die einen Abbruch außerhalb der gesetzlichen Vorgaben vorgenommen hatten, von der strafrechtlichen Verfolgung bei Schwangerschaftsabbrüchen auszunehmen. Medizinisches Fachpersonal kann dabei jedoch weiterhin strafrechtlich verfolgt werden (30).

Eine Tabelle mit einem ausführlichen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen in den genannten Ländern befindet sich im Anhang (Vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2).

Schwangerschaftsabbruch als Menschenrecht

Obwohl Schwangerschaftsabbrüche im Völkerrecht nicht namentlich auftreten, sind sie eng mit grundlegenden Menschenrechten verknüpft. Darunter fällt das Recht auf Gesundheit,

Sicherheit und Privatsphäre, Informationen und Bildung, Nichtdiskriminierung und die freie Entscheidung, ob und mit welchen Mitteln eine Person Kinder bekommen möchte. Staaten sind völkerrechtlich verpflichtet, diese Rechte zu schützen und zu gewährleisten. (31, S. 4ff.)

Die UN-Vertragsorgane sollen hierbei ein kontrollierender Mechanismus sein, die die Berichte der Vertragsstaaten prüfen und ggf. Empfehlungen oder Bedenken zur Umsetzung veröffentlichen (18, S. 4). Sie stufen restriktive Gesetze als Form geschlechtsbezogener Diskriminierung und, in schweren Fällen, als unmenschliche Behandlung oder Folter ein (18, S. 7).

Auf EU-Ebene liegt die Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Gesetzgebungskompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten, dabei sind sexuelle und reproduktive Rechte nicht explizit in den EU-Verträgen geregelt. Dennoch setzt sich das Europäische Parlament dafür ein, ein europaweites Recht auf sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch in der EU-Grundrechtecharta zu verankern (18, S. 12f.). Diese Umsetzung würde allerdings die Zustimmung der 27 Mitgliedstaaten erfordern und hätte keine direkte Auswirkung auf die nationalen Regelungen, wäre aber dennoch ein wichtiges politisches Symbol. Im September 2025 wurde die Bürgerinitiative „*My Voice, My Choice: Für einen Zugang zu sicheren Abtreibungen*“ (32) mit 1,12 Millionen Unterschriften bei der Europäischen Kommission eingereicht. Diese hatte zum Ziel, die Mitgliedsstaaten finanziell dabei zu unterstützen, einen sicheren und legalen Zugang zu Abbrüchen für jede ungewollt schwangere Person in Europa zu gewährleisten. Im Februar 2026 bestätigte die Europäische Kommission erstmals, dass EU-Mitgliedsstaaten für diese Zwecke Zugriffe auf den *Europäischen Sozialfonds Plus* (ESF+) erhalten, im März 2026 wurde die Initiative in die EU-Gleichstellungsstrategie 2026-2030 der Europäischen Kommission aufgenommen (33). Dennoch ist der Beschluss zur Nutzung der ESF+-Mittel für die Mitgliedsstaaten völlig freiwillig und ändert somit nichts direkt an restriktiven Regelungen der einzelnen Länder.

Die WHO empfiehlt dringend, den Kreis der Anbietenden von Abbruchversorgung zu erweitern und neben ärztlichem Personal auch weiteres geschultes medizinisches Personal in die Begleitung von Abbrüchen mit einzubeziehen (12). Wie in anderen Ländern bereits etabliert, könnten auch in Deutschland Hebammen dabei eine Schlüsselrolle spielen, um den oft als diskriminierend erlebten Weg eines Abbruchs zu durchbrechen und die Versorgungslücke zu schließen.

1.1.3 Die Rolle der Hebamme

Tätigkeitsfeld (Scope of Practice) und Kompetenzen von Hebammen

Der internationale Hebammenverband *International Confederation of Midwives* (ICM) betont, dass Hebammen bei sicheren Abbrüchen, die nach anerkannten medizinischen Standards durchgeführt werden, eine wichtige Rolle spielen könnten (34). Was das Hebammenmodell, also Rundumbetreuung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Hebammen, dabei auszeichnet ist, im Unterschied zu einer rein medizinisch-technischen Versorgung, sein ganzheitlicher, frauen*zentrierter Ansatz.

Gemeinsam mit der *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) erarbeitete der ICM sieben Leitprinzipien für eine qualitativ hochwertige Abbruchversorgung. Diese beinhalten rechtebasierte und personenzentrierte Pflege, evidenzbasierte Praxis, Integration von Gesundheitssystemen in die Abbruchversorgung, Optimierung des Personalbestands, Gerechtigkeit und Zugang zu Abbrüchen sowie Qualität und Rechenschaftspflicht. Außerdem sieht der ICM folgende Aufgaben für Hebammen vor: Beratung und Betreuung vor dem Abbruch, Informationsbereitstellung, Überweisung bei Bedarf an Ärztinnen, Durchführung medikamentöser und instrumenteller Abbrüche, Nachsorge und Verhütungsberatung. (34)

In der *Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen* (HebStPrV, 2020) werden Schwangerschaftsabbrüche ausdrücklich als Teil der zu erlernenden Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Hebamme aufgeführt. Allerdings gilt dies gemäß Anlage 1 (§1 HebStPrV) Kompetenzbereich 1.2 nur für Abbrüche ab dem zweiten Trimenon. Demnach ist es nicht vorgesehen, dass Absolventinnen der Hebammenwissenschaft die Betreuung im ersten Trimenon erlernen.

Task Sharing und Task Shifting

Die WHO spricht sich in ihrer *Abortion Care Guideline* stark für die Konzepte Task Sharing und Task Shifting aus(12). Diese bedeuten den Einbezug von verschiedenstem medizinischem Personal in die Abbruchversorgung. Das Ziel dabei ist die Optimierung des verfügbaren Gesundheitspersonals, um weltweit den Zugang zu sicheren Abbrüchen zu verbessern und das Gesundheitssystem zu entlasten (12). Task Shifting bedeutet hierbei im engeren Sinne, dass spezifische klinische Aufgaben von spezialisierten Fachkräften, wie Gynäkologinnen auf andere Gesundheitsberufe, beispielsweise Hebammen oder Pflegefachkräfte, verlagert werden (12). Task Sharing hingegen bezieht sich auf eine Aufgabenverteilung, meist innerhalb eines Teams,

und kann dabei die Zusammenarbeit verbessern (12). Hochwertige Metastudien zeigen inzwischen die wissenschaftliche Evidenz für das Task Shifting (35, 36). Die WHO begründet diese Empfehlung damit, dass medikamentöse Abbrüche einfache und sichere ambulante Eingriffe sind, die keine hochspezialisierten Fachkräfte erfordern (12). Hebammen werden von der WHO explizit als qualifizierte Fachkräfte für Beratung und Information, Schmerzmanagement, medikamentöse Abbrüche bis 11+6 SSW p.m., Vakuumaspiration bis 13+6 SSW p.m., Nachsorge sowie das Management von Komplikationen empfohlen (12). Um dieses Konzept umzusetzen, bräuhete es laut WHO eine kompetenzbasierte Ausbildung, angepasste Gesetze und Richtlinien, kontinuierliche Supervision, Qualitätssicherung sowie Zugang zu notwendiger Ausrüstung und Medikamenten (12).

1.2 Hebammenwissenschaftliche Relevanz

Für die Hebammenwissenschaft ist dieses Thema aus mehreren Gründen relevant. Als Expertinnen für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und reproduktive Gesundheit begleiten Hebammen Frauen* kontinuierlich in sensiblen und vulnerablen Lebensphasen. Hierzu gehört auch die Beratung zur Familienplanung sowie die Betreuung und Nachsorge von Frühaborten. Ob der Frühabort dabei spontan oder induziert ist, macht für das Betreuungsangebot der Hebamme kaum einen Unterschied. In beiden Fällen leisten Hebammen sowohl in der emotionalen als auch in der physischen Bewältigung des Prozesses, der Überwachung des Ausstoßungsprozesses und des Blutungsmanagements sowie der Nachsorge Unterstützung. Damit verfügen Hebammen bereits über die wesentlichen und qualitätsgesicherten Kompetenzen, die für die Betreuung eines Schwangerschaftsabbruchs notwendig sind. Angesichts der Versorgungslücke und des Mangels an ärztlichem Personal in der Abbruchversorgung kann die Einbindung von Hebammen wesentlich zur Schließung dieser Lücke beitragen. Für ein qualitativ hochwertiges Task Sharing und Task Shifting ist Forschung essenziell und der Aufbau einer breiten Wissensbasis die Grundlage – an dieser Stelle soll die Hebammenwissenschaft ansetzen. Da die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland bislang nur wenig erforscht ist und die ELSA-Studie die Rolle von Hebammen nicht berücksichtigt, fällt dieses Thema genau in diesen Forschungsbereich. Dabei stellt die Weiterentwicklung des Berufsbildes einen Kern des Prozesses dar und hat eine echte hebammenwissenschaftliche Relevanz. Die systematische Literaturrecherche ergab, dass für Deutschland keine Studien zur spezifischen Rolle von Hebammen in der Abbruchversorgung existieren. Dies zeigt, dass besonders in diesem Bereich

ein umfassender Forschungsbedarf besteht. Dabei stellt sich die Frage, ob eine hebammengeleitete Abbruchversorgung hinsichtlich Sicherheit und Versorgungsqualität der ärztlich geleiteten Versorgung ebenbürtig ist und wie Betroffene eine solche Versorgung bewerten.

1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung

Die ELSA-Studie, die im Ergebnisteil präsentiert wird, zeigt erhebliche Versorgungslücken bei zeit- und wohnortnahen Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland auf und verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf, diese zu schließen (5). Insbesondere der Mangel an Abbrucheinrichtungen stellt ein großes Problem dar (5, S. 612ff.). Die zentralen Einflussfaktoren für diese Versorgungslücke aufzuzeigen und die Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus anderen europäischen Ländern, insbesondere Schweden, zu analysieren, ist das zentrale Ziel dieser Arbeit. Da Schweden eines der liberalsten und progressivsten Gesundheitssysteme den Schwangerschaftsabbruch betreffend hat, soll in dieser Arbeit auf dem schwedischen Modell ein besonderer Fokus liegen. Es kommt den Empfehlungen der WHO im Hinblick auf „*Abortion Care*“ (12) am nächsten und hat damit das Potential, den politischen Entscheidungsträgern in Deutschland als Vorbild zu dienen. Dass andere Länder dies schon längst umsetzen, hat auch in Deutschland auf verschiedenen Ebenen eine Diskussion darüber angestoßen, ob Hebammen nicht mehr Verantwortung in diesem Bereich übernehmen sollten. Daraus ergibt sich die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit:

Welche Rolle nehmen Hebammen in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im ersten und zweiten Trimenon in Schweden und anderen europäischen Ländern ein, welche Qualität der Versorgung und welche Outcomes ergeben sich daraus, und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für eine Weiterentwicklung der Hebammenrolle im deutschen System ableiten?

Der Fokus liegt dabei auf der Rolle von Hebammen im schwedischen System. Ziel ist es, aus den Erkenntnissen konkrete Rückschlüsse für die Hebammenrolle in der Abbruchversorgung in Deutschland zu ziehen. Damit soll diese Arbeit einen Beitrag zur Diskussion über diese Weiterentwicklung leisten.

2 Methodik

2.1 Studiendesign

Für diese Arbeit wurde als Studiendesign ein narratives Review mit systematischer Literaturrecherche gewählt. Diese Methode wurde verwendet, weil sich die verfügbare Literatur als zu heterogen erwies, um sie systematisch zusammenzuführen. Dieser Umstand zeigte sich im Verlauf der Literaturrecherche. Im Gegensatz zu einem systematischen Review soll ein narratives Review nicht die komplette verfügbare Evidenz erfassen, sondern relevante Literatur thematisch, strukturiert und interpretativ zusammenzuführen (37). Hierbei hat ein narratives Review den Vorteil, dass es thematisch breiter aufgestellt werden kann, jedoch den Nachteil, dass die Reproduzierbarkeit eingeschränkt ist. Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Um die methodische Qualität zu sichern wurden für den Aufbau und Inhalt dieser Arbeit die Empfehlungen der SANRA-Checklist (38) berücksichtigt.

Als Grundlage dieses Reviews wurde eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Aus den identifizierten Treffern wurden anschließend relevante Studien ausgewählt. Diese Auswahl wurde anhand verschiedener inhaltlicher Kriterien getroffen. Die Ein- und Ausschlusskriterien befinden sich in Kapitel 2.3. Während der Literaturrecherche fanden sich vor allem klinischen Primärstudien, qualitative Länderanalysen und Positionspapiere, für den deutschen Kontext ließen sich nur wenige Studien finden. Um die vorhandene Evidenz und Erkenntnisse zusammenzuführen, Unterschiede zwischen Versorgungssystemen zu analysieren sowie Forschungslücken sichtbar zu machen, eignet sich daher ein narratives Review.

2.2 Suchstrategie und Datenbanken

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine systematische Literaturrecherche auf Grundlage des PCC-Schemas und des PRISMA-Schemas durchgeführt. Das PCC-Schema ist ein Akronym für Population, Concept und Context und diente in der Arbeit dazu, die Fragestellung zu konkretisieren (39). Dieses Schema wurde anstelle des PICO-Schemas (Patient/Population, Intervention, Comparison, Outcome) gewählt, da die vorliegende Forschungsfrage nicht auf den Vergleich zweier Interventionen abzielt, sondern einer explorativen und kontextbezogenen Fragestellung folgt. Als Population wurden Hebammen definiert, als Konzept die Begleitung, Kompetenzen und Rahmenbedingungen von Schwangerschaftsabbrüchen, und als

Kontext europäische Länder. Das PRISMA-Schema strukturierte den Auswahlprozess in den Schritten Identifikation, Screening, Eignung und Einschluss und ist als Tabelle im Anhang dargestellt (Vgl. Tabelle 3). Hierfür wurden die Datenbanken *CINAHL*, *PubMed*, *CareLit* und *Google Scholar* verwendet. *PubMed* und *CINAHL* sind zentrale Quellen für pflege- und gesundheitswissenschaftliche sowie medizinische Literatur, welche für die gewählte Forschungsfrage von zentraler Bedeutung sind (40, 41). Ergänzend wurde *CareLit* als deutschsprachige Datenbank herangezogen, um wesentliche nationale Publikationen im pflege- und sozialwissenschaftlichen Bereich herauszufiltern (42). Außerdem wurde *Google Scholar* für eine ergänzende Suche genutzt, um potenzielle weitere relevante Studien und graue Literatur zu erfassen. Die Recherche erfolgte am 20.03.2026.

Gesucht wurde mit einer Kombination zentraler Schlüsselbegriffe, die sich aus der Forschungsfrage ableiten. Dabei wurden Begriffe für die Berufsgruppe der Hebammen („Hebamme“ bzw. „midwi*“), das Thema („abortion“, „termination of pregnancy“, „Schwangerschaftsabbruch“) und dem Aspekt der Versorgung („care“, „support“, „counseling“, „accompan*“) verwendet und miteinander kombiniert. Die Suchstrings wurde dabei datenbankspezifisch angepasst, um der unterschiedlichen Art der Indexierung der jeweiligen Datenbank gerecht zu werden. So wurden in *PubMed* und *CINAHL* englischsprachige Suchbegriffe verwendet, während für die Suche in *CareLit* deutschsprachige Begriffe verwendet wurden. In *Google Scholar* wurde eine vereinfachte Suchstrategie in deutscher Sprache verwendet. Um die Suchbegriffe miteinander zu verknüpfen, wurden die Booleschen Operatoren *AND* und *OR* verwendet. Die Vollständigen Suchstrings für die jeweilige Datenbank sind im Anhang dargestellt (Vgl. Tabelle 4).

