

Schwangerschaftsabbruch in Österreich

Theorie und Praxis

Christian Fiala

Die Theorie

Die gesetzlichen Grundlagen zum Schwangerschaftsabbruch sind in Österreich klar und einfach, in Form einer sog. Fristenregelung, formuliert.

Seit 1.1.1975 ist dieser nach § 97 StGB straffrei, wenn er auf Antrag der betroffenen Frau erstens von einem Arzt, zweitens nach einer Beratung und drittens innerhalb der ersten drei Monate nach dem Beginn der Schwangerschaft vorgenommen wird. Als Beginn der Schwangerschaft wird hierbei die erfolgte Einnistung der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter Schleimhaut verstanden. (Dies entspricht etwa der 16. Woche gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung.) Eine Frist von 12 Wochen ist nirgends erwähnt, auch wenn dies in der Öffentlichkeit und teilweise auch in Fachpublikationen als Frist angenommen wird.

Darüber hinaus gibt es im Gesetz keine weiteren Regelungen, Einschränkungen oder verpflichtende Meldung.

Im internationalen Vergleich hat Kanada noch eine einfachere Regelung. Dort wurde das Gesetz, welches einen Abbruch unter Strafe stellte, im Jahr 1988 ersatzlos gestrichen. D.h. der Abbruch ist seither juristisch gesehen eine medizinische Behandlung ohne spezielle gesetzliche Regelung, welche lediglich ein Einverständnis von Patientin und Arzt voraussetzt.

Österreich hat somit eine gesetzliche Basis, welche auch als liberal bezeichnet werden kann und es grundsätzlich ermöglicht, auf die Bedürfnisse der betroffenen Frauen einzugehen. Dabei wird jedoch häufig übersehen, daß es keine Durchführungsbestimmungen gibt. Kein Arzt, aber auch keine Institution ist verpflichtet, Abbrüche durchzuführen, bzw. anzubieten. D.h. eine Frau mit einer ungewollten Schwangerschaft hat keinen Anspruch auf die Durchführung eines Abbruchs. Insbesondere hat sie keinen Anspruch darauf, dies nahe an ihrem Wohnort durchführen zu lassen. Dieses Problem wurde z.B. in Frankreich dahingehend gelöst, daß jede gynäkologische Abteilung eines Krankenhauses verpflichtet ist, Abbrüche durchzuführen. Selbstverständlich ist auch dort der einzelne Arzt nicht verpflichtet Abbrüche vorzunehmen, jedoch ist der Leiter einer jeden Abteilung dafür verantwortlich, zumindest einen Arzt einzustellen, der dies übernimmt. Somit wurde eine landesweite Versorgungssicherheit gewährleistet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Österreich ist die fehlende Kostenübernahme. In den meisten europäischen Ländern werden die Kosten vollständig oder großteils von den Krankenkassen oder anderen Einrichtungen übernommen. In Österreich ist dies lediglich in wenigen Ausnahmefällen der Fall. Darüber hinaus sind die Preise (im Durchschnitt ab 5-6.000,- ÖS) weit über dem anderer europäischer Länder. (Auch die Kosten der Verhütungsmittel werden in Österreich, im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern nicht von den Krankenkassen übernommen.)

Es muss noch darauf hingewiesen werden, dass im internationalen Vergleich die Art der gesetzlichen Regelung eines Landes überraschend wenig mit der Praxis sowie mit der Anzahl der Abbrüche zu tun hat. Hier sei insbesondere auf Holland hingewiesen, welches zwar eine restriktivere gesetzliche Grundlage als Österreich hat, jedoch eine liberalere Praxis. Trotzdem ist die Rate an Abbrüchen in Holland deutlich geringer als in hierzulande.

Die Praxis

Dies bringt uns zur Praxis in Österreich, welche unklarer ist als die gesetzliche Regelung und nicht unbedingt als liberal bezeichnet werden kann. Ferner ist sie auch schwer erfassbar, da es keinerlei offizielle oder inoffizielle Angaben dazu gibt.

