

Wenn Abtreibung legalisiert wird

Ein Erfahrungsbericht aus den Niederlanden

Dr. Ruut Veenhoven. Rotterdam

Gepubliceerd in: 'Sexualmedizin', vol.5, pp. 350-357, 1976

Summary: Thanks to the sensible course of conduct of everybody involved, and due to the fact that liberalization of abortion was not introduced by abrupt legislation, it was possible in the Netherlands to solve transitional problems within a few years. The rush of women from within and outside the country only developed gradually, so that procurement of facilities could keep abreast of demands. High rates of complications were avoided as a result, making Dutch figure for mortality the lowest in the world. Meanwhile the number of patients is on the wane, and, at a rate of 8 %, the number of women asking for abortion a second time lies within reasonable bounds. Research projects of the Stimezo-Nederland are now concentrated on the question as to what treatment might be favourable to effective birth control in the women subsequently.

Der Schwangerschaftsabbruch ist in den Niederlanden seit vier Jahren straffrei. Seither haben sich eine Anzahl praktischer Probleme ergeben, mit denen sich auch andere liberalisierende Länder auseinandersetzen mußten: fehlende Behandlungsmöglichkeiten, drohende Kommerzialisierung, die Gefahr einer zu hohen Sterblichkeitsziffer und anhaltender politischer Streitigkeiten. Diese Probleme haben sich in den Niederlanden dank einer günstigen Ausgangsposition und eines vernünftigen Vorgehens im Stillen gelöst. Um diese Gesamtentwicklungen richtig einschätzen zu können, lohnt es, auf die vorangegangenen Jahre zurückzublicken und die Entwicklung mit der anderer liberalisierender Länder zu vergleichen.

Bis in die sechziger Jahre war in den Niederlanden der Schwangerschaftsabbruch verboten und Hilfeleistungen dieser Art also äußerst beschränkt und nur einer kleinen Gruppe zugänglich. Um 1968 konstituierten sich an einigen Universitätskliniken Teams, die das Abruptionsproblem diskutierten, und Ärzte, die seit langem den Eingriff durchführten, gaben ihr geheimnisvolles Verhalten allmählich auf.

Drei Momente spielten in dieser Entwicklung eine Rolle. Der erste und wichtigste Faktor ist ohne Zweifel, daß sich die Ansichten über Sexualität und Geburtenregelung gewandelt hatten. Dadurch entstand eine Atmosphäre, in der eine Diskussion über den Abortus in Gang gesetzt werden konnte. Ein zweiter Faktor war die Ausstrahlung Englands, in dem der Schwangerschaftsabbruch legalisiert worden war. Mehrere Tausende niederländischer Frauen ließen sich dort behandeln. Das machte das Ausmaß des Problems im eigenen Lande deutlicher und fragwürdig, daß legale Abtreibung in einem zivilisierten Land nicht denkbar wäre. Zum dritten stellte sich heraus, daß der Abortus nach dem Wortlaut des Gesetzes in Holland zwar verboten sei, ein Arzt aber, wenn er aus Rücksicht auf den allgemeinen Gesundheitszustand seines Patienten einen solchen Eingriff für notwendig halte, seinetwegen nicht bestraft werden könne.

Diese Umstände ließ die Zahl der Anträge auf Schwangerschaftsabbruch ansteigen. Unerwünscht schwangere Frauen waren immer weniger bereit, sich in das scheinbar Unvermeidliche zu fügen. Ihrem Schicksal wurde mehr Verständnis entgegengebracht, insbesondere von seiten ihrer Ärzte. In der Praxis war man jedoch auf die Mitarbeit der Gynäkologen angewiesen, die dem Schwangerschaftsabbruch sehr viel reservierter gegenüberstanden als die praktischen Ärzte (Veenhoven, 1972).

Weil Gynäkologen den Zugang zu den gynäkologischen Abteilungen der Kliniken

beherrschten, wurden nur in einigen Krankenhäusern solche Eingriffe vorgenommen. Verwaltung und Leitung waren oft ein Hindernis. Praktische Ärzte, oft auch auf dem Gebiete der Geburtenregelung tätig, blieben auf der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten für ihre unerwünscht schwangeren Patientinnen. Als sich auch nach wiederholter Beratung mit den Einrichtungen der Gesundheitspflege keine anderen Möglichkeiten anboten, entstand der Gedanke, selbst Abhilfe zu schaffen. Aus dieser Situation ist die Entstehung spezieller Abtreibungskliniken zu verstehen.

