

Schwangerschaftsabbruch in Europa

Einflussfaktoren und Verhaltensweisen von Frauen bei einer ungewollten Schwangerschaft

Irene M. Tazi-Preve, Juliane Roloff

In diesem Beitrag werden Einflussfaktoren auf das mögliche Verhalten von Frauen bei einer ungewollten Schwangerschaft in jenen europäischen Ländern dargestellt, die in den 90er Jahren an der Befragung des „Family and Fertility Survey“ teilgenommen haben. Beabsichtigt ist eine Annäherung an das Phänomen Schwangerschaftsabbruch, indem zum einen der gesellschaftliche Hintergrund beleuchtet wird, vor dem die Entscheidungsfindung von Frauen stattfindet. Zum anderen werden jene persönlichen Motive dargestellt, die die Wahl eines Abbruchs im Falle einer ungewollten Schwangerschaft begünstigen. Skizziert wird die Gesetzgebung der einzelnen Länder, wobei Barrieren dargestellt und eine Typologie erarbeitet wird. Einschränkungen ergeben sich nämlich unmittelbar aus den Bestimmungen des jeweiligen Erlasses selbst. Barrieren können sich aber auch aus der Implementierung der nationalen Gesetzeslage ergeben. Als ein entscheidendes Kriterium erweist sich weiters die öffentliche Diskussion und in welcher Weise diese ideologisch besetzt ist. Ein zusätzlicher Faktor, der das Verhalten von Frauen beeinflusst, ist

die Verhütungspraxis. Mangelnde Familienplanungsmaßnahmen und akute ökonomische Probleme tragen nämlich in Osteuropa vielfach dazu bei, dass die Abtreibung zum vorrangigen Mittel der Geburtenplanung geworden ist. Sowohl die Zahlen zur Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen als auch die Daten zur möglichen Verhaltensweise im Falle einer ungewollten Schwangerschaft zeigen, dass die Akzeptanz der Abortio in Osteuropa weit höher ist als in den westeuropäischen Ländern. Welche Faktoren auf der persönlichen Ebene dafür ausschlaggebend sind, ob Frauen sich für den Abbruch einer ungeplanten Schwangerschaft entscheiden, zeigt die Untersuchung der empirischen Daten. Hierzu gehören die Intensität der Kirchenbindung, der Partnerschaftsstatus, die Anzahl der bereits vorhandenen Kinder und die Erwerbsbeteiligung von Frauen. Auch die These, dass das Verhalten des Partners bei der Teilung der familiären Verpflichtungen einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten von Frauen ausüben, lässt sich aus der Untersuchung der österreichischen Daten bestätigen.

1 Vorbemerkungen

Ende der 80er bis ca. Mitte der 90er Jahre wurde in 19 europäischen Ländern ein von den Vereinten Nationen (United Nations Economic Commission for Europe, UN/ECE) initiiertes „Family and Fertility Survey“ (FFS) durchgeführt. Hierbei handelte es sich um eine „international vergleichbare, methodisch innovative und politisch relevante Befragung zur Familienbildung“ (Pohl 1995). Erfasst wurden hierbei Partnerschafts- und Erwerbsbiographien, Einstellung zur Elternschaft und Lebensstile. Auch dem Kinderwunsch (ideale und realisierte Kinderzahl, Familienplanung, Wert von Kindern) galt ein wesentlicher Teil der Untersuchung. Die Ergeb-

nisse des deutschen FFS fanden ihren Niederschlag in einem Abschlussbericht (Roloff/Dorbritz 1999); der österreichische Survey wurde in verschiedenen Beiträgen (Doblhammer et al. 1997 u.a.) ausgewertet.¹ Auf internationaler Ebene fanden bereits zahlreiche Vergleiche von Befragungsergebnissen des FFS statt.

Der standardisierte internationale Fragebogen enthält einerseits Fragen zu möglichen Verhaltensweisen bei einer ungewollten Schwangerschaft und andererseits zu Bedingungen, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch akzeptiert werden würde. Zu diesem Fragenkomplex findet derzeit am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Wiesbaden) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Demographie (Wien) eine international vergleichende Analyse statt.

Im vorliegenden Beitrag sollen vorab Ergebnisse der Auswertung der Fragestellung zu möglichen Verhaltensweisen bei einer ungewollten Schwangerschaft vorgestellt werden. Nicht für alle am FFS beteiligten Länder sind dazu Angaben vorhanden. Auch wurden Frauen unterschiedlicher Altersbereiche – z.B. zwischen 15 und 45 Jahren in Slowenien oder zwischen 20 und 54 Jahren in Österreich – interviewt. Daher konzentrieren wir uns auf die Angaben von Frauen im Alter von 20 bis unter 40 Jahren. Hierzu liegen uns aus den folgenden 14 Ländern vollständige Datensätze zu den für uns relevanten Fragen vor, wobei Deutschland nach West- und Ostdeutschland getrennt ausgewiesen und ausgewertet wird (siehe Tab. 1).

2 Überblick über die Abbruchzahlen zum Zeitpunkt der Erhebung

Aus der Darstellung in Tabelle 2 wird ersichtlich, dass eine verlässliche Statistik nur in einigen der dargestellten Länder gewonnen werden kann. Dies trifft hauptsächlich auf die Erfassung in den osteuropäischen Ländern zu. Die Situation ist selbst dort problematisch, wo eine Registrierung vorgeschrieben ist und es praktisch keine illegale Abtreibung gibt. Unvollständig oder vermutlich unvollständig sind die Zahlen in allen hier erfassten westeuropäischen Ländern mit Ausnahme Belgiens, wo eine lückenlose Statistik vorliegt. Für Portugal sind überhaupt keine Daten verfügbar.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, liegen die Abbruchzahlen der osteuropäischen Länder weit über jenen der westeuropäischen. Bulgarien verfügt über eine der höchsten Abbruchraten der Welt. In diesem Land war zwischen den 50er und den 70er Jahren der höchste Anstieg der Abbruchzahlen zu verzeichnen, und sie steigen seither weiter kontinuierlich an. Kamen 1957 auf 100 Lebendgeburten noch 22,5 Abbrüche, so ist heute die Zahl der Abtreibungen bereits höher als die der Geburten: 1998 entfielen

auf 100 Lebendgeburten 122 Abbrüche. Dies bestätigt die Feststellung der UNO, dass in Bulgarien der Schwangerschaftsabbruch zu einem von den betroffenen Frauen bevorzugten Mittel der Geburtenplanung geworden ist.

Die offiziellen Zahlen in Lettland (1995: 120 Abbrüche auf 100 Lebendgeburten) bewegen sich im mittleren Bereich der Abbruchraten der ehemaligen Sowjetunion. Tatsächlich ist die Zahl noch höher, wenn die Abbrüche, die in Gesundheitsabteilungen und privaten Kliniken durchgeführt werden, sowie Abbrüche im Frühstadium und Abbrüche, die von den Frauen selbst vorgenommen werden, hinzugerechnet werden. 1989 belief sich die Zahl der illegalen Abbrüche, die aufgrund der registrierten Komplikationen erfasst wurden, auf rund 14% aller Abbrüche.

In Ungarn stieg nach 1955 die Zahl der Abbrüche rapide an und wurde zur präferierten Methode der Ge-

Tabelle 1: Am FFS beteiligte Frauen im Alter von 20 bis unter 40 Jahren

Land	Befragungszeitraum	Anzahl der Frauen ¹⁾
Belgien ²⁾	März 1991 - Dezember 1992	273
Bulgarien	November 1997 - März 1998	993
Frankreich	Januar 1994 - April 1994	771
Italien	November 1995 - Januar 1996	1.211
Lettland	September 1995 - Oktober 1995	860
Österreich	Dezember 1995 - Mai 1996	1.366
Ostdeutschland	Mai 1992 - September 1992	757
Polen	Dezember 1991 - Dezember 1991 ³⁾	1.949
Portugal	April 1997 - Juni 1997	1.505
Schweiz	Oktober 1994 - Mai 1995	553
Slowenien	Dezember 1994 - Dezember 1995	952
Spanien	November 1994 - November 1995	1.107
Ungarn	November 1992 - Dezember 1993	2.084
Westdeutschland	Mai 1992 - September 1992	2.704

¹⁾ Nur Frauen mit Angaben.

²⁾ In Belgien wurden nur Frauen im Alter ab 25 Jahren befragt.

³⁾ Zeitraum konnte nicht verifiziert werden.

Quelle: FFS Standard Recode Files

Die Befragungsergebnisse wurden anhand der Standard Recode Files der einzelnen Länder ausgewertet. Dabei wurde die Frage nach dem möglichen Verhalten bei einer ungewollten Schwangerschaft mit ausgewählten Merkmalen wie den Partnerschaftsbeziehungen, der Anzahl der Kinder, der Erwerbsbeteiligung sowie der Konfessionszugehörigkeit in Beziehung gesetzt. Auf dieser Grundlage wurde ein Ländervergleich vorgenommen.

Tabelle 2: Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in den untersuchten europäischen Ländern

Länder	Zeitraum der Befragung	Abbrüche/ 100 Lebendgeburten	Statistik gilt als vollständig	Keine Statistik verfügbar	(angeblich) unvollständige Statistik
Bulgarien	1998	122,1	x		
Lettland	1995	120,0	x		
Ungarn	1993	64,3	x		
Slowenien	1995	56,8	x		
Ostdeutschland	1992	49,5			
Italien	1996	26,4			x
Frankreich	1994	21,5			x
Schweiz	1997 ¹⁾	15,3			x
Spanien	1995	13,1			x
Westdeutschland	1992	9,4			
Belgien	1992	8,2	x		
Polen	1991	5,6			x
Österreich	1996	2,8 ²⁾			x
Portugal	1997			x	

¹⁾ Schweiz: Daten sind nur für 1997 verfügbar.

²⁾ Österreich: Daten sind der Spitalsentlassungsstatistik entnommen.

Quellen: David/Skilogianis 1999; The Alan Guttmacher Institute 1999; Roloff 1997; Statistisches Bundesamt 2000; UN 1999

burtenplanung. Bereits 1960 überstieg die Zahl der legal durchgeführten Abbrüche jene der Geburten. Eine Dekade später war die Entwicklung auf ihrem Höhepunkt. Im Jahr 1969 kamen auf 1.000 Lebendgeburten 1.340 Abtreibungen. Seither sinkt ihre Zahl kontinuierlich.

In Deutschland differierte zum Zeitpunkt der Befragung die Zahl der Abbrüche trotz der politischen Einheit des Landes noch sehr stark. Tatsächlich war in den neuen Ländern 1992 die Rate fünfmal so hoch wie in Westdeutschland. Besonders in den Jahren 1989-1991 beendete ein nicht unbeträchtlicher Teil der Frauen ihre Schwangerschaft aus Angst vor den sich abzeichnenden sozioökonomischen Veränderungen in den neuen Ländern. Die Befürchtungen galten der steigenden Arbeitslosigkeit und den angekündigten Schließungen von Kinderbetreuungseinrichtungen. Schätzungen zufolge nahm die Zahl der Abtreibungen 1990 schlagartig um 30% zu.

Italien, Frankreich, die Schweiz und Spanien gehören zu jenen Ländern, in denen die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bezogen auf 100 Geburten zwischen 13 und 26 liegt. Zu den Ländern, die eine Rate unter neun auf 100 Geburten aufweisen, gehören Belgien, Polen und Österreich. Da es in Österreich keine allgemeine Registrierungspflicht für Schwangerschaftsabbrüche gibt, existieren auch keine exakten Daten, aus denen Häufigkeit oder andere Faktoren der betroffenen Frauen ablesbar wären. Die Durchführung einer Interruptio

ist nur dann erfasst, wenn sie in einer öffentlichen Krankenanstalt unter der Diagnosekategorie „Schwangerschaftsabbruch“ erfolgt.

Italien weist in der von uns untersuchten Gruppe der westeuropäischen Länder die höchste Rate von Abbrüchen auf. Die Zahl der legalen Schwangerschaftsabbrüche ist seit 1982 stetig zurückgegangen, während die Zahl der Schwangerschaften im Teenageralter und die der illegalen Abbrüche, besonders unter unverheirateten Jugendlichen (wovon zwei Drittel in Mittel- oder Süditalien leben), zugenommen hat (UN 1993). Illegale Abbrüche sind vorwiegend im Zusammenhang mit der problematischen Praxis zu sehen (siehe Abschnitt 4.3). Während der 80er Jahre wurde für Italien die Zahl der illegalen Abbrüche auf jährlich 220.000 bis 800.000 geschätzt.

Die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen allein kann jedoch nicht als zuverlässiger Indikator für die Liberalität der Gesetzgebung und/oder des ungehinderten Zugangs zur Durchführung eines Abbruchs gelten. Zahlen sagen wenig über die Effektivität der gesetzlichen Regelung aus. Sie erweisen sich vielmehr als Indikatoren für die reproduktive Gesundheit, die indirekt die Selbstbestimmung beeinflusst. Niedrige Abbruchzahlen können als Hinweis auf das Bewusstsein bezüglich Verfügbarkeit und Verwendung von Verhütungsmitteln gelten. Sie sind auch ein Hinweis darauf, inwieweit die Förderung von Familienplanungsstellen und Sexualerziehung Teil der Gesundheitspolitik des

Landes sind. In diesem Sinne sind die hohen Zahlen von Abbrüchen in den osteuropäischen Ländern – mit Ausnahme von Polen – zu interpretieren. Die relativ niedrigen Abbruchzahlen für die westeuropäischen Länder weisen wiederum zum einen darauf hin, dass Verhütungsmittel weit verbreitet sind, und zum anderen auf ein offenes Klima, das die Sexualerziehung an Schulen ermöglicht.

