

STELLUNGNAHME FÜR DIE KOMMISSION ZUR REPRODUKTIVEN SELBSTBESTIMMUNG UND FORTPFLANZUNGSMEDIZIN

9. OKTOBER 2023

1. Das Center for Reproductive Rights hat die Ehre, mit der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (nachstehend die Kommission) Informationen zu teilen, um sie bei ihren Beratungen über die Reform der deutschen Gesetzgebung und Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch zu unterstützen. Das Center for Reproductive Rights ist eine weltweit tätige regierungsunabhängige Menschenrechtsorganisation, die sich für die Förderung der Menschenrechte von Frauen im Bereich der reproduktiven Gesundheit einsetzt, und die Mitarbeiter*innen des Center sind namhafte Expert*innen auf dem Gebiet der internationalen Menschenrechtsabkommen und des vergleichenden europäischen Rechts im Bereich der reproduktiven Rechte. Das Center wird regelmäßig gebeten, Entscheidungsträger*innen, parlamentarische Ausschüsse, Gerichte und gerichtsähnliche Einrichtungen, Vertragsüberwachungsorgane und andere nationale und internationale Expertengremien zu informieren und zu beraten,¹ und die Mitarbeiter*innen des Center veröffentlichen regelmäßig in führenden wissenschaftlichen Publikationen über reproduktive Rechte.
2. Die Stellungnahme bietet der Kommission einen Überblick zu den folgenden Punkten: 1) vergleichbare europäische Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch, 2) die internationalen Menschenrechtsnormen zum Schwangerschaftsabbruch sowie 3) internationale Standards in der öffentlichen Gesundheit bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs.

I. VERGLEICHBARE EUROPÄISCHE GESETZGEBUNG UND REGELUNGEN ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH: GÄNGIGE PRAXIS UND AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

3. Die Entwicklung der Gesetzgebung in ganz Europa bewegt sich seit Jahrzehnten eindeutig auf die Ausweitung des Rechts auf Abtreibung, die Abschaffung von strafrechtlichen Bestimmungen und die Aufhebung von Beschränkungen in Gesetz und Praxis zu.² Seit 2018 haben Belgien, Zypern, Frankreich, Finnland, Island, Irland, die Niederlande, Nordmazedonien, San Marino, Spanien und das Vereinigte Königreich Reformen durchgeführt, darunter insbesondere die Streichung von Gesetzen und Maßnahmen, die den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch einschränken sowie die Reform von Gesetzen, die den Schwangerschaftsabbruch kriminalisieren.³
4. In Belgien, Dänemark, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Norwegen und im Vereinigten Königreich werden derzeit weitere progressive Reformen geprüft. Wenn sie angenommen würden, würden sie den Schwangerschaftsabbruch weiter entkriminalisieren, die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs erweitern sowie die Fristen für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen verlängern und/oder andere Einschränkungen für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch beseitigen.

a. LEGALITÄT DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS AUF VERLANGEN

5. Fast alle 46 Mitgliedstaaten des Europarats (COE) haben den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der schwangeren Person (40 Mitgliedstaaten),⁴ oder aus sozialen Gründen (1 Mitgliedstaat)⁵ legalisiert. Nur in Andorra, Liechtenstein, Malta, Monaco und Polen ist der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen oder aus sozialen Gründen nicht erlaubt. In der Europäischen Union (EU) verbieten nur zwei der 27 EU-Mitgliedstaaten – Malta und Polen – den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen.

6. In den meisten europäischen Staaten ist es gängige Rechtspraxis, die Legalität des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen in der Gesetzgebung eindeutig zu artikulieren, statt lediglich eine Ausnahme von einem Straftatbestand zu schaffen. Zum Beispiel legalisiert nur ein Viertel aller EU-Mitgliedstaaten den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen als Ausnahme von einem Straftatbestand in der nationalen Strafgesetzgebung (Österreich,⁶ Zypern,⁷ Deutschland,⁸ Griechenland,⁹ Portugal,¹⁰ Rumänien¹¹).
7. In den Gesetzen der europäischen Länder sind für den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen unterschiedliche Fristen festgelegt. Einige Staaten, wie Frankreich, Island, die Niederlande und Schweden erlauben den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen innerhalb eines Zeitrahmens, der je nach Staat die ersten 16 bis 24 Wochen der Schwangerschaft umfasst. Die meisten anderen europäischen Staaten erlauben den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen im ersten Trimenon und schränken ihn nach der 12. bis 14. Woche ein, wobei ein Abbruch aus anderen Gründen auch noch zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft erlaubt wird. Derzeit erwägen die Regierungen und Gesetzgeber in einer Reihe von europäischen Staaten, darunter Belgien, Dänemark und Norwegen, die Fristen für den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen zu verlängern.

b. KRIMINALISIERUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS

8. 10. In einer deutlichen Mehrheit der Mitgliedstaaten des Europarats und der Europäischen Union werden Frauen und andere schwangere Menschen, die einen Schwangerschaftsabbruch jenseits der gesetzlichen Rahmenvorgaben oder Verfahrensregelungen vornehmen lassen, nicht kriminalisiert. Zum Beispiel werden in 15 der 25 EU-Mitgliedstaaten, die den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen legalisiert haben, Frauen und andere schwangere Menschen nicht kriminalisiert, wenn sie einen illegalen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, auch wenn in manchen dieser Staaten strafrechtliche Bestimmungen für medizinische Fachkräfte gelten, die illegale Schwangerschaftsabbrüche durchführen.¹²

c. STREICHUNG DER RECHTLICHEN BESCHRÄNKUNGEN DES ZUGANGS ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

9. In Europa zielt die gängige Praxis in den Mitgliedstaaten des Europarates und der Europäischen Union auf die Beseitigung von rechtlichen Einschränkungen des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen ab. Insbesondere haben mehrere Mitgliedstaaten in den letzten Jahren obligatorische Wartezeiten und Beratungspflichten abgeschafft.
10. Nur 12 Mitgliedstaaten des Europarates halten noch an einer obligatorischen Wartezeit vor einem Schwangerschaftsabbruch fest. Dies sind: Albanien, Armenien, Belgien, Deutschland, Georgien, Irland, Italien, Lettland, Luxemburg, Portugal, Slowakei und Ungarn. Kürzlich haben Frankreich und die Niederlande obligatorische Wartezeiten aus ihren Gesetzen gestrichen,¹³ und auch in anderen europäischen Staaten werden derzeit mögliche Reformen zur Abschaffung der verbleibenden obligatorischen Wartezeiten in Betracht gezogen. Derzeit haben nur noch 11 Mitgliedstaaten des Europarates verpflichtende Beratungs- oder Informationsregelungen beibehalten. Dies sind: Albanien, Armenien, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Deutschland, Georgien, Italien, Litauen, die Niederlande, Slowakei und Ungarn. Die Mehrheit dieser Länder fordern allerdings, dass diese Pflichtberatung neutral und unvoreingenommen sein muss. Es ist höchst ungewöhnlich, eine zielorientierte Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch vorzuschreiben. Die in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorschriften über eine zielorientierte obligatorische Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen werden nur noch durch die in Ungarn geltenden Vorschriften über eine zielorientierte Beratung übertroffen.
11. Im Anschluss an die COVID-19-Pandemie haben sich eine Reihe von Ländern, darunter Frankreich, Italien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich, dafür entschieden, den Zugang zur telemedizinischen Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen auf dem Wege des selbst verwalteten medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit telemedizinischer Begleitung dauerhaft zu erweitern.¹⁴ In anderen Staaten finden derzeit Reformprozesse zur Beseitigung von Hindernissen für den Schwangerschaftsabbruch statt.

II. INTERNATIONALE MENSCHENRECHTSNORMEN UND -STANDARDS ZUM SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH: VERPFLICHTUNGEN DER STAATEN ZUR ENTKRIMINALISIERUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS UND ZUR BESEITIGUNG VON BESCHRÄNKUNGEN IN GESETZ UND PRAXIS

12. Es ist inzwischen anerkannt, dass die internationalen Menschenrechtsverträge klare und robuste Verpflichtungen der Vertragsstaaten in Bezug auf die Regulierung von und Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch enthalten.¹⁵ Diese wurden von mehreren internationalen Gremien zur Überwachung der Verträge artikuliert, darunter insbesondere der Menschenrechtsausschuss (HRC), der Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau (CEDAW), der Ausschuss für die Rechte des Kindes (CRC) und der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR). Diese Gremien haben klar zum Ausdruck gebracht, dass sich diese Verpflichtungen zum großen Teil aus den Rechten auf Leben, auf Freiheit von Folter und anderen Misshandlungen, auf Privatsphäre, auf das höchstmögliche Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit sowie auf Gleichheit und Nichtdiskriminierung bei der Wahrnehmung dieser Rechte ableiten.¹⁶

a. VERPFLICHTUNG ZUR ENTKRIMINALISIERUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS

13. Mehrere internationale Vertragsüberwachungsorgane und andere Menschenrechtsmechanismen, wie die Menschenrechtskommissarin des Europarats, haben deutlich darauf hingewiesen, dass die Verpflichtungen der Vertragsstaaten aus internationalen Menschenrechtsverträgen die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs erfordern.¹⁷ Sie haben betont, dass die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs gegen zahlreiche Menschenrechte verstößt und eine Form der geschlechtsspezifischen Diskriminierung darstellt. Insbesondere haben sie festgestellt, dass Frauen und Mädchen, die einen Schwangerschaftsabbruch außerhalb der gesetzlichen Regelungen in Anspruch nehmen, keinesfalls kriminalisiert werden dürfen.¹⁸ Sie haben weiter festgestellt, dass Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche außerhalb der gesetzlichen Regelungen vornehmen, ebenfalls nicht strafrechtlich belangt werden sollten.¹⁹ Internationale Menschenrechtsmechanismen haben Deutschland aufgefordert, seine Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch zu reformieren, um den Schwangerschaftsabbruch zu entkriminalisieren.²⁰

b. VERPFLICHTUNG ZUR LEGALISIERUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS UND ZUR BESEITIGUNG RECHTLICHER UND POLITISCHER BESCHRÄNKUNGEN