Im Februar 1971 wurde die erste Poliklinik in Arnheim eröffnet, bald danach entstanden sie in allen Großstädten. Heute gibt es 14 dieser Polikliniken. Das Angebot der Hilfeleistung durch die Krankenhäuser ist dagegen klein und ziemlich konstant geblieben und konzentriert sich auf einige Häuser (Tab. 1).

Hier tabel 1

Die Liberalisierung und ihre Folgen

In beinahe allen Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch legalisiert wurde, sieht man sich mit Übergangsproblemen konfrontiert: Eine Flut von Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch muß verarbeitet werden, es mangelt an Kenntnissen, Erfahrungen und Möglichkeiten, es sind moralische Bedenken des Krankenhauspersonals zu zerstreuen, den Kommerzialisierungsbestrebungen gilt es entgegenzutreten, den Zustrom von Ausländern zu bewältigen, unnötigen politischen Streitereien aus dem Wege zu gehen usw. Diese Probleme könnten die Qualität der Hilfeleistung beeinträchtigen. Auf dramatische Weise spiegeln sie sich tatsächlich in der Zahl der Komplikationen bei den Patienten wider. Der Art und Weise, wie diese Probleme gelöst werden, ist also von großem Interesse für die Entwicklung der Hilfeleistung und den weiteren Verlauf des Liberalisierungsprozesses.

Die Aufnahmefähigkeit

Liberalisierung fängt in den meisten Ländern mit einer Gesetzesänderung an. An dem Tag, wo das neue Gesetz in Kraft tritt, melden sich Tausende von unerwünscht schwangeren Frauen, für die es vorerst kaum Behandlungsmöglichkeiten gibt. Während der ersten Jahre steigt die Zahl der Anträge sehr stark an. Die Gesetzesänderung hat zur Folge, daß sich die Frau der Unerwünschtheit einer Schwangerschaft eher bewußt wird, und es entsteht oft ein großer Andrang aus dem Ausland. Der Aufbau eines Hilfeleistungsapparates kommt dagegen meistens nur schwer in Gang.

Es gibt kaum Leute mit Erfahrung, und weil das Thema Abtreibung noch einige Zeit kontrovers bleiben wird, können sie auch nicht leicht ausfindig gemacht werden. Häufig fehlen Organisationskader, deshalb ist es oft schwierig, Geldquellen zu erschließen.

Hier tabel 2

So werden in den ersten Jahren die verfügbaren Mittel ständig überlastet. Die wenigen Ärzte, die sich für die Hilfeleistung einsetzen, stehen fortwährend vor der Wahl, entweder die Frauen abzuweisen oder aber zu eilig zu arbeiten. Es geschehen viele Unfälle, und viele Frauen können nicht behandelt werden. Häufig unterbleiben Gespräche und Nachkontrollen ebenso wie eine effektive Aufklärung über den Gebrauch von Kontrazeptiva, so daß Wiederholungsfälle den Zulauf noch verstärken. In einigen Ländern hat sich deshalb trotz Legalisierung die alte, illegale Abtreibungspraxis erhalten.

In Holland hat es relativ wenig Probleme gegeben. Dank einer guten Geburtenregelung in unserem Lande ist die Zahl der unerwünschten Schwangerschaften verhältnismäßig niedrig (Tab. 3). Weil die Liberalisierung sich nicht durch Gesetzesänderung

vollzog, wurde dem großen Publikum nur langsam bekannt, daß Abtreibung in den Niederlanden möglich war. Auch der Zustrom von Ausländern wurde hierdurch geraume Zeit hinausgeschoben. Infolgedessen konnte die Erweiterung der Hilfeleistung mit dem Anstieg der Patientenquote einigermaßen Schritt halten. Die Tatsache, daß die meisten Krankenhäuser die unerwünscht schwangeren Frauen nicht aufnehmen wollten, förderte merkwürdigerweise den Ausbau der Kapazitäten. Es entstanden mehrere örtliche Spezialkliniken, die zügiger als die bürokratischen Krankenhausorganisationen arbeiten konnten, und außerdem nicht durch interne Streitereien über die grundsätzliche Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs aufgehalten wurden. Die Initiatoren gründeten eine nationale Organisation, *Stimezo-Nederland*, welche neue Polikliniken finanzierte und ihre Arbeit unterstützte.

