

Schwangerschaftsabbruch in Österreich

Theorie und Praxis

Januar 2009

Dr. Christian Fiala

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Vorsitzender von FIAPAC - Internationale Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption, www.fiapac.org

Weitere Informationen auf der Homepage www.abtreibung.at sowie im Bericht der Enquete zu: „Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht“: www.oegf.at/dokumente/enquete.pdf

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
- von einem Arzt
- nach einer Beratung und
- 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 Gebärmutterschleimhaut 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 Einvernehmen 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 größtenteils von den Krankenkassen oder anderen Einrichtungen übernommen. In Österreich ist dies lediglich in wenigen Ausnahmefällen der Fall. Darüber hinaus sind die Preise (im Durchschnitt um 400-500 Euro, jedoch in einigen Fällen bis zu 1.000 Euro) 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 etwas restriktivere gesetzliche Grundlage als Österreich hat, jedoch eine liberalere Praxis. Trotzdem ist die Rate an Abbrüchen in Holland deutlich geringer als hierzulande.

Tabelle 1: Preise für einen Abbruch im europäischen Vergleich		
	in Euro	Kostenübernahme
Österreich	ab 425 (bis 1.000)	nein
Belgien	150-250	ja
Deutschland	230-360	ja
Frankreich	145-200	ja
Holland	240-300	ja

Schweiz	460-520	ja
---------	---------	----

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. Auch hat die im Gesetz genannte Frist von etwa 16. Woche, gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung kaum Bedeutung in der Praxis, da es wenig Ärzte gibt, welche einen Abbruch auch nach der 12. 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 in Österreich, welche auf Abbrüche spezialisiert sind, befinden sich in Wien und es gibt eine gewisse Anzahl an niedergelassenen Ärzten, welche Abbrüche in ihrer Ordination durchführen.

In den Bundesländern ist die Situation schwieriger. Es gibt laut der erwähnten Broschüre „Ungewollt schwanger“ außerhalb von Wien lediglich drei Krankenhäuser, welche Abbrüche ohne Hürden und zu einem marktüblichen Preis anbieten. (LKH Linz, KH Korneuburg und KH St. Pölten) Und seit April 2005 werden auch im LKH in Salzburg Abbrüche von Ärzten des Gynmed aus Wien durchgeführt, nachdem die Landeshauptfrau dies gegen den Widerstand der Gynäkologen vor Ort angeordnet hatte.

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.

Technik

Die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch, wahrscheinlich eine der schwierigsten im Leben einer Frau, ist vollkommen unabhängig von den zur Verfügung stehenden Methoden. Keine der Methoden ist generell besser oder gar leichter. Wichtig ist vielmehr, wie jede einzelne Frau die unterschiedlichen Vor- und Nachteile für sich wertet und sich dann für eine Methode entscheidet.

Es gibt folgende Methoden, eine Schwangerschaft abzubrechen:

- **chirurgisch** (Absaugung/Saug-Curettage) mit
 - örtlicher Betäubung oder
 - Vollnarkose

Dabei wird der Muttermund etwa 7-10 mm aufgedehnt und anschließend die Schwangerschaft mit einer dünnen Saugkanüle abgesaugt.

Der Eingriff dauert 5-10 Minuten, wobei es unter guten medizinischen Bedingungen nur extrem selten zu Komplikationen kommt. (Perforation der Gebärmutterwand, Infektionen, Narkosezwischenfall)

• **medikamentös**

- Mifegyne® + Prostaglandin

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.

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® seit Januar 1999 auch in Österreich zur großen Zufriedenheit der Patientinnen und undramatisch abläuft. Aufgrund der Begrenzung auf Krankenanstalten wird vielen Frauen die Möglichkeit eines frühen Abbruchs vorenthalten

Mifegyne® für viele Frauen eine sinnvolle und risikoarme Alternative zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch ist. Der Abbruch wird dadurch zwar in keiner Weise leichter, vielmehr erlebt die Frau den Prozeß bewusster. Damit kann sie ihre möglicherweise falschen Phantasien korrigieren, was günstig für die Verarbeitung ist. Auch ist sie in dieser Situation nicht einem fremden Arzt ausgeliefert, sondern behält die Kontrolle über ihren Körper.

Gegenüberstellung von chirurgischem und medikamentösem Schwangerschaftsabbruch

	chirurgischer Abbruch	medikamentöser Abbruch
Durchführung	durch einen erfahrenen Arzt (Verantwortung beim Arzt)	die Frau nimmt die Medikamente (mehr Eigenverantwortung der Frau, mehr Konfrontation)
Verlauf	in wenigen Minuten	zieht sich über mehrere Tage: 1. Tag Mifegyne

