

## **Stellungnahme von Doctors for Choice Germany e.V. für eine gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs**

an

### **Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin**

Doctors for Choice Germany e.V. ist ein deutschlandweites Netzwerk von Ärzt\*innen und Medizinstudierenden sowie Menschen aus anderen Gesundheitsberufen. Uns eint die Überzeugung, dass ein selbstbestimmter Umgang mit Sexualität, Reproduktivität und Familienplanung essentiell für die Gesundheit aller Menschen sowie für die Gleichberechtigung in unserer Gesellschaft ist. Viele unserer Mitglieder gewährleisten die Gesundheitsversorgung, indem sie selbst Schwangerschaftsabbrüche (SAB) durchführen.

Mit ca. 100.000 Fällen pro Jahr stellt der SAB einen der häufigsten gynäkologischen Eingriffe in Deutschland dar. Circa 97% der SAB finden vor der 14. Schwangerschaftswoche (SSW) nach letzter Regelblutung (p.m.) statt; 76% bis zur 10. SSW. Circa 3% aller Abbrüche erfolgen im 2. und 3. Trimenon (1). SAB nach der 20. SSW sind extrem selten (ca. 0,6% aller Abbrüche). Sie werden bei Gefahren für die Gesundheit der Schwangeren durchgeführt und stellen Einzelfallentscheidungen dar.

Doctors for Choice Germany e.V. sieht eine Neuregelung im Hinblick auf den SAB als unabdingbar an. Zur Sicherstellung einer zeit- und wohnortnahen und diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung von Schwangeren, die einen Abbruch benötigen, sind mehrere Maßnahmen notwendig. Sie erfordern eine umfassende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteur\*innen im Gesundheitssystem, der Zivilgesellschaft und der Politik. Folgende Kriterien sollten hierbei Beachtung erhalten:

#### **1. Recht auf Selbstbestimmung statt Kriminalisierung und Stigmatisierung**

Internationale Menschenrechtsorganisationen und -gremien sowie medizinische Fachgesellschaften sehen den Zugang zu einem sicheren und legalen SAB als ein grundlegendes Menschenrecht an (2-5). Sie empfehlen, dass die Gesetzgebungen in diesem Bereich die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schwangeren in den Mittelpunkt stellen. Die aktuelle deutsche gesetzliche Regelung steht bisher im Widerspruch dazu: etwa 96% aller SAB finden nach der sogenannten Beratungsregelung statt (1). Sie können unter bestimmten Voraussetzungen straffrei durchgeführt werden, gelten allerdings immer noch als rechtswidrig. Das bedeutet, dass jährlich ca. 96.000 Menschen unter dem Makel der Rechtswidrigkeit eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nehmen.

Die Rechtswidrigkeit hat zahlreiche Auswirkungen: sie verhindert eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen sowie ein Einbezug in die Bedarfsplanung durch die Bundesländer. Sie ist als Teilursache für die Stigmatisierung von Betroffenen und medizinischem Personal, Verunsicherungen des Gesundheitspersonals sowie die Tabuisierung in der medizinischen Welt (z.B. die mangelhafte medizinische Aus- und Weiterbildung, das Fehlen von medizinischer Forschung und die spärliche Thematisierung auf Kongressen und bei Fortbildungen) zu sehen.

Die Stigmatisierung des SAB führt wiederum dazu, dass Betroffene sich allein und isoliert fühlen, was negative Auswirkungen auf ihre physische und psychische Gesundheit hat (6).

Während die Studienlage zeigt, dass ein SAB per se mit keinem erhöhten psychischen Risiko einhergeht (7,8), werden negative Gefühle nach dem SAB vorrangig mit folgenden Faktoren assoziiert: fehlende soziale Unterstützung, gesellschaftliches Stigma, Zwang zur Geheimhaltung, stigmatisierende und verurteilende Behandlung durch medizinisches Personal, Entscheidung für einen SAB bei einer geplanten Schwangerschaft (9-12).

Es liegt daher in der Verantwortung der Politik und Gesetzgebung, diese Stigmata abzubauen. Gesetze zum SAB sollen dazu beitragen, die Diskriminierung und Stigmatisierung abzuschwächen und nicht zu verstärken. Dazu gehört die Entfernung des selbstbestimmten SAB als Straftatbestand aus dem Strafgesetzbuch.