Stimezo bemühte sich um eine Streuung der Kliniken über das ganze Land, unter anderem deshalb, damit die wenigen motivierten Ärzte so viel wie möglich einbezogen werden konnten. Daß die Krankenhäuser sich fernhielten, hat auch eine Modernisierung der Abruptionstechnik gefördert. *Stimezo*-Ärzte reisten ins Ausland, um neue Methoden zu erlernen und in Holland einzuführen. So wurde die Behandlung sicherer und einfacher, und es konnte mehr geholfen werden. Auf diese Weise waren Wartelisten in Holland kaum notwendig. Man brauchte nicht auf andere Stellen zu verweisen, und Abtreibungsmakler gab es auch nicht. Zur Zeit steigt die Zahl der Behandlungen in den Niederlanden nicht mehr. Vielmehr zeichnet sich allmählich bei niederländischen wie auch bei ausländischen Patientinnen ein Rückgang ab, in absolutem wie in relativem Sinne (Tab. 1 u. 3). Das Angebot der Hilfeleistung in Holland wird in Zukunft wieder verkleinert werden können. *Stimezo-Nederland* hat vor, mit dem Abbau bei den großen Polikliniken im Westen des Landes anzufangen, in denen hauptsächlich Ausländer behandelt werden. Auf längere Sicht sollen nur die regionalen Polikliniken übrigbleiben. Mit Rücksicht auf den Kontakt mit den überweisenden Ärzten, die Nachpflege und die Atmosphäre, in der die Behandlung stattfindet, zieht man letzten Endes etwa zehn kleine Kliniken einigen großen Anstalten vor.

Der Zulauf ausländischer Patientinnen

In fast allen Ländern, in denen die Abtreibungsbestimmungen gelockert wurden, war ein sehr großer Zustrom von Ausländern zu verkraften. Er brachte nicht nur Engpässe in der Kapazität mit sich, sondern provozierte auch politische Probleme im Inland wie im Ausland. Die Nachbarländer sehen diesen Abtreibungstourismus meistens nur ungern, weil mit ihm ihre eigene Position in Frage gestellt wird. Im Land selbst läßt die Behandlung von vielen Ausländern die Diskussion oft wieder auflodern. Das Ansehen des Landes spielt in der Argumentation eine neue, wichtige Rolle. Diejenigen, die für die Liberalisierung eintreten, sehen sich in diesem Streit in einer etwas schwächeren Position. Ihnen geht es darum, das Eroberte zu erhalten; die ausländischen Frauen selbst sind — politisch gesehen — ohne Bedeutung. Meist läuft es auf einen Kompromiß hinaus, mit dem der Behandlung von ausländischen Frauen Schranken gesetzt werden. Diese Beschränkungen werden in der Praxis vielfach ignoriert, aber stellen die Hilfeleistung dennoch in den Kontext der Illegalität mit allen möglichen negativen Einflüssen auf Preisbildung, Qualität und Art und Weise der Behandlung. Auch in Holland hat man von Anfang an viele Ausländer behandelt. Der niedrigen Preise und der geringeren Entfernung wegen gingen die Ausländerinnen nun nicht mehr nach England, sondern kamen in die niederländischen Kliniken. Heute werden in Holland mehr als doppelt soviel Ausländer als Holländer behandelt.

Obwohl Holland auf diese Weise zum Abtreibungszentrum Westeuropas geworden ist, hat dies nicht zu nennenswerten Problemen geführt. Wahrscheinlich ist das dem toleranten Klima zu verdanken, der vernünftigen »laissez-faire-Politik«, die die Behörden bis vor kurzem geführt haben, und der deutlichen prinzipiellen Stellungnahme der Abtreibungskliniken, die sich immer geweigert haben, die Staatsangehörigkeit der Frauen zu

berücksichtigen.