In der Datenbank *PubMed* ergab die Suche 904 Treffer, bei *CINAHL* 507 Treffer, bei *CareLit* 17 Treffer und bei *Google Scholar* wurden die ersten 30 Treffer gesichert. Zusätzlich wurde die ELSA-Studie als eine weitere relevante Publikation nach einer Handsuche eingeschlossen. Insgesamt konnten so 1.459 potenziell relevante Publikationen herausgefiltert werden, von denen nach der Entfernung von 174 Duplikaten 1.285 Studien für das weitere Screening verblieben.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Ziel der Literaturrecherche war es, relevante Literatur systematisch einzugrenzen und auf die Fragestellung dieser Arbeit zu fokussieren. Daher wurden Ein- und Ausschlusskriterien

definiert und beim Screening berücksichtigt. Eine Übersichtstabelle der Ein- und Ausschlusskriterien befindet sich im Anhang (Vgl. Tabelle 5).

Den Publikationszeitpunkt betreffend, wurden in der Auswahl ausschließlich Studien berücksichtigt, die ab 2010 veröffentlicht wurden. Begründet ist dieser Zeitpunkt dadurch, dass im Jahr 2010 der ICM seine „*Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*“, in denen die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen als Kernkompetenz von Hebammen definiert wird, deutlich erweiterte und präzisierte (43). Studien, die vor diesem Zeitpunkt durchgeführt wurden, sind daher für die vorliegende Fragestellung weniger relevant und wurden daher ausgeschlossen.

Sprachlich wurden Studien eingeschlossen, die auf Deutsch, Englisch oder Französisch verfasst sind. Diese Auswahl basiert auf den sprachlichen Kenntnissen der Autorin dieser Arbeit. Da Schweden jedoch der geografische Schwerpunkt dieser Arbeit ist, sei angemerkt, dass schwedischsprachige Studien nicht eingeschlossen wurden. Da die relevanten schwedischen Studien aber auch auf Englisch vorliegen, entstand dadurch kein wesentlicher Informationsverlust.

Hinsichtlich des geografischen Kontextes wurden Studien eingeschlossen, deren Ergebnisse sich auf Europa beziehen oder auf den europäischen Raum übertragbar sind. Ausgeschlossen wurden daher Studien aus Ländern mit Gesundheitssystemen, die stark vom deutschen System abweichen oder über grundlegend andere Versorgungsstrukturen verfügen und somit keine Übertragbarkeit auf den europäischen Kontext haben. Obwohl bei der Literaturrecherche Studien aus verschiedenen europäischen Ländern generell eingeschlossen wurden, konzentrierten sich die Ergebnisse dieser Arbeit im Ergebnisteil auf Schweden. Diese Entscheidung wurde im Verlauf des Arbeitsprozesses getroffen, da sich für Schweden die qualitativ hochwertigste und umfangreichste Literatur zur Rolle von Hebammen in der Abbruchversorgung fand und dort das hebammengeleitete Modell schon lange existiert. Für andere europäische Länder war die verfügbare Literatur zur Hebammenrolle im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen deutlich begrenzter.

Im Screeningprozess wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, die sich auf das erste und zweite Trimenon konzentrieren. Studien, die sich auf das dritte Trimenon konzentrieren, wurden ausgeschlossen. Dies ist dadurch begründet, dass sie sich hinsichtlich der medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen deutlich von früheren Abbrüchen unterscheiden. Auch nehmen Hebammen in diesem Stadium der Schwangerschaft eine andere Rolle ein.

Auch wurden nur Studien eingeschlossen, die sich auf Schwangerschaftsabbrüche auf Wunsch der Schwangeren beziehen. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich ausschließlich auf Abbrüche aufgrund fetaler Anomalien oder medizinischer Indikation beziehen, da diese andere Versorgungsanforderungen haben und sich in der gesellschaftlichen Wahrnehmung deutlich von Abbrüchen auf Wunsch der Betroffenen unterscheiden.

Das Studiendesign wurde breit gefasst und bezog sowohl qualitative, quantitative und Mixed-Methods-Studien als auch systematische Reviews, Leitlinien und Positionspapiere ein. Publikationen ohne wissenschaftliche Evidenz, wie Kommentare, Editorials und Meinungsbeiträge ohne empirische Grundlage wurden für die Analyse dieser Arbeit nicht verwendet.

Inhaltlich wurden nur Studien, die einen thematischen Bezug zur Rolle von Hebammen hatten, eingeschlossen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der außerklinischen Hebammenarbeit lag. Studien, die, soweit aus dem Titel ersichtlich, keinen Bezug zu Hebammen aufwiesen, wurden im Prozess des Titel-Screenings ausgeschlossen.

2.4 Datenextraktion und Analyse

Nach der Durchführung der Literaturrecherche in den genannten Datenbanken wurde mit den gefundenen Studien ein systematisches Screeningverfahren durchgeführt. Dafür wurde das Zitierprogramm *Endnote* verwendet. Zuerst erfolgte die Entfernung der Duplikate. Anschließend wurden alle Quellen nach ihrem Titel gescreent. Dabei wurden Quellen ein- bzw. ausgeschlossen, die den definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen bzw. nicht entsprachen. Die dabei eingeschlossenen Studien wurden anschließend durch Lesen der Abstracts weiter gefiltert. Die übrigen und potenziell relevanten Publikationen wurden dann im Volltext hinsichtlich ihrer Eignung für diese Arbeit überprüft. Nach Abschluss des Volltextscreenings wurden fünf Studien als Kernstudien eingeschlossen. Aufgrund der Zielsetzung und des Umfangs dieser Arbeit wurde nur eine begrenzte Anzahl an besonders relevanten Studien ausgewählt. Dabei wurde besonders auf die inhaltliche Nähe zu Forschungsfrage, die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem und den Fokus auf die Rolle der Hebamme in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen geachtet. Weitere 18 relevante Studien wurden für den theoretischen Hintergrund gesichert. Im weiteren Verlauf der Arbeit wurden zwei der ursprünglich fünf eingeschlossenen Kernstudien nachträglich ausgeschlossen, da diese mehrere Länder umfassten und damit für einen Vergleich zwischen Deutschland und Schweden zu unspezifisch

waren. Zudem konnte im Verlauf der Arbeit eine weitere Studie mittels Handsuche identifiziert und in die Auswertung eingeschlossen werden. Diese befasste sich mit der Zufriedenheit von Betroffenen mit dem schwedischen Modell der Abbruchversorgung, einem Aspekt, der in den übrigen Kernstudien kaum berücksichtigt wird. Somit umfasst die endgültige Auswahl für die Analyse vier Kernstudien, die im Anhang auf ihre Qualität hin bewertet werden (Tabelle 6-9). Zusätzlich wird im Ergebnisteil der *„Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V“* (Hebammenhilfevertrag (HHV)) hinsichtlich der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen untersucht und ausgewertet.

Die vier ausgewählten Kernstudien wurden im weiteren Verlauf inhaltlich analysiert und ausgewertet und die Ergebnisse thematisch gegenübergestellt. Dabei waren folgende Kategorien für diesen Vergleich besonders im Fokus: Kompetenzen und Rolle der Hebamme, Sicherheit und Qualität der Versorgung und Zufriedenheit der Betroffenen. Zusätzlich wurde der HHV als wichtiges Dokument analysiert, um die bestehenden Regelungen zur Einbindung von Hebammen in die Abbruchversorgung in Deutschland herauszuarbeiten.

3 Ergebnisse

3.1 Versorgungslage und Hebammenrolle in Deutschland

Im Folgenden wird zunächst die aktuelle Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland anhand der Ergebnisse der ELSA-Studie dargestellt. Anschließend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Hebammen in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen beschrieben.

3.1.1 Versorgungsrealität – Ergebnisse der ELSA-Studie

Um ein umfassendes Bild der aktuellen Situation in Deutschland zu erhalten und bestehende Versorgungslücken aufzuzeigen, untersuchte die ELSA-Studie (2024) die „*Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer*“ in Bezug auf „*Beratungs- und Versorgungsangebote*“ (5). Die Studie wurde im Rahmen eines 2019 vom *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) initiierten Forschungsschwerpunktes unter der Leitung von Daphne Hahn und unter Beteiligung mehrerer Institutionen durchgeführt. Hierzu wurde eine für Deutschland repräsentative Onlinebefragung von 4.429 Frauen* mit mindestens einem Kind unter sechs Jahren durchgeführt (Stichprobe mit ausgetragenen Schwangerschaften), zudem wurden in einer gesonderten, nicht repräsentativen Stichprobe 662 Frauen* mit Schwangerschaftsabbrüchen befragt. Außerdem wurden offiziell verfügbare Daten zur Analyse genutzt (5, S. 37f.).

Hinsichtlich der Ausgangssituation zeigt die Studie, dass die Lebenslagen ungewollt Schwangerer heterogen ist und sich von den Lebenslagen gewollt Schwangerer unterscheidet. So sind für Familiengründung ungünstige Lebensumstände wie eine belastende partnerschaftliche oder finanzielle Situation, Ausbildung oder Studium, Arbeitslosigkeit, der Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen oder ein Alter unter 22 Jahren bei ungewollt Schwangeren häufiger verbreitet als bei gewollt Schwangeren. Dennoch treffen sie jeweils nur auf eine Minderheit der Betroffenen zu. Den Umfragen zufolge gaben ungewollt Schwangere schon vor Eintritt der Schwangerschaft ein geringeres Wohlbefinden an als Frauen* mit einer gewollten und ausgetragenen Schwangerschaft (5, S. 206-224).

Hierbei zeigt sich deutlich, dass die soziale und wirtschaftliche Lebenssituation einen wesentlichen Einfluss darauf hat, ob eine Schwangerschaft als ungewollt oder gewollt sowie als

belastend wahrgenommen wird. Die Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften bleibt weitgehend altersunabhängig konstant (5, S. 207ff.).

Auch die Stigmatisierung wurde als zusätzliche Belastung für Betroffene identifiziert. Hierbei unterscheidet die ELSA-Studie zwischen drei Ebenen der Stigmatisierung: dem internalisierten, dem antizipierten und dem erlebten Stigma. Das **internalisierte** Stigma beschreibt, dass Betroffene negative gesellschaftliche Vorstellungen in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche auf sich übertragen, was Gefühle wie Scham, Schuld, Selbstvorwürfe oder Selbstabwertung mit sich bringen kann. Internalisierte Stigmata resultieren häufig aus verbreiteten Vorurteilen und gesellschaftlichen Stereotypen. Das **antizipierte** Stigma, das die Erwartung und Befürchtung von anderen abgewertet oder zurückgewiesen zu werden umfasst, führt dazu, dass die Schwangerschaft oder der Abbruch möglicherweise geheim gehalten wird, was die Situation zusätzlich erschwert. Bei der **erlebten** Stigmatisierung geht es um konkrete negative Reaktionen aus dem Umfeld, also eine tatsächliche Diskriminierung oder Abwertung durch andere Personen. (5, S. 235-242)

Bezüglich der regionalen Versorgungsunterschiede zeigt sich, dass in Deutschland etwa 4,5 Millionen Menschen, also 5,4 % der Bevölkerung, mehr als 40 Autominuten zur nächsten Abbrucheinrichtung zurücklegen müssen. Dies betrifft 85 der 400 Landkreise in Deutschland, von denen 43 in Bayern liegen, was einem Anteil von 19,2 % der dort lebenden Bevölkerung entspricht. (5, S. 615ff.)

Laut der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung des *Gemeinsamen Bundesausschusses* (G-BA) sollen sich Ärztinnen dort niederlassen, wo es einen Versorgungsmangel gibt und der Bedarf hoch ist (5, S. 639). Mit dieser Planung soll eine flächendeckende ambulante Versorgung geschaffen werden. Es ist außerdem festgelegt, dass ein zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht, wenn in einer Region mehr als 5 % der Einwohnerinnen länger als 40 Autominuten zur nächsten gynäkologischen Versorgungseinrichtung benötigen. Da der Schwangerschaftsabbruch einer der häufigsten gynäkologischen Eingriffe darstellt, fällt die häufig fehlende Erreichbarkeit unter das Kriterium einer Mangelversorgung und erfüllt nicht den Richtwert eines „zumutbaren Zugangs“ zur medizinischen Versorgung. (44)

Ein weiteres Versorgungsdefizit ergibt sich aus der Differenz zwischen den gemeldeten und den realen Meldestellen. Meldestellen sind Einrichtungen, die angeben, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen und die Zahlen an das StBA weitergeben. Hier zeigt sich deutlich, dass

die Versorgung in den nördlichen und östlichen Bundesländern flächendeckender ist als in den südlichen und westlichen Bundesländern ist. Auch zeigt sich, dass die Verteilung von Abbrüchen auf die einzelnen Meldestellen eine starke Ungleichheit aufweisen. So führen 7 % aller Meldestellen als sogenannte „große Meldestellen“ fast die Hälfte aller Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durch. Dies resultiert daraus, dass knapp ein Viertel aller Meldestellen keine bis nur sehr wenige Abbrüche pro Jahr durchführen. Vor allem in Bayern zeigt sich dieses Phänomen als besonders ausgeprägt. (5, S. 618-626)

Eine weitere Belastung für ungewollt Schwangere ist die häufig eingeschränkte Verfügbarkeit in Form von Kapazitäten und Terminen der Abbrucheinrichtung. Die ELSA-Studie fand heraus, dass jede vierte ungewollt Schwangere mehr als eine Einrichtung kontaktieren muss, um einen Termin für einen Schwangerschaftsabbruch zu erhalten (5, S. 787). Bei 15 % der betroffenen Personen liegt die Abbrucheinrichtung mehr als 50 km entfernt (5, Abb. 7.70). Diesen Barrieren begegnen Betroffenen häufiger, wenn sie in Regionen mit einem geringem Versorgungsgrad leben (5, Abb. 7.72).

