

Dokumentation der Enquete

Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht

26.11.2001
8.30 – 17.00 Uhr
Hochholzerhof
Seitzergasse 2-4, 1010 Wien

Eine Kooperationsveranstaltung der
Wiener Frauengesundheitsbeauftragten
MA 57
Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung

Geleitwort

Verschiedenste Gründe können dazu führen, dass Frauen sich nicht in der Lage sehen die Verantwortung für ein oder ein weiteres Kind zu übernehmen. Nicht-vorhandene oder nicht-funktionierende Partnerschaften, eine unzureichende familiäre Unterstützung, die Unvereinbarkeit mit der beruflichen Situation, eingeschränkte finanzielle Mittel oder beengte Wohnverhältnisse lösen möglicherweise ambivalente Gefühle bei schwangeren Frauen aus und können bewirken, dass aus einer ungeplanten Schwangerschaft eine ungewollte wird. Die Entscheidung, die von Frauen letztlich getroffen wird, geht mit einer differenzierten Abwägung ihrer Situation einher und der Entschluss für einen Schwangerschaftsabbruch ist oft schmerzhaft und in jedem Fall wohlüberlegt.

Als Stadträtinnen für Gesundheit und Frauenfragen halten wir es für entscheidend, Frauen und junge Mädchen im Vorfeld zu unterstützen, um so ungeplante Schwangerschaften zu vermeiden. Wir treten aber auch dafür ein, dass die Entscheidung für oder gegen ein oder ein weiteres Kind der Frau selbst überlassen bleibt. Schwangerschaftsabbruch kann niemals als eine Methode der Empfängnisregelung betrachtet werden, aber jeder Frau soll diese Möglichkeit offen stehen, wenn sie keinen anderen Ausweg sieht.

Wir sind stolz darauf, dass in Wien im Gegensatz zu anderen Bundesländern der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch funktioniert und Frauen in dieser Notlage nicht zusätzlich mit dem Problem des Findens eines/einer durchführungswilligen Arztes/Ärztin bzw. Institution konfrontiert sind.

Mit dieser Veranstaltung sollen die Erfahrungen anderer europäischer Länder in die seit einiger Zeit aufgeflammete österreichische Debatte eingebracht werden, um so einen Beitrag zur Bewusstseinsbildung und Information zu leisten.

Prim. Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker
amtsführende Stadträtin für Gesundheits- und Spitalwesen

Mag. Renate Brauner
amtsführende Stadträtin für Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal

Inhaltsverzeichnis

GELEITWORT.....	3
INHALTSVERZEICHNIS.....	5
PROGRAMM.....	7
REFERENTINNEN.....	9
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH IN EUROPA: EIN ÜBERBLICK.....	11
„SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHSTOURISMUS“.....	19
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHSREGELUNG IN DEUTSCHLAND.....	22
DIE SCHWEDISCHEN ERFAHRUNGEN.....	27
DER WEG IN DEN ABGRUND.....	32
DIE FRANZÖSISCHE SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHSREGELUNG.....	37
„HELFFEN STATT STRAFEN“ – WIE ES ZUR FRISTENREGELUNG KAM.....	42
SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT AUS DER SICHT DER FRAUEN.....	44
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH IN ÖSTERREICH.....	61
AUSWIRKUNGEN UNGEWOLLTER SCHWANGERSCHAFT.....	67
INFORMATIONEN.....	74
PRESSESPIEGEL.....	82

Programm

8.30 – 9.00	Begrüßung	Beate Wimmer-Puchinger Wiener Frauengesundheitsbeauftragte Peter Wagenbichler Präsident der ÖGF Renate Brauner <i>amtsführende Stadträtin für Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal</i> Elisabeth Pittermann-Höcker <i>amtsführende Stadträtin für Gesundheits- und Spitalwesen</i>
9.00 – 9.40	Europa	
	Abortion in Europe – an Overview Schwangerschaftsabbruch in Europa – ein Überblick	Lyn Thomas <i>Direktorin der International Planned Parenthood European Network</i>
	Abortion tourism – women and doctors on the move in Europe „Schwangerschaftsabbruchstourismus“ – Frauen und ÄrztInnen unterwegs in Europa	Florian Willems Medizinischer Leiter der Stimezo Klinik Den Haag, Niederlande
9.40 – 10.00	Diskussion	
10.00 – 10.30	Pause	
10.30 – 12.30	Europäische Beispiele	
	Schwangerschaftsabbruchsregelung in Deutschland Chancen und Grenzen eines breiten gesellschaftlichen Konsens	Elke Thoß Direktorin Pro Familia, Deutschland
	Abortion in Sweden Reduction in number and earlier performed, when women got the right to decide Schwangerschaftsabbruch in Schweden Wenn Frauen das Recht haben zu entscheiden: niedrige Abbruchsziffern und frühe Durchführung	Katarina Lindahl Direktorin RFSU, Schweden
	Into the abyss Der Weg in den Abgrund	Catherine Forde <i>Vorstandsmitglied IFPA, Irland</i>
	La régulation française de l'avortement – des progrès pour les droits des femmes et des jeunes filles Die französische Schwangerschaftsabbruchsregelung – ein Fortschritt für die Rechte der Frauen und jungen Mädchen	Francoise Laurant <i>Präsidentin MFPPF, Frankreich</i>

12.30 – 13.00	Diskussion	
13.00 – 14.30	Pause	
14.30 – 16.00	Die österreichische Situation	
	Helfen statt Strafen Wie es zur Fristenregelung kam	Elfriede Karl <i>Bundesministerin für Familie a.D.</i>
	Schwangerschaftsabbruch in Österreich – Theorie und Praxis	Christian Fiala <i>Gynäkologe</i>
	Schwangerschaftskonflikt aus der Sicht der Frauen – Ergebnisse aus einer österreichweiten Studie	Beate Wimmer-Puchinger <i>Leiterin des LBI für Frauengesundheitsforschung</i>
	Auswirkungen ungeplanter Schwangerschaften auf das Leben von Frauen, Kindern und Familien	Belinda Mikosz <i>Leiterin des psychologischen Dienstes der MAG 11</i>
16.00 – 17.00	Podiumsdiskussion	
TeilnehmerInnen:		Frauen in Not Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung Elisabeth Pittermann-Höcker amtsführende Stadträtin für Gesundheits- und Spitalwesen Martina Ludwig <i>Gemeinderätin (SPÖ)</i> Beate Wimmer-Puchinger Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, klin. Psychologin Marianne Springer-Kremser ÖGF, Psychoanalytikerin Margit Endler Ärztl. Leiterin KFJ, Gynäkologin Margot Scherl Verein Frauen beraten Frauen, Psychotherapeutin
Moderation:		Lydia Ninz Der Standard

ReferentInnen

Brauner, Renate, Mag.	amtsführende Stadträtin für Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal Rathaus, 1082 Wien, Tel: 01 40000
Endler, Margit, Dir. Dr.	Ärztliche Leiterin des Kaiser-Franz-Josef-Spitals, Kundratstrasse 3, 1100 Wien, Tel: 01 60191/1308
Fiala, Christian, Dr.	Gynäkologe, christian.fiala@aon.at
Forde, Catherine	Vorstandsmitglied der Irisch Family Planning Association, Solomons House, 42 Pearse Street, Dublin 2, Irland, Tel: 00353 1 878 0366
Karl, Elfriede	Bundesministerin für Familie a.D.
Laurant, Françoise	Präsidentin des Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), 4 Square St. Irénée, F-75011 Paris, Frankreich, Tel: 0033 1 48 07 29 10
Lindahl, Katarina	Direktorin des Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU) P.O.Box 12128, Drottningholmsvagen 37, Stockholm 10224, Schweden, Tel: 0046 8 692 0700
Ludwig, Martina	Gemeinderätin (SPÖ), Rathaus, Lichtenfelsgasse 2, 1082 Wien, Tel: 01 40000
Mikosz, Belinda, OMagR Dr.	Leiterin des psychologischen Dienstes der MAG 11 Rüdengasse 11, 1030 Wien, Tel: 01 4000/90891
Pittermann-Höcker, Elisabeth Prim. Dr.	amtsführende Stadträtin für Gesundheits- und Spitalwesen Schottenring 24, 1010 Wien, Tel: 01 53114/81221
Scherl, Margot	Vorstandsmitglied des Vereins Frauen beraten Frauen, Lehargasse 9/2/2/17, 1060 Wien, Tel: 01 5876750
Springer-Kremser, Marianne, o.Univ.Prof. Dr.	Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF), Leiterin der Univ. Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Tel: 01 40400/3061
Thomas, Lyn	Direktorin der International Planned Parenthood European Network (IPPF EN), Rue Royal 126, B-1000 Brüssel, Belgien, Tel: 0032 2 2500950

Thoß, Elke	Direktorin der Pro Familia, Stresemannallee 2, D-60596 Frankfurt, Deutschland, Tel: 0049 69 63900
Wagenbichler, Peter, a.o.Univ.Prof. Dr.	Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF), Ärztlicher Leiter der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik, Bastiengasse 36-38, 1180 Wien, Tel: 01 47615/1308
Willems, Florian, Dr.	Medizinischer Leiter der Stimezo Klinik, Van Beverningkstraat 134, NL-2584- VL Den Haag, Niederlande, Tel: 00231 70 3512341
Wimmer-Puchinger, Beate a.o.Univ. Prof. Dr.	Wiener Frauengesundheitsbeauftragte Schottenring 24, 1010 Wien, Tel: 01 53114/85951 Leiterin des LBI für Frauengesundheitsforschung Bastiengasse 36-38, 1180 Wien, Teil 01 47615/5751

Schwangerschaftsabbruch in Europa: ein Überblick

Lyn Thomas

Mein Vortrag versucht die grosse Verschiedenheit der Länder und Völker, die Europa ausmachen, aufzuzeigen und stellt die Vielfalt und Extreme demographischer Daten vor. Fruchtbarkeitsraten variieren ebenso wie der Gebrauch von Verhütungsmitteln. In Sachen Schwangerschaftsabbruch gibt es in Europa Länder mit den niedrigsten aber ebenso mit den höchsten Abbruchraten weltweit.

In Europa leben 870 Millionen Menschen, davon 187 Mill. Frauen und Mädchen im reproduktiven Alter. Die durchschnittliche Fruchtbarkeitsrate liegt in Europa bei 1,85. Georgien, Lettland und Italien haben die niedrigsten (zwischen 1,07 und 1,15), Tadschikistan und Turkmenistan die höchsten (3,6 bzw. 3,8). Die durchschnittliche Fruchtbarkeit in den Ländern der Europäischen Region liegt bei 1,5, die Österreichs etwa bei 1,32.

Kontrazeption und deren Verwendung

Bis heute gibt es keine zu 100% wirksame und zugängliche Verhütungsmethode. Viele Millionen Frauen haben keinen Zugang zu Information und Beratung, die sie dabei unterstützen könnten, Schwangerschaften zu verhüten.

Die Verwendung von modernen Kontrazeptiva variiert in Europa enorm, ist am höchsten in den Niederlanden und in Belgien (75%) und am niedrigsten in Polen (19%). Der Prozentsatz von Polen ist der niedrigste in Europa und geringer als in Kambodscha und Madagaskar. In den Ländern der Europäischen Union liegt sie etwa 67% in den Ländern Osteuropas bei etwa 47%

Unter modernen Kontrazeptiva versteht man: Orale Kontrazeption, IUD, Spermizide, Kondome. Nicht zu den modernen Methoden zählen der Coitus interruptus und die Kalendermethode.

Zugang zur Kontrazeption

In Europa wird der Zugang zu Verhütungsmitteln von vielen Faktoren beeinflusst:

- Besorgtheit der Regierungen über niedrige Geburtenraten
- fehlende Subventionen für engagierte Familienplanungseinrichtungen
- medizinische und sonstige Desinteresse an den Bedürfnissen von Frauen auf dem Gebiet ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit
- unzureichende Informationen und Falschinformationen
- finanzielle Motive
- dauernde Druck der Anti-Choice-Bewegung.

In Europa unterscheiden sich sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste von Land zu Land im Preis, der Verfügbarkeit und der Akzeptanz. Und das Bedürfnis von Frauen ihre Schwangerschaft abbrechen, hängt eng mit diesen Länderunterschieden und Einstellungen zusammen.

In einigen Ländern Osteuropas sind die Kosten eine Hemmnis zum Zugang. Die von der Weltbank kalkulierte Kosten für Kontrazeption schlägt 2% des Jahreseinkommens vor. In Rußland zum Beispiel kann ein Zyklus Pillen bis zu US \$ 5,- kosten, das ist in manchen Fällen mehr als 50% des monatlichen Einkommens. Einige Länder wollen keine modernen Kontrazeptiva verkaufen, da sie meinen, dass der Schwangerschaftsabbruch keine Kosten verursacht.

Trotzdem stellen wichtige Massnahmen wie Verhütungsberatung nach dem Schwangerschaftsabbruch und Sexualerziehung nur all zu oft keine Priorität für die öffentlichen und privaten AnbieterInnen im Gesundheits- und Bildungswesen dar. Der Schwangerschaftsabbruch kann nie völlig beseitigt werden, aber Abbruchraten könnten mit der relativ billigen und direkt präventiven Gesundheitsmassnahme der modernen Verhütung gehörig vermindert werden.

Die Britischen Gesundheitserziehungsbehörde, die Datenmaterial der Vereinten Nationen (einschließlic UNICEF, WHO und ILO), des Europarats und der Europäischen Kommission überprüft hat, stellte fest:

“Europäische Erfahrungen zeigen, dass Versuche ungeplante Schwangerschaften zu reduzieren unterstützt werden, wenn sie Hand in Hand gehen mit Maßnahmen zur Reduktion von sexuell übertragbaren Infektionen.- die Maßnahmen integrativer Natur sind und sowohl auf Kontrazeption wie auch auf Prävention von Infektionen

abzielen. Dies zeigte sich vor allem in der Schweiz, den Niederlanden und Frankreich, wo der Schwerpunkt der sexuellen Gesundheitspromotion durch die AIDS-Epidemie einen positiven Einfluß auf die Verhütungsraten bei Teenagern hatte.

Erfahrungen zeigen außerdem, dass präventive Interventionen (wie Verbesserung in der Bereitstellung von Kontrazeptiva, Sexualerziehung und Gesetzesreformen) zusammenhängen, die kombinierten Wirkungen mögen größer sein als die Summe ihrer individuellen Komponenten. Grundlegende Verbesserungen in den letzten Jahren hat es in Norwegen, den Niederlanden und Griechenland gegeben, wo die Anstrengungen unterschiedlicher Behörden verschiedener Sektoren ergänzend und übereinstimmend waren.“

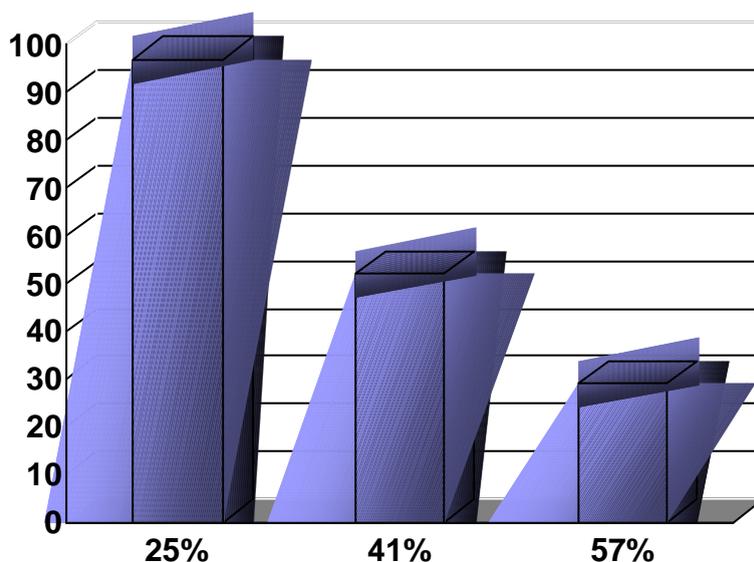
Schwangerschaftsabbruch in Europa

Die Abbruchsraten in Europa sind die höchsten aber auch die niedrigsten weltweit.

Die Daten sind nicht immer ganz vertrauenswürdig und es gibt mehr und mehr Beweise dafür, dass z.B. in Rußland Frauen zu niedergelassenen privaten praktischen ÄrztInnen gehen, um eine bessere Betreuung zu haben.

Die durchschnittliche Rate in Westeuropa liegt bei 12, die durchschnittliche europäische Rate bei 25 Abbruchsraten sind dort niedriger, wo Frauen auf die Pille, IUD oder Sterilisation vertrauen

Verwendung von Kontrazeptiva und Abbruchsraten in 12 Industrieländern



Gesetzgebung

Einige europäische Länder haben international anerkannte Abbruchseinrichtungen und Gesetzgebungen. In anderen Ländern Europas haben Frauen wenig Möglichkeiten, wenn sie ungewollt schwanger werden. (Das IPPF European Network bringt regelmäßig einen aktualisierten Bericht über die Abbruchgesetzgebung in Europa heraus.) Dieses Jahr wurden die Abbruchgesetze in der Schweiz und in Frankreich geändert.

Die Abbruchgesetzgebung in Europa – die liberale ebenso wie die restriktive – betrifft einige äusserst grundlegende Rechte und mögliche Missbräuche: das Recht jeder Frau zu selbst zu entscheiden, das Recht der Ärztin/des Arztes, einen Schwangerschaftsabbruch zu verweigern, die elterliche Zustimmung zum Schwangerschaftsabbruch, das Recht von Frauen auf vertrauliche Behandlung und die nicht wertneutrale Schwangerschaftskonfliktberatung. Was viele Gesetzgebungen nicht ansprechen, sind die Rechte ausländischer Frauen auf den Schwangerschaftsabbruch, die Bedürfnisse der sozial und wirtschaftlich Ausgegrenzten oder der Bedarf nach einem modernen Verhütungssystem und sexueller Erziehung.

Jedes Abbruchgesetz in den europäischen Ländern kommt regelmässig unter den Beschuss der Anti-Choice-Bewegung. (Die Anti-Choice-Bewegung bleibt auch heute ein relevanter Faktor in Europa. Besonders in Osteuropa komplizieren und vermischen diese Leute absichtlich die Themen von Verhütung und Zugang zu ungefährlicher, legaler und akzeptabler Schwangerschaftsabbrüchen, oft mit der expliziten Absicht, eine Änderung der Abbruchgesetzgebung herbeizuführen.)

Die Auswirkungen der Abbruchgesetzgebung auf das Leben und die Gesundheit von Frauen sind beträchtlich. Vor der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Rumänien 1989 starben mehr als 20.000 Frauen als Folge illegaler, gefährlicher Abbrüchen, und mehr als 98.000 ungewollte Kinder wurden weggelegt. 1999 waren 6.214 Frauen gezwungen, Irland zu verlassen, um in Grossbritannien abzutreiben. Viele dieser Frauen mussten für diese Reise beträchtliche finanzielle Opfer bringen.

Europaweit sehen sich viele Frauen zum „Abbruchstourismus“ gezwungen. Mit der Verweigerungsklausel aus Gewissensgründen für ÄrztInnen im Abbruchgesetz und beträchtlichen Ungleichheiten in lokalen Versorgungseinrichtungen haben spanische Frauen wenig andere Möglichkeiten, als für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland zu reisen. Obwohl die neue polnische Regierung nun die Liberalisierung des Abbruchgesetzes diskutiert, geschah dies nicht früh genug für tausende von Polinnen, die legale und ungefährliche Abbrüche im Ausland suchten.

Gesetzesänderungen

In den 30er Jahren: aus medizinischen Gründen
 In den 50er Jahren: in der UdSSR auf Verlangen
 In den 70er Jahren: in Österreich, Frankreich, Italien, Luxemburg auf Verlangen
 In den 80er Jahren: in Zypern, Spanien, Portugal, Griechenland,
 In den 90er Jahren: in Belgien, Albanien, Rumänien

Die meisten Gesetzgebungen im der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verfolgten Frauen und Ärzte, der Schwangerschaftsabbruch war ein Kapitalverbrechen..

In den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden Gesetze in Schweden und Dänemark geändert und der Abbruch wurde in speziellen Fällen wie Bedrohung für die Gesundheit der Frau nicht mehr verfolgt.

Die UdSSR legalisierte den Abbruch in den 50er Jahren, um die Müttersterblichkeit zu reduzieren.

Viele Westeuropäische Länder legalisierten den Abbruch in den 70er Jahren, die südeuropäischen Länder in den 80er Jahren. Eine bemerkenswerte Ausnahme blieb Belgien bis zu den 90er Jahren. In Belgien wurden Abbrüche in Spitälern durchgeführt, obwohl sie illegal waren. In Albanien und Rumänien wurde der Abbruch ebenfalls in den 90er Jahren legalisiert. Vorher war er verboten, Ausnahmen wurden gemacht, wenn eine Frau bereits 5 Kinder hatte oder über 45 Jahre alt war.

Sehr restriktiv sind nach wievor die Gesetze in Malta, Monaco, Andorra, San Marino.