Bei einer gesetzlichen Neuregelung sollten die Bedürfnisse und Herausforderungen von marginalisierten Gruppen (wie z.B. Personen mit geringem Einkommen, ohne Krankenversicherung, trans\*, nicht-binäre und intersex\* Personen, Personen mit Behinderungen oder Sprachbarrieren, Sexarbeiter\*innen) besonders berücksichtigt werden. Denn diese haben einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind häufiger von Stigmatisierungen betroffen. Sie müssen oft beträchtliche Hindernisse überwinden, um eine vorurteilsfreie Gesundheitsversorgung und Empfängnisverhütung zu erhalten und haben deshalb auch ein erhöhtes Risiko, unbeabsichtigt schwanger zu werden (13,14).

## **2. Abschaffung einschränkender Fristen**

Die Abschaffung oder Ausweitung von Fristen führte in Kanada und Neuseeland nicht zur Zunahme von SAB im 2. und 3. Trimenon (15-17). Da Fristen SAB also nicht verhindern oder beschleunigen, stellen sie keine geeignete Schutzmaßnahme für den Feten dar. Ganz im Gegenteil: Fristen verzögern und erschweren nachweislich den Zugang zum SAB. Dies gilt insbesondere für vulnerable Gruppen, zum Beispiel sehr junge Personen, solche aus ländlichen Gebieten, mit Behinderungen oder mit niedrigem Bildungsstand (15,16,18-20). Gleichzeitig führt eine erzwungene Fortführung einer Schwangerschaft bei der betroffenen Familie zu mehr Armut, Isolation und einer höheren Wahrscheinlichkeit, bei einem gewalttätigen Partner zu bleiben (20). Somit sollten Fristen – in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO – abgeschafft werden (2).

Die Einforderung von Fristen spiegelt zudem das mangelnde Vertrauen wider, dem Frauen und FLINTA\* in unserer Gesellschaft begegnen: Ihnen wird unterstellt, dass sie einen Abbruch im 2. und 3. Trimenon leichtfertig durchführen lassen würden. Dabei betreffen SAB im 2. und 3. Trimenon in der Regel Schwangere, die sich aus medizinischen Gründen von ihren Wunsch-Schwangerschaften verabschieden müssen. Es sind Einzelfallentscheidungen, die meist für die Schwangere selbst am schwersten sind. Diese SAB werden in Deutschland überwiegend medikamentös, also als medizinisch eingeleitete Geburt, durchgeführt. Dieser Vorgang kann sowohl körperlich als auch psychisch belastend sein. Die Vorstellung, dass manche diesen Schritt ohne triftigen Grund gehen, ist weder logisch noch belegt.

Geeignete Schutzmaßnahmen, die tatsächlich in der Lage wären, Abbrüche im 2. und 3. Trimenon zu verhindern, ohne der Schwangeren zu schaden, sollten sich auf die Verbesserung der Beratungsangebote bei auffälligen Befunden in der Pränataldiagnostik (PND), bessere soziale und finanzielle Unterstützung von Familien mit behindertem Kind oder Maßnahmen für eine inklusive Gesellschaft konzentrieren.

### **3. Recht auf Beratung und wertneutrale Information statt Pflichtberatung und Pflichtwartezeit**

Beratungspflicht und Pflichtwartezeit werden häufig als Bevormundung erlebt, bedeuten einen zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand für Betroffene und führen zu unnötigen Verzögerungen (2,21-26) ohne Einfluss auf die Anzahl der SAB zu haben (14, 24). Viele Personen haben bereits vor der Beratung eine Entscheidung über die Fortführung bzw. Beendigung ihrer Schwangerschaft getroffen (24,26-29) und sind mit dieser Entscheidung auch noch viele Jahre nach dem Abbruch zufrieden (9). Vielmehr stellen Beratungspflicht und Pflichtwartezeit somit eine Zugangsbarriere dar und können zu einer Zunahme von SAB in höheren Schwangerschaftswochen führen (30).

