



für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

F O R U M

Dokumentation der Fachtagung

Qualitätsstandards in
der Schwangerschafts-
abbruch-Versorgung
im ersten Trimenon

22. November 2003 in Bremen

Veranstalter:

pro familia-Bundesverband Frankfurt am Main

pro familia-Landesverband Bremen

Herausgegeben von pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Telefon 069 / 63 90 02. www.profamilia.de

1. Auflage 2004

© pro familia Bundesverband 2004

Grafik-Design: www.warminski.de

Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Zu dieser Dokumentation | 4 |
| Grußworte | |
| Prof. Dr. Monika Häußler-Sczegan, <i>Stellvertretende Vorsitzende, pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main</i> | 5 |
| Karin Röpkke, <i>Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen</i> | 7 |
| Dr. Ursula Auerswald, <i>Präsidentin der Ärztekammer Bremen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Bremen</i> | 9 |
| Dr. Brigitte Honnens, <i>Vorsitzende, pro familia Landesverband Bremen</i> | 11 |
| Vorträge | |
| Internationale Qualitätsstandards beim Schwangerschaftsabbruch <i>Dr. Helena von Hertzen</i> | 14 |
| Qualitätsstandards beim instrumentellen Schwangerschaftsabbruch <i>Mirjam Denteneer</i> | 23 |
| Vakuumaspiration in der 5. und 6. Woche p.m. – unsicher oder riskant? <i>Dr. Andreas Freudemann</i> | 28 |
| Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne <i>Prof. Dr. Martin Link</i> <i>Aus Krankheitsgründen hat Prof. Dr. med. Hans-Georg Siedentopf den Vortrag an Stelle von Prof. Dr. Link gehalten.</i> | 35 |
| Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs und psychische Verarbeitung <i>Dr. Christian Fiala</i> | 43 |
| Fakten und Mythen des Schwangerschaftsabbruchs und ihre Wirkung auf Einstellung und Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch <i>Lisa Hallgarten</i> | 50 |
| Angaben zu den ReferentInnen | 57 |
| pro familia Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit | 59 |
| pro familia-Materialien zum Thema Schwangerschaftsabbruch und bereits erschienene Dokumentationen | 60 |
| IPPF Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte | 61 |
| Adressen (Landesverbände, Bundesverband) | 63 |

Zu dieser Dokumentation

pro familia setzt sich seit langem dafür ein, dass betroffene Frauen uneingeschränkt zwischen der instrumentellen und der medikamentösen Schwangerschaftsabbruchmethode im Rahmen des Beratungs- und Behandlungsangebots wählen können. In diesem Zusammenhang ist die Diskussion um qualitative Richtlinien einer standardisierten medizinischen Versorgung notwendig.

Als Auftakt der neuen Veranstaltungsreihe »*pro familia-Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte*« hat der pro familia-Bundesverband zusammen mit dem pro familia-Landesverband Bremen am 22. November 2003 eine Fachtagung zum Thema »Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung im ersten Trimenon« durchgeführt. Die Beiträge wurden in der vorliegenden Dokumentation zusammengefasst.

Anlass für die Kooperation mit pro familia Bremen war das zeitgleiche 25-jährige Jubiläum des »Instituts für Familienplanung«.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Fachtagung lag in der Weiterentwicklung der Qualitätsstandards zu Beratung, Betreuung und klinischer Anwendung des instrumentellen und medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimenon.

Durch die nachhaltige Weiterentwicklung der fachlichen Diskussion unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen und Einschätzungen sollte eine Verbesserung der Versorgungslage sowie eine uneingeschränkte bundesweite Wahlfreiheit zwischen den Abbruchmethoden für betroffene Frauen erreicht werden.

Wir freuen uns, die Ergebnisse dieses europäischen Dialogs zu den Qualitätsstandards in der Schwangerschafts-Abbruch-Versorgung in der vorliegenden Dokumentation nun einem breiteren Publikum zur Verfügung stellen zu können. Damit wollen wir im Interesse aller Frauen einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Beratung und Behandlung des Schwangerschaftsabbruchs leisten und internationale Standards für sexuelle und reproduktive Rechte umsetzen.

pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main
Tel. 0049 (0)69-639002
www.profamilia.de

pro familia-Landesverband Bremen
Hollerallee 24, 28209 Bremen
Tel. 0049 (0)421-3406060

Die Fachtagung wurde gefördert vom
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Hinweis:

In den Vorträgen wurde aus Stilgründen darauf verzichtet, neben der männlichen Form explizit die weibliche Form zu nennen. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass Frauen gleichermaßen angesprochen sind.

Grußworte

Prof. Dr. Monika Häußler-Sczegan

Stellvertretende Vorsitzende, pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main

Es ist gar nicht so selbstverständlich, hier für den Bundesvorstand der pro familia in Bremen ein Grußwort zu sprechen. Zwar ist der Bundesverband sehr stolz auf dieses 25jährige Jubiläum eines Instituts, das Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung entwickelt hat, die vom Bremer Landesverband gesetzt und beispiellos in der deutschen Geschichte politisch erkämpft und umgesetzt wurden. Aber tatsächlich ist es natürlich auch so, dass der Bundesverband nur wenig Grund hat, sich mit den Lorbeeren eines Landesverbandes zu schmücken, und daher möchte ich als aller Erstes all denjenigen, die sich für die Einrichtung und den Erhalt des Bremer Instituts für Familienplanung eingesetzt haben und damit Erfolg hatten, meine ganz hohe und tief empfundene Anerkennung für diese einzigartige Leistung aussprechen.

Diese Anerkennung gilt auch der Bremer Landesregierung, ohne deren Unterstützung dieses politische Zeichen im Kampf um die Reformen des § 218 in Deutschland und die Verwirklichung einer würdevollen und frauengerechten Gesundheitsversorgung nicht realisierbar gewesen wäre.

Bekanntermaßen ist in Bremen vieles anders und auch vieles anders möglich als im Rest der Republik, und in diesem Sinne handelt es sich in der Tat um das Bremer Institut für Familienplanung; während der Bundesverband der pro familia – und auch darauf sind wir stolz – die deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung ist. Als ein Ausdruck dieser Anerkennung hat der Bundesverband das 25jährige Jubiläum zum Anlass genommen, ein pro familia-Forum zum Thema Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung auszurichten. Das ist sozusagen der Auftakt einer neuen Veranstaltungsreihe zum Thema »sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit«, die wir vom Bundesverband der pro familia hiermit neu ins Leben gerufen haben, und dass wir diese Tagung zum Anlass nehmen, diese Reihe zu eröffnen, ist auch ein Zeichen, mit dem wir zeigen wollen, wie sehr wir diese Arbeit schätzen und wie stolz wir darauf sind.

Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist untrennbar mit dem politischen und kulturellen Kampf um die Rechte und die Selbstbestimmung der Frau verbunden. Es waren der Respekt vor der Persönlichkeit, die Achtung der Menschenwürde, aber auch die Erfahrungen, die unsere Beraterinnen und Berater aus den Gesprächen mit den Frauen machten, die zur Entwicklung von Familienplanungszentren in der Bundesrepublik führten. Darüber werden wir heute in den einzelnen Beiträgen sicherlich noch einiges hören von Menschen, die berufener sind, darüber zu berichten, weil sie hier vor Ort dabei waren.

Wenn wir schon den Frauen nicht die Demütigung der Zwangsberatung ersparen können, so wollen wir uns wenigstens für die Würde und ein frauenachtendes Klima rund um den Schwangerschaftsabbruch einsetzen. Das war die politische Haltung von pro familia Ende der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Frauen sollten in einer angstfreien Atmosphäre einen medizinisch einwandfreien und schonenden Schwangerschaftsabbruch haben und nicht mehr nach Holland fahren müssen. pro familia Bremen war mit ihrem Familienplanungszentrum eine wichtige Pionierin für das Konzept »Beratung und Abbruch unter einem Dach«. Sie hat damit bundesweit Maßstäbe für eine hochqualifizierte und frauengerechte Schwangerschaftsabbruch-Versorgung gesetzt. Darauf sind wir sehr stolz. Die Qualität der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung in Deutschland hat sich in den letzten zehn Jahren verbessert. 92 % aller Abbrüche werden ambulant durchgeführt. Seit 1999 haben Frauen in Deutschland die Möglichkeit, sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Doch ist die freie Wahl der Methode nicht gesichert.

pro familia setzt sich als Verband für optimale bundesweite Standards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung und für die Wahlfreiheit der Methode ein. Diese Fachtagung ist für uns ein Beitrag zur Realisierung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, dem sich unser Verband im Sinne der UN-Charta von 1994 verpflichtet hat, heute betrifft es das Recht auf einen sicheren Schwangerschaftsabbruch.

Erlauben Sie mir zum Abschluss meiner einleitenden Worte eine ganz persönliche Bemerkung. Für mich hat das 25jährige Jubiläum des Instituts für Familienplanung der pro familia Bremen auch eine ganz individuelle, biographische Bedeutung, wie einige der hier Anwesenden wissen. Die wissenschaftliche Begleitforschung des neu gegründeten Bremer Instituts zu Beginn der 80er Jahre war meine erste Berufserfahrung als Soziologin nach dem Studium. Sie kennen sicherlich alle diese bedeutsamen Phasen im Leben, über die man dann im Nachhinein sagt: »Es war eine wichtige Erfahrung, ich habe sehr viel gelernt.« Nun, ich habe in Bremen wirklich sehr viel gelernt, und ich erinnere noch sehr gut die heftigen Dispute mit Gerhard Amendt, dem politischen Mentor und Gründer des Instituts, und auch mit Hanna Staud-Hupke, die auch schon damals die Geschäftsführung innehatte und auch da eine recht streitbare Kämpferin für die Sache war. Ich möchte nur so viel verraten: Die wissenschaftliche Begleitung war nicht unbedingt leicht. Ich hätte mir damals nicht vorstellen können, dass ich zum 25jährigen Jubiläum als Rednerin eingeladen werde. Umso mehr freue ich mich, dass Hanna und ich heute »verbandsmäßig« auf der selben Seite stehen; das erleichtert den politischen Einsatz für die gemeinsame Sache ungemein, und ich würde es als schicksalhaftes Zeichen werten. Politische Ziele erreicht man nur gemeinsam, und wir brauchen für die Zukunft in Zeiten des strukturellen Wandels von Gesellschaft und Gesundheitswesen gemeinsame Ziele und Visionen. Das nichts unmöglich ist, das habe ich in Bremen auch gelernt; dafür stehen das heutige Jubiläum und ich hier. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine inhaltlich anregende und politisch nachhaltige Fachtagung zur Schwangerschaftsabbruch-Versorgung in Deutschland. Viel Erfolg!

Karin Röpke

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen

Ich heiÙe Sie herzlich willkommen, hier in unserer schönen Stadt Bremen, aus diesem wirklich tollen Anlass des 25jähri-gen Jubiläums des Instituts für Familienplanung der pro familia in Bremen.

25 Jahre ist doch schon eine lange Geschichte, eine spannende Geschichte, aber auch eine Geschichte, die mein Ressort mit dem Haus pro familia verbindet. Diese Geschichte geht ein wenig darüber hinaus. Im Jahre 1970 als der frisch gebackene Verein auf der Suche nach Räumen war – das ist ja immer der erste Schritt, Räume zu finden – und auf der Suche nach Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sind die Zuständigen auch in mein Haus gekommen und haben um Unterstützung gebeten, die sie auch bekommen haben. Das sind Summen, die sich heute relativ gering anhören, aber sie haben hoffentlich dazu beigetragen, diese Gründungsphase mit zu unterstützen. Damals ist ihnen eine Zuwendung von 6 000 DM gegeben worden. Aber da kann man sehen, was man auch mit kleinen Beträgen alles erreichen kann. Man braucht nur Menschen, die etwas wollen, die sich für eine Sache begeistern und die nicht aufgeben unterwegs, sondern ihr Ziel mit großer Wärme verfolgen, und diese Menschen hat es damals gegeben, und diese Menschen sind zum Teil heute noch dabei, und deswegen stehen wir hier und feiern dieses Jubiläum. Es war ja damals, ich habe sie selber erlebt, eine hochspannende Diskussion. Es waren richtige gesellschaftspolitische Auseinandersetzungen, die insbesondere die Frauenbewegung gefordert hat, und Sie waren damals mitten drin, auf ihrem langen Marsch pro familia zu dem zu machen, was es heute ist. Sie haben sehr viel erreicht, das können wir heute feststellen, wenn man sich vor Augen hält, wie das damals war. Sie haben es gesagt: Frauen waren relativ hilflos in einer Situation, wenn sie ungewollt schwanger waren, sie standen allein, hatten kaum professionelle Beratung, wussten nicht, an wen sie sich wenden sollten, und vielen blieb in der Tat nur der Weg nach Holland, weil sie in ihrer Verzweiflung keinen anderen Ausweg wussten.

Es war ein Kampf um Anerkennung und Etablierung des Grundgedankens nach autonomer Familienplanung, der Sexualberatung, Verhütungsberatung, Partnerberatung und Beratung bei Hilfe von Schwangerschaftsabbrüchen umfasst. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung, das wissen Sie alle, ist aus meiner Sicht erfolgreich verlaufen. Es hat sich viel getan, nicht nur juristisch, sondern auch in der Frage: Wie geht Gesellschaft mit Kindern um? Das ist auch ein Resultat dieser Diskussion von damals. Das die Betreuungssituation für Kinder, die Förderung von Kindern durchaus viel stärker in den Blick genommen wurde und nicht mehr als selbstverständliche Aufgabe von Familie und vor allen Dingen der Mutter begriffen wurde, da hat sich familienpolitisch in unserer Gesellschaft viel bewegt. Es ist viel erreicht worden hinsichtlich der Akzeptanz der Entscheidungen der Frau, aber eben nicht alleine, sondern mit ganz viel Unterstützung. Diese gesellschaftliche Debatte hat sich fast überall heute verbreitet, es wird gesellschaftlich anerkannt, dass Frauen, Männer, Jugendliche, Schulklassen, Lehrerinnen und Lehrer Unterstützung und Rat brauchen, wenn es um Fragen von Sexualität und Partnerschaft geht. Wird eine Frau heute ungewollt schwanger, dann ist es das Wichtigste für sie, dass sie in ihrer individuellen Situation verstanden wird und dass sie unterstützt wird in angemessener Art und Weise. Es ist für jede Frau eine ausgesprochen schwierige und belastende Situation und insofern kommt pro familia eine ganz große Bedeutung zu. pro familia selber hat sich über die Jahre auch entwickelt, die Aufgaben haben sich vervielfacht, damit auch die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die öffentliche Förderung der Beratungsstellen hat sich etabliert. pro familia ist heute ein nicht weg zu denkender Teil des Beratungsnetzes.

An dieser Stelle möchte ich besonders positiv erwähnen, dass das Bremer Institut für Familienplanung sich schon seit 1983 finanziell selber trägt, auch das ist eine hervorragende Leistung und Anerkennung von Qualität.

pro familia steht also für einen ganz wichtigen Aspekt: Dass die Entscheidung der Frau im Mittelpunkt steht. Ihre Entscheidung steht an oberster Stelle. pro familia verfügt dabei über eine große Breite an Angeboten. Auch über die Frage wird offen diskutiert, mit welcher Methode wird der Schwangerschaftsabbruch, wenn eine Frau sich dafür entscheidet, erfolgen. Diese Tagung über Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung ist Ausdruck des Bemühens um eine evidenzbasierte Fachlichkeit, sowohl in der psychosozialen Beratung wie in der praktischen gynäkologischen Durchführung. Man muss allerdings feststellen, dass wir in Deutschland immer noch nicht auf gleicher Höhe sind mit unseren Nachbarländern, deswegen ist es wahrscheinlich auch kein Zufall, dass Sie sich Referentinnen aus England und den Niederlanden geholt haben. Wir haben, trotz aller Fortschritte, noch erheblichen Nachholbedarf, um diesen Standard zu erreichen. Ich möchte mich ganz herzlich bei pro familia bedanken für die kontinuierlichen Qualitätsverbesserungen über die laufenden Jahre, für die Entwicklung und Etablierung von Leitlinien und Standards, seit Jahren haben Sie das mit großem Engagement betrieben und haben nicht nachgelassen, Qualitätsverbesserungen einzufordern und sie auch vorzuleben.

In Deutschland haben Sie auf diesem Gebiet wirklich eine Vorreiterrolle. Ich wünsche, dass Sie diese Qualitätsdiskussion heute auf dieser Fachtagung weiterführen können. Ich möchte mich ganz herzlich bei pro familia Bremen, beim Landesinstitut, bedanken. Sie haben wirklich sehr viel geleistet, ich habe heute gelesen, das wusste ich nicht, dass das Institut das größte in der Bundesrepublik ist. Das ist schön. Herzlichen Glückwunsch und herzlichen Dank!

Dr. Ursula Auerswald

Präsidentin der Ärztekammer Bremen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Bremen

Guten Morgen meine Damen und Herren! Im Namen der Ärztekammer Bremen und der Bundesärztekammer begrüße ich Sie herzlich zum 25jährigen Bestehen der pro familia.

Sie werden sich wundern und fragen: »Die Ärzteschaft und pro familia, was haben die denn miteinander zu tun?« Ganz viel haben wir miteinander zu tun, jedenfalls in Bremen. In Bremen ist alles anders als auf der Bundesebene. Ich darf ganz herzlich begrüßen: Frau Häußler-Sczepan, Frau Senatorin, Frau Honnens, herzlich willkommen. Und ich muss Hanna Staud-Hupke begrüßen. Hanna ist die Seele des Betriebes hier in Bremen, sie ist die Teamleiterin und sie ist verantwortlich für das außerordentliche Team.

Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland hat eine lange Geschichte. Schon fast immer und in der Regel auch am häufigsten wurde der Schwangerschaftsabbruch ambulant durchgeführt. In den Kliniken – und ich war früher lange an der Universitätsklinik in Lübeck – wurden Schwangerschaftsabbrüche von den jüngsten Assistenten in der Mittagszeit in Saal B gemacht, nach dem Motto: »Eigentlich wollen wir damit nichts zu tun haben, aber es muss ja wohl sein.« Insofern ist die Entwicklung, die wir jetzt hier in Bremen haben, eine hervorragende. Es werden an vielen Stellen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, und zwar auf der Basis von »Qualitätssicherung ambulantes Operieren«. Der Schwangerschaftsabbruch ist eine Operation, es ist nicht einfach nur ein Eingriff, es ist eine Operation und diese Operation hat unter den entsprechenden Qualitätsstandards ambulanten Operierens stattzufinden, ohne Wenn und Aber. Es ist nicht der kleine Eingriff, den wir eben schnell mal nebenbei machen, vielleicht noch eine kleine Sauerstoffbombe nebenan stehen haben. Sondern er hat so stattzufinden wie jede Operation. Es dient der Sicherheit der Frau.

Um auf pro familia zu kommen: pro familia macht nicht nur Schwangerschaftsabbrüche, pro familia führt die Sterilisation des Mannes ebenso durch wie die Sterilisation der Frau. Und wenn man die 25 Jahre pro familia Revue passieren lässt, da haben wir neulich im medizinischen Zentrum gesessen und überlegt, ab wann war Andreas Freudemann dabei – und da sitzt er, herzlich willkommen aus Nürnberg –, der angefangen hat, ambulante Sterilisationen vorzunehmen, und in dem Moment stieß auch die Abteilung für »Schlaf und gute Träume« dazu, sprich die Anästhesisten, die pro familia dann auch begleitet hat, ... das ist auch schon zwölf Jahre her, mit denen wir auch zusammenarbeiten. Ich stehe hier nicht nur als Präsidentin, das ist ein schöner Titel, im normalen Leben bin ich ja Anästhesistin und begeisterte pro familia-Anhängerin.

Die Qualitätssicherung beim Schwangerschaftsabbruch einhalten

Wir wissen Qualitätssicherung in der Medizin ist wichtig. Sie begleitet uns nicht nur gesetzlich, sondern es war immer schon ein Anliegen der Ärzteschaft, Qualität zu sichern. Wir wissen, dass zum Beispiel bei Herzoperationen von Seiten der Ärzteschaft viele Studien auf den Weg gebracht wurden. Der Schwangerschaftsabbruch ist jetzt gesetzlich verordnet, folglich machen wir ihn nach Qualitätsstandards. Das muss sein, nicht nur beim stationären Abbruch nach § 137 SGB IV, sondern auch weil neue Vorschriften im Gesundheitssystem und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz das fordern.

Aber neben den medizinischen Qualitätsstandards, meine Damen und Herren, geht es vor allem um die Frauen. Frauen, die in einer schwierigen Situation sind, die Sorgen haben. Denn einen Schwangerschaftsabbruch macht keine Frau eben mal so, wie sie zum Friseur gehen würde, sie debattiert mit sich selbst, redet vielleicht mit der Familie oder der Freundin, vielleicht ist sie auch ganz alleine. Es ist keine einfache Situation für die Frau, sie hat Sorgen. Wenn sie mit diesen Sorgen zu pro familia kommt, ist sie gut aufgehoben, sie wird aufgefangen. Das ist das Schöne an pro familia, dass es mehr ist als nur die Beratung, auch in dem Bereich, über den wir heute spre-

chen – den medizinischen Teil des Abbruchs –, werden die Frauen in jeder Beziehung gut aufgefangen und umsorgt. Die Schwestern kümmern sich sehr einfühlsam um die Frauen, so dass sie zufrieden nach Hause gehen. Man kann den Frauen nicht allen Kummer abnehmen, aber ihnen diesen Schritt erleichtern. Ich kann mich noch an Diskussionen erinnern, als die Sterilisation nur in Lokalnarkose gemacht wurde, ob man den Schwangerschaftsabbruch auch in Vollnarkose anbieten sollte. Heute ist es üblich, dass Frauen wählen können. Sie können sich entscheiden, ob sie den Abbruch medikamentös, operativ, mit Narkose, in Lokalanästhesie haben wollen. Wir wollen die Frauen gut versorgen.

Das Verhältnis zwischen pro familia und Ärzteschaft

Früher war die Beziehung zwischen Ärzteschaft und pro familia anders: Unter dem damaligen Präsidenten der Ärztekammer Bremen und pro familia kam es zu erheblichen Auseinandersetzungen. Der Schwangerschaftsabbruch galt an und für sich bei der Ärzteschaft als unethisch, das durfte nicht sein. Genauso diskutieren wir heute, wie wir mit Präimplantationsdiagnostik (PID) und Stammzellforschung umgehen sollen.

Die Einstellung der Ärzteschaft zu pro familia hat sich nicht nur durch mich verändert, sondern es hat ein Generationswechsel stattgefunden. Ich denke, viele Gynäkologinnen und Gynäkologen sind froh, dass es pro familia gibt. Ich habe gerade letzte Woche einen Vortrag im tiefsten Ostfriesland über PID, Stammzellforschung und Schwangerschaftsabbruch gehalten. Ein gestandener Ostfrieser stand auf und sagte: »Was diskutieren wir hier in Deutschland eigentlich? Gucken Sie sich doch den Grenzübergang an: Auch heute gehen die Frauen, die nach der zwölften Woche einen Schwangerschaftsabbruch haben wollen, nach Holland.« Ein ganz konservativer, bekennender Katholik, der sagte: »Wir sind einfach nicht ehrlich in diesem Lande!« Ich will Ihnen sagen, dass wir auch heute noch nicht ehrlich sind. Ich rede jetzt von den Spätabbrüchen, vom § 218, das Verschwinden der embryopathischen Indikation, die hinter der medizinischen Indikation versteckt wird. Ich glaube, wir haben dringenden politischen, medizinischen und ethischen Handlungsbedarf, um eine ehrliche Diskussion anzufangen. So kann es nicht weitergehen. Wir brauchen Regelungen für den Spätabbruch. Wir brauchen diese Regelungen auch für die Ärzteschaft, das ist überfällig für alle Beteiligten und vor allem die betroffenen Frauen, um so Grenzen klar zu ziehen.

