

Vorträge

Internationale Qualitätsstandards des Schwangerschaftsabbruchs ¹

Dr. Helena von Hertzen

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf, Schweiz

Beim Millennium-Treffen der Vereinten Nationen im Oktober 2000 stimmten alle Länder zu, dass die Reduzierung von Armut und Ungleichheit eine globale und zwingend notwendige Aufgabe der Zukunft ist. Die Verbesserung der Gesundheit von Müttern wurde als eines der Entwicklungsziele des Jahrhunderts formuliert, gekoppelt mit der ehrgeizigen Forderung, die Müttersterblichkeit bis 2015 um drei Viertel zu senken.

Die Gründe für Müttersterblichkeit sind vielfältig. Frauen sterben wegen Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt, auf Grund von Erkrankungen wie Malaria, die sich durch eine Schwangerschaft verschlechtern. Frauen sterben wegen Komplikationen in der frühen Schwangerschaft und sie sterben, weil sie einen Schwangerschaftsabbruch wünschen und keinen Zugang zu angemessenen Dienstleistungen haben. Global wird der Anteil an der Müttersterblichkeit durch Komplikationen bei Schwangerschaftsabbrüchen unter unsicheren Bedingungen auf 13 % geschätzt. Zu den schätzungsweise 70 000 Frauen, die an den Folgen unsicherer Schwangerschaftsabbrüche sterben, kommen Tausende von Frauen mit Langzeitfolgen für ihre Gesundheit wie zum Beispiel Infertilität. Auch in Ländern mit guten Dienstleistungen auf dem Gebiet der Familienplanung entstehen Schwangerschaften, weil Verhütungsmethoden versagen, Schwierigkeiten mit der Anwendung bestehen, es keine Verhütungsmittel gibt oder auch wegen Inzest oder Vergewaltigung. Die Schwangerschaft kann zu einer Gefährdung für die physische und psychische Gesundheit der Frau werden. Aus diesen Gründen haben weltweit fast alle Länder den Schwangerschaftsabbruch gesetzlich geregelt. In manchen Ländern ist er nur erlaubt, um das Leben der Frau zu retten, in anderen ist er auch auf Wunsch der Frau möglich.

Die Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation

Die Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es, Normen und Standards zu entwickeln und die Länder hinreichend zu beraten, wie sie ihre Gesundheitssysteme stärken können. Bereits zur internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo, die 1994 stattgefunden hat, wurde von den Teilnehmern auf die Probleme hingewiesen, die entstehen, wenn Schwangerschaftsabbrüche unter unsicheren Verhältnissen durchgeführt werden. Fünf Jahre später, 1999, wurde auf der Folgekonferenz der Vereinten Nationen als eine der wichtigen Maßnahmen beschlossen, dass Länder, deren Recht einem Schwangerschaftsabbruch nicht widerspricht, die Gesundheitssysteme derartig ausbauen und Personal ausbilden werden, dass der Schwangerschaftsabbruch zugänglich und sicher ist. Zusätzliche Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Gesundheit der Frau zu schützen. Wenn wir uns die Situation genau ansehen, sind sogar in Ländern, in denen ein Schwangerschaftsabbruch nicht illegal, also rechtmäßig ist, die Gesundheitsdienste für die Frauen nicht zugänglich, d.h. für die Frauen nicht erreichbar.

Es wurde anerkannt, dass es immer die Notwendigkeit für Schwangerschaftsabbrüche geben wird. Überall auf der Welt gibt es Frauen, die sich um einen Schwangerschaftsabbruch bemühen, egal ob er unter sicheren oder unsicheren Verhältnissen durchgeführt wird. Wenn eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch haben möchte, dann ist unter Umständen ihr Wunsch so groß, dass sie sich genötigt sieht, illegale Anbieter aufzusuchen, oder sie versucht, selbst einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Die Auswirkungen auf die Gesundheit habe ich bereits erwähnt.

¹ Der Beitrag ist eine Transkription des gehaltenen und simultanübersetzten Vortrags von Dr. Helena von Hertzen

Unsere ersten Bemühungen waren zunächst, die Länder zu unterstützen, die zwar den Schwangerschaftsabbruch gesetzlich verankert haben, aber deren Praxis verbessert werden muss. Die WHO erkennt an, dass es unterschiedliche politische Überzeugungen in den verschiedenen Ländern und somit unterschiedliche Bedingungen gibt.

