

# Schwangerschaftskonflikt aus der Sicht der Frauen

Ergebnisse aus einer österreichweiten Studie

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, 2001

## Praxis des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

Seit dem 1. Januar 1975 gibt es in Österreich die "**Fristenregelung**" oder "Fristenlösung", d.h. der Schwangerschaftsabbruch ist nach § 96 StGB straffrei, wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde (sog. "eugenische Indikation), oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

Im Rahmen der Fristenregelung wurde auch eine **Gewissensklausel** gesetzlich verankert, die es einem Arzt / einer Ärztin und medizinischen Institutionen ermöglicht, aus Gewissensgründen die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen abzulehnen.

Legale Schwangerschaftsabbrüche werden in Österreich derzeit überwiegend in privaten Krankenanstalten und in Praxen niedergelassener ÄrztInnen durchgeführt - nicht nur von GynäkologInnen, sondern jede/r niedergelassene/r ÄrztIn darf einen Schwangerschaftsabbruch durchführen. In geringerem Ausmaß führen öffentliche Krankenanstalten Schwangerschaftsabbrüche durch.

Eine Befragung aller österreichischen Krankenanstalten mit gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen zum Angebot eines Schwangerschaftsabbruches (Wimmer-Puchinger, 1995) ergab, dass in insgesamt 17 dieser Krankenanstalten Schwangerschaftsabbrüche entsprechend der Fristenregelung durchführen, in 58 Krankenanstalten nur nach medizinischer Indikation und in weiteren 25 Krankenanstalten werden keine Abbrüche durchgeführt.

Ein weiteres Charakteristikum des Schwangerschaftsabbruches in Österreich ist, dass im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ein deutliches **Ost-West-Gefälle** besteht (Jandl-Jäger, 1991). In den westlichen Bundesländern stehen nicht nur kaum öffentliche Krankenanstalten, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, zur Verfügung sondern auch nur vereinzelt niedergelassene/r ÄrztInnen.

## Epidemiologische Situation des Schwangerschaftsabbruchs - Österreich im europäischen Vergleich

Da in Österreich keine Registrierpflicht von Schwangerschaftsabbrüchen besteht, liegen Zahlen über deren Häufigkeit nur in Form der Spitalsentlassungsstatistiken aus öffentlichen Spitälern vor, nicht aber aus dem Bereich der niedergelassene/r ÄrztInnen und der selbständigen Ambulatorien.

Österreich zählt damit gemeinsam mit Luxemburg und Portugal zu den einzigen europäischen Ländern, von denen keine regelmäßigen Angaben über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vorliegen. In den anderen europäischen Ländern werden von in einem Register erfassten ÄrztInnen, Ambulatorien oder Krankenhäusern, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die jeweiligen Zahlen an eine zentrale Stelle gemeldet. Ebenso liegen über die Vollständigkeit der dabei ermittelten Abbruchzahlen Dokumentationen vor; so gibt es demnach in Deutschland eine Untererfassung der Schwangerschaftsabbrüche (Tatzi-Preve und Kityr, 1999).

In folgender Aufstellung sind gesetzliche Regelungen und Häufigkeiten der Schwangerschaftsabbrüche von ausgewählten europäischen Ländern ausgewiesen (nach Tatzi-Preve und Kityr, 1999).

**Tab. 1. Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs**

Land	Gesetzliche Situation				Häufigkeit der Abbrüche	
	seit	Regelung	Frist bis	Von Sozialversicherung finanziert	Jahr	Abbrüche / 100 Lebendgeborene
<b>Dänemark</b>	1973	freier Abbruch	12. Woche		1993	28
<b>Finnland</b>	1970	Indikationenregelung	12. Woche		1994	15
<b>Frankreich</b>	1975	Beratungspflicht	10. Woche		1993	23
<b>Deutschland West</b>	1976	Indikationenregelung	12. Woche			
<b>Deutschland O&amp;W</b>	1995	Beratungspflicht	12. Woche		1993	11
<b>Griechenland</b>	1976	freier Abbruch	12. Woche		1992	11
<b>Italien</b>	1978	freier Abbruch	12. Woche	Ja	1993	27
<b>Niederlande</b>	1981	freier Abbruch	13. Woche	Ja	1992	10
<b>Norwegen</b>	1978	freier Abbruch	12. Woche		1993	25
<b>Spanien</b>	1985	Indikationenregelung	12. / 22. Woche		1993	12
<b>Schweden</b>	1974	freier Abbruch	18. Woche	Ja	1994	29
<b>Großbritannien</b>	1967	freier Abbruch	24. Woche		1990	23

Ausgehend von den Berichten aus anderen europäischen Ländern ziehen Tatzki-Preve und Kityr (1999) den Schluss, dass unter der Annahme, dass die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich im Rahmen jener anderer europäischer Länder liegt (zwischen 10 und 29 pro 100 Lebendgeburten), in Österreich für die letzten Jahre **19.000 bis 25.000 Abbrüche pro Jahr** eine plausible Schätzung darstellen.

Folgende Tabelle zeigt die offizielle Spitalsentlassungsstatistik mit der Diagnose "Legale Interruptio" für die Jahre 1990, 1995 und 1998, für alle Bundesländer und nach Alter aufgeschlüsselt.

**Tab. 2. Spitalsentlassungsstatistik 1990 - 1995 - 1998 für die Diagnose „Legale Interruptio“**

Land	Jahr	Altersgruppen (in Jahren)											
		5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Burgenland	1990	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	1995	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	1998	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Kärnten	1990	0	3	17	23	34	32	40	34	2	0	0	185
	1995	0	0	14	15	26	21	18	9	1	0	0	104
	1998	0	0	23	25	32	32	29	18	3	0	0	162
Niederösterreich	1990	0	0	33	61	79	56	70	31	2	0	0	332
	1995	0	0	20	43	48	51	38	19	1	1	0	221
	1998	0	1	29	43	54	69	72	25	2	0	0	295
Oberösterreich	1990	1	1	110	273	302	262	206	106	10	1	0	1272
	1995	0	3	130	288	316	292	190	70	8	0	0	1297
	1998	0	1	139	208	290	270	197	66	7	0	0	1178
Salzburg	1990	0	0	1	8	11	4	6	2	0	0	0	32
	1995	0	0	2	9	7	7	7	0	0	0	0	32
	1998	0	0	2	6	18	12	6	4	0	0	0	48
Steiermark	1990	0	4	16	35	62	69	72	53	7	0	2	320
	1995	0	0	17	24	39	54	56	28	3	0	1	222
	1998	0	1	20	27	45	65	41	30	3	0	0	232

Land		Altersgruppen (in Jahren)											
	Jahr	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Tirol	1990	0	0	0	1	3	4	1	2	0	0	0	11
	1995	0	0	1	2	5	8	1	3	0	1	0	21
	1998	0	0	0	2	11	4	5	0	0	0	0	22
Vorarlberg	1990	0	0	0	4	4	0	1	1	0	0	0	10
	1995	0	0	0	1	0	7	3	2	0	1	0	14
	1998	0	0	1	0	4	0	1	1	0	0	0	7
Wien	1990	0	5	132	310	315	271	210	83	15	0	1	1342
	1995	0	5	64	115	138	123	95	38	3	0	0	581
	1998	0	4	56	94	99	83	57	19	4	0	0	416
Österreich	1990	1	13	309	715	811	698	606	312	36	1	3	3505
	1995	0	8	248	498	580	563	408	169	16	3	1	2494
	1998	0	7	270	407	553	535	408	163	19	0	0	2362

Quelle: Statistik Österreich

In diesen Statistiken zeigt sich ein kontinuierliches Absinken von 3.505 Fällen im Jahr 1990 auf 2.362 Fälle im Jahr 1998.