Auch der Kostenfaktor wird von vielen als Belastung erlebt. Ein Abbruch kostet je nach Methode und Einrichtung etwa zwischen 200 € und 700 €. Ein medikamentöser Abbruch ist dabei meist deutlich günstiger als ein operativer Abbruch. Diese Kosten werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Erfüllen ungewollt Schwangere allerdings bestimmte Voraussetzungen, kann ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden, der über die gesetzliche Krankenversicherung beim Staat eingereicht wird. (5, S. 298)

Dieser Antrag muss jedoch vor der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs bewilligt werden; im Nachhinein werden keine Kosten übernommen. Anspruch auf Kostenübernahme haben Personen mit einem geringen Nettoeinkommen von unter 1.500 € pro Monat (Stand April 2026), der Betrag erhöht sich pro minderjähriges Kind um 356 €. Ebenso haben Menschen mit Bezug von Sozialleistungen oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Personen, die in einer Einrichtung der Jugend- oder Sozialhilfe untergebracht sind, Anspruch auf Kostenübernahme. (3)

Nicht bei allen Antragstellenden wird der Antrag auf Kostenübernahme bewilligt. Zudem können auch bei einer Bewilligung häufig noch zusätzlich Kosten wie zum Beispiel für An- und Abreise, Verdienstauffälle und ggf. Unterkunft anfallen. Je geringer der Grad der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Anbieterinnen ist, desto schwieriger ist es für die Betroffenen, für die

Kosten aufzukommen. Hinzu kommt, dass in Regionen, in denen die Versorgungsdichte als mangelhaft gilt, die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch häufig höher liegen als in gut versorgten Regionen. Dies könnte zu einem Teil daran liegen, dass in Regionen mit einem niedrigeren Versorgungsgrad, häufiger die kostenintensivere operative Methode angewendet wird als in Regionen mit einem hohen Versorgungsgrad. (5, S. 298-303)

Eine weitere Hürde ungewollt Schwangerer ergibt sich aus der Schwierigkeit der Informationsbeschaffung. Laut der ELSA-Studie stoßen fast 60 % der Befragten auf der Suche nach Informationen auf Schwierigkeiten. Viele Internetseiten informieren ausschließlich über soziale und rechtliche Aspekte eines Abbruchs, selten aber über medizinische. Obwohl §219a StGB, der Ärztinnen und medizinischen Einrichtungen das Informieren zum Schwangerschaftsabbruch verbot, im Jahr 2022 aufgehoben wurde, sind entsprechende medizinische Informationen nur schwer zu finden. Auch sind die von den Landesministerien bereitgestellten Listen an Einrichtungen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen nur teilweise verfügbar und unvollständig. (5, S. 273-281)

Auch die Organisation eines Abbruchs, also die Suche nach einer Einrichtung, die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzung für eine rechtmäßige Durchführung sowie die Finanzierung des Eingriffs bzw. die Beantragung einer Kostenübernahme erweist sich als kompliziert, was 60,7 % der Betroffenen bestätigen. Diese organisatorischen Hürden werden durch Stigmatisierung, den Druck den Schwangerschaftsabbruch geheim halten zu müssen, die Organisation von An- und Abreise, insbesondere bei Betroffenen ohne Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, sowie die Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung zusätzlich verstärkt. (5, S. 322f.)

Für Ärztinnen, die in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen involviert sind, stellen Stigmatisierung, Bedrohungen, die sogenannte „Gehsteigbelästigung“ vor Einrichtungen sowie Anzeigen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen ein zentrales Problem dar. 65 % der Anbieterinnen von Schwangerschaftsabbrüchen haben im privaten oder beruflichen Kontext eine solche Art von Diskriminierung und Bedrohungen erlebt. (5, S. 742-753)

Ein weiteres Hindernis zur Bereitstellung von Personal ist die unzureichende bzw. teilweise fehlende Aus- und Weiterbildung in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Das liegt daran, dass die Zuständigkeit der ärztlichen Weiterbildung in der Verantwortung der selbstverwalteten Landesärztekammern liegt. Diese erstellen auf Grundlage der *Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer* (MWBO) (45) die Weiterbildungsordnung der

Länder, wobei die MWBO aber nur einen empfehlenden Charakter hat. Bisher ist daher der Schwangerschaftsabbruch fast ausschließlich im Fachbereich der Gynäkologie verordnet. Dabei zeigt sich in Studien, dass Ärztinnen, die in ihrer Facharztweiterbildung die Versorgung von Abbrüchen erlernen, später signifikant häufiger selbst Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Besonders selten wird der medikamentöse Abbruch gelehrt. (5, S. 652-662)

3.1.2 Rechtliche Unklarheiten für Hebammen und Analyse des Hebammenhilfevertrags

Der Hebammenhilfevertrag (HHV) ist die zentrale vertragliche Grundlage zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband. Er soll deutschlandweit eine einheitliche, ausreichende und qualitätsgerechte Versorgung der Versicherten mit Leistungen der Hebammenhilfe sicherstellen, dabei sollen diese *„das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und (...) wirtschaftlich erbracht werden“* (§2 Abs. 2 HHV). Der HHV regelt, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden. Dabei hat diese Regelung zum Ziel, einen physiologischen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu fördern (46, S. 1). In Bezug zur Hebammenbetreuung bei Schwangerschaftsabbrüchen enthält dieser Vertrag keine expliziten Angaben.

In §24b SGB V *„Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation“* wird die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen bei einem Schwangerschaftsabbruch geregelt. Hierbei wird explizit zwischen medizinisch/kriminologisch indizierten Abbrüchen und jenen nach der Beratungsregel unterschieden. Demnach übernimmt bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (medizinisch/kriminologisch) die Krankenkasse die gesamten Kosten und die Betroffene hat Anspruch auf Krankengeld. Dahingegen übernimmt die Krankenkasse bei einem Abbruch nach der Beratungsregel weder die Kosten für die Anästhesie noch für den operativen Eingriff oder für Wehen auslösende Medikamente.

Gemäß §24c *„Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“* und §24d *„Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe“* SGB V haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf Hebammenhilfe während der Schwangerschaft, bei der Entbindung und der Wochenbettzeit. Hierbei wird der Begriff der Entbindung nicht genauer definiert. Diese Definitionslücke füllt der HHV aus.

Der HHV regelt, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden. Er legt in §5 Abs. 2 und 3 HHV fest, dass eine Fehlgeburt als eine Beendigung vor der

24+0 SSW p.m. und einem Geburtsgewicht unter 500 g definiert ist. Hebammen dürfen sowohl spontane als auch induzierte Fehlgeburten betreuen. Der am 1. November 2025 in Kraft getretene neue HHV schreibt als Voraussetzung für die Begleitung einer induzierten Fehlgeburt voraus, dass der Tod des Embryos/Fetus ärztlich festgestellt und bestätigt wurde (46, Anl. 1.1, S. 3). Hierbei ergibt sich ein entscheidender Unterschied zum Schwangerschaftsabbruch nach §218 StGB: bei einem Abbruch wird eine Schwangerschaft mit einem lebenden Embryo/Fetus auf Wunsch der Schwangeren beendet. Für die Begleitung einer induzierten Fehlgeburt nach HHV muss also zuvor die Herzaktion ausgeblieben sein. Dies stellt eine erhebliche Einschränkung der Betreuungsmöglichkeiten von Hebammen dar.

Eine weitere Möglichkeit der Hebammenbetreuung stellt die Begleitung und Abrechnung eines Abbruchs als „Hilfeleistung in der Schwangerschaft“ (HHV, Gebührenposition 101XX) dar (46, Anl. 1.1, S. 10). Nach dem Schwangerschaftsabbruch können maximal sechs Kontakte als „Hilfeleistung im frühen Wochenbett“ (HHV, Gebührenposition 301XX) abgerechnet werden (46, Anl. 1.1, S. 17). Voraussetzung ist allerdings, dass vor dem Abbruch ärztlich der Tod des Embryos/Fetus festgestellt wurde. Dies ist bei einem operativen Abbruch faktisch nicht möglich und bei einem medikamentösen Abbruch sehr unrealistisch. Jedoch ist die Notwendigkeit eines zuvor festgestellten Fruchttodes uneinheitlich geregelt. Der *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands* (BfHD) gibt in seinem FAQ zum neuen HHV an, dass die Abrechnung mit einer schriftlichen Begründung gerechtfertigt werden kann (47). Jedoch finden sich hierzu im HHV keine Angaben, was Unklarheit schafft. In der Praxis bedeutet dies, dass Hebammen in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen auf eine begleitende Rolle beschränkt bleiben, ohne an der eigentlichen Abbruchversorgung beteiligt zu sein.

3.2 Hebammenrolle in der Abbruchversorgung in Schweden

Im Folgenden wird die Rolle der Hebammen in der schwedischen Abbruchversorgung, die rechtlichen und historischen Rahmenbedingungen, die klinische Evidenz sowie die Zufriedenheit der Betroffenen dargestellt.

3.2.1 Rechtlicher Rahmen und historische Entwicklung

In Schweden sind Schwangerschaftsabbrüche bis zur 18. SSW p.m. seit 1974 legal und Hebammen sind bereits seit vielen Jahren ein essenzieller Bestandteil der Abbruchversorgung (48). Die qualitative Länder-Fallstudie von Endler et al. (2020), die von der WHO in Auftrag gegeben

wurde und aus einer systematischen Recherche (Fachliteratur und graue Literatur) sowie sechs leitfadengestützte Expertinneninterviews besteht, liefert detaillierte Erkenntnisse über die systemischen und historischen Hintergründe der Entwicklung der Hebammenrolle in Schweden (48).

In der Studie werden sechs Faktoren identifiziert, die die Entwicklung und das Funktionieren dieses Systems ermöglicht haben bzw. ermöglichen.

Der erste Faktor ist die historische und gegenwärtige Rolle der Hebamme in Schweden. Schon seit Jahrhunderten genießen Hebammen in Schweden ein hohes gesellschaftliches Ansehen und arbeiten weitgehend eigenständig. Der starke Rückgang der Müttersterblichkeit zwischen dem 18. und dem 20. Jahrhundert ist hauptsächlich auf Gemeindehebammen zurückzuführen. Dies liegt daran, dass sie oft die einzigen Gesundheitsdienstleisterinnen in kleineren schwedischen Gemeinden waren und somit eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung spielten. Nachdem im Jahr 1757 die Hebammenausbildung eingeführt wurde, war der Beruf der Hebamme ein angesehenes Gewerbe für weiblich gelesene Personen aus allen sozialen Schichten. Sie berieten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und stellten einen wichtigen Bestandteil der Frauengesundheit dar. Ein Großteil der Geburten wurde von einer staatlich anerkannten Hebamme bei den Gebärenden zuhause betreut. Auch heute noch werden Schwangere in Schweden ausschließlich durch eine Hebamme betreut, vorausgesetzt die Schwangeren sind gesund und es bestehen keine Komplikationen. Auch die Ultraschalluntersuchungen werden, im Gegensatz zu Deutschland, von Hebammen durchgeführt. (48)

Der zweite wichtige Faktor für die Entwicklung des heutigen Modells ist die progressive Forschung zu medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen. Mit Studien wie der von Kopp Kallner et al. (2015) kann die Sicherheit und Wirksamkeit von Hebammen in der Abbruchversorgung belegt und als Argumentations- und Handlungsgrundlage verwendet werden. (10)

Der dritte Faktor ist die strukturelle Autonomie der Klinikabteilungen. Diese haben in Schweden ein hohes Maß an Freiheit in der Ausgestaltung und Organisation ihrer Abläufe und Aufgaben. So begann die Reform der Schwangerschaftsabbrüche in der Praxis bereits, bevor sie offiziell oder rechtlich genehmigt wurden. Sie wurde von einzelnen Institutionen und überzeugten Individuen hervorgebracht und führte erst später zu einer Veränderung in der Politik. Diese Dynamik wurde dadurch begünstigt, dass Klinikabteilungen eigenständig Aufgaben umverteilen und neue Modelle ausprobieren durften. Dadurch konnten auch Hebammen ihre

Kompetenzen in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen ausweiten, was ihnen später als wichtige Grundlage für eine breite gesellschaftliche und politische Anerkennung diene. (48)

Der vierte und wohl auch bedeutendste Faktor für die Entwicklung und das Funktionieren des heutigen Systems ist die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Jahr 1974. Zu diesem Zeitpunkt fanden Abbrüche schon längst in großem Maße in der Praxis statt. Schon in den 1930er Jahren wurden jährlich ca. 20.000 rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche in Schweden durchgeführt, die meisten davon vor der 14. SSW p.m. Viele Menschen starben dabei oder wurden schwer verletzt (ca. 75 Todesfälle pro Jahr aufgrund unsicherer Abbrüche). Kurz vor Einführung der Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen wurden keine illegalen Abbrüche mehr verzeichnet und die Anzahl an Todesfällen reduzierte sich drastisch, was, neben dem medizinischen Fortschritt, auch auf eine Einigung über eine liberalere Auslegung von Schwangerschaftsabbruch zurückgeführt werden kann. (48)

Der fünfte Faktor ist eine gesellschaftlich weitestgehend verankerte Geschlechtergerechtigkeit, eine hohe öffentliche Akzeptanz gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen sowie ein ausgeprägtes Vertrauen in öffentliche Institutionen (48). Außerdem führte die Trennung von Kirche und Staat zu einer gewissen Neutralität der Gesundheitseinrichtung (48).

Der sechste und letzte wichtige Faktor ist die Kosteneinsparung durch das Hebammenmodell, da aufgrund immer stärker steigender Kosten im Gesundheitssystem die Versorgung durch Hebammen einen wirtschaftlichen Anreiz darstellt. (48)

Alle Interviewpartnerinnen bewerten Task Shifting als erfolgreich und positiv. Obwohl zusätzlichen Kosten für eine Weiterbildung in der Abbruchversorgung bestehen, sehen sie langfristig Einsparungen durch eine kosteneffektive Arbeit der Hebammen. Die Interviewten äußern, dass Task Sharing auch Wartezeiten reduziere, was wiederum das Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt des Abbruchs verringere und zu weniger ressourcenintensiven späten Abbrüchen führen solle. Das Task Sharing führe zu einer besseren Qualität, da in diesem Modell Betroffene oft nur eine einzige Ansprechperson und damit eine Kontinuität in der Betreuung haben. (48)

Ein geäußelter Kritikpunkt der Interviewten ist der Kompetenzverlust der Ärztinnen in der Durchführung von Abbrüchen. Es besteht die Sorge, dass besonders angehende Ärztinnen aufgrund des Task Shiftings nicht mehr ausreichend praktische Erfahrung zum Erlernen der

Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs bekommen. Des Weiteren wird kritisiert, dass es in Schweden bisher kein systematisches nationales System zur Überwachung und Auswertung der Qualität in den spezifischen von Hebammen geleiteten Abbrucheinrichtungen gibt. (48)

3.2.2 Klinische Evidenz

In einer groß angelegten randomisierten kontrollierten Studie (RCT) von Kopp Kallner et al. mit 1180 Teilnehmerinnen wurden die Ergebnisse untersucht, die sich aus einer Versorgung durch Hebammen gegenüber ärztlichem Personal ergaben. Diese Studie wurde vorab registriert (ClinicalTrials.gov) und folgte den *CONSORT-Richtlinien*. Die ethische Erlaubnis bekamen sie durch die Ethikkommission Stockholm. (10)

In dieser Studie gab es eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe bestand ausschließlich aus Hebammen, in der die komplette Betreuung jeweils durch eine einzige Hebamme erfolgte. Dies umfasste Beratung, klinische Untersuchungen, Ultraschall zur Bestimmung des Gestationsalters und die Medikamentengabe. Die Kontrollgruppe bestand aus Ärztinnen, die Ultraschall und Beratung durchführten, sowie aus Hebammen für praktische Details und Medikamentengabe (klinische Routine). Die Nachsorge wurde in beiden Gruppen durch eine unbeteiligte Hebamme durchgeführt. (10)

