

IMABE

Susanne Kummer  
Johannes Bonelli  
Walter Rella

# SCHWANGERSCHAFTS- ABBRUCH UND PSYCHE

Eine qualitative Studienanalyse

2023

Studienreihe IMABE

ISSN 2960-4788 (Print) • ISSN 2960-4796 (Online)

## **Impressum**

Herausgeber, Medieninhaber und Verleger:  
Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien  
Tel. +43 (0)1 715 35 92  
postbox@imabe.org  
www.imabe.org

Redaktion: Mag. Susanne Kummer  
Layout und Satz: Mag. Monika Feuchtner  
Herstellung: On demand

ISSN 2960-4788 (Print)  
ISSN 2960-4796 (Online)  
ISBN 978-3-9519756-1-0 (Print)  
ISBN 978-3-9519756-0-3 (Online)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>9</b>
<b>Abstract</b>	<b>10</b>
<b>Kurzfassung</b>	<b>13</b>
<b>Hintergrund</b>	<b>13</b>
<b>Fragestellung</b>	<b>15</b>
<b>Methode</b>	<b>15</b>
<b>Ergebnisse</b>	<b>15</b>
<b>Empfehlungen aus klinischer und     gesundheitspolitischer Perspektive</b>	<b>16</b>
<b>Ethische Schlussfolgerungen</b>	<b>17</b>
<b>Autoren</b>	<b>18</b>
<b>Interessenkonflikt</b>	<b>18</b>
<b>1. Gesundheitspolitischer Hintergrund</b>	<b>21</b>
<b>1.1 Mangelnde Aufklärung und fehlende     Nachversorgung</b>	<b>22</b>
<b>1.2 Spontaner und „künstlicher“ Abortus</b>	<b>22</b>
<b>1.3 Aufklärung und Nachbetreuung</b>	<b>23</b>
<b>2. Wissenschaftlicher Hintergrund</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Verzerrungen (Bias)</b>	<b>28</b>
2.1.1 Stichprobenverzerrung (sog. ‚Selektionsbias‘)	28
2.1.2 Inadäquate Vergleichsgruppen	28

2.1.3 Hohe Drop-out-Raten/ niedrige Rekrutierungsraten	29
2.1.4 Informationsbias	29
2.1.5 Publikationsbias	29
2.1.6 Finanzielle Förderung	29
2.1.7 Bias bei der Auswertung einer Studie	29
2.1.8 Bias in systematischen Reviews	30
<b>2.2 Moralische Haltungen</b>	<b>30</b>
<b>2.3 Verzerrter öffentlicher Diskurs</b>	<b>30</b>
<b>3. Kriterien zur Beurteilung der Qualität und Aussagekraft einer Studie</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Evidenzgrad</b>	<b>33</b>
3.1.1 Evidenzgrad I = Experimentelle Studien	33
3.1.2 Evidenzgrad II = Kohortenstudie	34
3.1.3 Evidenzgrad III = Fall-Kontrollstudie	35
3.1.4 Evidenzgrad IV = Historische Vergleichsgruppen	35
3.1.5 Evidenzgrad V = Querschnittsstudien	35
3.1.6 Evidenzgrad VI = Fallberichte	36
<b>3.2 Störgrößen (Confounder)</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Folgerungen</b>	<b>39</b>
<b>3.4 Evidenz – Qualität – Aussagekraft</b>	<b>40</b>
<b>4. Evaluierung relevanter Studien zu psychischen Folgen nach Schwangerschaftsabbruch</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Übersichtsarbeiten</b>	<b>43</b>
4.1.1 Report of the Task Force on Mental Health and Abortion (2008), American Psychological Association	43
4.1.2 Induced Abortion and Mental Health (2011), National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH)	46
4.1.3 Priscilla K. Coleman (2011)	48
4.1.4 David M. Fergusson (2013)	50
4.1.5 David C. Reardon (2018a)	53

<b>4.2 Einzelstudien</b>	<b>55</b>
4.2.1 David M. Fergusson (2006 und 2008)	55
Fergusson et al. 2006	55
Fergusson et al. 2008	57
4.2.2 Die Turnaway-Studie (2010)	59
4.2.3 Sullins (2016)	63
4.2.4 Pedersen (2008)	65
<b>4.3 ‚Pro Choice‘ und ‚Pro Life‘: schwache Studien auf beiden Seiten</b>	<b>66</b>
4.3.1 Ein Datensatz, zwei konträre Ergebnisse	66
Ergebnis: Reardon & Cogle (2002)	67
Ergebnis: Schmiege & Russoxs (2005)	67
4.3.2 Zwei vergleichbare Studien – zwei konträre Ergebnisse?	68
‚Pro Choice‘-Studie von Munk-Olson et al. (2011)	68
‚Pro Life‘-Studie Reardon et al. (2003)	70
Schlussfolgerungen aus der Analyse dieser beiden Studien	71
<b>5. Fazit der Evaluierung</b>	<b>75</b>
<b>6. Ethische Schlussfolgerungen</b>	<b>79</b>
<b>6.1 Forschungsethik: Qualitativ hochwertige Studien nötig – mit gemischten Teams</b>	<b>79</b>
<b>6.2 Nutzen für die psychische Gesundheit der Frau nachweisbar?</b>	<b>79</b>
<b>6.3 Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Frau und des Lebens des Ungeborenen fördern</b>	<b>80</b>
<b>6.4 Utilitaristische Überlegungen dürfen moralische Grundsätze nicht aushebeln</b>	<b>80</b>
<b>6.5 Frauen haben ein Recht auf Aufklärung über mögliche negative psychische Gesundheitsfolgen</b>	<b>80</b>
<b>Referenzen</b>	<b>83</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>89</b>



# Zusammenfassung



# Zusammenfassung

50 Jahre nach den politischen Beschlüssen, den Schwangerschaftsabbruch in Österreich (1973) und Deutschland (1974) straffrei zu stellen, bleibt die Abtreibung ein kontrovers diskutiertes Thema. Insbesondere in der Frage, ob eine Abtreibung negative Folgen für die psychische Gesundheit von ungewollt Schwangeren abwenden oder umgekehrt diese auslösen kann, stellen sich die Ergebnisse der dazu vorhandenen Studien und Erhebungen als uneinheitlich dar.

Die vorliegende Studienanalyse möchte zur Klärung der Frage der psychischen Folgen nach einer Abtreibung bei Frauen verhelfen. Dazu geht sie zunächst der Frage nach, welche Anforderungen an eine Studie zur Frage ‚Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen‘ gestellt werden müssen, um valide zu sein. Es werden dazu Studien von hohem öffentlichen Einfluss herangezogen und hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit („Validität“) untersucht. Als Auswahlkriterien gelten das Studiendesign, der Evidenzgrad, die Qualität der Daten und die angewendete Methode sowie die Aussagekraft der Studie über eine bestimmte Personengruppe oder im Hinblick auf ein Ergebnis.

Wenngleich es keinen eindeutigen wissenschaftlichen Beweis gibt, dass die Abtreibung per se ursächlich für psychische Störungen der betroffenen Frau ist, so zeigt doch der Großteil seriös gemachter Studien statistisch signifikante Korrelationen mit einigen psychischen Gesundheitsproblemen.

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. Die Hypothese, wonach es Frauen auf lange Sicht nach einem Schwangerschaftsabbruch psychisch besser gehe im Vergleich zu jenen, die trotz ungeplanter und ungewollter Schwangerschaft ihr Kind zur Welt gebracht haben, wird durch keinen wissenschaftlichen Beweis gestützt.

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

# Abstract

Fifty years after the political decisions to make abortion punishable in Austria (1973) and Germany (1974), abortion remains a controversial topic. This is especially so regarding the question of whether abortion can reduce negative consequences – or trigger them – for the mental health of unintentionally pregnant women. The findings of existing studies and surveys on this subject turn out to be inconsistent.

This analysis aims to clarify questions surrounding ‘abortion and psychological consequences’ in women. To this end, the study first addresses the question of what requirements must be met in order for a study focused on this question to be valid.

It also considers studies of high public impact in terms of their credibility. Selection criteria include study design, level of evidence, quality of data, and study methodology, as well as overall validity for a particular group of people or in terms of an outcome.

Although there is no clear scientific evidence that abortion per se is causative of mental health problems in women who have had abortions, the majority of reputable studies show statistically significant correlations with some mental health problems.

The feelings of women themselves after an abortion are ambivalent. Women may feel relieved after an abortion, which is indeed often true for the period immediately after the abortion. But the hypothesis that women are psychologically better off in the long-run after an abortion compared to those who gave birth, despite an unplanned and unwanted pregnancy, is not supported by any scientific evidence.

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

# Kurzfassung



# Kurzfassung

## Hintergrund

In vielen Ländern ist ein Schwangerschaftsabbruch gesetzlich innerhalb der ersten drei Monate ohne Begründung straffrei.

In Österreich erlaubt der Gesetzgeber eine Abtreibung auch nach der 12. Schwangerschaftswoche (SSW), wenn eine ernste Gefahr für eine schwere körperliche oder geistige Behinderung des Kindes besteht („eugenische“ oder „embryopathische Indikation“) oder wenn die Geburt eines Kindes eine „nicht anders abwendbare ernste Gefahr für das Leben oder einen schweren Schaden für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren“ („medizinische Indikation“) bedeuten würde (vgl. § 97 Abs 1 Z 2 StGB).

In Deutschland ist die Spätabtreibung im Fall einer sog. medizinischen Indikation möglich. Durch die Schwangerschaft muss eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit der schwangeren Frau bestehen (vgl. § 218a Abs 2 StGB). Dazu zählt auch die Unzumutbarkeit des Austragens aufgrund der Belastung durch ein behindertes Kind nach der Geburt. Die embryopathische Indikation wurde 1995 vom Gesetzgeber gestrichen und wurde unter die medizinische Indikation subsumiert.

Die Schweiz sieht wie Deutschland für Spätabtreibungen eine medizinische Indikation vor. Auch hier muss ein Arzt feststellen, dass für die Frau eine schwerwiegende körperliche Schädigung oder eine schwere seelische Notlage besteht (vgl. Art 119 StGB).

In allen drei deutschsprachigen Ländern ist im Falle der ersten Gefahr für die psychische Gesundheit der Frau die Tötung des Ungeborenen theoretisch bis zur Geburt möglich.

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 umstrit-

ten, ob ein solcher Effekt hypothetisch ist oder tatsächlich existiert und ob er wissenschaftlich nachweisbar ist.

**Die Studienergebnisse zur Frage psychischer Folgen nach Abtreibung sind aufgrund verschiedener Faktoren 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.

Hinzu kommt, dass dem gewichtigen Unterschied zwischen Feststellung einer Kausalität und dem zufälligen Auftreten einer Korrelation häufig nicht genügend Beachtung geschenkt wird.

Eine methodische Analyse zeigt zudem, dass es keine bestimmte wissenschaftlich valide Methode gibt, die angewendet werden kann, um einen direkten Kausalzusammenhang zwischen psychischen Folgen oder Nicht-Folgen nach einer Abtreibung zwingend nachzuweisen. Ein solcher Nachweis ist an die wissenschaftlich-methodischen Vorgaben geknüpft, die die Vergleichbarkeit von Ergebnissen erschweren und in einer bestimmten Fragestellung nicht angewendet werden können.

**Eine randomisierte Doppelblindstudie zu „Abtreibung und psychischen Folgen“ ist nicht durchführbar**

Kausale Zusammenhänge könnten mit einer sogenannten randomisierten Doppelblindstudie, in deren Beobachtungszeitraum eine bestimmte Intervention durchgeführt wird, erfolgen, wie dies etwa bei Medikamentenprüfungen üblich ist. Dies ist jedoch im vorliegenden Kontext unethisch und auch praktisch nicht realisierbar. Man müsste nämlich dafür eine Gruppe von Frauen mit gleichen Voraussetzungen und nach dem Zufallsprinzip entweder einer ‚Abtreibungsgruppe‘ oder einer ‚Geburtsgruppe‘ nach ungewollter oder ungewollter Schwangerschaft zuweisen, ohne dass die Frau oder der Arzt wissen, wer zu welcher Gruppe gehört, um dann die Folgen zu vergleichen.

Aufgrund dieses Methodenproblems kann die Wissenschaft die Frage einer Ursache-Wirkungs-Relation zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und negativen, neutralen oder positiven Folgen für eine bestimmte Personengruppe nicht endgültig beantworten.

**Korrelation ist nicht Kausalität**

Die meisten Studien untersuchen daher lediglich den statistischen Zusammenhang (die Korrelation) zwischen Schwangerschaftsabbruch und psychischer Gesundheit, auch wenn einige Forscher auf Merkmale der Daten hinweisen, die eine Kausalität vermuten lassen. Die Kernpunkte dieser Forschungsvorhaben kreisen um die Fragen, ob psychische und psychosomatische Erkrankungen nach einer Abtreibung kausal hervorgerufen werden, oder ob die Ursache vielleicht woanders (z. B. Missbrauchs- und Gewalterfah-

rung in der Kindheit, psychische Vorerkrankungen, Druck zur Abtreibung durch Dritte usw.) liegt.

Offenkundig ist, dass für einen redlichen Diskurs nur jene Studien herangezogen werden sollten, deren Validität gesichert ist.

## Fragestellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit 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?

**Was sind die wissenschaftlichen Kriterien für Studiendesign, Qualität und Aussagekraft?**

## Methode

1. Die vorliegende Analyse bezieht sich zunächst auf die Qualitätskriterien der Studien und in einem zweiten Schritt auf ihre Glaubwürdigkeit (Validität). Dafür wurden drei Kriterien herangezogen: a) Evidenz (= Studiendesign), b) Qualität (= Durchführung), c) Aussagekraft.
2. Es wurden dazu beispielhaft einige wichtige Übersichtsarbeiten und Studien, die im Zeitraum von 2006 bis 2018 publiziert wurden, ausgewählt. Es wurden nur solche Studien in die Auswertung aufgenommen, die vom Studiendesign als qualitativ gut (größtenteils Evidenzgrad II) eingeschätzt werden können und von hochrangigen Wissenschaftlern häufig als Referenzpunkt zitiert werden.

**Validitätskriterien: Evidenz, Qualität und Aussagekraft**

## Ergebnisse

1. Es gibt keinen statistisch sicheren Beweis, dass eine Abtreibung bei Frauen nicht zu psychischen Schäden führt.
2. Es gibt keinen statistisch sicheren Beweis, dass eine Abtreibung als solche zu psychischen Schäden bei Frauen führt.
3. 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

**Mit rein statistischen Methoden lässt sich nicht beweisen, ob eine Abtreibung positive, negative oder keine Folgen für die Psyche der Frau hat**

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.

4. 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. Der Großteil seriös gemachter Studien zeigt statistisch signifikante Korrelationen zwischen Schwangerschaftsabbruch und einigen psychischen Gesundheitsproblemen.

## Empfehlungen aus klinischer und gesundheitspolitischer Perspektive

**Frauen haben ein Recht auf Aufklärung über mögliche psychische Folgen, sicheren Zugang zu Alternativen und Angebote zur Nachbetreuung**

1. Frauen haben ein Recht darauf, über mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs aufgeklärt zu werden. Ein sicherer Zugang zu Alternativen sollte angeboten 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 Ärzte dahingehend 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. 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. Darüber hinaus herrscht große Übereinstimmung der Studien, dass eine Abtreibung keinen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der Frau bedeutet und keinen nachhaltig positiven Effekt auf die Psyche der Frau hat.
5. Politische Entscheidungsträger sollten daher den Rechtfertigungsgrund ‚Schwangerschaftsabbruch zum Schutz der psychischen Gesundheit der Frau‘ überdenken, da er sich auf keine wissenschaftliche Evidenz stützen kann.

## Ethische Schlussfolgerungen

1. 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.
2. Aus demokratiepolitischen Gründen und in Anerkennung des Menschenrechts auf Leben des Ungeborenen sollte seitens des Staates alles unternommen werden, um schwangere Frauen im Konflikt zu unterstützen (finanziell, psychologisch, sozial etc.) und Adoptionen zu erleichtern.
3. In jedem Fall erfordert es die ärztliche Aufklärungspflicht und Redlichkeit, Frauen vor einer geplanten Abtreibung darauf aufmerksam zu machen, dass dieser Eingriff zwar nicht unbedingt psychische Folgen haben muss, aber sehr wohl haben kann. Diese Aufklärung ist nötig, da den meisten Frauen diese Risiken nicht bewusst sind.
4. In der laufenden Debatte wird das Selbstbestimmungsrecht der Frau in jedem Fall über das Lebensrecht des Ungeborenen gestellt. Ob die vorgeburtliche Vernichtung menschlichen Lebens ein Gut oder ein Übel ist, hat kein moralisches Gewicht mehr. Die Kontroverse hat sich dementsprechend verlagert: Im 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 lässt sich jedoch nicht über die negativen, neutralen oder positiven Folgen für die Beteiligten bewerten.
5. 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.

**Ethische  
Schlussfolgerungen  
aus der Perspektive  
von Public Health,  
Menschen-rechten,  
Moral und  
Forschungsethik**

## Autoren

### **Mag. Susanne Kummer**

Direktorin, Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik,  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien, skummer@imabe.org

### **Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli**

Senior Advisor, Institut für Medizinische Anthropologie und  
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien

### **Dr. Walter Rella**

Allgemeinmediziner, Institut für Medizinische Anthropologie und  
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien

## Interessenkonflikt

Die Studie wurde von der „Stiftung Ja zum Leben“ teilfinanziert. Es gab keinen Einfluss auf die Planung und Durchführung der Studie, weder in der Analyse und Interpretation der Daten noch auf die Erstellung des Manuskripts.