		3. Tag Prostaglandin danach die Ausstoßung häufig unbemerkt (in 2% trotzdem ein chir. Eingriff notwendig)
zusätzliche Medikation	örtliche Betäubung oder Vollnarkose	evtl. Schmerzmittel
Blutung	schwach	Meist stärker und länger als die Regelblutung
Komplikationen	sehr selten: Verletzungen der Gebärmutter, Infektionen, Narkosezwischenfall	schwere Komplikationen wurden mit dem verwendeten Prostaglandin nicht beobachtet
Nebenwirkungen	evtl. Übelkeit nach der Narkose	krampfartige Schmerzen, Übelkeit, selten Erbrechen, Durchfall
Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit	möglich aber sehr selten, wenn Komplikationen auftreten	keine beobachtet
Zeitpunkt, gerechnet ab dem 1. Tag der letzten Regel	ab der 6. bis zur 14. Woche	ab einem positiven Test, bis spätestens 49 Tage (7. Woche) zugelassen
Vorteil	Durchführung ist schnell, nachher kaum körperliche Beschwerden	kann bereits sehr früh durchgeführt werden, keine Narkose, die Frau gibt die Kontrolle nicht ab
Nachteil	erst ab der 6. Woche möglich, die Frau gibt die Kontrolle ab; evtl. Narkose	die Frau braucht etwas Zeit, die Behandlung zieht sich über mehrere Tage, stärkere Blutung; evtl. Schmerzen

"Frauen die zwei Jahre zuvor einen medikamentösen Abbruch hatten, unterscheiden sich nicht von denjenigen, die einen chirurgischen Abbruch hatten. Weder in ihrer Gesundheit, noch in ihrer psychischen Verfassung, noch bezüglich ihrer Familienplanung. Nahezu alle Frauen legten jedoch großen Wert auf die freie Wahlmöglichkeit zwischen beiden Methoden des Abbruchs."

Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. Br J Obstet Gynaecol 1997

Psychische Reaktionen auf einen Schwangerschaftsabbruch

"Wenn eine ungewollte Schwangerschaft eingetreten ist, gibt es keine psychisch schmerzfreie Lösung dieser Situation. Ein Abbruch kann möglicherweise zu Gefühlen von Bereuen, Schuld oder Verlust führen. Aber auch die Alternativen, wie erzwungene Heirat, Adoptionsfreigabe des Kindes oder die zusätzliche Belastung eines ungewollten Kindes in einer bereits angespannten Beziehung können zu psychischen Problemen für die Frau, das Kind und die Gesellschaft führen. ...

Schwere psychische Reaktionen auf einen Abbruch sind selten. Auch Psychosen kommen nur in Ausnahmefällen, mit einer Häufigkeit von 0,3 bis 1,2 auf 1.000 legale

Abbrüche vor. Es wurden viele Einzelfallberichte und anekdotische Erzählungen publiziert. Ihnen gemeinsam ist jedoch, daß es dabei keinen klaren Hinweis auf eine ursächliche Verbindung zu dem Abbruch gibt. Obwohl einzelne Frauen und ihre Familie durchaus mit einer überwältigenden emotionalen Antwort auf dieses Ereignis reagieren, kommt dies sehr selten vor.

In der Literatur wurden folgende Frauen als besonders gefährdet für eine negative Reaktion beschrieben, weshalb ihnen eine spezielle Nachbetreuung angeboten werden sollte: Frauen, welche

- eine gewollte Schwangerschaft aus medizinischen Gründen abbrechen
- in ihrer Entscheidung von ihrem Partner/den Eltern nicht unterstützt werden
- gedrängt wurden, eine Entscheidung zu treffen, die sie später bereuen
- mit tiefen religiösen Überzeugungen in Konflikt kommen
- generell unsicher sind ob sie schwierige Situationen meistern können
- sich selbst die Schuld geben, daß sie schwanger geworden sind
- die Entscheidung zum Abbruch erst im zweiten Trimenon treffen konnten
- vorhergehende psychische Probleme hatten.

Die große Mehrheit der Frauen wird sowohl kurz nach einem Abbruch, als auch für einige Zeit danach, eine Mischung verschiedenster Gefühle haben, wobei jedoch eine positive Grundtendenz, im Sinne einer Erleichterung, vorherrscht.

Die Zeit der größten Belastung ist wahrscheinlich die Zeit, bevor die Entscheidung getroffen wurde.

Zusammengenommen ergibt sich aus den bisherigen Untersuchungen, daß ein legaler Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft vor der 12. Woche für die meisten Frauen nicht zu einer psychischen Notsituation führt. Sie scheinen dieses Ereignis vielmehr gut zu bewältigen und ihr Leben normal weiterzuführen. Wie bereits im Journal der Amerikanischen Ärztevereinigung (JAMA) publiziert, gibt es derzeit keine glaubwürdigen Hinweise auf die Existenz des sogenannten "postabortion Syndroms."

Henry David, Transnational Family Research Institut, Bethesda, USA, in Proceedings von Abortion Matters, Amsterdam, 1995

Minderjährige

Hier gab es Anfang 2001 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.

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 schwierigen 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 schützen.

Eine Zahl von derzeit 30-40.000 Abbrüchen pro Jahr scheint realistisch und würde bedeuten, dass im Durchschnitt 3 von 4 Frauen einmal in ihrem Leben einen Abbruch hatten. Dies bestätigt auch die Erfahrung in der gynäkologischen Praxis. 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 Fehlbildung 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 Fehlbildung 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, die darüber hinaus keinerlei positive Auswirkungen hat. 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 (First Love Ambulanzen), 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 neun europäischen Ländern und in Neuseeland 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.

Die Aussagen der folgenden Studien sind nach wie vor gültig:

„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