

# **Bachelorarbeit**

## **Abtreibung – Eine schwerwiegende Entscheidung**

eingereicht von

**Vötter Anna-Maria**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of nursing science  
(BSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaften**

unter der Anleitung von

**Dr. med. univ. Mag, Erwin Horst Pilgram**

Graz, am 24.04.2015

## Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 24.04.2015

Vötter Anna-Maria eh.

## Inhalt

Eidesstattliche Erklärung .....	2
Zusammenfassung .....	5
Abstract .....	6
1. Einleitung .....	7
2. Begriffe der ethischen Urteilsurteilsbildung .....	8
2.1 Die Handlung.....	8
2.2 Das Urteil.....	9
2.3 Die Norm .....	9
2.4 Der Wert.....	10
2.5 Das Prinzip .....	11
2.6 Die Theorie.....	11
3. Ethik in der Medizin.....	12
3.1 Ethische Prinzipien in der Medizin.....	14
3.1.1 Prinzip der Autonomie.....	15
3.1.2 Prinzip des Nicht-Schadens.....	16
3.1.3 Prinzip der Fürsorge .....	17
3.1.4 Prinzip der Gerechtigkeit.....	18
3.2 Das Aufklärungsgespräch als Vertrauensgrundlage.....	20
3.2.1 Die Frage nach der Autonomie der Einwilligung .....	20
4. Spezialthema – Abtreibung .....	23
4.1 Schwangerschaftsabbruch - Definition .....	24
5. Indikationen einer Abtreibung .....	25
5.1 Indikationen im Zuge der Neuregelung der Gesetze in den 70er Jahren ....	25
5.2 Legitimierte Indikationen der Gesellschaft.....	27
5.2.1 Demographische Indikation.....	27
5.2.2 Unerwünschte Schwangerschaften.....	28
5.2.3 Vergewaltigung und Inzest.....	29
5.2.4 Psychiatrische Indikation.....	30
5.2.5 Euthanasie .....	31
6. Methoden bei Abtreibungen .....	32
6.1 Methoden der Abtreibung im ersten Drittel .....	32
6.1.1 Saugkürettage.....	32

6.1.2	Scharfe Kürettage .....	33
6.1.3	Hysterotomie.....	33
6.1.4	Prostaglandin-Abtreibung.....	33
6.1.5	Salzlösungsmethode.....	34
6.2	Methoden der Abtreibung im zweiten Drittel.....	34
6.2.1	Dilatation und Entleerung.....	34
6.2.2	Induktionsmethoden.....	35
6.2.3	Entfernung mittels Operation .....	35
7.	Komplikationen .....	36
8.	Durchführende Organisationen .....	38
8.1	Organisationen in Österreich .....	39
8.2	Organisationen in Deutschland .....	41
9.	Kosten einer Abtreibung.....	43
9.1	Österreich.....	43
9.2	Deutschland .....	44
10.	Häufigkeit von Abtreibungen.....	45
10.1	Österreich.....	46
10.2	Deutschland .....	47
11.	Die rechtliche Situation .....	48
11.1	Aktuelle Gesetze .....	49
12.	Schlussfolgerung und Diskussion .....	51
13.	Literaturverzeichnis.....	53

## Zusammenfassung

In dieser Bachelorarbeit mit dem Titel: „Abtreibung- Eine schwerwiegende Entscheidung“, wird das Thema der Abtreibung aus ethischen und auch faktischen Blickwinkeln betrachtet.

Da bei einer ethischen Arbeitsweise auch Grundkenntnisse dieser von Nöten sind, werden zu Beginn einige Grundbegriffe der Ethik genauer erläutert. Danach wird Schritt für Schritt auf das Thema Abtreibung hingearbeitet, bei dem schließlich auch einige interessante Fakten vorgelegt werden. Es werden Indikationen, Methoden und Komplikationen, sowie Fakten über die Häufigkeit, Kosten und durchführende Einrichtungen genau dargelegt. Außerdem wird als wichtiger Punkt die Notwendigkeit ethischen Arbeitens in der Medizin beleuchtet. Dies ist deshalb von so zentraler Bedeutung, da sich Mediziner/Medizinerinnen oft in Zwickmühlen der Binnenmoral der Medizin bewegen. Einerseits sollen sie ihrem Kodex entsprechend, Leben retten, andererseits sind sie dazu verpflichtet die Prinzipien der Medizin wie Autonomie oder Nicht-Schaden einzuhalten. Gerade im Zusammenhang mit dem Thema Abtreibung kann dies oft zu großen Problemen führen. Auch das Festhalten an den neuen Gesetzen, welche diese Thematik zu vereinfachen versuchen, kann oft nicht darüber hinweg helfen, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Es ist unabdinglich, sowohl Daten und Fakten, als auch ein gewisses Maß an Empathie und eigenen Wertvorstellungen mit zu bringen um mit diesem Thema kompetent umgehen zu können.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde deutlich, dass als Mitarbeiter/Mitarbeiterin in einer medizinischen Einrichtung auch ethisch korrektes Handeln notwendig ist. Das heißt, dass moralische Urteile anderer auf ihre Widerspruchsfreiheit geprüft und die Konsequenzen von Ablehnung oder Akzeptanz bestimmter Taten vor Augen geführt werden muss. Nur wenn dies geschieht, wird von einer einwandfreien Arbeitsweise gesprochen.

Diese Arbeit soll hiermit als Entscheidungshilfe im ethischen Prozess eingesetzt werden, da sie kompakt, viele dafür notwendige Daten und Fakten zusammen bringt.

## Abstract

This Bachelor thesis titled “Abortion – a profound decision” deals with the issue of abortion from an ethical and a factual point of view.

There is a need of basic understanding, therefore technical terms in ethics are specified at the beginning. Then the matter of abortion will be considered more in detail - step by step - without missing interesting facts. Indications, methods and complications, as well as information about frequency, costs and operating facilities are depicted. Furthermore the necessity of ethical working in medical science is regarded as very important. This is because medics are often in an ethical double bind. On the one hand they should save lives according their code and on the other hand it is their duty to respect the principles of medicine, like autonomy and integrity. Especially in connection with the subject abortion these things can cause severe problems. Also the adherence to new laws, which are trying to simplify confusions do not always support an objective perception. It is vital to know facts and figures but also to feel empathy and have a moral concept to be able to deal with this subject professionally.

In the context of this thesis it is obvious that for staff of a medical facility an ethically accurate behaviour is necessary. In other words ethical judgment of others has to be tested for consistency and consequences of denial or acceptance of specific actions have to be shown plainly. Only if with these things are respected it can be called a flawless and ethical operation method.

This thesis can be used as a decision support in the ethical process as it combines the necessary facts and figures compactly.

## 1. Einleitung

Das Thema Abtreibung taucht in unserer Gesellschaft immer wieder, oft auch in kontroversen Zusammenhängen, auf. So manch Einer ist ganz konkreter Gegner der Abtreibung, ein Anderer Befürworter. Doch wurden, um zu dieser Schlussfolge zu kommen, wirklich alle Aspekte berücksichtigt?

Um das ethische Dilemma des Schwangerschaftsabbruchs wirklich verstehen zu können, müssen grundlegende Kenntnisse der ethischen Arbeitsweise berücksichtigt und angewandt werden. Zusätzlich ist es notwendig, auch genaue Daten und Fakten über die zu erarbeitende Thematik miteinzubeziehen. Es ist immer einfach zu sagen, ich bin für bzw. gegen etwas, doch dies auch genau begründen zu können, ist eine weitaus schwierigere Aufgabe.

Um alle benötigten Informationen zu erlangen, wurde eine empirische Literaturrecherche durchgeführt, um schlussendlich die Frage klären zu können, „Warum ist gerade in der Medizin ethisches Arbeiten so wichtig und wie sieht dies in Bezug auf Abtreibung aus?“.

## 2. Begriffe der ethischen Urteilsurteilsbildung

Da in der ethischen Diskussion oft das Problem auftritt, dass sich die Gesprächspartner nicht auf derselben Reflexionsebene befinden, was zu erheblichen Verständnisproblemen führen kann, ist es von enormer Bedeutung zu Beginn einer ethischen Urteilsbildung die Grundbegriffe der ethischen Argumentation klar darzustellen und die unterschiedlichen Reflexionsebenen zu unterscheiden (vgl. Maio 2012, S. 13).

### 2.1 Die Handlung

Die ethischen Überlegungen beziehen sich zumeist auf Handlungen. Dies legt nahe, den Begriff der „Handlung“ genauer zu definieren. Eine Handlung, aus ethischer Perspektive, liegt immer dann vor, wenn etwas bewusst und aufgrund einer bestimmten Motivation, zum Erlangen eines bestimmten Zieles, vorgenommen wird. So setzt diese also immer Bewusstsein und Absicht voraus. Bei der Auslegung des Begriffs Absicht ist jedoch darauf Wert zu legen, dass auch unbewusste Handlungen als Handlungen nach obiger Definition gesehen werden. Da ihnen ja durchaus auch eine Absicht vorausgeht, diese jedoch, erst durch beispielsweise fremde Hilfe, bewusst gemacht werden muss. Aus diesem Grund müssen sich auch unbewusste Handlungen einer ethischen Reflexion unterziehen. Von enormer Bedeutung für die Definition der Handlung ist also weniger die Aktion an sich, vielmehr sind es Bewusstheit und Absicht, mit der etwas getan oder unterlassen wird. Hier ist noch anzumerken, dass auch die Unterlassung einer Tat, eine Handlung darstellen kann, sofern die Absicht und das Bewusstsein wiederum gegeben sind (vgl. Maio 2012, S.13f).

## 2.2 Das Urteil

Die Handlung ist also zumeist der Beginn, der ethischen Reflexion. Macht man sich also nun, nach ethischen Gesichtspunkten, Gedanken über eine Handlung, so kommt man zunächst zur Ebene des moralischen Urteils. Dort wird die erste Bewertung vorgenommen. Nach der ethischen Arbeitsweise, wird man dann reflektieren, auf Basis welcher Kriterien geurteilt wurde. Dazu bestehen unterschiedliche Möglichkeiten der Bewertung. Zum einen nach dem Gegensatzpaar *richtig und falsch* oder *gut und schlecht*. Die Bewertung nach *richtig und falsch* heißt, das Urteil bezieht sich auf festgelegte Normen (z.B. Gesetze), sagt aber nichts über gut oder schlecht aus (mit gewissen Überschneidungen). Wenn man die Handlung in Bezug auf *gut und schlecht* beurteilen möchte, bewegt man sich im Bereich der Sittlichkeit. Hier geht es nicht um die Mittel, mit denen das Ziel (durch die Handlung) erreicht wurde, sondern um die Zielsetzung an sich, welche kritisch hinterfragt werden muss (vgl. Maio 2012, S. 15).

Nach ausführlicher Reflexion der oben genannten Definitionen, wird sich schon herauskristallisiert haben, dass viele Handlungen zwar vielleicht moralisch als gut bewertet werden können, objektiv jedoch als falsch gelten. So bestehen auch unmoralische Handlungen (mit egoistischen Hintergründen), die sich für die Allgemeinheit als richtig darstellen. Ein Beispiel dazu wäre, wenn jemand eine Spende tätigt, um in der Regionalzeitung als Held gefeiert zu werden. Das eigennützige Motiv wird hier nichts an der guten Tat ändern, welche dabei raus kam (vgl. Maio 2012, S. 15f).

## 2.3 Die Norm

Bereits im oberen Abschnitt wurden die Normen kurz erwähnt, da man, um urteilen zu können, bestimmte Normen benötigt. Man unterscheidet nun zwischen Rechtsnormen, moralischen Normen und sachbezogenen Normen. Der Begriff Norm stammt vom Lateinischen *norma* und bedeutet so viel wie Richtschnur. Normen bestehen immer aus genauen Anweisungen, sind also auf konkrete Situationen

bezogene Regeln. Wenn in einer Gesellschaft Normen vorhanden sind, wird davon ausgegangen, dass jedes Mitglied sein Verhalten nach diesen Normen wählt. Wenn es sich um juristische Normen handelt, werden Sanktionen dazu eingesetzt, der Einhaltung der Normen mehr Nachdruck zu verleihen; handelt es sich um Normen aus moralischer Sicht, so sehen die „Sanktionen“ deutlich milder aus, beispielsweise gesellschaftliche Verachtung oder Tadel. Normen sind unverzichtbar für sowohl rechtliche, als auch moralische Urteile. Sie haben die Funktion, die Umsetzung der Wertvorstellungen zu ermöglichen, das soll heißen, dass sie sich auf die Art und Weise, wie Werte umgesetzt werden können, beziehen. Was das Ziel darstellen soll, welches durch diese Mittel erreicht werden könnte, kann nur der Wert festlegen (vgl. Maio 2012, S.16f).