Die Gefahr der Kommerzialisierung

Infolge der unzureichenden Aufnahmefähigkeit konnten in mehreren Ländern trotz der Liberalisierung nicht alle unerwünscht schwangeren Frauen behandelt werden. Dieser Engpaß ließ in Ländern mit einer auf kommerzieller Basis organisierten Gesundheitspflege die Preise in die Höhe schnellen; in Ländern mit einer nationalen Gesundheitspflege entstanden Spezialkliniken legaler oder illegaler Art.

In England z. B. waren die Krankenhäuser der staatlichen Gesundheitspflege nicht imstande und oft auch nicht bereit, alle Frauen aus dem eigenen Land, geschweige denn die Ausländer zu behandeln. Diese Lücke füllten, vor allem in London, kommerzielle Kliniken, in denen hohe Preise berechnet wurden und die miteinander im Wettbewerb um Patientinnen standen, einschließlich Prämien für Taxifahrer, Geschenke für Ärzte, die Patienten überwiesen und Werbereisen ins Ausland. Die reinen Behandlungspreise blieben bei diesem Konkurrenzstreit jedoch nahezu konstant.

Durch diese Entwicklung gerieten die englischen Verfechter der Liberalisierung in eine schwierige Lage. Ausbeutung der unerwünscht schwangeren Frauen hatten sie nun gar nicht vor Augen gehabt, aber praktisch konnte man ohne die kommerziellen Kliniken nicht auskommen. Man gründete dann eine Reihe von Kliniken auf nicht-kommerzieller Basis, aber der großen Zahl der Patientinnen wegen konnte diese Initiative die Preise der kommerziellen Kliniken nicht drücken. Eine wirkliche Preissenkung erzwangen erst die niederländischen Kliniken.

Aus verschiedenen Gründen war es möglich, in Holland einen erheblich niedrigeren Behandlungspreis zu berechnen. Die niederländischen Kliniken hatten nicht Hindernisse wie ein System von Genehmigung und frühzeitig veraltete Vorschriften zu überwinden. So konnten zweckmäßigere und sicherere Methoden eingeführt werden. Außerdem wurden die ersten Kliniken von Organisationen verwaltet, deren Vorgehen nicht-kommerzielles Denken prägte; sie berechneten den damals gültigen Kostenpreis. Damit wurde für die kommenden Jahre ein Preis festgesetzt, dessen Höchstgrenze die Anziehungskraft kommerzieller Abtreibung beträchtlich einschränkte.

Trotz der Inflation ist dieser Preis in den letzten Jahren von den in der *Stimezo-Nederland* Zusammenarbeitenden regelmäßig herabgesetzt worden. Die Preise in diesen Kliniken schwanken zwischen hfl. 200,— und hfl. 350,—, je nach der Art der Behandlung und den Kosten der Klinik. Auch für das Ausland war diese Regelung außerordentlich wichtig. Dem Preis, den man unerwünscht schwangeren Frauen zahlen machen kann, sind damit Schranken gesetzt. Dies gilt nicht nur für die kommerziellen Abtreibungskliniken in England, sondern auch für zahlreiche illegale Abtreiber in Deutschland, Frankreich und Belgien, wo den Frauen in Not bis vor kurzem noch unerhörte Beträge entwendet wurden. Diese stille Sanierung des europäischen Abortusmarktes ist eines der größten Verdienste der organisierten Hilfeleistung in den Niederlanden. Kehrseite dieser Entwicklung ist jedoch; daß die Hilfeleistung in Westeuropa immer mehr eine holländische Angelegenheit wurde und die niedrigen Preise das Entstehen von Anstalten anderswo nicht gefördert haben.

Gesetz und Indikation

In mehreren Ländern haben massierte Gesetzesübertretungen Unsicherheiten herbeigeführt, während der Streit um die Abtreibungsparagrafen in der politischen Arena wiederholt prolongiert wurde. In den Niederlanden hatte es den Anschein, daß uns solche Probleme erspart bleiben würden. Wie schon erwähnt, gab es einen juristischen Notausgang im geltenden Abtreibungsverbot, der genügend Raum schaffte. Unter diesen Umständen konnten sich geräuschlos einige Veränderungen mit weitgehender Bedeutung für die Zukunft vollziehen.

