



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011



Die Entscheidung für Kinder ist ein äußerst komplexes, soziales Phänomen, das nicht nur durch eine Einflussgröße zu erklären ist. Laut Rille-Pfeiffer ist vor allem auch die lebensphasenspezifische Betrachtung des Übergangs vom Jugendlichen zum Erwachsenen wichtig. Denn die Antwort auf die Frage, wie gut oder wie schlecht es einem jungen Menschen gelingt, sich eine eigene Lebensgrundlage zu schaffen, hat einen klaren Einfluss auf die weitere Lebensplanung und daher auch auf generative Entscheidungen.⁴⁹

2.4 Verhütung

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

Die meisten Frauen erwarten von einer guten Verhütungsmethode, dass sie sicher/wirksam, gut verträglich und einfach in der Anwendung ist.⁵⁰

Dafür stehen in Österreich eine große Anzahl an Verhütungsmethoden zur Verfügung: gemeinsam mit den rund vierzig Pillen (orale Kontrazeptiva) und anderen Produkten (Verhütungsring, Verhütungspflaster, Hormonspirale, Hormonstäbchen, Dreimonatsspritze,..) und den nicht hormonellen Verhütungsmitteln werden ca. 60 verschiedene Präparate angeboten.

2.4.1 Wirksamkeit der verschiedenen Verhütungsmethoden

Die Verhütungsmethoden unterscheiden sich sehr deutlich in ihrer Wirksamkeit. Diese wird mit dem Pearl-Index (= Anzahl der Schwangerschaften pro 100 AnwenderInnen pro Jahr) angegeben. Je niedriger der Wert des Pearl-Index ist, umso zuverlässiger ist die Methode. Dabei werden der theoretische Wert (bei fehlerfreier Anwendung) und der praktische Wert unterschieden. Je näher beide Werte beisammen liegen, umso einfacher ist die wirksame Anwendung.

Tabelle 54: Übersicht über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden

Verhütungsmethode	% Frauen, die nach einem Jahr Anwendung ungewollt schwanger wurden	
	Praktische Anwendung	Fehlerfreie Anwendung
Verhütungsstäbchen	0,05	0,05
Sterilisation (Mann)	0,15	0,10
Hormonspirale	0,2	0,2
Sterilisation (Frau)	0,5	0,5
Kupferspirale	0,8	0,6
Dreimonatsspritze	3	0,5
Pille	8	0,3
Verhütungsring	8	0,3
Verhütungspflaster	8	0,3
Kondom	15	2

49 Rille-Pfeiffer, 2009, S. 175

50 Spectra, 2005; BZgA, 2007

Verhütungsmethode	% Frauen, die nach einem Jahr Anwendung ungewollt schwanger wurden	
	Praktische Anwendung	Fehlerfreie Anwendung
Diaphragma	16	6
Methoden der Fruchtbarkeitswahrnehmung „Aufpassen“	25	4
Zäpfchen, Cremen, Gels	27	18
Keine Verhütung	85	85

Quelle: summary table of contraceptive efficacy, <http://www.contraceptivetechnology.org/table.html>, (dl 10.08.2010)

2.4.2 Häufigkeit der Anwendung von Verhütungsmethoden

Eine aktuelle Datenquelle zum Verhütungsverhalten in Österreich ist der Generations and Gender Survey 2008/09 (GGG), eine internationale Untersuchung, die derzeit in 18 europäischen Ländern durchgeführt wird. Im GGS wurden Personen im Alter von 18 - 45, die in einer Partnerschaft leben, unter anderem über Verhütung befragt.

73% der Paare in Österreich verhüten. Etwa die Hälfte aller Paare wendet eine sehr wirksame Methode an. 27% der Frauen/Paare verhüten nicht. 7% haben einen Kinderwunsch, 9% gehen davon aus, dass sie selbst bzw. der/die Partner/in unfruchtbar sind. 11% der Frauen/Paare haben keinen Kinderwunsch, sind vermutlich fruchtbar und verhüten nicht. Sie gelten zusammen mit jenen 27% der Frauen, die nur mittelmäßig wirksame Verhütungsmethoden anwenden als Risikogruppe für ungewollte Schwangerschaften (38%).

