

Schwangerschaftsabbruch aus klinisch-ethischer Perspektive

Tanja Krones

Fortpflanzung ist...

von höchster gesellschaftspolitischer
Relevanz.....

«Kinderkriegen für das Land??»

....und von höchster Privatheit

Reproduktive Autonomie

**Negative Freiheit
(Abwehrrecht) oder
positive Freiheit
(Anspruchsrecht) ?**

§§
??

Recht auf Kinderlosigkeit

Recht auf Kinder

Recht auf gesunde Kinder

Recht, Mutter/Vater zu werden

Recht, nicht Mutter/Vater zu werden

Recht auf Wissen

Recht auf Nicht-Wissen

Recht, geboren zu werden

Recht, nicht (so) geboren zu werden (wrongful birth)

Recht, als Embryo unterscheidungsfrei angenommen zu werden

Einholung eines psychiatrischen und ethischen Konsils in der Ambulanz der Gynäkologie. 28 jährige Patientin, Mutter eines 5 jährigen Kindes, seit 5 Wochen getrennt lebend vom Vater des ersten Kindes, nun schwanger in der 14 SSW, sei völlig verzweifelt. Sie hatte aufgrund eines schweren grippalen Infektes einige Medikamente eingenommen und sei nun sicher, dass das Kind einen Schaden genommen habe und wolle unbedingt die Schwangerschaft abbrechen. Die psychiatrische Kollegin versucht die Patientin zu beruhigen, dass die Medikamente, welche sie in der Schwangerschaft eingenommen hat, nicht schädigend seien und so auch kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch bestünde. Die Patientin bricht wieder in Tränen aus. Sie gibt nun an, dass sie das Kind nicht will, weil sie es nicht annehmen kann und weil sie keine gute Beziehung zu ihm hat. Jetzt droht die Patientin dass sie sich das Leben nehmen will, ihre Situation sei unerträglich. Abtreibung sei auch keine gute Lösung. Sie gehe jetzt ihr Kind abholen, bringe dies in Sicherheit und werfe sich danach unter den Zug oder kaufe Rattengift (...)

In der Ethik geht es um menschliches **Handeln** und **Entscheidungen unter Unsicherheit in komplexen Problem- und/oder Dilemmasituationen**

Klinische Ethik:

1) Bestmögliche ethisch begründete Entscheidungskriterien,
Entscheidungsprozess

2) Umsetzung, Aushalten, gemeinsames Tragen und kritische Evaluation von
Entscheidungen

3) Verantwortungsübernahme bei der Frage:

WAS SOLLEN WIR TUN?

„Man kann nicht nicht entscheiden“;

„Vorsicht mit Aussagen wie: das ist ganz klar; das müssen wir tun!“

Unterscheidung von Können, Müssen und Sollen

Der Wunsch nach Sicherheit

**Manche haben zur Ethik und Wissenschaft
dasselbe Verhältnis wie ein Betrunkener zu
einer Laterne:**

Sie suchen Halt, nicht Erleuchtung

Der Hippokratische Eid

Griechischer Text

Deutsche Übersetzung und medizinhistorischer Kommentar von Axel W. Bauer (1993)

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde:

Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, sonst aber niemanden.

Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen.



Zur Bedeutung des Hippokratischen Eides in der heutigen Zeit

Josias Mattli^a, Ursula Knirsch^b, Raimund Klesse^c, Sabine Vuilleumier-Koch^d

Vorstandsmitglieder der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz

^a Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied der FMH, Val Müstair; ^b Dr. med., Fachärztin für Neurologie, Mitglied der FMH, Zürich;

^c Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied der FMH, Chur; ^d Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied der FMH, Greifensee

**Der Hippokratische Eid als
«Fels in der Brandung» [2]**

**Der Hippokratische Eid – verlässliche
Richtschnur seit 2500 Jahren**

**Rückbesinnung auf die hippokratische
Ethik**

Medizinhistorische und medizinethische Grundlagen

Der Hippokratische Eid: ein schwieriges Erbe

Hubert Steinke

Prof. Dr. med. Dr. phil., Institut für Medizingeschichte, Universität Bern

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG – BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES – BOLLETTINO DEI MEDICI SVIZZERI 2016;97(48):1699–1701

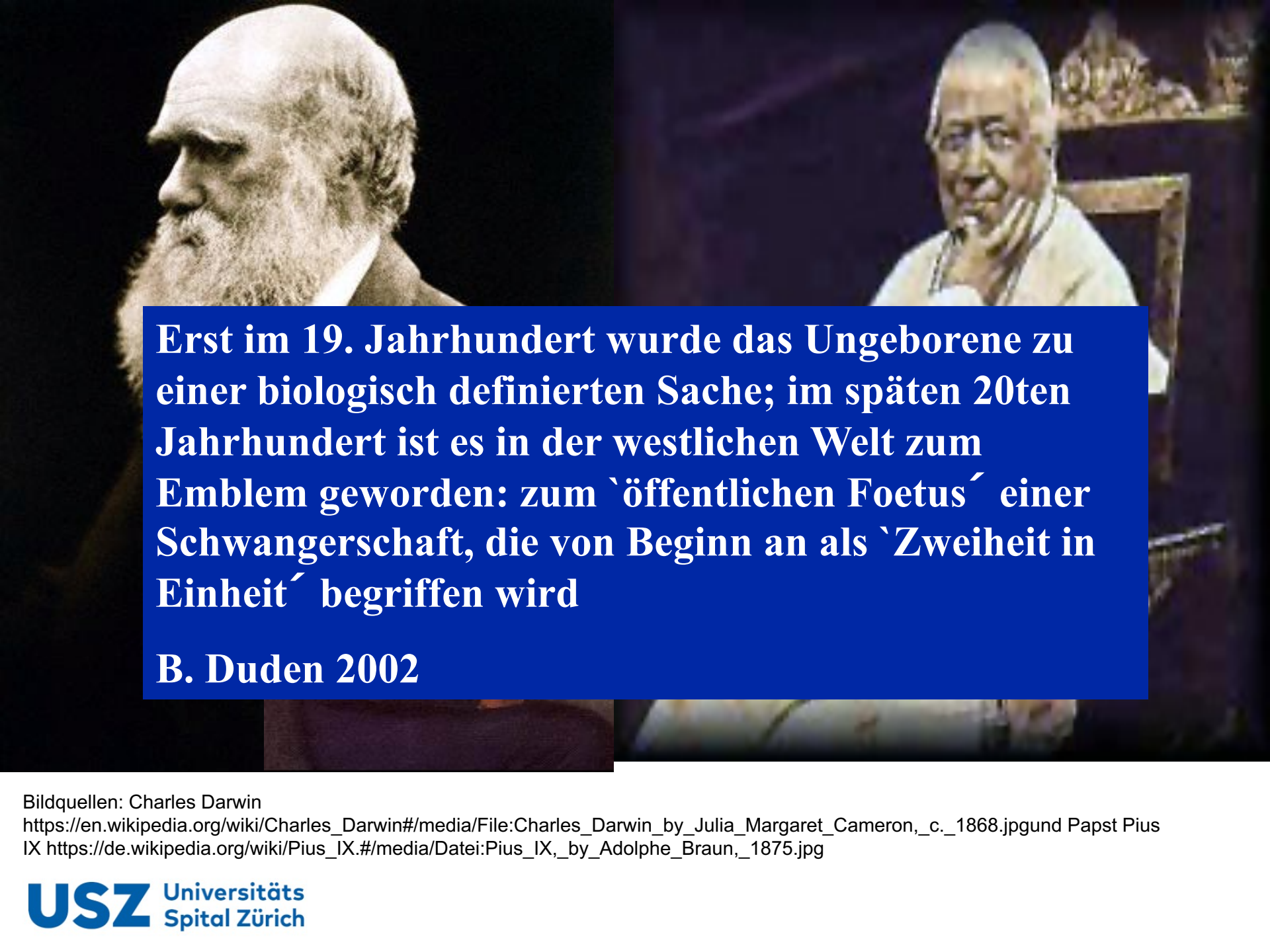
Der «Hippokratische Eid»: ein Mythos

- Texte des Eides waren nach historischen Quellen in der abgebrannten Bibliothek von Alexandria unter dem «Corpus Hippocraticum» abgelegt (unklar von wem)
- Seit seiner ersten Erwähnung durch Scribonius Largus im ersten Jahrhundert n.Chr. vermutlich in verschiedenen Versionen vereinzelt geschworen, durch Galen im 2. Jhd. bekannter gemacht
- Im Mittelalter Ausbreitung mit verschiedenen christlichen Interpretationen
- in der Neuzeit Versatzstücke in einzelnen nicht verpflichtenden Eiden verschiedener Berufsgruppen (z.B. auch Apotheker, Hebammen)
- Zum ersten Mal belegt 1804 an einer medizinischen Fakultät (Montpellier) von Absolventen der Medizin geschworen
- -Vermutlich an keiner deutschsprachigen Fakultät jemals geschworen
- Ca. die Hälfte der amerikanischen Fakultäten schwört nach einer Umfrage von 1989 «eine Version» des Hippokratischen Eides

