

Brigitte Holzhauer:

Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung  
betroffener Frauen

KRIMINOLOGISCHE FORSCHUNGSBERICHTE AUS DEM  
MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR AUSLÄNDISCHES UND  
INTERNATIONALES STRAFRECHT, FREIBURG I. BR.

Band 38

Herausgegeben von  
Professor Dr. Günther Kaiser

# **Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch**

Die Rolle des reformierten §218 StGB bei der  
Entscheidungsfindung betroffener Frauen

---

Brigitte Holzhauer

---

Freiburg 1989

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

**Holzauer, Brigitte:**

Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch : die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen / Brigitte Holzauer. - Freiburg : Max-Planck-Inst. für Ausländ. u. Internat. Strafrecht, 1989.

(Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht Freiburg i. Br. ; Bd. 38)  
Zugl.: Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 1989  
ISBN 3-922498-43-4

NE: Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht <Freiburg, Breisgau >:  
Kriminologische Forschungsberichte aus...

© 1989 Eigenverlag Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht,  
Günterstalstraße 73, D-7800 Freiburg i. Br.

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany/Imprimé en Allemagne

Gesamtherstellung: C. F. Dreyspring GmbH, 7630 Lahr

ISBN 3-922498-43-4

## Geleitwort

Der Schwangerschaftsabbruch ist seit langem Gegenstand rechtspolitischer Auseinandersetzung. Dies trifft für das Inland ebenso zu wie für das Ausland. Auch hier bildet er weithin eine unverändert aktuelle Streitfrage. Dabei stehen Positionen des Lebensschutzes solchen der Selbstbestimmung von zum Schwangerschaftsabbruch entschlossenen Frauen scharf gegenüber.

Nach langer politischer Auseinandersetzung wurde durch das 15. Strafrechtsänderungsgesetz im Jahre 1976 der Schwangerschaftsabbruch im Sinne einer Indikationslösung strafrechtlich neu geregelt. Sieben Jahre nach der Reform stellte sich daher die Frage nach Akzeptanz, Anwendung und Durchsetzung des neuen Rechts. Die Zeit war reif, die Implementation der Sanktionsnormen im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs zu untersuchen. Dabei galt es, auch die Entscheidungsrelevanz des neuen Rechts für die betroffenen Frauen sowie Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft beim Vollzug der §§ 218ff. StGB einzubeziehen. Denn die rechtspolitische Diskussion über die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs und seine normativen Grundlagen, über Mittel und Verfahren seiner Regulierung ist nicht zum Stillstand gekommen. Dies ist ein Zeichen dafür, daß die rechtliche Ausgestaltung des Schwangerschaftsabbruchs nach wie vor Interessengegensätze gesellschaftlicher Gruppen erkennen läßt und in weiten Teilen der Bevölkerung noch immer als fragwürdig empfunden wird.

Normen erlangen verhaltensprägende Kraft, indem sie angenommen und beachtet werden. Bei der strafrechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (§§ 218ff. StGB) jedoch werden sowohl die Akzeptanz als auch die Durchsetzung der Norm kritisch beurteilt. Schon aus diesem Blickwinkel eröffnet sich ein für die Kriminologie traditionelles Forschungsfeld, das trotz der ungebrochenen Aktualität des Themas auffällig vernachlässigt wurde. Soweit der illegale Schwangerschaftsabbruch in der kriminologischen Literatur überhaupt behandelt wird, finden sich Erörterungen in Zusammenhang mit dem Verbrechensbegriff, ferner unter den Stichwörtern der Opferlosigkeit, der Entkriminalisierung und seltener als Exkurs zur Thematik der Gewalt in der Familie. Die Unterschiede bei der systematischen Zuweisung der illegalen Abtreibung in den Kontext anderer Formen abweichenden Verhaltens lassen Unsicherheiten erkennen. Diese können nicht zuletzt mit dem Fehlen empirischer Studien erklärt werden, die sowohl die Einstellungen der potentiellen Normadressaten zum geltenden Recht als auch die Strafverfolgung und Sanktionspraxis zum

Gegenstand haben. Der Mangel an empirisch abgesicherten Erkenntnissen ist hier besonders empfindlich, da die Einschätzungen zum sowohl legalen als auch kriminellen Schwangerschaftsabbruch wie bei kaum einer anderen Sozialerscheinung von ethischen Grundeinstellungen und weltanschaulich-politischen Überzeugungen geprägt sind. Zugleich macht dieser Sachverhalt empirische Forschung zum Problem.

Zwar haben einzelne Forschungsvorhaben zwischenzeitlich das empirische Wissen zum Schwangerschaftsabbruch erweitert. Dennoch blieben Fragestellungen, die sich auf den Vollzug der Sanktionsnormen der §§ 218ff. StGB richten, vollständig ausgeklammert. Die empirische Analyse dieser Bereiche ist jedoch geboten. Denn die Schaffung von mehr Gerechtigkeit durch mehr Gleichheit im Rahmen strafrechtlichen Schutzes beginnenden Lebens zählte zu den wichtigsten Zielen des Reformgesetzgebers. Galt es doch, den Verdacht der Praktizierung eines "Zufallsstrafrechts" auszuräumen und über eine gleichmäßige Definition des Schutzbereiches der §§ 218ff. StGB eine Regelmäßigkeit des Vollzugs der Sanktionsnorm zu schaffen, die eine unerläßliche Bedingung der Einleitbarkeit normvalidierender Prozesse darstellt.

Das Freiburger Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht hat sich daher seit 1983 in einem breit angelegten, international-vergleichenden Forschungsprojekt die Aufgabe gestellt, die Forschungslücken zu füllen.

Im einzelnen sollte untersucht werden,

- ob, gegebenenfalls inwieweit und unter welchen Bedingungen die spezifisch strafrechtliche Regelung und ihre praktische Handhabung überhaupt verhaltenssteuernde Wirkung entfaltet,
- ob andere Normen und Einstellungen für die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs (mit)bestimmend sind, ferner
- ob und inwieweit außerstrafrechtliche Schutzmechanismen ausreichen, wenn nicht sogar angemessener sein könnten.

Für die Untersuchung waren drei Projektstufen vorgesehen: Ein rechtsvergleichender Überblick, empirisch-kriminologische Implementationsuntersuchungen sowie eine umfassende rechtspolitische Auswertung, in der die Einzelergebnisse zusammengefaßt und rechtspolitisch bewertet werden sollen.

In der (ersten) **rechtsvergleichenden Projektstufe** hat die strafrechtliche Forschungsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Albin ESER einen Überblick über die verschiedenen rechtlichen Regelungen nahezu aller europäischer Länder und einer Auswahl außereuropäischer Staaten verschiedener Kulturkreise und Rechtstraditionen, sowie eine Bestandsaufnahme der jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Rechtstraditionen, der Verbreitung des Schwangerschaftsabbruchs und der Strafverfolgung wegen illegaler Abtreibung erarbeitet. Diese systematische und umfassende Zusammenstellung verdeutlicht die Komplexität des Lösungsvorrates. Sie vermittelt zugleich einen Einblick in den jeweiligen kulturellen Kontext. Die Ergebnisse dieses Projektteiles, der von Dr. jur. Hans-Georg KOCH konzeptionell mitentwickelt und betreut wurde, sind in zwei Bänden 1988 und 1989 erschienen\*.

In der (zweiten) **empirischen Projektstufe** hat sich die kriminologische Forschungsgruppe des Instituts in drei verschiedenen Projektteilen der Implementation der Reform des Schwangerschaftsabbruchs von 1976 angenommen:

- Zunächst wurden die Strafverfolgungspraxis und die Einstellungen der Strafverfolgungsorgane untersucht,
- ferner die Entscheidungsmuster betroffener Frauen im Hinblick auf Austragung oder Abbruch ihrer Schwangerschaft, insbesondere die Bedeutung des Strafrechts bei der Entscheidungsfindung.
- Gegenstand eines weiteren Teilprojektes waren Einstellungen und Verhaltensmuster der Ärzteschaft, denen durch die Indikationsregelung eine besondere Rolle zugewiesen wird.

Im Rahmen des kriminologischen Teilprojektes **Normanwendung durch die Organe der Strafverfolgung\*\*** - betreut von Dr. Karlhans LIEBL unter Mitarbeit von Assessor Alfons BORA, Rechtsreferendarin Marlene FUCHS, Georg GANZ, M.A., Assessor Olaf GROSCH - wurden durch eine Auswertung aller

---

\* **Albin Eser, Hans-Georg Koch** (Hrsg.): Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich. Rechtliche Regelungen - Soziale Rahmenbedingungen - Empirische Grunddaten - Teil 1: Europa. Baden-Baden 1988; Teil 2: Außereuropa. Baden-Baden 1989.

\*\* **Karlhans Liebl**: Ermittlungsverfahren, Strafverfolgungs- und Sanktionspraxis beim Schwangerschaftsabbruch. Materialien zur Implementation des reformierten § 218 StGB. Freiburg 1989.

nach der Reform von 1976 bis 1982 durchgeführten Straf- und Ermittlungsverfahren die Verfahrens- und Sanktionspraxis der zuständigen Instanzen strafrechtlicher Sozialkontrolle erforscht. Neben Fragen der Normkonkretisierung, insbesondere der Interpretation des gesetzlichen Merkmals der "allgemeinen Notlagenindikation", sollten der Gang der Strafrechtspflege (Anklageerhebung, Verurteilung, Strafzumessung) sowie die dokumentierten Entscheidungsgründe, ferner etwaige strukturelle Merkmale auf seiten der Anzeigerstatter und der im Rahmen strafrechtlicher Kontrolle des Schwangerschaftsabbruchs erfaßten Personen sowie der festgestellten Sachverhalte untersucht werden. Ergänzend zu den Aktenauswertungen galt es durch Expertenbefragungen zu klären, inwieweit Handlungsspielräume der Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Staatsanwaltschaft) durch Entscheidungen übergeordneter Instanzen auf Ministerial- und Behördenebene vorstrukturiert werden.

In dem Teilprojekt **Entscheidungsmuster betroffener Frauen\*** - durchgeführt von Dipl.-Psych. Brigitte HOLZHAUER unter Mitarbeit von Martina MICHAELIS, M.A., Dipl.-Psych. Nicole EIERMANN, Dipl.-Psych. Ruthild RAPP und Dipl.-Psych. Ursula JAKOBS - wurde untersucht, welche Rolle speziell das Strafrecht, neben etwaigen außerrechtlichen Faktoren wie subjektive Wertorientierungen oder soziodemographische Merkmale, bei der Entscheidungsfindung der Schwangeren über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft spielt. Dabei ging es um die Einhaltung und Akzeptanz des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch sowie die Verfügbarkeit diesbezüglicher Leistungen als auch um die Bedeutung des im Gesetz formulierten grundsätzlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs und der damit verbundenen Sanktionsdrohung.

Im dritten Teilprojekt - betreut von Soziologin Monika HÄÜBLER-SCZEPAN, M.A., unter Mitarbeit von Dipl.-Sozialwirt Victor VAN GEMMEREN - wurden die **Einstellung und das Verhalten der Ärzteschaft\*\*** untersucht. Die Bedeutung dieser Fragestellung ergibt sich aus der besonderen Rolle, die den Ärzten zugeordnet ist. Sie bilden die Schnittstelle zwischen dem Anliegen der im

---

\* **Brigitte Holzhauer:** Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen. Freiburg 1989.

\*\* **Monika Häußler-Sczepan:** Arzt und Schwangerschaftsabbruch. Eine empirische Untersuchung zur Implementation des reformierten § 218 StGB. Freiburg 1989.

Schwangerschaftskonflikt befindlichen Frau und den gesetzlichen Normen. Der Konflikt wird von diesen Personen ausgetragen, wobei dem Arzt die Definitionsmacht der rechtfertigenden Indikationen eingeräumt wurde. Entsprechend ist der Arzt in stärkerem Umfang Sanktionsdrohungen ausgesetzt als die Schwangere. Im Rahmen dieses Projektteiles wurde das Verhalten der Ärzteschaft in Zusammenhang mit den reformierten §§ 218ff. StGB, differenziert nach einzelnen Indikationsbereichen, untersucht. Forschungsrelevant war hierbei die Beziehung zwischen Kenntnis und Akzeptanz der strafrechtlichen Normen sowie die Frage nach den verhaltenswirksamen Regeln, die sich in der alltäglichen Praxis durchsetzen.

In der (dritten und abschließenden) **rechtspolitischen Projektstufe**, die unter Leitung von Prof. Dr. Albin ESER steht, wird nach einem rechtsvergleichenden Querschnitt sowie unter Auswertung der empirischen und rechtshistorischen Befunde die Frage nach den rechtspolitischen Konsequenzen und gegebenenfalls nach möglichen Alternativen zum gegenwärtigen Recht zu stellen sein.

Die Veröffentlichung sämtlicher Forschungsberichte und der Abschluß des gesamten Projektes sind für das Jahr 1990 zu erwarten. Die Befunde der Ärztebefragung, der Strafaktenanalyse und der Expertenbefragungen werden in den Bänden 39 und 40 der Reihe "Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut" veröffentlicht.

Mit dem vorliegenden Band werden die Ergebnisse des zweiten Projektteiles der empirischen Untersuchungen - Frauenbefragung - vorgelegt.

Allen Mitarbeitern, die mit der Konzeptualisierung, Beratung und Durchführung des Projekts befaßt waren, sei für Mühe und Einsatz herzlich gedankt. Insbesondere möchte ich Frau Brigitte HOLZHAUER danken, die den Plan für das Teilprojekt im wesentlichen entworfen, in den Jahren 1983 bis 1988 umsichtig und tatkräftig verwirklicht sowie den Forschungsbericht abgefaßt hat. Frau Martina HOG und Herr Dipl.-Psych. Raimund TAUSS haben die verschiedenen Versionen des Manuskripts hergestellt und den Text für den Druck vorbereitet. Frau Isolde GEISSLER hat die Drucklegung betreut.

Zu danken haben wir auch den Einrichtungen für die Beratung von Schwangeren (BERATUNGSSTELLEN), ohne deren vertrauensvolle, uneigennützig Hilfe der Zugang zu den befragten Frauen kaum möglich gewesen, zumindest sehr erschwert worden wäre.

Unser Dank gilt ferner dem FACHBEIRAT des Max-Planck-Instituts, der sich in nie ermüdendem Engagement gemeinsam mit uns stets für eine Forschung eingesetzt hat, die sich der Objektivität verpflichtet weiß.

Die Durchführung des Projekts ist im Rahmen des DFG-Schwerpunkts "Empirische Sanktionsforschung" während der Jahre 1983 bis 1988 in erheblichem Umfang gefördert worden. Wir schulden daher der DEUTSCHEN FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT und deren Prüfungsgruppe großen Dank für fachlichen Rat und finanzielle Unterstützung.

Freiburg, im September 1989

Günther Kaiser

## Vorwort

Die Durchführung dieser Untersuchung wäre ohne die Mitarbeit von Beratungsstellen aller Träger in Hessen und Baden-Württemberg sowie von Gynäkologen nicht möglich gewesen. Ich möchte ihnen an dieser Stelle sehr herzlich für ihr Engagement und ihre Kooperationsbereitschaft danken. Nicht zuletzt gilt mein Dank auch den Frauen, die bereit waren, über ihre Erfahrungen zu sprechen und in ihre Gedanken und Gefühle zu dem schwierigen und oft belastenden Thema der Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs einblicken ließen.

Die reibungslose und sachkundige Durchführung der Interviews wäre ohne die sorgfältige und einfühlsame Mitarbeit der Interviewerinnen nicht gewährleistet gewesen. Ihnen wie auch meinen Mitarbeiterinnen Nicole Eiermann, Ruthild Rapp, Martina Michaelis, Cornelia Jacob und Ursula Jacobs danke ich für die Unterstützung und die gute Zusammenarbeit.

Desweiteren gilt mein Dank den Direktoren des Max-Planck-Instituts, Herrn Prof. Dr. Günther Kaiser und Herrn Prof. Dr. Albin Eser, sowie allen Kollegen, die mit fachlichem Rat zur Seite standen. Herrn Prof. Dr. Franz Buggle und Herrn Priv.Dozent Dr. Helmut Kury schulde ich insbesondere Dank für die geduldige Betreuung meiner Dissertation.

Freiburg, im September 1989

Brigitte Holzhauer



# Inhaltsverzeichnis

Geleitwort .....	V
Vorwort .....	XI
Verzeichnis der Schaubilder .....	XVIII
Verzeichnis der Tabellen .....	XX
Abkürzungsverzeichnis .....	XXIV

## A. Theoretischer Teil

<b>1. Einleitung: Problemfeld und Fragestellung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Die Implementation des reformierten § 218 StGB - Grundlagen und Stand der Forschung .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Das Reformprogramm zur gesetzlichen Regelung         des Schwangerschaftsabbruchs - Genese und         Inhalt des reformierten § 218 StGB .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Der § 218 StGB im Lichte der Rechtswirksamkeits-         und Implementationsforschung .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.1 Aspekte zur Wirksamkeit eines Abtreibungsverbots .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.2 Aspekte zur Implementation der Indikationsregelung .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Problemschwerpunkte bei der Implementation         des reformierten § 218 StGB .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.1 Sozialberatung .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.2 Indikationsfeststellung .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3.3 Ärztliche Beratung .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3.4 Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3.5 Strafverfolgung .....</b>	<b>51</b>
<b>2.4 Akzeptanz des reformierten § 218 StGB und aktuelle         Kontroversen .....</b>	<b>52</b>
<b>2.5 Zusammenfassung und Diskussion .....</b>	<b>60</b>

<b>3. Die Frau im Schwangerschaftskonflikt - Grundlagen und Stand der Forschung</b> .....	64
<b>3.1</b> Soziale und psychologische Bedeutung der Generativität und "Fertility-Decision-Making" .....	64
<b>3.2</b> Der Schwangerschaftskonflikt im Lichte der Konflikt- und Ent- scheidungsforchung .....	69
<b>3.3</b> Erklärungsmodelle zum Eintreten der ungewollten Schwangerschaft.....	81
<b>3.3.1</b> Kontrazeptionsversagen.....	81
<b>3.3.2</b> Theorien zum Kinderwunsch und "Funktion" der ungewollten Schwangerschaft .....	83
<b>3.4</b> Gründe und Legitimationen zum Schwangerschaftsabbruch.....	88
<b>3.5</b> Soziale und psychologische Merkmale von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden.....	92
<b>3.6</b> Die psychischen Folgen einer ungewollten Schwangerschaft und eines Schwangerschaftsabbruchs .....	105
<b>3.7</b> Zusammenfassung und Diskussion .....	109
<b>4. Das theoretische Konzept der Untersuchung</b> .....	113
<b>4.1</b> Vorüberlegungen.....	113
<b>4.2</b> Das Modell der Motivation und Handlungskontrolle nach KUHL ...	115
<b>4.3</b> Umsetzung des Modells von KUHL auf den Schwangerschafts- konflikt - Möglichkeiten und Grenzen .....	118
<b>4.4</b> Forschungsleitende Grundannahmen.....	123
<b>4.5</b> Befragungsinstrument.....	125
<b>4.5.1</b> Formale Struktur des Befragungsinstrumentes.....	125
<b>4.5.2</b> Operationalisierung der Variablen .....	127
<b>4.6</b> Zusammenfassung.....	136

## B. Empirischer Teil

<b>5. Empirischer Zugang und Durchführung der Untersuchung</b> .....	138
<b>5.1 Stichprobenziehung</b> .....	138
<b>5.1.1</b> Definition der Grundgesamtheit .....	138
<b>5.1.2</b> Zugangsmöglichkeiten zu den Stichproben .....	141
<b>5.1.3</b> Durchführung des Pre-Tests .....	143
<b>5.1.4</b> Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen .....	145
<b>5.1.5</b> Kontaktaufnahme mit Gynäkologen .....	147
<b>5.1.6</b> Kontaktaufnahme mit Medien .....	148
<b>5.2</b> Rücklauf und Organisation der Interviewdurchführung .....	149
<b>5.2.1</b> Rücklauf .....	149
<b>5.2.2</b> Auswahl und Schulung der Interviewerinnen .....	149
<b>5.2.3</b> Feed-back über die Interviews .....	151
<b>5.3</b> Gütekriterien der Untersuchung .....	152
<b>5.4</b> Auswertungsmethodik .....	157
<b>5.5</b> Zusammenfassung .....	160
<b>6. Beschreibung der Stichprobe</b> .....	162
<b>6.1</b> Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppen .....	163
<b>6.2</b> Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu den Stichproben .....	179
<b>6.3</b> Unterschiede zwischen den Stichproben und den Grundgesamtheiten .....	180
<b>6.4</b> Zusammenfassung und Diskussion .....	185

<b>7. Psychosoziale Einfluß- und Konfliktfaktoren.....</b>	<b>188</b>
<b>7.1 Motivationsbündel 1: Einstellungen und Wertorientierungen .....</b>	<b>189</b>
7.1.1 Einstellung zur Mutterrolle .....	190
7.1.2 Zukunftsorientierung .....	194
7.1.3 Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .....	198
7.1.4 Interviewereinflüsse im Hinblick auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .....	205
7.1.5 Zusammenfassung und Diskussion.....	210
<b>7.2 Motivationsbündel 2: Emotionale Akzeptanz der         Schwangerschaft.....</b>	<b>211</b>
7.2.1 Gefühlsverlauf der schwangeren Frau .....	213
7.2.2 Emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft durch den Partner und nahestehende Personen .....	219
7.2.3 Bedingungsgefüge der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft.....	225
7.2.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	227
<b>7.3 Motivationsbündel 3: Antizipierte Veränderungen der Lebens-         umstände durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind.....</b>	<b>229</b>
7.3.1 Antizipierte Veränderungen in den einzelnen Lebensbereichen .....	231
7.3.2 Gesamtmaß antizipierter Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind .....	244
7.3.3 Zusammenfassung und Diskussion.....	248
<b>7.4 Verknüpfung psychosozialer Einfluß- und Konfliktfaktoren.....</b>	<b>249</b>
7.4.1 Unterscheidungsmerkmale der Untersuchungsgruppen.....	250
7.4.2 Bedingungsgefüge des Schwangerschaftskonflikts .....	252
7.4.3 Zusammenfassung und Diskussion.....	256
<b>8. Erfahrungen mit den Institutionen nach § 218 StGB .....</b>	<b>260</b>
<b>8.1 Handlungsschritt 1: Sozialberatung .....</b>	<b>262</b>
8.1.1 Beratungsträger.....	263
8.1.2 Verlauf der Beratung.....	270
8.1.3 Einschätzung flankierender finanzieller Maßnahmen .....	279
8.1.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	286

---

<b>8.2</b>	<b>Handlungsschritt 2: Indikationsfeststellung</b> .....	287
8.2.1	Erwartungen an den Arzt/die Ärztin.....	289
8.2.2	Wege zur Indikationsfeststellung.....	293
8.2.3	Indikationsbegründungen.....	299
8.2.4	Zusammenfassung und Diskussion.....	307
<b>8.3</b>	<b>Handlungsschritt 3: Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs</b> .....	308
8.3.1	"Abtreibungstourismus".....	309
8.3.2	Die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in Hessen und Baden-Württemberg.....	312
8.3.3	Zusammenfassung und Diskussion.....	317
<b>8.4</b>	<b>Verknüpfung der Erfahrungen mit den Institutionen nach § 218 StGB</b> .....	318
8.4.1	Einhaltung und Verfügbarkeit des Verfahrensweges.....	319
8.4.2	Einfluß der Institutionen nach § 218 StGB.....	324
8.4.3	Zusammenfassung und Diskussion.....	329
<b>9.</b>	<b>Akzeptanz und Wirkung des § 218 StGB</b> .....	332
9.1	Normkenntnis und Normakzeptanz.....	332
9.1.1	Informationsstand und Kenntnis von Sanktionen.....	334
9.1.2	Kritik am § 218 StGB.....	338
9.1.3	Wünschenswerte gesetzliche Regelung.....	347
9.1.4	Aspekte eines generalpräventiven Einflusses.....	350
9.1.5	Zusammenfassung und Diskussion.....	355
9.2	Subjektive Gründe und Bedenken bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs.....	357
9.2.1	Gründe zum Schwangerschaftsabbruch.....	358
9.2.2	Bedenken gegen einen Schwangerschaftsabbruch.....	364
9.2.3	Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch und den § 218 StGB.....	369
9.2.4	Zusammenfassung und Diskussion.....	373

<b>10. Zusammenfassende Diskussion - Ertrag und Ausblick.....</b>	<b>375</b>
<b>10.1 Ausgangspunkt .....</b>	<b>375</b>
<b>10.2 Methodik und Durchführung der empirischen Untersuchung.....</b>	<b>376</b>
<b>10.3 Ergebnisse .....</b>	<b>378</b>
<b>10.4 Schlußfolgerungen.....</b>	<b>384</b>
Literaturverzeichnis.....	392
Tabellenanhang .....	410

## Verzeichnis der Schaubilder

<b>Schaubild 1:</b> Grundkonstellation des Verfahrenswegs nach § 218 StGB .....	11
<b>Schaubild 2:</b> Phasen des "Policy-Making" .....	21
<b>Schaubild 3:</b> Anteil der einzelnen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch 1977-1986 .....	37
<b>Schaubild 4:</b> Aktuelle Schätzungen zur Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche.....	44
<b>Schaubild 5:</b> Altersverteilung .....	93
<b>Schaubild 6:</b> Handlungspsychologische Phasen-Abfolge.....	114
<b>Schaubild 7:</b> Modell des Schwangerschaftskonflikts .....	119
<b>Schaubild 8:</b> Diagramm des Interviewleitfadens.....	126
<b>Schaubild 9:</b> Übersicht über die Grundgesamtheiten .....	138
<b>Schaubild 10:</b> Design der Untersuchung .....	161
<b>Schaubild 11:</b> Regionale Herkunft der befragten Frauen .....	165

---

<b>Schaubild 12:</b> Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale .....	176
<b>Schaubild 13:</b> Einstellung "auffälliger" Interviewerinnen und ihrer Probandinnen .....	209
<b>Schaubild 14:</b> Einflußfaktoren auf die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft .....	226
<b>Schaubild 15:</b> Antizipierte starke Verschlechterungen durch das erwartete Kind in verschiedenen Lebensbereichen.....	243
<b>Schaubild 16:</b> Bedingungsgefüge des Schwangerschaftskonflikts.....	254
<b>Schaubild 17:</b> Wege zum legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland .....	261
<b>Schaubild 18:</b> Unterschiede zwischen Klientinnen von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger.....	268
<b>Schaubild 19:</b> Erwartungen an und Reaktionen von Berater/innen unterschiedlicher Träger .....	275
<b>Schaubild 20:</b> Wege zur Indikationsfeststellung .....	297
<b>Schaubild 21:</b> Beurteilung der Indikationsbegründungen .....	305
<b>Schaubild 22:</b> Herkunftsort der Frauen und Durchführungsort des Schwangerschaftsabbruchs.....	310
<b>Schaubild 23:</b> Länderunterschiede bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen .....	316
<b>Schaubild 24:</b> Teilnahme am Verfahrensweg nach § 218 StGB .....	320
<b>Schaubild 25:</b> Informationswege .....	323
<b>Schaubild 26:</b> Entscheidungsrelevanz des Verfahrenswegs.....	326
<b>Schaubild 27:</b> Relevanz des Verfahrenswegs und Merkmale der Frauen .....	327
<b>Schaubild 28:</b> Gründe und Bedenken bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs.....	368

## Verzeichnis der Tabellen

<b>Tabelle 1:</b> Zur § 218-Sozialberatung anerkannte Beratungsstellen und Ärzte nach Bundesländern .....	30
<b>Tabelle 2:</b> Unterschiede zwischen Bundesländern bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen .....	46
<b>Tabelle 3:</b> Resultate der "ALLBUS-Umfrage" 1982 .....	53
<b>Tabelle 4:</b> Untersuchungen zum Vergleich von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Kontrollgruppen .....	95
<b>Tabelle 5:</b> Partizipation von Beratungsstellen .....	145
<b>Tabelle 6:</b> Alter .....	166
<b>Tabelle 7:</b> Familienstand .....	166
<b>Tabelle 8:</b> Kinderzahl.....	168
<b>Tabelle 9:</b> Wohnsituation.....	168
<b>Tabelle 10:</b> Erwerbsstatus.....	169
<b>Tabelle 11:</b> Beruf .....	171
<b>Tabelle 12:</b> Abgeschlossene Schule .....	172
<b>Tabelle 13:</b> Monatliches Nettoeinkommen .....	172
<b>Tabelle 14:</b> Einkommensquelle .....	173
<b>Tabelle 15:</b> Prozentanteil von Schwangerschaftsabbrüchen an der Gesamtzahl der Befragten bezogen auf die Variablen "Einkommenshöhe" und "Schulbildung".....	173
<b>Tabelle 16:</b> Konfession.....	174
<b>Tabelle 17:</b> Unterschiede zwischen je zwei Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale .....	177
<b>Tabelle 18:</b> Zugang.....	179
<b>Tabelle 19:</b> Vergleich der Stichproben der Frauenbefragung mit Daten über Grundgesamtheiten .....	182
<b>Tabelle 20:</b> Itemformulierung und Kennwerte/"Mutterrolle" .....	191

<b>Tabelle 21:</b> Ausmaß starker Zustimmung zu Items der Skala "Mutterrolle" sowie signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen .....	192
<b>Tabelle 22:</b> Einflüsse auf die Einstellung zur Mutterrolle .....	193
<b>Tabelle 23:</b> Itemformulierung und Kennwerte/"Zukunftsorientierung" .....	195
<b>Tabelle 24:</b> Ausmaß starker Zustimmung zu Items der Skala "Zukunftsorientierung" sowie signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen .....	196
<b>Tabelle 25:</b> Einflüsse auf die Zukunftsorientierung.....	197
<b>Tabelle 26:</b> Itemformulierung und Kennwerte/"Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" .....	199
<b>Tabelle 27:</b> Ausmaß starker Zustimmung zu Items der Skala "Schwangerschaftsabbruch" sowie signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen .....	200
<b>Tabelle 28:</b> Einflüsse auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .....	202
<b>Tabelle 29:</b> Unterschiede in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch im Zusammenhang mit Erfahrungen eines Schwangerschaftsabbruchs.....	204
<b>Tabelle 30:</b> Übersicht über verschiedene Indikatoren eines Interviewereinflusses.....	208
<b>Tabelle 31:</b> Erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft .....	213
<b>Tabelle 32:</b> Erste Gefühle zu der Schwangerschaft .....	215
<b>Tabelle 33:</b> Veränderung der Gefühle zu der Schwangerschaft.....	218
<b>Tabelle 34:</b> Erste Reaktion des Partners.....	220
<b>Tabelle 35:</b> Entscheidungsbeteiligung des Partners .....	221
<b>Tabelle 36:</b> Entscheidungsbeteiligung des Partners und erste Gefühle zu der Schwangerschaft .....	222
<b>Tabelle 37:</b> Reaktionen von nahestehenden Personen.....	224
<b>Tabelle 38:</b> Antizipierte Veränderungen in den Bereichen Beruf, beruflicher Wiedereinstieg, Ausbildung .....	232

---

<b>Tabelle 39:</b> Antizipierte finanzielle Veränderungen .....	234
<b>Tabelle 40:</b> Antizipierte Veränderungen im Wohnbereich und familiären Zusammenleben .....	236
<b>Tabelle 41:</b> Antizipierte partnerschaftliche Veränderungen .....	237
<b>Tabelle 42:</b> Antizipierte Veränderungen in der Beziehung zu nahestehenden Personen.....	239
<b>Tabelle 43:</b> Antizipierte gesundheitliche Veränderungen .....	241
<b>Tabelle 44:</b> Ausmaß antizipierter Verschlechterungen .....	246
<b>Tabelle 45:</b> Einflußfaktoren auf das Ausmaß antizipierter Verschlechterungen .....	247
<b>Tabelle 46:</b> Unterschiede zwischen je zwei Untersuchungsgruppen hinsichtlich psychosozialer Merkmale.....	251
<b>Tabelle 47:</b> Aufgesuchte Beratungsstelle .....	264
<b>Tabelle 48:</b> Verteilung von § 218-Beratungen auf verschiedene Träger ....	265
<b>Tabelle 49:</b> Erwartungen an die Beratung .....	271
<b>Tabelle 50:</b> Erwartungen an die Beratung und psychosoziale Konfliktmerkmale .....	272
<b>Tabelle 51:</b> Zeitdauer der Beratung .....	277
<b>Tabelle 52:</b> Wünschenswerte Voraussetzungen für ein Kind .....	280
<b>Tabelle 53:</b> Kenntnis von Unterstützung.....	283
<b>Tabelle 54:</b> Einschätzung der Hilfen .....	284
<b>Tabelle 55:</b> Erwartungen an den Arzt/die Ärztin .....	290
<b>Tabelle 56:</b> Erwartungen an den Arzt und psychosoziale Konfliktmerkmale .....	292
<b>Tabelle 57:</b> Medizinisch/eugenische Begründungen .....	300
<b>Tabelle 58:</b> Indikationsbegründungen aufgrund von psychischen und sozialen Umständen .....	302
<b>Tabelle 59:</b> Erhaltene Indikation .....	303
<b>Tabelle 60:</b> Art der aufgesuchten Einrichtung .....	312

<b>Tabelle 61:</b> Schwangerschaftswoche, in der der Abbruch durchgeführt wurde.....	313
<b>Tabelle 62:</b> Kosten für den Schwangerschaftsabbruch.....	315
<b>Tabelle 63:</b> Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs .....	336
<b>Tabelle 64:</b> Ansehen einer Frau mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit.....	337
<b>Tabelle 65:</b> Wird der § 218 StGB den Interessen und Bedürfnissen der Frauen gerecht? .....	338
<b>Tabelle 66:</b> Wird der § 218 StGB dem Schutz des ungeborenen Lebens gerecht?.....	339
<b>Tabelle 67:</b> Kritik am § 218 StGB .....	340
<b>Tabelle 68:</b> Sinn der Beratung.....	342
<b>Tabelle 69:</b> Sinn der ärztlichen Indikationsfeststellung.....	344
<b>Tabelle 70:</b> Kostenübernahme .....	346
<b>Tabelle 71:</b> Wünschenswerte gesetzliche Regelung.....	348
<b>Tabelle 72:</b> Bedingungen, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein sollte.....	350
<b>Tabelle 73:</b> Handlungstendenz, wenn Arzt oder Beratungsstelle nicht weitergeholfen hätten .....	354
<b>Tabelle 74:</b> Gründe für den Schwangerschaftsabbruch/soziale Umstände .....	360
<b>Tabelle 75:</b> Gründe für den Schwangerschaftsabbruch/psychische Umstände .....	362
<b>Tabelle 76:</b> Bedenken gegen den Schwangerschaftsabbruch .....	365
<b>Tabelle 77:</b> Belastung durch Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch .....	370
<b>Tabelle 78:</b> Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch und Merkmale der Frauen .....	371
<b>Tabelle 79:</b> Zufriedenheit mit der Entscheidung.....	373

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
BVerfGE	Entscheidungssammlung des Bundesverfassungsgerichts
BVerwGE	Entscheidungssammlung des Bundesverwaltungsgerichts
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CDU	Christlich-Demokratische Union
CSU	Christlich-Soziale Union
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
d.h.	das heißt
Diss.	Dissertation
DM	Deutsche Mark
ed.	editor (Herausgeber)
etc.	etcetera
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FDP	Freie Demokratische Partei
GABI.	Gemeinsames Amtsblatt (Baden-Württemberg)
Gr.	Gruppe
GVBl.	Gesetz- und Ordnungsblatt (Hessen)
HBV	Gewerkschaft Handel, Banken, Versicherungen
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
Kap.	Kapitel
km	Kilometer
med.	medizinisch
mult.	multipel
n	Stichprobengröße, Fallzahl
n.s.	nicht signifikant

---

Nr.	Nummer
ÖTV o.g.	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport, Verkehr oben genannt
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
Pbn	Probandinnen
PBNR	Probandennummer
ref.	reformiert
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RGSt.	Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen
RVO	Reichsversicherungsordnung
s	Standardabweichung
s.	siehe
S.	Seite
sog.	sogenannt
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPSS	Statistical Package for the Social Science
stand.	standardisiert
StGB	Strafgesetzbuch
5. StrRG	5. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18.6.1974
Tab.	Tabelle
u.a.	und andere, unter anderem
u.ä.	und ähnliches
v.	von
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil



# 1. Einleitung: Problemfeld und Fragestellung

## "Ich habe abgetrieben"

bekanntem im Jahr 1971 in einer großen deutschen Zeitschrift über 300 mehr oder weniger prominente Frauen und lösten damit eine aufsehenerregende und umstrittene Kampagne zur Reform des § 218 StGB\* aus.

Wenn nunmehr - einige Zeit nach der Reform des § 218 StGB im Jahr 1976 - Frauen zu ihren Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch befragt werden, geschieht dies in einer Situation der teilweisen Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Bedingt durch die Lockerung des strafrechtlichen Drucks existiert inzwischen - in der Bundesrepublik Deutschland wie auch international - ein breiteres Wissensspektrum über die Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, seine Durchführungsbedingungen und Probleme sowie die Motive und Konflikte der betroffenen Frauen.

Dennoch sind die Diskussionen um den Schwangerschaftsabbruch und den § 218 StGB nicht abgebrochen; gerade in den letzten Jahren hat diese Thematik erneut Brisanz erhalten. Die Frage nach der Bewährung des § 218 StGB wird nach wie vor kontrovers beurteilt. Welche Rolle spielt die gesetzliche Regelung bei der individuellen Entscheidung pro oder contra Schwangerschaftsabbruch? Beeinflusst das Gesetz lediglich das "Wie" der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs oder auch das "Ob" im Rahmen der Entscheidungsfindung? Kann eine Strafandrohung, können Beratung und soziale Hilfsmaßnahmen von "unmotivierten" Schwangerschaftsabbrüchen abhalten?

Im Rahmen eines breit angelegten Forschungsprojekts des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht, dessen empirische Teilprojekte von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurden, soll untersucht werden, inwieweit und unter welchen Bedingungen der strafrechtlichen Regelung und ihrer praktischen Handhabung in diesem Bereich verhaltenssteuernde Wirkung zukommt.

Zur Beantwortung dieser Frage wurden verschiedene Forschungsschritte durchgeführt:

---

\* Im folgenden werden die §§ 218 ff. StGB kurz mit § 218 StGB benannt, wenn es um das Regelungswerk als Gesamtheit geht.

- ein rechtsvergleichender Überblick über die rechtlichen Regelungen und die tatsächliche Verbreitung des Schwangerschaftsabbruchs in nahezu allen europäischen und einer Auswahl außereuropäischer Länder (ESER/KOCH 1988);
- eine Analyse der Normanwendung durch die Organe der Strafverfolgung (LIEBL u.a. 1986);
- eine Untersuchung zu Einstellung und Verhalten der Ärzteschaft (HÄUSSLER 1988);
- sowie eine Befragung betroffener Frauen, die im folgenden dargestellt werden soll.

Versucht man einen etwaigen Entscheidungseinfluß gesetzlicher Regelungen auf betroffene Frauen zu ermitteln, so bedarf dies zunächst einer Analyse der Entscheidungsfaktoren, die **außerhalb** des Gesetzes liegen und die Gründe und Motivationen zum Schwangerschaftsabbruch - oder zum Austragen der Schwangerschaft - darstellen. Sodann können die unterschiedlichen **Facetten** der gesetzlichen Regelung und ihre vermutete Wirkungsweise analysiert werden.

Die Entscheidung, eine ungewollte Schwangerschaft abzubrechen - oder auch auszutragen -, ist in der Regel mit vielfältigen psychischen und sozialen Konflikten verbunden. Betrachtet man die Konfliktfelder, so zeigt bereits die Bundesstatistik (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.384), daß ein Schwangerschaftsabbruch zumeist mit einer Notlagenindikation begründet wird. Dabei stehen in der Regel finanzielle Gründe, Probleme im Bereich des Erwerbslebens und der Ausbildung sowie nicht-intakte Partnerbeziehungen im Vordergrund. Zumeist treten mehrere negative Konstellationen zusammen auf; Angst vor Überforderung und der Zukunft mit Kind sind häufig korrespondierende psychische Motivationen (siehe z.B. OETER/NOHKE 1982). Da bereits das Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft eine "Funktion" etwa in der Partnerbeziehung haben kann (s. z.B. GOEBEL 1984a, S.14), stellt sich die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch oft als ein verwirrendes Ineinandergreifen von verschiedenen Gesichtspunkten dar.

Mit der Reform des § 218 StGB war das Ziel verbunden, eine legale Lösung unzumutbarer Konfliktlagen durch den Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen; gleichzeitig sollten durch das Verfahren - Sozialberatung und Indikationsfeststellung durch einen Arzt - Schwangerschaftsabbrüche vermieden und reduziert werden. Daneben zählte die Schaffung von mehr Gerechtigkeit durch mehr Gleichheit im Rahmen strafrechtlichen Schutzes beginnenden Lebens zu den wichtigsten Reformzielen (vgl. ESER 1985a, S.1333). Galt es doch eine Regel-

haftigkeit in der Anwendung der Sanktionsnormen zu schaffen, die der Theorie der Integrationsgeneralprävention entsprechend eine unerläßliche Bedingung für die Einleitung normvalidierender Prozesse ist (s. z.B. ALBRECHT 1984). Die Implementation von Sanktionsnormen zielt auf die Anerkennung und Geltung beim Normadressaten.

Betrachtet man die im reformierten § 218 StGB vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten, so wird deutlich, daß es sich um eine Mischung unterschiedlicher Instrumente handelt. Im Vordergrund steht der Präventionsgedanke. Durch das - umstrittene - Verfahren der Sozialberatung und Indikationsfeststellung soll im Vorfeld des Schwangerschaftsabbruchs auf eine verantwortungsbewußte Entscheidung hingewirkt werden und von "ungerechtfertigten" Schwangerschaftsabbrüchen abgehalten werden. Sollte es zu Übertretungen kommen, stehen strafrechtliche Sanktionen zur Verfügung.

Da die Intentionen des Gesetzgebers im Rahmen von Implementationsvorgängen häufig eine Umstrukturierung erfahren können (vgl. MAYNTZ 1983), können auch die Gepflogenheiten der "Implementationsakteure" Einfluß auf die Entscheidung und Realisierung des Schwangerschaftsabbruchs haben. So wird häufig kritisiert, daß die Zugangsmöglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch und die Verfügbarkeit einer legalen Lösung nicht gleicherorts gegeben und die Frauen vor allem der Willkür von ärztlicher Seite ausgesetzt seien (s. z.B. KETTING/van PRAAG 1985, S.70 f.; WALTER 1987). Andererseits wird vermutet, daß die Aufgabeninterpretation von Implementationsträgern von der vom Gesetzgeber vorgesehenen abweiche, so daß der Zustand einer "verkappten Fristenlösung" eingetreten und der Schwangerschaftsabbruch auf Wunsch realisiert sei (s. z.B. ROXIN 1981, S.232; TRÖNDLE 1987; WILLE 1986).

Die Beurteilung der Gesetzesrealität geschieht aus der Sicht von Institutionen nach anderen Kriterien als aus der Sicht von unmittelbar Betroffenen. Da der Blickwinkel der vorliegenden Untersuchung auf die Frau im Schwangerschaftskonflikt gerichtet ist, werden auch die Implementationsprozesse nicht in "objektiver" Form in die Untersuchung Eingang finden, sondern so, wie sie subjektiv von den Frauen, die damit konfrontiert sind, erlebt werden. Im Spannungsfeld zwischen der gesetzlichen Regelung und ihrer Implementierung einerseits und der Situation der Frau im Schwangerschaftskonflikt andererseits sollen mit einer **Befragung von betroffenen Frauen** (die entweder einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen oder die Schwangerschaft austrugen) Antworten auf folgende Fragestellungen gefunden werden:

1. Welche Faktoren psychischer und sozialer Art bewirken eine Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch?
  - 1.1 Welche Problemfelder und Konflikte in bezug auf die Schwangerschaft werden von den betroffenen Frauen in ihrer subjektiven Situation als relevant empfunden und beeinflussen die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch?
  - 1.2 Unterscheiden sich Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, von denjenigen, die sie austragen, hinsichtlich ihrer sozialen Situation? Bestehen Unterschiede im Familienstand, dem Alter, der Partnerbeziehung, der Einkommenshöhe oder weiterer soziodemographischer Merkmale?
  - 1.3 Inwieweit wird die Entscheidung durch Situationsbewertungen beeinflusst? Wodurch bedingen sich und welchen Stellenwert haben psychologische Merkmale im Hinblick auf die Entscheidung?
  - 1.4 Welche Rolle spielen Einstellungen und Wertorientierungen bei der Entscheidung über den Ausgang einer Schwangerschaft?
  
2. Wie stellt sich die Implementation des § 218 StGB aus der Sicht der Betroffenen dar und welche Bedeutung kommt der gesetzlichen Regelung im Entscheidungsgefüge zu?
  - 2.1 Wie stellt sich aus der Sicht der Frauen die Praxis des § 218 StGB dar? Welche Erfahrungen werden mit der Sozialberatung, der Indikationsfeststellung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs geschildert?
  - 2.2 Existieren regionale Unterschiede im Hinblick auf die Durchführungsmodalitäten eines Schwangerschaftsabbruchs? Werden Implementationsdefizite deutlich?
  - 2.3 Wie hilfreich oder relevant werden die Institutionen nach § 218 StGB sowie flankierende finanzielle Maßnahmen empfunden? Welche Kritik entzündet sich an ihnen? Inwieweit wirkt das Verfahren seinerseits konfligierend?
  
3. Welche Akzeptanz erfährt das Gesetz und inwieweit entspricht es den Wertvorstellungen und Bedürfnissen von betroffenen Frauen?
  - 3.1 Welche Rolle spielt der § 218 StGB bei der Entscheidung? Wird die Indikationslösung von den Frauen in ihrer aktuellen Konfliktsituation akzeptiert?
  - 3.2 Existieren Unterschiede zwischen Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen oder austragen, im Hinblick auf den Kenntnisstand über die legalen Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs oder etwaige Sanktionierung?

Da das Gesetz und seine Auswirkungen auf die Adressaten der Bezugspunkt der vorliegenden Untersuchung ist, findet sich in **Kapitel 2** zunächst eine Darstellung des reformierten § 218 StGB. Ein Überblick über Genese und Inhalt der gesetzlichen Neuregelung soll zunächst mit dem Gegenstandsbereich der Untersuchung vertraut machen. Problemschwerpunkte sollen sodann mit Hilfe der Forschung zu Rechtswirksamkeit und zur Implementation politischer Programme herausgearbeitet werden. Schließlich gelangt die bisherige Forschung zum § 218 StGB und seines Verfahrensweges zur Darstellung, wobei die Aufarbeitung der diesbezüglichen Literatur vorrangig auf Aspekte bezogen ist, die besondere Relevanz für die betroffene Frau erlangen.

In **Kapitel 3** wendet sich dann der Blick weg von den gesetzlichen Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs in der Bundesrepublik Deutschland hin zu psychischen und sozialen Determinanten einer ungewollten Schwangerschaft. Unter Berücksichtigung der Konflikt- und Entscheidungsforschung sollen Elemente des Konflikterlebens schwangerer Frauen verdeutlicht werden. Dabei wird die bisherige Forschung zu den Entstehungsbedingungen von ungewollten Schwangerschaften, zu den Motivationen und der Entscheidungsfindung in bezug auf die Realisierung eines Schwangerschaftsabbruchs dargestellt. Besonderen Stellenwert gewinnen dabei (überwiegend internationale) Untersuchungen, in denen ein Kontrollgruppendesign zum Vergleich von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch mit (vor allem) schwangeren Frauen durchgeführt wurde.

In **Kapitel 4** wird schließlich versucht, mit Hilfe des theoretischen Motivationsmodells von KUHLE (1983) eine Synthese herzustellen zwischen einerseits dem Konflikterleben und der Entscheidungsfindung der Frau sowie andererseits den Realisierungsbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs, bei denen der Stellenwert von Normimplementationsprozessen zum Tragen kommt. Daraus werden anschließend die forschungsleitenden Grundannahmen entwickelt.

Die Planung und Durchführung der empirischen Untersuchung wird in **Kapitel 5** dargestellt. Ab **Kapitel 6** finden sich dann die Ergebnisse der Befragung: **Kapitel 6** ist den soziodemographischen Merkmalen der Befragten gewidmet sowie Problemen der zugangsbedingten Selektivität der Stichprobe. In **Kapitel 7** werden psychosoziale Entscheidungsfaktoren dargestellt, in **Kapitel 8** die Erfahrungen mit Institutionen nach § 218 StGB. In **Kapitel 9** schließlich findet sich die Beurteilung des § 218 StGB durch die Betroffenen sowie eine Einschätzung der Effizienz einer diesbezüglichen gesetzlichen Regelung.

## 2. Die Implementation des reformierten § 218 StGB - Grundlagen und Stand der Forschung

### 2.1 Das Reformprogramm zur gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs - Genese und Inhalt des reformierten § 218 StGB

#### *Geschichtliche Entwicklung*

Das Aufeinanderprallen grundlegend verschiedener Auffassungen über die moralische und rechtliche Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs ist mindestens so alt wie die Existenz des § 218 StGB selbst. Im Jahre 1871 fand das Abtreibungsverbot Eingang in das Strafgesetzbuch. Danach war eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließ bzw. selbst durchführte, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bedroht; für gewerbsmäßige Abtreibungen belief sich das Strafmaß auf bis zu zehn Jahre.

Bereits um die Jahrhundertwende setzten immer stärkere Liberalisierungsbemühungen ein; in der Weimarer Zeit schließlich entstand eine breite Bewegung zur Reform des § 218 StGB (zum Verlauf dieser Auseinandersetzungen s. z.B. ZWERENZ 1980; KRAIKER 1983, S.11-18; DÄUBLER-GMELIN/FAERBER-HUSEMANN 1987, S.34-57), in deren Verlauf eine gewisse Strafmilderung für die Schwangere (RGBl. 1926 I, S.239) sowie die Anerkennung des Schwangerschaftsabbruchs zur Rettung der Frau aus schwerer Gesundheits- oder Lebensgefahr als "übergesetzlicher Notstand" (RGSt. 61, S.242) erreicht wurde.

Weitere Reformbestrebungen fanden ihr abruptes Ende mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten. Diese verschärfte das Gesetz im Jahre 1943 wieder: Neben der Einführung der Zuchthausstrafe für Frauen, die eine Schwangerschaft abbrachen, wurde die Beihilfe zur Abtreibung sogar mit Todesstrafe bedroht, wenn "der Täter die Lebenskraft des deutschen Volkes fortgesetzt beeinträchtigt hatte" (RGBl. 1943 I, S.140, 169). Allerdings wurden Ausnahmen schon zuvor im Rahmen der "Erbgesundheitsgesetze" (RGBl. 1933 I, S.529; 1935 I, S.773) durch Schaffung der eugenischen Indikation vorgesehen, um durch einen Schwangerschaftsabbruch "erbkranken Nachwuchs" zu verhindern bzw. rassistische Programme einzuleiten (Darstellungen zur Situation bezüglich des

\* Historische oder ethnologische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs sollen an dieser Stelle nicht dargestellt werden. Die Literatur zeigt, daß die Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs in menschlichen Gesellschaften während unterschiedlicher Epochen stark variiert; absolute Prinzipien scheinen nicht auffindbar (siehe z.B. DEVEREUX 1956; HEIN-SOHN u.a. 1979; RIESE 1983; DÄHN 1971; MOERCHERL 1985).

Schwangerschaftsabbruchs im Dritten Reich finden sich u.a. bei KRAIKER 1983, S.18-22; DÄUBLER-GMELIN/FAERBER-HUSEMANN 1987, S.57-70). Diese Bestimmungen wurden nach dem Zweiten Weltkrieg zugunsten der Regelung, wie sie vor der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten existierte, wieder aufgehoben.

Bis zum Ende der 60er Jahre blieb es in der öffentlichen Diskussion relativ still um den § 218 StGB. Jedoch wiesen Schätzungen über die Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen auf ein großes Dunkelfeld hin: während PRILL (1972, S.43) von etwa 100.000 bis 160.000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr ausging, schätzte SIEBEL (1971a, S.263) 170.000 Schwangerschaftsabbrüche und DÖRING (1971, S.864) etwa 400.000 Schwangerschaftsabbrüche; bei POPITZ (1968, S.22f.) belief sich die Schätzung auf 1,8 Millionen und SCHWARZER (1971, S.141) ging von 500.000 bis 2 Millionen Schwangerschaftsabbrüchen jährlich aus.

### *Reformvorhaben*

Dieses Verhältnis zwischen der vermutlich hohen Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen einerseits und andererseits einer restriktiven gesetzlichen Regelung trug mit zum Wiederaufbrechen der Diskussion bei, da dies als ein Beleg für die weitgehende Wirkungslosigkeit eines strikten Abtreibungsverbots angesehen wurde, zumal Verurteilungen aufgrund des § 218 StGB relativ selten stattfanden (s. WERTH 1971; ESER 1985b, S.30). Darüber hinaus setzte eine international zu beobachtende Liberalisierungswelle ein, die es möglich machte, bei vorhandenen finanziellen Mitteln im benachbarten Ausland einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen: So war Mitte der 70er Jahre die Zahl der Frauen, die in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, auf einem Höchststand von mehr als 60.000 angelangt (KETTING 1986, S.32). Weitere Ursachen der erneuten Bewegung zur Reform des § 218 StGB sind in den Nachwirkungen der außerparlamentarischen Opposition der 60er Jahre zu sehen, in deren Endphase sich eine Frauenbewegung zu entwickeln begann, die den Kampf um die Liberalisierung des § 218 StGB aufnahm und mit vielfältigen Aktionsformen (z.B. Selbstbeichtigungskampagne in der Zeitschrift STERN vom 3.6.1971) eine breite Diskussion entfachte (zum Verlauf der Auseinandersetzungen s. z.B. SANDSCHNEIDER 1983; KRAIKER 1983, S.30-39).

Schließlich fanden auch Auseinandersetzungen auf parlamentarischer Ebene statt: die seit 1969 etablierte sozial-liberale Koalition setzte 1974 die "Fristenlösung" durch. Doch bevor dieses Gesetz in Kraft treten konnte, wurde von den Christdemokraten das Bundesverfassungsgericht angerufen und geltend

gemacht, daß die Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft mit dem grundrechtlich garantierten Lebensrecht nicht vereinbar sei (s. die Dokumentation von ARNDT u.a.1979).

Das Bundesverfassungsgericht gab ihnen am 25.2.1975 mehrheitlich recht: Der Lebensschutz der Leibesfrucht genieße grundsätzlich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft Vorrang und dürfe nicht für eine bestimmte Frist in Frage gestellt werden (BVerfGE 39,1, S.1). In ihrem gleichzeitig veröffentlichten Minderheitenvotum wiesen zwei der Richter demgegenüber auf die Wirkungslosigkeit und Schädlichkeit der Strafbestimmung hin und äußerten Bedenken gegenüber der erstmals postulierten Pflicht des Gesetzgebers zum Erlaß von Strafnormen; dies verkehre die Funktion der Grundrechte in ihr Gegenteil (BVerfGE 39,1, S.73).

Die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, die bei der Ablehnung der Fristenlösung im Hinblick auf ein verfassungskonformes Gesetz zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs formuliert wurden, gingen davon aus, daß der Schutz des ungeborenen Lebens prinzipiell höherrangig gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht der Frau sei. Strafrechtliche Maßnahmen sollten jedoch zurückgedrängt werden, wenn für den Schwangerschaftsabbruch triftige Gründe vorlägen bzw. wenn der Schutz des ungeborenen Lebens durch andere Maßnahmen erreicht werden könne (BVerfGE 39,1, S.1).

### *Indikationsregelung*

In der darauffolgenden Formulierung der am 21.6.1976 in Kraft getretenen Indikationsregelung wurde vorgesehen, daß ein Schwangerschaftsabbruch dann straffrei bleibt, wenn eine Indikation vorliegt und ein bestimmter Verfahrensweg eingehalten wird. Eine Strafandrohung blieb prinzipiell bestehen, obgleich die Frau davon in vielerlei Hinsicht ausgenommen werden kann (erläuternd s. ESER 1980a; AUGSTEIN/KOCH 1985, S.202-213). Hierdurch solle von "unmotivierten" Schwangerschaftsabbrüchen abgeschreckt werden und Einfluß auf die Wertvorstellungen der Bevölkerung genommen werden (generalpräventive Funktion, BVerfGE 39,1, S.56f.). Das Reformziel war im wesentlichen, durch teilweise Rücknahme der Strafandrohung die legale Lösung unzumutbarer Konfliktlagen zu ermöglichen, den Weg zu einem Arzt zu eröffnen und durch verstärkte soziale Hilfe und Beratung langfristig eine Eindämmung von Schwangerschaftsabbrüchen zu erreichen.

Kennzeichnend für das Indikationsmodell ist die Straffreistellung bei Vorliegen einer **Indikation** nach § 218a StGB (ausführlicher Kommentar s. ESER in SCHÖNKE/SCHRÖDER 1985a, § 218a StGB sowie ESER 1980b):

- An erster Stelle nennt das Gesetz die Lebens- oder Gesundheitsgefahr für die Schwangere (§ 218a Abs.1, Nr.2 StGB). Obgleich häufig als "medizinisch" bezeichnet, handelt es sich um eine **medizinisch-soziale Indikation**. Da das Gesetz einen Schwangerschaftsabbruch schon bei Gefahr einer seelischen (also nicht unbedingt körperlichen) Gesundheitsbeeinträchtigung zuläßt und dabei auch die "gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse" der Schwangeren zu berücksichtigen sind, setzt bereits diese Indikation kein bestimmtes Krankheitsbild voraus; entscheidend ist vielmehr, daß bei Austragen der Schwangerschaft eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zu befürchten sei. Falls eine solche medizinische bzw. medizinisch-soziale Indikation vorliegt, ist für den Abbruch keine bestimmte Frist vorgesehen; des weiteren ist eine Sozialberatung nicht obligatorisch.
- Zum zweiten ist ein Schwangerschaftsabbruch zulässig, wenn eine Schädigung des Embryos ("**eugenische Indikation**") zu befürchten und deshalb der Frau die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht zumutbar ist (§ 218a Abs.2, Nr.1 StGB). Dabei ist letztentscheidend auf den individuellen Konflikt der Schwangeren abzuheben: Nur dann, wenn ihr die befürchtete geistige oder körperliche Mißbildung als unerträglich erscheint, darf die Schwangerschaft abgebrochen werden. Damit soll einer bevölkerungspolitisch motivierten Eugenik mit den verbundenen Mißbrauchsgefahren ein Riegel vorgeschoben werden. Mit dieser Indikation ist ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 22. Schwangerschaftswoche zulässig.
- An dritter Stelle nennt das Gesetz die meist als "**kriminologisch**" bezeichnete Indikation (§ 218a Abs.2, Nr.2 StGB). Dadurch soll der Schwangeren ein Weg aus einer rechtswidrig aufgezwungenen Schwangerschaft eröffnet werden; Hauptanwendungsfall ist die Vergewaltigung. Schwangerschaftsabbrüche aufgrund dieser Indikation können bis zur 12. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden.
- Des weiteren ist als Straffreistellungsgrund vom Gesetzgeber die "**allgemeine Notlagenindikation**" nach § 218a Abs.2, Nr.3 StGB vorgesehen. Mit dieser Generalklausel versucht der Gesetzgeber allen sonstigen Konfliktsituationen der Schwangeren Rechnung zu tragen. Die Notlagenindikation kommt überall dort in Betracht, wo sich die Schwangere in einer Konfliktsituation sieht, die entsprechend ihrer Schwere einer Gesundheitsgefahr gleichzuordnen ist. Da es dafür letztlich auf eine Gesamtabwägung aller Um-

stände ankommt, hat man bisher darauf verzichtet, einen Katalog bestimmter Faktoren zu nennen, die diese Indikation erfüllen würden. Auch hier ist ein Abbruch nur bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche zulässig.

### *Verfahrensweg*

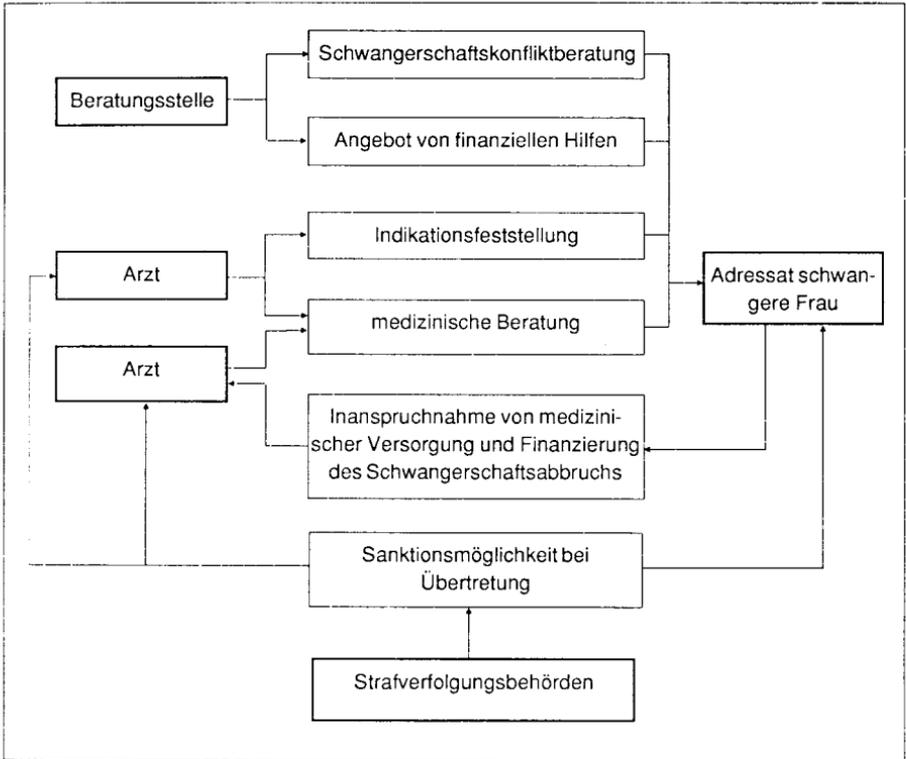
Betrachtet man den **Verfahrensweg**, so wird deutlich, daß der Zugang zum legalen Schwangerschaftsabbruch nach "objektivierbaren" Kriterien, nämlich den genannten Indikationen möglich sein sollte: er muß nach **ärztlicher Erkenntnis** angezeigt sein, "um die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden", die nicht auf andere zumutbare Weise abgewendet werden kann (§ 218a Abs.1, Nr.2 StGB). Dies bedarf einer formalen Bescheinigung (§ 219 Abs.1 StGB), der Indikationsfeststellung.

Des weiteren muß sich die Frau an eine anerkannte **Beratungsstelle** oder an einen dazu ermächtigten Arzt wenden, um sich dort über soziale öffentliche Hilfen, insbesondere solche, die die Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtern, beraten zu lassen (§ 218b Abs.1, Nr.1 StGB). Richtlinien der Bundesländer regeln die konkrete Ausgestaltung der Sozialberatung (s. ESER/HIRSCH, 1980, Anhang). Um ihrer Funktion als Entscheidungshilfe genügen zu können, ist eine dreitägige Karenzzeit bis zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs vorgesehen.

Der Schwangerschaftsabbruch selbst muß durch einen **Arzt** (§ 218a StGB) durchgeführt werden, wobei je nach Indikation unterschiedliche Fristen eingehalten werden müssen (§ 218a Abs.3 StGB). Die medizinisch gebotene Versorgung der Frauen, bei denen die Voraussetzungen für einen rechtmäßigen Abbruch gegeben sind, soll sichergestellt sein; Gefährdung ihrer Gesundheit und finanzielle Ausbeutung sollten unterbunden werden, so auch durch Finanzierung rechtmäßiger Schwangerschaftsabbrüche durch die Krankenkasse (§§ 200 f. RVO). Auch bezüglich der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs liegen Ausführungsbestimmungen der Bundesländer vor, die die einzelnen Modalitäten regeln (Zulassung, Gestattung ambulanter Abbrüche usw.). Niemand kann zur Teilnahme an einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen werden (5. StrRG, Art.2 Abs.1): es besteht ein Weigerungsrecht des ärztlichen und teilweise nicht-ärztlichen Personals (AUGSTEIN/KOCH 1985, S.120-129; KOCH 1988, S.183f.).

Die - vereinfachte - Grundkonstellation dieses Verfahrens ist in Schaubild 1 dargestellt.

**Schaubild 1:** Grundkonstellation des Verfahrenswegs nach § 218 StGB



Für die Frau, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, bedeutet dies, daß sie mindestens zwei Ärzte (zur Indikationsfeststellung sowie zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs) und in der Regel zusätzlich eine Einrichtung zur Sozialberatung aufsuchen und ihr Anliegen geltend machen muß.

### Résumé

Mit dem Indikationsmodell wurde versucht, einen Kompromiß zu finden, der sowohl dem Schutz des ungeborenen Lebens als auch den Notlagen der Schwangeren Rechnung zu tragen in der Lage ist, dies jedoch mit "perfektionistischer Differenziertheit" (ESER 1985b, S.35). Angesichts der Komplexität

dieses Regelungsmodells und der zugrundeliegenden Problematik sowie auch der Vielzahl der mit der Umsetzung des Gesetzes betrauten Institutionen stellen sich Fragen zur Beurteilung des § 218 StGB auf verschiedenen Ebenen:

- Inwiefern hat ein Gesetz zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs prinzipiell Chancen zur Durchsetzung? Welche Bedingungen sollen nach sozialwissenschaftlicher Erkenntnis gegeben sein, damit Gesetze die intendierte Wirkung entfalten? Wie läßt sich der § 218 StGB vor dem Hintergrund kriminologischer und rechtssoziologischer Wirkungsforschung beurteilen?
- Inwiefern bilden sich Intentionen des Gesetzgebers in der Realität durch die mit dem Problem des Schwangerschaftsabbruchs befaßten Institutionen ab? Wie stellt sich die Problemverarbeitung und Aufgabenerfüllung am Ort der Probleminzidenz dar und wie gestaltet sich damit der gesellschaftliche Umgang mit dem § 218 StGB? Auf welche Problempunkte weist die Implementationsforschung hin?

Im folgenden Kapitel sollen zunächst die theoretischen Voraussetzungen der Rechtswirksamkeits- und Implementationsforschung dargestellt und im Hinblick auf den § 218 StGB spezifiziert werden. Dem folgt eine Aufarbeitung der bereits vorhandenen Literatur zu den Erfahrungen mit der Umsetzung der gesetzlichen Regelung und zur Akzeptanz des § 218 StGB in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

## **2.2 Der § 218 StGB im Lichte der Rechtswirksamkeits- und Implementationsforschung**

Inwiefern ein Abtreibungsverbot sinnvoll ist, wird kontrovers beurteilt und ist nicht zuletzt von der jeweiligen politischen und persönlichen Grundeinstellung abhängig. Ohne die Diskussion um die ethischen Grundlagen, den Beginn menschlichen Lebens (s. BLECHSCHMIDT 1976; AMENDT 1988) und die Abwägung der Schutzgüter erneut zu führen, sollen an dieser Stelle Aspekte dargestellt werden, die - vergleichsweise pragmatisch - beleuchten, welche Probleme sich bei der Durchsetzung eines Abtreibungsverbots an sich ergeben und welche Möglichkeiten und Grenzen für den reformierten § 218 StGB bestehen, zielgerecht implementiert zu werden.

## 2.2.1 Aspekte zur Wirksamkeit eines Abtreibungsverbots

### *Präventive Wirkungsmöglichkeiten von Strafe*

Schlüsselt man die denkbaren präventiven Wirkungsmöglichkeiten von Strafe auf, so ergibt sich aufbauend auf der Unterscheidung von General- und Spezialprävention das folgende Bild (nach GIEHRING 1987, S.4, ausführliche Diskussion s. OTTO 1982; SCHUMANN u.a. 1987).

- Strafe kann **generalpräventiv** wirken, und zwar dadurch, daß durch die Sanktionierung des Straftäters andere Personen, die geneigt sind, ähnliche Straftaten zu begehen, davon abgeschreckt werden (negative oder Abschreckungsgeneralprävention) und/oder bei anderen Personen gesetzeskonforme normative Orientierungen aufgebaut oder aufrechterhalten werden (positive oder Integrationsgeneralprävention);
- Strafe kann **spezialpräventiv** wirken, dadurch, daß der Täter selbst durch die Strafe von der Begehung künftiger Straftaten abgeschreckt wird, resozialisiert oder an der Begehung weiterer Taten gehindert wird.

In ihrer negativen Variante ist Generalprävention auf die Abschreckung potentieller Normbrecher bezogen, die durch die Sanktionsdrohung oder die gegebene Sanktionspraxis von abweichendem Verhalten abgehalten werden sollen. In ihrer positiven Variante sind generalpräventive Funktionen auf die dem Strafrecht und seiner Handhabung unterstellte "erzieherische Kraft" (ALBRECHT 1985, S.133) bezogen. Es wird erwartet, daß in Gesetzen formulierte Normen die Wertorientierung des Einzelnen beeinflussen, zu einer "moralischen Verbindlichkeit der Norm" (SCHÖCH 1984, S.276) und damit letztlich zu konformem Verhalten führen. Auch bei der Ablehnung der Fristenlösung als nicht verfassungskonform bezog das Bundesverfassungsgericht generalpräventive Wirkungen mit ein:

"Entfällt die Drohung mit Strafe ganz allgemein, so wird notwendig im Bewußtsein der Staatsbürger der Eindruck entstehen, in allen Fällen sei der Schwangerschaftsabbruch rechtlich erlaubt und damit auch sozialetisch nicht mehr zu mißbilligen. Der "gefährliche Schluß von der rechtlichen Sanktionslosigkeit auf das moralische Erlaubtsein" (...) liegt zu nahe, als daß er nicht von einer großen Anzahl Rechtsunterworfenen gezogen würde." (BVerfGE 39,1, S.58).

In empirischen Studien zur Generalprävention (ALBRECHT 1980; BERLITZ u.a. 1987; SCHUMANN u.a. 1987) werden in der Regel die Bereitschaft, Straftaten zu begehen (oder das tatsächliche Begehen von Straftaten) in Beziehung gesetzt zu Variablen, die für einen generalpräventiven Einfluß stehen, so z.B. Strafrisiko, Bewertung der Strafschwere, Akzeptanz der Norm. Bei verschiedenen De-

liktgruppen scheint dieser Einfluß unterschiedlich hoch zu sein. So scheint vor allem bei Bagatelldelikten die Risikoeinschätzung eine gewisse handlungsleitende Funktion zu haben, während bei Delikten des "strafrechtlichen Kernbereichs" die moralische Ablehnung so stark internalisiert sei, daß der Normakzeptanz erheblich mehr Bedeutung zukomme (BERLITZ u.a. 1987, S.27-31). Auch DIEKMANN (1980, S.125) konnte den Einfluß der normativen Attituden, der moralischen Einstellung gegenüber dem Gesetz oder der Norm bestätigen, deren Erklärungskraft in der Regel die der negativen Sanktionen überstieg.

Eine empirische Studie zur **generalpräventiven Wirksamkeit eines Abtreibungsverbots** liegt bislang nicht vor. Verschiedene Aspekte sprechen jedoch gegen eine solche Wirkung:

- So war vor der Reform des § 218 StGB, als nahezu jeder Schwangerschaftsabbruch undifferenziert unter Strafe gestellt war, die Dunkelziffer so hoch, daß von einer abschreckenden Wirkung kaum gesprochen werden konnte und z.B. SIEBEL (1971b, S.222) davon ausging, daß der Staat ungeachtet seiner offiziellen Regelungsbefugnis auf die Abtreibungsfrequenz keinen großen Einfluß habe.
- International vergleichende Untersuchungen zeigen, daß in demokratischen Industriegesellschaften eine restriktive gesetzliche Regelung Schwangerschaftsabbrüche nicht besser verhindern vermag als liberale Regelungen (KOCH 1985a, S.1070; KETTING/van PRAAG 1985; ESER/KOCH 1988).

### *Gründe für mangelnde Wirksamkeit*

Die geringe Abschreckungswirkung einer Strafandrohung in diesem Bereich kann auf unterschiedliche **Ursachen** zurückgeführt werden: nimmt man an, daß die tatsächliche Häufigkeit von Sanktionierungen (Verurteilungen usw.) Einfluß auf die subjektive Erwartung hat, für ein Verhalten bestraft zu werden, so muß es nicht verwundern, wenn bei nachweislich geringer Verurteilungsquote (vor der Reform und auch im Ausland, vgl. KOCH 1985a, S.1069) der Anspruch eines Strafgesetzes unglaubwürdig wird. Dies wiederum mag darauf zurückzuführen sein, daß zum einen Polizei und Staatsanwaltschaft ihren Ermittlungspflichten nicht genügen (WERTH 1971, S.117f.), zum anderen dürften gerade auch beim Schwangerschaftsabbruch die Charakteristika der Begleitumstände Einfluß haben.

Als Beispiel für eine schwer durchsetzbare gesetzliche Regelung sieht OPP (1973, S.203) das Abtreibungsverbot an. Aufgrund der Privatheit der Übertretungssituation habe eine Person, die das Gesetz nicht einhält, wegen der nied-

rigen Entdeckungsgefahr lediglich geringe negative Sanktionen zu erwarten. Zudem existieren keine Opfer, die Anzeige erstatten könnten (siehe auch SCHUR: "Crimes without Victims" 1965); auch andere Personen, die von der Abtreibung wissen, seien hierzu in der Regel nicht motiviert. Somit liege insgesamt eine geringe Anzeigeneigung vor, die dazu führe, daß die Aufklärungsquote gering ist und daß Gesetzesübertreter nur geringe negative Sanktionen zu erwarten haben.

Nach der Theorie von OPP (1973, S.193-211) wird eine Person ein Gesetz umso eher einhalten, je besser sie über das Gesetz informiert ist, je geringer der Grad der normativen Abweichung einer Person zu dem Gesetz ist, je höher der Grad der erwarteten negativen Sanktionen bei einer Nichtbefolgung des Gesetzes und je höher der Grad der erwarteten positiven Sanktionen bei einer Befolgung ist. Weitere Variablen, die als relevant für die Wirkung von Gesetzen genannt werden, stehen nach OPP (1973, S.202) mit diesen Merkmalen in Zusammenhang: Die Aufklärungsquote, die Privatheit, die Anzeigeneigung sowie die Höhe der Sanktion, die Sichtbarkeit des Normverstößes und die Stigmatisierung, die Verständlichkeit und Verbreitung der Norm, die Kompetenz des Gesetzgebers und die Zielrelevanz des Gesetzes.

Eine Systematik der für die Befolgung von Gesetzen relevanten Merkmale stammt auch von ELLERMANN (1983, S.136). Er unterteilt die für das Verhalten der "Rechtsgenossen" bedeutsamen Variablen in:

- **individuelle** Variablen, worunter er die Normorientierung des Einzelnen faßt, die Informiertheit über die Norm, die (erwarteten) positiven und negativen Sanktionen sowie ihre Eintretenswahrscheinlichkeit, Art und Ausmaß der Sanktionen, die individuelle Risikobereitschaft und Sanktionserfahrung. Ebenfalls betont ELLERMANN (1983) den Einfluß von alternativen Handlungsmöglichkeiten.
- Variablen, die mit **sozialen Beziehungen** zusammenhängen, wie z.B. die Sichtbarkeit des Normverstößes und die durch das soziale Umfeld vorgenommene etwaige Stigmatisierung des Individuums nach einem Normbruch.
- Variablen, die **Organisationen** betreffen, wobei er den Einfluß der Organisationsziele beschreibt sowie die Kontrolle von Entscheidungen innerhalb von Organisationen.
- **gesellschaftliche** Variablen mit Einfluß auf die Rechtsgenossen wie die Qualität des Gesetzes, seine Verständlichkeit und Spezifität sowie Art und Ausmaß seiner Vermittlung. Auch die Legitimität und Kompetenz des Gesetzgebers können die Konformitätsbereitschaft der Normadressaten beeinflussen.

In Übereinstimmung mit OPP (1973) nimmt ELLERMANN (1983) an, daß der Normorientierung/normativen Abweichung des Individuums, seiner Informiertheit über die Norm sowie den erwarteten positiven und negativen Sanktionen Relevanz bezüglich der Befolgung von Gesetzen zukommt. Darüber hinaus betont ELLERMANN (1983) den Aspekt der Verfügbarkeit von Handlungsalternativen. Merkmale, die auf soziale Beziehungen bezogen sind, stellen nach ELLERMANN (1983) vor allem die Sichtbarkeit des Normverstoßes sowie die Möglichkeit und Schwere einer etwaigen Stigmatisierung durch das soziale Umfeld dar. Fraglich ist, inwieweit diese auf den Schwangerschaftsabbruch zutrifft. Die Diskussionen um den § 218 StGB sowie Umfragen in der Bevölkerung (s. Kap.2.4) zeigen, daß hinsichtlich der ethischen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs nichts ferner liegt als ein allgemeiner Konsens. Sollte eine Abtreibung überhaupt sichtbar werden, ist je nach dem gesellschaftlichen Umfeld der Betroffenen kaum mit Stigmatisierung zu rechnen.

Aber auch die Charakteristika der Norm und des Gesetzgebers selbst können die Befolgung des Gesetzes beeinflussen: So ist z.B. Verständlichkeit der Norm oder das Ausmaß der Vermittlung der Norm ein wesentlicher Faktor. Weiter verdient die Frage Beachtung, inwieweit ein Gesetz tatsächlich von den Normadressaten als legitim angesehen wird und inwieweit dem Gesetzgeber von den Normadressaten die Autorität zur Regelung der in der Norm sanktionierten Probleme zuerkannt wird.

### *Schwangerschaftsabbruch als abweichendes Verhalten?*

Bei der Frage nach der Wirksamkeit von Gesetzen und den individuellen und sozialen Ursachen ihrer Befolgung ist es unumgänglich, sich Theorien zuzuwenden, die das Auftreten von abweichendem Verhalten zu erklären und auf hypothetische Kausalfaktoren zurückzuführen suchen. Maßgebliche Theorieansätze zur Erklärung "abweichenden Verhaltens" stellen die makrosoziologisch orientierte Anomietheorie von MERTON (1968) dar, die auf der Lerntheorie aufbauenden Theorien der differentiellen Kontakte von SUTHERLAND (1968) und der Neutralisationstechniken von SYKES/MATZA (1968) und die Kontrolltheorie nach HIRSCHI (1969; zusammenfassend s. z.B. AMELANG 1986; KAISER 1988a).

- In seiner **Anomietheorie** geht MERTON (1968) von einem Spannungsfeld zwischen kulturell festgelegten Zielen und den Mitteln, diese zu erreichen aus. Je nach Art der Anpassung unterscheidet er zwischen Konformität, Innovation, Ritualismus, Apathie und Rebellion. Abweichendes Verhalten ist

demnach ein Symptom für das Auseinanderklaffen von Zielen und sozial legitimen Wegen, auf denen dieses Ziel erreicht werden kann.

- Nach der **Theorie der differentiellen Kontakte** von SUTHERLAND (1968) ist Kriminalität gelerntes Verhalten, das in Interaktion mit anderen Personen in einem Kommunikationsprozeß erworben wird. Einstellungen zugunsten des devianten Verhaltens überwiegen gegenüber solchen zur Konformität. Die Intensität krimineller Motive und die Wirksamkeit krimineller Techniken sei bestimmend für die Häufigkeit kriminellen Verhaltens.
- **Neutralisationstechniken** wurden von SYKES/MATZA (1968) untersucht. Sie gehen davon aus, daß Rechtfertigungen - wie etwa die Verneinung des Unrechts der Tat - abweichendes Verhalten ermöglichen oder im nachhinein rechtfertigen können. Diese Mechanismen seien insbesondere dann wirksam, wenn die konformen Normen internalisiert seien, ansonsten bedürfe es dieser Neutralisationstechniken weniger (AMELANG 1986, S.186f.).
- Nach der **Kontrolltheorie** von HIRSCHI (1969) sollen die Bindungen eines Individuums an die Gesellschaft je nach deren Intensität zu Übereinstimmungen mit den Normen oder zur Devianz führen. Maßgebliche Variablen sind das "attachement", die Anbindung an Mitmenschen und die Respektierung ihrer Wünsche und Erwartungen, "commitment", die Einbindung in konventionelle Tätigkeiten, Funktionen und Verpflichtungen sowie die individuellen Werthaltungen.

Wissenschaftliche Bemühungen, diese Theorien des abweichenden Verhaltens auf den Schwangerschaftsabbruch anzuwenden, sind rar. Versuche, das Phänomen des Schwangerschaftsabbruchs in ein - erweitertes - Klassifikationsschema nach MERTON einzuordnen, stammen von SIEBEL (1971a, S.254f.). Bei prinzipieller Anerkennung des Systems spricht SIEBEL (1971a, S.258) von "unzulässiger Entlastung" der Schwangeren: sie entziehe sich Verpflichtungen, die zu tragen ihr das System auferlegt habe. Bei Ablehnung des Systems sei die Abtreibung als "Negativismus" zu betrachten: nichts, was für die Weiterexistenz des System nötig ist, werde zur Verfügung gestellt.

Auf Probleme, die besondere Situation des Schwangerschaftsabbruchs mit bewährten kriminologischen oder rechtssoziologischen Theorieinstrumentarien zu bewältigen, weist auch KAISER (1988b) hin. Soweit die Problematik überhaupt behandelt und nicht etwa Sondergebieten wie der Sozialhygiene oder Familienplanung zugeordnet werde, fänden sich Erörterungen im Zusammenhang mit dem Verbrechensbegriff und dessen Wandlung, etwa unter den Stichworten der Opferlosigkeit, der Entkriminalisierung etc.; ferner bezüglich des Rechtsbewußtseins, sowie der Verhaltens- und Sanktionsgeltung von Normen bzw. der Nor-

makzeptanz. Bezüge ergäben sich darüber hinaus in Zusammenhang mit der Diskussion der Dunkelziffer, in der Beziehung zur Religion und den sozialen Ursachen des Verbrechenens.

Die Unsicherheit in der Zuordnung und der Analyse des Schwangerschaftsabbruchs mag verschiedene Ursachen haben. So scheint es problematisch, die überwiegend aus der Arbeit mit männlichen adoleszenten Normbrechern gewonnenen Erkenntnisse auf Frauen zu übertragen (vgl. RAUSCH 1979; GIPSER u.a. 1980). Darüber hinaus dürften qualitative und quantitative Besonderheiten des Schwangerschaftsabbruchs seine Zuordnung zu abweichendem oder kriminellem Verhalten (zumal es seit der Reform des § 218 StGB neben den illegalen auch in beträchtlicher Zahl legale Schwangerschaftsabbrüche gibt; vgl. Kap.2.3.4) problematisch gestalten und diese auch die kontrovers diskutierte Rolle des Rechts beeinflussen. So schreibt KAISER (1988a, S.654):

"nach verbreiteter Auffassung handelt es sich um ein persönliches, soziales, **jedenfalls außerrechtliches** Problem, Ausdruck eines Wertekonflikts, der nicht nur im Einzelfall in der Brust der individuellen Persönlichkeit lebt, sondern auch im internationalen Vergleich der Rechtsordnungen deutlich wird ..." (Hervorhebung durch die Verfasserin)

Auf eine weitere Besonderheit der rechtlichen Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs wird auch in dem Minderheitenvotum des Urteils des Bundesverfassungsgerichts hingewiesen:

"Die Besonderheit, daß in der Person der Schwangeren eine singuläre Einheit von "Täter" und "Opfer" vorliegt, fällt rechtlich bereits deswegen ins Gewicht, weil der Schwangeren - anders als dem Adressaten von Strafvorschriften gegen Tötungsdelikte - weit mehr abverlangt wird als nur ein Unterlassen: Sie soll nicht nur die mit dem Austragen der Leibesfrucht verbundenen tiefgreifenden Veränderungen ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens dulden, sondern auch die Eingriffe in ihre Lebensgestaltung hinnehmen, die sich aus der Schwangerschaft und Geburt ergeben, besonders die mütterliche Verantwortung für die weitere Entwicklung des Kindes nach der Geburt tragen." (BVerfGE 39,1, S.79)

Jedoch nicht nur die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind (vgl. RÜPKE 1975; LORENZER 1980), die eine Trennung in "Opfer" und "Täter" erschwert (s. auch SMAUS 1983), und die besondere psychologische Konfliktsituation der Schwangeren (vgl. Kap.3), sondern auch quantitative Betrachtungen lassen fraglich erscheinen, inwieweit normative Kategorien der Sicht dieses Problems angemessen sind.

So stellt sich die Frage, ob es bei einer Massenerscheinung wie dem Schwangerschaftsabbruch angemessen ist, ein durchschnittliches oder "normales" Verhalten als "abweichend" zu klassifizieren (vgl. SIEBEL 1971a, S.225; s. auch LÜ-

DERSEN 1974). In der Diskussion um den § 218 StGB taucht immer wieder das Argument auf, die Bestimmung müsse allein schon wegen der hohen Dunkelziffer abgeschafft werden.

SMAUS (1983, S.48) geht von der Hypothese aus, daß Abtreibungen zu den normalen Erscheinungen in der Gesellschaft gehören und daß diejenige Frau, die noch nicht abgetrieben hat, in unserer Gesellschaft eher eine Ausnahme darstellen würde. Das reproduktive Verhalten gehorche anderen Gesetzen und orientiere sich nicht am Vorhandensein eines Abtreibungsparagraphen; die Vornahme einer Abtreibung sei eine rationale Antwort auf die Erwartungen der Gesellschaft und ein Mittel, den sozialen Status zu bewahren und einer Marginalisierung vorzubeugen (S.54).

"Von einer Frau, von einer Familie zu verlangen, sie sollen sich im Alleingang von solchen gesellschaftlichen Tendenzen unter Androhung von Strafen widersetzen und sich dabei selbst aufgeben, ist nicht nur höchst unwirksam, sondern wegen der Ausblendung des (Gut-)Habens und Handelns derjenigen Subjekte, die dies fordern, auch unmoralisch" (SMAUS 1983, S.55)

Der Gedanke, daß durch den § 218 StGB nicht primär der Fötus geschützt werden solle, sondern daß das Ausmaß der Verfügungs- und Entscheidungsmacht über die Gebärfähigkeit der Frau das zentrale Anliegen und die eigentliche Funktion des Gesetzes sei, wird nicht nur von SMAUS (1983, S.69) geäußert, sondern ist kennzeichnend für ein verbreitetes Mißtrauen gegenüber dem § 218 StGB und den Intentionen des Gesetzgebers (s. z.B. SCHWARZER 1971; KÖNIG 1980). Auf eine "**symbolische Funktion**" des § 218 StGB weisen SCHMIDT (1977, S.87) und BLANKENBURG (1984, S.48) hin: letzterer spricht von "symbolischer Wirkung bei intendierter Unwirksamkeit":

"Als Beispiel mag das Abtreibungsverbot dienen, das selbst dessen Befürworter nicht wirksam halten (können), dennoch lange Zeit aufrechterhalten haben; konsequent sind sie deshalb auch nicht daran interessiert, daß Forschungen die faktische Unwirksamkeit aufdecken - bekannt ist diese ohnehin, aber ihre Publikation zerstört gerade die einzig beabsichtigte, nämlich die symbolische Wirkung" (BLANKENBURG 1984, S.48)

Nicht zuletzt führten die **Folgen** des generellen Abtreibungsverbots wie die gesundheitliche Gefährdung der Frau durch illegal durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche, finanzielle Ausbeutung sowie eine soziale Ungleichheit in der faktischen Verfügbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs zu weiteren Zweifeln am Sinn diesbezüglicher Regelungen (s. Minderheitenvotum im Urteil des Bundesverfassungsgerichts, BVerfGE 39,1, S.83). Auch in dem Mehrheitsvotum des Bundesverfassungsgerichts schlug sich die skeptische Beurteilung eines allein

auf strafrechtliche Sanktionen gestützten Abtreibungsverbot nieder (BVerfGE 39,1, S.52).

### *Résumé*

Auch bei der Begründung eines strafrechtlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs fanden generalpräventive Aspekte Eingang, deren Wirksamkeit in der empirischen Forschung jedoch nicht einhellig bestätigt werden kann. Dennoch wurden strafrechtliche Sanktionen beibehalten, obgleich sich der Schwerpunkt der Maßnahmen nach der Reform auf die Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen mit Hilfe von sozialpolitischen und fürsorgerischen Maßnahmen verlagern sollte. Inwiefern diesem Instrumentarium und dem im reformierten § 218 StGB vorgesehenen Verfahrensweg der erwartete Beitrag zur Erreichung des Reformziels zukommen kann, soll in den folgenden Kapiteln erörtert werden. Die skizzierten Bedenken gegen eine strafrechtliche Sanktionierung bleiben davon unberührt. Möchte man ungeborenes Leben durch Strafandrohung schützen, stehen dem Hindernisse entgegen, die sich sowohl bei Kontrollproblemen bezüglich der Einhaltung des Gesetzes als auch im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit des Rechts stellen. Ob dem durch "normbildende" Einflüsse entgegengewirkt wird, muß an dieser Stelle offen bleiben.

## **2.2.2 Aspekte zur Implementation der Indikationsregelung**

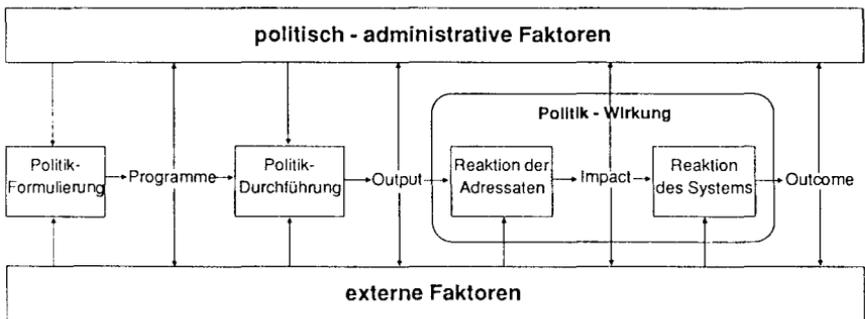
### *"Policy-Making"*

Die Implementationsforschung entwickelte sich im Rahmen des "Policy-Ansatzes" und beschäftigt sich mit der Ausführung bzw. Erfüllung von Entscheidungsinhalten und Programmen (als komplexe aufeinanderbezogener Maßnahmen, "Policies" genannt). Es handelt sich um die Betrachtung **inhaltlicher** Dimensionen von Politik, die Art und Weise staatlicher Aktivitäten zur Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme und ihre Instrumente (WINDHOFF-HERITIER 1980, S.4). Auf die Nähe des Implementationsansatzes zur rechtssoziologischen Effektivitätsforschung bzw. zur Rechtstatsachenforschung wurde dabei schon verschiedentlich hingewiesen (ROTTLEUTHNER 1987, S.184; HEINZ 1987, S.222).

Der Grundgedanke des "Policy-Ansatzes" läßt sich wie folgt zusammenfassen: Politik - oder genauer "Policy-Making" - vollziehe sich als ein in charakteristische Phasen zu zerlegender Prozeß, an dem eine Vielzahl von Akteuren (meist in unterschiedlichen Phasen verschiedene Akteure) beteiligt sind. Diese Akteure

haben unterschiedliche Interessen und Einflußmöglichkeiten, so daß anfängliche Intentionen in der Praxis oft eine Umstrukturierung erfahren. Die Theorie des politischen Prozesses geht also über das klassische Zweck-Mittel-Denken hinaus, sie versucht vielmehr die mögliche Vielfalt von Einflüssen und Verknüpfungen zu berücksichtigen. Sie hält aber am Grundgedanken der Gerichtetheit fest, d.h. sie unterstellt bestimmte Ziele oder Programme, die in einer bestimmten Phase des politischen Prozesses formuliert und sodann in einer späteren Phase - der Implementation - in die Wirklichkeit umgesetzt werden sollen (KAUFMANN/ROSEWITZ 1983, S.32). Schaubild 2 zeigt die unterschiedlichen Phasen des Policy-Prozesses (nach JANN 1983, S.12; ähnliche Schaubilder finden sich auch bei MAYNTZ 1980, S.238 und bei BLANKENBURG/VOIGT 1987, S.16).

**Schaubild 2:** Phasen des "Policy-Making" (JANN 1983, S.12)



Bei der Implementation handelt es sich um die "output-Seite" dieses Systemmodells (JANN 1983, S.6), die nach der Problemartikulation und der Programmentwicklung die **Wirkung** im Rahmen der Ausführung von Programmen bestimmt; dies sowohl im Sinne der intendierten Aktivitäten und Ziele sowie auch der tatsächlichen Handlungen und Resultate. HAFERKAMP u.a. (1978) sprechen von einem "post-decision-process". Dazu gehören

"(...) vor allem die Darstellung und Implementation der politischen Entscheidung nach Abschluß des formellen Gesetzgebungsprozesses. Hierbei wird nun zunächst versucht, das erlassene Gesetz offiziell zu begründen und allgemein plausibel zu machen. Obwohl sich am formellen Inhalt des Gesetzes nichts mehr ändert, vermag die Darstellung des Gesetzes dessen Effektivität zu erhöhen und seine Anwendungsregeln mitzugestalten. Unter der Implementierung des Gesetzes lassen sich indes vor allem solche Bemühungen fassen, die darauf ausgerichtet sind,

die Durchsetzung der neuen Regeln und der dahinterstehenden Politik zu beeinflussen; etwa durch aktive Unterstützung, Kritik oder aber leerlaufen lassen des bereits abgeschlossenen Gesetzgebungsaktes". (S.358/359)

Vor allem JANN (1983, S.51) weist darauf hin, daß die Begriffe des policy-Ansatzes keineswegs einheitlich gebraucht werden: So bereitet u.a. die Abgrenzung zwischen Implementationsforschung einerseits und Evaluationsforschung andererseits Schwierigkeiten. Nach WINDHOFF-HERITIER (1980, S.20) mißt die Evaluationsforschung die Diskrepanz zwischen Programmanspruch und Programmauswirkungen, währenddessen die Implementationsforschung eine bestimmte Programmauswirkung erklären möchte, indem sie politische, institutionelle und soziale Bedingungen des Durchführungsprozesses beleuchtet und somit zumindest eine partielle Antwort auf das "warum" eines Programmserfolgs oder -mißerfolgs liefern kann. Auf diesen Prozeßcharakter der Implementationsforschung weisen auch MAYNTZ (1980, S.239) und GAWRON/ROGOWSKI (1983, S.358f.) hin: Die Probleme ergeben sich in der Regel nicht in Form eines einmaligen Zusammentreffens von Faktoren zu einer bestimmten Konstellation, sondern sie gewinnen ihre Bedeutung aus dem Prozeßcharakter des Implementationsvorgangs, in dessen Verlauf (erfolgreich oder erfolglos) versucht wird, die Problemsituation zu bearbeiten. Die drei bedeutsamsten Faktorenkomplexe für die Analyse der Vorgänge in der Implementationsphase liegen nach MAYNTZ (1980, S.242) bei den Merkmalen der durchzuführenden Programme, den Merkmalen der Durchführungsinstanzen sowie denen der Zielgruppe.

### *Programmerkmale*

Betrachtet man die **Merkmale der Programme**, so zeigt es sich, daß sich diese einerseits durch formale Merkmale wie Spannweite und Offenheit oder Bestimmtheit der Maßnahmen beschreiben lassen, andererseits inhaltlich aufgrund der vorherrschend benutzten Instrumente. Zu den wichtigsten **Programmtypen** gehören nach MAYNTZ (1979, S.56) die regulative Politik, die Handlungsanforderungen verbindlich festlegt und dabei mit dem Instrumentarium von Geboten, Verboten, Genehmigungspflichten und Strafandrohung arbeitet; Anreizprogramme (positive und negative finanzielle Anreize) sowie Leistungsprogramme (unmittelbare staatliche Erstellung von Gütern, persönlichen oder technischen Dienstleistungen). Des weiteren sind als Programmtypen Mobilisierungs- und Überzeugungsprogramme zu nennen sowie prozedurale Regelungen.

Der § 218 StGB stellt sich dementsprechend als spezifische Mischung unterschiedlicher Programmelemente und Handlungsinstrumente dar:

- **Präventive** Politik ("Vorrang der Prävention vor der Repression", BVerfGE 39,1, S.44), die die Entscheidung der Frau betont, dabei jedoch gleichzeitig **persuasive**, der Überzeugungsarbeit dienende Elemente enthalten soll ("Erweckung des mütterlichen Schutzwillens", BVerfGE 39,1, S.45);
- Verbindlichkeiten **prozeduraler** Art wie Sozialberatung, Indikationsfeststellung und Delegation der letztlichen Entscheidungsbefugnis an den Arzt;
- **Anreizprogramm** in Form von finanziellen Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtern sollen;
- **Leistungsprogramm** zur adäquaten medizinischen Versorgung und
- die Möglichkeit **strafrechtlicher Sanktionierung** (regulative Programmanteile), falls es zu Übertretungen dieses Verfahrensweges kommen sollte.

Gerade am Beispiel des § 218 StGB versucht WINDHOFF-HERITIER (1980) zu verdeutlichen, daß die Chancen eines stark **umstrittenen** Entscheidungsinhaltes, zielgerecht implementiert zu werden, gering sind:

"So z.B. besteht beim § 218 des Strafgesetzbuchs weitgehend ein Konsensus darüber, daß Abtreibungen, wie sie vor der Reformierung des Paragraphen häufig vorgenommen wurden, zu verhindern sind. Bei der Entscheidung über die adäquaten Methoden, um dieses Ziel zu realisieren, divergieren die Ansichten allerdings erheblich. Während manche Politiker argumentieren, daß gerade wegen dieses Ziels Abtreibungen strafgesetzlich verfolgt werden müssen, versprechen sich andere Politiker von der Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung und ihrer Kontrolle mittels einer Beratungspflicht die Verminderung von Abtreibungen" (S.30).

Auch RÖHL (1987, S.254) geht davon aus, daß Gesetze, die den Wertorientierungen von großen Teilen der Bevölkerung widersprechen und somit einen Wertekonflikt darstellen, sich erfahrungsgemäß nur schwer durchsetzen lassen, zumal zu erwarten ist, daß die Gegner der parlamentarischen Phase während der Politikausführung unvermindert ihre Bemühungen fortsetzen werden, das Programmziel in ihrem Sinne abzuwandeln, dies umso mehr, wenn ein Interessenkonflikt nicht durch Überzeugungsarbeit beigelegt, sondern vielmehr mit Hilfe einer Machtstrategie gegen den Willen der Opposition durchgesetzt wurde.

Implementationsprobleme können bereits durch die Programmformulierung angelegt sein: So können politische Programme z.B. teilweise oder primär **symbolische** Absichten verfolgen (s. auch Kap.2.2.1). Abweichungen im Vollzugsprozeß können dann kaum Implementationshindernissen zugeschrieben werden, da die Ziele von keiner Instanz ernsthaft verfolgt werden. Des weiteren können Programme **unpräzise** formuliert sein oder den Implementationsträgern einen solch weiten **Handlungsspielraum** einräumen, daß sich Implementationspro-

bleme aus diesen Gründen nicht feststellen lassen (GARLICHES 1980, S.20). So schreibt GEDDERT (1980), daß sich die weitgefaßte Indikationslösung des reformierten § 218 StGB kaum durchsetzen lassen dürfte:

"Denn da es eine kaum begrenzte Zahl von Sachverhalten gibt, die die Feststellung einer Indikation rechtfertigen können, ergeben sich große Beweisschwierigkeiten (S.360/361) (...). Eine weite Indikationslösung bedeutet daher stets, daß in einer unbestimmten Vielzahl von Fällen abgetrieben wird, ohne daß eine Indikation vorliegt. Es ist unmöglich sie durchzusetzen und folglich kann das Bundesverfassungsgericht auch nicht davon ausgehen, daß sie durchgesetzt wird" (S.361/362).

Der Zwiespalt des § 218 StGB, einerseits durch lediglich globale Vorgaben und weite Handlungsspielräume der Vielfalt der möglichen Konfliktsituationen gerecht zu werden, andererseits jedoch durch gleichzeitige Sanktionierung die Einhaltung der Vorschrift zu fordern und "ungerechtfertigte" Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, ist kennzeichnend für Probleme des Implementationsprozesses, die - zumindest in der Anfangsphase der Reform - mit einem hohen Maß an Rechtsunsicherheit bei den Implementationsträgern und -adressaten verbunden waren (DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.19f.).

### *Merkmale der Implementationsträger*

Mit der Umsetzung der formulierten Programme sind die sogenannten **Implementationsträger** befaßt. Die Gesamtheit der steuernd, kontrollierend oder unmittelbar durchführend befaßten Einheiten wird "**Implementationsstruktur**" genannt. Diese ist ein wichtiger Faktor für die Analyse von Implementationsproblemen, da vor allem die Trennung zwischen Planung einerseits und Anwendung andererseits prinzipiell die Gefahr von Zielverschiebungen beinhaltet. Probleme, die in der Implementation selbst ihre Ursachen haben, können mangelnde Kapazitäten, Widersprüche zu sonstigen Zielen der Implementationsträger oder z.B. abweichende Aufgabeninterpretationen sein (s. MAYNTZ 1980, S.245). Inwieweit dies zum Tragen kommt ist abhängig von dem Ermessensspielraum, den das Programm den Implementationsakteuren zukommen läßt, sowie auch der Interaktion mit den Implementationsadressaten.

Während vor der Reform des § 218 StGB als Implementationsträger allenfalls die Strafverfolgungsbehörden und für den Fall der medizinischen Indikation ärztliche Gutachtergremien anzusehen waren, so werden seit der Reform unterschiedliche Institutionen mit der Umsetzung der gesetzlichen Regelung betraut:

- die **Landesregierungen**, denen Teile der Politikformulierung zur Ausgestaltung übertragen wurden;
- die **Ärzte**, denen weitgehend die "Definitionsmacht" über Indikationen sowie die Ausführung des Schwangerschaftsabbruchs obliegen;
- die **Beratungsstellen** der unterschiedlichen Träger, die mit der Sozialberatung, der Schwangerschaftskonfliktberatung sowie auch teilweise der Vergabe von finanziellen Hilfen betraut sind;
- die **Behörden** der Polizei und Justiz, sofern eine Übertretung der Bestimmungen vorliegt.

Entsprechend der föderativen Struktur der Bundesrepublik Deutschland wurde die Verantwortung über die konkrete Ausgestaltung der Durchführungsbedingungen eines Schwangerschaftsabbruchs an die Bundesländer delegiert. Diese partielle Dezentralisierung führte zu unterschiedlichen Richtlinien der jeweiligen Landesregierungen vor allem in bezug auf Fragen der Sozialberatung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, in denen je nach politischer Ausrichtung unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden (eine Sammlung der jeweiligen Ausführungsbestimmungen findet sich in ESER/HIRSCH 1980, Anhang, allerdings kann diese Sammlung nicht mehr für alle Bundesländer Aktualität beanspruchen).

Mit der Einführung der Indikationslösung wurden die Implementationsträger mit teilweise für sie neuen Aufgaben betraut. Für die Ärzte, die nach dem Willen des Gesetzgebers den überwiegenden Teil an der Verantwortung beim Schwangerschaftsabbruch - sowohl im Rahmen der Indikationsfeststellung als auch bei der Durchführung des Abbruchs - übernehmen, ergeben sich zum Teil Kollisionen mit ihrem beruflichen Selbstverständnis ("Hippokratischer Eid", s. z.B. STOLL 1980; LAU 1976). Beratungsstellen, die Sozialberatungen durchführen, sind mit einer obligatorischen Form von Beratung konfrontiert, die dem Grundsatz der Freiwilligkeit widerspricht, die ansonsten für die Wirksamkeit einer beraterischen Intervention als unerlässlich angesehen wird (s. z.B. AMENDT 1979). Da mit der Sozialberatung Träger unterschiedlicher Traditionen betraut wurden (konfessionelle Beratungsstellen, staatliche sowie Beratungsstellen freier Träger), entwickelten sich unterschiedliche Beratungskonzepte im Umgang mit dem § 218 StGB (vgl. auch Kap.2.3.1).

### *Programmwirkung*

Eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, tritt in der Regel lediglich mit Ärzten und Beratungsstellen in direkten Kontakt. Die **Pro-**

**grammwirkung** wird im Zusammenspiel zwischen diesen Implementationsträgern und den Adressaten entwickelt:

"In der Phase der Implementation wirken 'Implementationsträger' und 'Adressaten' in Handlungssituationen zusammen und erzeugen so den 'impact'" (MAYNTZ 1980, S.239).

Die Situation, in der sich im Falle des Schwangerschaftsabbruchs Implementationsträger und -adressaten begegnen, ist durch ein hohes Maß an Vertraulichkeit gekennzeichnet: Sowohl Ärzte als auch Beratungsstellen stehen gegenüber ihren Klientinnen unter Schweigepflicht. Sanktionen können gegenüber den Implementationsträgern verhängt werden, wenn - aus welchen Gründen auch immer - eine vermeintlich unzureichende Aufgabenerfüllung bekannt wird. Sanktionen gegenüber Beratungsstellen sind durch Entzug der Anerkennung oder der finanziellen Förderung möglich; im Falle der Ärzte sind Sanktionen durch die Justiz (bei der Durchführung illegaler Schwangerschaftsabbrüche bzw. der Beihilfe) möglich, ebenso ist auch eine standesrechtliche Sanktionierung denkbar.

Da auch die **Merkmale der Adressaten**, wie beispielsweise ihr Informationsstand, ihre Konformitätsbereitschaft und eventuell ihre Betonung der individuellen Entscheidungs- und Handlungsautonomie für den Implementationsvorgang von Bedeutung sind (auch im Sinne einer "Reaktivität des Feldes", MAYNTZ 1979, S.74), läßt sich des weiteren fragen, ob etwaige "Implementationsdefizite" durch das Verhalten der Implementationsträger vor Ort verursacht sind, oder ob nicht vielmehr eine Zielverschiebung der Akteure als Versuch angesehen werden kann, das Programm durch Anpassung und Abstriche vor dem Scheitern zu retten und nicht vorgesehene negative Nebenwirkungen zu vermeiden.

Während in der traditionellen Implementationsforschung die Sicht von "oben nach unten" dominiert und vor allem der Frage nachgegangen wird, wie gesetzte Programme umgesetzt oder befolgt werden, fordert WINDHOFF-HERITIER (1983) verstärkt die Betrachtungsweise von "unten". Sie weist darauf hin, daß die Programmprobleme deutlicher zutage treten, wenn die Sicht "von unten nach oben" eingenommen wird, vom Ort der Probleminzidenz (der unteren Durchführungsträger und der Programmzielgruppen) hinauf zur staatlichen Steuerungsebene. Die Ziele vieler politischer Programme seien oft so diffus, daß sie nicht zentral präzise vorgegeben werden können, sondern individuell spezifisch und örtlich variabel während des Durchführungsprozesses erst Gestalt gewinnen.

"Während die traditionelle Policy-Analyse ... immer Mißtrauen gegenüber den Durchführungsorganisationen durchschimmern läßt und in ihnen leicht die potentiellen Usurpatoren politischer Programmziele sieht, will die Programmplanung 'von unten nach oben' Organisationen nicht

als Hindernis der Politikimplementation betrachten, vielmehr aus dem organisatorischen Handlungsspielraum Kapital schlagen, um die Problemgerechtigkeit und Bürgernähe der Politik zu erhöhen" (WINDHOFF-HERITIER 1983, S.239).

### *Résumé*

Betrachtet man die Probleme, die aufgrund der hier kurz skizzierten theoretischen Ansätze der Implementations- und Effektivitätsforschung im Rahmen der Ausführung und Befolgung des § 218 StGB auftreten können, so zeigt es sich, daß eine komplikationslose Umsetzung der gesetzlichen Regelung nicht zu erwarten war, da

- das Reformprogramm stark umstritten war und der erzielte Kompromiß in Form der Indikationslösung weder Liberalisierungsgegner noch -befürworter zufriedenstellen dürfte;
- symbolische Funktionen des Gesetzes nicht auszuschließen sind und die Kompetenz des Gesetzgebers in diesen Fragen nicht einhellig akzeptiert wird;
- eine Vielzahl in unterschiedlicher Art und Weise motivierter Implementationsträger beteiligt sind;
- das Programm den Implementationsträgern zum Teil großen Ermessensspielraum läßt und als partiell divergierend zu dem Selbstverständnis der mit der Ausführung betrauten Institutionen empfunden wird;
- die Einhaltung des Programmes/Gesetzes schwer zu kontrollieren bzw. sanktionieren ist;
- der Einfluß gesetzlicher Maßnahmen neben psychosozialen Faktoren im Entscheidungskontext und Schwangerschaftskonflikt der betroffenen Frauen fraglich zu sein scheint.

Die inhaltlichen Konfliktfelder bei der Implementation des § 218 StGB werden - spezifiziert nach den einzelnen Schritten des Verfahrensweges - in den folgenden Kapiteln dargestellt. Die bisherigen empirischen Ergebnisse zur Evaluation des § 218 StGB werden dabei im Hinblick auf die Frage beleuchtet, inwiefern die Regelungen und Durchführungsmodalitäten der Konfliktlage und den Interessen der Adressaten und Implementationsträger gerecht werden.

## 2.3 Problemschwerpunkte bei der Implementation des reformierten § 218 StGB

Der reformierte § 218 StGB erfordert, daß eine Frau, die den legalen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchte, zunächst eine anerkannte Beratungsstelle zum Zweck der Sozialberatung und einen Arzt/eine Ärztin zur Indikationsfeststellung aufsuchen muß. Nachdem weiterhin eine medizinische Beratung stattfand, kann ein legaler Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden. Probleme ergeben sich je nach Verfahrensschritt in unterschiedlichen Bereichen. Im folgenden sollen die jeweiligen Rahmenbedingungen, die strukturellen Gegebenheiten sowie vorliegende Erfahrungen in bezug auf das Verfahren nach § 218 StGB dargestellt werden.

### 2.3.1 Sozialberatung

#### *Rahmenbedingungen*

Aus § 218b Abs.1 Nr.1 StGB folgt, daß sich die Schwangere mindestens drei Tage vor dem Eingriff an eine/n Berater/in wenden muß und sich über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen beraten lassen muß, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern. Dieser Beratung bedarf es nicht, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Unabhängig vom Inhalt und Resultat der Beratung muß darüber eine Bescheinigung ausgestellt werden (s. AUG-STEIN/KOCH 1985, S.68f.).

Gegenstand, Ziel und Inhalt der Sozialberatung werden in Ausführungsbestimmungen der Bundesländer unterschiedlich akzentuiert. Die Anerkennungsvoraussetzungen für die Beratungsstellen oder Ärzte sind ebenfalls in diesen landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen geregelt (s. ESER/HIRSCH 1980, Anhang). Für das Land Baden-Württemberg liegen beispielsweise Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung über die Beratung Schwangerer vor, die 1977 in Kraft traten (GABl. 1977, S.338ff.) und 1985 modifiziert wurden (GABl. 1986, S.126ff.). In diesen Richtlinien wird als Ziel der Beratung der Schutz des ungeborenen Lebens deutlich hervorgehoben. Demgegenüber wurde in Hessen die Regelung der Sozialberatung auf eine förmliche gesetzliche Basis gestellt (GVBl. I 1978, S.273f.). In bezug auf Ziel und Inhalt der Beratung lehnt es sich weitgehend an die Gesetzesformulierung des § 218b Abs.1 Nr.1 StGB an.

## *Regionale Verteilung*

Die anerkannten Beratungsstellen lassen sich hinsichtlich ihrer Trägerschaft in staatliche, kirchliche und private unterteilen. Insgesamt existieren in der Bundesrepublik ca. 1.200 für die § 218-Sozialberatung anerkannte Beratungseinrichtungen, wobei in den einzelnen Bundesländern die Verteilung bezüglich der Art der Beratungseinrichtungen stark variiert (siehe Tabelle 1).

Während in Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und dem Saarland die Mehrzahl der anerkannten Beratungsstellen unter staatlicher Trägerschaft und vor allem Gesundheitsämtern angesiedelt sind, haben in Berlin und Hamburg vergleichsweise häufig niedergelassene Ärzte die Zulassung zur Sozialberatung; in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wiederum entfallen mehr als 50% der anerkannten Beratungsstellen auf konfessionelle Träger (in Bremen, Hessen und Nordrhein-Westfalen zeigt sich keine eindeutige Priorität).

Der Anteil der einzelnen Träger am Gesamt der aufzubringenden Beratungsarbeit ist nur begrenzt abschätzbar. An Modellberatungsstellen gewonnene Schätzungen (DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.58; s. Kap.8.1.1) weisen darauf hin, daß die relativ wenigen Beratungsstellen der Pro Familia mehr als die Hälfte der § 218-Sozialberatungen übernehmen. Auf Beratungsstellen der Kirchen und der staatlichen Träger entfallen gemäß dieser Schätzungen jeweils ca. 15%. Ebenso sind Aussagen über trägerspezifische Besonderheiten der Klientel nur begrenzt möglich, da zum Teil übergreifende Statistiken fehlen; mit ARNDT (1983, S.53f.) ist jedoch davon auszugehen, daß die Beratungsstellen unterschiedlicher Träger von betroffenen Frauen mit unterschiedlichen sozialen Merkmalen ausgewählt werden.

Neben der Beratung über soziale Hilfen entsprechend dem Wortlaut des Gesetzes ist die **psychosoziale Konfliktberatung** zum eigentlichen Kern der Beratungsarbeit geworden (DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.49). Obgleich fraglich ist, inwieweit die Trägerverbände auf die inhaltliche Arbeit in der konkreten Beratungssituation Einfluß haben, so finden dennoch die Beratungen einzelner Träger auf der Basis unterschiedlicher Beratungskonzepte statt.

## *Beratungskonzepte*

Nach dem Beratungskonzept der **Pro Familia** (HEINRICHS u.a. 1977, S.1, 5; STÖSSEL u.a. 1981, S.74-77) ist vorrangiges Ziel der Beratung, der Frau eine selbstverantwortliche Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft zu ermöglichen. In einem Prozeß der vertrauensvollen Zusammen-

Tabelle 1: Zur § 218-Sozialberatung anerkannte Beratungsstellen und Ärzte nach Bundesländern

Land	Gesamt		davon Träger												Ärzte <sup>1</sup>						
	n	%	Komm., <sup>1</sup> staatl.	n	%	kath. <sup>2</sup>	n	%	evang. <sup>3</sup>	n	%	Pro Fa- milien <sup>4</sup>	n	%	AWO <sup>1</sup>	n	%	sonstige <sup>1</sup>	n	%	
Baden-Württemberg	127	29,1	36	28,3	33	26,0	17	13,4	(6)*				3	2,4		1	0,8				
Bayern	107	70,1	20	18,7	5	4,7	6	5,6					1	0,9							
Berlin	178	35	19,7	2	1,1	18	10,1	2	1,1	4	2,2		7	3,9		110	61,8				
Bremen	8	3	37,5	2	25,0	1	12,5	1	12,5							1	12,5				
Hamburg	123	29	23,6	3	2,4	4	3,3	8	6,5							79	64,2				
Hessen	98	8	8,2	23	23,5	21	21,4	18	18,4	1	1,0		1	1,0		26	26,5				
Niedersachsen	232	132	56,9	25	10,8	25	10,8	16	6,9	6	2,6		8	3,4		20	8,6				
Nordrhein-Westfalen	245	43	17,6	52	21,2	50	20,4	29	11,8	19	7,8		7	2,6		45	18,7				
Rheinland-Pfalz	59	1	1,7	30	50,8	22	37,3	5	8,5				1	1,7							
Saarland	17	9	52,9	3	17,6	1	5,9	2	11,7	2	11,7										
Schleswig-Holstein	62	36	58,1	2	3,2	7	11,3	9	14,5	4	6,5		2	3,2		2	3,2				
Bundesrepublik	1.256	408	32,3	198	15,7	187	14,8	113	8,3	42	3,3	(bzw.36)	30	2,4		284	22,5				

Quelle: 1 Dt. Bundestag 1980, S.28, 75; Stand August 1979.

2 Adressenliste des Deutschen Caritasverbandes; Stand 1982.

3 Adressenliste der anerkannten evangelischen Beratungsstellen zum § 218; Stand 1982.

4 Pro Familia Magazin 5/83.

\* zusammen mit Pro Familia.

arbeit sollen Ursachen und Auswirkungen des Schwangerschaftskonflikts und mögliche Lösungsansätze besprochen werden. Es handelt sich um eine Form der nicht-direktiven Beratung entsprechend einem "emanzipations-orientierten" Beratungsansatzes (ZUNDEL u.a. 1982, S.269). Dieser Beratungsansatz wird auch weitgehend von der Arbeiterwohlfahrt übernommen (DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.61). Probleme mit der § 218-Sozialberatung werden von Pro Familia-Berater/innen vor allem im Hinblick auf die gesetzlich zwingend vorgeschriebene Beratung gesehen: So ist zum einen die Freiwilligkeit der Beratung nicht gegeben, zum anderen besteht Skepsis hinsichtlich der gezielten Einwirkung auf die Motivation der Frau, ihre Schwangerschaft fortzusetzen (s. z.B. NORDHOFF 1986; AMENDT 1979; RÜTHER-STEHMANN 1983).

Im **katholischen Trägerbereich** (Caritas, Sozialdienst katholischer Frauen) hingegen sollen die Klientinnen mit der Wertorientierung des Beraters/der Beraterin konfrontiert werden, die zum Ziel haben, der Frau das "Ja zum Kind" zu ermöglichen. Dabei sollen Hilfestellungen verschiedenster Art geleistet werden, um einen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden, der als schwere juristische und theologische Unrechtstat begriffen wird (DEUTSCHE BISCHOFSSKONFERENZ 1979, s. auch BUSCHMANN 1978; ULLRICH 1978, 1981). Mit diesem "wertorientierten" Beratungskonzept (BUSCHMANN 1982, S.2; SCHÜLLER 1978) ist eine Unterstützung bei der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nicht vereinbar, diesbezügliche Probleme wurden bereits im Hinblick auf die Ausstellung einer Beratungsbescheinigung diskutiert (MAIER 1982; DEUTSCHER CARITASVERBAND 1984, S.15), da diese als ein Einverständnis zum Schwangerschaftsabbruch mißverstanden werden könne.

Beratungsstellen unter **evangelischer Trägerschaft** nehmen aufgrund anders gewichteter ethischer und theologischer Vorüberlegungen eine abwägendere Haltung gegenüber der Frage der Berechtigung des Schwangerschaftsabbruchs ein. Dabei erfährt die Schwangerschaftskonfliktberatung sowohl die Zielbestimmung, Frauen durch Gegenmotivation von der schwerwiegenden Verletzung eines Rechtsguts zu bewahren, wie auch den subjektiv möglichen Ausweg aus der Notsituation zu finden (vgl. KEIL 1978; STÖSSEL u.a. 1981, S.71-74). Eigenständige Beratungskonzeptionen der **übrigen** Beratungseinrichtungen liegen soweit ersichtlich nicht vor.

### *Empirische Untersuchungen*

Mit der Einführung der Sozialberatung und der Einrichtung von Modellberatungsstellen ging ebenfalls die wissenschaftliche Evaluation dieses Angebots einher. Zu erwähnen sind hauptsächlich folgende Untersuchungen:

KNÖFERL, VOIGT, KOLVENBACH (1981) betreuten die wissenschaftliche Begleitung der vom Deutschen Bundestag 1974 initiierten flankierenden Maßnahme "Einrichtung von Modellberatungsstellen", denen bei freien und kommunalen Trägern 52 Beratungsstellen angeschlossen waren. Die Untersuchungsaspekte zur Optimierung der Funktionsbedingungen umfaßten den Grad der Institutionalisierung dieser Einrichtungen, die inhaltliche Arbeit der Beratungsstellen und die Situation der Berater und Beraterinnen. Im Rahmen eines komplexen Untersuchungsdesigns wurden repräsentative Bevölkerungsstichproben befragt, Klientinnen der Beratung, die Berater/innen selbst sowie Ärzte.

Von STÖSSEL, GRUNDMANN, KANZ und KEIL (1981) stammt eine quantitative und qualitative Evaluation des Beratungsangebots zum Schwangerschaftskonflikt. Dabei stand die Frage im Vordergrund, inwieweit die gesetzliche Fixierung von Ziel, Inhalt und Form der Schwangerschaftskonfliktberatung im Widerspruch zu den realen Möglichkeiten dieser Beratungsart steht. Neben der sekundäranalytischen Aufarbeitung der Ergebnisse von KNÖFERL, VOIGT und KOLVENBACH (1981) wurden weitere Eigenerhebungen durchgeführt wie eine schriftliche Übersichtsbefragung bei allen psychosozialen Beratungseinrichtungen in der Bundesrepublik, Interviews mit Berater/innen, mit beratenen Frauen (n = 50) sowie Gespräche mit Fortbildungsträgern.

JUNGERMANN, FRANKE und SCHNEIDER (1981) entwickelten ein inhaltliches Modell der Schwangerschaftskonfliktberatung, wobei sie entscheidungstheoretische Ansätze mit gesprächs-therapeutisch orientierten Methoden verknüpften. Der so erstellte Beratungsleitfaden wurde von 23 Beratern unterschiedlicher Beratungsstellen angewandt und sodann im Hinblick auf seine Ergiebigkeit evaluiert.

Auch von weiteren Untersuchern wurde das Problem der Sozialberatung bearbeitet. Dabei handelte es sich zum einen um an repräsentativen Bevölkerungsstichproben erhobene Einstellungen zur Sozialberatung, zum anderen um Befragungen betroffener Frauen, die neben anderen Fragebereichen auch Aussagen zu ihren Erfahrungen mit der Sozialberatung beinhalten:

ZUNDEL, LAIMER und SCHÖNHALS (1982) führten eine Repräsentativbefragung der deutschen Bevölkerung durch. Außerdem untersuchten sie überrepräsentiert die Gruppen Frauen, Kinderreiche und alleinstehende Mütter (Gesamt-n = 1510). Sie benutzten standardisierte Fragebögen; darüber hinaus wurden 74 Tiefeninterviews sowie Gruppendiskussionen durchgeführt. Schwerpunkt dieser Untersuchung war die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (und deren determinierende Faktoren), zum Verfahrensweg nach § 218 StGB und zu flankierenden Maßnahmen. Die Daten stammen aus dem Jahre 1977.

Von TROSCHKE, HENDEL-KRAMER und WERNER (1982) analysierten 380 briefliche Mitteilungen und 23 Interviews von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich hatten. Außerdem gaben sie in zwei unterschiedlichen Beratungsstellen Fragebögen aus, von denen 388 ausgewertet wurden. Das Erkenntnisinteresse bestand vorrangig in den Erfahrungen, die die Frauen

mit dem reformierten § 218 StGB und den jeweiligen Institutionen gemacht haben, sowie der Entscheidungsfindung, den Motivationen für einen Schwangerschaftsabbruch und den Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch im Ausland. Die Daten stammen aus dem Jahr 1978.

RUNTE (1978) befragte 291 Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen. Ein ausführliches Einzelgespräch fand kurz vor der Krankenhausentlassung statt, ein weiterer Fragebogen sollte vier Wochen danach beantwortet werden. Weitere 100 Frauen wurden hinsichtlich ihres antikonzptionellen Verhaltens befragt. Themenschwerpunkte der Befragung waren die Kontrazeption, die Erfahrungen mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrensweg und das Befinden nach dem Schwangerschaftsabbruch.

HEINL (1980) gab einen schriftlich zu beantwortenden Fragebogen mit postalischer Rücksendung an Frauen aus, die Pro Familia-Beratungsstellen aufgesucht haben. Es wurden drei Beratungsstellen in drei Bundesländern ausgewählt. Die Befragung wurde 1978/79 zu zwei Zeitpunkten durchgeführt: zunächst beim Besuch der Beratungsstelle ( $n = 195$ ), dann eine Woche nach dem Schwangerschaftsabbruch ( $n = 153$ ). Es interessierte, welche Probleme mit dem Verfahrensweg auftreten, welche psychischen und sozialen Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch relevant sind und wie ein Schwangerschaftsabbruch verarbeitet wird.

KLEIN (1983) ging der Frage nach, wie es um die Situation des Schwangerschaftsabbruchs in Münster bestellt ist. Dabei sollte schwerpunktmäßig die Frage beantwortet werden, ob nach einem Abbruch eine Nachsorge benötigt wird. Hierzu wurde u.a. Fragebogen an Frauen ausgegeben, die die ortsansässige Beratungseinrichtung der Pro Familia aufsuchten; es konnten 102 Beantwortungen ausgewertet werden.

Im folgenden sollen vorrangig die Ergebnisse betrachtet werden, die sich auf die Einstellung zur Beratung und die Erfahrungen von betroffenen Frauen beziehen. Die repräsentative Bevölkerungsstichprobe von KNÖFERL u.a. (1981, S.41f.) wurde hinsichtlich ihres Verständnisses von Beratung befragt. Dabei gab die Mehrzahl der Befragten an, daß Beratung bedeute, von Fachleuten sachlich informiert zu werden (42%) sowie beim Erkennen und der Lösung der eigenen Konflikte Hilfestellung zu erfahren (25%). Auch in der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von ZUNDEL u.a. (1982, S.55f.) äußerten die Befragten als häufigste Erwartung das persönliche Verständnis, das man sich von dem Berater/der Beraterin erhoffe, das Hineindenken in die Probleme und die Situation der Schwangeren (93,7%). Danach folgte das Bedürfnis nach sachlicher Information über den Schwangerschaftsabbruch und seine körperlichen und seelischen Folgen sowie Hilfe beim Umgang mit Behörden (jeweils 88%). Am Ende der Rangreihe - lediglich 21,7% gaben an, daß dies sehr wichtig sei - stand die Forderung, daß der Berater/die Beraterin die Frauen überzeugen sollte, das Kind auszutragen. Dies wurde von ZUNDEL u.a. (1982, S.257) als ein klares Votum für den non-direktiven Beratungsansatz und als deutliche Ablehnung einer Entschei-

dungsbeeinflussung interpretiert. KNÖFERL u.a. (1981, S.43) differenzierten zwischen Beratung als Informationsvermittlung und Beratung als Entscheidungshilfe. Gehe es um Informationen, dann werde von dem Berater/der Beraterin selbstverständlich erwartet, daß sie den Klientinnen sagen, was zu tun sei; gehe es jedoch um Entscheidungen, dann werde erwartet, daß die Meinung und die Entscheidung der Klientinnen akzeptiert werde.

Bezüglich der Erwartungshaltungen betroffener Frauen zeigten sich ähnliche Trends: Nach der Befragung von HEINL (1980, S.69f.) stand die Erwartung im Vordergrund, daß der Berater/die Beraterin Ratschläge und konkrete Handlungsanweisungen in bezug auf die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs geben könne. Des weiteren erwarteten die Frauen hauptsächlich, in der Beratung über Gefühle und Ängste sprechen zu können. Der Anspruch an die Sozialberater/innen, auf einer "christlichen Basis" zu stehen, wurde nur von einer kleinen Minderheit (4,3%) der betroffenen Frauen vorgetragen, wobei Frauen mit Volksschulabschluß stärker als Frauen mit höherer Schulbildung eine christliche Orientierung des Beraters/der Beraterin erwarteten. Insgesamt schilderten nach den Ergebnissen von HEINL (1980, S.72) Frauen mit Volksschulbildung ein generell stärkeres Beratungsbedürfnis.

Der größte Teil der Frauen schien die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch bereits vor dem Besuch der Beratungsstelle getroffen zu haben. Nach der Untersuchung von TROSCHKE u.a. (1982, S.35) gaben nur insgesamt 3% der Befragten an, daß im Rahmen des Gesprächs in der Beratungsstelle neue, bisher nicht bekannte Gesichtspunkte für die Entscheidung aufgetaucht seien. Auf die Vorentschiedenheit der Frauen wiesen auch andere Untersuchungen hin: so nannte KLEIN (1983a, S.30), daß 88% der von ihr befragten Frauen ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch schon vor der Beratung getroffen hätten; nach KNÖFERL u.a. (1981, S.125f.) könne die Sozialberatung bei Frauen, die mit einer Tendenz zum Schwangerschaftsabbruch die Beratungsstelle aufsuchten, lediglich in seltenen Fällen eine Einstellungsänderung bewirken. Die Autoren gingen von 2-3% der Fälle aus. Ein anderes Bild ergab sich jedoch bei Frauen, die mit einer unentschiedenen Haltung zur Beratung kamen. Hier lag der Anteil der am Ende der Beratung zum Austragen tendierenden, bei 30-40%. Nach den Angaben der Caritas (DEUTSCHER CARITASVERBAND 1987, S.40) trugen von allen Klientinnen katholischer § 218-Beratungsstellen ca.40% die Schwangerschaft aus. Bei denen, die die Beratungsstellen im ersten Schwangerschaftstrimester aufsuchten, lag diese Rate bei 24%. Hier kann allerdings ein anderer Entscheidungsfindungsprozeß vermutet werden als bei Klientinnen von Beratungsstellen anderer Träger, da die Zahl der Frauen mit ambivalenter Grundhaltung anteilmäßig größer sein dürfte als in anderen Beratungs-

stellen (s. STÖSSEL u.a. 1981, S.166). Demnach findet offensichtlich eine Vorauswahl durch die Klientinnen bzw. die vermittelnden Stellen statt, die zu einem höheren Anteil unentschiedener Ratsuchender in konfessionellen Beratungsstellen führt, die häufiger nach konkreten Möglichkeiten und Hilfen suchen, um das eigentlich bejahte Kind austragen zu können. In den übrigen Beratungsstellen scheint die Voreinstellung der Frauen bei ca. 90% eindeutig zum Schwangerschaftsabbruch zu tendieren und auch beibehalten zu werden.

Die Untersuchung von von TROSCHKE u.a. (1982, S.77) zeigte, daß in bezug auf die Sozialberatung positive Erfahrungen überwogen: Die von 61,1% von den Befragten genannten positiven Einschätzungen der Beratung bezogen sich zumeist auf die freundliche Behandlung, bzw. die problemlose Ausstellung der gewünschten Bescheinigung. Die Gespräche in der Beratungsstelle wurden als hilfreich bezeichnet, vor allem wenn die Frau sich verstanden und akzeptiert fühlte, und wenn sachlich über die Probleme gesprochen wurde. Als belastend wurde die Beratung vor allem dann empfunden, wenn die Entscheidung der Frau zum Schwangerschaftsabbruch nicht akzeptiert wurde, die Frau kein Vertrauen fassen konnte oder sich moralisch unter Druck gesetzt fühlte. Nach RUNTE (1978, S.44f.) bekannte sich jede 2. der befragten Frauen zur Notwendigkeit der sozialen Beratung, nur 10% lehnten diese kategorisch ab. Das durchgängigste Motiv für die Befürwortung war die Möglichkeit, sich nochmals aussprechen zu können, obwohl die Entscheidung in der Regel schon vorher getroffen war. Bezüglich negativer Erfahrungen schilderten 20% der Frauen die Beratung als belastend und erniedrigend.

### *Résumé*

Zusammenfassend lassen sich folgende Problemschwerpunkte im Rahmen der § 218-Sozialberatung festhalten:

- Das quantitativ ausreichend erscheinende Angebot an Beratungsstellen verteilt sich regional und trägerspezifisch unterschiedlich, so daß es im Zusammenwirken von Länderrichtlinien und Trägerangebot zu einer Unausgewogenheit und Chancenungleichheit in der Wahrnehmung eines pluralen Beratungsangebots führen kann.
- Für die Berater/innen können schwerwiegende Diskrepanzen zwischen ihrem beruflichen Selbstverständnis und den Anforderungen des Gesetzes hinsichtlich der zwingend vorgeschriebenen Beratung entstehen.

- Erwartungen an die Sozialberatung beziehen sich vorrangig auf sachliche Information und einfühlsame Auseinandersetzung im Hinblick auf Probleme und Konflikte der Betroffenen.
- Die "Effizienz" der Sozialberatung, im Sinne einer Hinwirkung auf das Austragen der Schwangerschaft, scheint relativ gering zu sein, da die meisten Frauen bereits vorentschieden die Beratungseinrichtungen aufsuchen.

Betrachtet man die wissenschaftliche Aufarbeitung dieses Gegenstandsbereichs, so zeigt es sich, daß mit der Einführung der § 218-Sozialberatung eine intensive wissenschaftliche Begleitung einher ging. Wurden - wie z.B. von KNÖFERL u.a. (1981) und von STÖSSEL u.a. (1981) - Beratungsstellen unterschiedlicher Träger untersucht, nahmen die Klientenbefragungen jedoch lediglich einen geringen Anteil ein. Wurden andererseits betroffene Frauen zu ihren Erfahrungen mit der Beratung befragt (wie z.B. von TROSCHKE u.a. 1982 und von HEINL 1980), so bezogen sich die Erfahrungen in der Regel auf Pro Familien-Beratungsstellen und ließen keine Rückschlüsse auf das Beratungsverhalten in Einrichtungen anderer Träger zu. Der Untersuchungszeitraum war in der Regel kurz nach der Reform, so daß aus diesem Grunde zudem mit vielfältigen Unsicherheiten im Umgang mit der neuen Situation gerechnet werden konnte.

### 2.3.2 Indikationsfeststellung

Ein weiterer wichtiger Teil des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch stellt die ärztliche Indikationsfeststellung dar. Der Arzt bzw. die Ärztin hat festzustellen, ob eine medizinische, eugenische, kriminologische oder allgemeine Notlagenindikation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs vorliegt. Grundsätzlich ist jeder in der Bundesrepublik Deutschland approbierte Arzt befugt, Indikationsfeststellungen zu treffen. Personelle Trennung ist lediglich im Hinblick auf die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs vorgesehen. Die Indikationsfeststellung dient als Entscheidungshilfe für denjenigen Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch durchführt und der damit die Letztverantwortung trägt.

#### *Ärztliche Konflikte*

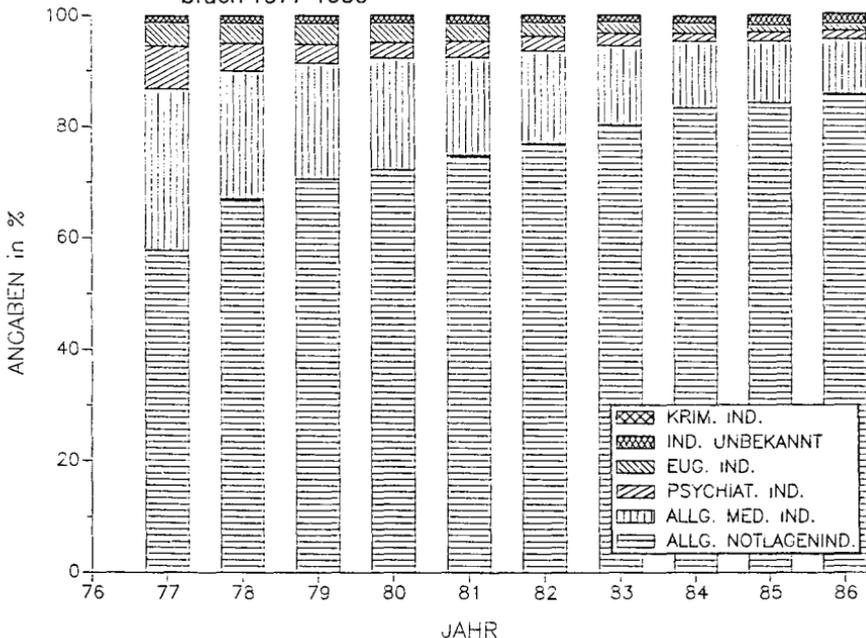
Für die Ärzte und Ärztinnen, die nach dem Willen des Gesetzgebers den überwiegenden Teil an der Verantwortung beim Schwangerschaftsabbruch - und zwar nicht nur in medizinischer Hinsicht - übernehmen, ergeben sich Probleme vor allem mit der allgemeinen Notlagenindikation. Während sie sich bei der me-

dizinischen und bei der eugenischen Indikation auf dem Boden wissenschaftlicher medizinischer Erkenntnisse befinden, so ist es bei der Notlagenindikation notwendig, die psychosozialen Aspekte einer Notlage im Falle des Schwangerschaftskonflikts adäquat zu beachten. Da der Arzt in der Regel nicht geschult ist, psychosoziale Gesichtspunkte zu erheben und ihren Erlebens- und Wertungsaspekt präzise zu erfassen, fühlen sich viele Ärzte im Rahmen der Notlagenindikation überfordert (s. z.B. POETTGEN 1984; STOLL 1980). Darüber hinaus ist ein zentraler Wert der professionellen Arzt-Identität die Erhaltung und Wiederherstellung von "Gesundheit" sowie die Förderung von Leben schlechthin. Mit dem "Hippokratischen Eid" sind diese Grundwerte tief im traditionellen ärztlichen Selbstverständnis verankert; die Indikationsfeststellung kann somit als ein "professioneller Normkonflikt" begriffen werden, der eine besondere Herausforderung an das ärztliche Gewissen darstellt (POETTGEN 1981; LAU 1983).

### Häufigkeit der Indikationen

Mit der Reform des § 218 StGB ist gerade auch die Häufigkeit von Notlagenindikationen stetig angewachsen (siehe Schaubild 3).

**Schaubild 3:** Anteil der einzelnen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch 1977-1986



Während im Jahre 1977 lediglich 57,7% der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche mit einer schweren Notlage begründet wurden, so waren dies im Jahre 1985 84,3% und 1986 85,8%. Diese Zahlenverhältnisse machen deutlich, daß diese Kategorie die wesentlichen Motivationen für einen Schwangerschaftsabbruch umfaßt, wobei die inhaltliche Erfassung sehr unspezifisch ist. So wird vermutet, daß auch medizinische und eugenische Indikationen zum Teil unter die Indikation der sonstigen schweren Notlage subsumiert werden (DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.77). Der häufige Gebrauch der Notlagenindikation hat auch zu dem Vorwurf geführt, daß jede Frau, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchte, dies tun könne und daß somit der Zustand einer "verkappten Fristenlösung" realisiert sei (s. z.B. ROXIN 1981, S.232; WILLE 1986).

### *Empirische Untersuchungen*

Neben WILLE (1974), der Ärzte vor der Reform des § 218 StGB befragte, befaßte sich die Untersuchung von RAHMSDORF (1980) mit der Einstellung von Ärzten zum reformierten § 218 StGB sowie in neuester Zeit die von HÄUSSLER (1988).

RAHMSDORF (1980) befragte 241 Chefärzte gynäkologischer Kliniken, die sich hinsichtlich des Bundeslandes, der kommunalen, konfessionellen oder privaten Trägerschaft sowie der Bettenzahl als repräsentativ erwiesen. Die Untersuchung fand 1976/77 statt und wurde überwiegend mit persönlichen Interviews durchgeführt. Die Fragestellung bezog sich auf Einstellung und Verhalten gynäkologischer Chefärzte im Hinblick auf den § 218 StGB.

HÄUSSLER (1988) befragte eine repräsentative Stichprobe von 406 klinisch arbeitenden und niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen in Hessen und Baden-Württemberg. Die Datenerhebung fand 1986 statt. In mündlichen Interviews wurden die Ärzte zu ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und zu ihrem faktischen diesbezüglichen Verhalten befragt.