Die drei häufigsten Verhütungsmethoden, die 18 bis 45-jährige Frauen in einer Partnerschaft anwenden, sind die Pille (44,5%), das Kondom (21,4%) und die Kupfer- oder Hormonspirale (17,2%). Alle anderen Methoden werden nur von einer sehr kleinen Anzahl an Frauen angewendet.⁵¹

Tabelle 55: Derzeitige Verhütungsmethode von Personen in einer Partnerschaft

Alter	Verhütung		Ad-Hoc-Methoden		sehr wirksame Methoden				Natürliche Methoden	Sons-tige Methoden	Personen in fester Partnerschaft
	JA	NEIN	Kon-dom	Sons-tige	Pille	Spirale	Hormon-Ring	Sons-tige			
Männer											
18 - 25	89,5%	10,5%	39,7%	1,8%	74,1%	2,1%	0,4%	3,7%	0,4%	0,0%	164.500
25 - 29	78,8%	21,2%	27,8%	2,5%	61,2%	5,2%	2,8%	7,3%	1,0%	0,9%	175.200
30 - 34	71,3%	28,7%	33,6%	1,8%	46,0%	7,9%	5,3%	7,9%	6,2%	0,5%	168.100
35 - 39	67,7%	32,3%	40,7%	1,6%	31,6%	10,7%	3,2%	8,7%	7,5%	1,1%	227.300
40 - 45	66,6%	33,4%	30,4%	0,6%	36,2%	17,8%	3,9%	10,7%	4,0%	3,4%	341.800
18 - 45	73,0%	27,0%	34,2%	1,5%	48,3%	9,7%	3,1%	8,0%	3,8%	1,4%	1.076.900
Frauen											
18 - 24	89,4%	10,6%	17,0%	0,5%	72,8%	4,8%	4,2%	7,2%	0,5%	0,6%	199.600
25 - 29	81,3%	18,7%	24,6%	0,3%	54,7%	9,7%	5,2%	7,8%	1,7%	0,4%	190.600
30 - 34	74,6%	25,4%	26,1%	0,6%	39,8%	17,4%	4,5%	5,2%	5,9%	1,0%	201.700
35 - 39	68,6%	31,4%	20,7%	0,7%	33,1%	24,7%	3,6%	10,5%	5,7%	1,7%	252.000

Alter	Verhütung		Ad-Hoc-Methoden		sehr wirksame Methoden			Natürliche Methoden	Sons-tige Metho-den	Personen in fester Partner-schaft	
	JA	NEIN	Kon-dom	Sons-tige	Pille	Spirale	Hor-mon-Ring				Sons-tige
40 - 45	61,5%	38,5%	20,0%	0,9%	25,8%	27,1%	2,8%	17,6%	5,5%	2,3%	339.600
18 - 45	73,2%	26,8%	21,4%	0,6%	44,5%	17,2%	4,0%	10,1%	3,9%	1,3%	1.183.400
Gesamt											
M + F	73,1%	26,9%	27,5%	1,0%	46,3%	13,7%	3,6%	9,1%	3,9%	1,3%	2.260.300

Quelle: Familienentwicklung in Österreich, GGS, 2008/09 Berechnungen: Norbert Neuwirth; ÖIF

Untersuchungen von Markt- und Meinungsforschungsinstituten⁵² im Auftrag von Pharmafirmen, bestätigen diese Daten.

Die überwiegende Mehrheit (72%) der Frauen und Mädchen informieren sich bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt über Verhütung. Bei jungen Frauen war die Ärztin/der Arzt in 59% die Hauptinformationsquelle und 33% die Schule bzw. der Aufklärungsunterricht.⁵³

Beim „ersten Mal“ geben drei Viertel der Jugendlichen an mit einem Kondom verhütet zu haben, 12% haben nicht verhütet.⁵⁴

85% der Mädchen⁵⁵ schätzen das Kondom als sehr bzw. eher zuverlässiges Verhütungsmittel ein, obwohl das Kondom mit einem praktischen Pearl-Index von 15 eher mittelmäßig bis unsicher verhütet und mehr als die Hälfte der Mädchen bereits Erfahrung mit einem gerissenen oder abgerutschten Kondom gemacht hat.

Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmethoden wie z.B. die Kupferspirale oder die Hormonspirale zu: Etwa ein Viertel der 26- bis 40-jährigen Frauen wenden diese sicheren Methoden an.⁵⁶

2.4.3 Wer bezahlt die Verhütung

In fast allen westeuropäischen Ländern ist es Standard, dass Verhütungsmittel von den Krankenkassen bezahlt werden, zumindest für Frauen mit niedrigem Einkommen und für Jugendliche. In Österreich muss jede Frau/jedes Paar selbst dafür aufkommen. Eine Kostenübernahme würde einen breiten gesellschaftlichen Konsens und die entsprechenden finanziellen Ressourcen voraussetzen. Beides war in der Vergangenheit nicht gegeben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in Österreich genügend sichere und sehr wirksame Verhütungsmethoden gibt. Die Anwendung wirksamer Verhütungsmethoden könnte durch Informationskampagnen, sowie eine Kostenübernahme verbessert werden.

52 Spectra, 2005; GfK Austria, 2008

53 Spectra, 2005

54 ÖGF, 2001

55 ÖGF, 2008

56 Spectra, 2005; GfK Austria 2008; GGS 2008/09

2.5 Notfallverhütung – die „Pille danach“

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

In Österreich sind zwei unterschiedliche Hormonpräparate zur Notfallverhütung zugelassen.

Die rezeptfreie „Pille danach“ – Vikela®/Postinor®

Seit Dezember 2009 sind diese gestagenhaltigen Präparate rezeptfrei in den Apotheken erhältlich (Kosten: € 11,90.-).

Die Pille danach bringt einen hohen Zugewinn an Selbstbestimmung für Frauen. Diese Haltung teilen laut einer repräsentativen Umfrage von Oekonsult (2009) 87% der ÖsterreicherInnen. Die Kenntnis über den Wirkmechanismus des Medikaments ist gering: So glauben 75% der Befragten fälschlicherweise, die Pille danach sei eine Abtreibungspille. Information und Aufklärung sind also nach wie vor wichtig und werden von 88% der ÖsterreicherInnen definitiv gewünscht.

Die Pille danach (Notfallverhütung) ist eine Tablette, welche 1,5mg des Gestagens Levonorgestrel enthält. Levonorgestrel unterdrückt bzw. verzögert den Eisprung und kann somit – rechtzeitig eingenommen – eine Schwangerschaft verhindern.

Die Pille danach soll so bald als möglich, spätestens aber 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr, eingenommen werden. Je später der Einnahmezeitpunkt ist, umso geringer ist die Wirksamkeit.

- innerhalb von 24 Stunden nach der Verhütungspanne genommen, verhindert die Pille danach zu 95% eine unerwünschte Schwangerschaft.
- 24 bis 48 Stunden nach dem ungeschützten Verkehr eingenommen, wirkt diese Notfallverhütung noch zu 85%
- 48 bis 72 Stunden (drei Tage) danach eingenommen, sinkt die Wirksamkeit auf 58%.

Wenn eine Schwangerschaft bereits eingetreten ist, wird diese durch die Pille danach nicht beendet. Das ist ein wesentlicher Unterschied zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne®, einem völlig anderen Wirkstoff, bei dem eine bereits bestehende Schwangerschaft beendet wird.

Gründe für die Einnahme der Pille danach sind zu rund einem Drittel Anwendungsfehler mit Kondomen, zu einem weiteren Drittel keine Anwendung eines Verhütungsmittels. Auf das restliche Drittel fallen vor allem Anwendungsfehler bei der Pille (vergessen) und sonstige Anwendungsfehler anderer Verhütungsmittel.⁵⁷