## 2.4 Der Wert

Werte im Allgemeinen, drücken die Vorstellungen der Ziele über das Gute aus. Wir verbinden Werte mit Inhalten, welche hoch anerkannt und in dessen Folge durch Empfindungen und Umgangsweisen ausgedrückt werden. Werte sind für uns also immer mit positiven Erlebnisqualitäten verbunden. Man muss jedoch verstehen, dass ein Wert nie etwas Empirisches darstellt, sondern vielmehr aus der Ideenwelt herbeigeführt wird. Ein Wert kann also um seiner Willen Bestand haben und muss nicht unweigerlich auf etwas bezogen werden um Geltung zu finden. Es ist oft der Fall, dass Werte nicht genau definiert werden können, sie zeigen sich uns einfach. Nun ein Beispiel um dies besser erklären zu können. Versucht man, die Farbe Gelb zu beschreiben, ohne Bezug auf andere Sachen wie eine Zitrone, wird dies nicht möglich sein. Die Farbe Gelb kann jedoch jedem genau verdeutlicht werden, wenn sie mit etwas beschrieben wird, wie oben erwähnt, dass sich uns als gelb zeigt (wie z. B. einer Zitrone oder der Sonne). Im Zusammenhang mit Ethik, wird immer von immateriellen Werten die Rede sein, einem Wert, der sich auf eine Sache von ideeller Bedeutung bezieht. Ideelle Werte lassen sich wie folgt unterteilen, geistige (sich auf das Wahre beziehend), ästhetische (sich auf das Schöne beziehend) und ethische Werte (sich auf das Gute beziehend). Beispiele zur Verdeutlichung, einen geistigen Wert stellt beispielsweise die Kohärenz dar, einen ethischen Wert bildet die Rücksicht und einen ästhetischen Wert kann die Harmonie darstellen. Durch Werte

bekommt der Mensch also eine Motivation, etwas Konkretes zu tun oder eine bestimmte Haltung zu gewissen Dingen einzunehmen (vgl. Maio 2012, S. 17f).

## 2.5 Das Prinzip

Die nächste Ebene stellt die Prinzipienebene dar. Prinzipien sind sozusagen übergeordnete Normen, sie fassen Normen, welche sich immer auf genaue Situationen beziehen, zusammen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung, aufrichtig zu sein, stellt in unserem Sinne eine Norm dar, diese Norm unterliegt zum einen dem Prinzip der Autonomie, kann sich jedoch genauso auf das Prinzip der Fürsorge berufen. Von einem Prinzip, wie dem Prinzip des Nicht-Schadens beispielsweise, kann man jedoch viele andere Normen ableiten. Prinzipien werden anhand ihrer inhaltlichen oder formalen Gesichtspunkte unterschieden. Ein Beispiel für ein formales Prinzip wäre der kategorische Imperativ nach Kant, von ihm können auch inhaltliche Prinzipien abgeleitet werden. Formale Prinzipien geben also die Form der Bewertung vor und nicht konkrete Inhalte. Inhaltliche Prinzipien hingegen wären zum Beispiel das Prinzip der Autonomie, des Nicht-Schadens, der Fürsorge etc., welche sich auf genaue Inhalte berufen (vgl. Maio 2012, S. 20).

## 2.6 Die Theorie

Nach der Feststellung, auf welchem ethischen Prinzip die Problemstellung beruht, muss die übergeordnete ethische Theorie, mit der das Prinzip begründet werden kann, gefunden werden. Hier besteht eine Fülle an Begründungstheorien, der Unterscheid zwischen diesen besteht nicht vielleicht darin, dass ihnen unterschiedliche Normen vorausgesetzt werden, sondern eher auf dem Begründungsansatz jener. Die gängigste Unterteilung von Theorien ist jene in deontologische (von *deon-* die Pflicht) und konsequentialistische Theorien. Diese Theorien sind beide noch eher neuerer Natur. Es gibt jedoch eine weitere Theorie, welche bereits in der Antike von Bedeutung war, und nun in unserer Gesellschaft wieder an Bedeutung zunimmt, die sogenannte Tugendethik (vgl. Maio 2012, S. 20f).

### 3. Ethik in der Medizin

Unter einer ethischen Denkweise versteht man das Verbinden von tatsächlich gelebter Moral, mit eigenen Werten und deren Verwirklichung. In der Medizin wird man oft gezwungen Situationen, mit dem Hintergrund der Erfahrung im klinischen Bereich, einem gewissen Wertverständnis und dem, was moralisches Handeln bedeutet zu meistern, kritisch zu hinterfragen und von allen Blickwinkeln zu beleuchten (vgl. Maier 2000, S. 3).

In unseren alltäglichen Gesprächen, sei es mit dem Postboten, dem Bäcker oder auch dem Arzt, bringen wir unsere moralischen Ansichten, was wir als moralisch korrekt ansehen, ein. Genau diese unterschwellige Information erwarten wir auch von unserem Gegenüber zu erhalten. Dies geht sogar so weit, dass es sich nicht nur auf Personen, sondern auf ganze Organisationen und Institutionen übertragen lässt. Gehen wir beispielsweise ins Krankenhaus oder in ein Altenheim, erwarten wir dort spezifische Werte zu erfahren (vgl. Maier 2000, S. 3).

Wie wir unsere persönliche moralische Denkweise und unsere Wertvorstellungen in der Gesellschaft leben und umsetzen, hängt von unseren Vorbildern im Rahmen unserer Sozialisation, der Erziehung, der Ausbildung und unserem alltäglichen Beziehungen ab und ist durch diese auch einem ständigen Wandel unterzogen (vgl. Maier 2000, S. 3).

Im konkreten Fall der Medizin werden zusätzliche Fragen wie, woher kommt unser ethisches Problem und wie ist diese schwierige Situation zustande gekommen, bei der Problembewältigung in den Entscheidungsprozess miteingebunden. Es müssen Entstehungsbedingungen, die Optionen der Betroffenen sowie die Auswirkungen aller Entscheidungswege bewertet und berücksichtigt werden. Die Wahrnehmung darüber, welches Thema einer ethischen Beleuchtung bedarf und welche Situation von ethischer Bedeutung ist, hängt davon ab, wie sensibel der Einzelne, beziehungsweise auch die Gruppe, die Gemeinschaft gegenüber ethischen Fällen ist. Dies hängt natürlich maßgeblich damit zusammen, welche Werte geachtet und auch im täglichen Leben umgesetzt werden und welche generellen Bilder vom Mensch und der Welt angenommen werden (vgl. Maier 2000, S. 3).

Das medizinische System hat eine sogenannte Binnenmoral. Das heißt, es besitzt eigene Regeln und Normen nach denen gehandelt wird oder werden muss. Dabei wird natürlich versucht eine Übereinstimmung oder zumindest Annäherung an die in der Gesellschaft vorherrschenden Normen zu erreichen, jene zu erweitern oder auch zusammenzufassen, um einen leichteren und besseren Überblick über so manches prekäre Thema zu schaffen. Diese Aufgabe stellt sich jedoch als äußerst schwierig dar, müssen doch gegebene Systembeschränkungen und Sachzwänge in die Entwicklung der „neuen“ Normen mitberücksichtigt werden, hier kommt es nicht selten dazu, dass bisher in der Gesellschaft vorherrschende Werte verdrängt oder ignoriert werden. Dies macht es sowohl für Ärzte/Ärztinnen als auch für Patienten/Patientinnen oft schwierig sich in dem Irrgarten zwischen der Binnenmoral der Medizin und der moralischen Ansichten der Gesellschaft zu bewegen. Weiters beeinflusst dies auch stark die Beziehung zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/Patientin (vgl. Maier 2000, S.4).

Das „Problem“ hierbei besteht nämlich darin, dass Experten im Bereich der Medizin versuchen Werte in die Gesellschaft zu bringen, ohne die überwiegend vorherrschende Meinung der restlichen Bevölkerung zuzulassen. Es wird also nicht mehr von der Allgemeinheit bestimmt welche Ziele durch die Medizin, auf welchem Weg und mit welchem Preis, verfolgt werden sollen, sondern die Medizin selbst gibt dies alles vor. Das Problem hierbei besteht nur darin, dass die Personen, welche diese Normen formulieren und kreieren, keine Experten auf diesem Gebiet darstellen. Sie werden vielmehr durch ihren Beruf und damit verbundenen, zu treffenden Entscheidungen, darin eingebunden. Ärzte/Ärztinnen besitzen zwar die Macht das Leben von Menschen zu retten und deren Leiden zu lindern, welchem Patient/ welcher Patientin diese Macht jedoch zugutekommt, kann nicht von den behandelten Ärzten/Ärztinnen entschieden werden, da es sich hier nicht um eine ärztliche, sondern eine ethische Entscheidung handelt. Dennoch können sie diese auch nicht gänzlich aus diesen Situationen zurückziehen, sie werden immer eine Rolle in moralischen Entscheidungen spielen (vgl. Maier 2000, S.4f).

Um in solchen Situationen angemessen handeln zu können, müssen die Ärzte/Ärztinnen über ein Maß an Verständnis, sowohl aus rationaler, als auch aus existentieller Sicht, für Menschen in bestimmten Situationen und auch deren Möglichkeiten mitbringen. Dies setzt rationales, emotionales und empathisches

Mitgefühl voraus. Dazu muss man sich sowohl über die eigenen Werte und Gefühle im Klaren sein, gleichzeitig jedoch auch eventuelle Unterschiede in Werten und Gefühlen von anderen Menschen akzeptieren und Mut haben, sich der Herausforderung, zur Lösung des Problems, unter Berücksichtigung aller Beteiligten, zu stellen (vgl. Maier 2000, S. 5).

Auch wenn all diese Kompetenzen von jedem Beteiligten mitgebracht werden, ist Ethik kein vorgefertigtes Handlungsschema nach dem immer Punkt für Punkt vorgegangen werden kann oder muss. Es soll vielmehr eine Entscheidungs- und Orientierungshilfe darstellen sowie auch moralisch wichtige Unterschiede hervorheben, moralische Urteile auf ihre Widerspruchsfreiheit prüfen und die Konsequenzen von Ablehnung oder Akzeptanz, bestimmter Taten vor Augen führen (vgl. Maier 2000, S. 5).

### 3.1 Ethische Prinzipien in der Medizin

Nachdem nun der Zusammenhang zwischen Ethik und der Medizin dargestellt und ihre Bedeutung in vielen Entscheidungsprozessen kargestellt wurde, werden nachfolgend die ethischen Prinzipien, welche in der Medizin Relevanz aufweisen erklärt. Außerdem wird versucht darzulegen, nach welcher Methodik vorgegangen werden sollte, um eine Klärung medizinrelevanter, ethischer Fragen zu beantworten (vgl. Maio 2012, S. 119).

Thomas L. Beauchamp und James F. Childress, die zwei Begründer der modernen Medizinethik, haben in ihrem Lehrbuch *Principles of Medical Ethics*, folgende vier Prinzipien als vorrangig in der Medizin beschrieben: Das Prinzip der Autonomie, Prinzip des Nicht-Schadens, Prinzip der Fürsorge und Prinzip der Gerechtigkeit. Damit übernehmen sie zu einem Teil die Tradition ihrer Vorreiter, die Erneuerung ihrerseits ist jedoch, dass sie dem Prinzip der Autonomie eine besondere Bedeutung zukommen lassen und es ausdrücklich als eigenständiges Prinzip erwähnen, was bisher nicht der Fall war (vgl. Maio 2012, S. 119f).

Prinzipien werden deshalb in der Ethik verwendet, weil sie es ermöglichen, dass man sich, auch in einer Welt mit mehreren parallelen Wertvorstellungen, immer auf gewisse Grundprinzipien stützen kann (vgl. Maio 2012, S. 120).

