

Editorial

Schwangerschaftsabbruch ist ein nach wie vor emotional besetztes Thema. Der Backlash gegen Frauenrechte beinhaltet den Angriff auf eine selbstbestimmte Entscheidung von Frauen - über ihr Leben mit oder ohne Kinder, über den Zeitpunkt und die Anzahl der Kinder, die sie möchten. In Österreich trat 1975 die Fristenregelung zwar in Kraft, doch wie und wo Frauen sie in Anspruch nehmen können, blieb in den 26 Jahren immer ein halbherziges Bemühen und diese Halbherzigkeit ein Entgegenkommen an die katholische Kirche. Außer im Burgenland gibt es in allen anderen Bundesländern mindestens eine Adresse für Schwangerschaftsabbrüche – doch das wird nur verhalten publik gemacht. Weniger verhalten treten Mitglieder der Pro-Life-Bewegung vor Ambulatorien für Schwangerschaftsabbrüche auf. Sie üben dort Druck auf Frauen aus und bedrohen sie gar.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist die Reaktion auf eine unerwünschte Schwangerschaft: Illegalität und gesetzliche Hürden verhindern Schwangerschaftsabbrüche nicht und es zeigt sich, dass in jenen Ländern, die restriktive Gesetze haben, ähnlich restriktiv mit Verhütung und Aufklärung – zwei probate Mittel, um Abbrüche erst gar nicht notwendig zu machen – umgegangen wird.

Die Enquete „Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht“ fand am 26.11.2001 in Wien statt. Es war eine Kooperation der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, des Wiener Frauenbüros und der ÖGF. Im newsletter findet sich eine Zusammenfassung der Vorträge. Darüber hinaus versuchen Beiträge zur globalen Situation und zu den Kundgebungen gegen Pro-Life vor der Wiener Mairo-Klinik die Diskussion zu ergänzen. Mit einer Zusammenstellung von Adressen der Spitäler und ÄrztInnen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, hoffen wir einen nützlichen Beitrag zur besseren Zugänglichkeit zu leisten.

Maga. Elisabeth Pracht

Schwangerschaftsabbruch – weltweit nach wie vor riskant

Vorspann:

Pro Jahr führen 46 Millionen Frauen weltweit einen Schwangerschaftsabbruch durch, knapp die Hälfte unter unsicheren Bedingungen. Die WHO berechnet, dass jährlich 78.000 Frauen an einem Abbruch sterben, wobei Leben und Gesundheit der Frauen im globalen Süden ungleich stärker gefährdet ist, als im Norden. Im Kairoer Aktionsprogramm von 1995 wurde erstmals das Problem der unsicheren Abtreibung genannt.

Millionen Frauen werden jährlich ungewollt schwanger. Ein Großteil diese Schwangerschaften wird ausgetragen. Ein anderer Teil endet auf „natürliche“ Weise (die WHO schätzt, dass ein Fünftel aller gewollten oder ungewollten Schwangerschaften durch „spontanen“ Abortus enden), ein Drittel endet mit einem herbeigeführten Schwangerschaftsabbruch.

Entscheidung – mehr oder weniger selbstbestimmt

In allen Teilen der Welt geben Frauen ähnliche Motive für einen Schwangerschaftsabbruch an:
Sie wollen keine (weiteren) Kinder.
Der Zeitpunkt der (nächsten) Geburt soll erst später sein.
Sie sind zu jung oder zu arm, um ein Kind zu erziehen.
Es liegen Partnerschaftsprobleme vor.
Sie wollen kein Kind, solange sie noch in Ausbildung sind oder arbeiten.

Regionale Verteilung

Die Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche zwischen Nord und Süd zeigt folgendes Bild: Von den 46 Millionen Abbrüchen werden 22% im Norden und 78% im Süden durchgeführt.

Die Verteilung nach Kontinenten wird folgendermaßen geschätzt: 11% der Frauen, die Abbrüche durchführen leben in Afrika, 58% in Asien und 9% in Lateinamerika und der Karibik. Die restlichen 17% leben in Europa und 5% in anderen Ländern des Nordens.

Trotz unterschiedlicher Gesetzeslage ist die relative Abbruchrate von Frauen im Norden und im Süden ähnlich hoch: 39 im Norden zu 34 im Süden pro 1000 Frauen.

Legal - illegal

Gesetze bezüglich Abtreibung zu erlassen, ist Angelegenheit der einzelnen Staaten: 189 der 193 Staaten der Welt lassen einen Schwangerschaftsabbruch zu, wenn das Leben der Schwangeren in Gefahr ist. 120 erlauben eine Abtreibung, wenn die physische Gesundheit der Mutter gefährdet ist. 122 lassen sie zu, wenn die geistige Gesundheit der Mutter bedroht ist, 83 bei Vergewaltigungen und Inzest, 76 bei Schädigung des Fötus, 63 aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen und 52 auf Antrag. In Ländern, in denen Abtreibung erlaubt ist, beinhaltet das Gesetz üblicherweise Einschränkungen, wie Fristen, Zustimmung von Dritten, Pflicht zu Beratung und Wartezeiten oder Einschränkungen darüber, wo und von wem Abtreibungen durchgeführt werden dürfen.

Übersetzung zur Grafik (Guttmacher S.26 - 4.2.)

Legale bzw. illegale Schwangerschaftsabbrüche kommen in verschiedenen Teilen der Welt gehäuft vor.

Zwischentitel: **Legale Schwangerschaftsabbrüche**

Zwischentitel: **Illegale Schwangerschaftsabbrüche**

Legende (unten): **Afrika, Ostasien, restliches Asien, Lateinamerika und Karibik, Osteuropa, restliches Europa, restliche „entwickelte“ Länder**



Gefahr für Leben und Gesundheit

Seit den 50er Jahren haben viele Staaten weltweit ihre Gesetze liberalisiert, um Krankheiten und Todesfälle aufgrund „heimlicher“ Abbrüchen zu verringern. Der Liberalisierungstrend ging allerdings

in Afrika langsamer vor sich und hat Lateinamerika sowie einige asiatische Länder (abgesehen von Ostasien) kaum betroffen. Strafrechtliche Verfolgungen sind in manchen Ländern gelockert, aber in anderen Ländern werden sie drakonisch umgesetzt (Beispiel: Chile, El Salvador, Nepal).

In jenen Ländern, in denen Abbrüche weitgehend legalisiert sind, gibt es meist die Möglichkeit, Abbrüche von geschultem Personal vornehmen zu lassen, was das Gesundheitsrisiko senkt. Dort, wo Abreibungen nicht erlaubt sind, erschwert es vor allem die Situation ärmerer oder Frauen am Land. An sich selbst oder von ungeschulten PraktikerInnen Abbrüche vorzunehmen, ist für Leben und Gesundheit ein großes Risiko. Die WHO schätzt, dass 20 Millionen (von 46 Mio.) Schwangerschaftsabbrüche unter unsicheren, d.h. unsachgemäßen Bedingungen durchgeführt werden.

Jährlich sterben 600.000 Frauen an den Folgen von Schwangerschaft oder Geburt. 78.000 Frauen sterben an den Folgen einer Abtreibung, 99% davon leben in Afrika, Asien oder Lateinamerika.

Darüber hinaus geht die WHO davon aus, dass ein Drittel der Frauen, die sich unsicheren Abtreibungen unterziehen, anhaltende gesundheitliche Komplikationen erfahren. Weniger als die Hälfte von ihnen erhalten eine Spitalsbehandlung. Gesundheitliche Schäden und Todesfälle sind in Ländern mit liberalisierten Gesetzen signifikant gesunken (z.B. Rumänien 1989, Südafrika 1996).

