

Eingereicht durch

Göbel, Stephanie

Matrikel-Nr. 50857

Welche Befunde liegen zu dem Zusammenhang von  
Schwangerschaftsabbruch und psychischer Belastung vor?

eingereicht als

MASTERTHESIS

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Erstprüferin: Priv. Doz. Dr. phil. Silvia Krumm

Zweitprüferin: Prof. Dr. jur. Christina Niedermeier

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Kontextualisierung – Bezugnahme zum Forschungsprojekt <i>ELSA PSY</i> .....	5
2.1. Schwangerschaftsabbruch in der BRD – historische und gegenwärtige Verhältnisse.....	8
2.1.1. §218 – Rechtliche Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen.....	10
2.1.2. Schwangerschaftsabbrüche – ein medizinischer Exkurs.....	11
2.1.3. Schwangerschaftskonfliktberatung und Schwangerschaftskonfliktgesetz.....	13
2.1.4. §219 Werbeverbot – ein Exkurs.....	14
2.1.5. Statistiken zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland .....	15
2.2. Psychische Belastung – eine begriffliche Annäherung.....	16
2.3. Die Debatte um das <i>Post-Abortion-Syndrome</i> .....	19
3. Zur Methode des <i>Systematic Literature Review</i> .....	21
3.1. Ein- und Ausschlusskriterien .....	25
3.2. Generierung des Suchstrings .....	24
3.3. Zur Verwendung der Datenbanken.....	24
3.4. Die Titel-Abstract-Sichtung.....	25
3.5. Volltextsichtung der Studien.....	26
3.6. Beschreibung des Datensatzes.....	27
4. Ergebnisse.....	28
4.1. Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastungen: Prädiktor und Folge.....	29
4.1.1. Untersuchte Krankheitsbilder.....	31
4.1.2. Schwangerschaftsabbruch und (negative) Emotionen.....	46
4.1.3. Schwangerschaftsabbruch und PTSD/PTSS.....	46
4.1.4. Schwangerschaftsabbruch und psychiatrischer Erstkontakt.....	48
4.1.5. Schwangerschaftsabbruch und die Ersteinnahme von Antidepressiva.....	49
4.1.6. Schwangerschaftsabbruch und psychisches Wohlbefinden ( <i>well-being</i> ).....	50
4.2. Schwangerschaftsabbruch und Stigmatisierung.....	53
4.3. Soziale und kulturelle Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs.....	56
4.3.1. Schwangerschaftsabbruch und soziale Unterstützung.....	58
4.3.2. Schwangerschaftsabbruch und Gewalt-/Missbrauchserfahrungen.....	59
4.3.3. Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch.....	60
4.4. Schwangerschaftsintention und Entscheidungsfindung.....	61
4.4.1. Schwangerschaftsintention.....	61
4.4.2. Entscheidungsfindung.....	63
4.5. Schwangerschaftsspätabbrüche.....	67

4.6. Soziodemografische (Risiko-)Faktoren, Mehrfachabbrüche und Religion im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch.....	69
4.6.1. Soziodemografische Daten.....	69
4.6.2. Mehrfachabbrüche.....	72
4.6.3. Religion und Schwangerschaftsabbruch.....	73
5. Fazit und Diskussion.....	74
5.1. Zusammenfassung in Interpretation der Ergebnisse.....	74
5.2. Kritische Betrachtungsweise des methodischen Vorgehens.....	76
5.2.1. Stichprobengröße und Rücklaufquote.....	77
5.2.2. Herausforderungen durch Versuch- und Kontrollgruppe.....	78
5.2.3. Die Vernachlässigung von Einfluss- und Risikofaktoren.....	79
5.2.4. Ergebnismessung.....	80
5.3. Ausblick und Rückbindung an die Profession Soziale Arbeit.....	80
5.3.1. Weiterführende empirische Forschungsarbeiten zur Schließung von Forschungslücken.....	81
5.3.2. Handlungsempfehlungen für die Berufspraxis der Sozialen Arbeit.....	83

## Abkürzungsverzeichnis

Add Health	National Longitudinal Study of Adolescent Health
ANX	Anxiety
APA	American Psychological Association
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSI	Brief Symptom Inventory
CES-D	Center of Epidemiologic Studies Depression Scale
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CMD	Common Mental Disorders
CRS	Danish Civil Registration system
DAMHS	The Dutch Abortion and Mental Health Study
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEP	Depressionen
DSM-IV	Manual of Mental Disorders
ELSA	Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer Frauen
Angebote der Beratung und Versorgung	
ELSA PSY	Teilprojekt: Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischen Belastungen
EQ-5D	EuroQoL Quality of Life Questionnaire
EQ-VAS	EuroQoL Visual Analogy Scale
GHQ-12	General Health Questionnaire 12 / Goldberg Health
Questionnaire-12	
GSI	Global Symptomatic Index
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (dt.: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz: Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IES-R	Impact of Events Scale-Revised
ILFS	Iran Low Fertility Survey
IQVIA	Disease Analyzer Database
LMUP	London Measure of Unplanned Pregnancy
LTE	List of Threatening Experiences; Brugha Life Events Section
LJ.	Lebensjahr
MTP	Medical Termination of Pregnancy
NCS	National Comorbidity Survey
NEMESIS-2	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2
pairfam	German Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics
PAS	Post-Abortion-Syndrome oder Post-Abortion-Stress
PASS	Post-Abortion-Stress-Syndrome
p.c.	post conceptionem
PC-PTSD	Prime-Care PTSD Screen
PSDI	Positive Symptom Distress Index

PST	Positive Symptom Total
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
PTSS	Posttraumatic Stress Syndrome
SchKG	Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von
Schwangerschafts-	
	konflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz)
SCL-90-R	Symptom-Checklist
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SKB	Schwangerschaftskonfliktberatung oder Schwangerenkonfliktberatung
SOM	Somatization
SSW	Schwangerschaftswoche
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (dt.: Das State-Trait-
Angstinventar)	
StGB	Strafgesetzbuch
TFMHA	Task Force on Mental Health and Abortion
TOP	Termination of Pregnancy
TTP	Therapeutic Termination of Pregnancy
VTP	Voluntary Termination of Pregnancy
WHO	World Health Organisation

## Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Flussdiagramm des Rechercheprozesses. ....	27
---	----

## Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche.....	23
---	----

Tabelle A1: Dokumentation der Literaturrecherche

Tabelle A2: Ausführliche Erfassung aller Studien

## 1. Einleitung

Ich hatte nicht eine, sondern zwei Abtreibungen. Ich weiß, dass ich mich grämen, meinen Bauch für alle Zeiten am Boden entlangschleifen und die Welt um Verzeihung bitten soll. Ich soll mich unterwerfen und eingestehen, dass es die schwerste Entscheidung meines Lebens war, dass ich jeden Tag daran denke, dass ich Depressionen habe, weil ich eine so herzlose Babymörderin bin. Welch ein Unsinn. Ich schäme mich für keine [der Abtreibungen]. Ich handelte in meinem eigenen Interesse und ich weigere mich, mich dafür zu entschuldigen.

(Clementine Ford zitiert nach Millar 2020, S. 176)

Die von Clementine Ford vorgenommene Abgrenzung zu den bestehenden gesellschaftlichen Narrativen im Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen ermöglicht eine dezidierte Auseinandersetzung mit Rollenzuschreibungen. Millar beschreibt diese als ein „emotionales Skript“ (2020: 7), die den aktuellen gesellschaftlichen Diskurs und die politische Debatte um Schwangerschaftsabbrüche prägen.

