

Susanne Kummer, Johannes Bonelli, Walter Rella

Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen

Abortion and the Psychological Consequences

Zusammenfassung

In Österreich, Deutschland und der Schweiz erlaubt der Gesetzgeber Spätabtreibungen, wenn die Geburt des Kindes eine ernste Gefahr für die psychische Gesundheit der Frau bedeutet. Dem Schwangerschaftsabbruch wird damit ein therapeutischer Benefit (Schutz der psychischen Gesundheit) unterstellt. In der Wissenschaft ist allerdings umstritten, ob ein solcher Effekt hypothetisch ist oder tatsächlich existiert und ob er wissenschaftlich nachweisbar ist. Es muss daher zunächst geklärt werden, welche Anforderungen an entsprechende Studien zu stellen sind, damit sie valide sind. Anhand relevanter Publikationen werden die Problemfelder aufgezeigt, die zu Verzerrungen von Ergebnissen führen können. Die Studienanalyse zeigt, dass seriös durchgeführte Studien statistisch signifikante Korrelationen mit einigen psychischen Gesundheitsproblemen bei Frauen aufweisen.

Schlüsselwörter: Schwangerschaftsabbruch, Psyche, Posttraumatische Belastungsstörung, Störgrößen, Validität

Abstract

In Austria, Germany, and Switzerland, legislation allows for late-term abortions if the birth of the child poses a serious threat to the woman's mental health. Abortion is thus assumed to have a therapeutic benefit: the protection of mental health. Scientifically, however, it is disputed whether such an effect is hypothetical or factual, and whether it can be scientifically proven. Therefore, it must first be clarified what requirements must be placed on a study in order for it to be valid. Prominent publications are used to highlight the problem areas that can lead to biased results. The analysis indicates that reputable studies show statistically significant correlations with some mental health problems in women.

Keywords: abortion, psyche, post-traumatic stress disorder, confounding variables, validity

Mag. Susanne Kummer
Direktorin, IMABE
skummer@imabe.org

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
Senior Advisor, IMABE

Dr. Walter Rella
Allgemeinmediziner

Alle: Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)

Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien

1. Hintergrund¹

1.1 Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch unterstellt therapeutischen Effekt

In Österreich², Deutschland³ und der Schweiz⁴ erlaubt der Gesetzgeber Spätabtreibungen auch nach der 12. Schwangerschaftswoche (SSW), wenn die Geburt des Kindes eine ernste Gefahr für die psychische Gesundheit der Frau bedeuten würde bzw. eine schwere seelische Notlage nicht anders als durch einen Schwangerschaftsabbruch abgewendet werden könne. In Großbritannien ist der Schwangerschaftsabbruch bis zum sechsten Monat (24. SSW) straffrei. 98% der jährlich mehr als 200.000 Abtreibungen werden aufgrund der Indikation ‚Gefahr für die psychische Gesundheit‘ der Frau durchgeführt.

Den diversen Gesetzeslagen ist gemeinsam, dass sie der Abtreibung einen therapeutischen Benefit (Schutz der psychischen Gesundheit) unterstellen. In der Wissenschaft ist allerdings umstritten, ob ein solcher Effekt hypothetisch ist oder tatsächlich existiert und ob er wissenschaftlich nachweisbar ist.

1.2 Studienergebnisse sind uneinheitlich

Die Studienergebnisse zur Frage psychischer Folgen nach Abtreibung sind aufgrund verschiedener Faktoren uneinheitlich. Methodische Mängel im Studiendesign, geringe Fallzahlen, geringe Aussagekraft aufgrund von Inkonsistenz der Daten der Studienteilnehmerinnen, intransparente, nicht vollständig konsekutive Nutzung der Daten oder eine gewählte Darstellung der Daten je nach ideologischem Hintergrund gehören dazu.

Außerdem bestehen mangelhaft berücksichtigte Störfaktoren bei Zeit und Umfang der Studien, die zu Studienverzerrungen (Bias) führen. Sie haben Auswirkungen auf die Evidenz und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse.

2. Fragestellungen

Die Studienanalyse beschäftigt sich mit den folgenden Fragen:

1. Welche Anforderungen müssen an eine Studie zur Frage „Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen“ gestellt werden, damit ihre Aussagekraft wissenschaftlichen Kriterien standhält?
2. Kann mithilfe von Studien beantwortet werden, ob ein Schwangerschaftsabbruch zu psychischen Störungen bei Frauen führen kann oder nicht?
3. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Qualitätsbewertung ableiten?

3. Analyse von Studien

Um die Aussagekraft einer Studie⁵ zu beurteilen, ist es üblich, sie von Expertengremien wie Fachgesellschaften in medizinischen Leitlinien nach sog. Evidenzgraden zu katalogisieren. Dabei geht es vor allem um die Beurteilung, inwieweit der jeweilige Studienaufbau verhindert, dass die Ergebnisse durch Störfaktoren verfälscht werden können.

3.1 Allgemein anerkannte Evidenzgrade

Die Evidenz (= Versuchsansatz) einer Studie besagt, wie hoch der Grad der Aussagekraft einer Studie theoretisch auf Grund des Studiendesigns im Ansatz sein könnte: So haben Studien mit einem Studiendesign ‚Evidenzgrad III bis VI‘ von vorneherein eine geringe Aussagekraft, Studien mit Evidenzgrad I den höchsten Grad an Aussagekraft.

3.1.1 Evidenzgrad I = Experimentelle Studien

Experimentelle Studien haben den höchsten Evidenzgrad. Sie sind aufwendig und teuer und müssen vier Kriterien erfüllen, um Störfaktoren möglichst auszuschalten:

- a. sie müssen kontrolliert sein, das bedeutet, es muss eine Vergleichsgruppe mitlaufen;
- b. sie müssen randomisiert sein, das bedeutet, die Zuteilung der Studienteilnehmer in die jeweilige Gruppe muss zufällig sein.
- c. sie müssen prospektiv sein, das bedeutet, die Datenerhebung selbst beginnt erst mit Be-

ginn der Studie und wird somit nicht rückblickend (d. h. retrospektiv) durchgeführt;

- d. sie sollten doppelblind angelegt werden, das bedeutet, dass weder die Probandin noch der Untersucher wissen, in welcher Gruppe sich die untersuchte Person befindet.

Es ist leicht ersichtlich, dass eine experimentelle Studie zur Frage Abtreibung und Psyche prinzipiell nicht durchführbar ist und damit Evidenzgrad I prinzipiell nicht erreichbar ist. Die Studienteilnehmerinnen müssten zufällig in eine Abtreibungs- und eine Geburtsgruppe zugeteilt werden, ohne zu wissen, in welcher Gruppe sie sich befinden und die Gruppen danach weiter untersucht werden. Zumindest die Punkte b) und d) sind auf Grund der Natur der Fragestellung nicht erfüllbar.