In der Untersuchung wird zwischen primären und sekundären Zielparametern unterschieden. Dabei bezieht sich die primäre Zielgröße auf die Wirksamkeit der Behandlung, also darauf, ob eine Schwangerschaft erfolgreich beendet, ohne dass ein zusätzlicher chirurgischer Eingriff (Vakuumaspiration) notwendig wird. Die sekundären Zielparameter betreffen vor allem die Sicherheit, also das Ausbleiben von Komplikationen, die eine Bluttransfusion, eine Hospitalisierung oder andere Interventionen innerhalb von sechs Wochen nach dem Abbruch notwendig machen. Außerdem wurde mit dem sekundären Zielparameter die Akzeptanz der Patientinnen gegenüber den jeweiligen Leistungserbringerinnen sowie ihre Präferenz für zukünftige Behandlungen untersucht. (10)

Beim primären Outcome (Wirksamkeit) zeigen sich folgende Ergebnisse: in der Interventionsgruppe ergibt die Wirksamkeit **99,0 %** (476 von 481) und in der Kontrollgruppe **97,4 %** (445 von 457). Daraus ergibt sich eine Risikodifferenz von 1,6 % zugunsten der durch Hebammen betreuten Gruppe, die statistisch signifikant ist. Beim sekundären Outcome (Sicherheit)

zeigen sich in keiner der beiden Gruppen die Notwendigkeit von Interventionen innerhalb von sechs Wochen nach dem Abbruch. Dies zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Sicherheit bei der Durchführung zwischen Hebammen und Ärztinnen gibt ($p < 0,05$). Die Ergebnisse geben somit keinen Hinweis auf eine erhöhte Komplikationsrate in der Hebammengruppe. Die Outcomes „Akzeptanz und Präferenz“ zeigen, dass **37,4%** der Frauen in der Hebammengruppe beim nächsten Mal wieder eine Hebamme wählen würden. Auch in der Ärztinnengruppe geben **20,3%** explizit an, beim nächsten Mal eine Hebamme zu präferieren. Nur **2,3%** der Betroffenen in der Ärztinnengruppe würden bei einem weiteren Abbruch eine Ärztin bevorzugen. Die Autorinnen begründen dies vor allem mit der Kontinuität der Betreuung durch eine einzige Person. (10)

Die zeitliche Effizienz betreffend ergibt sich ein hochsignifikantes Ergebnis ($p < 0,001$). Hebammen brauchen für ihre Versorgung durchschnittlich 42 Minuten, während in der Kontrollgruppe durchschnittlich 60 Minuten benötigt werden. Die Autorinnen merken dabei an, dass die Zeitersparnisse in der Interventionsgruppe zum Teil durch gebündelte Zuständigkeiten erklärbar sind. Trotzdem sind die Zufriedenheitswerte und die Qualität der Behandlung in beiden Gruppen gleich hoch. Die Autorinnen sehen in der verkürzten Behandlungszeit einen systemischen Vorteil: es können mehr Personen in der gleichen Zeit behandelt werden, was dazu führen könnte, dass mehr Abbrüche in einem früheren Gestationsalter möglich wären. (10)

Betroffene in der Interventionsgruppe lassen sich außerdem signifikant häufiger langzeitwirksame reversible Kontrazeptiva (LARC) einsetzen (290 von 532 vs. 241 von 528) (10). Dies hat einen präventiven Effekt, denn potenziell kommt es zu weniger Folgeabbrüchen.

In der interprofessionellen Konsultation müssen sich Hebammen (26 %) im Gegensatz zu Ärztinnen (4 %) häufiger eine Zweitmeinung einholen. Hierbei ist aber eine Lernkurve erkennbar: die Häufigkeit sank im Verlauf der Studie, was vermutlich an der verbesserten Durchführung der sonographischen Untersuchungen lag. Der transvaginale Ultraschall stellt in der Studie ein zentrales Protokollelement dar, wofür es zuvor eine Weiterbildung für Hebammen in der Ultraschalldiagnostik in der Frühschwangerschaft gab. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die Ultraschalluntersuchung kein Hindernis für Task Shifting ist. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass ein medikamentöser Abbruch international auch ohne Ultraschall als sicher gilt. (10)

3.2.3 Zufriedenheit der Betroffenen

Eine qualitative Studie mit semi-strukturierten Interviews von Jar-Allah et al. (2025) untersuchte die Erfahrung von ungewollt Schwangeren mit dem aktuellen Modell sowie dem Telemedizin-Modell in Schweden. Ein besonderes Merkmal dieser Studie ist, dass die zweite Autorin eine registrierte Hebamme ist, die direkt in der betreffenden Abbruchklinik arbeitet (49). Eine registrierte Hebamme, die selbst nicht in die Behandlung der Probandinnen involviert war, führte 16 der 20 Interviews durch (49). 20 Teilnehmerinnen, die einen medikamentösen Abbruch bis zur 10. SSW p.m. an der Sahlgrenska Universitätsklinik in Göteborg aufsuchten, wurden befragt (49).

Insgesamt äußerten die Teilnehmerinnen eine hohe Zufriedenheit mit dem bestehenden Versorgungsmodell. Das Klinikpersonal wurde als sympathisch, unterstützend, freundlich und professionell beschrieben. Die Betroffenen fühlten sich durch das mitfühlende Auftreten der Fachkräfte und die fachliche Kompetenz sicher und gut aufgehoben. Besonders positiv wurden dabei der niedrighschwellige Erstkontakt und die gute, online zugängliche Informationslage bewertet, die Unsicherheiten und Angst vor dem Termin reduzierten. (49)

Es ist anzumerken, dass die Studie keine hebammenspezifische Zufriedenheitsmessung enthält. Die beschriebenen Erfahrungen beziehen sich auf das Klinikteam und das schwedische System insgesamt.

Die Studie von Jar-Allah et al. (2025) thematisiert außerdem die Einführung von Telemedizin als ein ergänzendes Versorgungsmodell zur Standardversorgung. In einem solchen Modell würden die Betroffenen nicht in die Klinik kommen, gynäkologische Untersuchungen sowie Ultraschall würden nur bei medizinischer Notwendigkeit durchgeführt werden. Die Autorinnen begründen dies dadurch, dass ein solches Modell die Autonomie der Betroffenen stärken könnte. Es würde dazu führen, dass klinische Barrieren, wie belastende gynäkologische Untersuchungen oder lange Wartezeiten entfallen, und die Versorgung stärker an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden könnte. (49)

3.3 Vergleich Deutschland-Schweden

3.3.1 Rechtslage

Wie in Kapitel 3.1.2 dargestellt, entsteht durch die rechtliche Situation in Deutschland eine Grauzone, die sowohl für Ärztinnen als auch für Hebammen ein Hindernis in der Versorgung

darstellt. Mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Beratungsregel begeht das ärztliche Personal somit faktisch eine Straftat, was für Unsicherheit sorgt (5). Der entscheidende Unterschied zu Schweden liegt dabei nicht nur in der rechtlichen Legalität, sondern auch in den Auswirkungen auf das System, bei der Rechtssicherheit ein entscheidender Faktor für die Versorgungslage ist. Die in Kapitel 3.1.2 beschriebene Veränderung des HHV verschärft diese Situation zusätzlich. In Schweden führte die Legalisierung dazu, dass auch Hebammen rechtlich abgesichert sind und sie somit ihre Kompetenzen schrittweise ausweiten konnten. Auffällig ist, dass in Schweden die Praxis mit der allmählich zunehmenden Zahl von Abbrüchen der Legalisierung vorausging, was einem Bottom-up-Prinzip entspricht. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die aktuelle Rechtslage in Deutschland durch ihre widersprüchliche Gestaltung sowohl bei Hebammen als auch bei Ärztinnen Unsicherheiten schafft und somit das Gesundheitspersonal in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen hemmt. Im Gegensatz dazu lässt sich am Beispielland Schweden sehen, dass klare gesetzliche Regelungen sowohl Rechtssicherheit schaffen als auch die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Kompetenzen fördern kann.

3.3.2 Hebammenkompetenzen

Vergleichend fällt besonders die historische Entwicklung in den beiden Ländern auf: in Schweden erfolgte die Übernahme erweiterter Aufgaben durch Hebammen kontinuierlich und hatte als Grundlage eine autonome Arbeitsstruktur in den Kliniken. Dahingegen fehlt in Deutschland diese historisch gewachsene Autonomie, was eine Umsetzung im deutschen Kontext erschwert. In Deutschland dürfen Hebammen zwar rund um einen Schwangerschaftsabbruch begleiten, diesen aber nicht eigenständig durchführen, was bedeutet, dass die Rolle der Hebamme unterstützend, aber nicht handelnd bleibt. Zusätzlich ist eine Hebamme von Grund auf nicht in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen eingeplant, wie die in Kapitel 3.1.2 beschriebenen Abrechnungsbedingungen und das Fehlen dieser Kompetenzen im Curriculum des Hebammenstudiums zeigen. Wie in Kapitel 3.2.1 und 3.2.2 aufgeführt, übernehmen Hebammen in Schweden ebenso wie Ärztinnen die vollständige Versorgungskette eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs (48). Die Studie von Kopp Kallner et al. (2015) belegt diese klinische Gleichwertigkeit (10). Beim schwedischen Modell ist dabei wichtig, die schon früh gewachsene historische Autonomie der Hebamme, die eine Voraussetzung für das erfolgreiche Task Shifting war, zu erkennen (10). Für die Versorgung bedeutet dieser

Kompetenzunterschied, dass in Deutschland die Hebamme damit auf eine Begleitrolle beschränkt bleibt, während Hebammen in Schweden neben Ärztinnen die vollständige Versorgungsverantwortung tragen. Dies hat Auswirkungen auf Kapazität, Erreichbarkeit und Kontinuität der Betreuung.

3.3.3 Versorgungsstruktur

Wie in Kapitel 3.1.1 gezeigt, gibt es in Deutschland ausgeprägte strukturelle Zugangsbarrieren, die sowohl räumliche, organisatorische als auch finanzielle Barrieren umfassen (5). Während in Deutschland die Abbruchversorgung strukturell nicht anerkannt ist, ist sie in Schweden Teil der Regelversorgung und ist so organisiert, dass auch Menschen in ländlichen Regionen einen guten Zugang zu Abbrucheinrichtungen haben (48). Dieser systemische Unterschied erklärt die Umsetzung einer flächendeckenden Versorgung, die sich in Deutschland als mangelhaft zeigt. Die Einbindung von Hebammen in Schweden ermöglicht eine dezentrale und gleichmäßig verteilte Versorgung, die zusätzlich kosten- und zeiteffizient ist und somit mehr Kapazitäten bei gleichen Ressourcen schafft (10). Im Gegensatz dazu wird die Einbindung von Hebammen in die deutsche Abbruchversorgung durch ungleichverteilte Strukturen und begrenzte Zuständigkeiten erschwert. Dies verhindert strukturell eine flächendeckende Versorgung und verstärkt die Abgängigkeit von wenigen großen Meldestellen.

3.3.4 Informationszugang und gesellschaftliche Akzeptanz

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in Strukturen, in denen Abbrüche normalisiert sind, auch die Zugänglichkeit zu Informationen leichter ist. Wie bereits in Kapitel 3.1.1 dargestellt, haben in Deutschland fast 60 % der Betroffenen Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung. Hierbei stellen Stigmatisierung und die Nachwirkungen des §219a StGB eine zentrale Ursache dar (5), was ein wesentlicher Unterschied zur Normalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Schweden bedeutet. In Schweden ist die breite gesellschaftliche Akzeptanz von Schwangerschaftsabbrüchen deutlich höher (48) und die Trennung von Kirche und Staat begünstigt zudem die Neutralität der Gesundheitseinrichtungen (48), wohingegen die Studie von Jar-Allah et al. (2025) beschreibt, dass ein niedrigschwelliger Erstkontakt und eine gute Informationslage die Ängste der Betroffenen vor dem Eingriff schon im Vorfeld reduziert (49).

3.3.5 Zufriedenheit der Betroffenen

Wie in Kapitel 3.1.1 beschrieben, berichten Betroffene in Deutschland von erheblichen Belastungen durch organisatorischen Aufwand, Stigmatisierung und emotionale sowie finanzielle

Belastung (5). Die Möglichkeit der Kontinuität durch eine einzige Hebamme und eines niedrigschwelligen Erstkontaktes in Schweden sind mögliche Faktoren für eine geringere psychische Belastung, da keine ständige Neuorientierung nötig ist (49). In Deutschland ist dies strukturell ausgeschlossen, solange Hebammen nicht in die Versorgungskette eingebunden sind. Hierbei zeigt sich, dass die Qualität stark von Kontinuität der Betreuung, Empathie und einem niedrigschwelligen Zugang geprägt ist. Dies weist darauf hin, dass Deutschland in diesen Bereichen im Vergleich zu Schweden deutlich ungünstigere Versorgungsbedingungen aufweist.

3.3.6 Fazit des Vergleichs

In dem Vergleich zwischen Deutschland und Schweden lässt sich erkennen, dass die Unterschiede nicht nur eine Herkunft haben, sondern sich auf mehreren Ebenen gegenseitig bedingen. Sowohl die Rechtslage als auch die Berufsrolle der Hebammen, die gesellschaftliche Akzeptanz, die Kostenübernahme und die Versorgungsstruktur bedingen und verstärken sich gegenseitig und beeinflussen das System der Abbruchversorgung. In Schweden, in dem das System historisch gewachsen ist, entstanden die Veränderungen schrittweise über Jahrzehnte aus der Praxis heraus (bottom-up). Für Deutschland bedeutet dies, dass für die Einbeziehung von Hebammen in die Abbruchversorgung Veränderungen sowohl auf rechtlicher, struktureller, berufspolitischer und gesellschaftlicher Ebenen notwendig sind. Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage für Übertragungsmöglichkeiten auf den deutschen Versorgungskontext, die in Kapitel 4.2 diskutiert werden.

4 Diskussion

4.1 Limitationen der Literatur und Methodenkritik

In den analysierten Studien werden viele Limitationen bereits von den Autorinnen selbst erkannt, erfasst und in die Qualität der Studie mit eingeplant. Jedoch bleiben auch einige Limitationen unerwähnt, welche im folgenden Abschnitt aufgezeigt werden sollen.

In der ELSA-Studie wurden alternative Versorgungsfachbereiche, insbesondere die Einbindung von Hebammen in die Versorgung und Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, nicht untersucht. Obwohl die Studie sehr detailliert die bestehenden Versorgungslücken analysiert, werden vor allem Verbesserungsmöglichkeiten innerhalb der aktuellen Versorgungsstrukturen aufgezeigt. Eine Ausweitung des Versorgungskreises wird dabei nicht thematisiert, weshalb offenbleibt, ob eine solche Erweiterung die festgestellten Versorgungslücken reduzieren könnte.