### 3.1.1 Prinzip der Autonomie

Die Grundlage dafür, dass Autonomie heute so starke Betonung findet, hat wohl ihren Ursprung in den Krankenhäusern des späten 19. und Anfang 20. Jahrhunderts, in denen vorwiegend die ärmere Bevölkerung behandelt wurde. Hier sah sich der Arzt/die Ärztin nämlich als Alleinentscheidungsorgan an. Selbst so gebildete und hoch angesehene Ärzte wie Ludolf von Kehl, ein Heidelberger Internist, vertraten diese Ansicht. Er war nämlich der Meinung, dass die Patienten/Patientinnen sich gar nicht mit der Krankheit und den Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzen wollten, sie wünschten sich, dass man für sie handelte. Diese Theorie wurde erst ins Wanken gebracht, als zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Reihe von Klagen, die mangelnde oder gar fehlende Aufklärung über Behandlungen aufzeigte. Doch erst in den 1960er Jahren wurde diese leise Kritik zu einem kollektiven Aufruhr. Die daraus resultierende Reaktion, der besonderen Hervorhebung der Autonomie des Patienten in der Medizin, ist also nur als Abwehrreaktion der bis dahin geltenden paternalistischen Medizin zu sehen. Das Augenmerk lag hier besonders auf dem Freisein von Beeinflussung und der Vermeidung von Bevormundung (vgl. Maio 2012, S.120f).

Zum anderen ist das Prinzip der Autonomie in unserer heutigen Gesellschaft deshalb unumgänglich, da kein einheitlich gültiges Wertesystem mehr Bestand haben kann. Dadurch, dass so viele unterschiedliche Kulturen auf engem Raum zusammen leben, kann es keine Einigung darüber geben was beispielsweise, gutes Leben oder gutes Sterben ausmacht. Allein aufgrund der Tatsache, dass eine Gesellschaft keine einheitliche Einigung über moralische Fragestellungen akzeptiert, lässt keine andere Wahl zu, als jeden autonom, also als Einzelnen und nur für sich diese Fragen zu beantworten (vgl. Maio 2012, S.121f).

Gerade weil das Autonomieprinzip heutzutage so fokussiert wird, ist es wichtig, auch die verschiedenen Auslegungen von Autonomie zu berücksichtigen. So geht Mills

utilitaristische Theorie, zum Beispiel davon aus, dass der Begriff Autonomie bedeutet, dass jeder Mensch das Recht darauf hat, nach seiner eigenen Weltanschauung zu leben, solange er dadurch keinen Dritten in seiner Freiheit einschränkt oder gefährdet. Die Gefährdung der eigenen Person wäre für ihn kein Grund dem Betroffenen/der Betroffenen die Entscheidung abzunehmen (vgl. Maio 2012, S.122f).

Die Pflichtethik Kants hingegen, geht von einer ganz anderen Auffassung des Autonomiebegriffs aus. Kant bezieht sich in seiner Erläuterung nicht auf die individuellen Wünsche des Menschen, sondern auf die Selbstgesetzlichkeit eines Jeden. Diese würde verbieten, dass die Person in den Dienst eines Dritten gestellt würde, also die Unverfügbarkeit des Menschen für Dritte. Jede Benutzung der Person zu uneigennütigen Zwecken wäre danach ein Verstoß gegen die Autonomie (vgl. Maio 2012, S.122f).

Die Grundlage des heutigen Autonomieprinzips in der Medizin ist die Anerkennung der Freiheit des Menschen, die voraussetzt, dass jede Handlung für oder an der Person, vorher darauf überprüft werden muss, ob der Respekt, vor der Freiheit des anderen, gewahrt werden kann. Auf Grund dessen wurde in der Medizin der so genannte *informed consent* eingeführt, die „Einwilligung nach Aufklärung“, in welchen vor jedem Eingriff, eingewilligt werden muss. Die Einholung von Einwilligungen ist somit die Methode, wie dem Prinzip der Autonomie Respekt gezollt wird (vgl. Maio 2012, S.123).

### 3.1.2 Prinzip des Nicht-Schadens

Dieses Prinzip beschreibt die älteste Handlungsanleitung in der Geschichte der Medizin. Nach Kant wird das „Nicht-Schaden“ als eine negative Pflicht gesehen, eine sogenannte Unterlassungspflicht. Die Anwendung dieses Prinzips stellt sich aber nicht so einfach dar als man zu Anfang vielleicht vermuten mag. Dem liegt zu Grunde, dass es nach genauerer Überlegung den objektiven und für alle gültigen Schaden an sich nicht gibt. Um dieses Konzept zu konkretisieren, hat der Bioethiker Eric M. Meslin den Begriff des Schadens in zwei große Punkte unterteilt. Zum Einen den objektiven Schaden, zu welchem Verletzungen oder die Missachtung von Interessen zählen. Zum Anderen in den subjektiven Schaden der sich in Schmerz,

Nichterfüllung einer Vorliebe und auch den sittlichen Schaden gliedert. Wer sich also auf dieses Prinzip berufen möchte, muss genau erläutern können um welche Begrifflichkeit des Schadens es sich handelt (vgl. Maio 2012, S.123f).

### 3.1.3 Prinzip der Fürsorge

Um das Prinzip der Fürsorge angemessen anwenden zu können, ist es von Nöten eine genaue Abgrenzung vom Prinzip des Nicht-Schadens vorzunehmen. Dies ist deshalb notwendig, da diese Prinzipien auf komplett unterschiedlichen Pflichtarten basieren. Beim Prinzip des Nicht-Schadens, spricht man von einer sogenannten negativen Unterlassungspflicht, das Prinzip der Fürsorge hingegen, wird als positive Tugendpflicht dargestellt. Es ist deshalb wichtig den genauen Unterschied zu erkennen, da im Zweifelsfall der Unterlassungspflicht mehr Gewicht beigemessen wird als der Tugendpflicht der Fürsorge. Es gibt natürlich auch hier Ausnahmen, in denen die Tugendpflicht zu einer Rechtspflicht wird, dies gilt zum Beispiel bei der Rettung des menschlichen Lebens. Hier ist der Helfer rechtlich dazu verpflichtet Hilfe zu leisten, auch wenn für ihn ein Schaden (wie ein verpasster Zug etc.) entstehen würde, da ein Menschenleben ein weitaus höheres Gut darstellt. Im Regelfall jedoch, besitzt das Prinzip des Nicht-Schadens mehr Gewichtung. Genau diese Tatsache tritt oft mit dem ärztlichen Selbstverständnis des Hilfeleistens, welches eine zentrale Rolle in der ärztlichen Identität darstellt, in Konflikt. Doch was ermöglicht uns nun diese beiden Prinzipien auseinander zu halten? Um diese Fragestellung auch in realistischen Fallbeispielen leichter beantworten zu können, haben Beauchamp und Childress sich folgende Einteilung überlegt. Nicht-Schaden bezieht sich nur darauf, niemandem Schaden zuzufügen. Das Prinzip der Fürsorge hingegen schließt die Pflicht Übel und Schaden zu verhindern, - zu beseitigen und Gutes zu tun und zu fördern mit ein. Diese Unterscheidung besagt also, dass die unbedingte Hilfspflicht also nur besteht, wenn eine unmittelbare Selbstgefährdung vorliegt. Dem Zwang zu handeln, soll also nur dann unbedingt nachgegeben werden, wenn keine Möglichkeit der Hilfe, mit einem weniger bevormundenden Charakter, möglich ist. Um die Vielseitigkeit dieser „sanfteren Möglichkeiten“ ausschöpfen zu können, muss genau auf die Individualität des Patienten/ der Patientin, deren Werte und Biographie eingegangen werden (vgl. Maio 2012, S.125-129).

### 3.1.4 Prinzip der Gerechtigkeit

Als das Prinzip der Gerechtigkeit in den Fokus der Gesellschaft rückte, war die bestimmende Frage, nach der gerechten Verteilung der neu errungenen therapeutischen Möglichkeiten in den Fokus gerückt. In den letzten Jahren hat die Gewichtung dieses Prinzips weiter zugenommen, dies beruht einerseits auf der knappen Menge von Spenderorganen, zum anderen auch auf der zunehmenden Ausrichtung der Medizin auf die Gepflogenheiten der Marktwirtschaft. Die Zuteilung der Gerechtigkeit in 3 Sparten, welche auf Aristoteles und Thomas von Aquin zurückgeht, ist die bis heute vorherrschend. Sie teilen in **Tauschgerechtigkeit**, welche die Schuld der Einzelnen zueinander beschreibt, in welcher die Personen stehen wenn sie wirklich gerecht sein wollen (oft auch Vertragsgerechtigkeit genannt). In die **zuteilende Gerechtigkeit**, hier soll das Gemeinwohl auf die einzelnen, darin agierenden Individuen gerecht verteilt werden. Hier geht es mehr um eine verhältnismäßige Aufteilung als, im Gegenteil dazu bei der Tauschgerechtigkeit, bei der es eher um einen zahlenmäßigen Ausgleich geht. Als drittes nennen sie die **legale Gerechtigkeit**, hier steht die Beziehung des Individuums zur sozialen Gemeinschaft im Vordergrund (vgl. Maio 2012, S.131f).

Wie es nach dem vorangegangenen schon vermuten lässt, gibt es auch bei der Gerechtigkeit keine allgemein gültige. In der Theorie der Verteilungsgerechtigkeit werden **vier Modelle** unterschieden (vgl. Maio 2012, S.132).

- Im Modell des **Egalitarismus**, wird Gerechtigkeit so definiert, dass sie nur vorherrscht, wenn, auf die Medizin bezogen, *alle Patienten/Patientinnen mit dem selben Krankheitsbild, den gleichen Zugang zur gleichen Behandlung haben* (Maio 2012, S.132). Hier entsteht jedoch die Problematik darzustellen, welche Situationen nun uneingeschränkt vergleichbar sind? Muss das Alter, die Begleiterkrankungen etc. alles ident sein?
- Beim **Liberalismus**, wird die Gerechtigkeit nicht an der Gleichheit sondern an der maximalen Freiheit gemessen. Auf die Medizin umgemünzt bedeutet dies, dass jeder selbst dafür verantwortlich ist, für welche Leistungen im Gesundheitswesen er sich versichert. Genau auf diesem Prinzip beruht die private Krankenversicherung. Der Vorteil dabei liegt im hohen Maß der

Individualisierbarkeit, der Nachteil hingegen liegt darin, dass die finanzielle Situation natürlich maßgeblich an der Verteilung der Leistungen beteiligt ist. Dies wird in weiterer Folge zu einer Zweiklassenmedizin führen, wobei hier darauf Wert gelegt werden muss, dass es sich nur um eine ungerechte Zweiklassenmedizin handelt, wenn auch die Basisgüter, auf die niemand verzichten kann, diesen Verteilungsmodalitäten unterworfen wären. Das heißt, dass ein solches Modell nur funktionieren kann, wenn eine Basisversorgung sichergestellt werden kann (vgl. Maio 2012, S.133).

- Das **Effizienzmodell** zielt auf ein gutes Verhältnis zwischen Nutzen und Kosten ab. Eine Behandlung wird als effektiv angesehen, wenn das gesteckte Ziel erreicht werden konnte. Bei der Effizienz werden zusätzlich die aufgewendeten Kosten in Relation dazu gestellt. Vertreter dieses Modells würden also im Zweifel auf sinnvolle Maßnahmen verzichten, damit anderen, welche bessere Erfolgchancen haben, geholfen werden kann. Der Nachteil liegt in der Benachteiligung von Personengruppen, welche als wenig erfolgsversprechend gelten, und der Vorteil liegt in der effizienten Aufwendung der Ressourcen (vgl. Maio 2012, S.133f).
- Im **Fairnessmodell**, spielt vor allem das Kriterium der Bedürftigkeit eine tragende Rolle. Es priorisiert die Zuteilungsart, in der den am meisten Bedürftigen als ersten geholfen werden. Man würde also die, denen es am schlechtesten geht, bevorzugt behandeln und die Verletzung von Effizienz, Freiheit und Gleichheit hinnehmen. (vgl. Maio 2012, S.134f).

Daraus geht hervor, dass sich unsere heutige Gesellschaft noch nicht für ein allgemeingültiges Modell der Gerechtigkeit entschieden hat. Der Trend geht, durch die Annäherung an die Marktwirtschaft, zur Orientierung an das Effizienz- und Freiheitsmodell. Diese reduzierte Sichtweise kann jedoch in ethischen Belangen nie zu einer zufriedenstellenden Lösung kommen, dazu müssen alle Modelle in einem ausgewogenen Verhältnis betrachtet werden (vgl. Maio 2012, S.135).