Zunächst betrifft das die Art und Weise, wie die Indikation gestellt wird. Noch vor kaum zehn Jahren hielt man nur dann die Indikation des Schwangerschaftsabbruchs für verantwortbar, wenn ein aus mehreren Disziplinen zusammengesetztes Team die Entscheidung traf. Bald aber setzte sich die Einsicht durch, daß diese Art vorzugehen einen offenen Kontakt mit der unerwünscht schwangeren Frau unmöglich mache. Trotz allem Sachverstand erfuhr man oft nicht, worum es der Frau wirklich ging, und der Rat erwies sich unter diesen Umständen als nicht überzeugend. Überdies wirkten diese Teams hemmend, und sie selektierten ohne Absicht nach Intelligenz und Herkunft. Deshalb beschränkte man sich bald auf die zusätzliche Konsultation eines Psychiaters; später führte der KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunde: Verband niederländischer Ärzte) den Gedanken ein, daß die Unterschrift zweier Ärzte genüge.

Hier tabel 3

Auch diese Formel wird keinen Ewigkeitswert haben, denn augenblicklich wird immer deutlicher, daß das Einbeziehen eines zweiten Arztes nur dann sinnvoll ist, wenn dieser auch zum Prozeß der Hilfeleistung beitragen kann. Dies geschieht, wenn der zweite Arzt die Patientin überweist, einen Teil der Nachsorge übernimmt oder aber in problematischen Fällen der unsicheren Frau in ihrer Entscheidung hilft.

Wenn die Frau von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt ist, und ihr Kontakt mit einem zweiten Arzt nur daraus besteht, daß dieser nur unterschreibt, so wird diese zusätzliche Konsultation zu einem überflüssigen und störenden Verfahren. Dies macht sich vor allem bei ausländischen Frauen bemerkbar, die in etwa 40 % zu uns kommen, ohne daß der eigene Arzt sie überwiesen hat. Die niederländischen Frauen werden zu 70 % von dem eigenen Arzt und zu 22 % von den *Rutgers-huizen* überwiesen (Schnabel, 1974).

Die Indikationsstellung hat sich nicht nur formal, sondern auch inhaltlich stark gewandelt. In den vergangenen Jahren ist an die Stelle des »Nein-es-sei-denn-Standpunktes« immer mehr der »Ja-es-sei-denn-Standpunkt« getreten. Man geht heute davon aus, daß grundsätzlich der Wille der Frau gilt, es sei denn, es liegen begründete Zweifel über die Echtheit dieses Willens oder andere widersprüchliche Indikationen vor.

Über den Nutzen der Pflicht zu langen vorbereitenden Gesprächen bei der Begründung des Antrages auf Schwangerschaftsabbruch ist Zweifel entstanden. Viele Frauen sind von der Richtigkeit ihrer Entscheidung überzeugt und empfinden ein solches Gespräch als Ablehnung, während andere, die eines solchen Gespräches wohl bedürfen, dieses oft erst lieber nachher führen möchten. Es geht bei einem vorbereitenden Gespräch vor allem darum, den Problemfällen auf die Spur zu kommen, wobei wohl lange Gespräche oder gar Spezialisten-Hilfe nötig sind. Besondere Begründungen werden nicht verlangt. Der Inhalt der vorgebrachten Gründe sagt in der Praxis wenig über das Maß der individuellen Not aus. Die Überlegtheit und Bestimmtheit des Willens hält man für wichtiger, und hierauf richtet sich auch an erster Stelle das vorbereitende Gespräch.

Man kann auch deutliche Veränderungen im Denken über die präventive Nachsorge wahrnehmen. Noch vor einigen Jahren sah man den Antrag auf Schwangerschaftsabbruch als einen Ausdruck psychosozialer Problematik, die nach der Behandlung besonderer Aufmerksamkeit bedurfte, damit Wiederholung vermieden werden könne. Mittlerweile scheut man sich davor, ungewollte Hilfe aufzudrängen — nicht nur, weil deren Zweckmäßigkeit fraglich oder gar negativ sein kann, sondern auch, weil in der Praxis wiederholte Anträge viel seltener sind, man zunächst gedacht hatte. Sie machen noch nicht mal 8 % der Patientinnen aus (Schnabel, 1974).

