

Diplomarbeit

**Reproduktive Gesundheit und Rechte:
Wissen und ethische Einstellungen von Studierenden
in Tirol**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr.ⁱⁿ med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin

unter der Anleitung von

Frau OÄ Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher

eingereicht von

Petra Preuer

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Petra Preuer, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Petra Preuer, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
I. Abbildungsverzeichnis	4
II. Tabellenverzeichnis	4
III. Zusammenfassung	5
IV. Abstract	6
V. Eigenleistung	7
1. Einleitung	8
1.1. Schwangerschaftsabbrüche in Österreich	8
1.2. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs	10
1.2.1. Medikamentöses Vorgehen	10
1.2.2. Chirurgisches Vorgehen	10
1.3. Schwangerschaftsabbruch aus ethischer Sicht	11
1.3.1. Die vier ethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress	11
1.3.2. Ethische Ansätze	12
1.3.3. Schwangerschaftsabbruchspositionen	15
2. Fragestellung	16
3. Material und Methoden	17
3.1. Studiendesign und Durchführung	17
3.2. Teilnehmer:innen	18
3.3. Statistische Analyse	20
4. Ergebnisse	21
4.1. Reproduktionsmedizinische Anamnese	21
4.2. Wissen über reproduktive Gesundheit	23
4.3. Ethische Fragestellungen	30
4.3.1. Beginn des Lebens und Gründe für Schwangerschaftsabbrüche	30
4.3.2. Bewertung gegensätzlicher Aussagen	32
5. Diskussion	34
5.1. Relevanz	34
5.2. Wissen über reproduktive Gesundheit	35

5.2.1	Wissen über Einflussfaktoren	36
5.3.	Ethische Fragestellungen	38
5.3.1.	Wann beginnt für Sie menschliches Leben?	38
5.3.2.	Gründe für Schwangerschaftsabbrüche	39
5.3.3.	Bewertung von Aussagen	41
5.4.	Limitationen und Implikationen	43
6.	Literaturverzeichnis	45
7.	Anhang	47
7.1	Fragebogen Studierende:	47

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4:1 Wann im Menstruationszyklus ist ein Schwangerschaftseintritt wahrscheinlich?	23
Abbildung 4:2 Der ärztliche Schwangerschaftsabbruch ist in Österreich?	24
Abbildung 4:3 Bis zu welcher Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch generell möglich?	25
Abbildung 4:4 Gibt es besondere Gründe, dass ein Abbruch auch später erlaubt ist?	26
Abbildung 4:5 Wie hoch sind die Kosten eines Abbruchs aus sozialer Indikation?	27
Abbildung 4:6 Haben die Abbruchgesetze des Landes Einfluss auf die Häufigkeit von Abbrüchen?	28
Abbildung 4:7 Hat der Bildungsstatus Einfluss auf die Häufigkeit von Abbrüchen?	29
Abbildung 4:8 Wann beginnt für Sie menschliches Leben?	30
Abbildung 4:9: Akzeptable Gründe für einen Abbruch	31
Abbildung 4:10 Abbrüche sind eine individuelle Entscheidung über den eigenen Körper	32
Abbildung 4:11 Schwangerschaft ist eine natürliche Konsequenz	33

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 3:1 Studienpopulation	19
Tabelle 4:1 Reproduktionsmedizinische Anamnese	22

III. Zusammenfassung

Reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte sind Themen, die Frauen und ihre Partner:innen weltweit betreffen. Sie umfassen ein breites Spektrum von Informationen zu Familienplanung, angemessener Gesundheitsversorgung und reproduktiver Selbstbestimmung. Bereits ab den ersten sexuellen Erfahrungen wird das Thema der reproduktiven Gesundheit und reproduktive Entscheidungen relevant. Schwangerschaftsabbrüche finden global statt. Historische Aufzeichnungen zeigen, dass ungewollte Schwangerschaften und deren Beendigung auch im Mittelalter vorkamen. Selbst Aristoteles setzte sich damit auseinander. Bis heute beschäftigen sich viele weitere Philosoph:innen mit der ethischen Bewertung von Abbrüchen. Ein Konsens konnte noch nicht gefunden werden. Das Recht der Selbstbestimmung der Frau steht dem Lebensschutz des Embryos gegenüber.

Kenntnisse über Reproduktion, die Physiologie der eigenen Geschlechtsorgane und der geltenden reproduktiven Rechte sind essenzieller Bestandteil der Familienplanung. Unabhängig von Region, Religion, Einkommensgruppe oder der Legalität der Abbrüche, finden sie überall statt. In Österreich ist der Schwangerschaftsabbruch bis zu Beginn der 16. Woche straffrei und kann medikamentös oder chirurgisch erfolgen.

Diese Diplomarbeit hatte das Ziel, durch eine Umfrage das Wissen zu Reproduktion und die Einstellung zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen Studierender zu erheben. Per Onlinelink konnten Studierende des Bundeslands Tirol im Herbst 2023 Fragen zu reproduktiver Gesundheit beantworten. Von 939 Teilnehmenden wurden 748 in die Auswertung aufgenommen (82,9 % weiblich, 17,1 % männlich, Mittelwert_{Alter}: 23,81). Nach einem anamnestischen Teil folgten Wissensfragen zur rechtlichen und situativen Thematik sowie zu Reproduktion allgemein. Der ethische Fragepool umfasst bewertbare Aussagen sowie Fragen zur eigenen moralischen Bewertung von Schwangerschaft und deren Abbruch. Folglich wurde analysiert, ob der Faktor des Geschlechts signifikante Unterschiede im Wissen und der Einstellung zur Thematik bringt. Die Analyse zeigte keine signifikanten Unterschiede im Wissensvergleich der Geschlechter. In der ethischen Bewertung zeigten sich bei der Mehrzahl der Fragen statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Frauen zeigten tendenziell häufiger liberalere Einstellungen als Männer. Weiters geht aus dieser prospektiven Studie hervor, dass das situative und rechtliche Wissen über Abbrüche zum Teil sehr niedrig ist. Die Haltung Studierender zu Schwangerschaftsabbrüchen fällt überwiegend liberal aus.

IV. Abstract

Reproductive health and reproductive rights are issues that affect women and their partners worldwide. These include a wide spectrum, like family planning, access to adequate health services, reproductive autonomy and the right to make choices regarding one's body. From the first sexual experience, reproductive health and reproductive rights remain relevant. Abortions take place globally and have historical roots. Records show that unwanted pregnancies and their termination already occurred in the Middle Ages. Aristoteles and many more philosophers, both historically and today, have debated the ethical dimensions of reproductive rights and abortions. Till now, no universal consensus has been reached. The right of a woman's self-determination is opposed to the protection of the embryo's life.

Knowledge about reproduction, the physiology of one's own reproductive organs and one's reproductive rights are an essential part of family planning. Regardless of region, religion, income group or the legality of abortions, they take place everywhere. In Austria, abortion is without legal consequences till the beginning of the 16th week of pregnancy. An abortion can be performed medically or surgically.

This thesis used a survey to gather information on university students' knowledge of reproduction and their attitudes towards reproductive health issues. Students in the province of Tyrol were asked to answer questions about reproductive health via an online survey in fall 2023. Of the 939 participants, 748 were included in the evaluation (82.9 % female, 17.1 % male, mean_{age}: 23.81). The survey began with general questions regarding demographic facts and their past medical and sexual history. This was followed by questions about their knowledge of reproductive rights in Austria, the accessibility of Abortions and the general reproductive physiology. The ethical question pool covered statements to be evaluated as well as questions on their personal moral perspectives regarding the termination of pregnancy. Finally, an analysis was conducted to examine whether gender significantly influenced knowledge and attitude to the topic. The analysis showed no significant differences in the comparison of knowledge between the genders. However, the ethical section analysis shows significance regarding gender as a factor. It has been found for the majority of its questions. Women voted more liberal on more questions than men. This prospective study shows that situational and legal knowledge is very low in some cases and that students' attitudes towards abortion are predominantly liberal.

V. Eigenleistung

Diese Diplomarbeit wurde an der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Medizinischen Universität Innsbruck durchgeführt. Gemeinsam mit Frau OÄ Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Toth, Viktoria Bachmann, Sophie Alder, Jakob Meschederu und mir wurde ein Fragebogen erstellt. Viktoria Bachmann und ich bearbeiteten die Anamnese sowie Fragen zu Ethik, Aufklärung und Zugänglichkeit reproduktiver Themen. Sophie Alder und Jakob Meschederu erarbeiteten ebenfalls die Anamnese, sowie einen dritten Teil der Umfrage, welcher über reproduktive Autonomie handelt. Diese drei Studierenden und ich programmierten diesen Fragebogen auf SurveyMonkey und sendeten folglich Links dazu an Hochschulen und Universitäten in Tirol. Die Bereinigung des Datensatzes erfolgte mithilfe von OÄ Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher und Priv. Doz. Mag. Dr. David Riedl. Die Analyse und Berechnungen der dargestellten Daten sowie die Überprüfung der Hypothesen wurden von mir durchgeführt.

Die Diplomarbeit wurde von mir verfasst. Die verwendeten Quellen stammen aus medizinischen und philosophischen Fachbüchern sowie Datenbanken und sind im Literaturverzeichnis angeführt. Beim Verfassen der vorliegenden Arbeit wurde ChatGPT (Versionen: GPT-40, GPT-40 mini) verwendet, um die sprachliche Formulierung zu verbessern. Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

1. Einleitung

Reproduktive Gesundheit ist laut ICPD (International Conference of Population and Development) „ein Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Beschwerden oder Erkrankungen, die das Fortpflanzungssystem und seine Funktionen betreffen“ (1). Dieses Wohlbefinden wird durch selbstbestimmte Familienplanung und Zugang zu Gesundheitsversorgung ermöglicht. In vielen Ländern der Welt ist der Zugang zu reproduktiven Dienstleistungen wie dem Schwangerschaftsabbruch eingeschränkt oder verboten. Studien zeigten, dass viele Menschen Abbrüche durchführen, unabhängig von Region, Religion, Einkommensgruppe oder der Legalität der Abbrüche (2, 3). Die unsicheren Methoden, welche aufgrund mangelnder Zugänglichkeit in manchen Ländern angewendet werden, sind ein großes Risiko für die Gesundheit der Frauen (4). Die Relevanz von Familienplanung zeigte sich auch in der Anzahl europäischer Frauen, die verhüten: fast 60 % der gebärfähigen Frauen nutzen Kontrazeption (5). Weltweite Schätzungen gehen davon aus, dass circa 45 % aller Schwangerschaftsabbrüche illegal beziehungsweise für die Gesundheit unsicher stattfinden und bis zu 13 % aller Todesfälle von Müttern daraus resultieren (1, 2, 6).

1.1. Schwangerschaftsabbrüche in Österreich

Die Diskussion um reproduktive Autonomie ist komplex und gegensätzlich. Zur Bildung der eigenen Meinung neigen Menschen dazu, die Rechtsgrundlage als Basis zu verwenden. Die gesetzlichen Regelungen von Schwangerschaftsabbrüchen wurden in den letzten Jahrhunderten von den damaligen medizinischen, philosophischen und moralischen Beurteilungen gestaltet. Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über diese Entwicklung (7).

Im römischen Recht gab es keinen Schutz des Embryos, lediglich die Abbruchdurchführenden wurden bestraft, sofern sie das Leben der Mutter gefährdeten oder dem Mann die Chance auf Nachwuchs verringerten. Die Griechen haben ungeborenem Leben ebenfalls keinen Schutz zugeschrieben und die „Leibesfrucht wurde als unselbstständiger Teil der Frau“ gesehen. Im 8. Jahrhundert wurden Abtreibungen im deutschen Recht strafbar. Im Mittelalter wurde dies liberalisiert und Frauen konnten erstmals mithilfe „weißer Frauen“ selbstständig über ihre Schwangerschaft entscheiden. Diese Gruppe Durchführender wurde jedoch durch kirchliche Aktionen als Hexen beschuldigt. Im Zuge der Hexenverfolgungen wurden viele getötet.

Aufzeichnungen des 17. Jahrhunderts berichten über eine Landesgerichtsordnung, in der eine Abtreibung einer lebendigen Frucht mit Todesfolge bedroht wurde. Eine Frucht galt damals circa ab der zweiten Schwangerschaftshälfte als „beseelt“ und dadurch „lebendig“. Im 18. und 19. Jahrhundert war der Abbruch strafbar und wurde anfangs mit Todesstrafe, dann mit mehreren

Jahren Kerkerhaft verurteilt. Ein versuchter Abbruch wurde mit sechs bis zwölf Monaten „schwerem Kerker“ bestraft. Diese Regelung von 1852 galt bis zur Reform 1975.

Im Jahr 1922 wurde vom obersten Gerichtshof entschieden, dass ein Abbruch zur Rettung des Lebens der werdenden Mutter straffrei ist. In den 1920er Jahren wurde durch Frauenbewegungen gefordert, dass ein ärztlich durchgeführter Abbruch in den ersten drei Monaten legal werde. Der Grund der Forderung waren die schweren Infektionen, welche die unsicher durchgeführten Abbrüche zur Folge hatten. Diese ersten großen Proteste führten zu keiner Gesetzesänderung. Während der Zeit des Nationalsozialismus wurden Prüfstellen errichtet, welche die medizinischen Indikationen prüften, um eine hohe Geburtenrate sicherzustellen. Die Zahl an verbotenen, unsicher durchgeführten Abbrüchen stieg in dieser Zeit, wie Geburtenstatistiken zeigten. Hebammen verfügten damals über das meiste Wissen über diese Eingriffe, da Ärzt:innen keine Erfahrung mit den Methoden von Abbrüchen hatten. So wurden beispielsweise ausgeglühte Stricknadeln eingeführt, welche starke Schmerzen auslösten und gesundheitliche Risiken darstellte. In diesen nationalsozialistischen Zeiten wurden auch Zwangsabtreibungen bei „erbkranken“ Schwangeren durchgeführt. Schwangere mussten zwar formell zustimmen, standen dabei jedoch häufig unter massivem Druck. Grund hierfür war, dass diese nicht dem Ziel der „Erschaffung einer arischen Rasse“ entsprachen. Dies wurde 1945 wieder aufgehoben.

In den folgenden Jahrzehnten gab es viele Bemühungen, einen Kompromiss zur Thematik zu finden. So trat am ersten Jänner 1975 das neue Strafgesetzbuch mit dem neuen Gesetz (§§ 96 bis 98 StGB) in Kraft (7). Die Regierung begründete dies mit dem Versuch durch die Entkriminalisierung die gesundheitlichen Schäden zu vermeiden, welche Frauen durch die illegalen Durchführungen erlangten (8).

Diese große Reform brachte ein Fristen-Indikationen-Modell und wurde nicht geändert. Es ist ein Versuch, ein Übereinkommen des Gesetzes Österreichs mit der Gesellschaft zu schaffen. Dieses brachte die Änderung, dass ein Abbruch, vorausgesetzt, er wird von Ärzt:innen durchgeführt, in den ersten drei Monaten straffrei ist. Nach dieser Frist ist ein Abbruch nur straffrei, wenn eine medizinische oder embryopathische (schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigung) Indikation oder eine Unmündigkeit der Schwangeren vorliegt (7). Die Betroffenen sind gesetzlich verpflichtet, vor dem Abbruch durch ärztliches Personal beraten zu werden (7,9).

Ärzt:innen und Kliniken sind nicht verpflichtet, diese Leistung anzubieten. Dies führt dazu, dass ein flächendeckender Zugang nicht gegeben ist (8). In Vorarlberg war die Versorgungssituation auch Gegenstand öffentlicher Diskussion, da der durchführende Facharzt in Ruhestand ging und lange keine Nachfolger:innen feststanden. Der Autor erwähnt weiters, dass die Erweiterung des Angebots zu kurzweiligen öffentlichen Auseinandersetzungen führte. So gab es zu Beginn der Durchführung von Abbrüchen in einem Vorarlberger Krankenhaus im Jahr 2023 eine Demonstration von Gegner:innen vor den Eingängen (9).