3 Die Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch im europäischen Vergleich

Bei der im internationalen Fragebogen des FFS gestellten Frage „Wenn Sie ungewollt schwanger werden würden, was würden Sie dann tun?“ ließen sich folgende – zwischen den einzelnen Ländern quantitativ recht unterschiedliche – Antwortverteilungen feststellen (siehe Tab. 3).

Bei einer ungewollten Schwangerschaft würde sich genau in der Hälfte der Untersuchungsländer der Großteil der Frauen dafür entscheiden, das Kind auszutra-

gen und auch zu behalten. So liegen hier die Anteile dieser Frauen in Belgien, Italien, Österreich, Polen, Portugal, der Schweiz und Spanien bei 70% und mehr. Nicht ganz so hoch – aber es ist auch noch die knappe Mehrheit der Frauen – sind diese Prozentsätze in Frankreich und in Westdeutschland (ca. 58% bzw. ca. 56%). In Slowenien sind es dagegen nur noch rund 45% aller befragten Frauen, die sich für das Kind entscheiden würden, und in Ostdeutschland und Ungarn sind es mit etwas über einem Drittel noch weniger. Die im Ländervergleich geringsten Prozentsätze der Frauen, die bei einer unerwünschten Schwangerschaft das Kind trotzdem bekommen würden, weisen Bulgarien mit ca. 23% und Lettland mit 20% auf.

In allen Ländern würde nur ein sehr geringer Anteil der Frauen das Kind austragen und dann zur Adoption freigeben wollen. In der überwiegenden Mehrheit der Länder sind dies unter 1% der befragten Frauen. Den „Höchstwert“ weist hier mit rund 2% noch Westdeutschland auf.

Betrachtet man die „Extremhaltung“ bei einer ungewollten Schwangerschaft, d.h. einen „sicheren“ Abbruch, so ergibt sich folgende Länderhierarchie (siehe Abb. 1):

Tabelle 3: Verhalten von Frauen bei ungewollter Schwangerschaft im Alter von 20 bis unter 40 Jahren

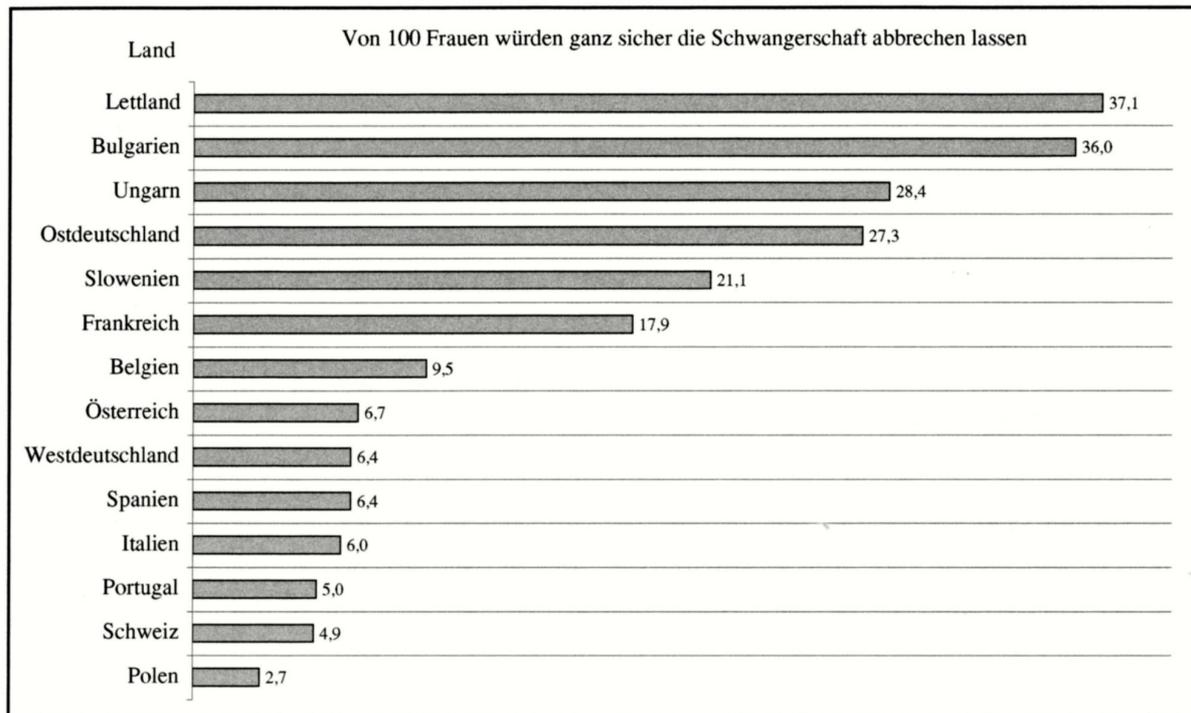
Land	Auf die Frage: "Wenn Sie ungewollt schwanger werden würden, was würden Sie tun?" antworteten von 100% ¹⁾ der Frauen:				Ich weiß nicht
	Das Kind austragen und behalten	zur Adoption freigeben	Schwangerschaft abbrechen lassen vielleicht	sicherlich	
Belgien ²⁾	77,3	0,0	12,5	9,5	0,7
Bulgarien	23,3	0,6	23,1	36,0	17,1
Frankreich	57,5	0,0	11,3	17,9	13,4
Italien	74,2	0,3	8,9	6,0	10,5
Lettland	20,0	0,1	22,3	37,1	20,5
Österreich	81,3	0,7	11,3	6,7	0,0
Ostdeutschland	35,3	1,2	20,2	27,3	16,0
Polen	70,8	0,1	5,6	2,7	20,8
Portugal	82,1	0,1	4,9	5,0	7,9
Schweiz	81,7	0,2	9,0	4,9	4,2
Slowenien	45,2	0,1	13,4	21,1	20,2
Spanien	77,0	0,2	5,6	6,4	10,8
Ungarn	34,5	1,1	12,5	28,4	23,6
Westdeutschland	56,3	2,2	9,6	6,4	25,6

¹⁾ In 100% bezogen auf alle Frauen, die diese Frage beantwortet haben.

²⁾ In Belgien wurden nur Frauen im Alter ab 25 Jahren befragt.

Quellen: FFS Standard Recode Files; Roloff 1997

Abbildung 1: Verhalten von Frauen bei ungewollter Schwangerschaft im Alter von 20 bis unter 40 Jahren



Quellen: FFS Standard Recode Files; Roloff 1997

Mit einem beachtlichen Anteil von rund 37% der Frauen, die sich sicher für einen Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft entscheiden würden, nimmt Lettland den obersten Platz ein, dicht gefolgt von Bulgarien mit rund 36% der Frauen. Nicht mehr ganz so hoch, aber auch noch beachtlich sind die Prozentsätze in Ungarn, Ostdeutschland, Slowenien und Frankreich, die hier zwischen 18 und 28% liegen.

Wie demnach zu sehen ist, sind es fast ausschließlich die osteuropäischen Länder sowie die ehemalige DDR, in denen die Frauen eine recht hohe Abbruchneigung aufweisen. Nur in Polen, dem einzigen der hier untersuchten osteuropäischen Länder, würden sich relativ wenige Frauen bei einer ungewollten Schwangerschaft fest für einen Abbruch entscheiden – rund 3%, womit dieses Land auch innerhalb aller Untersuchungsländer den niedrigsten Wert aufweist.

Bei der Antwort, „die Schwangerschaft vielleicht abbrechen zu lassen“, liegt Polen mit 6% neben Spanien (gleichfalls 6%) und Portugal (5%) ebenfalls im untersten Bereich.

Addiert man die Anteile der Frauen, die bei einer ungewollten Schwangerschaft „vielleicht“, und die Anteile der Frauen, die „sicher“ einen Abbruch vornehmen lassen würden, so ist es bei den beiden „Spitzenreitern“ Lettland und Bulgarien mit je rund 59% die Mehrheit der Frauen, die hierzu bereit wären.² An dritter und vierter Stelle liegen Ostdeutschland (rund 48%) und Ungarn (rund 41%); Polen weist auch hier mit rund 8% den niedrigsten Wert auf. Französische Frauen zeig-

ten mit insgesamt rund 29% unter den westeuropäischen Ländern die stärkste Neigung, eine ungeplante Schwangerschaft unterbrechen zu lassen.

Der niedrigen Abbruchneigung steht in Polen ein relativ hoher Prozentsatz an Frauen gegenüber, die bei einer unerwünschten Schwangerschaft nicht wüssten, was sie dann tun würden – fast ein Viertel (21%). Fast ebenso hoch bzw. noch etwas höher liegen diese Anteile in Ungarn (24%), Westdeutschland (rund 26%), Lettland (21%) und Slowenien (20%).

4 Politik und Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch

4.1 Politik

Während der letzten Dekade waren die Auseinandersetzungen um die Politik zum Schwangerschaftsabbruch in Westeuropa relativ ruhig verlaufen. Alle Nationen dieses Teils Europas haben – mit Ausnahme von Irland – die Fristenlösung auf die eine oder andere Weise legalisiert. Mit Ausnahme von Deutschland erfolgten auch keine wesentlichen Veränderungen. Die derzeitige Lage unterscheidet sich damit stark von jener in den 70er und 80er Jahren, als der Schwangerschaftsabbruch

Tabelle 4: Gesetzliche Bestimmungen in den untersuchten europäischen Ländern in den 90er Jahren

Länder nach Typ der Rechtsprechung zum Schwangerschafts- abbruch ²⁾	Gesetzgebung (Abbruch aufgrund folgender Motive gestattet ¹⁾)									
	Bei medizinischer Indikation		Bei ethnischer Indikat. (Vergewaltigung, sexueller Missbrauch)	Aus sozialen oder ökonomi- schen Gründen	Auf Ver- langen ³⁾	Beratungs- pflicht	Beendigung der Schwangerschaft möglich bis zweölf Wochen		kein Limit	Ausnahme- bestimmungen ⁴⁾
	Um das Leben der Mutter zu schützen	Um die physische und psych. Gesundheit d. Mutter zu schützen					Bei eugenischer Indikat. (Verdacht auf schwere Behinderung des Fötus)	zehn Wochen		
"Zeitmodell"										
Belgien (1991/92)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bulgarien (1997/98)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Frankreich (1994)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Lettland (1995)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ostdeutschland (1992)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Österreich (1995/96)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ungarn (1992/93)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Slowenien (1994/95)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indikationsmodell (breit)⁵⁾										
Italien (1995/96)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Westdeutschland (1992)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indikationsmodell (eng)⁵⁾										
Polen (1991)	X	X	X (vor 1991)	X	X	X	X	X	X	X
Portugal (1997)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Schweiz (1994/95)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Spanien (1994/95)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

¹⁾ Gesetzliche Regelungen beziehen sich auf den Zeitpunkt der Befragung. ²⁾ Zahlen in Klammern = Zeitpunkt der Befragung. ³⁾ Die Angabe von Gründen ist nicht erforderlich. ⁴⁾ Ausnahmebestimmungen im Falle der Gefahr für das Leben der Mutter oder bei eugenischer Indikation. ⁵⁾ Indikationsmodelle: eng: nur die medizinischen Indikationen werden akzeptiert; breit: schließt auch sozioökonomische Motive mit ein.

Besondere Regelungen:

Deutschland: Zwischen 1989 und 1995 galt die Rechtsprechung der ehemaligen deutschen Staaten. Italien: Der Abbruch muss innerhalb von 90 Tagen durchgeführt werden. Lettland: Ausnahmen beim Zeitlimit aufgrund bestimmter Motive (medizinische, eugenische, juristische, ökonomische oder soziale). Polen: Dezember 1991 bis Februar 1993: Schwangerschaftsabbruch ausschließlich bei Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter oder bei ethischer Indikation. Portugal: Zeitlimit von 16 Wochen bei eugenischer Indikation. Schweiz: Durchführung des Abbruchs kantonweise verschieden. Neue Regelung wird derzeit beschlossen. Slowenien: Ausnahmen beim Zeitlimit aufgrund bestimmter Motive (medizinische, eugenische, juristische, ökonomische oder soziale). Spanien: Zeitlimit von 22 Wochen bei eugenischer Indikation. Ungarn: Minderjährigkeit wird als Motiv für einen Abbruch akzeptiert.

Quellen: David/Skilogianis 1999; Giithens/McBride Stetson 1996; Roloff 1997; UN 1992/93/95; UN 1999

Tabelle 5: Schwangerschaftsabbruch in Westeuropa; Jahr(e) der letztgültigen Reform(en)

Land	Jahr ¹⁾
Belgien	1990
Bulgarien	1990
Deutschland	1972 (Ost), 1976 (West), (1995, ges.)
Frankreich	1975, 1979, 1982
Italien	1978
Lettland	1955, 1956, 1982, 1987
Österreich	1975
Polen	1991 (1993)
Portugal	1984
Slowenien	1974
Spanien	1986
Schweiz	1942 (2001)
Ungarn	1992

¹⁾ Die Jahreszahlen in Klammern verweisen auf Reformen, die nach der Befragung in Kraft traten.