Gesetzliche Regelungen für den Schwangerschaftsabbruch in der Europäischen Region der IPPF

Alle Angaben des Schwangerschaftsalters sind gerechnet vom ersten Tag der letzten Menstruation

Land	Gefahr f d Leben d Frau	Gefahr f d physische Gesundheit	Gefahr f d mentale Gesundheit	Vergewal- tigung/ Inzest	Behin- derung d Fötus	Alter	Ökonom./ Soziale Gründe	Auf Verlangen
Albanien	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Armenien	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Belgien (W, B)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Bis 14 Woche				Bis 14 Woche
Bulgarien (G)	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche		Bis 20 Woche		Bis 16 Woche	Bis 12 Woche
Dänemark (G)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 14 Woche
Deutschland (W, B)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Bis 12 Woche	Kein Zeitlimit			Bis 12 Woche
Estland (F)	Bis 21 Woche	Bis 21 Woche	Bis 21 Woche			Bis 21 Woche		Bis 12 Woche
Finnland	Bis 24 Woche	Bis 20 Woche	Bis 14 Woche	Bis 14 Woche	Bis 24 Woche		Bis 14 Woche	
Frankreich	Bis 22	Bis 22 Woche			Bis 22			Bis 14

(W)	Woche				Woche			Woche
Georgien (F)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Bis 12 Woche
Land	Gefahr f d Leben d Frau	Gefahr f d physische Gesund-heit	Gefahr f d mentale Gesundheit	Vergewal-tigung /Inzest	Behin-derung d Fötus	Alter	Ökonom./ Soziale Gründe	Auf Verlangen
Griechenland (F)	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 24 Woche			Bis 12 Woche
Großbritannien (F)	Bis 24 Wochen	Bis 24 Wochen	Bis 24 Wochen		Bis 24 Wochen		Bis 24 Woche	
Irland (B)	Kein Zeitlimit							
Island (B, F)	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche		Bis 12 Woche	
Israel (B)	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche		
Italien (W, B, G)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit			Bis 90 Tage
Kasachstan (F)	Bis 24 Woche	Bis 24 Woche	Bis 24 Woche	Bis 16 Woche	Bis 24 Woche			Bis 12 Woche
Lettland (G)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Litauen (F)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Luxenburg (B, W)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 12 Woche	
Moldawien (G)	Bis 28 Woche	Bis 28 Woche	Bis 28 Woche		Bis 28 Woche		Bis 28 Woche	Bis 12 Woche
Niederlande (W, F)							Bis 24 Woche	
Norwegen (F)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Österreich (I)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Bis 3 Monate
Polen (B)	Bis 22 Woche			Bis 12 Woche	Bis 22 Woche			
Portugal (W, B)	Bis 14 Woche	Bis 14 Woche		Bis 16 Woche	Bis 24 Woche			
Rumänien	Bis 22 Woche				Bis 22 Woche			Bis 14 Woche
Rußland	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Schweden	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit		Bis 18 Woche	Bis 14 Woche
Schweiz	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit					Bis 12 Woche
Slowakei (B, F)	Bis 22 Woche				Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Spanien	Kein Zeitlimit			Bis 12 Woche	Kein Zeitlimit			
Tschechien (B, F)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Türkei (E)	Über 10 Wochen				Über 10 Wochen			Bis 12 Woche
Ukraine (F)		Kein Zeitlimit					Bis 28 Woche	Bis 12 Woche
Ungarn (W, B, G)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 14 Woche
Usbekistan	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Zypern (B)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit			

I	Nach- planta	Im- B	Verpflich- Tende	W	Warte- zeit	E	Zustimmung Ehemann	F	Zustimmung Eltern	G	Zustimmung Eltern
---	-----------------	----------	---------------------	---	----------------	---	-----------------------	---	----------------------	---	----------------------

	tion		Beratung					bei unter 16 Jährigen		bei unter 18 Jährigen
--	------	--	----------	--	--	--	--	--------------------------	--	--------------------------

Zugang zum Schwangerschaftsabbruch

Ausserdem unterscheiden sich die Abbruchgesetze de jure und de facto. In der Slowakei ist der Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Schwangerschaftswoche auf Anfrage legal. Trotzdem haben positiv eingestellte ÄrztInnen die Gewissensverweigerungsklausel gebraucht, um den ständigen Kampagnen der Anti-Choice-GegnerInnen und der katholischen Kirche aus dem Weg zu gehen. In Italien sind RichterInnen oft nicht bereit, die Zustimmung zu einem Abbruch bei einer Minderjährigen zu erteilen, obwohl gesetzlich diese Möglichkeit offensteht. In Belgien sind sich einige ÄrztInnen nicht bewusst, dass der Schwangerschaftsabbruch erlaubt ist. In Albanien zahlen Frauen oft viel mehr als die gesetzlichen Höchstkosten von US \$ 15 für einen Schwangerschaftsabbruch in öffentlichen Kliniken. Was die finanziellen Kosten eines Abbruch betrifft, so kommen viele Krankenversicherungssysteme in Europa nicht dafür auf.

Schwangerschaftsabbruch ruft auch mehr gemischte Gefühle und grundlegende Meinungsverschiedenheiten hervor als die meisten anderen sozialen Themen oder Themen der öffentlichen Gesundheit. Fest steht, dass weltweit etwa 46 Millionen Frauen jährlich einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. 17% von ihnen leben in Europa.

Der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ist ein kompliziertes Thema und hängt erneut davon ab, in welchem Land eine Frau wohnt. Es hängt von der Art ihrer Krankenversicherung ab, dem Zustand der öffentlichen im Gegensatz zur privaten Gesundheitsversorgung in diesem Land, ob sie in der Stadt oder auf dem Land wohnt, ihrem Alter, ihrem Partner, der Einstellung ihrer Ärztin/ihres Arztes, ihrem relativen Wohlstand, dem Zugang zu unparteilicher und rechtzeitiger Information und Beratung und natürlich den nationalen und lokalen Gesetzen in Zusammenhang mit dem Abbruch und Abbruchseinrichtungen.

In Europa kann eine Frau, die in Dänemark wohnt, einen kostenlosen Abbruch bis in ihre zwölfte Schwangerschaftswoche bekommen. In Russland haben die Frauen eigentlich rechtlich gesehen dieselbe Möglichkeit, aber oft müssen sie bezahlen. In Grossbritannien ist der Abbruch gratis, aber viele Frauen ziehen private Kliniken vor. In Irland ist Frauen der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch gesetzlich verwehrt, und sie müssen reisen, um einen Abbruch durchführen zu lassen.

Limitierter Zugang trotz gesetzlich liberaler Bestimmungen Bestimmungen

In einigen Ländern gibt es Schwierigkeiten beim Zugang selbst wenn die Gesetzgebung den Abbruch erlaubt:

Slowakei: auf Verlangen	Spanien: Vergewaltigung/Inzest, Behinderung des Fötus, Lebensgefahr für die Frau, phys. Gesundheit der Frau
Ärzte verweigern die Durchführung aus Gewissensgründen	Ärzte verweigern die Durchführung in öffentlichen Spitälern aus Gewissensgründen, führen Abbrüche aber in privaten Praxen durch

Ich meine diese Art von Restriktionen ist auch für den Zugang zum Abbruch in Österreich symptomatisch.

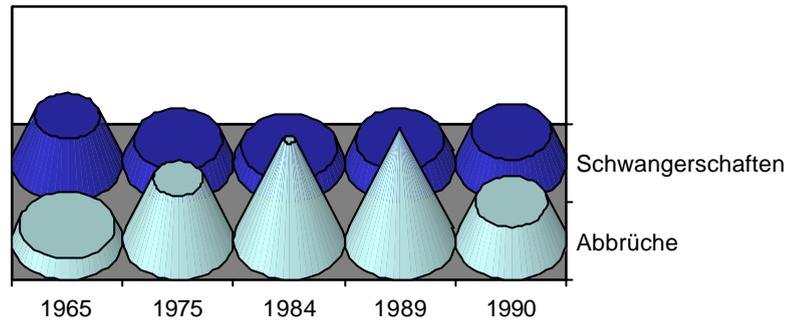
Auswirkungen von restriktiven Gesetzen

Der Schwangerschaftsabbruch in Europa wird durch mangelnde Geldmittel, mangelndes Verständnis und mangelnde Solidarität zwischen relevanten Einrichtungen, GesetzgeberInnen und zivilen wie religiösen Vereinigungen aufs Spiel gesetzt. Zu diesen relevanten Einrichtungen gehören Gesundheits- und Bildungsministerien, Spitäler und Kliniken, Krankenversicherungen, Gesundheitseinrichtungen und Jugendorganisationen.

Abbruch ist in Europa – im Gegensatz zu den Entwicklungsländern – nicht die Ursache für eine hohe Müttersterblichkeit, zu der es kommt, da Frauen selbst versuchen einen Abbruch durchzuführen. Diese Versuche können mit dem Tod der Frau enden bzw. mit schwierigen Folgen für ihren gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustand.

Rumänien stellt aufgrund der Gesetzeslage bis 1990 eine europäische Ausnahme hinsichtlich der Müttersterblichkeit dar. Am Höhepunkt 1989 war die Rate der Müttersterblichkeit equivalent jener von Brasilien und Paraguay. Die Hauptgründe für die Müttersterblichkeit lag an den illegalen Abbrüchen. Innerhalb von 12 Monaten nach der Gesetzesänderung (1989) halbierte sich die Müttersterblichkeit und die Sterblichkeit aufgrund von Abbrüchen fiel um mehr als 60 %.

Müttersterblichkeit: Todesfälle aufgrund von Abbrüchen Rumänien 1965-1989 per 1000 Frauen*
 *(WHO Genf, 1989)



	1965	1975	1984	1989	1990
□ Abbrüche	20	80	130	145	50
■ Schwangerschaften	60	30	20	30	40

Andere Auswirkungen von Restriktionen sind:

- Frauen müssen ins Ausland reisen (sofern sie es sich leisten können)
- Die ärmsten und unterprivilegierten Frauen und die jüngsten sind besonders gefährdet und ungewollten Kinder werden weggelegt oder getötet

Irland: Gefahr für das Leben der Frau	Polen: Vergewaltigung/Inzest, Behinderung des Fötus, Lebensgefahr für die Frau
Mehr als 5.000 Frauen reisen jedes Jahr nach Großbritannien	Mehr als 80.000 Frauen werden zum illegalen Schwangerschaftsabbruch gedrängt 1999 gab es in Polen: 31 Fälle von Kindesmord, 737 Kinder wurden im Spital zurückgelassen, 46 Babies wurden ausgesetzt, wovon eines starb

Schlussfolgerungen

Heute gibt es in Europa vier Prioritäten in Sachen Schwangerschaftsabbruch:

- Mehr nüchterne Daten müssen gesammelt und neue Untersuchungen durchgeführt werden.
- Erfahrungen betreffend der Standards der klinischen und sonstigen Prozedere muß unter den Betreibern kommuniziert werden, um zu einer Vereinheitlichung zu gelangen
- Anbieten von Fort- und Weiterbildung, um sicherzugehen, dass alle AnbieterInnen die Kapazität und Fähigkeit haben, qualitativ hochwertige Eingriffe vorzunehmen.
- Als BefürworterInnen müssen wir versuchen all diejenigen AkteurInnen erreichen, die Frauen dieses fundamentale Recht verweigern, und mit allen relevanten Einrichtungen und Personen zusammenarbeiten, um den Einsatz von Schwangerschaftsabbrüchen als ein Mittel zur Fruchtbarkeitskontrolle zu vermindern und Frauen Wahlmöglichkeiten zu bieten, wenn sie mit ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaften konfrontiert sind und diese Schwangerschaft gefahrlos und legal beenden wollen.

IPPF EUROPEAN NETWORK

Policy Paper

ABORTION

The IPPF European Network believes that abortion should be legal, safe and accessible to all women living in Europe, for reasons of

HEALTH: to safeguard women's health, and to reduce mortality and morbidity as a result of unsafe and illegal abortion

CHOICE: to ensure that women have the information needed to exercise self-determination, sexual and reproductive freedom and sexual equality, and access to confidential counselling and services to regulate their fertility

RIGHTS: to protect women's basic human rights and ensure that these rights are not legally impaired or compromised

The IPPF European Network further believes that:

- abortion is a fundamental sexual and reproductive right and should be available at the request of any woman
- where abortion is still illegal, it should be decriminalised
- the quality and confidentiality of abortion services must be guaranteed, and the rights of the client respected, particularly in relation to young people and adolescents
- women have the right to non-judgmental counselling and objective referral in case of legitimate conscientious objection of the provider
- abortion services should be integrated into reproductive and sexual health services, and also offer contraceptive and sexual health advice and counselling to women after abortion
- it is the responsibility of health service institutions to provide abortion within the terms of existing national legislation
- providers of services to the victims of sexual violence and abuse (including trafficking) and to refugees and migrants must be fully trained in the provision of services and counselling to these individuals
- abortion providers should consider their own value system in order to be able to respect a woman's value system and this should be part of the training of all medical and counselling staff
- information concerning women who have sought abortion should be kept strictly confidential and not be disclosed to any source

The IPPF European Network and its FPAs promote and defend universal access to legal, affordable, quality and client-oriented abortion services in all European countries. These services must give all women

- confidentiality, respect and professional service;
- freedom to choose their own doctor or medical practitioner;
- informed choices about the method of abortion to be used;
- high quality and professional advice and counselling, before and after the procedure.

„Schwangerschaftsabbruchstourismus“

– Frauen und ÄrztInnen unterwegs in Europa

Florian Willems

Einleitung

In den letzten drei Jahrzehnten kamen viele Frauen aus Nachbarländern nach Holland, um eine ungewünschte Schwangerschaft abbrechen. In den letzten Jahren kommen die Mehrzahl dieser „Abbruchtouristinnen“ mit einer Schwangerschaft im zweiten Trimester, da Abbrüche im ersten Trimester inzwischen in den meisten Ländern durchgeführt werden.

Dieser Vortrag wird das Entstehen dieser Situation und Perspektiven für die Zukunft behandeln. Außerdem werde ich versuchen zu erklären, warum ÄrztInnen manchmal reisen müssen und warum eine ideale Situation (ohne Migration für Schwangerschaftsabbrüche, in welche Richtung auch immer) auch in Zukunft eine Illusion bleiben wird.

Die niederländische Situation

In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde von den AllgemeinmedizinerInnen, die Vakuumcurette-Technik eingeführt und boten diese auf Anfrage für niederländische und ausländische Frauen an.

Danach dauerte es über 10 Jahre, bis sich die Liberalen und die ChristdemokratInnen sich auf eine gesetzliche Regelung zu Praktiken des Schwangerschaftsabbruches geeinigt haben. Das 1981 beschlossene Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch trat 1984 in Kraft.

Gesetzliche Regelung

- DIE FRAU ENTSCHEIDET über die Unvermeidlichkeit eines Schwangerschaftsabbruches in ihrer Situation
- Der Arzt überzeugt sich, dass die Entscheidung freiwillig, überlegt und gewissenhaft getroffen wurde
- Der Schwangerschaftsabbruch ist für Einwohnerinnen der Niederlande umsonst
- Der Schwangerschaftsabbruch ist nur legal in Kliniken und Krankenhäusern mit einer besonderen Genehmigung und bis zur Lebensfähigkeit (24 Wochen)
- Es besteht eine fünftägige Wartepflicht (mit Ausnahmen) zwischen dem ersten Besuch beim/bei der Arzt/einer Ärztin und der Durchführung des Abbruchs

Konsequenzen

Das Gesetz sieht auf den ersten Blick ziemlich restriktiv aus, es wird aber von den Ärzten/innen sehr liberal ausgelegt. Wir hinterfragen nicht die Motivationen der Frauen und wie sie zu ihrer Entscheidung gelangt sind. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche war in den letzten 30 Jahren sehr niedrig. Die Anwendung von Verhütungsmitteln ist sehr weit verbreitet, auch unter Jugendlichen, sodass es vor allem nach Versagen von Verhütungsmitteln zu einem Schwangerschaftsabbruch kommt. Die Ursache dafür liegt in der generellen Haltung zur Kontrazeption. In den 50er Jahren waren die Niederlande ein Immigrationsland und das Gefühl von Überbevölkerung war präsent. Aus dieser Einstellung heraus wurde der Zugang zu Verhütungsmitteln erleichtert, à la longue wurden z.B. die speziellen Kliniken für Jugendliche, die nicht wagten zum/r Hausarzt/ärztin bzw. Gynäkologen/in zu gehen, Teil des normalen Gesundheitssystems. Ein weiterer Anreiz zur Verbesserung des Verhütungsverhaltens ist sicherlich die praktisch kostenlose Abgabe von Kontrazeptiva und die Unterstützung durch die zuständigen Behörden und die Regierung. Zu Abbrüchen kommt es daher hauptsächlich aufgrund von Fehlern bei der Anwendung von Verhütungsmitteln. Zwei Drittel der Abbrüche bei Niederländerinnen finden in der 5. bis 8. Woche nach Ausbleiben der Menstruation statt.

Die niedrige Abbruchsrate in einem Land mit leicht zugänglichem Schwangerschaftsabbruch war für die Abbruchsgegner völlig unerwartet und hat ihre Argumente geschwächt. Die „Anti-Choice“-Bewegung hat in den Niederlanden nie eine große Popularität oder Einfluss genossen.

Weniger als jährlich 2000 (8%) der niederländischen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen (gesamt etwa 25.000) , sind zwischen 13 und 22 Wochen schwanger. Der Anteil der Schwangerschaften in der 17. - 22. Woche ist ein geringer Anteil (weniger als 500/Jahr).

Die Situation für Frauen in den Niederlanden ist fast ideal: qualitativ hochwertiger Schwangerschaftsabbruch wird in ihrer nächsten Umgebung angeboten; der Abbruch ist kostenlos und kann bis zur 22. Amenorrhöe-Woche durchgeführt werden

Der Abbruchstourismus Frauen unterwegs

In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es nur wenige Länder in Europa in denen ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, dazu zählten Jugoslawien, die Schweiz und Polen.

1968 erlaubte die Gesetzesänderung in England den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und durch die liberale niederländische Praxis veränderten sich zwischen Ende der 70er bis Mitte der 80er Jahre die Ziele des Abbruchstourismus.

In den 90er Jahren veränderte sich die Situation durch die Veränderung der gesetzlichen Regelungen in den meisten europäischen Staaten. Bis auf Polen und Irland, wo die Gesetzeslage verschärft wurde, wurde in den meisten anderen europäischen Ländern der Zugang liberalisiert. Damit wurden England, Spanien und die Niederlande hauptsächlich das Ziel von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimester haben wollen.

In den Niederlanden werden pro Jahr etwa 6000 Abbrüche zwischen der 13. und 22. Woche durchgeführt:

Zahl der Abbrüche	Herkunftsland der Frauen
2000	Niederlande
1200	Deutschland
100	Österreich
700	Belgien
2000	Frankreich

Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch für Ausländerinnen:

Kosten in €	Dauer der Schwangerschaft
300 – 400,--	1. Trimester
500 – 550,--	2. Trimester (bis 17. Woche)
650 – 800,--	2. Trimester (> 17. Woche)

Abbrüche im zweiten Trimester erfordert eine hochqualifizierte Technik für einen Arzt/eine Ärztin. Wenn keine Frauen aus dem Ausland in die Niederlande kommen würden, wäre die Spezialisierung auf Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Trimester verschwunden. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass dank dem Zulauf von Frauen aus Frankreich, Deutschland und Belgien ein qualitativ hochwertiger Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimester angeboten werden kann.

Ärzte unterwegs

Wenn man also von Abtreibungstourismus spricht, dann meint man normalerweise, dass die Frauen reisen. Es gibt aber hier noch eine zweite Seite und zwar jene, dass auch die Ärzte/innen reisen.

Wir wissen alle, dass die Durchführung von Abbrüchen zu den ältesten Professionen auf der Welt zählt. Denn Ärzte die Schwangerschaftsabbrüche durchführen hat es immer gegeben und sie sind auch immer von einem Ort zum anderen gereist.

Gründe für die Reisetätigkeit der Ärzte/innen sind:

- Um Geld zu verdienen
- Um in Übung zu bleiben
- Aus Idealistischen Gründen
- Ihr Wissen zu mehren

Einige niederländische Ärzte/innen reisen regelmäßig nach Spanien, oder haben sich dort niedergelassen, um Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Trimester an Frauen aus Spanien oder Frankreich durchzuführen. Andere bilden Kollegen/innen in Frankreich aus, wo vor kurzem die Höchstgrenze von erlaubten Schwangerschaftsabbrüchen von 12 zu 14 Wochen angehoben wurde.

Ich habe in Rumänien Mediziner/innen in der Aspirationstechnik (einer verbesserten Vacuumcurretage) ausgebildet und auch in Südafrika und Litauen Kollegen und Kolleginnen fortgebildet..

In Österreich und in Deutschland haben sich holländische Kollegen niedergelassen. Andere Kollegen/innen reisen an einigen Tagen des Monats nach Deutschland, Belgien, Spanien und Frankreich, um Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, da das Angebot von den heimischen Ärzten/innen sichtlich nicht ausreichend ist.

Perspektiven

In den meisten europäischen Ländern gibt es heute Regelungen, die den Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester zulassen. Der Abbruchtourismus wird aber weiterhin bestehen, solange die Regelungen in Irland und Polen den Abbruch verbieten und Abbrüche im zweiten Trimester nur in England, Spanien und den Niederlanden durchgeführt werden.

Selbst wenn der Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimester in den Nachbarländern legal akzeptiert wird, wird es Jahre dauern, bevor ein Arzt/eine Ärztin, die sich auf diese Eingriffe spezialisiert (falls sich eine solche Person finden lässt), voll ausgebildet ist. Deshalb kann erwartet werden, dass Frauen aus Deutschland, Österreich, Belgien und Frankreich noch für viele Jahre in die Niederlande reisen werden, um einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimester durchführen zu lassen.

Schwangerschaftsabbruchsregelung in Deutschland

Chancen und Grenzen eines breiten gesellschaftlichen Konsens

Elke Thoß

Ich möchte mich herzlich für die Einladung zu dieser Konferenz bedanken. Ich bin sehr glücklich, hier zu sein. Die ÖGF und pro familia verbindet eine langjährige fachliche und politische Zusammenarbeit. Freundschaften sind entstanden. Die Zusammenarbeit von ÖGF und pro familia empfinde ich als ein Stück gelebtes Europa, das für uns nicht immer leicht fassbar ist.

Eine besondere Beziehung hat pro familia zu der Klinik Korneuburg. Mitarbeitern dieser Klinik verdanken wir, dass es uns gelungen ist, relativ schnell nach der Einführung von Mifegyne in Deutschland insgesamt 240 ÄrztInnen und BeraterInnen darauf vorzubereiten, Mifegyne kompetent in Deutschland anbieten zu können.

Schwangerschaftsabbruch im Kontext

Seit mehreren Jahrzehnten gehört der Abtreibungskonflikt in einigen westeuropäischen Ländern, wie auch in den USA zu den zentralen politischen Auseinandersetzungen. *„Seine Besonderheiten ergeben sich daraus, dass gesetzliche Entscheidungen über einen Wertkonflikt getroffen werden müssen indem sich unvereinbare, moralische Positionen gegenüberstehen. Der Schutz des ungeborenen Lebens kollidiert mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau in Situationen in dem ein Schwangerschaftsabbruch von einer schwangeren Frau erwogen und veranlasst wird“* ⁽¹⁾. In den vergangenen Jahrzehnten hat das Thema Schwangerschaftsabbruch insbesondere auch in Deutschland Auswirkungen auf verschiedene Politikbereiche gehabt und im Fall der Vereinigten Staaten besonders dramatische im Bereich der Entwicklungshilfe. In diesem Zusammenhang verweise ich auf die seit 1973 immer wiederkehrenden Versuche der U.S.-amerikanischen Regierungen, die Vergabe von Entwicklungsgeldern mit Restriktionen zum Thema Schwangerschaftsabbruch zu verknüpfen. Aus diesem Grund sollte das Thema Schwangerschaftsabbruch, gewöhnlich als isolierte politische Frage behandelt, in einem umfassenden Kontext gesehen werden. Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist wenn auch ein besonders kritischer Teil einer langen Geschichte des politischen und kulturellen Kampfes für die Rechte und Selbstbestimmung der Frauen.

Schwangerschaftsabbruch in Zahlen

In Deutschland werden ca. 14 Prozent aller Schwangerschaften durch einen Schwangerschaftsabbruch beendet. Weltweit sind es durchschnittlich 22 Prozent. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nur geringfügig verändert. Sie bewegt sich um 131.000 bis 134.000 Schwangerschaftsabbrüche jährlich. Dies entspricht in etwa 7,7 bis 8 Abbrüchen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter.