14. Internationale Vertragsüberwachungsgremien und andere Menschenrechtsmechanismen, wie die Menschenrechtskommissarin des Europarats, haben darauf hingewiesen, dass die Verpflichtungen der Staaten aus den wichtigsten internationalen Verträgen die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und die Beseitigung aller Zugangshindernisse erfordern. Sie haben unterstrichen, dass rechtliche und politische “Beschränkungen der Möglichkeit von Frauen oder Mädchen, einen Schwangerschaftsabbruch in Anspruch zu nehmen, unter anderem nicht ihr Leben gefährden dürfen, sie nicht körperlichen oder seelischen Schmerzen oder Leiden aussetzen dürfen, die gegen [das Verbot der Folter] verstoßen, sie nicht diskriminieren oder willkürlich in ihre Privatsphäre eingreifen dürfen.”²¹ Sie haben die Staaten aufgefordert, restriktive Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch zu reformieren und, ihre Gesetzgebung mit den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation zum Schwangerschaftsabbruch in Einklang zu bringen.²²

15. In ähnlicher Weise hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte festgestellt, dass “der Gesetzgeber, wenn er beschlossen hat, den Schwangerschaftsabbruch zu erlauben, seinen rechtlichen Rahmen nicht so gestalten darf, dass die Möglichkeiten, einen Abbruch tatsächlich in Anspruch zu nehmen, eingeschränkt werden”²³ und betont, dass die europäischen Staaten “eine positive Verpflichtung haben, einen verfahrensrechtlichen Rahmen zu schaffen, der es einer schwangeren Frau ermöglicht, ihr Recht auf Zugang zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch wahrzunehmen.”²⁴

16. Internationale Menschenrechtsmechanismen haben wiederholt betont, dass die Staaten verfahrenstechnische Hindernisse für den Schwangerschaftsabbruch aus ihren Gesetzen entfernen müssen, wie z. B. zielorientierte Beratungen und obligatorische Wartezeiten vor dem Zugang zum Schwangerschaftsabbruch.²⁵ Sie haben anerkannt, dass solche Anforderungen “medizinisch unnötige Vorbedingungen”²⁶ darstellen und gegen die internationalen Menschenrechte verstoßen, und insbesondere die Gesundheit und das Wohlergehen von Frauen gefährden, ihre Entscheidungsfähigkeit untergraben und eine Reihe von schädlichen Geschlechterstereotypen propagieren.
17. Internationale Menschenrechtsmechanismen haben auch immer wieder ihre Besorgnis über verpflichtende Vorgaben betreffend die Zustimmung von Dritten zum Ausdruck gebracht und die Staaten dringend aufgefordert, ihre Gesetzgebung zu überprüfen, um “sicherzustellen, dass [die] Meinung [von heranwachsenden Mädchen] bei Entscheidungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch immer gehört und respektiert wird.”²⁷ Sie haben den Staaten empfohlen, in Erwägung zu ziehen, es Kindern zu ermöglichen, ohne Zustimmung eines Elternteils, einer Betreuungsperson oder eines Vormunds in die sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffende Dienstleistungen einzuwilligen.²⁸

c. VERPFLICHTUNG ZUR GEWÄHRLEISTUNG DER ERSCHWINGLICHKEIT DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS

18. Internationale Menschenrechtsorgane und andere Menschenrechtsmechanismen wie der Menschenrechtskommissar des Europarats haben auch anerkannt, dass die Staaten die Pflicht haben, sicherzustellen, dass der Schwangerschaftsabbruch in der Praxis für alle Frauen zugänglich ist, indem sie den staatlichen Krankenversicherungsschutz auf den Schwangerschaftsabbruch ausweiten und eine kostenlose Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen anbieten.²⁹ Internationale Menschenrechtsmechanismen haben Deutschland wiederholt dringend aufgefordert, sicherzustellen, “dass sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche von der Krankenversicherung übernommen werden.”³⁰

III. LEITLINIEN DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION: STAATEN SOLLTEN DEN SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH ENTKRIMINALISIEREN UND EINSCHRÄNKUNGEN IN GESETZ UND PRAXIS BESEITIGEN

19. Internationale Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur öffentlichen Gesundheit und klinischen Praxis bieten den Staaten wichtige Orientierungshilfen und Empfehlungen in den Bereichen Recht und Politik, klinische Leistungen und Versorgungsangebot.³¹ Im Jahr 2022 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine aktualisierte Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch (Abortion Care Guideline) herausgegeben, in der detaillierte Empfehlungen zur Schaffung eines förderlichen Rechtsrahmens für den Zugang zu einem sicheren und qualitativ hochwertigen Schwangerschaftsabbruch durch a) Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und b) Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, Beseitigung von Hindernissen und Einrichtung eines günstigen Rechtsrahmens gegeben werden.

a. ENTKRIMINALISIERUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS

20. Die WHO führt aus, dass die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs dazu beiträgt “erhebliche Hindernisse im Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch und zur medizinischen Nachsorge nach einem Schwangerschaftsabbruch” zu schaffen.³² Erkenntnisse aus dem Gesundheitswesen zeigen, dass diese “zu einer engen Auslegung des geltenden Rechts durch die Fachkräfte im Gesundheitswesen führen kann, insbesondere um eine mögliche strafrechtliche Haftbarkeit zu vermeiden (d. h. Unterdrückung von Handlungen aus Angst vor Repressalien oder Strafen).”³³
21. Die WHO empfiehlt die “vollständige Entkriminalisierung [des Schwangerschaftsabbruchs als] notwendigen Schritt für die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs.”³⁴ Dies beinhaltet, dass “der Schwangerschaftsabbruch aus allen Strafgesetzen herausgenommen wird, dass andere Straftatbestände [...] nicht auf den Schwangerschaftsabbruch angewandt werden, und dass sichergestellt wird, dass es für alle relevanten

Akteure keine strafrechtlichen Sanktionen für die Inanspruchnahme von, die Unterstützung bei, die Bereitstellung von Informationen über oder die Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch gibt.”³⁵

b. SCHAFFUNG EINES FÖRDERLICHEN RECHTSRAHMENS

22. Die WHO empfiehlt, dass “der Schwangerschaftsabbruch ähnlich wie andere Maßnahmen im Gesundheitswesen geregelt [werde], d. h. durch die allgemeinen Rechtsvorschriften für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik, bewährte Verfahren, Ausbildung und evidenzbasierte Leitlinien.”³⁶
23. Die WHO “rät ab von Gesetzen und anderen Vorschriften, die den Schwangerschaftsabbruch durch [...] Eingrenzung der Schwangerschaftswoche einschränken.”³⁷ Sie betont, dass zeitliche Begrenzungen des legalen Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch “nicht evidenzbasiert [sind]; sie beschränken den zeitlichen Rahmen, in dem ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch mit einer beliebigen Methode vorgenommen werden kann.”³⁸ Stattdessen empfiehlt die WHO “dass der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Frau, des Mädchens oder einer anderen schwangeren Person verfügbar gemacht wird.”³⁹
24. Die WHO empfiehlt die Abschaffung von allen “regulatorischen, politischen und programmatischen Hindernissen [...] die den Zugang zu und die rechtzeitige Versorgung mit einem hochwertigen Schwangerschaftsabbruch behindern”⁴⁰. Insbesondere weist sie darauf hin, dass bestimmte Hindernisse wie obligatorische Beratungen, Wartezeiten und Vorgaben zur Zustimmung von Dritten den Zugang zur medizinischen Versorgung verzögern, die Kosten erhöhen und von den Frauen als negativ erfahren werden.⁴¹ Die WHO rät “von obligatorischen Wartezeiten vor einem Schwangerschaftsabbruch”⁴² eindeutig ab. Die WHO betont auch, dass jegliche Beratung zu einem Schwangerschaftsabbruch freiwillig und ergebnisoffen sein sollte, und dass Informationen auf nicht-diskriminierende und unvoreingenommene Art und Weise präsentiert werden sollten, dergestalt, dass sichergestellt wird, dass keine Stigmatisierung erfolgt.⁴³
25. Die WHO empfiehlt weiter “dass der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Frau, des Mädchens oder der anderen schwangeren Person und ohne Genehmigung durch eine andere Person, Organ oder Institution verfügbar sein sollte.”⁴⁴ Jedwede Beteiligung von Dritten “muss auf der Grundlage der Werte und Präferenzen der Person erfolgen, die den Schwangerschaftsabbruch in Anspruch nimmt, und darf dieser nicht durch Vorgaben zu verpflichtenden Genehmigungen auferlegt werden.”⁴⁵
26. Die WHO führt aus, dass “Schwangerschaftsabbrüche von einem breiten Spektrum von medizinischen Fachkräften in verschiedenen Umgebungen sicher durchgeführt werden können, und in der frühen Schwangerschaft sicher von der schwangeren Person selbst durchgeführt werden können.”⁴⁶ So erkennt sie auch an, dass die vollumfängliche oder teilweise Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs durch die schwangere Person selbst “ein legitimer Weg zum Schwangerschaftsabbruch ist”⁴⁷, und rät von restriktiven Auflagen zu Gesundheitsdienstleister*innen ab, die “willkürlich, nicht evidenzbasiert”⁴⁸ sind und eher “Ineffizienzen, Verwaltungs- und [...] Arbeitsbelastungen in den Gesundheitssystemen zur Folge haben und in der Praxis die Anzahl der verfügbaren Anbieter*innen verringern.”⁴⁹
27. Die WHO weist auch darauf hin, dass der fehlende Krankenversicherungsschutz für Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung erhöhte Kosten für die Gesundheitssysteme zur Folge hat, da “die Kosten viele Personen dazu zwingen, erst in einem höheren Schwangerschaftsalter medizinische Hilfe aufzusuchen oder unsichere Anbieter*innen oder Methoden in Anspruch zu nehmen, wodurch sich die Zahl der Hospitalisierungen wegen schwerer Komplikationen erhöht.”⁵⁰ Die WHO empfiehlt daher, dass “die für den Schwangerschaftsabbruch nötigen medizinischen Versorgungsleistungen und Bedarfe im Rahmen der Gesundheitssysteme von den Krankenversicherungen übernommen werden sollten.”⁵¹