Statt einer allgemeinen Beratungspflicht und Pflichtwartezeit sollte auf ein umfassendes beraterisches Unterstützungsangebot gesetzt werden, welches allen Menschen mit Beratungsbedarf vor oder nach dem Abbruch zur Verfügung stehen sollte. Beratungen können bei (schwierigen) Entscheidungsprozessen unterstützen, als Vermittlungsstelle agieren oder neutrale Informationen zum SAB, Verhütung, Sexualität und Familienplanung bieten. Psychosoziale Beratungsangebote sollten sich somit nicht auf den SAB beschränken, sondern für alle Themenbereiche rund um Sexualität, Reproduktivität und Familienplanung zur Verfügung stehen. Sie sollten allen Personen zugänglich sein – unabhängig von Alter, Geschlecht, Sexualität, Herkunft oder finanzieller Situation – und durch qualifizierte und neutrale Berater\*innen erfolgen. Beratungsstellen sollten dezentral, leicht zugänglich und wohnortnah erreichbar sein und über eine ausreichende personelle und medizinische Ausstattung verfügen, um eine angemessene Versorgung gewährleisten zu können.

Insgesamt ist es unerlässlich, dass jede Person Zugang zu objektiven Informationen hat, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Dafür sollten medizinisch korrekte Informationen öffentlich zugänglich sein (z.B. auf der Webseite des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), während es möglich sein sollte, gegen (bewusste) Falschinformationen juristisch vorzugehen (siehe Gesundheitsgesetz in Frankreich) (31).

### **4. Bedarfsgerechte Versorgung**

Die Versorgung mit Einrichtungen, die SAB durchführen, ist in Deutschland nicht ausreichend. Immer weniger Ärzt\*innen führen SAB durch: seit 2003 hat sich die Zahl der Meldestellen fast halbiert (32). Krankenhäuser entziehen sich oft der Gesundheitsversorgung: christliche oder der Kirche nahestehende Versorger führen in aller Regel keine SAB durch. Aber auch die öffentlichen Kliniken mit gynäkologischer Abteilung kommen nur etwa zur Hälfte ihrem staatlichen Auftrag der Gesundheitsversorgung nach (33). Dies stellt eine weitere Zugangsbarriere für Betroffene dar und führt zu weiten Fahrtwegen, organisatorischem und finanziellem Mehraufwand sowie Verzögerungen. Teilweise müssen Schwangere mehrere hunderte Kilometer zurücklegen. Einige Schwangere finden keine geeignete Versorgung in Deutschland und müssen somit ins Ausland, z.B. in die Niederlande fahren (34). Dies trifft vor allem auf Schwangere ab der 14. SSW zu, für die Versorgungssituation in Deutschland besonders prekär ist (35,36).

Stattdessen müssen SAB flächendeckend und bedarfsgerecht für alle und in allen Schwangerschaftswochen zugänglich sein. Es sollte ein konkreter Versorgungsschlüssel für dezentrale Einrichtungen sowie Kriterien zur Prüfung von möglichen Defiziten erarbeitet

werden. Diese kann sich an bereits bestehenden Definitionen – wie dem geltenden Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – orientieren: Demnach wird als zumutbare Entfernung zu einer fachärztlichen Versorgung eine Fahrzeit von maximal 60 Minuten oder 60 km festgelegt. Zur Erreichung einer allgemeinmedizinischen Versorgung werden sogar nur 30 min Fahrzeit oder 30 km definiert (37). Daneben sollten Stellenschlüssel für ärztliches und Pflegepersonal, Verwaltungskräfte sowie – insbesondere für die Versorgung von SAB im 2. und 3. Trimenon notwendigen – psychologische und seelsorgerische Betreuer\*innen von Patient\*innen und Personal erarbeitet werden. Öffentliche Kliniken sollen verpflichtet werden, sich an der Versorgung mit medikamentösen und operativen SAB zu beteiligen. Insbesondere Kliniken der Maximalversorgung sollten ein Angebot für Abbrüche im 2. und 3. Trimenon vorhalten, da gerade in diesen Schwangerschaftswochen die Versorgungslage besonders prekär ist. Kliniken, die konfessionell geführt werden und Praxen, die PND durchführen, aber keine SAB anbieten, sollten mit einer Klinik zusammenarbeiten, die dies tut. Gerade Fachabteilungen der PND sollten in die Pflicht genommen werden, neben der Diagnosestellung auch Beratung in Bezug auf Umgang, Darstellung der Optionen (z.B. palliative Geburt, Schwangerschaftsabbruch, Informationen und Unterstützungsangebote zum Leben mit z.B. einem behinderten Kind) und Entscheidungsfindung sowie Anbindungsmöglichkeiten anzubieten.

