

Diplomarbeit

Der Schwangerschaftsabbruch: Eine Querschnittsstudie unter 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

Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA

eingereicht von

Viktoria Bachmann

Widmung

Diese Arbeit widme ich meinen Eltern.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die im Rahmen der Diplomarbeit einen Beitrag geleistet haben.

Ein herzlicher Dank gilt meiner Betreuerin Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA, für die zuverlässige Unterstützung und die wertvollen Anregungen. Ein weiterer Dank gebührt Petra Preuer für die angenehme Zusammenarbeit im Rahmen der Diplomarbeit. Ebenso möchte ich allen Studienteilnehmer*innen danken.

Ein besonderer Dank geht an alle meine Freund*innen und an Kai, mit denen ich eine sehr schöne und erlebnisreiche Studienzeit in Innsbruck sowie während meiner Auslandserfahrungen teilen durfte.

Der größte Dank gilt meinen Eltern. Danke für euren starken Rückhalt und für die stets wertvolle und liebevolle Unterstützung. Ein besonderer Dank geht an meine Schwester und beste Freundin Magda, mit der ich einen großen Teil meiner Studienzeit verbringen durfte und auf die ich mich immer verlassen kann.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Viktoria Bachmann, 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, Viktoria Bachmann, 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

Eidesstattliche Erklärung	4
Statement of originality	4
I. Abbildungsverzeichnis	8
II. Tabellenverzeichnis	9
III. Zusammenfassung.....	10
IV. Abstract	11
V. Eigenleistung	12
1 Einleitung.....	13
1.1 Ausgewählte Einblicke in die Geschichte des Schwangerschaftsabbruches	13
1.1.1 Notizen aus der Antike.....	13
1.1.2 Der Einfluss des Christentums	14
1.1.3 Neue Herangehensweisen - einige Beispiele	15
1.2 Gesetzgebung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich.....	16
1.3 Durchführungsmethoden	17
1.3.1 Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon	17
1.3.2 Der operative Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon	19
1.4 Der unsichere Schwangerschaftsabbruch.....	20
2 Fragestellung und Zielsetzung	23
3 Material und Methoden	24
3.1 Studiendesign und Datenerhebung	24
3.2 Fragebogen.....	24

3.3	Datenanalyse	25
4	Ergebnisse	26
4.1	Soziale Merkmale der Studienteilnehmenden	26
4.2	Reproduktionsmedizinische Merkmale der Studienteilnehmenden	27
4.3	Ergebnisse der Wissensfragen	28
4.4	Ergebnisse der Einstellungs- und Meinungsfragen	31
4.4.1	Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche	31
4.4.2	Kosten von Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütungsmitteln	32
4.4.3	Einflussfaktoren auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.....	32
5	Diskussion.....	34
5.1	Der Einfluss der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln auf das Verhütungsverhalten und die Prävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen	34
5.2	Die Relevanz sexueller Bildung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen 36	
5.3	Wissenslücken unter Studierenden zu Schwangerschaftsabbrüchen.....	36
5.4	Digitale Informationsquellen als Lösungsansatz zur Aufklärung über reproduktive Rechte und Gesundheit.....	38
5.5	Möglichkeiten zur Integration des Themas Schwangerschaftsabbruch in die frühe ärztliche Ausbildung.....	40
5.6	Schlussfolgerung/Fazit:	42
5.7	Limitationen	43
6	Literaturverzeichnis	45
7	Liste der verwendeten Abkürzungen.....	45

8	Anhang.....	50
----------	--------------------	-----------

I. Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 4.1 VERHÜTUNGSVERHALTEN DER STUDIENTEILNEHMER*INNEN	28
ABBILDUNG 4.2 WISSENSFRAGE ÜBER DIE FRUCHTBAREN TAGE IM MENSTRUATIONSZYKLUS	29
ABBILDUNG 4.3 WISSENSFRAGE ZUR GESETZLICHEN REGELUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS IN ÖSTERREICH.....	29
ABBILDUNG 4.4 WISSENSFRAGE ZUR GESETZLICHEN REGELUNG DER FRISTENLÖSUNG IN ÖSTERREICH	30
ABBILDUNG 4.5 WISSENSFRAGE ZUR GESETZLICHEN REGELUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS IN ÖSTERREICH.....	30
ABBILDUNG 4.6 WISSENSFRAGE ZU DEN KOSTEN EINES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS IN ÖSTERREICH	31
ABBILDUNG 4.7 INFORMATIONQUELLEN DER STUDIENTEILNEHMER*INNEN ZUR AUFKLÄRUNG ÜBER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE.....	32
ABBILDUNG 4.8 EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE HÄUFIGKEIT VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN AUS SICHT DER STUDIENTEILNEHMER*INNEN	30

II. Tabellenverzeichnis

TABELLE 4.1 DEMOGRAPHISCHE DATEN	26
TABELLE 4.2 REPRODUKTIONSMEDIZINISCHE DATEN	27

III. Zusammenfassung

Das Ziel der Studie war die Erhebung von Wissen und Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch unter Studierenden in Tirol, mit besonderem Fokus auf Unterschiede zwischen Humanmedizinstudierenden und Studierenden anderer Disziplinen. In Österreich sind Schwangerschaftsabbrüche in den Paragraphen 96-98 des Strafgesetzbuches geregelt. Der Paragraph 97 beschreibt die Voraussetzungen, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch in Österreich straffrei möglich ist. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer Querschnittsstudie unter Verwendung eines selbstkonzipierten Online-Fragebogens. Die Ergebnisse wurden anonymisiert und anhand verschiedener statistischer Verfahren deskriptiv sowie quantitativ ausgewertet. Insgesamt wurden 754 Personen in die Datenanalyse der Studie einbezogen. In vier von fünf themenspezifischen Wissensfragen hatten Medizinstudierende einen signifikant höheren Wissensstand als Studierende anderer Fachrichtungen. Etwa ein Drittel der Befragten fühlte sich ausreichend über den Schwangerschaftsabbruch aufgeklärt und rund die Hälfte der Teilnehmenden wusste, wo zuverlässige Informationen zum Abbruch verfügbar sind. Das Internet wurde als die am häufigsten verwendete Informationsquelle genannt. 90,7 % der Teilnehmenden sprachen sich für eine Pflichtlehrveranstaltung zum Schwangerschaftsabbruch im Medizinstudium aus. Die Mehrheit der Befragten befürwortete ein kostenloses Angebot von Verhütungsmitteln oder Schwangerschaftsabbrüchen. Die Stigmatisierung eines Abbruchs und der Zugang zu Verhütungsmitteln waren die am häufigsten genannten Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Abbrüchen. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung zugänglicher, evidenzbasierter digitaler Informationsquellen zum Schwangerschaftsabbruch. Eine Integration des Themas in die ärztliche Ausbildung könnte neben einer thematischen Grundlagenvermittlung ethische und kommunikative Kompetenzen angehender Mediziner*innen fördern. Ein niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln sollte angestrebt werden.

IV. Abstract

The purpose of the study was to examine the knowledge and the attitudes regarding abortion among students in Tyrol. A focus was placed to analyze the differences between medical students and students from other disciplines regarding this topic. Abortion is regulated in Austria in the Criminal Code under sections 96 to 98. According to section 97 abortion in Austria is legally not punishable under defined conditions. Using a cross-sectional study data were collected using a self-designed online questionnaire. The data were analyzed descriptively and quantitatively using multiple statistical methods. 754 students were included in the study. Medical students showed a higher level of expertise in four out of five topic-specific questions about abortion. Around one third of the students felt sufficiently informed about abortion and about half of all participants declare to know where to find valid information about abortion in Austria. According to the students, the internet was the most used source of information. 90.7 % were in favor of the inclusion of a mandatory course on abortion in medical education. Providing contraception or abortion services free of charge was in the interest of most participants. The stigma associated with having an abortion and the access to contraceptives were the most commonly mentioned factors influencing abortion rates. The results emphasize the significance of accessible, evidence-based digital information sources. Through integrating the topic into medical education basic knowledge could be taught and also ethical and communication skills among future physicians could be developed. Improving low-threshold access to contraceptives should be pursued.

V. Eigenleistung

Die Arbeit wurde im Rahmen einer Studie der Innsbrucker Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin verfasst. Der zweigeteilte Fragebogen wurde von Frau Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA, Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Toth, Sophie Alder, Jakob Meschederu, Petra Preuer und mir entworfen. Petra Preuer und ich haben unter der Leitung von Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA die Fragen zum ersten Teil des Fragebogens über reproduktive Rechte und den Schwangerschaftsabbruch ausgearbeitet, während Sophie Alder und Jakob Meschederu die Fragen des zweiten Teils des Fragebogens hinsichtlich der reproduktiven Autonomie formulierten. Der Fragebogen wurde von Sophie Alder, Jakob Meschederu, Petra Preuer und mir mit Hilfe der Online-Umfrage-Software Survey Monkey erstellt und gemeinsam mit Frau Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA wurden die Vorsitzenden der Universitäten und Studiengangsleiter*innen kontaktiert. Die Daten habe ich mit Hilfe von Priv.- Doz. Mag. rer. nat. David Riedl, PhD und Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA ausgewertet. Die Diplomarbeit wurde mit Unterstützung von Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Böttcher, MA verfasst. Beim Verfassen der vorliegenden Arbeit habe ich ChatGPT (Version GPT-4o) verwendet, um die sprachliche Formulierung zu verbessern und die Übersetzung in die englische Sprache zu optimieren. Die inhaltliche Verantwortung liegt bei der Autorin.

1 Einleitung

1.1 Ausgewählte Einblicke in die Geschichte des Schwangerschaftsabbruches

Weltweit gibt es keine einheitliche rechtliche Ordnung in Bezug auf reproduktive Rechte und Schwangerschaftsabbrüche. Im folgenden Abschnitt werden einige der sich herausbildenden philosophischen Haltungen und rechtlichen Vorschriften aufgezeigt und Einblicke in die Geschichte des Schwangerschaftsabbruches gegeben. Dabei beziehen sich die Ausführungen vielfach auf das von Robert Jütte 1993 veröffentlichte Buch „Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart“ (1).

1.1.1 Notizen aus der Antike

In welcher Zeit der Menschheitsgeschichte die ersten Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt worden sind, ist nicht genau nachvollziehbar. Es gibt aber Hinweise darauf, dass Schwangerschaftsabbrüche bereits in der frühen Hochkultur Ägyptens durchgeführt wurden. Der Papyrus Ebers, ein um 1600 v. Chr. verfasstes altägyptisches Textstück mit medizinischen Inhalten, enthält die Beschreibung verschiedener Mittel, welche zum Schwangerschaftsabbruch führen sollten. Auch die Philosophen der griechischen Polis beschäftigten sich mit dem Thema des Schwangerschaftsabbruchs. Der Abbruch wird in deren Werken unter anderem als eine Methode genannt, um eine stabile Bevölkerungszahl zu erreichen. Zentral scheint aber die Frage gewesen zu sein, ab welchem Zeitpunkt dem Ungeborenen ein Leben und eine Seele zugeschrieben werden kann. Für Aristoteles, der verschiedene Seelenarten unterschied, war der Beseelungszeitpunkt geschlechterabhängig. Bei einem männlichen Ungeborenen kam es nach seinen Vorstellungen früher zu einer Beseelung als bei einem weiblichen Ungeborenen (1).

Die Ansichten über die Beseelung änderten sich zwar im Laufe der Zeit, spielten aber in der Debatte über den Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch weiterhin eine wichtige Rolle. Die wissenschaftliche Forschung geht davon aus, dass es in der Zeit der griechischen Polis kein gesetzliches Schwangerschaftsabbruchverbot gab (1).

In der römischen Kaiserzeit hingegen wurde unter Kaiser Septimus Severus (193-211) der Schwangerschaftsabbruch zunehmend als Straftat deklariert. Die römische Auffassung der „patria potestas“, welche die väterliche Entscheidungsmacht über die Familie festschrieb und somit auch Einfluss auf die Verhütung und den Abbruch hatte, spielte in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Es wurde die Ansicht vertreten, dass durch einen Schwangerschaftsabbruch einem potentiellen Vater der Anspruch auf den Besitz eines Kindes entzogen werde (1).

1.1.2 Der Einfluss des Christentums

Einen großen Einfluss auf die moralische und rechtliche Diskussion des Schwangerschaftsabbruches hatte die Verbreitung des Christentums. In den von kirchlichen Autoritäten verfassten Bußbüchern wurden sowohl Empfängnisverhütung als auch Schwangerschaftsabbrüche als bußwürdige Vergehen betrachtet. Zudem wurde in vielen Büchern eine Art Fristenlösung beschrieben und der Schwangerschaftsabbruch ab dem Zeitpunkt der Beseelung des Ungeborenen oftmals mit der Tötung eines Menschen gleichgesetzt. Der Beseelungszeitpunkt wurde häufig auf den 40. Tag der Schwangerschaft festgelegt (1).

Für die frühe Neuzeit lässt sich in der Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch eine neue Sichtweise feststellen. Es setzte sich zunehmend die Ansicht durch, dass bereits bei der Befruchtung eine Seele in den Körper eintritt. Diese Auffassung bedingte, dass ein Schwangerschaftsabbruch unabhängig vom Zeitpunkt als Tötung angesehen wurde. Das Recht des Ungeborenen auf Leben bildete zunehmend die rechtliche Basis für die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs. Bedeutend für diese Epoche war die *Constitutio Criminalis Carolina* von Karl V, ein Rechtsdokument aus dem Jahre 1532. Ein Artikel darin beschäftigte sich explizit mit dem Schwangerschaftsabbruch. Sowohl der von der Schwangeren angestrebte Abbruch als auch die gegen den Willen der Frau durchgeführten Abbrüche waren laut Gesetz strafbar. Durch Sozialkontrollen und sehr harte Strafen sollten Abbrüche eingeschränkt werden. Sowohl Geburtshelferinnen als auch Apotheken unterlagen strengen Bestimmungen bezüglich des Umgangs mit Abbruchsmitteln. Die Beschreibung etlicher Mittel in zeitgenössischen Kräuter- und Hebammenbüchern, die der Beendigung einer Schwangerschaft dienen sollten, bestätigen andererseits, dass ausgeprägtes Wissen über Schwangerschaftsabbruchsmittel vorhanden war (1).

Für die Zeit der Aufklärung lässt sich ein Wandel in der Praxis der Geburtshilfe feststellen, welcher auch Einfluss auf die Schwangerschaftsabbrüche hatte. Hebammen wurden durch die zunehmende Dominanz der Ärzte in ihrem Handeln kontrolliert und eingeschränkt. Die Geburtshilfe und Frauengesundheit wurden zu einem männerdominierten Fachgebiet. Auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, wie z.B. die Keimblatttheorie von Wolff Ende des 18. Jahrhunderts, beeinflussten die Diskussion über den Schwangerschaftsabbruch (1).