Die Anzahl der gebärfähigen Frauen zwischen 15 und 25 Jahren beträgt in Deutschland etwa 20 Millionen Frauen. Mehr als die Hälfte der abbrechenden Frauen sind zwischen 15 und 24 Jahre alt. Ungefähr 50 Prozent der Frauen sind verheiratet. Sowohl Frauen mit als auch ohne Kinder brechen ab. Die Zahlen der Frauen mit Kindern überwiegt leicht. Im internationalen Vergleich ist die Zahl der Jugendschwangerschaften die zweitniedrigste. Wir beobachten allerdings, dass sich die Zahlen der Abbrüche bei Jugendlichen unter 15 Jahren seit 1995 stetig erhöht (z.B. von 1998 auf 1999 um 3,9 %). Ähnlich sieht es bei den 15- bis 18jährigen aus. Wir haben dafür noch keine hinreichenden Erklärungen. Wir vermuten aber, dass der Anstieg in Verbindung mit der zunehmenden Zahl von jugendlichen MigrantInnen und AussiedlerInnen in unserem Land steht.

Seit 1996 werden die Daten für die amtliche Schwangerschaftsabbruchstatistik nach einem neuen Verfahren erhoben. Angestrebt wird, diejenigen Einrichtungen in Deutschland, in denen Abbrüche vorgenommen werden, vollständig zu erfassen. Als Folge hiervon ist die Zahl der registrierten Abbrüche gegenüber 1995 um mehr als 30.000 angestiegen. Nach Schätzung von pro familia hingegen folgt mit großer Wahrscheinlichkeit, dass die reale Zahl der Abbrüche von 1995 bis heute auf nahezu gleicher Höhe geblieben ist. Unvollständig ist die amtliche Schwangerschaftsabbruchstatistik insoweit, dass sie darin nicht die Abbrüche berücksichtigt, die Frauen im Ausland durchführen lassen. 1994 waren dies rund 5.000 Frauen. 1997 schätzte pro familia die Zahlen nur noch auf 3.500. Innerhalb Deutschlands lassen nahezu 8.000 Frauen ihre Schwangerschaft in einem anderen Bundesland als dem ihres Wohnortes abbrechen. Der Schwangerschaftsabbruchtourismus innerhalb Deutschlands nimmt jedoch stetig ab.

Ausgesprochen schlecht ist die Datenlage bezogen auf Komplikationen. Es werden nur die Komplikationen erfasst, die vor der Entlassung oder Verlegung einer Patientin festgestellt werden. Über psychische

Langzeitfolgen von Schwangerschaftsabbrüchen können keine wissenschaftlich seriösen Aussagen gemacht werden, da die vorliegenden Studien aus Westdeutschland methodisch mangelhaft sind (z.B. fehlende Kontrollgruppen, unzureichende empirische Grundlagen). Für die Auseinandersetzung, mit Kritikern und Gegnern einer liberalen Schwangerschaftsabbruchregelung ist dies ein wichtiger Sachverhalt, der auch immer wieder kritisch eingebracht werden muss.

Sexualität und Verhütung

Das Thema Schwangerschaftsabbruch kann nicht von dem Thema Sexualität getrennt werden. Nahezu 50 Prozent aller Schwangerschaften sind ungeplant, 25 Prozent unerwünscht (Wimmer-Puchinger). Sexualität ist also nicht immer mit der Idee der Planbarkeit vereinbar. Die Verhütungspraxis einer Gesellschaft ist daher immer ein Ausdruck eines gelungenen oder weniger gelungenen Umgangs mit diesem Widerspruch. Deutschland gilt als kontrazeptive Gesellschaft. Das Verhütungsverhalten bewegt sich auf hohem Niveau. 80 Prozent der Frauen zwischen 20 und 24 Jahren benutzen hormonelle Kontrazeptiva und 12 Prozent die Spirale. Über 90 Prozent der Jugendlichen wenden beim ersten Mal Verhütungsmethoden an. Das Diaphragma und die Methoden der Fruchtbarkeitswahrnehmung spielen eine geringere Rolle. Der Anteil der Sterilisation der Frau beträgt 8,6 Prozent, der des Mannes nur 3,6 Prozent. Das hohe Verhütungsniveau wird auch dadurch nicht beeinträchtigt, dass in Deutschland Kontrazeptiva im Vergleich zu anderen europäischen Ländern erheblich teurer sind. Außer Frage steht, dass ein hohes Niveau in der Verhütungspraxis dazu beitragen kann, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche erheblich zu reduzieren. Sie kann jedoch nicht den Schwangerschaftsabbruch selbst abschaffen. Im Durchschnitt sind in Deutschland Frauen 30 Jahre fruchtbar. Die Mehrheit von ihnen hat ein bis zwei Kinder. Folglich müssen sie 28 bis 29 Jahre effektiv verhüten. Dies erfordert klare Zielvorstellungen und ein gekonntes Planungsverhalten. Angesichts der Tatsache, dass keine Verhütungsmethode absolut sicher ist, stellt dies eine bemerkenswerte Kompetenz und Leistung dar. Dies wird allerdings viel zu wenig gewürdigt.

Schwangerschaftsabbruchversorgung

Die Schwangerschaftsabbruchversorgung in Deutschland unterscheidet sich nicht nur zwischen West- und Ostdeutschland, sondern von Bundesland zu Bundesland. Es sind die Bundesländer, die für die Versorgung zuständig sind und diese auch regeln. Die Qualität der Versorgung hat sich in den letzten zehn Jahren verbessert. 92 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche werden ambulant durchgeführt. Die Mehrheit davon mit der Absaugmethode (82 % im Jahr 2000). In Ostdeutschland wirkt die Schwangerschaftsabbruchpraxis der ehemaligen DDR weiterhin nach. Schwangerschaftsabbrüche werden in diesem Teil Deutschlands immer noch vorwiegend in Krankenhäusern durchgeführt, allerdings mit abnehmender Tendenz und zunehmend ambulant. Seit Herbst 1999 haben Frauen in Deutschland, wenn auch unter schwierigen Rahmenbedingungen, die Möglichkeit, sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden.

Schwangerschaftsabbruchrecht

Das deutsche Schwangerschaftsabbruchrecht gilt als eines der kompliziertesten weltweit. Zuerst in den 70-er Jahren, dann anfangs der 90-er Jahre kam es zu Gesetzesänderungen durch den Deutschen Bundestag. 1976 verabschiedete das Parlament ein erweitertes Indikationsmodell und 1995 eine eingeschränkte Fristenlösung. Bemerkenswert ist, dass in Deutschland parallel hierzu eine fast 25 Jahre lange überdurchschnittlich breite und permanente öffentliche Kontroverse zum Thema Schwangerschaftsabbruch stattgefunden hat. Beteiligt waren alle relevanten gesellschaftlichen Gruppen. Die öffentliche Auseinandersetzung über den Schwangerschaftsabbruch bestand durchweg in der Ablehnung der Vorschläge zu seiner Regelung⁽²⁾. Herausragende integrierende Funktionen erfüllten vor allem ein parteiübergreifendes Bündnis weiblicher Abgeordneter und das Bundesverfassungsgericht. Zur Erinnerung: nach der deutschen Vereinigung musste das DDR- mit dem bundesrepublikanischen Abtreibungsrecht zusammengebracht werden. Das war der Auftrag für den Einigungsvertrag und sein Zustandekommen war schwersten Belastungen wegen der neu zu entwickelnden Schwangerschaftsabbruchregelung ausgesetzt.

Das Ergebnis des Ringens um eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchrechts entspricht dem kontroversen Charakter des Themas. Das Gesetz von 1995 berücksichtigt wesentliche kontroversielle Standpunkte zum Thema. Keine der Akteure musste seinen Standpunkt aufgeben. Es konnte aber auch niemand seinen Standpunkt optimal durchsetzen. In der Folge wird die Schwangerschaftsabbruchregelung von 1995 mehrheitlich in der Öffentlichkeit toleriert.

Auseinandersetzungen mit Kritikern und Lebensschützern gibt es jedoch weiterhin. Diese haben jedoch bei weitem nicht das Niveau an Militanz und Selbstgerechtigkeit wie in einigen Ländern Europas und den U.S.A..

Das neue Gesetz

Kern des neuen Gesetzes ist eine Beratungspflicht der Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen wollen. Zwar gilt grundsätzlich, dass ein Abbruch rechtswidrig ist. Er ist aber straffrei, wenn die Schwangere dem abbrechenden Arzt oder der Ärztin eine Bescheinigung über die gesetzlich vorgeschriebene Schwangerschaftskonfliktberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorweisen kann. Der Schwangerschaftsabbruch darf nur von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden, und zwar frühestens am vierten Tag nach der abgeschlossenen Schwangerschaftskonfliktberatung. Beratung und Schwangerschaftsabbruch dürfen nicht von derselben Person durchgeführt werden. Schließlich dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein.

Schwangerschaftsabbrüche nach einer medizinischen oder kriminologischen Indikation gelten nicht als rechtswidrig. Die medizinische Indikation betrifft Schwangerschaften, deren Fortführung eine Gefahr für die Gesundheit und Leben der Schwangeren bedeuten würde oder eine schwerwiegende seelische oder körperliche Belastung für die Schwangere, die nicht auf eine andere für sie nicht zumutbare Weise abgewendet werden kann. Für Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation gibt es keine zeitliche Befristung. Die mit einer Zwölfwochenfrist verbundene kriminologische Indikation bezieht sich auf Schwangerschaften, die auf ein Sexualdelikt zurückzuführen sind.

Die Beratungspflicht ist ausführlich gesetzlich geregelt. Der Beratungsauftrag ist, Frauen zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen. Sie sollen sich bewusst sein, dass der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich verwerflich ist. Gleichzeitig soll die Beratung ergebnisoffen geführt werden und von der Verantwortung der Frau ausgehen. Die Beratung soll ein Hilfsangebot sein. Die Entscheidung aber, ob Frauen ihre Schwangerschaft fortsetzen oder nicht, liegt allein bei den Frauen. Pro familia lehnt aus fachlichen und menschenrechtlichen Gründen die Pflichtberatung ab. Sie hat sich jedoch entschieden, trotz dieser Bedenken Schwangerschaftskonfliktberatung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften anzubieten.

Das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz sieht auch ein auf Dauer angelegtes, umfangreiches staatliches Programm der Sexualaufklärung und Familienplanung vor, das bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt ist. Es orientiert sich an der gesetzlichen Zweckbestimmung der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten. Im Mittelpunkt steht die Befähigung zu einem „eigen- wie auch partnerverantwortlichen und gesundheitsgerechten Umgang mit Sexualität“. Das Programm umfasst die Entwicklung von Medien, Forschung, Modellprojekte, Aufklärungskampagnen, Fachkonferenzen sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Kosten

Bei Vorliegen einer medizinischen oder kriminologischen Indikation übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Dies ist nicht der Fall bei Schwangerschaftsabbrüchen ohne Indikation. Hierbei übernehmen die Krankenkassen nur einen Teil der Kosten für ärztliche Leistungen. Für einen ambulanten Schwangerschaftsabbruch müssen Frauen zwischen 500 bis 700 DM, für einen stationären zwischen 1.000 bis 1.500 DM bezahlen. Wenn das persönlich verfügbare Einkommen unterhalb bestimmter Grenzen liegt, haben Frauen nach dem „Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen“ einen Anspruch auf Leistungen. Dazu muss vor dem Schwangerschaftsabbruch ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Nach Auffassung von pro familia bedeutet die Kostenregelung des Schwangerschaftsabbruchs eine zusätzliche Diskriminierung von ungewollt schwangeren Frauen.

Die Vor- und Nachteile des Konsensmodells

Das Gesetz von 1995 sichert ein Angebot an Schwangerschaftsabbruchversorgung, wenn auch nicht optimal. Die Bundesländer müssen gewährleisten, dass Frauen die Möglichkeit zu einem ambulanten wie stationären Schwangerschaftsabbruch haben. Auch das Bundesland Bayern muss sich hier einordnen. Es klagt ständig beim Bundesverfassungsgericht, verliert aber auch zum großen Teil. Das neue Gesetz schreibt außerdem vor, dass das Beratungsangebot plural sein muss. Es müssen sowohl kirchliche wie nicht konfessionell gebundene Angebote (wie die von Pro Familia oder Arbeiterwohlfahrt) als auch staatliche Beratungsangebote zur Verfügung stehen. Trotz dieser Fortschritte impliziert das neue Gesetz weiterhin die moralische Stigmatisierung des

Schwangerschaftsabbruches und damit die der Frau. Die Formel „straffrei, aber rechtswidrig“ mag geschickt konträre Interessenslagen zusammengefasst haben, der Makel der Rechtswidrigkeit ist aber hinderlich auf der Ebene der Umsetzung und hält ÄrztInnen ab, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Entscheidend bei der neuen Regelung ist, wer die Interpretationshoheit hat und wie die Machtbalance innerhalb der Gesellschaft gelingt. Schließlich wissen wir nicht, wie die Gerichte das Recht weiterentwickeln werden.

Perspektiven

Es liegt in der Natur der Sache, dass auch zukünftig Schwangerschaftsabbrüche nicht völlig vermieden werden können. Einigkeit herrscht darüber, dass ein komplexes Bündel von Maßnahmen die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zurückdrängen kann. Dazu gehören nicht nur eine herausragende Familienplanungsversorgung, sondern ebenso familien-, frauen- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen. Meiner Einschätzung nach werden wir uns zukünftig mit folgenden Problemen auseinandersetzen müssen: Auf der ideologischen Ebene mit dem Thema Spätabbruch. Auf der gesundheitspolitischen Ebene mit der Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen von Jugendlichen bis zu 18 Jahren, auf der Ebene der Wahlfreiheit mit der unbefriedigenden Kostenfrage in Zusammenhang mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und mit dem zu engen Zeitfenster für Mifegyne. Der medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ist nur bis zum 49. Tag nach dem ersten Tag der letzten Monatsblutung möglich. Wenn Sie unsere Beratungspflicht berücksichtigen, dann können Sie sich vorstellen, dass die Zeit buchstäblich knapp wird und das dieses enge Zeitfenster die Wahlfreiheit der Frauen wesentlich beschränkt. In Bezug auf die Nachhaltigkeit einer qualifizierten Schwangerschaftsabbruchversorgung müssen wir uns mit dem dramatischen ÄrztInnenmangel auseinandersetzen. Schließlich müssen wir für kontinuierliche Information und Sensibilisierung der Bevölkerung sorgen, insbesondere bei jungen Frauen durch die Generation der Frauen, die erfolgreich für die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruches gekämpft haben. Sie müssen zukünftige Generationen darauf vorbereiten, dass auch eine relativ liberale Schwangerschaftsabbruchregelung nicht sicher ist und immer wieder verteidigt werden muss.

Mittelfristig werden wir an der Entwicklung von europaweit verbindlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch zu arbeiten haben. Nur so kann gewährleistet werden, dass in einem zusammenwachsenden Europa für alle Europäerinnen die gleichen sexuellen und reproduktiven Rechte Gültigkeit haben. Ich gehe davon aus, dass es auch weiterhin Versuche geben wird, die Balance der Kompromisslösung im Schwangerschaftsabbruchrecht zu verschieben, indem besonders strittige Aspekte, insgesamt neu zur Disposition gestellt werden. Aber nicht nur aus diesem Grund wird die Auseinandersetzung mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch nicht einfacher.

Demokratieforscher antizipieren, dass angesichts der Individualisierungs- und Differenzierungstendenzen in unseren Gesellschaften die institutionelle Verarbeitung durch die Politik zunehmend schwieriger wird. Wachsende Entscheidungskomplexität und Partikularisierung von Interessen überfordern die Institutionen der repräsentativen Demokratie wie auch die Bürgerinnen und Bürger. Für das Thema Schwangerschaftsabbruch ist zusätzlich von Bedeutung, dass das Wertesystem innerhalb von Gesellschaften sich stetig vervielfältigt und zwar nicht nur aufgrund der zunehmenden Individualisierung, sondern ebenso durch die wachsende Zahl vom MigrantInnen in unseren Gesellschaften. Wir müssen uns daher ernsthaft fragen, wie unter diesen Bedingungen kollektiv verbindliche Entscheidungen noch gelingen können und wie Interessenvermittlung zukünftig gestaltet sein kann. Wir brauchen sicherlich neue Formen der politischen Auseinandersetzung, der Teilhabe und Interessenvermittlung. Hierzu geschieht bereits Einiges. In Schweden zum Beispiel wurden landesweit Bürgerkonferenzen eingerichtet, um einen neuen gesamtgesellschaftlichen Diskurs über zentrale Fragen der Demokratie zu entwickeln.

Im Zusammenhang mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch sehe ich für die Zukunft allerdings nicht nur Schwierigkeiten. Mit dem Ende der Biopolarität hat der weltweite Vernetzungsprozess eine enorme Steigerung erfahren. Wir sind nunmehr gleichzeitig mit einer Differenzierung wie auch einer Vereinheitlichung konfrontiert. Die neue Weltordnung definiert sich jedoch nicht nur über die Finanzmärkte. Seit den 90iger Jahren gibt es Bemühungen, ethische Werte einer sozialen Weltordnung zu entwickeln. Ein Beispiel hierfür sind die bekannten UN-Konferenzen von Kairo und Peking. Mit der Verabschiedung der Aktionsprogramme hat das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit auch das Recht auf sicheren Schwangerschaftsabbruch Weltgeltung erlangt. Auch wenn sich noch viele Regierungen - auch europäische - drücken und noch nicht bereit sind, die neue globale Norm auf ihre Gesellschaft anzuwenden, gibt es Hoffnung. Weltweit wächst die Zahl der Nichtregierungsorganisationen, die ihre Regierungen nicht aus der Verantwortung entlassen wollen.

Abschließend möchte ich noch auf neue Erkenntnisse aus der Sexualforschung in Deutschland verweisen und diese mit einer Hypothese verbinden. Demzufolge hat sich die hohe Bedeutung von Sexualität für Frauen und Männer entschieden relativiert. Die Sexualforscher Dannecker und Schmidt sprechen von der Entdramatisierung der Sexualität. Meine Hypothese ist, weil Sexualität und Schwangerschaftsabbruch in einem direkten

Zusammenhang stehen, dass die Entdramatisierung der Sexualität schließlich auch zur Entdramatisierung des Schwangerschaftsabbruchs führen wird.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und wünsche uns weiterhin eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit, eine Fortsetzung des heutigen Dialogs und mehr von dieser Art von Konferenzen, die den Blick über den eigenen nationalen Zaun wagen.

Zitate

(1) und (2) aus: Der Abtreibungskonflikt. Öffentliche Diskussion und politische Entscheidung, in WZB-Mitteilungen 73, September 1996, S. 12

Quellen

Pro familia Standpunkt Schwangerschaftsabbruch, Frankfurt am Main 2001

Pro familia Broschüre Schwangerschaftsabbruch – Was Sie wissen müssen. Was Sie beachten sollten.

Statistik der Schwangerschaftsabbrüche 2000, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2001

Elke Thoß: Quality of Care: Women-centered Abortion Services by Pro Familia,

pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main, Juni 2000

Die schwedischen Erfahrungen

mit legalem und unter medizinisch sicheren Bedingungen durchgeführtem Schwangerschaftsabbruch und Prävention

Katarina Lindahl

Hintergrund

Schwangerschaftsabbruch hat in Schweden eine lange Geschichte. Wie in vielen anderen Ländern war er für Hunderte von Jahren illegal. Strafen reichten von der Todesstrafe bis zu langen Gefängnisstrafen für die Frauen. In den letzten Jahrzehnten des 19. und im ersten des 20. Jahrhunderts wurde der Schwangerschaftsabbruch, um das Leben der Mutter zu retten, nicht als Verbrechen gesehen, und die Frauen wurden nicht vor Gericht gebracht.

Als RFSU 1933 ihre Arbeit begann, war einer der wichtigsten Punkte des ersten Programms die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Das erste Gesetz, das Schwangerschaftsabbruch legalisierte, trat 1938 in Kraft. Dieses Gesetz war sehr streng und erlaubte einen Schwangerschaftsabbruch nur, wenn die Frau vergewaltigt wurde, wenn ihr Leben gefährdet war oder wenn das Risiko bestand, dass der Fötus eine schwere Krankheit habe. Zu diesem Zeitpunkt wurde relativ wenig über Schwangerschaftsabbruch auf Anfrage gesprochen.

Sehr bald nachdem das Gesetz in Kraft trat, und nach intensiven Diskussionen, wurde dem Gesetz eine soziale Indikation zugefügt. Die Frau musste beweisen, dass sie nicht in der Lage war, eine gute Mutter zu sein. Zu anderen anerkannten Bgründungen zählten, bereits viele Kinder zu haben, ein schlechter Gesundheitszustand, oder auch dass der Ehemann Alkoholiker war. Diese Bedingungen schlossen definitiv jugendliche Mädchen aus.

In den 40er und 50er Jahren war es schwierig, einen Schwangerschaftsabbruch in Schweden durchführen zu lassen, und danach zu fragen war oft demütigend. In den 60er Jahren fingen Frauen zunehmend an, ausserhalb ihres Hauses zu arbeiten und ihren eigenen Lebensunterhalt zu verdienen. So wurden sie unabhängiger von ihren Ehemännern.

Frauen fingen zu derselben Zeit auch an, offener über Sexualität und Rechte in bezug auf ihre Sexualität zu diskutieren. Sie stellten das Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Frage, und das Recht auf Schwangerschaftsabbruch auf Anfrage wurde zunehmend in der Gesellschaft akzeptiert. Trotz intensiver Debatten wurde diese Forderung nicht von allen Frauen unterstützt. Einige Frauenorganisationen argumentierten, dass Schwangerschaftsabbruch auf Anfrage die Frauen nur unter Druck setzen würde. Sie waren besorgt, dass Männer sich dadurch berechtigt fühlen würden, Frauen zum Sex ohne Verhütung zu zwingen und danach von ihnen eine Abbruch erwarten würden.

Die moderne Frauenbewegung war aber stärker. Tatsachen wie die Anzahl illegaler Schwangerschaftsabbrüche und des sogenannten Abbruchtourismus nach Polen, der damals anstieg, waren starke Argumente.

Das aktuelle Gesetz

Nach jahre langen Diskussionen bekamen wir 1975 ein Gesetz, das bis heute in Kraft ist. Dieses Gesetz erlaubt Frauen bis zur 18. Woche selbst zu entscheiden. Sie müssen keine Gründe für ihre Entscheidung angeben, und medizinische Institutionen sind nicht berechtigt, Register über Schwangerschaftsabbrüche zu führen. Nach der 18. Woche kann eine Frau einen Antrag für eine Sondergenehmigung an die nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde stellen. Um eine Erlaubnis für einen Schwangerschaftsabbruch zu erhalten, müsste die Frau sehr ernsthafte Gründe angeben.

Das Gesetz gibt der Sonderkommission in der Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde die Befugnis, zu entscheiden, bis zu welcher Woche ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt werden kann. Dies hängt von der Lebensfähigkeit des Fötus ausserhalb dem Körper der Frau ab.

Schwangerschaftsabbrüche können nur von einem Arzt/einer Ärztin in Krankenhäusern oder Kliniken mit einer besonderen Genehmigung durchgeführt werden. Zur Zeit wird diskutiert, ob Frauen, die es wünschen, die Möglichkeit haben sollten, einen medizinischen Schwangerschaftsabbruch zuhause durchzuführen.