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche: Häufigkeit und Todesfälle. Globale und regionale WHO-Schätzungen nach UNO-Regionen im Zeitraum 1995-2000

	Geschätzte Anzahl an „unsicheren“ Schwangerschaftsabbrüchen (000)	Häufigkeit - Rate der „unsicheren“ Abbrüche pro 1000 Frauen 15-49 Jahre	Häufigkeit – Verhältnis zu „unsicheren“ Abbrüche pro 100 Lebendgeburten	Geschätzte Zahl der Todesfälle aufgrund eines „unsicheren“ Abbruchs	Sterblichkeitsrate: Todesfälle aufgrund von „unsicheren“ Geburten pro 100.000 Lebendgeburten	Verhältnis - Müttersterblichkeit - %-Anteil aufgrund von „unsicheren“ Abbrüchen

	Estimated number of unsafe abortions (000s)	Incidence rate (<i>unsafe abortions per 1 000 women 15-49</i>)	Incidence ratio (<i>unsafe abortions per 100 live births</i>)	Estimated number of deaths due to unsafe abortion	Mortality ratio (<i>deaths due to unsafe abortion per 100 000 live births</i>)	Proportion of maternal deaths (% of <i>maternal deaths due to unsafe abortion</i>)
WORLD TOTAL	20 000	13	15	78 000	57	13
MORE DEVELOPED REGIONS*	900	3	7	500	4	13
LESS DEVELOPED REGIONS	19 000	16	16	77 500	63	13
AFRICA	5 000	27	16	34 000	110	13
ASIA*	9 900	11	13	38 500	48	12

EUROPE	900	5	12	500	6	17
LATIN AMERICA AND CARIBBEAN	4 000	30	36	5 000	41	21
NORTHERN AMER- ICA	°	°	°	°	°	°
OCEANIA*	30	15	12	150	51	8

Zahlen gerundet

WHO 1997

* Japan, Australien und Neuseeland wurden regional zur „entwickelten“ Region gezählt.

° Regionen mit vernachlässigbaren Vorkommnissen

Weltweit - gesamt „entwickelte“ Regionen „unterentwickelte“ Regionen Afrika Asien Europa Lateinamerika und Karibik Nordamerika Ozeanien

Bei der Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo wurde es von NGOs als Fortschritt gewertet, dass immerhin erstmals unsichere Abtreibung als Problem genannt wird.

Kairoer Aktionsprogramm über unsichere Abtreibung

In Paragraph 8.25 des Kairoer Aktionsprogramms heißt es:

„Auf keinen Fall sollte der Schwangerschaftsabbruch als eine Familienplanungsmethode gefördert werden. Alle Regierungen und einschlägigen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sind aufgefordert, sich der Gesundheit der Frauen stärker zu verpflichten, sich mit gesundheitlichen Auswirkungen einer unsicheren Abtreibung als einer wichtigen Frage der Volksgesundheit auseinanderzusetzen und die Notwendigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen durch erweiterte und verbesserte Familienplanungsdienste zu verringern. Die Verhütung von ungewollten Schwangerschaften muß immer höchsten Vorrang erhalten, und es sollte alles versucht werden, um die Notwendigkeit von Schwangerschaften auszuschalten. Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft sollten ohne weiteres Zugang zu zuverlässigen Informationen und einfühlsamer Beratung haben. Über jegliche Maßnahmen oder Veränderungen in bezug auf den Schwangerschaftsabbruch innerhalb des Gesundheitssystems kann nur auf nationaler und örtlicher Ebene entsprechend dem nationalen legislativen Prozeß entschieden werden. In Fällen, in denen Schwangerschaftsabbrüche nicht gegen die rechtlichen Bestimmungen verstoßen, sollte ein solcher Schwangerschaftsabbruch sicher sein. Auf jeden Fall sollten Frauen Zugang zu hochwertigen Diensten für die Behandlung von Komplikationen infolge einer unsicheren Abtreibung haben. Beratung, Aufklärung und Familienplanungsdienste sollten nach einem Schwangerschaftsabbruch unverzüglich angeboten werden, was auch zur Vermeidung erneuter Schwangerschaftsabbrüche beitragen wird.“

Die UN-Generalversammlung hat zudem auf ihrer Sondersitzung zur Überprüfung der Umsetzung der Kairoer Beschlüsse 1999 fünf Jahre nach der ICPD beschlossen, daß „unter Umständen, in denen Abtreibung nicht gegen rechtliche Bestimmungen verstößt, Gesundheitssysteme Anbieter im Bereich der Gesundheitsversorgung ausbilden und entsprechend ausrüsten sollten sowie andere Maßnahmen ergreifen sollten, um sicherzustellen, dass eine solche Abtreibung sicher und zugänglich ist.

Quelle: Vereinte Nationen: Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly, New York 1999.

Quellen:

Frauensolidarität (Hg.): Heilerin und Kräuterhexe. Frauengesundheit International 1/01 (Wien 2001).
UNFPA, Deutsche Stiftung Weltbevölkerungsbericht (Hg.): 6 Milliarden – Zeit für Entscheidungen. Weltbevölkerungsbericht 1999 (Hannover 1999).
The Alan Guttmacher Institute (Hg.) Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide (New York 1999). <http://www.agi-usa.org/sections/abortion.html>
WHO Unsafe Abortion: Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data – Third edition 1997 – Ref. WHO/RHT/MSM/97.16.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/MSM_97_16_abstracts.en.html

Websites:

* Alan Guttmacher Institut:	www.guttmacher.org
* Catholic for a free Choice	www.cath4choice.org/indexengflash.htm
* Center for Reproductive Law and Policy	www.crlp.org/pri
* Global Reproductive Health Forum:	www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/
* IPPF:	www.ippf.org
* Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe	www.reddesalud.web.cl
* World Health Organization	www.who.int/reproductive-health
* UNO Department of Economic and Social Affairs, Population Division	www.un.org/esa/population/publication/abortion/abortion.htm

Europäische Länder im Vergleich

Vorspann:

„Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht“ waren am 26.11.2001 Thema einer Enquete in Wien*. Die Regelungen in den Niederlanden, in Deutschland, Schweden, Irland und Frankreich wurden beleuchtet. Im Folgenden eine Zusammenfassung der Vorträge.

In den 70er Jahren kam in europäischen Ländern die Diskussion über die Liberalisierung der Abtreibung – nicht zuletzt ausgelöst durch die autonome Frauenbewegung - auf. In der Folge wurden in einer Anzahl von Ländern die Gesetze neugestaltet und Indikations- oder Fristenlösungen festgeschrieben.

Europa im Überblick

Schwangerschaftsabbruch ist ein Thema, das in der Öffentlichkeit emotionaler diskutiert wird, als die meisten anderen sozialen oder gesundheitspezifischen Themen, leitet Lyn Thomas, Direktorin des International Planned Parenthood European Network (IPPF EN) ihren Beitrag ein. „Fest steht, dass weltweit etwa 46 Millionen Frauen jährlich einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. 17% davon leben in Europa.“

Lyn Thomas betont die großen Unterschiede, die es innerhalb Europas - sowohl was die Gesetzeslage, als auch was die Durchführung von Schwangerschaftsunterbrechungen betrifft - gibt. Eine Frau, die in Dänemark wohnt, kann einen kostenlosen Abbruch bis zur zwölften Schwangerschaftswoche bekommen. In Russland haben die Frauen rechtlich gesehen dieselbe Möglichkeit, aber oft müssen sie bezahlen. In Großbritannien ist der Abbruch gratis, viele Frauen ziehen jedoch private Kliniken

vor. In Irland ist Frauen der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch gesetzlich verwehrt, und sie müssen reisen, um einen Abbruch durchführen zu lassen.