Mit Beginn des 18. Jahrhunderts befeuerte die Frage, ab wann das Ungeborene als Person und Rechtsträger betrachtet werden kann, die Abbruchsdebatte. 1869 hob Papst Pius IX. den Unterschied von beseeltem und unbeseeltem Embryo auf. Das kanonische Recht setzte nun den Zeitpunkt der Zeugung mit dem Zeitpunkt der Beseelung gleich (1).

Für die oben ausgewählten Zeitabschnitte lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Schwangerschaftsabbruch über lange Zeit als eine moralische Straftat angesehen und dementsprechend reguliert und geahndet wurde. Es muss aber auch angeführt werden, dass

die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches auch einen politischen Hintergrund hatte, da ein stagnierendes Bevölkerungswachstum oftmals nicht im Interesse der Herrschenden war (1).

1.1.3 Neue Herangehensweisen - einige Beispiele

Im 20. und 21. Jahrhundert beeinflussten vor allem die sich weltweit formierenden Frauenbewegungen die politische und rechtliche Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch. Die Frauenbewegungen rückten vor allem die Forderung nach sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung durch die Frau in den Mittelpunkt (1).

Die frühe Sowjetunion war das erste Land der Welt, welche den Schwangerschaftsabbruch im Jahre 1920 legalisierte, illegale Abtbrüche von Nicht-Ärzt*innen wurden aber unter Strafe gestellt (1).

Anhand der Entwicklungen in den USA kann u.a. auch noch verdeutlicht werden, dass die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch in vielen Ländern einem dynamischen Wandel unterliegt, der von der jeweils aktuellen politischen Diskussion stark beeinflusst wird. So stellte in den Vereinigten Staaten das Urteil „Roe v. Wade“ im Jahre 1973 einen bedeutenden Meilenstein in der Geschichte des Schwangerschaftsabbruches dar. In Texas war in dieser Zeit ein Abbruch ausschließlich erlaubt, wenn der Eingriff notwendig war, um das Leben der schwangeren Frau zu retten. Zwei Anwältinnen klagten gegen das restriktive Schwangerschaftsabbruchsgesetz vor Gericht, mit der Argumentation, dass es nicht das verfassungsmäßige Recht auf Privatsphäre gewährleiste. Als Folge dieser Klage entschied der oberste Gerichtshof im Jahre 1973, dass das Verbot in Texas verfassungswidrig sei. Eine Trimester-Regulierung wurde festgelegt: Im ersten Trimester durfte kein Bundesstaat einen Schwangerschaftsabbruch verbieten, im zweiten Trimester durfte der Staat gesundheitsbezogene Vorschriften für einen Schwangerschaftsabbruch festlegen, im dritten Trimester durfte ein Bundesstaat Schwangerschaftsabbrüche verbieten, ausgeschlossen bei Lebensgefahr oder Gefahr der gesundheitlichen Schädigung der schwangeren Person. Bald jedoch wurden weitere Gesetze verabschiedet, welche den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen vielerorts wieder erschwerten. Im Juni 2022 wurde vom obersten Gerichtshof in der Entscheidung „Dobbs v. Jackson Women’s Health Organization“ das Recht zur Gesetzgebung zu Abbrüchen wieder gänzlich an die Bundesstaaten zurückgegeben und festgelegt, dass die Verfassung kein Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch mehr garantiere (2). Auch im Präsidentschaftswahlkampf in den Vereinigten Staaten im Jahre 2024 war das Thema des Schwangerschaftsabbruchs medial sehr präsent (3).

Abschließend sei noch anhand zweier Beispiele aufgezeigt, wie konträr Staaten mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch umgehen und welchem Spannungsbogen die Gesetzgebungen in diesem Bereich global unterliegen. So verfügt El Salvador über ein sehr

strenges Schwangerschaftsabbruchsgesetz. Eine Schwangerschaft abzuberechen ist ausnahmslos verboten und wird mit Inhaftierung bestraft. Auch Fehlgeburten oder Todgeburten können zu strafrechtlichen Verfolgungen für die Frau wegen „Mordes“ führen und Gefängnisstrafen zur Folge haben (4). Im Gegensatz dazu ist beispielsweise Kanada eines jener wenigen Länder, in welchen der Schwangerschaftsabbruch zur Gänze entkriminalisiert ist. Im Jahre 1988 wurde der Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafgesetzbuch gestrichen. Das Beispiel von Kanada zeigt jedoch, dass selbst eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches nicht alle Zugangsbeschränkungen zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch beseitigt. So können u.a. kostentechnische Barrieren und geografische Hürden weiterhin bedeutende Einschränkungen bilden (5).

1.2 Gesetzgebung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

In Österreich wird der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch durch die Paragraphen 96, 97 und 98 geregelt (6).

Paragraph 96 stellt den Schwangerschaftsabbruch generell unter Strafe: Sowohl die durchführende Person als auch die einwilligende schwangere Person müssen mit strafrechtlichen Folgen rechnen. Das Gesetz sieht nach Berücksichtigung der Umstände eine Geldstrafe bzw. eine Freiheitsstrafe von einigen Jahren vor (6).

Paragraph 97 regelt die Ausnahmen, unter welchen ein Schwangerschaftsabbruch straffreimöglich ist. So kann ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate vom ärztlichen Personal durchgeführt werden, wenn zuvor ein ärztliches Beratungsgespräch stattgefunden hat. Zudem ist ein Schwangerschaftsabbruch möglich, wenn die schwangere Person mit einer gravierenden körperlichen oder seelischen Schädigung, die nicht anders abwendbar ist, rechnen muss. Auch bei Lebensgefahr für die schwangere Person ist der Schwangerschaftsabbruch straffrei möglich. Wenn die Gefahr besteht, dass das Ungeborene mit einer schweren körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung auf die Welt kommt, sieht das Gesetz ebenfalls Straffreiheit vor. Diese kommt auch dann zum Tragen, wenn die schwangere Person zum Zeitpunkt der Zeugung unmündig war. In all diesen Fällen gilt die Straffreiheit unter der Voraussetzung, dass der Abbruch von ärztlichem Personal durchgeführt wird. Nicht ärztlichem Personal wird die Straffreiheit nur gewährt, wenn unausweichliche Lebensgefahr für die schwangere Person drohte und keine zeitgerechte ärztliche Hilfe zur Verfügung stand. Zudem schreibt das Gesetz auch fest, dass keine im Gesundheitsbereich arbeitende Person verpflichtet ist, bei einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, außer, die schwangere Person befindet sich in akuter, unabwendbarer Lebensgefahr. Weder für Personen, welche die Umsetzung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches verweigern, noch für diejenigen, die sich an einem straflosen Schwangerschaftsabbruch beteiligen, darf es zu Benachteiligungen kommen (6).

Paragraph 98 legt die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruches ohne Einwilligung der schwangeren Person fest. Ein Abbruch ohne Einwilligung der schwangeren Person ist für die Person, die den Abbruch vornimmt, strafbar. Dies gilt nicht, wenn die schwangere Person sich in akuter unabwendbarer Lebensgefahr befindet und aufgrund dessen die Einwilligung nicht mehr eingeholt werden kann (6).

1.3 Durchführungsmethoden

Schwangerschaftsabbrüche können sowohl medikamentös als auch chirurgisch sicher durchgeführt werden (7). Beide Ansätze sind unkomplizierte medizinische Eingriffe und haben bei einer korrekten Durchführung selten gravierende Komplikationen (8, 9). Aufgrund der sehr geringen Unterschiede in Bezug auf unerwünschte Nebenwirkungen und Erfolgsraten zwischen medikamentösen und chirurgischen Abbrüchen sollte die Entscheidung über die Wahl der Methode bei den Patient*innen liegen (8). Es herrscht Konsens darüber, dass die Betroffenen von ärztlichem Personal evidenzbasiert und verständlich über die verschiedenen Methoden, Risiken und Folgen, unter Berücksichtigung der Lebenssituation, aufgeklärt werden sollen (8).

1.3.1 Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon

Für einen sicheren medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wird sowohl nach den Abortion Care Guidelines der WHO als auch nach den S2k-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Gabe von Mifepriston, einem Progesteronantagonisten, sowie die darauffolgende Verabreichung von Misoprostol, einem synthetischen Prostaglandin E1-Analogon, empfohlen (7, 8). Auch die alleinige Gabe von Misoprostol stellt eine Option für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch dar, die Kombination mit Mifepriston erweist sich allerdings als effektiver (7, 9). Zudem wird nach den Abortion Care Guidelines der WHO Letrozol, ein selektiver Aromatasinhibitor, in Kombination mit Misoprostol, ebenfalls als potentiell effektive Methode für einen Schwangerschaftsabbruch im frühen Gestationsalter betrachtet. Dafür fehlen noch weitere Untersuchungen bezüglich Sicherheit und Wirkung bei höheren Schwangerschaftswochen und vor allem im Vergleich zum Kombinationsregimen Mifepriston mit Misoprostol (7).

Im Rahmen dieses Kapitels wird hauptsächlich auf die Kombination von Mifepriston und Misoprostol eingegangen. Das Mifepriston, das oral gegeben werden sollte, erhöht die Empfindlichkeit der Gebärmutter gegenüber Prostaglandinen (8, 10).

Misoprostol kann buccal, oral, vaginal oder sublingual verabreicht werden, weist jedoch in der vaginalen Verabreichung eine höhere Wirksamkeit als in der oralen Gabe (11). Der Abstand zwischen der Gabe der beiden Medikamente beeinflusst die Effektivität des Abbruchs. Beträgt der Abstand zwischen der Gabe von Mifepriston und Misoprostol weniger als 24 Stunden,

steigt das Risiko eines erfolglosen medikamentösen Abbruchs (12). Die Dosierungsempfehlungen für Mifepriston und Misoprostol variieren je nach Leitlinien unterschiedlicher Länder (8).

Gemäß den S2k-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, abgekürzt DGGG, gelten folgenden Empfehlungen und Applikationsschemen: Bis zur 9+0 SSW ist empfohlen, 24-48 Stunden nach der oralen Verabreichung von 200 mg Mifepriston 800 µg Misoprostol buccal, sublingual oder vaginal einzunehmen. Als Alternative dazu besteht die konsensbasierte Empfehlung einer Verabreichung von 600 mg Mifepriston, gefolgt nach 24-48 Stunden von 400 µg Misoprostol (buccal, vaginal oder sublingual) bis zur 7+0 SSW. Ab der 8. Schwangerschaftswoche (7+1-9+0 SSW) wird eine höhere Dosis von 800 µg Misoprostol, die vaginal gegeben wird, empfohlen. Sollte keine Blutung eintreten, kann ab drei Stunden nach der Einnahme von Misoprostol auf Grundlage der klinischen Situation eine zusätzliche Dosis von 400 µg Misoprostol verabreicht werden. Ab der 7+1 SSW ist die Anwendung dieser Medikamentenkombination laut der S2k-Guidelines off-label, worüber Betroffene informiert werden sollten (8).

Generell ist die Rate an schwerwiegenden Nebenwirkungen bei einem korrekt durchgeführten medikamentösen Schwangerschaftsabbruch gering (9). Bauchschmerzen gehören zu den am häufigsten berichteten Nebenwirkungen (13). Weitere häufige unerwünschte Wirkungen sind andere gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen und Durchfall sowie Kopfschmerzen und Schwindelgefühle (13, 14). Die Nebenwirkungsprofile variieren abhängig von der gewählten Applikationsmethode. Generell zeigt Misoprostol in der vaginalen Anwendung weniger Nebenwirkungen als in der oralen, buccalen oder sublingualen Gabe. (11). So treten Übelkeit, Erbrechen und Durchfall bei der vaginalen Gabe von Misoprostol seltener auf als bei der oralen Gabe (15, 16). Tendenziell treten abbruchsbedingte Unterleibschmerzen bei der oralen Gabe von Misoprostol im Verhältnis zur vaginalen Gabe zu einem früheren Zeitpunkt auf (16).

Eine prophylaktische Antibiotikagabe wird sowohl nach den Abortion Care Guidelines der WHO als auch nach den S2k-Leitlinien beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nicht standardmäßig empfohlen (7, 8). Eine adäquate Schmerzmedikation und antiemetische Therapie stellt im Rahmen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches einen wichtigen Bestandteil dar (17-19). Zum Ausschluss einer persistierenden Schwangerschaft sollte den Patient*innen ein Termin zur Nachkontrolle angeboten werden. Dies kann über eine Ultraschalluntersuchung, eine wiederholte Messung des Serum-hCG oder einen von den Patient*innen durchgeführten Schwangerschaftstest erfolgen (8). Verschiedene internationale Guidelines empfehlen das Angebot von telemedizinischen Terminen beziehungsweise eine telemedizinische Betreuung im Rahmen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches (8, 19). Die Abortion Care Guidelines der WHO sehen die Telemedizin, abhängig von den jeweiligen nationalen gesetzlichen Regelungen, auch als alternative Option zur gänzlichen

Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches (7).