1.2. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Ein Schwangerschaftsabbruch kann medikamentös oder chirurgisch erfolgen. Die Methodenwahl ist grundsätzlich von der jeweiligen Schwangerschaftswoche abhängig und wird im Rahmen des Beratungsgesprächs individuell entschieden. Im Vergleich der beiden Methoden gibt es keine Hinweise, dass eine Methode sicherer ist.

1.2.1. Medikamentöses Vorgehen

Zum Verhindern einer Nidation werden hohe Dosen von Östradiol oder eine Kombination von diesem mit Gestagen verabreicht (10). Seit 2020 kann das Medikament „Mifegyne“ in Österreich auch von niedergelassenen Gynäkolog:innen verschrieben werden, was die Zugänglichkeit erleichtert. (1) So kann ein früher Abbruch selbstständig zuhause implementiert werden. Studien zeigten, dass die telemedizinische Betreuung für die Patientinnen zufriedenstellend war und die Zugänglichkeit erleichtert wurde. Weiters verringert dies die Zahl der Abbrüche in höheren Gestationsalter (11).

Der medikamentöse Abbruch erfolgt meist im ambulanten Setting. Dabei werden das Antiprogesteron Mifepriston sowie ein Prostaglandin (Misoprostol) verabreicht. Mifepriston ist ein Medikament, welches an den Progesteronrezeptor bindet und diesen Rezeptor und dessen Aktionen blockiert. Dadurch kann Progesteron, ein Hormon, welches für die Weiterführung der Schwangerschaft wichtig ist, nicht mehr an diesen binden. Dies stoppt die weitere Entwicklung der Schwangerschaft und das Schwangerschaftsgewebe trennt sich vom Endometrium des Uterus. Nach einer Dosis Mifepriston wird das synthetische Prostaglandin verabreicht, dieses steigert die Gebärmutterkontraktion und öffnet die Cervix. Innerhalb einiger Stunden nach Misoprostolgabe kommt es zu vaginalen Blutungen, welche einige Tage andauern. Diese Methode ist bis zum 63. Tag nach Beginn der letzten Regelblutung zulässig. Gleichzeitig wird empfohlen, ein nicht steroidales Antiphlogistikum sowie zur Misoprostolgabe ein Antiemetikum zu geben (6, 11, 12). Tritt nach drei Stunden nach Misoprostolgabe keine Blutung ein, kann eine zweite Dosis dieses Medikamentes gegeben werden. Nebenwirkungen dieser Therapie sind Blutungen, Schmerzen sowie gastrointestinale Probleme, über welche aufgeklärt wird. Zwei Wochen nach Behandlung wird mithilfe von Schwangerschaftstests oder Sonografie die Wirksamkeit und Komplikationsfreiheit festgestellt (11).

1.2.2. Chirurgisches Vorgehen

Chirurgische Abbrüche werden durch Vakuumaspiration (Saugkürettage) oder mechanische Kürettage durchgeführt. Für einen Abbruch bis zur beendeten 14. Woche der Schwangerschaft ist die elektrische Vakuumaspiration die Methode der Wahl. In Anästhesie wird eine an ein Vakuum angeschlossene Spritze in die Gebärmutter eingeführt. In der deutschen Leitlinie wird ein „Cervixpriming“ mit Misoprostol empfohlen, um die nötige Kraft zur Zervixdilatation zu verringern. Dies reduziert auch das Risiko für einen inkompletten Abbruch laut DGGG. Operative

Abbrüche haben ein sehr geringes Risiko für schwerwiegende Komplikationen, perioperativ kann eine Antibiotikaphylaxe gegeben werden. Vor der Kürettage wird eine vaginale Ultraschalluntersuchung durchgeführt, um mögliche Fehlbildungen und Lageanomalien in höheren Schwangerschaftswochen zu erkennen. Direkt danach ist eine weitere Sonografie zur Kontrolle des Eingriffs durchzuführen. Nach 24 Stunden sollte der hCG-Wert bereits um 50% gefallen sein. Je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist, desto größer muss die gewählte Absaugkanüle sein. Zur Extraktion des fetalen Gewebes kann auch eine speziell geformte Abortfazzange verwendet werden. Die Vakuumaspiration kann in Allgemeinanästhesie oder Lokalanästhesie (Spinalanästhesie, Epiduralanästhesie) erfolgen. Nach drei bis zehn Minuten der Saugkürettage ist der Abbruch erfolgt und die meisten Frauen können am selben Tag die Einrichtung verlassen (11).

Eine Aufklärung über den Eingriff, die Nebenwirkungen und Komplikationen wie eine Entzündung und deren Symptome ist ebenfalls Bestandteil der Versorgung. Blutungen und Schmerzen sind Teil des Abbruchs, wofür Schmerzmedikation angeboten wird. Eine Nachuntersuchung soll allen Frauen angeboten werden (11).

1.3. Schwangerschaftsabbruch aus ethischer Sicht

Seit Tausenden von Jahren gibt es den Beruf der Medizin. Dieser war zu Beginn sehr sozialphilosophisch geprägt. Auch heute spielt die Ethik eine große Rolle im Gesundheitswesen. Neben dem großen medizinischen Fortschritt bei den Therapiemöglichkeiten sind ethische Grundlagen von Bedeutung, um im besten Interesse der Patient:innen zu handeln und deren Würde und Rechte zu respektieren.

Auch das Thema des Schwangerschaftsabbruchs wurde von Philosoph:innen aufgegriffen und kritisch reflektiert und analysiert. Die Selbstbestimmung der Frau steht dem Recht des Embryos gegenüber. Dabei ist entscheidend, ab wann die „Leibesfrucht“ als Leben gilt und menschliche Würde sowie einen Lebensschutz besitzt.

1.3.1. Die vier ethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress

Die Medizin ist eine progressive Wissenschaft, die durch Forschung immer mehr Wissen erlangt und daher eine Orientierung und Regeln in Form von ethischen Prinzipien und Kompetenzen benötigt. Hippokrates hat dazu den Hippokratischen Eid im antiken Griechenland verfasst. Dieser hat leicht abgeändert, auch heute noch Bedeutung (13). Neben diesem Versuch der Philosophie, gutes Handeln der Medizin festzulegen, haben auch Tom L. Beauchamp und James F. Childress 1979 eine Prinzipienethik mit vier medizinethischen Grundprinzipien entwickelt. Diese sind ein einfacher, kulturell-neutraler Zugang zu ethischen Fragen der Medizin. Sie griffen den Begriff „Prima facie“ des Philosophen W. D. Ross auf. Dieser bedeutet so viel wie „bis auf Widerruf“,

dass die Prinzipien bindend sind, solange sie beispielsweise mit keinen anderen moralischen Prinzipien im Widerspruch stehen, wo folglich eine Entscheidung nötig ist. Diese vier Prinzipien Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit, sollen in medizinisch ethischen Fragestellungen als Basis oder Rahmen zur Lösungsfindung dienen. Diese werden nun kurz vorgestellt (14, 15).

Das Prinzip der Schadensvermeidung unterstreicht die Tatsache, dass jede medizinische Handlung ein Risiko für Verletzung und Schaden darstellt. Jede medizinische Handlung soll keinen Schaden zufügen oder muss zumindest mehr Nutzen als Schaden für die Patient:innen bringen (14).

Autonomie, die Selbstbestimmungsfähigkeit und Respekt über die Entscheidungen und Haltungen der Patient:innen ist eines der vier Grundpfeiler. Es beinhaltet das Recht auf Aufklärung und informierte Zustimmung oder Ablehnung von Therapien durch die Patient:innen. Genauso beinhaltet es die medizinische Verschwiegenheit und die Berücksichtigung die Ziele der Betroffenen, um so Respekt ihrer Autonomie zu garantieren (14).

Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet medizinisches Personal so zu handeln, dass es die Gesundheit und Lebensqualität der Patient:innen fördert. Dies kann im Konflikt mit den vorherigen Prinzipien stehen. Aufklärung und „Informed Consent“ helfen hier die Wünsche und Ziele der Patient:innen sowie die Beachtung der Prinzipien zu wahren (14).

Das vierte Prinzip ist die Gerechtigkeit. Sie fasst die moralische Verpflichtung nach Fairness, Respekt für die Rechte der Menschen und die angemessene Verteilung der Ressourcen zusammen (14).

1.3.2. Ethische Ansätze

Die Frage, ob die menschliche Schutzwürdigkeit bereits für Embryonen gilt, beziehungsweise wann sie startet, ist eine ethische Debatte, welche unter den Philosoph:innen unterschiedlichen Argumentationslinien folgt. Je nachdem, wie der moralische Status Ungeborener gedeutet wird, wird dessen Schutz legitimiert und kommt ihnen Menschenwürde zu (16).

Ontologie

Diese ethische Richtung begründet sich über „das Wesen des eigentlichen Seins“, „wer Mitglied der Spezies homo sapiens sei, habe unveräußerliche Menschenrechte und Menschenwürde“ (S. 80, 17) Dies beginnt mit der Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle. Durch diesen Prozess, welcher „ontologische Differenz“ genannt wird, ist ein neues Leben entstanden (S.80, 17). Dieses ungeborene Wesen hat Potential, ein Mensch zu werden und wird daher als dieser angesehen. Aristoteles zählt auch zu Vertretern dieser Richtung, vertritt aber eine etwas andere Theorie. Diese lautet, dass ein Embryo zu einem gewissen Zeitpunkt stufenweise beseelt wird

und abhängig von der Entwicklung des Embryos der Abbruch verurteilt wird. Die „Leibesfrucht“ hat zunächst eine vegetative Seele und erst nach der Ausreifung der Geschlechtsorgane wird diese eine empfindsame. Dieser Zeitpunkt der Beseelung und Start der Wahrnehmung als Mensch ist bei männlichen 40 Tage nach der Befruchtung und bei weiblichen 90 Tage. Sodass danach Abbrüche als ethisch verwerflich gelten. Die vollständige denkende Seele entsteht für Aristoteles mit der Geburt (10).

Pflichtethik nach Kant

Immanuel Kant hat die Pflichtethik als Konzept entworfen. Diese ist auch in Diskussionen des 21. Jahrhunderts noch einflussreich. Eigene subjektive Wünsche und moralische Überlegungen werden von Kant abgelehnt: „In gleicher Weise scheide eine Begründung aus den subjektiven Wünschen des Menschen aus, weil auch das Begehrungsvermögen zufällig und partikular sei und somit nicht tauglich zur Bestimmung des Sittlichen sein könnte“ (S.23, 18). Denn „nur über die Vernunft, die allen Menschen gemeinsam ist“ (S.23, 18) soll gehandelt werden. Genauso ist „der Wille des Menschen nur gut, wenn das Wollen selbst gut ist“ (S. 24, 18). Es wird nicht akzeptiert, dass Menschen selbst entscheiden, was moralisches Handeln ist und ob dieses richtig ist. Die Autonomie ist für ihn nicht das „sich-Ausrichten auf die persönlichen Vorlieben“, sondern dass, sich nach den vorgegebenen Pflichten zu richten (S.33, 18). Kant hat mehrere Pflichten des Menschen erstellt. So gibt es die Pflicht zur Selbsterhaltung, die Pflicht der Achtung der Würde des Menschen und die Pflicht zum Gehorsam (bezogen auf das Gesetz) (17). Die Würde des Menschen ist ein wichtiges Konzept bei Kant. Sie heißt für ihn, dass ein Mensch nur „als Zweck an sich selbst“ und ein „Mensch nie nur als Objekt oder Mittel zum Zweck behandelt werden darf“ (S.27, 18). Er sagt, dass die menschliche Autonomie, die Fähigkeit der Vernunft und des eigenen Willens den Menschen und die Menschenwürde charakterisiert (18). Andere Menschen zu achten ist eine Pflicht des Menschen (10). Im kategorischen Imperativ argumentiert er auch, dass die Menschheit nur nach Zielen handeln soll, von denen man sich wünscht, dass diese universelle Gesetze sind (19). Kant behandelt die Thematik des Abbruchs nicht direkt. Daher ist die Frage, ob er diese negativ sieht, schwierig. Er verbindet die Würde der Menschen mit Handlungen, die von Vernunft geführt sind. Solche Handlungen kann ein Embryo nicht vollziehen. Genauso finden sich in der Pflicht zur Achtung der Würde oder dem Autonomiebegriff des Menschen Argumente, dass nach Kants Lehre auch werdendes Leben Würde trägt (10). Wird der Embryo als Mensch betrachtet, verdient er gleich viel Würde wie Geborene, wodurch Abbrüche gegen seine Lehre verstoßen. Gleiches gilt, wenn das Argument der Naturgesetze angewendet wird und die Frage ist, ob alle Menschen Abbrüche durchführen dürfen. Eine weitere Überlegung ist, ob das Ungeborene als Mittel zum Zweck behandelt wurde, was gegen seine Lehre spricht.

Der deutsche Mediziner und Philosoph Maio kritisiert ebenfalls die Anwendbarkeit Kants Lehre, da die Auffassung Kants der Autonomie mit der der heutigen Gesellschaft und Bioethik nicht übereinstimmt. Auch die heutigen wissenschaftlichen, technologischen und medizinischen

Entwicklungen passen wie der Selbstbestimmungswunsch der Menschheit nicht zu seiner Philosophie (18).

Utilitarismus

Im Utilitarismus legitimiert die Nützlichkeit einer Handlung diese. Es wird das größte Glück angestrebt. Dies kann auf die Schwangere, aber auch auf das ungeborene Kind oder auch auf die hohe weltweite Bevölkerungszahl angewendet werden. Sie gibt der Debatte einen großen Spielraum der ethischen Rechtfertigung und kann der liberalen Position zugeordnet werden, gibt aber gleichzeitig auch Möglichkeiten für die gegenteilige Position (17). Im Sinne einer Überbevölkerung ist nach dieser Theorie das Durchführen von Abbrüchen gerechtfertigt. Vergleichbar wäre diese Handlung für Schwangere von größter Nützlichkeit, falls diese keine finanziellen Mittel, soziale Unterstützung oder psychische Ressourcen für die Kindeserziehung haben.

Im Präferenzutilitarismus wie beispielsweise bei Peter Singer, bekommen Lebewesen den höchsten Lebensschutz, wenn sie gewisse Fähigkeiten, wie Bewusstsein oder Rationalität besitzen und ihre Interessenspräferenzen kennen. Dieses „Person sein“ und die Würde, die ein Mensch besitzt, geben diesen Schutz des Lebens (16). In der utilitaristischen Medizinethik ist das Ziel, Schmerzen zu verhindern sowie eine gute Lebensqualität sicherzustellen. Dementsprechend soll der Nutzen für Patienten maximiert werden (19). Singer stellt klar, dass in seinem Präferenzutilitarismus die Frage, ob Mutter und Embryo das gleiche „Lebensrecht“ haben, entscheidend ist. Er sagt, dass kein wesentlich ethischer Unterschied zu allgemeiner Verhütung besteht (bis auf mentale und körperliche Belastungen). „Sobald der weiter entwickelte Fötus Schmerz empfinden kann, ist er ein moralisch relevantes Wesen“ (S 121, 21). Weiteres wird jedoch zwischen „moralisch relevant sein“ und „ein Lebensrecht haben“ auch ethisch unterschieden. So „verlangt ein späterer Schwangerschaftsabbruch, der dem Fötus Leid zufügen könnte, eine stärkere Begründung als die Empfängnisverhütung.“ (S 121, 21).