Nach RAHMSDORF (1980, S.24f.) wurde die medizinische Indikation von 94% der befragten Chefärzte akzeptiert. Keine bzw. geringe Vorbehalte gegenüber der eugenischen Indikation schilderten 86% der Befragten, gegenüber der kriminologischen Indikation 72%. Allerdings wurde die Notlagenindikation nur von 38% akzeptiert, wobei noch nach Art der Notlage zu unterscheiden ist: Danach motivierte in erster Linie eine Überforderung der Frau bei zerrütteter Ehe und Belastung mit mehreren Kindern sowie eine Schwangerschaft in jugendlichem Alter die gynäkologischen Chefärzte, eine Notlagenindikation anzuerkennen, während bei Bedrängnis durch eine nicht-eheliche Mutterschaft, sozio-ökonomischer Belastung, ernsthafter Gefährdung der Berufsausbildung oder bei drohender Scheidung die Bereitschaft der Ärzte zur Indizierung eines Schwangerschaftsabbruchs

deutlich geringer war (RAHMSDORF 1980, S.82). Das Fazit dieser Untersuchung war, daß ärztlicherseits der medizinisch-somatisch, der genetisch oder kriminologisch indizierte Schwangerschaftsabbruch relativ unproblematisch ist, aber andererseits gegenüber der Notlagenindikation deutliche Vorbehalte bestehen. Entsprechende Tendenzen fanden sich auch bei der Einstellung des Krankenpflegepersonals im Hinblick auf die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs (DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.94f.).

Nach HÄUSSLER (1988, S.1686) gaben 80% der Gynäkologen an, Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch festzustellen. Ob ein Gynäkologe Indikationen feststellte, hing vor allem damit zusammen, ob es sich um einen niedergelassenen oder um einen klinisch tätigen Frauenarzt handelte. Niedergelassene Frauenärzte stellten weit häufiger Indikationen fest als Kliniker (80% zu 55%).

Es konnte kein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und der Tatsache, ob ein Gynäkologe Indikationen feststellte, gefunden werden. Einzig bei der Frage, ob sich ein Gynäkologe mit Notlagenindikationen befaßt, kam der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch eine Bedeutung zu.

Notlagenindikationen erstellten eher junge, liberale, niedergelassene Gynäkologen, die keine Kirchgänger waren und meinten, daß man sich im Rahmen einer Indikationsfeststellung nicht strafbar machen könne. Neben der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, dem Alter und der Religiosität kam in diesem Zusammenhang offenbar der wahrgenommenen gesetzlichen Sanktionsdrohung eine Bedeutung für das Verhalten zu. In weiteren Merkmalsbereichen - wie z.B. Kinderzahl, Familienstand, Geschlecht oder Wohnortsgröße - unterschieden sich die untersuchten Gruppen nicht signifikant (s. auch HÄUSSLER/HOLZHAUER 1988).

Mit den Erfahrungen von Frauen im Rahmen der Indikationsfeststellung beschäftigten sich einige der bereits im Kapitel "Sozialberatung" dargestellten Untersuchungen wie die von TROSCHKE u.a. (1982) und HEINL (1980). Darüber hinaus ist die Untersuchung von GRÜNWALD (1979) erwähnenswert:

GRÜNWALD (1979) interessierte, wie die Indikationsregelung von Ärzten speziell in Frankfurt/Main gehandhabt wird und welchen Einfluß der Schwangerschaftskonfliktberatung auf den Abbruchwunsch von Frauen zukommt. Dazu wurden von der Pro Familia Frankfurt die Daten von 941 abbruchwilligen Frauen zur Verfügung gestellt, die diese Einrichtung von Januar bis Juni 1977 aufgesucht hatten.

Bezüglich der praktischen Handhabung der Indikationsfeststellung sprach GRÜNWALD (1979, S.133) von einem "Boykott" der Reform des § 218 StGB

durch die niedergelassenen Ärzte. Bei der Feststellung aller Indikationen, insbesondere aber der Notlagenindikation, herrsche Willkür und Widersprüchlichkeit; der Weg bis zur Feststellung einer Indikation gleiche oft einem Bettelgang: Mehr als 4/5 der Frauen, die sich das Vorliegen einer Indikation bescheinigen lassen wollten, wurden von den Gynäkologen abgewiesen. Wurde ein praktischer Arzt oder ein anderer Arzt aufgesucht, so wurde die Hälfte der Frauen von diesem abgewiesen. GRÜNWALD (1979) räumte allerdings ein, daß der Anteil der abgelehnten Indikationsfeststellungen im Laufe der Zeit abgenommen habe. Ebenso wie GRÜNWALD (1979) wies auch DOBBERTHIEN (1978, S.58) darauf hin, daß manche Ärzte Fehlinformationen geben bzw. Fehldiagnosen stellen würden, etwa bezüglich der Schwangerschaftsdauer.

Nach HEINL (1980, S.73) suchten ca. 1/3 der von ihm befragten Frauen mehr als einen Arzt auf, um die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu erhalten. Von TROSCHKE u.a. (1982, S.68) berichteten, daß in 33,5% der Fälle die Indikationsbescheinigung vom ersten Arzt ausgestellt wurde, 38,4% der Befragten bekamen diese nach der Konsultation eines zweiten Arztes, 13,1% mußten drei und 2,1% vier Ärzte aufsuchen.

Dennoch schilderte die Mehrheit der befragten Frauen positive Erfahrungen mit den die Indikation ausstellenden Ärzten: Nach von TROSCHKE u.a. (1982, S.70) berichteten 51,5% der Frauen über positive Erfahrungen; auch nach HEINL (1980, S.82) sprechen die Ergebnisse für eine eher positive Beurteilung des Arztverhaltens durch die betroffenen ratsuchenden Frauen: so äußerten 2/3 der Frauen, daß sie sich durch den Arzt verstanden gefühlt hätten, daß die gegebene Information für sie gut verständlich gewesen wäre und daß sich der Arzt hinreichend Zeit für sie genommen habe. Allerdings hatten 28% der Frauen das Gefühl, den Arzt um die Indikationsfeststellung bitten zu müssen und ca. 15% fühlten sich vom Arzt zur Fortsetzung der Schwangerschaft gedrängt. Positiv erlebte ärztliche Verhaltensweisen waren vor allem Unterstützung und sachliches Verhalten. Als unangemessen erlebte ärztliche Verhaltensweisen wurden arrogantes, kühles oder vorwurfsvolles Verhalten des Arztes geschildert.

Der Einfluß des Arztes auf die Entscheidung der Frau schien relativ gering zu sein (siehe von TROSCHKE u.a. 1982, S.32f.), selbst beim Vorliegen einer medizinischen Indikation. In diesem Fall wurden die Informationen der Ärzte eher als Expertenaussagen gewertet, auf deren Hintergrund die Frau die Entscheidung traf. Wie hoch allerdings der Anteil von Frauen ist, die durch die ärztliche Beratung im Zusammenhang mit einer unerwünschten Schwangerschaft motiviert werden, diese auszutragen, kann nach der Untersuchung von von TROSCHKE u.a. (1982) sowie anderer einschlägiger Studien nicht beurteilt

werden, da lediglich Frauen befragt wurden, die die Schwangerschaft abbrechen. Von TROSCHE u.a. (1982, S.34) gehen jedoch davon aus, daß es sich hier nicht um größere Prozentwerte handeln könne. Die überwiegende Mehrzahl der befragten Frauen berichtete, daß sie bei der ablehnenden Haltung eines Arztes gegenüber ihrer Abbruchentscheidung einen anderen Arzt aufgesucht hätten. Zudem ist zu vermuten, daß viele Frauen einen solchen Arzt aufsuchen, von dem sie erwarten, daß er ihre Entscheidung respektieren würde.

### *Résumé*

Als zentrale Problempunkte bei der ärztlichen Indikationsfeststellung lassen sich benennen:

- Vorbehalte vieler Ärzte gegenüber der Notlagenindikation, die zum Teil auf eine Kollision mit professionellen Normen, zum Teil auf mangelnde Kompetenz in diesem Bereich zurückgeführt wird.
- Von Seiten der Frauen häufig das Aufsuchen mehrerer Ärzte, bis die gewünschte Bescheinigung erhalten wird. Dies steht oft im Zusammenhang mit erlebter Demütigung und Belastung.
- Eine vermutlich geringe Bedeutung der ärztlichen Indikationsfeststellung auf das Entscheidungsverhalten betroffener Frauen.

Vergleicht man die wissenschaftlichen Bemühungen, die der Evaluation der Sozialberatung gewidmet waren, mit denen, die der Indikationsfeststellung zukamen, wird ein krasses Mißverhältnis deutlich. Während bei der Untersuchung der Sozialberatung inzwischen über viele relevante Facetten wissenschaftliche Informationen vorliegen, zeigen sich bei der Indikationsfeststellung deutliche Lücken. Dies betrifft sowohl Einstellung und Verhalten der Ärzte selbst als auch die Frage, unter welchen Bedingungen eine Indikationsfeststellung erfolgt. Die Unabhängigkeit des Arztes von landesrechtlichen Richtlinien eröffnet ihm einen größeren Handlungsspielraum als den Beratungsstellen; in gewissem Rahmen ist er einzig seinem Gewissen verpflichtet. Dies legt nahe, daß der Prozeß der Indikationsfeststellung durch zahlreiche soziale Rahmenbedingungen beeinflusst wird, z.B. durch die Wertorientierung des Arztes und seine Kompetenz, insbesondere psychosoziale Notlagen zu erkennen; durch soziale Merkmale der Frau und ihre Fähigkeit, ihre Problematik einleuchtend und eindringlich darzustellen; durch die Beziehung zwischen ratsuchender Frau und dem die Indikation stellenden Arzt; durch die Akzeptabilität der gestellten Indikation bei den abbrechenden Ärzten sowie die Normen und ethischen Vorstellungen innerhalb der Ärzteschaft. Auch eine Analyse der Indikationsbegründungen, die zur Akzep-

tanz einer Indikation führen können, steht noch aus, so daß Vorwürfe wie der der "verkappten Fristenlösung" ohne substantielle Grundlage bleiben.

### 2.3.3 Ärztliche Beratung

Außer der Sozialberatung verlangt das Gesetz, daß die Schwangere vor dem Abbruch von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten wird (§ 218b Abs.2 Nr.2 StGB). Dabei soll die Schwangere über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken aufgeklärt werden sowie über die weiteren Gesichtspunkte, die aus ärztlicher Sicht für die Entscheidung über Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft von Bedeutung sind.

Nach der Untersuchung von HEINL (1980, S.70) war der häufigste vom Arzt angesprochene Risikofaktor der Hinweis auf eine mögliche spätere Unfruchtbarkeit bzw. auf Probleme bei künftigen Schwangerschaften. Des weiteren wurde häufig auf eine Infektionsgefahr sowie auf mögliche postoperative Blutungen hingewiesen. 56% der von HEINL (1980, S.78) befragten Frauen gaben an, daß die Schilderung der Risiken auf ihre Entscheidung keinen Einfluß genommen hätte; die übrigen fühlten sich durch die Darstellung der Risiken verunsichert oder verängstigt.

In bezug auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch scheint die ärztliche Beratung von untergeordneter Bedeutung zu sein. Auch wurde die ärztliche Beratung im Schrifttum nicht in der gleichen Weise problematisiert wie etwa die Sozialberatung oder die Indikationsfeststellung.

### 2.3.4 Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

#### *Rahmenbedingungen*

§ 218a StGB verlangt hinsichtlich der den Abbruch vornehmenden Personen, daß es sich dabei um Ärzte handeln muß. Es war ein wesentliches Argument für die Reform des § 218 StGB, der Abtreibung durch Laien entgegenzuwirken. Der Schwangerschaftsabbruch darf nur in einem Krankenhaus oder einer hierfür eigens durch die zuständigen Länderbehörden zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden. Ebenso wie bei den Ausführungsbestimmungen über die Sozialberatung liegt auch die Zulassung und Überwachung dieser Einrichtungen in den Händen der Bundesländer (s. KOCH 1988, S.178f.).

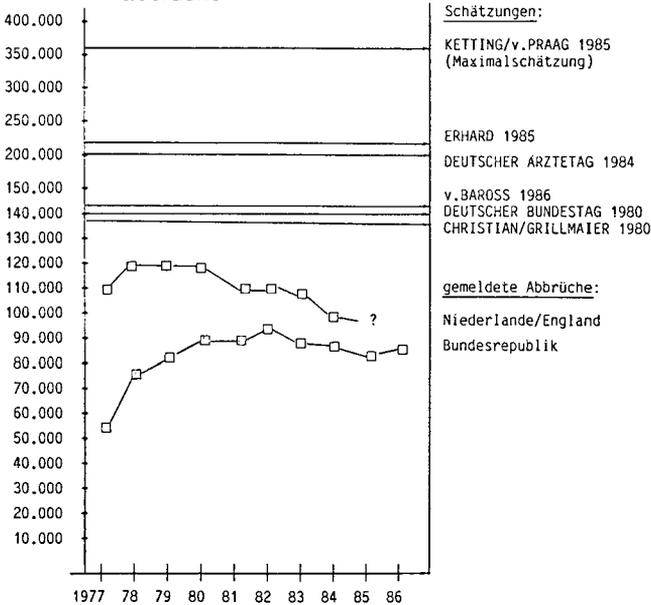
So sehen z.B. die Ausführungsbestimmungen des Landes Hessen (GVBl. I 1978, S.273f.) vor, daß diese Einrichtungen unter ärztlicher Leitung stehen, mit fachlich geeignetem Personal besetzt sein und über die erforderliche Ausstattung verfügen müssen. Die ärztliche Beratung und Überwachung der Schwangeren auch nach dem Eingriff sowie eine etwa notwendige stationäre Nachbehandlung müssen sichergestellt sein. Die Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern verfügen nicht über derartige Bestimmungen bezüglich der "sonstigen" Einrichtungen. In diesen Bundesländern geht man davon aus, daß die verfügbare Bettenkapazität in den vorhandenen Krankenhäusern ausreiche und dem gemäß kein Bedarf für die Zulassung von Einrichtungen bestehe (s. LANDTAGSDRUCKSACHE 9/2250, S.53f.). Da es sich bei diesen Einrichtungen vorrangig um Institutionen zur ambulanten Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen handelt, werden diese demzufolge in Bayern und Baden-Württemberg selten durchgeführt (s. AUGSTEIN/KOCH 1985, S.147f.). Nach §§ 200 f. RVO wird die Finanzierung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs durch die Krankenkassen übernommen.

### *Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen*

Ein Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt, ist verpflichtet, diesen dem Statistischen Bundesamt zu melden. Die Meldung muß - ohne Namensnennung der Schwangeren - Angaben über die gesetzliche Indikation, ausgewählte soziodemographische Merkmale der Schwangeren, die Durchführungsmethode des Schwangerschaftsabbruchs und aufgetretene Komplikationen enthalten. In bezug auf die Daten des Statistischen Bundesamtes ist allerdings von einem Meldedefizit auszugehen, so daß die Ermittlung der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche nach wie vor von Schätzungen abhängig ist (so auch WILKITZKI/LAURITZEN 1981; SPIEKER 1987). In Abbildung 4 auf der nächsten Seite sind die Daten über gemeldete Schwangerschaftsabbrüche sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch an deutschen Frauen im Ausland dargestellt. Die Darstellung ist kumulativ, d.h. die Häufigkeit der in der Bundesrepublik und im Ausland vorgenommenen Abbrüche an deutschen Frauen läßt sich zur Gesamtzahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche aufaddieren. Ergänzend finden sich aktuelle Schätzungen über die Dunkelziffer und die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche.

Nach den Daten des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (1977 f.) stiegen die Schwangerschaftsabbrüche zunächst von 54.309 im Jahre 1977 kontinuierlich an auf 91.064 im Jahre 1982. Danach begann die Zahl der in der Bundesrepu-

**Schaubild 4:** Aktuelle Schätzungen zur Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche



blick Deutschland durchgeführten und dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wieder zu sinken, auf 86.529 im Jahre 1983, 86.298 im Jahre 1984, 83.535 im Jahr 1985 und 84.274 im Jahr 1986. Zu diesen dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen sind hinzu-zufügen:

- die im Ausland vorgenommenen und registrierten Schwangerschaftsabbrü-  
che,
- die im Ausland vorgenommenen, nicht registrierten Schwangerschaftsabbrü-  
che,
- die in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten legalen, dem Statisti-  
schen Bundesamt nicht gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche,
- die illegalen Schwangerschaftsabbrüche.

Über die im Ausland vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche liegen Daten aus den Niederlanden (STIMEZO; veröffentlicht in KETTING 1986; SCHOLTEN 1988, S.1057) und über England (Abortion Statistics; veröffentlicht in CHRISTI-AN/GRILLMAIER 1980, S.1124; HUBER 1988, S.732) vor. Die registrierten Schwangerschaftsabbrüche an deutschen Frauen in diesen Ländern nahmen

seit der Reform des § 218 StGB kontinuierlich ab. Quantitativ bedeutsam sind lediglich die Schwangerschaftsabbrüche von deutschen Frauen in den Niederlanden. Während im Jahre 1977 noch 56.500 deutsche Frauen in Holland einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren dies im Jahre 1984 nur noch 11.300. Auf einen rückläufigen "Abtreibungstourismus" wiesen auch BÖNITZ (1981) und STRINGENS (1982) hin.

Bedeutend schwieriger sind Aussagen über die nicht registrierten Schwangerschaftsabbrüche zu treffen. Schätzungen über die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche werden u.a. mit Hilfe von Daten der kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommen, da bei der Abrechnung die Leistung Schwangerschaftsabbruch ausgewiesen ist. Des weiteren können Statistiken der Orts- und Betriebskrankenkassen brauchbare Hinweise liefern. Auf diesem Datenmaterial basieren die Schätzungen von ERHARD (1985), dem DEUTSCHEN ÄRZTETAG (1984) und von BAROSS (1986). Allerdings ist auch bei der Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen im System der gesetzlichen Krankenversicherung mit Fehlerquellen zu rechnen (Privatabrechnung, "verdeckte" Abrechnung). Die Schätzungen aufgrund dieses Materials bewegen sich zwischen 140.000 (von BAROSS 1986) und 212.000 Schwangerschaftsabbrüchen (ERHARD 1985) im Jahr.

Ausgehend vom Kontrazeptionsverhalten versuchen KETTING/van PRAAG (1985, S.231f.) die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche zu ermitteln. Dabei nehmen sie an, daß Länder, die sich hinsichtlich des Kontrazeptionsverhaltens ähnlich sind, auch im Hinblick auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen Parallelen aufweisen. Mit dieser - methodisch fragwürdigen - Schätzungsmethode kommen sie auf die im Vergleich zu anderen Schätzungen hohe Anzahl von 260.000-350.000 Schwangerschaftsabbrüche. Insgesamt ist jedoch anzunehmen, daß die Schätzungen, die auf den Daten der kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen basieren, der bundesdeutschen Realität näher kommen. Somit ist anzunehmen, daß die Zahl der jährlich durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche wahrscheinlich nicht unter 140.000 und nicht über 220.000 liegt.

### *Regionale Unterschiede*

Bei den in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten und gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen fallen deutliche Unterschiede im Hinblick auf die einzelnen Bundesländer auf. In Tabelle 2 sind neben der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche weitere in bezug auf die Bundesländer unterschiedliche Merkmale dargestellt.

**Tabelle 2:** Unterschiede zwischen Bundesländern bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen

Land	Gesamtzahl	je 1.000 Frauen (Alter: 15-45)	nach Notlagenindikation in %	Methode: Vakuumaspiration in %	Komplikationen in %
Baden-Württemberg	7.093	(3,3)	80,5	60,5	3,0
Bayern	6.160	(2,5)	59,2	60,3	2,4
Berlin	2.423	(6,2)	83,7	73,5	1,5
Bremen	5.978	(41,2)	92,2	91,3	0,2
Hamburg	5.920	(16,9)	87,2	79,4	2,9
Hessen	19.900	(16,0)	88,1	91,2	0,5
Niedersachsen	5.147	(3,2)	80,1	64,7	2,2
Nordrhein-Westfalen	24.798	(6,6)	89,5	73,9	1,3
Rheinland-Pfalz	1.759	(2,2)	67,0	40,0	2,0
Saarland	323	(1,4)	69,7	8,4	1,9
Schleswig-Holstein	4.037	(6,9)	76,6	74,1	1,9
Bundesrepublik	83.538	(6,1)	84,3	76,0	1,5

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachreihe 3, 1986.

Da die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche pro Bundesland wenig aussagekräftig ist, sind die Angaben ergänzt durch den Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter. Die Daten zeigen, daß die höchste Abbruchrate im Bundesland Bremen vorhanden ist, gefolgt von Hamburg und Hessen. Eine unterdurchschnittliche Abbruchrate findet sich in den Bundesländern Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland. Für diese unterschiedlichen Raten wird gemeinhin (z.B. KETTING/van PRAAG 1985, S.79f.) ein "Abtreibungstourismus" verantwortlich gemacht. Demnach scheinen Frauen aus vor allem konservativ regierten Bundesländern zum Schwangerschaftsabbruch in "liberale" Bundesländer auszuwandern.

Nach den Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (1986, S.5) wurden im Jahr 1985 37,8% der Schwangerschaftsabbrüche in einem Fachkrankenhaus oder sonstigen Krankenhaus durchgeführt, 62,2% in einer gynäkologischen Praxis. In 70,6% wurde der Schwangerschaftsabbruch ambulant durchgeführt (postoperative Aufenthaltsdauer unter einem Tag), in 14,7% betrug die Aufenthaltsdauer ein bis vier Tage, in 13,6% vier bis acht und in 1,1% mehr als acht

Tage. Diese Angaben liegen nicht nach Bundesländern aufgeschlüsselt vor. Aufgrund der unterschiedlichen Politik der Bundesregierungen bei der Zulassung von Einrichtungen und damit auch der Durchführung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen sind auch hier deutliche Länderunterschiede anzunehmen (s. RICHTER 1986).

Betrachtet man die Indikationen der Schwangerschaftsabbrüche, so wird vor allem in Bremen überdurchschnittlich häufig ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer Notlagenindikation durchgeführt. Deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt sind Abbrüche nach Notlagenindikationen in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Bayern und Saarland. Dies kann auf eine mangelnde Akzeptanz der Notlagenindikation vor allem in diesen Bundesländern hindeuten. Ein Blick auf die Durchführungsmethode des Schwangerschaftsabbruchs zeigt, daß die Vakuum-Aspiration ("Absaugmethode") zur dominanten Durchführungsart wurde; diese wird überdurchschnittlich häufig in den Bundesländern Bremen und Hessen angewandt, die zudem auch die geringste Komplikationsrate aufweisen.

Die Mitteilungen des STATISTISCHEN BUNDESAMTES über Komplikation des legalen Schwangerschaftsabbruchs stellen fast ausschließlich primäre Komplikationen dar, da nur diese i.d.R. von dem den Abbruch durchführenden Arzt gemeldet werden können. Die am häufigsten aufgetretenen Komplikationen sind Nachblutungen, allgemeine Infektionen und Uterusperforationen. Insgesamt zeigt sich, daß bei allen Eingriffsmethoden die Komplikationsrate absinkt; mit der geringsten Komplikationsdichte ist die Absaugmethode belastet, höher liegen die Komplikationen bei der klassischen Kürettage sowie den übrigen Methoden (s. BRÄUTIGAM/GRIMES 1985, S.41).

RUNTE (1978, S.68) konnte in seiner Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in 1,8% der Fälle (Kürettagen) Erstkomplifikationen (Perforationen, Cervixrisse, Blutungen) und in 6,3% Frühkomplifikationen (Fieber, Nachblutungen, Adnexitiden, Placentarreste) ermitteln.

Von ihrem Weigerungsrecht (Art.2 des 5. StrRG) Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, machen insbesondere Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen Gebrauch, die von der römisch-katholischen Kirche unterhalten werden. Häufig sind in Krankenhäusern, die von katholischen Organisationen getragen werden, Schwangerschaftsabbrüche lediglich aus vitaler medizinischer Indikation möglich (AUGSTEIN/KOCH 1985, S.124). Bei staatlichen und kommunalen Körperschaften des öffentlichen Rechts - Gemeinden, Landkreise, Länder - als Krankenhausträger war die Frage des Weigerungsrechts lange umstritten. Verschiedene Landkreise in Baden-Württemberg untersagten die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in Kreiskrankenhäusern aufgrund der Notlagenin-

dikation durch Kreistagsbeschlüsse (vgl. GRUPP 1977; AUGSTEIN/KOCH 1985, S.126f.). Umstritten ist auch, inwieweit leitende Ärzte in Krankenhäusern ein Weigerungsrecht für die Mitwirkung der ihnen unterstellten Ärzte und Mitarbeiter in Anspruch nehmen können.

### *Empirische Untersuchungen*

Nach der Umfrage von RAHMSDORF (1980; methodische Beschreibung dieser Untersuchung siehe Kap.2.3.2) unter gynäkologischen Chefärzten war ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer vitalen Indikation in ca. 80% aller Krankenhäuser möglich. In ca. 20% der Krankenhäuser würde entweder der Chefarzt selbst den Schwangerschaftsabbruch ablehnen oder mit Rücksicht auf die ablehnende Haltung des Krankenhausträgers oder des Personals oder aus medizinisch-technischen Gründen einen Schwangerschaftsabbruch unterlassen (RAHMSDORF 1980, S.37). Da bei der vitalen Indikation das Leben der Frau auf dem Spiel steht, hat der Gesetzgeber hier kein Weigerungsrecht vorgesehen.

Im Falle einer medizinisch-somatischen oder kriminologischen Indikation wäre der Schwangerschaftsabbruch bei ca. 3/4 (RAHMSDORF 1980, S.45, 59), ein Abbruch aus eugenischer Indikation bei ca.60% (S.57) und ein Abbruch aus psychiatrischer Indikation bei ca. 45% (S.54) der Kliniken möglich. Ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund der allgemeinen Notlagenindikation könnte gemäß der Ergebnisse von RAHMSDORF (1980, S.75f.) lediglich in 30% der Kliniken durchgeführt werden; in den übrigen 70% würden entweder der Krankenhausträger oder der gynäkologische Chefarzt selbst bzw. die Mitarbeiter einen Schwangerschaftsabbruch ablehnen.

Nach HÄUSSLER (1988, vgl. Kap.2.3.2) führten 40% der befragten Gynäkologen Schwangerschaftsabbrüche durch. Fast alle (90%) übten diese Tätigkeit in einer Klinik aus. Knapp 7% führten die Schwangerschaftsabbrüche in der eigenen Praxis durch und nur 2% arbeiteten zu diesem Zweck in einer eigens spezialisierten Einrichtung. Entscheidend für die Durchführung oder Nicht-Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen war vor allem die konkrete Möglichkeit dazu, d.h. der Zugang zu Klinikbetten. Neben der konkreten Möglichkeit entschieden religiös-weltanschauliche und professionelle Wertorientierungen über das faktische Verhalten.

Antizipierte Probleme in bezug auf die Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs in der Bundesrepublik Deutschland sind nach der Untersuchung von von TROSCHKE u.a. (1982; methodische Beschreibung s. Kap.2.3.1),

OETER/NOHKE (1982) und BÖNITZ (1979) hauptsächliche Gründe, zum Schwangerschaftsabbruch nach Holland zu fahren.

OETER/NOHKE (1982) untersuchten mit standardisierten Interviews 100 Frauen, die eine Pro Familia-Beratungsstelle zur Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchten, und 100 Frauen, die in einer holländischen Klinik einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Außerdem wurden noch 19 Tiefeninterviews durchgeführt. Es interessierten vorrangig die Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch, die Entscheidungsfindung und die Situation des Schwangerschaftsabbruchs in der Bundesrepublik und in Holland. Die Daten stammen von 1977/78.

BÖNITZ (1979) gab 1975 schriftliche Fragebogen an deutsche Frauen in deutschen und niederländischen gynäkologischen Kliniken aus, um psychische Konflikte, die nach einem legalen bzw. illegalen Schwangerschaftsabbruch bei Frauen auftreten, erfahrbar zu machen. Diese Frauen wurden teilweise vor, teilweise nach einem Abbruch befragt. Er unterschied zwischen Gruppen, die einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimester in Holland, im ersten Trimester in der Bundesrepublik oder in Holland durchführen ließen sowie Frauen, die sich einer dem Schwangerschaftsabbruch vergleichbaren gynäkologischen Operation unterzogen. Als weitere Kontrollgruppe fungierten Frauen, die nicht schwanger waren. Insgesamt wurden 489 Probandinnen befragt.

Bezüglich des deutschen Verfahrens vermuteten die von TROSCHKE u.a. (1982, S.97f.) Befragten, daß das deutsche Verfahren demütigend sei, die Instanzen inkompetent und daß es zu Verzögerungen kommen würde. Auch OETER/NOHKE (1982, S.143f.) zeigen, daß die holländischen Kliniken von den betroffenen Frauen fast durchgehend günstiger eingestuft wurden als die deutschen: Dies bezog sich sowohl auf die erhöhte Respektierung der eigenen Entscheidung als auch auf die höhere Kompetenz der Ärzte und das größere Verständnis des Klinikpersonals. In bezug auf die Liegedauer, die Beratung, den Zeitverlust und den Gesamtaufwand wurden holländische Kliniken ebenfalls günstiger beurteilt. Keine Unterschiede gab es bei der Beurteilung von gesundheitlichen Schäden und Schmerzen beim Schwangerschaftsabbruch.

Nach BÖNITZ (1979, S.111f.) hatten Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester nach Holland fuhren, im Vergleich zu denen, die in der Bundesrepublik blieben, eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, verfügten über eine bessere Schulbildung, waren eher berufstätig, eher ledig, kirchlich weniger gebunden und stammten aus einem eher größeren Wohnort. Nach KETTING/van PRAAG (1985, S.80) stammten die meisten Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande reisten, aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Diese Daten legen nahe, daß vor allen Dingen Frauen zum Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande fahren, die eher "privilegiert" bzw. nicht gewillt sind, sich dem Verfahren in der Bundesrepublik zu unterziehen und die aus Bundesländern stammen, in denen der § 218 StGB eher restriktiv

gehandhabt wird. Positive Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch in Holland schilderten nach der Befragung von von TROSCHKE u.a. (1982, S.123) 63,3% der dort behandelten Patientinnen.

Wurde ein Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik durchgeführt, so äußerten sich nach von TROSCHKE u.a. (1982, S.85 f.) ebenfalls die Mehrzahl der Befragten positiv: 51,8% waren zufrieden mit den Ärzten und 66,9% mit dem Pflegepersonal. Negative Erfahrungen wurden allerdings von 28,9% in bezug auf die Ärzte und 19,6% in bezug auf das Pflegepersonal geschildert. Auch bei HEINL (1980, S.85) gaben 44,4% der Frauen an, von dem Arzt freundlich behandelt worden zu sein; zugewandtes Verhalten von Seiten des Pflegepersonals nannten 77%.

### *Résumé*

Von TROSCHKE u.a. (1982, S.96) resümieren, daß das Angebot an Ärzten und Institutionen, die im Rahmen des reformierten § 218 StGB einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, in eindeutigem Mißverhältnis zum Bedarf stünde, insbesondere wenn die teils eklatanten regionalen Unterschiede berücksichtigt würden. Der Bedarf und das Bedürfnis vieler Frauen bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs nach den normalen medizinischen Standards entwickelter Industriestaaten würde bisher noch in vielen Gebieten der Bundesrepublik nicht in angemessener Weise befriedigt.

Darüber hinaus zeigen sich Probleme bei

- der Akzeptanz vor allem der Notlagenindikation durch die Ärzte,
- dem trotz der überwiegend positiven Erfahrungen dennoch häufig geschilderten diskriminierenden Verhalten gegenüber den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen,
- der Ermittlung der Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen, da der Meldepflicht nur unzureichend nachgekommen wird.

Vor allem jedoch gibt der innerdeutsche "Abtreibungstourismus" zu denken, dessen quantitatives Ausmaß unbekannt ist, der jedoch erheblich zu sein scheint. Der von Laien ("Kurpfuscher", "Engelmacher") durchgeführte Schwangerschaftsabbruch wird im neueren Schrifttum kaum mehr erwähnt, so daß angenommen werden kann, daß diese - häufig unfachgemäß vorgenommenen - Abtreibungen in der bundesdeutschen Realität nach der Reform des § 218 StGB keine Rolle mehr spielen.

### 2.3.5 Strafverfolgung

Die nach § 218 StGB einschlägigen strafrechtlichen Bestimmungen treffen die Beteiligten mit unterschiedlicher Härte. Die Schwangere selbst ist in geringem Umfang Strafdrohungen ausgesetzt, währenddessen vor allem der Abbrucharzt eher mit Sanktionen zu rechnen hat. Hinsichtlich eines an ihr durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs kann sich die Schwangere nur dann strafbar machen, wenn

- sie den Eingriff nicht von einem Arzt durchführen läßt,
- der Eingriff zwar von einem Arzt innerhalb der ersten 22 Schwangerschaftswochen vorgenommen wird, es aber an einer Indikation fehlt und auch eine der vorgeschriebenen Beratungen versäumt wurde,
- der Eingriff erst nach der 22. Schwangerschaftswoche stattfindet.

Die Schwangere kann mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe belangt werden. Das Gericht kann jedoch von ihrer Bestrafung absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in "besonderer Bedrängnis" befunden hat (§ 218 Abs.3 StGB). Hinsichtlich der Strafbarkeit des Abbrucharztes kommt es darauf an, ob eine Indikation vorliegt, ob er den Eingriff kunstgerecht und mit Einwilligung der Schwangeren durchführt und ob die einschlägigen Verfahrensregeln eingehalten werden (näheres s. KOCH 1988, S.216-224).

Nach der Rechtspflegestatistik (vgl. STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.335, S.337) haben sich die Strafverfolgungsorgane bislang nur höchst selten mit Straftaten nach dem § 218 StGB zu beschäftigen: So wurden für das Jahr 1984 lediglich 160 illegale Schwangerschaftsabbrüche bekannt, verurteilt wurden 18 Personen, davon zwei Jugendliche, vier Heranwachsende und 12 Erwachsene.

Eine diesbezügliche Wende mag sich in neuester Zeit v.a. durch den spektakulären Prozeß in Memmingen ankündigen (vgl. z.B. STERN vom 23.6.1988; DIE ZEIT vom 29.7.1988; SPIEGEL vom 19.9.1988). Ein Arzt wurde angeklagt, nicht-legale Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen zu haben. Ebenfalls angeklagt und zu Geldstrafen verurteilt wurden 156 Frauen. Von richterlicher Seite wurden die vorliegenden Indikationen überprüft, wobei insbesondere die angelegten Maßstäbe für kontroverse Diskussionen sorgten.

Inwieweit sich dieser Prozeß auf die bundesdeutsche Rechtsprechung auswirken wird, ist gegenwärtig nicht absehbar. Nach der repräsentativen Untersuchung von LIEBL (vgl. BILD DER WISSENSCHAFT 3/1988) sprachen sich lediglich ca. ein Viertel der befragten Richter und Staatsanwälte für eine Verschärfung des § 218 StGB aus. 43% der Richter und 47% der Staatsanwälte plädier-

ten für die Streichung des § 218 StGB oder die Fristenlösung. Demnach sind selbst die mit dem § 218 StGB befaßten Behörden in ihrer Meinung über den Sinn und die Wirksamkeit des Gesetzes gespalten. Auf eine Regelmäßigkeit in der Anwendung der Sanktionsnormen läßt das verfügbare Datenmaterial kaum schließen.

## 2.4 Akzeptanz des reformierten § 218 und aktuelle Kontroversen

### *Bevölkerungsumfragen*

Zu der Einstellung der Bevölkerung zum § 218 StGB liegen Erhebungen von verschiedenen Meinungsforschungsinstituten vor sowie eine detaillierte Untersuchung über die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und ihre korrespondierenden Faktoren (ZUNDEL u.a. 1982; methodische Beschreibung s. Kap.2.3.1).

Nach der Untersuchung von ZUNDEL u.a. (1982, S.207) sprachen sich

- 7,8% für eine Streichung des § 218 StGB aus,
- 35,9% für die Fristenlösung,
- 25,5% bejahten die Indikationslösung,
- 24,5% befürworteten einen Schwangerschaftsabbruch bei Gefahr für die Gesundheit der Frau und
- 3,5% sprachen sich für ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs aus.

Bei den Meinungsumfragen von LEGGE (1983) und NOELLE-NEUMANN/PIEL (1983, S.310) wurde eine Akzeptanz der Indikationslösung bei 40%-50% der Befragten ermittelt. Während sich jedoch nach LEGGE (1983) 17% für eine Liberalisierung und ca. 40% sich für eine restriktivere gesetzliche Regelung aussprachen, sind diese Verhältnisse bei NOELLE-NEUMANN/PIEL (1983) gerade umgekehrt.

Ein Gesamtbild über die Meinungslage der bundesdeutschen Bevölkerung läßt sich allerdings schwer ermitteln, da in den empirischen Untersuchungen jeweils unterschiedliche Maße Verwendung fanden. Dabei waren die Grenzen zwischen ethischer Wertung, rechtlicher Regelung und alltäglich-pragmatischer Meinung schon in den Frageformulierungen nicht scharf zu ziehen. Des weiteren ist die Veröffentlichung dieser Ergebnisse sowie der Methodik oft unzureichend. So gab BUSCHMANN (1984) als Ergebnis einer nicht näher spezifizierten Meinungsumfrage an, daß sich 28% für eine Liberalisierung des § 218 StGB und 10% für eine

Verschärfung aussprechen würden. Sie zieht daraus den Schluß, daß die Indikationslösung in erhöhtem Maße bei der Bevölkerung Akzeptanz finden würde. Auch DÄUBLER-GMELIN/FAERBER-HUSEMANN (1987, S.14) gaben an, daß 75% aller Bürgerinnen und Bürger die geltenden Vorschriften des § 218 StGB für richtig, notwendig oder wenigstens akzeptabel halten würden. Demgegenüber zitierte SCHWARZER (1986, S.11) eine Umfrage, wonach 69% bejahten, daß es jeder Frau selbst überlassen sein solle, die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch zu treffen.

In den "ALLBUS-Umfragen" wurden sieben Situationen vorgegeben, die weitgehend die gesetzliche Indikationen enthalten: Tabelle 3 zeigt die Zustimmung zu diesen Items bei der repräsentativen Bevölkerungsumfrage von 1982.

**Tabelle 3:** Resultate der "ALLBUS-Umfrage" 1982 (nach BORA/LIEBL 1986)

"Bitte sagen Sie mir, ob es Ihrer Meinung nach einer Frau gesetzlich möglich sein sollte oder nicht, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen, ..."

	Zustimmung in %
"wenn das Baby mit hoher Wahrscheinlichkeit eine ernsthafte Schädigung haben wird"	93,05
"wenn die Frau verheiratet ist und keine Kinder mehr haben möchte"	41,56
"wenn die Gesundheit der Frau durch die Schwangerschaft ernsthaft gefährdet ist"	94,13
"wenn die Familie nur über geringes Einkommen verfügt und sich keine Kinder mehr leisten kann"	51,79
"wenn die Schwangerschaft Folge einer Vergewaltigung ist"	91,07
"wenn die Frau unverheiratet ist und den Vater des Kindes nicht heiraten möchte"	30,85
"wenn die Frau es so will, unabhängig davon, welchen Grund sie dafür hat"	29,25

Es zeigte sich, daß die "klassischen" Indikationen (medizinische, eugenische und kriminologische) von über 90% der Bevölkerung akzeptiert wurden. Ein Bruch trat ein, sobald die Indikationen "weicher" wurden und soziale Sachverhalte tangierten. Ca. 30% sprachen sich für eine uneingeschränkte (bzw. zeitlich limitierte) Entscheidungsbefugnis der Frau aus.

Von BORA/LIEBL (1986) und vom INSTITUT FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG DES BISTUMS ESSEN (1984) wurden diese Umfrageergebnisse in Beziehung zu sozialen Merkmalen dieser Stichprobe gesetzt. Nach BORA/LIEBL (1986) zeigte sich ein schwach ausgeprägter Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und der Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs; stärkere Zusammenhänge wurden hingegen mit allgemeinen Wertorientierungen der Befragten aufgefunden: Der Kirchenbindung, der Religionszugehörigkeit sowie der parteipolitischen Orientierung. Aufgrund ihrer Daten wenden sich BORA/LIEBL (1986, S.19) gegen die Annahme, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch das Verhalten in der konkreten Konfliktsituation nennenswert beeinflusse.

Nach den Auswertungen des INSTITUTS FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG (1984) standen die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch im Zusammenhang mit einem mehrschichtigen "Syndrom" aus Alters-, Kirchenbindungs- und Religiositätsmerkmalen. Bezüglich der konfessionsspezifischen Unterschiede wurde herausgefunden, daß Protestanten den Schwangerschaftsabbruch tendenziell häufiger befürworteten als Katholiken, und zwar bei allen Indikationen. Besonders deutlich war der Unterschied zu Konfessionslosen: Hier könnten die vorliegenden Ergebnisse auf den vollzogenen radikalen Bruch mit der kirchlichen Denktradition hinweisen.

Nach ZUNDEL u.a. (1982, S.207f.) bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen restriktiven bzw. liberalen Wünschen bezüglich der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und konservativen bzw. emanzipationsorientierten "Grundeinstellungssystemen": Welche Orientierung über-wog, war von soziodemographischen Variablen wie Kirchenbindung, Problemnähe, sozialer Schicht, Parteipräferenz u.ä. abhängig. Von den einzelnen Indikationen des reformierten § 218 StGB war auch nach ZUNDEL u.a. (1982, S.215 f.) die medizinische am wenigsten umstritten, gefolgt von der eugenischen und der kriminologischen. Am wenigsten Konsens fand erwartungs- und übereinstimmungsgemäß die Notlagenindikation.

### *Stellungnahmen gesellschaftlich relevanter Gruppen*

Die kontroverse Einschätzung des § 218 StGB schlägt sich auch in der **politischen Diskussion** nieder, die in den letzten Jahre mitnichten zu Ruhe gekommen ist. Betrachtet man die Stellungnahmen gesellschaftlich relevanter Gruppen, so lassen sich folgende Tendenzen festhalten (ausführlich s. z.B. NEUBAUER 1982, S.19-34; SANDSCHNEIDER 1983; MICHAELIS 1987):

- Unter den Parteien sind **CDU** und **CSU** mit der Reform des § 218 unzufrieden; sie sehen den Schutz des ungeborenen Lebens nicht ausreichend gewährleistet. Obwohl nach der Regierungsübernahme 1983 keine Änderung des bestehenden Gesetzes vorgenommen werden sollte (s. z.B. FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 21.2.1983), wurden verschiedene Bemühungen initiiert, den § 218 StGB restriktiver zu handhaben.
- Die **SPD**, unter deren Regierung die Indikationsregelung eingeführt wurde, will das Gesetz in der vorliegenden Form erhalten (VORSTAND DER SPD 1986, S.32f.). Der "Arbeitskreis sozialdemokratischer Frauen" (AsF) hatte sich bislang mehrheitlich für die Fristenregelung ausgesprochen. Auf der Bundeskonferenz der AsF vom 16.-18.10.1987 in Mannheim sprach sich deren Bundesvorstand nunmehr für eine prinzipielle Straffreiheit für Frauen und Ärzte aus, da "das Strafrecht kein geeignetes Mittel für die Lösung von Schwangerschaftskonflikten" sei (s. die TAGESZEITUNG vom 12.9.1987).
- Die **FDP** ist wie zur Zeit der Gesetzesreform (s. KRAIKER 1983, S.64) für eine Fristenlösung, setzt sich jedoch im aktuellen politischen Geschehen lediglich dafür ein, daß am bestehenden Gesetz nichts verändert wird.
- Die **Grünen** streben eine gänzliche Abschaffung des § 218 StGB an; sie betonen den Aspekt der Bevormundung von Frauen durch die Bestrafung einer Handlung, über die allein die Schwangere zu entscheiden habe (DIE GRÜNEN 1986, S.50).

Auch die **Gewerkschaften** halten trotz des Urteils des Bundesverfassungsgerichts eine Liberalisierung des § 218 StGB für angemessen. Auf dem 13. Bundeskongreß des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) wurde mehrheitlich gefordert, daß Frauen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch "endlich entkriminalisiert" werden sollten. Auch sprechen sich verschiedene Einzelgewerkschaften wie die ÖTV und die HBV für die ersatzlose Streichung des § 218 aus dem Strafgesetzbuch aus (vgl. PRO FAMILIA-MAGAZIN 1/1986, S.19f.).

Die **katholische Kirche** sieht im Schwangerschaftsabbruch einen unzulässigen Eingriff in das menschliche Leben, das vom Augenblick der Empfängnis beginne; von diesem Tag an ist ihrer Auffassung nach das Leben unantastbar. Die katholische Kirche war gegen den reformierten § 218 StGB, da er keinen ausreichenden Schutz für das ungeborene Leben biete. Sie fordert die Einleitung verschiedener Maßnahmen, um der "mißbräuchlichen Anwendung des geltenden Gesetzes" entgegenzuwirken (ZENTRAALKOMITEE DER DEUTSCHEN KATHOLIKEN 1985, S.46).

Für die **evangelische Kirche** steht ebenfalls der Schutz des ungeborenen Lebens im Vordergrund. Darüber hinaus werden jedoch im Einzelfall Notlagen akzeptiert, die im Prinzip der gesetzlichen Regelung entsprechen. Ziel müsse jedoch sein, Lebensmut und Lebensfreude zu stärken, so daß das ungeborene Leben angenommen und in seinem Wert als menschliches Leben akzeptiert werden könne. Weder ein prinzipielles Recht auf Abtreibung noch ein prinzipielles Verbot jeglichen Eingriffs könne dem tatsächlichen konkreten Erfordernis im Einzelfall gerecht werden (s. RELLER 1980, S.29).

Ebenfalls melden sich in der Kontroverse um den Schwangerschaftsabbruch Vertreter/innen der direkt Betroffenen zu Wort: Während die Einstellung der **Ärzte** zum § 218 StGB unterschiedlich ist (s. Kap.2.3.2 und 2.3.4), äußern sich die ärztlichen Standesorganisationen (so z.B. der DEUTSCHE ÄRZTETAG 1984) überwiegend ablehnend zum § 218 StGB. Seitens feministisch orientierter **Frauengruppen** (s. z.B. RETZLAFF u.a. 1981; SCHWARZER 1986; KRIEGER 1987) wird eine Streichung des § 218 StGB gefordert. Der reformierte § 218 StGB wird unter dem Aspekt der Bevormundung von Frauen kritisiert, da er das Selbstbestimmungsrecht der Frauen verletze.

### *Aktuelle Kontroversen*

Betrachtet man die **Inhalte** der Auseinandersetzungen in den letzten Jahren, so zeigt es sich, daß - verbunden mit der Regierungsübernahme der CDU/CSU/FDP-Koalition - die Angriffe auf den § 218 StGB überwiegend von denjenigen gesellschaftlichen Kräften formuliert werden, denen der § 218 StGB zu weit geht und die den Schutz des ungeborenen Lebens zur Disposition gestellt sehen. Obgleich auch aus den Kreisen der CDU/CSU häufiger Stimmen laut wurden, die für eine Abschaffung der allgemeinen Notlagenindikation plädierten (s. z.B. DER SPIEGEL vom 19.8.1985) konnte hierfür bislang keine Mehrheit gefunden werden. Von feministischer Seite (s. SCHWARZER 1986) wurde ein Vorstoß in Richtung einer Normenkontrollklage gegen den § 218 StGB beim Bundesverfassungsgericht erwogen, der jedoch bei keiner der angesprochenen Parteien mehrheitliche Zustimmung fand. Demgegenüber wurden Veränderungen und Veränderungsversuche bei verschiedenen Einzelaspekten des § 218 StGB angesetzt (eine chronologische Aufarbeitung der Tagespresse zu den Auseinandersetzungen der letzten Jahre findet sich bei MICHAELIS 1987; BRÜCK 1987).

### *Handhabung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen*

Von der Landesregierung Baden-Württemberg wurden bislang Anträge auf Zulassung von gynäkologischen Praxen für ambulante Schwangerschaftsabbrüche weitgehend verweigert (vgl. LANDTAGS-DRUCKSACHE 9/2250, S.53f.). Nach Urteilen der Verwaltungsgerichte Karlsruhe und Freiburg sowie des Verwaltungsgerichtshofs Mannheim (vgl. RIEGER 1985; RICHTER 1986) sei jedoch das Verbot des Sozialministeriums nicht vereinbar mit dem Grundrecht auf freie ärztliche Berufsfreiheit und dem Bundesgesetz, das die Zulassung solcher Einrichtungen grundsätzlich vorsehe (vgl. BADISCHE ZEITUNG vom 14.4.1984, 6.10.1984, 26.2.1985). Die darauffolgende Revision des Sozialministeriums am Bundesverwaltungsgericht hob jedoch das Mannheimer Urteil wieder auf (BVerWGE 75, S.330f.; s. auch FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 6.1.1987). Das Argument der Landesregierung, daß der Bedarf an Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bereits durch Kliniken gedeckt sei, wurde vor allem durch die Stuttgarter Frauenbeauftragte STECKMEISTER kritisiert, die von einem "regen Abtreibungstourismus" ausgeht: So wird in einem diesbezüglichen Gutachten angegeben, daß 80%-90% der baden-württembergischen Frauen in andere Bundesländer oder Nachbarstaaten ausweichen würden (DIE TAGESZEITUNG vom 24.8.1987; DIE ZEIT vom 28.8.1987). Ebenfalls wird die Situation noch durch die umstrittenen "Kreistagsbeschlüsse" (vgl. GRUPP 1977) erschwert, durch die einige Landkreise in Baden-Württemberg in kommunalen Krankenhäusern die Durchführung von nicht medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen untersagen.

### *Einschränkung der Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen*

Die Finanzierung vor allem von notlagenindizierten Schwangerschaftsabbrüchen durch die Krankenkassen wurde wiederholt versucht anzufechten: So durch die Klage einer Einzelperson, die vom Sozialgericht Dortmund an das Bundesverfassungsgericht verwiesen, dort jedoch im Juni 1984 abgewiesen wurde (BVerfGE 67, S.26ff., s. auch SÜDDEUTSCHE ZEITUNG vom 20.6.1984; TAGESZEITUNG vom 20.6.1984). Auch das Bundessozialgericht in Kassel wies eine diesbezügliche Klage ab, da es nicht die Angelegenheit einer Einzelperson sei, über die Leistungen der Krankenkasse zu befinden (BSGE 60, S.248ff.; s. auch FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 25.9.1986). Des weiteren konnten Gesetzesentwürfe von CDU/CSU-Bundestagsabgeordneten zur Änderung der Reichsversicherungsordnung - zum Teil wegen überfraktioneller Proteste weiblicher Abgeordneter - keine Mehrheit finden (BUNDESTAGS-DRUCKSACHE 10/941; s. auch BADISCHE ZEITUNG vom 27.1.1984). Weitere Bemühungen

um eine Veränderung der Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen fanden sich in einem Vorstoß von Rheinland-Pfalz, wobei eine diesbezügliche Normenkontrollklage bei dem Bundesverfassungsgericht diskutiert wurde (vgl. BUNDESRATS-DRUCKSACHE 398/85; s. auch FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 17.1985, 9.7.1985; FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG vom 29.8.1985), der jedoch mangels Unterstützung vorläufig fallengelassen wurde (FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 21.12.1985; FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG vom 29.1.1986).

### *Ausbau flankierender Maßnahmen*

Bereits im Februar 1983 wurde unter Federführung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit eine "Interministerielle Arbeitsgruppe zum Schutz des ungeborenen Lebens" eingesetzt (PRESSEDIENST DES BUNDESMINISTERS FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT vom 19.2.1983), deren Empfehlungen (BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT 1984; s. auch FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 10.12.1983) zur Einrichtung der Bundesstiftung "Mutter und Kind" führten. Schon vor Verabschiedung der Bundesstiftung stieß das Vorhaben auf Kritik (s. z.B. FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 2.2.1984; BADISCHE ZEITUNG vom 14.3.1984), zum Teil wegen der Verkürzung der Notlagenindikation auf finanzielle Aspekte, zum Teil wegen der absehbaren Unzulänglichkeit der Maßnahmen. Die insbesondere von Pro Familia formulierte Kritik beschwor eine Diskussion um die Aberkennung der Beratungszulassung für Pro Familia herauf (s. z.B. FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 14.7.1984, 4.8.1984; DER SPIEGEL vom 16.7.1984). Des Weiteren wurde zum 1.1.1986 das Bundeserziehungsgeld eingeführt, demnach jeder Frau nach der Geburt eines Kindes für die Dauer von 10 Monaten 600 DM zustehen (INFORMATION DES BUNDESMINISTERS FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT vom 2.12.1985; s. auch FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG vom 14.9.1985; FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 27.11.1985).

### *Änderung der Beratungsgesetze*

Nachdem der Bundesrat mehrheitlich bereits im Dezember 1985 (s. BUNDESRATS-DRUCKSACHE 398/85; FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 21.12.1985) eine Resolution verabschiedete, in der neue Vorschriften für Berater und Ärzte gefordert wurden und nachdem Baden-Württemberg seine Richtlinien zur Sozialberatung revidiert hatte (GABI. 1986, S.126ff.; s. FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG vom 12.12.1985) wurde ein neues bundesweites Bera-

tungsgesetz Thema der Koalitionsverhandlungen zwischen CDU/CSU und FDP nach der Bundestagswahl im Januar 1987 (s. FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 2.3.1987, 7.3.1987; STERN vom 26.3.1987).

Nach dem Entwurf des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vom 23.4.1988 sind folgende Veränderungen zu der bisherigen Praxis vorgesehen:

- Eindeutige Zielbestimmung der Sozialberatung im Hinblick auf den Schutz des ungeborenen Lebens (§ 2);
- Ausbau des Beratungsangebots mit verstärkter finanzieller Förderung, wobei Anerkennung und Förderung von Beratungsstellen mit einer Verpflichtung zur Beratung zugunsten des ungeborenen Lebens einhergehen soll (§10, §11);
- eventuelle Einbeziehung von Personen in das Beratungsgespräch, "die zur Bewältigung der Not- oder Konfliktlage beitragen können" (§ 4);
- personelle Trennung von Sozialberatung und Indikationsfeststellung (§ 6);
- Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, die Sozialberatungen durchführen oder Indikationen feststellen (§ 12, §14);
- Koppelung der Honorarabrechnung für den Schwangerschaftsabbruch mit der Meldepflicht an das Statistische Bundesamt (Art. 2).

Wegen anhaltender Differenzen wurde der Entwurf bislang noch nicht verabschiedet.

### *Résumé*

Diese - hier lediglich verkürzt dargestellte - aktuelle Diskussion um den § 218 StGB läßt deutlich werden, daß zwar (von wenigen Ausnahmen abgesehen) die Gesetzesreform an sich nicht angegriffen wird, daß jedoch versucht wird, in die Implementationsbedingungen einzugreifen. So sollen die Handlungsspielräume der Ärzte und Berater beschränkt werden und Schwangerschaftsabbrüche durch die Anfechtung der Finanzierung durch die Krankenkasse sowie die Erhöhung der Hilfen für Mutter und Kind erschwert bzw. vermieden werden. Obgleich sich im gesellschaftlichen Kräfteverhältnis (nach Meinungsumfragen unter der Bevölkerung) eine Mehrheit für die Beibehaltung der Indikationslösung oder eine weitgehende Liberalisierung des § 218 StGB ausspricht, ist die politische Diskussion von Maßnahmen zu dessen Verschärfung dominiert.

## 2.5 Zusammenfassung und Diskussion

Mit der Reform des § 218 StGB wurde eine Gesetzeswerk geschaffen, mit dem versucht wurde, eine Kompromißformel zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau zu finden. In dem Bemühen, in einem gesellschaftlich äußerst kontrovers beurteilten Problemfeld zu einer tragbaren Lösung zu kommen, wurde eine Regelung entwickelt, die sich sowohl bezogen auf die inhaltlichen Voraussetzungen für einen legalen Schwangerschaftsabbruch als auch im Hinblick auf die Durchführungsstruktur als hoch komplex darstellt. Dies bedeutet, daß die Quellen für Implementationsprobleme äußerst vielfältig sind.

Die inhaltliche Beurteilung des Implementationsprozesses kann dabei nach zwei Richtungen erfolgen:

- Wird der Handlungsspielraum der Implementationsträger zu eng gehandhabt: Ermöglicht die Durchführungspraxis die Lösung unzumutbarer Konfliktsituationen durch einen legalen Schwangerschaftsabbruch?
- Wird der Handlungsspielraum zu weit genutzt: Findet die Intention des Gesetzgebers, ungerechtfertigte Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden, im Rahmen der Durchführung Resonanz?

Aufgrund der Pluralität der mit der Umsetzung des § 218 StGB befaßten Institutionen dürften diese Fragen nicht einheitlich zu beantworten sein. In der aktuellen politischen Diskussion wird überwiegend davon ausgegangen, daß der Handlungsspielraum der Akteure zu weit sei und restriktive Maßnahmen zu ergreifen seien. Dies entspricht der in der Implementationsforschung gemachten Beobachtung, daß die in dem politischen Entscheidungsprozeß unterlegene Fraktion - sofern der Konflikt nicht durch Überzeugungsarbeit gelöst wurde - im Rahmen der Implementation versuchen wird, die politische Praxis in ihrem Sinne zu beeinflussen.

Probleme bei der Analyse des Implementationsprozesses beginnen bereits auf der Ebene des zugrundeliegenden Programmes, da die Zieldefinition der Indikationslösung nach § 218 StGB eine relative ist: "Unzumutbare" Konfliktlagen können durch einen Schwangerschaftsabbruch eine legale Lösungsmöglichkeit erfahren, jedoch sollen "ungerechtfertigte" Schwangerschaftsabbrüche vermieden bzw. minimiert werden. Insbesondere bei der Notlagenindikation provoziert dies Definitionsprobleme, die vor Ort von den am Verfahren beteiligten Akteuren gelöst werden müssen, wobei insbesondere den indikationsfeststellenden Ärzten zentrale Bedeutung zukommt.

In bezug auf die **Indikationsfeststellung** weisen bisherige Forschungen und Publikationen neben den erwähnten Definitionsproblemen vor allem auf die Kollisionen mit dem ärztlichen Selbstverständnis und den professionellen Normen der Ärzteschaft hin sowie auf die in weiten Kreisen der Ärzteschaft vorhandene Ablehnung der Notlagenindikation. Dieses zum Teil als Boykott interpretierte Verhalten der Ärzte führt bei betroffenen Frauen oft zur Notwendigkeit, mehrere Ärzte aufzusuchen. Andererseits wurde auch problematisiert, daß vor allem die unspezifische Formulierung der Notlagenindikation zu einer "verkappten Fristenlösung" geführt habe.

Anders gelagerte Probleme zeigen sich bei der **Sozialberatung**. Bedingt durch die unterschiedlichen Richtlinien der Bundesländer und die Ausgestaltung der Aufgabendefinition durch verschiedene Beratungsträger, sind bei - im Prinzip vorhandener Pluralität - regional die Prioritäten unterschiedlich gesetzt: Dies bedeutet unterschiedliche Ausgangsbedingungen, eine Beratungsstelle eigener Wahl zu finden, wobei die meisten Beratungen durch die Pro Familia durchgeführt werden. Die obligatorische Form der Beratung und die - in verschiedenen Länderrichtlinien vorgesehene - Hinwirkung auf die Frau, die Schwangerschaft auszutragen, erzeugen häufig Probleme mit dem beruflichen Selbstverständnis der Berater/innen. Die gezielte Einwirkung auf die Motivation der betroffenen Frau scheint insofern fraglich, als die meisten Frauen vorentschieden eine Beratungsinstitution aufsuchen und sich die Erwartungen an die Beratung überwiegend auf sachliche Information sowie einfühlsame Gesprächsbereitschaft beziehen.

Auch die **Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs** ist durch länderspezifische Regelungen bestimmt. Auch hier stellen sich die Implementationsprobleme vorrangig regional unterschiedlich dar: So wird von einem beträchtlichen "Abtreibungstourismus" innerhalb der Bundesrepublik ausgegangen. Offensichtlich machen etliche Kliniken von ihrem Weigerungsrecht, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, Gebrauch. Zu nennen sind die konfessionellen Einrichtungen sowie die durch Kreistagsbeschlüsse gebundenen Kliniken in Baden-Württemberg. Zudem scheint die Bereitschaft von Ärzten, Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer Notlagenindikation durchzuführen, eher gering zu sein. Obgleich Schwangerschaftsabbrüche im Ausland insgesamt abgenommen haben, deuten wissenschaftliche Untersuchungen daraufhin, daß diese Möglichkeit vor allem von Frauen wahrgenommen wird, die sich nicht dem Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland unterziehen möchten, und die aus Bundesländern stammen, in denen der § 218 eher restriktiv gehandhabt wird. Die Möglichkeit, ambulante Schwangerschaftsabbrüche durchführen zu lassen, ist ebenfalls regional unterschiedlich. Politisch umstritten ist die Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Krankenkassen. Darüber hinaus ist unklar, in welchem Maße bereits die Frauen selbst zu finanziellen Zusatzaufwendungen herangezogen werden. Angaben über die Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche sind unzureichend, da von einem Meldedefizit der Ärzte gegenüber dem Statistischen Bundesamt ausgegangen werden muß.

Die Wirksamkeit von **Sanktionsnormen** in diesem Bereich ist nach historischen Erfahrungen als eher gering einzuschätzen. Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den an einem Schwangerschaftsabbruch Beteiligten sind vor

allem aufgrund der Privatheit der Situation, der Schweigepflicht von Ärzten und Beratern sowie des teilweise breiten Ermessensspielraums schwer zu realisieren und darüber hinaus - wo dies geschehen ist - politisch umstritten. Wie auch Meinungsumfragen zeigen, ist ein breiter Konsens in der ethischen und politischen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs nicht greifbar. Wird ein Verhalten von den einen als "defizitäre" Aufgabenerfüllung angesehen, die es zu unterbinden gilt, um dem Ziel näher zu kommen, so betonen andere, daß diese so gestaltete Aufgabenerfüllung das Funktionieren des Gesetzes aufrechterhalten würde und ansonsten beispielsweise mit verstärktem Abwandern ins Ausland oder in die Illegalität zu rechnen sei.

Inwiefern eine gesetzliche Regelung auch auf das "ob" eines Schwangerschaftsabbruchs Einfluß nehmen kann und nicht lediglich das "wie" seiner Realisierung bestimmt, ist bislang nicht erforscht. Die vorliegenden empirischen Untersuchungen zum § 218 StGB haben ihr Augenmerk vorrangig auf die Durchführungsbedingungen nach § 218 StGB sowie die diesbezüglichen Erfahrungen gerichtet. Als wesentliches Resultat ist festzuhalten, daß sich der Verfahrensweg für viele Frauen offensichtlich problematischer gestaltet als ursprünglich vorgesehen. Die Beratung und vor allem die oft hindernisreiche Suche nach einem Arzt bzw. einer Klinik werfen dabei für die betroffenen Frauen oft Schwierigkeiten auf, die offensichtlich in keinem Verhältnis zu dem vom Gesetzgeber intendierten Entscheidungseinfluß dieser Institutionen stehen.

Zu beachten ist allerdings, daß in den vorliegenden Untersuchungen lediglich Frauen befragt wurden, die den Schwangerschaftsabbruch erfolgreich realisierten. Diejenigen Frauen, die sich entschieden, die Schwangerschaft auszutragen, wurden in keiner der genannten Untersuchungen berücksichtigt. Gerade die Untersuchung dieser Stichprobe wäre jedoch notwendig, um Aussagen über einen tatsächlichen Einfluß der gesetzlichen Regelung auf das Entscheidungsverhalten zu treffen.

Ein weiterer Kritikpunkt an den vorliegenden empirischen Studien zum § 218 StGB liegt - sofern es sich nicht um Bevölkerungsumfragen handelt - in der fehlenden Repräsentativität der Stichproben. Da allerdings die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs auch nach erfolgter teilweiser Entkriminalisierung nach wie vor einer gewissen Tabuisiertheit unterliegt, scheint die Forderung nach Repräsentativität in diesem Forschungsgebiet kaum realisierbar zu sein. Sogar die Daten des Statistischen Bundesamtes, die auf breitester Ebene erhoben werden, können diese Ansprüche nicht erfüllen, da Unklarheit über das Dunkelfeld der nicht gemeldeten bzw. nicht legalen Schwangerschaftsabbrüche herrscht.

Ob ein Einfluß der unterschiedlichen Facetten der gesetzlichen Regelung im Hinblick auf die Entscheidung betroffener Frauen zum Tragen kommt, ist sicherlich von deren jeweiliger Befindlichkeit und individueller Konfliktsituation abhängig. Inwieweit beispielsweise die am Verfahren beteiligten Institutionen, die flankierenden finanziellen Maßnahmen, die Sanktionsdrohung und auch die moralische Verbindlichkeit der Norm in einem Bereich, der gemeinhin als privat angesehen wird, Relevanz erlangen können, kann erst ermittelt werden, wenn Klarheit über die Determinanten besteht, die zum Konflikt um eine ungewollte Schwangerschaft führen. In den folgenden Kapiteln werden die psychischen und sozialen Aspekte erörtert, die im Zusammenhang mit dem Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft und der Entscheidung pro oder contra Schwangerschaftsabbruch nach vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen bedeutsam sind.

### **3. Die Frau im Schwangerschaftskonflikt-Grundlagen und Stand der Forschung**

#### **3.1 Soziale und psychologische Bedeutung der Generativität und "Fertility-Decision-Making"**

##### *Historische Entwicklung*

Mit fortschreitender Industrialisierung hat sich auch in der Familie ein grundlegender Wandel vollzogen. Die durchschnittliche Kinderzahl ist seit dieser Zeit rückläufig (s. beispielsweise SCHMID 1980; WINGEN 1983). Da es sich beim generativen Verhalten und den zugrundeliegenden Wertwandlungen um einen über einen längeren Zeitraum sich erstreckenden dynamischen Prozeß handelt, sind die möglichen Einflußfaktoren vielfältig. Während im traditionellen agrarischen, aber auch im frühen proletarischen Lebenszusammenhang eigene Kinder fraglos als ökonomische Ressource galten, haben Kinder heute unter verschiedenen Aspekten einen anderen Stellenwert als in der Vergangenheit und diejenigen Frauen, die sich in der Lebensphase befinden, in der sie Kinder haben können, sehen sich einer vielfältig veränderten Lebenssituation gegenüber im Vergleich noch zur Generation ihrer Eltern. So nennt SCHMID (1980, S.28-34) vor allem folgende Gründe für die heutigen Beschränkungen des Kinderwunsches: Den Rollenwandel der Frau, Verhaltensautonomie als gesellschaftliches Leitbild, steigende Lebensansprüche verbunden mit mangelnder Vorbereitung auf Eltern- und Partnerschaft sowie eine allgemeine "Kinderfeindlichkeit" der modernen Industriegesellschaft.

Es wird häufig angenommen, daß die zunehmende Berufstätigkeit der Frau mit den Aufgaben der Kinderbetreuung kollidiert, die immer noch hauptsächlich der Frau zugewiesen werden und somit häufig zu einer "Doppelbelastung" führen. Daneben tauchen mit der Elternschaft häufig materielle Probleme auf, die in erhöhtem Maße alleinstehende Mütter betreffen (s. z.B. GUTSCHMIDT 1986; SWIENTEK 1984). Auch sind die Anforderungen an Versorgung, Pflege und Förderung der Entwicklung des Kindes höher gesteckt ("pädagogische Kindheit"), was häufig zu einer stärkeren Orientierung am Kind und somit zu dem Wunsch nach Einschränkung der Kinderzahl führen kann (vgl. BECK-GERNSHEIM 1984, S.127f.).

Dennoch ist der Wunsch nach eigenen Kindern nach wie vor weit verbreitet. Die gesellschaftliche Idealvorstellung von der Zwei-Kinder-Familie wird heute von fast allen sozialen Gruppen im gleichen Umfang geteilt (GISSER u.a. 1985,

S.71f.). Was sich jedoch deutlich geändert hat, sind die Motive dieses Kinderwunsches: nach der Untersuchung von MÜNZ u.a. (1985, S.370) spielen traditionelle Beweggründe kaum noch eine Rolle. Eltern betrachten ihre Kinder demnach primär nicht mehr als Erben, Familienarbeitskräfte oder Garanten der eigenen Altersversorgung. Viel eher scheint der Wunsch nach Kindern ein gegenwartsbezogener zu sein, mit dem sich persönliche Glückserwartungen verbinden. Die Auflösung restriktiver sozialer Normen und die Verfügbarkeit von wirksamen Methoden zur Empfängnisverhütung bewirken, daß individuelle Wünsche und Zielvorstellungen eine immer zentralere Rolle spielen (s. BECK-GERNSEHEIM 1984, S.77f.).

MITTAG/JAGENOW (1984; JAGENOW/MITTAG 1983) befragten nicht-schwangere Frauen bezüglich der Bedeutung, die ein Kind für sie haben könnte. Sie ermittelten dabei unterschiedliche Motivklassen, die sich auf Kinder in der Wunschphantasie bezogen und in denen die Kinder überwiegend funktionalen Charakter hatten, indem sie wichtige Aufgaben im Leben der Mutter oder des Paares erfüllten (wie z.B. Familie gründen; Lebenssinn durch Kinder u.ä.). Auch BERNINGHAUSEN (1980, S.85-95) wies auf die "egoistischen" Motive beim Kinderwunsch hin. So sei die Schwangerschaft oftmals mit positiven Anreizen und der Anerkennung des "Frau-Seins" verbunden. Durch den Kontakt mit dem Kind könne ein hohes Maß an zärtlicher und psychischer Befriedigung erfahren werden. Die Arbeitsgruppe um ROSENSTIEL (s. OPPITZ u.a. 1983; ROSENSTIEL u.a. 1984; STENGEL u.a. 1983) ermittelte in einer empirischen Untersuchung von 667 Ehepaaren verschiedene Komponenten des Kinderwunsches. Sie unterschieden dabei den extrinsischen Wert von Kindern (Realisierung eigener Lebenswerte durch ein Kind), den normativen Druck z.B. von Seite der eigenen Eltern, den intrinsischen Wert von Kindern (Freude an Kindern) sowie die sozio-ökonomischen Lebensbedingungen (Einkommen, Erwerbstätigkeit u.ä.). Aus diesen Komponenten konnte ein Erklärungsmodell zur Vorhersage der realisierten Kinderzahl erstellt werden. Auf geschlechtsspezifische Unterschiede beim Kinderwunsch wiesen HÖPFLINGER (1982) und MÜNKEL (1984) hin. Nach HÖPFLINGER (1982) sei der Kinderwunsch der Männer stärker mit allgemeinen Wertorientierungen verknüpft, während der Kinderwunsch der Frauen durch soziostrukturelle Faktoren determiniert sei.

Daß die Geburt eines Kindes für Frauen - vor allem für Erstschwangere - schwerwiegende soziale Konsequenzen und Statusveränderungen beinhalten kann, fanden MÜNZ/PELIKAN (1978) in einer Befragung von Frauen, die das Kind austrugen oder abbrachen:

"Zu Veränderungen des sozialen Status kommt es vor allem, wenn eine Frau bei Eintritt einer Schwangerschaft innerhalb der in der Regel zu beobachtenden Statussequenzen noch nicht den relativ stabilen Status der verheirateten, mit dem Partner zusammenlebenden und von ihm ökonomisch abhängigen Hausfrau erreicht hat. Nach einer Empfängnis kam es in der Regel nur dann zu Statusveränderungen in Richtung eines unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnissen relativ stabilen Endstatus, wenn die Schwangerschaft ausgetragen wurde. Der Abbruch einer ungeplanten Schwangerschaft hatte dagegen eher zur Folge, daß eine Statusveränderung vermieden wurde" (MÜNZ/PELIKAN, 1978, S.152).

### *Entscheidungsphasen*

Die Entscheidungssequenzen nach dem Eintreten einer Schwangerschaft wurden detailliert von MÜNZ/PELIKAN (1978) nachvollzogen.

MÜNZ/PELIKAN (1978) befragten 248 in Wien wohnhafte Österreicherinnen zwischen 15 und 45 Jahren durch mündliche, standardisierte Interviews hinsichtlich der Einflußfaktoren, die eine Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch respektive die Geburt eines Kindes bestimmten. Als Auswahlkriterien mußte eines der folgenden Merkmale zutreffen: eine eheliche bzw. uneheliche Geburt im ersten Quartal 1973 oder ein legaler (im 2. Quartal 1975) bzw. illegaler Schwangerschaftsabbruch (zwischen 1970 und 1974). Die Untersuchung erstreckte sich auf den Zeitraum zwischen Januar und August 1975.

MÜNZ/PELIKAN (1978, S.42-45) haben den Umgang einer Frau mit einer Schwangerschaft als einen mehrstufigen Entscheidungsprozeß konzipiert. Sie führten vier aufeinanderfolgende Phasen an:

- Planungsphase: Hier unterschieden MÜNZ/PELIKAN (1978) die geplante und die ungeplante Schwangerschaft.
- Reaktionsphase: Die Schwangerschaft kann in dieser Phase entweder akzeptiert, ambivalent aufgenommen oder abgelehnt werden.
- Intentionsphase: Hier entscheidet die Frau, ob sie das Kind austragen oder einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen möchte.
- Realisationsphase: In dieser Phase geht es darum, ob die getroffene Entscheidung realisiert wird oder nicht bzw. ob sie realisiert werden kann oder nicht.

MÜNZ/PELIKAN (1978) unterschieden grundsätzlich zwei verschiedene Schwangerschaftsverläufe, die durch die Entscheidungen in den unterschiedlichen Phasen determiniert sind:

"- Verläufe mit großer Konsistenz und Konsequenz im Handeln der Schwangeren; es handelt sich dabei um geplante, akzeptierte und schließlich intendiert ausgetragene Schwangerschaften sowie um nicht geplante, spontan abgelehnte und schließlich abgetriebene Schwangerschaften. - Verläufe, die durch Rationalisierungen, Resignation oder Ambivalenz im Verhalten der Schwangeren gekennzeichnet waren. Unter diese Kategorie fallen alle anderen betrachteten Schwangerschaftsverläufe" (MÜNZ/PELIKAN, 1978, S.53)

Dementsprechend würden die Frauen der ersten Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit ihr intendiertes Verhalten realisieren. Für die Frauen der zweiten Gruppe, die durch Ambivalenzen, Resignation oder soziale Ohnmacht geprägt sind, scheint insgesamt das Austragen der Schwangerschaft wahrscheinlicher, da das Erreichen eines Schwangerschaftsabbruch ein hohes Maß an konsequentem Handeln voraussetzt, das für diese Frauen schwerer aufzubringen ist.

Ein vergleichbarer "Entscheidungsbaum" wurde auch von OETER (1984, S.17) entwickelt. Auch er stellt verschiedene Entscheidungssequenzen dar, an deren Ende die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft und zum Schwangerschaftsabbruch steht. Dieser Entscheidungsbaum beginnt bei der Frage, ob überhaupt heterosexuelle Kontakte erfolgen sollen. Er führt des weiteren über Entscheidungssequenzen bezüglich der Empfängnisverhütung und des Kinderwunsches hin zu der Frage, ob nach Eintreten einer Schwangerschaft diese akzeptiert werden kann. OETER (1984, S.18) betonte jedoch, daß die Aneinanderreihung von Entscheidungsstufen eine erhebliche Vereinfachung darstellt, da auf allen Ebenen Ambivalenzen möglich sind, die eine widersprüchliche, konflikthafte und labile Verhaltenstendenz konstituieren können.

### *Definition "ungewollte Schwangerschaft"*

Eine genaue Begriffsbestimmung der ungewollten Schwangerschaft und ihrer Komponenten liegt bislang nicht vor. Die Abgrenzung von gewollten und ungewollten Schwangerschaften ist problematisch, da mehr oder weniger starke Konflikte auch bei Frauen auftreten können, die der Schwangerschaft grundsätzlich positiv gegenüberstehen, da eine Schwangerschaft und ein (weiteres) Kind oft Veränderungen der alltäglichen Lebenszusammenhänge und auch des Lebensstandards sowie damit verbundene vielfältige Anpassungsvorgänge beinhalten kann (vgl. HANFORD 1968; MOLINSKI 1972, 1978; LUKESCH 1981, S.1-17; DAVIS-OSTERKAMP 1982, S.497f.).

Wesentliche Momente der Auseinandersetzung mit dem Ungeborenen liegen in der Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft sowie den Reaktionen auf die ersten Kindsbewegungen (vgl. hierzu auch GLOGER-TIPPELT 1984).

Negative Reaktionen in diesen Stadien werden als Indikatoren für eine konflikt-hafte Schwangerschaft angenommen (vgl. LUKESCH 1981, S.9f.; MÜNZ/ PELIKAN 1978, S.42-45), wobei es bisher allerdings noch nicht gelungen ist, Merkmale des Schwangerschaftserlebens zu identifizieren, die in völlig konsistenter Weise für das Vorliegen eines Konflikts indikativ sind, denn die Auseinandersetzung mit dem erwarteten Kind ist von der Lebensgeschichte beider Partner, der Art ihrer Beziehung zueinander und ihrer gegenwärtigen Lebenssituation vielfältig bestimmt.

### *Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften*

Ein wichtiges, allerdings nicht hinreichendes Kriterium der gewollten Schwangerschaft ist sicherlich die Geplantheit. Nach der Übersicht von LUKESCH (1981, S.10) liegt der Prozentanteil von geplanten Schwangerschaften bei etwa 30%. Nach einer repräsentativen Untersuchung der GESELLSCHAFT FÜR GRUNDLAGENFORSCHUNG (1970, S.100) traten lediglich 32% der Schwangerschaften geplant ein.

Von den ca. 70% ungeplanten Schwangerschaften wird ein gewisser Anteil im nachhinein akzeptiert, so daß diese Schwangerschaften nicht mehr als ungewollt definiert werden können. Aus der Literaturübersicht von LUKESCH (1981, S.11) geht hervor, daß die Schätzungen über die Häufigkeiten von ungewollten Schwangerschaften zwischen 10% und 50% liegen. Nach MÜNZ/PELIKAN (1978, S.50f.) wurden insgesamt 51% der Schwangerschaften akzeptiert, 16% ambivalent aufgenommen und 33% abgelehnt. Von den ermittelten 74% ungeplanten Schwangerschaften wurden jedoch nur 37% akzeptiert, 20% ambivalent aufgenommen und 43% abgelehnt. Bei den ambivalent aufgenommenen Schwangerschaften war zu 57% ein Schwangerschaftsabbruch intendiert, bei den abgelehnten Schwangerschaften lag diese Intention zu 96% vor. Der Entschluß wurde von jeweils ca. 80% dieser Frauen realisiert.

Die Befragung der GESELLSCHAFT FÜR GRUNDLAGENFORSCHUNG (1970) bezog sich auf eine repräsentative Stichprobe schwangerer Frauen. Retrospektiv äußerten 48% dieser Frauen, daß die Schwangerschaft unerwünscht sei. Dieser Anteil ungewollter Schwangerschaften variierte mit der sozialen Schicht der Schwangeren. So lag der Anteil in der Unterschicht bei 55%, in der Mittelschicht bei 47% und in der Oberschicht bei 25% (GESELLSCHAFT FÜR GRUNDLAGENFORSCHUNG 1970, S.73).

Vergleicht man die in diesen verschiedenen Untersuchungen ermittelten Relationen, so scheint lediglich 1/3 aller Schwangerschaften geplant einzutreten; ak-

zeptiert werden insgesamt ca. 50%. Von den abgelehnten bzw. ambivalent aufgenommenen Schwangerschaften wird ein gewisser Anteil im Schwangerschaftsabbruch enden. Nach MÜNZ/PELIKAN (S.50f.) wird ca. 1/3 aller Schwangerschaften abgebrochen. Betrachtet man die Daten des STATISTISCHEN JAHRBUCHS (1986), so standen im Jahr 1985 den 584.157 Geburten (S.73) 83.583 gemeldete Schwangerschaftsabbrüche (S.384) gegenüber; dies bedeutet, daß auf sieben Geburten etwa ein Schwangerschaftsabbruch kommt. Bezieht man jedoch Schätzungen über die Dunkelziffer von Schwangerschaftsabbrüchen mit ein (vgl. Kap.2.3.4), so kann man - bei einer Gesamtzahl von etwa 200.000 Schwangerschaftsabbrüchen - ermitteln, daß etwa 1/4 aller eintretenden Schwangerschaften im Abbruch endet.

### *Résumé*

Die subjektive existenzielle Bedeutung einer ungewollten Schwangerschaft und eines Schwangerschaftsabbruchs liegt der Life-Event-Forschung zufolge im obersten Bereich belastender Lebensereignisse, vergleichbar beispielsweise mit einer Scheidung oder dem Tod eines Elternteils (s. BINDER u.a. 1984, S.175). Eine ungewollte Schwangerschaft (ob sie nun abgebrochen oder ausgetragen wird) kann für eine Frau zu einer Erfahrung werden, die ihr weiteres Leben in vielfältiger Weise prägen kann. Die Frage ist naheliegend, warum ungewollte Schwangerschaften nach wie vor in so hohem Maße auftreten und nicht präventiv gehandelt wird. Ehe im folgenden wissenschaftliche Befunde zur Genese ungewollter Schwangerschaften dargestellt werden, soll vorab der theoretische Rahmen aufgezeigt werden. Dabei werden verschiedene Ansätze der Konflikt- und Entscheidungsforschung referiert, die in unterschiedlichem Maße zur Untersuchung des Schwangerschaftskonflikts herangezogen wurden.

## **3.2 Der Schwangerschaftskonflikt im Lichte der Konflikt- und Entscheidungsforschung**

In der folgenden Übersicht sollen die wesentlichen konflikt- und entscheidungstheoretischen Ansätze dargestellt werden und - soweit vorhanden - durch Spezifikation dieser Ansätze in bezug auf den Schwangerschaftskonflikt diskutiert werden. Es ist allerdings festzuhalten, daß die meisten vorliegenden Untersuchungen zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch nicht theoriegeleitet vorgingen bzw. von impliziten theoretischen Annahmen ausgingen. Da die wissenschaftliche Erfahrung in diesem Problembereich stark von sozialer Tabuisierung und somit auch von den gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig ist

- die zumeist erst in den letzten Jahren liberalisiert wurden -, kann auf keine langdauernde Forschungstradition zurückgeblieben werden, so daß die Übernahme und Spezifizierung psychologischer und soziologischer Theorieansätze zumeist unzureichend geblieben ist. Aus diesem Grunde sollen in den folgenden Kapiteln wegweisende internationale - überwiegend amerikanische - Untersuchungen miteinbezogen werden. Ziel des folgenden Kapitels kann jedoch nicht sein, die Vielfalt der existierenden Konflikt- und Entscheidungstheorien darzustellen; vielmehr soll anhand der vorrangig diskutierten und übernommenen Modelle eine Orientierung über die vorhandenen Erklärungsmöglichkeiten erfolgen, mit denen Probleme der ungewollten Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs theoretisch bearbeitet werden können.

### *Definition*

Die im Rahmen der Konflikt- und Entscheidungstheorien entwickelten Ansätze können im wesentlichen in drei Hauptrichtungen zusammengefaßt werden, die sich mehr oder weniger unabhängig voneinander und parallel zueinander entwickelt haben. Diese drei Hauptrichtungen sind nach LANGENHEDER (1975, S.3f.):

- die entscheidungs- und spieltheoretischen Ansätze, die in enger Beziehung zur Ökonomie und zur angewandten Mathematik stehen;
- die v.a. motivations- und lernpsychologischen Ansätze, die individualpsychologische Merkmale im Entscheidungsverhalten untersuchen;
- die sozialpsychologisch-soziologischen Ansätze, die darüber hinaus versuchen, vor allem das menschliche Entscheidungsverhalten in sozialen Situationen zu erklären.

THOMAE (1974, S.14) analysierte die verschiedenen Ansätze der Konflikt- und Entscheidungsforschung auf ein möglicherweise gemeinsames Vorverständnis der Begriffe hin. Er stellte dabei folgende allgemeine Komponenten der Entscheidungssituation fest:

1. Das Gewährwerden mehrerer Möglichkeiten des Handelns,
2. Reaktionen auf diese Mehrdeutigkeit (Multivalenz) der Situation.

Darüber hinaus werden die Begriffe Konflikt, Entscheidung, Entscheidungshandlung verschieden definiert. Der Rahmen dessen, was als Entscheidungsverhalten angesehen wird, wird unterschiedlich weit gefaßt, eine allgemein verbindliche und akzeptierte Definition dafür gibt es nicht (vgl. OETER 1984, S.50f.): Enge

Definitionen verlangen, daß als Entscheidung nur eine Wahl zwischen Alternativen angesehen wird, wenn diese zugleich als wichtig und konfliktstark erlebt wird und die betreffende Person entschlußunsicher ist. Hiervon gibt es eine Reihe von Ausweitungen bis hin zu extrem weitgefaßten Definitionen, die praktisch jedes soziale Handeln als Entscheidungshandeln auffassen.

Daß die Definition eines Konflikts auf die ungewollte Schwangerschaft zutrifft, wird in der Literatur nicht bezweifelt:

"Als wichtigstes Charakteristikum der psychosozialen Situation der Klientin der Schwangerschaftskonfliktberatung gilt durchweg die Konflikthaftigkeit. Vieles spricht dafür, daß eine Schwangerschaft - ob erwünscht oder nicht - für eine Frau eine konfliktsträchtige Situation darstellt" (JUNGERMANN u.a. 1981, S.23).

"Grundsätzlich können wir davon ausgehen, daß auf dem Hintergrund des Wertesystems unserer Gesellschaft für jede gesunde Frau die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch konflikthaft ist" (v. TROSCHKE u.a. 1982, S.159).

ARNDT (1983, S.88-93) beschrieb folgende Charakteristika des Konfliktgeschehens im Rahmen der ungewollten Schwangerschaft:

1. Die Konfliktsituation einer Schwangeren ist dadurch gekennzeichnet, daß in ihr, als Antwort auf den Aufforderungscharakter der Situation (Valenzen), mehrere Verhaltenstendenzen ausgelöst werden.
2. Die Konfliktsituation einer schwangeren Frau ist durch die inhaltliche oder zeitliche Unvereinbarkeit bestimmter Verhaltenstendenzen gekennzeichnet.
3. Die Konfliktsituation einer Schwangeren ist gekennzeichnet durch das "Erleben einer Störung", die häufig im Sinne einer Frustration, im Extremfall als Streß erfahren wird.
4. Die Konfliktsituation einer Schwangeren ist gekennzeichnet durch Mangel oder Verlust an Orientierung, bisweilen erlebt als Zweifel.
5. Die Konfliktsituation einer Schwangeren ist durch das Einsetzen eines Entscheidungsdrucks gekennzeichnet.

### *Entscheidungs- und spieltheoretische Ansätze*

Die ersten entscheidungs- oder spieltheoretischen Ansätze wurden bereits im 18. Jahrhundert von Ökonomen und Mathematikern entwickelt. Das Grundproblem, von dem im wesentlichen alle entscheidungs- und spieltheoretischen Ansätze ausgehen, lautet folgendermaßen: Gegeben sei eine Situation, in der

ein Individuum zwischen zwei (oder mehreren) alternativen Möglichkeiten zu wählen hat. Diese Alternativen sind in der Regel (aber nicht notwendigerweise) unterschiedliche Varianten eines bestimmten Glücksspiels. Die zentralen Variablen sind dabei die Wahrscheinlichkeit (probability) und der Nutzen (utility): Es wird dabei diejenige Entscheidung getroffen, bei der die Verknüpfung zwischen Nutzen und Wahrscheinlichkeit optimal ist (vgl. LANGENHEDER 1975, S.3f.).

Der Unterschied zwischen den "klassischen" und den modernen entscheidungs- und spieltheoretischen Ansätzen besteht im wesentlichen darin, daß objektive Wahrscheinlichkeiten und Nutzen durch subjektive Wahrscheinlichkeiten und subjektive Nutzenvorstellungen ersetzt werden, daß bei der Analyse der Nutzenvorstellung außer Geld und sonstigen ökonomischen oder materiellen Gütern zunehmend andere, nicht materielle Güter berücksichtigt werden und daß der Prozeß der Informationsverarbeitung durch das Individuum verstärkt in das Blickfeld rückt (JUNGERMANN 1976, S.43-50; LANGENHEDER 1975, S.5-11). Die auf der "Spieltheorie" basierenden Entscheidungsmodelle werden auch als "rationale Entscheidungsmodelle" bezeichnet bzw. bilden den Kern der "decision theory" (s. FEGER/SOREMBE 1983, S.601).

Ein Beispiel im Bereich der Fertilitätsforschung für die Anwendung der "decision theory" stellt die Arbeit von BEACH u.a. (1977) dar. Dabei wurden Entscheidungsfacetten bezüglich der Familienplanung in überschaubare Teile zergliedert, denen ein relativer Nutzen zuzuschreiben war und deren subjektive Wahrscheinlichkeiten zu bestimmen waren, mit denen jeder Teil der Werthierarchie vermutlich befriedigt würde, wenn man sich für ein Kind entschied. Die Nutzenwerte vermochten die Familienplanung in der Vergangenheit zu erklären und in einer weiteren Studie auch die künftigen Entscheidungen vorherzusagen.

Gemäß dem Ansatz von LUKER (1975) sind Verhütung und ungewollte Schwangerschaft Phänomene, die sozial normiert werden und die mit unterschiedlich hohen Kosten (oder Nutzen) belegt sind. LUKER (1975, S.78f.) dehnt die Begriffe der Entscheidungstheorie allerdings sogar auf persönliche psychische und unbewußte Kosten und Nutzen aus. Während die Kosten für Verhütung nun ständig anfallen, ist die Möglichkeit, schwanger zu werden "a risk of unknown magnitude", d.h. die anfallenden Kosten der Empfängnisverhütung müssen aufgewogen werden durch die antizipierten Kosten einer eventuell eintretenden Schwangerschaft.

Es wird von vielen Kritikern (so z.B. THOMAE 1974, S.46f.; OETER 1984, S.82) hervorgehoben, daß die Spieltheorie wenig erfolgreich in der Vorhersage konkreten menschlichen Verhaltens gewesen sei, jedoch ein Bezugssystem geschaffen habe, von dem aus empirisch beobachtete Wahlen und Strategien beurteilt werden können. Die Argumente für die Begründung dieser Zweifel sind sehr unterschiedlicher Art: Einmal verweist man auf die Rolle von Gewohnheiten und Tradition auch im ökonomischen Verhalten der Menschen, zum anderen

auf die Wirkung emotionaler persönlichkeitspezifischer Einflüsse auf das Entscheidungsgeschehen. Die Realisierbarkeit eines optimalen Informationsniveaus wird in den Bereich der Utopie verwiesen, zudem sei fraglich, inwieweit die Maximierung von Gewinn immer als einziges oder dominantes Ziel angesehen werden könne. Dennoch dürfte das rationale Entscheidungsmodell für manche Lebensbereiche seine Gültigkeit behalten, besonders soweit man an dem Leitbild des "homo oeconomicus" orientiert ist.

### *Individualpsychologische Ansätze*

Im Bereich der Psychologie reichen die Versuche, allgemeine theoretische Ansätze zur Erklärung menschlichen Entscheidungsverhaltens zu entwickeln, zurück bis in die Zeit des Beginns einer wissenschaftlichen Psychologie.

Das **psychoanalytische Konfliktmodell** geht davon aus, daß menschliches Verhalten eine Funktion der konkurrierenden Systeme "Ich", "Es" und "Überich" darstelle (FREUD XIII, S.286). Dem Ich kommt dabei einerseits die Rolle eines Steuerungssystems, andererseits die des Erfinders immer neuer Auswege in Form von Abwehrmechanismen (Verdrängung, Verschiebung, Projektion, Fixierung, Regression usw.) und Reaktionsbildungen zu, deren Grundstrukturen während der Phasen der Kindheitsentwicklung (orale, anale, ödipale Phase) angelegt wurden (FREUD XI, S.339f.).

Psychoanalytische Forschung zum Schwangerschaftskonflikt geht in der Regel davon aus, daß die ungewollte Schwangerschaft nicht "zufällig" eintritt, sondern eine Funktion im psychischen Geschehen innehat (s. z.B. GOEBEL 1984a). Dabei wird oft auf Störungen bei der Lösung frühkindlicher Konflikte hingewiesen (s. z.B. JÜRGENSEN 1983; MERZ 1979).

Entwicklungspsychologische Aspekte gehen auch in die Analyse **moralischer Konflikte** nach KOHLBERG (1974, S.47-87) ein. Entsprechend der Reaktion auf moralische Dilemmata entwickelte KOHLBERG (1974) sechs Stufen des moralischen Urteils, wobei die unteren Stufen durch die überwiegende Handlungsrelevanz von Lob und Strafe charakterisiert sind. Es folgen Stufen des konventionellen Urteilens und dann (als höchste Stufen) das Urteil aufgrund übergreifender individueller ethischer und philosophischer Maßstäbe.

Unter moralpsychologischen Gesichtspunkten betrachteten GILLIGAN (1984; s. auch BELENKY 1978) und SMETANA (1982) die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. SMETANA (1982, S.29f.) unterschied zwischen "personal reasoning", worunter sie Überlegungen der Frau zu ihrer Situation verstand, und "moral reasoning", in dem Überlegungen zu dem ungeborenen Kind enthalten sind.

Ausgehend von KOHLBERG (1974) versucht GILLIGAN (1984) die Begründungen für einen Schwangerschaftsabbruch, die Qualität des Für und Wider der Entscheidungsfindung den verschiedenen moralischen Stufen zuzuordnen. Sie betrachtete die Entscheidungsfindung als Prozeß, der dialektisch abläuft und immer neue Elemente integriert. In dem "postconventional judgment" drückt sich ein Ideal aus, das wie in KOHLBERGs (1974) Modell Reife bedeutet: Dabei werden Aspekte, die die Situation und Befindlichkeit der Frau betreffen, integriert mit ethischen Betrachtungen über das ungeborene Kind. Die Entscheidung sei dabei vom Prinzip "care", der Fürsorglichkeit und Verantwortlichkeit gegenüber der eigenen Person, des Ungeborenen und der "significant others" geleitet (GILLIGAN 1984, S.94f.).

Wegweisend wurden LEWINS (1954) Forschungen zum Konflikt. Er faßte Verhalten als Funktion der gesamten Situation auf, die er als psychologisches Feld mit darin wirksamen Kräften definierte: Das Verhalten einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt wird determiniert durch die Eigenschaften einer Person und ihre augenblickliche psychologische Umwelt. Die Frage nach der Motivation des Verhaltens beantwortete LEWIN durch die Darstellung von Wünschen und Absichten eines Individuums als psychologische Kraft, die direkt durch die Valenz (als positive oder negative Attraktivität) eines Ziels und die psychologische Distanz bestimmt wird. Dabei ist die psychologische Kraft umso stärker, je größer die Valenz und je geringer die psychologische Distanz des Ziels ist. LEWIN beschrieb das Geschehen bei Konflikten und ihre Lösung, indem er einen Konflikt als sich überschneidende Felder von Kräften oder sich überschneidende Situationen im Lebensraum darstellte. Danach ergeben sich zunächst drei Grundsituationen (LEWIN 1954, S.936-942):

- Appetenz-Appetenzkonflikte: Zwei Ziele ungefähr gleicher Attraktivität und psychologischer Distanz sind miteinander nicht vereinbar.
- Aversions-Aversionskonflikte: Das Individuum befindet sich zwischen zwei negativen Valenzen.
- Appetenz-Aversionskonflikt: Eine Person befindet sich in einer Situation mit sowohl positiver als auch negativer Valenz.

JUNIOR (1982, S.118) wies darauf hin, daß das Konfliktmodell der LEWINSchen Theorie eine adäquate Beschreibung der Notlagen- und Konfliktschwangerschaft darstellen würde, ohne dies allerdings genauer zu explizieren.

Auch JUNGERMANN/SEILER (1977) beschrieben die Schwangerschaftskonfliktsituation als ein komplexes Gefüge von Annäherungs- und Vermeidungstendenzen entsprechend LEWINS Theorie. Auf der Basis der in verschiedenen Bereichen (z.B. Partnerschaft, Berufsperspektive u.a.) vorhandenen Annäherungs- und Vermeidungstendenzen entwickelten die Autoren (JUNGERMANN u.a. 1981) ein Beratungskonzept für die Schwangerschaftskonfliktberatung.

Neuere integrative Modelle zur Analyse des Konflikt- und Entscheidungsverhaltens stammen von JANIS/MANN (1977) und FEGER (1978).

JANIS/MANN (1977, S.46f.) betonten, daß die meisten Entscheidungen einen Konflikt darstellen, der je nach Bedeutsamkeit, Irreversibilität und Unsicherheit zu mehr oder weniger starkem emotionalen Engagement und damit zu Streß führen könne. Ein planmäßiges und zielgerichtetes Vorgehen wird nur dann auftreten, wenn der Streß, der durch Bedrohlichkeit und Wichtigkeit der Situation, durch Zeitdruck und Verfügbarkeit von sinnvollen Maßnahmen erzeugt wird, auf einem mittleren Niveau bleibt. JANIS/MANN (1977) beschrieben, wie ein Entscheidungsverlauf aussehen soll, der zur Zufriedenheit mit der Entscheidung führt. Der Entscheidungsprozeß wird als Sequenz von fünf Stufen begriffen (S.171f.):

1. Stadium: Bewertung der Herausforderung
2. Stadium: Sammeln von Alternativen
3. Stadium: Abwägen der Konsequenzen der Alternativen
4. Stadium: Verpflichtung zur gewählten Alternative
5. Stadium: Festhalten an der Entscheidung trotz negativer Rückmeldung.

Die positiven und negativen Konsequenzen für jede Alternative werden bewertet und im Geist durchgespielt; wichtig ist dabei eine realistische Folgenantizipation. Die Bewertung der Konsequenzen kann anhand eines **Bilanzbogens** schematisiert werden, in den folgende Aspekte eingehen (JANIS/MANN 1977, S.137):

1. Antizipierte Nutzengewinne oder -verluste für den Betreffenden selbst
2. Antizipierte Nutzengewinne oder -verluste für bedeutsame Andere
3. Antizipierte Achtung oder Mißbilligung von bedeutsamen Anderen
4. Antizipierte Selbstachtung oder Mißbilligung.

Dabei können bei den meisten bedeutenden Entscheidungen, die jemand während seines Lebens trifft, alle vier Arten von Betrachtungen in gewissem Maße relevant werden und das Ergebnis wird wahrscheinlich durch die relative Stärke dieser Gewichtungen bestimmt. Mit Hilfe des Bilanzbogens wollen JANIS/MANN (1977, S.147f.) retrospektive Fehler im Entscheidungsprozeß feststellen; sie formulierten die "Hypothese des defekten Bilanzbogens": Je mehr Fehler durch Auslassungen (Übersehen von möglichen Folgen) und in der Ausführung (unrealistische Antizipation von Konsequenzen) des Bilanzbogens zu finden sind, desto größer ist die Verletzbarkeit durch negatives Feed-back.

In den Untersuchungen von BRACKEN, KLERMAN, BRACKEN (1978a) sowie von BROSCHE/FELTRUP (1985) über die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch bildete das Stufenmodell von JANIS/MANN (1977) den relevanten Rahmen für die theoretische Analyse. Sie beschrieben die fünf Stadien dieses Modells in bezug auf die ungewollte Schwangerschaft und ermöglichten damit eine theoretisch fundierte Strukturierung des Problembereichs.

Das **Modell der Folgenantizipation** von FEGER (1978, S.87-95) geht von der Annahme aus, daß beim Vorliegen einer Konfliktlage das Individuum zwei Werte festsetze: einen für die Wichtigkeit der Entscheidung und einen für die Stärke der Tendenz, die eine Alternative der anderen vorzuziehen. Je ähnlicher die Präferenzstärken für die Alternativen eingeschätzt werden, desto leichter kommt es zu dem subjektiven Erleben eines Konflikts. Die Auseinandersetzung mit der Konfliktsituation, die gewöhnlich zu einem Entschluß führen soll, enthält zu einem gewissen Teil implizite, nicht offen beobachtbare Reaktionen auf die Konfliktlage. Sie werden als **Antizipationen von Folgen** aufgefaßt, die erwartungsgemäß mit dem Ergreifen der einen bzw. anderen Alternative verbunden sind. Damit wird der Entscheidungsprozeß vereinfachend als eine Serie von Antizipationen betrachtet, deren wesentliche Merkmale durch den Wichtigkeitswert und die Präferenzstärke bestimmt werden.

Jeder Wechsel in der Abfolge der Antizipationen, also von inhaltlich positiven Vorstellungen für die eine Alternative zu solchen für die andere Alternative, führt zu Unsicherheiten bei der entscheidenden Person. Dies schlägt sich bei sehr häufigem Wechsel der Antizipationen in der abschließenden Beurteilung in einer geringen subjektiven Sicherheit nieder, sich richtig entschieden zu haben. Es wird davon ausgegangen, daß eine Person ihren Konflikt umso stärker erlebt, je häufiger die Antizipationstypen wechseln (Gefühle innerer Zerrissenheit, des fort-dauernden Hin und Her) und je länger der Konflikt insgesamt dauert. Nach diesem Modell hängt die objektive Dauer der Entscheidung von der Wichtigkeit und der Ähnlichkeit der Präferenzstärken ab, die erlebte Konfliktstärke von der Anzahl der Oszillationen, der relativen Stärke der Präferenzen und der Wichtigkeit.

Auf das Modell der Folgenantizipation von FEGER (1978) stützte sich die Analyse von Gründen und Motivationen zum Schwangerschaftsabbruch von OETER/NOHKE (1982). Die Autoren erfaßten die Antizipation von Veränderungen, die sich durch die Geburt des Kindes in verschiedenen Lebensbereichen ergeben würden. Ebenfalls erfaßt wurde die Relevanz dieser antizipierten Veränderungen, die Entscheidungszeit und die Sicherheit der Entscheidung. Die theoriegeleitete Verknüpfung dieser einzelnen Facetten konnte allerdings (auch mangels Vergleichsgruppe) von den Autoren nicht geleistet werden, so daß die Arbeit von OETER/NOHKE (1982) einen überwiegend

deskriptiven Charakter behält und die unterschiedlichen Facetten des Schwangerschaftskonflikts erhellt.

Insgesamt zeigt sich bei der Betrachtung der dargestellten psychologischen Ansätze, daß trotz der verschiedenartigen Theorien, ein gemeinsamer Kern darin liegt, daß letztlich zur Erklärung von Konflikt und Entscheidung die Gewichtung von Präferenzen herangezogen wird (Ausnahmen bilden die Theorien von FREUD und KOHLBERG, die stärker entwicklungspsychologisch orientiert sind).

Hierbei finden sich deutliche Parallelen zur Spieltheorie. Vor allem die in neueren Ansätzen der Spieltheorie unternommenen Versuche, bei der Analyse von Nutzensvorstellung auch nicht monetäre Güter zu berücksichtigen und den Prozeß der Informationsverarbeitung im Individuum mit in die Analyse des Entscheidungsprozesses aufzunehmen, stehen in enger Beziehung zu entsprechenden Teilstücken der motivationspsychologischen Ansätze.

### *Sozialpsychologisch-soziologische Ansätze*

Ein soziologischer Blickwinkel der Konflikt- und Entscheidungsforschung beinhaltet neben der Erklärung von individuellen Merkmalen und Variablen auch die Berücksichtigung von Merkmalen und Variablen des sozialen Systems, v.a. von **Normen** als Determinanten von Handlungsintentionen. Bereits die Arbeit von PARSONS (1951) stellte einen Versuch dar, die Beziehung zwischen dem kulturellen, dem sozialen und dem personalen System herauszuarbeiten. Eingang findet hier die Wertorientierung, die sich auf jene Aspekte bezieht, die den Akteur in Entscheidungssituationen veranlassen, bestimmte Normen, Standards und Auswahlkriterien zu beachten. Diese Wertorientierungen, die dem Individuum als Richtschnur für sein konkretes Handeln dienen, sind internalisierte Normen und geben der auf Bedürfnisbefriedigung abzielenden Motivorientierung jeweils eine spezifische Richtung. Regelhaftes, normkonformes Handeln kommt nach dieser Auffassung von PARSONS (1951; S.106f.) durch das Zusammenwirken von internalisierten Normen und Werten einerseits und durch Normen, hinter denen Sanktionen stehen, andererseits zustande. Hier hat nun das Konzept der "Rolle" seinen zentralen Ort (PARSONS 1951, S.112f.): Rollen sind über die Zeit hinweg relativ stabile Beziehungsmuster (Strukturen) zwischen Handelnden, die sich in bestimmten Handlungssituationen durch wechselseitige Verhaltenserwartungen aneinander orientieren und dabei immer nur mit einem Ausschnitt ihrer Persönlichkeit beteiligt sind. Sie implizieren typische Norm- und Wertemuster, unter denen das Handeln erfolgt (weitere soziologische/sozialpsychologische Theorien zum "abweichenden Verhalten" sind bereits in Kap.2.2.1 dargestellt).

Der Einfluß gesetzlicher Regelungen auf die Entscheidungssituation wurde bislang nicht explizit untersucht. Es liegen zwar Hinweise vor, daß die entsprechenden Gesetze auf das Resultat der Entscheidung wenig Einfluß haben (BRACKEN u.a. 1978b; OLSON 1980), daß jedoch die gesetzliche Regelung und dadurch bedingt die Umstände, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden kann, relevant für die Konfliktstärke und die psychischen Folgen sind, die ein Schwangerschaftsabbruch für die Frau haben kann (s. z.B. KOSCHORKE 1978b, S.139f.). KOSCHORKE (1978b) faßt die Widersprüche in der Vielfalt der normativen Einflüsse, der eine Frau im Schwangerschaftskonflikt ausgesetzt sein kann, als eine "double-bind"-Situation auf, die z.B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Einsamkeit, Tendenzen zur Selbstaufgabe zur Folge haben kann:

"Diese Meinungsvielfalt schlägt sich in einer politisch-rechtlichen Lösung der Abtreibungsfrage und einer Abtreibungspraxis nieder, die ein Knäuel von Widersprüchen sind. (...) Auf der Gefühlsebene sind die Widersprüche der Abtreibungsreform eine **doppelte Botschaft** an die betroffenen Frauen: Wir lassen die abtreiben, aber abtreiben sollst du nicht." (KOSCHORKE 1978b, S.133).

Eng mit soziologischen/sozialpsychologischen Theorien zum Einfluß von sozialen Normen hängt die Forschung über **Einstellung** und Verhalten zusammen. Die Einstellung kann als Bindeglied betrachtet werden zwischen den sozialen Normen und dem konkreten Verhalten. Das Konzept der "sozialen Einstellung" (Attitude) beruht auf den Annahmen, daß Individuen über mögliche Phänomene Einstellungen entwickeln und daß sie sich einstellungskonform verhalten. Dieses Konzept erfuhr in den letzten Jahren weitgehende Kritik, da häufig zwischen Einstellung und Verhalten ein lediglich schwacher Zusammenhang aufgefunden wurde und zudem die Einstellung eher als Folge des Verhaltens angesehen werden konnte (s. MEINEFELD 1977; ROSCH/FREY 1987), entsprechend der Theorien der "kognitiven Dissonanz" (FESTINGER 1957) zeigte sich eine Angleichung der Einstellungen an das gezeigte Verhalten.

Die Beziehung zwischen der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und verschiedenen Einstellungsmustern (zum Schwangerschaftsabbruch, zur Sexualität oder zur Religion) wurde u.a. in amerikanischen Studien untersucht (s. Kap.3.5). Auch NEUBAUER (1982) kommt in ihrer Studie zum Schwangerschaftsabbruch und zur hypothetischen Entscheidungsfindung - untersucht an einer Stichprobe von gegenwärtig nicht schwangeren Frauen - zu dem Resultat, daß Geschlechterrollenorientierung und Religiosität Einfluß auf die Entscheidung haben.

Die **Balance-Theorie** von HEIDER (1977) beschäftigt sich primär mit der Ausgeglichenheit bzw. Nichtausgeglichenheit von Beziehungen, die eine Person zwischen sich, einer weiteren Person und einem Objekt wahrnimmt. Es handelt sich um die Analyse von Triaden, wobei zwischen jedem Element positive oder negative Beziehungen bestehen können. Balancierte Systeme werden als harmo-

nisch empfunden, während nicht-balancierte Systeme einen aversiven Zustand erzeugen, der als konflikthaft interpretiert werden kann und die Motivation erzeugt, erneut einen balancierten Zustand herzustellen. Entscheidend dafür, ob ein System als balanciert wahrgenommen wird, ist die Anzahl der beteiligten positiven und negativen Beziehungen in dem jeweiligen System.

LAUTERBACH (1986) wandte HEIDERS (1977) Theorie an, um Konfliktschwerpunkte bei Frauen, die entweder eine Schwangerschaft abbrachen oder austrugen, zu analysieren. Dabei wurde die Konfliktstärke des kognitiven Gesamtsystems ermittelt sowie die seiner einzelnen Elemente. Es zeigte sich, daß sich bei Frauen, die eine Schwangerschaft abbrachen, wesentlich häufiger unbalancierte Strukturen fanden, so daß insgesamt im Vergleich zu den Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, ein erhöhtes Konfliktniveau deutlich wurde.

Ein weiteres Modell zur Analyse von Entscheidungsverhalten stammt von **FISHBEIN und AJZEN** (1975): demnach sollte konkretes Verhalten am besten aus Verhaltensintentionen vorausgesagt werden. Die Verhaltensintentionen sollten sich wiederum aus zwei Größen ergeben: Den Attitüden zu den fraglichen Verhalten und der sozialen Norm, die den insgesamt wahrgenommenen sozialen Druck beinhaltet. Das relative Gewicht von Attitüde und sozialer Norm bei der Entstehung der Intention kann variieren und empirisch bestimmt werden.

Das Modell von FISHBEIN/AJTZEN (1975) lag der Analyse der Entscheidungssituation in bezug auf Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft von SMETANA/ADLER (1980) zugrunde. Dabei konnte sowohl ein hoher Zusammenhang zwischen Intention und tatsächlichem Verhalten ermittelt werden als auch eine hohe Vorhersagekraft der Indikatoren nach FISHBEIN/AJTZENs Theorie.

Insgesamt wird in sozialpsychologisch bzw. soziologisch orientierten Konflikt- und Entscheidungstheorien die Verknüpfung von individuellen Handlungen mit normativen Phänomenen angestrebt. Dabei wird über den Ansatz der traditionellen Entscheidungstheorie hinausgegangen, indem explizit der Stellenwert sozialer Normen betont wird. Dennoch bleibt die Grenzziehung oft unscharf, da fremdvermittelte Motivationsquellen ebenfalls in einige der oben skizzierten genuin psychologischen Theorien eingingen. Auch in der soziologisch/sozialpsychologischen Konflikt- und Entscheidungsforschung - v.a. sofern sie auf die Analyse des Schwangerschaftskonflikts angewandt wurde - steht die Aufarbeitung intra-individueller Konflikte im Vordergrund. Mit Strategien und Methoden der Konfliktlösung in **Dyaden** oder **Gruppen** haben sich in bezug auf den Schwangerschaftsabbruch relativ wenige Autoren auseinandergesetzt, so daß v.a. der Partner der Frau in der eigenständigen Erforschung seiner spezifischen Konflikte und seines Entscheidungsverhaltens weitgehend vernachlässigt wurde. Dies, obwohl der Entscheidungseinfluß des Partners und von "significant others" offenkundig ist (vgl. Kap.3.5).

Verhalten und Empfinden des beteiligten Mannes im Schwangerschaftskonflikt wurde (überwiegend deskriptiv) von PETERSEN (1986), MEYER u.a. (1986) und FRIEDRICH u.a. (1985) dargestellt. Mit familientherapeutischem Hintergrund versuchte WESSEL (1982) Konfliktkonstellationen zwischen den Partnern im Falle einer ungewollten Schwangerschaft zu erläutern.

### *Résumé*

Betrachtet man die relevanten Kategorien der Konflikt- und Entscheidungsfor-  
schung, sind inhaltliche Überschneidungen an vielen Stellen zu finden. Spiel-  
theoretische Modelle gehen dabei vorrangig von der Analyse der jeweiligen  
Kosten und Nutzen eines Verhaltens aus, während bei individual-psychologi-  
schen Theorien die subjektive Gewichtung und der Prozeß des Entscheidungs-  
verhaltens im Vordergrund stehen. Darüber hinaus werden soziale Normen und  
Attitüden verstärkt in Theorien soziologischer oder sozialpsychologischer Tra-  
dition berücksichtigt.

Theoriegeleitete Forschung zum Schwangerschaftsabbruch stammt bislang  
weitgehend aus dem angloamerikanischen Raum. Die Zuordnung der Studien  
zur ungewollten Schwangerschaft und zum Schwangerschaftsabbruch hinsicht-  
lich ihres jeweils als dominant eingeschätzten theoretischen Schwerpunkts zeigt  
eine unterschiedliche Betonung einzelner Facetten. Dabei standen bislang im  
Vordergrund:

- psychoanalytische Forschungen zur Genese der ungewollten Schwanger-  
schaft,
- die Analyse der Kosten und Nutzen im Rahmen von Fertilitätsentscheidun-  
gen,
- die Beschreibung der unterschiedlichen Annäherungs- und Vermeidungsten-  
denzen bezüglich der Schwangerschaft, sei es auch in Form eines "Bilanz-  
bogens" oder der "Antizipation von Folgen",
- die Einbeziehung sozialer Normen und Einstellungen in das Entscheidungs-  
gefüge.

Ehe auf die theoretischen Grundannahmen, die dem vorliegenden Forschungs-  
projekt zugrundeliegen, eingegangen wird, sollen in den folgenden Kapiteln die  
**inhaltlichen** Ergebnisse der vorliegenden Forschung dargestellt werden. Ent-  
sprechend der "Chronologie" des Entscheidungsprozesses beginnt die Darstel-  
lung mit den Erklärungsmodellen zum Eintreten der ungewollten Schwanger-  
schaft.

### 3.3 Erklärungsmodelle zum Eintreten der ungewollten Schwangerschaft

Bezüglich der Genese der ungewollten Schwangerschaft werden in der Regel Erklärungsmodelle herangezogen, die sich mit dem Versagen von Kontrazeptionsmethoden beschäftigen, die von einem ambivalenten (oft unbewußten) Kinderwunsch der Frau/des Paares ausgehen oder die den Aspekt der "Funktion" der ungewollten Schwangerschaft beleuchten.

#### 3.3.1 Kontrazeptionsversagen

##### *Kontrazeptionsmethoden*

Seit der Entwicklung von Ovulationshemmern und deren Verbreitung zu Anfang der 60er Jahre liegen Verhütungsmittel mit fast 100%er Sicherheit vor. Ebenfalls eine sehr hohe Sicherheit wird der "Spirale" (Intrauterinpressar) bescheinigt. Als relativ zuverlässige Kontrazeptionsmethoden gelten die Temperaturmethode, das Diaphragma, das Kondom sowie chemische (spermizide) Methoden. Als unzuverlässig werden die Zeitwahlmethode nach KNAUS/OGINO und der coitus interruptus angesehen (s. hierzu z.B. RABE/RUNNEBAUM 1982, S.8-12).

Außer bei der "Pille" und eventuell der "Spirale" muß rein technisches Versagen der Kontrazeptionsmethode in mehr oder weniger großem Maße miteinkalkuliert werden. Zuverlässige Anwendung und Vertrautheit mit der Methode haben allerdings hohen Einfluß auf die Empfängnisverhütung und steigern die Sicherheit auch von technisch nicht vollkommen zuverlässigen Methoden wie z.B. dem Kondom (s. BLUME 1982, S.59f.). Die Verbreitung von Pille und Spirale wird durch tatsächliche oder vermutete gesundheitliche Nebenwirkungen beschränkt (s. BLUME 1982; HERMS 1980; FRICK 1974).

Der Informationsstand über und der Verbreitungsgrad von Kontrazeptionsmethoden sind in der Bundesrepublik zweifelsohne hoch (s. hierzu beispielsweise die Repräsentativumfrage der GESELLSCHAFT FÜR KONSUM-, MARKT-, und ABSATZFORSCHUNG 1979). Dennoch zeigte es sich, daß von den Frauen, die eine Schwangerschaft abbrachen, häufig keine Kontrazeptionsmittel oder -methoden angewendet wurden. Nach BRUNE-PERRIN (1978, S.158) war dies bei etwa 50% der von ihr befragten Frauen der Fall; nach KLEIN (1983a, S.29) bei 48%. Hingegen wandten nach der Befragung von OETER/NOHKE (1982, S.26) 32,7% der Frauen, die eine Schwangerschaft abbrachen, keine Empfängnismethoden an und nach v. TROSCHKE u.a. (1982, S.25) lediglich 18,7%.

Darüber hinaus können beispielsweise die fehlerhafte Anwendung von Verhütungsmethoden oder Mängel der Verhütungsmittel zum Versagen führen. Auch wiesen BRUNE-PERRIN (1978, S.160f.) und OETER/WILKEN (1981, S.320f.) auf ärztliche Informationsdefizite hin, die das Kontrazeptionsverhalten der Frau beeinflussen können.

### *Defizitäres Kontrazeptionsverhalten*

Sozialwissenschaftliche Theorien bezüglich der Ursachen defizitären Verhütungsverhaltens beziehen sich zumeist auf Informationsmängel oder Verhaltensunsicherheiten von Bevölkerungsgruppen. Nach OETER/WILKEN (1981, S.132-197) wurden unsichere Kontrazeptionsmethoden um so häufiger angewandt, je älter die Frauen waren, je niedriger der Schulabschluß, je höher die Kirchenbindung und je kleiner die Wohngemeinde der Betroffenen war.

OETER/WILKEN (1981) befragten eine repräsentative Zufallsstichprobe von Frauen zwischen 20 und 40 Jahren ( $n = 1490$ ) in drei Bundesländern. Die Erhebung fand 1976 mit standardisierten Interviews statt. Themenschwerpunkte waren die Akzeptanz der verschiedenen Verhütungsmethoden, ihre Sicherheit in Abhängigkeit von psychosozialen Merkmalen der Befragten sowie die Ursachen von Diskontinuität in der Anwendung und ihre Beziehung zum Schwangerschaftsabbruch.

Neben und verbunden mit der Schichtproblematik des Kontrazeptionsverhaltens stellt ein weiterer sozialpsychologischer Erklärungsversuch die Bedeutung von Geschlechtsrollen und Geschlechtsrollenstereotypen heraus (OETER 1975; FRICK 1974): Demnach korreliert ein traditionelles weibliches Rollenverständnis mit geringerer Anwendung von Kontrazeptionsmethoden sowie der Häufigkeit und Qualität von Nebenwirkungen. Nach LIDZ (1979) ist die psychische Fähigkeit, Sexualität und Fortpflanzung zu trennen, eine wesentliche Voraussetzung für den effektiven Gebrauch von Kontrazeptionsmethoden.

In Anlehnung an andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z.B. Rauchen) wurde versucht, nachlässige Empfängnisverhütung durch eine gewisse Risikobereitschaft zu erklären. OETER (1984, S.26f.) zog in diesem Zusammenhang einen Vergleich zum Verhalten bei Glücksspielen. Unter Bezug auf spieltheoretische Ansätze der Entscheidungsforschung wurden dabei Kosten und Nutzen der Anwendung von Verhütungsmitteln in Relation gesetzt zu den vermuteten Konsequenzen einer ungewollten Schwangerschaft. Dieser Ansatz wurde ebenfalls von LUKER (1975) verfolgt.

HELFFERICH (1983) bezog sich ebenfalls auf Risikoverhalten und "magisches" Denken bei der Empfängnisverhütung. Durch die enge Beziehung von Sexualität und Verhütung spielen sich demnach Entscheidungsprozesse in einem

Bereich ab, der einem genauen Abwägen des Risikos nur schwer zugänglich sei. Um unzureichende Verhütung erklären zu können, müsse auf die Bedeutung der Konflikte und Widersprüche im weiblichen Lebenszusammenhang eingegangen werden. Auch WIMMER-PUCHINGER (1987, S.215) betonte die Beziehung zwischen effektiver Kontrazeption und Faktoren der weiblichen Sozialisation. Ein Lebenskonzept, das von eigenen Wünschen ausgehe, das Bewußtsein von Eigenverantwortlichkeit sowie Kommunikationsfähigkeit in der Partnerbeziehung insbesondere über Sexualität seien demnach soziale Vermittlungsfaktoren für den effektiven Gebrauch von Kontrazeptionsmethoden.

### *Résumé*

Diese neueren Ansätze zur Kontrazeptionsforschung zeigen, daß die rein medizinisch-technische Betrachtung der Problemstellung unangemessen ist. Aufgrund der Verknüpfung der Kontrazeption mit der Sexualität und Aspekten der weiblichen Identität stellt sich dieser Bereich als besonders labil dar. WILKEN/OETER (1979, S.197) vermuten, daß mit dem Zustandekommen unerwünschter Schwangerschaften gerade in Zeiten sich verändernder und besonders belastender Lebenssituationen zu rechnen ist.

Die Annahme, daß bei keiner oder unzuverlässiger Empfängnisverhütung der Schwangerschaftsabbruch das Mittel der Wahl darstelle, muß allerdings zurückgewiesen werden, wenn man weitere Forschungsergebnisse hinzuzieht. Nach OETER/WILKEN (1981, S.329) wandten Frauen mit "konservativer" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch häufiger keine oder unsichere Verhütungsmethoden an, während sichere Mittel eher angewandt wurden, wenn die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch "liberal" war. Dem entspricht die Feststellung von POHL (1980, S.60f.), daß Frauen, die eine überlegte Geburtenkontrolle betreiben im Fall einer ungeplanten Schwangerschaft konsequent entscheiden, entweder dieses Kind voll zu akzeptieren oder die Schwangerschaft abubrechen.

### **3.3.2 Theorien zum Kinderwunsch und zur "Funktion" der ungewollten Schwangerschaft**

Erst die Verfügbarkeit vergleichsweise sicherer Verhütungsmittel machte den Wunsch nach einem Kind zu einem Gegenstand der individuellen Lebensplanung von Frauen und Paaren. Dennoch wird kontrovers beurteilt, ob der Kinderwunsch einer Frau nun "naturwüchsig" oder aber gesellschaftlich vermittelte Ideologie sei. Beispielhaft dafür ist die Kontroverse zwischen MENNE (1981) und KNIEPER (1981). Studien zur Sozialgeschichte von Kindheit und Mutterschaft

zeigen, wie tiefgreifend sich die Einstellungen zum Kind über die Jahrhunderte hinweg verändert haben (z.B. ARIES 1975; BADINTER 1981); dies spricht gegen den Kinderwunsch als anthropologische Konstante.

### *Unbewußter Kinderwunsch*

Ein ambivalenter (häufig unbewußter) Kinderwunsch wird oft als Erklärungshypothese sowohl zum Kontrazeptionsversagen als auch zum Eintreten ungewollter Schwangerschaften herangezogen. Im Rahmen der psychoanalytischen Theorie (siehe z.B. FREUD X, S.404f.) wird davon ausgegangen, daß der Kinderwunsch Resultat einer geglückten Auflösung der ödipalen Konstellation sei. Das kleine Mädchen habe während der ödipalen Phase seine "Kastration" erkannt und den Wunsch nach einem Penis in den Wunsch nach einem Kind transformiert. Dieser Ansatz erfuhr Erweiterungen (z.B. DEUTSCH 1948), jedoch auch Kritik von psychoanalytischer Seite (s. z.B. HORNEY 1933; CHASSE-GUET-SMIRGEL 1974; CHODOROW 1985).

Psychoanalytische Theorien zur ungewollten Schwangerschaft betonen demzufolge die Beziehung zu den Eltern im Verlauf der psychosexuellen Entwicklung des Mädchens für das Verständnis von Problemen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft. MENNE/MOERSCH (1980) nehmen u.a. an, daß eine gestörte ödipale Konstellation zur ungewollten Schwangerschaft und schließlich zum Schwangerschaftsabbruch führe. Die Schwangerschaft werde von der Frau unbewußt in den Bedeutungszusammenhang gerückt, der nach psychoanalytischer Auffassung einer früheren Lebensphase angehöre und die Konfliktsituation gestalte. So könne die Schwangerschaft die Erfüllung der ödipalen Phantasie sein, ein Kind von dem Vater zu bekommen. Der Schwangerschaftsabbruch wäre in dieser Situation ein Versuch, den phantasierten Inzest ungeschehen zu machen. Eine weitere typische Konfliktlage sei durch die Beziehung zur Mutter und ungelöste Ablösungskonflikte bestimmt. Mit dem Abbruch der Schwangerschaft werde dem von der Mutter erwarteten Verbot der Sexualität entsprochen. JÜRGENSEN (1983) analysierte Schwangerschaftskonflikte unter dem Aspekt von unbewältigten Trennungskonflikten.

JÜRGENSEN (1983) befragte im Rahmen von Beratungsgesprächen zum Schwangerschaftsabbruch 122 erwachsene "Patientinnen". Mit freien Interviews sollten die inneren Beweggründe der Frauen sowie ihre (tiefenpsychologischen) Konflikte erfahrbar gemacht werden.

Bei etwa einem Viertel dieser Frauen stellte JÜRGENSEN (1983) das Vorliegen einer Trennungsthematik fest. Sie unterschied dabei fünf Gruppen:

- Frauen, die während eines akuten Trennungstraumas schwanger wurden und mit Verlassenheitsängsten reagierten,
- Frauen, die bereits vom Ehemann oder Partner verlassen worden waren und von einem entwerteten Ersatzpartner schwanger wurden,
- Frauen, die die Mutter oder beide Elternteile in der frühen Kindheit verloren hatten und konstante Verlassenheitsängste an insuffizienten Partnern ausagierten,
- Frauen, die den Vater früh oder in der Pubertät verloren hatten und von inadäquaten "Ersatzvätern" schwanger wurden,
- Frauen, die ihren einzigen Bruder in zeitlichem Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch verloren hatten.

JÜRGENSEN (1983) ging davon aus, daß die Schwangerschaft den unbewußten Versuch darstelle, eine Trennung ungeschehen zu machen und das verlorene gute Objekt sowie die ersehnte oder verlorene gute Beziehung festzuhalten. In dem Maße, wie die schmerzliche Wirklichkeit erkannt werde, wandelte sich die phantasierte Repräsentanz des Kindes vom guten zum bösen Objekt und müsse real abgetrieben werden. In diesem psychischen Vorgang sah JÜRGENSEN eine Parallele zu dem klassischen psychoanalytischen Theorien der Depression. Auch BENZ (1983) beschrieb die Gemeinsamkeiten zwischen der Melancholie und der ungewollten Schwangerschaft. Auf die Abtreibung als einem Akt der Selbstbestrafung weist KRAUTSCHIK (1986) hin.

### *"Funktion" der ungewollten Schwangerschaft*

Einen "Austragungsmodus unbewußter Konflikte", der von biographischen Besonderheiten bestimmt wird, sah auch MERZ (1979) in den unerwünschten Schwangerschaften der von ihm untersuchten Mädchen.

MERZ (1979) befragte 33 Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren, die er im Rahmen der Indikationsfeststellung (psychiatrische Indikation/Schweiz) untersuchte. Die Befragung fand vor und nach dem Abbruch der Schwangerschaft statt, wobei drei Nachgespräche bis nach Ablauf eines halben Jahres nach dem Abbruch durchgeführt wurden. Mit freien Interviews wurden die Konflikte und Bearbeitungsformen der Mädchen eruiert.

MERZ (1979) zeigte, daß vor allem Loslösungskonflikte im Rahmen der Adoleszenz bei diesen Patientinnen in besonderer Weise verschärft waren und zur Genese der ungewollten Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs beitrugen. Auch GOEBEL (1984a) ging davon aus, daß es sich bei der ungewollten Schwangerschaft und dem Schwangerschaftsabbruch um einen "Konfliktlö-

sungsversuch" handelt: Die ungewollte Schwangerschaft sei nicht als zufälliges Ereignis anzusehen, sondern habe eine Funktion in der psychischen Organisation.

GOEBEL (1984) beschäftigte sich aus tiefenpsychologischer Sicht mit der Schwangerschaftsgenese, der aktuellen psychosozialen Situation zum Konzeptionszeitpunkt, dem Kontrazeptionsverhalten sowie der Beziehungs- und Kinderwunschsituation, um typische Konfliktsituationen ungewollter Schwangerschaften darzustellen. Dazu wurden 228 Abortpatientinnen eines West-Berliner Krankenhauses am Tag ihrer stationären Aufnahme befragt. Die Untersuchung wurde von September 1979 bis Juni 1980 durchgeführt; bei 153 Probandinnen schloß sich 1 1/2 bis 2 Jahre später eine Nachuntersuchung an, um zu überprüfen, ob die damals bestehenden Konflikte und der Eingriff selbst von den Frauen verarbeitet worden war. Als Kontrollgruppe wurden Sterilisationspatientinnen befragt. Neben halbstandardisierten Interviews wurden als psychodiagnostische Instrumente der GIESSEN-Test und ein Belastungsfragebogen eingesetzt.

GOEBEL (1984a, S.44-77) identifizierte verschiedene typische Konfliktsituationen. Die häufigsten waren dabei:

- Störung der weiblichen Geschlechtsidentität: GOEBEL nahm an, daß diese Patientinnen noch nicht zu ihrer Rolle als Frau gefunden haben und versuchen, dieses sie beunruhigende Erleben durch die Schwangerschaft zu bewältigen. Probleme dieser Art konnte GOEBEL bei 17,8% seiner Stichprobe auffinden.
- Trennungskonflikte: 16,0% der von GOEBEL befragten Patientinnen wurden in dem Moment schwanger, als ihre Beziehung im Auflösen begriffen oder besonders problematisch war. Die Schwangerschaft habe jedoch nicht das Ziel, eine Trennung zu verhindern, sondern trage dazu bei, die Trennung emotional durchzustehen.
- Lebenswichtige Entscheidungen in "Schwellensituationen": Hier erfolgte die Schwangerschaft kurz vor dem Examen oder vor der Übernahme der Berufstätigkeit. Der Konflikt bestehe in der Angst vor Übernahme der Verantwortung und regressiven Bedürfnissen. Die Schwangerschaft trage dazu bei, das in dieser Situation brüchige Selbstwertgefühl zu stabilisieren.
- Alterskonflikte: Dieser Konflikt werde durch das Herannahen der Wechseljahre aktualisiert, die Patientinnen empfanden diese als Bedrohung ihrer weiblichen Identität, die sie mit einer Schwangerschaft abzuwehren versuchten.
- Eröffnungskonflikte und Schwellensituationen in der Partnerschaft: Die ungewollte Schwangerschaft stellte sich hier in der Anfangsphase einer Beziehung und kurz vor einer für die Beziehung wichtigen definitiven Entscheidung ein.

Die Schwangerschaft solle in dieser Situation zu einer Beziehungsklärung führen.

Weitere Konfliktsituationen, die allerdings in Befragung weniger häufig vertreten waren, waren u.a. die Schwangerschaft als Reaktion auf eine bereits vollzogene Trennung, allgemeine Partnerkonflikte, Ablösungskonflikte insbesondere bei jüngeren Frauen, "Verwehrungskonflikte", "archaisches Aufbäumen", wobei die Schwangerschaft häufig in zeitlicher Nähe zu einem Todesfall eines nahestehenden Familienmitglieds stand, sowie das Eintreten der ungewollten Schwangerschaft in weiteren kritischen Lebensperioden.

Während die meisten Autoren nur Motive von Frauen berücksichtigten, befaßten sich MOELLER-GAMBAROFF (1984) und MÜNKEL (1984) auch mit den (unbewußten) Motivationen des Mannes bezüglich des Kinderwunsches und der Generativität. Hinsichtlich der Entstehung einer konflikthafter Schwangerschaft schienen dabei besonders folgende Tendenzen bemerkenswert:

- Zeugung als Demonstration von Männlichkeit und Leistungsfähigkeit,
- Sexualakt als Ausdruck von Aggressionstendenzen,
- Befriedigung eigener Abhängigkeitsbedürfnisse durch antizipatorische Identifikation mit dem Kind.

### *Résumé*

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die Entstehung der ungewollten Schwangerschaft mit Einstellungen zur Sexualität, zur Schwangerschaft, zur Geburt und Elternschaft, der Beziehung zum Partner und zu den Eltern sowie biographischen Aspekten bezüglich der eigenen Kindheit und Identitätsfindung eng verknüpft ist. Bisherige Forschungen machen deutlich, daß Konflikte in diesen Bereichen sowohl zu Störungen der Verhütungspraxis als auch zum Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft führen können. Es besteht Grund zu der Annahme, daß bereits der Beginn ungewollter Schwangerschaften zu einem Teil Ausdruck (unbewußter) Konflikte eines oder beider Sexualpartner ist. Allerdings geht aus den meisten der dargestellten Untersuchungen (eine Ausnahme ist die Studie von GOEBEL 1984) nicht hervor, in welchem Umfang die erwähnten Ergebnisse empirisch fundiert sind. Von daher besitzen sie nur eine begrenzte Aussagekraft; ihr heuristischer Wert wird davon jedoch nicht beeinträchtigt.

Allerdings ist zu beachten, daß der Umgang mit unbewußten Wunschvorstellungen und Phantasien etwas völlig anderes sein kann als der direkte Wunsch nach aktiver Realisierung. Auch ist anzumerken, daß eine ausgetragene Schwanger-

schaft nicht weniger dazu angetan sein kann, Funktionen beim Lösungsversuch unbewußter Konflikte zu erfüllen.

### 3.4 Gründe und Legitimationen zum Schwangerschaftsabbruch

Betrachtet man die Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.384), so zeigt es sich, daß hinsichtlich der Begründung des Schwangerschaftsabbruchs

- 11,1% auf die allgemeine medizinische Indikation entfielen,
- 1,6% auf die psychiatrische Indikation,
- 1,3% auf die eugenische Indikation,
- 0,1% auf die kriminologische Indikation und
- 84,3% auf die Notlagenindikation.

Auf die Frage, wie vor allem die quantitativ am häufigsten vertretene Notlagenindikation inhaltlich begründet wird, können wissenschaftliche Untersuchungen Aufschluß geben, in denen betroffene Frauen nach ihren Gründen zum Schwangerschaftsabbruch befragt wurden. Ein direkter Vergleich der Gründe und Motive zum Schwangerschaftsabbruch ist allerdings schwierig, da die Kategorisierung dieser Gründe je nach Untersucher unterschiedlich vorgenommen wurde.

Eine der ersten dieser Untersuchungen stammt von PROSS (1971) und wurde noch vor der Reform des § 218 StGB vorgenommen. Die Motive zum Schwangerschaftsabbruch fanden auch in Studien Eingang, die bereits bei der Darstellung von Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB erwähnt wurden, so bei OETER/NOHKE (1982; methodische Beschreibung s. Kap. 2.3.4), v. TROSCHEKE u.a. (1982; vgl. Kap. 2.3.1), KLEIN (1983; vgl. Kap. 2.3.1) sowie HEINL (1980; vgl. Kap. 2.3.1). Darüber hinaus seien noch folgende Arbeiten dargestellt:

PROSS (1971) veröffentlichte im Jahre 1966 Aufrufe in Massenmedien, in denen Frauen aufgefordert waren, ihre Gründe und Bedenken bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs mitzuteilen. Insgesamt lagen 1.340 Briefe und Fragebogen zur Auswertung vor. Eine statistisch repräsentative Stichprobe lag nicht vor. Die Auswertung erfolgte überwiegend nach qualitativen Gesichtspunkten.

FRIEDRICH (1980) hielt Fakten hinsichtlich sozialer Merkmale, kontrazeptivem Verhalten und Motivationen bei einem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch fest. Als Zielgruppe waren alle Frauen angesprochen, die von September 1978 bis September 1979 die dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg angeschlossene "Indikationstelle" aufsuchten. Die Stichprobe von  $n = 408$  war nicht repräsentativ.

JUNIOR (1982) untersuchte zwischen April 1979 und März 1980 Frauen, die sich in dieser Zeit an die Beratungsstelle der Universitäts-Frauenklinik Essen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch gewandt hatten. Es wurde die Fragestellung bearbeitet, unter welchen sozial- und persönlichkeitspsychologischen Bedingungen Frauen eine schwerwiegende Notlage befürchten, wenn sie ihre Schwangerschaft austragen würden. Es lagen Ergebnisse von 154 Probandinnen vor, die durch die Methoden der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und der Verhaltensanalyse im Rahmen der Beratung gewonnen wurden.

WIMMER-PUCHINGER (1982, 1983) befragte 785 erstmalig schwangere Österreicherinnen hinsichtlich der sozialen und psychischen Motive für einen Schwangerschaftsabbruch sowie Merkmalen kontrazeptiver Verhaltensweisen. Sie verglich Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch planten (und sich ca. 1 Woche vor demselben befanden) mit Frauen, die ihre Schwangerschaft austrugen und im ersten Schwangerschaftsdrittel waren. Sie benutzte schriftliche, standardisierte Fragebogen und ergänzte sie in 100 Fällen durch Tiefeninterviews. Die Befragung wurde von März 1980 bis September 1981 durchgeführt.

Nach PROSS (1971, S.18-41) lagen die Hauptgründe zum Schwangerschaftsabbruch im materiellen, familiären und partnerschaftlichen Bereich: jede vierte Frau führte materielle Gründe als Hauptmotiv an, wobei ausgeprägte Existenznöte vor allem von Frauen geschildert wurden, die infolge des Kriegs- und Nachkriegsgeschehens ihre Verdienstmöglichkeiten verloren hatten, oder von jungen Paaren, deren Einkünfte nicht zur Existenzsicherung ausreichten. Familiäre Probleme betrafen vor allem die soziale Geringschätzung der ledigen Mutter und die Überlastung der Frau durch mehrere Kinder. Für jede fünfte Frau war eine Störung der Partnerbeziehung wichtigster Grund für den Schwangerschaftsabbruch. Dabei handelte es sich sowohl um den Schwangerschaftsabbruch aufgrund der Forderung des Mannes, aufgrund eines schlechten oder unbefriedigenden Verhältnisses oder weil die Frau nicht heiraten konnte oder wollte.

Von OETER/NOHKE (1982) stammt die seit der Reform des § 218 StGB ausführlichste Studie zu den Gründen und Motivationen für einen Schwangerschaftsabbruch. Die Autoren gingen davon aus, daß die erwarteten Konsequenzen des Austragens der Schwangerschaft in verschiedenen Lebensbereiche eine Frau zum Schwangerschaftsabbruch bewegen. Entsprechend der Konflikttheorie von FEGER (1978) fließt mit ein, daß gegenwärtige Entscheidungen immer mehr oder weniger auf eine zukünftige Situation bezogen sind. Es zeigte sich bei OETER/NOHKE (1982, S.40f.), daß die Auswirkungen der Schwangerschaft im **finanziellen Bereich** am wichtigsten für die Entscheidung waren. Mit einigem Abstand folgten dann die erwarteten Auswirkungen auf die Berufstätigkeit sowie auf verschiedene psychische, interaktionelle und soziale Gegebenheiten wie das

seelische Wohlbefinden, das Zusammenleben in der Familie und das Bedürfnis nach Autonomie und Gesundheit.

