

Gemeinsam neue Wege gehen – fachübergreifende Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen

Taking New Paths Together – Towards Interprofessional Abortion Care

Pauline Meurer¹, Jana Maeffert², Günther Egidi³, Christoph Heintze¹, Angela Schuster¹

Zusammenfassung

Die Anzahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist seit 2003 auf beinahe die Hälfte gesunken. Zeitgleich ist auch die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken. Allerdings gibt es erhebliche regionale Unterschiede und Versorgungslücken. Sowohl mangelnde Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen in Aus- und Weiterbildung als auch hoher administrativer Aufwand sind Herausforderungen für die Versorgung. Die gesetzlichen Einschränkungen sorgen für weitere Verunsicherung. Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche stellen eine gleichwertige Alternative zu chirurgischen Methoden dar. Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs auch durch nicht spezialisierte Ärzt*innen in der Primärversorgung wird von der WHO empfohlen und in anderen europäischen Ländern bereits erfolgreich umgesetzt. In Deutschland wird der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch hingegen selten angeboten, obwohl dies den flächendeckenden Zugang zu niedrigschwelligen Schwangerschaftsabbrüchen erheblich erleichtern könnte. Vor diesem Hintergrund sollten Versorgungslücken fachübergreifend adressiert werden, um Gynäkolog*innen wie Allgemeinärzt*innen bei der gemeinsamen, niedrigschwelligen Versorgung ihrer Patientinnen zu unterstützen.

Schlüsselwörter

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch; Versorgungszugang; fachübergreifende Versorgung; Mifepriston; Misoprostol

Summary

The number of doctors performing abortions has dropped to almost one half since 2003. At the same time, the number of abortions has also decreased significantly over the last 20 years; however, there are considerable regional differences and gaps in the provision of care. A poor representation of the topic in medical education and training as well as high administrative costs hinder adequate provision of care. The legal constraints cause further insecurities. Medical abortions are a suitable and equivalent alternative to surgical methods. The WHO recommends medical abortions to be performed by non-specialised doctors in primary care, this practice has been successfully implemented in other European countries. In Germany, medical abortions are rarely offered, although this could enhance extensive access to care. Thus, addressing gaps in abortion care should be an interprofessional enterprise, supporting both gynaecologists and family doctors in the joint effort to grant low-level access for their patients.

Keywords

medical abortion; access to care; interprofessional care; Mifepriston; Misoprostol

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

² Gynäkologische Praxis Migyn Berlin

³ Hausarztpraxis Bremen-Huchting

Peer reviewed article eingereicht 02.03.2021, akzeptiert: 31.05.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0313-0317

Die Versorgungslage für ungewollt Schwangere in Deutschland

Die Anzahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist laut einer Berechnung des Statistischen Bundesamts seit 2003 von rund 2000 auf 1120 gesunken [1]. Zeitgleich nimmt die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche (SAB) in Deutschland seit 1997 stetig ab: 1997 wurden 130.890 Abbrüche gemeldet, 2019 noch 100.893 [2]. Allerdings variiert die Anzahl der durchgeführten SABs stark nach Region. Hier zeigt sich, dass in Stadtstaaten die Abbruchrate deutlich höher ist als in Flächenstaaten, zudem zeigt sich ein Ost-West-Gefälle mit höheren Zahlen in den östlichen Bundesländern [2].

Entsprechend bestehen Unterschiede in der Anzahl der Patientinnen, die außerhalb des eigenen Bundeslandes behandelt wurden. Im Jahr 2019 wurden 29 % der Patientinnen aus Rheinland-Pfalz in anderen Bundesländern behandelt, hingegen nur 13 % der Patientinnen aus Brandenburg und nur 1 % der Patientinnen aus Berlin [2].

Laut dem Schwangerschaftskonfliktgesetz sind die Bundesländer verpflichtet, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten [3].