3.1.2 Evidenzgrad II = Kohortenstudie

Kohortenstudien untersuchen die Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen. Bei diesem Studiendesign liegt eine Kontrollgruppe (a) vor und sie ist prospektiv (c). Sie ist jedoch nicht randomisiert (b) und auch nicht doppelblind (d).

Bei Längsschnittstudien werden Daten derselben Person über einen längeren Zeitraum (Jahre bis Jahrzehnte) erfasst. Sie werden zu den Kohortenstudien (Evidenzgrad II) gerechnet.

3.1.3 Evidenzgrad III = Fall-Kontrollstudie

Eine Fall-Kontrollstudie sucht rückblickend nach möglichen Ursachen für eine Erkrankung. Patienten werden mit einer bestimmten Erkrankung („Fälle“) mit Menschen ohne diese Erkrankung („Kontrollen“) hinsichtlich möglicher Einflussgrößen rückblickend verglichen. Die Kriterien der Randomisierung (b), der prospektiven (c) und doppelblinden (d) Umsetzung sind hier nicht gegeben. Eine Fall-Kontrollstudie ist anfällig für Verzerrung („Bias“), da Störfaktoren nicht eliminiert werden können.

Ein Großteil der Studien zu den psychischen Folgen einer Abtreibung sind eben solche

Fall-Kontrollstudien und haben daher nur den Evidenzgrad III.

Evidenzgrad IV liegt bei historischen Vergleichsgruppen vor, Evidenzgrad V bei Querschnittstudien und Evidenzgrad VI bei Fallberichten.

3.2 Weiterer Faktor: Die Qualität der Durchführung

Die Aussagekraft einer Studie hängt nicht nur vom Evidenzgrad ab, sondern auch von der Qualität, mit der sie durchgeführt wurde. Dies bedeutet, dass auch Studien mit einem ‚Evidenzgrad I oder II‘ nur eine geringe Aussagekraft haben können, wenn die Durchführung (Qualität) schlecht ist. Dies ist hauptsächlich dann der Fall, wenn die möglichen *Störfaktoren* nicht ausreichend berücksichtigt wurden oder die Kontrollgruppen inadäquat sind.

3.2.1 Störgrößen (Confounder)

Das Hauptproblem für die Durchführung einer aussagekräftigen Studie zur Frage der psychischen Folgen einer Abtreibung besteht darin, dass es eine ganze Reihe von Störfaktoren gibt, die die Ergebnisse verfälschen können – in beide Richtungen.

Mit dem Begriff Störgrößen (*Confounder*) bezeichnet man Risikofaktoren, die nur indirekt, aber nicht kausal mit dem untersuchten Ereignis zusammenhängen. Sie können zu einer verzerrten Einschätzung des Effekts des untersuchten Risikofaktors führen, man spricht in diesem Zusammenhang von Bias.

Im Falle der Abtreibungsstudien können Störfaktoren praktisch nie ganz ausgeschlossen werden. Dazu gehören⁶:

- a. die Heterogenität der zu vergleichenden Frauengruppen;
- b. mögliche Voreingenommenheit bei den Studienteilnehmerinnen;
- c. eine unzureichende Bewertung der medizinischen Vorgeschichte der Frauen, insbesondere in Bezug auf ihre psychische Gesundheit;
- d. die unterschiedlichen Kontexte, in denen

ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wurde, und

- e. mögliche Verzerrungen bei der Interpretation der Daten, die insbesondere durch die ideologischen Merkmale der Personen oder Institutionen, die die Studie durchgeführt haben, bedingt sind.

Die vielen widersprüchlichen Ergebnisse können auf das Vorhandensein von Störfaktoren zurückzuführen sein, die nicht immer angemessen bewertet wurden.

3.2.2 Welche Kontrollgruppe ist adäquat?

Sofern überhaupt eine Kontrollgruppe in einer Studie zur Frage der psychischen Folgen einer Abtreibung vorhanden ist, wird diese als eine dichotome Variable (Schwangerschaft geplant oder nicht geplant, Schwangerschaft gewollt oder nicht gewollt) definiert. Allerdings wird auch hier kritisiert, dass Frauen in ihrer Geschichte nicht auf ein Entweder-Oder reduziert werden können.

So ist das dichotome Begriffspaar ‚ungewollt – ungeplant‘ ambivalent und dynamisch. Ein geplantes und anfangs gewolltes Kind kann – etwa im Fall einer körperlichen und/oder psychischen Behinderung⁷ oder aufgrund des Drucks durch den Partner – zu einem „nicht unter diesem Aspekt gewollten“ und schließlich ungewollten Kind werden. Umgekehrt können Schwangerschaften, die anfangs ungewollt sind, im Laufe der Schwangerschaft gewollt werden, so dass sich die Bewertung der Gewolltheit im Laufe der Zeit erheblich ändern kann.⁸ Es gibt keine wissenschaftliche Definition von ‚ungewollt‘ und ‚ungeplant‘, weshalb die Kontrollgruppen uneinheitlich und damit auch die Ergebnisse der Studien Mängel aufweisen.

3.2.3 Kovarianzen

Außerdem bewirken vielfältige heterogene Faktoren (sog. ‚Kovarianzen‘), die in einer Studie kaum zu erfassen oder zu berücksichtigen sind, dass viele Studien zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen führen. Dazu zählen zahlreiche un-

wägbare Gründe, die sowohl in der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch als auch hinsichtlich möglicher negativer Einflüsse auf die psychische Gesundheit der Frau eine Rolle spielen.

Die APA Task Force identifizierte (2008)⁹ 15 heterogene Risikofaktoren, um jene Frauen zu identifizieren, bei denen nach einer Abtreibung ein höheres Risiko für psychische Probleme besteht:

1. Abbruch einer gewollten oder sinnvollen Schwangerschaft
2. empfundener Druck von anderen, eine Schwangerschaft zu beenden
3. wahrgenommener Widerstand gegen die Abtreibung durch Partner, Familie und/oder Freunde
4. Mangel an wahrgenommener sozialer Unterstützung durch andere
5. geringes Selbstwertgefühl
6. pessimistischer Ausblick
7. gering wahrgenommene Kontrolle
8. eine Vorgeschichte von psychischen Gesundheitsproblemen vor der Schwangerschaft
9. Gefühle der Stigmatisierung
10. Wahrgenommenes Geheimhaltungsbedürfnis
11. Aussetzung an Anti-Abtreibungs-Streikposten
12. Anwendung von Vermeidungs- und Verleugnungs-Bewältigungsstrategien
13. Gefühle der Verbundenheit mit der Schwangerschaft
14. Ambivalenz über die Abtreibungsentscheidung
15. gering wahrgenommene Fähigkeit, den Schwangerschaftsabbruch vor dem Schwangerschaftsabbruch zu bewältigen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass man zwar in guten Studien mit Evidenzgrad II (Kohortenstudien) bemüht ist, durch einen prospektiven Ansatz mit einer Kontrollgruppe Störfaktoren möglichst auszuschalten, dass es aber in Studien über psychische Störungen nach Abtreibung nie möglich ist, alle versteckten und nichtversteckten Störgrößen bei beiden Vergleichsgruppen zu

berücksichtigen. Damit sinkt deren Aussagekraft, auch wenn sie vom Ansatz her einen hohen Evidenzgrad aufweisen.