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

1

**Gesundheits-  
politischer  
Hintergrund**



# 1. Gesundheitspolitischer Hintergrund

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) enden weltweit drei von zehn Schwangerschaften mit einem Schwangerschaftsabbruch ([WHO 2021](#)). In Europa und Nordamerika werden jährlich 17 Abtreibungen pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter durchgeführt ([Bearak et al. 2022](#)),<sup>1</sup> weltweit geht die WHO von 73 Millionen Abtreibungen pro Jahr aus ([WHO 2021](#)). Alleine in Deutschland werden rund 100.000, in Großbritannien mehr als 200.000 Schwangerschaftsabbrüche jährlich gemeldet. Österreich ist eines der wenigen westlichen Länder, für das keine offizielle Abtreibungsstatistik vorliegt.

Mit der hohen Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen steigt auch die Zahl jener Frauen, die einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Biografie aufweisen.

Im medialen und politischen Diskurs herrscht die Rahmenerzählung vor, dass Abtreibung eine Errungenschaft für die Rechte der Frau sei, Ausdruck ihrer Selbstbestimmung und als Menschenrecht verankert werden sollte.<sup>2</sup> Generell wird ein Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit als sichere Option für ungewollt schwangere Frauen dargestellt: Eine Abtreibung sei für die Gesundheit sicherer als eine Geburt, die möglicherweise schwere seelische und psychische Folgen für die Mutter nach sich zieht, so das Argument. Um Frauen vor negativen psychischen Folgen zu bewahren, sei der Schwangerschaftsabbruch auch nach der 3-Monatsfrist ein probates Mittel. Dieses Narrativ hat in zahlreichen Gesetzgebungen Niederschlag gefunden. Im Österreichischen Strafgesetzbuch heißt es, dass eine Abtreibung – theoretisch bis zur Geburt – straffrei ist, „wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernstesten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist (...)“ (vgl. [§ 97 Abs 1 Z 2 StGB](#)).

Ähnlich formuliert dies auch das deutsche<sup>3</sup>, schweizerische<sup>4</sup> und britische Strafrecht<sup>5</sup>. Im britischen Abortion Act 1967 heißt es, dass eine Abtreibung dann straffrei ist, wenn „die Fortsetzung der Schwangerschaft ein größeres Risiko für eine Beeinträchtigung

**Die Abtreibung gilt in der Öffentlichkeit weitgehend als probates Mittel, um Frauen vor negativen psychischen Folgen zu bewahren**

*der körperlichen oder psychischen Gesundheit der Schwangeren bedeuten würde als ein Schwangerschaftsabbruch (...).“*

98% der 228.627 im Jahr 2021 in Großbritannien gemeldeten Abreibungen wurden mit der Indikation ‚Gefahr für die psychische Gesundheit‘ der Frau durchgeführt.<sup>6</sup>

Während die Gesetzgeber eindeutige gesundheitliche Vorteile für Frauen durch einen Schwangerschaftsabbruch unterstellen, ist die wissenschaftliche Datenlage keineswegs so eindeutig. Die jahrzehntelange Forschung zu den Zusammenhängen zwischen ungewollter Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und psychischer Gesundheit kommt zu teils widersprüchlichen Ergebnissen. Inwieweit der Druck aus dem sozialen Umfeld die psychische Gesundheit nach ungewollten Abreibungen beeinflusst, ist noch kaum wissenschaftlich erfasst ([Dienerowitz 2021](#)). Während manche Autoren mögliche negative Folgen ausschließen, zeigen andere, dass Frauen in Folge einer Abreibung erhöhten psychischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Breiter Konsens herrscht zumindest in dem Punkt, dass einerseits nicht alle Frauen mit negativen psychischen Folgen nach einer Abreibung rechnen müssen, dass aber andererseits eine Abreibung nichts dazu beiträgt, psychische Störungen von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft abzuwenden. Damit geraten die juristische Begründung und klinische Praxis, einen Schwangerschaftsabbruch zum Schutz der psychischen Gesundheit der Frau durchzuführen, ins Wanken.

## 1.1 Mangelnde Aufklärung und fehlende Nachversorgung

Die Gefühle von Frauen nach einer Abreibung sind ambivalent. Frauen können sich nach einer Abreibung erleichtert fühlen, was tatsächlich häufig für die Zeit unmittelbar nach dem Abbruch zutrifft. Allerdings lässt sich der Hinweis, es ginge einer Frau nach einer Abreibung „besser“ im Vergleich zu jenen Frauen, die trotz ungeplanter und ungewollter Schwangerschaft ihr Kind zur Welt gebracht haben, im Umkehrschluss wissenschaftlich nicht stützen: Es liegt keine Studie vor, die zeigt, dass eine Abreibung die weibliche psychische Gesundheit nachhaltig positiv beeinflussen würde ([Fergusson et al. 2013](#)).

## 1.2 Spontaner und „künstlicher“ Abortus

Inzwischen ist anerkannt, dass der perinatale Verlust eines Kindes durch eine Fehl- oder Totgeburt für Frauen mit gravierenden psychischen Belastungen verbunden sein kann ([Daugirdaite et al. 2015](#)). Zur Verarbeitung dieser bedrückenden Erfahrung stehen zunehmend Hilfsangebote zur Verfügung. Für einen Teil der Betroffenen mündet die unzureichende Verarbeitung der Verlusterfahrung jedoch in die

Widersprüchliche  
Ergebnisse aufgrund  
nicht eindeutiger  
Datenlage

Die Gefühle von  
Frauen unmittelbar  
nach einer Abreibung  
sind ambivalent

Entwicklung einer psychischen Störung (ICD-10).<sup>z</sup> Im Vordergrund stehen dabei depressive Störungen, Angstsymptome, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS, engl. *Post-Traumatic-Stress-Disorder*, *PTSD*) sowie funktionelle körperliche Beschwerden ([Bellieni et al. 2013](#)).

Tabuisiert scheint hingegen, dass auch der Verlust eines Kindes durch Schwangerschaftsabbruch (induzierter oder künstlicher Abort) mit posttraumatischen Belastungsstörungen, erhöhter Suizidgefahr, Depressionen, Angststörungen oder Suchtverhalten verbunden sein kann. Dass diese Symptome in Zusammenhang mit einer Abtreibung stehen können, wird in der klinischen Praxis selten oder oft sehr spät in Betracht gezogen ([Pokropp-Hippen 2010](#)). Dies führt zu einer Unterversorgung von Frauen nach Abtreibung.

### 1.3 Aufklärung und Nachbetreuung

*The Lancet* ([2008](#)) forderte deshalb, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch eine psychologische Betreuung angeboten werden sollte. Doch nicht nur die Nachbetreuung, auch die Aufklärung über mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen und Folgen eines Eingriffs bei betroffenen Frauen ist aus medizinischer Sicht notwendig: Frauen haben ein Recht auf Information und Prävention.

Bereits im Jahr 2008 hatte das britische *Royal College of Psychiatrists* (RCOP) in diesem Sinne geäußert: Frauen sollten über die möglichen psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs informiert werden ([Royal College of Psychiatrists 2008](#)). Der irische *Crisis Pregnancy Agency-Report* ([Fine-Davis 2007](#)), der für eine Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Irland plädierte, mahnte dies ebenfalls an. Die Sozialpsychologin und Hauptautorin Margret Fine-Davis fordert darin, dass Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Pflegekräfte und Berater von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen oder vor kurzem vornehmen haben lassen, darin geschult werden sollten, mögliche psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs und die Risikofaktoren für negative Folgen zu erkennen. Zudem sollten Ärzte dahingehend ausgebildet werden, gegebenenfalls Symptome von psychischem Stress frühzeitig zu erkennen, um die Patientin an eine geeignete Beratung oder Therapie verweisen zu können ([Cullen 2019](#)).

**Mögliche psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs sollten nicht mehr tabuisiert werden**



# 2

## **Wissenschaftlicher Hintergrund**



## 2. Wissenschaftlicher Hintergrund

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit 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?

Die Frage, ob sich eine Abtreibung bei ungewollt Schwangeren später negativ auf die Psyche der Frau auswirkt, positiv oder neutral ist, wird in der Wissenschaft besonders kontrovers diskutiert. Die hochkomplexe Psychologie des Schwangerschaftsabbruchs wurde in den vergangenen Jahrzehnten von zahlreichen Wissenschaftlern untersucht, die dabei verschiedene Methoden und Kriterien anwandten. Wichtige Übersichtsarbeiten kommen dabei zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen (vgl. [APA 2008](#); [Coleman 2011](#); [NCCMH 2011a](#); [Fergusson et al. 2013](#); [Reardon 2018a](#)). Es gibt sowohl Studien, die einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruch, nachfolgendem Substanzmissbrauch und negativen psychischen Folgen festgestellt haben, während andere keine Hinweise auf einen Zusammenhang sehen.

Die Heterogenität der Ergebnisse sowie die Diskrepanzen in den Schlussfolgerungen aus gleichen Datensätzen wie auch die unterschiedliche Aussagekraft der zahlreichen Studien erschweren die ärztliche Beratung und Aufklärung.

Studienergebnisse können durch eine Vielzahl von Einflüssen verzerrt sein (vgl. [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen](#)).

**Was sind die wissenschaftlichen Kriterien für den Evidenzgrad, die Qualität und die Aussagekraft einer Studie?**

**Wichtige Meta-Analysen kommen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen**

## 2.1 Verzerrungen (Bias)

Verzerrungen (Bias) sind nicht zufällige Ausreißer, sondern systematische Fehler

Eine Verzerrung (englisch: *Bias*) ist ein systematischer Fehler, der u. a. aus der Auswahl einer Stichprobe, aus der (ggfs. suggestiven) Fragestellung oder aus den Daten selbst (ehrliche Antworten?) resultieren kann, so dass die Ergebnisse nicht repräsentativ, verzerrt, einseitig oder irreführend sind.

Der Bias ist nicht zu verwechseln mit einem zufälligen Fehler. Ein zufälliger Fehler ist unvermeidbar und darauf zurückzuführen, dass die Beobachtungen individuell unterschiedlich sind. Ein zufälliger Fehler ist harmlos und wird in der Statistik in der Regel als Ausreißer berücksichtigt. Mit einem zufälligen Fehler können in der Gesamtschau valide Ergebnisse erzielt werden.

Eine der ältesten überlieferten Verzerrungen in der Berichterstattung ist bereits in der Antike dokumentiert. Der Philosoph Diagoras wurde in einem Tempel von einem Priester gefragt: „Siehst du die hunderten Danktafeln geretteter Seeleute. Ist das nicht Beweis genug für die Existenz von Göttern?“ Darauf entgegnete der Philosoph: „Und wo sind die Tafeln der Ertrunkenen?“ In diesem Fall ist die einseitige Berichterstattung offensichtlich. Die Gedenktafeln sind gänzlich anders zu interpretieren, je nachdem ob insgesamt nur ein Seemann ertrunken ist oder tausende Seeleute gestorben sind.

Systematische Fehler können sowohl bei der Auswahl der Studienteilnehmerinnen als auch während der Durchführung der Studie entstehen.

Der Schutz vor einem Bias ist das zentrale Qualitätsmerkmal klinischer Studien

Ohne einen angemessenen Schutz vor einem Bias haben Studienergebnisse deshalb keine ausreichende Ergebnissicherheit. Der Schutz vor einem Bias ist das zentrale Qualitätsmerkmal klinischer Studien, von der die Ergebnissicherheit abhängt. Studien sollen so geplant, durchgeführt und ausgewertet werden, dass ein Bias minimiert wird.

Verschiedene Faktoren, die zu einem Bias führen können, sind dabei zu berücksichtigen (vgl. [Hammer et al. 2009](#)).

### 2.1.1 Stichprobenverzerrung (sog. ‚Selektionsbias‘)

Stichprobenverzerrungen sind statistische Verzerrungen, die zustande kommen, wenn die Stichprobe nicht repräsentativ ist, aber dennoch zu Verallgemeinerungen herangezogen wird.

### 2.1.2 Inadäquate Vergleichsgruppen

Eine der strittigsten Fragen in den Studien über die psychologischen Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruchs, die sich auf die Ergebnisse auswirken kann, ist die zentrale Frage, welche Gruppen überhaupt miteinander verglichen werden sollen: Frauen, die eine Abtreibung hinter sich haben mit Frauen, die eine Fehlgeburt hatten?

Mit Frauen, die bereits entbunden haben? Mit Frauen, die noch nie schwanger waren? Mit Frauen, die eine geplante oder eine ungewollte Schwangerschaft austrugen? Weiter muss gefragt werden, auf welcher Basis die Auswahl der Studienteilnehmerinnen erfolgt.

**„Äpfel-Birnen-Problem“: Was wird miteinander verglichen?**

### 2.1.3 Hohe Drop-out-Raten/ niedrige Rekrutierungsraten

Hohe Drop-out-Raten oder niedrige Rekrutierungsraten können ebenfalls zu einer Stichprobenverzerrung führen, wenn beispielsweise primär zu wenige Frauen an den Studien teilnehmen oder diese vorzeitig aus persönlichen Gründen verlassen. Wenn die ‚verlorenen‘ Studienteilnehmerinnen oder Studienabbrecherinnen sich von den in der Studie verbliebenen Personen systematisch unterscheiden, können keine allgemein gültigen Schlüsse gezogen werden.

Als Maßnahmen zur Vermeidung der geschilderten Verzerrungen gelten gleiche Ein- und Ausschlusskriterien für alle Studienteilnehmerinnen, hohe Teilnahmeraten sowie die Beachtung und Einheitlichkeit der Rekrutierungswege.

### 2.1.4 Informationsbias

Ein Informationsbias entsteht durch eine uneinheitliche Datengewinnung. Dazu gehört eine fehlerhafte oder ungenaue Erhebung individueller Faktoren, seien es Risikofaktoren oder zur untersuchten Erkrankung. Der sensible Umgang mit Tabus oder anderen kulturellen Unterschieden muss vor der Studie bedacht oder gegebenenfalls getestet werden.

**Stichprobenverzerrung, uneinheitliche Datengewinnung, ‚gewünschte Ergebnisse‘ und Einfluss von Geldgebern**

### 2.1.5 Publikationsbias

Dieser entsteht, wenn vor allem Studien veröffentlicht und daher auch ‚gefunden‘ werden, die ein gewünschtes Ergebnis zeigen. Der Publikationsbias zählt zu den kritisierten Phänomenen des Wissenschaftsbetriebs, dass „unvorteilhafte Studien“ nicht oder kaum erwähnt werden ([Ruijun et al. 2016](#); [IMABE 2016](#)).

### 2.1.6 Finanzielle Förderung

Konkurrierende Interessen der Autoren können zu einer systematischen Verzerrung der Studienergebnisse führen. So ist aus der Forschung bekannt, dass Reviews, die keine Assoziation von Passivrauchen und gesundheitlichen Schäden finden, überwiegend von Autoren mit Verbindungen zur Tabakindustrie stammen ([Barnes et al. 1998](#)).

**Verzerrung durch Fehler bei der Auswertung, subjektive Literatursauswahl und mangelnde Beachtung von Störgrößen**

### 2.1.7 Bias bei der Auswertung einer Studie

Systematische Fehler bei der Auswertung können ebenfalls zu einer Verzerrung der Studienergebnisse führen.

### 2.1.8 Bias in systematischen Reviews

Als für diese Studienart typische Bias-Formen können ein Publikations-, ein Sprachbias und ein Bias durch die Subjektivität der Reviewer bei der Literatursuche, der Datenextraktion und der Qualitätsbewertung auftreten.

Verzerrungen der Ergebnisse kommen außerdem dadurch zustande, dass Störgrößen (*Confounder*, vgl. Kapitel 3.2) nicht oder zu wenig berücksichtigt wurden.

## 2.2 Moralische Haltungen

Auch die moralischen Kriterien, die Menschen und Institutionen bei der Durchführung dieser Studien zugrunde legen, können einen Einfluss auf die unterschiedlichen Ergebnisse haben. Zweifellos ist es sehr schwierig, über eine ethisch so gewichtige Frage wie die Abtreibung des ungeborenen Kindes zu sprechen, ohne dabei von den eigenen moralischen Wertehaltungen geprägt zu sein.

Die Auffassung einer Frau und ihres sozialen Umfeldes darüber, ob es sich bei einer Abtreibung um die Tötung eines Menschen oder bloß um die Entfernung eines Gewächses (Zellhaufens, Schwangerschaftsgewebes) handelt, hat gewiss auch einen Einfluss auf die psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs.

Moralische Haltungen und Wertprägungen können eine Rolle spielen

## 2.3 Verzerrter öffentlicher Diskurs

Viele Studien, die sich mit den psychischen Folgen nach einer Abtreibung befassen, entsprechen nicht den erforderlichen wissenschaftlichen Standards und sind deshalb grundsätzlich nicht aussagekräftig. Bedauerlicherweise werden sie immer noch meist zur Untermauerung der jeweils eigenen Position unkritisch in den Medien zitiert (z. B. [Fünf Jahre nach Abtreibung herrscht überwiegend Erleichterung 2020](#)) und für den öffentlichen Diskurs als relevant herangezogen. Dies führt ebenfalls zu einer Verzerrung hinsichtlich der tatsächlichen Datenlage.

Bevor einige relevante und häufig zitierte Studien hinsichtlich ihrer Evidenz, Qualität und Aussagekraft analysiert werden (vgl. Kapitel 4), soll im Folgenden eine Übersicht über verschiedene Studiendesigns und Qualitätskriterien gegeben werden, die die Aussagekraft einer Studie bestimmen. Dies ist die Grundlage für eine Versachlichung der öffentlichen Debatte. Es herrscht offenkundig wenig Wissen über die prinzipiellen Fragen zur Methodik von Studien und der Interpretation von Studienergebnissen. Die folgende Übersicht verhilft dazu, die Qualität von Studien besser einordnen zu können.