Es gibt keine untere oder obere Altersgrenze für Schwangerschaftsabbrüche, und das Gesetz schreibt nicht vor, dass Minderjährige ihre Eltern informieren müssen. Allerdings erzählen die Mädchen es in den meisten Fällen ihrer Mutter.

Dem Gesetz zufolge sollten sowohl chemischer als auch chirurgischer Schwangerschaftsabbruch angeboten werden, und die Frau hat das Recht, die Methode, die sie vorzieht, zu wählen.

Die Frau hat das Recht zu einer Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch, falls sie es wünscht, aber es besteht keine Beratungspflicht für einen Abbruch bis zur 18. Schwangerschaftswoche. Beratung funktioniert nicht, wenn sie erzwungen ist. Das haben wir von dem alten Gesetz, das Beratung vorgeschrieben hat, gelernt.

Sicher und legal

Seit Einführung des derzeitigen Gesetzes 1975, gibt es in Schweden keine illegalen oder unter medizinisch unsicheren Bedingungen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche. Die letzte Frau starb an den Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs vor 1975.

Da Schwangerschaftsabbruch als ein Recht gesehen wird, sind die Angestellten im Gesundheitsdienst ausgebildet, Frauen mit Respekt und nicht wertfrei zu behandeln. Frauen kommen für einen Schwangerschaftsabbruch ins Krankenhaus, da es für sie keinen Grund gibt, einen ungesetzlichen Schwangerschaftsabbruch in Betracht zu ziehen. Dies wäre auch nicht möglich, da es keine Institutionen ausserhalb des Gesundheitssystems gibt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Was wir über Schwangerschaftsabbrüche wissen

In Schweden gibt es viele Studien über Schwangerschaftsabbruch. Da es, wie oben erwähnt, nicht erlaubt ist, Register über Schwangerschaftsabbruchpatientinnen zu führen, werden die Studien durch Befragungen durchgeführt.

Eine feste Entscheidung

Es ist überall auf der Welt bekannt, dass Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, ihn durchführen lassen, unabhängig davon, ob es unter medizinisch sicheren Bedingungen oder legal ist. Frauen und Mädchen überall in der Welt riskieren für einen Schwangerschaftsabbruch ihr Leben, ihre Gesundheit, sozio-ökonomische Bedingungen, Freiheit und/oder Fruchtbarkeit, wenn sie diesen für notwendig halten. Ein Schwangerschaftsabbruch ist eine Reaktion auf eine unerwünschte Schwangerschaft, und die Entscheidung einer Frau hängt von einer Reihe von Umständen ab, wie zum Beispiel Alter, sozio-ökonomische Umstände, Beziehungsprobleme, der Wunsch, keine Kinder mehr zu kriegen oder das Kinderkriegen zu verschieben, Versagen von Verhütungsmitteln, Gesundheit und Nötigung/Zwang. Dies sind Gründe überall auf der Welt.

In Schweden hat eine Frau durchschnittlich 0,6% Schwangerschaftsabbrüche während ihrer fruchtbaren Jahre (15-55 Jahre). Diese Zahl ist leicht gefallen. Das bedeutet, dass nur jede zweite Frau eine solche Situation während ihrer fruchtbaren (30) Jahre erlebt, wobei von durchschnittlich einem Geschlechtsverkehr pro Woche ausgegangen werden kann.

Das schwedische Gesetz erkennt an, dass die Frau am besten eine Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch treffen kann, aber das bedeutet nicht, dass es einfach ist. Es ist wichtig, dass eine solch wichtige Entscheidung so sicher und so akzeptiert wie möglich getroffen werden kann.

Frühe Entscheidung

Die meisten Frauen wissen bereits zu dem Zeitpunkt, an dem sie erfahren, dass sie schwanger sind, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch wollen oder nicht. Ein Kind zur Welt zu bringen und dann zur Adoption freizugeben, ist für Frauen in Schweden keine Option. Frauen sehen dies als einen [emotional] zu schwierigen Prozess, und es kommt höchst selten vor.

Psychologische Probleme

Von zahlreichen Studien wissen wir, dass ernste psychologische Probleme nach einem Schwangerschaftsabbruch fast nie zu beobachten sind. Wenn Probleme auftreten, ist es häufig in Verbindung mit dem betroffenen Mann, oder wenn die Frau schon vorher seelisch labil war. Frauen fühlen sich nach dem Schwangerschaftsabbruch meistens vielmehr erleichtert. Dies wiederum soll nicht heissen, dass es eine einfache Entscheidung ist, oder dass Frauen den Schwangerschaftsabbruch als Verhütungsmethode benutzen, was häufig über Länder mit liberalen Schwangerschaftsabbruchsgesetzen behauptet wird. Studien und Erfahrungen bestätigen, dass dies nicht wahr

ist. Die Frau gründet ihre Entscheidung darauf, wie das Leben mit einem Kind wäre und ob sie ihm ein gutes Leben bieten könnte, und nicht aufgrund von Überlegungen, wann Leben beginnt.

Prävention

Als das Gesetz 1975 im Parlament verabschiedet wurde, gab es viele Diskussionen über Prävention. Es wurde in Frage gestellt, ob Frauen, vor allem junge Frauen, verantwortungsbewusst handeln würden und ob sie mit dem neuen Gesetz und der Entscheidungsfreiheit, die es ihnen gab, umgehen könnten.

Meine Frage ist, warum wir, die Frauen in Schweden, nicht in der Lage sein sollten, verantwortungsbewusst zu handeln. Wer wäre besser in der Lage, eine solche Entscheidung zu treffen? Wie dem auch sei, das Resultat dieser Diskussionen war positiv. Eine Reihe neuer Jugendkliniken wurde eingerichtet und zusätzliche Mittel für Sexualerziehung in den Schulen wurden zur Verfügung gestellt. Die Auswirkungen dieser Massnahmen konnte man bereits ein Jahr später sehen: die Schwangerschaftsabbruchsrates ist gesunken. Das Resultat des neuen Gesetzes waren weniger Schwangerschaftsabbrüche als unter dem alten Gesetz. Ich werde später einige Zahlen präsentieren.

Dies zeigt die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes zur Prävention. Die Präventionsarbeit muss als Ziel eine offene Einstellung gegenüber Sexualität und Jugendsexualität haben, damit Jugendliche es wagen, Fragen zu stellen und eine **gutinformierte Entscheidung** treffen können. Gute Sexualitätserziehung ist absolut notwendig, damit Jugendliche das Wissen und Selbstvertrauen entwickeln können, die die Basis für das Verhandeln von Safe Sex geben. Ausserdem können Jugendliche so lernen, **ihre eigene Sexualität schätzen und bewerten zu lernen**, damit sie „ja“ sagen können, wenn sie es wollen und „nein“, wenn sie keinen Sex haben wollen. **Einfacher Zugang zu effektiven und erschwinglichen Empfängnisverhütungsmethoden**, zusammen mit Bemühungen, **gute soziale Bedingungen für Eltern und Kinder zu schaffen**, sind weitere wichtige Ziele. Dies beinhaltet auch **Zugang zur „Pille danach“ ohne Rezept**.

Die Rolle der Männer

Manchmal ist es einfach, zu glauben, dass Männer überhaupt nicht involviert sind, obwohl wir natürlich alle wissen, dass das nicht der Fall ist. Unglücklicherweise müssen viele Frauen auf der ganzen Welt die ganze Verantwortung allein übernehmen, oft mit der Schande und dem Stigma, die mit einer ungewollten Schwangerschaft verbunden sind.

Männer in Schweden haben **gesetzlich kein Recht**, eine Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch zu treffen, aber sie sind wichtig für die Entscheidungsfindung der Frau. Sie entscheidet, ob ein Mann an der Entscheidung beteiligt sein soll oder nicht. Aus Studien geht hervor, dass die Einstellung des Mannes in der Tat wichtig für die Entscheidung der Frau ist.

In Jugendkliniken **begleitet der junge Mann häufig seine Freundin**, und Ehepaare entscheiden häufig gemeinsam. Es gibt aber immer noch viele Männer, die sagen, dass ihre Partnerin die Entscheidung treffen soll. Frauen sehen diese Einstellung oft als mangelndes Interesse oder Unterstützung, und das ist nicht, was die Frau will. Ich bin der Meinung, dass der Rolle der Männer in bezug auf Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch mehr Aufmerksamkeit in Sexualitätserziehung und in den Kliniken gegeben werden sollte.

Die Rolle der Eltern

Ein sehr junges Mädchen muss seinen Eltern nicht erzählen, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch haben wird. Die meisten tun es allerdings. Falls das Mädchen es nicht den Eltern erzählen will, versucht die Jugendklinik oft, ihr dabei zu helfen, denn in der Regel ist es besser, wenn die Eltern es wissen. **Die Kliniken haben allerdings professionelle Schweigepflicht**, und es ist sehr wichtig, dass Jugendliche sich darauf verlassen können. Sonst werden gerade die Jugendlichen, die zuhause die schlimmsten Probleme haben, vermeiden, zur Klinik zu kommen. Es ist auch wichtig, dass die Klinik Nachbetreuung macht, nachdem sie eine junge Frau für einen Schwangerschaftsabbruch zu einem Krankenhaus überwiesen hat.

Schwangerschaftsabbruch kann nie völlig verhindert werden

Jede vierte Schwangerschaft in Schweden wird abgebrochen. Der Schwangerschaftsabbruch ist immer ein letzter Ausweg. Wie ich vorhin schon gesagt habe, gibt es keine Anzeichen dafür, dass der Schwangerschaftsabbruch als Verhütungsmethode benutzt wird, da **Verhütungsmittel in Schweden einfach erhältlich sind**. Vielmehr ist der Schwangerschaftsabbruch ein Zeichen dafür, dass **junge Leute Elternschaft ernst nehmen**. Allerdings ist Sexualität eine menschliche Aktivität, bei der wir nicht immer so handeln, wie wir es vorher beschlossen haben, sondern gehen manchmal ungeplante Risiken ein. Andere Fälle, wo ein Schwangerschaftsabbruch notwendig ist,

sind das Versagen von Verhütungsmitteln oder eine plötzlich Veränderung der Lebenssituation, die einen vorherigen Kinderwunsch unmöglich macht.

Früher Schwangerschaftsabbruch

Dank ausführlicher **Sexualitätserziehung**, des Wissens über das Recht auf Schwangerschaftsabbruch und der Tatsache, dass Angestellte im Gesundheitswesen keine **Hindernisse bereiten**, werden die meisten Abbrüche **sehr früh in der Schwangerschaft** durchgeführt, was den Eingriff für die Frauen weniger traumatisch macht. Ein Resultat des derzeitigen Gesetzes des Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen ist, dass **mehr als 90% aller Schwangerschaftsabbrüche vor dem Ende der neunten Schwangerschaftswoche durchgeführt werden**. Unter dem vorherigen Gesetz wurden Schwangerschaftsabbrüche häufig um die 12. Schwangerschaftswoche oder noch später durchgeführt. **Nur 6% aller Schwangerschaftsabbrüche werden nach der 12. Woche durchgeführt. Weniger als 200 Schwangerschaftsabbrüche werden nach der 18. Woche durchgeführt**, und dies meist aufgrund sehr schwerwiegender medizinischer, sozialer oder psychologischer Umstände.

Schwangerschaftsabbruch und Jugendliche

In den Jahren vor 1970 war die Schwangerschaftsrate bei Jugendlichen stabil bei 40-50 Geburten und weniger als 10 Schwangerschaftsabbrüche pro 1000 Frauen im Alter von 15-19 Jahren. Es wurde angenommen, dass illegale Schwangerschaftsabbrüche häufig vorgenommen wurden, aber da sie illegal waren, gibt es keine Statistiken. Die Konsequenzen wurden allerdings in den gynäkologischen Abteilungen der Krankenhäuser wahrgenommen. Wir wissen beispielsweise, dass in den 40er Jahren die gynäkologische Abteilung eines Krankenhauses in Stockholm 50 Prozent ihrer finanziellen Mittel für die Behandlung von Komplikationen, die als Folgen von nicht unter medizinischen sicheren Bedingungen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen auftraten, verwendeten.

Dank der sich ändernden, liberaleren Interpretation des damaligen Schwangerschaftsabbruchsgesetzes wurde es **in den frühen 70er Jahren** einfacher für Jugendliche, legal abzuberechnen. Von 1970 bis 1975 stieg die Schwangerschaftsabbruchsrate von 12 zu 30 und die Geburtenrate sank von 43 zu 30 per 1000 Frauen.

1975, als das derzeitige Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Kraft trat, fing die Schwangerschaftsabbruchsrate an, zu sinken. Dies sowie ein starker Rückgang in Geburtenraten unter Minderjährigen seit 1975 wurde als Auswirkung des Präventionsprogramms angesehen.

In einem Zeitraum von 10 Jahren (1975-1985) sank die Schwangerschaftsrate um die Hälfte; die Schwangerschaftsabbruchsrate sank von 30 auf 18/1000 und die Geburtenrate von 30 auf 11/1000. Die Schwangerschaftsabbruchsstatistiken für Jugendliche sind seit 1995 stabil geblieben bei etwa 17-20/1000 Frauen im Alter von 15-19 Jahren. Im Jahr 2000 wurden 572 Frauen, die unter 19 Jahre alt waren, Mutter, vier von ihnen waren 14 Jahre alt, 17 waren 15 Jahre alt und 41 waren 16 Jahre alt.

Jugendliche aller Einkommenschichten haben Zugang zum sicheren Schwangerschaftsabbruch. Heute gibt es in Schweden keine Schwangerschaftsabbrüche, die nicht unter medizinisch sicheren Bedingungen durchgeführt werden. Die niedrigen Schwangerschaftsabbruchsraten für Jugendliche zeigen, dass sie verantwortungsbewusst handeln und sich schützen, wenn sie die Möglichkeit dazu haben.

Wir beobachten ausserdem, dass das Alter beim Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes angestiegen ist: Die Eltern lassen sich Zeit, ihr Studium zu beenden und ihr Arbeitsleben zu beginnen. Das Durchschnittsalter, in dem junge Menschen eine Familie gründen, liegt in Schweden bei 27-30 Jahren.

Schwangerschaftsabbruch in Schweden: Zahlen

Quellen: die nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde und das Wohlfahrtszentrum für Epidemiologie

Die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche lag im Jahr 2000 bei 30 963. Im Vergleich zum Vorjahr stellt das einen leichten Anstieg von 0.2% (251) dar. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche bei den jüngsten Teenagern stieg allerdings um 2/1000 Frauen. In den 90er Jahren gab es Schwankungen von einigen Prozent nach oben und unten.

1974, in dem Jahr bevor das schwedische Schwangerschaftsabbruchsgesetz in Kraft trat, wurden in Krankenhäusern in Schweden 30 636 Schwangerschaftsabbrüche legal durchgeführt.

Zehn Jahre früher, 1964, wurden nur 4 671 legale Schwangerschaftsabbrüche erlaubt und durchgeführt (nach einem Antrag bei der nationalen Behörde). Aufgrund der geänderten Einstellung gegenüber dem eingeleiteten Schwangerschaftsabbruch stieg in dem Zeitraum der späten 60er bis 1974 die Anzahl der legalen

Schwangerschaftsabbrüche an. Aus verständlichen Gründen gibt es keine genauen Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen, die vor 1975 illegal oder nicht unter sicheren medizinischen Bedingungen durchgeführt wurden. Schätzungen setzen die Anzahl von illegalen Schwangerschaftsabbrüchen zwischen 1930 und 1950 auf jährlich etwa 10-20 000. Seit 1975 können wir annehmen, dass es in Schweden keine illegalen Schwangerschaftsabbrüche gibt.

Zwischen 1950 und 1975, als der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen gesetzlich eingeführt wurde, kann ein dramatischer Anstieg in Schwangerschaftsabbruchszahlen beobachtet werden. Wir wissen, dass sich hinter den niedrigen offiziellen Zahlen eine hohe Anzahl von illegalen Schwangerschaftsabbrüchen verbarg. Etwa 20 000 illegale Schwangerschaftsabbrüche wurden jährlich durchgeführt.

Ein letztes Beispiel

Im Jahr 2000 wurden in Schweden 30 963 Schwangerschaftsabbrüche (= 18.3 pro 1000 Frauen) durchgeführt, und 93% davon im ersten Trimester der Schwangerschaft. Im selben Jahr wurden 90 441 Kinder geboren. 6% aller Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Nur 0.5% aller Schwangerschaftsabbrüche werden nach der 18. Schwangerschaftswoche und mit einer Sondergenehmigung der nationalen Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde vorgenommen (171 im Jahr 2000). (Die Hälfte der Genehmigungen wurden aufgrund Behinderungen des Fötus erteilt, und die andere Hälfte aus sozialen Gründen.)

Der Weg in den Abgrund

Catherine Forde

Schwangerschaftsabbruch in Irland ist eine nie zu Ende gehende Geschichte und unglücklicherweise hat die Geschichte wenig zu tun mit Respekt für Frauen und sehr viel aber mit politischen Ausflüchten. Die Angelegenheit trat das erste Mal an die Öffentlichkeit im Jahr 1981 als vorgeschlagen wurde, die irische Verfassung zu ändern, um so sicherzustellen, dass der Schwangerschaftsabbruch in Irland nie Gesetz würde und im speziellen, um zu verhindern, dass diese liberalen Europäer uns es durch den Gemeinsamen Markt aufzwingen würden.

Mein zweites Kind war ein Jahr alt, ich war zu jenem Zeitpunkt blond und noch relativ jung. Heute ist mein Sohn 21 Jahre alt und ich bin grauhaarig und ziemlich alt und die irische Regierung lässt sich jetzt auf einen anderen Abänderungsantrag der Verfassung ein, um den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch in Irland zu beschränken.

Gibt es Schwangerschaftsabbrüche in Irland?

Möglicherweise schon, aber nur in äußerst extremen Fällen. Diese resultieren aus einer Entscheidung des Obersten Gerichtshofs, der festgestellt hat, dass die Bestimmung in der Irischen Verfassung, die dem Ungeborenen das Recht auf Leben zugesprochen hat, ebenso der Frau das Recht zusprach, einen Schwangerschaftsabbruch in Irland zu haben, sofern eine reale und substantielle Gefahr für ihr Leben besteht. Im Moment haben wir keine Regelungen, die sich auf die Bereitstellung von Abbruchseinrichtungen beziehen.

Wie kam es zu der Situation, dass das **Recht der Frau auf einen Abbruch durch die Irische Verfassung garantiert** wird? Es begann damit, dass die Abbruchsgegner sicherstellen wollten, dass in Irland der Abbruch niemals möglich sein kann. Sie übten einen enormen Druck auf alle politischen Parteien aus, ein Referendum abzuhalten, durch welches in der irischen Verfassung das Recht auf Leben für die Ungeborenen verankert werden sollte. Diese Verfassungsänderung stellte auch fest, dass eine angemessene Rücksicht auf das gleichwertige Recht auf das Leben der Mutter genommen werden muss. Eine Gefahr von Gesetzen ist, dass manchmal die Gerichtshöfe sie in die Hände bekommen und wenn Gerichtshöfe ihre Entscheidungen treffen, gefällt das Ergebnis nicht immer jedermann/frau.

1992, etwa neun Jahre nachdem die Ungeborenen das Recht auf Leben bekamen, wurde ein 14-jähriges Mädchen schwanger, nachdem sie vom Vater ihrer Freundin vergewaltigt wurde. Ihre Eltern entschlossen sich, sie nach England zu bringen, damit sie dort einen Schwangerschaftsabbruch haben konnte. Ihre Eltern wollten auch, dass der Vergewaltigte verurteilt wird. Sie kontaktierten deshalb die Polizei, um sich über die DNA-Analyse zu informieren. Außerdem wollten sie wissen, welche Vorgangsweise nach dem Abbruch nötig wäre, um die nötigen Beweismittel für einen Prozess sicherzustellen. Die Polizei wollte sichergehen und kontaktierte den Staatsanwalt. Zu diesem Zeitpunkt befand sich ein bekannter Verfassungsexperte im Büro des Staatsanwaltes und der Anruf wurde zwischen dem Staatsanwalt und dem Verfassungsrechtler diskutiert. Der Verfassungsrechtler war der Meinung, dass die Reise der jungen Schwangeren nach England einen Bruch des Verfassungsrechtes auf das Leben des Ungeborenen darstellen könnte.

1980 haben diejenigen, die gegen die Verankerung des "Rechts auf Leben" in der Verfassung opponiert haben, argumentiert, dass die Situation eintreten könnte, dass es **einer Frau verboten werden könnte, nach England wegen eines Schwangerschaftsabbruchs zu reisen**, wenn den Ungeborenen das Recht auf Leben in der Verfassung eingeräumt wird. Die Abbruchsgegner sagten "Nein", dies ist nur Angstmacherei, so etwas wird nie eintreten. Es trat 1991 ein. Der Staatsanwalt machte einen Antrag beim Gericht, um das Mädchen daran zu hindern, nach England zu reisen. Zu diesem Zeitpunkt war die Familie bereits in England. Als die Polizei sie kontaktierte, um sie über die DNA-Analyse zu informieren, wurden sie auch darüber informiert, dass der Staatsanwalt ein Verfahren gegen sie beim Gericht eingeleitet und eine Verfügung erwirkt hatte, die ihnen das Verlassen Irlands untersagte. Rechtlich gesehen hätten die Eltern und ihre Tochter nicht zurückkommen müssen, da sie bereits außerhalb von Irland waren. Als gute folgsame Staatsbürger kamen sie zurück und nahmen im Verfahren des High Courts teil.

Psychiatrische Gutachten wurden dem Gericht präsentiert, um zu zeigen, dass das Mädchen selbstmordgefährdet war und dass ihr Leben durch die Schwangerschaft in Gefahr sei. Der Richter entschied, dass sie nicht nach England reisen durfte, da durch einen Abbruch das Verfassungsrecht des Ungeborenen auf Leben beschädigt würde. Das Land war in Aufruhr, öffentliche Märsche und Demonstrationen fanden statt, die forderten, dass diesem jungen Mädchen die Reise nach England erlaubt werden sollte. Die Regierung reagierte panisch. Sie

forderte die Eltern auf, gegen die Entscheidung des Gerichts bei Obersten Gerichtshof zu berufen, wobei der Staat die Kosten tragen würde. **Der Oberste Gerichtshof tat das Nötige und entschied, dass eine Frau in Irland das Recht hat, ihre Schwangerschaft zu beenden, sofern eine tatsächliche und substantielle Gefahr für ihr Leben besteht.** Im Fall "X", wie der Fall genannt wurde, resultierte die Gefahr vom Selbstmord her. Damit wurde anerkannt, dass Selbstmord eine reale und tatsächliche Gefahr für das Leben der Mutter darstellt. Dank einer Verfassungsänderung, die sicherstellen wollte, dass der Schwangerschaftsabbruch fern von Irland bleiben sollte, wurde somit der Abbruch eingeführt und tatsächlich durch die Verfassung geschützt.