Ein Gebot der wissenschaftlichen Redlichkeit ist es, dass Autoren die Stärken und Schwächen ihrer Studie ausführen und benennen.

4. Evaluierung relevanter Studien zu psychischen Folgen nach Schwangerschaftsabbruch

Es findet sich in der Literatur eine Vielzahl von Studien, die sich mit der Frage nach psychischen Folgen nach Abtreibung beschäftigen. Der Großteil dieser Studien hat einen Evidenzgrad III, wobei vor allem auch Störfaktoren zu wenig bzw. kaum berücksichtigt werden.

Die folgende Analyse unterzieht Studien von hohem öffentlichem Interesse einer kritischen Darstellung hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit: Kriterien wie Studiendesign und Evidenzgrad, Qualität der Daten und Durchführung der Studie sowie die Aussagekraft spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Exemplarisch wurden dabei Übersichtsarbeiten und Studien ausgewählt, die im Zeitraum von 2006 bis 2018 publiziert wurden.

Nur solche Studien wurden eingeschlossen, die vom Studiendesign als qualitativ gut (größtenteils Evidenzgrad II) eingeschätzt werden können und von hochrangigen Wissenschaftlern häufig als Referenzpunkt zitiert werden. Drei Kriterien (Evidenzgrad, Qualität der Studie und Aussagekraft) werden als Einschätzungskriterien ausgewiesen.

4.1 Übersichtsarbeiten

4.1.1 Report of the Task Force on Mental Health and Abortion (2008), American Psychological Association (APA)

Fragestellung und Methode

Der *APA-Report* von 2008¹⁰ befasst sich mit der psychischen Gesundheit von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu Frau-

en, die trotz ungewollter Schwangerschaft ihr Kind ausgetragen haben. Der Report analysierte 50 englischsprachige Studien, die zwischen 1989 und 2007 erschienen sind.

Ergebnisse

Die Autoren stellen fest, dass es aufgrund mangelhafter Daten, unzureichender Studiendesigns oder Störfaktoren nicht genügend Beweise gibt, um einen Zusammenhang zwischen Abtreibung und psychischen Problemen herzustellen.

Um der nötigen Erkenntnis von potenziellen psychologischen Folgen von Abtreibung auf die Spur zu kommen, sei der Einsatz von geeigneten Vergleichsgruppen (Frauen, die sich alternativ für Mutterschaft oder Adoption entschieden haben) notwendig. Diese hätten den meisten Studien jedoch gefehlt.

Schließlich überraschte der APA-Report dann aber mit einer Pressemitteilung¹¹, die sich mit zahlreichen Ergebnissen der Studie nicht in Einklang bringen lässt. Dort heißt es, dass eine Frau, die eine ungewollte Schwangerschaft abbricht – legal, im ersten Trimester und erstmalig – kein relativ höheres Risiko für psychische Störungen hat als eine Frau, die ihr Kind nach einer ungewollten Schwangerschaft austrägt.

Die Vorgangsweise der APA wurden von etlichen Gutachtern¹² als wissenschaftlich unzureichend kritisiert. Unter anderem seien zahlreiche Studien, die einen Zusammenhang zwischen Abtreibungen und negativen psychischen Folgen aufzeigen, offenbar bewusst nicht in die Analyse inkludiert worden, was zu einer Studienverzerrung geführt habe.

Diese Kernaussage des *APA-Reports*, wonach es nachweislich keinen Zusammenhang zwischen Abtreibungen und einem erhöhten Risiko für psychische Probleme gibt, stützt sich auf eine einzige Primärstudie: Gilchrist et al. (1995)¹³. Diese weist jedoch selbst Mängel auf.¹⁴ Die Verallgemeinerung aus einer einzigen Studie entspricht keinen wissenschaftlichen Standards.

Fazit

Die APA-Übersichtsarbeit lässt äußerst begrenzte Schlussfolgerungen zu:

- a. Die Autoren bestätigen, dass einige Frauen nach einer Abtreibung schwere psychische Störungen aufweisen, unter Trauer und Schuldgefühlen, Einsamkeit, Depressionen sowie Ängsten leiden.
- b. Dies gilt insbesondere für Frauen mit Mehrfachabtreibungen, Frauen, die auf Druck von Dritten abgetrieben haben, minderjährige Mädchen sowie Frauen mit früheren psychischen Erkrankungen, bei denen ein Schwangerschaftsabbruch bereits bestehende Probleme verschlimmert.¹⁵
- c. Frauen, die bereits vor der Abtreibung an psychischen Problemen litten, sind grundsätzlich gefährdeter, nach einer Abtreibung an psychischen Störungen zu leiden.
- d. Der APA-Report räumt ein, dass die Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch psychische Probleme verursachen kann oder nicht, nicht sicher beantwortet werden kann. Dazu müssten randomisierte Studien durchgeführt werden, was jedoch aus ethischen Gründen nicht möglich ist.

Würde der APA-Report seine eigenen Prämissen ernstnehmen, so müsste die einzig wissenschaftlich vertretbare Schlussfolgerung lauten, die Unsicherheit der Evidenz anzuerkennen.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II (Versuchsansatz)
- › Qualität (Durchführung der Studie) schlecht
- › Aussagekraft gering

4.1.2 Induced Abortion and Mental Health (2011), National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)

Fragestellung und Methode

Im Jahr 2011 veröffentlichte das *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH) des *Royal College of Psychiatrists* eine vom *National Health*

Service finanzierte Übersichtsarbeit¹⁶, die nach eigenen Angaben die qualitativ besten verfügbaren Studien über die psychischen Folgen einer Abtreibung herausarbeitet. Es wurden nur Studien inkludiert, in denen Frauen, die abgetrieben hatten mit jenen verglichen wurden, die eine ungewollte oder ungeplante Schwangerschaft austrugen.

