

Informationen zum Schwangerschaftsabbruch

Information on Pregnancy Termination

Kristina Hänel

Zusammenfassung: Der Artikel behandelt die Versorgungslage, den juristischen Hintergrund, die ethische Diskussion und die medizinisch korrekte Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs. Im Speziellen nimmt er Bezug auf den politisch erneut diskutierten § 219a StGB, der zur Strafanzeige gegen mehr als hundert Ärztinnen und Ärzte in Deutschland geführt hat, die auf ihrer Webseite darüber informiert haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Schlüsselwörter: Schwangerschaftsabbruch; Informationspflicht; Strafanzeige

Summary: This article will address the current situation in medical care, the legal background, the ethical debate and the medically correct performance of pregnancy termination. Section 219a of the German Criminal Code (currently discussed again by the government coalition) will be of particular interest, as this section has led to criminal charges against more than one hundred physicians in Germany. Their only "crime" was to inform on their websites that they performed terminations of pregnancy.

Keywords: pregnancy termination; information obligation; criminal charge

Hintergrund

§ 219a StGB war bis Sommer 2017 ein nur wenigen Eingeweihten bekannter Paragraph. Im 19. Jahrhundert erstmals im deutschen Strafgesetzbuch aufgetaucht, wurde er wieder gestrichen und von den Nationalsozialisten 1933 im Rahmen der Verfolgung von Abtreibungsärzten, Homosexuellen und Prostituierten erneut ins Strafgesetz aufgenommen. Mit der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs im Rahmen der Fristenregelung der DDR und des Indikationsmodells der damaligen BRD wurde er in den alten Bundesländern geringfügig verändert im Strafgesetzbuch weitergeführt. Bei der Gesetzesneuregelung im Rahmen der Wiedervereinigung blieb er im Strafgesetz. Vor ca. zehn Jahren entdeckten fundamentalistische Abtreibungsgegner den Paragraphen und stellten Strafanzeigen gegen Ärztinnen und Ärzte, die oftmals von der Existenz des § 219a gar keine Kenntnis hatten. Die meisten Verfahren wurden eingestellt.

In Gießen kam es 2017 auf Insistieren eines Anzeigerstatters bei der Staatsanwaltschaft (nachdem diese die

Angelegenheit bereits eingestellt hatte) zur Anklageerhebung und Eröffnung des Hauptverfahrens mit resultierender Verurteilung. Das öffentliche Interesse war groß. Weitere Verfahren in Kassel und Berlin stehen bevor. Zahlreiche Verbände haben sich für eine Abschaffung oder Veränderung der Gesetzeslage stark gemacht, so auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Aktuell diskutiert der Deutsche Bundestag über eine Gesetzesänderung. Die Koalition legte einen Vorschlag vor, der den § 219a unangetastet lässt, aber u.a. die Veröffentlichung von Adressenlisten vorsieht und die ärztliche Information über die Bereitschaft, Abbrüche durchzuführen, erlaubt. Alle weitergehenden Informationen, wie z.B. auf meiner Website, wären demnach weiterhin strafbar.

Juristische Situation

Information is a necessary component of any medical care and should always be provided to women considering abortion [1].

Laut der ärztlichen Berufsordnung dienen sachbezogene Informationen dem Patientenschutz und werden in Paragraph 27 eindeutig von berufswidriger Werbung unterschieden [2]. § 219a StGB kennt diese Unterscheidung nicht. Hier wird unter der Überschrift „Werbung“ auch die sachliche und seriöse Information unter Strafe gestellt, falls derjenige, der die Information gibt, damit Geld verdient. Das Gesetz richtet sich also speziell gegen Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Bestraft wird nicht die Handlung des Abbruchs an sich, der rechtmäßig stattfindet, wenn die Bedingungen des § 218 StGB eingehalten werden, sondern der Hinweis darauf, dass man bereit ist, diese Handlung vorzunehmen. Juristisch gesehen handelt es sich um eine sogenannte „Vorfeldkriminalisierung“, die es sonst nur für kriminelle, nicht aber für rechtmäßige Handlungen gibt. Informationen von fachfremden Personen sind nicht verboten. Dies führt dazu, dass die Verbreitung von häufig falschen Informationen von Nicht-Fachkräften gesetzlich erlaubt ist, jedoch die korrekte Information von

Kasten 1: § 219a StGB Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft

- (1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§11 Abs. 3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise
1. eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung eines Schwangerschaftsabbruchs oder
 2. Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zum Abbruch der Schwangerschaft geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

medizinischen Fachkräften verboten ist (Kasten 1).