Ich wünsche der pro familia eine gute Veranstaltung und alles Gute. Hanna, ich wünsche dem Team alles Gute, auf dass wir weiter so schön zusammenarbeiten.

Dr. Brigitte Honnens

Vorsitzende, pro familia Landesverband Bremen

Ich begrüße Sie ganz herzlich zu dieser Fachtagung im Namen des pro familia Landesverbandes Bremen. Wir freuen uns sehr, dass die Auftaktveranstaltung der Reihe »pro familia-Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« in Bremen stattfindet. Das Thema Qualitätsstandards in der Schwangerschaftsabbruch-Versorgung bildet einen passenden und, wie wir finden, sehr würdigen Rahmen für das 25jährige Jubiläum des Bremer Instituts für Familienplanung.

Ich möchte mich daher beim Bundesverband dafür bedanken, dass diese Kooperation zustande gekommen ist. Sehr herzlich bedanken möchte ich mich auch bei unserer Senatorin Frau Röpke, bei unserer Präsidentin der Ärztekammer Frau Auerswald und natürlich bei unserer stellvertretenden Vorsitzenden Frau Häußler-Sczepan für die guten Wünsche zu unserem Jubiläum.

Das besondere Konzept von pro familia in Bremen

Über 25 Jahre ist es jetzt her, als in Bremen die Idee eines Familienplanungszentrums entstand und eine Gruppe von Wissenschaftlern um den Hochschulprofessor Gerhard Amendt ein Konzept entwickelte, das unter dem Motto »Alles unter einem Dach« später auch in anderen Bundesländern Nachahmung finden sollte. An die politische Situation in den späten 70ern haben sicherlich noch viele lebhaftere Erinnerungen. Studenten- und Frauenbewegung hatten erreicht, dass verkrustete Strukturen und Gesetze in Frage gestellt, aufgeweicht und reformiert wurden. Im Zuge einer allgemeinen Strafrechtsreform wurde der § 218, der bis 1974 Schwangerschaftsabbruch noch generell unter Strafe stellte, reformiert, allerdings dank Bundesverfassungsgerichtsurteil nur halbherzig. Die Fristenregelung, die einen straffreien Schwangerschaftsabbruch in den ersten 3 Monaten ermöglicht hätte, wurde 1975, nur ein Jahr nach der Verabschiedung, für verfassungswidrig erklärt und 1976 durch die Indikationsregelung ersetzt. Dieses Modell war der Nährboden für das Konzept »Alles unter einem Dach«, da Frauen, die einen legalen Abbruch erwogen, per Gesetz gezwungen waren, die Instanzen einzuhalten, also: Indikationsstellung durch Arzt oder Ärztin, Beratung, Bedenkzeit von drei Tagen und danach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt. Diesen Frauen sollte eine Einrichtung zur Verfügung stehen, in der ihre Entscheidung respektiert würde und in der sie ohne Angst und ohne Tabus in einer angenehmen Umgebung ihre Interessen wahrnehmen könnten. So wurde 1978 in Bremen das bundesweit erste Zentrum konzipiert, in dem Beratung, Behandlung und Betreuung durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Team angeboten werden sollte, um Frauen unnötige Wege, Demütigungen und Rechtfertigungsdruck zu ersparen. Die vom Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit des ambulanten, außerhalb von Kliniken durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs, sollte hier erstmalig umgesetzt werden. Mit der Herausgabe des Buches »Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren« machte die pro familia Bremen ihr Konzept bekannt. In kritischer Auseinandersetzung mit der in der Bundesrepublik bis dahin gängigen Abbruchpraxis wurden die Vorzüge der schonende Absaugmethode vorgestellt, die, ich zitiere: »Ambulant und ohne Narkose durchgeführt werden kann, erfahrungsgemäß mit wesentlich geringerem Risiko als die übliche Klinikmethode«.

Unterstützt wurde die Initiative der Bremer durch Stimezo in den Niederlanden (eine Organisation, die in dieser Zeit u.a. Schwangerschaftsabbruchkliniken in den Niederlanden unterhielt) mit Krediten und Weitergabe von Know-how, aber auch der Bremer Senat unterstützte das Vorhaben und gewährte gemeinsam mit dem Bund den Zentren als Modelleinrichtung eine vierjährige Förderung. Aber die pro familia erfuhr nicht nur Unterstützung, sondern neben Skepsis, die es zum Beispiel auch im eigenen Verband gab, auch heftige polemische und aggressive Reaktionen in dem damaligen politisch sehr aufgewühlten Klima. Und nicht nur aus den Reihen der katholischen Kirche, auch aus der Ärzteschaft, zum Beispiel – wir hörten es schon – durch Karsten Vilmar, den Vertreter der Bundesärztekammer, wurden so ungeheuerliche Vorwürfe wie der des massenhaften Tötens erhoben. Aus diesem Grund freuen wir uns natürlich besonders, dass 25 Jahre spä-

ter die Präsidentin der Bremer Ärztekammer hier zu uns spricht. Wir haben sie eingeladen, sie ist der Einladung gefolgt. Es zeigt, dass sich das Klima und die ganze politische Situation in 25 Jahren doch sehr verändert haben. Die Auseinandersetzung damals eskalierte, als ein junger Mann im Juni 1980 das Beratungszentrum der Bremer pro familia mit einem Brandanschlag verwüstete.

Im Laufe der Jahre wurde das Angebot der pro familia Bremen ständig erweitert. Bald nach der Eröffnung des Instituts wurde neben dem medizinischen Bereich die sexualpädagogische Arbeit ausgebaut, vor allem in Hinblick auf Fortbildungsangebote für Multiplikatoren. Zu allen die Sexualität betreffenden Themen entstanden vielfältige Beratungsangebote für Frauen und Männern.

Neben dem Schwangerschaftsabbruch wurden auch die Sterilisation des Mannes, das war 1982, und die Sterilisation der Frau, das war 1985, in den Katalog der ambulanten Dienstleistungen aufgenommen.

Seit der Einführung eines lange Zeit politisch sehr umstrittenen Medikaments zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Jahr 2000, haben Frauen nun auch die Möglichkeit zwischen der Methode des instrumentellen und des medikamentösen Abbruchs zu wählen. Auch besteht die Wahlmöglichkeit für Frauen zwischen einem Abbruch unter lokaler Anästhesie oder Vollnarkose, denn im Gegensatz zur ursprünglichen Interpretation im Jahr 1978, als der Schwangerschaftsabbruch mit örtlicher Betäubung als die risikoärmere Alternative zur Vollnarkose geradezu politisches Programm war – ich erinnere an das eben vorgetragene Zitat aus dem Buch »Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren« –, wird seit 1992 wegen der Nachfrage auch die Vollnarkose als eine Wahlmöglichkeit angeboten.

Ich werde im Schluss noch einmal auf dieses Thema zurückkommen.

Das Bremer Modell und seine Wirkung

Inzwischen wurde auch in anderen Bundesländern die Idee eines Familienplanungszentrums aufgegriffen und es entstanden nach dem Bremer Modell sieben weitere Zentren: in Hamburg, Rüsselsheim, Kassel, Saarbrücken, Gießen, Mainz und das jüngste in Berlin. Im Zuge des Einigungsvertrages und der Angleichung der gesetzlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in der BRD und DDR gerät der § 218 Anfang der 90er Jahre erneut zwischen die bekannten Fronten. 1992 wird das Schwangeren- und Familienhilfegesetz im Bundestag verabschiedet, das eine Fristenregelung – wenn auch etwas verwässert und mit einer Beratungspflicht versehen –, eingebettet in ein umfassendes Präventions- und Beratungskonzept beinhaltet.

Wie schon 1975 wird auch 1993 das Bundesverfassungsgericht bemüht, um die Fristenregelung für verfassungswidrig zu erklären. Ab 1995 ist nach dem neuen Urteil des Bundesverfassungsgerichts der Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Monaten, wenn auch rechtswidrig, so doch straf-frei, vorausgesetzt, die Frau hat sich der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung unterzogen. Ein rechtswidriger Abbruch wird aber von den Kassen nicht mehr bezahlt. Die Frauen haben die Kosten zu tragen, es sei denn, sie haben ein so geringes Einkommen, dass über eine Kostenüber-nahmeregulation der Staat die Kosten übernimmt. Das trifft für circa 80 % der Frauen zu, die zu pro familia Bremen kommen.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hatte für die Arbeit von pro familia weitreichende Folgen, denn nun sollten Beratungseinrichtungen nur noch anerkannt werden, wenn auszuschließen war, dass ein materielles Interesse an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bestand. Sie mussten organisatorisch und wirtschaftlich getrennt sein von der Institution, in denen der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde.

Mit diesem Urteil zerstörte das Bundesverfassungsgericht das bewährte pro familia-Konzept »Alles unter einem Dach«. Die Folgen waren umfassende Umorganisation und Neustrukturierung, um die

Arbeit aufrechterhalten zu können. Heute unterhält der Verein pro familia Bremen im Lande Bremen drei Beratungsstellen, in Bremen-Mitte, in Bremerhaven und in Bremen-Nord, die nach dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz anerkannt sind, sowie das Institut für Familienplanung.

25 Jahre Bemühung um immer bessere Standards

25 Jahre Familienplanungszentrum, das heißt 25 Jahre der ehrgeizige Anspruch, für Frauen und Männer, Mädchen und Jungen im Lande Bremen die bestmögliche Versorgung rund um das Thema Sexualität und Familienplanung anzubieten. Das heißt kontinuierliche Weiterentwicklung und Auseinandersetzung um die qualitativ besten Methoden. Regelmäßige Treffen aller Zentren dienen der fachlichen Auseinandersetzung über die Qualitätsstandards und der Methodenweiterentwicklung sowie dem Erfahrungsaustausch. Einer dieser Gipfel – wie die Treffen liebevoll ironisch genannt werden – fand gestern im Vorfeld der heutigen Fachtagung statt. Das Interesse, gemeinsame Standards zu entwickeln, wurde klar formuliert. Den Zentren kann hier eine zentrale Rolle zukommen, die Qualitätsstandards für die Abbruchversorgung in der Bundesrepublik entscheidend zu beeinflussen, denn immerhin haben die Zentren einen Anteil von 5 % bei allen in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen. Bezogen auf die Bundesländer, in denen die Zentren arbeiten, sind es 20 %. In Bremen sind es 60 %.

Die eben schon angesprochenen Veränderungen hinsichtlich der angebotenen Methoden möchte ich am Beispiel des Abbruchs unter Vollnarkose noch einmal aufgreifen. Wurde in den Anfängen der Zentren der Abbruch unter Vollnarkose gar nicht angeboten, so werden heute in der Mehrzahl der Zentren weit über die Hälfte der Abbrüche unter Vollnarkose durchgeführt. Nur in drei Zentren wird mehr als die Hälfte der Abbrüche unter Lokalanästhesie durchgeführt. Eine Entwicklung, die wir gestern nur festgestellt, aber nicht diskutiert haben, die sicher noch Zündstoff für kontroverse Diskussion liefern wird. Vielleicht ist dies auch eine spannende Frage für die heutige Fachtagung.

Ich wünsche uns eine interessante Tagung und eine fruchtbare und lebhaftige Diskussion.

Vielen Dank.

Vorträge

Internationale Qualitätsstandards des Schwangerschaftsabbruchs ¹

Dr. Helena von Hertzen

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf, Schweiz

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

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

Die Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation

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

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

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

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

Die WHO entwickelt Richtlinien zum sicheren Schwangerschaftsabbruch

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

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

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

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

Internationale Zahlen zur Problematik des Schwangerschaftsabbruchs

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

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

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

Die unterschiedlichen Länderregelungen

Die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch ist in den Ländern sehr unterschiedlich.

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

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

* Quelle: United Nations Population Division 1999

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

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

Die klinische Leistung des Schwangerschaftsabbruchs

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

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

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

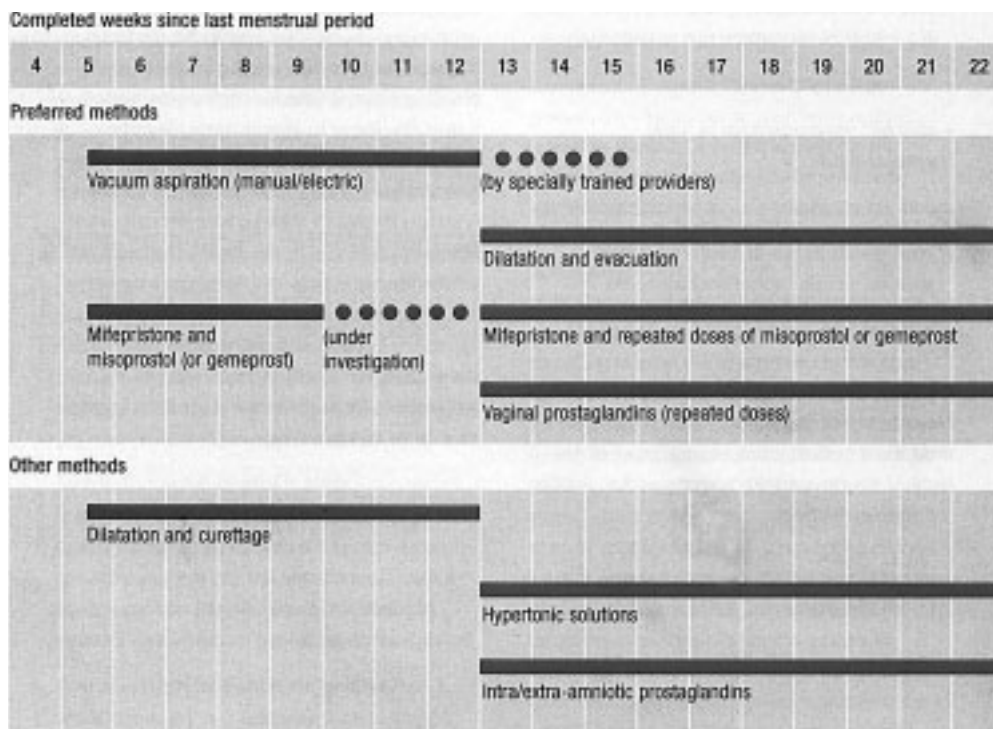
entscheiden kann. Trotzdem soll eine Beratung nicht verpflichtend sein, sondern freiwillig und keine obligatorische Voraussetzung darstellen.

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

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

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

Schwangerschaftsabbruchmethoden *



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

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

Mögliche Komplikationen beim Schwangerschaftsabbruch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ziel der WHO-Richtlinien

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

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

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

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

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

Die Finanzierung der Richtlinien in den einzelnen Ländern

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsstandards beim instrumentellen Schwangerschaftsabbruch

Mirjam Denteneer

Medisch Centrum voor Geboortenregeling, Leiden, Niederlande

An welche Faktoren denke ich bei Qualität des Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimester?

Zunächst an folgende Qualitätsfaktoren:

1. Wie erstellt man eine Diagnose?
2. Welche Kenntnisse benötigt der Arzt, um die Diagnose stellen zu können?
3. Welche Atmosphäre soll eine Klinik bieten?
4. Welche Instrumente sind wichtig, um eine gute Saugkürettage durchführen zu können?
5. Welche Komplikationen können auftreten und wie kann man sie vermeiden bzw. welche Versorgung ist bei möglichen Komplikationen notwendig?
6. Welche Standards für die Nachuntersuchung wenden wir an?
7. Wie ist der behandelnde Arzt ausgebildet?
8. Gibt es eine Verlaufsdokumentation?

In Holland beginnt ein Schwangerschaftsabbruch mit der Terminabsprache, d.h. eine Patientin ruft an und wird am Telefon von jemandem betreut, der oft keine medizinischen Vorkenntnisse hat. Schon der- oder diejenige am Telefon sollte über eine Liste mit Fragen und Informationen verfügen, so dass beispielsweise eine Frau, die eine Narkose möchte, gleich informiert wird, dass sie nüchtern kommen soll.

Die Diagnose

Erst muss natürlich eine gynäkologische Anamnese erfolgen. Es klingt einfach und ist auch nicht so schwierig. Man muss wissen, wann der erste Tag der letzten Blutung war um zu erfahren, ob die Schwangerschaft so lang besteht, wie die Frau denkt, oder möglicherweise auch davon abweichend. Dazu gehören auch folgende Fragen: Ist die Regel regelmäßig, wurden eine Pille oder andere Hormone eingenommen, kam es während der Pilleneinnahme vielleicht zu einer Erkrankung wie Grippe mit Durchfall oder Erbrechen? Auch sollte man den allgemeinen Gesundheitszustand abfragen. In der Regel sind Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, ziemlich jung und meistens auch gesund. Es gibt aber Fälle, in denen ein Schwangerschaftsabbruch contra-indiziert sein kann, zumindest fragwürdig, etwa bei Vorkommen einer Sichelzellanämie oder bei Blutgerinnungsproblemen, beispielsweise dem Willebrand-Jürgens-Syndrom. Auch sollten Voroperationen, insbesondere in der Bauchregion, erfragt werden. Hierdurch können möglicherweise auch Rückschlüsse auf die Verträglichkeit von Lokalanästhesie oder Vollnarkose gezogen werden. Zusätzlich ist es wichtig zu wissen, ob die Frau drogenabhängig war oder immer noch ist, weil sie dann bei der Anästhesie anders reagiert. Weitere Untersuchungen sind nicht notwendig. Eine Hämoglobinbestimmung muss nur gemacht werden, wenn Anämie eine Volkskrankheit ist. Das ist in den hochindustrialisierten Ländern des Westens nicht der Fall. Blutdruck und Puls messen wir eigentlich nur in den Kliniken, die Abbrüche im zweiten Trimester durchführen, in den Ersttrimester-Kliniken fast nie. Sehr wichtig ist die Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors der Frau.

Als Letztes komme ich zur Ultraschalluntersuchung. Ich weiß, dass in den Entwicklungsländern nicht überall ein Ultraschallgerät vorhanden ist, aber in Westeuropa sollte man ohne Ultraschall keinen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Ich habe zehn Jahre ohne Ultraschall arbeiten müssen, ich weiß, wie das ist. Durch die Ultraschalluntersuchung kann die Übereinstimmung zwischen Schwangerschaftsdauer und Datum der letzten Regel geprüft werden. Ich glaube, dass der Ultraschall sehr viele Informationen bietet, so dass man der Frau eine bimanuelle Untersuchung ersparen kann.

Kenntnisgebiete

Es hört sich selbstverständlich an: Ein Arzt sollte sich mit der Anatomie des Beckens der Frau auskennen, das heißt die Gebärmutterlage, manchmal liegt die Gebärmutter nach vorne oder nach hinten, auch Uterusanomalien, z. B. ein Uterus bicornis oder subseptus, sollten dem Arzt bekannt sein. Der zweite Bereich betrifft die Anästhesie, vor allem die Lokalanästhesie: Lokalanästhesiemittel können schwere Zwischenfälle verursachen, weswegen man sich gut mit den Maximaldosierungen auskennen muss. Dazu kommt auch, dass schwangere Frauen sensibler für Lokalanästhesie sind als andere Patienten. Die Nebenwirkungen sind häufiger vorkommende Konvulsionen. Vor zwei Jahren hat in Holland die Verabreichung eines falschen Lokalanästhetikums in einer Abtreibungsklinik zu einem Todesfall geführt. In den Vereinigten Staaten stellte man fest, dass die häufigste Todesursache bei Schwangerschaftsabbrüchen die Anästhesie ist, Tendenz steigend. Unsere Erfahrungen in den Niederlanden sind nicht so dramatisch wie in den Vereinigten Staaten. Aber alle Menschen, die in Holland mit Schwangerschaftsabbrüchen beruflich zu tun haben, waren schockiert von dem Todesfall. Mit Vollnarkose haben wir keine schlechten Erfahrungen. In der Vergangenheit wurde häufig Midazolam angewendet, primär um die Angst zu senken. Heute kommt meist Propofol zur Anwendung und dies mit voller Zufriedenheit.

Weiterhin sind Kenntnisse über die pathologische Frühschwangerschaft erforderlich. Man denke an die extrauterine Schwangerschaft, die zervikale Schwangerschaft und die Blasenmole.

Die Atmosphäre in der Klinik

Nicht nur die medizinische Ausstattung der Klinik zählt! Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch entschlossen haben, sind durcheinander und unglücklich. Es ist wichtig, ihnen eine freundliche Umgebung zu bieten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihnen mit Respekt und Einfühlungsvermögen begegnen. Viel Geduld sollte der Frau entgegen gebracht werden, wenn sie die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch formuliert. Andererseits muss nicht immer zu betont werden, dass sie eine schwierige Entscheidung trifft. Fingerspitzengefühl und Erfahrung sind wichtige Fähigkeiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, leider verfügen nicht alle über diese Fähigkeiten.

In der niederländischen Gesetzgebung wird betont, dass die Frau sich selbständig für den Abbruch entscheiden muss und nicht beeinflusst oder gar gezwungen werden darf. Wenn sie ihre eigene Entscheidung formuliert und eindeutig ausspricht, dass sie den Abbruch zu diesem Zeitpunkt als einzige Möglichkeit sieht, steht dem Eingriff nichts mehr im Wege und es gibt keinen Grund, länger in die Frau einzudringen.

Um den Frauen weitgehend ihre Privatsphäre zu belassen, ist der Aufenthalt in der Klinik so kurz wie möglich zu gestalten. Andererseits können Kontakte zwischen den Frauen in der Klinik hilfreich sein, um so im Gespräch das Tabu des Abbruchs zu durchbrechen. Bei einem Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon streben wir einen Aufenthalt von nicht mehr als zwei Stunden an. In diesen zwei Stunden finden das Beratungsgespräch, die Voruntersuchung, der Eingriff und die Beobachtung nach dem Eingriff statt. In der Literatur fand ich Hinweise, dass in vielen Ländern ein drei- bis vierstündiger Aufenthalt nach dem Eingriff als Standard gilt. In den Niederlanden gehen wir davon aus, dass eine halbe Stunde reicht, wenn nichts Unvorhergesehenes passiert.

Die richtigen Instrumente für einen Schwangerschaftsabbruch

Nun kommen wir zu den Instrumenten. Als Erstes müssen die Instrumente richtig sterilisiert werden. In den Niederlanden wird mit der Instrumentensterilisation häufig ein externes Unternehmen beauftragt. Voraussetzung ist natürlich, dass das Unternehmen eine Genehmigung für diese Aufgabe hat und geltende Standards umsetzt. Daneben ist auf den sterilen Umgang bei der Durchführung des Abbruchs zu achten, dies klingt selbstverständlich.

Als Zweites sollte man über eine vernünftige Pumpe verfügen, die einen negativen Druck von ungefähr 0,7 bis 0,8 Atmosphäre entwickeln kann. Es sollte eine zweite Pumpe vorhanden sein, wenn man zwei Behandlungszimmern hat, auch eine dritte. Erfahrungen beispielsweise aus Südafrika zeigen, dass eine manuelle Vakuumpumpe als Saugkürettage sehr geeignet ist. Im Allgemeinen benutzen wir flexible PVC-Saugküretten nach Karman. Diese haben Durchmesser von 4 bis 12 mm und werden steril verpackt angeboten. Wir wählen immer die kleinstmögliche Kürette, als Faustregel kann gelten: je älter die Schwangerschaft, umso dicker muss die Kürette sein. Manche bevorzugen Küretten nach Lunau, welche aus durchsichtigem Hartplastikmaterial hergestellt sind. Der Vorteil ist, dass man das Schwangerschaftsprodukt beim Absaugen sieht, der Nachteil, dass es schwerer zu beurteilen ist, ob und dass die Gebärmutter leer ist. Es spricht natürlich nichts dagegen, zwei Küretten einzusetzen. Erst eine aus Hartplastik und dann eine flexible.