Die Abbruchsgegner waren wütend, denn nun gab es den Schwangerschaftsabbruch in Irland. Nach ihrer Meinung hatten wir die liberalste Regelung in der Welt, da ein Abbruch bis zum Zeitpunkt der Geburt durchgeführt werden konnte. Seit damals haben diese Gruppen einen langen und harten Kampf geführt, um **Selbstmord als Grund für einen Abbruch zu eliminieren.** 1992 konnten sie die Regierung von einem neuen Referendum überzeugen, damit Selbstmord nicht als Beweis dafür verwendet werden kann, dass eine reale und substantielle Gefahr für das Leben der Mutter besteht. Das 1992 Referendum wurde bekannt als die "Ja, Ja, Nein"-Kampagne. Wir hatten drei Fragen auf dem Stimmzettel, die unterschiedliche Änderungen zur Verfassung betrafen. Die erste betraf das Reiserecht – so würde das Recht auf Leben für das Ungeborene nicht dem Recht der Mutter auf die Reise widersprechen. Die zweite Frage betraf das Recht auf Information über Abbruchkliniken, die in anderen Ländern legal bestehen – so könnte das Recht des Ungeborenen nicht dafür verwendet werden, den Zugang zu Information über den Abbruch zu verbieten, wobei vorgesehen war, dass der Staat den Typus der Information und die Art, wie sie vermittelt wurde, regulieren konnte. Die dritte Frage betraf die Entfernung von Selbstmord als ein Grund für die Beendigung der Schwangerschaft – so sollte Selbstmord nicht als eine Gefahr für das Leben der Frau betrachtet werden. Die Menschen stimmten ab mit "Ja, Ja, Nein". Selbstmord wurde nicht ausgeschlossen. Trotzdem hörten die unermüdlichen Abbruchsgegner nicht auf.

Sie haben weiterhin die **Regierung unter Druck gesetzt, um ein neuerliches Referendum abzuhalten, mit dem Ziel Selbstmord als Grund zu streichen.** Sie sind der Meinung, dass wir sozial indizierte Abbrüche haben, dass Frauen Geschichten erfinden und vorgeben, selbstmordgefährdet zu sein, da es keine Möglichkeit gibt herauszufinden, ob eine Frau selbstmordgefährdet ist oder nicht. Niemand kann sicher sein, ob eine Person tatsächlich Selbstmord begeht, außer sie tut es tatsächlich.

Die jetzige Regierung hat nur eine geringe Mehrheit und ist von den Stimmen von vier unabhängigen Abgeordneten abhängig. Drei von ihnen sind strikte Abbruchsgegner und der vierte ist ein Opportunist. Diese Gruppe informierte die Regierung, dass sie, sofern es kein neuerliches Referendum geben würde, ihre Unterstützung der Regierung zurückziehen würden und damit die Regierung stürzen würden. Raten Sie mal? Wir werden ein neues Referendum haben, dass Selbstmord ausschließen soll.

Aber das Leben ist nicht so einfach. Die Regierung war nicht so leicht bereit, der politischen Erpressung nachzugeben. Es wurde ein All-Parteien-Komitee eingesetzt, um diese sehr schwierige Frage zu überprüfen. Die Zivilgesellschaft wurde eingeladen, dem Komitee Vorschläge zu unterbreiten. Das ist Glück im Unglück für viele Gruppierungen wie z.B. die Irische Familienplanungsorganisation (IFPA), die bis dato noch keine explizit ausgearbeitete Position zum Schwangerschaftsabbruch hatte. Da die IFPA nun detaillierte Vorschläge für das Komitee machen muss, mussten wir über unseren Standpunkt zum Schwangerschaftsabbruch sicher sein: Sollten wir den Abbruch auf Verlangen unterstützen, sollte er leicht verfügbar sein bis zu einem bestimmten Zeitpunkt und restriktiver nach der 12 Woche.

Sollte er nur erlaubt werden unter bestimmten Umständen

Wer soll die Entscheidung treffen – die Frau allein oder die Frau und der Arzt/die Ärztin

Wir hatten uns selbst zu fragen, ob wir eine minimalistische Rolle spielen wollten und uns für den Abbruch in Fällen der Vergewaltigung, Inzest, schweren Behinderungen des Fötus und dessen Unfähigkeit außerhalb des Mutterleibes zu überleben, einsetzen wollten, in der Hoffnung, dass dieses politische Ziel erreicht werden konnte. Wir fragten uns außerdem, ob im Fall einer radikaleren und extremeren Position, wir vielleicht Förderungen verlieren, würden, wir uns auf Kollisionskurs mit dem Gesundheitsbüro begeben würden, das mit großen Summen unsere Schwangerschaftsberatungsstellen unterstützt, die notwendige Einrichtungen für Frauen im Schwangerschaftskonflikt darstellen. Generell stellte sich für uns die Frage, würde die Organisation überleben können, wenn die Förderungen ausblieben.

Ich habe an einer Konferenz der International Planned Parenthood Federation (IPPF), bei der die IFPA Mitglied ist, in Newcastle über Schwangerschaftsabbruch in Nordirland teilgenommen. Ein Vortragender aus Kanada beschrieb, wie sich das restriktive kanadische Gesetz zu einem ohne Restriktionen veränderte. Es gibt keine Tatbestände im Strafgesetz oder verfassungsrechtliche Restriktionen. Es ist einfach eine Angelegenheit der Gesundheit. Davon war ich sehr beeindruckt.

Wir haben diesen Zugang im Vorstand der IFPA diskutiert und schließlich einen radikalen Vorschlag für das Komitee gemacht. Der Schwangerschaftsabbruch sollte sämtlicher gesetzlichen Bedingungen entkleidet werden und als eine Angelegenheit zwischen der Frau und ihrem Arzt/Ärztin betrachtet werden.

Warum den Doktor inkludieren? Nun der/die Arzt/Ärztin soll die Frau beraten, ob es eine gute oder keine gute medizinische Entscheidung für sie ist und außerdem weil es eine allgemein akzeptierte Tatsache ist, dass Schwangerschaftsabbruch nicht wirklich die gesündeste Methode der Familienplanung ist. Wir verloren mit dieser Position keine Förderungen und wir sind nun mehr respektiert als vorher.

Ein riesiger Wälzer mit all den Vorschlägen an das Komitee wurde publiziert. Das Komitee stellte einen Bericht zusammen, der an ein weiteres Komitee übermittelt wurde. Wie immer entschied der politische Opportunismus, und trotz aller ernsthaft gemachten Beiträge, beschloss die Regierung, dass sie erneut ein Referendum über Schwangerschaftsabbruch abhalten wird, wie sie den Abbruchsgegnern und den politischen Erpressern versprochen hatte. Ein Politiker meinte dazu, dieses Referendum hätte mehr zu tun mit dem Überleben der Regierung als mit dem Recht auf das Leben der Ungeborenen.

Mein Vortrag nennt sich "Der Weg in den Abgrund" weil, wir wieder ein Referendum haben, das Frauen nicht respektiert. Wir schauen zurück auf 20 Jahre und, anstatt den Status und den Respekt von/vor Frauen zu verbessern, versucht die Regierung noch immer die Frauen zu unterdrücken. **In Irland hat eine Frau, deren Leben wegen einer Schwangerschaft in Gefahr ist, das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch: in Irland. Keine Regelungen wurden eingeführt, um die Umsetzung dieses Rechts zu unterstützen.** Politiker haben zu sehr gefürchtet, durch eine solche Diskussion als Befürworter des Schwangerschaftsabbruches da zu stehen. Wieder verwenden sie die Maske des Referendums, das bei der Indikation "Gefahr für das Leben der Frau" den Selbstmord ausschließen soll, um so gesetzlich den Abbruch zu regeln.

Wie viele Frauen in Irland einen Schwangerschaftsabbruch haben, weil ihr Leben in Gefahr ist?

Ich weiß es nicht, ich würde annehmen, dass ihre Zahl gering ist. Die Abbruchsgegner wiederholen kontinuierlich, dass, falls die Selbstmordgefährdung erlaubt bleibt, dies die Schleusentore für sozial motivierte Abbrüche öffnen würde. Sie scheinen zu vergessen, dass es schon seit dem Fall "X" im Jahr 1992 keine Schleusentore mehr gibt.

Die tatsächlichen Statistiken für irische Abbrüche werden vom britischen Statistikbüro geliefert. Warum ein britisches Büro? Weil die irischen Abbrüche nicht in Irland stattfinden sondern in Großbritannien. 1997 haben mindestens 5000 Frauen einen Abbruch in England gehabt, die eine irische Adresse angegeben haben, 1999 waren es mindestens 6.000, 2000 waren es 6.381 und dieses Jahr wahrscheinlich etwa 7.000. Von diesen irischen Abbrüchen fand kein einziger in Irland statt. Irland ist ein ziemlich einzigartiges Land, aber eine unserer einzigartigsten Eigenschaften ist, dass wir zu den Ländern mit den höchsten Abbruchsziffern in Europas zählen, ohne selbst welche durchzuführen. Die Zahlen, die ich geliefert habe, mögen nicht ganz zutreffend sein und eher am unteren Ende liegen. Viele Frauen haben vielleicht keine irische Adresse angegeben, wenn sie zum Abbruch in England waren und scheinen daher nicht in der Statistik auf.

Aber nicht alles ist so düster und deprimierend. Viele Organisationen haben ihre Position zum Schwangerschaftsabbruch genauer überdacht und haben sich mehr für die Bereitstellung von Abbrucheinrichtungen engagiert. Die IFPA veranstaltete letzte Woche ihre dritte Konferenz über den Schwangerschaftsabbruch. Diese Konferenzen sind bekannt als "Stimmen der Vernunft". Die Konferenz des letzten Jahres war sehr erfolgreich und wir publizierten ein Buch mit dem Titel "Die Irische Reise". Das Buch hat die wahren Geschichten von Frauen zusammengetragen, die für einen Abbruch nach England reisten. Während der Konferenz haben bekannte Persönlichkeiten diese Geschichten vorgelesen. Eine Dachorganisation namens "Schwangerschaftsabbruch Reform" wurde etabliert, die darauf abzielt, dass der Schwangerschaftsabbruch in ruhiger und sachlicher Art diskutiert werden kann und es nicht notwendigerweise zu hitzigen und antagonistischen Debatten kommt. Außerdem bemüht sich die Vereinigung, um die Bereitstellung von Serviceeinrichtungen in Irland.

Die Einstellungen in Irland haben sich verändert. Teilweise dank der Kampagnen jener, die eine Situation erreichen wollen, dass Frauen Zugang zu irischen Serviceeinrichtungen haben und teilweise dank der furchtbaren Fälle wie z.B. der Fall "X". Wir hatten auch den Fall "C", bei dem es ebenfalls um eine vergewaltigte Minderjährige ging, die schwanger wurde. Diese Minderjährige wurde dem Gesundheitsamt übergeben. Das Gesundheitsamt befürwortete einen Abbruch, da das Mädchen Selbstmord gefährdet war, und stellte den Antrag auf Ausreise, der gestattet wurde. Beide Fälle hatten einen tiefgreifenden Einfluss auf die öffentliche Meinung und die meisten Menschen waren der Ansicht, dass es richtig war, dass diesen Mädchen ermöglicht werden sollte, einen Abbruch zu haben.

Die 1982-Kampagne war nicht einfach. Jene, die in den Straßen Zettel verteilten, wurden verbal attackiert und körperlich bedroht. Kein Politiker war in der Lage, den Abbruch unter bestimmten Umständen gutzuheißen. Es war schwierig, die Kampagne über die Verfügbarkeit von Abbruchseinrichtungen selbst für bestimmte Fälle

durchzuführen. Die verwendeten Argumente waren, dass die Verfassung nicht zur Regulierung der Moral verwendet werden soll und die künftigen Auswirkungen einer solchen Verfassungsbestimmung unbestimmt seien. Schließlich bewirkte diese den Fall "X" und den Versuch Frauen davon abzuhalten, nach England zu gehen und führten zum in der Verfassung niedergeschriebenen Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch in Irland – zwar unter sehr eingeschränkten Umständen.

Da wir sichtlich alle paar Jahre ein Referendum haben, das den Zugang zum Abbruch einschränken will, ist die Öffentlichkeit der Diskussion gegenüber offen geworden. Es wird sowohl in den Zeitungen, in Talkshows und in Nachrichtensendungen diskutiert. Es ist wahrscheinlich, dass seit 1981 etwa 90.000 bis 100.000 Frauen Schwangerschaftsabbrüche hatten. Wir kennen sie alle, es sind die Mitglieder unserer Familien, unsere Freundinnen und unsere Kolleginnen. Die irische Bevölkerung beträgt etwa 3 Mill. Menschen, daher ist es für uns leicht möglich, jemanden zu kennen, der einen Abbruch hatte.

Nach jahrelanger Erpressung von Abbruchsgegnern fühlen sich manche Politiker jetzt ausreichend stark für den Abbruch in bestimmten Fällen einzutreten. Sie haben vielleicht genügend Selbstvertrauen und Vertrauen in die öffentliche Meinung. Sie befürchten nicht mehr, dass sie ihren Sitz im Parlament verlieren, wenn sie in der Öffentlichkeit für den Abbruch eintreten. Die Zeit und die gemachten sozialen Erfahrungen haben die irischen Menschen verständnisvoller gegenüber der Grauzone des Schwangerschaftsabbruchs gemacht.

Wird diese Zusatzbestimmung zur Verfassung angenommen werden?

Wahrscheinlich nicht. Während die Regierung die Zustimmung der "netten" Abbruchsgegner gesucht hat, tat sie dies nicht mit den weniger "netten". Einige von ihnen haben sich gegen die Formulierungen des Referendums gestellt, da es den Schutz der Ungeborenen erst nach der Implantation beinhaltet. Die Regierung beschloss damit die "Pille danach" zu schützen, da es ansonst noch mehr Abbrüche gäbe. Dieses Mal unterstützen nicht alle Parteien das Referendum, zwei der größten Parteien haben sich gegen das Referendum ausgesprochen. Einige Politiker haben sich für das Recht der Frauen auf Leben und die Beibehaltung der Selbstmordindikation ausgesprochen. Viele stehen dem zynischen Zugang der Regierung sehr kritisch gegenüber, die den Frauen versichert hat, dass sie reisen können, wo immer hin sie wollen, um einen Abbruch aus welchen Gründen wie immer zu haben.

Die gerichtsanhängigen Fälle, eine Studie "Frauen und Schwangerschaftskonflikt", der Einfluss der IFPA sowohl auf politischer wie auch öffentlicher Ebene, zusammen mit vielen Radio-, Fernseh- und Zeitungsdiskussionen haben zu großen Veränderungen in der irischen öffentlichen Meinung geführt. Da die Zahl der Frauen steigt, die einen Abbruch hatten und diese in der Öffentlichkeit bereit sind zu diskutieren, wurde es weniger und weniger zu einem Tabu-Thema. Die Menschen sind der Meinung, dass der Abbruch unter bestimmten Umständen in Irland verfügbar sein sollte. Die Ärztekammer hat ihre Regeln geändert und beschlossen, dass der Abbruch verfügbar sein soll, wenn der Fötus außerhalb des Mutterleibs nicht überlebensfähig ist.

In den letzten 20 Jahren hat es **einige Verbesserungen** gegeben. Es gibt Schwangerenberatungsstellen, die eine Verbesserung darstellen. Das Gesetz, das einer Frau bei Lebensgefahr das Recht auf einen Abbruch garantiert, ist in der Verfassung verankert. Es gibt eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung für die Bereitstellung von Abbruchseinrichtungen im Falle des Inzests und der Vergewaltigung. Es ist außerdem wahrscheinlich, dass die Waffe der Abbruchsgegner: die Erpressung von Politikern nicht mehr funktioniert und das ist ebenfalls ein Fortschritt.

Auf der anderen Seite sehen wir uns mit dem **Referendum konfrontiert, das versucht, das Recht auf Leben bei den Frauen zu limitieren.** Die neuen Vorschläge sehen ein medizinisches Procedere vor, das durchgeführt werden kann, um das Leben des Ungeborenen zu beenden, sofern eine tatsächliche und substantielle Lebensgefahr für die Frau besteht, ausgenommen davon ist die Gefahr der Selbsterstörung. Das heißt dass eine medizinische Vorgangsweise verwendet werden kann, um das Leben der Frau zu retten; dieser Vorgang soll nicht Schwangerschaftsabbruch genannt werden und der Schwangerschaftsabbruch wird in Irland nicht verfügbar sein. Die Strafen in der vorgeschlagenen Gesetzgebung sind drakonisch und zwar 12 Jahre für den versuchten oder durchgeführten Abbruch, wobei es keine Milderungsgründe gibt.

Sie mögen fragen, was das alles bewirkt.

Es hält die **Fiktion aufrecht, dass wir keinen Schwangerschaftsabbruch in Irland haben.** Trotzdem haben jeden Wochentag 26 irische Frauen einen Abbruch. Kein Verfassungsrecht und keine Strafen werden verhindern, dass Frauen Schwangerschaftskonflikte haben, die mit einem Abbruch enden. Die irische Regierung hat ihre

Einstellung sehr klar dargelegt, dass sie niemanden daran hindern will wegen eines Abbruchs zu reisen. Unser Ministerpräsident hat deutlich gesagt, dass Frauen, die einen Schwangerschaftskonflikt durchleben, mit Mitgefühl behandelt werden sollen. Dieses Mitgefühl schließt aber nicht die Bereitstellung von Serviceeinrichtungen ein. Es ist schwer zu glauben, dass nach 20 Jahren der Diskussion, die Antwort der irischen Regierung auf die schwierige Frage des Schwangerschaftsabbruchs, die Beeinträchtigung des Rechts auf Leben der Frau ist. Das macht mich traurig und wenn dieses Referendum angenommen wird, wird in Irland eine andere dunkle Ära der Heuchelei beginnen.

Anmerkung:

Am 6.3.2002 fand das vorher geschilderte Referendum in Irland statt. Eine knappe Mehrheit (52,42%) entschied sich gegen eine Verschärfung der bestehenden Situation, wobei nur 42,89% der Bevölkerung zu den Urnen ging.

Die französische Schwangerschaftsabbruchsregelung – ein Fortschritt für die Rechte der Frauen und jungen Mädchen

Françoise Laurant

Geburtenziffer, Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch

In Frankreich steigt die Zahl der Geburten pro Jahr seit 1995 kontinuierlich, obwohl die Anzahl von Frauen im gebärfähigen Alter im Rückgang begriffen ist.

Im Jahr 2000 lag die Geburtenrate bei 1,89 Kindern pro Frau; 1994 betrug der Vergleichswert 1,71.

Dieser Anstieg resultiert vorwiegend aus der wachsenden Zahl von Gebärenden über 30 Jahren. Frauen bekommen ihre Kinder heute immer später. Im Jahr 2000 stieg das Durchschnittsalter der Gebärenden auf 29,4 Jahre.

In diesem Zusammenhang, der sich mit einer Veränderung der Familienstruktur, der zunehmenden Zahl gescheiterter und neu eingegangener Beziehungen sowie der geänderten Einstellung der Frauen zum Berufsleben erklären lässt, nimmt die Anwendung kontrazeptiver Maßnahmen in Frankreich nach wie vor zu und wird immer effizienter.

Mehr als zwei Drittel der Frauen im gebärfähigen Alter wenden reversible Methoden der Empfängnisverhütung an, wobei sich nur 4,3% der Frauen zur Sterilisation entschließen. Diese Prozentsätze sind seit 20 Jahren nahezu unverändert, lediglich die Präferenz bestimmter Methoden hat sich geändert. Waren es vor 20 Jahren 42,8% der Frauen, die eine der wirksamen Verhütungsmethoden (Pille, Spirale, Präservativ) verwendeten, sind es heute 63,8%.

Allerdings ist dabei die Tatsache zu berücksichtigen, dass - unabhängig von der gewählten Methode - die Aussage, man verwende eine bestimmte Verhütungsmethode, noch lange nicht bedeutet, dass die Anwendung tatsächlich regelmäßig und richtig erfolgt. Dies ist in der Mehrzahl der Fälle auch der Grund, warum es nach wie vor häufig zu einem Versagen der Kontrazeption kommt.

Übrigens haben auch heute noch 12,2% der Mädchen (und 8,4% der männlichen Jugendlichen) ihre ersten sexuellen Kontakte ohne Verhütungsmittel, während der Anteil erwachsener Frauen ohne Kinderwunsch, die keine kontrazeptiven Maßnahmen anwenden, mit 2,6% niedrig ist.

Die durchschnittliche Zahl von „Schwangerschaftsabbrüchen auf Verlangen“, die mit dem „Veil-Gesetz“ von 1975 legalisiert wurden, ist in den letzten Jahren gleich geblieben. Der Prozentsatz liegt bei etwa 1,5 % der Frauen im gebärfähigen Alter, wobei jedoch ein leichter Anstieg in der Altersgruppe unter 25 Jahren verzeichnet wurde.

Insgesamt werden in Frankreich jährlich ca. 210.000 Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen durchgeführt.

Seit 1998 beschäftigen sich die Behörden mit der Frage, wieweit die Bestimmungen des „Veil-Gesetzes“ umgesetzt werden bzw. welche Mängel es aufweist.

1999 legte Professor Nisand dem Solidaritätsminister einen Bericht vor, in welchem die unterschiedlichen Aspekte der Situation betreffend Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen in Frankreich sehr objektiv dargestellt wurden. Abgesehen von diversen gravierenden Mängeln, die nach wie vor bestehen, sind drei Fakten unbestreitbar:

- Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Jahr 1975 hat nicht dazu geführt, dass Frauen den Schwangerschaftsabbruch als eine von verschiedenen Möglichkeiten der Familienplanung ansehen.
- Der freiere Zugang zum Schwangerschaftsabbruch resultierte nicht in seiner Verharmlosung.
- Andererseits führte auch die weite Verbreitung von Verhütungsmethoden nicht zu einem drastischen Rückgang der Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen auf Verlangen.

Probleme bei der Empfängnisverhütung

Diese Erkenntnisse veranlassten die Behörden und andere zuständige Stellen, sich mit der Frage der Verfügbarkeit und Akzeptanz verschiedener Methoden der Kontrazeption durch die jeweiligen Anwenderinnen sowie mit den Bedingungen zu beschäftigen, unter welchen sich Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen entschließen.

Das Staatliche Institut für Gesundheit und medizinische Forschung (Institut national de la santé et de la recherche médicale / INSERM) führte gemeinsam mit dem Nationalen Zentrum für wissenschaftliche Forschung (Centre national de recherche scientifique / CNRS) eine Befragung von 7000 Frauen durch, in der der **Zugang zu Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch in Frankreich** erhoben wurde.

Die Untersuchung der Ursachen für ein Versagen kontrazeptiver Methoden bzw. der Gründe, warum sich Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch entschließen, sowie die Ergebnisse zur Verfügbarkeit medizinischer Betreuungseinrichtungen sollten für die Behörden Denkanstöße und Basis für Inhalt und Form öffentlicher Maßnahmen liefern, mit welchen die Zahl ungewollter Schwangerschaften, die in weiterer Folge zum Schwangerschaftsabbruch führen, gesenkt werden kann.