Im einzelnen beschrieben OETER/NOHKE (1982) folgende acht Problembereiche: Finanzielle Situation, Berufstätigkeit, Berufsausbildung, familiäres Zusammenleben und Wohnverhältnisse, Partnerbeziehung, Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen und Beeinträchtigungen von Gesundheit und psychischen Bedürfnissen. Die Beeinträchtigung psychischer Bedürfnisse bezog sich auf das Selbstwertgefühl der Frau, ihre Selbständigkeit, ihre Möglichkeiten, verantwortungsvollen Aufgaben sowie persönlichen Neigungen und Interessen nachzugehen sowie altruistische Bedürfnisse gegenüber dem Partner und vorhandenen Kindern zu realisieren.

Von TROSCHKE u.a. (1982, S.47) konstatierten, daß nur in ganz seltenen Fällen ein einzelner Grund für einen Schwangerschaftsabbruch angegeben wird. Die Autoren ließen die Stärke der einzelnen Motive gewichten und kamen dabei zu ähnlichen Ergebnissen wie OETER/NOHKE (1982): Auch hier standen finanzielle Probleme an erster Stelle der Begründungen für einen Schwangerschaftsabbruch. Es folgten die Ausbildungssituation, die Wohnsituation, die Angst vor der Zukunft mit einem Kind, Altersgründe, Partnerprobleme sowie Angst vor Mißbildungen und gesundheitliche Problemen. Von TROSCHKE u.a. (1982, S.58f.) ordneten die Motive folgenden Problembereichen zu:

- materieller Bereich: Materielle Probleme standen an erster Stelle. Von TROSCHKE u.a. (1982, S.48) verglichen diese Angaben mit den tatsächlichen Einkommensverhältnissen der Frauen und stellten fest, daß der Lebensstandard der befragten Frauen durch Austragen der Schwangerschaft ganz enorm gesunken wäre.
- gesundheitlich-medizinischer Bereich: Eine Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit oder die Möglichkeit der Mißbildung des Kindes war ein weiteres dominantes Motiv.
- psychosozialer Bereich: Es handelte sich hierbei um die Konfrontation von gesellschaftlich normativ gesetzten Ansprüchen (beispielsweise bezüglich der Kindererziehung) mit den aktuellen und mittelfristigen Möglichkeiten der Frauen, diesen Ansprüchen gerecht zu werden.
- persönlich-individueller Bereich: Hierzu zählte vor allem die Angst vor der Zukunft mit dem Kind. V. TROSCHKE u.a. (1982) fanden heraus, daß hauptsächlich für alleinstehende, kinderlose Frauen diese Zukunftsängste Hauptmotiv sind. Sie interpretieren es als eine Gefährdung vorgestellter Lebensperspektiven.

Auch in den Untersuchungen von KLEIN (1983a, S.30), JUNIOR (1982, S.117) und FRIEDRICH (1980, S.607) standen finanzielle Probleme und eine unzureichende **ökonomische Situation** an erster Stelle der Begründungen zum Schwangerschaftsabbruch. Lediglich bei WIMMER-PUCHINGER (1983, S.59) und bei HEINL (1980, S.62) rangierten andere Gründe vor der finanziellen Situation. Die von WIMMER-PUCHINGER (1983, S.59) Befragten nannten allgemein zu wenig **Sicherheit für die Zukunft** mit Kind als stärkste Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch. Es folgten dann Probleme bezüglich der **Ausbildung** und des **Berufs**. Bei HEINL (1980, S.62) standen auch berufliche und Ausbildungsprobleme an erster Stelle, gefolgt von Überlastungen im familiären Bereich. Der Stellenwert des Berufs und der Ausbildung wird allerdings auch von den übrigen Untersuchern als wichtiger Grund für einen Schwangerschaftsabbruch betont.

**Partnerprobleme** waren für ca. 1/4 der Befragten von OETER/NOHKE (1982, S.74-88), von v. TROSCHKE u.a. (1982) und KLEIN (1983a, S.30) ein wichtiger entscheidungsrelevanter Grund. In der Befragung von JUNIOR (1982, S.117) nannten 60% der Befragten eine unzureichende Partnerbeziehung als Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch. **Gesundheitliche Probleme** und Besorgnis um den Gesundheitszustand der Frau sowie Mißbildungen des Kindes hatten in den dargestellten Untersuchungen ebenfalls ca. 20% der befragten Frauen als wichtigen Grund hervorgehoben.

Der **seelische Zustand** der Frau (u.a. Altersprobleme und seelische Überlastung der Frau) wurde ebenfalls übereinstimmend als wesentlicher Motivbereich für einen Schwangerschaftsabbruch genannt (vgl. z.B. OETER/NOHKE 1982, S.95-118; v. TROSCHKE u.a. 1982, S.54-56). Nach LAUTERBACH (1986, S.76) zeigten die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch insbesondere hohe Konfliktwerte, wo es um Konsequenzen in den Bereichen "Schwangerschaft und Muttersein" und "Entwicklungsmöglichkeiten für ein Kind" gehe. Die antizipierten negativen Lebensumstände für das Kind schienen damit ebenfalls starken Einfluß auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch zu haben.

### *Résumé*

Betrachtet man zusammenfassend die Gründe und Motive für einen Schwangerschaftsabbruch, so zeigt es sich, daß übereinstimmend die finanzielle Situation, Probleme bezüglich der Ausbildung und des Berufs, die familiäre Situation, die Partnerbeziehung, gesundheitliche Probleme sowie die psychische Situation der Frau genannt werden. Dabei treten in der Regel mehrere negative Konstellationen gemeinsam auf; die Angst vor der Zukunft mit dem Kind und vor Überforderung sind häufig korrespondierende psychische Faktoren.

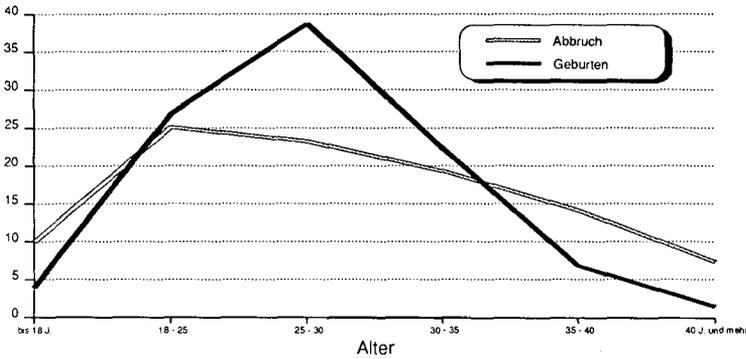
Eine vertiefende Betrachtung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch gewinnt Konturen, wenn die Möglichkeit besteht, Frauen mit Schwangerschaftsabbruch hinsichtlich ihrer sozialen und psychischen Merkmale Frauen gegenüberzustellen, die die Schwangerschaft austragen. Im folgenden Kapitel soll dargestellt werden, wie sich nach bisherigem Stand der Forschung Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von Kontrollgruppen unterscheiden.

### **3.5 Soziale und psychologische Merkmale von Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden**

Seit Einführung der Meldepflicht für Schwangerschaftsabbrüche im Zuge der Reform des § 218 StGB liegen Angaben über soziodemographische Merkmale von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch vor. Auf die in Kapitel 2.3.4 bereits erwähnten Bedenken hinsichtlich der Zuverlässigkeit der amtlichen statistischen Daten ist jedoch auch in diesem Zusammenhang hinzuweisen. Detaillierte Auswertungen dieser amtlichen Statistik finden sich bei ARNDT (1983, S.74-80) und bei BRÄUTIGAM/GRIMES (1985). Eine Beschreibung der Merkmale von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ist - einsichtigerweise - nur sinnvoll, wenn sie mit den Merkmalen von Kontrollgruppen verglichen werden können. Aus diesem Grund sollen im folgenden den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch - soweit verfügbar - Frauen gegenübergestellt werden, die die Schwangerschaft austragen, um so zu ermitteln, welche Faktoren auf diese Entscheidung Einfluß haben können.

#### *Alter*

Bezüglich des Alters derjenigen Frauen, die in der Bundesstatistik (STATISTISCHE JAHRBÜCHER 1977-1987) wegen der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs auftauchten, zeigte es sich, daß die Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in den verschiedenen Altersgruppen der Bundesrepublik im Laufe der letzten Jahre annähernd gleich geblieben ist. Stellt man die Altersverteilung der Frauen, die im Jahre 1985 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen (nach dem STATISTISCHEN JAHRBUCH 1986, S.384), derjenigen Verteilung von Frauen, die im gleichen Zeitraum ein Kind geboren haben (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.73) gegenüber, so zeigen sich folgende Trends (s. Schaubild 5):

**Schaubild 5:** Altersverteilung

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1986, S.73, 384

Am häufigsten fanden Schwangerschaftsabbrüche sowie auch Geburten in der Altersspanne zwischen 18 und 30 Jahren statt. Betrachtet man jedoch die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppen an der Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen bzw. Geburten, so zeigt es sich, daß die prozentuale Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei jüngeren und älteren Frauen vergleichsweise höher ist als deren Anteil bei den Geburten. Der Schwangerschaftsabbruch stellt sich also häufig als ein Problem jüngerer sowie älterer Frauen dar.

### *Familienstand*

Betrachtet man die Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche im Hinblick auf den Familienstand der betroffenen Frauen, so fällt auf, daß nach den Daten des Statistischen Bundesamtes (STATISTISCHE JAHRBÜCHER 1977-1987) der Anteil lediger Frauen seit der Reform des § 218 StGB stetig zugenommen hat. Bezüglich des Familienstandes der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ergab sich für das Jahr 1985 (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.384), daß 44,1% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ledig waren, 48,4% waren verheiratet, 5,5% geschieden und 0,5% verwitwet. Im Vergleich zu den Daten über die Geburten (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.73) zeigte es sich, daß unter den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch die verheirateten deutlich unterrepräsentiert waren: Ehelich geboren waren insgesamt 90,9%. Allerdings ist hier zu beachten, daß Eheschließungen auch häufig im Laufe der Schwangerschaft noch vorgenommen werden.

### *Kinderzahl*

Auch bei der Zahl vorangegangener Lebendgeburten zeigte sich ein leichter Trend: Im Jahre 1977 betrug der Anteil von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen und noch keine Lebendgeburt hatten, 34,4%. Im Jahre 1985 lag er bei 47,6% (STATISTISCHE JAHRBÜCHER 1977-1987). Dem entspricht ein mehr oder weniger deutlich ausgeprägter Abfall des Anteils an Schwangerschaftsabbrüchen von Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder hatten. Im Vergleich zu Frauen, die im Jahr 1985 ein Kind geboren hatten (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.75) zeigte es sich, daß ein Schwangerschaftsabbruch eher durchgeführt wurde, wenn die Frau entweder kinderlos war oder bereits viele Kinder hatte.

### *Staatsangehörigkeit*

Unter den im Jahre 1985 Geborenen (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.73) waren 90,6% deutscher und 9,4% ausländischer Staatsangehörigkeit. Vergleichbare Angaben liegen für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in der Bundesstatistik nicht vor. V.BAROSS (1988) errechnete aus dem Beratungsaufkommen der Pro Familia, daß sich der Anteil ausländischer Frauen auf 18,1% belief und damit überproportional hoch war. Nach diesen Berechnungen liegt die Abbruchrate bei ausländischen Frauen etwa doppelt so hoch wie bei deutschen.

### *Empirische Untersuchungen*

Weitere soziodemographische Merkmale von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch gehen aus der Bundesstatistik nicht hervor. Ergebnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen können Hinweise geben, inwieweit sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von Frauen, die die Schwangerschaft austragen, oder von anderen Kontrollgruppen unterscheiden.

In der Bundesrepublik selbst existiert keine aussagekräftige Studie zum Vergleich von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Frauen, die eine Schwangerschaft austragen. Zwei umfangreiche Studien liegen indessen aus Österreich vor: Die von WIMMER-PUCHINGER (1983; Beschreibung der Methode siehe Kap.3.4) und die von MÜNZ/PELIKAN (1978; Beschreibung der Methode siehe Kap.3.1). Aufgrund eines ähnlichen kulturellen Hintergrunds und ähnlicher Sozialstrukturen in beiden Ländern können vor allem von diesen Studien Hinweise auf die bundesdeutsche Situation erwartet werden. Die Mehrzahl der im folgenden dargestellten Studien stammt aus den USA. Unterschiede sind hierbei vor allem im Untersuchungszeitraum, der Fragestellung sowie der Eingrenzung der Stichproben zu beachten (s. Tabelle 4).

**Tabelle 4:** Untersuchungen zum Vergleich von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Kontrollgruppen**4a:** Vergleich: Schwangerschaftsabbruch - Austragen der Schwangerschaft

Autor	Jahr	Land	Stichproben
WIMMER-PUCHINGER (vgl. Kap. 3.4)	1983	Österreich	Erstschwängere 374 Abbruch 411 Austragen
MÜNZ/PELIKAN (vgl. Kap. 3.1)	1978	Österreich	117 Abbruch 131 Austragen
FORD, CASTELNUOVO-TEDESCO, LONG	1972	USA	40 Abbruch 52 Austragen
DIAMOND, STEINHOFF, PALMORE, SMITH	1973	USA	303 Abbruch 1.279 Austragen
KANE/LACHENBRUCH	1973	USA	Adoleszente 99 Abbruch 33 Austragen (matched)
JACOBSSON/PALM	1974	Schweden	83 Abbruch 36 Austragen
JACOBSSON, PERRIS, ESPVALL	1974a	Schweden	50 Abbruch 50 Austragen 40 nicht-schwängere Frauen 40 depressive Frauen
JACOBSSON, PERRIS, ROMAN, ROMAN	1974b	Schweden	399 Abbruch 118 Austragen
BUTTS/SPORAKOWSKI	1974	USA	uneheliche Schwangerschaft 35 Abbruch 74 Austragen
SWIGAR, QUINLAND, WEXLER	1977	USA	100 Abbruch 100 Austragen/Problem- schwangerschaft
ROSEN/MARTINDALE	1978	USA	921 Abbruch 360 Austragen/Problem- schwangerschaft
ROSEN/MARTINDALE	1980	USA	1.177 Abbruch 421 Austragen/Problem- schwangerschaft
BRACKEN, KLERMAN, BRACKEN	1978b	USA	ledige Schwängere 249 Abbruch 249 Austragen (matched)
SMETANA	1979	USA	ledige Schwängere 25 Abbruch 23 Austragen 22 nicht-schwängere Frauen

**Tabelle 4:** Untersuchungen zum Vergleich von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Kontrollgruppen  
(Forts.)

**4a:** Vergleich: Schwangerschaftsabbruch - Austragen der Schwangerschaft

Autor	Jahr	Land	Stichproben
SMETANA/ADLER	1980	USA	26 Abbruch 24 Austragen
WILLIAMS	1982	USA	29 Abbruch 29 Austragen/Problem- schwangerschaft
EISEN, ZELLMAN, LEIBOWITZ, CHOW, EVANS	1983	USA	ledige Adoleszente 184 Abbruch 113 Austragen
ROBBINS	1984	USA	uneheliche Schwangerschaft 139 Abbruch 109 Austragen

**4b:** Vergleich: Schwangerschaftsabbruch - sonstige Kontrollgruppen

Autor	Jahr	Land	Stichproben
BÖNITZ (vgl. Kap. 2.3.4)	1979	BRD	364 Abbruch 125 nicht-schwangere Frauen
GOEBEL (vgl. Kap. 3.3.2)	1984a	BRD	228 Abbruch 25 Sterilisationspatientinnen
ABERNETHY	1973	USA	65 Abbruch 65 nicht-schwangere Frauen (matched)
GERRARD	1977	USA	45 Abbruch 47 nicht-schwangere Frauen
FREEMAN	1977	USA	329 Abbruch 103 nicht-schwangere Frauen
DIXON, STRAND, WILLINGHAM	1984	USA	118 Abbruch 102 nicht-schwangere Frauen

Bei den Untersuchungen zum Vergleich von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Frauen, die die Schwangerschaft austragen, fand sich häufig eine Schwerpunktsetzung bezüglich der Probleme bei unehelichen Schwangerschaften sowie Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen von Adolescenten. Außer Frauen, die die Schwangerschaft austragen, wurden als Kontrollgruppen ebenfalls häufig nicht-schwangere Frauen herangezogen.

Im folgenden sollen die Ergebnisse dieser Studien im Hinblick auf als relevant angesehene Variablenbereiche dargestellt werden. Darüber hinaus wird auf Sekundärliteratur zu den jeweiligen Themenbereichen Bezug genommen. Erwähnenswert scheint zudem die Untersuchung von NEUBAUER (1982), die sich vorrangig mit Einstellungen und ihrem Einfluß auf die Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch befaßte.

NEUBAUER (1982) untersuchte von Oktober 1979 bis März 1980 an 279 nicht-schwangeren Frauen mit schriftlichen, standardisierten Fragebogen, welche gesellschaftlichen, situativen und individuellen Faktoren das Verlangen nach einem Schwangerschaftsabbruch hervorufen. Sie stellte die Hypothese auf, daß eine Frau um so eher bereit ist, eine unerwünschte Schwangerschaft abzubrechen, je weniger religiös sie ist und je weniger sie eine traditionelle weibliche Rollenauffassung akzeptiert.

### *Soziale Schicht*

Bezüglich des **Einkommens** zeigte die Untersuchung von WIMMER-PUCHINGER (1983, S.28), daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, über weniger Einkommen verfügten als Frauen, die sich zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen. Dies wird durch die Untersuchung von JACOBSSON u.a. aus Schweden (1974b, S.282) bestätigt. Allerdings fanden BUTTS/SPORAKOWSKI (1974, S.112) sowie OLSON (1980, S.435), daß bei **Adoleszenten**, die unehelich schwanger wurden, die Entscheidung, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, häufiger getroffen wurde, wenn die Mädchen aus einer höheren sozialen Schicht stammten. Die Autoren folgern, daß

"(...) the abortion patient is likely to be more independent, more motivated and more optimistic, as the abortion decision itself appears to imply that the situation (...) can be resolved without compromising the woman's future plans." (OLSON 1980, S.436)

Dies korrespondiert mit einer in der Regel höheren **Schulbildung** derjenigen Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen ließen, im Vergleich zu denjenigen, die sie austrugen (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.229; BUTTS/SPORAKOWSKI 1974, S.112; OLSON 1980, S.435; auch BÖNITZ 1979, S.94 im Vergleich zu nicht-schwangeren Frauen). Eine differenzierte Interpretation stammt von MÜNZ/PELIKAN (1978, S.72f.): Sie fanden heraus, daß bei Frauen, die in jungem Alter einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, die Schulbildung deutlich höher war als bei den Vergleichsgruppen, während diejenigen Frauen, die in einem späteren Lebensabschnitt einen Schwangerschaftsabbruch

hatten, einen niedrigeren Qualifikationsgrad besaßen. Nach OETER/WILKEN (1981) hat

"...sich das Abtreibungsproblem grundlegend verändert, indem die Abtreibung durch Frauen mit vielen Kindern in ungünstiger sozialer Situation an Bedeutung verliert; das Problem verlagert sich offensichtlich zunehmend auf Frauen ohne oder mit wenigen Kindern, die sich durch zu früh oder nach Erreichen der gewünschten Kinderzahl entstandene Schwangerschaften im Aufbau oder der Sicherung einer sozio-ökonomischen Stellung gefährdet sehen, die sie für angemessen halten." (S.325)

Damit korrespondiert, daß nach der Studie von WIMMER-PUCHINGER (1983, S.30) Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, im Vergleich zu den Schwangeren häufiger noch in **Ausbildung oder arbeitslos** waren. Dies entsprach auch den Ergebnissen von JACOBSSON u.a. (1974b, S.283). Auch fand sich in diesen beiden Studien übereinstimmend, daß die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger entweder auf eigenes Einkommen oder auf Unterstützung durch den Staat oder die Eltern angewiesen waren, währenddessen diejenigen Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, häufiger vom Einkommen des Ehemanns oder durch ein gemeinsam erzieltetes Einkommen lebten.

### *Partnerbeziehung*

Wie bereits erwähnt, waren Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen ließen, häufiger nicht verheiratet als Frauen, die sie austrugen. Damit hängt zusammen, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch weniger häufiger zusammen mit ihrem Partner wohnten (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.26) sowie auch ihre Partnerbeziehung als weniger glücklich schilderten als die Vergleichsgruppen (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.41). Nach internationalen Untersuchungen war zudem bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch die Partnerbeziehung häufig kürzer, der Partner konnte aufgrund seines sozio-ökonomischen Status' der Frau keinen sicheren Rahmen für das Leben mit einem Kind bieten, und zudem sprach sich bei diesen Frauen der Partner häufiger pro Schwangerschaftsabbruch aus als in den Vergleichsgruppen (s. z.B. BRACKEN u.a. 1978b; ROBBINS 1984; SWIGAR u.a. 1977).

### *Religion*

Im Hinblick auf die **Religion bzw. die religiöse Gebundenheit** fand WIMMER-PUCHINGER (1983, S.36f.) in ihrer österreichischen Untersuchung geringe Un-

terschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Nach MÜNZ/PELIKAN (1978, S.109) bestanden jedoch - ebenfalls in Österreich - bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch weniger religiöse Bindungen als bei Frauen, die die Schwangerschaft austrugen. Auch NEUBAUER (1982, S.120f.) ermittelte in ihrer Untersuchung (von gegenwärtig nicht von einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Schwangerschaft betroffenen Frauen) einen positiven Zusammenhang zwischen hoher Einschätzung religiöser Werte und geringer Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch - und umgekehrt eine erhöhte Bereitschaft bei geringerer Einschätzung religiöser Werte. BÖNITZ (1979, S.100) fand bei Katholikinnen im Vergleich zu Protestantinnen nur dann eine stärkere Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs, wenn sie selbst davon betroffen und mit der klinischen Situation konfrontiert waren.

Aus amerikanischen Untersuchungen (s. z.B. DIAMOND u.a. 1973, S.354; FORD u.a. 1972, S.547; OLSON 1980, S.436) ging hervor, daß katholische Frauen weniger Schwangerschaftsabbrüche durchführen ließen als Frauen anderer Konfessionen. Dies bestätigte WILLIAMS (1982): Auch er fand heraus, daß Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden, häufiger nicht katholisch waren als Frauen, die die Schwangerschaft austrugen. Wurde allerdings statt der Religionszugehörigkeit die berichtete Religiosität als Unterscheidungsmerkmal herangezogen, so zeigten sich wenige Unterschiede (WILLIAMS 1982, S.43f.). Somit läßt sich über die Bedeutung religiöser Faktoren kein übereinstimmendes Bild festhalten.

### *Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch*

Auch die Beziehung zwischen **Einstellungen** und der Entscheidung, eine Schwangerschaft entweder abzubrechen oder auszutragen, wurde von einigen Autoren untersucht. Bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wurde dabei das einhellige Ergebnis erzielt, daß Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen ließen, eine "liberalere" Einstellung bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs aufwiesen als die Kontrollgruppen (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.54; BRACKEN u.a. 1978b, S.259; EISEN u.a. 1983, S.87f.; SMETANA 1979, S.299f.; WILLIAMS 1982, S.43f.).

Nach BRACKEN u.a. (1978b) waren Frauen, die eine Schwangerschaft austrugen und in ihrer Vergangenheit noch keine Abbrucherfahrung hatten, "konservativer" zum Thema Schwangerschaftsabbruch eingestellt als Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben. Die Autoren wiesen jedoch auf den Einfluß retrospektiver Betrachtungen hin:

"The ethical aspect of abortion (abortion as killing), moreover, was one of the strongest differences between the two groups. This is not to say, however, that a woman decides upon abortion will follow from her attitude about it. (...) Attitudes toward abortion are changed by one's experience of it. In this light, it is difficult to believe that stated attitudes toward abortion for many women will have much reliability in predicting future behavior. Changes in attitude may play an ego-defensive role by reducing conflict that follows from having to make, say, a decision to abort because of economic or other considerations". (S.261)

Nach SMETANA (1979, S.301) und FREEMAN (1978, S.152) standen die abstrakte Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und die Verhaltenswahl zwar in Zusammenhang, jedoch war dieser Zusammenhang auch abhängig von der persönlichen Situation; die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch müsse der prinzipiellen Einstellung der Frau nicht unbedingt entsprechen.

### *Einstellung zur Sexualität*

Ebenfalls relativ einhellig wurde festgestellt, daß diejenigen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, eine negativere Einstellung zur Sexualität hatten (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.44f.; ABERNETHY 1973, S.348f.; ADLER 1981, S.58; FORD u.a. 1972, S.549). Darüber hinaus wurde von verschiedener Seite erwähnt (GERRARD 1977; KANE u.a. 1973, S.291), daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch höhere Schuldgefühle bezüglich der Sexualität äußerten.

Auch bei der Einstellung zur Sexualität ist denkbar, daß retrospektive Betrachtungen Einfluß auf die Untersuchungsergebnisse haben. So steht zu vermuten, daß sich Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch auch deshalb negativer bezüglich der Sexualität äußern, da diese immerhin die ungewollte Schwangerschaft verursacht hat und somit als Auslöser für eine negative Erfahrung (zeitweise) aversiv besetzt sein kann.

### *Einstellung zur Frauenrolle*

In bezug auf Einstellungen zur Mutterrolle und zum weiblichen Rollenbild wurde von verschiedenen Autoren festgestellt, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, im Vergleich zu den Kontrollgruppen eher berufsorientiert waren, eine negativere Einstellung zur Mutterrolle zeigten und weniger traditionelle Geschlechtsrollenstereotype übernahmen (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.37f.; FORD u.a. 1972, S.549; ROSEN/MARTINDALE 1978, S.239). WIMMER-PUCHINGER (1983, S.31) schilderte darüber hinaus, daß bei

Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen ließen, die Berufszufriedenheit deutlich höher war, als bei Frauen, die sie austragen. Auch NEUBAUER (1982, S.120f.) fand bei den von ihr befragten nicht-schwangeren Frauen, daß diejenigen, die eher eine Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch zeigten, der traditionellen weiblichen Rolle eher ablehnend gegenüberstanden. Allerdings konnten JACOBSSON/PALM (1974, S.297) bei den von ihnen in Schweden Befragten keine Unterschiede im Hinblick auf psychologische "feminity" zwischen Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Schwangeren auffinden.

Vergleicht man hiermit die Ergebnisse zur **Kontrazeptionsforschung**, bei der Geschlechtsrollenstereotype ebenfalls eine große Rolle spielen (vgl. Kap.3.3.1), so können im Hinblick auf die Einstellung zur Mutterrolle und zum weiblichen Selbstverständnis folgende Trends festgehalten werden:

- Frauen mit traditioneller Einstellung zur Mutterrolle scheinen häufiger keine effektive Kontrazeption zu betreiben.
- Frauen mit traditioneller Einstellung zur Mutterrolle scheinen weniger häufig Schwangerschaftsabbrüche durchführen zu lassen.

Aus diesen Ergebnissen ist zu schließen, daß Frauen mit traditioneller Einstellung zur Mutterrolle zwar häufiger ungewollt schwanger werden, sich jedoch weniger häufig zum Schwangerschaftsabbruch entschließen und eine ungewollte Schwangerschaft eher austragen. Währenddessen findet sich unter Frauen, die eine ablehnendere Haltung gegenüber der traditionellen Mutterrolle aufweisen, sowohl effizientere Kontrazeption als auch eine größere Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch. Auch WILKEN/OETER (1979, S.211) gingen davon aus, daß eine Schwangerschaft eher abgebrochen wird, wenn zuvor effektiv verhütet wurde.

### *Neurotische Störungen*

Insbesondere in älteren Arbeiten zum Schwangerschaftsabbruch wurden häufig neurotische Störungen bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch konstatiert. So fanden beispielsweise FORD u.a. (1972, S.548f.) bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger eine psychiatrische Krankengeschichte vor. Ebenfalls wiesen in dieser Untersuchung die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu den Frauen, die die Schwangerschaft austragen, höhere Neurotizismuswerte in Persönlichkeitstests auf, die sich vor allem auf Depression und Angst bezogen.

Hypothesen, die verschiedene Aspekte eines erhöhten Neurotizismus bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch zum Thema hatten, wurden von JACOBSSON u.a. (1974a) getestet. Dabei erwies sich die Gruppe der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch als **nicht** abweichend von den Kontrollgruppen der nichtschwangeren Frauen und der Frauen, die eine Schwangerschaft austrugen. Allerdings zeigten sie sich autonomer und weniger konform. Auch BÖNITZ (1979, S.98f.) und KANE u.a. (1973, S.292) konnten keinen erhöhten Neurotizismus auffinden; jedoch waren Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschten, ängstlicher und impulsiver als Frauen, die nicht schwanger waren. Dies mag jedoch auf die emotional belastende Situation, in der sich die Frau befand, zurückzuführen sein. OLSON (1980, S.439) konstatierte bei Adolescenten, die eine Schwangerschaft abbrechen, stärkeres Selbstbewußtsein und ein größeres Maß an psychischer Gesundheit und weniger fatalistische Sicht als bei Mädchen, die die Schwangerschaft austrugen. Auch FREEMAN (1977) fand bei Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, in der Regel ein positives Selbstkonzept.

Bei Betrachtung der Literatur zu persönlichkeitspezifischen Merkmalen von Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen (sowie auch der psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs) fällt auf, daß ältere Arbeiten deutlich häufiger eine Psychopathologie der Frauen und entsprechend häufiger negative Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs konstatierten. Es ist zu vermuten, daß in dieser Phase wissenschaftlichen Arbeitens über den Schwangerschaftsabbruch aufgrund der restriktiven gesetzlichen Regelung und der damit verbundenen Tabuisiertheit des Themas lediglich besonders belastete Frauen (vorrangig mit psychiatrischer Indikation) in Untersuchungen einbezogen wurden.

### *"broken home"*

Ebenso wie die Suche nach spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, konnten auch Untersuchungen über **belastende Ereignisse in der Kindheit** (vor allem "broken home") sowie das emotionale Verhalten der Eltern der betroffenen Frau keine eindeutigen Ergebnisse bringen. Während einerseits (s. JÜRGENSEN 1983; JACOBSSON u.a.1974b und KANE u.a. 1973) bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu Kontrollgruppen häufiger der Verlust eines oder beider Elternteile durch Scheidung oder Tod gefunden wurde, so konnten andere Untersuchungen (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.33f.) hier keine Unterschiede ermitteln.

Das emotionale Verhalten der Eltern und die Atmosphäre in der Herkunftsfamilie wurden von einigen Untersuchern (WIMMER-PUCHINGER 1983, S.35; ABERNETHY 1973, S.348f. sowie JACOBSSON u.a. 1974b, S.284f.) bei Frauen

mit Schwangerschaftsabbruch häufiger als negativ beschrieben, wobei zumeist mangelnde emotionale Zuwendung, Streit oder Alkoholismus in der Herkunftsfamilie ermittelt wurden. ABERNETHY (1973, S.349) fand bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in der Beziehung zur Mutter zunächst Nähe während der Kindheit, die sich im Laufe der Adoleszenz in Distanz wandelte, währenddessen zum Vater eine tiefe "inzestuöse" Beziehung bestand. Die Bedeutsamkeit der Beziehung zu den Herkunftseltern wurde auch vor allem von psychoanalytischen Autoren betont: Die Erfahrung von Schwangerschaft und Elternschaft bedeute für viele Frauen die Wiederbelebung früherer Konflikte mit den Eltern, die sowohl zu persönlichem Wachstum und zu einer positiven Veränderung der Beziehung zu den eigenen Eltern, aber auch zu Ängsten und Störungen bezüglich der Schwangerschaft führen können (s. z.B. BIBRING u.a. 1961; MOLINSKI 1972). Dabei wurde insbesondere das Verhältnis zur Mutter i.S. eines positiven Rollenvorbilds hervorgehoben. Nach PASINI (1980, S.169f.) wiesen insbesondere Frauen mit mehrfachem Schwangerschaftsabbruch häufiger eine gestörte Kindheit und familiäre Situation auf, die vorrangig durch abweisendes Verhalten der Mutter geprägt war.

Die Bedeutung von **Rollenvorbildern**, sei es durch die eigene Mutter, sei es durch "significant others" fand in mehreren Untersuchungen Berücksichtigung. So wurde ermittelt, daß Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, mehr Rollenvorbilder im Bekanntenkreis zum Austragen einer auch ungewollten Schwangerschaft vorfanden (BRACKEN u.a. 1978b, S.259; EISEN u.a. 1983, S.86f.), während diejenigen Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen ließen, häufiger entsprechende Rollenvorbilder hatten, die sich ebenfalls zum Abbruch einer Schwangerschaft entschlossen (BUTTS/SPORAKOWSKI 1974, S.113; OLSON 1980, S.436).

### *Weitere psychologische Variablen*

Während ADLER (1981, S.56f.) davon ausging, daß sich im Schwangerschaftsabbruch eine mangelnde Fähigkeit ausdrückt, auf sich selbst zu achten, konnten ROSEN/MARTINDALE (1980) bei den von ihnen untersuchten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ein erhöhtes Maß an wahrgenommener **Selbstkompetenz** ermitteln:

"In addition, women who have other goals in the life than playing a maternal role and who feel competent and able to strive for such goals, logically would be likely to seek an abortion if an accidental pregnancy appeared to threaten such goals" (ROSEN/MARINDALE 1980, S.107).

Entsprechend der Attributionstheorie nach ROTTER (1966) konnten DIXON u.a. (1984) bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, ein erhöhtes Maß an **internaler Kontrollüberzeugung** ermitteln. Nach den Autoren sprach dies für die Fähigkeit, Entscheidungen für sich zu treffen und sich nicht auf andere zu verlassen bzw. anderen die Verantwortung zuzuschieben. BRACKEN u.a. (1978b, S.253f.) konnten allerdings keinen Unterschied im Hinblick auf die Kontrollüberzeugung ermitteln zwischen Frauen, die die Schwangerschaft abbrachen und denen, die sie austrugen. Ebenso ergaben sich bei BRACKEN u.a. (1978b, S.253f.) keine Unterschiede in bezug auf andere Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. die **Ich-Stärke**. Dies führt die Autoren zu der Schlußfolgerung,

"(...) strongly suggests that the decision about the outcome of each pregnancy in this population is related more to the circumstances surrounding each particular pregnancy than it is to any characteristic of the woman herself (...). The same woman may well experience both types of pregnancy and perceived notion about the choice of abortion for example, is very likely to be considered revised from one pregnancy to the next. Researchers, then, should focus on a study of pregnancies rather than trying to classify women as those who will abort or deliver. At the end of these cohorts reproductive years it appears likely that almost all women probably will have experienced both deliveries and abortions." (S.261)

### *Résumé*

Neurotische Merkmale von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wurden vorrangig in Untersuchungen konstatiert, die vor oder kurz nach einer Reform des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurden. Das Ausmaß an festgestellten gravierenden psychischen Störungen verminderte sich hingegen deutlich, wenn bedingt durch eine Liberalisierung der gesetzlichen Regelungen eine größere Anzahl von Frauen in die Untersuchungen mit einbezogen werden konnten (vgl. DIEDERICHS 1976, S.282; JACOBSSON/PALM 1974, S.296).

Hingegen scheinen Vorstellungen über die Mutterrolle, Widersprüche in den Rollenerwartungen, Tabus und Ängste in der Sexualität und der Partnerschaft wie auch unbewußte Konfliktmomente die Entscheidung über Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch zu beeinflussen.

Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, daß sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von den übrigen Frauen weniger im Hinblick auf individuelle persönlichkeitspezifische Merkmale unterscheiden, sondern vielmehr im Hinblick auf situative Faktoren, die der Lebensphase entsprechen, in der die Frau sich befindet. Dabei zeigen die vorliegenden Ergebnisse, daß es sich beim

Schwangerschaftsabbruch vorrangig um ein Problem von jüngeren ledigen Frauen ohne Kinder handelt bzw. um ein Problem von älteren Frauen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status. Ein Schwangerschaftsabbruch zur Lösung der Konfliktsituation einer ungewollten Schwangerschaft wird demnach überwiegend von Frauen am Anfang oder am Ende ihrer Reproduktionsperiode gewählt.

### **3.6 Die psychischen Folgen einer ungewollten Schwangerschaft und eines Schwangerschaftsabbruchs**

Über den langfristigen Umgang mit der Entscheidung, eine ungewollte Schwangerschaft abzurechnen oder auszutragen und daraus resultierenden etwaigen psychischen Störungen liegen insgesamt divergierende Ergebnisse vor. Die Vergleichbarkeit der vorliegenden empirischen Studien ist eingeschränkt, da sie sich in der Befragungsmethodik, den Katamnesezeiten sowie auch den Untersuchungsstichproben unterscheiden. Zudem bereitet die Bewertung der aufgefundenen "coping-Muster" Probleme: So können beispielsweise depressive Reaktionen einerseits als psychische Irritation negativ bewertet werden, andererseits durchaus positiv, wenn man sie als Teil einer normalen Trauerreaktion betrachtet.

#### *Psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs*

Von BUCK (1976) und HOCH (1977) stammen Literaturübersichten über internationale Studien zur Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs. Insgesamt lag der durchschnittliche Anteil an negativen Störungen sowohl nach HOCH (1977, S.22, 65; allgemein psychische und psychosomatische Störungen) als auch nach BUCK (1976, S.10f.; vgl. auch PETERSEN 1977, S.1211; leicht negative und schwer negative Störungen) bei etwa 30%-40%. Obgleich die Spannweite an negativen Reaktionen bei den referierten Untersuchungen außerordentlich hoch war, schienen insgesamt bei etwa 1/3 der Frauen negative Reaktion nach einem Schwangerschaftsabbruch aufzutreten, davon bei etwa 10% schwere oder chronische negative Reaktionen; währenddessen bei etwa 2/3 der Frauen keine oder positive Reaktionen geschildert wurden. Unter positiven Reaktionen wurde zumeist Erleichterung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs verstanden, bei den negativen Reaktionen dominierten Depressionen, Schuldgefühle, Sexualstörungen und psychosomatische Beschwerden.

Als Risikofaktoren für eine ungünstige psychische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs wurden von PETERSEN (1977, S.1207) verschiedene Variablen genannt wie beispielsweise:

- alleinstehend, ledig, ohne familiären Halt,
- starke religiöse Bindung, besonders Katholikin,
- bestehende psychische Störungen,
- selbstunsichere, ängstliche Persönlichkeit,
- Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer geringen Eigenmotivation und des Drängens von anderen,
- sozialer Streß.

Die von PETERSEN (1977) aufgrund von sekundäranalytischen Auswertungen gemachten Angaben über günstige und ungünstige Bedingungen stammten von verschiedenen Autoren mit verschiedenartiger Untersuchungsmethodik. Dennoch zeigte auch die Untersuchung von RUNTE (1978, S.85f.) ähnliche Risikofaktoren: Demnach gab es Anzeichen dafür, daß jüngere, ledige, der Kirche angehörende Frauen eher eine spätere Persönlichkeitskrise durchmachten als ältere, verheiratete, der Kirche nicht angehörende Frauen. Nach RUNTE (1978, S.83f.) waren 76% der Befragten mit ihrer Entscheidung zufrieden oder indifferent, 11% waren bekümmert und schilderten Stimmungsschwankungen, während 13% über Konflikte, Schuldgefühle und Reue berichteten.

Neuere empirische Untersuchungen zur psychischen Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs stammen von GOEBEL (1984b; zur Beschreibung der Methode vgl. Kap.3.3.2), SIMON (1986) und BARNETT, FREUDENBERG und WILLE (1986).

SIMON (1980, 1986) befragte in zwei Studien 63 bzw. 45 Frauen, die vor 1-7 Jahren einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Die Biographie der Patientinnen wurde mit einem strukturierten Interview erfragt; drei weitere Fragebögen beinhalteten Aussagen zum Abbruch selbst. Außerdem wurden Persönlichkeitstests verwendet.

BARNETT, FREUDENBERG und WILLE (1986) befragten 263 Frauen deutscher Nationalität, bei denen im ersten Quartal 1982 in Kiel eine Notlagenabruptio durchgeführt wurde. 117 Frauen wurden vor und ein Jahr nach dem Schwangerschaftsabbruch untersucht. Hinsichtlich Alter, Familienstand und Kinderzahl ergaben sich keine Stichprobenverzerrungen im Vergleich zu den Angaben des Statistischen Bundesamtes. Für beide Erhebungszeitpunkte wurde jeweils ein aus standardisiertem Interview, Fragebogen und normierten psycho-diagnostischen Tests bestehendes Erhebungsinstrument verwendet.

Während nach der Untersuchung von SIMON (1986) sich nahezu 60% der befragten Frauen unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch und auch später häufiger nervös, weniger ausgeglichen und psychisch instabil fühlten, war nach BARNETT u.a. (1986, S.111) bei 21% von einer problematischen seeli-

schen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs auszugehen. 54% dieser Stichprobe hat den Eingriff augenscheinlich folgenlos überstanden und 25% wiesen hinterher eher positive Reaktionen auf. Im Vergleich zu den "Unauffälligen" hatten die späteren Problemfälle statistisch signifikant häufiger und schwerwiegendere finanzielle Probleme, stammten eher aus der Unterschicht und zeigten gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch eine größere Ambivalenz. Ein weiterer Unterschied zwischen unauffällig und problematisch Verarbeitenden fand sich nach BARNETT u.a. (1986, S.114) hinsichtlich der emotionalen Grundeinstellung zur Sexualität: Diejenigen Frauen, die zu einer intrapsychischen Trennung von Sexualität und Fortpflanzung nicht in der Lage waren, konnten den Schwangerschaftsabbruch psychisch schlechter verarbeiten. Auch mangelnde Unterstützung durch den Partner erwies sich als Risikofaktor.

Nach GOEBEL (1984b, S.274) antworteten bei der Nachbefragung 63,8% der von ihm Untersuchten, daß sie den Schwangerschaftsabbruch gut verarbeitet hätten, 25,8% gaben an, unter dem Eingriff bis zu einem Jahr gelitten zu haben und 9,6% litten bis zum Tag der Nachuntersuchung unter dem Eingriff. Insgesamt trennten sich 20% der Frauen nach dem Schwangerschaftsabbruch von ihrem Partner, was nach Ansicht des Autors für einen Zusammenhang zwischen ungewollter Schwangerschaft und einer Trennungsproblematik spricht. 11,4% dieser Frauen wurden erneut schwanger, wobei ein Schwangerschaftsabbruch von keiner erwogen bzw. durchgeführt wurde. Hinsichtlich des Kontrazeptionsverhaltens zeigte sich nach GOEBEL (1984b, S.274), daß es sich deutlich in Richtung auf einen sichereren Gebrauch verändert hatte.

Insgesamt bestätigen die Daten von GOEBEL (1984b) und BARNETT u.a. (1986) das sich bereits aus dem Mosaik vorliegender ausländischer Studien abzeichnende Bild über die Häufigkeit von negativen Reaktionen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Demnach sind in den ersten Wochen und Monaten nach dem Eingriff mäßig negativ getönte Emotionen nicht ungewöhnlich ("post abortion blues" DAVID 1972, S.62); die sich jedoch bei den meisten Frauen innerhalb eines Jahres verflüchtigen. Schwer negative oder lang andauernde psychische Störungen tauchen demnach lediglich bei einer Minderheit der Frauen auf. Die gefundenen und mit den Ergebnissen ausländischer Studien übereinstimmenden Ergebnisse zeigen, daß psychische Beschwerden nach einem Schwangerschaftsabbruch um so wahrscheinlicher auftreten, je schlechter die Ausgangssituation der betroffenen Frau in den verschiedensten psychosozialen Bereichen ist (s. auch MALL-HAEFELI 1982).

### *Psychische Folgen einer ausgetragenen ungewollten Schwangerschaft*

Mit psychischen Komplikationen sowohl für die Frau als auch für das Kind ist auch in den Fällen zu rechnen, in denen eine Frau, die den Schwangerschaftsabbruch wünschte, sich gezwungen sah, das Kind auszutragen. FORSSMAN/THUWE (1966) untersuchten 120 Jugendliche, deren Mütter einen Schwangerschaftsabbruch beantragten, der jedoch abgelehnt worden war. Die Untersuchung fand 20 Jahre nach der Geburt dieser Kinder statt; sie wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen, deren Mütter keinen Schwangerschaftsabbruch begehrten. Es zeigte sich, daß die primär unerwünschten Kinder häufiger kriminell und asozial wurden, signifikant häufiger in psychiatrischer und Fürsorgebehandlung waren als diejenigen der Kontrollgruppe (S.85).

Auch nach KIND (1979) zeigten die Kinder, deren Mütter in der Frühschwangerschaft einen Abbruch verlangt hatten, mehr Verhaltensstörungen. Auch schien bei diesen Frauen die Säuglingssterblichkeit erhöht zu sein (KIND 1979, S.54). Da in die Untersuchung von KIND (1979) Kinder von Frauen eingingen, bei denen eine psychiatrische Indikation zur Debatte stand, könnte diese Auslese eine Rolle für die Konstatierung der Verhaltensauffälligkeiten auch der Kinder spielen.

Nach HÖÖK (1963) litten auch die Mütter der ungewollt ausgetragenen Kinder häufiger unter psychischen Störungen. HÖÖK (1963) untersuchte 249 Frauen, denen ein Antrag auf einen Schwangerschaftsabbruch ebenfalls nicht stattgegeben wurde, 7-11 Jahre nach der Geburt. Sie fand heraus, daß 53% dieser Frauen, die nun mit ihrem Kind lebten, psychische Beeinträchtigungen nach der Geburt zeigten, die oft einige Jahre dauerten. 24% der Frauen litten noch zur Zeit der Untersuchung unter Symptomen, die mit dem ungewollten Kind in Verbindung standen (HÖÖK 1963, S.109f.,130).

### *Résumé*

Die Kausalkette von der Unerwünschtheit der Schwangerschaft und dem Abbruchsbegehren während der Frühschwangerschaft auf der einen Seite und einem schweren Lebensschicksal später auf der anderen Seite, kann allerdings kritisiert werden. So ist zu vermuten, daß das Lebensmilieu der Frauen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch ungünstiger war als das der Kontrollgruppen, so daß nicht alleine der Faktor Unerwünschtheit entscheidend sein dürfte, sondern viel komplexere Zusammenhänge. Aufgrund der Vielzahl der möglichen Sozialisationsfaktoren läßt sich der Verlauf des Lebens dieser Kinder wahrscheinlich nicht durch lediglich ihre Unerwünschtheit deterministisch festlegen, so daß sich für den Einzelfall zur Zeit der Frühschwangerschaft nicht

prognostizieren läßt, welches Schicksal dieses Kind später haben wird. Sowohl ein Schwangerschaftsabbruch als auch das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft können zu seelischen Störungen führen. Nach PETERSEN (1986, S.91) läßt sich aufgrund der individuellen Biographie jedes Einzelnen schlechterdings nicht voraussagen, welche seelischen oder auch psychosomatischen Folgen eine Schwangerschaft bzw. ein Schwangerschaftsabbruch bei jeder einzelnen Frau haben wird, zumal der Schwangerschaftsabbruch in seiner Qualität von Individuum zu Individuum verschieden erlebt wird.

### 3.7 Zusammenfassung und Diskussion

Betrachtet man die bisher vorliegende Forschung über Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, so lassen sich folgende Kernaussagen treffen: Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen lassen, unterscheiden sich in ihrer Lebenssituation von den Frauen, die die Schwangerschaft austragen. Diese Unterschiede manifestieren sich vor allem im Familienstand und der Partnerbeziehung, der Berufstätigkeit sowie im Lebensunterhalt und Einkommen.

Aus diesen vermutlich geringeren "Ressourcen" ergibt sich für diese Frauen, daß die Mutterschaft mehr Belastungen und Einschränkungen bedeutet als für die Vergleichsgruppen. Aus den Konsequenzen, die befürchtet werden, leiten sich die subjektiven Gründe für den Schwangerschaftsabbruch ab. Dabei stehen Beweggründe im Vordergrund, die allgemein eine mangelnde Sicherheit für die Zukunft umschreiben. Im einzelnen werden dabei übereinstimmend folgende Motive genannt:

- finanzielle Schwierigkeiten,
- partnerschaftliche Probleme,
- Probleme im Bereich des Berufs und der Ausbildung,
- gesundheitliche Probleme,
- psychische Überforderung sowie die Beeinträchtigung psychischer Bedürfnisse.

Darüber hinaus werden in der Literatur Beweggründe diskutiert, die die Rolle der Frau in der Gesellschaft im besonderen widerspiegeln, wie etwa der Einfluß von Geschlechtsrollenstereotypen und Widersprüche in den Rollenerwartungen, Tabus und Ängste in Sexualität und Partnerschaft und nicht zuletzt unbewußte Konfliktmomente, wobei insbesondere der "Konfliktlösungsversuch", den die Schwangerschaft und der Schwangerschaftsabbruch darstellen kann, im Vordergrund steht.

Es zeigt sich, daß die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs in ein komplexes soziales und psychologisches Beziehungsgeflecht verwoben ist; die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch stellt sich oft als ein verwirrendes Ineinandergreifen von verschiedenen Gesichtspunkten dar.

Anhand von konflikt- und entscheidungstheoretischen Modellen wurde versucht, Facetten des Konfliktgeschehens im Falle einer ungewollten Schwangerschaft zu beleuchten, wobei insbesondere in amerikanischen Untersuchungen auf diesbezügliche Grundlagenforschung Bezug genommen wurde. Bei der überwiegenden Anzahl bundesdeutscher Untersuchungen ist demgegenüber ein theoretisches Defizit zu beobachten, was jedoch mit der erst seit der Liberalisierung des § 218 StGB in größerem Umfang möglichen Forschungstätigkeit zusammenhängen dürfte, wobei zunächst vorrangig der Zweck verfolgt wurde, den status quo zu ermitteln.

Aus der Vielfalt der konflikt- und entscheidungstheoretischen Ansätze wurden auf die Konfliktsituation der ungewollten Schwangerschaft überwiegend psychoanalytische Theorien übertragen sowie Ansätze, die die unterschiedlichen Annäherungs- und Vermeidungstendenzen beschreiben. Versucht man mittels dieses Konfliktmodells die Ambivalenzen, die bei einer ungewollten Schwangerschaft eintreten können, darzustellen, so sind v.a. folgende Einflußfaktoren zu nennen:

So sprechen für das Austragen der Schwangerschaft ganz unterschiedliche Gründe: Der Wunsch nach einem Kind, nach Zärtlichkeit, nach Selbstverwirklichung der Frau als Mutter sowie der Wunsch nach positiver Wertschätzung als Mutter. Eingebettet in den sozialen Rahmen der Frau können Motivationen zum Kind aufgrund der Partnerbeziehung und des Einflusses wichtiger Bezugspersonen wie Eltern und Freunde entstehen. Auch gesellschaftliche Vorstellungen zum Bild der Frau, traditionelle Rollenerwartungen und sozialer Druck können die Entscheidung der Frau zum Austragen der Schwangerschaft beeinflussen.

Gegen das Austragen der Schwangerschaft können u.a. materielle Gründe sprechen, da ein (weitere) Kind häufig mit finanziellen Verschlechterungen und Veränderungen des sozialen Status einhergehen. Der Verlust der Autonomie der Frau, die eventuell verstärkte Abhängigkeit vom Partner sowie aus Schwangerschaft und Kindererziehung resultierende berufliche Probleme und erhöhte Arbeitsbelastung stellen ebenfalls häufig genannte Determinanten dar. Desweiteren ist der Einfluß der Partnerbeziehung und der wichtiger Bezugspersonen zu erwähnen.

Für den Abbruch einer Schwangerschaft spricht vorrangig, daß die negativen Begleitumstände, die mit dem Austragen der Schwangerschaft verbunden sind, aufgehoben werden. Es tritt in der Regel keine Statusveränderung ein, und die Frau muß ihre Lebensplanung nicht verändern.

**Gegen** den Abbruch der Schwangerschaft können folgende Determinanten sprechen: Aufhebung der positiven Aspekte, die mit dem Austragen der Schwangerschaft einhergehen, eventuell Widersprüche mit den Wertvorstellungen der Frau und Einflüsse des Partners und anderer Bezugspersonen. Ebenso können die gesundheitlichen Risiken aufgrund des körperlichen Eingriffs von der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abhalten. Desweiteren setzen hier auch Faktoren an, die mit der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, der Sanktionsdrohung und der prinzipiellen Verfügbarkeit eines legalen Schwangerschaftsabbruchs zusammenhängen.

Um die handlungsleitenden Faktoren von Frauen im Schwangerschaftskonflikt - insbesondere auch diejenigen, denen vom Gesetzgeber Relevanz zur Regulation der Schwangerschaftsabbrüche zugesprochen wird - zu erfassen, gilt es, die Situation der Frau im Kontext der Schwangerschaft zu analysieren. Hierzu ist die Einbeziehung von **Kontrollgruppen** notwendig. Der Kenntnisstand über Unterschiede von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Frauen, die eine Schwangerschaft austragen, scheint relativ hoch, obgleich zu beachten ist, daß maßgebliche Forschungen hierzu aus dem anglo-amerikanischen Raum stammen, deren Übertragbarkeit auf die bundesdeutsche Situation keineswegs gesichert ist. Im deutschsprachigen Raum existieren lediglich die Untersuchungen von WIMMER-PUCHINGER (1983) und MÜNZ/PELIKAN (1978) aus Österreich, in denen die Lebensumstände von Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, vergleichend mit denen von Frauen, die sie austragen, untersucht wurden.

Das Forschungsinteresse von MÜNZ/PELIKAN (1978) lag vorrangig in der Untersuchung des generativen Verhaltens und der Aspekte, die mit der Geburtenentwicklung verbunden sind. Es handelt sich bei dieser Untersuchung weitgehend um demographische Faktoren und das Verhältnis von idealer zu realisierter Kinderzahl. Die Subsumierung des Phänomens Schwangerschaftsabbruch unter das Thema "generatives Verhalten", erlaubt eine globale Betrachtungsweise, die allerdings psychische Bewertungen und Konflikte der betroffenen Frauen nicht berücksichtigt.

Demgegenüber ist es das Anliegen von WIMMER-PUCHINGER (1983), die Vielschichtigkeit der individuellen Entstehungsbedingungen und Konflikte einer ungewollten Schwangerschaft zu erfassen. Aufgrund der Anlage dieser Studie fanden jedoch Variablenbereiche keinen Eingang, die den Einfluß der gesetzlichen Regelung sowie deren Handhabung auf das Entscheidungsgefüge betroffener Frauen analysieren. Da in Österreich eine "Fristenregelung" etabliert ist, wäre zudem zu fragen, inwiefern die Entscheidungsfindung österreichischer Frauen mit Frauen, die sich dem bundesdeutschen Verfahrensweg nach § 218

StGB unterziehen müssen, vergleichbar ist. Zu nennen wäre dabei insbesondere der Einfluß von Beratungsstellen und Ärzten.

Die Befragung von WIMMER-PUCHINGER (1983) fand in Kliniken statt, die von den schwangeren Frauen zur Schwangerschaftsbetreuung oder vor einem Schwangerschaftsabbruch aufgesucht wurden. Die Entscheidung der Frau war zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht realisiert, deshalb kann die Zuordnung zu den Gruppen "Schwangerschaftsabbruch" und "Austragen der Schwangerschaft" im Einzelfall fehlerhaft sein. Auch ist nicht auszuschließen, daß die Befragung ihrerseits auf die Entscheidung der Frauen zurückwirkte. WIMMER-PUCHINGER (1983) trennte die Gruppen der Frauen, die die Schwangerschaft austragen, nicht im Hinblick auf die Erwünschtheit bzw. Konfliktrichtigkeit der Schwangerschaft. Eine solche Trennung scheint jedoch relevant, da Frauen, die eine gewünschte Schwangerschaft austragen, sich hinsichtlich der psychischen Determinanten ihrer Entscheidungssituation nicht unbedingt mit Frauen vergleichen lassen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen.

Auch in Anbetracht der hohen Zahl ungewollter Schwangerschaften und der damit im Einzelfall verbundenen psychischen Belastungen - sei es bei Austragen oder Abbruch der Schwangerschaft - bedarf es einer Analyse derjenigen Faktoren und Variablen, denen Einfluß auf das Konflikt- und Entscheidungsgeschehen zukommt; dies sind sowohl Merkmale der psychosozialen Situation der Frau als auch der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wobei insbesondere der Umsetzung des reformierten § 218 StGB Bedeutung zukommt.

## 4. Das theoretische Konzept der Untersuchung

### 4.1 Vorüberlegungen

In der vorliegenden Untersuchung sollen nun sowohl Aspekte der Implementation des § 218 StGB als auch des Konflikterlebens schwangerer Frauen Eingang finden. Mögliche Verknüpfungen zwischen dem Gesetzesprogramm, der Implementation und der Situation der Adressaten finden sich auf unterschiedlichen Ebenen:

- Das zugrundeliegende Programm setzt Rahmenbedingungen für die Implementationsprozesse. Gleichzeitig kann das Programm auch direkt über die zum Ausdruck kommende Wertorientierung sowie eine etwaige Sanktionierung die Normadressaten selbst beeinflussen (Generalprävention).
- Die Implementationsbedingungen können auf die im Schwangerschaftskonflikt stehende Frau wirken. Dies ist zum einen möglich, indem die entsprechenden Leistungen zur Verfügung gestellt werden oder nicht. Zum anderen kann der Dialog mit den Implementationsträgern den Konflikt selbst und seine Lösung beeinflussen.
- Auch die Frau als Implementationsadressatin kann gestaltend in diese Prozesse einwirken, so z.B. dahingehend, daß das vorhandene Angebot in Anspruch genommen, akzeptiert, boykottiert, abgelehnt oder lediglich formal genutzt wird. Dieses Verhalten kann im Wechselspiel mit den Implementationsträgern zur Veränderung von Implementationsprozessen führen.
- Im Sinne einer längerfristigen politischen Veränderung können wiederum die Implementationsträger sowie die Implementationsadressaten zu einer Veränderung des Programmes beitragen.

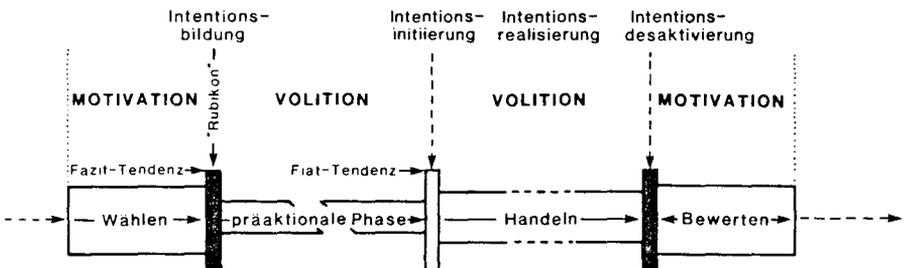
Da der Blickwinkel der Untersuchung auf die Frau im Schwangerschaftskonflikt gerichtet ist, interessieren vorrangig diejenigen Aspekte, die den Einfluß der gesetzlichen Regelung und ihrer Implementation auf das Erleben der Frau betreffen sowie die Akzeptanz dieser Maßnahmen durch die betroffene Frau und ihr Umgang damit. Somit werden die Implementationsprozesse nicht in "objektiver" Form in die Untersuchung Eingang finden, sondern so, wie sie subjektiv von den Frauen, die damit konfrontiert sind, erlebt werden. Damit wird nur ein Teil der "Wirklichkeit" erfaßt, die Implementationsvorgänge werden aus der "Sicht von unten" überprüft und bewertet.

Es scheint sinnvoll, zunächst zwei Phasen zu trennen: die "private" Entscheidungsfindung der Frau und sodann ihre - durch die Vorgänge in der ersten Phase

beeinflußen - Realisierungsversuche der gewählten Alternative. Ein adäquates theoretisches Modell zur Erfassung und Strukturierung dieser Prozesse sollte somit die Trennung des Entscheidungsprozesses in verschiedene Phasen vorsehen, in denen zunächst eine Abwägung der Alternativen stattfindet und sodann versucht wird, den gefaßten Entschluß in die Realität umzusetzen. Ein solches Modell wurde von KUHLE (1983) erstellt, in dem er die unterschiedlichen psychologischen Vorgänge während dieser Phasen detailliert beschreibt. Er unterscheidet zum einen Selektionsmotivation (hier werden Handlungstendenzen generiert), zum anderen Handlungsmotivation, bei der die Ausführung der gebildeten Absicht im Vordergrund steht. Das Modell von KUHLE (1983) wird in den folgenden Kapiteln näher dargestellt und im Hinblick auf seine Ergiebigkeit für die vorliegende Fragestellung geprüft.

Unter Bezugnahme auf KUHLE (1983) arbeiteten HECKHAUSEN u.a. (1987) in neuerer Zeit willenspsychologische Aspekte in die Motivationsforschung mit ein. HECKHAUSEN u.a. (1987, S.123) unterschieden Motivation und Volition als zwei verschiedene Bewußtseinslagen, die durch eine den Motivationsprozeß abschließende Intentionsbildung (als psychologischen "Rubikon") getrennt sind. Während sich der motivationale Bewußtseinsstrom auf Anreizwerte und Erwartungen bezüglich der zur Verfügung stehenden Alternativen bezieht, ist der volitionale dagegen auf Ausführungsschritte im Dienste der Zielerreichung gerichtet. Diese handlungspsychologische Phasenabfolge ist in Schaubild 6 dargestellt.

**Schaubild 6:** Handlungspsychologische Phasen-Abfolge (aus HECKHAUSEN 1986, S.6)



Das Modell beginnt mit einer Motivationsphase, die mit der Intentionbildung ihren Abschluß findet. Dies eröffnet dann die Abfolge von Volitionsphasen: Zunächst der präaktionalen Volitionsphase, während der noch auf Gelegenheit und Zeitpunkt zur Initiierung gewartet werden muß; sodann der intentionsrealisierenden Phase des Handelns, bis das Handlungsergebnis erreicht ist und deaktiviert werden kann. Nach Abschluß der Handlung beginnt wiederum eine Motivationsphase, in der Bewertungen stattfinden. Diese Bewertungen richten sich einerseits auf die zurückliegende Handlung etwa in Form von Kausalattributionen oder Selbstbewertungen, andererseits sind sie zukunftsgerichtet, indem Lehren aus den gemachten Erfahrungen im Hinblick auf künftige Bewährungsproben gezogen werden.

Unterschiedliche Aufmerksamkeitsprozesse während der einzelnen Phasen des Motivations/Entscheidungsprozesses wurden durch verschiedene Untersuchungen nachgewiesen (GOLLWITZER 1986; BECKMANN 1986). Dieser Ansatz geht über die bisherige Konflikt- und Entscheidungsforschung hinaus, da sowohl die Entscheidungsfindung selbst als auch Bedingungen ihrer Realisierung sowie Nachentscheidungsprozesse miteinbezogen werden. Da die Arbeiten der Gruppe von HECKHAUSEN zum Zeitpunkt der Planung und Ausarbeitung dieser Studie nicht verfügbar waren, soll im folgenden als theoretische Verankerung das Modell von KUHL (1983) dargestellt werden. Seine Rezeption und Weiterentwicklung deutet darauf hin, daß hiermit ein fruchtbarer Ansatz auch zur Konfliktforschung vorliegt.

## 4.2 Das Modell der Motivation und Handlungskontrolle nach KUHL

KUHL (1983, S.302-327) versucht in seinem Modell drei Probleme der Motivationspsychologie zu lösen, nämlich

- die Auswahl der Ziele,
- die zeitliche Veränderung der Ziele,
- die Ausführung von intendiertem Verhalten.

Der in diesem Modell beschriebene Prozeß setzt mit der Konfrontation einer Person mit dem relevanten Umweltausschnitt ein, welcher zunächst aufgefaßt wird und auf den eine emotionale Reaktion erfolgt. Durch die spezifische Form der Wahrnehmung und der Emotion wird bereits die Art der später entstehenden Zielvornahmen vorbestimmt. Dies legt meist noch keine konkreten Handlungsziele nahe, sondern wirkt insofern handlungsvorbereitend, als eine Grobklassifikation der Situation auf der Dimension "attraktiv versus aversiv" vorgenommen

wird. Im Rahmen der "**Selektionsmotivation**" werden dann **Handlungstendenzen** generiert. Diese Handlungstendenzen können aus unterschiedlichen "Bereichen" stammen:

- Eng verwandt mit der emotionalen Reaktion sind "impulsive" Tendenzen. Außer diesen können in der konkreten Situation auch "volitional-reflektive" Handlungstendenzen entstehen (Will-Proposition). Ein weiterer Typ von Handlungstendenzen wird von KUHL "reflektiv-hedonistisch" genannt. Solche Tendenzen entstehen aufgrund der Bewertung des Anreizes von Handlungs- und Zielalternativen (Möchte-Proposition).
- Tendenzen, die aufgrund der Berücksichtigung sowohl des Wertes als auch der Realisierungsmöglichkeiten von Handlungstendenzen entstehen, bilden eine weitere Kategorie, die von KUHL "reflektiv-realistisch" genannt wird (Kann-Proposition). Bei der Aufarbeitung dieser Tendenzen bezieht sich KUHL vorrangig auf Erwartungs-X-Wert-Modelle.
- Schließlich können auch "reflektiv-obligatorische"-Tendenzen entstehen, welche auf die Realisierung sozial bzw. normativ angelegter Absichten gerichtet sind (Muß-Proposition).

Dieser angedeutete Prozeßverlauf wird in dem Moment unterbrochen, indem es einer der Tendenzen gelingt, den Status einer "**Absicht**" zu erlangen. Außerdem können innerhalb desselben Tendenztyps natürlich mehrere konkurrierende Motivationstendenzen angeregt werden. So können verschiedene reflektiv-hedonistische Ziele in Konkurrenz stehen oder auch verschiedene reflektiv-obligatorische Tendenzen konkurrieren (Normkonflikt). Die Reihenfolge der Genese verschiedener Tendenzkategorien ist nicht festgelegt. So können z.B. reflektiv-obligatorische Tendenzen durchaus vor den reflektiv-hedonistischen Tendenzen entstehen. Bevor es zu einer Entscheidung darüber kommt, welche der konkurrierenden Tendenzen ausgeführt werden soll, findet eventuell noch ein Prozeß der Kumulation von Tendenzen mit gleichem oder ähnlichem Ziel statt. Nachdem dies stattgefunden hat, dürfte in der Regel immer noch ein Konflikt zwischen verschiedenen Tendenzkategorien vorliegen. Welche der konkurrierenden Tendenzen den Status der Absicht erlangt, wird aufgrund von Zulassungsregeln entschieden. Neben dem quantitativen Dominanzkriterium können auch qualitative Zulassungsregeln berücksichtigt werden (z.B. Oberziele, allgemeinere Kriterien, z.B. "Pflicht geht vor Wunsch"). Manche Personen mögen sich in ihren Absichten besonders stark von impulsiven Handlungstendenzen leiten lassen, für andere haben reflektiv-obligatorische (normorientierte) Tendenzen die Priorität, während wieder andere reflektiv-realistische Tendenzen auszuführen beabsichtigen, selbst dann, wenn die aktuelle Intensität anderer Tendenzen stärker ist.

Wenn eine Motivationstendenz die für die konkrete Situation gültige Zulassungsregel erfüllt, wird sie zur "Absicht". Der besondere Status einer Absicht beruht darin, daß sofort nach ihrem Entstehen zahlreiche Kontrollmaßnahmen eingeleitet werden, welche die Absicht gegen nachdrängende Motivationstendenzen abschirmen und ihre Realisierung kontrollieren. Sobald eine Motivationstendenz zur Absicht geworden ist, wird zunächst geprüft, ob die in der kognitiven Repräsentation beschriebenen Ausführungsbedingungen momentan erfüllt sind. Sind sie erfüllt, so setzt ein komplexer Prozeß der "**Handlungskontrolle**" ein, welche die Abschirmung der Absicht gegen konkurrierende Motivationstendenzen (Motivationskontrolle) und die Steuerung der Ausführung der Absicht (Ausführungskontrolle) beinhaltet. Die "**Realisationsmotivation**" bildet die motivationale Grundlage des Prozesses der Handlungskontrolle. Ihre Intensität hängt unter anderem auch von der Intensität der Motivationstendenz ab, deren Ausführung beabsichtigt wird. Die Intensität der Motivationstendenz wird sozusagen an die Absicht weitergegeben und wirkt von dort aus auf die Intensität der Realisationsmotivation ein. Die motivationale Kraft zur Durchsetzung einer Absicht, deren Realisierung mehr oder weniger Schwierigkeiten entgegenstehen, hängt nach dieser Modellvorstellung auch von der Stärke der Selektionsmotivation ab, die zur Auswahl des betreffenden Handlungsziels geführt hat. Je größer z.B. der Anreiz der angestrebten Handlungsfolgen ist, desto stärker sollte auch die Realisationsmotivation sein, auftretende Schwierigkeiten zu überwinden und konkurrierende Motivationstendenzen bis zur endgültigen Realisierung der Absicht zurückzudrängen. Die aktuelle Intensität der Absicht, die zunächst nur durch die Stärke der zugrundeliegenden Selektionsmotivation bestimmt ist, wird mit der zur Ausführung der Absicht für notwendig gehaltenen Intensität verglichen (Anstrengungskalkulation).

Die Realisationsmotivation steht ebenfalls im Zusammenhang mit der "**Motivationskontrolle**". Je bedrohlicher die motivationale Konkurrenz erscheint, desto mehr wird die Realisationsmotivation erhöht. Mit der Motivationskontrolle wird auf verschiedenen Wegen versucht, den dynamischen Prozeß der aktuellen Absicht gegenüber konkurrierenden Tendenzen zu stärken (z.B. selektive Zuwendung der Aufmerksamkeit). In dem Modell wird idealtypisch angenommen, daß der Prozeß des Abwägens in dem Moment zu einem Abschluß gebracht wird, in dem sich der Handelnde für eine Alternative entschieden hat. Ein mehr oder weniger extensives Abwägen sollte bereits vor der Entstehung einer Absicht stattgefunden haben. Somit besteht die Aufgabe der Motivationskontrolle vorrangig darin, im Sinne einer gezielten Realisierung der Absicht Umgewichtigungen im Rahmen der Selektionsmotivation zu vermeiden.

Kommt es nun zum Ausführungsimpuls, so wird der Prozeß der "**Ausführungskontrolle**" eingeleitet. Wird der Inhalt einer Absicht als ausführungsadäquat angesehen, so kommt es zu eigenen Ausführungsregulationen. Die Abwicklung der Ausführung wird dabei nach KUHL durch Rückkopplungssysteme reguliert. Die Handlungsbeendigung im Erfolgsfalle wird durch die Feststellung der Übereinstimmung zwischen dem Abbild des Ziels und dem erreichten Zustand bewirkt.

### **4.3 Umsetzung des Modells von KUHL auf den Schwangerschaftskonflikt - Möglichkeiten und Grenzen**

In Anlehnung an das Modell von KUHL (1983) kann der Schwangerschaftskonflikt und der - bei Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs - vorgesehene Verfahrensweg wie in Schaubild 7 strukturiert werden (siehe nächste Seite).

Das Modell beginnt mit der Wahrnehmung der Schwangerschaft durch die Frau; diese Wahrnehmung löst dann im Bereich der "Selektionsmotivation" unterschiedliche Prozesse aus. Die von KUHL (1983) aufgeführten verschiedenen Handlungstendenzen wurden zur Vereinfachung in die drei als wesentlich erscheinenden zusammengefaßt:

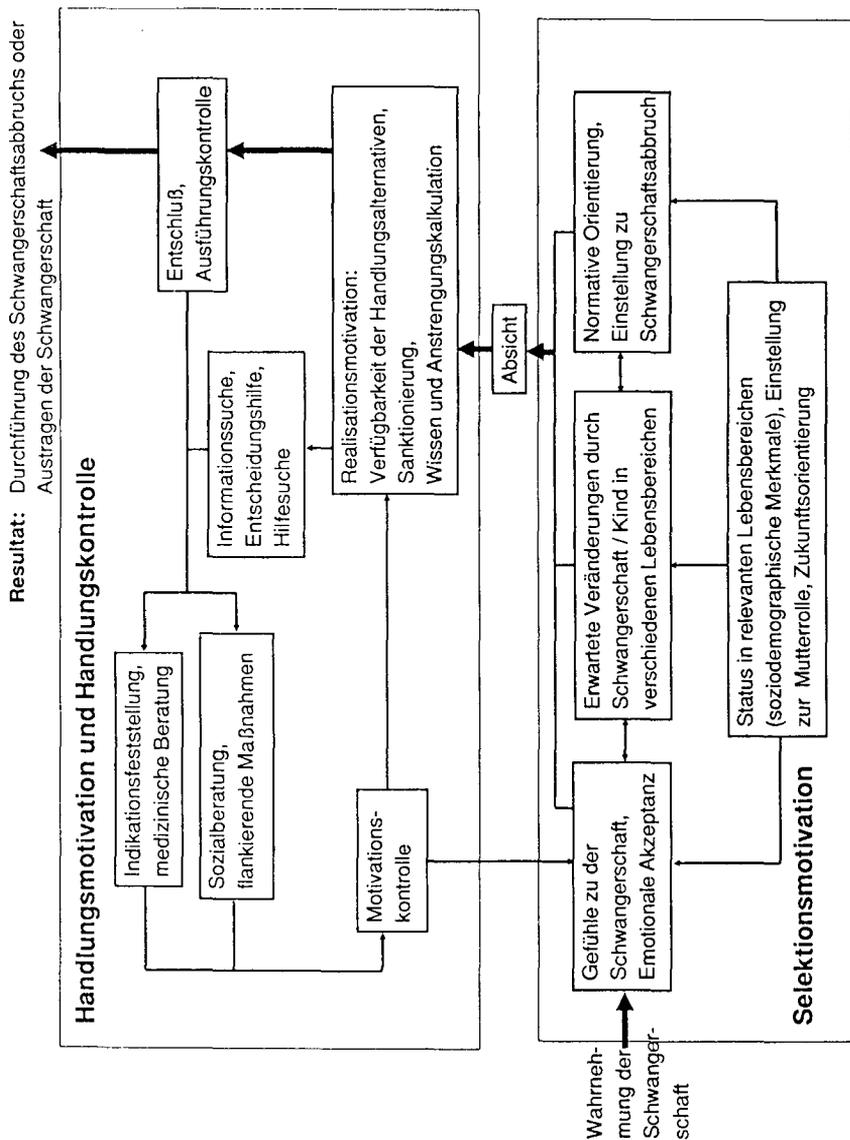
#### *Impulsiv-volitionaler und reflektiv-hedonistischer Bereich:*

Hier steht die emotionale Bewertung der Schwangerschaft im Vordergrund. Spontan kann die Schwangerschaft akzeptiert, abgelehnt oder ambivalent aufgenommen werden. Die Akzeptanz der Schwangerschaft ist abhängig davon, ob sie geplant oder ungeplant eintritt. Des weiteren ist zu erwarten, daß die emotionale Akzeptanz nicht unbeeinflußt durch die aktuelle Lebenssituation der Frau ist sowie ihrer Einschätzung, welche Rolle die Schwangerschaft im Erreichen allgemeiner Lebensziele spielen kann. Relevanten Einfluß dürfte zudem der Reaktion auf die Schwangerschaft durch das soziale Nahfeld der Frau, vor allem durch den Partner, zukommen.

#### *Reflektiv-realistischer Bereich*

Da eine Schwangerschaft und ein (weiteres) Kind Anpassungsvorgänge psychischer und sozialer Art erfordern, stellt sich in diesem Bereich vorrangig die Frage, ob und inwieweit die erwarteten Veränderungen getragen werden können und ob diese positiv oder negativ eingeschätzt werden. Da diese Veränderungen auf künftige Situationen bezogen sind, findet eine Antizipation von Folgen

Schaubild 7: Modell des Schwangerschaftskonflikts (nach KUHLE 1983)



der Handlungsalternativen statt. OETER/NOHKE (1982) ermittelten diese antizipierten Folgen in bezug auf unterschiedliche Lebensbereiche wie Beruf, Finanzen, Familie, Partnerschaft und eigene psychische Bedürfnisse. Auch die in einigen Untersuchungen (s. Kap.3.4) erfaßten Gründe für die getroffene Entscheidung stammen aus dem Bereich der reflektiven Einschätzung der Lebensumstände in bezug auf die Folgen der Realisierung der Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen. Auch hier ist anzunehmen, daß soziodemographische Merkmale, die die Lebenssituation kennzeichnen, ebenso Einfluß erlangen wie allgemeine Einstellungen, wobei hier die Mutterrolle und die Zukunftsorientierung aufgeführt sind.

### *Reflektiv-obligatorischer Bereich*

Verbote, soziale Mißbilligung, moralische Vorbehalte, Einstellungen und Wertorientierungen sind als weitere Komponenten zu betrachten, die die Entscheidung beeinflussen können. Stellt sich z.B. eine Handlungsalternative wie der Schwangerschaftsabbruch als gravierend einstellungsdivergent dar, so ist anzunehmen, daß dem ebenfalls Gewicht zukommt. Ein etwaiger **integrationsgeneralpräventiver Einfluß** des Gesetzes ist demnach am ehesten in diesem Bereich der normativen Orientierung angesiedelt. Auch bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird eine Abhängigkeit von anderen Merkmalen erwartet, so z.B. aus dem Bereich der soziodemographischen Variablen, wie dies z.B. durch ZUNDEL u.a. (1982, S.207f.) ermittelt wurde.

### *Bildung einer Absicht*

Im Abwägungsvorgang werden nun diese unterschiedlichen Aspekte in gewisser Weise verknüpft und es bildet sich eine Absicht. Mit der Bildung der Absicht wird der Prozeß der Selektionsmotivation verlassen und in die Handlungsmotivation eingetreten. Dabei wird zunächst überprüft, inwieweit sich die gefaßte Absicht realisieren läßt: Dies ist abhängig sowohl von der Verfügbarkeit der Handlungsalternativen als auch einer etwaigen Sanktionierung. Im Falle des Schwangerschaftsabbruchs ist die betroffene Frau von der Mithilfe zumindest eines Arztes abhängig. Sie muß nun die "Kosten" dieser Realisierung abwägen mit der Intensität ihrer Absicht, die Schwangerschaft abzubrechen. Etwaige **strafrechtliche Sanktionen** können hier zu einer "Erhöhung der Kosten" beitragen. Es ist anzunehmen, daß diese Anstrengungskalkulation vom Wissensstand der Frauen abhängig ist.

Im einfachsten Falle kann nach Prüfung der Realisierungsmöglichkeiten der Absicht ein Entschluß gefaßt werden und zur Ausführung übergegangen werden. Für Frauen im Schwangerschaftskonflikt sind auf diesem direktem Wege drei Lösungsmöglichkeiten denkbar:

- Der Entschluß die Schwangerschaft auszutragen und keine weiteren Maßnahmen mehr im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch zu unternehmen.
- Bei Entschlußunfähigkeit ist ebenfalls das Austragen der Schwangerschaft das Resultat, da ein Schwangerschaftsabbruch zielgerichtetes Verhalten im Hinblick auf die Durchführung weiterer Schritte erfordert.
- Der Entschluß, die Schwangerschaft auf illegalem Wege abzuberechnen, da ein legaler Schwangerschaftsabbruch die Durchführung weiterer Verfahrensschritte erfordern würde.

### *Verfahrensweg*

Soll der Schwangerschaftsabbruch **legal** durchgeführt werden, so ist das Aufsuchen eines Arztes zur Indikationsfeststellung und eine Sozialberatung obligatorisch. Hat die Frau eine Absicht zum Schwangerschaftsabbruch gefaßt und sieht sie auch Möglichkeiten zu seiner Realisierung, so lassen sich (mindestens) zwei Vorgehensweisen unterscheiden.

Zunächst ist denkbar, daß die Absicht relativ **festgefügt** ist und die Frau genügend Realisationsmotivation aufbringt, so daß man von einem Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch sprechen kann. Es ist zu vermuten, daß diese Frauen das Vorverfahren zum legalen Schwangerschaftsabbruch als formalen Akt absolvieren werden. Indikationsfeststellung und Sozialberatung dürften dabei im Rahmen der Motivationskontrolle relativ selten dazu führen, daß die Absicht des Schwangerschaftsabbruchs neu überdacht wird. Die Maßnahmen zur Motivationskontrolle, wie z.B. Abschirmung der Absicht gegenüber konkurrierenden Handlungstendenzen, scheinen ein adäquates Erklärungsmodell für die immer wieder ermittelte "Sinnlosigkeit" der Beratung (vgl. Kap.2.3.1).

Ein anderer Verlauf ist denkbar, wenn sich die Frau in der Bildung ihrer Absicht noch **unsicher** ist, bzw. wenn sie sich über die Realisierungsmöglichkeiten noch unschlüssig ist. Diese Frauen können die Institutionen des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch als Entscheidungshilfe nutzen. Bei diesen Frauen scheint eher die Möglichkeit gegeben, daß der Verlauf der Sozialbera-

tung oder das ärztliche Gespräch zu einer Umstrukturierung der im Rahmen der Selektionsmotivation ablaufenden Prozesse führen kann.

### *Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Regelung*

Unter Bezug auf dieses an KUHL (1983) angelehnte Modell, liegen die vermuteten Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Regelung im Hinblick auf betroffene Frauen auf unterschiedlichen Ebenen:

- Beim Einfluß auf die allgemeine Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch dadurch, daß die in Gesetzen formulierten Normen die **Wertorientierung** der im Schwangerschaftskonflikt stehenden Frau beeinflussen können. Des weiteren ist auch der Einfluß der prinzipiellen Möglichkeit, sich **strafbar** zu machen, zu nennen, die die Realisierungsmotivation zum Schwangerschaftsabbruch beeinflussen dürfte.
- Beim Einfluß auf die Realisierungsmöglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs: Dies beinhaltet die **Verfügbarkeit** von Möglichkeiten, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Hier sind in der Bundesrepublik regionale Variationen der Implementationsbedingungen zu erwarten.
- Beim Einfluß von **Ärzten** und **Beratungsstellen**: Hier kann zum einen durch Verweigern der Indikation bzw. der Information oder im Hinhalten der Frau Einfluß genommen werden. Zum anderen besteht die Möglichkeit der Einflußnahme auf die Entscheidungskomponenten der Frau und eventuell deren Veränderung. So kann durch Aussprache über Probleme und die Bearbeitung psychosozialer Konflikte eine bewußtere Entscheidung bzw. eine höhere Akzeptanz der Schwangerschaft herbeigeführt werden. Des weiteren kann durch soziale Hilfen und flankierende Maßnahmen eine Eindämmung der erwarteten Verschlechterungen stattfinden, die sich durch ein Kind ergeben können. Durch Konfrontation mit der Einstellung des Beraters oder des Arztes kann auch eine Veränderung der Einstellung der Frau zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bewirkt werden.

### *Stellenwert des Modells nach KUHL (1983)*

Das Modell von KUHL (1983) trägt zu einer umfassenderen Strukturierung des Problembereichs bei, als dies durch Konflikt- und Entscheidungstheorien geleistet werden kann, die sich nur auf eingegrenzte Aspekte des Entscheidungsverhaltens beziehen. Die Integration von Abwägungsvorgängen einerseits und Maßnahmen zur Realisierung andererseits bietet ein geeignetes Konzept zur Unter-

suchung der Entscheidungskomponenten der Frau im Schwangerschaftskonflikt ebenso wie zur Betrachtung von Implementationsvorgängen im Rahmen des § 218 StGB aus der Sicht der Frau.

Zur empirischen Überprüfung eines so umfassenden und anspruchsvollen Modells wie dem von KUHL (1983) wäre allerdings eine mehrphasige Datenerhebung notwendig: Prozesse der Selektionsmotivation sollten sinnvollerweise vor der Entwicklung einer Absicht untersucht werden, da sogleich Prozesse der Abschirmung der gewählten Alternative einsetzen, die die Beurteilung verzerren. Prozesse im Rahmen der Anstrengungskalkulation müßten erfaßt werden, ehe konkrete Schritte unternommen werden, da die Antizipation von etwaigen Hindernissen verändert wird, wenn diese schon bewältigt sind. Das gleiche gilt im Hinblick auf die Erwartungen an die Implementationsträger. Schließlich können Aufschlüsse über den gesamten Verlauf bis zum Schwangerschaftsabbruch erst gewonnen werden, wenn alle Handlungsschritte absolviert sind.

Eine etwaige entscheidungs- und realisierungsbegleitende Forschung könnte allerdings ihrerseits Rückwirkungen auf das zu untersuchende Verhalten haben. Zudem stellt sich die genaue Modellüberprüfung als äußerst aufwendig dar: Probleme des Zugangs zu teilnahmebereiten Frauen stellen sich ebenso wie Fragen der sinnvollen und realisierbaren Stichprobengröße. Da in der vorliegenden Untersuchung nicht nur der Entscheidungsverlauf einiger weniger Frauen detailliert und intensiv nachvollzogen werden soll, sondern im Gegenteil Aufschlüsse über Stichproben gewonnen werden sollen, die möglichst repräsentativ sind, ist das Modell von KUHL (1983) in bezug auf die vorliegende Fragestellung nur bedingt überprüfbar. Sein Stellenwert liegt in der Strukturierung des Problembereichs sowie in der dadurch bedingten Anleitung zur Hypothesengenerierung.

#### 4.4 Forschungsleitende Grundannahmen

Im folgenden sollen die Hypothesen formuliert werden, die der durchgeführten Untersuchung zugrundeliegen. Die Begründung dieser forschungsleitenden Grundannahmen ergibt sich zum einen aus dem skizzierten Motivationsmodell, zum anderen aufgrund der einschlägigen Literatur. Zur Übersichtlichkeit der Darstellung wird auf eine Begründung an dieser Stelle verzichtet, eine solche ist jedoch der Beschreibung der Forschungsergebnisse bezogen auf den jeweiligen Themenbereich vorangestellt. Ebenfalls aus Gründen der Darstellung wird auf die Explizierung der Null-Hypothese verzichtet. In der Null-Hypothese wird in der Regel davon ausgegangen, daß keine Unterschiede im Hinblick auf die erfaßten Merkmale bestehen.

1. Jede Schwangerschaft beinhaltet psychische Anpassungsvorgänge an eine neue Situation. Die Entscheidung über Schwangerschaftsabbruch oder Austragen der Schwangerschaft läßt sich in hohem Maße durch die Komponenten "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch", "emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft" und "antizipierte Veränderungen durch ein (weiteres) Kind" vorhersagen.
2. Die aktuelle Lebenssituation der Frau im Hinblick auf soziodemographische Merkmale hat Einfluß auf die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch. Insgesamt wird vermutet, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch sich in weniger sicheren Lebensumständen befinden als Frauen, die die Schwangerschaft austragen.
3. Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat Einfluß auf die Entscheidung, eine Schwangerschaft abzuberechnen oder auszutragen. Frauen, die eine Schwangerschaft abberechnen, haben eine "liberalere" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch als Frauen, die sie austragen.
4. Die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft hat Einfluß auf die Entscheidung, eine Schwangerschaft auszutragen oder abzuberechnen. Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schildern dabei häufiger negative erste Reaktionen auf die Schwangerschaft als Frauen, die die Schwangerschaft austragen. Des weiteren wird vermutet, daß die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft durch den Partner und nahestehende Personen bei Frauen, die die Schwangerschaft abberechnen, ebenfalls negativer ist.
5. Antizipierte Veränderungen in bezug auf die Schwangerschaft und ein (weiteres) Kind haben Einfluß auf die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen oder abzuberechnen. Dabei wird vermutet, daß negative Veränderungen der Lebensumstände bei allen Untersuchungsgruppen auftreten, diese jedoch bei Frauen, die sich für den Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, gravierender sind.
6. Die gesetzliche Regelung entfaltet wenig Relevanz in bezug auf die Entscheidung. Strafrechtliche und soziale Sanktionierung haben wenig Gewicht im Entscheidungskontext der Frau.
7. Die Indikationslösung nach § 218 StGB wird als Eingriff in die Entscheidungsmöglichkeiten der Frauen angesehen und abgelehnt. Diese Ablehnung ist umso deutlicher, je mehr die Frau von der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs betroffen ist.
8. Der Verfahrensweg zum legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik wird meist korrekt absolviert, entwickelt jedoch wenig Entscheidungsrelevanz für die betroffenen Frauen.

9. Der Sozialberatung ist insgesamt wenig Entscheidungsrelevanz zuzumessen, da die meisten Frauen bereits vorentschieden sind. Sie ist jedoch einflußreich bei Frauen, die in ihrer Entscheidung noch nicht festgelegt sind.
10. Die Indikationsfeststellung wird überwiegend als formale Prozedur begriffen, was bei Verweigerungen zum Aufsuchen weiterer Ärzte führt. Sie erreicht Entscheidungsrelevanz, wenn die Frau wenig vorentschieden ist.
11. Bezüglich der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs existiert ein innerdeutscher "Abtreibungstourismus" sowie ein unterschiedlicher Standard der medizinischen Versorgung in verschiedenen Bundesländern.
12. Die Zufriedenheit mit der Entscheidung ist abhängig von dem Entscheidungsprozeß der Frau und ihren Erfahrungen mit Institutionen nach § 218 StGB.

## 4.5 Befragungsinstrument

### 4.5.1 Formale Struktur des Befragungsinstrumentes

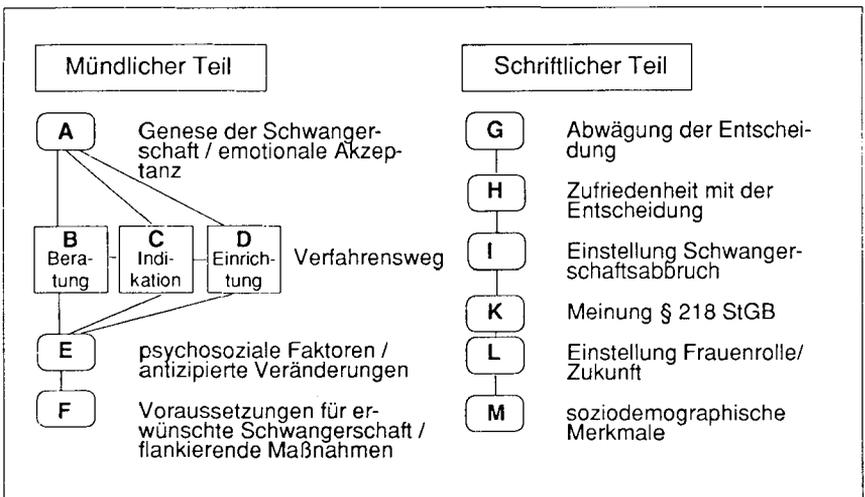
Bezüglich der Art der Befragung wurden "face-to-face"-Interviews gewählt. Solche Befragungen haben insgesamt den Vorteil, daß die Antwortsituation kontrolliert wird. Es ist ausgeschlossen, daß andere als die Probanden selbst die entsprechenden Fragen beantworten. Darüber hinaus kann auf die Verbalisierungsfähigkeit und das Abstraktionsniveau der Befragten besser eingegangen und die individuellen Konflikte können detaillierter exploriert werden. Sie weisen im Vergleich zum Fragebogenverfahren Nachteile auf, die vor allem mit der Anonymität der Frauen zusammenhängen. So muß bei der Durchführung von Interviews die Befragte zeitweise ihre Anonymität aufgeben. Sie muß ihren Namen und ihre Adresse mitteilen, damit ein Interviewkontakt entstehen kann. Trotz der Probleme bezüglich der Anonymität und des Rücklaufs werden von einem mündlichen Befragungsverfahren validere Ergebnisse erwartet (vgl. FRIEDRICHS 1980, S.207ff.).

Das Befragungsinstrument umfaßte zwei Teile, wobei zunächst ein mündliches Interview durchgeführt und sodann ein schriftlicher Fragebogen präsentiert wurde. Um die subjektiven Einflußmöglichkeiten der Interviewerinnen auf die Beantwortung möglichst zu minimieren, wurde das Interview überwiegend strukturiert gehalten. Es wurden für die jeweiligen Fragen in der Regel Antwortkategorien vorgegeben, so daß die Interviewerin lediglich durch Ankreuzen die Antwort der Frauen festhalten konnte. Warming-up-Fragen und Fragen, die einer qualitativen Auswertung zugänglich sein sollten, wurden ohne Antwortkategorien vor-

gegeben und sollten von den Frauen mit eigenen Worten beantwortet werden. Die Interviewerin wurde angehalten, die Antworten zu notieren. Andere Fragen wurden den Frauen in schriftlicher Form dargeboten, und zwar solche, bei denen entweder der quantitative Aspekt besonders im Vordergrund stand, oder bei denen befürchtet werden mußte, daß ihre Präsentation im Dialog unter Umständen zu psychischen Belastungen führen könnte, die durch das distanzschaffende Medium Fragebogen vermieden werden sollten (vgl. ANGER 1970, S.603).

Bezüglich der inhaltlichen Gestaltung des Interviewleitfadens wurden für den mündlichen Teil des Interviews zwei Versionen erstellt: eine für Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, und eine für Frauen, die sie austragen. Diese Zweiteilung erschien sinnvoll, um in der Fragenvorgabe der unterschiedlichen Befindlichkeit der Gruppen möglichst gerecht zu werden. Im schriftlichen Teil wurden drei Versionen erstellt: eine für Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, eine für Frauen mit Konfliktschwangerschaft und eine für Frauen ohne Schwangerschaftskonflikte (zur Beschreibung der Stichproben s. Kap.5.1.1). In Schaubild 8 ist eine Übersicht über die in dem Befragungsinstrument angesprochenen Themenbereiche dargestellt.

**Schaubild 8:** Diagramm des Interviewleitfadens



In einem Pre-Test wurde das Befragungsinstrument inhaltlich und methodisch vorbereitet. In dem Pre-Test fanden unstrukturierte Intensivinterviews statt, in denen die relevanten Problembereiche ausgelotet und Vorgaben für das endgültige Befragungsinstrument entwickelt werden sollten. Natürlich wurden bei der Entwicklung des Befragungsinstrumentes Anregungen aus der einschlägigen Literatur entnommen.

## 4.5.2 Operationalisierung der Variablen

### *Emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft*

Im **Teil A** des Befragungsinstrumentes wurden Fragen zur Genese der Schwangerschaft und zur emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft gestellt. Dieser Teil umfaßte folgende Fragen:\*

"War die Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt geplant?"

"Wie war Ihre erste Reaktion als die Schwangerschaft feststand?" (Diese Reaktion wurde sowohl in einer offenen Frage als auch mit standardisierten Antwortvorgaben erfaßt).

"Wurde ein Schwangerschaftsabbruch erwogen?" "Haben sich Ihre Gefühle zu der Schwangerschaft verändert?" (Auch diese Fragen boten teilweise Platz für offene Antworten der Befragten).

Diesem Teil des Befragungsinstrumentes kam bei den Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, besondere Bedeutung zu, da hier bereits differenziert werden sollte zwischen Konfliktschwangeren und solchen Frauen, die ohne grundlegende Entscheidungskonflikte die Schwangerschaft austrugen. Die Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft sollte definiert werden als mangelnde Akzeptanz der Schwangerschaft: diese Frauen werden durch die Schwangerschaft mit einer Gegebenheit konfrontiert, die von ihnen weitgehend abgelehnt wird und die zur Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs führt (zur Begründung der Gruppentrennung s. Kap.5.1.1 und 6.1).

---

\* Die Darstellung der zugehörigen Antwortalternativen findet sich in dem Tabellenmaterial der jeweiligen Ergebniskapitel.

### *Sozialberatung*

In **Teil B** des Befragungsinstrumentes wurden die Erfahrungen der Frauen mit der Sozialberatung exploriert. Es wurden dabei strukturelle Daten erfaßt, die Interaktion der Frau mit ihren Ansprechpartnern sowie die Einschätzung über Zufriedenheit mit und Entscheidungsrelevanz von diesen Institutionen. Dabei gingen folgende Fragen ein:

"Haben Sie eine Beratungsstelle aufgesucht?" "Wurde die Sozialberatung von einem Arzt durchgeführt?"

"Was für eine Beratungsstelle haben Sie aufgesucht?"

"Wodurch haben Sie von der Beratungseinrichtung gewußt?"

"Wie weit war die Beratungseinrichtung von Ihrem Wohnort entfernt?"

"Führte ein Berater oder eine Beraterin das Gespräch?"

"Mit welchen Erwartungen sind Sie zu dieser Beratung gegangen?" (Zur Erfassung der Erwartungen an die Beratungsstelle wurden Antwortvorgaben entwickelt, in denen unterschiedliche Erwartungen - z. B. nach Informationen über Hilfen für Mutter und Kind, nach Informationen über Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs, Erwartungen nach Aussprache über Probleme und Konflikte usw. - thematisiert wurden. Ergänzungen konnten bei offenen Vertiefungsfragen angefügt werden).

"Wie hat der Berater/die Beraterin auf Ihr Anliegen reagiert?" (Analog zur Formulierung der Erwartungen an die Beratung wurden auch die Reaktionen der Berater erfaßt).

"Über welche Fragen und Themen haben Sie gesprochen?"

"Gab es mehrere Beratungsgespräche? Wieviele? Wie lange dauerte die Beratung insgesamt?"

"Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung?"

"Wie wichtig war die Beratung für Ihre Entscheidung?"

Die Fragen zum Beratungsverlauf wurden nach Sichtung der einschlägigen Literatur formuliert (v. TROSCHKE u.a. 1982; HEINL 1980; ZUNDEL u.a. 1982). Anregungen ergaben sich zudem aus der Durchführung des Pre-Tests und vor allem im Rahmen des Dialogs mit kooperierenden Beratungsstellen.

### *Indikationsfeststellung*

In **Teil C** des Befragungsinstrumentes wurden die Erfahrungen mit dem Arzt und diese vor allem im Rahmen der Indikationsfeststellung thematisiert. Analog zu

den Fragen über die Beratungsstelle wurden auch hier zunächst strukturelle Daten erfaßt sowie die Erwartungen der Frau an den Arzt und dessen Reaktionen. Im einzelnen waren dies:

"Haben Sie einen Arzt aufgesucht?"

"Haben Sie mehrere Ärzte aufgesucht? Wieviele? Zu welchem Zweck? Fachrichtung?"

"Was war die Fachbezeichnung des (ersten) Arztes?"

"Waren Sie bei diesem Arzt normalerweise in Behandlung? Wodurch haben Sie von diesem Arzt erfahren?"

"Handelt es sich um eine Ärztin oder einen Arzt?"

"Mit welchen Erwartungen gingen Sie zu diesem Arzt/dieser Ärztin?"

"Wie hat der Arzt/die Ärztin reagiert?"

"Über welche Themen haben Sie gesprochen?"

"Gab es mehrere Gespräche? Wie lange dauerte das Gespräch (die Gespräche) insgesamt?"

"Wie zufrieden waren Sie mit diesem Arztbesuch?"

"Welche Gründe haben Sie vorgetragen, um eine Indikationsbescheinigung zu bekommen? Welche Gründe hat der Arzt akzeptiert?"

"Haben Sie eine Indikationsbescheinigung bekommen? Welche? Was haben Sie unternommen, wenn Sie keine bekommen haben?"

"Wie wichtig war das Gespräch für Ihre Entscheidung?"

Auch bei diesen Fragen wurden Anregungen aus der Literatur entnommen, die sich bereits mit diesem Themenkomplex befaßte (v. TROSCHKE u.a. 1982; HEINL 1980). Zur inhaltlichen Begründung der Indikationsfeststellung wurden Fragen formuliert, die zum Teil aufgrund der juristischen Literatur über die Indikationen zum § 218 StGB (z.B. ESER 1985a) naheliegend waren bzw. in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen häufig als Gründe zum Schwangerschaftsabbruch geschildert wurden. Die Frauen wurden befragt, welche dieser Gründe sie dem Arzt zum Zweck einer Indikation vorgetragen hätten. Die Oberkategorien wurden standardisiert vorgegeben, die individuellen Begründungen sollten von der Interviewerin entsprechend notiert werden. Korrespondierend zu diesen Fragen wurde die Frau des weiteren gefragt, welche dieser Gründe der Arzt für eine Indikationsfeststellung akzeptiert hätte und ob die Frau letztlich eine Indikationsbescheinigung bekommen habe und welche.

### *Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs*

Die in **Teil D** des Befragungsinstrumentes formulierten Fragen zur Einrichtung und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs waren überwiegend deskriptiver Art und bezogen sich auf das Prozedere der Durchführung. Dabei wurden folgende Fragen formuliert:

- "Bestand Kontakt mit einer Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch?"
- "Welche Art von Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch haben Sie aufgesucht?"
- "Wie haben Sie von dieser Einrichtung erfahren?"
- "Befand sich diese Einrichtung in Ihrem Bundesland?  
Falls nein, in welchem Bundesland? Falls Ausland, in welchem Staat?"
- "Wie weit war der Weg zu dieser Einrichtung?"
- "Wieviel Zeit lag zwischen der Beratung und der Durchführung des Abbruchs?"
- "In welcher Schwangerschaftswoche wurde der Abbruch durchgeführt?"
- "Wurde in der Einrichtung der Schwangerschaftsabbruch sofort durchgeführt? Fand noch ein Gespräch statt? Über welche Fragen und Themen?"
- "Fühlten Sie sich über das medizinische Vorgehen hinreichend aufgeklärt?"
- "Nach welcher medizinische Methode wurde der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt? Art der Narkose?"
- "Wie lange befanden sie sich in der Einrichtung?"
- "Mußten Sie privat irgendwelche Kosten entrichten? Wieviel? Wofür?"
- "Gab es in dieser Einrichtung eine Nachbetreuung? Wie sah sie aus?"
- "Wie zufrieden waren Sie mit der medizinischen Behandlung? Mit der menschlichen Behandlung?"

Bei der Einrichtung zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs sollten der "Abtreibungstourismus" (s. z.B. KETTING/v.PRAAG 1985) besondere Beachtung finden sowie die vermuteten unterschiedlichen Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs in den Untersuchungsregionen Hessen und Baden-Württemberg (zur Begründung s. Kap.2.3.4 und Kap.5.1.1).

## *Antizipierte Veränderungen*

Die Erfahrungen mit Institutionen zum § 218 StGB wurden am Anfang des Interviews erfragt, da vermutet wurde, daß dieser Bericht den Frauen leichter fällt und sie zudem auch Interesse haben, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Im Anschluß daran erfolgte in **Teil E** des Interviews die Erfassung von antizipierten Veränderungen durch die Schwangerschaft. Dabei wurden verschiedene Lebensbereiche angesprochen, wobei zunächst die Frau in eigenen Worten qualitative Veränderungen schildern sollte, die sie, falls sie die Schwangerschaft ausgetragen hätte (bzw. falls sie die Schwangerschaft austrägt), erwartete. Diese qualitativen Veränderungen sollten dann dahingehend bewertet werden, ob sie als starke Verbesserung, leichte Verbesserung, leichte Verschlechterung oder starke Verschlechterung eingeschätzt würden oder ob dies keine Veränderung bedeuten würde. Bei der Formulierung dieser Fragen haben wir uns an OETER/NOHKE (1982) angelehnt, wobei jedoch die Anzahl der thematisierten Lebensbereiche auf die folgenden reduziert wurde:

Finanzielle Situation

Berufliche Situation, falls die Frau erwerbstätig ist

Beruflicher Wiedereinstieg, falls die Frau gegenwärtig arbeitslos oder Hausfrau ist

Ausbildung, falls sich die Frau gegenwärtig in Ausbildung befindet

Partnerbeziehung

Wohnsituation, falls die Frau alleine lebt

Familiäres Zusammenleben, falls die Frau zusammen mit ihrer Familie lebt

Zusammenleben mit den Eltern oder in der Wohngemeinschaft, falls die Frau in diesbezüglichen Zusammenhängen lebt

Beziehung zu wichtigen Personen

Gesundheitliche Situation

Weitere wichtige Bereiche.

Eingeflossen in den jeweiligen thematischen Zusammenhang sind zudem Fragen nach dem Status der Frau in diesen Lebensbereichen (z.B. Familienstand, Kinderzahl). Zur besseren Übersicht werden diese Variablen hier allerdings in Teil M dargestellt. Des weiteren wurden vor allem in bezug auf den Partner ergänzende Fragen gestellt, die dem inhaltlichen Bereich der "emotionalen Akzeptanz" (Teil A) zugeordnet wurden:

"Wie stehen/standen Sie zu dem Mann, von dem Sie schwanger waren? Wer ist der Vater des erwarteten Kindes?"

"Wie hat er auf die Schwangerschaft reagiert?"

"Wie stark war er an der Entscheidung beteiligt?"

"Wie haben nahestehende Personen auf die Schwangerschaft reagiert?"

### *Flankierende finanzielle Maßnahmen*

In **Teil F** des Interviewleitfadens fanden dann Fragen nach den Voraussetzungen für eine erwünschte Schwangerschaft sowie nach flankierenden finanziellen und sonstigen Maßnahmen Platz. Überwiegend offen ohne Antwortvorgaben wurden folgende Fragen formuliert:

"Unter welchen Umständen könnten Sie es sich vorstellen, ein (weiteres) Kind zu bekommen? Welche Bedingungen sollten Ihrer Ansicht nach vorhanden sein, damit eine Frau gerne ein Kind bekommt?"

"Welche staatlichen und kirchlichen Unterstützungen für Mütter und Kind und Familien kennen Sie?"

"Haben Sie selbst Unterstützung (angeboten) bekommen? Welche?"

"Waren diese Hilfen für Ihre Situation angemessen? Wie schätzen Sie diese Hilfen ein?"

### *Abwägung der Entscheidung*

Ab **Teil G** wurde die Befragung in schriftlicher Form weitergeführt. Dabei sollte zunächst das Für und Wider der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bzw. für das Austragen der Schwangerschaft und die Relevanz der einzelnen Motive zusammengefaßt werden. Den Frauen ohne Akzeptanzprobleme, die auch keinen Abbruch erwogen hatten, diese Skala vorzulegen, hätte nicht ihrem Reflexionsprozeß entsprochen und zudem im nachhinein Ambivalenzen aktivieren können; deshalb wurde bei diesen Frauen auf die Skalen verzichtet. Vorgegeben wurde eine Sammlung von möglichen Gründen für einen Schwangerschaftsabbruch, die der einschlägigen Literatur entnommen wurde (v. TROSCHEKE u.a. 1982; HEINL 1980; WIMMER-PUCHINGER 1983). Diese Gründe bezogen sich auf den finanziellen Bereich, den Bereich des Berufs und der Ausbildung, der Partnerbeziehung, der Gesundheit sowie eigener psychischer Bedürfnisse der Frauen. Diesen Gründen gegenübergestellt wurden Bedenken, die bei der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs auftauchen können, so z.B. die Sorge um mögliche Komplikationen nach einem Eingriff, die psychische

Belastung durch einen Schwangerschaftsabbruch und auch Bedenken, die mit dem Aufsuchen von Institutionen sowie einer etwaigen Strafbarkeit oder moralischen Verurteilung zusammenhängen. Die Befragten sollten ankreuzen, ob diese Gründe und Bedenken in ihrer Situation zutreffend waren und welche Relevanz diese erlangten.

Auch den Konfliktschwangeren wurden vergleichbare, allerdings meist gegenteilig formulierte Items vorgegeben. Sie sollten die Gründe angeben, die sie zum Austragen der Schwangerschaft bewegten sowie die Bedenken, die im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung auftauchten.

### *Zufriedenheit*

In **Teil H** des Befragungsinstrumentes folgten nun zusammenfassende Betrachtungen über die Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung und dem Ausmaß der Belastung, die mit dieser Entscheidung für die Frauen verbunden war. Auch hier wurden qualitative Aspekte über die Art der Belastung erfaßt. Darüber hinaus wurden die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch noch gefragt, was sie unternommen hätten, wenn sie bei Ärzten oder Beratungsstellen keine Hilfestellung in ihrem Anliegen gefunden hätten; die schwangeren Frauen wurden gefragt, ob für sie eine Situation vorstellbar wäre, in der ein Schwangerschaftsabbruch für sie eine Lösungsmöglichkeit darstellen würde.

### *Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch*

In **Teil I** des Befragungsinstrumentes wurde den Frauen eine Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch vorgelegt. Diese Einstellungsskala umfaßte 10 Items mit verschiedenen Statements der Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs (vgl. Kap.7.1.3). Diese Items wurden nach Sichtung der Literatur formuliert, Anregungen wurden vor allem den Arbeiten von ZUNDEL u.a. (1982) und BÖNITZ (1979) entnommen.

### *Meinungen zum § 218 StGB*

Daran anschließend erfolgte in **Teil K** des Befragungsinstrumentes die Thematisierung des § 218 StGB. Diese umfaßte folgende Fragen:

"Wie sieht Ihres Wissens die gesetzliche Regelung aus? Glauben Sie, daß sich eine Frau wegen eines Schwangerschaftsabbruchs strafbar machen kann? Unter welchen Bedingungen?"

"Wie wird Ihrer Einschätzung nach eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführt, in der Öffentlichkeit angesehen?"

"Finden Sie, daß dieses Gesetz - der § 218 StGB - den Interessen und Bedürfnissen der Frauen gerecht wird? ... das ungeborene Leben ausreichend schützt?"

"Wer sollte die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch übernehmen?"

"Wie sinnvoll finden Sie die Regelung, daß eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägt, eine Beratungsstelle aufsuchen muß? ... einen Arzt zur Indikationsfeststellung aufsuchen muß?"

"Wie sollte man nach Ihrer Meinung den Schwangerschaftsabbruch gesetzlich regeln?"

Neben dem Kenntnisstand über die aktuelle gesetzliche Regelung flossen in diesen Fragebereich auch Aspekte strafrechtlicher und sozialer Sanktionierung mit ein. Darüber hinaus wurde die Normakzeptanz erfaßt sowie die etwaige Präferenz alternativer Regelungsmodelle. Hierbei wurde zunächst erfragt, welches Regelungsmodell - völliges Verbot, vitale/gesundheitliche Indikation, Indikationslösung, Fristenregelung, völlige Straffreiheit - von der Frau bevorzugt wurde. Sofern sich die Frau für die Indikationslösung aussprach, wurde sie um die ergänzende Einschätzung gebeten, welche Fälle sie als Indikation akzeptieren würde. Die Formulierung dieser einen Schwangerschaftsabbruch legitimierenden Fälle wurde von den ALLBUS-Umfragen übernommen (s. BORA/LIEBL 1986). Es sind dies sieben Items, die die medizinische, eugenische, kriminologische Indikation umschreiben sowie verschiedene Facetten der Notlagen-Indikation vorgeben.

### *Einstellung zur Mutterrolle und Zukunftsorientierung*

Skalen zur Einstellung zu Frauen- und Mutterrolle sowie zur Zukunftsorientierung wurden in **Teil L** des Befragungsinstrumentes dargestellt. Die Items für die Skala "Einstellung zur Mutterrolle" wurden nach Sichtung verschiedener Skalen anderer Autoren (GESELLSCHAFT FÜR GRUNDLAGENFORSCHUNG 1970, S.33; ZUNDEL 1982, S.297 f.; KRAMPEN 1983) formuliert; bei der Skala zur Zukunftsorientierung wurden wesentliche Anregungen der SHELL-Studie über die Situation der Jugend (SHELL AG 1983) entnommen (vgl. auch Kap.7.1.1 und 7.1.2).

### *Soziodemographische Merkmale*

Zum Schluß wurden in **Teil M** des Befragungsinstrumentes noch soziodemographische Daten erfragt, sofern diese nicht bereits in Teil E Eingang gefunden haben. Insgesamt waren dies folgende Merkmale:

- Bundesland
- Wohnortgröße
- Staatsangehörigkeit
- Alter
- Familienstand
- Kinderzahl
- Einkommenshöhe
- Erwerbsstatus
- Berufsbezeichnung
- Einkommensquelle
- Wohnsituation
- Schulbildung
- Ausbildung
- Konfession
- Krankheiten
- frühere Schwangerschaftsabbrüche
- wie lange lag der Abbruch zurück? Schwangerschaftsdauer?

Insgesamt umfaßte das Befragungsinstrument 356 Variablen, die jedoch nicht für alle Untersuchungsgruppen gleichermaßen relevant waren. Insbesondere für die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte waren ganze Bereiche unwesentlich, so z.B. die Fragen nach dem Verfahrensweg und nach der Abwägung der Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaft. Mit den unterschiedlichen Versionen des Befragungsinstrumentes und den an vielen Stellen eingebauten "Filtern" sollte die unterschiedliche Befindlichkeit der Frauen der einzelnen Untersuchungsgruppen angemessen berücksichtigt werden.

## 4.6 Zusammenfassung

Aufbauend auf dem theoretischen Motivationsmodell von KUHL (1983) wird bei der Analyse des Entscheidungsverhaltens betroffener Frauen eine Trennung vollzogen zwischen:

- dem "eentlichen" Entscheidungsprozeß, bei dem davon ausgegangen wird, daß er vorrangig von Abwägungen im psychosozialen Bereich bestimmt wird,
- dem Prozeß der Realisierung der Entscheidung, bei dem eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, mit den Implementationsträgern des § 218 StGB in Kontakt tritt und mit den Auswirkungen der gesetzlichen Regelung konfrontiert wird.

Bezüglich der Generierung einer Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch wird vermutet, daß den Komponenten "emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft", "antizipierte Veränderung der Lebensumstände durch ein (weiteres) Kind" und "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" maßgebliche Bedeutung zukommt. Ein etwaiger integrationsgeneralpräventiver Einfluß des Gesetzes wäre in diesem Bereich lediglich im Hinblick auf die individuelle Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch denkbar.

Es wird angenommen, daß dem Verfahrensweg zum legalen Schwangerschaftsabbruch im Entscheidungsgefüge betroffener Frauen lediglich geringe Entscheidungsrelevanz zukommt, da die Komplexität der Problemkonstellationen im Falle der ungewollten Schwangerschaft das Vorliegen relativ festgefügter Vorüberlegungen wahrscheinlich macht.

Die Frage nach der **Normgeltung** der §§ 218 f. StGB erfordert eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Facetten des Gesetzes, die formale und inhaltliche Aspekte umfaßt. Dabei handelt es sich sowohl um die Einhaltung und Akzeptanz des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch sowie die Verfügbarkeit diesbezüglicher Leistungen als auch um die Bedeutung des im Gesetz formulierten grundsätzlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs und der damit verbundenen Sanktionsdrohung. Aus kriminologischer Sicht stellt sich die Frage nach der Wirkung der gesetzlichen Sanktionsdrohung auf das faktische Verhalten der Normadressaten.

Darüber hinaus ist von Interesse, inwieweit durch die Implementation des Gesetzes der reformerische Anspruch nach Schaffung von mehr Gerechtigkeit durch mehr Gleichheit verwirklicht ist. Wir gehen in dieser Hinsicht von einer regional uneinheitlichen Umsetzung der gesetzlichen Regelung aus, da die jeweiligen

---

Landesregierungen über Ausführungsbestimmungen dem Gesetz eine spezifische Note verleihen.

Die verschiedenen Themenkomplexe finden in ein Befragungsinstrument Eingang, in dem versucht wird, durch verschiedene Versionen und "Filter" der Befindlichkeit der Befragten gerecht zu werden. Dabei handelt es sich um eine Mischung aus mündlicher und schriftlicher Befragung unter Einbeziehung sowohl geschlossener Fragen mit Antwortvorgaben als auch offener Fragen, bei denen die Frau mit eigenen Worten ihre Betrachtungsweise schildern kann.

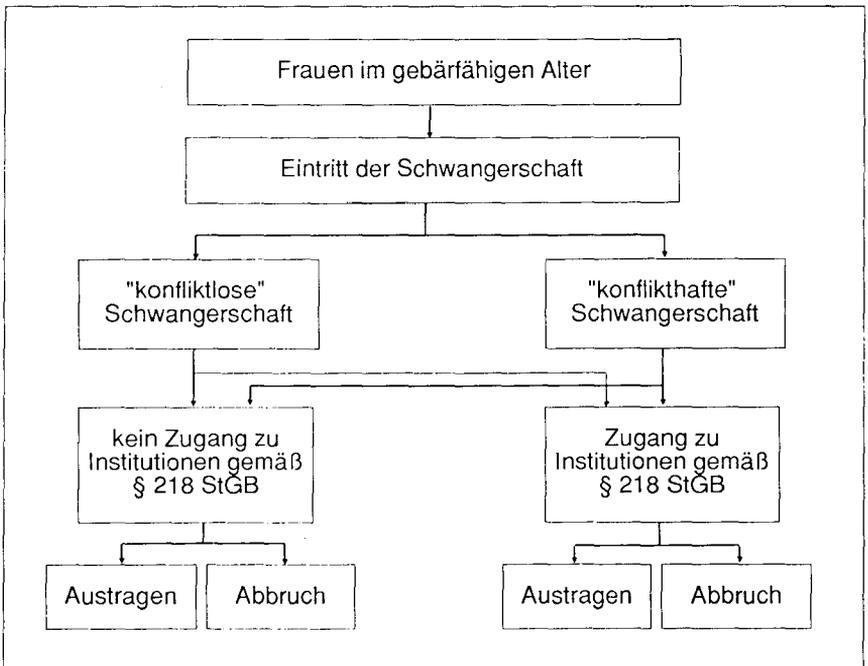
## 5. Empirischer Zugang und Durchführung der Untersuchung

### 5.1 Stichprobenziehung

#### 5.1.1 Definition der Grundgesamtheit

Befragt werden sollten Frauen, die entweder eine Schwangerschaft austragen oder diese abbrechen. Von besonderem Interesse im Sinne der Fragestellung der Untersuchung sind dabei diejenigen Frauen, die ihre Schwangerschaft als konflikthaft erleben und empfinden. Es sollten Frauen sein, die Institutionen nach § 218 StGB aufgesucht haben, und auch solche, die ihre Entscheidung außerhalb und ohne Kontakt mit entsprechenden Einrichtungen getroffen haben. Schaubild 9 zeigt einen Überblick über die Grundgesamtheiten.

**Schaubild 9:** Übersicht über die Grundgesamtheiten



Die Grundgesamtheit aller Frauen im gebärfähigen Alter soll zunächst auf diejenige Subpopulation der Frauen eingegrenzt werden, die aktuell eine Schwangerschaft erleb(t)en. Diese Schwangerschaft mag geplant oder ungeplant sein. Dies kann als ein erstes, allerdings nicht hinreichendes Kriterium der Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft gelten. Sodann stellt sich die Frage, ob die Schwangerschaft akzeptiert wird oder nicht, wobei zu erwarten ist, daß sie eher akzeptiert wird, wenn sie geplant eintritt (vgl. Kap.3.1). Wird die Schwangerschaft akzeptiert, ist es unwahrscheinlich, daß die im Vorverfahren nach § 218 StGB vorgesehenen Institutionen (Sozialberatung, Indikationsfeststellung) aufgesucht werden. Allerdings kann auch das Auftauchen neuer Aspekte nicht ausgeschlossen werden, die die Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs nahelegen (z.B. medizinische Probleme, soziale Umstände).

Wird die Schwangerschaft nicht akzeptiert, so besteht ebenfalls die Möglichkeit, daß die Frau eine Lösung ohne Aufsuchen von Institutionen nach § 218 StGB findet. Diese mag im Austragen der Schwangerschaft liegen oder im nicht-legalen Schwangerschaftsabbruch. Ist die Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs so weit gediehen, daß Institutionen aufgesucht werden, bleibt auch hier noch die Möglichkeit, daß die Konfrontation mit diesen Einrichtungen zu einer Lösung im Hinblick auf das Austragen der Schwangerschaft führt. Ergebnisse über die Effizienz der Sozialberatung (s. Kap.2.3.1) machen allerdings den Abbruch der Schwangerschaft wahrscheinlicher.

### *Stichproben*

Vom Resultat her betrachtet können zunächst Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von Frauen unterschieden werden, die die Schwangerschaft austragen. Die Trennung dieser Gruppen geschieht problemlos durch die Tatsache der **Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs**. Dieser mag im legalen Rahmen vorgenommen werden oder unter Umgehung des in der Bundesrepublik vorgesehenen Verfahrenswegs.

Diejenigen Frauen, die die Schwangerschaft austragen, lassen sich in solche mit und ohne Entscheidungskonflikte bezüglich der Schwangerschaft unterscheiden. Zur Operationalisierung dieser Konflikthaftigkeit können verschiedene Kriterien (vgl. auch Kap.3.1) herangezogen werden, dessen eindeutigstes in der **Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs** besteht; dies kann sich in unterschiedlichen Facetten äußern:

- Einbeziehung der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen der privaten Entscheidungsfindung,

- Aufsuchen einer Beratungsstelle oder eines Arztes in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs,
- Kontakt mit einer Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch.

Darüber hinaus kann sich die Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft auch in durchgehend negativen Gefühlen bezüglich der Schwangerschaft äußern: wenn die Schwangerschaft ungeplant eintritt und weder anfänglich noch im weiteren Verlauf positiv angenommen werden kann, ist ebenfalls anzunehmen, daß ein hohes Konfliktpotential vorliegt.

Zur Aufarbeitung der Fragestellung ist somit ein Kontrollgruppendesign mit drei Untersuchungsgruppen sinnvoll (für jede Untersuchungsgruppe war ein n von 200 geplant):

**"Frauen mit Schwangerschaftsabbruch"**: Von diesen Frauen kann Aufschluß darüber gewonnen werden, welche Bedingungen und Motive dazu führen, die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch zu realisieren. Darüber hinaus können die Erfahrungen dieser Frauen mit dem Verfahren gemäß § 218 StGB Erkenntnisse sowohl über Implementationsvorgänge als auch Relevanz der gesetzlichen Regelung beisteuern.

**"Konfliktschwangere"**: Gerade im Vergleich mit Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, können Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, jedoch die Schwangerschaft austragen, Einblick geben in die Umstände und Bedingungen, die trotz Konflikthaftigkeit zum Austragen der Schwangerschaft führen. Des weiteren kann der Vergleich ebenfalls Hinweise geben, inwiefern die gesetzliche Regelung Einfluß auf das Entscheidungsverhalten zeigt. Sofern diese Frauen Institutionen gemäß § 218 StGB aufgesucht haben, lassen sich hier Aufschlüsse über deren Relevanz ziehen.

**"Schwangere ohne Entscheidungskonflikte"**: Im Vergleich zu den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Konfliktschwangeren kann die Kontrollgruppe der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte die Bedingungen aufzeigen, die zur unbelasteten Schwangerschaft führen. Da bei diesen Frauen durch die Schwangerschaft keine vergleichbare Entscheidungssituation provoziert wird, ist ein Einfluß des § 218 StGB und seines Verfahrens nicht zu erwarten.

### *Untersuchungsregionen*

Da die bisherige Forschung (s. Kap.2.3) nahelegt, daß die Implementationsbedingungen des § 218 StGB in der Bundesrepublik uneinheitlich sind, sollen sich die Stichproben aus unterschiedlichen Regionen rekrutieren. Gewählt wurden

ein (zum Zeitpunkt der Datenerhebung) sozialdemokratisch (**Hessen**) und ein christdemokratisch regiertes Bundesland (**Baden-Württemberg**). Durch den Vergleich dieser Bundesländer sollen die jeweils verschiedenen Modalitäten der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs und der Handhabung des Vorverfahrens analysiert werden. Zudem kann damit der Vermutung über einen "Abtreibungstourismus" von Baden-Württemberg ins benachbarte Hessen nachgegangen und dieser quantifiziert werden. Nicht zuletzt besteht die Möglichkeit, zu untersuchen, ob den unterschiedlichen Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs sowie dem vermuteten unterschiedlichen "normativen Klima" Einfluß auf die Entscheidungsfindung der betroffenen Frauen zukommt.

### 5.1.2 Zugangsmöglichkeiten zu den Stichproben

Der Zugang zu den geplanten Stichproben weist vielfältige Probleme auf. Ein **optimales** Zugangsverfahren würde folgende Kriterien erfüllen:

- Selektive Einflüsse bei der Auswahl der Stichproben sollten minimiert werden, um zu einem möglichst repräsentativen Urteil zu gelangen.
- Fehlerquellen, die durch die Antwortsituation bedingt sind, sollten auszuschließen oder zumindest kontrollierbar sein.
- Aus Datenschutzgründen sollte die Anonymität der Stichproben wenn möglich nicht nur garantiert werden, sondern unter Kontrolle der Befragten stehen.
- Die psychische Belastung der Frauen sollte minimiert werden. Die Befragung sollte keine Rückwirkungen auf die Entscheidung der Frau haben.
- Es sollte so wenig wie möglich in den alltäglichen Arbeitsablauf von Ärzten, Beratern oder sonstigen Mittelspersonen eingegriffen werden.

Ein Zugang, der alle diese Kriterien erfüllte, konnte nicht gefunden werden. Da sowohl Berater als auch Ärzte unter Schweigepflicht stehen, fiel die Möglichkeit des direkten Ansprechens der Frauen und die Möglichkeit der Ziehung einer einfachen Zufallsstichprobe weg. Die Frauen müssen also auf anderen, indirekten Wegen zur Mitarbeit an der Untersuchung gewonnen werden (mehrstufige Stichprobenauswahl, vgl. FRIEDRICHS 1980, S.141ff.).

#### *Ort der Kontaktaufnahme*

Die **Orte**, an denen Frauen im Schwangerschaftskonflikt erreichbar sind, sind vor allem anerkannte § 218-Beratungsstellen, Ärzte, Einrichtungen zum Schwanger-

schaftsabbruch und Einrichtungen zur Betreuung schwangerer Frauen. Darüber hinaus kann über Medien eine Kontaktaufnahme erfolgen.

Anerkannte § 218-Beratungsstellen bieten den Vorteil, daß alle Frauen, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchten, dort prinzipiell erreichbar sind. Da sich die Klientel von Beratungsstellen verschiedener Träger unterscheiden dürfte, wird eine Pluralität des Zugangs notwendig. Ein Nachteil des Vorgehens über Beratungsstellen ist, daß nur solche Frauen zu der Sozialberatung kommen, deren Erwägung zum Schwangerschaftsabbruch schon so weit gediehen ist, daß offizielle Stellen aufgesucht werden. Frauen, die diesen Konflikt privat lösen, können über diesen Zugangsweg nicht erfaßt werden.

Allerdings können auf dem Wege über Ärzte/Gynäkologen auch Frauen erreicht werden, die keine weitere Einrichtung nach § 218 StGB aufsuchen und deren Schwangerschaft zwar ungewollt/ungeplant ist, die jedoch nicht den Schritt zu einer Beratungsstelle unternehmen. Zudem kann die Kontrollgruppe von Frauen, die die Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte austragen, über die Zusammenarbeit mit Ärzten gewonnen werden.

Der Zugang zu den Stichproben über Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weist eigene Probleme auf: So werden vermutlich viele Kliniken keine oder sehr wenige Schwangerschaftsabbrüche durchführen, während sich andere darauf spezialisiert haben. Da Aufschlüsse über diese Infrastruktur auch ein Ziel der Untersuchung sind, kann die gezielte Auswahl von diesbezüglichen Einrichtungen zu Selektionseffekten führen. Zudem könnte die Kontrollgruppe derjenigen Frauen, die die Schwangerschaft austragen, auf diesem Wege nicht gewonnen werden.

Unabhängig von den Einrichtungen, die mit Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch befaßt sind, kann ein Zugang zu betroffenen Frauen durch Hinweise auf das Forschungsprojekt in öffentlichen Medien, z.B. in Frauenzeitschriften, gewonnen werden. Von TROSCHKE u.a. (1982) versuchten diesen Zugang, schilderten jedoch enttäuschende Rücklaufquoten.

### *Form der Kontaktaufnahme*

Zum Zweck der Durchführung eines Interviews sind nun unterschiedliche **Formen** der Kontaktaufnahme mit den betroffenen Frauen denkbar. Eine Realisierungsmöglichkeit würde darin bestehen, daß ein Projektmitarbeiter in der Einrichtung anwesend wäre und auf die entsprechenden Frauen persönlich zugehen könnte, um sie dann entweder an Ort und Stelle zu befragen oder ihre Adresse zum Zweck eines späteren Interviews festzuhalten. Dem Vorteil einer Verminde-

rung der Verweigerungsquote durch persönlichen Kontakt und der dadurch verbundenen vermutlichen Erhöhung der Rücklaufquote, stehen allerdings gravierende Nachteile gegenüber, so die zu erwartende mangelnde Bereitschaft der Einrichtungen, die sich eventuell beobachtet und kontrolliert fühlen könnten. Des weiteren ergeben sich Probleme aus der Schweigepflicht der Ärzte und Berater, die die Anwesenheit einer externen Person nur unter strengen Bedingungen erlauben würden. Fand dieses Verfahren bei Untersuchungen zum § 218 StGB Anwendung, so handelte es sich bei den Autoren vorwiegend um Mitarbeiter von Beratungsstellen (so z.B. JÜRGENSEN 1983) oder um Ärzte, die ihre Patientinnen befragten (RUNTE 1978; MERZ 1979). Erfahrungen mit externen Befragern liegen von BÖNITZ (1979) und WIMMER-PUCHINGER (1983) vor. Ist es das Ziel, möglichst unterschiedliche Einrichtungen in die Untersuchung miteinzubeziehen, so dürfte dieses Vorgehen dafür nicht geeignet sein. Explorative Anfragen bei einzelnen Beratungsstellen führten zudem zu einer negativen Resonanz bezüglich dieses Vorgehens.

Infolge dieses zu erwartenden Widerstandes der Adressaten gegenüber diesem Verfahren und der damit als gering eingeschätzten Realisationschancen wurde stattdessen geplant, daß die für die Untersuchung in Frage kommenden Frauen von den Gynäkologen und von den Beratern Informationsbriefe ausgehändigt bekommen sollten, in denen die Untersuchung dargestellt und die Frauen zur Teilnahme motiviert werden sollten. Interessierte Frauen sollten sich dann mit uns in Verbindung setzen, uns ihren Namen und ihre Adresse mitteilen, so daß sie dann von einer Interviewerin aufgesucht werden konnten.

Dieses Verfahren garantiert die Freiwilligkeit der Befragung und wirft keine Datenschutzprobleme auf, da die Adressenmitteilung durch die Frau freiwillig erfolgt. Zudem wird in den Beratungsablauf nur minimal eingegriffen, was die Akzeptanz dieses Verfahrens durch Ärzte und Beratungsstellen erhöht. Nachteile fallen durch die Tatsache an, daß die Frau ihre Anonymität zeitweise aufgeben muß und sich zudem aktiv um die Teilnahme an der Untersuchung bemühen muß, indem sie schriftlich oder telefonisch mit uns Kontakt aufnimmt. Dies dürfte Auswirkungen auf den zu erwartenden Rücklauf und eine etwaige Selektivität der Stichprobe haben.

### 5.1.3 Durchführung des Pre-Tests

Mit dem Ziel, die geplante Hauptuntersuchung inhaltlich und methodisch vorzubereiten, wurde in Freiburg eine Voruntersuchung durchgeführt. Dabei sollten vor allem die Zugangswege zu den betroffenen Frauen und die Bereitschaft von Beratungsstellen und Ärzten zur Mitarbeit an dem Forschungsprojekt geprüft

werden. Darüber hinaus diente der Pre-Test der Kontrolle und Überarbeitung des Befragungsinstruments.

In dieser Voruntersuchung wurden 21 Intensivinterviews durchgeführt, davon 16 mit Frauen, die die Schwangerschaft abbrachen, und 5 mit Frauen, die die Schwangerschaft austrugen.

Um diese Zielgruppen zu erreichen, wandten wir uns an sämtliche Freiburger § 218-Beratungsstellen (PRO FAMILIA, Sozialdienst katholischer Frauen, Diakonie, Arbeitwohlfahrt und Gesundheitsamt) und an alle Freiburger Gynäkologen. Vier der fünf Beratungsstellen und 1/3 der Gynäkologen waren zur Mitarbeit bereit.

In diesen Einrichtungen wurden den Frauen Handzettel übergeben, in denen sie gebeten und angeregt wurden, mit uns zum Zweck eines Interviews Kontakt aufzunehmen. Die Voruntersuchung wurde mit weitgehend unstandardisierten Interviews durchgeführt. Dieses Vorgehen ermöglichte es, einerseits die wesentlichen Bereiche anzusprechen, andererseits der Frau genügend Raum zu lassen, eigene Aspekte einzubringen, Stellung zu beziehen und Schwerpunkte zu setzen. Die Interviews dauerten in der Regel anderthalb Stunden und wurden von gesprächstherapeutisch geschulten Interviewerinnen durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit inhaltsanalytischen Methoden und Häufigkeitsanalysen. Insgesamt erbrachte der Pre-Test folgende Ergebnisse:

- Bei den Beratungsstellen und niedergelassenen Gynäkologen bestand genügend großes Interesse, um eine derartige Untersuchung mit ihrer Hilfe durchzuführen.
- Durch Gespräche mit Beratern und Gynäkologen konnten frühzeitig auftretende Probleme beim Zugang zu betroffenen Frauen erkannt werden. Darüber hinaus konnten auch weitere Hinweise zur Konzeptionalisierung der Untersuchung im Dialog mit Ärzten und Beratern erhalten werden.
- Der Zugang über Krankenhäuser wurde insofern geprüft, als auch bei den Chefärzten der gynäkologischen Abteilungen der verschiedenen Freiburger Kliniken angefragt wurde. Allerdings war die Zahl der in Freiburg durchgeführten Abbrüche sehr gering, so daß dieser Zugang bei der Voruntersuchung nicht ins Gewicht fiel.
- Die Methode, über Informationsmaterial die betreffenden Frauen anzusprechen, erbrachte einen zwar zögernden, aber doch ausreichenden Rücklauf.

### 5.1.4 Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen

#### Quotierung

Für die Hauptuntersuchung wurde die Kooperation mit Beratungsstellen angestrebt, die gemäß der Trägerschaft und der Ortsgröße der tatsächlichen Verteilung in den Untersuchungsregionen Hessen und Baden-Württemberg entsprechen. Mit Hilfe von Adressenlisten der jeweiligen Träger über ihre Beratungsstellen konnte die Gesamtzahl der unterschiedlichen Beratungsstellen ermittelt werden. Die Mitarbeit von 25% der Beratungsstellen wurde angestrebt. Mit einem Quotierungsverfahren wurde die wünschenswerte Anzahl von kooperierenden Beratungsstellen ermittelt. Quotierungsmerkmale waren dabei der Träger der Beratungsstelle, das Bundesland Hessen oder Baden-Württemberg sowie die Ortsgröße. Tabelle 5 zeigt die gemäß dieses Quotierungsverfahrens ermittelte Verteilung baden-württembergischer und hessischer Beratungsstellen nach Träger und Größe des Ortes, an dem sie ansässig waren. Dabei wurde unterschieden nach Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern und solchen mit weniger als 50.000 Einwohnern.

**Tabelle 5:** Partizipation von Beratungsstellen. Vergleich der vorgesehenen Quotierung (Soll-Wert, Maßstab 3:1) mit der tatsächlich erreichten Kooperation (Ist-Wert)

	Hessen		Baden-Württemberg		Summe <sup>1</sup>	Anteil <sup>2</sup>	Repräsentation <sup>3</sup>				
	Großstadt soll	Kleinstadt ist	Großstadt soll	Kleinstadt ist							
Pro Familia	3	3	2	4	3	3	1	2	12	35.3%	+ 8.2%
Arbeiterwohlfahrt	-	-	-	-	1	1	1	1	2	22.2%	- 4.9%
Caritas, Sozialdienst kath. Frauen	3	3	3	3	4	3	6	5	14	24.1%	- 3.0%
Diakonie	2	3	3	3	4	4	4	5	15	28.8%	+ 1.7%
Gesundheitsamt	-	-	-	-	5	6	5	7	13	33.3%	+ 6.2%
Sonstige	3	2	2	1	-	-	-	-	3	18.8%	- 8.3%

59  $\bar{x}$  = 27.1%

- 1: Summe partizipierender Beratungsstellen
- 2: Anteil kooperierender Beratungsstellen an Gesamtzahl existierender Stellen
- 3: Über- bzw. Unterrepräsentation

Die Gegenüberstellung von Soll und Ist-Zustand zeigt, daß die aufgrund dieser Quotierung angestrebte Mitarbeit erreicht werden konnte, wobei jedoch eine leichte Über- bzw. Unterrepräsentation einzelner Träger (in Relation zum Mittelwert) in Kauf genommen werden mußte. Die Zusagen der Beratungsstellen konnten einerseits dadurch erreicht werden, daß die Beratungsstellen selbst angeschrieben wurden und diese dann nach Absprache mit dem jeweiligen Träger sich entschlossen, an der Untersuchung zu partizipieren, zum anderen wurden durch einzelne Träger Beratungsstellen benannt, die an der Untersuchung teilnehmen würden.

### *Problemfelder*

Problemfelder der Kontaktaufnahme mit den Beratungsstellen lagen vor allem in der oft schwierigen Koordinierung mit den Trägern und den Beratungsstellen. So mußten sowohl die Träger (auf Landes- und Bundesebene) als auch die einzelnen Beratungsstellen bereit sein, an der Untersuchung mitzuarbeiten. Auch die Einbeziehung von Beratungsstellen unterschiedlicher Ausrichtung erwies sich als schwierig. Im einzelnen bestimmten neben dem zusätzlichen Arbeitsaufwand, den die Teilnahme an der Untersuchung für die Beratungsstellen bedeutete, vor allem politische Bedenken bezüglich des Mißbrauchs der Daten die Diskussion. Des weiteren trafen wir oft auf Sorge bezüglich der psychischen Auswirkungen der Befragung auf die betroffenen Frauen. Insgesamt erbrachten die vielfältigen Diskussionen mit Beratungsträgern und den Beratern vor Ort wertvolle Hinweise im Hinblick auf die Durchführung der Befragung.

### *Aufgaben der kooperierenden Beratungsstellen*

Seit April 1985 haben dann die Beratungsstellen Informationsbriefe an Frauen mit der Bitte um Mitarbeit ausgegeben. Der Ausgabezeitraum betrug für jede Institution zunächst drei Monate. Aus Gründen des Rücklaufs wurde er dann auf fünf Monate verlängert. Da nicht alle Einrichtungen ihre Tätigkeit gleichzeitig begannen, sondern sukzessive in das Projekt eintraten, zog sich die Vermittlungstätigkeit bis Mitte Dezember 1985 hin.

Die Informationsbriefe mit der Anregung zur Mitarbeit in dem Projekt sollten an diejenigen Frauen ausgegeben werden, die zu der § 218-Sozialberatung kamen. Hier können in den überwiegenden Fällen durch die Tatsache des Aufsuchens dieser Beratungsstelle Akzeptanzprobleme mit der Schwangerschaft konstatiert werden. Die Frauen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, werden zu einem gewissen Anteil die Schwangerschaft austragen oder abbrechen. Exakte

Angaben über das Verhältnis dieser beiden Gruppen liegen nicht vor (vgl. Kap.2.3.1). Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß diejenigen Frauen, die über die Vermittlung von Beratungsstellen an der Untersuchung teilnehmen, zum überwiegenden Anteil einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen.

Von jeder Beratungsstelle wurde die Häufigkeit der monatlich durchgeführten Beratungen erfragt, um den Rücklauf der antwortbereiten Frauen abzuschätzen. Um zudem zu ermitteln, ob nur bestimmte Gruppen der Klientel an der Untersuchung teilnehmen, wurden die kooperierenden Beratungsstellen noch gebeten, uns über Alter, Familienstand, Kinderzahl, Erwerbsstatus und Staatsangehörigkeit der Gesamtklientel zu informieren. Diese Angaben konnten von 55,9% der kooperierenden Beratungsstellen erhalten werden.