Die heute gültige Regelung zum Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland im Strafrecht als Tötungsdelikt festgeschrieben. Sie stellt neben der medizinischen und der kriminologischen Indikation einen Abbruch strafrei, wenn eine Bedenkzeit von drei Tagen nach Beratung durch eine anerkannte Beratungsstelle eingehalten wurde. Sie geht zurück auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.5.1993, das die nach der Wiedervereinigung vom Bundestag verabschiedete Fristenlösung außer Kraft setzte und das Beratungsmodell vorgab (Kasten 2).

Ein Blick in die europäischen Nachbarländer zeigt, dass nur in wenigen anderen Ländern eine solche *Bedenkfrist* existiert und Frauen länderabhängig unterschiedlich lange *nachdenken* müssen, bevor sie den Abbruch durchführen lassen können (Tab. 1).

Welche Klientel ist betroffen?

Natürlich führt nicht jede ungewollte Schwangerschaft zu einem Abbruch. Nach einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend aus dem Jahr 2013 werden mehr als die Hälfte der ungewollten Schwangerschaften ausgetragen [4]. Der geringere Teil endet in einem Schwangerschaftsabbruch. Betroffen kann jede Frau im gebärfähigen Alter sein. Die Häufigkeit der Abbrüche korreliert mit der Fruchtbarkeit der Frau. Die Frauen kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten, die meisten haben bereits ein oder mehrere Kinder. Die wenigsten haben sich vorher mit der Frage auseinandergesetzt. Das bedeutet dann ggfs., dass eine Frau aufgrund ihrer konkreten Lebenssituation eine Schwangerschaft be-

endet, obwohl sie von ihrer Einstellung her grundsätzlich gegen Abtreibung ist.

Beim Abbruch handelt es sich um eines der größten Tabus. Die differenten Implikationen dieses Tabus formuliert die Sozialpädagogin und Sexualwissenschaftlerin Katja Krolzig Matthei in Anlehnung an den französischen Soziologen Luc Boltanski wie folgt [5]:

- Vier Eigenschaften der Abtreibung:
- Abtreibung ist eine selbstverständliche Praktik, deren Möglichkeiten zu allen Zeiten und überall bekannt waren/sind.
 - Abtreibung ist ein Gegenstand allgemeiner Missbilligung.
 - Abtreibung ist ein Gegenstand allgemeiner Toleranz.
 - Abtreibung ist fast vollständig von der Sphäre der Darstellungen ausgeschlossen.

Häufig entscheiden sich aber auch Frauen zu diesem Schritt, obwohl sie gerne ein Kind gehabt hätten, aber die Partnerschaft, die Situation, der Gesundheitszustand es nicht zulässt. Für andere ist es eine klare Entscheidung, eine Lösung in einer anderweitig nicht anders hand-

habbaren Situation einer ungewollten Schwangerschaft. Die meisten haben versucht, zu verhüten. Ein typisches und für Familienmedizinerinnen und -mediziner relevantes Beispiel ist die immer wieder auftretende Situation, dass die Pille versagt aufgrund von Antibiotikagaben, die häufiger als gedacht bei banalen Infekten wie zum Beispiel Erkältungskrankheiten oder Blasenentzündungen verschrieben werden. Oft wird einfach nicht an diese mögliche Interaktion gedacht; das Thema Sexualität und Reproduktion wird ja meist von Frauen sowie Ärztinnen und Ärzten in die Gynäkologie verlagert. Das hat für die betroffene Frau dann gravierende Folgen.

Voraussetzungen vor Schwangerschaftsabbruch

Die Entscheidung muss sicher sein. Die Frau muss Gelegenheit erhalten, die Gründe für ihre Entscheidung darzulegen – in dem von ihr gewollten Ausmaß. Ist die Entscheidung nicht sicher, muss der Eingriff abgelehnt werden.

Weitere Voraussetzungen vor der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs sind: Vorliegen der Beratungsbescheinigung, ggf. einer medizinischen oder kriminologischen Indikation, Feststellung des Schwangerschaftsalters, der intrauterinen Lage mittels Ultraschalles, Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors. In einzelnen Fällen müssen bei Vorerkrankungen weitergehende Abklärungen erfolgen. Zu beachten sind insbesondere Gerinnungsstörungen, die ggfs. einer zusätzlichen spezifischen Behandlung bedürfen.