Schließlich sind die Auffassungen über den Termin des Schwangerschaftsabbruchs konkretisiert worden. In der Zeit der Gründung der Spezialkliniken galt eine Schwangerschaftsdauer von 12 bis 14 Wochen als Grenze für die poliklinische Behandlung.

Schwangerschaften über 14 Wochen wurden in niederländischen Krankenhäusern oder in England behandelt. Diese Grenze war technischer und nicht grundsätzlicher Art, auch wenn sie außerhalb der Fachkreise oft als solche verstanden wurde. Die Eröffnung einer mit Hilfe aller anderen *Stimezo*-Kliniken eigens für Schwangerschaften in späterem Stadium eingerichteten Klinik verdeutlicht diese Situation.

Die Qualität ärztlichen Handelns

In den ersten Jahren nach der Liberalisierung sehen wir in den meisten Ländern eine verhältnismäßig hohe Zahl von Komplikationen, u. a. in Schweden und Dänemark. Die Zahl der Behandlungen mit tödlichem Ausgang ist in den ersten Jahren sehr viel höher als in den darauf-folgenden Jahren. Verschiedene Momente spielen dabei eine Rolle: Zunächst ein Mangel an theoretischen Kenntnissen und praktischer Erfahrung, dazu eine Überbelastung der verfügbaren Mittel und in manchen Fällen rücksichtslose Profitgier.

Eine weitere wichtige Rolle spielt die ambivalente Haltung vieler Ärzte und Pfleger. Da sie etwas erledigen, was sie nicht voll unterstützen werden mehr Fehler gemacht (Wolff u.a. , 1971). Schließlich sind in der Anfangsperiode auch die Patienten oft problematischer. Sie melden sich später an, und der Eingriff macht ihnen psychisch mehr zu schaffen, was sich auf den somatischen Bereich auswirkt.

Wie dem auch sei: In der Anfangsperiode sind Sterblichkeits- und Erkrankungsziffern nach Abortus hoch, und das erfordert besondere Aufmerksamkeit. Diese besondere Aufmerksamkeit ist auch nahezu immer da, sowohl bei den Hilfeleistenden als auch bei den Patienten. In den liberalisierenden Ländern beobachtet man oft eine Flut medizinisch-technischer Publikationen, die einander überschneiden und zeigen, daß viele Leute zur gleichen Zeit mit demselben Problem beschäftigt sind.

Fast überall offenbart sich ein großes Interesse der Öffentlichkeit an der medizinischen Qualität der Hilfeleistung. Tödliche Unfälle erregen Aufsehen und lassen häufig geschmacklos die Abtreibungsdiskussion aufleben. Diese Umstände haben zur Folge, daß in der Praxis weit strengere Qualitätsansprüche gestellt werden als bei vergleichbaren ärztlichen Eingriffen, nicht nur von seiten der Außenstehenden, sondern auch von seiten der Hilfeleistenden. In einigen Ländern wurden von den Behörden Regeln für die Ausführung des Eingriffs aufgestellt. Übrigens mit unterschiedlichem Erfolg, denn Anordnungen über Einzelheiten der Behandlung sind nicht gut formulierbar und noch weniger kontrollierbar; außerdem wirken Reglementierungen oft erstarrend. Ein anderer Einwand ist, daß diese Anordnungen oft aus rein ärztlich-technischer Perspektive formuliert werden und — wie sich herausstellt — im Widerspruch zu medizinisch-psychologischen Erfordernissen stehen.

In Holland haben sich im Bereich der medizinischen Qualität kaum Probleme ergeben. Hohe Komplikationsquoten sind uns glücklicherweise erspart geblieben, weil ein allmählicher Ausbau möglich war. Auch ist von Anfang an mit der Vakuumaspiration gearbeitet worden, deren Komplikationsrate gering ist. Die niederländische Mortalitätsziffer ist die niedrigste der Welt (Tab. 2).