In Europa liegen aus Frankreich die längsten Erfahrungen mit der Pille danach vor. Dort ist das Präparat seit Juni 1999 rezeptfrei (OTC =over the counter) erhältlich.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Juni 2010 ein aktuelles Informationsblatt zur Sicherheit der Pille danach mit Levonorgestrel herausgegeben. Fazit: Die Pille danach kann von allen Frauen ohne Einschränkungen angewendet werden. Für diese Form der Notfallkontrazeption gibt es Erfahrungen aus der Anwendung seit mehr als 30 Jahren. Sie ist gut verträglich, bleibt nur kurze Zeit nach Einnahme im Körper und hat keine toxischen Wirkungen. Es besteht keine Gefahr der Überdosierung, es gibt keine bedeutenden medikamentösen Wechselwirkungen und Gegenanzeigen sind nicht bekannt. Die Pille danach verursacht keine ernsthaften Nebenwirkungen – leichte Nebenwirkungen treten bei weniger als einer von fünf Frauen auf, meist Unregelmäßigkeiten bei der Menstruationsblutung. Das Risiko einer Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter ist nicht erhöht. Weiters ist kein negativer Einfluss auf die Fruchtbarkeit bekannt, bei versehentlicher Einnahme in einer Frühschwangerschaft besteht keine Gefahr einer Schädigung der Schwangerschaft. Die Einnahme der Pille danach kann auch keine bestehende Schwangerschaft abbrechen. Die verfügbaren wissenschaftlichen

Daten zeigen, dass die Pille danach die Einnistung einer befruchteten Eizelle nicht beeinflusst – die Wirkung besteht in einer Verzögerung bzw. Verhinderung eines Eisprungs.

Die Anwendung ist einfach und eine ärztliche Betreuung ist nicht erforderlich. Die Methode ist in zahlreichen Ländern ohne Rezept erhältlich. Studien haben gezeigt, dass sowohl Erwachsene als auch Jugendliche die Informationen zur Anwendung leicht verstehen. Sie belegen auch, dass ein leichter Zugang zur Pille danach nicht dazu führt, dass Frauen und Mädchen diese anstelle regulärer Verhütung anwenden.

Die rezeptpflichtige „Pille danach“ – EllaOne®

Seit Jänner 2010 gibt es in Österreich ein neues, verschreibungspflichtiges Medikament zur Notfallverhütung: EllaOne® (Kosten: € 36,90.-). Der Wirkstoff Ulipristalacetat wurde speziell für die Notfallkontrazeption entwickelt – eine „Pille für noch länger danach“. Sie kann bis zu 5 Tage nach dem ungeschützten Verkehr angewendet werden, somit 2 Tage länger als levonorgestrelhaltige Notfallkontrazeptiva.

Ulipristalacetat ist ein selektiver Progesteronrezeptor Modulator. Dieser Wirkstoff kann einen Eisprung verhindern und eine Abnahme der Gebärmutter schleimhaut bewirken. Ob diese Pille ungewollte Schwangerschaften besser verhindert wie die levonorgestrelhaltige Pille danach, lässt sich derzeit aufgrund der Datenlage noch nicht beurteilen. Vorteile in der Verträglichkeit sind für Ulipristalacetat nicht belegt. Daten zum Einfluss auf bestehende Schwangerschaften gibt es praktisch nicht.

2.6 Schwangerschaftsabbruch

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein internationales Thema der Frauengesundheit - die Selbstbestimmung über die eigene Fruchtbarkeit ein zentrales Anliegen der Frauengesundheitsbewegung.

Viele Gründe können zum Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft führen, z.B. falsche Einschätzung der eigenen Fruchtbarkeit, ambivalenter Kinderwunsch, unsichere Verhütung, erschwerter Zugang zu wirksamen Verhütungsmitteln (keine Kostenübernahme durch Krankenkassen in Österreich), Anwendungsfehler, oder Angst vor Nebenwirkungen. Ein Teil der Frauen, die ungewollt schwanger werden entscheidet sich zum Abbruch.