Kasten 2: § 218 StGB, im einzelnen 218a, b und c und § 219 (regelt die Beratung)

Schwangerschaftsabbruch ist Straftatbestand, Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe

Schwangerschaftsabbruch ist straflos, wenn

- (1) Beratung nach § 219 (Bescheinigung), drei Tage Bedenkfrist, Abbruch durch Arzt, nicht mehr als 12 Wochen nach der Empfängnis (= 14. SSW p.m.)
- (2) Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes
- (3) Rechtswidrige Tat nach § 176 (sex. Missbrauch), § 177 (sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung), § 178 (sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung mit Todesfolge)

Land	Frist	Details
Slowakei	2 Tage	Ab Unterzeichnung der Einverständniserklärung
Deutschland	3 Tage	3 volle Tage nach Beratung in zugelassener Beratungsstelle
Litauen, Portugal	3 Tage	Nach der 1. ärztlichen Visite
Ungarn	3 Tage	Zwischen 2 verpflichtenden Beratungen
Holland	5 Tage (nur nach dem 44. Tag, last menstrual period)	5 volle Tage ab dem 1. Kontakt mit Fachkraft, einige Ausnahmen
Belgien	6 Tage	Ab 1. Kontakt mit Arzt in der gleichen Einrichtung wie Abbruch
Italien	7 Tage	Ab 1. Kontakt mit Arzt
Österreich, Tschechische Rep., Dänemark, Finnland, Frankreich (seit 2015), Norwegen, Rumänien, Spanien, Schweden, Schweiz, England haben keine Bedenkfristen.		

Tabelle 1 Vorgeschriebene Bedenkfristen vor Schwangerschaftsabbruch im europäischen Vergleich (modifiz. nach [3])

Methoden des Schwangerschaftsabbruchs im 1. Trimenon

Operativer Schwangerschaftsabbruch

Die gängige Methode ist die Vakuumaspiration. Nach Dehnung des Muttermundes mit Dehnungsstäben wird ein Plastikröhrchen transzervikal eingeführt und das Schwangerschaftsgewebe und die obere Schleimhautschicht abgesaugt. Als Betäubung kommt entweder eine kurze Vollnarkose oder eine Lokalanästhesie infrage. Eine Kürettage mit der scharfen Kürette ist seit Jahrzehnten obsolet [6, 7], die Prozedur dauert länger, es besteht ein unnötiges Risiko für Perforationen oder Adhäsionen und der Blutverlust ist höher. Unmittelbar anschließend wird ein Kontroll-Ultraschall durchgeführt.

Die Erfolgsrate liegt bei 96–98 %. Sehr seltene Akutkomplikationen sind Zervixeinriss, Perforation, verstärkte Blutungen. Die Rate liegt je nach Setting, Analgesietyp und Erfahrung der Operierenden zwischen 0 und 5 % [8]. Die Frühkomplikationsrate wird durch ein Zervixpriming gesenkt – entweder mittels Gabe von 400 µg Misoprostol eine (sublingual) oder drei (oral oder vaginal) Stunden vor dem Eingriff. Durch die Gabe des Prostaglandins wird dabei eine Erweichung und Öffnung der Zervix sowie eine Kontraktion des Myometriums herbeigeführt. In Deutschland ist Misoprostol noch nicht zur Induktion von Schwanger-



Abbildung 1 Fruchtblase 7. SSW
(Foto: Deutschmeyer V.)

schaftsabbrüchen vor der 14. SSW p.m. zugelassen; der Gebrauch ist *off label*. Oder das wirksamere Mifepriston 1 x 200 mg am Tag davor. Später auftretende, seltene Komplikationen können anhaltende Blutungen, Gewebereste bzw. Infektionen sein.

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Die Frau erhält eine Tablette des Antiprogesterons Mifepriston 600 mg. Die Gestagenrezeptoren werden blockiert und es kommt zu einer Sensibilisierung der Gebärmuttermuskulatur auf Prostaglandine. Nach zwei Tagen wird je nach Gestationsalter 400–800 µg des Prostaglandins Misoprolol verabreicht [9]. Dies führt zum häufig schmerzhaften

Ausstoßen der Schwangerschaft (eine Schmerzmedikation ist häufig erforderlich). Die Erfolgsrate liegt bei 95–98 %. Kontraindikationen sind Asthma bronchiale, das mit einem oralen Corticoid eingestellt ist – da es zu Interaktionen zwischen Mifepriston und Cortison kommen kann, sodass die Asthmasymptomatik sich u.U. verschlechtert. Da es in Einzelfällen zu starken Blutungen kommt, ist ein medikamentöser Abbruch bei Vorliegen von Gerinnungsstörungen oder Einnahme von gerinnungshemmenden Substanzen nicht zu empfehlen. Ebenso bei Leber- und Niereninsuffizienz.

Ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch verläuft wie ein Spontanabort aufgrund einer Gelbkörperinsuffizienz (Corpus luteum Insuffizienz) und ist von diesem nicht zu unterscheiden (Abb. 1).

Versorgungslage

In Europa finden sich viele verschiedene gesetzliche Regelungen. In einem Land müssen die Frauen zum Abbruch dorthin, wo sie beraten wurden, im nächsten dürfen sie dort, wo sie beraten wurden, nicht den Abbruch machen. In Frankreich wurde die Bedenkzeit aufgehoben, weil sie dazu führt, dass Frauen später zum Abbruch gehen und sich damit die medizinischen Risiken erhöhen.

Henry Morgenthaler, der als jüdisches Kind das KZ Auschwitz überlebt hatte und 1950 nach Kanada auswan-

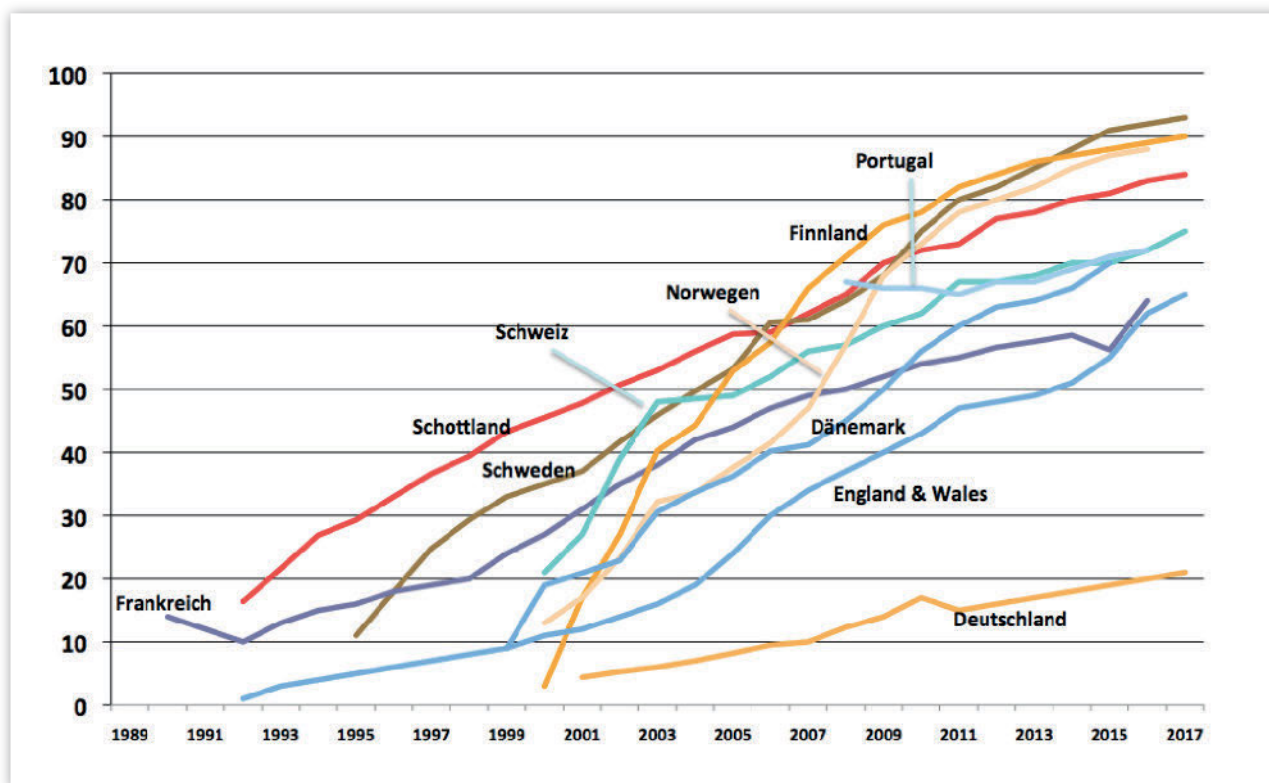


Abbildung 2 Prozentualer Anteil medikamentöser Abbrüche im europäischen Vergleich (1. Trimenon) [14]

