

Schwangerschaftskonflikt

Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung

Wien, April 2001

Institutsleitung: a.o. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger

*Projektkoordination,
wissenschaftliche Bearbeitung:* Dr. Erika Baldaszi

Consulting, Fragebogen Mag. Dr. Maria Schmidt

Datenerhebung: Huberta Haider
Leila Akinyemi
Mag. Petra Schornböck
Mag. Ingrid Schmidt

Dateneingabe: Christian Wittmann

Gefördert vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	7
2. Ausgangslage: Schwangerschaftsabbruch in Österreich	8
2.1. Rechtliche Situation und Praxis des Schwangerschafts-abbruchs in Österreich	8
2.2. Epidemiologische Situation des Schwangerschaftsabbruchs - Österreich im europäischen Vergleich	10
2.3. Epidemiologische Situation der Schwangerschaftsabbrüche international	12
2.4. Schwangerschaftsabbruch mit der medikamentösen Methode in Österreich	15
3. Literaturüberblick	17
3.1. Literaturüberblick zu den Motiven, dem Entscheidungsprozess und den Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs	17
3.1.1. Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich	17
3.1.2. Kontrazeption und Schwangerschaftsplanung	20
3.1.3. Begriffsklärung: gewollte, geplante, gewünschte Schwangerschaft	32
3.1.4. Ambivalenzen bei ungewollten Schwangerschaften	34
3.1.5. Psychosoziale Folgen des Schwangerschaftsabbruchs	36
3.2. Psychosoziale Aspekte zur Wahl der medikamentösen (Mifegyne, RU 486) vs. der chirurgischen Methode des Schwangerschaftsabbruchs	41
3.2.1. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Frankreich	41
3.2.2. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in England	44
3.2.3. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Schweden	50
3.2.4. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Canada, Australien	51
4. Empirische Untersuchung	56
4.1. Ziele, Fragestellungen und Methodik der Studie	56
4.2. Themenschwerpunkte der Befragung	57
4.3. Untersuchungsdesign	58
4.3.1. Stichprobenauswahl und Definition der Zeitpunkte der Erhebung	58
4.3.2. Methodik und Ablauf der Befragung	59
4.3.3. Orte der Befragung	59
4.3.4. Konstituierung eines ExpertInnenbeirates	60
4.3.5. Erstellung des Fragebogens	60
4.3.6. Statistische Auswertung der Daten	61
5. Ergebnisse der Fragebogenerhebung	62
5.1. Soziodemographische Beschreibung der befragten Frauen	63
5.1.1. Durchschnittliches Alter und Altersgruppen	63
5.1.2. Geburtsland, Bundesland und Wohnortgröße	64
5.1.3. Form der Partnerschaft und Familienstand	66
5.1.4. Anzahl der Kinder	68
5.1.5. Alleinerzieherinnen	70
5.1.6. Haushaltsgröße	71
5.1.7. Schulbildung	73
5.1.8. Beruf	74
5.1.9. Art der Erwerbstätigkeit	75
5.1.10. Einkommenssituation	76
5.1.11. Religionszugehörigkeit und Religiosität	78
5.1.12. Anzahl bisheriger Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche	80
5.1.13. Zukünftiger Kinderwunsch	82
5.1.14. Zusammenfassende demographische Beschreibung der befragten Frauen	84

5.2. Partnerschaft - Sexualität - Verhütung	86
5.2.1. Partnerschaftsform und sexuelle Treue	86
5.2.2. Zufriedenheit mit der Partnerschaft	88
5.2.3. Sexualität: Häufigkeit und Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr	90
5.2.4. Verhütungsverhalten - 4 Wochen vor und 3 Monate nach dem Abbruch	93
5.2.5. Einflüsse auf die Wahl der Verhütungsmethode, Verantwortung für Verhütung	100
5.2.6. Zufriedenheit mit Verhütung	101
5.2.7. Gründe des Verhütungsversagen	102
5.2.8. Die "Pille danach": Wissen und Anwendung	104
5.2.9. Wissen über Empfängnis	105
5.3. Reaktionen auf die Schwangerschaft - Entscheidungsfindung	106
5.3.1. Erste Gefühle zur aktuellen Schwangerschaft	106
5.3.2. Erste Entscheidungstendenzen zur Schwangerschaft	109
5.3.3. Erste Reaktion des Partners auf die aktuelle Schwangerschaft	110
5.3.4. Einfluss des Partners auf die Entscheidung	111
5.3.5. Sicherheit der Entscheidung: Zeitpunkt 1 - Zeitpunkt 2	113
5.4. Schwangerschaftskonfliktberatung	115
5.5. Gründe gegen eine (weitere) Schwangerschaft	117
5.5.1. Ökonomische und berufliche Motive	118
5.5.2. Motive, die in der Partnerschaft begründet sind	119
5.5.3. Motive: Sorgen, Ängste, Zweifel, prinzipielle Ablehnung	120
5.5.4. Zusammenfassung der Motive für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft	121
5.6. Kriterien der Wahl der medizinischen vs. der chirurgischen Methode des Schwangerschaftsabbruchs	128
5.6.1. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches	128
5.6.2. Durchführung des Schwangerschaftsabbruches: Zufriedenheit - offene Wünsche	134
5.6.3. Wiederwahl der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches	137
5.7. Mögliche psychische Folgen des Abbruchs und Belastungsbewältigung	139
5.7.1. Depressivität und Ängstlichkeit	139
5.7.2. Strategien der Belastungsbewältigung	143
6. Zusammenfassung der Ergebnisse	148
7. Literatur	157
8. Anhang	163

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. Altersgruppen: Frauen mit chirurgischem vs. medikamentösem Abbruch und Geburt	64
Abbildung 2. Form der aktuellen Partnerschaft	67
Abbildung 3. Familienstand	67
Abbildung 4. Anzahl der Kinder	69
Abbildung 5. Anzahl der Alleinerzieherinnen	70
Abbildung 6. Haushaltgröße	71
Abbildung 7. Schulbildung	73
Abbildung 8. Beruf	74
Abbildung 9. Aktuelle Art der Erwerbstätigkeit	75
Abbildung 10. Monatliches Haushaltsnettoeinkommen	76
Abbildung 11. Übereinstimmung mit der Meinung der Kirche zur Abtreibung	79
Abbildung 12. Durchschnittliche Anzahl an Schwangerschaften, Geburten, Abbrüchen, Fehl-, Frühgeburten	80
Abbildung 13. Zukünftiger Kinderwunsch	82
Abbildung 14. Partnerschaftsform	87
Abbildung 15. Zufriedenheit mit Partnerschaft	88
Abbildung 16. Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs	90
Abbildung 17. Zufriedenheit mit Sexualität	91
Abbildung 18. Verhütung JA oder NEIN, 4 Wochen vor / 3 Monate nach dem Abbruch	93
Abbildung 19. Verhütungsmethoden: je verwendet / in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Schwangerschaft verwendet (Mehrfachantworten, in Prozent)	96
Abbildung 20. Verhütungsmethoden: in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Schwangerschaft verwendet / 3 Monate nach dem Abbruch verwendet (in Prozent)	97
Abbildung 21. Gründe des Verhütungsversagens	102
Abbildung 22. Erste Gefühle zur Schwangerschaft (7-stufige Skala)	108
Abbildung 23. Erste Entscheidungstendenzen nach Erfahren der Schwangerschaft	109
Abbildung 24. Erste Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft	110
Abbildung 25. Einfluss des Partners auf die Entscheidung	111
Abbildung 26. Sicherheit der Entscheidung: Zeitpunkt 1- Zeitpunkt 2	113
Abbildung 27. Ökonomische und berufliche Motive (Skalen-Mittelwerte, 0-3)	123
Abbildung 28. Motive: Partnerschaft (Skalen-Mittelwerte, 0-3)	123
Abbildung 29. Motive: Allgemeine Sorgen, Ängste, Zweifel, prinzipielle Ablehnung (Skalen-Mittelwerte, 0-3)	124
Abbildung 30. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruchs - Top Ten	131
Abbildung 31. Zufriedenheit mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches	135
Abbildung 32. Wiederwahl der Methode: Zeitpunkt des Abbruchs - 3 Monate danach	138
Abbildung 33. Depressivität (HAD - Hospital Anxiety and Depression-Skala)	141
Abbildung 34. Ängstlichkeit (HAD - Hospital Anxiety and Depression-Skala)	141
Abbildung 35. Bewältigungsstrategien: unmittelbar nach dem Abbruch	145
Abbildung 36. Bewältigungsstrategien: 3 Monate nach dem Abbruch	145

TABELLENVERZEICHNIS - Kapitel 1 bis 3

Tab. 1. Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs	10
Tab. 2. Spitalsentlassungsstatistik 1990 - 1995 - 1998 für die Diagnose „Legale Interruptio“	11
Tab. 3. Häufigkeiten legaler Schwangerschaftsabbrüche, nach Vollständigkeit der Länderstatistiken	14
Tab. 4. Ungeplante Schwangerschaften nach dem Alter der Mutter (Angaben in Prozent)	20
Tab. 5. Verteilung der in den letzten vier Wochen vor der Befragung verwendeten Verhütungsmethoden	22
Tab. 6. Verteilung der in den letzten vier Wochen vor der Befragung verwendeten Verhütungsmethoden	23
Tab. 7. Kontrazeptionsverhalten in Deutschland 2000	27
Tab. 8. Begriffsklärung: gewollte - geplante - gewünschte Schwangerschaft	33
Tab. 9. Literaturüberblick zur Akzeptanz des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimester (nach: Winikoff, 1995)	54

TABELLENVERZEICHNIS - Empirische Untersuchung

Tabelle 1. Alter, Altersgruppen, Geburtsland, Bundesland, Größe des Wohnortes	65
Tabelle 2. Familienstand, Partnerschaftsform, Kinder, Haushalts- und Wohnungsgröße	72
Tabelle 3. Schulbildung, Beruf, Einkommen	77
Tabelle 4. Religionszugehörigkeit und Religiosität	79
Tabelle 5. Anzahl von Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüchen, Früh-, Fehlgeburten	81
Tabelle 6. Kinderwunsch	83
Tabelle 7. Zusammenfassung der demographischen Merkmale	85
Tabelle 8. Diskriminanzanalyse der demographischen Merkmale	85
Tabelle 9. Partnerschaftsform, Zufriedenheit, Partnerschaftsprobleme	89
Tabelle 10. Sexualität: Geschlechtsverkehr (Häufigkeit, Zufriedenheit)	92
Tabelle 11. Verhütungsverhalten: 4 Wochen vor und 3 Monate nach dem Abbruch	98
Tabelle 12. Verhütungsverhalten: je verwendet	99
Tabelle 13. Wahl der Verhütungsmethode	100
Tabelle 14. Zufriedenheit mit Verhütung, Verhütungsversagen	101
Tabelle 15. Gründe des Verhütungsversagens	103
Tabelle 16. Die "Pille danach": Bekanntheit und Gründe für Nichtanwendung	104
Tabelle 17. Wissen über Empfängnis	105
Tabelle 18. Erste Gefühle zur aktuellen Schwangerschaft (offene Frage, Mehrfachantworten)	107
Tabelle 19. Erste Gefühle zur Schwangerschaft	108
Tabelle 20. Erste Handlungstendenzen, erste Reaktion des Partners, Einfluss des Partners auf die Entscheidung	112
Tabelle 21. Sicherheit der Entscheidung: Zeitpunkt 1 - Zeitpunkt 2	114
Tabelle 22. Schwangerschaftskonfliktberatung	116
Tabelle 23. Diskriminanzanalyse der Motive für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft	122
Tabelle 24. Ökonomische und berufliche Motive	125
Tabelle 25. Motive: Partnerschaft (Skalen-Mittelwerte, 0-3)	126
Tabelle 26. Motive: Allgemeine Sorgen, Ängste, Zweifel, prinzipielle Ablehnung	127
Tabelle 27. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches (1)	132
Tabelle 28. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches (2)	133
Tabelle 29. Zufriedenheit mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches	136
Tabelle 30. Wiederwahl der Methode	138
Tabelle 31. Depressivität und Ängstlichkeit (HAD - Hospital Anxiety and Depression-Skala)	142
Tabelle 32. Strategien der Belastungsbewältigung (SVF - Stressverarbeitungsfragebogen)	146

1. Einleitung

Ungewollte Schwangerschaften und der Wunsch, diese zu beenden, sind ein globales Phänomen. Etwa die Hälfte aller Schwangerschaften weltweit ist ungeplant, ein Drittel endet mit einem Schwangerschaftsabbruch. Ungewollte Schwangerschaften zu verhindern, ist daher ein wichtiges, jedoch schwieriges Unterfangen. Warum eine Frau nicht verhütet, mit einer unsicheren Methode oder unregelmäßig verhütet, ist Resultat vieler individueller Faktoren ihrer Lebenssituation.

Wissen über Risikofaktoren und Prävention ungewollter Schwangerschaften ist teilweise bereits bekannt, das Bewirken von Verhaltensänderungen ist jedoch schwierig. Denn: Präventionsmaßnahmen für ungewollte Schwangerschaften müssen in unseren privatesten Bereichen und intensivsten Emotionen - in unserer Sexualität und unserer Partnerschaft - wirksam werden.

Weil Präventionsmaßnahmen zur Verhütung unerwünschter Schwangerschaften nur eingeschränkt wirksam sind, gilt es umso mehr, für Frauen in der Situation, sich für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden zu müssen, die optimale und effektivste emotionale Unterstützung, Beratung und Betreuung zu gewährleisten.

Die Perspektive der vorliegenden Studie ist die der betroffenen Frau. Ihre Lebenssituation, Gefühle, Motive und Zweifel in dieser schwierigen und belastenden Situation, werden zur Kenntnis gebracht.

Ein neuer Aspekt ist die Zulassung der medikamentösen Methode des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich. Die vorliegende Studie gibt auch zu dieser Frage die Beurteilung der betroffenen Frauen wieder, denen hiermit unser ganz besonderer Dank für ihre außerordentliche Offenheit und Kooperationsbereitschaft gesagt sei, die die Durchführung der Arbeit überhaupt erst ermöglicht haben.

2. Ausgangslage: Schwangerschaftsabbruch in Österreich

2.1. Rechtliche Situation und 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,

1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder
2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten 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 niedergelassenen 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-Jager, 1991). In den westlichen Bundesländern stehen nicht nur kaum öffentliche Krankenanstalten, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, zur Verfügung sondern auch nur vereinzelt niedergelassenen ÄrztInnen.

Eine **Broschüre**, die gemeinsam von den Österreichischen Frauengesundheitszentren und der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung herausgegeben worden ist (1999), gibt erstmals einen Überblick über das österreichweite Angebot, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Da der Schwangerschaftsabbruch in Österreich nur im Falle einer medizinischen Indikation von der Krankenkasse getragen wird, gibt diese Broschüre auch Auskunft über die jeweiligen Kosten des Eingriffs.

Eine Einrichtung, die zugleich mit der Fristenregelung in Österreich ins Leben gerufen wurde, ist die **Schwangerschaftskonfliktberatung** - die laut österreichischer Gesetzeslage nicht verpflichtend ist - in den Familienplanungsstellen. Träger dieser Beratungsstellen sind kirchliche Einrichtungen, private oder staatliche Einrichtungen.

Eine österreichweite Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung im Auftrag des Familienministeriums, die mehr als zehn Jahre nach der Einführung der Fristenregelung durchgeführt wurde (Wimmer-Puchinger, 1988), ergab, dass sich die Anzahl der **Familienplanungsstellen** in diesem Zeitraum verdreifacht hat: Zum Zeitpunkt der Untersuchung gab es in ganz Österreich 202 Beratungsstellen von 74 unterschiedlichen Trägerschaften. Salzburg wies die größte Dichte an Beratungsstellen auf, Kärnten die geringste. Die Studie zeigte jedoch auch, dass nur rund ein Drittel Frauen im Schwangerschaftskonflikt eine Beratungsstelle aufsuchten, zwei Drittel der Frauen wandte sich direkt an den/die ÄrztIn, der/die laut Gesetz zur Information über Durchführung und mögliche Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs sowie über soziale Hilfen im Falle eines Fortsetzens der Schwangerschaft verpflichtet ist. Nur ein Viertel der Frauen, die eine Familienplanungsstelle aufgesucht haben, kamen aus eigener Motivation, der überwiegende Teil wurde von einer Institution / einem/r ÄrztIn überwiesen. Nur 3 Prozent aller Frauen, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch genommen haben, berichteten, dass sie sich nach der Beratung imstande fühlten, ihre aktuelle Lebenssituation aus einer neuen Perspektive zu sehen.

2.2. 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 niedergelassenen 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
Dänemark	1973	freier Abbruch	12. Woche		1993	28
Finnland	1970	Indikationenregelung	12. Woche		1994	15
Frankreich	1975	Beratungspflicht	10. Woche		1993	23
Deutschland West	1976	Indikationenregelung	12. Woche			
Deutschland O&W	1995	Beratungspflicht	12. Woche		1993	11
Griechenland	1976	freier Abbruch	12. Woche		1992	11
Italien	1978	freier Abbruch	12. Woche	Ja	1993	27
Niederlande	1981	freier Abbruch	13. Woche	Ja	1992	10
Norwegen	1978	freier Abbruch	12. Woche		1993	25
Spanien	1985	Indikationenregelung	12. / 22. Woche		1993	12
Schweden	1974	freier Abbruch	18. Woche	Ja	1994	29
Großbritannien	1967	freier Abbruch	24. Woche		1990	23

Ausgehend von den Berichten aus anderen europäischen Ländern ziehen Tatzl-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“

		Altersgruppen (in Jahren)											Summe
Land	Jahr	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
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.

2.3. 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 Schwangerschaftsabbruchs 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 Schwangerschaftsabbruchs in bezug auf das Vorhandensein von sicheren oder unsicheren Bedingungen für die betroffenen Frauen berücksichtigt.

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

- 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 Schwangerschaft 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.

Tabelle 3 gibt einen zahlenmäßigen Überblick über die vorhandenen länderspezifischen Statistiken zum Schwangerschaftsabbruch und zwar getrennt nach vollständigen und unvollständigen Statistiken.

Tab. 3. Häufigkeiten legaler Schwangerschaftsabbrüche, nach Vollständigkeit der Länderstatistiken

		Anzahl der Abbrüche (1)	Abbruchrate pro 1.000 Frauen im Alter 15-44	Abbruchrate pro 100 Schwangerschaften (2)	Abbruchrate Gesamt (3)
Statistiken, die als vollständig beurteilt werden können					
Australien	1995-96	91.900	22,2	26,4	0,57
Belarus	1996	155.700	67,5	61,9	2,04
Belgien	1996 (4)	14.600	6,8	11,2	0,21
Bulgarien	1996	89.000	51,3	55,2	1,55
Canada	1995 5	106.700	15,5	22,0	0,49
Cuba	1996	209.900	77,7	58,6	2,33
Tschechien	1996	46.500	20,7	34,0	0,63
Dänemark	1995	17.700	16,1	20,3	0,48
England & Wales	1996 (5)	167.900	15,6	20,5	0,48
Estland	1996	16.900	53,8	56,0	1,63
Finnland	1996	10.400	10,0	14,7	0,31
Deutschland	1996	130.900	7,6	14,1	0,23
Ungarn	1996	76.600	34,7	42,1	1,07
Israel	1995	17.600	14,3	13,1	0,43
Kasachstan	1996	178.000	43,9	41,3	1,32
Lettland	1996	23.100	44,1	53,9	1,33
Niederlande	1996 (6)	22.400	6,5	10,6	0,20
Neuseeland	1995	13.700	16,4	19,1	0,49
Norwegen	1996	14.000	15,6	19,1	0,47
Puerto Rico	1991-92	19.200	22,7	23,0	0,68
Schottland	1996 (7)	12.300	11,2	17,2	0,34
Singapur	1996	14.400	15,9	22,8	0,48
Slowakei	1966	24.300	19,7	28,8	0,59
Slowenien	1996	10.400	23,2	35,7	0,70
Schweden	1996	32.100	18,7	25,2	0,56
Schweiz	19661 (8)	12.800	8,4	13,3	0,25
Tunesien	1996	19.000	8,6	7,8	0,26
Vereinigte Staaten	1996	1.365.000	22,9	25,9	0,69
Unvollständige Statistiken					
Albanien	1996	21.200	27,2	23,7	0,82
Armenien	1996	31.300	35,4	39,4	1,06
Aserbaidschan	1996	28.400	16,0	18,0	0,49
Bangladesch	1995-96 (9)	100.300	3,8	3,1	0,11
China	1995	7.930.000	26,1	27,4	0,78
Kroatien	1996	12.3000	12,9	18,7	0,38
Frankreich	1995	156.200	12,4	17,7	0,37
Georgien	1996	26.600	21,9	33,2	0,66
Hong Kong	1996	25.000	15,1	27,9	0,45
Indien	1995-96	566.500	2,7	2,1	0,08
Irland	1996 (10)	4.900	5,9	8,9	0,18
Italien	1996	140.400	11,4	21,1	0,34
Japan	1995	343.000	13,4	22,4	0,40
Südkorea	1996 (11)	230.000	19,6	24,6	0,59
Kirgisien	1996	24.600	22,4	17,5	0,67
Litauen	1996	27.800	34,4	41,5	1,03
Mazedonien	1996	14.200	28,5	31,1	0,86
Moldavien	1996	38.900	38,8	42,7	0,83
Mongolei	1996	15.600	25,9	18,2	0,78
Rumänien	1996	394.400	78,0	63,0	2,34
Russland	1995	2.287.300	68,4	62,6	2,56
Südafrika	1997	26.400	2,7	2,4	0,08
Spanien	1996	51.000	5,7	12,6	0,17
Tadschikistan	1990 (12)	55.500	49,1	21,2	1,47
Türkei	1993 (11)	351.300	25,0	20,5	0,75
Turkmenistan	1990 (12)	37.200	44,9	22,9	1,35
Ukraine	1996	635.600	57,2	57,6	1,72
Usbekistan	1996	63.200	11,8	9,5	0,35
Vietnam	1996 (13)	1.520.000	83,3	43,7	2,50
Jugoslawien	1993	119.300	54,6	45,8	1,64
Sambia	1993	1.200	0,4	0,4	0,01

(1) gerundet auf die nächsten 100 (2) Schwangerschaften = legale Abbrüche + Lebendgeburten (3) Anzahl an Schwangerschaften, die von einer Frau in ihrer reproduktiven Phase durchschnittlich gemacht wird (4) Einschliesslich der Abbrüche, die in den Niederlanden gemacht wurden. (5) Einschliesslich der Abbrüche, die in den USA gemacht wurden. (6) nur Staatsbürger (7) Einschliesslich der Abbrüche, die in England und Wales gemacht wurden. (8) Einschliesslich Schätzung für 2 der 26 Kantone. (9) Menstruation reguliert (10) Basiert auf irischen Staatsbürgern, die in England Abbrüche machen. (11) Basiert auf verheirateten Frauen zwischen 20-44 (Korea) und 15-49 (Türkei) (12) Einschliesslich Fehlgeburten (13) Ausschliesslich 500.000 privat durchgeführte Abbrüche. Quelle: Henshaw et al., 1995.

2.4. Schwangerschaftsabbruch mit der medikamentösen Methode in Österreich

Seit Januar 1999 können auch in Österreich Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch beabsichtigen, zwischen der herkömmlichen chirurgischen Methode und der medikamentösen Methode wählen. Seit Herbst 2000 ist das Präparat Mifegyne®, mit dem der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, auch offiziell für die Anwendung in Krankenanstalten zugelassen. Eine Zulassung im niedergelassenen Bereich wurde diskutiert, ist aber vorerst nicht vorgesehen.

Derzeit werden Schwangerschaftsabbrüche mit der medikamentösen Methode in größerem Umfang hauptsächlich im Krankenhaus Korneuburg in Niederösterreich durchgeführt, wo auch die erste Initiative zum Angebot dieser Methode in Österreich entstanden ist. Seit Herbst 2000 bietet auch das Ambulatorium am Fleischmarkt, Wien, den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch an.

Im Krankenhaus Korneuburg haben 1999 ca. 500 Frauen, im Jahr 2000 ca. 400 Frauen einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. Im Ambulatorium Fleischmarkt, Wien, haben im Jahr 2000 etwa 165 Frauen mit der medikamentösen Methode die Schwangerschaft abgebrochen. Insgesamt haben also seit Januar 1999 knapp über 1000 Frauen in Österreich einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt.

Erste Ergebnisse einer Anwendungsbeobachtung zur Effektivität der Methode, zur subjektiven Zufriedenheit der Frauen und zu Erfahrungen aus der psychosozialen Beratung und Begleitung hat das Behandlungs- und Betreuungsteams am Krankenhaus Korneuburg in Niederösterreich bereits vorgestellt (Safar et al., 2000; Akinyemi et al., 2000; <http://www.mifegyne.at>). Die Ergebnisse zu den medizinischen Aspekten der Anwendung entsprechen durchwegs den internationalen Erfahrungen mit dieser Methode. Zur Zufriedenheit der Frauen mit der medikamentösen Methode ist zu sagen, dass jene Frauen in Österreich, die sich für diese Methode entscheiden, auch sehr zufrieden damit sind. Die hohe Zufriedenheit der Frauen ist nicht zuletzt auf das Angebot einer ausführlichen psychosozialen Beratung und Betreuung in den jeweiligen durchführenden Institutionen zurückzuführen.

In ganz Europa wurden seit der erstmaligen Zulassung von Mifegyne® 1988 in Frankreich, 1991 in England und 1992 in Schweden bisher etwa 500.000 Frauen mit dieser Methode ohne schwerwiegende Probleme behandelt. Zugleich mit der Zulassung von Mifegyne® in Österreich wurde auch in 8 weiteren europäischen Ländern, Deutschland, Schweiz, Belgien, Holland, Dänemark, Griechenland, Finnland, Spanien, eine Zulassung diskutiert. In einigen dieser Länder ist die Zulassung bereits erfolgt bzw. wird diese noch diskutiert (Fiala, 2000).

Eine Vielzahl von Studien zur Akzeptanz und Präferenz des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs im Vergleich zur chirurgischen Methode wurden in Frankreich, Schweden und England, aber auch aus den USA, Canada und Australien (z.B. Henshaw et al., 1993 und 1994; Holmgren et al., 1992; Jensen et al., 1999; Silvestre et al., 1990; Urquhart et al., 1991; Winikoff, 1995; Rosen et al., 1979) bereits durchgeführt.

Detaillierte Ergebnisse dazu werden weiter unten berichtet (Kapitel 2.3.).

Trotz großer methodischer Unterschiede zeigte sich in diesen Studien konsistent eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit der medikamentösen Methode des Schwangerschaftsabbruchs.

Die von den Frauen am häufigsten genannten Vorteile der medikamentösen Methode sind die größere Autonomie und Privatheit, die diese Methode mit sich bringt, weiters wurde die Abtreibung mit der medikamentösen Methode als weniger invasiv und als natürlicher erlebt als der chirurgische Eingriff.

Als größte Nachteile wurden die Schmerzen, die lange Dauer der Blutung, die höhere Anzahl an Arztbesuchen und die Ungewissheit und Wartezeit bis zur Verifizierung der Abtreibung genannt.

Die meisten Frauen, die sich für die medikamentöse Methode entschieden haben, sind sehr zufrieden mit dieser Methode, sie würden sie weiterempfehlen und sich auch selbst bei Bedarf wieder dafür entscheiden.

3. Literaturüberblick

3.1. Literaturüberblick zu den Motiven, dem Entscheidungsprozess und den Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs

3.1.1. *Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich*

In einer Literaturrecherche zu bislang in Österreich durchgeführten Studien zum Thema Schwangerschaftsabbruch bzw. Schwangerschaftskonflikt ist eine Lücke von etwa 10 Jahren evident: umfassende Studien zu diesen Themen stammen aus den Untersuchungen "Motive zum Schwangerschaftsabbruch" (Wimmer-Puchinger, 1982), "Frauen im Schwangerschaftskonflikt" (Wimmer-Puchinger, 1988) und "Geburt oder Abtreibung" (Münz & Pelikan, 1978).

Die genannten Arbeiten beziehen als theoretische Erklärung zur Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs sozialwissenschaftliche Theorien heran, die eine ungewollte Schwangerschaft und den Schwangerschaftsabbruch auf spezifische sozioökonomische und psychosoziale Rahmenbedingungen und weiters auf Kontrazeptionsversagen und partnerschaftliche Aspekte zurückführen.

Die **empirische Untersuchung zu den Motiven des Schwangerschaftskonfliktes** von Wimmer-Puchinger (1998) ging von der Frage nach den Rahmenbedingungen aus, die bei Erstschwangeren die Entscheidung über Abbruch oder Austragen der Schwangerschaft bestimmen. Die Lebenslage, die psychischen Bedingungen und die Einstellungen der Frauen, die ihre Schwangerschaft voraussichtlich abbrechen und von Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, wurden verglichen.

Die *Kernaussagen* der Ergebnisse dieser Studie sind: Frauen, die eine vorliegende Erstschwangerschaft voraussichtlich abbrechen lassen, unterscheiden sich in ihrer Lebenssituation grundlegend von Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen. Die Unterschiede manifestieren sich vor allem im Familienstand, im Partnerschaftsstatus, in der Berufs- und Ausbildungstätigkeit, im Lebensunterhalt, im Einkommen und in der Wohnungssituation.

Die *Motive* für den Schwangerschaftsabbruch kreisen um das zentrale Thema "mangelnde finanzielle und emotionale Sicherheit für die Zukunft":

- 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, einem Kind keine wie immer geartete Stabilität bieten zu können.

In ihrer Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Studie sieht Wimmer-Puchinger (1988) die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs in einem weiteren Rahmen des "Weges zur bewussten Mutter" und wirft als Perspektive die verstärkte Auseinandersetzung mit folgenden Fragen auf:

1. Wie können ungewollte Schwangerschaften verhindert werden?
2. Wie kann im Falle eines Abbruchs die Belastung auf ein erträgliches Maß gebracht werden?

Ad 1) Als Maßnahmen zur Prävention von ungewollten Schwangerschaften fordert Wimmer-Puchinger (1982) zusätzlich zu einer zielgruppenspezifischen Prävention ungewollter Schwangerschaften bei Jugendlichen, Frauen ohne stabile Partnerschaften und Frauen mit geringem Einkommen eine gezielte Sensibilisierung der Öffentlichkeit für einen weniger moralisierenden Umgang mit dem Thema Sexualität.

Ad 2) Zur psychosozialen Unterstützung von Frauen im Schwangerschaftskonflikt und nach Abbruch fordert Wimmer-Puchinger (1982) die vermehrte Schaffung von Familienplanungszentren nach dem Vorbild von Holland oder Großbritannien. Als wesentlichsten Inhalt der Schwangerschaftskonfliktberatung sieht sie den Abbau von Schuldgefühlen bei den betroffenen Frauen und das Hinführen zu selbstverantwortlichen und verantwortungsbewussten Entscheidungen.

Gisser et al. (1995) befragten im Rahmen einer Studie zu den Themen Familie und Familienpolitik in Österreich 998 20- bis 39-jährige Frauen und Männer unter anderem auch zu ihrem Kinderwunsch und den Motiven gegen Kinder bzw. weiteren Kindern.

Von den befragten 20- bis 39-jährigen ÖsterreicherInnen (Jahrgang 1953 – 1972) wünscht sich aktuell mehr als die Hälfte (56 Prozent) in Zukunft zumindest ein Kind bzw. ein weiteres Kind (31 Prozent „sicher“, 22 Prozent „eher schon“). Grundsätzlich wollen nur 8 Prozent der Befragten ein Leben lang kinderlos bleiben, die überwiegende Mehrheit möchte eine Mehr-Kinder-Familie haben und mehr als die Hälfte der Befragten strebt eine Familie mit 2 Kindern an. Nur 15 Prozent der Befragten wünschen sich lediglich ein Kind.

Bei den Befragten, die sich keine Kinder wünschen, ist folgende **Rangreihung der Motive gegen (weitere) Kinder** erkennen:

	Prozent
1. Ich habe schon so viele Kinder, wie ich möchte.	72
2. Ich mache mir zu viele Sorgen darüber, welche Zukunft meine Kinder erwartet.	58
3. Ich möchte meinen jetzigen Lebensstandard beibehalten.	55
4. Ein (weiteres) Kind würde zu hohe Kosten verursachen.	37
5. Meine Wohnverhältnisse sind dafür nicht geeignet.	32
6. Ich wäre nicht in der Lage, mich genügend um Familie und Haushalt zu kümmern.	29
7. Ich könnte das Leben nicht mehr so genießen wie bisher.	26
8. Ich könnte es nicht mit meiner Berufstätigkeit vereinbaren.	25
9. Mein(e) Partner(in) ist dagegen.	24
10. Ich müsste Freizeitinteressen aufgeben.	19
11. Mein Gesundheitszustand erlaubt es nicht.	17
12. Ich bin zu alt, bzw. Partner(in) ist zu alt.	16
13. Die Arbeitsteilung zwischen Beruf und Haushalt funktioniert mit meinem(r) Partner(in) nicht so, wie ich es mir vorstelle.	14
14. Ich habe bereits genug Schwierigkeiten mit meinem/n Kind/ern.	13
15. Ich habe Angst vor einer (weiteren) Schwangerschaft und Geburt.	11
16. Ich lebe allein und habe keine feste Partnerschaft.	10
17. Mein anderes Kind bzw. meine anderen Kinder würden nicht genug Liebe und Zuwendung bekommen.	10

Häufigstes Motiv gegen (weitere) Kinder in der Studie von Gisser et al. (1995) war das Erreichen der gewünschten Kinderzahl (72 Prozent). Deutlich geringere Zustimmung fand das Motiv der allgemeinen Sorge um die Zukunft der Kinder (58 Prozent).

Sozioökonomische Motive - hohe Kosten, beengte Wohnverhältnisse -, Überforderung, Einschränkung des Lebensgenusses und Unvereinbarkeit mit dem Beruf finden die Zustimmung von zwischen einem Drittel und einem Viertel der Befragten.

Diese Ergebnisse zu den Motiven gegen ein (weiteres) Kind stimmen mit vorangegangenen Studienergebnissen gut überein.

3.1.2. Kontrazeption und Schwangerschaftsplanung

Die „Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit“ ist einer der Grundsätze der Wiener Erklärung der WHO über die Investition in die Gesundheit von Frauen (1994) und geht davon aus, dass jeder Frau das Recht, ihre Sexualität und Fruchtbarkeit selbst zu definieren, zuerkannt werden muss. Handlungsstrategien dabei sind z.B. mehr sexuelle Aufklärung und Beratung bei Mädchen – vor allem was sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/AIDS angeht - und weiters die leichte Zugänglichkeit und die Vielfalt von Verhütungsmitteln für alle Frauen.

Dass vermehrte sexuelle Aufklärung in Österreich notwendig ist, zeigt eine Reihe von Studien des LBI für Frauengesundheitsforschung zum Schwerpunkt HIV/AIDS und Jugendsexualität (u.a. Wimmer-Puchinger et al., 1997): etwa ein Drittel der 14- bis 15-Jährigen und etwa zwei Drittel der 18-Jährigen sind der Kondomverwendung gegenüber negativ eingestellt. Was das Verhütungsverhalten von Frauen über 30 in Österreich betrifft (Wimmer-Puchinger et al., 1998), scheint die Verantwortung noch immer überwiegend bei den Frauen zu liegen: 54 Prozent der Frauen geben an, in ihrer Partnerschaft alleine für Verhütung verantwortlich zu sein.

Dazu ein weiteres Zitat aus der Wiener Erklärung über die Investition in Gesundheit von Frauen (1994): „Weitgehende Veränderungen in der Gesundheit von Frauen setzen voraus, dass sich die Beziehungen zwischen Männern und Frauen ändern. Frauen und Männer müssen sich die Verantwortung für Familienplanung und Kindererziehung teilen.“

Die Frage des Kinderkriegens ist mit dem breiten Angebot an sicheren Verhütungsmethoden zwar zu einer Frage der individuellen Entscheidung geworden - wird aber immer noch zum Großteil den Frauen überlassen.

Trotz des Angebotes an sehr sicheren Verhütungsmitteln ist das Thema Kinderkriegens tatsächlich noch weit von einer rationalen Familienplanung und bewussten Lebensgestaltung entfernt (Kityr, 1999). Fragt man die nach 1940 geborenen Österreicherinnen, ob ihre Kinder geplant bzw. ungeplant waren, bezeichnen diese Frauen 40 Prozent ihrer ersten, 25 Prozent ihrer zweiten und 46 Prozent ihrer dritten Kinder als "ungeplant"; zwei Drittel der Erstgeburten junger Mütter unter 20 Jahren sind ungeplant (FFS – Doblhammer et al., 1996).

Tab. 4. Ungeplante Schwangerschaften nach dem Alter der Mutter (Angaben in Prozent)

	Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes					insgesamt
	unter 20	20 bis 24	25 bis 29	30 bis 34	35 und älter	
Erste Kinder	67	37	24	16	24	40
Zweite Kinder	51	29	18	23	30	25
Dritte Kinder	88	49	43	47	52	46

Quelle: FFS - Doblhammer et al., 1996)

3.1.2.1. Aktuelle Studienergebnisse zum Kontrazeptionsverhalten

3.1.2.1.1. *Determinanten kontrazeptiven Verhaltens*

Die **Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Kontrazeptionsmethode** wird von unterschiedlichen psychosozialen Faktoren beeinflusst wie z.B. Alter, Familienstand, kultureller Hintergrund, sozioökonomischer Status, Einstellung zur Gesundheit, Verfügbarkeit der Verhütungsmethode und der Beziehung zum Partner (Hawkins et al., 1995).

Schmid-Tannwald & Kluge (1998) fanden in ihrer Studie, dass das **Alter** die Wahl des Verhütungsmittels beeinflusste. 93 Prozent der unter 25-jährigen Frauen verhüteten mit der Pille. Den Ergebnissen der Studie von Appelt et al. (1991) zufolge ging bei Frauen über 25 Jahren die Abnahme der Häufigkeit der Anwendung der Pille mit einer Zunahme von Spirale und Sterilisation als Methoden der Empfängnisverhütung einher.

Schwarz et al. (1993) betonen den Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf den Informationsstand und in Folge auf die Wahl der Kontrazeptionsmethode. Auch die Einstellungen und Haltungen einer Frau zu ihrer Rolle, ihrem Körper und ihrer Partnerschaft beeinflusst die Wahl der Kontrazeptionsmethode. Eine positive Einstellung zur Pille fand sich bei Frauen, die in ihrer Partnerschaft selbstbewusster und unabhängiger waren und ihrer Sexualität positiver gegenüberstanden (Schwarz et al., 1993).

Freundl et al. (1991) fanden in seiner Studie zum Familienplanungsverhalten in der BRD, dass bei den **allgemeinen Anforderungen** an ein Verhütungsmittel an erster Stelle die *Sicherheit*, gefolgt von der *Unbedenklichkeit* im Hinblick auf gesundheitliche Schädigung und der bequemen Anwendung genannt wurde. Oddens et al. (1994) fanden ähnliche Ergebnisse bei einer Befragung in Großbritannien. Sicherheit eines Verhütungsmittels lag an erster Stelle der Anforderungen, gefolgt von der *Beeinträchtigung des Sexuallebens* und der *einfachen Anwendung*.

3.1.2.1.2. Aktuelle Studienergebnisse zum Kontrazeptionsverhalten in Österreich

Der **Familien- und Fertilitätssurvey** (FFS, Doblhammer, 1996) ist ein Survey zur Erhebung der Veränderung von Familienstrukturen, an dem insgesamt 20 Länder -europäische Länder, die USA und Kanada - beteiligen. Der FFS umfasst neben individuellen Biographien zu Ausbildung, Lebensgemeinschaften, Migration und Schwangerschaften auch Untersuchungen zur Empfängnisverhütung.

In Österreich wendeten demnach im Zeitraum von vier Wochen vor der Befragung 46 Prozent der Frauen und 40 Prozent der Männer bzw. ihre Partnerinnen, die in einer Lebensgemeinschaft lebten, Methoden zur Empfängnisverhütung an. Bei den Frauen zeigte sich, dass 66 Prozent der 20- bis 24-Jährigen aktiv verhüteten, bei den 45- bis 49-Jährigen jedoch nur mehr 21 Prozent.

Die von den Frauen am häufigsten angewendete Verhütungsmethode war die **Pille**: 50 Prozent der 20-24 jährigen und 9 Prozent der 45-49 jährigen gaben an, in den letzten vier Wochen die Pille eingenommen zu haben.

Während in den jüngeren Altersgruppen mit rund 10 Prozent das **Kondom** an zweiter Stelle lag, überwog bei den Frauen ab 35 Jahren die **Spirale** mit 10 Prozent.

Ein Überblick ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tab. 5. Verteilung der in den letzten vier Wochen vor der Befragung verwendeten Verhütungsmethoden

n = 3285 Frauen Angaben in Prozent	Altersgruppen							
	20-24 n=284	25-29 n=554	30-34 n=637	35-39 n=513	40-44 n=467	45-49 n=442	50-54 n=385	TOTAL n=3285
Pille	49,6	44,6	37,6	30,5	15,7	8,7	1,2	27,4
Spirale	2,6	6,0	8,6	10,1	7,5	7,7	2,3	6,9
Kondom	10,5	10,3	10,2	5,2	6,6	2,1	2,8	7,0
Zeitwahlmethoden	2,4	2,7	2,7	4,1	1,3	1,2	0,0	2,2
Diaphragma	0,0	1,1	0,4	1,0	1,0	0,3	0,0	0,6
Coitus interruptus	0,0	0,9	0,6	0,3	1,1	0,7	0,0	0,6
Hormonspritze	0,0	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
andere Methoden	0,9	0,2	0,9	0,6	1,1	0,5	0,3	0,6
Methode (total)	65,9	66,6	61,4	51,9	34,2	21,1	6,7	45,5
einer der Partner ist sterilisiert	0,0	0,3	0,9	1,0	1,3	0,0	0,0	0,6
schwanger	8,3	7,3	3,6	2,3	0,2	0,0	0,0	3,0
unbekannt	25,8	25,8	34,1	44,8	64,2	78,9	93,3	50,9

Quelle: FFS - Doblhammer et al., 1996

Die **Angaben von Männern und Frauen zur Empfängnisverhütung** unterschieden sich deutlich:

- Der Anteil der Männer, die die **Pille** als Verhütungsmethode angaben, war geringer als bei den Frauen. Nur 28 Prozent der Männer gaben an, dass ihre Partnerin die Pille einnimmt, im Vergleich zu 45 Prozent unter den gleichaltrigen Frauen.
- Der Anteil der Männer, die das **Kondom** als Verhütungsmethode angaben, war höher als der entsprechende Anteil bei den Frauen: Zwischen 13 Prozent und 16 Prozent der 20- bis 44-jährigen Männer gaben an, ein Kondom zu verwenden. Bei den Frauen gaben hingegen nur zwischen 11 Prozent der 20- bis 24-jährigen und 7 Prozent der 40- bis 44-Jährigen an, dass der Partner durch Kondome verhütet.
- 56 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen gaben an, in den letzten vier Wochen **keine Verhütungsmethode** angewendet zu haben.