Ergebnisse

Die Kernaussage der *NCCMH*-Metastudie lautet, dass die Rate psychischer Gesundheitsprobleme weitgehend unabhängig davon ist, ob eine Frau bei einer ungewollten Schwangerschaft eine Abtreibung vornimmt oder ob sie das Kind zur Welt bringt. Peer-Reviewer meldeten erhebliche Bedenken an, da sich diese Aussage weder aus der bisherigen Literatur noch aus dem Review selbst ableiten lässt.

Fazit

Der *NCCMH*-Report räumt selbst ein, dass diese „kleine Meta-Analyse, die für diese Übersichtsarbeit durchgeführt wurde“, aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft der Studien Limitierungen aufweist. Grundsätzlich wird festgehalten, dass für eine statistisch seriöse Aussage in die eine oder in die andere Richtung die Probengrößen der jeweiligen Studien zu gering bzw. zu heterogen waren.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II (= Versuchsanordnung)
- › Qualität (Durchführung) schlecht
- › Aussagekraft gering

4.1.3 Priscilla K. Coleman (2011)

Fragestellung und Methode

Die US-Psychologin Priscilla K. Coleman (*Bowling Green State/ University Ohio*) führte 2011 eine breit angelegte Metaanalyse zur Frage des Zusammenhangs von Schwangerschaftsabbruch und den Folgen für die psychische Gesundheit¹⁷ durch.

Mit der Studie möchte Coleman die methodisch eingeschränkten Meta-Analysen u. a. der APA und des *NCCMH* zu Schwangerschaftsabbruch und psychischer Gesundheit genauer darstellen.

Coleman wertete anhand von 36 verschiedenen Messdaten alle zwischen 1995 und 2009 in englischer Sprache veröffentlichten Studien aus, von denen sie 22 Arbeiten – 15 aus den USA und 7 aus anderen Ländern – nach methodisch begründeten Auswahlkriterien für ihre Untersuchung einbezog.

Ergebnisse

Die systematische Übersichtsarbeit ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen Abtreibung und negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Frauen, die im Zuge einer ungewollten Schwangerschaft abgetrieben hatten, hatten im Vergleich zu Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austrugen, ein fast doppelt so hohes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme (81%).

Fazit

Colemans Schlussfolgerung gemäß gibt es „ein mäßig bis stark erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme nach einem Schwangerschaftsabbruch“. Ein definitiv kausaler Zusammenhang zwischen Abtreibung und psychischen Erkrankungen sei wissenschaftlich damit nicht bewiesen, da ein derartiges Studiendesign aus ethischen Gründen nicht möglich sei.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II (= Versuchsansatz)
- › Qualität (Durchführung) gut
- › Aussagekraft stringent

4.1.4 David M. Fergusson (2013)

Fragestellung und Methode

David M. Fergusson, Direktor des *Christchurch Health and Development Study* (CHDS) an der *University of Otago*/Neuseeland, untersuchte den Zusammenhang von Abtreibung und Mental

Health bei Frauen in Hinblick auf fünf Kategorien: mögliche Angstzustände, Depressionen, Alkoholmissbrauch, illegaler Drogenkonsum und Suizidalität.¹⁸ Für die Meta-Analyse wurden die qualitativ hochwertigsten Studien zu Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Gesundheit eingeschlossen, darunter auch Coleman (2006)¹⁹, Reardon et al. (2004)²⁰, Reardon & Cogle (2002)²¹ sowie Schmiede & Russo (2005)²².

Ergebnisse

Das Team um Fergusson stellte fest, dass eine Abtreibung im Vergleich zum Austragen eines ungewollten/ungeplanten Kindes nicht mit einer Reduktion des Risikos für psychische Probleme assoziiert war. Das Gegenteil war der Fall: Die Beendigung einer unerwünschten Schwangerschaft durch Abtreibung erhöhte das Risiko für psychische Probleme. Nach erfolgter Abtreibung stieg das Risiko insbesondere für Alkohol- und Drogenmissbrauch, aber auch für Angstzustände und Suizidgefahr.

Fazit

Es gibt keine Evidenz dafür, dass ein Schwangerschaftsabbruch die psychischen Gesundheitsrisiken einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft verringert oder gar verbessert.

Die wachsende Zahl der Hinweise, dass ein Schwangerschaftsabbruch keinerlei therapeutischen Nutzen hat, dürfe laut Fergusson nicht mehr ignoriert werden. Fergusson bezeichnet sich selbst als „Pro-Choice-Atheist“.

Einschätzung

- › Evidenz II (Versuchsansatz)
- › Qualität (Durchführung) gut
- › Aussagekraft stringent

4.1.5 David C. Reardon (2018)

Fragestellung und Methode

Der US-Bioethiker David C. Reardon (*Elliot-Institute*) untersuchte jene Punkte der Kontroverse um Abtreibung und psychische Gesundheit (Abortion

Mental Health, AHM), in denen weitgehender Konsens zwischen jenen Forschern besteht, die von ihrer Werthaltung Abtreibungen befürworten („Pro Choice“) oder ablehnen („Pro Life“).²³

Ergebnisse

Der Review identifiziert folgende Ergebnisse, in denen Konsens unter Wissenschaftlern sowohl auf „Pro Choice“- als auch „Pro-Life“-Seite herrscht.

1. Abtreibung trägt bei einigen Frauen zu psychischen Gesundheitsproblemen bei.
2. Es gibt keine ausreichenden statistischen Beweise dafür, dass die Abtreibung selbst die einzige Ursache für die höheren Raten von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Abtreibungen ist.
3. Es gibt erhebliche Hinweise darauf, dass Abtreibung zum Ausbruch, zur Intensität und/oder Dauer psychischer Erkrankungen beiträgt.
4. Es gibt keine Beweise dafür, dass Abtreibung die psychischen Probleme lösen oder verbessern kann.
5. Die Kenntnis der Vorgeschichte von Abtreibungen, kann Frauen mit einem höheren Risiko für psychische Gesundheitsprobleme identifizieren, die von Überweisungen für zusätzliche Beratung profitieren könnten.
6. Es ist methodisch unmöglich, auf diesem Gebiet so zu forschen, dass definitiv festgestellt werden kann, inwieweit psychische Erkrankungen nach einem Schwangerschaftsabbruch zuverlässig auf den Schwangerschaftsabbruch an sich zurückgeführt werden können.
7. Das Gefühl, zu einem Abbruch gedrängt zu werden, zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für psychische Gesundheitsprobleme. In der Forschungspraxis würden jedoch eben diese Frauen, die nach einer gewollten Schwangerschaft abtreiben (müssen), von AMH-Studien ausgeschlossen. Damit sind die Ergebnisse dieser Studien weniger verall-

gemeinerbar als die tatsächliche Population aller Frauen, die abtreiben.