¹ Im Jahr 2023 wurde das Center for Reproductive Rights mehrfach gebeten, politische Entscheidungsträger*innen mit seiner Expertise zu unterstützen und zu beraten, insbesondere den Ausschuss für die Rechte der Frau und Gleichstellung der Geschlechter des Europäischen Parlaments anlässlich einer Anhörung zum Thema “Reproduktive Gesundheit von Frauen und deren Besonderheiten, insbesondere Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) und Zugang zum Schwangerschaftsabbruch”; die Menschenrechtskommissarin des Europarats bei der Ausarbeitung einer aktualisierten Fassung des Themenpapiers des Europarats über die Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen in Europa (*Women’s Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe*); außerdem wurde das Center eingeladen, Richter*innen und andere im thailändischen Justizsystem tätige Personen über rechtliche Fragen im Zusammenhang mit dem Thema Leihmutterschaft zu informieren und vor Mitgliedern des nepalesischen Parlaments und des Ministeriums für Gesundheit und Bevölkerung Vorträge über Unfruchtbarkeit, assistierte Reproduktion und Leihmutterschaft zu halten. Das Center war bereits in der Vergangenheit gebeten worden, Sachverständigengutachten zu erstellen, etwa für den mit der Prüfung von Optionen für eine Reform der irischen Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch betrauten Ausschuss des Irischen Parlaments sowie für die Arbeitsgruppe des nordmazedonischen Gesundheitsministeriums, die den Auftrag hatte, Optionen für eine Reform des Gesetzes über den Schwangerschaftsabbruch in Nordmazedonien auszuarbeiten. Für mehr Informationen über das Center for Reproductive Rights siehe: <https://reproductiverights.org>.

² Für einen Überblick über die europäischen Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch, siehe: Center for Reproductive Rights, *European Abortion Laws: A Comparative Overview*, 2023, <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2023/09/European-Abortion-Laws-A-Comparative-Overview-new-9-13-23.pdf>.

³ Belgien hat die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs aus dem Strafgesetzbuch gestrichen; Zypern, Island und Finnland haben den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der schwangeren Person legalisiert; Frankreich und Nordmazedonien haben eine Reihe von Hindernissen für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch beseitigt, insbesondere die obligatorischen Wartezeiten, und sie haben die Frist für den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen erweitert; Irland, Nordirland und San Marino haben Abtreibungsverbote abgeschafft und den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen und aus anderen Gründen legalisiert; die Niederlande haben die obligatorische Wartezeitregelung aufgehoben und den Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch erweitert; Spanien hat eine Reihe von Zugangshindernissen beseitigt, insbesondere die obligatorischen Wartezeit- und Beratungsregelungen; das Vereinigte Königreich hat die Vornahme eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs durch die schwangere Person selbst legalisiert.

⁴ In den folgenden Staaten ist der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der schwangeren Person legal: Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Frankreich, Finnland, Georgien, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Moldau, Montenegro, die Niederlande, Nordmazedonien, Norwegen, Österreich, Portugal, Rumänien, San Marino, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Ukraine und Zypern.

⁵ Im Vereinigten Königreich ist der Schwangerschaftsabbruch aus sozialen Gründen legal.

⁶ Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch StGB), §§ 96 to 98, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>

⁷ Ο περί Ποινικού Κώδικα Νόμος (ΚΕΦ.154) (Strafgesetzbuch), Artikel 169A, http://cyllaw.org/nomoi/enop/ind/0_154/section-sc4a07be8d-721f-4bc3-9eae-eddd79e0885e.html

⁸ Strafgesetzbuch (StGB), §§ 218 bis 219b, <http://www.buzer.de/s1.htm?g=stgb&a=218-219b>

⁹ Ποινικός Κώδικας (Νόμος 4619/2019) (Strafgesetzbuch), Artikel 304-305, <https://www.lawspot.gr/nomikes-piروفories/nomothesia/poinikos-kodikas-nomos-4619-2019>

¹⁰ Código Penal (Strafgesetzbuch), Artikel 140-142, http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&o_miolo=

¹¹ Codul Penal (Strafgesetzbuch), Artikel 201-202, <https://e-juridic.manager.ro/codul-penal/>

¹² Die folgenden EU-Staaten haben den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der schwangeren Person legalisiert und stellen Frauen und andere schwangere Menschen nicht unter Strafe, wenn sie einen illegalen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen: Bulgarien, Kroatien, Tschechische Republik, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Lettland, Litauen, die Niederlande, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien und Schweden.