Als vorletzten Punkt kommen wir zum Ultraschall. Beim Zweittrimester-Eingriff halten wir in den Niederlanden den Einsatz von Ultraschall für absolut notwendig. Auch beim Abbruch im ersten Trimester ist das Ultraschallgerät eine große Hilfe.

Als Nächstes möchte ich noch über die Dilatation sprechen. Obwohl sie in den Niederlanden nicht von jedem verwendet werden, glaube ich, dass die Hawkin-Ambler-Dilatatoren die besten sind, weil die Stifte von 3 bis 6 mm konisch zulaufen. Man muss allerdings manchmal viel Kraft anwenden, um den Gebärmuttermund zu öffnen.

Mögliche Komplikationen

Zu unterscheiden sind Komplikationen, die direkt in der Klinik auftreten und spätere, noch nach Jahren einsetzende Komplikationen.

Als erste Komplikation ist der unvollständige Abbruch zu nennen. Wenn man nach der Kürettage gleich unter Licht das abgesaugte Gewebe untersucht, kann man mit einiger Erfahrung sehen, ob das Gewebe vollständig ist. Wenn das nicht festgestellt werden kann, sollte der Zustand mit Ultraschall kontrolliert werden. Wenn die Schwangerschaft fortbesteht, muss die Kürettage wiederholt werden. Wenn nicht, sollte man die Geräte und die Saugschlange überprüfen. Man kann auch erwägen, Misoprostol nach Hause mitzugeben. Wenn sich noch Gewebereste in der Gebärmutter befinden, können diese dann später ausgestoßen werden. Man muss natürlich in diesen Fällen in Erwägung ziehen, dass es sich um eine extrauterine Schwangerschaft handelt. Bei Verdacht auf Perforation der Gebärmutter sollte man mittels Ultraschallkontrolle versuchen, den Abbruch fortzuführen und erfolgreich zu beenden. In solch einem Fall sollte eine Frau länger in der Klinik beobachtet werden, Blutdruck, Brust- und Bauchschmerzen sollten kontrolliert und notiert werden. Nach einer Stunde sollte eine Untersuchung des Bauches erfolgen. Bei unauffälligem Befund kann die Frau nach einer Stunde entlassen werden. Die Verordnung eines Antibiotikums ist zu empfehlen. Zur Prävention von Perforationen ist von der Benutzung von Hystrometern wie auch von scharfen Geräten aus rostfreiem Stahl abzusehen. Auch hier ist die Benutzung von Hawkin-Dilatatoren nach unseren Erfahrungen vorteilhaft. Gemäß amerikanischen Studien der 70er Jahre sind die Erfahrung des Arztes und die Benutzung von Laminaria wichtige Faktoren für die Prävention von Perforationen. Leider wird in den Studien nicht angegeben, welche Instrumente damals benutzt wurden. In den Niederlanden wird im ersten Trimester nur in Ausnahmefällen eine zervikale Vorbereitung durchgeführt. Dieses Vorgehen kann im weiteren Verlauf der Tagung möglicherweise noch zu interessanten Diskussionen führen.

Ein anderes Problem ist Blutverlust von mehr als 500 ml, hierbei sollten Hysterotonika eingesetzt werden, früher Methergin – in Holland inzwischen fast obsolet –, heute zumeist Oxytocin intravenös oder intrazervikal und immer häufiger auch Misoprostol. Man sollte natürlich Maßnahmen zur Schockprävention ergreifen und, wenn notwendig, zur Bluttransfusion in ein Krankenhaus überweisen. Das ist ein wichtiger Punkt bezüglich der Qualitätsstandards: Da wir alle in ambulanten Kliniken arbeiten, ist es wichtig, einen guten Kontakt mit einem Krankenhaus zu haben und die

Zusammenarbeit zu organisieren und zu regeln. So kann vermieden werden, erst in Problemsituationen ein Krankenhausbett suchen zu müssen. In Leiden haben wir die Garantie, dass das drei Kilometer entfernte Krankenhaus auch tatsächlich die Patientin übernimmt. Selbst wenn das Krankenhaus keine Betten mehr hat, ist die Übernahme in der Regel kein Problem, aber es gibt auch Standorte bei denen das nicht reibungslos klappt.

Eine weitere, manchmal auftretende Komplikation ist eine blutüberschwemmte oder mit Blutkoageln gefüllte Gebärmutter, was sich in krampfhaften, durch Schmerzmittel nicht zu lindernden Schmerzen äußert. Meistens muss in diesen Fällen die Absaugung wiederholt werden. Ursache für die Nachblutung ist häufig ein kleiner Geweberest, der in der Gebärmutter verblieben ist. Außer einer engmaschigen Kontrolle sollten auch Uterotonika eingesetzt werden und bei Bedarf Maßnahmen zur Schockprävention. Um einem Zervikalriss vorzubeugen kann man, so rät einer meiner Kollegen, auch mit beiden Händen arbeiten, indem man die linke Hand mit dem Ziehhaken auf das Spekulum aufstützt und dann vorsichtig versucht, die Gebärmutter zu öffnen. Wenn es zu einem Zervikalriss kommt, ist meistens keine weitere Versorgung notwendig, manchmal kann ein Tampon das Blut stillen.

In den beiden Kliniken, in denen ich arbeite, treten alle genannten Komplikationen auf und trotzdem kommt es fast nie zu einer Überweisung ins Krankenhaus. Im Jahr 2002 betrafen alle Überweisungen in Leiden Abbrüche im zweiten Trimenon.

Unter den später auftretenden Komplikationen ist als Erstes die Rhesussensibilisierung zu nennen. Ab der achten Schwangerschaftswoche bestimmen wir den Rhesusfaktor und, wenn die Frau negativ ist, geben wir im allgemein auch Anti-D.

In Schweden findet jetzt eine breit angelegte Untersuchung zur Rhesus-Sensibilisierung statt. Das ist eine wichtige Studie, allerdings wird es noch ein paar Jahre dauern, bis wir die Ergebnisse haben. Wenn man Antibiotika hat, sollen sie eingesetzt werden, um eine Infektion und eventuell auch eine Sepsis zu vermeiden, die zu einer späteren sekundären Infertilität führen kann. Auch die Bildung von Bindegewebebrücken kann dadurch reduziert werden, wenn zu viel ausgeschabt wurde. Letzte Woche wurde auf der Versammlung der Abtreibungsärzte in den Niederlanden von einem Gynäkologen vorgeschlagen, dass wir Abtreibungsärzte die Technik der Hysteroskopie lernen sollten, so dass wir in den ersten sechs Wochen nach dem Eingriff selbst die Gebärmutter durch Endoskopie beurteilen können. Das war eine revolutionäre Idee, unser Verband hat sich noch nicht entschieden.

Die Nachbetreuung

Jeder Frau sollte eine Nachuntersuchung angeboten werden. Viele Frauen in den Niederlanden gehen zu ihrem Hausarzt zur Nachkontrolle. Ich halte das für gut. Sollten allerdings Probleme auftauchen, bevorzugen wir es, wenn die Frau zu uns kommt. Es passiert sehr oft, dass sie sich bei einem Gynäkologen meldet, der dann noch einmal nachsaugt, obwohl es unter Umständen gar nicht nötig ist. Solche Fälle wollen wir gerne selbst beurteilen.

Ausbildung der Ärzte

In Holland gibt es spezialisierte Abtreibungsärzte, die von anderen Abtreibungsärzten ausgebildet werden. Über 95 % aller Schwangerschaftsabbrüche finden in ambulanten Kliniken statt und werden nicht von Gynäkologen, sondern von Abtreibungsärzten ausgeführt. Auch die Gynäkologen in Holland glauben übrigens, dass wir es besser können als sie.

Der Verband der Abtreibungsärzte kümmert sich um die Qualitätsstandards seiner Mitglieder. Er hat festgelegt, welche Standards eine Klinik haben muss, sie sind in einem umfangreichen Buch festgehalten. Der Verein hat in den letzten zwölf Jahren auch ein Handbuch für Ärzte zusammen-

gestellt, das vor einem halben Jahr aktualisiert wurde. Letzte Woche hat der Verband auch die Ausbildungsstandards für Abtreibungsärzte festgelegt.

Dokumentation

Die Dokumentation des Verlaufs wird immer wichtiger, weil die Gesetzgebung sie verlangt und sie zudem für das Klinikpersonal hilfreich ist. Ich glaube, dass es für Leute, die in den Kliniken arbeiten, hilfreich ist. In unserer Klinik sind wir gerade dabei, das Qualitätssystem mittels Intranet für jeden zur Verfügung zu stellen. Es ist ein langwieriger Prozess, der noch nicht abgeschlossen ist.

Zum Schluss möchte ich hervorheben, dass die Voraussetzungen für einen problemlosen Abbruch eine gute Anamnese und Untersuchung sind und ebenso die Nachsorge. Meiner Meinung nach gewinnt der Einsatz von Ultraschall immer mehr an Bedeutung, aber das Gefühl in den Händen ist noch genauso wichtig. Betonen möchte ich die Bedeutung der Protokollierung jedes einzelnen Schrittes im Gesamt Ablauf. Ich bin mir bewusst, dass ich nicht alle Probleme ansprechen konnte, aber ich hoffe, ich konnte Ihnen einen Einblick in die Vorgehensweise bei uns in den Niederlanden geben.

Vakuumaspiration in der 5. und 6. Woche p.m. – unsicher oder riskant?

Dr. med. Andreas Freudemann
Nürnberg

Zunächst einmal möchte ich mich sehr herzlich für die Möglichkeit bedanken, auf dieser Fachtagung sprechen zu dürfen, zumal es die erste bundesweite Tagung dieser Art ist. Sie wird organisiert zu Ehren des 25jährigen Bestehens einer Institution, des Instituts für Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch der pro familia Bremen, das bundesrepublikanische Geschichte geschrieben hat. Die Geschichte des Schwangerschaftsabbruches in Deutschland sähe anders und bitterer aus ohne diese Einrichtung, die als erste und bedeutendste ihrer Art Maßstäbe gesetzt hat bei der Durchsetzung des Frauen- und Menschenrechtes auf selbstbestimmte Fruchtbarkeit und Partnerschaft, deren Ausstrahlung bis in den tiefen Süden Baden-Württembergs reichte, wo ich nach abgeschlossener Facharztausbildung den Traum hegte, in Bremen hospitieren zu dürfen. Just zu diesem Zeitpunkte las ich eine Anzeige, in der das Institut einen neuen ärztlichen Leiter suchte. Ich empfand dies als einen Wink des, ja, des Teufels, bewarb mich – allerdings ohne große Hoffnung – und erhielt die Stelle. Für die reichen Erfahrungen, die ich damals sammeln durfte, die mich geprägt haben, bin ich noch heute zutiefst dankbar.

Nun zum Thema meines Vortrages: Nach mehr als 35-jähriger Erfahrung und Millionen von Eingriffen ist die Vakuumaspiration Goldstandard des Schwangerschaftsabbruches im ersten Trimenon. Innerhalb dieser Methode gibt es aber einige immer wieder umstrittene und neu diskutierte Themen wie die prophylaktische Gabe von Uterotonika und Antibiotika, die präoperative Gabe von Prostaglandinen, neuerdings auch Mifepriston und eben auch den ganz frühen Schwangerschaftsabbruch.

Einen ganz frühen Schwangerschaftsabbruch definiere ich als einen Abbruch bis Ende der sechsten Schwangerschaftswoche nach erstem Tag der letzten Regel, entsprechend dem Ende der vierten Woche nach Empfängnis. Den Anteil dieser frühen Abbrüche an der Gesamtzahl zeigt die Tabelle des Statistischen Bundesamtes. Bitte beachten Sie, dass das Bundesamt in Wochen nach Empfängnis rechnet.

Der prozentuale Anteil dieser Behandlungen ist naturgemäß und aufgrund der noch zu besprechenden Bedenken vieler Ärzte nicht sehr groß; die Gesamtzahl von über 4000 zeigt jedoch, dass es sich keineswegs um vernachlässigbare Ausnahmen handelt, besonders, wie ich noch zeigen werde, aus Sicht der betroffenen Frauen.

Welche Probleme liegen vor?

Aus Sicht der überweisenden Ärzte stellt sich als Erstes das Problem der Sicherheit der Diagnose: Bei positivem Test und nicht möglicher Sonographiedarstellung ist eine extrauterine Schwangerschaft nicht auszuschließen. Dies kann jedoch kein Hinderungsgrund sein, eine Frau, die einen Abbruch wünscht, zu informieren und zur Beratungsstelle zu schicken. So kann die in Deutschland leider vorgeschriebene Wartezeit schon genutzt werden. Viele Ärzte wollen erst sonographisch eine intakte Schwangerschaft nachweisen, also positive Herzaktionen, bevor sie einer Patientin den weiteren Weg aufzeigen. Dies geschieht mit dem Argument, dass vor der Therapie die Diagnose zu stehen habe, also ein Schwangerschaftsabbruch andernfalls vielleicht in Wirklichkeit eine Fehlgeburtbehandlung sein könne und frühe Fehlgeburten häufig seien. Hier stellt sich aber doch die Frage: Wenn eine Patientin eine frühe Behandlung wünscht, wenn die Therapie bei Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch die gleiche ist und wenn außerdem bekanntlich die Fehlgeburtsrate nach sonographischem Nachweis der Schwangerschaft unter 10 % liegt: Was bleibt dann noch von diesem Argument? Man gewinnt nicht selten den Eindruck, dass der positive Nachweis von Herzaktionen eher dem Versuch dient, die Frau zum Austragen der Schwangerschaft zu bewegen

**Schwangerschaftsabbrüche 1996 – 2002
nach Dauer der Schwangerschaft in einzelnen Wochen ***

| Schwangerschaftsdauer in Wochen | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2 | 16 | 17 | 22 | 29 | 28 | 27 | 55 |
| 3 | 573 | 483 | 445 | 384 | 481 | 520 | 514 |
| 4 | 2649 | 2568 | 2649 | 2748 | 3612 | 3801 | 3627 |
| 5 | 7912 | 8560 | 8868 | 9625 | 11357 | 11278 | 10993 |
| 6 | 18107 | 18753 | 19582 | 19147 | 19754 | 20625 | 20225 |
| 7 | 25385 | 25919 | 26163 | 26418 | 26738 | 26849 | 25999 |
| 8 | 28772 | 28190 | 27967 | 27352 | 27350 | 26837 | 25541 |
| 9 | 20048 | 19590 | 19838 | 19343 | 19423 | 19408 | 18555 |
| 10 | 13735 | 13550 | 13115 | 12656 | 12611 | 12276 | 11941 |
| 11 | 7189 | 6949 | 6665 | 6390 | 6603 | 6534 | 6375 |
| 12 | 4405 | 4030 | 4097 | 4366 | 4555 | 4728 | 4513 |
| 13 | 455 | 554 | 576 | 297 | 185 | 159 | 167 |
| 14 | 231 | 237 | 259 | 238 | 267 | 298 | 265 |
| 15 | 126 | 143 | 163 | 147 | 205 | 203 | 179 |
| 16 | 153 | 170 | 180 | 189 | 192 | 223 | 229 |
| 17 | 154 | 176 | 192 | 198 | 201 | 208 | 198 |
| 18 | 188 | 182 | 220 | 196 | 227 | 212 | 211 |
| 19 | 178 | 179 | 186 | 180 | 204 | 213 | 183 |
| 20 | 185 | 191 | 164 | 161 | 172 | 146 | 172 |
| 21 | 133 | 133 | 138 | 130 | 161 | 133 | 145 |
| 22 | 146 | 126 | 131 | 113 | 129 | 109 | 112 |
| 23 | 88 | 84 | 120 | 70 | 65 | 77 | 64 |
| 24 | 20 | 44 | 31 | 50 | 36 | 27 | 37 |
| 25 | 15 | 21 | 15 | 20 | 23 | 18 | 24 |
| 26 | 7 | 12 | 4 | 6 | 8 | 20 | 12 |
| 27 | 7 | 4 | 2 | 6 | 11 | 9 | 10 |
| 28 | 7 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 29 | 6 | 4 | | 3 | 2 | 3 | 5 |
| 30 | 5 | 7 | – | 2 | 3 | 8 | 10 |
| 31 | 2 | 3 | – | 2 | 1 | 4 | 2 |
| 32 | – | 2 | 1 | – | 2 | 3 | 7 |
| 33 | – | 2 | – | – | – | 3 | 3 |
| 34 | 1 | 2 | – | 1 | – | 2 | 2 |
| 35 | | | | | | | |
| 36 | – | 1 | – | – | – | – | 1 |
| 37 | 1 | – | – | – | – | – | 1 |
| Insgesamt | 130899 | 130890 | 131795 | 130471 | 134609 | 134964 | 130387 |
| darunter: unter 5 Wochen | 3238 | 3068 | 3116 | 3161 | 4121 | 4348 | 4196 |
| Anteil in % | 2,5 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 3,1 | 3,2 | 3,2 |
| darunter: unter 4 Wochen | 589 | 500 | 467 | 413 | 509 | 547 | 569 |
| Anteil in % | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |

* Quelle: Statistisches Bundesamt

– »Schauen Sie einmal, da schlägt das Herz!« –, als einer angeblich guten medizinischen Behandlung.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich an die unrühmliche Rolle erinnern, welche die Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie bei der Einführung von Mifepriston gespielt hat, versuchte sie doch im deutschen Zulassungsverfahren, die Anwendung an den Nachweis einer intakten Schwangerschaft zu knüpfen. Diese Vorgabe hätte das Zeitfenster für die Einnahme von Mifepriston auf wenige Tage eingeschränkt. Fast wäre die Intervention erfolgreich gewesen, war doch die Einschränkung bereits beschlossen und wurde erst nach massiven Protesten zurückgenommen.

Als Letztes ist das Argument zu erwähnen, die Patientin müsse genug Zeit haben. Menschen brauchen aber für Entscheidungen unterschiedlich viel Zeit und es kann nicht Aufgabe eines frauenärztlichen Kontrolleurs sein, eine Frist vorzuschreiben, zumal selbst das diesbezüglich rigide deutsche Gesetz eine Wartefrist von drei Tagen zugrunde legt und nicht von mehreren Wochen. Unsere Aufgabe kann es nur sein, eine so vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, dass überstürzte Entscheidungen vermieden werden und Abbrüche dann stattfinden können, wenn die Entscheidung sachlich und emotional durchgearbeitet wurde und feststeht.

Nun zur Sicht der Frauen: Für diese ist es aus guten Gründen oft von großer Bedeutung, eine frühe Behandlung zu erhalten. Zum einen ist die Wartezeit zwischen Diagnose und Entscheidung einerseits und der Behandlung andererseits extrem belastend, wie wir aus unserer täglichen Erfahrung wissen. Zum anderen ist der frühe Schwangerschaftsabbruch für viele Frauen seelisch wesentlich besser zu verkraften – sei es, weil es für sie dann eben noch nicht ihr Kind ist, sei es aus moralisch-ethischen oder religiösen Gründen.

Selbst wenn, wie behauptet wird und ich widerlegen möchte, eine sehr frühe Behandlung mit mehr Risiken verbunden wäre, könnte nur die Patientin selbst nach Aufklärung darüber entscheiden, ob sie diese nach Abwägung des Für und Wider wünscht oder es vorzieht zu warten.

In neuerer Zeit wird die Frage der sehr frühen Behandlung oft durch die Wahl der Methode ersetzt, in Kurzfassung: bis zur siebten Woche Mifegyne, danach die Vakuumaspiration. Ich halte dieses Vorgehen für unehrlich, da etwaige diagnostische Fragen oder Entscheidungsprobleme damit nicht aus der Welt sind und außerdem die durch Mifegyne gewonnene Wahlmöglichkeit wieder aufgehoben wird.

Nun zur Sicht der Ärzte, die den Abbruch vornehmen. Zunächst die diagnostische Seite: Ein Eingriff ohne sonographischen Nachweis einer intrauterinen Fruchthöhle ist aus meiner Sicht obsolet. Die in einigen Ländern (USA, Niederlande) eine Zeit lang gängige Methode der »menstrual regulation« hat zu zahlreichen unnötigen Eingriffen geführt und zusätzlich zahlreiche Zweiteingriffe erforderlich gemacht. Ein mittlerer Amniondurchmesser (MAD) von 3 bis 4 mm ist jedoch fast in jedem Fall für eine sichere Diagnose ausreichend, dies entspricht einer Schwangerschaft von 2 bis 3 Tagen nach Ausbleiben der Regel. Ein »double-sac-sign« ist nicht Bedingung, da bei scharfer Begrenzung der Fruchthöhle und dichtem, plazentarem Randsaum eine Verwechslung mit einer Einblutung oder zentral aufgelockerter Dezidua kaum vorkommen kann. Angesichts der Zeiten, die selbst im besten Fall verstreichen, von der Vereinbarung des Termins bei der anerkannten Beratungsstelle bis zum Ablauf der vorgeschriebenen Wartefrist entsteht bei ausreichender Sonographieerfahrung fast nie ein Problem, die intrauterine Fruchthöhle darzustellen.

Ob eine Schwangerschaft sich regulär entwickelt oder nicht, sollte für uns nur von Bedeutung sein, wenn es für unsere Patientin von Bedeutung ist. So besteht für einen Schwangerschaftsabbruch zu einem Zeitpunkt, zu dem ein Nachweis von Herzaktionen physikalisch nicht gelingen kann, kein Hinderungsgrund.

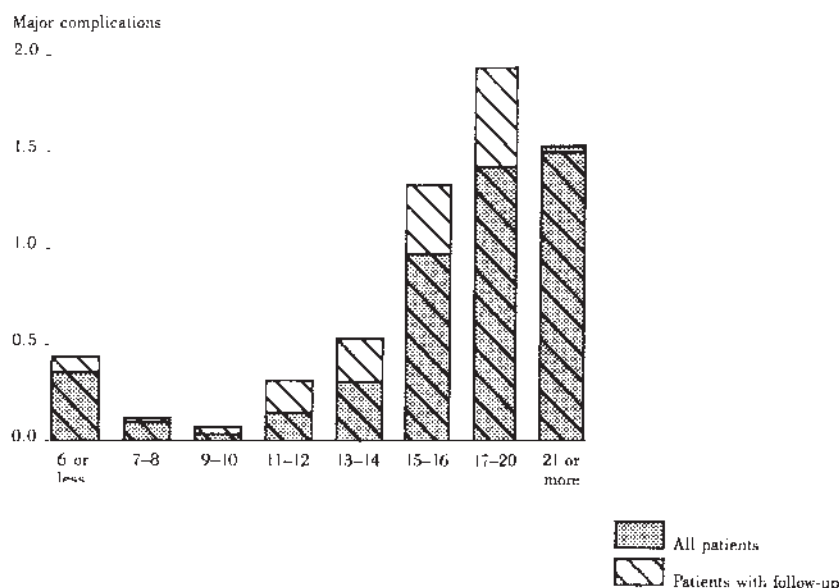
Allerdings bin ich der Meinung, dass bei erheblicher Abweichung zwischen Regel- respektive Konzeptionsanamnese und sonographischem Befund ein Gespräch mit der Patientin über die jeweiligen Wahrscheinlichkeiten einer nicht intakten Schwangerschaft nötig ist, damit sie in voller Bewusstheit entscheiden kann, ob sie die Behandlung jetzt wünscht (die meisten entscheiden sich dafür) oder aufschieben möchte, bis eine sichere Aussage möglich ist.