Unkritische Übernahme wenig relevanter Studien in den Medien

# 3

## **Kriterien zur Beurteilung der Qualität und Aussagekraft einer Studie**



# 3. Kriterien zur Beurteilung der Qualität und Aussagekraft einer Studie

## 3.1 Evidenzgrad

Um die Aussagekraft einer Studie (vgl. [Trampisch 1997](#)) 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. Als allgemeine Evidenzgrade können gelten:

**Innerhalb der Wissenschaft gibt es klare Kriterien, wann eine Studie aussagekräftig ist – und wann nicht**

### 3.1.1 Evidenzgrad I = Experimentelle Studien

Sogenannte experimentelle Studien 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. Dementsprechend dürfen Studienteilnehmer nicht vorab absichtlich und bewusst der einen oder anderen Gruppe zugeteilt werden; durch die Randomisierung nach dem Zufallsprinzip werden mögliche Störfaktoren auf beide Gruppen gleichmäßig verteilt, sodass beide Gruppen vergleichbare Charakteristika aufweisen;

**Experimentelle Studien haben den höchsten Evidenzgrad. Sie sind aufwendig und teuer**

c) sie müssen prospektiv sein, das bedeutet, die Datenerhebung selbst beginnt erst mit Beginn 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. Das ‚Blenden‘ aller an der Studie beteiligten Personen ist nötig. Wenn Ärzte oder Studienteilnehmer wissen, welcher Proband welche Behandlung bekommt, kann

dies aufgrund von Vorurteilen zu Beobachtungsfehlern führen, die im Weiteren das Beobachtungsergebnis beeinflussen können.

#### **Eine Medikamentenprüfung als Beispiel:**

Die Fragestellung, ob ein neues Medikament eine Wirkung zeigt, lässt sich mit einer randomisiert-kontrollierten Studie herausfinden. Da ist eine Gruppe an Studienteilnehmern, die über eine gewisse Zeit hinweg jenes Medikament einnimmt und im Vergleich dazu eine Gruppe, die ein Placebo bekommt. Kein Teilnehmer und auch nicht die Behandelnden wissen, wer in welcher Gruppe ist. Somit werden alle Kriterien erfüllt und es kann gewährleistet werden, dass Studienergebnisse nicht verfälscht werden können.

**Eine experimentelle Studie zur Frage Abtreibung und Psyche ist prinzipiell nicht durchführbar**

Es ist leicht ersichtlich, dass für eine Studie über die psychischen Folgen einer Abtreibung ein Evidenzgrad I nicht erreicht werden kann. Zumindest die Punkte b) und d) sind auf Grund der Natur der Fragestellung nicht erfüllbar. Es ist einleuchtend, dass eine randomisiert-kontrollierte Studie nicht vorgenommen werden kann, bei der einige Frauen einer ‚Abtreibungsgruppe‘ und andere einer ‚Geburtsgruppe‘ nach dem Zufallsprinzip zugewiesen werden, um dann die Folgen zu vergleichen.

### **3.1.2 Evidenzgrad II = Kohortenstudie**

Bei einer Kohortenstudie ist das Ziel, einen möglichen Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und einer Exposition aufzudecken. Eine Kohorte ist dabei eine Gruppe von Menschen, die sich darin ähneln, einem Ereignis exponiert gewesen zu sein, im Vergleich zu einer Gruppe an nicht-exponierten Studienteilnehmern.

**Kohortenstudien untersuchen die Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen**

Mithilfe von Kohortenstudien lassen sich unter anderem Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen erkennen.

Bei dieser Art von Studie liegt eine Kontrollgruppe (a) vor und sie ist prospektiv (c). Sie ist jedoch nicht randomisiert (b) und auch nicht doppelblind (d).

#### **Eine Prüfung des Schädigungspotentials durch Rauchen als Beispiel:**

Um herauszufinden, ob Rauchen ein Risikofaktor für Lungenkrebs ist, beobachtet man Raucher sowie Nichtraucher und schaut nach einigen Jahren, wie viele von ihnen Lungenkrebs bekommen haben. In einer Kohorten-Studie wird also typischerweise eine Kohorte, die einem gesundheitlichen Risikofaktor ausgesetzt ist (Exponierte), mit einer anderen Kohorte verglichen, die diesem nicht ausgesetzt ist. Nach einem gewissen Zeitraum ist erkennbar, wie oft in beiden Gruppen eine Erkrankung mit Lungenkrebs auftritt bzw. wie sich unter Umständen eine bereits vorhandene Erkrankung weiterentwickelt (vgl. [Stiftung Gesundheitswissen 2020](#)).

In Studien mit Evidenzgrad II lassen sich zwar einige bekannte Störfaktoren bewusst ausschließen, versteckte Störfaktoren werden jedoch nicht erfasst.

**Versteckte Störgrößen werden nicht erfasst**

Wenn man bei der Auswahl der Studienteilnehmerinnen nicht nach Gesundheitsdaten (wie Alter, Ethnie, Geschlecht) randomisiert sowie weitere versteckte Störfaktoren nicht ausschließt, wie zum Beispiel psychische Vorerkrankungen, Druck durch Dritte, vorherige Abtreibungen usw., kann dies das Studienergebnis erheblich verfälschen (vgl. Kapitel 3.2).

### 3.1.3 Evidenzgrad III = Fall-Kontrollstudie

Hier werden Patienten mit einer bestimmten Erkrankung („Fälle“) mit Menschen ohne diese Erkrankung („Kontrollen“) hinsichtlich möglicher Einflussgrößen rückblickend verglichen. Sprich, es wird rückblickend (retrospektiv) bei den erkrankten Fällen speziell nach der möglichen Ursache der Erkrankung gesucht. Im Falle der Untersuchung von psychischen Folgen einer Abtreibung würden retrospektiv Frauen, die früher abgetrieben haben, mit jenen, die dies nicht getan haben, verglichen werden. Die Kriterien der Randomisierung (b), der prospektiven (c) und doppelblinden (d) Umsetzung wären hier nicht gegeben.

**Eine Fall-Kontrollstudie sucht rückblickend nach möglichen Ursachen für eine Erkrankung**

Es ist klar ersichtlich, dass Störfaktoren praktisch nicht berücksichtigt bzw. nicht eliminiert werden können, sodass solche Studien aus wissenschaftlicher Perspektive kaum verwendbar sind.

**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.

### 3.1.4 Evidenzgrad IV = Historische Vergleichsgruppen

Diese Studien vergleichen Ergebnisse aus früheren Untersuchungen mit denen von neueren Therapieansätzen (z. B. die Verwendung von Psychopharmaka). Hier ist der Zeiteffekt komplett mit dem Behandlungseffekt vermischt, und es können natürlich unkontrolliert Störgrößen aller Art einwirken. Es wäre beispielsweise unsinnig, den psychischen Zustand von Frauen, die abgetrieben haben mit jenen zu vergleichen, die vor 10 Jahren ihr Kind zur Welt gebracht haben.

**Historische Vergleichsgruppen, Querschnittsstudien und Fallberichte haben zu schwache Studiendesigns**

### 3.1.5 Evidenzgrad V = Querschnittsstudien

Eine Querschnittsstudie liegt vor, wenn Studienteilnehmer zu einer einmalig durchgeführten empirischen Untersuchung abgefragt werden.

So könnte man eine bestimmte Anzahl von Frauen mit Depressionen einmalig befragen, ob sie abgetrieben haben oder nicht.

Längsschnittstudien  
haben einen höheren  
Evidenzgrad als  
Querschnittstudien

Sollte die Mehrheit abgetrieben haben, kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass Abtreibung zur Depression führt, denn man weiß nicht, ob die psychische Erkrankung vor oder nach der Abtreibung aufgetreten ist.

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

### 3.1.6 Evidenzgrad VI = Fallberichte

Ein Fallbericht (sog. *Case Report*) dient dazu, alle Beobachtungen anhand eines einzigen oder einiger weniger Patienten aufzuzeigen bzw. darzustellen. Unter anderem wird dies gemacht, wenn eine Erkrankung einen ungewöhnlichen Verlauf nimmt oder eine nicht etablierte Therapie (im sogenannten *Off-Label-Use*) gute Ergebnisse brachte. Dabei werden alle ergriffenen medizinischen Maßnahmen detailliert dokumentiert, sodass die einzelnen Behandlungsschritte nachvollziehbar sind.

Fallberichte sind jedoch nicht geeignet, um eine wissenschaftliche Fragestellung zu beantworten. Sie liefern zwar häufig den ersten Hinweis auf eine bis zu diesem Zeitpunkt noch unbekannte, theoretisch mögliche kausale Beziehung, welche aber dann anschließend mit einer höheren Fallzahl und einem geeigneten Studiendesign untersucht werden muss.

## 3.2 Störgrößen (Confounder)

Mit dem Begriff Störgrößen (*Confounder*) bezeichnet man Risikofaktoren, die nur indirekt, aber nicht kausal mit dem untersuchten Ereignis zusammenhängen.

Es ist schwierig, mit Hilfe der Statistik auf Grundlage von Studien mit Sicherheit festzustellen, ob tatsächlich ein Kausalzusammenhang zwischen den beobachteten Effekten (z. B. psychische Symptome) und dem untersuchten Ereignis (z. B. Abtreibung) vorliegt. Dies erklärt sich dadurch, dass die beobachteten Effekte zwar assoziiert (zusammenhängend) auftreten, möglicherweise aber eine andere Ursache haben. Man nennt diese Einflussfaktoren Störgrößen oder *Confounder* (‚konfus‘, ‚verwirrend‘). Sie können zu einer verzerrten Einschätzung des Effekts des untersuchten Risikofaktors führen, man spricht in diesem Zusammenhang von Bias.

Störgrößen  
bezeichnen  
Risikofaktoren, die nur  
indirekt, aber nicht  
kausal mit dem  
untersuchten Ereignis  
zusammenhängen

**Beispiel Confounding (vgl. [Hammer et al. 2009](#)):**

Führt Kaffeetrinken zu koronarer Herzkrankheit? Das könnte man vermuten, da Kaffeekonsum bei Personen mit Herzinfarkt häufiger beobachtet wird. Allerdings: Kaffeetrinker sind überdurchschnittlich oft zusätzlich Raucher. Kaffee- und Nikotinkonsum korrelieren, während hingegen bei Nichtrauchern kein starker kausaler Zusammenhang zwischen Kaffeekonsum und der Inzidenz der koronaren Herzkrankheit besteht. Hier wäre der Nikotinkonsum, wenn er nicht berücksichtigt wird, ein Confounder für den möglichen Effekt des Kaffeekonsums auf die Entstehung der koronaren Herzkrankheit.

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.

Die vielen widersprüchlichen Ergebnisse können auf das Vorhandensein von Störfaktoren zurückzuführen sein, die nicht immer angemessen bewertet wurden. Im Falle der Abtreibungsstudien können Störfaktoren praktisch nie ganz ausgeschlossen werden. Dazu gehören (vgl. [Aznar et al. 2014](#)):

- 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.

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

Das Begriffspaar ungewollt – ungeplant ist ambivalent und dynamisch. Ein geplantes und anfangs gewolltes Kind kann – etwa im Fall einer körperlichen und/oder psychischen Behinderung (Beckmann 1998) 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 wer-

**Das Hauptproblem: Bei Studien zur Frage der psychischen Folgen einer Abtreibung können Störfaktoren praktisch nie ganz ausgeschlossen werden**

**‚Ungewollt‘ und ‚ungeplant‘ sind ambivalente und dynamische Begriffe, die nicht wissenschaftlich definiert sind**

den, so dass sich die Bewertung der Gewolltheit im Laufe der Zeit erheblich ändern kann ([Helfferich et al. 2021](#); [Kost et al. 1995](#), [Coleman 2011](#)).<sup>8</sup> Es gibt keine wissenschaftliche Definition von ‚un-gewollt‘ und ‚ungeplant‘, weshalb die Kontrollgruppen uneinheitlich und damit auch die Ergebnisse der Studien Mängel aufweisen.

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 unwägbare 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.

So identifizierte die *APA Task Force* ([2008](#)) 15 heterogene Risikofaktoren, um jene Frauen zu identifizieren, bei denen nach einer Abtreibung ein höheres Risiko für psychische Probleme besteht:

**15 Risikofaktoren für psychische Probleme nach Abtreibung nach der American Psychological Association (2008)**

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

Der irische *Crisis Pregnancy Agency-Report* spricht von fünf Risikofaktoren, die bei Frauen nach einer Abtreibung zu negativen gesundheitlichen Folgen führen können ([Fine-Davis 2007: 35](#)):

1. keine psychologische Unterstützung durch den Partner und/oder die Familie;
2. psychische Probleme, die schon vor der Schwangerschaft bestanden;
3. wenn die eigenen religiösen Überzeugungen oder die des sozialen Umfelds eine Abtreibung missbilligen;
4. eine Abtreibung im zweiten Schwangerschaftsdrittel (und nicht im ersten Trimester);
5. Frauen, die ein Kind wollten, sich dann aber aufgrund von Faktoren wie fötalen Anomalien für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben.

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 nicht-versteckten Störgrößen bei beiden Vergleichsgruppen zu berücksichtigen. Damit sinkt deren Aussagekraft, auch wenn sie vom Ansatz her einen hohen Evidenzgrad aufweisen.

### 3.3 Folgerungen

Heißt das nun, dass Studien zu psychischen Folgen nach Abtreibung *per se* keine Relevanz haben und man sich derartige Untersuchungen überhaupt sparen könnte? Das stimmt so nicht. Beobachtungsstudien werden in vielen unterschiedlichen Bereichen der Medizin durchgeführt, besitzen jedoch im Vergleich zu randomisiert-kontrollierten Studien eine geringere Aussagekraft. „Beobachtungsstudien sind aber oft das einzige Mittel der Wahl, wenn es um lange Beobachtungszeiträume oder seltene Ereignisse geht, oder wenn experimentelle Studien unethisch wären.“ (vgl. [Hammer et al. 2009](#))

Wenn eine chirurgische oder medikamentöse Intervention in so großem Umfang seit Jahrzehnten eingesetzt wird wie die Abtreibung (mit der Indikation, dadurch negative psychische Folgen für Frauen abzuwenden), ist es zudem aus Public-Health-Perspektive angezeigt zu prüfen, welche Risiken und Nebenwirkungen derartige Interventionen mit sich bringen und zu prüfen, ob die Maßnahme ihren hypothetischen Nutzen erfüllt. Fehlt der Nutzen, ist auch die Intervention nicht medizinisch rechtfertigbar und sollte durch Alternativen ersetzt werden.

Ein Gebot der Wissenschaftlichkeit und Redlichkeit ist es, dass Autoren die Stärken und Schwächen ihrer Studie ausführen und be-

**5 Risikofaktoren für psychische Probleme nach Abtreibung nach Crisis Pregnancy Agency-Report (2007)**

**Beobachtungsstudien (Kohorten-, Fall-Kontroll- und Querschnittsstudien) sind oft das einzige Mittel der Wahl, wenn experimentelle Studien aus ethischen oder praktischen Gründen nicht durchführbar sind**

nennen. Außerdem sollen sie anhand ihrer angewendeten Methoden ausweisen, wie sie absehbare Probleme und den Umgang mit unvorhergesehenen Gegebenheiten vermieden oder korrigiert haben (vgl. Kapitel 5: Ethische Schlussfolgerung).

### 3.4 Evidenz – Qualität – Aussagekraft

Die Evidenz (= Versuchsansatz) einer Studie besagt lediglich, 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.

Darüber hinaus hängt die Aussagekraft einer Studie aber auch von der Qualität ab, mit der eine Studie 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.

In der folgenden Studienanalyse werden diese drei Kriterien (Evidenzgrad, Qualität der Studie und Aussagekraft) als Einschätzungskriterien ausgewiesen.

Bei schlechter Durchführung der Studie sinkt die Aussagekraft trotz eines guten Studiendesigns

# 4

## **Evaluierung relevanter Studien zu psychischen Folgen nach Schwanger- schaftsabbruch**



## 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, wie bereits ausgeführt, einen Evidenzgrad III, wobei vor allem auch Störfaktoren zu wenig bzw. kaum berücksichtigt werden.

Die vorliegende Analyse unterzieht Studien von hohem öffentlichem Interesse einer kritischen Analyse 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 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.

**Studien von hohem Interesse aus dem Zeitraum 2006-2018 wurden analysiert**

### 4.1 Übersichtsarbeiten

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

##### Fragestellung

Der *APA-Report* von 2008 befasst sich mit der psychischen Gesundheit von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu Frauen, die trotz ungewollter Schwangerschaft ihr Kind ausgetragen haben.

## Methoden

Der Report analysierte 50 englischsprachige Studien, die zwischen 1989 und 2007 erschienen sind.

## Ergebnisse

Die Autoren unter Leitung von Brenda Major (*University of California*) ziehen folgende Schlussfolgerungen:

1. Sie stellen fest, dass es aufgrund mangelhafter Daten, unzureichender Studiendesigns oder Störfaktoren nicht genügend Beweise gibt, um einen Zusammenhang zwischen Abtreibung und psychischen Problemen herzustellen.
2. Um der nötigen Erkenntnis von potentiellen 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.
3. Überraschend ist dann angesichts dieser Prämissen das ‚eindeutige‘ Ergebnis der Studie, mit der die APA an die Öffentlichkeit ging ([APA 2008: 88](#)). Eine Frau, die eine ungewollte Schwangerschaft abbricht – legal, im ersten Trimester und erstmalig – hat kein relativ höheres Risiko für psychische Störungen als eine Frau, die ihr Kind nach einer ungewollten Schwangerschaft austrägt, so die Kernaussage der APA-Pressemitteilung.