Neben dem Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ist der Zugang zu Kontrazeptiva wichtig, der allerdings in sämtlichen europäischen Ländern erschwert wird. Es fehlt an Subventionen für Familienplanungseinrichtungen, an medizinischem Interesse an den Bedürfnissen von Frauen und der dauernde Druck der Anti-Choice-Bewegung behindert den Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen.

Die Abbruchgesetzgebung in Europa – die liberale ebenso wie die restriktive – betrifft, so Lyn Thomas, einige äußerst grundlegende Rechte und mögliche Missbräuche: das Recht jeder Frau selbst zu entscheiden, das Recht der Ärztin bzw. des Arztes, einen Schwangerschaftsabbruch zu verweigern, die elterliche Zustimmung zum Schwangerschaftsabbruch, das Recht von Frauen auf vertrauliche Behandlung und nicht moralisierende Schwangerschaftskonfliktberatung. Was viele dieser Gesetze nicht ansprechen, sind die Rechte ausländischer Frauen auf den Schwangerschaftsabbruch, die Bedürfnisse der sozial und wirtschaftlich Ausgegrenzten oder der Bedarf an einem modernen Verhütungssystem und sexueller Erziehung. Wichtig ist zu bedenken, dass es de jure- und de facto-Unterschiede in jedem Land gibt. Gesetze, die auf dem Papier passabel klingen, werden in der Praxis immer wieder schleppend realisiert.

Lyn Thomas nennt für Europa in Bezug auf Schwangerschaftsabbruch vier Prioritäten:

„Nüchterne“ Daten sollten gesammelt und weitere Untersuchungen durchgeführt, längerfristig sollten Standards und Prozedere vereinheitlicht, für das mit Schwangerschaftsabbrüchen befasstem Personal sollte Fort- und Weiterbildung angeboten, der Anti-Choice-Bewegung sollte mit vereinten Kräften entgegen getreten werden.

Niederlande: Schwangerschafts“tourismus“

Der niederländische Arzt und Spezialist für Schwangerschaftsabbruch Florian Willems berichtet, dass Frauen aus anderen Ländern dann in die Niederlande reisen, wenn sie bereits im zweiten Trimester schwanger sind. Einerseits ist in den Niederlanden der Abbruch bis zur 22. Woche möglich, andererseits gibt es geschulte ÄrztInnen, die diese komplizierteren Abbrüche vornehmen.

Generell ist die Zahl der - für in den Niederlanden lebenden Frauen kostenlosen - Abtreibungen in den Niederlanden extrem gering, die Versorgung mit Verhütungsmitteln funktioniert gut und die Anti-Choice-Bewegung hat keinen besonderen Einfluss. Ärzte wie Willems bilden nicht nur KollegInnen aus anderen Ländern in den Niederlanden aus, sondern reisen auch in Länder, wo Liberalisierungen spätere Abbrüche ermöglichen, es aber an ausgebildeten medizinischem Personal fehlt, die sie durchführen könnten.

Deutschland - Chancen und Grenzen eines breiten gesellschaftlichen Konsens

In Deutschland ist die Diskussion dadurch geprägt, erklärt Elke Thoß, Direktorin von Pro Familia, dass sich konträre Positionen gegenüberstehen. Der *Schutz des ungeborenen Lebens* und das *Selbstbestimmungsrecht der Frau* ist schwer zu vereinbaren, wenn es um Schwangerschaftsabbruch geht. Im gesellschaftlichen Umgang und sozialen Alltag zeigt sich allerdings der positive Zusammenhang zwischen breit verankerter Verhütungspraxis und niedriger Abbruchrate. Nur 14% der Schwangerschaften werden mit einem Abbruch beendet.

Die Schwangerschaftsabbruchversorgung unterscheidet sich nicht nur zwischen West- und Ostdeutschland, sondern von Bundesland zu Bundesland, wobei sich die Qualität in den letzten zehn Jahren verbessert hat, meint Elke Thoß.

Das deutsche Schwangerschaftsabbruchsrecht gilt als eines der kompliziertesten weltweit. Zuerst in den 70er, dann in den 90er Jahren kam es zu Gesetzesveränderungen durch den Deutschen Bundestag. 1976 verabschiedete das Parlament ein erweitertes Indikationsmodell und 1995 eine eingeschränkte Fristenlösung. Parallel hierzu fand nahezu 25 Jahre lang eine überdurchschnittlich breite und permanente öffentliche Kontroverse statt. Das Gesetz von 1995 berücksichtigt die kontroversen Standpunkte. Abtreibung ist bis zur 12. Schwangerschaftswoche aus drei Motiven erlaubt: auf An-

frage, im Fall von Vergewaltigung oder Verbrechen ohne zeitliche Beschränkung und aus medizinischen Gründen. Die Kosten werden größtenteils von öffentlicher Hand übernommen.

Schwedische Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbruch und Prävention

Wird Schweden seinem Image als sozial-liberales Land gerecht? Die Darstellung von Katarina Lindahl, Direktorin des Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU), bestätigt die Annahme. „Das schwedische Gesetz erkennt an, dass die Frau am besten eine Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch treffen kann, aber das bedeutet nicht, dass es einfach ist. Es ist wichtig, dass eine solch wichtige Entscheidung so sicher und so akzeptiert als möglich getroffen werden kann.“

Seit 1975 erlaubt ein Gesetz, Abtreibungen bis zur 18. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Frauen müssen keine Gründe anführen und es werden keine Aufzeichnungen geführt. Abbrüche werden in Krankenhäusern von ÄrztInnen gemacht. Nach der 18. Woche können Frauen unter Angabe allerdings von sehr driftigen Gründen, einen Antrag auf einen Abbruch stellen.

Es gibt den Anspruch, aber nicht die Verpflichtung zur Beratung. Mit dem Gesetz von 1975 gibt es praktische keine illegalen Abtreibungen mehr und die medizinischen Standards sind gut. Der Schwangerschaftsabbruch wird als ein Recht betrachtet, so Katarina Lindahl, und dementsprechend akzeptierend und respektvoll verhalten sich die Angestellten des Gesundheitsdienstes gegenüber den Frauen.

„Es ist überall auf der Welt bekannt, dass Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, ihn durchführen lassen, unabhängig von den Bedingungen und Risiken, die sie eingehen. Ein Schwangerschaftsabbruch ist eine Reaktion auf eine unerwünschte Schwangerschaft.“ Nur jede zweite Frau erfährt in Schweden im Laufe ihrer fruchtbaren Jahre (hier von 15 bis 55) einen Schwangerschaftsunterbrechung.

Auf Grundlage dieser abgeklärten gesetzlichen und infrastrukturellen Situation betont Katarina Lindahl die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes zur Prävention. Aufklärung der Jugendlichen, Sexualerziehung, Wertschätzung der eigenen Sexualität, ausreichende Information und einfacher, billiger Zugang zu Verhütungsmitteln sowie gute soziale Bedingungen für Eltern und Kinder zu schaffen, sind Ziele, die hier genannt werden.

Männer haben in Schweden kein Recht, eine Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch ihrer Partnerin zu treffen, doch ihre Rolle und ihre Verantwortung bei der Entscheidung soll bedacht werden. Junge Frauen beziehen oft ihre Mütter in die Entscheidung zur Abtreibung ein, wenn nicht, dann haben die Kliniken allerdings eine professionelle Schweigepflicht.

Die zahlreichen Untersuchungen, die in Schweden angestellt werden, zeigen u.a. dass 90% der Abtreibungen in einer frühen Phase durchgeführt werden und dass die Abtreibungsrate seit 1975 zurückgegangen ist. Beobachtet wird auch, dass junge Menschen erst im Alter von 27-30 Jahren beginnen, eine Familie zu gründen.