Die WHO entwickelt Richtlinien zum sicheren Schwangerschaftsabbruch

Mit dem in den letzten Jahren entwickelten und in diesem Jahr veröffentlichten Dokument der WHO stehen erstmals Richtlinien zum Thema »Sicherer Schwangerschaftsabbruch« zur Verfügung. Die Richtlinien beschreiben die Planung und Umsetzung von gezielten Gesundheitsdienstleistungen für Mütter und die Bereitstellung von hochqualifizierten Familienplanungsdienstleistungen.

Unsere Abteilung hat diese Richtlinien entwickelt und möchte damit natürlich auch den Anforderungen der Regierungen nach technischen Informationen und technischen Leitlinien entsprechen. Ich möchte kurz den Prozess dieser Richtlinienentwicklung schildern. Normalerweise sehen wir uns eine bestimmte Situation erst einmal an, dann schreiben wir ein Hintergrundpapier oder Hintergrundbuch. Für die genannten Richtlinien wurde dieses Hintergrundpapier im Jahr 2000 geschrieben. Es folgte eine große internationale technische Beratungsrunde, die im September 2000 stattfand. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen führen Schwangerschaftsabbrüche in allen Regionen der Erde durch. Sie kommentierten das vorgelegte Papier, hielten Vorträge und reichten Vorschläge ein. Der erste Richtlinienentwurf wurde dann zur Überprüfung an verschiedene Spezialisten gesandt. Die Kommentare, die wir daraufhin von externen, internationalen Experten aus unterschiedliche Bereichen, auch aus dem Bereich Menschenrechte, Frauenrechte, Gesundheitsspezialisten, aber auch von Mitarbeitern der WHO und aus den Regionalbüros der WHO, bekamen, wurden in den Richtlinien berücksichtigt.

Ich möchte noch ein paar Worte über den Zweck dieser Richtlinien und dieses Dokumentes sagen. Diese Richtlinien richten sich an eine große Anzahl von Menschen, die Dienstleistungen im Gesundheitsbereich anbieten, innerhalb und außerhalb der Regierungen, an alle diejenigen, die bestrebt sind, die Müttersterblichkeit zu senken. Wir möchten also einen breiten und verständlichen Überblick über die vielen verschiedenen Maßnahmen geben, die für einen Zugang zu guten und qualitativ hochwertigen Schwangerschaftsabbruchsdienstleistungen notwendig sind. Die Richtlinien sind in vier Kapitel eingeteilt.

Das erste Kapitel konzentriert sich auf die Dienstleistungen und spricht die Herausforderung an, die das öffentliche Gesundheitswesen betreffen. Im zweiten Kapitel gehen wir auf die klinische Versorgung für Frauen ein, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Das heißt wir sehen uns die verschiedenen Schwangerschaftsabbruchmethoden an, wir sehen uns die Beratungen an und beschreiben die erforderlichen Maßnahmen. Das dritte Kapitel hilft den verschiedenen Ländern, unterschiedliche Dienstleistungen aufzubauen. Wenn ein Land bestimmte Dienstleistungen noch nicht anbietet, dann werden hier Richtlinien aufgeführt, wie man bei der Planung und Einrichtung dieser Dienstleistungen vorgehen sollte. Das vierte Kapitel befasst sich mit rechtlichen und politischen Betrachtungen und im fünften Kapitel geht es um die Beseitigung bürokratischer und behördlicher Hindernisse, um sichere und legale Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch zu gewährleisten.

Internationale Zahlen zur Problematik des Schwangerschaftsabbruchs

Die Tatsache wird allgemein anerkannt, dass jedes Jahr ungefähr 210 Millionen Schwangerschaften entstehen, davon enden ungefähr 46 Millionen, also ein Fünftel mit einem eingeleiteten Schwangerschaftsabbruch. Von diesen 46 Millionen werden nach neuesten Hochrechnungen ungefähr 19 Millionen unter unsicheren Bedingungen durchgeführt. Es ist natürlich sehr schwierig, genaue Zahlen zu erheben. In den meisten Ländern werden Schwangerschaftsabbrüche nicht statistisch erfasst, das heißt in den wenigsten Ländern sind überhaupt Zahlen verfügbar. Das trifft um so mehr zu, wenn es sich um illegal durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche handelt, Schwan-

