

schwangerschaftsabbruch



fact sheet

impresum

Herausgeberin
Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)
Homepage www.oegf.at

Kooperationspartnerinnen
pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung,
Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Homepage www.profamilia.de

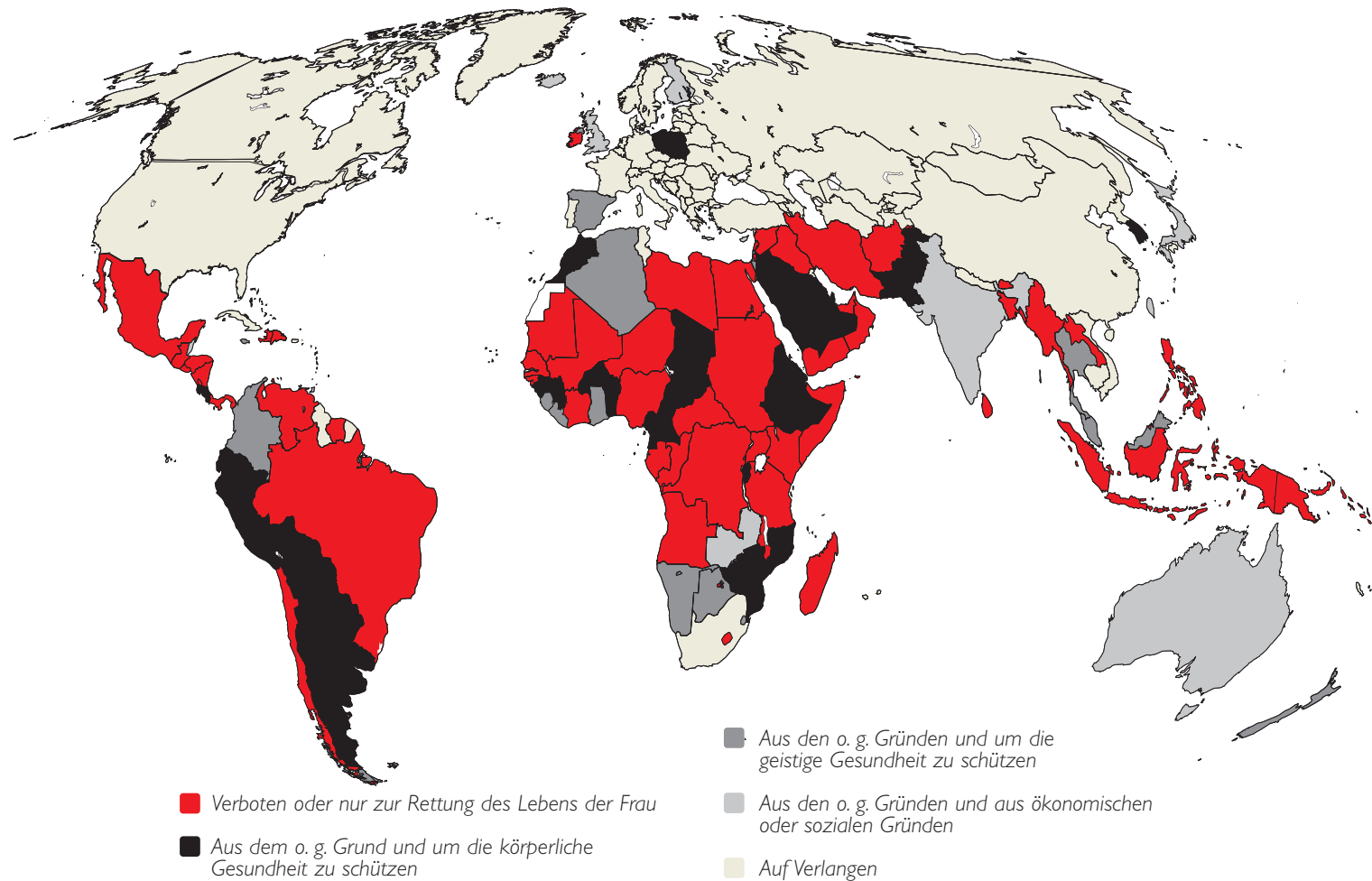
International Planned Parenthood Federation European Network
Homepage www.ippfen.org

Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung und pro familia sind Mitglieder der International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN).