Tab. 6. Verteilung der in den letzten vier Wochen vor der Befragung verwendeten Verhütungsmethoden

n = 997 Männer Angaben in Prozent	Altersgruppen							TOTAL n=997
	20-24 n=62	25-29 n=145	30-34 n=177	35-39 n=181	40-44 n=160	45-49 n=118	50-54 n=150	
Pille	48,9	27,8	30,6	20,4	13,0	15,0	7,1	21,2
Spirale	2,3	3,6	3,4	5,2	4,4	8,3	1,8	4,2
Kondom	13,3	15,1	14,3	15,7	14,5	5,7	3,4	12,0
Zeitwahlmethoden	0,0	2,7	0,9	0,2	1,4	0,3	0,0	0,9
Coitus interruptus	1,5	0,0	1,4	0,0	0,0	0,8	1,7	0,7
Hormonspritze	0,0	0,0	0,0	2,6	0,8	0,0	0,0	0,6
Diaphragma	-	-	-	-	-	-	-	-
andere Methoden	0,0	0,0	0,0	0,9	1,8	0,0	0,0	0,5
Methode (total)	66,0	49,2	50,6	45,0	36,0	30,0	13,9	40,0
einer der Partner ist sterilisiert	0,0	0,0	2,0	2,6	2,2	0,0	0,0	1,2
schwanger	5,3	10,2	3,9	1,2	1,0	0,6	0,0	3,0
unbekannt	28,7	40,6	43,5	51,2	60,8	69,4	86,1	55,8

Quelle: FFS - Doblhammer et al., 1996

Im Rahmen einer Studie zur Thematik **Sexualität und HIV/AIDS** (Wimmer-Puchinger et.al., 1996) wurden 789 Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 28,5 Jahren - 313 Männer (40 Prozent) und 473 Frauen (60 Prozent) in Wien unter anderem zum Kontrazeptionsverhalten befragt.

Die Mehrzahl der Befragten (56 Prozent) nannten als hauptsächlich benutztes Verhütungsmittel die **Pille**, 43 Prozent das **Kondom**. Andere Verhütungsmethoden wie Diaphragma, Spirale, chemische Mittel, vorzeitiger Abbruch und natürliche Methoden wurden nur von wenigen Befragten zur Empfängnisverhütung eingesetzt.

Hauptsächlich verwendete Verhütungsmethode	Prozent (n = 789)
Pille	56
Kondom	43
Natürliche Methoden	7
Sonstige	5
Spirale	4
Kalender, Temperatur	3
Creme, Schaum, Gelee	1
Coitus interruptus	1
Diaphragma	0

Es zeigte sich, dass die Verwendung von Pille und Kondom deutlich mit dem **Alter** zusammenhing:

- Personen bis zu 30 Jahren favorisierten zu zwei Dritteln (68 Prozent) die **Pille**, während in der Altersgruppe der über 30-jährigen die Verwendung der Pille auf ein Drittel (32 Prozent) abnahm.
- Mit zunehmendem Alter sinkt die Verwendungshäufigkeit von **Kondomen**. In der Altersgruppe der bis 20-jährigen verwendeten mehr als die Hälfte (53 Prozent) das Kondom, bei den 20-bis 30-Jährigen 45 Prozent und bei den über 30-jährigen hingegen nur mehr ein Drittel (33 Prozent).

Von den 789 befragten Personen gaben 80 Prozent an, eine kontinuierliche und konsequente Verhütung zu praktizieren. Als **Barrieren einer konsequenten Verhütung** und als Hauptgrund für den Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel gaben die befragten Erwachsenen an, dass ihre sexuelle Spontaneität sie daran hinderte, noch Vorsichtsmaßnahmen zu treffen (27 Prozent). An zweiter Stelle wurde ein latent vorhandener Kinderwunsch (21 Prozent) genannt. Immerhin 20 Prozent der Befragten gaben sich der fatalistischen Hoffnung hin, dass „sowieso nichts passiert“.

Barrieren einer konsequenten Verhütung	Prozent
Ich hatte soviel Lust, dass ich gar nicht mehr daran gedacht habe.	27
Ich hatte nichts dagegen ein Kind zu zeugen.	21
Ich hoffte, dass sowieso nichts passiert.	20
Wir hatten keine Verhütungsmittel dabei.	11
Ich will grundsätzlich kein Verhütungsmittel.	7
Ich glaubte, dass die Frau selbst dafür sorgt.	5
Sie/er wollte nicht verhüten.	5
Ich hatte Angst nein zu sagen.	2
Ich wollte mit ihr/ihm nicht darüber sprechen.	2
Anderes	8

3.1.2.1.3. Kontrazeptionsverhalten in Deutschland

Über das **Kontrazeptionsverhalten in Deutschland** berichtet eine rezenten Studie der Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik an der Universität Landau (Kluge, 2000; Quelle: www.fss.uni-landau.de), bei der 2.405 Personen zu ihrem Kontrazeptionsverhalten befragt wurden.

- Etwa zwei Fünftel der Deutschen verhüteten in den letzten 12 Monaten mit der **Pille**.
- Etwa ein Fünftel setzte das **Kondom** als Verhütungsmittel ein.
- Verhütungsmittel und -methoden wie **Diaphragma, Portiokappe, Spirale, chemische Mittel, vorzeitiger Abbruch, natürliche Methoden** und **Sterilisation** wurden nur von wenigen Befragten zur Empfängnisverhütung eingesetzt, davon die Sterilisation und die Spirale noch am ehesten.
- Jede neunte Person **verhütete nicht**, obwohl kein Kinderwunsch bestand.
- 15 Prozent der Befragten hatten in den letzten 12 Monaten **keinen Geschlechtsverkehr**.

Der Einsatz verschiedener Verhütungsmethoden hängt deutlich mit dem biologischen **Alter** und der Fruchtbarkeit zusammen:

- Das Kondom wurde in den letzten 12 Monaten am ehesten von jüngeren Personen eingesetzt. Mit zunehmendem Alter sank die Verwendung des Kondoms.
- Der Einsatz der Pille zur Verhütung nimmt in den ersten drei Altersgruppen (14-39 Jahre) zu und in den letzten drei Altersgruppen (40-92 Jahre) wieder ab.
- Das Diaphragma, die Portiokappe und chemische Mittel spielten in allen Altersgruppen kaum eine Rolle.
- Die Spirale wurde am ehesten von 40- bis 49-jährigen Frauen eingesetzt.
- Vergleichsweise am häufigsten setzten 20- bis 29-Jährige den vorzeitigen Abbruch (Coitus interruptus) als Verhütungsmethode ein.
- In den ersten fünf Altersgruppen (14-59 Jahre) steigert sich die Verhütung durch natürliche Methoden; diese nimmt jedoch in der letzten Altersklasse (60-92 Jahre) wieder ab.
- Am ehesten sterilisiert sind 50- bis 59-jährige, aber auch 40- bis 49-jährige Personen.
- Der Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel nimmt mit zunehmendem Alter und verminderter Fruchtbarkeit zu, wobei auffällt, dass die ganz jungen Befragten (14 bis 19 Jahre) weniger verhüteten als die nächste Altersgruppe (20 bis 29 Jahre).
- Am wenigsten Geschlechtsverkehr hatten ältere Personen (60 bis 92 Jahre) sowie auch ein Drittel der jungen Befragten (14 bis 19 Jahre).

Die Ergebnisse der Studie sind in folgender Tabelle abgebildet.

Tab. 7. Kontrazeptionsverhalten in Deutschland 2000

Angaben in Prozent	Altersgruppen						Gesamt
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-92	
Kondom	29,2	27,6	18,1	19,0	13,5	4,5	18,9
Pille	34,0	58,0	61,1	41,4	27,7	4,9	41,8
Keinen Gv. gehabt	32,5	5,4	3,8	5,4	14,2	50,0	15,1
Keine Methode	2,4	0,5	3,2	11,9	25,7	34,2	11,5
Sterilisation	-	1,0	5,7	7,7	10,8	1,9	4,7
Spirale	0,5	2,0	3,2	8,3	3,7	0,8	3,3
Natürliche Methoden	1,0	1,2	2,7	3,3	3,7	2,6	2,5
Vorzeitiger Abbruch	-	3,2	1,5	1,2	0,7	1,1	1,5
Diaphragma	0,5	1,2	-	1,8	-	-	0,6
Portiokappe	-	-	0,4	-	-	-	0,1
Chemische Mittel	-	-	0,4	-	-	-	0,1
Anzahl absolut	209	410	476	336	296	266	1.993
Anzahl in Prozent	10,5	20,6	23,9	16,9	14,9	13,3	100

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1994 eine repräsentative Langzeitstudie mit dem Titel „**Sexual- und Kontrazeptionsverhalten 16- bis 24 jähriger Jugendlicher und junger Erwachsener**“ durch, um die Einstellungen und Verhaltensweisen zu Sexualität, Verhütung und Schwangerschaft junger Menschen zwischen 16 und 24 Jahren zu dokumentieren. 1998 wurde eine Wiederholungsbefragung bei 2.476 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren sowie deren Eltern durchgeführt (Hübner et al., 1998).

38 Prozent der 14–17jährigen Mädchen und 29 Prozent der Jungen geben an, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben.

Kondome sind **beim „ersten Mal“** das bevorzugte Verhütungsmittel. 68 Prozent der Mädchen und 55 Prozent der Jungen benutzten sie, davon 15 Prozent der Mädchen und 13 Prozent der Jungen in Kombination mit der Pille.

16 Prozent der Jungen sowie 11 Prozent der Mädchen trafen bei ihrem „ersten Mal“ keine Vorsorge zur Schwangerschaftsverhütung. Dies sind deutlich weniger als zu Beginn der 80-er Jahre, damals nutzten 29 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Jungen keine Verhütungsmittel.

Erheblichen Einfluss hat die **Vertrautheit mit dem Sexualpartner** auf das Kontrazeptionsverhalten. Die Zahlen für ungeschützten Geschlechtsverkehr steigen, je weniger die Jungen und Mädchen ihren Partner kennen. 29 Prozent der Jungen und 38 Prozent der Mädchen treffen keine Vorkehrungen, wenn der erste Sexualpartner nur eine flüchtige Bekanntschaft ist. Bei einem festen Partner reduziert sich der Anteil auf 7 Prozent bei den Jungen und 6 Prozent bei den Mädchen.

Eindeutig positiv auf das Kontrazeptionsverhalten beim „ersten Mal“ wirkt sich aus, wenn im Elternhaus über Verhütung gesprochen wurde. Der Anteil der gar nicht Verhütenden sinkt dann auf die Hälfte (bei Mädchen von 19 Prozent auf 11 Prozent, bei Jungen von 29 Prozent auf 12 Prozent. Dieser positive Effekt elterlicher Einflussnahme ist speziell auf das Kontrazeptionsverhalten beim „ersten Mal“ zu beobachten.

Dauerhaften Einfluss übt die Kommunikation im Elternhaus aus, was die gleichzeitige Anwendung der Verhütungsmittel Pille und Kondom betrifft.

Mit zunehmender Erfahrung verlagert sich die Verhütung vom Kondom zur Pille. Bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr verhüteten 40 Prozent der Mädchen und 52 Prozent der Jungen mit Kondomen und 73 Prozent der Mädchen sowie 65 Prozent der Jungen mit der Pille. Nur noch 1 Prozent der Mädchen bzw. 3 Prozent der Jungen verhüteten nicht.

Die Beratung durch die Eltern hinsichtlich der Möglichkeiten der Empfängnisverhütung hat sich seit 1980 verdoppelt: Bei Mädchen von 37 Prozent auf 67 Prozent und bei Jungen von 25 Prozent auf 53 Prozent.

Fragen zum Wechsel der Verhütungsmethoden ergaben, dass eine einmal gewählte Verhütungsmethode bzw. eine Kombination verschiedener Methoden meistens über einen längeren Zeitraum beibehalten wurde. Nur etwa 12 Prozent der Befragten hatten im letzten Jahr ihre Verhütungsmethode gewechselt. Die Gründe für den Wechsel sind in Abbildung 7 dargestellt.

Zwischen den weiblichen und männlichen Befragten gab es unterschiedliche Gründe für den Wechsel der Verhütungsmethode. Für junge Frauen standen die Nebenwirkungen, mangelnde Sicherheit sowie Schwangerschaft/Stillzeit/Kinderwunsch im Vordergrund. Es wird vermutet, dass junge Männer, die beim Wechsel der Verhütungsmethode „sonstige“ Gründe nannten, entweder dem Wunsch ihrer Partnerin nachkamen, zur Zeit keine Partnerin hatten oder mit der Partnerin auch die Verhütungsmethode gewechselt hatten. Bei den männlichen Befragten hatte die Aids-Prävention einen signifikant größeren Stellenwert für den Wechsel der Verhütungsmethode als bei den befragten Frauen.

3.1.2.1.4. *Verfügbarkeit von Kontrazeptiva*

Der Wunsch nach kleineren Familien zeichnet sich weltweit immer deutlicher ab. Es gibt aber keine Verhütungsmethode, die für jedes Paar auf der Welt die richtige ist. Darum ist es besonders wichtig, eine breite Palette von Kontrazeptiva anzubieten.

Der Zugang zu gängigen Verhütungsmitteln in 88 Entwicklungsländern und 39 Industrieländern wurde in einer aktuellen Studie von Population Action International (PAI) in Washington (Quelle: www.populationaction.org) nach einer 100-Punkte-Skala bewertet.

Hong Kong, Singapur, Süd-Korea, Taiwan und Tunesien führen mit 100 Punkten auf der Skala die Entwicklungsländer an. Kondom, Pille, Spirale, Sterilisation bei Frauen und Vasektomie, die fünf gängigsten Verhütungsmethoden, sind in diesen Ländern mindestens 80 Prozent der Bevölkerung leicht zugänglich. Am anderen Ende der Skala befinden sich Mali, Mauretanien, Laos, Tschad und Kongo. Dort haben Paare keinen Zugang zu irgendeiner modernen Verhütungsform. Die Müttersterblichkeit in diesen Ländern zählt zu den höchsten der Welt.

Deutschland, Neuseeland, Spanien, Schweden und die Schweiz erzielten 100 Punkte bei den Industrieländern. Neben den bei den Entwicklungsländern berücksichtigten fünf Verhütungsmethoden sind auch injizierbare Kontrazeptiva in diesen fünf Ländern für alle Paare verfügbar. Japan zählt neben Rumänien, Tadschikistan, der Ukraine und Armenien zu den Ländern am untersten Ende der 100-Punkte-Skala. Die Pille und andere hormonelle Verhütungsmethoden sind in Japan nicht zugelassen.

3.1.2.2. Studienergebnisse zum Zusammenhang von Kontrazeptionsverhalten und Schwangerschaftsabbruch

Jansen (1995) befragte 308 Frauen in den Niederlanden bei einem ärztlichen Beratungsgespräch vor dem Schwangerschaftsabbruch zu ihrer Verhütungsmethode in den sechs vorangegangenen Monaten und konnte folgendes Verhütungsverhalten beobachten:

Methode	6 Monate vor Abbruch		nach Abbruch	
	N	%	N	%
Keine Methode	93	30	43	14
Kondom	71	23	3	1
Pille	59	19	135	44
Knaus Ogino, Temperaturmethode, Coitus interruptus	42	14	-	-
Spermizide Methoden (Zäpfchen, Cremes)	10	6	-	-
Diaphragma	12	4	3	1
Spirale	7	2	82	27
Sterilisation Frau	0	0	21	7
Sterilisation Partner	1	1	9	3
Dreimonatsspritzen	0	0	6	2
Anders	1	1	6	2
Unbekannt	12	4	-	-
Gesamt	308	100	308	100

Es stellte sich heraus, dass fast ein Drittel der Frauen *keine Verhütung* angewendet haben. Zu dieser Gruppe gehören Mädchen und jungen Frauen, die zum ersten Mal sexuellen Kontakt hatten und noch nie Verhütungsmittel benutzt hatten, aber auch Migrantinnen.

In einem Viertel der Fälle wurden *Kondome* angewendet. Jansen zitiert ein Untersuchungsergebnis, wonach Kondome in 8,8 Prozent der Fälle beim Gebrauch reißen oder abgleiten (Steiner, 1998) und weist weiters auf die Ergebnisse von Bromham (1993) und Tylor (1993) hin, die eine zunehmende Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen in England registrierten, die trotz Kondomgebrauch zustande kommen. Sie fordern, dass Kondomhersteller auf den Beipackzetteln zu den Kondomen Informationen über die "Pille danach" geben sollten.

Nach dem Abbruch entschieden sich die meisten Frauen für die Pille (44 Prozent vs. 19 Prozent vor dem Abbruch) oder die Spirale (27 Prozent), letztere wurde häufig gleich nach dem Abbruch eingelegt.

Rosenfeld et al. (1996) befragten 110 schwangere Frauen in Tennessee, USA, zu Faktoren der Kontrazeption, die mit einer geplanten vs. ungeplanten Schwangerschaft in Zusammenhang stehen. Der zur Befragung eingesetzte Fragebogen enthielt neben soziodemographische Variablen Fragen zur gynäkologischen und kontrazeptiven Vorerfahrung und zur Einstellung und zu den Erfahrungen mit Kontrazeption.

Die 110 befragten Frauen wurden zwei Gruppen zugeordnet: 71 Frauen (65 Prozent) hatten nach eigenen Angaben eine **ungeplante** Schwangerschaft, 39 Frauen (35 Prozent) eine geplante Schwangerschaft. 100 Frauen (91 Prozent) gaben an, die Schwangerschaft sei **gewünscht**. - Die Ergebnisse:

- Die Frauen mit geplanten vs. ungeplanten Schwangerschaften unterschieden sich **nicht** in den **demographischen Variablen** *Alter, Rasse, Bildungsstand, Haushaltsgröße, Kinderanzahl, Einkommen, Berufsausübung*; der einzige statistische Unterschied bestand darin, dass **alleinstehende Frauen** häufiger ungeplante Schwangerschaften hatten.
- Was die Verwendung von Kontrazeptiva betrifft, verwenden 31 Prozent der Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft **keine (zuverlässigen) Kontrazeptiva**, hingegen aber nur 13 Prozent der Frauen mit geplanter Schwangerschaft.
- Die **Pille** war insgesamt das am häufigsten verwendete Kontrazeptivum - sowohl für Frauen mit geplanter (58 Prozent) als auch mit ungeplanter (38 Prozent) Schwangerschaft.
- **Kondome** verwendeten 20 Prozent der Frauen mit geplanter und 25 Prozent der Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft.
- Hinsichtlich der **Nebenwirkungen** und **Erfahrungen** mit Kontrazeptiva gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen mit unerwünschter vs. erwünschter Schwangerschaft.
- In den Einstellungen zur Kontrazeption waren signifikant mehr Frauen mit geplanten Schwangerschaften **zufrieden** mit ihrer Verhütung als jene mit ungeplanten Schwangerschaften (62 Prozent vs. 43 Prozent).
- Zudem waren signifikant mehr Frauen mit ungeplanten Schwangerschaften bezüglich der Kontrazeption von ihrem **Partner** beeinflusst als Frauen mit geplanten Schwangerschaften (37 Prozent vs. 19 Prozent).

3.1.3. Begriffsklärung: gewollte, geplante, gewünschte Schwangerschaft

Dass die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch sehr komplex ist, zeigt sich auch an der Verwendung und Bedeutung der Begriffe gewollt - geplant - gewünscht.

Fischer et al. (1999) haben sich in ihrer Studie zum Ziel gesetzt, zu hinterfragen, was die Begriffe gewollte (intended), geplante (planned) und gewünschte (wanted) Schwangerschaft für Frauen bedeuten. Sie gehen davon aus, daß etwa 57 Prozent (3,1 Millionen) aller Schwangerschaften in den USA als ungewollt klassifiziert werden können und etwa die Hälfte dieser ungewollten Schwangerschaften (1,6 Millionen) mit einer Abtreibung enden (**Brown et al., 1995**).

Ausgetragene ungewollte Schwangerschaften stehen oft mit ungenügender pränataler Vorsorge, Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft, geringem Geburtsgewicht, gynäkologischen Komplikationen, Kindesmissbrauch, Entwicklungsstörungen der Kinder und niedrigen Bildungschancen der Kinder in Verbindung.

Fischer et al. (1999) interviewten 18 Frauen, die sich einer pränatalen Betreuung, einem Schwangerschaftsabbruch oder einem Schwangerschaftstest an einer der perinatalen Einrichtungen von Salt Lake City, USA, unterzogen, mit semistrukturierten Tiefeninterviews von 30 bis 60 Minuten Dauer. Die AutorInnen orten 3 Hauptthemen in den Aussagen der Frauen:

- Die Bedeutungen der einzelnen Begriffe variieren sehr stark.
- Dem Wunsch - also der emotionalen Komponente - kommt eine größere Bedeutung zu als dem Planen oder Wollen einer Schwangerschaft.
- Die Partnerschaft hat einen starken Einfluss darauf, ob eine Schwangerschaft gewollt, geplant oder gewünscht wird.

In folgender Tabelle werden die Beschreibungen der interviewten Frauen für die Begriffe gewollt - ungewollt, geplant - ungeplant, gewünscht - ungewünscht wiedergegeben:

Tab. 8. Begriffsklärung: gewollte - geplante - gewünschte Schwangerschaft

Gewollte Schwangerschaft	Geplante Schwangerschaft	Gewünschte Schwangerschaft
• versuchen, schwanger zu werden • absichtlich schwanger werden • bereit sein, die Schwangerschaft auszutragen • emotional und körperlich bereit sein • vorher darüber sprechen • Sex ohne Kontrazeptiva	• den Zeitpunkt der Ovulation bestimmen und eine Empfängnis versuchen • keine Kontrazeptiva verwenden • finanziell vorbereitet sein • einen sicheren Job haben oder sicher sein, daß der Partner einen sicheren Job hat • mit dem Partner vorher über eine Schwangerschaft sprechen • eine stabile Partnerschaft haben / verheiratet sein • körperliche Bereitschaft	• sich wünschen, ein Baby zu haben • sich wünschen, ein weiteres Baby zu haben • sich wünschen, Mutter zu sein • Partner freut sich über die Schwangerschaft • beide Partner wollen das Kind gemeinsam aufziehen • körperliche Bereitschaft • emotionale Bereitschaft • ein Zuhause haben • verheiratet sein • eine Familie gründen wollen • sich trotz widriger Umstände nicht mit einer Ablehnung einer Geburt identifizieren können
Ungewollt	Ungeplant	Nicht gewünscht
• zwischen den Partnern nicht abgesprochen • kein Plan, schwanger zu werden • nicht absichtlich schwanger werden • schwanger trotz aktiver Kontrazeption • es ist einfach passiert • nicht wieder schwanger werden wollen • Mangel an Verantwortungsgefühl	• es ist einfach passiert • es war ein "Unfall" • schlechter Zeitpunkt • schwanger trotz aktiver Kontrazeption • Resultat von "Dummheit" oder "Verantwortungslosigkeit" • Schwangerschaft ist etwas, womit man nicht gerechnet hat • nicht mit Partner besprochen • ein Kind - aber erst nach einiger Zeit - wollen	• finanziell instabile Situation oder keine finanzielle Unterstützung • Mangel an (nicht materieller) Unterstützung durch den Partner • unverheiratet sein • eine Ausbildung oder einen Job fortsetzen müssen • kein weiteres Kind wollen • sich schuldig fühlen, weil man von anderen Unterstützung braucht • Unfähigkeit, dem Druck, eine alleinstehende Mutter zu sein, standzuhalten • Angst vor körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft • sich zu jung fühlen • sich die Unterstützung des Kindesvaters wünschen, aber nicht sicher sein, daß er der Richtige dafür ist • einfach nicht glücklich darüber sein

3.1.4. Ambivalenzen bei ungewollten Schwangerschaften

Törnborn et al. (1999) untersuchten 401 Frauen in Göteborg, Schweden, mittels Fragebogen und Interviews hinsichtlich ihrer Motive, ihre Schwangerschaft zu unterbrechen bzw. fortzusetzen; sie unterschieden dabei Frauen, die bereits Abtreibungen hinter sich hatten von jenen, die zum ersten Mal abtrieben.

Die 401 befragten Frauen wurden 4 Subgruppen zugeordnet:

n = 201	A .Schwangerschaftsabbruch	n = 137	A.1. keine Abbrüche vorher
		n = 64	A.2. bereits Abbruch gehabt
n = 200	B. Austragen der Schwangerschaft	n = 142	B.1. keine Abbrüche vorher
		n = 58	B.2. bereits Abbruch gehabt

Der verwendete *Fragebogen* beinhaltet den sozioökonomischer Hintergrund der Frauen (5 Fragen); die Beziehung zum Partner (1 Frage) und die Kontrazeption (2 Fragen).

Das *strukturierte Interview* enthielt Frage zu den Motiven der Abtreibung, ob die Schwangerschaft geplant war, wie die Reaktionen auf die Schwangerschaft waren, wann die Entscheidung zum Abbruch getroffen wurde (sofort, nach einigen Tagen, nach einer Woche, nach mehreren Wochen), Fragen zu möglichen vorangegangenen Schwangerschaften; zum psychisches Befinden. zu Kontakten mit Sozialstellen, zur Harmonie, zur Zusammenarbeit und zum Ausdruck von Gefühlen in der Partnerschaft; zum Erleben der sexuellen Beziehung.

Die Ergebnisse:

- Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, haben signifikant häufiger eine stabile sozioökonomische Situation als Frauen, die abtreiben.
- Psychologische Probleme sind häufiger bei Frauen mit vorangegangenen Abtreibungen.
- Negative Gefühle waren bei abtreibenden Frauen stärker.
- Ein Drittel der abtreibenden Frauen (und 30 Prozent ihrer Männer) und ein Viertel der austragenden Frauen (und 10 Prozent ihrer Männer) hatten sowohl positive als auch negative Gefühle.
- Mehr als die Hälfte der Frauen (59 Prozent) entschieden sich sofort für eine Abtreibung - die einzelnen Subgruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Zeit für die Entscheidung.
- Für mehr als die Hälfte der Frauen war die Fähigkeit, weitere Schwangerschaften haben zu können, von großer Bedeutung.
- Ein Kinderwunsch für die Zukunft war sehr häufig.

Husfeldt et al. (1995) haben sich in Ihrer Studie das Ziel gesetzt, Frauen mit erhöhter Ambivalenz vor einem Schwangerschaftsabbruch zu charakterisieren.

Sie befragten 339 Frauen, die zu einem Schwangerschaftsabbruch in die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses Hillerød, Dänemark, kamen mittels eines Fragebogens zu den sozialen Verhältnissen, dem Kontrazeptionsverhalten, dem Entscheidungsprozess, den Motiven zum Schwangerschaftsabbruch, vorangegangenen Schwangerschaften.

30 Prozent der Frauen waren unmittelbar vor dem Abbruch noch ambivalent. Frauen mit hoher und Frauen mit geringerer Ambivalenz unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Parität und Familienstand.

Die Gruppe der ambivalenten Frauen nannte am häufigsten die Arbeits- bzw. Ausbildungssituation und die Partnerschaft als Motive zum Schwangerschaftsabbruch; Frauen mit geringerer Ambivalenz gaben häufiger an, schon die gewünschte Anzahl an Kindern zu haben und als weiteren Grund die Partnerschaft.

Ein Vergleich des Einflusses von Einkommen, Wohnverhältnissen, Berufstätigkeit und Schulbildung auf die Entscheidung zeigt deutlich, dass diese Aspekte bei Frauen mit hoher Ambivalenz eine größere Rolle spielen. 18 Prozent der Frauen mit hoher Ambivalenz, aber nur 7 Prozent der Frauen mit geringerer Ambivalenz, hatten vor der aktuellen Schwangerschaft eine ablehnende Haltung zum Schwangerschaftsabbruch. Ambivalente Frauen gaben auch häufiger an, dass der Partner großen Einfluss auf die Entscheidung gehabt hat.

Hamark et al. (1995) beabsichtigten mit ihrer Studie die Hypothese zu testen, dass die Korrelation zwischen Schwangerschaftsabbruch und sozioökonomischen Bedingungen noch immer gültig ist. Sie interviewten 444 Frauen, die zu einem Schwangerschaftsabbruch in das Östra Krankenhaus in Göteborg, Schweden, kamen. Sie verglichen die Frauen nach ihrer Herkunft aus sozioökonomisch schlechter gestellten Bezirken von Göteborg. Frauen aus ärmeren Bezirken hatten mehrere vorangegangene Schwangerschaften und auch mehr Abbrüche als die Vergleichsgruppen.

Junge Frauen haben in der Befragung vorangegangenen sechs Monaten häufiger die Pille abgesetzt als ältere Frauen.

Roeder et al. (1994) haben sich die Analyse der Partnerschaft im Schwangerschaftskonflikt zum Ziel ihrer Studie gesetzt. Mittels qualitativer Interviews befragten sie in München, BRD, 74 Paare mit einem aktuellen Schwangerschaftskonflikt, 27 Paare mit einem Schwangerschaftsabbruch im letzten Jahr und 31 Paare ohne ein solches Problem über ihre Lebenssituation, ihre Kindheit und ihre Partnerschaft.

Nur 20 Prozent der Frauen und Männer mit einem Schwangerschaftskonflikt wünschen sich keine Kinder, das heißt nach Meinung der AutorInnen, dass man keineswegs von einem Schwangerschaftskonflikt auf einen fehlenden Kinderwunsch schließen darf. Die meisten Befragten hatten jedoch eine klare Vorstellung, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen sie sich ein Kind wünschen würden: nach Abschluss der Berufsausbildung, bei ausreichendem Einkommen und Wohnraum und in einer zuverlässigen Beziehung. Die Dynamik des Konfliktes entwickelte sich häufig gerade aus der Diskrepanz zwischen einer generell positiven Einstellung zu eigenen Kindern und der momentanen, situationsbezogenen Unterdrückung des Kinderwunsches.

Insgesamt erwies sich für Paare mit einem aktuellen Schwangerschaftskonflikt die finanzielle Lage der Schwangeren und die Qualität der Partnerbeziehung als die wichtigsten Motive für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch.

3.1.5. Psychosoziale Folgen des Schwangerschaftsabbruchs

In der wissenschaftlichen Fachliteratur gibt es seit langem eine Diskussion um die Existenz eines "Post Abortion Syndroms", das heißt einer Traumatisierung durch den Schwangerschaftsabbruch im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Meinungen über dessen Existenz und das Ausmaß gehen auseinander. Im folgenden werden einige der wissenschaftlichen Publikationen dazu und zu Untersuchungen zu den psychosozialen Folgen eines Schwangerschaftsabbruches im allgemeinen dargestellt.

3.1.5.1. Studienergebnisse zum Post Abortion Syndrome

Scotland (1991, 1992) gibt einen detaillierten Überblick über die wissenschaftlichen Forschungsergebnisse, aber auch über die öffentliche Diskussion des "Post Abortion Syndrome". Scotland sieht im Post Abortion Syndrom "ein Syndrom das es nicht gibt". Sie spricht vom "Mythos des Post Abortion Syndroms", das vor allem von Abtreibungsgegner propagiert wird, die Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen mit langfristigen negativen psychischen und gesundheitlichen Konsequenzen drohen.

Scotland führt eine Reihe von prospektiven, methodisch fundierten Studien bzw. Metaanalysen von Studien aus den USA und Europa an, die zeigen, dass legale Schwangerschaftsabbrüche, die unter sicheren Bedingungen durchgeführt werden, keine schweren und langanhaltenden psychischen Folgen haben und ernste psychiatrische Folgen sehr selten sind (Blumenthal, 1991, Dagg, 1991, Osofsky et al., 1972, Adler et al., 1990).

Die **Inzidenz** diagnostizierter psychiatrischer Erkrankungen und stationärer Aufenthalte nach Schwangerschaftsabbruch ist niedriger als die nach Geburt: In einer großen prospektiven Studie in Großbritannien (Brewer, 1997) wurden **Psychosen nach Geburt** in durchschnittlich **1,7 Fällen von 1000** Frauen festgestellt, **Psychosen nach Schwangerschaftsabbruch** hingegen nur bei **0,3 Fällen von 1000**.

Ernste psychiatrische Erkrankungen nach einem Schwangerschaftsabbruch treten nur bei jenen Frauen auf, die bereits vor der Schwangerschaft eine psychische Erkrankung hatten und weiters bei jenen, die sich für einen Abbruch unter starkem äußeren Druck oder bei Verlassenwerden durch den Partner entscheiden. 11 Prozent der Frauen, die sich in einer dieser Situationen befinden, treten negative Reaktionen auf (Lask, 1975).

Schusterman (1976) hat bereits in den 70er Jahren die wesentlichen psychosozialen Faktoren des Erlebens eines Schwangerschaftsabbruches beschrieben und den Schwangerschaftsabbruch als eine Möglichkeit für Frauen beurteilt, die unter derart problematischen Umständen schwanger werden, dass sie die Geburt eines Kindes für untragbar halten. Diese Umstände bestehen meistens in der drohenden oder tatsächlichen Trennung vom Partner, in finanziellen Problemen, wenig soziale Unterstützung, bereits vorhandene andere kleine Kinder, die zu versorgen sind, den Verlust von Möglichkeiten der Ausbildung und des Berufes, der Diagnose fötaler Missbildungen oder Schwangerschaft durch Vergewaltigung. Eine Methode der Schwangerschaftsverhütung kann versagt haben oder die Frau kann schon früher körperliche oder psychische Probleme gehabt haben. Alle diese Faktoren können per se schwere psychische Konsequenzen für eine Frau haben, unabhängig davon, ob sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet oder nicht.

Scotland (1992) merkt an, dass der Begriff "Depression" im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch verwirrend sein kann: der Abbruch einer Schwangerschaft - ob freiwillig oder spontan bei Fehlgeburt - bedeutet Verlust. Sowohl das Bedauern als der Verlust haben Trauer zur Folge. Der Begriff Depression wird umgangssprachlich oft für Traurigkeit verwendet, bedeutet zugleich aber auch die Bezeichnung einer psychiatrischen Erkrankung.

Zudem merkt Scotland (1992) an, dass das Auftreten eines einzelnen Symptoms noch nicht bedeutet, dass eine Erkrankung vorliegt. Manche Frauen, die die Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs machen, erleben Gefühle von Stress und Traurigkeit vor und kurze Zeit nach dem Eingriff. Die Mehrheit der Frauen, empfindet aber Erleichterung nach dem Eingriff. In der Studie von Russo (1992) wurden 5000 Frauen in den USA 8 Jahre lang begleitet. Es konnten keine Hinweise auf eine langfristige Traumatisierung aufgrund des Schwangerschaftsabbruchs festgestellt werden.

3.1.5.2. Studienergebnisse zu den psychosozialen Belastungen nach einem Schwangerschaftsabbruch

Freudenberg und Barnett (1988) führten in Kiel, BRD, eine prospektive, repräsentative Studie zu psychosozialen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen durch. Untersuchungsmaterialien waren standardisierte Interviews, Fragebögen und normierte psychodiagnostische Tests. An der Untersuchung nahmen 124 Patientinnen aller 29 in Kiel damals niedergelassenen GynäkologInnen teil.

Im 1. Quartal 1982 wurden 124 Frauen interviewt; von diesen Frauen wurden im 1. Quartal 1983 117 (7 Verweigerungen) zusätzlich zu Sexualität und Partnerschaft befragt.

Je ein Drittel der Frauen war unter 21 Jahre, 22 bis 27 Jahre oder über 27 Jahre alt.

Partnerschaftssituation zum Zeitpunkt der Abtreibung	n = 117	Prozent
feste Partnerbeziehung	92	78
verheiratet	30	33
nicht verheiratet, gemeinsamer Haushalt	25	21
nicht verheiratet, getrennte Wohnungen	37	46
kurz vor Schwangerschaft vom Partner getrennt	8	7
kurz nach Schwangerschaft vom Partner getrennt	8	7
Schwangerschaft aus Gelegenheitsbekanntschaft	9	8

Motive des Schwangerschaftsabbruchs:

- Gefährdung der Partnerschaft
- Gefährdung des Arbeitsplatzes
- Wohnungsprobleme
- zu jung oder zu alt für die Schwangerschaft
- körperliche oder seelische Überforderung durch die Schwangerschaft

4 Wochen nach der Abtreibung (nach der ersten Menstruation nach dem Eingriff):

Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs	n = 117	Prozent
gelungene Verarbeitung	60	51
konfliktvolle Verarbeitung	31	26
problematische Verarbeitung	25	21
<i>stark problematisch</i>	8	7
<i>mittelgradig problematisch</i>	17	14

Die 25 Frauen mit **problematischer Verarbeitung** des Schwangerschaftsabbruchs waren bereits präabortiv depressiver, waren stärker im Zweifel hinsichtlich der Richtigkeit ihrer getroffenen Entscheidung und waren in geringerem Ausmaß bereit, noch eine Abtreibung vornehmen zu lassen.

Bei 22 von 92 Frauen (24 Prozent) kam es zu Veränderungen in der Partnerschaft nach dem Schwangerschaftsabbruch: Bei 16 Frauen (17 Prozent) zu negativen und bei 6 Frauen (8 Prozent) zu positiven Folgen.

Die Häufigkeit von Trennungen unterschied sich nicht von der Kontrollgruppe.

Holmgren und Uddenberg (1994) befragten 128 Frauen im Karolinska Krankenhaus in Stockholm, Schweden, zwei Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch mittels semistrukturierter Tiefeninterviews zu ihrer Gedanken und Gefühlen zur Abtreibung, zu ihren Motiven des Schwangerschaftsabbruch und weiters über ihre familiären und sozialen Lebensumstände. Besondere Themen des Tiefeninterviews waren Gefühle der **Trauer, Scham und Schuld nach dem Abbruch**.

Drei Gruppen von Frauen wurden interviewt: 45 Frauen mit medikamentösem Abbruch (Mifepriston und Prostaglandine), 40 Frauen mit Sugcurettage Methode Karman (ohne Dehnung der Cervix, ohne Anästhesie, 5. bis 8. Schwangerschaftswoche), 43 mit Saugcurettage Methode „D & V“ (dilation & vacutage – mit Dehnung der Cervix, mit Anästhesie, 9. bis 12. Schwangerschaftswoche). Die Ergebnisse zum Vergleich dieser drei Gruppen werden im Kapitel 5.3. weiter unten dargestellt (Holmgren, 1992).

Die befragten Frauen berichteten folgende Motive des Schwangerschaftsabbruchs (n = 128; Mehrfachantworten):

Motive des Schwangerschaftsabbruchs	Prozent
Beziehungen in der vorhandenen oder potentiellen Familie	82
Vermeidung von zu starker Arbeitsbelastung in der aktuellen Situation	55
Keine Möglichkeit, eine Kind zu versorgen	49
Äussere, praktische Gründe (Wohnung, etc.)	38
Keine allein erziehende Mutter sein wollen	33
persönliche Gründe	27
Verbergen einer heimlichen sexuellen Beziehung	11

Ein Viertel der Frauen (**26 Prozent**) teilten mit, dass sie **Schuldgefühle** im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch empfanden bzw. dass sie ihre persönlichen Verhaltensnormen überschritten haben. In einigen Fällen äußerten sich die Schuldgefühle in Form von Gewissenskonflikten darüber, dass ein Leben beendet wurde. In einigen anderen Fällen waren es Schuldgefühle wegen einer unerlaubten sexuellen Beziehung oder darüber, schwanger geworden zu sein. Einige Frauen empfanden auch Schuldgefühle, weil sie sich nach dem Abbruch erleichtert fühlten.

Ebenso wurde das Gefühl des **Versagens** und der **Scham** von den Frauen in vielen unterschiedlichen Facetten geäußert, zum Beispiel im Gefühl, gesellschaftliche Verhaltensnormen übertreten zu haben. Das Gefühl des Versagens ist eng mit dem Schwangerschaftsabbruch verbunden: das Versagen, dass man überhaupt schwanger geworden ist und erfolglos darin ist, sein Leben und seine Beziehungen so zu organisieren, dass ein Kind darin Geborgenheit finden könnte.

Drei Viertel der Frauen (**73 Prozent**) äußerten keinerlei Gefühle, irgend etwas im Zusammenhang mit ihrem Schwangerschaftsabbruch falsch gemacht zu haben. Einige Frauen meinten, dass ihre Verhütungsmethode versagt habe und nicht sicher genug sei.

Die AutorInnen ziehen aus den Ergebnissen den Schluss, dass Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sich gleichzeitig auf drei Ebenen der moralischen Auseinandersetzung befinden:

1. Einer theoretischen Ebene, die nicht nur ihr eigenes Handeln, sondern auch das anderer Frauen in ihrer Situation und das der Gesellschaft mit einbezieht und sich in der Forderung äußert, dass Schwangerschaftsabbruch jeder Frau frei zu Wahl gestellt werden sollte.
2. Einer theoretischen Ebene, die das eigene Handeln hinterfragt, ob es moralisch vertretbar ist, ein Leben nicht entstehen zu lassen.
3. Eine praktische Ebene, sobald das Problem zu Realität wird, die sich einer Ethik der Fürsorglichkeit äußert. Entsprechend dieser ethischen Haltung ist es wichtig, dass der Schwangerschaftsabbruch so früh als möglich durchgeführt wird.