## 3.2 Das Aufklärungsgespräch als Vertrauensgrundlage

Die enorme Wichtigkeit des Prinzips der Autonomie in der heutigen Medizin wurde bereits erläutert. Diese Gewichtung wurde durch die Entwicklung neuer Rechte diesbezüglich unterstützt. So waren es letzten Endes auch die Richter/Richterinnen, welche die persönlichen Rechte der Patienten/Patientinnen über die Entscheidungen der Ärzte/Ärztinnen stellten. Bei einem korrekten Aufklärungsgespräch darf nicht nur über Ablauf und Ziele informiert werden, auch Komplikationen und Alternativen müssen unbedingt darin angesprochen werden. Der nun rechtliche Aspekt des Aufklärungsgesprächs verleitet leicht dazu, dieses nur als lästige Pflicht an zu sehen, was aus ethisch, moralischer Sicht jedoch nicht als Basis einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung angesehen werden kann. Es sollte vielmehr als Chance gesehen werden, die bestmögliche Basis für eine erfolgreiche Behandlung bieten zu können (vgl. Maio 2012, S.143f).

### 3.2.1 Die Frage nach der Autonomie der Einwilligung

Beauchamp und Childress haben versucht diese Frage so zu beantworten, in dem sie die aufgeklärte Einwilligung in 7 Elemente aufgespalten haben (vgl. Maio 2012, S.144).

#### I. Voraussetzung

- Die *Kompetenz* zu verstehen was einem gesagt wird und entscheiden zu können
- Außerdem bildet die *Freiwilligkeit* über die Entscheidung eine wichtige Voraussetzung

#### II. Elemente der Aufklärung

- Es bedarf einer *Erläuterung* der relevanten Informationen
- Die *Empfehlung* einer Vorgehensweise
- Das sie klar und *verständlich* ist

#### III. Elemente der Einwilligung

- Die *Entscheidung* zu einer Vorgehensweise

- Zu guter Letzt, die *Erteilung des Auftrages* zur Behandlung

(vgl. Maio 2012, S.145)

Eine weitere Gliederung unternahm Beauchamp mit der Bioethikerin Ruth Faden. Sie haben sich vor allem auf die Frage bezogen, welchen Auflagen das Aufklärungsgespräch entsprechen muss, um es dem Patient/der Patientin ermöglichen zu können, in Folge des Gesprächs, eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. Dabei haben sie sich auf vier Kategorien geeinigt (vgl. Maio 2012, S.145).

### I. Urteilsfähigkeit

Dies beschreibt die Fähigkeit, die erhaltenen, relevanten Informationen aufzunehmen und adäquat verarbeiten zu können. Diese kann nur dann vorliegen, wenn sich der Patient/die Patientin der Konsequenz seiner Entscheidung bewusst ist. Die Fähigkeit der Urteilsbildung, kann jedoch als keine Konstante gesehen werden. Damit ist gemeint, dass jemand zwar zur Entscheidung ob mit oder ohne Vollnarkose in der Lage ist, über die grundsätzliche Therapie jedoch nicht. Um diese Fähigkeit zu messen, wurden verschiedenen Untersuchungsmethoden entwickelt, wie zum Beispiel das *Aid to Capacity Assessment (ACE)*. Im Zweifelsfall kann auch das Gericht diese Entscheidung fällen (vgl. Maio 2012, S.145f).

### II. Verstehen

Darunter wird nicht die Vollständigkeit der bekommenen Information verstanden, sondern vielmehr die Korrektheit, Angemessenheit und Relevanz der gegebenen Infos. Hier müssen natürlich auch die sozialen Komponenten einer Person mit bedacht werden (vgl. Maio 2012, S.146).

### III. Freiwilligkeit

Die Freiwilligkeit der Einwilligung bedeutet, dass die Entscheidung nicht durch äußere Einflüsse jeglicher Art, seien es ökonomische oder auch psychologische,

manipuliert werden dürfen. Um dies beurteilen zu können, muss eine strikte Trennung zwischen Überreden und Überzeugen, vorgenommen werden. Der Unterschied liegt nämlich darin, dass es beim Überzeugen um eine freiwillige Übernahme fremder Ansichten geht, beim Überreden jedoch eine gewisse Manipulation zu erkennen ist. Zusätzlich muss man festhalten, dass eine uneingeschränkte Freiwilligkeit nur dann zustande kommen kann, wenn eine umfassende Kenntnis über alle Handlungsschritte und deren Alternativen, vorliegt (vgl. Maio 2012, S.147).

.

#### IV. Wohlüberlegtheit

Durch die Beachtung der sogenannten Authentizität, kann vermieden werden, dass der behandelnde Arzt die Entscheidung seines Patienten/seiner Patientin hinterfragt und gegebenenfalls noch versucht diese, durch eventuelle Verletzung anderer Prinzipien, zu ändern. Hier müssen die Wertvorstellungen des Betroffenen von hoher Wichtigkeit sein (vgl. Maio 2012, S.148).

Grundsätzlich kann zusammengefasst werden, dass bei einem erfolgreichen Aufklärungsgespräch der Patient/die Patientin mehr zu entscheiden und der Arzt/die Ärztin mehr zu erklären haben sollte (vgl. Maio 2012, S.148).

#### 4. Spezialthema – Abtreibung

Das Thema der Abtreibung ist zweifelsohne eines der anspruchsvollsten in der Medizinethik und zwar deswegen, weil es sich, egal wie man es dreht und wendet, um den Akt einer Tötung handelt. Die Erfahrungen haben jedoch ergeben, dass es keinen Sinn macht, eine Frau zum Austragen ihres Kindes zu zwingen. So ließen die Frauen, als eine Abtreibung noch mit Strafe geahndet wurde, ihre Föten oft heimlich abtreiben und dies unter Bedingungen, welche auch ihr eigenes Leben in Gefahr brachten. Auf Grund dessen, wurde zu Beginn der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts, von dem Verbot der Abtreibung bei Strafe, Abstand genommen. Die einzigen europäischen Ausnahmen bilden hier Polen und Irland. Dies führt mittlerweile jedoch leider zu dem Irrglauben, dass jede Frau meine, sie wäre dazu Berechtigt, vollkommen Willkürlich und nach Belieben über die Schwangerschaft zu entscheiden. Dies ist nicht der Fall, auch aus rechtlicher Sicht nicht. Es muss nämlich in diesem Fall darauf aufmerksam gemacht werden, dass nach einem Schwangerschaftsabbruch zwar keine Strafe droht, dieser jedoch dennoch als rechtswidrig zu bewerten ist (vgl. Maio 2012, S.225).

So stellt die Abtreibung also ein Unrecht dar, und dem Staat obliegt die Aufgabe, den Fötus zu schützen. Dies lässt darauf schließen, dass die schwangere Frau also keine Verfügungsbefugnis über das Leben, das in ihr heranreift besitzt. Dies darf jedoch nicht zu der Schlussfolgerung führen, dass die betroffene Frau als reines Objekt betrachtet wird, welches nur zum Schutze des Kindes dient. Das ist da wichtig zu wissen, da das Verbot des Schwangerschaftsabbruches ja sonst nicht nur bedeuten würde, dass der schwangeren Frau nicht nur verboten wäre, dem Kind Schaden zuzufügen, sondern auch ihm Gutes zukommen zu lassen, nämlich es vollständig auszutragen. Genau diese Pflicht besteht zwar grundsätzlich, jedoch nicht um jeden Preis. Es stellt sich nämlich so dar, dass, will man die Würde und Unverfügbarkeit der Frau beachten, ein Austragen der Schwangerschaft nicht erzwungen werden kann, zumindest nicht wenn dies an die Grenze der Unzumutbarkeit herantritt. Der moralische Konflikt bei einer Abtreibung liegt also nicht im Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Frau und dem Lebensrecht des Fötus, sondern vielmehr in der Frage, wie weit der Zwang, ein Kind auszutragen gehen darf und ab wann dies für die Frau eine unzumutbare Situation darstellt. Das Besondere und Schwierige bei

einem Schwangerschaftsabbruch liegt in der Situation der „Zweiheit in der Einheit“, wie es das Bundesverfassungsgericht so treffend formulierte (vgl. Maio 2012, S.225f).

#### 4.1 Schwangerschaftsabbruch - Definition

Der Schwangerschaftsabbruch (auch Abtreibung oder induzierter Abort) wird definiert als: *„Jede Einwirkung auf die Schwangere und die Leibesfrucht, die das Absterben der Frucht oder ein Abgehen der Frucht in nicht lebensfähigem Zustand bewirkt (Madea 2007, S.647)“*.

Ab wann sprechen wir aber nun überhaupt von einer Schwangerschaft? Um eine Schwangerschaft handelt es sich dann, sobald die Einnistung der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter abgeschlossen ist. Diese Einnistung findet ca. 5-6 Tage nach dem letzten Eisprung, sprich der Befruchtung statt (vgl. Faller/Schünke 2008, S.577).

## 5. Indikationen einer Abtreibung

Im Zuge der Strafbefreiung der Abtreibung unter besonderen Verhältnissen, machte sich sowohl der Staat auf rechtlicher Seite, sowie auch die Bürger und Bürgerinnen auf moralischer Seite, Gedanken über mögliche Indikationen, welche es legitimieren würden, unter bestimmten Umständen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu können.

### 5.1 Indikationen im Zuge der Neuregelung der Gesetze in den 70er Jahren

In der Literatur von 1971 „Abtreibung- Pro und Contra“, welche genau zu der Zeit verfasst wurde, wie es daran war, die Straffreiheit für Abtreibungen wieder einzuführen, wurde eine Frage am heißesten diskutiert. Nämlich jene, welche Indikationen denn vorliegen müssten, damit ein Schwangerschaftsabbruch als „legal“ angesehen werden könne.

Im Werk von Johannes Gründel wird angegeben, dass eine Abtreibung zu dieser Zeit nur dann als straffrei gegolten hat, wenn eine dringliche medizinische Indikation dafür vorlag, welche das Leben der werdenden Mutter bedrohte und dies nicht anders abzuwenden war. Dies wurde im Zuge der Neuregelung der Gesetze in Österreich dann nicht nur auf biologische Weise ausgelegt, sondern um die soziale und personale Ebene erweitert. Hierzu würden zum Beispiel Zustände wie Überforderung zählen. Weiter wurde der seelische und natürlich auch körperliche Zustand (wenn auch nicht auf pathologischen Befunden beruhend) hervorgehoben, da es notwendig war, auch die allgemeinen Lebensbedingungen (auch finanzieller Natur) der Schwangeren, sowie auch die künftigen Lebensbedingungen des Ungeborenen, nicht außeracht zu lassen, bzw. den möglichen seelischen Schaden den die Schwangere davon tragen würde, wenn sie zur Austragung ihres Kindes gezwungen werden würde. Auch diese ethische Indikation fand in der Neuregelung ihren Platz, so wurde die Abtreibung von Föten, welche durch Vergewaltigungen entstanden thematisiert und in den neuen Gesetzestext miteinbezogen. Als eugenische, legitimierte Indikation wurde genannt, wenn die Mutter bereits am Anfang ihrer

Schwangerschaft wusste, dass ihr Kind stark behindert, geisteskrank oder missgestaltet zur Welt kommen würde. Diese Indikationen wurden auch mit der psychischen und seelischen Verfassung der Mutter in Beziehung gestellt (vgl. Gründel 1971, S.51ff).

Die Probleme bei den Definitionen dieser Indikationen liegt darin, dass zum Beispiel, die als „*ethisch*“ *Indikation* benannte, in Wirklichkeit gar keine ethischen Aspekte vertritt. Würden diese nämlich tatsächlich dem ethischen Denken entsprechen, so würde sie mit Sicherheit keine Indikation *für* eine Abtreibung darstellen. Vielmehr würde sie das Leben des Kindes, egal unter welchen Umständen es entstanden wäre, bejahen. Würde die Mutter ihr Kind nach der Geburt nämlich tatsächlich ablehnen, würde immer noch die Möglichkeit einer Adoption bestehen. Es gibt keine Studien oder Gründe zur Annahme dafür, dass Kinder welche in einem Heim aufwachsen, in ihrer Entwicklung in irgendeiner Weise beschränkt seien. Auch die Prüfung der Tatsache, ob das Kind wirklich durch eine solche gewalttätige Misshandlung entstanden ist, würde vermutlich zu lange dauern, um mit dem Eingriff bis dahin warten zu können. Die ethische Indikation würde also erst dort gegeben sein, wo es für die werdende Mutter zu einer unzumutbaren psychischen Belastung kommen würde (vgl. Gründel 1971, S.52ff).