Erscheinungsjahr 2007
© Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
© Layout VWGRAFIK 2007



Gesetze über Schwangerschaftsabbruch¹⁵



Länder*, die einen Abbruch erlauben¹³

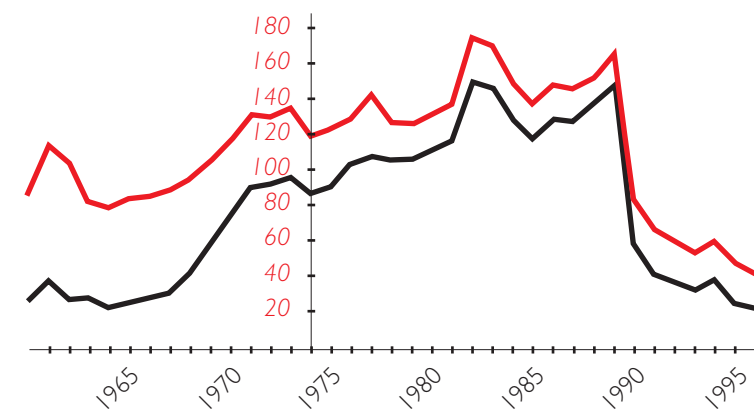
- Um das Leben der Frau zu retten
- Um die körperliche Gesundheit zu schützen
- Um die geistige Gesundheit zu schützen
- Bei Vergewaltigung oder Inzest
- Bei schwerwiegender Behinderung des Fötus
- Bei ökonomischen oder sozialen Gründen
- Auf Verlangen (ohne Angabe von Gründen)

187	128	123	92	86	65	54	erlaubt
5	64	69	100	106	127	138	verboten

*Gesamtzahl = 192, ohne Timor-Leste

Müttersterbefälle in Rumänien¹⁴

(auf 100.000 Lebendgeburten zwischen 1960 – 1996)



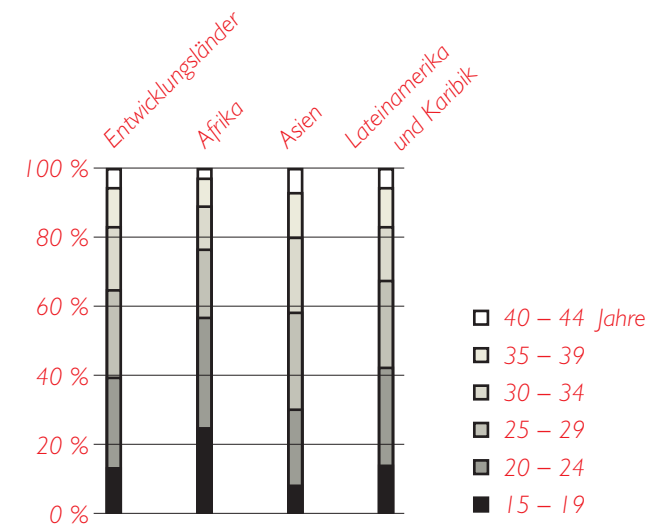
Schwangerschaftsabbrüche und Sterblichkeit¹⁴

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche in Mio.	Müttersterbefälle auf Grund unsicherer Abbrüche	Todesfälle pro 100 vorgenommene unsichere Abbrüche*	
19	67.900	0,4	Welt
0,5	300	0,1	Industrieländer
18,4	67500	0,4	Entwicklungsländer
4,2	29.800	0,7	Afrika
10,5	34.000	0,3	Asien
0,5	300	<0,1	Europa**
3,7	3.700	0,1	Lateinamerika & Karibik
0,03	<100	0,1	Ozeanien**

* Gibt Auskunft über das Risiko an einem unsicheren Abbruch zu sterben.

** Die europäischen Zahlen sind hauptsächlich durch Abbrüche in Osteuropa bedingt. Japan, Neuseeland und Australien wurden bei den Regionaldaten nicht einbezogen, sind aber in den Industrieländern enthalten. Die Zahlen von Nordamerika sind auf Grund vernachlässigbarer Häufigkeit nicht angeführt.