Trotzdem macht sich das Bedürfnis, weiter zu perfektionieren, deutlich bemerkbar. Wir können diese Erscheinung aus dem sozial legitimierten Wunsch nach fehlerfreier ärztlicher Behandlung verstehen. Man hat deshalb der Qualität immer große Aufmerksamkeit gewidmet. Sie führte zwar nicht zu einer Reglementierung von Amts wegen, zog aber ein bemerkenswertes System gegenseitiger Qualitätsforderung durch die Spezialkliniken nach sich. Im Rahmen der *Stimezo-Nederland* werden regelmäßige Erfahrungen in Arbeitsbesuchen, Beratungen von führenden Personen und auf Studientagen usw. ausgetauscht und spezifische Probleme durchdiskutiert. Auch wird auf gemeinschaftliche Kosten wissenschaftliche Forschung getrieben. Das Interesse konzentriert sich auf die Entwicklung von Indikatoren, die die Wirkung von Unterschieden in der Behandlungsweise

meßbar machen. Untersucht wird zur Zeit z. B. die Frage, wie die Patientin die Behandlung erfährt, und wie auf lange Zeit der Rat der Geburtenregelung umgesetzt wird. Der hier zugrundeliegende Gedanke ist, daß das Sichtbarmachen von Unterschieden in Behandlungsmethoden und deren Auswirkungen effektiver sei als das Aufstellen von formalen Regeln und daß dies eine kontinuierliche Verbesserung der Methodik ermöglicht. Auch in anderen Bereichen der Gesundheitspflege wäre ein solches Vorgehen sinnvoll.

Anpassung an veränderte Einsichten

Die Einstellungen gegenüber der Abtreibung erleben einen langsamen Veränderungsprozeß, der stark mit den Entwicklungen im Denken über Sexualität verbunden ist. Dieser Prozeß wird nicht durch ein neues Abtreibungsgesetz unterbrochen. Gesetzesänderungen markieren allenfalls eine Stufe in dem Prozeß, in dem die entschiedenen Gegner weniger werden. Abtreibungsgesetze sind deshalb bald veraltet. Der Kompromiß von heute gilt morgen nicht mehr, weil die Liberalisierung inzwischen fortgeschritten ist und weil die praktischen Erfahrungen neue Auffassungen forcieren.

Anläßlich der politischen Krise, die eine niederländische Klinik vor kurzem auslöste, erklärte *Stimezo-Nederland*, daß sie keine Fristenregelung akzeptieren werde und die Hilfeleistung bei fortgeschrittenen Schwangerschaften allenfalls in anderen Kliniken fortsetzen werde. Diese Schwierigkeiten markieren wahrscheinlich das Ende einer vernünftigen Politik des immer wieder toleranten Hinausschiebens.

Die Entwicklung der Hilfeleistung für ungewollt schwangere Frauen in den Niederlanden hat sich nicht gerade geräuschlos vollzogen. Dieser Umstand impliziert nicht jene ruhige Atmosphäre, die man sich für einen ausgeglichenen Ausbau der Hilfeleistung wünschen möchte. Dennoch konnten die wichtigsten Probleme in aller Stille gelöst werden. Der große Zustrom hilfeschender Frauen wurde bewältigt, kommerzielle Ausschreitungen konnten vermieden werden. Von Anbeginn an hat die medizinisch-technische Hilfeleistung auf hohem Niveau gestanden, und durch effektive Nachsorge wurde innerhalb weniger Jahre die Zahl der Anträge auf Schwangerschaftsabbruch gesenkt und Wiederholungsfälle niedrig gehalten.