Irland – der Weg in den Abgrund

Als eine nie zu Ende gehende Geschichte beschreibt Catherine Forde, Vorstandsmitglied der Irish Family Planning Association, die Situation in Irland. 1983 wurde das „Recht auf Leben“ in der irischen Verfassung verankert, um sicherzustellen, dass Schwangerschaftsabbruch nie Gesetz würde. Die Verfassungsänderung stellte allerdings auch fest, dass eine angemessene Rücksicht auf das gleichwertige Recht auf Leben der Mutter genommen werden muss. Anfang der 90er Jahre ereignete sich der „Fall X“ – ein 14-jähriges Mädchen wurde, nachdem sie vom Vater der Freundin vergewaltigt worden war, schwanger. Strittig war nun, ob die Eltern das Recht haben, ihre Tochter zu einem Schwangerschaftsabbruch nach England zu bringen. Der Staatsanwalt leitete ein Verfahren gegen die Eltern bei Gericht ein und der Richter entschied – unter Berufung auf die Verfassung - dass das Mädchen nicht ausreisen durfte. Die Eltern erhoben Einspruch beim Obersten Gerichtshof. Schlussendlich wurde – ebenso unter Berufung auf die Verfassung - entschieden, dass das Mädchen in Irland eine Abtreibung machen dürfe, da sie selbstmordgefährdet sei. 1992 hielt die Regierung, auf Druck der wütenden Abtreibungsgegner, ein weiteres Referendum ab. Eine der drei Fragen, die zur

Abstimmung gelangten, war, ob ein drohender Selbstmord der Schwangeren als Grund für einen Abbruch akzeptiert werden könne. Die bisherige Meinung wurde bestätigt und die Abstimmung ging negativ für die Gegner aus.

Die irische Familienplanungsorganisation rang sich nun zu einer „radikalen“ Position bezüglich Abbruch durch: Der Schwangerschaftsabbruch, so die Forderung der IFPA, soll aller gesetzlichen Bedingungen entkleidet werden und als Angelegenheit zwischen der Frau und der Ärztin bzw. des Arztes betrachtet werden, beschreibt Catherine Forde den aktuellen Stand der internen Diskussion. Auch wenn die Regierung ein All-Parteien-Komitee einberufen hat, dass die Zivilgesellschaft aufforderte, Vorschläge zu machen, wird es demnächst wieder ein Referendum geben. Und wieder wird es darum gehen, ob Selbstmordgefahr einen ausreichenden Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellt. Die neuen Vorschläge sehen ein medizinisches Prozedere vor, das durchgeführt werden kann, um die Schwangerschaft zu beenden, sofern eine tatsächliche und substantielle Lebensgefahr für die Frau besteht, ausgenommen soll aber die Gefahr der Selbstzerstörung sein!

Eine 20-jährige Geschichte der Missachtung und Respektlosigkeit Frauen gegenüber, kritisiert Catherine Forde. „Irland ist ein einzigartiges Land, dazu gehört, dass wir zu den Ländern mit den höchsten Abbruchsziffern in Europa zählen, ohne selbst welche durchzuführen.“ Jeden Wochentag haben 26 irische Frauen einen Abbruch. Es ist wahrscheinlich, dass es seit 1981 etwa 90.000 bis 100.000 Schwangerschaftsabbrüche gab – sie werden in England durchgeführt.

Das einzig Positive ist, so Catherine Forde abschließend, dass die öffentliche Diskussion offener geführt wird, dass die Bevölkerung die rigide Haltung mehr und mehr ablehnt und dass PolitikerInnen manchmal, mittlerweile im Wissen auf die geänderte öffentliche Meinung, gegen die Abtreibungsgegner auftreten.

Frankreich – Fortschritt für Rechte der Frauen und Mädchen

Von gesetzlichen Verbesserungen kann Françoise Laurant, Präsidentin des Mouvement Français pour le Planning Familial (MEPF), aus Frankreich berichten.

Auch hier wurde 1975 der Schwangerschaftsabbruch legalisiert, was nicht dazu geführt hat, dass Abbruch als eine von verschiedenen Methoden der Familienplanung gesehen wird. Es kam aber auch nicht, trotz stärkerer Verbreitung und besserem Zugang von Verhütungsmethoden, zu einem spürbaren Rückgang von Abbrüchen.

Die Beschränkungen, die das „Veil-Gesetz“ von 1975 beinhaltete - etwa hinsichtlich der für den Schwangerschaftsabbruch geltenden Fristen, der Orte, an welchen er durchgeführt werden darf, des Ausschlusses nicht-französischer Staatsbürgerinnen oder der Einwilligung der Eltern im Fall von Minderjährigen - blieben 25 Jahre lang unverändert - abgesehen von einigen Verbesserungen, wie Kostenübernahme durch die Krankenkassen (1982) oder der Verpflichtung der Spitäler, Abbrüche auf Verlangen durchzuführen. Wichtig auch das Gesetz von 1992, das die Behinderung von Schwangerschaftsabbruch zur strafbaren Handlung erklärt und damit den „Anti-Abbruchs-Kommandos“ jede Rechtsgrundlage entzieht.

Am 4.7.2001 wurde eine Novelle des „Veil-Gesetzes“ erlassen:

- Jede Frau hat jederzeit das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen
- Die Dauer der Schwangerschaft muss weniger als 12 Wochen betragen
- Eine Einwilligung der Eltern bei Minderjährigen ist nicht erforderlich
- Auch Frauen ohne französische Staatsbürgerschaft können einen Abbruch verlangen
- Ein Abbruch ist auch nach der 12. Schwangerschaftswoche aus medizinischen Gründen möglich

Die Gesetzgebung befördert die Anerkennung der Frauenrechte und des Rechts auf Empfängnisverhütung. Positiv ist sicherlich auch, dass durch das neue Gesetz der Zugang zu Kontrazeptiva leichter geworden ist. Es darf nunmehr informiert werden, Minderjährige bekommen Verhütungsmittel anonym und gratis, auch ohne Einwilligung der Eltern, Sexualerziehung in den Schulen ist vorgesehen und ab sofort ist Sterilisation zum Zweck der Empfängnisverhütung legal.

Trotzdem stellt sich Situation in Frankreich sehr uneinheitlich dar. Unzulänglichkeiten (wie zögerliche Spitäler in einigen Regionen, notgedrungene Abbrüche im Ausland bei fortgeschrittener Schwangerschaft) werden zwar erkannt, doch die Reaktionen sind nicht immer zufriedenstellend, meint Françoise Laurant abschließend.

Resümee

Keines der beschriebenen Länder verzichtet auf eine Regelung und jedes versucht, Kontrolle über Frauen auszuüben. Restriktive Gesetze zu Schwangerschaftsabbrüchen und erschwerter Zugang zu Verhütungsmitteln gehen miteinander einher. Der Unterschied zwischen de jure und de facto-Situation geht regelmäßig zu Lasten der Frauen, die Abbrüche durchführen lassen wollen. Der Logik, dass Abbrüche die Reaktion auf ungewollte Schwangerschaften sind, wird zu wenig Rechnung getragen.

Anmerkung:

* In der Dokumentation der Enquete „Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht“ vom 26.11.2001 sind Programm, Referate, Angaben zu den Referentinnen, eine Übersicht über Abbruchsregelungen in der europäischen IPPF-Region, eine Liste der Spitäler und ÄrztInnen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen nachzulesen. Bestellung siehe Rückseite.