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche¹⁴ (nach Alter)



Fakten^{11,16,17,18}

- Über 500 Mio. Frauen in den Entwicklungsländern leiden unter kurz-, aber auch längerfristigen gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, 529.000 sterben jährlich daran.
- Etwa 80 Mio. der jährlichen Schwangerschaften sind ungeplant, 46 Mio. davon werden vorzeitig beendet, 27 Mio. legal, 19 Mio. illegal, 68.000 Abbrüche enden tödlich.
- 350 Mio. Paare haben keinen Zugang zu Verhütung.
- 8 Mio. Schwangerschaftsabbrüche wurden durch die angewandte Verhütungsmethode verursacht.
- 18 Mio. der Abbrüche finden unter unsicheren Bedingungen statt, 95% davon in den Entwicklungsländern, 10 – 50% der Frauen brauchen eine Nachbehandlung.
- 2/3 der unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche werden an jungen Frauen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren vorgenommen.
- 13% der Todesfälle von Müttern während Schwangerschaft und Geburt sind auf unsichere Abbrüche zurückzuführen. Abbrüche sind für die meisten Müttersterbefälle in Osteuropa verantwortlich.
- Ein sachgemäß durchgeführter Schwangerschaftsabbruch ist 40-mal weniger gefährlich als eine Geburt. In den Industrieländern gibt es einen Todesfall auf 100.000 Behandlungen.
- Die Behandlungen von Komplikationen bei unsicheren Abbrüchen verschlingen bis zu 50% der Budgets und der Ressourcen von Krankenhäusern (inklusive der Arbeitszeit des Personals, Antibiotika etc.).
- Den höchsten Anteil an unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen gibt es in Lateinamerika: 34 pro 1.000 Frauen (zwischen 15 und 45 Jahren), gefolgt von Ostafrika 31, Westafrika 25, Zentralafrika und Südasien 22.
- Mehr als 100 Mio. Frauen, die heute leben, werden wenigstens einmal in ihrem Leben dem Risiko eines unsicheren Schwangerschaftsabbruchs ausgesetzt sein.

fact sheet

schwangerschaftsabbruch

Die Kontroverse

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein essenzieller Teil der langen Geschichte des politischen und kulturellen Kampfes für die Gleichberechtigung der Frauen. Hintergrund der Kontroverse ist der Wertekonflikt zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und dem Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung der Frau, wenn sie beabsichtigt, ihre Schwangerschaft nicht auszu-tragen, sondern abbrechen zu lassen.

Jahrhunderte waren Nationen aus wirtschaftlichen und militäri-schen Erwägungen an einem Bevölkerungswachstum interessiert und bekämpften gemeinsam mit Kirchen alle Arten der Geburten-kontrolle. Erst durch das liberalere Klima der 60er Jahre des 20.Jahr-hunderts kam es in Nordamerika und Teilen Europas zu einschlä-gigen Gesetzesreformen, die Auswirkungen auf die Ergebnisse der internationalen UN-Konferenzen der 90er Jahre hatten. Man war sich einig, dass, der legale Abbruch • unter sicheren Bedingungen durchgeführt¹ • das Fachpersonals dafür qualifiziert² • die Bestrafung von Frauen aus den nationalen Gesetzen eliminiert werden soll.

Der Widerstand der letzten Jahre, vor allem aus den USA, hat verheerende Folgen. Beeinflusst von fundamentalistisch religiösen Gruppen hat G.W.Busch 2001 die Zahlungen an UNFPA und IPPF eingestellt und die Global-Gag-Rule (Maulkorbverordnung) Reagans wieder eingeführt. NGOs, deren Familienplanungspro-gramme von USAID gefördert werden, müssen sich verpflichten, weder mit Eigenmitteln finanzierte Abbruchdienstleistungen anzu-bieten noch Lobbying bei Regierungen zu betreiben. Verboten sind daher auch Informationen über Abbruchseinrichtungen, Beratung und die Behandlung von Komplikationen.

Diese Politik bewirkt seit Jahren eine Verschlechterung³ der reproduktiven Gesundheitsversorgung jener Länder, in denen die USA Programme unterstützen.