¹³ Niederlande: Gesetz vom 22. August 2022, mit einem Gesetzesvorschlag der Abgeordneten Paternotte, Kuiken, Ellemeet und Tellegen zur Änderung des Gesetzes über Schwangerschaftsabbrüche im Zusammenhang mit der Abschaffung der obligatorischen Mindestbedenkzeit bei Schwangerschaftsabbrüchen, https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20220826/publicatie_wet/document3/f=/vlvds070dixf.pdf;
Frankreich: Gesetz vom 2. März 2022 zur Stärkung des Rechts auf Schwangerschaftsabbruch, hier: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>.

¹⁴ Frankreich: Gesetz vom 2. März 2022 zur Stärkung des Rechts auf Schwangerschaftsabbruch; Italien, Italienische Arzneimittelbehörde, Bestimmung Nr. 865/2020 zur Änderung der Anwendungsbedingungen für das Mifepriston-basierte Arzneimittel Mifegyne (RU486); Vereinigtes Königreich: Abschnitt 178 des Health and Care Act 2022 [Gesundheits- und Pflegegesetz 2022].

¹⁵ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Artikel 2, 12, 15; Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte, Artikel 3, 6, 7, 9, 17, 19, 26; Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, Artikel 1, 2, 10, 11, 12, 14, 16; Übereinkommen über die Rechte des Kindes, Artikel 2, 6, 16, 24; Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 2, 3, 5, 12, 19, 25. Siehe auch Weltgesundheitsorganisation [im Folgenden WHO], *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch] S. 8-9, 2022; Europarat, Kommissar für Menschenrechte, *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe* [Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte der Frauen in Europa], S. 47-57 (2017); für weitere Informationen, siehe: The Elgar encyclopedia of human rights, Leah Hoctor Manfred Nowak, *Abortion*, S. 3-8.

¹⁶ Menschenrechtsausschuss HRC [im Folgenden HRC], Allgemeine Bemerkung Nr. 28: Artikel 3 (Gleichberechtigung von Männern und Frauen) CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000); HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 36: Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, über das Recht auf Leben, CCPR/C/GC/36 (2018); Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte [im Folgenden CESCR], Allgemeine Bemerkung Nr. 22: Das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte) E/C/12/GC/22 (2016); Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau [nachfolgend CEDAW], Allgemeine Empfehlung Nr. 34: Die Rechte der Landfrauen CEDAW/C/GC/34 (2016); CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 35: Geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen, zur Aktualisierung der Allgemeinen Empfehlung Nr. 19, Abs. 29(c)(i) CEDAW/C/GC/35 (2017); CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 24: Artikel 12 des Übereinkommens (Frauen und Gesundheit) A/54/38/Rev.1, Kap. I (1999); CEDAW, Untersuchung betreffend das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland gemäß Artikel 8 des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, CEDAW/C/OP.8/GBR/1 (2018), Abs. 83; Ausschuss für die Rechte des Kindes [im Folgenden CRC], Allgemeine Bemerkung Nr. 15: Das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 24), CRC/C/GC/15 (2013); CRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 20 (2016) über die Umsetzung der Rechte des Kindes während des Heranwachstums, Abs. 60 CRC/C/GC/20 (2016); HRC, *Whelan v. Irland* CCPR/C/11/D/2425/2014 (2017); HRC, *Mellet v. Irland*, CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); HRC, *L.M.R. v. Argentinien* CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011); CEDAW, *L.C. v. Peru* CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011); HRC, *K.L. v. Peru* CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); Sonderberichterstatte über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, Sexuelle und reproduktive Gesundheitsrechte: Herausforderungen und Chancen während der COVID-19-Pandemie, A/76/172 (2021); Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen zur Frage der Diskriminierung von Frauen in Recht und Praxis, A/HRC/32/44 (2016); Sonderberichterstatte für das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, Zwischenbericht an die Generalversammlung, A/66/254 (2011); Bericht des Sonderberichterstatte über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe A/HRC/31/57 (2016); Bericht des Sonderberichterstatte über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Méndez (1 2013) A/HRC/22/53.

¹⁷ HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 36: Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, über das Recht auf Leben, Abs. 8 CCPR/C/GC/36 (2018); CEDAW, Allgemeine Bemerkung Nr. 24: Artikel 12 des Übereinkommens (Frauen und Gesundheit), Abs. 31(c) A/54/38/Rev.1 (1999); CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 35: Geschlechtsbezogene Gewalt gegen Frauen, zur Aktualisierung der Allgemeinen Empfehlung Nr. 19, Abs. 29(c)(i) CEDAW/C/GC/35 (2017);

Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung, A/HRC/31/57 (2016); Europarat, Kommissar für Menschenrechte, Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen in Europa, S. 11 (2017); Europarat, Kommissarin für Menschenrechte, Dunja Mijatović, Bericht nach ihrem Besuch in Malta vom 11. bis 16. Oktober 2021, Abs. 96 CommDH(2022)1.