Der englische Philosoph Hare, welcher sich selbst zwischen kantianischer und utilitaristischer Moralphilosophie sieht, zeigte folgende Überlegungen. Allgemein stimmt er der goldenen Regel zu, dass „wir andere so behandeln sollen, wie wir selbst von ihnen behandelt werden möchten.“ (S 90, 21). Da die jeweiligen Eltern als Embryo nicht vernichtet wurden, sollen diese dies auch deren Embryonen nicht antun. Ein weiteres Argument dieser Philosophie ist, dass Ungeborene noch keine geistigen Eigenschaften besitzen, die das Menschsein ausmachen. Sie besitzen nur das Potential dazu. Dieses Entwicklungspotential wird durch einen Abbruch beendet, obwohl sie ohne diese Entscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Person mit diesen Fähigkeiten geworden wären. Folglich würde fast jede Art von Abbruch und Verhütung ethisch abgelehnt werden (21).

Der deutsche Philosoph Norbert Hoerster lehnt den Begriff der Menschenwürde als Ethikkriterium in dieser Diskussion ab. Er sagt zu Schwangerschaftsabbrüchen, dass Abbrüche die Beendigung menschlichen Lebens bedeuten, aber dieses, „das entscheidende Überlebensinteresse“ noch nicht trägt. Folglich wird dieser Selbsterhaltungstrieb nicht verletzt, was in Hoerstes Theorie entscheidend ist (16).

1.3.3. Schwangerschaftsabbruchspositionen

In diesem Abschnitt werden die gängigsten Positionen der Gesellschaft vorgestellt. Diese sind in einen konservativen, moderaten und liberalen Standpunkt aufteilbar.

Die konservative Position

Für diese Vertreter:innen beginnt menschliches Leben zum Zeitpunkt der Befruchtung und hat daher die gleichen Lebensrechte wie die Schwangeren. Der Embryo ist potentielles Leben und die Befürworter:innen sprechen sich für ein striktes Verbot von Abbrüchen aus. Sie nehmen ganz die Position des Embryos ein und ein Schwangerschaftskonflikt wird in deren Perspektive entschieden. Im Falle von medizinischen Indikationen für einen Abbruch ist diese Position zwiegespalten, da beide die gleichen Rechte und daher gleiche Schutzbedürftigkeit haben (17).

Die moderate Position

Diese Haltung sieht Ausnahmen, welche Abbrüche rechtfertigen und ist daher ein Mittelmaß der zwei Extreme. Der Philosoph Sumner sagt, dass diese zwei Richtungen eine „einfache Lösung“ sind, da sie keine Unterscheidung in der Entwicklung der Föten, den Umständen der Schwangerschaft oder möglicher Embryopathien machen. In seiner ethischen Bewertung sind Beeinträchtigungen des Ungeborenen ein gerechtfertigter Grund. Darüber hinaus achtet er Fristen der Schwangerschaft. Sind diese überschritten, ist ein Abbruch nicht mehr gleich ethisch bewertbar. Es gibt in dieser Position eine Bewertung des menschlichen Lebens. Die Befruchtung ist nicht der Lebensbeginn. Sie bemühen sich um Kompromissversuche der Interessen der Schwangeren und des pränatalen Kindes (17).

Die liberale Position

Diese stellte einen offenen Zugang zu Abbrüchen dar und spricht sich für Abbrüche zu jedem Zeitpunkt aus. In der Literatur fanden sich verschieden starke Ausrichtungen dieser Position. Sie setzen sich für die Perspektive und die Meinung der Schwangeren ein. Die Schwangere hat mehr Rechte als das Ungeborene. Lebensrecht und Schutzbedürftigkeit des Ungeborenen ist erst später, meist bei Geburt, gegeben (17).

2. Fragestellung

Das Ziel dieser prospektiven Studie war die Untersuchung des Wissens und der Einstellung Studierender zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen. Teil des Fragebogens war eine allgemeine und reproduktive Anamnese, Fragen zur Zugänglichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich sowie ihre ethische Einstellung zu reproduktiven Rechten. Speziell wurde analysiert, ob signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Weiblich vs. Männlich) existieren. Die Gruppe der Teilnehmenden, die sich als divers identifizierten, wurde aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht in die statistischen Berechnungen einbezogen. Es wurden folgende Nullhypothesen untersucht:

Hypothese 1: Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich reproduktionsmedizinischer Fragestellungen

- H0: Es gibt keinen Unterschied im Wissen zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen von Frauen und Männern.
- H1: Es gibt einen Unterschied im Wissen zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen von Frauen und Männern.

Hypothese 2: Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

- H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern in ihrer Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen
- H1: Es gibt einen Unterschied zwischen Frauen und Männern in ihrer Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen

Diese Studie wurde als Folgestudie zu einer letztjährigen Studie der Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin durchgeführt. Sie befasste sich mit reproduktionsmedizinischen Fragestellungen und Kontrazeption. Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden anhand Ihrer deskriptiven Daten diskutiert und ein Vergleich zu ähnlichen Studien wurde erstellt.

3. Material und Methoden

3.1. Studiendesign und Durchführung

Die Untersuchung der angeführten Fragestellung wurde als prospektive Studie mit der Online Umfrageplattform SurveyMonkey (San Mateo, Kalifornien, USA) durchgeführt. Der Fragebogen wurde basierend auf einer internationalen Literaturrecherche verfasst und von einem interdisziplinären Team, bestehend aus einer Juristin, eines Statistikers/Psychologen sowie Reproduktionsmedizinerinnen überprüft. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck, per Amendment zur letztjährigen Studie, liegt vor (EK Nr. 1012/2022).

Die Teilnahme erfolgte freiwillig und die Daten wurden anonymisiert erhoben. Eine Aufklärung über den Datenschutz sowie Informationen zur Studie wurden auf der ersten Seite der Umfrage dargestellt. Mit der Frage „Ich studiere in Tirol und möchte an dieser Umfragestudie teilnehmen“ und dem Ankreuzen dieser stimmten die Teilnehmenden zu und starteten die Umfrage. Auf die konkreten Personen war zu keinem Zeitpunkt eine Rückführung möglich.

Die Umfrage wurde im Oktober 2023 für vier Wochen online gestellt. Die Einladung dazu wurde an die Studiengangsleitungen der Universitäten und Fachhochschulen Tirols versendet, wo der Großteil dieser den Link zur Umfrage an die Studentenschaft per Mail weiterleitete.

Basierend auf einem Vortest mit mehreren Studierenden verschiedenen Alters wurden Änderungen in Bezug auf Formulierungen für ein besseres Verständnis durchgeführt.

Der Fragebogen umfasst 21 Fragen zu Demografie und der eigenen reproduktiven Anamnese sowie 21 weitere Fragen zum Wissen über Reproduktion, die Einstellung zu reproduktiven Rechten sowie zur aktuellen Lage in Tirol. Die Antwortmöglichkeiten umfassten Mehrfachantworten, freie Textfelder, Likert- Skalen (Ich stimme überhaupt nicht zu- Ich stimme absolut zu) sowie binäre Antwortmöglichkeiten. Die Umfrage wurde in Kooperation mit Viktoria Bachmann, aufgrund der Breite der möglichen Fragestellungen zu reproduktiver Gesundheit, entwickelt. Infolgedessen wurden von jeder Studentin die entsprechenden Fragen und unterschiedlichen Hypothesen im Rahmen einer eigenständigen Diplomarbeit analysiert und statistisch ausgewertet.

Der Wissenstand wurde anhand von sechs Fragen im „Multiple Choice Format“ erfasst. Zur Analyse der ethischen Einstellung wurden vier Fragen ausgewählt. Diese Selektion der Fragen erfolgte mit dem Ziel, eine präzise, fokussierte und qualitativ hochwertige wissenschaftliche Arbeit zu erstellen.

3.2. Teilnehmer:innen

An dieser Studie nahmen ursprünglich 939 Personen teil, wobei 191 ausgeschlossen wurden, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Eingeschlossen wurden nur Personen über 18 Jahre die bei Geschlecht, Alter, Nationalität, Religion, Beruf oder Beziehung zumindest einen gültigen Wert angegeben haben und die Filterfrage am Anfang („Ich studiere in Tirol und möchte an dieser Umfragestudie teilnehmen“) positiv beantwortet haben. Die 748 Teilnehmer:innen waren zwischen 18 und 62 Jahre alt (Mittelwert = 23,81, SD = 4,63), davon waren 620 (82,9 %) weiblich, 128 (17,1 %) männlich. Die Gruppe der Diversen (n = 6) wurde ausgeschlossen. Dies ist eine zu kleine Gruppe, welche eine Generalisierbarkeit und Repräsentation nicht ermöglicht.

Teilnehmende waren größtenteils österreichischer Staatsbürger:innenschaft (450, 60,2 %). 170 (22,7 %) waren deutsche Staatsbürger:innen, 108 (14,4 %) italienische und 20 Personen (2,7 %) gaben eine andere Nationalität an. 609 (81,4 %) bezeichneten sich als heterosexuell, 73 (9,8 %) als bisexuell, 43 (5,7 %) als homosexuell, 10 (1,3 %) als pansexuell, 5 (0,7%) als asexuell.

Zur Frage des Beziehungsstatus geben 462 (61,8 %) an, in einer monogamen Partnerschaft zu leben, 259 (34,6 %) waren zum Zeitpunkt in keiner Beziehung, 14 (1,9 %) in einer offenen und 2 (0,3 %) in einer polyamoren Beziehung. 11 Personen beantworteten diese Frage nicht.

Tabelle 3:1 Studienpopulation

Demographische Daten	Anzahl (n)	Prozent (%)
<i>Geschlecht:</i>		
Weiblich	620	82,9
Männlich	128	17,1
<i>Alter (in Jahren)</i>		
18-25	578	77,3
26-35	151	20,2
36-62	19	2,5
<i>Nationalität</i>		
Österreich	450	60,2
Deutschland	170	22,7
Italien	108	14,4
Other	20	2,7
<i>Sexualanamnese</i>		
<i>Sexuelle Orientierung</i>		
Heterosexuell	609	81,4
Homosexuell	43	5,7
Bisexuell	73	9,8
Pansexuell	10	1,3
Asexuell	5	0,7
Sonstiges	6	0,8
Keine Angabe	2	0,3
<i>Beziehungsstatus</i>		
In einer monogamen Beziehung	462	61,8
In keiner Beziehung	259	34,6
In einer offenen Beziehung	14	1,9
In einer polyamoren Beziehung	2	0,3
In keiner der genannten	11	1,5

3.3. Statistische Analyse

Alle statistischen Auswertungen erfolgten mit IBM SPSS Statistics (v29; IBM Corporation Armonk, NY, USA). Die Datenanalyse umfasste deskriptive-statistische Analysen des demographischen und anamnestischen Teils sowie zwei statistische Tests. Der Chi-Quadrat-Test ist ein statistisches Testverfahren. Damit wurde berechnet, ob ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der jeweiligen Fragestellung besteht. Der Mann-Whitney-U-Test ist ein nicht parametrischer Test und wurde zur Analyse der Antworttendenzen der ethischen Fragestellungen benützt. P-Werte unter 0,05 wurden als statistisch signifikant gewertet.

4. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie mit den 748 Teilnehmenden präsentiert. Die Daten wurden deskriptiv dargestellt und mit statistischen Tests auf ihre Signifikanz geprüft. Die erstellten Hypothesen, dass Unterschiede im Wissen und der Bewertung der Thematik im Geschlechtervergleich (Frauen vs. Männer) vorhanden sind, wurden dadurch bestätigt oder widerlegt. Ein Wissensunterschied zwischen den Geschlechtern sowie Unterschiede in der ethischen Bewertung dieser Gruppen wurde erwartet. Zu Beginn wird die Relevanz reproduktiver Gesundheit anhand der Anamnese dargestellt.

4.1. Reproduktionsmedizinische Anamnese

Zur Frage, ob die Teilnehmende biologische Kinder haben möchten, gibt der Großteil (67,6 %) „Ja, aber erst in Zukunft an“. 17,5 % wissen dies noch nicht, 8,8 % geben an, keine biologischen Kinder zeugen zu wollen. Ein Kinderwunsch wurde von circa 3 % angegeben, ungefähr dieselbe Zahl gibt eine abgeschlossene Familienplanung an. Weitere Angaben finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

Über ein Drittel (39,8 %) der Teilnehmenden (oder ihre Partnerinnen) hat bereits die „Pille danach“ zur Notfallverhütung eingenommen. Fast die gleiche Zahl (38 %) kennt jemand im Umfeld, die einen Abbruch veranlasst haben. 3,3 % (n= 25) gaben an, eine Schwangerschaft beendet zu haben. Davon wurden etwas mehr medikamentös (48 %) als chirurgisch (40 %) durchgeführt. Drei Personen gaben dazu keine Antwort.

Zwei Drittel (67,8 %) der Befragten verneinen, genügend über Schwangerschaftsabbrüche informiert zu sein. Über die Hälfte (51,5 %) weiß, wie sie zuverlässige Informationen erhalten. 73,9 %, also 553 der Befragten, finden die Aufklärung über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs und Informationen dazu äußerst wichtig. 22,1 % Menschen gaben in der Likert Skala „Ich finde es wichtig“ an. Dem gegenüber stehen 3,4 % der Befragten, welche es als überhaupt nicht wichtig oder nicht wichtig bewerten.

Tabelle 4:1 Reproduktionsmedizinische Anamnese

Reproduktive Daten	Anzahl (n)	Prozent (%)
<i>Wurde von Ihnen/einer Ihrer Sexualpartnerinnen schon einmal eine gemeinsame Schwangerschaft abgebrochen?</i>		
Ja	25	3,3
Nein	720	96,3
Ich möchte mich dazu nicht äußern/Fehlend	3	0,4
<i>Wenn ja, wie wurde die Schwangerschaft abgebrochen?</i>		
Medikamentös	12	48,0
Chirurgisch	10	40,0
Keine der oben genannten	2	8,0
Keine Antwort	1	4,0
<i>Wurde von Ihnen/einer Ihrer Sexualpartnerinnen schon einmal nach gemeinsamem Geschlechtsverkehr die „Pille danach“ eingenommen?</i>		
Ja	298	39,8
Nein	439	58,7
Ich möchte mich dazu nicht äußern/Ich weiß es nicht/Fehlend	11	1,4:f
<i>Wenn ja, wie oft haben Sie/wurde von Ihren Partnerinnen die „Pille danach“ eingenommen?</i>		
1-3x	276	36,9
>3x	21	2,8
Noch nie	445	59,5
Fehlend	6	0,8
<i>Kennen Sie in Ihrem Umfeld eine Person, welche einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat?</i>		
Ja	284	38,0
Nein	462	61,8
Fehlend	2	0,3
<i>Wollen Sie eigene biologische Kinder haben?</i>		
Ja, bei mir besteht gerade Kinderwunsch	26	3,5
Ja, aber erst in Zukunft	506	67,6
Nein, ich will keine biologischen Kinder haben	66	8,8
Familienplanung abgeschlossen	19	2,5
Ich weiß es nicht	131	17,5

Wie viele Kinder haben Sie?

Keine	714	95,5
1-3 Kinder	33	4,4
Fehlend	1	0,1

4.2. Wissen über reproduktive Gesundheit

Zur Überprüfung des Wissensstandes wurden sechs Fragen zur rechtlichen, situativen Thematik und eine Frage zu Reproduktion, welche speziell für Abbrüche relevant ist, abgefragt. Die Auswertung der p-Werte der einzelnen Wissensfragen zeigte insgesamt keine statistische Signifikanz im Vergleich der Geschlechter. Daher werden diese nur kurz thematisiert. Die Nullhypothese: „Es gibt keinen Unterschied im Wissen zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen von Frauen und Männern“ kann folglich nicht verworfen werden. Nur in einer Frage zeigte sich ein signifikanter Wissensunterschied im Geschlechtervergleich.