Quellen: David/Skilogianis 1999; Simon 1998; UN 1992, 1993, 1995, 1999

überall in Europa Gegenstand äußerst kontrovers geführter Debatten in Gesellschaft und Politik war.

In Osteuropa dagegen gilt seit dem Fall des Eisernen Vorhangs die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch als instabil. Verstärkte Aktivitäten der Gegner/innen der Fristenlösung führten etwa in Polen dazu, dass die Gesetzeslage wesentlich verschärft wurde (1991 und 1993).

Tatsächlich erfolgten fast alle entscheidenden Reformen in Westeuropa zwischen 1970 und 1990 (siehe Tab. 5). Belgien war das letzte der untersuchten Länder, wo die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch liberalisiert wurde. In Spanien stehen weitere Reformen an, zuletzt wurde 1994 ein Antrag zur Erweiterung der Indikationslösung im Parlament eingebracht.

Die Erstellung einer Typologie wurde bereits mehrfach angestrebt (Ketting/van Praag 1985 u.a.). Die meisten Klassifizierungen unterscheiden zwischen Modellen, die die Durchführung eines Abbruchs auf einen bestimmten Zeitraum beschränken, sowie verschiedenen Arten von Indikationsmodellen (siehe Tab. 4). „Zeitmodelle“ schließen Gesetze mit ein, die einen Abbruch zumeist bis zur zwölften Woche zulassen bzw. wo ein Abbruch auf Verlangen durchführbar ist. Oft sind zusätzliche Ausnahmebestimmungen vorgesehen, durch die das zeitliche Limit überschritten werden darf. Indikationsmodelle wiederum sind in solche zu unterteilen, in denen ein Abbruch nur aus medizinischen oder kriminologischen Gründen gestattet ist:

- wenn die physische oder psychische Gesundheit der Mutter gefährdet ist (medizinische Indikation),
- bei Verdacht auf schwerwiegende Missbildung des Fötus (eugenische Indikation),

- bei Schwangerschaft aufgrund von Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch (ethische Indikation).

Andererseits können auch Modelle identifiziert werden, in denen zusätzlich sozioökonomische Gründe als Motive für einen Abbruch akzeptiert werden. Bisweilen ist das Indikationsmodell, das einen Abbruch nur unter bestimmten Umständen zulässt, vom Zeitmodell schwer zu unterscheiden. In Frankreich treten beispielsweise im Falle einer „Notlage“ die anderen Bestimmungen außer Kraft.

Im Allgemeinen erscheinen „Zeitmodelle“ liberaler als Indikationsmodelle. Tatsächlich erweist sich erst die Praxis als maßgeblich dafür, ob der Abbruch auf Verlangen möglich ist, auf welche Weise Indikationen interpretiert werden und ob Frauen über einen freien Zugang zur Durchführung eines Abbruchs verfügen. Zusätzlich tritt bei Vorliegen einer Beratungspflicht die konservative Werthaltung der jeweiligen Abbruchspolitik zutage. Eine Barriere kann auch die Interpretation des Gesetzes selbst darstellen (siehe Abschnitt 4.3).

4.2 Gesetzeslage

Im Einzelnen soll nun die Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch eines großen Teils der untersuchten Länder unter der Hypothese vorgestellt werden, dass diese einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten von Frauen im Falle einer ungewollten Schwangerschaft besitzt. So sind jene osteuropäischen Länder und deren Gesetzgebung dargestellt, in denen sich die Bereitschaft zum Abbruch als sehr hoch gezeigt hat (Lettland, Bulgarien). Zu den westeuropäischen Ländern der Untersuchung, die über ein liberales Abbruchgesetz verfügen, gehören Österreich, Belgien und Frankreich. Dieses ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass – im Gegensatz zur Indikationslösung – der Abbruch auf Verlangen gestattet ist. Unterschiede gibt es insofern, als vor Durchführung des Abbruchs in manchen Ländern eine medizinische Instanz konsultiert werden muss (Belgien, Frankreich) oder die Fristen unterschiedlich gehandhabt werden. In Österreich und Belgien ist eine Frist von zwölf Wochen einzuhalten. Frankreich weitete erst in diesem Jahr den Zeitraum von zehn auf zwölf Wochen aus. Die Gesetzgebung in Belgien und Österreich ist exemplarisch dafür beschrieben, inwiefern sich die liberale Gesetzeslage in Westeuropa auf das Verhalten von Frauen auswirkt bzw. ob eine solche Kausalität überhaupt zulässig ist. Die Schweiz wird als jenes Land dargestellt, das über ein restriktives Indikationsmodell verfügt, Italien wiederum als ein Land, wo ein liberaleres Modell gehandhabt wird. Die gesetzliche Lage in Polen und Deutschland wird aufgrund ihrer besonderen Problematik gesondert erläutert.

4.2.1 Lettland

Lettland war bis 1992 als Sozialistische Sowjetrepublik Teil der ehemaligen Sowjetunion und unterlag daher deren gesetzlichen Bestimmungen. Das 1936 in Kraft getretene Gesetz hatte den Schwangerschaftsabbruch unter Androhung schwerer Strafen untersagt. Ausnahmebestimmungen gab es nur im Falle der eugenischen Indikation. 1955 wurde dieses Abtreibungsverbot aufgehoben. Durch weitere Bestimmungen (1956 und 1982) wurden die Bedingungen festgelegt, unter denen ein Abbruch vorgenommen werden durfte. Innerhalb der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft – ein vorangegangener Abbruch musste mindestens sechs Monate zurückliegen – war nun ein Abbruch erlaubt, musste jedoch in einem geeigneten Spital stattfinden und von Medizinerinnen durchgeführt werden. In den 80er Jahren wurden die Anstrengungen zur Verminderung illegaler Abbrüche verstärkt, indem die Bestimmungen erweitert wurden. 1987 wurde ein Gesetz erlassen, das einen Abbruch zusätzlich während der ersten 28 Wochen der Schwangerschaft erlaubt, wenn juristische, medizinische und/oder soziale Gründe (z.B. wenn eine Frau bereits fünf oder mehr Kinder hatte) vorliegen. Auf Verlangen ist ein Abbruch dann gestattet, falls dies eine Kommission lokaler Ärzte/innen gestattet.³

4.2.2 Bulgarien

Im Unterschied zu Lettland verfügt Bulgarien nicht über eine jahrzehntelange Tradition einer liberal gehandhabten Gesetzgebung. Tatsächlich wurde die Freigabe aus dem Jahr 1956 zwischen 1968 und 1990 wieder zurückgenommen und durch eine Vielzahl von Bedingungen erschwert. 1968 wurde – als Reaktion auf die fallenden Geburtenziffern – der Zugang zur Möglichkeit des freien Abbruchs drastisch eingeschränkt und an die vorhandene Kinderzahl geknüpft. Kinderlosen Frauen war der Abbruch lediglich dann gestattet, wenn das Leben oder die Gesundheit der Frau in Gefahr waren. Frauen mit ein bis zwei Kindern konnten nur mit Zustimmung einer Kommission das Recht auf den Abbruch erlangen, wurden jedoch durch die Mitglieder der Kommission „aktiv entmutigt“. Ausnahmebestimmungen sahen eine Zulassung des Abbruchs bei Vergewaltigung, Minderjährigkeit sowie bei äußerster Armut vor. 1973 wurden diese Restriktionen weiter verschärft. Der Zugang zum Abbruch wurde nun auch Frauen mit nur einem Kind verweigert. Ausnahmebestimmungen waren in einigen Fällen vorgesehen (Vergewaltigung, Inzest, Alter über 45 Jahre u.a.). 1974 wurden die Restriktionen dahingehend abgeschwächt, als unverheirateten Frauen – unabhängig von der Kinderzahl – ein Abbruch gestattet wurde. Durch einen Erlass des Gesundheits- und Sozialministeriums wurde 1990 der Schwanger-

schaftsabbruch dann allen Frauen ermöglicht, wenn die Zwölfwochenfrist nicht überschritten wird und der Abbruch die Gesundheit der Mutter nicht gefährdet. Alle Zugangsbeschränkungen, die die Kinderzahl der Schwangeren, ihr Alter und ihren Ehestatus betrafen, wurden abgeschafft.

4.2.3 Belgien

Belgien verfügt erst seit 1990 über ein Gesetz zur Fristenlösung. Diesem vorausgegangen war eine aus dem Jahr 1867 gültige Bestimmung, die auf das napoleonische Strafgesetz aus dem Jahr 1810 zurückging. Es war eingeführt worden, nachdem Belgien die Unabhängigkeit von Frankreich erlangt hatte. Das Gesetz hatte nur dann Ausnahmen vorgesehen, wenn drei Ärzte/innen die Notwendigkeit des Abbruchs aufgrund der akuten Gefahr für die Gesundheit der Schwangeren bezeugten. Jede Gesetzesverletzung wurde schwer bestraft. Das derzeit gültige Gesetz sieht vor, dass die Frau schriftlich darlegen muss, dass sie aufgrund einer Not-situation zum Abbruch entschlossen ist. Sie ist verpflichtet, vor dem Abbruch eine Beratungsstelle aufzusuchen. Der Abänderung des Gesetzes waren seit 1971 zahlreiche Gesetzesvorschläge vorausgegangen. Obwohl die alte Gesetzeslage unverändert in Kraft geblieben war, erfolgte bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes nur selten eine strafrechtliche Verfolgung. Eine solche endete zumeist mit einem Freispruch. Die Befragung hatte daher auf Grundlage der kurze Zeit zuvor in Kraft getretenen Gesetzes stattgefunden (1991/92), als die Problematik gesellschaftlich noch äußerst umstritten gewesen war. Die befragten Frauen gaben damals zu einem sehr hohen Prozentsatz an, eine ungeplante Schwangerschaft austragen zu wollen.

4.2.4 Österreich

Was die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich betrifft, sei hier auf Tazi-Preve/Kytir (1999) verwiesen. Die Gesetzeslage wird daher hier auch nur in Kürze skizziert. Seit 1975 ist der Schwangerschaftsabbruch in Österreich in der so genannten Fristenlösung geregelt. Die Bestimmungen unterscheiden, ob der Schwangerschaftsabbruch mit oder ohne Einwilligung der Schwangeren durchgeführt wurde. Er gilt zwar weiterhin als grundsätzlich verboten, doch sind folgende Ausnahmebestimmungen enthalten: Der Schwangerschaftsabbruch ist außer Strafe gestellt, wenn er innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen nach vorhergehender ärztlicher Beratung und auf Antrag der betroffenen Frau durchgeführt wird. Nach Ablauf dieser Frist ist ein Eingriff nur dann straffrei, wenn eine medizinische oder eugenische Indikation vorliegt.

Der Abbruch bleibt auch dann ohne strafrechtliche Konsequenzen, wenn die Schwangere zum Zeitpunkt der Empfängnis minderjährig war. Um diese legislative Festlegung war seit den 50er Jahren gerungen worden. Trotz großer Akzeptanz von Seiten der Bevölkerung ist die Fristenlösung bis heute nicht unumstritten. Allgemein festgestellt werden kann, dass der Schwangerschaftsabbruch in Österreich seit 1975 auf verschiedene Arten öffentlich zur Sprache gekommen ist:

- als Skandal (zuletzt wiederholte Demonstrationen vor den auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisierten Wiener Kliniken),
- als politisches Problem (als Kritik gegen das als zu liberal empfundene Gesetz und die lückenhafte Meldepraxis),
- im Zusammenhang mit der als zu niedrig erachteten Geburtenziffer, d.h. als Bevölkerungsproblem,
- als medizinisches Thema (Debatte um die Zulassung der so genannten „Abtreibungspille“ Mifegyne Ende der 90er Jahre) und schließlich
- als Problematisierung der eugenischen Indikation (Frauenminister Haupt schlug eine Fristverkürzung bei diagnostizierter schwerer Behinderung des Fötus vor).

Die Durchführung der Abbrüche wird insofern behindert, als im Gesetz eine Gewissensklausel eingefügt ist, die festlegt, dass kein Arzt und keine medizinische Institution dazu verpflichtet werden kann, an einem Abbruch mitzuwirken. Seit Einführung der Fristenregelung berufen sich Klinikvorstände, die die Durchführung der Fristenlösung verweigern, auf diese Bestimmung des Strafgesetzes. In der Praxis ist damit in Österreich – im Unterschied zu anderen europäischen Ländern mit ähnlicher Gesetzeslage – die Durchführung eines Abbruchs besonders für Frauen in den westlichen Bundesländern nur erschwert möglich (siehe dazu Abschnitt 4.3). Im Zusammenhang mit der Akzeptanz einer ungeplanten Schwangerschaft lässt sich feststellen, dass diese – ähnlich wie in Belgien – sehr hoch ist. Tatsächlich gleicht der Wert eher jenen der Südeuropäerinnen und Polinnen, die in ihren Ländern über eine weitaus restriktivere Gesetzeslage verfügen (siehe Tab. 3).