derte, arbeitete dort als Hausarzt und setzte sich für das uneingeschränkte Recht auf Abtreibung ein. Nach Prozessen und Gefängnisaufenthalten wurde 1988 das Abtreibungsgesetz ersatzlos gestrichen, da es gegen die Verfassung verstöße. Seither gibt es in Kanada kein Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch und damit keine Beschränkung in der Schwangerschaftswoche. Die Frauen kommen früh zum Abbruch, verglichen mit den USA, wo teilweise restriktive gesetzliche Regelungen herrschen. Kanada hat die geringste Zahl an Komplikationen beim Eingriff und die geringste Müttersterblichkeit der ganzen Welt [10].

Die Sorge, dass Abbruchzahlen steigen, wenn die Gesetze liberalisiert werden, hat sich nicht bewahrheitet (ein Phänomen, das sich auch für andere Länder belegen lässt). Im September 2017 erschien im Lancet eine Studie, herausgegeben von der WHO und dem Alan Guttmacher Institute, die zeigte, dass die niedrigsten Abbruchzahlen in Ländern mit wenig restriktiven Gesetzen liegen (guter Zugang zu sicheren Abbrüchen und Verhütungsmitteln, weitgehend realisierte Gleichberechtigung der Geschlechter). Die Länder mit

den niedrigsten Abbruchzahlen sind Nordamerika und Nordeuropa, Deutschland zählt nach der Lancet-Studie nicht dazu [11]. Die Studie zeigte auch, dass weltweit jährlich ca. 55,7 Millionen Abbrüche durchgeführt werden, 17,1 Mill. davon mit *geringem* und 8 Mill. mit *sehr niedrigem Sicherheitsniveau* [11]. Die meisten unsicheren Abbrüche finden in Afrika, Asien und Lateinamerika statt. Jährlich sterben weltweit ca. 47.000 Frauen an unsicheren Abbrüchen [12].

In Deutschland finden seit 1975 die meisten Schwangerschaftsabbrüche legal statt, die Komplikationsraten sind niedrig. Frauen finden aber nicht das flächendeckende ambulante und stationäre Angebot zum Schwangerschaftsabbruch, das im Schwangerenhilfegesetz als Staatsaufgabe definiert ist. In vielen Landstrichen gibt es kaum noch Ärztinnen und Ärzte, die den Eingriff anbieten. Frauen fahren bis zu 200 km oder lassen teilweise den Eingriff im Ausland durchführen, z.B. in Österreich oder den Niederlanden. Auch werden oft nicht alle Methoden angeboten. Laut statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2017 in Deutschland von 101.209 Abbrüchen 15.505 mittels

der schon lange veralteten Kürettage gemacht, anstatt mit der heute empfohlenen Vakuumaspiration [13]. Ebenso hinkt Deutschland mit dem Angebot des medikamentösen Abbruchs weit hinter der europäischen Entwicklung hinterher (Abb. 2).

Ausblick

Wenn Deutschland bei europäischen und internationalen Standards mithalten will, brauchen wir eine Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs in Forschung und Lehre sowie nationale Leitlinien. Die Angst vor Strafanzeigen nach § 219a StGB seitens der Dozierenden hat hier zu einem Informationsdefizit geführt. Bisher wird in der universitären Ausbildung meist nur über ethische Aspekte des Schwangerschaftskonflikts gesprochen. Die *Medical Students for Choice* haben in Berlin erreicht, dass der Schwangerschaftsabbruch ins Curriculum aufgenommen wurde. Münster folgt dem Beispiel.

Die Versorgungslage für die Frauen muss verbessert werden: Es ist inakzeptabel, dass Frauen in Deutschland auf den Seiten von Abtreibungsgegnern

Kristina Hänel ...



... ist DEGAM-Mitglied seit 2011 und als Ärztin für Allgemeinmedizin seit 2001 in eigener Praxis in Gießen niedergelassen. Dort führt sie u.a. Schwangerschaftsabbrüche durch. Sie informiert darüber auf ihrer Webseite. Seit 2005 wurde sie mehrfach von Abtreibungsgegnern nach § 219a StGB angezeigt. Die letzte Anzeige aus dem Jahr 2015 führte zur Eröffnung eines Hauptverfahrens und einer Strafe von 6000,- Euro. Das Urteil wurde in zweiter Instanz bestätigt, wogegen Revision eingelegt wurde.

nach Adressen suchen oder auf eine Homepage in Österreich angewiesen sind, wenn sie Informationen zum Schwangerschaftsabbruch benötigen [15]. Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, Frauen zu behandeln, benötigen Rechtssicherheit. Von 150 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten, die in den letzten zehn Jahren angezeigt worden waren, teilten mir viele persönlich mit, dass sie von dem Strafrechtsparagrafen nichts gewusst hatten und aus allen Wolken gefallen sind, als beispielsweise die Polizei in der Nachmittagsprechstunde auftauchte, um die Anzeige abzugeben.