1.3.2 Der operative Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon

Die Methode der Wahl für einen operativen Schwangerschaftsabbruch vor der 14. Schwangerschaftswoche ist die Vakuumaspiration (8, 20). Die Vakuumaspiration kann entweder elektrisch oder manuell durchgeführt werden (8). Bei einer Vakuumaspiration wird der Inhalt der Gebärmutter durch eine Kunststoff- oder Metallkanüle, welche an eine Vakuumpumpe angeschlossen ist, entfernt. Während bei der manuellen Aspiration das Vakuum durch einen handgeführten Aspirator erzeugt wird, kommt bei der elektrischen Aspiration eine elektrische Vakuumpumpe zum Einsatz (21). Das präoperative Zervixpriming reduziert die Wahrscheinlichkeit eines unvollständigen Schwangerschaftsabbruchs und kann anhand von Misoprostol, Mifepriston als auch osmotischen Dilatoren (intrazervikal) durchgeführt werden (8). Die S2k-Leitlinien der DGGG empfehlen ein Zervixpriming mit 400 µg Misoprostol vor allem nach Voroperationen an der Zervix oder bei Nulliparität. Alternativ dazu kann 24-48 Stunden vor dem operativen Eingriff 200-400 mg Mifepriston oral verabreicht werden oder eine osmotische Dilatation 3-4 Stunden vor dem Abbruch durchgeführt werden (8). Eine perioperative Einmalgabe eines Antibiotikums führt zu einer Reduktion und Vorbeugung einer Infektion des oberen Genitaltrakts (8). Dabei hat sich die einmalige Gabe von Nitroimidazole, Tetracyclinen oder Penicillinen als effektiv erwiesen (20, 21). Bei einem Verdacht auf eine sexuell übertragene Infektion sollten Betroffene präoperativ darauf getestet und bei Bedarf danach therapiert werden (8). Ein wesentlicher Bestandteil des chirurgischen Schwangerschaftsabbruches ist ein adäquates Schmerzmanagement (20). Die Schmerzen stehen oftmals in Verbindung mit dem Zervixpriming und den Uteruskontraktionen (20). Die Gabe von oralen nicht steroidal Antiphlogistika kann sowohl perioperativ als auch postoperativ Schmerzen lindern (22). Sowohl pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion sollte den Patient*innen angeboten werden (20). Beispielsweise konnte nachgewiesen werden, dass das Hören von Musik während des Eingriffs im Vergleich zu einer Selbstverabreichung von Methoxyfluran die Schmerzen während der Aspiration lindern kann (22). Gemeinsam mit den Anästhesist*innen sollten Patient*innen unter Berücksichtigung von Risiken und Rahmenbedingungen über ein geeignetes Anästhesieverfahren entscheiden (8). Der operative Schwangerschaftsabbruch kann sowohl unter Lokalanästhesie allein, Lokalanästhesie mit Sedierung, Allgemeinanästhesie, balancierter Anästhesie und unter neuraxialen Verfahren durchgeführt werden (8).

Zur Vermeidung eines unvollständigen Schwangerschaftsabbruches sollte eine postoperative Inspektion des abgesaugten Materials stattfinden (8). Eine routinemäßige histopathologische

Untersuchung des beim Abbruch gewonnenen Gewebes ist jedoch nicht zwingend erforderlich (8). Verbleibendes Schwangerschaftsgewebe und Infektionen können sich durch Schmerzen, Fieber und verstärkte Blutungen präsentieren. Die Patient*innen sollten über diese Komplikationsanzeichen aufgeklärt werden und wissen, an wen sie sich bei Auftreten von Symptomen wenden können (8). Bei Verdacht auf eine weiterbestehende vitale intrauterine Schwangerschaft, welche oftmals asymptomatisch verläuft, sollte eine Ultraschallkontrolle oder eine serielle Serum- β -hCG-Messung durchgeführt werden (8). Es besteht jedoch keine Notwendigkeit eines routinemäßigen Nachkontrolltermines bzw. einer Nachsorge-Ultraschalluntersuchung bei beschwerdefreien Patient*innen nach einem Schwangerschaftsabbruch (8, 21). Dennoch sollte allen Patient*innen die Möglichkeit einer Folgeuntersuchung angeboten werden (8). Außerdem ist es wesentlich, beim operativen Schwangerschaftsabbruch an eine ektopische Schwangerschaft zu denken. Eine ektopische Schwangerschaft kann durch eine serielle, quantitative Serum- β -hCG-Messung ausgeschlossen werden (8, 23).

Bei einem durch Fachpersonal sicher durchgeführten operativen Schwangerschaftsabbruch kommt es selten zu potentiell lebensgefährlichen Komplikationen (20). Laut einem systemischen Literaturreview treten in weniger als 0,1 % der Vakuumaspirationen schwere perioperative Komplikationen wie ein transfusionsbedürftiger Blutverlust oder Uterusperforationen, welche medizinische Versorgung brauchen, auf (24). Sowohl nach einem medikamentösen als auch nach einem operativen Schwangerschaftsabbruch sollten Patient*innen darüber informiert werden, dass nach dem Eingriff bei vielen Betroffenen eine Vielzahl von Emotionen auftreten können (21). Medizinische Fachkräfte sollten unterstützend auf emotionale Zustände eingehen und Patient*innen darauf hinweisen, dass sowohl für sie als auch für ihre Partner*innen bei Bedarf professionelle Unterstützung geboten wird (8, 21). Der Zugang zu einer evidenzbasierten, sicheren und respektvollen Abbruchsversorgung ist notwendig, um die nachhaltigen Entwicklungsziele Gesundheit und Wohlergehen (SDG3) und Geschlechtergleichheit (SDG5) zu erreichen (7).

1.4 Der unsichere Schwangerschaftsabbruch

Als unsicherer Abbruch (unsafe Abortion) wird ein Schwangerschaftsabbruch bezeichnet, der in einem medizinischen Rahmen stattfindet, welcher nicht den grundlegenden Sicherheits- und Hygienestandards entspricht und/oder von Menschen durchgeführt wird, welche nicht über die erforderlichen medizinischen Kenntnisse verfügen. Da die Sicherheitsanforderungen sowohl von den Durchführungsmethoden als auch von der Schwangerschaftswoche abhängen und sich mit der Zeit verändern, ist die Definition immer angepasst an die aktuellen Richtlinien zu stellen (25, 26). Global sind unsichere Abbrüche für etwa 13 % aller maternalen Todesfälle verantwortlich. Die Todesfälle treten hauptsächlich aufgrund schwerwiegender Infektionen,

Blutungen oder Organschäden als Folge des unsicheren Abbruchs auf (27). Die Folgen von unsicheren Abbrüchen führen in vielen einkommensschwachen Ländern mit restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetzen zu einer Belastung von oftmals bereits strapazierten Gesundheitssystemen (28). Die Auswertung einer medizinischen Studie in Ägypten zeigte, dass während eines 30-tägigen Studienzeitraumes 19 % der 22.656 Aufnahmen in der Abteilung der Gynäkologie und Geburtshilfe von 569 öffentlichen Krankenhäusern in Ägypten auf Frauen entfielen, welche aufgrund eines induzierten oder spontanen Abbruchs behandelt wurden. Dies ist in einem Kontext einer eingeschränkten Verfügbarkeit sicherer Abbruchdienste zu betrachten, welche insbesondere sozioökonomisch benachteiligten Schwangere betreffen (29). Demgegenüber senkt der Zugang zu sicheren Abbrüchen finanzielle Belastungen für das Gesundheitswesen (30).

Auch für Patient*innen, welche von Komplikationen aufgrund unsicherer Schwangerschaftsabbrüche betroffen sind, kann die dafür benötigte medizinische Versorgung mit erhöhten finanziellen Anforderungen verbunden sein. Eine Studie aus Nigeria verdeutlicht die finanzielle Herausforderung, mit denen Betroffene nach unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen konfrontiert sein können. Die Studie erfasste 2093 Patient*innen, welche aus Gründen in Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Krankenhäusern kamen. Sie zeigte, dass 36 % der Patient*innen schon vorher versucht hatten, die Schwangerschaft selbst zu beenden. Für Patientinnen, welche bereits versucht hatten, einen Schwangerschaftsabbruch herbeizuführen und mit abbruchsbedingten Komplikationen in das Krankenhaus aufgenommen worden waren, waren die Kosten viermal so hoch wie für Schwangere, welche sich direkt an das Krankenhaus wandten, um einen Abbruch vornehmen zu lassen (31).

Studien und Reporte zeigen, dass in Ländern mit gesetzlichen Restriktionen die Inzidenz für Schwangerschaftsabbrüche nicht sinkt, dafür aber das Risiko für unsichere Abbrüche steigt (28).

Eine im Jahre 2020 veröffentlichte Studie nach modellbasiertem Ansatz deutet darauf hin, dass die Anzahl ungeplanter Schwangerschaften in Ländern mit eingeschränktem Zugang zu Abbrüchen häufiger ist als in Ländern mit größtenteils legalem Zugang. Die Studie zeigt, dass der Anteil ungeplanter Schwangerschaften, welche zu einem Abbruch führen, in Ländern mit weitgehend legalen Gesetzen in etwa gleich hoch ist wie in Ländern mit restriktiven Schwangerschaftsabbruchsgesetzen. Etwa 50 % aller unbeabsichtigten Schwangerschaften enden unabhängig des rechtlichen Status in einem Schwangerschaftsabbruch. Diese Ergebnisse dieser Studie beziehen sich auf den Zeitraum 2015-2019 und schließen Indien und China aus. Es wurde im Zeitraum von 2015-2019 auch der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Einkommensgruppen der Weltbank und der Inzidenz von ungeplanten Schwangerschaften und den daraus hervorgehenden Abbrüchen untersucht. Es wurde festgestellt, dass tendenziell ein negativer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit

ungeplanter Schwangerschaften und Einkommen besteht. Unabhängig von der Einkommensgruppe waren in Ländern mit strengeren Abbruchsgesetzen die Anzahl an unbeabsichtigten Schwangerschaften höher. Die höchste Rate an ungeplanten Schwangerschaften war in Ländern mit niedrigem Einkommen und restriktiven Abbruchsgesetzen. Die Studie zeigt, dass in einkommensstarken Ländern, in welchen der Schwangerschaftsabbruch weitgehend legal ist, die Anzahl ungewollter Schwangerschaften welche in einem Abbruch endete, ähnlich hoch ist, wie in einkommensschwächeren Ländern mit eingeschränkteren Regulierungen (32).

Die gesetzliche Regulierung beeinflusst nicht den Bedarf an einem Schwangerschaftsabbruch, jedoch erheblich den Zugang zu einem sicheren Abbruch (33). Todesfälle aufgrund unsicherer Schwangerschaftsabbrüche sind zur Gänze vermeidbar (27).

2 Fragestellung und Zielsetzung

Das Ziel der Studie war es, den Wissenstand und die Haltung von Studierenden in Tirol zu reproduktionsmedizinischen Thematiken, insbesondere zum Schwangerschaftsabbruch, zu evaluieren. Durch die wissenschaftliche Arbeit sollte zusätzlich analysiert werden, ob es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Humanmedizinstudierenden und Studierenden anderer Fachrichtungen hinsichtlich der Einstellung und des Wissenstandes zum Schwangerschaftsabbruch gibt.

Die nachfolgende Hypothese wurde in der Diplomarbeit analysiert:

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen Medizinstudierenden und Nicht-Medizinstudierenden hinsichtlich der Einstellung und des Wissens zum Schwangerschaftsabbruch.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen Medizinstudierende und Nicht-Medizinstudierenden hinsichtlich der Einstellung und des Wissens zum Schwangerschaftsabbruch.

Zudem sollte anhand der explorativen Hypothese der Einfluss von verschiedenen sozialen Faktoren auf den Wissensstand und die Meinungen der Teilnehmenden zu Schwangerschaftsabbrüchen dargestellt werden.

3 Material und Methoden

3.1 Studiendesign und Datenerhebung

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine prospektive Querschnittstudie. Die geplante Fallzahl betrug 450. Die Daten der Studie wurden anhand eines Fragebogens ermittelt, welcher mittels der Online-Umfrageplattform SurveyMonkey erstellt wurde. Der Fragebogen wurde Studiengangsleiter*innen und Vorsitzenden der Universitäten und Fachhochschulen aus Tirol zugeschickt mit der Bitte zur Weiterleitung der Umfrage an die Studierenden. Zusätzlich wurden die Studierenden über Social Media und über öffentlich zugängliche Aushänge zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Teilnehmende gelangten über einen Weblink oder einen QR-Code zum Fragebogen; die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme musste bestätigt werden und die Daten wurden anonymisiert erhoben. Nur in Tirol Studierende durften an der Studie teilnehmen. Der Fragebogen konnte im Zeitraum vom 04.10.2023-11.11.2023 ausgefüllt werden. Die Studie wurde im Rahmen eines Amendments zu einem am 25.03.2022 von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck genehmigten Ethikantrag umgesetzt (EK-Nr: 1012/2022).

3.2 Fragebogen

Der Fragebogen beinhaltete sowohl die Umfrage über reproduktive Rechte und den Schwangerschaftsabbruch, welchen ich zusammen mit der Studienkollegin Petra Preuer erstellt habe, als auch eine Umfrage über reproduktive Autonomie, welche von zwei weiteren Studierenden ausgearbeitet wurde. Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 49 Fragen, die in 10 bis 15 Minuten beantwortet werden konnten. Meine Arbeit berücksichtigt ausschließlich die Umfrage über reproduktive Rechte und den Schwangerschaftsabbruch.

Zu Beginn des Fragebogens musste die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme und die Gegebenheit der Grundvoraussetzung bestätigt werden. Anschließend wurden demographische Daten erhoben. Die nächsten Fragen zielten darauf ab Informationen für eine reproduktive Anamnese zu erfassen, einschließlich Angaben zu bereits durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen. Es folgten Wissensfragen über Reproduktion und Schwangerschaftsabbrüche. In der Studie wurde zudem einerseits die moralische Einstellung zum Thema Schwangerschaftsabbrüche erhoben, andererseits wurde auch auf die Einstellung der Studierenden zur Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche eingegangen. Zwei Fragen waren darauf ausgerichtet zu ermitteln, ob die Teilnehmenden kostenlose Verhütungsmittel und kostenfreie Schwangerschaftsabbrüche befürworten und ob sie einen Zusammenhang zwischen der Bereitstellung kostenloser Verhütungsmittel und der Häufigkeit von Abbrüchen sehen. Der Fragebogen schließt mit zwei Einstellungsfragen zur Präimplantations- und

Pränataldiagnostik. Bei einem Abbruch der Durchführung des Fragebogens blieben Antworten anonymisiert im System stehen.

3.3 Datenanalyse

Nach der Erhebung der Daten erfolgte eine Eintragung in IBM SPSS Statistics (Version 29.0.1.0) und anhand verschiedener statistischer Verfahren wurde die Studie ausgewertet. Um in die Auswertung der Studie eingeschlossen zu werden, musste die Grundvoraussetzung gegeben sein, die Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme bestätigt und zumindest ein gültiger Wert bei Geschlecht, Alter, Nationalität, Religion, Beruf oder Beziehung angegeben werden. Zu junge Teilnehmende wurden von der Studie ausgeschlossen. Anhand deskriptiver Statistik wurden die Ergebnisse analysiert. Relevante Kennzahlen wie der Mittelwert (mit Standardabweichung) und der Median (mit Interquartilsabstand) wurden bestimmt, um die Stichprobe zu beschreiben. Chi-Quadrat-Tests und t-Tests wurden zum Vergleich von Subgruppen verwendet. Ein Ergebnis wurde als signifikant gewertet, wenn der p-Wert $< 0,05$ war. Beim Vergleich der Wissensfragen zwischen Humanmedizinstudierenden und Nicht-Medizinstudierenden wurde anhand der Bonferroni-Korrektur eine korrigierte Signifikanzgrenze von 0,01 bestimmt.