Ford positioniert sich öffentlich und selbstbewusst zu ihren Schwangerschaftsabbrüchen und fordert ein, dass sie selbstbestimmt und i.S. ihrer Interessen gehandelt habe. Weiterhin sagt sie, dass sie sich weigere, sich schuldig oder schlecht mit der getroffenen Entscheidung fühlen zu müssen. Daraus ableitend besteht für sie kein Grund zur Annahme und schon gar nicht die Übernahme der Pflicht, sich bei der Gesellschaft zu entschuldigen. Im Kern fordert das gesellschaftlich etablierte und medial vermittelte Abtreibungsnarrativ, dass Frauen beim Sprechen über Abbrüche negative Gefühle wie Scham, Reue, Trauer oder Bedauern, Schuld und Not in den Vordergrund heben und ausdrücken (vgl. Millar 2020: 9). Zudem sind Frauen, die einen Abbruch hatten, einem impliziten Rechtfertigungsdruck ausgesetzt.

Dies verdeutlicht einmal mehr, dass Körper von Frauen, genauso wenig wie Schwangerschaften, Privatsache sind, sondern scheinbar immer noch öffentlich zur Debatte stehen. Weibliche Sexualität scheint nach wie vor stark mit Mutterschaft und Geschlechterrollen verbunden zu sein. Durch die Beschreibung und Darstellung des weiblichen Geschlechts, dem qua Natur die Mutterrolle innewohne, stellen Frauen, die eine Schwangerschaft nicht austragen wollen die Antithese zu dem dar, was traditionellerweise mit Frauen assoziiert ist (vgl. Millar 2020: 24). Der Gleichstellung von Schwangerschaft und Mutterschaft wohnt ein höchst normativer und zugleich problematischer Ansatz inne, der

den Diskurs einer vergeschlechtlichten Körperpolitik freilegt, da dieser Logik folgend das einzig akzeptable Ergebnis einer Schwangerschaft Mutterschaft sein kann. Weiterhin prägen die Darstellung von Mutterschaft und der ihr zugeschriebene normative Wert die Repräsentation von Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. ebd: 26).

Frauen die ein anderes Schwangerschaftsergebnis, als eine Geburt wünschen, werden nicht selten als egoistisch betitelt. Sie werden beschuldigt, ihre eigenen Interessen über die des Fötus – Abtreibungsgegner\*innen würden von einem ungeborenen Kind sprechen – und implizit auch über gesellschaftliche und nationale Interessen zu stellen.

Ein zentraler Moment in der Abtreibungsdebatte, so Thomson (2020: 82), ist der moralische Status des Fötus. Eine der wichtigsten Prämissen von Abtreibungsgegner\*innen ist, „dass nämlich der Fötus eine Person ist, die qua Person-Sein ein Recht auf den Erhalt ihres Lebens hat.“ (Ebd). Das Lebensrechts des Fötus steht in Deutschland im Zentrum der Abtreibungsdebatte, dieses gilt es zuvorderst, wie in Paragraf 218 festgehalten, zu schützen. Das Recht auf (sexuelle bzw. reproduktiver) Selbstbestimmung ist in diesem Fall zweitrangig. Dies führt dazu, dass Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland auch heute noch unter Strafe stehen und im Strafgesetzbuch verankert sind. Dieses Jahr hat sich das Bestehen des Paragrafen 218 zum 150. Mal gejäht. Von Anhänger\*innen der *Pro Choice*-Bewegung wird dieser immer wieder als Unrechtsparagraf bezeichnet. Bundesweit, aber auch auf internationaler Ebene wurde am 28. September, dem *Safe Abortion Day*, mit verschiedenen Aktionen, Kundgebungen, Podiumsdiskussionen und Ausstellungen gegen das 150-jährige Bestehen des Paragrafen 218 a demonstriert.

Die Ambivalenz der Abtreibungsdebatte beschränkt sich jedoch nicht nur auf die gesellschaftliche Debatte und Ebene. Auch auf wissenschaftlicher Ebene ist dies ein sehr umstrittenes und umkämpftes Thema (vgl. Busch/Hahn 2015: 7). Geführte Debatten um Schwangerschaftsabbrüche münden in rechtliche Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs, wodurch der Wissenschaft eine besondere Rolle in den Debatten zukommt. Millar kritisiert, dass Schwangerschaftsabbrüche in der Forschung bisher vor allem unter dem Vorzeichen negativer Auswirkungen untersucht worden sind (2020: 20). Primäres Ziel wissenschaftlicher Untersuchungen war bisher die Klärung einer Kausalität von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Belastungen. Und obwohl frühere Befunde (vgl. Foster 2015) nahelegen, dass es keinen Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Belastung gibt, beruhen staatliche Regulierungsmaßnahmen immer wieder auf der Annahme, dass Frauen durch den Abbruch einer Schwangerschaft verstärkt psychischen und physischen Risiken ausgesetzt sind.



Busch und Hahn (2015: 14), die sich auf Foucault beziehen mahnten bereits an, dass „staatliche Einflussnahmen auf Sexualität und Fortpflanzung zu einem ‚erstrangigen politischen Instrument‘ - beide an der ‚Verbindungsstell‘ zwischen der individuellen Disziplinierung des Körpers und der Regulierung der Bevölkerung“ werden.

Die Spannungen im Diskurs um Schwangerschaftsabbrüche resultiert zum einen aus den Verschränkungen verschiedener Dimensionen und zum andern verlagern sich durch gesellschaftliche Veränderungen, wie bspw. dem Aufbrechen patriarchaler Strukturen die Schwerpunkte und Pole in der Abtreibungsdebatte.

Die beiden Pole stehen mit ihren Meinungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch konträr zueinander. Anhänger\*innen der *Pro Choice*-Bewegung fordern das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung und somit das Recht auf den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft. Christlich-fundamentalistische Anhänger\*innen der *Pro Life*-Bewegung mit fordern den uneingeschränkten Schutz des sogenannten vorgeburtlichen Lebens. (vgl. ebd.).

Um diesen Spannungen zu begegnen muss die Frage gestellt werden, ob und wie sich diese konträren Einstellungen verbinden lassen (ebd.). Wissenschaftliche Forschung, die zur Klärung dieser Frage beitragen kann ist essentiell. Die Veröffentlichung des APA-Report 2008 hat gezeigt, dass in der Wissenschaft Bestrebungen bestehen einen Beitrag zur Frauengesundheit, explizit der Gesundheit von Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch, beizutragen. Daran anknüpfend ergibt sich die Notwendigkeit der Fragestellung dieses Reviews:

*Welche Befunde liegen zu dem Zusammenhang von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Belastung vor?*