4.2.5 Italien

1975 wurden in Italien entscheidende Reformen auf dem Gebiet des Familienrechts vorgenommen. In der Folge trat 1978 ein Gesetz zur Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Kraft. Der Abbruch ist während der ersten 90 Tage der Schwangerschaft dann legal, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. In Betracht zu ziehen sind der Gesundheitszustand der betroffenen Frau, ihre ökonomische, soziale oder fami-

liäre Situation, die Umstände, die zur Schwangerschaft geführt haben sowie eine eventuell bestehende Möglichkeit, dass das Kind schwer behindert zur Welt kommen würde. Eine Frau, die einen Abbruch wünscht, muss sich an eine Ärztin oder einen Arzt wenden. Anschließend an eine Untersuchung ist die Betroffene über mögliche Alternativen sowie über die mögliche Inanspruchnahme von staatlichen Sozialleistungen in Kenntnis zu setzen. Falls die Frau auf einen Abbruch besteht, ist die Unterzeichnung eines Schriftstücks durch sie sowie durch den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin notwendig. Das italienische Gesetz erlaubt damit den Schwangerschaftsabbruch aus so vielfältigen Gründen, dass es als Gesetz zum Abbruch auf Verlangen interpretiert werden kann. Ein Abbruch muss in einem öffentlichen Spital oder einer autorisierten medizinischen Einrichtung durchgeführt werden und ist kostenlos. Das medizinische Personal ist berechtigt, aus moralischen oder religiösen Gründen die Teilnahme an einem Abbruch zu verweigern.

In der Praxis erweist sich die Situation in Italien daher als wenig homogen und variiert beträchtlich innerhalb der Regionen (siehe dazu Abschnitt 4.3). Darüber hinaus ist der Einfluss des Heiligen Stuhls auf die italienische Sozialpolitik beträchtlich. Nach Erlass des o.a. Gesetzes verkündigte der Papst eine Warnung, die besagte, dass all jene Personen, die sich an einem Abbruch beteiligen, exkommuniziert würden. Rund zwei Drittel der Ärzteschaft Italiens und eine Mehrheit des übrigen medizinischen Personals beruft sich auf die Gewissensklausel. Die Situation erweist sich besonders in Süditalien als prekär, wo sich in einigen Regionen der Anteil der Ärzteschaft, der sich auf diese Klausel beruft, auf 90% beläuft. In vielen kleineren Spitälern fehlt das Personal, das gewillt ist, an einem Abbruch mitzuwirken, überhaupt zur Gänze. Dies führt dazu, dass zahlreiche Frauen einen Abbruch in privaten Praxen durchführen lassen. Unterstützung erfahren in jüngster Zeit die Forderungen kirchlicher Kreise durch die Regierung unter Ministerpräsident Silvio Berlusconi, die eine Revision des geltenden Gesetzes anstrebt.

4.2.6 Schweiz

In der Schweiz war zum Zeitpunkt der Befragung (1994/1995) das 1942 erlassene Gesetz gültig, wonach nur aus medizinischen Gründen und mit dem schriftlichen Einverständnis der Frau ein Abbruch möglich war. Nicht gestattet war damit eine Abortio aus sozioökonomischen Gründen oder auf Verlangen. Ausnahmebestimmungen waren bei einer Schwangerschaft vorgesehen, die aus einer Vergewaltigung resultierte. Notwendig war weiters die Zustimmung eines zweiten Arztes bzw. einer Ärztin aus dem Kanton, wo die Schwangere

sesshaft war, oder aus jenem Kanton, wo die Abtreibung durchgeführt wurde. Nur im Notfall durfte diese Bestimmung außer Acht gelassen werden. In der Praxis wurden die gesetzlichen Bestimmungen in den verschiedenen Kantonen durchaus unterschiedlich interpretiert, wobei sich die Rechtsprechung insgesamt in Richtung einer liberalen Auslegung verschob. Tatsächlich wurden in den 90er Jahren, also zum Zeitpunkt der Befragung, psychosoziale Gründe für eine Abtreibung weitgehend akzeptiert. Auch war jede Frau, die einen Abbruch wünschte, in der Lage, einen solchen durchführen zu lassen. Es gab jedoch noch immer einige Kantone, in denen die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nicht möglich war. Vor den 70er Jahren hatte die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs als eine der liberalsten in Europa gegolten. Viele Frauen reisten damals aus dem Ausland in die Schweiz ein, um einen Abbruch vornehmen zu lassen. Im März 2001 einigte sich das Schweizer Parlament auf eine neue Regelung der Fristenlösung. Danach kann eine Abtreibung bis zur zwölften Schwangerschaftswoche vorgenommen werden, wenn die Frau eine Notlage geltend machen kann. Eine Beratung wird jedoch nicht vorgeschrieben. Die Regelung wird allerdings noch einem Referendum unterzogen werden.

Auch Portugal und Spanien verfügen über eine Gesetzeslage, die als Indikationslösung „im engen Sinn“ eingestuft werden kann. Allerdings ist neben den medizinischen und ethischen Gründen auch ein Abbruch bei Verdacht auf schwerwiegende Schädigung des Fötus gestattet.

4.2.7 Polen

Polen nimmt innerhalb der osteuropäischen Länder eine Sonderstellung ein. Wie bei der großen Mehrheit der ehemaligen Ostblockstaaten fand auch in Polen während der 50er Jahre eine Liberalisierung der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch statt. In dem 1956 vom polnischen Parlament verabschiedeten Gesetz wurden die Zugangsbeschränkungen reduziert und neben medizinischen auch sozioökonomische Gründe für einen Abbruch akzeptiert. In den folgenden Jahren wurden die Bedingungen zur Durchführung eines Abbruchs in zahlreichen Ergänzungen abgeändert. 1990 wurde festgelegt, dass der Abbruch nur aufgrund bestimmter sozialer und juridischer Gründe während des ersten Trimesters der Schwangerschaft straffrei blieb. Nach diesem Zeitpunkt durfte ein Abbruch nur dann erfolgen, wenn eine medizinische Indikation vorlag. Falls die Frau einen Abbruch aufgrund sozialer Umstände wünschte, bedurfte dies eines langwierigen Verfahrens, das die Zustimmung eines/r Gynäkologen/in nach einem ausführlichen Beratungsgespräch bedurfte. Außerdem musste

im Anschluss daran die Meinung eines Komitees, das aus drei Spezialisten/innen bestand, eingeholt werden. Die Durchführung des Abbruchs konnte abgelehnt werden, wenn nach Meinung der Kommission die persönlichen Lebensumstände der Frau einen Abbruch nicht rechtfertigten. Die Verordnung sah ebenfalls eine Gewissensklausel vor, die es einem Arzt bzw. einer Ärztin gestattete, die Mitwirkung an der Durchführung eines Abbruchs abzulehnen.

1991, also zu Beginn der FFS-Befragung, trat eine Bestimmung zur Durchführung des Abbruchs in Kraft, die die Praxis erheblich erschwerte. Der Nationalkongress der polnischen Ärzte/innen fasste nämlich einen Beschluss zur „Medizinischen Ethik“, der besagte, dass der „Tod eines Fötus“ ausschließlich im Falle der Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Frau gerechtfertigt sei oder dann, wenn die Schwangerschaft durch Vergewaltigung zustande gekommen sei. Auch die eugenische Indikation wurde damit nicht mehr als ausreichendes Motiv akzeptiert. Diese Bestimmung blieb bis 1993 in Kraft. In der Folge führten viele Spitäler generell keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durch.

1993 trat ein neues Gesetz zur Familienplanung in Kraft. Darin wird innerhalb der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft bei Vorliegen einer medizinischen, eugenischen oder ethischen Indikation ein Abbruch gestattet. Obwohl das Parlament 1994 die Erweiterung der Indikationslösung befürwortete, legte der damalige Staatspräsident sein Veto ein und verhinderte damit, einen Abbruch auch aus sozioökonomischen Gründen zuzulassen. Der „Family and Fertility Survey“ fand also vor dem Hintergrund einer gesellschaftlich und politisch angespannten Situation statt. Polnische Frauen übten äußerste Zurückhaltung bei der Entscheidung für einen Abbruch (8%), zeigten sich jedoch auch in hohem Maße unsicher, wie ihre Wahl im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft ausfallen würde (21%).

4.2.8 Deutschland

In der ehemaligen DDR wurden die gesetzlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch seit 1945 sukzessive gelockert und 1972 gänzlich liberalisiert. Die Fristenregelung erlaubte innerhalb der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft einen Abbruch auf Verlangen. Die einzige Einschränkung galt dann, wenn die Frau innerhalb des vorangegangenen halben Jahres bereits einen Abbruch hatte vornehmen lassen. Der sich bald abzeichnende starke Anstieg der Abbrüche führte zu flankierenden familienpolitischen Maßnahmen. Diese sollten Abtreibungen aufgrund einer sozialen Notlage zu verhindern suchen.

In der BRD galt seit 1976 die Indikationsregelung, die nach langjährigen politischen Kontroversen in Kraft getreten war. Ein Schwangerschaftsabbruch galt dann als nicht strafbar, wenn er mit Zustimmung der Frau durch einen Arzt oder eine Ärztin durchgeführt wurde, die feststellten, dass eine medizinische Indikation vorlag. Auch bei Verdacht auf eine schwerwiegende Schädigung des Fötus war der Abbruch gestattet. Neben der eugenischen galt auch die ethische Indikation als legitimer Grund für einen Abbruch. Die Indikationsregelung gestattet zudem die Abtreibung bei einer sozialen Notlage der Frau. Die Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation traf der beratende Arzt bzw. die Ärztin. Der Abbruch wiederum musste von einer anderen medizinischen Instanz durchgeführt werden.

Trotz der politischen Wiedervereinigung des Landes beruhte in Deutschland bis Ende 1992 die rechtliche Situation zum Schwangerschaftsabbruch auf einem Regierungskompromiss. Dieser sah vor, die Gesetzgebung der beiden ehemaligen Staaten innerhalb ihrer früheren Landesgrenzen beizubehalten. Seitens der Bundesregierung gab es zwar Bestrebungen, die in den alten Ländern geltende Indikationsregelung auf die neuen Länder auszudehnen, was jedoch dort auf Widerstand stieß. Die Situation, die zum Zeitpunkt der Umfrage im Jahr 1992 bestand, war geprägt vom Bemühen um eine Neufassung des Gesetzes. Diese fand vor dem Hintergrund massiver gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen statt. Nach langen kontrovers geführten Beratungen sowie Anhörungen von Sachverständigen aus allen gesellschaftlich relevanten Gruppen wurde im Juni 1992 vom Bundestag ein „Schwangeren- und Familienhilfegesetz“ beschlossen. Dieses neue Gesetz entsprach einer Fristenregelung, derzufolge ein durch einen Arzt oder eine Ärztin vorgenommener Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Empfängnis nicht strafbar ist – allerdings unter der Maßgabe, dass sich die Schwangere zuvor hinsichtlich der Bewältigung ihrer Not- und Konfliktlage hat beraten lassen und anschließend eine Überlegenszeit von drei Tagen eingehalten worden ist. Dieses Gesetz trat jedoch nicht in Kraft, da von der Bayerischen Staatsregierung und Abgeordneten der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ein Kontrollverfahren beim Bundesverfassungsgericht angestrengt worden war. Somit galten bis zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts weiterhin die zwischen den alten und neuen Ländern unterschiedlichen gesetzlichen Handhabungen des § 218. In seinem Urteil vom Mai 1993 betonte das Bundesverfassungsgericht das grundsätzliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs und die grundsätzliche Pflicht zum Austragen des Kindes. Es billigte aber das Konzept einer Beratungsregelung zum Schutz des ungeborenen Lebens – ein Konzept, das in Schwangerschaftskonflikten den Schwerpunkt auf die Beratung der Schwangeren setzte

mit dem Ziel, die Frau für das Austragen des Kindes zu gewinnen, jedoch im Falle einer Entschließung für einen Schwangerschaftsabbruch, der dann innerhalb der ersten zwölf Wochen von einem Arzt vorgenommen wird, auf eine Strafantrohung verzichtete. Am 21.8.1995 wurde das „Schwangeren- und Familienhilfänderungsgesetz“ verabschiedet, das nunmehr auf einem Kompromiss beruhte, der nach intensiven Diskussionen des Parlaments um die aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu ziehenden Folgerungen gefunden wurde. Von Ärzten/innen durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche waren nunmehr – abgesehen von medizinisch oder kriminologisch begründeten Ausnahmen – in der gesamten Bundesrepublik zwar nicht rechtmäßig, blieben jedoch straffrei. Einzige Auflage blieb die von einer zugelassenen Beratungsstelle ausgestellte Bescheinigung zur Schwangerenkonfliktberatung. Diese muss innerhalb der letzten drei Tage vor dem Eingriff durch einen Arzt bzw. eine Ärztin erfolgen. Die Installierung solcher Beratungsstellen verlief in den östlichen Bundesländern nicht konfliktfrei, da deren Zweck hauptsächlich darin besteht, „ungeborenes Leben zu schützen“ und die betroffene Frau zu ermutigen, die Schwangerschaft auszutragen. Katholisch geprägte Länder erließen zusätzliche Bestimmungen, die – wie im Falle Bayerns – die Beratungspflicht verschärfen sollten (Roloff 1997).