→berufsrechtlich, - ethisch, menschenrechtlich, anders als das Genfer Gelöbnis oder die Deklaration von Helsinki (die sich nicht zu Schwangerschaftsabbrüchen äussern) ohne relevante Bedeutung

Das 19. Jahrhundert

Wurzeln unseres Diskurses um den „Bürger Embryo“ und die Verhandlungen von Fortpflanzungsentscheidungen in der Rechtssprache



Erst im 19. Jahrhundert wurde das Ungeborene zu einer biologisch definierten Sache; im späten 20ten Jahrhundert ist es in der westlichen Welt zum Emblem geworden: zum 'öffentlichen Foetus' einer Schwangerschaft, die von Beginn an als 'Zweiheit in Einheit' begriffen wird

B. Duden 2002

Bildquellen: Charles Darwin

https://en.wikipedia.org/wiki/Charles_Darwin#/media/File:Charles_Darwin_by_Julia_Margaret_Cameron,_c._1868.jpg und Papst Pius

IX https://de.wikipedia.org/wiki/Pius_IX./media/Datei:Pius_IX,_by_Adolphe_Braun,_1875.jpg

Roe vs. Wade (1973) Supreme Court USA (Abbrüche und Privat-/Menschenrechte von Frauen)

Während des ersten Schwangerschaftstrimesters darf der Staat keine Gesetz erlassen, die mit der Entscheidung von Frauen oder Ärzten interferieren.

Während des zweiten Trimesters darf der Staat Gesetze erlassen, jedoch nur in Bezug darauf, dass die mütterliche Gesundheit erhalten und geschützt wird.

Während des dritten Trimesters darf der Staat Gesetz erlassen, um den lebensfähigen Fötus zu schützen, aber nur dann, wenn das Gesetz Ausnahmen zulässt für Fälle, in denen die physische oder psychische Gesundheit von Frauen gefährdet sind.

Der Staat darf keine Gesetz erlassen, die verlangen, dass alle Abbrüche in akkreditierten Krankenhäusern durchgeführt werden, oder durch ein Krankenhauskomitee oder eine zweite ärztliche Meinung gebilligt werden müssen, oder nur Staatsbürgern zustehe.

Die Kohlberg versus Gilligan Debatte

Postkonventionelle-Autonomie-Prinzipiengeleitete Phase

Stufe 5 Legalistische/Sozialvertragsorientierung: Betonung von Verfahrensregeln/sozialen Nützlichkeitsabwägungen gegenüber persönlichen Werten innerhalb des gesetzl. Rahmens. Ausserhalb Vertragsverpflichtungen

Konventionelle Phase

Stufe 4 Orientierung an „Recht und Ordnung“: Richtiges Verhalten bedeutet Pflichterfüllung, Respekt gegenüber Autoritäten und Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung um ihrer selbst willen.

Stufe 3 Orientierung an personengebundener Zustimmung anderer (Guter Junge/Gutes Mädchen) Absicht wird wichtig, es „gut zu meinen“

Vorkonventionelle Phase

Stufe 2 Instrumentell-relativistische Ordnung: Befriedigung eigener, aber auch der Bedürfnisse anderer- pragmatische Vorstellung von Fairness und Gerechtigkeit

Stufe 1 Orientierung an Bestrafung und Gehorsam, Konsequenzen bestimmen die Bewertung der Handlung

Vormoralische Phase

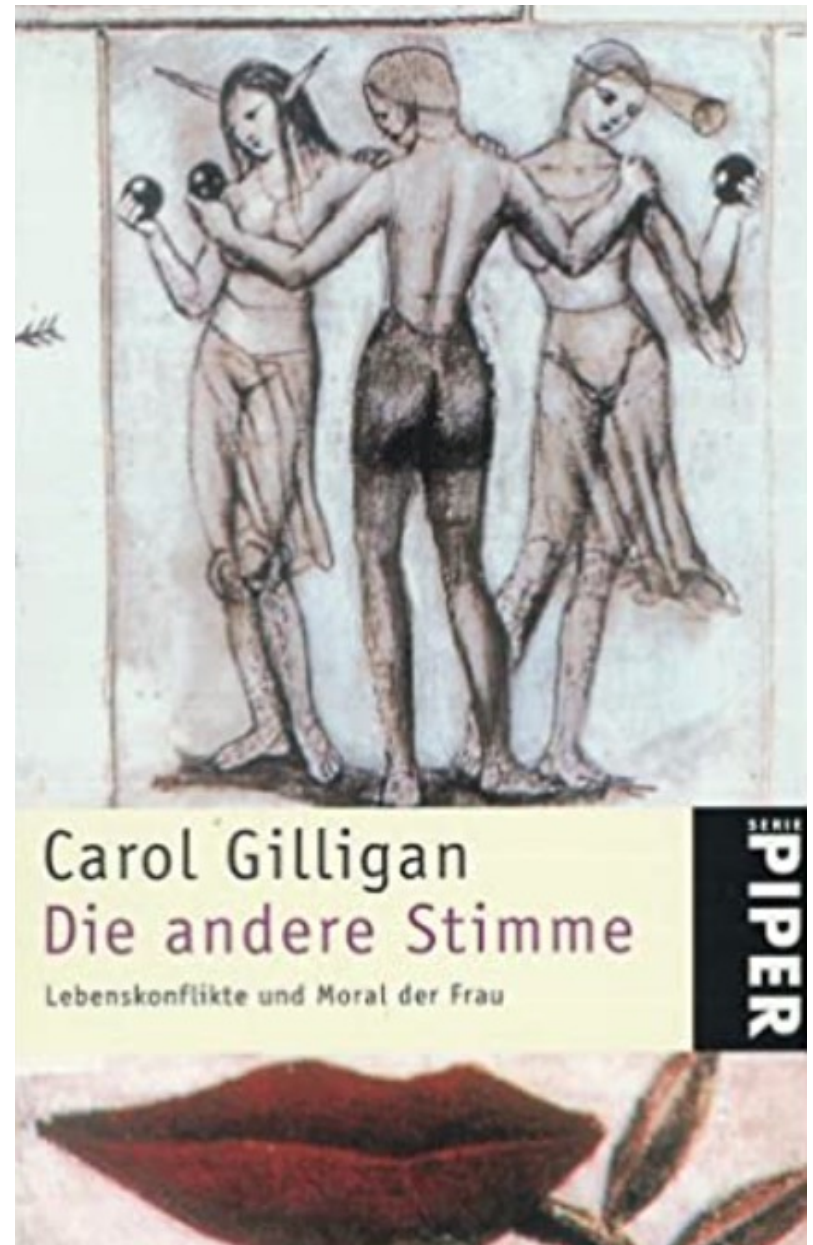
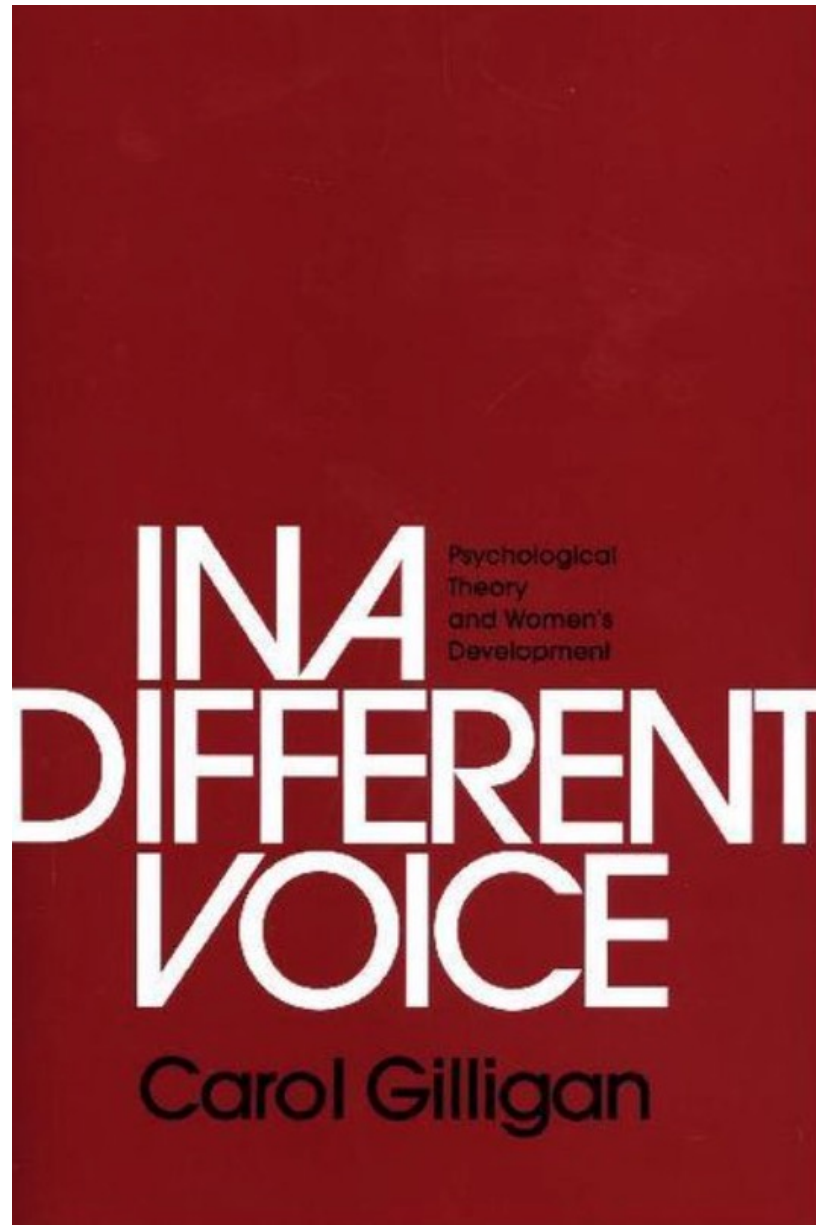
Keine Vorstellung von Gut und Böse; Handeln lässt sich vom Können und Wollen leiten