Der überwiegende Anteil der Schwangerschaftsabbrüche wird ambulant in OP-Zentren oder Praxen durchgeführt (80 %), nur 20 % in der Klinik [2]. Brandenburg hatte im Jahr 2018 mit elf die niedrigste Rate an ambulant tätigen Gynäkolog*innen pro 100.000 Einwohner*innen, Rheinland-Pfalz 13 und die Stadtstaaten mit 18 die höchste Versorgungsdichte pro 100.000 Einwohner*innen [4].

Kosten für weite Anreisewege stellen eine Hürde für Patientinnen dar. Bekannt ist, dass ungewollt Schwangere in ländlichen Regionen und Personen mit geringem Einkommen besonders betroffen sind [5]. Zu den möglichen Anfahrtskosten kommen die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch, die selbst getragen werden müssen. Nur bei Unterschreiten einer bestimmten Einkommensgrenze kann die Übernahme der Kosten für den Abbruch beantragt werden. In anderen europäischen Ländern, u.a. in Frankreich, England, Irland und der

Schweiz, ist eine grundsätzliche Kostenübernahme durch die Krankenkassen und somit eine niedrigschwelligere Versorgung gewährleistet.

Die Corona-Pandemie hat die Situation ungewollt Schwangerer durch den erschwerten Zugang zu Beratungseinrichtungen und verlängerten Wartezeiten zusätzlich verschlechtert [6]. Obwohl die Versorgungslücken in einigen ländlichen Regionen hinlänglich bekannt sind [1], gibt es bisher keine staatlichen Maßnahmen, hier gegenzusteuern.

Herausforderungen in der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen

Hoher Aufwand, Ärzt*innen im Pensionsalter, wenig Ausbildung

Eine der bedeutendsten Barrieren für sichere Schwangerschaftsabbrüche (SAB) stellt der Mangel an qualifiziertem medizinischem Personal für einen Abbruch dar [5].

Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche in einer Praxis anzubieten, erfordert einen organisatorischen Aufwand und stellt eine Hürde dar. Die Medikamente müssen über Sondervertriebswege bestellt werden, die Anzahl der Abbrüche muss gemeldet werden, und die Abrechnung erfolgt nicht wie bei anderen Leistungen über die Krankenversicherungen.

Der Großteil der Schwangerschaftsabbrüche wird ambulant durchgeführt. Nur wenige Gynäkolog*innen sammeln in ihrer Facharztweiterbildung in der Klinik damit ausreichend Erfahrung, die auf die ambulante Versorgung vorbereiten würde. Insbesondere die medikamentösen Möglichkeiten werden in der Klinik nicht vermittelt.

SABs kommen in der Musterweiterbildungsordnung zur Facharzt Ausbildung zwar theoretisch vor – die Beratung bei Schwangerschaftskonflikten ist Teil der Weiterbildungsordnung im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe, das praktische Vorgehen allerdings nicht [7]. Auch im Medizinstudium spielte das Thema bislang kaum eine Rolle.

Diese Faktoren sowie das Erreichen des Pensionsalters vieler durch den Feminismus der 70er- und 80er-

Jahre geprägten Ärzt*innen könnten möglicherweise den Rückgang der Praxen erklären, welche SABs anbieten.

Zur persönlichen Einstellung und möglicher ethischer Bedenken von Ärzt*innen als potenzielle Hürde in der Versorgung gibt es kaum Studien. In einer qualitativen Befragung in Berlin 2019 wurden religiöse Prägung und Gewissenskonflikte als Hürden angeführt, allerdings schien die Entscheidung für das Durchführen von Abbrüchen stark von der jeweiligen Politik des ausbildenden Krankenhauses abzuhängen. Deutlich wurde ein Wunsch nach mehr neutralen Informationen, um sich mit der persönlichen Haltung schon früh in der Ausbildung auseinandersetzen zu können (8).

Gesetzliche Einschränkungen

Die Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen im Strafrecht, in Deutschland mit den Paragraphen StGB 218 und 219, sorgt für Verunsicherung sowohl bei Patientinnen als auch bei ihren Ärzt*innen [9, 10]. Hinzukommen die aktuellen Debatten um den „Werbeparagraphen“ 219a und die unklare rechtliche Situation, in der sich Ärzt*innen damit noch immer befinden [11].