4.3 Barrieren

Wie aus voranstehender Darlegung der gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Länder ersichtlich wird, können mannigfaltige Barrieren identifiziert werden. Diese erweisen sich als entscheidend dafür, ob Frauen über die Möglichkeit der freien Entscheidung sowie des Zugangs zur Durchführung der Abtreibung verfügen oder nicht. Die Hemmnisse ergeben sich erstens in Bezug auf die Gesetzeslage (Githens/McBride Stetson 1996):

- Erlaubt das Gesetz einen Abbruch auf Verlangen, oder ist die schwangere Frau auf weitere Entscheidungsinstanzen (ärztliches Attest u.ä.) angewiesen?
- Gibt der Gesetzesrahmen eine exakte Definition der Indikationen vor?
- Gibt es zeitliche Limits, die nicht überschritten werden dürfen?
- Gibt es eine vorgeschriebene Wartezeit zwischen dem Zeitpunkt, an dem ein Arzt konsultiert wird, und dem Zeitpunkt des Abbruchs?
- Ist die Registrierung des Abbruchs vorgeschrieben?
- Wird die Meinung eines/r zweiten Arztes/Ärztin benötigt?
- Wird bei Minderjährigkeit die Zustimmung der Eltern verlangt?

- Herrscht Beratungspflicht vor? Wie ist die Art der Beratung und worauf zielt sie ab?
- Enthält das Gesetz Bestimmungen, die den Ort der Durchführung des Abbruchs festlegen?

Zum Zweiten können Barrieren aus der Implementierung der jeweiligen Gesetzeslage resultieren. Probleme ergeben sich primär bei der Verfügbarkeit von adäquaten Einrichtungen, in denen ein Abbruch durchgeführt werden kann. Vielfach verweigert die Klinikleitung an öffentlichen Spitälern generell die Durchführung der Abtreibung. Auch die Haltung des medizinischen Personals wirkt sich wesentlich auf die Praxis aus. Die meisten europäischen Gesetze beinhalten nämlich eine Gewissensklausele, die es gestattet, die Mitwirkung an einem Abbruch zu verweigern. Auch können Ärzte/innen meist nicht dazu veranlasst werden, eine Frau, die einen Abbruch vornehmen lassen will, an einen kooperativen Kollegen zu verweisen. Aufgrund solcher Einschränkungen ist in stark katholisch geprägten Ländern die Durchsetzung der bestehenden Gesetze sehr schwierig (Österreich, Italien, Polen). Die Implementierung der relativ liberalen Gesetzgebung in Frankreich wurde lange Zeit durch die konservative Ärzteschaft behindert; 1982 verbesserte sich die Situation, als eine Reform diese zur Durchführung zu zwingen versuchte. Auch in Spanien und Portugal sind die mangelnden Möglichkeiten zur praktischen Durchführung weiterhin ein Problem. Selbst jene Frauen, die aufgrund der Indikationen die Schwangerschaft abubrechen beabsichtigen, erfahren beträchtliche Schwierigkeiten beim Versuch, die Abtreibung vornehmen zu lassen. Heimliche Abtreibungen sind häufig; für Spanien werden rund 70.000 jährlich geschätzt (Githens/McBride Stetson 1996).

Auch interregional können Unterschiede identifiziert werden. Deutschland und Italien weisen ein deutliches Nord-Süd-Gefälle auf, das in Deutschland auf die religiöse Orientierung (protestantisch-katholisch), in Italien zusätzlich auf ökonomische Barrieren (prosperierender urbaner Norden bzw. weniger wohlhabender ländlicher Süden) zurückzuführen ist. Die problematische Lage in Italien erweist sich allerdings als vielfältiger. Der Mangel an Ärzten/innen sowie Einrichtungen führt dazu, dass in manchen Gegenden Italiens zwischen Ausstellung der notwendigen Papiere und dem Eingriff mindestens drei Wochen vergehen. Hinzu kommt, dass nicht alle Regionen mit Familienplanungszentren versorgt sind. Schulen sind nicht zu Sexualerziehungsprogrammen verpflichtet, und die Regierung verfügt über keine eigenen Programme zur Familienplanung.

In Österreich sind Abbrüche fast ausschließlich in den östlichen Landesteilen möglich. In Belgien markieren die Sprachgrenzen auch die Grenzen der freien Möglichkeiten zum Abbruch. Flämische Frauen bevorzugen die Fahrt in die Niederlande als Folge einer aktiven Po-

litik der Verhinderung von Schwangerschaftsabbrüchen an Spitälern in Flandern. Dieser „Abtreibungstourismus“ war in Europa stets verbreitet gewesen, hatte jedoch in der Vergangenheit einen großen Anteil daran, dass die Regierungen der einzelnen Länder begannen, Reformen einzuführen. Die deutsche Regierung sah sich nicht zuletzt deswegen gezwungen, eine gesamtdeutsche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs anzustreben, weil westdeutsche Frauen einen Abbruch sonst verstärkt in den neuen Bundesländern in Anspruch genommen hätten.

Auch die bei einem Schwangerschaftsabbruch anfallenden Kosten haben einen Einfluss darauf, ob Frauen sich für einen solchen entscheiden. Während in den meisten osteuropäischen Ländern alle Abbrüche kostenlos in einem öffentlichen Spital durchgeführt werden können, ist dies in Westeuropa beinahe ausnahmslos nur für jene schwangeren Frauen möglich, die einen Abbruch aufgrund einer medizinischen, eugenischen oder ethischen Indikation vornehmen lassen. In einer Notlage aus sozialen oder ökonomischen Gründen sind Abbrüche nur in privaten Arztpraxen oder Krankenhäusern gegen ein entsprechendes Entgelt durchführbar. Für einkommensschwache Frauen entstehen daher beträchtliche finanzielle Barrieren.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in keinem der von uns untersuchten westeuropäischen Länder tatsächlich Bedingungen hergestellt wurden, die Frauen in die Lage versetzen, eine freie Wahl zu treffen. Den – nur teilweise liberalen – Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch folgten nämlich in der Praxis nur selten Garantien, auch bundesweit die notwendigen Einrichtungen zur Durchführung eines Abbruchs bereitzustellen.

5 Familienplanung in Europa

Ein großer Teil der osteuropäischen Länder weist relativ hohe Zahlen von Schwangerschaftsabbrüchen auf, wobei sich der Trend in den 90er Jahren durchwegs verstärkte. In Lettland und Bulgarien übersteigt die Rate der Abbrüche jene der Geburten. Daher sei hier die Praxis der Geburtenplanung in diesen Ländern kurz skizziert.

Die hohe Zahl von Abbrüchen in Lettland wird auf eine Reihe von Gründen zurückgeführt. Dazu zählen der mangelnde Zugang zu verlässlichen Verhütungsmitteln, die vorherrschende Praxis traditioneller Methoden der Geburtenplanung, das mangelnde Wissen von Paaren über Verhütung sowie die unzureichende Ausbildung von Ärzten/innen, Lehrern/innen und anderen Spezialisten/innen. Der Umgang mit der Bereitstellung mo-

derner Verhütungsmittel hatte vorwiegend politische Gründe. 1974 wurde der Gebrauch aus dem Westen importierter Verhütungsmittel mit dem Hinweis auf ihre Nebenwirkungen de facto verboten. In den ehemaligen Ostblockländern wurde eine Politik der Geburtenplanung betrieben, die die Fristenlösung liberal handhabte, den Zugang zu Verhütungsmitteln aber erschwerte. Zudem war die Aufklärung Jugendlicher über Verhütungspraktiken in Schulen äußerst mangelhaft (Roloff 1997). Seit den 70er Jahren zeigte sich die lettische Regierung wegen der sinkenden Geburtenziffern beunruhigt. Als Folge davon wurde eine verstärkte Bevölkerungspolitik betrieben. In den 90er Jahren entwickelte sich unter der Regierung des unabhängigen Lettlands eine positivere Einstellung zu modernen Kontrazeptiva. Programme zur Verbesserung von Gesundheitsindikatoren wurden entwickelt.

Untersuchungen in Polen ergaben, dass hier der Gebrauch von Verhütungsmitteln keineswegs üblich ist. Nur ein geringer Teil der Bevölkerung benutzt moderne Verhütungsmethoden, rund zwei Drittel verwenden eine Kombination mehrerer, darunter natürlicher Methoden (David/Skilogianis 1999). Der Zugang zu Verhütungsmitteln erweist sich bis heute als schwierig. Bis Anfang der 90er Jahre war eine politische Einstellung vorherrschend gewesen, die sich gegen die aus dem Westen importierten Verhütungsmittel wandte. Heute nimmt dagegen die Haltung der Kirche, die alle nicht natürlichen Methoden der Empfängnisverhütung ablehnt, großen Einfluss auf die politischen Entscheidungsprozesse. Wie die – allerdings lückenhafte – polnische Statistik zeigt, liegt die Zahl der Abbrüche am unteren Ende der Skala. Tatsächlich zeigt sich in Polen eine widersprüchliche Situation: Sowohl der Zugang zu Verhütungsmitteln als auch zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unterliegen vielfältigen Hemmnissen, die Abbruchquote ist aber dennoch sehr niedrig.

In Bulgarien wurde und wird die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs den aus dem Westen importierten Kontrazeptiva vorgezogen. Ohne Zugang zu effektiven Verhütungsmitteln vertrauen Frauen auf den Schwangerschaftsabbruch, um damit eine ungeplante Schwangerschaft zu beenden. Große Teile der Medizinerschaft verweigerten zudem lange Zeit jegliche Neuerung auf dem Gebiet der Familienplanung. Während der Zugang zur Pille erleichtert wurde, wurden Frauen gleichzeitig entmutigt, Verhütungsmittel zu akzeptieren. Tatsächlich behält für Frauen, die früh heiraten und bald danach ein oder zwei Kinder bekommen, die Abtreibung für den Rest ihres sexuell aktiven Lebens eine herausragende Bedeutung. Erst Ende der 80er Jahre zeigte sich ein Umdenken in der Gesundheitspolitik, die sich seither verstärkt mit Familienplanungsmaßnahmen befasst, um ungeplant schwangeren Frauen Alternativen zum Abbruch anzubieten.

Schwangerschaften in Osteuropa werden primär aus ökonomischen Gründen abgebrochen. Während eine Abtreibung kostenlos durchgeführt wird, sind moderne Verhütungsmittel für den Großteil der Frauen unerschwinglich. In Bulgarien lag 1998 die Arbeitslosenrate bei 25%, wobei Frauen am stärksten betroffen sind. Mehr als 80% der Bevölkerung lagen mit ihrem Einkommen zu diesem Zeitpunkt unter oder an der Armutsgrenze. Wenn primär die Bedürfnisse nach Nahrung und Unterkunft gestillt werden müssen, bleiben kaum Ressourcen für moderne Verhütungsmittel. In einem solchen Kontext bleibt der Schwangerschaftsabbruch die favorisierte Methode bei der Geburtenplanung. Aber auch ein Großziehen der Kinder ist wegen der prekären Einkommenssituation für die meisten Frauen nicht möglich.