gerschaftsabbrüche nicht akzeptiert sind oder wenn die Frauen an einem Schwangerschaftsabbruch sterben. Dennoch, es wird geschätzt, können 13 % der Todesfälle, die mit einer Schwangerschaft in Zusammenhang gebracht werden, auf Komplikationen bei einem unsicheren Schwangerschaftsabbruch zurückgeführt werden. Ungefähr 67 000 Frauen sterben jährlich an einem Schwangerschaftsabbruch. Fast all diese Todesfälle treten in Entwicklungsländern auf. Neben der Tatsache, dass Frauen daran sterben, leidet eine wesentlich höhere Anzahl von Frauen an den Folgen der Komplikationen, die durch und nach einem solchen Schwangerschaftsabbruch auftreten. So schätzt man die Zahl der Frauen, die große Probleme und Komplikationen wie Unfruchtbarkeit davon tragen, auf fünf Millionen. Das Letalitätsrisiko nach Komplikationen in Folge eines Schwangerschaftsabbruch unter unsicheren Bedingungen ist mehr als einhundertmal höher als bei einem Schwangerschaftsabbruch, der professionell unter sicheren Bedingungen durchgeführt wird. Der Schwangerschaftsabbruch ist einer der sichersten medizinischen Eingriffe, wenn er von ausgebildeten Ärzten, unter den richtigen Bedingungen und mit den notwendigen Geräten ausgeführt wird. Mit diesen Voraussetzungen ist er wesentlich sicherer als eine Mandelentfernung und auch zehnmals sicherer als eine ausgetragene Schwangerschaft.

Auch wenn effektive Verhütungsmethoden zur Verfügung stehen, werden wir Schwangerschaftsabbrüche nie gänzlich vermeiden können. Es gibt natürlich kein einziges Verhütungsmittel, das 100prozentig wirksam ist, aber einige kommen in ihrer Sicherheit den 100 % sehr nahe. Auch wenn Verhütungsmethoden genau nach Anweisung praktiziert werden, bleiben immer noch sechs Millionen ungewollte Schwangerschaften, die durch Versagen der Verhütungsmethoden entstehen. Wir wissen, dass viele Frauen Verhütungsmittel nicht so anwenden, wie es vorgeschrieben ist, auch deswegen gibt es zusätzliche 30 Millionen ungewollter Schwangerschaften.

Die unterschiedlichen Länderregelungen

Die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch ist in den Ländern sehr unterschiedlich.

Hier sehen Sie die industrialisierten Staaten und die sich entwickelnden Regionen der Welt. Es wird deutlich, dass mit der Indikation »Schutz des Lebens« Frauen fast in allen Ländern einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen können, und zwar in 96 % der industrialisierten Länder und 99 % der sich entwickelnden Länder. Für die Indikation »die körperliche Gesundheit der Frau zu

Gründe für einen legalen Schwangerschaftsabbruch *							
	um das Leben der Frau zu retten	um die körperliche Gesundheit zu bewahren	um die psychische Gesundheit zu bewahren	Vergewaltigung oder Inzest	embryopathische Gründe	Ökonomische oder soziale Gründe	auf Verlangen
Länder insgesamt	193	193	193	193	193	193	193
erlaubt	189	122	120	83	76	63	52
nicht erlaubt	4	71	73	110	117	130	141
industrialisierte Länder	48	48	48	48	48	48	48
erlaubt	46	42	41	39	39	36	31
nicht erlaubt	2	6	7	9	9	12	17
Entwicklungsländer	145	145	145	145	145	145	145
erlaubt	143	80	79	44	37	27	21
nicht erlaubt	2	65	66	101	108	118	124
in Prozent insgesamt	98	63	62	43	39	33	27

* Quelle: United Nations Population Division 1999

bewahren« ist ein Abbruch in 88 % der industrialisierten Staaten und in 55 % der sich entwickelnden Staaten möglich. Um die psychische Gesundheit der Frau zu schützen, auch »nach Vergewaltigung oder Inzest«, gibt es die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Natürlich gibt es auch sich überschneidende Bereiche, dass etwa nach einer Vergewaltigung auch das Leben der Frau geschützt werden muss. Aus embryopathischen Gründen, einer »fetalen Indikation«, erlauben die meisten industrialisierten Länder und einige sich entwickelnde Länder den Abbruch. Ein Schwangerschaftsabbruch »auf Verlangen der Frau« ist in 65 % der industrialisierten Staaten und in 14 % der sich entwickelnden Länder gestattet. Um es noch einmal zu betonen: Fast alle Länder erlauben einen Schwangerschaftsabbruch, um das Leben der Frau zu retten, und die meisten Ländern gestatten auch die Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs, um die psychische oder physische Gesundheit der Frau zu schützen.

Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch müssen für diese Fälle sicher, aber auch zugänglich und verfügbar sein. Sichere Abbrüche müssen von gut ausgebildeten Ärzten in einer Infrastruktur des Gesundheitssystem, unterstützt von dementsprechenden Bestimmungen, durchgeführt werden. Das ist aber in den meisten Teilen der Welt nicht der Fall. Es gibt viele Länder, in denen es die Dienstleistungen nicht gibt, obwohl das Gesetz erlaubt, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Aus diesem Grund widmet sich das zweite Kapitel unserer Richtlinien dem Thema »klinische Dienstleistungen«.