Der APA-Report überrascht mit teils widersprüchlichen Schlussfolgerungen

Zweifelhafte Aussagekraft: „Eine Frau, die eine ungewollte Schwangerschaft abbricht, hat kein relativ höheres Risiko für psychische Störungen als eine Frau, die ihr Kind nach einer ungewollten Schwangerschaft austrägt“

## Analyse

Von einer Reihe namhafter Gutachter des APA-Reports wird bemängelt, „dass die Mehrheit der Studien methodische Probleme aufweist mitunter sogar schwerwiegende“ ([MacNair 2008](#)).

Damit geht eine, wie bereits ausgeführt, kaum zuverlässige Aussagekraft einher. Innerhalb der Gruppe der Gutachter gab es zudem große Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien der in der Metaanalyse verwendeten Studien, deren Aussagekraft und Interpretationen. Zu den Kritikern zählten David M. Fergusson ([Throckmorton 2008](#)), der sich selbst offen als ‚pro choice‘ deklariert, und Priscilla K. Coleman ([Amicus Curiae Brief 2020](#); [Affidavit of Dr. Priscilla K. Coleman 2020](#)), die selbst einige Reviews zur Thematik Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen publiziert hatte. Beide waren Reviewer des *APA-Reports*. In einem offenen Brief an den APA-Präsidenten Alan Kazdin ([Affidavit of Dr. Priscilla K. Coleman 2020](#)) kritisieren sie die wissenschaftlich unzureichende Vorgehensweise der APA. 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.

Große Meinungsverschiedenheiten unter den Gutachtern des APA-Reports

Der *APA-Report* bezieht sich für sein Ergebnis letztlich auf nur zwei Primärstudien, die unter allen anderen als „qualitativ herausragend“ bezeichnet werden: jene von Gilchrist et al. (1995) und jene von Fergusson et al. (2006). David M. Fergusson, der selbst zu den Gutachtern des APA-Reviews zählte, war zu dem Ergebnis gekommen, dass Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, auch nach Bereinigung von Störfaktoren, eine höhere Rate an psychischen Störungen aufwiesen. Seine Schlussfolgerungen wurden allerdings unter Verweis auf methodische Mängel der Studie (Fergusson et al. 2006) abgelehnt.

**Das APA-Ergebnis stützt sich letztlich auf eine einzige Studie**

Die Kernaussage des *APA-Reports*, wonach es keinen Zusammenhang zwischen Abtreibungen und einem erhöhten Risiko für psychische Probleme gibt, stützt sich somit auf eine einzige Studie: Gilchrist et al. (1995). Diese weist jedoch selbst Mängel auf (vgl. Miller 2021).

Die Verallgemeinerung aus einer einzigen Studie entspricht jedenfalls keinen wissenschaftlichen Standards.

Fergusson veröffentlichte 2008 eine aktualisierte Studie (Fergusson et al. 2008), die die methodischen Bedenken des *APA-Reports* ausräumt und seine Ergebnisse von 2006 erneut bestätigt: Demnach führen Schwangerschaftsabbrüche nach ungewollter Schwangerschaft insgesamt zu einem Anstieg einer Vielzahl an psychischen Störungen.<sup>9</sup>

## Fazit

Die *APA*-Übersichtsarbeit lässt äußerst begrenzte Schlussfolgerungen zu:

- Die Autoren bestätigen, dass einige Frauen nach einer Abtreibung schwere psychische Störungen aufweisen, unter Trauer und Schuldgefühlen, Einsamkeit, Depressionen sowie Ängsten leiden.
- 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 (Gurpegui et al. 2009).
- Frauen, die bereits vor der Abtreibung an psychischen Problemen litten, sind grundsätzlich gefährdeter, nach einer Abtreibung an psychischen Störungen zu leiden.
- 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.

**Der APA-Report lässt insgesamt nur sehr begrenzte Schlussfolgerungen zu**

Würde der *APA-Report* seine eigenen Prämissen ernstnehmen, so müsste die einzig wissenschaftlich vertretbare Schlussfolgerung lau-

**Das einzig valide Ergebnis wäre: Die Datenlage ist zu unsicher...**

ten, die Unsicherheit der Evidenz anzuerkennen und bessere Forschung und größere Investitionen in diesem Bereich zu fordern. Offiziell hat sich die APA schon 1969 politisch positioniert: Demnach sollte jede Frau ein Recht auf Abtreibung haben ([American Psychological Association 2022](#)).<sup>10</sup>

## 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

Im Jahr 2011 veröffentlichte das *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH) des *Royal College of Psychiatrists* eine vom *National Health Service* finanzierte Übersichtsarbeit, die nach eigenen Angaben die qualitativ besten verfügbaren Studien über die psychischen Folgen einer Abtreibung herausarbeitet.

Ziel der Untersuchung war es, den Zusammenhang zwischen induziertem Schwangerschaftsabbruch und psychischen Problemen zu klären. Die Untersuchung konzentrierte sich auf Frauen, die sich wegen einer ungewollten Schwangerschaft einem legalen Schwangerschaftsabbruch unterzogen.

Die wichtigsten Fragen lauteten:

1. Wie häufig treten psychische Probleme bei Frauen auf, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen?
2. Welche Faktoren werden mit einer schlechten psychischen Gesundheit nach einem Schwangerschaftsabbruch in Verbindung gebracht?
3. Sind psychische Gesundheitsprobleme bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, häufiger als bei Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen?

#### Methode

Es wurden nur Studien inkludiert, in denen Frauen, die abgetrieben hatten mit jenen verglichen wurden, die eine ungewollte oder ungeplante Schwangerschaft austragen. Die Autoren beschränkten sich auf den Zeitraum psychischer Folgen, die bis zu 90 Tage nach dem Ereignis vorhanden waren. Die Autoren bezeichnen die Studie von Fergusson et al. ([2008](#)) als die beste verfügbare Studie zu diesem Thema.

Die Metaanalyse verglich Frauen, die nach einer ungewollten Schwangerschaft eine Abtreibung oder eine Geburt hatten

## Ergebnisse

Die Übersichtsarbeit kommt zu dem Schluss, dass eine un geplante Schwangerschaft mit einem erhöhten Risiko für Suizidgefährdung und psychischen Problemen verbunden sein kann.

Allerdings seien die psychischen Gesundheitsprobleme bei Frauen mit ungewollter Schwangerschaft gleich hoch, unabhängig davon, ob sie eine Abtreibung hatten oder das Kind zur Welt brachten. Es gäbe keinen Beweis dafür, dass eine Abtreibung an sich einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Frau hätte.

Frauen, die vor einer Abtreibung psychische Probleme hatten, seien später einem *höheren Risiko* für psychische Probleme ausgesetzt.

Ebenso hätten andere Faktoren wie belastende Lebensereignisse, Druck seitens des Partners auf eine Abtreibung, eine abwehrende Haltung zur Abtreibung und eine negative emotionale Reaktion unmittelbar nach einer Abtreibung ebenfalls *negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit*. Vieles deute darauf hin, dass diese Lebenssituationen für Frauen, die die Abtreibung im Schwangerschaftskonflikt wählen, ein Risiko für spätere psychische Erkrankungen darstellten.

Abschließend erheben die Autoren der *NCCMH*-Studie die Forderung nach einem qualitativ hochwertigen, prospektiven longitudinalen Forschungsansatz, um Risiken besser abschätzen und Therapien besser begründen zu können.

## Analyse

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.

Das *NCCMH* lud zahlreiche Wissenschaftler ein, Stellungnahmen zum Entwurf der Übersichtsarbeit abzugeben (Peer-Review), diese wurden in einem 308-seitigen Dokument zusammengefasst ([NCCMH 2011b](#)).<sup>11</sup>

Die Kritikpunkte bezogen sich vor allem auf die wissenschaftlichen Mängel der Metaanalyse. Einige Peer-Reviewer kritisierten, dass etliche gewichtige Studien und Literaturdatenbanken von vorneherein und ohne Begründung aus der Metaanalyse ausgeschlossen wurden (Studienverzerrung).

Die starken Schlussfolgerungen könnten sich auf keine Evidenz beziehen. Das *NCCMH* sollte daher den Entwurf überarbeiten oder zurückziehen, so die Empfehlung einiger Gutachter. Das *NCCMH* nahm die Kritik zwar zur Kenntnis, ging im Enddokument jedoch nicht darauf ein.

**Zweifelhafte Aussagekraft: „Psychische Gesundheitsprobleme sind bei Frauen mit ungewollter Schwangerschaft gleich hoch – ob Abtreibung oder Geburt“**

**Studien waren aufgrund zu geringer und heterogener Stichproben für statistisch seriöse Aussagen kaum brauchbar**

**Peer-Reviewer des NCCMH-Reports meldeten erhebliche Bedenken an**

## Fazit

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.

## Einschätzung

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

### 4.1.3 Priscilla K. Coleman (2011)

#### Fragestellung

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 Gesundheit 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. Kliniker sollten sich anhand der Daten ein klareres Bild für die Praxis machen können. Die Studie wurde im renommierten *British Journal of Psychiatry* veröffentlicht ([Coleman 2011](#)).

**Aufarbeitung der Daten, um Ärzten seriöse Handreichungen zu bieten**

#### Methode

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. Dazu zählten die Größe der Stichprobe, die Einbeziehung der Vergleichsgruppe(n) und die Kontrolle potenzieller Störfaktoren, wie z. B. demografische Variablen, sozioökonomische Hintergründe, Gewalt- und Missbrauchserfahrung sowie psychische Vorerkrankungen, die bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch bestanden.

**Potentielle Störfaktoren wie Demografie, sozioökonomische Hintergründe, Gewalt- und Missbrauchserfahrung sowie psychische Vorerkrankungen wurden berücksichtigt**

Die systematische Überprüfung umfasste insgesamt 877.181 Frauen, wobei nur Studien zugelassen wurden, die Vergleichsgruppen inkludierten: a) Frauen mit Schwangerschaftsabbruch, b) Frauen, die eine ungeplante Schwangerschaft ausgetragen

haben und c) Frauen, die eine Schwangerschaft ausgetragen haben. Insgesamt hatten 163.831 Frauen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen.

## 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%).

Das erhöhte Risiko betrug für Marihuanakonsum 220%, für Suizidverhalten waren es 155%, für Alkoholmissbrauch 110%, für Depressionen 37% und für Angststörungen 34%.

Im Vergleich zu Frauen, die ihr Kind nach einer ungeplanten Schwangerschaft zur Welt brachten, hatten Frauen nach einer Abtreibung immer noch ein um 55% erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme.

Im Vergleich zu allen Frauen, die eine Schwangerschaft austrugen, lag das erhöhte Risiko für psychische Probleme zwischen 55% und 138%. Dieser hohe Prozentsatz ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass die Geburt eines Kindes für Frauen einen Schutzfaktor in Bezug auf Suizid darstellt.<sup>12</sup>

Die Analyse des der Bevölkerung zurechenbaren Risikos (PAR-Wert)<sup>13</sup> ergab, dass 10% (8,3 - 26,8% je nach Messparameter) der Prävalenz psychischer Störungen auf einen Schwangerschaftsabbruch zurückzuführen sind.

## Analyse

Die Autorin räumt selbst Schwächen und Limits ihrer Arbeit ein: So wurden Studien nur aus einem Zeitraum von 15 Jahren eingeschlossen; Studien ohne Kontrollgruppe wurden nicht berücksichtigt.

Kritiker wendeten ein, dass Colemans Methodik nicht sauber gewesen wäre und daher die Ergebnisse nicht relevant seien. Die Ergebnisse des *APA-* und *NCCMH-Reviews* sowie der *Turnaway-Studie* hingegen seien valider.

Unterstützung bekam Coleman von David M. Fergusson (*University of Otago*, Christchurch/New Zealand). Fergusson bezeichnet sich selbst als Abtreibungsbefürworter und Atheist („Pro-Choice-Atheist“), dem es um evidenzbasierte Wissenschaft und nicht um Ideologie gehe. 2013 hat er in einer eigenen systematischen Übersichtsarbeit ([Fergusson et al. 2013](#)) die in Colemans Studie genannten Arbeiten untersucht und ergänzt durch weitere rele-

**Signifikanter Zusammenhang zwischen Abtreibung und negativen Folgen auf die Psyche**

**2-3 mal so hohes Risiko für Marihuana-konsum, Suizidverhalten und Alkoholmissbrauch**

„Klarer statistischer Fußabdruck weist auf erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme bei Frauen mit Abtreibung hin“

vante Studien, die weder im *APA*- noch im *NCCMH-Review* berücksichtigt worden waren.

Fergusson lobt Colemans stringenten methodischen Ansatz ([Fergusson et al. 2011](#)). Er stimmt der Metaanalyse von Coleman zu: Es gäbe einen „klaren statistischen Fußabdruck, der auf ein erhöhtes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme bei Frauen mit Abtreibung hindeutet“ im Vergleich zu Frauen, die eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft ausgetragen haben.

Fergusson gilt in der Fachwelt als anerkannte und verlässliche Quelle zu Forschungsdaten in der Frage von Abtreibung und psychischen Problemen bei Frauen (vgl. [APA 2008](#) und [NCCMH 2011a](#)).

### Fazit

Coleman 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

David M. Fergusson, Direktor des *Christchurch Health and Development Study* (CHDS) an der *University of Otago/Neuseeland*, geht in seiner Übersichtsstudie ([Fergusson et al. 2013](#)) der Frage nach, ob ein Schwangerschaftsabbruch die psychische Gesundheit der Frau gegenüber einer Frau, die ihr Kind trotz ungewollter Schwangerschaft austrägt, schützen kann.

### Methode

Fergusson untersuchte den Zusammenhang von Abtreibung und Mental Health bei Frauen in Hinblick auf fünf Kategorien: mögliche Angstzustände, Depressionen, Alkoholmissbrauch, illegaler Drogenkonsum und Suizidalität.

Kann Abtreibung die psychische Gesundheit der Frau schützen?

Über 30 Störvariablen wurden in der Analyse berücksichtigt. Zu diesen Variablen gehörten Messungen zum sozioökonomischen Hintergrund in der Kindheit, familiäre Verhältnisse, Erfahrung von Kindesmissbrauch, individuelle Faktoren, frühere psychische Störungen und die Exposition gegenüber belastenden Lebensereignissen im Erwachsenenalter (einschließlich Gewaltopfer-Erfahrung). Diese Liste von Störvariablen umfasst alle in der Literatur vorgeschlagenen Hauptquellen für Störfaktoren.

Für die Meta-Analyse wurden die qualitativ hochwertigsten Studien zu Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Gesundheit eingeschlossen, darunter auch Coleman (2006), Reardon et al. (2004), Reardon & Cougle (2002) sowie Schmiede & Russo (2005).

Das Einbeziehen dieser Studien begründet Fergusson mit wissenschaftlicher Redlichkeit, wonach Studien aller Positionen behandelt werden müssen, sofern sie hohen wissenschaftlichen Standards entsprechen. Fergusson, der sich selbst als „Pro-Choice-Atheist“ bezeichnet, sieht keinen Grund, Studien von Autoren, die für ihre ‚Pro Life‘-Position bekannt sind, auszugrenzen. Im Gegenteil: „In Anbetracht der relativ geringen Anzahl von Studien in diesem Bereich und der kontroversen Natur des Themas waren wir der Ansicht, dass der ausgewogenste Ansatz zur Überprüfung der Evidenz darin bestand, alle Studien einzubeziehen, die die psychischen Folgen von jenen Frauen behandeln, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen im Vergleich zu Frauen, die eine ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft austragen.“ (Fergusson et al. 2013)

## 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.

Ein Schwangerschaftsabbruch wurde mit einem Anstieg der Suizidgefährdung um 69%, des Alkoholmissbrauchs um 134% und des Drogenmissbrauchs um 291% in Verbindung gebracht. Bei Frauen, die eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft austragen, kam es hingegen lediglich zu einem erhöhten Risiko für Angstzustände um 28% und für Depressionen um 13%. Keine einzige Studie gab an, dass Abtreibung die Risiken für die psychische Gesundheit mildert oder verringert.

Angesichts der Robustheit der Daten sehen die Forscher einen klaren Zusammenhang zwischen Abtreibung und Gesundheitsrisiko für die Psyche, sodass sie andere Ursachen so gut wie ausschließen.

**Alle in der Literatur angegebenen Hauptquellen für Störfaktoren wurden berücksichtigt**

**Die Beendigung einer unerwünschten Schwangerschaft durch Abtreibung verringert nicht das Risiko, sondern erhöht es**

**Schwangerschaftsabbruch korreliert mit steigendem Risiko für Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie Suizidgefährdung**

## Analyse

Fergusson klagt über das fast vollständige Fehlen einer wissenschaftlichen Debatte und Forschung über die Hypothese, ob eine Abtreibung tatsächlich einen therapeutischen Nutzen für die psychische Gesundheit der Frau hat. Da es nicht ins politische Konzept passt, beschränken sich Autoren auf die Frage, ob eine Abtreibung der psychischen Gesundheit der Frau schaden kann. Nach Fergusson ist das zu wenig.

Die psychische Gesundheit gilt als eines der Hauptkriterien für die Empfehlung und Genehmigung von Abtreibungen – sowohl rechtlich als auch klinisch. Wenn es jedoch keine glaubwürdigen Beweise für die Forschungshypothese gibt, dass eine Abtreibung psychische Gesundheitsrisiken im Vergleich zu ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaften, die ausgetragen werden, reduziert, dann stelle das sowohl die derzeitige klinische Praxis in Frage als auch die medizinische Indikation „psychische Gesundheit“.