## Epidemiologische Situation der Schwangerschaftsabbrüche international

Henshaw et al. (1999) haben die Zahl legaler Schwangerschaftsabbrüche für 54 Länder aus den offiziellen Statistiken geschätzt und die Raten für 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahre für die Jahre 1975 bis 1996 errechnet. Die Raten des Schwangerschaftsabbruchs sind in den Jahren 1975 bis 1996 stark gesunken: In Osteuropa sind die Raten um zwischen 28 und 47 Prozent gesunken, in Dänemark, Finnland, Italien und Japan um zwischen 40 und 50 Prozent. Nur in wenigen Ländern, wie z.B. Canada, Neuseeland und Schottland, Kuba, Vietnam sind die jeweiligen Raten des Schwangerschaftsabbruchs gestiegen.

Das **Alan Guttmacher Institut** (AGI; <http://www.agi-usa.org>) stellt eine Reihe umfassender Informationen zur internationalen Situation des Schwangerschaftsabbruches zur Verfügung.

Basierend auf zwei Konferenzen der Vereinten Nationen, die den Schwangerschaftsabbruch als eines der Kernthemen behandelt haben - die "International Conference on Population and Development", in Cairo, 1994, und die "4th World Conference of Women in Beijing", 1995 - hat das Alan Guttmacher Institut einen umfassenden Bericht über die internationale Situation des Schwangerschaftsabbruchs erstellt (AGI, 1999), der neben der rechtlichen und epidemiologischen Situation auch die Praxis des Schwangerschaftsabbruches in bezug auf das Vorhandensein von sicheren oder unsicheren Bedingungen für die betroffenen Frauen berücksichtigt.

Ein kurzer Überblick **zur internationalen Situation des Schwangerschaftsabbruches:**

- Weltweit haben mehr als ein Viertel der Frauen, die schwanger werden, entweder einen Schwangerschaftsabbruch oder eine ungewollte Geburt.
- In den industrialisierten Ländern (wo die durchschnittliche Familiengröße gering ist), sind von den jährlich 28 Millionen Schwangerschaften geschätzte 49 Prozent ungeplant, 36 Prozent enden mit einem Schwangerschaftsabbruch.
- In Entwicklungsländern (wie die durchschnittliche Familiengröße hoch ist), sind von den jährlich 182 Millionen Schwangerschaften geschätzte 36 Prozent ungeplant und 20 Prozent enden mit einem Schwangerschaftsabbruch.
- Wesentlichste Motive des Schwangerschaftsabbruchs sind global gesehen:
  - Die Frauen haben schon so viele Kinder, wie sie möchten.
  - Der Zeitpunkt der (nächsten) Geburt soll zeitlich erst später sein.
  - Die Frauen sind zu jung oder zu arm, um ein Kind zu erziehen.

- Es liegen Partnerschaftsprobleme vor.
  - Die Frauen wollen kein Kind, so lange sie noch in Ausbildung sind oder arbeiten.
- Jährlich werden 46 Millionen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. 78 Prozent dieser Frauen leben in Entwicklungsländern, 22 Prozent in den industrialisierten Staaten.
  - Belgien, die Niederlande, Deutschland und Schweden haben Abbruchraten von weniger als 10 pro 1.000 Frauen im reproduktiven Alter, alle anderen Länder in Westeuropa und den USA und Canada haben Raten von 10 bis 23 pro 1.000. Rumänien, Kuba und Vietnam haben die höchsten berichteten Abbruchraten der Welt (78 bis 83 pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter), auch in Chile und Peru sind die Raten über 50 pro 1.000.
  - Weltweit gesehen beträgt der "lifetime average" etwa eine Abtreibung pro Frau.

## Sozialwissenschaftliche Studien zum Schwangerschaftskonflikt in Österreich

### Erste österreichische Studie "Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch" (1983)

Die erste umfassende österreichische Studie zum Thema Schwangerschaftskonflikt wurde 1983 am Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung durchgeführt.

Die **zentralen Fragestellungen** dieser Studie beziehen sich auf zwei Schwerpunkte:

- A. Die Entscheidungssituation:
- Welche Eigenschaften der aktuellen Lebenslage (finanzielle Verhältnisse, Wohnverhältnisse, Partnerschaftsstatus, Berufs- und Ausbildungssituation) haben einen Einfluss auf die Entscheidung, die Schwangerschaft abzubrechen oder auszutragen?
  - Gibt es individuelle Faktoren (Normen, Wertvorstellungen, Einstellungen, Persönlichkeitseigenschaften), die bei der Entscheidungsfindungen eine Rolle spielen?
  - Welchen Stellenwert hat die Partnerbeziehung bzw. die Reaktion des Partner auf die Entscheidung?
- Planung/Verhütung der Schwangerschaft:
- Ist das Auftreten einer ungeplanten bzw. unerwünschten Schwangerschaft durch mangelnde Information über Empfängnisverhütung und durch fehlerhafte Anwendung bedingt?
  - Welche Rolle spielen psychodynamische Prozesse bei der Entstehung einer ungeplanten/ungewünschten Schwangerschaft?
  - Gibt es Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren und Informationen über Empfängnisverhütung bzw. dem Kontrazeptionsverhalten?

### Methodik der Studie

Eine detaillierte empirische Fragebogenerhebung mittels standardisierter Fragebogen wurden durchgeführt.

Zwei Gruppen von betroffenen Frauen wurde befragt:

Als "Abbruchgruppe" wurde eine Gruppe von n=374 erstschwangeren Frauen definiert, die eine Familienplanungsstelle bzw. Beratungsstelle wegen eines Schwangerschaftsabbruches aufsuchten, d.h. sich 4 bis 5 Tage vor dem Termin der Interruptio befinden.

Als "Geburtsgruppe" wurde eine Gruppe von n=411 Frauen definiert, die ihre erste Schwangerschaft austragen wollen und sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden.

Diese Parallelisierung ermöglicht es, Information über die Ambivalenz gegenüber einer Schwangerschaft sowohl bei ungeplanten als auch bei geplanten Schwangerschaften zu gewinnen.

