

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

**Editorial: Stellungnahme der ÖGGG zum medizinisch
induzierten Spätabbruch**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2019; 37 (2)
(Ausgabe für Österreich), 4-6*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig





Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Postadresse & Kontakt

Stephanie Leutgeb | OEGGG-Sekretariat
1090 Wien, Billrothhaus – Frankgasse 8

Tel: +43 |0|664 3535 140
e-mail: oeggg@oeggg.at
web: www.oeggg.at

Frau
Mag.Dr. Juliane Bogner-Strauß
Bundesministerin für Frauen, Familien und Jugend
Bundeskanzleramt Österreich
1020 Wien, Untere Donaustraße 13-15
post@bka.gv.at

Frau
Mag. Beate Hartinger-Klein
Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz
1010 Wien, Stubenring 1
post@sozialministerium.at

Herrn
Norbert Hofer
Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie
1030 Wien, Radetzkystraße 2
norbert.hofer@bmvit.gv.at

Herrn
Dr. Josef Moser
Bundesminister für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
1070 Wien, Museumstraße 7
josef.moser@bmvrdj.gv.at

Wien, 13.03.2019

Sehr geehrte Ministerin Frau Doktor Bogner-Strauß!
Sehr geehrte Ministerin Frau Magister Hartinger-Klein!
Sehr geehrter Minister Herr Doktor Moser!
Sehr geehrter Minister Herr Hofer!

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft OEGGG Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erlaubt sich Ihnen zu Ihrer weiteren Verwendung folgende Stellungnahme zum medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch zu übermitteln.

Der §97 StGB Abs. 2 regelt den Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren oder einer ersten Gefahr, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde.

Die derzeitige Regelung aus §97 Strafgesetzbuch ist ein sehr guter Kompromiss zwischen der Tatsache, dass ein Schwangerschaftsabbruch zweifelsohne ein *Unrecht* darstellt, ein Verbot (historisch belegt) undurchsetzbar ist und dieses Unrecht gegen das „Unglück“ bei Austragen einer Schwangerschaft abgewogen werden muss.

Die Tatsache, dass ein Schwangerschaftsabbruch nicht erlaubt, sondern verboten, aber unter den im §97 (2) genannten Umständen straffrei gestellt ist, bringt diesen Kompromiss gut zum Ausdruck.

Präsidentin
Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
praesident@oeggg.at

1. Schriftführerin
Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14
schriftfuehrer@oeggg.at

Die Handhabung des §97 Abs. 2 (medizinische Indikation) wird in Österreich seit Beginn dieses Jahrtausends auf der Basis eines Konsensus-Statements „Spätabbruch“ – beigefügt – durchgeführt und wird somit wesentlich eingeschränkter gehandhabt als es der Gesetzestext zulassen würde.

Die Eckpunkte dieser Vorgangsweise sind:

- immer **nur auf Wunsch der Frau** (daher wird hier keine „Eugenik“ betrieben, sondern der Schwangerschaftsabbruch wird auf der Basis der Autonomie einer umfassend informierten Schwangeren durchgeführt)
- nach interdisziplinärer Abklärung und Beratung (Entscheidungsfindung im weitgehenden Konsens – nicht einstimmig!)
- unter psychologischer Betreuung die möglichen Optionen der Weiterführung der Schwangerschaft oder des medizinisch indizierten Spätabbruchs ergebnisoffen besprochen
- mit einem ausreichenden Zeitabstand zwischen Diagnose und Entscheidung
- unter Abwägung der Vorstellung, dass die Autonomie der Schwangeren im Zuge der Schwangerschaft abnimmt und das Lebensrecht des Kindes in dieser Zeit zunimmt (was vom Gesetz her nicht vorgesehen wäre)
- Durchführung weitgehend nur in spezialisierten Zentren mit entsprechender Erfahrung (auch in der Betreuung)
- Es ist zwingend notwendig nach der Geburt des Kindes eine pathologisch-anatomische und histologische Aufarbeitung durchzuführen.
- Die derzeitige gesetzliche Regelung und ihre praktische Durchführung verfolgen keinerlei „eugenische“ Ziele in dem Sinn, dass die Zahl gewisser Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung reduziert und dieses Ziel mit Zwangsmitteln erreicht werden soll. Wahr ist vielmehr, dass nach ausführlicher Pränataldiagnostik und Bewertung des Schweregrades der fetalen Erkrankung die Schwangere individuell informiert und non-direktiv beraten wird. Ein eventueller Schwangerschaftsabbruch wird nur nach schriftlicher, informierter Zustimmung und Entscheidung der Patientin durchgeführt und dient ausschließlich einer individuellen Konfliktlösung.