Fergusson, der selbst ein ‚Pro Choice‘-Vertreter ist, ist sich bewusst, dass seine Forschungsergebnisse unbequem sind. Die Tatsache, dass bislang kein therapeutischer Nutzen oder Vorteil für die psychische Gesundheit bewiesen werden konnte, dürfe von Wissenschaft und Politik nicht länger ignoriert werden. Auch wenn das Thema Abtreibung die Gesellschaft spaltet, kann die Lösung nicht darin bestehen, unbequeme Forschungsergebnisse zu ignorieren.

## 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.

Abtreibungen sollten nach Ansicht Fergussons legal sein, aber nicht unter einem falschen Vorwand durchgeführt werden, nämlich mit dem Argument, die psychische Gesundheit der Frau zu schützen. Es sei für Ärzte „inakzeptabel“, eine große Zahl von Abtreibungen aus diesem Grund zu genehmigen. Es besteht keine Evidenz, die diese klinische Praxis unterstützen. Eine Gesetzesänderung sollte diskutiert werden.

## Einschätzung

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

Infragestellen von „Schutz der psychischen Gesundheit“ als medizinischer Indikation

Ein Schwangerschaftsabbruch kann die psychischen Gesundheitsrisiken einer ungewollten Schwangerschaft weder verringern noch verbessern

Das Argument, Abtreibung zum Schutz der psychischen Gesundheit durchzuführen sei „inakzeptabel“

### 4.1.5 David C. Reardon (2018a)

#### Fragestellung

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“). Zwei Drittel seines Reviews befassen sich dabei mit den methodischen Hindernissen, auf die eine solide AHM-Forschung stößt. Dazu gehören institutionelle und ideologische Vorurteile, mangelhaft definierte Begriffe und zu wenig berücksichtigte Störfaktoren, fehlerhafte Vergleichsgruppen und andere Probleme, die zu unterschiedlichen Ergebnissen und Schlussfolgerungen führen.

**Worin liegen die methodischen Hindernisse für eine solide Forschung?**

#### Methode

In seiner Metaanalyse verwendete Reardon 17 Übersichtsarbeiten sowie mehr als 200 Studien, die seit 2005 erschienen sind ([Reardon 2018a](#)). Die Metaanalysen werden systematisch nach Vergleichsgruppen, Validität und Ergebnis aufgeschlüsselt und hinsichtlich psychischer Folgen miteinander verglichen.

#### Ergebnisse

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

**10 Punkte, in denen sich die Wissenschaft einig ist**

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. Viele Frauen erleben zumindest einige negative Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Abtreibungserfahrung. Auch wenn sie nicht mit psychischen Erkrankungen gemäß der Definition der Standarddiagnosekriterien gleichzusetzen sind, bedeuten diese eine erhebliche Belastung.
4. Es gibt erhebliche Hinweise darauf, dass Abtreibung zum Ausbruch, zur Intensität und/oder Dauer psychischer Erkrankungen beiträgt.
5. Es gibt einen Dosisseffekt, wonach mehrfache Abtreibungen mit einer höheren Rate an psychischen Gesundheitsproblemen verbunden sind.
6. Es gibt keine Beweise dafür, dass Abtreibung die psychischen Probleme lösen oder verbessern kann.

7. Es gibt Faktoren, die Frauen mit höherem Risiko für psychische Probleme identifizieren.
8. Die Kenntnis der Vorgeschichte von Abtreibungen, kann Frauen mit einem höheren Risiko für psychische Gesundheitsprobleme identifizieren, die von Überweisungen für zusätzliche Beratung profitieren könnten.
9. Kein einzelnes Studiendesign kann alle komplexen Probleme, die mit AMH-Problemen zusammenhängen können, angemessen ansprechen und kontrollieren.
10. 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.

## Analyse

Über die Konsenspunkte hinaus gibt es anhaltende Kontroversen über die Definition von Begriffen, Unterschiede in der Gewichtung der Risiken und die politischen Ziele.

Reardon verweist in diesem Zusammenhang auf schlecht definierte Begriffe wie ‚Erleichterung‘ oder ‚ungewollte Schwangerschaft‘. So würden zahlreiche Forscher beispielsweise davon ausgehen, dass Abtreibungen die Folge ‚ungewollter‘ Schwangerschaften seien und verwenden diesen Begriff in ihrer Arbeit. Untersuchungen hätten jedoch ergeben, dass viele Frauen, die eine Abtreibung durchführen ließen, entweder ursprünglich eine Schwangerschaft geplant hatten oder ungewollt schwanger wurden, oder die Idee, ein Kind zu bekommen, an sich begrüßt und ihr Kind ausgetragen hätten, wenn sie von ihrem Partner nicht alleine gelassen oder unter Druck gesetzt worden wären.<sup>14</sup>

Für Reardon verdeutlicht das Problem der Schwangerschaftsabbrüche, die nach Druck von Dritten durchgeführt werden, eine der Hauptschwierigkeiten in der AMH-Forschung: Eine Stichprobe, die ausschließlich auf Selbstselektion (freiwillige Teilnahme) beruht, repräsentiert nicht mehr die gesamte Population von Frauen, die tatsächlich abtreiben.

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 verallgemeinerbar als die tatsächliche Population aller Frauen, die abtreiben.

Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, wünschen sich in hohem Maße Informationen über „alle möglichen Komplikationen“, einschließlich seltene Risiken.

**Kontroversen kreisen um die Definitionen von Begriffen, Gewichtung von Risiken und politische Ziele**

**Der Druck durch Dritte auf die Schwangere zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für psychische Gesundheitsprobleme nach einer Abtreibung**

Die Kontroverse über eine posttraumatische Belastungsstörung nach Abtreibung ist für Reardon mehr politisch als wissenschaftlich motiviert.

## 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. Seine Übersichtsarbeit sieht er als Beitrag zu einem „respektvollen transformativen Dialog“, in dem die Bereiche der Übereinstimmung und Uneinigkeit sowie Möglichkeiten der Zusammenarbeit der verschiedenen Positionen herausgearbeitet wurden.

‚Pro Life‘ und ‚Pro Choice‘ eingestellte Forscher sollten Schulter an Schulter gemeinsam arbeiten

## Einschätzung

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

## 4.2 Einzelstudien

### 4.2.1 David M. Fergusson (2006 und 2008)

Der neuseeländische Psychologe David M. Fergusson veröffentlichte eine Reihe wichtiger Peer-Review-Artikel zum Thema Abtreibung und psychische Gesundheit.

#### Fergusson et al. 2006

##### Fragestellung

Ziel der Studie war es, die Zusammenhänge zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und der psychischen Gesundheit im Alter von 15 bis 25 Jahren zu untersuchen.

## Methode

Die Daten wurden im Rahmen der *Christchurch Health and Development Study* erhoben, einer 25-jährigen Längsschnittstudie einer Geburtskohorte von 1.265 jungen neuseeländischen Frauen. Es wurden Informationen zu folgenden Aspekten erhoben:

25-jährige Längsschnittstudie einer Geburtskohorte von 1.265 jungen neuseeländischen Frauen

- a. Schwangerschafts-/Abtreibungsgeschichte der weiblichen Teilnehmer im Zeitraum von 15 bis 25 Jahren;
- b. Messungen von psychischen Störungen anhand des DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sowie suizidalem Verhalten im Zeitraum von 15 bis 18, 18 bis 21 und 21 bis 25 Jahren; und
- c. Daten zur Kindheit, Familie und mögliche Störfaktoren. Die Daten der Studie wurden zum Teil prospektiv, zum Teil retrospektiv erhoben.

## 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.

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch wiesen erhöhte Rate an anschließenden Problemen auf

## Analyse

Fergusson, selbst ein Befürworter der Abtreibung, hatte diese Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass ein Schwangerschaftsabbruch bei jungen Frauen mit einem erhöhten Risiko für psychische Probleme verbunden sein kann, nicht erwartet. Er war zugleich vom großen Widerstand gegen die Publikation seiner Daten und die Einflussnahme der Politik überrascht. So hatte ihn die neuseeländische Regierung aufgefordert, seine Ergebnisse wegen möglicher politischer Diskussionen nicht zu veröffentlichen ([Hill 2006](#)). Fergusson lehnte dies mit dem Hinweis ab, dass es wissenschaftlich unverantwortlich sei, diese Ergebnisse der Öffentlichkeit vorzuenthalten.

Fergusson war vom Ergebnis als auch vom politischen Widerstand gegen die Publikation seiner Daten überrascht

## 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

2008 publizierten Fergusson et al. eine prospektive Längsschnittstudie ([Fergusson et al. 2008](#)). Man versteht darunter einen Untersuchungsansatz, bei dem eine oder mehrere Stichproben mehrfach hintereinander (längsschnittlich) über einen längeren Zeitraum untersucht werden.

Die Analyse, die ebenfalls auf der *Christchurch Health and Development Study* basierte, untersuchte eine Kohorte von 534 Frauen, für die Informationen zur Schwangerschaftsanamnese und psychischer Gesundheit zur Verfügung standen. 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.

### Methode

Die Studie umfasst eine fünf Jahre längere Nachbeobachtung (prospektiv) der Teilnehmerinnen gegenüber Fergusson et al. ([2006](#)). 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](#)) 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.

In welchem Zusammenhang stehen verschiedene Schwangerschaftsergebnisse und psychische Erkrankungen?

Wiederholte Untersuchungen über 5 Jahre bis zum 30. Lebensjahr

Die Rate für psychische Gesundheitsprobleme bei Frauen nach Schwangerschaftsabbruch war um 30% höher als bei Frauen, die ihr Kind zur Welt brachten

Im Gegensatz dazu führte keines der anderen Schwangerschaftsergebnisse (Fehlgeburt, Lebendgeburt nach einer ungewollten Schwangerschaft, eine Schwangerschaft mit einer ersten negativen Reaktion, andere Lebendgeburt) zu einem signifikant erhöhten Risiko für psychische Probleme.

## Analyse

Fergussons Ergebnisse stützen weder die Positionen von Abtreibungsbefürwortern, die behaupten, dass ein Schwangerschaftsabbruch keinerlei negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann, noch stützen sie die Position von Abtreibungsgegnern, wonach jede Abtreibung verheerende Folgen für die Psyche der Frau hätte. Klare Kritik übt Fergusson allerdings an der gesetzlichen Regelung. Angesichts der Studienergebnisse sollte der rechtliche Status von Abtreibungen in Neuseeland und dem Vereinigten Königreich überdacht werden. Mehr als 90% der Schwangerschaftsabbrüche werden hier mit der Begründung durchgeführt, dass die Fortsetzung der Schwangerschaft eine ernsthafte Bedrohung für die psychische Gesundheit der Frau darstelle. Dafür gäbe es keine Evidenz. Frauen, die nach einer ungeplanten und ungewollten Schwangerschaft ihr Kind zur Welt brachten, hatten kein erhöhtes Risiko für psychische Probleme, ein Schwangerschaftsabbruch hingegen schon.

## 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.

**Es liegt keine Studie vor, wonach eine Abtreibung die Risiken für die psychische Gesundheit bei ungewollter Schwangerschaft verringern kann**

## Einschätzung

Evidenzgrad II- III (z. T. retrospektiv)

Qualität (Durchführung) gut

Aussagekraft stringent

### 4.2.2 Die Turnaway-Studie (2010)

Der *Turnaway-Studie* muss besondere Beachtung geschenkt werden,

1. weil sie den Anspruch erhebt, die am besten geeigneten Vergleichsgruppen zu verwenden;
2. weil sie Frauen über einen Folgezeitraum von 5 Jahren beobachtet hat (prospektive Beobachtungsstudie);
3. weil viele Autoren für Folgestudien die Daten aus dieser Studie herangezogen haben, und
4. weil die Nachfolgestudien einen starken Bezug zu den politischen Implikationen aufweisen, die die Autoren unterstützen.

Die *Turnaway-Studie* – eingeschlossen die mehr als 50 Folgestudien (Stand: 2022) ([ANSIRH 2022](#)) – zählt zu den meist zitierten und öffentlichkeitswirksamen Arbeiten.<sup>15</sup>

#### Fragestellung

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

#### Methode

Von 2008 bis 2010 wurden in dieser prospektiven Längsschnitt-Studie Frauen von 30 US-amerikanischen 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. Die Fristen variierten von der zehnten bis zur 27. SSW. Eine dritte Vergleichsgruppe bestand aus Frauen, die im ersten Trimester (bis zur 13. SSW) abgetrieben hatten. 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 Turnaway-Studie zählt zu den meist zitierten und öffentlichkeitswirksamsten Arbeiten

Es wurden nur Frauen untersucht, die bereits entschlossen waren, einen Abbruch durchführen zu lassen

Zweifelhaft Aussage: „Nicht die Abtreibung, sondern die Verweigerung einer Abtreibung ist mit erhöhtem Maß an Angst, Stress und geringerem Selbstwertgefühl unmittelbar nach der Abweisung verbunden“

Eine Abtreibung scheint für Frauen mit positiven psychologischen Effekten verbunden verglichen mit jenen, bei denen eine Abtreibung je nach Fristen der Kliniken aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft abgelehnt wurde und die ihr Kind ausgetragen haben.

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“ ([DPA 2020](#)); „USA: Wenn Abtreibungsverbote zum Tod führen“ ([Theißl 2022](#)); „Studien zeigen, dass Zugang zu Abtreibungen Frauengesundheit fördert“ ([2022](#)).

## Analyse

Die *Turnaway-Studie* geht von *Advancing New Standards in Reproductive Health* (ANSIRH) am *Bixby Center for Global Reproductive Health* an der *University of California* aus, das sich für das Recht auf Abtreibung einsetzt. Das Programm der ANSIRH-Forschung konzentriert sich u. a. auf die „Integration von Abtreibung in die Grundversorgung“, die „Auswirkungen staatlicher Abtreibungsbeschränkungen“ sowie „rigorose Studien“, die die mentalen, emotionalen, physischen und sozioökonomischen Folgen einer Abtreibung untersuchen ([Bixby Center for Global Reproductive Health, Abortion](#)). Das *Bixby Center* wird durch gleichgesinnte Organisationen wie u. a. *Planned Parenthood*, das *Guttmacher-Institute* und *MSI Reproductive Choices* (vormals: *Marie Stopes International*) finanziert ([Bixby Center for Global Reproductive Health, Programs and partners](#)).

Auffallend ist, dass die Ergebnisse sämtlicher Folgestudien aus dem *Turnaway*-Datenmaterial die jeweils politisch erwünschten Ergebnisse stützen (vgl. Bias, Kapitel 2.1). Die Grenze zwischen wissenschaftlicher Objektivität und gesellschaftlichem Aktivismus wurde dabei offenkundig überschritten.

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

### Selektionsbias

Die Autoren haben in 30 US-Abtreibungskliniken 7.486 Frauen angesprochen. Jede der Abtreibungskliniken führt im Jahr ca. 2.000 Abtreibungen durch. Nach welchen Kriterien letztlich nur 3.016 Frauen (40%) für die Studie zugelassen wurden ([Biggs et al. 2017](#)), lässt sich anhand der publizierten Daten nicht nachvollziehen und ist intransparent. 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

Die Grenze zwischen wissenschaftlicher Objektivität und Aktivismus wird in der *Turnaway-Studie* überschritten

Intransparente Auswahl der Studienteilnehmerinnen

schwersten psychischen Komplikationen nach der Abtreibung hatten ([Söderberg et al. 1998](#)).

Dies erklärt sich durch Verzerrungsfaktoren:

Es ist naheliegend, dass bei jenen Frauen, die an psychischen Folgen des Ereignisses litten, die Bereitschaft geringer war, an der Studie teilzunehmen. So könnte die Erinnerung an die belastende Situation wieder wach werden – ein Phänomen, das aus der Traumaforschung bekannt ist (vgl. [Reardon 2018b](#)).

Der Verzerrungsfaktor ‚Soziale Erwünschtheit‘ (*social desirability bias*) ist hier ebenfalls von Bedeutung. Aus der Alkoholforschung ist bekannt, dass Ergebnisse dadurch verzerrt werden, dass Teilnehmer bei Befragungen eher erwünschte oder sozial anerkannte Antworten geben und daher einen geringeren Alkoholgenuss als tatsächlich vorhanden angeben.

Frauen verschweigen auch eher vorherige Abtreibungen: Nur 35% der Frauen berichteten in Befragungen von einer bereits stattgefundenen Abtreibung ([Jones et al. 1992](#)). Sie gaben diese häufig als Fehlgeburt an. Medikamentös durchgeführte Abtreibungen werden ebenfalls häufig verschwiegen ([Lindberg et al. 2020](#)).

### 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 potentielle Studienteilnehmerinnen, die in den 30 einbezogenen Abtreibungskliniken innerhalb von drei Jahren einen Schwangerschaftsabbruch hatten vornehmen lassen ([Coleman 2022](#)). In Anbetracht des extrem geringen Prozentsatzes von Frauen, die in der Stichprobe vertreten sind (558 = 0,34%) ([Biggs et al. 2017](#)), sind Verallgemeinerungen auf die Gesamtbevölkerung von vorneherein unzulässig.

### Hohe Ausfalls- und niedrige Rücklaufquote

Die Befragung setzte sich telefonisch alle sechs Monate insgesamt über fünf Jahre fort. Für jede der insgesamt 11 Befragungen erhielten die Frauen eine Geschenkkarte über 50 US-Dollar. Allerdings: Nur 37,5% der Frauen, die als Probandinnen zugelassen waren, nahmen dann tatsächlich an der Studie teil. 15,5% wollten schon das erste Interview nicht geben, so dass nur 31% der ursprünglich rekrutierten Frauen mindestens ein Interview absolvierten. Insgesamt schieden während des gesamten Studienzeitraums 42% der Probandinnen aus ([Reardon 2018b](#)). Am Ende blieben nur 18% (= 558) der ursprünglich rekrutierten Frauen übrig, die nach 5 Jahren die Studie abschlossen ([Biggs et al. 2017](#)). Bemer-

**Jene Frauen, die am meisten unter der Abtreibung litten, nahmen seltener teil**

**Verallgemeinerungen aufgrund der zu kleinen Stichprobe unzulässig**

**Nur 18% der ursprünglich rekrutierten Frauen schlossen die Studie ab**

kenswerterweise 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.