Die klinische Leistung des Schwangerschaftsabbruchs

Wie sollte die klinische Versorgung für Frauen aussehen, die einen Abbruch vornehmen lassen, welche Angebote müssen vorhanden sein? Betrachten wir zunächst einmal die Zeit vor dem eigentlichen Abbruch. Erinnern wir uns daran, bei der Erstellung dieser Richtlinien ging es darum, dass sie sowohl für Industrieländer als auch für Entwicklungsländer zutreffend und anwendbar sein sollten. Einige Anforderungen, die hier auftauchen, sind vielleicht in den entwickelten Ländern bereits vorhanden, aber in den Entwicklungsländern noch lange nicht möglich und umsetzbar.

Eine wichtige Untersuchung vor dem Abbruch ist die Feststellung des Schwangerschaftsalters, denn daraus lässt sich ableiten, welche Methode eingesetzt werden kann. Die bimanuelle Untersuchungsmethode erscheint in der Regel als ausreichend. Ultraschall ist in vielen Regionen der Welt nicht verfügbar – das sollte nicht bedeuten, dass Frauen deshalb keinen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen können. Um einen frühzeitigen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu können, ist eine Ultraschall-Untersuchung nicht unbedingt notwendig. In Regionen, in denen Anämien häufig vorkommen, ist eine Hämoglobinbestimmung notwendig. Für die Prophylaxe gegen Infektionen im kleinen Becken wissen wir besonders im Bereich der chirurgischen Abbrüche, dass eine routinemäßige Behandlung mit Antibiotika das Risiko einer Infektion nach dem Eingriff deutlich senkt. Wir wissen aber nicht, ob dies für die medikamentös durchgeführten, nicht chirurgischen Eingriffe nötig ist. In unseren Versuchen wurden nie routinemäßig Antibiotika zur Vorbeugung von aufsteigenden Infektionen gegeben, sofern nicht in konkreten Fällen ein Bedarf bestand. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte nicht abgelehnt werden, nur weil keine Antibiotika für die Prophylaxe verfügbar sind. Wenn klinische Zeichen auf eine Infektion hinweisen, sollte die Frau sofort mit Antibiotika behandelt werden und der Schwangerschaftsabbruch kann dann vorgenommen werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist: Wir müssen hinreichend Informationen für die Frauen zur Verfügung stellen, denn diese Dienstleistung stellt einen wesentlichen Teil der Schwangerschaftsabbruchversorgung dar: Eine Frau muss wissen, was mit ihr passiert. Sie muss wissen, welche Methoden zur Verfügung stehen, damit sie eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Entscheidung treffen kann. In unseren Richtlinien heißt es, dass Informationen vollständig, richtig und leicht verständlich sein müssen. Sie müssen in einer Form zugänglich sein, welche die Privatsphäre und Intimität der Frau zu jedem Zeitpunkt respektiert. Eine Beratung kann sehr wichtig sein, um der Frau bei der Abwägung ihrer Möglichkeiten zu helfen, so dass sie sich ohne Druck

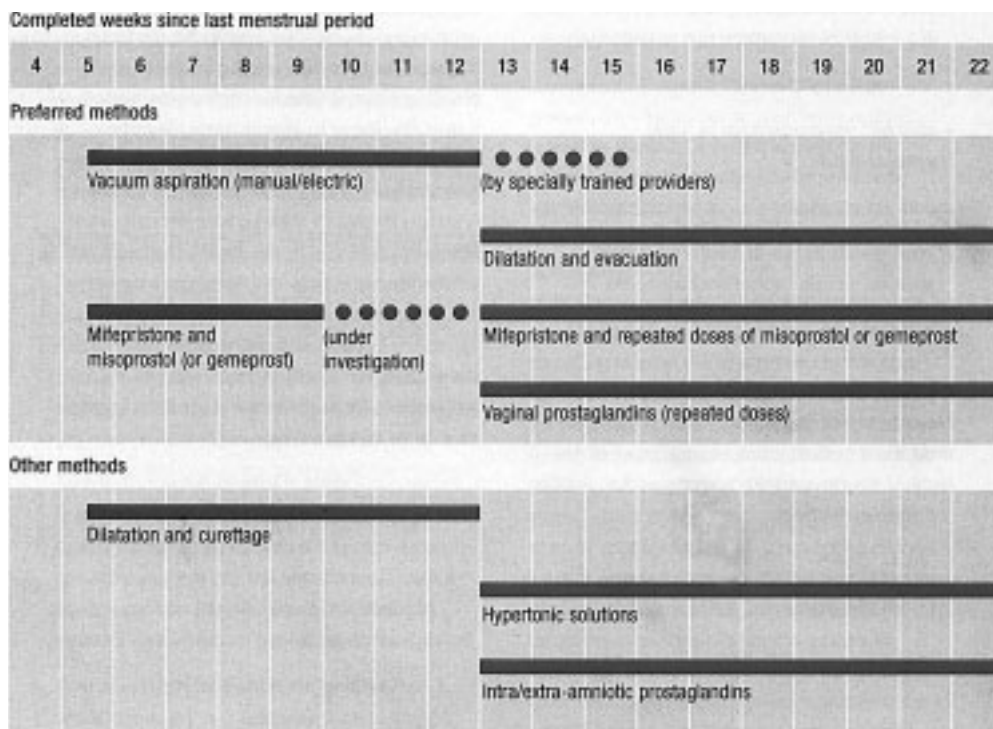
entscheiden kann. Trotzdem soll eine Beratung nicht verpflichtend sein, sondern freiwillig und keine obligatorische Voraussetzung darstellen.