Ableitend aus der Fragestellung können Forschungslücken oder Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Politik getroffen werden. Ziel dieser Arbeit ist es dabei, die Untersuchung wissenschaftlicher Forschungsarbeiten zum Thema Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastungen zu untersuchen. Ausgangspunkt stellt das bundesweite aktuell laufende Forschungsprojekt *ELSA*, mit dem Teilprojekt *ELSA PSY* dar. Die Projektinhalte und -ziele werden detailliert in Kapitel 2 eingeführt und stellen einen Teil des theoretisch-konzeptuellen Rahmens dar, der das gesamte zweite Kapitel umfasst. Die Anbindung an das Teilprojekt *ELSA*, welches das Ziel verfolgt ungewollt schwangeren Frauen eine bestmögliche und angemessene medizinische und psychosoziale Unterstützung zu ermöglichen, ist von großer Relevanz, da das vorliegende Review notwendige

und wichtige Daten für Schlussfolgerungen in der Praxis liefern kann. Ein kurzer historischer Abriss, beginnend mit der Entstehungsgeschichte des umstrittenen Paragraphen 218, über die Entwicklung im Nachkriegsdeutschland und die Wiedervereinigung der zwei deutschen Staaten, bis heute spannt einleitend den Bogen zur Rechtsgrundlage von Schwangerschaftsabbrüchen (Kapitel 2.1.1), wie wir sie momentan in der BRD vorfinden. Anschließend werden die gängigen medizinischen Verfahren zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in Kapitel 2.1.2 vorgestellt und hinsichtlich ihrer Anwendung kritisch beleuchtet, um in einem weiteren Schritt auf die obligatorische Beratung vor einem freiwilligen Schwangerschaftsabbruch zu sprechen zu kommen. Der Exkurs zur Erläuterung der aktuellen Debatten um den Paragraphen 219a in Kapitel 2.1.3 verdeutlicht einmal mehr, wie aufgeladen diese sind und mit welcher Schärfe sie, sowohl auf einer ethisch-moralischen, aber auch einer politischen Ebene, mit konkreten Auswirkungen für Frauen, die einen Abbruch durchführen lassen wollen, geführt werden. Dem müssen wissenschaftliche Befunde, die sich Schwangerschaftsabbrüche im Zusammenhang mit psychischen Belastungen untersuchen entgegengesetzt werden. Einen weiteren Pfeiler des theoretischen Hintergrundes stellt die Definition von psychischen Belastungen in 2.2 dar. Die Synthese der beiden Themen Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastung erfolgt in Kapitel 2.3 mit der Erwähnung des *Post-Abortion-Syndrome* (PAS), bei dem es sich nicht um ein anerkanntes Störungsbild handelt, welches aber von Abtreibungsgegner\*innen immer wieder als solches missbraucht wird und als Erklärungsansatz für nachteilige Auswirkungen nach einem Schwangerschaftsabbruch herangezogen wird.

In Kapitel 3 wird die Methode eines systematic literature reviews vorgestellt. Die systematische Erstellung von Ein- und Ausschlusskriterien, die Generierung eines Suchstrings, anhand dessen in den Datenbanken ‚PubMed‘, ‚PsycInfo‘ und ‚Web of Science‘ nach Forschungsarbeiten für das Review gesucht wurde, wird in den nachfolgenden Kapiteln kleinschrittig und nachvollziehbar erläutert und führt zu der in Kapitel 3.1.4 beschriebenen Titel-Abstract-Sichtung der Studien. Vier Sichtungen der Studien wurden von mindestens zwei Reviewerinnen nach dem Prinzip der Titel-Abstract-Sichtung durchgeführt und münden in einem letzten Schritt in der Volltextsichtung der Studien, die in Kapitel 3.1.5 beschrieben wird. Zur Veranschaulichung und Nachvollziehbarkeit des Suchvorgangs wird das Prisma-Flow-Diagramm abgebildet. Eine erste Vorstellung des identifizierten Datensatzes erfolgt im darauffolgenden Kapitel und führt zu einer kategorienbasierten Vorstellung der Ergebnisse in Kapitel 4.

Die Kategorien orientieren sich an den Hauptergebnissen der Studien und wurden logisch aufbauen nach Themenbereichen und Zugehörigkeit angeordnet. Der Schwerpunkt der Erhebungen liegt auf psychischen Belastungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen (Kapitel 4.1). Die Studien unterscheiden sich dahingehend, dass sie psychische Belastungen nach einem Abbruch zu verschiedenen Zeitpunkten, anhand unterschiedlicher Erhebungsmethoden und verschiedener Symptome untersuchen, dies wird in den einzelnen Kategorien ersichtlich. Neben den psychischen Belastungen wurden in den Studien Untersuchungen zu den Auswirkungen gesellschaftlicher Stigmatisierung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen erhoben. Forschende gehen davon aus, dass die Erfahrungen von Stigmatisierung nach einem Abbruch sich negativ auf den Umgang der Frauen mit diesem Ereignis auswirken kann. Kulturelle und soziale Einflussfaktoren stehen in unmittelbarer Nähe zu Stigmatisierung, knüpfen an diese an und können sie beeinflussen. Daher werden diese anschließend in Kapitel 4.3 aufgeführt. Weiterhin werden in den Unterkapiteln die soziale Unterstützung bei einem Abbruch, Gewalterfahrungen als Einfluss- und Risikofaktor und Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch angeführt. In Kapitel 4.4 wird die Schwangerschaftsintention und Entscheidungsfindung von Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch untersucht. Frühere Untersuchungen gehen davon aus, dass es sinnvoll sein kann die Intention einer Schwangerschaft mit zu erheben, da sie Auskunft über das Auftreten nachfolgender psychischer Belastung liefern kann. Obwohl es bisher wenig Untersuchung gibt, die sich explizit mit der Entscheidungsfindung für einen Abbruch auseinandersetzt und Befunde zeigen, dass Frauen ihre Entscheidung für einen Abbruch auch längere Zeit nach dem Abbruch als richtig einstufen, wird das Narrativ des Bereuens immer wieder von Abtreibungsgegner\*innen angeführt. Ähnlich verhält es sich mit Spätabbrüchen, die auch auf politischer Ebene viel diskutiert werden. Eine ausführliche Betrachtung der Kategorie Spätabbrüchen erfolgt in Kapitel 4.5. Diese lohnt sich, da sie stark mit staatlichen Restriktionen verbunden sind. Abschließend werden in Kapitel 4.6 soziodemografische Einfluss- und Risikofaktoren in Verbindung mit Schwangerschaftsabbrüchen betrachtet, da frühere Forschungen gezeigt haben, dass die Vernachlässigung soziodemografischer Einflussfaktoren zu einem Bias der Ergebnisse führen kann.

In der Diskussion in Kapitel 5 erfolgt eine kritische Betrachtung und Einordnung der Ergebnisse, diese schließt mit einem Ausblick und einer Rückführung auf die Profession der Sozialen Arbeit.

## 2. Kontextualisierung – Bezugnahme zum Forschungsprojekt *ELSA PSY*

Die vorliegende Arbeit ist an das Forschungsprojekt *ELSA PSY*, einem Teilprojekt der bundesweiten Studie für *Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung* (ELSA) gekoppelt. Dementsprechend wurde die systematische Übersichtsarbeit vor dem Hintergrund der Studie und insbesondere dem Teilprojekt *ELSA PSY* angefertigt. Mit dem Ziel ungewollt schwangeren Frauen die bestmögliche medizinische und psychosoziale Unterstützung zu ermöglichen, ist das Projekt zwischen Wissenschaft und Praxis angesiedelt. Dementsprechend sollen die gewonnenen wissenschaftlich-empirischen Erkenntnisse der Studie als Grundlage für praktische Versorgungs- und Unterstützungsarbeit dienen. Im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens stehen dabei die Frauen selbst; anknüpfend an internationale Forschungserkenntnisse, „nach denen nicht der Abbruch einer Schwangerschaft als solcher, sondern die ungewollt eingetretene Schwangerschaft unter schwierigen Lebensumständen die Belastung erzeugt“ (ELSA-Studie 2021), sind die persönlichen Erfahrungen wie auch die individuellen Lebens- und Problemlagen der ungewollt Schwangeren zentral für die Untersuchung. Dafür werden in der *ELSA*-Studie sowohl die Ressourcen als auch spezifische Herausforderungen und Belastungen, die im Kontext einer ungewollten Schwangerschaft – ausgetragen oder abgebrochen – entstehen können, ermittelt und erhoben. Unter Einbezug der Erfahrungen von Fachkräften und Verbänden wird zudem die individuelle um eine institutionelle Perspektive erweitert. Ebendiese Verzahnung auf verschiedenen Ebenen soll es ermöglichen den Untersuchungsgegenstand sowohl detailliert als auch dynamisch zu erfassen, um daran anschließend eine Intervention gemäß tatsächlichen Bedarfen ungewollt Schwangerer zu konzipieren.