### 5.1.5 Kontaktaufnahme mit Gynäkologen

#### *Stichprobenziehung*

In der Regel ist der Arzt einer der ersten Ansprechpartner für eine Frau, die schwanger ist. Es können auf diesem Wege Frauen erreicht werden, die eine Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte austragen oder deren Schwangerschaft zwar ungewollt/ungeplant sein kann, die jedoch nicht den Schritt zu einer Beratungsstelle unternehmen. Nach Information der Kassenärztlichen Vereinigung Südbadens (persönliche Mitteilung) übernimmt ein Gynäkologe bei 93% der Schwangerschaften die medizinische Betreuung. Dies rechtfertigt, sich bei der Untersuchung auf Gynäkologen zu stützen.

Es sollten 100 Gynäkologen gewonnen werden, die analog zum Vorgehen bei den Beratungsstellen über einen gewissen Zeitraum allen schwangeren Frauen Informationsbriefe aushändigen sollten. In den Ländern Hessen und Baden-Württemberg wurde eine Zufallsauswahl von 400 Gynäkologen angeschrieben. Die Adressen wurden aus dem Branchenfernsprechbuch bzw. der Adressendatei der Landesärztekammer Hessen entnommen. Nach zum Teil mehreren Erinnerungsschreiben und telefonischer Motivierung konnten schließlich 100 Gynäkologen zur Mitarbeit an der Untersuchung gewonnen werden. Die Verteilung der kooperationsbereiten Ärzte im Hinblick auf die Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg sowie Groß- und Kleinstädte wurde überprüft. Es fanden sich lediglich geringe Abweichungen zur regionalen Verteilung der Gesamtzahl von Gynäkologen.

### *Aufgaben der kooperierenden Ärzte*

Die Ärzte sollten all den Frauen Informationsbriefe aushändigen, die sie wegen einer festzustellenden oder bereits festgestellten Schwangerschaft im ersten Drittel ihrer Schwangerschaft aufsuchten. Auch hier wurde aus Gründen des Rücklaufs der Ausgabezeitraum von zunächst drei Monaten auf fünf Monate verlängert.

Ebenfalls analog zu dem Vorgehen bei Beratungsstellen wurden die kooperationsbereiten Ärzte gebeten, uns Informationen über die Zusammensetzung ihrer schwangeren Patientinnen zukommen zu lassen. Die erbetenen Daten bezogen sich auf die monatliche Anzahl von schwangeren Patientinnen, dem Anteil an Indikationsfeststellungen, sowie auf soziodemographische Merkmale der Frauen wie Alter, Familienstand, Kinderzahl, Erwerbsstatus und Staatsangehörigkeit. 42% der kooperierenden Gynäkologen ließen uns diese Informationen zukommen. Auch sie dienen zum Vergleich mit denjenigen Frauen, die letztlich an der Untersuchung teilnahmen.

### 5.1.6 Kontaktaufnahme mit Medien

Als absehbar wurde, daß trotz dieses sehr breiten Zugangs über Beratungsstellen und Gynäkologen die angestrebte Stichprobengröße nicht erreicht werden konnte, wurde im Dezember 1985 ein Aufruf in einer großen Frauenzeitschrift ("Für Sie") veröffentlicht. Ein weiterer Aufruf im März 1986 in der Zeitschrift "Freundin" folgte.

**Untersuchung**  
**zum § 218**

Welche Schwierigkeiten können durch eine ungewollte Schwangerschaft entstehen? Und welche Konflikte bei einem Schwangerschaftsabbruch? Zu diesem Thema startet das angesehenen Max-Planck-Institut in Hessen und Baden-Württemberg ein sozialwissenschaftliches Forschungsprojekt. Betroffene Frauen, die in den beiden Bundesländern leben, sind zur Mitarbeit aufgerufen. Absolute Vertraulichkeit wird zugesichert. Einzelheiten erfahren Sie beim Max-Planck-Institut, Dipl.-Psychologin Brigitte Holzhauser, Günthertalstr. 73, 7800 Freiburg; Tel. 0761-7081-230.

FÜR SIE  
(4.12.1985)

**Das Max-Planck-Institut braucht die Hilfe von Frauen**

Für ein Forschungsprojekt zum Thema Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch sucht das Max-Planck-Institut Frauen, die bereit sind, über ihre eigenen Erfahrungen zu sprechen: Gesucht sind Frauen, die eine Schwangerschaft abgebrochen haben oder die eine ungelante Schwangerschaft austragen. Sie sollten in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg leben. Der Schwangerschaftsabbruch darf nicht länger als drei Monate zurückliegen. Frauen, die sich entschlossen haben, ihr Kind doch zu bekommen, sollten zum Zeitpunkt der Befragung noch schwanger sein. Alle Angaben werden von den Wissenschaftlerinnen vertraulich behandelt. Frauen, die bei der Untersuchung mitmachen wollen, können sich beim Max-Planck-Institut informieren: Dipl.-Psych. Brigitte Holzhauser, Günthertalstraße 73, 7800 Freiburg, Tel.: 0761/7081230.

FREUNDIN  
(12.3.1986)

## 5.2 Rücklauf und Organisation der Interviewdurchführung

### 5.2.1 Rücklauf

Insgesamt zeigten 431 Frauen Interesse an einem Interviewkontakt. Davon scheiterten 21 (4,9%) an einem Rückzug bzw. am Nichterreichen der Frauen. 10 Frauen (2,3%) erlitten zwischenzeitlich eine Fehlgeburt, so daß schließlich genau 400 auswertbare Interviews vorlagen.

Von diesen 400 Frauen erreichten wir:

- 120 (30%) über den Zugang von Beratungsstellen,
- 205 (51,3%) über den Zugang von Gynäkologen und
- 75 Frauen (18,7%) durch den Zugang über Medien bzw. durch sonstige oder nicht mehr rekonstruierbare Kontakte.

Eine Rücklaufquote kann nicht ermittelt werden, da unklar ist, wieviele Frauen insgesamt durch die unterschiedlichen Vermittlungsinstanzen erreicht wurden. Da allerdings bereits die Frauenzeitschriften eine Auflagenhöhe von über einer Million haben, ist der letztlich erreichte Rücklauf als gering einzuschätzen. Vor allem erfüllte der Zugang über die Medien nicht die Erwartungen: Er kann in dieser Form als relativ ineffektiv eingestuft werden.

### 5.2.2 Auswahl und Schulung der Interviewerinnen

#### *Auswahl der Interviewerinnen*

Nachdem eine Frau sich bereit erklärt hatte, an dem Interview teilzunehmen, wurde sie von einer Interviewerin aufgesucht. Dabei wurden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie sollten weiblich sein, da anzunehmen ist, daß gegenüber Frauen mit größerer Offenheit über dieses Thema gesprochen wird.
- Sie sollten Erfahrung in Gesprächsführung haben und über genügend Problemverständnis und Sensibilität in diesem Bereich verfügen.
- Sie sollten zu flexibler Zeiteinteilung in der Lage und genügend mobil sein.

Aufgrund dieser Anforderungen wurden zumeist Psychologie-, Sozialarbeit- und Pädagogikstudentinnen zur Interviewdurchführung eingesetzt. Insgesamt

standen 25 Interviewerinnen zur Verfügung. Um etwaige Interviewereinflüsse in bezug auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ermitteln zu können, wurden die Interviewerinnen einer Einstellungsmessung zum § 218 StGB unterzogen (siehe Kapitel 7.1.4).

### *Schulung der Interviewerinnen*

Vor dem Beginn der Erhebungsphase wurde für die zur Durchführung der Interviews vorgesehenen Mitarbeiterinnen ein dreitägiges Schulungsseminar durchgeführt. Eine solche gemeinsame Vorbereitung auf die Interviewertätigkeit erschien unter drei Gesichtspunkten notwendig:

- Die Befragung findet in einem Konfliktfeld statt, das für die meisten Betroffenen schmerzhaft und belastend ist. Die Interviewerin sollte sich mit der Problemsituation vertraut machen, sich in einem sensiblen Gesprächsstil üben und sich mit adäquaten Reaktionen im Hinblick auf mögliche Dekompensationen der befragten Frauen vertraut machen.
- Die "kritische" Bedeutung des Interviewers für das Interview und die Forschungsergebnisse wird in der Methodenliteratur (z.B. SCHEUCH 1962, S.152; FRIEDRICHS 1980, S.218) problematisiert. Die Interviewerschulung wurde als wichtiger Beitrag gewertet, um die Erhebungssituation zu standardisieren und Fehler zu minimieren.
- Nicht zuletzt sollte die Schulung einen Beitrag zu einem möglichst effektiven und störungsarmen Verlauf der Erhebungsphase leisten. Bei der Schulung sollten den Schulungsteilnehmerinnen die mit der Interviewertätigkeit verbundenen Anforderungen deutlich gemacht werden, so daß diejenigen Teilnehmerinnen, denen die Tätigkeit nicht lag, bereits vor dem Beginn der Erhebungsphase aus dem Projekt ausscheiden konnten.

Das Ausbildungsziel der dreitägigen Interviewerinnenschulung betand vor allem darin, die Interviewerinnen theoretisch und praktisch auf ihre Tätigkeit vorzubereiten, so daß die Interviewereffekte minimal gehalten werden können. Dazu sollte der Informationsstand der Schulungsteilnehmerinnen zu der Untersuchungsthematik und zum Forschungsvorhaben verbessert und ein annähernd gleiches Niveau erreicht werden. Darüber hinaus sollten die Schulungsteilnehmerinnen für die Erhebungssituation, für ihre Rolle im Interviewprozeß und die dabei wirkenden Faktoren (Einstellungen, Erwartungen, Wahrnehmungen, Verhalten) sensibilisiert werden, sowie durch praktische Übungen (z.B. Rollenspiele) Erfahrungen für ihre Interviewertätigkeit sammeln.

## *Interviewdurchführung*

Die Interviewdurchführung fand von Mai 1985 bis April 1986 statt. Dabei wurden zunächst Interviewkontakte gesammelt, bis eine genügende Anzahl vorhanden war, um eine Interviewreise zu unternehmen. Die Interviews fanden bei den Befragten zu Hause statt. Die Terminabsprache mit den befragten Frauen erfolgte zentral auf schriftlichem Wege, ebenfalls wurde vor dem Interview ein Feed-back-Bogen übersandt, den uns die Frau nach erfolgtem Interview zurücksenden sollte. Durch diese Maßnahme sollte sichergestellt sein, daß ein etwaiges negatives Feed-back frühzeitig zu einer Korrektur des Interviewerverhaltens führt. Die Anzahl der Befragungen, die durch die einzelnen Interviewerinnen vorgenommen wurde, schwankte zwischen einem und 36 Interviews. Eine intensive Betreuung der Interviewerinnen vor und nach der Durchführung von Interviews sollte Verzerrungen und negative psychische Begleiterscheinungen vermeiden helfen.

### **5.2.3 Feed-back über die Interviews**

Das Feed-back über die Interviews war sowohl von seiten der Interviewerinnen als auch von Seiten der Befragten deutlich positiv. So schilderten die Interviewerinnen 73,2% der Befragten als sehr kooperativ, als eher kooperativ wurden 19,0%, als unkooperativ lediglich 3,8% der Befragten eingeschätzt. Unterschiede im Hinblick auf die Untersuchungsgruppen Schwangerschaftsabbruch, Konfliktschwangere und Schwangere ohne Entscheidungskonflikt fanden sich hierbei nicht.

Bei 3/4 der Interviews tauchten nach dem Urteil der Interviewerin keine Schwierigkeiten auf. Ergaben sich Schwierigkeiten, so bezogen sich diese zumeist auf einzelne Fragenkomplexe des Interviews, deren Beantwortung den Frauen Schwierigkeiten bereitete. Ein weiterer Störfaktor lag in der vereinzelt Anwesenheit des Partners oder der Kinder der Befragten. Gravierende Zwischenfälle wurden von den Interviewerinnen allerdings nicht geschildert.

Die Rückmeldung durch die Probandinnen lag bei 50,5% der Befragungen vor. Hiervon gaben 58,8% an, die Befragung als sehr angenehm empfunden zu haben, 39,6% fanden sie eher angenehm, nur 2% unangenehm. Hier einige exemplarische Äußerungen:

"Eigentlich hatte mir das Interview gezeigt, daß ich doch meine eigene schwere Erfahrung gemeistert habe und frei sprechen kann. Es war auch eine Hilfe."

"Ich hatte zunächst Angst vor moralischen Fragen - dies erwies sich als falsch".

"Es war nicht anzüglich und indiskret".

"Ich konnte über Dinge reden, die andere nicht interessieren, mir aber am Herzen liegen."

"Unangenehm, weil ich wieder an alles erinnert wurde".

Insgesamt wurde der mündliche Teil der Befragung positiver bewertet als der schriftliche. Der Dialog wurde als die diesem Problem eher adäquate Form erachtet. Entsprechend bezogen sich Probleme und Schwierigkeiten vorrangig auf die im schriftlichen Teil des Befragungsinstruments formulierten Fragen, vor allem zur gesetzlichen Regelung. Diese wurden häufig als zu allgemein oder pauschal angesehen, da sie zu wenig Raum für persönliche Mitteilungen ließen. Das Verhalten der Interviewerinnen selbst fand überwiegend positive Resonanz: 82,7% der Befragten gaben an, es hätte ihnen sehr gefallen. Positiv vermerkt wurden freundliches, höfliches, einfühlsames, offenes und geduldiges Verhalten.

Ein Interview dauerte etwa eineinhalb Stunden, wobei bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch eine längere Interviewdauer zu verzeichnen war als bei den Schwangeren. Für 93,6% der Befragten war die Zeitdauer "gerade richtig", 4,5% empfanden das Interview als zu lang und 1,5% der Befragten als zu kurz. Insgesamt bestätigte die reibungslose und positive Durchführung des Interviews die Bemühungen, die mit Auswahl, Schulung und Supervision der Interviewerinnen verbunden waren.

### 5.3 Gütekriterien der Untersuchung

Das oben skizzierte Design läßt Probleme zutage treten; die die Aussagekraft der Daten betreffen und deren Kontrolle besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. Neben den Hauptgütekriterien einer wissenschaftlichen Untersuchung - der Objektivität, Validität und Reliabilität (s. LIENERT 1969, S.12f.) - bedarf die Frage nach der Repräsentativität der Studie besondere Berücksichtigung.

#### *Repräsentativität*

Bereits bei der Stichprobenziehung können **zugangsbedingte** Verzerrungen auftreten. Insbesondere aufgrund der **Freiwilligkeit der Befragung** steht zu befürchten, daß diejenigen Frauen, die sich zu einem Interview bereit erklären, nicht der Gesamtstruktur der Population entsprechen und damit nicht repräsentativ sind. Bei Befragungen, die auf Selbstselektion der Respondenten angewiesen sind, zeigte es sich, daß zumeist Personen mit höherem Bildungsstand oder/und

besonderem Interesse an der Untersuchungsthematik partizipierten (vgl. ANGER 1970, S.589; GOUDY 1976; SUDMAN 1983, S.157; FRIEDRICHS 1980, S.241). Derartige Tendenzen könnten sich hier weiterhin durch die Art der Thematik verschärfen ("threatening questions" SUDMAN/BRADBURN 1982, S.54f.). Obgleich ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund der teilweisen Entkriminalisierung aus der "illegalen Ecke" herausgehoben wurde, ist dennoch zu vermuten, daß er weitgehend tabuisiert ist und daß die Gesprächsbereitschaft darüber begrenzt ist. Durch breiten Zugang auf der Ebene der "Vermittler" Ärzte und Beratungsstellen sollten solche Selektionseffekte minimiert werden.

Durch den Vergleich mit der Bundesstatistik (STATISTISCHES JAHRBUCH 1986, S.384) sowie weiteren verfügbaren Datenquellen können etwaige Abweichungen von der Grundgesamtheit bestimmbar gemacht werden. Sollten Abweichungen vorliegen, so besteht prinzipiell die Möglichkeit, mittels Gewichtungungsverfahren im Prozeß der Datenauswertung eine Angleichung der Stichproben an die Grundgesamtheiten zu erreichen. Sollte dies nicht zum Erfolg führen, so muß bei der Interpretation der Daten bedacht werden, daß eine uneingeschränkte Verallgemeinerung nicht zulässig ist. Der Vergleich der Befragungsdaten mit den Angaben über die Verteilungen der Grundgesamtheiten findet sich in Kap.6.3.

### *Reliabilität*

Dieses Gütekriterium beinhaltet die Zuverlässigkeit der gewonnenen Daten (LIENERT 1969, S.14). Sogenannten "harten Daten" wie Alter und Schulabschluß wird eine hohe Reliabilität zugeschrieben, während Einstellungen, Reflexionen, Fragen, die den Intimbereich tangieren - eben nicht evidente Sachverhalte - oft eine geringere Reliabilität besitzen, da sich Verhalten und Erleben zeitlich ändern können (vgl. ANGER 1970, S.608). Ein Aspekt, der die Reliabilität unserer Untersuchung ebenso betrifft wie ihre Validität liegt in der **Retrospektivität der Befragung**.

Für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch findet die Befragung nach der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs statt. Die Kontrollgruppen werden überwiegend noch schwanger sein, haben jedoch die Entscheidung über das Austragen der Schwangerschaft bereits getroffen. Somit liegt für alle Gruppen die Entscheidungssituation in der Vergangenheit. Neben sog. "memory errors" (vgl. BRADBURN 1983, S.308ff.) kann die Retrospektivität der Befragung zur Folge haben, daß die Ereignisse der Entscheidungsfindung unter Umständen im Licht der jeweils getroffenen Entscheidung reflektiert werden und im Sinne der Reduzierung von kognitiver Dissonanz (FESTINGER 1957) eine akzentuierte Bewertung zur Stützung der getroffenen Entscheidung erfahren können. Andere

Möglichkeiten der Datenerhebung schienen jedoch nicht vertretbar und hätten zu anderen, zum Teil gravierenderen, Fehlerquellen geführt: Eine Befragung der Frauen während der Entscheidungssituation z.B. hätte in einer sehr belastenden Lebenssituation noch eine zusätzliche Beanspruchung bedeutet, wobei nicht auszuschließen wäre, daß dann die Befragung selbst die Entscheidung beeinflusst hätte. Somit muß bei der Interpretation der Daten beachtet werden, daß auch die jeweilige Befindlichkeit der Frau **nach** realisierter Entscheidung mit Eingang finden kann.

Da eine Re-Test-Befragung bzw. eine Befragung zu mehreren Zeitpunkten aus verschiedenen Gründen nicht möglich war, wurde auf weitere Möglichkeiten der Reliabilitätsabschätzung bzw. -berechnung zurückgegriffen (s. MAGNUSSON 1969, S.114f.), vor allem die Halbierung der Daten nach dem Zufallsprinzip sowie deren Analyse. Berechnungen nach diesem "Split-Half"-Verfahren (SPEARMAN-BROWN) sowie die Analyse der "internen Konsistenz" (CRONBACH ALPHA) wurden an den präsentierten Einstellungsskalen vorgenommen; die Resultate finden sich in Kapitel 7.1.

### *Validität*

Bei der Validität wird die Frage gestellt, ob der Fragebogen tatsächlich das mißt, was er messen soll und ob die erhobenen Daten mit dem tatsächlichen, dem realen Sachverhalt übereinstimmen (vgl. z.B. MAGNUSSEN 1969, S.131f.). Eine Validitätsüberprüfung anhand eines Außenkriteriums (wie z.B. eine Befragung von Familienangehörigen) verbot sich aufgrund der Anonymität der Probandinnen von selbst.

Da das Interview in Anwesenheit einer Mitarbeiterin durchgeführt wurde, war die Antwortsituation kontrollierbar und es wurde gewährleistet, daß lediglich die Probandin selbst die Fragen beantwortete. Auch konnte der Eindruck gewonnen werden, daß aus der Art und Weise der Auseinandersetzung mit Erhebungsmaterial und der Qualität der Angaben auf eine ehrliche Beantwortung geschlossen werden kann. Davon unabhängig können jedoch "response-sets" wiedergespiegelt sein, die sich aufgrund der Retrospektivität der Befragung oder der "sozialen Erwünschtheit" ergeben (vgl. BRADBURN 1983, S.316-319; FRIEDRICHS 1980, S.152) und die keiner Kontrolle unterzogen werden konnten.

Weitere Validitätsaspekte berühren inhaltliche Dimensionen der gestellten Fragen. Intensive Diskussionen mit Experten/innen, vor allem Mitarbeiter/innen des Max-Planck-Instituts und Berater/innen von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger, die Begutachtung durch verschiedene Gremien wie der Prüfungs-

kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Fachbeirats des Max-Planck-Instituts, die Kontrolle der Praktikabilität und Verständlichkeit des Befragungsinstruments im Pre-Test und in Diskussionen mit den Interviewerinnen führten zu einer beständigen Überprüfung des Befragungsinstruments. Somit können wir von einer Problemangemessenheit des Fragebogens/Interviewleitfadens und damit von hoher "Face Validity" bzw. "Content Validity" ausgehen (vgl. SCHEUCH 1962, S.175f.; LIENERT 1969, S.260).

### *Objektivität*

Die Objektivität ist dann als hoch einzuschätzen, wenn die Einflüsse des Versuchsleiters in Erhebung, Auswertung und Interpretation gering sind (LIENERT 1969, S.13). Besondere Beachtung müssen in unserem Zusammenhang die "**Interviewereinflüsse**" finden.

Schon lange wird in der Methodenliteratur zum Erhebungsinstrument Interview die Bedeutung des Interviewers hervorgehoben (vgl. z.B. SCHEUCH 1962, S.155f.). Wichtige Ursachen für verzerrende Einflüsse werden deshalb oft in der Person des Interviewers gesucht. Durch die Interaktionsdynamik zwischen Interviewtem und Interviewer wird die Untersuchungssituation anfällig für Fehlerquellen, die zu Verzerrungen in den Untersuchungsergebnissen führen können. Zu den entscheidenden verzerrenden Komponenten von Seiten des Interviewers in der Erhebungssituation gehören sein Verhalten, askriptive und non-verbale Merkmale seiner Person, der Grad der Informiertheit, die Erfahrung im Umgang mit der Interviewsituation sowie seine Einstellungen (s. z.B. ATTESLANDER/KNEUBÜHLER 1975; FRIEDRICHS 1980, S.218; SCHEUCH 1962, S.155f.) Bei der empirischen Untersuchung von Interviewereinflüssen wurde zumeist auf folgende Aspekte geachtet:

- die soziale Ähnlichkeit zwischen Interviewer und Befragten (STEINERT 1984; LAGA 1984; HOAG/ALLERBECK 1981).
- die Anwesenheit Dritter und ihr Einfluß auf den Interviewprozeß (LAGA 1984; REUBAND 1984; HOAG/ALLERBECK 1981).
- der Vergleich der Einstellung zwischen Interviewer und Befragten (HERMANN 1983; GRUNDHÖFER 1984; STEINERT 1984; BAUSKE 1984).

Gemäß dem Ansatz der "sozialen Ähnlichkeit" ist mit unterschiedlichen Antworten zu rechnen, wenn die Interviewer männlich oder weiblich, jung oder alt, von höherer oder einfacher Schulbildung usw. sind. STEINERT (1984, S.24, 42) beschrieb am Beispiel der Abtreibung, daß die Antworten der Befragten u.a. davon

abhängen, ob männliche oder weibliche Interviewer eingesetzt wurden und welches Alter die Interviewer hatten. In unserem Falle waren die Interviewerinnen eine sehr homogene Gruppe: Es waren Frauen im Alter von 23 bis 35 Jahren, die sich alle in einem Universitäts/Fachhochschulstudium befanden bzw. dieses abgeschlossen hatten; einige hatten Kinder, die meisten waren kinderlos. Interviewereinflüsse aufgrund sozialer Merkmale werden in diesem Falle - falls sie zum Tragen kommen - die gesamte Stichprobe gleichermaßen betreffen. Die Anwesenheit Dritter, vor allem kleiner Kinder und Babies, konnte teilweise nicht umgangen werden und soll im weiteren nicht näher analysiert werden.

Bezüglich der Einstellung der Interviewerinnen zum Schwangerschaftsabbruch wurde eine Einstellungsmessung vorgenommen, die zum Vergleich und zur Analyse der Einstellung der befragten Probandinnen herangezogen wurde. Diese Resultate sind in Kap.7.1.4 dargestellt.

Um Interviewereinflüsse zu minimieren, wurde auf eine ausführliche Schulung der Interviewerinnen Wert gelegt (s. Kap.5.2.2). Dieses Training sollte vor allem zu einer Standardisierung des Interviewvorgangs beitragen. Des weiteren sollte über das Feed-Back sowohl von Seiten der Befragten als auch der Interviewerinnen ein gewisses Korrektiv über die tatsächlichen Vorgänge vorliegen.

Die Objektivität der **Auswertung** ist insofern gewährleistet, als die überwiegenderen **Mehrzahl der Items mit Antwortvorgaben** präsentiert wurde, die zahlenmäßig codiert waren und keine subjektiven Bewertungen in der Zuordnung erlaubten. Ein **Teil** der Fragen ist davon ausgenommen, da sie **ohne Antwortvorgaben** offen gestellt wurden und das wörtlich notierte Antwortmaterial im Nachhinein codiert wurde. Hierzu wurde nach Sichtung von 60 Interviews ein ausführliches Kategoriensystem erstellt, dem die Antworten von drei unabhängigen "Ratern" zugeordnet wurden, wobei etwa die Hälfte der Interviews doppelt codiert wurden. Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen:

- Die doppelt codierten Interviews wurden diskutiert, bis für jede Antwort ein Konsens erzielt wurde. Dieses Vorgehen fand insbesondere im Anfang der Arbeiten statt und sollte subjektive Interpretationen und systematische Abweichungen der "Rater" verdeutlichen und damit künftig minimieren, um so einen einheitlichen Standard zu schaffen. Auf diese Art und Weise wurden 18,8% der Interviews bearbeitet.
- Weitere doppelt codierte Interviews wurden verglichen, um einen Übereinstimmungskoeffizienten bzw. ein Abweichungsmaß zu ermitteln. Lag die Abweichung des "Ratings" bei einer Frage über 10%, so wurde diese Frage eliminiert; für alle Fragen lag die Rate der abweichenden Beurteilungen bei 8,3%. Dieses Verfahren fand bei 24,5% der Interviews Eingang.

- Diese ermittelte Fehlerquote von durchschnittlich 8,3% muß auf die übrigen 56,7% der Interviews bezüglich der Antworten auf offene Fragen übertragen werden, die von lediglich einer "Raterin" codiert wurden.

Bezogen auf die Objektivität der Studie, Aspekte der Reliabilität und auch im Hinblick auf die Repräsentativität können somit quantitative Angaben über etwaige Abweichungen ermittelt werden; diese werden in die folgenden Kapitel Eingang finden. Was die Retrospektivität der Befragung und Validitätsaspekte betrifft, so bedürfen diese im Rahmen der Interpretation des Datenmaterials der besonderen Berücksichtigung, da hier eine Quantifizierung des Einflusses nicht möglich ist.

#### 5.4 Auswertungsmethodik

Die Interviewdaten wurden datenträgergerecht aufbereitet, in die EDV eingegeben und im Hinblick auf Eingabefehler kontrolliert. Die Datenverarbeitung und Auswertung erfolgte überwiegend mit der 9. Version des Statistikprogrammes SPSS (s. NIE/HULL 1983), an einigen Stellen kam auch die 10. Version zum Einsatz.

**Univariate** Auswertungstechniken bestanden in der Häufigkeitsauszählung und der Ermittlung der Kennwerte eines Items (wie Mittelwert, Standardabweichung, Schiefe und Exzeß) sowie der Prüfung auf Normalverteilung des Merkmals (s. BAUER 1984, S.45-56). Insbesondere bei den offenen Fragen muß sich die Auswertung aufgrund der Problematik von Mehrfachnennungen auf Häufigkeits- und Inhaltsanalysen (vgl. ARDEL/ARDEL 1984) beschränken. Ergänzt werden diese Darstellungen an manchen Stellen durch **wörtliche Äußerungen** von Frauen, die jedoch keinen Anspruch auf umfaßende Darstellung des Problems haben. Sie sollen der Veranschaulichung dienen und subjektive Beurteilungen deutlich werden lassen, die in der rein quantitativen Darstellung leicht verloren gehen können.

Jedes Merkmal wurde zunächst im Hinblick auf seine Verteilung bei den unterschiedlichen Untersuchungsgruppen überprüft. Dabei zeigten sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen "Frauen mit Schwangerschaftsabbruch", "Konfliktschwangere" und "Schwangere ohne Entscheidungskonflikte", deren Ausmaß mit Hilfe von **Signifikanztests** bestimmt wurde.

Ogleich der Zugang zu den Stichproben die Anwendung inferenzstatistischer Methoden problematisch macht, sollten diese doch Eingang finden, um zu prüfen, ob etwaigen Unterschieden - bei Zugrundelegen einer Zufallsstichprobe - sub-

stantielle Bedeutung zukommt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit bezieht sich in der Regel auf zweiseitigen Test. Signifikanzprüfungen wurden entsprechend dem Skalenniveau der Daten mit unterschiedlichen Testverfahren durchgeführt. Bei Nominalskalenniveau wurden  $\chi^2$ -Berechnungen durchgeführt, bei Intervallskalenniveau t-Tests. Teilweise wurde auch bei Rangskalenniveau der t-Test hinzugezogen. Lagen die Voraussetzungen für den t-Test nicht vor, so wurde auf den Median-Test, den Mann-Whitney-U-Test bzw. den Kolmogorov-Smirnov-Test für jeweils zwei unabhängige Stichproben zurückgegriffen (vgl. BAUER 1984, S.58-77). Entsprechend allgemeiner Nomenklatur wurde das Signifikanzniveau wie folgt beschrieben:

- \* signifikant,  $p < .05$
- \*\* signifikant,  $p < .01$
- \*\*\* hochsignifikant,  $p < .001$
- n.s. nicht signifikant.

Bei **bivariaten** Auswertungsmethoden wurden jeweils zwei verschiedene Merkmale miteinander korreliert. Korrelationskoeffizienten wurden unter Maßgabe des Skalenniveaus der Variablen gewählt. Für intervallskalierte Daten wurde Pearson's  $r$  eingesetzt, bei rangskalierten der Spearman'sche Koeffizient, bei nominalskalierten der Contingenzkoeffizient bzw.  $\phi$  für 2x2 Tabellen. Bei Korrelationen von intervallskalierten mit Nominaldaten wurde der eta-Koeffizient verwendet (vgl. DIEHL/KOHR 1982, S.149ff.). Ein starker Zusammenhang wurde gemäß den Konventionen ab .50 postuliert, ein mittelstarker Zusammenhang bei Koeffizienten zwischen .30 und .50; Koeffizienten, die kleiner als .30 waren, fanden in der Regel keine Berücksichtigung (vgl. BAUER 1984, S.167).

Gelangten **multivariate** Verfahren zum Einsatz, so wurden hauptsächlich die folgenden Prozeduren verwendet:

### *Reliabilitätsanalysen*

Reliabilitätsberechnungen wurden mit dem "Split-half"-Verfahren (SPEARMAN-BROWN) sowie der Analyse der "internen Konsistenz" (CRONBACH ALPHA) durchgeführt. Durch diese Maßnahmen konnten Variablen identifiziert werden, die als brauchbare Indikatoren eines theoretischen Konstrukts dienen. Dadurch konnte die Anzahl der Variablen, die bei der statistischen Analyse berücksichtigt werden müssen, reduziert werden und die Verlässlichkeit der Meßwerte durch die Zusammenfassung mehrerer Variablen (zu einem Summenscore) erhöht werden (BAUER 1984, S.247-273). Wo die Bildung von Skalen nach der klassi-

schen Testtheorie nicht möglich war, wurde an verschiedenen Stellen auf die Bildung von **Indizes** zurückgegriffen. Dabei wurden bestimmte Ausprägungen mehrerer Merkmale in der Regel additiv miteinander verknüpft, um eine neue, inhaltlich umfassendere Variable zu schaffen.

### *Faktorenanalyse*

Die Faktorenanalyse ist ein statistisches Verfahren, das auf bivariaten Korrelationen verschiedener Merkmale aufbaut. Ziel des Verfahrens ist es, Gruppen von Variablen zu identifizieren, die jeweils untereinander relativ stark, jedoch schwach mit den Variablen anderer Gruppen zusammenhängen. Mit Hilfe der Faktorenanalyse gelingt eine Reduktion von Merkmalen auf die jeweils (latent) zugrundeliegende Dimension (s. ÜBERLA 1971; BAUER 1984, S.202-238).

### *Diskriminanzanalyse*

Bei der Diskriminanzanalyse wird eine Linearkombination von mehreren Merkmalen ermittelt, mit der eine möglichst gute Trennung unterschiedlicher Gruppen erreicht werden soll. Mit Hilfe der ermittelten Diskriminanzfunktion kann zudem die Gruppenzugehörigkeit von Fällen geschätzt werden (Klassifikation). Die abhängige Variable stellt die zu trennenden Gruppen dar; diese ist nominalskaliert bzw. zumeist dichotom. Die unabhängigen Variablen, mit denen die optimale Trennung der Gruppen vorgenommen werden soll, sollen intervallskaliert vorliegen, wobei jedoch die Möglichkeit besteht, nominalskalierte Daten zu (binären) "Dummy"-Variablen zu reduzieren. Trotz Problemen bezüglich der reduzierten Aussagekraft von Dummy-Variablen sowie der Interpretation von Rating-Skalen als Intervallskalen wurde das Verfahren angewandt, da es gegen geringe Verstöße bezüglich der Voraussetzungen relativ robust ist (s. BACKHAUS u.a. 1987, S.161-221; KLECKA 1980). Korrelierten zwei Variablen hoch miteinander (wobei "hoch" mit größer als .60 definiert wurde), wurde eine davon für die Berechnungen ausgeschlossen.

### *Regressionsanalyse*

In der multiplen Regressionsanalyse werden der Zusammenhang zwischen einem intervallskalierten Kriterium und einem Satz von Prädiktoren bestimmt sowie aufgrund der Regressionsfunktion Werte der abhängigen Variablen prognostiziert. Es werden dabei lediglich die Informationen eines Merkmals berücksichtigt, die nicht bereits durch zuvor einbezogene Merkmale abgedeckt sind. Ist

die abhängige Variable nominalskaliert, stellt die Diskriminanzanalyse das Verfahren der Wahl dar. Ebenso wie die Diskriminanzanalyse ist auch die Regressionsanalyse gegenüber geringen Übertretungen der Voraussetzungen (wie z.B. die Einbeziehung von Dummy-Variablen als unabhängige Merkmale) relativ robust (s. BACKHAUS u.a. 1987, S.1-42; DIEHL/KOHR 1982, S.311-337).

### *Pfadanalyse/Kausalanalyse*

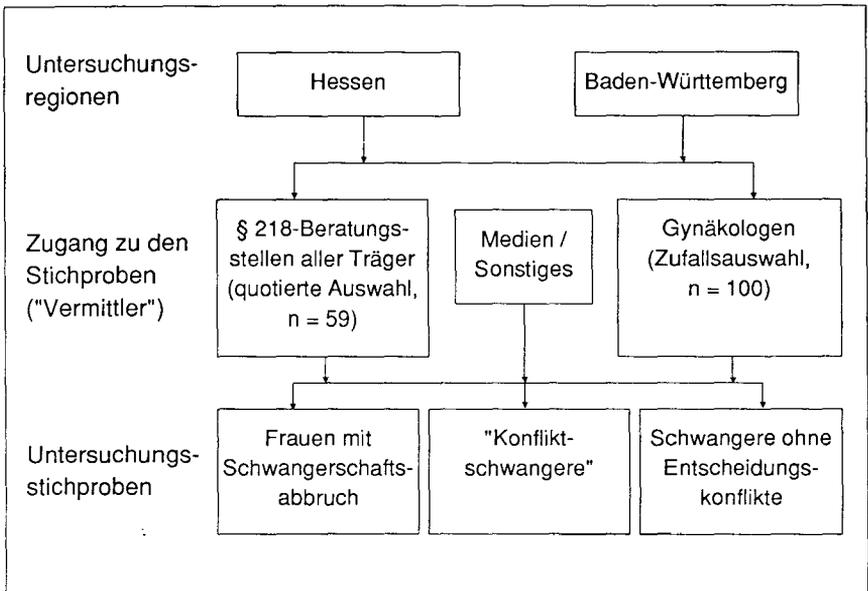
Eine Pfadanalyse ist sowohl mit Hilfe hierarchisch aufgebauter Regressionsanalysen möglich wie auch durch den Einsatz eigener Programme, die allerdings im Rahmen des SPSS nicht verfügbar waren. Mit Hilfe des Programms LISREL konnten derartige Analysen durchgeführt werden. Mit diesem Ansatz kann überprüft werden, ob theoretisch aufgestellte Beziehungen mit dem empirischen Datenmaterial übereinstimmen. Die Güte dieser Strukturmodelle sowie die Stärke der Einflußfaktoren können mit Koeffizienten bestimmt werden (s. BACKHAUS u.a. 1987, S.221-317; PFEIFER/SCHMIDT 1987).

## 5.5 Zusammenfassung

Im Rahmen dieses Projektes sollen - im Gegensatz zu nahezu allen einschlägigen empirischen Untersuchungen - mit einem **Kontrollgruppendesign** Frauen befragt werden, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, und Frauen, die die Schwangerschaft zum Teil unter Entscheidungskonflikten, zum Teil ohne diese austragen. Schaubild 10 auf der nächsten Seite stellt eine Übersicht über das Design der Studie dar.

Es liegen Ergebnisse über insgesamt 400 Interviews vor. Der Zugang zu diesen Frauen erfolgte zu mehr als 80% über die Mitarbeit von **§ 218-Beratungsstellen und Gynäkologen**: Im Falle des Zugangs über Beratungsstellen wurden mit einem Quotierungsverfahren alle Träger von Beratungseinrichtungen gleichermaßen berücksichtigt; unter den Gynäkologen wurde eine Zufallsauswahl gezogen. Regional bezog sich die Untersuchung auf die Bundesländer **Hessen und Baden-Württemberg**, die sich hinsichtlich der Richtlinien und Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs unterscheiden.

Die Befragung erfolgte mit teilstandardisierten Interviews, die von eigens geschulten Interviewerinnen durchgeführt wurden. Es wurden weibliche Mitarbeiter ausgewählt, um den Befragten ein möglichst offenes Gespräch über diesen tabuisierten Bereich zu ermöglichen.

**Schaubild 10:** Design der Untersuchung

Mögliche Einflußfaktoren auf die Güte der Untersuchung sind vor allem im Hinblick auf die Repräsentativität der Befragung, ihre Retrospektivität sowie etwaiger Intervieweinflüsse zu beachten.

## 6. Beschreibung der Stichprobe

In diesem folgenden Kapitel sollen die befragten Stichproben im Hinblick auf soziodemographische Merkmale dargestellt werden. Aus bisherigen Erhebungen (vgl. Kap.3.5) ging hervor, daß sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch hinsichtlich ihres Status in verschiedenen Lebensbereichen von Frauen unterscheiden, die die Schwangerschaft austragen. Dies führt zu der zentralen Hypothese dieses Themenbereiches (eine Zusammenstellung der forschungsleitenden Grundannahmen findet sich in Kap.4.4).

**Die aktuelle Lebenssituation der Frau im Hinblick auf soziodemographische Merkmale hat Einfluß auf die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch. Insgesamt wird vermutet, daß sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in weniger sicheren Lebensumständen befinden als Frauen, die die Schwangerschaft austragen.**

Schlüsselt man diese Aussage im Hinblick auf als relevant erachtete Lebensbereiche auf, so führt dies im einzelnen zu folgenden Annahmen:

- Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, leben in weniger sicheren Partnerbeziehungen.
- Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, verfügen über geringere finanzielle Mittel und sind eher von Unterstützung durch den Staat oder die Eltern abhängig.
- Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, leben in ungesicherter beruflicher Situation; sie sind häufiger in Ausbildung oder arbeitslos.

Vor allem aus der Studie von WIMMER-PUCHINGER (1983) ging hervor, daß sich maßgebliche Unterschiede zwischen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch realisieren und Frauen, die die Schwangerschaft austragen, in den Bereichen Partnerschaft, Beruf und ökonomische Situation manifestieren. Darüber hinaus wird - angesichts der hier einbezogenen drei Untersuchungsgruppen - vermutet, daß eine Schwangerschaft umso konflikthafter empfunden wird, je unsicherer sich die Lebensverhältnisse darstellen:

- Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, weisen im Gruppenvergleich die ungesichersten Lebensbedingungen auf, während Schwangere ohne Entscheidungskonflikte vergleichsweise konsolidiert leben. "Konfliktschwangere" nehmen hinsichtlich der Sicherheit der Lebensumstände eine Mittelposition ein.

Eine untergeordnete Bedeutung im Gruppenvergleich wird hinsichtlich soziodemographischer Merkmale bezüglich der regionalen Herkunft der Frauen vermutet. In bisherigen Forschungen ist der Einfluß der Konfession umstritten (vgl. Kap.3.5); im folgenden soll hypothetisch davon ausgegangen werden, daß die Konfessionszugehörigkeit weniger die aktuelle Entscheidung als vielmehr die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch beeinflusst.

Da die Befragung auf freiwilliger Basis durchgeführt wurde, gilt es, die Stichproben auch im Hinblick auf die ermittelten soziodemographischen Merkmale dahingehend zu prüfen, ob Abweichungen zu den Grundgesamtheiten vorliegen. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob durch verschiedene Zugänge zu den befragten Frauen eine spezifische Auswahl bedingt ist.

## 6.1 Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppen

Die 400 Probandinnen, mit denen die Befragung durchgeführt wurde, wurden den Untersuchungsgruppen wie folgt zugeordnet:

**Gruppe 1:** 166 (41,5%) Schwangerschaftsabbruch,

**Gruppe 2:** 51 (12,75%) "Konfliktschwangerschaft",

**Gruppe 3:** 183 (45,75%) Schwangere ohne Entscheidungskonflikte.

Die Frauen der Gruppe 1 ließen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, während die Frauen der Gruppen 2 und 3 die Schwangerschaft austrugen und in der Regel zum Zeitpunkt des Interviews noch schwanger waren. Die befragten Schwangeren wurden in solche mit oder ohne Entscheidungskonflikte bezüglich der Schwangerschaft unterschieden, da der Vergleich mit Frauen, die den Abbruch durchführen ließen, bei manchen Fragen nur sinnvoll ist, wenn eine subjektive Entscheidungssituation und das Erwägen von Alternativen gegeben sind. Als Trennungsindikatoren der Schwangeren mit und ohne Entscheidungskonflikte galten: Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs **oder** Aufsuchen einer Beratungsstelle bzw. eines Arztes in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs **oder** Kontakt zu einer Einrichtung, in der Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, **oder** ungeplante Schwangerschaft und negative Reaktionen zu Beginn **und** im Verlaufe der Schwangerschaft.

Unter den 51 Konfliktschwangeren hatten 31 Frauen eine Beratungsstelle und 18 einen Arzt in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs aufgesucht (wobei bei 14 Frauen beides zutraf). 16 Frauen suchten keine Institutionen mit der Intention des Schwangerschaftsabbruchs auf. Diese Frauen schilderten entweder, daß sie ihn zuvor in Betracht zogen und/oder wiesen durchgehend negative Reaktionen auf die Schwangerschaft auf. Bei den Schwangeren ohne Entscheidungskon-

flikte lagen diese Merkmale nicht vor. Es zeigt sich, daß schwangere Frauen ohne Entscheidungskonflikte (gemäß oben genannter Definition) häufiger an der Befragung beteiligt waren, während schwangere Frauen mit Entscheidungskonflikten die kleinste Gruppe darstellen.

Im Falle des Schwangerschaftsabbruchs lag dieser selbst in 85,9% der Fälle **weniger** als ein halbes Jahr zurück, bei 3,6% länger als ein Jahr. Die Frauen der Gruppen 2 und 3 waren überwiegend noch schwanger: 10,7% im ersten Schwangerschaftstrimester, 56,0% im zweiten und 26,9% im dritten Trimester. 15 Frauen (6,4%) hatten das Kind bereits geboren.

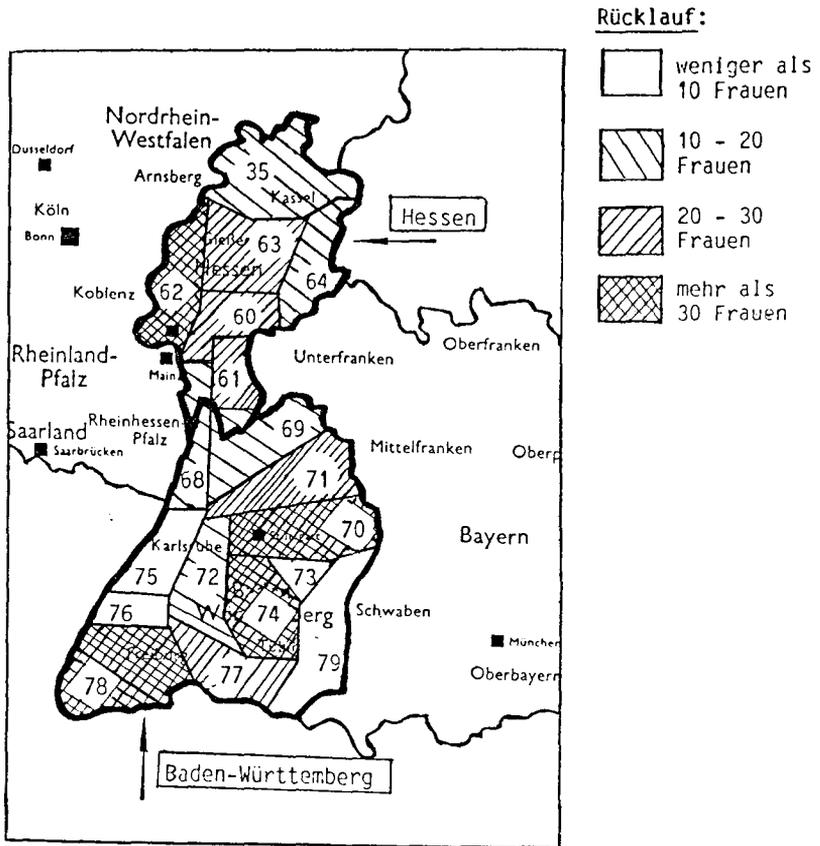
### *Regionale Herkunft*

Der Anteil an **Ausländerinnen** betrug in der Gruppe der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch 6,0%, in der Gruppe der Konfliktschwangeren 2,0% und in der Gruppe der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte 3,8%. Diese Unterschiede sind nicht signifikant. Die Frauen stammten zu 37,0% aus **Hessen** und zu 60,5% aus **Baden-Württemberg** (2,0% aus angrenzenden Bundesländern; diese Frauen wurden in der Stichprobe belassen, finden jedoch bei entsprechenden Variablen gesonderte Beachtung). Signifikante Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen wurden bei der Variable Bundesland nicht aufgefunden. Auch korrelieren das Bundesland und die Staatsangehörigkeit nicht mit weiteren soziodemographischen Merkmalen.

Die Verteilung hinsichtlich der **regionalen Herkunft** der Befragten ist in Schaubild 11 dargestellt, wobei die Einzugsbereiche nach Postleitzahlen untergliedert sind. Demnach stellten sich als Regionen mit gutem Rücklauf die Postleitzahlbereiche 62 (Wiesbaden), 70 (Stuttgart), 74 (Tübingen) und 78 (Freiburg) dar. Unterdurchschnittlich war der Rücklauf in 73 (Eßlingen), 75 (Karlsruhe), 76 (Offenburg) und 79 (Ulm).

Bei der Verteilung hinsichtlich der **Wohnortgröße** zeigte es sich, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Konfliktschwangere signifikant häufiger in größeren Städten lebten. Während unter den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch 36,7% aus Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern stammten, waren es bei den Konfliktschwangeren 29,4% und bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte nur 12,5%; von diesen wiederum lebten 29,5% in Dörfern mit weniger als 5.000 Einwohnern im Vergleich zu 12,0% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und 19,6% der Konfliktschwangeren.

Schaubild 11: Regionale Herkunft der befragten Frauen



### Alter

Die Daten zur Altersstruktur der Befragten finden sich in Tabelle 6. Der Vergleich der drei in die Untersuchung eingehenden Gruppen zeigt, daß die Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch vergleichsweise jünger waren als die Frauen, die die Schwangerschaft austrugen. Signifikanz weisen diese Unterschiede allerdings nur zwischen den Gruppen 1 (Schwangerschaftsabbruch) und 3 (Schwangere ohne Entscheidungskonflikte) auf.

**Tabelle 6:** Alter

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
19 Jahre und jünger	8	4,8	2	3,9	1	0,5
20 - 24 Jahre	55	33,1	12	23,5	33	18,0
25 - 29 Jahre	54	32,5	18	35,3	77	42,1
30 - 34 Jahre	33	19,9	14	27,5	55	30,1
35 - 39 Jahre	15	9,0	4	7,8	14	7,7
40 - 44 Jahre	1	0,6	-	-	2	1,1
keine Angabe	-	-	1	2,0	1	0,5
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>99,9</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Signifikanzprüfung (t-Test):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

*Familiäres Zusammenleben*

Deutliche Unterschiede finden sich auch beim **Familienstand** der Befragten (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7:** Familienstand

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
ledig	87	52,4	15	29,4	14	7,7
ledig mit Partner	21	12,7	7	13,7	15	8,2
verheiratet	33	19,9	23	45,1	143	78,1
verheiratet - getrennt - geschieden	11	6,6	2	3,9	6	3,3
verwitwet	14	8,4	3	5,9	4	2,2
verwitwet	-	-	1	2,0	1	0,5
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ , Daten gruppiert):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

Hinsichtlich des Familienstandes unterscheiden sich alle drei Untersuchungsgruppen signifikant. Während bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch insgesamt 65,1% ledig waren, waren dies bei den Konfliktschwangeren 43,1% und bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte 15,9%. Auch befanden sich in Gruppe 1 (Schwangerschaftsabbruch) signifikant häufiger ( $p < .05$ ) geschiedene Frauen als bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Dies korreliert hoch ( $C = .68$ ) mit der Frage nach dem (prospektiven) **Vater des Kindes**.<sup>\*</sup> Bei den ledigen, geschiedenen oder verwitweten Frauen handelte es sich zu 66,3% um einen festen Partner, zu 21,0% um eine flüchtige, kurze oder heimliche Beziehung und zu 12,7% um den ehemaligen Partner. Bei den verheirateten Frauen war der Vater des erwarteten Kindes zumeist (93,1%) der Ehemann. Auffallend bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch war der relativ hohe Anteil an unverbindlichen Partnerschaften (außereheliche Beziehung, ehemaliger Partner, flüchtige Beziehung), der sich auf 30,7% belief, im Vergleich zu 13,7% bei den Konfliktschwangeren und 3,8% bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Diese Unterschiede sind zwischen allen Gruppen signifikant ( $p < .01$ ).

Im Vergleich der Untersuchungsgruppen fällt auf, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger **kinderlos** waren als Frauen mit Konfliktschwangerschaften und signifikant häufiger als Schwangere ohne Entscheidungskonflikte (vgl. Tabelle 8).

Hinsichtlich der **Wohnsituation** zeigen alle Untersuchungsgruppen signifikante Unterschiede (Tabelle 9). Deutlich wird, daß Schwangere ohne Entscheidungskonflikte häufiger zusammen mit ihrem Partner und ihren Kindern wohnten, während Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger allein oder in Wohngemeinschaften/Wohnheimen lebten.

---

\* Als problematisch erwies sich die sprachliche Benennung des Partners, der an der Zeugung beteiligt war. "Vater des erwarteten Kindes" oder "Kindsvater" oder "Vater" ist für die Frauen, die die Schwangerschaft abbrachen, unkorrekt, da der Status des "Vaters" nicht realisiert wurde. "Schwängerer", "Erzeuger" etc. beinhalten als eher technokratische, biologistische Begriffe die emotionale Komponente der Partnerbeziehung nicht. Zudem assoziieren sie, daß der Mann "erzeugt" und die Frau - gleichsam wie ein Gefäß - aufnimmt. Aus diesen Gründen wurde im weiteren die neutrale - allerdings nur teilweise zufriedenstellende - Bezeichnung "**Partnerbeziehung**" gewählt, wenn es um den "Kindsvater" geht.

**Tabelle 8:** Kinderzahl

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
keine Kinder	107	64,5	29	56,9	80	43,7
1 Kind	23	13,9	13	25,5	75	41,0
2 Kinder	26	15,7	6	11,8	21	11,5
3 Kinder	8	4,8	3	5,9	7	3,8
4 Kinder	1	0,6	-	-	-	-
keine Angabe	1	0,6	-	-	-	-
SUMME	166	100,1	51	100,1	183	100,0

Signifikanzprüfung (u-Test):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

**Tabelle 9:** Wohnsituation

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
allein	30	18,1	8	15,7	6	3,3
mit Kindern	16	9,6	3	5,9	2	1,1
mit Partner	18	10,8	13	25,5	63	34,4
mit Partner und Kindern	39	23,5	20	39,2	96	52,5
mit Eltern(-teil)	10	6,0	1	2,0	2	1,1
Wohngemeinsch./Wohnh.	49	29,5	6	11,8	7	3,8
sonstiges	4	2,4	-	-	6	3,3
keine Angabe	-	-	-	-	1	0,5
SUMME	166	99,9	51	100,1	183	100,0

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ , Daten gruppiert):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$

Bezüglich der familiären und partnerschaftlichen Situation zeigt es sich somit, daß diejenigen Frauen, die die Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte austrugen, deutlich häufiger verheiratet waren, häufiger bereits Kinder hatten und eher mit ihrem Partner (und evtl. Kindern) zusammenlebten. Währenddessen lebten unter den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, vergleichsweise wenige im familiären Zusammenhang. Sie waren häufiger ledig und wurden häufiger als die Vergleichsgruppen von unverbindlichen Partnern schwanger. Ebenfalls waren sie häufiger kinderlos und lebten eher allein oder in Wohngemeinschaften bzw. Wohnheimen.

### Soziale Schicht

Auch hinsichtlich des **Erwerbsstatus** der Befragten finden sich Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen (Tabelle 10).

**Tabelle 10:** Erwerbsstatus

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
ganztags erwerbstätig	41	24,7	13	25,5	63	34,4
halbtags und teilzeit	.					
erwerbstätig	22	13,3	7	13,7	34	18,6
Hausfrau	24	14,5	11	21,5	56	30,4
in Ausbildung	66	39,8	12	23,5	16	8,7
arbeitslos	13	7,8	8	15,7	12	6,6
keine Angabe	-	-	-	-	2	1,1
SUMME	166	100,1	51	99,9	183	99,8

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$

Die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte unterscheiden sich hinsichtlich ihres Erwerbsstatus signifikant von den Vergleichsgruppen: Sie waren häufiger erwerbstätig ( $p < .01$ ) bzw. Hausfrau ( $p < .001$ ). Bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Konfliktschwangeren liegt der Anteil an Frauen, die sich noch in Ausbildung befanden, signifikant höher ( $p < .01$ ); die Unterschiede hinsichtlich der Arbeitslosigkeit erweisen sich als nicht signifikant. Von denjenigen

Frauen, die **nicht** erwerbstätig bzw. in Ausbildung waren, wollten 67,5% wieder erwerbstätig werden, 29,4% streben dies nicht an. Diese Unterschiede sind zwischen Gruppe 1 und 3 signifikant.

Tabelle 11 zeigt die Verteilung der Probandinnen auf verschiedene **Berufszweige**. Von denjenigen Frauen, die erwerbstätig waren, arbeitete der Großteil in kaufmännischen/juristischen oder medizinisch/naturwissenschaftlichen Assistenzberufen sowie in Büro oder Verwaltung. Auch die meisten der Nicht-Erwerbstätigen stammten aus diesen Sparten. Häufig vertreten waren ebenfalls Lehrerinnen/Pädagoginnen und Frauen aus Sozialberufen. Die Frauen, die noch in Ausbildung waren, absolvierten zu 30,9% ihre Ausbildung in diesem Bereich. Facharbeiterinnen, Handwerkerinnen und ungelernte Arbeiterinnen waren unter den Erwerbstätigen zu insgesamt 21,6% vertreten, unter den Nicht-Erwerbstätigen zu 29,7%.

Ein Blick auf die **Schulbildung** der Probandinnen (Tabelle 12, siehe S.172) zeigt die durchweg höhere Schulbildung der Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch. Dies korrespondiert mit dem hohen Anteil der sich in Ausbildung befindlichen Frauen, wobei es sich überwiegend um Studentinnen handelte. Hingegen fanden sich bei dem **Ausbildungsabschluß** der Probandinnen (keinen/Anlernzeit/abgeschlossene Lehre/abgeschlossenes Studium), keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Die Verteilung bezüglich des **monatlichen Nettoeinkommens** (Tabelle 13, siehe S.172) zeigt, daß sich etwa die Hälfte der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, in den niedrigen Einkommensgruppen befanden. Die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte unterschieden sich hinsichtlich ihres höheren Einkommens signifikant von den beiden Vergleichsgruppen. Eng damit in Zusammenhang ( $r = .59$ ) steht die subjektive Einschätzung des Lebensstandards, bei dem sich ebenfalls signifikante Unterschiede ( $p < .001$ ) zwischen den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte und den beiden anderen Untersuchungsgruppen auffinden ließen.

In Tabelle 14 (siehe S.173) wird die **Einkommensquelle** der Probandinnen dargestellt. Deutlich wird die höhere Abhängigkeit der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und der Konfliktschwangeren von Unterstützungen durch Staat und Eltern ( $p < .01$ ), währenddessen die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte ihr Einkommen hauptsächlich durch Erwerbstätigkeit des Partners oder gemeinsame Erwerbstätigkeit bezogen.

**Tabelle 11: Beruf**

	Erwerbstätige ausgeübter Beruf		Lehrling / Studien- tin / Schülerin Ausbildung in ...		arbeitslos / Hausfr. erlernter / vorher ausgeübter Beruf	
	n	%	n	%	n	%
	Kaufmännische und juristische Assistenzberufe (z.B. Industriekauffrau, Bankkauffrau, Rechtsanwaltsgehilfin)	29	16,1	2	2,1	13
naturwiss./medizinische Assistenzberufe (Arzthelferin, Krankenschwester, Hebamme, Laborantin, Apothekenhelferin)	23	12,8	6	6,4	29	23,0
Büro und Verwaltung (Sekretärin, Verwaltungsangestellte)	23	12,8	3	3,2	7	5,6
Lehrerin, Pädagogin	22	12,2	16	17,0	14	11,1
Sozialberufe (Sozialarbeiterin, Erzieherin)	19	10,6	13	13,9	10	7,9
Facharbeiterin, Friseurin, Verkäuferin etc.	17	9,4	1	1,1	9	7,1
Hilfsarbeiterin, Aushilfe, Jobs	17	9,4	-	-	18	14,3
Handwerkliche Berufe (Schneiderin, Schreinerin etc.)	5	2,8	3	3,2	5	4,0
Fremdsprachen (Dolmetscherin etc.)	4	2,2	2	2,1	-	-
Künstlerische Berufe	4	2,2	6	6,4	2	1,6
Medizinische/naturwiss. Berufe (Biologin, Apothekerin, Ärztin)	4	2,2	8	8,5	8	6,3
Geisteswiss. Berufe	-	-	9	9,5	1	0,8
Juristische/wirtschaftswiss. Berufe	-	-	4	4,2	-	-
sonstiges	12	6,7	3	3,2	3	2,4
keine Angabe	1	0,6	18	19,1	7	5,6
<b>SUMME</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>99,9</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

**Tabelle 12:** Abgeschlossene Schule

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
keine	1	0,6	-	-	1	0,5
Hauptschule	25	15,1	11	21,6	51	27,9
Realschule	39	23,5	15	29,4	64	35,0
Gymnasium	101	60,8	24	47,1	65	35,5
keine Angabe	-	-	1	2,0	2	1,1
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,1</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

**Tabelle 13:** Monatliches Nettoeinkommen

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
<b>niedriges Einkommen</b>						
- bei Alleinst.: < 799 DM						
- bei Familien: < 1.499 DM	72	43,3	16	31,4	22	12,0
<b>mittleres Einkommen</b>						
- bei Alleinstehenden: 800-1.999 DM						
- bei Familien: 1.500 - 3.499 DM	72	43,3	29	56,9	109	59,6
<b>höheres Einkommen</b>						
- bei Alleinstehenden: > 2.000 DM						
- bei Familien: > 3.500 DM	21	12,6	6	11,7	50	27,3
keine Angabe	1	0,6	-	-	2	1,1
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>99,8</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Signifikanzprüfung (t-Test):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

**Tabelle 14:** Einkommensquelle

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
eigenes Einkommen	47	28,3	13	25,5	24	13,1
Einkommen durch Partner	16	9,6	10	19,6	55	30,1
Einkommen zusammen mit Partner	18	10,8	8	15,7	73	39,9
Unterhalt durch Eltern	9	5,4	4	7,8	-	-
Unterhalt durch staatliche Leistungen*	20	12,0	7	13,7	5	2,7
teilweise Abhängigkeit von elterl./staatl. Unterstützung	56	33,8	9	17,6	26	14,2
SUMME	166	99,9	51	99,9	183	100,0

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ , Daten gruppiert): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

\* Sozialhilfe, Bafög etc., auch: Arbeitslosengeld/-hilfe

Traditionelle Modelle zur "sozialen Schichtung" basieren in der Regel auf einem Index, der sich hauptsächlich aus den Merkmalen "Einkommen", "Schulbildung" und "Beruf" zusammensetzt (vgl. z.B. WALLNER u.a. 1980). In der hier bearbeiteten Problemstellung ist die Bildung eines Schicht-Indexes nicht sinnvoll. Wie Tabelle 15 zeigt, lag der höchste Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen bei den befragten Frauen, die über wenig Einkommen, jedoch eine hohe Schulbildung verfügten. Der geringste Anteil war bei Frauen mit einfacher Schulbildung und höherem Einkommen gegeben.

**Tabelle 15:** Prozentanteil von Schwangerschaftsabbrüchen an der Gesamtzahl der Befragten bezogen auf die Variablen "Einkommenshöhe" und "Schulbildung"

Einkommen	Schulbildung	
	kein Abschluß Hauptschule Realschule	Gymnasium
niedriges Einkommen	55,3%	72,9%
mittleres Einkommen	28,9%	44,0%
höheres Einkommen	15,2%	36,4%

Eine Verknüpfung dieser Variablen zu einem Schicht-Index (wobei "hohe Schulbildung" und "hohes Einkommen" zur Definition einer "hohen Schicht" beitragen würde und umgekehrt) würde nun diese Zusammenhänge verwischen. Aus diesem Grund sollen die Merkmale separat in die Auswertung eingehen.

Bezüglich der sozioökonomischen Situation zeigt es sich, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch über eine höhere Schulbildung verfügten und häufig noch in Ausbildung waren. Ihr Einkommen war häufig gering und sie waren zu einem großen Anteil von privater oder öffentlicher Unterstützung abhängig. Unter den Konfliktschwangeren fiel der erhöhte Anteil an arbeitslosen Frauen auf. Schwangere ohne Entscheidungskonflikte waren häufiger erwerbstätig oder Hausfrau, lebten durch eigenes Einkommen und/oder dem des Partners und wiesen einen höheren Lebensstandard auf.

### *Weitere soziodemographische Merkmale*

Hinsichtlich der **Konfession** unterscheiden sich die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch signifikant von den beiden Gruppen der Schwangeren (Tabelle 16).

**Tabelle 16:** Konfession

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungs- konflikte	
	n	%	n	%	n	%
evangelisch	70	42,2	24	47,1	103	56,3
katholisch	52	31,3	23	45,1	55	30,1
konfessionslos	41	24,7	3	5,9	17	9,3
sonstige Konfession	1	0,6	1	2,0	6	3,3
keine Angabe	2	1,2	-	-	2	1,1
SUMME	166	100,0	51	100,1	183	100,1

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ):

Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .05$

Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$

Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch waren in unserer Stichprobe häufiger konfessionslos als die der beiden anderen Gruppen.

Bezüglich **früherer Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch** finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schilderten 22,3% frühere Schwangerschaftsabbrüche von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte 19,7%, jedoch von den Konfliktschwangeren 33,3%. Etwa 1/4 der befragten Frauen berichteten über **Krankheiten** im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft. Diese Unterschiede sind zwischen den Untersuchungsgruppen ebenfalls nicht signifikant. Es handelte sich vorrangig um vorbestehende organische Krankheiten sowie Beschwerden zu Beginn der Schwangerschaft und Hinweise auf eine mögliche Risikoschwangerschaft (nähere Aufschlüsselungen finden sich in Kap.7.3.1 und 8.2.3).

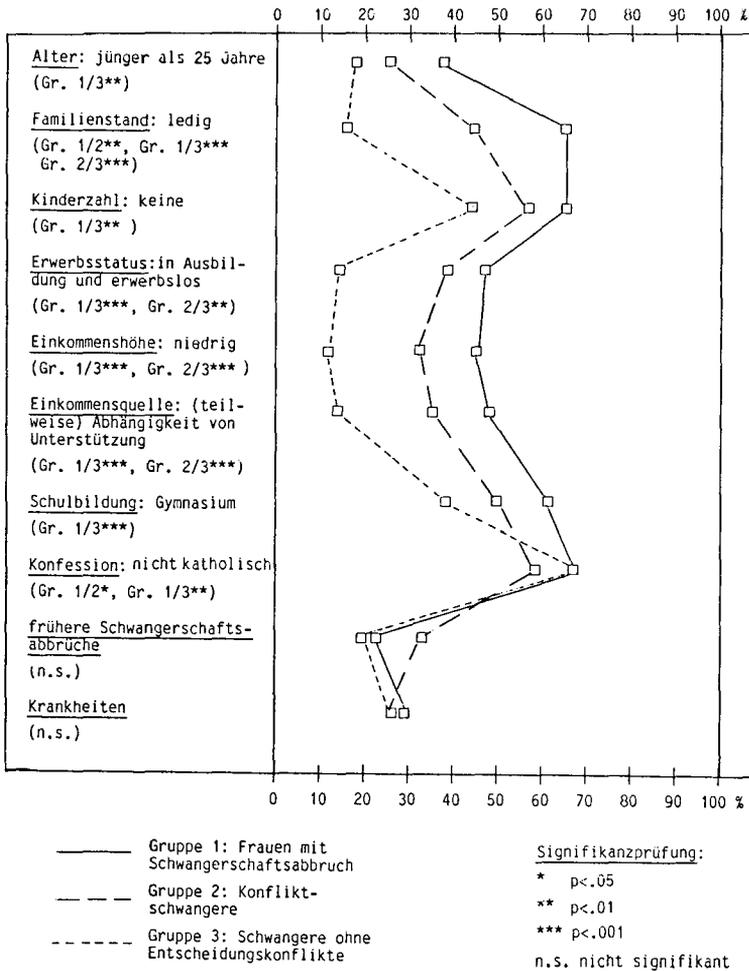
### *Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Variablen*

Vergleicht man nun zusammenfassend die Untersuchungsgruppen "Frauen mit Schwangerschaftsabbruch", "Konfliktschwangere" und "Schwangere ohne Entscheidungskonflikte" im Hinblick auf soziodemographische Merkmale, so werden Profile deutlich, aus denen hervorgeht, daß die Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, in ihrer gegenwärtigen Situation über weniger persönliche und soziale Ressourcen verfügten (vgl. Schaubild 12).

Die Konfliktschwangeren nahmen bei nahezu allen Merkmalen eine Mittelposition zwischen den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte ein. Einzig bei der Konfessionszugehörigkeit und den früheren Schwangerschaftsabbrüchen wird die Parallelität der Profile deutlich unterbrochen: Konfliktschwangere waren häufiger katholischer Konfession und schilderten ebenfalls häufiger vergangene Schwangerschaftsabbrüche.

Erwartungsgemäß korrelieren die soziodemographischen Merkmale zum Teil stark miteinander. Dies betrifft insbesondere die Variablen Familienstand, Kinderzahl, Erwerbsstatus, Einkommenshöhe, Einkommensquelle und Wohnsituation: So haben z.B. verheiratete Frauen häufiger Kinder, arbeiten häufiger als Hausfrau, haben ihr Einkommen häufiger durch/zusammen mit dem Partner und wohnen auch häufiger mit ihm (und den Kindern) zusammen; der Vater des erwarteten Kindes ist zumeist der Ehemann. (In Anhang Nr.1 befindet sich eine Darstellung der korrelativen Zusammenhänge innerhalb dieser soziodemographischen Variablen).

**Schaubild 12:** Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale



Bei den folgenden multivariaten Analysen kann nur jeweils eine der hoch korrelierenden Variablen verwendet werden (Problem der Kollinearität, s. z.B. SCHUCHARD-FICHER u.a. 1982, S.203). In der Regel ist dies der Familienstand (reduziert auf die "Dummy"-Variable "verheiratet, ja - nein") oder alternativ der Partner der Frau (im Sinne des Vater des erwarteten Kindes: "Ehemann - fester Partner - unverbindliche Beziehung"). Damit stark korrelierende Variablen wie etwa die Einkommensquelle oder die Wohnsituation, können i.d.R. nicht berücksichtigt werden.

Um das Ausmaß an Unterschieden zwischen den Untersuchungsgruppen bezüglich dieser soziodemographischen Merkmale zu ermitteln sowie die diesbezügliche Bedeutung einzelner Variablen, wurden mit den Untersuchungsgruppen "Schwangerschaftsabbruch", "Konfliktschwangere" und "Schwangere ohne Entscheidungskonflikte" Diskriminanzanalysen durchgeführt. Als unabhängige Variablen fanden die oben skizzierten soziodemographischen Merkmale Eingang, wobei nominalskalierte Daten zu "Dummy"-Variablen reduziert wurden und von hoch korrelierenden Variablen ( $> .60$ ) eine ausgeschlossen wurde. Das Resultat findet sich in Tabelle 17.

**Tabelle 17:** Unterschiede zwischen je zwei Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale (Diskriminanzanalyse)

	Gruppe 1 vs. Gruppe 2	Gruppe 1 vs. Gruppe 3	Gruppe 2 vs. Gruppe 3
canon. Korrelationskoeffizient (Anteil an erklärter Varianz)	.36 (13.1%)***	.65 (42.0%)***	.43 (18.5%)***
Korrekte Klassifikation (%)	96.4 : 19.6	78.9 : 83.1	33.3 : 92.3
Merkmale und standardisierte Diskriminanzkoeffizienten	1. Partnerbeziehung .88	1. Partnerbeziehung .91	1. Partnerbeziehung .66
	2. in Ausbildung .70	2. Kinderzahl .53	2. Einkommenshöhe .49
	3. Kinderzahl .64	3. Wohnortgröße .26	3. Wohnortgröße .31
	4. Einkommenshöhe .38	4. in Ausbildung .23	4. Kinderzahl .22
	5. Konfession .35	5. Einkommenshöhe .15	5. Konfession .19
	6. frühere Schwangerschaftsabbrüche .28	6. Schulbildung .12	
		7. Krankheiten .10	

Legende: **Gruppe 1:** Frauen mit Schwangerschaftsabbruch  
**Gruppe 2:** Konfliktschwangere  
**Gruppe 3:** Schwangere ohne Entscheidungskonflikte

Signifikanzprüfung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Während durch die aufgeführten Variablen die Unterschiede zwischen Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte mit 42,0% erklärter Varianz recht gut ermittelt werden können, so fällt das Ergebnis mit 13,1% erklärter Varianz zwischen Gruppe 1 und den Konfliktschwangeren und 18,5% erklärter Varianz zwischen Gruppe 3 und den Konfliktschwangeren vergleichsweise schlecht aus. Betrachtet man die trennstärksten Merkmale, so fällt übereinstimmend das hohe Gewicht der **Partnerbeziehung** auf: diese Variable trennt alle drei Gruppen am besten voneinander. Insgesamt lassen sich folgende Unterscheidungsmerkmale festhalten:

- Frauen mit Schwangerschaftsabbruch unterschieden sich von Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte deutlich. Eine Schwangerschaft wurde eher **abgebrochen**, wenn die Partnerbeziehung unverbindlich war, die Frau noch keine Kinder hatte, und in einem größeren Wohnort lebte. Des weiteren kam es eher zum Schwangerschaftsabbruch, wenn die Frau noch in Ausbildung war, über eine höhere Schulbildung, jedoch wenig Einkommen verfügte und wenn Krankheiten vorlagen.
- Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, unterschieden sich von solchen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch zwar erwogen, die Schwangerschaft jedoch austrugen, im Hinblick auf soziodemographische Merkmale wenig. Jedoch sind auch hier die trennstarken Merkmale die Partnerbeziehung, die Kinderzahl, der Erwerbsstatus und die Einkommenshöhe. Darüber hinaus wurde eine Schwangerschaft eher **abgebrochen**, wenn die Frau evangelisch oder konfessionslos war und noch keine Erfahrungen mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen hatte.
- Diejenigen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, jedoch die Schwangerschaft austrugen, unterschieden sich von Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte ebenfalls vorrangig in der unverbindlicheren Partnerbeziehung und dem geringeren Einkommen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß sich die Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch realisierten, im Hinblick auf soziodemographische Merkmale von den Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, unterschieden. Maßgebliche Unterscheidungsmerkmale sind die Partnerbeziehung und die sozioökonomische Situation. Die Konfliktschwangeren wiesen **mehr** Unterschiede zu den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte auf und **weniger** zu den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch.

## 6.2 Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu den Stichproben

Die Mehrzahl der befragten Probandinnen konnte über Ärzte und Beratungsstellen erreicht werden (325 Frauen, 81,3%). 75 Frauen (18,7%) waren aufgrund eines Aufrufs in der Presse zur Mitarbeit bereit bzw. erreichten uns auf anderen Wegen wie z.B. telefonische Kontaktaufnahme, Briefe ohne Bezug auf die Vermittlungsinstanz und Mundpropaganda (vgl. Tabelle 18).

Wie Tabelle 18 zeigt, sind die Untersuchungsgruppen je nach Zugang unterschiedlich häufig vertreten: Deutlich wird der erhöhte Anteil an Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Konfliktschwangeren, die über Presse bzw. sonstigen Zugang an der Befragung teilnahmen. Dies kann Resultat des deutlicher auf diese Gruppen zugeschnittenen Aufforderungscharakters der Aufrufe in den Medien sein.

**Tabelle 18:** Zugang

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
Beratungsstellen + Gynäkologen	125	75,3	34	66,6	166	90,7
Medien + sonstiges	41	24,7	17	33,3	17	9,2
SUMME	166	100,0	51	99,9	183	99,9

Wie in Kapitel 6.1 dargestellt, unterscheiden sich die drei Untersuchungsgruppen in der Regel deutlich hinsichtlich soziodemographischer Merkmale. Zur Klärung der Frage, ob über verschiedene Zugangswege unterschiedliche Gruppen von Probandinnen erreicht wurden, sollen diese im folgenden hinsichtlich soziodemographischer Merkmale - je nach Gruppenzugehörigkeit - verglichen werden.

Signifikanzprüfungen ergaben, daß bei den **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** und bei den **Konfliktschwangeren** keine Unterschiede zwischen denjenigen Frauen existierten, die uns einerseits durch die Vermittlung von Ärzten und Beratungsstellen erreicht haben oder andererseits über die Presse und einen sonstigen Zugang. Bei den **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** finden sich bei verschiedenen Variablen signifikante Unterschiede: So wiesen diejeni-

gen Frauen, die über die Presse oder sonstigen Zugang an der Untersuchung partizipierten, höhere Schulbildung ( $p < .01$ ) auf, sie stammten eher aus Großstädten ( $p < .01$ ), waren häufiger noch in Ausbildung ( $p < .05$ ) und waren weniger häufig verheiratet ( $p < .05$ ) als die Vergleichsgruppen, die via Ärzte oder Beratungsstellen erreicht werden konnten.

Insgesamt kann den Aufrufen in der Presse (Frauenzeitschriften) relativ wenig Effizienz beigemessen werden. Angesichts der Auflagenhöhe dieser Zeitschriften (jeweils über 1 Million Druckauflage pro Exemplar) muß der Rücklauf enttäuschen. Unterschiede zu den Frauen, die aufgrund von Vermittlung durch Ärzte und Beratungsstellen an der Untersuchung teilnahmen, fanden sich lediglich bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte.

### 6.3 Unterschiede zwischen den Stichproben und den Grundgesamtheiten

#### *Vergleichsdaten über die Grundgesamtheiten*

Hinsichtlich soziodemographischer Variablen können Vergleiche mit anderen Datenquellen Hinweise geben, inwieweit die vorgefundenen Häufigkeiten tatsächliche Unterschiede - auch gültig für die Gesamtpopulation - widerspiegeln oder inwieweit es sich um zugangsbedingte Verzerrungen handelt. Aufgrund der Freiwilligkeit der Befragung und der dadurch bedingten Eigenmotivation zur Teilnahme an der Untersuchung stellt sich vordringlich die Frage nach der Repräsentativität der Stichproben.

Zum Vergleich wurde folgendes Datenmaterial herangezogen:

- Die Daten des **Statistischen Jahrbuchs** (1986) bzw. der "Reihe 3 Gesundheitswesen" für Schwangerschaftsabbrüche des Statistischen Bundesamts (1986). Gemäß der Pflicht für Ärzte, jeden durchgeführten Schwangerschaftsabbruch dem Statistischen Bundesamt zu melden, sollten diese Daten Angaben über die tatsächliche Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen nach verschiedenen Indikationen und in verschiedenen Regionen enthalten. Die Daten sind auch hinsichtlich einiger soziodemographischer Merkmale (Alter, Familienstand, vorhergehende Schwangerschaften) der abbrechenden Frauen aufgeschlüsselt. Da die Meldepflicht von den Ärzten nicht immer eingehalten wird (s. v. BAROSS 1986) und die illegalen Abbrüche sowie die Schwangerschaftsabbrüche im Ausland nicht erfaßt sind, ist jedoch mit gewisser Fehlerhaftigkeit zu rechnen. Für 1985 umfaßt die Bundesstatistik 83.538 Schwangerschaftsabbrüche.

- Die Daten der **Dunkelfeldstudie** von LIEBL (persönliche Überlassung des Datenmaterials) über Schwangerschaftsabbrüche. Hier wurden an eine repräsentative Bevölkerungsumfrage von ZUMA einige Items zum Schwangerschaftsabbruch angefügt, die neben der Verteilung des Schwangerschaftsabbruchs auch Hinweise auf etwaige Sanktionierungen geben sollen. Das Datenmaterial bezieht sich auf 109 Schwangerschaftsabbrüche. Der Vergleich mit diesem Datenmaterial ist zum einen wegen dieser geringen Fallzahl (die allerdings Repräsentativität beansprucht) problematisch, zum anderen in Bezug auf die Zeitungleichheit. So wurden die aktuellen soziodemographischen Merkmale erfaßt, währenddessen der Schwangerschaftsabbruch in der Zeit seit der Reform (also vor maximal 10 Jahren) durchgeführt wurde. Die soziodemographischen Merkmale zur Zeit des Abbruchs wurden nicht überprüft.
- Die Daten des **Statistischen Jahrbuchs** (1986) über Schwangere bzw. Geborene in der Bundesrepublik Deutschland. Hier sind an verschiedenen Stellen soziodemographische Daten (Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Konfession) von Müttern der in diesem Zeitpunkt Geborenen zu finden. Für das Jahr 1985 beziehen sich die Angaben auf 584.157 Geburten.
- Die Daten der **Perinatalerhebung** Baden-Württemberg. Dies ist eine Vollerhebung aller gebärenden Frauen in Baden-Württemberg seit Juli 1985. Neben medizinischen Sachverhalten zu Schwangerschaft, Geburt und dem Gesundheitszustand des Neugeborenen finden sich Angaben zum Alter, Familienstand, Kinderzahl, Erwerbstätigkeit, Staatsangehörigkeit der Mutter. Freundlicherweise wurden uns die Daten für das zweite Halbjahr 1985 von der Landesärztekammer Baden-Württemberg überlassen. Die Angaben umfassen 29.258 Frauen.
- Das Datenmaterial der mit uns **kooperierenden Gynäkologen und Beratungsstellen** über die soziale Zusammensetzung der entsprechenden Klientel. Diese Angaben konnten von 55,9% der kooperierenden Beratungsstellen und 42,0% der kooperierenden Gynäkologen erhalten werden. Die Daten umfassen Angaben zum Alter, Familienstand, Kinderzahl, Erwerbsstatus und Staatsangehörigkeit der entsprechenden Frauen. Gebeten wurde um Häufigkeitsangaben bezogen auf einen Monat. Die Angaben beziehen sich insgesamt auf 774 Frauen, die eine § 218-Beratungsstelle aufsuchten und 3.353 Frauen, die zur Feststellung bzw. Betreuung der Schwangerschaft einen Gynäkologen aufsuchten.
- Ergänzend wurden aus dem **Statistischen Jahrbuch** (1986) Angaben über die Gesamtbevölkerung bzw. - wenn vorhanden - über die weibliche Bevölkerung im Alter von 15 bis 45 Jahren (definiert als reproduktionsfähiges Alter)

herangezogen. Dies bot sich bei Variablen an, über die in dem speziellen Teil (Schwangere und Schwangerschaftsabbruch) keine Angaben vorhanden waren (z.B. Schulbildung).

Tabelle 19 zeigt die aufgefundenen signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Frauenbefragung und den obengenannten Datenquellen hinsichtlich soziodemographischer Variablen.

**Tabelle 19:** Vergleich der Stichproben der Frauenbefragung mit Daten über Grundgesamtheiten

Variable	Vergleich mit Grundgesamtheiten						
	1	2	3	4	5	6	7
Alter	***	***	**	/	**	***	
Familienstand	***	**		***	***	/	a) *** b) ***
Kinderzahl	***		/	/	***	/	
Erwerbsstatus		***	/	/	*	*	a) ** b) /
Staatsangehörigkeit			**	***	***	***	a) / b) /
Schulbildung		***		***			a) *** b) ***
Konfession		/	***				a) *** b) ***
Indikation	/						
frühere Schwangerschaftsabbrüche		***		***			

- Legende:
- 1 Vergleich Stichprobe Schwangerschaftsabbruch - Statistisches Jahrbuch Schwangerschaftsabbruch
  - 2 Vergleich Stichprobe Schwangerschaftsabbruch - Dunkelfeldstudie Schwangerschaftsabbruch
  - 3 Vergleich Stichprobe Schwangere - Statistisches Jahrbuch Schwangere
  - 4 Vergleich Stichprobe Schwangere - Perinatalerhebung Schwangere
  - 5 Vergleich Stichprobe Zugang Beratungsstellen - Klientel Beratungsstellen
  - 6 Vergleich Stichprobe Zugang Gynäkologen - schwangere Patientinnen/Gynäkologen
  - 7a) Vergleich Stichprobe Schwangerschaftsabbruch - Statistisches Jahrbuch Frauen 15-45 J.
  - b) Vergleich Stichprobe Schwangere - Statistisches Jahrbuch Frauen 15-45 J.

Signifikanzprüfung (chi<sup>2</sup> nach Brand-Snedecor):

\* = p < .05

\*\* = p < .01

\*\*\* = p < .001

/ = nicht signifikant

Die befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wurden mit den Angaben aus Datenquellen über Schwangerschaftsabbrüche verglichen; die beiden Gruppen von schwangeren Frauen in der Frauenbefragung (Konfliktschwangere und Schwangere ohne Entscheidungskonflikte) wurden zusammengefaßt und mit den Angaben über die Grundgesamtheit der schwangeren Frauen verglichen. Beim Vergleich mit den erhaltenen Daten von Beratungsstellen und Gynäkologen wurden die Befragten hinsichtlich des Zugangs getrennt. (Das gesamte Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr.2).

### *Abweichungen der Stichproben*

Bezüglich des **Alters** zeigt sich, daß die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in der Stichprobe jünger waren als dies gemäß den Angaben über die Grundgesamtheit zu erwarten wäre, währenddessen die Schwangeren vergleichsweise älter waren. Lediglich im Vergleich zur Perinatalerhebung ist die Altersstruktur der befragten Schwangeren ähnlich. Bei jüngeren und älteren Frauen wurden - analog zu den Daten des Statistischen Bundesamts (1986 vgl. Kap.3.5) - vergleichsweise häufiger Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt.

Im Hinblick auf den **Familienstand** wird deutlich, daß die Probandinnen aller Untersuchungsgruppen häufiger ledig waren. Die Abweichungen beim Familienstand der Schwangeren lassen sich wahrscheinlich teilweise dadurch aufklären, daß einige der schwangeren Frauen noch vor der Geburt des Kindes geheiratet haben werden. Auf diese zeitliche Verschiebung deuten auch die Angaben der kooperierenden Gynäkologen hin, die im Vergleich zur Frauenbefragung keine signifikanten Unterschiede aufweisen. Bezogen auf die **Kinderzahl** der Befragten finden sich lediglich Unterschiede für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch. Diese waren häufiger kinderlos bzw. hatten weniger Kinder als dies nach der Grundgesamtheit zu erwarten gewesen wäre.

Deutlich wird beim **Erwerbsstatus** der erhöhte Anteil von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, die sich noch in Ausbildung befanden. Bei den schwangeren Frauen entspricht der Anteil der Erwerbstätigen dem Anteil der Grundgesamtheit. Bezüglich der **Schulbildung** zeigt sich im Vergleich zur weiblichen Bevölkerung im Alter von 15 bis 45 Jahren das höhere Bildungsniveau aller befragten Frauen.

Der Anteil von **Ausländerinnen** liegt sowohl für schwangere Frauen als auch für Frauen mit Schwangerschaftsabbruch unter den Angaben der Vergleichsdaten. Lediglich im Vergleich mit der weiblichen Gesamtbevölkerung zeigen sich keine Unterschiede.

Bezüglich der **Konfession** unterscheiden sich vor allem Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, aber auch Schwangere von der Grundgesamtheit durch den erhöhten Teil an Konfessionslosen. Bei den Schwangeren sind zudem Frauen mit evangelischer Konfession überproportional häufig vertreten. Im Vergleich zur Dunkelfeldstudie über Schwangerschaftsabbruch ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Die Abweichungen der Stichproben der befragten schwangeren Frauen und der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von ihren jeweiligen Grundgesamtheiten gehen tendenziell in die gleiche Richtung. So sind die befragten Frauen **aller** Untersuchungsgruppen häufiger ledig, haben höhere Schulbildung, sind häufiger konfessionslos und häufiger deutscher Staatsangehörigkeit als dies die Daten über die Grundgesamtheiten nahelegen. Bei den Variablen Kinderzahl und Erwerbsstatus weicht die Gruppe der Schwangeren nicht von der Grundgesamtheit ab. Einzig bei Alter finden sich gegenläufige Tendenzen in den Untersuchungsgruppen. Insgesamt kann vermutet werden, daß zugangsbedingte Verzerrungen der Stichproben hinsichtlich soziodemographischer Merkmale bei den Untersuchungsgruppen in die gleiche Richtung wirksam sind.

Bezüglich der erhaltenen **Indikation** (vgl. Kap.8.2.3) zum Schwangerschaftsabbruch fanden sich keine Unterschiede. Die Daten über **vorhergehende Schwangerschaftsabbrüche** variieren zwischen der Frauenbefragung, der Dunkelfeldstudie und der Perinatalerhebung allerdings beträchtlich (über 20% vs. 9,2% vs. 4%). Hier kann vermutet werden, daß die Angaben der Perinatalerhebung eventuell dahingehend verzerrt sind, daß aufgrund sozialer Tabuisierung ein etwaiger Schwangerschaftsabbruch eher als Fehlgeburt registriert wurde. Allerdings kann auch die Selektivität der Stichprobe der Frauenbefragung eine Überschätzung früherer Schwangerschaftsabbrüche zur Folge haben.

### *Prüfung von Gewichtungungsverfahren*

In Anbetracht dieser Unterschiede im Verhältnis von Stichproben und Grundgesamtheiten wurde der Einsatz von **Gewichtungsverfahren** zur Angleichung der Stichproben und zum Ausgleich der mangelnden Repräsentativität erprobt. Dabei werden Merkmale, die in den Stichproben unter- bzw. überrepräsentiert sind, mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert, bis sie den Größenverhältnissen in den Grundgesamtheiten entsprechen. Dies wirkt sich ebenfalls auf alle anderen Variablen aus, da die Nennungen gemäß des Gewichtungsfaktors umstrukturiert werden und mit dem entsprechenden Gewicht in die weitere Auswertung eingehen. Solche Veränderungen können nur bei denjenigen Daten kontrolliert werden, über deren Ausprägung in der Grundgesamtheit ebenfalls Kennt-

nis vorliegt. Somit wird in gewissem Sinne eine Parallelisierung durchgeführt, die allerdings nicht unumstritten ist (s. SUDMAN 1983, S.183f.) und besondere Probleme bei der Interpretation der Daten aufwirft. Aus diesem Grund sollte ein Gewichtungungsverfahren hier nur angewandt werden, wenn auch bei kontrollierbaren Merkmalen eine deutliche Reduzierung der signifikanten Unterschiede zwischen Stichproben und Grundgesamtheiten sichtbar wird.

Für die Variablen **Alter**, **Familienstand** und **Kinderzahl** lagen Vergleichsdaten sowohl von Schwangeren als auch von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch vor. Verzerrungen der Stichproben fanden sich auch in den Merkmalen **Schulbildung** und **Konfession**. Hier liegen allerdings z.T. nur Vergleichsdaten über die weibliche Bevölkerung insgesamt bzw. im reproduktionfähigen Alter vor. Eine mögliche Orientierung von Gewichtungsfaktoren an diesen Variablen ist problematisch, da sie durchaus als unabhängige Variablen für die Unterschiede in den Untersuchungsgruppen verantwortlich sein können und dies aufgrund des fehlenden Datenmaterials über die Grundgesamtheiten von Schwangeren und Frauen mit Schwangerschaftsabbruch nicht kontrollierbar ist.

Alle durchgeführten Gewichtungsversuche mit den genannten Variablen führten zu **keinen** nennenswerten Verbesserungen in der Anpassung der Stichproben an die Grundgesamtheiten; oft wurden noch weitergehende Verzerrungen bewirkt. Aus diesem Grunde wurde der Ansatz der Gewichtung der Stichproben mit dem Ziel der Erlangung von Repräsentativität verworfen und auf die weitere Auswertung mit gewichteten Stichproben verzichtet. Somit muß bei Interpretation der Daten bedacht werden, daß diese nicht ohne weiteres auf die Grundgesamtheit aller Schwangeren oder aller Frauen mit Schwangerschaftsabbruch übertragen werden können, sondern im Sinne o.g. Abweichungen eingeschränkte Aussagekraft besitzen.

## 6.4 Zusammenfassung und Diskussion

Aufgrund der Eigenmotivation, die die Frauen zur Teilnahme an der Untersuchung bewegt hat, ließen sich Verzerrungen nicht ausschließen. Im Vergleich zu Datenquellen über die Grundgesamtheiten befinden sich in der Frauenbefragung bei der Gruppe der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch tendenziell mehr junge, mehr ledige Frauen sowie mehr Frauen ohne Kinder und bei der Gruppe der Frauen, die die Schwangerschaft austragen, mehr ältere und ledige Frauen.

Weitere signifikante Unterschiede finden sich für alle Untersuchungsgruppen bei den Variablen Schulbildung, Staatsangehörigkeit und Konfessionszugehörigkeit. Trotz des breit angelegten Zugangs zu den Probandinnen, der diesen Bias verhindern sollte, konnte die Repräsentativität der Stichprobe nicht erreicht werden.

Im Hinblick auf soziodemographische Merkmale stellen die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte in unserer Stichprobe meist gegensätzliche Pole bei den verschiedenen Variablen dar. In der Regel lebten Frauen, die sich für einen **Schwangerschaftsabbruch** entschieden haben, in der aktuellen Situation in ungefestigteren Lebensverhältnissen als die beiden Gruppen der schwangeren Frauen. Sie befanden sich eher in unverbindlicheren Partnerschaften, waren häufiger noch in der Ausbildung und verfügten über weniger Einkommen. Zudem waren sie eher konfessionslos und ohne Kinder.

Währenddessen schienen sich die **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** eher in einer konsolidierten Lebensphase zu befinden, da der relativ stabile Status der verheirateten, mit dem Partner zusammenlebenden und u.U. von ihm ökonomisch abhängigen Frau mit Kindern oft erreicht war. Frauen mit **Konfliktschwangerschaften** befanden sich bei vielen Variablen (z.B. Einkommensverhältnisse, Familienstand, Schulbildung) zwischen den beiden anderen Gruppen. Sie waren zudem häufiger arbeitslos und hatten öfter frühere Erfahrung mit einem Schwangerschaftsabbruch (wobei diese Unterschiede nicht signifikant sind) als die Frauen der anderen Untersuchungsgruppen. Insgesamt zeigen die Konfliktschwangeren generell weniger Unterschiede zu den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch als zu den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte.

Vergleicht man die ermittelten Ergebnisse mit dem Datenmaterial aus anderen vergleichbaren empirischen Untersuchungen, wird eine weitgehende Übereinstimmung dokumentiert: Ebenso wie bei WIMMER-PUCHINGER (1983) wiesen in der hier durchgeführten Befragung die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu den Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, eine höhere Schulbildung auf, verfügten über weniger Einkommen, waren häufiger noch in Ausbildung und auf Unterstützung durch den Staat oder die Eltern angewiesen. Deutlicher als in der Untersuchung von WIMMER-PUCHINGER (1983) unterschieden sich die Untersuchungsgruppen in dem Merkmal "Konfessionszugehörigkeit". Des weiteren kann der Befund von OETER/WILKEN (1981, S.325) bestätigt werden, daß bei einem Schwangerschaftsabbruch offensichtlich vorrangig Frauen ohne oder mit wenigen Kindern betroffen sind, die sich im Aufbau oder in der Sicherung einer sozioökonomischen Stellung gefährdet sehen.

Auch nach MÜNZ/PELIKAN (1978, S.152) hat der Abbruch einer ungeplanten Schwangerschaft zur Folge, daß Statusveränderungen vermieden werden können. Demgegenüber haben Frauen, die eine geplante Schwangerschaft austragen, "Statusübergänge mit nachweislich geringer Reversibilität", nämlich die Eheschließung und das Zusammenziehen mit dem Partner in der Regel bereits

vollzogen. Auch dies entspricht unseren Ergebnissen, demnach Schwangere ohne Entscheidungskonflikte sich bereits häufiger in familiären Lebenszusammenhängen befanden als diejenigen Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen ließen oder die nach anfänglichen Zweifeln die Schwangerschaft austrugen.

Ogleich sich beim Vergleich der soziodemographischen Merkmale der befragten Frauen und der Grundgesamtheiten Abweichungen zeigten, stimmen die ermittelten Ergebnisse mit Erkenntnissen anderer wissenschaftlicher Untersuchungen weitgehend überein, so daß wir als gesichert annehmen können, daß eine Schwangerschaft als umso konflikthafter erlebt wird, je ungestützter die aktuelle Lebenssituation ist.

## 7. Psychosoziale Einfluß- und Konfliktfaktoren

In Anlehnung an das Motivationsmodell von KUHL (1983) wird davon ausgegangen, daß die Vorentscheidung bezüglich des Ausgangs der Schwangerschaft durch das Ineinanderwirken von "impulsiv-volutionalen", "reflektiv-realistischen" und "reflektiv-obligatorischen" Aspekten bedingt wird.

Zunächst (in Kap. 7.1) sollen die reflektiv-obligatorischen Aspekte dargestellt werden. Hierunter werden die **Einstellung zur Mutterrolle, zum Schwangerschaftsabbruch** sowie die **allgemeine Zukunftsorientierung** gefaßt. Nach der eher technischen Darstellung der Skalenkonstruktion werden Zusammenhänge dieser Einstellungen und Wertorientierungen mit der Entscheidung über Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch sowie soziodemographischen Variablen ermittelt.

Unter impulsiv-volutionalen Aspekten werden vor allem die **Akzeptanz der Schwangerschaft** durch die Frau und ihre Gefühle bezüglich der Schwangerschaft verstanden. Ergänzt wird die Darstellung im Hinblick auf die Akzeptanz der Schwangerschaft durch den Partner sowie das soziale Nahfeld der betroffenen Frau (Kap.7.2).

Reflektiv-realistische Betrachtungen finden sich vor allem in der **Antizipation und Bewertung der Veränderungen der Lebensumstände**, die die Schwangerschaft und das erwartete Kind bewirken. Nach der Betrachtung dieser Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen soll der Zusammenhang der antizipierten Veränderungen mit der Entscheidung über Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch untersucht werden (Kap.7.3).

Abschließend (Kap.7.4) erfolgt eine Integration und Verknüpfung dieser unterschiedlichen Aspekte der Entscheidungsfindung. Dabei sollen zum einen diejenigen Merkmale ermittelt werden, die die Untersuchungsgruppen am besten trennen, zum anderen soll ein hierarchisches Modell des Schwangerschaftskonflikts und seiner Determinanten entwickelt werden.

## 7.1 Motivationsbündel 1: Einstellungen und Wertorientierungen

Aus nahezu allen empirischen Untersuchungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch ging bislang einhellig hervor, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch realisieren, eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch aufweisen (vgl. Kap.3.5). Obgleich strittig ist, inwiefern Aspekte der Retrospektivität die ethische Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs beeinflussen und somit die Einstellung durch das Verhalten geprägt wird, soll für den folgenden Themenkomplex folgende zentrale Hypothese angenommen werden:

**Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat Einfluß auf die Entscheidung, eine Schwangerschaft abzuberechnen oder auszutragen. Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, haben eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch als Frauen, die die Schwangerschaft austragen.**

Des weiteren sollen Faktoren ermittelt werden, die ihrerseits die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch beeinflussen. Aus verschiedenen Umfragen (vgl. Kap.2.4; s. vor allem die Untersuchung von ZUNDEL u.a. 1982) ging hervor, daß die Problemnähe, Geschlechtsrollenvorstellungen sowie soziodemographische Merkmale wie Kirchenbindung, Familienstand und soziale Schicht mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zusammenhängen. Ein Resultat der bisherigen Forschung war ebenfalls, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, eine eher ablehnende Haltung gegenüber der traditionellen Mutterrolle einnehmen. Darüber hinaus kann angenommen werden, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, mit mehr Ängsten in die Zukunft blicken. Dies soll in folgenden Annahmen spezifiziert werden.

- Eine liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hängt zusammen mit der Ablehnung der traditionellen Mutterrolle und einer pessimistischen Zukunftsorientierung.
- Frauen, die erwerbstätig oder in Ausbildung sind, haben eine negativere Einstellung zur traditionellen Mutterrolle und eine liberalere in bezug auf den Schwangerschaftsabbruch.
- Frauen mit höherer Schulbildung haben eine negativere Einstellung zur traditionellen Mutterrolle und eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.
- Ledige und kinderlose Frauen haben eine negativere Einstellung zur traditionellen Mutterrolle und eine liberalere zum Schwangerschaftsabbruch.

Für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch selbst wird zudem angenommen, daß diese von früheren Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch (auch bedingt durch Strategien zur Reduzierung kognitiver Dissonanz) sowie der Konfessionszugehörigkeit geprägt wird.

Im folgenden sollen zunächst die Skalen zur Messung der Einstellung zur Mutterrolle und zur Messung der Zukunftsorientierung dargestellt werden, ehe auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch selbst Bezug genommen wird. Da die Einstellung der Interviewerin zum Schwangerschaftsabbruch die Einstellung der Probandin beeinflussen kann, soll des weiteren ein etwaiger Interviewereinfluß untersucht werden. Hierzu werden mit verschiedenen Methoden die Einstellungen der Interviewerinnen und der Probandinnen miteinander verglichen.

### 7.1.1 Einstellung zur Mutterrolle

#### *Skalenaufbau*

Zur Messung der Einstellung bezüglich der Mutterrolle wurde eine vierstufige Kategorienskala mit den Antwortvorgaben "stimme sehr zu", "stimme eher zu", "lehne eher ab", "lehne sehr ab" vorgegeben. Die Skala bestand zunächst aus sechs Items. Zur Abschätzung der **Dimensionalität** der Skala wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt. Die daraus resultierende 2-faktorielle Lösung erklärt 62,4% der Gesamtvarianz. Faktor 1 kann als "Mutterschaft vs. Beruf" interpretiert werden, Faktor 2 als "Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf". Insgesamt vier Variablen laden auf Faktor 1, dieser erklärt 72,2% der relativen Varianz (Item 1, 2, 4, 5). Zwei Variablen laden auf Faktor 2, dieser erklärt 27,8% der relativen Varianz (Item 3 und 6). Item 5 weist Ladungen auf beiden Faktoren auf. Die einzelnen Faktorenladungen sind in Tabelle 20 dargestellt.

Zur Abschätzung der **Güte der Indikatoren** wurden Trennschärfekoeffizienten (corrected item-total correlation) berechnet. Die Kennwerte befinden sich ebenfalls in Tabelle 20. Die Werte beziehen sich auf Berechnungen mit z.T. umgepolten Items. **Reliabilitätsprüfungen der Gesamtskala** ergaben zunächst eine Testhalbierungsreliabilität nach Spearman/Brown von .67. Der Koeffizient für die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) lag bei .61. Wird Item 6 eliminiert, so erhöhen sich die Testhalbierungsreliabilität nach Spearman/Brown auf .80 und der Koeffizient für die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) auf .75. Reliabilitätsmaße auch für die einzelnen Untersuchungsgruppen sind in Tabelle 20 dargestellt. Da die Skala ohne Item 6 effizienter ist, geht dieses in die weiteren Berechnungen nicht mehr ein. Als Skalierungsmodell wird ein ungewichteter Summenindex gebildet. Dieser kann den Maximalwert von 20 erreichen (5 Items x 4); dies bedeutet "Berufsorientierung der Frau". Der Minimalwert liegt bei 5 (5 Items x 1); dies bedeutet "Familienorientierung der Frau".

**Tabelle 20:** Itemformulierung und Kennwerte/"Mutterrolle"

	Trennschärfe r (it-i)	Faktor 1	Faktor 2
1. Es ist wichtiger für eine Frau, auf eigenen Füßen zu stehen, als sich an eine Familie zu binden.*	0.55	0.68	0.28
2. Nur ein Kind gibt dem Leben einer Frau Ziel und Inhalt.	0.53	-0.78	-0.01
3. Auch eine Mutter sollte berufstätig bleiben; wenn sie sich nur ihrer Familie widmet, engt sie ihr Bewußtsein immer mehr ein.*	0.33	0.30	0.74
4. Ein Beruf kann eine Frau so ausfüllen, daß sie auf Kinder verzichten kann.*	0.45	0.77	-0.01
5. Für eine Mutter sollte ausschließlich die Familie im Mittelpunkt ihres Interesses stehen.	0.51	-0.63	-0.42
6. Berufstätigkeit und Mutterschaft lassen sich durchaus vereinbaren.	-0.31	0.00	0.35

	CRONBACH ALPHA		SPEARMAN BROWN	
	unbereinigt (6 Items)	bereinigt (5 Items)	unbereinigt (6 Items)	bereinigt (5 Items)
Gesamt	0.607	0.753	0.674	0.796
Gruppe 1	0.579	0.674	0.663	0.736
Gruppe 2	0.641	0.795	0.670	0.799
Gruppe 3	0.525	0.709	0.617	0.778

\* Diese Items wurden für die Deskriptionsmaße, Güteberechnungen und zur Bildung des Summenscores umgepolt.

*Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen*

Die Items der Skala "Mutterrolle" wurden von den Probandinnen der drei Untersuchungsgruppen in unterschiedlichem Maße beurteilt. Tabelle 21 zeigt die Häufigkeit der Nennung von starker Zustimmung ("stimme sehr zu") sowie die signifikanten Unterschiede für jedes Item. (Die vollständigen Häufigkeiten befinden sich in Anhang Nr.3).

Es fällt auf, daß die **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** signifikant häufiger solchen Items zustimmten, die Unabhängigkeit und Berufsorientierung betonen. Dies trifft in ähnlichem Ausmaß auf die Konfliktschwangeren zu. Zwischen diesen beiden Gruppen finden sich lediglich bei Item 1 und 2 signifikante Unterschiede.

**Tabelle 21:** Ausmaß **starker** Zustimmung zu Items der Skala "Mutterrolle" sowie signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Signifikanzprüfung		
	Schwangerschaftsabbruch		Konflikt-schwangerschaft		Schwangersch. ohne Entscheidungs-konflikte		Gruppen		
	n	%	n	%	n	%	1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
1. Es ist wichtiger für eine Frau, auf eigenen Füßen zu stehen als sich an eine Familie zu binden.	43	25.9	11	21.6	11	6.0	*	***	*
2. Nur ein Kind gibt dem Leben einer Frau Ziel und Inhalt.	5	3.0	2	3.9	18	9.8	**	***	-
3. Auch eine Mutter sollte berufstätig bleiben; wenn sie sich nur ihrer Familie widmet, engt sie ihr Bewußtsein immer mehr ein.	51	30.7	16	31.4	21	11.5	-	***	**
4. Ein Beruf kann eine Frau so ausfüllen, daß sie auf Kinder verzichten kann.	48	28.9	10	19.6	32	17.4	-	**	-
5. Für eine Mutter sollte ausschließlich die Familie im Mittelpunkt ihres Interesses stehen.	7	4.2	1	2.0	22	12.0	-	***	***
SUMMENSCORE							*	***	**
Signifikanzprüfung (t-test):	*	p < .05;		**	p < .01;		***	p < .001	

Die **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** dagegen zeigten sich im Vergleich zu den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in jedem Item signifikant familienbezogener; jedoch fand sich insgesamt auch bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte eher verhaltene Zustimmung zu Items, die stark die traditionelle Mutterrolle betonen (z.B. Item 2). Vergleichsweise hoch ist die Zustimmung zu solchen Antwortvorgaben, die die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf betonen (Item 3); obgleich auch hier signifikante Gruppenunterschiede auftreten, schien für viele der befragten Frauen die Integration dieser Lebensbereiche ein erstrebenswertes Ziel zu sein.

Insgesamt wird deutlich, daß sich vor allem Gruppe 1 und 3 signifikant hinsichtlich ihrer Einstellung zur Mutterrolle unterscheiden. Demnach stellten sich die

Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, (derzeit) als eher berufsorientiert dar, während die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte als eher familienorientiert zu bezeichnen sind. Die Konfliktschwangeren nehmen eine Mittelposition ein.

*Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen*

Die in Kap.6.1 dargestellten soziodemographischen Merkmale der befragten Frauen wurden mit der Einstellungsskala zur Mutterrolle korreliert, um zu ermitteln, welche dieser Variablen Einfluß auf die Übernahme von berufs- oder familienorientierten Einstellungen haben kann. Auf bivariater Analyseebene zeigt sich ein starker Zusammenhang mit der **Schulbildung** der Befragten ( $r_s = .52$ ): Frauen mit höherer Schulbildung waren eher berufsorientiert. Darüber hinaus zeigten Variablen Einfluß, die ein bereits realisiertes Leben im familiären Zusammenhang beschrieben: Frauen waren familienorientierter, wenn sie zusammen mit dem Partner und/oder Kindern lebten ( $\eta = .45$ ), ihr Einkommen durch/gemeinsam mit dem Partner bezogen ( $\eta = .43$ ), als Hausfrau arbeiteten ( $\eta = .43$ ) bzw. verheiratet waren ( $\eta = .40$ ).

Auch bei **multivariaten** Analysen (multiple Regressionsanalyse, s. Tabelle 22) zeigte es sich, daß die Schulbildung der stärkste Prädiktor für die Einstellung zur Mutterrolle war.

**Tabelle 22:** Einflüsse auf die Einstellung zur Mutterrolle (Standardisierte Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Eher Ablehnung der trad. Mutterrolle, wenn:
1. Schulbildung	.36***			• höhere Schulbildung
2. Familienstand	.26***			• nicht verheiratet
3. Erwerbsstatus	.17***			• in Ausbildung
4. Alter	.12*			• älter
5. frühere Schwangerschaftsabbrüche	.10*	.60	35,8%	• Erfahrungen mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen

Signifikanzprüfung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Des weiteren spielt, wie erwähnt, der **Familienstand** der Befragten eine wichtige Rolle. Variablen, die auf bivariater Ebene "unauffällig" waren, jedoch im Rahmen der multivariaten Analyse gewisse Bedeutung erlangten, waren die Erfahrung von früheren Schwangerschaftsabbrüchen und das Alter der Frauen. Insgesamt kann mit der Kombination dieser Merkmale die Varianz der Einstellung zur Mutterrolle zu 36% erklärt werden, dies entspricht einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .60. Somit zeigt es sich, daß vor allem Frauen, die sich in Ausbildung befanden, eine negativere Einstellung zur traditionellen Mutterrolle aufwiesen, ebenso wie Frauen mit höherer Schulbildung und ledige Frauen.

### 7.1.2 Zukunftsorientierung

#### *Skalenaufbau*

Zur Messung der Einstellung, die die Frau bezüglich der Zukunft hat, wurde ebenfalls eine 4-stufige Kategorienskala mit den Antwortvorgaben "stimme sehr zu", "stimme eher zu", "lehne eher ab", "lehne sehr ab" vorgegeben. Die Skala besteht aus insgesamt 7 Items. Zur Prüfung der **Dimensionalität** wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Die daraus resultierende 3-faktorielle Lösung erklärt 72,2% der Gesamtvarianz. Faktor 1 kann als "Pessimismus vs. Optimismus" interpretiert werden, Faktor 2 als "Determinismus" und Faktor 3 als "Selbstvertrauen". Insgesamt vier Variablen laden auf Faktor 1, dieser erklärt 58,3% der relativen Varianz (Item 1, 4, 5, 6). Zwei Variablen laden auf Faktor 2, dieser erklärt 21,4% der relativen Varianz (Item 2 und 7). Eine Variable lädt auf Faktor 3, dieser erklärt 20,3% der relativen Varianz (Item 3). Item 4 weist außer auf Faktor 1 noch ähnlich hohe Ladung auf den anderen der beiden Faktoren auf. Die einzelnen Faktorenladungen der Variablen sind in Tabelle 23 dargestellt.

Ebenfalls in Tabelle 23 finden sich die Trennschärfekoeffizienten (corrected item-total correlation) sowie die Reliabilitätsangaben. **Reliabilitätsberechnungen für die Gesamtskala** ergaben eine Testhalbierungsreliabilität nach Spearman/Brown von .72. Der Koeffizient für die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) lag bei .75. Die Eliminierung einzelner Items erbrachte keine besseren Ergebnisse, so daß die Skala mit 7 Items beibehalten wird. Hierbei ergibt sich ein ungewichteter Summenindex mit einem Maximalwert von 28 (7 Items x 4); dieser kann als "pessimistische Sicht" bezeichnet werden. Der Minimalwert liegt bei 7 (7 Items x 1); dieser kann als "optimistische Sicht" interpretiert werden.

**Tabelle 23:** Itemformulierung und Kennwerte/"Zukunftsorientierung"

	Trennschärfe r (it-i)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1. Ich finde, daß die Welt immer weniger lebenswert wird.*	0.59	0.75	-0.20	-0.12
2. Weil alles vorbestimmt ist, hat das, was geschieht, seine Richtigkeit.	0.24	0.01	0.92	-0.04
3. Wenn ich auf mich selbst vertraue, wird die Zukunft zu bewältigen sein.	0.18	-0.01	-0.00	0.95
4. Ich finde, daß wir schon auf dem richtigen Weg sind. Probleme, die durch den Fortschritt anfallen, müssen eben gemeistert werden.	0.62	-0.54	0.37	0.47
5. Wenn ich an die Entwicklung unserer Gesellschaft denke, sehe ich nur noch schwarz.*	0.56	0.85	-0.04	-0.00
6. Ich fühle mich verunsichert, wenn ich an die Zeiten denke, die auf uns zukommen.*	0.58	0.85	-0.08	-0.03
7. Über die Zukunft mache ich mir eigentlich wenig Gedanken.	0.45	-0.36	0.58	0.15

	CRONBACH ALPHA		SPEARMAN BROWN	
	unbereinigt (7 Items)	bereinigt (6 Items)	unbereinigt (7 Items)	bereinigt (6 Items)
Gesamt	0.749	0.720	0.717	0.703
Gruppe 1	0.750	0.711	0.695	0.673
Gruppe 2	0.782	0.751	0.783	0.697
Gruppe 3	0.722	0.702	0.693	0.703

\* Diese Items wurden für die Deskriptionsmaße, Güteberechnungen und zur Bildung des Summenscores umgepolt.

### *Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen*

Sowohl auf Einzelvariablen-Ebene als auch in bezug auf den Summenscore wurden Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ermittelt. Diese sind in Tabelle 24 dargestellt, ebenfalls findet sich hier das Ausmaß starker Zustimmung ("sehr dafür") der einzelnen Items. (Das genaue Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr.4).

Bei denjenigen Items, die gemäß der oben dargestellten Faktorenanalyse den Faktor 1 (Optimismus/Pessimismus im engeren Sinne, Items 1, 4, 5, 6) bilden, findet sich eine deutliche Polarisierung zwischen den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte.

**Tabelle 24:** Ausmaß **starker** Zustimmung zu Items der Skala "Zukunftsorientierung" sowie signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Signifikanzprüfung			
	Schwangerschaftsabbruch		Konflikt-schwanger-schaft		Schwangersch. ohne Entschei-dungskonflikte		Gruppen			
	n	%	n	%	n	%	1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3	
1. Ich finde, daß die Welt immer weniger lebenswert wird.	28	16,9	8	15,7	8	4,4	-	***	***	
2. Weil alles vorbestimmt ist, hat das, was geschieht, seine Richtigkeit.	4	2,4	1	2,0	7	3,8	**	***	-	
3. Wenn ich auf mich selbst vertraue, wird die Zukunft zu bewältigen sein.	59	35,5	9	17,6	43	23,5	*	**	-	
4. Ich finde, daß wir schon auf dem richtigen Weg sind. Probleme, die durch den Fortschritt anfallen, müssen eben gemeistert werden.	10	6,0	4	7,8	25	13,7	-	***	*	
5. Wenn ich an die Entwicklung unserer Gesellschaft denke, sehe ich nur noch schwarz.	26	15,7	5	9,8	8	4,4	-	***	*	
6. Ich fühle mich ziemlich verunsichert, wenn ich an die Zeiten denke, die auf uns zukommen.	33	19,9	9	17,6	17	9,3	-	**	**	
7. Über die Zukunft mache ich mir eigentlich wenig Gedanken.	9	5,4	2	3,9	7	3,8	-	-	-	
<b>SUMMENSORE</b>									***	**

Signifikanzprüfung (t-Test): \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tendenziell waren die **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** eher skeptisch in bezug auf die gesellschaftliche Entwicklung. Sie glaubten jedoch häufiger, die Zukunft, die von ihnen überwiegend als **nicht** vorbestimmt empfunden wird, mit Vertrauen in sich selbst bewältigen zu können. **Konfliktschwangere** waren ebenfalls eher pessimistisch, die **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** hingegen unterschieden sich von den Konfliktschwangeren vor allem durch den weniger häufig genannten Pessimismus.

Im Summenscore zeigt es sich, daß sich die Gruppen 1 und 3 hoch signifikant voneinander unterscheiden. Zwischen Gruppe 2 und 3 finden sich ebenfalls noch signifikante Unterschiede, während sich Gruppe 1 und 2, also die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und die Konfliktschwangeren, im Summenscore ähnlich sind; die auf Einzelvariablenebene aufgefundenen Tendenzen schlagen sich also bei der Signifikanzprüfung im Summenscore nicht nieder.

*Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen und der Einstellung zur Mutterrolle*

Die Skala Zukunftsorientierung korreliert lediglich mittelstark mit dem soziodemographischen Merkmal **Schulbildung** ( $r_s = .32$ ). Dies bedeutet, daß Frauen mit höherer Schulbildung eine eher pessimistische Einstellung in Hinblick auf die Zukunft aufwiesen. Bezieht man die im letzten Kapitel dargestellte Skala zur **Mutterrolle** mit ein und wendet multivariate Analyseverfahren an (multiple Regressionsanalyse, s. Tabelle 25), so erweist sich diese als stärkster Prädiktor der Zukunftsorientierung.

**Tabelle 25:** Einflüsse auf die Zukunftsorientierung (Standardisierte Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Einstellung "pessimistischer", wenn:
1. Einstellung zur Mutterrolle	.28***			• Ablehnung der traditionellen Mutterrolle
2. Einkommenshöhe	-.16**			• weniger Einkommen
3. Schulbildung	.17**	.44	19,3%	• höhere Schulbildung

Signifikanzprüfung: \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

Neben der Schulbildung fand auch das Merkmal "Einkommenshöhe" Eingang. Demnach korrelierten vor allem die Ablehnung der traditionellen Mutterrolle, wenig verfügbares Einkommen und eine höhere Schulbildung mit Ängsten bezüglich der Zukunft. Allerdings können durch diese Merkmale lediglich 19% der Varianz erklärt werden, die Vorhersagekraft ist damit relativ niedrig.

### 7.1.3 Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

#### *Skalenaufbau*

Zur Messung der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wurde ebenfalls eine 4-stufige Kategorienskala mit den Antwortvorgaben "sehr dafür", "eher dafür", "eher dagegen", "sehr dagegen" vorgegeben. Zunächst bestand die Skala aus insgesamt 10 Items. Zur Prüfung der **Dimensionalität** der Skala wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt. Die daraus resultierende 2-faktorielle Lösung erklärt 64,2% der Gesamtvarianz. Faktor 1 bedeutet "Selbstbestimmung vs. Tötung ungeborenen Lebens", Faktor 2 kann als "Tötung, jedoch Gewissensfrage" interpretiert werden. Insgesamt 8 Variablen laden auf Faktor 1, dieser erklärt 76,1% der relativen Varianz (Items 1 bis 8). Zwei Variablen laden auf Faktor 2, dieser erklärt 23,9% der relativen Varianz (Items 9 und 10). Die Faktorladungen der Variablen sind ebenso wie die Trennschärfe - Koeffizienten in Tabelle 26 dargestellt.

**Reliabilitätsprüfungen der Gesamtskala** ergaben eine Testhalbierungsreliabilität nach Spearman/Brown von zunächst .81, der Koeffizient für die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) lag bei .84. Werden die Items 9 und 10 eliminiert, so erhöht sich die Testhalbierungsreliabilität nach Spearman/Brown auf .91 und der Koeffizient für die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) auf .90. Reliabilitätsangaben auch für die einzelnen Untersuchungsgruppen sind in Tabelle 26 dargestellt. Da mit Eliminierung der Items 9 und 10 (die Faktor 2 bildeten) bessere Ergebnisse erzielt werden, gehen diese beiden Variablen in die Bildung des Summenscores nicht mit ein. Der ungewichtete Summenscore kann somit einen Maximalwert von 32 erreichen (8 Items x 4); dies drückt eine "liberale" Einstellung im Sinne des "Selbstbestimmungsrecht der Frau" aus. Der Minimalwert liegt bei 8 (8 Items x 1); dieser kann als "konservative" Einstellung im Sinne der "Tötung ungeborenen Lebens" interpretiert werden.

#### *Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen*

Sowohl auf Einzelvariablen-Ebene als auch für den Summenscore wurden Signifikanztests durchgeführt. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 27; ebenfalls ist die Häufigkeit der Nennung von starker Zustimmung ("sehr dafür") dargestellt. (Das genaue Datenmaterial mit allen Antwortalternativen befindet sich in Anhang Nr.5).

**Tabelle 26:** Itemformulierung und Kennwerte / "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch"

	Trennschärfe r (it-i)	Faktor 1	Faktor 2
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten 3 Monaten im Ermessen der Frau liegen.*	0.68	-0.86	0.16
2. Die Frau sollte über ihren Körper selbst bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.*	0.65	-0.81	0.10
3. Schwangerschaftsabbruch nur in bestimmten Fällen, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	0.71	0.78	0.18
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	0.65	0.77	0.08
5. Objektive Beurteiler sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	0.59	0.66	0.22
6. Der Mensch sollte nicht das Recht haben, Leben zu töten.	0.68	0.80	0.03
7. Die Frau allein sollte entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.*	0.61	-0.75	0.03
8. Gegen den Willen des Mannes sollte eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen.	0.53	0.65	0.87
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.	0.40	0.31	0.82
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau das mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich Verständnis.	-0.05	-0.21	0.85

	CRONBACH ALPHA		SPEARMAN BROWN	
	unbereinigt (10 Items)	bereinigt (8 Items)	unbereinigt (10 Items)	bereinigt (8 Items)
Gesamt	0.840	0.895	0.814	0.907
Gruppe 1	0.782	0.797	0.770	0.811
Gruppe 2	0.847	0.874	0.829	0.913
Gruppe 3	0.797	0.876	0.779	0.896

\* Die Items wurden für die Deskriptionsmaße, Güteberechnungen und zur Bildung des Summenscores umgepolt.

**Tabelle 27:** Ausmaß starker Zustimmung zu Items der Skala "Schwangerschaftsabbruch" sowie signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Signifikanzprüfung		
	Schwangerschaftsabbruch		Konflikt-schwangerschaft		Schwangersch. ohne Entscheidungskonflikte		Gruppen		
	n	%	n	%	n	%	1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten 3 Monaten im Ermessen der Frau liegen.	136	81,9	28	54,9	57	31,1	**	***	***
2. Der Embryo ist Teil des Körpers der Frau, deshalb sollte jede Frau über ihren Körper selbst bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.	127	76,5	33	64,7	61	33,9	-	***	***
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	11	6,6	6	11,8	53	29,0	*	***	**
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	5	3,0	2	3,9	38	20,8	**	***	**
5. Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	13	7,8	6	11,8	52	28,4	*	***	**
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.	6	3,6	2	3,9	41	22,4	**	***	**
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.	98	59,0	27	59,9	56	30,6	-	***	*
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.	14	8,4	9	17,6	50	27,3	*	***	***
<b>SUMMENSCORE</b>							**	***	***

Signifikanzprüfung (t-Test): \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Bei den **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** fällt die z.T. außerordentlich starke Zustimmung zu Items auf, die das Selbstbestimmungsrecht der Frau betonen (Item 1, Item 2, Item 7). Items, die eine teilweise Delegation der Verantwortung an andere (Gesetzgeber, Ärzte, Mann) ausdrücken, wurden von diesen Frauen zumeist ablehnend beantwortet, ebenso diejenigen Items, die einen Schwangerschaftsabbruch als unverantwortbare Tötung bezeichnen (Item 4, Item 6). Auffallend ist jedoch, daß 3,0% bzw. 3,6% diesen Items stark zustimmten, obgleich sie einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hatten. Bei diesen Frauen handelte es sich um solche, die entweder aus medizinischen Gründen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen und um Frauen, bei denen der Partner stark zum Schwangerschaftsabbruch drängte.

Tendenziell ähnlich, jedoch etwas moderater äußerten sich die **Konfliktschwangeren**. Die deutlichsten Unterschiede fanden sich bei Item 4 und 6 (Tötung ungeborenen Lebens), in denen sie sich von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch signifikant unterschieden. Die **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** unterscheiden sich in jedem Item signifikant von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und in fast allen Items von den Konfliktschwangeren. Die Frauen der Gruppe 3 stimmten dem Selbstbestimmungsrecht der Frauen weniger zu, stellten häufiger als die anderen Gruppen den Schutz des ungeborenen Lebens in den Vordergrund und befürworteten öfter die Entscheidungskompetenz des Gesetzgebers, des Arztes und des Partners.

Insgesamt unterscheiden sich alle drei Untersuchungsgruppen signifikant hinsichtlich ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Dabei wächst die Liberalität bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs mit der Problemnähe: Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, äußerten sich deutlich liberaler als Frauen, die die Schwangerschaft unter Entscheidungskonflikten austrugen. Diese wieder stellten sich als liberaler dar als die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte.

Dichotomisiert man die Skala am Mittelwert, so tendierten insgesamt 82,5% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 60,8% der Konfliktschwangeren und 34,4% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte zu einer liberaleren Einstellung im Sinne des Selbstbestimmungsrechts der Frau.

### *Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen und weiteren Einstellungen*

Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hing in hohem Maße mit der **Einstellung zur Mutterrolle** zusammen ( $r = .63$ ). Wies eine Frau eine eher berufs-

orientierte Einstellung auf und begegnete der traditionellen Mutterrolle mit Vorbehalten, so zeigte sie in der Regel auch eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Aber auch soziodemographische Merkmale beeinflussten die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Tabelle 28 zeigt die Resultate einer multiplen Regressionsanalyse mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch als zu erklärender Variable und der Einstellung zur Mutterrolle, zur Zukunftsorientierung sowie soziodemographischen Merkmale als Prädiktoren. Das mit dem stufenweisen Einschluß der Prädiktoren erzielte Resultat erklärt durch nur vier Variablen bereits 49% der Varianz der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

**Tabelle 28:** Einflüsse auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (Standardisierte Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Einstellung liberaler wenn:
1. Einstellung zur Mutterrolle	.44***			• Ablehnung der traditionellen Mutterrolle
2. Familienstand	.25***			• nichtverheiratet
3. Frühere Schwangerschaftsabbrüche	.15***			• frühere Erfahrungen vorhanden
4. Schulbildung	.14**	.70	49,3%	• höhere Schulbildung

Signifikanzprüfung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Neben der bereits erwähnten Einstellung zur Mutterrolle erwies sich auch der **Familienstand** der Befragten als vorhersagestarkes Merkmal. Verheiratete Frauen zeigten eine konservativere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Dem entsprach - bei bivariaten Korrelationen -, daß vor allem Hausfrauen ( $\eta^2 = .42$ ), die zusammen mit dem Partner (und evtl. Kindern) lebten ( $\eta^2 = .41$ ) und/oder vom Partner ökonomisch abhängig waren ( $\eta^2 = .46$ ) eine eher konservative Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch aufwiesen. Ebenfalls beeinflusste die Tatsache **früherer Schwangerschaftsabbrüche** und die **Schulbildung** die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Konservative Frauen hatten die Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs (noch?) nicht gemacht und waren von einfacherer Schulbildung als liberale Frauen. Die Skala "Zukunftsorientierung" leistete - obgleich sie auf bivariater Ebene ( $r = .35$ ) mit der Einstellung zum

Schwangerschaftsabbruch korrelierte - in der multivariaten Analyse keinen weiteren Erklärungsbeitrag. Auch weitere Variablen wie das Alter der Frau ( $r = -.04$ ) oder die Kinderzahl ( $r = -.25$ ) oder die Konfessionszugehörigkeit ( $\eta^2 = .18$ ) korrelierten lediglich schwach mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

Insgesamt wird hinsichtlich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch eine Polarisierung deutlich zwischen einerseits Frauen mit traditioneller Einstellung zur Mutterrolle, die im familiären Zusammenhang lebten und über eine einfachere Schulbildung verfügten, und andererseits denjenigen Frauen von höherer Schulbildung, die häufiger berufsorientiert und ledig waren.

### *Einflüsse der Retrospektivität der Befragung*

Konstatiert man bezüglich der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch signifikante Unterschiede zwischen Frauen, die eine Schwangerschaft austragen oder abbrechen, so liegt die Interpretation nahe, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch im Sinne eines Kausaleinflusses auf die Entscheidung wirken würde. Da nun die Befragung für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch retrospektiv war, kann eingewandt werden, daß aufgrund der Messung der Einstellung **nach** der Entscheidung diese wiederum die Einstellung beeinflussen würde. Geht man von Nachentscheidungsprozessen aus, wie sie vor allem in Theorien zur kognitiven Dissonanz dargestellt werden (vgl. FESTINGER 1957), so wäre zu erwarten, daß nach der Entscheidung Maßnahmen ergriffen werden, um die Entscheidung "stimmig" zu machen, d.h. eine etwaige konservative Einstellung würde nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sich eher in Richtung liberal wandeln. Dies würde bedeuten, daß sich Einstellung der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und der Schwangeren nach der Entscheidung weiter voneinander entfernen würden als dies vor der Entscheidung der Fall war.

Wie oben bereits ersichtlich wurde, erwies sich die Tatsache früherer Schwangerschaftsabbrüche als ein wesentlicher Prädiktor für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Wie Tabelle 29 zeigt, unterscheidet sich die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hochsignifikant, wenn in der aktuellen Situation oder in der Vergangenheit die Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs gemacht wurde.

**Tabelle 29:** Unterschiede in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch im Zusammenhang mit Erfahrungen eines Schwangerschaftsabbruchs

frühere Schwangerschaftsabbrüche	Aktuelle Entscheidung	
	Abbruch	Austragen
ja	(n= 34) Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: $\bar{x} = 28.3, s = 3.2$	(n= 52) Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: $\bar{x} = 26.2, s = 4.4$
nein	(n= 126) Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: $\bar{x} = 27.5, s = 4.3$	(n= 173) Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch: $\bar{x} = 20.2, s = 6.3$

fehlende Angaben: 15 Pbn (3,8%)

Signifikanzprüfung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Frauen, die aktuell oder in der Vergangenheit mit einem Schwangerschaftsabbruch konfrontiert waren, unterschieden sich in ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hoch signifikant von denjenigen, die weder jetzt noch früher einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen ( $p < .001$ ). Demgegenüber fanden sich keine bzw. allenfalls schwach signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen von Frauen, die in der aktuellen Situation und/oder in der Vergangenheit einen Schwangerschaftsabbruch erlebten. Die liberalste Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hatten diejenigen Frauen, die schon mehrmals eine Schwangerschaft abbrechen ließen. Die Frauen, bei denen es sich um den ersten Schwangerschaftsabbruch handelte, unterschieden sich nicht signifikant von den Frauen, die zwar einen früheren Schwangerschaftsabbruch erlebten, sich jedoch in der aktuellen Situation für das Austragen der Schwangerschaft entschieden. Diese Ergebnisse können als ein Indikator dafür gewertet werden, daß auch der nunmehr durchgeführte Schwangerschaftsabbruch zu einer Einstellungsänderung bei den davon betroffenen Frauen geführt hat.

Allerdings ist der Einfluß von **früheren Schwangerschaftsabbrüchen** auf die Entscheidung von durchaus ambivalenter Natur. Während einerseits frühere Schwangerschaftsabbrüche die Einstellung im Sinne größerer Liberalität beeinflussten und die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ein signifikantes Unterscheidungsmerkmal war zwischen Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen oder austragen, so zeigte es sich andererseits (vgl. Kap.6.1), daß diejenigen Frauen, die nun die Schwangerschaft abbrechen, **weniger** häufig über diesbezügliche früheren Erfahrungen berichteten als die Konfliktschwangeren. Auf diese Zusammenhänge wird in Kap.7.4 zurückzukommen sein.

### 7.1.4 Interviewereinflüsse im Hinblick auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit die Einstellungstendenzen der Interviewerin die Antworten der Interviewten mitbedingen. Um etwaige Interviewereinflüsse zu minimieren, wurde in der Untersuchung besonders auf eine ausführliche Schulung der Interviewerinnen (vgl. Kap.5.2.2) Wert gelegt. Dieses Interviewertraining sollte u.a. zu einer Standardisierung des Interviewvorgangs beitragen. Des weiteren sollte über das Feed-back sowohl von Seiten der Befragten als auch der Interviewerin (s. Kap.5.2.3) ein gewisses Korrektiv bezüglich der tatsächlichen Interviewvorgänge vorliegen. Von den Befragten äußerten 0,7% Bedenken, daß eine gewisse Einseitigkeit vorliegen würde; von der Interviewerin beeinflusst fühlte sich - gemäß der erhaltenen Feed-back-Bögen - keine Frau.

Die direkte Feststellung eines Interviewereffektes wäre möglich gewesen, wenn z.B. jede Frau vor und nach der Befragung einer Einstellungsmessung unterzogen worden wäre (Retest) oder wenn über die gleiche Probandin Messungen von mehreren Interviewerinnen vorliegen würden. Da diese Informationen nicht erhoben werden konnten, muß **indirekt** aufgrund verschiedener Indikatoren auf einen etwaigen Interviewereinfluß geschlossen werden. Grundlage der Analyse eines Interviewereinflusses ist die Skala der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch**. Folgende Indikatoren wurden zur Bestimmung eines Interviewereinflusses eingesetzt:

- Vergleich der Einstellung der von einer Interviewerin befragten Frauen mit den Probandinnen der übrigen Interviewerinnen.
- Vergleich der Einstellung der Befragten einer Interviewerin mit einer ihr zugeordneten Zufallsstichprobe.
- Vergleich der Einstellung der Interviewerin mit der Einstellung der von ihr Befragten.
- Gewicht der Einstellung der Interviewerin bei der Vorhersage der Einstellung der Befragten.

Da diese Indikatoren alle mit einer gewissen Unschärfe behaftet sind und - wie die Analyse zeigt - teilweise widersprüchliche Ergebnisse lieferten, soll die Postulierung eines Interviewereinflusses nur dann vorgenommen werden, wenn mehrere dieser Indikatoren zutreffen.

### *Gruppenunterschiede*

Zunächst wurden die von den Interviewerinnen befragten Frauen auf **Gruppenunterschiede** untersucht. Um bestimmen zu können, zwischen welchen Interviewerinnen Unterschiede bestehen, wurden Signifikanztests durchgeführt (wegen der z.T. geringen Fallzahl wurde der Median-Test eingesetzt). Hierzu wurden die Probandinnen nach ihrer Interviewerin gruppiert, und es wurde **jede Probandengruppe mit der jeder anderen Interviewerin** verglichen (insgesamt wirkten 24 Interviewerinnen an der Befragung mit). Als Resultat fand sich eine unterschiedliche Häufigkeit von signifikanten Abweichungen: Bei 79,2% der Interviewerinnen lagen weniger als 3 signifikante Unterschiede in der Einstellung ihrer Probandinnen zu denen der übrigen Interviewerinnen vor. Drei Interviewerinnen zeigten vier bzw. sieben signifikante Abweichungen. Mit zwei Interviewerinnen konnten wegen geringer Fallzahl keine Signifikanztests vorgenommen werden. In Tabelle 30 (s.S.208) sind diese Ergebnisse im Überblick dargestellt.

Die so aufgefundenen Unterschiede können jedoch nicht einfach auf z.B. Unterschiede in der Person der Interviewerin, ihrer Einstellung oder ihren Interviewstil zurückgeführt werden. Wie in Kap.7.1.3 dargestellt, unterschieden sich die verschiedenen Untersuchungsgruppen (Frauen nach Schwangerschaftsabbruch, Konfliktschwangere und Schwangere ohne Entscheidungskonflikte) deutlich im Hinblick auf ihre Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Da jede Interviewerin eine unterschiedliche Anzahl von Frauen aus den einzelnen Untersuchungsgruppen befragte, können die Unterschiede zwischen den Probandinnen der Interviewerinnen auch auf diese jeweilige Verteilung zurückzuführen sein. Zur Überprüfung bekam jede Interviewerin deshalb eine **Zufallsstichprobe** zugewiesen, die entsprechend der realen Anzahl und Gruppenzugehörigkeit ihrer Probandinnen parallelisiert war. In einem weiteren Schritt wurden signifikante Unterschiede zwischen den realen Gruppen und den Zufallsgruppen berechnet. Nach dieser Prüfung bestanden bei zwei Interviewerinnen signifikante Unterschiede ( $p < .05$ ; vgl. Tabelle 30 auf S.208).

### *Vergleich mit der Einstellung der Interviewerin*

Zur weiteren Bestimmung von etwaigen Intervieweffekten wurden die **Einstellungen der Interviewerinnen** mit denen der von ihnen befragten Frauen verglichen. Von 22 der insgesamt 24 Interviewerinnen liegen Einstellungsmessungen vor (Skala: Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch; analog der Skala, die den befragten Frauen vorgelegt wurde). Die beiden Interviewerinnen (Nr. 10 und 14), von denen die Einstellungsbefragung fehlt, unterscheiden sich hinsichtlich

der oben durchgeführten Signifikanzprüfungen nicht von den anderen Interviewerinnen.

Anhand ihres Summenscores in dieser Einstellungsskala wurden die Interviewerinnen in zwei Gruppen eingeteilt. Dabei liegen 50% der Interviewerinnen über dem Mittelwert; diese werden als eher "liberal" bezüglich ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch eingestuft. 50% liegen unterhalb des Mittelwerts, diese gelten als eher "konservativ".

Im Verhältnis zu den von ihnen befragten Frauen sind die Interviewerinnen in 31,8% konservativer als die Befragten, in 68,2% der Fälle liberaler (in Tabelle 30 drückt sich dies durch negative bzw. fehlende Vorzeichen bei der Differenz der Summenscores aus). Die befragten Frauen der liberalen Interviewerinnen einerseits und der konservativen andererseits unterscheiden sich **nicht** signifikant in ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

Die Korrelationen zwischen den Einstellungen von Interviewerinnen und Probandinnen sowie die jeweiligen Summenscores sind der gleichen Fehlerquelle unterworfen, die bereits oben beschrieben wurde. Abhängig von der Zugehörigkeit der Probandin zu der Untersuchungsgruppe (Schwangerschaftsabbruch, Konfliktschwangerschaft, Schwangere ohne Entscheidungskonflikte) kann die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch beträchtlich variieren. Aus diesem Grund finden sich in Tabelle 30 (in Klammer) jeweils die Vergleichswerte der der Interviewerin zugeordneten Zufallsstichprobe.

**Korrelationen** größer als .50 finden sich bei mehreren Interviewerinnen; davon sind bei drei Interviewerinnen die Differenzen in bezug zu der Korrelation zwischen Interviewerin und Zufallsstichprobe besonders ausgeprägt. Diese Interviewerinnen korrelieren in ihrer Einstellung hoch mit den von ihnen Befragten und schwach mit der Zufallsstichprobe. Bei der Betrachtung der **Summenscores** fällt auf, daß bei zwei Interviewerinnen die Differenz bezüglich der Einstellung der Interviewerin und der von ihr Befragten eher klein ist, während die Differenz zu der Zufallsstichprobe besonders groß ist, d.h., die von diesen Interviewerinnen befragten Frauen sind hinsichtlich ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ihren Interviewerinnen deutlich ähnlicher als die Zufallsstichprobe.