Als Folge der fehlenden Durchführungsbestimmungen und einer nach wie vor starken sozialen Kontrolle ist die Anzahl an Ärzten und Institutionen, welche Abbrüche durchführen eher gering. Eine 1995 durchgeführte Befragung aller Krankenhäuser mit Gynäkologischen Abteilungen ergab, dass lediglich 17 Krankenhäuser Abbrüche nach der Fristenlösung durchführen, 58 Krankenhäuser nur unter medizinischer Indikation und 25 Spitäler überhaupt nicht. (Wimmer-Puchinger et al.) Auch besteht ein Ost-West Gefälle mit einer schlechteren Versorgung im Westen (Vorarlberg, Tirol, Salzburg) und einer gewissen Reisetätigkeit aus den Bundesländern nach Wien.

Aber auch die Preise unterliegen enormen Schwankungen und aufgrund der bestehenden Tabuisierung haben betroffene Frauen oft kaum die Möglichkeit innerhalb der gebotenen kurzen Zeit einen Preisvergleich

anzustellen. Hier hat die Broschüre „Ungewollt schwanger“ 1999 erstmalig eine übersichtliche Zusammenstellung publiziert.

Tabelle 1: Preise für einen Abbruch im europäischen Vergleich		
	in ÖS	Kostenübernahme
Österreich	5.000 – 13.000	nein
Belgien	2.000 - 3.500	ja
Deutschland	3.200 - 5.000	ja
Frankreich	2.000 - 2.800	ja
Holland	3.300 - 4.200	ja
Schweiz	6.400 - 7.200	ja

In der Praxis hat die im Gesetz genannte Frist von etwa 16. Woche, gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung kaum Bedeutung, da es wenig Ärzte gibt, welche einen Abbruch auch nach der 12.-13. Woche durchführen. So erklärt sich, daß immer noch jedes Jahr 100-200 Frauen nach Holland fahren. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass die Frist in Frankreich vor kurzem von 12 auf 14 Wochen verlängert wurde, um dieser Art des Abtreibungstourismus vorzubeugen.

In Wien ist der Zugang für Frauen als zufriedenstellend zu bezeichnen. Die einzigen beiden Ambulatorien, welche auf Abbrüche spezialisiert sind, befinden sich in Wien und es gibt eine gewisse Anzahl an niedergelassenen Ärzten, welche Abbrüche in ihrer Ordination durchführen. Aber bereits die Preisgestaltung der Gemeindespitäler zeigt die herrschende Willkür, gegenüber Frauen in dieser schwierigen Situation. Grundsätzlich bieten zwar alle Gemeindespitäler Abbrüche an, jedoch zu Preisen von 10.000,- ÖS und mehr, also etwa dem Doppelten des marktüblichen Preisniveaus. Diese Frauen werden für die wenigen Stunden des Aufenthaltes zwangsweise als Klassepatientinnen behandelt und müssen deshalb für einen höheren Tagessatz, sowie zusätzliche Kosten für Arzt und Anästhesisten aufkommen.

In den Bundesländern ist die Situation noch schwieriger. Es gibt laut der erwähnten Broschüre „Ungewollt schwanger“ außerhalb von Wien lediglich zwei Krankenhäuser, welche Abbrüche ohne Hürden und zu einem marktüblichen Preis anbieten. (LKH Linz und KH Korneuburg) Ferner gehört auch das KH St. Pölten dazu.

Die unbefriedigende Situation im Westen ist beispielhaft an Vorarlberg dargestellt. Dort gab es bis vor wenigen Jahren keine Möglichkeit eines offiziellen Abbruchs, bis schließlich ein Gynäkologe aus Lindau eine Zweitordination in Bregenz eröffnete. Das heißt die soziale Kontrolle funktioniert bis heute und verhindert, daß ein Arzt, welcher auch in Vorarlberg lebt, offiziell Abbrüche durchführt.

Einige Krankenhäuser führen Abbrüche nur unter gewissen Bedingungen durch. Wobei die Bedingungen willkürlich und nicht gesetzlich definiert sind.

Ansonsten gibt es in den Bundesländern eine kleine und regional sehr unterschiedliche Anzahl an niedergelassenen Ärzten, welche Abbrüche offiziell in ihrer Ordination durchführen. Darüber hinaus führen einige niedergelassene Gynäkologen Abbrüche ausschließlich für ihre Patientinnen oder in besonderen Situationen durch. Damit wird zwar ein kleiner Teil der Frauen gut versorgt, jedoch sind Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft auf leicht erreichbare und öffentlich zugängliche Informationen über den Abbruch als solches, sowie über durchführende Ärzte angewiesen. Eine häufig mühsame Suche nach einem Arzt „der so was macht“ reduziert nicht die Anzahl von Abbrüchen, sondern ist eine Form der Demütigung, welche von den betroffenen Frauen als gesellschaftlich gewollt verstanden wird.