Die Teilnehmerinnen der Studie(n) sind Frauen mit abweichenden Schwangerschaftsintentionen und Ausgängen. Dabei liegt in den sechs Teilprojekten der *ELSA*-Studie der Forschungsschwerpunkt auf Frauen mit „besondere[r] Vulnerabilität“ (ELSA PSY 2021), wie bspw. Gewalt- und Migrationserfahrungen, Traumatisierungen oder – wie im Teilprojekt *ELSA PSY* – psychischen Belastungen.

*ELSA PSY* knüpft an bisherige Befunde an, die belegen, dass Frauen mit psychischen Belastungen einem erhöhten Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft ausgesetzt sind und „aufgrund spezifischer reproduktiver Risiken sowie soziokultureller Faktoren mit besonderen Herausforderungen im Umgang mit der Schwangerschaft konfrontiert sind.“

(ELSA PSY 2012) Andere Untersuchungen liefern wiederum Hinweise darauf, dass eine ungewollte Schwangerschaft zum Auftreten psychischer Belastungen führen könnte. Die Abhängigkeit der zwei Merkmale scheint also gegeben und empirisch nachgewiesen; die Richtung des Zusammenhangs variiert jedoch je nach Studie. Eben solche Varianz deutet exemplarisch auf die lückenhafte nationale wie internationale Forschungslage in diesem Bereich hin.

Mit dem speziellen Fokus auf psychische Belastungen leistet das Teilprojekt *ELSA PSY* einen wissenschaftlichen Beitrag um diese Lücke zu schließen. Ziel ist es, „bestehende psychosoziale Problemlagen“ (ELSA PSY 2021) bei Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft oder im weiteren Verlauf zu untersuchen. Dabei werden vorherrschende Einstellungen zu ungewollten Schwangerschaften und Verhaltensweisen im Umgang mit dieser ermittelt. Zudem werden etablierte Unterstützungs- und Beratungsangebote hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit, dem subjektiven Bedarf der Betroffenen und der Inanspruchnahme beleuchtet.

Die Datenerhebung erfolgt mittels eines repräsentativen Online-Fragebogens. Eingeschlossen werden Frauen mit einer ungewollt aufgetretenen Schwangerschaft, die entweder abgebrochen oder ausgetragen wurde. Vertiefend werden narrativ-biografische Interviews geführt, die die „subjektiven Sinnkonstruktionen im Umgang mit einer ungewollten Schwangerschaft im Kontext einer psychischen Belastung“ (ELSA PSY 2021) verdeutlichen sollen.

In Anknüpfung an das Forschungsvorhaben *ELSA* und das Teilprojekt *ELSA PSY* dient die vorliegende Arbeit als systematische Übersicht aktueller Forschung zu dem Thema Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastung. Dieser Beitrag zielt auf eine detaillierte Betrachtung und Darstellung bisheriger Befunde sowie die kritische Einordnung und Analyse dieser hinsichtlich ihrer Methodik und Inhalte ab. Zudem werden die Ergebnisse im Kontext aktueller Debatten betrachtet und diskutiert. In Kapitel 3 wird die Methodik der systematischen Übersichtsarbeit beschrieben, sowie in den Kapiteln 3.1.2 bis 3.1.5 das schrittweise Verfahren der Literaturrecherche detailliert erläutert.

## 2.1 Schwangerschaftsabbruch in der BRD – historische und gegenwärtige Verhältnisse

Um bestehende Polarisierungstendenzen und die Schärfe gesellschaftlicher und politischer Debatten rund um Schwangerschaftsabbrüche nachzuvollziehen, bedarf es zunächst einer Klärung der rechtlichen Grundlagen. Ein historischer Abriss zur Genese des Paragraphen 218 soll zusammenfassend die wesentlichen Meilensteine und Entwicklungen des s.g. Abtreibungsparagraphen – vom Inkrafttreten bis heute – umreißen. Dabei liegt der Fokus auf der Rechtsgrundlage der Bundesrepublik Deutschland (BRD). Anzumerken ist zudem, dass reproduktive Rechte und Gesundheit von Frauen historisch schon immer ein ideologisches Kampfterrain waren und noch immer sind. Die Manifestation dieser Landnahme des weiblichen Körpers in Form von Gesetzen ist somit auch immer ein Abbild des herrschenden Geschlechterverhältnisses im Allgemeinen.

2021 jährte sich das Bestehen des Paragraphen 218 zum 150sten Mal. Demnach stehen in Deutschland seit 1871 Schwangerschaftsabbrüche unter Strafe. Zur Zeit der Einführung des Paragraphen drohte Frauen, die dennoch einen Abbruch vornahmen mindestens sechs Monate Gefängnis oder gar bis zu fünf Jahren Zuchthaus (Deutscher Bundestag 2017a). Eine 1927 in Kraft getretene Gesetzesänderung der Weimarer Republik ermöglichte fortan zwar straffreie Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation (ebd.); darüberhinausgehende Bestrebungen den Abtreibungsparagraphen zu reformieren oder gar ersatzlos zu streichen scheiterten jedoch. Während des Nationalsozialismus verschärfen sich die ohnehin schon restriktiven Regelungen zunehmend, sodass sich die bereits prekäre Lage für Frauen, die eine Schwangerschaft beenden wollten, gravierend verschlechterte. Fortan unterstand die biologische Reproduktion der „Rassen-“ und Bevölkerungspolitik der Nationalsozialisten, die im Sinne der „Reinhaltung des Deutschen Volkes“ geführt wurde.

Mit dem Ende des Krieges 1945 und dem daran anschließenden Herausbilden zweier deutscher Staaten nahm auch die Debatte um Schwangerschaftsabbrüche verschiedene Verläufe. In den anschließenden Reformdiskussionen um die „fundamentalen Fragen von Frauengesundheit und Frauenrechten“ spiegelte sich das jeweilige politische Selbstverständnis und die „divergierenden gesellschaftlichen Situationen“ (Busch/Hahn 2021: 81) der beiden deutschen Staaten wider.