**Tabelle 30:** Übersicht über verschiedene Indikatoren eines Interviewereinflusses

Interviewerin Nr.	Korrelation Interviewerin/Probandinnen (Interviewerin/Zufallsstichprobe)	Differenz Summenscore Interviewerin/Probandinnen (Interviewerin/Zufallsstichprobe)	Häufigkeit sign. Unterschiede**	Sign. Unterschiede zu Zufallsauswahl
<b>Gruppe 1: eher konservative Interviewerin</b>				
2	.53 (.35)	-9.39 (-9.07)	-	
5	.09 (-.19)	-2.00 (-1.29)	-	
8	.14 (.60)	4.76 (3.85)	1	
9	/	-6.02 (-8.00)	/	
13	.01 (-.45)	-4.89 (-2.35)	7*	
15	-.15 (-.16)	-4.14 (-4.05)	-	
18	.40 (.38)	2.59 (0.69)	1	*
19	-.85 (-.75)	-7.54 (-7.07)	1	
20	.60 (.25)*	4.67 (3.00)	1	
21	.45 (.38)	.50 (1.14)	-	
23	.03 (.15)	7.83 (3.60)	1	
<b>Gruppe 2: eher liberale Interviewerin</b>				
1	.59 (.37)	5.24 (5.19)	2	
3	.33 (.36)	4.13 (5.18)	-	
4	.25 (-.10)	1.91 (5.91)*	2	
6	-.04 (-.61)	6.27 (3.17)	4*	
7	.84 (.27)*	5.29 (7.62)	-	
11	.41 (.35)	7.46 (6.38)	-	
12	.70 (.37)*	8.12 (7.47)	-	
16	-.06 (.10)	3.37 (-0.20)	-	
17	-.09 (.45)	2.74 (7.27)*	-	*
22	.49 (.40)	2.32 (1.60)	2	
24	.11 (.58)	10.27 (11.17)	4*	
<b>Interviewerin ohne Einstellungsmessung</b>				
10			/	
14			-	

\* "auffällige" Interviewerinnen

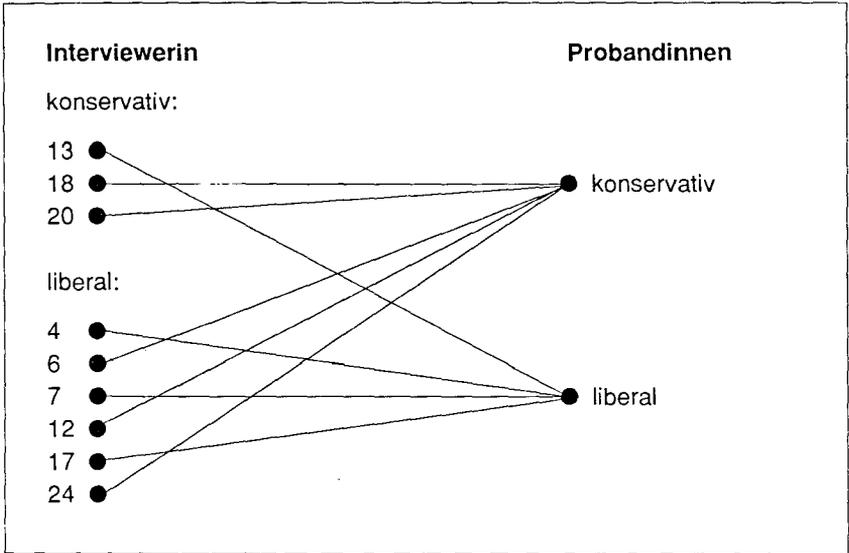
\*\* Unterschiede zu anderen Interviewerinnen

### *Richtung und Stärke eines Interviewereinflusses*

Nach den bisher durchgeführten Analysen zeigen sich zusammenfassend bei 8 Interviewerinnen Auffälligkeiten bei jeweils einer durchgeführten Prüfung; eine Interviewerin zeigte zwei Auffälligkeiten, jedoch sprechen auch bei ihr die übrigen Indikatoren gegen einen Einfluß.

Wenn man die Probandinnen dieser Interviewerinnen hinsichtlich ihrer Einstellung als (gemessen am Mittelwert) eher konservativ bzw. eher liberal einstuft und mit ihren Interviewerinnen vergleicht, wird deutlich, daß kein eindeutig gerichteter Einfluß erkennbar ist (Schaubild 13).

**Schaubild 13:** Einstellung "auffälliger" Interviewerinnen und ihrer Probandinnen



So haben die konservativeren Interviewerinnen sowohl konservative als auch liberale Frauen befragt und umgekehrt die liberalen Interviewerinnen auch konservative Probandinnen.

Wiederholt man die in Kap.7.1.3 dargestellte Regressionsanalyse und erweitert sie um die Variable "Einstellung der Interviewerin zum Schwangerschaftsabbruch", so ändert die Einstellung der Interviewerin nichts an der Höhe der erklärten Varianz (49%). Ebenso bleiben die beta-Werte der einzelnen Variablen unverändert:

Einstellung zur Mutterrolle:	.44
Familienstand:	.25
frühere Schwangerschaftsabbrüche:	.15
Schulbildung:	.14
Einstellung der Interviewerin:	.003

Der Variable "Einstellung der Interviewerin" kommt innerhalb der vorhersagestarken Variablen ein minimales Gewicht zu. Die Variablen "Mutterrolle", "Familienstand", "frühere Schwangerschaftsabbrüche" und "Schulbildung" erklären nach wie vor in hohem Maße die Einstellung der Probandinnen zum Schwangerschaftsabbruch.

Insgesamt gesehen läßt sich aus den verschiedenen Facetten über die Untersuchung eines Interviewereinflusses festhalten, daß ihm allenfalls minimale Bedeutung zukommt und daß seine Richtung unspezifisch und nicht eindeutig bestimmbar ist.

### 7.1.5 Zusammenfassung und Diskussion

Gemessen wurden die Einstellung zur Mutterrolle, die Zukunftsorientierung und die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Es zeigte sich, daß **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** eine eher pessimistische Zukunftssicht schilderten, die traditionelle Mutterrolle häufig ablehnten und eine eher liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch aufwiesen. Hoch signifikant unterschieden sich davon die **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte**, während die **Konflikt-schwangeren** auch bei den Einstellungen eine Mittelposition zwischen den Vergleichsgruppen einnahmen und insgesamt den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ähnlicher waren als den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Es entspricht den bisherigen empirischen Untersuchungen (vgl. Kap.3.5), daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, im Vergleich zu Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, berufsorientierter sind und hinsichtlich ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch eher das Selbstbestimmungsrecht der Frau betonen.

Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hing in hohem Maße mit der Einstellung zur Mutterrolle zusammen. Darüber hinaus waren beide Einstellungen von der Schulbildung und der aktuellen familiären Lebenssituation beeinflußt. Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch scheint damit ein Kristallisationspunkt unterschiedlicher Wertorientierungen und auch Lebensstile zu sein. Hier findet sich wieder, was ZUNDEL u.a. (1982) als emanzipationsorientierte vs. konservative Grundeinstellungssysteme bezeichnet haben: Wer den Platz der Frau eher in der Familie sieht, ist auch weniger liberal bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs und betont eher den Schutz des ungeborenen Lebens. Wer die Rolle der Frau auch auf berufliche Bereiche ausdehnt, akzeptiert auch eher die Entscheidungskompetenz der Frau über einen Schwangerschaftsabbruch. Auch LUKER (1984) betont, daß die Debatte über den Schwangerschaftsabbruch eine Konfrontation zwischen Frauen forciert, für die traditionelle Rollenmodelle Gül-

tigkeit haben und solchen, bei denen diese Rollenmodelle nicht mehr wirksam seien.

Die Identifikation mit diesen Rollenmodellen prägt damit die Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs. Weniger als beispielsweise konfessionelle Faktoren bestimmen somit eher die jeweiligen Rollenmodelle und die unmittelbaren persönlichen Erfahrungen und Lebensverhältnisse die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Obgleich Alterseinflüsse nicht bedeutsam waren, läßt sich aufgrund des hohen Zusammenhangs mit dem Familienstand auch ein Einfluß von - allerdings altersunabhängigen - Lebensphasen auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch konstatieren.

Zwar wurden unter den Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, häufiger solche mit konservativer Einstellung aufgefunden, es zeigte sich jedoch, daß auch unter den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, einige waren, die dies als Tötung bezeichneten, ebenso wie sich auch Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, für das Selbstbestimmungsrecht der Frau aussprachen. Zudem deutet der Stellenwert, der **früheren** Schwangerschaftsabbrüche im Hinblick auf die Einstellung zukam, darauf hin, daß diesbezügliches Verhalten Einfluß auf die Einstellung hat und daß - bedingt durch die Retrospektivität der Befragung - die Unterschiede zwischen diesen Gruppen deutlicher sein dürften als sie vor dem Eintreten der ungewollten Schwangerschaft gewesen waren. Die weitere Analyse soll zeigen, welchen Stellenwert normative Erwägungen neben anderen psychosozialen Faktoren im Entscheidungsgefüge einnehmen. Bezüglich eines etwaigen Interviewereinflusses konnte ermittelt werden, daß dieser in der Befragung allenfalls minimal zum Tragen kam und in seiner Richtung unspezifisch war.

## **7.2 Motivationsbündel 2: Emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft**

Obgleich vermutet werden kann, daß eine Entscheidung von so weitreichender Bedeutung, wie sie die für oder gegen das Austragen einer Schwangerschaft darstellt, nicht unmittelbar und spontan gefällt wird, so können dabei durchaus Motive einfließen, die nicht - oder zumindest nicht voll - bewußt werden und die sich in Gefühlen niederschlagen, die das Eintreten der Schwangerschaft auslöst. Die emotionale Reaktion auf die Schwangerschaft mag dabei Bewertungsprozesse auslösen, die Bedeutung für die letztlich zu treffende Entscheidung haben. Als zentrale Hypothese wurde für diesen Themenbereich formuliert:

**Die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft hat Einfluß auf die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen oder abzuberechnen. Frauen**

**mit Schwangerschaftsabbruch schildern dabei häufiger negative erste Reaktionen auf die Schwangerschaft als Frauen, die die Schwangerschaft austragen. Des weiteren wird vermutet, daß die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft durch den Partner und nahestehende Personen bei den Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, ebenfalls negativer ist.**

Es wird angenommen, daß die Reaktionen des sozialen Nahfeldes ebenfalls die emotionale Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft beeinflussen und umgekehrt. Des weiteren dürfte die erste Reaktion auf die Schwangerschaft abhängig sein von der Sicherheit der Lebensumstände, in denen sich die Frau befindet:

- Die emotionale Reaktion der Frau ist umso positiver, je positiver der Partner und wichtige Bezugspersonen auf die Schwangerschaft reagieren.
- Die erste Reaktion auf die Schwangerschaft ist umso positiver, je verbindlicher die Partnerbeziehung ist.
- Die erste Reaktion auf die Schwangerschaft ist positiver, wenn die Frau finanziell abgesichert ist.
- Die erste Reaktion auf die Schwangerschaft ist positiver, wenn die Frau ihren beruflichen Status bereits erreicht hat oder als Hausfrau arbeitet.

Es kann auch vermutet werden, daß Wertorientierungen der Frau die Gefühle bezüglich der Schwangerschaft beeinflussen. Wird die Mutterschaft als allgemeines Lebensziel anerkannt und als wünschenswert betrachtet, und ist die Frau eher optimistisch in bezug auf allgemeine Zukunftsperspektiven, dürfte dies ebenfalls zu einer erhöhten Akzeptanz der eingetretenen Schwangerschaft führen:

- Je stärker die Frau die traditionelle Mutterrolle akzeptiert, umso positiver sind die Gefühle zur Schwangerschaft.
- Je optimistischer die Frau bezüglich ihrer Zukunftsorientierung ist, umso positiver sind die Gefühle zu der Schwangerschaft.

Da von den Konsequenzen einer Schwangerschaft nicht nur die Frau selbst, sondern zumindest auch ihr Partner betroffen ist, läßt sich fragen, inwieweit der Partner (und weitere Bezugspersonen der Frau) auf die konkrete Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch Einfluß nehmen und welcher Stellenwert v.a. dem Votum des Partners zukommt. Im folgenden soll zunächst der Gefühlsverlauf der Schwangeren dargestellt werden. Unter Einbeziehung der Reaktionen des Partners und von nahestehenden Personen soll sodann das Bedingungsgefüge der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft aufgezeigt werden.

## 7.2.1 Gefühlsverlauf der schwangeren Frau

### *Erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft*

Die **erste Reaktion nach Eintreten der Schwangerschaft** war in den befragten Untersuchungsgruppen unterschiedlich: Während die Mehrzahl der Frauen, die die Schwangerschaft dann abgebrochen haben, gleich zu Anfang negativ auf die Schwangerschaft reagierten, war die erste Reaktion der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte von vornherein überwiegend positiv. Diese Unterschiede sind für alle Gruppen signifikant. Tabelle 31 stellt die erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft dar. Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen hatten, wurden gefragt, ob sie zum Zeitpunkt des Feststellens der Schwangerschaft eher zum Schwangerschaftsabbruch oder zum Austragen tendierten. Bei den Frauen, die die Schwangerschaft austragen, lautete die Frage, ob sie (zum gleichen Zeitpunkt) die Schwangerschaft positiv oder negativ bewerteten.

**Tabelle 31:** Erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr positiv sicher Austragen	14	8,4	3	5,9	111	60,7
eher positiv eher Austragen	24	14,5	11	21,6	56	30,6
eher negativ eher Abbruch	37	22,3	27	52,9	9	4,9
sehr negativ sicher Abbruch	85	51,2	10	19,6	2	1,1
keine Angabe	6	3,6	0	0	5	2,7
SUMME	166	100,0	51	100,0	183	100,0

Signifikanzprüfung (u-test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

Für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ergaben die Antworten, daß bei der Hälfte die Entscheidung von Anfang an mit Sicherheit feststand, ca. drei Viertel dieser Frauen realisierten, wozu sie nach der ersten Reaktion tendierten. 22,9% brachen die Schwangerschaft jedoch ab, obgleich sie sie ursprünglich austragen wollten. Unter den Konfliktschwangeren fällt der relativ hohe Anteil

derjenigen Frauen auf, die zu diesem Zeitpunkt keine **eindeutig** positive oder negative Position einnahmen. (Die Retrospektivität der Befragung kann allerdings hier zu subjektiv veränderten Einschätzungen führen).

Die erste Reaktion auf die Schwangerschaft korrelierte hoch ( $r_s = .62$ ) mit der **Geplantheit** der Schwangerschaft. Bei der Mehrzahl der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte war sie geplant (53,6%) bzw. kam nicht ungelegen (24,0%), während 86,3% der Konfliktschwangeren angaben, daß die Schwangerschaft ungeplant eingetreten sei, bei den restlichen Konfliktschwangeren war die Schwangerschaft ebenfalls nicht geplant, kam jedoch auch nicht ungelegen. (Bei der Interpretation der Gruppenunterschiede zwischen Konfliktschwangeren und Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte hinsichtlich der Gefühle zur Schwangerschaft ist jedoch zu beachten, daß diese Variablen - neben anderen - als Indikatoren zur Gruppentrennung fungierten.)

Spezifiziert man diese ersten Reaktionen zu der Schwangerschaft, so werden vielfältige Emotionen deutlich. Vor allem von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wurden spontan Panik oder Schock, von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte meist Freude und Glück geschildert. Häufig fanden sich auch schon Betrachtungen, die mögliche künftige Veränderungen miteinschlossen (s. Tabelle 32). 58% der Konfliktschwangeren schilderten darüber hinaus bei dieser offenen Frage spontan, daß sie einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen haben.

Bei den **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** fällt die Mehrzahl der heftigen negativen Reaktionen auf; einige Zitate sollen dies veranschaulichen:

"Habe geweint; ich wollte auf keinen Fall mehr ein Kind, ich habe sehr früh meine beiden ersten Kinder bekommen" (PBNR 52, kaufm. Angestellte, Abbruch der Schwangerschaft)

"War schlimm! Hab' mit allem gerechnet, nur damit nicht. Ich wollte es erst haben, aber es geht nicht allein, habe bis zum Abbruch hin- und herüberlegt" (PBNR 210, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft).

"Als ich untersucht wurde, konnte und wollte ich es nicht glauben. Für mich war in Sekunden schnelle klar, daß ich das nicht wollte. Ich wünsche mir Kinder, aber jetzt noch nicht!" (PBNR 305, Verkäuferin, Abbruch der Schwangerschaft)

"War enttäuscht von mir selber, daß es mir wieder passiert, war fertig und deprimiert" (PBNR 201, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

**Tabelle 32:** Erste Gefühle zu der Schwangerschaft (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
Freude/Glück	14	8,4	10	19,6	134	73,2
Wunschkind	6	3,6	-	-	20	10,9
allgemein positiv	2	1,2	2	3,9	10	5,5
Schock, Panik, Entset- zen, Verzweiflung	67	40,4	17	33,3	8	4,4
Angst, getroffen, geweint	21	12,7	7	13,7	1	0,5
Ablehnung, sofortiger Ent- schluß zum Abbruch	32	19,3	4	7,8	-	-
Ärger	10	6,0	3	5,9	2	1,1
allgemein negativ	5	3,0	-	-	1	0,5
gemischte Gefühle, Ambi- valenz	20	12,0	10	19,6	8	4,4
überrascht, erstaunt	22	13,3	5	9,8	14	7,7
Reflexion der sozialen Umstände	16	9,6	5	9,8	7	2,6
gelassen, keine besonde- ren Gefühle, keine Über- raschung, schon vorher vermutet	13	7,8	2	3,9	11	6,0
sonstiges	18	10,8	9	17,6	11	6,0
	246 Nennungen von 165 Probandinnen (99,4%)		74 Nennungen von 50 Probandinnen (98,0%)		227 Nennungen von 182 Probandinnen (99,5%)	

Seltener fanden sich bei diesen Frauen zu dem Zeitpunkt gemischte Gefühle, diese tauchten meist später auf. Einige Frauen, die die Schwangerschaft dann abbrachen, reagierten zunächst ausgesprochen positiv und freudig. Dies wurde auch bereits aus Tabelle 31 ersichtlich und soll an anderer Stelle nähere Beachtung finden.

Auch bei den **Konfliktschwangeren** überwog die Nennung negativer Gefühle wie Verzweiflung, Panik und Entsetzen. Allerdings fand sich in dieser Gruppe auch eine relativ große Anzahl von Frauen, die Gefühlsambivalenzen oder positive Gefühle wie Freude und Glück schilderten. Bei den **Schwangeren ohne Ent-**

**scheidungskonflikte** äußerte die Mehrheit positive Gefühle. Wenige schilderten Ambivalenzen und nur 12 Frauen (6,6%) gaben an, auf die Schwangerschaft zunächst negativ reagiert zu haben. Als Hintergründe wurden meist soziale oder medizinische Probleme genannt.

Setzt man die erste Reaktion der Frau in Relation zu den **soziodemographischen Variablen** (vgl. Kap.6.1), so finden sich mittelstarke Korrelationen v.a. mit Variablen, die die Partnerbeziehung und das familiäre Zusammenleben betreffen. So reagierte die Frau auf die Schwangerschaft positiver, wenn die **Partnerbeziehung** verbindlich war ( $r_s = .48$ ) bzw. wenn die Frau mit dem Partner verheiratet war ( $\eta = .42$ ). Handelte es sich um eine unverbindliche Beziehung (flüchtige Beziehung, außerehelicher Partner usw.), reagierten 3/4 der Frauen auf die Schwangerschaft negativ, war der "Vater des erwarteten Kindes" der Ehemann, war die Reaktion bei lediglich 1/4 negativ.

Ebenfalls eine wichtige Rolle spielten die **Einkommensquelle** ( $\eta = .38$ ) und die **Wohnsituation** ( $\eta = .37$ ) der betroffenen Frauen: negative Reaktionen auf die Schwangerschaft fanden sich vor allem, wenn die Frau in ökonomischer Abhängigkeit von den Eltern oder von staatlicher Finanzierung lebte und wenn die Frau alleine, in Wohngemeinschaften oder in einem Wohnheim wohnte (ca. 2/3 negative Reaktionen). Auch die **Einkommenshöhe** ( $r = .37$ ) beeinflusste die Reaktion auf die Schwangerschaft: die Gefühle waren umso positiver, je höher das zur Verfügung stehende Einkommen war.

Auch hier wird die außerordentlich hohe Bedeutung des Partners deutlich sowie die Einbettung in gesicherte partnerschaftliche, familiäre und finanzielle Verhältnisse, die eine positive emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft zur Folge haben. Negative erste Reaktionen hängen demzufolge vorrangig mit unverbindlicher Partnerschaft (auch in bezug auf die Wohnform), Abhängigkeit von elterlicher/staatlicher Unterstützung und geringem Einkommen zusammen. Die übrigen soziodemographischen Merkmale korrelierten mit der ersten Reaktion auf die Schwangerschaft nicht nennenswert (kleiner .30).

Des weiteren wurde überprüft, inwiefern die erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft mit der Einstellung zur Mutterrolle und der Zukunftsorientierung zusammenhängen (s. Kap. 7.1; zur Beziehung mit der Einstellungsskala Schwangerschaftsabbruch s. Kap.7.4). In bezug auf die Skala "Zukunftsorientierung" fand sich keine Korrelation, die größer als .30 war. Das Ausmaß von optimistischer oder pessimistischer gesellschaftlicher Zukunftserwartung scheint mit den Gefühlen, mit denen eine Schwangerschaft aufgenommen wird, nicht zusammenzuhängen. Hingegen fand sich eine positive Reaktion auf die Schwangerschaft häufiger, wenn die Frau im Sinne der "Familienorientierung" auf die

Einstellungsskala **Mutterrolle** ( $r = .35$ ) antwortete. Für diese Frauen stellt sich die Mutterschaft und die Mutterrolle als ein wünschenswerter Zustand dar, der mit positiver Akzeptanz der Schwangerschaft verbunden ist.

### *Veränderungen in der emotionalen Reaktion*

Die Reaktionen auf die Schwangerschaft unterlagen insbesondere bei der **Konfliktschwangeren** einer **Veränderung**: Zumeist (bei 56,9%) wandelte sich eine anfangs eher negative Einstellung in eine positive. 23,5% dieser Frauen tendierten zu Anfang und im weiteren Verlauf zu positiven Gefühlen. Allerdings blieben bei 9,8% die ursprünglich negativen Reaktionen auch im weiteren Verlauf negativ. Bei 3,9% der Konfliktschwangeren und bei 2,7% der **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** verwandelten sich anfangs positive Gefühle in negative. Bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte blieben die anfänglichen Gefühle in der Regel auch im weiteren Verlauf positiv (85,8%) bzw. wandelte sich in positiver Richtung (6,0%). Bei der genaueren Betrachtung der emotionalen Veränderungen während der Schwangerschaft zeigt es sich, daß die Beurteilung "positiv" und "negativ" oft zu pauschal ist. Qualitative Veränderungen während der Schwangerschaft zeigt Tabelle 33, die die kategorisierten Antworten der Frauen auf eine offene Frage darstellt.

Von den **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** berichteten 39,8% über **keine Veränderung** ihrer Gefühlslage; hier blieb die weitgehend negative Reaktion auf die Schwangerschaft auch weiterhin bestehen. **Gefühlsambivalenzen**, Zweifel über den Abbruch und geistiges Durchspielen der Situation mit einem Kind schilderten in dieser Gruppe über die Hälfte der Frauen. Einige Zitate sollen diesen Gefühlszwiespalt verdeutlichen:

"Es war klar, daß nur ein Abbruch in Frage kommt. Man macht sämtliche Situationen im Kopf durch, man denkt, daß es auch schön sein muß, die Schwangerschaft auszutragen" (PBNR 169, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Später kamen Zweifel. Einerseits hätte ich es gerne gehabt, auf der anderen Seite konnten wir uns ein 4. Kind wirklich nicht leisten. Hätte mein Mann Arbeit gehabt oder hätte ich damals gewußt, daß er zwei Monate nach dem Abbruch Arbeit kriegt, hätte ich mich wohl dafür entschieden" (PBNR 318, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

"Hin und her, war gerade von meinem Freund getrennt, (...) war fix und fertig, habe geheult, dauernd Streit" (PBNR 210, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft).

**Tabelle 33:** Veränderung der Gefühle zu der Schwangerschaft (offene Fragen mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
positiver, Begeisterung, Ungeduld wächst	-	-	24	47,1	33	18,0
Beziehung zu Kind wächst, Auseinanderset- zung mit Kinderwunsch	8	4,8	4	7,8	7	3,8
Beziehung zum Partner positiver, Partner bejaht Schwangerschaft	1	0,6	3	5,9	2	1,1
Ängste wegen Krankheit, Fehlgeburt, Behinderung, Medikamente	1	0,6	-	-	4	2,2
Ängste wegen Überförde- rung, Angst vor Mutter- werden, kein Bezug zum Kind	6	3,6	3	5,9	9	4,9
allgemeine Schwanger- schaftsbeschwerden	2	1,2	-	-	5	2,7
Zweifel vor Abbruch, eventuell austragen	41	24,7	3	5,9	-	-
Zweifel auszutragen, ge- mischte Gefühle wegen sozialer Situation	56	33,7	12	23,5	17	9,3
Wille, trotz Schwierigkei- ten auszutragen	-	-	11	21,6	4	2,2
allgemeine Gefühls- schwankungen	19	11,4	6	11,8	8	4,4
sonstiges	1	0,6	-	-	4	2,2
keine Veränderungen	66	39,8	4	7,8	105	57,4
	201 Nennungen von 164 Probandinnen (98,8%)		70 Nennungen von 50 Probandinnen (98,0%)		198 Nennungen von 183 Probandinnen (100,0%)	

Wie bereits oben dargestellt, reagierten von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch 22,9% zunächst positiv auf die Schwangerschaft und wollten sie austragen. Der **Wandel von anfangs positiven in negative Gefühle** konnte bei den Frauen, die letztlich einen Schwangerschaftsabbruch durchführten, nicht durch soziodemographische Variablen erklärt werden. Jedoch zeigte es sich in

der offenen Vertiefungsfrage, daß hierbei in den überwiegenden Fällen (63,4%) eine problematische Partnersituation bzw. Ablehnung der Schwangerschaft durch den Partner im Vordergrund stand. Darüber hinaus wurden eine allgemein schwierige soziale Situation, Ängste vor Abhängigkeit und Überforderung sowie medizinische Vorbehalte genannt. Einige wenige Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schilderten **positive Veränderungen** im Laufe der Schwangerschaft, brachen sie jedoch trotzdem ab. Es waren dies überwiegend Frauen, die eine emotionale Beziehung zu dem Kind entwickeln konnten und die gegenüber der Schwangerschaft als solcher positiv eingestellt waren, jedoch ihre sozialen Lebensumstände als so problematisch empfanden, daß sie die Schwangerschaft nicht austrugen.

Die **Konfliktschwangeren** entwickelten im Laufe der Schwangerschaft überwiegend positive Gefühle gegenüber der Schwangerschaft und dem erwarteten Kind. Auch gemischte Gefühle sowie der Wille, trotz der vorhandenen Probleme die Schwangerschaft auszutragen, wurden häufig genannt. Nennenswerte Korrelationen mit soziodemographischen Merkmalen konnten in bezug auf die Gefühlsänderung nicht ausgemacht werden. Bei den **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** fanden vergleichsweise wenig Gefühlsänderungen statt. Einige wenige Frauen schilderten Veränderungen in negativer Richtung: Hierbei handelte es sich meist um körperliche Beschwerden während der Schwangerschaft, um gesundheitliche/medizinische Bedenken oder Ängste bezüglich einer Überforderung durch ein (weiteres) Kind.

So stellen sich als Resultat die späteren Gefühle der Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, als insgesamt überwiegend positiv dar, wobei die Unterschiede zwischen den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte und den Konfliktschwangeren in der späteren Akzeptanz der Schwangerschaft allerdings immer noch hoch signifikant sind ( $p < .001$ ). Nennenswerte Korrelationen zwischen den späteren Gefühlen zu der Schwangerschaft und soziodemographischen Variablen konnten hier nicht aufgefunden werden.

## 7.2.2 Emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft durch den Partner und nahestehende Personen

### *Erste Reaktion des Partners*

Die **erste Reaktion des Partners** (nach dem Urteil der befragten Frauen) in bezug zur Schwangerschaft verdeutlicht Tabelle 34. Die negativsten Reaktionen des Partners fanden sich bei den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch

**Tabelle 34:** Erste Reaktion des Partners

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr positiv sicher Austragen	12	7,2	14	27,5	125	68,3
eher positiv eher Austragen	22	13,3	9	17,6	33	18,0
unentschieden/neutral/ schwankend	8	4,8	5	9,8	5	2,7
eher negativ eher Abbruch	34	20,5	6	11,8	14	7,7
sehr negativ sicher Abbruch	59	35,5	14	27,5	5	2,7
Partner nicht informiert	10	6,0	-	-	-	-
keine bzw. sonstige Angabe	21	12,6	3	5,9	1	0,5
SUMME	166	99,9	51	100,1	183	99,9

Signifikanzprüfung (u-test, Antworten 1-5): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

durchführen ließen, die positivsten bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Diese Unterschiede sind für alle Gruppen signifikant.

Zu erwähnen ist, daß bei 6,0% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch der Partner nichts von der Schwangerschaft erfuhr; hierbei handelte es sich in allen Fällen um flüchtige Beziehungen und vergleichsweise junge Frauen. Die Reaktionen des Partners korrelieren stark ( $r = .53$ ) mit den **ersten Reaktionen** der Frau. Die Übereinstimmung in der Akzeptanz der Schwangerschaft durch beide Partner wird deutlich. Des weiteren korrelieren die ersten Reaktionen des Partners erwartungsgemäß mit der **Geplantheit** der Schwangerschaft ( $r_s = .48$ ).

Auch die geschilderte Reaktion des Partners hing mit **soziodemographischen Merkmalen** der Befragten zusammen: Die Gefühle des Partners waren um so positiver, je verbindlicher die **Partnerbeziehung** war ( $r_s = .39$ ). War der "Vater des erwarteten Kindes" der Ehemann, so war seine Reaktion in 3/4 der Fälle positiv, war er der feste Partner der Frau, jedoch nicht mit ihr verheiratet, so war dies bei 45,1% der Fall. Bestand eine sonstige Beziehung (außerehelicher Kontakt, flüchtige Beziehung usw.), so reagierte der Partner zu 33,3% positiv. Ebenso reagierte der Partner häufiger positiv, wenn er und die Frau bereits zu-

sammen wohnten ( $\eta = .32$ ) und wenn das Einkommen durch ihn und die Frau gemeinsam erbracht wurde ( $\eta = .31$ ).

Somit zeigte es sich, daß die erste Reaktion der Frau und auch ihres Partners von ähnlichen Merkmalen beeinflusst wird: Wurde ein Zusammenleben bereits realisiert und die Partnerbeziehung als verbindlich erlebt, reagierten beide Partner häufiger positiv und wünschten sich das Kind. Bei den schwangeren Frauen wurden die Gefühle des Partners im Verlauf der Schwangerschaft positiver: So erhöhte sich die Akzeptanz der Schwangerschaft durch den Partner bei den Konfliktschwangeren auf 76,5%, bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte auf 92,2%.

### Entscheidungsbeteiligung des Partners

Die **Entscheidungsbeteiligung** des Partners verdeutlicht Tabelle 35.

**Tabelle 35:** Entscheidungsbeteiligung des Partners

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
Entscheidung durch Frau	68	41,0	15	29,4	8	4,4
Entscheidung durch Frau überwiegend	44	26,5	11	21,6	17	9,3
gemeinsame Entscheidung	30	18,1	19	37,3	147	80,3
Entscheidung durch Mann überwiegend	9	5,4	3	5,9	2	1,1
Entscheidung durch Mann	4	2,4	1	2,0	-	-
Partner war nicht informiert	10	6,0	-	-	-	-
keine Angabe	1	0,6	2	3,9	9	4,9
SUMME	166	100,0	51	100,1	183	100,0

Signifikanzprüfung (u-test, Antworten 1-5): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .05$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

Während bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Konfliktschwangeren die Mehrheit der Frauen angaben, selbst entschieden zu haben, so wurde bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte zu 80,3% die Entscheidung

von beiden Partnern gemeinsam gefällt. Auffällig ist, daß bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und bei den Konfliktschwangeren beinahe 8,0% angaben, der Partner hätte überwiegend oder alleine entschieden.

Setzt man die Frage, wer über Schwangerschaft oder Schwangerschaftsabbruch entschieden hat, in Relation zu den ersten Reaktionen bezüglich der Schwangerschaft sowohl der Frau als auch des Partners, so zeigt es sich, daß eine gemeinsame Entscheidung um so eher gefällt wurde, wenn beide Partner positiv auf die Schwangerschaft reagierten (s. Tabelle 36). Die Unterschiede sind hoch signifikant ( $p < .001$ ). Insgesamt kam es am wenigsten zu Schwangerschaftsabbrüchen, wenn die Partner die Entscheidung gemeinsam treffen konnten.

**Tabelle 36:** Entscheidungsbeteiligung des Partners und erste Gefühle zu der Schwangerschaft

	gemeinsame Entscheidung		Entscheidung allein o. überwiegend durch Frau		Entscheidung allein o. überwiegend durch Mann		SUMME	
	n	%	n	%	n	%	n	%
beide Partner positive Gefühle	132	33,0	25	6,25	1	0,25	158	39,5
beide Partner negative Gefühle	24**	6,0	53***	13,25	5***	1,25	82	20,5
Frau negative Gefühle, Mann positive Gefühle	12	3,0	33**	8,25	3	0,75	48	12,0
Frau positive Gefühle, Mann negative Gefühle	12*	3,0	18**	4,50	9****	2,25	39	9,8
keine Gefühlsnennung, bzw. Mann unentschieden, neutral oder sonst.	16*	4,0	34****	8,50	1	0,25	51	12,8
keine Angabe							22	5,5
<b>SUMME</b>	<b>196</b>	<b>49,0</b>	<b>163</b>	<b>40,80</b>	<b>19</b>	<b>4,80</b>	<b>400</b>	<b>100,1</b>

- \* Resultat bei mehr als 25%: Abbruch der Schwangerschaft
- \*\* Resultat bei mehr als 50%: Abbruch der Schwangerschaft
- \*\*\* Resultat bei mehr als 75%: Abbruch der Schwangerschaft
- \*\*\*\* Resultat bei 100%: Abbruch der Schwangerschaft

Falls die Frau angab, überwiegend oder ganz alleine entschieden zu haben, so häufig dann, wenn beide Partner negativ auf die Schwangerschaft reagierten oder die Frau negativ eingestellt war, der Mann jedoch positiv oder indifferent reagierte. Diese indifferente Reaktion des Mannes kann jedoch nicht immer als

Neutralität verstanden werden. Häufig bedeutete es ein Negieren der Verantwortung oder eine in scheinbarer Neutralität versteckte negative Reaktion. Einige wörtliche Zitate sollen dies verdeutlichen:

"Totstellreflex. Er hat so getan, als ob er damit nichts zu tun hat" (PBNR 96, Krankenschwester, Schwangerschaftsabbruch).

"Er hat wenig reagiert: Es wäre besser, wenn Du Deine Tage kriegen würdest" (PBNR 209, Studentin, Schwangerschaftsabbruch).

"Er hat sich nicht dazu geäußert. Cool. Hat gefragt, ob ich noch nie abgetrieben hätte" (PBNR 344, Studentin, Schwangerschaftsabbruch).

In diesen Fällen war meist der Schwangerschaftsabbruch das Resultat der Entscheidung.

Die Angabe, der Mann habe entschieden, findet sich relativ selten und dann in Situationen, wenn beide Partner die Schwangerschaft negativ bewerteten und vor allem, wenn die Frau positiv gegenüber der Schwangerschaft eingestellt war, der Mann jedoch negativ. Entschied in letztgenannter Konstellation der Mann, so endete dies bei **allen** Fällen unserer Stichprobe mit einem Schwangerschaftsabbruch. Dies traf bei 9 Frauen zu; es sind 5,4% der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Bei ihnen kann davon ausgegangen werden, daß er gegen den Willen der Frau auf direkten Druck des Partners erfolgte, obgleich auch hier nicht auszuschließen ist, daß die Befragte den psychologischen Mechanismus der "Spaltung" anwandte, indem sie "gute" und "böse" Anteile auf sich oder den Partner übertrug. (Das Urteil des Partners selbst liegt leider nicht vor.)

Hinsichtlich **soziodemographischer Variablen** unterschieden sich diejenigen Frauen, die angaben, daß der Mann entschieden hätte, **nicht** von den übrigen Gruppen. Gab die Frau an, überwiegend oder ganz allein entschieden zu haben, so vor allem dann, wenn die **Partnerbeziehung** unverbindlich war ( $C = .47$ ), die Frau nicht mit dem Partner zusammenlebte ( $C = .48$ ), sich noch in Ausbildung befand ( $C = .33$ ) und über eigenes Einkommen verfügte oder von Unterstützung durch den Staat oder die Eltern abhängig war ( $C = .41$ ). Entsprechend fand eine gemeinsame Entscheidung der beiden Partner häufiger dann statt, wenn die Partnerbeziehung verbindlicher war, wenn die Partner verheiratet waren, wenn die Partner zusammen (eventuell auch mit Kindern) wohnten, wenn das Einkommen gemeinsam mit oder durch den Partner eingebracht wurde und wenn die Frau erwerbstätig oder Hausfrau war.

### Reaktionen von nahestehenden Personen

Auch bezüglich der **Reaktion von nahestehenden Personen** zeigte es sich, daß bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte diese Personen am positivsten auf die Schwangerschaft reagierten, während bei den Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch durchführten, die Reaktionen am negativsten waren. Signifikante Unterschiede fanden sich nur bezüglich der Gruppe 3 und den übrigen Untersuchungsgruppen (s. Tabelle 37).

**Tabelle 37:** Reaktionen von nahestehenden Personen

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr positiv	19	11,4	6	11,8	87	47,5
eher positiv	20	12,0	17	33,3	41	22,4
unentschieden/neutral/ unterschiedlich	33	19,9	15	29,4	38	20,8
eher negativ	17	10,2	9	17,6	8	4,4
sehr negativ	15	9,0	3	5,9	5	2,7
niemanden informiert	41	24,7	1	2,0	2	1,1
keine bzw. sonst. Angabe	21	12,6	-	-	2	1,1
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>99,8</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Signifikanzprüfung (u-test, Antworten 1-5): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

Einige wörtliche Zitate sollen die Reaktionen, die manche Frauen erfuhren, plastischer darstellen:

"Negativ, weil es das dritte Kind war, womit man als 'asozial' im Dorf bezeichnet wird. Alle fragten, ob es ungewollt sei" (PBNR 231, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Entsetzen der Freunde, nicht nachvollziehbar, Verständnislosigkeit" (PBNR 290, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Die einen haben negativ reagiert, es sei unverantwortlich, ein 2. Kind zu bekommen, es sei doch ganz gut gegangen bisher. Es bedeutet eine finanzielle Verschlechterung; daß im Pillenzeitalter so etwas überhaupt noch passiert. Die anderen haben Zuspruch gegeben, sich mit

ungefreut und sagten, wir würden es finanziell schon schaffen" (PBNR 49, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Die Eltern waren enttäuscht, daß wir nicht verheiratet sind und er noch studiert (PBNR 39, Krankenschwester, Konfliktschwangerschaft).

"Sie wollten helfen. Ich hatte aber das Gefühl, daß mir niemand helfen konnte" (PBNR 93, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

Auffällig ist, daß bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ca. 1/4 mit **niemandem** im Bekannten- oder Verwandtschaftskreis über ihre Situation und ihre Entscheidung redete. Diese Frauen unterschieden sich im Hinblick auf soziodemographische Merkmale bezüglich der **Einkommensquelle** ( $C = .32$ ) und der **Wohnsituation** ( $C = .37$ ) von den übrigen. Faßt man die Tatsache, daß eine Frau mit niemandem (außer evtl. dem Partner) aus ihrem sozialen Umfeld über Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch spricht, als einen Indikator der "**sozialen Tabuisierung**" auf, so gilt diese Tabuisierung vorrangig für Frauen, die das Einkommen gemeinsam mit oder durch den Partner bezogen und die mit ihrem Partner (und evtl. Kindern) zusammenlebten. Weitere Variablen - so auch die Wohnortgröße - hatten hier keinen Einfluß.

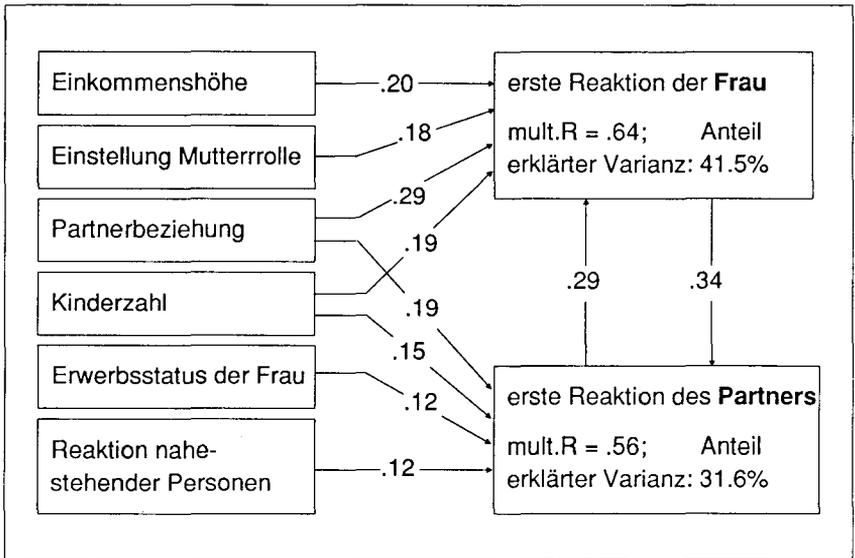
### 7.2.3 Bedingungsgefüge der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft

Wie bereits beschrieben, stimmten die Reaktionen beider Partner zu der Schwangerschaft in hohem Maße überein. Auch zeigte es sich, daß die Reaktion sowohl der Frau als auch des Partners tendenziell von ähnlichen soziodemographischen Merkmalen abhing: vorrangig von der Verbindlichkeit der Partnerbeziehung und des familiären Zusammenlebens. Im folgenden sollen diese Zusammenhänge auf **multivariater** Ebene überprüft werden. Hierzu wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt, wobei einmal die Reaktion der Frau, das andere Mal die Reaktion des Partners die zu erklärende Variable war. Als mögliche Prädiktoren gingen in die Analyse ein:

- Die in Kap.6.1 beschriebenen soziodemographischen Variablen,
- die Einstellungsskala zur Mutterrolle und die Zukunftsorientierung (Zusammenhänge mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch vgl. Kap.7.4),
- die Reaktion von "significant others".

Das mit dem stufenweisen Einschluß der Prädiktoren erzielte Ergebnis ist in Schaubild 14 dargestellt. Es zeigt sich, daß bei der Reaktion der Frau eine

**Schaubild 14:** Einflußfaktoren auf die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft (Standardisierte signifikante Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)



Varianzerklärung von 41,5% erzielt werden konnte, bei der Reaktion des Partners lag diese niedriger, nämlich bei 31,6%.

Bezüglich der emotionalen Reaktion der **Frau** wird deutlich, daß diese vorrangig durch die Verbindlichkeit der Partnerbeziehung und der Reaktion des Partners in bezug auf die Schwangerschaft bestimmt wird. Die Schwangerschaft wurde umso eher positiv bewertet, je positiver der Partner reagierte und je verbindlicher die Partnerbeziehung war. Des weiteren kamen die Merkmale Einkommenshöhe, Kinderzahl und Einstellung zur Mutterrolle zum Tragen. Höheres verfügbares Einkommen und eine familienorientierte Einstellung zur Mutterrolle trugen ebenfalls zu positiven Reaktionen im Hinblick auf die Schwangerschaft bei.

Auch die erste Reaktion des **Partners** ist vorrangig durch die Reaktion der Frau sowie die Verbindlichkeit der Partnerbeziehung geprägt. Neben dem Merkmal Kinderzahl, das auch für die erste Reaktion der Frau eine gewichtige Rolle spielte, war für die Reaktion des Partners des weiteren relevant, ob sich die Frau noch in Ausbildung befand und wie nahestehene Personen auf die Schwangerschaft reagierten.

Das Merkmal **Kinderzahl** bedarf einer eingehenderen Betrachtung, da dies auf bivariater Ebene nicht mit der Reaktion der Frau ( $r = -.02$ ) und ebenfalls nicht mit der Reaktion des Partners ( $r = .04$ ) korrelierte. Der Einfluß der Kinderzahl äußerte sich bei den durchgeführten multivariaten Verfahren in dem Sinne, daß die Reaktionen umso negativer waren, je mehr Kinder vorhanden waren. Erklärt werden kann dieser Sachverhalt durch einen sogenannten "Suppressor-Effekt" (vgl. DIEHL/KOHR 1982, S.323). Der Suppressor-Effekt kommt dadurch zustande, daß ein Prädiktor, der mit dem Kriterium praktisch nicht korreliert, jedoch mit einem anderen Prädiktoren eine hohe Korrelation aufweist. Eine hohe Korrelation liegt vor allem zwischen der Kinderzahl und der Partnerbeziehung vor ( $r_s = -.48$ ): Dies bedeutet, daß Frauen, die in unverbindlichen Partnerbeziehungen leben, häufiger keine Kinder haben. Derjenige Anteil an der Varianz der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft, der dem Merkmalsbereich "keine Kinder" zukommt, ist somit bereits durch die Variable "unverbindliche Partnerbeziehung" abgedeckt. Lag hingegen eine verbindliche Partnerbeziehung vor (war der "Vater des erwarteten Kindes" also der Ehemann), so korrelierte das Vorhandensein mehrerer Kinder hoch mit einer negativen emotionalen Reaktion der Frau ( $r = .41$ ) und des Partners ( $r = .39$ ). Somit erklärt sich die Bedeutung der Kinderzahl in der multivariaten Analyse der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft durch die Verknüpfung mit der Variablen Partnerbeziehung.

## 7.2.4 Zusammenfassung und Diskussion

Wie erwartet unterschieden sich Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen ließen, von Frauen, die sie austrugen, in ihrer ersten Reaktion auf die Schwangerschaft signifikant voneinander. Dennoch fiel auf, daß unter den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch realisierten, zunächst 1/4 zum Austragen der Schwangerschaft tendierten. Auch unter den Konfliktschwangeren schilderten nur etwa 1/4 eine anfängliche positive Reaktion auf die Schwangerschaft, sie unterschieden sich von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch vorrangig durch die schwächere Ausprägung ihrer negativen Gefühle.

Auch nach der Befragung von WIMMER-PUCHINGER (1983, S.51) zeigte es sich, daß in der "Abbruchgruppe" als erste Reaktion Ratlosigkeit, Verzweiflung, Entsetzen und Ärger signifikant häufiger vorherrschten, während in der Geburtsgruppe Freude, Glück und Stolz die häufigsten Gefühle waren. Da jedoch sowohl in der Befragung von WIMMER-PUCHINGER (1983) als auch in der hier dargestellten die Frauen erst nach dem Entschluß befragt wurden, muß jedoch eingeräumt werden, daß die Möglichkeit besteht, daß die Erinnerung an die erste Reaktion durch den späteren Entschluß gefährdet ist. Allerdings erscheinen diese

retrospektiven Einflüsse eher gering zu sein, da eine hohe Bereitschaft der Befragten ersichtlich wurde, Ambivalenzen zuzulassen. Unter den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schilderten mehr als die Hälfte ambivalente Gefühle und Zweifel im Verlauf der Schwangerschaft. Dieses überwiegend intensive Oszillieren zwischen der Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch zeigt, daß die Entscheidung in der Regel nicht leicht oder spontan gefällt wurde. Auch nach OETER/NOHKE (1982, S.131) haben 56,6% der befragten Frauen im Verlauf der Schwangerschaft in ihrem Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch mindestens einmal geschwankt.

Häufiger als in vergleichbaren Untersuchungen gaben die hier befragten Frauen an, die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch alleine getroffen zu haben. Nach von TROSCHKE u.a. (1982, S.37) wurde in 47,1% der Fälle die Entscheidung von der Frau alleine ohne den Partner getroffen. Demgegenüber gaben hier über 60% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch an, die Entscheidung ganz oder überwiegend alleine getroffen zu haben. Direkte Einflußnahme des Partners im Sinne eines Zwangs zum Schwangerschaftsabbruch wurde hingegen vergleichsweise selten geschildert. OETER/NOHKE (1982, S.82) konnten ermitteln, daß etwa 8% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von ihren Partnern mehr oder weniger unter Druck gesetzt wurden; demgegenüber lag dies bei unserer Untersuchung in ca. 5% der Fälle nahe.

Hingegen spielten die Verbindlichkeit der Partnerbeziehung und die Reaktion des Partners eine herausragende Rolle. Die Partner derjenigen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden, zeigten eine deutlich negativere Reaktion im Vergleich zu den übrigen Untersuchungsgruppen, wobei offensichtlich die aktuelle Lebenssituation und die Qualität und Festigkeit der Beziehung einen Einfluß hatte. Auch nach der Untersuchung von WIMMER-PUCHINGER (1983, S.52) zeigte der Partner der "Abbruchgruppe" signifikant weniger häufig positive Gefühle bezüglich der Schwangerschaft als bei den Frauen, die das Kind austrugen.

Die Reaktionen von anderen nahestehenden Personen waren bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ebenfalls negativer, allerdings zeigten diese Reaktionen im Entscheidungsgefüge weniger Gewicht. Zu erwähnen sei noch, daß ca. 1/4 der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch mit niemandem im Verwandtschafts- oder Bekanntenkreis (außer evtl. dem Partner) über ihre Situation sprechen konnte. Einfluß auf die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft hatten des weiteren die Einstellung zur Mutterrolle, die Kinderzahl, der Erwerbsstatus der Frau sowie die Einkommenshöhe. Diese Reflexionen über die sozialen Um-

stände und die etwaige Veränderung der Lebenssituation durch ein Kind sollen im folgenden Kapitel näher betrachtet werden.

### **7.3 Motivationsbündel 3: Antizipierte Veränderungen der Lebensumstände durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind**

Durch ein Kind können sich die Lebensumstände der betroffenen Frauen in vielfältiger Weise ändern. Aus der bisherigen Forschung zu den Gründen für einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Kap.3.4) ging hervor, daß Befürchtungen bezüglich der Berufstätigkeit und der Ausbildung und finanzielle Probleme dabei ebenso Relevanz erlangen können wie eine schwierige Partnerbeziehung und familiäre Situation. Daneben können gesundheitliche Faktoren eine Rolle spielen. In der Entscheidungssituation sind diese Bedenken zumeist auf die Zukunft bezogen; es handelt sich um die Antizipation von möglichen Veränderungen, wie dies auch von OETER/NOHKE (1982) gemessen wurde. Im folgenden soll von der Hypothese ausgegangen werden:

**Antizipierte Veränderungen in bezug auf die Schwangerschaft und ein (weiteres) Kind haben Einfluß auf die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen oder abzuberechnen. Dabei wird vermutet, daß negative Veränderungen der Lebensumstände bei allen Untersuchungsgruppen auftreten, diese jedoch bei Frauen, die sich für den Abbruch der Schwangerschaft entscheiden, gravierender sind.**

Diese Grundannahme soll im folgenden für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und die Frauen, die die Schwangerschaft austragen, genauer spezifiziert werden:

- Frauen mit Schwangerschaftsabbruch erwarten negativere Veränderungen in den Bereichen Beruf, Finanzen, Partnerschaft, Wohnsituation und familiäres Zusammenleben, Gesundheit und Beziehungen zu nahestehenden Personen als die Frauen, die die Schwangerschaft austragen. Zudem sind von diesen negativen Veränderungen mehr Lebensbereiche tangiert als bei den schwangeren Frauen.
- Frauen, die die Schwangerschaft austragen, erwarten positive Veränderungen in den Bereichen Familie und Partnerschaft. Dies kann ebenfalls vermutete Verschlechterungen im beruflichen, finanziellen und evtl. gesundheitlichen Bereich ausgleichen.

Es ist zu vermuten, daß die subjektive Einschätzung von Veränderungen durch die Schwangerschaft und ein (weiteres) Kind vom soziodemographischen Status

der Frau abhängig ist. Demnach würden Verschlechterungen umso eher antizipiert, je ungesicherter die Lebenssituation der Frau ist; dies bedeutet im einzelnen:

- Verschlechterungen werden häufiger antizipiert, wenn die Frau ledig ist und in einer unverbindlicheren Partnerbeziehung lebt.
- Verschlechterungen werden häufiger antizipiert, wenn die Frau in Ausbildung ist.
- Verschlechterungen werden häufiger antizipiert, wenn die Frau finanziell ungenügend abgesichert ist.

Einstellungen bezüglich der Mutterrolle und der Zukunftsorientierung können ebenfalls die subjektive Einschätzung von Veränderungen beeinflussen. So ist anzunehmen, daß Veränderungen umso negativer eingeschätzt werden, wenn die Frau in bezug auf künftige Entwicklungen eher pessimistisch und zudem eher berufsorientiert ist und somit die Mutterrolle in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation nicht für wünschenswert hält:

- Verschlechterungen werden häufiger antizipiert, wenn die Frau pessimistischer ist und die traditionelle Mutterrolle eher ablehnt.

Die möglichen Veränderungen, die eine Schwangerschaft und vor allem ein (weiteres) Kind für die Lebensumstände der Frau bedeuten können, mußten - jedoch mit dem Ziel der Vergleichbarkeit - bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Schwangeren mit etwas unterschiedlicher Frageformulierung erfaßt werden: Bei den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführten, wurde die hypothetische Formulierung vorgegeben, was sich verändert hätte, wenn sie die Schwangerschaft ausgetragen hätten. Da der Schwangerschaftsabbruch bereits zurücklag, sollten die Frauen ihre Befürchtungen oder Erwartungen in bezug auf die Veränderung ihrer Lebenssituation rekonstruieren. Die Schwangeren wurden gefragt, welche Veränderungen sie durch die Schwangerschaft und das Kind erwarten. Hier bezog sich die Frage auf eine mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretende Situation. Zu bedenken ist, daß das Arrangement mit der Schwangerschaft oder auch die Rechtfertigung des Schwangerschaftsabbruchs die Bewertung der Veränderungen mitbestimmen können.

Im folgenden sollen zunächst die Erwartungen der Frau in den verschiedenen Lebensbereichen dargestellt werden. Dabei liegt das Schwergewicht auf der Art der erwarteten Veränderung sowie deren Bewertung. Anschließend soll ein Gesamtmaß dieser antizipierten Veränderungen der Lebensumstände gebildet werden.

### 7.3.1 Antizipierte Veränderungen in den einzelnen Lebensbereichen

#### *Veränderungen im Bereich des Berufs und der Ausbildung*

Die Angaben, **welche Veränderungen** von den Frauen in beruflicher Hinsicht antizipiert wurden, finden sich in Tabelle 38. Es sind dies Antworten auf offene Fragen, bei denen mehrere Nennungen vorgesehen waren. Antworten wie "keine Veränderung", "weiß nicht", "hoffentlich nicht" und "nicht einschätzbar" wurden zu einer Kategorie zusammengefaßt, die in dieser Darstellung nicht Eingang findet, da hier vor allem die inhaltliche Präzisierung der Problemlage interessierte. In Tabelle 38 liegen inhaltliche Antworten von 81,3% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 66,7% der Konfliktschwangeren und 65,0% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte vor.

War die Frau zum Zeitpunkt der Befragung **erwerbstätig** (dies waren 45,0% der befragten Frauen), ergaben sich meist Befürchtungen, die Arbeit unterbrechen oder aufgeben zu müssen. Wie Tabelle 38 zeigt, äußerte ein ähnlich hoher Anteil der beiden Gruppen von Schwangeren solche Befürchtungen, jedoch wurden diese in der Regel von ihnen als weniger gravierend bewertet als von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch. Sorge mit Kind eine neue Stellung bzw. eine entsprechende Teilzeitarbeit zu finden oder das Problem, in einem relativ ungesicherten Beschäftigungsverhältnis nach der Mutterschutzfrist wieder aufgenommen zu werden, wurde ebenfalls häufig genannt:

"Mein Chef war nicht sehr begeistert über meine Schwangerschaft. Da ich keinen Arbeitsvertrag habe, werde ich die Stelle demnächst verlieren. Auch später werde ich wohl nicht mehr bei diesem Arbeitgeber als Aushilfe arbeiten können" (PBNR 51, Friseurin, Schwangere ohne Entscheidungskonflikte).

"Fast keine Chance, wieder erwerbstätig zu werden, da ich drei Jahre lang jeweils nur befristete Arbeitsverträge hatte. Die Arbeitslosigkeit ist hier in dieser Gegend sehr hoch" (PBNR 411, Verwaltungsangestellte, Abbruch der Schwangerschaft).

Das Problem der Doppelbelastung durch Beruf und Mutterschaft scheint dagegen eine eher untergeordnete Rolle in der subjektiven Antizipation gespielt zu haben. Einige Frauen empfanden die Möglichkeit, die Arbeit aufzugeben und sich ihrer Familie widmen zu können, als positive Möglichkeit der Veränderung.

31,0% der Probandinnen waren **arbeitslos** oder arbeiteten als **Hausfrau**. Von diesen Frauen wollten etwa 1/3 in nächster Zeit nicht wieder erwerbstätig werden. Die übrigen wurden nach ihren Erwartungen bezüglich des beruflichen Wieder-

**Tabelle 38:** Antizipierte Veränderungen in den Bereichen Beruf, beruflicher Wiedereinstieg, Ausbildung  
(offene Fragen mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
<b>erwerbstätig:</b>						
Arbeitsaufgabe/Arbeits- unterbrechung	33	19,9	8	15,7	51	21,7
schwierige Arbeitsmarkt- lage, Verlust der Arbeit, ungesicherte Stellung	22	13,3	8	15,7	27	14,8
Doppelbelastung	5	3,0	3	5,9	5	2,7
pos. Veränderung/ Wunsch, mit Arbeit aufzuhören	1	0,6	-	-	6	3,3
<b>nicht erwerbstätig:</b>						
längere Arbeits- unterbrechung	10	6,0	7	13,7	15	8,2
Probleme wegen Arbeitsmarktlage	10	6,0	3	5,9	20	10,9
Veränderung in Art der Erwerbstätigkeit	1	0,6	3	5,9	14	7,7
pos. Veränderungen	1	0,6	2	3,9	2	1,1
<b>Ausbildung:</b>						
Abbruch der Ausbildung, Wechsel der Ausbildung	23	13,9	-	-	-	-
Verzögerung/ Unterbrechung	25	15,1	6	11,8	9	4,9
Abschluß problematisch	13	7,8	1	2,0	2	1,1
Doppelbelastung	4	2,4	1	2,0	2	1,1
finanz. Probleme/ Arbeit neben Studium	11	6,6	-	-	3	1,6
sonstiges	7	4,2	3	5,9	4	2,2
	166 Nennungen von 135 Probandinnen (81,3%)		45 Nennungen von 34 Probandinnen (66,7%)		160 Nennungen von 119 Probandinnen (65,0%)	

einstieg mit Kind befragt. Vor allem die Konfliktschwangeren gaben an, daß sich die Arbeitsunterbrechung länger als vorgesehen ausdehnen würde. Bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte standen die schwierige Arbeitsmarktlage im Vordergrund sowie Probleme, nach dem beruflichen Aussetzen und mit Kind wieder erneut Arbeit zu finden.

Bei den insgesamt 94 Frauen (23,5%), die sich in **Ausbildung** befanden, zeigten die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch die gravierendsten Erwartungen in bezug auf eine Verschlechterung ihrer Situation. Im Vordergrund stand dabei die Befürchtung, die Ausbildung abbrechen zu müssen, falls sie das Kind bekommen hätten, oder die Ausbildung nicht abschließen zu können. Verzögerung der Ausbildung wurde ebenfalls in hohem Maße von den Konfliktschwangeren befürchtet.

Nach der zusammenfassenden **Bewertung** dieser Veränderungen befragt, zeigte es sich, daß die dargestellten erwarteten Veränderungen im Bereich des Berufs und der Ausbildung von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch signifikant häufiger als **Verschlechterungen** bewertet wurden: insgesamt erwarteten 72,2% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 39,2% der Konfliktschwangeren und 30,1% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte starke oder leichte Verschlechterungen in diesem Bereich, wenn das Kind da wäre. Starke oder leichte **Verbesserungen** hingegen im Bereich der Arbeit und der Ausbildung schilderten 1,2% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 4,0% der Konfliktschwangeren und 15,2% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Am häufigsten wurden Verschlechterungen erwartet, wenn die Frau noch in Ausbildung war (86,4%). Des weiteren zeigte sich, daß die Antizipation von beruflichen Verschlechterungen nicht nur mit soziodemographischen Variablen zusammenhing, die direkt mit der Erwerbstätigkeit der Frau in Verbindung stehen. Auch waren für die Bewertung der beruflichen Veränderungen Variablen bedeutsam, die die Möglichkeit der Berufsausübung oder den zeitweise gesicherten Rückzug aus dem Berufsleben beeinflussen, wie z.B. finanzielle Sicherheit ( $r = .37$ ) und eine intakte Partnerbeziehung ( $\eta = .37$ ).

### *Veränderungen im finanziellen Bereich*

Tabelle 39 verdeutlicht die **Art** der Veränderungen im finanziellen Bereich, die die Frauen erwarteten, wenn das Kind da ist bzw. falls sie die Schwangerschaft ausgetragen hätten. Inhaltliche Angaben über mögliche Veränderungen liegen bei dieser offenen Frage von 66,9% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 58,8% der Konfliktschwangeren und 48,6% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte vor.

**Tabelle 39:** Antizipierte finanzielle Veränderungen (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	<b>Gruppe 1</b>		<b>Gruppe 2</b>		<b>Gruppe 3</b>	
	Schwangerschaftsabbruch (n = 166)		Konfliktschwangerschaft (n = 51)		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
Einschränkung, kürzer treten, größere Belastung	51	30,7	20	39,2	50	27,3
Arbeitsaufgabe, Verdienstausschlag	25	15,1	6	11,8	37	20,2
auf Unterstützung angewiesen, finanz. Abhängigkeit, Sozialhilfe, "Katastrophe"	45	27,1	5	9,8	6	3,3
sonstige Verschlechterungen	4	2,4	1	2,0	5	2,7
Zuwendung/Unterstützung von Partner/ Eltern, evtl. Heirat	5	3,0	3	5,9	-	-
mehr staatliche Zuwendungen	9	5,4	5	9,8	11	6,0
sonst. Verbesserungen	-	-	-	-	5	2,7
sonstiges	5	3,0	1	2,0	1	0,5
	144 Nennungen von 111 Probandinnen (66,9%)		41 Nennungen von 30 Probandinnen (58,8%)		115 Nennungen von 89 Probandinnen (48,6%)	

Während die beiden Gruppen der Schwangeren häufiger Verschlechterungen im Sinne von Einschränkungen schilderten, so scheint sich eine Veränderung bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch dramatischer auszuwirken. 27,1% dieser Frauen gaben an, falls sie die Schwangerschaft ausgetragen hätten, auf Unterstützung angewiesen zu sein, abhängig von staatlichen oder familiären Zuwendungen und ohne eigene Möglichkeit, ihr Einkommen zu bestreiten.

"Da ich auf Jobs angewiesen bin für mein Einkommen, wäre ich mit Kind nicht mehr fähig gewesen, für mich zu sorgen" (PBNR 414, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

Als positive Veränderungen, die das Kind bewirken könnte, wurden stärkere finanzielle Unterstützung durch Angehörige, Zusammenwohnen mit dem Partner bzw. Heirat und auch erhöhte Zuwendungen aus öffentlichen Quellen wie Erziehungsgeld und verschiedene Zuschüsse genannt.

Auch bei der **Bewertung** finanzieller Veränderungen antizipierten die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch signifikant häufiger **Verschlechterungen** ihrer Lebenslage als die Gruppe der Schwangeren. Insgesamt erwarteten 66,9% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 62,7% der Konfliktschwangeren und 54,1% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte starke oder leichte Verschlechterungen im finanziellen Bereich. **Verbesserungen** durch die Schwangerschaft und das Kind in finanzieller Hinsicht erwarteten 6,6% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 7,9% der Konfliktschwangeren und 8,7% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Die Antizipation von finanziellen Veränderungen korrelierte nicht mit soziodemographischen Variablen. Auch die tatsächliche Einkommenshöhe scheint auf die Erwartung finanzieller Veränderungen wenig Einfluß zu haben.

### *Veränderungen im Bereich des Wohnens und der Familie*

Veränderungen familiärer Art sowie der Wohnsituation schilderten nahezu alle Frauen als Konsequenz des Austragens der Schwangerschaft (vgl. Tabelle 40).

In allen Untersuchungsgruppen wurde die Erwartung, umzuziehen und sich eine größere Wohnung suchen zu müssen, häufig genannt. Dies wurde teilweise positiv, teilweise negativ bewertet, wie einige Zitate verdeutlichen sollen.

"Ich hätte nicht gewußt wohin, da es zu eng gewesen wäre" (PBNR 13, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Wir werden voraussichtlich umziehen, um die Großeltern miteinbeziehen zu können für die Betreuung des Kindes" (PBNR 9, Apothekerin, Schwangere ohne Entscheidungskonflikte).

Des weiteren betonten vor allem die Konfliktschwangeren auch, daß ein weiteres Kind zu mehr Streß und Hektik in dem familiären Zusammenleben führen würde, zu weniger Freizeit, verstärkter Bindung ans Haus und zu mehr Belastung in der Familie. Sofern die Frau zusammen mit ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft lebte, wurde häufig Platzmangel bzw. mangelnde Unterstützung für sie und das Kind geäußert.

"Hatte das Gefühl, es den anderen nicht zumuten zu können und ausziehen zu müssen" (PBNR 48, Jobs, Abbruch der Schwangerschaft).

Positive Aspekte wie mehr Leben und Freude in der Familie, mehr Zeit füreinander, mehr Unterstützung und Verbindlichkeit wurde vor allem von den Frauen genannt, die die Schwangerschaft austrugen.

**Tabelle 40:** Antizipierte Veränderungen im Wohnbereich und familiären Zusammenleben (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n=183)	
	n	%	n	%	n	%
Umzug	64	38,6	15	29,4	43	23,5
Organisationsprobleme, Platzmangel	29	17,5	8	15,7	27	14,8
weniger Zeit für Familie, mehr Hektik, größere Bindung an Haus	27	16,3	19	37,3	39	21,3
familiäre Probleme (andere Kinder etc.)	17	10,2	4	7,8	23	19,6
Eltern/WG: Konflikte um Kind, keine Unterstützung	17	10,2	-	-	-	-
sonst. Verschlechterung	14	8,4	3	5,9	1	0,5
Freude in der Familie	2	1,2	4	7,8	11	6,0
mehr Zeit füreinander, mehr Unterstützung	11	6,6	4	7,8	13	7,1
strukturelle Veränderung, anderer Lebensstil	5	3,0	6	11,8	27	14,8
sonstiges	11	6,6	5	9,8	8	4,4
	197 Nennungen von 157 Probandinnen (94,6%)		68 Nennungen von 46 Probandinnen (90,2%)		192 Nennungen von 152 Probandinnen (83,1%)	

"Alle freuen sich auf das Kind, während der ersten Zeit muß man sich allerdings ein bißchen einschränken" (PBNR 53, Hausfrau, Schwangere ohne Entscheidungskonflikte).

Auch im Bereich des Wohnens und der Familie **bewerteten** die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch diese Veränderungen signifikant häufiger als **Verschlechterungen** als die Vergleichsgruppen. Starke oder leichte Verschlechterungen sahen 53,6% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 15,7% der Konfliktschwangeren und 15,3% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte als Folgen des Austragens der Schwangerschaft. **Verbesserungen** in diesem Bereich konnten sich 10,8% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, jedoch 23,6% der Konfliktschwangeren und 22,9% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte vorstellen. Verschlechterungen werden am häufigsten erwartet, wenn die Frau alleine zusammen mit Kindern wohnte (80% Verschlechterungen)

oder wenn sie zusammen mit ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft lebte. Am wenigsten werden Verschlechterungen erwartet, wenn die Frau zusammen mit ihrem Partner und/oder Kindern oder wenn sie alleine lebte. Von diesen Frauen wurden dann häufiger positive Veränderungen antizipiert.

### *Veränderung der Partnerbeziehung*

Veränderungen in der Partnerbeziehung wurden von der Mehrzahl der betroffenen Frauen thematisiert. In Tabelle 41 ist die Art der erwarteten Veränderungen dargestellt.

**Tabelle 41:** Antizipierte partnerschaftliche Veränderungen (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n=183)	
	n	%	n	%	n	%
Belastung der Partnerschaft, Ärger, Unzufriedenheit	61	36,7	6	11,8	7	3,8
Trennung	32	19,3	3	5,9	2	1,1
weitere Schwierigkeit: Finanzen, Zeit etc.	13	7,8	8	15,7	34	18,6
Bereicherung der Partner, mehr Gemeinsamkeit	11	6,6	19	37,3	57	31,1
positive familiäre Veränderungen	6	3,6	5	9,8	13	7,1
strukturelle Veränd. ohne Bewertung	17	10,2	5	9,8	19	10,4
sonstiges	2	1,2	2	3,9	2	1,1
	142 Nennungen von 115 Probandinnen (69,8%)		48 Nennungen von 37 Probandinnen (72,5%)		134 Nennungen von 104 Probandinnen (56,8%)	

Es zeigt sich, daß Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch durchführten, in erhöhtem Maße eine starke Belastung der Partnerschaft befürchteten, falls sie die Schwangerschaft ausgetragen hätten. Dies umfaßt Überforderung in einer als nicht tragfähig angesehenen Partnerschaft, unfreiwillige Bindung an den

Partner aufgrund des Kindes, Unvorstellbarkeit des Partners als Vater und auch die sich auf die Partnerschaft auswirkende Belastung der Frau aufgrund der ungewollten Schwangerschaft. Von etwa 20% der Frauen wurde sogar eine etwaige Trennung vom Partner thematisiert. Einige Zitate sollen die Äußerungen der Frauen wiedergeben:

"Es hätte Krach gegeben, er hätte versucht, mich zum Abbruch zu zwingen, die Beziehung wäre auseinandergegangen" (PBNR 26, Schülerin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Ich bin mir nicht sicher, daß er mit dem Kind etwas hätte anfangen können. Ich hätte mich sehr beansprucht gefühlt und wäre an diesem Doppelanspruch (für Kind und Mann verantwortlich zu sein) wahrscheinlich zugrunde gegangen" (PBNR 401, Lehrerin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Wir hätten uns nicht mehr so gut verstanden, weil ich nur seinetwegen ausgetragen hätte" (PBNR 243, Lehrling, Abbruch der Schwangerschaft).

Die Frauen, die sich zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen haben, nahmen überwiegend positive Veränderungen an: mehr Verbindlichkeit durch das Kind, gemeinsame Freude und Bereicherung sowie Intensivierung der Partnerschaft.

"Die gemeinsame Verantwortung läßt uns zusammenwachsen" (PBNR 27, Werbeberaterin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Ja, jedes Kind verändert die Beziehung, man hat etwas Gemeinsames" (PBNR 49, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

Besonders deutliche Unterschiede ergaben sich bei der **Bewertung** von Veränderungen in der Partnerbeziehung. Auch hier unterschieden sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch signifikant von den Schwangeren. Starke bzw. leichte **Verschlechterungen** nannten 40,4% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 15,7% der Konfliktschwangeren und 5,5% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. **Verbesserungen** wurden von 4,8% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, jedoch von 27,4% der Konfliktschwangeren und sogar von 32,3% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte erwartet. Verschlechterungen in der Partnerbeziehung wurden um so eher antizipiert, je unverbundlicher die Beziehung war ( $r_s = .31$ ). War der "Vater des erwarteten Kindes" der Ehemann der Frau, so wurden nur von 16,6% dieser Frauen Verschlechterungen erwartet; war er der feste Partner, so erwarten 43,8% Verschlechterungen, bei "sonstigen Beziehungen" lag das Ausmaß an erwarteten Verschlechterungen bei 69,6%.

*Veränderungen zu nahestehenden Personen*

Veränderungen in Beziehung zu nahestehenden Personen erwarteten etwa die Hälfte der befragten Frauen (vgl. Tabelle 42). Zumeist wurde der Aspekt einer qualitativen Veränderung betont, diese jedoch nicht im Sinne von aversiv oder attraktiv bewertet. Allerdings hätte sich die Beziehung zu den Eltern und zu nahen Verwandten in der Vorstellung von 13,9% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch eher verschlechtert. Sie befürchteten größere Abhängigkeit oder Störung des Verhältnisses durch ein ungewolltes Kind. Verbesserungen im Verhältnis zu den Eltern und nahen Verwandten, mehr Anteilnahme und Freude nannten vor allem die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte.

**Tabelle 42:** Antizipierte Veränderungen in der Beziehung zu nahestehenden Personen (offene Fragen mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n=183)	
	n	%	n	%	n	%
Verschlechterung zu Eltern und Verwandten/mehr Sorge/mehr Abhängigkeit	23	13,9	2	3,9	4	2,2
weniger Kontakte zu Freunden, Nicht-Akzeptanz, Distanzierung	13	7,8	5	9,8	18	9,8
Verbesserung der Beziehung zu Eltern und Verwandten	8	4,8	3	5,9	17	9,3
mehr Verständnis von Freunden, Hilfe, Unterstützung	13	7,8	11	21,6	24	13,1
anderer Rhythmus, anderer Freundeskreis, neue Interessen	47	28,3	13	25,5	31	16,9
sonstiges	4	2,4	3	5,9	5	2,7
	108 Nennungen von 80 Probandinnen (60,2%)		37 Nennungen von 27 Probandinnen (54,9%)		99 Nennungen von 74 Probandinnen (46,4%)	

In den Beziehungen zu Freunden betonte ein Großteil der Frauen aus allen Untersuchungsgruppen, daß sich durch das Kind der Lebensrhythmus ändern, die Lebensgestaltung und der Lebensinhalt sich verlagern würden, andere Interessen wären vorrangig und es müßte sich eventuell ein neuer Freundeskreis gesucht werden. Die Frauen, die sich zum Austragen entschlossen hatten, erwarteten überwiegend größeres gegenseitiges Verständnis von Freunden, neue Anknüpfungspunkte, Unterstützung und Akzeptanz, wenn das Kind da sein wird.

"Im Freundeskreis haben die meisten schon Kinder. Man kann besser mitreden, und das gegenseitige Verständnis ist größer" (PBNR 9, Apothekerin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"In vielen Fällen war die Veränderung positiv, weil wir durch viele Leute erst akzeptiert wurden, weil wir jetzt ein Kind haben" (PBNR 49, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Ja, Freunde und Eltern hätten mir Vorwürfe gemacht, die Beziehungen wären abgekühlt" (PBNR 243, Lehrling, Abbruch der Schwangerschaft).

"Ja, hätte sich bestimmt verändert; viele haben die Schwangerschaft nicht akzeptiert. Das hängt sicher auch von mir ab, wie ich mich im Laufe der Schwangerschaft verändert hätte. Meine Mutter war wütend, daß ich schwanger wurde. Man gehört einer anderen Gruppe an" (PBNR 38, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

Auch im Hinblick auf die **Bewertung** dieser Veränderungen zu nahestehenden Personen erwarteten die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch signifikant häufiger **Verschlechterungen** als die beiden Gruppen der Schwangeren. Das gesamte Ausmaß an antizipierten starken oder schwachen Verschlechterungen betrug bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch 35,6%, bei den Konfliktschwangeren 17,6% und bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte 10,3%. **Verbesserungen** erwarteten 4,2% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 15,7% der Konfliktschwangeren und 13,1% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Die Antizipation von Veränderungen in Beziehungen zu nahestehenden Personen korreliert nicht mit soziodemographischen Variablen.

### *Veränderungen im gesundheitlichen Bereich*

Die Art der Veränderungen im gesundheitlichen Bereich findet sich in Tabelle 43. Angaben liegen vor von 26,5% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 33,3% der Konfliktschwangeren und 28,9% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Die Mehrheit aller Frauen erwartete hier keine Veränderungen oder konnte diese nicht einschätzen.

**Tabelle 43:** Antizipierte gesundheitliche Veränderungen (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n=183)	
	n	%	n	%	n	%
Risikoschwangerschaft	4	2,4	1	2,0	8	4,4
psych. Verschlechterungen, Depressionen etc.	17	10,2	2	3,9	3	1,6
Verschlechterung des Allgemeinzustandes	7	4,2	11	21,6	15	8,2
allg. Möglichkeit von gesundheitl. Problemen	12	7,2	2	3,9	13	7,1
körperl. und psychische Verbesserungen	8	4,8	2	3,9	20	10,9
sonstiges	1	0,6	-	-	4	2,2
	49 Nennungen von 44 Probandinnen (26,5%)		18 Nennungen von 17 Probandinnen (33,3%)		63 Nennungen von 53 Probandinnen (28,9%)	

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch betonten vor allem erwartete psychische Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind wie Depressionen, Nervosität etc. Bei den Konfliktschwangeren stand die Verschlechterung des Allgemeinzustandes im Vordergrund: Übelkeit, Kreislaufprobleme und allgemeine Schwangerschaftsbeschwerden. Körperliche und psychische Verbesserungen wurden vor allem von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte geschildert.

In der **Bewertung** der gesundheitlichen Veränderungen unterschieden sich die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch lediglich von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte signifikant. Gesundheitliche (starke und leichte) **Verschlechterungen** erwarteten 19,9% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 23,5% der Konfliktschwangeren und 12,0% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. **Verbesserungen** wurden von jeweils ca. 5% der Frauen aller Untersuchungsgruppen antizipiert. Die Erwartung von gesundheitlichen Veränderungen korreliert ( $\eta = .41$ ) mit dem Vorhandensein von Krankheiten, wie sie in Kap.6.1 erwähnt wurden und wie sie auch bei der Indikationsfeststellung (s. Kap.8.2.3) eine Rolle spielen.

### *Sonstige Veränderungen*

Bei den Veränderungen im "sonstigen Bereich" wurden vor allem Freizeitaktivitäten genannt: Sport, Reisen, Kontakt zu Freunden und Engagement in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen. Hier betonten 63,3% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 86,3% der Konfliktschwangeren und 51,9% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte die Möglichkeit einer Veränderung:

"Der private Bereich, wie alleine ausgehen, wird sich verändern. Die Eltern wohnen nicht hier, um das Kind zu betreuen. Wenn man sich für ein Kind entscheidet, verzichtet man freiwillig auf private Vergnügungen" (PBNR 2, Studentin, Konfliktschwangerschaft).

"Privatleben fällt erstmal flach, und diesmal ohne Mann, weil ich mich getrennt habe" (PBNR 251, Justizangestellte, Konfliktschwangerschaft).

"Alle Bereiche hätten sich verändert, weil ich das Kind nicht weggegeben hätte" (PBNR 247, Erzieherin, Abbruch der Schwangerschaft).

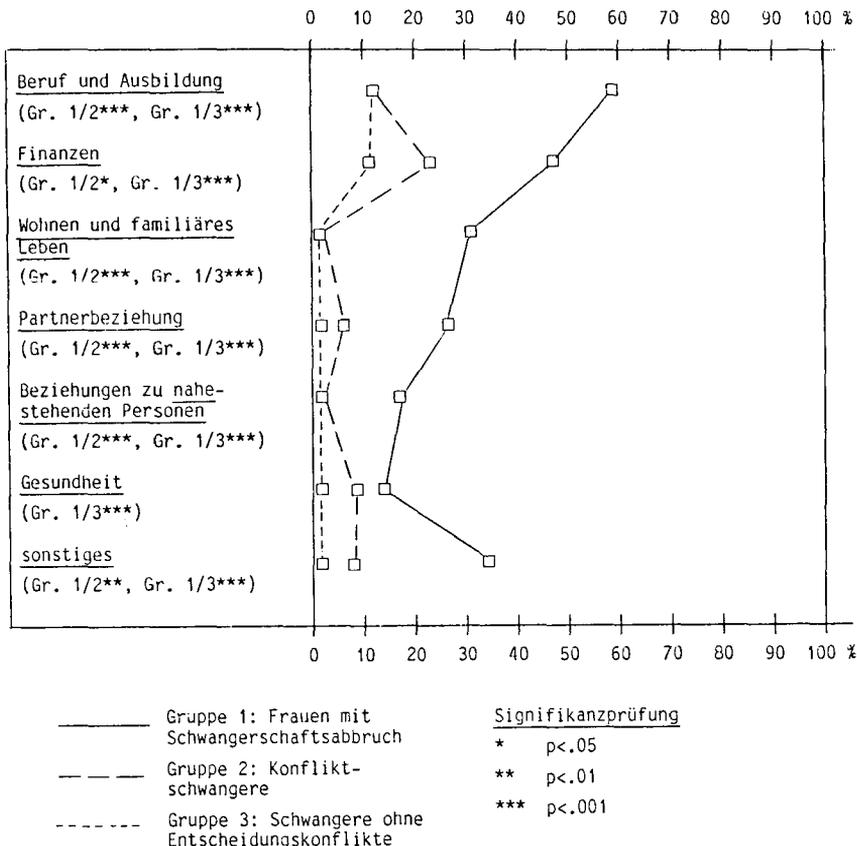
Ansonsten wurden bei dieser Frage oft nochmals Bereiche genannt, die bisher in den vorhergehenden Antworten abgedeckt waren (Arbeit, Familie etc.).

Bei der Frage nach Veränderungen in sonstigen Bereichen **bewerteten** die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch die Veränderungen signifikant negativer als die Vergleichsgruppe. **Verschlechterungen** erwarteten hier insgesamt 50,0% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 35,3% der Konfliktschwangeren und 26,2% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Das Ausmaß der erwarteten **Verbesserungen** lag bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch bei 3,6%, den Konfliktschwangeren bei 7,9% und den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte bei 6,0%.

### *Bewertung der antizipierten Veränderungen*

Bei der Gesamtbetrachtung der antizipierten Veränderungen fällt ins Auge, daß die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in fast allen Bereichen häufiger starke Verschlechterungen antizipierten als die schwangeren Frauen. Jedoch schilderten auch diese häufig Verschlechterungen, vor allem in den Bereichen Beruf und Finanzen. Schaubild 15 zeigt in der Übersicht das Ausmaß, in dem die Befragten **starke** Verschlechterungen in wichtigen Lebensbereichen nannten. Ebenfalls aufgeführt sind signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen (das vollständige Datenmaterial hierzu befindet sich in Anhang Nr.6).

**Schaubild 15:** Antizipierte **starke** Verschlechterungen durch das erwartete Kind in verschiedenen Lebensbereichen



Die Übersicht zeigt, daß von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch starke Verschlechterungen am häufigsten im beruflichen Bereich (Beruf/beruflicher Wiedereinstieg/Ausbildung) genannt wurden. Es folgen finanzielle Verschlechterungen, Verschlechterungen im Bereich des Wohnens und des familiären Zusammenlebens sowie in der Partnerbeziehung.

Auffällig ist, daß sich die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in nahezu jedem der angesprochenen Merkmalsbereiche von den **beiden** Gruppen der Schwangeren signifikant unterschieden, währenddessen die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte und die Konfliktschwangeren keine signifikanten Unterschiede aufwiesen. Dies ist erstaunlich, da die Analyse der soziodemographischen

Variablen (Kap.6.1.) zeigte, daß vergleichsweise wenig Unterschiede zwischen den Konfliktschwangeren und den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch bestanden, während die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte sich in einer deutlich gesicherten Lebenssituation befanden. Das Ausmaß, mit dem erwartete Veränderungen bewertet wurden, scheint demnach nicht unmittelbar von dem Status in diesen Lebensbereichen abzuhängen. Auf diesen Sachverhalt soll später noch genauer eingegangen werden, als Erklärungsmöglichkeiten bieten sich an:

- Da die Befragung retrospektiv war, kann im Sinne der Reduktion von kognitiver Dissonanz die Einschätzung von Veränderungen im nachhinein stärker gewichtet werden, um die getroffene Entscheidung zu stützen.
- Die Ballung von ungesicherten Lebenslagen bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch kann multiplikativ zu einem deutlich erhöhten Gefühl der Bedrohung und damit zu einer Antizipation von gravierenderen Verschlechterungen führen.
- Des weiteren können Einstellungen die Bewertung der möglichen Veränderungen beeinflussen: Wird z.B. der Status der Mutter (derzeit) als nicht erstrebenswert erachtet, so können die durch ein Kind entstehenden Veränderungen eine negativere Nuancierung erfahren.

Obleich auch die Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, relativ häufig Verschlechterungen vor allem im finanziellen Bereich schilderten, stellen bei ihnen vor allem Verbesserungen in der Partnerbeziehung, im familiären Zusammenleben und in Beziehungen zu nahestehenden Personen ein Gegengewicht dar.

### 7.3.2 Gesamtmaß antizipierter Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind

Häufig wurden Verschlechterungen nicht nur in einem Lebensbereich, sondern gleich in **mehreren** erwartet. Die Angaben über vermutliche Veränderungen in verschiedenen Bereichen korrelieren zum Teil stark miteinander: Vor allem die erwarteten Veränderungen in den Bereichen Beruf und Ausbildung, Wohnen und Familie, Partnerbeziehung und Beziehungen zu nahestehenden Personen korrelierten jeweils höher als .30. Demnach brachten beispielsweise erwartete Veränderungen der Partnerbeziehung meist als gleichgerichtete empfundene Veränderungen des familiären Lebens mit sich. Lediglich der finanzielle und der gesundheitliche Sektor stellen sich als relativ unabhängig von den übrigen Bereichen dar.

Die subjektive Einschätzung von starken Verschlechterungen durch ein Kind erstreckte sich bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch auf deutlich mehr Lebensbereiche als bei den beiden Gruppen der schwangeren Frauen. 75,9% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte gaben an, in keinem Lebensbereich starke Verschlechterungen zu erwarten, im Vergleich zu 58,8% der Konfliktschwangeren und 14,5% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch. Von diesen wiederum erwarteten beinahe die Hälfte in drei und mehr dieser als zentral angesehenen Lebensbereiche starke Verschlechterungen (s. Tabelle 44).

### *Bildung eines Index über das Ausmaß antizipierter Verschlechterungen*

Um ein Gesamtmaß über die antizipierten Veränderungen zu bilden, wurde zunächst ein Summenscore für die jeweils genannten Veränderungen gebildet; dabei wurden die Angaben mit folgenden Zahlencodes versehen:

- starke Verbesserung: 1
- leichte Verbesserung: 2
- keine Veränderung, nicht einschätzbar, keine Angabe: 3
- leichte Verschlechterung: 4
- starke Verschlechterung: 5

Bei 7 einzuschätzenden Lebensbereichen kann dieser Summenindex einen Minimalwert von 7 (7 Items x 1) ergeben: Dieser besagt, daß die Veränderungen in allen Lebensbereichen als starke Verbesserungen eingestuft werden. Der Maximalwert liegt bei 35 (7 Items x 5). Dieser bedeutet, daß alle Veränderungen als starke Verschlechterungen betrachtet werden. In Tabelle 44 sind die Mittelwerte bezüglich dieses Summenscores für verschiedene Gruppen dargestellt. Dabei wurde zudem unterschieden, in wievielen Lebensbereichen **starke** Verschlechterungen antizipiert wurden. Diese besondere Betonung der Angabe "starke Verschlechterung" berücksichtigt das deutlich erhöhte Maß an subjektiver Bedrohtheit durch etwaige Veränderungen, wenn mehrere relevante Lebensbereiche gravierend betroffen sind.

Es zeigt sich, daß sowohl in der Höhe des Summenscores als auch bei der speziellen Betroffenheit durch starke Verschlechterungen die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte und die Konfliktschwangeren signifikant von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch verschieden sind. Der Gruppenmittelwert lag für die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte bei 19,7, für die Konfliktschwangeren bei 20,6 und für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch bei 25,3. Auch die Spanne der antizipierten starken Verschlechterungen reichte bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch bis hin zu Verschlechterungen in allen der 7 aufgeführten Lebensbereiche, währenddessen die Konfliktschwangeren und die

Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte zumeist in nicht mehr als zwei Lebensbereichen starke Verschlechterungen antizipierten.

**Tabelle 44:** Ausmaß antizipierter Verschlechterungen

starke Verschlechterungen in:	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
Keinem Lebensb. (19,3)*	24	14,5	30	58,8	139	75,9
1 Lebensbereich (21,9)	30	18,1	12	23,5	37	20,2
2 Lebensbereichen (24,3)	41	24,7	8	15,7	7	3,8
3 Lebensbereichen (26,7)	36	21,7	1	2,0	-	-
4 Lebensbereichen (29,3)	20	12,0	-	-	-	-
5 u. mehr Lebensb. (31,8)	15	9,0	-	-	-	-
	166	100,0	51	100,0	183	99,9

\*  $\bar{x}$  des gebildeten Summenscores

Signifikanzprüfung (t-Test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .001$

Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

### *Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen*

Das quantitative Ausmaß von antizipierten Verschlechterungen hing vor allem mit der **Partnerbeziehung** zusammen ( $\eta^2 = .44$ ): Verschlechterungen wurden eher befürchtet, wenn er ein unverbindlicher Partner war. Damit korrespondierend wurden häufiger Verschlechterungen erwartet, wenn die Frau nicht mit dem Partner zusammenwohnte ( $\eta^2 = .39$ ) und wenn die Frau von staatlicher oder elterlicher Unterstützung abhängig war ( $\eta^2 = .34$ ).

Wie bereits angedeutet, ist es erstaunlich, daß sich bei der Frage nach antizipierten Veränderungen die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von den Konfliktschwangeren und den Frauen ohne Entscheidungskonflikte signifikant unterscheiden. Im Bereich der soziodemographischen Merkmale wiesen die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und die Konfliktschwangeren hingegen größere Ähnlichkeit auf als andererseits die Konfliktschwangeren mit den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Neben einen etwaigen Einfluß der Retrospektivität der Befragung kann auch die Ablehnung der Mutterrolle und die Zukunftsorientierung der Frau einen Einfluß haben. Bei bivariaten Korrelationen ergaben sich Zusammenhänge mit der **Mutterrolle** ( $r = .37$ ): Verschlechterungen wurden

umso häufiger antizipiert, je berufsorientierter die Frau war. Mit der Skala "Zukunftsorientierung" fanden sich keine Korrelationen, die größer als .30 waren.

Zur Klärung der Frage, in welchem Ausmaß die Einstellungen und die soziodemographischen Variablen die antizipierten Verschlechterungen voraussagen können, wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Als Prädiktoren fungierten die in Kap.6.1 dargestellten soziodemographischen Variablen sowie die Einstellungsskalen zur Mutterrolle und zur Zukunftsorientierung (zu Zusammenhängen mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft s. Kap.7.4).

Die durch den stufenweisen Einschluß der stärksten Variable erhaltene Regressionsfunktion erklärt 26,9% der Varianz des Ausmaßes antizipierter Verschlechterungen. Tabelle 45 zeigt die in die Regressionsfunktion eingehenden Variablen.

**Tabelle 45:** Einflußfaktoren auf das Ausmaß antizipierter Verschlechterungen (Standardisierte Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Stärkere Erwartung von Verschlechterungen, wenn:
1. Partnerbeziehung	.35***			• unverbindlichere Partnerbeziehung
2. Einstellung zur Mutterrolle	.25***			• ablehnendere Einstellung zur traditionellen Mutterrolle
3. Kinderzahl	.13**			• mehrere Kinder vorhanden
4. Einkommenshöhe	.13**			• weniger Einkommen
5. Krankheiten	.09*	.52	26,9%	• Krankheiten vorhanden

Signifikanzprüfung: \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

Als das vorhersagestärkste Merkmal erwies sich die **Partnerbeziehung**. Verschlechterungen werden umso häufiger und stärker erwartet, je unverbindlicher die Partnerbeziehung war. Daneben spielte die Einstellung zur **Mutterrolle** eine wesentliche Rolle. Veränderungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind wurden umso negativer beurteilt, desto ablehnender die Frau der traditionellen Mutterrolle gegenüberstand. Des weiteren wurden Verschlechterungen eher antizipiert, wenn bereits mehrere **Kinder** vorhanden waren. Ebenso wie bereits bei der "emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft" wirkt das Merkmal

Kinderzahl auch hier als Suppressor-Variable, da auf bivariater Analyseebene keine nennenswerten Korrelationen zwischen der Kinderzahl und der Antizipation von Veränderungen aufgefunden wurden. Weitere vorhersagestarke Merkmale waren die **Einkommenshöhe** sowie das Vorliegen von **Krankheiten**: Verfügte die Frau über weniger Einkommen und waren Krankheiten in bezug auf die Schwangerschaft relevant, so erwartete die Frau für den Fall des Austragens der Schwangerschaft deutlichere Verschlechterungen. Insgesamt konnten diese Variablen allerdings lediglich 1/4 der Varianz des Ausmaßes antizipierter Verschlechterungen erklären. Auch weitere Variablen erbrachten darüber hinaus keinen nennenswerten Beitrag.

### 7.3.3 Zusammenfassung und Diskussion

Bei der Bearbeitung der antizipierten Veränderungen für den Fall des Austragens der Schwangerschaft wurde davon ausgegangen, daß die Schwangerschaft und die nachfolgende Mutterschaft Folgen haben kann, die die Schwangere bei ihrer Entscheidung bereits voraussieht. Eine schwere finanzielle Belastung, ein schwerer Partnerschaftskonflikt etc. müssen somit keine gegenwartsbezogenen Konflikte konstituieren, sondern können auch ihre Relevanz im Hinblick auf künftige Situationen entfalten. Es wurde deutlich, daß die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch stärkere und in mehr Lebensbereichen gravierende Verschlechterungen antizipierten als die Frauen, die die Schwangerschaft austragen.

Am häufigsten wurden von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch Verschlechterungen im beruflichen Bereich (Beruf/beruflicher Wiedereinstieg/Ausbildung) erwartet, gefolgt von finanziellen Verschlechterungen, Verschlechterungen im Bereich des Wohnens, des familiären Zusammenlebens und der Partnerschaft. Im Vergleich zu der Untersuchung von OETER/NOHKE (1982), bei der ebenfalls antizipierte Veränderungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind im Vordergrund standen, zeigten sich vergleichbare Resultate bezüglich der Rangreihe und der Häufigkeit von erwarteten starken Verschlechterungen: Auch bei OETER/NOHKE (1982) standen an erster Stelle antizipierte Verschlechterungen im beruflichen Bereich, etwa die Hälfte erwarteten starke Verschlechterungen im finanziellen und etwa 1/3 im familiären Bereich. Darüber hinaus schilderten jeweils ca. 20% erwartete Verschlechterungen bezüglich der Partnerschaft und ihrer Gesundheit.

Neben der Partnerschaft erbrachte die Einstellung zur Mutterrolle einen maßgeblichen Erklärungsbeitrag zu der Antizipation von Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind. Die subjektiven Situationsbewertungen sind somit nicht nur abhängig von der "objektiven" Situation,

sondern auch davon, als wie erstrebenswert die Mutterrolle allgemein durch die Frau erachtet wird. Zudem ist nicht auszuschließen, daß ein gewisses Ausmaß retrospektiver Legitimierungen in die Aussagen miteinfließt.

Zumindest im subjektiven Bewußtsein der befragten Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ergaben sich für den Fall des Austragens der Schwangerschaft große Schwierigkeiten, Hindernisse und Nachteile. Auch die Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, erwarteten vorrangig im finanziellen und beruflichen Bereich häufig Nachteile, die allerdings in der Regel als weniger gravierend eingeschätzt wurden. Ein Gegengewicht schienen vor allem Verbesserungen der Partnerbeziehung und des familiären Zusammenlebens darzustellen, durch die das Kind - vor allem bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte - als Bereicherung des eigenen Lebens empfunden werden kann.

#### **7.4 Verknüpfung psychosozialer Einfluß- und Konfliktfaktoren**

Versucht man nunmehr die Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft vorherzusagen und die Untersuchungsmerkmale von Frauen, die die Schwangerschaft austragen oder abbrechen, zu ermitteln, bedürfen die in den letzten Kapiteln dargestellten Merkmalsbereiche einer Verknüpfung. Es wird davon ausgegangen, daß die Berücksichtigung emotionaler, reflektiv-realistischer und normativer Aspekte dafür geeignet ist, die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch zu prognostizieren.

**Jede Schwangerschaft beinhaltet psychische Anpassungsvorgänge an eine neue Situation. Die Entscheidung über Schwangerschaftsabbruch oder Austragen der Schwangerschaft läßt sich dabei in hohem Maße durch die Komponenten "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch", "emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft" und "antizipierte Veränderungen durch ein (weiteres) Kind" vorhersagen.**

Wie es sich in den vorhergehenden Kapiteln gezeigt hat, sind diese Einflußfaktoren ihrerseits von soziodemographischen Merkmalen und Einstellungen abhängig:

So zeigte es sich, daß sich die Varianz der "Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch" zu 49,3% durch die vier Variablen "Einstellung zur Mutterrolle", "Familienstand", "frühere Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch" und "Schulbildung" erklären ließ (s. Kap.7.1).

Ähnlich gute Resultate wurden bei der Frage nach den **ersten Reaktionen** der Frau auf die Schwangerschaft erzielt. Die Variablen "Reaktion des Partners", "Partnerbeziehung", "Einkom-

menshöhe", "Kinderzahl" und "Einstellung zur Mutterrolle" erklärten 41,5% der Varianz dieser Variable (s. Kap.7.2).

Eine schlechtere Vorhersage gelang bei dem **Ausmaß antizipierter Verschlechterungen**. Es konnten lediglich 26,9% der Varianz erklärt werden. Hierzu trugen die Variablen "Partnerbeziehung", "Einstellung zur Mutterrolle", "Kinderzahl", "Einkommenshöhe" und "Krankheiten" bei (s. Kap.7.3).

### 7.4.1 Unterscheidungsmerkmale der Untersuchungsgruppen

Im folgenden soll nun mit weiteren multivariaten Verfahren untersucht werden, welchen Stellenwert diese Variablen im Entscheidungsgefüge einnehmen. Mit Hilfe von Diskriminanzanalysen kann ermittelt werden, welche Merkmale maßgeblich zur Unterscheidung der Untersuchungsgruppe "Frauen mit Schwangerschaftsabbruch", "Konfliktschwangere" und "Schwangere ohne Entscheidungskonflikte" beitragen. Folgende Variablenbereiche wurden in die Analyse aufgenommen:

- Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und Zukunftsorientierung (aufgrund der hohen Korrelationen konnte die Einstellungsskala zur Mutterrolle nicht mit einbezogen werden, vgl. Kap.7.1).
- Die erste emotionale Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft sowie die ihres Partners (vgl. Kap.7.2).
- Das Ausmaß antizipierter Verschlechterungen (vgl. Kap.7.3).
- Soziodemographische Variablen (vgl. Kap.6.1).

Bei der Betrachtung von Diskriminanzanalysen, bei denen je eine Untersuchungsgruppe mit einer anderen verglichen wurde (Tabelle 46) zeigt es sich, daß das Ausmaß der Erklärung von Unterschieden zwischen den Gruppen stark variiert. Vergleicht man die Ergebnisse, die unter Einbeziehung von subjektiven Bewertungskategorien der betroffenen Frauen gefunden wurden, mit den in Kap.6.1 durchgeführten Diskriminanzanalysen, bei denen lediglich soziodemographische Merkmale eingingen, so fällt ein deutlicher Zugewinn an erklärter Varianz auf.

Bei der Trennung von **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** erhöhte sich die erklärte Varianz von 42% auf 72,6%. Die Unterschiede zwischen diesen Frauen können zu einem außerordentlich hohen Maß durch die eingegangenen Variablen erklärt werden. Frauen mit Schwangerschaftsabbruch unterschieden sich von Schwangeren

**Tabelle 46:** Unterschiede zwischen je zwei Untersuchungsgruppen hinsichtlich psychosozialer Merkmale (Diskriminanzanalyse)

	<b>Gruppe 1</b> vs. <b>Gruppe 2</b>	<b>Gruppe 1</b> vs. <b>Gruppe 3</b>	<b>Gruppe 2</b> vs. <b>Gruppe 3</b>
canon. Korrelationskoeffizient (Anteil an erklärter Varianz)	.57 (32.3%)*	.85 (72.6%)*	.71 (50.3%)*
Korrekte Klassifikation (%)	91.0 : 60.8	88.6 : 96.2	74.5 : 91.8
<b>Merkmale und standardisierte Diskriminanzkoeffizienten</b>	1. Ausmaß antizipierter Verschlechterungen .75 2. in Ausbildung .38 3. Kinderzahl .35 4. Reaktion des Partners .34 5. Partnerbeziehung .33 6. Einkommenshöhe .24 7. frühere Schwangerschaftsabbrüche .18 8. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .18 9. Konfession .16	1. Erste Reaktion der Frau .48 2. Reaktion des Partners .44 3. Ausmaß antizipierter Verschlechterungen .40 4. Partnerbeziehung .34 5. in Ausbildung .20 6. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .16 7. Kinderzahl .15 8. Einkommenshöhe .12 9. Konfession .08	1. Erste Reaktion der Frau .76 2. Reaktion des Partners .24 3. Partnerbeziehung .24 4. frühere Schwangerschaftsabbrüche .20 5. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch .19 6. Zukunftsorientierung .16 7. Ausmaß antizipierter Verschlechterungen .15 8. in Ausbildung .14 9. Krankheiten .11

Legende: **Gruppe 1:** Frauen mit Schwangerschaftsabbruch  
**Gruppe 2:** Konfliktschwangere  
**Gruppe 3:** Schwangere ohne Entscheidungskonflikte

Signifikanzprüfung: \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .01

ohne Entscheidungskonflikte in ihrer negativeren ersten Reaktion auf die Schwangerschaft, der negativeren Reaktion des Partners, der erhöhten Antizipation von Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind sowie eine unverbindlichere Partnerbeziehung. Darüber hinaus befanden sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger in Ausbildung, hatten eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, weniger Kinder, weniger

Einkommen und waren häufiger evangelisch oder konfessionslos. Die aufgrund der Kombination dieser Merkmale vorhergesagte Gruppenzuordnung (Klassifikation) stimmt zu ca. 90% mit der tatsächlichen Untersuchungsgruppe überein.

Bei der Trennung von **Konfliktschwangeren** und **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** fand ein Anstieg von 18,5% bei Einbeziehung von lediglich soziodemographischen Merkmalen auf nunmehr 50,3% erklärter Varianz statt. Schwangere ohne Entscheidungskonflikte und Konfliktschwangere unterschieden sich hauptsächlich in der ersten Reaktion auf die Schwangerschaft. Dieses Ergebnis birgt allerdings eine Tautologie in sich, da unter anderem die erste Reaktion zu der Schwangerschaft ein Indikator zur Bildung der Untersuchungsgruppen war. Dieses Ergebnis kann somit eher als empirische Validierung der getroffenen Gruppenzuordnung betrachtet werden. Neben der negativeren ersten Reaktion der Konfliktschwangeren erwies sich auch die negativere Reaktion des Partners dieser Frauen als trennstarkes Merkmal. Darüber hinaus lebten Konfliktschwangere in einer unverbindlicheren Partnerbeziehung, hatten häufiger frühere Schwangerschaftsabbrüche und eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Ihre pessimistischere Zukunftsorientierung und das erhöhte Maß antizipierter Verschlechterungen trugen ebenso zur Unterschiedlichkeit bei wie die Tatsache, daß sie häufiger in Ausbildung waren und öfter Krankheiten schilderten.

Bei der Trennung von **Konfliktschwangeren** und **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** wurde zwar ebenfalls eine Erhöhung der erklärten Varianz erzielt (von 13,1% auf 32,3%), allerdings stellt sich das Resultat als weniger zufriedenstellend dar. Frauen mit Schwangerschaftsabbruch antizipierten im Vergleich zu Konfliktschwangeren stärkere Verschlechterungen ihrer Lebensumstände durch ein (weiteres Kind), sie waren häufiger noch in Ausbildung und kinderlos; ihre Partnerbeziehung war unverbindlicher und der Partner reagierte häufiger negativ auf die Schwangerschaft. Darüber hinaus verfügten sie über weniger Einkommen, hatten weniger häufig frühere Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch, eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und waren häufiger evangelisch oder konfessionslos als die Konfliktschwangeren.

### 7.4.2 Bedingungsgefüge des Schwangerschaftskonflikts

Als nahezu durchgängiges Resultat der bisherigen Analysen kann festgehalten werden, daß diejenigen Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen ließen, und die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte **Extremgruppen** bildeten, währenddessen die Konfliktschwangeren eine **Mittelposition** einnahmen, und zwar sowohl bezüglich des soziodemographischen Status als auch der Einstellungen

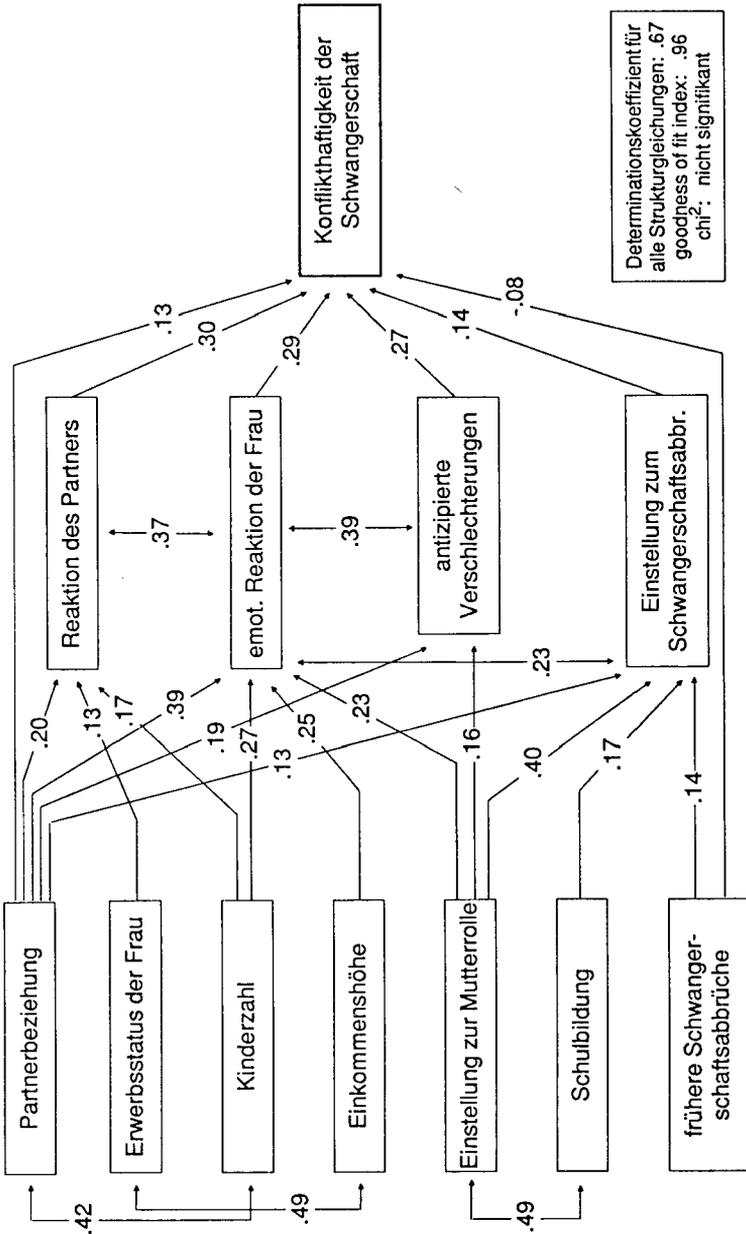
als auch der emotionalen Reaktion auf die Schwangerschaft und die Antizipation von Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind. Dies legt für die nun folgende Analyse nahe, die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft als Zielvariable anzusehen und "Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte", "Konfliktschwangerschaft" und "Schwangerschaftsabbruch" als deren graduelle Ausprägungen zu definieren. Mit Hilfe des Programms LISREL wurde eine Pfadanalyse durchgeführt, wobei die "Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft" durch folgende Merkmale vorhergesagt werden soll:

- Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.
- Erste emotionale Reaktion der Frau und ihres Partners.
- Ausmaß antizipierter Verschlechterungen.

Diese Merkmale wiederum sind durch weitere exogene Merkmale (vgl. PFEIFER/SCHMIDT 1987, S.23f.), wie z.B. die soziodemographischen Variablen, beeinflußt. Die simultane Betrachtungsweise dieser Zusammenhänge ist in Schaubild 16 dargestellt. Die Stärke der jeweiligen Zusammenhänge ist durch die angegebenen beta- und gamma-Koeffizienten dargestellt, wobei nur signifikante Koeffizienten Eingang fanden.

Die erklärte Varianz des Gesamtmodells liegt bei 67% und ist damit außerordentlich hoch. Betrachtet man die einflußreichsten Variablen, die die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft und im Extremfall deren Abbruch bestimmten, so sind dies - wie theoretisch erwartet - die **emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft** durch die **Frau** und ihren **Partner** sowie die **antizipierten Verschlechterungen** durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind. Diese Merkmale weisen die höchsten Koeffizienten auf: Die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft war umso ausgeprägter, je negativer beide Partner auf die Schwangerschaft reagierten und je mehr Lebensbereiche durch die Schwangerschaft und das Kind als gravierend belastet empfunden wurden. Diese Merkmale sind allerdings nicht unabhängig voneinander. Wie aus Schaubild 16 hervorgeht, bestehen Beziehungen sowohl zwischen der emotionalen Reaktion der Frau und der des Partners sowie auch zwischen der emotionalen Reaktion der Frau und der Antizipation von Verschlechterungen. Es kann also davon ausgegangen werden, daß negative Reaktionen auf die Schwangerschaft bzw. Ablehnung der Schwangerschaft zu einer negativeren Einschätzung der Veränderungen der Lebensumstände durch ein Kind führen. Umgekehrt kann auch das antizipierte Ausmaß an Verschlechterungen negative emotionale Reaktionen bezüglich der Schwangerschaft bedingen. Zwischen der emotionalen Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft und der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** finden sich ebenfalls Zusammenhänge, die jedoch schwächer ausgeprägt sind. Eine libe-

**Schaubild 16:** Bedingungsgefüge des Schwangerschaftskonflikts (Pfadanalyse)



rale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und negative Reaktionen auf die Schwangerschaft traten häufig gemeinsam auf, wobei nicht entschieden werden kann, welches Merkmal das andere bedingt. Auch die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wirkte direkt auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft, allerdings ist der beta- Koeffizient vergleichsweise gering. Normative Erwägungen scheinen neben den übrigen Faktoren in diesem Entscheidungsgefüge eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.

Zwei weitere Merkmale wirken **direkt** auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft ein: der Status der Partnerbeziehung und die Tatsache früherer Schwangerschaftsabbrüche. Eine Schwangerschaft war umso konflikthafter, je verbindlicher die Partnerbeziehung war. Hingegen hemmten frühere Schwangerschaftsabbrüche in einem direkten Pfad den Entschluß, wiederum eine Schwangerschaft abubrechen. Sowohl die Partnerbeziehung als auch die früheren Schwangerschaftsabbrüche weisen noch indirekte Pfade auf und entwickeln über ihre Zusammenhänge mit der emotionalen Akzeptanz, den antizipierten Verschlechterungen und der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch weitere Relevanz in bezug auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft. Alle übrigen Variablen wirken ausschließlich auf indirektem Wege.

Der Status der **Partnerbeziehung** beeinflusste direkt die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft wie auch die Reaktion des Partners, die erste emotionale Reaktion der Frau, die Antizipation von Verschlechterungen und die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Dabei führte eine unverbindlichere Partnerbeziehung zu negativen Einschätzungen in allen Bereichen. Deutlicher als in vergleichbaren Untersuchungen kristallisierte sich somit die Partnerbeziehung als wichtigster sozialer Faktor heraus, der die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft und damit die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch maßgeblich prägt.

Damit in Zusammenhang ist die Bedeutung der **Kinderzahl** zu interpretieren. Das Vorhandensein mehrerer Kinder führte zu negativen emotionalen Reaktionen der Frau und des Partners, dies jedoch nur, wenn der zusätzliche Informationsgehalt der Variable Kinderzahl bezogen auf die Variable Partnerbeziehung beachtet wird (Suppressor-Variable, vgl. Kap.7.2.3 und 7.3.2). Da Frauen mit unverbindlicher Partnerbeziehung auch eher keine Kinder hatten, floß diese Information bereits bei Betrachtung der Partnerbeziehung mit ein. Somit wirkte die Variable "Kinderzahl" dann konfligierend, wenn entweder noch keine oder schon mehrere Kinder vorhanden waren.

Die **Einkommenshöhe** beeinflusste die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft und damit deren Konflikthaftigkeit, wobei sich geringes Einkommen negativ auswirkte.

Eine weitere zentrale Variable ist die **Einstellung zur Mutterrolle**. Diese beeinflusste sowohl die emotionale Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft wie auch die Antizipation von Verschlechterungen und die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Diese Variable wirkte dabei in dem Sinne, daß eine ablehnende Haltung gegenüber der Mutterrolle negativere Gefühle zu der Schwangerschaft, eine erhöhte Antizipation von Verschlechterungen und eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zur Folge hatte; all diese Faktoren wirkten konfligierend.

Die **Schulbildung** der Befragten zeigte lediglich einen Zusammenhang mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und über diesen Weg zur Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft.

Interessant ist der Einfluß **früherer Schwangerschaftsabbrüche**. Zum einen wirkten Schwangerschaftsabbrüche in einem direkten Pfad hemmend auf die Entscheidung, wiederum einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, sei es um der Stigmatisierung des "Mehrfachabbruchs" zu entgehen, sei es, weil die in der Regel belastende Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs schon einmal durchgemacht wurde. Andererseits wirkten frühere Schwangerschaftsabbrüche "liberalisierend" auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und trugen somit auch in gewisser Weise zu einer Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch bei.

Weitere Merkmale - wie z.B. Krankheiten, die Konfessionszugehörigkeit oder die regionale Herkunft - erbrachten im Rahmen dieses Modells keine signifikanten Zusammenhänge.

### 7.4.3 Zusammenfassung und Diskussion

Die durchgeführten Analysen zeigten, daß die folgenden situativen oder individuellen Faktoren (in der jeweils angeführten Polarität) bei gegebener Entscheidungssituation die Wahrscheinlichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs erhöhen, wobei (entsprechend dem linearen Ansatz) diese Wahrscheinlichkeit umso höher wird, je mehr die folgenden Eigenschaften vorhanden sind:

- ein erhöhtes Ausmaß antizipierter Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind
- noch in Ausbildung
- keine oder wenige Kinder
- eine negative Reaktion des Partners

- eine unverbindliche Partnerbeziehung
- geringes Einkommen
- keine früheren Schwangerschaftsabbrüche
- eine "liberalere" Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch
- Zugehörigkeit zur evangelischen Konfession oder Konfessionslosigkeit.

Die Ergebnisse dieser Analysen dokumentieren die Bedeutung, die den einzelnen unabhängigen Variablen dabei zukommt. Versucht man die Struktur des Entscheidungsprozesses zu untersuchen und eine **Hierarchie** von Abhängigkeiten zu überprüfen, so zeigten insgesamt sechs Merkmale einen direkten Einfluß auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft: eine Schwangerschaft wird als umso konflikthafter empfunden und endet im Extremfall im Schwangerschaftsabbruch, wenn sowohl der Partner als auch die Frau negativ auf die Schwangerschaft reagierten, in hohem Maße Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das weitere Kind antizipiert wurden, die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch liberaler war und wenn zudem eine unverbindliche Partnerbeziehung vorlag und noch keine Erfahrungen mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen gemacht wurden. Weitere Merkmale wie die Kinderzahl, die Einkommenshöhe, die Einstellung zur Mutterrolle und die Schulbildung wirkten indirekt auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft, indem sie die oben genannten Merkmale beeinflussten.

Von einer Vorhersage der Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft könnte jedoch streng genommen erst dann gesprochen werden, wenn die Analyse der Entscheidungssituation, deren Ausgang man vorhersagen möchte, vorgeht. Man müßte also einen prospektiven Untersuchungsansatz wählen. Dies war jedoch nicht möglich. Vor allem bei Einstellungsvariablen kann man nicht ausschließen, daß die Entscheidung für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft Rückwirkungen auf die Einstellungen ausüben. Im Gegensatz dazu unterliegen die demographischen und sozio-ökonomischen Variablen nicht solchen Verschiebungen.

Ein vergleichbares Pfadmodell wurde auch von WIMMER-PUCHINGER (1983, S.67) erstellt. Demnach hatte die von ihr gemessene Arbeitszufriedenheit sowie die Partnerzufriedenheit direkten Einfluß auf die Entscheidung in dem Sinne, daß erhöhte Arbeitszufriedenheit eher zum Schwangerschaftsabbruch, erhöhte Partnerzufriedenheit jedoch eher zum Austragen der Schwangerschaft führte. Des Weiteren konnte sie direkte Pfade von der Wohnqualität, der Zukunftsvorstellung bezüglich Ehe und Familie sowie der Einstellung zur Fristenlösung und der Entscheidung für oder gegen die Geburt ermitteln. Demgegenüber hatte die soziale

Schicht nach WIMMER-PUCHINGER (1983, S.68) im wesentlichen über zwei vermittelnde Variablen Einfluß: über die Wohnqualität und über die Einstellung zur Kirche. Jedoch sind diese Effekte widersprüchlich: Je höher die soziale Schicht war, desto besser waren die finanzielle Situation und die Wohnverhältnisse, diese wiederum führten eher zu einer Entscheidung für die Geburt des Kindes. Andererseits ergab sich, daß die Einstellung zur Kirche umso negativer war, je höher die soziale Schicht der Befragten war. Die negative Einstellung zur Kirche führte nun eher zur Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft. Nach WIMMER-PUCHINGER beeinflusste die Einstellung zur Kirche nicht direkt die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch, sondern vermittelt über die Einstellung zur Fristenregelung.

Hierzu im Gegensatz erwiesen sich in der hier durchgeführten Untersuchung konfessionelle Faktoren als wenig relevant für die Entscheidung, und ebenfalls nicht für die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Ein übereinstimmendes Ergebnis fand sich in bezug auf die Einstellung zur Mutterrolle: Auch nach WIMMER-PUCHINGER (1983) hat das Vorhandensein oder Fehlen von familienorientierten Zukunftsvorstellungen eine zentrale Bedeutung sowohl für die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch direkt als auch in der Einwirkung auf weitere Merkmale. Bezüglich der zentralen Variablen zeigt sich somit eine relativ gute Übereinstimmung zwischen der Untersuchung von WIMMER-PUCHINGER (1983) und der hier durchgeführten Studie.

Zusammenfassend wurde bezüglich soziodemographischer Merkmale deutlich, daß sich bei den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch realisierten, häufig weder die Partnerbeziehung noch der berufliche Status, noch die Einkommensverhältnisse als stabil erwiesen. Jedoch weniger als die Lebensverhältnisse an sich, vielmehr ihr Niederschlag in den subjektiven Situationsbewertungen bestimmte den Ausgang der Konfliktschwangerschaft. Das Leben der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführten, wäre - aus subjektiver Sicht - in mehrere Facetten stärker durch die Schwangerschaft und das Kind belastet worden.

Ein weiteres wesentliches Entscheidungsmoment war die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft sowohl der Frau als auch des Partners. Vor allem der Partnerbeziehung kam ein bedeutender Einfluß zu. Sowohl in der Verbindlichkeit der Beziehung als auch in der Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft unterschieden sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von Frauen, die die Schwangerschaft austrugen. Es wurde häufig die Sorge geäußert, daß die Partnerbeziehung nicht tragfähig genug sei und vom Partner zu wenig emotionale Unterstützung zu erwarten sei. Bei diesen Frauen hätte das Austragen der

Schwangerschaft entweder zu einer forcierten Verbindlichkeit der Beziehung geführt oder den Status der alleinerziehenden Mutter zur Folge gehabt.

Hinzu kam, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger kinderlos waren. Auch hier findet sich noch keine Festlegung auf die Tätigkeit als Mutter, sondern eher gewisse Vorbehalte gegenüber dieser Rolle, wenn man die diesbezügliche Einstellungsskala betrachtet. Auch waren Frauen mit Schwangerschaftsabbruch häufiger noch in Ausbildung als die Frauen, die die Schwangerschaft austrugen und die diesen Aspekt der Zukunftsgestaltung bereits verwirklicht hatten.

Auch die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch lieferte ein - jedoch relativ bescheidenes - Unterscheidungsmerkmal zwischen den Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen oder austrugen: Für Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, war ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund ihrer Werthaltung eher tolerierbar als für Frauen, die sie austrugen. Allerdings scheint der Stellenwert der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch in der aktuellen Entscheidungssituation neben der Lebenslage und vor allem der Situationsinterpretation durch die Frau vergleichsweise gering zu sein. Da zudem auch die Erfahrung früherer Schwangerschaftsabbrüche die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch deutlich beeinflusste, kann insgesamt angenommen werden, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch vergleichsweise wenig Bedeutung für die konkrete Entscheidung hat, wohl aber die Einstellung sich ändert, wenn ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird. In der aktuellen Entscheidungssituation scheinen psychosoziale Konflikte den Einfluß von normativen Erwägungen zu überlagern.

Dazu im Gegensatz schienen sich vor allem Schwangere ohne Entscheidungskonflikte eher in einer konsolidierten Lebensphase zu befinden. Die Schwangerschaft bewirkte in dieser Gruppe keine vergleichbar deutlich geschilderten Verschlechterungen, da der relativ stabile Status der Verheirateten, mit dem Partner zusammenlebenden und unter Umständen von ihm ökonomisch abhängigen Frau mit Kindern oft erreicht war. Da es sich bei ihnen oft um das erste oder zweite Kind handelte, können auch Vorstellungen über die ideale Kinderzahl im Sinne einer Zielverwirklichung Einfluß auf das Reproduktionsverhalten haben. Diese Frauen sind in der Bewertung ihrer Mutterrolle als derzeit eher familienorientiert zu betrachten und können das erwartete Kind als Bereicherung ihres Lebens empfinden.

## 8. Erfahrungen mit den Institutionen nach § 218 StGB

Um einen Schwangerschaftsabbruch auf legalem Wege zu erreichen, muß eine Frau zum Zweck der Sozialberatung eine anerkannte Beratungsstelle aufsuchen. Des weiteren ist die Indikationsfeststellung durch einen Arzt sowie eine medizinische Beratung obligatorisch. Sodann kann sie sich in eine Klinik oder eigens zugelassene Einrichtung begeben, in der der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird. Schaubild 17 zeigt die möglichen Varianten dieses Verlaufs (aus PRO FAMILIA BREMEN 1978, S.11).

Die Reihenfolge der Verfahrensschritte kann (bislang) variabel gehandhabt werden. Ohne daß dies im einzelnen mit der gewählten Reihenfolge durch die befragten Frauen übereinstimmen muß, wird aus Gründen der Übersichtlichkeit zunächst mit der Darstellung der Sozialberatung begonnen.

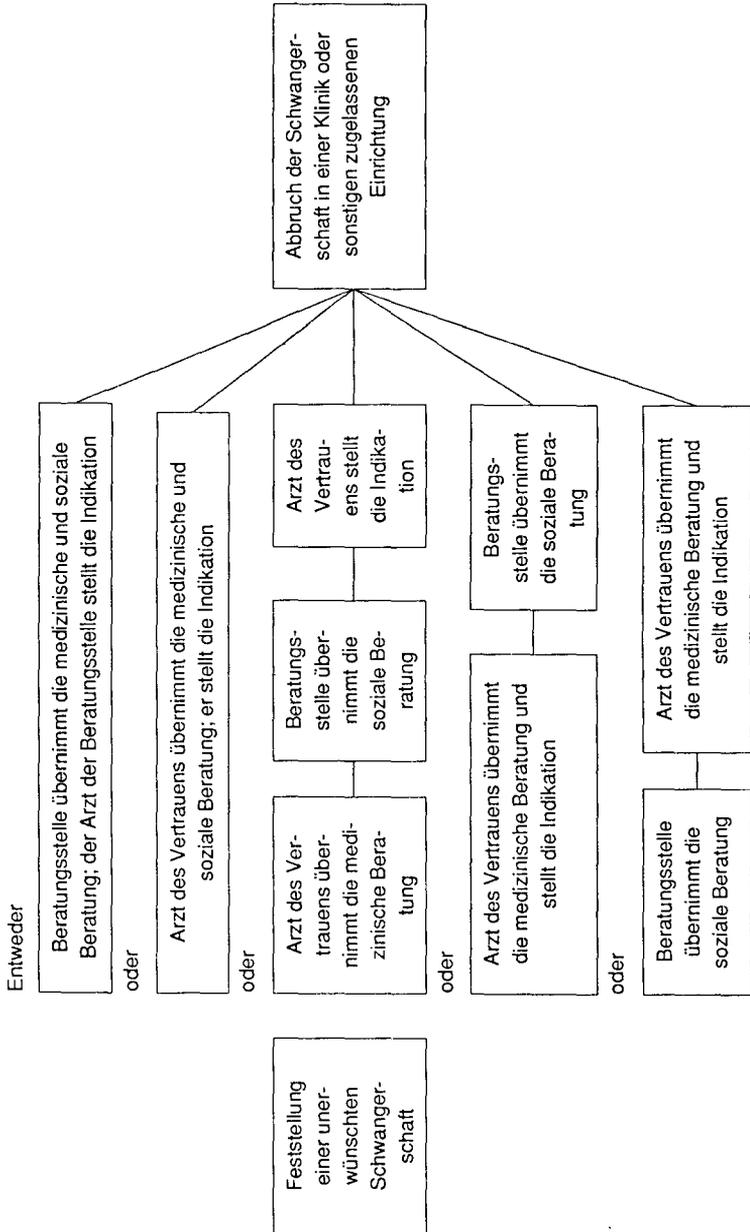
In Kapitel 8.1 sollen die Erfahrungen der befragten Frauen mit den von ihnen aufgesuchten **Beratungsstellen** geschildert werden. Ergänzt wird dies durch die Einschätzung der zur Verfügung stehenden flankierenden Maßnahmen für Mütter bzw. Familien.

Dem **indikationsstellenden Arzt** wird darauf folgend Aufmerksamkeit gewidmet, ebenso der Begründung der Indikationsfeststellung (Kapitel 8.2). Die medizinische Beratung soll nicht gesondert erörtert werden, da diese in der Regel nicht als eigenständiger Beratungsteil wahrgenommen wird. Medizinische Aspekte finden im Rahmen der Indikationsfeststellung und bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs Berücksichtigung.

Die **Einrichtung zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs** wird überwiegend ländervergleichend dargestellt werden (Kapitel 8.3), da hier die unterschiedliche Ausgestaltung des § 218 StGB in den untersuchten Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg besonders deutlich zutage tritt.

In Kapitel 8.4 sollen die Erfahrungen der Frauen mit den Institutionen nach § 218 StGB integrativ dargestellt werden, um die Implementationsprozesse im Hinblick auf unterschiedliche Facetten zu untersuchen. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Einhaltung und Verfügbarkeit des Verfahrenswegs sowie der Entscheidungsrelevanz diesbezüglicher Maßnahmen.

**Schaubild 17:** Wege zum legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland



## 8.1 Handlungsschritt 1: Sozialberatung

Eine Schwangere muß sich nach § 218b StGB mindestens drei Tage vor der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen beraten lassen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtern können. Diese Aufgabe wird von speziell anerkannten Beratungsstellen und Ärzten übernommen. Neben der Beratung über finanzielle Hilfen hat sich die psychosoziale Beratung zum eigentlichen Kern der Tätigkeit entwickelt. Nach bisherigen Forschungen (vgl. Kap.2.3.1) ist die präventive Bedeutung, wie sie von der Beratung erwartet wird, eher skeptisch zu beurteilen. Dies führt zu der zentralen Annahme dieses Kapitels:

**Der Sozialberatung ist insgesamt wenig Entscheidungsrelevanz zuzumessen, da die meisten Frauen bereits vorentschieden sind. Sie ist jedoch einflußreich bei Frauen, die in ihrer Entscheidung noch nicht festgelegt sind.**

Versucht man die möglichen Einflußfaktoren auf das **konkrete** Beratungsgeschehen zu analysieren, so gilt es, die betroffene Frau mit ihren Erwartungen, die jeweilige Beraterpersönlichkeit, die Konzeption des Trägers der Beratungsstelle sowie die länderspezifischen Beratungsrichtlinien zu berücksichtigen, die im Hinblick auf den Schutz des ungeborenen Lebens in Hessen und Baden-Württemberg unterschiedlich nuanciert sind. Es wird vermutet, daß Beratungsstellen unterschiedlicher Träger von Frauen mit verschiedenen Erwartungen aufgesucht werden:

- Steht die Bescheinigung der Sozialberatung im Vordergrund, werden Pro Familia-Beratungsstellen aufgesucht.
- Stehen Hilfen für Mutter und Kind im Vordergrund, werden konfessionelle Beratungsstellen aufgesucht.
- Frauen suchen diejenige Beratungsstelle auf, die ihrer eigenen Wertorientierung nahesteht.

Auch ist anzunehmen, daß die verschiedenen Beratungskonzepte der einzelnen Träger (vgl. Kap.2.3.1) zu einem unterschiedlichen Beratungsablauf führen und die Landesrichtlinien ebenfalls Einfluß haben:

- Die Reaktionen der Berater/innen, die Zeitdauer der Beratung und die Zufriedenheit mit der Beratung sind von den geäußerten Erwartungen der Frauen abhängig und variieren zwischen Beratungsstellen unterschiedlicher Träger.

- Einflüsse der Länderrichtlinien auf den Beratungsprozeß äußern sich in unterschiedlichen Reaktionen der Berater/innen und einer unterschiedlichen Zeitdauer der Beratung.

Von den finanziellen flankierenden Maßnahmen wird erwartet, daß sie die Entscheidung zum Austragen der Schwangerschaft erleichtern können. Im Hinblick auf diese Hilfen soll von folgenden Annahmen ausgegangen werden:

- Vorhandene flankierende finanzielle Maßnahmen werden von den Frauen als eher unzureichend eingestuft.
- Finanzielle Hilfen erreichen dann Entscheidungsrelevanz, wenn die Frau wenig vorentschieden ist und hauptsächlich finanzielle Verschlechterungen bei Austragen der Schwangerschaft erwartet.

Im folgenden soll zunächst die Verteilung der Probandinnen auf die Beratungsstellen unterschiedlicher Träger dargestellt werden, wobei auch an dieser Stelle ein Exkurs zur Überprüfung der Selektivität der Stichprobe eingefügt ist. Sodann soll der Beratungsverlauf nachvollzogen und der Stellenwert finanzieller Hilfen untersucht werden.

### 8.1.1 Beratungsträger

#### *Beratungsaufkommen der unterschiedlichen Träger*

Von den befragten Frauen haben nicht alle die Verfahrensschritte nach § 218 StGB gleichermaßen absolviert. Vor allem die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte konnten hierzu kaum Erfahrungen beitragen: Von diesen suchten lediglich ca. 10% eine Einrichtung zur Sozialberatung auf. Von den Konfliktschwangeren fällten ca. 1/3 ihre Entscheidung, nach anfänglichen Zweifeln die Schwangerschaft auszutragen, im privaten Rahmen ohne Kontakt zu Beratungsstellen; die übrigen nahmen institutionelle Hilfe in Anspruch. Von den Frauen, die letztlich einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, suchten 2,4% keine Beratungsstelle auf. Hier wurde der Abbruch unter Umgehung des Verfahrenswegs im In- oder Ausland durchgeführt (s. auch Kap.8.4). Somit schilderten von Befragten 212 Frauen (53,0%) Erfahrungen mit Beratungsstellen. Tabelle 47 zeigt deren Verteilung auf die unterschiedlichen § 218-Beratungsstellen.

**Tabelle 47:** Aufgesuchte Beratungsstelle

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
Pro Familia	106	63,9	10	19,6	6	3,3
Diakonie	13	7,8	5	9,8	3	1,6
Gesundheitsamt / kommun./staatl. Stellen	14	8,4	1	2,0	1	0,5
Caritas/Sozialdienst katholischer Frauen	4	2,4	7	13,7	2	1,1
Arbeiterwohlfahrt	2	1,2	-	-	-	-
Arzt	10	6,0	2	3,9	-	-
sonstige Beratungsstelle	2	1,2	2	3,9	1	0,5
mehrere Beratungsstellen	8	4,8	4	7,9	4	2,2
keine Beratungsstelle	4	2,4	20	39,2	164	89,6
keine Angabe	3	1,8	-	-	2	1,1
SUMME	166	99,9	51	100,0	183	99,9

Insgesamt am häufigsten wurden **Pro Familia**-Beratungsstellen aufgesucht: knapp 2/3 der Frauen, die eine Beratung in Anspruch nahmen, waren in einer Beratungsstelle dieses Trägers. Ca 1/5 der Frauen suchten **konfessionelle** Beratungsstellen auf, die übrigen Angaben beziehen sich auf **kommunale/staatliche** oder sonstige Beratungsstellen. Bei letzteren Beratungsstellen, die unter "**sonstige**" aufgeführt sind, handelt es sich in der Mehrheit um humangenetische Beratungsstellen, in einzelnen Fällen um Beratungsstellen, die keinem Träger zuzuordnen waren ("psychologische Beratungsstelle"). **Ärzte** als Sozialberater wurden vergleichsweise selten (5,7%) aufgesucht; die Sozialberatung wird überwiegend nicht als ärztliche Aufgabe angesehen.

Von den befragten Frauen suchten 4% **mehrere** Beratungsstellen auf. Häufig war der Wechsel durch Probleme bei der Terminvergabe in der ersten Beratungsstelle bedingt. Ein weiterer Grund lag in Bedürfnissen der Frauen, sich aus mehreren Quellen über die zur Verfügung stehenden Hilfen für Mutter und Kind zu informieren oder weitere Aspekte zur Entscheidungsfindung einzuholen.

Tabelle 48 zeigt die Anzahl der Beratungen, die (nach Berücksichtigung derjenigen Frauen, die mehrere Stellen aufsuchten) auf die jeweiligen Träger von Beratungsstellen entfielen. Um Aussagen über etwaige Selektionseffekte bezüglich der Stichprobe zu treffen, sind in Tabelle 48 ebenfalls **Schätzungen** über die

Verteilung von Beratungen auf die unterschiedlichen Institutionen wiedergegeben.

**Tabelle 48:** Verteilung von § 218-Beratungen auf verschiedene Träger

	Frauenbefragung		Angaben koop. Beratungsstellen*	Schätzung von Baross 1987	Schätzung Deutscher Bundestag 1980 S.58
	n	%	%	%	%
Pro Familia	134	59,6	54,4	55,8	56,3
Caritas/Sozialdienst kath. Frauen	21	9,3	22,3	7,4	14,7
Diakonie	28	12,4	11,2	9,9	15,6
Arbeiterwohlfahrt	2	0,9	2,8	16,8	-
Kommunale/staatl. Beratungsstellen (Gesundheitsamt etc.)	17	7,6	9,3	8,6	13,4
sonstige	7	3,1	-	1,5	-
Arzt	16	7,1	-	-	-
SUMME	225	100,0	100,0	100,0	100,0

\* geschätzt auf 100%

Die Vergleichsschätzungen des DEUTSCHEN BUNDESTAGS (Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB 1980) sind aus zeitlichen und regionalen Gründen unzuverlässig: Sie dürften veraltet sein und beziehen sich zudem auf das gesamte Bundesgebiet sowie Erfahrungen aus Modellberatungsstellen. Aus der Schätzung von v. BAROSS (1987) wurden lediglich die Angaben über das Beratungsaufkommen von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg entnommen, da dies auch die gewählten Untersuchungsregionen der Frauenbefragung sind.

Die mit uns kooperierenden Beratungsstellen wurden um Angaben über die Häufigkeit von Sozialberatungen gebeten (ebenso um Angaben über die soziale Zusammensetzung des entsprechenden Klientels, s. Kap.6.3). Diese Mitteilungen konnten von 55,9% der kooperierenden Beratungsstellen in Hessen und Baden-Württemberg erhalten werden. Geht man von der Annahme aus, daß sich diejenigen Beratungsstellen, die hier keine Angaben machten, nicht systematisch hinsichtlich Größe und Frequentiertheit von den übrigen unterscheiden, so kann die Gesamtzahl der Klientinnen der kooperierenden Beratungsstellen hochgerech-

net werden wie dies in Tabelle 48 dargestellt ist. Die Angaben von "sonstigen" Beratungsstellen und Ärzten, die Sozialberatungen durchführen, liegen nicht vor.

Der Vergleich zeigt, daß gemäß aller Schätzungen die Mehrzahl der Frauen (knapp 60%) zur § 218-Sozialberatung Pro Familia-Beratungsstellen aufsuchen. Bei der Diakonie und den staatlichen/kommunalen Beratungsstellen stimmen die Schätzungen und die Verteilung der Frauenbefragung gut überein: Ca. 10% der Beratungen entfallen auf diese Träger. Hingegen fällt bei der Caritas auf, daß die Eigenangaben über den Vergleichsschätzungen und auch über der Repräsentanz von Probandinnen in der Frauenbefragung liegen. Die Arbeiterwohlfahrt ist in der Frauenbefragung schwach vertreten, während ihr Anteil nach v. BAROSS (1987) relativ stark ist. Dies mag durch die häufig gemeinsame Tätigkeit dieses Trägers mit der Pro Familia zu erklären sein, wobei die Zuordnung im Einzelfall schwierig sein kann. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß die Befragten der Frauenbefragung sich hinsichtlich der aufgesuchten Beratungsstellen tendenziell nicht auffällig von den vorhandenen Schätzungen unterscheiden.

In den einzelnen **Bundesländern** variiert die Verteilung bezüglich der Art der Beratungseinrichtungen zum Teil beträchtlich, so auch in den hier untersuchten Bundesländern Baden-Württemberg und Hessen (s. Kap.2.3.1). Während in Baden-Württemberg mehr als 50% der anerkannten Beratungsstellen auf konfessionelle Träger entfallen und auch Beratungsstellen unter staatlicher Trägerschaft (die vor allem in Gesundheitsämtern angesiedelt sind) häufig vorhanden sind, so ist in Hessen die Pro Familia vergleichsweise stärker vertreten und zudem verfügen niedergelassene Ärzte häufiger über die Zulassung zur Sozialberatung. Diese Tendenzen schlugen sich (allerdings nicht signifikant) auch in der Befragung betroffener Frauen nieder. Baden-württembergische Frauen waren häufiger als die hessischen in konfessionellen (20,1% vs. 7,6%) sowie staatlichen/kommunalen Beratungsstellen (11,9% vs. 0%). Hingegen suchten die hessischen Frauen häufiger eigens zugelassene Ärzte (15,2% vs. 0,7%) oder Pro Familia-Beratungsstellen (66,7% vs. 55,2%) auf.

### *Merkmale von Klientinnen unterschiedlicher Träger*

Da die geringen Fallzahlen bei einzelnen Beratungsträgern eine vergleichende Betrachtung nicht zulassen, wurden für die folgenden Analysen Beratungsstellen zusammengefaßt (diese Zusammenfassung ist pragmatischer Art und soll nicht über unterschiedliche Tendenzen auch bei einzelnen, nunmehr zusammengefaßten Trägern hinwegtäuschen):

- **Pro Familia** und **Arbeiterwohlfahrt**-Beratungsstellen als überkonfessionelle, eher "liberal" geltende Beratungsstellen in freier Trägerschaft. Diese wurden von insgesamt 58,5% der Befragten, die Beratungsangebote in Anspruch nahmen, aufgesucht (n = 124). Von diesen Frauen brachen die Mehrzahl, nämlich 87,1%, die Schwangerschaft ab.
- **Caritas** (bzw. Sozialdienst katholischer Frauen) und **Diakonie** als Beratungsstellen unter der Trägerschaft der katholischen bzw. evangelischen Kirche. 16,0% der Befragten suchten diese Beratungsstellen auf (n = 34). 50,0% dieser Frauen ließen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen.
- Beratungsstellen in **Gesundheitsämtern**, **Ärzte** als Sozialberater, **andere** Beratungsstellen und **mehrere** Beratungsstellen wurden von insgesamt 49 Frauen (23,1%) aufgesucht. Hier lag die Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei 69,4%. 2,4% der Befragten machten keine Angabe über die Beratungsstelle.