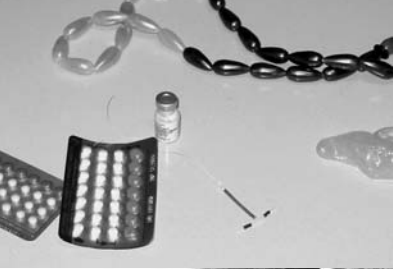
Die (Un)sicherheit

Ein Schwangerschaftsabbruch ist, durchgeführt durch dafür quali-fiziertes Fachpersonal in entsprechend ausgestatteten Räumlichkeiten, ein extrem sicheres, medizinisches Verfahren. Werden medizinische und gesundheitspräventive Standards eingehalten, ist die Sicherheit von einem chirurgisch oder medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbruch im gleichen Maß gegeben⁴. Ein "unsiche-rer" Abbruch wird von einer Person durchgeführt, die nicht über die notwendige Qualifikation oder Ausbildung verfügt, und/oder erfolgt an einem Ort, der nicht den medizinischen Mindeststan-dards entspricht⁵.

Unwissenheit über die Gesetze und über reguläre Angebote von Dienstleistern und unzureichender Zugang dazu, erschweren erheb-lich die Lage von armen, in ländlichen Gebieten lebenden Frauen, unverheirateten Jugendlichen, Migrantinnen und Flüchtlingen. Wenn ihnen zusätzlich das Geld für einen sicheren Abbruch fehlt, nehmen sie illegale Angebote wahr oder legen selbst Hand an sich.

Zu den häufigsten Komplikationen zählen dann unvollständige Entfernung des Fötus und der Plazenta, Sepsis, Blutungen und die Verletzung der Gebärmutter. Zu den Spätfolgen können chroni-sche Schmerzen im und Entzündungen des Beckens, Eileiter-schwangerschaften, Fehl- und Frühgeburten, Verkleben der Eileiter und sekundäre Sterilität gerechnet werden.

Auch wenn der Schwangerschaftsabbruch legalisiert ist, gibt es schwer zu überwindende Hürden. Es fehlt häufig an qualifiziertem ärztlichem und medizinischem Personal, gut ausgestatteten Einrichtungen und nötigen Medikamenten. Die angewandten Methoden sind oft veraltet und die Dienstleister kennen die Gesetzeslage nicht, sind unfreundlich und abwertend gegenüber der Entscheidung der Hilfe suchenden Klientinnen und berücksich-tigen die Klientinnenrechte nicht^{6,7}, und der Zugang wird somit eingeschränkt.



Wir danken den Fotografen/ innen und Photoshare (www.photoshare.org) für die Überlassung der Fotos:

- Titel)** Voodooopriester benützt Wahr-sagekarten während einer traditionellen medizinischen Konsultation, Haiti; © Amelia Shaw/Agence des Jeunes Producteurs
- 1) Bewerbung von Notfallsverhütung an einer mexikanischen Hauswand, © 2005 Gautier
- 2) Schild mit Fragezeichen, Mexiko, © CCP
- 3) Für den Krankentransport verwendet Hand gezogener Karren, Kibera/Kenia © 2003 Charles Kimani
- 4) Aufwachraum einer "Terre des Hommes" Klinik in Mauretanien, © 1991 Lauren Goodsmith
- 5) Verhütungsmethoden vorgestellt in einer Beratungsstelle in Nicaragua, © 2002 Tita Oronoz/Family Health International
- 6) Der giftig Saft der Osibisaba Pflanze ist Teil eines Hausrezepts zum Schwangerschaftsabbruch in Ghana, © 2005 Paul J. Crystal
- 7) Untersuchungsraum in einem georgischen Frauengesundheitszentrum, © 1998 Karen Angelic/CCP

Quellen

- 1) ICPD (International Conference on Population and Development, Cairo 1994): Programme of Action, Para 8.25
- 2) FWWC (Fourth World Women Conference, Beijing 1999): Platform of Action, Para 106
- 3) PAI (Population Action International), PPFA (Planned Parenthood of America), Ipas, Path-finder, EngenderHealth: www.globalgagrule.org
- 4) IPPF (International Planned Parenthood Federation): Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty, 2006
- 5) www.svsuspda.ch/delfacts/komplikationen.htm
- 6) IPPF: Family Planning Handbook for Health Professionals, 1997
- 7) WHO (World Health Organization): Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment, 1994
- 8) UNFPA (United Nations Population Fund): Das Recht zu wählen, 1997
- 9) FCI (Family Care International): Prevention and Management of Unsafe Abortion, 1998
- 10) AGI (Alan Guttmacher Institute): Sharing Responsibility: Women, Society & Abortion Worldwide, 1999
- 11) FCI: Prevention and Management of Unsafe Abortion, 1998
- 12) WHO: Safe Abortion, Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2003
- 13) United Nations Population Division: World abortion policies, 2007
- 14) WHO: Unsafe abortion, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 2004
- 15) Center for Reproductive Rights: www.reproductive-rights.org/wn_abortion.html
- 16) WHO: The World Health Report 2005: Make every mother and child count
- 18) Ipas: Medication Abortion: Frequently Asked Questions, 2004 www.ipas.org