Geringer Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen

Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche (mSAB) können niedrigschwelliger als chirurgische Methoden angeboten werden. Deutschlandweit ist der Anteil an mSAB allerdings überraschend gering: In der Schweiz und in Deutschland wurde Mifepriстон zeitgleich zugelassen, der Anteil des medikamentösen Abbruchs in der Schweiz ist aber wesentlich höher. 2019 lag er in der Schweiz bei 74 % [12], während in Deutschland nur 28 % der SAB medikamentös durchgeführt wurden [2]. Ebenso liegt der Anteil des medikamentösen Abbruchs in Frankreich, Schottland und Schweden mit Werten zwischen 50 und 80 % deutlich höher als in Deutschland [13]. Beschrieben ist, dass bei neutraler Beratung in verschiedenen europäischen Ländern 57–80 % der Patientinnen den mSAB präferieren [13].

Auch innerhalb von Deutschland variiert die Rate an mSAB, gemessen an der Gesamtzahl der Abbrüche je nach Bundesland stark. So wurden in Berlin 43 % aller Abbrüche medikamentös vorgenommen, während das in Rheinland-Pfalz in 12 % und in Bremen in 11 % der Fall war [2].

Gesetzliche Regelungen, Kosten-erstattungen und lokale Kontexte haben einen großen Einfluss auf den Zugang zu medikamentösen Therapieverfahren [14]. Zusätzlich beeinflussen die Präferenzen und Erfahrungen des medizinischen Personals, welche Methoden den Patientinnen angeboten werden und wie das Personal die ungewollt Schwangeren über die unterschiedlichen Optionen aufklärt. Durch die Beratungspflicht in Deutschland ist hier auch die Akzeptanz der Mitarbeiter*innen in den Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen von Bedeutung.

Es gibt verschiedene Hypothesen für den niedrigen Anteil der mSABs in Deutschland: Traditionelle Vorgehensweisen in der Behandlung werden möglicherweise nicht ausreichend infrage gestellt; für Ärzt*innen werden kaum Fortbildungen angeboten und Fachverbände entwickeln bisher keine Leitlinien zu dem Thema. Das Wissen bezüglich mSAB ist sowohl bei Berater*innen als auch in der deutschen Allgemeinbevölkerung als gering einzuschätzen [14].

Die Rolle der allgemeinmedizinischen Versorgung

Zwar engagieren sich einige Allgemeinmediziner*innen wie Kristina Hänel schon lange für eine flächendeckende, niedrigschwellige Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen, grundsätzlich ist die Rolle von Allgemeinärzt*innen in der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Deutschland jedoch bislang sehr schwach ausgeprägt. Im Gegensatz zur primärmedizinisch organisierten Versorgung in vielen anderen europäischen Ländern praktizieren in Deutschland mehr niedergelassene Fachärzt*innen. So kontaktieren Patientinnen in Deutschland bei Belangen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit häufig direkt Gynäkolog*innen [19].

Laut einem Positionspapier des *European Forum for Primary Care* sind Gynäkolog*innen zwar unter Umständen für die Versorgung der sexuellen Gesundheit besser ausgebildet und ausgestattet, allerdings überwiegen dennoch die Nachteile eines rein Gynäkologie-basierten Systems wie in Deutschland. So gehen die Autor*innen des Positionspapiers bei einer in erster Linie gynäkologischen Versorgung von einem erschwerten Zugang sowie einer weniger ausgeprägten Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen im Gesundheits- und Sozialbereich aus [19].

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch (mSAB)

Ein großer Anteil der Abbrüche wird früh in der Schwangerschaft durchgeführt: in 40 % vor Ende der 8. Schwangerschaftswoche (SSW) nach Amenorrhö (p.m.), in 74 % vor Ende der 10. SSW p.m. [2]. Medikamentöse Optionen sind Mifepriston und Misoprostol. Mifepriston wurde für den medikamentösen Abbruch erstmals 1988 in Frankreich und China zugelassen. In den nächsten 30 Jahren folgte die Zulassung in den meisten europäischen Staaten, in Deutschland 1999. Seit 2005 ist Mifepriston Teil der *WHO Essential Medicines List* [15]. 2007 wurde die Zulassung EU-weit bis zum 63. Tag (9. SSW p.m.) einer Schwangerschaft erweitert [15].