Die Untersuchung wurde an verschiedenen Schwangerenambulanzen und Beratungsstellen (Familienplanungsstellen) in Wien durchgeführt.

Die Frauen der Abbruchsgruppe wurden möglichst eine Woche vor dem Abbruchtermin befragt; Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, wurden maximal bis zur 16.Schwangerschaftswoche befragt.

Der **Fragebogen** enthielt folgende Teilbereiche:

1. Demoskopische Daten: z.B. Alter, Familienstand, soziale Schicht
2. Kindheit/Entwicklung: Beziehung zu den eigenen Eltern, Erziehung, Ehe der Eltern, Aufklärung über Sexualität und Empfängnisverhütung
3. Berufssituation: aktuelle Berufssituation, Zufriedenheit mit Berufstätigkeit, Beanspruchung durch Beruf
4. Finanzielle Situation: Haushaltseinkommen, fixe finanzielle Verpflichtungen
5. Wohnsituation: Wohnungsgröße, -qualität
6. Partnerschaft: Dauer und Qualität der Partnerschaft, Einfluss des Kindes auf die Partnerschaft, Reaktion des Partner auf die Schwangerschaft, vermutete Auswirkungen von Interruptio bzw. Geburt auf die Partnerschaft
7. Rollenbild: Grad der Identifikation mit der Rolle als Hausfrau und Mutter
8. Einstellungen/Persönlichkeitsmerkmale: Einstellung zur Ehe, Familie, Sexualität, Religion, Fristenregelung, Abtreibung; Zukunftsvorstellungen über eine feste Partnerschaft mit Kind, Depressivität
9. Konzeption/Kontrazeption: Wissenstand und Anwendung von empfängnisverhütenden Methoden, Reaktion auf die Feststellung der Schwangerschaft
10. Entscheidung: maßgebliche Gründe für die Entscheidung zum Abbruch bzw. Austragen der Schwangerschaft, Sicherheit der Entscheidung

## Ergebnisse der Fragebogenerhebung

### Soziodemographische Faktoren

- Das Durchschnittsalter der erstschwangeren Frauen, die das Baby bekamen, betrug 22,7 Jahre, das der Frauen, die einen Abbruch vornahmen, 21,6 Jahre.
- 69 Prozent der Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, sind verheiratet, hingegen nur 6,4 Prozent der Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen.
- Der größte Anteil der Frauen, die das Kind bekommen, lebt mit dem Ehemann/Lebensgefährten in gemeinsamem Haushalt (68 Prozent); ein großer Teil der Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, lebt bei den Eltern bzw. mit Geschwistern in einem gemeinsamen Haushalt (43 Prozent); nur 7 Prozent leben mit dem Ehemann/Lebensgefährten in einem gemeinsamen Haushalt.
- Mehr als die Hälfte der Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen, bezieht ihren Lebensunterhalt ausschließlich aus eigenem Einkommen; hingegen sind 60 Prozent der Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, in einer Doppelverdienersituation.
- Betrachtet man den Bildungsstatus der Herkunftsfamilie der Frauen, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Es sind jedoch bedeutsame Unterschiede beim Bildungsstatus der Partner nachweisbar: Die Bildungsqualifikation der Partner der Abbruchgruppe liegt signifikant über dem Bildungsstatus der Partner der Geburtengruppe.
- Mehr als ein Viertel der Frauen der Interruptiogrube befinden sich in Ausbildung, dagegen war die überwiegende Mehrzahl der werdenden Mütter bereits berufstätig.

### Partnerbeziehung

Beide befragten Gruppen unterscheiden sich signifikant in der Dauer der Partnerschaft: 60 Prozent der werdenden Mütter kennen ihren Partner seit mehr als 2 Jahren, hingegen weisen nur 26 Prozent der Frauen mit voraussichtlicher Interruptio eine so lange dauernde Partnerschaft auf.

Bei den Frauen, die ein Baby bekommen, halten 88 Prozent eine gemeinsame Lebensplanung mit dem jetzigen Partner für wahrscheinlich, bei den Frauen der Abbruchgruppe waren es jedoch nur etwa die Hälfte.

Etwa 60 Prozent der Frauen, die die Schwangerschaft austragen, bezeichnen ihre Partnerschaft als glücklich, hingegen wird diese Beurteilung von kaum 40 Prozent der Interruptiogrube angegeben.

Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft war in der Abbruchgruppe deutlich geringer und auch die sexuelle Befriedigung in der aktuellen Beziehung wurde von den Frauen der Abbruchgruppe niedriger eingeschätzt als von den Frauen der Geburtengruppe.

Zusammenfassend zur aktuellen Partnerschaftssituation lassen sich in der Abbruchgruppe zwei wesentliche Konfliktmomente ableiten: Die Sorge, mit einem Kind wenig emotionale Unterstützung vom Partner zu erlangen; zum anderen wird von einer Partnerschaft die Erfüllung von Bedürfnissen erwartet, die zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht einmal ohne ein Kind einlösbar erscheinen.

## Kontrazeption

Jede Diskussion zum Thema Schwangerschaftsabbruch muss ich mit der Frage der Verhütung befassen. Zum überwiegenden Teil ist der Schwangerschaftsabbruch eine Folge inadäquater Verhütung. Es gibt eine Vielzahl von Gründen für das Versagen von Verhütung - z.B.:

- fehlerhafte Anwendung von Verhütungsmethoden wegen Unkenntnis oder mangelnder Informiertheit
- bewusster Verzicht auf adäquate Verhütung, z.B. um den "Zauber des Augenblicks" nicht zu zerstören
- schwieriger Zugang zu adäquaten Verhütungsmitteln
- Mängel in der Anwendung als Ausdruck unbewusster Wünsche
- mangelhafte Kenntnis der eigenen Unfruchtbarkeit
- ignoranten oder fatalistisches Verhalten
- Mängel der Verhütungsmittel

In den beiden hier befragten Gruppen unterscheidet sich die Häufigkeit der Anwendung von Empfängnisverhütungsmethoden im letzten halben Jahr vor der Empfängnis nicht signifikant: rund ein Drittel aller erstschwangeren Frauen in beiden Gruppen verhüteten vor ihrer Schwangerschaft regelmäßig, rund ein Drittel gelegentlich und das letzte Drittel überhaupt nicht.

## Entscheidung - Gründe für den Schwangerschaftsabbruch

Die Auswertung der Fragen zum eigentlichen Entscheidungsprozess und den Gründen für den Abbruch orientiert sich an zwei zentralen Fragen:

- a) Ist es möglich, bei Kenntnis der Lebensumstände bzw. gewisser Persönlichkeitsmerkmale und psychosozialer Faktoren der schwangeren Frau vorherzusagen, ob eine Interruptio vorgenommen werden wird oder nicht?
- b) Welche Bedeutung kommt den einzelnen Einflussfaktoren im Entscheidungsprozess zu?