An welchen Tagen im Menstruationszyklus ist es wahrscheinlich, dass bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft eintritt? (Zeiträume zu je vier Tagen wählbar)

727 Personen beantworteten die Frage, insgesamt 61,5 % (447) beantworteten die Frage richtig. Es ist am wahrscheinlichsten, um den 10.-14. Tag schwanger zu werden. 62,4% (379) der Frauen wählten diesen Zeitraum, 56,7% (68) der Männer ebenfalls. Im Chi-Quadrat-Test ergibt dies einen p-Wert von 0,235, der über dem festgelegten Signifikanzniveau liegt.

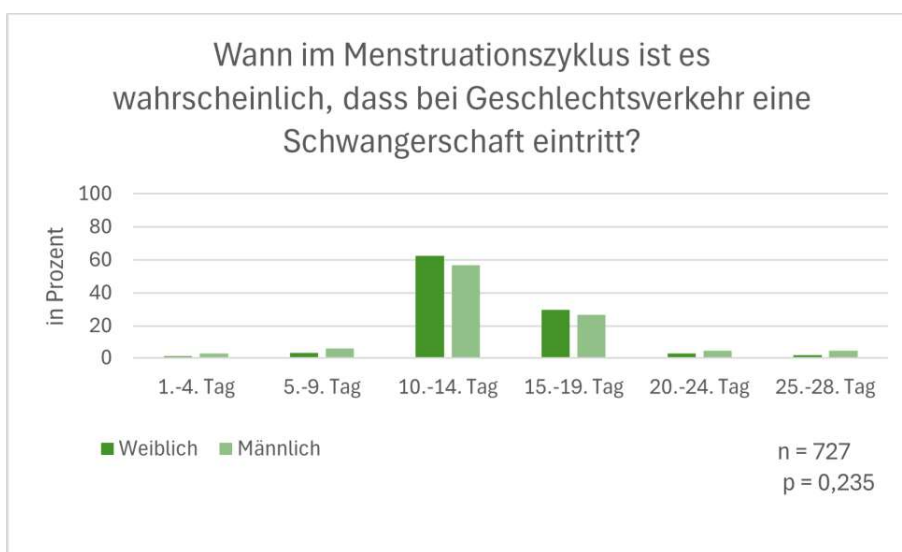


Abbildung 4:1 Wann im Menstruationszyklus ist ein Schwangerschaftseintritt wahrscheinlich?

Die ärztliche Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ist im Rahmen der Fristenlösung in Österreich: (Wählbar: Legal/Straffrei/Ich weiß es nicht)

Von den Befragten haben 743 eine Antwort auf diese Frage gegeben. Insgesamt 49,9 % wählten die richtige Antwort „straffrei“. 51,1 % (315) der Frauen wählte die richtige Antwort aus. 44,1 % (56) der Männer wählten die richtige Antwort. Der p-Wert im Vergleich der Geschlechter von 0,148 und liegt über dem festgelegten Signifikanzniveau.

Die Antwort „Ich weiß es nicht“ wurde von 144 Personen (18,7 % der Frauen, 22,8 % der Männer) gewählt. Da diese Antwort als Ausdruck fehlenden Wissens interpretiert wird, fließt sie in die Auswertung als „nicht korrekt“ ein.

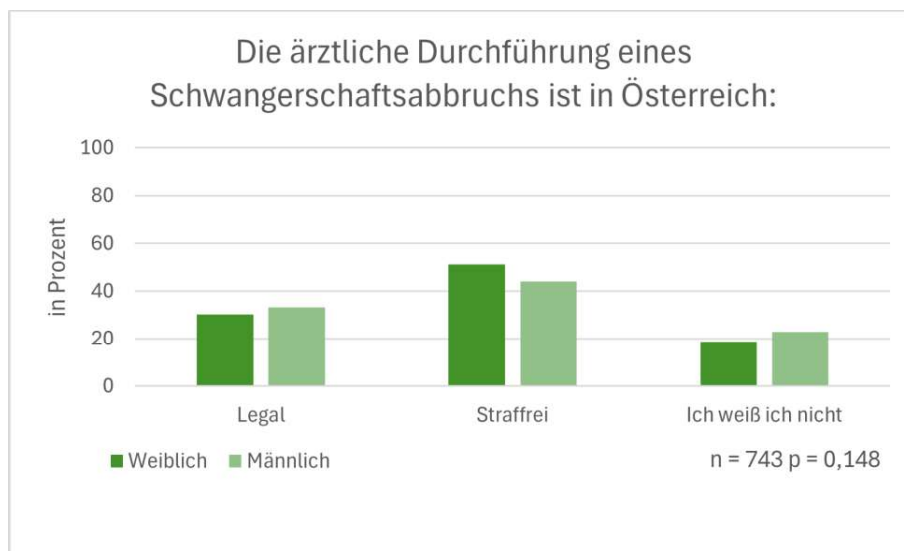


Abbildung 4:2 Der ärztliche Schwangerschaftsabbruch ist in Österreich?

Bis zu welcher Schwangerschaftswoche ist ein Schwangerschaftsabbruch generell in Österreich für die Patientin gesetzlich möglich? -gezählt ab letzter Menstruation (Zeiträume der Wochen wählbar)

738 Teilnehmende stimmten ab. 12,5 % wählten die richtige Antwort „bis zur 16. Woche“. 11,6 % (71) der Frauen beantworteten die Frage richtig, 16,7 % (21) der Männer wählten diese. Der p-Wert im Geschlechtervergleich beträgt 0,117 und liegt über dem festgelegten Signifikanzniveau.

Die beliebteste Antwort war „bis zur 12. Woche“ mit insgesamt 73,2 % der Stimmen. 8 Frauen und 2 Männer beantworteten diese Frage nicht und wurden in der Berechnung nicht berücksichtigt.

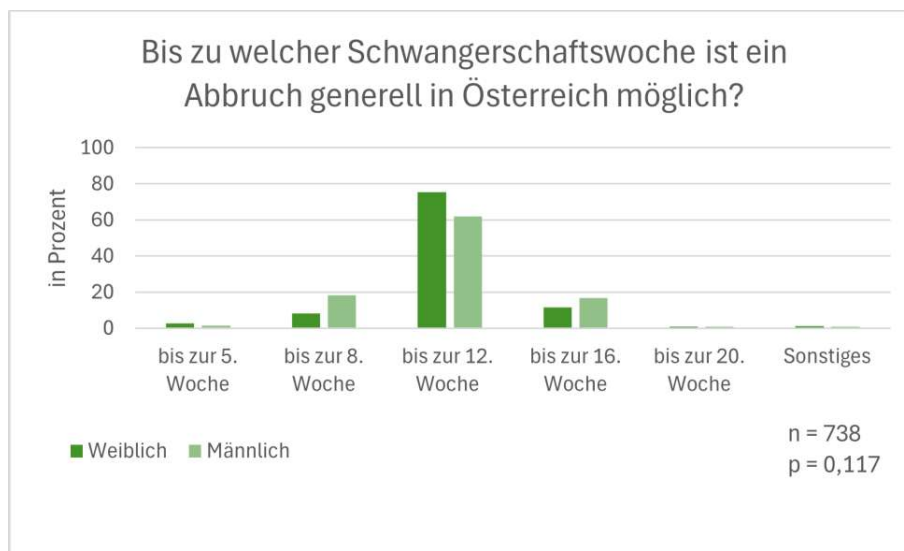


Abbildung 4:3 Bis zu welcher Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch generell möglich?

Gibt es besondere Gründe, dass ein Abbruch auch später gesetzlich erlaubt ist?
(Wählbar: Ja/ Nein/ Ich weiß es nicht)

745 Personen stimmten hier ab. 83,7 % (517) der Frauen und 78 % (99) der Männer wissen, dass es besondere Gründe für einen gesetzlich erlaubten späten Abbruch gibt. Der p-Wert im Geschlechtervergleich beträgt 0,122 und liegt über dem festgelegten Signifikanzniveau.

Die Antwort „Ich weiß es nicht“ wurde von 106 Personen (13,5 % der Frauen, 17,2 % der Männer) gewählt. Da diese Antwort als Ausdruck fehlenden Wissens interpretiert wird, fließt sie in die Auswertung als „nicht korrekt“ ein.

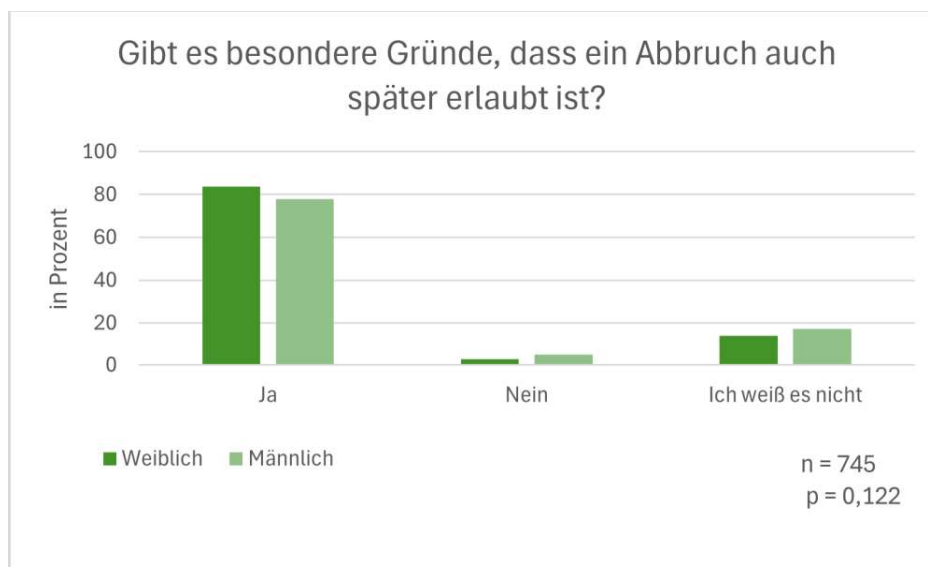


Abbildung 4:4 Gibt es besondere Gründe, dass ein Abbruch auch später erlaubt ist?

Wie hoch sind die selbst zu tragenden Kosten in Tirol für einen Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation? (Beiträge wählbar)

744 Personen haben hier abgestimmt. 32 % aller Teilnehmenden wählten die richtige Antwort. 33,1 % (204) Frauen und 26,8 % (34) der Männer gaben die richtige Antwort-300-1000€- an. Der p-Wert ist 0,166 und liegt über dem festgelegten Signifikanzniveau.

55,9 % (416) aller Teilnehmenden haben die Option „Ich weiß es nicht“ ausgewählt, dies entspricht 55 % der Frauen und 58,6 % der Männer. Da diese Antwort als Ausdruck fehlenden Wissens interpretiert wird, fließt sie in die Auswertung als „nicht korrekt“ ein.

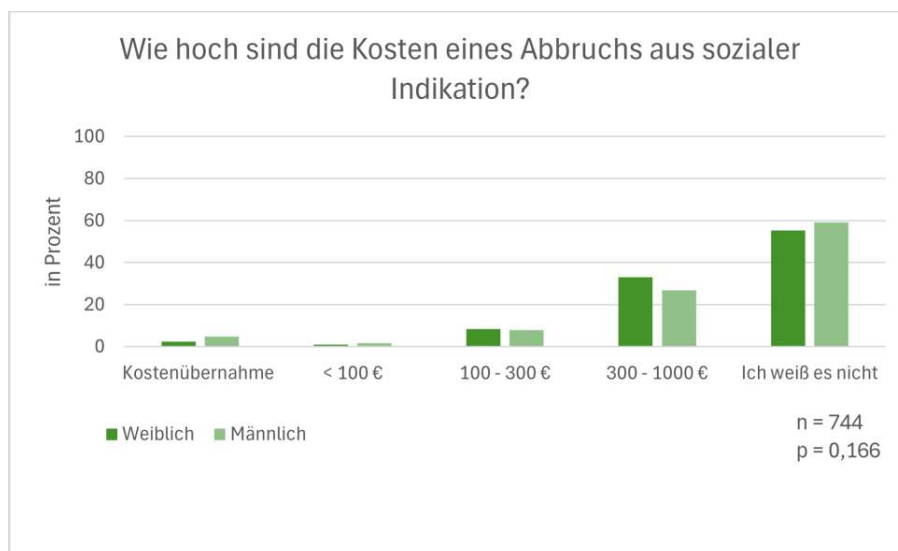


Abbildung 4:5 Wie hoch sind die Kosten eines Abbruchs aus sozialer Indikation?

Welche der folgenden Faktoren haben Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen? Die Gesetze im Land

737 Personen haben hier abgestimmt. 81,3 % aller stimmten zu. 79,6 % (487) Frauen und 89,6 % (112) der Männer stimmen zu, dass die Gesetze im Land die Häufigkeit beeinflussen. Der p-Wert beträgt 0,009. Der Wissensunterschied dieser Frage ist im Geschlechtervergleich von statistischer Signifikanz.

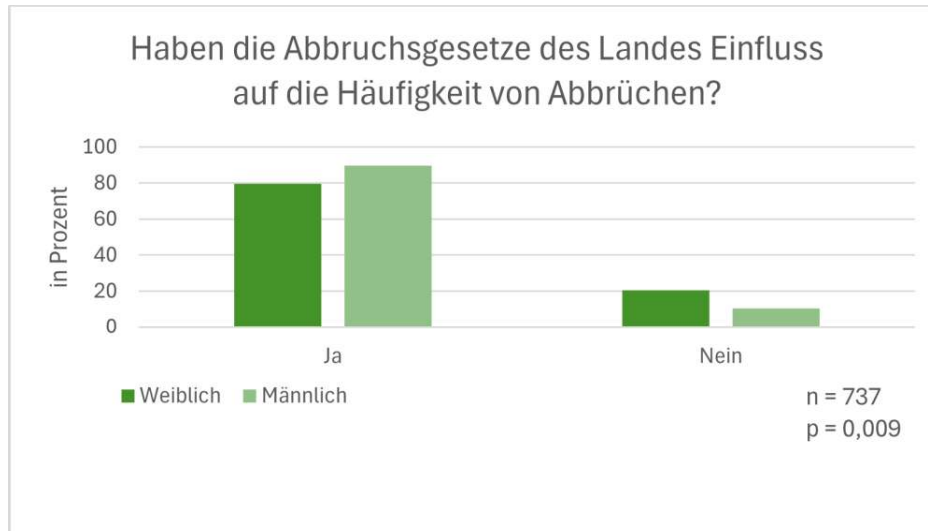


Abbildung 4:6 Haben die Abbruchgesetze des Landes Einfluss auf die Häufigkeit von Abbrüchen?

Welche der folgenden Faktoren haben Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen? Bildungsstatus

735 Personen beantworteten diese Frage. 85,3 % (521) der Frauen und 84,7 % (105) bejahen den Einfluss des Bildungsstatus auf die Häufigkeit von Abbrüchen. Der p-Wert im Geschlechtervergleich beträgt 0,866 und liegt über dem festgelegten Signifikanzniveau.