Die Gesetze

In fast allen Ländern der Welt ist der Schwangerschaftsabbruch bei Vorliegen gewisser Indikationen wie *Lebensgefahr der Frau, Bedrohung ihrer körperlichen und/oder geistigen Gesundheit, Vergewaltigung und Inzest, schwere Behinderung des Fötus, sozioökono-mische Gründe oder auf Verlangen innerhalb einer bestimmten Frist* erlaubt. In einigen Staaten müssen einschränkende Bedingungen wie eine verpflichtende Beratung, Wartezeit, Zustimmung des Ehemanns oder der Eltern (bei Minderjährigen) erfüllt werden.

In Malta und im Vatikan ist der Abbruch unter allen Umständen verboten, Frauen müssen Hilfe im Ausland suchen oder in die Illegalität ausweichen. Schlecht gestellt sind in Europa auch die Frauen aus Irland, Polen und diverser Kleinstaaten (Andorra, San Marino und Monaco). Trotzdem sind Noleens und Grazynas Chancen gering, im Inland einen sicheren Abbruch zu bekommen und sie brechen besser nach Großbritannien oder Weißrussland auf.

Schon vor 30 Jahren reisten Frauen, wenn sie gut situiert waren, in die Niederlande, nach Großbritannien und damals auch noch nach Polen (sic!). Ihre ärmeren Schwestern mussten den gesundheitlich riskanten, illegalen, inländischen Weg, wie schon ihre Mütter, nehmen. Ausschlaggebend für die *in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts* in Europa erfolgten Gesetzesänderungen waren neben der fortschreitenden Bildung und Emanzipation der Frau und dem nachlassenden Einfluss der Religion, die Erkenntnis, dass Gesetze keinen Abbruch verhindern. Der illegal, unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbruch gefährdet die Gesundheit von Frauen, beeinträchtigt damit ihre Familien und bringt somit gesamtgesellschaftlich wirtschaftlichen Schaden mit sich. Die gleich-zeitigen Entwicklungen moderner, preiswerter Verhütungsmethoden, die nicht nur verheirateten Paaren zugänglich wurden, bewirkten ein Absinken der Schwangerschaftsabbrüche.

Die Prävention

Auf der Basis der westeuropäischen Erfahrungen lässt sich feststel-len, dass der legale Zugang zum sicheren Schwangerschaftsabbruch, Todesfälle und Folgeerkrankungen von Frauen verhindert. Der Zugang zu reproduktiven Gesundheitseinrichtungen mit einem vertraulichen Beratungsangebot, das eine breite Palette moderner, wirksamer und preiswerter Verhütungs- und Notfallsverhütungs-methoden beinhaltet, senkt die Zahl ungewollter Schwangerschaf-ten^{10,11} und trägt zur Verbesserung der Müttergesundheit bei. Durch Informationen über Notfallsverhütung können auch noch nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr ungewollte Schwangerschaften verhindert werden. Dennoch kann es auch bei der korrekten Anwendung von Verhütungsmitteln zu ungewollten Schwangerschaften kommen. Deshalb bedarf es, sofern gesetzlich erlaubt, Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen. Das staatli-che Gesundheitswesen hat dafür zu sorgen, dass die Qualität und Verfügbarkeit von Abbruchseinrichtungen verbessert und ausgebil-detes, medizinisches Personal auf allen Ebenen des Gesundheits-sektors ausreichend zur Verfügung steht und das Überweisungssy-tem bei Komplikationen nach unsachgemäß durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen funktioniert¹⁰.

Ein essenzieller Aspekt, um ungewollte Schwangerschaften bei jungen Mädchen zu vermeiden, ist eine umfassende Sexualerziehung beider Geschlechter: Außer biologischen Fakten sollen auch die Bereiche Liebe, Sexualität, Partnerschaft, Rollenverhalten und Kenntnis des Körpers abgedeckt werden. Die Botschaft "Abstinenz bis zur Ehe" ist wie die US-Erfahrungen zeigen¹¹ nicht zielführend. Jugendfreundliche Einrichtungen mit umfassenden Informationen über Verhütungsmethoden und deren korrekte Anwendung bewirkten, dass Kinder nicht Eltern werden und sich vor sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) schützen können.