Die Ergebnisse einer Pfadanalyse geben primär die hohe Komplexität des Entscheidungsproblems wider. Zusammenfassend ließen sich folgende wesentliche Ansatzpunkte identifizieren, die die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft begünstigen:

1. eine Verbesserung der finanziellen Situation z.B. zur Schaffung besserer Wohnverhältnisse
2. die Sicherung der beruflichen Weiterentwicklung der Frauen nach der Karenzzeit, wobei die Versorgung des Kindes, wenn die Mutter wieder in den Beruf eintreten will, besondere Beachtung finden muss
3. die Therapie und Prophylaxe von Partnerschaftsproblemen

Aus den Konsequenzen, die von einer ungewollten Schwangerschaft befürchtet werden, leiten sich die jeweiligen subjektiven Gründe für den Abbruch ab. Ohne Zweifel heben sich die Frauen mit voraussichtlichem Schwangerschaftsabbruch vor allem durch die mangelnde Sicherheit sowohl im Partnerschaftsstatus als auch in der emotionalen Sphäre ab. Eine längere Lebensplanung mit dem betreffenden Partner gibt es selten. Es ist sehr verständlich, dass hier all jene Beweggründe im Vordergrund stehen, die "die mangelnde finanzielle und emotionelle Sicherheit für die Zukunft" umschreiben:

- das Motiv, das Kind nicht alleine großziehen zu können oder zu wollen,
- das Motiv, derzeit weder Beruf noch Ausbildung unterbrechen zu können bzw. es auch nicht zu wollen,
- das Motiv, in der Konsequenz einem Kind keine Stabilität bieten zu können.

**Zusammenfassend** ein Zitat der Autorin der Studie (Wimmer-Puchinger, 1982; S.85-86):

"Wesentlich scheint uns, dass im Bereich "Frau und Fertilität", der sowohl existenzielle sowie fundamentale Fragen einschließt, sich die Situation der Frau in der Gesellschaft besonders widerspiegelt.

Die Tatsache, dass die Frauen in ihrer Betroffenheit die Entscheidung nach Überprüfung ihrer Grenzen der Belastbarkeit selbst fällen, weist auf folgendes hin: Die Entscheidung zur Mutterschaft ist für die Frau wohl existenziell leichter geworden, jedoch von der moralischen Einschätzung viel schwerer einzulösen als früher, da sich die Perspektiven in vielerlei Hinsicht verschoben haben. Das soziale Netzwerk ist brüchig geworden, die Ehe als Basis einer langen Lebensperspektive hat sich zu einem oft sehr kurzfristigen Arrangement mit hintergründig veränderten Werten und Ansprüchen an Mann und Frau entwickelt. Oft ist es demnach nur mehr die Frau, die letztlich für Pflege, Unterhalt und Erziehung der Kinder aufkommen muss. Umgekehrt sind die gesellschaftlichen Forderungen und Erwartungen an eine tragfähige und gute Mutter-Kind-Beziehung nur noch deutlicher geworden. Trotz der Doppelrolle der Frau sind gesellschaftliche Erwartungen an die "Mutter-Kind-Symbiose" nie entkoppelt worden."

## Die Ergebnisse der Studie "Schwangerschaftskonflikt - Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch" (2001)

Zentrales Thema der Studie "Schwangerschaftskonflikt - Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch" ist die Frage nach den individuellen psychosozialen Rahmenbedingungen von Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind. Einzelne Aspekte dieser Rahmenbedingungen werden hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch abgewogen.

Die Studie verfolgt im wesentlichen folgende **Ziele**:

- Ein Ziel der Studie ist, einen Beitrag zur Differenzierung des Wissens hinsichtlich der *Prävention ungewollter Schwangerschaften* zu leisten.
- Ein weiteres Ziel der Studie ist, die spezifischen Bedürfnisse von Frauen in der Entscheidungssituation für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bezüglich des Angebots an *psychosozialer Unterstützung, Information, Beratung und Betreuung* zu verdeutlichen.
- Schließlich soll über die subjektiven Erfahrungen von Frauen und deren Bewertung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs - der seit Anfang des Jahres 1999 in Österreich als eine weitere Wahlmöglichkeit für Frauen in der Situation der Entscheidung für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch vorhanden ist - berichtet werden.

Die wesentlichsten inhaltlichen **Schwerpunkte** der Studie sind:

- Die Beschreibung der **soziodemographischen** und **psychosozialen Merkmale** von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften im Hinblick auf das Entstehen eines **Entscheidungskonfliktes** und die Entwicklung individueller **Handlungstendenzen** für bzw. gegen eine Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch.
- Die Analyse des **Verhütungsverhaltens** von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch vs. Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden unter Berücksichtigung der Partnerschaftssituation und der Anwendung von Verhütungsmitteln.
- Eine Gegenüberstellung der subjektiven Bewertung und des individuellen Erlebens des Schwangerschaftsabbruchs von Frauen, die sich für die **medikamentöse** oder die **chirurgische Methode** entscheiden.
- Die Darstellung der **emotionalen Situation** und die Erfassung von Strategien der **psychischen Bewältigung zum Zeitpunkt der Entscheidung und drei Monate danach**.
- Die Bedeutung der **Schwangerschaftskonfliktberatung** für die betroffenen Frauen hinsichtlich Inanspruchnahme, Effektivität und Zufriedenheit.

### Methodisches Vorgehen der Befragung

Insgesamt wurden 1000 Frauen im Zeitraum von März bis Dezember 2000 befragt; vollständige Daten von 977 Frauen lagen für die weitere statistische Bearbeitung vor.

Innerhalb der befragten Frauen wurden drei Subgruppen definiert:

- Frauen mit Entscheidung für einen chirurgischen Schwangerschaftsabbruch (n=350)
- Frauen mit Entscheidung für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (n=227)
- Frauen mit Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft (n=400)

Die Frauen wurden zum Zeitpunkt der Entscheidung und drei Monate danach mit einem vollstrukturierten Fragebogen, der teilweise aus standardisierten psychologischen Fragen bestand (Fragebogen zur Depression - HAD Hospital Anxiety and Depression Scale; SVF - Stressverarbeitungsfragebogen) schriftlich und unter Wahrung der Anonymität befragt.

## Wesentliche Ergebnisse der Studie

### Unterschiede in der Lebenssituation der befragten Frauen

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus vorangegangenen Studien konnten auch in der vorliegenden Studie zahlreiche demographische Merkmale dokumentiert werden, die auf einen deutlichen Unterschied zwischen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch und Frauen, die sich für das Fortsetzen Schwangerschaft entschieden haben, hinweisen.