### Inadäquate Vergleichsgruppe

Sämtliche Ergebnisse beziehen sich allein auf den Entschluss, eine Abtreibung durchführen lassen zu wollen. Unberücksichtigt bleibt der Vergleich mit Frauen, die eine ungeplante/ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben. Damit fällt die entscheidende Kontrollgruppe weg.

Alle Frauen wollten abtreiben – damit fehlt die entscheidende Kontrollgruppe

### Nicht erwähnte Ergebnisse

Die meisten der „abgewiesenen“ Frauen (68%) brachten ihr Kind zur Welt. 32% ließen die Abtreibung in einer anderen Klinik durchführen oder sie verloren ihr Kind durch eine Fehl- oder Totgeburt.

Dass 96% der Frauen, die ihr Kind zur Welt brachten, nach fünf Jahren darüber froh waren, wird nicht thematisiert

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 ([Gross 2020](#)). Sie wünschten sich nicht mehr, eine Abtreibung gehabt zu haben. Bei denjenigen, die das Kind behielten und es nicht zur Adoption freigaben, waren es sogar 98%.

Bemerkenswert ist auch, dass in der *Turnaway-Studie* festgestellt wurde, dass der Alkoholmissbrauch bei Frauen erheblich zurückging, wenn aufgrund der Überschreitung der Frist eine Abtreibung abgelehnt wurde (vgl. [Miller 2021](#)).

### **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.

Die Turnaway-Studie ist aus wissenschaftlicher Sicht unseriös

Dies setzt sich auch in den Folgestudien fort, da sie sich allesamt auf einen Datensatz stützen, der fehlerhaft ist. Eine intensive, globale Kommunikationsstrategie hat dazu geführt, dass die *Turnaway-Studie* bis heute als „bahnbrechende Forschungsarbeit, die die psychischen, körperlichen und sozioökonomischen Folgen einer Abtreibung im Vergleich zum Austragen einer ungewollten Schwangerschaft untersuchte“ ([Chiu 2022](#)) bezeichnet wird.<sup>16</sup>

Die Dutzenden von nachfolgenden Arbeiten erwecken den Anschein eines bedeutenden und vielfältigen Korpus an Studien. Doch stammen die meisten Autorinnen jener im Rahmen der *Turnaway-Studie* ver-

öfentlichten Arbeiten von derselben Institution: dem *Advancing New Standards in Reproductive Health, Bixby Center for Global Reproductive Health, University of California, San Francisco/Oakland*.<sup>17</sup>

## Einschätzung

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

### 4.2.3 Sullins (2016)

#### Fragestellung

Die Studie untersucht, wie hoch das Risiko von Depressionen, Angstzuständen, Suizidgedanken, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Cannabissmissbrauch und Nikotinabhängigkeit je nach Ausgang der Schwangerschaft (normale Lebendgeburt, Abtreibung sowie Fehl- und Totgeburt) ist.

#### Methode

Die Längsschnittstudie des US-Soziologen Donald P. Sullins 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. Die Studie war Teil einer großangelegten nationalen Längsschnittstudie an US-Bürgern, beginnend von der Jugend bis zum Erwachsenenalter, einen breiten Querschnitt an relevanten Gesundheitsparametern (sog. *Add-Health Studie*) betreffend.

Die Ausfallquote war durchgehend niedrig bei 19,5%, was statistischen Berechnungen zufolge zu keiner signifikanten Schiefelage führt.

#### Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich bei Frauen nach einer Abtreibung eine statistisch hochsignifikante Häufung um 54% von psychischen Problemen wie Depression, Angststörungen oder Suizidgedanken im Vergleich zu den in derselben Untersuchungsgruppe nicht-schwangeren Frauen. Bei Lebendgebärenden waren psychische Probleme signifikant um 19% verringert. Bei Fehl- oder Tot-Gebärenden bestand eine schwach signifikante Häufung der psychischen Probleme von 16%. Alle möglichen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen (Kovarianzen) wurden dabei statistisch berücksichtigt.

Längsschnittstudie vergleicht Gesundheit über 13 Jahre von Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Lebendgebärende hatten weniger psychische Probleme als Frauen nach Abtreibung; Fehl- und Totgeburten wirkten sich nur schwach auf die psychische Gesundheit aus

## Analyse

Nur Frauen nach Abtreibung waren durchgängig einem höheren Risiko für psychische Störungen ausgesetzt

Die Analyse umfasste alle Vergleichsgruppen in Bezug auf mögliche Ergebnisse in Zusammenhang mit Reproduktion: Geburt, Schwangerschaftsverlust, Abtreibung und Frauen, die nie schwanger waren. Von den vier Gruppen, die alle logisch möglichen Schwangerschaftsfolgen umfassten, war laut Studie nur der Schwangerschaftsabbruch durchgängig mit einem höheren Risiko für psychische Störungen assoziiert.

Die stärkste Zunahme gab es beim ‚Suchtmittelmissbrauch‘. Das Risiko für Frauen nach einer Abtreibung – im Vergleich zu Nicht-Schwangeren – stieg bezogen auf den Missbrauch von Alkohol um das 2,1-fache, den Missbrauch von Cannabis um das 2,5-fache und jenen von illegalen Drogen um das 3,3-fache an. Zum Vergleich: Bei Lebendgebärenden stieg das Risiko um das 0,49-fache, bei Fehl- oder Tot-Gebärenden um das 1,2-fache an.

Eine Analyse des der Bevölkerung zurechenbaren Risikos (PAR-Wert) ergab, dass 8,7% der Prävalenz psychischer Störungen auf einen Schwangerschaftsabbruch zurückzuführen sind.

## Fazit

Frauen können von psychotherapeutischer Nachbetreuung profitieren

Sullins schlussfolgert aus seiner Längsschnittstudie, die auf ähnliche Ergebnisse wie Fergusson et al. (2013) und Pedersen (2008) kommt, dass Frauen nach Abtreibung von psychotherapeutischer Unterstützung profitieren könnten. Die Gesamtbelastung, die etwa ein Zehntel der psychischen Störungen bei Frauen im Alter von Ende 20 ausmacht, sei „moderat“, aber „nicht trivial“. Ideologische Behauptungen, dass alle Schwangerschaftsabbrüche entweder psychisch verheerend oder aber keinerlei negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hätten, seien angesichts der Datenlage nicht vertretbar, schlussfolgert Sullins.

Fehlende adäquate Vergleichsgruppe

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

Bereits im Jahr 2008 veröffentlichte der norwegische Soziologe Willy Pedersen (*Universität Oslo*) eine Studie ([Pedersen 2008](#)) mit einer ähnlichen Fragestellung wie bei Sullins ([2016](#)): Ziel der Studie ist es, zu untersuchen, ob ein Schwangerschaftsabbruch ein Risikofaktor für eine spätere Depression ist. Der Hintergrund: Norwegen kämpfte schon damals mit hohen Abtreibungszahlen: von 1.000 Frauen hatten etwa 470 Frauen bis zu ihrem 50. Geburtstag eine Abtreibung durchgemacht. Frauen im Alter von 20-24 Jahren hatten die höchste Abtreibungsrate.

### Methode

Pedersen begleitete über 11 Jahre hindurch 768 Frauen im Alter zwischen 15 und 27 Jahren. 125 davon wurden in diesem Zeitraum schwanger.

**768 Frauen im Alter zwischen 15-27 Jahren wurden über 11 Jahre hindurch beobachtet**

### Ergebnisse

Nach Kontrolle der Auswirkungen potenzieller Störvariablen zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit der Nikotinabhängigkeit, des Cannabiskonsums oder des Konsums einer anderen illegalen Droge bei denjenigen, die in ihren 20ern einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, mehr als dreimal so hoch war im Vergleich zu denjenigen, die ein Kind geboren hatten. Die Analyse legte nahe, dass ein Schwangerschaftsabbruch mit einem erhöhten Risiko für Depressionen bei jungen norwegischen Frauen verbunden ist, nicht aber bei Teenagern. Das Risiko für eine Depression war im Vergleich ebenfalls 3 mal so hoch.

**Das Risiko für eine Depression bei jungen Frauen war nach einer Abtreibung dreimal so hoch wie bei Frauen, die ein Kind geboren haben, nicht aber bei Teenagern**

### Analyse

Pedersen räumt ein, dass mehrere andere Faktoren im Leben jener Frauen, die einen Abbruch vornehmen ließen, sie für Depressionen anfälliger machen könnten. In der vorliegenden Studie sei dazu aber keine Kontrolle möglich gewesen. Seine Fallzahlen waren auch noch zu gering.

### Fazit

In seinen Schlussfolgerungen betont der Autor, dass mehr Informationen über Gruppen mit einem höheren Risiko für ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche eingeholt werden müssten, um präventive Maßnahmen setzen zu können.

**Präventive Maßnahmen sind erforderlich**

## Einschätzung

Evidenzgrad II (Versuchsansatz)

Qualität (Durchführung) mäßig (Fallzahl, Störfaktoren)

Aussagekraft mäßig

## 4.3 ‚Pro Choice‘ und ‚Pro Life‘: schwache Studien auf beiden Seiten

Die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch kann zu ‚Verzerrungen‘ führen

Es gibt etliche Studien von Vertretern, die eher eine ‚Pro Choice‘- oder eine ‚Pro Life‘-Position vertreten, wo offenbar die jeweils erhofften Ergebnisse bereits die Studie vorab beeinflussen. Daher geraten sie in die Kritik der jeweils ‚anderen‘ Seite.

Als Beispiele werden einige häufig zitierte Studien angeführt, die diese Problematik veranschaulichen sollen.

Gruppe A) betrifft ein und denselben Datensatz (Erhebungsdaten), der aber jeweils von ‚Pro Life‘- bzw. ‚Pro Choice‘-Vertretern unterschiedlich bewertet wurde ([Reardon & Cogle 2002](#); [Schmiege & Russo 2005](#)).

Gruppe B) betrifft unterschiedliche, aber durchaus vergleichbare Studien ([Munk-Olsen et al. 2011](#); [Reardon et al. 2003](#)), die zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, je nachdem von welcher ‚Seite‘ sie ausgearbeitet und ausgewertet wurden.

### 4.3.1 Ein Datensatz, zwei konträre Ergebnisse

#### Fragestellung

Zwei Studien untersuchen, ob Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen, mehr oder weniger von einer psychischen Depression betroffen sind als Frauen, die ihr Kind abtrieben.

#### Methode

Die Daten wurden von dem Datensatz der *National Longitudinal Study of Youth*, die 1979 startete und 12.686 junge US-Amerikanerinnen im Alter zwischen 14 und 21 Jahren einschloss, erhoben. In sämtlichen Fällen wurde eine bereits vor dem Schwangerschaftsergebnis bestehende depressive Neigung berücksichtigt.

Längsschnittstudie untersucht 12.686 junge Frauen zwischen 14 und 21 Jahren

## Ergebnisse

### Ergebnis: Reardon & Cougle (2002)

Reardon & Cougle (2002) sind ‚Pro Life‘-Vertreter und fanden in ihrer Datenanalyse heraus, dass bei verheirateten Frauen, die eine Abtreibung hatten, eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für ein hohes Risiko für eine klinische Depression vorlag als bei Frauen, die ihr ungewolltes Kind zur Welt brachten. Das relative Risiko lag nach Auswertung der Autoren bei 2,38. Umgekehrt war für unverheiratete Frauen das relative Risiko für eine klinische Depression nach einem Schwangerschaftsabbruch gleich hoch wie nach einer Lebendgeburt, nämlich bei 0,94 (nicht signifikant).

Die Autoren schlossen daraus, dass die Abtreibung einer unerwünschten Schwangerschaft bei verheirateten, nicht aber bei unverheirateten Frauen zu psychischen Problemen führt.

Der Effekt könnte aber auch durch fehlende Angaben der Frauen verwässert sein. Dass bei unverheirateten Frauen kein Unterschied feststellbar war, führten die Autoren u. a. darauf zurück, dass sich unter den Unverheirateten viele befanden, die bereits eine Abtreibung hinter sich hatten, diese aber verheimlichten. Bis zu 70% müssten in dieser Gruppe der Kategorie ‚Frauen mit Schwangerschaftsabbruch‘ zugerechnet werden, so die Autoren, die sich dabei auf Aussagen anderer einschlägiger Arbeiten (Jones et al. 1992) berufen.

### Ergebnis: Schmiege & Russo (2005)

Die ‚Pro Choice‘-Vertreterinnen Schmiege & Russo (2005) hingegen interpretierten denselben Datensatz dahingehend, dass das relative Risiko von Frauen, die sich für eine Abtreibung entschieden, gegenüber Frauen, die die Schwangerschaft austrugen, bei einem nicht signifikanten Wert von 1,19 lag. Es gab also keine nennenswerten negativen Folgen für Frauen nach Abtreibung, folgern die Autorinnen.

## Analyse

Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich darauf zurückführen, dass Reardon & Cougle verheiratete mit unverheirateten Frauen verglichen, während Schmiege & Russo Frauen höherer Bildung und höheren Einkommens mit solchen eines niedrigeren sozialen Status verglichen.

Ein weiterer Grund für das unterschiedliche Ergebnis liegt darin, dass die Autoren unterschiedliche Gruppen an Probandinnen von vorneherein ausschlossen. Bei Reardon & Cougle waren es Frauen, die vor 1980 als Teenager schwanger geworden waren und für die deshalb keine Ausgangsdaten vorlagen. Bei Schmiege & Russo wa-

**‚Pro Life‘-Resultat:  
„Abtreibung führte bei  
verheirateten Frauen  
zu psychischen  
Problemen“**

**‚Pro Choice‘-Resultat:  
„keine nennenswerten  
negativen Folgen für  
die Psyche nach einer  
Abtreibung“**

**Ein und der selbe  
Datensatz führte zu  
widersprüchlichen  
Ergebnissen**

ren es Frauen, die eine an sich erwünschte Schwangerschaft abbrechen ließen und die deshalb nicht dem gesetzten Auswahlkriterium entsprachen.

### Fazit

Aus dem Beispiel ist ersichtlich, dass die Interpretation ein und derselben Daten von der Voreingenommenheit der Untersucher und auch stark von den verwendeten Vergleichsgruppen abhängig ist und sogar zu entgegengesetzten Schlüssen führen kann, insbesondere dann, wenn unterschiedliche Vergleichsgruppen retrospektiv selektiv aus einem Datensatz ausgewählt werden.

Selektive Auswahl von Vergleichsgruppen und Voreingenommenheit führen zu unterschiedlichen Ergebnissen

### Einschätzung (beider Erhebungen aus dem Datensatz)

Evidenzgrad III-IV (retrospektiv)  
Qualität schlecht (Selektion der Daten), Aussagekraft schlecht

## 4.3.2 Zwei vergleichbare Studien – zwei konträre Ergebnisse?

### „Pro Choice“-Studie von Munk-Olson et al. (2011)

#### Fragestellung

Munk-Olson et al. publizierten 2011 im angesehenen *New England Journal of Medicine* eine Studie zum psychischen Zustand von Frauen vor und nach einer Abtreibung. Zentraler Punkt der Untersuchung war, wann der erste psychiatrische Kontakt (stationäre Aufnahme oder ambulanter Besuch) von Frauen wegen einer psychischen Störung stattfand.

„Pro Choice“-Studie: Kriterien für „psychische Störung“ definiert als Erstkontakt mit psychiatrischer Einrichtung

#### Methode

Die Studienpopulation bestand aus Mädchen und Frauen, die zwischen 1962 und 1993 in Dänemark geboren wurden und hier lebten, und die keine Vorgeschichte einer psychischen Störung hatten. Diese wurde definiert als „stationärer psychiatrischer Kontakt“ im Zeitraum bis 9 Monate vor einer allerersten im ersten Trimester durchgeführten Abtreibung oder ersten Geburt.

Verglichen wurden dabei die 12 Monate nach einem Schwangerschaftsabbruch oder der Geburt mit dem 9-Monats-Zeitraum vor dem Ereignis.

Die Studie wurde an 280.930 Lebendgebärenden und 84.620 abtreibenden Frauen durchgeführt.

## Ergebnisse

Im Zeitraum von 1995 bis 2007 hatten insgesamt 84.620 Mädchen und Frauen zum ersten Mal einen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester. Von diesen Mädchen und Frauen hatten 868 (1,0%) einen ersten psychiatrischen Kontakt (entweder stationäre oder ambulante psychiatrische Versorgung) in den 9 Monaten vor dem Schwangerschaftsabbruch und 1.277 (1,5%) innerhalb der 12 Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch. Die psychischen Folgen konnten allerdings nicht auf die Abtreibung zurückgeführt werden (das relative Risiko lag unter 1).

Im selben Untersuchungszeitraum brachten insgesamt 280.930 Mädchen und Frauen ihr erstes lebend geborenes Kind zur Welt. Von diesen Mädchen und Frauen hatten 790 (0,3%) einen ersten psychiatrischen Kontakt innerhalb der 9 Monate vor der Entbindung, ebenso 1.916 (0,7%) von 0 bis 12 Monate nach der Geburt. Frauen, die ihr Kind ausgetragen haben, hatten nach der Geburt also mehr Kontakt mit der Psychiatrie im Vergleich zum Zustand vor Eintritt der Schwangerschaft. Das relative Risiko betrug im ersten Monat nach der Entbindung sogar 3,5 und sank in den Folge Monaten auf nahe 1 ab.