Kohlberg's Modell der Moralentwicklung

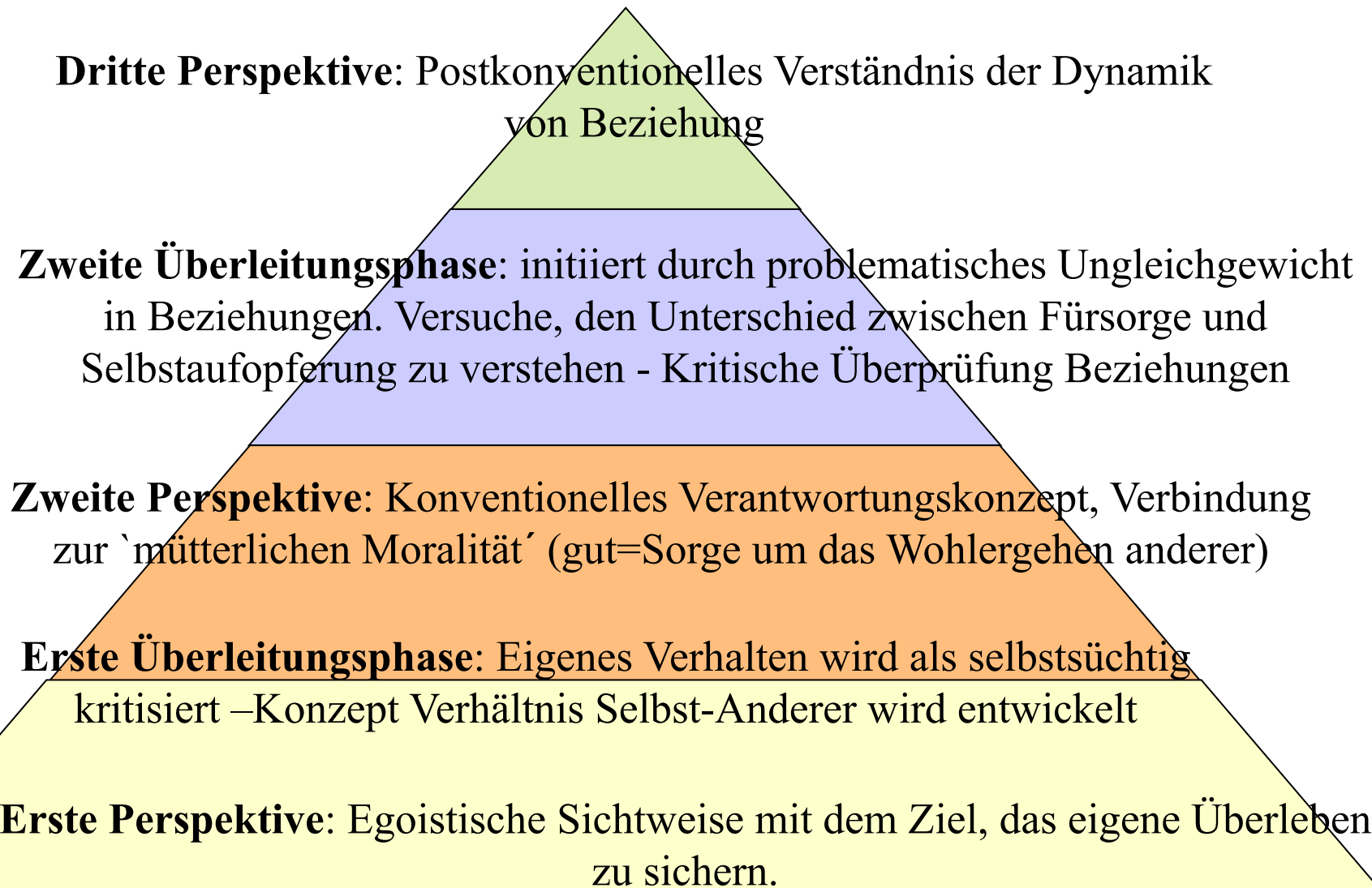
Ich glaube schwerlich, dass das schöne Geschlecht der Grundsätze fähig sei (...). Dafür aber hat die Vorsehung in ihren Busen gütige und wohlwollende Empfindungen, ein feines Gefühl für Anständigkeit und eine gefällige Seele gegeben.

Immanuel Kant, Beobachtungen über das Gefühl des Schönen und Erhabenen, 1764, 232

Die „andere Stimme“



Modell der Moralentwicklung nach Gilligan
Moralproblem resultiert aus einander widersprechenden
Verantwortlichkeiten und nicht aus konkurrierenden Rechten



Dritte Perspektive: Postkonventionelles Verständnis der Dynamik von Beziehung

Zweite Überleitungsphase: initiiert durch problematisches Ungleichgewicht in Beziehungen. Versuche, den Unterschied zwischen Fürsorge und Selbstaufopferung zu verstehen - Kritische Überprüfung Beziehungen

Zweite Perspektive: Konventionelles Verantwortungskonzept, Verbindung zur 'mütterlichen Moralität' (gut=Sorge um das Wohlergehen anderer)

Erste Überleitungsphase: Eigenes Verhalten wird als selbstsüchtig kritisiert –Konzept Verhältnis Selbst-Anderer wird entwickelt

Erste Perspektive: Egoistische Sichtweise mit dem Ziel, das eigene Überleben zu sichern.