3.2. Psychosoziale Aspekte zur Wahl der medikamentösen (Mifegyne, RU 486) vs. der chirurgischen Methode des Schwangerschaftsabbruchs

Die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs mit der medikamentösen Methode, die es in Österreich erst seit Anfang 1999 gibt, wurde in Frankreich bereits 1988 erstmals angewendet, als nächstes europäische Land folgten 1991 England und 1992 Schweden. Aus diesen Ländern liegen daher bereits Anwendungsbeobachtungen der medizinischen Aspekte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs vor, aber auch Studien zur psychosozialen Situation der betroffenen Frauen. Im folgenden werden die Ergebnisse einiger dieser Studie bezüglich Zufriedenheit, Entscheidungskriterien und psychosozialer Situation von Frauen mit medikamentösem vs. chirurgischem Eingriff aus unterschiedlichen europäischen Länder dargestellt

3.2.1. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Frankreich

Bachelot et al. (1992) führten im Rahmen einer multizentrischen französischen Untersuchung eine prospektive Studie zum **Entscheidungsprozeß** und zur **Akzeptanz** des medikamentösen vs. dem chirurgischen Eingriff an 488 Frauen, die sich zu einem frühen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, durch.

Entsprechend ihrer Wahl der Methode wurden die 488 untersuchten Frauen einer der 3 Gruppen mit medikamentöser Methode, mit chirurgischer Methode mit Lokalanästhesie (LA) oder mit Generalanästhesie (GA) zugeordnet.

70 Prozent aller Frauen hatten bereits ein *Kind* (Kinder) vorher, 33 Prozent hatten bereits eine *Abtreibung* und 10 Prozent eine *Fehlgeburt*. Die 3 Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich dieser Häufigkeiten. Ebenso gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede in der *Art der Kontrazeption*, der *medizinischen Behandlung* oder in der Häufigkeit *vorangegangener Eingriffe mit Anästhesie*.

Signifikant weniger Frauen in der Gruppe mit medikamentöser Methode *"fühlten sich schwanger"* (54 Prozent vs. 65 Prozent mit LA bzw. 62 Prozent mit GA).

Am häufigsten genannter Grund - und zugleich signifikant häufiger als in den anderen Gruppen - für den Schwangerschaftsabbruch in der Gruppe mit medikamentöser Methode war, *"habe andere Prioritäten"* (44,4 Prozent vs. 29 Prozent mit LA bzw. 34 Prozent mit GA).

Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich hinsichtlich *Kinderwunsch, Partnerschaftsproblemen, Alter des letzten Kindes, materielle Gründe, Alter der Frau oder Gesundheitsproblemen*.

62 Prozent der gesamten Gruppe entschieden sich für die medikamentöse Methode, 68 Prozent hatten sich bereits für die medikamentöse Methode entschieden, bevor sie ins Spital kamen. Stärksten **Einfluss auf die Entscheidung** hatte

- in der Gruppe mit medikamentöser Methode der/die Gynäkologen/Arzt,
- in der Gruppe mit chirurgischer Methode mit LA: der Arzt in der Abtreibungsklinik,
- in der Gruppe mit chirurgischer Methode mit GA: das soziale Umfeld (Verwandte, Freunde, Kollegen).

Die Gruppen unterschieden sich signifikant hinsichtlich folgender **soziodemographischer Variablen**. Frauen, die sich

- für die medikamentöse Methode oder chirurgische Methode mit GA entschieden, waren häufiger *unter 30 Jahre alt*.
- für die medikamentöse Methode oder chirurgische Methode mit LA entschieden, hatten ein *höheres Bildungsniveau*.
- für die medikamentöse Methode entschieden, gehörten öfters *höheren Berufsklassen* an.

Das Profil von Frauen, die sich für die medikamentöse Methode entscheiden, ist demnach das von **jungen Frauen** mit **hohem Ausbildungsstand** und Zugehörigkeit zu höheren Berufsklassen ist. **Keinen** statistisch signifikanten Einfluss auf die Entscheidung für eine der Methoden hatten die *Familiensituation, der Beruf des Partners, die Größe des Wohnortes* und die *religiöse Einstellung* der Frauen.

Ein Ranking der **Entscheidungskriterien** nach Einflussstärke auf die Entscheidung ergibt folgende Aufstellung:

Entscheidungskriterien für die medikamentöse Methode:

1. Neuheit der Methode
2. Effektivität der Methode
3. weniger invasive Methode
4. Abgetriebenes kann verifiziert werden
5. "natürlicher" Aspekt der Abtreibung

Angst vor Toxizität bzw. Unwirksamkeit der medikamentösen Methode unterschied die Gruppen nicht.

Entscheidungskriterien für die chirurgische Methode (LA und GA):

1. Garantie medizinischer Vorsichtsmaßnahmen
2. Existenz einer Wartezeit
3. Methode mit länger erprobter Zuverlässigkeit

Angst vor direkter Ablehnung durch medizinisches Personal unterschied die Gruppen nicht.

Die jeweils **gewählte Methode** wurde von den Frauen eingeschätzt als:

- weniger traumatisch (62 Prozent)
- weniger gefährlich (29 Prozent)
- sicherer für zukünftige Schwangerschaften (23 Prozent)
- geringere Fehlerrate (16 Prozent)

Die **Akzeptanz** und **Zufriedenheit** mit der jeweils gewählten Methode

- 91 Prozent der Frauen insgesamt waren zufrieden (59 Prozent sehr zufrieden, 32 Prozent eher zufrieden)
- **12,4 Prozent** der, Frauen, die sich für die **medikamentöse Methode** entschieden, waren unzufrieden; aber nur
- **3,6 Prozent** jener Frauen, die die **chirurgische Methode** präferierten, waren unzufrieden.

Verhalten nach dem Schwangerschaftsabbruch:

- 94 Prozent der Frauen, die mit der medikamentösen Methode die Schwangerschaft abgebrochen hatten, kamen zum **Follow-up** (vs. 78 Prozent mit LA bzw. 71 Prozent mit GA).
- 63 Prozent der Frauen mit der medikamentösen Methode wollten das Abgetriebene sehen (11 Prozent mit LA bzw. 3 Prozent mit GA)
- 50 Prozent der Frauen mit der medikamentösen Methode hatten Bedürfnis nach Ruhe (30 Prozent mit LA, 45 Prozent mit GA)

Kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen war hinsichtlich der *Rolle des medizinischen Personals*, der *Rückkehr zu normalen Aktivitäten*, dem *Wunsch, die Abtreibung zu vergessen* und der *Vorstellung einer neuerlichen Abtreibung* zu beobachten

Die AutorInnen ziehen aus den Unterschieden zwischen den Frauen hinsichtlich Entscheidungskriterien und Präferenzen für die jeweils gewählte Methode den Schluss, dass der zeitliche Aspekt nicht das einzige Kriterium sein sollte, warum man einer Frau den medikamentösen Abbruch empfiehlt, sondern auch ihre anderen Bedürfnisse Berücksichtigung finden müssen.

3.2.2. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Großbritannien

Urquhart et al. (1991) untersuchten 91 Frauen mittels einer modifizierten Version der Edinburgh Postnatal Depression Scale hinsichtlich **Angst und Depression vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch**. 54 Frauen (59 Prozent) unterzogen sich der medikamentösen Methode, 37 Frauen (41 Prozent) der chirurgischen Methode mit Generalanästhesie.

60 Prozent der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch erhöhte Scores von Angst und Depression, nach einem Monat waren die Scores aber derart gesunken, dass **weniger als 10 Prozent** erhöhte Werte aufwiesen.

Es waren keine signifikanten Unterschiede im Ausmaß von Angst und Depression hinsichtlich der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruchs zu beobachten.

Ein Großteil der Frauen akzeptierten die jeweils gewählte Methode, aber nur 75 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch vs. 94 Prozent mit chirurgischer Methode würden die selbe Methode bei einem zukünftigen Schwangerschaftsabbruch verwenden.

Die Interpretation der Ergebnisse durch die AutorInnen geht in die Richtung, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit der medikamentösen Methode für einen Großteil der Frauen akzeptabel ist und - trotz stärkerer Beteiligung und intensiverer Wahrnehmung des Abtreibungsvorganges - mit derselben geringen Rate von psychiatrischen Kurzzeiteffekten verbunden wie sie auch für die chirurgische Methode berichtet wurde.

Thong et al. (1992) führten eine Fragebogenstudie über die Bedürfnisse von Frauen während eines Schwangerschaftsabbruchs mit medikamentösem Abbruch durch. 180 Frauen, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, wurden 2 Gruppen zugeordnet:

1. Behandlung im "sitting-room" (Behandlungsraum)
2. Behandlung auf der Bettenstation

Die Frauen wurden nach dem Schwangerschaftsabbruch und vor der Entlassung aus dem Spital mit einem **Fragebogen** befragt:

77 Prozent der "sitting-room"-Gruppe und 69 Prozent der auf der Station behandelten Frauen bevorzugten eine Behandlung im "sitting-room".

54 Prozent der Frauen wollten nicht, dass ihr Partner oder Freund während der Behandlung anwesend ist.

57 Prozent der Frauen hatten die Methode vor dem Besuch beim Arzt nicht gekannt.

24 Prozent würden einen Schwangerschaftsabbruch zu Hause vorziehen.

95 Prozent der behandelten Frauen würden die Methode weiterempfehlen.

100 Prozent der Frauen waren zufrieden mit der Methode.

Henshaw et al. (1993) untersuchten die **Präferenzen** und die **Akzeptanz** von medizinischem vs. chirurgischem Schwangerschaftsabbruch bei 363 Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vor der 9. Schwangerschaftswoche planten. Die Frauen wurden mittels eines Fragebogens nach der Präferenz der Methode gefragt und wurden mit der Methode des Semantischen Differentials nach ihrer Akzeptanz der Methode befragt und zur Behandlung durch das Spitalpersonal befragt.

50 Prozent der Frauen waren zum ersten Mal schwanger. 23 Prozent der Frauen hatten schon Schwangerschaftsabbrüche hinter sich. Es gab keine Unterschiede hinsichtlich Bildung, Familienstand und sozioökonomischem Status. Frauen, die die chirurgische Methode bevorzugten, wohnten signifikant weiter weg vom Spital; die AutorInnen schließen daraus, dass diese Frauen den bei der Intervention mittels der medikamentösen Methode zusätzlich notwendigen Follow-up Termin vermeiden wollen.

Die befragten Frauen wurden hinsichtlich ihrer **Präferenz** einer Methode des Schwangerschaftsabbruchs **4 Gruppen** zugeordnet und gaben folgende **Motive** ihrer Entscheidung an:

(1) 20 Prozent der Frauen bevorzugten die medikamentöse Methode; die Motive:

- 59 Prozent haben Angst vor einer Anästhesie
- 21 Prozent präferieren den Zeitablauf der medikamentösen Methode (chirurgischer Eingriff zu schnell)
- 21 Prozent finden die Methode weniger invasiv und "natürlicher"
- 8 Prozent haben den Wunsch, die Prozedur bewusst mitzuerleben

(2) 26 Prozent der Frauen bevorzugten die chirurgische Methode; die Motive sind:

- 40 Prozent präferieren den Zeitablauf dieser Methode (medikamentöse Methode zu langsam)
- 39 Prozent wünschen sich, die Prozedur nicht bewusst miterleben zu müssen
- 23 Prozent haben Angst vor körperlichen Nebenwirkungen der medikamentösen Methode
- 1 Prozent haben Angst vor psychologischen Folgen der medikamentösen Methode

54 Prozent der Frauen waren zu beiden Methoden bereit:

(3) 27 Prozent der Frauen eine Behandlung mit der medikamentösen Methode empfohlen

(4) 26 Prozent der Frauen eine Behandlung mit der chirurgischen Methode empfohlen

Die Ergebnisse zur **Akzeptanz** und **Zufriedenheit** der Frauen mit der jeweils gewählten Methode:

- 96 Prozent der Frauen, die von sich aus eine Methode präferierten, waren auch zufrieden mit der jeweils gewählten Methode.
- 98 Prozent der Frauen, denen eine Vakuumabsaugung empfohlen wurde, waren zufrieden damit.
- 22 Prozent der Frauen, denen die medikamentöse Methode empfohlen wurde, würden in Zukunft eine andere Methode bevorzugen.

Bei Frauen, die schon von vornherein eine der beiden Methoden präferierten, waren keine signifikanten Unterschiede in der Akzeptanz der jeweils gewählten Methode zu beobachten. Hingegen beurteilten Frauen, die sich nicht selbst für eine Methode entschieden, die medikamentöse Methode signifikant schlechter - und zwar jene Frauen, die sich länger als 50 Tage nach der Empfängnis befanden; bei Frauen unter 50 Tagen gab es keinen Unterschied in der Akzeptanz der Methode.

Ergebnisse zur Beurteilung der Behandlung durch das **Spitalpersonal**:

Jene Frauen, die keine der beiden Methoden präferierten, unterschieden sich nicht in der Beurteilung der Pflege.

Frauen, die schon vor dem Aufsuchen des Spitals eine der beiden Methoden präferiert haben, beurteilten die Betreuung nach medikamentösem Abbruch signifikant besser.

Die AutorInnen schließen aus den Ergebnissen, dass sowohl der medikamentöse als auch der chirurgische Schwangerschaftsabbruch von den Frauen gut akzeptiert wird. Frauen, die keine der beiden Methoden von vornherein präferieren, akzeptieren eher den chirurgischen Eingriff - besonders wenn ihre Gestationszeit mehr als 50 Tage beträgt.

Henshaw et al. (1994) untersuchten psychologische Reaktionen auf einen Schwangerschaftsabbruch mit medikamentöser Methode vs. chirurgischer Saugcurettage - diese Studie ist der zweite Teil der oben referierten Studie von Henshaw et al. (1993), d.h. die Studienbedingungen sind ident:

363 Frauen wurden **4 Gruppen** zugeordnet:

20 Prozent, die die medikamentöse Methode präferierten

26 Prozent, die die chirurgische Methode präferierten

27 Prozent, die medikamentöse Methode randomisiert erhielten

26 Prozent, die zur chirurgischen Methode randomisiert wurden

Mit einem standardisierten Fragebogen wurden den Frauen vor der Abtreibung und 16 Tage nach der Abtreibung zu ihrer Ängstlichkeit und Depressivität (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS von Zigmond et al., 1983) befragt, weiters wurde des Selbstwertgefühl mit einem semantischen Differential erhoben.

Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit medikamentösem vs. chirurgischem Abbruch hinsichtlich Angst, Depression und Selbstwertgefühl nach dem Schwangerschaftsabbruch.

Frauen mit hohen Angst- und Depressionswerten schon vor dem Eingriff hatten ein hohes Risiko auch auf den Eingriff mit einer Stimmungsbeeinträchtigung zu reagieren. Besonders hoch ist dieses Risiko, wenn die Frauen zusätzlich Raucherinnen sind und medizinische Komplikationen nach dem Eingriff (Schmerzen, Blutungen) hatten.

Die AutorInnen ziehen den Schluss, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit der medikamentösen Methode psychologisch gesehen genauso sicher ist wie ein chirurgischer Eingriff. Die Studienergebnisse werden von den AutorInnen dahingehend interpretiert, dass ein Schwangerschaftsabbruch in jedem Fall - unabhängig von der Methode - mit einem hohen psychologischen Benefit verbunden ist.

Howie et al. (1997) berichten über die **Langzeitbeobachtung** der Studienpopulation, zu der weiter oben (Henshaw 1993 und 1994) bereits Ergebnisse referiert wurden. Zwischen 1990 und 1991 wurden 363 Frauen mit der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch rekrutiert.

Von dem ursprünglich 363 Frauen, die an der Studie teilgenommen haben, konnten 140 Frauen (39 Prozent) über 26 Monate (Median) beobachtet werden. Sie wurden wie in der ursprünglichen Studienpopulation den 4 Gruppen Frauen mit Präferenz der medikamentösen Methode, Präferenz der Curettage, Randomisierung für medikamentöse Methode und Randomisierung für Curettage zugeordnet.

Details zur **allgemeinen, reproduktiven und psychischen Gesundheit** wurden mittels **strukturiertem Fragebogen** erhoben. Ziel der Erhebung ist ein Vergleichs von Daten vor und nach dem Schwangerschaftsabbruch, um Aussagen über Kurz- und Langzeitfolgen des Eingriffs treffen zu können. Erhoben wurden Aspekte der Menstruation, Gesundheitsstatus, psychologische Folgen (Selbstwertgefühl), Anzahl der psychiatrischen / psychologischen Konsultationen, zukünftige Wahl der Methode des Schwangerschaftsabbruches.

Die Ergebnisse zeigten, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den 4 Gruppen in **der Dauer oder Stärke der Menses nach dem Schwangerschaftsabbruch** gab. 82 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 85 Prozent der Gruppen mit chirurgischem Abbruch berichten, normale Menses in den zwei Jahren nach dem Eingriff gehabt zu haben.

35 Frauen hatten in den zwei Jahren nach dem Abbruch **nachfolgende Schwangerschaften** (40 Prozent Lebendgeburten, 14 Prozent spontane Aborte, 29 Prozent Abbrüche, 17 Prozent aktuelle Schwangerschaften). Die 4 Gruppen unterschieden sich *nicht signifikant* hinsichtlich **Inzidenz** und **Outcome** von Schwangerschaften.

74 Prozent (26 von 35) dieser Schwangerschaften wurden von den Frauen als **ungeplant** bezeichnet: Die Hälfte der Frauen gaben an, **Kontrazeptiva** unkorrekt oder gar nicht benutzt zu haben. Insgesamt gaben 120 Frauen (86 Prozent) der Follow-up-Gruppe an, Kontrazeptiva zu verwenden. Die 4 Gruppen unterschieden sich *nicht signifikant* hinsichtlich der Verwendung von Kontrazeptiva.

Hinsichtlich der Ergebnisse zur **allgemeinen und psychischen Gesundheit** gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen von Frauen mit medikamentösem vs. chirurgischem Abbruch. Die Fragebogenscores waren zudem für alle Gruppen im Normbereich.

Die **Häufigkeit der Arztbesuche** und die Selbsteinschätzung des **Selbstwertgefühls** unterschieden sich nicht signifikant zwischen den 4 Gruppen.

Die Ergebnisse zur **Akzeptanz** und **Präferenz** einer Methode - gemessen am Prozentsatz der Wiederwahl - zeigt zwar, dass hohe Zufriedenheit nur bei freier Methodenwahl gegeben ist (89 Prozent vs. 64 Prozent bei Randomisierung).

	Ursprünglich rekrutiert		Follow-up nach 2 Jahren		Würde selbe Methode wieder wählen	
	n	Prozent	n	Prozent	n	Prozent
Präferenz: medikamentöse Methode	73	20,1	27	19,3	24	89
Präferenz: Curettage	95	26,2	36	25,7	32	89
Randomisierung: medikamentöse Methode	99	27,3	39	27,9	25	64
Randomisierung: Curettage	96	26,4	38	27,1	32	87
GESAMT	363	100	140	100	113	81

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie geben Aufschluss über psychosoziale Langzeiteffekte des Schwangerschaftsabbruchs im Vergleich von medizinischer vs. chirurgischer Methode. Es gab keine deutlichen Unterschiede hinsichtlich körperlicher, reproduktiver oder psychologischer outcome measures. Die AutorInnen resümieren, dass diese Ergebnisse die Empfehlung nahe legen, Frauen freien Zugang zur Wahl einer Methode des Schwangerschaftsabbruchs zu ermöglichen.

Slade et al. (1998) setzten sich in ihrer Studie das Ziel, zu untersuchen, ob Frauen mit medizinischem vs. chirurgischem Schwangerschaftsabbruch sich in ihrer emotionalen Beeinträchtigung vor oder nach dem Eingriff unterscheiden und welche Faktoren den Entscheidungsprozeß für eine der Methoden beeinflussen.

275 Frauen im ersten Trimester ihrer Schwangerschaft, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, wurden mittels Interviews vor und 4 Wochen nach dem Eingriff befragt. 132 Frauen (48 Prozent) unterzogen sich der medizinischen Methode, 143 Frauen (52 Prozent) der chirurgischen Methode.

Zwei Erhebungszeitpunkte wurden gewählt:

1. **Vor** dem Schwangerschaftsabbruch (bei Terminvereinbarung) wurden die Dauer der Schwangerschaft, die sozialen Bedingungen, das Vorhandensein sozialer Unterstützung, Aspekte des Entscheidungsprozesses (Ob, wann und durch wen wurden Alternativen angeboten? War es eine eigene Entscheidung? Faktoren der Entscheidung), Angst und Depression (HAD von Zigmond et al., 1983), Positive und negative Gefühle (PANAS von Watson et al., 1988)

2. **Nach** dem Schwangerschaftsabbruch wurde ein Mailing eines Fragebogens durchgeführt, der eine Wiederholung von den Fragen zur Angst und Depressivität, emotionale Lage, Stress, Zufriedenheit mit der Betreuung, Schmerz (am Tag des Eingriffs und immer, wenn Schmerzen auftraten), Blutungen (Dauer und Stärke), Präferenz der Methode bei möglicher zukünftiger Abtreibung

Die wichtigsten **Ergebnisse**:

- Es waren keine signifikanten Unterschiede in den emotionalen Reaktionen zwischen Frauen, die sich einem chirurgischen vs. Frauen, die sich einem medizinischen Schwangerschaftsabbruch unterzogen, zu beobachten.
- Ein Viertel der Frauen wies nach vier Wochen erhöhte Ängstlichkeit auf.
- Der emotionale Status vor dem Eingriff war für Frauen mit chirurgischer vs. medizinischer Methode nicht signifikant unterschiedlich.
- Frauen, die mit Mifegyne abtrieben, empfanden das Procedere als marginal stressender und hatten mehr körperliche Probleme. Den Fötus zu sehen, war für die Frauen mit Zwangsgedanken verbunden.
- 25 Prozent der Frauen mit Mifegyne und 67 Prozent der Frauen mit chirurgischem Eingriff berichteten, die Methode nicht frei gewählt zu haben.
- 53 Prozent der Frauen mit Mifegyne und 77 Prozent der Frauen mit chirurgischem Eingriff würden sich wieder für die jeweilige Methode entscheiden.

3.2.3. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Schweden

Holmgren (1992) führte eine Evaluation von drei Methoden des Schwangerschaftsabbruches im ersten Trimester im Rahmen einer WHO Dosisfindungsstudie durch.

Qualitative Interviews mit 128 Frauen (Durchschnittsalter = 27.4 Jahre) wurden durchgeführt, die einer der drei Gruppen angehörten:

1. 43 Frauen mit "herkömmlicher" Saugcurette (Methode "D & V" - dilatation & vacutage - mit Dehnung der Cervix und mit Anästhesie; 9. bis 12. Schwangerschaftswoche)
2. 40 Frauen mit Saugcurette (Karman-Methode ohne Dehnung der Cervix, ohne Anästhesie mit paracervicaler Blockade; 5. bis 8. Schwangerschaftswoche)
3. 45 Frauen mit der medikamentösen Methode

Die semistrukturierten Interviews wurden zwei Wochen nach der Abtreibung durchgeführt; Dauer des Interviews war eine halbe Stunde. Themen waren Erfahrungen, Gedanken, Gefühle über die Abtreibung, Familienverhältnisse, die soziale Lage.

Die **Ergebnisse** im Überblick:

Zahlen in Prozent	D&V	Karman	medikamentöse Methode	Sign. p
Zufriedenheit mit dem Eingriff	72	88	87	n.s.
Starke Schmerzen	23	15	44	Mif vs. K <.01
Starke Blutungen	21	5	64	<.001
Komplikationen	100	100	100	n.s.
Frau behauptet, den Fötus gesehen zu haben	0	0	29	<.001
Unterstützung durch das Personal erhalten	88	100	94	n.s.
Intervall Entscheidung - Abtreibung zu lang	42	35	18	D&V vs. Mif Tendenz
Psychologische Schwierigkeiten	2	0	7	n.s.
Schuld	23	18	36	n.s.
Scham	16	13	38	Mif vs. K <.05
Bedauern	2	3	2	n.s.
Akzeptanz einer weiteren Abtreibung	65	88	80	D&V vs. K, Mif Tend.
Akzeptanz einer weiteren Abtreibung mit selber Methode	86	98	81	n.s.
Nächste Abtreibung medikamentöse Methode	16	10	71	<.001
Curettage mit Lokalanästhesie	12	80	18	<.001
Curettage mit Generalanästhesie	70	0	2	<.001

Die Ergebnisse dieser Studie lassen die Schlussfolgerung zu, dass Methoden des frühzeitigen Schwangerschaftsabbruchs wie mit der medikamentösen Methode nicht nur körperliche sondern auch psychologische Vorteile für die Frauen bringen. Eine kurze Wartezeit zwischen Entscheidung und tatsächlicher Durchführung scheint für die Frauen wichtiger zu sein als die tatsächlich angewendete Methode des Eingriffs. Die Wahl der besten Methode ist sehr subjektiv und kann nur individuell von jeder Frau mit Beratung ihres Arztes erfolgen.

3.2.4. Medikamentöser vs. chirurgischer Schwangerschaftsabbruch in Canada, Australien

Wiebe (1997) bot Frauen in Vancouver, Canada, die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs mit der medikamentösen Methode im Rahmen einer klinischen Studie an. Von 405 Frauen wählten 26 Prozent die medikamentöse Methode.

3 Gruppen wurden gebildet:

1. Abbruch mit medikamentöser Methode in der Privatpraxis (n = 236)
2. Abbruch mit medikamentöser Methode in der Klinik (n = 116)
3. Abbruch mit chirurgischer Methode in der Klinik (n = 149)

Die Erfolgsquote der Durchführung des medikamentösen Abbruchs lag bei 91,8 Prozent. Die Selbsteinschätzung der Schmerzen auf einer 11-stufigen Skala betrug 6,27. Die durchschnittliche Dauer der Blutungen war 12,3 Tage. Erbrechen oder Diarrhoe traten bei 50,9 Prozent der Frauen auf.

Das **Alter** unterschied sich signifikanter zwischen den Gruppen ($p = 0.0049$), Frauen mit chirurgischer Methode waren jünger (25,6 Jahre) als Frauen, die den Abbruch mit medikamentöser Methode privat durchführen ließen (27,3 Jahre) bzw. Frauen mit Abbruch mit der medikamentöser Methode in einer Klinik (27,8 Jahre.)

Motive für die Wahl des Abbruchs mit der **medikamentösen Methode** waren:

80,9 Prozent	<i>timing</i> - Möglichkeit der frühen Abtreibung
71,3 Prozent	<i>privacy</i> - privater Charakter
44,7 Prozent	Angst vor chirurgischem Eingriff

Motive für die Wahl der **chirurgischen Methode** waren:

75 Prozent	bei medikamentösem Abbruch mangelnde emotionale Unterstützung zu Hause
65,4 Prozent	Angst vor Medikamenten-Experimenten
48,1 Prozent	Anzahl der Visits und Bluttests

Die Wiederwahlquote der medikamentösen Methode betrug 83,5 Prozent bei Frauen mit erfolgreichem Abbruch und 80,4 Prozent bei Frauen mit erfolglosem Abbruch.

Mamers et al. (1997) befragten **41 australische Frauen**, die an einer internationalen multizentrischen, doppelblinden, randomisierten kontrollierten Studie der WHO über Wirksamkeit und Nebenwirkungen von zwei unterschiedlichen Dosierungen von Mifegyne® teilnahmen, mittels Fragebogen zu ihrer **Zufriedenheit** mit dem Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne®. Mifegyne® wurde in Australien 1994 zugelassen.

Der **Fragebogen** bestand aus Fragen zur Zufriedenheit mit der medikamentösen Methode und zum Vergleich medikamentöser vs. chirurgischem Abbruch.

Weitere Fragen bezogen sich auf die Bedeutung der Kosten der Abtreibung, die Angst vor einer Anästhesie, die Natürlichkeit der Methode, Schmerzen und Unwohlsein.

Von den 41 befragten Frauen füllten **38 Frauen** den Fragebogen aus, sie waren durchschnittlich 25 Jahre alt. 21 Frauen waren primigravid, 15 Frauen hatten bereits eine vorangegangene chirurgische Abtreibung. 32 Frauen waren Singles, 6 verheiratet. 36 Frauen waren berufstätig

Die **Zufriedenheit** und **Akzeptanz** der medizinischen Methode durch die befragten Frauen sind hoch (Zufriedenheit = 4,5, Akzeptanz = 4,5 auf einer 5-stufigen Skala).

19 Frauen empfanden milde Schmerzen und 18 Frauen akzeptable Schmerzen, 1 Frau war schmerzfrei. 17 Frauen brauchten keine Schmerzmittel.

Die **Entscheidungskriterien** für die Wahl der medikamentösen Methode waren (Zahlen absolut):

- 25 **natürlichere Methode** des Schwangerschaftsabbruchs
- 19 **Anästhesie** vermeiden
- 9 **weniger klinische Atmosphäre** eines medikamentösen Abbruchs
- 9 **emotional akzeptabler**
- 7 **keine Kosten** (Studie)
- 6 **Angst vor chirurgischen Eingriffen**
- 6 **Schmerzen** und die **Dauer der Blutungen** als **großen Nachteil**

Mehr **Autonomie**, die **Kontrolle der Situation** und der Charakter einer **nicht-invasiven Intervention** waren weitere Kriterien für eine Entscheidung für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.

Tab. 9. Literaturüberblick zur Akzeptanz des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimester (nach: Winikoff, 1995)

Author, year and country	Patients and methodology	Duration of amenorrhea	Visits*	Preabortion attitudes	Postabortion attitudes	Would use again
Rosén, 1979, Sweden	60 patients randomized to vacuum aspiration (n=30) or prostaglandin suppository (n=30)	<56 days	>=3	More favorable to medical than surgical procedure	Better, easier and more harmless than expected; more pain and bleeding than surgical patients	Not reported
Rosén, 1984, Sweden	53 patients randomized to vacuum aspiration (n=18) or prostaglandin suppository in hospital (n=18) or suppository at home (n=17)	<49 days	>=2	Preferred to vacuum aspiration by 15 Prozent of hospital sample and 55 Prozent of home sample; medical abortion more natural; some felt safer in hospital; at home more comfortable and private; partner support possible at home	Generally met positive expectations; pain and bleeding led some to prefer surgical procedure	64 Prozent yes
Hill, 1990, England	100 volunteer patients given mifepristone, then gemeprost suppository	<63 days	5	64 Prozent of those offered method agreed to it	>50 Prozent needed pain relief after prostaglandin	88 Prozent yes; 3 Prozent unsure; 9 Prozent no (3 Prozent failure, 6 Prozent pain)
Tang, 1991, Hong Kong	42 patients given choice of vacuum aspiration (n=19) or mifepristone and suppository (n=23)	<49 days	2 7	Acceptors: less trauma (38 Prozent); more natural (22 Prozent); felt MD preferred (13 Prozent); feared pain from surgery (11 Prozent)	Day 8: relieved (30 Prozent); natural (21 Prozent); safe (14 Prozent); convenient (9 Prozent); Doubt, abortion complete (9 Prozent); visits inconvenient (4 Prozent); sad, saw products of conception (4 Prozent). Day 43: Bleed to long (11 Prozent). Overall, 96 Prozent would recommend to friends	91 Prozent yes; 5 Prozent no
Urquhart, 1991, Scotland	91 patients who chose vacuum aspiration (n=37) or mifepristone with gemeprost suppository (n=54)	<63 days	3 4	Not reported	Liked awareness of procedure; greater control; avoidance of anaesthesia; method more discreet; more negative attitudes among younger or nulliparous women, those who needed more pain relief or saw products of conception; 10 of 13 who had previous abortion experience preferred medical abortion	75 Prozent yes
Legarth, 1991, Denmark	50 patients randomized to vacuum aspiration with general anaesthesia (n=25) or mifepristone (n=25)	<42 days	3	Not reported	More acceptable by patients classified as "uncomplicated" cases; 20 Prozent of such cases reported mild side effects; all 4 patients with previous abortion experience preferred medical method	Not reported
Holmgren, 1992, Sweden	128 patients who asked for vacuum aspiration with heavy sedation, aspiration with light sedation, or mifepristone with gemeprost suppository (n=45)	9-12 wks.; 5-8 wks.; "very early"	2 2 7	Not reported	Week 2: Positive assessment (87 Prozent); expressed relief (40 Prozent); bleeding heavier than menses (65 Prozent); "much" pain (44 Prozent)	81 Prozent yes

Author, year and country	Patients and methodology	Duration of amenorrhoea	Visits*	Preabortion attitudes	Postabortion attitudes	Would use again
Bachelot, 1992, France	391 patients who chose vacuum aspiration with general anaesthesia, aspiration with local anaesthesia or mifepristone with sulprostone injection (n=251)	<49 days	34 34 45	<i>Acceptors:</i> less trauma (67 Prozent); less dangerous (29 Prozent); less risk to future fertility (27 Prozent); liked newness, liked efficacy, liked lack of invasiveness, liked possibility of verifying expulsion, and liked naturalness of process	Large majority satisfied; 63 Prozent wanted to see what had been expelled; 12 Prozent somewhat dissatisfied; many needed rest after procedure; some found, method not as quick and easy as they had expected	Not reported
O, Grimes, 1992, U.S.	16 women with late menses randomized to mifepristone or placebo without pregnancy test	<42 days	4	<i>Believed in efficacy:</i> preferred medical to surgical abortion	Liked privacy and noninvasiveness; some in both groups had pain and nausea; 3 with previous abortion experience preferred medical abortion	Generally yes
Thong, 1992, Scotland	180 patients given mifepristone with either gemeprost suppository (n=94) or oral misoprostol† (n=86) and randomized to ward or sitting room	<63 days	5	Majority came in requesting medical method	Majority preferred treatment in sitting room; 60 Prozent of the oral prostaglandin group needed no pain relief (more pain relief needed by suppository group); 95 Prozent would recommend method to friends; 40 of 41 women with normal surgical abortion satisfied	Not reported
Tang, 1993, Hong Kong	144 patients who chose mifepristone with prostaglandin suppository (n=99) or vacuum aspiration (n=45)	<49 days	2 5	Fear of surgery (81 Prozent); convenient for work (41 Prozent); less injury to body (21 Prozent); fear of general anaesthesia (11 Prozent)	<i>Day 8:</i> Relieved; felt good (28 Prozent); convenient and safe (20 Prozent); avoidance of surgery (12 Prozent); painful (11 Prozent); <i>Day 43:</i> too time consuming (11 Prozent); bleeding too long (10 Prozent). 70 Prozent of women with prior abortion found medical method better.	85 Prozent yes, 1 Prozent no, 4 Prozent unsure
Henshaw, 1993, Scotland	99 patients randomized to vacuum aspiration with general anaesthesia or mifepristone with gemeprost suppository and 73 patients who chose between the two	<63 days	2 3	<i>Choosers:</i> fear of surgery (59 Prozent); surgery too fast (21 Prozent); medical method "more natural" (21 Prozent); want to be conscious (8 Prozent)	Women who chose method more positive than those assigned to; both found medical method more painful than surgery	95 Prozent who chose and 74 Prozent who were assigned yes
*One study may require different numbers of visits for different methods; the order in which visit numbers appear corresponds to the order in which the methods are listed.						
† Study did not report whether patients were randomized to gemeprost suppository or oral misoprostol.						

4. Empirische Untersuchung

4.1. Ziele, Fragestellungen und Methodik der Studie

Die empirische Untersuchung im Rahmen der Studie "Schwangerschaftskonflikt - Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch" setzt sich zum Ziel, die Rahmenbedingungen des Entscheidungsprozesses zum Schwangerschaftsabbruch bzw. zum Austragen der Schwangerschaft aus der Sicht der Frauen zu erfassen. Besonders Augenmerk wird auf psychosoziale Aspekte der Entscheidung für die chirurgische vs. die medikamentöse Methode und auf die längerfristigen psychischen Folgen der jeweiligen Entscheidung gelegt.

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

1. Die psychosozialen und **soziodemographischen Rahmenbedingungen** von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften im Hinblick auf das Entstehen eines **Entscheidungskonfliktes** und die Entwicklung der individuellen **Motive** für den Schwangerschaftsabbruch bzw. des Austragens der Schwangerschaft:
Welche Rolle spielen die Partnerschaft, die berufliche, die sozioökonomische und die emotionale Situation der Frau für das Vorhandensein eines Schwangerschaftskonflikts einerseits und andererseits für die tatsächliche Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch?
2. Die Rahmenbedingungen des **Verhütungsverhaltens und -versagens**:
Wie unterscheiden sich Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, von Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden hinsichtlich ihrer Sexualität und der Anwendung von Verhütungsmitteln?
3. Die Bedeutung des Angebotes des **medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs**:
Wie unterscheiden sich Frauen, die sich für die medikamentösen Methode entscheiden von Frauen, die sich für die chirurgische Methode entscheiden?
Wie ist die Akzeptanz der jeweils gewählten Methode und die Zufriedenheit mit der Methode nach durchgeführtem Eingriff?
4. Die **emotionalen Folgen** und die **psychische Bewältigung** des Schwangerschaftsabbruches bzw. der Entscheidung zur Schwangerschaft:
Welche soziodemographischen und psychosozialen Faktoren haben einen Einfluss auf die emotionalen Folgen und auf die Bewältigung der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bzw. für das Fortsetzen der Schwangerschaft?
5. Die Rolle der **Schwangerschaftskonfliktberatung**:
Wie steht es um die Nutzung, Effektivität und Zufriedenheit mit professionellen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen?

4.2. Themenschwerpunkte der Befragung

Soziodemographische Rahmenbedingungen

Alter, Nationalität, Bundesland, Wohnortgröße, Schulbildung, Beruf, Berufsausübung, Einkommen, Familienstand, Partnerschaftsform, Anzahl der Kinder, Religionsbekenntnis und Religiosität

Schwangerschaft, Sexualität, Partnerschaft, Kinderwunsch

- Anzahl der bisherigen Schwangerschaften
- Anzahl der bisherigen Lebendgeburten, Fehlgeburten, Abtreibungen
- Alter beim ersten Geschlechtsverkehr
- Aktuelle Partnerschaft (Zufriedenheit, Stellenwert der Sexualität, ...)
- Kinderwunsch

Kontrazeption

- Kontrazeptionsmethode
- Zufriedenheit mit Kontrazeption
- Kontrazeptionsversagen
- Bekanntheit von Notfallkontrazeption

Entstehung eines Konfliktes - Rolle des Partners

- Erste Reaktion auf die Schwangerschaft
- Erste Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft
- Rolle des Partners für die Entscheidung

Inanspruchnahme des professionellen Beratungsangebotes

- Schwangerschaftskonfliktberatung, andere Beratungseinrichtungen,

Motive des Schwangerschaftsabbruchs

- Ökonomische und berufliche Motive
- Partnerschaft und Familie
- Allgemeine Sorgen, Ängste, Zweifel, Ablehnung

Entscheidungskriterien für medikamentöse vs. chirurgische Methode

- Empfehlung der Methode durch wen
- Wesentlichste Vor- und Nachteile der gewählten Methode
- Wiederwahl der Methode

Psychische Folgen und Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs

- emotionale Verarbeitung (Angst, Depression, Verdrängung, Schuld, ...)

4.3. Untersuchungsdesign

4.3.1. Stichprobenauswahl und Definition der Zeitpunkte der Erhebung

Insgesamt wurden **977 Frauen** im Zeitraum von März bis Dezember 2000 befragt. Die 977 befragten Frauen wurden einer der **3 Subgruppen** von Frauen mit der Entscheidung für einen *medikamentösen* oder einen *chirurgischen* Schwangerschaftsabbruch und mit der Entscheidung für eine *Schwangerschaft* zugeordnet wurden.

Der **zeitliche Einschlusskriterium** für die **erste Befragung** war bei den beiden Gruppen mit einem Schwangerschaftsabbruch die gesetzliche Frist des Schwangerschaftsabbruches bzw. bei Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben nach dem Ende der gesetzlichen Frist. Die **zweite Befragung** erfolgte jeweils drei Monate später.

Die Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Subgruppen zeigt folgende Aufstellung:

Stichprobe Gesamt: N = 977 Frauen			
Subgruppen	Frauen, die sich für einen chirurgischen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben	Frauen, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben	Frauen, die sich für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden
Zeitpunkt 1	n = 350	n = 227	n = 400
Zeitpunkt 2	n = 117 (33 Prozent Rücklauf)	n = 50 (22 Prozent Rücklauf)	n = 146 (37 Prozent Rücklauf)
Einschlusskriterien für die zwei Erhebungszeitpunkte			
Zeitpunkt 1	in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft (ab Einnistung - gesetzliche Frist)	bis zum 49. Tag seit Beginn der letzten Regel (gesetzliche Frist)	nach den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft
Zeitpunkt 2	3 Monate nach der ersten Erhebung		
Erste Befragung in Schwangerschafts- woche (Mittelwert)	7,8 (Std. Dev. 1,8)	5,3 (Std. Dev. 1,3)	15,6 (Std. Dev. 3,2)
Allgemeine Einschlusskriterien	Frauen, die - ungewollt schwanger sind - älter als 14 Jahre sind (Schutzalter) - innerhalb der gesetzlichen Fristen die Abtreibung vornehmen - keine medizinischen Indikationen für die Abtreibung haben - über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen		

4.3.2. Methodik und Ablauf der Befragung

Die **Ersterhebung** erfolgte durch **Fragebögen** zur Selbsteinschätzung, die vor Ort ausgefüllt wurden. Die Fragebögen wurden mittels Paper-Pencil-Methode (nicht face-to-face) bearbeitet, was eine größere Anonymität der Befragung gewährleistete.

Frauen mit *chirurgischem Schwangerschaftsabbruch* wurden unmittelbar nach dem Eingriff befragt; die Frauen bleiben nach dem Eingriff etwa 1 bis 2 Stunden zur Kontrolle in der jeweiligen Krankenanstalt. Dieser Zeitpunkt wurde aufgrund der besten Erreichbarkeit der Frauen gewählt.

Frauen mit *medikamentösem Schwangerschaftsabbruch* wurden bei ihrem 2. Visit in der Krankenanstalt (1. Visit: Gabe von Mifegyne, 2. Visit erfolgt 3 Tage nach 1. Visit: Gabe von Prostaglandin), der einen mehrstündigen Aufenthalt in der Krankenanstalt erfordert, befragt.

Frauen, die sich für das **Fortsetzen der Schwangerschaft** entscheiden, wurden im Rahmen eines Routinevisits in den jeweiligen Schwangerenambulanzen der teilnehmenden Krankenanstalten befragt.