Zum Thema »ausreichende Überlegungszeit«: Nur wenn unsere Klientin weiß, dass wir sie, wenn sie dies wünscht, auf jeden Fall behandeln und gut behandeln werden – auch in den Fällen, in denen wir selbst die Entscheidung als noch nicht ausgereift einschätzen –, kann es gelingen, Patientinnen, die davon profitieren könnten, zur Neuevaluierung zu bewegen, das heißt die Patientin geht nochmals nach Hause, um mehr Klarheit zu erlangen. Trotz aller Vorprüfungen und der in Deutschland vorgeschriebenen Beratung gibt es nicht wenige Frauen, die erneut Zweifel befallen, wenn sie zur Behandlung kommen, oder die ihre Entscheidung bis dahin noch nicht wirklich getroffen haben. Ich denke, es ist unsere Aufgabe, mit dem dritten Ohr und dem dritten Auge diese Fälle zu erfassen und gemeinsam Wege zu einer sicheren Entscheidung zu finden.

Wenden wir uns den technischen Problemen bzw. Fragen zu. Zunächst finden wir bei sehr frühen Schwangerschaften gehäuft eine wenig aufgelockerte Zervix, der innere Muttermund ist fest geschlossen. Zudem müssen wir aufgrund des noch geringen Uteruswachstums und der damit einhergehenden Streckung vermehrt mit scharfen Abknickungen im Bereich des Zervixkanales oder des Isthmus (Gebärmutterhals) rechnen – eine Hyperante- und Retroflexio. Des Weiteren kann die vollständige Gewebeentfernung aufgrund der kleinen Gebärmutter erschwert sein, insbesondere aus den Tubenecken. Zuletzt sei das immer wieder zitierte Fortbestehen einer Schwangerschaft erwähnt.

Alle genannten Probleme scheinen ausreichender Grund zu sein für die behauptete größere Risiko- und Misserfolgsträchtigkeit sehr früher Schwangerschaftsabbrüche mit Vakuumaspiration. Diese Ansicht fußt auf den Untersuchungen von Tietze und Henshaw in »Induced Abortion – a World Review 1986«, die ich Ihnen zeigen möchte:

Anzahl der Frauen mit größeren Komplikationen pro 100 Schwangerschaftsabbrüche. Untersucht an Frauen ohne vorbestehende Komplikationen oder gleichzeitig durchgeführter Sterilisation, Vereinigte Staaten 1975/78



Anzahl der Frauen mit größeren Komplikationen pro 100 Schwangerschaftsabbrüchen, nach Gestationswochen und Schwangerschaftsabbruchmethoden; United States, 1970/71, 1971/75 and 1975/78 *

| Weeks of gestation and method of abortion | All patients | | | Patients with follow-up | | |
|---|--------------|----------|---------|-------------------------|---------|---------|
| | 1970/71 | 1971/75' | 1975/78 | 1970/71 | 1971/75 | 1975/78 |
| All patients: J | | | | | | |
| 6 or less | 0.51 | 0.21 | 0.33 | 0.77 | 0.31 | OA-I |
| 7 | 0.27 | 0.20 | 0.21 | 0.3-1 | 0.30 | 0.29 |
| 9-10 | 0.35 | 0.36 | 0.21 | OA9 | 0.47 | 0.3-1 |
| 11-12 | 0.62 | 0.45 | 0.27 | 0.86 | 0.60 | OAI |
| 13-14 | 1.22 (1.44) | 0.88 | 0.4.3 | 1.17 (1.80) | 0.98 | 0.69 |
| 15-16 | 1.78 (2.25) | 1.16 | 1.05 | 2.29 (2.91) | 1.19 | 1.44 |
| 17-20 | 1.64 (2.03) | 1.42 | 1.71 | 2.30 (2.98) | 1.56 | 1.96 |
| 21 or more | 1.12 (1.81) | 1.69 | 1.77 | 1.52 (2.76) | 2.16 | 1.71 |
| All gestations | 0.70 | 0.58 | 0.51 | 0.95 | 0.70 | 0.67 |
| Patients with no preexisting complications or concurrent sterilization | | | | | | |
| 6 or less | 0.45 | 0.16 | 0.32 | 0.65 | 0.20 | OA2 |
| 7 | 0.21 | 0.18 | 0.15 | 0.28 | 0.27 | 0.16 |
| 9-10 | 0.31 | 0.29 | 0.07 | 0.42 | 0.40 | 0.13 |
| 11-12 | 0.48 | 0.34 | 0.18 | 0.66 | 0.47 | 0.31 |
| 13-14 | 1.13 (1.27) | 0.73 | 0.30 | 1.33 (1.53) | 0.74 | 0.55 |
| 15-16 | 1.65 (2.02) | 0.99 | 0.99 | 2.12 (2.56) | 0.85 | 1.3-1 |
| 17-20 | 1.53 (1.80) | 1.33 | 1.49 | 2.10 (2.57) | 1.56 | 1.87 |
| 21 or more | 1.06 (1.59) | 1.39 | 1.54 | 1.33 (2.22) | 1.89 | 1.52 |
| All gestations | 0.62 | 0.50 | 0.40 | 0.82 | 0.61 | 0.53 |
| Method | | | | | | |
| Suction curettage | 0.32 | 0.23 | 0.14 | 0.44 | 0.33 | 0.21 |
| D&E 5.7 | 0.8-1 | 0.45 | 0.46 | 0.89 | 0.52 | 0.74 |
| Medical induction | 1.55 (1.89) | 1.49 | 1.56 | 2.09 (2.62) | 1.69 | 1.86 |
| Uterine surgery | 11.05 | 13.43 | 11a | 12.26 | 12.99 | 11a |

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Autoren in vollendeten Wochen nach Beginn der letzten Regelblutung rechnen, das heißt die erhöhten Komplikationsraten bestehen auch in der siebten Woche nach Beginn der letzten Regelblutung in der üblichen Rechnungsweise.

Wie ist den aufgeführten Problemen beizukommen?

Sehr frühe Abbrüche bergen keine qualitativ anderen Probleme als spätere, lediglich quantitativ unterschiedlich gewichtete. Wenn die Technik des frühen Eingriffs beherrscht wird, kann dies eine wesentliche Hilfestellung geben, auch schwierige Fälle bei weiter fortgeschrittenen Schwangerschaften zu kontrollieren – beispielsweise eine vernarbte oder sehr rigide Zervix nicht nur nach Konisation, extreme Knickungen oder eine erschwerte Zugänglichkeit bei Myomen, die das Cavum verlegen.

Voraussetzung für einen sicheren Eingriff ist die Sonographie, bei geringsten Unsicherheiten unter Einsatz der Vaginalsonde. Dies nicht nur vor dem Eingriff, sondern auch vor Beendigung des Eingriffs: Wo vorher eine Fruchtblase war und diese nachher weg ist, kann keine Schwangerschaft fortbestehen, auch wenn, was selten vorkommen sollte, diese nicht im abgesaugten Gewebe nachweisbar ist. Schauen Sie dabei nicht nur solange hin, bis Sie die Fruchthöhle gefunden haben; wenn Sie den gesamten Uterus ansehen, können Sie eine Zwillingsschwangerschaft nicht übersehen – es ist kaum nachvollziehbar, auch wenn ich »einige Tage Vorteil« habe, dass etwa die Hälfte der Zwillingsschwangerschaften, die ich sehe, nicht vordiagnostiziert sind. Denken Sie auch immer an die Möglichkeit einer Zervixschwangerschaft, die zwar extrem selten ist, aber, wenn präoperativ übersehen, im schlimmsten Fall zum Verlust der Gebärmutter führt. Auch ein Blick auf die

* Quelle: Tietze C., Henshaw S.: Induced Abortion. A Worldwide Review. The Alan Guttmacher Institute New York ISBND-939253-05-4; 103-4.
Tietze C., Lewit S.: Legal Abortions: Early medical complications: An interim report of the joint program for the study of abortion J Reprod Med 1972, April, 8 (4) 193-204.

Eileiterregion gehört dazu, nicht nur wegen der extrem seltenen Gemini-Simultangravidität intra- und extrauterin, auch wegen Zysten und gestielten Myomen, die durch Stieldrehung die Ursache erheblicher, zunächst kaum erklärbarer, postoperativer Schmerzen sein können, die eine sofortige Intervention erfordern.

Einige Hilfswerkzeuge können Probleme bei sehr frühen (und späteren) Schwangerschaften auf ein Minimum reduzieren. Als Erstes sei die Uterussonde genannt. In Deutschland lautet ein Lehrsatz der Gynäkologie: Eine Uterussonde gehört (wegen der Perforationsgefahr) nicht in einen schwangeren Uterus. Dies ist falsch. Legen Sie in jedes Instrumentenset eine »nicht biegbare« Kugelkopf-sonde mit 3 mm Kopfdurchmesser, biegen Sie diese in einem sanften Bogen etwas stärker (einmal, nicht ständig) und Sie haben ein perfektes Hilfsmittel, den Weg in die Gebärmutter auch über den stärksten Knick am engsten Muttermund ohne »Bohren« zu finden. Wenn Sie den Weg gefunden haben und dieser einen scharfen Knick aufweist, sind für die weitere Dilatation in seltenen Fällen Hawkins-Ambler-Dilatatoren eine große Hilfe. Durch ihre stärkere Biegung kann ein Knick besser überwunden werden, bis die Dehnung so weit erfolgt ist, dass Sie mit Hegarstiften nicht mehr in Zervixdrüsen geraten und durch diese hindurch perforieren können. Da diese Dilatatoren in Deutschland unüblich sind, ist es empfehlenswert, zunächst bei unkomplizierten Fällen Erfahrungen zu sammeln. Bedingt durch ihre Form – sie sind relativ spitz und verbreitern sich kontinuierlich um 3 mm – ist es schwer zu unterscheiden, ob der gefühlte Widerstand von der Zervix herrührt oder dadurch entsteht, dass Sie gerade dabei sind, mit der Spitze in die Uteruswand zu bohren.

In äußerst seltenen Fällen, bei extrem verschlossenem äußerem oder innerem Muttermund, nicht nur nach Konisation, kann ein spitzkonischer Hegar 2,5 die Lösung sein. Dieser darf aber nur mit großer Vorsicht, Gefühl und ohne jeglichen forcierten Druck angewendet werden, er ist einer Stricknadel vergleichbar.

Bezüglich der Absaugröhrchen empfehlen sich solche von 6 oder 7 mm Außendurchmesser, vor allem bei sehr reichlicher Dezidua (sonographisch zu sehen) kann der Eingriff mit einem 6-mm-Röhrchen unnötig lange dauern. Aus meiner Sicht sind starre, gebogene Röhrchen Instrumente der Wahl – zumindest solange es keine besseren gibt, aber das ist ein anderes Thema.

Als Letztes empfehle ich sehr eine stumpfe Kürette Größe 0, die Sie in einem schönen Bogen nachbiegen sollten. Auch bei weiter fortgeschrittenen Schwangerschaften können Sie damit am Ende des Eingriffes sicher tasten, ob die Tubenwinkel erreicht wurden, und gegebenenfalls gezielt nachsaugen.

Wenden wir uns der postoperativen Kontrolle zu: Abschluss des Eingriffes sollte eine Vaginalsonographie sein, die nicht nur sicherstellt, dass keine Fruchthöhle mehr vorhanden ist, sondern auch kleinere Gewebereste zuverlässig darstellt, so dass Sie durch gezieltes Nachsaugen diesbezüglichen Komplikationen in den meisten Fällen vorbeugen können.

Unerlässlich ist die Begutachtung des abgesaugten Gewebes. Auf den Pathologen ist hier, auch wenn zuverlässig, nicht der geringste Verlass. Gerade bei sehr frühen Schwangerschaften besteht das abgesaugte Gewebe nahezu ausschließlich aus Dezidua. Die Wahrscheinlichkeit, bei Einbettung des gesamten Gewebes die Zotten dabeizuhaben, ist äußerst gering. Hilfreich bei der Identifikation der Fruchtblase sind gute Lichtverhältnisse, sei es durch Auflicht in einer Nierenschale bei schwenkbarer OP-Leuchte oder Durchlicht von unten in einer Glasschale. Probleme können sich bei sehr zarter, ausgefranster Dezidua ergeben, die gelegentlich schwer von Zottengewebe zu unterscheiden ist, oder bei so reichlicher Dezidua, dass die Auffindung von Fruchtblase bzw. Plazentazottengewebeanteile an die bekannte Suche nach der Nadel im Heuhaufen erinnert. Wirklich schwierig wird es bei vermutlich nicht intakten Schwangerschaften, bei denen Sie gelegentlich fast nur Eihaut finden. Bedenken Sie beim Heraussuchen des Gewebes nach Durchspülen in einem Sieb, dass die Eihaut (und anhängende Zotten) eine besondere Affinität zum Sieb haben. Mitunter fin-

den Sie die Fruchtblase erst, wenn Sie diesen noch einmal prüfen mit den dort anhängenden winzigen Partikeln. Bei nicht hundertprozentig sicherer Identifikation des Gewebes empfiehlt es sich, das Gewebe in zwei Portionen zum Pathologen einzuschicken, um durch den Nachweis chorialis Invasion in der Dezidua endgültige Sicherheit über den intrauterinen Sitz der Schwangerschaft zu erhalten.

Auch die makroskopische Begutachtung des Gewebes kann Hinweise geben, ob eine Schwangerschaft intakt war, wenn dies zuvor sonographisch nicht eindeutig zu klären war. Eine länger nicht mehr intakte Plazenta ist gelblich verfärbt oder die Zotten gelegentlich »verquollen«. Welche Bedeutung ein sehr geringer Zottenbesatz hat, ist nach meiner Kenntnis bis dato nicht geklärt. Allerdings erlaubt weder die makroskopische noch die mikroskopische Analyse in den meisten Fällen eine absolut sichere Aussage. Auch bei sicher intakter Schwangerschaft finden sich in zahlreichen Fällen unter dem Mikroskop erhebliche Degenerationszeichen, umgekehrt bei sicher diagnostizierter nicht intakter Schwangerschaft oftmals völlig unauffällige histomorphologische Korrelate.

Ich möchte zum Schluss noch einmal auf die zitierte Untersuchung von Tietze und Henshaw zurückkommen. Ich denke, sie ist bezogen auf unsere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht aussagekräftig. Wir müssen bedenken, dass in den USA die Sonographie nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel darstellt und im Untersuchungszeitraum, den 70er Jahren, sicher in fast keinem Fall eingesetzt wurde, die Vaginalsonographie schon gar nicht. Darüber hinaus ist der Erfahrungsschatz zum damaligen Zeitpunkt kaum mit dem heutigen vergleichbar und viele der in die Studie aufgenommenen Kliniken haben nur geringe Behandlungszahlen. Unter Einhaltung der genannten Kriterien bzw. der beschriebenen Vorgehensweise halte ich einen sehr frühen Schwangerschaftsabbruch in keiner Form für risikoreicher und möchte zum Abschluss darauf verweisen, dass bei den über 1 000 Eingriffen in der in Frage stehenden Schwangerschaftsperiode, die ich in Nürnberg durchgeführt habe, kein einziger Fall des Fortbestehens einer Schwangerschaft aufgetreten ist und kein Fall, der eine Nachbehandlung erforderlich gemacht hätte, wie behandlungsbedürftiger Blutstau vor Entlassung, persistierende Hämatometra oder Reste, Metritis/Adnexitis.

| | | | |
|------------------------------|----|-------|----------|
| Schwangerschaftswoche | 03 | 124 | (0,4 %) |
| | 04 | 947 | (3,2 %) |
| | 05 | 4037 | (13,8 %) |
| | 06 | 6395 | (21,8 %) |
| | 07 | 6019 | (20,5 %) |
| | 08 | 4172 | (14,2 %) |
| | 09 | 3143 | (10,7 %) |
| | 10 | 2278 | (7,8 %) |
| | 11 | 1338 | (4,6 %) |
| | 12 | 906 | (3,1 %) |
| Total | | 29359 | |

Folgende Faktoren gestalten den sehr frühen Abbruch mittels Vakuumaspiration aus meiner Sicht für die betroffenen Frauen nicht nur in seelischer, sondern auch in körperlicher Hinsicht besonders schonend:

- Die geringe Dilatation auf Hegar 7, maximal 8.
- Der Blutverlust nahe Null.
- Die Schnelligkeit des Eingriffes wegen der geringen Gewebemenge.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne

Prof. Dr. med. Martin Link

Dresden

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein ethisch-moralisches und gesellschaftliches Problem, das ständig erneut diskutiert werden muss und zu dem es sehr unterschiedliche Auffassungen gibt. Solange aber die Gesellschaft den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Sorge für das Wohl der in ihr lebenden Menschen als erforderlich ansieht – und dafür spricht die aktuelle Gesetzgebung –, muss die Medizin, der allein die Durchführung anvertraut werden kann, auch Methoden dafür zur Verfügung stellen und sich bemühen, diese Methoden ständig zu verbessern. Beim medikamentösen Abbruch handelt es sich nicht um das Problem des Schwangerschaftsabbruches an sich, so wie es die öffentlichen Diskussionen bei der Einführung von Mifegyne zum Teil lautstark postulierten, sondern lediglich um eine Methode der Durchführung, welche die Gesundheit der betroffenen Frau schont. Ein wesentliches Argument in der Polemik vor der Zulassung des medikamentösen Abbruchs war der mögliche Missbrauch, der bei dieser Methode einfacher sein könnte als bei einem chirurgischen Eingriff. Einem Missbrauch beugt aber die Gesetzgebung vor.

Zulassung von Mifegyne in Deutschland ohne Zulassung eines Prostaglandins

Zulassungsbescheid Nr. 46038. 00. 00 vom 18.08.1999 durch das BfArM für das Medikament Mifegyne (RU 486) mit dem Wirkstoff Mifepriston.

Markteinführung Pressekonferenz Hamburg am 02.11.1999, Fa. Femagen, Tochter der Hexal AG.

RU 486 wurde 1980 von Edouard Sakiz bei der französischen Firma Roussel Uclaf entwickelt.

Zulassung in Frankreich 1988, in England 1991, in Schweden 1992. China stellt seit 1988 ein äquivalentes Präparat her.

Zulassung in Deutschland:

1. Medikamentöse Beendigung einer intakten intrauterinen Schwangerschaft bis zum 49. Tag der Amenorrhoe in sequentieller Anwendung mit einem Prostaglandin (Frankreich 49. Tag, England und Schweden 63. Tag).
2. Erweichung und Dilatation der Cervix uteri vor einem instrumentellen Schwangerschaftsabbruch während des ersten Trimenons.
3. Vorbereitung der Wirkung von Prostaglandinanaloga bei medizinisch begründetem Schwangerschaftsabbruch (jenseits des ersten Trimenons).
4. Einleitung der Wehentätigkeit zur Ausstoßung eines in utero abgestorbenen Fetus bei Patientinnen, bei denen Prostaglandine oder Oxytocin nicht angewendet werden können.

[Mifegyne, 200 mg, Tabletten (Mifepriston), Fa. Contracept, Pack.: 3 Tbl., Rote Liste 2003, 78,88 €, aktueller Preis lt. Contracept: 68 € + MwSt.]

In Deutschland gibt es keine Zulassung eines Prostaglandins für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Dem Arzt ist es im Rahmen seiner Therapiefreiheit möglich, u. U. sogar geboten (OLG Köln, Versicherungsrecht 1991, 186, Aciclovir), Arzneimittel auch außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes anzuwenden (OLG München, Versicherungsrecht 1991, 471, 473). Grenzen der Therapiefreiheit ergeben sich nur daraus, dass der Arzt keine dem Patienten schädlichen Heilmittel oder Therapiemethoden einsetzen darf. Allerdings darf sich kein Arzt über Erfahrungen und gesicherte Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft hinwegsetzen. Nachdem für Mifegyne beim Abbruch nach Punkt 1 die nachfolgende Anwendung eines Prostaglandins ausdrücklich vorgeschrieben ist, bedeutet dies, dass die Anwendung eines Prostaglandins in Kombination mit dem Präparat Mifegyne dem Stand der medizinischen Kenntnisse entspricht.

Welche Prostaglandine kommen in Frage?

1. Cytotec 200 (Misoprostol), Pharmacia, Rote Liste 2003, 100 Tabl.(N3), Preis: 51.40 €, Anwendung: Prophylaxe und Behandlung von medikamentenbedingten Magenschleimhautschädigungen. Zur Behandlung von akuten Zwölffingerdarm- und Magengeschwüren.

2. Cergem Vaginalzäpfchen (Gemeprostop), Nourypharma, 10 Vaginalzäpfchen (N1), Rote Liste 2003, Nennung ohne Preisangabe, Gelbe Liste 2003, ohne Preisangabe. Anwendung: Zervixerweichung und -erweiterung zur Vorbereitung einer Ausräumung des Uterus bei Nichtschwangeren und bei Schwangeren bis zur 12. Schwangerschaftswoche, Einleitung einer Schwangerschaftsbeendigung im zweiten Trimenon bei gesunden Frauen, eine instrumentelle Nachbehandlung ist erforderlich.

Wirkungsweise:

Mifepriston: Synthetisches Steroid mit Antigestagenwirkung. Es antagonisiert die endometrialen und myometrialen Wirkungen des Progesterons und steigert die Empfindlichkeit des Myometriums gegenüber der kontraktionsauslösenden Wirkung der Prostaglandine und führt zur Erweiterung und Öffnung der Cervix uteri.

Prostaglandin: löst Kontraktionen des Myometriums aus.

Sondervertriebsweg für Mifegyne und Beschaffung:

Mit dem 9. Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 26. 07. 1999 (BGBl. I, S. 1666) wurde ein Sondervertriebsweg für Arzneimittel eingeführt, die zur Vornahme eines nicht rechtswidrigen oder eines unter den Voraussetzungen des § 218a, Abs.1, StGB, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruches bestimmt sind. Dazu wurde ein neuer § 47a in das Arzneimittelgesetz (AMG) eingefügt.

§ 47a Sondervertriebsweg, Nachweispflichten:

Pharmazeutische Unternehmer dürfen ein Arzneimittel, das zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches zugelassen ist, nur an Einrichtungen im Sinne des § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) vom 27. 07. 1992 (BGBl. I, S. 1398), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. 08. 1995 (BGBl. I, S. 1050), und nur auf Verschreibung eines dort behandelnden Arztes abgeben. Andere Personen dürfen die in Satz 1 genannten Arzneimittel nicht in den Verkehr bringen.

Pharmazeutische Unternehmer haben die zur Abgabe bestimmten Packungen der in Absatz 1, Satz 1 genannten Arzneimittel fortlaufend zu nummerieren; ohne diese Kennzeichnung darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden. Über die Abgabe haben pharmazeutische Unternehmer, über den Erhalt und die Anwendung haben die Einrichtung und der behandelnde Arzt Nachweise zu führen und diese Nachweise auf Verlangen der zuständigen Behörde zur Einsichtnahme vorzulegen.

(2a). Pharmazeutische Unternehmer sowie die Einrichtung haben die in Absatz 1, Satz 1 genannten Arzneimittel, die sich in ihrem Besitz befinden, gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Die Einführung eines Sondervertriebsweges für Arzneimittel, der nicht nur die Umgehung der Apotheke gestattet, sondern diese ausdrücklich vom Vertriebsweg ausschließt, stellt eine für das deutsche Arzneimittelrecht neue Regelung dar.