Die Entscheidung

Ungewollte Schwangerschaften resultieren aus sexuellen Begeg-nungen, die oft unüberlegt, unerwünscht, erzwungen und unerwar-tet sind oder wenn Verhütungsmittel versagen. In traditionellen Gesellschaften sind Frauen häufig nicht in der Lage Verhütungs-maßnahmen durchzusetzen oder Sex abzulehnen. Insbesondere in Städten lebende, junge, unverheiratete, arme Mädchen, die Sex z.B. gegen Nahrung oder Schulgebühren tauschen, wissen wenig über den eigenen Körper und die Zeiten der Fruchtbarkeit. Die modernen Methoden der Empfängnis- und der Notfallsverhütung sind armen und jungen Frauen weitgehend unbekannt und ihr Zugang dazu ist begrenzt. Außerdem glaubt Eva, dass Tage zählen oder Stillen oder Coitus Interruptus ausreichend vor Schwanger-schaft schützt.

Die Beendigung einer Schwangerschaft – ob durch eine Geburt oder durch einen Abbruch – ist eine Entscheidung, die eine Frau allein, gemeinsam mit ihrem Partner oder mit ihren Angehörigen, basierend auf ihrer persönlichen Lebenssituation, treffen können muss. Für einen Abbruch entscheiden Mädchen und Frauen in der Regel verantwortungsbewusst und überlegt und nicht, wie oft unterstellt, leichtfertig. In allen Gegenden der Welt wird von ihnen aus ähnlichen Gründen eine Schwangerschaft beendet: Kein momentaner Kinderwunsch, abgeschlossener Kinderwunsch, zu jung, kein Geld, in der Ausbildung, kein Partner, Vergewaltigung/ Inzest, schlechte Gesundheit etc...⁴

Ein medizinisch sachgemäß durchgeführter Schwangerschafts-abbruch bewirkt weder Brustkrebs noch spätere Unfruchtbarkeit, Eileiterschwangerschaft, Fehl- oder Frühgeburt, Geburtskomplika-tionen, niedriges Geburtsgewicht, Missbildung oder Totgeburt eines weiteren Kindes. Auch das Post-Abortion-Syndrom und das posttraumatische Stressyndrom sind durch Studien widerlegt und nicht nachweisbar.⁵

Die Methoden¹²

Chirurgischer Abbruch: Eine Kanüle wird in die Ge-bärmutter eingeführt und die Schwangerschaft wird abgesaugt (Saugkürettage). Die Behandlung bedarf zumindest einer Lokalanästhesie (eventuell auch einer Kurznarkose), dauert zwischen drei und zehn Minuten und ist mit leichten Blutungen verbunden. Nach der 12.Woche ist eine medikamentöse Vorbehandlung des Muttermunds zu empfehlen. Die Behandlung dauert etwa eine halbe Stunde und geht mit stärkeren Blut-ungen einher. Kürettagen mit scharfen oder stumpfen Geräten unter Vollnarkose waren früher üblich.

Medikamentöser Abbruch: Zuerst wird Mifepriston (Mifegyne ®) und nach zwei Tagen ein Prostaglandin oral oder vaginal verabreicht. Dadurch werden inner-halb von vier bis sechs Stunden Kontraktionen der Ge-bärmutter bewirkt und eine Blutung ausgelöst. Die Behandlung ist mit Blutungen und unterschiedlich stark empfundenen Krämpfen verbunden. Sie wird höch-stens innerhalb der ersten 9 Wochen durchgeführt.

Davon zu unterscheiden sind:
Menstruationsregulierung: Ein Absaugen der Gebärmutter ohne vorherige Labor- oder Ultraschalluntersuchung wird durchgeführt, wenn Frauen über eine Regelverzögerung klagen.
Notfallsverhütung: Die sog. "Pille-danach" verzögert den Eisprung und muss binnen 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenom-men werden. Die sog. "Spirale-danach", verhindert die Einnistung einer befruchteten Eizelle und muss innerhalb von fünf Tagen gesetzt werden.