Die „andere Stimme“ bei Schwangerschaftsabbrüchen

Zu den Auswirkungen der Roe vs. Wade Entscheidung zählte, dass viele Frauen die Moralität des „Engels im Haus“ in Frage stellten, diese Ikone des 19. Jahrhunderts von femininer Güte, unsterblich gemacht durch den Dichter Coventry Patmore: die Frau, die nur für andere spricht und handelt.(...)

**Erste Perspektive: keine Unterscheidung Sollen/Wollen,
Perspektive auf das Ich und das Überleben gerichtet:
Susan, 18, Schülerin**

(Was dachtest Du, als Du schwanger warst?) Ich dachte ehrlich nichts, außer, dass ich das nicht wollte. (Warum?) Ich wollte das nicht, ich war nicht bereit dafür und nächstes Jahr ist mein letztes Jahr und ich will zur Schule gehen. (Gibt es einen richtigen Weg, wie man über Abbrüche entscheiden sollte?). Es gibt keine richtige Entscheidung. Ich wollte es nicht.

Übergang vom selbstlosen Gutsein zur Transparenz, zu
Deliberation von Eigen- und Fremdverantwortung
Sandra, 29, katholische Krankenschwester, bereits ein Kind zur
Adoption freigegeben, die zweite Schwangerschaft
abgebrochen

Ich habe immer gedacht, Abtreibung ist ein nettes Wort für Mord. Aber- es ist nicht dasselbe. Man kann argumentieren, dass es nicht wirklich dasselbe ist. Das Kind zu behalten war aus ganz vielen Gründen nicht möglich. Psychologisch war es nicht möglich, dass ich noch ein Adoption durchleben könnte. Es brauchte ungefähr viereinhalb Jahre, bis ich wieder die Dinge einigermaßen in der Reihe hatte. Es gab einfach keinen Weg, noch mal da durch zu gehen. Ich hab das auch nicht für mich selbst gemacht. Ich tat es für meine Eltern. Ich tat es, weil es mir der Arzt gesagt hat- aber ich hatte bis vor kurzen nicht herausbekommen, dass ich es auch für mich selbst tat. Ich musste mich hinsetzen und mir sagen-Nein, ich möchte nicht den Weg einer Mutter gehen. Und das ist nicht eine so schlimme Sache, das zu sagen, von jetzt aus betrachtet.

Dritte Perspektive

Ich würde weder dem Kind, noch mir selbst irgend einen Gefallen tun, wenn ich dieses Kind bekäme. Ich muss nicht meine imaginären Schulden an die Welt durch dieses Kind bezahlen, und ich denke nicht, dass es richtig ist, ein Kind aus diesem Grund in die Welt zu setzen. Das wäre nicht verantwortungsvoll.

Es löst sich die Spannung zwischen Selbstbezogenheit - und Fremdbezogenheit zugunsten des Verständnis der Verbindung zwischen Selbst und Anderem; Fürsorge wird zum selbstgewählten Urteilsprinzip, das in seiner Verurteilung von Ausnutzung und dem Zufügen von Leid generalisiert wird.

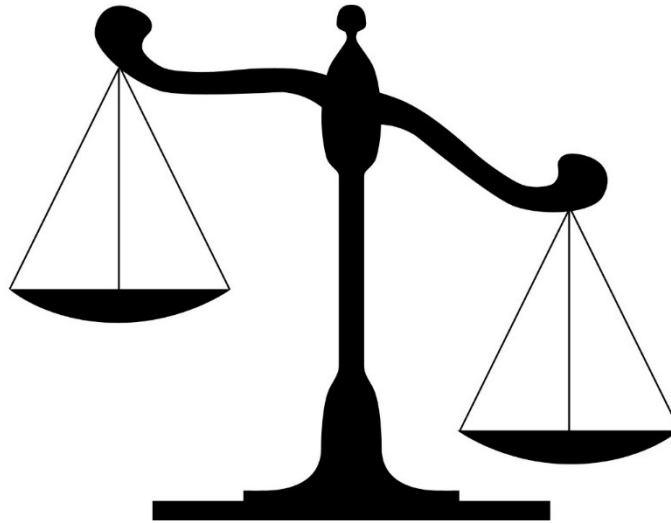
Biller-Andorno 2001

Primum non nocere – first do not harm ...(Scribonius Largus)

Kann es jemals, unter irgend welchen Umständen moralisch gerechtfertigt sein, eine Frau zu zwingen, ein Kind gegen ihren Willen zu bekommen?

E. Willis, zit. In Tong 1997

Evidenzvergleich Schwangerschaftsabbruch-Geburt psychisches und somatisches Schadenspotential für die Frau



Geburt

Schwangerschaftsabbruch

◆ Übersicht mit KI

Geburtsschmerzen gehören zu den intensivsten Schmerzerfahrungen, oft beschrieben als 10 von 10, und werden durch Dehnung des Muttermundes, Beckenbodens und Dammes verursacht. Obwohl der Median oft niedriger liegt, erreichen Wehen ein extremes Schmerzniveau, das als krampfartig, pochend oder einschließend empfunden wird. Sie zählen zu den stärksten bekannten Schmerzen.  Medela +4

- **Schmerzintensität:** Während die Schmerzwahrnehmung subjektiv ist, können Geburtswehen eine "10" auf der Skala erreichen, insbesondere in der Übergangsphase. Studien zeigen jedoch, dass der Medianwert oft niedriger liegt, wobei nur ca. 1 % der Frauen über stärkste Schmerzen (7+) berichten.
- **Empfinden:** Der Schmerz wird oft als eine Kombination aus extremen Menstruationsbeschwerden, starken Magen-Darm-Krämpfen und heftigen Rückenschmerzen beschrieben.
- **Phasen:** Die Intensität variiert: Eröffnungswehen sind intensiv, oft gekennzeichnet durch die Unfähigkeit, sich abzulenken. Die Dehnung von Muttermund und Beckenboden sind Hauptursachen.
- **Vergleich:** Geburtsschmerzen werden oft als eines der stärksten Schmerzerlebnisse eingestuft, vergleichbar mit anderen schweren Schmerzzuständen.  Springer Nature Link +4

Die Wahrnehmung ist individuell, und Schmerzmittel sowie natürliche Methoden können die Intensität lindern.  Medela +3

Postpartale depressive Störung: Häufigkeit und Zusammenhänge mit soziodemographischen und psychosozialen Faktoren



Literaturübersicht und empirische Untersuchung



Willkommen bei Postpartale Depression Schweiz

Wir setzen uns dafür ein, dass Betroffene und Angehörige rasch die richtige Hilfe finden und bieten Fachpersonen eine kompetente Anlaufstelle.

[Home](#)

[Informationen](#)

[Hilfe](#)

[Über uns](#)

[Spenden](#)

[Suche](#)



News

Mittwoch, 03. Mai 2023

World Maternal Mental Health Day

Aktivitäten 2023

In der Schweiz wurden gemäss Bundesamt für Statistik im Jahr 2022 82'045 Kinder geboren.

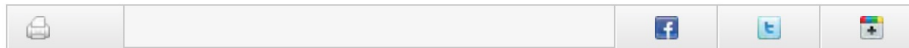
15% der Frauen – rund 12'500 pro Jahr – stürzt dieses sogenannt freudige Ereignis in die Krise: Sie erleiden eine postpartale Depression (umgangssprachlich auch oft als postnatale Depression bezeichnet oder als Wochenbettdepression bekannt) oder gar eine Psychose.