„Die Ergebnisse zeigen, dass die Ursachen für ungewollte Schwangerschaften sehr heterogen sind. Den unterschiedlichen Situationen ist jedoch eines gemeinsam: viele Frauen haben Schwierigkeiten, langfristig eine mit den geltenden Normen in Einklang stehende, für sie optimale Methode der Empfängnisverhütung zu finden. Diese Schwierigkeiten resultieren vor allem aus den widersprüchlichen Normen, denen die Frauen sich im allgemeinen unterworfen fühlen.

Der Schwangerschaftsabbruch stellt üblicherweise einen Punkt im Verlauf der verschiedenen Maßnahmen zur Geburtenregelung im Leben einer Frau dar, zu dem sie sich (oft sehr schwer) entschließt, den sie aber zumeist nicht bereut.“

Abgesehen vom Versagen bestimmter Methoden oder dem Umstand, dass die gewählte Methode für das jeweilige Sexualverhalten oder die spezielle Lebenssituation einer Frau ungeeignet sein kann, scheinen die mit der Empfängnisverhütung verbundenen Schwierigkeiten vor allem in Gründen zu bestehen, die in der Palette zwischen Informationsdefiziten und fehlender Akzeptanz der Sexualität durch die Gesellschaft liegen.

„Während der Zugang zu Information auch aus strukturellen Gründen beschränkt ist, wie etwa durch die mangelnde Erreichbarkeit der relevanten Institutionen, stellt vor allem die Tatsache, dass viele Frauen das Gefühl haben, die von ihnen gelebte Sexualität sei sozial oder kulturell stigmatisiert, ein grundlegendes Hindernis für den Zugang zu Information ebenso wie zu Kontrazeption dar.“

„Das Risiko einer Schwangerschaft scheint in vielen Fällen mit der vorrangigen Stellung zusammenzuhängen, die – sowohl aus der Sicht der Frauen als auch jener der Männer – der sexuellen Befriedigung des Mannes eingeräumt wird. Diese Grundhaltung prägt auch die sozialen Beziehungen zwischen Mann und Frau und reflektiert sehr genau die Aufrechterhaltung der männlich dominierten Gesellschaft, die nicht gerade zur Förderung präventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen beiträgt.“

Die erwähnten Studien zeigen deutlich, dass grundlegende Änderungen notwendig sind, um Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern zu können:

- Verbesserung des Angebots an Kontrazeptiva und der Information darüber;
- Akzeptanz der Sexualität im Jugendalter, um die Jugendlichen besser informieren zu können;
- mehr Selbstbestimmungsrechte und Respekt für Frauen, um damit zu einer Änderung der sozialen Normen betreffend Sexualität beizutragen und den Frauen befriedigendere Sexualekontakte bei gleichzeitig vermindertem Risiko zu ermöglichen.

In den vergangenen zwei Jahren wurden wichtige Maßnahmen im Hinblick auf Notfallkontrazeption und ganz allgemein auf Kontrazeption bei Jugendlichen unter 18 Jahren gesetzt:

- * Die „Pille danach“, Norlevo, ist nun für alle Frauen rezeptfrei erhältlich;
- * minderjährige Jugendliche können sie gratis und anonym in Familienplanungsstellen und Apotheken sowie auch über ihre Schulen bekommen.

Diese Maßnahmen, die einen verbesserten Schutz vor ungewollter Schwangerschaft – ganz besonders auch bei Jugendlichen – zum Ziel haben, sind ein erster Schritt in Richtung Anerkennung der aktiven Sexualität sowohl in der Gesellschaft als auch ganz individuell, auch wenn die staatlichen Bildungseinrichtungen das noch nicht wirklich erkannt haben!

Als weiterer Fortschritt ist schließlich zu vermerken, dass im vergangenen Juli endlich die Sterilisation zum Zwecke der Kontrazeption legalisiert wurde.

Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch

Die historische Entwicklung von Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch in Frankreich ist eng mit dem repressiven Gesetz von 1920 verbunden, das die Anwendung von Schwangerschaftsabbruch und -verhütung sowie auch die Aufklärung darüber mehr als 50 Jahre lang verboten und mit schweren Strafen bedroht hatte.

1956 wurde die Französische Bewegung für Familienplanung (Mouvement français pour le planning familial / MFPPF) mit dem Ziel ins Leben gerufen, dieses Gesetz zu bekämpfen und das Recht jedes Einzelnen auf Selbstbestimmung im Hinblick auf Sexualität und Fortpflanzung zu unterstützen. Zunächst konzentrierte man sich darauf, die Abschaffung der Artikel des Gesetzes von 1920, die sich auf Empfängnisverhütung bezogen, zu verlangen. Dadurch hoffte man, einen Rückgang der Zahl heimlicher Abtreibungen zu erreichen.

Damals eröffnete die MFPPF in ganz Frankreich (illegale) Informationszentren und veränderte damit das Kräfteverhältnis zwischen der Zivilgesellschaft und der Staatsmacht, die mehr unter religiösem und ideologischem Druck stand als unter dem Zwang, das Bevölkerungswachstum in Frankreich anzukurbeln, wie das im Jahr 1920 der Fall war. Es ging ihr vor allem darum, der Forderung nach dem Recht aller auf Empfängnisverhütung sichtbar und glaubhaft Nachdruck zu verleihen und damit gleichzeitig auch konkret auf die Bedürfnisse einer wachsenden Zahl von Paaren und Frauen einzugehen.

Im Jahr 1967 wurde ein von Senator Lucien Neuwirth präsentiertes Gesetz verabschiedet, das die Empfängnisverhütung liberalisierte und die Rahmenbedingungen dafür regelte; die Informationstätigkeit zu diesem Thema blieb weiterhin untersagt.

Trotz der schleppenden Umsetzung durch die Behörden kam es vor allem aufgrund der Dynamik der damaligen Frauenbewegungen zu einer immer rascheren Verbreitung kontrazeptiver Methoden. Gleichzeitig fanden erste schüchterne Versuche in Richtung sexueller Aufklärung im Schulunterricht statt.

Schließlich war durch diese Veränderungen (und nicht zuletzt durch das Auftauchen der Saugcurette, der sog. „Karman-Methode“) der Weg für ein neues Gesetz, das sogenannte „Veil-Gesetz“, geebnet, mit dem im Jahr 1975 der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt wurde.

Ungeachtet aller Einschränkungen, die durch dieses Gesetz der Durchführung legaler Schwangerschaftsabbrüche auferlegt wurden, wurde damit von Anfang an allen Frauen das Recht zuerkannt, eine Schwangerschaft im eigenen Ermessen, auch ohne medizinische Befürwortung, abzubrechen.

Die harten Auflagen dieses Gesetzes, wie etwa eine maximale Schwangerschaftsdauer von 10 Wochen, die verpflichtende Durchführung des Eingriffs in einem (öffentlichen oder privaten) Spital, die Auflage, dass Frauen, die nicht französische Staatsbürgerinnen waren, sich mindestens 3 Monate in Frankreich aufgehalten haben mussten, die verpflichtende Einwilligung der Eltern im Falle von Minderjährigen, blieben 25 Jahre lang unverändert in Kraft!

Dennoch gab es in dieser Zeit einige Verbesserungen, z.B. die Kostenübernahme durch die Krankenkassen (1982), die nunmehrige Verpflichtung aller öffentlichen Spitäler, Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen durchzuführen, oder die Möglichkeit des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Hilfe von RU486.

Paradoxe Weise haben sogar die teils gewaltsamen Aktionen der Abtreibungsgegner in den 1990er-Jahren zu einem verstärkten Engagement der Behörden für die Verteidigung des Rechts auf Schwangerschaftsabbruch beigetragen, da sie 1992 zur Verabschiedung eines Gesetzes führten, mit dem die Behinderung von Schwangerschaftsabbruch zur strafbaren Handlung erklärt wurde.

Am 4. Juli 2001 wurde ein neues Gesetz erlassen, mit dem verschiedene wichtige (aber nicht alle) Aspekte des „Veil-Gesetzes“ novelliert werden:

- * Jede Frau hat jederzeit das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen, allerdings unter Einhaltung der geänderten gesetzlichen Bestimmungen;
- * die Dauer der Schwangerschaft muss weniger als 12 Wochen betragen, (diese Frist wurde von 10 auf 12 Wochen verlängert) jeweils gerechnet ab dem Zeitpunkt der Befruchtung; d.h. die Frist beträgt 14 Wochen gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung.
- * die Einwilligung seitens der Eltern ist nicht mehr in allen Fällen von Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen erforderlich;
- * es gibt keine Einschränkungen mehr hinsichtlich Frauen, die nicht die französische Staatsbürgerschaft besitzen;
- * ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen ist auch nach der 12. Schwangerschaftswoche möglich, wenn dazu ein positives Gutachten einer pluridisziplinären Kommission vorliegt.

Bei jeder schwangeren Frau ist auf Verlangen ein Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, wenn sie sich „durch ihren Zustand in einer verzweiferten Lage befindet“, sofern der Abbruch vor dem Ende der 14. Schwangerschaftswoche stattfindet.

Minderjährige Jugendliche, die anonym bleiben wollen, können dennoch einen Schwangerschaftsabbruch durchführen und sich dabei von einer erwachsenen Person ihrer Wahl begleiten lassen. Die Rolle dieser

erwachsenen Begleitperson besteht einzig darin, betroffene Mädchen in dieser schwierigen Situation nicht allein zu lassen; sie soll keinesfalls als „Bevormundung“ missverstanden werden.

In den vorausgehenden Parlamentsdebatten wurde angesichts der Fortschritte in der Ultraschalltechnik vor allem das Eugenik-Risiko (im Sinne der Möglichkeit, das Geschlecht des ungeborenen Kindes zu bestimmen) diskutiert, ebenso war die drastische Veränderung des Fötus zwischen der 10. und 12. Schwangerschaftswoche ein Thema. In Wahrheit schlossen sich die Gegner des Schwangerschaftsabbruchs jenem Teil der Ärzteschaft an, der argumentierte, die Frauen seien nicht imstande, „richtige“ Entscheidungen zu treffen – weder, was sie selbst betrifft, noch was ethische Überlegungen angeht.

Die gesetzgebenden Körperschaften setzten sich nicht nur über diese Argumente hinweg, sie gingen sogar so weit, dass sie auch Lösungen für besondere Härtefälle anstrebten, in welchen die Schwangerschaftsdauer die 12. Woche bereits überschreitet. Um die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs aus medizinischen Gründen zu erweitern, schufen sie eine interdisziplinäre Kommission zur Überprüfung der Entscheidung jener zwei Ärzte, die darüber befinden müssen, ob der Gesundheitszustand der Frau bzw. jener des ungeborenen Kindes einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen.

Voraussetzungen und Vorgangsweise für den Schwangerschaftsabbruch

Die Voraussetzungen und Vorgangsweisen, um zu einem Schwangerschaftsabbruch zu kommen, wurden durch das neue Gesetz im wesentlichen nicht verändert:

- Nach wie vor darf ein Schwangerschaftsabbruch nur durch einen Arzt und nur in – öffentlichen oder privaten – Spitalseinrichtungen vorgenommen werden. Lediglich medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche sollen in Hinkunft auch außerhalb von Spitälern durchgeführt werden dürfen.
- Die Frau muss den Schwangerschaftsabbruch anlässlich eines Beratungsgesprächs bei dem Arzt beantragen, der den Abbruch durchführen wird. Der Arzt muss sie über die medizinischen und sozialen Konsequenzen informieren und ihr schriftliches Aufklärungsmaterial aushändigen. Er muss ihr eine sozialpsychologische Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch empfehlen, die aber für Erwachsene nicht mehr verpflichtend ist.
- Die Frau muss mindestens eine Woche „Bedenkzeit“ haben (in dringenden Fällen 2 Tage). Die Frau sollte die von ihr bevorzugte Methode des Schwangerschaftsabbruchs selbst wählen können. Nach dem Schwangerschaftsabbruch wird ihr eine Nachbesprechung empfohlen, in deren Rahmen Fragen der Kontrazeption erörtert werden.
- Jugendliche unter 18 Jahren, die keine Einwilligung der Eltern erhalten können, müssen sich während all dieser Schritte von einem Erwachsenen ihrer Wahl begleiten lassen. Kostenlose und anonyme Betreuung werden ihnen garantiert.
- Jeder durchgeführte Schwangerschaftsabbruch muss der Behörde gemeldet werden. Die entsprechenden Berichte dienen der Erstellung der jährlichen Statistik, die auch der Nationalversammlung vorgelegt wird.

Unzulänglichkeiten

Bereits vor der Verabschiedung des neuen Gesetzes waren bereits zahlreiche Unzulänglichkeiten betreffend seiner Umsetzbarkeit erkannt und öffentlich diskutiert worden. Diese lagen (und liegen) vor allem in unzureichenden Geldmitteln in den Spitälern begründet, entspringen zum Teil aber auch der Tatsache, dass die öffentlichen Stellen keine Möglichkeit haben, die Organisation spezieller Zentren für Schwangerschaftsabbruch innerhalb der Spitäler zu beeinflussen.

Die zuständigen staatlichen Stellen haben zwar die Schaffung pluridisziplinärer Betreuungsteams empfohlen, doch wird von vielen Spitälern die Bedeutung der bestehenden Zentren für Schwangerschaftsabbruch heruntergespielt oder der Schwangerschaftsabbruch per se als ein gynäkologischer Eingriff von vielen banalisiert, wodurch den Frauen die Möglichkeit einer konsequenten, durchgehenden Begleitung und Betreuung von der Antragstellung bis zur Entlassung genommen wird.

Zum Problem der ungenügenden Ressourcen, die im Widerspruch zu den wiederholten politischen Erklärungen stehen, kommt noch der zunehmende Mangel an Ärzten. Einerseits wird der Gewissensgrundsatz sowohl von Ärzten als auch von anderem Fachpersonal immer öfter in Anspruch genommen, seit die Fristen von 10 auf 12 Wochen ab der Befruchtung (=14 Wochen ab der letzten Regelblutung) verlängert wurden. Andererseits führen vor allem junge Ärzte ungern Schwangerschaftsabbrüche durch, weil sie ihnen technisch „uninteressant“ erscheinen. In den Zentren für Schwangerschaftsabbruch können sich die Ärzte tatsächlich kaum weiterentwickeln, da ihre Tätigkeit vorwiegend auf den technischen Eingriff beschränkt ist, ohne Möglichkeit

einer Nachbetreuung oder anderer Maßnahmen, wie etwa Beratung und Betreuung in Sachen Fortpflanzung, Sexualerziehung o.ä.

Die Behörden, die von Gesetz wegen verpflichtet sind, jeder Frau das Recht auf Schwangerschaftsabbruch zu garantieren, sollten es sich zum Ziel setzen, die Arbeitsbedingungen in den Zentren für Schwangerschaftsabbruch attraktiver zu machen.

Aufgrund der beschriebenen Umstände betragen die Wartezeiten für Frauen bis zu 4 Wochen, was häufig dazu führt, dass sie die gesetzliche Frist überschreiten und sich gezwungen sehen, den Schwangerschaftsabbruch im Ausland, ohne Nachbetreuung und zu überhöhten Preisen, durchführen zu lassen.

An britischen, holländischen und spanischen Kliniken werden nach wie vor zahlreiche Frauen aufgenommen, die in Frankreich innerhalb der gesetzlichen Frist einen Antrag auf Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs gestellt haben, aber aufgrund der unbefriedigenden Situation im eigenen Land nicht betreut werden konnten.

Dazu kommen noch jene Frauen, die die vorgesehene Frist von 14 Wochen (nach der letzten Regelblutung) überschritten haben und denen kein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen bewilligt wurde, weil die Durchführungsverordnung zum neuen Gesetz immer noch fehlt.

Die MFPP sieht übrigens im Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen auch keine befriedigende Lösung für Fristüberschreitungen, da diese Möglichkeit nicht allen Frauen offen steht. **Die MFPP setzt sich weiterhin für eine Ausdehnung der Fristen für den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen ein.**

In Frankreich wird der Schwangerschaftsabbruch übrigens von der Krankenkasse nach einem bestimmten Tarifsatz bezahlt. Pauschal werden für die Beratung vor dem Eingriff, den Schwangerschaftsabbruch selbst und die damit verbundenen Leistungen 1300 FF ersetzt. Dieser Tarif ist seit vielen Jahren nicht angepasst worden – ein weiterer Grund, warum Ärzte in privaten medizinischen Einrichtungen wenig motiviert sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

Bei aller Kritik müssen jedoch die positiven Aspekte des neuen Gesetzes auf dem Gebiet der Kontrazeption unterstrichen werden:

Die Information über Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch ist nicht mehr verboten.

Kontrazeption ist auch für Minderjährige ab sofort ohne elterliche Einwilligung erhältlich, anonym und gratis nun auch in allen Arztpraxen, wie davor schon in Zentren für Familienplanung. Seit einem Jahr werden Notfallkontrazeptiva an Schulen verteilt.

Für jeden Schüler sind pro Jahr drei Unterrichtseinheiten in Sexualerziehung (Lebenserziehung) vorgesehen, und zwar vom Grundschulalter bis zur Matura.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich sozusagen das Recht in der Gesetzgebung immer mehr durchsetzt. Frauenrechte werden anerkannt.

Dennoch machen genau die Behörden, die zunächst die Gründe für die zögerliche Umsetzung der politischen Beschlüsse analysiert haben, immer wieder Rückzieher und engagieren sich nicht genug dafür, diese Rechte für alle Frauen wirksam werden zu lassen.

„Helfen statt Strafen“ – Wie es zur Fristenregelung kam

Elfriede Karl

Ich besitze zu diesem Thema kaum mehr Unterlagen und spreche daher größtenteils aus der Erinnerung. Ich bitte daher um Verständnis, wenn Daten nicht 100% exakt sind.

Im Jahr 1970 erreicht die SPÖ bei den Nationalratswahlen die relative Mehrheit (Minderheitsregierung), im Jahr 1971 die absolute Mehrheit (bis Mai 1983 Mehrheitsregierung). Der damalige Bundesminister für Justiz, Dr. Christian Broda, leitete zwei große Rechtsreformen ein, die Familienrechts- und die Strafrechtsreform. Das Familienrecht stammte in seinen Grundzügen aus dem Jahr 1811, das Strafrecht aus 1859. Gegenstand der Strafrechtsreform war auch die Änderung des § 144 über die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruches.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema war für die Sozialdemokratie nicht neu. Schon im „Linzer Programm“ aus dem Jahr 1926 findet sich der Passus „Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist nicht durch Strafdrohungen, sondern durch Beratung und soziale Fürsorge zu bekämpfen“. Außerdem enthält es die Forderung nach öffentlichen Beratungsstellen „über die Verwendung von gesundheitsunschädlichen Mittel zur Verhütung der Empfängnis“. Eine ähnliche Forderung findet sich im Aktionsprogramm der Partei aus dem Jahr 1947.

Die Regierungsvorlage von Ende 1971 sah eine Indikationsregel vor (Straffreiheit bei Schwangerschaftsabbruch aus bestimmten Gründen, medizinische, eugenische, soziale, Schwangerschaft entstand aus einer Vergewaltigung). Sie wurde von den Gegnern jeglicher Änderung heftig bekämpft. Von den Befürwortern einer Änderung wurde vor allem auf die Problematik der Erstellung von Indikationen verwiesen – vor allem bei sozialen Indikationen. Die Frau könne ihre Situation nicht selbst beurteilen und entscheiden, sondern sei darauf angewiesen, ihre Entscheidung einer Überprüfung durch jemand anderen unterziehen zu lassen und von dessen Zustimmung abhängig. Eine Reihe von Ärzten, Sozialarbeitern, verschiedenen Frauengruppen, traten daher für eine „Fristenregelung“ ein. Der Schwangerschaftsabbruch sollte während der ersten drei Monate straffrei bleiben.

Die SPÖ-Frauenorganisation brachte beim Villacher Parteitag der SPÖ im Jahr 1972 einen diesbezüglichen Antrag ein, der angenommen wurde. In der Folge brachte die sozialdemokratische Parlamentsfraktion im Nationalrat einen Änderungsantrag zur Regierungsvorlage für ein neues Strafgesetz ein, der die Fristenregelung zum Gegenstand hatte.

Die Strafrechtsreform wurde (1974) mit den Stimmen der SPÖ verabschiedet. ÖVP und FPÖ lehnten sie ab. Die Ablehnung bezog sich jedoch ausschließlich auf die Fristenregelung.

Nach der Neuregelung bleibt der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich strafbar. Er ist dann straffrei, wenn er innerhalb der ersten drei Monate der Schwangerschaft erfolgt und von einem Arzt nach vorheriger Beratung durchgeführt wird. Von der Frist ausgenommen sind medizinisch oder eugenisch indizierte Abbrüche. Ärzten und Pflegepersonal darf aus der Durchführung oder Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen kein Vorteil und kein Nachteil erwachsen. Ihre Entscheidungsfreiheit ist damit ebenfalls gewahrt. Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich nun um eine rein strafrechtliche Regelung handelt, die in der Rechtsprechung in ganz Österreich in gleicher Weise anzuwenden ist. In Diskussionen immer wieder auftauchende Vorwürfe, die Fristenregelung würde nicht überall durchgeführt, sind daher falsch. Nicht zufriedenstellend gelöst ist jedoch die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, da es meines Wissens immer noch Bundesländer gibt, in denen öffentliche Krankenanstalten Abbrüche nur nach sehr engen Indikationen durchführen. Dies ist jedoch nicht Angelegenheit des Bundes sondern der Bundesländer.

Die Auseinandersetzungen um diese Änderungen waren vor und nach der Beschlussfassung durch das Parlament sowohl zwischen den politischen Parteien als auch im außerparlamentarischen Raum heftig. Die der katholischen Kirche nahestehende „Aktion Leben“ leitete schließlich ein Volksbegehren ein, nachdem die Fristenregelung aufgehoben und durch eine Indikationsregelung ersetzt werden sollte. So wurde von den Gegnern jeglicher Änderung der Strafbestimmungen nun die von ihnen seinerzeit abgelehnte Indikationsregel (sie war in der Regierungsvorlage enthalten) zur Forderung erhoben. Das Volksbegehren – rund eine Million UnterzeichnerInnen – war also verhältnismäßig stark unterstützt. Die Nationalratswahlen im Oktober 1975 brachten allerdings eine weitere Stärkung der absoluten Mehrheit der SPÖ, so dass anzunehmen ist, dass auch dieser Teil der Strafrechtsreform vom überwiegenden Teil der Bevölkerung bejaht wurde.

Grund für die Änderung des Strafgesetzes in diesem Punkt war für die SPÖ die Tatsache, dass **Schwangerschaftsabbrüche durch die Strafdrohung nicht verhindert wurden, Frauen jedoch bei illegalen**

Eingriffen Leben und Gesundheit riskierten. Dies galt vor allem für Frauen aus unteren sozialen Schichten gegen die auch die meisten Verurteilungen wegen eines Schwangerschaftsabbruches ergingen. Es sollte jedoch daher die Strafdrohung aufgehoben und einerseits danach getrachtet werden, Aufklärung über und Mittel zur Empfängnisverhütung zur Verfügung zu stellen und andererseits durch Maßnahmen der Familien- und Sozialpolitik mögliche Ursachen für Schwangerschaftsabbrüche zu beseitigen oder wenigstens zu mildern.