4 Ergebnisse

4.1 Soziale Merkmale der Studienteilnehmenden

Insgesamt erfüllten 754 Teilnehmende die Einschlusskriterien, davon waren 269 (35,7 %) Studierende der Humanmedizin. Das mittlere Alter der Studienteilnehmenden betrug 23,85 Jahre (SD = 4,9). Mit 82,2 % identifizierte sich die Mehrheit der Stichprobe als weiblich, gefolgt von 17,0 % als männlich und 0,8 % als divers. Bezüglich der Nationalität gaben 59,9 % der Teilnehmenden Österreich als Herkunftsland an, während 22,9 % aus Deutschland und 14,5 % aus Italien stammten. Das Christentum war mit 70,9 % die am häufigsten genannte Glaubensrichtung, darauf folgte der Atheismus mit 19,6 %. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen Humanmedizinstudierende und Nicht-Humanmedizinstudierende hinsichtlich der Geschlechterverhältnisse der Altersgruppen, der Glaubensrichtungen und der Nationalitäten. Die Tabelle 4.1 stellt die demographischen Daten des Gesamtkollektives sowie die Unterteilung in Medizinstudierende und Nicht-Medizinstudierende dar.

Tabelle 4.1 Demographische Daten

	Gesamtkollektiv n (%)	Med.-Stud. n (%)	Nicht Med.-Stud. n (%)
Studienteilnehmende	754	269 (35,7)	485 (64,3)
Geschlecht			
Weiblich	620 (82,2)	193 (71,7)	427 (88,0)
Männlich	128 (17,0)	74 (27,5)	54 (11,1)
Divers	6 (0,8)	2 (0,7)	4 (0,8)
Alter			
<20	89 (11,8)	14 (5,2)	75 (15,5)
20-24	431 (57,2)	165 (61,3)	266 (54,9)
25-29	157 (20,8)	68 (25,3)	103 (21,2)
>30	77 (10,2)	22 (8,2)	41 (8,5)
Nationalität			
Österreich	452 (59,9)	148 (55)	304 (62,7)
Deutschland	173 (22,9)	66 (24,5)	107 (22,1)
Italien	109 (14,5)	43 (16)	66 (13,6)
Sonstiges	20 (2,7)	12 (4,5)	8 (1,7)
Religion			
Christentum	535 (70,9)	174 (64,7)	361 (74,4)
Atheismus	148 (19,6)	72 (26,8)	76 (15,7)
Islam	6 (0,8)	3 (1,1)	3 (0,6)
Buddhismus	3 (0,4)	2 (0,7)	1 (0,2)
Judentum	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Keine der oben genannten	54 (7,2)	14 (5,2)	40 (8,3)

4.2 Reproduktionsmedizinische Merkmale der Studienteilnehmenden

Die Mehrheit der Befragten (81 %) identifizierte sich als heterosexuell, gefolgt von 9,7 % der Teilnehmenden, welche sich als bisexuell bezeichneten und 5,7 %, die homosexuell als deren sexuellen Orientierung angaben. Der überwiegende Anteil (61,4 %) gab an, sich derzeit in einer monogamen Beziehung zu befinden, während 34,6 % sich in keiner Beziehung befanden. Hinsichtlich der sexuellen Orientierung und des Beziehungsstatus gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Medizinstudierenden und Nicht-Medizinstudierenden. 3,6 % der befragten Studierenden gaben an, dass sie bzw. durch ihre Partner*innen einen Schwangerschaftsabbruch erlebt hatten. Jede*r dritte Teilnehmer*in (37,9 %) kannte eine Person, welche einen Abbruch durchgeführt hatte. Bei den ausgewählten Fragen zu reproduktionsmedizinischen Merkmalen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Subgruppen Humanmedizinstudierende und Nicht-Humanmedizinstudierende. Als das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel wurde das Kondom mit 48,9 % genannt, gefolgt von der Pille mit 26 %. Bei der Frage nach Verhütungsmitteln waren Mehrfachantworten möglich. Die Tabelle 4.2 stellt die reproduktionsmedizinischen Daten des Gesamtkollektives sowie die Unterteilung in Medizinstudierende und Nicht-Medizinstudierende dar.

Tabelle 4.2 Reproduktionsmedizinische Daten

	Gesamtkollektiv n (%)	Med.-Stud. n (%)	Nicht Med.- Stud. n (%)
Sexuelle Orientierung			
Heterosexuell	611 (81,0)	213 (79,2)	398 (82,1)
Bisexuell	73 (9,7)	29 (10,8)	44 (9,1)
Homosexuell	43 (5,7)	20 (7,4)	23 (4,7)
Pansexuell	11 (1,5)	3 (1,1)	8 (1,7)
Asexuell	7 (0,9)	2 (0,7)	5 (1,0)
Sonstiges	7 (0,9)	2 (0,7)	5 (1,0)
Beziehungsstatus			
Monogame Beziehung	463 (61,4)	165 (61,3)	298 (61,4)
In keiner Beziehung	261 (34,6)	96 (35,7)	165 (34,0)
Offene Beziehung	14 (1,9)	6 (2,2)	8 (1,6)
Polyamore Beziehung	5 (0,7)	1 (0,4)	4 (0,8)
Keine der genannten	11 (1,5)	1 (0,4)	10 (2,1)
Schwangerschaftsabbruch in der Vergangenheit			
Nein	724 (96)	261 (97,0)	463 (95,5)
Ja	27 (3,6)	8 (3,0)	19 (3,9)
Ich möchte mich dazu nicht äußern	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,4)
Schwangerschaftsabbruch im Umfeld			
Nein	466	165	301
Ja	286	104	182

Kinderwunsch (biologische Kinder)

Ja, erst in Zukunft	508 (67,4)	187 (69,5)	321 (66,2)
Ich weiß es nicht	133 (17,6)	49 (18,2)	84 (17,3)
Nein	68 (9,0)	21 (7,8)	47 (9,7)
Ja, jetzt	26 (3,5)	10 (3,7)	16 (3,3)
Familienplanung abgeschlossen	19 (2,5)	2 (0,7)	17 (3,5)

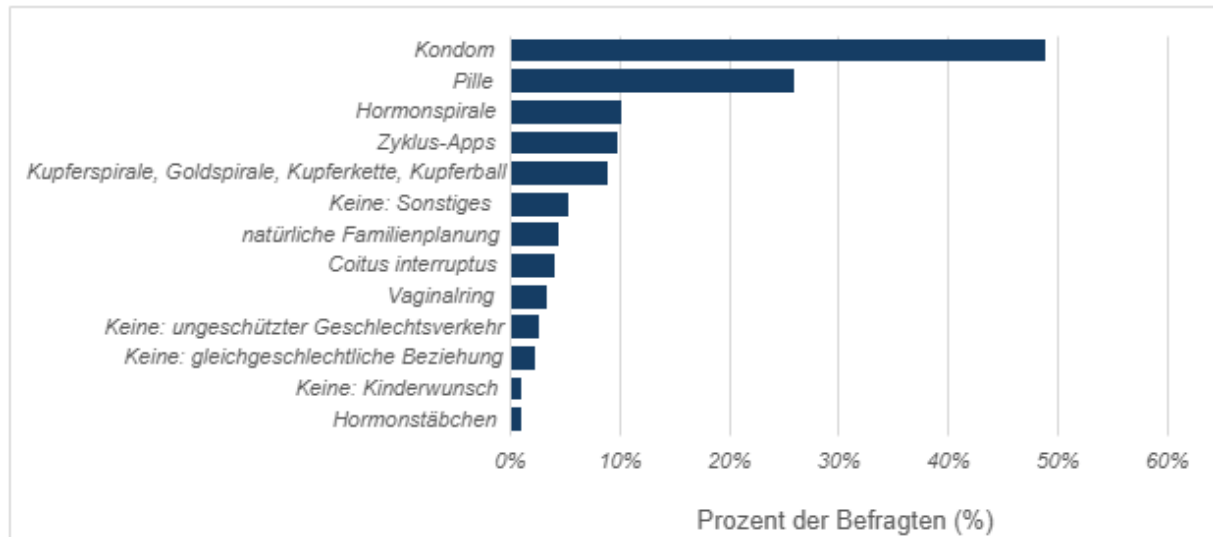


Abbildung 4.1 Verhütungsverhalten der Studienteilnehmer*innen

Fragestellung: Bitte geben Sie Ihre derzeitige Verhütung bzw. die der Partnerin/ des Partners an (Mehrfachantworten möglich)

4.3 Ergebnisse der Wissensfragen

Insgesamt beinhaltete der Fragebogen sechs Wissensfragen, wobei fünf in die Auswertung zur Beurteilung des Wissenstands der Studierenden einbezogen wurden. Bei vier von fünf Wissensfragen zeigte sich der p-Wert kleiner als das korrigierte Signifikanzniveau, was einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Medizinstudierenden und Nicht-Medizinstudierenden in diesen Fragestellungen bestätigt. Zusammenfassend zeigten Humanmedizinstudierende mehr Wissen bezüglich der abgefragten Wissensfragen auf als Nicht-Humanmedizinstudierende.

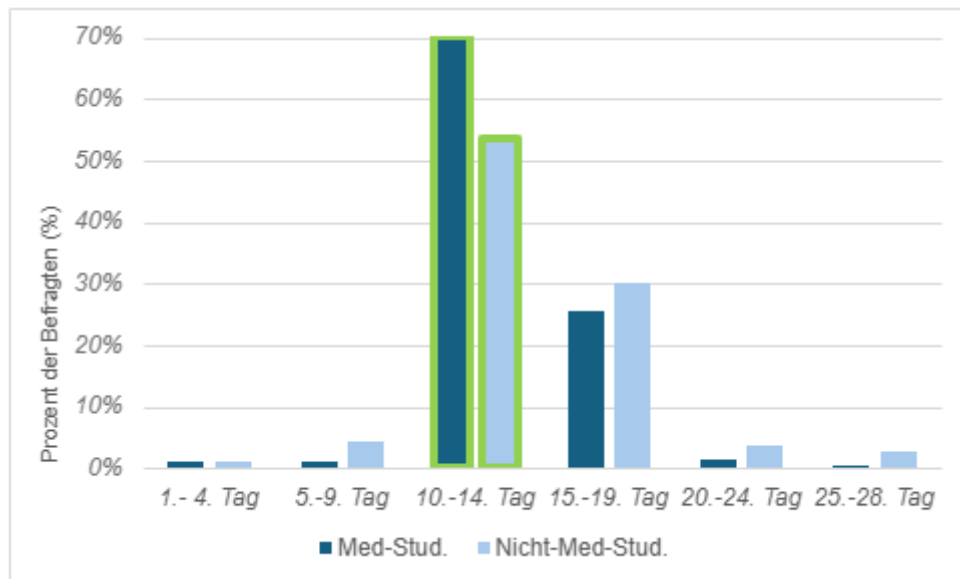


Abbildung 4.2 Wissensfrage über die fruchtbaren Tage im Menstruationszyklus

Fragestellung: An welchen Tagen im Menstruationszyklus ist es wahrscheinlich, dass bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft eintritt? (Bei einem Zyklus von 28 Tagen, Tag 1: Start der Menstruation)

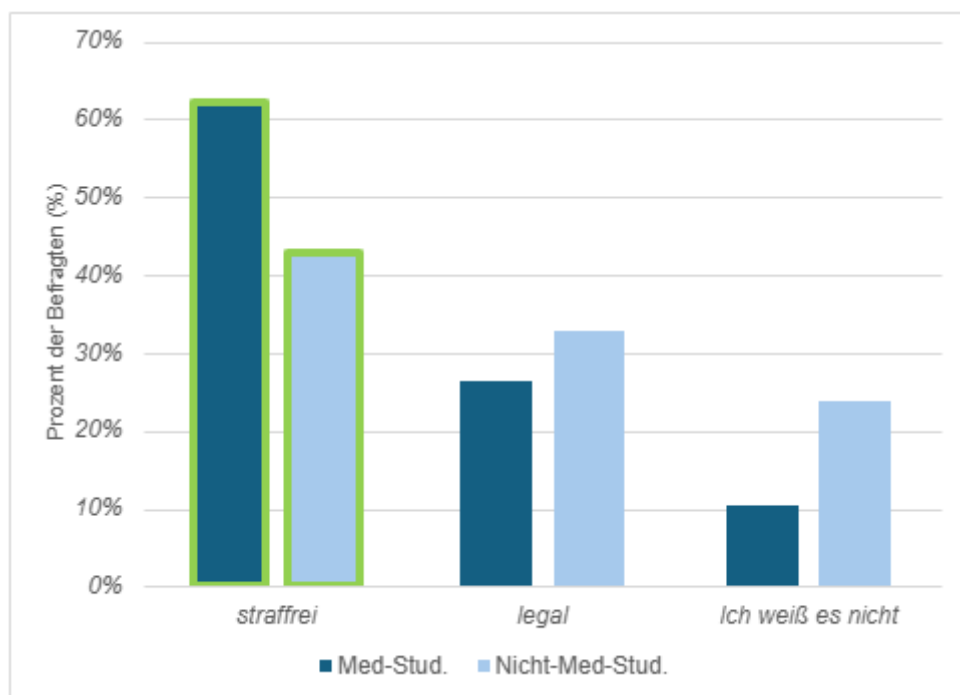


Abbildung 4.3 Wissensfrage zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