Die Studie von Kopp Kallner et al. (2015) erfasst sowohl klinische Outcomes als auch Aspekte der Patientinnen wie Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Versorgung. Dabei werden subjektive Wahrnehmungen sowie psychosoziale Erfahrungen der Betroffenen nicht näher untersucht, wodurch der Einfluss der Präferenz für die Betreuung durch Hebammen bzw. Ärztinnen unklar bleibt. Eine weitere Limitation stellt das Alter der Studie dar. Die Datenerhebung erfolgte bereits 2011 bis 2012, die Veröffentlichung 2015. Seitdem haben sich die internationale Evidenz sowie die Versorgungspraxis in Schweden, insbesondere telemedizinische Modelle und Home-Use-Konzepte, weiterentwickelt. Daher bildet die Studie den damaligen Stand des schwedischen Versorgungskonzeptes ab. In der Studie werden außerdem mögliche ökonomische Vorteile diskutiert. Dabei werden diese jedoch nicht systematisch untersucht, obwohl dies ein starker Argumentationspunkt gegenüber Kritikerinnen des Hebammensystems darstellen könnte.

Auch in der Studie von Endler et al. (2020) fehlt die Perspektive der Betroffenen, da die Interviews ausschließlich mit Fachkräften durchgeführt wurden, was zu den oben bereits genannten Limitationen führt. Außerdem wurde die Studie im Rahmen eines WHO-finanzierten Projekts durchgeführt, wobei die WHO selbst das Task Sharing und Task Shifting unterstützt. Dies kann potenziell zu Publikationsbias führen, obwohl die Studie keinen nachgewiesenen Interessenskonflikt angibt. Diese Tatsache sollte jedoch, insbesondere bei der Interpretation der

Schlussfolgerungen zur Ausweitung von Task Sharing und Task Shifting, als Kontextfaktor berücksichtigt werden.

Eine Limitation der Studie von Jar-Allah et al. (2025) ist, dass bei der Befragung der Betroffenen nicht explizit nach der Berufsgruppe der behandelnden Person ausdifferenziert wurde. So wird nicht ersichtlich, ob die Schwangeren wussten, ob sie von einer Hebamme betreut wurden und ob dies für sie relevant war, oder ob sie lediglich das gesamte Klinikteam positiv bewerteten. Außerdem erfolgte die Rekrutierung der Interviewten ausschließlich unter Personen, die bereits einen In-Person-Termin wahrgenommen hatten, wodurch Personen, die es möglicherweise aufgrund von Barrieren nicht zur Klinik schafften, nicht erfasst wurden. Besonders dabei zu beachten ist aber, dass die Studie von Jar-Allah et al. (2025) eine der wenigen Studien ist, die überhaupt eine betroffenenzentrierte Ebene einbringt, welche in der klinischen Literatur zur hebammengeleiteten Abbruchversorgung bisher kaum vertreten ist.

4.2 Übertragbarkeit von Schweden auf Deutschland

Der Vergleich zwischen Deutschland und Schweden zeigt deutlich, dass die Unterschiede in der Versorgung systemisch sind und sich die Einbindung von Hebammen, gleichmäßige Verteilung von Versorgungseinrichtungen, gesellschaftliche Entstigmatisierung und strukturelle Zugänglichkeit gegenseitig verstärken.

Strukturell gibt es in der Übertragung vom schwedischen auf das deutsche System ein Grundproblem. In Schweden ging die praktische Abbruchversorgung der rechtlichen Reform voraus, was einem Bottom-up-Prinzip entspricht. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass in Deutschland hingegen die Änderung einem Top-down-Prinzip folgen müssten, da das Strafrecht jedem informellen Spielraum entgegensteht. Ohne eine Aufhebung von §218 StGB kann die Ausbildung von Hebammen nicht ausgeweitet werden, wodurch auch für die Hebammenversorgung keine Pilotdaten erhoben werden können. Ohne Pilotstudien wird auch kein politischer Wille zu einer Veränderung führen, was wiederum keine Legalisierung mit sich bringt. Aus dieser Situation heraus ergeben sich grundsätzlich unterschiedliche Ausgangspunkte in den beiden Ländern.

Es ist zu beachten, dass mit einer Entkriminalisierung nicht automatisch eine Entstigmatisierung einhergeht. Selbst eine Aufhebung des §218 StGB aus dem Strafgesetzbuch würde vermutlich nicht unmittelbar zu einem verbesserten Versorgungsangebot führen, da Hebammen

weiterhin zögern könnten Abbrüche anzubieten, weil gesellschaftlicher Druck bestehen bleibt. Das Beispiel Schweden verdeutlicht, dass ein solcher Wandel einen langen gesellschaftlichen Prozess voraussetzt, der sich über Jahrzehnte streckt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine rechtliche Reform notwendig, aber nicht ausreichend für eine Entstigmatisierung ist. Zudem könnte eine Entkriminalisierung insofern einen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten, als dass es Ärztinnen gibt, die nur aufgrund des §218 StGB keine Abbrüche durchführen.

In Schweden wuchs die Kompetenz von Hebammen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit über viele Jahrzehnte, weshalb auch die Ausweitung auf die Abbruchversorgung nicht aus einer völlig neuen Rolle heraus erfolgen musste. Da in Deutschland bisher keine vergleichbaren Strukturen existieren, müsste für eine Hebammenversorgung in Deutschland die HebStPrV geändert, sowie das Curriculum des Studiums Hebammenwissenschaft hinsichtlich Schulungen zu medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen sowie Ultraschallqualifikationen, angepasst werden. Außerdem müsste es Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Supervisionsangebote für bereits examinierte Hebammen geben. Da solche Anpassungen mit Kosten einhergehen, müssten ökonomische Lösungsansätze diskutiert werden. Auch stellen zeitliche und organisatorische Anforderungen bisher wichtige Forschungslücken dar. Dabei kommt auch die Frage auf, ob Hebammen in Deutschland überhaupt dazu bereit sind, ein Teil der Abbruchversorgung zu werden. In Schweden ist dies ein Bestandteil der Berufsidentität, doch in Deutschland liegen hierzu bisher keine systemischen Daten vor.

Ein zusätzlicher struktureller Unterschied, der einen wesentlichen Einfluss auf die Abbruchversorgung hat und eine Übertragung des schwedischen Systems auf das deutsche erschwert, sind die unterschiedlichen Verhältnisse zwischen Kirche und Staat in den beiden Ländern. In Deutschland sind durch das Subsidiaritätsprinzip Kliniken unter kirchlichen Trägern strukturelle Mitverursacher der Versorgungslücke, was sich im Fall des gynäkologischen Chefarztes Prof. Joachim Volz am Klinikum Lippstadt zeigte (50). Nachdem ein evangelisches und ein katholisches Krankenhaus fusioniert hatten, wurde ihm per Dienstanweisung die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, die er 13 Jahre angeboten hatte, untersagt. Gerichtsverfahren bestätigten, dass diese Anweisung rechtens sei (50), was in diesem Fall zu einer Verschlechterung der Versorgung führte. In Schweden hingegen ist die Regelversorgung staatlich sichergestellt und Kirchen haben, trotz noch existierender religiöser Beratungsangebote, nicht die Möglichkeit, Schwangerschaftsabbrüche zu verbieten. Zudem gibt es in Schweden keine

Gewissensklausel, die es dem Gesundheitspersonal einräumt, die Versorgung von Abbrüchen zu verweigern. Diese Situation erschwert nicht nur eine Übertragung des schwedischen Modells, sondern zeigt auch, dass die Verbesserung der Versorgungslage in Deutschland über eine reine Reform der rechtlichen Regelung hinausgehen müsste.

Mit dem Solidarprinzip der GKV im deutschen Gesundheitssystem zeigt sich ein struktureller Widerspruch, da dieses Prinzip garantieren soll, dass medizinisch notwendige Leistungen für alle Versicherten gleichermaßen zugänglich sind. Obwohl Schwangerschaftsabbrüche dieses Kriterium erfüllen, werden Abbrüche nach der Beratungsregel nicht von der GKV übernommen. Hierbei sind Hebammenleistungen doppelt betroffen, da sie weder rechtlich anerkannt noch vergütet sind. Dies verhindert auf einer strukturellen Ebene ihre Einbindung in das System.

Doch gibt es bei der Übertragung des schwedischen auf das deutsche System nicht ausschließlich Hindernisse. Eine Kontinuität der Betreuung durch eine Person (*Continuity of Carer*), niedrigschwellige Erstkontakte und Hebammen als Vertrauenspersonen für Menschen im reproduktiven Alter sind zentrale Elemente, die unabhängig von der Rechtslage zum Vorbild genommen werden können und umsetzbar sind. Die Chancen und Grenzen der Hebammenbetreuung werden in Kapitel 4.3 genauer diskutiert.

Insgesamt ist eine direkte Übertragung nicht möglich, jedoch kann das schwedische Modell als Vorbild für eine schrittweise Annäherung sinnvoll genutzt werden.

4.3 Chancen und Grenzen der hebammengeleiteten Versorgung

Eine zentrale Chance liegt im Vertrauensverhältnis, das Hebammen als Berufsgruppe mit sich bringen, sowie der Möglichkeit einer kontinuierlichen Betreuung im Sinne einer *Continuity of Carer*. Dies ist gerade bei einem so sensiblen und stigmatisierten Thema wie dem Schwangerschaftsabbruch relevant und kann einen niedrigschwelligen Zugang bieten. Konkret wäre hierbei ein Kooperationsmodell mit der Gynäkologie denkbar, das die interprofessionelle Zusammenarbeit stärkt, ohne in die ärztlichen Zuständigkeiten einzugreifen (34). In einem solchen Modell übernehmen Hebammen das Erstgespräch, die Beratung, die Begleitung der medikamentösen Einleitung im Home-use sowie die Nachsorge, Gynäkologinnen hingegen die Ultraschalluntersuchungen und das Verschreiben der Medikamente. So wäre die Aufgabenverteilung klar geregelt, Ärztinnen würden entlastet und Betroffene bekämen die Kontinuität und

Zeit, die ihnen zusteht. Ein solches Modell birgt allerdings auch strukturelle Herausforderungen, die im Vorhinein klar gesetzlich geregelt werden müssten. Hierbei ist ein zentraler Punkt die Haftung, denn die Frage, wer bei Komplikationen im Rahmen eines medikamentösen Abbruchs die Verantwortung trägt, wenn Hebammen keine ärztliche Zulassung besitzen, ist zentral. Außerdem kommt die Frage der Vergütung hinzu, da Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregel nicht von der GKV übernommen werden. Daher ist unklar, wie die Hebammenleistung in diesem Kontext vergütet werden kann. Auch setzt ein solches Modell eine niedergelassene Gynäkologin als Partnerin voraus, was jedoch in Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte zu Schwierigkeiten führen kann. Damit würde dieses Modell an Orten, an denen es am dringendsten gebraucht würde, strukturell am wenigsten lösen. Um ein solches Modell rechtlich umsetzen zu können, müsste der HHV ergänzt und somit die Hebammenleistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen ausdrücklich benannt und vergütet werden. Auch müsste die Haftungsfrage klar geregelt gesetzlich geregelt werden.

Die Grenzen der hebammengeleiteten Versorgung liegen aktuell vor allem in der rechtlichen Unsicherheit, in der sich Hebammen bewegen. Ob Hebammen das frühe Wochenbett begleiten dürfen, auch wenn zuvor kein Fruchttod ärztlich festgestellt wurde, ist im aktuellen HHV unklar formuliert. Auch der *Deutsche Hebammenverband* (DHV) macht hierzu auf eigene Nachfrage keine eindeutige Aussage. In der Praxis führt dies dazu, dass Hebammen Wöchnerinnen nach Schwangerschaftsabbrüchen häufig nicht annehmen und somit ungewollt zur bereits bestehenden Versorgungslücke beitragen. Eine weitere strukturelle Grenze sind bereits bestehende regionale Versorgungsengpässe in der Hebammenversorgung (51). Viele Frauen* haben Schwierigkeiten, insbesondere für die Wochenbettbetreuung eine Hebamme zu finden. Dies würde durch eine Ausweitung des Tätigkeitsfeldes ohne die Schaffung zusätzlicher Ressourcen verschärft werden. Eine Ausweitung auf die Abbruchversorgung würde aufgrund zusätzlicher Aufgaben, wie Beratung, Dokumentation, Durchführung und Nachsorge von Abbrüchen, Fort- und Weiterbildungen sowie evtl. Ultraschalldiagnostik, einen Mehraufwand für Hebammen bedeuten, worunter wiederum andere Aufgabenbereiche leiden könnten. Daher wäre eine Kompetenzausweitung möglicherweise nur sinnvoll, wenn auch zusätzliche Arbeitsplätze besetzt werden würden, wozu eine Ausweitung der Studienplätze, zusätzliche Finanzierung oder die Ausbildung von Hebammen, die speziell auf reproduktive Gesundheit spezialisiert sind, denkbar wären (34).

Eine weitere Grenze liegt in der Durchführung operativer Abbrüche, die sich aktuell noch nicht im Kompetenzspektrum von Hebammen befinden. In Frankreich zeigt sich jedoch, dass auch dies langfristig möglich wäre, sofern entsprechende Aus- oder Weiterbildungsstrukturen geschaffen werden (8).

Die analysierten Studien zeigen, dass die Zufriedenheit der Betroffenen stark von Empathie, Informationszugang und niedrigschwelligem Erstkontakt abhängt und nicht allein von der Qualität der medizinischen Versorgung. In Schweden konnten Hebammen durch Task Sharing und Task Shifting dem Wunsch nach einer empathischen und auf die Autonomie der Betroffenen ausgerichteten Versorgung nachkommen und gleichzeitig eine hohe medizinische Sicherheit gewährleisten. Diese Kombination verdeutlicht das Potential für eine stärkere Einbindung von Hebammen in die Abbruchversorgung in Deutschland.

4.4 Limitationen

Auch diese Arbeit weist verschiedene Limitationen auf. Für die Analyse wurden ausschließlich vier Studien herangezogen, wovon eine aus dem Jahr 2015 ist. Dies führt dazu, dass die Evidenzbasis der dargestellten Ergebnisse klein ist. Auch ist ein narratives Review nur eingeschränkt reproduzierbar, da innerhalb der Arbeit subjektive Entscheidungen getroffen wurden. Somit ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse und Aussagen begrenzt. Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist die Tatsache, dass die Analyse im Verlauf der Arbeit auf Schweden fokussiert wurde, obwohl auch Länder wie Frankreich oder die Niederlande interessante Modelle bieten. Außerdem wäre rückblickend das PICO-Schema für ein narratives Review geeigneter gewesen. Wie in Kapitel 2.2 dargestellt, wurde jedoch das PCC-Schema gewählt, da zu Beginn der Arbeit die Fragestellung breiter gefasst wurde und eher explorativ ausgerichtet war. Im Verlauf des Arbeitsprozesses entwickelte sich die Arbeit allerdings mehr in Richtung eines Vergleichs zweier Versorgungsmodelle, wofür das PICO-Schema aufgrund seines systematischen Vergleichs passender gewesen wäre. Des Weiteren könnte die Begrenzung auf drei Sprachen, sowie der fehlende Zugang zu einzelnen Volltexten dazu geführt haben, dass relevante Literatur nicht erfasst wurde.