In einem Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag zum Sondervertriebsweg nach § 47a des Arzneimittelgesetzes vom Juli 2001 wird festgestellt, dass sich dieser Weg bewährt hat und kein Anlass zu einer Änderung besteht.

Zur Beschaffung von Mifegyne wendet man sich an die Contracept GmbH, Pharma Vertrieb, Kelsterbacher Straße 28, 64546 Mörfelden-Walldorf, Tel. 06105 / 454560, Fax 06105 / 454561 und meldet sich an.

Man erhält dann einen Registrierungsbogen, auf dem man bestätigt, dass man als Einrichtung dem § 13 des SchKG entspricht. Dann erhält man das Verordnungsblatt für Mifegyne, auf dem man bis zu 30 Packungen bestellen kann. Dieses Verordnungsblatt darf nur per Post, nicht per Fax an Contracept geschickt werden. Mit den angeforderten Packungen Mifegyne erhält man dann noch einen Vordruck, auf dem die Nummer jeder Packung eingetragen ist und man selbst das Datum

der Anwendung und den Code der Patientenakte einträgt. Dieser Vordruck ist sorgfältig aufzubewahren und bei Kontrolle der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Die Zustellung von Mifegyne erfolgt portofrei durch einen Paketdienst innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der schriftlichen Bestellung bei Contracept. Die Beschaffung des Prostaglandins geschieht über die Apotheke. Für beide Medikamente muss der Arzt in Vorkasse treten.

Unzureichende Etablierung des medikamentösen Abbruches

In Deutschland wurden im Jahr 2000 3 %, 2001 4,4 %, 2002 etwa 5 % und 2003 etwa 6 % der Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne durchgeführt. Nach den Erfahrungen in Frankreich können wenigstens 30 %, in Schweden 50 % und nach den Erfahrungen in der eigenen Praxis sogar 90 % der Abbrüche medikamentös gemacht werden. Woran liegt die bisher unzureichende Etablierung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches in Deutschland ?

Meines Erachtens gibt es dafür drei Gründe: 1. Unkenntnis, 2. Berührungsängste, 3. unzureichende Vergütung.

ad 1. Unkenntnis: Eine Unkenntnis der Methode dürfte nach der emotional geführten öffentlichen Diskussion um die Einführung von Mifegyne und die ausführlichen Informationen in der Fachpresse bei den Frauenärzten nicht gegeben sein. Aber nicht wenige werden sich aus einer gewissen Trägheit heraus oder aus einer bewussten oder unbewussten Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches nicht ausreichend über die Vorteile des medikamentösen Abbruches gegenüber dem chirurgischen Abbruch informiert haben. Dabei geht es nicht um den Schwangerschaftsabbruch an sich, sondern nur um eine Methode seiner Durchführung. Die mangelhafte Kenntnis der Methode birgt Gefahren für den Arzt, denn dieser ist verpflichtet, seine Patientin über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, ansonsten verletzt er die ärztliche Sorgfaltspflicht.

ad 2. Berührungsängste: Der medikamentöse Abbruch wird ambulant und vorwiegend in der ärztlichen Praxis durchgeführt. Neben der bewussten Ablehnung gibt es für den Frauenarzt (oder die Frauenärztin), der zwar das Anliegen seiner Patientin versteht und unterstützt, sie aber bislang zur Durchführung des Abbruches an ambulante Operateure oder Krankenhäuser überwiesen hat, Berührungsängste vor der selbstständigen Ausführung eines Abbruches: »Darf ich das überhaupt?« »Beherrsche ich die Situation?« »Werde ich mit Komplikationen fertig?« Aufgrund dieser Probleme schickt der Arzt die Betroffene wie bisher weiter und durch den dadurch eintretenden Zeitverzug ist bei dem engen vorgegebenen Zeitfenster der medikamentöse Abbruch dann oft nicht mehr möglich.

Man sollte nicht übersehen, dass die betroffenen Frauen es mit großer Erleichterung und Dankbarkeit annehmen, bei der Ärztin oder dem Arzt ihres Vertrauens auch in dieser schwierigen Situation verbleiben zu können, und sie andererseits dem ihnen fremden Arzt, zu dem sie zur Durchführung des medikamentösen Abbruches geschickt werden, schnell ihr volles Vertrauen schenken und oft in seiner weiteren Betreuung verbleiben wollen. Das ist beim chirurgischen Abbruch, den die Frau nicht bewusst miterlebt und bei dem die Begegnung mit dem anderen Arzt viel kürzer ist, keineswegs so. Auch deshalb wird vielleicht lieber zum chirurgischen Abbruch überwiesen.

ad 3. Unzureichende Vergütung: Die Kosten für den rechtswidrigen, aber nach § 218a, Abs.1, StGB nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch nach Beratung muss die Betroffene selbst tragen. Die Abrechnung erfolgt nach der GOÄ und ist kostendeckend. Im Osten über 90 % und im Westen sicher nicht weit unter 90 % dieser Abbrüche fallen aber unter die Kategorie des Schwangerschaftsabbruches »im besonderen Fall«. Nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vom 1. Januar 1996 übernehmen die Länder die Kosten für die Abbrüche bei Frauen unterhalb einer gewissen Einkommensgrenze. Für diese Abbrüche »im besonderen Fall« haben die Bundesländer unterschiedlich hohe Pauschalen festgelegt, die in den meisten Ländern dem Aufwand nicht gerecht werden. Das Procedere des medikamentösen Ab-

bruches erfordert einen hohen persönlichen und mehrfach wiederholten Einsatz des Arztes, so dass mit den Pauschalen eine Kostendeckung kaum erreicht wird, und der Arzt in der für den medikamentösen Abbruch erforderlichen Zeit mit anderen Handlungen und auch mit dem in wesentlich kürzerer Zeit erledigten chirurgischen Abbruch einen besseren Gewinn erzielt. Es darf nicht übersehen werden, dass der niedergelassene Arzt ein Unternehmer ist, der sein Unternehmen mit den Arbeitsplätzen seiner Mitarbeiter erhalten muss. Dennoch sollte sich niemand aus diesem Grunde dem medikamentösen Abbruch verschließen und seinen Patientinnen im gegebenen Fall diese vorteilhafte Methode vorenthalten.

Voraussetzungen zur Durchführung des medikamentösen Abbruches in den einzelnen Bundesländern

Der § 13 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)) vom 21. August 1995 lautet:

»Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen. Ein Schwangerschaftsabbruch darf nur in einer Einrichtung vorgenommen werden, in der auch die notwendige Nachbehandlung gewährleistet ist.«

»Die Länder stellen ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher.«

Andere gesetzliche Vorschriften gibt es nicht. Da es sich nicht um einen operativen Eingriff handelt, gelten auch nicht die Vorschriften und Erfordernisse für das ambulante Operieren.

Die »Nachbehandlung« ist durch die ständige Erreichbarkeit des behandelnden Arztes auch durch Mobilfunk gewährleistet. So könnte nach dem o. g. Gesetz jeder niedergelassene Frauenarzt den medikamentösen Abbruch in seiner Praxis durchführen.

Die einzelnen Bundesländer haben unterschiedliche Durchführungsbestimmungen erlassen, die man kennen und beachten muss. Zuständig dafür sind die Sozialministerien, von denen man die entsprechende Auskunft erhalten kann. Der Handlungsspielraum der Länder ist aber durch die Bundesgesetzgebung begrenzt. So kippte das BVG 1997 das bayrische Schwangerenhilfegesetz von 1996, mit dem Ärzten untersagt werden sollte, mehr als ein Viertel der Praxiseinnahmen aus Schwangerschaftsabbrüchen zu erzielen.

Vorteile des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches:

- Vermeidung von Verletzungen des inneren Genitale.
- Kein Erfordernis einer Anästhesie.
- Individuelle Betreuung der betroffenen Frau durch den Arzt ihres Vertrauens.

Nachteile des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches:

- Zeitlich längerer Ablauf.
- Evtl. höhere psychische Belastung.

Durchführung des Abbruches

Rechtliche Bedingungen: Für den medikamentösen Abbruch gelten die gleichen rechtlichen Bestimmungen wie für jeden Abbruch. Da es sich beim medikamentösen Abbruch fast ausschließlich um den Abbruch nach Beratung handelt, muss die betroffene Frau nach Beratung und Aufklärung durch den behandelnden Arzt eine Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle aufsuchen und sich dort entsprechend der gesetzlichen Vorgaben beraten lassen. Wenn sie nach der Beratung bei ihrem Vorhaben, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen, bleibt, kann der Abbruch frühestens drei Tage nach der Konfliktberatung durchgeführt werden.

Procedere: Insgesamt sind mindestens vier Konsultationen der Schwangeren beim Frauenarzt zur Durchführung des medikamentösen Abbruches erforderlich:

1. Erstkonsultation mit der Frage, ob eine Schwangerschaft vorliegt, und im gegebenen Fall mit dem Wunsch nach dem Abbruch der Schwangerschaft. Der konsultierte Arzt stellt die Schwangerschaft fest, klärt die Frau über die Bedeutung des Schwangerschaftsabbruches auf und wenn sie bei dem Wunsch nach dem Abbruch bleibt, berät er sie über die möglichen Methoden und deren Vor- und Nachteile und weist ihr den Weg zur Konfliktberatung. Die Blutgruppe ist festzustellen, denn bei Blutgruppe »D« muss bei dem Abbruch die Immunprophylaxe erfolgen. Weitere Laboruntersuchungen sind nicht zwingend. Die Schwangere ist über die Kostenübernahme aufzuklären und gegebenenfalls zu einer Krankenkasse zu schicken, die im besonderen Fall die Kostenübernahme durch das Land klärt und der Schwangeren eine entsprechende Bescheinigung ausstellt. Wenn sich die Schwangere zum Zeitpunkt der Erstkonsultation noch in dem Zeitrahmen bis einschließlich 49. Tag post menstruationem befindet, die Mifegynegabe also noch möglich ist, muss sie über diese Methode aufgeklärt werden. Dabei ist aber darauf zu achten, die Schwangere nicht unter zeitlichen Druck zu setzen. Da heutzutage viele Frauen sehr früh nach Ausbleiben der Menstruation selbst einen Schwangerschaftstest vornehmen oder schnell den Arzt aufsuchen, wären etwa 90 % der Abbrüche nach Beratung medikamentös möglich. Bei Ausländerinnen, die in Deutschland nach deutschem Recht betreut werden, ist bei Sprachschwierigkeiten sehr auf das richtige Verstehen der Aufklärung zu achten. pro familia hat fremdsprachige Aufklärungsbögen herausgegeben, die man anfordern kann (pro familia Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Tel.069 / 639002, Fax 069 / 639852, E-mail info@profamilia.de). Für die Dokumentation der Aufklärung gibt es auch einen Vordruck »Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch« vom perimed COMPLIANCE Verlag Dr. Straube GmbH, Weinstraße 70, 91058 Erlangen, Tel. 09131 / 609202, Fax 09131 / 609217, www.perimed.com. Die Aufklärung ist aber erst nach der Konfliktberatung, also bei der Zweitkonsultation, definitiv zu dokumentieren.

2. Zweitkonsultation: Die Konfliktberatung hat stattgefunden. Die Schwangere bleibt bei dem Wunsch zum Abbruch. Durch Ultraschall wird die Existenz der intrauterinen Schwangerschaft bestätigt. Die Schwangere wird noch einmal über den Abbruch und dessen Ablauf aufgeklärt und die Aufklärung wird dokumentiert. Besonders aufzuklären ist über die Anwendung des Prostaglandins als eines Medikamentes, das nicht für diese Indikation zugelassen ist. Die Schwangere nimmt in Gegenwart des Arztes die drei Tabletten Mifegyne ein. Sie wird darüber informiert, dass nach Mifegyne keine wesentlichen Beschwerden zu erwarten sind. Am nächsten Tag können leichte Blutungen auftreten. Wird Mifegyne innerhalb von 1 1/2 Stunden erbrochen, muss die Einnahme wiederholt werden. Danach ist die Resorption vollständig und die Wirkung nicht beeinträchtigt. Wenn die Schwangere noch stillt, sollte das Stillen nach der Mifegyneinnahme für drei Tage ausgesetzt werden. Der Arzt gibt der Schwangeren seine ständige Erreichbarkeit an, zum Beispiel Mobilfunk. Die Schwangere erhält den Termin für die Drittkonsultation in zwei Tagen. Sie ist arbeitsfähig.

3. Drittkonsultation: Die Schwangere kommt zur Prostaglandineinnahme. Es wird per Ultraschall kontrolliert, ob die Schwangerschaft noch intakt ist. In einigen Fällen ist die Schwangerschaft allein schon nach Mifegyne abgegangen. Zur besseren Kontraktion des Uterus sollte die Prostaglandingabe trotzdem erfolgen. Die Patientin kann nach einer Beobachtungszeit von 30 Minuten die Praxis verlassen. Wenn die Schwangerschaft noch in utero ist, erhält die Patientin das Prostaglandin. Sie muss nicht nüchtern sein. Wir haben bisher nur Cytotec in einer Dosierung von zwei Tabletten oral angewendet. Die Gabe kann auch intravaginal in das hintere Scheidengewölbe erfolgen. Die Patientin verbleibt in der Praxis, wobei eine Trennung vom Wartezimmer möglich sein muss. Sie ist darüber aufgeklärt, dass unter mäßigen Bauchschmerzen Blutungen auftreten werden und dass sie sich nach Blutabgängen zur Untersuchung melden soll. Gut ist es, wenn die Schwangere eine Begleitperson mitbringt, unter deren Aufsicht sie sich ab einer halben Stunde nach der Prostaglandineinnahme auch außerhalb der Praxis bewegen kann. Körperliche Aktivität

beschleunigt offenbar den Ausstoßvorgang. Dennoch sollte eine Liegemöglichkeit gegeben sein. Schmerzmittel werden kaum benötigt. Wenn durch Ultraschall festgestellt wird, dass die Schwangerschaft abgegangen ist, kann die Patientin die Praxis verlassen. Das ist in den meisten Fällen nach einer halben bis vier Stunden der Fall. Sie kann für diesen Tag arbeitsunfähig geschrieben werden und erhält den Termin für die Nachuntersuchung. Liegt ein rhesusnegativer Status vor, muss die Immunprophylaxe erfolgen. Sollte die Schwangerschaft innerhalb von vier Stunden keine Abgangstendenz zeigen, wird die Prostaglandingabe wiederholt. Das ist in etwa 10 % der Fälle erforderlich. Nach einer Beobachtungszeit von etwa einer halben Stunde kann dann die Patientin in Begleitung nach Hause geschickt und zum nächsten Tag wiederbestellt werden. Die Erreichbarkeit des Arztes muss gewährleistet sein. Sollte auch dann die Schwangerschaft nicht abgegangen sein, kann eine nochmalige Prostaglandingabe versucht werden. In 2-3 % der Fälle muss die Schwangerschaft operativ entfernt werden. Wenn man das nicht selbst macht (Voraussetzungen für das ambulante Operieren), sollte man sich für diese Fälle der Kooperation mit einer Klinik oder einem ambulanten OP-Zentrum versichert haben. Der Eingriff selbst durch Absaugung ist dann relativ einfach und nicht komplikationsträchtig, weil durch die vorausgegangene medikamentöse Einwirkung der Halskanal der Gebärmutter erweicht und erweitert und eine Dilatation nicht erforderlich ist. Die Patientin wird für die erforderliche Zeit arbeitsunfähig geschrieben. Sie erhält den Termin für die Nachuntersuchung in etwa zehn Tagen. Die Erreichbarkeit des behandelnden Arztes muss gewährleistet sein.

4. Viertkonsultation: Bei der Nachuntersuchung wird durch die gynäkologische Untersuchung und per Ultraschall festgestellt, ob der Abbruch erfolgreich und vollständig war. Dabei ist zu beachten, dass im Ultraschallbild die Schleimhaut so kurze Zeit nach einem Abbruch noch sehr unregelmäßig aussehen kann. Im Zweifelsfall ist die Patientin noch einmal wiederzubestellen. Die beta-HCG-Bestimmung ist nicht unbedingt hilfreich. Eine operative Nachräumung ist aber kaum einmal notwendig. Leichte Blutungen können sich über einen Zeitraum von bis zu drei Wochen erstrecken.

Komplikationen

Von Mifegyne sind Komplikationen nicht zu erwarten. Das Prostaglandin führt bei jeder fünften Frau zu Übelkeit, Erbrechen und/oder Durchfall und bei jeder dritten Frau zu verstärkten Unterbauchschmerzen. Diese Beschwerden sind für die Betroffenen aber einigermaßen erträglich und erfordern kaum eine zusätzliche Behandlung. Eine Schmerzmittelgabe ist nur selten nötig.

Die Nichtausstoßung der Schwangerschaft kommt in weniger als 5 % der Fälle vor. In diesen Fällen muss nachgeräumt werden (s. o.). Starke Blutungen, die einen operativen Eingriff erfordern, kommen in 1 % der Fälle vor.

Kontraindikationen

Für Mifegyne sind Kontraindikationen nicht bekannt. Beim Prostaglandin ist nach einer Prostaglandinallergie zu fragen. Eine relative Kontraindikation ist bei Frauen gegeben, die über 35 Jahre alt sind und mehr als 10 Zigaretten täglich rauchen sowie Frauen mit schwerem Asthma bronchiale, ischämischen Erkrankungen, Bluthochdruck und Nierenversagen. Eine ektope Schwangerschaft stellt eine absolute Kontraindikation für den medikamentösen Abbruch dar.

Meldung an das Statistische Bundesamt

Per Gesetz ist jeder Arzt, der Schwangerschaftsabbrüche vornimmt, verpflichtet, die Abbrüche in anonymisierter Form quartalsweise an das Statistische Bundesamt in Bonn zu melden. Man wendet sich an das Statistische Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Postfach 170377, 53029 Bonn, Tel. 01888 / 6438154, Fax 01888 / 6818154, E-mail: schwangerschaftsabbrüche@statistik-bund.de und erhält von dort den Erhebungsbogen und weitere Informationen. Wenn die Meldung am Quartalsende vergessen wird, erfolgt bald eine Mahnung. Auch wenn in einem Quartal kein Abbruch vorgenommen wurde, muss die Meldung gemacht werden.

Abrechnung

Nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteils von 1993 muss eine Frau die Kosten für einen rechtswidrigen, aber nach Beratung straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218 a, Abs. 1 StGB) selbst tragen.

Der Abbruch aus medizinischer und aus kriminologischer Indikation wird von der Krankenversicherung übernommen. Diese Abbrüche machen aber nur 3 % aller Abbrüche aus. Die medizinische und die kriminologische Indikation kommen außerdem aus Zeitgründen für den medikamentösen Abbruch kaum in Frage. Hier würden zur Abrechnung je nach Versicherungsstatus der EBM oder die GOÄ gelten. Für den medikamentösen Abbruch bleiben die Abbrüche nach Beratung, die 97 % aller Abbrüche ausmachen.

Muss die Frau die Kosten selbst tragen, erhält sie eine Rechnung nach der GOÄ, die privat Versicherte für alle Leistungen, die gesetzlich Versicherte für die unmittelbar mit dem Abbruch zusammenhängenden Leistungen (s. FRAUENARZT 42, 2001, 250).

Nach dem § 5 a der GOÄ dürfen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch die Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes berechnet werden.

»Im besonderen Fall« (Artikel 5 des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes, s.o.) – und das sind bis zu 90 % der Abbrüche nach Beratung – übernimmt das Land (Landesamt für Familie und Soziales) die Kosten. Die Länder haben für den medikamentösen Eingriff unterschiedliche Pauschalen festgelegt, die unterhalb der Pauschalen für den operativen Abbruch liegen. Die Pauschalen sind entweder mit einem Festbetrag versehen oder über vorgeschriebene EBM-Abrechnung festgelegt. Sie liegen zwischen 175 und 250 € einschließlich der Medikamentenkosten. Auskunft dazu gibt das Sozialministerium des Bundeslandes. Man schickt vor der Durchführung des Abbruchs die Schwangere zu einer, nicht zwangsweise ihrer, Krankenkasse, die zu prüfen hat, ob hier der »besondere Fall« vorliegt. Wenn das so ist, erhält die Schwangere von der Krankenkasse die Bestätigung der Kostenübernahme. Auf dieser Kostenübernahmebescheinigung bestätigt der den Abbruch durchführende Arzt, dass er dem § 13 des SchKG entspricht und den Abbruch durchgeführt hat. Zusammen mit einem gesonderten Abrechnungsschein, auf dem bei der Kassenart »Landesamt für Familie und Soziales« und als Kassenummer die vom Land dafür vergebene Zahl (in Sachsen 95888), als Diagnose »Schwangerschaftsabbruch im besonderen Fall« (keine ICD-Nummer) und als Leistung die im Land für die Pauschale geltende Zahl (in Sachsen 9165) einzutragen sind, wird die Kostenübernahmebescheinigung mit der Quartalsabrechnung bei der KV eingereicht. Die Krankenkasse erhält das Geld vom Land zurückerstattet. Die Pauschale vergütet nur den Abbruch selbst, also die drei Konsultationen mit Mifegynegabe, Prostaglandinverabreichung und Nachuntersuchung einschließlich aller Gespräche und Ultraschalluntersuchungen während dieser Phase. Die Feststellung der Schwangerschaft, die Beratung zum Abbruch, eventuelle Laboruntersuchungen (Erstkonsultation) und die Behandlung von Komplikationen werden außerhalb der Pauschale abgerechnet, bei gesetzlich Versicherten nach dem EBM, bei privat Versicherten nach der GOÄ.

Ausblick

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist im gegebenen Fall die bevorzugenswerte Methode der Durchführung. Die Methode an sich hat mit dem ethisch-moralischen und gesellschaftlichen Problem des Schwangerschaftsabbruchs nichts zu tun. Die Erfolgsquote ist hoch, ernsthafte Komplikationen treten kaum auf.

Trotz des gegenüber dem operativen Abbruch deutlich verlängerten Ablaufs bevorzugen die Frauen die medikamentöse Methode und würden sie in den allermeisten Fällen bei erneuter Problemsituation wieder anwenden. Die psychische Belastung scheint nicht höher als beim chirurgischen Abbruch zu sein. Manche Betroffene äußert, dass das eigene Aktivwerden beim medikamentösen

Abbruch sogar hilfreich bei der Bewältigung des Problems sei, das sie sich ja selbst geschaffen habe. Der medikamentöse Abbruch könnte in wenigstens der Hälfte der Abbrüche nach Beratung zur Anwendung kommen.

Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs und psychische Verarbeitung

Dr. med. Christian Fiala

Gynmed Ambulatorium für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung, Wien, Österreich

Im Folgenden gehe ich davon aus, dass eine ungewollte Schwangerschaft und der Abbruch dieser für die meisten Frauen eine Krisensituation individuell unterschiedlichen Ausmaßes darstellt. Ferner ist es ein allgemein akzeptierter Standard, dass Menschen in einer Krisensituation eines geschützten Rahmens mit einer einfühlsamen Betreuung und kompetenten Begleitung bedürfen, um diese zu überstehen und falls möglich gestärkt daraus hervorzugehen.

Es lohnt sich, die Rahmenbedingungen für Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft in verschiedenen Ländern zu vergleichen, um zu sehen, inwieweit die Rahmenbedingungen auf die Bedürfnisse der betroffenen Frauen abgestimmt sind und sie in ihrer Situation unterstützen bzw. welche Restriktionen weiterhin bestehen.

Dazu muss das Thema in drei Aspekte gegliedert werden:

- Die Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft.
- Die Entscheidung zur Fortführung oder Beendigung der Schwangerschaft.
- Die Beendigung der ungewollten Schwangerschaft.