Weiterführende Literatur:

IPPF European Network (Hg.) Abortion Legislation in Europe - updated October 2001 (Brüssel 2001).
www.ippfen.org/regions/europe/choices/index.htm

Gesetzliche Regelungen für den Schwangerschaftsabbruch in der Europäischen Region der IPPF (International Planned Parenthood)

Land	Gefahr f d Leben d Frau	Gefahr f d physische Gesundheit	Gefahr f d mentale Gesundheit	Verge-wal-tigung /Inzest	Behin-derung d Fötus	Alter	Ökonom./ Soziale Gründe	Auf Verlangen
Albanien	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Armenien	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Belgien (W, B, I)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit					Bis 12 Woche
Bulgarien	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche		Bis 20 Woche		Bis 16 Woche	Bis 12 Woche
Dänemark	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Deutschland (W, B, I)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Bis 12 Woche	Kein Zeitlimit			Bis 12 Woche
Estland	Bis 21 Woche	Bis 21 Woche	Bis 21 Woche			Bis 21 Woche		Bis 12 Woche
Finnland	Bis 24 Woche	Bis 20 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 24 Woche		Bis 12 Woche	Bis 12 Woche
Frankreich (W)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Georgien	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Bis 12 Woche
Griechenland	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 20 Woche	Bis 24 Woche			Bis 12 Woche
Großbritannien	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit		Bis 24 Woche	
Irland (B)	Kein Zeitlimit							
Island (B)	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche		Bis 12 Woche	
Israel (B)	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche		
Italien (W, B)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit			Bis 90 Tage
Kasachstan	Bis 24 Woche	Bis 24 Woche	Bis 24 Woche	Bis 16 Woche	Bis 24 Woche			Bis 12 Woche
Lettland	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Litauen	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Luxemburg (B, W)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 12 Woche	
Moldawien	Bis 28 Woche	Bis 28 Woche	Bis 28 Woche		Bis 28 Woche		Bis 28 Woche	Bis 12 Woche
Niederlande (W)							Bis 24 Woche	Bis 13 Woche
Norwegen	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Österreich (I)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Bis 3 Monate
Polen (B)	Bis 22 Woche			Bis 12 Woche	Bis 22 Woche			

Portugal (W, B)	Bis 12 Woche	Bis 12 Woche		Bis 16 Woche	Bis 24 Woche			
Rumänien	Bis 22 Woche				Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Rußland	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit		Kein Zeitlimit		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Schweden							Bis 22 Woche	Bis 18 Woche
Schweiz	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit					Bis 12 Woche
Slowakei (B)	Bis 22 Woche				Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Spanien	Kein Zeitlimit			Bis 12 Woche	Bis 22 Woche			
Tschechien (B)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Türkei (E)	Über 10 Wochen				Über 10 Wochen			Bis 12 Woche
Ukraine		Kein Zeitlimit					Bis 28 Woche	Bis 12 Woche
Ungarn (W, B)	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche			Bis 12 Woche
Usbekistan	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche	Bis 22 Woche		Bis 22 Woche	Bis 12 Woche
Zypern (B)	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit	Kein Zeitlimit			

- I:** Frist: 12 Wochen/3 Monate nach Implantation bei Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen
B: Verpflichtende Beratung
W: Wartezeit (Bedenkzeit)
E: Zustimmung des Ehemanns

Fristenregelung ohne Durchführungsbestimmungen

Vorspann:

In vier Referaten wird im zweiten Teil der Enquete die österreichische Situation skizziert: Wie wurde die Fristenregelung durchgesetzt? Was ergibt eine österreichweite Studie zur Frage des Schwangerschaftskonfliktes aus der Sicht von Frauen? Wie wird aktuell der Schwangerschaftsabbruch in Österreich umgesetzt? Welche Auswirkungen haben ungeplante Schwangerschaften auf Familien?

Elfriede Karl, Bundesministerin für Familie a.D., Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Christian Fiala, Gynäkologin und Belinda Mikosz, Leiterin des psychologischen Dienstes der Wiener MAG 11 beleuchten aus unterschiedlichen Blickwinkeln das Thema Schwangerschaftsabbruch.

1975 trat die Fristenregelung in Österreich in Kraft. Sie stellt den Schwangerschaftsabbruch straffrei, wenn er auf Antrag der betroffenen Frau innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft¹, von einer Ärztin oder einem Arzt nach vorheriger Beratung vorgenommen wird.

Helfen statt Strafen

Der SP-Regierung ist es geschuldet, dass in den 70er Jahren unter Justizminister Christian Broda zwei große Rechtsreformen durchgeführt wurden: die Familien- und die Strafrechtsreform. Im Zuge

¹ Als Beginn der Schwangerschaft wird die erfolgte Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter-schleimhaut verstanden. Dies entspricht etwa der 16. Woche gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung.

der Strafrechtsreform wurde der § 144 geändert. Die, der katholischen Kirche nahestehende, Aktion Leben leitete, noch bevor die Fristenregelung in Kraft trat, ein Volksbegehren ein, das von rund 800.000 UnterzeichnerInnen unterstützt wurde. Elfriede Karl, Staatssekretärin im Bundeskanzleramt ab 1971 und Familienministerin von 1984 bis 1984 listet die begleitenden sozialpolitischen Maßnahmen, die in den 70er Jahren während der SP-Alleinregierung gesetzt wurden auf: Die Aufhebung der Diskriminierung des unehelichen Kindes, die Steuerbegünstigungen im Rahmen der Familienförderung, die Verlängerung des Mutterschutzes auf 16 Wochen, die Anhebung des Karenzurlaubsgeldes, vor allem für AlleinerzieherInnen, die zusätzliche Sondernotstandshilfe bis zum dritten Lebensjahr des Kindes für AlleinerzieherInnen, die Anrechnung von Erziehungszeiten für den Pensionsanspruch, die Erhöhung der Geburtenhilfe auf ATS 16.000,- und der Mutter-Kind-Pass zur Verbesserung des gesundheitlichen Standards waren Schritte, um die Situation vor allem für finanziell schwächere Mütter und Familien erleichtern. Seit 1974 wurde der Betrieb von Familienberatungsstellen öffentlich gefördert. Es wurden Werbe- und Aufklärungskampagnen über Familienplanung und Verhütungsmethoden lanciert. Elfriede Karl ist überzeugt davon, dass Schwangerschaftsabbrüche durch Maßnahmen der Sozialpolitik aber auch durch Zugang zu Verhütungsmitteln vermieden werden können.

Schwangerschaftskonflikt

Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, stellt die Ergebnisse der Studie Schwangerschaftskonflikt aus der Sicht der Frauen² vor. Ungeplante Schwangerschaften stellen für Frauen und deren Partner zunächst eine Phase der Neuorientierung dar, in der verschiedene Perspektiven geprüft werden müssen. Rationale und emotionale Überlegungen fließen in die Entscheidungsfindung ein.

Befragt wurden österreichweit im Jahr 2000 1.000 ungeplant schwangere Frauen, die sich entweder für einen Schwangerschaftsabbruch oder für eine Fortsetzung entschieden hatten. Die Zufriedenheit, im Fall eines Abbruchs, mit der chirurgischen bzw. medikamentösen Methode war ebenso von Interesse.

Ein maßgeblicher Faktor für die Entscheidung zu einem Abbruch liegt in der (schlechten) Qualität der Beziehung zum Partner. Nachteilige emotionale Folgen, ausgelöst durch den Schwangerschaftsabbruch, wurden nicht festgestellt. Zwei Drittel der Frauen waren sich drei Monate nach dem Abbruch sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Die Wahl der Methode fiel drei Monate danach zugunsten der chirurgischen aus. 91% würden sich wieder für den chirurgischen Eingriff entscheiden, nur 83% für den medikamentösen, fasst Beate Wimmer-Puchinger die Forschungsergebnisse zusammen.