4.5 Empfehlungen für die Praxis

Die Erkenntnisse dieser Arbeit decken sich mit den Empfehlungen der WHO, die in ihrer Leitlinie zur Abbruchversorgung (*Abortion Care Guideline*) die vollständige Entkriminalisierung

fordert und belegt, dass restriktive Gesetze nicht zu weniger Abbrüchen, sondern zu mehr unsichereren Abbrüchen führen (12, S. 2). Außerdem empfiehlt die WHO, strukturelle Zugangsbarrieren wie Pflichtberatungen, Wartezeiten oder enge Indikationslösungen abzubauen, weil diese vor allem vulnerable Gruppen stark belasten (12, S. 4).

In folgendem Abschnitt sollen sowohl kurzfristig umsetzbare Maßnahmen als auch ein langfristiges Idealbild einer gerechten Abbruchversorgung in Deutschland dargestellt werden.

Ohne große politische Veränderungen wären bereits heute einige Verbesserungen möglich. Dafür könnten telemedizinische Abbrüche eingeführt werden, die einen niedrigschwelligen und sicheren Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen darstellen und insbesondere in unterversorgten Regionen einen großen Unterschied machen würden. Auch die Hebammenbegleitung rund um den Schwangerschaftsabbruch wäre im bestehenden System möglich, da Hebammen bereits jetzt die Betreuung vor dem Abbruch über „Hilfeleistung Schwangerschaft“ abrechnen können. Außerdem könnten Hebammen die Öffentlichkeitsarbeit ausbauen, indem sie über Schwangerschaftsabbrüche aufklären und öffentlich weitergeben, dass auch bei einem Abbruch Hebammenhilfe in Anspruch genommen werden kann. Besonders dringend wäre ein verbesserter Zugang für vulnerable Bevölkerungsgruppen, da besonders Menschen mit Fluchterfahrung, Erfahrungen von Partnerschaftsgewalt oder Kindheitstrauma, psychischen Erkrankungen, Behinderung, Obdachlosigkeit oder ohne Krankenversicherung im aktuellen System häufig zusätzlichen Hürden begegnen (5, S. 358-418). Hier gibt es bereits kreative Ansätze, wie etwa mobile Arztpraxen, die Gesundheitsversorgung direkt vor Ort anbieten. Solche Konzepte könnten in Zukunft ausgebaut werden, um eine flächendeckende Versorgung zu fördern. Auch zivilgesellschaftliche Initiativen, wie die sogenannten *Abortion Buddy*-Gruppen, bieten bereits heute in einigen Städten niedrigschwellige Begleitung für ungewollt Schwangere an und könnten strukturell und finanziell gefördert werden. Darüber hinaus könnte die Bereitstellung einer bundesweiten Hotline, wie sei bereits in Frankreich oder Spanien etabliert ist (18, S. 41f.), die Bereitstellung von Informationen verbessern und unabhängig vom Wohnort den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen verbessern.

Aus den Erkenntnissen der dargestellten Studien lässt sich folgendes Idealbild ableiten. Es ist als wissenschaftlich fundierte Zielvorstellung zu verstehen und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit: Die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen wäre als Teil der gynäkologischen Regelversorgung anerkannt, gesellschaftlich endstigmatisiert und flächendeckend zugänglich.

Voraussetzung dafür wäre eine Aufhebung des §218 StGB, eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches sowie die Verankerung von Abbrüchen als eine medizinisch notwendige Behandlung im SGB V und im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen. Die Durchführung von Abbrüchen läge dabei sowohl in der Verantwortung von Ärztinnen als auch von Hebammen, die in diesem Bereich gleichgestellt und gleichermaßen qualifiziert wären. Dies wäre gestützt durch angepasste Curricula, eine Erweiterung der HebSt-PrV und einem reformierten HHV. Die Abbruchversorgung wäre in jeder Region gut zugänglich, was einer ausreichenden Anzahl aktiver Meldestellen voraussetzen würde. Die Pflicht einer Schwangerschaftskonfliktberatung wäre abgeschafft, freiwillige Beratungsangebote blieben jedoch erhalten, um einen geschützten Raum für Fragen, Emotionen und Entscheidungshilfe zu bieten. Die dreitägige Bedenkzeit wäre abgeschafft, da diese der Betroffenen die Kompetenz abspricht, eine eigene Entscheidung gut zu treffen.

4.6 Beantwortung der Forschungsfrage

Die eingangs aufgestellte Forschungsfrage lässt sich wie folgt beantworten: Hebammen spielen besonders in Schweden und Frankreich eine wichtige Rolle in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen und verbessern dadurch deutlich die Versorgungslage. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sowohl Sicherheit als auch Wirksamkeit in der Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen durch Hebammen klinisch gleichwertig zur ärztlichen Versorgung sind (10, 48). Dabei ist die Zufriedenheit der Betroffenen in Schweden hoch (49), was unter anderem an der kontinuierlichen Versorgung durch eine Person liegen könnte.

Wie in Kapitel 4.2 ausführlich diskutiert, ist eine direkte Übertragung vom schwedischen auf den deutschen Kontext nicht möglich, kann jedoch als wichtiges Vorbild für eine schrittweise Weiterentwicklung dienen.

5 Fazit

Die Analyse der Literatur deutet darauf hin, dass in Deutschland erhebliche Versorgungslücken bei Schwangerschaftsabbrüchen bestehen. In Schweden zeigt ein liberaleres und hebammenintegriertes Modell, dass eine bessere Versorgungslage möglich ist. Die eingeschlossenen Studien zeigen, dass eine hebammengeleitete Versorgung, wie sie in Schweden etabliert ist, einen Beitrag zur Verringerung bestehender Versorgungslücken leistet und dem ärztlich geleiteten Ansatz hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit ebenbürtig ist. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz eines niedrigschwelligen Zugangs zu reproduktiver Gesundheitsversorgung als Voraussetzung für die gesellschaftliche Wahrnehmung reproduktiver Selbstbestimmung. Eine Versorgungslücke, wie sie in Deutschland vorliegt, hat für betroffene Personen reale und erhebliche Konsequenzen, wie Verzögerungen in der Versorgung oder sogar das Zurückgreifen auf unsichere Alternativen. Die Umsetzung in Deutschland müsste allerdings aufgrund von fehlenden Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen schrittweise erfolgen. Die analysierte Literatur legt nahe, dass für eine umfassende Umsetzung sowohl strukturelle als auch rechtliche Veränderungen erforderlich wären und besonders eine Neuregelung des §218 StGB außerhalb des Strafgesetzbuches notwendig wäre. Dabei ist zu beachten, dass die Evidenzbasis insgesamt schmal und aufgrund der sehr unterschiedlichen gesundheitspolitischen Ausgangslage ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich ist.

Insgesamt sollten Pilotstudien für Deutschland durchgeführt, das Curriculum der Hebammenwissenschaft angepasst sowie die rechtliche Lage reformiert werden. Für die Hebammenwissenschaft und -tätigkeit bedeutet dies, aktuell vorhandene Möglichkeiten wie Beratung und Begleitung vor dem Abbruch sowie, soweit rechtlich möglich, Betreuung im frühen Wochenbett zu nutzen, für eine Anpassung der Lehre einzustehen sowie Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit zu leisten. Fortschritte und Veränderungen in diesem Bereich hängen sehr stark von politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab. Voraussetzung dafür ist, dass reproduktive Gesundheitsversorgung als selbstverständlicher Bestandteil einer gerechten Gesundheitsversorgung anerkannt und gelebt wird. Für die Hebammenwissenschaft bedeutet dies die Weiterentwicklung des Berufsbildes auf politischer und wissenschaftlicher Ebene, den Aufbau einer Evidenzbasis für eine erweiterte Hebammenrolle sowie das Einbringen in den wissenschaftlichen Diskurs. Diese Arbeit versteht sich als ein Beitrag zu dieser Diskussion.

6 Literaturverzeichnis

1. World Health Organization. Abortion World Health Organization; 2025 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>].
2. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2024 Wiesbaden 2025 03.04.2025.
3. Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung): Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2025 [Available from: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/schwangerschaftsabbruch/>].
4. Gembruch U. Schwangerschaftsabbruch im ersten, zweiten und dritten Trimester. In: von Kaisenberg C, Klaritsch P, Hösli-Krais I, editors. Die Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. p. 1-13.
5. Prof. Dr. Daphne Hahn et al. Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA). Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2024.
6. Deutscher Juristinnenbund e.V. Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch: Deutscher Juristinnenbund e.V.; 2022 [Available from: <https://www.djb.de/presse/stellungnahmen/detail/st22-26>].
7. Köbke A. Perspektivische Rolle der Hebamme bei Schwangerschaftsabbrüchen–Anforderungen an eine optimale Versorgung. Hebamme. 2025;38(04):225-228.
8. Cordier S. Les sages-femmes peuvent désormais pratiquer des IVG instrumentales Le Monde. 2024.
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abortion care (NG140). 2019.
10. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2015;122(4):510-517.
11. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. S2k-Leitlinie. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. Report No.: AWMF-Registernummer 015-094.
12. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2024.
13. Maeffert J, Tennhardt C. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch bis 9 + 0 SSW. In: Maeffert J, Tennhardt C, editors. Schwangerschaftsabbruch und gestörte Frühschwangerschaft: Praxishandbuch mit Fallbeispielen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 19-31.
14. Maeffert J, Tennhardt C. Schwangerschaftsabbruch und gestörte Frühschwangerschaft: Praxishandbuch mit Fallbeispielen. Berlin: Springer; 2021.
15. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2025 leicht gesunken. 2026. Report No.: Pressemitteilung Nr. 147 vom 28. April 2026.
16. Strafgesetzbuch (StGB), (2026).
17. Schulze A. Aufhebung des §219a: Bundeszentrale für politische Bildung 2022 [Available from: https://www.bpb.de/kurz-knapp/hintergrund-aktuell/511299/aufhebung-des-ss219a/?pk_campaign=nl2022-08-31&pk_kwd=511299].
18. Molter S, Lux J, Lange K, Sprang F. Regelungen und Versorgungslagen des Schwangerschaftsabbruchs im Ländervergleich - Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Schweden und Spanien. 2023.
19. Statista. Umfrage zur Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen im November 2024. 2025.
20. Gerlinger T. Merkmale des deutschen Gesundheitssystems: Bundeszentrale für politische Bildung 2024 [Available from: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/545619/merkmale-des-deutschen-gesundheitssystems/>].

21. Bundesministerium des Innern und für Heimat. Religions-verfassungs-recht: Bundesministerium des Innern und für Heimat; [Available from: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/demokratie-gesellschaft/gesellschaftlicher-zusammenhalt/staat-und-religion/religionsverfassungsrecht/religionsverfassungsrecht-node.html>].
22. Heinig HM. Staat und Religion in Deutschland. Historische und aktuelle Dynamiken im Religionsrecht. Aus Politik und Zeitgeschichte. 2018.
23. Deutsche Bischofskonferenz. Das Verhältnis von Kirche und Staat in der Bundesrepublik Deutschland [Available from: <https://www.dbk.de/themen/kirche-staat-und-recht/verhaeltnis-von-kirche-und-staat>].
24. Janlöv N, Merkur S. Sweden: Health System Summary. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024.
25. Pettersson P. State And Religion In Sweden Ambiguity Between Disestablishment And Religious Control. Nordic Journal of Religion and Society. 2011;24:119-135.
26. Harding T. From State Church to Third Sector Organization? The Separation of Church and State in Sweden 2016.
27. Arousell J, Carlbohm A, Essén B. 1.11-P7Is multiculturalism bad for swedish abortion care? Exploring the diversity of religious counselling in public healthcare institutions. European Journal of Public Health. 2018;28(suppl_1):cky048.031.
28. Amnesty International. Frankreich verankert "Freiheit zur Abtreibung" in der Verfassung 2024 [Available from: <https://www.amnesty.de/aktuell/frankreich-abtreibung-schwangerschaftsabbruch-verfassung>].
29. British Medical Association. The law and ethics of abortion. London: British Medical Association; 2025.
30. Rights Cfr. UK House of Commons Votes to End Criminalisation of Women for Abortion in England and Wales 2025 [Available from: <https://reproductiverights.org/news/center-statement-on-uk-vote-to-end-criminalisation-of-women-for-abortion-in-england-and-wales/>].
31. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. International Human Rights Law n.d. [Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law>].
32. My Voice, My Choice. My Voice, My Choice, n.d. [Available from: <https://www.myvoice-mychoice.org/>].
33. News: My Voice, My Choice; 2025/2026 [Available from: <https://www.myvoice-mychoice.org/post/we-won>].
34. International Confederation of Midwives (ICM) and International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). Statement on Comprehensive Abortion Care. Den Haag: International Confederation of Midwives 2026.
35. Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(7):Cd011242.
36. Fullerton J, Butler MM, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. Int J Womens Health. 2018;10:751-762.
37. Graf S, Kranz J, Schmidt S, Bellut L, Uhlig A. Formen der Evidenzsynthese. Der Urologe. 2021;60(4):434-443.
38. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Research Integrity and Peer Review. 2019;4(1):5.
39. von Elm E, Schreiber G, Haupt CC. Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2019;143:1-7.
40. PubMed. About PubMed 2025 [Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>].
41. EBSCO. CINAHL Database: EBSCO; 2026 [Available from: <https://about.ebsco.com/de/de/produkte/datenbanken/cinahl-datenbank>].
42. Complete C. Über CareLit: CareLit; [Available from: <https://carelit.de/uber-carelit>].

43. International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. International Confederation of Midwives 2010, revised 2013.
44. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung Gemeinsamer Bundesausschuss; 2026 11.04.2026.
45. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. In: Bundesärztekammer, editor. Berlin 2025.
46. GKV-Spitzenverband. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V GKV-Spitzenverband; 2026.
47. Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD). FAQ zum neuen Hebammenhilfevertrag. Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD); 2025.
48. Endler M, Cleeve A, Sääv I, Gemzell-Danielsson K. How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150 Suppl 1(Suppl 1):34-42.
49. Jar-Allah T, Edalat M, Nyman V, Milsom I, Gemzell-Danielsson K, Rydelius J, et al. Perspectives on Abortion Services, the Pre-Abortion Visit, and Telemedicine Abortion: A Qualitative Study in Sweden. *Perspect Sex Reprod Health.* 2025;57(1):36-44.
50. Rech D. Klinikum Lippstadt: Arzt geht nach Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen in Berufung. *Die Zeit.* 2025 26.08.2025.
51. Hertle D, Wende D, Zu Sayn-Wittgenstein F. [Postpartum Care by Midwives: Socioeconomic Status has a Strong Influence on the Amount of Care Received An Analysis with Routine Data from BARMER Health Insurance]. *Gesundheitswesen.* 2024;86(5):354-361.
52. UK Parliament. Crime and Policing Bill: Amendments. In: Commons Ho, editor. London 2025.
53. Vu AN, Van Hoang M, Lindholm L, Sahlen KG, Nguyen CTT, Sun S. Appraisal tool for cross-sectional studies (AXIS tool). *PLOS ONE.* 2024.
54. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklist: For Qualitative Research. Critical Appraisal Skills Programme; 2024.
55. Sterne J, Savović J, Page M, Elbers R, Blencowe N, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2019;366.