Frauen, die zum ersten Zeitpunkt ihr Einverständnis zur weiteren Teilnahme gaben, wurden drei Monate nach der Ersterhebung telefonisch kontaktiert und zum **zweiten Erhebungszeitpunkt** mittels Fragebogen-Mailing befragt.

Die Befragungen werden von geschulten Fachfrauen durchgeführt (Psychologinnen, Psychologische Beraterin).

4.3.3. Orte der Befragung

Orte der Befragung im Überblick:

- Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung, Krankenhauses Korneuburg, Niederösterreich
- Schwangerenambulanz des Krankenhauses der Stadt Wien, Wilhelminenspital
- Schwangerenambulanz der Semmelweis Frauenklinik
- Ambulatorium für Schwangerenhilfe, Fleischmarkt, Wien

Die Orte, an denen die vorliegende Befragung durchgeführt wurde, erhielten eine Einschränkung dadurch, dass sie - was die Subgruppe von Frauen mit medikamentösem Schwangerschaftsabbruch betrifft - nur in jenen Krankenanstalten durchgeführt werden konnte, die den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Das war im Zeitraum der Befragung von März bis Dezember 2000 das Krankenhaus Korneuburg in Niederösterreich und das Ambulatorium am Fleischmarkt in Wien.

Ursprünglich war auch an eine Einbeziehung der Familienplanungsstellen und der Beratungsstellen der Katholischen Kirche (Aktion Leben, Caritas, ...) in die Befragung geplant. Nach der Kontaktaufnahme mit den Verantwortlichen für die jeweiligen Einrichtungen und einer Recherche der Beratungsfrequenzen für Frauen im Schwangerschaftskonflikt in den einzelnen Beratungsstellen, erwies sich eine Erhebung als sehr aufwendig. Es gibt zwar österreichweit eine Vielzahl von einzelnen Beratungsstellen, die Schwangerschaftskonfliktberatung anbieten, aber die Beratungsfrequenzen in den einzelnen Stellen sind sehr gering.

4.3.4. Konstituierung eines ExpertInnenbeirates

Am Beginn der Studie, zum Zeitpunkt des Vorliegens eines detaillierten Studienplans, wurde eine ExpertInnenbeirat mit VertreterInnen aus den jeweiligen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, den Beratungsstellen zur Schwangerschaftskonfliktberatung, aus dem Bereich der sozialwissenschaftlichen Forschung und aus dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen konstituiert.

Der ExpertInnenbeirat wurde mit dem Ziel einer Diskussion der Inhalte und Ziele der Studie einberufen. Die einzelnen Teilnehmerinnen waren aufgefordert, mit dem Hintergrund ihrer Erfahrungen aus dem eigenen Zugang zum Thema Schwangerschaftsabbruch den Studienplan kritisch zu kommentieren und Anregungen für die empirische Erhebung zu geben.

Die TeilnehmerInnenliste und der aufgrund der konstituierenden Sitzung erstellte Konsensus zur Durchführung der Studie ist im Anhang zu finden.

4.3.5. Erstellung des Fragebogens

Die Erstellung des Fragebogens für die vorliegende Befragung basierte auf den Erfahrungen mit dem Fragebogen der Studie von Wimmer-Puchinger (1982). Einzelne Fragen, die sich als trennscharf erwiesen haben, wurden direkt aus diesem Fragebogen übernommen. Alle anderen im Fragebogen enthaltenen Fragen wurden nach ausführlicher Literaturrecherche erstellt.

Zur Erhebung der Dimensionen Depression und Belastungsverarbeitung wurden **standardisierte Fragebögen** ausgewählt, um einen Vergleich mit der Normalbevölkerung zu ermöglichen. Folgende Verfahren kamen zum Einsatz:

Hospital Anxiety and Depression (HAD)-Skala

Die HAD wurde zum psychodiagnostischen Screening von internistischen Klinik- und AmbulanzpatientInnen konstruiert (Zigmond und Snaith, 1983; deutsche Version: Hermann et al., 1991, Hermann und Buss, 1994, Hermann, 1997). Die HAD-Skala ist als Selbsteinschätzungsverfahren kurz und praktikabel. Die Verwendung somatischer Indikatoren von Angst oder Depression wie Schwindel, Kopfschmerz oder Nachlassen von Appetit und Libido wurde vermieden, um eine Verfälschung der Skalenwerte durch Symptome gleichzeitig bestehender organischer Krankheiten auszuschließen.

Die Konzeption der Autoren beruht auf zwei Subskalen: Für den Bereich Depression orientiert sich die Itemzusammenstellung am Konzept einer milden Ausprägungsform, in deren Zentrum ein Interessen- und Motivationsverlust (anhedonia) steht. Die Angstskala ist aus neurosentypischen und empirisch gut bewährten Items (manifestations of anxiety neurosis) aufgebaut.

Der HAD-Fragebogen enthält jeweils sieben Items zur Erfassung auch leichter Ausprägungen von Angst (HAD-A) und Depression (HAD-D). Die 14 Items der englischen HAD-Version wurden mit ihren jeweils unterschiedlichen 4 Antwortmöglichkeiten von Hermann et al. (1991) weitgehend wörtlich ins Deutsche übersetzt.

Der mögliche Wertebereich von 0 bis 21 Punkten pro Skala wird von den Autoren im Bereich von ≤ 7 als unauffällig, von 8-10 als grenzwertig und im Bereich von ≥ 11 als auffällig klassifiziert.

Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)

Der Stressverarbeitungsfragebogen von Janke et al. (1985) wurde von den AutorInnen mit dem Zweck konstruiert, zur "Erfassung der Tendenz, in Belastungssituation mit bestimmten Stressverarbeitungsmaßnahmen (Stressbewältigungsstrategien) zu reagieren" (Handanweisung S. 19). In seiner Gesamtform besteht er aus 114 Items (je 6 Items bilden eine der 19 Subskalen). Für die vorliegende Studie wurden 12 Items - jeweils 2 aus folgenden Subtestes - ausgewählt: Schuldabwehr, Selbstbeschuldigung, Ablenkung von der Situation, Aggression, Positive Selbstinstruktion, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung.

4.3.6. Statistische Auswertung der Daten

Für die statistische Auswertung der Daten wurde das Statistikpaket SPSS verwendet. Für alle erhobenen Variablen wurden die deskriptiven Statistiken getrennt nach den drei Subgruppen dargestellt. Zum statistischen Vergleich der Gruppen wurden Chi-Quadrat-Tests und Varianzanalysen berechnet; die Kontraste zwischen je zwei Subgruppen wurden mittels LSD-Test berechnet. Die demographischen Variablen wurden einer Diskriminanzanalyse für je zwei Gruppen unterzogen, um jene Merkmale zu identifizieren, die die drei Gruppen von Frauen am stärksten unterscheiden. Zum Vergleich von Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2 wurden GLM Repeated-Measures Varianzanalysen für Messwiederholungen errechnet; die Kontraste zwischen je zwei Subgruppen wurden mittels LSD-Test berechnet. Das Signifikanzniveau beträgt bei allen Signifikanztests $p < .05$.

5. Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Die prinzipielle Vorgehensweise der folgenden Darstellung der Ergebnisse ist geleitet von dem *Versuch, den gesamten Entscheidungsprozeß für bzw. gegen eine Schwangerschaft nachzuzeichnen:*

- Ausgehend von den **soziodemographischen** und **sozioökonomischen** Bedingungen der Frau,
- folgt eine Charakterisierung der **Partnerschaft** und der individuellen **sexuellen Zufriedenheit**, die in engem Zusammenhang mit dem **Verhütungsverhalten** steht.
- Die **erste Reaktion der Frau und ihres Partners** auf die Schwangerschaft sagt zumeist sehr viel über die nachfolgende Entscheidung für oder gegen diese Schwangerschaft aus.
- Eine Frage ist, welche Rolle die **Schwangerschaftskonfliktberatung** spielt, das heißt inwieweit sie überhaupt in Anspruch genommen wird.
- Eine Abwiegen unterschiedlicher **Entscheidungstendenzen** für oder gegen eine (weitere) Schwangerschaft stellt einen wichtigen Schritt im Verständnis des Entscheidungsprozesses dar.
- Eine weitere zentrale Frage ist die nach der Entscheidung für eine der beiden **Methoden des Schwangerschaftsabbruchs** - der chirurgischen oder der medikamentösen Methode. Die Methoden werden - aus der Sicht der betroffenen Frauen - vergleichend gegenübergestellt.
- Schließlich folgt ein Beitrag zur Diskussion der Frage, welche **emotionalen Folgen** ein Schwangerschaftsabbruch hat. Das Ausmaß an Angst und Depressivität soll bestimmt werde. Die Frage nach den Strategien zur **Belastungsbewältigung** durch die Situation des Schwangerschaftsabbruches wird behandelt.

5.1. Soziodemographische Beschreibung der befragten Frauen

Die soziodemographische Beschreibung beinhaltet eine vergleichende Gegenüberstellung der drei Gruppen von Frauen,

- die sich für einen Schwangerschaftsabbruch mit der *chirurgischen* Methode entschieden haben (n = 350),
- die sich für einen *medikamentösen* Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (n = 227) und
- von Frauen, die sich für das Austragen der *Schwangerschaft* entschieden haben.

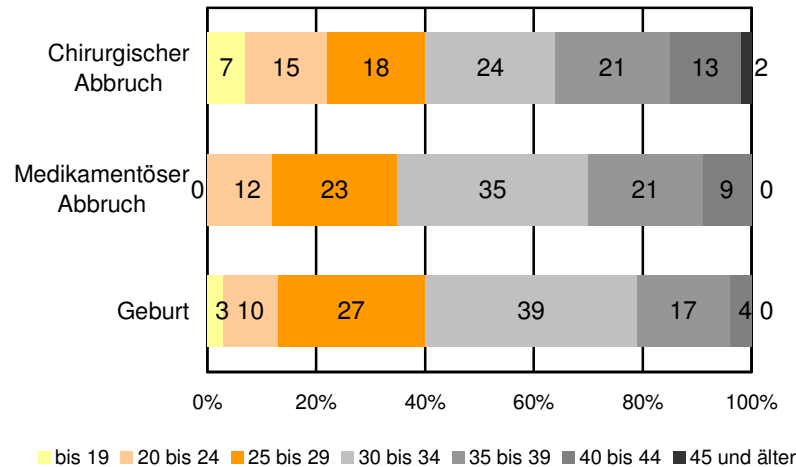
Die im folgenden beschriebenen soziodemographischen Merkmale sind: Alter, Nationalität, Bundesland, Wohnortgröße, Schulbildung, Beruf, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Familienstand, Partnerschaftsform, Anzahl der Kinder, Religionsbekenntnis und Religiosität, Anzahl der Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten und zukünftiger Kinderwunsch.

5.1.1. Durchschnittliches Alter und Altersgruppen

Das **durchschnittliche Alter** liegt für Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben, bei 31,2 Jahren, für Frauen mit medikamentösem Abbruch bei 31,6 Jahren und für Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, bei 30,4 Jahren. Statistisch signifikant ist lediglich der Altersunterschied zwischen Frauen mit medikamentösem Abbruch und Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben (Tabelle 1).

Betrachtet man die **Altersverteilung** in den einzelnen Subgruppen der befragten Frauen, sieht man (, Abbildung 1, Tabelle 1)

- dass die **Altersgruppe zwischen 30 und 34 Jahren** in allen drei befragten Gruppen am häufigsten vertreten ist.
- Bei Frauen, die sich für einen *chirurgischen Abbruch* entschieden haben, sind 22 Prozent jünger als 25 und 15 Prozent älter als 40 Jahre.
- bei Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, sind hingegen nur 10 Prozent jünger als 25 und 4 Prozent älter als 40 Jahre.

Abbildung 1. Altersgruppen: Frauen mit chirurgischem vs. medikamentösem Abbruch und Geburt

5.1.2. Geburtsland, Bundesland und Wohnortgröße

Der überwiegende Anteil der insgesamt befragten Frauen stammt aus **Österreich** (87 Prozent); Frauen anderer Nationalitäten stammen aus Deutschland, Ex-Jugoslawien, Türkei, Ost- und Südosteuropa und aus nicht-europäischen Ländern (Tabelle 1). Die beiden Gruppen von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, unterscheiden sich nicht statistisch signifikant hinsichtlich ihrer Nationalität, in der Gruppe der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, ist der Anteil an Frauen anderer Nationalitäten als der österreichischen höher als in diesen beiden Gruppen.

Die **Bundesländer**, aus denen der überwiegende Teil der hier befragten Frauen stammen, sind Wien und Niederösterreich. Die prozentuale Verteilung ist wie folgt (Tabelle 1):

- Innerhalb der Gruppe der Frauen, die sich zum *chirurgischem Abbruch* entschlossen haben, wohnen 52 Prozent in Wien und 25 Prozent in Niederösterreich.
- Innerhalb der Frauen, die sich zum *medikamentösem Abbruch* entschlossen haben, stammen 45 Prozent der Frauen aus Wien und 39 Prozent aus Niederösterreich.
- Von den Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, stammen 91 Prozent aus Wien, 7 Prozent aus Niederösterreich.

Was die **Größe des Wohnortes** betrifft, verteilen sich die Frauen, die nicht aus Wien stammen zu annähernd gleichen Proportionen auf die einzelnen Kategorien von Wohnortgrößen.

Tabelle 1. Alter, Altersgruppen, Geburtsland, Bundesland, Größe des Wohnortes

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
							Mean diff.	sign. prob.	Mean diff.	sign. prob.	Mean diff.	sign. prob.
Alter in Jahren												
Mittelwert	31,2		31,6		30,4		-,33	.526	,86	.453	1,20	.020
Std. Deviation	7,5		5,5		5,2							
Median	31		32		31							
Mode	36		32		31							
Minimum	16		20		17							
Maximum	48		42		43							
Range	32		22		26							
	n	%	n	%	n	%	χ ² value	sign. prob.	χ ² value	sign. prob.	χ ² value	sign. prob.
Altersgruppen												
bis 19 Jahre	25	7	-	-	12	3	29,4	.000	58,5	.000	18,8	.002
20 bis 24 Jahre	50	15	28	12	41	10						
25 bis 29 Jahre	64	18	51	23	108	27						
30 bis 34 Jahre	84	24	78	35	157	39						
35 bis 39 Jahre	73	21	48	21	66	17						
40 bis 44 Jahre	44	13	20	9	14	4						
45 Jahre und älter	7	2	-	-	-	-						
Geburtsland												
Österreich	306	89	177	90	323	81	5,5	.362	151,4	.000	128,2	.000
Deutschland	15	4	9	3	11	3						
Ex-Jugoslawien	7	2	1	1	14	4						
Türkei	-	-	1	1	7	2						
Ost-, Südeuropa	10	3	9	4	22	5						
Nicht europ. Länder	5	1	2	1	22	5						
Bundesland												
Wien	181	52	101	45	364	91	37,3	.000	151,4	.000	170,5	.000
Niederösterreich	87	25	87	39	27	7						
Burgenland	18	5	5	2	6	2						
Steiermark	32	9	5	2	-	-						
Kärnten	2	1	1	1	2	1						
Salzburg	15	4	17	1	-	-						
Oberösterreich	7	2	15	7	1	1						
Tirol	4	1	5	2	-	-						
Vorarlberg	-	-	1	1	-	-						
Größe des Wohnortes												
unter 2000 EW	39	12	32	15	10	3	12,5	.014	182,2	.000	151,9	.000
2.000 - 5.000 EW	68	20	31	14	19	4						
5.000 - 50.000 EW	37	11	40	18	9	2						
über 50.000 EW	16	5	18	8	2	1						
Wien	176	52	100	45	353	91						

5.1.3. Form der Partnerschaft und Familienstand

Partnerschaftsform und Familienstand unterscheiden sich deutlich zwischen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben. Es zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch (Tabelle 2):

- Nur 4 von 400 Frauen (1 Prozent), die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, haben derzeit **keinen festen Partner**; hingegen aber 12 Prozent der Frauen mit *medikamentösem Abbruch* und 15 Prozent der Frauen mit *chirurgischem Abbruch* (Abbildung 2, Tabelle 2).
- Lediglich 13 Prozent der Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, leben in einem **vom Partner getrennten Haushalt**, hingegen aber 33 Prozent der Frauen mit *medikamentösem Abbruch* und 43 Prozent der Frauen mit *chirurgischem Abbruch*.

Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen hinsichtlich des **Familienstandes** verhalten sich ähnlich (Abbildung 3, Tabelle 2):

- 58 Prozent der Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entscheiden, sind **verheiratet** und nur 7 Prozent **geschieden**.
- Die beiden Gruppen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, sind **seltener verheiratet** (33 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 29 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch) und **häufiger geschieden** (15 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 11 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch).

Abbildung 2. Form der aktuellen Partnerschaft

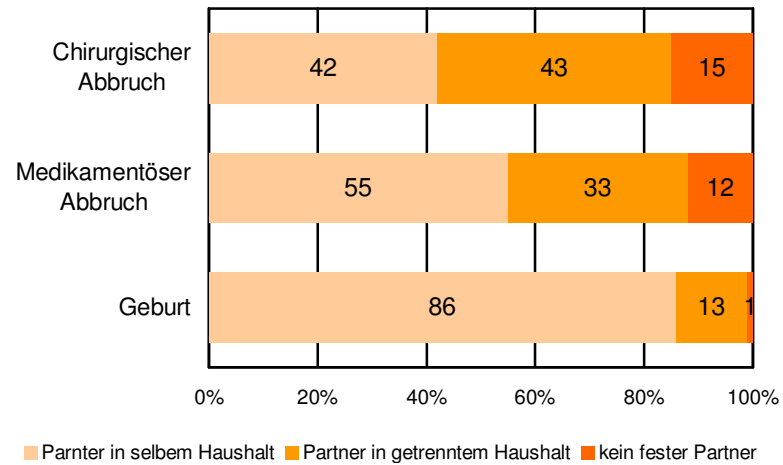
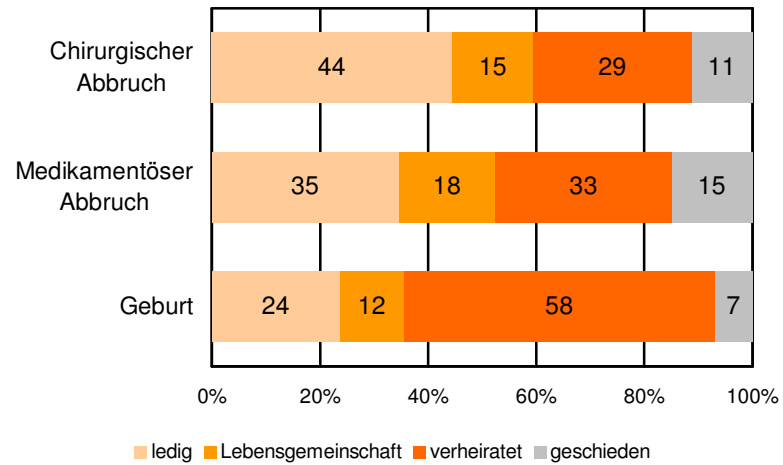


Abbildung 3. Familienstand



5.1.4. Anzahl der Kinder

Ob eine Frau bereits Kinder hat oder nicht, ist ein wichtiger Punkt in der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Die von uns befragten drei Gruppen verteilen sich hinsichtlich der Anzahl der Kinder wie folgt (Abbildung 4, Tabelle 2):

- 59 Prozent der Frauen, die sich für die aktuelle *Schwangerschaft* entscheiden, haben **keine Kinder**, 32 Prozent haben bereits ein Kind und nur 9 Prozent haben mehr als ein Kind.
- Bei den Frauen, die sich für einen *Schwangerschaftsabbruch* entscheiden, haben jeweils etwas weniger als die Hälfte (49 Prozent chirurgischer, 47 Prozent medikamentöser Abbruch) keine Kinder:
 - Jeweils etwa ein Viertel der Frauen mit chirurgischem Abbruch haben bereits ein Kind bzw. mehr als ein Kind.
 - 22 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch haben bereits ein Kind und 32 Prozent mehr als ein Kind.

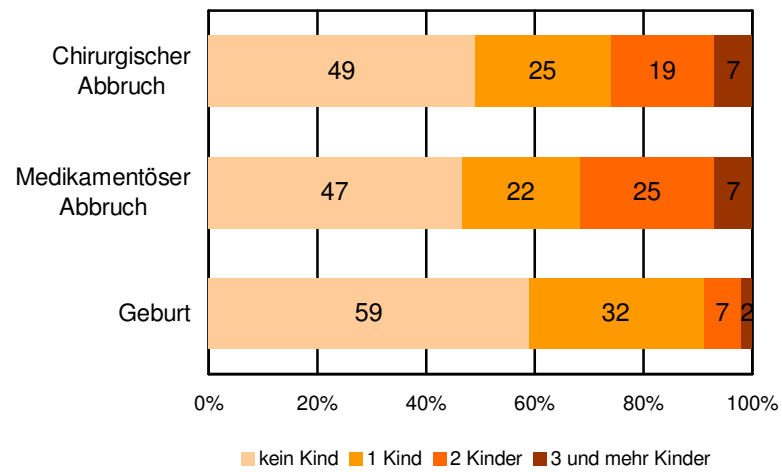
Die **durchschnittliche Anzahl der Kinder** ist

- für Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben 0,54 (ohne die aktuelle Schwangerschaft)
- für Frauen mit *medikamentösem* Abbruch 0,92 und
- für Frauen mit *chirurgischem* Abbruch 0,86.

Damit liegt die durchschnittliche Kinderzahl vor der aktuellen Schwangerschaft bei Frauen, die sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben, statistisch signifikant unter jener der beiden anderen Gruppen (Tabelle 2).

Die durchschnittliche Kinderzahl liegt in der österreichischen Gesamtbevölkerung bei 1,31 (Statistik Austria, 1999), das heißt, dass alle drei der hier befragten Gruppen von Frauen unter der durchschnittlichen Kinderzahl liegen - die Gruppe der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, werden jedoch nach der Geburt diesen Durchschnittswert erreichen.

Abbildung 4. Anzahl der Kinder



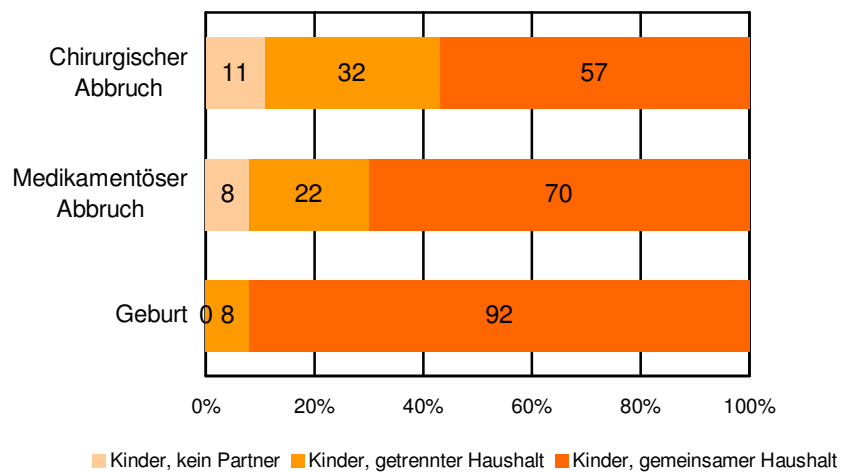
5.1.5. Alleinerzieherinnen

Die schlechtere sozioökonomische Situation von Alleinerzieherinnen ist eine bekannte Tatsache. In Österreich waren 1999 12 Prozent aller Familien sogenannte "Teilfamilien" mit nur einem Elternteil (242.500 alleinerziehende Mütter und 33.200 alleinerziehende Väter).

Bei den hier befragten Frauen liegt der Anteil an Alleinerzieherinnen in der Gruppe von Frauen mit *chirurgischem Abbruch* bei 11 Prozent, bei Frauen mit *medikamentösem Abbruch* bei 8 Prozent; innerhalb der Gruppe der Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, gibt es keine Alleinerzieherinnen (Abbildung 5, Tabelle 2).

Der Anteil an Alleinerzieherinnen ist insgesamt gesehen bei den von uns befragten Frauen zwar nicht überdurchschnittlich hoch, dennoch ist zu bemerken, dass er in der Gruppe der *Frauen mit chirurgischem Abbruch am höchsten* ist.

Abbildung 5. Anzahl der Alleinerzieherinnen



5.1.6. Haushaltgröße

Entsprechen der Kinderanzahl, die bei Frauen mit medikamentösem Abbruch am höchsten und bei Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben am niedrigsten ist, gestaltet sich auch das Verhältnis der **Haushaltsgröße** zwischen den Gruppen der befragten Frauen:

Der Anteil an **1-Personen-Haushalten** beträgt bei Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, 7 Prozent, bei den beiden Gruppen von Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben, jeweils 17 Prozent (Abbildung 6, Tabelle 2).

Die **durchschnittlich Haushaltsgröße** beträgt

- 2,52 Personen bei Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzen,
- 2,84 Personen bei Frauen mit medikamentösem und
- 2,86 bei Frauen mit chirurgischem Abbruch.

Auch für die Haushaltsgröße ist der Unterschied zwischen Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzen zu Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben, statistisch signifikant, nicht aber der Unterschied zwischen den Frauen, die sich für einen der beiden Methoden des Schwangerschaftsabbruchs entschieden haben (Tabelle 2).

Abbildung 6. Haushaltsgröße

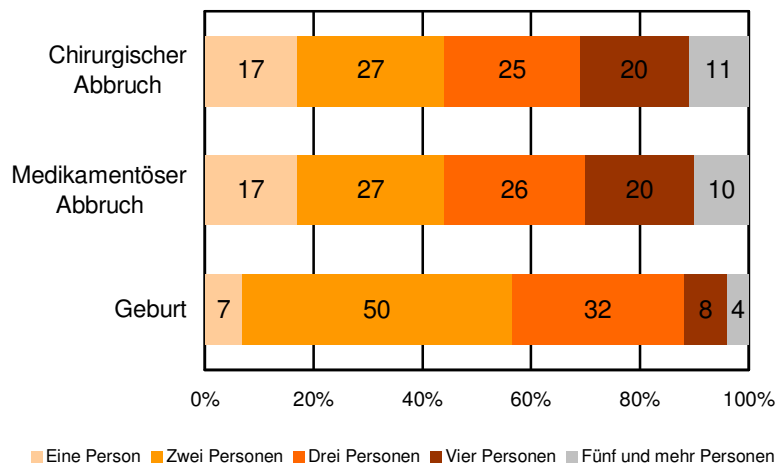


Tabelle 2. Familienstand, Partnerschaftsform, Kinder, Haushalts- und Wohnungsgröße

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Familienstand												
ledig	153	44	79	35	95	24	6,7	.153	66,1	.000	37,1	.000
Lebensgemeinschaft	53	15	40	18	49	12						
verheiratet	100	29	75	33	230	58						
geschieden	39	11	33	15	26	7						
verwitwet	2	1	-	-	-	-						
Partnerschaftsform												
gemeinsamer Haushalt	147	42	124	55	345	86	9,5	.009	167,7	.000	82,3	.000
getrennter Haushalt	151	43	75	33	51	13						
kein fester Partner	52	15	26	12	4	1						
Anzahl der Kinder												
kein Kind	171	49	105	47	234	59	2,5	.646	33,7	.000	43,8	.000
1 Kind	88	25	49	22	127	32						
2 Kinder	66	19	57	25	29	7						
3 und mehr Kinder	25	7	15	7	9	2						
Kinderzahl (Mittelwert, ohne aktuelle Schwanger- schaft) ¹⁾	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	0,86	1,02	0,92	1,00	0,54	0,76	-6,5	.408	0,3	.000	0,4	.000
Alleinerzieherin												
							CHIR		MED		GEB	
Kinder, kein Partner	19	11	9	8	0	0	33,9	.000	21,9	.000	8,5	.014
Kinder, getrennter Haushalt	57	32	27	23	14	8						
Kinder, gemeinsamer Haushalt	102	57	83	70	155	92						
Haushaltsgröße												
eine Person	59	17	38	17	28	7	2,0	.918	82,1	.000	63,5	.000
zwei Personen	93	27	62	27	199	50						
drei Personen	88	25	58	26	128	32						
vier Personen	70	20	46	20	31	8						
fünf / mehr Personen	40	11	22	10	14	4						
Durchschnittliche Haushaltsgröße ²⁾	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	2,86	1,32	2,84	1,33	2,52	0,92	0,2	.819	0,3	.000	0,3	.001
Wohnungsgröße												
unter 30 m ²	8	2	5	2	8	2	8,1	.089	9,9	.041	17,3	.002
30 m ² bis 50 m ²	57	16	22	10	53	13						
50 m ² bis 75 m ²	98	28	55	24	132	33						
75 m ² bis 100 m ²	89	26	67	30	128	32						
über 100 m ²	95	27	77	34	79	20						

1) 1,31 = durchschnittliche Kinderzahl österreichische Gesamtbevölkerung 1999 (Quelle: Statistik Österreich, www.statistik.at)2) 2,45 = durchschnittliche Haushaltsgröße österreichische Gesamtbevölkerung 1999 (Quelle: Statistik Österreich, www.statistik.at)

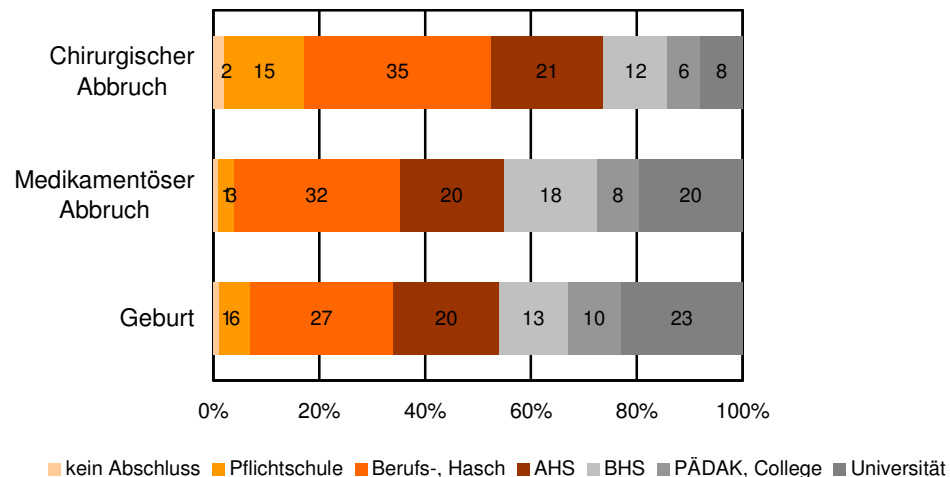
5.1.7. Schulbildung

Unterschiede in der **Schulbildung** zeigten sich vor allem im Vergleich zwischen der Gruppe der Frauen, die sich für einen *chirurgischen Abbruch* entschieden haben und den beiden anderen Gruppen:

Frauen, die sich für einen *chirurgischen Abbruch* entschieden haben, haben statistisch signifikant eine geringere Schulbildung, das heißt seltener einen Universitätsabschluss (8 Prozent vs. 20 bzw. 23 Prozent) oder einen AHS/BHS-Abschluss und häufiger einen Pflichtschul- oder Berufschulabschluss (Abbildung 7, Tabelle 3) als die beiden anderen Gruppen von Frauen.

Hierzu ist zu bemerken, dass Frauen mit Universitätsabschluss in den Gruppen der Frauen mit medikamentösem Abbruch und jener, die sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden haben, im Vergleich zur Österreichischen Allgemeinbevölkerung *überrepräsentiert* sind (7 Prozent der Gesamtbevölkerung sind HochschulabsolventInnen (Quelle: Statistik Österreich, www.statistik.at)).

Abbildung 7. Schulbildung

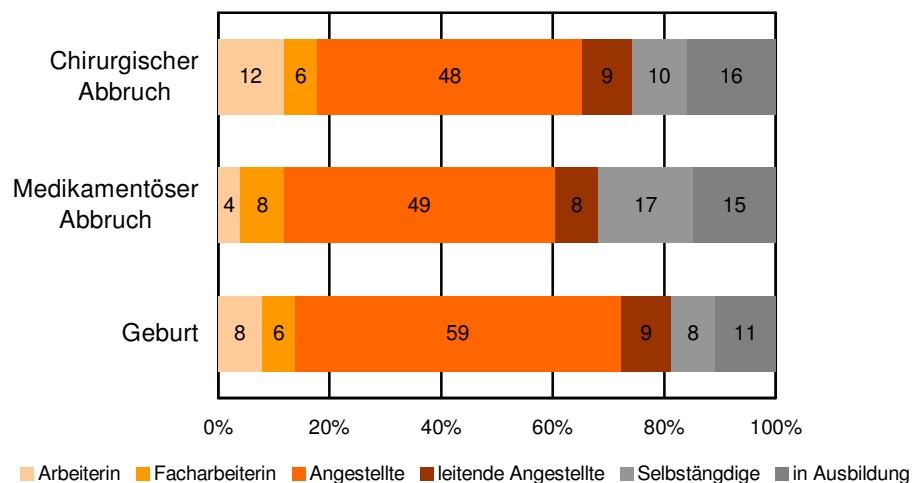


5.1.8. Beruf

Das unterschiedliche Niveau der Schulbildung in den drei Gruppen von Frauen zeichnet sich auch bei der Berufsverteilung ab (Abbildung 8, Tabelle 3):

- In der Gruppe der Frauen mit *chirurgischem Abbruch* sind im Vergleich der drei Gruppen die meisten **ungelernten Arbeiterinnen** (12 Prozent vs. 4 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 8 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben).
- In der Gruppe der Frauen mit *medikamentösem Abbruch* sind im Vergleich die meisten Frauen mit **selbständigen Berufen** zu finden (17 Prozent vs. 10 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch und 8 Prozent der Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben).
- In der Gruppe der Frauen, die sich für das *Fortsetzen der Schwangerschaft* entschieden haben, sind im Vergleich die meisten **Angestellten / Beamtinnen** zu finden (59 Prozent vs. 48 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch und 49 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch).

Abbildung 8. Beruf

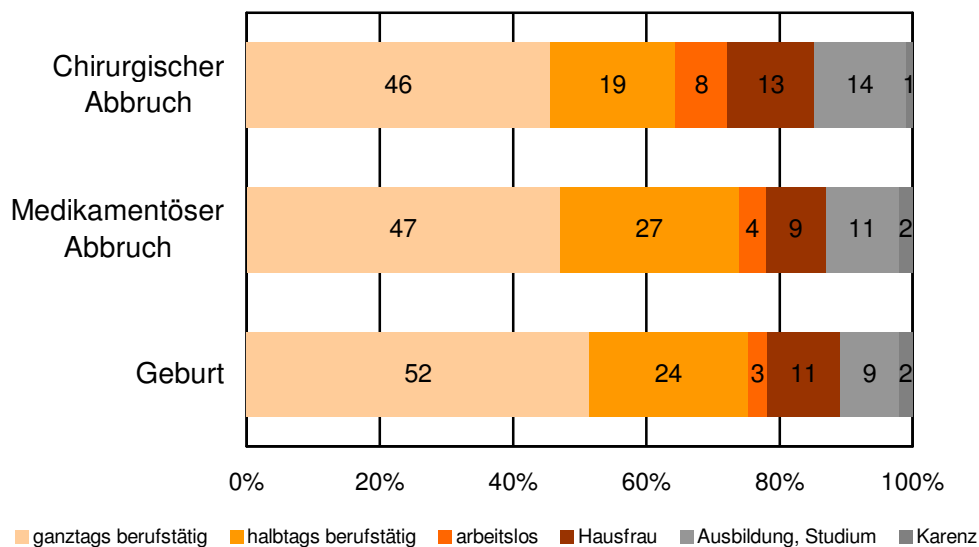


5.1.9. Art der Erwerbstätigkeit

Was die **aktuelle Art der Erwerbstätigkeit** betrifft, unterscheidet sich die Gruppe der Frauen mit medikamentösem Abbruch und die Gruppe der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, nicht statistisch signifikant voneinander, die Gruppe der Frauen mit **chirurgischem Abbruch** unterscheidet sich jedoch statistisch signifikant von jeder dieser beiden Gruppen. Lediglich der Anteil an **ganztags berufstätigen** Frauen ist in den drei Gruppen ähnlich und liegt zwischen 46 und 52 Prozent, ansonsten hebt sich die Gruppe mit chirurgischem Abbruch wie folgendermaßen von den anderen beiden Gruppen ab (Abbildung 9, Tabelle 3):

- Der Anteil an Frauen, die **halbtags berufstätig** sind, ist in der Gruppe mit **chirurgischem Abbruch** geringer als in den beiden anderen Gruppen (19 Prozent vs. 27 bzw. 24 Prozent),
- der Anteil an **Hausfrauen** ist höher (13 Prozent vs. 9 und 11 Prozent),
- der Anteil an **Auszubildenden** ist höher (14 Prozent vs. 11 und 9 Prozent),
- der Anteil an **arbeitslosen** Frauen ist höher (8 Prozent vs. 4 und 3 Prozent).

Abbildung 9. Aktuelle Art der Erwerbstätigkeit



5.1.10. Einkommenssituation

Wie schon bei den Ergebnissen zur Schulbildung und Berufstätigkeit, hebt sich die Gruppe der Frauen mit chirurgischem Abbruch auch hinsichtlich der Einkommenssituation von den beiden anderen Gruppen ab; dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Abbildung 10, Tabelle 3):

Frauen, die sich für einen *chirurgischen Schwangerschaftsabbruch* entschieden haben, sind häufiger in den **niederen Einkommensklassen** eines Netto-Haushaltseinkommens unter ATS 15.000 zu finden (41 Prozent vs. 32 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 17 Prozent der Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben).

Abbildung 10. Monatliches Haushaltsnettoeinkommen

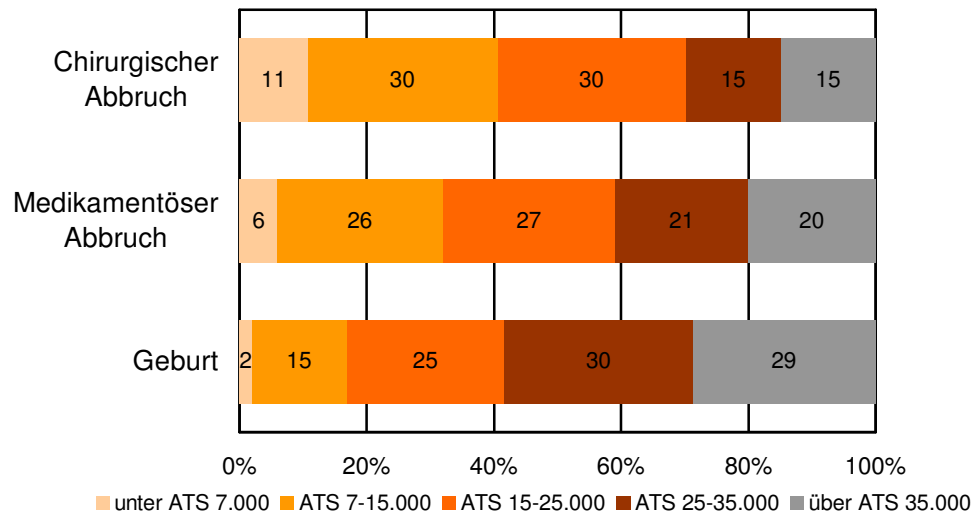


Tabelle 3. Schulbildung, Beruf, Einkommen

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Schulbildung												
kein Schulabschluss	6	2	1	1	5	1	39,8	.000	46,7	.000	9,8	.135
Pflichtschule	52	15	6	3	24	6						
Berufs-, Handelsschule	122	35	72	32	106	27						
AHS	74	21	46	20	79	20						
BHS	41	12	40	18	52	13						
PADAK, Colleges, ...	22	6	17	8	41	10						
Universität	29	8	44	20	90	23						
Beruf												
Arbeiterin, ungelernt	43	12	8	4	30	8	20,4	.005	15,1	.020	22,2	.002
Facharbeiterin mit Lehre	21	6	17	8	23	6						
Angestellte, Beamtin	166	48	112	49	232	59						
Leitende Angestellte	31	9	17	8	37	9						
Selbständige	33	10	38	17	31	8						
Ausbildung, Studium	54	16	34	15	43	11						
Art der Erwerbstätigkeit												
ganztags berufstätig	158	46	106	47	203	52	14,9	.020	23,2	.000	5,9	.439
halbtags berufstätig	66	19	62	27	93	24						
arbeitslos	28	8	10	4	11	3						
Hausfrau	44	13	20	9	44	11						
Ausbildung, Studium	48	14	24	11	34	9						
Karenz	1	1	4	2	9	2						
Haushaltseinkommen (monatlich, netto)												
unter ATS 7.000	37	11	14	6	6	2	9,9	.078	82,5	.000	32,2	.000
ATS 7 - 15.000	99	30	58	26	57	15						
ATS 15 - 25.000	99	30	59	27	98	25						
ATS 25 - 35.000	51	15	46	21	119	30						
über ATS 35.000	49	15	43	20	114	29						

5.1.11. Religionszugehörigkeit und Religiosität

68 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch, 65 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 60 Prozent der Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, gehören der **römisch-katholischen** Religionsgemeinschaft an. Der geringere Anteil bei letzterer Gruppe ist durch den hohen Anteil an Frauen anderer Nationalitäten und demnach anderer Religionsgemeinschaften (13 Prozent vs. 5 bzw. 5 Prozent in den beiden anderen Gruppen) erklärbar (Tabelle 4).

Der Anteil an Frauen, die **aus der Kirche ausgetreten** sind ist in allen drei Gruppen von befragten Frauen annähernd gleich groß, nämlich zwischen 20 und 23 Prozent.

Hinsichtlich des **Gottesdienstbesuches** unterscheiden sich lediglich die Gruppe der Frauen mit chirurgischem Abbruch von den Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, statistisch signifikant: in ersterer Gruppe geben 48 Prozent an, niemals in die Kirche zu gehen, bei den Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzen, sind es hingegen nur 38 Prozent.

Dieser Tendenz vergleichbar sind auch die Antworten auf die Frage, für wie **religiös** sich die Frauen selber einschätzen: 25 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch schätzen sich als gar nicht religiös und weitere 38 Prozent als kaum religiös ein; hingegen geben aber nur 17 Prozent der Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzen an, gar nicht religiös zu sein und weitere 29 Prozent geben an, "kaum religiös" zu sein.