Notfälle rund um die Geburt: Risiken nicht zu unterschätzen

Heike Dierbach | 3. Dezember 2013

[Autoren und Interessenkonflikte](#)



Drucken

„Viele Beinahe-Katastrophen werden nur durch die Leistung des Teams im Kreißsaal verhindert.“

Prof. Dr. Wolfgang Henrich

„Denn geht es der Frau aufgrund einer Herzkrankheit in der Schwangerschaft schlecht, steht sie oft mit dem Rücken zur Wand.“

Dr. Waltraut Merz

„Wir begegnen dem gestiegenen Risiko mit immer neuen Techniken, nur deshalb ist die Rate an Todesfällen weiter so niedrig.“

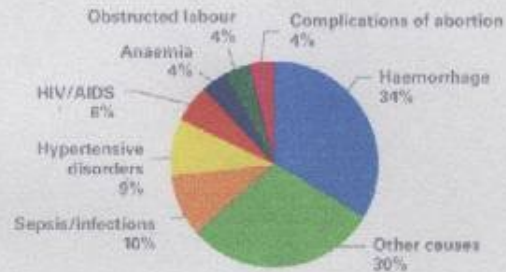
Maternal mortality is highest in countries of sub-Saharan Africa and South Asia
Maternal mortality ratios (MMR) per 100,000 live births (2005)



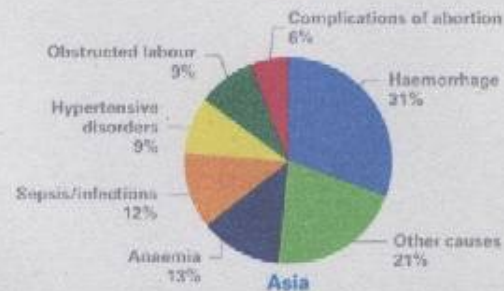
Source: UNICEF, *Progress for Children: A Report Card on Maternal Mortality*, 2008

Haemorrhage is the leading cause of maternal death in Africa and Asia

Causes of maternal death (1997-2002)



Africa



Asia

Note: Percentages in the charts do not total 100% because of rounding.

Source: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, p. 1069, 1 April 2006.

UNICEF, *Progress for Children: A Report Card on Maternal Mortality*, 2008



WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank: *Maternal Mortality in 2005*



WHO, UNICEF and UNFPA: *Maternal Mortality in 2000*

Schwangerschaftsabbruch

(Unterbrechung der Schwangerschaft)

Von **Frances E. Casey**, MD, MPH, Virginia Commonwealth University Medical Center

Vollständige Überprüfung/Überarbeitung Feb 2022



DIE AUSGABE FÜR
MEDIZINISCHE FACHKREISE
ANSEHEN



KURZINFORMATIONEN

Methoden | **Komplikationen**

Mit einem gezielten medizinischen Eingriff oder Arzneimitteln kann eine Schwangerschaft beendet werden.

- Eine Schwangerschaft kann durch operatives Entleeren der Inhalte aus der Gebärmutter oder durch die Einnahme bestimmter Arzneimittel beendet werden.
- Komplikationen treten nur selten auf, wenn der Schwangerschaftsabbruch durch einen erfahrenen Arzt in einer Klinik durchgeführt wird.
- Ein freiwilliger Schwangerschaftsabbruch erhöht das Risiko für den Fötus oder die Frau während nachfolgender Schwangerschaften nicht.

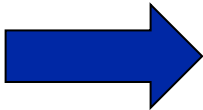
Pressemitteilung: Neue WHO-Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch

Startseite > 2022 > März > Pressemitteilung: Neue WHO-Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch

📁 Pressemitteilung 👤 Doctorsforchoice ⌚ 22. März 2022

🔍 Forschung, International, Schwangerschaftsabbruch

Am 8. März wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die [aktuellen Empfehlungen sowie Best Practices zum sicheren Schwangerschaftsabbruch](#) veröffentlicht. Sie enthält Empfehlungen zu Gesetz und Praxis in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche und den Zugang zu solchen. Neben den Empfehlungen, dass Abbrüche nur von medizinisch ausgebildetem Personal durchgeführt, keine Wartezeiten festgelegt und keine Zustimmung Dritter gefordert werden sollte, wird auch eine Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen empfohlen.



MSI Reproductive Choices welcomes the launch of WHO's new Abortion Care Guideline

Policy and advocacy | 9 March 2022 | 2 min read



The guidelines draw on the latest scientific and programme recommendations across clinical practice, health service delivery and interventions to expand access to quality abortion care.

About MSI Reproductive Choices

MSI Reproductive Choices is one of the world's leading providers of sexual and reproductive healthcare. We believe that everyone should have the right to choose. From contraception to safe abortion and life-saving post-abortion care, we are committed to delivering compassionate, affordable, high-quality services for all. Our organisation has over 9,000 team members working across 37 countries, supporting over 67,000 people to access reproductive choice every day.

ANMELDUNG

LEITLINIE

S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon

Version:	1.0
Stand:	26.01.2023
Gültig bis:	25.01.2026 (in Überarbeitung)

Verfügbare Dokumente:

Langfassung der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon

[Download](#)

Evidenzbericht

[Download](#)

Results: We found no evidence of emerging negative emotions or abortion decision regret; both positive and negative emotions declined over the first two years and plateaued thereafter, and decision rightness remained high and steady (predicted percent: 97.5% at baseline, 99.0% at five years). At five years postabortion, relief remained the most commonly felt emotion among all women (predicted mean on 0-4 scale: 1.0; 0.6 for sadness and guilt; 0.4 for regret, anger and happiness). Despite converging levels of emotions by decision difficulty and stigma level over time, these two factors remained most important for predicting negative emotions and decision non-rightness years later.

Conclusions: These results add to the scientific evidence that emotions about an abortion are associated with personal and social context, and are not a product of the abortion procedure itself. Findings challenge the rationale for policies regulating access to abortion that are premised on emotional harm claims.



Contents lists available at ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma



Corinne H. Rocca^{a,*}, Goleen Samari^{a,b}, Diana G. Foster^a, Heather Gould^a, Katrina Kimport^a

^a University of California, San Francisco, School of Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, Bixby Center for Global Reproductive Health, Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH), 1330 Broadway, Suite 1100, Oakland, CA, 94612, USA

^b Columbia University, Mailman School of Public Health, Department of Population and Family Health, 722 West 168th Street, New York, NY, 10032, USA

ABSTRACT

Background: Despite weak theoretical grounding and ample research indicating women feel high levels of decision rightness and relief post-abortion, claims that abortion is inherently stressful and causes emergent negative emotions and regret undergirds state-level laws regulating abortion in the United States. Nonetheless, scholarship does identify factors that put a woman at risk for short-term negative postabortion emotions—including decision difficulty and perceiving abortion stigma in one's community—pointing to a possible mechanism behind later emergent or persistent post-abortion negative emotions.

Methods: Using five years of longitudinal data, collected one week post-abortion and semi-annually for five years from women who sought abortions at 30 US facilities between 2008 and 2010, we examined women's emotions and feeling that abortion was the right decision over five years ($n = 667$). We used mixed effects regression models to examine changes in emotions and abortion decision rightness over time by decision difficulty and perceived community abortion stigma.

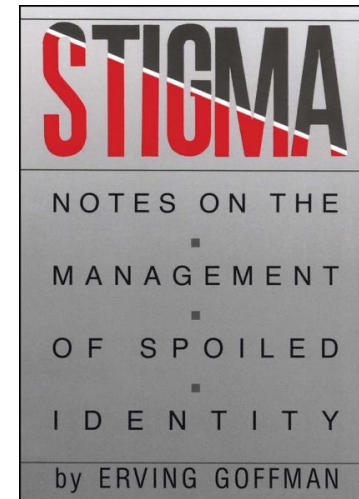
Results: We found no evidence of emerging negative emotions or abortion decision regret; both positive and negative emotions declined over the first two years and plateaued thereafter, and decision rightness remained high and steady (predicted percent: 97.5% at baseline, 99.0% at five years). Relief remained the most commonly felt emotion among all women (predicted mean on 0–4 scale: 1.0; 0.6 for sadness and guilt; 0.4 for regret, anger and happiness). Despite converging levels of emotions and decision rightness over time, these two factors remained most important for predicting negative emotions and decision non-rightness years later.

Conclusions: These results add to the scientific evidence that emotions about an abortion are associated with personal and social context, and are not a product of the abortion procedure itself. Findings challenge the rationale for policies regulating access to abortion that are premised on emotional harm claims.