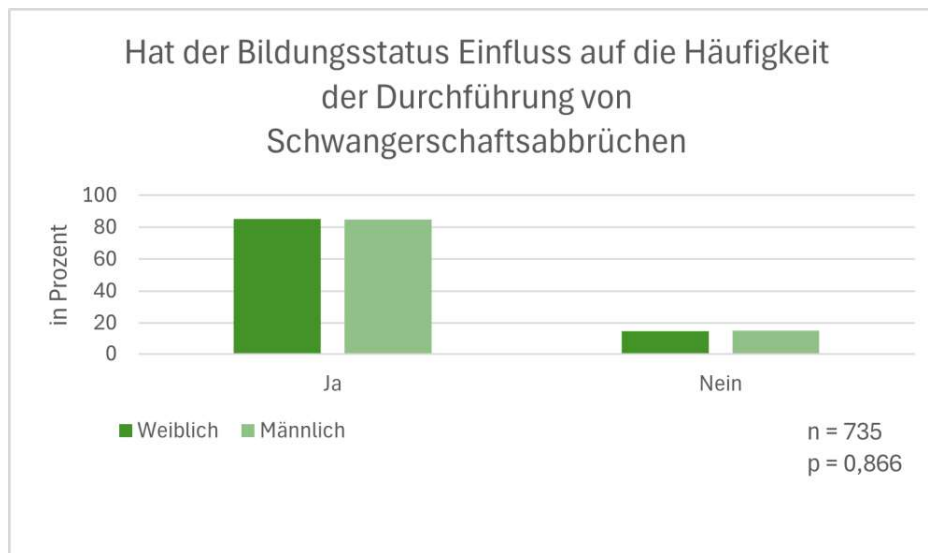


Abbildung 4:7 Hat der Bildungsstatus Einfluss auf die Häufigkeit von Abbrüchen?

4.3. Ethische Fragestellungen

In dieser Umfrage wurde mit verschiedenen Fragen versucht, die ethische Einordnung und Einstellung zu reproduktiven Rechten zu erörtern. Dazu gab es eine konservative und eine liberale Aussage mithilfe der Likert-Skala zu bewerten (Ich stimme absolut zu- Ich stimme überhaupt nicht zu). Sowie zwei Fragen welche direkt mit der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Schwangerschaft zusammenhängen. Folglich wurde untersucht, ob Unterschiede zwischen Frauen und Männer der Einstellung zu reproduktiver Gesundheit und Schwangerschaftsabbrüchen bestehen. Die p-Werte sind überwiegend kleiner als 0,005 und daher von statistischer Signifikanz. Die Nullhypothese kann daher verworfen werden. Nur in einer Frage zeigte sich keine statistische Signifikanz.

4.3.1. Beginn des Lebens und Gründe für Schwangerschaftsabbrüche

Wann beginnt für Sie menschliches Leben? (Antworten wählbar)

744 haben die Frage „Wann beginnt für Sie menschliches Leben?“ beantwortet. Allgemein war der Herzschlag mit 36,3 % die meistgewählte Antwort. Die beliebtesten Antwortmöglichkeiten bei Frauen waren „ab dem Herzschlag“ (ungefähr 6. Schwangerschaftswoche) mit 38,4 % (237) und ab der Lebensfähigkeit mit 25,8 % (159). Die häufigsten Antworten der Männer waren „ab der Lebensfähigkeit“ (ungefähr 23. Schwangerschaftswoche) mit 40,2 % (51), sowie „ab dem Herzschlag“ mit 26,0 % (33).

Am seltensten wählten Frauen die Antwort „Ab Kindesbewegungen“ mit 3,9 %, bei den Männern war „Ab Einnistung in die Gebärmutter“ mit 3,1 % am seltensten. Je 1/8 der Gruppen entschied sich für „Ab Verschmelzung von Eizelle und Spermium“ als Beginn menschlichen Lebens. Der p-Wert im Geschlechtervergleich beträgt 0,022 und ist folglich von statistischer Signifikanz.



Abbildung 4:8 Wann beginnt für Sie menschliches Leben?

Was sind aus Ihrer Sicht akzeptable Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch?
(Antworten wählbar)

748 Personen stimmten hier ab. Jede Antwortmöglichkeit musste mit Ja oder Nein beantwortet werden. 54,2 % der Frauen sowie 43,8 % der Männer sagen, dass jeder Grund für einen Abbruch akzeptabel ist. Bezüglich der Aussage „Kein Grund ist akzeptabel“ bejahen 2,7% der Frauen und 0,8% der Männer. 18 Teilnehmer:innen beantworteten diese Frage nicht.

Neben diesen Möglichkeiten wurden noch weitere Gründe vorgeschlagen. Die häufigsten akzeptablen Gründe waren die Vergewaltigung, 73,2 % der Frauen und 77,4 % der Männer bejahten diese, sowie die Lebensgefahr der Mutter bei Fortführung der Schwangerschaft mit 73,7 % (Frauen) und 78,7 % (Männer). Die p-Werte wurden für jede Antwortmöglichkeit (siehe Balkendiagramm) einzeln berechnet. Die Differenz der Beantwortung der Frage bezüglich der Antwortmöglichkeit „Jeder Grund ist akzeptabel“ ist signifikant, der p-Wert liegt bei 0,031. Bei den weiteren Antwortmöglichkeiten ist der Unterschied in der Bewertung im Geschlechtervergleich nicht von statistischer Relevanz.

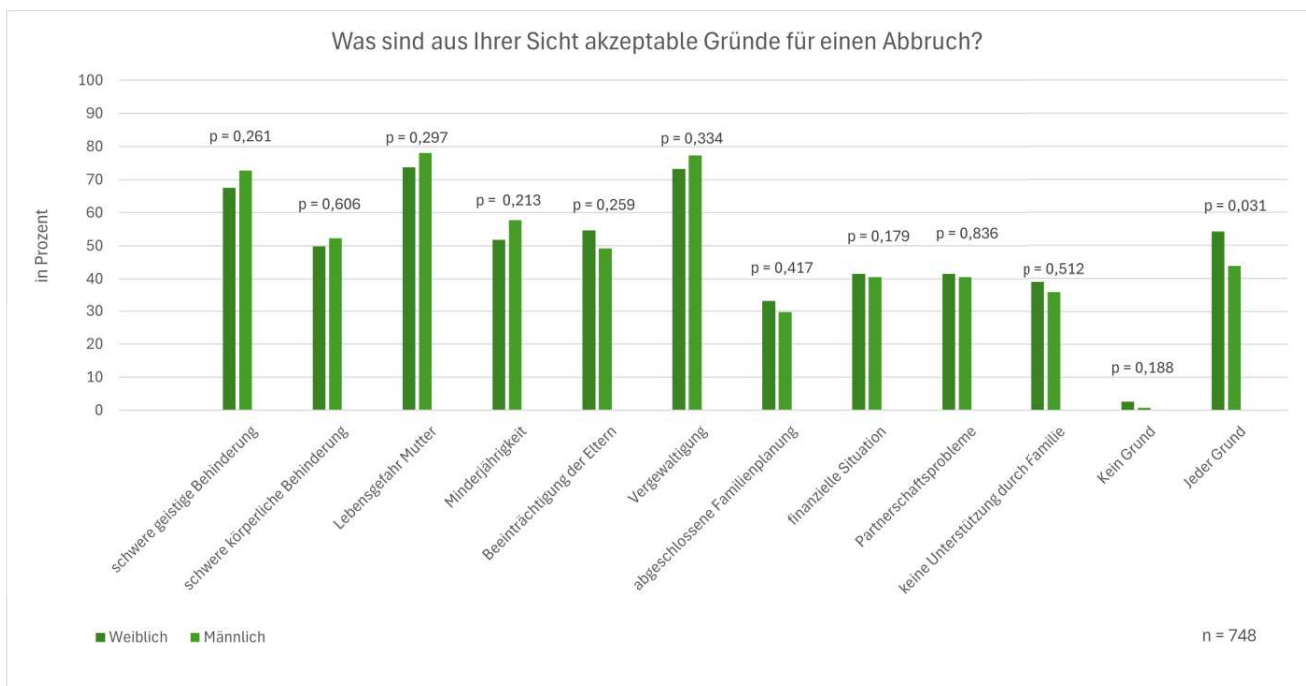


Abbildung 4:9: Akzeptable Gründe für einen Abbruch

4.3.2. Bewertung gegensätzlicher Aussagen

Schwangerschaftsabbrüche sind eine schwierige, individuelle Entscheidung, jede Frau hat das Recht über ihren Körper zu bestimmen. (Likert Skala)

Die häufigste Bewertung dieser Aussage ist in beiden Gruppen „Ich stimme sehr zu“, was je circa die Hälfte auswählte. Bei den Männern war „Ich stimme eher nicht zu“ auf Platz zwei (24,6 %), bei den Teilnehmer:innen „Ich stimme absolut zu“ mit 31,2 %. 7 Frauen und 2 Männer haben bei dieser Frage nicht abgestimmt. Insgesamt haben 739 Personen abgestimmt.

Der p-Wert wird mit kleiner als 0,001 angegeben, was statistisch signifikant ist.

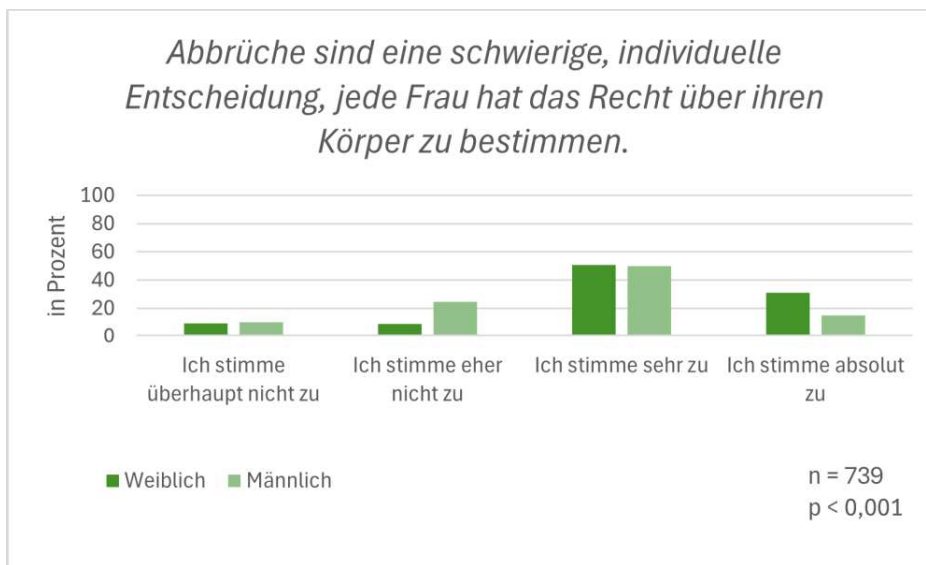


Abbildung 4:10 Abbrüche sind eine individuelle Entscheidung über den eigenen Körper

Eine Schwangerschaft ist die natürliche Konsequenz eines Geschlechtsverkehrs und es soll in diesen natürlichen Vorgang nicht eingegriffen werden. (Likert Skala)

741 Personen stimmten bei der Frage ab. 88,1 % der Frauen stimmten überhaupt nicht zu und 72 % der Männer stimmen überhaupt nicht zu. „Ich stimme eher nicht zu“ wurde von 9,1 % der Frauen und 20 % der Männer gewählt. 4 Frauen und 3 Männer haben diese Frage nicht beantwortet. Der p-Wert laut Mann-Whitney-U-Test ist kleiner als 0,001 und somit statistisch signifikant.



Abbildung 4:11 Schwangerschaft ist eine natürliche Konsequenz

5. Diskussion

Im Rahmen dieser Studie wurde festgestellt, dass es nur bei einer Frage signifikante Unterschiede im Wissensvergleich von Studentinnen und Studenten zu den Themen Reproduktion und Schwangerschaftsabbrüchen gibt. Ein statistisch signifikanter Unterschied zeigte sich in der Frage ob Gesetze im Land Einfluss auf die Häufigkeit von Abbrüchen haben. Die ethischen Fragestellungen zeigten, bis auf eine Ausnahme, geschlechterspezifische Unterschiede in der Bewertung reproduktiver Themen. Diese Daten geben einen ersten Einblick in die Kenntnisse über Abbrüche sowie in die unterschiedlichen Perspektiven Studierender des Bundeslandes Tirol. Diese Ergebnisse werden im Folgenden detailliert analysiert und mit vergleichbaren Studien diskutiert.

5.1. Relevanz

Die hohe Teilnehmer:innenzahl (initial n = 939) dieser Umfrage zeigte die Relevanz des tabuisierten Themas: Schwangerschaftsabbruch. So sind indirekte Erfahrungen mit dieser Thematik sowohl in Tirol als auch in anderen Ländern häufig. In Tirol hatten 38 % indirekte und 3,3 % direkte Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen. 39,8 % der Teilnehmenden, beziehungsweise ihre Partnerinnen gaben an, bereits die Pille danach eingenommen zu haben. Eine Umfrage spanischer Studierender legt dar, dass 2,9 % der Studienteilnehmer:innen eine direkte Abbruch-Erfahrung hatten und 38,5 % jemanden kennen, die eine Schwangerschaft unterbrachen (22). Die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) publizierte, dass bei 18 % der Studienteilnehmenden eine ungewollte Schwangerschaft eingetreten war und 7,7 % der Befragten einen Abbruch in ihrem Leben hatten. Auf 12,1 ausgetragene Schwangerschaften wurde also eine vorzeitig beendet (23). Die Zahlen zeigten die Relevanz des Themas auch in anderen Ländern. Bemerkenswert sind die ähnlichen Zahlen der Erfahrungen zwischen den Tiroler Universitäten und der spanischen Universität sowie die Tatsache, dass 1/3 der Befragten je indirekte Erfahrungen mit Abbrüchen hat.

Die Vereinten Nationen (UN) schrieben in ihrem 5. Ziel des „Sustainable Development Plan Report 2022“, dass viele Frauen noch nicht über ihren eigenen Körper bestimmen können. In dieser UN-Studie wurden Frauen zwischen 15 und 49 Jahre, welche in Partnerschaften leben, befragt. Nur 57% davon trafen selbstständig Entscheidungen über ihre reproduktive Gesundheit. So betont die UN die Bedeutung von Zugang zu Informationen sowie eine ermöglichende Gesetzgebung zu reproduktiver Gesundheit (24). Weitere Studien der UN zeigten, dass 43 % der Menschen weltweit einen vollständigen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen haben. Die Prozentzahlen schwanken zwischen den Ländern: sie sind am höchsten in Ostasien, Europa und

Nordamerika mit circa 73 % (25). Die Studierenden dieser Studie geben an, über Abbrüche informiert zu sein, beziehungsweise das Wissen über verschiedenen Quellen, für weitere Informationen zu besitzen. In Österreich sind diese mit einer Suchmaschineneingabe abrufbar. Der Zugang zu Informationen ist hierorts besser als in anderen Ländern. Gesetzlich ist der Abbruch anhand des Fristenmodells geregelt, doch zeigte sich im Wissensteil, dass nicht alle Teilnehmenden die Einzelheiten dazu kennen.

Der Zugang zu Betreuung und die Erreichbarkeit der Einrichtungen sind laut Frauengesundheitsbericht 2022 von Österreich jedoch ausbaufähig. So ist für Burgenländerinnen die Reise in ein anderes Bundesland nötig. Die Kosten von mindestens 300 € plus etwaige Anfahrtskosten sind für finanziell gefährdete Frauen mit Schwierigkeiten behaftet (1). Die Kostenfrage ist auch in anderen einkommensstarken Ländern von Bedeutung, wie beispielsweise in Australien, wo mit circa 560 australischen Dollar zu rechnen ist (12).