Die **Einstellung der Kirche zur Abtreibung** teilen die Frauen in den beiden Gruppen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, zum überwiegenden Teil **nicht**: mehr als zwei Drittel dieser Frauen lehnen die Haltung der Kirche zur Abtreibung gänzlich ab, weitere 25 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und 32 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch lehnen sie teilweise ab. Das bedeutet, dass nur 5 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch und 7 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch die Einstellung der Kirche zur Abtreibung teilen.

Immerhin fast ein Drittel der Frauen, die sich zum Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, stimmen der Haltung der Kirche zum Schwangerschaftsabbruch zu (Abbildung 11, Tabelle 4).

Abbildung 11. Übereinstimmung mit der Meinung der Kirche zur Abtreibung

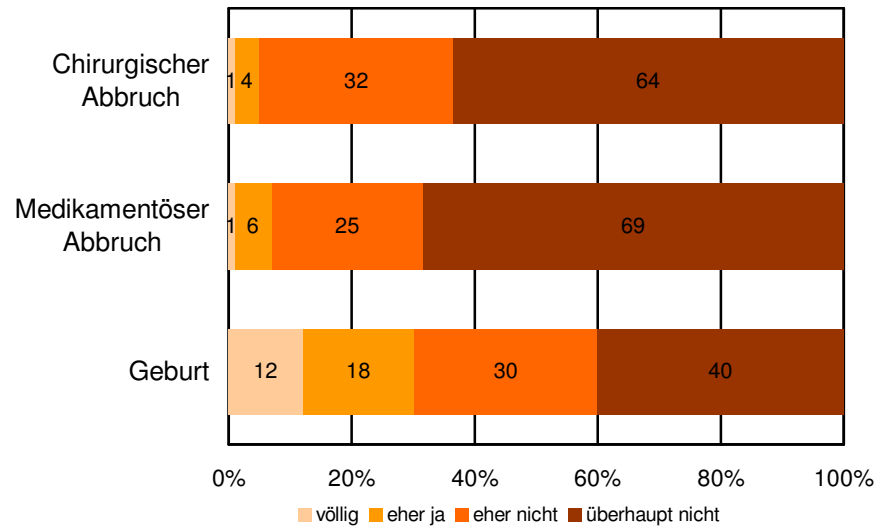


Tabelle 4. Religionszugehörigkeit und Religiosität

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Religionsgemeinschaft												
ausgetreten	68	20	46	21	91	23	1,8	.622	12,9	.005	14,7	.002
römisch-katholisch	232	68	146	65	232	60						
evangelisch	21	6	20	9	16	4						
andere	21	6	12	5	50	13						
Gottesdienstbesuch												
1 Mal pro Woche	7	2	3	1	17	5	3.0	.385	9,9	.019	7,6	.056
1 Mal pro Monat	24	7	13	6	38	10						
zu kirchlichen Feiertagen	148	43	111	51	182	48						
nie	164	48	93	42	145	38						
Religiosität												
sehr religiös	12	4	7	3	22	6	2,6	.459	23,2	.000	5,9	.439
religiös	116	34	87	40	187	49						
kaum religiös	128	38	80	37	110	29						
gar nicht religiös	83	25	43	20	66	17						
Übereinstimmung mit Meinung der Kirche zur Abtreibung												
völlig	2	1	1	1	46	12	3,6	.306	85,8	.000	64,6	.000
eher ja	13	4	12	6	67	18						
eher nicht	106	32	54	25	112	30						
überhaupt nicht	213	64	151	69	150	40						

5.1.12. Anzahl bisheriger Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche

Für 34 Prozent der Frauen, die sich aktuell für einen *chirurgischen* Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und für 33 Prozent der Frauen mit *medikamentösem* Abbruch war die aktuelle Schwangerschaft die **erste Schwangerschaft**.

Bei der Gruppe der Frauen, die sich für ein Fortsetzen der *Schwangerschaft* entschieden haben, ist die Rate der erstmals Schwangeren mit 44 Prozent statistisch signifikant höher als bei den beiden anderen Gruppen (Abbildung 12, Tabelle 5).

Einen oder mehrere vorangegangene **Schwangerschaftsabbrüche** hatten

- 35 Prozent der Frauen, die sich aktuell für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben,
- 26 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und
- 23 Prozent der Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben,

wobei lediglich der Unterschied in der Häufigkeit vorangegangener Schwangerschaftsabbrüche zwischen letzterer Gruppe und der Gruppe der Frauen mit aktuellem chirurgischem Abbruch statistisch signifikant ist (Tabelle 5).

Abbildung 12. Durchschnittliche Anzahl an Schwangerschaften, Geburten, Abbrüchen, Fehl-, Frühgeburten

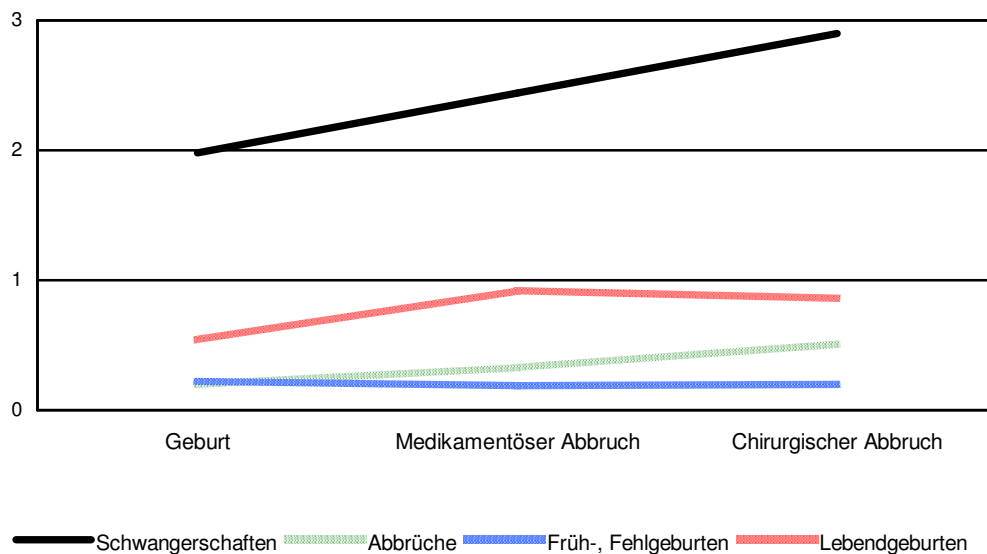


Tabelle 5. Anzahl von Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüchen, Früh-, Fehlgeburten

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Schwangerschaften												
erste	118	34	75	33	174	44	7,5	.480	43,3	.000	23,4	.001
zweite	71	20	54	24	125	31						
dritte	73	21	46	20	55	14						
vierte	49	14	31	14	31	8						
fünfte bis achte	39	10	21	9	15	4						
Schwangerschaften (Mittelwert)	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	2,59	1,64	2,44	1,37	1,98	1,14	0,15	.208	0,61	.000	0,46	.000
Abbrüche (einschließlich dem aktuellen)												
keinen	229	65	168	74	310	77	8,7	.123	20,9	.001	2,3	.506
einen	78	22	36	20	68	17						
zwei	31	9	11	5	21	5						
drei bis fünf	12	3	2	1	1	1						
Abbrüche (Mittelwert)	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	0,51	0,83	0,33	0,61	0,28	0,57	0,19	.001	0,23	.000	4,35	.444
Früh-/Fehlgeburten												
keine	290	83	191	84	332	83	3,1	.546	1,9	.603	3,7	.444
eine	51	15	30	13	52	13						
zwei	7	2	5	2	14	4						
drei	2	1	1	1	2	1						
Früh-/Fehlgeburten (Mittelwert)	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	0,20	0,49	0,19	0,50	0,22	0,52	9,02	.834	-1,2	.742	-2,1	.614
Lebendgeburten												
keine	171	49	105	47	234	59	4,9	.424	36,3	.000	52,2	.000
eine	88	25	49	22	127	32						
zwei	66	19	57	24	29	7						
drei bis fünf	25	7	15	7	9	2						
Lebendgeburten (Mittelwert)	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	0,86	1,02	0,92	1,00	0,54	0,76	-6,5	.408	0,32	.000	0,39	.000

5.1.13. Zukünftiger Kinderwunsch

Ein zukünftiger Kinderwunsch ist

- bei **50 Prozent** (32 Prozent "sicher", 18 Prozent "eher schon") der Frauen, die sich für einen *chirurgischen* Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, vorhanden,
- bei **57 Prozent** (33 Prozent "sicher", 24 Prozent "eher schon") der Frauen mit *medikamentösem* Abbruch und
- bei **65 Prozent** (36 Prozent "sicher" 29 Prozent "eher ja") der Frauen, die sich aktuell für eine *Schwangerschaft* entschieden haben,

vorhanden (Abbildung 13, Tabelle 6).

Die beiden Gruppen von Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben, unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung ihres Kinderwunsches statistisch nicht signifikant voneinander, der jeweilige Unterschied zur Gruppe der Frauen, die sich für die aktuelle Schwangerschaft entschieden haben, ist jedoch statistisch signifikant (Tabelle 6).

Abbildung 13. Zukünftiger Kinderwunsch

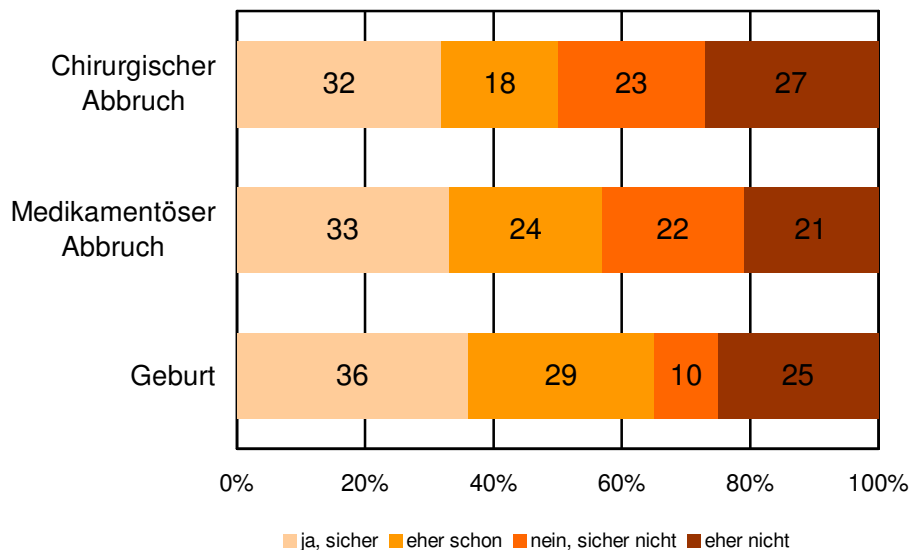


Tabelle 6. Kinderwunsch

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Kinderwunsch												
ja sicher	100	32	61	33	118	36	3,9	.269	27,3	.000	15,0	.002
eher schon	55	18	45	24	93	29						
eher nicht	72	23	41	22	31	10						
sicher nicht	84	27	40	21	82	25						
Anzahl der gewünschten Kinder												
kein Kind	23	7	15	8	1	1	13,9	.008	79,6	.000	31,9	.000
ein Kind	97	31	34	17	39	11						
zwei Kinder	138	45	109	55	239	65						
drei Kinder	40	13	34	17	78	21						
mehr als drei Kinder	12	4	6	3	13	4						
Anzahl gewünschter Kinder (Mittelwert)	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	1,75	0,91	1,91	0,87	2,17	0,66	-,16	.026	-,26	.000	-,43	.000

5.1.14. Zusammenfassende demographische Beschreibung der befragten Frauen

Generell lassen sich zahlreiche demographische Merkmale anführen, die einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und jener Gruppe von Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden hat, dokumentieren.

Die beiden Gruppen mit medikamentösem bzw. chirurgischem Abbruch unterscheiden sich in deutlich schwächerem Ausmaß voneinander.

Die Gruppe der Frauen mit **chirurgischem Abbruch** unterscheidet sich stärker von der Gruppe, die sich für die Schwangerschaft entschieden hat als die Gruppe mit medikamentösem Abbruch und weist in nahezu allen der hier erhobenen demographischen Merkmale signifikante Unterschiede auf.

Die Gruppe der **Frauen mit chirurgischem Abbruch** lässt sich durch folgende Ausprägungen der demographischen Merkmale beschreiben (Tabellen 7 und 8): Sie sind im Vergleich zu den **beiden anderen Gruppen**

- häufiger jünger als 25 Jahre,
- häufiger älter als 40 Jahre,
- haben häufiger keinen Partner,
- leben häufiger mit ihrem Partner in getrenntem Haushalt,
- sind häufiger Alleinerzieherinnen,
- haben häufiger einen Schulabschluss unter Maturaniveau,
- sind beruflich häufiger als Arbeiterinnen ohne Lehre beschäftigt,
- sind häufiger nicht berufstätig (Hausfrau, Ausbildung, arbeitslos).

Die Gruppe der Frauen mit **medikamentösem Abbruch** stimmt mit der Gruppe der Frauen, die sich für die **Schwangerschaft** entscheiden in folgenden demographischen Merkmalen überein: Beide Gruppen

- haben höhere Schulbildung,
- haben eine höhere Beschäftigungsquote,
- schätzen sich als religiöser ein und
- haben eher wenige vorangegangene Schwangerschaftsabbrüche.

Ein charakteristisches Merkmal der Gruppe von Frauen mit **medikamentösem Abbruch** ist, dass sie die höchste durchschnittliche Kinderanzahl (0,92) und prozentual am häufigsten von den drei Gruppen zwei oder mehr Kinder hat (32 Prozent).

Tabelle 7. Zusammenfassung der demographischen Merkmale

Zahlen in Prozent	CHIR	MED	GEB	CHIR/ MED	CHIR/ GEB	MED/ GEB
				Signifikanzprüfung * <.05 ** p<.01 *** p<.001		
jünger als 25 Jahre	22	12	10	***	***	**
älter als 40 Jahre	15	9	4	***	***	**
nicht verheiratet	71	67	42		***	***
kein Partner	15	12	1	***	***	***
Partner in getrenntem Haushalt	43	33	13	**	***	***
kein Kind	49	47	59		***	***
zwei und mehr Kinder	26	32	2		***	***
Ein-Personen-Haushalt	17	17	7		***	***
Alleinerzieherin	11	8	0	***	***	*
Wohnung kleiner als 50 m ²	18	12	15		*	**
Schulabschluss: keine Matura	52	36	34	***	***	
Beruf: Arbeiterin ohne Lehre	12	4	8	**	*	**
nicht berufstätig	35	24	23	*	**	
Haushaltseinkommen unter ATS 15.000	41	32	17		***	***
römisch-katholisch	68	65	60		***	***
religiös	38	43	55		***	
Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs	5	7	30		***	***
erste Schwangerschaft	34	33	44		***	**
mindestens ein Schwangerschaftsabbruch	22	20	17		**	
2 bis 5 Schwangerschaftsabbrüche	12	6	6		**	
kein zukünftiger Kinderwunsch	50	43	35		***	**

Tabelle 8. Diskriminanzanalyse der demographischen Merkmale

	CHIR/MED		CHIR/GEB		MED/GEB		CHIR + MED/ GEB	
	SCDC	Rang- platz	SCDC	Rang- platz	SCDC	Rang- platz	SCDC	Rang- platz
Anzahl der früheren Abbrüche	.53	1	.82	1	.88	1	.84	1
Partnerschaft ja/nein	.38	3	.47	2	.27	5	.39	2
Wohnungsgröße	-.35	4	.23	4	.37	2	.30	4
Einkommen	-.16	7	-.33	3	-.29	3	-.31	3
Berufstätigkeit ja/nein	.50	2	-.03	7	-.12	6	-.04	8
Religiosität	.22	5	.10	6	.03	8	.08	6
Anzahl der Kinder	-.03	8	.19	5	.28	4	.23	5
Alter	.19	6	-.02	8	-.07	7	-.05	7
Korrekte Klassifikation (Prozent)	58 / 64		84 / 91		87 / 89		85 / 89	
Kanonischer Korrelationskoeffizient	.22**		.75***		.73***		.72***	
Anteil der erklärten Varianz (Prozent)	5		56		53		52	
SCDC = Standardisierte Kanonische Diskriminanzkoeffizienten Signifikanzprüfung: * p<.05 **p<.01 *** p<.001								

5.2. Partnerschaft - Sexualität - Verhütung

Stabilität und Qualität der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung zum Partner sind zentrale Rahmenbedingungen für die reproduktiven Entscheidungen der Frau und bestimmen auch in weiterer Folge das Verhütungsverhalten.

Langfristige - und damit zumeist auch sichere Verhütung - ist vor allem in stabilen sexuellen Beziehungen sinnvoll. Das Risiko für unerwünschte Schwangerschaften steigt mit der Instabilität der Partnerbeziehung.

Die wichtigsten Fragen zum Themenkomplex Partnerschaft, Sexualität und Verhütung beziehen sich daher auf die *Form der aktuellen Partnerschaft*, auf die *Zufriedenheit mit der Partnerschaft* im allgemeinen und besonders zur *Sexualität* und - von besonderer Relevanz - auf das *Verhütungsverhalten*.

5.2.1. Partnerschaftsform und sexuelle Treue

Gefragt nach der Stabilität und sexuellen Treue der aktuellen Partnerschaft, geben Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, mit wenigen Ausnahmen an, in einer **stabilen, sexuell treuen Partnerschaften** zu leben (97 Prozent). Auf deutlich weniger Frauen mit Schwangerschaftsabbruch trifft dies zu (82 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch, 79 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch). Dieser Unterschied zwischen Frauen mit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch vs. Frauen mit Entscheidung für die Schwangerschaft ist statistisch signifikant (Abbildung 14, Tabelle 10).

Dass mehr Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch **keinen Partner** haben als Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, wurde schon in der Beschreibung der demographischen Merkmale im vorangegangenen Kapitel deutlich (*chirurgischer* Abbruch: 11 Prozent haben keine Partner, *medikamentöser* Abbruch: 8 Prozent).

Bei Frauen mit *medikamentösem* Abbruch kommt hinzu, dass 7 Prozent angeben, **keinen fixen Partner, aber sexuelle Beziehungen** zu haben und weitere 7 Prozent, eine **fixen Partner und andere sexuelle Beziehungen** zu haben.

Bei Frauen mit *chirurgischem* Abbruch geben 4 Prozent an, **keinen fixen Partner, aber sexuelle Beziehungen** zu haben und ebenfalls 4 Prozent, eine **fixen Partner und andere sexuelle Beziehungen** zu haben.

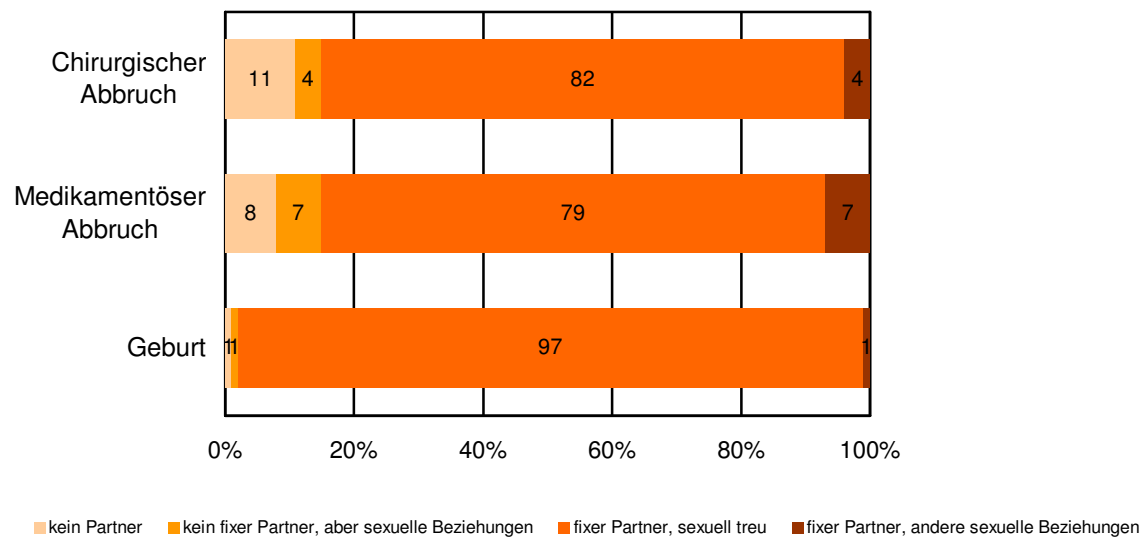
Fasst man diese Angaben der Frauen über Stabilität und sexuelle Treue ihrer Beziehungen zusammen, lässt sich sagen, dass

- **97 Prozent** aller Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, in **sexuell treuen** Beziehung leben

Hingegen haben

- **19 Prozent** der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch und
 - **21 Prozent** der Frauen mit *medikamentösem* Abbruch.
- instabile sexuelle Beziehungen.**

Abbildung 14. Partnerschaftsform

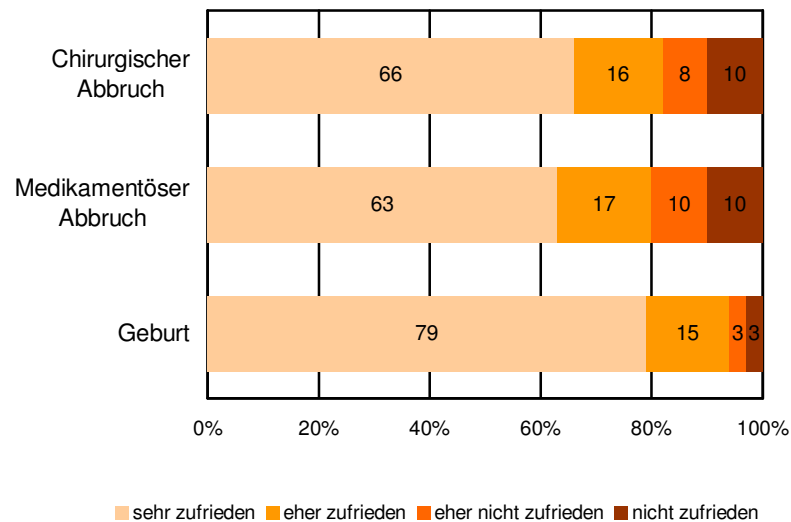


5.2.2. Zufriedenheit mit der Partnerschaft

Die Frage nach Stabilität und sexueller Treue der Partnerbeziehungen hat gezeigt, dass nur 3 Prozent der schwangeren Frauen, aber 18 Prozent der Frauen mit chirurgischem und 21 Prozent der Frauen mit medikamentösem Schwangerschaftsabbruch sexuell instabile Beziehungen haben.

Entsprechend den Ergebnissen zur Partnerschaftsform gestaltet sich auch die **Zufriedenheit mit der Partnerschaft**: 93 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, sind mit ihrer Partnerschaft zufrieden (79 Prozent sehr zufrieden, 15 Prozent eher zufrieden), aber nur 82 Prozent der Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch und 80 Prozent der Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entschieden haben, geben an, mit ihrer Partnerschaft zufrieden zu sein (Abbildung 15, Tabelle 9).

Abbildung 15. Zufriedenheit mit Partnerschaft



Die Aussagen der drei befragten Gruppen von Frauen bezüglich des Gefühls, in der Partnerschaft **sicher und geborgen** zu sein, entsprechen der Tendenz, die sich in den Ergebnissen zur Zufriedenheit mit der Partnerschaft abgezeichnet hat (Tabelle 9): 97 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, aber nur 89 Prozent der Frauen mit chirurgischem und 85 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch fühlen sich in ihrer Partnerschaft sicher und geborgen.

In weiterer Konsequenz werden von etwa einem Drittel der Frauen mit chirurgischem Abbruch (32 Prozent) und 22 Prozent der Frauen mit medikamentösen Abbruch das Auftreten von **Konflikten mit dem Partner** geäußert. Aber immerhin 18 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, berichten ebenfalls über Konflikte mit ihrem Partner.

An eine **Trennung vom Partner** denken Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, deutlich häufiger (17 Prozent der Frauen mit chirurgischem, 21 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch) als Frauen mit der Entscheidung für eine Schwangerschaft (5 Prozent).

Tabelle 9. Partnerschaftsform, Zufriedenheit, Partnerschaftsprobleme

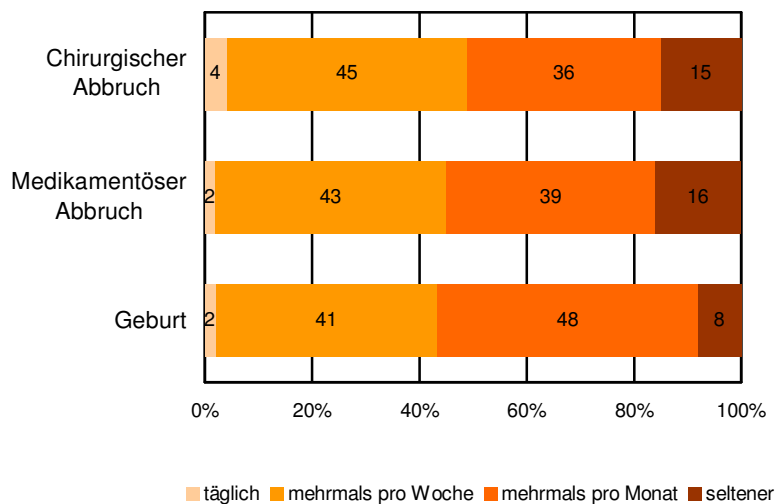
	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Partnerschaftsform												
kein Partner	38	11	17	8	5	1	6,9	.139	61,1	.000	69,9	.000
kein Partner, aber sex. Beziehungen	12	4	15	7	2	1						
fester Partner, sexuell treu	278	82	178	79	381	97						
fester Partner, an- dere sex. Beziehg.	15	4	16	7	2	1						
Dauer der Partner- schaft (Monate)	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	75,5	76,2	68,6	69,1	74,0	51,3	6,9	.241	-5,5	.335	1,49	.766
Sicherheit und Geborgenheit												
trifft sehr zu	178	68	126	67	332	87	2,0	.572	38,6	.000	42,2	.000
trifft eher zu	54	21	34	18	39	10						
trifft eher nicht zu	17	7	13	7	7	2						
trifft gar nicht zu	13	5	15	8	3	1						
Trennung beabsichtigt												
trifft sehr zu	19	8	21	12	3	1	3,0	.386	29,8	.000	48,3	.000
trifft eher zu	21	9	17	9	14	4						
trifft eher nicht zu	27	11	25	14	28	8						
trifft gar nicht zu	176	72	118	65	308	87						
Konflikte												
trifft sehr zu	38	16	22	12	16	5	1,7	.639	25,4	.000	17,1	.001
trifft eher zu	41	17	36	20	46	13						
trifft eher nicht zu	59	24	48	27	105	30						
trifft gar nicht zu	105	43	75	41	187	53						
Zufriedenheit												
trifft sehr zu	165	66	116	63	286	79	.8	.841	24,4	.000	27,9	.000
trifft eher zu	39	16	31	17	56	15						
trifft eher nicht zu	19	8	18	10	11	3						
trifft gar nicht zu	26	10	19	10	10	3						

5.2.3. Sexualität: Häufigkeit und Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr

Frauen, die sich für die **Schwangerschaft** entschieden haben, haben ein im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen ein **regelmäßigeres Sexualleben** als Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (Abbildung 16, Tabelle 10):

- 48 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, berichten, **mehrmals pro Monat** Geschlechtsverkehr zu haben, aber nur 36 Prozent der Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch und 39 Prozent der Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entschieden haben.
- Deutlich ist der Unterschied zwischen den Gruppen bei den Angaben "**weniger als mehrmals pro Monat**": nur 8 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben, aber 15 bzw. 16 Prozent der Frauen aus den beiden anderen Gruppen, geben an, so selten Geschlechtsverkehr zu haben.
- Der Anteil an Frauen, die angeben, **mehrmals pro Woche** Geschlechtsverkehr zu haben, ist in den drei befragten Gruppen annähernd gleich groß (zwischen 41 und 45 Prozent).

Abbildung 16. Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs



Was die **Zufriedenheit mit der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs** betrifft, finden Frauen mit medikamentösem Abbruch eher als die beiden anderen Gruppen, dass sie zu wenig Geschlechtsverkehr haben. Frauen mit chirurgischem Abbruch finden die Häufigkeit eher als zu viel (Tabelle 8):

Die **Zufriedenheit mit der Sexualität** insgesamt ist bei Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, größer (92 Prozent sehr oder eher zufrieden) als bei Frauen mit medikamentösem oder chirurgischem Abbruch (jeweils 87 sehr oder eher zufrieden) (Abbildung 17, Tabelle 10).

Abbildung 17. Zufriedenheit mit Sexualität

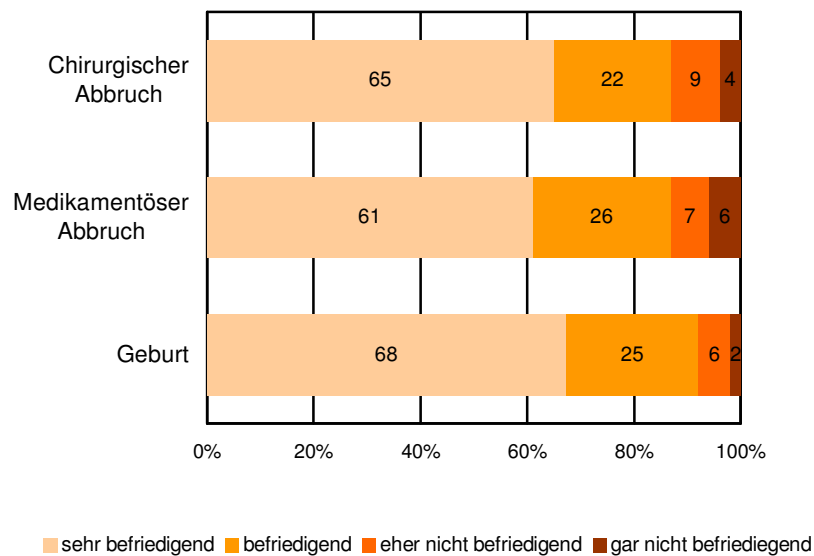


Tabelle 10. Sexualität: Geschlechtsverkehr (Häufigkeit, Zufriedenheit)

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Alter - erster Ge- schlechtsverkehr	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	16,4	1,87	16,8	1,92	17,5	2,77	-,39	0,51	-1,07	.000	-,69	.000
Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs												
täglich	13	4	5	2	9	2	1,5	.692	15,2	.002	9,7	.021
mehrmals pro Woche	151	45	95	43	156	41						
mehrmals pro Monat	123	36	87	39	181	48						
seltener	52	15	35	16	31	8						
Zufriedenheit mit Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs												
viel zu wenig	17	6	27	13	21	6	12,9	.012	8,0	.090	7,9	.092
zu wenig	97	35	67	33	124	36						
gerade richtig	74	27	67	33	118	34						
zu viel	77	28	41	20	74	22						
viel zu viel	12	4	4	2	7	2						
Sexualität spielt eine große Rolle												
trifft sehr zu	75	32	57	31	76	21	1,9	.580	9,2	.056	9,5	.049
trifft eher zu	87	37	72	39	159	45						
trifft eher nicht zu	52	22	33	18	88	25						
trifft gar nicht zu	21	9	22	12	32	9						
Sexualität mit Partner ist befriedigend												
trifft sehr zu	160	65	111	61	243	68	2,4	.498	5,9	.118	8,6	.036
trifft eher zu	54	22	48	26	90	25						
trifft eher nicht zu	22	9	13	7	21	6						
trifft gar nicht zu	10	4	11	6	6	2						

5.2.4. Verhütungsverhalten - 4 Wochen vor und 3 Monate nach dem Abbruch

5.2.4.1. Verhütung: ja oder nein?

In den letzten vier Wochen vor dem Eintreten der Schwangerschaft haben

- 60 Prozent der Frauen mit aktuellem chirurgischen Schwangerschaftsabbruch,
- 63 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und
- 19 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben,

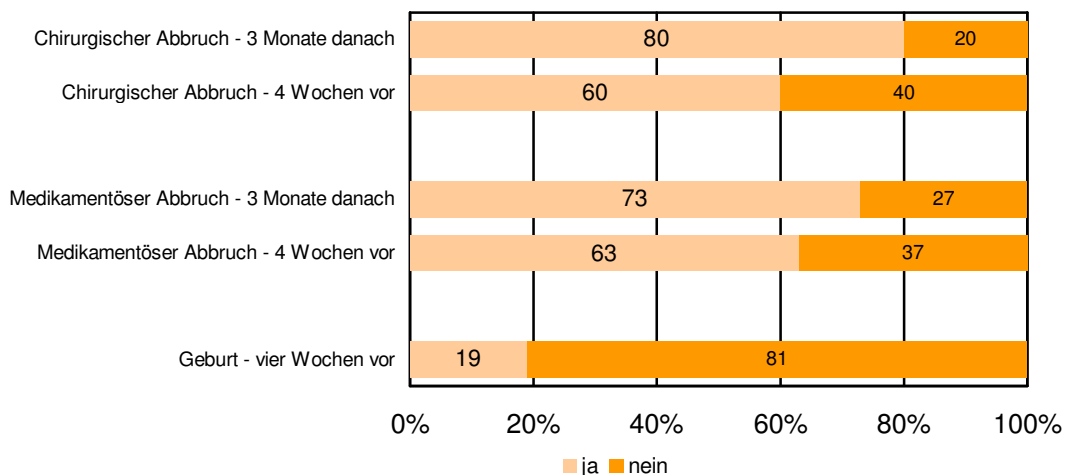
eine Verhütungsmethode angewandt (Abbildung 18, Tabelle 11).

Drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch ist eine deutliche Zunahme in der Häufigkeit der Verwendung von Verhütungsmitteln zu verzeichnen - es haben

- 80 Prozent der Frauen mit aktuellem chirurgischen Schwangerschaftsabbruch und
- 73 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch

eine Verhütungsmethode angewandt (Abbildung 18, Tabelle 11).

Abbildung 18. Verhütung JA oder NEIN, 4 Wochen vor / 3 Monate nach dem Abbruch



5.2.4.2. Verhütungsmethode 4 Wochen vor dem Abbruch

In den letzten vier Wochen vor dem Eintreten der Schwangerschaft am häufigste verwendete Verhütungsmethode war in allen drei Gruppen von befragten Frauen das **Präservativ**.

Die unterschiedlichen befragten Gruppen verwendeten es mit folgender Häufigkeit:

- 56 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch,
- 57 Prozent der Frauen mit *medikamentösem* Abbruch und
- 34 Prozent der Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft entschieden haben*.

(Abbildung 19, Tabelle 11).

Am zweithäufigsten wurde insgesamt die **Pille** verwendet:

- 30 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch,
 - 15 Prozent der Frauen mit *medikamentösem* Abbruch und
 - 33 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben,
- verwendeten in den letzten drei Monaten vor der aktuellen Schwangerschaft die Pille. Das heißt, dass Frauen, die sich für einen *medikamentösen Abbruch* entschieden haben, deutlich *seltener die Pille* unmittelbar vor der aktuellen Schwangerschaft verwendet haben als die anderen beiden Gruppen.

Die Bevorzugung von **natürlichen Verhütungsmethoden** (Berechnung der fruchtbaren Tage, Temperatur messen, etc.) ist bei Frauen mit aktuellem medikamentösen Abbruch und bei Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben deutlich:

- 20 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und
 - 25 Prozent der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben und
 - nur 9 Prozent der Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben,
- wenden natürliche Verhütungsmethoden an.

Insgesamt ist zum **Verhütungsverhalten** der hier befragten Frauen zu sagen, dass sich ein Trend zur Verwendung von **wenig sicheren Verhütungsmethoden** wie Präservativ und natürlichen Verhütungsmethoden gezeigt hat. Besonders Frauen, die sich aktuell für einen *medikamentösen Abbruch* entschieden haben wenden *selten die Pille* an und *tendieren stark zu natürlichen Verhütungsmethoden*, dem Präservativ oder dem Diaphragma. Ebenso wurde die Spirale in den letzten drei Monaten vor Eintreten der Schwangerschaft von allen hier befragten Frauen sehr selten verwendet, obwohl sie von vielen Frauen früher schon verwendet wurde.