¹⁸ HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 36: Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, über das Recht auf Leben, Abs. 8 CCPR/C/GC/36 (2018); CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 33: Zugang von Frauen zur Justiz, Abs. 51(l) CEDAW/C/GC/33 (2015); CEDAW Allgemeine Empfehlung Nr. 24: Artikel 12 des Übereinkommens (Frauen und Gesundheit), Abs. 24, A/54/38/Rev.1, Kap. I (1999); CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 35 zu geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen, Aktualisierung der Allgemeinen Empfehlung Nr. 19, Abs. 18, 29(c)(i), CEDAW/C/GC/35 (2018).

¹⁹ HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 36: Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, über das Recht auf Leben, Abs. 8 CCPR/C/GC/36 (2018); Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Bericht an die Generalversammlung, Abs. 90 A/HRC/22/53 (2013); Sonderberichterstatter über außergerichtliche, summarische oder willkürliche Hinrichtungen, Bericht an die Generalversammlung, Abs. 89(h) A/73/314 (2018).

²⁰ HRC, *Concluding Observations: Germany*, Abs. 18, CCPR/C/DEU/CO/7 (2021) [HRC, Abschließende Bemerkungen: Deutschland, 2021]; CEDAW, *Concluding Observations: Germany*, Abs. 37(b), CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017) [CEDAW, Abschließende Bemerkungen: Deutschland, 2017]; CEDAW, *Concluding Observations: Germany*, Abs. 45-46, CEDAW/C/DEU/CO/9 (2023) [CEDAW, Abschließende Bemerkungen: Deutschland, 2023].

²¹ HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 36 (2018): Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte: Über das Recht auf Leben, Abs. 8 CCPR/C/GC/36 (2018); HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 28 (2000) über die Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen, Abs. 10 CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000); CESCR, Allgemeine Bemerkung Nr. 22: über das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte), Abs. 49 E/C.12/GC/22 (2016); HRC, Whelan gg. Irland CCPR/C/11/D/2425/2014 (2017); HRC, Mellet gg. Irland CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); HRC, LMR gg. Argentinien CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011); Sonderberichterstatter über außergerichtliche, summarische oder willkürliche Hinrichtungen, Bericht des Sonderberichterstatters über außergerichtliche, summarische oder willkürliche Hinrichtungen über einen geschlechtersensiblen Ansatz bei willkürlichen Hinrichtungen, Abs. 93 A/HRC/35/23 (2017); Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, P. und S. gg. Polen (Antrag Nr. 57375/0), Urteil vom 30. Oktober 2012; Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Tysiãc gg. Polen (Antrag Nr. 5410/03), Urteil vom 20. März 2007; Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, R.R. gg. Polen (Antrag Nr. 27617/04), Urteil vom 26. Mai 2011; Europarat, Kommissar für Menschenrechte, Women's sexual and reproductive health and rights in Europe [Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen in Europa], S. 54 (2017).

²² CESCR, Allgemeine Bemerkung Nr. 22: über das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte), Abs. 41 E/C.12/GC/22 (2016); CEDAW, Abschließende Bemerkungen: Deutschland, Abs. 46(d) CEDAW/C/DEU/CO/9 (2023).

²³ Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Tysiãc gg. Polen (Antrag Nr. 5410/03), Urteil vom 20. März 2007, Abs. 116; siehe auch: Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, P. und S. gg. Polen (Antrag Nr. 57375/0), Urteil vom 30. Oktober 2012; R.R. gg. Polen (Antrag Nr. 27617/04), Urteil vom 26. Mai 2011.

²⁴ Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, R.R. gg. Polen (Antrag Nr. 27617/04), Urteil vom 26. Mai 2011, Abs. 200; siehe auch: Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, P. und S. gg. Polen (Antrag Nr. 57375/0), Urteil vom 30. Oktober 2012; Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Tysiãc gg. Polen (Antrag Nr. 5410/03), Urteil vom 20. März 2007.