5.2. Wissen über reproduktive Gesundheit

Die überblicksmäßige Evaluierung des Wissens zeigte ein ähnlich hohes Wissen in den untersuchten Gruppen. Die Berechnungen zeigten keine statistische Signifikanz, außer bei der Frage, ob Gesetze die Häufigkeit von Abbrüchen beeinflussen. Mehr Frauen stimmten hier mit Nein ab. So wussten circa 60 %, an welchen Tagen des Menstruationszyklus eine Schwangerschaft eintreten kann und dass der Abbruch im Fristenmodell straffrei ist und dies im Strafgesetzbuch verankert ist. Im Gegensatz dazu wussten nur 12,5 %, dass der Abbruch bis zur 16. Woche möglich ist. Fast allen Teilnehmenden (circa 95 %) ist bewusst, dass es Gründe für einen späteren legalen Abbruch gibt, wobei hier circa 100 Personen „Ich weiß es nicht“ angaben. Diese Gruppe, „Ich weiß es nicht“, ist bei der Frage nach den Kosten von Abbrüchen noch höher (n = 416), 238 wählten die richtige Antwortmöglichkeit.

In der bereits erwähnten Vorgängerstudie von Schatzl wurde das Wissen von Frauen und Männer in Bezug auf Reproduktionsphysiologie, gynäkologische Erkrankungen und Kontrazeption untersucht. Dabei wurde beschrieben, dass Frauen signifikant mehr Wissen als Männer hatten. Dies konnte in der Studie dieser Diplomarbeit nicht bestätigt werden. Die Zahlen der richtigen Beantwortung von 2023 haben ebenfalls große Schwankungen wie in dieser. So wussten teils ~12 % oder ~78 % die richtige Antwort (26, 27)

Alvargonzález führte eine Studie in einer spanischen Universität durch und publizierte geschlechtsspezifische Unterschiede in der ethischen Bewertung und dem Wissen über Schwangerschaftsabbrüche (22). Frauen zeigten auch in amerikanischen Universitäten mehr theoretisches Wissen zu dieser Thematik als Männer (28). In diesen zwei Studien wurde sich im Fragepool auf die Physiologie von Schwangerschaft und Abbrüchen fokussiert. In dieser Tiroler

Studie ist der Fragepool heterogener, was die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Die Wissensfragen dieser Arbeit bezogen sich auf die derzeitigen Rahmenbedingungen in Tirol beziehungsweise Österreich, die Gesetze sowie die Reproduktionsphysiologie. Die Spezifität dieser handlungsorientierten Fragen sowie die Tabuisierung kommen als Gründe für die teils niedrigen Zahlen korrekter Antworten beziehungsweise hohen Zahlen Unwissender in Betracht. Für die geringe Trefferquote in Teilen der Wissensabfrage dieser Studie könnten die unterschiedlichen Gesetze in den Einzugsgebieten der Studierenden ursächlich sein. Diese sind zum Teil nicht übertragbar auf ihr Studienland. Diese Unterschiede, wie beispielsweise, dass in Deutschland ein Abbruch nur bis zur 15. Schwangerschaftswoche erlaubt ist, können zu Verwirrung und folglich zur Verfälschung geführt haben.

Die richtigen Antworten zur Gesetzeslage in Österreich schwanken in dieser Umfragestudie zwischen circa 12 % und 60 %. Eine Review von Assifi et al. (2016) zeigte ähnliche Werte. Sie diskutierte Studien, welche Frauen über den legalen Status von Abbrüchen befragten. So war das Wissen, ob es Schwangerschaftsabbruchsgesetze gibt oder ob Abbrüche legal sind, in vielen Ländern unter 50 %. In anderen Ländern waren die Zahlen höher, wie beispielsweise in Lettland 53 % und in Australien- Queensland 59,7 % (29).

5.2.1 Wissen über Einflussfaktoren

Die Teilnehmenden wurden ebenfalls zu Faktoren befragt, die ihrer Meinung nach einen Einfluss auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen haben. Über 80 % geben an, dass die jeweiligen Landesgesetze sowie der Bildungsstatus die Häufigkeit von Abbrüchen determinieren. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass diese als Einflussgröße nicht ausgeschlossen werden können:

Das Guttmacher Institut hat 2020 gemeinsam mit der WHO eine umfassende Untersuchung unerwünschter Schwangerschaften und Abbrüche nach Einkommen und Legalität durchgeführt. Diese ergab folgende Daten: Zur Frage, ob die Legalität Einfluss auf die Zahlen haben, zeigte sich, dass egal welche Gesetzeslage, etwa die gleiche Anzahl an Abbrüchen wird vorgenommen, ungeachtet der konkreten gesetzlichen Bestimmungen. So werden in Ländern mit liberalen Gesetzen von ~59 pro 1000 ungewollter Schwangerschaften von Frauen ~41 dieser abgebrochen. In Ländern, wo Abbrüche ohne Ausnahme verboten sind, werden von ~79 ungewollten Schwangerschaften pro 1000 Frauen ~39 dieser abgebrochen.

Die gesammelten Daten zeigen, dass auch die Schwere der gesetzlichen Einschränkungen wenig Unterschied in den Zahlen bringt. Die Autor:innen zeigten damit, dass je nach Möglichkeiten im Land die Frauen mehr gesundheitliche und gesetzliche Risiken auf sich nehmen, um den Abbruch durchzuführen. Sie betonen, dass „Familienplanung und der Umgang mit Schwangerschaftskonflikten eine universelle Erfahrung darstellen, die Menschen weltweit teilen“ (e1161, 2).

In der Studie dieser Diplomarbeit wurde den Studierenden die Frage gestellt, ob sie denken, dass die Gesetze im Land Einfluss auf die Häufigkeit von Abbrüchen haben. Dies wurde bejaht und die Daten der WHO zeigen dies. Doch ist zu erwähnen, dass diese Frage nicht so einfach zu beantworten ist. Die Unterschiede, welche teils nur wenige Prozentpunkte betragen, verdeutlichen, dass Gesetze die Zahl der Durchführung nicht so bestimmen oder einschränken, wie Gesetzesgeber oder konservative Stimmen dies möglicherweise erwarten.

Die Frage, ob der Bildungsstatus entscheidend für die Häufigkeit von Abbrüchen ist, wurde von 85,2 % in dieser Tiroler Studie bejaht. Die deutsche BZgA Studie wies darauf hin, dass hoch qualifizierte Frauen häufiger eine erste Schwangerschaft abbrechen. Ungewollte Schwangerschaften wurden in dieser Gruppe jedoch seltener verzeichnet. Frauen mit niedrigeren Qualifikationen berichten am häufigsten über ungewollte Schwangerschaften und brachen prozentuell diese am seltensten ab. Als häufigster Grund von Frauen mit niedriger Bildung wird der Aufschub einer weiteren Geburt oder der Abschluss der Familienplanung genannt (23). Ein anderes Studienergebnis nennt höhere Zahlen ungewollter Schwangerschaften bei Menschen ohne höheren Schulabschluss. Diese Studie aus 2022 der USA macht eine höhere Prävalenz von Abbrüchen in Bezug auf Menschen, die einen niedrigeren Ausbildungsgrad als ein Collegeabschluss haben, deutlich (30).

Diese Daten belegen, dass der Bildungsstatus verschiedene Einflüsse haben kann. So ist die Entscheidung für die weitere Ausbildung teils eine gegen das Kind. Gleichzeitig kann ungenügende Aufklärung Grund für ungewollte Schwangerschaften und die Beendigung dieser sein. Dies bestärkt die Hypothese, dass die Entscheidungsfindung von vielen Faktoren abhängt. Die Student:innen der Tiroler Studie zeigten die hohe Erwartung, dass der Bildungsstatus eine Rolle spielt. Die zuvor genannten Studien verdeutlichen, dass dies auf unterschiedliche Weise zutrifft.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Entscheidungsprozess durch komplexe Wechselwirkungen verschiedener Faktoren geprägt ist. Generell bilden die Gesetze die Grundlage für den Zugang zu sicheren Abtreibungen. Der Bildungsstatus wiederum hat potenziell Einfluss auf das Wissen über Verhütung und folglich auf die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Familienplanung.

5.3. Ethische Fragestellungen

Schwangerschaftsabbrüche sind ein stark diskutiertes Thema. In Österreich ist das Recht auf Abtreibung gegeben. Das Gesetz versucht, die Bestimmung der Frau über ihren eigenen Körper, die ethische Freiheit des medizinischen Personals sowie das Recht des Ungeborenen zu berücksichtigen. Die Studienanalyse verdeutlicht, dass es im Geschlechtervergleich Unterschiede in der Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen gibt. Die Studierenden Tirols zeigten mehrheitlich eine liberale Einstellung, doch auch hier waren in manchen Fragen leichte Unterschiede erkennbar.

5.3.1. Wann beginnt für Sie menschliches Leben?

Diese Frage wurde in dieser Studie gestellt, da sie unter Philosoph:innen die primär zu klärende Frage in der Beurteilung von Schwangerschaftsabbrüchen ist. Die Debatte, ab wann ein Ungeborenes als ein Mensch gilt, ist auch Grundstein der liberalen und konservativen Position zu dieser Thematik.

Wie in der Einleitung dieser Arbeit bereits beschrieben, gibt es in der Beurteilung von Abbrüchen große Diskrepanzen in der Philosophie. Der deutsche Philosoph Knoepffler fasst die entscheidenden Punkte der Philosophie wie folgt zusammen. Wird einem Embryo der Status des Menschen gegeben, besitzt dieser Menschenwürde. So ist ein Abbruch, nur bei der Bedrohung des Lebens der Mutter gerechtfertigt. Die ethische Rechtfertigung der Fristenregelung ist, dass die Würde einem Embryo erst zu einem Zeitpunkt zugeschrieben wird, wie beispielsweise die Erlangung verschiedener Fähigkeiten oder Entwicklungen. Weiters diskutiert er, dass Embryos zumindest einen Lebensschutz bekommen müssen und dieser durch verpflichtende Beratungen der Schwangeren berücksichtigt wird (20).

Die häufigsten Antworten aus dieser Umfrage waren „ab dem Herzschlag“ (ungefähr 6. Schwangerschaftswoche) und „ab der Lebensfähigkeit“ (ungefähr 23. Schwangerschaftswoche). Wobei der Herzschlag, also eine konservative Position, von mehr Frauen gewählt wurde und die Lebensfähigkeit (~ 23. Schwangerschaftswoche) bei Männern beliebter war. Die Ultrakonservative Position „Ab Verschmelzung der Ei- und Samenzelle“ wurde in beiden Gruppen gleich häufig gewählt, mit je etwas über 10 %. Diese unterschiedlichen Ergebnisse sind statistisch signifikant und verdeutlichen eine liberalere Einstellung der Männer bei dieser Frage.

Viele Studentinnen gaben dem Embryo bereits früh den Status eines Menschen, die Tendenz der Männer ist, diesen Status dem Embryo erst später zu verleihen. Die liberalere Tendenz der Männer kommt etwas näher an Knoepfflers Modell heran. Die Tatsache, dass beide Geschlechter nur selten die extrem-konservative Position -ab Verschmelzung- wählten, legt nahe, dass die Frage ethisch differenziert betrachtet wird, was sich ebenfalls in Knoepfflers Theorie wiederfindet.

Zur Frage „wann beginnt Leben“ sagte der US Supreme Court 1973 „Die schwierige Frage, wann das Leben beginnt, brauchen wir nicht zu lösen. Wenn diejenigen, die in den jeweiligen Disziplinen der Medizin, Philosophie und Theologie ausgebildet sind, keinen Konsens erzielen können, ist die Justiz an diesem Punkt der Entwicklung menschlichen Wissens nicht in der Position, über die Antwort zu spekulieren“ (31). Wie auch die Philosophie und hochrangige Richter:innen der USA beispielsweise zu keiner endgültigen Definition kamen, gibt es auch unter den Studierenden dieser Studie keine eindeutige Antwort. Die unterschiedlichen Zeitpunkte, die von den Studierenden gewählt wurden, verdeutlichen die Bandbreite der Ansichten.

5.3.2. Gründe für Schwangerschaftsabbrüche

Die Frage nach akzeptablen Gründen versucht einen Überblick über die Bewertung verschiedener Gründe gegen Schwangerschaften der Befragten zu erlangen. Die Antwortmöglichkeiten beleuchten die verschiedenen Dimensionen, welche den Entscheidungsprozess beeinflussen können. Dieser wird von individuellen und gesellschaftlichen Einflüssen geprägt. Genauso sind sozioökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen sowie die Verfügbarkeit von Einrichtungen, welche Abbrüche anbieten, von Bedeutung. Nun werden verschiedene Studien, welche sich mit den Gründen für Abbrüche auseinandergesetzt haben, vorgestellt.

Im Rahmen des Pendants zur Studie „Frauen leben“ der BZgA, wurden auch Männer zu diesen Themen befragt. Die Hauptgründe für den Abbruch waren für Frauen Partnerschaftsprobleme, berufliche oder finanzielle Unsicherheiten, das Alter, die Ausbildung sowie gesundheitliche Bedenken (23). Befragte Männer in Deutschland erzählten häufiger von ungewollten Schwangerschaften bei belastender beruflicher oder partnerschaftlicher Situation, wobei junge Väter unter 25 Jahren ihr erstes Kind oft nicht planten. Insgesamt gaben 12 % jener, die die Familiengründung nicht wollten, an, sich später doch sehr gefreut zu haben. Die Entscheidung gegen die Schwangerschaft wurde ebenfalls häufiger getroffen, wenn die ungewollte Schwangerschaft trotz Verhütung eintrat (36). Die Analyse von Chae et al. thematisiert ebenfalls die Gründe für Abbrüche, wobei sozioökonomische Gründe international am häufigsten genannt wurden. In Ländern wie Nepal und Aserbaidschan sind die häufigsten Gründe für den Abbruch eine abgeschlossene Familienplanung oder der Wunsch eines kinderlosen Lebens. In den USA wurden zahlreiche Gründe genannt, die häufigsten Gründe waren finanzielle Sorgen (56 %), Partnerbezogene Belange (55 %) und die Beeinträchtigung zukünftiger Chancen (54 %). Verheiratete gaben am häufigsten an, keine (weiteren) Kinder zu wollen, der häufigste Grund Unverheirateter waren sozioökonomische Sorgen (37). Frauen in Schweden nannten am häufigsten den Wunsch erst später die Familie zu gründen (60 %), Partnerbezogene Belange (32 %) sowie nicht die finanziellen Mittel bereit zu haben (32 %) (37).

Fast 50 % der Teilnehmenden dieser Tiroler Umfrage stimmten der Frage zu, dass jeder Grund „Grund genug ist“; was auf ein Bewusstsein für die vielfältigen individuellen Gründe Betroffener hinweist, welche sich in den genannten Studien zeigten. Ein signifikanter Unterschied der Geschlechter ist nur teilweise gegeben. Die finanzielle Situation und Partnerschaftsprobleme wurden von circa 40 % bejaht. Eine abgeschlossene Familienplanung wurde von circa 30% bejaht. Dies zeige, dass einige Teilnehmende die tatsächlich häufigsten Gründe von Frauen für Abbrüche nicht als Grund akzeptierten. Nennenswert ist auch, dass die Akzeptanz von schweren geistigen Behinderungen als Schwangerschaftsabbruch in der Umfrage größer ist, als die Akzeptanz von körperlichen Behinderungen als Ursache für einen Abbruch (circa 70 % zu circa 50 %). Diese Prozentzahlen zeigen gesellschaftliche Überzeugungen und Normen der Teilnehmenden auf die tatsächlichen Gründe der Betroffenen, welche einen Abbruch durchführten. Wohingegen die weltweiten Ergebnisse verdeutlichen, dass viele der in dieser Studie genannten Gründe für Betroffene „Grund genug“ für ihre reproduktiven Entscheidungen waren.