5.2.4.3. Verhütungsmethode 3 Monate nach dem Abbruch

Die neuerliche Frage nach der aktuellen Methode der Verhütung drei Monate nach dem Abbruch ergab folgendes Bild (Abbildung 20, Tabelle 11):

Anders als zum Zeitpunkt vier Wochen vor dem Schwangerschaftsabbruch, wo das Präservativ bei allen drei hier befragten Gruppen die häufigste Verhütungsmethode war, ist drei Monate nach dem Abbruch ein **Trend zu sicheren Verhütungsmethoden** - besonders bei Frauen mit medikamentösem Abbruch - zu erkennen:

Für die **Pille** entschieden sich *nach dem Schwangerschaftsabbruch*

40 Prozent (vs. 30 Prozent vorher) der Frauen mit chirurgischem Abbruch und

49 Prozent (vs. 15 Prozent vorher) der Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Eine **Spirale oder Hormonspirale** wählten

9 Prozent (vs. 2 Prozent vorher) der Frauen mit chirurgischem Abbruch und

10 Prozent (vs. 0 Prozent vorher) der Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Eine **Hormonspritze** wählten

10 Prozent (vs. 0 Prozent vorher) der Frauen mit chirurgischem Abbruch und

2 Prozent (vs. 0 Prozent vorher) der Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Das **Präservativ** verwendeten nach dem Schwangerschaftsabbruch nur mehr

36 Prozent (vs. 56 Prozent vorher) der Frauen mit chirurgischem Abbruch und

33 Prozent (vs. 57 Prozent vorher) der Frauen mit medikamentösem Abbruch.

Abbildung 19. Verhütungsmethoden: je verwendet / in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Schwangerschaft verwendet (Mehrfachantworten, in Prozent)

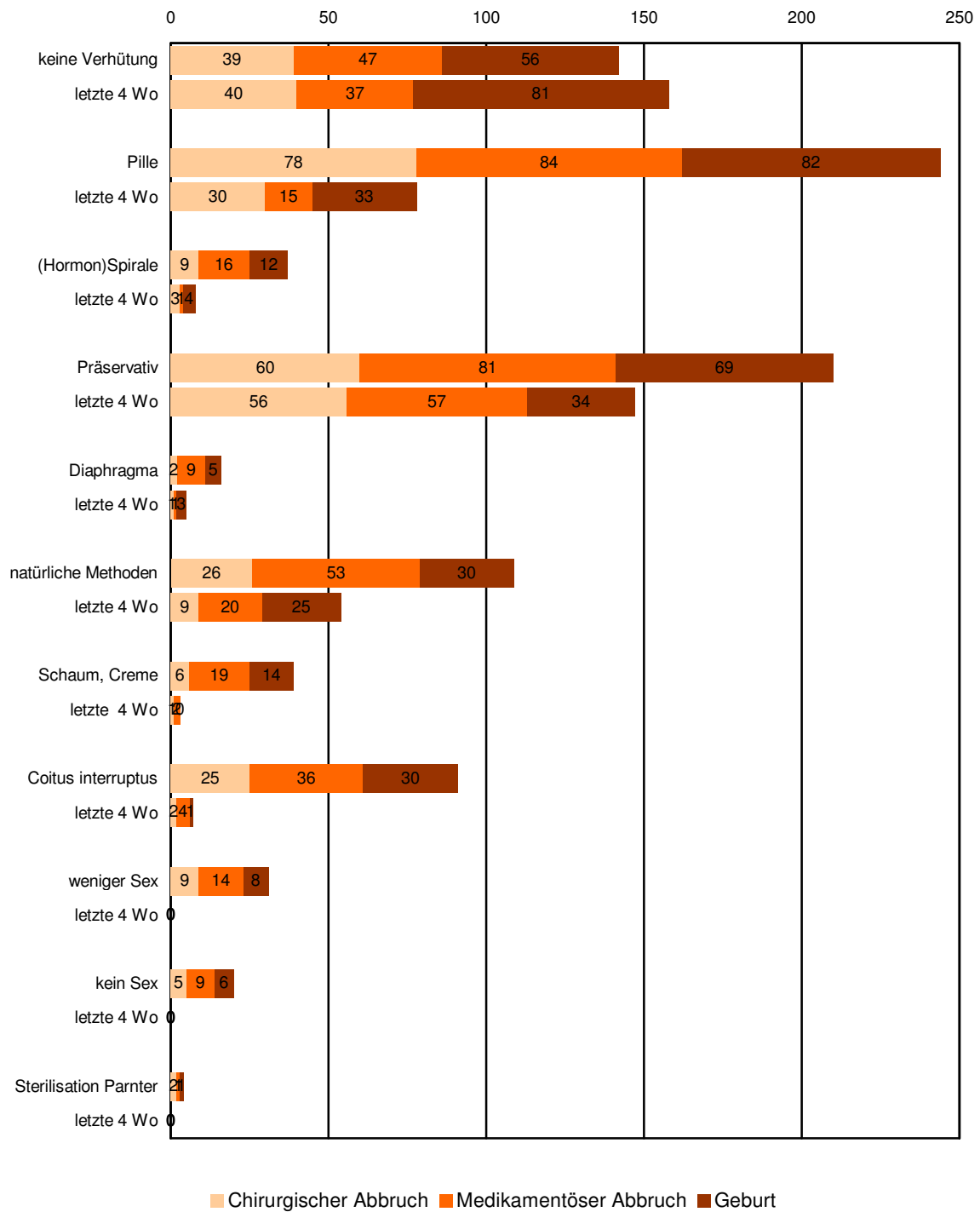


Abbildung 20. Verhütungsmethoden: in den letzten 4 Wochen vor der aktuellen Schwangerschaft verwendet / 3 Monate nach dem Abbruch verwendet (in Prozent)

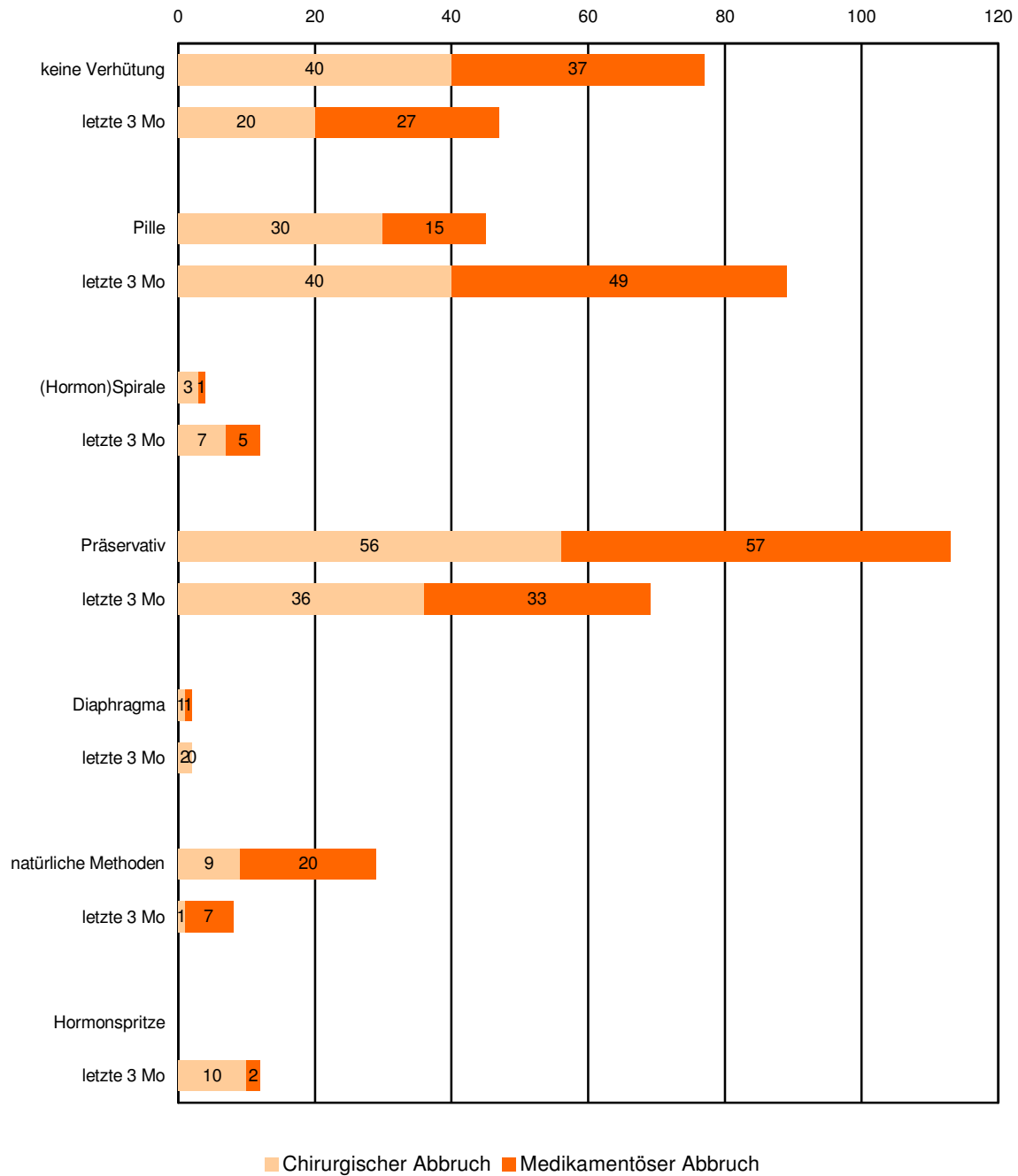


Tabelle 11. Verhütungsverhalten: 4 Wochen vor und 3 Monate nach dem Abbruch

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
VERHÜTUNG IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN VOR DEM ABBRUCH												
JA, verhütet	200	60	131	63	72	19	0,7	.406	122,8	.000	114,1	.000
NEIN, keine Verhütung	135	40	76	37	303	81						
Wenn JA - Methode:												
Pille	60	30	21	15	25	33	21,6	.003	22,4	.004	25,4	.001
Intrauterin-Spirale	3	2	-	-	3	4						
Hormonspirale	1	1	1	1	-	-						
Präservativ	114	56	83	57	26	34						
Diaphragma	2	1	2	1	2	3						
Natürliche Methoden	18	9	29	20	19	25						
Schaum, Creme, ...	1	1	3	2	-	-						
Coitus interruptus	4	2	6	4	1	1						
weniger Sex	-	-	-	-	-	-						
kein Sex	-	-	-	-	-	-						
Sterilisation Partner	-	-	-	-	-	-						
Wenn NEIN - letzte verwendete Methode:												
Pille	58	59	32	53	130	49	10,7	.098	14,6	.104	16,0	.098
Intrauterin-Spirale	5	5	5	8	13	5						
Hormonspirale	-	-	-	-	2	1						
Präservativ	32	32	14	23	86	33						
Diaphragma	-	-	-	-	5	2						
Natürliche Methoden	1	1	6	10	20	8						
Schaum, Creme, ...	1	1	1	2	-	-						
Coitus interruptus	2	2	2	3	3	1						
weniger Sex	-	-	-	-	1	1						
kein Sex	-	-	-	-	-	-						
Sterilisation Partner	-	-	1	2	-	-						
VERHÜTUNG IN DEN LETZTEN 3 MONATEN NACH DEM ABBRUCH:												
JA, verhütet	92	80	35	73	-	-	.987	.320				
NEIN, keine Verhütung	23	20	13	27	-	-						
Wenn JA - Methode:												
Pille	36	40	21	49	-	-	8,9	.343				
Intrauterin-Spirale	6	7	2	5	-	-						
Hormonspirale	2	2	2	5	-	-						
Präservativ	33	36	14	33	-	-						
Diaphragma	2	2	-	-	-	-						
Natürliche Methoden	1	1	3	7	-	-						
Schaum, Creme, ...	-	-	-	-	-	-						
Coitus interruptus	-	-	-	-	-	-						
weniger Sex	-	-	-	-	-	-						
kein Sex	-	-	-	-	-	-						
Sterilisation Partner	1	1	-	-	-	-						
Hormonspritze	9	10	1	2	-	-						
Eileiterunterbindg.	1	1	-	-	-	-						

Tabelle 12. Verhütungsverhalten: je verwendet

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
VERHÜTUNGSMITTEL: Je verwendet												
keine Verhütung	132	39	100	47	152	56	3,1	.077	21,7	.000	4,7	.030
Pille	268	78	178	84	317	82	2,3	.133	2,0	.154	1,00	.752
Intrauterin-Spirale	28	8	29	16	39	11	6,7	.009	1,9	.165	1,9	.170
Hormonspirale	2	1	-	-	2	1	1,1	.305	.000	.991	1,1	.302
Präservativ	205	60	165	81	250	69	25,7	.000	6,1	.013	9,6	.002
Diaphragma	8	2	15	9	16	5	10,5	.001	2,8	.091	2,9	.087
natürliche Methoden	89	26	102	53	103	30	38,1	.000	1,4	.243	26,7	.000
Schaum, Creme, ...	21	6	33	19	47	14	19,3	.000	11,2	.001	1,9	.158
Coitus interruptus	87	25	67	36	102	30	6,3	.012	1,5	.217	2,1	.123
weniger Sex	32	9	25	14	26	8	2,5	.115	.533	.466	4,9	.027
kein Sex	17	5	16	9	21	6	3,2	.072	.511	.475	1,4	.242
Sterilisation Partner	7	2	1	1	3	1	1,7	.196	1,4	.229	.177	.674

5.2.5. Einflüsse auf die Wahl der Verhütungsmethode, Verantwortung für Verhütung

Hinsichtlich der **Einflüsse auf die Wahl der Verhütungsmethode** unterscheiden sich die Frauen der drei hier befragten Gruppen *kaum* (Tabelle 1§): mehr als die Hälfte der Frauen (zwischen 52 und 56 Prozent) geben an, sich *alleine* für das jeweilige Verhütungsmittel entschieden zu haben. An zweiter Stelle als Entscheidungshilfe für ein bestimmtes Verhütungsmittel wird der *Partner* genannt - von den Frauen, die sich aktuell für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben in etwas geringerem Ausmaß als von Frauen aus den anderen beiden Gruppen (26 Prozent der Gruppe mit chirurgischem Abbruch vs. 32 bzw. 34 Prozent der beiden anderen Gruppen). Etwa ein Viertel der Frauen, entscheiden sich für eine bestimmte Verhütungsmethode aufgrund des Rates Ihre/s *GynäkologIn*.

Die **Verantwortung und die Kosten** der Verhütung teilen sich etwa 50 Prozent aller hier befragten Frauen mit Ihrem Partner. Lediglich die Gruppe der Frauen, die sich aktuell für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben, gibt an, in etwas höherem Ausmaß alleine für die Kosten der Verhütung aufzukommen (34 Prozent vs. 27 bzw. 24 Prozent in den beiden anderen Gruppen).

Tabelle 13. Wahl der Verhütungsmethode

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
Einfluss auf Wahl der Verhütungsmethode												
Praktische/r ÄrztIn	8	3	4	2	9	3	0,2	.647	0,0	.924	0,3	.586
GynäkologIn	82	26	49	23	97	28	0,4	.530	0,6	.455	1,7	.196
ApothekerIn	3	1	-	-	1	1	1,9	.158	1,2	.280	0,6	.433
Partner	83	26	66	32	116	34	1,8	.180	4,8	.029	0,4	.552
Freundin	21	7	14	7	50	6	0,0	.981	1,6	.207	1,4	.242
Mutter	24	8	11	5	25	7	1,1	.299	0,0	.909	0,9	.340
Zeitschriften	7	2	6	3	5	2	0,2	.632	0,5	.478	1,3	.254
alleine entschieden	165	52	118	56	185	54	0,9	.343	0,3	.596	0,2	.622
anderes	10	3	14	7	19	5	3,6	.057	2,3	.131	0,3	.591
Verantwortung für Verhütung												
mein Partner	9	3	9	4	18	5	1,1	.771	2,7	.443	.824	.844
ich selber	131	40	87	40	135	36						
Partner und ich	168	51	110	50	194	52						
wende keine an	24	7	13	6	25	7						
Wer bezahlt das Verhütungsmittel?												
mein Partner	18	6	21	10	30	9	5,3	.152	9,5	.024	1,5	.686
ich selber	107	34	57	27	84	24						
Partner und ich	159	51	112	54	204	58						
wende keine an	31	10	19	9	35	10						

5.2.6. Zufriedenheit mit Verhütung

Nur etwa die Hälfte der Frauen, die sich aktuell für eine der beiden Methoden des Schwangerschaftsabbruches entschieden haben, sind mit ihrer Verhütung **zufrieden** (etwa 20 Prozent "sehr zufrieden", etwa 30 Prozent "eher zufrieden"). Hingegen sind etwa drei Viertel der Frauen, die sich aktuell für eine Schwangerschaft entschieden haben, mit ihrer bisherigen Verhütung zufrieden (42 Prozent "sehr zufrieden", 29 Prozent "zufrieden") (Tabelle 14).

Bei den **Begründungen der Unzufriedenheit** mit der Verhütung stehen die Einschränkung des eignen sexuellen Genusses und den des Partners und die Unzuverlässigkeit im Schutz vor Schwangerschaft an oberster Stelle (Tabelle 11). Ein wesentlicher Grund für die Unzufriedenheit ist auch die Angst vor körperlichen Nebenwirkungen. Die beiden Gruppen vorn Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, unterscheiden sich in ihren Begründungen der Unzufriedenheit nicht statistisch signifikant voneinander.

Tabelle 14. Zufriedenheit mit Verhütung, Verhütungsversagen

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
In den letzten 4 Wochen vor dem Abbruch verwendet												
JA, Verhütung verwendet	200	60	131	63	72	19	0,7	.406	122,8	.000	114,1	.000
NEIN, keine Verhütung	135	40	76	37	303	81						
WENN JA:												
Zufriedenheit mit Verhütung												
sehr zufrieden	41	21	29	19	35	42	201	.544	15,6	.001	19,1	.001
eher zufrieden	61	31	43	29	24	29						
eher unzufrieden	73	37	54	36	21	25						
sehr unzufrieden	21	11	24	16	3	4						
Gründe der Unzufriedenheit												
unzuverlässige Verhütung	59	44	51	43	15	19	0,1	.766	14,9	.000	12,6	.000
schränkt mich beim Sex ein	60	43	57	46	30	36	0,3	.570	0,9	.323	2,1	.146
schränkt Partner bei Sex ein	46	34	44	36	21	26	0,1	.742	1,5	.223	2,2	.140
körperliche Nebenwirkg.	43	30	37	30	41	44	0,0	.979	5,0	.025	4,5	.032
seelische Nebenwirkungen	10	7	12	10	11	12	0,4	.487	1,3	.246	0,2	.620
komplizierte Anwendung	14	10	13	11	9	11	0,0	.889	0,0	.850	0,0	.951
zu teuer	5	4	4	3	3	4	0,0	.855	.000	.983	0,0	.888
schwer zu besorgen	1	1	-	-	1	1	0,9	.341	0,1	.715	1,5	.220
Partner will Verhütung nicht	2	2	4	3	3	4	0,9	.335	1,1	.297	0,0	.888
schützt nicht vor HIV	4	3	5	4	5	6	0,2	.619	1,3	.263	0,4	.521

5.2.7. Gründe des Verhütungsversagen

Jene Frauen, die in den letzten drei Monaten vor der aktuellen Schwangerschaft trotz Verhütung schwanger geworden sind, wurden nach ihren subjektiven Gründen für das Verhütungsversagen befragt (Abbildung 21, Tabelle 12).

Als häufigster Grund wurde angegeben, die Methode habe **nicht funktioniert** - und zwar am häufigsten von Frauen, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben.

Jeweils etwa ein Fünftel der Frauen aus den beiden Gruppen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, geben an, auf die Verhütung **vergessen** zu haben bzw. selber keine Erklärung für das **Verhütungsversagen** zu haben.

Etwa ein Fünftel jener Frauen aus der Gruppe, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, die in den letzten drei Monaten irgendeine Methode der Verhütung angewendet haben, begründen das Verhütungsversagen mit ihrem **unbewussten Kinderwunsch**.

Abbildung 21. Gründe des Verhütungsversagens

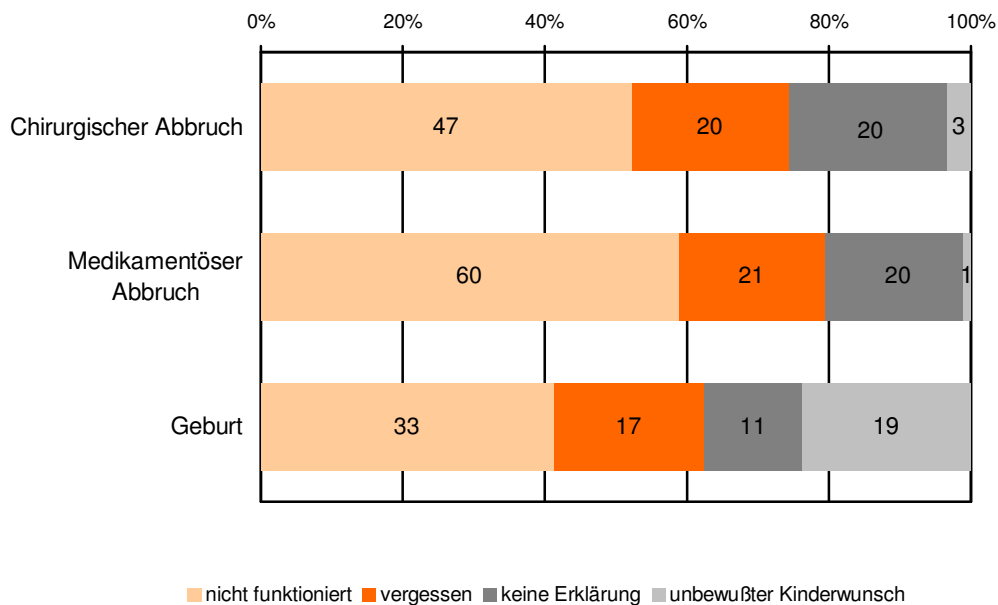


Tabelle 15. Gründe des Verhütungsversagens

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Verhütung in den letzten 4 Wochen												
JA, verhütet	200	60	131	63	72	19	0,7	.406	122,8	.000	114,1	.000
NEIN, nicht verhütet	135	40	76	37	303	81						
Verhütungsversagen												
nicht funktioniert	92	47	89	60	23	33	6,1	.013	4,0	.045	14,2	.000
vergessen	35	20	31	21	12	17	0,5	.462	0,0	.957	0,3	.556
keine Erklärung	35	20	29	20	8	11	0,2	.671	1,5	.221	2,2	.139
unbewusster Kinderwunsch	5	3	1	1	13	19	1,7	.190	21,3	.000	25,5	.000

5.2.8. Die "Pille danach": Wissen und Anwendung

Einem überwiegenden Teil der hier befragten Frauen (etwa **80 Prozent**) ist die "Pille danach" bekannt.

Hinsichtlich der **Gründe für die Nichtanwendung** unterscheiden sich Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben, statistisch signifikant von Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entschieden haben: Frauen, die aktuell mit der medikamentösen Methode abbrechen, gegen häufiger an, die "Pille danach" nicht angewandt zu haben, weil sie nicht daran gedacht hätten, überhaupt schwanger zu werden (Tabelle 16).

Tabelle 16. Die "Pille danach": Bekanntheit und Gründe für Nichtanwendung

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Bekanntheit der "Pille danach"												
ja	260	79	178	81	332	89	0,3	.591	11,8	.001	6,6	.010
nein	69	21	42	19	43	11						
Gründe für Nichtanwendung der "Pille danach"												
nicht bekannt, wo erhältlich	18	8	6	4	-	-	11,6	.003	-	-	-	-
nicht daran gedacht	52	22	17	11	-	-						
nicht gedacht, schwanger werden zu können	171	71	137	86	-	-						

5.2.9. Wissen über Empfängnis

Hinsichtlich des Wissens über die Empfängnis zeigten sich in allen gefragten Wissensaspekten deutliche Unterschiede zwischen den befragten Gruppen - mit den beiden Grundtendenzen, dass der Wissenstand generell als **lückenhaft** zu bezeichnen ist und weiters, dass Frauen, die sich aktuell für einen *chirurgischen Abbruch* entschieden haben, den *geringsten Wissensstand* über die Umstände der Empfängnis haben (Tabelle 17):

- 87 Prozent der Frauen, die sich für eine *Schwangerschaft* entschieden haben, wissen, wann der **Eisprung** passiert, aber nur 78 Prozent der Frauen mit einem chirurgischen Abbruch haben dieses Wissen.
- Jeweils ein Drittel der Frauen, die sich für *eine Schwangerschaft* entschieden haben und jener Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entschieden haben, aber nur ein Viertel der Frauen mit chirurgischem Abbruch wissen, wie lange das **weibliche Ei** befruchtbar ist.
- Jeweils etwa die Hälfte der Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben und jener Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entschieden haben, aber nur etwa ein Drittel der Frauen mit chirurgischem Abbruch wissen, wie lange der **männliche Samen** befruchtbar ist.

Tabelle 17. Wissen über Empfängnis

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
In welcher Zyklusphase ist eine Befruchtung möglich?												
kurz nach der Regel	33	10	24	11	24	7	6,2	.102	10,8	.013	4,7	.192
14 Tage nach Beginn der letzten Regel	251	78	182	83	322	87						
kurz vor der Regel	13	4	6	3	7	2						
weiß nicht	26	8	7	3	17	5						
Wie lange ist das weibliche Ei befruchtbar?												
2 bis 3 Stunden	50	16	21	10	68	19	14,6	.006	14,4	.006	14,4	.006
24 Stunden	79	25	71	33	120	33						
3 bis 4 Tage	106	33	82	38	122	33						
1 Woche	13	4	15	7	9	3						
weiß nicht	69	22	28	13	46	13						
Wie lange ist die männliche Samenzelle befruchtbar?												
2 bis 3 Stunden	43	14	28	13	42	12	31,1	.000	18,9	.001	8,5	.075
24 Stunden	74	24	41	19	90	25						
3 bis 4 Tage	105	33	106	49	162	45						
1 Woche	8	3	17	8	13	4						
weiß nicht	84	27	25	12	53	15						

5.3. Reaktionen auf die Schwangerschaft - Entscheidungsfindung

5.3.1. Erste Gefühle zur aktuellen Schwangerschaft

Die größten Unterschiede zwischen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch und Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entscheiden, zeigen sich in ihrer ersten spontanen Reaktion auf die Schwangerschaft bzw. in ihrer retrospektiven Einschätzung dieser Reaktion; dies wird verständlich, wenn man die außergewöhnliche Intensität berücksichtigt, mit der die Frauen über dieses Ereignis berichten.

In der vorliegenden Studie haben wir die Frauen in Form einer offenen Frage befragt: drei Viertel der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entscheiden, äußern spontan große **Freude**, Glück, Stolz und das Gefühl der Erfüllung eines Wunsches (Tabelle 18). Nur wenige der Frauen in den beiden Gruppen, 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, Selbstvorwürfen und Depression geprägt - bei Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch mit der medikamentösen Methode entscheiden in stärkerem Ausmaß als bei Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch entscheiden.

Die Ängste der Frauen, die sich für ein *Fortsetzen der Schwangerschaft* entscheiden, 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.

Stark geprägt sind die Berichte über die erste emotionale Reaktion auf das Mitteilen der Schwangerschaft auch von Gedanken daran, ob die **eigene soziale Situation**, d.h. die finanzielle, berufliche und partnerschaftliche Lage tragfähig genug ist, um für ein Kind sorgen zu können - besonders bei Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden (etwa bei einem Viertel der Frauen) und in geringerem Ausmaß bei Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden.

Tabelle 18. Erste Gefühle zur aktuellen Schwangerschaft (offene Frage, Mehrfachantworten)

	CHIR n=259 von 350 (74 Prozent)		MED n=171 von 227 (75 Prozent)		GEB n=332 von 400 (83 Prozent)	
	n	%	n	%	n	%
Freude, Glück, Stolz, Erfüllung eines Wunsches	24	9	7	4	248	75
Schock, Panik, Entsetzen, Verzweiflung, Hilflosigkeit	65	25	50	29	18	5
Angste	48	19	59	35	58	17
Trauer	10	4	19	11	-	-
Selbstvorwürfe, Depression	27	10	40	23	-	-
Angst vor Zukunft, Verantwortung, Veränderung	-	-	-	-	18	5
Angst vor Fehlgeburt, Krankheit des Kindes	-	-	-	-	22	7
Weinen, Weinkrämpfe	10	4	6	4	3	1
spontane Ablehnung, sofort Entscheidung zum Abbruch	18	7	5	3	-	-
Arger, Zorn, Wut, Frustration	20	8	29	17	-	-
Ambivalenz, Unsicherheit, Ratlosigkeit, Verwirrung, Zweifel, Nachdenklichkeit, positive und negative Gefühle gleichzeitig	50	19	12	7	41	12
Überraschung, Erstaunen, Nicht-Glauben-Können	31	12	27	16	31	9
Gedanken an eigene soziale Situation: Finanzen, Arbeitsplatz, Partnerschaft, Eltern, Sorgen um bereits vorhandene Kinder, zu alt, zu jung, falscher Zeitpunkt, ..	58	22	44	26	25	8
Gelassenheit, keine Gefühle	10	4	10	6	1	1

Zu ihren ersten Gefühlen nach der Mitteilung der Schwangerschaft wurden Frauen auch mittels eines 7-stufigen semantischen Differentials befragt (Abbildung 22, Tabelle 19).

Wie schon bei der offenen Frage dazu zu sehen war, gibt es sehr große Unterschiede in der ersten Reaktion zwischen Frauen, die sich für einen Abbruch und Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden. Aber auch zwischen den beiden Gruppen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, gibt es statistisch signifikante Unterschiede:

- Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben, reagieren deutlich negativer auf die Mitteilung der Schwangerschaft - mit stärkerer **Panik**, größerem **Schock** und mehr **Scham**.
- Frauen, die sich für die *chirurgische* Methode entschieden haben, zeigen als erste Reaktion auf die Schwangerschaft statistisch signifikant häufiger **Ambivalenz**.
- Kein statistisch signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den beiden Gruppen von Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben, hinsichtlich der Angst vor der Reaktion des Partners und der Angst vor der Mutterschaft.

Insgesamt stimmen die Tendenzen des semantischen Differentials mit den von den Frauen in der offenen Frage geäußerten Emotionen gut überein.

Abbildung 22. Erste Gefühle zur Schwangerschaft (7-stufige Skala)

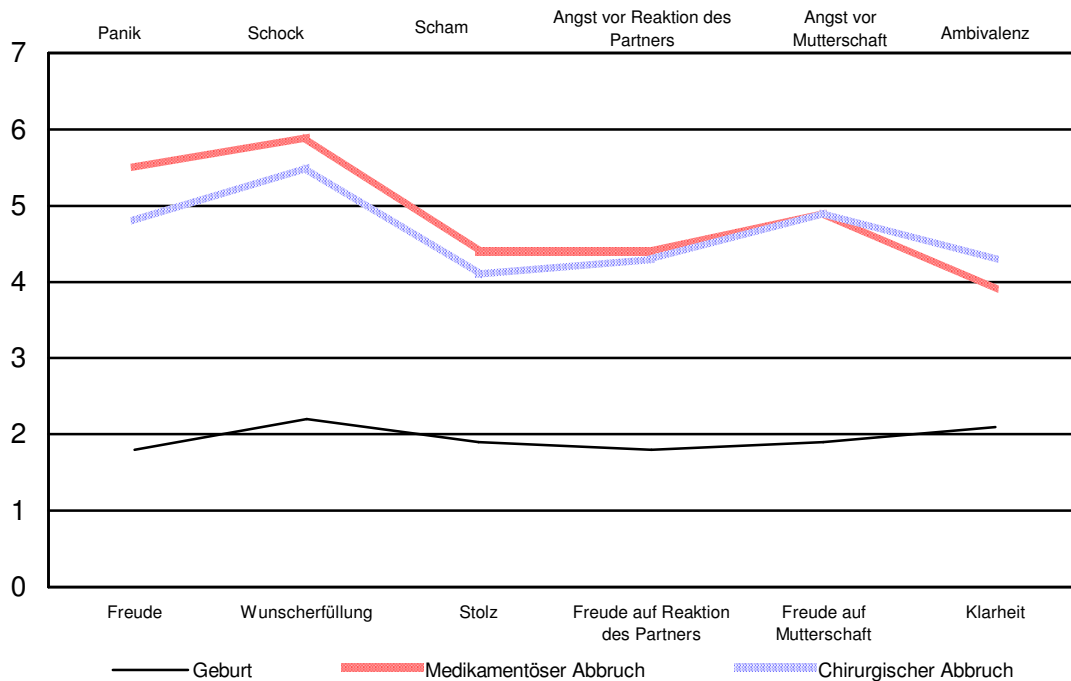


Tabelle 19. Erste Gefühle zur Schwangerschaft

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean diff	sign. Prob.	Mean diff	sign. Prob.	Mean diff	sign. Prob.
Erste Gefühle zur Schwangerschaft (Skala 0-7)												
Freude / Panik	4,8	1,7	5,5	1,6	1,8	1,3	-0,7	.000	3,1	.000	3,7	.000
Wunsch erfüllt / Schock	5,5	1,4	5,9	1,3	2,2	1,8	-0,4	.010	3,3	.000	0,4	.000
Stolz / Scham	4,1	1,3	4,4	1,3	1,9	1,2	-0,3	.014	2,2	.000	0,3	.000
Freude / Angst - Partner	4,3	1,4	4,4	1,1	1,8	1,3	-0,1	.391	2,5	.000	2,6	.000
Freude / Angst vor Mutterschaft	4,9	1,5	4,9	1,4	1,9	1,5	9,6	.995	3,0	.000	3,0	.000
Klarheit / Ambivalenz	4,3	2,1	3,9	2,3	2,1	1,6	0,4	.037	2,2	.000	1,8	.000

5.3.2. Erste Entscheidungstendenzen zur Schwangerschaft

Die ersten Entscheidungstendenzen für oder gegen die aktuelle Schwangerschaft verlaufen für Frauen aus den beiden Gruppen, die sich für einen *Schwangerschaftsabbruch* entschieden haben, ähnlich (Abbildung 23, Tabelle 20):

- etwa 40 Prozent sind sofort sicher, die Schwangerschaft abubrechen,
- zwischen 18 und 24 Prozent haben zumindest an einen Abbruch gedacht und weitere
- 33 bis 40 Prozent sind ambivalent.

Hingegen geben nur 18 Prozent der Frauen, die sich für die *Schwangerschaft* entschieden haben, eine ambivalente Haltung zur Frage des Fortsetzens der Schwangerschaft an.

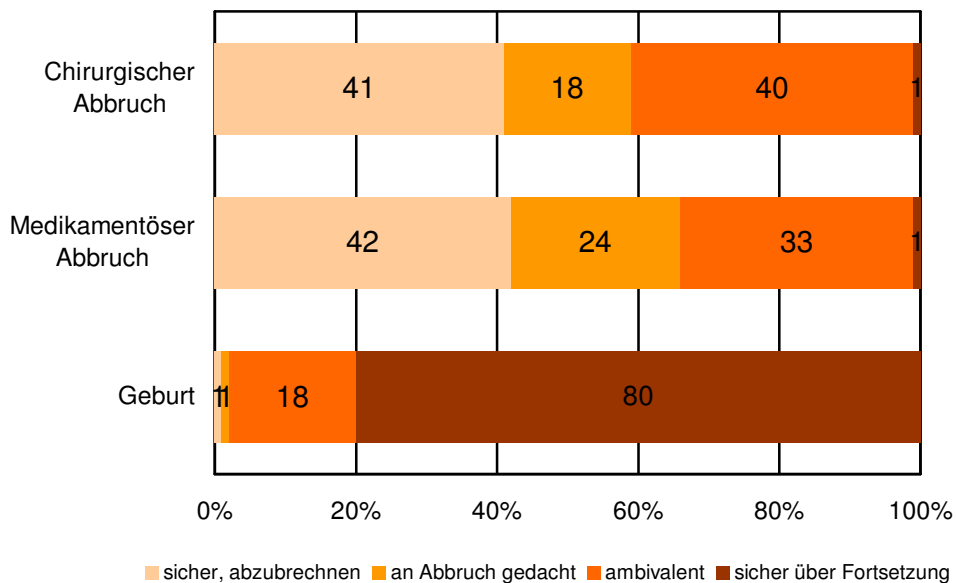


Abbildung 23. Erste Entscheidungstendenzen nach Erfahren der Schwangerschaft

5.3.3. Erste Reaktion des Partners auf die aktuelle Schwangerschaft

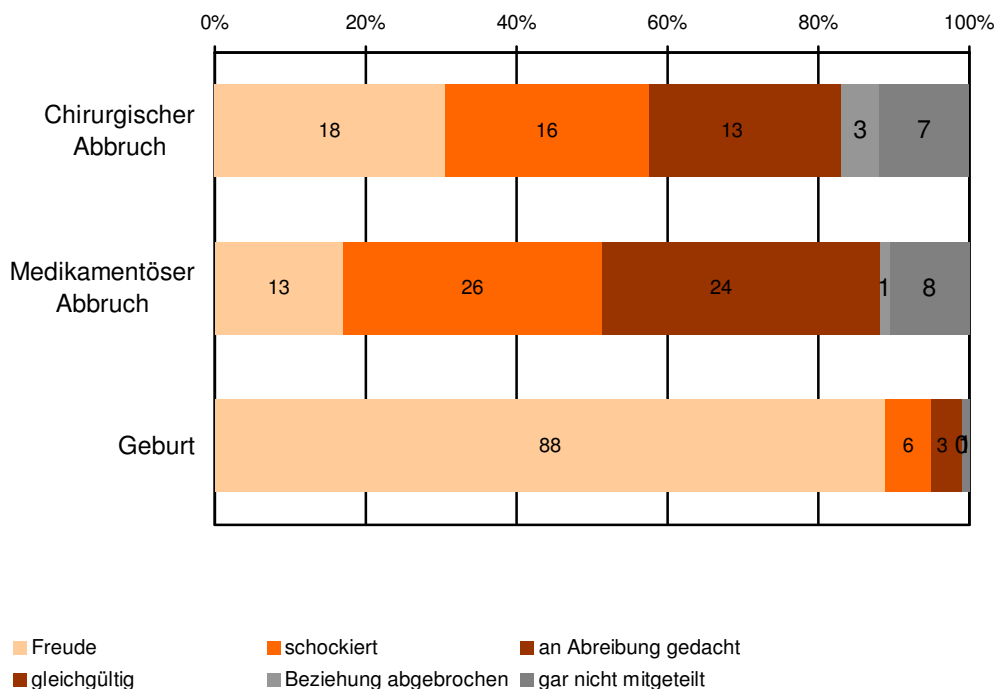
Die Beschreibung der Reaktion des Partners durch die Frauen unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen befragten Gruppen (Abbildung 24, Tabelle 20).

Frauen, die mit der *medikamentösen* Methode abbrechen, berichten häufiger (ein Viertel von ihnen), dass ihr Partner **schockiert** war und **an Abbruch gedacht** hat als Frauen aus den beiden anderen Gruppen (16 und 6 Prozent).

Immerhin 18 bzw. 13 Prozent der Partner in allen befragten Gruppen von Frauen reagierten auf die Mitteilung der Schwangerschaft mit **Freude** (laut Angaben der Frauen). Partner, die der Mitteilung der Schwangerschaft **gleichgültig** gegenüberstehen oder gar die Beziehung aufgrund dieser Mitteilung **abgebrochen** haben, sind die Ausnahme (1 bis 4 Prozent).

7 Prozent der Frauen, die sich für einen chirurgischen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und 8 Prozent der Frauen, die mit der medikamentösen Methode abgebrochen haben, haben ihrem Partner die Schwangerschaft gar **nicht mitgeteilt**.

Abbildung 24. Erste Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft



5.3.4. Einfluss des Partners auf die Entscheidung

Ein Großteil der Frauen, die sich für das Fortsetzen der *Schwangerschaft* entschieden hat, hat dies in Übereinstimmung mit dem Partner getan (97 Prozent). (Abbildung 25, Tabelle 20).

Die Übereinstimmung mit dem Partner war bei der Entscheidung zum *Schwangerschaftsabbruch* geringer; nur 79 Prozent der Frauen haben diesen Entschluss gemeinsam mit dem Partner gefasst:

- 11 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch und
- 15 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch geben an, den Entschluss ohne das Wissen ihres Partner gefasst zu haben.

Abbildung 25. Einfluss des Partners auf die Entscheidung

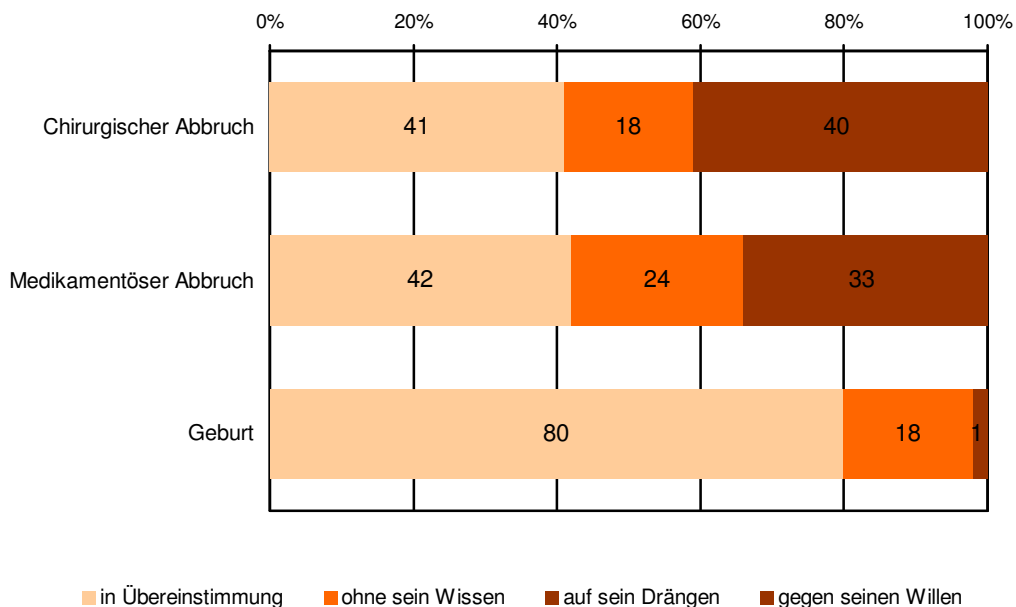


Tabelle 20. Erste Handlungstendenzen, erste Reaktion des Partners, Einfluss des Partners auf die Entscheidung

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
Erste Handlungstendenzen												
sicher, abzubrechen	131	41	94	42	2	1	5,7	.225	489,7	.000	428,5	.000
an Abbruch gedacht	56	18	54	24	2	1						
ambivalent	128	40	70	33	71	18						
sicher über Fortsetzung	3	1	1	1	307	80						
Erste Reaktion - Partner												
Freude	61	18	28	13	79	88	3,2	.075	359,1	.000	341,2	.000
schockiert	54	16	58	26	23	6	8,2	.044	19,8	.000	50,0	.000
an Abtreibung gedacht	44	13	54	24	10	3	11,4	.001	29,0	.000	70,9	.000
gleichgültig	6	2	9	4	4	1	2,6	.106	0,762	.383	6,2	.013
Beziehung abgebrochen	9	3	2	1	0	0	2,2	.138	10,5	.001	3,5	.061
gar nicht mitgeteilt	23	7	18	8	2	1	.302	.582	21,7	.000	25,7	.000
Einfluss des Partners auf die Entscheidung												
in Übereinstimmung	131	41	94	42	2	80	3,6	.306	28,8	.000	28,9	.000
auf sein Drängen	56	18	54	24	2	18						
gegen seinen Willen	128	40	70	33	71	1						
ohne sein Wissen	3	1	1	1	307	1						

5.3.5. Sicherheit der Entscheidung: Zeitpunkt 1 - Zeitpunkt 2

Etwa die Hälfte der Frauen mit der Absicht, die Schwangerschaft abzubrechen, waren **zum Zeitpunkt der Entscheidung** sicher, dass es die **richtige Entscheidung** ist. Ein weit größerer Anteil der Frauen, die sich für die Geburt entscheiden, sind von ihrer Entscheidung überzeugt (80 Prozent) (Abbildung 26, Tabelle 21).

Drei Monate nach der Entscheidung hat bei allen hier befragten Gruppen von Frauen die **Entscheidungssicherheit zugenommen**, bei Frauen, die den Abbruch mit der medikamentösen Methode gewählt hatten, am stärksten. Zum Zeitpunkt der Entscheidung war für 51 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch die Entscheidung eindeutig, drei Monate nach dem Abbruch waren es 71 Prozent.

Wie sich schon bei der Analyse der ersten Reaktion auf die Schwangerschaft gezeigt hat (Kapitel 5.3.), ist das Ausmaß an **Amivalenz** bei Frauen, die sich für einen chirurgischen Abbruch entschieden haben, am größten; aber auch bei diesen Frauen nimmt die Entscheidungssicherheit zu: für 43 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch war zum Zeitpunkt der Entscheidung der Entschluss eindeutig, drei Monate nach der Entscheidung waren 51 Prozent der Frauen sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben.

Abbildung 26. Sicherheit der Entscheidung: Zeitpunkt 1- Zeitpunkt 2

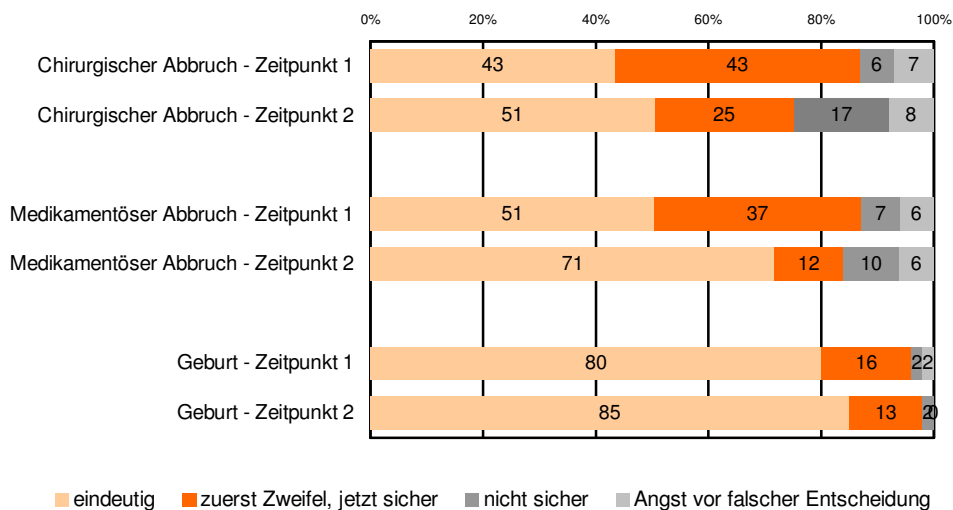


Tabelle 21. Sicherheit der Entscheidung: Zeitpunkt 1 - Zeitpunkt 2

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
Sicherheit der Entscheidung - Zeitpunkt 1												
eindeutig	140	43	111	51	291	80	3,5	.319	102,5	.000	97,2	.000
erst Zweifel, dann sicher	141	43	82	37	58	16						
nicht sicher	21	6	15	7	8	2						
Angst vor falscher Entscheidung	24	7	12	6	6	2						
Sicherheit der Entscheidung - Zeitpunkt 2												
eindeutig	58	51	35	71	123	85	6,1	.105	42,6	.000	15,6	.001
erst Zweifel, dann sicher	28	25	6	12	19	13						
nicht sicher	19	17	5	10	3	2						
Angst vor falscher Entscheidung	9	8	3	6	-	-						

5.4. Schwangerschaftskonfliktberatung

Insgesamt betrachtet ist die **Inanspruchnahme** der Schwangerschaftskonfliktberatung sehr gering und findet zum überwiegenden Teil bei jenen Stellen statt, die auch den Schwangerschaftsabbruch durchführen (Tabelle 22):

- 13 Prozent der Frauen mit chirurgischem Schwangerschaftsabbruch,
- 33 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch und
- 4 Prozent der Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben,

geben an, eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch genommen zu haben.