Die Beweggründe dafür wurden in zahlreichen internationalen Studien⁵⁸ aufgezeigt. In österreichischen Studien⁵⁹ war die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch umso höher, je mehr der folgenden Aspekte zutreffen:

- abgeschlossene Familienplanung (keine auf ein weiteres Kind bezogene Zukunftsvorstellungen)
- keine feste Partnerschaft oder kurze Dauer der Partnerschaft
- Beziehungsprobleme
- geringes Haushaltseinkommen
- nicht mit der Ausbildung oder Arbeitssituation vereinbar
- hohe Berufszufriedenheit
- negative Einstellung zur Sexualität

Im Entscheidungsprozess für oder gegen ein Kind werden ökonomische Faktoren lediglich von einem Drittel als bedeutend angesehen. Ein passender Partner bzw. eine passende Partnerin ist für zwei von drei Befragten wichtig, ebenso die ganz persönliche Bereitschaft für ein (weiteres) Kind. „Die Entscheidung zu einem Kind ist

58 z.B. Finer, et al. 2005

59 Wimmer-Puchinger, 1982; 2001

eine sehr persönliche Dimension, auf welche die Familienpolitik, zumindest monetär, keinen Einfluss nehmen kann.“⁶⁰

Weltweit wird etwa jede fünfte Schwangerschaft abgebrochen. Das Alan Guttmacher Institute/New York schätzt die Zahl der Abtreibungen auf 41,6 Mio. pro Jahr im Jahr 2003 (gegenüber 45,5 Mio. im Jahr 1995). Davon werden etwa die Hälfte (19,7 Mio.) illegal durchgeführt, die meisten davon in Entwicklungsländern. Illegale Abtreibungen gefährden die Gesundheit und das Leben von Frauen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rechnete 2004 weltweit mit etwa 70.000 Todesfällen pro Jahr infolge unsachgemäß vorgenommener Abtreibungen. Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Frauengesundheit und führt längerfristig zu einer Senkung der Abtreibungszahlen, wenn sie mit einer Politik der Prävention gekoppelt ist.

Im internationalen Durchschnitt kommen auf 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren etwa 29 Abtreibungen (Schätzung 2003). Für Gesamt-Europa beträgt sie durchschnittlich 28/1.000. Einige Länder weisen sehr niedrige Abtreibungsraten auf (westeuropäischer Durchschnitt: 12/1.000 Frauen), andere Staaten haben hingegen sehr hohe Abbruchraten (osteuropäischer Durchschnitt: 44/1.000 Frauen).

In Österreich ist ein Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation und auf Verlangen der Frau in den ersten drei Monaten nach Beginn der Schwangerschaft (=abgeschlossene Nidation) legal, wird aber nicht von den Krankenkassen bezahlt. Es gibt daher keine österreichweite Statistik. Die zur Verfügung stehenden Daten deuten auf eine im westeuropäischen Vergleich eher überdurchschnittliche Anzahl an Abbrüchen.

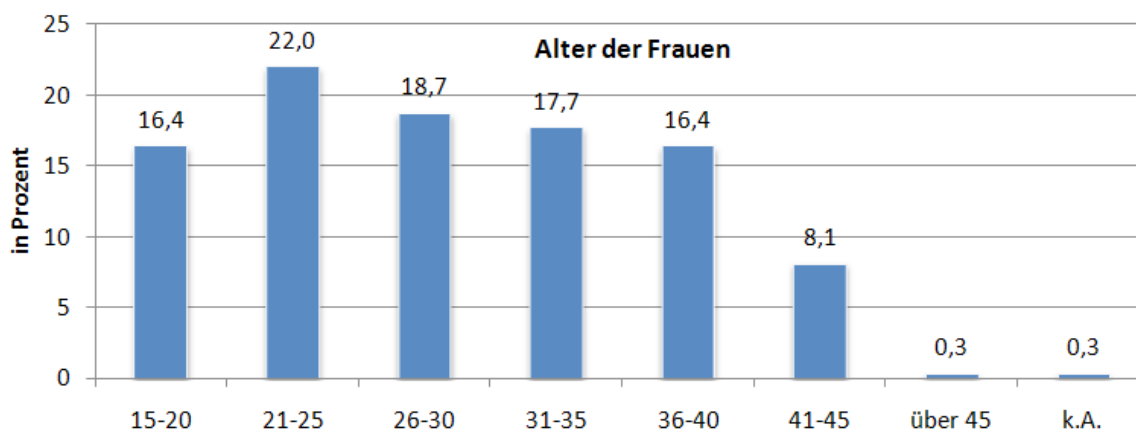
Aus jahrzehntelanger nationaler und internationaler Erfahrung, sowie zahlreichen Untersuchungen und Fachpublikationen geht eindeutig hervor, dass die einzig wirksame Maßnahme zur Verringerung der Abbruchshäufigkeit die nachhaltige Prävention ungewollter Schwangerschaften ist.