So übernahm die BRD den Paragraphen 218 fast identisch in das neue Strafgesetzbuch. Lediglich die 1943 eingeführte Todesstrafe erfuhr eine verfassungskonforme Anpassung

und wurde 1953 aufgehoben. Weiterhin galt also ein allgemeines Abbruchsverbot mit Ausnahme der medizinischen Indikation. Mit dem Aufkommen progressiver gesellschaftlicher Kräfte – wie der Studierendenbewegung oder sozialliberalen Koalition – erhöhte sich seit Beginn der 1970er Jahre auch der Druck auf politische Akteur\*innen. Die von der sozialliberalen Koalition geforderte Fristenregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch mit erfolgter ärztlicher Beratung bis zu zwölf Wochen straffrei durchgeführt werden kann, wurde 1975 jedoch vom Bundesrat trotz Stimmenmehrheit für verfassungswidrig erklärt (vgl. Deutscher Bundestag 2017a). Im 1976 reformierten Paragraf 218 waren Schwangerschaftsabbrüche zwar weiterhin verboten und unter Strafe gestellt, wurden jedoch um den Zusatz ergänzt, dass bei Frauen, die aus einer besonderen Bedrängnis heraus die Schwangerschaft beenden wollten, dies straffrei nach Feststellung einer entsprechenden Indikation und Beratung vornehmen lassen konnten.

In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) wurden Schwangerschaftsabbrüche hingegen ab 1950 außerstrafrechtlich durch das Mutterschutzgesetz geregelt. Das „Gesetz zum Schutz von Mutter und Kind“ sah jedoch lediglich eine enge medizinische oder eugenische – also Erbkrankheiten betreffende – Indikation vor und verfolgte maßgeblich eine geburtenfördernde Politik (vgl. Busch/Hahn 2021: 84f.). Obwohl Schwangerschaftsabbrüche nicht unter Strafe standen geriet das Gesetz zunehmend in die Kritik – auch mit einem Fingerzeig Richtung anderer sozialistischer Bruderstaaten, in denen liberalere Regelungen herrschten. Erst 1965 erhielten Frauen, durch die Liberalisierung des Paragrafen das Recht Schwangerschaftsabbrüche aufgrund sozialer Indikation durchführen zu lassen (vgl. ebd: 86) . Schließlich wurde 1972 die Fristenregelung in der DDR eingeführt. Diese ermöglichte es Frauen bis zur zwölften Woche der Schwangerschaft einen ärztlichen Abbruch vorzunehmen. Dabei war keinerlei Offenlegung von Motiven mehr notwendig (vgl. ebd: 92).

Liberalisierungsversuche auf rechtlicher Ebene waren stets von gesellschaftlichen Debatten, die sich im Kern mit dem Aufbrechen patriarchaler Strukturen und Geschlechterrollen – insbesondere einem idealisierten und überladenen Mutterbild – und Themen der Frauengesundheit, wie dem Recht auf Selbstbestimmung und Zugang zu Verhütungsmitteln auseinandersetzen, begleitet (vgl. ebd).

Mit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten 1990 bot sich erneut eine Chance, den Paragrafen 218 aus dem Strafgesetzbuch zu streichen. Diese wurde bis dato nicht genutzt.

### 2.1.1. §218 – Rechtliche Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen

Seit dem 1. Oktober 1995 besteht eine Kombination aus der Fristen- und Indikationslösung, die s.g. “nicht-rechtfertigende Fristenlösung mit Beratungspflicht” (Deutscher Bundestag 2017b), welche im „Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz“ verankert ist (Warmbrunn/Wied 2012: 744) Dieser Regelung nach ist ein Schwangerschaftsabbruch in Deutschland grundsätzlich strafbar (§ 218 StGB); unter bestimmten Umständen bzw. Voraussetzungen kann dieser jedoch straffrei und rechtmäßig von ärztlichem Personal durchgeführt werden. Unterschieden wird dabei zwischen einem Schwangerschaftsabbruch mit oder ohne Indikation. Schwangerschaftsabbrüche ohne Indikation, auch als elektive oder freiwillige Abbrüche bezeichnet, sind im Rahmen dieses Reviews von besonderem Interesse. In den folgenden Abschnitten wird näher auf die unterschiedlichen Arten des Schwangerschaftsabbruchs eingegangen (ebd.).

#### (1) medizinisch-soziale Indikation, gemäß §218a Absatz 2 StBG

Diese liegt vor, wenn das Leben der Schwangeren gefährdet „oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren gegeben ist“ (ebd). Die Voraussetzung für das Beenden der Schwangerschaft ist die Feststellung einer medizinischen Indikation, die schriftliche Einwilligung der Frau und die schriftliche Indikationsstellung durch ärztliches Personal. Durchgeführt werden darf der Abbruch nur von einem anderen unabhängigen Arzt. Für Schwangerschaftsabbrüche mit medizinisch-sozialer Indikation sieht der Gesetzgeber keine zeitliche Frist vor. Die medizinische Indikation schließt neben den Gefahren für Schwangere schwere Fehlbildungen oder andere vergleichbar schwerwiegende Erkrankung des Embryos mit ein. Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch mit medizinisch-sozialer Indikation werden vollständig von der Krankenkasse übernommen (vgl. Stadt Nürnberg 2021).

#### (2) kriminologische Indikation

Die kriminologische Indikation ist als ein Teilbereich der medizinischen Indikation zu verstehen. Sie greift „bei sexuellem Missbrauch\* von Kindern (unter 14 Jahren), Vergewaltigung\*, sexueller Nötigung und sexuellem Missbrauch Widerstandsunfähiger (§ 218a Absatz 3 StGB) (Stadt Nürnberg 2021). Bei einem Abbruch mit kriminologischer Indikation muss im Gegensatz zur medizinisch-sozialen die Frist von zwölf Wochen ab



der Empfängnis eingehalten werden. Nur innerhalb dieses Zeitraums kann die Schwangerschaft nach § 218a Absatz 3 StGB beendet werden.

### (3) beratener Schwangerschaftsabbruch

Das Beenden einer Schwangerschaft nach der Beratungsregel (§ 218a Absatz 1 StGB) – bekannt als freiwilliger Schwangerschaftsabbruch oder auch Schwangerschaftsabbruch ohne Vorliegen einer Indikation – betrifft in Deutschland ca. 96% der Frauen, die einen Abbruch durchführen lassen (vgl. Huss et al. 2021: 2806; GENESIS 2021a). Ein Abbruch gemäß der Beratungsregel ist rechtswidrig, bleibt aber straffrei und tatbestandlos (Warmbrunn/Wied 2012: 744).

Die Schwangerschaft darf ohne Vorliegen einer Indikation gemäß dem Gesetz nur innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Empfängnis vorgenommen werden. Dies entspricht vierzehn Wochen nach Beginn der letzten Regel (vgl. Stadt Nürnberg 2021). Diese Art des Schwangerschaftsabbruches ist zwingend an die gesetzlich vorgeschriebene Beratung in einer anerkannten Beratungsstelle gebunden und darf nur nach der Einhaltung der vorgeschriebenen Bedenkzeit und der Ausstellung der Beratungsbescheinigung erfolgen. Liegt keine „anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung“ (Bundesamt für Justiz) nach §12 Absatz 2 SchKG vor, ist grundsätzlich kein medizinisches Personal gesetzlich dazu verpflichtet einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Mit dem Verweis auf persönliche ethisch-moralische Konflikte können sie das Durchführen des Abbruchs ablehnen (vgl. Rocca et al. 2012). Ärzt\*innen sind nicht zu der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet. Allerdings muss ärztliches Personal schwangere Frauen, die einen Abbruch wünschen medizinisch untersuchen und beraten (vgl. Warmbrunn/Wied 2012: 744). Elektive Schwangerschaftsabbrüche sind keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

### 2.1.2 Schwangerschaftsabbrüche – ein medizinischer Exkurs

Unter einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Abtreibung ist die „absichtlich herbeigeführte Beendigung einer ungeplanten, unerwünschten oder das Leben der Mutter bedrohenden Schwangerschaft vor Erreichen der Lebensfähigkeit von Embryo oder Fetus außerhalb des mütterlichen Körpers“ (ebd.) zu verstehen. Im Englisch wird häufig der Terminus *termination of pregnancy* (TOP) verwendet.