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

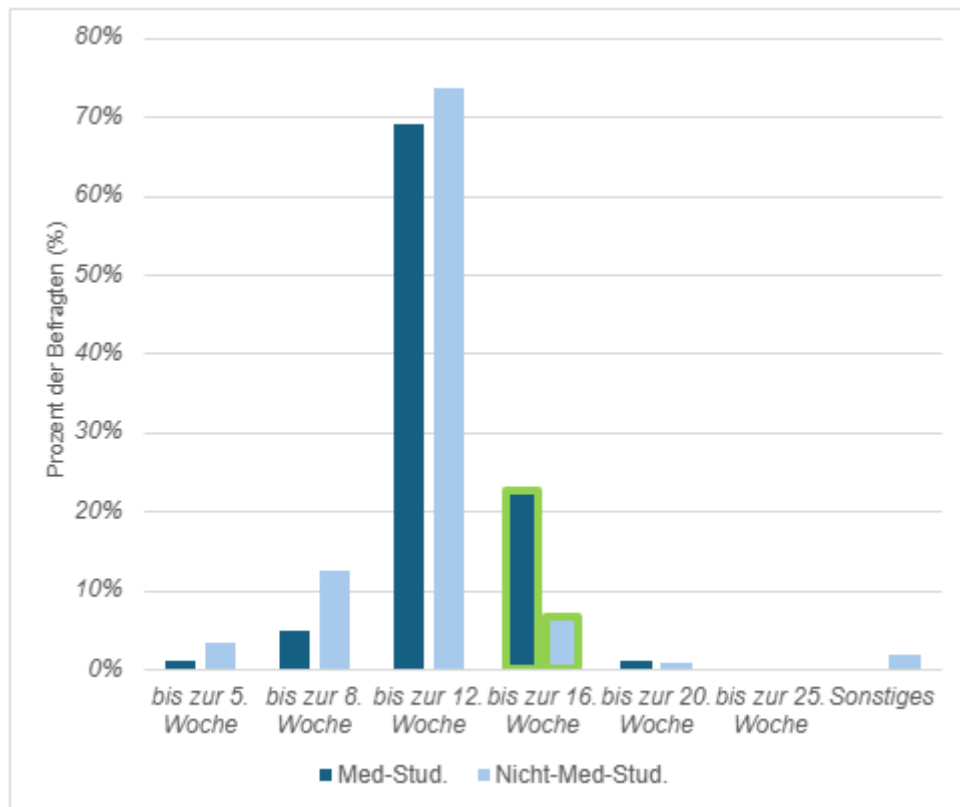


Abbildung 4.4 Wissensfrage zur gesetzlichen Regelung der Fristenlösung in Österreich

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

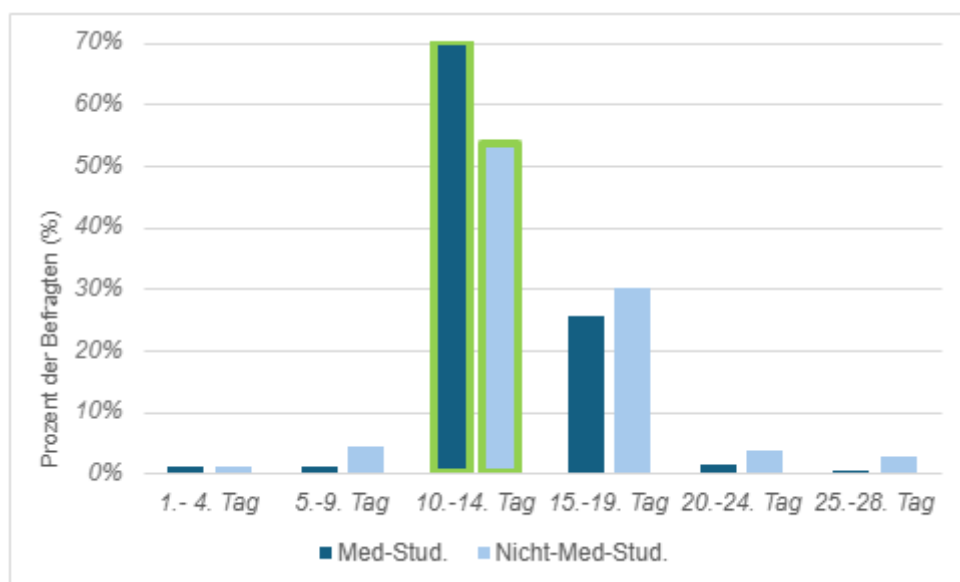


Abbildung 4.5 Wissensfrage zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

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

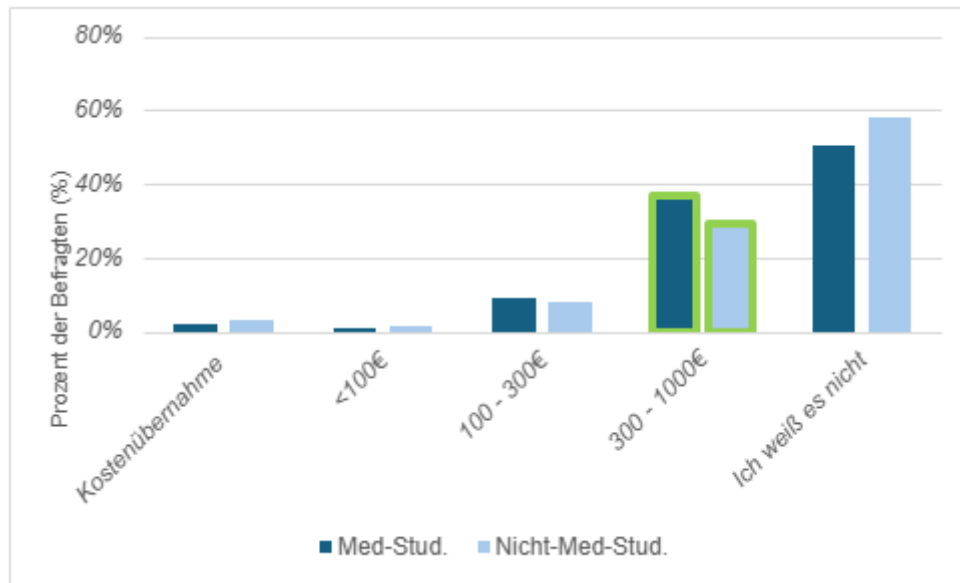


Abbildung 4.6 Wissensfrage zu den Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

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

4.4 Ergebnisse der Einstellungs- und Meinungsfragen

4.4.1 Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche

95,8 % der Teilnehmenden bewerteten die Aufklärung und Informationen über den Schwangerschaftsabbruch als wichtig bis äußerst wichtig. Etwa die Hälfte (51,2 %) aller Studienteilnehmenden gab an zu wissen, wo zuverlässige Informationen über den Schwangerschaftsabbruch zu finden sind. 31,6 % der Studierenden fühlten sich ausreichend über Schwangerschaftsabbrüche informiert. In Bezug auf diese letzte Aussage zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Humanmedizinstudierenden und Nicht-Humanmedizinstudierenden. Eine überwiegende Mehrheit der Befragten (90,7 %) war der Ansicht, dass es im Medizinstudium eine Pflichtlehrveranstaltung über den Schwangerschaftsabbruch geben sollte. Die Frage, wodurch die Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche erfolgte, ergab, dass das Internet die am häufigsten verwendete Informationsquelle unter den Studienteilnehmer*innen war, gefolgt vom Studium bei Medizinstudierenden und der Schule bei Nicht-Medizinstudierenden. Die Abbildung 4.7 veranschaulicht die Häufigkeit der Nutzung verschiedener Informationsquellen im Vergleich der beiden Subgruppen.

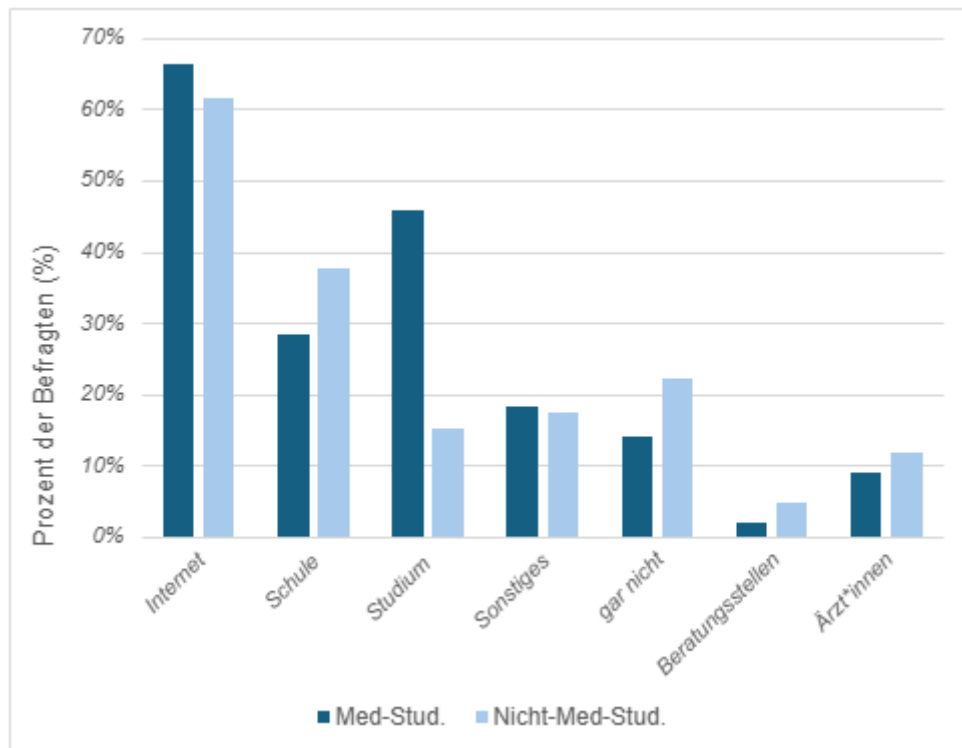


Abbildung 4.7 Informationsquellen der Studienteilnehmer*innen zur Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche

Fragestellung: Wodurch erfolgte Ihre Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche? (Mehrfachantworten möglich)

4.4.2 Kosten von Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütungsmitteln

Eine kostenlose Abgabe von Verhütungsmitteln würde laut 80,9 % aller Befragten die Anzahl von ungewollten Schwangerschaften reduzieren. Eine nahezu identische Anzahl der Teilnehmenden (81,8 %) vertrat die Ansicht, dass Verhütungsmittel oder Schwangerschaftsabbrüche kostenfrei angeboten werden sollten, während 12,6 % dagegen waren und um die 4,4 % gleichgültig war. Bei beiden Fragestellungen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied in den Antwortmustern zwischen Humanmedizinstudierenden und Nicht-Humanmedizinstudierenden.

4.4.3 Einflussfaktoren auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Die Abbildung 4.8 veranschaulicht die Faktoren, welche laut den Befragten Einfluss auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen haben. Einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Humanmedizinstudierenden und Nicht-Humanmedizinstudierenden lag bei den Antwortmöglichkeiten „Bildungsstatus“ und „Das eventuell vorhandene Stigma, einen Abbruch durchführen zu lassen“ vor. Medizinstudierende vertraten signifikant häufiger die

Ansicht, dass diese beiden Faktoren Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen haben. Insgesamt stimmten 77,7 % der Befragten sehr bis absolut zu, dass der Schwangerschaftsabbruch ein gesellschaftliches Tabu darstelle.

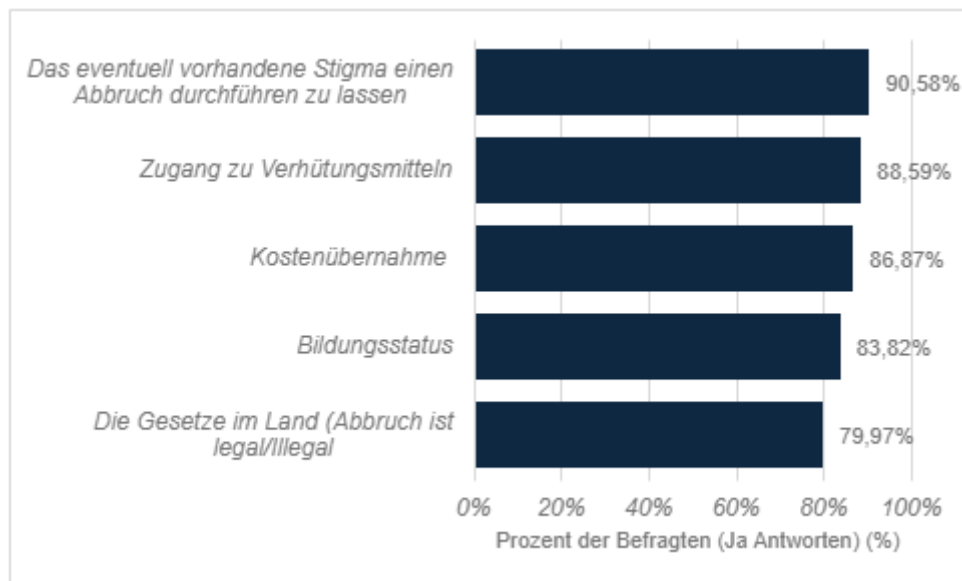


Abbildung 4.8 Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen aus Sicht der Studienteilnehmer*innen

Fragestellung: Welche der folgenden Faktoren haben Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen? (Mehrfachantworten möglich)

5 Diskussion

Im Rahmen der Studie wurden das Wissen und die Perspektiven der teilnehmenden Studierenden zum Thema des Schwangerschaftsabbruches evaluiert. Ein besonderer Schwerpunkt dieser Studie lag auf der Darstellung der Unterschiede in den Kenntnissen und den Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch in Österreich zwischen Medizinstudierenden und Nicht-Medizinstudierenden. Die Resultate der Studie zeigten, dass trotz eines besseren Wissenstandes über den Schwangerschaftsabbruch bei Medizinstudierenden im Vergleich zu Nicht-Medizinstudierenden ein allgemeiner Bildungsbedarf zu dieser Thematik besteht. Wie bereits in dieser Arbeit erwähnt, beeinflussen gesetzliche Regulierungen nicht den Bedarf an Schwangerschaftsabbrüchen. Deshalb ist es einerseits essentiell den Zugang zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch zu gewährleisten, um die Anzahl unsicherer Abbrüche zu minimieren und Schwierigkeiten, welche mit einem eingeschränkten Zugang in Verbindung gebracht werden können, auszuräumen. Andererseits ist es von entscheidender Bedeutung Maßnahmen zu setzen, die das Risiko unbeabsichtigter Schwangerschaften reduzieren. Studien zeigen, dass Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln und sexuelle Aufklärung zu den wichtigsten Faktoren gehören, um ungeplante Schwangerschaften zu verhindern. In dieser Arbeit liegt einerseits ein besonderes Augenmerk auf der Ausarbeitung von Verbesserungsansätzen zur Aufklärung, insbesondere im Studierendenkontext, andererseits wird der Bedarf an einem adäquaten Zugang zu Verhütungsmitteln aufgezeigt. Darüber hinaus werden verschiedene Zugangshürden zum Schwangerschaftsabbruch deutlich gemacht und die in der Studie erhobenen Standpunkte der Studierenden diskutiert.