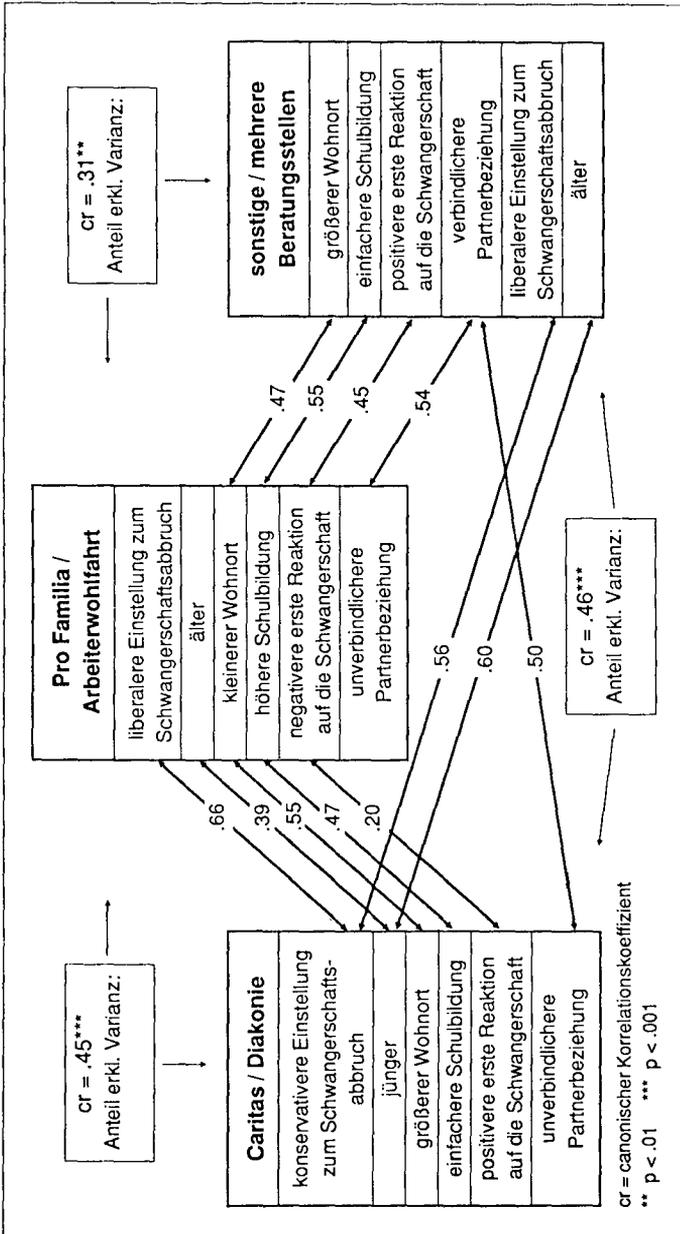
Um Zusammenhänge zwischen der Art der aufgesuchten Beratungsstelle und psychosozialen Merkmalen der Klientinnen zu ermitteln, wurden Diskriminanzanalysen durchgeführt. Als Trennungsmerkmale galten:

- die soziodemographischen Merkmale der Befragten (Kap.6.1),
- die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (Kap.7.1),
- die erste Reaktion auf die Schwangerschaft (Kap.7.2)
- sowie das subjektive Ausmaß an Verschlechterungen, die die Frauen durch ein (weiteres) Kind in verschiedenen Lebensbereichen antizipierten (Kap.7.3).

Die Ergebnisse von Diskriminanzanalysen zwischen jeweils zwei Trägergruppen sind in Schaubild 18 dargestellt. Es zeigt sich, daß die Diskriminanzfunktionen nicht mehr als ca. 20% der Varianz der Unterschiede erklären können, wobei sich am ehesten die Klientinnen von konfessionellen Beratungsstellen von den übrigen abgrenzen ließen.

Tendenziell unterschieden sich Frauen, die eine **Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungsstelle** aufsuchten, von denjenigen, die eine **konfessionelle Beratungsstelle** aufsuchten, vorrangig durch ihre Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Die Frauen schienen diejenige Beratungsstelle zu präferieren, die ihrer eigenen Einstellung am ehesten nahekam. Die emotionale Reaktion auf die Schwangerschaft war bei Frauen, die zu Pro Familia oder zur Arbeiterwohlfahrt gingen, negativer, so daß von einer höheren Vorentschiedenheit dieser Frauen zum Schwangerschaftsabbruch ausgegangen werden kann.

**Schaubild 18:** Unterschiede zwischen Klientinnen von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger (Diskriminanzanalyse)



Des weiteren stammten Frauen, die Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Einrichtungen aufsuchten, aus kleineren Wohnorten, hatten eine höhere Schulbildung und waren eher älter als diejenigen Frauen, die konfessionelle Beratungsstellen aufsuchten.

Frauen, die **Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Einrichtungen** aufsuchten, unterschieden sich von den Frauen, die **sonstige bzw. mehrere Beratungsstellen** aufsuchten, durch die häufigere Unverbindlichkeit ihrer Partnerbeziehung, ihre höhere Schulbildung und ihre Herkunft aus einem kleineren Wohnort. Zudem waren ihre ersten Reaktionen zu der Schwangerschaft vergleichsweise negativ: sie tendierten stärker zum Schwangerschaftsabbruch.

Frauen, die **konfessionelle Beratungsstellen** aufsuchten, unterschieden sich wiederum von denjenigen, die **sonstige bzw. mehrere Beratungsstellen** aufsuchten, dahingehend, daß erstere in vergleichsweise unverbindlichen Partnerbeziehungen lebten, jünger waren, weniger Kinder hatten, weniger Verschlechterungen durch das Kind antizipierten und eine konservativere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch aufwiesen.

Diese Resultate lassen sich für einige Merkmale anhand der Informationen der **kooperierenden Beratungsstellen** über die soziale Zusammensetzung ihrer Klientinnen überprüfen:

- **Alter:** Jüngere Frauen wandten sich vorrangig an konfessionelle Beratungsstellen. So waren bei Caritas/Diakonie-Beratungsstellen nach Angaben der Beratungsstellen etwa die Hälfte der Frauen unter 25 Jahre alt, bei Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungsstellen waren es weniger (ca. 40%). Dies entspricht dem ermittelten Ergebnis, wonach sich jüngere Frauen häufiger in konfessionellen Beratungsstellen finden.
- **Kinderzahl:** Mehr als ein Kind hatten etwa 1/3 der Klientinnen von Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungsstellen und von Caritas/Diakonie-Beratungsstellen, jedoch über die Hälfte der Klientinnen der Gesundheitsämter.
- **Familienstand:** Der höchste Anteil an ledigen Frauen fand sich bei konfessionellen Beratungsstellen und bei Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungsstellen (jeweils ca. die Hälfte). Unter den Frauen, die Gesundheitsämter aufsuchten, waren 1/3 ledig. Dies entspricht dem Ergebnis der Diskriminanzanalyse, wonach sich die Klientinnen der "sonstigen" Beratungsstellen von den übrigen durch die häufigere Verbindlichkeit der Partnerbeziehungen unterscheiden.

Insgesamt kann das Resultat der Diskriminanzanalysen tendenziell durch die Angaben der Beratungsstellen bestätigt werden. Demnach werden die Bera-

tungsstellen von Klientinnen mit unterschiedlichen soziodemographischen Merkmalen aufgesucht. Diese Frauen unterscheiden sich zudem im Hinblick auf ihre Vorentschiedenheit und Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

### *Zugänglichkeit der Beratungsstellen*

Die Beratungsstelle befand sich bei der Hälfte der Frauen am Wohnort; lediglich 5,7% der Befragten mußten mehr als 50 km zu der gewünschten Beratungsstelle fahren. Diese Unterschiede im **Anfahrtsweg** sind zwischen den einzelnen Trägern nicht signifikant. Dennoch mußten immerhin 7,3% der Frauen, die zu einer Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungseinrichtung gingen, einen Anfahrtsweg von mehr als 50 km in Kauf nehmen im Vergleich zu 2,9% der Klientinnen der konfessionellen Beratungsstellen. Im Hinblick auf die Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg waren diese Unterschiede ebenfalls nicht signifikant. Das oben erwähnte Resultat, demnach Frauen aus kleineren **Wohnorten** eher Pro Familia-Beratungsstellen oder die Arbeiterwohlfahrt aufsuchten, deutet darauf hin, daß das ländliche Umfeld stark durch Beratungsstellen der Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt mitversorgt wird.

Die befragten Frauen haben aus unterschiedlichen Quellen **von der Beratungsstelle erfahren**, die sie aufgesucht haben. Die Mehrzahl der Frauen wurde von ihrem Arzt bzw. von einer anderen Beratungseinrichtung auf die Beratungsstelle aufmerksam gemacht. Dies traf in besonders hohem Maße (52,9%) auf die konfessionellen Beratungsstellen zu.

Beratungsstellen der Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt waren häufiger als die übrigen durch die Medien oder eigene Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen bekannt. Auch kannten 13,2% die Beratungsstellen durch eigene frühere Erfahrungen und in 14,3% konnte die Kontaktaufnahme durch die Empfehlung von Freunden und Bekannten erfolgen (s. auch Kap.8.4.1).

## **8.1.2 Verlauf der Beratung**

### *Erwartungen an die Sozialberatung*

Die Beratungsstellen der **verschiedenen Träger** wurden mit unterschiedlichen **Erwartungen** der betroffenen Frauen konfrontiert. Die Erwartung, eine Bescheinigung über die Sozialberatung ausgestellt zu bekommen, war für die Beratungsstellen aller Träger dominant, jedoch mußten sich Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungsstellen signifikant häufiger mit dieser Erwartung befassen ( $p < .01$ ).

Ebenfalls wurden jene Beratungsstellen eher von Frauen aufgesucht, die Informationen über die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs und einer Indikationsfeststellung wünschten ( $p < .001$ ). Konfessionelle Beratungsstellen hingegen schienen häufig von Frauen aufgesucht zu werden, die Informationen über Hilfen für Mutter und Kind suchten ( $p < .01$ ).

**Keine** signifikanten Unterschiede zwischen den Trägern fanden sich bei Erwartungen bezüglich einer Aussprache über Probleme und Konflikte und Hilfe bei der Entscheidungsfindung. Diese wurden an Beratungsstellen aller Träger annähernd gleichermaßen gerichtet (vgl. Tabelle 49).

**Tabelle 49:** Erwartungen an die Beratung (Mehrfachnennungen)

	Pro Familia / Arbeiterwohlfahrt (n = 124)		Diakonie / Caritas (n = 34)		sonstige / mehrere Beratungsstellen (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Information</b>						
1. über Hilfen für Mutter und Kind	21	16,9	15	44,1	12	24,5
2. über Adoption	1	0,8	-	-	-	-
3. über Möglichkeiten des Schwangerschafts- abbruchs	56	45,2	5	14,7	8	16,3
4. über Möglichkeiten, eine Indikationsbe- scheinigung zu bekommen	42	33,9	3	8,8	7	14,5
<b>Gespräch</b>						
5. Aussprache über Pro- bleme und Konflikte	28	22,6	11	32,4	9	18,4
6. Hilfe bei der Entschei- dungsfindung	23	18,5	10	29,4	8	16,3
<b>formal</b>						
7. Bescheinigung über Sozialberatung	89	71,8	17	50,0	24	49,0
sonstiges	2	1,6	-	-	1	2,0

Häufig äußerten Frauen mehrere Erwartungen in bezug auf die Sozialberatung: So zeigte es sich, daß das Informationsbedürfnis über Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs und der Indikationsfeststellung häufig gemeinsam auftrat ( $\phi = .43$ ), ebenfalls wurden die Aussprache über Probleme und Konflikte

te und die Hilfe bei der Entscheidungsfindung oft zusammen erwartet ( $\phi = .42$ ). Erwarteten Frauen Informationen über Hilfen für Mutter und Kind, so bestand meist kein Interesse an einer Bescheinigung über die Sozialberatung, die für die Durchführung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs notwendig ist ( $\phi = -.40$ ). Somit lassen sich vier zentrale Erwartungshaltungen benennen:

- Informationen über Hilfen für Mutter und Kind,
- Informationen über Schwangerschaftsabbruch und Indikation,
- Aussprache über Probleme und Konflikte und Hilfe bei der Entscheidungsfindung,
- Bescheinigung über die Sozialberatung.

Entsprechend der **psychosozialen Konfliktsituation** der Befragten wurden die Erwartungen in unterschiedlichem Maße formuliert. Tabelle 50 zeigt die Resultate von Diskriminanzanalysen, bei denen die Erwartungen an die Beratung in Beziehung gesetzt wurden zu psychosozialen Merkmalen der Probandinnen.

**Tabelle 50:** Erwartungen an die Beratung und psychosoziale Konfliktmerkmale (Diskriminanzanalysen)

	Hilfen für Mutter/Kind		Information über Schwangerschaftsabbruch/Indikation	
	ja - nein		ja - nein	
canon. Korrelationskoeffizient (Anteil erklärter Varianz)	.55*** (30.3%)		.46*** (21.2%)	
korrekte Klassifikation (%)	53.1 : 91.4		35.6 : 92.0	
Merkmale und standardisierte Diskriminanzkoeffizienten	1. Einkommenshöhe	.68	1. Ausmaß antizipierter Verschlechterungen	.52
	2. erste Reaktion auf die Schwangerschaft	.56	2. erste Reaktion zu der Schwangerschaft	.47
	3. Ausmaß antizipierter Verschlechterungen	.48	3. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	.29
	4. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	.31		

Signifikanzprüfung: \*\*\*  $p < .001$

Die Trennung gelang am besten bei der Erwartung bezüglich der Informationen über **Hilfen für Mutter und Kind**: hier konnten 30,3% der Varianz erklärt werden. Die Frauen, die sich für Hilfen für Mutter und Kind interessierten, verfügten tendenziell über weniger Einkommen als diejenigen Frauen, die mit anderen Erwartungen zu der Beratung kamen. Sie hatten positivere Gefühle zu der Schwangerschaft, antizipierten in weniger Bereichen starke Verschlechterungen durch das Kind (somit waren ihre Probleme wohl auch eher punktuell lösbar) und hatten zudem eine konservativere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

Frauen, die mit dem Wunsch nach Informationen über die **Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs** oder der Indikationsfeststellung in die Beratung kamen, antizipierten in mehr Lebensbereichen starke Verschlechterungen, reagierten negativer auf die Schwangerschaft und hatten eine liberalere Einstellung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch als diejenigen Frauen, die nicht mit dieser Erwartung zu der Beratungsstelle kamen. Mit diesen Merkmalen konnten 21,2% der Varianz erklärt werden.

Frauen, die die Bescheinigung über die Sozialberatung oder Hilfe bei ihrer Entscheidung oder Aussprache erwarteten, ließen sich in lediglich schwachem Ausmaß von denjenigen trennen, die diese Erwartungen nicht formulierten und unterschieden sich demnach in den erfaßten Merkmalen kaum von den übrigen.

### *Gefühle zu der Beratung*

Die jeweiligen Erwartungen an die Beratung gingen zumeist mit entsprechenden affektiven Komponenten einher. Die Mehrheit der Frauen, die Informationen über Hilfen für Mutter und Kind oder Entscheidungshilfen erwarteten, gingen mit eher positiven Gefühlen zu der Beratung. Sie erwarteten Hilfe, Achtung ihrer eigenen Wünsche, Hoffnung auf Unterstützung und größere Sicherheit für ihre Entscheidung. Hingegen schilderten vor allem Frauen, die Informationen über den Schwangerschaftsabbruch und die Bescheinigung der Sozialberatung erwarteten, bange Gefühle im Hinblick auf die Beratung.

Etwa die Hälfte der befragten Frauen empfanden Ängste, Unsicherheit, Nervosität und Peinlichkeit, weitere 26,2% erwarteten negative Reaktionen von seiten des Beraters/der Beraterin, Vorwürfe und moralische Vorhaltungen. Einige Zitate sollen das Gefühlsspektrum in bezug auf die Sozialberatung verdeutlichen:

"Notwendigkeit, sich das Gespräch, die Informationen anzuhören. Es war vollkommen klar, daß ich abtreiben will". (PBNR 48, Jobs, Schwangerschaftsabbruch).

"Gemischte Gefühle. Ich dachte, es würde mir nichts ausmachen, ich hole nur die Bestätigung. Es kam aber so, daß ich jemanden fand, mit dem ich alles besprechen konnte, der mir einfach zuhörte. Das tat mir sehr gut" (PBNR 52, kaufmännische Angestellte, Schwangerschaftsabbruch).

"Unsicher, hatte keine genauen Vorstellungen, erwartete, daß man mich umstimmen wollte" (PBNR 238, Telefonistin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Mit gar keinen, ich wußte nicht, wie das so läuft. Ich wußte, das ist eine Stelle, die mir weiterhilft" (PBNR 305, Verkäuferin, Abbruch der Schwangerschaft).

### *Reaktionen der Berater/innen*

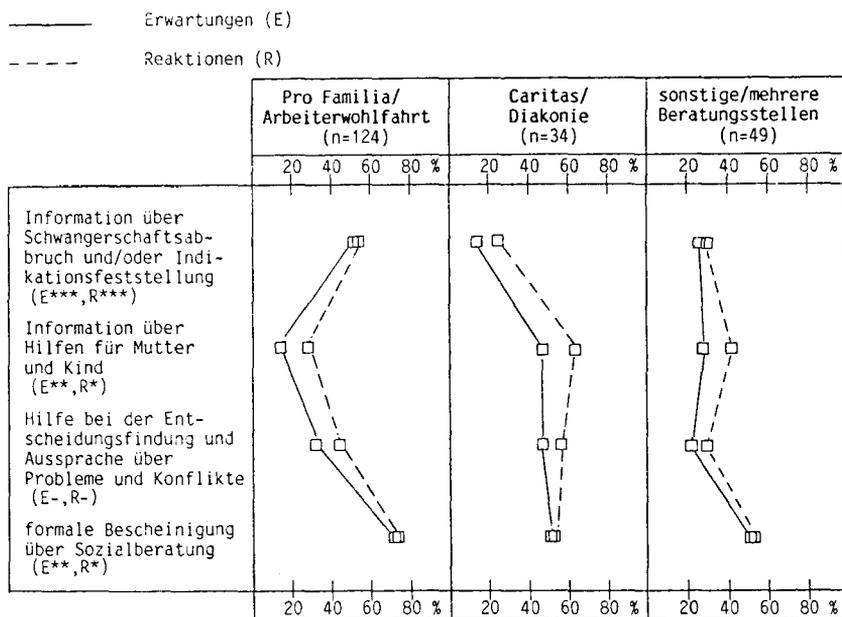
Diese Befürchtungen der befragten Frauen fanden in der Regel **keine** Bestätigung im Ablauf der Beratung. Lediglich sieben Frauen (3,3%) schilderten Vorwürfe, die sie im Laufe der Beratung erfuhren. Die übrigen erlebten in der Regel ihren Erwartungen entsprechende Reaktionen. Die Frauen konnten in der Beratung meist dort Klärung finden, wo sie dies erwarteten.

Da, wie bereits festgestellt, die befragten Frauen mit tendenziell unterschiedlichen Erwartungen an die Beratungsstellen **verschiedener Träger** herantraten, zeigten auch die Berater/innen der einzelnen Träger unterschiedliche Reaktionen. So lag der Schwerpunkt in konfessionellen Beratungsstellen häufiger ( $p < .05$ ) bei der Information über Hilfen für Mutter und Kind, bei Beratungsstellen der Arbeiterwohlfahrt und der Pro Familia fanden häufiger Informationen über den Schwangerschaftsabbruch ( $p < .001$ ) statt. Im Hinblick auf die Aussprache über Probleme und Konflikte und die Entscheidungsfindung der Frau ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Beratungsstellen unterschiedlicher Träger.

Die genannten trägerspezifischen Unterschiede **verschwanden** jedoch, wenn die unterschiedlichen Erwartungen, die an die Träger einzelner Beratungsstellen gerichtet wurden, Berücksichtigung fanden: Partialkorrelationen zwischen den Reaktionen des Beraters und dem Beratungsträger unter Kontrolle der Erwartung der Frauen führten zu keinem Koeffizienten, der größer als .10 war. Auch bei Varianzanalysen ergaben sich einzig Effekte zwischen den Erwartungen der Frauen und den Reaktionen der Berater/innen; die Beratungskonzepte der verschiedenen Träger sowie länderspezifische Unterschiede kamen hier nicht zum

Tragen. Dies verdeutlicht auch Schaubild 19, das die ausgeprägte Parallelität von Erwartungen und Reaktionen zum Ausdruck bringt.

**Schaubild 19:** Erwartungen an und Reaktionen von Berater/innen unterschiedlicher Träger



Signifikanzprüfung:

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , - nicht signifikant

Somit orientierte sich das Beratungsgespräch vorrangig an den von den Frauen geäußerten Problemen und Konflikten. Die unterschiedliche Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei Beratungsstellen einzelner Träger ist demnach überwiegend erklärbar aus den unterschiedlichen Erwartungen, mit denen die Beratungsstellen aufgesucht werden, und der Vorentschiedenheit der Frauen. Trägerspezifische oder weltanschauliche Orientierungen der Berater/innen haben sicherlich auf die Auswahl der Beratungsstellen Einfluß, schlugen sich jedoch bei der Analyse des konkreten Beratungsgeschehens nicht nieder. Auch Unterschiede zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg wirkten sich auf die Erfahrungen der Frauen mit der Sozialberatung nicht aus.

Allerdings muß betont werden, daß dieses Resultat der subjektiven Beurteilung der betroffenen Frauen entspricht. Selektive Wahrnehmung des Beratungsvorgangs mag z.B. dazu führen, daß bestimmte Reaktionen des Beraters, wie etwa die Information über flankierende finanzielle Maßnahmen, nicht aufgenommen werden, wenn sie für nicht maßgeblich erachtet werden. Auszuschließen ist außerdem nicht, daß psychologische Verarbeitungsstrategien im Anschluß an die Entscheidung der Frau, wie z.B. Delegation der Verantwortung oder Zweifel an der Entscheidung, die Beurteilung verzerren können. Die subjektive Natur und die Retrospektivität der Antworten lassen deshalb nur bedingt einen Rückschluß auf den tatsächlichen Ablauf zu.

### *Gesprächsthemen*

Unter **thematischen Gesichtspunkten** lag das Schwergewicht der Beratungen auf der Erörterung der **sozialen Umstände** der betroffenen Frauen und ihrer persönlichen Situation. Die Erörterung finanzieller, beruflicher und familiärer Probleme sowie möglicher finanzieller Hilfen und sozialer Unterstützungsmöglichkeiten nahmen bei 76,7% der beratenen Frauen zentralen Raum in der Beratung ein. Spezielle Partnerprobleme, eine etwaige Trennung vom Partner oder auch die Möglichkeit, das Kind alleine zu erziehen, wurde mit ca. 1/4 der Frauen besprochen.

Vor allen Dingen bei Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollten, nahm im Beratungsgespräch das Besprechen der **Gründe** für oder gegen den Abbruch großen Raum ein. Aber auch der **Ablauf** des Schwangerschaftsabbruchs selbst, organisatorische Gesichtspunkte zur Durchführung des Abbruchs sowie seine Risiken und etwaige Folgen wurden in der Beratung bei etwa 40% der Frauen erörtert. Aspekte künftiger **Empfängnisverhütung** flossen bei 16,0% der Frauen in das Beratungsgespräch mit ein.

Strafrechtliche Aspekte bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs waren in der Beratung in der Regel von untergeordneter Bedeutung. Lediglich in 5,8% aller Beratungen wurden im weitesten Sinne **rechtliche Aspekte** besprochen. Hierbei handelte es sich zumeist um allgemeine Informationen über die gesetzlichen Richtlinien zum Schwangerschaftsabbruch, die Problematik des Schwangerschaftsabbruchs im Ausland sowie spezielle Hinweise auf die Indikationsfeststellung als legale Möglichkeit.

### *Zeitdauer der Beratung*

Bei 75,5% der Befragten fand ein Beratungsgespräch statt, bei 12,3% waren es zwei Termine und 8,5% der Frauen gingen drei- oder mehrmals zu der Bera-

tungsstelle. Für 3/4 der Befragten lag die Beratungsdauer unter einer Stunde; in 8,0% der Fälle betrug sie mehr als zwei Stunden.

Signifikant unterschiedlich war die Beratungsdauer zwischen Pro Familia/Arbeiterwohlfahrt-Beratungsstellen und den konfessionellen Einrichtungen ( $p < .001$ ). Unterschiede zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg fanden sich nicht.

**Tabelle 51:** Zeitdauer der Beratung

	Pro Familia / Arbeiterwohlfahrt		Diakonie / Caritas		sonstige / mehrere Beratungsstellen	
	n	%	n	%	n	%
bis zu 30 Min.	61	49,2	7	20,6	19	38,8
31-60 Min.	42	33,9	11	32,4	13	26,5
61-120 Min.	14	11,3	8	23,5	9	18,4
mehr als 120 Min.	7	5,6	6	17,6	4	8,2
keine Angabe	-	-	2	5,9	4	8,2
SUMME	124	100,0	34	100,0	49	100,1

Die Dauer der Beratung war vor allem abhängig von dem Anliegen, das in der Beratung bearbeitet wurde. So fanden mehrere, jedoch zumeist eher kürzere Beratungsgespräche dann statt, wenn die Frau sich über Hilfen für Mutter und Kind informieren wollte. Ausführliche Gespräche, jedoch eher einmaliger Art, wurden dann geschildert, wenn es sich um die Aussprache über Probleme und Konflikte sowie Hilfen bei der Entscheidungsfindung handelte. Kurze und zumeist einmalige Beratungen fanden vor allem dann statt, wenn die Frau lediglich um Bescheinigung der Sozialberatung ersuchte. Knapp 90% aller Befragten war mit der Dauer der Beratung zufrieden. Hier fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Beratungsstellen unterschiedlicher Träger.

### *Zufriedenheit mit der Beratung*

Überwiegend (82,0%) waren die Probandinnen auch in der **Gesamteinschätzung** mit der Beratung zufrieden. Explizit unzufrieden äußerten sich lediglich 11,8%. Vergleicht man die verschiedenen Träger, lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit der Frauen mit der Beratung finden, auch regionale Unterschiede traten nicht zutage.

Zufriedene Äußerungen der Frauen bezogen sich überwiegend auf die als angenehm empfundene Persönlichkeit des Beraters/der Beraterin. Diese/r wurde als vertrauensvoll, verständnisvoll, geduldig, sachlich oder akzeptierend geschildert. Ebenso wurde häufig betont, daß es sich um ein gutes Gespräch gehandelt hätte, daß sich der Berater/die Beraterin genügend Zeit genommen und ausreichend informiert hätte.

Unzufriedenheit mit der Beratung bezog sich z.T. auf negativ erlebte Versuche der Beeinflussung, auf mangelnde Einfühlsamkeit des Beraters/der Beraterin oder aber auch auf das Fehlen adäquater finanzieller Hilfen. Zur Beurteilung der Beratung einige Zitate:

"Weil die Beraterin mich nicht beeinflussen wollte. Hat mich frei reden lassen und hat geduldig zugehört und mir genügend Zeit gelassen. Es tat mir gut" (PBNR 52, kaufmännische Angestellte, Abbruch der Schwangerschaft).

"Es war keine Beratung, meine Argumente wurden nicht verstanden; es wurde nicht auf mich eingegangen. Wenn eine Frau unsicher ist, wird sie wahrscheinlich beschwatzt werden. Die Berater gehen zu wenig auf die Frauen ein" (PBNR 48, Jobs, Abbruch der Schwangerschaft).

"Habe mich verstanden gefühlt und wurde nicht beeinflusst oder verurteilt. Kam mir als Mensch behandelt vor und nicht als Frau X, die innerhalb kürzester Zeit zweimal abtreiben läßt" (PBNR 320, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

Weder die Zufriedenheit mit der Beratung noch die übrigen dargestellten Variablen korrelieren mit dem **Geschlecht** des Beraters. Es handelte sich zu 85,4% um eine Beraterin, zu 9,9% um einen männlichen Berater, bei 1,9% waren an der Beratung sowohl männliche wie weibliche Berater beteiligt und bei 2,8% liegen keine diesbezüglichen Angaben vor.

### *Entscheidungseinfluß der Sozialberatung*

Wie bereits in Tabelle 47 in Kap.8.1.1 dargestellt wurde, brachen von den 212 Probandinnen, die Erfahrungen mit der Sozialberatung schilderten, 162 die Schwangerschaft ab; bei ihnen konnte die Sozialberatung im Hinblick auf eine Entscheidung pro Kind keine Relevanz entfalten. Von den 50 Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, waren 19 der Gruppe der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte zugeordnet. Sie kamen fast ausschließlich zum Zweck der Information über finanzielle Hilfen in die Sozialberatung. Da bei ihnen die Schwangerschaft akzeptiert war und ein Abbruch nicht erwogen wurde, konnte konsequenterweise die Sozialberatung auch hier keine Entscheidungsrelevanz erlangen.

Interessant sind somit die verbleibenden 31 Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, sich jedoch zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen. Von diesen Konfliktschwangeren gaben etwa die Hälfte an, daß die Beratung für ihre Entscheidung pro Kind **sehr oder eher** wichtig (32,3% und 19,4%) gewesen sei. Die empfundene Wichtigkeit der Beratung korrelierte vor allem mit dem Anliegen der Frau, die Beratung zur Aussprache über Probleme und Konflikte und zur Entscheidungsfindung ( $\phi = .33$ ) zu nutzen. Zusammenhänge mit weiteren Merkmalen der Frauen oder der Beratung konnten nicht ermittelt werden. Somit ist die eingeschätzte Wichtigkeit der Beratung vorrangig von der Vorentschiedenheit der Frau bestimmt: Die Beratung kann demnach Relevanz erlangen, wenn die Frau in ihrer Entscheidung noch relativ offen und bereit ist, sich in ihrer Entscheidungsfindung begleitend unterstützen zu lassen.

Obleich die Stichproben nicht voll repräsentativ sind, können sich aus den dargestellten Ergebnissen Tendenzen ableiten lassen, in welchem Ausmaß die Beratung an der Entscheidung pro Kind beitragen kann. Möchte man eine diesbezügliche "Effektivitätsquote" berechnen, die sich auf die Gesamtzahl der befragten Frauen bezieht, die eine Beratungseinrichtung aufsuchten, kann dann für 7,5% angenommen werden, daß die Sozialberatung zum Austragen der Schwangerschaft beigetragen hat.

### 8.1.3 Einschätzung flankierender finanzieller Maßnahmen

#### *Wünschenswerte Voraussetzungen für ein Kind*

Zur Beurteilung von flankierenden Maßnahmen, vor allem den finanziellen Hilfen für Mutter und Kind, ist es zunächst hilfreich herauszufinden, unter **welchen Umständen** die Frauen ein (weiteres) Kind bekommen würden. Hierzu wurde eine Frage mit offenen Antwortmöglichkeiten gestellt, die für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch persönlich formuliert war ("Unter welchen Umständen können Sie es sich vorstellen, ein (weiteres) Kind zu bekommen"); für die Frauen, die das Kind austragen, wurde sie in Anbetracht ihrer Situation allgemeiner gehalten ("Was glauben Sie, unter welchen Umständen eine Frau gerne ein Kind bekommen würde"). Spontane Äußerungen zu dieser Frage liegen von fast allen Frauen vor (s. Tabelle 52).

**Tabelle 52:** Wünschenswerte Voraussetzungen für ein Kind (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	<b>Gruppe 1</b> Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		<b>Gruppe 2</b> Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		<b>Gruppe 3</b> Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
<b>soziales Nahfeld</b>						
stabile Partnerschaft	97	58,4	22	43,1	120	65,6
gesicherte Finanzen	55	33,1	25	49,0	112	61,2
gesicherte Arbeit	17	10,2	12	23,5	12	6,6
fertige Ausbildung	18	10,8	1	2,0	2	1,1
gute Wohnsituation	28	16,9	8	15,7	33	18,0
Unterstützung durch Freunde	10	6,0	5	9,8	9	4,9
allg. sichere soz. Situation	20	12,0	5	9,8	17	9,3
<b>psychisch</b>						
Wunsch nach Kind	21	12,7	10	19,6	59	32,2
guter psych. Zustand	15	9,0	3	5,9	12	6,6
richtiges Alter/Reife	12	7,2	4	7,8	10	4,9
Gesundheit Mutter/Kind	8	4,8	2	3,9	14	7,6
<b>gesellschaftlich</b>						
mehr Kinderbetreuung	8	4,8	10	19,6	13	7,1
weniger Kinder- feindlichkeit	5	3,0	15	29,4	29	15,8
mehr staatl. Gelder und Gesetze	1	0,6	9	17,6	13	7,1
andere Rollenverteilung Mann/Frau	1	0,6	2	3,9	8	4,4
wenig Diskriminierung alleinerziehender Mütter	5	3,0	5	9,8	4	2,2
sonstiges	10	6,0	-	-	5	2,7
gar nicht (mehr)	17	10,2	-	-	1	0,5
	348 Nennungen von 164 Probandinnen (98,8%)		138 Nennungen von 50 Probandinnen (98%)		473 Nennungen von 181 Probandinnen (98,9%)	

Es wird deutlich, daß ein **gesichertes soziales Umfeld** für die Frauen aller Untersuchungsgruppen unter den wünschenswerten Voraussetzungen für ein Kind die größte Bedeutung hatte. Dabei fällt vor allem der Stellenwert der Partnerbeziehung und der finanziellen Absicherung auf.

Eine intakte, tragfähige, glückliche und gesicherte **Partnerbeziehung**, ein Partner, der zu der Frau hält, sich das Kind ebenfalls wünscht und die Verantwortung mitträgt, wurde sowohl von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch als auch von den Schwangeren als die wichtigste Bedingung angesehen. Dies korrespondiert mit den bisherigen Ergebnissen zu den psychosozialen Einflußfaktoren, bei denen ebenfalls an verschiedenen Stellen der Einfluß der Partnerbeziehung betont wurde. Insbesondere Frauen mit Schwangerschaftsabbruch verfügten oft nicht über eine stabile, tragfähige Partnerbeziehung, währenddessen die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte meist in verbindlichen Zusammenhängen lebten.

Einzig für die Konfliktschwangeren erlangte die **finanzielle Absicherung** noch höheren Stellenwert als die Partnerbeziehung. Jedoch betonten auch die Frauen der anderen Gruppen als wichtige Voraussetzung für ein Wunschkind ein geregeltes, ausreichendes Einkommen, um ohne ökonomische Probleme ein Kind großzuziehen.

Es folgten als weitere wichtige Punkte der **Beruf** und die **Ausbildung**: Die Arbeit sollte gesichert sein, die Frau sollte ihren Beruf auch mit Kind ausüben können, und es sollten Möglichkeiten wie Halbtagsstellen, Beurlaubungs- und Freistellungsansprüche für Mütter geschaffen werden. Zudem sollte die Frau ihren beruflichen Abschluß erreicht haben. Gute **Wohnverhältnisse**, Leben in kinderfreundlichen Wohngebieten, in denen Kinder nicht abgelehnt werden und die Mieten erschwinglich sind, wurden als weitere wünschenswerte Voraussetzungen genannt.

Vor allem die Konfliktschwangeren betonten des weiteren den Wunsch nach **weniger Kinderfeindlichkeit** in der Gesellschaft: Kinder sollten allgemein stärker akzeptiert werden, es sollten mehr Plätze, Spielmöglichkeiten und Freiräume für Kinder existieren und die Gesellschaft sollte Frauen mit Kindern weniger alleine lassen und mehr Verantwortung mittragen: Es sollten mehr Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder existieren, mehr Kindergärten, mehr Krabbelstuben und Kinderkrippen. Auch äußerten Konfliktschwangere häufiger den Wunsch nach verstärkter staatlicher Unterstützung in finanzieller Hinsicht und verbessertem Mutterschutz.

Von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte wurde - nach partnerschaftlicher und finanzieller Sicherheit - der **Wunsch nach einem Kind** als die zentrale Voraussetzung angesehen. Obgleich auch ein großer Teil von ihnen die Kinderfeindlichkeit unserer Gesellschaft beklagte, legten sie das Hauptgewicht eher auf die psychische Bereitschaft der Frau, ein Kind zu bekommen. Die weiteren Umstände scheinen neben dieser Voraussetzung eher zu verblassen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführten, eher ein intaktes soziales Umfeld wünschten, während Konfliktschwangere darüber hinaus verstärkt Wert auf öffentliche Unterstützung und Abbau der Kinderfeindlichkeit legten. Schwangere ohne Entscheidungskonflikte betonten in erhöhtem Maße die psychische Bereitschaft der Frau für ein Kind. Unter den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch konnten sich 9,6% gar nicht (mehr) vorstellen, ein Kind zu bekommen.

### *Kenntnis von Unterstützung*

Die **Kenntnis** verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten war - vor allem bei den Konfliktschwangeren - insgesamt in hohem Maße vorhanden. Lediglich 5,9% der Frauen dieser Gruppe, jedoch je ca. 12% der Frauen der übrigen Gruppen gaben an, keine staatlichen oder kirchlichen Hilfen zu kennen (s. Tabelle 53).

Das "Mutter-Kind-Projekt" sowie die "Stiftung Mutter und Kind" haben dabei einen recht umfangreichen Bekanntheitsgrad. Neben den Empfehlungen durch die Beratungsstellen dürfte dies auch durch die öffentlichen Kontroversen um die Stiftung bedingt sein. Der in der Befragung relativ geringe Bekanntheitsgrad des Erziehungsgeldes kann mit dem Befragungszeitraum zusammenhängen (es wurde Anfang 1986 eingeführt, während die Befragung im Sommer 1985 begann).

Des weiteren nannten knapp 20% der Frauen die Sozialhilfe als eine ihnen bekannte Möglichkeit der Unterstützung. Diese Unterstützung steht allen bei Nachweis ihrer Bedürftigkeit im Prinzip zu und ist nicht speziell zur Hilfestellung für Kindererziehende konzipiert. Auch Kindergeld, Erziehungsgeld und die Mutter-schutzbestimmungen wurden von ca. 1/4 der Befragten genannt. Die finanziellen Hilfsmöglichkeiten kirchlicher Einrichtungen (Caritas, Diakonie) waren ebenfalls relativ bekannt. Vor allem die Frauen, die die Schwangerschaft unter Entscheidungskonflikten austrugen, nannten diese Hilfen. Ca. 30% der Frauen nannten noch weitere Hilfsmöglichkeiten. Dies bezog sich auf eine Vielzahl von Aspekten (wie z.B. Steuerermäßigungen, Zuwendungen des Arbeitgebers, verschiedene Ämter und Behörden, Frauenvereinigungen), wobei jedoch selten Häufigkeiten von mehr als 3% erzielt wurden.

Insgesamt scheint der Informationsstand über verfügbare Hilfen breit gestreut. Vor allem die Konfliktschwangeren wiesen einen hohen Informationsstand auf. Bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch nannten jedoch 12,7%, daß ihnen keine Hilfen bekannt wären, obgleich sie eine Sozialberatung absolvierten. Es ist anzunehmen, daß im Sinne einer selektiven Wahrnehmung diese Information von den Frauen nicht aufgenommen wurde, da sie als nicht maßgeblich erachtet wurde.

**Tabelle 53:** Kenntnis von Unterstützung (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch (n = 166)		Konfliktschwangerschaft (n = 51)		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
Mutter/Kind-Projekt	45	27,1	13	29,5	26	14,2
Mutter/Kind-Stiftung	38	22,9	20	39,2	23	12,6
Sozialhilfe	33	19,9	10	19,6	16	8,7
Kindergeld	29	17,5	17	33,3	48	26,2
Erziehungsgeld	22	13,3	8	15,7	24	13,1
Mutterschutz/Mutterschaftsurlaub	17	10,2	7	13,7	41	22,4
Caritas	16	9,6	10	19,6	20	10,9
Diakonie	16	9,6	1	2,0	15	8,2
allg. kirchliche Hilfen	15	9,0	7	13,7	10	5,5
Familienhilfe	11	6,6	7	13,7	20	10,9
Wohngeld	11	6,6	-	-	10	5,5
Pro Familia	11	6,6	3	5,9	41	22,4
spez. Darlehen	7	4,2	3	5,9	12	6,6
Müttergenesungswerk	7	4,2	2	3,9	21	11,5
allg. Beratungsstellen	5	3,0	2	3,9	19	7,1
sonstiges	53	31,9	11	21,6	55	30,1
keine Hilfen bekannt	21	12,7	3	5,9	22	12,0
	357 Nennungen von 159 Probandinnen (95,8%)		124 Nennungen von 48 Probandinnen (94,1%)		423 Nennungen von 180 Probandinnen (98,4%)	

### *Einschätzung der Hilfen*

Diese vorhandenen Hilfen wurden - soweit sie bekannt waren - von den befragten Frauen als vorwiegend unzureichend eingestuft (s. Tabelle 54).

Ca. 70% der Konfliktschwangeren sowie der Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch und 57% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte bezeichneten sie als mangelhaft oder ungenügend.

**Tabelle 54:** Einschätzung der Hilfen

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
gut	2	1,2	1	2,0	6	3,3
zufriedenstellend	13	7,8	7	13,7	18	9,8
mangelhaft	33	19,9	10	19,6	48	26,2
ungenügend	87	52,4	26	51,0	58	31,7
weiß nicht	25	15,1	4	7,8	44	24,0
keine Angabe	6	3,6	3	5,9	9	4,9
SUMME	166	100,0	51	100,0	183	99,9

Signifikanzprüfung (Antworten 1-4, u-Test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < ,001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

"Der Staat gibt für unwichtigere Dinge Geld aus. Traurig, daß dafür so wenig ausgegeben wird" (PBNR 110, Kellnerin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Ein Tropfen auf den heißen Stein. Wenn ich darauf angewiesen wäre, würde ich kein Kind bekommen" (PBNR 165, Laborantin, Konfliktschwangerschaft).

"Angenehm für Frauen, die das Kind wollen. Solche Hilfen verhindern keinen Abbruch" (PBNR 266, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Die finanziellen Hilfen können die Tragweite und die Folgekosten der Entscheidung nicht aufwiegen. Es ist auch falsch, durch derartige Anreize Frauen zum Austragen zu bewegen, wenn sich die Frauen durch ein (weiteres) Kind emotional und körperlich überfordert fühlen. Mit den paar hundert Mark ist es nicht getan" (PBNR 321, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

"Gut, daß es überhaupt so etwas gibt, sonst gäbe es noch mehr Abtreibungen. Man kann nicht alles haben, was man will" (PBNR 330, Sozialhilfeempfängerin, Konfliktschwangerschaft).

### *Stellenwert finanzieller Hilfen*

Insgesamt 39 Frauen (wovon etwa die Hälfte Konfliktschwangere waren) gaben an, **konkrete Unterstützung** erhalten zu haben, einige davon aus mehreren Quellen. Bei mehr als der Hälfte dieser Frauen handelte es sich um einmalige Unterstützung zur Babyausstattung, Geld zur Überbrückung eines finanziellen

Engpasses, verschiedene Darlehen und Zuschüsse sowie die Bezahlung von Schulden. Dies wurde sowohl durch staatliche als auch durch kirchliche Quellen geleistet. 1/4 dieser Frauen erhielten Gelder aus der "Stiftung Mutter und Kind" und drei Frauen wurden in das "Mutter-Kind-Projekt" aufgenommen. Auch wurden von 1/4 der Frauen Unterstützungen genannt, die entweder jeder/m nach Beweis der Bedürftigkeit zustehen bzw. allgemeinen Mutterschutzbestimmungen entsprechen: Sozialhilfe, Wohngeld, Erziehungsgeld und Mutterschaftsgeld.

Diese Frauen, die die geschilderten Unterstützungen erhielten, unterschieden sich von schwangeren Frauen, die keine Unterstützung erhielten, vorrangig in ihrer **Einkommensquelle** ( $C = .35$ ): Frauen erhielten häufiger finanzielle Unterstützungen, wenn sie ihren Lebensunterhalt bereits durch elterliche oder staatliche Unterstützung (zumindest teilweise) bestritten. Frauen, die ihren Lebensunterhalt durch eigenes oder durch Einkommen des Partners verdienten, erhielten weniger häufig Unterstützung. Des weiteren erhielten Frauen um so eher öffentliche finanzielle Hilfe, wenn ihr monatliches **Einkommen** gering ( $C = .34$ ) und wenn sie **ledig** waren ( $C = .31$ ).

Von den Frauen, die Unterstützung erhielten, empfanden die Hälfte die Hilfen **angemessen**. Die übrigen kritisierten, daß sie zu knapp seien, daß das Geld nicht ausreichen würde und in keinem Verhältnis zu den Belastungen stünde, die auf sie zukommen würden. Ihr Lebensunterhalt sei dadurch nicht gesichert und die Hilfen seien zu kurzfristig. Trotz dieser kritischen Beurteilung wurde den flankierenden finanziellen Maßnahmen von den Frauen, die die Schwangerschaft unter Entscheidungskonflikten austrugen, zum Teil **Bedeutsamkeit** für die Entscheidung zugemessen: Von denjenigen Konfliktschwangeren, die finanzielle Hilfen erhielten ( $n = 18$ ), gaben über die Hälfte an, daß diese finanziellen Maßnahmen für ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, **sehr oder eher wichtig** (38,9% und 22,2%) gewesen seien. Finanzielle Hilfen entfalteten vor allem dann Entscheidungsrelevanz, wenn die Frau in der Erwartung, sich über solche Hilfen informieren zu lassen, die Beratungsstelle aufsuchte ( $\phi = .33$ ). Somit wurde auch hier der Einfluß der Vorentschiedenheit der Frau deutlich.

Bezogen auf die Gesamtzahl der befragten Frauen, die eine Beratungsstelle aufsuchten, sind dies 5,2%, bei denen finanzielle Hilfen die Entscheidung pro Kind förderten. Unter den Frauen, die die Schwangerschaft abbrachen, gaben 9,0% als **sehr wichtig** an, daß sie **keine** finanzielle Unterstützung angeboten bekamen, durch die es für sie möglich wurde, die Schwangerschaft auszutragen.

### 8.1.4 Zusammenfassung und Diskussion

Die befragten Frauen suchten oft mit formalen Erwartungen nach einer Bescheinigung über die Beratung und mit bangen Gefühlen die Beratungsstelle auf. Dies mag in Zusammenhang stehen mit der obligatorischen Form der Beratung: eine Frau, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch erwägt, muß sich beraten lassen - egal, ob sie Rat sucht oder nicht. KOSCHORKE (1978a, S.16f.) analysiert die Konflikte und Widersprüche dieser Zwangsberatung. Seiner Ansicht nach sind Beratung und Strafrecht grundverschiedene Vorgänge, die nicht ohne Schwierigkeiten miteinander verknüpft werden können. Dies führe dazu, daß die Beratung ein weitgehend formaler Vorgang werde. Auch Berater/innen (z.B. RÜTHER-STEHMANN 1983; v. PACZENSKY 1987, S.17) schildern die Frauen in diesen Fällen als unwillig oder ängstlich, da sie Vorwürfe oder Hindernisse fürchten; sie beschreiben, daß das Gespräch manchmal im formalen Rahmen steckenbleibe oder sich in mißtrauischer Ablehnung erschöpfe.

Die Beratungsstellen der einzelnen Träger unterschieden sich hauptsächlich im Hinblick auf die Erwartungen, mit denen sie von den betroffenen Frauen aufgesucht wurden (dies vermutet auch JUNG 1983, S.139). Von der Mehrzahl der Befragten wurden überkonfessionelle Beratungsstellen freier Träger präferiert. Frauen, die diese Beratungsstellen (hauptsächlich die Pro Familia) aufsuchten, erwarteten vorrangig Informationen über das Procedere des Schwangerschaftsabbruchs. Hingegen ersuchten die Klientinnen von konfessionellen Beratungsstellen häufiger um Informationen über Hilfen für Mutter und Kind. Die Erwartung nach Hilfe bei der Entscheidungsfindung und Aussprache über Probleme und Konflikte artikulierten etwa 1/4 der Befragten; diese Erwartung wurde an alle Träger von Beratungseinrichtungen gleichermaßen gerichtet.

Das Beratungsgespräch orientierte sich nach den Schilderungen der Frauen vorrangig an den von ihnen geäußerten Bedürfnissen und Problemen - ungeachtet der weltanschaulichen Ausrichtung der Beratungsstelle. Berücksichtigt man, daß Frauen mit unterschiedlichen Erwartungen dazu tendierten, Beratungsstellen verschiedener Träger aufzusuchen, so fanden sich bezüglich der Reaktionen der Berater/innen, der Zeitdauer sowie der Einschätzung der Zufriedenheit und Entscheidungsrelevanz kaum Unterschiede bei Beratungsstellen einzelner Träger. Demnach spielten ideologisch fixierte Einstellungen und Argumente in der konkreten Beratungsarbeit keine große Rolle. Auch hatten diesen Ergebnissen zufolge die - im Hinblick auf den Schutz des ungeborenen Lebens unterschiedlich nuancierten - Richtlinien der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg auf die konkreten Erfahrungen der Frauen mit der Sozialberatung keinen Einfluß.

Das Beratungsgespräch wurde von den Befragten zumeist positiv erlebt - sei es in konfessionell gebundenen Beratungsstellen oder denen von Pro Familia: Nahezu alle Frauen hatten das Gefühl, daß auf ihre Probleme eingegangen und ihren Bedürfnissen entsprochen wurde, daß die Berater/innen in der Regel sehr kompetent waren. Ursprünglich negative Erwartungen der befragten Frauen fanden in der Regel keine Entsprechung.

Obgleich die Beratung zwar überwiegend zur Zufriedenheit der Frauen erfolgte, scheint jedoch die vom Gesetzgeber intendierte Entscheidungsrelevanz gering zu sein. Dies entspricht Beobachtungen, wie sie auch von KNÖFERL u.a. (1981), KLEIN (1983a), v. TROSCHKE u.a. (1982) und OETER/NOHKE (1982) gemacht wurden. Die Sozialberatung scheint nur bei einer Minderheit der Frauen dazu zu führen, daß die Schwangerschaft und das Kind angenommen werden können. Von diesen Frauen wurde der einfühlsamen Beratung und Auseinandersetzung zum Teil hohe Bedeutsamkeit zugemessen - allerdings unter der Voraussetzung, daß die Frau in ihrer Entscheidung noch relativ offen war und sich durch diese Hilfen eine Lösung bzw. Erleichterung ihres Konflikts versprach.

Die zur Verfügung stehenden finanziellen Hilfen wurden von den Befragten zumeist als unzureichend beurteilt. Auch haben relativ wenige Konfliktschwangere konkrete finanzielle Unterstützung erhalten. Dennoch maßen diese Frauen den Hilfen dann Entscheidungsrelevanz zu. Auch den finanziellen Hilfen scheint dann unterstützende Funktion zuzukommen, wenn die Frau sich durch punktuell finanzielle Interventionen eine Lösung bzw. Erleichterung ihrer Konflikte verspricht. Allerdings zeigte es sich, daß bei den Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, die vorrangigen Konfliktherde in der Partnerbeziehung und in einer allgemein unsicheren Lebenssituation zu finden waren. Der Schwangerschaftskonflikt und die allgemeine Notlage können daher nicht auf das finanzielle Unvermögen, ein Kind zu bekommen und aufzuziehen, reduziert werden. Finanziellen Interventionen kann somit insgesamt ein eher beschränkter, jedoch im Einzelfall äußerst relevanter Einfluß zugesprochen werden.

## 8.2 Handlungsschritt 2: Indikationsfeststellung

Ein Kernstück des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch stellt die Indikationsfeststellung dar. Ein Arzt hat nach "ärztlicher Erkenntnis" festzustellen, ob eine medizinische, eugenische, kriminologische oder allgemeine Notlagenindikation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs vorliegt. Hinsichtlich der chronologischen Reihenfolge von Sozialberatung und Indikationsfeststellung liegen bislang keine Bestimmungen vor. Als zentrale Annahme

für die Indikationsfeststellung wird vermutet, daß diese für die Entscheidung pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch eher unerheblich ist:

**Die Indikationsfeststellung wird überwiegend als formale Prozedur begriffen, die bei Verweigerung zum Aufsuchen weiterer Ärzte führt. Sie erreicht Entscheidungsrelevanz, wenn die Frau wenig vorentschieden ist.**

In Anbetracht der aus bisherigen Untersuchungen und Publikationen (vgl. Kap.2.3.2) bekannten Probleme vieler Ärzte mit dieser Tätigkeit und der weitverbreiteten Ablehnung der Notlagenindikation kann angenommen werden, daß es für Frauen unter Umständen beschwerlich sein kann, die Indikationsbescheinigung zu erhalten:

- Die Ablehnung der Indikationsfeststellung durch den Arzt führt in der Regel zum Aufsuchen mehrerer Ärzte, um diese Bescheinigung zu erlangen.

Da der Prozeß der Indikationsfeststellung von der Interaktion zwischen dem Arzt und der Frau abhängig ist, dürfte der ärztlichen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch eine maßgebliche Rolle zukommen, die in einer eigenen Ärztebefragung zu klären ist. Davon ausgehend kann jedoch vermutet werden, daß "objektive" Merkmale der Lebenssituation der Frau - abhängig von der Einstellung des Arztes - einmal als Indikation gewertet werden und ein anderes Mal nicht:

- Das Feststellen einer Indikation ist unabhängig von soziodemographischen Merkmalen der Frau.
- Die Gründe, die als Indikation akzeptiert werden, variieren besonders stark im Bereich der Notlagenindikation.

Der hier anklingenden "Willkür" und "Zufälligkeit" in diesem Verfahrensschritt dürfte entgegenstehen, daß die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch von den Frauen in der Regel nicht leichtfertig getroffen wird und daß - unabhängig von deren Bescheinigung durch einen Arzt - in den meisten Fällen faktisch eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliegen dürfte:

- Die Begründungen zum Schwangerschaftsabbruch entsprechen weitgehend den Erfordernissen des Gesetzes.

Allerdings ist zu bedenken, daß in Anbetracht der Abhängigkeit der Frau von dem indikationsfeststellenden Arzt aus Gründen der sozialen Erwünschtheit diejenigen Begründungen zum Schwangerschaftsabbruch stärker gewichtet werden, von denen die Frau erwartet, daß diese von dem Arzt eher akzeptiert werden.

Im folgenden sollen zunächst die Erfahrungen der Frauen mit dem ersten aufgesuchten Arzt dargestellt werden. Dabei wird zunächst von der Gesamtstichprobe (einschließlich der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte) auszugehen sein bis eine Eingrenzung auf diejenigen Frauen stattfindet, für die die Indikationsfeststellung und der Schwangerschaftsabbruch wesentliche Momente des Arztbesuchs darstellen. Für diese Frauen wird dann im folgenden der - etwaige - Gang zu weiteren Ärzten nachvollzogen. Die Analyse der Indikationsbegründungen und deren Beurteilung durch Juristen wird zudem weitere Anhaltspunkte dafür liefern können, welcher Stellenwert der Indikationsfeststellung im Rahmen der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch zukommt.

## 8.2.1 Erwartungen an den Arzt/die Ärztin

### *Merkmale des ersten aufgesuchten Arztes*

Nahezu alle der befragten Frauen befanden sich in ärztlicher Behandlung. Lediglich 14 (8,4%) Frauen mit Schwangerschaftsabbruch suchten zur Indikationsfeststellung nicht eigens einen Arzt auf. Bei ihnen erfolgte die Indikationsfeststellung im Zusammenhang mit der Sozialberatung: entweder von einem Arzt/einer Ärztin in einer Beratungsstelle oder von einem niedergelassenen Arzt, der auch Sozialberatungen durchführte.

In der Regel (95,6%) wurden von den befragten Frauen Gynäkologen aufgesucht. Der erste Arzt war zu 82,6% derjenige, bei dem die Frau normalerweise in Behandlung war. Bei 13,2% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wurde dieser Arzt der Frau durch Freunde und Bekannte empfohlen (bei den Schwangeren war dies lediglich bei ca. 7% der Fall): Hier mag eine Vorauswahl von Ärzten stattgefunden haben, bei denen vermutet werden konnte, daß sie dem Schwangerschaftsabbruch eher aufgeschlossen gegenüberstanden. Bezüglich des Geschlechts zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen: Ca. 3/4 der Befragten suchten Ärzte auf und 1/4 Ärztinnen.

### *Erwartungen*

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten aller Untersuchungsgruppen kam mit dem Anliegen zu dem Arzt/der Ärztin, die Schwangerschaft zunächst feststellen zu lassen. Darüber hinaus zeigten sich bei den Erwartungen bereits Polarisierungen, die der späteren Entscheidung entsprachen: Diejenigen Frauen, die später einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, interessierten sich

**Tabelle 55:** Erwartungen an den Arzt/die Ärztin (Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschafts- abbruch (n = 152)		Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
<b>medizinisch</b>						
1. Feststellen der Schwangerschaft	113	74,3	40	78,4	162	88,5
2. Betreuung der Schw. schaft/Vorsorgeunters.	5	3,3	22	43,1	132	72,1
<b>Information</b>						
3. über Schwanger- schäftsverlauf	4	2,6	10	19,6	49	26,8
4. über Entwicklung des Embryos	4	2,6	2	3,9	25	13,7
5. über Möglichkeiten des Schw.abbruchs	44	29,0	13	25,5	-	-
6. über Risiken des Schw.abbruchs	19	12,5	3	5,9	-	-
<b>Gespräch</b>						
7. Aussprache über Pro- bleme und Konflikte	27	17,8	18	35,3	25	13,7
8. Hilfe bei der Entschei- dungsfindung	14	9,2	7	13,7	-	-
<b>formal</b>						
9. Bescheinigung der Indikation	83	54,6	6	11,8	-	-
sonstiges (medizinische Angelegenheiten)	6	3,9	4	7,8	16	8,7

vorrangig für die Bescheinigung der Indikation und Informationen über Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs. Unter den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte überwog die Erwartung nach medizinischer Betreuung der Schwangerschaft. Einzig bei den Konfliktschwangeren zeigten sich deutliche Variationen in den Erwartungen, zu einem relativ hohen Anteil wünschten sie sich den Arzt/die Ärztin als Gesprächspartner über ihre Probleme und Konflikte (vgl. Tabelle 55).

Häufig äußerten Frauen mehrere Erwartungen an den Arzt: Die Erwartung nach Betreuung der Schwangerschaft ging meist einher mit der Erwartung nach Infor-

mationen über den Schwangerschaftsverlauf ( $\phi = .34$ ) und der nach Informationen über die Entwicklung des Embryos ( $\phi = .20/.51$ ). Frauen hingegen, die Informationen über die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs erwarteten, wünschten zumeist auch ( $\phi = .53$ ) eine Aufklärung über mögliche Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs sowie die Indikationsbescheinigung ( $\phi = .34$ ). Die Erwartungen nach Feststellen der Schwangerschaft, Aussprache über Probleme und Konflikte sowie Hilfe bei der Entscheidungsfindung waren mit den übrigen Erwartungen nur schwach korrelativ verknüpft.

Um Zusammenhänge zwischen den Erwartungen und den psychosozialen Merkmalen der Befragten zu ermitteln, wurden Diskriminanzanalysen durchgeführt. Bei den Variablen "Erwartung von Betreuung der Schwangerschaft" und "Erwartung der Indikationsbescheinigung" gelang eine zufriedenstellende Gruppentrennung (s. Tabelle 56). Bei den Variablen "Informationen über Schwangerschaftsabbruch" und "Aussprache über Probleme und Konflikte sowie Hilfe bei der Entscheidungsfindung" konnten lediglich 12,8% bzw. 2,5% der Varianz erklärt werden. Frauen, die mit letztgenannten Wünschen zum Arzt kamen, unterschieden sich also wenig in bezug auf soziodemographische Merkmale, Einstellungen und Gefühle von den Frauen, die diese Erwartungen nicht hatten.

Die Trennung gelang am besten bei der Erwartung bezüglich der **Betreuung der Schwangerschaft**. Hier konnten 31,9% der Varianz erklärt werden. Die Frauen, die mit dem Ziel der Schwangerschaftsbetreuung den Arzt aufsuchten, hatten hauptsächlich positivere Gefühle gegenüber der Schwangerschaft als die übrigen Frauen. Sie antizipierten weniger Verschlechterungen, hatten bereits Kinder, stammten aus kleineren Wohnorten und äußerten sich in ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch konservativer.

Bezüglich der Erwartung nach der **Bescheinigung der Indikation** konnten 30,2% der Varianz erklärt werden. Die Frauen, die eine Indikationsbescheinigung erwarteten, unterschieden sich von denen, die sie nicht erwarteten, in folgenden Merkmalen: Ihre ersten Reaktionen auf die Schwangerschaft waren negativer, sie antizipierten Verschlechterungen in mehr Lebensbereichen, lebten in eher unverbindlichen Beziehungen, verfügten über weniger Einkommen, stammten aus größeren Wohnorten und hatten eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

Es zeigt sich, daß bei den Erwartungen gegenüber dem Arzt hauptsächlich den ersten Reaktionen der Frau auf die Schwangerschaft und dem erwarteten Ausmaß an Verschlechterungen durch die Schwangerschaft großes Gewicht zukam. Wie vermutet werden konnte, waren somit die Erwartungen, die an den Arzt gerichtet wurden, maßgeblich von der Vorentschiedenheit der Frau geprägt.

**Tabelle 56:** Erwartungen an den Arzt und psychosoziale Konfliktmerkmale (Diskriminanzanalysen)

	Betreuung der Schwangerschaft		Indikationsbescheinigung	
	ja	nein	ja	nein
canon. Korrelationskoeffizient (Anteil erklärter Varianz)	.56*** (31,9%)		.55*** (30,2%)	
korrekte Klassifikation (%)	76.1 : 74.4		48.3 : 91.2	
Merkmale und standardisierte Diskriminanzkoeffizienten	1. erste Reaktion auf die Schwangerschaft	.63	1. erste Reaktion auf die Schwangerschaft	.56
	2. Ausmaß antizipierter Verslechterungen	.48	2. Ausmaß antizipierter Verslechterungen	.47
	3. Kinderzahl	.18	3. Partnerbeziehung	.19
	4. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	.18	4. Einkommenshöhe	.19
	5. Wohnortgröße	.11	5. Wohnortgröße	.15
			6. Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch	.13

Signifikanzprüfung: \*\*\*  $p < .001$

Ehe im folgenden diejenigen Frauen vorrangig ins Auge gefaßt werden sollen, bei denen das Thema Schwangerschaftsabbruch und Indikationsfeststellung eine Rolle spielte, sollen zuvor die Frauen Beachtung finden, für die dies **unwesentlich** ( $n = 216$ ) war. Es waren dies Frauen, die der Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte zugeordnet wurden, sowie ca. 2/3 der Konfliktschwangeren.

Von diesen Konfliktschwangeren suchte die Hälfte ( $n = 17$ ) noch eine Einrichtung zur Sozialberatung auf (vgl. Kap.8.1), die übrigen unternahmen keine weiteren Schritte mehr und entschlossen sich, die Schwangerschaft auszutragen. Obgleich diese Frauen eine Indikationsfeststellung nicht thematisierten, lagen zentrale Aspekte ihres Gesprächs mit dem Arzt in der Diskussion ihrer sozialen Umstände und persönlichen Probleme sowie der Schwierigkeiten, die erwartet wurden, wenn das Kind geboren ist. Auch medizinische Informationen sowie die Aufklärung über mögliche Risiken der Schwangerschaft mögen bei diesen Frauen dazu beigetragen haben, daß - obgleich eine Indikationsfeststellung nicht zur Diskussion stand - etwa 1/4 dem ärztlichen Gespräch Bedeutung für ihre Entscheidung zugemessen haben.

## 8.2.2 Wege zur Indikationsfeststellung

### *Erwartungen*

Bei insgesamt 170 Frauen (das sind 42,5% der Gesamtstichprobe) wurde mit dem Arzt die Indikationsfeststellung besprochen. Von diesen suchten die Hälfte den Arzt mit der expliziten Erwartung nach Ausstellung dieser Bescheinigung auf. Etliche Frauen erwarteten zunächst anderes von dem Arzt: Im Vordergrund standen Bedürfnisse nach Information über Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs, nach Aussprache über Probleme und Konflikte sowie das Feststellen der Schwangerschaft.

Vor allem bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch intendierten, waren die Erwartungen bezüglich des Arztbesuches meist mit ängstlichen Gefühlen gekoppelt. Neben der Angst vor einer Bestätigung der Schwangerschaft (bei 23,6%) fanden sich auch häufig Unsicherheit, Angst und Scham gegenüber der Person des Arztes (29,1%). 12,8% der Frauen befürchteten Vorwürfe, Beeinflussung oder hatten Angst, daß ihnen die Indikationsfeststellung verweigert würde.

"Angst vor der Tatsache der Schwangerschaft, Angst, daß er die Indikation verweigert" (PBNR 71, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Erwartung einer Moralpredigt, daß sie mich niedermacht" (PBNR 325, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft).

"Angst, daß sich das bewahrheitet, was ich fürchtete: daß ich schwanger bin" (PBNR 59, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

"Ich wollte den Schein, egal wie" (PBNR 302, Bankkauffrau, Abbruch der Schwangerschaft).

Neben diesen ängstlichen Einstellungen fanden sich aber auch Erwartungen an Hilfe und Unterstützung durch den Arzt (18,2%). Diese Frauen schilderten ein vertrauensvolles, gutes Verhältnis zu dem Arzt und erwarteten psychologische Unterstützung und Verständnis.

### *Themen des Indikationsgesprächs*

Bei dem Gespräch mit dem Arzt stand zumeist die Darstellung der Gründe für den geplanten Abbruch, das Abwägen der Entscheidung (40,0%) sowie die Reflexion der sozialen und persönlichen Lebensumstände (45,5%) im Vordergrund: Es wurden die finanziellen, beruflichen und familiären Lebensumstände der Frauen erörtert und auch ihre persönlichen Probleme und Zukunftsperspektiven,

Streß, Belastung, Ängste und die damit verbundenen Möglichkeiten, das Kind auszutragen bzw. zu einer sicheren Entscheidung zu gelangen. Die Aufklärung über Risiken und Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht nahm bei 22,4% dieser Frauen im Gespräch mit dem Arzt Raum ein. Die Problematik der Empfängnisverhütung wurde von 16,4% der Frauen als Thema des ärztlichen Gesprächs geschildert.

Daneben waren Informationen bezüglich der Schwangerschaft und ihres Verlaufs, der Entwicklung des Embryos und die Aufklärung über etwaige medizinische Probleme (wie Komplikationsmöglichkeiten, gesundheitliche Risiken beim Austragen der Schwangerschaft oder eine etwaige Behinderung des Kindes) für 18,2% der Patientinnen zentrale Bereiche des ärztlichen Gesprächs.

Der Erörterung einer etwaigen Strafbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs wurde geringer Raum zugesprochen: Lediglich bei vier Frauen (2,4%) wurden diesbezügliche Sachverhalte erwähnt. Dabei handelte es sich entweder um Informationen über die Indikationsregelung oder um empfundene "Drohungen" mit der Strafbarkeit:

"Arzt behauptete, daß er sich strafbar machen würde, wenn er eine Indikation ausstellen würde. Ich weiß aber, daß er das auch bei anderen Frauen schon gemacht hat" (PBNR 274, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft)

"Er hat gesagt, daß bei uns (BRD) der Schwangerschaftsabbruch nicht erlaubt wäre, nur aus medizinischen Gründen durchgeführt werden kann" (PBNR 299, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

### *Reaktion des Arztes/der Ärztin*

Nach dem Besuch des ersten Arztes verfügte etwa die Hälfte der Frauen, bei denen sich das Gespräch um die Indikationsfeststellung drehte, über diese Bescheinigung. Vergleicht man die Frauen, die vom ersten Arzt eine Indikation erhielten, mit den Probandinnen, bei denen alles erfolglos war, so zeigte es sich, daß sie sich hinsichtlich **soziodemographischer Merkmale** kaum unterscheiden; es wurde keine Korrelation aufgefunden, die .30 überschritt. Dieses Ergebnis bezieht sich einerseits auf Merkmale wie Einkommenshöhe, Kinderzahl, Erwerbsstatus, Einkommensquelle etc., die den Schluß nahelegen, daß die Indikationsfeststellung unabhängig vom sozialen Status der Frau vonstatten ging. Andererseits fanden sich auch keine nennenswerten Korrelationen mit dem Bundesland und der Wohnortgröße der Frau, so daß **regionale Unterschiede** in dieser Hinsicht verneint werden müssen.

Sowohl ein Teil der Frauen, die die Indikation vom ersten Arzt erhielten als auch Frauen, die sie nicht erhielten, schilderten Vorwürfe, die der Arzt an sie richtete. 15,8% gaben an, daß der Arzt versucht hätte, sie zu beeinflussen oder moralisch zu verunsichern.

"Unter Druck gesetzt: Wenn man kein Kind will, soll man doch die Pille nehmen!" (PBNR 325, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft).

"Vorwürfe, wie man schwanger werden kann, wo es Probleme in der Beziehung gibt, ob ich keine Verhütungsmittel hätte" (PBNR 73, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Kam mir abgefertigt vor - wie ein Flittchen. Arzt war herablassend, versuchte mich zu beeinflussen, hat Indikationsbescheinigung ausgestellt, ohne sich noch einmal mit mir zu unterhalten" (PBNR 202, Verkäuferin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Massive Vermittlung von Schuldgefühlen, machte mich runter und hat mich nach Hause geschickt, ich ging tränenüberströmt aus der Praxis" (PBNR 359, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

Insgesamt 23 Frauen (13,7%) wurden von dem Arzt abgewiesen. Die Frauen, die abgewiesen wurden oder Vorwürfe des Arztes schilderten, unterschieden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale nicht von den übrigen Frauen. Ergänzend ist noch zu erwähnen, daß in 5 Fällen der erste aufgesuchte Arzt auch das Angebot machte, den Schwangerschaftsabbruch selbst durchzuführen.

"Vorschlag, es selbst zu machen für Geld, da angeblich die Frist (12. Woche) überschritten war" (PBNR 13, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

### *Dauer des Gesprächs/der Gespräche und Zufriedenheit*

Die Mehrzahl dieser Frauen (57,4%) suchte den Arzt zu **einem** Gespräch auf; bei 22,8% fanden zwei Gespräche und bei 19,8% drei und mehr Gespräche statt. Überwiegend (bei 61,2%) lag die Zeitdauer des Gesprächs/der Gespräche unter einer halben Stunde, bei 33,9% zwischen einer halben Stunde und zwei Stunden und in 4,8% nahm sich der Arzt mehr als zwei Stunden Zeit für die Frau und ihr Anliegen. Die Mehrheit der Befragten war mit der **Dauer des Gesprächs/der Gespräche** zufrieden. 3/4 der Frauen, die mit dem Arzt eine Indikationsfeststellung besprachen, gaben an, es wäre gerade richtig gewesen. Allerdings war das ärztliche Gespräch für 20,7% dieser Frauen zu kurz, als zu lang wurde das Gespräch von 6,7% der Frauen empfunden.

Die **Zufriedenheit** mit dem ersten aufgesuchten Arzt liegt unter der Zufriedenheit mit Beratungsstellen (vgl. Kap.8.1). Immerhin waren 34,8% der Frauen mit dem Indikationsgespräch unzufrieden.

Die Frauen äußerten sich zufrieden, wenn sie den Arzt als fachlich kompetent empfanden, wenn sie gute Betreuung erfuhren, erschöpfende Auskunft auf ihre Fragen bekamen und der Arzt darüber hinaus aufgeschlossen, freundlich, verständnisvoll und einfühlsam war. Insgesamt 52,5% der Frauen, bei denen die Indikationsfeststellung besprochen wurde, schilderten dieses als positiv empfundene Verhalten des Arztes. Häufig wurde noch positiv vermerkt, wenn sich der Arzt genügend Zeit für die Patientin genommen hat und wenn der Arzt keine Versuche der Beeinflussung der Frau unternahm (21,3%).

"Ich fühlte mich wohl und sicher beim Arzt, er hat mich verstanden, ist auf mich eingegangen, hat mich nicht beeinflusst" (PBNR 52, kaufm. Angestellte, Abbruch der Schwangerschaft).

Unzufriedenheit wurde meist geäußert (von 30,6% der Frauen), wenn der Arzt nicht zum Gespräch mit der Frau bereit war, auf ihre Argumente nicht einging, sie verunsicherte, ihr Vorwürfe machte oder ein schlechtes Gewissen vermittelte:

"Keine Hilfen, keine Information. Er ist überhaupt nicht auf mein Problem eingegangen, hat die falsche Schwangerschaftswoche genannt" (PBNR 13, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Weil ich von der Einstellung des Arztes enttäuscht war, nicht weil er die Indikation verweigerte, war enttäuscht, weil er nicht zum Gespräch bereit war" (PBNR 299, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

"Fließbandmäßig, kommerzielle Einstellung der Ärztin, kein Gespräch möglich, hat keinen Schwangerschaftstest gemacht" (PBNR 192, Hausfrau, Konfliktschwangerschaft).

### *Aufsuchen mehrerer Ärzte*

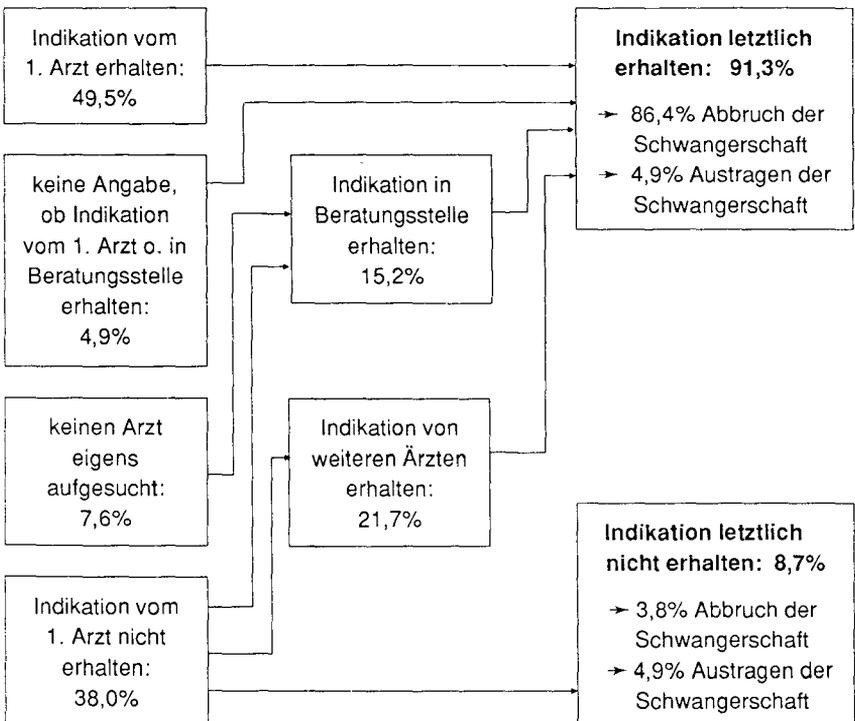
Die Verweigerung der Indikationsfeststellung durch den ersten Arzt führte zumeist zum Aufsuchen weiterer Ärzte oder zur Hilfesuche in der Beratungsstelle. Die Anzahl der aufgesuchten Ärzte korrelierte **nicht mit soziodemographischen Merkmalen** der befragten Frauen. Auch scheint es in der **regionalen Verteilung** keine Unterschiede zu geben: Weder die Wohnortgröße noch das Bundesland, in dem die Frau lebte, korrelierte mit der Anzahl aufgesuchter Ärzte. Dies überrascht, da vermutet werden konnte, daß sowohl im konservativ regierten Baden-Württemberg als auch in ländlichen Regionen Frauen eher größere

Anstrengungen auf sich nehmen müssen, um eine Indikationsbescheinigung zu bekommen, als etwa in Hessen oder in städtischen Gebieten.

Wurden zwei oder mehr Ärzte aufgesucht, so haben die Frauen von ihnen in den überwiegenden Fällen durch die vorhergehenden Ärzte oder die Beratungsstellen erfahren. Bei ca. 20% der Frauen wurden die Ärzte aufgrund einer Empfehlung von Freunden und Bekannten aufgesucht. In einigen Fällen handelte es sich um Urlaubsvertretungen, bekannte Spezialisten oder Ärzte, die die Frauen von eigenen früheren Behandlungen kannten.

In Schaubild 20 sind im Überblick die Wege zur Indikationsfeststellung dargestellt. Aufgenommen wurden in die Darstellung auch die 14 Frauen, die nicht eigens einen Arzt zur Indikationsfeststellung aufsuchten, sondern unmittelbar im Zusammenhang mit der Sozialberatung die Indikation erhielten. Somit erhöht sich die Gesamtzahl der Frauen, die eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch wollten, auf insgesamt 184.

**Schaubild 20:** Wege zur Indikationsfeststellung (n = 184; Angaben in %)



Es zeigt sich, daß letztlich 91,3% der Frauen, bei denen die Indikationsfeststellung thematisiert wurde, diese Bescheinigung auch erhalten haben:

- Die Mehrheit von ihnen bezog die Indikationsbescheinigung vom **ersten aufgesuchten Arzt**.
- 15,2% der Frauen haben die Indikationsbescheinigung in der **Beratungsstelle** erhalten, entweder unmittelbar bei der Sozialberatung oder nachdem der erste Arzt die Indikationsbescheinigung verweigerte. Bei weiteren 4,9% der Frauen lagen keine Angaben vor, ob sie die Indikation von dem ersten Arzt oder in der Beratungsstelle erhalten haben.
- 21,7% der Frauen suchten **mehrere Ärzte** zur Indikationsfeststellung auf, davon mußte etwa die Hälfte drei und mehr Ärzte aufsuchen.

Von den Frauen, die eine Indikationsbescheinigung erhielten, ließ die Mehrzahl den Schwangerschaftsabbruch auch durchführen, lediglich neun Frauen entschieden sich, die Schwangerschaft auszutragen, obgleich sie die Indikationsbescheinigung zum Schwangerschaftsabbruch nun hatten. **Keine** Indikation haben 16 Frauen erhalten: Dies sind 8,7% der Frauen, bei denen die Indikationsbescheinigung Thema war.

- Von diesen Frauen trugen neun die Schwangerschaft aus. Die Mehrzahl dieser Frauen nannte jedoch psychosoziale Gründe, die zur Änderung ihres Entschlusses führten. Lediglich eine Minderheit von zwei Frauen gab als entscheidungsrelevanten Grund zum Austragen der Schwangerschaft an, daß sie keine Indikationsbescheinigung bekommen hätten.
- Weitere sieben Frauen brachen die Schwangerschaft **ohne** Indikationsbescheinigung ab. Bei diesen Frauen wurde in drei Fällen der Schwangerschaftsabbruch auch von dem Arzt durchgeführt, den sie im Bemühen um eine Indikationsfeststellung aufgesucht hatten. Eine Frau suchte einen befreundeten Arzt zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs auf und drei weitere Frauen fuhren zu diesem Zweck nach Holland.

### *Entscheidungseinfluß des Arztes*

Betrachtet man die Einflußmöglichkeiten des Arztes im Rahmen der Indikationsfeststellung auf die Entscheidung der Frau, so hat er zum einen insofern Einfluß, als er etwa die Indikationsfeststellung verweigern kann. Wie gezeigt wurde, führt dies in der Regel zum Aufsuchen weiterer Ärzte. Das ärztliche Gespräch kann des weiteren auf die Motivation der Frau einwirken. Unter den Frauen, die in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs die Indikationsfeststellung bei dem

Arzt thematisierten und sich jedoch dann entschieden, die Schwangerschaft auszutragen ( $n = 18$ ), schilderte die Hälfte, daß das Gespräch mit dem Arzt für ihre Entscheidung **sehr oder eher wichtig** (27,8% und 22,2%) war. Die Relevanz des ärztlichen Gesprächs korrelierte vor allem mit der Offenheit der Frau bzw. ihrer mangelnden Vorentschiedenheit. Gab die Frau an, vom Arzt die Hilfe bei ihrer Entscheidungsfindung zu erwarten, maß sie dem Gespräch mit dem Arzt auch eine höhere Entscheidungsrelevanz bei ( $\phi = .17$ ). Des weiteren zeigte sich noch, daß dem ärztlichen Gespräch auch dann Bedeutsamkeit zugemessen wurde, wenn die Frau im familiären Bereich ( $\phi = .26$ ) und in der Partnerbeziehung ( $\phi = .25$ ) eher Verbesserungen für den Fall des Austragens der Schwangerschaft erwartete.

### 8.2.3 Indikationsbegründungen

#### *Medizinische Gründe*

Die Gründe, die die befragten Frauen zur Indikationsfeststellung vortrugen, ließen sich in einerseits medizinische bzw. eugenische und andererseits in Begründungen aufgrund psychischer und sozialer Umstände trennen. Insgesamt 1/4 der Frauen, die bei dem Arzt das Thema Indikationsfeststellung besprachen, nannten Sachverhalte, die mit einer medizinischen Beeinträchtigung entweder der Frau selbst oder auch des erwarteten Kindes im Zusammenhang standen (häufig wurden neben diesen medizinischen Faktoren zusätzlich noch soziale Gründe benannt). Tabelle 57 zeigt die **medizinisch orientierten** Antworten auf die Frage, was die Frau dem Arzt vorgetragen habe, um eine Indikationsbescheinigung zu erhalten.

Die häufigste Nennung fand sich bei einer vermuteten Beeinträchtigung des Embryos aufgrund von Medikamenten-, Alkohol- oder Drogeneinnahme. Häufig wurde eine Behinderung durch ein eingelegtes Intrauterinpeessar befürchtet.

Gesundheitliche Bedrohung der Frau aufgrund eines beeinträchtigten Allgemeinzustandes bzw. aufgrund von früheren Risikoschwangerschaften schilderten insgesamt 10,9% der Frauen, wobei dies bei einer Frau zu akut lebensbedrohlichen Konstellationen führte:

"organisch-somatische Störungen: akute Lebensgefahr, die Schwangerschaft auszutragen nach drei Kaiserschnitten, wobei der letzte erst neun Monate zurücklag; relativ starke Bauchschmerzen schon in den ersten zwei Monaten dieser Schwangerschaft" (PBNR 326, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

**Tabelle 57:** Medizinisch/eugenische Begründungen (Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	Schwangerschaftsabbruch (n = 166)		Konfliktschwangerschaft (n = 18)	
	n	%	n	%
<b>somatisch</b>				
vorbestehende organische Erkrankungen der Mutter: Herzfehler, Wirbelsäulenschäden, Darmerkrankungen, Nieren- und Harnwegenerkrankungen, systemische Autoimmunerkrankungen	6	3,6	2	11,1
gynäkologische Erkrankungen: Zustand nach gyn. Operation, Eileiterentzündung, vorhergehende Risikoschwangerschaften	5	3,0	2	11,1
mit der jetzigen Schwangerschaft verbundene Erkrankungen: Plazentainsuffizienz, Schwangerschaftserbrechen, akute Blutungen, drohende Fehlgeburt	5	3,0	-	-
<b>psychiatrisch</b>				
Depression	4	2,4	-	-
Suizidgefahr	2	1,2	-	-
sonstige psychische und psychiatrische Erkrankungen	1	0,6	3	16,7
<b>eugenisch</b>				
drogen-/medikamenteninduzierte Schädigung des Embryos	9	5,4	1	5,6
Schädigung des Embryos aufgrund Intra-Uterin-Pessar	7	4,2	-	-
Schädigung des Embryos aufgrund Infektionskrankheiten: Röteln, Toxoplasmose	1	0,6	1	5,6
Erbkrankheiten	1	0,6	-	-
sonstiges	1	0,6	-	-
	42 Nennungen von 35 Probandinnen (21,1%)		9 Nennungen von 8 Probandinnen (44,4%)	

Krankheiten mit psychosomatischem oder psychiatrischem Hintergrund wurden von 5,4% der Frauen zur Begründung eines Schwangerschaftsabbruchs genannt.

"organisch-somatische Störungen: Bulimie und damit auch das Gefühl nicht genügender Stabilität/Reife; partnerschaftliche Schwierigkeiten wie finanzielle Probleme wie ungesicherte Wohnsituation waren auch da, aber nicht ausschlaggebend" (PBNR 288, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

## *Psychosoziale Gründe*

Ein Blick auf die Indikationsbegründung des **sozialen und psychischen** Bereichs zeigte zunächst, daß meist **mehrere** Gründe von den Frauen genannt wurden. So trat die Kombination von "wirtschaftlicher Notlage", "partnerschaftlichen Konflikten" und "psychischen Konflikten der Frau" bei allein 25% der Befragten auf:

"Wirtschaftliche Notlage: finanzielle Gründe, frisch arbeitslos  
Partnerschaftliche Konflikte: der Kindsvater ist nur ein Erzeuger  
Psychische Konflikte der Frau: keinerlei Unterstützung durch die Mutter und Familie"  
(PBNR 177, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft)

"Wirtschaftliche Notlage: finanzielle Situation, arbeitslos, zwei Kinder, keine Ausbildung  
Partnerschaftliche Konflikte: zwei Kinder, verschiedene Väter  
Psychische Konflikte der Frau: Überforderung, Konflikt mit Kindern, "ich würde auf der Strecke bleiben", Partnerschaftskonflikte"  
(PBNR 201, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

In Tabelle 58 sind die angegebenen Begründungen in der Übersicht dargestellt.

Im Bereich der **wirtschaftlichen** Notlage dominierten vor allem Befürchtungen in bezug auf Beruf und Ausbildung (insgesamt 41,0%). Finanzielle Probleme wie geringes Einkommen oder Schulden führten 25,3% der betroffenen Frauen gegenüber dem Arzt an. Im Bereich der **Partnerschaftskonflikte** wurde vor allem die Angst deutlich, das Kind alleine großziehen zu müssen bzw. sich auf keine verbindliche Partnerbeziehung stützen zu können:

"Partnerschaftliche Konflikte: kein Freund, der zu mir hält; bereits ein Kind, das keinen Vater hat; noch nicht von früherem Mann geschieden, obwohl schon getrennt lebend" (PBNR 251, Justizangestellte, Austragen der Schwangerschaft)

"Partnerschaftliche Konflikte: Freund ist katholischer Pfarrer, sehr katholische Gegend" (PBNR 254, kaufmännische Angestellte, Abbruch der Schwangerschaft)

Unter den genannten **psychischen Konflikten** der Frau nahm der Aspekt der Überforderung durch ein (weiteres) Kind eine wichtige Rolle ein, in einigen Fällen unterstützt durch Argumente bezüglich des Alters der Frau sowie der befürchteten Aufgabe von Zukunftsperspektiven und Einschränkungen der eigenen persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten, wie z.B.:

**Tabelle 58:** Indikationsbegründungen aufgrund von psychischen und sozialen Umständen (Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	Schwangerschaftsabbruch (n = 166)		Konfliktschwangerschaft (n = 18)	
	n	%	n	%
<b>Wirtschaftliche Notlage</b>				
Finanzielle Probleme	42	28,3	2	11,1
Ausbildung gefährdet	47	28,3	3	16,6
Berufliche Probleme	21	12,7	4	22,2
Familiäre Verhältnisse, Wohnungsnot	20	12,0	2	11,1
Keine Kinderbetreuung, Probleme in Herkunftsfamilie	6	3,6	-	-
Ohne Spezifikation	28	16,7	2	11,1
<b>Partnerschaftliche Konflikte</b>				
Keine feste Beziehung	32	19,3	2	11,1
Kind alleine großziehen	21	12,7	1	5,6
Streit, starke Konflikte	12	7,3	1	5,6
Trennung	12	7,3	-	-
Partner lehnt Kind ab, als Vater ungeeignet	12	7,3	3	16,6
Kind von anderem Partner	7	4,2	1	5,6
Ohne Spezifikation	15	9,0	2	11,1
<b>Psychische Konflikte</b>				
Überforderung, zu große Belastung	57	34,3	6	33,3
Zu jung, zu alt	18	10,8	1	5,6
Persönliche Probleme, Einschränkung der Selbstverwirklichung	8	4,8	-	-
Kein Wunsch nach Kind (auch zeitweise)	15	9,0	-	-
Fühlt sich nicht in der Lage, Kind aufzuziehen	7	4,2	-	-
Ohne Spezifikation	16	9,6	2	11,1
	396 Nennungen von 157 Probandinnen (94,6%)		32 Nennungen von 15 Probandinnen (83,3%)	

"Pränatale Schädigung des Embryos: mehr Medikamenteneinnahme, möglicher Abgang

Wirtschaftliche Notlage: keine Ausbildung

Partnerschaftliche Konflikte: zuviele Probleme mit Partner

Psychische Konflikte der Frau: könnte mich nicht mehr entwickeln, hatte das Gefühl, ich komme nicht mehr raus; Eingebundensein in Familie, Abhängigkeit" (PBNR 220, Fabrikarbeiterin, Abbruch der Schwangerschaft)

Auf die Frage, ob sie Ärzten (und Beratern) ihre Situation so schildern konnten, wie sie sie empfanden, antworteten 81,9% der Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch bejahend. Die übrigen gaben als Gründe für eine abweichende Darstellung an, daß sie gehemmt oder in Panik waren oder aufgrund von Zeitmangel ihre Situation nicht erklären konnten.

Andere Frauen empfanden es als Einbruch in ihre persönliche Sphäre, sich gegenüber Institutionen erklären zu müssen und verspürten kein Bedürfnis zur Aussprache. Des weiteren führten auch Angst davor, daß die Indikationsfeststellung verweigert wird, Unverständnis oder moralischer Druck von Seiten der Ärzte/Berater zu einer Darstellung, die der subjektiven Wertung nicht entsprach:

"Ich kann mit Fremden nicht über seelische Probleme reden" (PBNR 415, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

"Ich fürchtete, daß er meine Situation nicht verstand. Für ihn gab es nur meine biologische Fähigkeit, das Kind auszutragen" (PBNR 321, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

### *Art der erhaltenen Indikation*

Von den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführten, erhielten 159 (95,8%) eine Indikationsbescheinigung. Unter den Konfliktschwangeren hatten 18 Frauen das Problem der Indikationsfeststellung mit dem Arzt besprochen, die Hälfte von ihnen bekam die Indikation bescheinigt. Die Verteilung auf die im Gesetz vorgesehenen Indikationsarten ist in Tabelle 59 dargestellt.

**Tabelle 59:** Erhaltene Indikation

	Gruppe 1		Gruppe 2		Statistisches	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Jahrbuch	
	n	%	n	%	n	%
Notlagen-Indikation	134	80,7	8	44,4	70.411	84,3
medizinische Indikation	11	6,6	-	-	10.571	12,7
eugenische Indikation	3	1,8	-	-	1.086	1,3
krimin. Indikation	-	-	-	-	71	0,1
unbekannt; keine Angabe	11	6,6	1	5,6	1.399	1,7
keine Indikation erhalten	7	4,2	9	50,0	-	-
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>99,9</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>83.538</b>	<b>100,1</b>

Frauen mit kriminologischer Indikation nahmen an der Untersuchung nicht teil. Die Verteilung der Indikationsarten in der Frauenbefragung einerseits und den Daten des Statistischen Bundesamtes andererseits unterscheidet sich nicht signifikant. Von den baden-württembergischen Frauen erhielten 12% eine medizinische oder eugenische Indikation, während es unter den hessischen Frauen lediglich 5,1% waren. Letztgenannte Ungleichverteilung könnte auf einen erhöhten Begründungsdruck in dem konservativ regierten Bundesland Baden-Württemberg hindeuten.

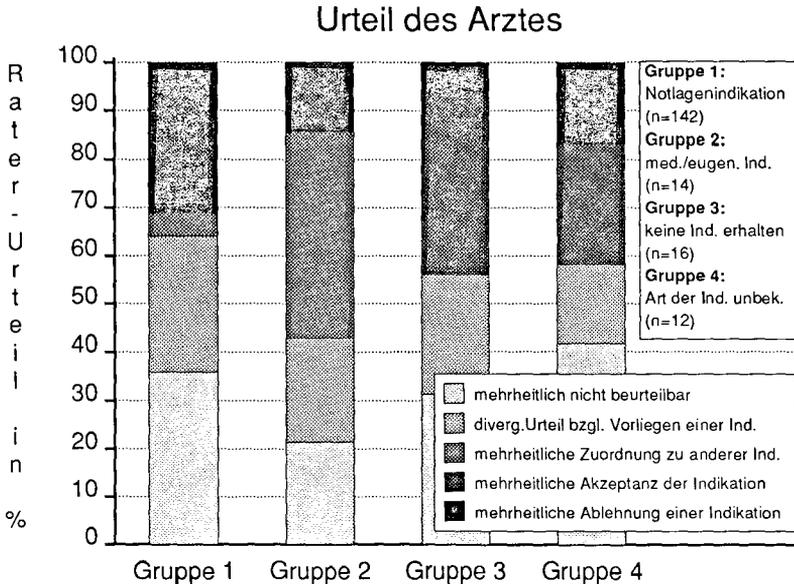
### *Beurteilung der Indikationsbegründungen*

Die vorliegenden Indikationsbegründungen der betroffenen Frauen wurden einem **Experten-Rating** unterzogen, um die Zuordnung der Sachverhalte zu den im Gesetz vorgegebenen Indikationen zu prüfen. Als Rater stellten sich drei in diesem Themenbereich ausgewiesene Juristen der strafrechtlichen Forschungsgruppe des Max-Planck-Instituts zur Verfügung, die die Aufgabe hatten, aufgrund der Beschreibung zu entscheiden, ob diese Begründung für eine Indikation nach § 218 StGB ausreichend sei und welcher Indikationsart diese zuzuordnen sei.

Probleme ergaben sich vorrangig aus der Tatsache, daß die Juristen über schriftliches Material, das zudem stichwortig gehalten war, zu befinden hatten, ohne einen persönlichen Eindruck von der betreffenden Frau gewinnen zu können. Daraus resultierte ein großer Anteil an Fällen, die aufgrund des vorliegenden Materials nicht eingeschätzt werden konnten. Darüber hinaus zeigte das Rating eine erstaunliche **Spannbreite**, so lag z.B. der Anteil von abgelehnten Indikationsbegründungen zwischen 0,5% und 44,6%.

Zur Auswertung der Rater-Urteile wurde zunächst geprüft, ob ein einheitliches, von allen drei Ratern übereinstimmendes Urteil zustande kam bzw. ob sich Mehrheitsverhältnisse ermitteln ließen (zwei Rater identisch, einer abweichend). Als divergent wurde eine Beurteilung dann bezeichnet, wenn ein Rater die Indikation ablehnte, einer sie akzeptierte und einer sich nicht in der Lage sah, den Fall zu beurteilen. In Schaubild 21 ist die Beurteilung der Rater der Indikationsfeststellung durch den Arzt gegenübergestellt.

Betrachtet man zunächst die **Notlagen**-Indikationen, fällt auf, daß nahezu 2/3 der Fälle von den juristischen Ratern nicht beurteilt werden konnten oder divergierend beurteilt wurden. 25,4% der Indikationsbegründungen von den Ratern einhellig oder mehrheitlich **akzeptiert**, weitere 4,9% wurden zwar akzeptiert, jedoch einer **anderen** Indikationsart zugeordnet. Dabei handelte es sich um vom

**Schaubild 21:** Beurteilung der Indikationsbegründungen

Arzt attestierte Notlagenindikationen, die medizinische bzw. eugenische Begründungen enthielten, und die von den Juristen diesen Indikationen zugeordnet wurden, wie z.B.:

"Psychische Konflikte der Frau: Überforderung, die vierte Schwangerschaft kurz nach dem dritten Kind. Das dritte Kind war gerade ein halbes Jahr alt, als ich wieder schwanger wurde. Diese dritte Schwangerschaft hat mich auch körperlich sehr beansprucht" (PBNR 318, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft).

Mehrheitlich **abgelehnt** wurden acht Indikationen (5,6%) aus dem Bereich der Notlagenindikation. Hierbei handelte es sich zumeist um Fälle, bei denen die Notlage als unzureichend schwer oder dauerhaft eingeschätzt wurde oder um Fälle, bei denen lediglich mangelnder Kinderwunsch der Frau zum Ausdruck kam.

"Psychische Konflikte der Frau: ich wollte das Kind nicht, ich wollte kein drittes Kind mehr" (PBNR 52, Kaufmännische Angestellte, Abbruch der Schwangerschaft)

"Wirtschaftliche Notlage: Mann geringes Einkommen, Frau seit langem sichere Arbeitsstelle, hohe Miete" (PBNR 411, Verwaltungsangestellte, Abbruch der Schwangerschaft)

Bei den **medizinischen/eugenischen** Indikationen lag der Anteil von nicht beurteilbaren oder divergent beurteilten Indikationen niedriger (42,8%), auch wurde keine Indikationsbegründung aus diesem Bereich von den juristischen Ratern abgelehnt. Akzeptiert wurden 14,3%. Hingegen wurde ein großer Anteil dieser Indikationsbegründungen einer anderen Indikationsart zugeordnet (42,8%); dies vor allem bei Fällen der medizinischen Indikation. In Anbetracht der geringen Anzahl medizinischer Indikationen in der Befragung war hier die Abweichung des Rater votums vom Urteil des Arztes besonders deutlich. Problematisch war vor allem die Trennung bezüglich gesundheitlicher Auswirkungen für die Frau (medizinische Indikation) oder einer befürchteten Schädigung des Embryos (eugenische Indikation), wie z.B. in diesem Fall:

"Organisch-somatische Störung: viele Entzündungen gehabt, weiß nicht, ob ich Röteln gehabt habe, hatte Eileiterentzündung und zu kleine Gebärmutter  
 Pränatale Schädigung des Embryos: habe viel geraucht, war mit Antibiotika behandelt worden  
 Wirtschaftliche Notlage: arbeitslos, finanzielle Schwierigkeiten, will Ausbildung machen  
 Partnerschaftliche Konflikte: keine Unterstützung von Eltern, Beziehung zum Partner zu kurz, konnte sich nicht einstellen auf Kind  
 Psychische Konflikte der Frau: ich würde es nicht packen"  
 (PBNR 128, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft)

**Uneinheitliche Aussagen** der Rater bezüglich des Vorliegens einer Indikation wurden bei insgesamt 27,6% der Fälle geäußert. Dies sowie der hohe Anteil an **nicht beurteilbaren** Begründungen (34,6%) zeigt, daß vor allem bei der Notlagenindikation ein deutlicher Beurteilungsspielraum vorhanden ist. Dieser Eindruck wird auch durch Hinzuziehung der Probandinnen bestätigt, bei denen nicht bekannt war, **welche** Indikationsart sie erhielten, und bei den Frauen, die **keine** Indikationsbescheinigung erhielten, bzw. auf das Aufstellen einer Indikation verzichteten. Auch bei diesen Frauen liegt das Ausmaß der nicht beurteilbaren bzw. divergent beurteilten Indikationsbegründungen bei ca. 60%. Abgelehnt wurde eine Indikation durch die Rater in diesen Gruppen bei 10,7%, akzeptiert wurde die Indikation in 32,1%.

Neben der Schwierigkeit, persönliche Lebenszusammenhänge aufgrund schriftlichen Materials zu beurteilen, dürfte der hohe Anteil an divergent bzw. nicht beurteilten Fällen auch ein Resultat sein, das der Wirklichkeit entspricht. So stimmt es mit den bisherigen Ergebnissen der Indikationsfeststellung durch den ersten von der Frau aufgesuchten Arzt überein (s. Kap.8.2.2), demnach objektivierbare Sachverhalte wie Einkommenshöhe der Frau etc. das Verhalten des Arztes kaum bestimmten. Der persönliche Eindruck, den die Frau im ärztlichen Gespräch macht, die Interaktion zwischen ihr und dem Arzt, Wertvorstellung des

Arztes usw. dürften vor allem in diesen unklar beurteilten Fällen den Ausschlag dafür geben, ob eine Indikation bescheinigt wird oder nicht.

## 8.2.4 Zusammenfassung und Diskussion

Betrachtet man den Weg zur Indikationsfeststellung, zeigte es sich, daß nahezu jede Frau, die eine Indikationsbescheinigung wünschte, diese auch erhalten hat - allerdings nur knapp die Hälfte vom ersten aufgesuchten Arzt. Manche Frauen waren sogar bei drei und mehr Ärzten oder ließen den Abbruch ohne Indikationsbescheinigung im In- oder Ausland durchführen. Auch wurde ein nicht unbedeutender Anteil der Indikationsfeststellungen durch Ärzte in Beratungsstellen durchgeführt. Demnach kann festgehalten werden, daß zwar jede Frau, die entschlossen ist, eine Indikationsbescheinigung letztlich erhält, daß allerdings sich der Weg in vielen Fällen als beschwerlich und in einigen Fällen als demütigend darstellt. Die Befürchtung, bei der Indikationsfeststellung ärztlicher Willkür ausgesetzt zu sein, wie sie auch von ZUNDEL u.a. (1982) und v. TROSCHE u.a. (1982) und vor allem von GRÜNWALD (1979) beschrieben wurde, scheint somit einer realen Grundlage nicht zu entbehren. Dies umso mehr, als die Frage, ob eine Frau mehrere Ärzte aufsuchen mußte, nicht mit psychischen oder sozialen Merkmalen der Frau oder Charakteristika ihrer Konfliktsituation zu erklären war.

Allerdings zeigten sich keine regionalen Unterschiede in der Bereitschaft von Ärzten, Indikationen festzustellen. Die unterschiedliche Politik der baden-württembergischen und hessischen Landesregierungen zum Schwangerschaftsabbruch schlugen sich im Rahmen der Indikationsfeststellung nur wenig nieder. Dies mag sich durch das Fehlen von landesrechtlichen Bestimmungen in diesem Bereich erklären lassen, wodurch der Arzt weitgehend seinem "ärztlichen Gewissen" verpflichtet ist.

Von den Befragten haben die überwiegende Mehrheit eine allgemeine Notlagenindikation erhalten. Die wesentlichsten Konfliktkonstellationen umfaßten wirtschaftliche Gründe, Partnerschaftskonflikte und Aspekte der psychischen Überforderung der Frauen.

Betrachtet man die Expertenbeurteilung der Indikationsbegründungen durch Juristen, wird offenkundig, daß die Meinungen stark auseinandergehen und bereits bei einer kleinen Gruppe von Juristen sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, was für das Vorliegen einer Indikation erforderlich sei. Der große Anteil von Indikationsbegründungen, die von juristischer Seite als nicht beurteilbar angesehen wurden oder bei denen sich kein mehrheitliches Votum ermitteln ließ, zeigt, daß die Maßstäbe weit auseinandergehen und letztlich wohl

Merkmale einfließen, die einer standardisierten Betrachtungsweise nicht zugänglich sind. Ein allgemeiner Kriterienkatalog zur inhaltlichen Bestimmung vor allem der Notlagenindikation scheint der Problemstellung nicht angemessen (vgl. auch KOCH 1988, S.132f.; POETTGEN 1981, S.251).

Daß mehrheitlich von juristischer Seite kaum mehr als 5% der Indikationsbegründungen zum Schwangerschaftsabbruch abgelehnt wurden, deutet darauf hin, daß ein etwaiger Mißbrauch der Indikationslösung dennoch selten aufzufinden ist.

Auch der Besuch bei dem Arzt war für viele Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch intendierten, mit Ängsten besetzt. Sie befürchteten häufig Vorhaltungen und Vorwürfe und fühlten sich gegenüber der ärztlichen Machtposition hilflos. Dennoch spielte die Verweigerung der Indikationsfeststellung als Grund zum Austragen der Schwangerschaft bei kaum einer Frau eine Rolle. Hingegen wurde dem einfühlsamen Gespräch mit dem Arzt von Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, jedoch die Schwangerschaft austragen, durchaus Entscheidungsrelevanz beigemessen.

### **8.3 Handlungsschritt 3: Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs**

Während Unterschiede zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg bei der Indikationsfeststellung und Sozialberatung nicht zum Tragen kamen, wird vermutet, daß diese bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs selbst im Vordergrund stehen. Die zentrale Hypothese dieses Themenbereichs lautet:

**Bezüglich der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs existiert ein innerdeutscher "Abtreibungstourismus" sowie ein unterschiedlicher Standard der medizinischen Versorgung in verschiedenen Bundesländern.**

Da die Landesregierungen einen Spielraum zur Ausgestaltung des § 218 StGB haben und diesen unterschiedlich nutzen (vgl. Kap.2.3.4), wurde bereits vermutet, daß die betroffenen Frauen aus Südwest- und Süddeutschland den Schwangerschaftsabbruch in Hessen vornehmen lassen (KETING/VAN PRAAG 1985, S.77). Darüber hinaus werden auch Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern im Hinblick auf die Art der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs vermutet, die sich aus der unterschiedlichen Politik der Bundesländer bei der Zulassung von Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch und in der Gestaltung ambulanter Abbrüche ableiten lassen:

- In Hessen finden die Schwangerschaftsabbrüche häufiger als in Baden-Württemberg in spezialisierten Kliniken oder Arztpraxen statt.
- In Hessen wird der Schwangerschaftsabbruch häufiger ambulant durchgeführt.
- In Hessen wird häufiger die Absaugmethode mit Lokalanästhesie angewandt.

Entsprechend dieser Annahmen sollen die Ergebnisse, die im Hinblick auf die Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs ermittelt wurden, vorrangig ländervergleichend dargestellt werden.

### 8.3.1 "Abtreibungstourismus"

#### *Kontaktaufnahme mit Einrichtungen*

Insgesamt nahmen 178 der befragten Frauen (das sind 44,5% der Gesamtstichprobe) Kontakte mit einer Einrichtung zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs auf. Darunter waren auch ein gewisser Teil der Konfliktschwangeren: 12 dieser Frauen (23,5%) fällten ihren Entschluß, das Kind zu bekommen erst, nachdem bereits Kontakte mit einer diesbezüglichen Einrichtung bestanden. Von diesen suchten drei Frauen auch die Einrichtung auf, die übrigen entschieden sich zwischenzeitlich für das Austragen der Schwangerschaft. Diese drei Frauen faßten endgültig erst in der Klinik den Entschluß, die Schwangerschaft auszutragen:

"Die Mitarbeiter haben mir massive Schuldgefühle aufgedrängt, so daß ich mich dann umentschlossen habe" (PBNR 84, Lehrling, Konfliktschwangerschaft).

"Hatte mich gegen Abbruch entschieden (auch auf Rat der Ärzte in der Klinik hin)". (PBNR 329, Jobs, Konfliktschwangerschaft).

"Wollte mit den Ärzten dort nochmal reden. Aber die haben mich richtig stehen gelassen und gesagt, daß ein Gespräch nicht möglich sei, die Entscheidung sollte zu dem Zeitpunkt klar sein" (PBNR 348, Lehrling, Konfliktschwangerschaft).

Unter den Frauen, die den Abbruch durchführen ließen ( $n = 166$ ), lagen bei neun Frauen (5,2%) **Probleme** bezüglich des Verfahrensweges nach § 218 StGB vor: Vier Frauen (2,4%) suchten eine Einrichtung im Ausland (Holland) auf, bei vier weiteren Frauen wurde der Schwangerschaftsabbruch von dem ersten (und einzigen) aufgesuchten Arzt durchgeführt, eine Frau suchte einen befreundeten Arzt

auf. Den Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch nach Holland führen (sie stammten alle aus Baden-Württemberg), schien der Weg ins Ausland die bessere Lösung zu sein:

"Wollte das deutsche Theater nicht mitmachen" (PBNR 215, Krankenschwester, Abbruch der Schwangerschaft).

"Ich hätte Indikation bekommen, wollte aber nach Holland" (PBNR 241, Krankenschwester, Abbruch der Schwangerschaft).

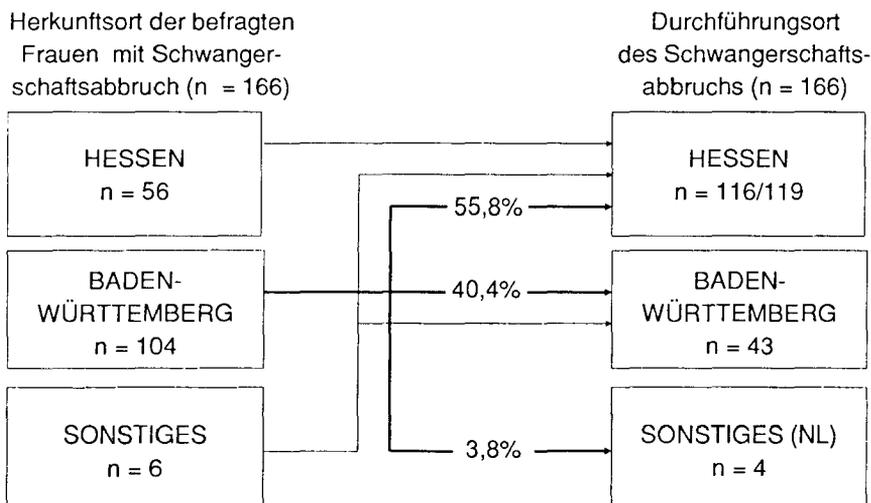
"Arzt empfahl mir, es sei am einfachsten, unbürokratisch und am anonymsten, nach Holland zu fahren" (PBNR 381, Arzthelferin, Abbruch der Schwangerschaft).

"In der ersten Klinik wurde ich abgelehnt, weil ich nicht noch drei Wochen warten wollte bis zum Ultraschall, weil es dann für mich ein Kind ist. Ich wollte den Abbruch in der fünften Woche" (PBNR 395, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

### *Innerdeutscher "Abtreibungstourismus"*

Während den Fahrten nach Holland jedoch ein geringer Stellenwert zukam, wurde hingegen ein hoher **innerdeutscher** "Abtreibungstourismus" festgestellt (vgl. Schaubild 22).

**Schaubild 22:** Herkunftsort der Frauen und Durchführungsort des Schwangerschaftsabbruchs



Bezogen auf die Stichprobe der abbrechenden Frauen aus **Baden-Württemberg** ( $n = 104$ ) zeigte es sich, daß lediglich 42 Frauen (40,4%) den Schwangerschaftsabbruch auch in Baden-Württemberg durchführen ließen; 55 Frauen (52,9%) fuhren hierzu nach Hessen, vier Frauen (3,8%) fuhren nach Holland und drei Frauen (2,9%) gaben an, daß der Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Bundesland durchgeführt wurde, wobei es sich höchstwahrscheinlich ebenfalls um Hessen handelte (keine explizite Nennung, jedoch aufgrund der Entfernungsberechnung am plausibelsten). Die Frauen aus Baden-Württemberg, die den Schwangerschaftsabbruch im eigenen Bundesland durchführen ließen, unterschieden sich von denjenigen, die in ein anderes Bundesland oder ins Ausland fuhren, nicht nennenswert bezüglich ihrer **soziodemographischen Merkmale**; es fanden sich keine Korrelationen, die größer als .30 waren.

Die Frauen, die aus **Hessen** stammten ( $n = 56$ ), blieben zum Schwangerschaftsabbruch ausschließlich in ihrem Bundesland. Von den Frauen ( $n = 6$ ) aus **anderen Bundesländern** (Rheinland-Pfalz und Niedersachsen) suchten 5 Frauen zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs eine Klinik in Hessen auf. Eine Frau fuhr hierzu nach Baden-Württemberg.

Somit wurden in Hessen 116 (bzw. 119, wenn man diejenigen Frauen miteinbezieht, bei denen dies zu vermuten ist) der untersuchten Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Von diesen Frauen stammten 48,3% aus Hessen, 47,4% aus Baden-Württemberg und 4,3% aus sonstigen angrenzenden Bundesländern. In Baden-Württemberg wurden 43 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, davon 97,7% bei Frauen, die auch aus Baden-Württemberg stammten.

Die Frauen aus Baden-Württemberg hatten einen deutlich weiteren Anfahrtsweg zum Ort der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs als die hessischen. Während in den Postleitzahlbereichen 60 (Frankfurt), 61 (Darmstadt), 62 (Wiesbaden), 63 (Gießen), 64 (Fulda) die Frauen durchschnittlich (Median) weniger als 50 km fahren mußten, um die Klinik zu erreichen, so mußten vor allem Frauen aus dem südlichen Baden-Württemberg wie den Bereichen 78 (Freiburg) und 77 (Villingen-Schwenningen) einen deutlich weiteren Anfahrtsweg von durchschnittlich mehr als 200 km erbringen. Für die Postleitzahlbereiche 70 (Stuttgart), 71 (Heilbronn) und 74 (Tübingen) lag der durchschnittliche Anfahrtsweg bei 100-150 km, für 69 (Heidelberg) und 68 (Mannheim) bei 50-70 km. Dies deutet darauf hin, daß vor allem im Rhein-Main-Ballungsgebiet die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurde.

### 8.3.2 Die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in Hessen und Baden-Württemberg

In die folgende ländervergleichende Analyse der Abbruchsbedingungen sollen die Frauen eingehen, die den Schwangerschaftsabbruch in Hessen durchführen ließen, und diejenigen, die eine Klinik in Baden-Württemberg aufsuchten.

#### *Art der Einrichtung*

Unterschiede zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg fanden sich bereits bei der **Art der aufgesuchten Einrichtung** zum Schwangerschaftsabbruch. Bedingt durch die restriktive Haltung der baden-württembergischen Landesregierung im Hinblick auf ambulante Schwangerschaftsabbrüche und die Zulassung von Einrichtungen außerhalb von Krankenhäusern (vgl. Kap.2.3.4) fand sich auch bei den befragten Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch in Baden-Württemberg durchführen ließen, nur ein kleiner Teil von 11,6%, bei denen der Schwangerschaftsabbruch in einer Arztpraxis stattfand (s. Tabelle 60).

**Tabelle 60:** Art der aufgesuchten Einrichtung

	Hessen		Baden-Württemberg	
	n	%	n	%
Arztpraxis	41	35,4	5	11,6
spez. Klinik, Familienplanungszentrum	61	52,6	3	7,0
nicht spez. Frauenklinik	13	11,2	35	81,4
keine Angabe	1	0,9	-	-
<b>SUMME</b>	<b>116</b>	<b>100,1</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .001$

Die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Baden-Württemberg wurde in allgemeinen, nicht auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisierten Frauenkliniken (bzw. den gynäkologischen Abteilungen von Krankenhäusern) durchgeführt (81,4%). Währenddessen fanden in Hessen die Schwangerschaftsabbrüche signifikant häufiger in einer Arztpraxis, in einer eigens auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisierten Klinik oder in einem Familienplanungszentrum statt. Lediglich 11,2% der befragten Frauen, die in Hessen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, suchten eine nicht spezialisierte Frauenklinik auf.

Die Frauen, die eine Arztpraxis zum Schwangerschaftsabbruch aufsuchten, haben von dieser Einrichtung hauptsächlich durch die Beratungsstelle erfahren (60,4%). Wurde eine nicht spezialisierte Klinik aufgesucht, konnten die Frauen den Kontakt überwiegend (52,7%) aufgrund einer Empfehlung des Arztes aufnehmen. Im Falle von spezialisierten Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch haben die Frauen davon zu je 1/3 von dem Arzt oder der Beratungsstelle erfahren. Insgesamt 12% haben diese Informationen von Freunden erhalten und 14,2% haben zufällig, durch frühere Erfahrungen oder aufgrund von mehreren der oben genannten Quellen von der Einrichtung erfahren.

### *Zeitliche Aspekte der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs*

3,0% der Frauen suchten eine Einrichtung auf, obgleich die im Gesetz vorgeschriebene Frist von drei Tagen zwischen der Sozialberatung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs noch nicht vorüber war. 81,9% der Frauen suchten die Einrichtung 3 bis 14 Tagen nach der Sozialberatung auf. Bei 12,0% der Frauen dauerte es mehr als 14 Tage. In Tabelle 61 ist die **Schwangerschaftswoche** dargestellt, in der der Abbruch durchgeführt wurde.

**Tabelle 61:** Schwangerschaftswoche, in der der Abbruch durchgeführt wurde

	Hessen		Baden-Württemberg		Statistisches Jahrbuch 1986, S.384	
	n	%	n	%	n	%
bis zur 8. Woche	42	36,2	9	20,9	32.566	38,9
8. - 9. Woche	35	30,2	16	37,2	31.126	37,3
10. - 12. Woche	37	31,9	18	41,8	13.680	16,4
mehr als 12. Woche	2	1,8	-	-	1.276	1,5
SUMME	116	100,1	43	99,9	78.648	94,1

Obgleich in hessischen Einrichtungen der Schwangerschaftsabbruch häufiger zu einem früheren Zeitpunkt vorgenommen wurde, sind diese Unterschiede zwischen den Bundesländern nicht signifikant. Ebenso unterschieden sich Frauen, die aus Hessen oder Baden-Württemberg stammten, im Hinblick auf die Schwangerschaftsdauer nicht signifikant. Vergleicht man hingegen die Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTS (1986) mit denen der Frauenbefragung, so fällt auf, daß die Schwangerschaftsabbrüche sowohl in Hessen als auch in Baden-Württemberg im Vergleich zur Bundesstatistik deutlich später vorgenom-

men wurden. Während nach der Bundesstatistik 17,9% der Schwangerschaftsabbrüche nach der zehnten Woche stattfinden, sind dies in Hessen 33,7% und in Baden-Württemberg 41,8%. Diese Unterschiede sind hoch signifikant ( $p < .001$ ).

### *Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs*

Nahezu alle (85,5%) Frauen fühlten sich über das medizinische Vorgehen und die Methode, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, von den Ärzten hinreichend aufgeklärt. Bei 1/3 der Frauen fand noch unmittelbar vor der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs ein eingehendes Gespräch statt, das sowohl medizinische Informationen wie auch Fragen der Empfängnisverhütung, des körperlichen oder seelischen Befindens der Frau und ihre Gründe zum Schwangerschaftsabbruch umfaßte. Hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen hessischen und baden-württembergischen Einrichtungen.

Bezüglich der **medizinischen Durchführungsmodalitäten** des Schwangerschaftsabbruchs fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg. So wurde in Hessen der Abbruch in fast allen Fällen ambulant (einige Stunden Aufenthaltsdauer in der Klinik, 87,9%) nach der Methode der Absaugung (89,7%) und unter örtlicher Betäubung (76,7%) durchgeführt. Währenddessen blieben in Baden-Württemberg die Mehrheit der Frauen mehrere Tage in der Klinik (74,4%, davon 13,9% länger als fünf Tage); neben der Absaugmethode wurde auch häufig die Ausschabung und eine Kombination beider Methoden angewandt; dies geschah in der Regel (93,0%) unter Vollnarkose.

**Kosten** fielen für die Frauen zu 23,3% in hessischen und zu 72,1% in baden-württembergischen Einrichtungen an. Diese Unterschiede sind signifikant ( $p < .001$ ). Allerdings waren, wenn Kosten anfielen, diese in baden-württembergischen Einrichtungen signifikant niedriger als in hessischen: So bezahlten in baden-württembergischen Einrichtungen 67,7% der Frauen weniger als 50 DM, währenddessen in hessischen Einrichtungen, falls Kosten anfielen, diese bei 45,8% der Frauen höher als 100 DM waren. 14 Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch in Hessen oder Baden-Württemberg durchführen ließen, rechneten die Kosten privat ab (s. Tabelle 62).

Der Tarif für einen Schwangerschaftsabbruch bei privater Abrechnung bewegte sich zwischen 200 DM und fast 1.000 DM, wobei die Hälfte dieser Frauen mehr als 400 DM bezahlte. Von 16 Frauen verlangte der Arzt ein Zusatzhonorar bzw.

**Tabelle 62:** Kosten für den Schwangerschaftsabbruch

	Hessen (n = 116)		Baden-Württemberg (n = 43)	
	n	%	n	%
Privatabrechnung	10	8,6	4	9,3
Zusatzhonorar, Medikamente, Verpflegung	11	9,5	5	11,6
Tagessatz von DM 5,-	2	1,7	17	39,6
weiß nicht	4	3,5	5	11,6
SUMME	27	23,3	31	72,1

Aufwandsentschädigung für Medikamente oder Verpflegung. Vor allem in baden-württembergischen Kliniken mußten die Frauen einen Eigenanteil von 5 DM täglich erbringen.

Eine **Nachbetreuung** konnten ca. die Hälfte der Frauen sowohl in hessischen als auch in baden-württembergischen Einrichtungen in Anspruch nehmen. Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Nachbetreuung bestand überwiegend in der Aufklärung über Verhaltensregeln nach dem Abbruch, Nachuntersuchungen oder die Abgabe von Medikamenten, in etwa 40% fanden Gespräche oder Gesprächsangebote statt (Befinden der Frau, Empfängnisverhütung etc.).

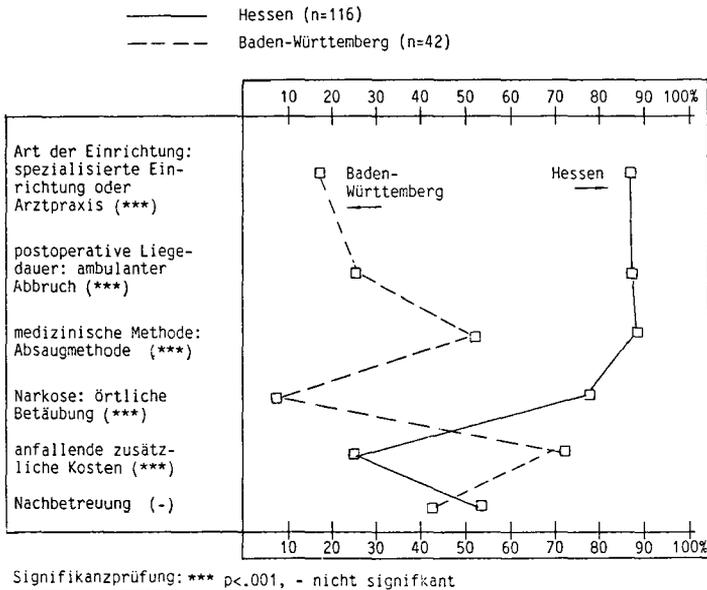
Somit kann festgehalten werden, daß bei nahezu allen erfaßten Merkmalen Unterschiede in der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg bestanden. Schaubild 23 auf der nächsten Seite zeigt diese verschiedenen Durchführungsmodalitäten in der Übersicht.

Während die Versorgung in Baden-Württemberg überwiegend Krankenhauscharakter hat, haben sich in Hessen einige Institutionen herausgebildet, die ambulante Schwangerschaftsabbrüche nach der weniger aufwendigen Absaugmethode durchführen.

### *Zufriedenheit mit der Einrichtung*

Sowohl im Hinblick auf die medizinische als auch auf die menschliche Behandlung äußerten sich die befragten Frauen über hessische Einrichtungen deutlich **zufriedener**. Unzufriedenheit bezog sich häufiger auf die menschliche Behandlung (Hessen: 23,3%, Baden-Württemberg: 37,2%), weniger auf die medizinische Behandlung (Hessen: 11,2%, Baden-Württemberg: 27,9%).

**Schaubild 23:** Länderunterschiede bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (Angaben in %)



Zu den positiven Schilderungen zählen vor allem das zugewandte Verhalten des Pflegepersonals, der freundliche bzw. sachliche Umgang des Arztes sowie die angenehme Atmosphäre einzelner Einrichtungen:

"Gute Aufklärung, viel Erfahrung, schneller Ablauf. Die Klinik hat eine angenehme Atmosphäre, die Schwester war sehr aufgeschlossen, hat einem gut beigestanden. Man fühlte sich ernst genommen und unterstützt" (PBNR 31, Schülerin, Schwangerschaftsabbruch).

"Die Vielzahl der Frauen ließ nicht so eine individuelle Betreuung zu, aber es war jemand da, der sich gekümmert hat" (PBNR 13, Studentin, Schwangerschaftsabbruch).

Kritik bezog sich häufig (21,1%) auf das Gefühl der Massenabfertigung oder fehlende menschliche Betreuung:

"Ich bin nach einer Stunde wieder aufgewacht und hatte keine Schmerzen. Das Personal ließ mich lange alleine. Ich hatte das Gefühl, sie hatten Angst, mich zu fragen, wie es mir geht. Niemand befragte mich nach meinem Zustand. Ich hatte das Gefühl, abgestellt zu sein. Die ganzen fünf Tage sah ich keinen Arzt. Es hat sich niemand nach meinem Zustand erkundigt. Es fanden auch keine Nachuntersuchungen während dieser Zeit statt" (PBNR 52, kaufmännische Angestellte, Schwangerschaftsabbruch).

"Unpersönlich, Fließband, keine menschliche Brücke und keine Hilfe vom Arzt. Vom Personal keine freundliche Behandlung. Es waren andere Frauen im Zimmer als ich noch auf dem Stuhl lag, das fand ich sehr rücksichtslos" (PBNR 19, Studentin, Schwangerschaftsabbruch).

9,6% aller Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, klagten über Schmerzen, Blutungen, unzureichende Betäubung und fanden die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs medizinisch nicht zufriedenstellend. Schwere medizinische **Komplikationen** traten bei insgesamt acht Frauen auf, das waren 4,8% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch. Diese Frauen stammten ausschließlich aus Baden-Württemberg. Im Hinblick auf die Durchführungsmethode zeigten sich hier keine Unterschiede. Bei den Komplikationen handelte es sich zumeist um Entzündungen, die teilweise einen längeren Klinikaufenthalt erforderlich machten, z.B.:

"Bis heute noch Beschwerden, wochenlange Entzündung" (PBNR 224, Verkäuferin, Abbruch der Schwangerschaft)

"Komplikationen; unzureichende Ausstattung; kein Narkosearzt. Mußte mit Notarzt ins Krankenhaus" (PBNR 369, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

"Dem ersten Eindruck nach arbeiteten sie gewissenhaft. Doch nach ein paar Tagen gab's Schwierigkeiten, worauf ein 4wöchiger Krankenhausaufenthalt folgte. Kann nicht beurteilen, inwieweit beim Abbruch gefuscht wurde" (PBNR 325, arbeitslos, Abbruch der Schwangerschaft)

### 8.3.3 Zusammenfassung und Diskussion

Während in der durchgeführten Befragung - eventuell aus Gründen des Zugangs zu den Probandinnen - eine Migration ins Ausland relativ selten vorkam, konnte ein beachtlicher innerdeutscher "Abtreibungstourismus" festgestellt werden. 60% der befragten Frauen aus Baden-Württemberg verließen zum Schwangerschaftsabbruch ihr Bundesland, fast alle von ihnen fuhren zu diesem Zweck nach Hessen. Im Angebot von Ärzten und Institutionen, die im Rahmen des reformierten § 218 StGB Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, existieren demnach zum Teil eklatante regionale Unterschiede.

Da in der Bundesrepublik nur der Durchführungsort des Schwangerschaftsabbruchs (in Hessen 1985: 19.900 Abbrüche, in Baden-Württemberg 1985: 7.093 Abbrüche; STATISTISCHES BUNDESAMT, Schwangerschaftsabbrüche 1986), nicht jedoch der Herkunftsort der Frau erfaßt wird, zeigen die Daten, daß sich die Statistik der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen deutlich verändern würde, würde man den Wohnort der Frau zur Grundlage erheben. Es wird auch

deutlich, daß hier für die Frauen ungleiche Bedingungen in der "Verfügbarkeit" des Schwangerschaftsabbruchs bestehen.

So scheinen vor allem Ärzte in Hessen den Bedarf zu decken, der aufgrund eines Mangels an entsprechenden Einrichtungen in Baden-Württemberg existiert. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß hessische Gynäkologen vor allem in spezialisierten Einrichtungen und Arztpraxen die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die Zulassung solcher Einrichtungen wurde bislang von der baden-württembergischen Landesregierung mit der Begründung abgelehnt, daß der Bedarf durch bestehende Krankenhäuser gedeckt sei (vgl. Kap.2.3.4). Angesichts des hohen Abtreibungstourismus erscheint dies jedoch als wenig plausibel.

Zudem wurde deutlich, daß sich medizinische Versorgung in Hessen und Baden-Württemberg unterscheidet, wobei die in Hessen dominanten Durchführungsmethoden von den Frauen in höherem Maße zufriedenstellend beurteilt wurden. In Hessen wurde der Abbruch zumeist ambulant mit der Methode der Absaugung durchgeführt. In Baden-Württemberg war hingegen stationärer Aufenthalt die Regel.

Neben dem mangelnden Angebot an Einrichtungen in Baden-Württemberg mag auch die unterschiedliche Art der Behandlung die Frauen veranlassen, dorthin auszuweichen, wo etwa die weniger aufwendige ambulante Methode praktiziert wird. Ambulante Schwangerschaftsabbrüche werden in der Regel mit der Absaugmethode durchgeführt, deren Komplikationsrate unter der der übrigen Methoden liegt (BRÄUTIGAM/GRIMES 1985, S.41). Welche Gründe dazu führen, daß diese Methode in Baden-Württemberg wesentlich weniger häufig angewandt wird, muß offen bleiben. Vermutlich dürften neben individuellen Präferenzen der Ärzte auch Gegebenheiten eine Rolle spielen, die auf die Bedeutung der jeweiligen Politik der Landesregierungen und des "normativen Klimas" hindeuten.

#### **8.4 Verknüpfung der Erfahrungen mit den Institutionen nach § 218 StGB**

Die dargestellten Ergebnisse zur Sozialberatung, der Indikationsfeststellung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs sollen nunmehr im Hinblick auf zentrale Punkte integrativ dargestellt werden. Dabei stehen die Einhaltung des Verfahrenswegs durch die Frauen, die Verfügbarkeit des legalen Schwangerschaftsabbruchs, die Entscheidungsrelevanz der Institution und die Zufriedenheit mit diesen Einrichtungen im Vordergrund. Es wird von folgender Annahme ausgegangen:

## **Der Verfahrensweg zum legalen Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik wird meist korrekt absolviert, entwickelt jedoch wenig Entscheidungsrelevanz für die betroffenen Frauen.**

Im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Leistungselementen wurde bereits auf regionale Unterschiede eingegangen. Auch diese sollen nochmals Erwähnung finden, um - unter Einbeziehung auch der Zufriedenheit mit den Institutionen - zu einem Überblick über den komplizierten Verfahrensweg zu finden.

### **8.4.1 Einhaltung und Verfügbarkeit des Verfahrensweges**

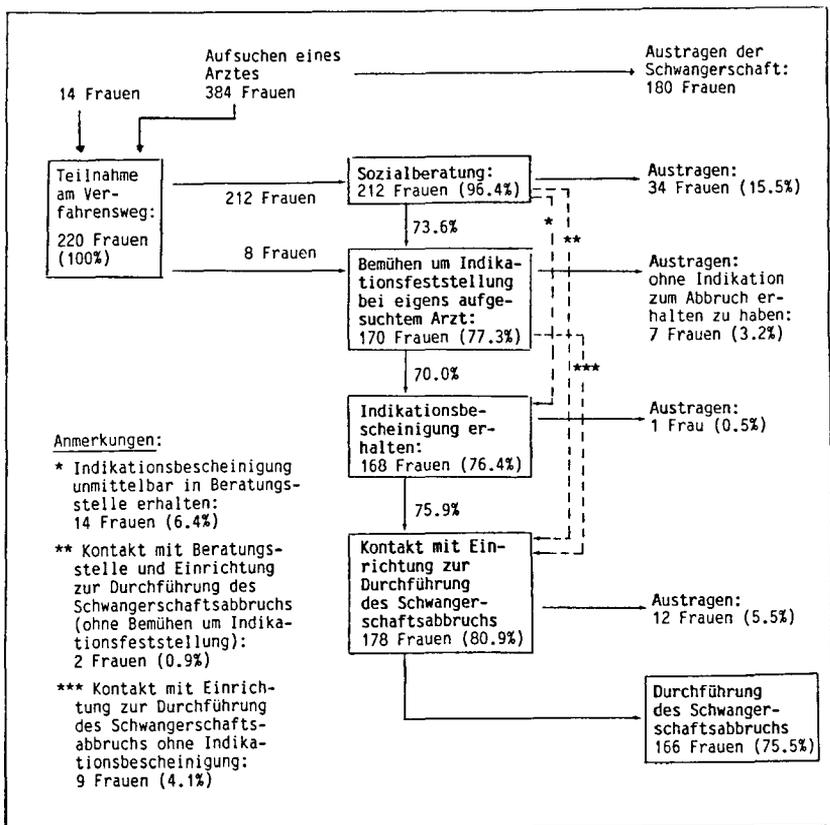
#### *Teilnahme am Verfahrensweg*

Wie bereits dargestellt wurde, haben von den befragten Frauen nicht alle die Verfahrensschritte nach § 218 StGB gleichermaßen absolviert. Vor allem die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte konnten hierzu kaum Erfahrungen beitragen. Eine Übersicht über die einzelnen Verfahrensschritte und ihre Resultate findet sich in Schaubild 24.

Die Reihenfolge der Verfahrensschritte, wie in Schaubild 24 dargestellt, ist **idealtypisch** und entspricht nicht in jedem Fall der Realität. So konnte die Indikationsfeststellung in der Chronologie durchaus vor der Sozialberatung stattfinden. Auch die Fälle, wo mehrere Arztbesuche oder Beratungsgespräche in teils oszillierender Reihenfolge stattfanden, wurden der Übersichtlichkeit wegen auf diese Darstellungsform reduziert. Zu beachten ist des Weiteren, daß wegen der mangelnden Repräsentativität der Stichprobe die "Output"-Seite dieses Modells lediglich Tendenzen verdeutlicht, deren Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann.

Während insgesamt nahezu alle Frauen in ärztlicher Behandlung waren, unternahmen jedoch lediglich 220 weitere Schritte, indem sie eine Sozialberatungsstelle aufsuchten und/oder sich um eine Indikationsfeststellung bemühten. Diese 220 Frauen seien im folgenden näher betrachtet.

- Es zeigt sich, daß von diesen Frauen nahezu alle eine Einrichtung zur **Sozialberatung** aufsuchten. 15,5% der Frauen unternahmen nach dem Besuch der Sozialberatung keine weiteren Schritte zum Schwangerschaftsabbruch mehr und trugen die Schwangerschaft aus. Ob allerdings das Beratungsgespräch ursächlich zu der Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, geführt hat, wird im folgenden noch gesondert zu betrachten sein.
- Ein weiterer Schritt im Rahmen des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch stellt die **Indikationsfeststellung** dar. 90% der Frauen, die den Wunsch nach einer Indikationsfeststellung äußerten, haben diese Be-

**Schaubild 24:** Teilnahme am Verfahrensweg nach § 218 StGB

scheinigung erhalten. Nachdem das Bemühen um eine Indikationsfeststellung erfolglos war, entschlossen sich 3,2% der Frauen zum Austragen der Schwangerschaft. Eine Frau entschied sich zum Austragen der Schwangerschaft mit erhaltener Indikation, ohne sich im weiteren um die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs zu bemühen.

- Kontakte mit einer Einrichtung zur **Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs** hatten ca. 3/4 der Frauen, die sich an Institutionen wandten. Kurz vor der Realisierung des Abbruchs entschieden sich weitere 5,4% der Frauen, die Schwangerschaft auszutragen. Bei den übrigen wurde der Abbruch durchgeführt, wobei 2,4% dieser Frauen zu diesem Zweck ins Ausland fuhren.

Betrachtet man nun diejenigen Frauen, die im Laufe des Verfahrens den Entschluß zum **Austragen** der Schwangerschaft faßten, werden zwei Trends deutlich: Obgleich zu beachten ist, daß die Daten für die Grundgesamtheiten nicht voll repräsentativ sind, schien der Entschluß zum Austragen vor allem **nach der Sozialberatung** stattzufinden oder kurz **vor der Realisierung** des Schwangerschaftsabbruchs, auch wenn bereits Kontakte mit einer Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch bestanden. Die relativ hohe Quote von Frauen, die nach der Sozialberatung austragen, kann allerdings zu Überschätzungen führen, da sich darunter auch Frauen befanden, die lediglich aus dem Bedürfnis, sich über soziale Hilfen zu informieren und nicht in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs, diese Einrichtung aufsuchten. Daß etliche Frauen kurz vor der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs ihre Entscheidung zum Austragen fällten, läßt auf eine subjektiv größere Entscheidungsfreiheit schließen, die vorhanden gewesen sein mag, als alle formalen Voraussetzungen erfüllt waren und die Möglichkeit bestand, beide Alternativen ohne weiteren äußeren Rechtfertigungsdruck zu realisieren.

Unter denjenigen Frauen, die den **Schwangerschaftsabbruch** schließlich durchführen ließen, suchten über 90% eine Beratungseinrichtung, (mindestens) einen Arzt zur Indikationsfeststellung auf und ließen den Schwangerschaftsabbruch im Inland **unter Beachtung der Vorschriften** durchführen. **Unregelmäßigkeiten** im Verfahren zeigten sich bei insgesamt 8,4%: 2,4% dieser Frauen ließen den Abbruch im Ausland durchführen, bei weiteren 2,4% waren der abbrechende und der indikationsfeststellende Arzt identisch; eine Frau (0,6%) suchte einen befreundeten Arzt auf. Bei diesen Frauen wurden zumeist auch die Voraussetzungen des Vorverfahrens (Sozialberatung und Indikationsfeststellung) nicht eingehalten. In 3,6% lagen Fristüberschreitungen vor, die hauptsächlich die dreitägige Karenzzeit zwischen Beratung und Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs betrafen.

### *Verfügbarkeit der Leistungen nach § 218 StGB*

Das Verfahren nach § 218 ist gekennzeichnet durch hohen bürokratischen Aufwand und eine Vielzahl von Institutionen, die ihren Ermessensspielraum mit unterschiedlichen Schwerpunkten nutzen. Dabei wurden folgende Ergebnisse ermittelt:

- Bezüglich der Sozialberatung besteht die Möglichkeit, Beratungsstellen der eigenen Wahl zu finden, wobei überkonfessionelle Beratungsstellen freier Träger von der Mehrzahl der Befragten präferiert wurden. Die Beratungsstel-

len einzelner Träger unterschieden sich hauptsächlich im Hinblick auf die Erwartungen, mit denen sie von den betroffenen Frauen aufgesucht wurden. Regionale Unterschiede wurden in bezug auf die Repräsentanz von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger in Hessen und Baden-Württemberg aufgefunden, nicht jedoch in den Erfahrungen betroffener Frauen mit der Sozialberatung.

- Bei der Indikationsfeststellung muß festgehalten werden, daß - obgleich beinahe jede Frau die Bescheinigung letztlich erhielt - zu einem nicht unbeträchtlichen Anteil das Aufsuchen mehrerer Ärzte notwendig wurde. Frauen aus Hessen und Baden-Württemberg schilderten hier keine unterschiedlichen Erfahrungen.
- Regionale Unterschiede waren bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs auffällig. Bedingt auch durch unterschiedliche Ausführungsbestimmungen der jeweiligen Landesregierungen, haben sich in Hessen und Baden-Württemberg verschiedene Durchführungsmodalitäten herausgebildet. Dies bewirkte einen beachtlichen "Abtreibungstourismus". Schwangerschaftsabbrüche im Ausland nahmen hingegen untergeordnete Bedeutung ein.