Grundsätzlich gibt es verschiedene medizinische Verfahren durch die eine Schwangerschaft beendet werden kann. Schwangere, die einen Abbruch durchführen lassen, haben in Deutschland jedoch kaum bis keinen Einfluss auf die Methode. Maßgeblich sind sie von denen zur Verfügung stehenden Zugängen in Wohnortnähe abhängig. Entsprechend sind Frauen häufig dazu gezwungen der angebotenen Methode in unmittelbarer Nähe zuzustimmen, selbst, wenn es sich bei dieser nicht um die Methode ihrer Wahl handelt oder gar nicht der medizinisch schonendsten Behandlung entspricht. Aufgrund §219a können sich Frauen zudem nur schwer darüber informieren, ob Ärzt\*innen Abbrüche durchführen und wenn ja, welche medizinischen Verfahren sie anwenden (vgl. pro familia Bundesverband 2019). Die Regelungen führen dementsprechend dazu, dass die Schwangeren weder Wahlfreiheit über die Methode, Anästhesiemittel oder zwischen ambulanter und stationärer Durchführung haben.

Im Folgenden wird ein Überblick über die in Deutschland gängigen Methoden ärztlich eingeleiteter Schwangerschaftsabbrüche (ICD10: O04) gegeben.

#### (i) Chirurgische Methode

Bei der chirurgischen – auch: instrumentellen – Methode wird der Gebärmutterhals der Frau geweitet (Dilatation), um anschließend mittels der Absaugmethode (Saugkürettage), der instrumentellen Kürettage (Ausschabung) oder einer Kombination der beiden Verfahren die Schwangerschaft zu beenden (vgl. Warmbrunn/Wied 2012: 744) . Die Saugkürettage findet in Deutschland bei 60% der Schwangerschaftsabbrüchen Anwendung; im Jahr 2020 wurde diese Methode 54.899-mal angewendet (GBE 2021). Obwohl die instrumentelle Kürettage laut WHO als „veraltet und risikoreich“ (pro familia Bundesverband 2019) eingestuft wird, wird das Verfahren noch immer vergleichsweise häufig in Deutschland durchgeführt: Bei 15% der Schwangerschaftsabbrüche – was einer Zahl von 12.080 entspricht – wurden 2020 Ausschabungen vorgenommen. Laut pro familia findet die Methode der Kürettage im europäischen Ausland keine Verwendung mehr (ebd.).

Grundsätzlich werden chirurgische Schwangerschaftsabbrüche unter Narkose durchgeführt, wobei die Frauen wenig Einfluss auf die Art der Narkose haben. Zur Öffnung des Muttermundes erhalten die Frauen vor dem Eingriff Prostaglandin. Anschließend erfolgt die Dehnung des Zervixkanals, woraufhin die Absaugung bzw. Ausräumung der Gebärmutter stattfinden kann. Der eigentliche Eingriff dauert in der

Regel zehn Minuten, wobei die Patientinnen danach noch überwacht werden (Bauer/Brendel/Stiefel 2020: 210).

#### (ii) Pharmakologischer Schwangerschaftsabbruch

Bei der pharmakologischen oder auch medikamentösen Methode erhält die Frau weheneinleitende Medikamente. Durch die Verabreichung von Prostaglandinen, die nach dem Schema „erst Mifepriston [...] und anschließend Misoprostol“ (ebd.) verabreicht werden, wird die „Spontanausstoßung der Frucht“ (Warmbrunn/Wied 2012: 743) eingeleitet. Teilweise ist nach dieser Anwendung jedoch zusätzlich noch eine instrumentelle Ausräumung der Gebärmutter nötig (Bauer/Brendel/Stiefel 2020).

### 2.1.3. Schwangerschaftskonfliktberatung und Schwangerschaftskonfliktgesetz

Wie bereits erwähnt muss eine Schwangerschaftskonfliktberatung (SKB) obligatorisch vor einem freiwilligen Abbruch erfolgen – Schwangerschaftsabbrüche mit einer Indikation sind davon befreit. Die Beratung unterliegt dabei einem Regelwerk, welches gesetzlich im §219 StGB/§5 SchKG festgehalten ist. So darf die Bescheinigung lediglich von einer staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstelle und erst drei Tage nach der Beratung ausgestellt werden. Obwohl es sich bei der Schwangerenkonfliktberatung um eine Pflichtberatung handelt ist sie dennoch klar von einer Zwangsberatung abzugrenzen; die Gesetzgebung hebt hervor: „der Beratungscharakter schließt aus, daß die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frau erzwungen wird“ (§5 SchKG).

Die Beratung selbst und die daran anschließende als „Bedenkzeit“ bekannte Frist dienen dabei v.a. dem Schutz des ungeborenen Lebens und sollen der schwangeren Frau helfen eine gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Da die Schwangerenberatung den jeweiligen Länderministerien unterliegt, sind diese dazu verpflichtet ein ausreichendes Angebot wohnortnaher Beratungsstellen zur Verfügung zu stellen. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Frauen nachzukommen, gibt es Schwangerschaftsberatungsstellen mit „unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung“ (§3 SchKG); so wird die Schwangerschaftskonfliktberatung sowohl von sozialen (bspw. pro familia) als auch kirchlichen Trägern (bspw. Caritas) oder Gesundheitsämtern angeboten. Wie pro familia berichtet, nehmen jedoch seit einigen Jahren regionale Versorgungsproblematiken zu, da sich die Anzahl von ärztlichem

Personal und einschlägigen Einrichtungen kontinuierlich reduziert. So kam es zu einem Rückgang von 40% in den letzten Jahren (pro familia Bundesverband 2019).

Grundsätzlich – unabhängig von deren inhaltlichen Ausrichtungen – sind die Stellen dazu verpflichtet die Schwangeren als Verantwortungsträgerinnen zu achten und sie ergebnisoffen zu beraten. Die Beratung soll aus diesem Grund weder einen belehrenden noch moralischen Charakter enthalten, sondern ergebnisunabhängig „ermutigen und Verständnis wecken“ (§5 Abs. 1 SchKG). Die kostenlose Pflichtberatung kann – je nach Wunsch – anonym erfolgen und soll den Frauen die Möglichkeit bieten die Beweggründe für einen Schwangerschaftsabbruch darzulegen. Angaben zum Grund des Abbruches sind zwar notwendig für das Ausstellen der Bescheinigung, werden jedoch nicht „überprüft“. Je nach Beratungssituation können die schwangeren Frauen zudem Informationen zu entsprechenden rechtlichen, medizinischen oder sozialen Fragen erhalten. Bei Bedarf werden sie über die Geltendmachung von Rechtsansprüchen aufgeklärt und erhalten Informationen zu praktischen Unterstützungs-, und Hilfsangebote, die ggf. die Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtern können (vgl. Stadt Nürnberg 2021). Hat die Schwangere den Wunsch, so können je nach Bedarf weitere Beratungstermine vereinbart werden. Die Fortsetzung einer Beratung darf dabei jedoch nicht an die Ausstellung der Beratungsbescheinigung gekoppelt sein. Gemäß §218a Abs.1 StGB muss diese direkt nach der ersten Beratung ausgestellt werden, damit die Frau den Schwangerschaftsabbruch am vierten Tag nach der Pflichtberatung durchführen lassen kann.