Stigmatisierungen und Fake news/Des- /Misinformationen

Ursprung der Stigmatisierung in der Soziologie

- 1963 hat der kanadische Soziologe Erving Goffman seine Studie „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ veröffentlicht.
- Stigma = Wundmal oder Muttermal
- Stigma ist ein Merkmal, welches eine Person von der Norm abweichen lässt- „less than normal“



Bildquelle Erwing Goffmann
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Erving_Goffman_circa_1940.jpg?uselang=en#LicensingWikipedia

Stigmatisierung in der Soziologie nach Goffman

- Ein Stigma wird immer in der Beziehung zu einem Publikum sichtbar.
 - Merkmal <-> Audience
1. Körperliche Merkmale – „abominations of the body“
 2. Charakter „Fehler“ – „blemishes of individual character“
 3. Persönliche Zugehörigkeit - „tribal stigma of race, nation and religion“

Vgl. E. Goffman, „Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“

Sozialpsychologische Folgen von Stigmatisierung

- **Fremdstigmatisierung**

- Stigmatisierung aus der Beziehung zwischen Individuum + seinem Merkmal und dem Publikum.
- Kann bei Stigmatisierten zu Isolation, Trotzreaktionen, Depression oder Aggressionen führen.

- **Selbststigmatisierung**

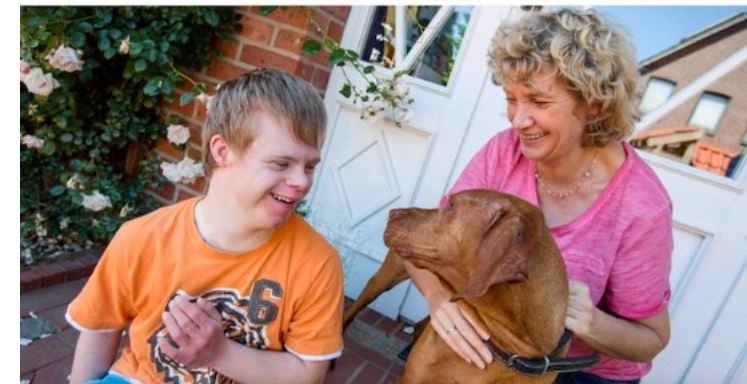
- negative Beurteilung der eigenen Person – häufig psychologische Ursachen
- Scham, Depression, Isolation sind oft die Folgen

Vgl. A. Knuf
„Das Stigma auf der Innenseite der Stirn“



ER SOLLTE ABGETRIEBEN WERDEN

„Oldenburger Baby“ Tim mit 21 Jahren gestorben



Bildquellen

<https://www.welt.de/vermischtes/article186713150/Oldenburger-Baby-Tim-mit-21-Jahren-gestorben.html>

<https://ja-zum-leben.de/andere-ueber-uns/>

Auch Susanne B. hat geweint. Wenn die Erinnerungen hochkamen. Auch sie hat gekämpft. Gegen ihre Schuldgefühle. Sie schämte sich. Für das, was sie in jenen furchtbaren Stunden gesagt und getan hatte. Sie hätte alles dafür gegeben, damit ihrem Sohn das Leid erspart geblieben wäre. Doch kein Arzt und kein Psychologe konnten ihr die Last nehmen, die sie niederdrückte und später auch ihren Körper krank machte.

Susanne B. verklagte den Arzt, der in jener Nacht Dienst hatte. 13.000 Euro Schmerzensgeld musste der Gynäkologe schließlich zahlen.

Wer war Schuld, dass Tim sich so quälen musste? Dass sie sich seitdem quälen musste? Diese Frage hat kein Gericht je geklärt. Während ihr behinderter Sohn sich ins Leben kämpfte, verlor Susanne B. nach und nach die Kraft zu leben. Sie starb mit nur 41 Jahren.

Silvia Dahlkamp: [Spätabtreibung: Das Geschenk eines Lebens.](#) In: [Spiegel Online.](#) 25. März 2010



DE | FR | IT | EN | DOKUMENTE | WICHTIGE LINKS | IMPRESSUM |

Schweizerische Hilfe
für Mutter und Kind (SHMK)

Ungewollt
schwanger?

Wir sind 7 Tage / 24
Stunden telefonisch für
Sie da – kostenlos.

0800 811 100
helpline@shmk.ch

WhatsApp
Threema



SCHWANGERSCHAFT

ABTREIBUNG

NEWS

ÜBER UNS

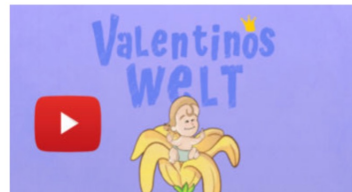
KAMPAGNEN

KONTAKT



STARTSEITE > KAMPAGNEN

Kampagnen



Helpline (gratis): 0800 811 101 – jederzeit (24/7)

WhatsApp

Threema

DE FR IT

pro
donna

Schwangerschaftskonflikt – kostenlose Beratung und Hilfe

Infothek

FAQ

Wofür wir stehen



Home / Prodonna – wofür wir stehen / Impressum

Impressum

Prodonna ist ein Projekt der Schweizerischen Hilfe für Mutter und Kind (SHMK), shmk.ch, [info\(at\)shmk.ch](mailto:info(at)shmk.ch). Die SHMK, gegründet im Jahr 2001, ist eine Stiftung. Sie untersteht der eidgenössischen Stiftungsaufsicht und ist ZEWO-zertifiziert. Die Beratung von Personen, die von einem Schwangerschaftskonflikt betroffen sind, wird durch ein Team von Beraterinnen und Beratern aus den Bereichen Sozialarbeit, Medizin und Psychologie wahrgenommen. Bei Bedarf kann auch materielle und finanzielle Hilfe zugesprochen werden. Die erbrachten Dienstleistungen sind kostenlos.

Let's talk!



Rebekka
Wie kann ich Ihnen helfen?

Chat gestartet

Rebekka



Willkommen! Kann ich Ihnen behilflich sein?

<https://www.prodonna.ch/>

Bei diesen Abtreibungsmethoden handelt es sich um chirurgische Eingriffe, weshalb es zu diversen Komplikationen kommen kann. Hier sind einige Informationen zu den Risiken chirurgischer Abtreibungen.

Muttermund und Gebärmutter weisen in der Schwangerschaft ein besonders weiches und gut durchblutetes Gewebe auf. Dies erhöht die Gefahr einer Verletzung durch Instrumente, welche bei einer Abtreibung zur Absaugung und Ausschabung benötigt werden. Infolgedessen kann es passieren, dass die Widerstandsfähigkeit des Muttermundes nachlässt. Die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt bei künftigen Schwangerschaften steigt deshalb um über 8 %. Mehrere Abtreibungen erhöhen das Risiko zusätzlich.

Zu den weiteren Risiken einer Abtreibung zählen Infektionen, Blutungen sowie erhebliche, andauernde Schmerzen im Unterleib. Aufgrund der Notwendigkeit einer Narkose ist zudem das Risiko für Herz-Kreislauf-Komplikationen und allergische Reaktionen gegeben.

Wird das Gebärmuttergewebe bei der Ausschabung in seiner Tiefe verletzt, können in der Folge Verwachsungen und Narben die Gebärmutterhöhle verschliessen (sogenanntes Asherman-Syndrom). Nur wenige Frauen werden vor einer Ausschabung über dieses Risiko informiert. Die Techniken der minimal invasiven gynäkologischen Chirurgie zeigen heute, dass das Asherman-Syndrom mindestens eine von 100 Patientinnen nach einer Ausschabung betrifft. Je nach Ausprägung der Verwachsungen, welche per Ultraschall jedoch nicht erkennbar sind, bringen diese bei Folgeschwangerschaften ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten mit sich. Selbst lebensgefährliche Komplikationen sind nicht ganz auszuschliessen. Bei einem hohen Grad an intrauterinen Adhäsionen oder Verwachsungen kommt es zum Verlust der Fruchtbarkeit und zum Ausbleiben der Regelblutung.