Stellt man die soziodemographischen Merkmale von Frauen, die sich für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, gegenüber, zeigt sich folgendes Bild:

Frauen, die sich für einen **Schwangerschaftsabbruch** entschieden haben (vs. Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben)

- haben häufiger **keinen Partner** (14 vs. 1 Prozent),
- leben häufiger mit ihrem Partner in **getrenntem Haushalt** (38 vs. 13 Prozent),
- sind häufiger **nicht verheiratet** (69 vs. 42 Prozent),
- haben häufiger bereits **Kinder** (52 vs. 41 Prozent),
- haben häufiger **zwei und mehr Kinder** (29 vs. 2 Prozent),
- haben seltener einen (weiteren) **Kinderwunsch** (47 vs. 35 Prozent),
- leben häufiger in einem **Ein-Personen-Haushalt** (17 vs. 7 Prozent),
- sind häufiger **Alleinerzieherinnen** (10 vs. 0 Prozent),
- haben häufiger ein Haushaltseinkommen **unter ATS 15.000** (37 vs. 20 Prozent),
- haben häufiger einen Schulabschluss **unter Maturaniveau** (44 vs. 34 Prozent),
- sind häufiger **nicht berufstätig**, d.h. Hausfrau, in Ausbildung, arbeitslos (30 vs. 23 Prozent),
- sind häufiger **jünger als 25 Jahre** (17 vs. 10 Prozent),
- sind häufiger **älter als 40 Jahre** (12 vs. 4 Prozent),
- beschreiben sich als **weniger religiös** (30 vs. 55 Prozent),
- lehnen den **Schwangerschaftsabbruch** selten ab (5 vs. 30 Prozent),
- haben häufiger bereits mindestens einen **Schwangerschaftsabbruch** (35 vs. 23 Prozent).

Frauen, die sich für einen **medikamentösem Abbruch** entscheiden, heben sich von der Frauen mit chirurgischem Abbruch in folgenden demographischen Merkmalen deutlich ab: Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entscheiden,

- haben eine höhere Schulbildung,
- haben eine höhere Beschäftigungsquote,
- haben weniger vorangegangene Schwangerschaftsabbrüche.

### Partnerschaft - Sexualität - Verhütung

Die **Form der Partnerschaft** von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden und Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden, unterscheidet sich maßgeblich:

- Nur 1 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, hat derzeit keinen **festen Partner**; hingegen aber 14 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaftsabbruch entschieden haben.
- Lediglich 13 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, leben in einem vom Partner **getrennten Haushalt**, hingegen aber 38 Prozent der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch
- 58 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entscheiden, sind **verheiratet** und nur 7 Prozent **geschieden**. Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, sind im Vergleich dazu seltener verheiratet (31 Prozent) und häufiger geschieden (13 Prozent).
- Die Frage nach **Stabilität und sexueller Treue der Partnerbeziehungen** hat gezeigt, dass nur 3 Prozent der schwangeren Frauen, aber 20 Prozent der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch sexuell instabile



Beziehungen haben (keinen fixen Partner, aber sexuelle Beziehungen bzw. einen fixen Partner und andere sexuelle Beziehungen).

Entsprechend den Ergebnissen zur Partnerschaftsform gestaltet sich auch die **Zufriedenheit mit der Partnerschaft**: nur 7 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, sind mit ihrer Partnerschaft unzufrieden, aber 19 Prozent der Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben.

Die **Zufriedenheit mit der Sexualität** insgesamt ist bei Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, größer (92 Prozent) als bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch (87 Prozent).

In den letzten *vier Wochen vor der Schwangerschaft* haben etwa 60 Prozent der Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, ein Verhütungsmittel angewendet; das heißt, 40 Prozent der Frauen, die ungewollt schwanger geworden sind, haben nicht verhütet. Nur 19 Prozent der Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, haben in den letzten vier Wochen vor der Konzeption ein Verhütungsmittel angewendet.

Zum Zeitpunkt vier Wochen vor dem Schwangerschaftsabbruch ist das **Präservativ** bei allen befragten Frauen die häufigste Verhütungsmethode: Es wird von mehr als der Hälfte der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und von einem Drittel der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entscheiden, verwendet.

Die häufige Verwendung des Präservativs bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch geht mit einer geringeren Verwendung der **Pille** einher: Ein Viertel der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und ein Drittel der Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden, haben in den letzten vier Wochen vor der Schwangerschaft die Pille genommen.

Insgesamt verwenden Frauen, die sich für eine Schwangerschaftsabbruch entscheiden eher **unsichere Verhütungsmethoden**. Besonders Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entscheiden, haben vor dem Abbruch deutlich häufiger **natürliche Verhütungsmethoden** und seltener als die anderen hier befragten Frauen die Pille verwendet.

Nach dem Schwangerschaftsabbruch - wir haben die Frauen zum Zeitpunkt *drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch* befragt - ist eine deutliche Zunahme der Verwendung von Verhütungsmitteln zu verzeichnen: es verhüten 77 Prozent der Frauen vs. 60 Prozent vor dem Abbruch.

Auch die Wahl der Verhütungsmethode hat sich drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch deutlich verändert: es ist ein starker **Trend zu sicheren Verhütungsmethoden** - besonders bei Frauen mit medikamentösem Abbruch - zu erkennen:

- Das **Präservativ** verwendeten nach dem Schwangerschaftsabbruch nur mehr 35 Prozent der Frauen (vs. 57 Prozent vorher).
- Für die **Pille** entschieden sich *nach dem Schwangerschaftsabbruch* 45 Prozent der Frauen (vs. 23 Prozent vorher).
- Eine **Spirale, Hormonspirale oder Hormonspritze** wählten 16 Prozent der (vs. 1 Prozent vorher).

Zur **Zufriedenheit mit der Verhütung** ist zu sagen, dass jede zweite Frau, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden hat, mit ihrer Verhütungsmethode unzufrieden ist. Im Gegensatz dazu ist nur ein Viertel der Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, mit der Verhütung unzufrieden.

## Reaktionen auf die Schwangerschaft - Entscheidungsfindung

Die ersten Reaktionen von Frauen auf die Schwangerschaft lassen häufig schon die späteren Handlungstendenzen erkennen: Drei Viertel der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, äußern große Freude, Glück, Stolz und das Gefühl der Erfüllung eines Wunsches. Nur wenige Frauen, die sich

für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, äußern solche Gefühle. Hier überwiegen als erste Reaktion Schock, Panik, Entsetzen, Verzweiflung und Hilflosigkeit - etwa ein Viertel dieser Frauen äußern solche Gefühle.

Alle Frauen, die die Mitteilung einer Schwangerschaft erhalten, sind zunächst von unterschiedlichen Ängsten betroffen. Bei Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sind diese Ängste von Trauer und Selbstvorwürfen geprägt.

Aber auch Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden, berichten über verschiedenste Ängste: diese beinhalten Sorgen um die Zukunft, Angst vor Veränderung, Angst vor der Verantwortung für ein Kind, Ängste über den Gesundheitszustand des Kindes und Angst vor einer Fehlgeburt.