Der medikamentöse Abbruch kann früher durchgeführt werden als chirurgische Methoden. Spezifische chirurgische Komplikationen (Perforationen, Risse der Cervix) können vermieden werden. Bezüglich Effektivität und Sicherheit sind die Methoden vergleichbar, die Häufigkeit schwerer Komplikationen unterscheidet sich nicht [16]. Beim mSAB kann es zu Nebenwirkungen (Blutverlust, Übelkeit, Erbrechen) durch die Medikamenteneinnahme kommen. Während bei Patientinnen die Akzeptanz der mSAB im Vergleich zur chirurgischen SAB ähnlich ist [17], kann die Wahlmöglichkeit zwischen beiden Methoden das langfristige psychische Befinden der Patientinnen verbessern [18].

Gesetzliche Vorgaben, welche Ärzt*innen SAB durchführen dürfen, unterscheiden sich zwischen den Bundesländern. Lediglich in Niedersachsen und Bayern gibt es Einschränkungen für Allgemeinmediziner*innen, in allen anderen Bundesländern ist eine Versorgung auch durch qualifizierte nicht-gynäkologische Ärzt*innen grundsätzlich möglich.

Chancen für eine flächendeckende Versorgung: Stärkung der Allgemeinmedizin

WHO Empfehlungen und internationale Erfahrungen

Die WHO hat detaillierte Empfehlungen zur Versorgung mit mSAB veröffentlicht und empfiehlt die Umsetzung des mSAB im ersten Trimester auch durch geschulte, nicht spezialisierte Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte. Eine Längsschnittstudie über vier Jahre in Frankreich konnte zeigen, dass mSABs, unabhängig davon, ob sie von Allgemeinärzt*innen oder Gynäkolog*innen durchgeführt wurden, sicher und effektiv sind [20].

In einigen anderen europäischen Ländern wie dem Vereinigten Königreich, Irland und den Niederlanden decken Allgemeinärzt*innen in enger Kooperation mit Gynäkolog*innen die sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung mit ab.

Die Einbeziehung von Allgemeinmediziner*innen in guter Abstimmung mit Gynäkolog*innen könnte den flächendeckenden Zugang zu sicheren SABs auch im Kontext einer guten Nachversorgung in Deutschland verbessern. Der medikamentöse Abbruch stellt in diesem Zusammenhang eine sichere, effektive und von vielen Patientinnen gewünschte Alternative zu chirurgischen Eingriffen dar. Eine Methode, bei welcher der eigentliche Abbruch der Schwangerschaft nicht aktiv von ärztlicher Seite initiiert wird, sondern nur Medikamente hierzu ausgehändigt werden, könnte zudem die Akzeptanz aufseiten der Gesundheitsfachkräfte steigern und dadurch zu leichterem Zugang für die Patientinnen führen [21].

Versorgung im Wandel: Schwangerschaftsabbrüche in Irland

Bis 2018 war Irland eines der wenigen europäischen Länder, in denen Abbrüche nur bei großem Risiko für das Leben der Schwangeren legal waren. Seit dem 1.1.2019 sind Abbrüche bis zur 12. Woche nach der letzten Regelblutung möglich. Allgemeinmediziner*innen können dort, bei schwach ausgeprägten ambulant-gynäkologischen Versorgungsstrukturen, den medikamentösen Abbruch bis zur 9. Woche durchführen. Eine erste Kohorte von Allgemeinärzt*innen wurde ausgebildet, eine Leitlinie ist verfügbar und zusätzliche E-Learning Angebote sind etabliert. Außerdem wurde eine 24-Stunden-Hotline eingerichtet, diese vermittelt an Beratungsstellen und Ärzt*innen und bietet eine Triage-Beratung bei Komplikationen an [22, 23]. Bislang sind noch nicht ausreichend Allgemeinmediziner*innen entsprechend ausgebildet und bereit, SABs durchzuführen. In diesen ersten Jahren nach der Gesetzesänderung gibt es Defizite in der Versorgung, die weiterhin adressiert werden müssen [24].