7 Anhang

7.1 Tabellen

Tabelle 1: Rechtliche Rahmenbedingungen im europäischen Vergleich

Land	Frist auf Verlangen (p.m.)	Frist med. Indikation (p.m.)	Beratungspflicht/ Wartezeit
Deutschland	14. SSW	Keine	Ja/3 Tage
Schweden	18. SSW	22. SSW bzw. bei Lebensgefahr der Mutter keine	Nein/Nein
Frankreich	16. SSW	Keine, multidisziplinäre Konsultation	Nein/Nein
Niederlande	24. SSW	Keine, multidisziplinäre Konsultation	Ja/Nein (individuelle Entscheidung zwischen Ärztin und Schwangeren)
Spanien	14. SSW	22. SSW bzw. in besonders schweren Fällen keine	Nein/Nein
Großbritannien	24. SSW (England, Schottland, Wales) / 12. SSW (Nordirland)	Keine	Nein/Nein

Quellen: (15, 18, S. 26, 28, 60, 84-102, 109-119); (29, 52)

Tabelle 2: Durchführung und Zugänglichkeit im europäischen Vergleich

Land	Kosten	Gewissensklausel	Med./Op. (in %)
Deutschland	Auf Verlangen: Kosten müssen selbst getragen werden; Medizinische/kriminologische Indikation: kostenlos	Ja	45/55
Schweden	Kostenlos, nur geringe Praxisgebühr	Nein	96/4
Frankreich	Kostenlos für alle	Ja, mit Weiterleitungspflicht	76/24
Niederlande	kostenlos	Ja	32/68

Spanien	kostenlos	Ja, mit Register der Ablehnenden Personen und Weiterleitungspflicht	25/75
Großbritannien	kostenlos	Ja	87/13

Quellen: (15, 18, S. 26, 28, 60, 84-102, 109-119); (29, 52)

Tabelle 3: PRISMA-Schema

Phase	Schritt	Anzahl (n)
Identifikation	Gefundene Studien gesamt (PubMed, CINAHL, CareLit, Google Scholar, Handsuche)	1.459
	Duplikate entfernt	-174
	Verbleibende Studien	1.285
Screening	Ausgeschlossen nach Titelscreening	-1.158
	Eingeschlossen für Abstractscreening	127
	Ausgeschlossen nach Abstractscreening	-103
	Volltexte geprüft	24
Eignung	Ausgeschlossen nach Volltextprüfung	-19
	Eingeschlossen nach initialem Review	5
Nachträgliche Anpassung	Ausgeschlossen (zu unspezifisch für Ländervergleich DE/SE)	-2
	Eingeschlossen durch Handsuche (Patientinnenzufriedenheit SE)	+1
Eingeschlossen	Studien in der finalen Analyse	4

Tabelle 4: Suchstrings und Datenbanken

Datenbank	Suchstring	Datum	Treffer gesamt
CINAHL	(midwi*) AND (abortion OR "termination of pregnancy" OR "medical abortion" OR „Abortion Care“) AND (role OR "scope of practice" OR provider OR counselling OR accompan* OR support OR aftercare)	20.03.2026	507
PubMed	(midwi*) AND (abortion OR "termination of pregnancy" OR "medical abortion" OR „Abortion Care“) AND (role OR "scope of practice" OR provider OR counselling OR accompan* OR support OR aftercare)	20.03.2026	904
CareLit	TITEL= Hebamme UND Schwangerschaftsabbruch	20.03.2026	17
Google Scholar	Hebamme und Schwangerschaftsabbruch	20.03.2026	30
Handsuche	ELSA-Studie	20.03.2026	1

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

Kriterium	Einschluss	Ausschluss
Zeitraum	Ab 2010	Vor 2010
Sprache	Deutsch, Englisch, Französisch	Alle anderen Sprachen
Kontext	Europäische Länder oder Gesundheitssystem auf Europa übertragbar	Länder mit nicht übertragbaren Gesundheitssystemen
Gestationsalter	Erstes und zweites Trimenon	Drittes Trimenon
Indikation	Auf Verlangen	Medizinische/embryopathische Indikation
Studientyp	Quantitative, qualitative und Mixed-Methods-Studien, systematische Reviews, Leitlinien, Positionspapiere	Meinungsbeiträge ohne Datenbasis, Leserbrief, Editorials
Inhalt	Hebammen als Akteurinnen in der Abbruchversorgung	Kein Hebammenbezug

7.2 Studienbewertung

Tabelle 6: Qualitätsbewertung der ELSA-Studie

	Question	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		
3	Was the sample size justified?	X		
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)			Unklar, Stichprobe A ist repräsentativ über Einwohnermeldeamtsadressen, Stichprobe B mit Abbrucherfahrung jedoch nicht repräsentativ im Sinne einer Zufallsauswahl.
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?	X		
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?	X		
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?			Unklar, EQ-VAS nicht für retrospektive Verwendung validiert
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	X		
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		

Results			
12	Were the basic data adequately described?	X	
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?		Unklar, 14,8% Rücklaufquote ist niedrig, aber normal bei postalisch rekrutierter Online-Befragung. Non-Response-Bias
14	If appropriate, was information about non-responders described?	X	wird in der Studie selbst diskutiert.
15	Were the results internally consistent?	X	
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X	
Discussion			
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X	
18	Were the limitations of the study discussed?	X	
Other			
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?	X	Auftragsforschung durch BMG-Auftraggeber klar angegeben. Kein erkennbarer Einfluss auf Ergebnisinterpretation
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X	
Conclusion			
Insgesamt weist die Studie eine hohe methodische Qualität auf. Mögliche Non-Response-Bias und eine eingeschränkte Repräsentativität einzelner Untergruppen führen zu Einschränkungen. Die Ergebnisse können als weitgehend valide, mit gewissen Limitationen in der Generalisierbarkeit bewertet werden.			

Quelle: (53)

Tabelle 7: Qualitätsbewertung der Studie von Endler et al. (2020)

Section A Are the results valid?	
Was there a clear statement of the aims of the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Ziel war es, die Entwicklung des schwedischen Modells des Task Sharings und Task Shiftings zu verstehen, welche Faktoren die Implementierung begünstigten/behinderten und welche Auswirkungen dies auf den Zugang und die Qualität der Versorgung hatte.
CONSIDER: <i>what was the goal of the research?</i> <i>why was it thought important?</i> <i>its relevance</i>	
Is a qualitative methodology appropriate?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Forscherinnen wählten eine Länder-Fallstudie mit einer thematischen Analyse von Interviews und Literatur. Es ging darum, subjektive Erfahrungen von Schlüsselfiguren zu interpretieren und historische und gesellschaftliche Faktoren zu beleuchten. Daher ist dieser qualitative Ansatz richtig.
CONSIDER: <i>If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants</i> <i>Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?</i>	
Was the research design appropriate to address the aims of the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Das Design bestand aus zwei Teilen (umfassende Literaturrecherche und sechs Tiefeninterviews). Dies ermöglichte eine Synthese aus harten Fakten und persönlichen Experteneinblicken.
CONSIDER: <i>if the researcher has justified the research design (e.g., have they discussed how they decided which method to use)</i>	
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die sechs interviewten Personen (vier Hebammen, zwei Ärztinnen) wurden gezielt ausgewählt, weil sie Führungspersonen in relevanten Organisationen waren und den Prozess aktiv mitgestaltet haben.
CONSIDER: <i>If the researcher has explained how the participants were selected</i> <i>If they explained why the participants, they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study</i> <i>If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)</i>	

<p>Was the data collected in a way that addressed the research issue?</p>	<p>☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell</p> <p>Die Interviews folgten einem Leitfaden der WHO, der sieben relevante Bereiche abdeckte. Es wurden detaillierte Notizen in Echtzeit gemacht und die Transkripte wurden den Befragten anschließend zur Überprüfung vorgelegt.</p>
<p>CONSIDER:</p> <p><i>If the setting for the data collection was justified</i></p> <p><i>If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)</i></p> <p><i>If the researcher has justified the methods chosen</i></p> <p><i>If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)</i></p> <p><i>If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why</i></p> <p><i>If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)</i></p> <p><i>If the researcher has discussed saturation of data</i></p>	
<p>Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?</p>	<p>☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell</p> <p>Teilweise. Eine Informantin war auch Koautorin des Artikels, war jedoch nicht an der Datenanalyse beteiligt. Eine tiefergehende kritische Prüfung der eigenen Rolle oder potenzieller Biases der Forschenden wird nicht explizit diskutiert.</p>
<p>CONSIDER:</p> <p><i>If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location</i></p> <p><i>How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design</i></p>	
<p>Section B: What are the results?</p>	
<p>Have ethical issues been taken into consideration?</p>	<p>☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell</p> <p>Es erfolgte eine Information an die Teilnehmenden, diese gaben ihre Einwilligung zur Analyse und Zitation ihrer Antworten. Die Interviews fanden dabei in privaten Räumen statt. Aus den Textauszügen ist nicht ersichtlich, ob eine Genehmigung durch eine Ethikkommission vorlag, aber die Standards der informierten Einwilligung wurden eingehalten.</p>
<p>CONSIDER:</p> <p><i>If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained</i></p> <p><i>If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)</i></p> <p><i>If approval has been sought from the ethics committee</i></p>	

Was the data analysis sufficiently rigorous?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Es wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Daten aus der Literatur und Interviews wurden mehrfach gelesen, in Themen kategorisiert und in einer narrativen Zusammenfassung präsentiert.
CONSIDER: <i>If there is an in-depth description of the analysis process</i> <i>If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data</i> <i>Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process</i> <i>If sufficient data are presented to support the findings</i> <i>To what extent contradictory data are taken into account</i> <i>Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation</i>	
Is there a clear statement of findings?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Studie identifiziert sechs Förderfaktoren (historische Rolle der Hebamme, schwedische Forschung zu medikamentösen Abbrüchen, gesellschaftliche Werte, etc.) und zwei Barrieren/Risiken (mangelndes Monitoring, Kompetenzverlust bei Ärztinnen).
CONSIDER: <i>If the findings are explicit</i> <i>If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments</i> <i>If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)</i> <i>If the findings are discussed in relation to the original research question</i>	
Section C: Will the results help locally?	
How valuable is the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Forschung ist insofern sehr wertvoll, als dass sie den Beitrag zum bestehenden Wissen diskutiert und feststellt, dass das schwedische Modell als Beispiel für andere Länder dienen kann. Auch werden wichtige Forschungsbereiche identifiziert, wie die Notwendigkeit nationaler Evaluationssysteme.
CONSIDER: <i>If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g., do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)</i> <i>If they identify new areas where research is necessary</i> <i>If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used</i>	

APPRAISAL SUMMARY: *List key points from your critical appraisal that need to be considered when assessing the validity of the results and their usefulness in decision-making.*

Positive/Methodologically sound	Negative/Relatively poor methodology	Unknowns
Die Studie ist methodisch fundiert durch die Kombination von Literatur -und Interviewdaten. Die Auswahl der Expertinnen für die Interviews ist sehr relevant.		

Quelle: (54)

Tabelle 8: Qualitätsbewertung der Studie von Kopp Kallner et al. (2015)

Study details			
Reference	Kopp Kallner H, et al. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. BJOG 2015; 122:510–517		
Study design			
☒ Individually-randomized parallel-group trial ☐ Cluster-randomized parallel-group trial ☐ Individually randomized cross-over (or other matched) trial			
For the purposes of this assessment, the interventions being compared are defined as			
Experimental:	Durchführung von medikamentösen Abbrüchen durch Hebammen (nurse-midwives)	Comparator:	Durchführung von medikamentösen Abbrüchen durch Ärzte (Standardversorgung)
Specify which outcome is being assessed for risk of bias		Wirksamkeit, Sicherheit, Akzeptanz	
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.		- Wirksamkeit 99,0 % (476 von 481) und in der Kontrollgruppe 97,4 % (445 von 457) - Sicherheit: keine Interventionen nötig in beiden Gruppen - Akzeptanz: Hebammen 37,4% aus Hebammengruppe und 20,3% aus Ärztinnengruppe, Ärztinnen 2,3% aus Ärztinnengruppe, keine aus Hebammengruppe	
Is the review team's aim for this result...?			
☐ to assess the effect of assignment to intervention (the 'intention-to-treat' effect) ☒ to assess the effect of adhering to intervention (the 'per-protocol' effect)			
If the aim is to assess the effect of adhering to intervention, select the deviations from intended intervention that should be addressed (at least one must be checked):			
☒ occurrence of non-protocol interventions ☒ failures in implementing the intervention that could have affected the outcome ☒ non-adherence to their assigned intervention by trial participants			
Which of the following sources were obtained to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)			
☒ Journal article(s) with results of the trial ☐ Trial protocol ☐ Statistical analysis plan (SAP)			

- ☒ Non-commercial trial registry record (e.g. ClinicalTrials.gov record)
- ☐ Company-owned trial registry record (e.g. GSK Clinical Study Register record)
- ☐ "Grey literature" (e.g. unpublished thesis)
- ☐ Conference abstract(s) about the trial
- ☐ Regulatory document (e.g. Clinical Study Report, Drug Approval Package)
- ☐ Research ethics application
- ☐ Grant database summary (e.g. NIH Reporter or Research Councils UK Gateway to Research)
- ☐ Personal communication with trialist
- ☐ Personal communication with the sponsor

Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process		
Signalling questions	Comments	Response options
1.1 Was the allocation sequence random?	Verwendung eines computergenerierten Codes. Verwendung von fortlaufend nummerierten undurchsichtigen und versiegelten Umschlägen.	<u>Y</u>
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		<u>Y</u>
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?	Keine signifikanten demografischen Unterschiede zwischen den Gruppen.	<u>N</u>
Risk-of-bias judgement		Low

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (<i>effect of adhering to intervention</i>)		
Signalling questions	Comments	Response options
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	Studie war offen/nicht verblindet	<u>Y</u>
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		<u>Y</u>
2.3. [If applicable:] If <u>Y/PY/N</u> to 2.1 or 2.2: Were important non-protocol interventions balanced across intervention groups?	In beiden Gruppen wurde der medikamentöse Abbruch nach dem identischen WHO-Standardprotokoll durchgeführt.	<u>Y</u>

2.4. [If applicable:] Were there failures in implementing the intervention that could have affected the outcome?	Die Intervention wurde geplant umgesetzt, auch wenn sieben Betroffene in der Ärztinnengruppe die Behandlung wegen Krankheit des Personals nicht erhielten.	<u>N</u>
2.5. [If applicable:] Was there non-adherence to the assigned intervention regimen that could have affected participants' outcomes?	Die Mehrheit folgte dem Protokoll, Abweichungen waren in beiden Gruppen ähnlich.	<u>N</u>
2.6. If <u>N/PN/N</u> to 2.3, or <u>Y/PY/N</u> to 2.4 or 2.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of adhering to the intervention?		
Risk-of-bias judgement	Das Protokoll wurde trotz fehlender Verblindung strikt eingehalten.	Low

Domain 3: Missing outcome data		
Signalling questions	Comments	Response options
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?	Von 1180 randomisierten Frauen* wurden 938 analysiert, 130 Frauen* gingen im Follow-up verloren.	<u>N</u>
3.2 If <u>N/PN/N</u> to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?	Die Rate Verlust-Rate war in der Ärztinnen-gruppe größer (n=76) als in der Hebammen-gruppe (n=54), mit einem p-Wert von 0,038. Dies könnte zu einer Verzerrung führen.	<u>PN</u>
3.3 If <u>N/PN</u> to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
3.4 If <u>Y/PY/N</u> to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk-of-bias judgement		Some concerns

Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome		
Signalling questions	Comments	Response options
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?		<u>N</u>

4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?	Die Wirksamkeit wurde durch Standard-hCG-Tests und klinische Routinekontrollen zuverlässig bestimmt.	<u>N</u>
4.3 If <u>N/PN</u> /NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Follow-up wurde durch unbeteiligte Hebamme durchgeführt, fand also verblindet statt.	<u>N</u>
4.4 If <u>Y/PY</u> /NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
4.5 If <u>Y/PY</u> /NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk-of-bias judgement		Low

Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result		
Signalling questions	Comments	Response options
5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?	Studie wurde vorab bei ClinicalTrials.gov registriert.	<u>Y</u>
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from...		
5.2. ... multiple eligible outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?	Alle im Protokoll definierten Primär- und Sekundärergebnisse wurden wie geplant berichtet.	<u>N</u>
5.3 ... multiple eligible analyses of the data?		<u>N</u>
Risk-of-bias judgement		Low

Overall risk of bias		
Risk-of-bias judgement	Randomisierung, Messung und Berichterstattung waren sehr gut (Low Risk), fehlende Verblindung der Teilnehmerinnen/Behandelnden und unterschiedliche hohe Follow-up-Verluste zwischen den Gruppen führten zu gewissen Bedenken (Some Concerns)	Some concerns

Quelle: (55)

Tabelle 9: Qualitätsbewertung der Studie von Jar-Allah et al. (2025)

Section A: Are the results valid?	
Was there a clear statement of the aims of the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell 1. Beschreibung der Erfahrung mit der aktuellen Versorgung (inkl. Untersuchung) 2. Vorschläge zur Verbesserung 3. Ansichten zu einem Telemedizin-Modell
CONSIDER: <i>what was the goal of the research?</i> <i>why was it thought important?</i>	
Is a qualitative methodology appropriate?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Ziel: subjektive Erfahrungen, Gefühle und Meinungen der Teilnehmerinnen interpretieren → qualitativer Ansatz (semi-strukturierte Interviews)
CONSIDER: <i>If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants</i> <i>Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?</i>	
Was the research design appropriate to address the aims of the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Wahl eines explorativen Designs mit semistrukturierten Interviews. Nutzung eines Pilot-Interviews zur Verfeinerung des Leitfadens im Vorhinein.
CONSIDER: <i>if the researcher has justified the research design (e.g., have they discussed how they decided which method to use)</i>	
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Rekrutierung von 20 Personen, die am Sahlgrenska Universitätsklinikum einen medikamentösen Abbruch in Anspruch nahmen (bis 10. SSW). Die Stichprobengröße wurde durch das Erreichen der Datensättigung begründet.
CONSIDER: <i>If the researcher has explained how the participants were selected</i> <i>If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study</i> <i>If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)</i>	

Was the data collected in a way that addressed the research issue?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Dauer der Interviews: 15-23 Minuten; nach der Aufzeichnung erfolgte eine wörtliche Transkription; Die Umgebung (Klinik) wurde bewusst gewählt, um auch den Einfluss des Wartezimmers auf das Erleben zu erfassen. Die Interviewerin war eine Hebamme, die nicht an der direkten Behandlung der Teilnehmerinnen beteiligt war.
CONSIDER: <i>If the setting for the data collection was justified</i> <i>If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)</i> <i>If the researcher has justified the methods chosen</i> <i>If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)</i> <i>If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why</i> <i>If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)</i> <i>If the researcher has discussed saturation of data</i>	
Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Um Voreingenommenheit zu reduzieren, lasen alle Autorinnen die Transkripte. Um die Objektivität zu wahren, gab es eine Trennung von Behandlerinnen und Interviewerin.
CONSIDER: <i>If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location</i> <i>How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design</i>	
Section B: What are the results?	
Have ethical issues been taken into consideration?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Es liegt eine Genehmigung der Ethikkommission in Uppsala vor. Die Teilnahme war freiwillig, anonym und es liegt eine schriftliche Einwilligung der Probandinnen vor.
CONSIDER: <i>If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained</i> <i>If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)</i> <i>If approval has been sought from the ethics committee</i>	

Was the data analysis sufficiently rigorous?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Systematische Textkondensation nach Malterud et al.; Beschreibung des Prozesses in vier klaren Schritten (Gesamteindruck, Kodierung, Zusammenfassung, Synthese).
<p>CONSIDER:</p> <p><i>If there is an in-depth description of the analysis process</i></p> <p><i>If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data</i></p> <p><i>Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process</i></p> <p><i>If sufficient data are presented to support the findings</i></p> <p><i>To what extent contradictory data are taken into account</i></p> <p><i>Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation</i></p>	
Is there a clear statement of findings?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Es werden drei Hauptthemen präsentiert, dabei viele wörtliche Zitate: 1. Erfahrungen vor dem ersten Besuch (Wartezeit, Zugang) 2. Gefühle zum Klinikbesuch/Untersuchung 3. Ansichten zu Versorgungsoptionen (Mifepriston zu Hause, Telemedizin)
<p>CONSIDER:</p> <p><i>If the findings are explicit</i></p> <p><i>If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments</i></p> <p><i>If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)</i></p> <p><i>If the findings are discussed in relation to the original research question</i></p>	
Section C: Will the results help locally?	
How valuable is the research?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Forschung hat einen hohen Wert, da es sich um eine der wenigen Studien handelt, die die Perspektive der Betroffenen auf die aktuelle Versorgungssituation explizit untersucht. Sie liefert wichtige Erkenntnisse und zeigt auf, wie Autonomie durch Wahlmöglichkeiten (Task-Sharin, Telemedizin) gestärkt werden kann.
<p>CONSIDER:</p> <p><i>If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g., do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)</i></p> <p><i>If they identify new areas where research is necessary</i></p> <p><i>If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used</i></p>	

APPRAISAL SUMMARY: List key points from your critical appraisal that need to be considered when assessing the validity of the results and their usefulness in decision-making.		
Positive/Methodologically sound	Negative/Relatively poor methodology	Unknowns
Die Studie zeigt eine starke qualitative Methode und bietet durch die Einbindung mehrerer Forscherinnen eine hohe Validität der Analyse. Die Ergebnisse sind sehr relevant für die Diskussion um Task-Sharing, da sie zeigen, wie sehr Betroffene das Hebammengeleitete Modell schätzen und dass sich Betroffene aber mehr Flexibilität in Form von Telemedizin/Heimanwendung) wünschen.	Kleine Limitation: Teilnehmerinnen mussten bereits vor Ort sein, um befragt zu werden.	

Quelle: (54)

Erklärung zur Urheberschaft

Name: Nordmeyer
Vorname: Clara Amalia
Matrikelnummer: 6391160
Studiengang: ☒ B.Sc. Hebammenwissenschaft ☐ M.Sc. Hebammenwissenschaft und Frauengesundheit
Adresse: Herrenberger Straße 40, 72070 Tübingen

Hiermit versichere ich, die Arbeit mit dem Titel:

Hebammen in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im ersten und zweiten Trimenon: Ein narratives Review mit Fokus auf Schweden und Deutschland

- ☐ Hausarbeit / Studienarbeit
☒ Bachelorarbeit / Masterarbeit
☐ Sonstige

im Sommersemester 2026 bei Kristie Walter und Tina Werringloer

selbstständig und nur mit den in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verfasst zu haben. Alle aus anderen Arbeiten übernommenen Inhalte, egal ob wörtlich oder paraphrasiert, habe ich als solche eindeutig gekennzeichnet.

Mir ist bekannt, dass ich alle schriftlichen Arbeiten, die ich im Verlauf meines Studiums als Studien- oder Prüfungsleistung einreiche, selbständig verfassen muss. Zitate sowie der Gebrauch von fremden Quellen und Hilfsmitteln müssen nach den Regeln wissenschaftlicher Dokumentation von mir eindeutig gekennzeichnet werden. Ich darf fremde Texte oder Textpassagen (auch aus dem Internet) nicht als meine eigenen ausgeben.

Im Falle des Einsatzes generativer KI in unterstützender Funktion (einschließlich in andere Programme eingebetteter KI, z. B. Textverarbeitungssoftware) ist mir bewusst, dass die Verwendung von mittels generativer KI erstellten Texten oder Inhalten keine Garantie für deren Qualität besteht und ich verantwortlich bin, wenn durch die Verwendung solcher Werkzeuge fehlerhafte Inhalte, Verstöße gegen Datenschutz- oder Urheberrechte oder wissenschaftliches Fehlverhalten (z. B. Plagiate) entstehen sollten.

Ich versichere, dass ich Instrumente der generativen KI nur als Hilfsmittel eingesetzt habe und bei dieser wissenschaftlichen Arbeit mein kreativer Einfluss überwiegt. Durch die nachfolgenden Erläuterungen zur Nutzung von Instrumenten der regenerativen KI habe ich nach bestem Wissen offengelegt, welche Instrumente ich zu welchem Zweck und in welchem Umfang eingesetzt habe.

Mir ist bewusst, dass die Arbeit in digitaler Form durch einen automatisierten elektronischen Vergleich auf die Einhaltung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis geprüft und zu diesem Zweck auch an einen externen Dienstleister übermittelt werden kann. Zu diesem Zweck bin ich damit einverstanden, dass meine Arbeit in eine Datenbank eingespeist wird, in der sie auch nach der Prüfung verbleibt, um einen Vergleich mit künftig eingereichten Arbeiten zu ermöglichen.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die genannten Punkte prüfungsrechtliche Konsequenzen haben und insbesondere dazu führen kann, dass die Prüfungsleistung mit „nicht ausreichend“ bzw. die Studienleistung mit „nicht bestanden“ bewertet wird und bei mehrfachem oder schwerwiegendem Täuschungsversuch eine Exmatrikulation erfolgen bzw. ein Verfahren zur Entziehung eines eventuell verliehenen akademischen Titels eingeleitet werden kann.

Teile dieser Arbeit wurden bereits veröffentlicht (z.B. mündlicher Vortrag, Abstract-Publikation, veröffentlichtes oder eingereichtes Paper/Kapitel):

☒ Nein

☐ Ja (*Fügen Sie hier die Teile und die Literaturquelle ein*)

Sofern eingereichten Abzüge meiner wissenschaftlichen Arbeit in unterschiedlichen Formaten erfolgen (beispielsweise als Papierdruck und als elektronische Datei) versichere ich, dass die eingereichten Exemplare identisch sind.

Datum: 15.06.2026 Unterschrift: C. Nordmeyer

Einsatz generativer KI

Tabellarische Auflistung der eingesetzten Instrumente generativer KI

Instru- ment	Verwendungsart	Betroffene Teile der wis- senschaftlichen Arbeit bzw. des Erstellungsprozesses
Claude (Anth- ropic)	Erster Orientierung zum Thema, Feedback zu Formulierung, Gliederung und Nachvollziehbarkeit des Textes, Verbesserung von Grammatik und Stil	Hauptsächlich Einleitung, Grammatik und Stil in der gesamten Arbeit
Note- bookLM	Zusammenfassung beim Volltext-Screening zur Vorauswahl relevanter Studien und zur ersten Orientierung	Methodik/Literaturrecherche
Deepl- Translator	Übersetzung des deutschen Textes ins Englische	Abstract

Reflexion meiner Erfahrungen beim Einsatz von generativer KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

<p>Welche Aufgabe innerhalb meiner wissenschaftlichen Arbeit habe ich mithilfe von generativer KI versucht zu lösen und wie war der konkrete Lösungsansatz?</p> <p>Mithilfe von KI konnte ich mir einen ersten Überblick über das Thema verschaffen und somit eine Orientierung für meine Arbeit bekommen. Außerdem habe ich mithilfe von KI meine Ideen und die Gliederung diskutiert. Das hat mir neue Impulse gegeben, sodass ich die Gliederung schlussendlich selbst erstellt habe. Auch hat mir KI dabei geholfen, stilistische und grammatikalische Fehler zu beheben.</p>
<p>Welche Probleme sind dabei aufgetreten? An welcher Stelle sind mir (inhaltliche) Fehler der von der generativen KI erzeugten Texte aufgefallen?</p> <p>Bei der Vorauswahl der Studien durch eine Zusammenfassung der Volltexte wurden manche Studien als relevant bzw. irrelevant eingestuft, was nicht immer mit meiner eigenen Einschätzung übereinstimmte. Durch das anschließend eigenständige Lesen der Volltexte konnten solche Abweichungen aber erkannt und korrigiert werden.</p>
<p>Inwieweit konnte ich die Aufgabe mithilfe von generativer KI lösen und wo war mir dies nicht möglich?</p> <p>Bei der Optimierung von Grammatik und Stil war mir die KI sehr nützlich, mit dieser Hilfe konnte ich die Aufgabe gut lösen.</p>

Diskussion über die Chancen und Risiken beim Einsatz von KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

Welche Gefahren sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Schreiben?

- Falsche Angaben von Quellen, falsche Fakten
- Kein Gegenprüfen der von der KI erstellten Inhalte und dadurch falsche Angaben in der wissenschaftlichen Arbeit
- Übernahme ganzer KI-generierter Textpassagen, kein eigenes Gedankengut

Wie habe ich sichergestellt, dass sich diese Gefahren nicht negativ auf meine wissenschaftliche Arbeit auswirken?

- Die KI wurde nicht verwendet, um ganze Textpassagen zu erstellen, sondern ausschließlich, um Themen zu diskutieren, Stil und Grammatik zu verbessern und eine Orientierung zum Thema zu bekommen. Dies hat bei der Reflexion und der Optimierung des Schreibstils geholfen und hat keine Auswirkung auf die Eigenleistung dieser Arbeit.

Welche Chancen sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Schreiben?

KI kann eine wissenschaftliche Arbeit sinnvoll ergänzen, indem sie Verbesserungsvorschläge und neue Inputs geben kann. Diese müssen selbstverständlich gegengeprüft werden. Auch kann sie den Lesefluss durch Verbesserung von Grammatik und Stil verbessern und auf Inkohärenz hinweisen.

Wie habe ich versucht, diese Chancen im Prozess der Erstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit zu nutzen?

Die oben genannten Chancen wurden in dieser Arbeit verwendet. Orientierung, Verbesserung und Feedback konnten meine eigene Recherche sinnvoll ergänzen und die Arbeit abrunden.

Wie bewerte ich insgesamt den Erfolg des Einsatzes generativer KI bei der Erstellung der wissenschaftlichen Arbeit?

Ich bewerte den Erfolg als sinnvoll und gut, gleichzeitig muss aufgepasst werden, nicht in die Versuchung zu kommen, sich Abschnitte schreiben zu lassen. Gelingt einem dies, kann die KI die Arbeit sinnvoll ergänzen und abrunden.

Inwieweit ist es mir gelungen, die Gefahren des Einsatzes zu vermeiden und gleichzeitig die Chancen zu nutzen?

Alle Aussagen von KI wurden gegengeprüft und reflektiert und es wurden keine Texte von KI übernommen. Die Recherche wurde selbstständig durchgeführt und der Inhalt dieser Arbeit eigenständig verfasst.