Zur Realisierung solcher Versorgungsschlüssel sind zielgerichtete Maßnahmen, wie Einstellungskriterien für öffentliche Kliniken (37) sowie eine von der Durchführung von Abbrüchen abhängige Vergabe von ärztlichen Kassensitzen denkbar. Dies sind gängige Anreiz-Mechanismen, die in anderen Bereichen der Medizin bei mangelnder Expertise oder Unterversorgung längst üblich sind.

Es gibt zahlreiche Gründe, die mit der schlechten Versorgungssituation in Verbindung gebracht werden, wie beispielsweise die mangelhafte Aus- und Weiterbildung sowie die Kriminalisierung und Stigmatisierung. Aber auch Ärzt\*innen, die SAB durchführen *möchten*, werden vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Eine Gesetzesreform sollte daher gleichzeitig auch Maßnahmen beinhalten, um die Bereitschaft von Gesundheitspersonal, Abbrüche anzubieten, zu steigern, zum Beispiel:

- Sondervertriebsgesetze zur Medikamentenbeschaffung (Mifepriston und Misoprostol) abschaffen
- Schaffung transparenter, bundeseinheitlicher und unbürokratischer Voraussetzungen für die Durchführung von Abbrüchen (siehe § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz)
- Bundeseinheitliche, angemessene Vergütung für SAB und Verhütung, sodass Kliniken und Praxen die Therapien ohne finanzielle Einbußen anbieten können
- Schutz vor Anfeindungen durch wirksame Maßnahmen gegen sogenannte Gehsteigbelästigungen vor Praxen und Beratungsstellen sowie gegen Mobbing im Internet
- "task shift": Ausweitung der Durchführung von Abbrüchen und der Betreuung von ungewollt Schwangeren auf andere Fachrichtungen (insbesondere Allgemeinmedizin) sowie andere Berufsgruppen (insbesondere Hebammen).

## 5. Reformiertes Verweigerungsrecht für Gesundheitspersonal

In § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und § 14 der ärztlichen Musterberufsordnung ist geregelt, dass Ärzt\*innen und anderes Gesundheitspersonal die Durchführung von Abbrüchen aus moralischen Gründen verweigern dürfen. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern gibt es zudem keine Verpflichtung für Verweigerer\*innen, die Versorgung ihrer Patient\*innen dennoch sicherzustellen (wie z.B. durch Information, Weiterverweisung, etc.).

Ein höchstpersönliches Verweigerungsrecht kann allerdings nur so lange bestehen bleiben, wie die Versorgung gesichert ist. Sich der Durchführung einer medizinischen Behandlung zu verweigern, für die man explizit ausgebildet wurde, sollte nicht normalisiert werden. Daher sollte eine schriftliche Meldung – ggf. unter Angabe der Gründe – erforderlich sein und eine Registrierung (z.B. bei der Ärztekammer) erfolgen. So wäre auch der Anteil der Verweigerer\*innen bekannt. Diese sollten im Sinne eines “eingeschränkten Verweigerungsrechts” verpflichtet werden:

- alle nötigen Vor- und Nachuntersuchungen durchzuführen
- umfassend und wertneutral über alle Behandlungsmöglichkeiten zu informieren
- an Kolleg\*innen weiter zu verweisen, die die Behandlung durchführen können

Ein großes Problem für die Versorgung und Weiterbildung stellt die rechtlich nicht zulässige, aber leider vielerorts praktizierte, institutionelle Weigerung ganzer Krankenhäuser dar, Abbrüche durchzuführen (33,39). Dies sollte durch eine Neuregelung explizit verboten sowie Konsequenzen bei Nichtbeachtung formuliert werden.

## 6. Systematische Integration in die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung und Forschung

Die Bereitschaft von Studierenden und Ärzt\*innen, (später) selbst SAB durchzuführen, korreliert positiv mit der Intensität, mit der SAB im Medizinstudium und Weiterbildung behandelt werden (40-42). Außerdem wirkt sie der Verbreitung von “Abtreibungsmythen” und Vorurteilen entgegen, die aktuell noch sehr unter Mediziner\*innen verbreitet sind (43). Somit sollte der SAB in der Aus- und Weiterbildung von Ärzt\*innen in Deutschland fest verankert werden. Aktuell findet weder eine standardmäßige und fundierte Lehre im Medizinstudium im Fach der Gynäkologie statt, (44) noch kommen alle angehenden Gynäkolog\*innen im Rahmen ihrer Facharztausbildung in Kontakt mit SAB, solange nicht alle Kliniken mit Weiterbildungsermächtigungen SAB selbst durchführen.