Fazit

Reardon bemüht sich eine Brücke zu schlagen zwischen den beiden Lagern „Pro Choice“ und „Pro Life“. Er arbeitet Gemeinsamkeiten heraus, die für zukünftige – im besten Fall gemeinsame – Forschungsprojekte gute Anhaltspunkte liefern können. Mit Blick auf die inhärenten Schwierigkeiten der Forschung und der ideologischen Voreingenommenheit rund um die AMH-Kontroverse machte Reardon einige Vorschläge hinsichtlich einer besseren Forschung, etwa der Einführung von gemischten „Pro Life“ und „Pro Choice“ eingestellten Forscherteams sowie Datentransparenz und Kooperationsfreudigkeit im Erstellen von prospektiven Längsschnittstudien.

Einschätzung

- › Evidenz II (Versuchsansatz)
- › Qualität (Durchführung) gut
- › Aussagekraft stringent

4.2 Einzelstudien

4.2.1 David M. Fergusson et al. (2006 und 2008)

Fergusson et al. 2006

Fragestellung und Methode

Ziel der Studie²⁴ war es, die Zusammenhänge zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und der psychischen Gesundheit im Alter von 15 bis 25 Jahren zu untersuchen. Die Daten wurden im Rahmen der *Christchurch Health and Development Study* erhoben, einer 25-jährigen Längsschnittstudie einer Geburtskohorte von 1.265 jungen neuseeländischen Frauen.

Ergebnisse

41% der Frauen waren vor ihrem 25. Lebensjahr mindestens einmal schwanger geworden, wobei 14,6% einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen hatten. Diejenigen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, wiesen eine erhöhte Rate an anschließenden psychischen Problemen auf, darunter Depressionen, Angstzustände, suizidales Verhalten und Drogenkonsum. Dieser Zusammenhang blieb auch nach Bereinigung der Störfaktoren bestehen.

Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Abtreibungen bei jungen Frauen mit einem erhöhten Risiko für psychische Gesundheitsprobleme verbunden sein können.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II-III (Versuchsansatz z. T. retrospektiv)
- › Qualität (Durchführung) gut
- › Aussagekraft stringent

Fergusson et al. 2008

Fragestellung und Methode

2008 publizierten Fergusson et al. eine prospektive Längsschnittstudie.²⁵ Gegenstand der Analyse waren die Zusammenhänge zwischen einer Reihe verschiedener Schwangerschaftsergebnisse (Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaftsverlust, ungewollte Schwangerschaft, die zu einer Lebendgeburt führt, und andere Lebendgeburten) und häufigen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen, Suizidalität und Drogenkonsumstörungen.

Die Studie umfasst eine fünf Jahre längere Nachbeobachtung (prospektiv) der Teilnehmerinnen gegenüber Fergusson et al. (2006)²⁶. Die Frauen wurden wiederholt bis zum Alter von 30 Jahren untersucht, potenzielle Störvariablen, die laut Kritikern bei der Studie 2006 fehlten, wurden berücksichtigt.

Die *NCCMH-Studie* und andere sehen in der Studie von Fergusson et al. (2008)²⁷ die qualitativ beste Studie zu diesem Thema.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der teils retrospektiven, teils prospektiven Studie bestätigen die Ergebnisse jener Studie, die Fergusson bereits 2006 durchgeführt hatte. Selbst nach umfassender Kontrolle der gemessenen Störfaktoren lag die Rate für psychische Gesundheitsprobleme bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen hatten, etwa 30% höher als bei anderen Frauen. Dazu zählten Depressionen und Selbstmordgedanken. Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie Angststörungen waren am häufigsten anzutreffen.

Fazit

In der Literatur findet sich kein Beleg dafür, dass ein Schwangerschaftsabbruch die psychischen Gesundheitsrisiken einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft verringert. Einige Studien kommen zu dem Schluss, dass ein Schwangerschaftsabbruch neutrale Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Frau hat. In keiner Studie wurde jedoch berichtet, dass die Exposition gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch die Risiken für die psychische Gesundheit verringern kann.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II- III (z. T. retrospektiv)
- › Qualität (Durchführung) gut
- › Aussagekraft stringent

4.2.2 Die Turnaway-Studie (2010)

Fragestellung und Methode

Die Studie²⁸ befasst sich mit den Auswirkungen der Durchführung vs. der klinischen Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs auf die körperliche und psychische Gesundheit von Frauen.

Von 2008 bis 2010 wurden in dieser prospektiven Längsschnitt-Studie Frauen von 30 US-ame-

rikanischen Abtreibungseinrichtungen eingeschlossen, die sich bereits zu einer Abtreibung entschlossen hatten. Verglichen wurde eine Gruppe von Frauen, bei der die Abtreibung durchgeführt wurde mit einer zweiten Gruppe, bei der die Frauen abgelehnt (*turnaway* – abgewiesen) wurden, weil die Schwangerschaften schon zu weit fortgeschritten waren und über die klinischen Fristen der jeweiligen Krankenhäuser hinausreichten.

Über einen Zeitraum von fünf Jahren wurden telefonische Interviews geführt, bei denen die Frauen alle sechs Monate u. a. hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit befragt wurden. 2019 wurde die *Turnaway-Studie* abgeschlossen.

Ergebnisse

Laut der *Turnaway-Studie* schadet ein Schwangerschaftsabbruch der psychischen Gesundheit der Frauen nicht. Hingegen sei die Verweigerung eines Schwangerschaftsabbruchs – auch in einem fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft – mit einem erhöhten Maß an Angst, Stress und geringerem Selbstwertgefühl unmittelbar nach Abweisung sowie mit psychischen und sozialen Problemen verbunden.

Die mehr als 50 Folgestudien, die alle auf denselben *Turnaway*-Datenpool zugreifen, stützen allesamt diese Thesen. Die Ergebnisse werden medienwirksam verbreitet (darunter Headlines wie: „Richtige Entscheidung‘: Große Mehrheit der Frauen bereut ihre Abtreibung später nicht“;²⁹ „USA: Wenn Abtreibungsverbote zum Tod führen“;³⁰ „Studien zeigen, dass Zugang zu Abtreibungen Frauengesundheit fördert“³¹).

Auffallend ist, dass die Ergebnisse sämtlicher Folgestudien aus dem *Turnaway*-Datenmaterial die jeweils politisch erwünschten Ergebnisse stützen (vgl. Bias, Kapitel 1). Die Grenze zwischen wissenschaftlicher Objektivität und gesellschaftlichem Aktivismus wurde dabei offenkundig überschritten.

Die *Turnaway-Studie* weist erhebliche methodische Mängel auf:

a. Selektionsbias

Die Stichprobe wurde nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern anscheinend nach dem Ermessen der Forscher ausgewählt.