Frauen, die eine Abtreibung hinter sich haben, berichten auch von psychischen Problemen wie Schuldgefühle oder Depressionen. Der Eingriff lässt sich verhältnismässig schnell durchführen, doch mit den psychischen Folgen haben die Frauen unter Umständen sehr lange, mitunter das ganze Leben lang zu kämpfen.

Impressum

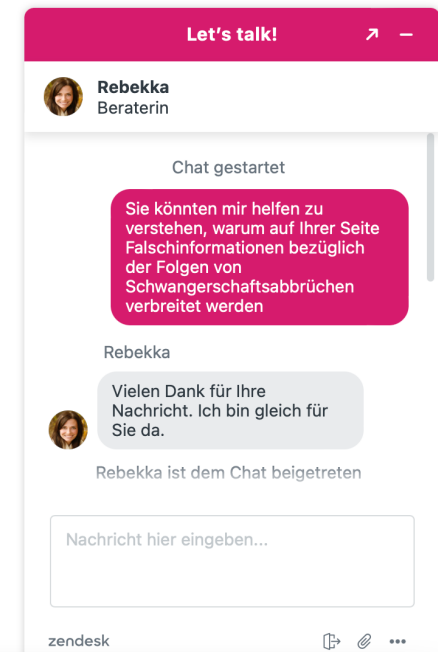
ProDonna ist ein Projekt der Schweizerischen Hilfe für Mutter und Kind (SHMK), shm.k.ch, [info\(at\)shm.k.ch](mailto:info(at)shm.k.ch). Die SHMK, gegründet im Jahr 2001, ist eine Stiftung. Sie untersteht der eidgenössischen Stiftungsaufsicht und ist ZEWO-zertifiziert. Die Beratung von Personen, die von einem Schwangerschaftskonflikt betroffen sind, wird durch ein Team von Beraterinnen und Beratern aus den Bereichen Sozialarbeit, Medizin und Psychologie wahrgenommen. Bei Bedarf kann auch materielle und finanzielle Hilfe zugesprochen werden. Die erbrachten Dienstleistungen sind kostenlos.

Mögliche psychische Erkrankungen aufgrund einer Abtreibung:

- Depressionen, übermässige Erschöpfung, Selbstmordgedanken, Apathie (Passivität)
- Angsterkrankungen, Zwangsgedanken, Panikattacken
- Konzentrationsstörungen
- Schuldgefühle, Autoaggression (Selbstverletzung)
- dissoziative Zustände (Verlust der Herrschaft über sich selbst)
- Schwierigkeiten, eine konstante Beziehung zu führen (Trennung vom Partner infolge der Abtreibung)
- Gefühlskälte oder starke Stimmungsschwankungen
- Suchtentwicklung
- Alpträume, Schlafstörungen
- u.a.

Mögliche psychosomatische Störungen nach einer Abtreibung (abhängig von der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen):

- Kopfschmerzen und Migräne
- Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen
- Herzrasen, Herzbeschwerden
- Reizmagen, Magendruck
- Schwindelgefühle
- Immunschwäche
- u.a.



Abtreiben mit der Pille

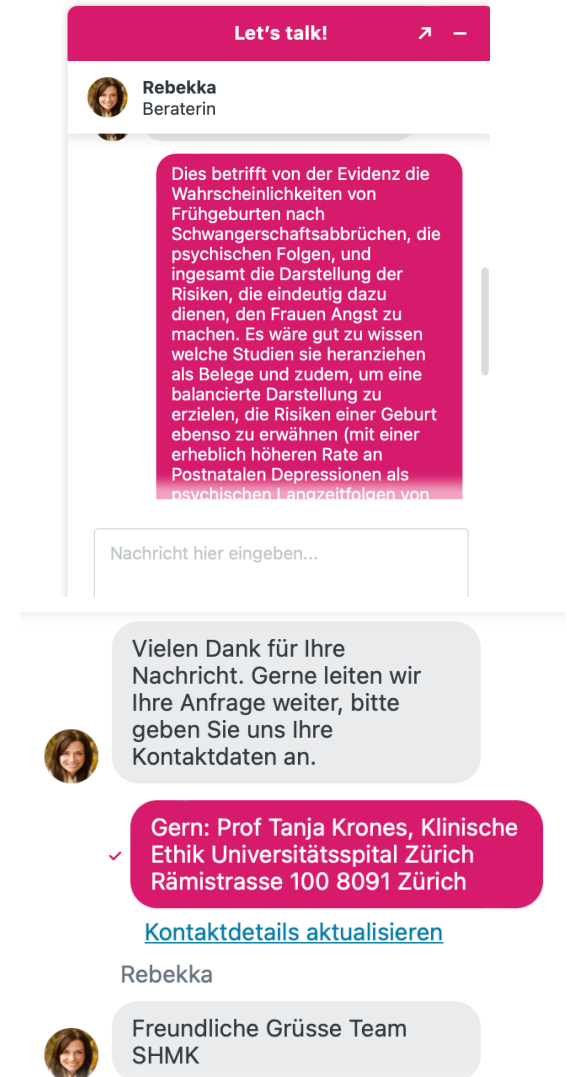
Hier sind einige bedenkenswerte Hinweise zur Abtreibung mit der Pille.

Mifepriston, der Wirkstoff der Abtreibungspille, greift ins Hormonsystem der schwangeren Frau ein. Als Nebenwirkungen können Durchfall, Erbrechen, Übelkeit auftreten. In manchen Fällen sind beim Abtreiben mit der Pille Kreislaufprobleme vorgekommen.

Heftige Blutungen können eine weitere Komplikation sein. Dann kann es erforderlich werden, die Gebärmutter auszuschaben, um die Blutung zu stoppen. Mitunter muss eine Bluttransfusion vorgenommen werden. Dies ist der Grund dafür, warum nur in solchen medizinischen Einrichtungen eine Abtreibung mit der Pille durchgeführt werden darf, welche über die für einen medizinischen Notfall nötige Ausrüstung verfügen.

Bei dieser Abtreibungsmethode ist es nicht der Arzt, der die Abtreibung vornimmt. Es ist die schwangere Frau selbst, welche die Abtreibung durch die Einnahme der Pillen einleiten muss. Der Verlauf einer medikamentösen Abtreibung kann darum psychisch umso belastender sein. Nachdem die Frauen die Abtreibungspillen eingenommen haben, überlegen manche erneut, ob dies wirklich das Richtige sei, und ob sie ihr Kind noch retten könnten. Auskunft über die Möglichkeiten, den Abtreibungsvorgang noch zu stoppen, gibt unter anderem das Team von Prodonna.

<https://www.prodonna.ch/>



Abschlussberichte zur psychosozialen Situation und Unterstützungsbedarfen von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft veröffentlicht

 Originaltext

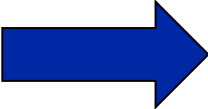
 Leichte Sprache anzeigen

ELSA-Studie belegt gute Versorgungslage für Frauen mit Abbruchwunsch in Deutschland

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Abschlussberichte zur ELSA-Studie veröffentlicht. Hinweise auf eine Fehl- oder Unterversorgung bei der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland gehen aus Sicht vom Berufsverband der Frauenärzte und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe daraus nicht hervor. Beide Verbände haben aber Fachempfehlungen formuliert.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Das Forschungsprojekt ELSA liefert erstmals umfassende quantitative und qualitative Ergebnisse zu ungewollt ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften aus der Perspektive von Frauen aber auch aus der Perspektive von Fachverbänden, Ministerien, Beraterischen Fachkräften, Ärzt*innen und anderen Expert*innen im Zusammenhang mit der medizinischen und der psychosozialen Versorgung.



Als übergeordnetes Ergebnis ist festzustellen, dass sich Stigmatisierung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen als zentraler Faktor auf vielfältige Weise nachteilig auf den Zugang zur Versorgung und das psychische Wohlbefinden auswirkt. Stigmatisierungsgefühle und Stigmatisierungserwartungen sind bei Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, weit verbreitet: 83,5 % der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch berichten von internalisiertem Stigma, 78,0 % antizipieren Stigmatisierung im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch. Bei Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, führt Stigmatisierung zu schlechteren Informationszugängen und zu Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung.