6 Soziodemographische Faktoren und Verhaltensweisen bei einer ungewollten Schwangerschaft – ein Ländervergleich

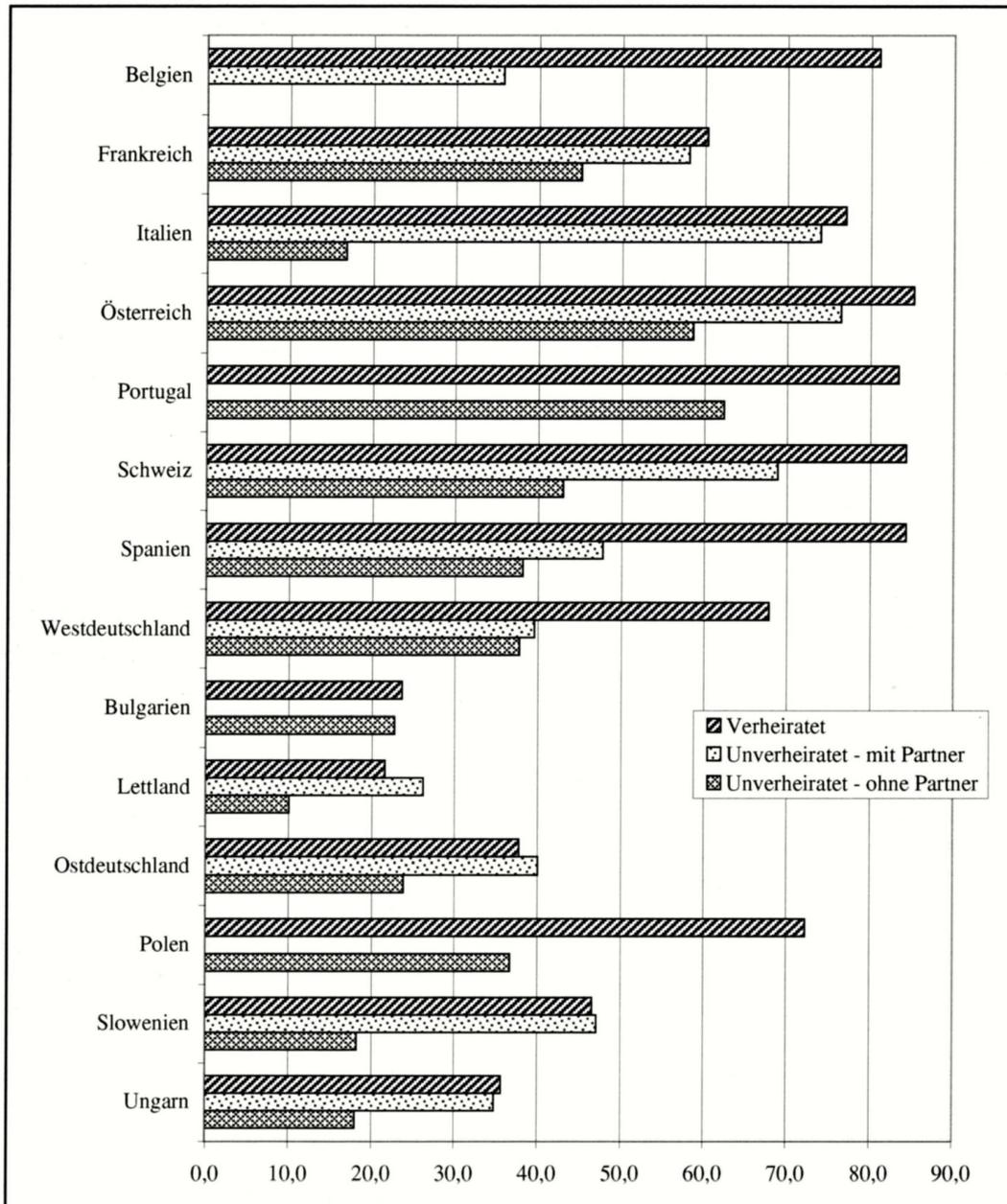
Hinter den vorgestellten, regional zum Teil recht unterschiedlichen möglichen Verhaltensweisen von Frauen bei einer ungewollten Schwangerschaft stehen vielfältige, zumeist gleichzeitig wirkende persönliche Beweggründe sowie gesellschaftliche Akzeptanzen. So kann die Kirchenbindung für die Entscheidungsfindung im Falle einer ungewollten Schwangerschaft für die Frauen von Bedeutung sein. Wichtig sind zudem das Alter der Frauen, ihre Partnerbeziehungen, die Anzahl der bereits geborenen sowie der (noch) gewünschten Kinder, die Stellung im Erwerbsleben u.v.a.m.

6.1 Partnerschaft

Die Absicht, eine ungewollte Schwangerschaft auszutragen, hängt wesentlich davon ab, ob die Frau in einer stabilen Partnerschaft lebt oder nicht (siehe Abb. 2).

Frauen mit einem Partner entscheiden sich öfter für ein (weiteres) Kind als jene, die keinen Partner haben. In Österreich zum Beispiel würden sich 85% der verheirateten und ungefähr 75% der unverheiratet mit einem Partner im gemeinsamen Haushalt lebenden Frauen dazu entschließen, ein (weiteres) Kind zur Welt zu bringen. Dagegen würden lediglich 59% der Frauen, die allein leben, ein (weiteres) Kind haben wollen. Bei allein erziehenden Frauen ist die Zahl jener, die kein weiteres Kind mehr möchten, in den meisten Ländern relativ hoch – bei weitem am höchsten in Lettland mit 83%.

Abbildung 2: Verhaltensmuster bei ungewollter Schwangerschaft nach Art der Partnerschaft: „Das Kind austragen“ (auf 100 Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren)



Anmerkungen: Belgien: keine repräsentativen Daten zu „Unverheiratet – ohne Partner“ vorhanden. Bulgarien, Polen, Portugal: keine repräsentativen Daten zu „Unverheiratet – mit Partner“ vorhanden.

Quelle: FFS Standard Recode Files

Danach folgen Spanien und Ungarn mit jeweils rund 46%. Das heißt, dass sich auch in den Ländern mit einer generell hohen Präferenz für den Schwangerschaftsabbruch das Vorhandensein einer Lebensgemeinschaft als entscheidend für den Kinderwunsch erweist. Allerdings zeigt sich, dass in den osteuropäischen Ländern (mit Ausnahme Polens) der Status der Lebensgemeinschaft (ob Ehe oder Zusammenleben mit Partner) keinerlei Einfluss auf die Akzeptanz einer ungeplanten Schwangerschaft besitzt.

6.2 Anzahl der bereits vorhandenen Kinder

In den meisten osteuropäischen Ländern spielt es eine große Rolle, ob Frauen bereits Mütter sind. Außer in Ostdeutschland würde ein weit höherer Prozentsatz kinderloser Frauen ein Kind bekommen als derjenigen, die bereits ein oder mehrere Kinder haben. In Bulgarien würden 73% der Frauen ohne Kinder die Schwangerschaft akzeptieren, während lediglich 23% aller Mütter ein weiteres Kind zur Welt bringen würden.

Umgekehrt verhält es sich in West- und Südeuropa. Mit Ausnahme von Österreich und Frankreich neigen Mütter eher dazu, auch eine nicht geplante Schwangerschaft auszutragen. In Belgien würden knapp 80% der Mütter ein Kind bekommen, während dies nur 57% der Kinderlosen tun würden. In Spanien ist die Verteilung ähnlich.

Betrachtet man die Anzahl der Kinder, die die befragten Frauen bereits haben, und setzt sie in Zusammenhang mit einem potenziellen Schwangerschaftsabbruch, so sind die Ergebnisse weit weniger deutlich. Von allen West- und Südeuropäerinnen mit hoher Kinderzahl (zwei und mehr Kinder) weisen nur die Italienerinnen und Portugiesinnen eine erhöhte Tendenz zum Abbruch auf als Frauen mit weniger Kindern. In Italien würden 10% der Frauen mit hoher Kinderzahl sicher einen Abbruch vornehmen lassen, während Frauen mit lediglich einem Kind dies nur zu 4% tun würden.

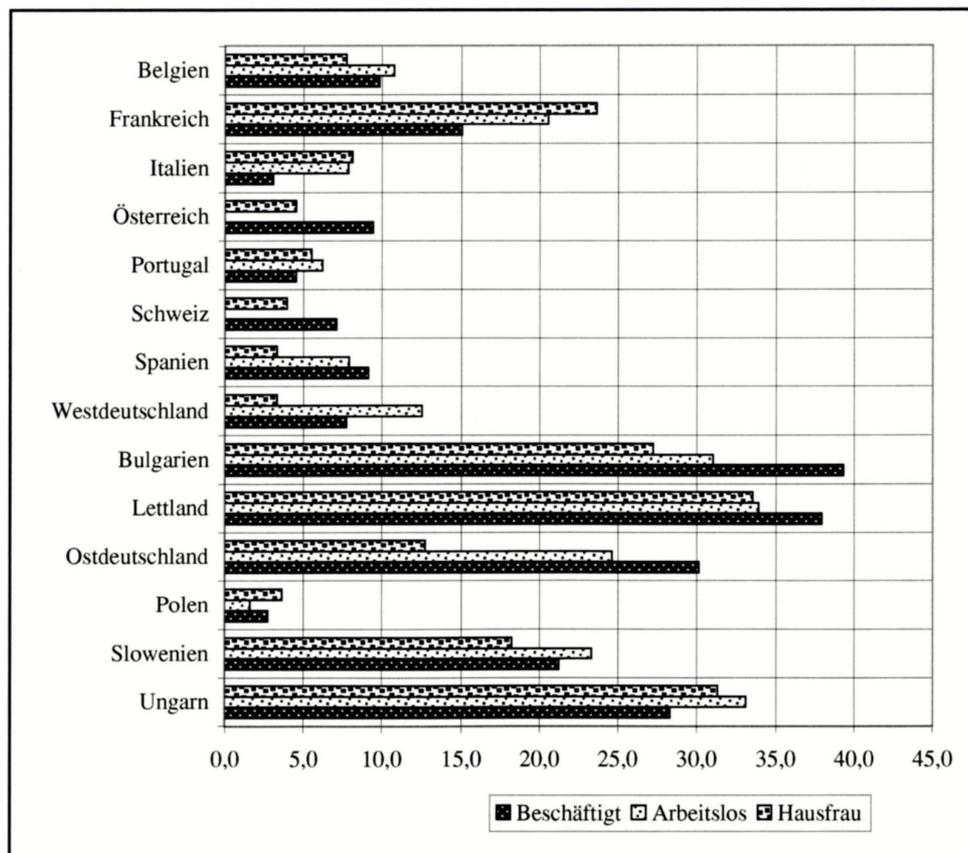
In den osteuropäischen Ländern erweisen sich die Schwankungen als größer, und hier zeigt sich bereits nach dem ersten Kind eine deutlich erhöhte Bereitschaft, eine ungeplante Schwangerschaft mit einem Abbruch

zu beenden. In Bulgarien würden 40% der Frauen mit zwei Kindern einen Abbruch vornehmen lassen, dagegen 30% der Frauen mit einem Kind. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich in Lettland: 41% der Frauen mit drei und mehr Kindern bzw. 42% der Frauen mit zwei Kindern würden einen Abbruch wählen, während dies lediglich 29% der Frauen mit einem Kind tun würden.

6.3 Berufstätige Frauen und Hausfrauen

Bei der Mehrheit der Länder zeigt sich, dass berufstätige Frauen mit Kindern (zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig oder arbeitslos) viel eher dazu neigen, eine ungeplante Schwangerschaft zu beenden (siehe Abb. 3). In Bulgarien zum Beispiel würden 38 von 100 Frauen sicherlich einen Abbruch wählen, während nicht aktive Frauen (Hausfrauen, Frauen in Ausbildung u.ä.) sich nur zu 29% gegen ein (weiteres) Kind entscheiden würden. Ausnahmen stellen Frankreich, Italien und Portugal dar. In Frankreich lehnen nicht im Er-

Abbildung 3: Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch und Erwerbsstatus (auf 100 Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren)



Anmerkungen: Für Österreich sind keine Daten zur Arbeitslosigkeit vorhanden. Für die Schweiz sind die Daten zur Arbeitslosigkeit nicht repräsentativ.

Quelle: FFS Standard Recode Files

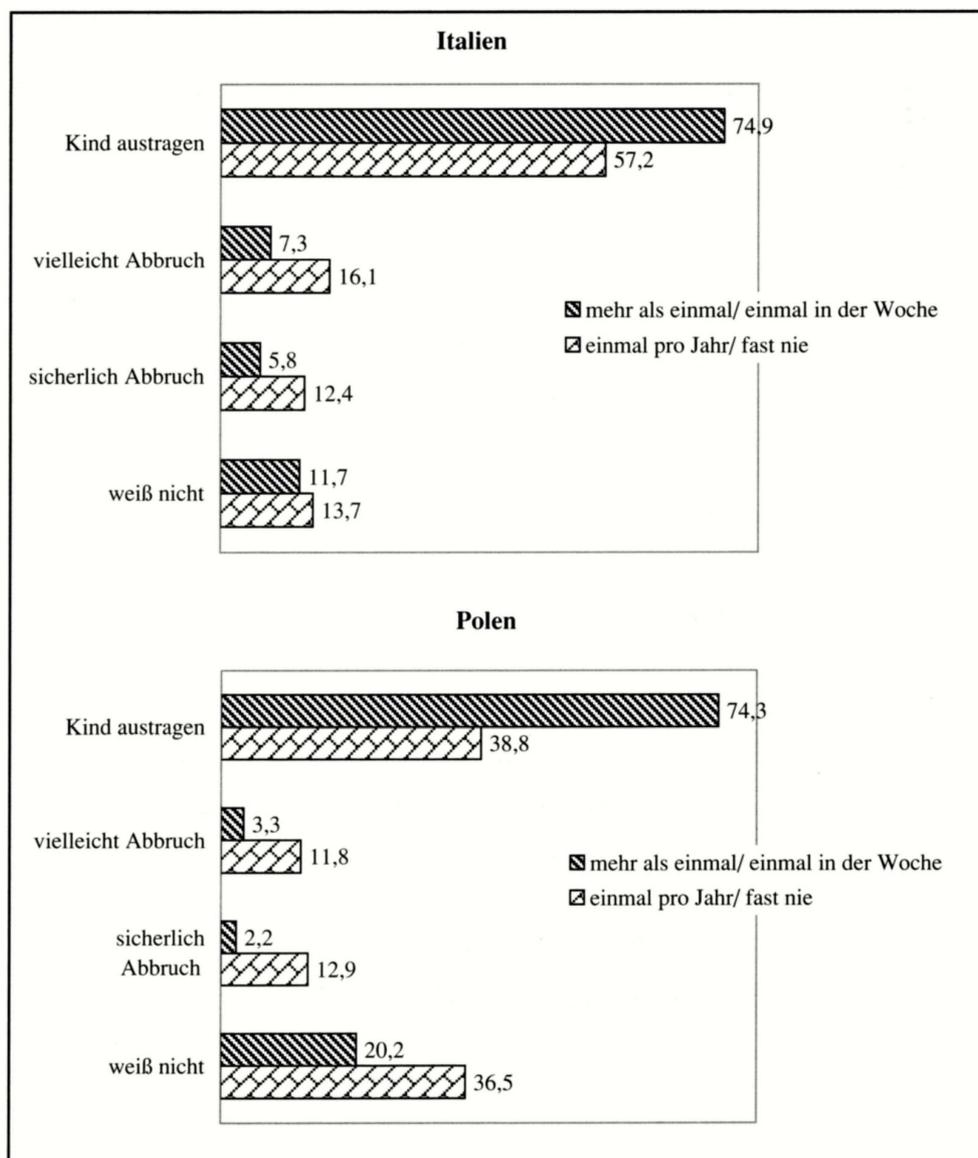
werbsleben stehende Frauen mit Kindern eine weitere Schwangerschaft viel eher ab (ca. 23%) als berufstätige Mütter (16%).