Zukünftig sollte der SAB daher theoretisch im Medizinstudium im Fach der Gynäkologie sowie praktisch in der gynäkologischen Weiterbildung verpflichtend gelehrt werden. Eine Verankerung in der Muster-Weiterbildungsordnung ist anzustreben. Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildungsberechtigung für Gynäkologie und Geburtshilfe innehaben, sollten verpflichtet werden, SAB nach Beratungsregelung anzubieten, um die Lehre sicherzustellen. Falls sie dies nicht tun, sollten Rotationen in den ambulanten Bereich (z.B. Praxen oder Familienplanungszentren, in denen Abbrüche durchgeführt werden) ermöglicht werden – immerhin finden circa 80% aller Abbrüche im ambulanten Sektor statt (1). Die Lehre zur Fehlgeburt darf dabei nicht die Lehre zum SAB ersetzen (45).

Eine individuelle Befreiung für Verweigerer\*innen kann ermöglicht werden und sollte kein Hinderungsgrund für eine standardisierte Thematisierung in der Weiterbildung darstellen. Trotzdem sollten alle Gynäkolog\*innen in Weiterbildung – auch solche, die die Durchführung

verweigern – zumindest an der Aufklärung und Beratung ungewollt Schwangerer teilnehmen und SAB beiwohnen, um die bedarfsgerechte Versorgung und Beratung ihrer Patient\*innen im Schwangerschaftskonflikt sicherstellen zu können.

Systematische Fort- und Weiterbildungsangebote zur Befähigung zur Durchführung von SAB für nicht-gynäkologische Fachrichtungen, insbesondere der Allgemeinmedizin, sollten gefördert werden. Zudem sollte die Schulung und Fortbildung von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal in Bezug auf Schwangerschaftskonflikte und -abbrüche vorangetrieben werden. Insbesondere Hebammen und Krankenpfleger\*innen sollten über die verschiedenen Methoden, Risiken und Nutzen aufgeklärt und befähigt werden, die Schwangeren bei ihrer Entscheidungsfindung und während ihres SAB zu unterstützen.

## **7. Freie Methodenwahl**

Schwangere, die sich für die Beendigung einer Schwangerschaft entscheiden, sollten nach einer ausführlichen medizinischen Aufklärung das Recht auf Mitbestimmung bei der Methodenwahl haben: medikamentös oder operativ; stationär, ambulant oder telemedizinisch; ein- oder zweizeitig. Dies wirkt sich positiv auf die psychische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs aus (11,46-50).

Für Abbrüche im 1. Trimenon sollte insbesondere das Angebot der medikamentösen Methode (vor Ort in der Praxis, als "Home Use" oder telemedizinisch) ausgebaut werden. Aktuell werden nur ca. ein Drittel der frühen Abbrüche medikamentös durchgeführt, während Studien andeuten, dass sich Schwangere bei einer Wahlfreiheit in ca. der Hälfte der Fälle für diese Methode entscheiden würden (51-53).

Für Abbrüche ab der 14. SSW besteht zur Zeit faktisch keine Möglichkeit der Methodenwahl, da in Deutschland fast ausschließlich die medikamentöse, zweizeitige Methode angewandt wird, bei der der Fetus geboren wird und die Plazenta anschließend (meist operativ) geborgen wird. Für manche Schwangere ist diese Erfahrung sehr belastend. Daten aus Großbritannien zeigen, dass die einzeitige, operative Methode genauso sicher und häufig weniger psychisch belastend als die zweizeitige Methode ist (2,54-56). Der Ausbau eines operativen, einzeitigen Angebots im 2. Trimenon sollte gefördert werden, damit eine freie Methodenwahl auch dieser Patient\*innengruppe möglich wird.

## **8. Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütung**

Um einen sozial gerechten Zugang zu gewährleisten, sollten SAB und Schwangerschaftsverhütung von den Krankenkassen übernommen werden. Dabei darf die Durchführung dieser Gesundheitsdienstleistung nicht auf Kosten der Vergütung der Ärzt\*innen gehen, die SAB durchführen.