Was die Befürworter einer Streichung der medizinischen Indikation nicht berücksichtigen sind die aus Sicht der Unterstützer zweifelsohne unerwünschten Konsequenzen:

Das weitgehend umgesetzte – und in Zukunft möglicherweise noch verstärkt ausgebaute – Ersttrimesterscreening (zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche) zeigt oft ein erhöhtes Risiko für eine Fehlbildung an, ohne dass eine klare Diagnose gestellt werden kann.

In der jetzigen Situation wird die Zeit danach (vor allem bis zum Organscreening in der 21. Schwangerschaftswoche) dazu verwendet, diesen Verdacht „abzuarbeiten“....

In rund $\frac{3}{4}$ aller Fälle zeigt sich, dass der ursprüngliche Verdacht sich nicht bestätigen konnte und es sich im Wesentlichen um ein gesundes Kind handelt.

Nur in rund $\frac{1}{4}$ der ursprünglichen Verdachtsfälle bestätigt die weiterführende Diagnostik (Chorionzottenbiopsie, ausführliche genetische Untersuchungen aus dem gewonnenem Material, fetaler Kernspin, detailliertes Organscreening in einer späteren Schwangerschaftsphase) den Verdacht auf eine Fehlbildung – was dann in der jetzigen gesetzlichen Regelung tatsächlich zu einem Schwangerschaftsabbruch führen kann – falls die Frau das wünscht...

In Zukunft werden bei Streichung der medizinischen Indikation der Großteil diese Verdachtsfälle abgebrochen werden – unter anderem deshalb, weil der OGH doch einen massiven Druck auf die Pränataldiagnostiker ausübt („wrongful-birth-Urteile“) und daher die Aufklärung im Zweifel eher hart ausfallen muss.

- Ein nicht unbeträchtlicher Teil von spätdiagnostizierten Fehlbildungen (z.B. während des Organscreenings - das deshalb notwendig ist, weil hier Veränderungen diagnostiziert werden können, wo man dem Kind erfolgreich helfen kann – z.B. Zwerchfellhernie) werden dann ins Ausland zum Abbruch fahren („Abbruch-Tourismus“).
- Ein Teil dieser Feten wird qualvoll (unter Umständen über Tage) post partal sterben.
- Ein anderer Teil wird nach entsprechender intensivmedizinischer Betreuung mit z.T. schwersten Behinderungen den Eltern übergeben werden, wo das österreichische Sozialsystem zwar verspricht diesen betroffenen Familien zu helfen, diese Versprechen aber zumeist nur am Papier existieren und die Unterstützung den tatsächlichen Aufwand nicht decken kann. Die – bekannte – Folge ist, dass die Frau sehr oft mit ihrem behinderten Kind allein gelassen wird und der Mann, der mit dieser Belastung nicht umgehen kann, die Familie verlässt.

Die Streichung der medizinischen Indikation stellt eine wesentliche Verschlechterung der derzeitigen Situation dar und es wird als Folge dazu zu einer eindrucksvollen Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen und zu einer starken soziale Diskriminierung kommen wird, die gerade die sozial Schwächeren verstärkt treffen wird.

Wir ersuchen Sie im Sinne der Frauen und Kinder die grundsätzliche Regelung im §97 StGB Abs. 2 zu belassen und die Handhabung des medizinischen Schwangerschaftsabbruches wie er in Österreich auf der Basis der beigefügten Konsensus Empfehlung tatsächlich gehandhabt wird, z.B. mittels Verordnung vorzuschreiben und es nicht der Gemeinschaft der FrauenärztInnen im Sinne einer freiwilligen Beschränkung zu überlassen.

Mit freundlichen Grüßen
für den Vorstand der OEGGG

Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger
Präsidentin der OEGGG

PD Dr. Gunda Pristauz
1. Schriftführerin der OEGGG

Univ.-Prof.Dr. Peter Husslein
Vorstandsmitglied der OEGGG

Schreiben ist elektronisch vidiert

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)