Es stand also das Motto „Helfen statt Strafen“ im Vordergrund. Mehrfach (so auch im Ausschussbericht über das Volksbegehren der Aktion Leben) hat die SPÖ erklärt, dass sie den Schwangerschaftsabbruch nicht als Mittel der Geburtenregelung betrachtet.

Hinsichtlich des „Helfens“ bestand grundsätzlich auch Übereinstimmung mit den Gegnern der Strafrechtsänderung, wobei jedoch die letztlich gesetzten Maßnahmen nicht uneingeschränkt Zustimmung fanden.

Schon 1970/71 wurde im ABGB die **rechtliche Diskriminierung des unehelichen Kindes aufgehoben** (ausgenommen Erbrecht). Im weiteren kam es in der **Familienförderung zu einer starken Ausweitung** der direkten Geld- und Sachleistungen, was vor allem Eltern bzw. Müttern mit niedrigen Einkommen half, da sie im allgemeinen Steuerbegünstigungen für Kinder nicht oder nicht voll ausnutzen konnten. Wie sehr sich dieser seinerzeit heftig umstrittene Gedanke durchgesetzt hat, zeigt die Tatsache, dass heute auch Kinderabsetzbeträge im Einkommenssteuerrecht in Form einer Negativsteuer bar ausgezahlt werden und zwar auch an Alleinverdiener – zumindest teilweise – als Negativsteuer ausbezahlt werden.

Weiters wurde damals der **Anspruch auf Wochengeld** von 12 auf 16 Woche erweitert, das Karenzurlaubsgeld stark erhöht und für Alleinerzieherinnen ein höheres Karenzurlaubsgeld und im Anschluss an den Karenzurlaub Sondernotstandshilfe bis zum 3. Lebensjahr des Kindes eingeführt wenn die Mutter nicht arbeiten konnte weil keine Betreuungsmöglichkeit für das Kind gegeben war. Begonnen und weiter ausgebaut wurde die Anrechnung der ersten zwölf Monate nach der Geburt eines Kindes und später weiterer Erziehungszeiten für den Pensionsanspruch.

Jahre später begann der Bund - obwohl dafür nicht zuständig - zur Errichtung von Kinderbetreuungseinrichtungen beizutragen (Kindergartenmilliarde).

Der Unterhalt für Kinder wurde in Form von Unterhaltsvorschüssen und eine gesetzliche Regelung über die vorläufige Feststellung des Unterhalts gesichert. Auch eine sehr stark erhöhte Geburtenhilfe (von ATS 4.000 auf ATS 16.000), verbunden mit ärztlichen Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass trug nicht nur zur Verbesserung des gesundheitlichen Standards sondern auch zur Erleichterung der materiellen Situation bei.

Seit 1974 wird der Betrieb von **Familien- und Partnerberatungsstellen durch den Bund gefördert** (Ersatz der Personalkosten), wenn sie Beratung zur Empfängnisverhütung und Beratung von Frauen in Schwangerschaftskonflikten und – fakultativ – Beratung in andern Familien- und Partnerschaftsproblemen anbieten. Gleichzeitig kam es zu massiven Werbekampagnen für Familienplanung. Es wurde Informationsmaterial zur Empfängnisverhütung und über die materiellen Hilfen, die für ein Kind zur Verfügung stehen, produziert und verbreitet, um das Thema Empfängnisregelung auch an junge Menschen und auch an junge Männer (z.B. beim Bundesheer) heran zu tragen. Dies erscheint mir besonders wichtig, da Studien über Motive zum Schwangerschaftsabbruch zeigten, dass das Fehlen einer gefestigten, zukunftsorientierten Partnerschaft, ungünstig empfundene Wohnverhältnisse, finanzielle Abhängigkeit von den Eltern sowie starke Orientierung auf Ausbildung und Beruf bzw. noch nicht abgeschlossene Ausbildung typische Konstellationen darstellen, die den Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch bewirken können. Daraus ergibt sich, dass zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht nur Maßnahmen der Sozialpolitik beitragen können, sondern der Kontrazeption, also der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften, eben so große Bedeutung zukommt.

Ich bin 1984 aus der Regierung, 1990 aus dem Nationalrat ausgeschieden. Daher kann ich Ihnen über die Entwicklung der letzten Jahre keine Auskunft geben. Ich registriere aber, dass die Diskussion um die Fristenregelung immer wieder aufkommt. Allerdings hoffe ich, dass die von Christian Broda immer wieder geäußerte Ansicht, dass derartige Entwicklungen unumkehrbar sind, sich als richtig erweist.

Schwangerschaftskonflikt aus der Sicht der Frauen

Ergebnisse aus einer österreichweiten Studie

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, 2001

Praxis des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

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

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

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

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

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

Epidemiologische Situation des Schwangerschaftsabbruchs - Österreich im europäischen Vergleich

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

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

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

Tab. 1. Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

Land	Gesetzliche Situation				Häufigkeit der Abbrüche	
	seit	Regelung	Frist bis	Von Sozialversicherung finanziert	Jahr	Abbrüche / 100 Lebendgeborene
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 Tatzki-Preve und Kityr (1999) den Schluss, dass unter der Annahme, dass die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich im Rahmen jener anderer europäischer Länder liegt (zwischen 10 und 29 pro 100 Lebendgeburten), in Österreich für die letzten Jahre **19.000 bis 25.000 Abbrüche pro Jahr** eine plausible Schätzung darstellen.

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

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

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

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

Quelle: Statistik Österreich

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

Epidemiologische Situation der Schwangerschaftsabbrüche international

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

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

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

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

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

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

Sozialwissenschaftliche Studien zum Schwangerschaftskonflikt in Österreich

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

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

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

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

Methodik der Studie

Eine detaillierte empirische Fragebogenerhebung mittels standardisierter Fragebogen wurden durchgeführt.

Zwei Gruppen von betroffenen Frauen wurde befragt:

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

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

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

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

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

Der **Fragebogen** enthielt folgende Teilbereiche:

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

Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Soziodemographische Faktoren

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

Partnerbeziehung

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

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

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

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

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

Kontrazeption

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

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

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

Entscheidung - Gründe für den Schwangerschaftsabbruch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Methodisches Vorgehen der Befragung

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

Innerhalb der befragten Frauen wurden drei Subgruppen definiert:

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

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

Wesentliche Ergebnisse der Studie

Unterschiede in der Lebenssituation der befragten Frauen

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

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

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

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

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

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

Partnerschaft - Sexualität - Verhütung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reaktionen auf die Schwangerschaft - Entscheidungsfindung

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

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

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

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

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

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

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

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

Beweggründe für bzw. gegen eine (weitere) Schwangerschaft

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

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

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

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

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

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

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

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

Mögliche psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs und Belastungsbewältigung

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

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

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

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

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

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

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

Literatur zum Thema Schwangerschaftskonflikt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Janke W, Erdmann G, Boucsein P. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1984.
- Jansen AM. Schwangerschaftsabbruch und Verhütung (I): Erfahrungen aus einem Familienplanungszentrum von Pro Familia. *Sexualmedizin* 1995;12:338-341.
- Jansen AM. Schwangerschaftsabbruch und Verhütung (II): Erfahrungen aus einem Familienplanungszentrum von Pro Familia. *Sexualmedizin* 1996;1:13-19.
- Jensen JT, Astley SJ, Morgan E, Nichols MD. Outcomes of suction curettage and mifepristone abortion in the United States. *Contraception* 1999;59:153-59.
- Kaufmann RB, Morris L, Spitz AM. Comparison of two question sequences for assessing pregnancy. *Am J Epidemiol* 1997;145(9):810-816.
- Kityr J. Zur Entwicklung der Geburtenrate. Vom schicksalhaften Kindersegen zur empfängnisverhütenden Gesellschaft. *Beziehungsweise* 1999,19/20: 85-86.
- Knopf M, Mayer E, Meyer E. Traurig und befreit zugleich. Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt 1995.
- Lask B. Short-term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. *Br J Psychiatr* 1975(126):173-177.
- Lazarus RS, Launier R. Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Hrsg.: Nitsch JR. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1981. S 231-259.
- Kuhl H, Jung-Hoffmann C. Kontrazeption. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag, 1999.
- Mamers PM, Lavelle AL, Evans AJ, Bell SM, Rusden JR, Healy DL. Women's satisfaction with medical abortion with RU 486. *MJA* 1997; 167:316-317.
- Münz R, Pelikan JM. Geburt oder Abtreibung - Eine soziologische Analyse von Schwangerschaftskarrieren. Wien: Verlag Jugend und Volk 1978.
- Oddens BJ, Visser A, Vemer HM, Everaerd W, Lehert P. Contraceptive use and attitudes in Great Britain. *Contraception* 1994,49, Jan:73-86.
- Osofsky JD, Osofsky JH. The psychological reaction of patients to legalized abortion. *Am J Orthopsychiatry*. 1972;42:48-60.
- Österreichische Frauengesundheitszentren, Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. Ungewollt schwanger? Eine Broschüre zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich. Mit Unterstützung der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten. Wien, 1999
- Roeder H, Sellschopp A, Henrich G. Partnerschaft und Schwangerschaftskonflikt. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 1994;44:153-158.
- Rosen AS et al. Acceptability of a nonsurgical method to terminate very early pregnancy in comparison to vacuum aspiration. *Contraception* 1979; 19:107-17.
- Rosenfeld JA, Everett KD. Factors related to planned and unplanned pregnancies. *J Fam Pract* 1996;43(2):161-166.
- Russo NF, Zierk KL. Abortion, childbearing, and women's well being. *Professional Psychology* 1992;23:269-280.
- Safar P, Fiala C. Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston (Mifegyne) und Misoprostol in Österreich - erste Erfahrungen. *Frauenarzt* 2000(41):325-330.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schwangerschaftsabbruch in Österreich

Theorie und Praxis

Christian Fiala

Die Theorie

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

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

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

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

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

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

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

Die Praxis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mifegyne

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

Historischer Abriss von Mifegyne®

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

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

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

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

Minderjährige

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

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

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

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

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

Zahl der Abbrüche

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

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

Medizinisch begründete Abbrüche

Ein Abbruch ist nicht strafbar, wenn er „zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernststen Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde“.

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

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

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

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

Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„Es ist der Schwangerschaftsabbruch eine Folge inadäquater Verhütung.

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

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

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

Wie viele Abbrüche gibt es in Österreich?

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

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

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

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

Auswirkungen ungewollter Schwangerschaft auf das Leben von Frauen, Kindern und Familien

Belinda Mikosz

Es ist ganz offensichtlich nicht so leicht eine allgemein akzeptierte Definition für „Unerwünschtheit“ im Zusammenhang mit der Schwangerschaft zu finden. Der umgangssprachlich häufig gebrauchte Begriff bleibt inhaltlich mehr oder weniger unbestimmt. Die Schwierigkeiten liegen vor allem darin, dass es eben keine so klare Trennung zwischen Ja und Nein gibt und ambivalente Gefühle im Bezug auf das Kind fast in jeder Schwangerschaft auftreten.

Wenn es so ist, dass jeder Mensch seine ganz persönliche Vorstellung von einem zukünftigen Kind hat, dann trifft das auch für die „unerwünschten“, „ungeplanten“ oder „ungewollten“ Kinder zu. Die in diesem Zusammenhang verwendeten Attribute können aber die individuellen heimlichen Wünsche, Ängste oder die sich verändernden Gefühle und Ansichten in der Zeit zwischen Sexualkontakt, Schwangerschaft, Geburt des Kindes bzw. Schwangerschaftsabbruch nicht wirklich zufriedenstellend erklären. Es kommt vor, dass eine Frau ihre Schwangerschaft, die sie nach der Konzeption zunächst einmal nicht gewollt hat, akzeptiert und im weiteren Verlauf durchaus positiv erlebt und das Kind gut annehmen kann. Andererseits erleben wir immer wieder, dass sogenannte „Wunsch Kinder“ nicht zu allen Zeiten solche bleiben müssen. Eltern wollen ihre Kinder teilweise und wollen sie teilweise auch wieder nicht, die einen mehr, die anderen weniger und dafür gibt es die unterschiedlichsten Gründe.

*„Als mir der Arzt sagte: Sie sind schwanger,
dachte ich, oh Gott nein! Ich hatte das Gefühl,
den Boden unter meinen Füßen zu verlieren.“*

Eine ungewollte Schwangerschaft löst bei den betroffenen Frauen meist eine Vielzahl von ganz unterschiedlichen Gefühlen aus. Von Wut und Ohnmacht bis hin zu Verzweiflung und Angst ist alles möglich. Ungewollt schwanger zu sein, stellt ungeachtet des kulturellen, sozialen oder religiösen Hintergrunds noch immer ein schwieriges Problem dar. Die Schwierigkeiten beginnen damit, dass man das Rad nicht zurückdrehen kann, um nicht mehr schwanger zu sein. Die Frau hat eine Entscheidung zu treffen, ob sie das Kind austragen wird oder nicht. Dieser Entschluss fällt nicht immer ganz leicht, viele Frauen fühlen sich in dieser Konfliktsituation sehr allein gelassen. Die häufige Nichtpräsenz des Kindesvaters, der Mangel an familiären Rückhalt, eine unsichere materielle Versorgung, oder die ungelöste Ausbildungssituation bzw. zu erwartende berufliche Schwierigkeiten erschweren ganz eindeutig die Situation.

*„Das muss doch heute wirklich nicht mehr passieren,
schließlich ist jedes junge Mädchen aufgeklärt und es
gibt doch genügend sichere Verhütungsmethode. Wer
heute noch ungewollt schwanger wird, ist selber schuld!“*

Auch diese landläufige Meinung, wonach die betroffenen Frauen oder Mädchen einfach nur naiv und sorglos Verhütung betrieben haben, greift meiner Meinung nach zu kurz. Sie entlässt vor allem die Männer völlig aus der Verantwortung. Schwanger wird man schließlich nicht von alleine! Außerdem machen wir es uns zu einfach, wenn wir davon ausgehen, dass der so genannte Aufklärungsunterricht in der Schule ausreichend ist für ein zufriedenstellendes und sicheres Sexualverhalten. Als Jugendamtspsychologin habe ich immer wieder Gelegenheit mit 14 oder 15 jährigen Mädchen über Sexualität zu sprechen, und es ist erschreckend, wie wenig sie über ihren Körper und über die richtige Verhütung wissen. Ich möchte einige Gründe aufzählen, die meiner Erfahrung nach für eine unsichere bzw. unregelmäßige Verhütungspraxis ausschlaggebend sind:

- **Angst vor dem Frauenarzt**
- **Das Verhütungsmittel ist zu teuer** (Beispiel: um Geld zu sparen verwendeten zwei Freundinnen gemeinsam eine Pillenpackung)
- **Die Pille wird nicht vertragen bzw. als gesundheitsschädlich angesehen**
- **Es wird auf die regelmäßige Einnahme der Pille vergessen**
- **Es kommt ungeplant und spontan zum Geschlechtsverkehr**
- **Wissensdefizit in der Anwendung** (Beschreibung wird nicht verstanden)

- **Mädchen und Frauen, die sich ganz auf den Partner verlassen – romantisches Liebesideal**

- **Übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum**
- **Angst vor dem Partner – Verhütung ist kein Thema**

Ungewollte Schwangerschaften, die letztendlich zu einem Schwangerschaftsabbruch geführt haben, gibt es nicht erst seit heute. Aus anthropologischen Studien wissen wir, dass der Schwangerschaftsabbruch in allen Gesellschaften und zu jeder Zeit bekannt war und auch praktiziert wurde. Im Umgang mit diesem Thema taucht im Laufe der Geschichte je nach politischer und gesellschaftlicher Ausrichtung das ganze Spektrum sozialer Reaktionen und Sanktionen auf: von Akzeptanz und Rechtfertigung des Abbruchs bis hin zur schweren Bestrafung, ja sogar Folter. Die Bestrafung der betroffenen Frauen hat also eine lange Tradition und ihre die Auswirkungen sind bis heute spürbar. So ist die individuelle Konfliktverarbeitung jugendlicher und erwachsener Frauen meiner Meinung nach im Kontext von Sozialisationseinflüssen, Rollenklischees, Schwangerschaftserleben und Konfliktlösungskompetenz zu erörtern.

Das wirft zunächst die schon aus der Antike bekannte Streitfrage auf, von welchem Zeitpunkt an der Fötus als Mensch anzusehen ist und ab wann der Schwangerschaftsabbruch als Tötung zu bewerten ist. Das Christentum ist da kompromisslos, es sieht im Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich die Tötung eines Menschen und der Hinweis, dass der ungetaufte Fötus nicht nur um sein Leben, sondern auch um seine ewige Seeligkeit gebracht wird, lässt vielen Frauen keine Wahlfreiheit. Der moralische Druck ist so groß, dass sie das Kind bekommen, obwohl sie es von Anfang an ablehnen.

Eine Schwangerschaftsunterbrechung ist gewiss kein Erlebnis, das an einer Frau ganz spurlos vorübergeht. Man braucht keine Studie dazu, um herauszufinden, dass der Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft keine Frau kalt lässt. Ob und wie eine Frau diesen Eingriff verarbeitet, der wohl generell mit starken Emotionen verbunden ist, hängt von ihrer Persönlichkeit aber auch von verschiedenen Umweltfaktoren ab.

Es gibt Frauen, die ihre Entscheidung, ob sie das Kind behalten oder nicht, völlig eigenständig treffen und den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Die Zukunft gemeinsam mit einem Kind erscheint ihnen als nicht gesichert und sie führen häufig rationale Gründe an, die ihr „Nein“ zum Kind rechtfertigen.

- **Der Partner ist nicht zuverlässig (kurze Affäre)**
- **Berufliche Schwierigkeiten**
- **Finanzielle Schwierigkeiten**
- **In diese Welt setzt man kein Kind**
- **Kein weiteres Kind mehr**
- **Gesundheitliche und ästhetische Nachteile**
- **Kinder bringen nur Leid**
- **Ablehnung der Elternrolle auf Grund der Erfahrung aus der eigenen Kindheit**
- **Erbkrankheiten**
- **Gesellschaftliche Zwänge usw.**

So hatte ich z.B. ein langes Gespräch mit einer Frau, die ihr Kind gerne bekommen hätte. Sie war von Beruf Prostituierte und wusste, dass ihr Lebensgefährte und Zuhälter das Kind unter keinen Umständen haben wollte und sie es nicht alleine aufziehen konnte. Frau H. hielt unter Tränen Zwiesprache mit dem Ungeborenen und nahm Abschied von ihm. Es war eine sehr berührende Begegnung für mich, die ich nicht so schnell vergessen werde. Ich möchte mit diesem Beispiel Verständnis für die Tatsache wecken, dass es Lebenssituationen gibt, in denen die Frau allen Anschein nach, nur eine Wahl hat. Um den Abbruch bewältigen zu können, ist es meiner Erfahrung nach wichtig, dass die Frauen Unterstützung erfahren und nicht durch Manipulation, Ablehnung, oder Schuldvorwürfe unter Druck gesetzt werden. Die Entscheidung für oder gegen das Kind muss jede Frau alleine treffen, aber wir können als verständnisvolle Zuhörer zur Verfügung stehen und sie auf dem Weg des Abschiednehmens begleiten.

„Das nächste Kind wird ihnen bestimmt Freude machen.“

Ein unzulässiger Tröstungsversuch!

Jeder Verlust erfordert Trauerarbeit. Wird der Verlust gar nicht oder zu wenig betrauert und verarbeitet, kann das später zu Depressionen oder Bestrafungsangst führen. So fiel unserer Hebamme im Eltern-Kind-Zentrum eine Frau auf, die ständig von der Vorstellung gequält wurde, ihr Kind werde behindert zur Welt kommen. Im Gespräch stellte sich sehr schnell heraus, dass sie drei Jahre zuvor bereits ein Schwangerschaftsabbruch hat vornehmen lassen. Da nicht einmal ihr Ehemann davon wusste, konnte sie auch sonst mit niemandem darüber reden. Sie war fest davon überzeugt, dass sie jetzt bei der von ihr gewollten Schwangerschaft die „verspätete

Rache Gottes“ zu spüren bekommen werde. Es waren einige Gespräche notwendig, bis sie wieder Zuversicht gewinnen konnte. Das Baby kam dann auch wirklich kerngesund und kugelrund zur Welt. Frau P. hat mittlerweile zwei gesunde Kinder und die Schatten der Vergangenheit überwunden. Aber es war kein leichter Weg für sie.

Meist ist die psychische Beeinträchtigung vorübergehender Natur, also eine Phase der erhöhten Sensibilisierung, in der auch Unverarbeitetes an die Oberfläche kommt und bewältigt werden muss. „Psychische Schäden werden nicht durch einen Abbruch gesetzt“, schreibt auch Thea Bauriedl*, „sie entstehen lebenslang in unmenschlichen Beziehungsformen, auch in einem Schwangerschaftskonflikt, der nicht mit verständnisvoller Hilfe ausgetragen werden kann“. Verschleppte Gefühle von Schuld werden nicht selten von körperlichen Beschwerden begleitet, zum Beispiel von Bauchschmerzen, Kopfweh, Erbrechen, Verspannungen und Schlafstörungen. Werden Schuldgefühle nicht bewusst wahrgenommen sondern verdrängt, können eine Reihe von psychosomatischen Beschwerden auftreten, insbesondere auch Suchtverhalten. Frauen, die meist schon vor ihrem Schwangerschaftsabbruch unfähig waren, Konflikte zu bewältigen und ihre Gefühle wahrzunehmen und darüber zu reden, neigen dann häufig dazu, die Lösung in der Betäubung zu suchen. Sie suchen Vergessen im Alkohol, stopfen sich voll mit Lebensmitteln oder greifen vermehrt zu Medikamenten.

Ein Schwangerschaftsabbruch hinterlässt immer ein kleines Trauma: und wenn es nur die Angst ist, erneut wider Willen schwanger zu werden. Vielen Frauen ist wortwörtlich „die Lust vergangen“, sie haben „die Nase voll von den Männern“. Sexualität wird weniger lustvoll erlebt, weil die Gedanken ständig um die eine Sorge kreisen, „es könnte wieder passieren“. Einige Frauen, mit denen ich geredet habe, lösten das Problem indem sie sich sterilisieren ließen. Es gibt aber auch Frauen, die sich nach einem Schwangerschaftsabbruch intensiver mit den Vorgängen in ihrem Körper auseinandersetzen und dadurch ein besseres Körperbewusstsein entwickeln.