Frauen, die ungewollt schwanger werden, befinden sich deutlich häufiger in schwierigen und für eine Familiengründung oder -erweiterung nachteiligen Lebenssituationen als gewollt Schwangere. Dies gilt in besonderem Maße für Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen.

Für die Frauen aus den Teilprojekten Gruppen mit spezifischen Problemlagen zeigen sich eine höhere Ausprägung schwieriger Lebenslagen, spezifische Belastungen und der Bedarf an passgenauen Unterstützungsangeboten.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

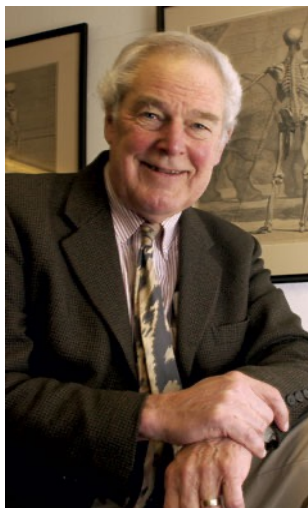
Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol

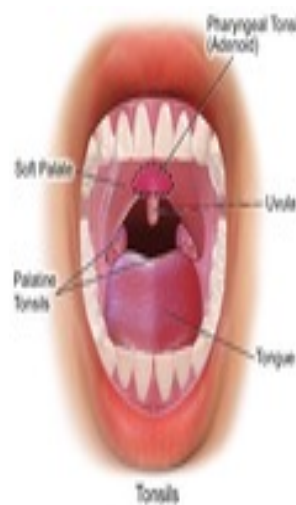


Editorial

Geographic variation in health care—A special issue on the 40th anniversary of “Small area variation in health care delivery”



Dr Jack Wennberg, Dartmouth



THE DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE

Search Site



[DATA BY REGION](#) [DATA BY HOSPITAL](#) [DATA BY TOPIC](#) [TOOLS](#) [KEY ISSUES](#) [PUBLICATIONS](#) [PRESS ROOM](#)

Understanding of the Efficiency and Effectiveness of the Health Care System

For more than 20 years, the Dartmouth Atlas Project has documented glaring variations in how medical resources are distributed and used in the United States. The project uses Medicare data to provide information and analysis about national, regional, and local markets, as well as hospitals and their affiliated physicians. This research has helped policymakers, the media, health care analysts and others improve their understanding of our health care system and forms the foundation for many of the ongoing efforts to improve health and health systems across America. [LEARN MORE](#)

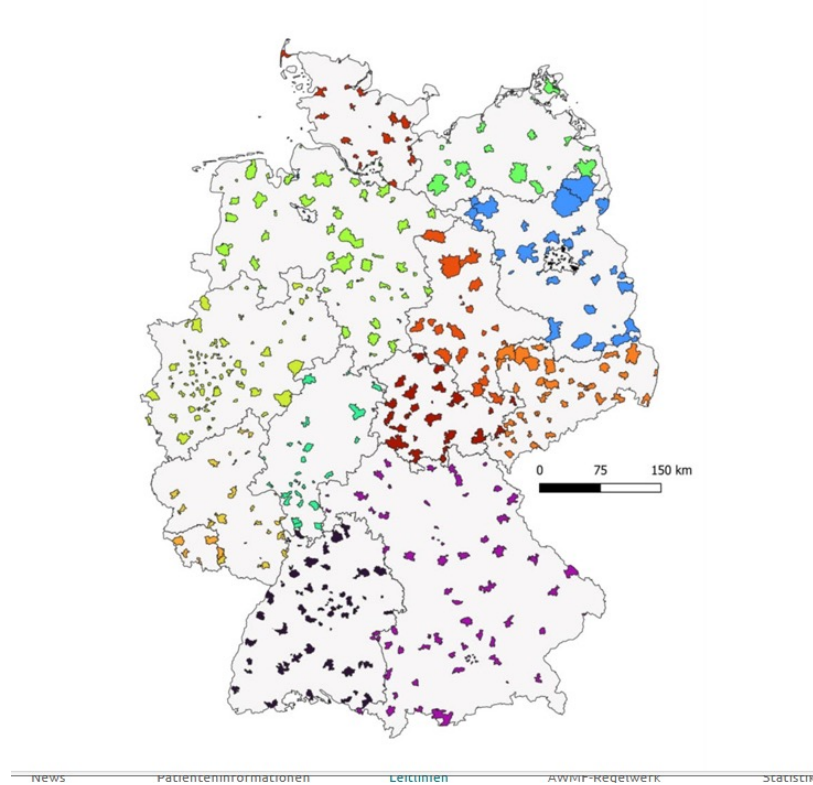


SPOTLIGHT

THE DARTMOUTH ATLAS OF CHILDREN'S HEALTH CARE IN NORTHERN NEW ENGLAND

The Dartmouth Atlas has produced the first report showing the patterns of care received by nearly the entire population of infants and children in Northern New England for ambulatory physician services, hospitalization, common surgery, imaging, and outpatient prescription fills. The findings from this report show marked variation in care across the region; while there are many examples of excellent care, the findings raise troubling questions about whether

Qualitätsberichte (ICD-10-004 oder OPS-5-75) nach Postleitzahlbezirken im Jahr 2019



Quelle:ELSA Studie

Medizinethische Prinzipien gelten auch bei Schwangerschaftsabbrüchen

Autonomie

Nicht Schaden

Wohltun/Nutzen

Gerechtigkeit

T. Beauchamp, J. Childress (2019) , Principles of Biomedical Ethics, 8th edition

„ Patientin nochmal informiert, dass die Medis, welche Sie in der SS eingenommen hat kein Grund sind für einen SS Abbruch. Pat bricht wieder in Tränen aus. Sie gibt an, dass Sie das Kind nicht will, weil sie es nicht annehmen kann und weil sie keine gute Beziehung zu ihm hat. Jetzt droht die Patientin dass sie sich das Leben nehmen will, ihre Situation sei unerträglich. Abtreibung sei auch keine gute Lösung. Sie gehe jetzt ihr Kind abholen, bringe dies in Sicherheit und werfe sich danach unter den Zug oder kaufe Rattengift (...)

Recht, nicht Mutter/Vater zu werden.....

„Pat Stimmung ausgeglichen, Katastrophisierungsgedanken und Ängste, falls sie die Schwangerschaft austragen müsste. Das Kind zur Adoption frei zu geben kann sich die Patientin nicht vorstellen“



Quelle

https://de.wikipedia.org/wiki/Drei_Affen#/media/Datei:20100727_Nikko_Toshogu_Three_wise_monkeys_5965.jpg

Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen

Dilemma, Kontroversen und ethische Diskussion

Dazu zählt:

- **Exzellente Forschung (zu patientinnenrelevanten Outcomes, Methoden frühen und späteren Schwangerschaftsabbrüchen, Arzneimittelforschung auch mit schwangeren Frauen)**
- **Fort- und Weiterbildung**
- **Offene, nach Risiko/Nutzen evaluierte Wahl der Methoden**
- **Best practice Shared decision Making und Aufklärung**
- **Qualitätsmonitoring**
- **Versorgungsmonitoring**

Aus: Carol Gilligan, die andere Stimme

„Heute findet sich meine damalige Verwunderung bezüglich der Differenz bei vielen anderen Philosophen und Autoren, wie Ronald Dworkin –

Die Differenz über die Stimme der Frauen in den Interviews zu Schwangerschaftsabbrüchen und die Begriffe und der Duktus der öffentlichen Debatte (die schreiende Rhetorik über Rechte und Mord).

Aufmerksam den Stimmen der heranwachsenden und erwachsenen Frauen zuhörend, findet Dworkin sie zutiefst erhellend, so dass er zu derselben Schlussfolgerung kommt, wie ich, was damals als eine radikale und schwer zu unterstützende Position erschien:

„Über einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden ist kein einzigartiges Problem, abgetrennt von allen anderen Entscheidungen, sondern eher ein dramatisches und Klarheit bringendes Beispiel für Entscheidungen, die Menschen während ihres gesamten Lebens treffen müssen.“