## **9. Einbezug in reproduktive Gesundheit**

Die Regelungen zum SAB stellen nur einen Teilaspekt in Bezug auf die reproduktive und sexuelle Gesundheit dar. Weitere Aspekte im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit (z.B. sexuelle Aufklärung, Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen, staatliche Unterstützung von Elternschaft, Gleichstellung der Geschlechter, Fördermaßnahmen zur Inklusion) sind eng mit dem Thema SAB verknüpft und müssen daher durch die Zivilgesellschaft, Politik und Gesellschaft im Sinne einer ganzheitlichen reproduktiven Gesundheitsversorgung mitgedacht werden.

## Quellen

1. Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3. Statistisches Bundesamt. 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/\\_inhalt.html#\\_g394a97ea](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html#_g394a97ea).
2. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.
3. Concluding observations on the ninth periodic report of Germany, Paragraph 45-46 (CEDAW/C/DEU/9). United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 2023 11.05.2023.
4. IPPF. About Us. Abgerufen am 15.07.2023 auf <https://www.ippf.org/about-us>
5. Addressing Barriers to Safe Abortion [Stellungnahme]. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), September 2021. Abgerufen am 15.07.2023 auf [https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO\\_Statement\\_Addressing\\_Barriers\\_to\\_Safe\\_Abortion\\_EN.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Addressing_Barriers_to_Safe_Abortion_EN.pdf)
6. Sorhaindo AM, Lavelanet AF. Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. Soc Sci Med. 2022;311:115271.
7. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: American Psychological Association (APA); 2008.
8. Induced Abortion and Mental Health. London: Academy of Medical Royal Colleges & National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH); 2011.
9. Rocca CH, Samari G, Foster DG, Gould H, Kimport K. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Soc Sci Med. 2020;248:112704.
10. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. Soc Sci Med. 2016;150:67-75.
11. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. Soc Sci Med. 2017;191:109-16.
12. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A. Abortion Stigma: A Systematic Review. Perspect Sex Reprod Health. 2016;48(4):169-77.
13. Verborgenes sehen: Die Krise der unbeabsichtigten Schwangerschaften. Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)/ Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW); 2022.
14. Jones RK, Chiu DW. Characteristics of abortion patients in protected and restricted states accessing clinic-based care 12 months prior to the elimination of the federal constitutional right to abortion in the United States. Perspect Sex Reprod Health. 2023;55(2):80-5.
15. Induced Abortions Reported in Canada in 2021: Update. Canadian Institute for Health Information. 2023. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.cihi.ca/en/induced-abortions-in-canada>.
16. Country Profile: Canada: Guttmacher Institute; 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.guttmacher.org/regions/northern-america/canada>.
17. Abortion Services Aotearoa New Zealand: Annual Report 2022. Ministry of Health. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.health.govt.nz/publication/abortion-services-aotearoa-new-zealand-annual-report-2022>.
18. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp O, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet Glob Health. 2020;8(9):e1152-e61.
19. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. Lancet. 2016;388(10041):258-67.
20. Foster DG. The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having—or Being Denied—an Abortion: Scribner; 2020.
21. Bain LE. Mandatory pre-abortion counseling is a barrier to accessing safe abortion services. Pan Afr Med J. 2020;35:80.
22. Baron C, Cameron S, Johnstone A. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? J Fam Plann Reprod Health Care. 2015;41(3):181-5.

23. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1232.
24. Jovel I, Cartwright AF, Ralph L, Upadhyay UD. Abortion Waiting Periods and Decision Certainty Among People Searching Online for Abortion Care. *Obstet Gynecol*. 2021;137(4):597-605.
25. Karasek D, Roberts SC, Weitz TA. Abortion Patients' Experience and Perceptions of Waiting Periods: Survey Evidence before Arizona's Two-visit 24-hour Mandatory Waiting Period Law. *Womens Health Issues*. 2016;26(1):60-6.
26. Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*. 2017;95(3):269-78.
27. Roberts SC, Turok DK, Belusa E, Combellick S, Upadhyay UD. Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(4):179-87.
28. Roberts SCM, Belusa E, Turok DK, Combellick S, Ralph L. Do 72-Hour Waiting Periods and Two-Visit Requirements for Abortion Affect Women's Certainty? A Prospective Cohort Study. *Womens Health Issues*. 2017;27(4):400-6.
29. Helfferich C, Klindworth H, Heine Y, Wlosnewski I. *frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen - Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. Köln; 2016.
30. White K, Baum SE, Hopkins K, Potter JE, Grossman D. Change in Second-Trimester Abortion After Implementation of a Restrictive State Law. *Obstet Gynecol*. 2019;133(4):771-9.
31. Justice: extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse (2017). Aktenzeichen: 2017-347. Abgerufen am 09.08.2023 auf [https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/extension\\_delit\\_entrave\\_ivg.asp](https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/extension_delit_entrave_ivg.asp).
32. Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchsstatistik in Deutschland. Statistisches Bundesamt. 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2022.html>.
33. Antworten von öffentliche Klinken nach Auskunftsanfrage von CORRECTIV, Lokalmedien und FragDenStaat [Zuletzt aktualisiert: 09.08.2023]. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/>
34. Jaarrapportage 2020 - Wet afbreking zwangerschap [Niederländischer Jahresbericht 2020 - Schwangerschaftsabbruchgesetz]. Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd. 2021. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://open.overheid.nl/repository/ronl-d18f3b07-782e-4b08-99c6-675b0d60ca33/1/pdf/jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap-wafz.pdf>.
35. Bruhn E. Spätabtreibungen in Deutschland: Letzter Ausweg Holland. *taz*. 2020 12. 05. 2020. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://taz.de/Spaetabtreibungen-in-Deutschland!/5681768/>
36. Bruhn E. Späte Schwangerschaftsabbrüche: Drei Komma drei Prozent. *taz*. 2022 24.10.2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://taz.de/Spaete-Schwangerschaftsabbrueche!/5886892/>
37. Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Arztterminen [Pressemitteilung]. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 6.12.2021. Abgerufen am 09.08.2023 auf [https://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_28\\_Terminservicestellen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_28_Terminservicestellen.pdf)
38. Stellungnahme zum Vorschlag des baden-württembergischen Sozialministeriums [Pressemitteilung]. Doctors for Choice Germany e.V., 27.07.2020. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://doctorsforchoice.de/2020/07/stellungnahme-einstellungskriterien>
39. Geisslinger E. Keine Abtreibungen in Flensburger Klinik: Fusion mit Folgen. 2019 4. 11. 2019. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://taz.de/Keine-Abtreibungen-in-Flensburger-Klinik!/5635523/>
40. Pace L, Sandahl Y, Backus L, Silveira M, Steinauer J. Medical Students for Choice's Reproductive Health Externships: impact on medical students' knowledge, attitudes and intention to provide abortions. *Contraception*. 2008;78(1):31-5.
41. Steinauer J, Landy U, Filippone H, Laube D, Darney PD, Jackson RA. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(1):39 e1-6.

43. Baier A. Wo Medizin und Strafrecht sich berühren: Der ärztliche Blick auf die Beratungspflicht nach §218 Strafgesetzbuch. Forum Recht online. 2019. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://forum-recht-online.de/wp/?p=855>
44. Medical Students for Choice Berlin. MSFC deutschlandweit. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://msfcberlin.com/msfc-deutschlandweit/>
45. Baier A, Seyler H, Tonke I. Warum das Erlernen der Behandlung von Fehlgeburten das Erlernen von Schwangerschaftsabbrüchen nicht ersetzt. Gyn-Depesche. 2022;6/2022.
46. Attali L. Psychological aspects of abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016;45(10):1552-67.
47. Baraitser P, Free C, Norman WV, Lewandowska M, Meiksin R, Palmer MJ, et al. Improving experience of medical abortion at home in a changing therapeutic, technological and regulatory landscape: a realist review. BMJ Open. 2022;12(11):e066650.
48. Hemmerling A, Siedentopf F, Kentenich H. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: a German experience. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2005;26(1):23-31.
49. Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009;14(5):324-33.
50. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(7):829-33.
51. Cameron ST, Glasier AF, Logan J, Benton L, Baird DT. Impact of the introduction of new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103(12):1222-9.
52. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. Contraception. 2004;70(5):387-92.
53. Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG. 2021;128(9):1464-74.
54. Turk J, Landy U, Preskill F, Adler A, Steinauer J. The integration of abortion into obstetrician-gynecologists' practice after comprehensive family planning resident training. Contraception. 2021;104(4):337-43.
55. Lohr P. Second Trimester - Surgical Abortion. Abgerufen am 09.08.2023 auf [https://www.fiapac.org/media/docs/90\\_Lohr.pdf](https://www.fiapac.org/media/docs/90_Lohr.pdf).
56. The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011.