Um wirksame Präventionsmaßnahmen einzuleiten wäre eine bundesweite statistische Erfassung jedoch wenig hilfreich. Es gibt ausreichend nationale und internationale Untersuchungen über die Gründe und Motive eines Abbruchs und es existiert genügend gesichertes Wissen über wirksame Präventionsmaßnahmen aus anderen europäischen Ländern.

Jedoch konnten in der Vergangenheit wirksame Maßnahmen der Prävention in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften aufgrund von gesellschaftspolitischen Widerständen nicht umgesetzt werden.

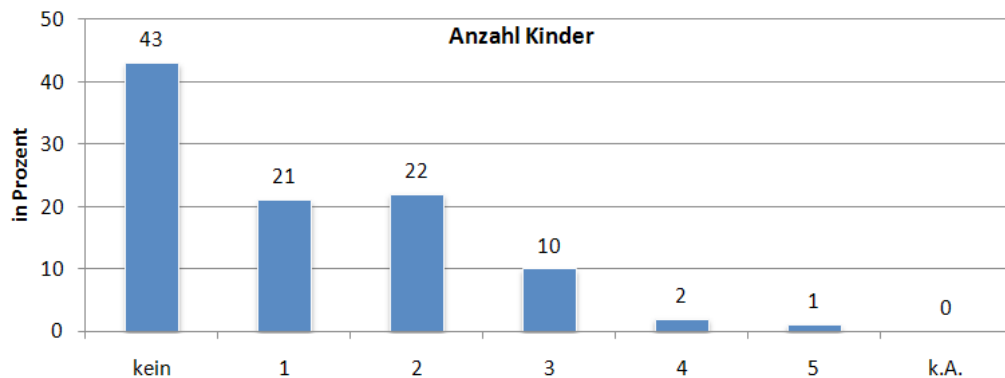
Das Alter der Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch in das Salzburger Universitätsklinikum/Gynmed Ambulanz kamen, ist zwischen 15 und 40 weitgehend gleich verteilt. Das Alter der Schwangerschaft zum Zeitpunkt des Abbruchs liegt zwischen der 6. und 9. Schwangerschaftswoche (Tendenz in Richtung frühere Schwangerschaftswoche). Über die Hälfte der Frauen hat zum Zeitpunkt des Abbruchs bereits ein oder mehrere Kind(er).

Abbildung 58: Altersverteilung von Frauen bei Abbruch



Quelle: SALK/Gynmed Ambulanz Salzburg, 2007

Abbildung 59: Anzahl an Kindern von Frauen beim Abbruch



Quelle: SALK/Gynmed Ambulanz Salzburg, 2007

Rechtliche Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

Die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

In Österreich wurde der Schwangerschaftsabbruch 1975 im Strafgesetzbuch (StGB) § 96 und 97 geregelt:

1. Der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn er auf Verlangen der betroffenen Frau von einem Arzt/einer Ärztin nach einer Beratung innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate vorgenommen wird. Laut Gesetz beginnt die Schwangerschaft mit der abgeschlossenen Einnistung der befruchteten Eizelle (=Nidation), d.h. ca. 3 Wochen nach dem ersten Tag der letzten Regelblutung. „Fristenregelung“
2. Bei Vorliegen einer medizinischen bzw. embryopathischen Indikation oder bei Unmündigkeit: Der Schwangerschaftsabbruch ist während der Gesamtdauer der Schwangerschaft straffrei (=Spätabbruch), wenn er zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernststen Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren unerlässlich ist oder wenn eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde (embryopathische Indikation), oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig war, das heißt, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
3. Zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr ohne zeitliche Grenze.