Auch in einer US-amerikanischen Studie von 2015 zeigten sich geteilte Ansichten über gerechtfertigte Gründe. So gab die Mehrheit der Teilnehmenden (74 %) an, dass Schwangerschaftsabbrüche erlaubt sein sollen, aber nicht jeder Grund bejaht wurde. In dieser Tiroler Studie fanden sich keine Unterschiede im Geschlechtervergleich. 21 % der Befragten sagten, dass Abbrüche unter keinen Umständen erlaubt sein sollen (38). Dies deutet auf eine höhere Ablehnung hin, als in dieser Studie gefunden wurde.

Oft richten Frauen ihre reproduktiven Entscheidungen nach ihrer sozialen Haltung. Studien stellten auch dar, dass die Haltung dazu sich verändert, wenn die Situation nicht mehr rein hypothetischer Natur ist. Auch nach einem durchgeführten Abbruch ändert sich diese. So ist der Entscheidungsprozess im Akutfall von ändernden Haltungen geprägt (39). Das weite Spektrum an verschiedenen Aspekten wie die Moral und die Legalität erschweren die Konsensfindung in der Bevölkerung. Eine wichtige Differenzierung zwischen den Gründen von Menschen, welche sich für den Abbruch entschieden haben und die ethische Bewertung möglicher Gründe von den Teilnehmenden dieser Umfrage ist nötig. Dies wird auch hypothetischer Bias genannt, da die hypothetische Bewertung nicht lückenlos mit dem Entscheidungsvorhaben von Menschen in dieser Situation vergleichbar ist.

5.3.3. Bewertung von Aussagen

In der Umfrage wurden der liberale und konservative Standpunkt zu reproduktiver Autonomie durch zwei Aussagen abgebildet. Dieser Unterschiede in der Bewertung sind im Geschlechtervergleich signifikant. In diesem Abschnitt werden wissenschaftliche Erkenntnisse zu ähnlichen Fragestellungen sowie Überlegungen genannt, welche diese gegensätzlichen Standpunkte aufgreifen.

Die Aussage, dass Abbrüche eine schwierige, individuelle Entscheidung sind und jede Frau das Recht hat über ihren Körper zu bestimmen, wurde überwiegend unterstützt. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden wählten „Ich stimme sehr zu“, wobei mehr Frauen dieser Aussage uneingeschränkt zustimmten und Männer etwas ablehnender reagierten. Der gegenteiligen Aussage, dass Schwangerschaften die natürliche Konsequenz eines Geschlechtsverkehrs sind, und in diesen Vorgang nicht eingegriffen werden soll, wurde von den meisten Menschen nicht zugestimmt. 88 % der Frauen und 72 % der Männer wählten „Ich stimme überhaupt nicht zu“. Dies stellt, eine statistische Signifikanz, dass Frauen hier liberaler eingestellt sind dar.

Nach der Prinzipienethik von Beauchamp and Childress kann das Prinzip der Autonomie und das Prinzip der Fürsorge hier auf die Patienten Mutter und Kind angewendet werden. So hat jeder Mensch Recht auf Selbstbestimmung. Aufgabe der Medizin ist, die Wünsche von Patienten zu berücksichtigen. Genauso kann über das Prinzip der Fürsorge diskutiert werden, dass medizinisches Personal zur Fürsorge von Menschen verpflichtet ist. Da die Studentinnen und Studenten dieser Studie eine Tendenz zu einer liberalen Position zeigten, lässt sich argumentieren, dass sie die Prinzipien der Fürsorge und der Selbstbestimmung der Schwangeren in ihren Überlegungen berücksichtigen. Diese liberale Position wird auch von einer renommierten zahnärztin, welche sich für persönliche Autonomie einsetzt, vertreten. Sie argumentierte, dass Schwangerschaft und deren Abbruch vorrangig die Autonomie der Schwangeren betrifft. Sie betrachtete eine Schwangerschaft als einen „moralisch neutralen Zustand“ und betonte die körperliche Belastung dieser, einschließlich möglicher Komplikationen und Nebenwirkungen wie schwere Übelkeit oder seltenen, potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen. (32). In den USA ist laut einer Studie aus dem Jahr 2012 ein induzierter Abbruch sicherer als eine Geburt (33).

Die Frauen dieser Tiroler Studie zeigten eine höhere Zustimmung zur liberalen Aussage. Gründe dafür könnten sein, dass Männer weniger betroffen sind, da die Schwangerschaft und mögliche Komplikationen nicht ihren Körper betreffen und in tradierten Rollenbildern Kinder Aufgabe der Frau sind und so das Leben der Mütter meist mehr beeinträchtigen und verändern.

So wird nach wie vor der Großteil der Care-Arbeit von Frauen geleistet, sie gehen deutlich häufiger und länger in Karenz, oder in Teilzeit um die Erziehung und Organisation der Kinder zu bewerkstelligen(1). Dies kann Einschnitte für Karrieren sowie die Zeit für eigene Interessen bedeuten.

Eine spanische Studie sieht eine unterstützendere Haltung für Abtreibungsrechte von Menschen mit direkten oder indirekten Erfahrungen von Abbrüchen als von Menschen ohne jegliche Erfahrungen (22). Dies spricht auch für das Argument, dass die persönliche Betroffenheit ein Faktor für die individuelle Einstellung zu reproduktiven Rechten ist.

Etwas weniger als 30 Studierende dieser Studie stimmten der konservativen Aussage zu. Abtreibungsgegner:innen argumentieren, dass menschliches Leben mit der Empfängnis beginnt und ein Embryo ab diesem Zeitpunkt ein vollständiges Genom besitzt, was es zu einem würdevollen menschlichem Leben macht. Folglich kann angenommen werden, dass sie jegliche Tötung menschlichen Lebens als verwerflich empfinden. Ein Leben zugunsten eines anderen zu beenden ist in der konservativen Position eine Art der Instrumentalisierung um die Wünsche der Eltern zu erfüllen (34).

Die Literaturrecherche zeigte keine Unterschiede in den Haltungen zu Schwangerschaftsabbrüchen zwischen Geschlechtern. Neben Alvargonzález in Spanien untersuchte auch Buga (2002) die Einstellung von südafrikanischen Student:innen (hier einer Medizinischen Universität) zu Schwangerschaftsunterbrechungen. In beiden wurden keine signifikanten Unterschiede im Geschlechtervergleich gefunden (35).

In dieser Studie zeigte sich eine deutliche Tendenz Studierender für reproduktive Rechte und für die Entscheidungsmöglichkeit Betroffener zu einem Schwangerschaftsabbruch, da sie bei den Fragen überwiegend liberale Antworten wählten. Dies steht im Kontrast zu den Tendenzen einiger Länder, welche die Zugänglichkeit zu Schwangerschaftsabbrüchen einschränken. Polen beispielsweise hat das restriktive Abtreibungsrecht 2020 noch weiter verschärft. Dadurch ist Schwangeren ein Abbruch auch bei nicht lebensfähigen Embryonen verwehrt. Seit die Grundsatzentscheidung „Roe v. Wade“ vom Supreme Court in den USA aufgehoben wurde, welche das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche sicherte, gibt es in vielen dieser Staaten einschränkende und verbotende Gesetzesänderungen (31). Diese politischen Maßnahmen schränken die von Tiroler Studierenden als wichtig empfundene reproduktive Entscheidungsfreiheit ein.

5.4. Limitationen und Implikationen

Diese prospektive Studie hat sich auf Studierende des Bundeslandes Tirol fokussiert, eine nicht völlig repräsentative Stichprobe der Gesellschaft. So ist dieses Thema auch für unter 18-Jährige sowie Arbeitende relevant. Die Entscheidung dafür liegt in dem Vorteil der Rekrutierung, so konnten die Teilnehmenden über Emailverteiler der Universitäten sowie Links in den sozialen Medien einfach erreicht werden und ein Vergleich der Stichprobe war gut möglich. Es wurde sich für die studentische Population entschieden, da die soziodemografischen Merkmale (Alter, Beziehungsstatus, Sexualität) dieser Kohorte gut vergleichbar sind, das Thema in dieser Altersgruppe relevant ist, ein Interesse an wissenschaftlichen Studien besteht und Studierender über Universitätskanäle leicht erreichbar sind. Weiters ist diese gut mit der Studiengruppe der vorgegangenen Studie von 2023 vergleichbar. Die erste Studie beschäftigt sich mit Verhütung und Reproduktion, während sich die vorliegende Diplomarbeit stärker auf Schwangerschaftsabbrüche konzentriert. Sowohl in der Studie von 2023 als auch in der vorliegenden Untersuchung wurde ein teils niedriges Wissen über reproduktive Gesundheit festgestellt. So konnten beispielsweise in der Studie von 2023 nur etwa 30 % der Teilnehmenden die richtige Antwort zur Notfallkontrazeption geben. In der aktuellen Studie zeigte sich ebenfalls ein niedriges Wissensniveau, insbesondere wussten nur 12,5 % der Befragten, dass Schwangerschaftsabbrüche bis zur 16. Woche in Österreich straffrei sind. Auffällig ist, dass in der Vorgängerstudie von 2023 ein Unterschied im Wissen zu den Themen der Reproduktion im Geschlechtervergleich von Studierenden festgestellt wurde.

Bemerkenswert ist weiters der Unterschied in den Fallzahlen der Geschlechter, von 748 eingeschlossenen Proband:innen sind 128 Männer, dies entspricht einem Verhältnis von circa 1:5. Gründe dafür sind vielfältig. Es liegt nahe, dass die Relevanz dieser Thematik bei Menschen mit Uterus größer ist, da es diese direkter, also ihren eigenen Körper betrifft.

Ähnliche Ergebnisse der Geschlechterverteilung finden sich auch in weiteren Studien. Wie in der Studie von Flatscher-Thöni, Böttcher, wo mehr Frauen als Männer teilnahmen (68 % zu 32 %) (40). In der vorangegangenen Diplomarbeit von Schatzl waren 81,4 % weiblich (26, 27). Die Studie von Alvargonzález bei der spanische Studierende teilnahmen zeigte ein Geschlechterverhältnis 58,34 % Frauen zu 41,66 % Männer (22).

Wie bereits die vorangegangene Studie wurde die Umfrage online durchgeführt und die Rekrutierung erfolgte durch Universitätsaussendungen. Dies erwies sich als eine effektive, kostengünstige Methode, die Studierenden zu erreichen. Vorteile sind eine einfache, zeitgemäße Handhabung und Anonymität. Die Verteilung unserer Stichprobe ist in Bezug auf die Geschlechter nicht ausgeglichen, non-binäre Menschen wurden ausgeschlossen. Die Teilnehmenden, die sich als divers identifizieren wurden ausgeschlossen, da die Anzahl ($n = 6$) zu gering war, um eine Generalisierbarkeit zu ermöglichen und potenzielle Verzerrungen zu vermeiden. Zudem war es

nicht möglich die Gruppe in die Kategorien „weiblich“ „nicht-weiblich“ aufzuteilen, da das biologische Geschlecht nicht abgefragt wurde. In einer weiteren Studie, soll auch das biologische Geschlecht abgefragt werden. Dies wurde in dieser nicht getan, wodurch ihre Meinungen und ihr Wissen keinen Platz bekam. Spannend wären auch Daten mit jüngeren Menschen, da auch sie schon teilweise mit diesen Themen konfrontiert werden. Herausforderung einer solchen Studie mit Minderjährigen ist das nötige Einverständnis der Erziehungsberechtigten, wo Eltern dies vielleicht ablehnen, da das Thema als unangemessen betrachtet werden könnte. Zusätzlich können ethische Vorgaben, welche zum Schutz von Minderjährigen angewendet werden, den Studienprozess erschweren.

Im Wissensteil wurden wenige und spezifische Fragen gestellt. Mehr Fragen und genaueres Abfragen hätte zu noch repräsentativeren Ergebnissen führen können. Die Daten dieser Arbeit veranschaulichen teils vorhandenes sowie fehlendes Wissen im Bereich der reproduktiven Gesundheit und deren Rechte. Dies bestärkt die Annahme, dass reproduktive Rechte auch im 21. Jahrhundert mit Stigmata belastet sind und viele Menschen darüber nicht reden, Wissen fehlt und Menschen sich möglicherweise für Entscheidungen schämen.

Es wurden bewusst nicht alle Fragen des Fragebogens ausgewählt, da diese Umfrage auch von der zweiten Diplomandin für ihre Abschlussarbeit genutzt werden. Durch die Fokussierung auf die genannten Fragen konnte weiters, eine genaue wissenschaftliche Bearbeitung ermöglicht werden.

Diese Diplomarbeit erlaubt einen direkten Vergleich des Wissenstands und der Haltung zu Reproduktion zwischen Geschlechtern. Das Geschlecht hat keinen signifikanten Einfluss auf das Wissen über das Thema, jedoch zeigten sich signifikante Unterschiede in der ethischen Bewertung zu diesem Thema, welche aber von Frage zu Frage unterschiedlich sind. Die Erwartung, dass Frauen mehr Wissen über reproduktive Themen verfügen, kann hier nicht bestätigt werden.

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, wie aktuell und wichtig das Thema für viele Studierende im Bundesland ist. Es zeigte sich ein Wissensdefizit in manchen Bereichen sowie eine liberale Einstellung zur Thematik der reproduktiven Gesundheit. Aufbauend auf diese Ergebnisse könnten Handlungsschritte zur besseren Zugänglichkeit und Leistbarkeit getätigt werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Gaiswinkler S, Antony D, Delcour J, Pfabigan J, Pichler M, Wahl A. Frauengesundheitsbericht 2022. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2023. S. 79-87.
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(9): e1152-e61.
3. Espinoza C, Samandari G, Andersen K. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sex Reprod Health Matters*. 2020; 28(1):1744225. doi: 10.1080/26410397.2020.1744225 [Epub Dez 2020].
4. World Health Organization (WHO). Abortion Fact sheet [Internet]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 29.07.2024]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
5. United Nations (UN). Contraceptive Use by Method [Internet]. 2019 [zuletzt aufgerufen am 24.09.2024]. Verfügbar unter: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf.
6. World Health Organization (WHO). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Genf: World Health Organization; 2003. S. 10-39.
7. Schwarz K. Der Schwangerschaftsabbruch. Eine rechtliche und gesellschaftspolitische Analyse. Linz: ProLibris GmbH. 2009.
8. Griessler E. „Policy Learning“ im österreichischen Abtreibungskonflikt: Die SPÖ auf dem Weg zur Fristenlösung. Wien: Institut für Höhere Studien. 2006. S. 26-55.
9. Der Standard. Warum Abtreibungen nun doch im Spital möglich sein werden. [Internet] 2023 [zuletzt aufgerufen am 13.11.2024]. Verfügbar unter: <https://www.derstandard.at/story/3000000192721/warum-in-vorarlberg-abtreibungen-nun-doch-im-spital-moeglich-sein-werden>
10. Dolderer AB. Menschenwürde und Spätabbruch. Berlin, Heidelberg: Springer Nature. 2012.
11. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon [Internet] 2022 [zuletzt aufgerufen am 13.11.2024]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf
12. Mazza D, Burton G, Wilson S, Boulton E, Fairweather J, Black KI. Medical abortion. *Aust J Gen Pract*. 2020;49:324-30.
13. Valentino M, Pavlica P. Medical ethics. *J Ultrasound*. 2016;19(1):73-6.
14. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184-8.
15. Gillon R. Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *J Med Ethics*. 2015;41(1):111-6.
16. Baumgartner HM, Bodden-Heidrich R, Bosshard SN, Cremer T, Decker K, Hepp H, et al. Menschenwürde und Lebensschutz: Philosophische Aspekte. In: Rager G, [Hrsg]. Beginn, Persönlichkeit und Würde des Menschen. Band 23. Freiburg im Breisgau: Alber. 1997. S. 167-226.
17. Kindl M. Philosophische Bewertungsmöglichkeiten der Abtreibung. Berlin: Duncker & Humblot. 1996. S. 17-100.
18. Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer GmbH. 2012. S. 23-33, 221-225.
19. Sandkühler HJ. Menschenwürde Philosophischen, theologische und juristische Analysen. Frankfurt/Main: Peter Lang. 2007.
20. Knoepffler N. Den Hippokratischen Eid neu denken. *Medizinethik für die Praxis*. Freiburg, München: Verlag Karl Alber. S. 52-70, 163-176.
21. Kuhse H, Singer P. Individuen, Menschen, Personen Fragen des Lebens und Sterbens. Sankt Augustin: Academia Verlag. 1999. S. 25-122.
22. Alvargonzález D. Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students. *Psicothema*. 2017;29(4):520-6.