Es ist wahrscheinlich, dass in der Vergleichsgruppe der Frauen, die abgetrieben haben, jene nicht berücksichtigt wurden, die die schwersten psychischen Komplikationen nach der Abtreibung hatten.³²

b. Geringe Stichprobe

Die Forscher der *Turnaway-Studie* treffen anhand einer geringen Stichprobe verallgemeinernde Aussagen über Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Das Datenausgangsmaterial hätte repräsentativ sein können. Hochgerechnet gab es 162.000 potenzielle Studienteilnehmerinnen, die in den 30 einbezogenen Abtreibungskliniken innerhalb von drei Jahren einen Schwangerschaftsabbruch hatten vornehmen lassen.³³ In Anbetracht des extrem geringen Prozentsatzes von Frauen, die in der Stichprobe vertreten sind (558 = 0,34%),³⁴ sind Verallgemeinerungen auf die Gesamtbevölkerung von vorneherein unzulässig.

c. Hohe Ausfalls- und niedrige Rücklaufquote

Am Ende blieben nur 18% (= 558) der ursprünglich rekrutierten Frauen übrig, die nach 5 Jahren die Studie abschlossen.³⁵ Bemerkenswerterweise wird in praktisch allen Medienberichten über die *Turnaway-Studie*, auch in denen mit Interviews mit Studienleiterin Diana Foster, die Zahl „1.000 Frauen“ genannt. Aufgrund der hohen Ausfalls- und niedrigen Rücklaufquote sind die Kriterien einer repräsentativen Studie nicht erfüllt.

d. Inadäquate Vergleichsgruppe

Unberücksichtigt bleibt der Vergleich mit Frauen, die eine ungeplante/ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben. Damit fällt die entscheidende Kontrollgruppe weg.

e. Nicht erwähnte Ergebnisse

Ausgeklammert wird in den Folgearbeiten ein weiteres Ergebnis der *Turnaway-Studie*: 96% der Frauen, die abgewiesen wurden, weil die Schwangerschaft schon zu weit fortgeschritten war, bereuten fünf Jahre nach der Geburt des Kindes nicht, dass das Kind lebte.³⁶

Fazit

In Summe muss daher festgestellt werden, dass die proklamierten Ergebnisse in der *Turnaway-Studie* wegen 1. der hohen Ausfallsquote, 2. der inadäquaten Vergleichsgruppen, 3. eines bedenklichen Selektionsbias und 4. der offensichtlichen Voreingenommenheit der Untersucher unseriös sind.

Dies setzt sich auch in den Folgestudien fort, da sie sich allesamt auf einen Datensatz stützen, der fehlerhaft ist.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II-III (Ansatz z. T. retrospektiv)
- › Qualität (Durchführung) schlecht
- › Aussagekraft sehr gering

4.2.3 Sullins (2016)

Fragestellung und Methode

Die Längsschnittstudie des US-Soziologen Donald P. Sullins³⁷ untersucht, wie hoch das Risiko von Depressionen, Angstzuständen, Suizidgedanken, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Cannabismissbrauch und Nikotinabhängigkeit je nach Ausgang der Schwangerschaft (normale Lebendgeburt, Abtreibung sowie Fehl- und Totgeburt) ist. Die Studie lief über 13 Jahre und beinhaltete die Daten von 15.608 Frauen zwischen 15 und 28 Jahren. Als Vergleichsgruppe wurden Frauen gewählt, die im selben Zeitraum nicht schwanger geworden waren.

Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich bei Frauen nach einer Abtreibung eine statistisch hochsignifikante Häufung um 54% von psychischen Problemen wie De-

pression, Angststörungen oder Suizidgedanken im Vergleich zu den in derselben Untersuchungsgruppe nicht-schwangeren Frauen.

Fazit

Der Studie fehlt die eigentlich adäquate Vergleichsgruppe, nämlich ungewollt schwangere Frauen, die ihr Kind ausgetragen haben – und nicht bloß ‚schwangere Frauen‘. So kann zwar von Korrelation, nicht aber von Kausalität gesprochen werden.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II (Versuchsansatz)
- › Qualität (Durchführung) gering (inadäquate Vergleichsgruppe)
- › Aussagekraft mäßig

4.2.4 Pedersen (2008)

Fragestellung und Methode

Ziel der Studie³⁸ ist es, zu untersuchen, ob ein Schwangerschaftsabbruch ein Risikofaktor für eine spätere Depression ist. Pedersen begleitete dafür in einer Längsschnittstudie über 11 Jahre hindurch 768 Frauen im Alter zwischen 15 und 27 Jahren. 125 davon wurden in diesem Zeitraum schwanger.

Ergebnisse

Die Analyse legt nahe, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit einem erhöhten Risiko für Depressionen bei jungen norwegischen Frauen verbunden ist, nicht aber bei Teenagern.

Pedersen räumt ein, dass mehrere andere Faktoren im Leben jener Frauen, die einen Abbruch vornehmen ließen, sie für Depressionen anfälliger machen könnten.

Einschätzung

- › Evidenzgrad II (Versuchsansatz)
- › Qualität (Durchführung) mäßig (Fallzahl, Störfaktoren)
- › Aussagekraft mäßig

5. Schlussfolgerungen aus der Evaluierung

5.1 Ergebnisse

1. Festzuhalten ist, dass es aufgrund der Fragestellung bzw. der zu untersuchenden Personen (Frauen, die abgetrieben haben) ethisch und praktisch nicht möglich ist, nach den heutigen wissenschaftlichen Kriterien, eine experimentelle Studie mit Evidenzgrad I durchzuführen, mit deren Hilfe ein direkter und strikter kausaler Zusammenhang zwischen Abtreibung und negativen Folgen (oder umgekehrt) nachweisbar wäre. Die Studie zu dieser Frage kann weder randomisiert noch doppelblind erfolgen.

2. Es gibt weder einen statistisch sicheren Beweis, dass eine Abtreibung bei Frauen zwingend zu psychischen Schäden führt, noch einen statistisch sicheren Beweis, dass eine Abtreibung zu keinen psychischen Schäden bei Frauen führt.

3. Der fehlende statistische Nachweis, dass eine Abtreibung die Ursache für psychische Störungen ist, bedeutet nicht, dass eine solche Störung nicht auftreten kann und schließt nicht aus, dass eine Frau, die abtreibt, damit rechnen muss.

4. Der Großteil seriös gemachter Studien zeigt statistisch signifikante Korrelationen zwischen Schwangerschaftsabbruch und einigen psychischen Gesundheitsproblemen wie beispielsweise Drogenmissbrauch, Angstzustände, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch und erhöhte suizidale Tendenzen.