Das Ausmaß der spontan geäußerten Ambivalenz ist bei Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben, am größten, bei Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entschieden haben, sind Ambivalenzgefühle am geringsten - weniger noch als bei Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben.

Etwa 40 Prozent der Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sind sofort sicher, die Schwangerschaft abzuberechnen, 21 Prozent haben zumindest an einen Abbruch gedacht und weitere 37 Prozent sind ambivalent.

Etwa 20 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entscheiden, haben eine ambivalente Haltung zum Fortsetzen der Schwangerschaft.

88 Prozent der Partner der Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden, reagieren auf die Mitteilung der Schwangerschaft mit Freude, aber nur etwa 20 Prozent der Partner von Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden.

### **Beweggründe für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft**

- An oberster Stelle der Beweggründe für bzw. gegen eine Schwangerschaft stehen für alle Frauen jene Motive, die sich auf **Partnerschaft** und **Berufstätigkeit** beziehen: Am stärksten ist dabei die Zustimmung zu folgenden Aussagen:
  - "der Partner ist gegen das Kind",
  - "die Familie ist gegen das Kind",
  - "es gibt keine Unterstützung bei der Erziehung des Kindes".
- Das Motiv, dass ein Kind nicht mit der Berufstätigkeit vereinbar ist, ist ebenfalls bei Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, stärker ausgeprägt.
- Nach den partnerschafts- und berufsbezogenen Motive folgen die **ökonomischen Motive**: am häufigsten werden eingeschränkte finanzielle Mittel und beengte Wohnverhältnisse, die für ein (weiteres) Kind nicht geeignet sind, genannt.

### **Kriterien der Wahl für die medikamentöse vs. die chirurgische Methode des Schwangerschaftsabbruches**

Entsprechend den Ergebnissen aus der wissenschaftlichen Fachliteratur hat sich auch in unserer Studie das Überwiegen eines positiven Erlebens des Schwangerschaftsabbruchs mit der medikamentösen Methode gezeigt. Folgende Kriterien wurden dabei von den Frauen genannt:

- Die Tatsache, dass beim *medikamentösen* Abbruch *keine Narkose* erforderlich ist, wird von allen Frauen, die sich für diese Methode entschieden hat, als Vorteil gesehen. -Andererseits sehen immerhin 88 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch in der Narkose ebenso einen Vorteil der chirurgischen Methode.
- Ein **geringes Risiko** des *medikamentösen Abbruchs für nachfolgende Schwangerschaften* wird von fast allen Frauen, die sich für diese Methode entschieden haben, als ein Vorteil genannt. - Aber auch 84 Prozent

der Frauen, die sich für die *chirurgische* Methode entschieden haben, beurteilen die chirurgischen Methode als wenig riskant für nachfolgende Schwangerschaften.

- Dass beim *chirurgischen* Abbruch **keine aktive Beteiligung** notwendig ist, empfinden 97 Prozent der Frauen, die diese Methode gewählt haben, als Vorteil. - Umgekehrt empfindet ein überwiegender Teil der Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben, **gerade die aktive Beteiligung** bei der medikamentösen Methode als Vorteil (81 Prozent).
- Die **Bewährtheit** der Methode, die **Sicherheit** des Eingriffs und die **Unkompliziertheit** des Ablaufs finden jeweils zwischen 92 und 98 Prozent der Frauen, die einen *chirurgischen* Eingriff vorgezogen haben, als Vorteil. - Aber auch der überwiegende Teil der Frauen, die die *medikamentöse* Methode vorgezogen haben, finden Bewährtheit, Sicherheit und Unkompliziertheit (zwischen 90 und 93 Prozent) als Vorteile der von ihnen gewählten Methode.
- 38 Prozent der Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben, finden die damit verbundenen **Schmerzen** als Nachteil. - Im Gegensatz dazu finden nur 7 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch die Schmerzen beim chirurgischen Eingriff als Nachteil.
- Ebenso finden 33 Prozent der Frauen, die sich für die *medikamentöse* Methode entschieden haben, die auftretenden **Blutungen** als Nachteil - im Gegensatz zu 15 Prozent der Frauen, die die mit dem *chirurgischen* Eingriff verbundenen Blutungen als Nachteil empfinden.

Um die Frage nach der "Zufriedenheit" der Frauen mit der jeweils gewählten Methode - chirurgisch oder medikamentös - zu beantworten, wurde ihnen die Frage gestellt, ob sie sich wieder für dieselbe Methode entscheiden würden. Die Frage wurde sowohl im Rahmen der ersten Befragung zum Zeitpunkt des Abbruchs als auch bei der Nachbefragung drei Monate später gestellt:

- *Unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch* war die Tendenz zur Wiederwahl der Methode sehr hoch: 95 Prozent der Frauen, die die *chirurgische* Methode gewählt haben und 94 Prozent der Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben, würden sich wieder für die jeweils gewählte Methode entscheiden.
- *Drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch* fiel die Bewertung der medikamentösen Methode durch die Frauen etwas weniger positiv aus: während sich 91 Prozent der Frauen, die die *chirurgische* Methode gewählt haben wieder für diese Methode entscheiden würden, sind es nur 83 Prozent bei den Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben, die sich wieder für diese Methode entscheiden würden.

### **Mögliche psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs und Belastungsbewältigung**

Da die Frage nach den möglichen psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs nach wie vor kontroversiell diskutiert wird, haben wir die Frauen, die an vorliegender Studie teilgenommen haben, zu ihrem Ausmaß an **Depressivität und Ängstlichkeit** zu zwei Zeitpunkten befragt:

- *unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch* (bzw. bei Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, nach der 16. Schwangerschaftswoche) und
- *drei Monate nach der ersten Erhebung*.

Da die Befragung mit einem standardisierten Fragebogen erfolgt ist, kann ein direkter Vergleich zu altersgleichen Frauen aus der Gesamtbevölkerung gezogen werden.

Generell ist zu sagen, dass das Ausmaß der **Depressivität** und der **Ängstlichkeit** der hier befragten Frauen zum überwiegenden Teil **im unauffälligen Bereich** liegen - sowohl zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs als auch drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch.

Bei allen hier befragten Frauen - Frauen, die sich für einen chirurgischen oder medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben -, zeigte sich sowohl für das Ausmaß der Depressivität als auch der Ängstlichkeit **drei Monate nach der Entscheidung** im Sinne einer **Entlastung** und **positiven Bewältigung** eine Selbsteinschätzung der Frauen als **weniger ängstlich und depressiv** als zum Zeitpunkt der ersten Befragung.

Die emotionale Entlastung zeigt sich auch in der Bewertung der Entscheidung nach drei Monaten: waren unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch etwa die Hälfte der Frauen sicher, die **richtige Entscheidung** getroffen zu haben, ist es drei Monate danach für zwei Drittel der Frauen eindeutig, dass die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch richtig war.