#### 2.1.4. §219 Werbeverbot – ein Exkurs

Medial entfachte sich 2017 der Streit um den Paragraphen 219a mit der Verurteilung der Ärztin Kristina Hänel durch das Amtsgericht Gießen. Hänel wurde von einem christlich-fundamentalistischen Abtreibungsgegner angezeigt und beschuldigt auf ihrer Website für Schwangerschaftsabbrüche zu werben. Dies ist Ärzt\*innen gemäß dem §219a Abs.1 StGb untersagt. Wer Schwangerschaftsabbrüche öffentlich „anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft“ (Bundesamt für Justiz). In ihrer 30-jährigen Berufspraxis als Ärztin, während derer sie auch Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt hatte, wurde Hänel bereits zweimal angezeigt. Die Anzeige im Jahr 2017 stellte für Hänel jedoch insofern ein Novum dar, als sie diesmal tatsächlich vor Gericht erscheinen musste und zu

einer Geldstrafe in Höhe von 6.000€ verurteilt wurde (vgl. Millar 2020: 16). Hänel, die im Paragraf 219a v.a. unterlassenen Informationszugang für Frauen in Not sieht, „argumentierte, sie werbe nicht für Abtreibungen, sondern liefere den Frauen lediglich wichtige Informationen über den Eingriff“ (ebd.). Kristina Hänel, aber auch Nora Szász oder Bettina Gaber, um nur einige zu nennen, stehen exemplarisch für der Kampf für eine Streichung oder Überarbeitung des Paragrafen 219a, was es erlauben würde, Frauen straffrei über Schwangerschaftsabbrüche aufklären zu können (vgl. Hänel/Hecht 2021).

Auf die Anzeige folgend wurde 2017 dem Deutschen Bundestag eine Petition mit 150.000 Unterschriften vorgelegt, in der Hänel eine Gesetzesreform des Paragrafen 219a forderte (ebd.). Dennoch wurde einer Neufassung erst im Februar 2019 durch CDU/CSU und SPD (371 Ja-Stimmen zu 277 Nein-Stimmen) zugestimmt. Der Neuentwurf enthält zusätzliche eine Ergänzung um Absatz 4. Dieser ermöglicht es, dass Ärzt\*innen, Krankenhäuser und weitere Einrichtungen öffentlich – also bspw. auf ihren Websites – und straffrei darüber informieren dürfen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen (vgl. Deutscher Bundestag 2019). Noch immer sind Informationen über die methodische Durchführung davon ausgeschlossen, können jedoch über Verlinkungen zu entsprechenden Stellen eingesehen werden. Zudem wurde ein zentrales Register, welches alle Ärzt\*innen listet, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, erstellt und zur öffentlichen Nutzung bereitgestellt.

Eine Gesetzesvorlag von der Fraktion Die Linke, welche auf eine Änderung des Strafgesetzbuches abzielte, wie auch ein Gesetzesentwurf der Partei Bündnis 90/Die Grünen wurde derweil mit hoher Mehrheit der anderen Mitglieder des Bundestages abgelehnt. Die Abschaffung des Paragrafen 219a ist von der kommenden Bundesregierung (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP) geplant.

#### 2.1.5. Statistiken zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland

Das Statistische Bundesamt (GENESIS) erhebt jährlich die Zahlen zu den durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen. Im zweiten Quartal 2021 wurden in Deutschland 22.900 Schwangerschaftsabbrüche an das Statistische Bundesamt gemeldet, was im Vorjahresvergleich einem Rückgang von 8,5% entspricht. Mit einem Anteil 69% wird dabei die deutliche Mehrheit der Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung durchgeführt, während die restlichen 4% auf eine medizinische oder kriminologische Indikation zurückgeführt werden konnten. Zudem zeigen die erhobenen Daten, dass

Schwangerschaftsabbrüche mit steigendem Alter abnehmen: so waren 69% zwischen 18 und 34 Jahre alt, weitere 20% zwischen 35 und 39, nur 8% der Frauen waren 40 Jahre oder älter und lediglich 3% unter 18 Jahren (GENESIS 2021b).

Das am häufigsten verwendete Verfahren zur Beendigung einer Schwangerschaft im zweiten Quartal 2021 ist mit 52% die Absaugmethode. Im Vorjahr wurden insgesamt 54.899 Schwangerschaftsabbrüche mittels Vakuumaspiration unternommen – im Vergleich zu 12.080 mit der instrumentellen Kürettage und 28.943 Frauen, bei denen eine Kombination von Mifegyne/Mifepriston – einer Form des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs – angewandt wurde. Letztgenanntes Verfahren wurde im zweiten Quartal 2021 bei 32% der Frauen angewendet. Laut der Statistik erfolgten diese Eingriffe überwiegend ambulant in Arztpraxen oder OP-Zentren (81%) und weitere 16% ambulant in Krankenhäusern (GBE 2021).

Mit kleinen Schwankungen ist seit 1996 (Total: 130.899) ein stetiger Rückgang an Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland bis ins Jahr 2020 (Total: 99.948) zu verzeichnen (ebd). Ein Trend, der sich weltweit beobachten lässt. Laut dem Guttmacher Institute (2020) findet aber noch immer rund die Hälfte der weltweiten Abbrüche unter unsicheren Bedingungen statt. Dies betrifft vor allem die Länder des Globalen Südens. In den s.g. Schwellenländern werden deutlich mehr Abbrüche durchgeführt, so waren es 2008 insgesamt etwa 38 Millionen, was der sechsfachen Menge der in den Industrieländern vorgenommenen Abbrüche entspricht. Laut Schätzungen der WHO findet noch immer ein Zehntel aller Abbrüche unter unsicheren Bedingungen statt und bildet damit die Todesursache für einen von acht Fällen von Müttersterblichkeit (Hosseini-Chavosi et al. 2012).

## 2.2. Psychische Belastung – eine begriffliche Annäherung

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass bis dato keine einheitliche Definition für psychische Belastung oder Krankheit vorliegt. Jede Definition des Begriffs der psychischen Belastung verweist je schon auf das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit, das sich zudem als ein Verhältnis von Normalität und Abweichung fassen lässt. Was als ‚normal‘ und folglich ‚gesund‘ gilt, entspringt einer Norm und folglich einem bestimmten kulturellen, historischen und gesellschaftlichen Kontext. Ausgehend von diesen Normen werden Unterscheidungen zwischen ‚normal‘ und ‚abweichend‘ bzw. ‚gesund‘ und ‚pathologisch‘ getroffen. Diese Unterscheidungen implizieren nicht einfach

Tatsachenurteile, sondern müssen als normative Werturteile verstanden werden. In seiner begriffs- und theoriegeschichtlichen Untersuchung *Das Normale und das Pathologische* (1977) weist Georges Canguilhem nach, dass der Begriff des Normalen einer Norm und weniger einem objektiv bestimmbareren Durchschnittswert entspricht. Daraus folgt, dass sich das Pathologische als Übermaß oder Mangel bzw. als ein Zuviel oder Zuwenig in Bezug auf ein als wünschenswert erachtetes Maß, d.h. in Bezug auf eine Norm bestimmen lässt, was den normativen Charakter des vermeintlich Normalen erkennen lässt.