5.1 Der Einfluss der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln auf das Verhütungsverhalten und die Prävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen

Die Studie erhob Faktoren, welche laut den Teilnehmenden die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen beeinflussen. Rund 90 % der Studierenden waren der Meinung, dass der Zugang zu Verhütungsmitteln auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen Einfluss nimmt. Etwa 80 % der Befragten glaubten, dass die kostenfreien Angebote von Verhütungsmitteln die Rate von ungewollten Schwangerschaften reduzieren. Diese Werte stimmen mit jenen anderer internationalen Studien überein. So befasste sich z.B. das „Choice“ Programm in Missouri mit den Auswirkungen kostenfreier Verhütungsmittel. Diese Studie analysierte, inwieweit die kostenlose Bereitstellung von hochwirksamen Verhütungsmitteln die Rate an ungeplanten Schwangerschaften und die damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem beeinflusst. Die Ergebnisse zeigten, dass Zugangsverbesserungen und Kostenübernahme von sogenannten „long acting reversible

contraceptives“ (LARC) für einkommensschwache Frauen und Frauen ohne Gesundheitsversicherung zu einer Reduktion von ungewollten Schwangerschaften führten. Es konnte auch aufgezeigt werden, dass deutliche Gesamtkosteneinsparungen für das Gesundheitssystem durch eine solche Maßnahme erreicht werden können (34, 35). Auch eine in Finnland durchgeführte Studie untersuchte die Auswirkungen einer kostenlosen Bereitstellung von langwirksamen Verhütungsmitteln bei 15-44-Jährigen. Eine gebührenfreie Verfügbarkeit langwirksamer Verhütungsmittel führte in allen Altersgruppen zu einem Anstieg der Initiierungsraten von LARCs. Weiters zeigte die Studie eine signifikante negative Korrelation zwischen einer erhöhten LARCs-Initiierung und Schwangerschaftsabbrüchen (36). Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen sinkt, wenn die Nutzung effizienter Verhütungsmittel zunimmt. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zur Verhütung in Österreich des Jahres 2024 legen nahe, dass auch in Österreich eine Kostenübernahme von Verhütungsmitteln einen erheblichen Einfluss auf die Wahl von Verhütungsmitteln haben könnte. In der im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführten Umfrage waren die Pille und das Kondom die am häufigsten genutzten Verhütungsmittel. Auch laut der Befragung des Verhütungsberichtes zählen die Pille und das Kondom zu den am meisten genutzten Kontrazeptiva (37). Diese Erhebungen lassen den Rückschluss zu, dass Verhütungsmethoden, welche mit einer höheren Invasivität bzw. einmalig hohen Kosten verbunden sind, eine geringere Anzahl von Nutzer*innen aufweisen. Nahezu drei Viertel der Befragten der nationalen Verhütungsanalyse bewerteten die Kostengünstigkeit als ein eher oder sehr wichtiges Kriterium bei der Entscheidungsfindung für ein Verhütungsmittel bzw. für eine Verhütungsmethode. Darüber hinaus erachteten 95 % der Teilnehmenden die Zuverlässigkeit und etwa zwei Drittel der Befragten die Langzeitverhütung als eher bis sehr wichtige Punkte bei der Auswahl von Verhütungsmaßnahmen (37). Ein niederschwelliges, kostengünstiges/kostenbefreites Angebot an LARCs könnte somit zu einer häufigeren Nutzung solcher Verhütungsmethoden führen. Insbesondere könnte dieses Angebot das Verhütungsverhalten bei Personengruppen, welche finanziellen Belastungen ausgesetzt sind, bedeutend verändern. Da auch Studierende häufig mit wirtschaftlichen Hürden konfrontiert sind, könnte ein solches Angebot auch in dieser Zielgruppe einen Einfluss auf die Verhütungspraxis haben. Eine Kostenübernahme von Verhütungsmitteln würde zudem einen bedeutenden Beitrag zur Förderung der Geschlechtergerechtigkeit leisten. Die Hälfte aller befragten Frauen der nationalen Verhütungsanalyse gaben an, die Kosten für die derzeitige Verhütungsmethode selbst zu tragen (37). Eine entsprechende Maßnahme könnte somit eine finanzielle Entlastung für Frauen darstellen und einen Beitrag zur Reduktion sozioökonomischen Ungleichheiten im Bereich der reproduktiven Gesundheit leisten. Diese Ausführungen legen nahe, dass auch in Österreich, ähnlich wie bei den zitierten Studien aus Finnland (36) und den USA (34, 35), ein verbesserter Zugang zu Verhütungsmitteln, einen Einfluss auf die Prävalenz von ungeplanten Schwangerschaften sowie auf die Rate von

Schwangerschaftsabbrüchen haben könnte. Derzeit läuft in Vorarlberg ein Pilotprojekt, welches in etwa 3500 Frauen gebührenfreie Verhütungsmittel nach ihrer Wahl zur Verfügung stellt und ein kostenloses Beratungsgespräch anbietet. Dadurch soll das Verhütungsverhalten unabhängig von sozioökonomischen Voraussetzungen analysiert und Daten für mögliche bundesweite Programme gewonnen werden (38).

Zusammenfassend kann schlussfolgernd aufgezeigt werden, dass in Österreich Bedarf an einer Verbesserung des Zugangs zu Verhütungsmethoden besteht. Dies ist von zentraler Bedeutung für die Gewährleistung von reproduktiver Selbstbestimmung und Geschlechtergleichberechtigung und beeinflusst die Prävalenz ungeplanter Schwangerschaften und die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen.

5.2 Die Relevanz sexueller Bildung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen

Sexuelle Bildung und Aufklärung stellen neben dem Zugang zu Verhütungsmitteln eine zentrale Präventionsmaßnahme zur Verringerung von Schwangerschaftsabbrüchen dar. Wissen über Fruchtbarkeit ist von entscheidender Bedeutung für eine effektive Familienplanung und hilft ungeplante Schwangerschaften zu vermeiden. Eine der Wissensfragen der dieser Arbeit zugrundeliegenden Studie zielte darauf ab, die Kenntnisse der Studierenden über die fruchtbaren Tage in einem Menstruationszyklus zu erheben. Um die 60 % der Befragten konnten die Frage korrekt beantworten, wobei signifikant mehr Medizinstudierende (70,3 %) als Nicht-Medizinstudierende (53,6 %) sich für die korrekte Antwort entschieden. Es ist jedoch anzumerken, dass trotz der erheblichen Wissenslücken ein Großteil der befragten Studierenden wusste, dass bei einem 28-tägigen Zyklus die fruchtbaren Tage in etwa in der Mitte des Zyklus liegen. Trotz der Tatsache, dass eine einzige Wissensfrage nicht die Aufklärungssituation der Studierenden abbildet, weist dieses Ergebnis auf den Bedarf an Verbesserung einer Ausweitung der sexualpädagogischen Aufklärung hin.

5.3 Wissenslücken unter Studierenden zu Schwangerschaftsabbrüchen

Die Resultate der für diese Arbeit durchgeführte Erhebung verweisen auf Wissenslücken bei Studierenden hinsichtlich verschiedener Aspekte des Schwangerschaftsabbruches und verdeutlichen die Notwendigkeit von gezielten Bildungsprogrammen.

Ein Wissensdefizit wiesen die Studierenden bei der Befragung zur rechtlichen Lage des Schwangerschaftsabbruches in Österreich auf. Nur etwa die Hälfte aller Studierenden verfügte über Kenntnisse zur aktuellen juristischen Situation, wobei das Wissen bei Medizinstudierenden signifikant höher (62,1 %) als bei Nicht-Medizinstudierenden (42,9 %) war. Etwa 30 % der befragten Studierenden nahm fälschlicherweise an, dass der von

Ärzt*innen durchgeführte Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenlösung in Österreich legal sei. Tatsächlich ist der Schwangerschaftsabbruch in Österreich nicht legal, sondern unter festgelegten Rahmenbedingungen straffrei. Eine Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches anstelle der Straffreiheit, könnte ein wichtiger Schritt dafür sein, um den Zugang zu einem sicheren Abbruch zu verbessern. Dadurch könnten Bedenken vor möglichen juristischen Konsequenzen abnehmen und es würde vermutlich die Hemmschwelle beim medizinischen Personal senken, Abbrüche durchzuführen. Weiters zeigten die Ergebnisse der Befragung, dass bei den an der Studie Teilnehmenden eine Unsicherheit bezüglich der genauen Frist, innerhalb derer ein Abbruch ohne medizinische Indikation in Österreich gesetzlich straffrei möglich ist, vorliegt. Laut der österreichischen Gesetzgebung ist ein Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Indikation bis zur 16. Schwangerschaftswoche bzw. in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten straffrei möglich. Ein überwiegender Anteil der Befragten (72 %) war der Ansicht, dass ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche, gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruationsblutung, möglich ist. Es stellt sich die Frage nach dem Grund dieses verbreiteten Missverständnisses. Vielleicht liegt es daran, dass aus klinischer und rechtlicher Sicht der Beginn einer Schwangerschaft häufig anders datiert wird. In der rechtlichen Praxis wird der Beginn einer Schwangerschaft in der Regel mit der Einnistung der Blastozyste in die Gebärmutter der Frau datiert, welche circa 6-7 Tage nach der Befruchtung stattfindet (39). Im klinischen Alltag wird der Start einer Schwangerschaft meist ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung berechnet. Diese verschiedenen Ansätze führen vermutlich zu abweichenden Fristberechnungen und zu Fehlannahmen. Zu Unklarheiten tragen auch die inkonsistenten Angaben der Schwangerschaftsabbruchfrist auf verschiedenen Online-Ressourcen und in medizinischen Einrichtungen in Österreich bei. Es ist von Bedeutung, dass Betroffene in einer Akutsituation über verlässlich geltende Informationen bezüglich der Abbruchsfrist verfügen. Dafür sprechen mehrere Annahmen. Eine einheitliche Handhabung in der Praxis und in der Kommunikation trägt dazu bei, juristische Unsicherheiten zu reduzieren und Hürden in Dringlichkeitsfällen für Betroffene zu beseitigen. Eine Sensibilisierung des medizinischen Personals für die genauen Regelungen des Schwangerschaftsabbruches wirkt sich positiv auf die bestehende Diskrepanz aus.

Auch in Bezug auf die Kostenaspekte eines Schwangerschaftsabbruches in Österreich konnte unter den Teilnehmenden der Studie ein Wissensdefizit festgestellt werden. In etwa ein Drittel der befragten Studierenden hatte darüber Kenntnis, dass sich die selbst zu tragenden Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch in Tirol aus sozialer Indikation auf 300-1000 Euro belaufen. Diese finanzielle Hürde kann für Betroffene Auswirkungen auf den Zugang haben und Menschen in finanzielle Notlagen drängen. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass circa 87 % aller befragten Studierenden der Meinung waren, dass die Kostenübernahme einen Einfluss auf die Durchführung der Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruches habe. In

Österreich ist der Schwangerschaftsabbruch, entgegen der Empfehlungen der WHO, nicht Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Eine Integration in die Gesundheitsversorgung könnte langfristig für Betroffene, unabhängig von ihrer finanziellen Lage, den Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen verbessern. Es gibt bereits Hilfsprogramme, welche für Betroffene mit finanziellen Schwierigkeiten eine Kostenübernahme anbieten (z.B. Hilfsprogramm der Stadt Wien) (40). Die Erweiterung von finanziellen Unterstützungsprogrammen, ein gestaffeltes Gebührenmodell oder eine teilweise Übernahme der Kosten durch die staatlichen Krankenkassen, sind weitere konkrete Lösungsvorschläge, um den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu erleichtern.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Studie, dass ein Wissensdefizit zu rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch unter Studierenden besteht. Obwohl Medizinstudierende tendenziell über mehr Wissen diesbezüglich verfügten als Studierenden anderer Fachrichtungen, konnten klare Informationslücken und Unsicherheiten in beiden Gruppen erkannt werden. Da Medizinstudierende angehende Fachkräfte und häufige Ansprechpersonen zu gesundheitlichen Fragestellungen sind, ist es von großer Bedeutung, dass Medizinstudierende über die Hintergründe und Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs informiert sind und verlässliches Wissen weitergeben können. Es stellt sich die Frage, wie Wissensdefizite verringert und welche generellen Maßnahmen dafür gesetzt werden können. Dabei sind auch die Maßnahmen, die gezielt während des Medizinstudiums gesetzt werden könnten, in den Blick zu nehmen. In den folgenden Abschnitten wird der Aufklärungswunsch und -bedarf der Studierenden dargelegt und es werden Lösungsansätze zur Schließung der Wissenslücken aufgezeigt.

5.4 Digitale Informationsquellen als Lösungsansatz zur Aufklärung über reproduktive Rechte und Gesundheit

Die Ergebnisse der Umfrage verdeutlichen den Bedarf, Aufklärungsangebote hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs zu verbessern und die Zugänglichkeit zu Informationsquellen zu optimieren: Um die 96 % der an der Studie Teilnehmenden hielten eine Aufklärung über einen Schwangerschaftsabbruch und den Zugang zu entsprechenden Informationen für wichtig bis äußerst wichtig, etwa die Hälfte der Befragten war der Meinung, verlässliche Informationsquellen zu kennen und nahezu ein Drittel hatte das Gefühl hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs ausreichend informiert zu sein.