In dieser Tabelle zeigen wir die bevorzugten und andere Methoden. Wir wissen, nicht in allen Ländern der Welt stehen alle bevorzugten Methoden zur Verfügung. Wir haben die Vakuumaspiration manuell oder elektrisch bis zur zwölften Woche, zum anderen haben wir den medikamentösen oder den nicht-chirurgischen Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston und Prostaglandin, Misoprostol bis zur neunten Woche oder dem dreiundsechzigsten Tag seit der letzten Regel. Als Prostaglandin wird auch Gemeprost eingesetzt. Mifepriston ist in vielen Ländern nur bis zum 49. Tag zugelassen. Dies scheint sinnvoll, wenn Misoprostol oral gegeben wird, weil die zwei Tabletten nach dem 49. Tag nicht mehr hinreichend zuverlässig wirken. Entweder muss die Darreichungsform verändert werden oder man muss Gemeprost einsetzen. Aktuell untersuchen wir, durch welche Verfahren die medikamentöse Methode weiter verbessert und möglicherweise über die neunte Woche hinaus mit Erfolg angewendet werden kann.

Eine weitere Methode im unteren Bereich des Diagramms ist die Erweiterung und Ausschabung. Sie wird in vielen Ländern angewendet. Dilatation und Kürettage sind weniger sicher und die Erweiterung des Gebärmutterhalses ist für die Frau mit deutlich mehr Schmerzen verbunden. Die Rate schwererer Komplikationen ist nach Dilatation und Kürettage zwei- bis dreimal höher als nach einer Vakuumaussaugung. Eine weitere Zufallsstudie zeigt, dass bis zur zehnten Schwangerschaftswoche die Vakuumaussaugung schneller durchzuführen und mit geringerem Blutverlust verbunden ist. Aus diesen Gründen sollte die Vakuumaussaugung empfohlen und der Kürettage vorgezogen werden.

Viele Frauen wünschen erst nach der zwölften Schwangerschaftswoche einen Schwangerschaftsabbruch. Die Gründe sind sehr unterschiedlich: im Verlauf der Schwangerschaft aufgetretene Gesundheitsprobleme, erst später entdeckte Abnormalitäten beim Fötus oder Änderungen in der