Die *eugenische Indikation* hinkt aus ethischer Sicht insofern, dass es zwar möglich ist den Grad der kognitiven oder körperlichen Einbußen eines Kindes im Mutterleib zu bestimmen, nicht jedoch die Fülle an Lebensmut oder Daseinsfreude, welche es ja trotz einer Einschränkung fühlen könnte. Auch die oft herangezogenen Parallelen zum Euthanasiegesetz kann hier nicht anerkannt werden, da ein deutlicher Unterschied zwischen einem Fötus, also einem Menschen der noch nicht geboren ist und einem bereits geborenen. Auch hier würde die Möglichkeit einer Adoption durchaus stehen, bzw. existieren noch andere Institutionen der Fürsorge, welche sich dem Kind annehmen könnten (vgl. Gründel 1971, S.53f).

Die nächste Hürde, bei der Einhaltung dieser neuen Indikationen, beruht darauf, dass es keine Instanz gibt, die sich zuständig fühlt zu überprüfen, ob die Schwangere beispielsweise in finanziellen Nöten steckt oder wie ihre Lebenssituation aussieht. Nicht solange der Fötus nicht geboren ist. Der Arzt/die Ärztin wäre nicht dazu befugt und höchstwahrscheinlich auch nicht daran interessiert, sich Informationen über die finanziellen Ressourcen seiner Patientin einzuholen, ihre Ängste bezüglich einem

kranken Kind einzuschätzen etc.. Es müssten also eine Kommission für Feststellungsverfahren gebildet werden, in denen optimaler Weise nicht nur Ärzte/Ärztinnen beiwohnen, sondern speziell auch die Fürsorgekomponente damit abgedeckt werden könnte.

Eine Gestaltung solcher Kommission wird sich, mit der adäquaten Besetzung, um eine einheitliche Praxis gewährleisten zu können, als äußerst schwierig bis unmöglich erweisen. Außerdem müsste dieses Gremium auch das Vertrauen des Bevölkerungskreises, für welchen es agieren sollte, gewinnen. Würde ihnen das nicht gelingen, so würden sie es vielleicht den Ärzten/Ärztinnen erschweren Abtreibungen durchzuführen, dies würde jedoch am Gesamtgeschehen in Bezug auf Abtreibung nicht viel ändern. Die Schwangerschaftsabbrüche würden nicht minimiert werden, sondern nur irgendwelchen „Pfuschern“ überlassen werden, was natürlich wieder zusätzliche Gefahren mit sich bringen würde (vgl. Gründel 1971, S.55f).

## 5.2 Legitimierte Indikationen der Gesellschaft

Auch die Gesellschaft hat sie so ihre Gedanken über dieses Thema gemacht und so einige, für sie plausible Umstände gefunden, in denen sie eine Abtreibung akzeptieren könnten.

### 5.2.1 Demographische Indikation

Das Prinzip der Bevölkerungseindämmung durch Legitimierung von Abtreibungen, wie es in China mit der „Ein-Kind-Politik“ umgesetzt wurde, ist in unserer heutigen Gesellschaft kaum mehr anwendbar. Schaut man nämlich auf unsere heutige Bevölkerung, so ist zu erkennen, dass die Geburtenraten in den westlichen Ländern stetig sinken. Auch wenn es vielleicht in manchen Ländern, durch die Zuwanderer/Zuwanderinnen aus anderen Ländern, nicht so aussieht. Damit ist diese Indikation in diesen Ländern bereits unwirksam. Auch die damit einhergehende Begründung der zunehmenden Umweltverschmutzung mit jeder Person mehr auf

unserem Planeten und die Hungersnot durch die Überpopulation unseres Planeten, kann diese Indikation nicht wirklich stützen (vgl. Willke 1982, S. 87-97).

Sieht man nun auf die dritte Welt Länder, so kann man hier durchaus einen unkontrollierten Zuwachs der Bevölkerung vernehmen. Hier stellt sich nun die Frage, ob der Schwangerschaftsabbruch diesen Ländern wirklich helfen würde ihre Probleme in den Griff zu bekommen? Die Probleme dieser Länder rühren nicht nur von ihrer Überpopulation her, sondern vielmehr von den ganzen Strukturen, seien es gesellschaftliche, politische, ökonomische, um nur einige zu nennen. Angenommen man würde die Abtreibung in solchen Entwicklungsländern bejahen, würden sich dann die Bedürftigen, um die es hier ja vor allen anderen gehen würde, eine Abtreibung überhaupt leisten können? Auch die kulturellen Gesichtspunkte müssen in diesen Ländern stark berücksichtigt werden. So gilt es in manchen Ländern, sei es aus religiösen Gesichtspunkten herrührend oder anderen, als Schande ein Ungeborenes abzutreiben. Würde in diesen Fällen die Straffreiheit von Schwangerschaftsabbrüchen überhaupt Sinn machen? Oder würden nur die Reichen des Landes diese Gesetze ausnützen (vgl. Willke 1982, S.99f).

## 5.2.2 Unerwünschte Schwangerschaften

Bei der Definition dieser Indikation bedarf es sehr viel Fingerspitzengefühl. Denn ab wann sprechen wir von erwünscht oder unerwünscht? Können diese subjektiven Begriffe wirklich vorgeschoben werden, um jemanden zu legitimieren eine Abtreibung durchführen zu lassen? Fragen über Fragen, denen man aus dem Weg gehen kann, wenn man eine feine und genau bedachte Definition der unerwünschten Schwangerschaft zustande bringen würde (vgl. Willke 1982, S.77f).

Wenn man dann weiter denkt und genau überlegt wie es bei schwangeren Frauen oft vor sich geht wenn sie erfahren, dass sie schwanger sind, kann man bei den meisten von einer unerwünschten Schwangerschaft sprechen. Jedoch wandelt sich dieser anfängliche Schock oft in Vorfreude um, auch wenn es bei manchen Personen längere Zeit bedarf als bei anderen, sodass die Kinder welche dann aus diesen „unerwünschten Schwangerschaften“ entstehen, keineswegs als unerwünscht angesehen werden. Was wäre also, wenn man es ermöglichen würde, die Frauen in

ihrem anfänglichen Schock entscheiden zu lassen, ob sie ihr Kind gebären wollen oder nicht? Es würde wahrscheinlich zu einer deutlichen Verminderung der Kinder kommen, welche in ihrem späteren Entwicklungsstadium, sei es noch im Mutterleib oder bereits geboren, als möglicherweise erwünscht angesehen worden wären. Selbst wenn das Kind nach der Geburt tatsächlich nicht gemocht und nicht akzeptiert wird, besteht immer noch die Möglichkeit einer Adoption, bei der es den leiblichen Eltern möglich ist, ihr Kind herzugeben und nichts mehr von seinem weiteren Leben mitzubekommen (vgl. Willke 1982, S.78f).

### 5.2.3 Vergewaltigung und Inzest

Denkt man an eine **Vergewaltigung**, hat man eine arme, hilflose Frau oder gar Mädchen vor Augen, die unter brutalsten Umständen überfallen, körperlich misshandelt und zu einer sexuellen Handlung gezwungen wird, über die sie ihr ganzes Leben lang nicht hinwegkommen wird. Stellt man sich nun die Tatsache vor, dass dieses arme Geschöpf einige Wochen später die schlimmste vorstellbare Nachricht bekommt, "Sie sind schwanger!". Jeder der in solch einer Situation steckt, würde vermutlich darum flehen, dieses Kind, die Erinnerung an die schlimmsten Minuten ihres Lebens, nicht austragen zu müssen. Da erscheint es doch grausam und asozial, würde man ihr diesen Wunsch verwehren (vgl. Willke 1982, S.59).

Hier muss man sich nun die Frage stellen, reicht diese Vorstellung aus um ein Gesetz zu verfassen, welches eine Abtreibung als Folge einer Vergewaltigung befürwortet? Zum einen muss berücksichtigt werden, dass es nach einer Vergewaltigung nur sehr selten zu einer Schwangerschaft kommt. Dies liegt oft daran, dass der Zeitpunkt des Eisprungs nicht mit dem des Übergriffs zusammenfällt. Auch die Unfruchtbarkeit vieler Männer und aber auch Frauen spielt dabei ein Thema. Als zweites muss in diesem Falle berücksichtigt werden, dass es oft schwierig sein kann eine Vergewaltigung nachzuweisen. Dies gestaltet sich oft deshalb schwierig, da die Opfer oft, aus Scham oder Verdrängung, erst nach Wochen oder Monaten zum Arzt/zur Ärztin gehen und dann die Beweise bereits verloren gegangen sind (vgl. Willke 1982, S.59ff).

Unter **Inzest** wird beispielsweise der Geschlechtsverkehr zwischen Vater und Tochter oder zwischen anderen Personen in verwandtem Verhältnis verstanden. Bei dieser Indikation ergibt sich die Schwierigkeit, dass solche Übergriffe, oft oder in einer Vielzahl von Fällen, nicht zugegeben werden oder oft auch erst nach Jahren sogar, zur Anzeige gebracht werden. Dies wäre im Falle einer, in diesem Zusammenhang auftretenden Schwangerschaft, natürlich fatal (vgl. Willke 1982 , S.61).

In diesen Fällen, wird wieder das ethische Dilemma bei Schwangerschaftsabbrüchen deutlich. Denn was wenn das Kind, welches die Frucht einer Vergewaltigung darstellt, tatsächlich geboren wird, kann es dann für die Untat seines Vaters sein Leben lang verurteilt werden? Oder hat es auch das Recht sein Leben zu genießen und froh zu sein auf dieser Welt überhaupt existieren zu dürfen? (vgl. Willke 1982, S.65).

#### 5.2.4 Psychiatrische Indikation

Unter diesem Begriff wird verstanden, dass ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, um den geistigen-seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren zu erhalten. Hier sind zum Beispiel Frauen mit Schizophrenie oder Gefahr zum Selbstmord gemeint, die nur unter Einnahme bestimmter Medikamente, welche sie durch die Schwangerschaft nicht mehr einnehmen dürften, ihre Krankheit unterdrücken können. Oder aber auch, dass durch einen Schwangerschaftsabbruch ein möglicher Nervenzusammenbruch, auf Grund von Überforderung oder auch der oben genannten Indikationen, verhindert werden kann (vgl. Willke 1982, S.66f).

Oft wird diese Indikation natürlich von Psychiatern/Psychiaterinnen ausgestellt, doch hier gibt es kontroverse Meinungen darüber. Manche meinen, dass die heutigen psychiatrischen Behandlungsformen bereits so ausgeklügelt seien, dass sie auch in Fällen einer Schwangerschaft überhaupt kein Risiko darstellen würden, ein Psychiater/eine Psychiaterin also, der eine solche Indikation stellen würde, nichts von seinem Fach verstehen würde. Weitere Probleme hierbei könnten sein, wenn sich manche der behandelten Psychiater/Psychiaterinnen nicht genug mit den Alternativen beschäftigen würde und mit dem Schwangerschaftsabbruch nur eine

symptomatische Behandlung fokussieren würde. Denn nach einer Abtreibung würden vermutlich die Probleme wieder aufflackern, bzw. gegebenenfalls noch verstärkt auftreten, da es nach Abtreibungen nicht selten zu Psychosen kommen kann. Weiters ist belegt, dass Frauen welche bereits zuvor unter psychischen Problemen litten und denen genau aus diesem Grund zu einer Abtreibung geraten wurde, danach viel schlechter mit dieser Erfahrung umgehen können als andere (vgl. Willke 1982, S.70-75).

### 5.2.5 Euthanasie

Unter dieser Indikation wird verstanden, dass ein Fötus dann abgetrieben werden darf, wenn ein dringlicher Verdacht vorliegt, dass das Kind unter erheblichen geistigen und auch körperlichen Einschränkungen leiden wird (vgl. Willke 1982, S.140ff).