Das Internet wurde als die am häufigsten genutzte Informationsquelle genannt, gefolgt vom Studium bei Medizinstudierenden und der schulischen Bildung bei Nicht-Medizinstudierenden. Laut diversen Studien nimmt das Internet eine wesentliche Rolle als Recherchequelle bei

reproduktionsmedizinischen Fragestellungen in Österreich ein (37, 41). Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass webbasierte Informationsquellen ein großes Potential darstellen, um vielen Menschen leicht zugängliche und evidenzbasierte Informationen zu vermitteln. Eine sachgerechte Nutzung von digitalen Plattformen setzt aber eine gewisse Medienkompetenz voraus und birgt das Risiko, dass unsachliche und nicht wissenschaftlich fundierte Informationen für die breite Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Um den Bedarf an verlässlichen und einheitlichen Informationsquellen im digitalen Raum gerecht zu werden, sollte die Errichtung einer bundesweiten digitalen Informations- und Wissensplattform zu den Themen Reproduktion und Familienplanung angestrebt werden. Die Plattform könnte verschiedene didaktische Formate implementieren, um eine umfassende Aufklärung zu fördern. Die Nutzung verschiedener Methoden wie audiovisuelle Elemente, forschungsbasierte Texte und interaktive Wissensabfragen könnte dazu beitragen, eine breite Zielgruppe zu erreichen und ein ansprechendes Informationsmedium zu schaffen. Um gleichermaßen Zugang für diverse Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten, ist es essenziell die Inhalte laiengerecht und in verschiedenen Sprachen zur Verfügung zu stellen. Integrierte Social-Media-Kanäle könnten genutzt werden, um gezielt junge Zielgruppen anzusprechen, die Reichweite zu maximieren und das Portal als primäre Informationsquelle zu etablieren. Eine altersgruppenspezifische Unterteilung eines solchen Programmes würde die Möglichkeit eröffnen, diese Bildungsplattform bereits im schulischen Kontext zu nutzen und eine frühzeitige und altersgemäße Auseinandersetzung mit Themen der Reproduktion und Sexualität zu fördern. Durch den gezielt geförderten Kontakt mit dieser Informationsplattform könnte schon im Jugendalter ein Bewusstsein für die Wissensplattform als evidenzbasierte Informationsquelle und vertrauenswürdige Anlaufstelle geschaffen werden. Als bereits existierende Webseiten über reproduktionsmedizinische Fragestellungen und den Schwangerschaftsabbruch in Österreich können mehrere Webseiten, wie beispielsweise die der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung, [<https://oegf.at>] angeführt werden. Bei der OEGF handelt es sich um eine österreichweit tätige, nicht gewinnorientierte Organisation für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Auf der Webseite dieser Organisation finden Interessierte detaillierte Informationen und weiterführende Links zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen. Auch das Österreichische Gesundheitsportal [www.gesundheit.gv.at] stellt Auskünfte zu diesen Themenbereichen zur Verfügung. Ebenso kann die Webseite „Abortion in Austria“ [<https://abortion-in-austria.at>] als eine mehrsprachige Informationsquelle zum Schwangerschaftsabbruch genutzt werden. Diese genannten Plattformen könnten durch eine klarere Navigationsstruktur, eine konsequente Quellenangabe und durch verstärkte Fokussierung auf Mehrsprachigkeit zugänglicher und weiter optimiert werden. Die verschiedenen Studien und angeführten Überlegungen legen zusammenfassend nahe, dass der Aufbau einer bundesweiten, interaktiven, zielgruppenorientierten Lehrplattform, welche in das Bildungssystem eingebunden wird und auf Social Media präsent

ist, angestrebt werden sollte. Mit dieser einheitlichen, faktenbasierten Informationsquelle würde, im Gegensatz zu vielen isolierten Webseiten, eine verlässliche Anlaufstelle für eine breite Zielgruppe geschaffen werden. Der Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen zu Themen der reproduktiven Gesundheit könnte durch diese Maßnahme verbessert werden.

5.5 Möglichkeiten zur Integration des Themas Schwangerschaftsabbruch in die frühe ärztliche Ausbildung

Weltweit enden laut der WHO drei von zehn Schwangerschaften in einem induzierten Schwangerschaftsabbruch (7). Etwa 38 % aller befragten Medizinstudierenden gaben an in ihrem Umfeld eine Person zu kennen, welche einen Abbruch durchgeführt hatte. Diese Zahlen unterstreichen die hohe Prävalenz und die gesellschaftliche Relevanz von Schwangerschaftsabbrüchen. Dies wiederum impliziert die Wichtigkeit einer angemessenen Ausbildung für angehende Mediziner*innen zum Thema des Schwangerschaftsabbruchs. Eine umfassende Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten eines Schwangerschaftsabbruchs ist für zukünftige Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung. Neben den medizinischen und rechtlichen Faktoren sollte vor allem auch die soziale und die psychologische Komponente beachtet werden. Das Bewusstsein und das Verständnis für die unterschiedlichen Dimensionen dieses Themas sind essenziell, um sachgerechte und einfühlsame Gespräche mit Betroffenen zu führen. Des Weiteren kann durch die Auseinandersetzung mit dieser ethisch komplexen Thematik und durch die Anregung zur differenzierten Betrachtung verschiedener Standpunkte die kritische Reflexionsfähigkeit von Studierenden gefördert werden. Darüber hinaus kann die Vertiefung der Thematik in der medizinischen Ausbildung einen Beitrag zur Reduktion der Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen leisten. In etwa 78 % aller befragten Studierenden stimmten sehr bis absolut zu, dass das Thema des Schwangerschaftsabbruchs ein Tabu darstellt. Um die 90 % aller Teilnehmer*innen waren der Meinung, dass das Stigma, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, einen Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen hat. Durch eine adäquate Ausbildung können negative Vorurteile abgebaut werden und eine professionelle und offene Auseinandersetzung mit reproduktiven Rechten gefördert werden. Die Umfrage ergab, dass in etwa 90 % der Studienteilnehmer*innen der Meinung sind, dass das Thema des Schwangerschaftsabbruchs verpflichtend in die medizinische Ausbildung aufgenommen werden sollte. Auch der österreichische klinische Lernzielkatalog für das Humanmedizinstudium (2020) sieht den Schwangerschaftsabbruch als Lernziel an. Eine Integration des Themas ist sowohl im Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe als auch in Medizinethik und Recht vorgesehen (42). Eine nach Lernzielkatalog vorgesehene Integration in das Curriculum steht derzeit an der Medizinischen Universität Innsbruck aus. Es stellt sich die Frage, wie

Thematiken rund um Sexualität, einschließlich des Schwangerschaftsabbruchs, am effektivsten in das Medizinstudium integriert werden können. Im Jahre 2019 wurden Studierende der Medizinischen Universität Innsbruck befragt, welche universitäre Lernformate sie für die Auseinandersetzung mit Thematiken rund um Sexualität präferieren würden. Um die 80 % der teilnehmenden Studierenden gaben an, dass sie sich Wahlfächer zur menschlichen Sexualität wünschen würden (43). Ergänzend zur Integration des Schwangerschaftsabbruchs in die Fächer Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Medizinethik und Recht, könnte auch die Einführung von Wahlfächern, die sich mit den Themen Sexualität und Reproduktion beschäftigen, ein sinnvolles Weiterbildungsangebot darstellen. Zudem ergab die Erhebung des Jahres 2019, dass etwa 70 % der teilnehmenden Medizinstudierenden wenig oder kein Vertrauen in ihre Fähigkeit haben, sexuelle Gesundheitsprobleme zukünftiger Patient*innen anzusprechen (43). Über persönliche Anliegen im Bereich der Sexualität und Fortpflanzung zu sprechen, stellt für viele Personen eine große Herausforderung dar. Insbesondere die offene Kommunikation über stigmatisierte und emotional belastete Themen wie den Schwangerschaftsabbruch kann für viele Menschen eine Barriere darstellen. Deshalb ist es von Bedeutung, dass Medizinstudierende eine adäquate Gesprächsführung zu entsprechenden Thematiken erlernen. Eine Integration solcher Inhalte in die semesterübergreifende Lehrveranstaltung „Ärztliche Gesprächsführung“ könnte dazu beitragen, Medizinstudierenden die dafür notwendige Kommunikationskompetenz zu vermitteln. Eine weitere Option, um eine größere Anzahl an Menschen in ärztlicher Ausbildung mit dem Thema zu erreichen, wäre die Abhaltung eines Vortrags über den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Basisfortbildung (LV) des Zentrums für ärztliche Ausbildung an der Tiroler Klinik. Durch eine Präsentation in der für KPJ-Studierende und Basisärzt*innen oder Turnusärzt*innen regelmäßig stattfindenden Fortbildung „Start in den klinischen Alltag“ bzw. „Fächerübergreifende Themen in der ärztlichen Fortbildung“ könnten die Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs gelehrt werden. In dieser Fortbildung könnte man das Thema mit weiteren ethischen Fragestellungen der Reproduktionsmedizin kombinieren. Besonders angehende Allgemeinmediziner*innen werden voraussichtlich häufig Menschen in Phasen der Familienplanung betreuen und sowohl mit Themen wie ungeplante Schwangerschaften oder unerfüllte Kinderwünsche konfrontiert sein. Ein professioneller Umgang und eine sensible Gesprächsführung mit Betroffenen sind bei solchen oft tabuisierten Thematiken von besonderer Bedeutung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine Vielzahl von Möglichkeiten gibt, Thematiken rund um den Schwangerschaftsabbruch in die ärztliche Ausbildung niederschwellig zu integrieren. Die Ergebnisse der dieser Arbeit zugrundeliegenden Studie deuteten darauf hin, dass neben einem generellen Aufklärungsbedarf zum Schwangerschaftsabbruch auch ein konkreter Verbesserungsbedarf in der diesbezüglichen Ausbildung bei Medizinstudierenden

besteht. Eine fundierte Auseinandersetzung mit der Thematik und eine erweiterte kommunikative Kompetenz sind notwendig, um professionell und sensibel mit dem Thema des Schwangerschaftsabbruches in der ärztlichen Tätigkeit umzugehen.

5.6 Schlussfolgerung/Fazit:

Die Studie zeigte, dass unter den 754 Studierenden, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllten, Wissensdefizite zum Thema Schwangerschaftsabbruch bestehen. Es konnte ein Unterschied im Wissensstand zwischen Humanmedizinstudierenden und Studierenden anderer Fachrichtungen festgestellt werden. Bei vier von fünf in der Studie analysierten Wissensfragen verfügten Humanmedizinstudierende statistisch signifikant über mehr Wissen als Studierende anderer Fachrichtungen.

Aus der Studie ging hervor, dass ein überwiegender Teil der Befragten (90,7 %) eine Pflichtlehrveranstaltung über den Schwangerschaftsabbruch im Medizinstudium befürwortet. Etwa ein Drittel der Teilnehmenden fühlte sich ausreichend über Abbrüche informiert, wobei Humanmedizinstudierende dies statistisch signifikant häufiger angaben als Studierende anderer Disziplinen. Die Resultate verdeutlichen einen Verbesserungsbedarf in der Aufklärung und der Informationsvermittlung über den Schwangerschaftsabbruch. Das Internet wurde als die am häufigsten verwendete Informationsquelle genannt, gefolgt vom Studium bei Humanmedizinstudierenden und der Schule bei Studierenden anderer Disziplinen. Dies unterstreicht einerseits die Wichtigkeit eines Zugangs zu verlässlichen, evidenzbasierten digitalen Informationsquellen und andererseits die Bedeutung einer adäquaten Einbeziehung der Thematik in die Ausbildung. Eine Integration des Themas des Abbruches in die frühe ärztliche Ausbildung könnte neben der Vermittlung von Grundlagenwissen die Auseinandersetzung mit ethisch komplexen Fragestellungen fördern und zur Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruches beitragen.

Bezüglich der Faktoren, die die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen beeinflussen, konnten bei einigen Aussagen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen festgestellt werden. Um die 90 % der Studierenden waren der Ansicht, dass das Stigma, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, die Häufigkeit ihrer Durchführung beeinflussen würde, wobei Humanmedizinstudierende signifikant häufiger diese Ansicht äußerten. Auch den Zugang zu Verhütungsmitteln bewerteten rund 89 % der Studierenden als Einflussfaktor auf die Häufigkeit von Abbrüchen. Ein Großteil der Befragten (81,8 %) vertrat die Ansicht, dass Verhütungsmittel oder Schwangerschaftsabbrüche kostenfrei angeboten werden sollten. In dieser Fragestellung zeigte sich kein statistisch relevanter Unterschied zwischen den Gruppen. Diese Resultate unterstreichen die Wichtigkeit eines niederschweligen Angebots und heben die Bedeutung eines gerechten Zugangs zu Verhütungsmitteln hervor. Solche

Maßnahmen könnten Einfluss auf die Anzahl ungeplanter Schwangerschaften haben und zur Stärkung der reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung der Frau beitragen.

5.7 Limitationen

Durch die Datenerhebung konnten Einblicke hinsichtlich der Wissensstände und Einstellungen von Studierenden bezüglich des Schwangerschaftsabbruches gewonnen werden. Die Studie stellt eine Datengrundlage dar, welche für weiterführende Forschungsarbeiten verschiedener Disziplinen dienen kann. Zugleich zeigt die Studie einige Limitationen, vor allem hinsichtlich der Validität und Reliabilität der Ergebnisse, auf.

Eine Limitation, welche die externe Validität betrifft, ist die unausgewogene Geschlechterverteilung der Stichprobe. Mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmenden fühlten sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig, während weniger als ein Drittel sich als männlich oder divers identifizierte. Zudem sollte hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass möglicherweise insbesondere Studierende mit einem persönlichen Bezug oder Interesse am Thema an der Umfrage teilgenommen haben. Dies könnte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen. Die Reliabilität der Studie könnte durch die potentielle Möglichkeit, den Fragebogen mehrmals auszufüllen, beeinträchtigt werden. Darüber hinaus lässt sich nicht ausschließen, dass die Antworten auf die Wissensfragen recherchiert wurden. Dies könnte einen negativen Einfluss auf die Zuverlässigkeit und Schlussfolgerungen der Ergebnisse haben. Weiters unterschieden sich die untersuchten Subgruppen Humanmedizinstudierende vs. Nicht-Humanmedizinstudierende statistisch signifikant in wesentlichen demographischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Herkunft und Religionszugehörigkeit. In der Interpretation der Resultate sollte dieser Aspekt berücksichtigt werden.

Eine der Fragestellungen, die ursprünglich den Wissensfragen zugehörig war, wurde nicht in die Auswertung des Wissenstandes berücksichtigt. Die Frage zur Anzahl der Einrichtungen in Tirol, welche aus medizinischer, sozialer oder kriminologischer Indikation einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, erwies sich als ungünstig formuliert. Da die Formulierung nicht dem eigentlichen Ziel der Frage entsprach, wurde sie nicht in die Auswertung aufgenommen. Darüber hinaus reichen möglicherweise fünf Wissensfrage nicht aus, um ein fundiertes Bild des Kenntnisstandes der Studierenden zum Thema des Schwangerschaftsabbruches abzubilden. Eine umfangreichere Erhebung des Wissens könnte die Validität der Ergebnisse erhöhen und eine differenziertere Analyse des Wissens ermöglichen.

Um umfassendere Schlussfolgerungen ziehen zu können, könnten eine breitere Stichprobe, eine detailliertere Betrachtung von Einflussfaktoren bezüglich Meinungen zu Schwangerschaftsabbrüchen und eine genauere Analyse der Ursachen der Wissenslücken

sinnvoll sein. Hinsichtlich des Vorschlags zur Kostenreduktion oder Finanzierung von Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen erscheint es als förderlich, eine genaue wirtschaftliche Analyse vorzunehmen, um eine realistische Umsetzbarkeit gewährleisten zu können. Sollte eine Erweiterung des Lehrangebots über den Schwangerschaftsabbruch in der akademischen Lehre gelingen, dann könnte eine anschließende Befragung mit vergleichbaren Wissensfragen nützlich sein, um die Wirksamkeit der Maßnahme zu evaluieren, zu diskutieren und zu optimieren. Die Ergebnisse der Studie können als Grundlage für zukünftige Forschungsarbeiten verschiedener Fachrichtungen dienen.