Schwangerschaftsabbruchmethoden *



* Quelle: Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems

eigenen Lebenssituation. Gerade sehr junge Frauen bemerken häufig zu Beginn der Schwangerschaft nichts und werden sich erst im zweiten Trimenon über ihre Schwangerschaft klar. Aus diesem Grund haben wir in unseren Richtlinien auch einige Angaben zu den Methoden angeführt, die nach der zwölften Schwangerschaftswoche eingesetzt werden. Eine Vakuumabsaugung kann zwar bis zum Ende der 15. Woche durchgeführt werden, aber die Fachkraft, die eine Vakuumabsaugung nach der zwölften Woche ausführt, benötigt dafür eine spezielle Ausbildung. In einigen Ländern findet eine spezielle Unterweisung statt. Die Vakuumabsaugung hat in fast allen industrialisierten Ländern die Dilatation und die Ausschabung (Kürettage) abgelöst. Nach der zwölften Schwangerschaftswoche stellt die Dilatation nach zervikalem Priming und nachfolgender Vakuumabsaugung der Gebärmutter die sicherste und effektivste instrumentelle Methode dar, wenn sie von ausgebildetem Personal durchgeführt wird. Sie ist die bevorzugte Methode zum Beispiel in den USA und Australien. In vielen europäischen Ländern wird jedoch im zweiten Drittel der Schwangerschaft mit Mifepriston und der wiederholten Gabe von Misoprostol oder Gemeprost ein medikamentöser Abbruch eingeleitet. Auch das ist eine sichere und effektive Methode für diese Schwangerschaftsphase. Für den Fall, dass Mifepriston nicht zur Verfügung steht, kann die Schwangerschaft auch mit vaginal verabreichten Prostaglandinen beendet werden. Der Abbruch dauert mit dieser Vorgehensweise länger und in der Regel werden bei fortgeschrittener Schwangerschaft auch wiederholte Prostaglandingaben notwendig. Besteht die Möglichkeit, mit Mifepriston vorzubehandeln, kann die Dauer des mit Prostaglandinen induzierten Abbruchs auf ein Drittel reduziert werden. Hierzu liegen uns einige Studien vor. In einigen Ländern verwendet man immer noch Prostaglandine intra- oder extraamniotisch oder hypertone bzw. hyperosmolare Lösungen. Das sind aber deutlich unsichere Methoden. Methotrexat, ein zytotoxisches Medikament, das in der Krebsbehandlung und bei Psoriasis und rheumatoider Arthritis angewendet wird, wurde in einigen Ländern angewendet, in denen Mifepriston nicht verfügbar war. Der für Toxikologie zuständige Ausschuss der WHO hat sich auf Grund der teratogenen Wirkung gegen die Anwendung für den frühen Schwangerschaftsabbruch ausgesprochen.

Mögliche Komplikationen beim Schwangerschaftsabbruch

Ich möchte an dieser Stelle kurz auf das Thema »Priming« bzw. »Zervixreifung« vor dem Schwangerschaftsabbruch eingehen. Es ist klar, dass durch eine Gebärmutterhalsvorbereitung der Schwangerschaftsabbruch schneller, einfacher und mit weniger schwerwiegenden Komplikationen durchgeführt werden kann, besonders nach Vollendung der neunten Schwangerschaftswoche. Für diese Vorgehensweise benötigt man mehr Zeit und die Kosten steigen geringfügig. Die WHO führt im Moment eine große Doppelblind-Studie zu der Frage durch, welche Vorteile die routinemäßige Anwendung von Priming-Verfahren hat. Möglicherweise werden uns die Resultate veranlassen, unsere Richtlinien in dieser Frage zu modifizieren. Die aktuellen WHO- Richtlinien empfehlen eine Vorbehandlung zur Zervixreifung immer, wenn:

- die Schwangerschaftsdauer länger ist als 9 Wochen,
- bei Frauen, die noch nicht geboren haben und
- bei Frauen unter 18 Jahren.

Die Richtlinien gehen auch auf die Schmerzbehandlung während des Schwangerschaftsabbruchs ein. In vielen Ländern werden auch heute chirurgische Schwangerschaftsabbrüche ohne jegliche Schmerz- oder Betäubungsmedikation durchgeführt. Nicht in allen Ländern sind Schmerzmittel verfügbar, aber unsere Richtlinien geben vor, dass Medikamente zur Schmerzbehandlung immer angeboten werden sollten. Das ist ein wichtiges Ziel, das angestrebt werden muss.

Insgesamt sollen Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe getroffen werden. In vielen Ländern besteht die Gefahr, dass sich Frauen bei den Abbruchverfahren durch fehlende oder unzureichende Sterilisation der medizinischen Instrumente infizieren.

Wir haben in den Richtlinien auch die Zeit nach dem Eingriff berücksichtigt, da in vielen Ländern keine Nachuntersuchung oder Nachsorgebetreuung existiert. Nach einem instrumentellen Ab-

bruch kann die Frau die medizinische Einrichtung verlassen, sobald sie sich wieder gut fühlt und ihre Vitalfunktionen normal sind. Sie sollte sich aber im Idealfall sieben bis zehn Tage nach dem Eingriff zu einer Nachuntersuchung vorstellen. Für die medikamentösen Methoden gilt, dass die Frauen nach der Prostaglandingabe für einige Stunden zur klinischen Überwachung in der medizinischen Einrichtung bleiben. Falls der Abbruch nach dieser Zeit nicht komplett abgelaufen ist oder die Frau die Klinik früher verlassen bzw. das Prostaglandin zu Hause eingenommen hat, sollte sie zehn bis fünfzehn Tage später zu einer Nachuntersuchung kommen. Dann wird festgestellt, ob der Abbruch vollständig stattgefunden hat oder eine Infektion vorliegt. Bei Frauen nach der zwölften Schwangerschaftswoche sollte auf Grund des erhöhten Risikos einer starken Blutung und eines inkompletten Abbruchs die Frau bis zum kompletten Abbruch in klinischer Betreuung bleiben.