## 6. Methoden bei Abtreibungen

Bei der Durchführung von Abtreibungen werden verschiedene Methoden angewandt. Diese lassen sich in Methoden des Abbruchs im ersten Drittel der Schwangerschaft und in Methoden im zweiten Drittel der Schwangerschaft unterteilen.

### 6.1 Methoden der Abtreibung im ersten Drittel

Im ersten Drittel gibt es 5 gängige Methoden die Schwangerschaft zu beenden. Diese werden nun ausführlich erklärt.

#### 6.1.1 Saugkürettage

Diese Methode des Schwangerschaftsabbruchs wird in der Regel am häufigsten verwendet. Sie kann unter Vollnarkose oder aber auch nur unter lokaler Betäubung vorgenommen werden. Bevor es zum eigentlichen Eingriff kommt, muss der behandelnde Arzt die Erschlaffung des Muttermundes bewirken, um in anschließend aufdehnen zu können. Dies erfolgt im Normalfall mit dazu bestimmten Medikamenten. Ist dies geschehen, so wird ein dünnes Plastikrohr eingeführt, an dessen Spitze sich ein Absauggerät befindet. Dieser Sog der damit eingebracht wird, ist 29mal stärker als der eines handelsüblichen Staubsaugers, nur zur Verdeutlichung. Mit diesem starken Sog werden das Kind, die Plazenta und die Schleimhaut der Gebärmutter abgesogen (vgl. Willke 1982, S.48).

### 6.1.2 Scharfe Kürettage

Wird umgangssprachlich auch als Ausschabung bezeichnet. Diese Methode ähnelt der oben genannten Saugkürettage, einziger Unterschied ist, dass nicht ein Absauggerät in die Gebärmutter eingeführt wird, sondern ein löffelförmiges Messer. Mit diesem wird anschließend sowohl das Ungeborene, als auch die Plazenta in Stücke geschnitten und herausgeschabt. Da diese Methode aber häufig zu erheblichen Nachblutungen führt, wurde sie fast gänzlich von der Saugkürettage abgelöst (vgl. Willke 1982, S.48).

### 6.1.3 Hysterotomie

Bei einer Hysterotomie wird im Grunde ein Kaiserschnitt vorgenommen. Es werden Bauchdecke und Gebärmutter geöffnet und dann das Kind zusammen mit der Plazenta entsorgt. Wenn die Gebärmutter gleich vollständig entfernt wird spricht man von einer Hysterectomie (vgl. Willke 1982, S. 51).

### 6.1.4 Prostaglandin-Abtreibung

Bei dieser Methode werden Medikamente, sogenannte Prostaglandine eingenommen, welche dazu führen, dass sich der Muttermund der Frau ein wenig öffnet. Haben die Prostaglandine diesen ersten Schritt vollbracht, so wird erneut ein Prostaglandin eingenommen, welches nun eine Art Wehentätigkeit auslöst. Dies äußert sich, je nach Schwangerschaftswoche, nur in einer verstärkten Regelblutung oder einem Spontanabort mit leichter Wehentätigkeit (vgl. Willke 1982, S.49).

### 6.1.5 Salzlösungsmethode

Bei dieser Methode wird mit Hilfe einer Injektionsnadel, durch die Bauchdecke der Frau eine hochkonzentrierte Salzlösung in die Gebärmutter injiziert. Nimmt der Fötus diese Lösung in sich auf, sei es durch Einatmen oder Schlucken, so wird er vergiftet und stirbt ab. Wird diese Lösung in zu geringer Menge oder zu wenig konzentriert injiziert, so kann es oft dazu kommen, dass der Fötus noch unter Krämpfen leidet und sich windet und versucht der Lösung auszukommen. Es kann bis zu einer Stunde dauern, bis das Ungeborene endgültig abgestorben ist. Wenn die Methode nun erfolgreich war, setzen bei der Frau von selbst die Wehen ein und sie entbindet den Embryo. In sehr tragischen Fällen kann es auch dazu kommen, dass der Fötus bei der Entbindung noch am Leben ist. Die auf diese Weise abgetriebenen Kinder werden von manchen Ärzten/Ärztinnen auch als „candy apple babies“ bezeichnet, da es durch die Salzlösung zur Ablösung der Haut kommt. Wenn dies passiert, erscheint der Kopf des Fötus ganz rot und glänzend, wie ein Bratapfel. (vgl. Willke 1982, S.50).

## 6.2 Methoden der Abtreibung im zweiten Drittel

Während sich die meisten Ärzte/Ärztinnen über die Abtreibung im ersten Schwangerschaftsdrittel einig sind, gehen bei der Abtreibung im zweiten Drittel der Schwangerschaft auch ihre Meinungen auseinander. Grundsätzlich werden drei Methoden des Schwangerschaftsabbruchs im zweiten Drittel unterschieden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 195).

### 6.2.1 Dilatation und Entleerung

Diese oft auch als D&E bezeichnete Methode, ist die am häufigsten angewendete im zweiten Schwangerschaftsdrittel. Dies ist vielleicht darauf zurück zu führen, da sie der Saugmethode sehr ähnelt und somit auch für Ärzte/Ärztinnen, welche zuvor nur Abtreibungen im ersten Drittel durchgeführt haben, zu meistern ist. Bei dieser

Methode wird, wie bei der Saugkürettage, der Cervix zunächst eröffnet bzw. aufgedehnt, sei es mit Medikamenten oder auf mechanischem Wege. Der Unterschied liegt nun darin, dass es sein kann, dass der Fötus zu diesem Zeitpunkt bereits zu groß ist um mit einem Absauggerät entfernt zu werden, darum wird er mit Hilfe einer Abbruchzange oder eines löffelähnlichen Messers entfernt. Diese Methode kann bis zur 24. Schwangerschaftswoche Anwendung finden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 195f).

### 6.2.2 Induktionsmethoden

Hier werden, wie bei der Salz-, oder Prostaglandin- Abtreibung, genau dieselben Lösungen injiziert, welche wiederum zum Absterben des Ungeborenen führen. Diese Lösungen können auf verschiedene Weise oder in verschiedenen Dosierungen verabreicht werden. Immer häufiger kommt es auch zu Mischungen dieser Lösungen. Die Wirkung dabei ist genau dieselbe, als bei den Salz- bzw. Prostaglandin-Abtreibungen (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 196).

### 6.2.3 Entfernung mittels Operation

Gleich zu setzen mit einer Hysterotomie bzw. Hysterectomie. Diese Methode findet jedoch nur noch ziemlich wenig anklang, da die Methode der D&E die weitaus „harmlosere“ und auch günstigere darstellt, da man diese nicht zwingend in einer Spezialklinik durchführen lassen muss, anders als bei einer Hysterotomie (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 196).

## 7. Komplikationen

Die Behandlung der, im Zusammenhang mit den Abtreibungen auftretenden Komplikationen gestaltete sich in der Zeit, als die Abtreibung noch hinter verschlossenen Türen vollzogen werden musste, als eine sehr schwierige Angelegenheit. Dies ist zum einen darauf zurück zu führen, dass es zu dieser Zeit keinerlei spezialisierte Ausbildung oder Schulung auf diesem Gebiet gab. Zum anderen, der Informationsaustausch zwischen den praktizierenden Ärzten ebenfalls nicht möglich war. Nach der Legalisierung gingen deshalb die Folgeerkrankungen und andere Komplikationen drastisch zurück. Nicht zuletzt auch aus dem Grund, dass diese nun in einem angemessenen Setting durchgeführt werden können und in dazu ausgebildeten Händen liegen. Auch die neuen Möglichkeiten, spezielle Methoden in diesem Gebiet zu entwickeln, trug erheblich zu dieser Verbesserung bei. Ein weiterer Punkt für die Verminderung der Komplikationen ist die Tatsache, dass es den Frauen nun eher möglich war eine geeignete Einrichtung zu finden und die Schwangerschaft so zu einem früheren Zeitpunkt beendet werden konnte. Denn viele Studien belegen, dass es einen direkt proportionalen Zusammenhang zwischen der Dauer der Schwangerschaft und den Komplikationen gibt. Je weiter fortgeschritten die Schwangerschaft, desto wahrscheinlicher ist auch das Auftreten einer Komplikation. Auch das Risiko von Komplikationen mit tödlichem Ausgang, erhöhen sich maßgeblich bei einer Abtreibung im zweiten Drittel der Schwangerschaft (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 177f).

Wie schon zu vermuten ist, hat auch die gewählte Methode einen hohen Anteil daran, welche und natürlich auch mit welcher Wahrscheinlichkeit mit Komplikationen zu rechnen ist. So zeigt sich die beliebteste Methode in diesem Gebiet, die Abtreibung mittels Saugkürettage, als sicherste mit nur 1,58% Komplikationswahrscheinlichkeit. Bei der Abtreibung mit einer scharfen Kürette, erhöht sich dieses Risiko um 2,2%. Jedoch muss hier auch darauf geachtet werden, dass durch die kürzere Verweildauer im stationären Bereich, die Möglichkeit besteht, dass so manche Komplikationen nicht erfasst werden können. Zu diesen unerfassten Komplikationen gehören zum Beispiel Infektionen oder Nachblutungen, welche bei einer scharfen Kürettage doppelt so häufig auftreten als bei der Absaugmethode (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 192f).

Doch auch die primären Komplikationen sind bei einer scharfen Kürettage um 50% höher. Hierzu zählen Schädigung des Muttermundes oder der Gebärmutter, welche eine extreme Blutung zur Folge haben, die eventuell sogar mit Erythrozytenkonzentraten ausgeglichen werden muss (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 193f).

Die Hysterotomie und Hysterectomy bilden diejenigen Methoden, welche das höchste Risiko bergen, was in Verbindung mit der Größe des Eingriffs nur als logisch erscheint. Die Wahrscheinlichkeit, dass im Laufe einer solchen Operation Komplikationen auftreten, ist mehr als 14mal so hoch als bei Saug- oder scharfer Kürettage (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 192).

Weitere Komplikationen im Zusammenhang mit Abtreibungen wären der Einriss des Cervix, Blutübertragungen (Rhesusunverträglichkeit), Thrombosen/ Embolie oder auch Zwischenfälle aufgrund einer Narkose Unverträglichkeit etc. (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 194).

## 8. Durchführende Organisationen

Die Legalität einer Abtreibung ist geheftet an die Bedingung, dass diese von einem Arzt/der Ärztin durchgeführt wird. Diese Tatsache legt nahe, dass es bestimmte Organisationen geben muss, in denen der Arzt/die Ärztin den Abbruch vollziehen kann. Im folgenden Kapitel werden diese Organisationen vorgestellt (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 51).

In der Praxis werden grob 5 Arten von solchen Organisationen unterschieden:

- ⇒ Gynäkologisch-obstetrische Fachkliniken
- ⇒ Gynäkologische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern
- ⇒ Spezialisierte- sogenannte Abbruchkliniken
- ⇒ Privatpraxen (Ketting/van Praag 1985, S. 51)

Die Wahl der Organisation hängt nicht nur vom subjektiven Wunsch der Patientin ab, sondern richtet sich auch nach juristischen und praktischen Gesichtspunkten. Wenn in Krankenhäusern beispielsweise die Ärzte/Ärztinnen so arbeiten, dass weder Wartelisten, noch moralische Debatten innerhalb der Ärzteschaft entstehen, so gibt es gar keine Indikation für andere Kliniken. Doch die „Beliebtheit“ unterscheidet sich von Land zu Land. In Deutschland werden zum Beispiel die Hälfte der Abtreibungen in Krankenhäusern durchgeführt, wohingegen in den USA die Abbruchkliniken mehr als  $\frac{3}{4}$  der Schwangerschaftsabbrüche durchführen. In Österreich ist die Behandlung in Privatpraxen die am häufigsten gewählte (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 51).