Für alle drei Aspekte möchte ich die Bedürfnisse der betroffenen Frauen skizzieren sowie anhand von Rahmenbedingungen in verschiedenen Ländern aufzeigen, inwieweit diese lösungsorientiert oder verbesserbar sind.

Die Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft

Die Diagnosemöglichkeiten einer Schwangerschaft haben sich in den letzten 20 Jahren dramatisch verbessert. Früher mussten Frauen zum Arzt gehen und dort eine Laboruntersuchung veranlassen, um relativ spät nach dem Ausbleiben der Menstruationsblutung das Vorhandensein einer Schwangerschaft bestätigen zu lassen. Damit war die Frau alleine schon für die Feststellung der Schwangerschaft in großem Ausmaß abhängig von der Kooperationsbereitschaft eines Arztes und hatte kaum Einfluss auf die zeitliche Verzögerung bis zur Diagnose und die entstehenden Kosten. Schon alleine durch diesen Ablauf war ein Abbruch vor der siebten Woche kaum möglich.

Durch die heute in jeder Apotheke zu einem erschwinglichen Preis erhältlichen Tests kann eine Frau bereits vor der erwarteten Regelblutung mit großer Sicherheit eine Schwangerschaft diagnostizieren und zwar ebenso zuverlässig wie ein Arzt. Das versetzt sie in die Lage, die Schwangerschaft bereits sehr früh abzurechnen, sofern sie sich dafür entscheidet. Ein Abbruch früh in der Schwangerschaft ist mit weniger körperlichen Nebenwirkungen verbunden und wird von den Frauen auch psychisch als weniger belastend empfunden, insbesondere wenn noch keine embryonale Herzaktivität vorhanden ist.

Die technischen Fortschritte in der Diagnostik und Therapie würden heutzutage für viele Frauen einen weniger belastenden Abbruch ermöglichen. Leider verhindern häufig strukturelle Gegebenheiten auf verschiedenen Ebenen den Zugang zu einem frühen Abbruch bzw. dessen Umsetzung.

Zum einen meinen viele Frauen nach wie vor, sie müssten eine Schwangerschaft von einem Arzt bestätigen lassen, bevor sie zu einem Abbruch gehen. Und auch einige Beratungsstellen drängen auf eine ärztliche Bestätigung. Zum anderen wird ein früher Abbruch häufig nicht angeboten. So führen viele Institutionen einen chirurgischen Abbruch nicht vor der siebten Schwangerschaftswoche durch. Und auch der medikamentöse Abbruch wird häufig nicht angeboten. Es gibt auch Institutionen, die einen medikamentösen Abbruch erst nach einer sicheren Diagnose einer intra-

uterinen Schwangerschaft durchführen. Das aber führt zu einer unnötigen Wartezeit und häufig auch zur Entwicklung einer embryonalen Herzaktivität bis zum Behandlungsbeginn. Es gibt also bereits weit im Vorfeld eines Schwangerschaftsabbruches strukturelle Gegebenheiten, welche besser an die Bedürfnisse der betroffenen Frauen angepasst sein sollten, um einen Abbruch so schonend als möglich durchzuführen und unnötige körperliche und psychische Nebenwirkungen abzuwenden.

Die Entscheidung zur Fortführung oder Beendigung der Schwangerschaft

Die Feststellung einer ungewollten Schwangerschaft ist für die meisten Frauen eine Krisensituation, auch wenn das Ausmaß der Krise sehr unterschiedlich ist.

Gemeinsam ist jedoch fast allen, dass sie die Diagnose einer ungewollten Schwangerschaft unvorbereitet trifft. Das heißt aber, dass die Frauen sich weder inhaltlich noch bezüglich der Adressen für Beratungsstellen oder Institutionen für die Durchführung eines Abbruchs vorbereiten konnten. Die Diagnose einer ungewollten Schwangerschaft bringt die betroffenen Frauen in einen Informationsnotstand. Innerhalb sehr kurzer Zeit benötigen sie sehr viele Informationen.

Diese Suche nach Informationen wird durch einige Besonderheiten deutlich erschwert:

- Die Informationen betreffen einen der intimsten Bereiche des Lebens.
- Dieser Bereich ist in unserer Gesellschaft stark tabuisiert.
- Häufig ist die Schwangerschaft auch nicht das Ergebnis einer bestehenden, sozial akzeptierten Beziehung, weshalb schon alleine die Tatsache der Schwangerschaft nicht bekannt werden darf.
- Das eigene soziale Umfeld der Frau, aber auch professionell im Sozialbereich Tätige reagieren nicht selten mit moralischer Verurteilung, Ablehnung von Hilfe oder gar irreführenden Informationen.
- Die benötigten Informationen sind sehr umfangreich und komplex. Sie betreffen körperliche und psychische Abläufe. Gefragt ist sowohl Grundsätzliches über den Abbruch als auch Konkretes wie zum Beispiel Adressen.
- Die anstehende Entscheidung hat große Auswirkungen auf das eigene soziale Umfeld oder zentrale zukünftige Lebensbereiche und ist nicht rückgängig zu machen.
- Mit dem Partner ist eine zweite Person unmittelbar und direkt betroffen und in die Entscheidung mehr oder weniger mit einbezogen.
- Nicht zuletzt ist das Informationsbedürfnis individuell sehr verschieden und liegt teilweise sehr weit auseinander, wodurch es nicht immer leicht ist, die notwendigen Informationen zu vermitteln.

Auf diese Bedürfnisse reagieren die Gesellschaften unterschiedlich, wobei historisch fast ausnahmslos eine rigide Bevormundung vorherrschte. Diese war Ausdruck der Überzeugung einer männlich dominierten gesellschaftlichen Führungsschicht, dass schwangere Frauen nicht verantwortungsvoll über ihre Schwangerschaft entscheiden könnten. Deshalb müsse die Gesellschaft eingreifen, um sicherzustellen, dass »richtig« entschieden werde. Diese Bevormundung führte u.a. zu einem Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen, was wiederum einer der Gründe für die unvorstellbar hohe Müttersterblichkeit war. In vielen Entwicklungsländern ist dies nach wie vor der Fall, weil Abbrüche dort illegal sind, basierend auf den Gesetzen der ehemaligen Kolonialmächte. Regelungen, die auf dieser Bevormundung basieren, wurden in den letzten Jahrzehnten langsam geändert und den Frauen bzw. Paaren wurde die Autonomie über ihre Fruchtbarkeit größtenteils zurückgegeben. Als ein Ergebnis dieser Autonomie hat Holland die niedrigste Rate an Schwangerschaftsabbrüchen in allen Industrieländern.

Auf der anderen Seite gibt es immer noch Regelungen, welche der alten Vorgehensweise folgen und sich von inzwischen etablierten Standards in der Medizin und Sozialhilfe abheben. Beispiele sind u.a. eine zwangsweise vorgeschriebene Beratung vor dem Abbruch. Auch wenn diese vor zwei Jahren in Frankreich abgeschafft wurde, besteht sie in einigen Ländern immer noch mit

unterschiedlichen Vorgaben. Während zum Beispiel in Holland und Österreich jeder Arzt diese Beratung vornehmen darf und es keine inhaltlichen Vorgaben gibt, ist sie in Deutschland wesentlich rigider vorgeschrieben und erschwert den Zugang zum Abbruch. Unklar bleibt, warum es so schwer ist, eine Beratung wie sonst auch üblich freiwillig anzubieten. Ein anderes Beispiel ist eine vorgeschriebene Bedenkzeit zwischen einer Beratung und der Durchführung des Abbruchs. Die Idee einer gesetzlich vorgeschriebenen Bedenkzeit zwischen einer Beratung und einer medizinischen Behandlung ist aus gutem Grund in der Medizin unüblich. Vielmehr hat die Arzt-Patienten-Beziehung durch den Gesetzgeber einen Sonderstatus erhalten und ist besonders geschützt. Es obliegt alleine den beiden handelnden Personen, das beste Vorgehen für eine konkrete Situation zu finden. Wenn nun per Gesetz vor dem Abbruch eine Bedenkzeit zwangsweise verordnet wird, scheint dies auf drei Missverständnissen zu beruhen: 1. Schwangere Frauen müssten quasi vor sich selbst geschützt werden, damit sie sich nicht vorschnell gegen ein Kind und für das Ende der Schwangerschaft entscheiden, 2. Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft würden erst nach einer Beratung mit einer für sie fremden Person in den eigentlichen Entscheidungsfindungsprozess einsteigen und 3. eine willkürlich lange Bedenkzeit hätte einen vorwiegend positiven Effekt und könnte die Häufigkeit von Abbrüchen reduzieren.

Es ist offensichtlich, dass keine dieser Erwartungen zutrifft. Auch gibt es unter den Fachkräften in den Ländern, die keine Bedenkzeit kennen, kein Bedürfnis eine solche einzuführen.

Wie in der unten abgebildeten Tabelle dargestellt, ist die vorgeschriebene Bedenkzeit von Land zu Land sehr unterschiedlich, was die Länge, die Berechnung und etwaige Ausnahmen betrifft. Es ist davon auszugehen, dass sich die Bedürfnisse der Frauen in den angeführten Ländern nicht wesentlich unterscheiden. Die Wartezeiten dürften den meisten Frauen als willkürliche und ihren Bedürfnissen nicht entsprechende Bevormundung erscheinen.

Übersicht über vorgeschriebenen Bedenkzeiten in Europa

| Land | Bedenkzeit | Details |
|-------------|------------|--|
| Belgien | 6 Tage | Von dem ersten Kontakt mit einer Beratungsstelle |
| Dänemark | keine | |
| Deutschland | 3 Tage | 3 volle Tage, Bescheinigung einer zugelassenen Beratungsstelle |
| Frankreich | 7 Tage | Vom ersten Kontakt mit einer Fachkraft, Arzt/Beraterin/Hebamme/ Krankenschwester, kann gegen Ende der Frist des legalen Abbruchs verkürzt werden |
| Holland | 5 Tage | (erst ab dem 44. Tag) 5 volle Tage vom ersten Kontakt mit einer Fachkraft, mit vielen Ausnahmen: u.a. kann gegen Ende der Frist verkürzt werden |
| Italien | 7 Tage | Vom ersten Kontakt mit einem Arzt (mit Bescheinigung) |
| Österreich | Keine | |
| Spanien | Keine | |
| Schweden | Keine | |
| Schweiz | Keine | |

Darüber hinaus gibt es in einigen Ländern spezielle Regelungen wie die, dass die Frau nicht von den gleichen Fachkräften beraten und behandelt bzw. betreut werden darf. Eine solche Regelung ist in der Medizin einmalig. Üblicherweise ist es selbstverständlicher Standard, dass die Fachkräfte, zu denen man im Rahmen von Vorgesprächen und Untersuchungen Vertrauen aufgebaut hat, auch einen etwaigen Eingriff durchführen bzw. während des Eingriffes auch die Betreuung übernehmen. Die Konstanz der betreuenden Personen ist besonders bei dem Abbruch wichtig, damit die Frauen nicht jedes Mal ihre ganze Geschichte erzählen müssen. Nur so kann eine gewisse Vertrautheit entstehen, welche den Behandlungsverlauf positiv beeinflusst. Aus diesem Grund haben wir im Gynmed Ambulatorium in Wien zum Beispiel den Dienstplan der Beraterinnen so eingerichtet, dass die Patientinnen nach Möglichkeit bei allen Kontakten oder Besuchen von der

gleichen Beraterin betreut werden. Es kann nicht überraschen, dass wir damit sehr gute Erfahrungen gemacht haben und ein positives Feedback von den Patientinnen bekommen. Es ist schwer nachvollziehbar, warum dieser wichtige Qualitätsstandard ausgerechnet in der Krisensituation einer ungewollten Schwangerschaft nicht gelten sollte. In anderen Bereichen der Medizin würde ein derartiges Vorgehen aus gutem Grund als unethisch bis hin zur seelische Grausamkeit gewertet werden.

Ein anderes Beispiel aus der Schweiz: Dort muss eine Frau, sogar nach dem kürzlich liberalisierten Gesetz, immer noch schriftlich erklären, dass sie sich in einer Notlage befindet, bevor sie einen Abbruch legal vornehmen lassen kann. Auch hier ist für die betroffene Frau kein Vorteil durch ein derartiges, in der Medizin unübliches Vorgehen zu erkennen. Vielmehr entsteht der Eindruck, es handele sich um eine Alibiaktion, welche der betroffenen Frau jedoch das Gefühl vermittelt, sie müsse sich für ihr Tun gegenüber der Gesellschaft rechtfertigen.

Eine wichtige positive Entwicklung ist die zunehmende Verbreitung des Internet, das viele Vorteile für ungewollt schwangere Frauen birgt. Ohne großen Aufwand und unabhängig von Öffnungszeiten haben sie ungehinderten Zugang zu einer großen Menge an Informationen aus unterschiedlichen Perspektiven. Sie können wiederholt ins Netz gehen, wenn neue Fragen aufgetaucht sind. Das Wichtigste dabei aber ist, dass ihre Privatsphäre gewahrt bleibt, sie müssen nichts von sich erzählen und sich vor niemandem rechtfertigen. Erfahrungsgemäß sind Frauen, die sich über das Internet informiert haben, überdurchschnittlich gut vorbereitet, was die Beratung und Behandlung positiv beeinflusst. Bezüglich Internet gibt es lediglich zwei Nachteile: Zum einen haben nicht alle Frauen Zugang dazu, zum anderen sind Homepages religiöser Fanatiker sehr stark vertreten und es ist unmöglich, deren emotionaler Propaganda und Falschinformation zu entgehen. Anfragen mit Suchmaschinen verweisen deutlich mehr auf Homepages von religiös motivierten Vereinigungen als auf Seiten mit konstruktiven und neutralen Informationen.

Die Beendigung der ungewollten Schwangerschaft

In allen Bereichen der Medizin ist es selbstverständlich, dass Patienten eine freie Wahl der Methoden haben und sich therapeutische Fortschritte sehr rasch verbreiten. So war beispielsweise die Neueinführung von Viagra® nur eine Sache von einigen Monaten, bis fast alle Männer dieser Welt Zugang zu diesem Medikament bekamen.

Beim Schwangerschaftsabbruch ist die Umsetzung von Fortschritten in vielerlei Hinsicht anders. Es beginnt damit, dass der Abbruch in der Ausbildung für Ärzte, auch in der Facharztausbildung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, in den meisten Ländern kaum oder gar nicht vorkommt. Auch gibt es dafür selten Fortbildungen und auf gynäkologischen Kongressen fällt das Thema meist unter den Tisch. Und dies, obwohl ein chirurgischer Abbruch der häufigste chirurgische Eingriff in der Gynäkologie ist.

Es kann deshalb nicht verwundern, dass die meisten Ärzte lediglich eine Methode anwenden, nämlich die, die sie irgendwo gelernt haben bzw. die in der jeweiligen Institution am einfachsten umzusetzen ist.

Interessant ist der große Unterschied bezüglich der angewendeten Methoden im internationalen Vergleich. Während zum Beispiel in Holland die meisten Abbrüche im ersten Trimenon in Lokalanästhesie durchgeführt werden, hat sich in anderen Regionen die Vollnarkose als Standard etabliert. Und während in Frankreich, England sowie Schweden teilweise über 50 % der Frauen den medikamentösen Abbruch wählen, sind dies in Deutschland, Holland und in Österreich lediglich ein verschwindend geringer Prozentsatz. In Holland wiederum ist ein chirurgischer Abbruch in der fünften oder sechsten Woche selbstverständlich und sogar von der gesetzlichen Wartefrist ausgenommen. In anderen Ländern wird dies nicht angeboten und gilt unter Ärzten beinahe als Kunstfehler.

Es ist nicht anzunehmen, dass sich die Bedürfnisse der Frauen in den erwähnten Ländern derart unterscheiden und sich so die unterschiedliche Häufigkeit der verschiedenen Methoden erklärt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Unterschiede in der Häufigkeit der Methoden Ausdruck unterschiedlicher organisatorischer, rechtlicher oder finanzieller Rahmenbedingungen sind oder einfach nur eine Fortschreibung von Traditionen, die nicht in Frage gestellt werden.

Zwei Aspekte der Rahmenbedingungen haben eine besondere Bedeutung:

1. Ein früher Abbruch vs. eine unnötige Verzögerung.
2. Ein bewusstes Erleben vs. ein Abbruch in Vollnarkose.

ad 1.: Es ist nach wie vor eine traurige Realität, dass Frauen, die sich bereits sehr früh in der Schwangerschaft zu einem Abbruch entschieden haben, wegen angeblicher Probleme mit der Methode vertröstet werden und erst eine bis drei Wochen später zum Abbruch bestellt werden. Dies geschieht zum einen bei dem chirurgischen Abbruch, der in vielen Institutionen erst nach der siebten Schwangerschaftswoche durchgeführt wird. Aber auch bei dem medikamentösen Abbruch werden Frauen oft nach ein bis zwei Wochen wiederbestellt, weil entweder eine Eileiterschwangerschaft nicht ausgeschlossen werden kann oder angeblich eine fötale Herzaktivität vorhanden wäre. Es ist interessant zu beobachten, wie lange sich objektiv falsche, leicht widerlegbare Überzeugungen halten, obwohl sie den Interessen der betroffenen Frauen diametral entgegen stehen. Mittels der heute erhältlichen Schwangerschaftstests und aufgrund der zunehmenden Autonomie von Frauen wollen immer mehr Frauen bereits sehr früh in der Schwangerschaft einen Abbruch. Sowohl körperlich als auch vor allem psychologisch ist es für die Betroffenen von Vorteil und wichtig, dass der Abbruch ohne Verzögerung durchgeführt wird, sobald die Entscheidung für den Abbruch gefallen ist. Entsprechend haben 68 % der von uns betreuten Frauen nach einem medikamentösen Abbruch die frühe Möglichkeit als wesentlichen Grund für ihre Entscheidung zu dieser Methode genannt. Eine unnötige Verzögerung macht gerade diesen wichtigen Vorteil der Methode zunichte.

Ein Warten, nachdem die Entscheidung gefallen ist, stellt eine psychische und, wegen der schwangerschaftsbedingten Symptome, häufig auch eine körperliche Zumutung dar. Anstatt aber den Bedürfnissen der betroffenen Frauen entgegenzukommen und den frühen chirurgischen oder medikamentösen Abbruch möglichst flächendeckend anzubieten, entsteht der Eindruck, unsere Gesellschaft sei bemüht, Vorschriften und Vorurteile zu erfinden, um die technologischen Fortschritte auszugleichen und Frauen vor dem Abbruch noch ein bisschen leiden zu lassen.

ad 2.: Besonders wichtig ist die Unterscheidung zwischen denjenigen Methoden, bei denen die Frau den Abbruch bewusst miterlebt (chirurgischer Abbruch in örtlicher Betäubung, bzw. medikamentöser Abbruch), und einer Vollnarkose, wo die Frau den Moment des Abbruchs nicht bewusst erlebt. Aus der Sicht der betroffenen Frau erlangt die Wahl zwischen diesen beiden Möglichkeiten eine große Bedeutung beim Erleben und Verarbeiten des Abbruchs. Natürlich gibt es einige Frauen, die sich nicht für ein bewusstes Erleben entscheiden können oder wollen, zum Beispiel wegen eigener traumatischer Erlebnisse oder weil sie ein Eingreifen in dieser Körperregion nicht zulassen können. Erfahrungsgemäß sind jedoch die Mehrzahl der Frauen sehr wohl in der Lage nach einer entsprechenden Beratung, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden abzuwägen und eine eigene Entscheidung zu treffen.

Ein ganz wichtiger Aspekt bei der Wahl zwischen den Methoden, ist die Korrektur der eigenen Vorstellung von einem Abbruch. Jede Frau und jeder Mann hat Phantasien über einen Abbruch. Da die wenigsten Menschen berufliche Erfahrungen oder ein eigenes bewusstes Erleben in diesem Bereich haben, sind sie auf Berichte anderer und ihre Vorstellungskraft angewiesen, wo der Abbruch sich fast immer wesentlich dramatischer darstellt als in Wirklichkeit. Das ist nicht verwunderlich, ist doch die wichtigste Informationsquelle in der öffentlichen Diskussion das emotionelle und inhaltlich falsche Propagandamaterial von religiösen Fanatikern. Aber auch die wenigen

negativen Berichte von Frauen nach einem Abbruch hinterlassen einen Eindruck. Mit diesen Informationen im Bewusstsein ist es nicht verwunderlich, dass sich viele Frauen eine Vollnarkose wünschen, um den in ihrer Phantasie dramatischen Verlauf nicht miterleben zu müssen. Diesem Wunsch wird zudem von vielen Institutionen gerne entsprochen, weil dort die Behandlung und Betreuung von bewusstlosen Patientinnen ebenfalls leichter fällt. Häufig spielen hier finanzielle Aspekte eine Rolle: Es lässt sich schneller arbeiten oder ein bestehender Zentral-OP muss ausgelastet werden; aber auch psychologische Gründe können von Bedeutung sein: Eine bewusstlose Patientin erfordert weniger Engagement und Einfühlungsvermögen und erlaubt es dem Personal, sich von deren Situation zu distanzieren. Aber es gibt auch Institutionen, welche sich einfach schwer tun, eine Behandlungsform zu ändern, die sie seit vielen Jahren oder gar Jahrzehnten anwenden.

Für das Erleben der betroffenen Frauen bedeutet dieses Vorgehen jedoch eine Bestätigung ihrer (meist falschen) Phantasien. Und die Vollnarkose nimmt ihnen die Möglichkeit diese Phantasien zu korrigieren. Nach dem Eingriff entsteht der Eindruck: »Zum Glück habe ich eine Vollnarkose gehabt, so dass ich ›das alles‹ nicht miterleben musste.« Darüber hinaus wird mit diesem Vorgehen auch das Tabu des Schwangerschaftsabbruches gefestigt, weil nicht einmal diejenigen Frauen, die selbst einen Abbruch hatten, darüber berichten können, wie dies vor sich ging und wie sie es erlebt haben.

Demgegenüber sind die meisten Frauen nach einem chirurgischen Abbruch in örtlicher Betäubung oder nach einem medikamentösen Abbruch erstaunt, wie undramatisch und schnell die Behandlung vor sich geht. Das Erstaunen bezieht sich dabei vor allem auf den Vergleich des real Erlebten mit den vorbestehenden Phantasien.

Gelegentlich wird den Patientinnen eine Vollnarkose nahegelegt mit dem Argument, die Frau müsse den Abbruch ja nicht miterleben. Es stellt sich bei diesem Vorgehen die Frage, ob damit tatsächlich die Patientin oder nicht vielmehr das Personal vor einer Auseinandersetzung mit einer Patientin, die ihre ungewollte Schwangerschaft bewusst beendet, sowie den möglicherweise dahinter liegenden Konflikten geschützt werden soll.

In diesem Zusammenhang sei auf die Ergebnisse einer zwischen verschiedenen Methoden vergleichenden Studie hingewiesen. Interessanterweise waren die Frauen in den meisten Fällen mit der gewählten Methode in etwa gleichem Ausmaß zufrieden. Wichtig war jedoch allen, frei zwischen den unterschiedlichen Möglichkeiten wählen zu können.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Rahmenbedingungen im Vorfeld eines Abbruchs sowie bei dessen Durchführung in den meisten Ländern teilweise kaum bis gar nicht nach den Bedürfnissen der betroffenen Frauen ausgerichtet sind und häufig wenig Spielraum für individuelle Bedürfnisse lassen. Vielmehr manifestieren sich in den willkürlich anmutenden und von Land zu Land sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen die Phantasien und Projektionen von beruflich Unerfahrenen und persönlich nicht Betroffenen. Leider führen die restriktiven, nicht bedarfsorientierten Rahmenbedingungen genau zum Gegenteil dessen, was sie angeblich erreichen sollen.