Der Verfahrensweg gestaltete sich für viele Frauen offensichtlich problematisch, wobei sich deutliche regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit eines legalen Schwangerschaftsabbruchs zeigten. Dies wird auch deutlich, wenn ein "**Restriktivitätsindex**" (s. auch BROSCHE/FELTRUP 1985) gebildet wird. Zur Errechnung dieses Indexes (Summenwert) wurden die folgenden Merkmale, die auf einen "Hürdenlauf" der Befragten hindeuteten, verknüpft:

- Aufsuchen mehrerer Ärzte zur Indikationsfeststellung
- Entfernung von mehr als 50 km zur gewünschten Beratungsstelle
- Entfernung von mehr als 100 km zur Klinik, die den Schwangerschaftsabbruch durchführt,
- Lage der Klinik in einem anderen Bundesland oder im Ausland
- mehr als 100 DM zusätzliche Kosten für den Schwangerschaftsabbruch.

Dabei entspricht ein hoher Punktwert einem hohen Ausmaß an Restriktivität und umgekehrt. Insgesamt war ein Maximalwert von 5 Punkten erreichbar, dies kam in der Stichprobe nicht vor. 3,6% der befragten Frauen erreichten 4 und 19,9% der Befragten 3 Punkte: für diese Frauen traten 4 bzw. 3 der oben genannten Schwierigkeiten auf. 21,1% nannte keine diesbezüglichen Probleme und die

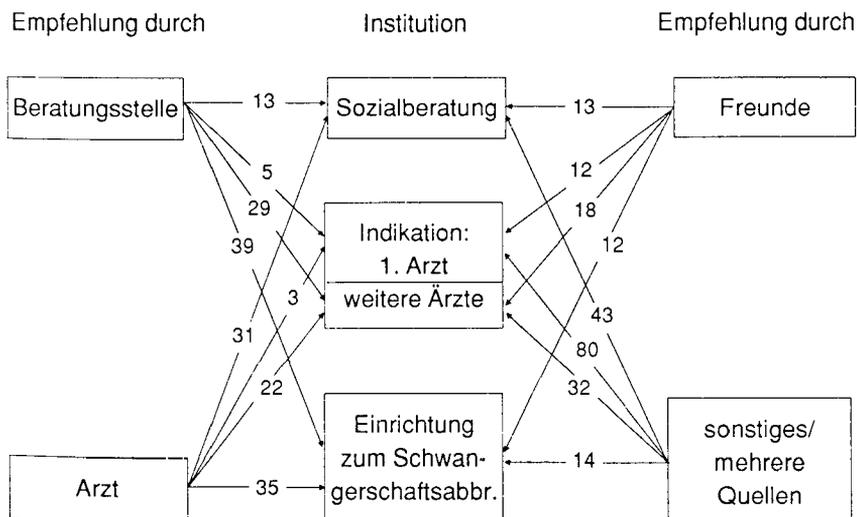
Mehrheit (55,4%) mußte eines oder 2 der genannten Hindernisse in Kauf nehmen, um einen legalen Schwangerschaftsabbruch zu erreichen.

Erwartungsgemäß fanden sich deutliche Zusammenhänge zwischen der Restriktivität in der Anwendung des § 218 StGB und dem Bundesland der Befragten ( $r = .34$ ): In Baden-Württemberg stellte sich der Verfahrensweg zum Schwangerschaftsabbruch für die betroffenen Frauen als insgesamt beschwerlicher dar als in Hessen. Lediglich schwache Zusammenhänge fanden sich in bezug auf die Wohnortgröße der Befragten. Demnach scheint es für Frauen aus ländlichen Gebieten nur unwesentlich schwieriger zu sein, einen legalen Schwangerschaftsabbruch zu erlangen als für Frauen aus größeren Städten.

### Informationswege

Trotz dieser regional unterschiedlichen Probleme mit dem Verfahrensweg nach § 218 StGB zeigte es sich, daß eine Frau, die in das Verfahren eingetreten ist, in der Regel mit weitergehenden Informationen rechnen kann. **Kommunikative Verflechtungen** werden ersichtlich, verfolgt man die Informationswege. In Schaubild 25 ist dargestellt, wodurch die Frauen von den jeweiligen Institutionen erfahren haben.

**Schaubild 25:** Informationswege (Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, Angaben in %)



- Bezüglich der **Beratungsstelle** zeigte es sich, daß ca. 1/3 der Frauen durch den Arzt an die Beratungsstelle verwiesen wurden. Insbesondere konfessionelle Beratungsstellen wurden häufig durch den Arzt vermittelt.
- Bei dem ersten aufgesuchten **Arzt** wurde deutlich, daß die Frauen überwiegend bereits bei ihm in Behandlung waren. Wurden **mehrere** Ärzte aufgesucht, so geschah dies meist auf Empfehlung der Beratungsstelle oder des ersten Arztes.
- Auch die **Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch** wurde hauptsächlich durch die Beratungsstelle oder den Arzt vermittelt.

**Informelle Informationswege**, so z.B. die Empfehlung durch Freunde, hatten eher geringen Anteil. 12-18% der Frauen suchten Institutionen nach Empfehlungen von Freunden auf; der Anteil war am höchsten, wenn die Frau wegen der Indikationsfeststellung mehrere Ärzte aufsuchen mußte. Von der Einrichtung zum Schwangerschaftsabbruch haben ca. 3/4 der Frauen durch Institutionen erfahren, die mit dem § 218 StGB befaßt sind.

#### 8.4.2 Einfluß der Institutionen nach § 218 StGB

##### *Entscheidungsrelevanz*

Der überwiegende Teil der Frauen, die mit der Sozialberatung und/oder der Indikationsfeststellung konfrontiert waren, begriffen den Instanzenweg als **Prozedur, formalen Verpflichtungen** nachzukommen. So waren sowohl beim Arzt als auch in der Beratungsstelle Erwartungen der Frauen dominant, die sich auf die formale Bescheinigung der Indikation (54,4%) bzw. der Sozialberatung (61,8%) bezogen. Hilfe bei der Entscheidungsfindung oder Aussprache über Probleme und Konflikte wurden von etwa 1/4 der Frauen erwartet, wobei sich diese Erwartungen in höherem Maße an die Beratungsstellen und weniger an den Indikationsfeststellenden Arzt richteten.

Ein Entscheidungseinfluß der Institutionen kann logisch nur bei den Konfliktschwangeren angenommen werden, da sich die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch offenkundig nicht pro Kind entschieden und die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte nicht in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs die Beratungsstelle aufsuchten.

- Von den Frauen, die zwar in Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs eine **Beratungsstelle** aufsuchten, sich jedoch zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen (n = 31), gaben etwa die Hälfte an, daß die Beratung

für ihre Entscheidung pro Kind **sehr oder eher wichtig** gewesen sei. Bezogen auf die Gesamtzahl der Frauen, die eine Beratungsstelle aufsuchten (n = 212), sind das 7,5%, bei denen die Beratung zu der Entscheidung pro Kind beitrug.

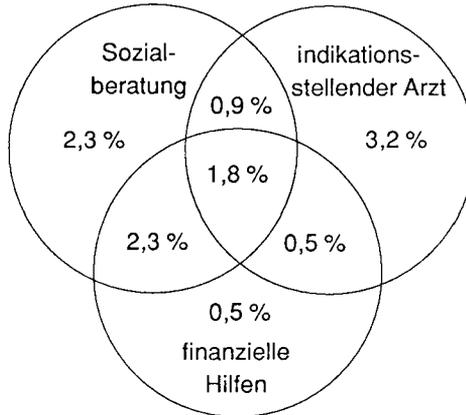
- Von denjenigen Konfliktschwangeren, die **finanzielle Hilfen** erhielten (n = 18), gaben über 60% an, daß diese finanziellen Maßnahmen für ihre Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, **sehr oder eher wichtig** gewesen seien. Unter allen Frauen, die eine Sozialberatung wahrnahmen (n = 212), sind dies 5,2%, bei denen die finanziellen Hilfen die Entscheidung pro Kind beeinflussten.
- Unter den Frauen, die die **Indikationfeststellung** bei dem Arzt thematisierten, die sich jedoch entschieden, die Schwangerschaft auszutragen (n = 18), schilderte die Hälfte, daß das Gespräch mit dem Arzt für ihre Entscheidung **sehr oder eher wichtig** war. Bezogen auf alle Frauen, bei denen die Indikationsfeststellung diskutiert wurde (n = 184), sind dies 4,9%. (Darüber hinaus gab es auch Konfliktschwangere, die **keine** Indikation zum Schwangerschaftsabbruch begehrten, jedoch dem ärztlichen Gespräch Bedeutsamkeit für ihre Entscheidung zumaßen (n = 8). Bezogen auf alle Frauen, die in ärztlicher Behandlung waren (n = 384), liegt die Quote der Frauen, die angaben, daß der Arzt für ihre Entscheidung wichtig gewesen sei, bei 4,4%).

Somit zeigte es sich, daß für die Mehrzahl der Frauen das Verfahren nach § 218 StGB **nicht** motivierend zum Austragen der Schwangerschaft wirkte. Bezieht man die Angaben einer Entscheidungsrelevanz der Sozialberatung, der Indikationsfeststellung und der finanziellen Hilfen auf jene Frauen, die am Verfahrensweg teilnahmen (n = 220), gaben insgesamt 195 Frauen (88,6%) an, daß diese Maßnahmen für ihre Entscheidung unwesentlich gewesen seien:

- Die Mehrzahl von ihnen ließ den **Schwangerschaftsabbruch** durchführen (n = 166);
- andere Frauen trugen die Schwangerschaft aus, maßen jedoch dem Verfahrensweg keine Bedeutung zu. Diese Frauen schilderten teilweise **keine Entscheidungskonflikte** im Rahmen der Schwangerschaft und nutzten die Sozialberatung vorrangig zur Information über die zur Verfügung stehenden Hilfen (n = 19). Auch bei bestehender **Konfliktschwangerschaft** wurde z.T. die Entscheidung im privaten Umfeld getroffen (n = 10).

Die Frauen, die den Institutionen nach § 218 StGB Entscheidungsrelevanz zumaßen (n = 25, 11,4%), gaben häufig an, daß mehrere Aspekte wesentlich gewesen seien (s. Schaubild 26).

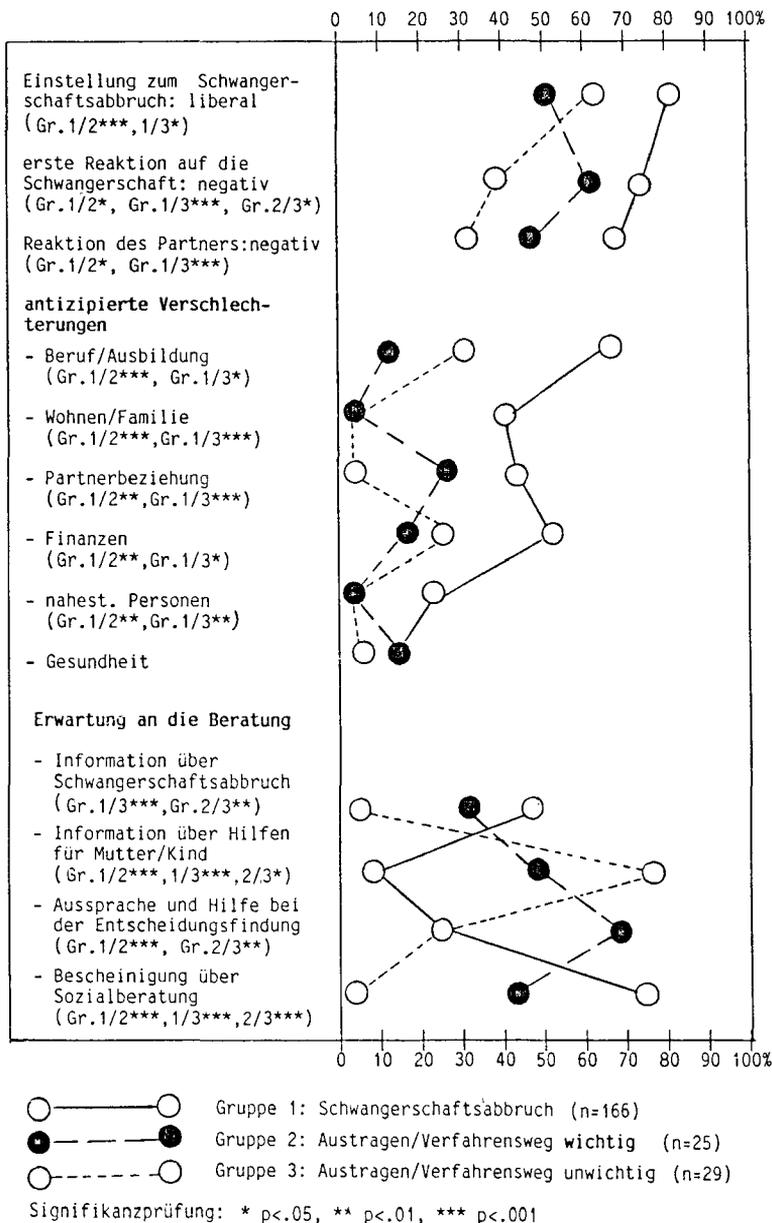
**Schaubild 26:** Entscheidungsrelevanz des Verfahrenswegs (Angaben "sehr wichtig", "eher wichtig")  
 n = 25 "Konfliktschwangere" (entspricht 11,4% der am Verfahrensweg teilnehmenden Probandinnen)



Betrachtet man die einzelnen Aspekte des Verfahrens, so zeigt es sich, daß insgesamt 5,1% der Frauen, die am Verfahrensweg teilnahmen, der Sozialberatung und/oder den finanziellen Hilfen Wichtigkeit für die Entscheidung pro Kind zumaßen. Für 1,8% der Frauen waren sowohl die Sozialberatung als auch die finanziellen Hilfen und der indikationsfeststellende Arzt für die Entscheidung wesentlich. 3,2% maßen allein dem indikationsfeststellenden Arzt Bedeutung im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung zu.

Zu erwähnen sei noch, daß unter den Konfliktschwangeren, die im Verfahren nach § 218 StGB nicht sichtbar wurden - die also keine Sozialberatung wahrnahmen und um keine Indikationsfeststellung ersuchten - weitere 3 Frauen angaben, das Gespräch mit dem Arzt sei relevant gewesen. Um eine sinnvolle Prozentuierung zu ermöglichen, gingen diese in oben genannten Berechnungen nicht mit ein.

Betrachtet man nun diese Frauen, für die Aspekte des Verfahrens nach § 218 StGB Entscheidungsrelevanz erlangten, vergleichend mit denjenigen, die angaben, die Verfahrensschritte seien unwesentlich gewesen, so fanden sich **keine** wesentlichen Unterschiede bei den soziodemographischen Merkmalen. Hingegen unterschieden sich die Frauen in Bewertungen bezüglich der Schwangerschaft, des Schwangerschaftsabbruchs, der Veränderung ihrer Lebensumstände bei Austragen der Schwangerschaft und vor allem im Hinblick auf die Erwartungen, mit denen eine Beratungsstelle aufgesucht wurde (s. Schaubild 27).

**Schaubild 27:** Relevanz des Verfahrenswegs und Merkmale der Frauen

Eine erhöhte Bedeutung des Verfahrenswegs fand sich vor allem dann, wenn die Frau explizit Hilfe bei der Entscheidungsfindung und Aussprache über Probleme und Konflikte suchte ( $r = .30$ ) und wenn Verbesserungen im familiären Zusammenleben ( $r = .25$ ) als Gegengewicht zu sonstigen Verschlechterungen der Lebenssituation antizipiert werden können. Die Wirksamkeit des Verfahrenswegs ist somit nicht unabhängig von den **übrigen Lebensumständen** zu betrachten. Es kann festgehalten werden, daß der **einfühlsamen Beratung** und Auseinandersetzung sowie teilweise den **finanziellen Hilfen** positive Bedeutung zugemessen wurde, wenn die Frau in ihrer Entscheidung noch relativ offen ist und sich durch diese Hilfen eine Lösung bzw. Erleichterung ihrer Konflikte verspricht.

### *Zufriedenheit mit den Institutionen nach § 218 StGB*

Ungeachtet des letztlich relativ geringen Entscheidungseinflusses zeigte es sich, daß vor allem die **Sozialberatung** von den Befragten zumeist als zufriedenstellend oder hilfreich bewertet wurde. Über 80% der Frauen waren mit der Beratung sehr oder eher zufrieden. Hierbei fanden sich keine Unterschiede bei den verschiedenen Beratungsträgern. Hingegen wurde der zum Zweck der Indikationsfeststellung aufgesuchte **erste Arzt** vergleichsweise negativ bewertet: Von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schilderten nur knapp 60%, daß sie sehr oder eher zufrieden waren; bei den Konfliktschwangeren liegt der Anteil bei über 80%.

Allerdings sind diese Äußerungen stets auch im Licht der getroffenen Entscheidung zu sehen. Auszuschließen ist nicht, daß psychologische Verarbeitungsstrategien im Anschluß an die Entscheidung der Frau, wie z.B. Delegation der Verantwortung, Zweifel an der Entscheidung, die Beurteilung verzerren können.

Auch mit der **Einrichtung zur Durchführung** des Schwangerschaftsabbruchs war die Zufriedenheit hoch. Über 80% der Befragten fand die medizinische Versorgung sehr oder eher zufriedenstellend; die menschliche Betreuung wurde von über 70% als zufriedenstellend angesehen. Sowohl bezogen auf die medizinische als auch auf die menschliche Behandlung äußerten sich die befragten Frauen über hessische Einrichtungen deutlich positiver. Die Diskrepanz (vgl. Kap.8.3.2) bezüglich des Vorgehens in den untersuchten Bundesländern hat keine vergleichbar große Diskrepanz bei der Beurteilung der Zufriedenheit durch die Frauen zur Folge. Zwar sind die Frauen mit hessischen Einrichtungen zufriedener, allerdings äußert sich auch die Mehrheit der Frauen, die baden-württembergische Einrichtungen aufsuchten, insgesamt zufrieden.

### 8.4.3 Zusammenfassung und Diskussion

Bei der Neuregelung des § 218 StGB wurde das Schwergewicht auf präventive und sozialfürsorgerische Maßnahmen gelegt, um einer bedrängten Frau Hilfestellung zukommen zu lassen. Das Strafrecht wurde gelockert und die Entscheidung auf den Beratungs- und Indikationsvorgang verschoben. Die Frage nach der Bewährung des § 218 StGB ist somit in hohem Maße mit der Wirksamkeit und Akzeptanz des Verfahrenswegs verknüpft.

Zunächst sieht der Verfahrensweg **Verbindlichkeiten prozeduraler Art** vor wie die "Zwangsberatung" und die Indikationsfeststellung durch einen Arzt. Obgleich Aussagen über das Dunkelfeld aufgrund unserer Daten nicht möglich sind, scheint doch von einer **hohen Bereitschaft** der Frauen auszugehen zu sein, die Verfahrensnormen nach § 218 StGB einzuhalten. Mit der teilweisen Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs scheint der gefährliche illegale (und häufig unfachgemäß) durchgeführte Schwangerschaftsabbruch offensichtlich nahezu verschwunden und das Dunkelfeld geringer geworden zu sein. Dafür spricht auch die stetige Abnahme der Schwangerschaftsabbrüche deutscher Frauen in den Niederlanden (vgl. SCHOLTEN 1988, S.1056), die auch in der hier durchgeführten Befragung lediglich eine geringe Rolle spielten.

Verfahrenshindernisse führten in der befragten Stichprobe in der Regel nicht zum (resignativen) Austragen der Schwangerschaft, sondern eher zu der Suche nach anderen Möglichkeiten. Von der Mehrheit der Frauen wurde jedoch das Verfahren korrekt durchlaufen. Bei weniger als 10% der Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch realisierten, lagen Verfahrensverstöße wie fehlende Sozialberatung oder Indikationsfeststellung oder Fristüberschreitungen vor.

Die Art des gewählten Zugangs zu den betroffenen Frauen (überwiegend über Ärzte und Beratungsstellen) mag allerdings dazu führen, daß Schwangerschaftsabbrüche, die außerhalb der Legalität vorgenommen wurden, unterrepräsentiert sind. Auch dürfte in diesem Fall die Bereitschaft, darüber Auskunft zu geben, noch geringer sein.

Im Hinblick auf die **Verfügbarkeit** des legalen Schwangerschaftsabbruchs zeigt auch die integrative Betrachtung von Sozialberatung, Indikationsfeststellung und Durchführung, daß Unterschiede zwischen Hessen und Baden-Württemberg existieren, ein Stadt-Land-Gefälle jedoch nicht ausgemacht werden konnte. Diese Unterschiede beziehen sich vorrangig auf die Durchführungsmodalitäten des Schwangerschaftsabbruchs selbst, bei der Sozialberatung und Indikationsfeststellung traten keine statistisch bedeutsamen Länderunterschiede zu Tage.

Ein großer Anteil der Befragten hat durch gegenseitige Kenntnis von Ärzten und Beratungsstellen von den jeweiligen Institutionen erfahren. Demnach herrscht in dem "Dickicht" der Bürokratie eine gewisse Transparenz, so daß eine Frau - wenn sie in das Verfahren eingetreten ist - in der Regel weitergehende Informationen erwarten kann und weniger auf Hinweise aus ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld angewiesen ist.

Allerdings wurde der **Instanzenweg** zur Erreichung eines legalen Schwangerschaftsabbruchs von vielen betroffenen Frauen als Prozedur empfunden, formalen Verpflichtungen nachzukommen. Bei Verweigerungen scheinen die Frauen eher andere Einrichtungen oder Ärzte aufzusuchen, um die gewünschten Bescheinigungen zu erhalten. Die oft hindernisreiche Suche nach einem Arzt oder einer Klinik werfen dabei für die betroffenen Frauen oft Schwierigkeiten auf, die offensichtlich in keinem Verhältnis zu dem vom Gesetzgeber intendierten Entscheidungseinfluß von Indikationsfeststellung und Beratung stehen.

Von den befragten Frauen, die am Verfahrensweg nach § 218 StGB teilnahmen, maßen lediglich 11,4% der Beratung, dem ärztlichen Gespräch sowie den finanziellen Hilfen positive Bedeutung zu. Allerdings sollten in **Effizienzbeurteilungen** durchaus Faktoren wie die Hilfe zu eigenverantwortlichen Entscheidung und die Vermeidung künftiger unerwünschter Schwangerschaften durch eine Beratung über Empfängnisverhütung eingehen. Obgleich dies umstritten ist (s. KOCH 1988, S.163), kann auch durch die Mitteilung der Anschriften von Ärzten und Schwangeren ein Weg zum legalen Schwangerschaftsabbruch aufgewiesen und verhindert werden, daß sich diese mangels Kenntnis einer unfachgemäßen Behandlung unterziehen muß. Zudem sind Aussagen über Wirkung und Erfolg der Beratung mit großem Vorbehalt zu versehen. So können Unzulänglichkeiten im Bereich der finanziellen Hilfen, über die es zu beraten gilt, nicht dem Instrument Beratung angelastet werden. Darüber hinaus existieren Konfliktsituationen, zu deren Lösung finanzielle Hilfen nicht beitragen können. So kann etwa eine stabile, befriedigende Partnerbeziehung und der individuelle Wunsch nach einem Kind kaum durch sozialstaatliche Interventionen erwirkt werden, die sich zumeist auf finanzielle Unterstützungen beschränken.

Finanzielle Hilfen scheinen nur dann die Entscheidung einer Frau zu beeinflussen, wenn finanzielle Probleme eine wesentliche Ursache ihres Konfliktes sind. Frauen, die entschlossen sind, eine Schwangerschaft abzubrechen, können offensichtlich weder durch die ärztliche noch die Sozialberatung noch mit finanziellen Mitteln von ihrem Entschluß abgehalten werden.

Insgesamt war die **Zufriedenheit** mit den Einrichtungen relativ hoch. In Anbetracht der unterschiedlichen Erwartungen der Frauen und der emotional bela-

stenden Situation wird deutlich, daß hohe Anforderungen an Einfühlungsvermögen und Auseinandersetzungsbereitschaft an Ärzte und Berater/innen gestellt werden. Allerdings steht zu vermuten, daß die Frauen häufig wesentlich drastischere Vorstellungen darüber hatten, welche Mißbilligungen sie eventuell ausgesetzt wären, so daß das Verhalten von Ärzten und Berater/innen aus diesem Grunde besonders positiv bewertet wurde.

Durch den Vergleich zwischen Frauen, die die Schwangerschaft austrugen und Frauen, die sie abbrachen, ließen sich Vermutungen aus früheren Forschungsarbeiten, die kein Kontrollgruppendesign anwandten (z.B. v. TROSCHKE 1982; HEINL 1980; KLEIN 1983), weitgehend stützen. Dies betrifft vor allem die skeptische Beurteilung der präventiven Bedeutung des Verfahrenswegs. Auch beschrieben v. TROSCHKE (1982), KETTING/v. PRAAG (1985) und KOCH (1988) ein regionales Gefälle in der Verfügbarkeit des legalen Schwangerschaftsabbruchs, das auch hier in der exemplarischen Betrachtung der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg zu Tage trat. Auf den oft mühsamen Weg zum legalen Schwangerschaftsabbruch wiesen u.a. auch GRÜNWALD (1979) und HEINL (1980) hin. Gesetzliche Faktoren scheinen demnach vergleichsweise wenig dazu beizutragen, ob ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, vielmehr jedoch, wie er realisiert werden kann. Wie das Regelungswerk des § 218 StGB als gesamtes von den befragten Frauen bewertet wurde und inwiefern ein etwaiger generalpräventiver Einfluß zum Tragen kam, soll in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

## 9. Akzeptanz und Wirkung des § 218 StGB

Nachdem die Erfahrungen dargestellt wurden, die mit der Organisation der Hilfeleistung beim Schwangerschaftsabbruch verbunden sind, liegt nunmehr der Schwerpunkt bei der Einschätzung der gesetzlichen Regelung: ihrer Beurteilung durch die Befragten sowie der Analyse eines etwaigen handlungsleitenden oder konfligierenden Einflusses.

Kap.9.1 beschäftigt sich mit der **Normakzeptanz** durch die betroffenen Frauen. Die Beurteilung der gesetzlichen Regelung und die geäußerte Kritik am § 218 StGB stehen im Mittelpunkt der Erörterungen. Darüber hinaus soll der Kenntnisstand und das Wissen um strafrechtliche Sanktionierung dargestellt werden. Sodann soll der Frage nachgegangen werden, ob sich aus den Ergebnissen ein etwaiger **generalpräventiver** Entscheidungseinfluß ableiten läßt.

In Kap.9.2 werden die **subjektiven Gründe und Bedenken** bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs dargestellt. Auch hierbei interessiert vorrangig, welchen Stellenwert die gesetzlichen Maßnahmen im Rahmen subjektiver Abwägungsvorgänge einnehmen. Maßnahmen, denen der Gesetzgeber Relevanz zumaß, sollen im Vergleich zu außerrechtlichen Ambivalenzen oder Bedenken dargestellt werden.

Schließlich stellt sich die Frage nach der **Belastung** durch den Schwangerschaftsabbruch, die Zufriedenheit mit der Entscheidung und eines etwaigen zusätzlichen konfligierenden Einflusses der gesetzlichen Regelung (Kap.9.3).

### 9.1 Normkenntnis und Normakzeptanz

Aus Meinungsumfragen zum § 218 StGB (s. Kap.2.4) geht hervor, daß die Indikationsregelung kein allseits akzeptierter Wertmaßstab zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs ist. Große Teile der Bevölkerung präferieren entweder eine weitergehende Straffreiheit oder eine restriktivere gesetzliche Grundlage. Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ist dabei - wie es bereits in Kap.7.1 formuliert wurde - u.a. abhängig von soziodemographischen Merkmalen, allgemeinen politisch-ethischen Wertorientierungen und der Problemnähe. Da gerade Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, am prägnantesten mit diesem Problem konfrontiert sind, ist bei ihnen eine weitgehende Ablehnung der Indikationsregelung zu erwarten:

**Die Indikationslösung nach § 218 StGB wird als Eingriff in die Entscheidungsmöglichkeiten der Frau abgelehnt. Diese Ablehnung ist um so deut-**

**licher, je mehr die Frau von der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs betroffen ist.**

Hingegen wird angenommen, daß die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte in höherem Maße die Indikationsregelung befürworten. Im Zusammenhang mit der Problemnähe dürfte auch der **Kenntnisstand** über das Gesetz und die strafrechtliche Sanktionierung stehen. Es ist zu vermuten, daß die Frauen, die sich mit einem Schwangerschaftsabbruch beschäftigten, über ein höheres diesbezügliches Wissen verfügen. Denkbar wäre, daß Frauen, die nach Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs die Schwangerschaft austrugen, über geringere Kenntnisse verfügten, die ihnen den Zugang zu dieser Alternative versagten.

Die Beurteilung des Gesetzes dürfte in engem Zusammenhang mit der allgemeinen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (s. Kap.7.1.3) stehen und sich ebenfalls auf Details des § 218 StGB beziehen:

- Bei liberaler Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird die Sozialberatung eher abgelehnt;
- bei liberaler Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird die Indikationsfeststellung durch den Arzt eher abgelehnt;
- bei liberaler Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch wird die Kostenübernahme durch die Krankenkasse eher akzeptiert.

Wie auch die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch dürfte auch die Beurteilung des Gesetzes von soziodemographischen Merkmalen der Befragten wie deren Schulbildung und Familienstand abhängig sein.

Ein generalpräventiver Handlungseinfluß von Regelungen, die auf einer Strafan drohung basieren, wird dadurch angenommen, daß die Sanktionierung eines Straftäters andere Personen, die geneigt sind, ähnliche Straftaten zu begehen, abschreckt (negative oder Abschreckungsgeneralprävention) oder bei anderen Personen gesetzeskonforme Orientierungen aufbaut und aufrechterhält (positive oder Integrationsgeneralprävention; vgl. Kap.2.2.1). Im Hinblick auf die Normkenntnis und Normakzeptanz der Befragten soll nunmehr genauer in Augenschein genommen werden, inwieweit sich diese im Entscheidungsverhalten niederschlagen. Es soll angenommen werden:

**Die gesetzliche Regelung entfaltet wenig Relevanz in bezug auf die Entscheidung. Strafrechtliche und soziale Sanktionierung haben wenig Gewicht im Entscheidungskontext der Frau.**

Problematisch ist die Anwendung von vermuteten generalpräventiven Wirkungsmechanismen auf die hier befragten Frauen in verschiedener Weise: so begehen Frauen, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, keine Straftat. Obgleich ein Schwangerschaftsabbruch prinzipiell unter Strafe gestellt ist und als zu mißbilligendes Verhalten definiert ist, so stellen doch die Indikationen Ausnahmen dar, die Straffreiheit bedingen. Bei der unklaren Grenzziehung, die im reformierten § 218 StGB zudem zwischen legalen und illegalen Abbrüchen vorgenommen wird, und bei den wenigen Fällen, bei denen eine Strafverfolgung eingeleitet wurde, dürfte die Erfassung der Abschreckungswirkung ebenfalls problematisch sein.

### 9.1.1 Informationsstand und Kenntnis von Sanktionen

#### *Kenntnis der Indikationslösung*

Bei der Frage, wie die aktuelle gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch aussehe, antworteten in allen Untersuchungsgruppen über 90% der Probandinnen richtig in dem Sinne, daß die Indikationsregelung genannt wurde.

Daß die Indikationsregelung zutreffend sei, wurde häufig zusammen mit den Angaben, daß ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Monaten oder bei Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Frau erlaubt sei, genannt. 3% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 7,8% der Konfliktschwangeren und 8,7% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte gaben Unkenntnis an oder nannten falsche Alternativen. Diese Unterschiede sind **nicht** signifikant. Insgesamt vermuteten 2%, daß ein Schwangerschaftsabbruch nur bei Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Frau erlaubt sei, 3% vermuteten, daß er in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft erlaubt sei. Weitere 2% gaben an, über die gesetzliche Regelung nicht Bescheid zu wissen.

Dieser vermeintlich hohe Informationsstand muß bei der Einbeziehung weiterer Items relativiert werden. So antworteten auf die Frage, ob sich eine Frau wegen eines Schwangerschaftsabbruchs überhaupt **strafbar** machen könne, 36,1% der Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch, 43,1% der Konfliktschwangeren und 40,4% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte **verneinend**. Diese Unterschiede sind zwischen den Untersuchungsgruppen nicht signifikant. Desweiteren korreliert diese Variable weder mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch noch mit soziodemographischen Variablen.

Neben diesen Indikatoren, die ein relativ grobes Raster zur Erfassung des Informationsstandes der Frauen darstellen, wurden auch **subjektive Einschätzun-**

gen der Befragten untersucht. Bei der Frage, ob der § 218 StGB die Interessen der Frauen ausreichend berücksichtige, gaben 19,3% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 21,6% der Konfliktschwangeren und 43,7% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte an, dies nicht einschätzen zu können, da sie das Gesetz nicht so gut kennen würden. Bei der damit korrespondierenden Frage, ob der § 218 StGB das ungeborene Leben ausreichend schütze, sahen sich 21,7% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 27,5% der Konfliktschwangeren und 35,0% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte nicht in der Lage, dies zu beurteilen. Insgesamt sprechen die Daten dafür, daß auf allgemeinem Niveau der Wissensstand der Frauen recht hoch ist, daß jedoch bei Detailfragen oft vage Vorstellungen existieren.

### *Sanktionierung des Schwangerschaftsabbruchs*

Wie bereits erwähnt, äußerten ca. 40% der Befragten aller Untersuchungsgruppen, daß sich ihrer Ansicht nach eine Frau wegen eines Schwangerschaftsabbruchs nicht strafbar machen könne. Die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen sind nicht signifikant und korrelieren nicht größer als .30 mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und soziodemographischen Variablen. Diejenigen Frauen, die eine etwaige Strafbarkeit annahmen, wurden in einer offenen Vertiefungsfrage um die Angabe gebeten, unter welchen Umständen eine strafrechtliche Sanktionierung möglich sei. Tabelle 63 stellt die inhaltlichen Nennungen auf diese Frage dar.

Die Übersicht zeigt, daß die Angabe "ohne Indikation" von den Frauen aller Untersuchungsgruppen am häufigsten genannt wurde. Oft fanden sich auch noch Spezifikationen über die Art der Indikationen.

Die Einhaltung der Frist - hier wurde in der Regel der 3. Monat genannt, aber auch korrekte Angaben über Ausnahmen im Falle der eugenischen und der medizinischen Indikation waren vorhanden - war ein Kriterium für eine etwaige Strafbarkeit, das ebenfalls häufig genannt wurde. Falsche oder allgemeine Fristangaben (wie "wenn es zu spät ist", "wenn die Schwangerschaft schon zu weit fortgeschritten ist") fanden sich ebenfalls.

Während sowohl die Tatsache der Indikationen als auch der Befristung des Schwangerschaftsabbruchs weitgehend als Grund für eine strafrechtliche Sanktionierung bekannt waren, fanden die Vorschriften bezüglich der Sozialberatung, der Frist zwischen Sozialberatung und Schwangerschaftsabbruch, des Abbruchs im Ausland und des Abbruchs durch nicht kompetente Personen oder die Frau selbst vergleichsweise wenig Beachtung.

**Tabelle 63:** Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
ohne Indikation	68	40,9	19	37,3	67	36,6
ohne Einhaltung (korrekter) Fristen	37	22,3	10	19,6	31	16,9
ohne Sozialberatung (auch Frist: Beratung- Abbruch)	11	6,6	1	2,0	1	0,5
ohne (kompetenten) Arzt, Kurfürscher, Selbstabtrei- bung	10	6,0	-	-	15	8,2
im Ausland	3	1,8	1	2,0	-	-
allg. Fristen "wenn zu spät"	9	5,4	1	2,0	2	1,1
allg. Äußerungen "wenn illegal"	24	15,4	8	15,7	27	14,8
aus Verantwortungslosig- keit, Bequemlichkeit, wenn falsche Angaben	1	0,6	1	2,0	10	5,5
sonstiges	-	-	-	-	5	2,7
	163 Nennungen von 106 Probandinnen (63,9%)		41 Nennungen von 29 Probandinnen (56,9%)		158 Nennungen von 99 Probandinnen (54,1%)	

Ca. 15% der Nennungen von Frauen dieser Untersuchungsgruppen waren recht vage gehalten und teilweise tautologischer Art:

"Daß die Voraussetzungen, die zum Abbruch führen dürfen, nicht gegeben sind" (PBNR 18, Studentin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"sofern der Abbruch nicht genehmigt war" (PBNR 23, Steuerbeamtin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

Auch fanden sich Äußerungen, die bezüglich der rechtlichen Sanktionierung unspezifisch waren, jedoch auf den Aspekt des Schwangerschaftsabbruchs aus "Bequemlichkeit" oder "Verantwortungslosigkeit" hinwiesen oder auf die Möglichkeit, daß eine Frau falsche Angaben macht.

"wenn sie vorgibt, in finanzieller Not zu sein, oder wenn sie das Kind nicht will, zu sagen, sie sei vergewaltigt worden" (PBNR 49, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"aus Gedankenlosigkeit, Bequemlichkeit" (PBNR 60, Bürogehilfin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

Die Befürchtung, sich eventuell strafbar zu machen, wurde weder von den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, noch von den Konfliktschwangeren als wichtig für ihre jeweilige Entscheidung empfunden. Lediglich vier Frauen gaben an, daß diesem Aspekt eine gewisse - allerdings untergeordnete - Relevanz zugekommen wäre (vgl. Kap.9.2.2).

Neben der strafrechtlichen Sanktionierung sollte auch die Ansicht über **soziale Sanktionierung** erfaßt werden. Die Befragten sollten einschätzen, wie ihrer Ansicht nach eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen läßt, in der Öffentlichkeit angesehen wird. Tabelle 64 zeigt die Resultate.

**Tabelle 64:** Ansehen einer Frau mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr negativ	12	7,2	6	11,8	20	10,9
eher negativ	67	40,4	11	21,6	56	30,6
abhängig, in welchen Kreisen sie verkehrt	73	44,0	31	60,8	85	46,4
unverändert, eher positiv	13	7,8	2	3,9	19	10,4
keine Angabe	1	0,6	1	2,0	3	1,6
SUMME	166	100,0	51	100,1	183	99,9

Signifikanzprüfung (u-Test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: nicht signifikant  
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

In allen Untersuchungsgruppen lag die häufigste Nennung bei der Angabe, daß es von den Kreisen, in denen die Frau sich bewegt, abhängt, wie sie mit einem Schwangerschaftsabbruch angesehen werde. Darüber hinaus wird - und zwar von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in erhöhtem Maße - eine eher negative Reaktion der Umwelt/Öffentlichkeit erwartet. Diese Unterschiede sind allerdings nicht signifikant. Die Einschätzung, wie eine Frau mit Schwangerschafts-

abbruch in der Öffentlichkeit angesehen wird, korreliert **nicht** mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, nicht mit soziodemographischen Variablen, ebenso nicht mit dem Informationsstand über die Indikationsregelung und der strafrechtlichen Sanktionierung.

Die Befürchtung, wegen eines Schwangerschaftsabbruchs von den Leuten schlecht angesehen zu werden, war im Entscheidungskontext von untergeordneter Bedeutung. Sehr wichtig war dieser Aspekt für 2,0% der Konfliktschwangeren und 1,8% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, eher wichtig 3,9% der Konfliktschwangeren und 7,8% der Frauen, die einen Abbruch durchführen ließen. Alle diese Frauen schätzten das öffentliche Ansehen einer Frau mit Schwangerschaftsabbruch als sehr oder eher negativ ein.

### 9.1.2 Kritik am § 218 StGB

#### *Allgemeine Kritik*

Ein Blick auf die Tabellen 65 und 66 zeigt die Einschätzung der Befragten, inwiefern der § 218 StGB den Bedürfnissen der Frauen und dem Schutz des ungeborenen Lebens gerecht werde.

**Tabelle 65:** Wird der § 218 StGB den Interessen und Bedürfnissen der Frauen gerecht?

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
ja	34	20,5	14	27,5	38	20,8
nein	100	60,2	26	51,0	61	33,3
kenne das Gesetz nicht so gut, um dies beurteilen zu können	32	19,3	11	21,6	80	43,7
keine Angabe	-	-	-	-	4	2,2
SUMME	166	100,0	51	100,1	183	100,0

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ):  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .05$

**Tabelle 66:** Wird der §218 StGB dem Schutz des ungeborenen Lebens gerecht?

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
ja	99	59,6	24	47,1	62	33,9
nein	23	13,9	12	23,5	51	27,9
kenne das Gesetz nicht so gut, um dies beurteilen zu können	36	21,7	14	27,5	64	35,0
keine Angabe	8	4,8	1	2,0	6	3,3
SUMME	166	100,0	51	100,1	183	100,1

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: nicht signifikant

Die Ergebnisse zeigen, daß die Kritik der Frauen am § 218 StGB sich überwiegend auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Interessen der Frau bezieht. 60,2% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 51,0% der Konfliktschwangeren und 33,3% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte melden hier Kritik an. Jedoch fanden auch ca. 1/4 der Frauen, daß das ungeborene Leben durch das Gesetz nicht ausreichend geschützt sei. Signifikante Unterschiede finden sich vor allem zwischen Gruppe 1 (Schwangerschaftsabbruch) und Gruppe 3 (Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

Diese Einschätzungen korrelieren erwartungsgemäß mit der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch**. Gaben die Frauen an, die Interessen der Frau würden nicht ausreichend berücksichtigt, so war ihre Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch in der Regel liberal ( $\eta = .41$ ); gab eine Frau an, das ungeborene Leben würde zu wenig geschützt, war ihre Einstellung in der Regel konservativ ( $\eta = .38$ ). Korrelationen mit soziodemographischen Variablen finden sich lediglich mit der Variable **Schulbildung** (Bedürfnisse der Frau:  $C = .30$ ; Schutz des ungeborenen Lebens:  $C = .32$ ). Befragte mit höherer Schulbildung sahen eher die Bedürfnisse der Frauen zu wenig berücksichtigt, während Frauen mit einfacherer und mittlerer Schulbildung den Schutz des ungeborenen Lebens eher weniger gewährleistet sahen.

Die inhaltliche Präzisierung dieser Kritik am § 218 StGB ist in Tabelle 67 dargestellt. Ausführungen hierzu liegen von 71,7% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 72,5% der Konfliktschwangeren und 61,2% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte vor.

**Tabelle 67:** Kritik am § 218 StGB (offene Frage mit Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch (n = 166)		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft (n = 51)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 183)	
	n	%	n	%	n	%
Abhängigkeit der Frau, Demütigung, Belastung	68	41,0	12	23,5	25	13,7
Frau sollte selbst bestimmen, gegen Indikationszwang	35	21,1	6	11,8	21	11,5
Gesetz schützt ungeborenes Leben nicht, reglementiert Frauen	14	8,4	4	7,8	12	6,6
Abbruch sollte straffrei sein, Gesetz unsinnig	11	6,6	2	3,9	3	1,6
zu wenig Information, zu wenig Beratung	-	-	4	7,8	8	4,4
schlechte soziale Situation für Frau/Kind	10	6,0	3	5,9	10	5,5
besserer Schutz des ungeborenen Lebens durch flankierende Maßnahmen	9	5,4	2	3,9	12	6,6
unterschiedliche Richtlinien, Willkür, Benachteiligung bestimmter Frauen	9	5,4	3	5,9	10	5,5
Abbruch sollte grundsätzlich verboten sein, Frau kann gezwungen werden	-	-	2	3,9	6	3,3
§ 218 zu wenig Schutz für ungeborenes Leben, Lücken, Mißbrauch	2	1,2	4	7,8	29	15,8
sonstiges	7	4,2	2	3,9	9	4,9
	165 Nennungen von 119 Probandinnen (71,7%)		44 Nennungen von 37 Probandinnen (72,5%)		145 Nennungen von 112 Probandinnen (61,2%)	

Bei der Kritik am § 218 StGB überwog von seiten der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch der Aspekt der Abhängigkeit von Institutionen: sie sei abhängig von der Beurteilung und dem Ermessen anderer, werde bevormundet und gedemütigt. Sie stoße auf Unverständnis und Vorwürfe, es werde ihr (auch durch zeitliche Verzögerungen, Aufsuchen mehrerer Einrichtungen, weite Anfahrten, finanzielle Kosten) zu schwer gemacht und sie werde hierdurch seelisch sehr belastet. Einige Zitate sollen dies verdeutlichen:

"Die Indikation hängt letztlich vom Ermessen des Arztes ab. Frauen, die schüchtern sind oder nicht so gut argumentieren können, sind benachteiligt, weil sie die Gründe, warum sie das Kind nicht austragen wollen, unter Umständen nicht 'überzeugend' vorbringen können. Die jetzige Regelung bevorzugt, glaube ich, Frauen mit Durchsetzungsvermögen" (PBNR 40, Studentin, Austragen der Schwangerschaft).

"Die betreffenden Frauen müssen in sehr kurzer Zeit verschiedene Stellen anlaufen, stoßen auf Unverständnis, müssen noch weitere Stellen suchen und sind dann psychisch nicht mehr in der Lage, ihre Überzeugung glaubhaft vorzubringen" (PBNR 16, Verwaltungsangestellte, Austragen der Schwangerschaft).

Es folgte häufig auch die Nennung, daß die Frau selbst entscheiden solle. Sie könne ihre Situation am besten beurteilen ohne Rechtfertigung und Indikationszwang:

"Die Frau ist abhängig von der Beurteilung anderer. Eigenverantwortung wird ihr nicht gelassen" (PBNR 13, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

"Ich finde, daß diese - wie auch andere - Entscheidungen jedem selbst überlassen sein sollten. Beratung kann hilfreich sein" (PBNR 216, Studentin, Konfliktschwangerschaft).

Der Aspekt, daß das Gesetz unsinnig sei ("es wird so oder so abgetrieben"), da ein Gesetz, das den Abbruch erschwert/verbietet, das ungeborene Leben nicht schützen könne, wurde ebenfalls von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und den Konfliktschwangeren betont.

"Ungeboresenes Leben wird nicht geschützt durch ein Verbot der Abtreibung, sondern durch Ermöglichung eines lebenswerten Lebens mit Kindern und Absicherung der finanziellen Situation der Mütter" (PBNR 33, Studentin, Schwangerschaftsabbruch).

In Verbindung hiermit wurde meist die Forderung genannt, durch Verbesserung der gesellschaftlichen Verhältnisse, der sozialen Situation der Frau auch die Bedingungen für das ungeborene Leben zu verbessern.

Hinweise auf willkürliche Handhabung des Gesetzes, unterschiedliche Richtlinien und Institutionen sowie die Benachteiligung bestimmter Frauen, z.B. aus unteren sozialen Schichten, wurden von ca. 5% der Frauen aller Gruppen genannt.

Insbesondere einem Teil der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte schien der § 218 StGB zu liberal. Sie befürchteten zum einen, daß bei liberaler Regelung eine Frau zum Schwangerschaftsabbruch gezwungen werden könne, zum anderen sahen sie das ungeborene Leben nicht ausreichend geschützt. Hier tauchten generelle Beurteilungen wie "Schwangerschaftsabbruch ist Mord" sowie die Gefahr des Mißbrauchs vor allem der Notlagenindikation auf:

"Meiner Meinung nach sollte Abtreibung grundsätzlich nicht erlaubt sein (mit Ausnahmen, die natürlich schwer zu beurteilen sind). Die Frau kann von der Umwelt dazu genötigt werden, wenn es erlaubt ist" (PBNR 5, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Es verführt dazu, den Schwangerschaftsabbruch als Möglichkeit der Empfängnisverhütung einzukalkulieren" (PBNR 44, Lehrerin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

### *Kritik an der Sozialberatung*

Die **Sozialberatung** wurde von den Befragten als überwiegend sinnvoll erachtet. 71,0% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 78,4% der Konfliktschwangeren und 84,7% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte beurteilten sie als sehr oder eher sinnvoll. Dabei unterschieden sich die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und die Konfliktschwangeren nicht signifikant voneinander, währenddessen sich zwischen den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte und den beiden anderen Gruppen signifikante Unterschiede fanden (Tabelle 68).

**Tabelle 68:** Sinn der Beratung

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr sinnvoll	58	34,9	22	43,1	122	66,7
eher sinnvoll	60	36,1	18	35,3	33	18,0
eher nicht sinnvoll	28	16,9	5	9,8	11	6,0
überhaupt nicht sinnvoll	20	12,0	6	11,8	10	5,5
keine Angabe	-	-	-	-	7	3,8
SUMME	166	99,9	51	100,0	183	100,0

Signifikanzprüfung (t-Test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$

Die Beurteilung der Beratung als sinnvoll bzw. nicht sinnvoll korreliert kaum mit den eigenen Erfahrungen mit Beratungsstellen; diese Einschätzung ist relativ unabhängig von den eigenen konkreten Erfahrungen und der Zufriedenheit mit der Beratung. Die Beurteilung der Beratung korreliert lediglich mit der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** ( $r = .45$ ): Frauen mit liberaler Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch lehnen die Beratung eher ab.

Überwiegend wurde die Möglichkeit zum Gespräch und die Hilfe bei der Entscheidungsfindung als positiver Aspekt der Beratung genannt. Vor allem ein Gespräch in einer psychisch schwierigen Situation auch bzw. gerade mit einer neutralen Person, das gemeinsame Abwägen des Für und Wider, das Herausfinden der besten Lösung oder auch die Festigung des eigenen Entschlusses wurden von mehr als der Hälfte der Befragten (53,0%) als hilfreich und sinnvoll bezeichnet. Hierzu einige Zitate:

"Im Gespräch wird die Sache reflektiert; Schutz vor einer unüberlegten Handlung; die beste Möglichkeit kann herausgefunden werden" (PBNR 5, Hausfrau, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

"Das Gespräch ist psychologisch sehr wichtig, zumal sich viele wohl zu Hause nicht trauen, darüber zu reden" (PBNR 19, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

Informationsmöglichkeiten, Aufklärung über die gesetzlichen Regelungen und die Möglichkeiten eines legalen Schwangerschaftsabbruchs (23,8%) sowie das Angebot und das Aufzeigen von Alternativen, finanziellen Hilfestellungen und staatlichen Mitteln (17,5%) wurden ebenfalls betont.

Vor allem Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schränkten den Sinn der Beratung oft dahingehend ein, daß sie freiwillig sein sollte (13,3%) bzw. sonstige Kriterien wie Wertfreiheit, Sachlichkeit oder Ausführlichkeit erfüllen sollte (6,1%):

"Eine Frau, die Gesprächspartner braucht, kann eine Beratungsstelle aufsuchen, wenn sie will, aber es soll niemand dazu gezwungen werden" (PBNR 29, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

Ein gewisser Anteil der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte betrachtete die Beratung als sinnvoll, um einen Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch wieder rückgängig zu machen und um die Frau vor unüberlegten Handlungen zu schützen. Sie solle über das Leben des Embryos aufgeklärt und zum Austragen der Schwangerschaft bewegt werden (15,8%).

Die Möglichkeit der Beeinflussung sowie der obligatorische Charakter der Beratung führten auch häufig gerade zur Ablehnung der Sozialberatung. Wenn eine Frau ihre Entscheidung schon getroffen habe, würde die Beratung eine unnötige Belastung bedeuten und die Frau oft verwirren. Schuldgefühle würden erzeugt/geweckt, die Frauen würden manipuliert werden und dann vielleicht aus Angst austragen. Ca. 15% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und der Konfliktschwangeren formulierten diese Kritik, z.B.:

"Wenn eine Frau ihre Entscheidung schon getroffen hat und pro forma noch zu einer Beratung gehen muß, empfinde ich das als unnötige Belastung" (PBNR 38, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft).

Desweiteren wurden Bedenken vorgebracht, inwiefern in so kurzer Zeit mit einer fremden Person ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden könne oder inwiefern eine Beratung sinnvoll sein könne, wenn keine sinnvollen Hilfen für werdende Mütter vorhanden seien (3,2%).

### *Kritik an der Indikationsfeststellung*

Im Gegensatz zu der überwiegenden Akzeptanz der Sozialberatung fanden sich stärkere Vorbehalte gegenüber der **Indikationsfeststellung**. Diese wird von 58,4% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, 49,0% der Konfliktschwangeren und 26,2% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte als eher **nicht** sinnvoll betrachtet (Tabelle 69).

**Tabelle 69:** Sinn der ärztlichen Indikationsfeststellung

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr sinnvoll	31	18,7	16	31,4	95	51,9
eher sinnvoll	38	22,9	10	19,6	34	18,6
eher nicht sinnvoll	42	25,3	15	29,4	22	12,0
überhaupt nicht sinnvoll	55	33,1	10	19,6	26	14,2
keine Angabe	-	-	-	-	6	3,3
SUMME	166	100,0	51	100,0	183	100,0

Signifikanzprüfung (t-Test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant:  $p < .05$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant:  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant:  $p < .01$

In dieser Einschätzung der Indikationsfeststellung unterscheiden sich alle drei Untersuchungsgruppen signifikant voneinander. Die Einschätzung der Indikationsfeststellung korreliert vor allem mit der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** ( $r = .65$ ): Die Indikationsfeststellung wurde umso eher abgelehnt, je liberaler die Frau in ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch war. Des weiteren wurde die Indikationsfeststellung durch einen Arzt eher abgelehnt, wenn die **Schulbildung** der Frau höher war ( $r_s = .36$ ). Hingegen wurde die

Indikationsfeststellung positiv bewertet, wenn die Frau verheiratet war ( $\eta^2 = .32$ ) und als Hausfrau arbeitete ( $\eta^2 = .31$ ).

Auch war die Einschätzung des Sinns der Indikationsfeststellung abhängig von der **Zufriedenheit** mit dem aufgesuchten Arzt ( $r = .38$ ). Bei eigenen guten Erfahrungen mit dem Arzt wurde auch der Einfluß des Arztes im Rahmen der Indikationsfeststellung eher akzeptiert.

Sinnvoll wurde die Indikationsfeststellung vor allem unter medizinischen Gesichtspunkten empfunden (von 25,4% der Befragten). Der Arzt könne das Problem vom medizinischen Standpunkt aus besser beurteilen, er habe den größeren Überblick über sein Fachgebiet, könne Risikoaufklärung und Nachbetreuung bei möglichen Komplikationen leisten. Der Information sowie der Entscheidungshilfe durch den Arzt wurde eher geringe Bedeutung beigemessen (ca. 15% der Frauen aller Untersuchungsgruppen).

Die Aufgabe, Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern, die Frau vor Kurzschlußhandlungen zu bewahren und sie zum Austragen der Schwangerschaft zu bewegen, wiesen ca. 1/4 der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte dem Arzt zu.

"weil ein guter Arzt die Frau vor übereilten Entscheidungen bewahren kann" (PBNR 27, Werbeberaterin, Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte).

Insbesondere Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Konfliktschwangere (jeweils 1/3) lehnten aus ähnlichen Gründen die Indikationsfeststellung durch den Arzt ab. Die Frau solle selbst entscheiden, der Arzt habe damit nichts zu tun und würde in die Privatsphäre der Frau eindringen. Der Arzt sei nicht objektiv, er würde aufgrund seiner persönlichen Meinung urteilen und die Frau manipulieren. Dadurch würde er eine abzulehnende Machtposition einnehmen. Mangelnde Kompetenz des Arztes für diese Aufgabe nannten 11,3% der Befragten: er sei meist nicht psychologisch geschult und könne die Situation der Frau nach einem kurzen Gespräch nicht beurteilen. Oft bestünde kein Vertrauensverhältnis, und manche Frauen wären gehemmt gegenüber dem Arzt.

"Ein Arzt kann nach kurzem Gespräch nicht erwägen, ob ein Abbruch gerechtfertigt ist. Es ist die Entscheidung der Frau alleine" (PBNR 41, Krankengymnastin, Abbruch der Schwangerschaft).

"weil ein Arzt nicht so in einen Menschen schauen kann" (PBNR 30, Verkäuferin, Konfliktschwangerschaft).

### Beurteilung der Kostenübernahme

Bezüglich der **Finanzierung** von Schwangerschaftsabbrüchen befürwortete die Mehrheit der Befragten eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse (s. Tabelle 70).

**Tabelle 70:** Kostenübernahme

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
Krankenversicherung	139	83,7	40	78,4	98	53,6
Frau	3	1,8	4	7,8	26	14,2
Mischformen	18	10,8	5	9,8	47	25,7
keine Angabe	6	3,6	2	3,9	12	6,6
SUMME	166	99,9	51	99,9	183	100,1

Signifikanzprüfung ( $\chi^2$ ):  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 2: nicht signifikant  
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .01$

Hierbei unterscheidet sich die Gruppe 3 (Schwangere ohne Entscheidungskonflikte) signifikant von den beiden anderen Untersuchungsgruppen. Die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte sprachen sich vergleichsweise häufig für eine Eigenfinanzierung durch die betroffene Frau aus oder nannten Formen der sonstigen Finanzierung wie Prüfung im Einzelfall, Anteil Kasse - Anteil Frau, Einrichtung eines Spendenfonds oder Heranziehung des an der Zeugung beteiligten Mannes. Einige Frauen sprachen sich dafür aus, daß bei medizinischen Indikationen die Krankenkasse den Schwangerschaftsabbruch finanzieren sollte, währenddessen bei der Notlagenindikation die Frau selbst bezahlen sollte.

Die Ansicht bezüglich der Kostenübernahme korreliert ( $\eta = .45$ ) mit der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch**. Demnach befürworten konservative Frauen häufiger die Eigenfinanzierung der Frau oder anteilige Finanzierungsformen. Hinsichtlich des Zusammenhangs der Einschätzung der Kostenübernahme mit soziodemographischen Merkmalen fanden sich keine Korrelationen über .30, die Zusammenhänge sind also - wenn überhaupt vorhanden - lediglich schwach ausgeprägt.

### 9.1.3 Wünschenswerte gesetzliche Regelung

#### *Wünschenswertes Regelungsmodell*

Von der Mehrheit der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, aber auch von einem gewissen Anteil der Frauen aus den anderen Untersuchungsgruppen wurde das Gesetz - der § 218 StGB - kritisiert. Befragt, wie man ihrer Meinung nach den Schwangerschaftsabbruch gesetzlich regeln solle, antworteten 86,2% der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch im Sinne der 3-Monats-Fristenlösung bzw. der Straffreiheit. Im Fall der Frauen mit Konfliktchwangerschaften waren dies 60,7% und bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte 37,2% (s. Tabelle 71).

In der Einschätzung des Schwangerschaftsabbruchs und des § 218 StGB finden sich deutliche Gruppenunterschiede. So zeigen die Daten, daß die Toleranz bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs mit wachsender Problemnähe zunahm. Die Akzeptanz der Indikationsregelung bewegte sich zwischen 11,4% bei den Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch und 45,8% bei den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. 12,0% der Frauen, die die Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte austrugen, sprachen sich dafür aus, daß ein Schwangerschaftsabbruch nur bei Gefahr für das Leben der Frau erlaubt sein solle, 1,6% der Frauen dieser Gruppe vertraten die Ansicht, daß ein Schwangerschaftsabbruch völlig verboten sein solle.

Die Meinung über die wünschenswerte gesetzliche Regelung korreliert erwartungsgemäß hoch mit der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** ( $\eta^2 = .73$ ): Frauen, die bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs eine liberale Einstellung hatten, sprachen sich eher für die Fristenlösung bzw. für die Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs aus. Viele Frauen, die gemäß der Erstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch als konservativ angesehen werden können, antworteten jedoch in der Regel nicht im Sinne einer Verschärfung des § 218 StGB, sondern befürworteten die Indikationsregelung.

Des weiteren wünschten sich Frauen mit höherer **Schulbildung** häufiger Straffreiheit bzw. die 3-Monats-Fristenregelung ( $r_s = .39$ ). Auch Frauen, die in größeren Wohnorten lebten, sprachen sich eher für eine gesetzliche Regelung aus, die Straffreiheit während der ganzen Phase oder innerhalb von drei Monaten vorsieht ( $r_s = .30$ ). Verheiratete Frauen sprachen sich häufiger für eine restriktivere gesetzliche Regelung aus ( $C = .36$ ). Damit korrespondierend trifft dies ebenfalls

für Frauen zu, die zusammen mit ihrem Partner und/oder ihren Kindern lebten ( $C = .36$ ), die ihr Einkommen zusammen oder durch den Partner bezogen ( $C = .41$ ) und die als Hausfrau arbeiteten ( $C = .48$ ).

**Tabelle 71:** Wünschenswerte gesetzliche Regelung

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
in den ersten drei Monaten sollte die Frau selbst entscheiden können, ob sie eine Schwangerschaft abbrechen möchte	83	50,0	17	33,3	47	25,7
ein Schwangerschaftsabbruch sollte überhaupt nicht bestraft werden	26	15,7	9	17,6	12	6,6
Doppelnennung: 3-Monatsfrist und nicht bestrafen	34	20,5	5	9,8	9	4,9
ein Schwangerschaftsabbruch sollte völlig verboten sein	-	-	-	-	3	1,6
ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur bei Gefahr für das Leben der Frau erlaubt sein	-	-	-	-	22	12,0
ein Schwangerschaftsabbruch sollte nur in bestimmten Fällen gestattet sein	14	8,4	15	29,4	46	25,1
Doppelnennung: bestimmte Fälle und Gefahr für das Leben	1	0,6	3	5,9	31	16,9
Doppelnennung: bestimmte Fälle und 3-Monatsfrist	4	2,4	1	2,0	7	3,8
sonstiges	3	1,8	1	2,0	3	1,6
keine Angabe	1	0,6	-	-	3	1,6
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>99,8</b>

Signifikanzprüfung (u-Test): Gruppe 1 vs. Gruppe 2: signifikant  $p < .01$   
 Gruppe 1 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$   
 Gruppe 2 vs. Gruppe 3: signifikant  $p < .001$

### *Akzeptanz einzelner Indikationen*

Sofern die Frauen angaben, daß ein Schwangerschaftsabbruch nur **unter bestimmten Bedingungen** (Indikationen) erlaubt sein sollte, wurde nachgefragt, welche Bedingungen dies sein sollten. Hierzu wurde die in den "ALLBUS-Umfragen" eingesetzte Skala benutzt (nach BORA/LIEBL 1986 handelt es sich dabei um eine Guttman-Skala). Tabelle 72 zeigt Häufigkeiten, mit denen den einzelnen Bedingungen zugestimmt wurde. Die Angaben beziehen sich lediglich auf die Frauen (32,3% der Gesamtstichprobe), die sich pro Indikationsregelung aussprachen. Diejenigen, die gemäß Tabelle 71 für eine weitergehende Liberalisierung oder eine restriktivere Lösung votierten, finden hier nicht Eingang.

Es fällt auf, daß die Indikationen aus medizinischen und eugenischen Gründen sowie bei Vergewaltigung der Frau weitgehende Zustimmung erfahren und relativ unumstritten scheinen. Ein Bruch tritt auf, sobald die Indikationen "weicher" werden, d.h. sobald es sich um Aspekte der Notlagen-Indikation handelt. Hier sinkt die Zustimmung bei den Schwangeren beider Gruppen auf unter 50% ab.

Ebenso wie bei der allgemeinen Frage nach der wünschenswerten gesetzlichen Regelung zeigte sich auch hier eine Polarisierung zwischen konservativen Frauen, die in der Regel mit dem Partner zusammenlebten ( $\eta = .32$ ) und häufig vom Partner finanziell abhängig waren ( $\eta = .32$ ), und Frauen, die nicht im Familienzusammenhang lebten und eher liberale Ansichten vertraten.

**Moralische Bedenken** bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs wurden von 7,8% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und 11,8% der Konfliktschwangeren als sehr wichtig im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung angesehen (12,0% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und 11,8% der Konfliktschwangeren nannten sie eher wichtig). Allerdings korrelieren diese moralischen Vorbehalte mit der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ( $r = .26$ ) und der wünschenswerten gesetzlichen Regelung ( $r = .26$ ) nur wenig. Politische bzw. ethische Einschätzungen darüber, wann ein Schwangerschaftsabbruch legitim sei und wer darüber zu befinden habe, und individuelle moralische Bedenken bezüglich der Überlegungen eines eigenen Schwangerschaftsabbruchs (vgl. auch Kap.9.2.2) stehen somit in keinem unmittelbaren Zusammenhang.

**Tabelle 72:** Bedingungen, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein sollte (Mehrfachnennungen)

	Gruppe 1 Schwangerschafts- abbruch (n = 22)		Gruppe 2 Konfliktschwanger- schaft (n = 20)		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte (n = 86)	
	n	%	n	%	n	%
wenn die Gesundheit der Frau ernsthaft gefährdet ist	22	100,0	20	100,0	83	96,5
wenn das Baby mit hoher Wahrscheinlichkeit eine ernsthafte Schädigung haben wird	21	95,5	20	100,0	80	93,0
wenn die Schwangerschaft Folge einer Vergewaltigung ist	21	95,5	18	90,0	79	91,9
wenn die Familie nur über geringes Einkommen verfügt und sich keine Kinder mehr leisten kann	16	72,7	8	40,0	31	36,0
wenn die Frau verheiratet ist und keine Kinder mehr haben möchte	6	27,3	2	10,0	7	8,1
wenn die Frau unverheiratet ist und den Vater des Kindes nicht heiraten möchte	11	50,0	5	25,0	9	10,5
	97 Nennungen von 22 Probandinnen (100,0%)		73 Nennungen von 20 Probandinnen (100,0%)		289 Nennungen von 86 Probandinnen (100,0%)	

### 9.1.4 Aspekte eines generalpräventiven Einflusses

In Studien zur Generalprävention (vgl. Kap.2.2.1) werden in der Regel die Bereitschaft, Straftaten zu begehen, oder das tatsächliche Begehen von Straftaten in Beziehung gesetzt zu Variablen, die für generalpräventiven Einfluß stehen, so z.B. die Sanktionsfurcht, die Bewertung der Strafschwere oder die Akzeptanz der Norm.

Um einen etwaigen generalpräventiven Einfluß auf die Entscheidung der hier befragten Frauen zu prüfen, wurden die folgenden Variablen näher betrachtet:

- **Normakzeptanz:** Hier bestand die Möglichkeit, die Variable "wünschenswerte gesetzliche Regelung" zur Messung einzusetzen bzw. alternativ hierzu die (hoch korrelierende) Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch. Da mit der differenzierten Einstellungsskala in der Regel bessere Ergebnisse erzielt wurden, wurde diese in den folgenden Analysen verwendet.
- **Strafrechtliche Sanktionierung:** Hier wurde das Wissen um die Möglichkeit einer etwaigen strafrechtlichen Sanktionierung eines Schwangerschaftsabbruchs erfaßt. Wie es sich zeigte (Kap.9.1.1), war für ca. 40% der Frauen die Möglichkeit einer strafrechtlichen Sanktionierung nicht präsent.
- **Soziale Sanktionierung:** Unter sozialer Sanktionierung wurde das von den Frauen vermutete Ansehen einer Frau mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit betrachtet.

### *Unterschiede zwischen Konfliktschwangeren und Frauen mit Schwangerschaftsabbruch*

Wie bereits beschrieben, tendierten von den Konfliktschwangeren etwa 60% zu einer freizügigeren gesetzlichen Regelung im Sinne der Fristenlösung oder einer Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs. Von den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, vertraten über 80% diese Ansicht. Im Hinblick auf eine strafrechtliche Sanktionierung gaben 63,9% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und 56,9% der Konfliktschwangeren an, daß diese ihnen bekannt sei. 47,6% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und 33,4% der Konfliktschwangeren befürchteten ein negatives Ansehen von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit.

Führt man eine Diskriminanzanalyse mit den Untersuchungsgruppen "Schwangerschaftsabbruch" und "Konfliktschwangeren" durch, so zeigt es sich, daß mit den oben genannten Variablen 7,3% der Varianz zwischen den Untersuchungsgruppen erklärt werden können.

Vergleicht man die Gruppe 1 (Schwangerschaftsabbruch) hingegen mit den Schwangeren insgesamt (Gruppe 2 und 3 zusammen), so wird ein Anteil von 23,2% erklärter Varianz erzielt. Dieses letzte Ergebnis ist jedoch trügerisch, da hierbei auch Frauen in die Analyse miteingehen, die die Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte austragen: bei ihnen kann ein etwaiger Entscheidungseinfluß des § 218 StGB von vornherein nicht angenommen werden.

Betrachtet man die Variablen, die die Untersuchungsgruppen trennen, so zeigt es sich, daß die Variable Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch als Indikator der Normakzeptanz die größte Bedeutung innehatte. Frauen, die die Schwan-

gerschaft abbrechen, hatten eine liberalere Einstellung gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch als Konfliktschwangere (stand. Diskriminanzkoeffizient: .97).

Allerdings kehrte sich das Bild bei den Variablen zur "Abschreckung" um: Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen, erwarteten eher ein schlechteres Ansehen von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit (stand. Diskriminanzkoeffizient: .16) und vermuteten ebenfalls häufiger strafrechtliche Sanktionierung als die Konfliktschwangeren (stand. Diskriminanzkoeffizient: .12).

Die Annahme, daß das Wissen bzw. die Erwartung von strafrechtlicher oder sozialer Sanktionierung Frauen von der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruch abhalten könne (Abschreckung), wird hierdurch nicht bestätigt, da Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch beides häufiger annahmen als die Vergleichsgruppe.

Allerdings ist zu beachten, daß die Retrospektivität der Befragung das Ergebnis beeinflussen kann, da Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, häufiger mit diesbezüglichen Institutionen in Kontakt kamen und folglich auch häufiger über etwaige rechtliche Konsequenzen aufgeklärt wurden. Des weiteren können sie bereits soziale Mißbilligung erfahren haben. Es ist jedoch festzuhalten, daß das Wissen um die soziale und strafrechtliche Sanktionierung nicht von intendiertem Verhalten abhält, sondern daß die Schwangerschaftsabbrüche in unserer Stichprobe trotz und im Bewußtsein dieser Faktoren durchgeführt wurden.

Bezüglich der positiven Generalprävention lassen sich eher theoriekonsistente Einflüsse vermuten, da Konfliktschwangere häufiger über eine konservativere Einstellung verfügten und auch mehr moralische Vorbehalte äußerten. Allerdings darf der doch relativ geringe Anteil von erklärter Varianz zwischen den Untersuchungsgruppen 1 und 2 nicht zu voreiligen Schlüssen führen. Zudem muß der Einfluß der Einstellung auf das Verhalten nicht durch internalisierte gesetzliche Normen bedingt sein, sondern kann durch Wertorientierung innerhalb der Peer Group bzw. auch durch Strategien der Reduzierung von kognitiver Dissonanz mitbeeinflusst sein.

### *Länderunterschiede*

Da die Untersuchung vergleichend in den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg stattfand, läßt sich fragen, ob das unterschiedliche politische "Klima" sich auf die Einstellungen der Frauen niederschlägt. Beim Vergleich der Gesamtstichprobe ergaben sich allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen hessischen und baden-württembergischen Frauen in der Beurteilung der verschiedenen Facetten des § 218 StGB. Betrachtet man lediglich die Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, so äußerten die baden-

württembergischen häufiger ( $p < .05$ ) Kritik am § 218 StGB dahingehend, daß die Interessen und Bedürfnisse der Frauen nicht ausreichend Berücksichtigung fänden, währenddessen unter den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte diejenigen aus Baden-Württemberg häufiger als die hessischen Frauen für eine Verschärfung des § 218 StGB oder die Indikationsregelung votierten ( $p < .05$ ).

Im Hinblick auf eine soziale oder strafrechtliche Sanktionierung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen aus Hessen und Baden-Württemberg: ein negatives Ansehen befürchteten 45,6% der baden-württembergischen und 41,1% der hessischen Frauen. Daß man sich bei einem Schwangerschaftsabbruch im Prinzip strafbar machen könne, war je 60% der Probandinnen aus beiden Bundesländern bekannt.

Aufgrund dieser geringen Unterschiede zwischen Befragten aus Hessen und Baden-Württemberg kann angenommen werden, daß die persönliche Einstellung durch die gesetzliche Regelung und unterschiedliche Bedingungen ihrer Ausgestaltung wenig beeinflußt wird.

### *Intensität der Handlungstendenz*

Die Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, wurden des weiteren befragt, was sie unternommen hätten, wenn der Arzt oder die Beratungsstelle ihnen **nicht weitergeholfen** hätte. Hiermit sollte die Stärke der Handlungstendenz erfaßt werden sowie auch die Bereitschaft, Wege außerhalb der Regelungen des § 218 StGB zu beschreiten. In Tabelle 73 sind die Antworten dargestellt.

Die Daten zeigen, daß unter diesen Umständen lediglich 5,4% der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführten, bereit gewesen wären, die Schwangerschaft auszutragen. Die Mehrzahl der Frauen hätte versucht, andere Ärzte oder Beratungsstellen zu finden, um hier die formalen Voraussetzungen für einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen. Beinahe die Hälfte der Frauen gab an, daß sie notfalls ins Ausland gegangen wären bzw. sonstige Hilfen zum Schwangerschaftsabbruch gesucht hätten. Es zeigt sich, daß die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch bei der Mehrzahl der Befragten oft so hoch war, daß ein erswerter Verfahrensweg kaum zu einer gegenteiligen Entscheidung geführt hätte.

**Tabelle 73:** Handlungstendenz, wenn Arzt oder Beratungsstelle nicht weitergeholfen hätten

	Gruppe 1	
	Schwangerschaftsabbruch n	%
1. Austragen der Schwangerschaft	9	5,4
2. Umstimmen von Ärzten/Beratungsstellen	4	2,4
3. Aufsuchen anderer Ärzte/Beratungsstellen (+ Antwort 2)	81	48,8
4. Ausland/sonstige Hilfe (+ Antwort 2,3) keine Angabe	70 2	42,2 1,2
SUMME	166	100,0

Um zu ermitteln, welchen Einfluß die oben genannten Indikatoren der Generalprävention auf die Bereitschaft hatten, notfalls auch andere Wege zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs zu suchen, wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt, wobei die Antworten als kontinuierlich ansteigend (von "Austragen der Schwangerschaft" bis hin zu "Bereitschaft, ins Ausland zu gehen") angesehen wurden. Als Resultat zeigte es sich, daß mit diesen Variablen 8,9% der Varianz erklärt werden konnten (mult.R = .30).

Diejenigen Frauen, die verstärkte, notfalls auch illegale, Anstrengungen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unternommen hätten, zeigten sich vor allem bezüglich ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch als liberaler ( $\beta = .27$ ). Das von ihnen vermutete Ansehen einer Frau mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit war negativer als bei Frauen, die diese Anstrengung in weniger hohem Maße unternommen hätten ( $\beta = -.11$ ). Die vermutete Strafbarkeit zeigte wenig Vorhersagekraft ( $\beta = .01$ ); Frauen, die weitere Ärzte/Beratungsstellen aufgesucht hätten bzw. ins Ausland gegangen wären, vermuteten etwas häufiger eine mögliche Strafbarkeit. Auch diese Ergebnisse belegen, daß eine mögliche Abschreckung durch strafrechtliche oder soziale Sanktionierung auch im Hinblick auf intendierte weitere Handlungsschritte der Frauen nicht greift.

### *Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch*

Auch die beiden Gruppen der schwangeren Frauen wurden gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, daß sie in eine Situation kämen, in der ein Schwangerschaftsabbruch für sie eine **Lösungsmöglichkeit** darstellen würde. 82,4% der Konflikt-

schwangeren und 54,6% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikt bejahten dies; bei ihnen scheint ein Schwangerschaftsabbruch nicht grundsätzlich ausgeschlossen, sondern auch von der sozialen Situation abhängig zu sein.

Auch bei diesen Frauen wurde geprüft, inwiefern generalpräventiven Einflüssen Bedeutung zukommt. Zu diesem Zweck wurde eine Diskriminanzanalyse durchgeführt, um die Unterschiede zwischen Schwangeren zu ermitteln, die sich einen Schwangerschaftsabbruch vorstellen könnten bzw. dies ausschlossen. Die erhaltene (signifikante) Diskriminanzfunktion erklärt mit 24,3% einen relativ hohen Anteil der Varianz (canonischer Korrelationskoeffizient: .49). Die größte Bedeutung kam dabei der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zu: Frauen, die es sich vorstellen konnten, daß ein Schwangerschaftsabbruch für sie eine Lösungsmöglichkeit darstellen könnte, verfügten über eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (stand. Diskriminanzkoeffizient: .99). Darüber hinaus hatten sie ein negativeres Bild bezüglich des Ansehens einer Frau mit Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit (stand. Diskriminanzkoeffizient: .23) und vermuteten häufiger Strafbarkeit (stand. Diskriminanzkoeffizient: .13). Auch hier wiederholt sich das bereits an anderen Stellen ermittelte Ergebnis, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch durchaus im Sinne der positiven Generalprävention zu wirken scheint, jedoch die Abschreckungsvariablen theoriwiderrisprechende Effekte zeigen.

Diejenigen Frauen unter den Schwangeren, die sich einen Schwangerschaftsabbruch prinzipiell vorstellen konnten, unterschieden sich von den übrigen des weiteren in ihrer **Einstellung zur Mutterrolle** ( $r = .36$ ): Frauen, für die ein Schwangerschaftsabbruch denkbar war, zeigten eine eher ablehnende Einstellung bezüglich der traditionellen Mutterrolle. Die Mehrzahl der Frauen, die **frühere Erfahrungen** mit einem Schwangerschaftsabbruch schilderten, bezeichnete einen Schwangerschaftsabbruch für sie als denkbare Lösungsmöglichkeit. Jedoch schlossen 17,0% der schwangeren Frauen, die einen früheren Schwangerschaftsabbruch erlebt hatten, dies für die Zukunft aus.

### 9.1.5 Zusammenfassung und Diskussion

Betrachtet man die Einstellung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, und die schwangerer Frauen zum § 218 StGB, wird deutlich, daß die Kritik am § 218 StGB umso mehr zunahm, je mehr die Frauen von der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs betroffen waren. Demnach scheint es der Indikationslösung nur unzureichend gelungen zu sein, zu einem allgemein akzeptierten Wertmaßstab für die Frauen im Schwangerschaftskonflikt zu werden. Eindeutig wurde von den Frauen, die einen Schwangerschafts-

abbruch realisierten, und den Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zogen, jedoch die Schwangerschaft austrugen, die Fristenlösung präferiert. Für diese Frauen ist das Problem, wer die Legitimation haben sollte, über den Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden, durch die Indikationsregelung nicht zufriedenstellend gelöst.

Kritik am § 218 StGB bezog sich von Seiten der befragten Frauen zumeist auf die unzureichende Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse der Frauen. Von der Mehrzahl wurde die Sozialberatung als sinnvoll erachtet, währenddessen die ärztliche Indikationsfeststellung in höherem Maße abgelehnt wurde und - wenn sie als sinnvoll eingeschätzt wurde - zumeist mit der Anerkennung der medizinischen Kompetenz des Arztes einherging. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen wurde mehrheitlich begrüßt.

Zieht man die immer wieder von verschiedenen Instituten durchgeführten repräsentativen Meinungsumfragen (ZUNDEL u.a. 1982; LEGGE 1983; NOELLE-NEUMANN/PIEHL 1983; BUSCHMANN 1984; INSTITUT FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG 1984; BORA/LIEBL 1986; ausführliche Darstellung s. Kap.2.4) heran, so zeigt es sich, daß im Trend die hier befragten Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch und die Konfliktschwangeren häufiger eine Liberalisierung befürworteten als Repräsentativstichproben der Gesamtbevölkerung. Schwangere ohne Entscheidungskonflikte entsprachen in ihren Ansichten eher der Verteilung bei repräsentativen Bevölkerungsumfragen.

Der Informationsstand über die Grundzüge der gesetzlichen Regelung war bei allen Befragten außerordentlich hoch. Allerdings wurde bei Nachfragen oft nur vage Detailkenntnis deutlich. Vor allem Konfliktschwangere und Frauen mit Schwangerschaftsabbruch unterschieden sich in ihrem Kenntnisstand nur minimal, so daß informationsbedingte Zugangsbarrieren zum Schwangerschaftsabbruch für diese Stichprobe nicht ins Gewicht fallen dürften.

Im Hinblick auf ihre Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und der Einschätzung etwaiger sozialer oder strafrechtlicher Sanktionierungen unterschieden sich Frauen aus Hessen und Baden-Württemberg kaum. Demnach wirkte sich das unterschiedlich politische "Klima" auf die Einstellungen der Frauen nicht aus, so daß angenommen werden kann, daß die persönliche Einstellung durch die gesetzliche Regelung und unterschiedliche Bedingungen ihrer Ausgestaltung wenig beeinflusst wird.

Des weiteren zeigte sich, daß Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, Frauen, die notfalls zu illegalen Schritten bereit waren, und Frauen, für die ein Schwangerschaftsabbruch prinzipiell denkbar war, zwar über

eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch verfügten, sich jedoch gleichzeitig in höherem Maße über eine Sanktionierung bewußt waren. Eine etwaige abschreckende Wirkung konnte insofern bei der befragten Stichprobe nicht ermittelt werden.

Fraglich ist jedoch, inwiefern die Einstellung zu einem Sachverhalt (die Normakzeptanz) nun tatsächlich auf die Existenz einer in einem Gesetz vermittelten Norm zurückzuführen ist. Ob sich die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch durch gesetzliche Regelungen längerfristig im Sinne von sozial- und individualpsychologischen Vorgängen überhaupt verändert, könnte letztlich nur durch Längsschnittstudien erfaßt werden. Zudem werden Probleme durch die Retrospektivität der Befragung aufgeworfen: Frauen, die das Verfahren nach § 218 StGB absolviert haben, dürften in höherem Maße auch über etwaige Sanktionen informiert sein und deshalb auch in höherem Maße Sanktionen erwarten.

Bei der Analyse der psychosozialen Einfluß- und Konfliktfaktoren im Rahmen der Entscheidungsfindung der Frau (s. Kap.7.4) wurde bereits deutlich, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch neben anderen Merkmalen der betroffenen Frauen - wie ihrer aktuellen Lebenslage und ihrer Situationsinterpretation bei Eintreten der Schwangerschaft - relativ geringes Gewicht hatte. Vermutete Wirkungsmechanismen des § 218 StGB, die auf die Wertorientierung der Betroffenen und eine etwaige Abschreckung durch eine Strafandrohung zielen, müssen auch deshalb skeptisch beurteilt werden, da normative Erwägungen in der aktuellen Entscheidungssituation in der Regel von den psychosozialen Konflikten überlagert werden.

## **9.2 Subjektive Gründe und Bedenken bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs**

Bereits an mehreren Stellen wurde dargestellt, welche Relevanz einzelnen Sachverhalten von den betroffenen Frauen im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung zugemessen wurde. Die Wichtigkeit der Gründe, die für den Abbruch der Schwangerschaft sprachen, sowie der Bedenken, die sich im Hinblick auf diese Entscheidung ergaben, sollen im folgenden Überblick dargestellt werden.

Den Versuchen, aufgrund soziodemographischer und psychologischer Variablen die Entscheidungsfindung der Frau zu rekonstruieren und in den relevanten Komponenten darzustellen, soll nunmehr die subjektive Einschätzung der Befragten gegenübergestellt werden. Auch der Stellenwert der Indikationsfeststellung, der Sozialberatung und der normativen Einflüsse der gesetzlichen Rege-

lung soll im Kontext weiterer, aus dem psychosozialen Bereich stammender, Einflußfaktoren rekapituliert werden.

Es wird davon ausgegangen, daß auch bei den Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, sich jedoch zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen, letztlich private Gründe den Ausschlag gaben. Auch wenn der Sozialberatung, der Indikationsfeststellung und/oder den finanziellen Hilfen Bedeutung zugemessen wurde, ist dies als nicht unabhängig von den übrigen Lebensumständen der Befragten zu betrachten.

Nach bisherigen Forschungen (s. Kap.3.6) ist die Zufriedenheit mit der Entscheidung umso höher und die Belastung umso geringer, je weniger Ambivalenzen mit der Entscheidung verbunden sind. Es wird angenommen:

**Die Zufriedenheit mit der Entscheidung ist abhängig von dem Entscheidungsprozeß der Frau und auch von ihren Erfahrungen mit Institutionen nach § 218 StGB.**

Für die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch läßt sich dies wie folgt spezifizieren:

- Die Zufriedenheit mit der Entscheidung ist umso höher, je negativer die ersten Gefühle im Hinblick auf die Schwangerschaft waren, je höher das Ausmaß antizipierter Verschlechterungen und je liberaler die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch war.
- Die Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch ist höher, wenn sich der Verfahrensweg nach § 218 StGB als komplikationsreich darstellt.

Ogleich mit dem verfügbaren Datenmaterial eine längerfristige psychologische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs nicht untersucht werden kann, so können sich aus den Äußerungen der Befragten im Hinblick auf die Zufriedenheit und das Ausmaß der Belastung Schlüsse ergeben, durch welche Merkmale diese Reaktionen ausgelöst werden und welcher - evtl. konfligierende - Einfluß dem Verfahren nach § 218 StGB dabei zukommt.

### 9.2.1 Gründe zum Schwangerschaftsabbruch

Den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, wurde eine Liste möglicher Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch vorgegeben. Sie sollten nun einschätzen, wie wichtig diese - falls die Gründe zutrafen\* - für

\* Aus methodischen Gründen wurde die Angabe "trifft nicht zu" der Antwort "unwichtig" zugeordnet, um einen hohen Ausfall durch fehlende Werte zu vermeiden.

ihre Entscheidung waren (das Gesamtmaterial befindet sich in Anhang Nr.7). Die einzelnen aufgeführten Gründe wurden einer Faktorenanalyse unterzogen.

### *Soziale Konflikte*

In Tabelle 74 ist dargestellt, welche Entscheidungsrelevanz beruflichen, finanziellen, familiären und gesundheitlichen Faktoren zugemessen wurde. Es finden sich sowohl die Nennungen für "sehr wichtig" als auch die Resultate der durchgeführten Faktorenanalysen.

Betrachtet man die Reihenfolge der Gründe, die als **sehr wichtig** für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch angegeben wurden, so fällt vor allem die Bedeutung der Partnerbeziehung auf: 47,6% der Frauen gaben an, die Befürchtung, daß die Partnerbeziehung für ein Kind nicht tragfähig genug wäre, sei ein sehr wichtiger Entscheidungsgrund für sie gewesen. Es folgt der Aspekt, daß die Mutterschaft nicht mit den beruflichen Plänen in Einklang zu bringen sei, was für 39,8% der Frauen einen sehr wichtigen Grund darstellte. Des weiteren kam der Einschätzung der Wohnsituation und der familiären Umgebung ein hoher Stellenwert zu. Dem finanziellen Bereich kam keine vergleichsweise herausragende Rolle zu, obgleich er von immerhin einem Viertel der Frauen als sehr wichtig für ihre Entscheidung eingestuft wurde. Die genannten sozialen Entscheidungsgründe ließen sich auf vier Faktoren reduzieren:

- Auf **Faktor 1** laden vor allem die Variablen hoch, die mit **beruflichen Aspekten** und Befürchtungen bezüglich der beruflichen Zukunft zusammenhängen. Diejenigen Frauen, die bei diesem Faktor einen hohen Score erzielten - für die also berufliche Gründe hohe Relevanz hatten -, unterschieden sich von Frauen, für die dies eher unwichtig war, vorrangig in der Kinderzahl (sie hatten meist noch keine Kinder,  $\beta = -.26$ ) sowie ihrer negativeren ersten Reaktion auf die Schwangerschaft ( $\beta = .25$ ). Des weiteren hatten sie eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ( $\beta = .22$ ) und sie antizipierten mehr und stärkere Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind ( $\beta = .16$ ). Die multiple Regressionsanalyse, bei der sich diese Variablen als signifikant und vorhersagestark erwiesen, erklärt 30,0% der Varianz von beruflichen Motiven zum Schwangerschaftsabbruch ( $\text{mult.}R = .55$ ).
- Auf **Faktor 2** bilden sich diejenigen Gründe zum Schwangerschaftsabbruch ab, die mit **finanziellen Möglichkeiten** bzw. finanzieller und auch sozialer Unterstützung zusammenhängen. Frauen, die diesen Faktor als wichtig empfanden, verfügten in der Regel über weniger Einkommen ( $\beta = -.27$ ), waren

**Tabelle 74:** Gründe für den Schwangerschaftsabbruch/soziale Umstände

Anteil an Gesamtvarianz: 65,5 %	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Angabe	
	"Beruf"	"Finanzen"	"Familie"	"Gesundheit"	"sehr wichtig"	n %
Ich konnte die Mutterschaft nicht mit meinen beruflichen Plänen in Einklang bringen.	.83	.14	.02	.10	66	39,8
Ich befürchte, daß das Kind meine berufliche Existenz gefährden könnte.	.90	.13	.06	.03	45	27,1
Ich sah mich finanziell nicht in der Lage, das Kind zu bekommen.	.19	.57	.14	-.13	46	27,7
Es wurden mir keine finanziellen Hilfen angeboten, durch die es mir möglich wurde, das Kind zu bekommen.	.12	.60	-.13	-.09	15	9,0
Ich bekam keine Unterstützung von mir nahestehenden Personen (Eltern, Freunde) zum Austragen der Schwangerschaft.	.05	.66	.20	.12	17	10,2
Das Leben in meiner Familie/WG hätte keine guten Voraussetzungen für ein Kind geboten.	.16	.21	.37	.11	37	34,3
Ich befürchtete, daß meine Partnerbeziehung für ein Kind nicht tragfähig genug wäre.	-.02	-.07	.85	-.13	79	47,6
Mein Partner sprach sich für den Abbruch der Schwangerschaft aus.	-.11	.04	.19	-.01	44	26,5
Es gab gesundheitliche Bedenken gegen diese Schwangerschaft.	-.03	-.08	-.07	.77	27	13,9
Ich befürchtete, daß das Kind behindert zur Welt kommen könnte.	-.06	-.01	-.08	.55	22	13,3

zudem von eher einfacher Schulbildung ( $\beta = -.21$ ) und antizipierten stärkere Verschlechterungen für den Fall des Austragens der Schwangerschaft ( $\beta = .20$ ). Der multiple Korrelationskoeffizient, der unter Einbeziehung dieser Prädiktoren erzielt werden konnte, liegt bei  $.40$ , der Anteil der erklärten Varianz bei  $16,3\%$ .

- Auf **Faktor 3** finden sich Variablen, die die **Wohnsituation**, das familiäre Zusammenleben und die **Partnerbeziehung** zum Thema haben. Frauen, die diese Gründe als maßgeblich für ihre Entscheidung zum Schwangerschafts-

abbruch empfanden, unterschieden sich von den übrigen durch die häufigere Unverbindlichkeit ihrer Partnerbeziehung ( $\beta = .24$ ); sie waren häufiger noch in Ausbildung ( $\beta = .22$ ) und wiesen eine pessimistischere Sicht der Zukunft auf ( $\beta = .21$ ). Diese Merkmale können 16,9% der Varianz ( $\text{mult.}R = .42$ ) dieses Entscheidungsgrundes erklären.

- **Faktor 4** wird durch Variablen gebildet, die **gesundheitliche Aspekte** beinhalten, diese sowohl für die Frau selbst als auch in Bezug auf eine befürchtete Schädigung des Embryos. Bei Frauen, die diesen Faktor als wichtig für ihre Entscheidung einstufen, lagen erwartungsgemäß häufig Krankheiten vor ( $\beta = .63$ ). Diese Frauen waren zudem häufiger älter ( $\beta = .16$ ) als diejenigen Frauen, für die gesundheitliche Bedenken keine Rolle spielten. Die beiden Merkmale "Krankheiten" und "Alter" erklären 45,9% der Varianz gesundheitlicher Gründe ( $\text{mult.}R = .68$ ).

#### *Anmerkung: Soziale Faktoren zum Austragen der Schwangerschaft*

Auch den **Konfliktschwangeren** wurden ähnliche Items vorgegeben, die jedoch entsprechend des gegenteiligen Entscheidungsergebnisses umgepolt präsentiert wurden. Aufgrund dieser gegensätzlichen Bedeutung ist ein direkter Vergleich mit den Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen ließen, allerdings problematisch. Wie die durchgeführten Faktorenanalysen zeigten, fand sich jedoch eine ähnliche Faktorenstruktur wie bei den Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch realisierten. Eine Interpretation ist allerdings aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen nur tendenziell möglich (das Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr.7). Im Hinblick auf die Relevanz der Lebensumstände zur Entscheidung pro Austragen ließen sich drei Faktoren ermitteln:

- **Familie und Partnerschaft:** Daß das Leben in der Familie gute Voraussetzungen für ein Kind bieten würde und der Partner das Kind wünschte, war für etwa 1/4 dieser Frauen bedeutsam dafür, die Schwangerschaft auszutragen.
- **Beruf und Finanzen:** Ebenfalls 1/4 der Frauen gaben an, daß sie sich finanziell in der Lage sahen, das Kind zu bekommen.
- **Unterstützung:** Finanzielle Unterstützung und Hilfe von nahestehenden Personen waren für je ca. 20% dieser Frauen relevante Gründe.

#### *Intrapsychische Konflikte*

Neben den geschilderten Problemen bezüglich der Lebenszusammenhänge der Frauen können auch **intrapsychische Konfliktkonstellationen** Relevanz er-

langen, wie die Darstellung der psychischen Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch zeigt. In Tabelle 75 ist zum einen die Nennung "sehr wichtig" für die Entscheidung dargestellt, des weiteren finden sich die Ergebnisse der durchgeführten Faktorenanalysen (das gesamte Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr.7).

**Tabelle 75:** Gründe für den Schwangerschaftsabbruch/psychische Umstände

Anteil an Gesamtvarianz: 63,2 %	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Angabe	
	"Unabhängigkeit"	"Belastung"	"Psychische Stabilität"	"sehr wichtig"	n %
Ich fühlte mich nicht im richtigen Alter für ein Kind.	.56	-.03	-.05	32	19,3
Mit einem Kind erschien mir eine persönliche Weiterentwicklung nicht mehr möglich.	.69	.20	.04	41	24,7
Ich möchte unabhängig bleiben	.71	.12	.33	46	27,7
Ein Kind gehört nicht zu den Vorstellungen über meine weitere Zukunft.	.47	.15	.02	25	15,1
Ich hatte Bedenken, dem Kind eine unsichere Zukunft zuzumuten.	.34	.29	-.09	59	35,5
Das Austragen der Schwangerschaft wäre für mich seelisch belastender gewesen als der Abbruch.	.26	.75	-.06	61	36,7
Ich hatte Angst, daß mich die Schwangerschaft seelisch belasten könnte.	.01	.76	.28	42	25,3
Ich fühlte mich nicht stabil genug, um die möglichen Schwierigkeiten und Probleme mit einem Kind bewältigen zu können.	.01	.04	.42	64	38,6

Es zeigt sich, daß Bedenken um die eigene Stabilität, mit den möglichen Schwierigkeiten und Problemen umzugehen, von 38,6% der Frauen als sehr wichtiger Entscheidungsgrund genannt wurde. Diese Frauen fühlten sich in Anbetracht auch ihrer sozialen Umstände mit der Perspektive des Mutterseins überfordert. Ebenfalls häufig wurde genannt, daß das Austragen der Schwangerschaft von Frauen als seelisch belastender empfunden wurde als der Abbruch der Schwangerschaft (36,7%). Ebenfalls 1/3 äußerte Bedenken, dem Kind eine unsichere

Zukunft zuzumuten. Mit Faktorenanalysen konnte eine dreifaktorielle Lösung gefunden werden, die 63,2% der Varianz erklärt. Es handelt sich dabei um die folgenden Faktoren:

- Der **erste Faktor** kann als Wunsch nach **Unabhängigkeit** bzw. momentan fehlender Kinderwunsch bezeichnet werden. Auf ihm laden hauptsächlich Items, die sich auf die persönliche Weiterentwicklung der Frau sowie individuelle Zukunftsvorstellungen beziehen. Für Frauen, die diesen Aspekt im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung betonten, waren in der Regel auch berufliche Motive relevant ( $r = .46$ ); gesundheitliche Bedenken lagen in der Regel nicht vor ( $r = -.21$ ). Frauen, die auf dem Faktor "Unabhängigkeit" einen hohen Score erlangten, unterschieden sich von denen, für die diese Aspekte unwichtig waren, vorrangig in ihrer negativeren ersten Reaktion auf die Schwangerschaft ( $\beta = .25$ ) und ihrer liberaleren Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ( $\beta = .21$ ). Darüber hinaus waren sie jünger ( $\beta = -.20$ ), lebten häufiger in unverbindlicheren Partnerbeziehungen ( $\beta = .19$ ) und antizipierten stärkere Verschlechterungen für den Fall, daß sie das Kind ausgetragen hätten ( $\beta = .17$ ). Die genannten Merkmale korrelieren mit dem Entscheidungsfaktor "Unabhängigkeit" zu  $.60$  und erklären 35,6% der Varianz.
- **Faktor 2** bildet Gründe bezüglich der unspezifischen **Belastung** durch die Schwangerschaft ab. Auch Frauen, die hier einen hohen Wert erzielten, schilderten häufig, daß auch berufliche Gründe für ihre Entscheidung wichtig gewesen seien ( $r = .23$ ). Sie unterschieden sich von den Frauen, für die Aspekte bezüglich der Belastung durch die Schwangerschaft keine Bedeutung hatten, lediglich in dem Ausmaß an Verschlechterungen, das sie erwarteten, wenn sie die Schwangerschaft ausgetragen hätten ( $r = .35$ ).
- **Faktor 3** wird durch Bedenken bezüglich der eigenen **psychischen Stabilität** geprägt. Obgleich dieses Item von 38,6% der Befragten als sehr wichtig für die Entscheidung eingestuft wurde, fanden sich im Hinblick auf soziodemographische und psychologische Merkmale der Befragten keine nennenswerten Korrelationen mit diesem Faktor. Die Einschätzung der eigenen psychischen Situation als wichtigen Entscheidungsgrund zum Abbruch der Schwangerschaft streut demgemäß über alle erhobenen Merkmale und wurde von den Frauen unterschiedlicher Sozialstruktur gleichermaßen genannt. Auch fanden sich keine Korrelationen mit den Einstellungen und den übrigen entscheidungsrelevanten Gründen.

*Anmerkung: Psychische Faktoren zum Austragen der Schwangerschaft*

Auch den **Konfliktschwangeren** wurden Fragen nach psychischen Gründen für das Austragen der Schwangerschaft vorgelegt. Ein Vergleich mit den Frauen, die die Schwangerschaft abbrachen, wird auch hier durch die oft gegensätzliche Polung erschwert. Die Faktorenanalyse ergab zwei Faktoren (das Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr. 7):

- **Kinderwunsch:** Daß das Kind eine Bereicherung des eigenen Lebens darstellen würde und zu den Vorstellungen über die eigene Zukunft gehören würde, nannten je ca. 20% der Konfliktschwangeren.
- **psychische Stabilität:** Die empfundene psychische Stabilität, Schwierigkeiten und Probleme mit dem Kind zu meistern, war für weitere 20% ein wichtiger Grund, sich nach anfänglichen Bedenken zum Austragen der Schwangerschaft zu entscheiden.

Gerade auch für die Konfliktschwangeren spielten des weiteren häufig Bedenken gegenüber der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs - wie die hierdurch vermutete seelische Belastung - eine wichtige Rolle in ihrer Entscheidungsfindung. Bedenken zum Schwangerschaftsabbruch und Ambivalenzen wurden auch von Frauen geäußert, die sich zum Abbruch der Schwangerschaft entschlossen; diese werden im folgenden dargestellt.

## 9.2.2 Bedenken gegen einen Schwangerschaftsabbruch

Ebenso wie nach der Relevanz von Gründen für den Schwangerschaftsabbruch wurden die Probandinnen auch nach Bedenken bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs befragt.

*Bedenken der Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch realisierten*

Die diesbezüglichen Angaben der **Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen**, befinden sich in Tabelle 76. Es finden sich die Nennungen "sehr wichtig" für jedes Item sowie die Resultate einer durchgeführten Faktorenanalyse (das gesamte Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr.7).

Es zeigt sich, daß bei den Bedenken, die diese Frauen nannten, die Angst, daß der Schwangerschaftsabbruch zu einer **seelischen Belastung** führen könnte, an erster Stelle rangierte. Es folgen die Angst vor dem körperlichen Eingriff und möglichen Komplikationen sowie Befürchtungen in bezug auf die Belastung der

**Tabelle 76:** Bedenken gegen den Schwangerschaftsabbruch

Anteil an Gesamtvarianz: 63,3 %	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Angabe	
	"Belastung"	"Verurteilung"	"Partnerschaft"	"Kirche"	"sehr wichtig"	n %
Ich hatte Angst, daß mich der Schwangerschaftsabbruch seelisch belasten könnte.	.80	.18	-.01	.02	28	16,9
Ich hatte Angst vor dem körperlichen Eingriff und möglichen gesundheitlichen Komplikationen bei dem Schwangerschaftsabbruch.	.46	.18	.19	.19	26	15,7
Ich hatte Angst vor dem Weg zu Ärzten und Beratungsstellen.	.20	.80	-.10	-.07	8	4,8
Ich hatte Angst, wegen des Schwangerschaftsabbruchs von Leuten schlecht angesehen zu werden.	.04	.39	.01	.10	3	1,8
Ich war mir unsicher, ob ich es moralisch vertreten kann, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.	.28	.40	.17	.26	13	7,8
Ich hatte Angst, daß der Schwangerschaftsabbruch meine Partnerschaft belasten würde.	.32	.03	.56	-.13	23	13,9
Mein Partner wollte das Kind.	-.01	-.05	.29	-.03	7	4,2
Ich fürchtete mich wegen des Schwangerschaftsabbruchs strafbar zu machen.	-.16	.14	.42	.23	-	-
Meine Kirche lehnt Schwangerschaftsabbruch ab, deshalb hatte ich Bedenken.	.09	.08	-.07	.60	-	-

Partnerschaft durch den Schwangerschaftsabbruch. Moralische Vorbehalte waren für 7,8% der Frauen in der Abwägung über die Entscheidung sehr wichtig. Ängste, sich strafbar zu machen, von den Leuten schlecht angesehen zu werden, oder ein kirchlicher Einfluß wurden nur von einem verschwindend kleinen Anteil der Frauen genannt.

Die Faktorenanalyse brachte vier Faktoren, die 63,3% der Varianz erklären:

- Der **erste Faktor** beschreibt die **seelische Belastung** durch den Schwangerschaftsabbruch sowie Ängste um **gesundheitliche Folgen**. Frauen, die

bezüglich dieses Faktors einen hohen Score erzielen, schilderten häufig eine positive erste Reaktion auf die Schwangerschaft ( $r = .31$ ); sie tendierten ursprünglich zum Austragen der Schwangerschaft und befürchteten vor allem seelische Probleme bei der Durchführung des Abbruchs.

- **Faktor 2** beinhaltet Aspekte der **moralischen Beurteilung** des Schwangerschaftsabbruch sowie auch der sozialen Verurteilung. Dies drückt sich in Befürchtungen aus, von den Leuten schlecht angesehen zu werden, und in Ängsten in bezug auf Beratungsstellen und Ärzte. Frauen, die diesen Faktor als wichtig ansahen, unterschieden sich insbesondere durch ihre konservative Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ( $r = -.20$ ) von den übrigen.
- Auf **Faktor 3** finden sich sowohl Items, die mit der **Belastung für die Partnerschaft** als auch mit der Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs zusammenhängen. Aufgrund dieses Zusammenhangs kann vermutet werden, daß Ängste bezüglich einer Strafbarkeit - wenn überhaupt - dann auftreten, wenn die Frau gegen den Willen des Partners einen Abbruch durchführen läßt. Nennenswerte Korrelationen mit soziodemographischen Variablen und Einstellungen ergaben sich bei diesem Faktor nicht.
- **Faktor 4** stellt den Einfluß der **Kirche** dar. Leichte Ladungen auf diesem Faktor stammen ebenfalls von den Items bezüglich moralischer Vorbehalte gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch sowie der Strafbarkeit. Korrelationen mit soziodemographischen Merkmalen und Einstellungen der Frauen konnten ebenfalls nicht aufgefunden werden.

### *Vergleich mit den Bedenken der Konfliktschwangeren*

Auch die **Konfliktschwangeren** wurden nach ihren Bedenken gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch befragt. Darüber hinaus waren sie noch gebeten, etwaige Verfahrenshindernisse zum legalen Schwangerschaftsabbruch dahingehend zu beurteilen, ob diese für ihre Entscheidung pro Kind relevant gewesen seien. Auch mit den Angaben der Konfliktschwangeren wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, deren Interpretation allerdings aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen nur wenig zuverlässig ist. Es wurden vier Faktoren ermittelt (das gesamte Datenmaterial befindet sich in Anhang Nr. 7):

- **seelische Belastung** durch den Schwangerschaftsabbruch und dessen moralische Beurteilung,
- **Verfahrenshindernisse,**

- Bedeutung der **Sozialberatung** und strafrechtlicher bzw. sozialer Sanktionierung,
- Bedeutung des **Arztes**.

In Schaubild 28 sind zunächst die Bedenken gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch im Gruppenvergleich dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung durch eine Auswahl der wesentlichen Gründe, die für die getroffene Entscheidung sprachen.

Es zeigt sich, daß die befürchtete **seelische Belastung** durch einen Schwangerschaftsabbruch für 45,1% der Konfliktschwangeren ein sehr wichtiger Entscheidungsgrund war. In dieser Befürchtung unterscheiden sie sich von den Frauen, die den Abbruch durchführen ließen, hoch signifikant ( $p < .001$ ).

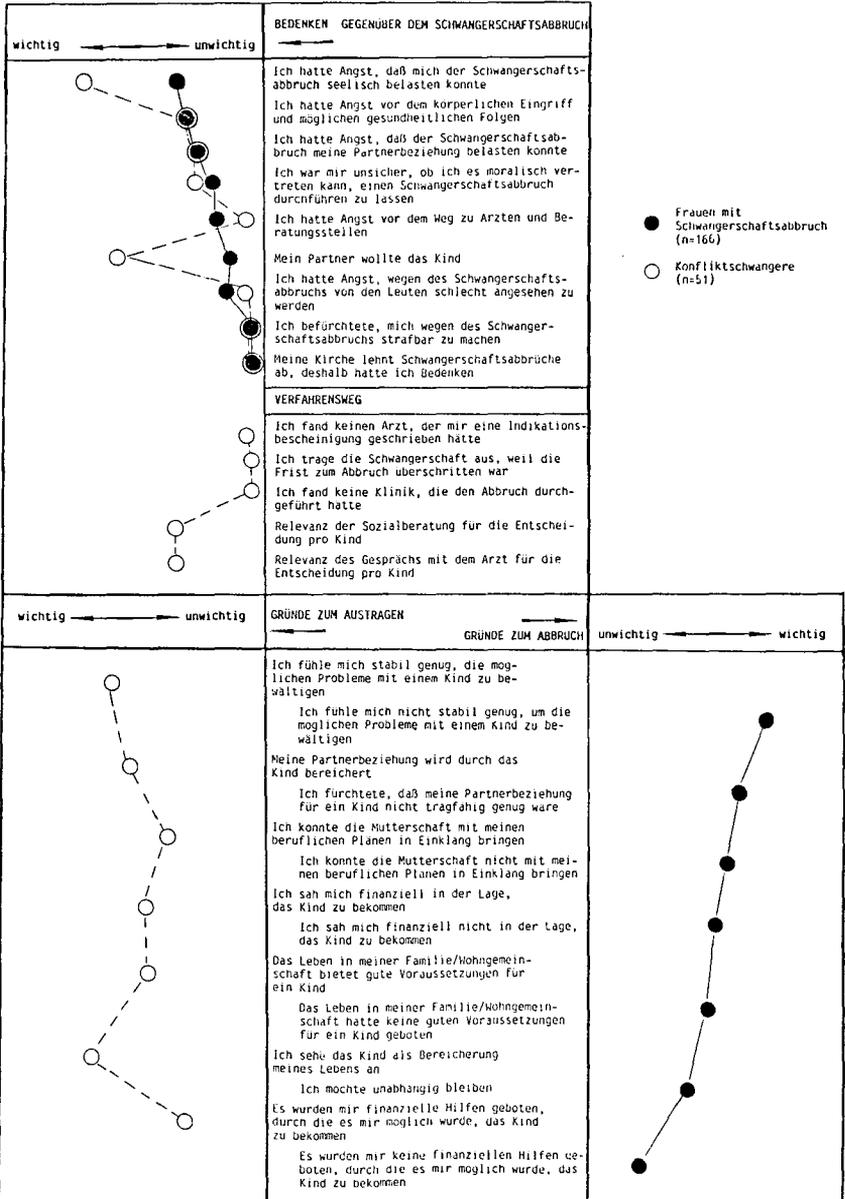
In einem ähnlich hohen Ausmaß wie die Frauen, die einen Abbruch durchführen ließen, schilderten die Konfliktschwangeren Ängste bezüglich des körperlichen **Eingriffs** und möglicher Komplikationen (die Unterschiede sind nicht signifikant). Häufiger als von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wurde von den Konfliktschwangeren ein positives Votum des Partners zu der Schwangerschaft geäußert ( $p < .001$ ) oder moralische Vorbehalte gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch ( $p < .01$ ) genannt.

Befürchtungen, sich strafbar zu machen, von den Leuten schlecht angesehen zu werden und kirchliche Einflüsse wurden auch von den Konfliktschwangeren eher selten genannt. In Ängsten, Ärzte und Beratungsstellen aufzusuchen, unterschieden sich die beiden Untersuchungsgruppen ebenfalls nicht signifikant. Jedoch berichteten die Konfliktschwangeren über eine relativ große Bedeutung, die den Beratungsstellen und Ärzten zukam. Verweigerung der Indikation oder Überschreiten der Fristen zum Schwangerschaftsabbruch als wichtige Gründe, die Schwangerschaft auszutragen, wurden vergleichsweise selten genannt.

Stellt man den geäußerten Bedenken die stützenden Gründe für die Entscheidung in Form eines "**Balance-Sheet**" (JANIS/MANN 1977) gegenüber, so zeigt sich bei den **Frauen mit Schwangerschaftsabbruch** das deutliche Übergewicht derjenigen Gründe, die für die Entscheidung sprechen. Dies ist nicht verwunderlich, da zum einen diejenige Entscheidung zu erwarten ist, für die mehr Gründe sprechen, zum anderen ist zu vermuten, daß die Frauen bestrebt sind, auch im nachhinein ihre Entscheidung zu rechtfertigen, so daß zur Reduktion von kognitiver Dissonanz denjenigen Gründen auch stärkeres Gewicht zugemessen wird, die die Richtigkeit der getroffenen Entscheidung bestärken.

Die am häufigsten genannten Gründe für den Schwangerschaftsabbruch bestanden in der mangelnden Tragfähigkeit der Partnerbeziehung, der Nichtverein-

**Schaubild 28:** Gründe und Bedenken bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs (Mittelwerte)



barkeit von Mutterschaft und Beruf und psychischen Gründen, die die persönliche Stabilität der Frau und die erwartete Belastung durch die Schwangerschaft betonen.

Auf der anderen Seite dieses "Bilanzbogens" finden sich an den ersten Stellen die seelische Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch sowie gesundheitliche Befürchtungen. Bedenken, die mit der gesetzlichen Regelung im weitesten Sinne in Beziehung stehen, nahmen untergeordnete Bedeutung ein.

Als der am häufigsten genannte Grund der **Konfliktschwangeren**, die Schwangerschaft auszutragen, wurde die Angst, daß ein Schwangerschaftsabbruch die Frau seelisch belasten könnte, genannt. Sodann folgen Gründe, die mit dem sozialen Vermögen (Familie, Finanzen, Partnerschaft), das Kind aufzuziehen, in Verbindung stehen. Persönliche Stabilität, die Probleme zu bewältigen, sowie das Gefühl der Bereicherung durch ein Kind wurden ebenfalls oft als sehr wichtig bezeichnet. Die Beratung, das Angebot finanzieller Hilfen und das Gespräch mit dem Arzt sind ebenfalls wesentliche Faktoren, die zu der Entscheidung pro Kind beitragen. Weitere Variablen, die mit der gesetzlichen Regelung bzw. mit der mangelnden Verfügbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs zusammenhängen, spielten eine vergleichsweise untergeordnete Rolle.

### 9.2.3 Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch und den § 218 StGB

#### *Belastung*

Für die Mehrzahl der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, war dies eine belastende Situation. 3/4 dieser Frauen gaben an, daß sie sich sehr oder eher belastet fühlten, im Vergleich zu etwa 40% der Konfliktschwangeren und 17,5% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte (s. Tabelle 77).

Diejenigen Frauen, für die die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch nicht oder **wenig belastend** war, schilderten vorrangig hohe Entscheidungssicherheit und soziale Unterstützung bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs.

Wurde die Entscheidungssituation als **belastend** empfunden, so nannte etwa die Hälfte der Frauen auf Nachfrage, daß sie oft unsicher waren und wechselnde Gefühle und Zweifel hatten.

**Tabelle 77:** Belastung durch Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

	Gruppe 1 Schwangerschaftsabbruch		Gruppe 2 Konfliktschwangerschaft		Gruppe 3 Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
sehr belastend	96	57,8	5	9,8	5	2,7
eher belastend	33	19,9	16	31,4	27	14,8
eher unbelastend	26	15,7	24	47,1	84	45,9
unbelastend	11	6,6	5	9,8	62	33,9
keine Angabe	-	-	1	2,0	5	2,7
<b>SUMME</b>	<b>166</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,1</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Die Bedeutsamkeit der Entscheidung für das eigene Leben und für das erwartete Kind wurde damit in Zusammenhang häufig hervorgehoben, so z.B.:

"Die Tragweite dieser Entscheidung reicht weit in meine Zukunft hinein" (PBNR 250, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

"Weil ich mir Sorgen um das vorhandene Kind und das nicht geborene machte und was jetzt die richtige Entscheidung wäre, ob ich in 10 Jahren auch noch so denke." (PBNR 241, Krankenschwester, Abbruch der Schwangerschaft)

"Ich hatte das Gefühl, die schwerwiegendste Entscheidung meines Lebens zu treffen, weil zum ersten Mal nicht nur ich allein betroffen war" (PBNR 358, Übersetzerin, Abbruch der Schwangerschaft)

Im Zusammenhang mit den geäußerten Ambivalenzen stand auch, daß sich Frauen überfordert und alleingelassen fühlten:

"Ich habe nicht geglaubt, daß ich selbst in eine solche Situation kommen würde, fühlte mich überfordert, alleingelassen, starke Partnerkonflikte" (PBNR 386, Hausfrau, Abbruch der Schwangerschaft)

"Ich stand mit meinem Konflikt Kind ja oder nein ganz alleine da, und die Entscheidung fiel mir gefühlmäßig (im Gegensatz zur Vernunft) sehr schwer" (PBNR 301, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

12,6% der Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch realisierten, fühlten sich insbesondere durch moralische Bedenken belastet. Der Aspekt, daß Leben vernichtet wurde, daß getötet wurde, daß es eine Entscheidung gegen das Leben

war und daß ihr Kind nicht angenommen werden konnte, führten häufig zu einer als besonders intensiv empfundenen Belastung:

"Mir war bewußt, daß ich werdendes Leben töte, menschliches Dasein zurückweise, habe mich dabei als letztes, aber nicht mehr entscheidungsfreies Glied einer lebensfeindlichen Kette gefühlt. Hatte mit Selbstmordphantasien zu kämpfen" (PBNR 401, Lehrerin, Abbruch der Schwangerschaft)

"Es ist nicht so einfach, sich gegen das Leben in einem zu entscheiden" (PBNR 19, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

"Es ist ein Lebewesen, ein Kind, nicht Ding" (PBNR 118, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

Eine psychische Belastung aufgrund des Verfahrenswegs nach § 218 StGB, aufgrund von Ängsten gegenüber Ärzten und Beratungsstellen und vor allem aufgrund eines Zeitdrucks wurde von 12,6% der Befragten artikuliert:

"Hoher Zeitdruck, verbunden mit Panik" (PBNR 335, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

"Zwischen Indikation und Abbruch verging viel Zeit, weil ich niemanden fand, der den Abbruch machte, war sehr belastend" (PBNR 146, Studentin, Abbruch der Schwangerschaft)

Die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch wurde insbesondere belastend empfunden, wenn die erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft positiv war, jedoch der Partner negative Gefühle äußerte (s. Tabelle 78).

**Tabelle 78:** Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch und Merkmale der Frauen (Standardisierte Regressionskoeffizienten (beta) und multipler Korrelationskoeffizient bei schrittweiser Hereinnahme der Prädiktoren)

Merkmal	beta	Mult.R.	Anteil erklärter Varianz	Interpretation: Schwangerschaftsabbruch eher belastend, wenn:
erste Reaktion der Frau auf die Schwangerschaft	.49***			• erste Reaktion der Frau positiv
Reaktion des Partners	-.21*			• Reaktion des Partners negativ
		.42	17,9%	

Signifikanzprüfung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Durch diese beiden Merkmale können 17,9% der Varianz erklärt werden. Weitere Variablen erbrachten keinen Zugewinn an Varianz. Auch ein beschwerlicher Ver-

fahrensweg nach § 218 StGB konnte zu einer weiteren Klärung nichts beitragen. Somit scheint ein erhöhtes Konfliktpotential vor allem dann vorhanden zu sein, wenn sich die Frau das Kind wünschte, sich jedoch aufgrund mangelnder Unterstützung durch den Partner oder durch Drängen des Partners zum Schwangerschaftsabbruch entschloß.

Auch diejenigen Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, fühlten sich dadurch z.T. belastet. Eine Belastung wurde vor allem von den Konfliktschwangeren dann geschildert, wenn die soziale Situation in Familie, Partnerschaft, Beruf oder in finanziellen Angelegenheiten als problematisch empfunden wurde. Auch körperliche Beschwerden oder psychische Probleme wurden von ca. 20% der schwangeren Frauen als Belastung geschildert.

Zu einer erhöhten Belastung durch die Schwangerschaft führte vor allem, wenn die Frau in ihrer ersten Reaktion gegenüber der Schwangerschaft negativ eingestellt war ( $r = .34$ ). Des weiteren trug eine erhöhte Antizipation von Verschlechterungen der Lebensumstände zu einer höheren Belastung bei ( $r = .23$ ). Auch eine Ablehnung der traditionellen Mutterrolle ( $r = .20$ ) und eine pessimistische Sicht der Zukunft ( $r = .27$ ) führten dazu, daß die Schwangerschaft nicht unbelastend empfunden werden konnte.

### *Zufriedenheit mit der Entscheidung*

Trotz der seelischen Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch gab die Mehrzahl der Frauen, die ihn realisierten, an, daß sie an der Richtigkeit ihrer Entscheidung keinen Zweifel hätten, sie würden voll dazu stehen (s. Tabelle 79).

Ca. 1/4 der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch schilderte, daß sie manchmal zweifeln würden und 7,8% gaben an, daß sie oft zweifeln bzw. ihre Entscheidung bereuen würden. Insbesondere Frauen, deren erste Reaktion auf die Schwangerschaft positiv war ( $r = .28$ ), berichteten häufiger über Zweifel an ihrer Entscheidung. Des weiteren schilderten Frauen, deren Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch konservativer war ( $r = .26$ ), ebenfalls häufiger diesbezügliche Probleme.

Von den Frauen, die sich nach Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs entschlossen, die Schwangerschaft auszutragen, gaben 56,9% an, daß sie voll dazu stehen würden, von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte waren dies 88,5%. Daß sie manchmal zweifeln würden, nannten 39,2% der Konfliktschwangeren und 10,4% der Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Massive Zweifel traten relativ selten, lediglich bei einer der Konfliktschwangeren auf. Auch in diesen Gruppen korrelierten etwaige Zweifel an der Entscheidung, vor allem

**Tabelle 79:** Zufriedenheit mit der Entscheidung

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3	
	Schwangerschaftsabbruch		Konfliktschwangerschaft		Schwangerschaft ohne Entscheidungskonflikte	
	n	%	n	%	n	%
stehe voll dazu	114	68,7	29	56,9	162	88,5
manchmal Zweifel	39	23,5	20	39,2	19	10,4
oft Zweifel	8	4,8	1	2,0	-	-
stehe nicht mehr dazu, war falsch	5	3,0	-	-	-	-
keine Angabe	-	-	1	2,0	2	1,1
SUMME	166	100,0	51	100,1	183	100,0

mit den ersten Reaktionen der Frau auf die Schwangerschaft ( $r = .32$ ): Waren die ersten Reaktionen negativ, wurden auch im nachhinein häufig Zweifel geäußert.

### 9.2.4 Zusammenfassung und Diskussion

Die individuelle Konfliktsituation der betroffenen Frauen ist vor allem von Ambivalenzen bezüglich des unmittelbaren persönlichen Umfeldes, der sozialen Sicherheit und der eigenen Lebensperspektiven, Gefühle und Wertorientierungen geprägt. Überwiegend stehen Beweggründe für den Schwangerschaftsabbruch im Vordergrund, die mangelnde Sicherheit für die Zukunft beschreiben:

- eine Partnerschaft, die als nicht tragfähig genug angesehen wird,
- schlechte finanzielle, familiäre und berufliche Voraussetzungen,
- subjektiv empfundene mangelnde persönliche Stabilität in der gegenwärtigen Situation,
- Bedenken, dem Kind die unsichere Zukunft zuzumuten.

Die Gründe zum Schwangerschaftsabbruch, die sich auf die Faktoren "Beruf", "Finanzen", "Familie und Partnerschaft", "Gesundheit", "Unabhängigkeit", "Belastung durch die Schwangerschaft" und "psychische Stabilität" verdichten ließen, entsprechen dabei weitgehend den Resultaten, die aus anderen Forschungsarbeiten (WIMMER-PUCHINGER 1983; OETER/NOHKE 1982; HEINL 1980) erzielt wurden. Während allerdings bei anderen Autoren (OETER/NOHKE 1982; v. TROSCHKE u.a. 1982; KLEIN 1983; JUNIOR 1982; FRIEDRICH 1980)

zumeist finanzielle Gründe an erster Stelle standen, waren sie hier im Vergleich zu Befürchtungen beruflicher und partnerschaftlicher Probleme eher untergeordnet. Lediglich 1/4 der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch gab - auch bei Vorliegen finanzieller Probleme - an, daß diese für die Entscheidung sehr wichtig gewesen seien. Eine ähnliche Faktorenstruktur konnte auch für die Konfliktschwangeren ermittelt werden, so daß davon ausgegangen werden kann, daß damit die zentralen Dimensionen der Entscheidungsfindung erfaßt sind.

Den Motiven zum Schwangerschaftsabbruch standen Bedenken gegenüber, die den Schwangerschaftsabbruch als schmerzhaft seelische Erfahrung und mit Risiken behafteten körperlichen Eingriff wahrnehmen. Die vermutete seelische Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch war für ca. die Hälfte der Konfliktschwangeren ein wesentliches Moment, sich für das Austragen der Schwangerschaft zu entscheiden. Bedenken, die sich aus der rechtlichen Situation im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch oder dem Verfahren nach § 218 StGB ergaben, waren sowohl bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch als auch den Konfliktschwangeren von untergeordneter Bedeutung. Lediglich der Einfluß der Gespräche mit Ärzten und Beratungsstellen war bei den Konfliktschwangeren beachtenswert.

Auch bei den Faktoren, die zu einer Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch führten, waren Aspekte der rechtlichen Situation und des Verfahrensweges von untergeordneter Bedeutung. Obgleich sich der Verfahrensweg für etliche Frauen als problematisch und hindernisreich darstellte (s. Kap.8.4), lagen dennoch die hauptsächlich konfligierenden Sachverhalte im persönlichen Empfinden der Frau, ihren Ambivalenzen und den Reaktionen ihrer Bezugspersonen, vor allem des Partners. Auch hier kann angenommen werden, daß psychosoziale Faktoren in ihrer Stärke deutlicher konfligierend wirken als Hindernisse des Verfahrensweges. Trotz der Belastung durch die Schwere der Entscheidung, die Gefühle des Alleingelassenseins und/oder die Bedenken, werdendes Leben nicht annehmen zu können, gab die Mehrzahl der Frauen, die den Abbruch realisierten, an, daß sie ihre Entscheidung nicht bereuen und dazu stehen würden. Wie der längerfristige Umgang dieser Frauen mit dem Schwangerschaftsabbruch aussehen mag, kann aufgrund der Daten allerdings nicht beurteilt werden; auf oberflächlicher und kognitiver Ebene zumindest scheinen die Frauen mit ihrer gefällten Entscheidung leben zu können.

## 10. Zusammenfassende Diskussion - Ertrag und Ausblick

### 10.1 Ausgangspunkt

Mit der Reform des § 218 StGB wurde ein Gesetzeswerk geschaffen, mit dem versucht wurde, eine Kompromißformel zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau zu finden. In dem Bemühen, in einem gesellschaftlich äußerst kontrovers beurteilten Problemfeld zu einer tragbaren Lösung zu kommen, wurde eine Regelung entwickelt, die sich sowohl bezogen auf die inhaltlichen Voraussetzungen für den legalen Schwangerschaftsabbruch als auch im Hinblick auf die Durchführungsstruktur als hoch komplex darstellt.

Das forschungsleitende Interesse der dargestellten Befragung betroffener Frauen galt der Frage, ob und inwieweit dem gegenwärtigen Recht des Schwangerschaftsabbruchs eine Verhaltensrelevanz für die Entscheidung von Frauen pro oder kontra Schwangerschaftsabbruch zukommt.

Die Frage nach der Bewährung des § 218 StGB erfordert eine Betrachtung der verschiedenen Facetten des Gesetzes. Dabei handelt es sich sowohl um die Einhaltung und Akzeptanz des Vorverfahrens zum legalen Schwangerschaftsabbruch - der Sozialberatung und der Indikationsfeststellung - sowie die Verfügbarkeit diesbezüglicher Leistungen und deren Bedeutung zur Lösung des Schwangerschaftskonflikts. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Bedeutung des im Gesetz formulierten grundsätzlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs und der damit verbundenen Sanktionsdrohung auf das faktische Verhalten der Frauen.

Ob ein Einfluß der gesetzlichen Regelung im Hinblick auf die Entscheidung betroffener Frauen zum Tragen kommt, kann nicht unabhängig von der individuellen Konfliktsituation gesehen werden. Inwieweit die am Verfahren beteiligten Institutionen, die flankierenden finanziellen Maßnahmen, die Sanktionsdrohung und auch die moralische Verbindlichkeit der Norm Relevanz erlangen können, kann erst ermittelt werden, wenn Klarheit über die Determinanten besteht, die zum Konflikt einer ungewollten Schwangerschaft führen. Eine Gewichtung des handlungsrelevanten Einflusses der gesetzlichen Norm kann nur dann gelingen, wenn der Entscheidungsprozeß mit seinen wesentlichen Merkmalen erfaßt werden kann.

Als theoretisches Gerüst diente das Modell zur Motivation und Handlungskontrolle nach KÜHL (1983), mit dessen Hilfe der Themenbereich eine Strukturierung erfahren sollte. Dabei wurde eine Trennung vollzogen zwischen dem "ei-

gentlichen" Entscheidungsprozeß, bei dem davon ausgegangen wurde, daß er vorrangig von Abwägungen im **psychosozialen Bereich** bestimmt wird, und dem Prozeß der **Realisierung der Entscheidung**, bei dem eine Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zieht, mit den Implementationsträgern nach § 218 StGB in Kontakt tritt und mit den Auswirkungen der gesetzlichen Regelung konfrontiert wird. Neben den Auswirkungen des Vorverfahrens auf das Entscheidungsgefüge der Frauen waren auch Prozesse der **Normimplementation** von Interesse, um zu analysieren, wie sich die Umsetzung des § 218 StGB durch Beratungsstellen und Ärzte in der Praxis darstellt. Die Beurteilung des § 218 StGB, die **Normakzeptanz** durch die betroffenen Frauen sowie ein etwaiger generalpräventiver oder konfligierender Einfluß des § 218 StGB sollten darüber hinaus Aufschlüsse über die Bewährung der gesetzlichen Regelung geben.

## 10.2 Methodik und Durchführung der empirischen Untersuchung

In einem Kontrollgruppendesign wurden **Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen**, und **Frauen, die die Schwangerschaft austragen**, befragt. Insgesamt liegen 400 Interviews vor, davon

- 166 (41,5%) mit Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen. Dieser lag zu 85,9% weniger als ein halbes Jahr zurück;
- 51 (12,75%) mit Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, sich jedoch zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen ("Konfliktschwangere");
- 183 (45,75%) mit Schwangeren ohne diesbezügliche Entscheidungskonflikte. Bei diesen Frauen, die die Schwangerschaft austragen, fand zu 6% das Interview nach der Geburt des Kindes statt, die übrigen Befragten waren noch schwanger.

Der Zugang zu diesen Frauen erfolgte in der Regel über die Mitarbeit von **§ 218-Beratungsstellen** und **Gynäkologen**: Im Falle des Zugangs über Beratungsstellen wurde darauf geachtet, daß alle Träger (z.B. Pro Familia, Caritas) gleichermaßen berücksichtigt wurden (Quotierungsverfahren). Unter den Gynäkologen wurde eine Zufallsauswahl gezogen. Regional bezog sich die Untersuchung auf die Bundesländer **Hessen** und **Baden-Württemberg**, die sich hinsichtlich der Richtlinien und Durchführungsmodalitäten bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs unterscheiden.

Die Befragung fand von Juni 1985 bis Mai 1986 statt. Sie erfolgte mit **teilstandardisierten Interviews**, die von eigens geschulten Interviewerinnen durchgeführt wurden. Es wurden weibliche Mitarbeiter ausgewählt, um den Befragten ein möglichst offenes Gespräch über diesen tabuisierten Themenbereich zu ermöglichen.

Der Verlauf des Projekts im Hinblick auf die **Durchführung** der Befragung zeigt, daß eine Untersuchung zu einem tabuisierten und politisch brisanten Thema, wie es der Schwangerschaftsabbruch darstellt, äußerst schwierig durchzuführen ist. Dies begann bereits vor der Kontaktaufnahme mit den Probandinnen. Da die Adressen der uns interessierenden Personengruppen (Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und schwangere Frauen) nicht direkt bezogen werden können, war die Unterstützung von Vermittlern (Ärzte und Beratungsstellen) notwendig. Neben dem zusätzlichen Arbeitsaufwand, den dies für sie bedeutete, bestimmten auch politische Bedenken die Diskussion und die Sorge um psychische Auswirkungen der Befragung auf die betroffenen Frauen.

Gleichzeitig zeigt die Durchführung der Untersuchung auch, daß diese Probleme prinzipiell lösbar sind. In Anbetracht der Schwierigkeiten kann die Partizipation von Gynäkologen, Beratungsstellen aller Träger und letztlich von 400 Probandinnen als Zeichen dafür gewertet werden, daß ein Bedürfnis besteht, Probleme des Schwangerschaftsabbruchs der wissenschaftlichen Erfahrung zugänglich zu machen.

Verzerrungseffekte sind durch die **Freiwilligkeit** an der Mitarbeit bei der Befragung bedingt. Durch den gewählten Zugang über Gynäkologen und unterschiedliche Beratungsstellen sollte jedoch vermieden werden, daß nur bestimmte Gruppen angesprochen werden. Dennoch zeigten sich im Vergleich zu den Daten des STATISTISCHEN BUNDESAMTES und sonstigen verfügbaren Datenquellen über die Grundgesamtheiten signifikante Abweichungen vor allem bezüglich der Schulbildung der Befragten, des Alters, des Familienstandes und der Kinderzahl. Untersucht wurden auch etwaige **Interviewereinflüsse**, diese waren jedoch - sofern überhaupt erkennbar - in ihrer Richtung unspezifisch. Die **Retropektivität** der Befragung hat zur Folge, daß die Ereignisse der Entscheidungsfindung unter Umständen im Licht der getroffenen Entscheidung reflektiert werden. Dies muß bei der Interpretation der Daten beachtet werden.

## 10.3 Ergebnisse

### *Soziodemographische Merkmale*

Im Hinblick auf soziodemographische Merkmale stellten die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte in unserer Stichprobe meist gegensätzliche Pole bei den verschiedenen Variablen dar; Frauen mit Konfliktschwangerschaften nahmen bei den meisten der erhobenen Merkmale (z.B. Einkommensverhältnisse, Familienstand, Schulbildung) eine Mittelposition zwischen den beiden anderen Gruppen ein.

In der Regel lebten Frauen, die sich für einen **Schwangerschaftsabbruch** entschieden haben, in der aktuellen Situation in ungefestigteren Lebensverhältnissen als die Gruppe der schwangeren Frauen. Sie befanden sich eher in unverbindlichen Partnerschaften, waren häufiger noch in der Ausbildung und verfügten über weniger Einkommen. Zudem waren sie eher konfessionslos, ohne Kinder und hatten eine höhere Schulbildung. Währenddessen schienen sich die **Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte** eher in einer konsolidierten Lebensphase zu befinden, sie waren häufiger verheiratet, lebten mit dem Partner zusammen, hatten häufiger schon Kinder und berichteten über einen höheren Lebensstandard.

Diejenigen Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, sich jedoch zum Austragen der Schwangerschaft entschlossen, unterschieden sich im Hinblick auf soziodemographische Merkmale von den Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch realisierten, weniger als von den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte. Die hauptsächlichsten Unterscheidungsmerkmale waren die Partnerbeziehung, die Kinderzahl, der Erwerbsstatus und die Einkommenshöhe. Darüber hinaus wurde eine Schwangerschaft bei bestehender Konfliktsituation eher ausgetragen, wenn die Frau katholisch war und frühere Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen vorlagen.

### *Einstellungen und allgemeine Wertorientierungen*

Gemessen wurden die Einstellung zur Mutterrolle, die Zukunftsorientierung und die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch. Es zeigte sich, daß Frauen mit Schwangerschaftsabbruch eine eher pessimistische Zukunftssicht schilderten, die traditionelle Mutterrolle häufiger ablehnten und eine eher liberale Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch aufwiesen. Hoch signifikant unterschieden sich davon die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte, während die Konflikt-

schwangeren auch bei den Einstellungen eine Mittelposition zwischen den Vergleichsgruppen einnahmen und insgesamt den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ähnlicher waren als den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte.

Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hing in hohem Maße mit der Einstellung zur Mutterrolle zusammen. Darüber hinaus waren beide Einstellungen von der Schulbildung und der aktuellen familiären Lebenssituation beeinflusst. Zudem deutete der Stellenwert, der früheren Schwangerschaftsabbrüchen im Hinblick auf die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zukam, darauf hin, daß ein früheres diesbezügliches Verhalten Einfluß auf die Einstellung hat.

### *Emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft*

Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen ließen, unterschieden sich in ihrer ersten emotionalen Reaktion auf die Schwangerschaft signifikant von den Frauen, die sie austrugen. Von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch tendierten zunächst 1/4 zum Austragen der Schwangerschaft. Auch unter den Konfliktschwangeren schilderten nur etwa 1/4 eine anfänglich positive Reaktion auf die Schwangerschaft; sie unterschieden sich von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch vorrangig durch die schwächere Ausprägung ihrer negativen Gefühle.

Über 60% der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch gaben an, die Entscheidung ganz oder überwiegend alleine getroffen zu haben. Direkte Einflußnahme des Partners im Sinne eines Zwangs zum Schwangerschaftsabbruch wurde vergleichsweise selten von etwa 5% der Frauen geschildert. Hingegen spielten die Verbindlichkeit der Partnerbeziehung und die Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft eine herausragende Rolle. Die Partner derjenigen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden, zeigten eine deutlich negativere Reaktion im Vergleich zu den übrigen Untersuchungsgruppen. Des Weiteren hatten die Merkmale Einkommenshöhe, Kinderzahl und Einstellung zur Mutterrolle Einfluß auf die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft.

Die Reaktionen von anderen nahestehenden Personen waren bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch ebenfalls negativer, allerdings zeigten diese Reaktionen im Entscheidungsgefüge weniger Gewicht. Etwa 1/4 der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch konnte mit niemandem im Verwandtschafts- oder Bekanntenkreis (außer eventuell dem Partner) - über ihre Situation sprechen.

### *Antizipierte Veränderungen der Lebensumstände durch die Schwangerschaft und das erwartete Kind*

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch antizipierten stärkere und in mehr Lebensbereichen gravierende Verschlechterungen für den Fall des Austragens der Schwangerschaft als diejenigen Frauen, die sich zum Austragen entschlossen. Am häufigsten wurden von den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch Verschlechterungen im beruflichen Bereich erwartet, gefolgt von finanziellen Verschlechterungen, Verschlechterungen im Bereich des Wohnens, des familiären Zusammenlebens und der Partnerbeziehung.

Auch die Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, erwarteten im finanziellen und beruflichen Bereich häufig Nachteile, ein Gegengewicht schienen bei diesen Frauen vor allem antizipierte Verbesserungen der Partnerschaft und des familiären Zusammenlebens darzustellen.

Bei den antizipierten Verschlechterungen durch die Schwangerschaft unterschieden sich die Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in nahezu jedem der Merkmalsbereiche von den beiden Gruppen der Schwangeren signifikant, währenddessen die Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte und die Konfliktschwangeren wenig signifikante Unterschiede aufwiesen. Die Bewertung der erwarteten Veränderungen durch die Schwangerschaft ließ sich nicht unmittelbar aus den soziodemographischen Merkmalen der Befragten ableiten. Obgleich Verschlechterungen eher antizipiert wurden, wenn die Partnerbeziehung unverbindlich, mehrere Kinder und weniger Einkommen vorhanden waren, so zeigte sich darüber hinaus, daß eine ablehnende Einstellung gegenüber der traditionellen Mutterrolle ebenfalls Einfluß auf die Folgenantizipation hat.

### *Verknüpfung der psychosozialen Einfluß- und Konfliktfaktoren*

Bei der Bildung eines Pfadmodells zur Analyse des Schwangerschaftskonfliktes zeigte es sich, daß insgesamt sechs Merkmale einen direkten Einfluß auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft hatten: eine Schwangerschaft wird umso eher als konflikthaft empfunden und endet im Extremfall mit Schwangerschaftsabbruch, wenn sowohl der Partner als auch die Frau negativ auf die Schwangerschaft reagierten, in hohem Maße Verschlechterungen durch die Schwangerschaft und das weitere Kind antizipiert wurden, die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch liberaler war und wenn zudem eine unverbindliche Partnerbeziehung vorlag und noch keine Erfahrungen mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen gemacht wurden. Weitere Merkmale wie die Kinderzahl, die Einkommenshöhe, die Einstellung zur Mutterrolle und die Schulbildung wirkten

indirekt auf die Konflikthaftigkeit der Schwangerschaft, indem sie die oben genannten zentralen Merkmale beeinflussen.

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und Konfliktschwangere zeigten insgesamt viele Ähnlichkeiten, vor allem bezüglich der emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft, dennoch unterschieden sie sich in soziodemographischen und psychologischen Merkmalen: Frauen mit Schwangerschaftsabbruch antizipierten im Vergleich zu Konfliktschwangeren stärkere Verschlechterungen ihrer Lebensumstände durch ein (weiteres) Kind, sie waren häufiger noch in Ausbildung und kinderlos; ihre Partnerbeziehung war unverbindlicher und der Partner reagierte häufiger negativ auf die Schwangerschaft. Darüber hinaus verfügten sie über weniger Einkommen, hatten weniger häufig frühere Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch, eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und waren häufiger evangelisch oder konfessionslos als die Konfliktschwangeren.