Das solche Spezialkliniken oder auch solch gesonderte Arztpraxen überhaupt entstanden, rührt zum einen daher, dass nach der Gesetzesänderung der Ansturm an die Krankenhäuser, bezüglich dieses Bedarfs, so groß war, dass diese ihn nicht decken konnten. Einige Mediziner/Medizinerinnen erkannten diese Marktlücke und gründeten spezialisierte Einrichtungen. Diese konzentrierten sich nur darauf, und wurden so schnell die Vorreiter in neuen Techniken und perfektionierten den Ablauf vom ersten Anruf bis zur Entlassung. Manche dieser Einrichtungen wurden so groß, dass in den USA sogar von einem „abortion hospital“ die Rede war. Auch die moralische Haltung mancher Mediziner/Medizinerinnen führte dazu, dass die Abtreibungen aus den Krankenhäusern verlagert wurden. Dazu kam noch, dass in

allgemeinen Krankenhäusern der Abbruch von Schwangerschaften freilich nicht oberste Priorität besaß und somit die Wartezeiten, bis der Eingriff stattfand, enorm lang werden konnte, was für die betroffenen Frauen natürlich keine Option darstellte, denn je fortgeschrittener die Schwangerschaft, umso belastender die Abtreibung (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 52-55).

## 8.1 Organisationen in Österreich

Da Abtreibung in Österreich immer noch ein großes Tabuthema darstellt, ist es schwierig fundierte Informationen diesbezüglich zu erheben. Dies wird wahrscheinlich auch an der Tatsache liegen, dass 97% der Österreicher römisch-katholisch sind. Trotz dieser Tatsache, hat der österreichische Staat die Abtreibung, auf Wunsch der Frau legalisiert. Die Datenerhebung gestaltet sich, im Unterschied zu den anderen nordwesteuropäischen Staaten, als äußerst schwierig. Es gibt keine repräsentativen Daten, kaum Unterlagen zu Untersuchungen und sogar die Erhebung der durchführenden Organisationen gestaltet sich als schwierige Aufgabe (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 80).

In Österreich wird die Abtreibung nur unter drei verschiedenen Punkten thematisiert. Zum einen als politisches Problem, hier oft als Kritik an den neuen, zu freien Gesetzen. Als Skandal und in Bezug auf den Rückgang der Geburtenrate (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 80).

Es ist festzustellen, dass sich in Österreich der Schwangerschaftsabbruch auf die Bundeshauptstadt Wien zu konzentrieren scheint. In Wien gab es 1982 fünf Institutionen in denen eine Abtreibung durchgeführt wurde. In diesen kam es pro Jahr zu zwischen 6.500 und 13.000 Schwangerschaftsabbrüchen. In nur zwei weiteren Städten wurden Abtreibungen überhaupt durchgeführt, in Linz und in Graz (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 82).

Die gesamte Anzahl an Abtreibungen in Österreich betrug 1982, zwischen 80.000 und 120.000 pro Jahr, dies lässt vermuten, dass mehr als 70.000 Schwangerschaftsabbrüche außerhalb der Krankenhäuser vollzogen wurden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 82).

In Österreich existieren 1982 nur drei Organisationsformen, welche eine Hilfe beim Schwangerschaftsabbruch anbieten. Da wären zum einen **Abbruchkliniken**, wobei in Wien nur eine diesen Namen auch verdient hat. In dieser Abbruchklinik arbeiten die behandelnden Arzt/Ärztinnen nur als Teilzeitkräfte, sie stehen mit dieser Klinik nur während des Eingriffs in Verbindung. Wie die Einnahmen aus dieser Klinik verteilt wurden, darüber wurde keine Auskunft gegeben und auch die Anzahl an Abtreibungen pro Jahr konnte nur geschätzt werden (5.000- 7.500). Es gab neben dieser Praxis noch einige wenige andere Praxen, welche offensichtlich vorwiegend Abtreibungen durchführten, diese wollten sich jedoch offensichtlich nicht als solche zu erkennen geben. Nur durch Zeitungsannoncen, welche unter der Kategorie „Schwangerschaftshilfen“ geschaltet wurden, konnte man ahnen um was es sich hierbei handelte. Solche Annoncen sind im Übrigen seit der Legalisierung der Abtreibung verboten (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 82f).

Die zweite Rubrik der unterstützenden Institutionen bilden sogenannte **Belegspitäler**. In diesen kleinen Einrichtungen ist nur ein Oberarzt/eine Oberärztin fest angestellt. Ansonsten läuft es so ab, dass sich die Frauen in dem Spital melden und ihnen von dieser Seite der Kontakt mit einem Arzt/einer Ärztin, der solche Eingriffe vornimmt, ermöglicht wird. Anschließend kommt der Arzt/die Ärztin zum vereinbarten Termin, mit seiner eigenen Crew, um die Abtreibung durchzuführen. So wird weder die Frau, noch der behandelnde Arzt/Ärztin mit dem kontrovers behandelten Thema des Schwangerschaftsabbruchs in Verbindung gebracht. Auch das Belegspital kann sich seine Hände in Unschuld waschen, da es ja nur die Mittel zur Verfügung gestellt hat, keiner seiner Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen jedoch den Eingriff vollzogen hat (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 82).

Last but not least, die **Privatpraxen**, sie nehmen in Österreich einen wichtigen Part in Bezug auf Abtreibungen ein. Wie viele dieser Privatpraxen in Österreich existieren, darüber konnte nicht einmal das Finanzamt Auskunft geben, da sogar vor diesem die Abtreibungen oft verheimlicht, das heißt nicht in die Buchhaltung mit aufgenommen wurden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 82).

## 8.2 Organisationen in Deutschland

In Deutschland ist die Angabe von Informationen insofern schwierig, da die neue Gesetzgebung nach §218 und §219, den unterschiedlichen Bundesländern relativ freie Gestaltung der Umsetzung der neuen Gesetze lässt. Auch die Tatsache, dass es auf diesem Gebiet in Deutschland im Jahre 1985 noch immer einen enormen Umbruch gab, gestaltet die Interpretation der erhobenen Daten als schwierige Aufgabe, da teilweise Daten aus vorangegangenen Jahren miteinbezogen wurden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 66).

Laut Gesetz dürfen in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche in allen Krankenhäusern durchgeführt werden, ob sie nun eine gynäkologische Abteilung besitzen oder nicht. Zusätzlich gibt es die Option einer Abtreibung in gynäkologischen Privatpraxen und auf diesen Bereich spezialisierte Praxen. Wie diese jedoch genau auszusehen haben, sprich welchen Auflagen sie entsprechen müssen, wird den Bundesländern überlassen. Die Tatsache, dass in Deutschland nur zwei Arten von Einrichtungen in diesem Gebiet vorhanden sind, liegt großen Teils daran, dass nur diese in das Krankenversicherungssystem integrierbar sind. Dies ist insofern von Bedeutung, dass der Schwangerschaftsabbruch in diesem Land eine Versicherungsleistung darstellt (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 67).

Einige Jahre nach der Gesetzesänderung wurde das „Bremer Modell“ ins Leben gerufen. Zunächst wollte es nur die Lücke füllen, welche durch das neue Gesetz entstanden ist, nämlich jene, dass es nun gesetzlich verpflichtend war, ein umfassendes Aufklärungsgespräch vor jedem Eingriff durchzuführen. Als nach und nach heraus kam, dass die Trennung von Aufklärungsgespräch, Indikationsfeststellung, Behandlung und Nachsorge, eine enorme zusätzliche Belastung für die betroffenen Frauen darstellte, wurde versucht dies „alles unter ein Dach“ zu bringen. Diese Tatsache bildete die Basis für das Bremer Modell. So führt dieses seit Ende 1978 auch Eingriffe durch, doch nur bis zur 8. Schwangerschaftswoche, da es ja kein anerkanntes Krankenhaus ist. Erst drei Jahre nach der Eröffnung der Einrichtung, konnte man die Krankenkasse, durch zahlreiche Prozesse, dazu bringen, den gesamten Aufenthalt im „Bremer Modell“ zu bezahlen, was der Ernennung einer Institution gleichkam. Dieses Modell war

ein wichtiger Vorreiter in Bezug auf eine patientinnenorientierte Sichtweise auf das Thema unerwünschte Schwangerschaft (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 74f).

## 9. Kosten einer Abtreibung

Die Erhebung der Kosten bei Abtreibungen erwiese sich laut Ketting und van Praag, 1985, als schwieriges Unterfangen. Trotzdem werden einige Zahlen genannt, die es ermöglichen einen kleinen Einblick in dieses Gebiet zu erlangen (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 106).

Bei ihrer Erhebung konnte festgestellt werden, dass in Deutschland, Italien, Schweden, Dänemark und England, die Kosten der Abtreibungen zu 100% vom Staat getragen werden. In Frankreich hingegen werden sie nur zu 75% von diesem übernommen. Die Situation diesbezüglich ist in Österreich, der Schweiz und den Niederlanden nicht klar ersichtlich. Im Großteil der USA werden nur für sozial schwache Frauen, bei denen eine medizinische Indikation für einen Abbruch ihrer Schwangerschaft vorliegt, die Kosten übernommen, alle anderen müssen ihre Abtreibung aus eigener Tasche bezahlen (vgl. Ketting/van Praag 1985, S.106).

Da es in den verschiedenen Ländern große Unterschiede in den durchführenden Einrichtungen in Bezug auf Abtreibungen gibt, ist es nicht möglich genaue Kostenaufstellungen darzulegen. Es ist jedoch auch so ersichtlich, dass einige Elemente den Preis enorm beeinflussen. So ist die Behandlung in ambulanten Einrichtungen meist wesentlich kostengünstiger, als jene in Spitälern, da in diesen die Aufenthaltsdauer meist viel länger ist. Auffällig ist jedoch, dass sich dennoch viele Frauen an Privatpraxen wenden und scheinbar die höheren Tarife gerne in Kauf nehmen (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 106).

### 9.1 Österreich

Als 1975 in Österreich die Fristenlösung eingeführt wurde, blieb die Frage nach der Kostenübernahme ungeklärt. Nur beim Vorliegen einer medizinischen Dringlichkeit werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen, in allen anderen Fällen müssen die Kosten von der Schwangeren selbst beglichen werden. Im Jahr 1978

beliefen sich die Kosten einen Schwangerschaftsabbruchs, in den öffentlichen Krankenhäusern auf rund 970 öS pro Tag (70.49 €). Wobei bei weitem nicht alle Spitäler eine Abtreibung durchführten. Die Preise in den privaten Praxen der Ärzte/Ärztinnen beliefen sich auf 3.000-12.000 öS (ca. 218-872 €). Für normal verdienende Frauen zu diesem Zeitpunkt also nahezu unaufbringbar. Jedoch muss bedacht werden, dass durch die teilweise Überbelegung in den Krankenhäusern und der Zeitnot, unter der viele Frauen litten, manchmal gar keine andere Möglichkeit bestand, als sich für die Abtreibung in diese immensen Unkosten zu stürzen (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 110).

## 9.2 Deutschland

In Deutschland sieht die Gesetzeslage vor, dass die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs vom Staat getragen werden. Auch die Beratung, das benötigte Verbandsmaterial und die Medikamente werden vollständig vergütet. Doch trotz dieser gesetzlichen Regelung scheint es in den 80er Jahren üblich gewesen zu sein, dass die Frauen für ein zusätzliches Honorar aufkommen mussten. Dieses betrug im Durchschnitt zwischen 100 DM und 800 DM, welches 51€-409€ gleichkommen würde. Das diese Tatsache auch zum heutigen Zeitpunkt noch zutrifft ist mehr als unwahrscheinlich.

## 10. Häufigkeit von Abtreibungen

Laut Ketten und van Praag, ist es nicht möglich anhand der relativen Häufigkeiten des Schwangerschaftsabbruchs auf Punkte wie, die Wirkung der Gesetze auf die Bevölkerung, oder die Anwendung von Verhütungsmethoden, zu schließen. Ihrer Ansicht nach ist es notwendig, nach einem klaren Schema vorzugehen, um solche Schlussfolgerungen ziehen zu können. In diesem Schema werden fünf Variablen unterschieden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 115):

- ⇒ Sexualität: Diese wird hier vor allem auf die Sexualität bei Jugendlichen bezogen, da es in diesem Alter, oft durch unzuverlässige Anwendung von Verhütungsmitteln, sehr häufig zu ungewollten Schwangerschaften und somit auch zu Abtreibungen kommt. Dazu kommt noch, dass dies, ein immer größeres Problem zu werden scheint, da die Jugendlichen immer früher sexuell aktiv werden (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 115).
- ⇒ Familienplanung: In dieser Variable wird die Thematik der „Durchplanung des Lebens“ zusammengefasst. In unserer heutigen Gesellschaft wird genauestens darauf geachtet zu welchem Zeitpunkt der Nachwuchs am besten in unsere Lebenssituation passt. Dies hängt zum einen von der immer wichtiger werdenden Bildung der Frau ab, zum anderen auch von der, im Durchschnitt, kleiner werdenden Familiengröße. Im Grunde kann davon gesprochen werden, dass die Möglichkeit keine Kinder zu empfangen, wenn man es nicht möchte, in den Vordergrund gerückt ist (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 116f).
- ⇒ Effektivität der Anwendung von Verhütungsmethoden: Die Notwendigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs, wird natürlich stark von der effektiven Einnahme von Verhütungsmitteln beeinflusst. Diese gegenseitige Beeinflussung führt jedoch zu paradoxen Auswirkungen. Auf der einen Seite verringert der freie Zugang zu Verhütungsmethoden die Anzahl der Abtreibungen. Andererseits jedoch, hat diese Verfügbarkeit dazu geführt, dass die betroffenen Frauen sich mehr Gedanken darüber machen, ob diese Schwangerschaft nun erwünscht oder unerwünscht ist. Hier kommt also wieder die Lebensplanung, wie oben beschrieben, ins Spiel. Sie entschieden

also bewusster wann ein Kind in ihr Leben passt und wann eben nicht (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 117).