Und in diesem Bereich der Information gibt es große Defizite, besonders in den Bundesländern, wo Frauen aufgrund der sozialen Kontrolle und der geographischen Distanz oft nicht einfach zu einem anderen Arzt oder einer anderen Beratungsstelle gehen können. Eine bundesweite Notrufnummer, welche sowohl über die Möglichkeiten des Abbruchs, als auch über Adressen von Beratungsstellen und Ärzten informiert wäre dringend notwendig. Hier hat das Internet bereits eine wichtige Rolle als freie und niederschwellige Informationsquelle übernommen.

Die Notwendigkeit einer einfachen und umfassenden Information ohne Bevormundung oder ideologische Fixierung ist durch die Situation bedingt. Schließlich ist die Entscheidung zu einem Abbruch immer eine Krisensituation und nicht von langer Hand geplant.

Mifegyne

Zehn Jahre nach der Markteinführung in Frankreich konnten wir im Januar 1999 auch in Österreich Mifegyne erstmalig anwenden. Eine sehr lange Zeitverzögerung wenn man an die internationale Markteinführung anderer Medikamente, z.B. Viagra® denkt.

Historischer Abriss von Mifegyne®

1980: Entdeckung
1982: Klinische Studien in Genf
1988: Einführung in Frankreich und China
1991: Einführung in England
1992: Einführung in Schweden
1999 Januar: Anwendung im KH Korneuburg
Ende 1999/Anfang 2000: Markteinführung in den meisten europäischen Ländern

Allerdings ist der Zugang zu dieser Methode nach wie vor stark eingeschränkt, nachdem die ehemalige Gesundheitsministerin die Anwendung von Mifegyne® auf Krankenanstalten begrenzt hat. Wie oben dargelegt, werden die meisten Abbrüche in Österreich jedoch im niedergelassenen Bereich durchgeführt und es gibt nur wenige Krankenhäuser und Ambulatorien, welche Abbrüche anbieten.

Damit ist Österreich das einzige Land der Welt, in welchem niedergelassene Ärzte zwar chirurgische Abbrüche, auch in Vollnarkose in ihrer Praxis machen dürfen, die Frauen jedoch zur Einnahme von drei Tabletten in eine Krankenanstalt überweisen müssen. Und Frauen haben außerhalb des Einzugsbereiches von Wien immer noch keinen Zugang zu dieser Methode. Obwohl die Anwendung von Mifegyne® im Krankenhaus Korneuburg seit nunmehr bald drei Jahren zur großen Zufriedenheit der Patientinnen und undramatisch abläuft.

Damit wird vielen Frauen die Möglichkeit eines frühen Abbruchs vorenthalten. (Ein chirurgischer Abbruch wird erst zu einem Zeitpunkt durchgeführt, zu welchem bereits eine fötale Herzaktivität vorhanden ist.) Damit sind Frauen, welche sich bereits früh zum Abbruch entschieden haben, gezwungen, ihre Schwangerschaft 1-2 Wochen weiter auszutragen, obwohl die Entscheidung zum Abbruch bereits gefallen ist.

Minderjährige

Hier gab es Anfang dieses Jahres eine Gesetzesänderung. Die wesentliche Aussage steht in § 146 ABGB: eine „Einwilligung in medizinische Behandlungen kann das einsichts- und urteilsfähige Kind nur selbst erteilen; im Zweifel wird das Vorliegen dieser Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei unmündigen Minderjährigen vermutet.“ Im konkreten Fall bedeutet dies, daß die Entscheidung für Kontrazeptiva, sowie einen Abbruch ausschließlich von der Minderjährigen, in Absprache mit dem Arzt getroffen wird. Eine Altersgrenze nach unten ist nicht vorgesehen.

Diese Regelung gibt Jugendlichen mehr Entscheidungsbefugnis und Verantwortung über ihre Fruchtbarkeit.