Die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs

Die österreichische Gesetzgebung der Fristenregelung kann im Vergleich mit anderen europäischen Ländern als liberale Lösung betrachtet werden, meint der Gynäkologe Christian Fiala. In der Praxis allerdings fehlen die Durchführungsbestimmungen. Keine Ärztin, kein Arzt, keine Institution ist verpflichtet, Abbrüche durchzuführen. Es gibt für Frauen keinen Anspruch auf Schwangerschaftsabbruch, schon gar nicht in ihrer Wohnnähe. Ein weiteres Problem ist die Kostenübernahme. In Österreich werden lediglich in Ausnahmefällen die Kosten von öffentlicher Hand übernommen.

Eine Folge der fehlenden Durchführungsbestimmungen ist die unterschiedliche und in den meisten Regionen sehr schlechte Versorgung mit Abbruchmöglichkeiten. Im Westen Österreichs ist es für Frauen nahezu unmöglich, einen Abbruch durchführen zu lassen. In Wien ist der Zugang für Frauen zufriedenstellend. Die einzigen beiden Ambulatorien in Österreich, die auf Abbrüche spezialisiert sind, befinden sich in Wien und hier gibt es eine Anzahl an niedergelassenen ÄrztInnen, die Abbrüche durchführen. Aber bereits die Preisgestaltung der Gemeindespitäler zeigt die herrschende Willkür. Abtreibungen kosten dort ATS 10.000,- und mehr, also etwa das Doppelte des marktüblichen Preisniveaus. Die Frauen werden für die wenigen Stunden des Aufenthalts zwangsweise als Klasse-

² Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (Hg.), Schwangerschaftskonflikt aus der Sicht der Frauen. Ergebnisse einer österreichweiten Studie (Wien 2001).

patientinnen behandelt und müssen deshalb für einen höheren Tagsatz, sowie zusätzliche Kosten für ÄrztIn und AnästesistInnen, aufkommen.

Zehn Jahre nach der Markteinführung in Frankreich konnte 1999 erstmals Mifegyne in Österreich angewendet werden. Der Zugang ist allerdings sehr eingeschränkt, da die Anwendung auf Krankenanstalten beschränkt ist und niedergelassene ÄrztInnen Mifegyne nicht verabreichen dürfen. Einzig im Krankenhaus Korneuburg bei Wien wird das Medikament seither zur Zufriedenheit der Patientinnen verabreicht, berichtet Christian Fiala.

Als positive Entwicklung wertet Fiala die gesetzliche Änderung, nach der seit 2001 Minderjährige selbst, nach Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt, über die Verwendung von Kontrazeptiva und die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs entscheiden können.

Da Abtreibungen nicht meldepflichtig sind, gibt es auch keine verlässlichen Angaben über die Häufigkeit. Die Studie Schwangerschaftskonflikt spricht von 19.000 – 25.000 geschätzten Abbrüchen pro Jahr, manche setzen die Zahlen höher an und kommen auf 30.000 – 40.000. Kritikwürdig, so Christian Fiala, dass eine in jedem Fall sinnvolle Präventionsarbeit, in Österreich auf politische Hindernisse stößt.

Für medizinisch begründete Abbrüche gibt es keine gesetzliche Frist. Die Kosten werden, nach Indikation und Überprüfung, von der Krankenkasse übernommen.

Im Gegensatz zu anderen Ländern, kritisiert Christian Fiala abschließend, wird es jungen Frauen in unserer Gesellschaft denkbar schwer gemacht, sich in ihrer Sexualität zu schützen. Kosten, soziale Kontrollen, Tabuisierung, moralisierende Diskurse und bürokratische Hürden sind kontraproduktiv, wenn eine Gesellschaft gleichzeitig die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche senken will.

Unerwünschte Kinder?

Was geschieht, wenn Frauen ein ungewolltes Kind bekommen und es auch in der Folge nicht akzeptieren können? fragt Belinda Mikosz, Psychologin am Jugendamt der Gemeinde Wien. Die Erfahrungen zeigen, dass Alleingelassen-Sein, Nichtpräsenz des Vaters, wenig familiärer Rückhalt, unsichere materielle Versorgung und berufliche Schwierigkeiten die Situation von Frauen eindeutig erschweren. Mit Unterstützung von außen kann manchmal der Kreislauf der negativen Einstellung zu sich selbst und zum Kind durchbrochen und eine positive Perspektive entwickelt werden.

Die Haltung zu Abtreibung ist symptomatisch

Interview mit Käthe Knittler

Vorspann:

Die Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch flammt in Österreich immer wieder auf. Zum einen agiert die Bewegung von Human Life International mit ihren Unterorganisationen verstärkt auch in Europa. Zum anderen wirken Überlegungen von Sozialminister Haupt - der im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs die schriftliche Zustimmung des Partners sehen will - oder das Bekenntnis von Kanzler Schüssel - dass Schwangerschaftsabbrüche abzulehnen seien - unterstützend. Vor der Wiener Mairo-Klinik, einem Ambulatorium für Schwangerschaftsabbruch, stoßen Pro und Kontra aufeinander. Pro-Life und „Ja zum Leben“ versuchen dort, Frauen einzuschüchtern und moralischen Druck auszuüben. Der Frauenstammtisch der Sozialistischen Linkspartei organisiert Protestkundgebungen. Mit Käthe Knittler, Mitglied der SLP, führte Gundi Dick das folgende Gespräch.

Pro-Life-AktivistInnen behindern Frauen, die die Mairo-Klinik im 2. Wiener Bezirk aufsuchen, um dort einen Schwangerschaftsabbruch machen zu lassen. Wie geht das konkret vor sich und warum haben sie die Mairo-Klinik für ihre Attacken ausgewählt?

○ Die Mairo-Klinik ist ein Spezialfall, weil Pro-Life es dort geschafft hat, die Räume der Klinik aufzukaufen und nun über den Rechtsweg versucht, die Klinik zu vertreiben. Probiert haben sie ähnliches bereits 1997 mit dem Ambulatorium am Fleischmarkt. Sie richten sogenannte Lebenszentren ein, holen Frauen dorthin, setzen sie unter Druck, zeigen abschreckende Videos. Sie patrouillieren – während das Ambulatorium offen ist –, drücken den Frauen, die die Klinik betreten, kleine Plastikembryos in die Hand, beschimpfen sie, jagen ihnen Angst ein, indem sie behaupten, dass letztens Frauen bei Abbrüchen gestorben seien. Diesen Terror betreiben sie am Fleischmarkt, seit 1999 bei der Mairo und neuerdings auch in Linz. Als weiteres suchen sie politische Naheverhältnisse zu konservativen Parteien – was ihnen derzeit in Österreich gelingt. Und sie haben Geld: sie sammelten 1999 beachtliche Spenden in der Höhe von 800 Millionen Schilling.

Regelmäßig am letzten Samstag im Monat ziehen die Pro-Life-AktivistInnen zu vierzigst von der Kirche der Barmherzigen Brüder durch die Straßen des 2. Bezirks zur Mairo-Klinik. Über Walkie-Talkie wird die Messe live übertragen, sie beten und singen, sie tragen Schilder mit Bildern von bluttriefenden zerstückelten Embryos. Bei der Mairo halten sie ihre Kundgebung ab. Von der Wohnung oberhalb der Klinik, die sie auch gekauft haben, filmen sie uns und die Protestkundgebung als Abschreckung.

Wurde versucht, gesetzlich dagegen vorzugehen? Schließlich fallen solche Aktivitäten unter Bedrohung oder zumindest Nötigung.