Zusammenfassend machen die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Studien zum Schwangerschaftskonflikt deutlich, dass der Entscheidung für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch ein differenzierter Entscheidungsprozess vorangeht, in dem die betroffene Frau alle ihre vorhandenen psychosozialen und sozioökonomischen Ressourcen einer gewissenhaften Prüfung unterzieht. Als Folge dieses schwierigen Prozesses ist ein hohes Ausmaß an positiver psychischer Bewältigung bereits wenige Wochen nach dem Abbruch festzustellen.

## Literatur zum Thema Schwangerschaftskonflikt

- Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological Responses after Abortion. *Science*, April 1990;248:41-44.
- Akinyemi L, Laschalt B, Fiala C, Safar P. Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne. Beratung und Begleitung. *ProFamilia Magazin* 1999(3) 32-35.
- Appelt H, Strauß B, Ulrich D. Determinanten kontrazeptiven Verhaltens. In: Davies-Osterkamp S. (Hg.). *Psychologie und Gynäkologie*. Weinheim: Ed. Medizin, VCH Verlagsgesellschaft mbH, 1991.
- AGI - Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: AGI, 1999.
- Bachelot A, Cludy L, Spira A. Conditions for choosing between drug-induced and surgical abortions. *Contraception* 1992; 45:547-59.
- Blanchard K, Winikoff B, Ellertson C. Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. A review of the evidence. *Contraception* 1999;59:209-217.
- Blumenthal SJ. An overview of research findings. In: Scotland NL, ed. *Psychiatric Aspects of Abortion*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1991.
- Brewer C. Incidence of post-abortion psychosis: a prospective study. *BMJ* 1997(1):476-477.
- Bromham DR, Cartmilla RSV. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ* 306, 556-557, 1993.
- Brown SS, Eisenberg L. *The best intentions: unintended pregnancy and the well being of children and families*. Washington, DC: National Academy Press, 1995.
- Colli E, Tong D, Penhallegon R, Parazzini F. Reasons for contraceptive discontinuation in women 20-39 years old in New Zealand. *Contraception* 1999;59:227-231.
- Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic abortion - denied and completed. *Am J Psychiatr* 1991;148(5):578-585.
- Dahmen G, Eiblmeier P, Lehr D, Schmid-Tannwald I. Längsschnittvergleich der Studien 1981 und 1994. In: Schmid-Tannwald, I. & Kluge, N. (Hrsg.). *Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern: eine repräsentative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Bd 8, Köln, 1998.
- Doblhammer G, Lutz W, Pfeiffer C. *Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Österreich (gesamtes Bundesgebiet). Frauen und Männer. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse*. Materialiensammlung Heft 2. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung, Wien, 1996.
- Fiala, C. Medical Abortion. Where we are Europe. *Entre nous* 2000, Autumn (47-48):16-17.
- Fischer RC, Stanford JB, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. *J Fam Pract* 1999;48(2):117-122.
- Freidl W, Greimel E, Polanz A, Egger J, Mayer HO. Schwangerschaftsabbruch - ein kritisches Lebensereignis. *Zent.bl. Gynäkol* 1991;113:869-877.
- Freudenberg N, Barnett W. Partnerschaft nach Notlagen-Abortio - eine longitudinale Vergleichsstudie. *Fortschr Neurolog Psychiatr* 1988;56(9):304-320.
- Freundl G, Baur S, Bremme M, Frank-Herrmann P, Godehardt E, Kunert J, Sottong U. Hat sich das Familienplanungsverhalten in der BRD seit 1985 verändert? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 51, 127-134, 1991.

Gisser R, Holzer Werden, Münz R, Nebenführ E. Familie und Familienpolitik in Österreich. Wissen, Einstellungen, offene Wünsche, internationaler Vergleich. Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien, 1995.

Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: a review of evidence. *Obstet Gynecol* 1997;89:790-6.

Hamark B, Uddenberg N, Forssman L. The influence of social class on parity and psychological reactions in women coming for induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:302-306.

Hawkins J, Matteson PS, Smith Tabek E. Fertility Control. In: Fogel, C.I., Woods, N.F. (Ed.). *Women's Health Care. A Comprehensive Handbook*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 281-322, 1995.

Henshaw RC, Naji SA, Russel IT, Templeton AA. Comparison for medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993; 307:714-717.

Henshaw RC, Naji S, Russel I, Templeton A. Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration. A patient-centered, partially randomised prospective study. *Acta Obstet Scand* 1994;73:812-818.

Henshaw SK, Sing S, Haas T. Recent trends in abortion rates worldwide. *Intern Fam Plan Pers* 1999;25(1):44-48.

Hermann C, Buss U. Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala). *Diagnostica* 1994, 40(2):143-154.

Hermann C, Scholz KH, Kreuzer H. Psychologisches Screening von Patienten einer kardiologischen Akutklinik mit einer deutschen Fassung der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala). *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 1991,41:83-92.

Herrmann C. International experience with the Hospital Anxiety and Depression Scale - a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997 Jan;42(1):17-41.

Himes NE. *Medical History of Contraception*. New York: Gamut, 1963.

Hlavín-Schulze K. *Frauen nach der Abtreibung*. Wien: Editon Praesens, 1996.

Holmgren K. Women's evaluation of three early abortion methods. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71:616-623.

Holmgren K, Uddenberg N. Abortion ethics - women's post abortion assessments. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:492-496.

Holzhauser B. Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung der betroffenen Frauen. Freiburg: Max Planck Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, 1989.

Howe FL, Henshaw RC, Naji SA, Russel IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:829-833.

Hübner, M., Münch, K., Reinecke, J., Schmidt, P., Kühle, N., Wittenberg, J., Zeiler, A. (1998). Sexual- und Kontrazeptionsverhalten 16- bis 24-jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener: eine repräsentative Wiederholungsbefragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bd 12, Köln.

Husfeldt C, Kierstein S, Lyngberg A et al. Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:813-817.

Jandl-Jäger E. Praxis und gesetzliche Situation des Schwangerschaftsabbruches in Österreich. *Sexualpädagogik und Familienplanung. ProFamilia Magazin* 1991(1):20-21.