Ein besonders trauriger Aspekt sollte damit der Vergangenheit angehören. Immer wieder kamen unter 14-Jährige zu einem Abbruch und gaben an, sie hätten die Pille nehmen wollen, diese sei ihnen jedoch von dem Arzt verweigert worden, da sie laut Gesetz in diesem Alter noch keine sexuelle Aktivität haben dürften.

Ein wichtiges Detail betrifft noch Minderjährige, welche zum Zeitpunkt der „Schwängerung“ unter 14 Jahren waren. Hier gibt es kein zeitliches Limit für einen Abbruch. Damit wird der unerfreulichen Situation Rechnung getragen, dass Frauen in diesem jungen Alter häufig erst sehr spät zu einem Abbruch kommen.

In der Betreuung und Behandlung von Minderjährigen sollte immer wieder auf die vorgeschriebene Verschwiegenheitspflicht, auch gegenüber den Eltern hingewiesen werden.

Zahl der Abbrüche

Die Zahl der in Österreich durchgeführten Abbrüche führt in regelmäßigen Abständen zu hitzigen Diskussionen. Grundsätzlich ist zu sagen, dass es hierüber keine verlässlichen Daten gibt. Die Durchführung eines Abbruchs ist nicht meldepflichtig. Und auch die Krankenkassen haben keine Daten hierzu, da die Kosten nicht übernommen

werden. Folglich sind alle Zahlen das Ergebnis von Schätzungen, gelegentlich auch mit einer politischen oder ideologischen Zielsetzung. Das erklärt die große Diskrepanz der in der Öffentlichkeit genannten Zahlen. Ferner stellt sich die Frage, was eine genaue Kenntnis der Zahlen bewirken oder verbessern würde. Wir wissen sehr genau was zu tun wäre, um die Zahl an ungewollten Schwangerschaften und damit an Abbrüchen zu senken. Aber wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass die Prävention, d.h. Maßnahmen für ein besseres Verhütungsverhalten in diesem Land auf große Widerstände stößt oder schlicht nicht umsetzbar ist. Die letzte genauere Untersuchung über die Häufigkeit von Abbrüchen wurde 1985 von Ketting und Praag im Rahmen eines internationalen Vergleichs publiziert. Die Autoren kamen dabei zu dem Ergebnis, dass eine Zahl von 46.000 bis 67.000 als untere Grenze anzusehen sei. Weitere ernüchternde Schlussfolgerungen waren: „Mit einem großen Maß an Wahrscheinlichkeit kann jedoch festgestellt werden, dass die Abbruchhäufigkeit in Österreich beträchtlich höher sein muss, als die in den übrigen untersuchten (europäischen) Ländern. ... die Anwendung effektiver Verhütungsmethoden in Österreich am geringsten und in den Niederlanden am häufigsten praktiziert wird. ... die Abbruchhäufigkeit umso niedriger wird, je mehr die Anwendung effektiver Verhütungsmethoden zunimmt.“ Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der Abbrüche seither etwas zurückgegangen ist. Einerseits gibt es heute deutlich weniger Frauen in der Altersgruppe von 15-30. (Ein Rückgang um 20% zwischen 1985 und 2001.) Andererseits wurden in den letzten Jahren eine große Anzahl an Tubenligaturen und Vasektomien durchgeführt, welche die Frauen des sog. „Baby Booms“ in der Altersgruppe von 30-45 wirksam schützt. Eine Zahl von derzeit 30-40.000 Abbrüchen pro Jahr würde bedeuten, dass im Durchschnitt 3 von 4 Frauen einmal in ihrem Leben einen Abbruch hatten. Ansonsten sind die Schlussfolgerungen von damals eine nach wie vor gültige Beschreibung der österreichischen Realität.

Medizinisch begründete Abbrüche

Ein Abbruch ist nicht strafbar, wenn er „zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernststen 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“.

Die Kosten werden in diesen Fällen von den Krankenkassen übernommen. Jeder einzelne Fall sollte der Krankenkasse vor dem Eingriff vorgelegt werden, um die Bestätigung einer Kostenübernahme zu bekommen. Damit kann in der Praxis eine gewisse Schikane verbunden sein, wenn die betroffene Frau über die Notwendigkeit der Indikation mit dem beurteilenden Arzt in der Krankenkasse diskutieren muss.