○ Es gibt keine gesetzliche Handhabe gegen sie. Dass sie dort stehen, fällt unter freie Meinungsäußerung. Anders als in den USA, gibt es bei uns keine Bannmeile. Für das Gesetz in Frankreich, das solche Belästigungen und Gesetzesboykotte unter Strafe stellt, war der Anlassfall radikaler, dort sind die Gegner in die Klinik eingedrungen und haben sich an den Betten angekettet. In Österreich ist gottseidank noch niemand umgebracht worden, wiewohl es Morddrohungen gibt. Die Mairo-Klinik hat allerdings einen Wachdienst organisiert, der die Frauen hineinführt, begleitet und schützt, wodurch die Kosten für die Abbrüche gestiegen sind.

Vielmehr hat Dietmar Fischer, Chef von Pro-Life Österreich, die Mairo-Klinik geklagt. Er ist Besitzer der Wohnung. Die Klage besagt, dass sich die Anrainer belästigt fühlen. Und wer vertritt den Kläger Fischer? Hier schließen sich interessante politische Kreise: die Anwaltskanzlei Böhmendorfer-Gheneff. Mittlerweile ist der Prozess abgeschlossen, aber das Urteil ist noch nicht verkündet worden. Selbst, wenn die Mairo-Klinik gewinnt, kann man davon ausgehen, dass Fischer in die nächste Instanz geht.

Begünstigt das allgemeine politische Umfeld die reaktionären Aktivitäten der AbtreibungsgegnerInnen?

○ Die blauschwarze Regierung schafft ein Klima, in dem sich Organisationen, wie Pro-Life, „Ja zum Leben“ und wie sie alle heißen, sicher „wohler“ fühlen. Spricht doch der Sozialminister vom Mitspracherecht des Vaters, wenn es um Schwangerschaftsabbruch geht. Aber die GegnerInnen sind nicht nur gegen Abtreibung, sondern sie halten ein sehr konservatives Frauenbild aufrecht. Das äußert sich in ihrer Terminologie, die sie bewusst wählen: sie sprechen von Müttern, von Schwangeren, von ungeborenen Kindern im Bauch, als „Frauen“ werden nur kinderlose weibliche Personen bezeichnet. Sie sind gegen Verhütungsmittel, gegen Sex vor der Ehe, sie reden vom Bösen und vom Teufelswerk - sie bringen den ganzen katholischen Mief zutage. Immer wieder zeigt sich, dass AbtreibungsgegnerInnen ein gesamtes frauenfeindliches Konzept parat haben. Ihre Haltung zu Abtreibung ist nur ein Symptom. Sie agieren in einer politischen Umgebung, in der Sozialleistungen abgeschafft werden, in der sich Frauen wieder stärker und gratis um Kinder, um Alte und um Kranke in ihren Familien und Haushalten kümmern sollen. Diese Arbeit wird wieder ins Private abgeschoben und es wird offen gesagt, dass diese Arbeit „unbezahlbar“ ist. Nur: für die Frauen bedeutet es mehr Arbeit und mehr Abhängigkeit von ihrem „Ernährer“.

Welche Forderungen müssten in dieser Situation erfüllt werden?

○ Es sind Forderungen, die schon alt sind: Abtreibung auf Krankenschein, Abtreibungsmöglichkeit in allen Bundesländern, gratis Verhütungsmittel, Aufklärung in den Schulen, gratis und Ganztagskindergärten, ein Grundeinkommen, damit Frauen nicht von den Männern abhängig sind, gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit. Die Fristenregelung müsste aus dem Strafgesetz gestrichen werden, denn Abtreibung ist im Grunde noch verboten. Holland oder Schweden haben hier sicher bessere und liberalere Ansätze. Es müsste ein Gesetz geben, dass den Abtreibungsgegnern verbietet, dort aufzutreten. Ende Jänner 2002 jährt es sich, dass wir Kundgebungen vor der Mairo-Klinik abhalten. Wir werden das weiterhin tun, solange Pro-Life dort ist.

Vielen Dank für das Gespräch.

Anmerkung:

Protestkundgebung jeden letzten Samstag im Monat 9.00-10.30, Große Sperrgasse 24, 1020 Wien (bzw. 8.30 vor der Kirche der Barmherzigen Brüder in der Taborstraße).

Information: www.slp.at

Websites:

* Ambulatorium am Fleischmarkt - Schwangerenilfe und Sexualmedizin:

www.asfleischmarkt.at

* Österreichische Gesellschaft für Familienplanung:

www.oegf.at/

* Information des Krankenhauses Korneuburg zum medikamentösen und chirurgischen Abbruch:

www.abtreibung.at

* Adressenverzeichnis der Familienberatungsstellen des BM Soziale Sicherheit und Generationen:

www.bmsg.gv.at/bmsg/relaunch/familie/welcome.htm

*Frauenservice Graz

<http://www.frauenservice.at/>

*Frauen im Brennpunkt

<http://www.fib.at/>

*Frauen beraten Frauen

<http://members.aon.at/frauenberatung-wien/>

In eigener Sache

Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung bedauert die Schließung der Familienplanungsstelle an der Krankenanstalt Rudolfstiftung bekannt zu geben. Die Schließung erfolgt auf Wunsch der Kollegialen Führung der Krankenanstalt Rudolfstiftung. Davon unberührt ist der Betrieb der Jugendberatungsstelle First Love.

Die ÖGF bemüht sich derzeit neue Räumlichkeiten zu finden, um die Beratungsstelle wiederzueröffnen.

ÄrztInnen und Spitäler, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen

Kärnten

A.ö.Landeskrankenhaus Villach

9500 Villach, Nikolaigasse 43

T: 04242/208

Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 4.500,-/ ca. €327,-

Nur nach vorheriger Beratung in der Familienplanungsstelle in Villach oder Spital/Drau

A.ö. Landeskrankenhaus Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Völkermarkterstraße 15-19

T: 0463/538 22270

Chirurgischer Abbruch: ATS 11.990,-/ ca.. €870,-

Niederösterreich

A.ö.Krankenhaus Gmünd

3952 Gmünd, Conrathstraße 17

T: 02852/52525311

Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 8.000,-/ ca. €580,-

A.ö.Krankenhaus Korneuburg

2100 Korneuburg, Wienerring 3-5

T:02262/780263

Chirurgischer Abbruch: ATS 5.950,-/ ca. €360,-

Mifegyne: ATS 5.950,-/ca. €360,-

A.ö.Krankenhaus Neunkirchen

2620 Neunkirchen, Peischingerstraße 19

T: 02635/602

Chirurgischer Abbruch: ATS 8.000,-/ca. €580,-

Mifegyne: ATS 8.000,-/ ca. €580,-

Nur nach vorheriger Beratung in der Familienplanung Neunkirchen

A.ö.Krankenhaus St. Pölten

3100, St. Pölten, Propst Führer Straße 4

T: 02742/3002788

Chirurgischer Abbruch: ATS 6.200,-/ ca. €350,-

Nur nach vorheriger Beratung in der Familienplanung St. Pölten

A.ö.Landeskrankenhaus Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Corvinusringasse 3-5