Der amerikanische Psychologe Harvey Karman berichtete erstmals 1972 von Abbrüchen mit der von ihm erfundenen Absaugmethode, die er einfach

und sicher gestalten wollte [16]. Heutige Untersuchungen bestätigen seine Einschätzung, dass nach ausreichendem Training auch *Midlevel-Provider* (Krankenschwestern oder Hebammen) die Methode ebenso gut und sicher anwenden können [8]. Die meisten meiner Lehrer waren holländische Allgemeinmediziner. Einer von ihnen, Willem Boissevain, war einer der ersten Ärzte, die in Holland die Absaugmethode nach Karman einfuhrte. Er sagte während meiner Ausbildung in Arnheim zu mir: „Wir Hausärzte waren es doch, die uns das nicht länger angucken wollten, dass die Frauen uns aus den Familien wegstarben. Das waren doch alles Ehefrauen, Mütter, Schwestern ... Die Gynäkologen hat das damals doch gar nicht interessiert“ [17].

Die Bedrohung für die Gesundheit und das Leben der Frau ist nicht der Abbruch an sich, sondern es sind die Hürden, die andere Menschen ihr in den Weg legen.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist medizinisch gesehen meist eine einfache Behandlung, psychosozial hingegen oft ein einschneidendes Erlebnis; politisch wird es in der Großen Koalition erneut diskutiert (ob die von den Medien berichtete Einigung die Lage verbessern wird, bleibt – mit Skepsis – abzuwarten). Unabhängig von der Brisanz des Themas benötigen Frauen sachliche und seriöse Informationen, wo, wie und unter welchen Bedingungen sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen können. Sie müssen wissen, welcher Ärztin oder welchem Arzt sie sich und ihren Körper anvertrauen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Kristina Hänel
Praxis für Allgemeinmedizin
Neuen Bäume 22
35390 Gießen
kh@kristinahaenel.de

Literatur

1. World Health Organisation (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva 2014: 10
2. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel
3. Fiala C. Nationale europäische Gesetze. Persönliche Mitteilung, 2018
4. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/studie--frauen-leben-3--liefert-wichtige-erkenntnisse-ueber-ungewollte-schwangerschaften/82998?view=DEFAULT (letzter Zugriff 22.11.2018)
5. Boltanski L. Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 2007: 38 ff.
6. Roblin P. Vacuum aspiration. In: Rowlands S. (Hrsg.). Abortion care. Cambridge, Cambridge University Press 2014
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. (Evidence based clinical guideline No. 7) 2011. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf (letzter Zugriff 22.11.2018)
8. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H. Mid-level providers. In: Rowlands S. (Hrsg.) Abortion care. Cambridge, Cambridge University Press 2014. S. 221
9. DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Vorgehen beim Medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. 2015. www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2015/218_Stellungnahme_zum_Vorgehen_beim_medikamentoesen_Schwangerschaftsabbruch.pdf (letzter Zugriff 22.11.2018)
10. Museum für Verhütung und Schwangerschaftsabbruch. Kanada zeigt es vor: Weniger Abbrüche, geringere Müttersterblichkeit. <http://de.muvs.org/topic/kanada-zeigt-es-vor-weniger-abbrueche-geringere-muettersterblichkeit/> (letzter Zugriff 22.11.2018)
11. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet 2017; 390: 2372–2381. www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931794-4 (letzter Zugriff 22.11.2018)
12. Rowlands S. Introduction. In: Rowlands S. (Hrsg.). Abortion care. Cambridge University Press 2014
13. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche.html (letzter Zugriff 22.11.2018)
14. Fiala C. Nationale europäische Statistiken. Persönliche Mitteilung, 2018
15. www.abtreibung-adressen.eu (letzter Zugriff 27.11.2018)
16. <http://de.muvs.org/museum/newsletter/56> (letzter Zugriff 22.11.2018)
17. Boissevain W. Persönliche Mitteilung. Arnheim. 1990