Die Indikation muss von einem Arzt gestellt werden. Dabei gibt es keine Vorgaben oder Beispiele. Auch ist keine Kontrolle vorgesehen. Die Kostenübernahme sollte akzeptiert werden, wenn die Indikation in sich schlüssig ist.

Das Problem in der Praxis ist gelegentlich die Bewertung einer Pathologie als Begründung für einen Abbruch. Hier gibt es keine „natürliche“ Grenze vielmehr liegt es in der Natur der Sache, dass es häufig unterschiedliche Bewertungen gibt. Das kann dazu führen, dass manche Frauen Schwierigkeiten haben, eine Indikation oder eine Kostenübernahme für einen Abbruch zu bekommen, wenn die zugrunde liegende Pathologie oder Missbildung von manchen Ärzten als nicht „ausreichend“ angesehen wird.

Bezüglich der Grenze eines medizinisch indizierten Abbruchs hatte es in der Vergangenheit eine gewisse öffentliche Diskussion gegeben. Tatsächlich gibt es im Gesetz kein Limit. In der Praxis ist jedoch die mögliche Überlebensfähigkeit des Fötus (ab etwa der 25. Woche) als Grenze anzusehen, sofern die Missbildung nicht das Überleben des Fötus in Frage stellt. (Tews, LFK Linz)

Zusammenfassung

Mehr als 26 Jahre nach der Liberalisierung sind Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft in Österreich immer noch einer großen Willkür ausgesetzt, wenn sie einen Abbruch durchführen lassen möchten. Auch ist das hohe Preisniveau, bei fehlender Kostenübernahme eine im europäischen Vergleich auffallende Benachteiligung. Darüber hinaus gibt es einzelne Beispiele von überhöhten Preisforderungen, welche als unethisch zu bezeichnen sind.

Andererseits konnten in Österreich wenige Maßnahmen zur Prävention von ungewollten Schwangerschaften umgesetzt werden, obwohl gerade dies in anderen Ländern zu einem deutlichen Rückgang an Abbrüchen geführt

hat. Die Widerstände gegen die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln, den Inhalt des Medienkoffers zur Sexualerziehung und gegen Kondomautomaten in Schulen sind Beispiele aus der kürzeren Vergangenheit.

Aber auch an aktuellen Beispielen mangelt es nicht. Nach wie vor benötigen junge Frauen einen Krankenschein, meist von ihrem Vater, um zum Frauenarzt zu gehen. Die verschriebene Pille müssen sie dann aber selbst bezahlen. (Unsere Gesellschaft kann es jungen Frauen kaum schwerer machen, sich in ihrer Sexualität zu schützen.) Und nach wie vor gibt es einen großen Widerstand gegen eine breite Sexualerziehung an Schulen.

Ein weiteres Beispiel ist die Pille danach, gedacht als Notfallverhütung nach einem ungeschützten Verkehr. Zuerst war sie jahrelang zwar im übrigen Europa, jedoch nicht in Österreich erhältlich. Nunmehr ist sie zwar auf dem Markt, allerdings nur auf Rezept, obwohl sie mittlerweile in Frankreich, England, Schweden und Belgien rezeptfrei in der Apotheke zu kaufen ist. Aber in Österreich müssen sich Frauen immer noch (meist Nachts oder am Wochenende) auf die oft mühsame Suche nach einem Arzt machen, welcher ihnen ein Rezept schreibt um das Präparat anschließend in der diensthabenden Apotheke zu kaufen.

Die angeführten Beispiele zeigen, wie kreativ unsere Gesellschaft sein kann, wenn es um die Umsetzung restriktiver Wertvorstellungen geht. Diese scheinen darin zu bestehen, es insbesondere jungen Menschen schwer zu machen, sich in ihrer Sexualität zu informieren und zu schützen. Wenn es uns nicht gelingt hier eine grundsätzliche Änderung herbeizuführen, wird Österreich auch auf absehbare Zeit eine (gesellschaftlich gewollte) unnötig hohe Zahl an ungewollten Schwangerschaften und folglich auch an Abbrüchen haben.

„Es gibt kaum Arbeiten, die sich mit den Ursachen von ungewollten Schwangerschaften beschäftigen, sondern vor allem Arbeiten, die sich mit der Persönlichkeit der abbruchwilligen Frau und den aus einem Abbruch zu erwartenden Folgen befassen.