T: 02622/23521 2473

Chirurgischer Abbruch: ATS 12.000,-/ ca. €870,-

Oberösterreich

Allgemein öffentliches Krankenhaus Linz

4010 Linz, Fadingerstraße 1

T: 0732/7806/2227

Chirurgischer Abbruch: ATS 5.500,-/ ca. €363,-

Salzburg

Dr. Schlebaum Charles

Salzburg Stadt

T: 0662/873955

Chirurgischer Abbruch: ATS 5.000,-/ ca. €363,-

Steiermark

Dr. André Jansen

8010 Graz, Hans Sachsgasse 14/2

T: 0316/812728

Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 6.000,-/ ca. €336,-

Geburtshilfliche-Gynäkologische Univ.Klinik

8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

T: 0316/385-2270

Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 12.800,-/ €930,-

Mifegyne: ATS 8.200,-/ ca. €600,-

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

Tirol

Dr. Soier Georg

6020 Innsbruck, Hunoldstraße 14/2

T: 0512/347622

Chirurgischer Abbruch: ATS 6.000,-/ ca. €336,-

Vorarlberg

Ärztehaus Montfort

6900 Bregenz, Montfortstraße 17

T: 05574/42955

Chirurgischer Abbruch: ca. ATS 6.000,-/ ca. €336,-

Wien

Ambulatorium am Fleischmarkt

1010 Wien, Fleischmarkt 26

T: 01/5129631

Chirurgischer Abbruch: ATS 6.200,-/ ca. €350,-

Mifegyne: ca. ATS 6.200,-/ ca. €350,-

Hanusch Krankenhaus

1140 Wien, Heinrich-Collinstraße 30

T: 01/31350252

Chirurgischer Abbruch: ATS 9.900,-/ ca. €720,-

Ignaz-Semmelweis Frauenklinik

1180 Wien, Bastiengasse 36-38

T: 01/47615/3901

Chirurgischer Abbruch: ATS 9.338,-/ ca. €674,-

Klinik Lucina (Mairo)

1020 Wien, Große Sperlgasse 33/1-3

T: 01/2120808

Chirurgischer Abbruch 5.900,-/ ca. €428,-

Mifegyne ATS 6.200,-/ ca. €350,-

Kaiser Franz Josef Spital

1100 Wien, Kundratstraße 3

T: 01/60191-0

Chirurgischer Abbruch: ATS 10.838,-/ ca. €784,-

Krankenanstalt Rudolfstiftung

1030 Wien, Juchgasse 25

T: 01/71165-0

Chirurgischer Abbruch: ATS 11.340,-/ ca. €820,-

Krankenanstalt Sanatorium Hera

1090 Wien, Löblichgasse 14

T: 01/3135052

Preis auf Anfrage

Stand Dezember 2001

Literatur zum Thema Schwangerschaftskonflikt

AGI - Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide. New York: AGI, 1999.

Doblhammer G, Lutz W, Pfeiffer C. Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Österreich (gesamtes Bundesgebiet). Frauen und Männer. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse. Materialiensammlung Heft 2. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung, Wien, 1996.

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

Hlavin-Schulze K. Frauen nach der Abtreibung. Wien: Edition Praesens, 1996.

Knopf M, Mayer E, Meyer E. Traurig und befreit zugleich. Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1995.

Österreichische Frauengesundheitszentren, Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. Ungeplant schwanger? Eine Broschüre zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich. Mit Unterstützung der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten. Wien, 1999.

Safar P, Fiala C. Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston (Mifegyne) und Misoprostol in Österreich - erste Erfahrungen. Frauenarzt 2000(41):325-330.

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

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

Glossar

Bush's Global Gag Rule

Der US-Administration Bush wird seit Anfang des Jahres vorgeworfen, mithilfe der sogenannten Mexiko-City-Politik jene NGOs, die nicht in den USA beheimatet sind, in der Ausübung ihrer Informations- und Beratungsarbeit und ihrer Aktivitäten in Zusammenhang mit Familienplanung zu „knebeln“. Um die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche weltweit zu reduzieren, verordnete Bush, dass NGOs, die nicht in den USA beheimatet sind, keine US-Entwicklungszusammenarbeitsgelder bekommen sollten, die entweder Abtreibungen durchführen, darüber informieren oder sich für die Liberalisierung engagieren. Betroffen sind sogar NGOs, die explizit keine US-Gelder für Schwangerschaftsabbrüche bzw. für diesbezügliche Lobbyarbeit im eigenen Land verwenden.

Dabei wird u.a. vom Exekutivrat des Inter-Europäischen Forums für Bevölkerung und Entwicklung (IEPPFD) darauf hingewiesen, dass es hier um die gleichen Inhalte und Aktivitäten von NGOs handle, die in den USA sehr wohl legal sind und nun in anderen Ländern verhindert werden sollen. Frauen werden damit ihrer Entscheidungsmöglichkeiten beraubt und mit dieser besorgniserregenden Politik in unsichere und illegale Situationen gedrängt, kritisiert der IRPEPD in seiner Erklärung vom 19.3.01

„Die „Global Gag Rule“ bewirkt sicher keinen Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche“, erklärt die NGO Catholics for a Free Choice. „Es untergräbt reproduktive Gesundheit weltweit und hält Familienplanungsangebote von den „Verwundbarsten“ der Gesellschaft fern. Die Verordnung könnte vielmehr einen gegenteiligen Effekt auslösen, da Beratung über Verhütung bzw. Schwangerschaftsabbruch verhindert würde.

36 US-Menschenrechtsorganisationen forderten nach dem Anschlag vom 11. September die Bush-Administration auf, die undemokratische Mexiko-City-Politik zurückzunehmen. Sie betonen das Recht auf freie Meinungsäußerung, Organisations- und Religionsfreiheit. Es sei ein passender Zeitpunkt, um diese Knebelungsverordnung aufzuheben, zumal sie US-Senatsbeschlüssen widerspreche und in den USA nicht anwendbar wäre. Stattdessen solle Präsident Bush zeigen, dass die USA für die Universalität der Menschenrechte und zivilen Freiheiten eintrete, so die Presseaussendung des Center for Reproductive Law and Policy vom 8.11.01.

Nachruf

Frau Dr. Ulrike Wisleitner-Fennesz ist 1955 in Wien geboren, die Mittelschule absolvierte sie in Linz bei den Kreuzschwestern um dann wieder nach Wien zurückzukehren und hier Medizin zu studieren. Schon während des Medizinstudiums interessierte sie sich für Psychosomatik und Psychosexualität der Frau: Sie war eine aktive und erfolgreiche Studentin in dem ersten Seminar zu dem Thema ‚Psychosexualität und Frauenheilkunde‘, eine optionale Lehrveranstaltung, angeboten an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie. In der Folge hat sie in ihrem Wirken als Frauenärztin und Geburtshelferin immer die psychosoziale Situation ihrer Patientinnen in das Zentrum ihres klinischen Denkens und Handelns gestellt.

Nach Beendigung des Studiums trat sie in die Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik unter Prim. Univ.Doz. Dr. A. Rockenschaub ein. Schon während der Ausbildung zur Fachärztin für Gynäkologie und Ge-

birthshilfe war sie Vorstandsmitglied (wissenschaftliche Sekretärin) der 1982 gegründeten Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe und in dieser Funktion federführend für die Programmgestaltung der wissenschaftlichen Tagungen dieser Gesellschaft durch 15 Jahre hindurch. Ihr gesellschaftspolitisches Engagement stellte sie außerdem als Fachberaterin im Rahmen der Jugendberatungsstelle der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung und langjähriges Vorstandsmitglied der ÖGF unter Beweis. 1992 heiratete sie ihren Kollegen Dr. Raimund Wisleitner, 1993 wurde die Tochter Julia und 1994 die Tochter Claudia geboren. 1997 schied sie aus der Ignaz-Semmelweis-Klinik aus und widmete sich ausschließlich ihrer gynäkologisch-geburtshilflichen Praxis.

Sie unterrichtete an der Hebammenakademie und an der Akademie für Sozialarbeit und war im Fortbildungskurs der ÖGF für den Bereich Psychosomatik der Kontrazeption verantwortlich

Frau Dr. Wisleitner-Fennesz war in ihrem wissenschaftlichen Denken, ihrem klinischen Handeln und in ihrem Umgang mit KollegInnen und Patientinnen sachlich distant, dort wo es notwendig war, gleichzeitig emphatisch, aufgeschlossen und lebensfroh. Die ÖGF verliert mit ihr ein kompetentes, innovatives und sehr beliebtes Vorstandsmitglied.