Die durchschnittliche von den Frauen berichtete **Gesprächsdauer** eines Gesprächs zur Schwangerschaftskonfliktberatung beträgt

- bei Frauen, die sich zu einem chirurgischen Abbruch entschieden haben, 27 Minuten,
- bei Frauen mit medikamentösem Abbruch 38 Minuten und
- bei Frauen, die sich für eine Geburt entschieden haben, 50 Minuten.

Zwei Drittel der Frauen mit chirurgischem Abbruch und jeweils etwa drei Viertel der Frauen mit medikamentösem Abbruch geben an, sich nach dem Beratungsgespräch **besser gefühlt** zu haben.

Etwa zwei Drittel aller drei befragten Gruppen halten das Gespräch für **wichtig**.

Als häufigste Gründe für die **Nichtinanspruchnahme** einer Beratung wird von den Frauen einerseits mitgeteilt, dass eine Beratung nicht notwendig war und weiters geben sie an, von Personen aus dem Freundeskreis beraten worden zu sein

Tabelle 22. Schwangerschaftskonfliktberatung

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.	χ^2 value	sign. Prob.
Inanspruchnahme einer Beratung	45	13	70	33	16	4	28,6	.000	20,2	.000	90,7	.000
Beratungsstelle (offene Frage)												
KH Korneuburg	0	-	53	76	0	-						
Amb. Fleischmarkt	11	24	3	4	0	-						
Familienplanung	9	20	0	-	3	19						
Aktion Leben	0	-	0	-	1	6						
GynäkologIn	3	7	0	-	0	-						
Jugendamt	1	2	1	2	1	6						
anderes	3	7	3	4	6	38						
keine Antwort	18	40	10	14	5	31						
Beratung empfohlen von												
ÄrztIn	24	51	32	43	6	38	0,7	.400	0,9	.348	0,2	.673
Freundin	12	27	13	18	6	38	1,3	.253	0,7	.414	3,0	.082
Kirche	0	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Jugendamt	4	9	1	1	2	13	3,9	.047	0,2	.667	5,1	.024
Presse	2	4	21	29	1	6	10,8	.001	0,1	.760	3,6	.059
Prospekt	1	2	2	3	3	19	0,3	.862	5,3	.022	6,3	.012
selber gekannt	7	16	4	6	0	-	3,3	.067	2,8	.094	0,9	.338
Dauer des Gesprächs - in Minuten												
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff.		Mean diff.		Mean diff.	
	27	33,8	38	20,4	51	25,3	-10,9	.036	-23,6	.003	-12,7	.083
Gefühle nach Gespräch												
besser	29	63	55	71	12	75	0,9	.615	1,9	.394	1,9	.385
schlechter	1	2	1	1	1	6						
gleich	16	35	21	27	3	19						
Wichtigkeit des Gesprächs												
sehr wichtig	22	49	27	36	8	42	2,6	.457	1,8	.605	2,3	.513
wichtig	10	22	17	22	4	21						
nicht wichtig	4	9	9	12	4	21						
ganz unwichtig	9	20	23	30	3	16						
Gründe für Nichtinanspruchnahme einer Beratung												
nicht notwendig	186	72	115	84	303	91	6,6	.010	34,4	.000	4,9	.027
nicht bekannt	14	5	7	6	16	5	0,0	.993	0,1	.725	0,9	.769
von Freunden beraten	80	31	36	28	39	12	0,5	.486	33,9	.000	17,6	.000
Negatives gehört	2	1	2	1	0	-	0,0	.997	2,6	.107	2,6	.106
Stelle zu weit entfernt	4	2	2	2	1	1	0,0	.996	2,7	.099	2,3	.131

5.5. Gründe gegen eine (weitere) Schwangerschaft

In vorangegangenen Studien und Berichten sind die wesentlichsten Motive, warum sich Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, bereits ausführlich gegeneinander abgewogen worden (für den deutschsprachigen Raum v.a. Wimmer-Puchinger, 1982; Holzhauer, 1989). Basierend auf diesen Erkenntnissen haben wir die häufigsten und wichtigsten Motive aufgelistet und die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie befragt, wie wichtig die jeweiligen Motive für ihre persönliche Entscheidung waren.

Die Motive lassen sich in folgende Bereiche zusammenfassen:

- ökonomische und berufliche Motive
- Motive, die in der partnerschaftlichen Situation der Frau begründet sind
- Motive, allgemeine Sorgen, Ängste, Zweifel die Schwangerschaft betreffend

Im folgenden haben wir die Aussagen der Frauen aus den drei hier befragten Gruppen - Frauen mit chirurgischem vs. medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben - gegenübergestellt.

Generell ist zu den Motiven des Schwangerschaftsabbruchs zu sagen, dass sich Frauen, die sich für eine der beiden Methoden des Schwangerschaftsabbruchs - chirurgisch oder medikamentös - entschieden haben, hinsichtlich ihrer Aussagen zu den 21 unterschiedlichen Motiven, die hier vorgegeben wurden, mit nur wenigen Ausnahmen voneinander unterscheiden; es zeigten sich jedoch tendenzielle Unterschiede, die im folgenden beschrieben werden. Die Aussagen der aktuell schwangeren Frauen zu Motiven gegen eine (weitere) Schwangerschaft weichen hier verständlicherweise sehr stark von den beiden anderen Gruppen ab und ihre Zustimmung zu den einzelnen Motiven war generell äußerst gering.

5.5.1. *Ökonomische und berufliche Motive*

(Abbildung 27, Tabelle 24)

Ökonomische und berufliche Motive des Schwangerschaftsabbruches werden insgesamt betrachtet - verglichen mit den anderen Motivgruppen - von allen drei hier befragten Gruppen von Frauen am häufigsten geäußert.

Tendenziell etwas mehr Frauen mit *medikamentösem* Abbruch (etwa drei Viertel: 52 Prozent "sehr" und 22 Prozent "etwas") als Frauen mit *chirurgischem* Abbruch (etwa zwei Drittel: 49 Prozent "sehr", 16 Prozent "etwas") stimmen der Aussage zu, dass **Kinder nicht mit dem Beruf vereinbar** sind, aber nur 19 Prozent (7 Prozent "sehr", 12 Prozent "etwas") der Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzen, bejahen diese Aussage.

Der Meinung, dass Kinder daran **hindern, das Leben zu genießen**, sind mehr als die Hälfte der Frauen die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (*chirurgischer* Abbruch: 34 Prozent "sehr", 23 Prozent "etwas"; *medikamentöser* Abbruch: 28 Prozent "sehr", 27 Prozent "etwas"), aber nur wenige Frauen, die sich für eine Schwangerschaft entschieden haben (3 Prozent "sehr", 10 Prozent "etwas").

Dass die **Wohnverhältnisse** nicht für ein (weiteres) Kind geeignet sind, äußern 46 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch (31 Prozent "sehr", 15 Prozent "etwas") und 41 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch (28 Prozent "sehr", 18 Prozent "etwas"), aber nur 18 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben (8 Prozent "sehr", 10 Prozent "etwas") .

Wiederum tendenziell etwas mehr Frauen mit *medikamentösem* Abbruch als Frauen mit *chirurgischem* Abbruch haben **Angst, die finanzielle Unabhängigkeit zu verlieren** (48 vs. 40 Prozent - 18 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben).

Für 10 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch, 18 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch und 11 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, ist der fehlende **Anspruch auf Karenzgeld** ein möglicher Entscheidungsgrund gegen eine (weitere) Schwangerschaft.

5.5.2. Motive, die in der Partnerschaft begründet sind

(Abbildung 28, Tabelle 25)

Im Bereich der Motive einer Entscheidung für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft, die in der familiären bzw. partnerschaftlichen Situation der Frauen begründet sind, ist das am häufigsten genannte Motiv die **mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung** (*medikamentöser* Abbruch: 48 Prozent, davon 35 "sehr", 11 "etwas", *chirurgischer* Abbruch: 38 Prozent, davon 27 "sehr", 11 "etwas"; *Schwangerschaft*: 9 Prozent "sehr", 8 Prozent "etwas").

Häufig wird auch das Motiv genannt, dass die **Arbeitsteilung mit dem Partner** nicht funktioniere (*medikamentöser* Abbruch: 40 Prozent, davon 28 "sehr", 12 "etwas"; *chirurgischer* Abbruch: 36 Prozent, davon 23 "sehr", 13 "etwas"; *Schwangerschaft*: 2 Prozent "sehr", 9 Prozent "etwas").

Mehr als ein Drittel der Frauen mit medikamentösem Abbruch (25 Prozent "sehr", 14 Prozent "etwas") und 30 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch (17 Prozent "sehr", 13 Prozent "etwas") geben an, dass **ihr Partner gegen das Kind** ist. Auf nur 3 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, trifft diese Aussage zu.

Jeweils 28 Prozent der Frauen aus den beiden Gruppen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, stimmen der Aussage zu: **"Kein Kind von diesem Mann."** Wiederum nur 3 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben, bejahen diese Aussage.

Die **Trennung vom Partner** als Motiv gegen eine (weitere) Schwangerschaft geben 22 Prozent der Frauen mit medikamentösem und 21 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch an, aber nur 3 Prozent der Frauen, die sich für die Schwangerschaft entschieden haben.

Als Tendenz in den Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, zeigte sich, dass Frauen, die sich für einen *medikamentösen* Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, generell *häufiger* allen hier angeführten Motiven, die in Partnerschaft und Familie begründet sind, zustimmen.

5.5.3. *Motive: Sorgen, Ängste, Zweifel, prinzipielle Ablehnung*

(Abbildung 29, Tabelle 26)

Ein von allen Frauen sehr häufig genanntes Motiv - auch von den Frauen, die sich für ein Austragen der Schwangerschaft entschieden haben, ist jenes, sich **Sorgen um die Zukunft der Kinder** zu machen (chirurgischer Abbruch: 57 Prozent, davon 41 "sehr", 16 "etwas"; medikamentöser Abbruch: 49 Prozent, davon 30 "sehr", 19 "etwas"; Geburt: 26 Prozent, davon 10 "sehr", 16 "etwas").

Der Aussage, **prinzipiell keinen Kinderwunsch** zu haben, stimmen 46 Prozent (38 "sehr", 8 "etwas") der Frauen mit chirurgischem Abbruch und 44 Prozent (33 "sehr", 11 "etwas") der Frauen mit medikamentösem Abbruch zu.

Etwa die Hälfte der Frauen mit medikamentösem Abbruch (47 Prozent) und etwas weniger Frauen mit chirurgischem Abbruch (30 Prozent) haben das Gefühl, der **Verantwortung**, ein Kind zu erziehen, nicht gewachsen zu sein.

Insgesamt etwa ein Drittel der Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und tendenziell mehr Frauen mit *chirurgischem* Abbruch (36 Prozent) haben **Angst vor einer Schwangerschaft und vor der Geburt** als Frauen mit *medikamentösem* Abbruch (32 Prozent).

Frauen mit *chirurgischem* Abbruch fühlen sich tendenziell häufiger **zu alt** (30 Prozent) oder **zu jung** (21 Prozent) für ein Kind als Frauen mit *medikamentösem* Abbruch, von denen sich 17 Prozent zu alt und 16 Prozent zu jung für ein Kind empfinden. Tatsächlich sind in der Gruppe der Frauen mit chirurgischem Abbruch im Vergleich häufiger Frauen unter 25 (22 Prozent vs. 12 Prozent bei medikamentösem Abbruch) oder über 40 vertreten (15 Prozent vs. 9 Prozent bei medikamentösem Abbruch).

5.5.4. Zusammenfassung der Motive für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft

Die beiden Gruppen von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, unterscheiden sich hinsichtlich der hier gefragten Motive für bzw. gegen eine Schwangerschaft nicht wesentlich; dennoch sind zahlreiche tendenzielle Unterschiede zu erkennen.

Zusätzliche Information zu den Unterschieden von Frauen, die die medikamentöse oder die chirurgische Methode des Schwangerschaftsabbruchs gewählt haben, erbrachte eine Diskriminanzanalyse der einzelnen Motive zwischen den beiden Gruppen (Tabelle 23).

An oberster Stelle der Motive, die die Gruppen differenzieren, stehen jene, die sich auf **Partnerschaft und Berufstätigkeit** beziehen. - Alle diese Motive sind bei Frauen, die die **medikamentöse Methode** gewählt haben, stärker ausgeprägt. Stärkste Motive im Bereich der Partnerschaft sind: "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 in der Gruppe der Frauen mit medikamentösem Abbruch stärker ausgeprägt.

Erst nach den partnerschafts- und berufsbezogenen Motive folgen die **ökonomischen Motive**: ein Kind würde zu hohe Kosten verursachen, die Wohnverhältnisse sind für ein Kind nicht geeignet - beides Motive, die in der Gruppe der Frauen mit **chirurgischem Abbruch** höhere Zustimmung finden. Ebenso sind die Motive **zu alt / zu jung** für ein Kind zu sein in der Gruppe mit chirurgischem Abbruch stärker ausgeprägt, die ja tatsächlich den größten Anteil eher junger und eher älterer Frauen aufweist.

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Motive für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft sagen, dass die Unterschiede zwischen den beiden hier befragten Gruppen von Frauen mit chirurgischem oder medikamentösem Schwangerschaftsabbruch nicht sehr groß sind. Dennoch lässt sich die Tendenz erkennen, dass bei Frauen mit *medikamentösem Abbruch* eher *partnerschaftliche und berufsbezogene Motive* im Vordergrund stehen, bei Frauen mit *chirurgischem Abbruch* im Gegensatz dazu eher *ökonomische Motive* relevant sind.

Tabelle 23. Diskriminanzanalyse der Motive für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft

	CHIR/MED		CHIR +MED/ GEB	
	SCDC	Rang- platz	SCDC	Rang- platz
Partner ist gegen Kind	-.47	1	.29	3
Kinder nicht mit Berufstätigkeit (Ausbildung) vereinbar	.37	2	.39	2
keine Unterstützung bei Betreuung, Erziehung des Kindes	-.36	3	.05	12
Familie ist gegen Kind	-.34	4	-.02	17
Kind würde zu hohe Kosten verursachen	.31	5	.06	11
Wohnverhältnisse nicht geeignet	.29	6	-.01	19
zu alt für ein Kind	.28	7	.01	18
keine Partnerschaft	.25	8	.11	9
zu jung für ein Kind	.24	9	.20	5
Angst vor Schwangerschaft und Geburt	.21	10	.01	20
Kinder hindern, das Leben zu genießen	-.15	11	.17	6
Arbeitsteilung mit Partner funktioniert nicht	-.14	12	.03	16
schwanger infolge sexuellen Missbrauchs	.11	13	-.05	13
kein Anspruch auf Karenzgeld	.10	14	.05	14
kein Kind von diesem Mann	.09	15	.22	4
prinzipiell kein Kinderwunsch	-.08	16	.51	1
Trennung vom Partner geplant	.06	17	.09	10
der Verantwortung, Kinder großzuziehen, nicht gewachsen	.04	18	.14	7
Sorgen über die Zukunft der Kinder	.03	19	-.00	21
Gesundheitszustand erlaubt kein Kind	-.02	20	.12	8
Angst vor Verlust der finanziellen Unabhängigkeit	-.00	21	-.03	15
Korrekte Klassifikation (Prozent)	63 / 69		80 / 91	
Kanonischer Korrelationskoeffizient	.34**		.72***	
Anteil der erklärten Varianz (Prozent)	11		52	
SCDC = Standardisierte Kanonische Diskriminanzkoeffizienten Signifikanzprüfung: * p<.05 **p<.01 *** p<.001				

Abbildung 27. Ökonomische und berufliche Motive (Skalen-Mittelwerte, 0-3)

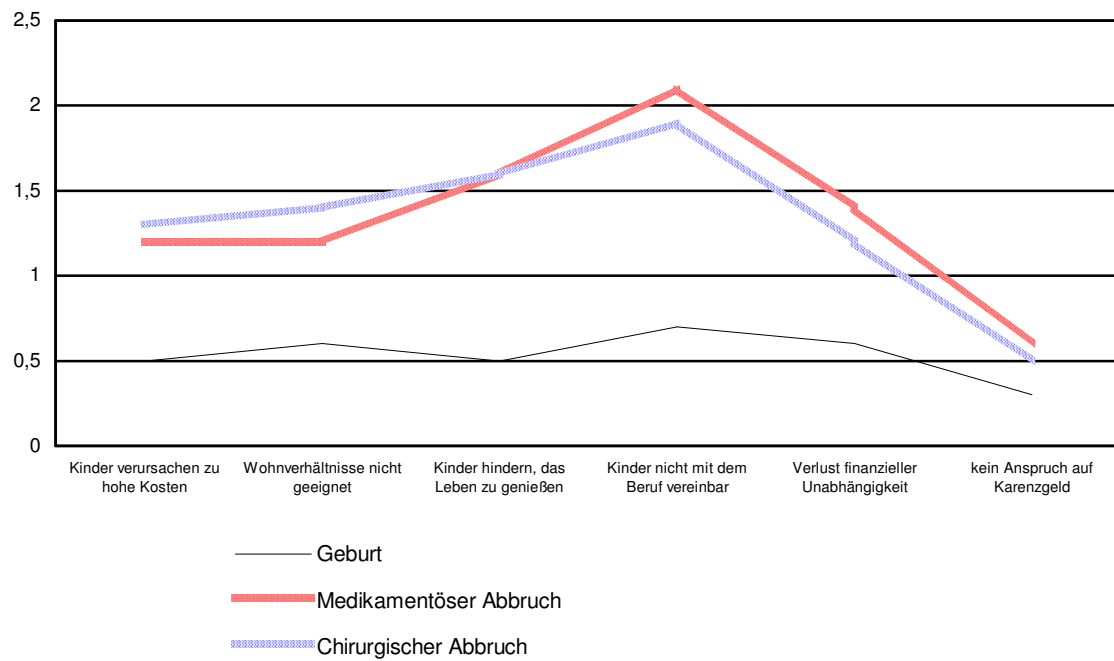


Abbildung 28. Motive: Partnerschaft (Skalen-Mittelwerte, 0-3)

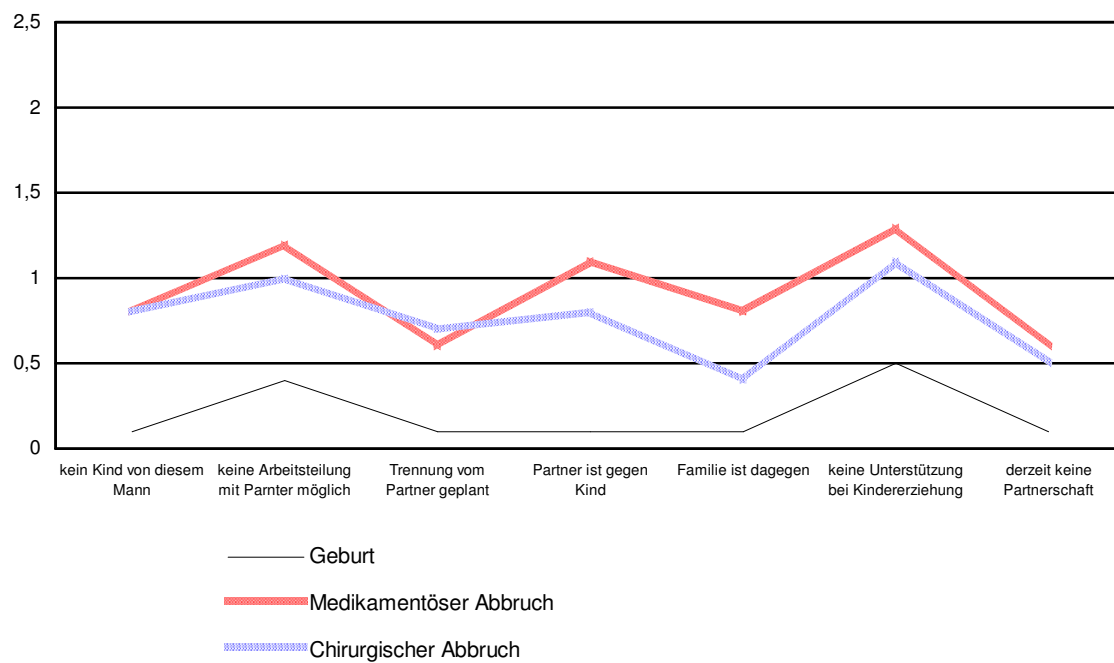


Abbildung 29. Motive: Allgemeine Sorgen, Ängste, Zweifel, prinzipielle Ablehnung (Skalen-Mittelwerte, 0-3)

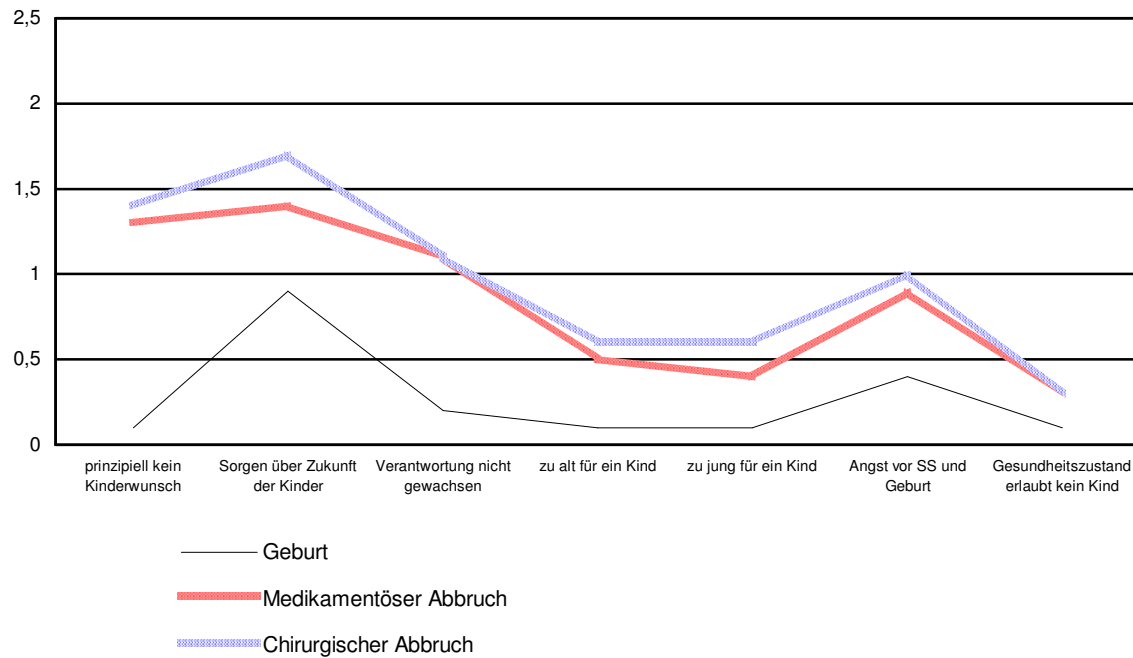


Tabelle 24. Ökonomische und berufliche Motive

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Kinder verursachen zu hohe Kosten												
sehr	76	28	45	23	10	3	2,3	.518	87,5	.000	66,7	.000
etwas	41	15	37	19	39	11						
kaum	40	15	27	14	64	18						
gar nicht	119	43	90	45	236	68						
Wohnverhältnisse nicht geeignet												
sehr	89	31	45	23	26	8	4,3	.226	73,5	.000	38,5	.000
etwas	43	15	35	18	36	10						
kaum	44	15	32	16	57	16						
gar nicht	109	38	86	43	228	66						
Kinder hindern, das Leben zu genießen												
sehr	93	34	55	28	11	3	5,1	.163	147,1	.000	128,6	.000
etwas	63	23	52	27	36	10						
kaum	43	16	42	22	78	22						
gar nicht	79	28	46	24	227	65						
Kinder nicht mit Beruf vereinbar												
sehr	141	49	102	52	23	7	5,8	.124	168,2	.000	182,9	.000
etwas	45	16	43	22	41	12						
kaum	31	11	19	10	78	22						
gar nicht	71	25	34	17	208	59						
Verlust finanzieller Unabhängigkeit												
sehr	76	27	56	28	32	9	6,7	.084	43,8	.000	60,9	.000
etwas	37	13	39	20	30	9						
kaum	35	12	30	15	51	15						
gar nicht	134	48	74	37	235	68						
Kein Anspruch auf Karenzgeld												
sehr	40	15	33	17	32	9	7,5	.058	6,4	.094	10,7	.013
etwas	8	3	3	2	6	2						
kaum	12	4	1	1	11	3						
gar nicht	215	78	156	81	298	86						

Tabelle 25. Motive: Partnerschaft (Skalen-Mittelwerte, 0-3)

	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Kein Kind von diesem Mann												
sehr	55	20	37	19	8	2	0,1	.966	104,9	.000	95,5	.000
etwas	19	7	14	7	1	1						
kaum	24	9	17	9	4	1						
gar nicht	183	65	129	66	337	96						
Keine Arbeitsteilung mit Partner												
sehr	64	23	54	28	8	2	2,9	.410	72,2	.000	86,7	.000
etwas	35	13	23	12	30	9						
kaum	27	10	12	6	39	11						
gar nicht	151	55	102	53	268	78						
Trennung vom Partner geplant												
sehr	41	15	24	13	7	2	2,6	.458	69,8	.000	64,6	.000
etwas	15	6	17	9	2	1						
kaum	25	9	15	8	9	3						
gar nicht	194	71	135	71	332	95						
Partner ist gegen Kind												
sehr	46	17	48	25	7	2	5,7	.128	100,2	.000	133,7	.000
etwas	36	13	28	14	3	1						
kaum	22	8	14	7	12	3						
gar nicht	174	63	104	54	329	94						
Familie ist gegen Kind												
sehr	21	8	20	10	5	1	4,5	.214	29,4	.000	37,5	.000
etwas	18	6	8	4	5	1						
kaum	15	5	17	9	11	3						
gar nicht	226	81	147	77	328	94						
Keine Unterstützung bei Kindererziehung												
sehr	77	27	69	35	31	9	4,7	.199	40,5	.000	64,2	.000
etwas	31	11	22	11	27	8						
kaum	30	7	23	8	47	9						
gar nicht	161	56	92	47	261	75						
Keine Partnerschaft												
sehr	37	13	28	15	5	1	0,3	.957	44,7	.000	48,6	.000
etwas	10	4	8	4	3	1						
kaum	8	3	6	3	4	1						
gar nicht	223	80	150	78	334	97						

Tabelle 26. Motive: Allgemeine Sorgen, Ängste, Zweifel, prinzipielle Ablehnung

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		GEB n=400		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	n	%	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.	χ^2 value	sign. prob.
Prinzipiell kein Kinderwunsch												
sehr	113	38	67	33	7	2	2,0	.564	179,3	.000	154,3	.000
etwas	25	8	23	11	6	2						
kaum	17	6	13	6	8	2						
gar nicht	143	48	100	49	330	94						
Sorgen über Zukunft der Kinder												
sehr	119	41	61	30	37	10	6,0	.110	84,9	.000	39,3	.000
etwas	46	16	38	19	56	16						
kaum	38	13	34	17	78	22						
gar nicht	90	31	70	35	184	52						
Verantwortung nicht gewachsen												
sehr	68	24	44	22	10	3	1,6	.662	113,1	.000	96,4	.000
etwas	36	13	30	15	10	3						
kaum	45	16	25	13	33	9						
gar nicht	138	48	100	50	298	85						
Zu alt für ein Kind												
sehr	44	15	16	8	5	1	8,8	.033	51,9	.000	37,7	.000
etwas	14	5	17	9	6	2						
kaum	18	6	18	9	17	5						
gar nicht	210	73	145	74	322	92						
Zu jung für ein Kind												
sehr	38	14	12	6	1	1	7,7	.053	62,3	.000	31,9	.000
etwas	20	7	19	10	14	4						
kaum	16	6	9	5	7	2						
gar nicht	199	73	149	79	326	94						
Angst vor Schwangerschaft/Geburt												
sehr	66	24	29	15	17	5	7,7	.054	53,8	.000	29,7	.000
etwas	33	12	34	17	29	8						
kaum	29	10	17	9	39	11						
gar nicht	153	54	115	59	265	76						
Gesundheitszustand erlaubt kein Kind												
sehr	13	5	7	4	5	1	0,7	.863	18,6	.000	11,5	.010
etwas	12	4	9	5	5	1						
kaum	18	6	10	5	8	2						
gar nicht	237	85	170	87	332	95						
Schwanger infolge von Vergewaltigung												
sehr	1	1	1	1	1	1	3,7	.295	7,0	.071	0,4	.893
etwas	2	1	1	1	1	1						
kaum	5	2	-	-	-	-						
gar nicht	270	97	194	99	349	99						

5.6. Kriterien der Wahl der medizinischen vs. der chirurgischen Methode des Schwangerschaftsabbruchs

Um zu einer Aussage zu gelangen, ob Frauen mit der jeweils gewählten Methode zufrieden sind und wie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden im Detail beurteilt werden, wurden folgende Aspekte berücksichtigt:

1. die vergleichende Beurteilung der **Vor und Nachteile** der jeweiligen Methode anhand von Kriterien, die die Analyse der Fachliteratur (Kapitel 3.2.) ergeben haben: z. B. die Beurteilung des Narkoserisikos, des Risikos für nachfolgende Schwangerschaften, der aktiven Beteiligung der Frau während des Eingriffs, u.a.
2. die **Zufriedenheit mit der praktischen Durchführung** der jeweils gewählten Methode (Zufriedenheit mit Information und Aufklärung durch das Personal, u.a.)
3. die **Tendenz zur Wiederwahl** der Methode (unmittelbar nach dem Abbruch und drei Monate danach)

5.6.1. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches

Die Kriterien für die Beurteilung der Vor- und Nachteile der jeweils gewählten Methode durch die Frauen wurden anhand der in der Fachliteratur zu den ersten Anwendungsbeobachtungen der medikamentösen Methode berichteten Merkmale (siehe Kapitel 3.2.) erstellt. Die Frauen wurden gebeten, ihr Urteil abzugeben hinsichtlich des Narkoserisikos, des Risikos für nachfolgende Schwangerschaften, der Rolle der aktiven Beteiligung der Frau während des Abbruchs, der Bewährtheit der Methode, der Sicherheit und Unkompliziertheit des Eingriffs, der mit dem Eingriff verbundenen Schmerzen und Blutungen, der Natürlichkeit des Eingriffs und der Kosten.

Als Grundtendenz der Ergebnisse ist zu sehen, dass sich die Beurteilung der Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches in beinahe allen vorgegebenen Bewertungskriterien statistisch signifikant zwischen den Frauen mit chirurgischem und medikamentösem Abbruch unterscheiden (Abbildung 30, Tabellen 27 und 28). - Die Ergebnisse im einzelnen:

Die Tatsache, dass beim *medikamentösen* Abbruch keine **Narkose** erforderlich ist, wird von allen Frauen (99 Prozent "sehr", 1 Prozent "etwas") der Gruppe, die sich für diese Methode entschieden hat, als Vorteil gesehen.

88 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch (73 Prozent "sehr" und 15 Prozent "etwas") sehen in der Narkose einen Vorteil der chirurgischen Methode.

Ein **geringes Risiko für nachfolgende Schwangerschaften** wird von 99 Prozent der Frauen, die sich für einen *medikamentösen* Abbruch entschieden haben (91 Prozent "sehr", 8 Prozent "etwas") als ein Vorteil genannt, aber auch von 84 Prozent der Frauen, die sich für die *chirurgische* Methode entschieden haben (55 Prozent "sehr", 29 Prozent "etwas").

Dass beim *chirurgischen* Abbruch **keine aktive Beteiligung** notwendig ist, empfinden 97 Prozent (89 Prozent "sehr", 8 Prozent "etwas") 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** als Vorteil (81 Prozent: 54 "sehr", 27 "etwas").

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. Nicht ganz so viele 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 (11 Prozent "sehr", 27 Prozent "etwas") der Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben, finden die damit verbundenen **Schmerzen** als Nachteil, aber nur 7 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch finden die Schmerzen beim Eingriff als Nachteil.

Ebenso finden 33 Prozent (6 Prozent "sehr", 27 Prozent "etwas") 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.

83 Prozent der Frauen mit *medikamentösem* Abbruch (55 Prozent "sehr", 28 Prozent "etwas") und 67 Prozent der Frauen mit *chirurgischem* Abbruch (33 Prozent "sehr" und 34 Prozent "etwas") empfinden die jeweils gewählte Methode als **natürlichen Eingriff**.

Die **Kosten** der jeweils gewählten Methode werden nahezu ident - in jeder der beiden Gruppen von mehr als 56 Prozent der Frauen - als negativ beurteilt (20 Prozent "sehr", 36 Prozent "etwas").

Abbildung 30. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruchs - Top Ten

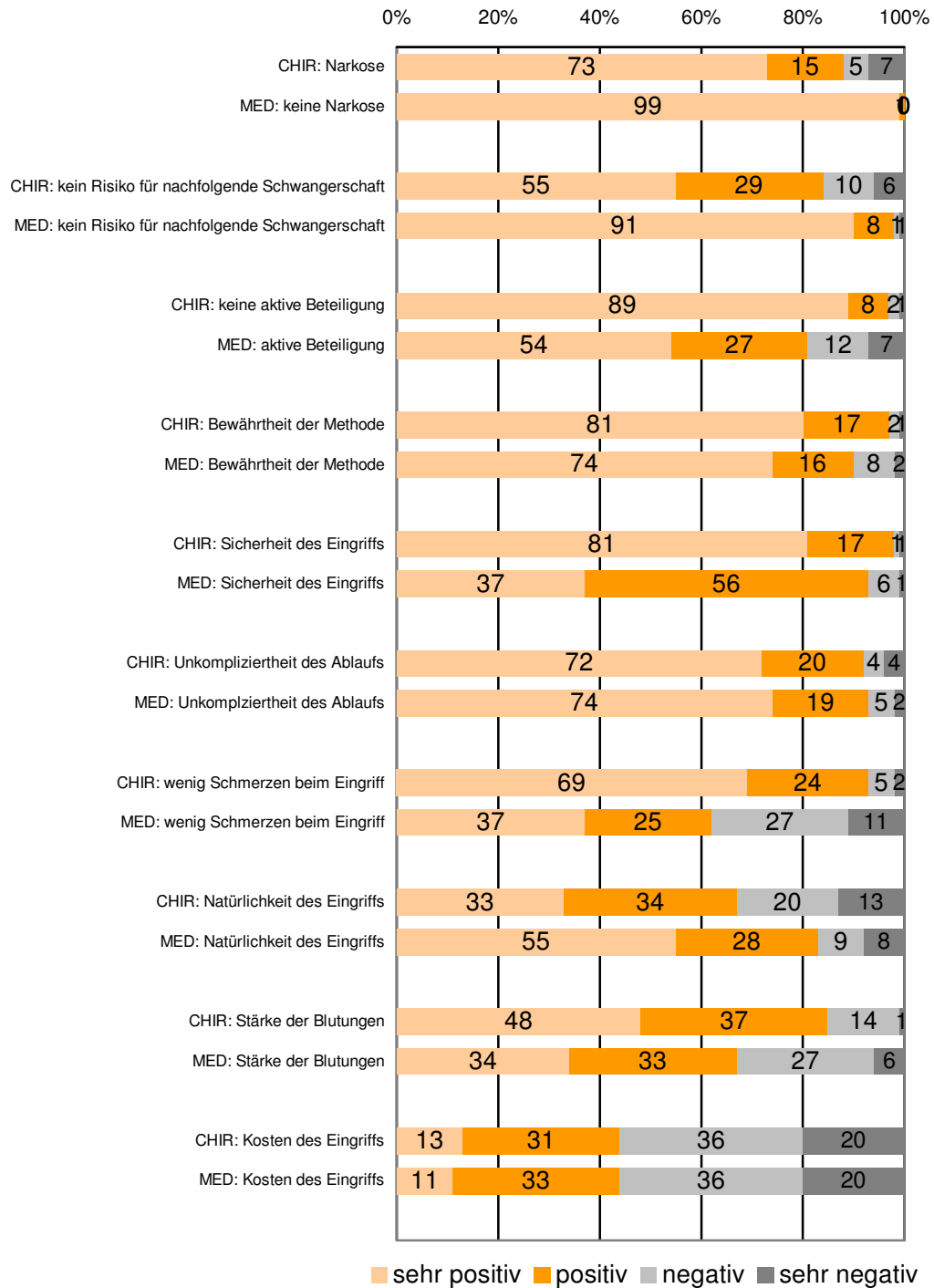


Tabelle 27. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches (1)

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		CHIR/ MED	
	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.
CHIR: Narkose / MED: keine Narkose					61,4	.000
großer Vorteil	214	73	216	99		
Vorteil	44	15	6	1		
Nachteil	16	5	-	-		
großer Nachteil	19	7	-	-		
Sicherheit des Funktionierens des Eingriffs					100,5	.000
sehr sicher	225	81	78	37		
sicher	46	17	119	56		
unsicher	4	1	12	6		
sehr unsicher	2	1	2	1		
Risiko für nachfolgende Schwangerschaften					72,8	.000
sehr hoch	16	6	2	1		
hoch	25	10	1	1		
gering	77	29	17	8		
sehr gering	144	55	190	91		
Schmerzen beim Eingriff					80,8	.000
sehr stark	6	2	23	11		
stark	14	5	55	27		
gering	68	24	51	25		
sehr gering	200	69	76	37		
Natürlichkeit des Ablaufs des Eingriffes					26,6	.000
sehr unnatürlich	35	13	31	8		
unnatürlich	54	20	19	9		
natürlich	95	34	59	28		
sehr natürlich	92	33	116	55		
Blutungen					22,2	.000
viel zu stark	3	1	10	6		
zu stark	39	14	46	27		
nicht zu stark	100	37	56	33		
überhaupt nicht zu stark	131	48	58	34		
Bewährtheit der Methode					11,6	.009
großer Vorteil	220	81	150	74		
Vorteil	45	17	32	16		
Nachteil	5	2	17	8		
großer Nachteil	3	1	3	2		
Unkompliziertheit des Ablaufs des Eingriffes					0,7	.881
sehr unkompliziert	205	72	154	74		
unkompliziert	56	20	40	19		
kompliziert	10	4	10	5		
sehr kompliziert	13	4	5	2		

Tabelle 28. Vor- und Nachteile der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches (2)

Zahlen in Prozent	CHIR n=350		MED n=227		CHIR/ MED	
	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.
Kosten der Abtreibung					0,6	.905
sehr günstig	36	13	23	11		
günstig	84	31	67	33		
zu teuer	99	36	72	36		
viel zu teuer	53	20	41	20		
CHIR: keine aktive / MED: aktive Beteiligung					76,2	.000
großer Vorteil	254	89	108	54		
Vorteil	22	8	55	27		
Nachteil	7	2	24	12		
großer Nachteil	4	1	15	7		
Gesetzlicher Zeitraum bis zum Eingriff					250,7	.000
viel zu lang	23	9	175	81		
zu lang	106	42	18	8		
zu kurz	96	38	13	6		
viel zu kurz	28	11	9	4		
Zeitspanne für seelische Bewältigung					10,1	.018
viel zu lang	52	20	19	10		
zu lang	125	49	97	52		
zu kurz	70	27	66	36		
viel zu kurz	9	4	4	2		
CHIR: nicht bewusstes / MED: bewusstes Miterleben					144,4	.000
großer Vorteil	259	90	78	39		
Vorteil	16	6	50	25		
Nachteil	7	2	36	18		
großer Nachteil	5	2	34	17		
Risiko einer Entzündung					24,1	.000
sehr hoch	5	2	7	3		
hoch	38	14	19	9		
gering	94	34	37	18		
sehr gering	136	50	147	70		
Abgang des Eies CHIR: nicht sehen / MED: sehen					208,4	.000
großer Vorteil	261	91	56	28		
Vorteil	17	6	48	24		
Nachteil	6	2	41	21		
großer Nachteil	4	1	55	28		
Schlechte Erfahrungen mit Küretage in Vergangenheit					46,4	.000
stimme voll und ganz zu	1	1	23	13		
stimme zu	2	1	9	5		
stimme nicht zu	8	3	9	5		
stimme überhaupt nicht zu	258	96	133	76		

5.6.2. Durchführung des Schwangerschaftsabbruches: Zufriedenheit - offene Wünsche

Die als Maß für die Zufriedenheit mit der praktischen Durchführung erhobenen Aspekte sind die Freundlichkeit des Personals, das Eingehen auf Wünsche während der Behandlung, die Zeit für Fragen zum Schwangerschaftsabbruch an die ÄrztIn, die Vorbereitung auf körperliche und seelische Folgen, die Information über zukünftige Verhütung und Wiederaufnahme der Sexualität, die Wahrung der Intimsphäre und Wartezeiten.

Insgesamt betrachtet ist die Zufriedenheit mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches - unabhängig von der jeweils gewählten Methode - als **sehr hoch** zu bezeichnen und liegt mit wenigen Ausnahmen zwischen 80 und 99 Prozent (Abbildung 31, Tabelle 29).

Besonders hoch - und bei Frauen aus beiden Gruppen mit unterschiedlichen Methoden des Abbruchs ident - ist die Zufriedenheit mit der **Freundlichkeit des Personals**, der Reaktion auf **persönliche Wünsche** und den günstigen **Wartezeiten**.

Bereiche, in denen noch teilweise **offene Wünsche** bestehen sind:

- die **Vorbereitung auf seelische Belastungen** (29 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch, 17 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch),
- die **Information über zukünftige Verhütung** (21 Prozent der Frauen mit chirurgischem und 12 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch),
- mehr **Information über die Wiederaufnahme der Sexualität** nach dem Abbruch (19 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch, 9 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch),
- mehr Rücksicht auf die **Wahrung der Intimsphäre** (18 Prozent der Frauen mit medikamentösem Abbruch, 9 Prozent der Frauen mit chirurgischem Abbruch).