2008 veröffentlichte der Europarat eine Resolution („Access to safe and legal abortion in Europe“). Darin werden alle Mitgliedsstaaten aufgefordert, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren, Frauen einen ungehinderten Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch zu garantieren und den Zugang zu kostengünstigen Verhütungsmethoden und einer kompetenten Sexuaufklärung zu sichern.⁶¹

2.6.1 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

In Österreich können Frauen zwischen einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® und einem chirurgischen Abbruch in Vollnarkose oder in Lokalanästhesie wählen.

Bei der Auswahl der besten Methode sind folgende Faktoren ausschlaggebend:

- Präferenz der Frau

61 Council of Europe, <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta08/eres1607.htm>, (dl 10.08.2010)

- Anamnese
- Alter der Schwangerschaft
- Erfahrung und klinische Beurteilung des behandelnden Arztes/der Ärztin
- Verfügbarkeit von Ressourcen und Infrastruktur

Aufgrund fehlender Durchführungsbestimmungen ist ein wohnortnaher Zugang zu allen drei Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich nicht überall gegeben. 2009 haben die österreichischen Frauengesundheitszentren einen Überblick über alle Beratungsstellen, Ambulatorien und Krankenhäuser, die Abbrüche durchführen, veröffentlicht:

http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/broschueren_2010/juni_2010_OEsterreich-weite_Adressenliste_Beratungsstellen_AErztInnen.pdf

2.6.2 Psychische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

Die Frage von möglichen Risiken für die psychische Gesundheit von Frauen als Folge eines Abbruchs am Beginn der Schwangerschaft wurde international und national ausreichend wissenschaftlich untersucht.

So veröffentlichte die American Psychological Association (APA) 2008 im „Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion“ eine Evaluierung aller seit 1989 publizierten Studien und kam zu folgendem Schluss:

„In general, the prevalence of mental health problems observed among women who had a single, legal, first-trimester abortion for non-therapeutic reasons was consistent with normative rates of compatible mental health problems in general population of women“.

In einer österreichischen Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung (2001) wurden insgesamt rund 1.000 schwangere Frauen befragt: 577 Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, sowie 400 Frauen, die ihre Schwangerschaft fortsetzten. Dabei zeigte sich, dass das Ausmaß der Depressivität und der Ängstlichkeit der befragten Frauen sowohl zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs als auch drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch zum überwiegenden Teil im unauffälligen Bereich lag.

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

Zusammenfassend machen die Ergebnisse der Studie deutlich, dass der Entscheidung für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik vorangeht. Entsprechend war bereits wenige Wochen nach dem Abbruch ein hohes Ausmaß an positiver psychischer Bewältigung festzustellen.

Für viele Frauen wird die Zeit bis zum Abbruch belastender erlebt, als der Eingriff selbst oder die Zeit danach. Frauen erleben es als hilfreich, wenn sie vorher gut informiert wurden, die Entscheidung selbstbestimmt getroffen haben, eine wohlwollende, soziale Akzeptanz ihrer Entscheidung in ihrem persönlichen Umfeld vorfinden und in einer angenehmen Atmosphäre optimal medizinisch und menschlich betreut wurden.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Schwangerschaftsabbruch zwischen Recht und Praxis

Die geltende gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch ist eine wichtige Voraussetzung, dass Frauen selbstbestimmt über eine Schwangerschaft entscheiden können, allerdings bedarf es einer frauengerechten Umsetzung. Seit 1975 ermöglicht ein Gesetz die alleinige Entscheidungsfreiheit der Frau über einen Schwangerschaftsabbruch. Wird dieses Recht eingeschränkt oder erschwert, ist das der Frauengesundheit abträglich. Die Praxis des

Schwangerschaftsabbruches aber ist in Österreich durch ein gesellschaftlich ablehnendes Klima, unzureichende Informations- und Zugangsmöglichkeiten, hohe Preise und fehlende Qualitätsstandards gekennzeichnet.