Demnach seien die relativen Risiken für psychische Störungen bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, vor und nach dem Abbruch ähnlich, während die Risiken für psychische Störungen bei Frauen nach der Erstgeburt steigen. Negative Folgen einer Abtreibung auf die seelische Gesundheit seien allein darauf zurückzuführen, dass diese Frauen schon vorher psychische Probleme hatten, resümieren die Autoren.

## Analyse

Der Studie fehlt eine adäquate Kontrollgruppe: Es wurde kein direkter Vergleich der psychischen Gesundheitsrisiken von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen mit einer entsprechenden Gruppe von Frauen, die eine ungewollte oder ungewollte Schwangerschaft austragen, vorgenommen. Es wäre zum Vergleich notwendig gewesen, dass beide Gruppen vor der Geburt bzw. Abtreibung den selben psychischen Status gehabt hätten.

Die Autoren zogen außerdem als Kriterium psychischer Auffälligkeit die stationäre Aufnahme oder den ambulanten Besuch an einer psychiatrischen Abteilung im Zeitraum von 9 Monaten vor bis 12 Monate nach einer Abtreibung oder Lebendgeburt heran. Entsprechend bewegten sich die Zahlen dafür im Bereich von 5-15 Promille (nicht Prozent!), wie sie für gröbere psychische Störungen in der Bevölkerung typisch sind.

Die Autoren haben jene seelischen Nöte, wie sie für Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch typisch sind – Schuldgefühle, Niedergeschlagenheit usw. – ausgeklammert. Diese Frauen suchen erst

**„Pro Choice“: „Frauen haben nach der Erstgeburt höheres Risiko für psychische Störungen im Vergleich zu Frauen nach Abtreibung“**

**Adäquate Kontrollgruppe fehlt (ungewollte Schwangerschaft)**

**Zahlen bewegen sich im Promillebereich und entsprechen der Prävalenz in der Bevölkerung**

**„Seelische Nöte“ landen häufig nicht beim Psychiater, sondern werden mit Suchtmitteln kalmiert**

gar keinen Psychiater auf, sondern versuchen auf eigene Faust, wie andere Studien nachdrücklich belegen, durch Cannabis und andere Suchtmittel ihre Psyche zu kalmieren. Es ist hingegen bekannt, dass psychisch kranke Frauen von vorneherein einem höheren Risiko einer Abtreibung ausgesetzt sind.

### Fazit

Die Studie bietet somit keinen direkten Beleg dafür, dass Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, ein geringeres Risiko für psychische Probleme haben als eine vergleichbare Gruppe von Frauen, die eine ungewollte oder ungeplante Schwangerschaft austragen.

Schlechte Studienqualität, geringe Aussagekraft

### Einschätzung

Evidenzgrad IV (keine adäquate Kontrollgruppe)  
Qualität schlecht  
Aussagekraft gering

## „Pro Life“-Studie Reardon et al. (2003)

### Fragestellung

Als vergleichbares Gegenbeispiel kann eine 2003 im *Canadian Medical Association Journal* erschienene Studie von Reardon et al. dienen. Sie versucht zu belegen, dass ein Schwangerschaftsabbruch sehr wohl die psychische Gesundheit beeinträchtigt ([Reardon et al. 2003](#)).

### Methode

Eingeschlossen wurden 15.299 abtreibende und 41.422 lebendgebärende US-amerikanische Frauen im Alter von 13-49 Jahren. Die Studie verfolgte die Probandinnen ab 1989 nicht bloß einige Monate, sondern bis zu viereinhalb Jahre. Die Frauen waren im Jahr vor Eintritt der Schwangerschaft psychiatrisch unauffällig. Sie gehörten alle der unteren Einkommensschicht an und hatten daher Anspruch auf eine kostenlose ärztliche Konsultation. Man kann daher davon ausgehen, dass sie bei gesundheitlichen Problemen auch wirklich einen Arzt aufsuchten und die Datenlage mit der Realität übereinstimmt.

Alle Frauen waren vor der Schwangerschaft psychiatrisch unauffällig

Für abtreibende Frauen gab es ein statistisch signifikant höheres relatives Risiko, stationär wegen psychiatrischer Erkrankung behandelt zu werden

Im Unterschied zu Munk-Olson et al (2011) fanden die Autoren über die Jahre gerechnet für abtreibende Frauen ein statistisch signifikantes und etwas höheres Risiko für eine stationär zu behandelnde psychiatrische Erkrankung. 11,8 Promille der abtreibenden Frauen wurden gegenüber 6,1 Promille der lebend Entbindenden

wegen psychischer Probleme wie etwa einer Anpassungsstörung, psychotischer Depression oder einer bipolaren Störung in eine Klinik eingewiesen.

## Analyse

In diesem Sample zur psychischen Gesundheit wird eine inadäquate Vergleichsgruppe herangezogen. Bei Frauen, die ein Kind zur Welt bringen, handelte es sich in der Regel um eine geplante und gewollte Schwangerschaft, während es sich bei Frauen, die eine Abtreibung vornehmen lassen, in der Regel um eine nicht geplante, ungewollte Schwangerschaft handelt. Die Gruppe „lebendgebärende Frauen“ ohne Rücksicht darauf, ob das Kind geplant oder gewünscht war, ist undifferenziert und damit ungeeignet.

**Ungeeignete  
Kontrollgruppe**

## Einschätzung

Evidenzgrad IV (keine adäquate Kontrollgruppe)  
Qualität schlecht  
Aussagekraft gering

## Schlussfolgerungen aus der Analyse dieser beiden Studien

Die widersprüchlichen Ergebnisse von Munk-Olson et al. (2011) und Reardon et al. (2003) belegen jedenfalls, dass für Frauen mit psychiatrischen Auffälligkeiten vor der Abtreibung bzw. Geburt die Frage der psychischen Folgen einer Abtreibung grundsätzlich schwer zu beantworten ist.

Als Konsequenz wird mittlerweile gefordert:

1. dass generell Frauen mit psychischen Störungen vor der Schwangerschaft von der Teilnahme an solchen Studien ausgeschlossen werden und,
2. dass als Vergleichsgruppe nur Frauen in die Studie aufgenommen werden sollten, die eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen haben.

**Frauen mit  
psychischen Störungen  
vor der  
Schwangerschaft für  
Studie nicht geeignet**

**Adäquate  
Vergleichsgruppen:  
Frauen, die eine  
ungewollte  
Schwangerschaft  
ausgetragen haben,  
gegenüber Frauen, die  
abgetrieben haben**



# 5

## **Fazit der Evaluierung**



## 5. Fazit der Evaluierung

1. Festzuhalten ist, dass es in der Natur der Fragestellung bzw. der zu untersuchenden Personen (Frauen, die abgetrieben haben) liegt, dass es 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 nach Durchsicht der wichtigsten vorhandenen Studien zum Thema keinen statistisch sicheren Beweis, dass eine Abtreibung per se kausal zu psychischen Schäden der betroffenen Frau führen muss.
3. Es gibt umgekehrt auch keinen wissenschaftlichen Beweis, dass eine Abtreibung sich zwingend nicht negativ auf die psychische Gesundheit der Frau auswirkt.
4. Die Hypothese, dass eine Abtreibung einen positiven Effekt auf die Psyche der Frau hat, wird durch keine wissenschaftlichen Beweise gestützt.
5. Wenngleich es keinen eindeutigen wissenschaftlichen Beweis gibt, dass die Abtreibung per se ursächlich verantwortlich für psychische Störungen ist, so zeigt doch der Großteil der Studien statistisch signifikante ([Fergusson et al. 2008](#); [Coleman 2011](#); [Fergusson et al. 2013](#)) Korrelationen (Assoziationen) mit einigen psychischen Gesundheitsproblemen wie z. B. Angstzustände, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Alkohol- und Medikamentenmissbrauch und erhöhte suizidale Tendenzen. Wieweit solche Koinzidenzen durch gewisse Begleitumstände (Störfaktoren) bedingt sind, liegt manchmal auf der Hand (z. B. Druck durch den Partner), ist aber im Einzelfall oft schwer bzw. kaum zu verifizieren.
6. 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.

**Mit rein statistischen Methoden lässt sich nicht endgültig beweisen, ob eine Abtreibung als solche und kausal für negative Folgen für die psychische Gesundheit der Frau verantwortlich ist**

**Es gibt keinen wissenschaftlichen Beweis, dass Abtreibung einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit der Frau hat**

**Ein Großteil der Studien zeigt statistisch signifikante Korrelationen mit einigen psychischen Gesundheitsproblemen**

**Frauen müssen wissen, dass nach einer Abtreibung psychische Störungen auftreten können**

**Es gibt keinerlei Evidenz, dass eine Abtreibung einen Schutzfaktor vor negativen psychischen Folgen nach einer ungewollten Schwangerschaft bietet**

**Recht auf Information und alternative Angebote zum Schwangerschaftsabbruch**

**Die ethische Debatte um das Lebensrecht des Ungeborenen bleibt unabhängig von den Folgen für die Frau bestehen**

**Public-Health-Perspektive: Die Bemühungen sollten sich darauf konzentrieren, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren**

7. 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. Darüber hinaus herrscht große Übereinstimmung seriöser Studien, dass eine Abtreibung keinen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit der Frau bedeutet und keinen nachhaltig positiven Effekt auf die Psyche der Frau hat. Diese Praxis ist daher mehr als fragwürdig. Es ist politisch unverantwortlich, wenn – wie in vielen Ländern derzeit der Fall – der Schwangerschaftsabbruch als Quasi-Therapie angeboten wird, um Frauen angeblich vor seelischen oder psychischen Belastungen zu bewahren. Diese Indikation entbehrt jeglicher wissenschaftlicher Evidenz und sollte daher aus den Rechtfertigungsgründen für einen Schwangerschaftsabbruch gestrichen werden.
8. Im Sinne einer informierten Einwilligung (informed consent) müssen betroffene Frauen über mögliche Komplikationen und gesundheitliche Folgen, aber auch über alternative Angebote (z. B. Adoption) zum Schwangerschaftsabbruch zur Lösung ihres Konfliktes informiert werden.
9. Eine Engführung der Debatte um Abtreibung, ob diese mit gesundheitlichen Folgen für Frauen verbunden ist oder nicht, läuft Gefahr, das ethische Grundproblem der Tötung des ungeborenen Kindes vornehmlich von den Folgen her zu diskutieren (Konsequenzialismus).
10. 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. Ethische Schlussfolgerungen

## 6.1 Forschungsethik: Qualitativ hochwertige Studien nötig – mit gemischten Teams

Reardon ([2018a](#)) ist sich der Schwierigkeit, hochwertige Daten zur Frage der psychischen Folgen nach Abtreibung zu gewinnen, durchaus bewusst. Er empfiehlt für künftige Forschungen daher u. a. folgende Maßnahmen:

- a. Erstellen von gemischten Teams aus ‚pro choice‘ und ‚pro life‘ eingestellten Forschern;
- b. die Zusammenarbeit bei der Konzeption von prospektiven Längsschnittstudien;
- c. die sorgfältige und ausreichende Dokumentation der Daten, einfachen Datenzugang für jeden Forscher, kein ideologisches Filtern der Daten;
- d. Kooperationsfreudigkeit bei der Beantwortung von Anfragen nach Re-Analysen, und
- e. die Beachtung umfassend gestellter Forschungsfragen für künftige Studien und Metaanalysen.

**Es braucht eine qualitativ hochwertige Forschung in gemischten Forscherteams**

## 6.2 Nutzen für die psychische Gesundheit der Frau nachweisbar?

In zahlreichen Ländern ist die Tötung des Ungeborenen gesetzlich auch nach der 12. SSW straffrei, wenn die Geburt eines Kindes einen vorhersehbaren und unabwendbaren schweren Schaden für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren bedeutet („Spätabtreibung“). Dabei wird einer Abtreibung mit dem Hinweis auf den Schutz der psychischen Gesundheit der Frau indirekt ein therapeutischer Nutzen unterstellt.

Es liegt keine Studie vor, die zeigt, dass eine Abtreibung die weibliche Psyche nachhaltig positiv beeinflussen würde ([Fergusson et al. 2013](#)). Es ist daher inakzeptabel, wenn eine große Zahl von Ab-

**Es ist inakzeptabel, wenn eine große Zahl von Abtreibungen aus quasi-therapeutischen Gründen legitimiert wird, für die es keine wissenschaftlichen Beweise gibt**

treibungen aus quasi-therapeutischen Gründen legitimiert wird, für die es keine wissenschaftlichen Beweise gibt.

### 6.3 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 ([Rue et al. 2004](#)). 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“ (vgl. [Prat 2010](#)).

**Aus demokratiepolitischen Gründen und in Anerkennung der Menschenrechte sollte seitens des Staates alles unternommen werden, um schwangere Frauen zu unterstützen**

### 6.4 Utilitaristische Überlegungen dürfen moralische Grundsätze nicht aushebeln

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 Kontroverse 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.

**Die Moralität der Tötung von Ungeborenen darf sich nicht alleine an den Folgen für die Frau bemessen**

### 6.5 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.

**Es besteht eine ärztliche Aufklärungspflicht über mögliche negative psychische Folgen**

# Referenzen



## Referenzen

1 In Europa und Nordamerika werden 17 Abtreibungen pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter durchgeführt, in Lateinamerika 32. In anderen Weltregionen geht man schätzungsweise von 28 in Ost- und Südostasien bis 37 Abtreibungen pro 1.000 Frauen in Zentral- und Südostasien aus. Ost- und Südostasien zählt mit 43 Abtreibungen pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter pro Jahr zu den Regionen, die die größten durchschnittlichen Abtreibungsraten aufweisen.

2 Die Tötung des Ungeborenen ist in zahlreichen Ländern als Ausdruck des Schutzes des Lebens gesetzlich verboten, zugleich aber unter bestimmten Bedingungen straffrei gestellt. Zunehmend wächst international der politische Druck, wonach der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich kein Delikt mehr darstellen und damit der Rechtsschutz des Ungeborenen aufgegeben werden soll. So proklamierte das Europaparlament im Juni 2021, es gäbe ein „Recht auf Abtreibung“ (sog. „Matic-Report“) und Frankreichs Präsident Emmanuel Macron forderte zu Beginn der französischen EU-Ratspräsidentschaft im Jänner 2022, ein „Recht auf Abtreibung“ solle in die EU-Grundrechtecharta aufgenommen werden. Frankreich will das Recht auf Abtreibung in der Verfassung verankern, der Senat machte am 2.2.2023 den Weg dafür frei. Spanien hat 2023 das Recht auf Abtreibung bereits in den Verfassungsrang gehoben.

3 § 218a Abs 2 „Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

4 Art 119 Abs 1 Schweizerisches Strafgesetzbuch „Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.“

5 Abortion Act 1967 Section 1(1)(c) “that the pregnancy has not exceeded its twenty-fourth week and that the continuance of the pregnancy would involve risk, greater than if the pregnancy were terminated, of injury to the physical or mental health of the pregnant woman or any existing children of her family”.

**6** Daten per 30. Jänner 2023: England und Wales: 214.869 (Office for Health Improvement & Disparities 2023), Schottland: 13.758 (Public Health Scotland 2021).

**7** Der Begriff ‚Post-Abortion-Syndrom‘, der meist im Vokabular der ‚Pro Life‘-Bewegung noch immer verwendet wird, ist nicht korrekt. Es gibt kein einheitliches Syndrom als Krankheitsbild nach Abtreibung. Zwar lassen sich in einer Reihe von Studien eine Vielzahl von verschiedenen Einzelsymptomen feststellen. Diese treten aber nicht im Sinne eines ‚Syndroms‘ als einheitliche Gruppe miteinander auf, sondern variieren vielfältig. ‚Posttraumatische Belastungsstörung‘ (PTBS) ist ein in der Fachwelt anerkannter Begriff (ICD-10), sodass also von einer PTBS nach Abtreibung gesprochen werden kann.

**8** Mindestens die Hälfte aller Schwangerschaften in den USA unter Jugendlichen werden als ungewollt eingestuft, bei Frauen über 40 Jahren liegt der Prozentsatz bei über 75%. Demnach hat dann aber die Mehrheit der Frauen in den Kontrollgruppen jener Studien, die Schwangerschaftsabbrüche und ausgetragene Schwangerschaften miteinander verglichen, de facto eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen, auch wenn diese Variable nicht direkt erfasst wurde.

**9** Der britische NCCMH-Report nahm 2011 diese aktualisierte Studie von Fergusson et al. (2008) auf und wertete sie als qualitativ höher ein (Prädikat: „Sehr gut“) als jene von Gilchrist et al. (1995) (Prädikat: „gut“) (National Collaborating Centre for Mental Health 2011a, S. 109).

**10** Mit seiner Entscheidung in der Rechtssache „Dobbs vs Jackson Women's Health Organization“ habe der Oberste Gerichtshof „die psychische Gesundheit von Millionen amerikanischer Frauen aufs Spiel gesetzt“, teilte die APA in einer Stellungnahme im Juli 2022 mit. Vgl. O'Connor (2022).

**11** Philip Ney, Professor am Department of Psychology des Mount Joy College/Canada, war einer der Reviewer. Seine Kritik publizierte er auch in Ney (2013).