Wie kann man solche Dienstleistungen organisieren und bereitstellen? Es ist sehr wichtig, die Einführung des medikamentösen Abbruchs nicht zu überstürzen. In vielen Ländern ist man von der Möglichkeit eines medikamentösen Abbruchs begeistert. Es erscheint verlockend, dass man ein paar Pillen verabreicht und damit einen Abbruch herbeiführen kann. Die Frage ist aber, ob die bestehenden Infrastrukturen und Dienstleistungsangebote ausreichend und geeignet sind, um die neue Methode einzuführen und anzubieten. Zunächst müssen die lokalen Gegebenheiten eingeschätzt und bewertet werden. In Ländern oder Regionen, in denen diese Dienstleistungen überhaupt nicht vorhanden sind, muss man die Gesetzgebung anschauen und prüfen, in welchen Bereichen oder unter welcher Verantwortlichkeit solche Dienste angeboten werden sollen. Weiterhin kann man überprüfen, welche Dienstleistungen derzeit angeboten werden und inwieweit diese ausgeweitet werden können. Oftmals ist es auch wichtig, sich die Qualität der derzeitigen Dienstleistung und Verfahren anzuschauen. Wir und auch die Mitarbeiter des jeweiligen Gesundheitsministeriums haben in einigen Ländern mit Erstaunen festgestellt, wie weit die Realität und die Vorgaben voneinander abweichen. So glauben politisch Verantwortliche, dass alle Frauen eine Beratung haben möchten, in Wirklichkeit war es nur ein sehr kleiner Prozentsatz, der eine Beratung überhaupt in Anspruch nehmen konnte. Wir haben ein Team, das von einem Gesundheitszentrum zum nächsten reist und überall unterschiedlichen Problemen begegnet. Wir sind daher immer wieder damit konfrontiert, die Qualität in der aktuellen Lage zu begutachten und dann die Frage zu klären, welcher Personenkreis kommt als Nutzer dieser neuen Dienstleistung in Frage und über welchen Kenntnisstand verfügen die Menschen, die in den Gesundheitsberufen arbeiten. Auch die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch darf nicht unterschätzt werden. Wenn beim Fachpersonal insgesamt eine Einstellung gegen den Schwangerschaftsabbruch vorherrscht, wird es für die Frauen schwierig sein, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, auch wenn diese legal sind und eigentlich verfügbar sein sollten.

Wir haben zwar internationale Normen und Standards, dennoch müssen die bestehenden Strukturen und Richtlinien der jeweiligen Länder individuell verbessert werden. Die strukturelle Unterstützung ist abhängig davon, welche Art der Dienstleistungen angeboten, wo sie angeboten werden sollen, welche Ausrüstung bereits vorhanden ist und welche Ressourcen zur Verfügung stehen. Wir müssen Fragen der Versorgung in ländlichen Gebieten lösen, auch für den Fall, dass Komplikationen auftreten und die Frau schnell ins Krankenhaus überwiesen werden muss.

Für die informierte Entscheidungsfindung der Frau müssen Autonomie, Vertrauen und Vertraulichkeit gewährleistet sein. Dabei gilt besonderer Augenmerk den speziellen Bedürfnissen von Jugendlichen, die in vielen Ländern sehr vernachlässigt worden sind. Auch für Frauen, die infolge einer Vergewaltigung schwanger geworden sind, müssen Dienstleistungen angeboten werden, die ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Ziel der WHO-Richtlinien

Unsere Richtlinien erkennen an, dass die Mitarbeiter der Gesundheitsberufe das Recht haben, aus Gewissensgründen die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen abzulehnen, aber sie haben auch die Verpflichtung, einem professionellen ethischen Kodex zu folgen, indem sie Frauen

an Kollegen überweisen, die keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches haben und den betroffenen Frauen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen weiterhelfen.