Aus- und Weiterbildung

Grundsätzlich nutzen auch junge Frauen die ambulante primärmedizinische Versorgung in Deutschland und besuchen gleichermaßen gynäkologische und allgemeinmedizinische Praxen [25, 26]. Zudem suchen Personen in ländlichen Gebieten und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status tendenziell eher hausärztliche Praxen auf und wären somit durch Allgemeinmediziner*innen besonders gut erreichbar [25]. In Deutschland sind „sexualmedizinische Beratungsanlässe“ in der Musterweiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin verankert [27].

Gynäkolog*innen und Allgemeinärzt*innen könnten gemeinsam einen niedrighschweligen Zugang zu SAB ermöglichen und wieder mehr Ärzt*innen in die Versorgung einbinden. Fachlichen Hürden rund um Frauengesundheit und Abbruchmethoden aufseiten der Allgemeinärzt*innen könnte mit entsprechenden Weiterbildungen durch erfahrene gynäkologische Kolleg*innen begeg-

net werden. Neben der Vor- und Nachuntersuchung mit Ultraschall sind auch Verlaufskontrollen des Beta-hcG-Werts empfohlen und zur Beurteilung ausreichend [28]. Diese Betreuung bei mSAB könnte auch in Kooperation mit allgemeinmedizinischen Praxen nach entsprechenden Schulungen umgesetzt werden.

Dass Wissen zu Schwangerschaftsabbrüchen auch schon vor der Facharztweiterbildung im Studium vermittelt wird, erscheint hilfreich. Bisher existieren lediglich lokale studentische Initiativen wie zum Beispiel die *Medical Students For Choice* in Berlin. Diese Studierendengruppe hat sich mit ihren „Papaya-Workshops“ er-



Pauline Meurer ...

... ist Medizinstudentin im 11. Semester an der Charité. An ihrer Universität engagiert sie sich für den Berlin-Nairobi-Forschungsaustausch und für Projekte der Global-Health-Arbeitsgruppe. Sie interessiert sich besonders für Themen der Versorgungsforschung und für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Sie promoviert am Institut für Allgemeinmedizin der Charité zur Versorgung von sexuell übertragbaren Infektionen bei Frauen.

Foto: privat

folgreich dafür eingesetzt, dem Thema Schwangerschaftsabbruch einen Platz im medizinischen Curriculum an der Berliner Charité zu ermöglichen. Diese Initiative vernetzt sich derzeit mit ähnlichen Studierendengruppen an medizinischen Fakultäten in ganz Deutschland. Die medizinischen Hochschulen sollten nun Schwangerschaftsabbrüche auch in der Lehre verankern, um so zu einer breiteren Akzeptanz und zu einem Bewusstsein für die Problemlage innerhalb der kommenden Generation von Ärzt*innen beizutragen.

Für interessierte Ärzt*innen und Studierende bieten die *Doctors for Choice Germany* auf ihrer Website kostenfreie, CME-zertifizierte Online-Fortbildungen sowohl zum medikamentösen als auch zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch an. Die Fortbildungen sind durch die Ärztekammer Berlin anerkannt [29]. Seit 2019 werden auch Allgemeinmediziner*innen zu Präsenzkursen eingeladen, bislang nahmen etwa 30 Ärzt*innen aus der Allgemeinmedizin und 100 Ärzt*innen aus der Gynäkologie daran teil.

Neben dem Engagement vieler Ärzt*innen und Studierenden werden evidenzbasierte Leitlinien der Fachgesellschaften benötigt. Die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, eine nationale Leitlinie unter Koordination der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu bahnen, ist daher sehr zu begrüßen [30]. Die Leitlinie sollte konsensual und fachübergreifend erstellt werden, um die Versorgungspraxis fachlich wie rechtlich umfassend abbilden zu können.