6 Literaturverzeichnis

1. Jütte R. Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart. Orig.-Ausg. München: Beck. 1993.
2. Whittum M, Rapkin R. History of Abortion Legislation in the United States. *J Gynecol Surg.* 2022; 38(5):320-3.
3. Edouard L, Okonofua F. Health aspects of the presidential election in the United States. *Afr J Reprod Health.* 2024; 28(8):10-3.
4. Diossa-Jiménez L, Menjivar C. Devaluing Women's Lives through Law: Familyism Ideologies in Abortion and Violence against Women Laws in El Salvador. *Soc Polit.* 2023; 30(1):115-39.
5. Shaw D, Norman WV. When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020; 62:49-62.
6. Doralt W. Strafrecht. 59. Auflage. Wien: LexisNexis Verlag ARD Orac GmbH & CoKG. 2024.
7. World Health Organization. Abortion care guideline [Online document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 05.01.2025]. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>.
8. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Leitlinienprogramm Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon [Online Document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 04.01.2025]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094I_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf.
9. Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2020; 20(1):142. doi: 10.1186/s12905-020-01003-8. [Epub 07.07.2020].
10. Bygdeman M, Swahn ML. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception.* 1985; 32(1):45-51.
11. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 2011(11):CD002855.
12. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception.* 2013; 87(1):26-37.
13. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med.* 1998; 338(18):1241-7.
14. Silvestre L, Dubois C, Renault M, Rezvani Y, Baulieu EE, Ulmann A. Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue. A large-scale French experience. *N Engl J Med.* 1990; 322(10):645-8.
15. El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *N Engl J Med.* 1995; 332(15):983-7.

16. Von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. BJOG. 2003; 110(9):808-18.
17. Faúndes A, FIGO Working Group on Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences. International Federation of Gynecology and Obstetrics. The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2011; 115(1):1-4.
18. Kemppainen V, Mentula M, Palkama V, Heikinheimo O. Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(12):1603-10.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Society of Family Planning. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation: ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstet Gynecol. 2020; 136(4):e31-e47.
20. World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care [Online document]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 04.01.2025]. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>.
21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care [Online document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 01.01.2024]. Verfügbar unter: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>.
22. Renner R-M, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 2009(2):CD006712.
23. Lichtenberg ES, Paul M. Surgical abortion prior to 7 weeks of gestation. Contraception. 2013; 88(1):7-17.
24. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. Contraception. 2015; 92(5):422-38.
25. World Health Organization. Abortion. [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 05.01.2024]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
26. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bull World Health Organ. 2014; 92(3):155. doi: 10.2471/BLT.14.136333 [Epub 01.03.2014].
27. World Health Organization. Unsafe abortion : Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. [online document]. 2008 [zuletzt aufgerufen am 04.01.2025]. Verfügbar unter: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
28. Rasch V. Unsafe abortion and postabortion care – an overview. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011; 90(7):692-700.
29. Huntington D, Nawar L, Hassan EO, Youssef H, Abdel-Tawab N. The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study. Int Fam Plann Perspect. 1998, 24(1):25–31.

30. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006; 368(9550):1908-19.
31. Henshaw SK, Adewole I, Singh S, Bankole A, Oye-Adeniran B, Hussain R. Severity and cost of unsafe abortion complications treated in Nigerian hospitals. *Int Fam Plan Perspect*. 2008; 34(1):40-50.
32. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. 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:e1152-61.
33. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed [Online document]. 2012 [zuletzt aufgerufen am 04.01.2025]. Verfügbar unter https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
34. Madden T, Barker AR, Huntzberry K, Secura GM, Peipert JF, McBride TD. Medicaid savings from the Contraceptive CHOICE Project: a cost-savings analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(6):595.e1-e11.
35. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012; 120 (6):1291-7.
36. Gyllenberg F, Juselius M, Gissler M, Heikinheimo O. Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge, Method Initiation, and Abortion Rates in Finland. *Am J Public Health*. 2018; 108(4):538-43.
37. Gaiswinkler S, Antosik J, Pfabigan J, Pilwarsch J. Verhütungsbericht 2024. Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). 2024.
38. Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verhütungsbericht bestätigt starke Kostenabhängigkeit bei Wahl der Verhütungsmethode. [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 25.03.2025]. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Services/Neuigkeiten-und-Termine/Archiv-2024/verhuetungsbericht.html>.
39. Norwitz ER, Schust DJ, Fisher SJ. Implantation and the survival of early pregnancy. *N Engl J Med*. 2001; 345(19):1400-8.
40. Wiener Gesundheitsverbund. Schwangerschaftsabbruch im Wiener Gesundheitsverbund. [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 25.03.2025]. Verfügbar unter: <https://gesundheitsverbund.at/schwangerschaftsabbruch/#toggle-id-4>.
41. Gahl M. Studie zu reproduktionsmedizinischen Fragestellungen und Kontrazeption bei Schüler*innen in Tirol [Diplomarbeit]. Innsbruck: Medizinische Universität Innsbruck. 2022.
42. Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Wien, Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Fakultät Linz, [Hrsg.]. Klinischer Lernzielkatalog Österreichs. Graz, Wien, Innsbruck, Linz: Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Wien, Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Fakultät Linz. 2020.
43. Komlenac N, Siller H, Hochleitner M. Medical Students Indicate the Need for Increased Sexuality Education at an Austrian Medical University. *Sex Med*. 2019; 7(3):318-25.

7 Liste der verwendeten Abkürzungen

DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
β-hCG	Beta-humanes Choriongonadotropin
SSW	Schwangerschaftswoche
SDG	Sustainable Development Goals
LARC	Long-Acting Reversible Contraception
OEGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
KPJ	Klinisch-Praktisches Jahr

8 Anhang

8.1 Einladung zur Studienteilnahme – Aushangtext

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin

Direktor: Univ. Prof. Dr. B. Toth Department für Frauenheilkunde Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Telefon: +43 (0)512-504 23276; Fax: +43 (0)512-504 23277 Sekretariat: maria.rinaldi-schneider@tirol-kliniken.at

Tiroler Onlinestudie zu reproduktiver Gesundheit und Schwangerschaftsabbrüchen

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

Innsbruck, 02.10.2023

Wir möchten Sie herzlich einladen, an unserer Umfragestudie zu Schwangerschaft, reproduktiver Gesundheit und reproduktiver Gerechtigkeit teilzunehmen!

Das Ziel ist basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen den aktuellen Wissensstand einsehen zu können sowie die Einstellung zu reproduktiven Entscheidungen wie Schwangerschaftsabbrüchen zu ergründen. Basierend auf diesen Erkenntnissen könnte Beratung zur Familienplanung sowie die Zugänglichkeit dazu verändert werden. Zusätzlich analysieren wir anhand demographischer Daten, gesellschaftliche Einflüsse auf Reproduktionsentscheidung, sowie deren Zusammenhang mit der individuellen Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Es handelt sich zunächst um Fragen zu Ihrer Person, ohne dabei persönliche Daten, wie Ihren Namen oder Ihre Adresse abzufragen. Im Folgenden möchten wir Sie bitten noch weitere Fragen zu verschiedenen Themenfeldern zu beantworten. Diese Fragen beziehen sich auf die Familienplanung, das Thema Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüche sowie Reproduktionsentscheidungen.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig und ist anonym. Einfach den QR Code scannen und los geht's:

<https://de.surveymonkey.com/r/TD3283L>

Sollten sich Ihnen im Rahmen dieser Studie Fragen die eigene Gesundheit betreffend stellen, bitten wir Sie mit einer ärztlichen Person Ihres Vertrauens in Kontakt zu treten.

Für Rückfragen zur Studie steht Ihnen unser Studienteam jederzeit zur Verfügung.

Tel.-Nr.: +43 512 504 23276

Email: info.kinderwunsch@tirol-kliniken.at

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Studienteam aus der Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

8.2 Fragebogen

Fragebogen zum Schwangerschaftsabbruch

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir möchten Sie einladen, an unserer Umfragestudie zu Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und reproduktiver Autonomie teilzunehmen. Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig, Sie können sie jederzeit beenden. Die bis dahin beantworteten Fragen können trotzdem in unsere Auswertung einfließen. Die Auswertung ist anonym, d.h. keiner kann nachvollziehen, wer Sie sind. Wenn Sie mehr über den Datenschutz wissen möchten, klicken Sie bitte [hier](#).

Für Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie, die ~ 2 Monate dauern wird, stehen Ihnen die Studienleitung und ihre MitarbeiterInnen, gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Teilnehmerin an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Studienärztin:

PD Dr. Bettina Böttcher

(+43 512 504 23276, bettina.boettcher@i-med.ac.at)

1. Ich studiere in Tirol und möchte an dieser Umfragestudie jetzt teilnehmen.

☐ Ja

☐ Nein

Fragebogen zum Schwangerschaftsabbruch

2. Wie alt sind Sie?

3. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

4. Bitte geben Sie Ihre Nationalität an

☐ Österreich

☐ Deutschland

☐ Italien

☐ Sonstiges (bitte angeben)

5. Bitte geben Sie die Größe Ihres Herkunftsortes an

☐ < 5.000 Einwohner*innen (Dorf)

☐ => 5.000 Einwohner*innen (Kleinstadt-Stadt)

☐ = > 100.000 Einwohner*innen (Großstadt)

6. Welcher Religion gehören Sie an?

☐ Atheismus

☐ Christentum

☐ Buddhismus

☐ Judentum

☐ Islam

☐ Keine der oben genannten

Sonstiges (bitte angeben)

7. Bitte geben Sie Ihre Studienrichtung an

- ☐ 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

8. Falls sie eine Gesundheitswissenschaft studieren, bitte geben Sie Ihre genaue Richtung an:

- ☐ Humanmedizin
- ☐ Zahnmedizin
- ☐ Molekulare Medizin
- ☐ Hebamme
- ☐ Bsc Gesundheits- und Krankenpflege
- ☐ Ausbildung zur Pflegeassistentz
- ☐ Sonstiges
- ☐ Ich studiere keine Gesundheitswissenschaft

9. Was ist der höchste Abschluss Ihrer Eltern (Elternteil 1)?

10. Was ist der höchste Abschluss Ihrer Eltern (Elternteil 2)?

11. 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

12. Wie viel Geld steht Ihnen monatlich insgesamt zur Verfügung?

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

13. Was ist Ihr derzeitiger Beziehungsstatus?

- ☐ in einer monogamen Beziehung
- ☐ in einer offenen Beziehung
- ☐ in einer polyamoren Beziehung
- ☐ in keiner Beziehung
- ☐ Keine der oben genannten

14. Bitte geben Sie Ihre sexuelle Orientierung an

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

15. Wie viele Kinder haben Sie?

- ☐ Keine
- ☐ 1-3
- ☐ >3

16. 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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich möchte mich dazu nicht äußern
- ☐ Ich weiß es nicht

18. Wenn ja, wie oft haben Sie/ wurde von Ihren Partnerinnen „die Pille danach“ eingenommen?

- ☐ noch nie
- ☐ 1 bis 3 mal
- ☐ öfter als 3 mal

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich möchte mich dazu nicht äußern

20. Wenn ja, wie wurde die Schwangerschaft abgebrochen?

- ☐ chirurgisch
- ☐ medikamentös (Tabletten)
- ☐ Keine der oben genannten

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

22. Bitte geben Sie Ihre derzeitige Verhütung bzw. die der Partnerin/ des Partners an
(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Keine: ungeschützter Geschlechtsverkehr
- ☐ Keine: gleichgeschlechtliche Beziehung
- ☐ Keine: Kinderwunsch
- ☐ Keine: Sonstiges
- ☐ Kondom
- ☐ Coitus interruptus
- ☐ Pille
- ☐ Hormonstäbchen
- ☐ Hormonspirale
- ☐ Kupferspirale, Goldspirale, Kupferball, Kupferkette
- ☐ Vaginalring
- ☐ natürliche Familienplanung (Temperatur, Kalender, Zervixschleim)
- ☐ Zyklus-Apps

Sonstiges (bitte angeben)

23. An welchen Tagen im Menstruationszyklus ist es wahrscheinlich, dass bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft eintritt
(bei einem Zyklus von 28 Tagen, Tag 1: Start der Menstruation)

- ☐ 1. - 4. Tag
- ☐ 5. - 9. Tag
- ☐ 10. - 14. Tag
- ☐ 15. - 19. Tag
- ☐ 20. - 24. Tag
- ☐ 25 - 28. Tag

24. Wodurch erfolgte Ihre Aufklärung über Schwangerschaftsabbrüche?
(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Internet
- ☐ Schule
- ☐ Studium
- ☐ Beratungsstellen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Ärzt*Innen
- ☐ gar nicht

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

26. Wissen Sie, wo Sie zuverlässige und vollständige Informationen dazu bekommen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

27. Finden Sie eine Aufklärung über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches und Informationen dazu wichtig?

Ich finde es überhaupt nicht wichtig	Ich finde es eher nicht wichtig	Ich finde es wichtig	Ich finde es äußerst wichtig
☐	☐	☐	☐

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das ist mir egal

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

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

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

- ☐ bis zur 5. Woche
- ☐ bis zur 8. Woche
- ☐ bis zur 12. Woche
- ☐ bis zur 16. Woche
- ☐ bis zur 20. Woche
- ☐ bis zur 25. Woche
- ☐ sonstiges

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

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

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

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

- ☐ Kostenübernahme durch Gesundheitskassen
- ☐ <100 €
- ☐ 100-300€
- ☐ 300-1000€
- ☐ Ich weiß es nicht

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß es nicht

35. Wann beginnt für Sie menschliches Leben:

- ☐ 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

36. Wie sehr stellt Ihrer Meinung nach das Thema des Schwangerschaftsabbruchs ein gesellschaftliches Tabu dar?

Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme sehr zu	Ich stimme absolut zu
☐	☐	☐	☐

37. Bewerten Sie die folgenden Aussagen: Wie sehr stimmen Sie jeweils zu?

	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme sehr zu	Ich stimme absolut zu
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	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐

38. 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

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

	Ja	Nein
Die Gesetze im Land (Abbruch ist legal/illegal)	☐	☐
Bildungsstatus	☐	☐
Das eventuell vorhandene Stigma, einen Abbruch durchführen zu lassen	☐	☐
Kostenübernahme	☐	☐
Zugang zu Verhütungsmitteln	☐	☐

40. Derzeit wird die Kostenübernahme für Abbrüche diskutiert. Sollten aus Ihrer Sicht Verhütungsmittel oder Abbrüche kostenfrei angeboten werden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Das ist mir egal

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

42.

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

43. 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 nachgewiesenen Krankheitsbilder (über Gene übertragbare Krankheiten)

Fragebogen zum Schwangerschaftsabbruch

Fragen zur reproduktiven Autonomie

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Sie und Ihren derzeitigen Partner/Partnerin oder