- Janke W, Erdmann G, Boucsein P. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1984.
- Jansen AM. Schwangerschaftsabbruch und Verhütung (I): Erfahrungen aus einem Familienplanungszentrum von Pro Familia. *Sexualmedizin* 1995;12:338-341.
- Jansen AM. Schwangerschaftsabbruch und Verhütung (II): Erfahrungen aus einem Familienplanungszentrum von Pro Familia. *Sexualmedizin* 1996;1:13-19.
- Jensen JT, Astley SJ, Morgan E, Nichols MD. Outcomes of suction curettage and mifepristone abortion in the United States. *Contraception* 1999;59:153-59.
- Kaufmann RB, Morris L, Spitz AM. Comparison of two question sequences for assessing pregnancy. *Am J Epidemiol* 1997;145(9):810-816.
- Kityr J. Zur Entwicklung der Geburtenrate. Vom schicksalshaften Kindersegen zur empfängnisverhütenden Gesellschaft. *Beziehungsweise* 1999,19/20: 85-86.
- Knopf M, Mayer E, Meyer E. Traurig und befreit zugleich. Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt 1995.
- Lask B. Short-term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. *Br J Psychiatr* 1975(126):173-177.
- Lazarus RS, Launier R. Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Hrsg.: Nitsch JR. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1981. S 231-259.
- Kuhl H, Jung-Hoffmann C. Kontrazeption. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag, 1999.
- Mamers PM, Lavelle AL, Evans AJ, Bell SM, Rusden JR, Healy DL. Women's satisfaction with medical abortion with RU 486. *MJA* 1997; 167:316-317.
- Münz R, Pelikan JM. Geburt oder Abtreibung - Eine soziologische Analyse von Schwangerschaftskarrieren. Wien: Verlag Jugend und Volk 1978.
- Oddens BJ, Visser A, Vemer HM, Everaerd W, Lehert P. Contraceptive use and attitudes in Great Britain. *Contraception* 1994,49, Jan:73-86.
- Osofsky JD, Osofsky JH. The psychological reaction of patients to legalized abortion. *Am J Orthopsychiatry*. 1972;42:48-60.
- Österreichische Frauengesundheitszentren, Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. Ungewollt schwanger? Eine Broschüre zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich. Mit Unterstützung der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten. Wien, 1999
- Roeder H, Sellschopp A, Henrich G. Partnerschaft und Schwangerschaftskonflikt. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 1994;44:153-158.
- Rosen AS et al. Acceptability of a nonsurgical method to terminate very early pregnancy in comparison to vacuum aspiration. *Contraception* 1979; 19:107-17.
- Rosenfeld JA, Everett KD. Factors related to planned and unplanned pregnancies. *J Fam Pract* 1996;43(2):161-166.
- Russo NF, Zierk KL. Abortion, childbearing, and women's well being. *Professional Psychology* 1992;23:269.280.
- Safar P, Fiala C. Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston (Mifegyne) und Misoprostol in Österreich - erste Erfahrungen. *Frauenarzt* 2000(41):325-330.

Schmid-Tannwald, I. & Kluge, N. (Hrsg.). Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern: eine repräsentative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bd 8, Köln, 1998.

Schwarz B, Baumgarten K, Beck A, Bischof HP, Concin H, Dapunt O, Deecke L, Enenkel W, Fischl F, Fröhlich H, Grünberger W, Huber J, Jandl-Jäger E, Kostner G, Leodolter S, Müller-Tyl E, Pabinger I, Spona J, Staudach A, Tabarelli M, Tscherne G, Waldhäusl W, Winter R, Kunze M. Konsensusbericht: Die Pille. Fakten zur oralen Kontrazeption. Wien: Facultas-Universitätsverlag GmbH, 1993.

Schusterman LR. The psychological factors of the abortion experience: a critical review. *Psychol Women Quartely* 1976;1:79-106.

Scotland NL, ed. *Psychiatric Aspects of Abortion*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1991.

Scotland NL. The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA* 1992;268(15):2078-2079.

Semrau C, Watzlawick U. *Mifegyne. Pro und Contra Abtreibungspille*. Wien: Maudrich, 1999.

Silvestre L, Dubois C, Renault M, Rezvani Y, Baulieu EE, Ulmann A. Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue. A large-scale french experience. *NEJM* 1990;322(10):645-648.

Simonds W, Ellertson C, Springer K, Winikoff B. Abortion revised: participants in the US clinical trials evaluate mifepristone. *Soc Sci Med* 1998;46(10):1313-23.

Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1288-1295.

Steiner M, Piedrahita C, Clover L, Joanis C. Can condom users likely to experience condom failure be identified. *Fam Plan Pers* 25(220-226), 1993.

Stephensen P, Wagner M, Badea M, Sebanescu F. The public health consequences of restricted induced abortion - lessons from Romania. *Am J Publ Health* 1992;82:1228-31.

Tazi-Preve I, Kytir J. Schwangerschaftsabbruch in Österreich. "Alte" Standpunkte - "neue" Konflikte. *Demographische Informationen* 1997/99, S.20-29.

Thong K, Dewar MH, Baird DT. What do women want during medical abortion? *Contraception* 1992; 46:435-442.

Törnblom M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg B, Möller A. Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:636-641.

Urquhart DR, Temleton AA. Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:396-399.

Wiebe ER. Choosing between surgical abortions and medical abortions induced with methotrexate and misoprostol. *Contraception* 1997; 55:67-71.

Wimmer-Puchinger B. *Motive zum Schwangerschaftsabbruch - Empirische Untersuchung zur sozialen und psychischen Situation der Frau*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Geburtenregelung und Schwangerschaftsberatung, gefördert durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung 1982.

Wimmer-Puchinger B. *Frauen im Schwangerschaftskonflikt: Kenntnisse über Fertilität, Beratungsangebote und Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs*. Wien, 1988.

Wimmer-Puchinger B. *Frauen in der Beratung vor und nach der Entscheidung. Rahmenbedingungen zum Schwangerschaftsabbruch*. Wien, 1988.



- Wimmer-Puchinger B. Schwangerschaftskonfliktberatung. In: Davies-Osterkamp, S. (Hg). Psychologie und Gynäkologie. Weinheim, 1991.
- Wimmer-Puchinger B. Austria Women's Health Profile (Österreichischer Frauengesundheitsbericht). Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, Wien 1995.
- Wimmer-Puchinger B. Erster Wiener Frauengesundheitsbericht. MAL Gesundheitsplanung (Hrsg.), Wien, 1996.
- Wimmer-Puchinger B, Truls U, Klotz M., Lackner R, Busch M. Sexualität und AIDS. Eine empirische Untersuchung in Wien und Internationale Forschungsschwerpunkte in der AIDS-Prävention. Wien: WHO-Projekt „Wien-Gesunde Stadt“, Wien 1996.
- Wimmer-Puchinger B, Fink B. AIDS-Jugendstudie 1997. Gefördert vom BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1997.
- Wimmer-Puchinger B, Löschke K, Tritta I. Psychologische Aspekte des Kontrazeptionsverhaltens von Frauen in der mittleren Lebensphase. Studie in Zusammenarbeit mit der Österr. Gesellschaft für Familienplanung, Wien 1998.
- Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. Fam Plan Pers 1995; 27(4):142-148,185.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale (HADS). Acta Psychiatr Scand 1983 Jun;67(6):361-70.
- World Health Organization – WHO (1994). Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den Mittel- und Osteuropäischen Ländern. (Women's Health Counts. Konferenz über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa, Wien)