Vergleicht man die Häufigkeit von Abbrüchen in verschiedenen Ländern, ist offensichtlich, dass diejenigen Länder die niedrigsten Abbruchraten haben, in welchen sich die Rahmenbedingungen am ehesten nach den Bedürfnissen richten und Frauen im Zugang zu Sexualaufklärung, Verhütung und zum Abbruch größtmögliche Autonomie haben, wie dies zum Beispiel in Holland der Fall ist. Auf der anderen Seite, finden sich die höchsten Raten an Abbrüchen in den Ländern mit der stärksten Bevormundung von Frauen bezüglich ihrer reproduktiven Gesundheit, wie zum Beispiel in den USA und in Österreich.

Während also diese nicht bedarfsorientierten Rahmenbedingungen ihr erklärtes Ziel weit verfehlen, haben sie hingegen deutlich negative Auswirkungen auf das körperliche und psychische Erleben der Betroffenen. Diese Aspekte sollten in der öffentlichen Diskussion und bei der Formulierung neuer Rahmenbedingungen im Vordergrund stehen.

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte war insofern ermutigend, als die Regelungen in vielen Ländern geändert wurden und heute weniger restriktiv sind. Besonders erwähnenswert ist das Beispiel Kanada. Dort hat sich bereits seit langem die Einsicht durchgesetzt, dass ein Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft eine ärztliche Behandlung ist und keiner gesetzlichen Einmischung bedarf. Deshalb erklärte der Oberste Gerichtshof das Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch 1988 nach längeren juristischen Auseinandersetzungen als verfassungswidrig und strich es ersatzlos. Wir dürfen gespannt sein, wie lange es dauert, bis dieser lösungsorientierte Ansatz auch in anderen Ländern die nach wie vor bestehenden ideologisch motivierten Regelungen ersetzt.

Abschließend möchte ich noch einen Gender-Aspekt einbringen. Als Männer können wir bekanntlich weder schwanger werden noch selbst einen Abbruch vornehmen lassen. Die Erhaltung der reproduktiven Gesundheit von Frauen liegt aber auch in unserem Interesse, wir sind direkt davon betroffen und abhängig. Wir sollten uns deshalb für Rahmenbedingungen einsetzen, innerhalb derer Frauen, die ja durch unser Zutun schwanger wurden, eine ungewollte Schwangerschaft bestmöglichst und ohne unnötiges Leid beenden können.

Fakten und Mythen des Schwangerschaftsabbruchs und ihre Wirkung auf Einstellung und Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch ¹

Lisa Hallgarten

Education for Choice, London, Großbritannien

Ich möchte mich zuerst dafür bedanken, dass ich eingeladen wurde, um hier zu sprechen. Es freut mich wirklich sehr, das laut George Bush »old Europe« zu besuchen. In England wird dieses alte Europa als die zivilisierte Welt angesehen, weil Sie eine Kriegsbeteiligung abgelehnt haben. Das ändert natürlich nichts daran, dass hier durch reaktionäre Einstellungen die gleichen Probleme wie bei uns in Großbritannien auftreten und dass auch hier sichere Schwangerschaftsabbrüche noch immer nicht als notwendiges Element der Frauengesundheit allgemein akzeptiert sind.

Um zu diesem Thema zu sprechen, bin ich heute hierher gekommen. In meinem Vortrag möchte ich über die Herkunft und die Ursachen von Fakten und Mythen in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche sprechen, denn unterschiedliche Berufs- und Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel die Fachärzte und vor allem junge Menschen, befragen uns immer wieder zu den psychischen Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs.

Es ranken sich viele Ängste und Sorgen um die psychische Gesundheit einer Frau, wenn sie einen Abbruch durchführen lässt. Das möchte ich heute genauer betrachten: Welche Empfindungen hat die betroffene Frau beim Thema Schwangerschaftsabbruch? Wie denkt sie darüber? Andere interessieren sich zunächst häufig gar nicht für diese Zusammenhänge, der Abbruch bleibt eine persönliche Entscheidung der einzelnen Frau. Dennoch stellt sich auch die Frage: Wie fühlen wir uns als Gesellschaft in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch?

Ich werde in meinem Vortrag die kulturellen Zusammenhänge in Bezug auf die Angst vor dem Schwangerschaftsabbruch genauer untersuchen. Später komme ich auf die Ursachen und die Informationsquellen. Eine weitere Frage: Stimmt das, was wir wahrnehmen mit den Ergebnissen der Forschung überein? Welche Organisationen haben ein Interesse daran, Frauen falsche Informationen zu geben oder Fehlinformationen zu verbreiten? Wie wirken sich diese Informationen auf unsere Praxis aus? Wie können wir sicherstellen, dass in unserer Praxis die Gesundheit der Frauen im Mittelpunkt steht?

Wie fühlen wir beim Thema Schwangerschaftsabbruch?

Lassen Sie uns den kulturellen Kontext betrachten: Warum gibt es so viel Angst vor dem Trauma nach dem Schwangerschaftsabbruch?

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein Tabu. So fragen uns Frauen sehr häufig: »Können Sie uns etwas über den Abbruch sagen, denn wir finden niemanden, der darüber spricht!« Um dies zu verdeutlichen, sage ich zum Beispiel den Jugendlichen in einer Schulklasse: »Jeder in diesem Raum kennt doch sicher eine Frau, die schon einen Abbruch hatte, wenn ihr aber so jemanden kennt, dann fragt euch nicht, wer das sein könnte, sondern fragt lieber, warum wir eigentlich nicht wissen, wer es ist!«

Bei allen anderen medizinischen Eingriffen wissen wir oft sehr genau, was die Menschen erlebt haben, denn sie erzählen es uns sofort. Man weiß beispielsweise, wenn jemand eine Herzoperation hatte, aber keine Frau würde in einer größeren Runde erzählen, dass sie einen Abbruch hatte.

¹ Der Beitrag ist eine Transkription des gehaltenen und simultanübersetzten Vortrags von Lisa Hallgarten

Dieses Thema wird also nach wie vor geheim gehalten. Es gibt Studien aus den frühen 1920er Jahren, aus denen hervorgeht, dass Frauen häufig nicht einmal ihre Ehemänner über einen Abbruch informiert haben, auch wenn diese möglicherweise sogar auch ein Interesse daran gehabt hätten, dass die Frau einen Abbruch vornehmen lässt. Diese Ergebnisse stammen insbesondere aus Ländern, in denen der Abbruch noch illegal war und zur strafrechtlichen Verfolgung der Frauen führte.

Noch heute gibt es diese »Kultur der Geheimhaltung«. Einer der Gründe dafür ist, dass die Sexualität der Frauen immer noch sehr umstritten ist. Ein Schwangerschaftsabbruch verdeutlicht eben auch, dass Frauen Sex wollen, ohne Kinder haben zu wollen. Es ist sehr erstaunlich, wie viele Menschen diese Tatsache immer noch als unangenehm empfinden, was sicherlich auch einen Einfluss auf die Einstellung zum Abbruch hat. Wir haben das Gefühl, dass die Mutterschaft etwas Natürliches und Wünschenswertes ist, weswegen alles, was die Mutterschaft verhindert, unnatürlich, nicht wünschenswert und deshalb schädlich ist. Diese Vorstellung ist sehr alt: Ein amerikanischer Arzt ² behauptete beispielsweise sogar noch 1958, es sei die Hauptaufgabe der Frau, Kinder zu empfangen und aufzuziehen. Es ist offensichtlich, dass diese grundlegende Sicht der Dinge auch in den letzten 50 Jahren unsere Verhaltens- und Denkstrukturen beeinflusst. Noch heute teilen viele Frauen diese Auffassung, und wenn dann dieses weibliche Verhaltensmuster verändert wird, kommt es bei den Frauen zu großen Irritationen.

Mutter werden ist gefährlicher als ein Abbruch

Frauen, die einen Abbruch vorgenommen haben und schon Mütter sind, haben sich dafür entschieden, um ihre Gesundheit zu erhalten und sich um ihre bereits vorhandenen Kinder besser kümmern zu können. Dieses Beispiel zeigt, wie unsinnig das Argument ist, dass ein Abbruch gegen die Mutterschaft spricht. Es lässt sich im Übrigen auch nicht mit Fakten belegen: Wenn man sich die Anzahl der physischen und psychischen Probleme nach der Geburt anschaut, sieht man, dass das Mutterwerden wirklich wesentlich gefährlicher ist als ein Abbruch.

Außerdem ist bekannt, dass religiöse, kulturelle und gesellschaftliche Faktoren große Auswirkungen auf die Gefühle des Einzelnen haben, dass diese Faktoren aber die Anzahl der Abbrüche nicht beeinflussen.

Welches sind die Informationsquellen zum Schwangerschaftsabbruch?

Woher kommen die Informationen? In Großbritannien spielen die Medien eine große Rolle, die zumeist über Skandale und Tragödien berichten: beispielsweise über einen Mann, der seine Frau verklagt, weil sie einen Abbruch durchführen lassen möchte, oder über eine Frau, die ihren Arzt verklagt, weil er sie nicht über das Trauma eines Abbruchs informiert hat. Man muss diese Geschichten realistisch sehen. Wir wissen, es werden jedes Jahr Hunderttausende von Schwangerschaftsabbrüchen in Großbritannien durchgeführt und solche Fälle kommen nur sehr selten vor. Die Dramen, die im Fernsehen gezeigt werden bzw. über die in anderen Medien berichtet wird, stellen stereotyp das durch den Abbruch verursachte Trauma in den Vordergrund; der Abbruch wird regelmäßig bedauert und führt angeblich zu lebenslanger Trauer.

Lassen Sie uns statt der medialen Verarbeitung die individuellen Erfahrungen ansehen. In einer Gesellschaft, in der über den Abbruch nicht offen gesprochen wird, ist es sehr schwierig für Frauen, ein positives Erlebnis in diesem Bereich zuzulassen. Sie dürfen sich nicht wirklich wohl mit diesem Eingriff fühlen, eine solche dem Gemütszustand oft angemessene Reaktion kennt man gar nicht. Logischerweise handeln die Geschichten, die verbreitet werden, immer nur von den Frauen, für die ein Abbruch eine wirklich schwierige Erfahrung war. Viele Experten sagen, die meisten Frauen, mit denen sie über den Abbruch sprechen, schildern diesen als eine schwierige Erfahrung.

² Dr. Goldstone, published in *The Abortion Controversy*: Sarvis, Betty and Hyman, Rodman 1973. New York: Columbia Press

Allerdings wird dabei nicht deutlich, dass diese Frauen nur ein kleiner Teil der Frauen sind, die einen Abbruch hatten, weil die meisten die Beratungsmöglichkeiten nach dem Abbruch überhaupt nicht in Anspruch nehmen und auch nicht darüber sprechen. Das heißt die Erfahrungen der Mehrzahl der Frauen, ob sie jetzt positiv, negativ oder neutral sind, werden gar nicht registriert.

Die problematischste Informationsquelle zum Thema Schwangerschaftsabbruch geht auf Interessensgruppen von Abtreibungsgegnern zurück, die überall auf der Welt aktiv sind und die den Abbruch kriminalisieren wollen. Ich werde dieses Thema an späterer Stelle etwas vertiefen.

Um die Haltung zum Abbruch zusammenzufassen: Es wird postuliert, dass ein Abbruch immer traumatisch sein muss, alle Frauen, die einen Abbruch hinter sich haben, sind Opfer, mit ihnen ist etwas Schlimmes passiert und alle diese Frauen leiden unter dem sogenannten »post-abortion-syndrom« (Nach-Schwangerschaftsabbruch-Syndrom).

Dieses Phänomen, das zurzeit in Großbritannien in aller Munde ist, an das man glaubt, geht auf eine 1992 in den USA vorgenommene Forschungsarbeit ³ zurück. In dieser Studie hat ein Student 30 Frauen interviewt, die ausgesagt haben, dass sie den Schwangerschaftsabbruch als stressig empfanden. 46 % dieser Frauen hatten Abbrüche im zweiten Trimenon; bei anderen lagen die Schwangerschaftsabbrüche bis zu 25 Jahre zurück und wurden unter illegalen Bedingungen durchgeführt. Hier wird deutlich, wie wenig seriös diese Quellen sind und wie wenig repräsentativ die verwendeten Beispiele.

Was soll nun dieses Syndrom nach dem Schwangerschaftsabbruch sein? Nun, es ist ein Syndrom, dessen Symptome wir alle kennen, sie haben eine enorme Spannweite und scheinen in ihrer Definition beliebig: Dazu gehört zum Beispiel, dass man keine Lust auf Sex hat oder dass man zuviel Lust auf Sex hat, dass man nicht essen will, dass man zu viel isst, dass man zu viel schläft oder gar nicht schlafen kann, dass man traurig ist, dass man fröhlich ist, dass man dies und jenes ist. Jeder von uns hat sicherlich schon einmal verschiedene dieser Symptome selbst erlebt.

Die Diskussion um das posttraumatische Syndrom

Was ist nun an der Diagnose so wichtig, dass sie als posttraumatisches Stresssyndrom diskutiert wird und woher kommt der Begriff des posttraumatischen Syndroms? Der Begriff ist auf die Veteranen des Vietnamkrieges zurückzuführen ⁴. Die Entstehung eines posttraumatischen Syndroms wird durch Erlebnisse definiert, die im normalen Bereich menschlichen Erlebens nicht vorkommen, sie stellen etwas äußerst Bedrohliches dar, etwas Lebensbedrohendes, das außerhalb des normalen Erfahrungsbereiches liegt.

Dies gilt selbstverständlich für jemanden, der aus dem Krieg zurückkommt, aber nicht für eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt. 46 Millionen Frauen machen das in jedem Jahr, das heißt es kann nichts sein, was außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungen liegt. Die ungewollte Schwangerschaft bedeutet für viele Frauen eine Situation der Hilflosigkeit und der Not und die Entscheidung zum Abbruch ist ein Schritt zur Kontrollierung dieser schwierigen Situation.

Schlussfolgerungen in Bezug auf die Abtreibungsgegner

In der öffentlichen Diskussion in Großbritannien stehen die Gesundheitsrisiken für die Frauen im Vordergrund. Am Anfang möchte ich hierzu kurz das Royal College für Geburtshelfer und Gynäkologen zitieren: Es geht davon aus, dass langfristige mentale und psychische Risiken für Mütter und

³ Anne Speckhard and Vincent Rue 1992: Post Abortion Syndrome: An emerging Public health Concern. Journal of Social Issues 48.

⁴ PTSD (Post traumatic stress disorder), die Bezeichnung wurde von PsychaterInnen für Kriegsveteranen eingeführt, die aus dem Vietnamkrieg zurückkehrten. Beschrieben wurde dies von Wilbur J. Scott in 1990 PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease; Social Problems 37(3): 294-310.

Kinder immer größer sind, wenn die Frau eine Schwangerschaft austrägt, die sie eigentlich beenden wollte ⁵.

Aber welche Schlussfolgerungen können wir aus den Argumenten der Abtreibungsgegner ziehen? Sollten wir zu dem Schluss kommen, dass Frauen einen Abbruch auf alle Fälle vermeiden sollten, dass die Schwangerschaftsberatung schon im Vorhinein die psychischen Risiken betonen sollte, dass alle Abbrüche automatisch auch eine Beratung nach dem Abbruch beinhalten sollten und dass letztendlich – hier kommen wir zum eigentlichen Ziel aller dieser Behauptungen – ein Abbruch legal nicht verfügbar sein sollte?

Wenn wir diese Argumentation betrachten, können wir schließen, dass es niemals im Interesse der Frauen sein kann, eine Schwangerschaft zu beenden. Ich möchte Ihnen jetzt die Herkunft dieser Argumente darlegen.

Die sogenannten Lebensschützerorganisationen gibt es vor allem in den Vereinigten Staaten. Sie breiten sich jedoch immer mehr in Europa aus und versuchen neue Methoden zu entwickeln, wie man Frauen vom Schwangerschaftsabbruch abhalten kann. In der Vergangenheit haben sie zu meist moralisch argumentiert. Das hat häufig nicht funktioniert, denn wenn eine Frau einen Abbruch durchführen möchte, liegt es an ihrer Lebenssituation und hat nichts mit Moral oder abstrakten Dingen zu tun. Deswegen versuchten diese Organisationen, einen anderen Zugang zu den Herzen und Köpfen der Frauen finden.

So haben sie nun einen »frauenzentrierten« Ansatz gewählt, das heißt sie verbreiten, Schwangerschaftsabbrüche wären eine Gesundheitsfrage und keine moralische Frage, was natürlich zu einer wesentlich größeren Resonanz geführt hat. In den Vereinigten Staaten hatte diese Argumentationsweise zur Folge, dass die Mediziner Angst vor medizinisch falschem Verhalten bekamen. Seit der Abbruch legalisiert wurde, wird er also als Gesundheitsproblem für die Frau gesehen. So wird die Frage erneut diskutiert, ob ein Abbruch tatsächlich legal sein und in sicherer Form zur Verfügung stehen sollte. Mittlerweile geht die Entwicklung also dahin, dass die Mediziner Angst vor Klagen haben. Sie sind keine Garanten mehr für Gesundheit, sondern ihr Handeln bzw. das Unterlassen von Informationsweitergabe stellt vielmehr ein Risiko dar. Aus diesem Grund werden Ärzte dazu angehalten, die Frauen bei dem Aufklärungsgespräch zu warnen, dass ein Abbruch zu psychischen Problemen führen kann. In England hat eine Frau deshalb ihren Arzt verklagt, weil er ihr nichts von dem Trauma gesagt hat, das mit einem Abbruch einhergehen kann. Im Endeffekt fand sie aber das Rechtssystem wesentlich traumatischer und hat deswegen ihre Klage zurückgezogen.

Es gibt auch Organisationen, die solche Klagen finanziell unterstützen. In Großbritannien wurde eine Organisation ins Leben gerufen, in der Frauen angeblich ihre durch einen Abbruch ausgelöste Schuld und Trauer ausdrücken können. Dahinter steckt die Vorstellung, dass ein Abbruch etwas Falsches ist und es richtig ist, wenn eine Frau danach Schuld und Scham empfindet.

Es gibt allerdings auch Organisationen, die durch ihre Beratung unglücklichen Frauen helfen wollen. Eine dieser Organisationen erhielt eine Anfrage, ob sie in ihren Beratungsgesprächen die betroffenen Frauen fragen könnten, ob diese bereit wären, ihr Schicksal zum Beispiel in Medienkampagnen oder vor Gericht darzustellen. Diese verletzlichen und traurigen Frauen sollen so für andere Zwecke ausgenutzt werden.

⁵ The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Care of Women Requesting Induced Abortion. (online unter www.RCOG.org.uk) unter Psychologische Folgeerscheinungen: »Psychological sequelae: only a small minority of women experience any long-term, adverse psychological sequelae after abortion. Early distress, although common, is usually a continuation of symptoms present before the abortion. Conversely, long-lasting, negative effects on both mothers and their children are reported where abortion has been denied.«

Studien und Fachgremien haben immer wieder gezeigt, dass die Theorie des Traumas nach dem Abbruch falsch ist ⁶. Was gibt diesem Mythos dann weiter Nahrung?

Ich habe ein wichtiges Thema bisher nicht angesprochen, nämlich welche Auswirkungen die dargestellten Fehlinformationen haben: Den Frauen wird der Zugang zum Abbruch erschwert, die Mediziner verweisen nicht auf ein geeignetes Institut, die Qualität der Beratung nimmt ab, was sich wiederum auf die Erwartungen der Frauen und schließlich auf das tatsächliche Erleben auswirkt.

Warum ist es so schwierig, diese Mythen aus der Welt zu schaffen? Gemäß der Studie eines amerikanischen Arztes aus der American Psychological Association ist es sehr schwer, die Widerlegung dieses Mythos überhaupt zu beweisen. Zunächst weil keine klinischen Studien einerseits bei Frauen, die Abbrüche vorgenommen haben, und andererseits bei solchen, die keine vorgenommen haben, gemacht werden. Dem stehen ethische Probleme im Wege. Aber es gibt noch weitere Hindernisse: In den meisten Studien gibt es nicht die Möglichkeit, die Frauen lange genug nach Durchführung der Studie zu begleiten. Selbstverständlich müssten die Gruppen kontrolliert sein, um Variable einbeziehen zu können, das heißt es müssen zum Beispiel die normalen Stresssituationen bei einem Abbruch berücksichtigt werden. Man muss auch zwischen Depressionen und Psychosen, also schwierigen mentalen Erkrankungen, und Bedauern oder Traurigkeit unterscheiden, wozu jedoch zahlreiche Studien vorliegen ⁷. Gruppen von 600 bis 6 000 Frauen in Studien aus den USA, aus Großbritannien und Dänemark wiesen übereinstimmende Ergebnisse auf. Selbstverständlich gibt es Risikofaktoren. Ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme besteht beispielsweise bei Frauen, die einen illegalen Abbruch vornehmen, die zum Abbruch gezwungen werden oder die eine gewollte Schwangerschaft beenden. Diese Frauen brauchen sicherlich weitergehende Unterstützung. Die Studien haben aber auch gezeigt, dass der wichtigste Indikator für psychische Probleme ist, dass schon vorher solche bestanden. Man hat bei Frauen, die zum gleichen Zeitpunkt positive Schwangerschaftstests hatten, diverse Studien durchgeführt: Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wurden mit solchen, die die Schwangerschaft fortführten, verglichen; ebenso Frauen, die erst einen Abbruch machen wollten, sich dann aber anders entschieden haben, oder die einen Abbruch machen wollten, dann aber keinen Arzt gefunden haben. Bei allen kam man zu den oben genannten gleichen Ergebnissen betreffend ihrer psychische Gesundheit.

Interessant ist, dass die Gesundheitsergebnisse bereits vorhandener Kinder von den Frauen, die einen Abbruch wollten und keinen bekamen, sehr schlecht waren. Das lässt darauf schließen, dass diese Frauen einfach nicht mehr in der Lage waren, sich um ihre Kinder so gut zu kümmern. Nach Christian Fialas sehr interessantem Vortrag muss man bedenken, dass ein später Abbruch sehr schwierig und wesentlich dramatischer ist. Das Risiko, dass die Frauen mentale und psychische Probleme davontragen, ist ungleich höher. Niemand hat bisher darüber gesprochen, welche Auswirkung zum Beispiel die Religionszugehörigkeit hat. Es gibt viele Studien, die besagen, dass die eige-

⁶ Ein von der American Psychological Association einberufenes Gremium stellte fest in »Abortion and the Null Hypothesis«: abortion is »psychologically benign«; Archives of General Psychiatry Vol. 57 August 2000. Major et al.: Psychological responses to women after first-trimester abortion; Archives of General Psychiatry, August 2000. Diese Studie hat eine große Gruppe von Frauen über zwei Jahre hinweg untersucht und verwendete standardisierte Tests für Depression und posttraumatische Störungen und stellt fest, dass die Mehrheit der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester durchführen lassen, zufrieden ist und angibt, von dem Abbruch zu profitieren. Die Rate der psychologischen Störungen wie zum Beispiel Depression und posttraumatische Störungen wurden in der untersuchten Gruppe nicht häufiger gefunden als in einer vergleichbaren Population ohne Abbruch. Die Untersuchung ergab, dass bei den meisten Frauen zwei Jahre nach dem Schwangerschaftsabbruch keine psychologischen Probleme auftreten bzw. dass sie den Schwangerschaftsabbruch nicht bereuen. Einige Frauen jedoch zeigen Depression oder Reue. In dieser Gruppe waren bereits früher aufgetretene Depressionen häufiger. Barnett, W.: Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs für Patientin und Partnerschaft – die Kieler Repräsentativstudie, Vortrag zum Symposium »Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs – Mythen und Fakten«, 31.5.2001, Bern, Schweiz. Gilchrist, A.: Termination of Pregnancy and Psychiatric Morbidity, Vortrag zum Symposium »Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs – Mythen und Fakten«, 31.5.2001, Bern, Schweiz.