23. Helfferich CK, Klindworth H, Heine Y, Wlosnewski I, Eckert J. frauen leben 3-Familienplanung im Lebenslauf. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2013. S. 10-33
24. United Nations Statistics Division Development Data and Outreach Affairs. The Sustainable Development Goals Report [Online Dokument] 2022. [zuletzt aufgerufen am 17.6.2024]. Verfügbar unter: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>
25. United Nations: Economic and Social council. Statistical Annex [Online Dokument]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 17.6.2024]. Verfügbar unter: https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2022/E_2022_55_StatisticalAnnex_I_and_II.pdf
26. Schatzl V. Fragebogenstudie zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen und Kontrazeption. Innsbruck: Medizinische Universität Innsbruck. 2023.
27. Hosa H, Böttcher B, Schatzl V, Gahl M, Weigel B, Riedl D, et al. Let's Talk About Sex: Tyrolean Online Study on Reproductive Health Issues. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2023;83(11):1371-81.
28. Volck W, Ventress ZA, Herbenick D, Hillard PJ, Huppert JS. Gynecologic knowledge is low in college men and women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013;26(3):161-6.
29. Assifi AR, Berger B, Tunçalp Ö, Khosla R, Ganatra B. Women's Awareness and Knowledge of Abortion Laws: A Systematic Review. PLoS One. 2016;11(3):e0152224. doi: 10.1371/journal.pone.0152224 [Epub Dez 2016].
30. Kissling A, Jackson HM. Estimating Prevalence of Abortion Using List Experiments: Findings from a Survey of Women in Delaware and Maryland. Womens Health Issues. 2022;32(1):33-40.
31. Agena G, Hecht P, Riese D. Selbstbestimmt für reproduktive Rechte. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach. 2022.
32. Hewson B. Reproductive autonomy and the ethics of abortion. J Med Ethics. 2001;27 Suppl 2(Suppl 2):ii10-4.
33. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2012;119(2 Pt 1):215-9.
34. Lambert VC, Hackworth EE, Billings DL. Qualitative analysis of anti-abortion discourse used in arguments for a 6-week abortion ban in South Carolina. Front Glob Womens Health. 2023;4:1124132. doi: 10.3389/fgwh.2023.1124132 [Epub Mar 2023].
35. Buga GA. Attitudes of medical students to induced abortion. East Afr Med J. 2002;79(5):259-62.
36. Helfferich C, Klindworth H, Kruse J, Bode H, Hendel-Kramer A, Wagner R. Männer leben-Studie zu Lebensläufen und Familienplanung-Vertiefungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2005.
37. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. Contraception. 2017;96(4):233-41.
38. Altshuler AL, Gerns Storey HL, Prager SW. Exploring abortion attitudes of US adolescents and young adults using social media. Contraception. 2015;91(3):226-33.
39. Newmyer L, Scott TY. Pregnancy Scares, Pregnancy Uncertainty, and Abortion Attitude Change. Soc Sci Res. 2022; 108:102785. doi: 10.1016/j.ssresearch.2022.102785 [Epub Sep 2022].
40. Flatscher-Thöni M, Böttcher B, Geser W, Lampe A, Werner-Felmayer G, Voithofer C, et al. Worlds apart or two sides of the same coin? Attitudes, meanings, and motives of potential oocyte and sperm donors in Austria. J Assist Reprod Genet. 2020;37(2):287-96.

7. Anhang

7.1 Fragebogen Studierende:

Ich studiere in Tirol und möchte an dieser Umfragestudie jetzt teilnehmen:

☐ Ja

☐ Nein

Demographie

Alter: (Kommentarfeld)

Geschlecht:

☐ W

☐ M

☐ divers

Nationalität:

☐ Österreich

☐ Deutschland

☐ Italien

☐ Sonstiges (Kommentarfeld)

Herkunftsort:

☐ < 5000 Einwohner_innen (Dorf)

☐ = > 5000 Einwohner_innen (Kleinstadt - Stadt)

☐ = > 100.000 Einwohner_innen (Großstadt)

Welcher Religion gehören Sie an:

- ☐ Atheismus
- ☐ Christentum
- ☐ Islam
- ☐ Judentum
- ☐ Buddhismus
- ☐ Keine der oben genannten

Bitte geben Sie Ihre Studienrichtung an: (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Gesellschafts-, Geistes- und Sozialwissenschaften
- ☐ Gesundheitswissenschaften
- ☐ Ingenieurwissenschaften
- ☐ Kunst, Musik, Design und Gestaltung
- ☐ Lehramt, Erziehungs- und Bildungswissenschaften
- ☐ Mathematik Naturwissenschaften, Informatik
- ☐ Öffentliche Verwaltung
- ☐ Psychologie
- ☐ Rechtswissenschaften
- ☐ Sportwissenschaften
- ☐ Sprach- und Kulturwissenschaften
- ☐ Umwelt, Agrar- und Forstwissenschaften
- ☐ Wirtschaftswissenschaften und Management

Falls Sie eine Gesundheitswissenschaft studieren, bitte geben Sie ihre genaue Richtung an:

- > ☐ Humanmedizin
- > ☐ Zahnmedizin
- > ☐ Molekulare Medizin
- > ☐ Hebammenstudium
- > ☐ BSc Gesundheits- und Krankenpflege
- > ☐ Ausbildung zur Pflegefachassistenz
- > ☐ Sonstiges

Ausbildungsstand der Eltern

Was ist der höchste Abschluss Ihrer Eltern? Elternteil 1:

- ☐ kein Abschluss
- ☐ Pflichtschulabschluss
- ☐ Abitur/Matura
- ☐ Hochschulabschluss
- ☐ Lehre
- ☐ Ich weiß es nicht

Was ist der höchste Abschluss Ihrer Eltern? Elternteil 2

- ☐ kein Abschluss
- ☐ Pflichtschulabschluss
- ☐ Abitur/Matura
- ☐ Hochschulabschluss
- ☐ Lehre
- ☐ Ich weiß es nicht

Welche der folgenden Kategorien beschreibt am Besten Ihre berufliche Situation?

- ☐ Ich arbeite in Vollzeit
- ☐ Ich arbeite in Teilzeit
- ☐ Ich arbeite unter der Geringfügigkeitsgrenze
- ☐ Ich bin derzeit nicht berufstätig

Wieviel Geld steht Ihnen monatlich insgesamt zur Verfügung?

- ☐ < 500 €
- ☐ 500€-1000€
- ☐ 1000€-2000€
- ☐ 2000€-5000€
- ☐ >5000 €

Reproduktionsmedizinische Anamnese

Was ist Ihr derzeitiger Beziehungsstatus:

- ☐ in einer Beziehung
- ☐ in einer offenen Beziehung
- ☐ in keiner Beziehung

Bitte geben Sie Ihre sexuelle Orientierung an:

- ☐ homosexuell
- ☐ heterosexuell
- ☐ bisexuell
- ☐ pansexuell
- ☐ asexuell
- ☐ sonstiges (bitte angeben)

Wie viele Kinder haben Sie?

- ☐ Keine
- ☐ 1-3
- ☐ >3

Wollen Sie eigene biologische Kinder haben?

- ☐ Ja, bei mir besteht gerade Kinderwunsch
- ☐ Ja, aber erst in Zukunft
- ☐ Nein, ich will keine biologischen Kinder haben
- ☐ Familienplanung abgeschlossen
- ☐ Ich weiß es nicht

Wurden von Ihnen /einer Ihrer ehemaligen/aktuellen Sexualpartnerinnen schon einmal nach gemeinsamen Geschlechtsverkehr „die Pille danach“ eingenommen?

☐ Ja

-> Wenn Ja, wie oft haben wurde von Ihnen/Ihren Partnerinnen „die Pille danach“ eingenommen?
(Kommentarfeld)

☐ Nein

☐ Ich möchte mich dazu nicht äußern

☐ Ich weiß es nicht

Wurde von Ihnen/einer Ihrer aktuellen /ehemaligen Sexualpartnerinnen schon einmal eine gemeinsame Schwangerschaft abgebrochen?

☐ Ja

-> medikamentös

-> chirurgisch

☐ Nein

☐ Ich möchte keine Angaben dazu machen

Kennen Sie in Ihrem Umfeld eine Person, welche einen Abbruch durchgeführt hat?

☐ Ja

☐ Nein

Derzeitige Verhütung bzw. die der Partnerin/ des Partners (Mehrfachantworten möglich)

☐ Keine: ungeschützter Geschlechtsverkehr

☐ Keine: gleichgeschlechtliche Beziehung

☐ Keine: Kinderwunsch

☐ Keine: Sonstiges

☐ Kondom

☐ Coitus interruptus

☐ Pille

☐ Hormonstäbchen

☐ Hormonspirale

☐ Kupfer-Spirale, Gold-Spirale, Kupferball, Kupferkette

☐ Vaginalring

☐ natürliche Familienplanung (Temperatur, Kalender, Zervixschleim)

☐ Zyklus-Apps

☐ Sonstiges (Kommentarfeld)

Wissen über Reproduktion/Schwangerschaft

Zu welchem Zeitpunkt im Menstruationszyklus ist es wahrscheinlich, dass bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft eintritt (Zeitstrahl zum Anklicken)

Wodurch erfolgte Ihre Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Internet

☐ Schule

☐ Studium

☐ Beratungsstellen

☐ Sonstiges

☐ Ärzt*Innen

☐ gar nicht

Haben Sie das Gefühl, genügend über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs informiert zu sein?

☐ Ja

☐ Nein

->Wissen Sie, wo Sie zuverlässige Informationen dazu bekommen?

☐ Ja

☐ Nein

Finden Sie eine Aufklärung über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches und Informationen dazu wichtig? (1-5, sehr wichtig-nicht wichtig)

Soll es das Thema „Schwangerschaftsabbruch“ in die medizinische Ausbildung verpflichtend aufgenommen werden?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Das ist mir egal

Wissen über Lage in Österreich:

Die ärztliche Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ist im Rahmen der Fristenlösung in Österreich:

- ☐ legal
- ☐ straffrei
- ☐ Ich weiß es nicht

Bis zu welcher Schwangerschaftswoche ist ein Schwangerschaftsabbruch generell in Österreich für die Patientin straffrei möglich? (gezählt ab letzter Menstruation)

bis zum Ende der 5./ 8./ 12. / 16. / 20. /25. Woche
sonstiges

Gibt es besondere Gründe, dass ein Abbruch auch später erlaubt ist?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

Wenn ja, welche:

Wie viele Einrichtungen führen in Tirol derzeit aus medizinischer, sozialer oder kriminologischer Indikation einen Schwangerschaftsabbruch durch:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ bis zu 5
- ☐ mehr als 5
- ☐ Ich weiß es nicht

Wie hoch sind die selbst zu tragenden Kosten in Tirol für einen Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation?

- ☐ Kostenfrei
- ☐ <100 €
- ☐ 100-300€
- ☐ 300-1000€
- ☐ Ich weiß es nicht

Ethische Fragen:

Hat Ihre religiöse Einstellung einen Einfluss auf Ihre Meinung zu Schwangerschaftsabbrüchen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

Wann beginnt für Sie menschliches Leben (Einfachauswahl):

- ☐ Ab Verschmelzung von Eizelle und Spermium
- ☐ Ab Einnistung in die Gebärmutter
- ☐ Ab dem Herzschlag
- ☐ Ab Kindsbewegungen
- ☐ Ab der Lebensfähigkeit des Ungeborenen (etwa 23. Schwangerschaftswoche)
- ☐ Ab der Geburt
- ☐ Sonstiges/anderes

Wie sehr stellt Ihrer Meinung nach das Thema des Schwangerschaftsabbruchs ein gesellschaftliches Tabu dar? (Skala 1-5 (gar nicht-sehr))

Was sind aus Ihrer Sicht akzeptable Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Schweres kindliches Fehlbildungssyndrom mit schwerer geistiger Behinderung
- ☐ Sehr schwere kindliche körperliche Behinderung bei wahrscheinlich normaler Intelligenz
- ☐ Akute Lebensgefahr der Mutter bei Fortführung der Schwangerschaft
- ☐ Minderjährigkeit der Eltern
- ☐ Mentale oder körperliche Beeinträchtigung der Eltern
- ☐ Schwangerschaft nach Vergewaltigung
- ☐ Familienplanung abgeschlossen
- ☐ Finanzielle Situation
- ☐ Keine oder instabile Partnerschaft
- ☐ keine Unterstützung durch die eigene Familie
- ☐ Keiner dieser genannten Gründe
- ☐ Jeder Grund ist akzeptabel

Bewerten von Aussagen: Wie sehr stimmen Sie jeweils zu: (1-5 sehr/gar nicht)

☐ Schwangerschaftsabbrüche sind eine schwierige, individuelle Entscheidung, jede Frau hat das Recht über ihren Körper zu bestimmen

☐ eine Schwangerschaft ist die natürliche Konsequenz eines Geschlechtsverkehrs und es soll in diesen natürlichen Vorgang nicht eingegriffen werden

☐ Ich denke, dass es für eine Frau die Möglichkeit geben muss eine Schwangerschaft zu verhindern, selbst wenn ihr Partner ein Baby haben möchte.

☐ Im Falle eines stark beeinträchtigten Kindes sollte ein Paar das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch unabhängig von der Schwangerschaftswoche haben.

☐ Minderjährige sollten auch aus sozialer Indikation kostenfrei und unbürokratisch einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen können

☐ Nach einer Vergewaltigung (kriminologische Indikation) sollte ein Schwangerschaftsabbruch kostenfrei und unbürokratisch durchführbar sein.

Die Pränataldiagnostik (z.B. Ultraschalluntersuchungen) ermöglicht, Informationen für eine mögliche Krankheit/Behinderung zu erhalten. Würden Sie einen Abbruch der Schwangerschaft bei einer schweren körperlichen Beeinträchtigung durchführen lassen

☐ Ja

☐ Nein

☐ Vielleicht

Bei einer Präimplantationsdiagnostik werden Embryonen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung auf genetische Auffälligkeiten/ Erkrankungen untersucht und dann nur nicht betroffene Embryonen eingesetzt. Sollte diese Diagnostik jedem Paar auf Krankenkassenkosten ermöglicht werden?

☐ Ja

☐ Nein

☐ bei speziellen Krankheitsbildern (über Gene übertragbare Krankheit)

Welche der folgenden Faktoren haben Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen?

Die Gesetze im Land (Abbruch ist legal/illegal) ☐ Ja ☐ Nein

Bildungsstatus ☐ Ja ☐ Nein

Das eventuell vorhandene Stigma, einen Abbruch durchführen zu lassen ☐ Ja ☐ Nein

Kostenübernahme ☐ Ja ☐ Nein

Zugang zu Verhütungsmitteln ☐ Ja ☐ Nein

Sollten aus Ihrer Sicht Verhütungsmittel oder Schwangerschaftsabbrüche kostenfrei angeboten werden?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Das ist mir egal

Würde aus Ihrer Sicht die Gratis-Abgabe von Verhütungsmitteln ungewollte Schwangerschaften reduzieren?

☐ Ja

☐ Nein