*„Wenn das Kind einmal da ist, wird es die Mutter schon lieben.“
Einer von vielen Irrtümern!*

Aber nicht nur der Gedanke an den Schwangerschaftsabbruch, sondern auch an die zukünftigen Aufgabe als Mutter kann Ängste auslösen – die Angst keine gute Mutter zu sein, aus finanziellen Gründen nicht gut für das Baby sorgen zu können, das Kind womöglich abzulehnen, die Beziehung zum Partner zu verlieren usw. Nichts wird in unserer Gesellschaft so idealisiert wie das Mutterbild. Mütter aus Berufung gibt es aber nur selten. Allein die Tatsache, dass man eine Frau ist, heißt nicht noch lange nicht, auch eine „gute“ Mutter zu sein. Genau wie jede andere Beziehung auch muss die Mutter-Kind-Beziehung erst wachsen. Mutterschaft bedeutet eben nicht automatisch innere Erfüllung und permanentes Glücksgefühl.

*„Ich dachte, dass mit mir etwas nicht stimmt,
weil ich für mein Kind, das ich mir so gewünscht habe,
nichts empfand, als ich es im Arm hielt.
Ich war enttäuscht, weil ich mir alles anders vorgestellt habe.“
Klischees helfen nicht!*

Unerwünschte Kinder wurden natürlich zu allen Zeiten geboren. Aber im Zeitalter des Internetshoppings habe ich manchmal den Eindruck, dass einige Eltern ihren Sprössling gerne „umtauschen“ oder gar „zurückgeben“ möchten. Wir sehen zunehmend Eltern, die auch mit ihrem „Wunschkind“ nichts anfangen können. Es schreit, stört und allmählich geht die Illusion vom glücklichen Familienleben flöten. Oft sind die jungen Eltern schon bei ganz alltäglichen Anfangsschwierigkeiten hoffnungslos überfordert. Ob sie diese Belastungssituation – von der Partnerschaft zur Elternschaft – meistern, hängt nicht nur von der professionellen Unterstützung, sondern auch von der sozialen Bezugsgruppe ab, in der sie leben. Gibt es Familienmitglieder oder Freunde, die unterstützend einspringen und die überforderten Eltern zeitweise entlasten, gelingt es meistens, dass das Kind dann doch einen gesicherten Platz in der Familie einnehmen kann.

*„Ich habe nie ein Mädchen gewollt,
als ich sie nach der Geburt gesehen hab,
habe ich gleich gewusst, ich mag sie nicht.
Zu Hause hat der Stefan so traurig geschaut,
das hat mir weh getan und da habe ich ihm gleich gesagt,
dass er wegen der da niemals traurig sein muss.“*

*Thea Bauriedl: Ein Paragraph ist keine Lösung. In Natur, Heft 3/1989, S.59

Eine bedrückende Aussage einer Mutter, die den Söhnen positiv zugewandt blieb und ihre Tochter bis heute ablehnt. Das Schicksal dieses Kindes blieb lange unentdeckt, weil die Familie in geordneten Verhältnissen lebt und auch niemand den Mut gefunden hat, die zuständige Sozialarbeiterin des Jugendamtes zu informieren.

Zunächst ist Birgit* nicht gewachsen, sie war viel zu klein und schwächlich für ihr Alter, daher empfahl der Kinderarzt eine Abklärung in der Klinik. Birgit wurde stationär aufgenommen und begann plötzlich zu essen. Nach ihrer Entlassung aß sie alles, was sie in die Finger bekommen konnte, wuchs aber leider nicht nur in die Länge sondern vor allem in die Breite. Schon bald war sie völlig unförmig und wurde von ihren Mitschülern verspottet. Ihre Schulerfolge waren mäßig. Sie war das „Aschenputtel“ in der Familie, „blöd“ und „blad“, wie die Mutter sagte. Als Birgit 15 war, eskalierte die Situation: Birgit erhielt von der Mutter eine Ohrfeige und schlug zurück. Jetzt musste sie von zu Hause weg – zunächst ins Krisenzentrum und danach in ein Heim. Birgit bekam an diesem Zeitpunkt regelmäßig zu essen, moderne Kleidung und konnte über eigenes Taschengeld verfügen. Bei den Hausaufgaben bekam sie Unterstützung. Sie konnte sich aber trotzdem nicht richtig eingewöhnen, war oft abgänglich und hat auch ihre Lehre nicht beendet. Heute jobbt sie mal hier und mal da. Ihre Brüder haben die AHS erfolgreich abgeschlossen und studieren beide.

War Birgit wirklich um so viel schlechter begabt als ihre Brüder, oder war für ihren Werdegang vor allem die massive Ablehnung von der Mutter ausschlaggebend? War die unerwünschte Birgit gegenüber ihren Brüdern, die von Anfang positiv angenommen wurden, nicht in einem Dauernachteil?

*Meine Mutter wollte mich nicht haben
Ich wollt die Mutter nicht
Drum hab ich kein Gesicht
Bis sie mich begraben.*
(aus dem Gedicht von Inge Müller;
„Meine Mutter wollte mich nicht haben“)

In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf die Prager Langzeitstudie von Mateejccek und Dytrych hinweisen, die 1994 publiziert wurde. Sie haben die Entwicklung von insgesamt 110 Buben und 110 Mädchen, die eindeutig von ihren Müttern unerwünscht waren, mit einer Kontrollgruppe der gleichen Anzahl von Kindern, deren Empfängnis von den Eltern geplant oder doch zumindest akzeptiert war, bis ins Jugendalter verfolgt und verglichen. In ihrer Studie, die auch international große Beachtung gefunden hat, konnten sie nachweisen, dass Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften in ihrer Entwicklung in deutlich eingeschränkt sind und häufig Deprivationssyndrome entwickeln.

- Der Start ins Leben ist für unerwünschte Kindern deutlich erschwert. Schon der erste sozialbiologische Faktor, nämlich **das Stillen**, fällt für die unerwünschten Kinder ungünstig aus. Sie werden kürzer und in vielen Fällen gar nicht gestillt.
- Die **Schulleistungen** waren bei den abgelehnten Kindern in fast allen Fächern **schlechter**. Diese Kinder gingen auch nicht gern in die Schule.
- Sie wurden **von den Mitschülern eher abgelehnt**, in ihrem Sozialverhalten zeigten sie eine niedrige Frustrationstoleranz, eine hohe Reizbarkeit und neigten zu Wutausbrüchen.
- Das **abweichende Verhalten** der unerwünschten Kinder verstärkte sich im **Jugendalter** noch deutlicher.
- Und als **junge Erwachsene** hatten die ehemals unerwünschten Kinder vermehrt **Alkoholprobleme** (fast doppelt so hoch wie die der Kontrollgruppe)
- Die **Strafregisternachfrage** fiel ebenfalls zu Ungunsten der unerwünschten Kinder aus. Sie hatten fast doppelt so viele leichte Delikte und dreifach so viele schwere zu verzeichnen.
- Nur **8,7%** der befragten Menschen aus der Gruppe der unerwünschten Kinder waren mit ihrem bisherigen Leben zufrieden, im Vergleich dazu 31,1% der jungen Menschen aus der Kontrollgruppe.
- Die ehemals unerwünschten Kinder waren auch weniger erfolgreich in ihren Liebesbeziehungen und erlebten weit häufiger Enttäuschungen.
- Ihre Ehen bezeichneten sie signifikant häufiger als wenig glücklich.

Die Autoren führten in diesem Zusammenhang den Begriff der Subdeprivation ein – der in seinen Folgen nicht nur in der gleichen sondern auch in der nächsten Generation nachweisbar ist. Mütter, die selbst abgelehnt worden waren, hatten signifikant deutlich größere Probleme, ihre Kinder anzunehmen als die Mütter aus der Vergleichsgruppe.

*Name wurde geändert

*„Mein Kind hat mir mein Leben zerstört,
ich komme mit meinem Studium nicht weiter,
mein Lebensgefährte fühlt sich durch das Kind erpresst,
er wird mich nicht heiraten,
Anna* kratzt sich auch noch jede Nacht blutig,
ich halte das alles nicht mehr aus,
seit ich auf der Welt bin habe ich das Gefühl,
es wäre besser gewesen, nicht geboren zu werden!“*

Die Mutter, eine äußerst attraktive Frau, kommt mit einem hübschen, modisch herausgeputzten, auffallend stillen zweieinhalbjährigen Mädchen in das Eltern-Kind-Zentrum, um es von der Psychologin behandeln zu lassen. Frau R. weiß, dass Neurodermitis auch eine psychische Komponente haben kann, und sie erhofft sich rasche Hilfe von der Psychologin.

In der Exploration wird deutlich, dass Anna schon vielen Ärzten vorgestellt wurde und bisher alle Prozeduren geduldig über sich hat ergehen lassen. Anna stört nicht, sie sitzt da und beschäftigt sich mit dem angebotenen Spielzeug. Das Mädchen wirkt in sich zurückgezogen und traurig, immer wieder schaut es zur Mutter, kann also nicht wirklich entspannt spielen, es spürt ganz offensichtlich die latente Feindseligkeit der Mutter und ist auf der Hut, ja alles recht zu machen.

Die Mutter ist voll der Anklage, gegen den Lebenspartner und Vater des Kindes, gegen die eigenen Eltern, die ihren Freund lieber hätten als sie, gegen das Schicksal, das ihr Anna zugemutet hat und gegen das Leben insgesamt.

Nach dieser ersten Begegnung habe ich der Mutter vorgeschlagen, zunächst einmal alleine zu kommen. Ich ging von der Hypothese aus, dass sie selber dringend Hilfe brauchte und gefährdet war, in dem negativen Strudel ihrer Gefühle zu versinken. Frau R. war über dieses Angebot überrascht, willigte aber sofort ein. Fortan kam sie wöchentlich zur Therapie.

Anfangs sprach sie viel über Anna und litt unter dem Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein, um so mehr, als sie von einem Drang gequält wurde, ihr Kind und sich selber zu töten. Frau R. hatte Angst davor, die alleinige Verantwortung für ihr Kind tragen zu müssen und erlebte ihren Lebenspartner als wenig unterstützend. Obwohl der Vater viel Zeit mit Anna verbrachte, um Frau R. den Abschluss ihres Studiums zu ermöglichen, war diese ständig unzufrieden und eifersüchtig auf Anna, die sich mit dem Papa - ganz im Gegensatz zu ihr - wunderbar zu verstehen schien. Frau R. schaffte in dieser Zeit keine einzige Prüfung, sie begann zu trinken und klagte über Schlafstörungen. Und Anna – so die Mutter - war der Grund für die ganze Misere.

Frau R. konnte sich an ihre eigene frühe Kindheit kaum erinnern, ihr Gedächtnis ließ sie im Stich. Nur die Erinnerung an die Schulzeit und, dass ihre Eltern erwartet hätten, sie solle besser sein als die anderen Kinder, ist ihr geblieben. Frau R. habe den Erwartungen ihrer Eltern nicht entsprechen können, sie sei immer das „unmögliche“ Kind gewesen.

Auch in der Therapie war Frau R. lange Zeit das „unmögliche“ Kind. Immer wieder beschwerte sie sich, dass nichts weiterginge, dass das wahrscheinlich nicht die richtige Form der Behandlung sei, und sie suchte in regelmäßigen Abständen andere Therapeuten auf, um sich über mich zu beschweren. Sie erzählte, dass sie schon so lange zu mir käme und die bisherige Therapie sie kein Stückchen weitergebracht hätte. Die Reaktionen der Kollegen waren unterschiedlich. Die einen unterstützten sie in ihrer Ansicht und boten sich als Alternative an, die anderen verboten ihr sogar den weiteren Umgang mit mir, wieder andere schickten sie nach ein paar Sitzungen fort.

Warum ich das weiß? Nun, Frau R. hat es mir erzählt. Sie kam - sieht man von einigen kurzen Unterbrechungen ab – regelmäßig. Ich habe sie nicht weggeschickt, habe ihre „Ausflüge“ zu den anderen Kollegen eine Möglichkeit des Erfahrungssammelns gedeutet und sie damit in ihrem „So-sein“ angenommen und sie auf der Suche nach ihrem „wahren“ Selbst begleitet.

Frau R. begann sich nach und nach an ihre frühe Kindheit zu erinnern, sie setzte sich mit der Zurückweisung auseinander, die sie von ihrer Mutter andauernd erfahren hat und fand schließlich in kriminalistischer Kleinarbeit

* Name wurde geändert

heraus, dass der Mann, den sie jahrelang für ihren Vater gehalten hatte, gar nicht ihr leiblicher Vater gewesen ist. Frau R. wurde als uneheliches Kind in einem kleinen Dorf geboren und konnte dieses gut gehütete Geheimnis erst als Zweiunddreißigjährige lüften. Langsam begann sie zu erkennen, warum sie Zeit ihres Lebens von Selbstzweifeln und Misstrauen geplagt wurde und besonders viel Zuwendung und Bestätigung von anderen Menschen brauchte.

Frau R. musste ihre Biographie neu fassen, die „falschen“ Puzzlesteine auswechseln und durch richtige ergänzen. Allmählich gelang es ihr auch, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen, aber es war, wie Sie sich sicher vorstellen können, ein sehr schmerzhafter und langer Prozess.

Mutter und Tochter geht es heute gut. Frau R. hat ihre Rolle als Alleinerzieherin akzeptiert und, obwohl sie von ihrem Lebensgefährten verlassen letztendlich doch wurde, konnte sie ihrer Mutterrolle zunehmend positive Seiten abgewinnen. Sie hat Eigenständigkeit und Selbstvertrauen gewonnen, aber auch gelernt, ihre eigenen Gefühle und Schattenseiten zu akzeptieren. In dem Maße, in dem Frau R. begonnen hat, sich selber besser zu verstehen, hat sie auch Anna besser verstanden und wurde fähig, sich an ihrem Kind zu erfreuen.

Die Behandlung ist längst abgeschlossen, aber hin und wieder ruft Frau R. noch heute an, um zu berichten, wie es ihr geht und was sie wieder „geschafft“ hat. Dass ihr meine Anerkennung gewiss ist, weiß sie.

Anna ist mittlerweile ein selbstbewusstes Mädchen, ihre Schulleistungen sind gut und mit ihrer Neurodermitis hat sie gelernt umzugehen.

Ich habe diese Fallgeschichte an das Ende meiner Ausführungen gestellt, weil ich damit zeigen möchte, dass es Frauen durchaus gelingen kann, ihr Kind, das sie ursprünglich nicht annehmen konnten, lieb zu gewinnen.

Wenn wir davon ausgehen, dass auch heute noch viele Kinder unerwünscht auf die Welt kommen, lohnt es sich, dieses Tabu-Thema aufzugreifen und Präventivmaßnahmen auf allen Ebenen zu diskutieren und einzuleiten. Die Vorbeugung einer unerwünschten Schwangerschaft geht aus unserer Sicht weit über rein technische und organisatorische Maßnahmen hinaus, sie ist nicht nur eine Sache der Information über einen einfachen Zugang zu Antikonzeptionsmitteln und einen legalen Zugang zu Interruptionen, sondern muss viel früher ansetzen, nämlich in der Erziehung. Die Wissensvermittlung im Zusammenhang mit dem Themenkomplex Schwangerschaft, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Mutterschaft/Vaterschaft wird noch immer schwerpunktmäßig auf biologisches und medizinisches Fachwissen eingeeengt. Wir sollten unsere Aufmerksamkeit aber auch auf die verschiedenen Einstellungs- und Handlungskontexte sowie auf Sozialvariablen und individuelle Persönlichkeitsmerkmale lenken, um vorbeugend wirken und jungen Mädchen und Frauen rechtzeitig helfen zu können. Es gilt den negativen Regelkreis zu durchbrechen und Frauen mit Hilfe einer Vielzahl von Unterstützungsangeboten - materiellen, sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen und psychologisch - psychotherapeutischen Hilfen - positive Zukunftsperspektiven zu eröffnen.

Informationen

Österreichische Ärzte/Spitäler, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen

Kärnten

A.ö. Landeskrankenhaus Klagenfurt
9020 Klagenfurt, Völkermarkterstraße 15-19
T: 0463/538 22270
Chirurgischer Abbruch: ATS 11.990,-/- ca.. €870,-

A.ö.Landeskrankenhaus Villach
9500 Villach, Nikolaigasse 43
T: 04242/208
Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 4.500,-/- ca. €327,-
Nur nach vorheriger Beratung in der Familienplanungsstelle in Villach oder Spital/Drau

Niederösterreich

A.ö.Krankenhaus Gmünd
3952 Gmünd, Conrathstr.17
T: 02852/52525311
Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 8.000,-/- ca. €580,-

A.ö.Krankenhaus Korneuburg
2100 Korneuburg, Wienerring 3-5
T: 02262/780263
Chirurgischer Abbruch: ATS 5.950,-/- ca. €360,-
Mifegyne: ATS 5.950,-/-ca. €360,-

A.ö.Krankenhaus Neunkirchen
2620 Neunkirchen, Peischingerstr. 19
T: 02635/602
Chirurgischer Abbruch: ATS 8.000,-/-ca. €580,-
Mifegyne: ATS 8.000,-/- ca. €580,-
Nur nach vorheriger Beratung in der Familienplanung Neunkirchen

A.ö.Krankenhaus St.Pölten
3100, St. Pölten, Propst Führer Straße 4
T: 02742/3002788
Chirurgischer Abbruch: ATS 6.200,-/- ca. €350,-
Nur nach vorheriger Beratung in der Familienplanung St.Pölten

A.ö.Landeskrankenhaus Wiener. Neustadt
2700 Wiener Neustadt, Corvinusring 3-5
T: 02622/23521 2473
Chirurgischer Abbruch: ATS 12.000,-/- ca. €870,-

Oberösterreich

Allgemein öffentliches Krankenhaus Linz
4010 Linz, Fadingerstr.1
T: 0732/7806/2227
Chirurgischer Abbruch: ATS 5.500,-/- ca. €363,-

Salzburg

Dr. Schlebaum Charles
Salzburg Stadt
T: 0662/873955
Chirurgischer Abbruch: ATS 5.000,-/ ca. €363,-

Steiermark

Geburtshilfliche-Gynäkologische Univ.Klinik
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14
Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 12.800,-/ €930,-
Mifegyne: ATS 8.200,-/ ca. €600,-
T: 0316/385/2270

Nur nach vorheriger Beratung an der Familienplanungsstelle der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung der Landesklinik

Dr. André Jansen
8010 Graz, Hans Sachsg. 14/2
T : 0316/812728
Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 6.000,-/ ca. €336,-

Tirol

Dr. Soier Georg
6020 Innsbruck, Hunoldstr. 14/2
T: 0512/347622
Chirurgischer Abbruch: ATS 6.000,-/ ca. €336,-

Vorarlberg

Ärztelhaus Montfort
6900 Bregenz, Montfortstr. 17
T: 05574/42955
Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 6.000,-/ ca. €336,-

Wien

Ambulatorium am Fleischmarkt
1010 Wien, Fleischmarkt 26
T:01/5129631
Chirurgischer Abbruch: ATS 6.200,-/ ca. €350,-
Mifegyne: ca. ATS 6.200,-/ ca. €350,-

Hanusch Krankenhaus
1140 Wien, Heinrich-Collinstr.30
T:01/91021/84850
Chirurgischer Abbruch: ATS 9.900,-/ ca. €720,-

Ignaz-Semmelweis Frauenklinik
1180 Wien, Bastiengasse 36-38
T: 01/47615/3901
Chirurgischer Abbruch: ATS 9.338,-/ ca. €674,-

Kaiser Franz Josef Spital
1100 Wien, Kundratstr. 3
T: 01/60191/4730
Chirurgischer Abbruch: ATS 10.838,-/ ca. €784,-

Klinik Lucina (Mairo)
1020 Wien, Große Sperlgasse 33/1-3
T: 01/2120808
Chirurgischer Abbruch 5.900,-/ ca. €428,-
Mifegyne ATS 6.200,-/ ca. €350,-

Krankenanstalt Rudolfstiftung
1030 Wien, Juchgasse 25
T: 71165/4741
Chirurgischer Abbruch: ATS 11.340,-/ ca. €820,-

Krankenanstalt Sanatorium Hera
1090 Wien, Löblichgasse 14
T: 3135052
Preis auf Anfrage

Krankenhaus der Stadt Wien Lainz
1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1
T: 01/80110/2793
Chirurgischer Abbruch: ATS: 12.401,-/ ca. €901,-

SMZ-Ost Donauspital
Langobardenstraße
1220 Wien
T: 01/28802/3850
Chirurgischer Abbruch: ATS 12.879,-/ ca. €936

Stand Dezember 2001

Diese Liste erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit!

Ausländische Kliniken, die 2. Trimester-Abbrüche durchführen

Homepage: www.gynpages.com/ACOL/international.html

Großbritannien

London

British Pregnancy Advisory Service

Info: + 44 121 4507700

Preise: 15. – 19. Woche: £ 495,--
19. – 24. Woche: £ 755,--

Mary Stopes International

Info: +44 20 85670102

Preise: 15. – 18. Woche: £ 650,--

Die Niederlande

Amsterdam

Oosterparkkliniek Oosterpark 59

T ++31 20 6932151

Bis zur 22. Woche

P.S.E. Diezestraat 42-44

T ++31 20 6737241

Bis zur 19. Woche

"Beahuis" & "Bloemenhovekliniek" Herenweg 211-215, 2106 MJ Heemstede

Tel:023.5289890.

Bis zur 22. Woche

Leiden

Medisch Centrum voor geboorteregeling. Kort Rapenburg 1., 2311 GC, Leiden

T ++31 71 5126941

Bis zur 22. Woche

Den Haag

PRETERM Kliniek Haringkade 163.2584 ED, den Haag

T ++31 70 3552845

Bis zur 22. Woche

Stimezo den Haag. van Beverninkstraat 134, 2582 VL den Haag,

T ++31 70 3512341

Utrecht

.Het Vrelinghuis Biltstraat 405-423

T ++31 30 2333542

Bis zur 23. Woche

Preise in Holland

13. – 17. Woche: etwa €460,--

18. – 22. Woche: etwa €610,--

Stand Dezember 2001

Diese Liste erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit!

Homepage - Adressen

International

www.ippfen.org/site.html?page=34&lang=en#3
www.ippf.org/regions/europe/choices/index.htm
www.ippf.org/medical/imap/statements/eng/index.htm
www.ippfen.org/site.html?page=20&lang=en
www.svss-uspda.ch
www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/MSM_97_16_abstracts.en.html
www.agi-usa.org/sections/abortion.html
www.gynpages.com/ACOL/international.html
www.profamilia.de/az_start.html
www.cath4choice.org/abortionfr.htm
www.un.org/esa/population/publications/abortion/abortion.htm
www.popcouncil.org/publications/pdfs.html
www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/frame1/frame1.html
www.crlp.org/pri_abortion.html
www.cyber.law.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm
www.seechange.org

National

www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/familie/welcome.htm
www.magwien.gv.at/ma11/seiten/index.htm
www.magwien.gv.at/ma57/gesundheit.htm
www.magwien.gv.at/frauengesundheit
www.magwien.gv.at/ma12
www.oegf.at/dokumente.htm
www.abtreibung.at
www.asfleischmarkt.at
www.aktionleben.at/frame.htm?/beratung.htm
www.pastoralamt.at/frameset_pa.htm

Pressespiegel