Abbildung 31. Zufriedenheit mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches

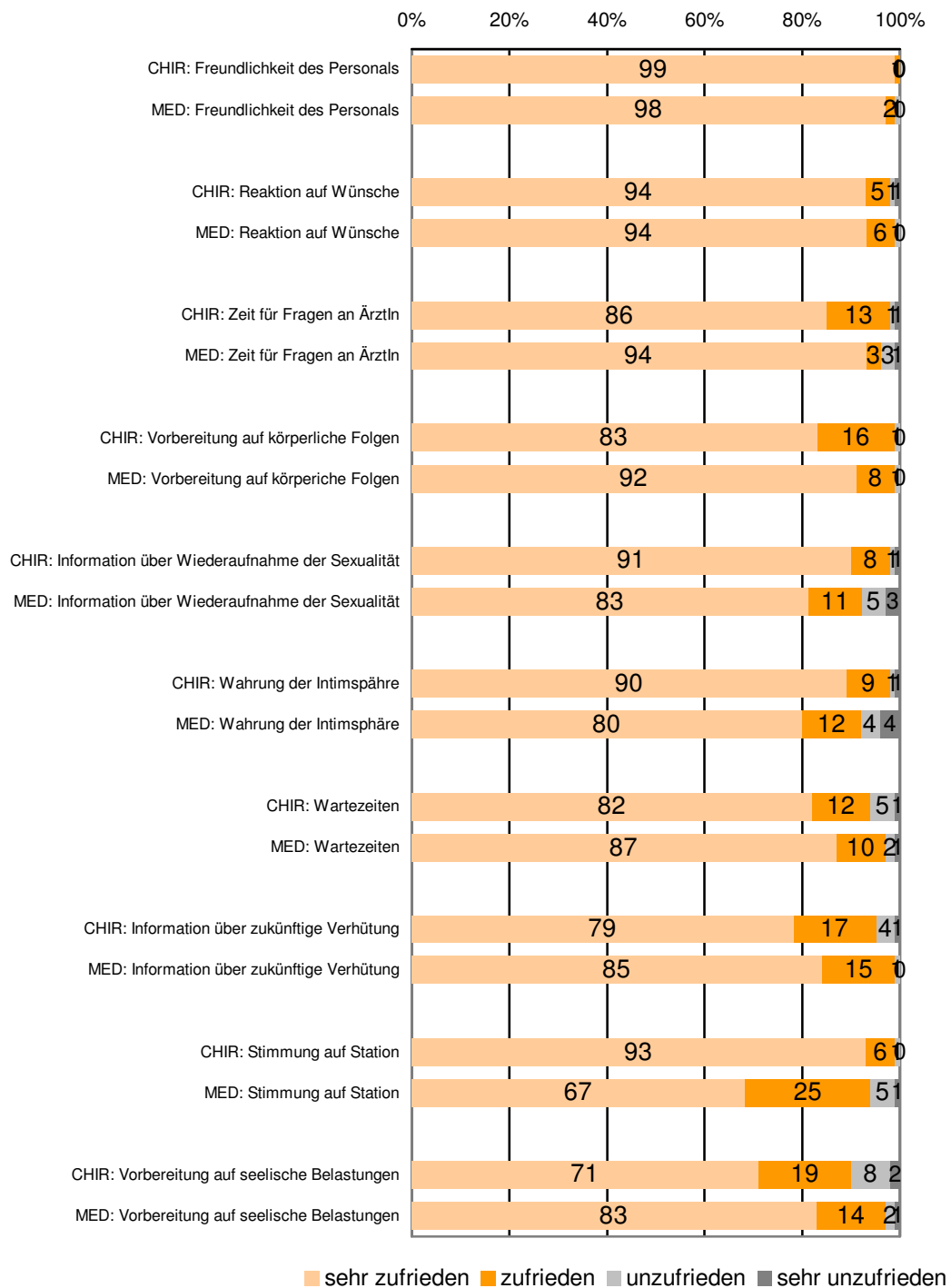


Tabelle 29. Zufriedenheit mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches

	CHIR n=350		MED n=227		CHIR/ MED	
	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.
Freundlichkeit des Personals					2,5	.286
sehr zufrieden	316	99	200	98		
zufrieden	2	1	3	2		
unzufrieden	0	-	1	1		
sehr unzufrieden	0	-	0	-		
Reaktion auf Wünsche					1,8	.607
sehr zufrieden	291	94	189	94		
zufrieden	14	5	12	6		
unzufrieden	2	1	1	1		
sehr unzufrieden	2	1	0	-		
Zeit für Fragen an ArztInnen					16,4	.002
sehr zufrieden	266	86	191	94		
zufrieden	39	13	6	3		
unzufrieden	4	1	5	3		
sehr unzufrieden	2	1	1	1		
Vorbereitung auf körperliche Folgen					7,9	.020
sehr zufrieden	257	83	185	92		
zufrieden	48	16	15	8		
unzufrieden	3	1	1	1		
sehr unzufrieden	0	-	0	-		
Information über Wiederaufnahme der Sexualität					15,2	.002
sehr zufrieden	283	91	165	83		
zufrieden	25	8	21	11		
unzufrieden	2	1	9	5		
sehr unzufrieden	1	1	5	3		
Wahrung der Intimsphäre					14,8	.002
sehr zufrieden	279	90	193	80		
zufrieden	27	9	25	12		
unzufrieden	3	1	8	4		
sehr unzufrieden	2	1	8	4		
Wartezeiten					5,5	.140
sehr zufrieden	258	82	176	87		
zufrieden	37	12	21	10		
unzufrieden	17	5	3	2		
sehr unzufrieden	3	1	2	1		
Information über zukünftige Verhütung					7,7	.053
sehr zufrieden	240	79	170	85		
zufrieden	51	17	30	15		
unzufrieden	11	4	1	1		
sehr unzufrieden	3	1	0	-		
Stimmung auf Station					60,1	.000
sehr zufrieden	292	93	137	67		
zufrieden	19	6	52	25		
unzufrieden	2	1	11	5		
sehr unzufrieden	0	-	1	1		
Vorbereitung auf seelische Belastungen					12,9	.005
sehr zufrieden	216	56	167	44		
zufrieden	59	19	29	14		
unzufrieden	25	8	4	2		
sehr unzufrieden	6	2	2	1		

5.6.3. Wiederwahl der gewählten Methode des Schwangerschaftsabbruches

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 wieder dieselbe Methode wählen würden. Die Frage wurde sowohl im Rahmen der ersten Befragung zum Zeitpunkt des Abbruches und bei der zweiten Befragung drei Monate später gestellt (Abbildung 32, Tabelle 30).

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 ist die Tendenz zur Wiederwahl rückläufig - und zwar *für die medikamentöse Methode in stärkerem Ausmaß* als für die chirurgische Methode:

- 91 Prozent der Frauen, die die *chirurgische* Methode gewählt haben und
- 83 Prozent der Frauen, die die *medikamentöse* Methode gewählt haben

würden sich wieder für die jeweils gewählte Methode entscheiden.

Abbildung 32. Wiederwahl der Methode: Zeitpunkt des Abbruchs - 3 Monate danach

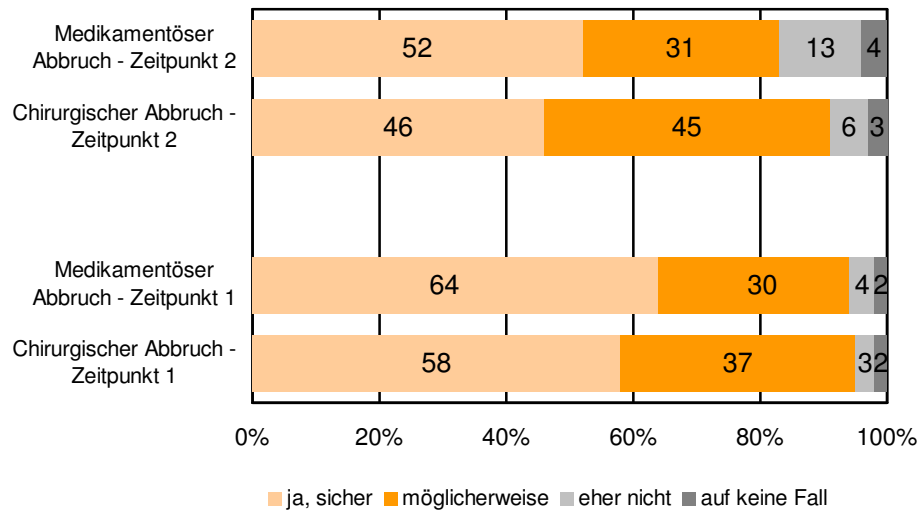


Tabelle 30. Wiederwahl der Methode

	CHIR n=350		MED n=227		CHIR/ MED	
	n	%	n	%	χ^2 value	sign. prob.
Wiederwahl - Zeitpunkt des Abbruchs					4,2	.237
ja sicher	176	58	136	64		
möglicherweise	114	37	64	30		
eher nicht	8	3	9	4		
auf keine Fall	7	2	3	2		
Wiederwahl - 3 Monate nach Abbruch					3,6	.310
ja sicher	46	31	25	17		
möglicherweise	45	45	15	31		
eher nicht	6	6	6	13		
auf keine Fall	3	3	2	4		

5.7. Mögliche psychische Folgen des Abbruchs und Belastungsbewältigung

Die Frage nach den möglichen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs ist umstritten. Ein Literaturüberblick zu dieser Diskussion ist im Kapitel 3.1.5. zu finden.

In der vorliegenden Studie haben wir **Depressivität und Ängstlichkeit** zum Zeitpunkt des Abbruchs und 3 Monate danach mittels eines standardisierten, erprobten Fragebogens erhoben, um einen Vergleich des Ausmaßes von Depressivität und Ängstlichkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung zu ermöglichen.

Ob ein belastendes Ereignis - wie es der Schwangerschaftsabbruch darstellt - negative psychische Folgen hat, hängt sehr stark von den Möglichkeiten einer Frau ab, mit Belastungen umzugehen. Die Frage nach solchen **Bewältigungsstrategien** für Belastungen wird einerseits im Hinblick auf den Vergleich zu den beiden Methoden des Schwangerschaftsabbruchs - chirurgisch vs. medikamentös - gestellt; ein weiterer Aspekt ist die Frage, ob sich diese Bewältigungsstrategien vom Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs bis zum hier gewählten Erhebungszeitpunkt 3 Monate nach dem Abbruch verändern.

5.7.1. *Depressivität und Ängstlichkeit*

Depressivität und Angst wurden mittels eines standardisierten Fragebogens, der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS von Zigmond und Snaith, 1983), einem Instrumentarium zur Erfassung von Angst und Depression bei nicht-psychiatrischen ambulanten Patienten, erhoben. Zu diesem Fragebogen liegen Normwerte vor, die eine Einteilung der individuellen Ergebnisse der Selbsteinschätzung für Angst und Depression in die Bereiche unauffällig (HAD ≤ 7), grenzwertig (HAD 8 - 10) und auffällig (HAD ≥ 11) ermöglichen.

Das Ausmaß der Depressivität und Ängstlichkeit wurde zu zwei Zeitpunkten erhoben: unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch (bzw. bei Frauen, die sich für ein Fortsetzen der Schwangerschaft entschieden haben, nach der 16. Schwangerschaftswoche) und in jeder der Gruppen drei Monate nach der ersten Erhebung.

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 (Abbildung 33, Tabelle 31).

Zum **Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruches** (nach der 16. Schwangerschaftswoche bei Frauen mit Entscheidung für die Schwangerschaft) unterscheiden sich die drei Gruppen von Frauen hinsichtlich des Ausmaßes an Depressivität und Ängstlichkeit statistisch signifikant voneinander, wobei Frauen mit medikamentösem Abbruch das jeweils höchste Ausmaß an Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen.

Frauen, die sich für das Fortsetzen der Schwangerschaft entscheiden, sind am wenigsten depressiv und ängstlich - und zwar zu beiden hier erhobenen Zeitpunkten. Einzige Ausnahme dabei ist, dass Frauen in der Gruppe mit chirurgischem Abbruch zum Zeitpunkt des Abbruchs sich minimal weniger ängstlich einschätzen als Frauen, die die Schwangerschaft fortsetzen.

In allen drei Gruppen von 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 **ein deutlicher Rückgang** vom Zeitpunkt der ersten Befragung unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch bis zum Zeitpunkt der zweiten Befragung **3 Monate danach**. (Abbildung 43, Tabelle 31).

Abbildung 33. Depressivität (HAD - Hospital Anxiety and Depression-Skala)

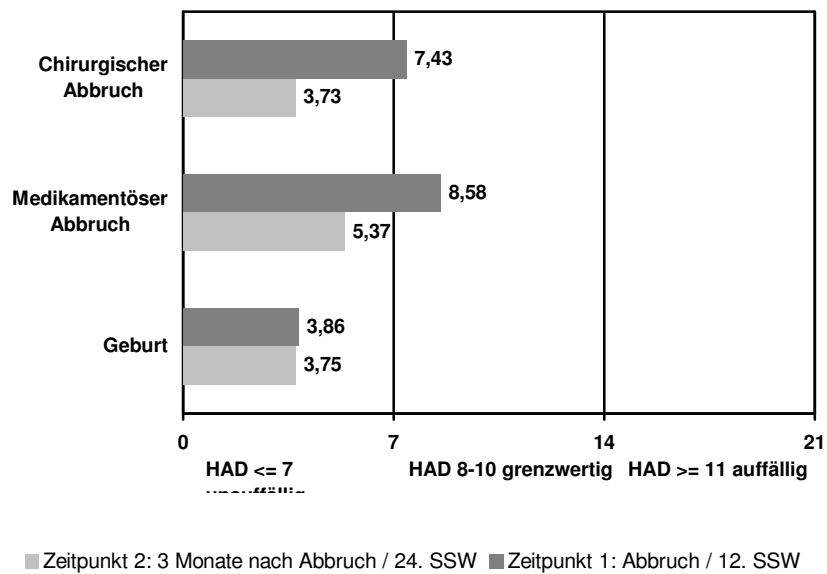


Abbildung 34. Ängstlichkeit (HAD - Hospital Anxiety and Depression-Skala)

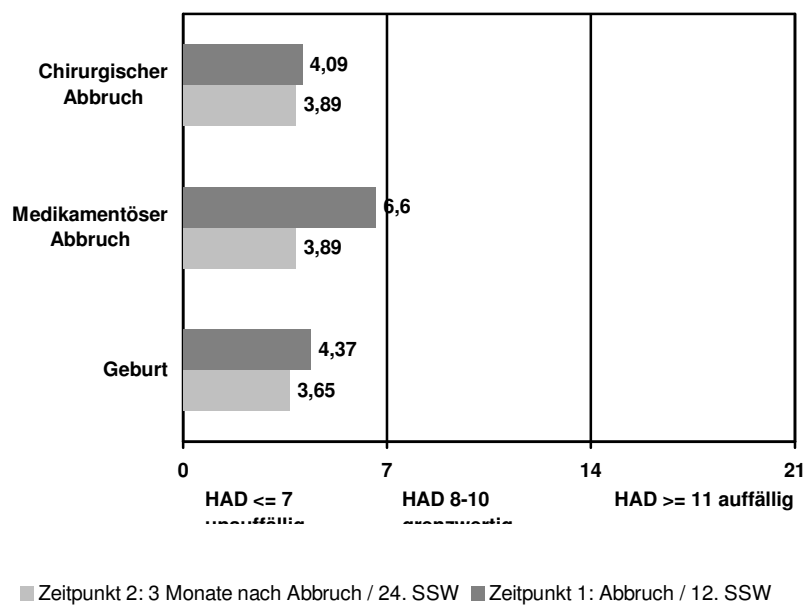


Tabelle 31. Depressivität und Ängstlichkeit (HAD - Hospital Anxiety and Depression-Skala)

ZEITPUNKT 1: Abbruch / 12 SSW	CHIR n=350 ¹⁾		MED n=227 ¹⁾		GEB n=400 ¹⁾		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.
Depressivität	7,1	4,2	8,1	4,7	4,6	3,5	-0,9	.015	2,5	.000	3,5	.000
Dinge so genießen können wie früher	1,2	0,9	1,6	1,0	1,0	1,0	-0,3	.000	0,3	.000	0,6	.000
lustige Seite der Dinge sehen können	1,3	1,1	1,2	1,0	0,5	0,8	4,9	.575	0,7	.000	0,7	.000
gut gelaunt sein	1,7	1,0	1,7	1,0	0,7	0,8	-6,1	.461	0,9	.000	0,9	.000
Dinge gehen langsamer von der Hand	0,8	0,9	0,9	1,0	1,2	1,0	0,1	.163	-0,4	.000	0,2	.005
kein Interesse an äußerer Erscheinung	0,3	0,6	0,4	0,7	0,3	0,6	-0,1	.045	-4,6	.374	7,4	.196
sich auf zukünftige Ereignisse freuen	1,0	1,0	1,1	1,0	0,5	0,8	-0,1	.165	0,5	.000	0,7	.000
Film, Buch richtig genießen können	1,1	1,0	1,3	1,1	0,5	0,8	-0,2	.022	0,5	.000	0,7	.000
Ängstlichkeit	4,4	3,4	6,3	4,4	4,8	3,8	-1,9	.000	-0,5	.142	1,5	.000
angespannt sein	0,6	0,8	1,3	1,0	0,7	0,8	-0,6	.000	-7,3	.270	0,6	.000
Angst, dass etwas Schreckliches passiert	0,5	0,8	0,6	0,8	0,7	0,9	-8,1	.291	-0,2	.000	-0,2	.033
beunruhigt sein	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	-0,2	.005	-0,2	.001	-4,3	.955
entspannt sein	1,3	1,0	1,5	1,0	1,0	1,0	-0,2	.009	0,3	.001	0,5	.000
ein beängstigendes, flauendes Gefühl haben	0,7	0,8	1,0	1,0	0,8	0,9	-0,3	.000	-4,6	.539	-0,3	.000
sich rastlos fühlen	0,4	0,8	0,5	0,8	0,4	0,7	-3,3	.633	6,0	.319	9,3	.160
plötzlich in panische Angst verfallen	0,3	0,7	0,5	0,8	0,4	0,8	-0,2	.009	-4,3	.479	0,1	.038
ZEITPUNKT 2: 3 Mo nach Abbruch / 24 SSW	CHIR n=117 ¹⁾		MED n=50 ¹⁾		GEB n=146 ¹⁾		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.
Depressivität	3,8	3,9	5,5	3,4	3,9	3,2	-1,7	.007	-3,1	.945	1,7	.005
Dinge so genießen können wie früher	0,6	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	-0,4	.139	-0,1	.260	0,3	.065
lustige Seite der Dinge sehen können	0,5	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	-0,5	.000	0,1	.134	0,6	.000
gut gelaunt sein	0,9	0,8	1,3	0,8	0,6	0,7	-0,4	.033	0,3	.004	0,7	.000
Dinge gehen langsamer von der Hand	0,4	0,8	0,3	0,6	1,3	1,0	-5,8	.692	-0,9	.000	-0,9	.000
kein Interesse an äußerer Erscheinung	0,2	0,5	0,2	0,3	0,3	0,5	0,1	.157	-7,3	.233	-0,2	.018
sich auf zukünftige Ereignisse freuen	0,7	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	-0,3	.013	0,5	.000	0,8	.000
Film, Buch richtig genießen können	0,6	0,8	0,8	0,9	0,5	0,8	-0,1	.363	0,2	.097	0,3	.028
Ängstlichkeit	3,9	3,8	3,9	2,6	3,7	3,1	-2,7	.963	0,3	.533	0,3	.593
angespannt sein	0,6	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6	-2,6	.983	3,3	.971	5,9	.960
Angst, dass etwas Schreckliches passiert	0,4	0,6	0,3	0,6	0,5	0,7	8,0	.466	-0,1	.092	-0,2	.041
beunruhigt sein	0,6	0,8	0,6	0,8	0,7	0,7	7,6	.550	-0,1	.261	-0,2	.139
entspannt sein	1,0	1,0	1,3	0,8	0,9	0,9	0,3	.123	0,2	.186	0,4	.009
ein beängstigendes, flauendes Gefühl haben	0,5	0,7	0,5	0,5	0,3	0,6	5,6	.996	0,1	.214	0,1	.342
sich rastlos fühlen	0,4	0,7	0,5	0,7	0,4	0,7	9,9	.382	-1,7	.854	9,1	.444
plötzlich in panische Angst verfallen	0,4	0,7	0,4	0,6	0,3	0,6	3,8	.733	0,1	.114	9,2	.394

¹⁾ Die Anzahl der fehlenden Werte ist für die einzelnen Items unterschiedlich und beträgt durchschnittlich 16 Prozent.

Vergleich Zeitpunkt 1- Zeitpunkt 2

GLM Repeated Measures Analyses Kontraste LSD	CHIR n=84		MED n=43		GEB n=126 ¹⁾		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.
ZEITPUNKT 1												
Depressivität	7,4	4,2	5,6	4,1	3,9	3,1	-1,2	.094	3,6	.000	4,7	.000
Ängstlichkeit	4,1	2,9	6,6	3,8	4,4	3,6	-2,5	.000	0,3	.565	2,2	.000
ZEITPUNKT 2												
Depressivität	3,7	4,1	5,4	3,3	3,8	3,2	-1,7	.014	-2,8	.956	1,62	.010
Ängstlichkeit	3,9	4,0	3,9	2,5	3,7	3,1	5,2	.993	0,2	.611	0,2	.687

5.7.2. Strategien der Belastungsbewältigung

Zur Bewältigung der psychosozialen Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch wurden die Frauen mittels eines standardisierten Fragebogens (SVF von Janke et al., 1984) befragt, welche Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen sie einsetzen, um die Belastungen durch den Schwangerschaftsabbruch zu bewältigen. Es wurden folgende 6 Dimensionen des Fragebogens ausgewählt: Schuldabwehr, Selbstbeschuldigung, Ablenkung von der Situation, Aggression, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, positive Selbstinstruktion (Abbildungen 35 und 36, Tabelle 32).

Bei beiden Gruppen zeigte sich zum Zeitpunkt der ersten Befragung, das heißt **unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch** ein **defensiven Stil** der Belastungsbewältigung: die Frauen berichten, häufig die Strategie der *Schuldabwehr* (Abwehr von Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen) und eher selten die Strategien *Selbstbeschuldigung* (Gefühle des Versagens und der Schuld) und *Aggression* (Gereiztheit, Dysphorie) in ihren Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Schwangerschaftsabbruches einzusetzen.

Die Gruppe von Frauen nach *chirurgischem Abbruch* erweist sich dabei als graduell defensiver, das heißt im Vergleich zur Normstichprobe und im Vergleich zu Frauen mit medikamentösem Abbruch setzen sie zur Bewältigung der aktuellen Belastung häufig die Strategien der *Schuldabwehr* und *Ablenkung* ein, hingegen aber selten die Strategien *Selbstbeschuldigung* und *Aggression*.

Zum Zeitpunkt **drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch** zeigt sich hinsichtlich der Belastungsbewältigung folgendes Bild:

Als ein Hinweis darauf, dass die Belastungen zum Teil bereits bewältigt worden sind, ist zu deuten, dass das Ausmaß des Einsatzes der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch generell - für beide Gruppen von Frauen - geringer geworden ist. Eine Ausnahme dabei ist in der Gruppe von Frauen nach **medikamentösem Abbruch** zu sehen, die einerseits über einen im Vergleich zum ersten Zeitpunkt vermehrten Einsatz der Strategie der *Schuldabwehr* berichten und auch der Einsatz der Strategie *der positiven Selbstinstruktion* hat in dieser Gruppe zugenommen.

Die Frauen in der Gruppe nach **chirurgischem Abbruch** - die zum Zeitpunkt des Abbruchs stark mit *Schuldabwehr* reagiert hatten - berichten drei Monate nach dem Abbruch einen im Vergleich zum Zeitpunkt des Abbruchs verringerten Einsatz der Strategien Schuldabwehr. Die Gruppe von Frauen nach medikamentösem Abbruch setzen - wie schon gesagt - drei Monate nach dem Abbruch in der Belastungsverarbeitung etwas häufiger die Strategie der Schuldabwehr ein.

Der Einsatz der Strategie der Selbstbeschuldigung ist bei Frauen mit chirurgischem Abbruch geringfügig und bei Frauen mit medikamentösem Abbruch drei Monate nach dem Abbruch deutlich weniger geworden. Ebenso ist in der Gruppe mit medikamentösen der Einsatz der Bewältigungsstrategie der Aggression drei Monate nach dem Abbruch deutlich seltener als zum Zeitpunkt des Abbruchs; auch für Frauen aus der Gruppe nach chirurgischem Abbruch ist diese Tendenz zu erkennen.

Das Ausmaß des Bedürfnisses nach sozialer Unterstützung ist bei Frauen nach chirurgischem Abbruch drei Monate nach dem Abbruch sehr stark reduziert, bei Frauen nach medikamentösem Abbruch annähernd gleich geblieben.

Zusammenfassen ist aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zur Bewältigung der psychosozialen Belastungen nach einem Schwangerschaftsabbruch zu sagen, dass zum einen die spezifische Situation den vermehrten Einsatz ganz bestimmter Bewältigungsstrategien forciert wie z.B. eine verstärkte Schuldabwehr gemeinsam mit einem reduzierten Ausmaß an Selbstbeschuldigung.

Zum anderen lassen sich auch Unterschiede in den Bewältigungsstrategien für Frauen, die eine der beiden Methoden des Schwangerschaftsabbruchs gewählt haben, erkennen. Frauen, die sich für die medikamentöse Methode entschieden haben, haben drei Monate nach dem Abbruch einen aktiveren, günstigeren Bewältigungsstil entwickelt - geprägt von der Suche nach sozialer Unterstützung und verstärkter positiver Selbstinstruktion - als Frauen mit chirurgischem Abbruch, deren Bewältigungsstil durch eine besonders geringes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung gekennzeichnet ist.

Abbildung 35. Bewältigungsstrategien: unmittelbar nach dem Abbruch

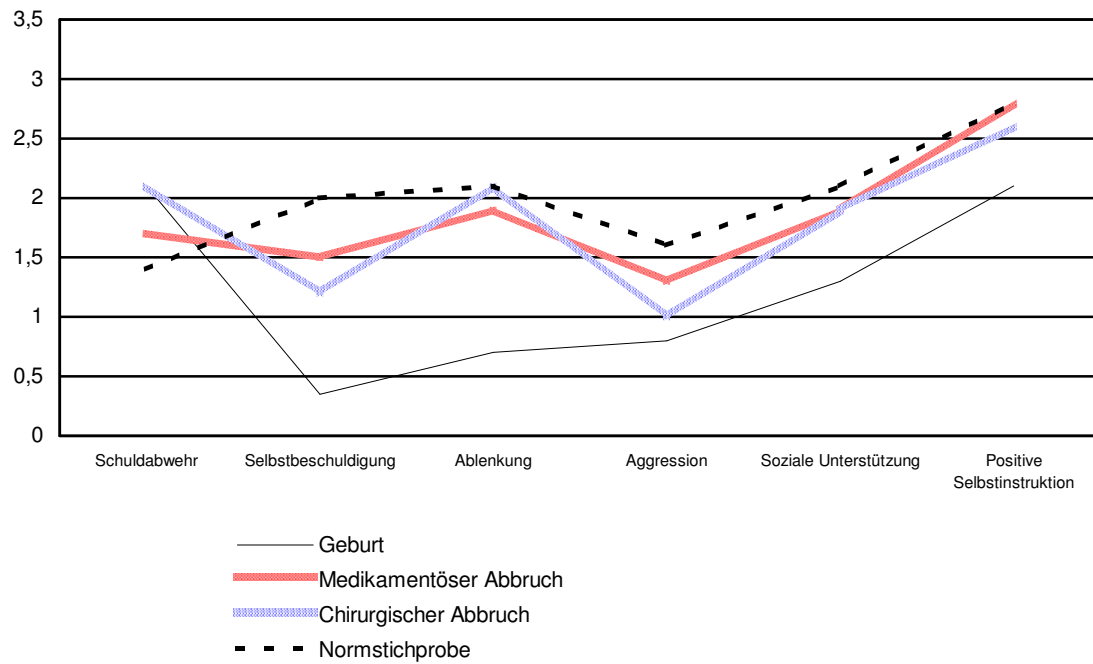


Abbildung 36. Bewältigungsstrategien: 3 Monate nach dem Abbruch

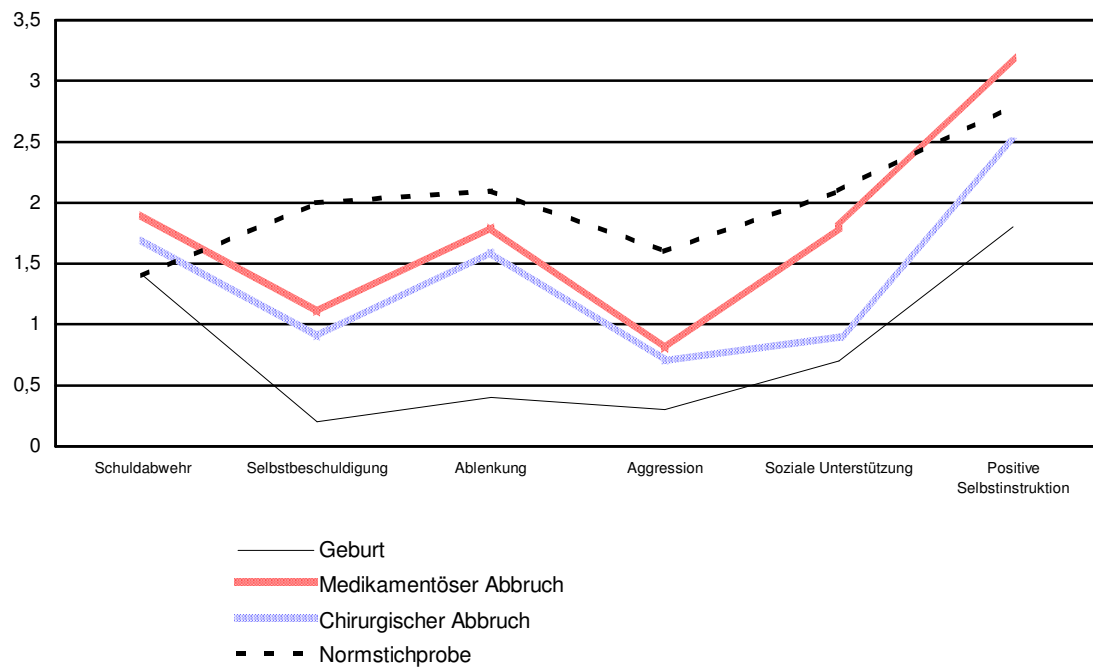


Tabelle 32. Strategien der Belastungsbewältigung (SVF - Stressverarbeitungsfragebogen)

Analyse der Einzelitems Anova/ Kontraste LSD	CHIR n=350 ¹⁾		MED n=227 ¹⁾		GEB n=400 ¹⁾		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.
ZEITPUNKT 1: Abbruch / 12 SSW												
Schuldabwehr												
"ich habe mir nichts vorzuwerfen"	2,3	1,4	1,9	1,4	1,9	1,8	0,3	.055	0,3	.024	1,3	.928
"mich trifft keine Schuld"	1,9	1,3	1,4	1,3	2,3	1,7	0,5	.000	0,6	.000	8,6	.525
Selbstbeschuldigung												
wieder etwas falsch gemacht	1,0	1,2	1,2	1,4	0,3	0,9	-0,2	.141	0,7	.000	0,8	.000
bei sich selbst die Schuld suchen	1,4	1,2	1,7	1,4	0,4	0,9	-0,3	.002	0,9	.000	1,3	.000
Ablenkung												
Aufmerksamkeit ablenken	2,0	1,4	1,9	1,4	0,5	0,8	0,1	.225	1,5	.000	1,4	.000
sich in Arbeit stürzen	2,2	1,3	1,9	1,3	0,9	1,2	0,3	.007	1,2	.000	0,9	.000
Aggression												
mit anderen aneinandergeraten	0,8	1,1	0,9	1,1	0,6	0,9	-0,1	.205	0,2	.006	0,4	.000
gereizt reagieren	1,2	1,1	1,7	1,3	0,9	1,2	0,5	.000	0,3	.003	0,8	.000
Bedürfnis sozialer Unterstützung												
mit jemandem darüber sprechen	2,1	1,4	2,1	1,6	1,2	1,5	4,9	.717	0,9	.000	0,8	.000
jemanden um Hilfe bitten	1,6	1,4	1,7	1,5	1,5	1,5	-7,7	.560	6,9	.562	0,2	.262
Positive Selbstinstruktion												
nicht entmutigen lassen	2,8	1,3	2,3	1,4	1,8	1,7	0,5	.000	0,9	.000	0,5	.000
versuchen, damit fertig zu werden	2,4	0,9	3,2	1,1	2,4	1,7	0,2	.154	0,9	.000	0,7	.000
	CHIR n=117 ¹⁾		MED n=50 ¹⁾		GEB n=146 ¹⁾		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.
ZEITPUNKT 2: 3 Mo nach Abbruch / 24 SSW												
Schuldabwehr												
"ich habe mir nichts vorzuwerfen"	1,5	0,2	1,6	0,2	1,8	1,9	4,7	.872	0,5	.031	0,4	.138
"mich trifft keine Schuld"	1,8	1,4	2,1	1,5	0,9	1,6	-0,3	.191	0,8	.000	1,1	.000
Selbstbeschuldigung												
wieder etwas falsch gemacht	0,7	1,1	0,8	1,1	0,1	0,4	-9,6	.506	0,6	.000	0,7	.000
bei sich selbst die Schuld suchen	1,2	1,3	1,4	1,3	0,2	0,7	-0,2	.260	1,0	.000	1,2	.000
Ablenkung												
Aufmerksamkeit ablenken	1,7	1,5	1,6	1,6	0,2	0,5	0,2	.403	1,6	.000	1,4	.000
sich in Arbeit stürzen	1,4	1,3	1,9	1,6	0,6	0,9	-0,6	.004	0,8	.000	1,4	.000
Aggression												
mit Anderen aneinandergeraten	0,5	0,9	0,5	0,8	0,2	0,5	3,3	.798	0,4	.000	0,3	.008
gereizt reagieren	0,8	1,1	1,1	1,1	0,3	0,7	-0,3	.044	0,5	.000	0,8	.000
Bedürfnis sozialer Unterstützung												
mit jemandem darüber sprechen	1,2	1,3	1,9	1,60	0,5	0,9	-0,8	.000	0,7	.000	1,5	.000
jemanden um Hilfe bitten	0,6	1,0	1,7	1,8	0,8	1,2	-1,1	.000	-0,1	.383	0,9	.000
Positive Selbstinstruktion												
nicht entmutigen lassen	1,9	1,5	2,7	1,5	1,2	1,6	-0,7	.006	0,8	.000	1,5	.000
versuchen, damit fertig zu werden	3,1	1,2	3,4	1,0	2,3	1,8	-0,3	.179	0,8	.000	1,2	.000

¹⁾ Die Anzahl der fehlenden Werte ist für die einzelnen Items unterschiedlich und beträgt durchschnittlich 19 Prozent.

Vergleich Zeitpunkt 1- Zeitpunkt 2

GLM Repeated Measures Analyses Kontraste LSD	CHIR n=84		MED n=43		GEB n=126 ⁾		CHIR/ MED		CHIR/ GEB		MED/ GEB	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.	Mean Diff	sign. prob.
ZEITPUNKT 1												
Schuldabwehr	2,1	1,1	1,7	1,1	1,5	1,6	0,5	.053	0,6	.002	0,1	.631
Selbstbeschuldigung	1,2	0,9	1,4	1,1	0,3	0,7	-0,2	.227	0,9	.000	1,1	.000
Ablenkung	2,0	1,1	2,0	1,3	0,6	1,2	2,7	.987	1,4	.000	1,4	.000
Aggression	0,9	0,9	1,5	1,2	0,7	0,9	-0,6	.002	0,3	.036	0,8	.000
Soziale Unterstützung	1,9	1,1	1,9	1,3	0,3	1,3	-6,2	.978	0,7	.000	0,7	.001
Positive Selbstinstruktion	3,1	0,9	2,9	0,9	2,1	1,5	0,2	.374	0,9	.000	0,8	.000
ZEITPUNKT 2												
Schuldabwehr	2,0	1,3	2,2	1,4	1,5	1,6	-0,2	.496	0,5	.011	0,7	.007
Selbstbeschuldigung	0,9	0,9	1,1	0,9	0,2	0,5	-0,1	.327	0,8	.000	0,9	.000
Ablenkung	1,6	1,2	1,7	1,4	0,4	0,6	-0,2	.244	1,2	.000	1,54	.000
Aggression	0,7	0,8	0,8	0,7	0,2	0,6	-0,2	.178	0,4	.000	0,6	.000
Soziale Unterstützung	0,9	1,1	1,9	1,5	0,6	0,9	-0,9	.000	0,3	.028	1,3	.000
Positive Selbstinstruktion	2,6	1,2	3,1	0,9	1,8	1,5	-0,5	.000	0,8	.000	1,3	.000

6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausgangspunkte und Ziele der Studie "Schwangerschaftskonflikt - Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch"

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.

Soziodemographische Unterschiede zwischen den befragten Frauen

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus vorangegangenen Studien konnten auch in der vorliegenden Studie zahlreiche demographische Merkmale dokumentiert werden, die auf einen signifikanten 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** (7 vs. 17 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, haben 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 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 Konzeption* 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 einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden eher **unsichere Verhütungsmethoden**. Besonders Frauen, die sich für einen medikamentösen Abbruch entscheiden, haben vor dem Abbruch deutlich häufig **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 abzubrechen, 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 chirurgische 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 vorliegenden Studie 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.

7. Literatur

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 Tabeeek 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.

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

Herrmann C, Scholz KH, Kreuzer H. Psychologisches Screening von Patienten einer kardiologischen Akutklinik mit einer deutschen Fassung der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala). PPM 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.

Hlavin-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.

Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russel IT, Temleton 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 Schwangerschaftsabbruchs 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 Gebrutenrate. 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-Jager 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.

Törnbom 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 Bundesministeriums 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)

8. Anhang

Protokoll des ExpertInnen-Beirates

Fragebogen

Protokoll der konstituierenden Sitzung des ExpertInnenbeirates zur Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung

Schwangerschaftskonflikt. Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch

Datum: 9. Dezember 1999, 9.30 bis 11.00 Uhr
Ort: Bibliothek des LBI für Frauengesundheitsforschung

Eingeladene ExpertInnen:

Prim. Dr. Peter Safar *Gynäkologe, Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung, KH Korneuburg*

Dr. Christian Fiala *Gynäkologe, KH Korneuburg (entschuldigt)*

Alexandra Bösch-Kemter *Geschäftsführerin, Ambulatorium für Schwangerenilfe am Fleischmarkt*

Dr. Gabriele Painz *Generalsekretärin, Aktion Leben Österreich*

DI Dr. Helmuth Schattovits *Geschäftsführer, ÖIF - Österreichisches Institut für Familienforschung (entschuldigt)*

Mag. Christiane Pfeiffer *Soziologin, ÖIF - Österreichisches Institut für Familienforschung*

Mag. Elisabeth Pracht *Geschäftsführerin, ÖGF - Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (entschuldigt)*

Mag. Barbara Laschalt *Psychologin, ÖGF - Österreichische Gesellschaft für Familienplanung*

Univ.-Prof. Dr. Marianne Ringler *Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie*

Dr. Marietta Zeug *Psychotherapeutin*

Dr. Renate Fally-Kausek *BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abteilung VIII/B (entschuldigt)*

Mag. Ilona Radoczky *Büro der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Konsumentenschutz*

Vertreterinnen des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung:

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger *Institutsleitung, Projektleitung (entschuldigt)*

Dr. Erika Baldaszi *Projektmanagement*

Dr. Maria Schmidt *Consulting*

Huberta Haider *Protokoll*

Konsensus der konstituierenden Sitzung des ExperInnenberiates zur Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung

Schwangerschaftskonflikt. Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch

- Eines der **Ziele** der Studie sollte sein, eine Wissensbasis zur **Prävention unerwünschter Schwangerschaften** zu schaffen, die zielgruppenspezifisch und niederschwellig angeboten wird.
- Im Bereich der **Verhütung** sollen der Einfluß gesellschaftlicher Aspekte wie z.B. der Einfluß auf durch AIDS und STDs veränderten Präventionsschwerpunkte und die Kostenfrage berücksichtigt werden.
- In der Thematik des **Kontrazeptionsversagens** sollen die Rahmenbedingungen des sexuellen Aktes, der zur ungewollten Schwangerschaft geführt hat und der Aspekt der "Trennungszeugung" bearbeitet werden.
- Was den **Zeitpunkt des Abbruchs** betrifft, herrscht Übereinstimmung, daß sehr viele Frauen sehr früh ahnen, daß sie schwanger sind und die kurze Entscheidungsfrist für den medikamentösen Abbruch daher nicht sehr problematisch ist. Im Gegensatz dazu scheinen sich Frauen eher gegen eine Abtreibung zu entscheiden, wenn sie länger Zeit haben. Offen ist die Frage, ob sich unterschiedliche gesetzliche Fristen - wie z.B. die Tatsache, daß in Holland der chirurgische Eingriff schon ab der 5. Woche möglich - auf mögliche Schwangerschaftskonflikte auswirken.
- Was den **Schwangerschaftskonflikt** betrifft, sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß es auch Frauen gibt, die überhaupt keinen Konflikt bei der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch haben.
- Ebenso soll das **Post Abortion Syndrome** erneut hinterfragt und objektiv untersucht werden.
- Die Bedeutung des **sozialen Netzwerkes bzw. des sozialen Umfeldes** für die Verarbeitung des Schwangerschaftskonfliktes sollte Berücksichtigung finden - z.B.: Wie häufig ist die Nutzung / Vermeidung dieses Angebotes und wie günstig / ungünstig wirkt sie sich aus?
- Was die **Schwangerschaftskonfliktberatung** betrifft, ist eine wichtige Frage das Menschenbild das der Beratung zugrunde liegt.
- Grundsätzlich ist Schwangerschaftsabbruch aber nicht nur für die Frauen ein Tabu, sondern es ist auch ein Tabu für BeraterInnen und ÄrztInnen, SpezialistIn in Sachen Schwangerschaftsabbruch zu sein.
- **Qualitätssicherung** in der Schwangerschaftskonfliktberatung in Form von besserer Qualifizierung aller MitarbeiterInnen ist erstrebenswert.