### *Erfahrungen mit der Sozialberatung*

Die Beratungsstellen der einzelnen Träger unterschieden sich hauptsächlich im Hinblick auf die Erwartungen, mit denen sie von den betroffenen Frauen aufgesucht wurden. Von der Mehrzahl der Befragten wurden überkonfessionelle Beratungsstellen freier Träger präferiert. Die meisten Frauen kamen relativ vorentschieden in die Beratung, wünschten die Bescheinigung über die Sozialberatung und Informationen über das Prozedere des Schwangerschaftsabbruchs. Vor allem Frauen, die konfessionelle Beratungsstellen aufsuchten, wünschten häufig Informationen über Hilfen für Mutter und Kind. Ca. 1/4 der Befragten erwarteten Hilfe bei der Entscheidungsfindung und Aussprache über Probleme und Konflikte; diese Erwartung wurde an die Beratungsstellen aller Träger gleichermaßen gerichtet.

Das Beratungsgespräch orientierte sich nach den Schilderungen der Frauen vorrangig an den von ihnen geäußerten Bedürfnissen und Problemen, sowohl die weltanschauliche Ausrichtung der Beratungsstelle auch als die Richtlinien der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg hatten auf die Erfahrungen der Frauen mit der Sozialberatung wenig Einfluß. Obgleich die Beratungsgespräche von den Betroffenen zumeist positiv erlebt wurden, konnten sie lediglich bei 7,5% der Befragten eine Entscheidungsrelevanz entfalten.

Die finanziellen Hilfen für Mutter und Kind wurden von den befragten Frauen als überwiegend unzureichend beurteilt. Finanziellen Interventionen kamen insgesamt ein relativ beschränkter, jedoch im Einzelfall äußerst relevanter Einfluß in

bezug auf die Entscheidungsfindung zu. 5,2% der Frauen, die eine Beratungsstelle aufsuchten, gaben an, daß finanzielle Hilfen ihre Entscheidung pro Kind förderten.

### *Erfahrungen mit der Indikationsfeststellung*

In bezug auf die Indikationsfeststellung zeigte es sich, daß nahezu jede Frau, die eine Indikationsbescheinigung wünschte, diese auch erhalten hat. Knapp die Hälfte der Frauen hat die Bescheinigung vom ersten aufgesuchten Arzt bekommen. Lehnte dieser Arzt die Indikationsfeststellung ab, so führte dies zumeist zum Aufsuchen anderer Ärzte: Ca. 20% waren bei zwei und mehr Ärzten und 15,2% erhielten die Indikationsbescheinigung durch einen Arzt, der in einer Beratungsstelle arbeitete und/oder Sozialberatungen wahrnahm.

Ca. 80% der Frauen erhielten eine Notlagenindikation. Bei der Beurteilung der Indikationsbegründungen durch ausgewiesene Juristen fiel auf, daß nahezu 2/3 der Fälle von den Ratern nicht beurteilt werden konnten oder divergierend beurteilt wurden. Ca. 30% der Begründungen wurden für das Vorliegen einer Indikation akzeptiert und knapp 6% abgelehnt.

Verfahrenshindernisse im Rahmen der Indikationsfeststellung spielten als Grund zum Austragen der Schwangerschaft bei kaum einer Frau eine Rolle. Hingegen wurde dem Gespräch mit dem Arzt von den Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, jedoch die Schwangerschaft austragen, durchaus Entscheidungsrelevanz beigemessen.

### *Erfahrungen mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs*

Im Hinblick auf die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zeigten sich deutliche regionale Unterschiede in den Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg: Ca. 60% der Frauen aus Baden-Württemberg verließen zum Schwangerschaftsabbruch ihr Bundesland, die meisten davon gingen nach Hessen.

Auch die medizinische Versorgung in Hessen und Baden-Württemberg unterschied sich, wobei in Hessen vorrangig ambulante Schwangerschaftsabbrüche mit der Methode der Absaugung vorgenommen wurden. In Baden-Württemberg hingegen war ein stationärer Aufenthalt die Regel, der Schwangerschaftsabbruch wurde zumeist unter Vollnarkose mit der Methode der Ausschabung oder einer Kombination von Ausschabung und Absaugung durchgeführt. Die in Hessen dominanten Durchführungsmethoden wurden von den Frauen in höherem Maße zufriedenstellend beurteilt als die baden-württembergischen.

### *Verknüpfung der Erfahrungen mit den Institutionen nach § 218 StGB*

Von den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, haben über 90% die Verfahrensnormen nach § 218 StGB eingehalten. Bei ihnen lagen die Sozialberatung und die ärztliche Indikationsfeststellung vor und der Schwangerschaftsabbruch wurde unter Beachtung der Vorschriften im Inland durchgeführt.

Im Hinblick auf die Verfügbarkeit des legalen Schwangerschaftsabbruchs zeigten sich Unterschiede zwischen den Bundesländern Hessen und Baden-Württemberg. In Baden-Württemberg gestaltete sich der Verfahrensweg für die Frauen problematischer als in Hessen, was jedoch weniger auf die Sozialberatung und Indikationsfeststellung zurückzuführen war, wo sich lediglich geringe regionale Unterschiede zeigten, sondern vielmehr auf die Durchführungspraxis des Schwangerschaftsabbruchs selbst.

Von den befragten Frauen, die am Verfahrensweg nach § 218 StGB teilnahmen, maßen 11,4% der Sozialberatung, dem ärztlichen Gespräch und/oder den finanziellen Hilfen positive Bedeutung zu. Diese Frauen unterschieden sich von den übrigen vor allem dahingehend, daß sie eine Hilfestellung bei ihrer Entscheidungsfindung und die Aussprache über Probleme und Konflikte suchten.

### *Normkenntnis und Normakzeptanz*

Über 90% der befragten Frauen war bekannt, daß in der Bundesrepublik Deutschland die Indikationsregelung existiert. Allerdings zeigte es sich, daß die Detailkenntnis zum Teil vage war, so war etwa 40% nicht bekannt, daß man sich für einen Schwangerschaftsabbruch strafbar machen könne.

Von den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch realisierten und den Frauen, die zwar einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, jedoch die Schwangerschaft austrugen, wurde eindeutig die Fristenlösung präferiert. Lediglich unter den Schwangeren ohne Entscheidungskonflikte sprach sich eine relative Mehrheit für die Indikationslösung aus.

Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, Frauen, die notfalls zu illegalen Schritten bereit waren, und schwangere Frauen, für die ein Schwangerschaftsabbruch prinzipiell denkbar war, verfügten über eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch, waren sich jedoch auch gleichzeitig in höherem Maße einer Sanktionierung bewußt. Eine etwaige abschreckende Wirkung konnte insofern bei der befragten Stichprobe nicht ermittelt werden. Auch unterschieden sich im Hinblick auf ihre Einstellung zum Schwan-

gerschaftsabbruch und der Einschätzung etwaiger sozialer und strafrechtlicher Sanktionierung Frauen aus Hessen und Baden-Württemberg kaum.

### *Subjektive Gründe und Bedenken bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs*

Während bei den Gründen zum Schwangerschaftsabbruch Probleme im Hinblick auf die unsichere Zukunft mit dem Kind im Vordergrund standen, konzentrierten sich die Bedenken gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch weitgehend auf die vermutete seelische Belastung und gesundheitliche Beeinträchtigung durch diesen Eingriff. Bedenken, die sich aus der rechtlichen Situation oder dem Verfahren nach § 218 StGB ergaben, waren sowohl bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wie auch den Konfliktschwangeren von untergeordneter Bedeutung.

Für die Mehrzahl der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch stellte diese Entscheidung ein belastendes Lebensereignis dar. Dennoch zweifelten im nachhinein lediglich 8% an der Richtigkeit ihrer Entscheidung. Eine erhöhte Belastung durch den Schwangerschaftsabbruch wurde vor allem dann geschildert, wenn sich die Frau das Kind wünschte, sich jedoch aufgrund mangelnder Unterstützung durch den Partner oder Drängen des Partners zum Schwangerschaftsabbruch entschloß. Auch berichteten diese Frauen häufiger über Zweifel an ihrer Entscheidung. Zweifel traten ebenfalls häufiger auf, wenn die Frau in ihrer Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch eher konservativ war.

## **10.4 Schlußfolgerungen**

Die Bearbeitung der Untersuchungsergebnisse zeigt, daß Erkenntnisse gewonnen werden konnten, die über andere einschlägige Untersuchungen hinausgehen. Dies liegt am Vergleich der drei Untersuchungsgruppen (Schwangerschaftsabbruch, Konfliktschwangere, Schwangere ohne Entscheidungskonflikte), am Vergleich der Bundesländer Hessen und Baden-Württemberg sowie an der Einbeziehung von Beratungsstellen unterschiedlicher Träger.

Betrachtet man die Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (Schätzungen von 140.000 bis 220.000 pro Jahr), wird deutlich, daß es sich dabei um kein Minderheitenphänomen handelt. Nach Hochrechnungen erlebt jede 2. Frau im Laufe ihres Lebens eine ungewollte Schwangerschaft (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1980, S.120) und etwa jede 3. bis 4. einen Schwangerschaftsabbruch. Somit

handelt es sich beim Schwangerschaftsabbruch um einen **statistisch nahezu normalen Bestandteil** der weiblichen Biographie.

Wie dies in den Zeiten vor der Reform des § 218 StGB war, entzieht sich der genauen Kenntnis, da man aufgrund des damaligen Verbots nahezu jeden Schwangerschaftsabbruchs ausschließlich auf Schätzungen angewiesen war. Es ist allerdings zu vermuten, daß die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche früher nicht geringer war, daß sich jedoch aufgrund des sozialen Wandels die Motive verlagert haben dürften.

Obgleich im Vergleich zu früheren Zeiten die Entscheidung zur Mutterschaft existentiell leichter geworden sein mag, haben sich in verschiedenerlei Hinsicht die Perspektiven verschoben. Das soziale Netzwerk ist brüchig geworden, die Ehe ist zumeist keine Basis einer langen Lebensperspektive mehr und hat sich vor dem Hintergrund veränderter Werte und veränderter Ansprüche an Mann und Frau sowie an die Partnerschaft verwandelt. Durch die Existenz und Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln ist zweckrationales Verhalten in der Familienplanung prinzipiell weitgehend möglich.

Hinter dem persönlichen Konflikt um Austragen oder Abbruch einer Schwangerschaft stehen auch verschiedene ungelöste **gesellschaftliche Konflikte**. Diese bleiben weitgehend latent und werden oft erst in der Konfrontation mit der Schwangerschaft manifest. Die betroffene Frau ist dann mit der Entscheidungsalternative für ein Kind auf der einen Seite und für Selbständigkeit, qualifizierte Berufsausbildung, eine befriedigende Berufstätigkeit, die Partizipation an den allgemeinen Konsumgewohnheiten u.ä. auf der anderen Seite konfrontiert. Solange von den Frauen gleichermaßen Mutterschaft und Emanzipation erwartet werden, solange Konsumerwartungen und ökonomische Voraussetzungen für ein Leben mit Kind diskrepant sind, werden sich Frauen für, aber auch gegen das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden.

Dennoch lassen sich Lebensumstände ermitteln, die einer Handlungstendenz zum Schwangerschaftsabbruch förderlich sind, vor allem:

- eine ungesicherte Partnerbeziehung,
- ein ungesicherter beruflicher Status,
- ein geringes Einkommen.

Diese Ergebnisse deuten auf die Relevanz **spezifischer Lebensphasen** hin: So wurde ein Schwangerschaftsabbruch häufiger durchgeführt, wenn eine konsolidierte berufliche, ökonomische und familiäre Situation noch nicht erreicht war. Neben diesen Frauen, die sich im Aufbau ihrer sozioökonomischen Situation ge-

fährdet sehen, stellten die "ausgebrannten" Mütter eine zweite - in der Befragung zahlenmäßig geringere - Gruppe dar. Diese Frauen waren älter, hatten schon mehrere Kinder und äußerten zumeist gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der Schwangerschaft.

Daß ein Schwangerschaftsabbruch in bestimmten Lebensphasen oder "Schwellensituationen" dazu führen kann, psychische Konflikte zu verarbeiten, die z.B. durch berufliche Umorientierungen, partnerschaftliche Veränderungen, Trennungen oder Todesfälle sowie die biologischen Fertilitätsphasen bedingt sind, wurde vor allem von GOEBEL (1984a) und JÜRGENSEN (1983) analysiert. Diese tiefenpsychologischen Untersuchungen - deren Ergebnissen aus methodischen Gründen im Rahmen einer weitgehend standardisierten Befragung hier nicht weiter nachgegangen werden konnte - mögen Erklärungsansätze dafür liefern, warum es gerade in unsicheren Lebensphasen zu einer ungewollten Schwangerschaft kommt. Ob die von GOEBEL (1984a) und JÜRGENSEN (1983) ermittelten Faktoren allerdings für den **Abbruch** der Schwangerschaft indikativ sind, scheint fraglich, da auch die ausgetragene Schwangerschaft dazu angetan sein mag, diese Funktionen der Konfliktlösung zu erfüllen.

Somit steht zu vermuten, daß weitere Momente hinzukommen müssen, um die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch zu treffen. In der durchgeführten Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbruch und schwangeren Frauen bestimmten weniger die Lebensverhältnisse an sich, als vielmehr ihr Niederschlag in den subjektiven Situationsinterpretationen den Ausgang der Schwangerschaft. Vor allem die emotionale Akzeptanz der Schwangerschaft durch die Frau selbst und ihren Partner sowie die subjektive Bewertung der Veränderung der Lebensumstände durch das Kind stellten die maßgeblichen Einflußfaktoren dar.

Vorrangig der **Partnerbeziehung** kam ein bedeutender Einfluß zu. Sowohl in der Verbindlichkeit der Beziehung als auch in der Reaktion des Partners auf die Schwangerschaft unterschieden sich Frauen mit Schwangerschaftsabbruch von Frauen, die die Schwangerschaft austrugen. Es wurde häufig die Sorge geäußert, daß die Partnerbeziehung nicht tragfähig genug sei und vom Partner zu wenig emotionale Unterstützung zu erwarten sei. Bei diesen Frauen hätte das Austragen der Schwangerschaft entweder zu einer forcierten Verbindlichkeit der Beziehung geführt oder den Status der alleinerziehenden Mutter zur Folge gehabt.

Darüber hinaus fanden sich bei den Frauen, die den Schwangerschaftsabbruch realisierten, häufig noch keine Festlegung auf die Tätigkeit als Mutter, sondern eher gewisse Vorbehalte, wenn man die Einstellung der Frauen gegenüber der

**traditionellen Mutterrolle** betrachtet. Da die Orientierung auf Berufstätigkeit und Mutterschaft nach wie vor partiell inkompatible Rollen darstellen, mag sich für jede Frau die Frage stellen, welcher Weg für sie Priorität hat. Bei den Frauen mit Schwangerschaftsabbruch stand derzeit eine Berufsorientierung und Verwirklichung außerhalb des familiären Bereichs im Vordergrund.

Reflexionen über den eigenen Lebensweg können sich auch in der **Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch** ausdrücken. Wurden etwa verstärkte "Investitionen" im Hinblick auf eine Berufsausübung erbracht (z.B. auch durch eine höhere Schulbildung), scheint eine liberalere Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch konsequent, da die Entscheidungsbefugnis über die Reproduktionsvorgänge notwendig ist, um diesen Weg fortsetzen zu können. Allerdings war die Bedeutung, die normativen Erwägungen in der konkreten Entscheidungssituation zukam, eher gering. Neben der aktuellen Lebenslage und den Situationsinterpretationen durch die Frau nahm die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch lediglich einen geringen Stellenwert ein.

Obgleich sich unter den Frauen, die die Schwangerschaft austragen, häufiger solche mit einer konservativen Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch befanden, läßt sich nicht behaupten, daß dem Austragen der Schwangerschaft im Konfliktfall die prinzipielle Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs zugrundeliegt. Da zudem auch die Erfahrung früherer Schwangerschaftsabbrüche die Einstellung deutlich beeinflusste, kann insgesamt angenommen werden, daß die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch keine große Bedeutung für die konkrete Entscheidung hat, wohl aber die Einstellung sich ändert, wenn ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird.

Nach der Theorie von GILLIGAN (1984) orientieren sich Frauen an anderen Wertmaßstäben als Männer. Demnach würden Frauen weniger Rechtsansprüche gegeneinander abwägen, wenn sie vor moralischen Konflikten stehen, sondern vor allem zu vermeiden suchen, andere zu verletzen und Bindungen zu zerstören. Da gerade eine Schwangerschaft weitreichende Konsequenzen nicht nur für das eigene Leben, sondern auch für den Partner, das Kind und auch für das soziale Umfeld hat, ist die Frau in ihrer Entscheidung in ein vielfältiges Beziehungsgeflecht verweben, das den Einfluß normativer Erwägungen überlagern kann.

Vermutete Wirkungsmechanismen des § 218 StGB, die auf die Einstellung und **Wertorientierung** der Betroffenen zielen (positive Generalprävention), müssen allein schon wegen des geringen Stellenwerts abstrakter Gerechtigkeitskategorien skeptisch beurteilt werden. Da es sich bei einer Schwangerschaft und einem Schwangerschaftsabbruch um Ereignisse handelt, die eng mit dem Körperempfinden von Frauen verbunden sind, scheinen hier andere Normen (etwa das

Prinzip "care" nach GILLIGAN 1984) zugrunde zu liegen, die dazu führen mögen, daß die gesetzlichen Bestimmungen äußerlich bleiben und tendenziell ablehnend bewertet werden. Auch zeigt die Vergangenheit, daß selbst härteste Strafbestimmungen die Frauen nicht von der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abhalten konnten.

Bei der Neuregelung des § 218 StGB wurde das Schwergewicht auf präventive und sozialfürsorgerische Maßnahmen gelegt, um einer Frau Hilfestellung zukommen zu lassen. Das Strafrecht wurde gelockert und die Entscheidung auf den Beratungs- und Indikationsvorgang verschoben. Dadurch wurde ein komplexer **Verfahrensweg zum legalen Schwangerschaftsabbruch** entwickelt, der durch einen hohen bürokratischen Aufwand gekennzeichnet ist und eine Vielzahl von Institutionen, die ihren Ermessensspielraum mit unterschiedlichen Schwerpunkten nutzen.

Nach unseren Ergebnissen fand die Realisierung des Schwangerschaftsabbruchs zumeist in den vorgesehenen Bahnen statt, so daß von einer hohen Bereitschaft der Frauen auszugehen ist, die Verfahrensnormen einzuhalten. Allerdings liegt bei der Praxis des Schwangerschaftsabbruchs und der Verfügbarkeit diesbezüglicher Leistungen vieles im argen, nämlich vor allem:

- Es besteht ein hoher innerdeutscher "Abtreibungstourismus" von Bundesländern mit restriktiven Ausführungsbestimmungen in Länder mit liberaler Handhabung. Diese länderspezifischen Unterschiede benachteiligen Frauen je nach regionaler Herkunft. Angesichts dessen kann das bei der Reform des § 218 StGB angestrebte Ziel einer Gleichbehandlung als nicht verwirklicht angesehen werden.
- Der Verfahrensweg gestaltet sich für viele Frauen offensichtlich problematischer als vorgesehen. Die oft hindernisreiche Suche nach einem Arzt oder einer Klinik wirft dabei für viele betroffene Frauen Schwierigkeiten auf, die offensichtlich in keinem Verhältnis zu dem vom Gesetzgeber intendierten Entscheidungseinfluß von Indikationsfeststellung und Beratung stehen.

In ihrer Funktion als Implementationsträger verleihen die Landesregierungen - je nach ihrer politischen Ausrichtung - dem Gesetz bestimmte Züge, sei es durch die spezifischen Ausführungsbestimmungen oder auch durch die Ausgestaltung der Versorgungslage. Dies scheint jedoch weniger eine Abnahme der Schwangerschaftsabbrüche in restriktiveren Regionen zur Folge zu haben als vielmehr ein Abwandern in Gebiete mit besserer Zugänglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs. Von einer bundesweit einheitlichen Implementierung des § 218 StGB kann von daher nicht die Rede sein.

Probleme, die sich aus der regional unterschiedlichen Handhabung des § 218 StGB ergeben, wurden auch schon von anderer Seite (s. z.B. DOBBERTHIEN 1978; KETTING/v. PRAAG 1985) beschrieben. Da eine gleichmäßige und regelhafte Normanwendung als eine unerläßliche Bedingung für die Einleitung normvalidierender Prozesse angesehen wird, dürfte die dargestellte Praxis für die Glaubwürdigkeit des Strafrechts in diesem Bereich wenig förderlich sein.

KETTING/v. PRAAG (1985, S.247f.) gehen nach ihrem internationalen Vergleich davon aus, daß Indikationsregelungen in der Praxis kaum zu funktionieren scheinen. Indikationen für den Schwangerschaftsabbruch hätten im allgemeinen weitaus mehr den Charakter einer juristischen Legitimation denn eines Selektionskriteriums. Auch die im Rahmen der durchgeführten Studie ermittelten Resultate bei der Analyse der Indikationsbegründungen weisen in diese Richtung. Der Vorwurf der "verkappten Fristenlösung" (so auch von WILLE 1986) in bezug auf die inhaltliche Selektionsfunktion der Indikationsfeststellung kann mit den verfügbaren Daten nicht belegt, jedoch auch nicht schlüssig widerlegt werden. Allerdings entspricht dieser Vorwurf der Realität des formalen Verfahrenswegs in keiner Weise, der sich für viele Frauen beschwerlich gestaltete und alles andere als eine heimlich praktizierte Fristenlösung darstellt. Jedoch scheint diese umständliche Prozedur nicht zu einer "Ermattung des Abbruchswillens" bei den betroffenen Frauen zu führen. Verfahrenshindernisse als Grund zum Austragen der Schwangerschaft spielten bei kaum einer Frau eine Rolle.

Fraglich ist nicht nur, ob die Indikationsfeststellung, die vor allem im Bereich der Notlagenindikation die Einbeziehung subjektiver Zumutbarkeitskriterien umfaßt, sinnvollerweise als ärztliche Aufgabe angesehen werden kann und soll, sondern es ist auch skeptisch zu beurteilen, ob die Entscheidung über das Vorliegen einer derartigen Notsituation von außenstehenden Personen überhaupt adäquat beurteilt werden kann.

Vor allem in die Beratung werden Hoffnungen gesetzt, zu einer Lösung des Konflikts im Sinne des Austragens der Schwangerschaft hinzuwirken. Von den befragten Frauen, die am Verfahrensweg nach § 218 StGB teilgenommen haben, maßen ca. 10% der Beratung, dem ärztlichen Gespräch und/oder den finanziellen Hilfen positive Bedeutung zu. Dies jedoch nur, wenn die Frau in ihrer Entscheidung noch relativ offen war und sich durch diese Hilfen eine Lösung oder Erleichterung ihrer Konflikte versprach. Demnach haben diese Maßnahmen nur dann eine Chance, wenn die Frau bereit ist, sich von Ärzten und Berater/innen in ihrem Konflikt unterstützend begleiten zu lassen. Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen sind, können offensichtlich weder durch die Beratung noch mit finanziellen Mitteln von ihrem Entschluß abgehalten werden. Dies

ist jedoch nicht dem Instrument der Beratung anzulasten, da zum einen die Beratung nicht in der Lage ist, gesellschaftliche Mißstände aufzulösen, zum anderen Konfliktsituationen existieren, die mit dem Mittel der Beratung und/oder finanziellen Interventionen nicht beherrschbar sind. Dennoch wurde die Beratung als Gesprächs- und Informationsmöglichkeit von den befragten Frauen in hohem Maße akzeptiert, wie auch die Verbesserung der finanziellen Hilfen als grundsätzlich sinnvoll angesehen wurde.

Angesichts dieser Verhältnisse stellt sich die Frage, inwieweit die bei der Reform des § 218 StGB diskutierten Schutzgüter "Selbstbestimmungsrecht der Frau" und "Schutz des ungeborenen Lebens" verwirklicht sind. In Anbetracht der Problematik der Indikationsfeststellung und der Beschwerlichkeit des Verfahrenswegs sowie der konstatierten regionalen Unterschiede steht das Selbstbestimmungsrecht der Frau bei der gegenwärtigen Praxis offensichtlich nicht im Vordergrund.

Daß dennoch in der Regel weder Hindernisse im Verfahrensweg noch die Beratung, noch finanzielle Hilfen diejenigen Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch fest entschlossen sind, davon abhalten können, läßt auch die Tauglichkeit des § 218 StGB zum Schutz des ungeborenen Lebens in skeptischem Licht erscheinen. Daß dies ein Resultat unzureichender Aufgabenerfüllung durch Beratungsstellen und Ärzte sein mag, kann angesichts der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden. Hingegen scheinen die Grenzen staatlicher Einflußnahme dort erreicht zu sein, wo es um Entscheidungen von lebensverändernder Tragweite geht, wie es das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft beinhaltet.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß trotz der vielfältigen Kontrollvorschriften im Verfahren nach § 218 StGB die Frau nicht von ihrer persönlichen Entscheidung und Verantwortung befreit werden kann und will. Dem entspricht, daß in der Realität die "entscheidende" Person zumeist die Frau selbst ist, Ärzte und Beratungsstellen haben nachgeordnete Bedeutung (s. auch v. TROSCHKE u.a. 1982 und OETER/NOHKE 1982).

Geht man davon aus, daß Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, nicht verwirrte, hilflose Geschöpfe sind, sondern in der Mehrzahl vernünftige Menschen, die in einer schwierigen Situation nach einer vernünftigen Entscheidung suchen (v. PACZENSKY 1987, S.91), sollten politische Interventionen, die sich zum Ziel setzen, Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden und nicht in Rhetorik stecken zu bleiben, vorrangig im präventiven Bereich ansetzen. Neben der Sexualaufklärung und der Entwicklung sicherer und unschädlicher Verhütungsmittel sollte das Schwergewicht auf Maßnahmen gelegt

werden, die das Leben mit Kindern für Frauen leichter machen und die Entscheidung weniger einschneidend gestalten. Da Frauen mit der Verantwortung für ein Kind weitgehend auf sich alleine gestellt sind, sollten gesellschaftliche Hilfestellungen hier partielle Entlastungen ermöglichen. Neben der (auch längerfristigen) ökonomischen Absicherung kommt dabei der tatsächlichen Integration von Mutterschaft und Beruf - z.B. durch Freistellungsansprüche für Kindererziehende, flexible Arbeitsmöglichkeiten für Männer und Frauen bei sozialer Absicherung, Ausbau öffentlicher Kindergärten u.ä. - besondere Bedeutung zu.

Im Hinblick auf mögliche künftige Entwicklungen sind gravierende Veränderungen des generativen Verhaltens zu erwarten, die auch auf den Schwangerschaftsabbruch und den § 218 StGB Einfluß haben dürften. Bestimmend für diese Veränderungen sind zum einen die Entwicklung der Reproduktionstechnologien, zum anderen die Verbreitung von AIDS.

Das im Hinblick auf die zunehmende Forschung im Bereich der Reproduktionstechnologie diskutierte "Embryonenschutzgesetz" (vgl. INFORMATIONEN DES BUNDESMINISTERS DER JUSTIZ 20/1986 vom 3.3.1986) mag dabei nachhaltige Auswirkungen auf den Stellenwert des Schutzes des ungeborenen Lebens und die Autonomie der Frauen haben. Die wissenschaftlich-technischen Entwicklungen können zu einer "Distanzierung" des Fötus von der schwangeren Frau führen (s. v. d. DAELE 1988, S.19) und die Lebenseinheit zwischen der schwangeren Frau und dem Fötus normativ bedeutungslos machen. Auch wurde bereits in die Diskussion eingeworfen (s. z.B. SÜDDEUTSCHE ZEITUNG vom 27.3.1988), daß angesichts der Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen das Verbot einer Forschung an Embryonen widersinnig sei. Daß im Hinblick auf die Möglichkeiten künftiger Forschung und etwa auch der Verbreitung von "Leihmüttern" die Diskussionen um den Schutz des ungeborenen Lebens, der Verantwortung für die Kinder und die Dimensionen der biologischen und sozialen Mutterschaft (vgl. z.B. KOCH 1985b) intensiver geführt werden, scheint unausweichlich.

Möchte man die Auswirkungen der Krankheit AIDS auf das Reproduktionsverhalten prognostizieren, so kann einerseits davon ausgegangen werden, daß Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der medizinischen Indikation bei AIDS-kranken Müttern (vgl. EBERBACH 1986) zunehmen werden. Im Rahmen der längerfristigen Prophylaxe mag das geschütztere Sexualverhalten vor allem bei unverbindlichen Kontakten zu einer Abnahme der ungewollten Schwangerschaften führen. Welche längerfristigen Veränderungen des generativen Verhaltens eine fortschreitende Verseuchung der Bevölkerung zur Folge haben mag, ist unabweisbar.

## Literaturverzeichnis

- ABERNETHY, V.:** The Abortion Constellation. *Archives of General Psychiatry* 29, 3 (1973), S.346-350.
- ADLER, N.:** Sex Roles and Unwanted Pregnancy in Adolescent and Adult Women. *Professional Psychology* 12, 1 (1981), S.56-66.
- ALBRECHT, H.-J.:** Die generalpräventive Effizienz von strafrechtlichen Sanktionen. In: *Forschungsgruppe Kriminologie (Hrsg.): Empirische Kriminologie. Ein Jahrzehnt kriminologischer Forschung am Max-Planck-Institut Freiburg i.Br. Freiburg 1980*, S.305-327.
- ALBRECHT, H.-J.:** Schwangerschaftsabbruch - Empirische Untersuchungen zur Implementation der strafrechtlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs. Vortrag anlässlich des deutsch-polnischen Symposiums am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg 1984.
- ALBRECHT, H.-J.:** Generalprävention. In: *Kaiser, G., Kerner, H.-J., Schellhoss, H., Sack, F. (Hrsg.): Kleines Kriminologisches Wörterbuch. Heidelberg 1985*, S.132-139.
- AMELANG, M.:** Sozial abweichendes Verhalten - Entstehung - Verbreitung - Verhinderung. Berlin, Heidelberg, New York 1986.
- AMENDT, G.:** Schafft die Zwangsberatung ab. In: *Psychologie heute* 6, 6 (1979), S.36-39.
- AMENDT, G.:** Die bestrafte Abtreibung. Argumente zum Tötungsvorwurf. Fulda 1988.
- ANGER, H.:** Befragung und Erhebung. In: *Graumann, C.F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd.7. Göttingen 1970*, S.567-617.
- ARDELT, E., ARDELT, R.:** Inhaltsanalyse. In: *Roth, E. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Methoden. München, Wien 1984*, S.173-183.
- ARIÈS, P.:** Geschichte der Kindheit. München 1975.
- ARNDT, C., ERHARD, B., FUNCKE, L.:** Der § 218 StGB vor dem Bundesverfassungsgericht. Dokumentation zum Normenkontrollverfahren wegen verfassungsrechtlicher Prüfung des 5. Strafrechtsreformgesetzes (Fristenregelung). Heidelberg, Karlsruhe 1979.
- ARNDT, J.K.P.:** Schwangerschaftskonfliktberatung und Beraterpersönlichkeit. Diss. Bonn 1983.
- ATTESLANDER, P., KNEUBÜHLER, H.U.:** Verzerrungen im Interview - Zu einer Fehlertheorie der Befragung. Opladen 1975.
- AUGSTEIN, R., KOCH, H.-G.:** Beck-Rechtsberater: Was man über den Schwangerschaftsabbruch wissen sollte. Information und Rat (nicht nur) für Schwangere, Ärzte und Berater. München 1985.
- BACKHAUS, K., ERICHSON, B., PLINKE, W., SCHUCHARD-FICHER, Ch., WEIBER, R.:** Multivariate Analyseverfahren. Berlin, Heidelberg, New York 1987.
- BADINTER, E.:** Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München 1981.

- BARNETT, W., FREUDENBERG, N., WILLE, R.:* Eine regionale Prospektivstudie psychischer Folgeerscheinungen der Notlagenabruption. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 54, 4 (1986), S.106-118.
- v.BAROSS, J.:* Schwangerschaftsabbrüche an Frauen aus der Bundesrepublik. *Pro Familia Magazin* 14, 1 (1986), S.27-30.
- v.BAROSS, J.:* Schätzungen zur Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen an Frauen aus der Bundesrepublik. Unveröffentlichtes Manuskript 1987.
- v.BAROSS, J.:* Ausländerinnen und Schwangerschaftsabbruch. *Pro Familia Magazin* 16, 1 (1988), S.15-16.
- BAUER, I.:* Datenverarbeitung mit SPSS. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984.
- BAUSKE, F.:* Einstellungen und Erwartungen des Interviewers. Eine experimentelle Untersuchung über interpersonelle Beeinflussung im Interview. In: *Meulemann, H., Reuband, K.H. (Hrsg.): Soziale Realität im Interview. Empirische Analysen methodischer Probleme.* Frankfurt, New York 1984, S.95-115.
- BEACH, L.R., TOWNES, B.D., CAMPELL, F.L., WOOD, R.J.:* Wollen Sie ein Kind? *Psychologie heute* 4, 10 (1977), S.14-20.
- BECK-GERNSHEIM, E.:* Vom Geburtenrückgang zur Neuen Mütterlichkeit. Über private und politische Interessen am Kind. Frankfurt 1984.
- BECKMANN, J.:* Zurück- und vorausblickende Aufmerksamkeit beim Handlungswechsel. In: *Heckhausen, H., Beckmann, J., Gollwitzer, P.M., Halisch, F., Lutkenhaus, P., Schütt, M.:* Die Wiederaufbereitung des Wollens. Papier 19/1986 des Max-Planck-Instituts für Psychologische Forschung. München 1986, S.54-65.
- BELENKY, M.F.:* Conflict and Development: A Longitudinal Study of the Impact of Abortion Decisions on Moral Judgement of Adolescent and Adult Women. Diss. Harvard University 1978.
- BENZ, A.E.:* Die ungewollte Schwangerschaft und ihre Unterbrechung - eine Möglichkeit zur unbewußten Inszenierung von Trauerarbeit. *Psyche* 37, 2 (1983), S.130-139.
- BERLITZ, C., GUTH, H.-W., KAULITZKI, R., SCHUHMANN, K.F.:* Grenzen der Generalprävention. Das Beispiel Jugendkriminalität. *Kriminologisches Journal* 19, 1 (1987), S.13-31.
- BERNINGHAUSEN, J.:* Der Traum vom Kind - Geburt eines Klischees. Frankfurt 1980.
- BIBRING, G., DWYER, T.F., HUNTINGTON, D.S., VALENSTEIN, A.F.:* A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship. *Psychoanalytic Study of the Child* 16 (1961), S.9-71.
- BINDER, R., BISCHOFBERGER, A., THOMAIER, K.:* Normierung einer Skala zur Messung lebensverändernder Ereignisse. *Social Psychiatry* 19 (1984), S.173-180.
- BLANKENBURG, E.:* Rechtssoziologie und Rechtswirksamkeitsforschung. Warum es so schwierig ist, die Wirksamkeit von Gesetzen zu erforschen. In: *Plett, K., Ziegert, K.A. (Hrsg.): Empirische Rechtsforschung zwischen Wissenschaft und Politik. Zur Problemlage rechtssoziologischer Auftragsforschung.* Tübingen 1984, S.45-68.
- BLANKENBURG, E., VOIGT, R.:* Implementation von Gerichtsentscheidungen. In: *Blankenburg, E., Voigt, R. (Hrsg.): Implementation von Gerichtsentscheidungen.* Opladen 1987, S.10-22.

- BLECHSCHMIDT, E.:* Wie beginnt das menschliche Leben? Stein am Rhein 1976.
- BLUME, A.:* Was noch vor der Liebe kommt. Empfängnisverhütung. Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfe. Hamburg 1982.
- BÖNITZ, D.:* Zur Psychologie der Abtreibung. Legale und illegale Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich. Göttingen 1979.
- BÖNITZ, D.:* Schwangerschaftsabbruch - vor und nach der § 218-Reform. In: *Psycho-sozial* 4, 1 (1981), S.92-108.
- BORA, A., LIEBL, K.:* Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch - Zur Bedeutung generalisierter Wertsysteme in Konfliktsituationen. Pfaffenweiler 1986.
- BRACKEN, M.B., KLERMAN, L.V., BRACKEN, P.H.:* Coping with Pregnancy Resolution among nevermarried Women. *American Journal of Orthopsychiatry* 48, 2 (1978a), S.320-334.
- BRACKEN, M.B., KLERMAN, L.V., BRACKEN, P.H.:* Abortion, Adoption and Motherhood. An Empirical Study of Decision-Making During Pregnancy. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 130, 3 (1978b), S.251-262.
- BRADBURN, N.M.:* Response Effects. In: *Rossi, P.H., Wright, J.D., Andersson, A.B. (Hrsg.): Handbook of Survey Research.* New York, London 1983, S.289-328.
- BRÄUTIGAM, H., GRIMES, D.A.:* Ärztliche Aspekte des legalen Schwangerschaftsabbruchs in der Bundesrepublik Deutschland und in den USA. Stuttgart 1985.
- BROSCH, G., FELTRUP, S.:* Subjektives Erleben bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch: Eine empirische Untersuchung über den Zusammenhang von Restriktivität der Handhabung des § 218 und psychische Belastung bei der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Diplomarbeit Universität Heidelberg 1985.
- BRÜCK, D.:* Angriffe auf die Reform des § 218 StGB seit der Wende. In: *Däubler-Gmelin, H., Faerber-Husemann, R.:* § 218 - Der tägliche Kampf um die Reform. Bonn 1987, S.161-192.
- BRUNE-PERRIN, N.:* Frauen, die abgetrieben haben. Ein empirischer Vergleich zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich. In: *Koschorke, M., Sandberger, J. (Hrsg.): Schwangerschaftskonfliktberatung.* Göttingen 1978, S.147-178.
- BUCK, W.:* Psychische Folgezustände des legalen Schwangerschaftsabbruchs. Diss.Med. Hochschule Hannover 1976.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT:* Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe zum Programm "Schutz des ungeborenen Lebens". Bonn 1984.
- BUSCHMANN, E.:* Die Sozialberatung des Caritasverbandes. *Caritas* 79, 4 (1978), S.187-188.
- BUSCHMANN, E.:* werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen in katholischen Beratungsstellen. Zeitraum 1980. *Caritas Korrespondenz* 54, 2 (1982), S.1-8.
- BUSCHMANN, E.:* Einstellungen der Bevölkerung zum Schwangerschaftsabbruch. *Caritas* 85, 1 (1984), S.20-24.
- BUTTS, R.Y., SPORAKOWSKY, M.J.:* Unwed Pregnancy Decision: Some Background Factors. *Journal of Sex Research* 10, 2 (1974), S.110-117.

- CHASSEGUET-SMIRGEL, J.: Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Frankfurt 1974.
- CHODOROW, N.: Das Erbe der Mütter. München 1985.
- CHRISTIAN, W., GRILLMAIER, G.: Wie hoch ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche wirklich? Fortschritte der Medizin 98, 29 (1980), S.1123-1128.
- DÄHN, G.: Zur Geschichte der Abtreibung. In: *Baumann, J. (Hrsg.): Das Abtreibungsverbot des § 218.* Berlin 1971, S.329-339.
- v.d. DAELE, W.: Der Fötus und die Autonomie der Frau. Kritische Justiz 21, 1 (1988), S.16-31.
- DÄUBLER-GMELIN, H., FAERBER-HUSEMANN, R.: § 218 - Der tägliche Kampf um die Reform. Bonn 1987.
- DAVID, H.: Abortion in Psychological Perspective. American Journal of Orthopsychiatry 42, 1 (1972), S.61-68.
- DAVIES-OSTERKAMP, S., BECKMANN, D.: Psychosoziale Aspekte von Schwangerschaft und Geburt. In: *Beckmann, D., Davies-Osterkamp, S., Scheer, J.W. (Hrsg.): Medizinische Psychologie.* Berlin, Heidelberg, New York 1982, S.493-515.
- DEUTSCH, H.: Die Psychologie der Frau (1948). Stuttgart 1954.
- DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ: Dem Leben dienen. Die deutschen Bischöfe zur Situation nach der Änderung des § 218. Caritas Korrespondenz 51, 11 (1979), S.3-8.
- DEUTSCHER ÄRZTETAG 1984: Entschließungen, vom Plenum verabschiedet am 18./19.5.1984. Deutsches Ärzteblatt 81, 22 (1984), S.1764.
- DEUTSCHER BUNDESTAG: Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches. Drucksache 9/3630. Bonn 1980.
- DEUTSCHER CARITASVERBAND (Hrsg.): Ja zum Leben: Rahmenbedingungen für die Arbeit katholischer Beratungsstellen für werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen. Freiburg 1984.
- DEUTSCHER CARITASVERBAND: Stellungnahme des Zentralvorstandes des Deutschen Caritasverbandes zu Fragen des Schwangerschaftsabbruchs. Caritas Korrespondenz 57, 6 (1985), S.1-2.
- DEUTSCHER CARITASVERBAND (Hrsg.): Werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen - Erhebung in katholischen Beratungsstellen. Freiburg 1987.
- DEVEREUX, G.: A Study of Abortion in Primitive Societies (1956). New York 1976.
- DIAMOND, M., STEINHOFF, P.G., PALMORE, J.A., SMITH, R.G.: Sexuality, Birth Control and Abortion: A Decision-Making Sequence. Journal of Biosocial Science 5 (1973), S.347-361.
- DIEDERICHS, P.: Psychologische Probleme des Schwangerschaftsabbruchs. Die Berliner Ärztekammer 13, 6 (1976), S.280-283.
- DIE GRÜNEN (Hrsg.): Antidiskriminierungsgesetz. Entwurf der Bundestagsfraktion. 10. Wahlperiode, 3. Aufl. Bonn 1986.
- DIEHL, J.M., KOHR, H.U.: Deskriptive Statistik. Frankfurt 1982.

- DIEKMANN, A.:* Die Befolgung von Gesetzen. Berlin 1980.
- DIXON, P.N., STRANO, D.A., WELBORN, W.:* Locus of Control and Decision to Abort. *Psychological Reports* 54, 4 (1984), S.547-553.
- DOBBERTHIEN, M.:* Landespolitik und Standespolitik. In: *Pro Familia Bremen (Hrsg.):* Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren. Reinbek 1978, S.48-62.
- DÖRING, G.K.:* Das Abtreibungsproblem heute. *Deutsches Ärzteblatt* 68, 12 (1971), S.864-866.
- EBERBACH, W.:* Rechtsprobleme der HTLV-III-Infektion (AIDS). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1986.
- EISEN, M., ZELLMANN, G.L., LEIBOWITZ, A., CHOW, W.K., EVANS, J.R.:* Factors Discriminating Pregnancy Resolution Decisions of Unmarried Adolescents. *Genetic Psychology Monographs* 108, 1 (1983), S.69-95.
- ELLERMANN, R.:* Anregungen zur Konzeptualisierung einer Effektivitätsforschung rechtlicher Regelung. In: *Hellstein, G.M., Wollmann, H. (Hrsg.):* Experimentelle Politik - Reformstrohfeuer oder Lernstrategien. Opladen 1983, S.130-146.
- ERHARD, B.:* Verdunkelung, wo Klarheit erforderlich ist. Jedes 3. Kind wird vor der Geburt getötet. In: *Hoffacker, P., Steinschulte, B., Fietz, P.J. (Hrsg.):* Auf Leben und Tod. Abtreibung in der Diskussion. Bergisch-Gladbach 1985, S.159-170.
- ESER, A.:* Schwangerschaftsabbruch: Der rechtliche Rahmen. In: *Eser, A., Hirsch, H.A. (Hrsg.):* Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Stuttgart 1980a, S.105-127.
- ESER, A.:* Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. In: *Eser, A., Hirsch, H.A. (Hrsg.):* Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Stuttgart 1980b, S.160-170.
- ESER, A.:* § 218 StGB. In: *Schönke, A., Schröder, H. (Hrsg.):* Strafgesetzbuch. Kommentar. München 1985a, S.1330-1381.
- ESER, A.:* Reform des Schwangerschaftsabbruchs im Strafrecht der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung und gegenwärtiger Stand. In: *Gedächtnisschrift für Zong Uk Tjong.* Tokio 1985b, S.25-49.
- ESER, A., HIRSCH, H.A. (Hrsg.):* Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierung zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen. Stuttgart 1980.
- ESER, A., KOCH, H.-G.:* Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich. Rechtliche Regelungen - soziale Rahmenbedingungen - empirische Grunddaten. Baden-Baden 1988.
- FEGER, H.:* Konflikterleben und Konfliktverhalten. Psychologische Untersuchungen zu alltäglichen Entscheidungen. Bern, Stuttgart, Wien 1978.
- FEGER, H., SOREMBE, V.:* Konflikt und Entscheidung. In: *Thomae, H. (Hrsg.):* Theorien und Formen der Motivation. Göttingen 1983, S.536-734.
- FESTINGER, L.:* A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford 1957.
- FISHBEIN, M., AJZEN, I.:* Belief, Attitude, Intention and Behavior. Addison Wesley 1975.
- FORD, CH., CASTELNUOVO-TEDESCO, P., LONG, K.D.:* Women Who Seek Therapeutic Abortion: A Comparison with Women Who Complete Their Pregnancies. *American Journal of Psychiatry* 129, 5 (1972), S.546-552.

- FORSSMAN, H., THUWE, I.: One Hundred and Twenty Children Born after Application for Therapeutic Abortion Refused. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 42 (1966), S.71-88.
- FREEMAN, E.: Influence of Personality Attributes on Abortion Experiences. *American Journal of Orthopsychiatry* 47, 3 (1977), S.503-513.
- FREEMAN, E.: Abortion. Subjective Attitudes and Feelings. *Family Planning Perspectives* 10, 3 (1978), S.150-155.
- FREUD, S.: Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik. *Gesammelte Werke Bd.X. Frankfurt* 1968, S.402-410.
- FREUD, S.: Libidoentwicklung und Sexualorganisation. *Gesammelte Werke Bd.XI. Frankfurt* 1968, S.331-350.
- FREUD, S.: Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke Bd.XIII. Frankfurt* 1968, S.237-289.
- FRICK, V.: Libidoverlust und Frigidität unter Ovulationshemmern aus psychologischer Sicht. *Fortschritte der Medizin* 92, 29 (1974), S.1161-1163.
- FRIEDRICH, K.G.: Sozialstruktur bei Schwangerschaftsabbrüchen - Ergebnisse einer einjährigen Untersuchung bei der Indikationsstelle der Stadt Nürnberg. *Das öffentliche Gesundheitswesen* 42, 2 (1980), S.600-611.
- FRIEDRICH, W., SCHNAK, D., WALTER, M.: *Schwangerer Mann - was nun?* Braunschweig 1985.
- FRIEDRICH, J.: *Methoden empirischer Sozialforschung*. Opladen 1980.
- GARLICH, D.: Politikformulierung und Implementierung im föderativen Staat. In: *Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts.* 1980, S.20-36.
- GAWRON, T., ROGOWSKI, R.: Zur Implementation von Gerichtsurteilen. Hypothesen zu den Wirkungsbedingungen von Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. In: *Hartwich, H.H. (Hrsg.): Gesellschaftliche Probleme als Anstoß und Folge von Politik.* Opladen 1983, S.357-372.
- GEDDERT, H.: Abtreibungsverbot und Grundgesetz. In: *Lüdersen, K., Sack, F. (Hrsg.): Vom Nutzen und Nachteil der Sozialwissenschaft für das Strafrecht.* Frankfurt 1980, S.333-385.
- GERRARD, M.: Sex Guilt in Abortion Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, 4 (1977), S.708.
- GESELLSCHAFT FÜR GRUNDLAGENFORSCHUNG UND BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG: Die Situation der werdenden Mütter - Bericht über eine Repräsentativumfrage in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1970.
- GESELLSCHAFT FÜR KONSUM-, MARKT- UND ABSATZFORSCHUNG e.V.: Untersuchung zum Thema "Verhütungsmittel". Nürnberg 1979.
- GIEHRING, H.: Sozialwissenschaftliche Forschung zur Generalprävention. *Kriminologisches Journal* 19, 1 (1987), S.2-12.
- GILLIGAN, C.: *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau.* München 1984.
- GIPSER, D., STEIN-HILBERS, M.: *Wenn Frauen aus der Rolle fallen. Alltägliches Leiden und abweichendes Verhalten von Frauen.* Weinheim 1980.

- GISSER, R., LUTZ, W., MÜNZ, R.:* Kinderwunsch und Kinderzahl. In: *Münz, R. (Hrsg.):* Leben mit Kindern. Wunsch und Wirklichkeit. Wien 1985, S.33-94.
- GLOGER-TIPPELT, G., SCHÄFER, E., LESKOPF, W.:* Intra-individuelle Veränderungen während der ersten Schwangerschaft. Vortrag auf dem 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Wien. Wien 1984.
- GOEBEL, P.:* Abbruch der ungewollten Schwangerschaft - ein Konfliktlösungsversuch? Berlin, Heidelberg 1984a.
- GOEBEL, P.:* Ein Vergleich der psychosozialen Situation von 125 Interruptio-Patientinnen vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 30, 3 (1984b), S.270-281.
- GOLLWITZER, P.M.:* Motivationale vs. volitionale Bewußtseinslage und die Förderung von Entschlüssen. In: *Heckhausen, H., Beckmann, J., Gollwitzer, P.M., Halisch, F., Lutkenhaus, P., Schütt, M.:* Die Wiederaufbereitung des Wollens. Papier 19/1986 des Max-Planck-Instituts für Psychologische Forschung. München 1986, S.10-23.
- GOUDY, W.J.:* Interim Nonresponse To a Mail Questionnaire: Impacts on Variable Relationship. Public Opinion Quarterly 40, 3 (1976), S.360-369.
- GRÜNWARD, U.:* Auswirkungen der Neufassung des § 218 StGB. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an 941 ratsuchenden Frauen. In: *Sigusch, V. (Hrsg.):* Sexualität und Medizin. Stuttgart 1979, S.132-140.
- GRUNDHÖFER, H.:* Einmal mehr: Ähnlichkeit von Interviewer und Befragungseinstellung - unbewußte Angleichung im Interviewprozeß oder bloßer Scheineffekt. Zeitschrift für Soziologie 13, 3 (1984), S.260-263.
- GRUPP, K.:* Die Beschränkung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Kreistagsbeschlüsse. Neue Juristische Wochenschrift 30, 8 (1977), S.329-333.
- GUTSCHMIDT, G.:* Kind und Beruf. Alltag alleinerziehender Mütter. Weinheim, München 1986.
- HÄUSSLER, M.:* Schwangerschaftsabbruch im Urteil der Gynäkologen. Deutsches Ärzteblatt 85, 23 (1988), S.1685-1688.
- HÄUSSLER, M., HOLZHAUER, B.:* Die Implementation der reformierten §§ 218ff. StGB. Empirische Untersuchungen zu Einstellung und Verhalten von Ärzten und schwangeren Frauen. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 38, 1 (1988), S.817-854.
- HAFERKAMP, H., LAUFMANN, R., BRUSTEN, M.:* Empirische Erforschung der Normgenese. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 61, 5 (1978), S.351-363.
- HANFORD, J.M.:* Pregnancy As a State Conflict. Psychological Reports 22 (1968), S.1313-1342.
- HECKHAUSEN, H.:* Wiederaufbereitung des Wollens: Eine kurze Einführung. In: *Heckhausen, H., Beckmann, J., Gollwitzer, P.M., Halisch, F., Lutkenhaus, P., Schütt, M.:* Die Wiederaufbereitung des Wollens. Papier 19/1986 des Max-Planck-Instituts für Psychologische Forschung. München 1986, S.1-9.
- HECKHAUSEN, H., GOLLWITZER, P.M., WEINERT, F.E. (Hrsg.):* Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York 1987.
- HEIDER, F.:* Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart 1977.

- HEINL, A.: Erfahrungen mit dem § 218. Eine empirische Untersuchung der Ursachen, Bedingungen und Probleme bei der Schwangerschaftsunterbrechung. Diss. Hamburg 1980.
- HEINRICHS, J.: Entwicklungsperspektiven der Aktivitäten der Pro Familia - Ein Entwurf. Pro Familia Information 1 (1977), S.1-8.
- HEINSOHN, G., KNIEPER, K., STEIGER, O.: Menschenproduktion. Allgemeine Bevölkerungslehre der Neuzeit. Frankfurt 1979.
- HEINZ, W.: Implementation von Sanktionsentscheidungen der Strafjustiz. In: *Blankenburg, E., Voigt, R. (Hrsg.): Implementation von Gerichtsentscheidungen*. Opladen 1987, S.221-250.
- HELFERICH, C.: Mich wird es schon nicht erwischen. In: *Häußler, M., Helferich, C., Walterspiel, G., Wetterer, A. (Hrsg.): Bauchlandungen. Abtreibung - Sexualität - Kinderwunsch*. München 1983, S.74-109.
- HERMANN, D.: Die Priorität von Einstellungen und Verzerrungen im Interview. Eine Methodenuntersuchung anhand der Daten der allgemeinen Bevölkerungsumfrage 1980. *Zeitschrift für Soziologie* 12, 3 (1983), S.242-252.
- HERMS, V.: Widerstände gegen Kontrazeption. *Sexualmedizin* 9, 9 (1980), S.363-371.
- HIRSCHI, T.: *Causes of Delinquency*. Berkeley, Los Angeles 1969.
- HOAG, W.J., ALLERBECK, K.R.: Interviewer- und Situationseffekte in Umfragen: Eine log-lineare Analyse. *Zeitschrift für Soziologie* 10, 4 (1981), S.413-426.
- HOCH, W.: Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruchs. Diss. Universität Düsseldorf 1977.
- HÖÖK, K.: Refused Abortion. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement* 168 (1963).
- HÖPFLINGER, F.: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Kinderwunsch - Ergebnisse einer Befragung von Ehepaaren. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 8,1 (1982), S.15-30.
- HORNEY, K.: *Neue Wege in der Psychoanalyse* (1933). München 1977.
- HUBER, B.: Landesbericht Großbritannien. In: *Eser, A., Koch, H.-G.: Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich*. Baden-Baden 1988, S.623-758.
- INSTITUT FÜR KIRCHLICHE SOZIALFORSCHUNG DES BISTUMS ESSEN: Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch bei Angehörigen verschiedener Konfessionen und bei Konfessionslosen. Handreichung Nr.52. Essen 1984.
- IRVING, J.: *Gottes Werk und Teufels Beitrag*. Zürich 1988.
- JACOBSSON, L., PALM, A.: Psychological Femininity and legal Abortion. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement* 255 (1974), S.291-298.
- JACOBSSON, L., PERRIS, C., ESPVALL, M.: Personality Patterns in Induced Abortion. Department of Psychiatry. Umea University. Umea, Schweden 1974a.
- JACOBSSON, L., PERRIS, C., ROMAN, G., ROMAN, O.: A Social-Psychiatric Comparison of 399 Women Requesting Abortion and 118 Pregnant Women Intending to Deliver. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement* 255 (1974b), S.279-290.
- JAGENOW, A., MITTAG, O.: Der Wunsch nach einem Kind. *Sexualpädagogik und Familienplanung* 11, 1 (1983), S.4-6.

- JANIS, I.L., MANN, L.: Decision-Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice and Commitment. New York 1977.
- JANN, W.: Der Policy-Ansatz. Ein Überblick über Entwicklungen in der BRD und den USA. Speyer 1983.
- JÜRGENSEN, O.: Schwangerschaftskonfliktberatung. Abtreibung als wiederholter Trennungsversuch. Sexualmedizin 12, 1 (1983), S.15-18 und S.26-30.
- JUNG, H.: § 218 StGB - Fragen der Bewährung einer Strafrechtsnorm. In: Jung, H., Müller-Dietz, H. (Hrsg.): § 218 StGB. Dimensionen einer Reform. Heidelberg 1983, S.133-142.
- JUNGERMANN, H.: Rationale Entscheidungen. Bern, Stuttgart, Wien 1976.
- JUNGERMANN, H., FRANKE, G., SCHNEIDER, B.: Beratung bei Schwangerschaftskonflikten. Bericht über die Entwicklung und Erprobung eines Modells zur sozialen Beratung gemäß § 218. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.122. Stuttgart 1981.
- JUNGERMANN, H., SEILER, E.: Sollen Sie Ihr Kind oder wollen Sie Ihre Schwangerschaft unterbrechen? Psychologie heute 4, 10 (1977), S.20-22.
- JUNIOR, K.: Dimensionen der Notlage-Konfliktschwangerschaft: Eine sozialpsychologische Untersuchung. In: Poettgen, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft. Köln 1982, S.116-119.
- KAISER, G.: Kriminologie - Ein Lehrbuch. Heidelberg 1988a.
- KAISER, G.: Diskussionsbeitrag. In: Arnold, H., Geissler, I.: Bericht über das Kolloquium "Die Implementation der reformierten §§ 218 StGB - Empirische Untersuchungen zu Einstellung und Verhalten von Ärzten und schwangeren Frauen". Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 38, 4 (1988b), S.855ff.
- KANE, F.J., LACHENBRUCH, P.A.: Adolescent Pregnancy: A Study of Aborters and Non-Aborters. American Journal of Orthopsychiatry 43, 5 (1973), S.796-805.
- KANE, F.J., LACHENBRUCH, P.A., LIPTON, M.A., BARAM, D.: Motivational Factors in Abortion Patients. American Journal of Psychiatry 130, 3 (1973), S.290-293.
- KAUFMANN, F.X., ROSEWITZ, B.: Typisierung und Klassifikation politischer Maßnahmen. In: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II. Opladen 1983, S.25-49.
- KEIL, S.: Leben fördern - ethische Überlegungen zum Schwangerschaftsabbruch aus evangelischer Sicht. In: Koschorke, M., Sandberger, J.F. (Hrsg.): Schwangerschaftskonfliktberatung. Göttingen 1978, S.327-339.
- KETTING, E.: Konsequenzen für unerwünscht schwangere Frauen aus der Bundesrepublik. Das neue Abtreibungsgesetz in den Niederlanden. Pro Familia Magazin 14,1 (1986), S.32-33.
- KETTING, E., van PRAAG, P.: Schwangerschaftsabbruch. Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich. Tübinger Reihe Nr.5 der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen 1985.
- KIND, H.: Unerwünschte Schwangerschaft. Das Schicksal von Kindern, nachdem ein Abbruch vom Psychiater gemäß Art.120 StGB abgelehnt worden ist. Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin 68, 2 (1979), S.50-55.

- KLECKA, W.R.*: Discriminant Analysis. Beverly Hills, London 1980.
- KLEIN, U.*: Umfrage in Münster nach Schwangerschaftsabbruch. *Sexualpädagogik & Familienplanung* 11, 6 (1983a), S.29-30.
- KLEIN, U.*: Abtreibung. *Psychologie heute* 10, 8 (1983b), S.48-51.
- KNIEPER, B.*: Auf der Suche nach der weiblichen Schuld. *Psychologie heute* 8, 4 (1981), S.66-75.
- KNÖFERL, G., VOIGT, B., KOLVENBACH, K.*: Modellprogramm "Beratungsstellen" § 218. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.127. Stuttgart 1981.
- KOCH, H.-G.*: Recht und Praxis des Schwangerschaftsabbruchs im internationalen Vergleich. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 97, 4 (1985a), S.1043-1073.
- KOCH, H.-G.*: Moderne Fortpflanzungstechnik auf dem Prüfstand des Rechts. *Archives of Gynecology* 238, 1 (1985b), S.72-80.
- KOCH, H.-G.*: Landesbericht Bundesrepublik Deutschland. In: *Eser, A., Koch, H.-G. (Hrsg.)*: Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich. Baden-Baden 1988, S.19-324.
- KÖNIG, U.*: § 218 - Gewalt über Frauen. Hamburg 1980.
- KOHLBERG, L.*: Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Frankfurt 1974.
- KOSCHORKE, M.*: Beratung in Widersprüchen. Bedingungen und Probleme der Schwangerschaftskonfliktberatung. In: *Koschorke, M., Sandberger, J. (Hrsg.)*: Schwangerschaftskonfliktberatung. Göttingen 1978a, S.13-48.
- KOSCHORKE, M.*: Das soziale Umfeld der Schwangeren und Folgerungen für die Beratung. In: *Koschorke, M., Sandberger, J. (Hrsg.)*: Schwangerschaftskonfliktberatung. Göttingen 1978b, S.131-146.
- KRAIKER, G.*: § 218 - zwei Schritte vorwärts und ein Schritt zurück. Frankfurt 1983.
- KRAMPEN, G.*: Eine Kurzform der Skala zur Messung normativer Geschlechtsrollen - Orientierungen. *Zeitschrift für Soziologie* 12, 2 (1983), S.152-156.
- KRAUTSCHIK, A.*: Abtreibung als Akt der Selbstbestrafung. In: *Behnken, H. (Hrsg.)*: Schwangerschaftsabbruch: Unser Bewußtsein von Leben und Tod. Loccum 1986, S.5-11.
- KRIEGER, V.*: Entscheiden. Was Frauen und Männer über den § 218 wissen sollten. Hamburg 1987.
- KUHL, J.*: Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin, Heidelberg, New York 1983.
- LAGA, G.*: Interviewsituation und Antwortverhalten. Ergebnisse einer Studentenerhebung. In: *Meulemann, H., Reuband, K.-H. (Hrsg.)*: Soziale Realität im Interview. Empirische Analysen und Probleme. Frankfurt, New York 1984, S.81-94.
- LANGENHEDER, W.*: Theorie menschlicher Entscheidungshandlungen. Stuttgart 1975.
- LAU, H.*: Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch. Beratung und Begutachtung der Konfliktschwangerschaft. Gräfeling 1976.

- LAU, H.: Die gesellschaftspolitische Relevanz des § 218 in der Bundesrepublik Deutschland. *Sexualmedizin* 12, 6 (1983), S.253-258 und 302-304.
- LAUTERBACH, W.: Intra-individuelle Konfliktmessung III: Die Analyse von Konflikt-schwerpunkten. Schwangerschaftskonflikte. Arbeiten aus dem Institut für Psychologie der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt. Heft 1 (1986), S.53-79.
- LEGGE, J.S. jr.: Predictors of Abortion Attitudes in the Federal Republic of Germany. *Journal of Politics* 45 (1983), S.759-766.
- LEWIN, K.: Behavior and Development as a Function of the Total Situation. In: *Carmichael, L. (Hrsg.): Manual of Child Psychology*. New York 1954, S.918-970.
- LIDZ, R.W.: Motivation und Konflikte der Empfängnisverhütung. *Familiendynamik* 4 (1979), S.246-254.
- LIEBL, K., BORA, A., GANZ, G., KÖPCKE, U.: Normanwendung im Prozeß der Strafverfolgung. Tätigkeitsbericht des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg 1986.
- LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse (1961). Weinheim, Berlin, Basel 1969.
- LORENZER, A.: Die katholische Kirche und die Reform der Abtreibungsgesetzgebung. *Kritische Justiz* 13, 1 (1980), S.28-38.
- LÜDERSSEN, K.: Strafrecht und "Dunkelziffer". In: *Lüderssen, K., Sack, F. (Hrsg.): Seminar: Abweichendes Verhalten, Bd.I*. Frankfurt 1974, S.224-267.
- LUKER, K.: Taking Chances: Abortion and the Decision not to Contracept. Los Angeles 1975.
- LUKER, K.: The War Between the Women. *Family Planning Perspectives* 16, 3 (1984), S.105-110.
- LUKESCH, H.: Schwangerschafts- und Geburtsängste. Stuttgart 1981.
- MAGNUSSON, D.: Testtheorie. Wien 1969.
- MAIER, P.O.: Der § 218 und die katholischen Beratungsstellen. *Concepte* 18, 10 (1982), S.6-12.
- MALL-HAEFELI, M.: Schwangerschaftsabbruch, Kontrazeption und Sexualität. *Sexualmedizin* 11, 5 (1982), S.202-207.
- MAYNTZ, R.: Regulative Politik in der Krise? In: *Matthes, J. (Hrsg.): Sozialer Wandel in Westeuropa. Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages*. Frankfurt, New York 1979, S.55-81.
- MAYNTZ, R.: Die Implementation politischer Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet. In: *Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte*. Königstein/Ts. 1980, S.236-250.
- MAYNTZ, R.: Zur Einleitung: Probleme der Theoriebildung in der Implementationsforschung. In: *Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II*. Opladen 1983, S.7-24.
- MEINEFELD, W.: Einstellung und soziales Handeln. Reinbek 1977.
- MENNE, K.: Handeln und Kinderwunsch. *Sexualpädagogik & Familienplanung* 9, 2 (1981), S.3-8.

MENNE, K., MOERSCH, E.: Psychoanalytische Erfahrungen aus der Supervision von Schwangerschaftskonfliktberatungen. *Psyche* 34, 2 (1980), S.121-151.

MERTON, R.K.: Sozialstruktur und Anomie. In: Sack, F., König, R. (Hrsg.): *Kriminalsoziologie*. Frankfurt 1968, S.283-313.

MERZ, M.: Unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz. Eine psychoanalytische Untersuchung. Bern 1979.

MEYER, E., SADROZINSKI, R., PACZENSKY, S.: Was haben die Männer eigentlich mit Verhütung, Kinderkriegen und Schwangerschaftsabbruch zu tun? *Pro Familia Magazin* 14, 1 (1986), S.21-23.

MICHAELIS, M.: Neuere Entwicklungen in der Implementationsforschung und ihre praktische Anwendung auf die Politikimplementierung des § 218 Strafgesetzbuch. Diplomarbeit Universität Frankfurt 1987.

MITTAG, O., JAGENOW, A.: Motive zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an verhütungswilligen Frauen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 34 (1984), S.20-24.

MOELLER-GAMBAROFF, M.: Das emotionale Erleben von Generativität. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 29, 2 (1984), S.51-60.

MOERCHEL, J.: Der artifizielle Abort: Medizinhistorie sowie medizin-soziologische Anmerkungen zu einem bio-ethischen Problem mit Relevanz für Staat und Gesellschaft. *Der Frauenarzt* 26, 5 (1985), S.55-67.

MOLINSKI, H.: Die unbewußte Angst vor dem Kind. München 1972.

MOLINSKI, H.: Schwangerschaftskonflikt. In: Koschorke, H., Sandberger, J.F. (Hrsg.): *Schwangerschaftskonfliktberatung*. Göttingen 1978, S.97-104.

MÜNDEL, W.: Geburtenrückgang als Folge veränderten generativen Handelns des Mannes. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 10, 2 (1984), S.193-207.

MÜNZ, R. (Hrsg.): *Leben mit Kindern. Wunsch und Wirklichkeit*. Wien 1985.

MÜNZ, R., PELIKAN, J.M.: Geburt oder Abtreibung. Eine soziologische Analyse von Schwangerschaftskarrieren. Wien 1978.

NEUBAUER, E.: Schwangerschaftsabbruch als soziales und personales Problem. Eine empirische Untersuchung zur Soziologie der Frau. Weinheim 1982.

NIE, N.H., HULL, C.H.: *SPSS 9*. Stuttgart 1983.

NOELLE-NEUMANN, E., PIEL, E.: *Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1978-1983*. München, New York, London, Paris 1983.

NORDHOFF, I.: "Im Grunde genommen eine Farce". Zwangsberatungen: Ein seelisch belastender Dauerkonflikt. *Pro Familia Magazin* 14, 1 (1986), S.25-26.

OETER, K.: Psychosoziale Bedingungen der Schwangerschaftsverhütung - ein medizin-soziologischer Beitrag zum kontrazeptionellen Verhalten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 27, 2 (1975), S.224-240.

OETER, K.: *Entscheiden und Handeln*. Stuttgart 1984.

OETER, K., NOHKE, A.: Der Schwangerschaftsabbruch - Gründe - Legitimationen - Alternativen. In: *Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit*, Bd.123. Stuttgart 1982.

OETER, K., WILKEN, M.: Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Eine medizin-soziologische Untersuchung zum kontrazeptiven Verhalten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.75. Stuttgart 1981.

OLSON, L.: Social and Psychological Correlates of Pregnancy Decision among Adolescent Women. *American Journal of Orthopsychiatry* 50, 3 (1980), S.432-445.

OPP, K.-D.: Soziologie im Recht. Reinbek 1973.

OPPITZ, G., V.ROSENSTIEL, L., STENGEL, M., SPIESS, E.: Wertewandel und Kinderwunsch - eine sozialpsychologische Analyse generativen Verhaltens. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 9, 3 (1983), S.387-400.

OTTO, H.J.: Generalprävention und Verhaltenskontrolle. Freiburg 1982.

v.PACZENSKY, S.: Gemischte Gefühle von Frauen, die ungewollt schwanger sind. München 1987.

PARSONS, T.: Einige grundlegende Kategorien einer Handlungstheorie (1951). In: Mühlfeld, C., Schmidt, M. (Hrsg.): *Soziologische Theorie*. Hamburg 1974, S.94-120.

PASINI, W.: Psychosomatik in Sexualität und Gynäkologie. Stuttgart 1980.

PETERSEN, P.: Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch. *Deutsches Ärzteblatt* 74, 18 (1977), S.1205-1212.

PETERSEN, P.: Schwangerschaftsabbruch - unser Bewußtsein vom Tod im Leben. Tiefenpsychologische und anthropologische Aspekte der Verarbeitung. Stuttgart 1986.

PFEIFER, A., SCHMIDT, P.: LISREL - Die Analyse komplexer Strukturgleichungen. Stuttgart, New York 1987.

POETTGEN, H.: Praktische Erfahrungen mit der Abgrenzung der gesetzlich definierten Indikation in der Ärzteschaft. In: *Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem ref. § 218 StGB*. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/1. Stuttgart 1981, S.227-257.

POETTGEN, H.: Auf dem Weg zu einer ärztlichen Indikation. *Deutsches Ärzteblatt* 81, 24 (1984), S.1918-1919.

POHL, K.: Familie - Planung oder Schicksal. Wiesbaden 1980.

POPITZ, H.: Über die Präventivwirkung des Nichtwissens. Tübingen 1968.

PRILL, H.J.: Früherkennung von Mißbildungen - Psychische Folgen - weniger illegale Abtreibungen. In: *Deutscher Bundestag (Hrsg.): Reform des § 218*. Aus der öffentlichen Anhörung des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform des Deutschen Bundestags. Stuttgart 1972, S.40-44.

PRO FAMILIA BREMEN: Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren. Reinbek 1978.

PROSS, H.: Abtreibung. Stuttgart 1971.

RABE, T., RUNNEBAUM, B.: Kontrazeption. Methoden, Indikationen, Kontraindikationen. Heidelberg, New York, Tokyo 1982.

RAHMSDORF, P.: Repräsentativumfrage unter gynäkologischen Chefärzten zur Problematik des neuen § 218 StGB. Diss. Kiel 1980.

**RAUSCH, K.:** Geschlechtsspezifische Vorurteile gegenüber Frauen in Strafrechtswissenschaft und Justiz in der BRD. In: *Eckert, R. (Hrsg.): Geschlechtsrollen und Arbeitsteilung. Mann und Frau in soziologischer Sicht.* München 1979, S.97-123.

**RELLER, H. (Hrsg.):** Das Leben bejahen. Aufgaben des Lebensschutzes im Zeichen der Notlagenindikation. Eine seelsorgerische Orientierungshilfe. Gütersloh 1980.

**RETZLAFF, K., DEGENER, L., HEBISCH, S., BECKMANN, S., WELLSTEIN, U., HILZINGER, S. (Hrsg.):** Wir klagen an: Tribunal gegen § 218. Dokumentation. Hamburg 1981.

**REUBAND, K.H.:** Dritte Person beim Interview - Zuhörer, Adressaten oder Katalysatoren der Kommunikation. In: *Meulemann, H., Reuband, K.H. (Hrsg.): Soziale Realität im Interview.* New York, Frankfurt 1984, S.117-156.

**RICHTER, H.J.:** Ambulante Schwangerschaftsabbrüche in Arztpraxen bundesweit? Pro Familia Magazin 14, 1 (1986), S.15-17.

**RIEGER, H.J.:** Schwangerschaftsabbrüche durch freipraktizierende Ärzte. Deutsche Medizinische Wochenschrift 110, 13 (1985), S.519-521.

**RIESE, K.:** In wessen Garten wächst die Leibesfrucht? Das Abtreibungsverbot und andere Bevormundungen. Wien 1983.

**ROBBINS, J.M.:** Out-of-Wedlock Abortion and Delivery: The Importance of the Male Partner. *Social Problems* 31, 3 (1984), S.334-350.

**RÖHL, K.F.:** Rechtssoziologie. Köln, Berlin, Bonn, München 1987.

**ROSCH, M., FREY, D.:** Soziale Einstellungen. In: *Frey, D., Greif, S. (Hrsg.): Sozialpsychologie.* München, Weinheim 1987, S.296-305.

**ROSEN, R.H., MARTINDALE, L.J.:** Sex Role Perceptions and the Abortion Decision. *Journal of Sex Research* 14, 4 (1978), S.231-245.

**ROSEN, R.H., MARTINDALE, L.J.:** Abortion as "Deviance". Traditional Female Roles vs the Feminist Perspective. *Social Psychiatry* 15 (1980), S.103-108.

**ROSENSTIEL, L.V., SPIESS, E., STENGEL, M., NERDINGER, F.:** Lust auf Kinder? Höchstens eins. *Psychologie heute* 11, 5 (1984), S.20-30.

**ROTTER, J.B.:** Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs* 80, 1 (1966).

**ROTTLEUTHNER, H.:** Implementation arbeitsgerichtlicher Entscheidungen. In: *Blankenburg, E., Voigt, R. (Hrsg.): Implementation von Gerichtsentscheidungen.* Opladen 1987, S.184-196.

**ROXIN, C.:** Entwicklung und gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. *Juristische Arbeitsblätter* 13, 4 (1981), S.226-232.

**RÜPKE, G.:** Schwangerschaftsabbruch und Grundgesetz. Frankfurt/M. 1975.

**RÜTHER-STEHMANN, M.:** Die Ohnmacht der Beraterin und die Angst der Frauen. *Sexualpädagogik & Familienplanung* 11, 5 (1983), S.8-10.

**RUNTE, R.:** § 218 nach der Reform. Köln 1978.

**SANDSCHNEIDER, E.:** Die Reform des § 218 StGB im Kräftefeld gesellschaftlicher Gruppen und Interessen. In: *Jung, H., Müller-Dietz, H. (Hrsg.): § 218 StGB. Dimensionen einer Reform.* Heidelberg 1983, S.19-43.

- SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: *König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung*. Stuttgart 1962, S.136-196.
- SCHMID, J.: Der Kinderwunsch in der modernen Industriegesellschaft. In: *Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Der Kinderwunsch in der modernen Industriegesellschaft*. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.81. Bonn 1980, S.20-38.
- SCHMIDT, E.: Die Würde der Frau ist antastbar. Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik und das Bremer Modell der Pro Familia. *Vorgänge* 19, 6 (1977), S.85-93.
- SCHÖCH, H.: Kriminalprävention durch Generalprävention? In: *Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V. (Hrsg.): Jugendgerichtsverfahren und Generalprävention*. München 1984, S.273-280.
- SCHOLTEN, H.J.: Landesbericht Niederlande. In: *Eser, A., Koch, H.-G. (Hrsg.): Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich*. Baden-Baden 1988, S.991-1078.
- SCHUCHARD-FICHER, CHR., BACKHAUS, K., HUMME, U., LOHBERG, W., PLINKER, W., SCHREINER, W.: *Multivariate Analysemethoden*. Berlin, Heidelberg, New York 1982.
- SCHÜLLER, L.: Konfliktsituation und Wertbindung. *Caritas* 79,4 (1978), S.181-185.
- SCHUMANN, K.F., BERLITZ, C., GUTH, H.W., KAULITZKI, R.: *Jugendkriminalität und Grenzen der Generalprävention*. Neuwied 1987.
- SCHUR, E.M.: *Crimes without Victims*. Englewood Cliff 1965.
- SCHWARZER, A.: *Frauen gegen den § 218*. 18 Protokolle. Frankfurt 1971.
- SCHWARZER, A.: *Weg mit dem § 218*. Köln 1986.
- SHELL AG JUGENDWERK: *Jugend '81: Lebensentwürfe, Alltagskulturen, Zukunftsbilder*. In: ZUMA: ZUMA-Handbuch Sozialwiss. Skalen. Bonn 1983.
- SIEBEL, W.: *Soziologische Theorie der Abtreibung*. In: *Siebel, W., Martin, N., Stumpf, K., Waldmann, P., Werth, M. (Hrsg.): Soziologie der Abtreibung*. Stuttgart 1971a, S.224-277.
- SIEBEL, W., MARTIN, N., STUMPF, K., WALDMANN, P., WERTH, M. (Hrsg.): *Soziologie der Abtreibung*. Stuttgart 1971b.
- SIMON, M.: Die psychosoziale Situation der Frau beim Schwangerschaftsabbruch. *Medizinische Klinik* 75,16 (1980), S.592-595.
- SIMON, M.: *Psychische Spätfolgen nach Schwangerschaftsabbruch*. *Die medizinische Welt* 37,11 (1986), S.332-335.
- SMAUS, G.: § 218 StGB. Frauen als Täter und Opfer einer strafrechtlichen Regelung. In: *Jung, H., Müller-Dietz, H. (Hrsg.): § 218 StGB. Dimensionen einer Reform*. Heidelberg 1983, S.43-76.
- SMETANA, J.G.: Beliefs about the Permissibility of Abortion and their Relationship to Decision Regarding Abortion. *Journal of Population* 2,4 (1979), S.294-305.
- SMETANA, J.G.: *Concepts of Self and Morality. Women's Reasoning about Abortion*. New York 1982.

- SMETANA, J.G., ADLER, N.E.: Fishbein's Value and Expectancy Model. An Examination of some Assumptions. *Personality and Social Psychology Bulletin* 6,1 (1980), S.89-96.
- SPIEKER, M.: Schwangerschaftsabbrüche. Zur Problematik der Statistik in der Bundesrepublik Deutschland. *JURA* 9,2 (1987), S.57-60.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3, Gesundheitswesen. Wiesbaden 1978-1987.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Statistisches Jahrbuch. Wiesbaden 1978-1987.
- STEINERT, H.: Das Interview als soziale Interaktion. In: *Meulemann, H., Reuband, K.-H. (Hrsg.): Soziale Realität im Interview. Empirische Analysen methodischer Probleme.* Frankfurt, New York 1984, S.17-59.
- STENGEL, M., ROSENSTIEL, L.V., OPPITZ, G., SPIESS, E.: Motivationale Determination des Kinderwunsches - eine empirische Analyse an jungen Ehepaaren. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie* 30,1 (1983), S.153-173.
- STÖSSEL, V., GRUNDMANN, A., KANZ, F.-J., KEIL, S.: Quantitative und qualitative Evaluation des Beratungsangebots zum Schwangerschaftskonflikt. In: *Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB.* Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/2. Stuttgart 1981.
- STOLL, P.: Arzt und Schwangerschaftsabbruch. Überlegungen zu ärztlicher Ethik. *Deutsches Ärzteblatt* 77,10 (1980), S.607-614.
- STRINGENS, G.: Abtreibungstourismus rückläufig? *Der Kassenarzt* 22,16 (1982), S.2129-2130.
- SUDMAN, S.: Applied Sampling. In: *Rossi, P.H., Wright, J.D., Anderson, A.B. (Hrsg.): Handbook of Survey Research.* New York, London 1983, S.145-194.
- SUDMAN, S., BRADBURN, N.M.: Asking Questions. San Francisco 1982.
- SUTHERLAND, E.H.: Die Theorie der differentiellen Kontakte. In: *Sack, F., König, R. (Hrsg.): Kriminalsoziologie.* Frankfurt 1968, S.395-399.
- SWIENTEK, C.: Alleinerziehende, Familien wie andere auch? Bielefeld 1984.
- SWIGAR, M., QUINLAND, D., WEXLER, S.D.: Abortion Applicants: Characteristics Distinguishing Dropouts Remaining Pregnant and Those Having Abortion. *American Journal of Public Health* 67,2 (1977), S.142-146.
- SYKES, G.M., MATZA, D.: Techniken der Neutralisation. Eine Theorie der Delinquenz. In: *Sack, F., König, R. (Hrsg.): Kriminalsoziologie.* Frankfurt 1968, S.360-371.
- THOMAE, H.: Konflikt, Entscheidung, Verantwortung. Stuttgart 1974.
- TRÖNDLE, H.: "Soziale Indikation" - Rechtfertigungsgrund? *JURA* 9,2 (1987), S.66-75.
- v.TROSCHKE, J., HENDEL-KRAMER, A., WERNER, E.: Erfahrungen von Frauen mit dem Abbruch einer Schwangerschaft nach der Reform des § 218 StGB. In: *Materialien der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB.* III. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/3. Stuttgart 1982.
- ÜBERLA, K.: Faktorenanalyse. Berlin, Heidelberg, New York 1971.

- ULLRICH, A.: Die Sozialberatung des Sozialdienstes katholischer Frauen (SKF). *Caritas* 79,4 (1978), S.188-189.
- ULLRICH, A.: Schwangerschaft als Konfliktsituation aus der Sicht der Beratungsstellen. In: *Böckle (Hrsg.): Schwangerschaftsabbruch als gesellschaftliches und individuelles Problem*. Düsseldorf 1981, S.85-104.
- VORSTAND DER SPD (Hrsg.): *Entscheidung in Verantwortung, Entscheidung ohne Angst. Zehn Jahre nach der Reform des § 218*. Bonn 1986.
- WALLNER, E.M., FUNKE-SCHMITT-RINK, M.: *Soziale Schichtung und soziale Mobilität*. Heidelberg 1980.
- WALTER, M.: Über den verschärften politischen Mißbrauch des § 218. *Dr.med. Mabuse* 12,3 (1987), S.24-28.
- WERTH, M.: Analyse der Gerichtsakten. In: *Siebel, W., Martin, N., Stumpf, K., Waldmann, P., Werth, M. (Hrsg.): Soziologie der Abtreibung*. Stuttgart 1971, S.102-153.
- WESSEL, W.: Modelle zum Verstehen nicht-gewollter Schwangerschaften. *Partnerberatung* 19,4 (1982), S.169-180.
- WILKEN, M., OETER, K.: Kontrazeption, unerwünschte Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch. In: *Oeter, K., Wilken, M. (Hrsg.): Frau und Medizin*. Stuttgart 1979, S.186-215.
- WILKITZKI, P., LAURITZEN, Ch.: *Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland*. Heidelberg 1981.
- WILLE, R.: Einstellungen und Erfahrungen der Ärzte und Studentinnen in Schleswig-Holstein zum Schwangerschaftsabbruch. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 27,1 (1974), S.6-9.
- WILLE, R.: Bilanz der Reform des § 218 StGB. Fragwürdige Tendenzen nach 10 Jahren. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 39,9 (1986), S.522-530.
- WILLIAMS, D.G.: Religion, Beliefs about Human Life and the Abortion Decision. *Review of Religious Research* 24,1 (1982), S.40-48.
- WIMMER-PUCHINGER, B.: Schwangerschaft als latenter Konflikt - empirische Untersuchung über soziale und psychische Determinanten der Entscheidungsbildung. In: *Poettgen, H. (Hrsg.): Die ungewollte Schwangerschaft*. Köln 1982, S.99-109.
- WIMMER-PUCHINGER, B.: Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Soziale und psychische Situation der Frau. Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Finanzen. Wien 1983.
- WIMMER-PUCHINGER, B.: Psychosomatische Aspekte der Kontrazeption. *Der praktische Arzt* 41,3 (1987), S.214-221.
- WINDHOFF-HERITIER, A.: *Politikimplentation. Ziel und Wirklichkeit politischer Entscheidungen*. Königstein/Ts. 1980.
- WINDHOFF-HERITIER, A.: Politikimplentation und politische Steuerung - Die Sicht "von unten". In: *Hartwich, H.H. (Hrsg.): Gesellschaftliche Probleme als Anstoß und Folge von Politik*. Opladen 1983, S.238-246.
- WINGEN, M.: Neue Lebensentwürfe im Widerstreit zum Kind. *Stimme der Familie* 30,6 (1983), S.70-71.

---

*ZENTRALKOMITEE DER DEUTSCHEN KATHOLIKEN (Hrsg.):* Für das Leben. Stellungnahmen des Zentralkomitees der Deutschen Katholiken zum Schutz des ungeborenen Lebens 1973-1985. Bonn 1985.

*ZUNDEL, E., LAIMER, M., SCHÖNHALS, M.:* Wertorientierung und Schwangerschaftsabbruch - Bevölkerungsbefragung. In: Materialien zum Bericht der Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd.92/3. Stuttgart 1982.

*ZWERENZ, I.:* Frauen - die Geschichte des § 218. Frankfurt 1980.

## Anhang

### Anhang 1: Korrelationen

Tabelle 1:	Korrelationen zwischen soziodemographischen Variablen .....	411
------------	---	-----

### Anhang 2: Überprüfung der Repräsentativität der Stichproben

Tabelle 2.1:	Alter .....	412
Tabelle 2.2:	Familienstand .....	413
Tabelle 2.3:	Kinderzahl .....	414
Tabelle 2.4:	Erwerbsstatus .....	415
Tabelle 2.5:	Staatsangehörigkeit .....	416
Tabelle 2.6:	Vorhergehende Schwangerschaftsabbrüche .....	417
Tabelle 2.7:	Schulbildung .....	417
Tabelle 2.8:	Konfession .....	418

### Anhang 3: Einstellungsskala zur Mutterrolle

Tabelle 3.1:	Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch .....	419
Tabelle 3.2:	Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere .....	420
Tabelle 3.3:	Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte ...	421

### Anhang 4: Skala Zukunftsorientierung

Tabelle 4.1:	Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch .....	422
Tabelle 4.2:	Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere .....	423
Tabelle 4.3:	Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte ...	424

### Anhang 5: Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch

Tabelle 5.1:	Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch .....	425
Tabelle 5.2:	Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere .....	426
Tabelle 5.3:	Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte ...	427

### Anhang 6: Antizipation von Veränderungen durch die Schwangerschaft

Tabelle 6.1:	Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch .....	428
Tabelle 6.2:	Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere .....	429
Tabelle 6.3:	Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte ...	430

### Anhang 7: Gründe und Bedenken bezüglich der Entscheidung

Tabelle 7.1:	Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch .....	431
Tabelle 7.2:	Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere .....	434

## Anhang 1: Korrelationen

**Tabelle 1:** Korrelationen zwischen soziodemographischen Variablen

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Alter		.44	.49	.12	-.16	-.04	.34	-.32	.41	.40	.20	.41	.53	.20	.13	.15	.10
2. Kinderzahl			.25	-.24	-.09	-.31	-.04	-.48	.53	.54	.13	.49	.47	.12	.13	.09	.17
3. Einkommenshöhe				-.23	.59	-.06	.31	-.42	.47	.59	.25	.61	.54	.11	.21	.17	.18
4. Wohnortgröße					.20	.37	.11	.33	.38	.39	.16	.40	.44	.13	.19	.15	.10
5. Lebensstandard*						.07	-.15	.33	.31	.37	.11	.46	.40	.06	.14	.16	.18
6. Schulbildung							.49	.26	.32	.43	.10	.33	.37	.12	.16	.06	.06
7. Ausbildung*								.17	.19	.15	.22	.20	.21	.16	.14	.14	.08
8. Partnerbeziehung									.68	.47	.14	.61	.62	.05	.09	.09	.09
9. Familienstand**/*										.50	.14	.59	.66	.12	.07	.10	.11
10. Erwerbsstatus**											.15	.74	.58	.09	.09	.10	.19
11. Konfession**												.20	.18	.18	.16	.12	.02
12. Einkommensquelle*													.65	.15	.21	.14	.16
13. Wohnsituation*														.1	.23	.08	.17
14. Staatsangehörigkeit															.07	.03	.02
15. Bundesland																.05	.01
16. frühere Schwangerschaftsabbrüche																	.04
17. Krankheiten																	

\* Variable wurde aufgrund hoher Korrelation mit anderen Variablen in multivariate Analysen **nicht** mit einbezogen.

\*\* Variablen wurden für die multivariaten Analysen zu Dummy-Variablen reduziert.

Eingang fanden:

Familienstand: verheiratet ja/nein

Erwerbsstatus: in Ausbildung ja/nein

Konfession: Zugehörigkeit zu katholischer Konfession ja/nein

## Anhang 2: Überprüfung der Repräsentativität der Stichproben

Tabelle 2.1: Alter (in Klammern: %)

Schwangerschaftsabbruch		Schwangere		Allgemein	Zugang Beratungsstelle	Zugang Arzt
Frauenbefragung 1986, S. 384 (n= 166)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 73 (n= 234)	Frauenbefragung 1986, S. 73 (n= 234)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 73 (n= 29.258)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 61* (n=13.377.300)	Frauenbefragung (n= 120)	Frauenbefragung (n= 205)
≤ 19	8 (4,8)	3 (1,3)	22.593 (3,9)	2.484.700 (18,6)	7 (5,8)	3 (1,5)
20-24	55 (33,1)	45 (19,2)	156.977 (26,9)	2.522.500 (18,9)	42 (35,0)	44 (21,5)
25-29	54 (32,5)	95 (40,6)	228.248 (38,7)	2.210.100 (16,5)	41 (34,2)	81 (39,5)
30-34	33 (19,9)	69 (29,5)	130.498 (22,3)	2.096.300 (15,6)	17 (14,2)	57 (27,8)
35-39	15 (9,0)	18 (7,7)	39.863 (6,8)	1.833.000 (13,7)	11 (9,2)	17 (8,3)
40	1 (0,6)	2 (0,8)	7.978 (1,4)	2.230.700 (16,7)	1 (0,8)	2 (1,0)
SUMME	166 (99,9)	232 (99,1)	584.157 (100)	13.377.300 (100)	119 (99,2)	204 (99,6)

\* Frauen 15-45 Jahre

\*\* Frauen 20-34 Jahre

Signifikanz-Test (chi<sup>2</sup>):

	chi <sup>2</sup>	df	signifikant
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch Abbruch:	17,19	3	ja ***
Frauenbefragung Abbruch - Dunkelfeld Abbruch:	21,89	5	ja ***
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch Schwangere:	13,67	3	ja ***
Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:	1,16	2	nein
Zugang Beratungsstelle:	13,31	3	ja **
Zugang Arzt:	49,08	3	ja ***

Tabelle 2.2: Familienstand (in Klammern: %)

Schwangerschaftsabbruch		Schwangere		Allgemein	Zugang Beratungsstelle	Zugang Arzt
Frauen- Befragung (n=)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 384 Liebl (n=)	Frauen- Befragung (n=)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 73 (n=)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 61* (n=)	Frauen- Befragung (n=)	Frauen- Befragung (n=)
ledig	108 (65,1)	36.863 (44,1)	51 (46,8)	5.499.400 (41,1)	76 (63,3)	41 (20,0)
verheiratet	44 (26,5)	40.428 (48,4)	41 (37,6)	7.193.000 (53,8)	33 (27,5)	157 (76,6)
geschieden	14 (8,4)	4.621 (5,5)	15 (13,8)	535.100 (4,0)	11 (9,2)	7 (3,4)
verwitwet		443 (0,5)	2 (1,8)	102.100 (0,8)	10,0 (1,3)	29,9 (0,8)
SUMME	166 (100)	82.355 (98,5)	109 (100)	13.329.600 (99,7)	120 (100)	205 (100)
		584.157 (100)	29.226 (99,9)	13.329.600 (99,7)	771,3 (99,7)	3258,3 (97,2)

\* Frauen 15-45 Jahre

\*\* nicht ehelich geboren

\*\*\* ehelich geboren

Signifikanz-Test ( $\chi^2$ ):

	$\chi^2$	df	signifikant
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch Abbruch:	34,01	2	ja ***
Frauenbefragung Abbruch - Dunkelfeld Abbruch:	9,34	2	ja **
Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:	101,52	2	ja ***
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch allgemein:	50,62	2	ja ***
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch allgemein:	39,95	2	ja ***
Zugang Beratungsstelle:	21,59	2	ja ***
Zugang Arzt:	1,61	2	nein

Tabelle 2.3: Kinderzahl (in Klammern: %)

	Schwangerschaftsabbruch		Schwangere		Allgemein	Zugang Beratungsstelle		Zugang Arzt	
	Frauen-bera- gung 1986, S. 384 (n= 166)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 75 (n=584.147)	Frauen-bera- gung (n=234)	Statistisches Bundesamt 1986, S. 75 (n=584.147)		Frauen-bera- gung (n= 120)	Kurz- frage- bogen (n= 774)	Frauen-bera- gung (n= 205)	Kurz- frage- bogen (n= 3.353)
keine	107 (64,5)	39.795 (47,6)	109 (46,6)	257.706 (44,1)	12.030 (52,6)	74 (61,6)	93 (45,4)	1.466,9 (43,7)	
1	23 (13,9)	16.307 (19,6)	88 (37,6)	189.856 (32,5)	5.130 (22,4)	20 (16,7)	82 (40,0)	1.158,2 (34,5)	
2	26 (15,7)	17.415 (20,8)	27 (11,5)	58.752 (10,1)	3.882 (17,0)	20 (16,7)	22 (10,7)	505,2 (15,1)	
3 u. mehr	9 (5,4)	10.021 (12,0)	10 (4,3)	24.845 (4,3)	1.840 (8,0)	6 (5,0)	8 (3,9)	201,2 (6,0)	
<b>SUMME</b>	<b>165 (99,5)</b>	<b>83.538 (100)</b>	<b>234 (100)</b>	<b>531.159 (90,9)</b>	<b>22.882 (100)</b>	<b>120 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>3331,5 (99,3)</b>	

\* Familien

Signifikanz-Test (chi<sup>2</sup>):

	chi <sup>2</sup>	df	signifikant
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch Abbruch:	20,87	3	ja **
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch Schwangere:	0,54	3	nein
Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:	0,85	3	nein
Zugang Beratungsstelle:	21,67	3	ja ***
Zugang Arzt:	6,29	3	nein

Tabelle 2.4: Erwerbsstatus (in Klammern: %)

Schwangerschaftsabbruch	Schwangere		Allgemein	Zugang Beratungsstelle	Zugang Arzt
	Frauenbefragung	Statistisches Bundesamt 1986, S. 74			
Frauenbefragung Dunkelstudie Liebi (n = 109)	(n = 234)	(n = 584,147)	(n = 13.377,300)	(n = 120)	(n = 205)
erwerbstätig	117 (50,0)	307,628 (52,7)	6.933,000 (51,8)	42 (35,0)	105 (51,2)
Hausfrau	67 (28,6)			29 (24,2)	61 (29,6)
in Ausbildung	28 (11,9)	276,529 (47,3)**	5.680,528 (42,5)**	36 (30,0)	21 (10,2)
arbeitslos	20 (8,5)		763,772 (5,7)	13 (10,8)	16 (7,8)
SUMME	232 (99,0)	584,157 (100)	13.377,300 (100)	120 (100)	203 (98,8)

\* Frauen 15-45 Jahre (s.S.61,101,110)

\*\* nicht erwerbstätig

Signifikanz-Test (chi<sup>2</sup>):

Frauenbefragung Abbruch - Dunkelfeld Abbruch:

Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch Schwangere:

Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:

Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch allgemein:

Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch allgemein:

Zugang Beratungsstelle:

Zugang Arzt:

chi<sup>2</sup>

df

signifikant

ja\*\*\*

nein

ja\*\*

nein

ja\*

nein

ja\*

ja\*

ja\*

Tabelle 2.5: Staatsangehörigkeit (in Klammern: %)

Schw.- abbruch	Schwangere		Allgemein	Zugang		Zugang Arzt
	Frauenbe- fragung	Statistisches Bundesamt 1986, S. 73 (n= 584.147)		Perinatal- erhebung (n= 29.258)	Beratungs- stelle	
Deutsche Frauenbe- fragung (n= 166)	226 (96,6)	529.362 (90,6)	30.060.300 (94,1)	110 (91,7)	601,1 (78,6)	198 (96,6)
Ausländerin 10 (6,0)	8 (3,4)	54.795 (9,4)	1.874.100 (5,9)	10 (8,3)	172,9 (22,3)	7 (3,4)
SUMME	166 (100)	584.157 (100)	31.934.400 (100)	120 (100)	774 (100)	205 (100)

\* Ausländerinnen an der Gesamtzahl der Frauen

Signifikanz-Test (chi <sup>2</sup> ):	chi <sup>2</sup>	df	signifikant
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch Schwangere:	9,79	1	ja **
Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:	18,27	1	ja ***
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch allgemein:	0,07	1	nein
Zugang Beratungsstelle:	2,54	1	nein
Zugang Arzt:	16,06	1	ja ***
	32,22	1	ja ***

**Tabelle 2.6:** Vorhergehende Schwangerschaftsabbrüche (in Klammern: %)

	Schwangerschaftsabbruch		Schwangere	
	Frauen- befragung (n= 166)	Dunkelfeld- studie Liebl (n= 109)	Frauen- befragung (n= 234)	Perinatal- erhebung (n= 29.258)
frühere Abbrüche	37 (22,3)	10 (9,2)	53 (22,6)	1.179 (4,0)
keine früheren Abbrüche	129 (77,7)	99 (90,8)	181 (77,4)	27.745 (94,8)
SUMME	166 (100)	109 (100)	234 (100)	28.924 (98,8)

Signifikanz-Test ( $\chi^2$ )	$\chi^2$	df	signifikant
Frauenbefragung Abbruch - Dunkelfeld Abbruch:	7.94	1	ja **
Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:	208.13	1	ja ***

**Tabelle 2.7:** Schulbildung (in Klammern: %)

	Schwangerschaftsabbruch		Schwangere		Allgemein	
	Frauen- befragung (n= 166)	Dunkelfeld- studie Liebl (n= 109)	Frauen- befragung (n= 234)	Perinatal- erhebung (n= 29.258)	Statistisches Bundesamt 1986 (n=11.905.000)*	
keine	1 (0,6)	4 (3,9)	1 (0,4)	-	-	-
Hauptschule	25 (15,1)	39 (37,9)	62 (26,5)	11.577 (39,6)	7.506.000 (63,0)	
Realschule	39 (23,5)	30 (29,1)	79 (33,8)	6.174 (21,1)	2.962.000 (24,9)	
Gymnasium	101 (60,8)	30 (29,1)	89 (38,0)	2.550 (8,7)	1.437.000 (12,1)	
SUMME	166 (100)	103 (100)	231 (98,7)	20.301 (69,4)	11.905.000 (100)	

\* Frauen 15-45 Jahren mit beendeter Schule (s.S. 346)

Signifikanz-Test ( $\chi^2$ ):	$\chi^2$	df	signifikant
Frauenbefragung Abbruch - Dunkelfeld Abbruch:	30.75	2	ja ***
Frauenbefragung Schwangere - Perinatalerhebung:	162.80	2	ja ***
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch allgemein:	386.64	2	ja ***
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch allgemein:	188.92	2	ja ***

**Tabelle 2.8:** Konfession (in Klammern: %)

	Schwangerschaftsabbruch		Schwangere		Allgemein	
	Frauen- befragung  (n= 166)	Dunkelfeld- studie Liebl  (n= 109)	Frauen- befragung  (n= 234)	Statistisches Bundesamt 1986, S.74  (n = 584.147)	Statistisches Bundesamt 1986 S.364*  (n=7.400.800)	
evangelisch	70 (42,2)	47 (43,1)	127 (54,3)	231.840 (39,7)	3.894.100 (52,6)	
katholisch	52 (31,3)	39 (35,8)	78 (33,3)	270.746 (46,3)	3.089.100 (41,7)	
keine	41 (24,7)	14 (12,8)	20 (8,5)	43.226 (6,6)	189.200 (2,6)	
sonstige	1 (0,6)	2 (1,8)	7 (3,0)	38.345 (7,4)	228.400 (3,1)	
<b>SUMME</b>	<b>164 (98,8)</b>	<b>102 (93,5)</b>	<b>232 (99,1)</b>	<b>584.157 (100)</b>	<b>7.400.800 (100)</b>	

\* Frauen aus Hessen und Baden-Württemberg

Signifikanz-Test ( $\chi^2$ ):	$\chi^2$	df	signifikant
Frauenbefragung Abbruch - Dunkelfeld Abbruch:	3.76	2	<b>nein</b>
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch Schwangere:	22.26	3	ja ***
Frauenbefragung Abbruch - Stat. Jahrbuch allgemein:	122.91	3	ja ***
Frauenbefragung Schwangere - Stat. Jahrbuch allgemein:	18.64	3	ja ***

### Anhang 3: Einstellungsskala zur Mutterrolle

**Tabelle 3.1:** Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch (n= 166)

	stimme sehr zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne sehr ab		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Es ist wichtiger für eine Frau, auf eigenen Füßen zu stehen als sich an eine Familie zu binden.	43	25,9	64	38,6	36	21,7	14	8,4	9	5,4
2. Nur ein Kind gibt dem Leben einer Frau Ziel und Inhalt.	5	3,0	19	11,4	47	28,3	90	54,2	5	3,0
3. Auch eine Mutter sollte berufstätig bleiben; wenn sie sich nur ihrer Familie widmet, engt sie ihr Bewußtsein ein.	51	30,7	68	41,0	29	17,5	10	6,0	8	4,8
4. Ein Beruf kann eine Frau so ausfüllen, daß sie auf Kinder verzichten kann.	48	28,6	64	38,6	30	18,1	14	8,4	10	6,3
5. Für eine Mutter sollte ausschließlich die Familie im Mittelpunkt ihres Interesses stehen.	7	4,2	9	5,4	54	32,5	93	56,0	3	1,9
6. Berufstätigkeit und Mutterschaft lassen sich für eine Frau durchaus vereinbaren.	70	42,2	74	44,6	15	9,0	2	1,2	5	3,0

**Tabelle 3.2:** Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere (n= 51)

	stimme sehr zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne sehr ab		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Es ist wichtiger für eine Frau, auf eigenen Füßen zu stehen als sich an eine Familie zu binden.	11	21,6	13	25,5	20	39,2	7	13,7	-	-
2. Nur ein Kind gibt dem Leben einer Frau Ziel und Inhalt.	2	3,9	12	23,5	22	43,1	15	29,4	-	-
3. Auch eine Mutter sollte berufstätig bleiben; wenn sie sich nur ihrer Familie widmet, engt sie ihr Bewußtsein ein.	16	31,4	15	29,4	14	27,5	4	7,8	2	3,9
4. Ein Beruf kann eine Frau so ausfüllen, daß sie auf Kinder verzichten kann.	10	19,6	24	47,1	10	19,6	7	13,7	-	-
5. Für eine Mutter sollte ausschließlich die Familie im Mittelpunkt ihres Interesses stehen.	1	2,0	6	11,8	23	45,1	21	41,2	-	-
6. Berufstätigkeit und Mutterschaft lassen sich für eine Frau durchaus vereinbaren.	24	47,1	22	43,1	4	7,8	-	-	1	2,0

**Tabelle 3.3:** Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte  
(n = 183)

	stimme sehr zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne sehr ab		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Es ist wichtiger für eine Frau, auf eigenen Füßen zu stehen als sich an eine Familie zu binden.	11	6,0	37	20,7	90	49,2	30	16,4	15	7,7
2. Nur ein Kind gibt dem Leben einer Frau Ziel und Inhalt.	18	9,8	48	26,2	60	32,8	49	26,8	8	4,4
3. Auch eine Mutter sollte berufstätig bleiben; wenn sie sich nur ihrer Familie widmet, engt sie ihr Bewußtsein ein.	21	11,5	60	32,8	61	33,3	32	17,5	9	4,9
4. Ein Beruf kann eine Frau so ausfüllen, daß sie auf Kinder verzichten kann.	32	17,5	75	41,0	42	23,0	26	14,2	8	4,4
5. Für eine Mutter sollte ausschließlich die Familie im Mittelpunkt ihres Interesses stehen.	22	12,0	39	21,3	76	41,5	41	22,4	5	2,7
6. Berufstätigkeit und Mutterschaft lassen sich für eine Frau durchaus vereinbaren.	56	30,6	85	46,4	33	18,0	5	2,7	4	2,3

## Anhang 4: Skala Zukunftsorientierung

**Tabelle 4.1:** Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch (n= 166)

	stimme sehr zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne sehr ab		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ich finde, daß die Welt immer weniger lebenswert wird.	28	16,9	52	31,3	63	38,0	18	10,8	5	3,0
2. Weil alles vorbestimmt ist, hat das, was geschieht, seine Richtigkeit.	4	2,4	8	4,8	41	24,7	106	63,9	7	4,2
3. Wenn ich auf mich selbst vertraue, wird die Zukunft zu bewältigen sein.	59	35,5	86	51,8	15	9,0	1	0,6	5	3,0
4. Ich finde, daß wir schon auf dem richtigen Weg sind. Probleme, die durch den Fortschritt anfallen, müssen eben gemeistert werden.	10	6,0	55	33,1	56	33,7	38	22,9	7	4,2
5. Wenn ich an die Entwicklung unserer Gesellschaft denke, sehe ich nur noch schwarz.	26	15,7	61	36,7	53	31,9	23	13,9	3	1,8
6. Ich fühle mich ziemlich verunsichert, wenn ich an die Zeiten denke, die auf uns zukommen.	33	19,9	65	39,2	52	31,3	11	6,6	5	3,0
7. Über die Zukunft mache ich mir eigentlich wenig Gedanken.	9	5,4	20	12,0	45	27,1	88	53,0	4	2,4

**Tabelle 4.2:** Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere (n= 51)

	stimme sehr zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne sehr ab		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ich finde, daß die Welt immer weniger lebenswert wird.	8	15,7	18	35,3	21	41,2	3	5,9	1	2,0
2. Weil alles vorbestimmt ist, hat das, was geschieht, seine Richtigkeit.	1	2,0	14	27,5	13	25,5	22	43,1	1	2,0
3. Wenn ich auf mich selbst vertraue, wird die Zukunft zu bewältigen sein.	9	17,6	33	64,7	7	13,7	1	2,0	1	2,0
4. Ich finde, daß wir schon auf dem richtigen Weg sind. Probleme, die durch den Fortschritt anfallen, müssen eben gemeistert werden.	4	7,8	15	29,4	24	47,1	7	13,7	1	2,0
5. Wenn ich an die Entwicklung unserer Gesellschaft denke, sehe ich nur noch schwarz.	5	9,8	20	39,2	21	41,2	4	7,8	1	2,0
6. Ich fühle mich ziemlich verunsichert, wenn ich an die Zeiten denke, die auf uns zukommen.	9	17,6	27	52,9	11	21,6	2	3,9	2	3,9
7. Über die Zukunft mache ich mir eigentlich wenig Gedanken.	2	3,9	3	5,9	24	47,1	21	41,2	1	2,0

**Tabelle 4.3:** Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte  
(n = 183)

	stimme sehr zu		stimme eher zu		lehne eher ab		lehne sehr ab		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ich finde, daß die Welt immer weniger lebenswert wird.	8	4,4	40	21,9	99	54,1	27	14,8	9	4,9
2. Weil alles vorbestimmt ist, hat das, was geschieht, seine Richtigkeit.	7	3,8	33	18,0	63	34,4	74	40,4	6	3,3
3. Wenn ich auf mich selbst vertraue, wird die Zukunft zu bewältigen sein.	43	23,5	106	57,9	20	10,9	7	3,8	7	3,8
4. Ich finde, daß wir schon auf dem richtigen Weg sind. Probleme, die durch den Fortschritt anfallen, müssen eben gemeistert werden.	25	13,7	84	45,9	46	25,1	22	12,0	6	3,3
5. Wenn ich an die Entwicklung unserer Gesellschaft denke, sehe ich nur noch schwarz.	8	4,4	49	26,8	91	49,7	27	14,8	8	4,4
6. Ich fühle mich ziemlich verunsichert, wenn ich an die Zeiten denke, die auf uns zukommen.	17	9,3	67	36,6	74	40,4	19	10,4	6	3,3
7. Über die Zukunft mache ich mir eigentlich wenig Gedanken.	7	3,8	29	15,8	68	37,2	72	39,3	7	3,8

## Anhang 5: Einstellungsskala zum Schwangerschaftsabbruch

**Tabelle 5.1:** Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch (n= 166)

	sehr dafür		eher dafür		eher dagegen		sehr dagegen		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen.	136	81,9	21	12,7	5	3,0	2	1,2	2	1,2
2. Der Embryo ist Teil des Körpers der Frau, deshalb sollte jede Frau über ihren Körper selbst bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.	127	76,5	24	14,5	7	4,2	5	3,0	3	1,8
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	11	6,6	12	7,2	57	34,3	82	49,4	4	2,4
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	5	3,0	6	3,6	33	19,9	119	71,7	3	1,8
5. Objektive Beurteiler wie z. B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	13	7,8	26	15,7	41	24,7	84	50,6	2	1,2
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.	6	3,6	8	4,8	53	31,9	94	56,6	5	3,0
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.	98	59,0	48	28,9	14	8,4	3	1,8	3	1,8
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abrechnen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.	14	8,4	27	16,3	46	27,7	75	45,2	4	2,4
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.	38	22,9	39	23,5	21	12,7	60	36,1	8	4,8
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich dafür Verständnis.	68	41,0	35	21,1	17	10,2	33	19,8	13	7,8

**Tabelle 5.2:** Untersuchungsgruppe Konfliktschwangere (n= 51)

Item	sehr dafür		eher dafür		eher dagegen		sehr dagegen		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen.	28	54,9	16	31,4	6	11,8	-	-	1	2,0
2. Der Embryo ist Teil des Körpers der Frau, deshalb sollte jede Frau über ihren Körper selbst bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.	33	64,7	7	13,7	9	17,6	1	2,0	1	2,0
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	6	11,8	13	25,3	12	23,5	19	37,3	1	2,0
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	2	3,9	10	19,6	17	33,3	21	41,2	1	2,0
5. Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	6	11,8	16	31,4	11	21,6	18	35,3	-	-
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.	2	3,9	11	21,6	19	37,3	18	35,3	1	2,0
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.	27	52,9	11	21,6	8	15,7	5	9,8	-	-
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.	9	17,6	5	9,8	23	45,1	13	25,5	1	2,0
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.	13	25,5	20	39,2	9	17,6	8	15,7	1	2,0
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich dafür Verständnis.	19	37,3	15	29,4	9	17,6	6	11,8	2	3,9

**Tabelle 5.3:** Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte  
(n = 183)

	sehr dafür		eher dafür		eher dagegen		sehr dagegen		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte in den ersten drei Monaten im Ermessen der Frau liegen.	57	31,1	57	31,1	29	15,8	37	20,2	3	1,6
2. Der Embryo ist Teil des Körpers der Frau, deshalb sollte jede Frau über ihren Körper selbst bestimmen können. Kirche und Staat sollten da keine Vorschriften machen.	61	33,3	55	30,1	35	19,1	27	14,8	5	2,7
3. Ein Schwangerschaftsabbruch sollte vom Gesetzgeber nur in bestimmten Fällen gestattet werden, denn ungeborenes Leben sollte prinzipiell geschützt werden.	53	29,0	45	24,6	44	24,0	37	20,2	4	2,2
4. Schwangerschaftsabbruch ist für mich Tötung, die durch nichts zu verantworten ist.	38	20,8	29	15,8	52	28,4	57	31,1	7	3,9
5. Objektive Beurteiler wie z.B. Ärzte sollten feststellen, ob und wann ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist.	52	28,4	57	31,1	31	16,9	38	20,8	5	2,7
6. Der Mensch soll nicht das Recht haben, Leben im Mutterleib zu töten.	41	22,4	35	19,1	53	29,0	48	26,2	6	3,3
7. Die Lebensplanung der Frau steht im Vordergrund. Sie allein soll entscheiden, ob sie eine Schwangerschaft austragen möchte.	56	30,6	59	32,2	38	20,8	26	14,2	4	2,2
8. Gegen den Willen des Mannes soll eine Frau keine Schwangerschaft abbrechen. Der Mann muß da auf jeden Fall mitreden.	50	27,3	55	30,1	51	27,9	19	10,4	8	4,4
9. Schwangerschaftsabbruch ist Tötung, kann aber als Notlösung gerechtfertigt sein.	51	27,9	77	42,1	23	12,6	26	14,2	6	3,3
10. Schwangerschaftsabbruch ist zwar Tötung, aber wenn eine Frau dies mit ihrem Gewissen vereinbaren kann, habe ich dafür Verständnis.	42	23,0	61	33,3	45	24,6	30	16,4	5	2,7

## Anhang 6: Antizipation von Veränderungen durch die Schwangerschaft

Tabelle 6.1: Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch (n = 166)

	starke Verbesserung		leichte Verbesserung		Summe Verbesserung		keine Veränderung		leichte Verschlechterung		starke Verschlechterung		Summe Verschlechterung		nicht einschätzbar bzw. keine Antwort	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.* Beruf	-	-	1	0,6			14	8,4	7	4,2	35	21,1			6	3,6
beruflicher Wiedereinstieg	-	-	1	0,6			4	2,4	6	3,6	16	9,6			5	3,0**
Ausbildung	-	-	-	-	2	1,2	6	3,6	9	5,4	47	28,3	120	72,2	4	2,4
2. finanzieller Bereich	3	1,8	8	4,8	11	6,6	29	17,5	33	19,9	78	47,0	111	66,9	15	9,0
3.* (alleine)Wohnen	4	2,4	4	2,4			10	6,0	1	0,6	6	3,6			5	3,0
Familie	2	1,2	1	0,6			13	7,8	21	12,7	27	16,3			10	6,0
Eltern/Wohngemeinschaft	3	1,8	4	2,4	18	10,8	5	3,0	15	9,0	19	11,4	89	53,6	16	9,6
4. Partnerbeziehung	2	1,2	6	3,6	8	4,8	32	19,3	22	13,3	45	27,1	67	40,4	59	35,6
5. Beziehung zu nahe- stehenden Personen	-	-	7	4,2	7	4,2	69	41,6	31	18,7	28	16,9	59	35,6	31	18,6
6. Gesundheit	2	1,2	5	3,0	7	4,2	88	53,0	12	7,2	21	12,7	33	19,9	38	22,9
7. sonstige Lebensbereiche***	3	1,8	3	1,8	6	3,6	28	16,9	25	15,1	58	34,9	83	50,0	49	29,5

\* Fragestellung abhängig vom Status der Probandin

\*\* + 3,0% ohne Wunsch nach Erwerbstätigkeit

\*\*\* überwiegende Nennung: Freizeitbereich

Tabelle 6.2: Untersuchungsgruppe Konfliktschwangerschaft (n= 51)

	starke Verbesserung		leichte Verbesserung		Summe Verbesserung		keine Veränderung		leichte Verschlechterung		starke Verschlechterung		Summe Verschlechterung		nicht einschätzbar bzw. keine Antwort	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.* Beruf	1	2,0	1	2,0			5	9,8	7	13,7	2	3,9			4	7,9
beruflicher Wiedereinstieg	-	-	-	-			4	7,8	2	3,9	3	5,9			4	7,9**
Ausbildung	-	-	-	-	2	4,0	4	7,8	5	9,8	1	2,0	20	39,2	2	3,9
2. finanzieller Bereich	1	2,0	3	5,9	4	7,9	13	25,5	20	39,2	12	23,5	32	62,7	2	3,9
3.* (alleine) Wohnen	2	3,9	-	-			4	7,8	1	2,0	-	-			1	2,0
Familie	1	2,0	7	13,7			11	21,6	7	13,7	-	-			10	19,6
Eltern/Wohngemeinschaft	1	2,0	1	2,0	12	23,6	1	2,0	-	-	-	-	8	15,7	4	7,9
4. Partnerbeziehung	5	9,8	9	17,6	14	27,4	11	21,6	5	9,8	3	5,9	8	15,7	18	35,3
5. Beziehung zu nahestehenden Personen	1	2,0	7	13,7	8	15,7	24	47,1	9	17,6	-	-	9	17,6	10	19,6
6. Gesundheit	2	3,9	1	2,0	3	5,9	28	54,9	7	13,7	5	9,8	12	23,5	8	15,7
7. sonstige Lebensbereiche**	3	5,9	1	2,0	4	7,9	11	21,6	13	25,5	5	9,8	18	35,3	18	35,3

\* Fragestellung abhängig vom Status der Probandin

\*\* + 11,8% ohne Wunsch nach Erwerbstätigkeit

\*\*\* überwiegende Nennung: Freizeitbereich

Tabelle 6.3: Untersuchungsgruppe Schwangere ohne Entscheidungskonflikte (n= 183)

	starke Verbesserung		leichte Verbesserung		Summe Verbesserung		keine Veränderung		leichte Verschlechterung		starke Verschlechterung		Summe Verschlechterung		nicht einschätzbar bzw. keine Antwort	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.* Beruf	6	3,3	19	10,4			31	16,9	11	6,0	9	4,9			21	11,5
beruflicher Wiedereinstieg	1	0,5	1	0,5			15	8,2	13	7,1	10	5,5			5	2,7**
Ausbildung	-	-	1	0,5	28	15,2	1	0,5	10	5,5	2	1,1	55	30,1	2	1,0
2. finanzieller Bereich	3	1,6	13	7,1	16	8,7	60	32,8	76	41,5	23	12,6	99	54,1	8	4,4
3.* (alleine)Wohnen	3	1,6	-	-			1	0,5	-	-	-	-			3	1,6
Familie	12	6,6	23	12,6	42	22,9	60	32,8	24	13,1	-	-			45	24,5
Eltern/Wohngemeinschaft	1	0,5	3	1,6			1	0,5	4	2,2	-	-	28	15,3	4	2,1
4. Partnerbeziehung	21	11,5	38	20,8	59	32,3	80	43,7	8	4,4	2	1,1	10	5,5	34	18,6
5. Beziehung zu nahestehenden Personen	6	3,3	18	9,8	24	13,1	116	63,4	18	9,8	1	0,5	19	10,3	24	13,1
6. Gesundheit	3	1,6	11	6,0	14	7,6	122	66,7	20	10,9	2	1,1	22	12,0	25	13,7
7. sonstige Lebensbereiche***	5	2,7	6	3,3	11	6,0	88	48,1	46	25,1	2	1,1	48	26,2	36	19,6

\* Fragestellung abhängig vom Status der Probandin

\*\* +13,7% ohne Wunsch nach Erwerbstätigkeit

\*\*\* überwiegende Nennung: Freizeitbereich

## Anhang 7: Gründe und Bedenken bezüglich der Entscheidung

**Tabelle 7.1:** Untersuchungsgruppe Schwangerschaftsabbruch (n = 166)

	sehr wichtig		eher wichtig		eher unwichtig		unwichtig und trifft nicht zu		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ich sah mich finanziell nicht in der Lage, das Kind zu bekommen.	46	27,7	39	23,5	21	12,7	57	34,3	3	1,8
2. Es wurden mir keine finanziellen Hilfen angeboten, durch die es für mich möglich wurde, das Kind zu bekommen.	15	9,0	13	7,8	13	7,8	120	72,3	5	3,0
3. Das Leben in meiner Familie (Wohngemeinschaft) hätte keine guten Voraussetzungen für ein Kind geboten.	57	34,3	24	14,5	12	7,2	70	42,2	3	1,8
4. Ich konnte die Mutterschaft nicht mit meinen beruflichen Plänen in Einklang bringen.	66	39,8	33	19,9	9	5,4	55	33,1	3	1,8
5. Ich befürchtete, daß das Kind meine berufliche Existenz gefährden könnte.	45	27,1	28	16,9	16	9,6	74	44,6	3	1,8
6. Ich bekam keine Unterstützung von mir nahestehenden Personen (Eltern, Freunde) zum Austragen der Schwangerschaft.	17	10,2	13	7,8	9	5,4	118	71,1	9	5,4
7. Ich befürchtete, daß meine Partnerbeziehung für ein Kind nicht tragfähig genug wäre.	79	47,6	23	13,9	9	5,4	55	33,1	-	-
8. Ich hatte Angst, daß der Schwangerschaftsabbruch meine Partnerbeziehung belasten würde.	23	13,9	16	9,6	9	5,4	118	71,1	-	-
9. Mein Partner sprach sich für den Abbruch der Schwangerschaft aus.	44	26,5	28	16,9	9	5,4	79	47,6	6	3,6
10. Mein Partner wollte das Kind.	7	4,2	6	3,6	8	4,8	136	81,9	9	5,4

	sehr wichtig		eher wichtig		eher unwichtig		unwichtig und trifft nicht zu		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11. Ich fühlte mich nicht im richtigen Alter für ein Kind.	32	19,3	6	3,6	5	3,0	119	71,7	4	2,4
12. Mit einem Kind schien mir eine persönliche Weiterentwicklung nicht mehr möglich.	41	24,7	23	13,9	9	5,4	91	54,8	2	1,2
13. Ich möchte unabhängig bleiben.	46	27,7	23	13,9	8	4,8	86	51,8	3	1,8
14. Ein Kind gehört nicht zu meinen Vorstellungen über meine weitere Zukunft.	25	15,1	10	6,0	7	4,2	119	71,7	5	3,0
15. Ich fühlte mich nicht stabil genug, um die möglichen Probleme und Schwierigkeiten mit einem Kind bewältigen zu können.	64	38,6	27	16,3	7	4,2	64	38,5	4	2,4
16. Das Austragen der Schwangerschaft wäre für mich seelisch belastender gewesen als der Abbruch.	61	36,7	36	21,7	8	4,8	56	33,7	5	3,0
17. Es gab gesundheitliche Bedenken gegen diese Schwangerschaft.	23	13,9	5	3,0	5	3,0	132	79,5	1	0,6
18. Ich befürchtete, daß das Kind behindert zur Welt kommen könnte.	22	13,3	7	4,2	4	2,4	130	78,3	3	1,8
19. Ich hatte Angst, daß mich der Schwangerschaftsabbruch seelisch belasten könnte.	28	16,9	28	16,9	25	15,1	82	49,4	3	1,8
20. Ich hatte Angst, daß mich die Schwangerschaft seelisch belasten könnte.	42	25,3	36	21,7	10	6,0	68	41,0	10	6,0
21. Ich hatte Angst vor dem körperlichen Eingriff und möglichen gesundheitlichen Komplikationen bei dem Schwangerschaftsabbruch.	26	15,7	23	13,9	29	17,5	84	50,6	4	2,4

	sehr wichtig		eher wichtig		eher unwichtig		unwichtig und trifft nicht zu		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
22. Ich fürchtete, mich wegen des Abbruchs strafbar zu machen.	-	-	2	1,2	1	0,6	162	97,6	1	0,6
23. Ich hatte Angst vor dem Weg zu den Ärzten und Beratungsstellen, die mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs befaßt sind.	8	4,8	21	12,7	21	12,7	114	68,6	2	1,2
24. Ich hatte Angst, wegen des Schwangerschaftsabbruchs von den Leuten schlecht angesehen zu werden.	3	1,8	13	7,8	15	9,0	133	80,1	2	1,2
25. Ich hatte Bedenken, dem Kind die unsichere Zukunft zu zumuten.	59	35,5	31	18,7	8	4,8	65	39,1	3	1,8
26. Ich war mir unsicher, ob ich es moralisch vertreten kann, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.	13	7,8	20	12,0	13	7,8	120	72,3	-	-
27. Meine Kirche lehnt Schwangerschaftsabbruch ab, deshalb hatte ich Bedenken.	-	-	1	0,6	3	1,8	159	95,8	3	1,8

**Tabelle 7.2:** Untersuchungsgruppe Konfliktschwangerschaft (n = 51)

	sehr wichtig		eher wichtig		eher unwichtig		unwichtig und trifft nicht zu		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ich sah mich finanziell in der Lage, das Kind zu bekommen.	13	25,5	4	7,8	7	13,7	18	35,3	9	17,6
2. Es wurden mir finanzielle Hilfen angeboten, durch die es für mich möglich wurde, das Kind zu bekommen.	9	17,6	6	11,8	1	2,0	27	52,9	8	15,7
3. Das Leben in meiner Familie (Wohngemeinschaft) bietet gute Voraussetzungen für ein Kind.	13	25,5	9	17,6	-	-	21	41,2	8	15,7
4. Ich kann die Mutterschaft mit meinen beruflichen Plänen in Einklang bringen.	6	11,8	10	19,6	3	5,9	22	43,1	10	19,6
5. Ich befürchtete, daß das Kind meine berufliche Existenz gefährden könnte.	7	13,7	5	9,8	4	7,8	27	52,9	8	15,7
6. Ich bekam Unterstützung von mir nahestehenden Personen (Eltern, Freunde) zum Austragen der Schwangerschaft.	8	15,7	5	9,8	3	5,9	25	49,0	10	19,6
7. Meine Partnerschaft wird durch das Kind bereichert.	9	17,6	10	19,6	3	5,9	17	33,3	12	23,5
8. Ich hatte Angst, daß ein Schwangerschaftsabbruch meine Partnerbeziehung belasten würde.	7	13,7	3	5,9	2	3,9	29	56,9	10	19,6
9. Mein Partner sprach sich für den Abbruch der Schwangerschaft aus.	3	5,9	1	2,0	7	13,7	32	62,7	8	15,7
10. Mein Partner wollte das Kind.	13	25,5	9	17,6	1	2,0	16	31,4	12	23,5

	sehr wichtig		eher wichtig		eher unwichtig		unwichtig und trifft nicht zu		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11. Ich fühlte mich im richtigen Alter für ein Kind.	4	7,8	15	29,4	12	23,5	8	15,7	12	23,5
12. Mit einem Kind scheint mir eine persönliche Weiterentwicklung gut möglich.	6	11,8	10	19,6	6	11,8	17	33,4	12	23,5
13. Ich sehe das Kind als Bereicherung meines Lebens an.	10	19,6	20	39,2	4	7,8	5	9,8	12	23,5
14. Ein Kind gehört zu den Vorstellungen über meine weitere Zukunft.	9	17,6	13	25,5	3	5,9	15	29,4	11	21,6
15. Ich fühle mich stabil genug, um die möglichen Probleme und Schwierigkeiten mit einem Kind bewältigen zu können.	11	21,6	18	35,3	2	3,9	11	21,6	9	17,6
16. Der Abbruch der Schwangerschaft wäre für mich seelisch belastender gewesen als das Austragen.	22	43,1	8	15,7	2	3,9	8	15,7	11	21,6
17. Es gab gesundheitliche Bedenken gegen diese Schwangerschaft.	5	9,8	3	5,9	1	2,0	34	66,7	8	15,7
18. Ich befürchtete, daß das Kind behindert zur Welt kommen könnte.	1	2,0	5	9,8	-	-	35	68,6	10	19,6
19. Ich hatte Angst, daß mich ein Schwangerschaftsabbruch seelisch belasten könnte.	23	45,1	6	11,8	2	3,9	8	15,7	12	23,5
20. Ich hatte Angst, daß mich die Schwangerschaft seelisch belasten könnte.	6	11,8	6	11,8	6	11,8	25	49,0	8	15,7
21. Ich hatte Angst vor dem körperlichen Eingriff und möglichen gesundheitlichen Komplikationen bei dem Schwangerschaftsabbruch.	7	13,7	7	13,7	2	3,9	25	49,0	10	19,6

	sehr wichtig		eher wichtig		eher unwichtig		unwichtig und trifft nicht zu		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
22. Ich fürchtete, mich wegen des Abbruchs strafbar zu machen.	-	-	-	-	1	2,0	42	82,4	8	15,7
23. Ich hatte Angst vor dem Weg zu den Ärzten und Beratungsstellen, die mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs befaßt sind.	-	-	1	2,0	4	7,8	38	74,5	8	15,7
24. Ich hatte Angst, wegen des Schwangerschaftsabbruchs von den Leuten schlecht angesehen zu werden.	1	2,0	2	3,9	1	2,0	38	74,5	9	17,6
25. Ich hatte Bedenken, dem Kind die unsichere Zukunft zu zumuten.	5	9,8	9	17,6	2	3,9	27	52,9	8	15,7
26. Ich war mir unsicher, ob ich es moralisch vertreten kann, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.	6	11,8	6	11,8	1	2,0	30	58,8	8	15,7
27. Meine Kirche lehnt Schwangerschaftsabbruch ab, deshalb hatte ich Bedenken.	1	2,0	-	-	1	2,0	41	80,4	8	15,7
28. Ich fand keinen Arzt, der mir eine Indikation geschrieben hätte.	1	2,0	1	2,0	-	-	41	80,4	8	15,7
29. Ich trage die Schwangerschaft aus, weil die Frist zum Abbruch überschritten war.	-	-	1	2,0	-	-	41	80,4	9	17,6
30. Ich fand keine Klinik, die den Abbruch durchgeführt hätte.	-	-	-	-	-	-	43	84,3	8	15,7
31. Ich wollte das Kind ursprünglich zur Adoption freigeben.	-	-	1	2,0	-	-	41	80,4	9	17,6
32. Die Beratung war wichtig für die Entscheidung.	10	19,6	6	11,8	6	11,8	28	54,9	1	2,0
33. Das Gespräch mit dem Arzt war wichtig für die Entscheidung.	9	17,6	8	15,7	7	13,7	25	49,0	2	3,9

# Kriminologische Forschungsberichte 1987 / 88

aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales  
Strafrecht, Freiburg i.Br. Herausgegeben von Prof. Dr. Günther Kaiser

---

## *Band 27*

Rüdiger Ortman:

### **Resozialisierung im Strafvollzug.**

Theoretischer Bezugsrahmen und empirische Ergebnisse einer  
Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen.  
Freiburg 1987, 485 Seiten. ISBN 3-922498-30-2

DM 19,-

## *Band 28*

Soumyo D. Moitra:

### **Crimes and Punishments.**

A Comparative Study of Temporal Variations.

Freiburg 1987, 222 Seiten. ISBN 3-922498-31-0

DM 19,-

## *Band 29*

Frieder Dünkel:

### **Die Herausforderung der geburtenschwachen Jahrgänge.**

Aspekte der Kosten-Nutzen-Analyse in der Kriminalpolitik.

Freiburg 1987, 104 Seiten. ISBN 3-922498-32-9

DM 19,-

## *Band 30*

Efstathia Lambropoulou:

### **Erlebnisbiographie und Aufenthalt im Jugendstrafvollzug.**

Freiburg 1987, 320 Seiten. ISBN 3-922498-33-7

DM 19,-

## *Band 31*

Anton Rosner:

### **Alkohol am Steuer, Fahrerlaubnisentziehung und Nachschulung.**

Eine empirische Untersuchung zu den Nachschulungskursen für  
erstmalig alkoholauffällige Kraftfahrer in Baden-Württemberg.

Freiburg 1988, 281 Seiten. ISBN 3-922498-34-5

DM 19,-

*Band 32*

Volker Meinberg, Wolfgang Link:

**Umweltstrafrecht in der Praxis.**

Falldokumentation zur Erledigung von Umweltstrafverfahren.

Freiburg 1988, 152 Seiten. ISBN 3-922498-35-3

DM 19,-

*Band 33*

Günther Kaiser, Helmut Kury, Hans-Jörg Albrecht (Hrsg.):

**Criminological Research in the 80's and Beyond.**

Reports from the Federal Republic of Germany,  
German Democratic Republic, Austria, Switzerland.

Freiburg 1988, 106 Seiten. ISBN 3-922498-36-1

DM 19,-

*Band 34*

Günther Kaiser, Helmut Kury, Hans-Jörg Albrecht (Hrsg.):

**Kriminologische Forschung in den 80er Jahren.**

Forschungsberichte aus der Bundesrepublik Deutschland, der  
Deutschen Demokratischen Republik, Österreich und der Schweiz.

Freiburg 1988, 450 Seiten. ISBN 3-922898-37-x

DM19,-

*Band 35/1*

Günther Kaiser, Helmut Kury, Hans-Jörg Albrecht (Hrsg.):

**Kriminologische Forschung in den 80er Jahren.**

Projektberichte aus der Bundesrepublik Deutschland.

Freiburg 1988, 509 Seiten. ISBN 3-922498-38-8

DM19,-

*Band 35/2*

Günther Kaiser, Helmut Kury, Hans-Jörg Albrecht (Hrsg.):

**Kriminologische Forschung in den 80er Jahren.**

Projektberichte aus der Bundesrepublik Deutschland.

Freiburg 1988, 800 Seiten. ISBN 3-922498-39-6

DM 19,-

*Band 36*

Günther Kaiser, Isolde Geissler (Hrsg.):

**Crime and Criminal Justice.**

Criminological Research in the 2nd Decade at the  
Max Planck Institute in Freiburg.

Freiburg 1988, 350 Seiten. ISBN 3-922498-40-x

DM 19,-

*Band 37*

Franz Pallin, Hans-Jörg Albrecht, János Fehérváry:

**Strafe und Strafzumessung bei schwerer Kriminalität  
in Österreich**

Freiburg 1989, 403 Seiten. ISBN 3-922498-41-8

*Band 38*

Brigitte Holzhauser:

**Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.**

Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der  
Entscheidungsfindung betroffener Frauen.

Freiburg 1989, 436 Seiten. ISBN 3-922498-43-4

**Sonderband**

Heinz-Müller Dietz (Hrsg.):

**Festschrift - oder nicht?**

25 Jahre Kolloquien der Südwestdeutschen Krimino-  
logischen Institute.

Freiburg 1989, 162 Seiten, ISBN 3-922498-42-6

DM 19,-

*In Vorbereitung:*

Monika Häußler-Sczepan:

**Arzt und Schwangerschaftsabbruch.**

Eine empirische Untersuchung zur Implementation des  
reformierten § 218 StGB.

Freiburg 1989

Karlhans Liebl:

**Ermittlungsverfahren, Strafverfolgungs- und Sanktionspraxis  
beim Schwangerschaftsabbruch.**

Materialien zur Implementation des reformierten § 218 StGB.

Freiburg 1989

Hans-Jörg Albrecht, Anton van Kalmthout (Hrsg.):

**Drug Policies in Western Europe.**

Freiburg 1989

---

*Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i.Br.*

*Herausgegeben von Professor Dr. Albin Eser, M.C.J.*

---

- Band S 1 **Günter Heine/Jakob Locher**  
**JUGENDSTRAFRECHTSPFLEGE IN DER SCHWEIZ**  
Eine Untersuchung des Sanktionensystems mit  
Dokumentation  
Freiburg 1985, 404 Seiten DM 19,-
- Band S 2 **Albin Eser/Barbara Huber (Hrsg.)**  
**STRAFRECHTSENTWICKLUNG IN EUROPA \* I \***  
Landesberichte 1982/1984 über Gesetzgebung,  
Rechtsprechung und Literatur  
Freiburg 1985, 917 Seiten DM 28,-
- Band S 3 **Dieter Weingärtner**  
**DEMONSTRATION UND STRAFRECHT**  
Eine rechtsvergleichende Untersuchung zum  
deutschen, französischen, niederländischen  
und schweizerischen Recht  
Freiburg 1986, 357 Seiten DM 19,-
- Band S 4 **Albin Eser/Jürgen Meyer (Hrsg.)**  
**ÖFFENTLICHE VORVERURTEILUNG UND  
FAIRES STRAFVERFAHREN**  
Eine rechtsvergleichende Untersuchung im Auftrag  
des Bundesministers der Justiz  
Freiburg 1986, 367 Seiten DM 19,-
- Band S 5 **Jürgen Meyer (Hrsg.)**  
**BETÄUBUNGSMITTELSTRAFRECHT IN WESTEUROPA**  
- with an English comparative analysis -  
Eine rechtsvergleichende Untersuchung im Auftrag  
des Bundeskriminalamts  
Freiburg 1987, 835 Seiten DM 28,-
- Band S 6 **Albin Eser/Karin Cornils (Hrsg.)**  
**NEUERE TENDENZEN DER KRIMINALPOLITIK**  
Beiträge zu einem deutsch-skandinavischen  
Strafrechtsskolloquium  
Freiburg 1987, 255 Seiten DM 19,-
- 

**EIGENVERLAG**

**Max-Planck-Institut für ausländisches und inter-  
nationales Strafrecht Freiburg**

---

*Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i.Br.*

*Herausgegeben von Professor Dr. Albin Eser, M.C.J.*

---

- Band S 7 **Albin Eser/George P. Fletcher (Hrsg.)**  
**RECHTFERTIGUNG UND ENTSCULDIGUNG**  
**JUSTIFICATION AND EXCUSE**  
Teilbd. I Freiburg 1987, 785 Seiten  
Teilbd. II Freiburg 1988, 895 Seiten DM 56,-
- Band S 8 **Barbara Paetow**  
**VERGEWALTIGUNG IN DER EHE**  
Eine strafrechtsvergleichende Untersuchung unter  
besonderer Berücksichtigung des Rechts der  
Vereinigten Staaten von Amerika  
Freiburg 1987, 256 Seiten DM 19,-
- Band S 9 **Otto Lagodny**  
**DIE RECHTSSTELLUNG DES AUSZULIEFERNDEN**  
**IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**  
Freiburg 1987, 376 Seiten DM 19,-
- Band S 10 **Karl-Friedrich Nagel**  
**BEWEISAUFNABME IM AUSLAND**  
Rechtsgrundlagen und Praxis der internationalen  
Rechtshilfe für deutsche Strafverfahren  
Freiburg 1988, 341 Seiten DM 19,-
- Band S 11 **Ou-Chan Choi**  
**NOTWEHR UND "GESELLSCHAFTLICHE SITTEN"**  
Ein deutsch-koreanischer Vergleich zu soziaethischen  
Implikationen von Rechtfertigungsgründen  
Freiburg 1988, 186 Seiten DM 19,-
- Band S 12 **Albin Eser/Barbara Huber (Hrsg.)**  
**STRAFRECHTSENTWICKLUNG IN EUROPA \* II \***  
Landesberichte 1984/1986 über Gesetzgebung,  
Rechtsprechung und Literatur  
zwei Teilbände  
Freiburg 1988, 1802 Seiten DM 56,-
-

---

*Beiträge und Materialien aus dem Max-Planck-Institut  
für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i.Br.*

*Herausgegeben von Professor Dr. Albin Eser, M.C.J.*

---

- Band S 13 **Steven Less**  
**DIE UNTERBRINGUNG VON GEISTESKRANKEN**  
Eine rechtsvergleichende Kritik der Zwangs-  
einweisung in den USA und der Bundesrepublik  
Deutschland  
Freiburg 1989, 295 Seiten DM 19,-
- Band S 14 **Johannes Klages**  
**MEERESUMWELTSCHUTZ UND STRAFRECHT**  
Zur Ausdehnung deutscher Strafgewalt auf den  
Festlandsockel  
Freiburg 1989, 263 Seiten DM 19,-

*In Vorbereitung sind folgende Titel*

- Band S 15 **Albin Eser/Otto Lagodny (Hrsg.)**  
**INTERNATIONALE RECHTSHILFE IN STRAFSACHEN**  
Gerichtsentscheidungen der Bundesrepublik  
Deutschland 1949-1988
- Band S 17 **Jörg Martin**  
**STRAFBARKEIT GRENZÜBERSCHREITENDER UMWELT-  
BEEINTRÄCHTIGUNGEN**  
Zugleich ein Beitrag zur Gefährdungsdogmatik und  
zum Umweltvölkerrecht