⁷ Stotland, L. The Myth of the Abortion Trauma Syndrome, Journal of the American Medical Association. 268: 2078-9.

ne Einstellung wesentlich wichtiger ist als zum Beispiel die Religionszugehörigkeit: So kann sich beispielsweise auch eine Katholikin berechtigt fühlen, eine Schwangerschaft zu beenden. Allerdings habe ich dennoch den Eindruck, dass die religiöse Zugehörigkeit sicherlich einen Einfluss hat.

Das Risiko eines Abbruchs ist gering

Insgesamt müssen wir sagen, dass das Risiko eines Abbruchs für die Gesundheit der Frau sehr gering ist. Dies belegen umfassende Langzeitstudien; wenn Sie sich die Variablen ansehen, sehen Sie, dass es keine nur durch den Abbruch ausgelösten Auswirkungen des Abbruchs auf die psychische Gesundheit der Frau gibt. Es ist hingegen offensichtlich, dass der Hinweis auf diese Risiken bei den Fachärzten zu großen Ängsten führen kann. In den 1980er Jahren regte Reagan eine Studie über die psychischen Folgen des Abbruchs an, in der Hoffnung, zeigen zu können, dass ein Schwangerschaftsabbruch negative Auswirkungen zeitigte. Letztendlich musste er akzeptieren, dass es sich um ein minimales Risiko handelte. Die Studie wurde erst später veröffentlicht, weil Reagan eine Publikation verhinderte.

Das Thema Ambivalenz bei der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch ist bedeutend für die Beratung und der Umgang mit einer Ambivalenz spielt eine Rolle bei der Verarbeitung und den psychologischen Risiken.

Die Frauen müssen sich in dieser Situation wirklich entscheiden, aber das lässt nicht den Rückschluss zu, dass es eine vorgeschriebene Beratung geben muss.

In Großbritannien äußern die Berater gegenüber den Abtreibungsgegnern, dass diese Ambivalenz ein wichtiger Punkt ist. Will eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch aus eigener Überzeugung oder steht sie unter fremdem Einfluss? Wenn die Frau aussagekräftige Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten des Abbruchs hat, stellt dies eine wichtige Unterstützung dar. Dadurch können eine Reihe von später vielleicht auftauchenden Problemen im Vorfeld schon aus dem Weg geräumt werden. Idealerweise sollte sie wirklich die Methode frei wählen können. Ist dies nicht der Fall, sollte sie doch zumindest genau informiert werden; hier scheinen die Ärzte manchmal zu versagen.

Die meisten Menschen haben leider keine klare Vorstellung davon, was ein Abbruch bedeutet und welche Optionen es gibt. Viele junge Frauen wissen auch nichts über ihre Rechte – zum Beispiel über die ärztliche Schweigepflicht.

Informationen helfen

Was hilft denn nun? Natürlich hilft es, wenn man möglichst genaue Informationen erhält, wenn die Frau ihre Entscheidung mit einem Facharzt besprechen kann, um Hindernisse oder auch Verzögerungen zu vermeiden. Die Abbrüche im zweiten Trimenon sind selbstverständlich ein Risiko. In Großbritannien sind besonders junge Mädchen bei den Spätabbrüchen überproportional vertreten. Sie sind dann natürlich wesentlich verletzlicher und dem behandelnden Arzt deutlich stärker ausgeliefert. Unter Umständen wollen die Ärzte sie auch vom Schwangerschaftsabbruch abhalten. Das Gesundheitsministerium hat festgestellt, dass bis zu 50 % der Ärzte in Großbritannien ohnehin gegen den Schwangerschaftsabbruch sind. Viele Ärzte sagen: »Ich bin gegen Schwangerschaftsabbrüche«, andere: »Du bist doch ein junges, gesundes Mädchen, warum bekommst Du das Kind nicht?« oder: »Oh, es tut mir Leid, Sie sind über die Zeit!«, selbst wenn es nicht stimmt und im schlimmsten Fall kann es sogar sein, dass die Post verloren gegangen sein soll. Wir sollten uns bemühen, einige dieser Hindernisse beim späten Schwangerschaftsabbruch abzubauen. Wir wissen, dass späte Schwangerschaftsabbrüche nicht verhindert werden, der Abbruch ist dann nur später, beinhaltet mehr Risiken und führt zu größerem Stress. Wir wissen auch, dass eine Beratung nach dem Abbruch sinnvoll sein kann, auch aufgrund der emotionalen Anspannung bei vielen Frauen, ob sie sich nun gut oder eher schlecht fühlen. Sie haben das Gefühl, kein Recht auf Trauer zu haben, weswegen es ihnen eine große Hilfe sein kann, ihre Gefühle zum Ausdruck bringen zu

dürfen. Experten berichten, dass der Abbruch oft auch einen Katalysator darstellt, durch den andere Probleme zum Vorschein kommen.

Die positiven Wirkungen des Abbruchs

Jetzt haben wir viel über die Probleme gesprochen, die mit dem Abbruch zusammenhängen, aber wir müssen auch auf die positiven Ergebnisse schauen. Tatsächlich sind die meisten Frauen froh, dass ihnen diese Möglichkeit zur Verfügung steht und über das Ergebnis – auch wenn man das nicht allzu häufig hört. Wir sprechen immer von den Komplikationen und den Risiken, aber nie mit denjenigen, die mit ihrem Abbruch zufrieden sind. Diese Frauen gehen meistens nicht zu dem Arzt, der den Eingriff vorgenommen hat, um ihre Zufriedenheit zu äußern. In ländlichen Gegenden ermöglichen die Lebensumstände aber gelegentlich ein Wiedertreffen und dann wird auch deutlich, dass die jungen Frauen von dem Abbruch profitiert haben: Sie denken über ihre Situation nach und nehmen sich vor, nicht mehr diese Risiken beim Geschlechtsverkehr einzugehen und mit der Verhütung zu beginnen; sie wollen eine Ausbildung beenden und eigene Lebensziele definieren. So ist der Abbruch für sie ein ganz positives Moment ihres Lebens geworden.

Da ich im Bereich Ausbildung arbeite, möchte ich noch auf die negativen emotionalen Auswirkungen einer Erwartungshaltung hinweisen, die einen Schwangerschaftsabbruch als Trauma kennzeichnet und der eine Frau in großem Maß durcheinander bringen kann. Das Beste, was wir tun können, um die Abtreibungsrate zu senken, ist, Kinder und Jugendliche über Verhütung aufzuklären und ihnen schon vor einer Schwangerschaft Zugang zu Einrichtungen verschaffen, wo sie über ihre Gefühle sprechen können, bevor sie sich zu einem großen Problem ausgewachsen haben. Wir sprechen mit unserer Organisation Tausende von jungen Leute an, bevor das Thema Abtreibung auf dem Stundenplan steht. Ich glaube, wir können die Abtreibungsrate nicht senken, indem wir den Menschen Angst machen und ihnen Horrorgeschichten von Not und Schmerzen erzählen. Wir müssen ehrlich sein. Wir müssen auch klar über Sicherheitsaspekte sprechen. Wir müssen es den Frauen überlassen, diese Entscheidung selber zu fällen. Vielen Dank.

Hinweis:

Lisa Hallgarten weist darauf hin, dass sich zahlreiche weitere hilfreiche Quellen zu Untersuchungen in der Dokumentation des Symposiums »Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs – Mythen und Fakten« finden, das im Mai 2001 im Inselspital Bern, Schweiz, stattgefunden hat. Die Dokumentation wurde von der Schweizer Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, SVSS, Zollikofen publiziert.

ReferentInnen

Dr. Matju Helena von Herten ist Humanmedizinerin und Zahnmedizinerin und arbeitet seit 1990 bei der WHO, bei der sie über zehn Jahre lang multinationale Forschungsprojekte betreute, um die Sicherheit und Effizienz von Abtreibungstechniken zu überprüfen – insbesondere im Bereich der nicht-invasiven Abbruchmethoden. Helena von Herten arbeitet als »Medical Officer on Human Reproduction« für die UNDP/UNFPA; DAS World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction und das Department of Reproductive Health and Research der WHO in Genf. Sie publizierte zahlreiche Beiträge u.a. zum Thema Schwangerschaftsabbruch und Notfallverhütung.
 Informationen über: www.who.int/reproductive-health

Mirjam Denteneer ist Ärztin an der Medisch Clinic for Birth Control and Fertility in Leiden, Holland. Zwischen 1986 und 1998 arbeitete sie als Ärztin in Ostafrika. Sie machte 1991 ihren Master of Public Health an der Universität von Leeds (BG). Seit 1998 arbeitet sie an der Klinik in Leiden als Abtreibungsärztin und im Themenbereich Fertilität.

Dr. med. Andreas Freudemann ist Facharzt für Frauenheilkunde. Er war Ärztlicher Leiter des Familienplanungszentrums in Bremen und Mitbegründer der Münchner Praxis für Schwangerschaftsabbrüche. Seit 1994 arbeitet er in eigener Praxis für Frauenheilkunde am Klinikum Nürnberg Nord und ist spezialisiert auf Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch. Dr. Freudemann war mit einer Verfassungsbeschwerde gegen die Sondergesetze des Freistaates Bayern zum Schwangerschaftsabbruch erfolgreich und bezeichnet sich selbst als »Abortion doctor« aus Berufung.

Prof. Dr. Martin Link studierte Medizin in Greifswald und Leipzig und ist Facharzt für Pathologie und Frauenheilkunde. Er war Chefarzt und ärztlicher Leiter der Frauenklinik des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt und hatte eine Professur an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin inne. Anfang der neunziger Jahre ließ er sich mit seiner Ehefrau Dr. Heidrun Link in einer Gemeinschaftspraxis nieder. Prof. Link ist u.a. Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. in Sachsen und 2. Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. auf Bundesebene und Präsident der UPIGO (Union Professionnelle Internationale des Gynecologues et Obstetriciens). Seit 2003 ist er Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zytologie. Prof. Link ist verheiratet und hat sechs Kinder.

Prof. Dr. med. Hans-Georg Siedentopf, ehemaliger Leiter der Poliklinik der Universitätsfrauenklinik Frankfurt am Main, 21 Jahre lang Vorsitzender des pro familia Landesverbands Hessen, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Gesellschaft für psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe und des Berufsverbandes der Frauenärzte.

Dr. med. Christian Fiala ist Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Ausgebildet in Vorarlberg, Wien, Frankreich und Thailand widmete er sich früh dem Schwerpunkt Familienplanung und publizierte schon während des Studiums eine erste Verhütungsbroschüre. Er führte 1999 den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in Österreich ein und gründete vor kurzem das »Gynmed Ambulatorium für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung« in Wien. Wissenschaftliche Arbeiten in Zusammenhang mit dem Karolinska Institut Stockholm. Dr. Fiala ist Vorsitzender der Internationalen Vereinigung von Fachkräften und Verbänden zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption FIAPAC. Er baut außerdem zur Zeit ein Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch in Wien auf.
 Informationen über: www.fiapac.org, www.gynmed.at

Lisa Hallgarten arbeitet seit drei Jahren für »Education for Choice«, vorher war sie als Journalistin und Englischlehrerin tätig. Sie verfügt über eine zwanzigjährige Erfahrung mit ehrenamtlicher Arbeit in Nichtregierungsorganisationen und ist seit kurzem stellvertretende Vorsitzende einer großen gemeinnützigen Erziehungsorganisation. Sie engagiert sich seit Jahren für die sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen und hat nach ihrem Studienabschluss bei zwei weiteren Organisationen auf diesem Gebiet gearbeitet.
 Sie ist tätig in den Bereichen: Direkte Jugendarbeit; Fort- und Weiterbildung für Professionelle u.a. MitarbeiterInnen von UK Family Planning Association (fpa), International Family Planning

Organisation (IPPF), Centre for HIV and Sexual Health, Teenage Pregnancy Co-ordinators and Regional Co-ordinators, medizinische Grundversorgung, Zusammenarbeit mit Schülern;
Ressourcenentwicklung; Klientenrechte, insbesondere von Jugendlichen.
Informationen über: www.efc.org.uk

Die Veranstaltungsreihe »pro familia-Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte«

Mit der Veranstaltungsreihe »pro familia-Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« will pro familia eine Plattform für eine fundierte und kritische Behandlung relevanter Fragen sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte schaffen.

pro familia hat sich bei ihrer Gründung 1952 dem Menschenrecht auf Familienplanung verpflichtet. Seither haben sich Paradigmen, Themen und Handlungsfelder von Familienplanung grundlegend verändert. Ein Wendepunkt stellt die Internationale Konferenz der Vereinten Nationen zu Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo dar. Der auf der Konferenz verabschiedete neue Orientierungsrahmen »Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« verknüpft erstmals Reproduktion, Sexualität, Gesundheit mit den allgemeinen Menschenrechten. Familienplanung ist nicht mehr ausschließlich reduziert auf das Recht zu bestimmen, ob, wann und wie viele Kinder sich Frauen und Männer wünschen. Familienplanung muss nunmehr einen klaren Beitrag zum sexuellen und gesundheitlichen Wohlbefinden leisten und ein Mehr an Selbstbestimmung eröffnen. Dieser ganzheitliche Ansatz umfasst alle Lebensphasen von Frauen und Männern und sieht eine stärkere Vernetzung derjenigen vor, die sich mit sozialen Themen sowie Fragen der Gesundheit und der Menschenrechte befassen. Mit Kairo ist global der politische Wille bekundet worden, sexuelle und reproduktive Gesundheit zu schützen.

Im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der International Planned Parenthood Federation (IPPF) hat pro familia diesen Paradigmenwechsel nicht nur mitgestaltet, sondern sich auch verpflichtet, seine Durchsetzung national wie international voranzutreiben. Dies tut sie seit Mitte der neunziger Jahre als dienstleistende Familienplanungsorganisation, Mitgestalterin fachlicher Debatten und Qualitätsstandards, als Initiatorin politischer Initiativen und Unterstützerin parlamentarischer Arbeit. Ein jüngstes Beispiel für die Art von pro familia, sich einzumischen, ist ihr Einsatz für die Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland, damit Frauen die Wahlfreiheit haben. Nur so können sie selbst bestimmen, welche Methode des Schwangerschaftsabbruchs die für sie persönlich und gesundheitlich die schonendste ist.

Nahezu zehn Jahre nach Kairo steht jedoch fest, dass die vereinbarten Ziele weder national noch international erreicht worden sind. Die Durchsetzung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit erfordert einen verstärkten Austausch und engere Kooperation all derjenigen, die für eine Gesundheitsversorgung im Sinne von Kairo zuständig und verantwortlich sind. Dies wird immer wichtiger, da niemand mehr ein Monopol auf Lösungskompetenz für sich beanspruchen kann.

Das neue pro familia-Forum für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte will deshalb in regelmäßigen Abständen VertreterInnen verschiedenster Professionen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Beratungsverbände, niedergelassene ÄrztInnen, Kliniken, im Gesundheitswesen Beschäftigte usw.), Selbsthilfe-Initiativen und -verbände, WissenschaftlerInnen und PolitikerInnen zusammen bringen. Die Foren sollen der öffentlichen Aussprache, dem Dialog und Wissenstransfer sowie der Vernetzung dienen.

Mit der neuen Veranstaltungsreihe will pro familia:

- die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Menschen stärken
- den Ansatz »sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« fördern, indem Versorgungslücken erkannt und damit geschlossen werden können
- Einfluss auf neue Themen und Fragestellungen der Reproduktionsmedizin nehmen und dabei die Auswirkungen auf die betroffenen Frauen und Männer im Blick haben.
- traditionelle Themen der Familienplanung unter aktuellen Gesichtspunkten diskutieren (Stichwort Re-Medikalisierung und Ökonomisierung) und in der Gesellschaft virulent halten (z. B. das Thema Schwangerschaftsabbruch)
- internationale Entwicklungen, Erfahrungen und Diskussionen aufgreifen und bewerten, um sie für eigenes fachliches und politisches Handeln nutzbar machen zu können
- und schließlich, durch das Aufgreifen neuer Fragestellungen und Herausforderungen die Arbeit der pro familia weiterentwickeln und ihre Gestaltungskraft erhalten.

pro familia-Bundesverband
November 2003

pro familia-Materialien zum Thema Schwangerschaftsabbruch

- Faltblatt Medikamentöser Abbruch (1999)
- Standpunkt Schwangerschaftsabbruch (aktualisiert 2001)
- Broschüre Schwangerschaftsabbruch
Was Sie wissen sollten – Was Sie beachten müssen (2002)

Bereits erschienene Dokumentationen

- Fachgespräch Sexualpädagogik (1993)
- Fachgespräch Sexuelle Gewalt (1993)
- Beratungsrunde zum Thema Sexualität und Körperbehinderung (1994)
- Fachgespräch Sexualität und Multikultur (1995)
- Fachrunden Klientenrechte (1997)
- Fachgespräch Neue Medien (1998)
- Fachgespräch Genitale Verstümmelung bei Frauen –
ethische Fragen in der beraterischen und medizinischen Arbeit (1998)
- Fachtagungsmappen Sexualität und Älterwerden (08.05.1999)
- Fachgespräch Verständnis und Selbstverständnis von Beratung und Therapie (1999)
- pro familia Standpunkt Pränatale Diagnostik
- pro familia Standpunkt Schwangerschaftsabbruch
- pro familia Expertise Fetales Gewebe
- pro familia Expertise Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruches
- pro familia Debatte Sexualität im Wandel
- pro familia Debatte (Kopiervorlagen) Sexualisierte Gewalt
- Dokumentation Medikamentöser Abbruch –
Für Frauengesundheit und freie Methodenwahl (2000)
- Fachtagungsmappen Schwangerschaftsabbruch und erste Erfahrungen mit der
Einführung von Mifegyne (RU 486) (28.10.2000)
- Fachtagungsmappen Reproduktionsmedizin und weibliche Autonome (5. Mai 2001)
- Dokumentation Sexualpädagogik und Medien (pro familia LV NRW)
- Dokumentation Reproduktionsmedizin und weibliche Autonomie
- Dokumentation Manual für Multiplikatoren in der Sexualpädagogik
- Dokumentation Sexualität und andere Kulturen
- Info-Mappe (Pille danach & Spirale danach)
- Fachtagungsmappen Schwangerschaftsabbruch (22.11.03)
- Fachtagungsmappen Sexualität und Behinderung (10. Mai 2003)
- Fachgespräch Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen (2004)
- Fachtagungsmappen – Sexuelle und reproduktive Rechte sind Menschenrechte (15.05.2004)
- pro familia Stellungnahmen Für sexuelle reproduktive Gesundheit der Frauen (2004)

IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte

Die von pro familia mitgegründete International Planned Parenthood Federation (IPPF) ist die weltweit größte nichtstaatliche Organisation für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Die IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte stellt den verpflichtenden ethischen Bezugsrahmen für die Arbeit der IPPF und ihrer über 180 Mitgliedsorganisationen dar. Die Charta bezieht sich auf international anerkannte Menschenrechtskonventionen, welche die IPPF um Grundsätze sexueller und reproduktiver Rechte erweitert hat.

Das Recht auf:

Leben

was unter anderem bedeutet, dass das Leben keiner Frau durch Schwangerschaft einem Risiko oder einer Gefahr ausgesetzt werden darf.

Freiheit und Unversehrtheit der Person

welches anerkennt, dass alle Personen das Recht haben, sich an ihrem sexuellen und reproduktiven Leben zu erfreuen, es selbst zu gestalten und keiner erzwungenen Schwangerschaft, Sterilisation oder Abtreibung ausgesetzt zu sein.

Gleichheit

und darauf, auch im sexuellen und reproduktiven Leben keiner Form der Diskriminierung ausgesetzt zu sein.

Privatsphäre

was bedeutet, dass alle Dienstleistungen in Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit vertraulich sein sollen und dass alle Frauen das Recht auf autonome Wahlmöglichkeiten im Zusammenhang mit ihrer Fortpflanzung haben.

Gedankenfreiheit

einschließlich des Rechts darauf, keiner einschränkenden Interpretation religiöser Texte, Glaubensrichtungen, Philosophien und Sitten ausgesetzt zu sein, die dazu benutzt werden, die Gedankenfreiheit im Zusammenhang mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung und anderer Fragen einzuschränken.

Information und Bildung

in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Sicherstellung der Gesundheit und des Wohlergehens von Personen und Familien.

Freie Entscheidung für oder gegen Ehe und die Gründung und Planung einer Familie

Freie Entscheidung, ob und wann die Geburt eigener Kinder erwünscht ist

Gesundheitsversorgung und Gesundheitsschutz

einschließlich der Rechte der Klientinnen und Klienten auf Information, Zugang, Wahlfreiheit, Sicherheit, Schutz der Privatsphäre, Vertraulichkeit, würdevollen Umgang, Wohlbefinden, Kontinuität und Entscheidungsfreiheit.

Nutzen des wissenschaftlichen Fortschritts

welches das Recht aller Klientinnen und Klienten der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung auf Zugang zu neuen Reproduktionstechnologien anerkennt, die sicher und akzeptabel sind.

Versammlungsfreiheit und politische Beteiligung

was unter anderem bedeutet, dass alle Personen das Recht haben, das Ziel zu verfolgen, Regierungen dahingehend zu beeinflussen, dass diese der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und entsprechenden Rechten Priorität einräumen.

Schutz vor Folter und Misshandlung

einschließlich der Rechte von Kindern auf Schutz vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch und des Rechts aller auf Schutz vor Vergewaltigung, Notzucht, sexuellem Missbrauch und sexueller Belästigung.

Adressen von pro familia Einrichtungen

Bundesverband

Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 63 90 02

Landesverbände

Baden-Württemberg

Haußmannstraße 6
70188 Stuttgart
Tel.: 0711 / 259 93 53

Bayern

Düsseldorfer Str. 22
80804 München
Tel.: 089 / 306 11 285

Berlin

Kalckreuthstr. 4
10777 Berlin
Tel.: 030 / 213 90 20

Brandenburg

Gartenstraße 42
14482 Potsdam
Tel.: 0331 / 740 83 97

Bremen

Hollerallee 24
28209 Bremen
Tel.: 0421 / 340 60 60

Hamburg

Kohlhöfen 21
20355 Hamburg
Tel.: 040 / 34 33 44

Hessen

Palmengartenstraße 14
60325 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 44 70 61

Mecklenburg-Vorpommern

Barnstorfer Weg 50
18057 Rostock
Tel.: 0381 / 313 05

Niedersachsen

Steintorstraße 6
30159 Hannover
Tel.: 0511 / 30 18 57 80

Nordrhein-Westfalen

Hofaue 63
42103 Wuppertal
Tel.: 0202 / 245 65 10

Rheinland-Pfalz

Schießgartenstraße 7
55116 Mainz
Tel.: 06131 / 23 63 50

Saarland

Mainzer Straße 106
66121 Saarbrücken
Tel.: 0681 / 645 66

Sachsen

Weststraße 56
09112 Chemnitz
Tel.: 0371 / 355 67 90

Sachsen-Anhalt

Richard-Wagner-Straße 29
06114 Halle
Tel.: 0345 / 522 06 36

Schleswig-Holstein

Marienstraße 29-31
24937 Flensburg
Tel.: 0461 / 90 92 6-20

Thüringen

Bahnhofstraße 27/28
99084 Erfurt
Tel.: 0361 / 643 85 14