Frauen und Mädchen haben ein Recht auf:

- öffentlich zugängliche, sachliche Informationen durch unabhängige Beratungsstellen und Gesundheitseinrichtungen
- Unterstützung, Respekt und Anerkennung einer Entscheidung der Frau für oder gegen eine Schwangerschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt
- eine wohnortnahe Versorgung in allen Bundesländern durch die Möglichkeit einer qualitätsgesicherten Behandlung an allen öffentlichen Spitälern
- freien Zugang zu medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Laut Beschluss des Europarates 2008 sind alle Mitgliedsstaaten aufgefordert Frauen einen ungehinderten Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen.
- sofortigen Stopp von psychischen Gewalthandlungen durch religiöse Fanatikerinnen durch bundesweit gesetzlich definierte Schutzzonen vor Einrichtungen, die Abbrüche durchführen
- Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs durch Versicherungsträger (wie es in Westeuropa selbstverständlicher Standard ist)
- Partizipation (von betroffenen Frauen und beruflich erfahren Expertinnen) bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen betreffend den Schwangerschaftsabbruch
- Begleitmaßnahmen zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften:
 - regionale Familienplanungseinrichtungen (mehrsprachig)
 - qualitätsgesicherte, geschlechterspezifische Sexualpädagogik
 - leichter und kostengünstiger Zugang zu Verhütungsmitteln (Verhütungsmittel auf Krankenschein für Jugendliche/Frauen/Männer mit niedrigem Einkommen)

35 Jahre nach in Kraft treten der „Fristenlösung“ ist es an der Zeit, die gesetzlichen Möglichkeiten frauengerecht umzusetzen. Damit Frauen überall in Österreich tatsächlich selbstbestimmt über ihre Körperlichkeit und ihre Lebensperspektiven entscheiden können

2.6.3 Der Spätabbruch

In fast allen europäischen Ländern gilt eine Indikationslösung für Schwangerschaftsabbrüche nach den ersten drei Monaten (=Spätabbrüche). Wenn die Gesundheit der schwangeren Frau oder ihr Leben gefährdet ist bzw. eine schwere Fehlbildung des Fetus vorliegt, ist ein Abbruch auch im späteren Verlauf der Schwangerschaft straffrei. Die Einschätzung der gesundheitlichen Gefährdung bzw. der Fehlbildung wird primär von den behandelnden ÄrztInnen vorgenommen. Um die ärztliche Entscheidung nicht alleine treffen zu müssen, sowie zur Absicherung in schwierigen Situationen wurden in manchen gynäkologischen Spitalsabteilungen spezielle Gremien geschaffen, die fallbezogen eine Vorgehensweise festlegen.

Aufgrund der verbesserten pränataldiagnostischen Möglichkeiten werden fetale Fehlbildungen meist sehr früh diagnostiziert. Gelegentlich wird jedoch eine schwere Fehlbildung erst später festgestellt. Entscheidet sich die Frau/das Paar in dieser Situation zu einem Abbruch, so ist zu berücksichtigen, dass der Fetus nach der medikamentös ausgelösten Geburt möglicherweise kurze Zeit lebensfähig ist. Ab der Geburt besteht jedoch eine Verpflichtung zur intensivmedizinischen Intervention. Um eine solche Situation zu vermeiden, wird etwa ab der 22. Schwangerschaftswoche empfohlen, vor einem Abbruch einen Fetozid durchzuführen. Zu diesem Ergebnis kommt die Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin in ihrem Konsensusstatement 2002: „Kommt es in der Beratung zum einstimmigen Konsens darüber, dass der Wunsch der Frau, aufgrund der vorliegenden individuellen Problematik, für alle verständlich ist und legitim erscheint, so kann die Problemlösung aus humanitären, ethischen, medizinischen und rechtlichen Überlegungen nur die Geburtseinleitung nach Fetozid sein. Dies gilt, sofern die betroffene Mutter nicht ein anderes medizinisch und ethisch verantwortbares Procedere wünscht. Die praktische Durchführung des Fetozid hat nach internationalen Standards zu erfolgen.“

Der Fetozid als Eingriff ist für die Patientin mit wenig Nebenwirkungen verbunden, ist jedoch ein sehr belastendes Ereignis. Eine entsprechende psychologische Betreuung ist deshalb unverzichtbar.