In Ostdeutschland würden über die Hälfte der Hausfrauen ein ungeplantes Kind akzeptieren, während dies nur ungefähr ein Drittel der arbeitslosen Frauen tun würde. In Belgien sind es wiederum gerade arbeitslose Frauen, die ein Kind am ehesten zur Welt bringen würden. Österreich, Deutschland (beide Länder), die Schweiz, Portugal, Spanien und Polen sind jene Länder, wo der Status „Hausfrau“ die Geburt eines (weiteren) Kindes begünstigt.

6.4 Kirchenbindung

In früheren Untersuchungen (Wimmer-Puchinger 1983 u.a.) wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Frage der Konfessionszugehörigkeit und – noch deutlicher – die Kirchenbindung beim Entscheid gegen oder für einen Abbruch einer unerwünschten Schwangerschaft eine wichtige Rolle spielen können. An dieser Stelle soll dies am Beispiel zweier Länder, in denen fast alle befragten Frauen der katholischen Konfession angehören, d.h. am Beispiel Italiens (rund 98%) und Polens (gleichfalls rund 98%) belegt werden (siehe Abb. 4).

Abbildung 4: Verhalten katholischer Frauen bei ungewollter Schwangerschaft in Italien und Polen nach der Intensität des Kirchenbesuchs



Quelle: FFS Standard Recode Files

Die Ergebnisse zeigen, dass die Konfessionszugehörigkeit in keinem der untersuchten Länder entscheidend dafür ist, ob Frauen eine ungewollte Schwangerschaft austragen wollen oder nicht. Betrachtet man hingegen die Intensität des Kirchganges als ein Indiz der Stärke der Kirchenbindung bei katholischen Frauen und deren mögliches Verhalten bei einer ungewollten Schwangerschaft, so lässt sich ganz klar feststellen, dass die Frauen, die regelmäßig (einmal pro Woche oder öfter) zum Gottesdienst gehen, sowohl in Italien als auch in Polen eher geneigt sind, das Kind auszutragen. So würden in Italien von den Frauen, die einmal pro Woche oder öfter in die Kirche gehen (ca. 56%), rund drei Viertel das Kind bekommen wollen; von denen, die nur einmal im Jahr bzw. fast nie die Kirche besuchen (rund 15% der befragten katholischen Frauen⁴), dagegen nur rund 57%. Von Letzteren würden jedoch fast 30% vielleicht oder mit Sicherheit einen Abbruch vornehmen lassen wollen; von den regelmäßigen Kirchgängerinnen sind es dagegen nur rund 13%.

Noch deutlicher wird der Zusammenhang zwischen Kirchenbindung und Entscheid für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bei den katholischen Frauen in Polen: Von diesen ist es mit rund 77% die große Mehrheit, die regelmäßig zur Kirche geht. Rund 74% dieser Frauen würden eine ungewünschte Schwangerschaft vollenden und nur rund 5% diese vielleicht oder sicherlich abbrechen lassen wollen. Letzteres würde jedoch bei rund einem Viertel der Frauen mit nur seltenem Kirchenbesuch (rund 6%) der Fall sein, und nur rund 39% dieser Frauen würden das Kind austragen wollen. Jedoch weisen diese Frauen im Gesamtvergleich eine recht hohe Verhaltensunsicherheit auf – über ein Drittel wüsste demnach nicht, wie es sich bei einer ungewünschten Schwangerschaft entscheiden würde.

In allen untersuchten Ländern erweist sich die Frage nach der Häufigkeit des Kirchenbesuchs als wesentlich aussagekräftiger als jene nach der Konfessionszugehörigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, bei einer ungewollten Schwangerschaft einen Abbruch in Erwägung zu ziehen, steigt dann, wenn die Kirchenbindung praktisch keine Rolle im Leben der Frauen spielt. In Slowenien würden nur rund 8% der Frauen, die häufig zur Kirche gehen, den Abbruch in Erwägung ziehen – gegenüber 29% der nicht religiösen Frauen. Einzig Bulgarien stellt eine Ausnahme dar: Hier verhält sich der Trend umgekehrt: Je häufiger der Kirchenbesuch, desto häufiger die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schwangerschaft abgebrochen würde (41 bzw. 31%).

Ähnliche Resultate zeigen sich dann, wenn ein weiterer Indikator der Religiosität verwendet wird. Wird nämlich danach gefragt, wie wichtig Gott im Leben der Befragten erachtet wird, so zeigt sich Folgendes: Katholische und protestantische Frauen, in deren Leben Gott keine wichtige Rolle spielt, würden viel eher eine

Abtreibung in Erwägung ziehen als Frauen, die an Gott glauben. In Spanien würden nur 3% aller gläubigen Frauen die Schwangerschaft beenden. Ähnlich große Unterschiede zeigen sich in Belgien, der Schweiz, Ostdeutschland und Slowenien.⁵

7 Hausarbeit, Kindererziehung und Partnerschaft in Europa

Bei der von uns untersuchten Gruppe der 20- bis 39-jährigen Frauen handelt es sich um eine Generation, die sich in den 90er Jahren verstärkt am Arbeitsmarkt etabliert hat und die im Allgemeinen über einen höheren Bildungsstand verfügt als die Generation davor. In Osteuropa geschah der Prozess der Integration auf dem Arbeitsmarkt zeitlich früher als in Westeuropa. Im Bewusstsein dieser Frauen wird eine Berufstätigkeit auch mit Kindern zunehmend als selbstverständlich erachtet. Neben der politischen Ebene bilden unseres Erachtens die Umstände, die eine Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf erschweren oder erleichtern, den Hintergrund, vor dem der Entscheidungsprozess für oder gegen ein (weiteres) Kind stattfindet.

Einen Überblick über die Verteilung der Hausarbeit in der Partnerschaft bieten Daten der EU-Kommission.⁶ Im Bericht des Rates der Europäischen Union (Arbeit und Soziales) wurden neun Indikatoren erarbeitet, anhand derer die Fortschritte der Mitgliedsländer im Bereich Frauen bzw. Eltern und Berufswelt regelmäßig gemessen werden können. Darin werden u.a. folgende Faktoren erfasst:

- verfügbare Zeit (Mutterschafts-/Vaterschafts-/Elternurlaub, Urlaub bei Erkrankung eines Kindes),
- Kinderbetreuung nach Altersklassen,
- Betreuung pflegebedürftiger älterer Personen,
- Ausgaben für die soziale Sicherheit,
- Öffnungszeiten von Ämtern und Geschäften,
- Verteilung der häuslichen Arbeit (täglicher Zeitaufwand für Beruf und Haushalt).

Der letzte Abschnitt der Studie (Rat der EU 2000) bezieht sich auf die Zeiteinteilung der Haushalte und die Verknüpfung der für den Beruf und der für häusliche Aufgaben aufgewendeten Zeit. Leider gehören die in diesem Bereich gesammelten Daten zu den unvollständigsten. Auf der Grundlage der wenigen verwertbaren Antworten können jedoch die folgenden Bemerkungen formuliert werden.

Es konnte festgestellt werden, dass in allen EU-Ländern die für Beruf und häusliche Aufgaben aufgewendete Zeit nicht ausgewogen auf beide Geschlechter verteilt ist. Aufgrund der Schwierigkeit, die Angaben auf

Unionsebene zu vereinheitlichen, wurden lediglich zwei Arten häuslicher Arbeit berücksichtigt: die eigentliche Hausarbeit⁷ und die Betreuung von Kindern und anderen Erwachsenen (Pflege und Erziehung). Im Hinblick auf die am FFS beteiligten westeuropäischen Länder lässt sich feststellen, dass Männer ihrem Beruf deutlich mehr Zeit widmen. Für Haushaltstätigkeiten wenden Männer, die mit einer Partnerin zusammenleben, rund eine Stunde auf. Bei den Frauen dagegen liegt die für den Haushalt aufgewendete Zeit meistens bei über zwei Stunden (außer in den Niederlanden und in Schweden). Je nach Land wird darüber hinaus unterschiedlich viel Zeit für häusliche Aufgaben aufgewendet: In Italien widmen erwerbstätige Mütter mit drei und mehr Kindern etwa 4,5 Stunden pro Tag häuslichen Aufgaben.

Insgesamt zeigt die folgende Tabelle 6, wie gering in allen Ländern, von denen Angaben übermittelt wurden⁸, eine tatsächlich partnerschaftliche Aufteilung der häuslichen Aufgaben ausfällt. Zwischen 70 und 80% aller häuslichen und familiären Aufgaben werden von Frauen übernommen. Es sei hier angemerkt, dass nur in den Niederlanden und in Schweden ein größeres Gleichgewicht besteht. Im Gegensatz dazu ist in Italien das größte Ungleichgewicht bei der Aufteilung der häuslichen Aufgaben festzustellen: Bei drei Kindern werden 90% dieser Aufgaben von Frauen ausgeführt. In Belgien und Österreich ist der Anteil an Haushaltstätigkeiten und an der Betreuung der Kinder, der von den Müttern übernommen wird, ähnlich hoch wie in Südeuropa (Spanien, Italien).

Tabelle 6: Anteil der von den Müttern übernommenen Hausarbeit und Kinderbetreuung (in Prozent)

Anzahl der Kinder	Jahr	1	2	3 und mehr
		Kind 0-5 J.	Kind 6-14 J.	
Belgien	1997	88	88	
Deutschland	1991-92	70,3	72,1	73,7
Frankreich	1998-99	78	78,5	81,1
Italien	k. Ang.	84,6	87,9	90,1
Österreich	1988		81,8	
Spanien	1998		84,6	

Quelle: Rat der EU 2000

7.1 Aufteilung der Hausarbeit und Kinderbetreuung in Österreich

Daten zur mangelnden Zufriedenheit in der Partnerschaft bzw. zur Häufigkeit der Konflikte bezüglich Hausarbeit und Kinderbetreuung sind durch den internationalen Standard Recode File nicht erfasst. Zur Ver-

anschaulichung der Problematik dient daher die Untersuchung, die zum FFS Österreich angestellt wurde. Berücksichtigt wurden die Daten von Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren, die mit ihrem Partner im gemeinsamen Haushalt leben. Inwiefern Kinder gemeinsam erzogen und betreut werden, wurde nur für Partnerschaften untersucht, die ein Kind zu versorgen haben.

In der Umfrage des FFS wurde der Bereich Partnerschaft unter dem Aspekt der in Österreich Ende der 90er Jahre diskutierten Frage nach der partnerschaftlichen Aufteilung der Hausarbeit beleuchtet. Denn trotz der zunehmenden Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben ist diese Entwicklung nicht von einer steigenden Übernahme von Haus- und Familienarbeiten durch Männer begleitet (Bacher/Wilk 1996).⁹

Den Daten der Umfrage ist zu entnehmen, dass ein relativ geringer Prozentsatz an Frauen Angaben zur erlebten Benachteiligung bei den im Haushalt¹⁰ anfallenden Arbeiten macht; 11% der Frauen und lediglich 4% der Männer halten die Aufteilung für ungerecht. Dass sich die diesbezügliche Zufriedenheit als bemerkenswert altersabhängig erweist, ist ein weiteres Resultat der Befragung. 46% der 20- bis 24-jährigen Frauen empfinden ihre häusliche Situation als „sehr gerecht“, während die Partnerschaft der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen in diesem Punkt nur noch zu 24% den Erwartungen entspricht. „Halbwegs gerecht“ finden 27% der weiblichen Befragten den Anteil, den ihre Partner zur Haushaltsführung beitragen; als „sehr konfliktreich“ wird die Verteilung der Pflichten innerhalb des privaten Bereichs von lediglich 7% der Frauen erlebt. Bezüglich der Geschlechterproblematik kann festgestellt werden, dass jüngere Männer die Aufteilung als gerechter empfinden als ihre Geschlechtsgenossen der älteren Generation. Gleichzeitig zeichnet sich bei Männern wie Frauen besonders in jungen Jahren eine hohe Konfliktbereitschaft ab, wenn es um die Aufteilung der Hausarbeiten geht.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der Aufteilung der anfallenden Pflichten zur Betreuung und Erziehung der gemeinsamen Kinder. 8% der Frauen geben an, die Aufteilung der

Kinderbetreuung als „ungerecht“ zu empfinden, weitere 27% empfinden sie als „halbwegs gerecht“. Aber von lediglich 5% der Männer wird der Haushalt bzw. von 4% die Aufteilung der Kinderbetreuung als Problembestand der Partnerschaft erlebt. Konflikte um die Aufteilung der Hausarbeit und Kindererziehung können jedoch durchaus unterschiedlich interpretiert werden. Männer, die sich unzufrieden zeigen, sind vermutlich der Meinung, dass ihre Partnerin zu viel an Teilhabe

einfordert. Frauen wiederum verlangen die partnerschaftliche Teilung aufgrund des veränderten weiblichen Selbstverständnisses bzw. der erlebten Doppel- und Dreifachbelastung von Beruf, Haushalt und Familie. Während Männer aller Altersgruppen eine gleich hohe Zufriedenheit mit ihrem Anteil an der Kindererziehung signalisieren, zeichnet sich bei den weiblichen Befragten ein anderes Bild ab. Hier sinkt die Zufriedenheit von rund 49% der jüngsten Befragten auf rund 25% der ältesten ab.