5. Die Hypothese, dass eine Abtreibung einen nachhaltigen positiven Effekt auf die Psyche der Frau hat, wird durch keinen wissenschaftlichen Beweis gestützt. Die Gefühle von Frauen nach einer Abtreibung sind ambivalent. Frauen können sich nach einer Abtreibung erleichtert fühlen, was tatsächlich häufig für die Zeit unmittelbar nach dem Abbruch zutrifft. Allerdings lässt sich der Hinweis, es ginge einer Frau nach einer Abtreibung ‚besser‘ im Vergleich zu jenen Frauen, die trotz ungeplanter und ungewollter Schwangerschaft ihr Kind zur Welt gebracht haben, im Umkehrschluss wissenschaftlich nicht stützen.

5.2 Empfehlungen aus klinischer und gesundheitspolitischer Perspektive

1. Frauen haben ein Recht darauf, über mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs aufgeklärt sowie über alternative Angebote (z. B. Adoption) zum Schwangerschaftsabbruch zur Lösung ihres Konfliktes informiert zu werden.

2. Frauen sollte nach einem Schwangerschaftsabbruch eine psychologische Nachbetreuung angeboten werden.

3. Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Pflegekräfte und Berater von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen oder vor kurzem vornehmen haben lassen, sollten geschult werden, mögliche psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs und die Risikofaktoren für negative Folgen zu erkennen. Zudem sollten sie ausgebildet werden, gegebenenfalls Symptome von psychischem Stress oder psychischen Vorerkrankungen sowie sozialem Druck durch Dritte frühzeitig zu erkennen, um Frauen an eine geeignete Beratung oder Therapie verweisen zu können.

4. Derzeit wird in vielen Ländern der Schwangerschaftsabbruch als Quasi-Therapie angeboten, um Frauen angeblich vor seelischen oder psychischen Belastungen zu bewahren. Abtreibung bedeutet jedoch keinen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der Frau. Die Praxis ist daher mehr als fragwürdig. Politische Entscheidungsträger sollten den Rechtfertigungsgrund ‚Schwangerschaftsabbruch zum Schutz der psychischen Gesundheit der Frau‘ überdenken, da sich diese ‚Indikation‘ auf keine wissenschaftliche Evidenz stützen kann.

5. Aufgrund der hohen Zahl von Abtreibungen und damit einer steigenden Anzahl von Frauen, die nach einem Schwangerschaftsabbruch möglicherweise psychische Leiden entwickeln, sollten sich aus Public Health-Perspektive die Bemühungen darauf konzentrieren, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren, um die reproduktive und psychische Gesundheit der Frauen zu erhalten.

6. Ethische Schlussfolgerungen

6.1 Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Frau und des Lebens des Ungeborenen fördern

Vertreter beider Seiten führen ins Treffen, dass das Unrechtsbewusstsein einer Abtreibung kulturellen Bedingungen unterliegt.³⁹ Es ist unübersehbar, dass Moral und Recht einander bedingen: Moralische Vorstellungen sind in ihrer Anwendung dynamisch und stehen in Wechselwirkung zu Gesetzen. Mit der Einführung der Fristenregelung und ähnlicher Gesetze hat sich das Unrechtsbewusstsein über Jahrzehnte zu Ungunsten des Ungeborenen, aber auch eines angemessenen Autonomieverständnisses verschoben. Aus demokratiepolitischen Gründen und in Anerkennung der Menschenrechte sollte seitens des Staates alles unternommen werden, um schwangere Frauen zu unterstützen (finanziell, psychologisch, sozial etc.), Adoptionen zu erleichtern und – wie es der österreichische SPÖ-Bundeskanzler Bruno Kreisky im Jahr 1973 im Zuge der Einführung der Fristenregelung formulierte – „diesen ganzen Paragraphen so obsolet zu machen, wie dies mit den Mitteln der Politik, der Psychologie und auch der Moral nur geht, um die Frau zu veranlassen, dass sie dann, wenn sie empfangen hat, das Kind behält“.⁴⁰

6.2 Utilitaristische Überlegungen dürfen moralische Grundsätze nicht aushebeln

Jeder medizinische Eingriff muss immer zuerst nach seinem Nutzen und erst dann nach seinem Schaden bewertet werden. Aus medizinethischer Sicht muss festgehalten werden, dass eine Schwangerschaft keine Krankheit ist und die Tötung des Ungeborenen keine Heilbehandlung darstellt.

Für Vertreter der ‚Pro Choice‘-Position steht das Selbstbestimmungsrecht der Frau in jedem Fall über dem Lebensrecht des Ungeborenen. Ob die vorgeburtliche Vernichtung menschlichen Lebens ein Gut oder ein Übel ist, hat in der laufenden Debatte kein moralisches Gewicht mehr. Die Kon-

troverse hat sich dementsprechend verlagert: In Hinblick auf die Moralität des Schwangerschaftsabbruchs zählt nur noch, ob eine Abtreibung die psychische Gesundheit von Frauen fördert oder ob sie ihr schadet. Die prinzipielle Debatte wird damit durch konsequenzialistische und utilitaristische Überlegungen ersetzt. Die Moralität der Tötung von Ungeborenen kann jedoch nicht über die negativen, neutralen oder positiven Folgen für die Beteiligten bewertet werden.

6.3 Frauen haben ein Recht auf Aufklärung über mögliche negative psychische Gesundheitsfolgen

In jedem Fall erfordert es die ärztliche Aufklärungspflicht und Redlichkeit, Frauen vor einer geplanten Abtreibung darauf aufmerksam zu machen, dass dieser Eingriff zwar nicht zwingend negative psychische Folgen haben muss, aber sehr wohl haben kann, da diese den meisten Frauen nicht bewusst sind.

6.4 Forschungsethik: Qualitativ hochwertige Studien nötig – mit gemischten Teams

Aus forschungsethischer Sicht braucht es hochwertige Daten zur Frage der psychischen Folgen nach Abtreibung. Als Maßnahme empfiehlt es sich, gemischte Teams aus ‚pro choice‘ und ‚pro life‘ eingestellten Forschern zusammenzustellen, die in der Konzeption von prospektiven Längsschnittstudien und umfassenden Forschungsfragen zusammenarbeiten. Die gemischten Teams sollten die Daten ohne vorheriges ideologisches Filtern sorgfältig und ausreichend dokumentieren und für jeden Forscher leicht zugänglich machen.

Referenzen

- 1 Dieser Beitrag ist eine gekürzte Fassung der Studie Kummer S., Bonelli J., Rella W., *Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen. Eine qualitative Studienanalyse*, Studienreihe IMABE, Juni 2023.
- 2 vgl. § 97 Abs 1 Z 2 StGB.
- 3 vgl. § 218a Abs 2 StGB.