Voraussetzung für die Abnahme der abgebrochenen Schwangerschaften ist jedoch das Erkennen der Entstehungsbedingungen.“

Goebel P., Abbruch der ungewollten Schwangerschaft, Springer Verlag, 1984

„Es ist der Schwangerschaftsabbruch eine Folge inadäquater Verhütung.

Insgesamt wurde über das Thema Verhütung erstaunlich wenig zwischen den Partner gesprochen.

Hauptsächlich ist es Unkenntnis und Unerfahrenheit über die eigene Fruchtbarkeit, die man für das so häufige Nichtanwenden von adäquaten Verhütungsmethoden anführen muss. Hier müsste mehr Aufklärung einsetzen, wenn die Frequenz unerwünschter Schwangerschaften und damit die Abbruchhäufigkeit gesenkt werden soll.“

Wimmer-Puchinger, Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch, 1983

Wie viele Abbrüche gibt es in Österreich?

Die Schwierigkeiten diese Frage zufriedenstellend zu beantworten, werden beispielhaft in einer Publikation in "Demographische Informationen 1997/1999" deutlich.

- Die Frist innerhalb derer ein strafloser Abbruch möglich ist, wird mit 12 Wochen angegeben. Im Gesetz findet sich jedoch nirgends eine derartige Zahl. Vielmehr wird die Berechnung der Frist konkret mit 3 Monaten gerechnet ab der Einnistung der befruchteten Eizelle angegeben (§ 97StGB). Daraus ergibt sich eine Frist von 16 Wochen gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung.
- Die gemachte Schätzung von 19.000-25.000 Abbrüchen in Österreich basiert ausschließlich auf der Vermutung der Autoren, die Situation sei vergleichbar mit Ländern wie Dänemark, Frankreich, Italien, Norwegen, Schweden und Großbritannien. Für diese Vermutung wird keine Referenz angeführt. Leider enthält die Studie auch keinerlei Angaben über die z.T. großen Unterschiede zwischen Österreich und diesen Ländern bezüglich der Rahmenbedingungen der Kontrazeption und dem sich daraus ergebenden Verhütungsverhalten. Andere Überlegungen aus denen sich Angaben über die Häufigkeit ableiten lassen oder Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis fehlen.
- Umso überraschender ist deshalb die Feststellung, mit der die Autoren das Kapitel abschließen: "Es gib aus wissenschaftlicher Sicht keine stichhaltigen Argumente, die für Österreich eine über diesem Wert liegende Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen glaubhaft erscheinen läßt." Derart absolutistische Aussagen sind unüblich in einem wissenschaftlichen Beitrag. Sie sind eine schlechte Basis für eine Diskussion und lassen eher den Verdacht aufkommen, die Autoren wollten ebendies vermeiden.
- Schwer nachvollziehbar ist ferner, daß die Autoren eine Statistik fordern, weil: "Nur dadurch wäre es möglich, Erkenntnisse zu gewinnen und Maßnahmen zu identifizieren, die zu einer Verringerung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche führen." Unklar bleibt, warum die zahlreichen Publikationen und internationalen Erfahrungen über die erfolgreiche Reduzierung von ungewollten Schwangerschaften und damit an Abbrüchen nicht erwähnt werden? Das Problem in Österreich ist ja gerade, daß wir recht gut wissen, was zu tun wäre, nur ist dies aus bekannten gesellschaftspolitischen und religiösen Gründen nicht möglich.

- Unklar ist auch, warum die Autoren in diesem Artikel über die Ursachen von ungewollten Schwangerschaften in keiner Weise auf das Verhütungsverhalten **eingehen und es auch unterlassen konkrete** Maßnahmen zur Verbesserung in Österreich vorzuschlagen. Dabei haben die Diskussionen in der Vergangenheit über Kondomautomaten in Schulen, den Medienkoffer zur Sexualerziehung und die fehlende Kostenübernahme von Verhütungsmitteln, auch für Jugendliche und in sozialen Notfällen, gezeigt, wo Handlungsbedarf besteht.

•
"Schwangerschaftsabbruch in Österreich", Irene M. Tazi-Preve, Josef Kytir, Demographische Informationen 1997/1999: 20-9