²⁵ [HRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 36: Artikel 6 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, über das Recht auf Leben, Abs. 8 CCPR/C/GC/36 (2018); CESCR Allgemeine Bemerkung Nr. 22: Das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte), Abs. 10, 13, 28, 34, 40, 41, 45, 49(a), E/C.12/GC/22 (2016); CRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 20 (2016) über die Umsetzung der Kinderrechte während des Jugendalters, Abs. 60, CRC/C/GC/20 (2016);]; CRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 15 (2013) zu dem Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Art. 24), CRC/C/GC/15 (2013); CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 35: Geschlechtsspezifische Gewalt gegen Frauen, zur Aktualisierung der Allgemeinen Empfehlung Nr. 19,

Abs. 18, 29(c)(i) CEDAW/C/GC/35 (2018); CEDAW, Allgemeine Empfehlung 33 (2015) über den Zugang von Frauen zur Justiz, Abs. 51(I), CEDAW/C/GC/33 (2015); Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung, A/HRC/31/57 (2016); Europarat, Kommissar für Menschenrechte, Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte der Frauen in Europa(2017); für weitere Informationen, siehe: Center for Reproductive Rights, *Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe*, [Vorschriften über obligatorische Wartezeiten und zielorientierte Beratung in Mittel- und Osteuropa], September 2015, https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/CRR_Fact-Sheet_Abortion_MWP-and-Biased-Counseling_CEE_Final_0.pdf.]

²⁶ Council of Europe, Commissioner for Human Rights, *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe*, [Europarat, Kommissar für Menschenrechte, Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen in Europa], S. 49 (2017).

²⁷ CRC, *General Comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence* [CRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 20 (2016) über die Umsetzung der Kinderrechte im Jugendalter] Abs. 60 (CRC/C/GC/20) (2016); CRC, *General Comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* [CRC, Allgemeine Bemerkung Nr. 15 über das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit](CRC/C/GC/15) (2013); CESCR, *General Comment No. 22: on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* [CESCR, Allgemeine Bemerkung Nr. 22: über das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte)], Abs. 41 E/C.12/GC/22 (2016); Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Sexual and reproductive health rights: challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic* [Sonderberichterstatter für das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, Sexuelle und reproduktive Gesundheitsrechte: Herausforderungen und Chancen während der COVID-19-Pandemie] Abs. 44 A/76/172 (2021).

²⁸ CRC, *General Comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health*, Abs. 31 (CRC/C/GC/15) (2013) [UN, Ausschuss für die Rechte des Kindes (2013), Allgemeine Bemerkung Nr. 15 über das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 24), UN Doc. CRC/C/GC/15, Abs.31], siehe auch: *Report of the United Nations Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice*, Abs. 82 A/HRC/32/44 (2016) [Bericht der Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen zur Frage der Diskriminierung von Frauen in Recht und Praxis, A/HRC/32/44 (2016), Abs.82].

²⁹ CESCR, *General Comment No. 22: on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* [CESCR, Allgemeine Bemerkung Nr. 22: über das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte)], Abs. 17 E/C.12/GC/22 (2016); CEDAW, *Concluding Observations: Germany*, [CEDAW, Abschließende Bemerkungen: Deutschland] Abs. 37(b), 38(b) CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017); *United Nations Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice* [Bericht der Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen zur Frage der Diskriminierung von Frauen in Recht und Praxis] (2016) (UN Doc. A/HRC/32/44); Council of Europe, Commissioner for Human Rights, *Women's sexual and reproductive health and rights in Europe* [Europarat, Kommissar für Menschenrechte, Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen in Europa] S. 9 (2017).

³⁰ CEDAW, *Concluding Observations: Germany* Abs. 46(d), CEDAW/C/DEU/CO/9 (2023) [CEDAW, Abschließende Bemerkungen: Deutschland, 2023, Abs. 46(d)] ; CEDAW, *Concluding Observations: Germany* Abs. 37(b), 38(b) CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017) [CEDAW, Abschließende Bemerkungen: Deutschland, 2017, Abs. 37(b), 38(b)]

³¹ World Health Organization [im Folgenden WHO], *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 22, 2022; <https://www.figo.org/resources/figo-statements/figo-calls-total-decriminalisation-safe-abortion>; <https://www.figo.org/resources/figo-statements/addressing-barriers-safe-abortion>.

³² WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 22, 2022.

³³ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 22, 2022.

³⁴ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 24, 2022.

³⁵ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 24, 2022.

³⁶ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 22, 2022.

-
- ³⁷ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 28, 2022.
- ³⁸ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 28, 2022.
- ³⁹ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 26, 2022.
- ⁴⁰ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 21, 2022.
- ⁴¹ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 22-23, S. 43, 2022.
- ⁴² WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 42, 2022.
- ⁴³ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 40, 2022; Siehe auch: WHO, *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception* [Die Rolle der Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Versorgung mit sicheren Schwangerschaftsabbrüchen und einer sicheren Empfängnisverhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch], S. 56 (2015).
- ⁴⁴ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 43, 2022.
- ⁴⁵ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 43, 2022.
- ⁴⁶ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 59, 2022.
- ⁴⁷ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 70, 2022.
- ⁴⁸ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 59, 2022.
- ⁴⁹ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 59, 2022.
- ⁵⁰ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 15, 2022.
- ⁵¹ WHO, *Abortion Care Guideline* [WHO-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch], S. 16, 2022; WHO, *Universal Health Coverage Compendium, "sexual and reproductive health category"* [WHO-Kompendium zur universellen Gesundheitsversorgung, Kategorie Sexuelle und reproduktive Gesundheit], <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/interventions-by-programme-area>.