- 4 vgl. Art 119 StGB.
- 5 Vgl. Trampisch H., *Planung, nicht Auswertung. Die Rolle der Medizinischen Biometrie*, Internist (1997); 38: 307-317, doi: 10.1007/s001080050042.
- 6 Vgl. Aznar J., Cerdá G., *Abortion and women's mental health*, in: Pontifical Academy for Life, *Post Abortion Trauma. Possible Psychological and existential Aftermaths* (2014), S. 195-207.
- 7 Beckmann R., *Embryopathisch motivierte Abtreibungen in Deutschland. Auswirkungen der neuen Rechtslage seit 1995*, Imago Hominis (1998); 5(3): 189-197.
- 8 Helffrich C. et al., *Unintended conceptions leading to wanted pregnancies – an integral perspective on pregnancy acceptance from a mixed-methods study in Germany*, Eur J Contracept Reprod Health Care (2021); 26(3): 227-232, doi: 10.1080/13625187.2020.1870951; Kost K., Forrest J. D., *Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics*, Fam Plann Perspect. (1995); 27(1): 11-7, PMID: 7720847; Coleman P. K., *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*, Br J Psych (2011); 199(03): 180-186, doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230.
- 9 American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion, *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*, Washington, DC (2008), <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.
- 10 Ebd.
- 11 Ebd.
- 12 *Affidavit of Dr. Priscilla K. Coleman* (2020), Nr. 28 ff., https://www.supremecourt.gov/Docket-PDF/18/18-1323/127325/20200102151531266_Appendix.pdf.
- 13 Gilchrist A. C. et al., *Termination of pregnancy and psychiatric morbidity*, Br J Psych (1995); 167(2): 243-8, doi: 10.1192/bjp.167.2.243.
- 14 Vgl. Miller C., *The mental health complications of abortion*, in: Gatt R. (Ed.), *Favur il-Hajja fil-Gul Rabat [In favour of life]*, Kjisna, Rabat (2021).
- 15 Gurpegui M., Jurado D., *Psychiatric complications of abortion*, Cuad Bioet. (2009); 20(70): 381-92, PMID: 19799479, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19799479/>.
- 16 National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) Academy of Medical Royal Colleges, *Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*, London (2011), https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf.
- 17 Coleman P. K., siehe Ref. 8.
- 18 Fergusson D. M. et al., *Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence*, Aust N Z J Psychiatry (2013); 47(9): 819-827, doi: 10.1177/0004867413484597.
- 19 Coleman P. K., *Resolution of Unwanted Pregnancy During Adolescence Through Abortion Versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychological Consequences*, J Youth Adolesc (2006); 35: 903-911, doi: 10.1007/s10964-006-9094-x.
- 20 Reardon D. C., Coleman P. K., Cogle J. R., *Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth*, Am J of Drug Alcohol Abuse (2004); 30: 369-383, doi: 10.1081/ada-120037383.
- 21 Reardon D. C., Cogle J. R., *Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study*, BMJ (2002); 324: 151-152, doi: 10.1136/bmj.324.7330.151.
- 22 Schmiege S., Russo N. F., *Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study*, BMJ (2005); 331: 1303, doi: 10.1136/bmj.38623.532384.55.
- 23 Reardon D. C., *The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities*, SAGE Open Med. (2018); 6: 1-38, doi: 10.1177/2050312118807624.
- 24 Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M., *Abortion in young women and subsequent mental health*, J Child Psychol Psychiatry (2006); 47(1): 16-24, doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x.
- 25 Fergusson D. M., Horwood L. J., Boden J. M., *Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study*, Br J Psych (2008); 193(6): 444-451, doi: 10.1192/bjp.bp.108.056499.
- 26 Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M., siehe Ref. 24.
- 27 Fergusson D. M., Horwood L. J., Boden J. M., siehe Ref. 25.
- 28 ANSIRH, *Introduction to the Turnaway Study*, December 2022, <https://www.ansirh.org/sites/default/files/2022-12/turnawaystudyannotatedbibliography122122.pdf>.
- 29 DPA, *„Richtige Entscheidung“: Große Mehrheit der Frauen bereut ihre Abtreibung später nicht*, Kölnische Rundschau, 20.1.2020, <https://www.rundschau-online.de/ratgeber/familie/abtreibung-studie-zeigt-frauen-bereuen-schwangerschaftsabbruch-nicht-152949>.
- 30 Theißl B., *USA: Wenn Abtreibungsverbote zum Tod führen*, DerStandard, 17.5.2022, <https://www.derstandard.at/story/2000135769315/wenn-abtreibungsverbote-zum-todfuehren>.

- 31 Studien zeigen, dass Zugang zu Abtreibungen Frauengesundheit fördert, *DerStandard*, 28.6.2022, <https://www.derstandard.at/story/2000136957037/studienzeigen-dass-zugang-zu-abtreibungen-frauengesundheitfoerdert>.
- 32 Söderberg H., Andersson C., Janzon L., Sjöberg N. O., *Selection bias in a study on how women experienced induced abortion*, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* (1998); 77(1): 67-70, doi: 10.1016/s0301-2115(97)00223-6.
- 33 Coleman P. K., *The Turnaway Study: A Case of Self-Correction in Science Upended by Political Motivation and Unvetted Findings*, *Front. Psychol.* (2022); 13: 905221, doi: 10.3389/fpsyg.2022.905221.
- 34 Biggs M. A. et al., *Women's Mental Health and Wellbeing 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study*, *JAMA Psychiatry.* (2017); 74(2): 169-178, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3478.
- 35 Ebd.
- 36 Gross T., *Study Examines The Lasting Effects Of Having – Or Being Denied – An Abortion*, *npr*, 16.6.2020, <https://www.npr.org/2020/06/16/877846258/study-examines-thelasting-effects-of-having-or-being-denied-an-abortion>.
- 37 Sullins D. P. *Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States*, *SAGE Open Med* (2016); 4: 2050312116665997, doi: 10.1177/2050312116665997.
- 38 Pedersen W., *Abortion and depression: a populationbased longitudinal study of young women*, *Scand. J. Public Health* (2008): 36(4): 424-428, doi: 10.1177/1403494807088449.
- 39 Rue V. M., Coleman P. K., Rue J. J., Reardon D. C., *Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women*, *Med. Sci. Monit.* (2004); 10(10): SR5-SR16, PMID: 15448616.
- 40 Vgl. Prat E. H., *Abtreibungsdebatte: ein neuer Fokus*, *Imago Hominis* (2010); 17(1): 59-64, <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2010-altern-in-wuerde/abtreibungsdebatte-ein-neuer-fokus>.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 14.8.2023.