Literatur:

Campbell More-Caver, E.: International Inventory of Information on Induced Abortion, Columbia University. New York (1974);

Schnabel, P. (Forschungskordinator, Stimezo-Nederland): Abortus 1973. Documentatie Bulletin Stimezo-Nederland Nr. 3; —: Permanente Registratie 1974. Interim rapport permanente Registratie Poliklinische abortus in Nederland: landelijk overleg organisaties voor abortushulp-verlening en geboortenregeling. (Zwischenbericht der ständigen Registratur poliklinischer Abtreibung in den Niederlanden: Nationale Beratungsorganisation für Abortushilfeleistung und Geburtenregelung.) Den Haag (1974);

Tietze, C. u. D. A. Dawson: »Induced Abortion«, a factbook. Population Council Reports Nr. 14 (1973);

Veenhoven, R.: Abtreibungsfrequenz. Medisch Contact, Vol. 27, S. 227—232 (1972);

Veenhoven, R.: Houdingen oan huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortus-wet. (Attitüden von praktischen Ärzten und Gynäkologen hinsichtlich Abtreibung und Abtreibungsgesetz.) Medisch Contact, Vol. 27, S. 307—317 (1972);

Wolff, J. R., P. E. Nielson u. P. J. Schiller: Therapeutic Abortion: attitude of medical personel leading to complications in patient cure. Am. J. Obstet. Gynecol., Vol. 116, 730—733 (1971)

Anschrift des Verfassers: Dr. Ruut Veenhoven, Soziologe, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, Rotterdam

Tabelle 1: Schwangerschaftsabbrüche in den Niederlanden seit 1970 geschätzt nach ¹Veenhoven, 1972; ²Schnabel, 1973; ³unveröffentlichte Umfragen der Medizinischen Generalinspektion in den Niederländischen Krankenhäusern 1971 und 1973 (vorausgesetzt wird, daß diese Zahl 1972 und 1974 ungefähr gleich geblieben ist); ⁴Expertschätzungen der Verwaltungsstelle STIMEZO-Niederland ⁵STIMEZO Niederland Jahresbericht 1972; ⁶Permanente Registratie Abortushilfeleistung Niederlande 1974, (d. i. eine von seiten der Polikliniken freiwillig vorgenommene Aufzeichnung über Art und Zahl der Behandlungen).

Jahr	Patienten		Behandlung in				insgesamt
	Niederländer	Ausländer	Krankenhäusern		Privatpraxis	Abortus-poliklinik	
1970	10.000 ¹			10.000 ¹			10.000
1971	14.000 ²	6.000	5.000 ³		3.000 ⁴	12.000 ⁵	20.000
1972	22.000 ²	20.000	5.000 ³		2.000 ⁴	35.000 ⁵	42.000
1973	21 000 ²	45 000 ⁴	5 000 ³		1 000 ⁴	60.000	66.000
1974	19 500 ⁶	45 000 ⁴	5 000 ³		1 000 ⁴	58.000	64.500

Tabelle 2: Komplikationen nach Abruption und Geburt in einigen Ländern mit liberalisierter Abtreibungsgesetzgebung.			
Land	Zeit	Sterblichkeit infolge einer Abruption pro 100.000 Eingriffe	Müttersterblichkeit pro 100.000 Entbindungen (1969)
Kanada	1970 bis 72	7	
England und Wales	1970	13*	
	1971	13	15
	1972	9	
Ungarn	1968 bis 71	1	41
Japan	1970 bis 71	2	56
Niederlande	1970 bis 74	0,5**	30
USA	1970 bis 71	10	
	1972	3	19
Quellen: Tietze .Dawson 1973, Statistisches Taschenbuch 1972			
* Ausländer nicht eingeschlossen; ** einschließlich Ausländer, betrifft nur Behandlungen in Abtreibungspolikliniken			

Tabelle 3: Abtreibungsquoten in einigen Ländern mit liberalisierter Gesetzgebung. Quelle: Campbell 1974

Land	Jahr	Abtreibungsquote pro 1000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren	Abtreibungsquote pro 1000 Lebendgeborene
Kanada	1970	2,6	30
	1971	6,6	83
	1972	8,2	113
England und Wales	1970	8,1	96
	1971	10,1	126
	1972	11,5	154
Ungarn	1970	83,5	1297
	1971	81,3	1228
	1972	77,5	1168
Japan	1970	28,0	375
	1971	28,2	366
Niederlande	1970	3,5	41
	1971	5,1	61
	1972	8,1	103
	1973	7,7	113
	1974	7,2	108
USA	1970	4,5	52
	1971	11,2	143
	1972	13,2	184