**12** Gissler et al. (2015) ergab, dass die jährliche Selbstmordrate bei Frauen im reproduktiven Alter 11,3 pro 100.000 betrug, während die Rate im Zusammenhang mit der Geburt nur 5,9 pro 100.000 betrug. Mehrere andere Studien, die in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden, ergaben im Vergleich zu Frauen in der Allgemeinbevölkerung noch niedrigere Selbstmordraten nach der Geburt. Weitere Studien zum protektiven Faktor Geburt in Hinblick auf Suizid: Gissler et al. (1996); Appleby (1991); Kleiner et al. (1984); Lindahl et al. (2005); Schiff et al. (2006).

**13** Das populationsbezogene attributable Risiko (PAR) für eine Krankheit bezogen auf eine Exposition ist der Anteil von Krankheitsfällen, der verhindert werden könnte, wenn die Exposition komplett aus der Bevölkerung eliminiert werden könnte.

**14** Eine Studie zum heterogenen und ambivalenten Begriff ‚ungeplante Schwangerschaft‘ zeigt, dass es im Laufe einer Schwangerschaft zu paradoxen Situationen kommen kann: Ungeplante Schwangerschaften bilden ein Kontinuum, das von bereitwillig akzeptierten ‚glücklichen‘ Schwangerschaften bis hin zu schwer zu akzeptierenden Schwangerschaften reicht. Zwei Fünftel der ungeplant ausgetragenen Schwangerschaften waren „(sehr) willkommen“, berichten Helffrich et al. (2021).

**15** Vgl. die ZDF-Sendung MAITHINK X vom 7. November 2021

zum Thema *Schwangerschaftsabbruch* mit der populären Wissenschaftlerin Mai Thi Nguyen-Kim. Sie zitiert die Turnaway-Studie als „methodisch starke Ausnahme“, die bereits bewiesen hat, dass eine Abtreibung keine psychischen Gesundheitsrisiken birgt.

16 Ein Beispiel jüngeren Datums ist Rocca et al. (2020): 95% der in der Turnaway-Studie befragten Frauen hätten angegeben, dass der Schwangerschaftsabbruch auch fünf Jahre danach für sie die richtige Entscheidung war. Zahlreiche namhafte deutsche Medien übernahmen die Meldung aus internationalen Agenturen. So titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung am 25. Jänner 2020: *Studie zu Abtreibungen: „Die Frauen finden ihre Entscheidung richtig“*.

17 In den mehr als 50 Folgearbeiten sind wenige Studienautorinnen auffallend oft vertreten: Diana G. Foster (49x), M. Antonia Biggs (20x), Sarah C. M. Roberts (18x) Heather Gould (15x) und Corinna H. Rocca (12x).



# Literaturverzeichnis



# Literaturverzeichnis

Letzter Zugriff auf sämtliche Internetquellen am 22.6.2023

*Affidavit of Dr. Priscilla K. Coleman (2020)*: Nr. 28 ff., [https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/18/18-1323/127325/20200102151531266\\_Appendix.pdf](https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/18/18-1323/127325/20200102151531266_Appendix.pdf).

American Psychological Association (2022): *Abortion Resolutions*, last updated: May 2022, date created: September 2009, <https://www.apa.org/about/policy/abortion>.

American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion (2008): *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*, Washington, DC, <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.

*Amicus Curiae Brief of former abortion providers; The National Association of Catholic Nurses, U.S.A.; and the National Catholic Bioethics Center in support of respondent (2020)*: [https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/18/18-1323/127325/20200102151514780\\_Amicus%20Brief.pdf](https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/18/18-1323/127325/20200102151514780_Amicus%20Brief.pdf).

ANSIRH (2022): *Introduction to the Turnaway Study*, December 2022, <https://www.ansirh.org/sites/default/files/2022-12/turnawaystudyannotatedbibliography122122.pdf>.

Appleby L. (1991): *Suicide during pregnancy and in the first postnatal year*, *BMJ* 302: 137-40.45, doi: 10.1136/bmj.302.6769.137.

Aznar J., Cerdá G. (2014): *Abortion and women's mental health*, in: Pontifical Academy for Life, *Post Abortion Trauma. Possible Psychological and existential Aftermaths*, S. 195-207.

Barnes D. E., Bero L. A. (1998): *Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions*, *JAMA* 279(19): 1566-1570, doi: 10.1001/jama.279.19.1566.

Beckmann R. (1998): *Embryopathisch motivierte Abtreibungen in Deutschland. Auswirkungen der neuen Rechtslage seit 1995*, *Imago Hominis* 5(3): 189-197.

Bearak J. M., Popinchalk A., Beavin C., et al. (2022): *Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019*, *BMJ Glob. Health* 7: e007151, doi: 10.1136/bmjgh-2021-007151.

Belliemi C. V., Buonocore G. (2013): *Abortion and subsequent mental health: Review of the literature*, *Psychiatry Clin. Neurosci.* 67: 301-310, doi: 10.1111/pcn.12067.

Biggs M. A. et al. (2017): *Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study*, JAMA Psychiatry. 74(2): 169-178, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3478.

Bixby Center for Global Reproductive Health: *Abortion*, <https://bixbycenter.ucsf.edu/abortion>.

Bixby Center for Global Reproductive Health, *Programs and partners*, <https://bixbycenter.ucsf.edu/programs-and-partners>.

Chiu A. (2022): *Why we're still arguing about abortion and regret*, Washington Post, 7.7.2022, <https://www.washingtonpost.com/wellness/2022/07/07/regret-relief-making-space-complex-post-abortion-feelings/>.

Coleman P. K. (2006): *Resolution of Unwanted Pregnancy During Adolescence Through Abortion Versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychological Consequences*, J Youth Adolesc 35: 903-911, doi: 10.1007/s10964-006-9094-x.

Coleman P. K. (2011): *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*, Br J Psych 199(03): 180-186, doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230.

Coleman P. K., (2022): *The Turnaway Study: A Case of Self-Correction in Science Upended by Political Motivation and Unvetted Findings*, Front. Psychol. 13: 905221, doi: 10.3389/fpsyg.2022.905221.

Cullen P. (2019): *Psychische Folgen nach Abtreibung: Literaturübersicht und Folgen für die Politik*, ZfL 2: 199-205.

Daugirdaite V. et al. (2015): *Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review*, J Pregnancy Article ID 646345, doi: 10.1155/2015/646345.

Dienerowitz F. M. (2021): *Die Gründe für den Schwangerschaftskonflikt im Kontext des Diskurses um den Schwangerschaftsabbruch. Eine medizinethische und medizinrechtliche Zwischenbilanz nach über 25 Jahren der Anwendung des 1995 reformierten § 218 StGB*, Inauguraldissertation, Mannheim.

DPA (2020): *„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>.

Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M. (2006): *Abortion in young women and subsequent mental health*, J Child Psychol Psychiatry 47(1): 16-24, doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x.

Fergusson D. M., Horwood L. J., Boden J. M. (2008): *Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study*, Br J Psych 193(6): 444-451, doi: 10.1192/bjp.bp.108.056499.

Fergusson D. M., Horwood L. J., Boden J. M. (2011): *A further meta-analysis (e-letter)*, Br J Psych 5 October.

Fergusson D. M. et al. (2013): *Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal*

of the evidence, Aust N Z J Psychiatry 47(9): 819-827, doi: [10.1177/0004867413484597](https://doi.org/10.1177/0004867413484597).

Fine-Davis M. (2007): *Psychological Effects of Abortion on Women: A Review of the Literature*, Bericht Nr. 20, Crisis Pregnancy Agency, Dublin, S. 40-41.

*Fünf Jahre nach Abtreibung herrscht überwiegend Erleichterung* (2020): esanum, 17.1.2020, <https://www.esanum.de/today/posts/fuenf-jahre-nach-abtreibung-herrscht-ueberwiegend-erleichterung>.

Gilchrist A. C. et al. (1995): *Termination of pregnancy and psychiatric morbidity*, Br J Psych 167(2): 243-8, doi: [10.1192/bjp.167.2.243](https://doi.org/10.1192/bjp.167.2.243).

Gissler M. et al. (1996): *Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study*, BMJ 313: 1431-4, doi: [10.1136/bmj.313.7070.1431](https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1431).

Gissler M., Karalis E. Ulander V. M. (2015): *Decreased suicide rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012*, Scand. J. Public Health 43: 99-101, doi: [10.1177/1403494814560844](https://doi.org/10.1177/1403494814560844).

Gross T. (2020): *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-the-lasting-effects-of-having-or-being-denied-an-abortion>.

Gurpegui M., Jurado D. (2009): *Psychiatric complications of abortion*, Cuad Bioet. 20(70): 381-92, PMID: 19799479, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19799479/>.

Hammer G. P., du Prel J.-B., Blettner M. (2009): *Vermeidung verzerrter Ergebnisse in Beobachtungsstudien*, Teil 8 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen, Dtsch. Arztebl. Int. 106(41): 664-8, doi: [10.3238/arztebl.2009.0664](https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0664).

Helffrich C. et al. (2021): *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 26(3): 227-232, doi: [10.1080/13625187.2020.1870951](https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1870951).

Hill R. (2006): *Abortion researcher confounded by study*, in: New Zealand Herald, 4.1.2006, <https://www.nzherald.co.nz/nz/abortion-researcher-confounded-by-study/3FYSQTNVHDEWTOTS4HKSEYG6GA/>.

IMABE (2016): *Gros der Ergebnisse klinischer Studien bleibt in der Schublade*, Bioethik aktuell, 14.3.2016, <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/forschung-gros-der-ergebnisse-klinischer-studien-bleibt-in-der-schublade>.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: *Biasarten*, <https://www.iqwig.de/sonstiges/glossar/biasarten.html>.

Jones E. F., Forrest J. D. (1992): *Underreporting of abortion in surveys of U.S. women: 1976 to 1988*, Demography 29(1): 113-126, doi: [10.2307/2061366](https://doi.org/10.2307/2061366).

Kleiner G. J., Greston W. M. (Hrsg.) (1984): *Suicide in Pregnancy*, John Wright, Boston, S. 46.

Kost K., Forrest J. D. (1995): *Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics*, Fam Plann Perspect. 27(1): 11-7, PMID: 7720847.

Lindahl V., Pearson J.-L., Colpe L. (2005): *Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum*, Arch Womens Ment Health 8: 77-87, doi: 10.1007/s00737-005-0080-1.

Lindberg L. et al. (2020): *Abortion Reporting in the United States: An Assessment of Three National Fertility Surveys*, Demography 57(3): 899-925, doi: 10.1007/s13524-020-00886-4.

MacNair R. M. (2008): *Achieving Peace in the Abortion War*, iUniverse, S. 102 ff., abrufbar auch unter: MacNair R. M., *Tales from an Insider-Outsider on the Report of American Psychological Association's Task Force on Mental Health and Abortion*, [https://abortionrisks.org/index.php/Tales from an Insider](https://abortionrisks.org/index.php/Tales_from_an_Insider).

MAITHINK X mit Dr. Mai Thi Nguyen-Kim (2021): *Schwangerschaftsabbruch*, ZDF, 7.11.2021, <https://www.zdf.de/show/mai-think-x-die-show/maithink-x-folge-03-100.html>.

Miller C. (2021): *The mental health complications of abortion*, in: Gatt R. (Ed.), *Favur il-Hajja fil-Gul Rabat [In favour of life]*, Kjisna, Rabat.

Munk-Olsen T., Laursen T. M., Pedersen C. B. et al. (2011): *Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder*, N Engl J Med 364(4): 332-339, doi: 10.1056/NEJMoa0905882.

National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2011a): *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, [https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced Abortion Mental Health 1211.pdf](https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf).

National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2011b): *Induced Abortion and Mental Health Systematic Review Consultation - 6 April to 29 June 2011 - Comments and Responses*, <http://afterabortion.org/pdf/AbortionReviewConsultationTable1.pdf>.

Ney P. A. (2013): *Common Sense Scientific Critique of the NCCMH and Royal College of Psychiatry Review*, WebmedCentral REPRODUCTION 4(10): WMC004429, [https://www.webmedcentral.com/article\\_view/4429](https://www.webmedcentral.com/article_view/4429).

O'Connor K. (2022), *APA Responds to End of Roe v. Wade*, Published Online: 25.7.2022, <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.08.8.44>.

Office for Health Improvement & Disparities, *National statistics Abortion statistics (2023): England and Wales: 2021*, updated 30 January 2023, <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2021/abortion-statistics-england-and-wales-2021>.

Pedersen W. (2008): *Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women*, Scand. J. Public Health 36(4): 424-428, doi: 10.1177/1403494807088449.

Pokropp-Hippen A. (2010): *Psychodynamik im Schwangerschaftskonflikt*, Imago Hominis 17(4): 291-303, <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-4/2010/psychodynamik-im-schwangerschaftskonflikt>.

Prat E. H. (2010): *Abtreibungsdebatte: ein neuer Fokus*, Imago Hominis 17(1): 59-64, <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2010-altern-in-wuerde/abtreibungsdebatte-ein-neuer-fokus>.

Public Health Scotland (2021): *Termination of pregnancy statistics, Year ending December 2021*, <https://publichealthscotland.scot/publications/termination-of-pregnancy-statistics/termination-of-pregnancy-statistics-year-ending-december-2021>.

Reardon D. C., Cogle J. R. (2002): *Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study*, BMJ 324: 151-152, doi: [10.1136/bmj.324.7330.151](https://doi.org/10.1136/bmj.324.7330.151).

Reardon D. C., Cogle J. R., Rue V. M., Shuping M. W., Coleman P. K., Ney P. G. (2003): *Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth*, CMAJ 168(10): 1253-6, PMID: 12743066.

Reardon D. C., Coleman P. K., Cogle J. R. (2004): *Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth*, Am J of Drug Alcohol Abuse 30: 369-383, doi: [10.1081/ada-120037383](https://doi.org/10.1081/ada-120037383).

Reardon D. C. (2018a): *The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities*, SAGE Open Med. 6: 1-38, doi: [10.1177/2050312118807624](https://doi.org/10.1177/2050312118807624).

Reardon D. C. (2018b): *The Embrace of the Proabortion Turnaway Study: Wishful Thinking? or Willful Deceptions?* Linacre Q 85(3): 204-212, doi: [10.1177/0024363918782156](https://doi.org/10.1177/0024363918782156).

Royal College of Psychiatrists (2008): *Position Statement on Women's Mental Health in Relation to Induced Abortion*, Psychiatri. Bull. 32(9):321-324, doi: [10.1192/pb.bp.108.021022](https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.021022) (Appendix).

Rocca C. H., Samari G., Foster D. G., Gould H., Kimport K. (2020): *Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma*, Soc. Sci. Med. 248: 112704, doi: [10.1016/j.socscimed.2019.112704](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704).

Rue V. M., Coleman P. K., Rue J. J., Reardon D. C. (2004): *Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women*, Med. Sci. Monit. 10(10): SR5-SR16, PMID: 15448616.

Ruijun C. et al. (2016): *Publication and reporting of clinical trial results: cross sectional analysis across academic medical centers*, BMJ 352: i637, doi: [10.1136/bmj.i637](https://doi.org/10.1136/bmj.i637).

Scheidt C. E. et al. (2007): *Trauerverarbeitung nach Prä- und Perinatalverlust*, Psychother Psychosom Med Psychol 57(1): 4-11, doi: [10.1055/s-2006-951906](https://doi.org/10.1055/s-2006-951906).

Schiff M.A., Grossman D. C. (2006): *Adverse perinatal outcomes and risk of postpartum suicide attempt in Washington State, 1987-2001*, Pediatrics 118: e669-75, doi: [10.1542/peds.2006-0116](https://doi.org/10.1542/peds.2006-0116).

Schmiege S., Russo N. F. (2005): *Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study*, BMJ 331: 1303, doi: [10.1136/bmj.38623.532384.55](https://doi.org/10.1136/bmj.38623.532384.55).

Söderberg H., Andersson C., Janzon L., Sjöberg N. O. (1998): *Selection bias in a study on how women experienced induced abortion*, Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 77(1): 67-70, doi: [10.1016/S0301-2115\(97\)00223-6](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(97)00223-6).

Stiftung Gesundheitswissen (2020): *Was können Studien aussagen? Medizinische Studientypen im Überblick*, 20.2.2020.

Studie zu Abtreibungen: „Die Frauen finden ihre Entscheidung richtig“ (2020): FAZ, 25.1.2020, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/studie-zu-abtreibungen-frauen-sind-erleichtert-16600195.html>.

Studien zeigen, dass Zugang zu Abtreibungen Frauengesundheit fördert (2022): DerStandard, 28.6.2022, <https://www.derstandard.at/story/2000136957037/studien-zeigen-dass-zugang-zu-abtreibungen-frauengesundheit-foerdert>.

Sullins D. P. (2016): *Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States*, SAGE Open Med 4: 2050312116665997, doi: [10.1177/2050312116665997](https://doi.org/10.1177/2050312116665997).

Theißl B. (2022): *USA: Wenn Abtreibungsverbote zum Tod führen*, DerStandard, 17.5.2022, <https://www.derstandard.at/story/2000135769315/wenn-abtreibungsverbote-zum-tod-fuehren>.

Throckmorton W. (2008): *David Fergusson reacts to the APA Mental Health and Abortion task force report*, 13.8.2008, <https://wthrockmorton.com/2008/08/13/david-fergusson-reacts-to-the-apa-mental-health-and-abortion-task-force-report/>.

Trampisch H. (1997): *Planung, nicht Auswertung. Die Rolle der Medizinischen Biometrie*, Internist 38: 307-317, doi: [10.1007/S001080050042](https://doi.org/10.1007/S001080050042).

The Lancet (2008): *Women should be offered post-abortion psychological care*, Editorial, Lancet 372(9639): 602, doi: [10.1016/S0140-6736\(08\)61251-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61251-9).

World Health Organization (2021): *Fact sheet Abortion*, Stand: 25.11.2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.



ISBN 978-3-9519756-1-0 (Print)  
ISBN 978-3-9519756-0-3 (Online)