Wer in einem Land den Schwangerschaftsabbruch durchführen darf, ist unterschiedlich. In einigen Ländern werden Abbrüche ausschließlich durch Gynäkologen und Geburtshelfer vorgenommen. In anderen Ländern haben auch Ärzte ohne gynäkologische Facharztausbildung bzw. auch andere Mitglieder der Gesundheitsberufe das Recht, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Die Aus- und Weiterbildung muss demnach auf die Ländersituation abgestimmt werden. Von der Fachpersonalsituation ist auch abhängig, welche Berufsgruppen weitergebildet werden müssen. In vielen Ländern gibt es nicht genug Ärzte. Wenn man dort Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch anstrebt, sollte man in Betracht ziehen, Krankenschwestern auszubilden. Die Ausbildung muss gewissen Richtlinien folgen. Unsere Richtlinien enthalten einen Abschnitt zum Thema Ausbildung und Curriculum. Eine standardisierte Zertifizierung der Ausbildung und eine offizielle Genehmigung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen sollten obligatorisch sein, um sicherzustellen, dass Anbieter und Institutionen grundlegende Standards und Kriterien bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen erfüllen. Folgende grundlegende Themen sollten in einem Curriculum für die Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch enthalten sein:

1. Hintergrund des Dienstleistungsangebots, wie z. B. die rechtliche Situation, nationale Standards und Normen, die ethische Verantwortung für die Dienstleistung und Auswirkung auf die Gesundheit, wenn der Abbruch unter unsicheren Bedingungen durchgeführt wird.
2. Beratung und Interaktion zwischen Patientin und Arzt/Ärztin, wie z. B. Beratungsfähigkeit, Schaffung einer Atmosphäre des Vertrauens, in der die Intimsphäre der Frau geschützt wird.
3. Klinische Fähigkeiten, wie z. B. Anamneseerhebung, die verschiedenen Abbruchtechniken, Infektionsprävention, Schmerzmanagement, die Fähigkeit, Komplikationen zu erkennen und adäquat zu behandeln u. a.
4. Administrative Fähigkeiten und Qualitätsmanagement, wie z.B. Protokollführung, Herstellung von Bedingungen, die Vertraulichkeit garantieren, Evaluation, Standards für die Supervision, Ausarbeitung von Verlegungsabläufen im Bedarfsfall.

Wenn es die Dienstleistungen bereits gibt, ist es sinnvoll, eine Statistik zu führen und Informationen von den Patientinnen zu ermitteln, um überprüfen zu können, ob das Dienstleistungsangebot funktioniert. Es wird vorgeschlagen, eine Supervisor-Checkliste zur Überprüfung zu benutzen und außerdem Studien zur Einschätzung der Qualitätssicherung durchzuführen.

Die Finanzierung der Richtlinien in den einzelnen Ländern

Die Finanzierung von Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch kann für viele Länder ein großes Problem sein. Die Richtlinien empfehlen hier, dass die Dienstleistung für die Frauen angemessen und bezahlbar sein müssen.

Wenn solche Dienstleistungen geplant werden, müssen die Kosten für die Mitarbeiter, die Ausbildungsprogramme, die Instrumente, die Medikamente usw. kalkuliert werden. Das Ziel aller Kalkulationen sollte immer bleiben, dass es nicht vom individuellen Wohlstand der Frau abhängig ist, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen kann oder nicht. In vielen Ländern ist es leider noch immer so, dass sich nur reiche Frauen einen Schwangerschaftsabbruch leisten können.

Als letzten Punkt möchte ich auf rechtliche und politische Überlegung eingehen. Wir müssen das Ziel verfolgen, ein politisches Umfeld zu schaffen, in dem jede Frau, die rechtlich einen Anspruch auf einen Schwangerschaftsabbruch hat, diesen auch in guter Qualität durchführen lassen kann.

Zur Informationspolitik wird weiterhin empfohlen, dass die Ausbildungsprogramme im öffentlichen Gesundheitswesen beinhalten, unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch per Gesetz erlaubt ist. Es ist erstaunlich, dass in vielen Ländern, in denen das Gesetz einen Abbruch

zulässt, selbst die Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen die genauen gesetzlichen Bestimmungen nicht kennen.

Letztlich ist es auch wichtig, dass die Rechtsordnungen und die verschiedenen Programme administrative und aufsichtsrechtliche Barrieren abschaffen, damit Frauen einen leichten Zugang zum Schwangerschaftsabbruch bekommen.

Die Richtlinien der WHO unternehmen den Versuch, die Dienstleistungen festzuschreiben, die Frauen von Rechts wegen in Anspruch nehmen können, und heben dabei die Tatsache hervor, dass die Verfahren relativ einfach sind. Die notwendige Ausrüstung und die Kenntnisse sind die gleichen, die für die gesundheitliche Versorgung der Frau nach einem Schwangerschaftsabbruch ohnehin zur Verfügung stehen müssen. Post-Abort-Dienstleistungen existieren aber bereits in den meisten Ländern, so dass es keine zu großen Hindernisse geben sollte, dieses Dienstleistungsangebot aufzunehmen und anzubieten. Dennoch, es bleibt die Notwendigkeit, administrative und regulative Barrieren zu beseitigen, damit die Qualität der medizinischen Versorgung für Frauen verbessert wird.