- ⇒ Moralische Akzeptanz der Abtreibung: Hier fließen sowohl die eigene Haltung der Frau zum Schwangerschaftsabbruch, wie auch die gesellschaftliche Haltung mit ein. In der Realität ist es jedoch nicht so, wie es auf den ersten Blick vermuten lässt, dass Frauen, welche dem Schwangerschaftsabbruch eher negativ gegenüber stehen, keinen durchführen lassen. Wenn es nämlich um ihre eigene unerwünschte Schwangerschaft geht, schieben sie diese Abneigung beiseite und rücken ihre derzeitigen Bedürfnisse in den Vordergrund. Dies erklärt auch, warum in überwiegend röm.-kath. Ländern, genauso Abtreibungen durchgeführt werden als in anderen. Es ist oftmals sogar so, dass in diesen Ländern prozentuell mehr Abtreibungen stattfinden als in anderen. Dies könnte vielleicht darauf zurückzuführen sein, dass in diesen Gesellschaften auch der Anwendung von Verhütungsmitteln kritisch entgegen gesehen wird (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 119).
- ⇒ Praktische Möglichkeiten der Abtreibung: Unter dieser Variable müssen viele Punkte zusammengefasst werden. Zum Beispiel fallen hierunter Bereiche wie Politik, mit ihrer Gesetzgebung, der Lenkung der Gesetzesauslegung und Umsetzung. Die Haltung des ausführenden Personals, sprich Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal usw., denn wenn diese einer Abtreibung negativ entgegensehen, so helfen auch die Gesetze wenig, welche einen Abbruch legalisieren würden. Natürlich haben auch die Institutionen, welche die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, einen enormen Einfluss auf die Häufigkeit. Sowie die Informiertheit der Bevölkerung in Bezug auf Alternativen, Methoden etc., auch Kosten spielen eine wichtige Rolle (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 119f).

## 10.1 Österreich

Die Benennung von genauen Zahlen in diesem Punkt, ist vor allem in Österreich unmöglich, da keine Registrierung stattfindet. Diese Tatsache könnte daran liegen, dass man den Aufruhr, der in manchen Ländern mit der Veröffentlichung von Abbruchzahlen aufflackert, in Österreich bewusst vermieden werden möchte.

Die Experten gehen in Österreich jedoch von rund 80.000 bis 100.000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr aus (Stand 1980) (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 127).

## 10.2 Deutschland

In Deutschland wurde die Pflicht zur Registrierung mit der Gesetzesänderung 1976 eingeführt. Die Registrierung erfolgt mittels Formular und wird pro Quartal veröffentlicht (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 124f). In der Literatur werden die Zahlen der Abtreibungen in Deutschland, in den Jahren um 1980, auf 150.000 pro Jahr geschätzt. Registriert wurden faktisch nur 87.700. Dieser große Unterschied ist einerseits auf die Ungenauigkeit der Registrierungsaufgaben zurückzuführen, andererseits auf die noch immer durchgeführten, illegalen Abtreibungen (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 132).

## 11. Die rechtliche Situation

Seit dem Jahr 1852, ist der Schwangerschaftsabbruch im österreichischen Gesetz verankert. Er wurde insofern gebilligt, dass eine medizinische Indikation vorliegen musste. Das heißt, es musste eine dringliche Bedrohung für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren vorliegen. In den 20er Jahren versuchte die Bevölkerung zum ersten Mal eine Lockerung dieses Gesetzes zu bewirken, was jedoch nicht gelang. Erst 1966 kam dieses Thema wieder zur Sprache, indem man eine Erweiterung der Auslegung der medizinischen Indikation anstrebte. Man wollte diese um die ethischen, psychiatrischen und eugenischen Gründe für eine Abtreibung erweitern. Doch auf Grund dessen, dass sich die Kirche gegen diese Liberalisierung aussprach und Österreich ein sehr katholisches Land darstellt, wurden diese Versuche wiederum beiseitegelegt (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 30).

Durch diese strikten Gesetze, kam es Mitte der 60er Jahre zu etlichen Verurteilungen. Erst in den 70er Jahren ging die Rechtsprechung der Gesetzesänderung voraus und die Verurteilungen wurden rückläufig (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 30f).

Erst als 1970 die SPÖ in Österreich an die Macht kam, setzte sie sich erneut für eine Lockerung bzw. Erweiterung der Gesetze diesbezüglich ein. Sie gingen sogar so weit, dass sie eine Aufhebung der Strafe oder eine Fristenlösung anstrebten. Als diese beiden Anträge 1973 dem Nationalrat vorgelegt wurden, einigten sich diese darauf, die Fristenlösung in das Gesetz aufzunehmen. Am 1.1.1975 traten schließlich die Artikel 96-98 StGB in Kraft. Auch ein Volksbegehren, welches von der Kirche „zum Schutz des menschlichen Lebens“ unterstützt wurde, konnte daran nichts mehr ändern. Mit dieser Neuregelung wurde Österreich zum Vorreiter in Europa (vgl. Ketting/van Praag 1985, S. 30f).

## 11.1 Aktuelle Gesetze

Nach dieser oben erwähnten Fristenregelung, ist die Abtreibung in folgenden Punkten legal.

### §96 Schwangerschaftsabbruch

#### (1)

⇒ Wenn dies unter Einwilligung der Schwangeren geschieht

#### (2)

⇒ Wenn er von einem Arzt vollzogen wird.

#### (3)

⇒ Wenn er nicht von der Frau selbst herbeigeführt wird.

### §97 Straflosigkeit der Schwangerschaft

#### (1)

⇒ Wenn sie in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten und nach vorangegangener ärztlicher Beratung durchgeführt wird. Ansonsten nur bei medizinischer Indikation und unbedingt von einem Arzt.

⇒ Bei einer „kindlichen“ Indikation, welche vorliegt, wenn man davon ausgehen muss, dass das Ungeborene geistig oder körperlich eingeschränkt sein wird. Hier wird jedoch weder die Ausprägung der Einschränkung, noch der Zeitpunkt, bis zu jenem ein Abbruch durchgeführt werden darf, genauer benannt. Üblich ist hier jedoch ein Abbruch bis max. zu 22. Schwangerschaftswoche.

⇒ Wenn dies zur Rettung des Lebens der Schwangeren, oder zur Erhaltung ihrer Gesundheit unbedingt notwendig ist.

(vgl. §96-98 StGB)

**(2)**

⇒ Dieser Artikel besagt, dass jeder Arzt frei entscheiden kann, ob er einen Abbruch durchführen möchte oder nicht. Einzige Ausnahme, wenn eine unmittelbare Lebensgefahr für die Schwangere vorliegt.

**(3)**

⇒ Hier wird festgelegt, dass keiner, der an einer Abtreibung mitwirkenden Personen, für diese Tätigkeit in irgendeiner Weise benachteiligt wird.

**§ 98 Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren**

**(1)**

⇒ Beschreibt wiederum den Abbruch ohne Einwilligung der schwangeren Frau

**(2)**

⇒ Die Abtreibung darf nur dann ohne Einwilligung erfolgen, wenn dies zur Lebensrettung der Frau unverzichtbar ist.

## 12. Schlussfolgerung und Diskussion

Das Thema Abtreibung ist, auch wenn man sich genau und lange damit auseinandersetzt, immer ein sehr spezielles und individuelles.

Es steckt eine Menge an Arbeit dahinter, will man in einem konkreten Fall, wirklich ethisch korrekt an die Sache herangehen. Es reicht nicht aus, zum Beispiel die Häufigkeit der Komplikationen zu kennen und daran seine Entscheidung festzumachen. Ebenso wird es ungenügend sein, wenn man sich allein auf die eigenen, unreflektierten Ansichten, oder die der betroffenen Frau verlässt. Am besten werden mit Hintergrund der eigenen Wertvorstellungen, alle in der Arbeit genannten Schritte von vorne bis hinten, auf das konkrete Beispiel umgewandelt und reflektiert, um danach eine, für sich und vor der Gesellschaft vertretbare, Entscheidung treffen zu können.

Es sollten alle Prinzipien, welche in der Medizinethik Anwendung finden und am Anfang der Arbeit erläutert wurden durchgedacht werden. Unter dem Prinzip der Autonomie könnte, neben den oben erwähnten Ansätzen auch noch ein weiterer Aspekt eingebracht werden, welche die Sache natürlich noch komplexer gestalten würde, der Vater des Ungeborenen wurde nämlich hier nicht berücksichtigt. In wie weit wird die Autonomie von jenem bei einer Abtreibung untergraben?

So kann auch das zu berücksichtigende Prinzip der Fürsorge um den Blickwinkel des Vaters erweitert werden. Wird dem Vater mit der Abtreibung seines Kindes ein Leiden zu gefügt? In diesem Prinzip spielt außerdem nicht nur die Stellung der Mutter und des Behandelnden eine Rolle, auch die Meinung der Gesellschaft kann in gewisser Weise auf beide Stellungen Einfluss nehmen und könnte daher auch eigens untersucht werden.

In Bezug auf das Prinzip Gerechtigkeit könnte und sollte in weiterer Folge, auch auf die Thematik der „Euthanasie- Abtreibung“ Bezug genommen werden. In wie weit wird es als „gerecht“ wahrgenommen, ein Ungeborenes mit höchstwahrscheinlichen körperlichen Gebrechen , noch vor seiner Geburt zu „erlösen“? Kann allein durch an den körperlichen Maßstäben ein erfülltes und frohes Leben gemessen werden?

Unter der Schadens-Vermeidung sollten nicht nur die körperlichen und emotionalen Schäden angesehen werden. Es müssten auch Interventionen erarbeitet werden, welche als „Vorsorge- Interventionen“ eine Abtreibung von vornherein vermeiden könnten. Diese müssten freilich vielschichtig sein und würden eine enge Zusammenarbeit sehr vieler Berufsgruppen erfordern, was mit Sicherheit eine große Hürde bergen kann.

Auch wenn es manchen vielleicht zu mühsam erscheint, sich durch diese vielen Denkprozesse zu quälen, ist es doch von enormer Bedeutung zu diesem, immer wieder aktuellem Thema, eine begründbare Stellung beziehen zu können.

Dies soll mit dieser Arbeit vereinfacht werden, um hoffentlich mehr Menschen dazu bewegen zu können, sich Gedanken darüber zu machen. Schließlich kann es jedem passieren, dass er sich in der Lage befindet, eine schnelle Entscheidung diesbezüglich treffen zu müssen und dann sollte dies nicht leichtfertig geschehen, man könnte es bereuen.

### 13. Literaturverzeichnis

Faller A., Schülke M. (2008): Der Körper des Menschen. Einführung von Bau und Funktion. 15. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Gründel J. ( 1971): Abtreibung - pro und contra. Innsbruck: Tyrolia-Verlag.

Ketting E., van Praag P. (1985): Schwangerschaftsabbruch- Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich. Thübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).

Madea B. (2007): Praxis Rechtsmedizin. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Maier B. (2000): Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Berlin: Springer Verlag.

Maio G.(2012): Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Österreichisches Strafgesetzbuch §§96-98

Willke J. C. & B.H.; Aktion Leben Vorarlberg (Hrsg.) (1982): Abtreibung- Die Fragwürdige Entscheidung. Bregenz: Verlag Eugen Russ.