Vergangene Konfliktlinien um Schwangerschaftsabbrüche sollten dabei vermieden werden, insbesondere im Sinne einer zukünftig besseren Versorgung von Patientinnen mit Fragen zum Schwangerschaftsabbruch.

Bei Interesse oder Fragen zu diesem Thema freuen sich die Autor*innen über Kontaktaufnahme.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Bundesärztekammer fordert Hilfe: Immer weniger Abtreibungsärzte. Tagesschau 05.03.2019. www.tagesschau.de/inland/kontraste-abtreibung-103.html (letzter Zugriff am 14.02.2021)
2. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Schwangerschaftsabbrüche 2019: Fachserie 12 Reihe 3
3. Bundesamt für Justiz. Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten
4. Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung (absolut, je 100.000

- Einwohner und Einwohner je Arzt). www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=55996491&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=656&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= (letzter Zugriff am 20.02.2021)
5. Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: A systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015; 41: 170–80
 6. Pro Familia Bundesverband (Hrsg.). Corona-Krise: Reproductive health facts – ein Zwischenstand: Zugang zu Schwangerschaftskonfliktberatung und -abbruch; 2020. pro familia medizin 1
 7. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018; November 2018
 8. www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch (letzter Zugriff am 07.05.2021)
 9. Australian Women's Health Network. Women and sexual and reproductive health: Position paper 2012. Drysdale, Australia; 2012
 10. Marie Stopes International. General Practitioners: attitudes to abortion 2007. London, UK; 2007
 11. Maeffert J, Tennhardt C. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch – (wie) geht das in meiner Praxis? *Gyne – aktuelles aus Gynäkologie und Geburtshilfe* 2019; 40: 21–5
 12. Bundesamt für Statistik Schweiz. Statistik des Schwangerschaftsabbruchs; 2020
 13. Jones RK, Henshaw SK. Mifepristone for early medical abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2002: 154–61
 14. WHO. Abortion in Europe. *Entre Nous* 2005; 59
 15. Arp D. Frauen sollten die Wahl haben. *Dtsch Arztebl* 2013: A-2422
 16. Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion: A comparative review. *Drugs* 2002; 62: 2459–70
 17. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: Women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993; 307: 714–7
 18. Crandell L. Psychological outcomes of medical versus surgical elective first trimester abortion. *Nurs Womens Health* 2012; 16: 296–307
 19. Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in europe: Position paper of the european forum for primary care. *Qual Prim Care* 2010; 18: 269–82
 20. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception* 2013; 87: 45–50
 21. WHO. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva; 2015
 22. Irish College of General Practitioners. Irish College of General Practitioners issues clinical guidelines on new termination of pregnancy services, 19.12.2018
 23. Oireachtas. Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, 2018
 24. O'Connor R, O'Doherty J, O'Mahoney M, Spain E. Knowledge and attitudes of Irish GPs towards abortion following its legalisation: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2019; 3
 25. Krause L, Dini L, Prütz F. Gynaecology and general practitioner services utilisation by women in the age group 50 years and older. *J Health Monitor* 2020; 5
 26. Robert Koch-Institut. Inanspruchnahme ambulanten ärztlicher Versorgung in Deutschland; 2017
 27. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018; 2018
 28. Fiala C. Induzierter Abort. *Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch. Geburtsh Frauenheilkd* 2012; 72: 24–6
 29. <https://doctorsforchoice.de/fortbildungen/> (letzter Zugriff am 25.02.2021)
 30. Leitlinie für Schwangerschaftsabbrüche geplant. www.aerzteblatt.de/nachrichten/115772/Leitlinie-fuer-Schwangerschaftsabbrueche-geplant (letzter Zugriff am 20.02.2021)

Korrespondenzadresse

Pauline Meurer
Studierende der Medizin
Doktorandin am Institut für
Allgemeinmedizin
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Pauline.meurer@charite.de



© Thorsten Bhusch

Leserfoto

Als Dankeschön für jedes veröffentlichte Foto schenken wir Ihnen das Buch „Medizin kompakt“ von Michael Spalek aus dem Deutschen Ärzte-Verlag. Bitte senden Sie uns weiterhin Ihre Fotos.