Dass die Bereitschaft zum Austragen einer Schwangerschaft deutlich durch die Zufriedenheit der Frauen mit ihrem Partner in Fragen der Haushaltsführung und Kindererziehung beeinflusst und begünstigt wird, kann mit den Daten des FFS für Österreich dokumentiert werden. Zeigt sich eine Partnerschaft in diesen Fragen als äußerst konfliktreich, so steigt das Risiko eines Schwangerschaftsabbruchs um etwa das Doppelte. Wenn etwa die Aufteilung der Kinderbetreuung als gerecht empfunden wird, würden lediglich 10% der Frauen einen Abbruch vornehmen lassen. Wird die Aufteilung in diesem Bereich jedoch als einseitig erlebt, plädieren 21% der Frauen für einen Abbruch.

8 Schlussfolgerungen

Eine der Hypothesen dieser Untersuchung war, dass die in den jeweiligen Ländern vorherrschende Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch einen determinierenden Einfluss auf die Verhaltensmuster der befragten Frauen hat. Dazu kann festgestellt werden, dass eklatante Unterschiede bei der Bereitschaft von Frauen, in einer Notlage einen Abbruch zu wählen, klar mit der Verschiedenheit der (ehemaligen) politischen Systeme Ost- und Westeuropas korrespondieren. Darüber hinaus aber erscheinen die Klassifizierungen der Länder nach ideologischen Kriterien (liberal/konservativ) und nach Konfession und Kirchenbindung (katholisch/laizistisch) als unzulänglich. Widersprüche zeigen sich etwa an den Beispielen Belgien und Österreich. Trotz liberaler Gesetzeslage würden sich Frauen bei einer ungeplanten Schwangerschaft relativ selten für einen Abbruch entscheiden. Bulgarien wiederum verfügte – im Unterschied zu Lettland – lange Jahre bei der Frage der Fristenlösung über eine restriktive Politik, dennoch erweist sich die Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch als sehr hoch. Ein entscheidendes Kriterium scheint daher – neben dem Gesetzestypus – die öffentliche Diskussion selbst zu sein und in welcher Weise diese ideologisch besetzt ist.

Im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft ziehen Frauen dort einen Abbruch ernsthaft in Erwägung,

wo die Gesetzeslage eindeutig ist (Bulgarien, Lettland) oder die Praxis so gehandhabt wird, dass ohne Angabe von Gründen ein Abbruch auf Verlangen durchgeführt werden kann (Bulgarien, Ostdeutschland, Ungarn). Dort, wo die Abtreibung gesellschaftlich und politisch umstritten scheint, zeigt sich auch bei den befragten Frauen eher die Tendenz, einen Abbruch erst gar nicht in Erwägung zu ziehen (Österreich, Belgien). Engagieren sich kirchliche Institutionen sehr stark gegen einen freien Zugang zum Schwangerschaftsabbruch, zeigen sich zumeist große Unsicherheiten, welche Entscheidung Frauen in einer solchen Lage treffen würden (Polen, Westdeutschland). Nicht unmittelbar erkennbare Hemmnisse ergeben sich auch aus dem Wortlaut des Gesetzes selbst. Vage formulierte Gesetzestexte erlauben einen großen Spielraum für Interpretationen, wobei es bei der Auslegung nicht selten zu interregionalen Verschiedenheiten kommt. Auch die Implementierung des Gesetzes kann de facto einen Schwangerschaftsabbruch verunmöglichen. In den vorwiegend katholischen Ländern bzw. Landesteilen verursacht die Gewissensklausel akute Engpässe an Einrichtungen, die einen Abbruch durchführen.

Die hohen Abbruchszahlen in Osteuropa (außer in Polen) korrespondieren tatsächlich zumeist mit einer liberalen Gesetzgebung und einer hohen Bereitschaft, eine nicht erwünschte Schwangerschaft zu beenden. Diese Situation muss allerdings auch aus einer anderen Perspektive interpretiert werden. Mangelnde Familienplanungsmaßnahmen und akute ökonomische Probleme tragen nämlich vielfach in Osteuropa dazu bei, dass die Abtreibung zum vorrangigen Mittel der Geburtenplanung geworden ist.

Wie die Ergebnisse der FFS-Daten zeigen, gibt es zudem bestimmte Faktoren, die sich auf der persönlichen Ebene wesentlich auf die Entscheidungsfindung von Frauen auswirken. Hierzu gehören die Intensität der Kirchenbindung, das Vorhandensein und die Art der Partnerschaft, die Anzahl der bereits vorhandenen Kinder und die Erwerbsbeteiligung von Frauen. Auch die These, dass die familiären Rahmenbedingungen einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten von Frauen ausüben, lässt sich bestätigen. Die Resultate, die sich dazu aus der Untersuchung der österreichischen Daten ergeben, können als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die Entscheidung für ein (weiteres) Kind auch an eine partnerschaftliche Teilung der Pflichten im Haushalt bzw. bei der Kinderbetreuung geknüpft ist.

Die Autorinnen möchten Josef Kytir für seinen Beitrag zur österreichischen Situation danken. Der internationale FFS-Datensatz wurde uns dankenswerterweise von der „Population Activities Unit“ (PAU) zur Verfügung gestellt.

Anmerkungen

- 1 Ausführliche Analysen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (Roloff 1997) sowie in Österreich (Tazi-Preve/Kytir 1997/1999) liegen bereits vor.
- 2 Es sei hier angemerkt, dass die Antwortmöglichkeit, eine Schwangerschaft „vielleicht“ oder „sicher“ abzubrechen, durchaus unterschiedliche Aussagekraft besitzt. Dennoch lässt sich hier zumindest eine Tendenz feststellen.
- 3 Ob alle diese Bestimmungen mit Sicherheit im selben Wortlaut in die neue Lettische Verfassung übernommen wurden, konnte nicht geklärt werden.
- 4 Die Antwortmöglichkeit „einmal im Monat, an den Feiertagen“ soll hier unberücksichtigt bleiben.
- 5 Für Österreich, Bulgarien, Frankreich, Italien, Polen und Portugal konnten dazu keine Daten bereitgestellt werden.
- 6 Im Anschluss an die Vierte Frauenkonferenz (Peking 1995) und die Annahme einer zwölf Punkte umfassenden Aktionsplattform durch die einzelnen Regierungen beschloss der Ministerrat der EU jedes Jahr die Prüfung eines der Problemkreise. Unter dem österreichischen EU-Vorsitz wurde 1998 eine Strategie vorgeschlagen, die darauf abzielt, für jeden der Bereiche der Pekinger Aktionsplattform Indikatoren und Benchmarks auszuarbeiten. Der finnische Vorsitz hat deshalb 1999 einen sehr umfassenden Bericht zum Thema „Frauen in Entscheidungsprozessen“ erstellt, der sich auf die Antworten der Mitgliedstaaten und der europäischen Institutionen auf einen von Letzteren ausgearbeiteten Fragebogen stützte.
- 7 Zur Hausarbeit werden hier Kochen, Putzen, Wäschewaschen, Bügeln und Einkaufen gezählt. Andere häusliche Arbeiten wie die Gartenarbeit, kleinere Reparaturen und Handwerkerarbeiten wurden nicht aufgenommen, da diese Tätigkeiten teils unter die häuslichen Aufgaben, teils unter Freizeitbeschäftigung fallen.
- 8 Hier sind nur jene Länder aufgezählt, die auch bei unserer Untersuchung analysiert wurden.
- 9 Die damalige Frauenministerin Barbara Prammer knüpfte in dieser Problematik an die Forderungen ihrer Vorgängerin nach verpflichtenden Maßnahmen zu einer angemessenen Aufteilung unter Ehepartnern an. Am 1. Jänner 2000 trat eine Reform des Ehe- und Ehescheidungsrechts in Kraft, worin besonderes Augenmerk auf die partnerschaftliche Gestaltung der Ehe gerichtet wird.
- 10 Zu den Haushaltstätigkeiten wurden im FFS folgende Tätigkeiten gezählt: Kochen, Staubsaugen, Einkaufen, Geschirrspülen, Erledigung finanzieller Angelegenheiten, Behördenwege, kleinere Reparaturen, Pflege älterer Familienangehöriger, Wäschewaschen und Bügeln.

Literatur

- Alan Guttmacher Institute (1999): Sharing Responsibility. Women Society and Abortion Worldwide. WWW-File.
- Aracil, E.; L. Garcia-Delabat, I. De la Mata (1999): Not only young and single: sociodemographic characteristics of aborting women in Madrid. EAPS-Paper. Madrid.
- Bacher, J.; L. Wilk (1996): Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung – Ausmaß und Bedingungen männlicher Mitarbeit im Haushalt. In: M. Haller, K. Holm, K. Müller (Hg.): Österreich im Wandel. Werte, Lebensformen und Lebensqualität 1986 bis 1993. Wien-München.
- David, P.H.; J. Skilogianis (eds.) (1999): From Abortion to Contraception. A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present. Westport, Connecticut-London.
- Doblhammer, G.; W. Lutz, Ch. Pfeiffer (1997): Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) 1996. Tabellenband und Zusammenfassung erster Ergebnisse. Österreichisches Institut für Familienforschung. Materialiensammlung Heft 2. Wien.
- Githens, M.; D. McBride Stetson (eds.) (1996): Abortion Politics. Public Policy in Cross-Cultural Perspective. New York-London.
- Kytir, J.; A. Schmeiser-Rieder, B. Schwarz, I. Tazi-Preve (1997): Familienplanung in Österreich. Kontrazeptionsverhalten und Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch der 20- bis 54-jährigen Bevölkerung. Projektbericht für das BMUJF. Wien.
- Ketting, E.; Ph. van Praag (1985): Schwangerschaftsabbruch: Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich. Tübingen.
- Ketting, E.; Ph. van Praag (1986): The Marginal Relevance of Legislating Relating to Induced Abortion. In: J. Lovenduski, J. Outshoorn (eds.): The New Politics of Abortion. London, pp. 154-170.
- Mesner, M. (1994): Frauensache? Zur Auseinandersetzung um den Schwangerschaftsabbruch in Österreich. Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Geschichte der Gesellschaftswissenschaften, Bd. 23. Wien.
- Monnier, A.; C. Guibert-Lantoine (1996): La conjoncture démographique: l'Europe et les pays développés d'outremer. In: Population 4-5, S. 1027-1030.
- Pohl, K. (1995): Design und Struktur des deutschen FFS. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Hg. v. Bundesinstitut f. Bevölkerungsforschung, Heft 82a. Wiesbaden.
- Rat der Europäischen Union (2000): Bericht des Vorsitzes für den Ausschuss der Ständigen Vertreter/Rat (Beschäftigung und Sozialpolitik). Betrifft: Prüfung der Umsetzung der Pekinger Aktionsplattform durch die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die Europäischen Organe: Verknüpfung von Berufs- und Familienleben. Brüssel.
- Roloff, J. (1997): Schwangerschaftsabbruch in West- und Ostdeutschland. Analyse seiner Hintergründe, Fakten und Akzeptanz unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse des deutschen FFS (Family and Fertility Survey). Forschungsbericht. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Sonderheft. Wiesbaden.
- Roloff, J.; J. Dorbritz (1999): Familienbildung in Deutschland Anfang der 90er Jahre – Demographische Trends, individuelle Einstellungen und sozioökonomische Bedingungen. Ergebnisse des deutschen Family and Fertility Survey. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Bd. 30. Wiesbaden.
- Simon, R. (1998): Abortion. Statutes, Policies, and Public Attitudes the World over. Westport, Connecticut-London.
- Statistisches Bundesamt (2000): Eurostat Data Shop. Berlin.
- Tazi-Preve, I.; J. Kytir (1997/1999): Schwangerschaftsabbruch in Österreich. „Alte“ Streitpunkte – neue Konfliktlinien. In: Demographische Informationen, S. 20-29.
- United Nations (1992/1993/1995): Abortion Policies. A Global Review. Vol. I (Afghanistan to France); Vol. II (Gabon to Norway); Vol. III (Oman to Zimbabwe). New York.
- United Nations (1999): Population Division. Department of Economic and Social Affairs: World Abortion Policies. New York.
- Vassilev, D.; N. Golemanov, K. Mishkov (1974): The problems of social hygiene in hormonal contraception. National Information Center of Medical Science. Sofia.
- Wimmer-Puchinger, B. (1983): Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch: Soziale und psychische Situation der Frau. Wien.
- Wimmer-Puchinger, B.; M. Hörndler; I. Tazi-Preve et al. (1995): Austrian Women's Health Profile. Wien.