Veranschaulichen lässt sich dies beispielhaft an der Gesundheitsdefinition der WHO, in der Gesundheit zunächst als „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, zitiert nach Sauter et al. 2011: 84) und weiter als die Fähigkeit bestimmt, mit „normal stresses of life“ (WHO 2018) umgehen zu können. Es gibt folglich keine psychische Belastung bzw. Erkrankung und Gesundheit an sich; was als gesund oder belastend bestimmt wird, kann jeweils nur im Zusammenhang mit einer Situation, auf die die betroffene Person reagiert – in diesem Fall eine ‚normale Stresssituation‘ – beurteilt werden. Dabei bleibt unbestimmt, welcher Maßstab zur Bestimmung dieser ‚normalen Stresssituation‘ angewandt werden soll und anhand welches Maßstabs die jeweilige Reaktion als gesundes Normalverhalten oder psychische Belastung bestimmt werden soll. Entscheidend ist folglich und Canguilhem (1977: 102) zufolge die Frage, „bis zu welchen Abweichungen von einem rein theoretischen Durchschnittswert die Personen für normal gehalten werden.“

Die Begriffe ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ verweisen folglich aufeinander und können nicht als solche, losgelöst von ihrem Gegenteil bestimmt werden. Die Unterschiede sind eher qualitativer bzw. gradueller Art und „die Grenze zwischen ‚normal‘ und ‚krank‘ ist fließend“ (Finzen 2018, zitiert nach Weinmann 2019: 218). Ferner besitzen beide Begriffe nicht nur keinen objektiv bestimmbareren biologischen oder psychologischen Charakter, sondern verweisen in ihrem normativen Gehalt je schon auf spezifische kulturelle, gesellschaftliche und politische Kontexte, Prägungen, Interessenkonflikte und Deutungskämpfe. Daraus folgt, dass Vorstellungen über psychische Krankheit und ihre Ursachen stark in unterschiedlichen Zeitepochen differieren (vgl. Sauter et al. 2011: 82) und die Rekonstruktion des jeweiligen sozio-kulturellen Kontexts von zentraler Bedeutung ist, um ein Verständnis von psychischer Krankheit zu erhalten (vgl. Weinmann 2019). So mag es Sauter et al. zufolge zwar „eine Reihe von psychischen Störungen in allen Zeitepochen und Kulturen“ (2011: 83) geben, was jedoch keineswegs impliziert, dass dem Konzept der psychischen Erkrankung bzw. Belastung eine kultur-

und epochenübergreifende Gültigkeit zugesprochen werden kann, insofern „keine überall oder weitgehend geteilte Vorstellung von ‚psychisch‘ und auch von ‚psychischer Gesundheit‘ gibt“ (Summerfield 2018, zitiert nach Weinmann 2019: 218).

Neben der theoretischen Unbestimmtheit, Normativität und Bedingtheit durch den jeweiligen Kontext, ist die theoretische Fassung des Krankheitsbegriffs stark vom subjektiven Erleben der betroffenen Personen abhängig und durch den jeweils individuellen Krankheitsverlauf geprägt. Die genannten Faktoren machen es schwierig auf einer wissenschaftlichen Ebene eine präzise Definition, die unerlässlich für wissenschaftliche Forschung und Debatten ist, zu finden. „Deshalb kann“, so Sauter et al., „eine Definition von psychischer Krankheit nur ein ‚Konstrukt‘ von Experten sein, das auf einem Konsens in der Fachwelt und nicht auf dem Anspruch auf Übereinstimmung mit der Wirklichkeit beruht.“ (2011: 83) Die Funktion einer Definition liegt demnach vor allem in der Möglichkeit, sich mittels eines Mediums über die Krankheiten auszutauschen, ohne diese in Gänze verstehen und erklären zu können (ebd.).

Anstelle Krankheit als bloßes Gegenteil bzw. als Abwesenheit von Gesundheit zu bestimmen und in der Folge vor dem Problem zu stehen, eine Gleichung mit zwei unbekanntem bzw. unbestimmten Begriffen auflösen zu wollen, werden psychische Störungen zunehmend als „Funktionsstörungen“ bestimmt „und zwar in der Art und Weise wie Gefühle erlebt und geäußert werden, wie gedacht, geurteilt, gelernt wird, wie man sich verhält und wie das körperliche Erleben und Empfinden beeinflusst werden.“ (Ebd.) So verwerfen die internationalen Klassifikationssysteme der WHO und der APA den Krankheitsbegriff in Assoziation mit psychischer Gesundheit und verwenden stattdessen den *Disorder*-Begriff sowie ganzheitlichere und nicht-krankheitsorientierte Modelle. Damit stellen sie, so Weinmann (2019: 226) den Umstand in Rechnung, „dass psychologisches Leiden immer Teil sozialen Leidens ist und nicht zu trennen ist von der sozialen Bedeutung, welche die Erfahrung psychischen Stresses beeinflusst und formt.“ Statt also eine bloß medizinische Behandlung der Betroffenen isoliert von ihrer Lebenswelt und ihrer Einbindung in gesellschaftliche Verhältnisse zu verfolgen, müsse es Weinmann zufolge auch darum gehen, neben biologischen und psychologischen Einflussfaktoren auch sozioökonomische, soziale und umweltbedingte Bedingungen einzubeziehen und die Genesung der Betroffenen auch über den Weg der Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu verfolgen:



Die schmerzlich wahrgenommene ‚Andersheit‘ der Betroffenen kann überwunden werden, wenn sie über einen Beitrag für die Gemeinschaft oder die Familie Wertvolles und Geschätztes leisten. Der Ansatz der Verminderung von Stigmatisierung zielt nicht auf das Individuum, dem durch die Erwartung von ‚Behandlung‘ letztendlich die persönliche Verantwortlichkeit zugeschrieben wird, sondern auf die Gemeinschaft, die ja letztendlich für die zugrunde liegenden strukturellen Ungleichheiten, die zu psychischem Leid beitragen können, mitverantwortlich ist. (Ebd.)

Es wurde gezeigt, dass die Erhebung psychischer Belastungen aufgrund der Abwesenheit einheitlicher Definitionen und objektiv messbarer Kriterien vor einer Vielzahl von Hindernissen steht. In der vorliegenden Übersichtsarbeit soll dennoch die Definition der WHO von *mental health* verwendet werden. Liegt eine Störung der psychischen Gesundheit vor, so kann von einer psychischen Belastung gesprochen werden. Im Rahmen der ELSA Studie wurde bewusst der Begriff der psychischen Belastung dem der psychischen Krankheit oder Störung vorgezogen, da dieser weniger stigmatisierend, ausgrenzend und etikettierend und daher vermutlich ansprechender für betroffene Frauen ist. Insofern der Krankheitsbegriff eine starke Fixierung auf die kranken Anteile impliziert und Gefahr läuft, die Ressourcen und gesunden Anteile der Betroffenen zu marginalisieren, weist die Wahl des Belastungsbegriffs einen differenzierteren Zugang und eine differenziertere Betrachtungsweise auf. Zudem sollen sich im Fall der ELSA-Studie auch Frauen angesprochen fühlen und Teil der Studie sein, bei denen keine klinische Diagnose vorliegt.

### 2.3. Die Debatte um das *Post-Abortion-Syndrome*

Im vorangegangenen Kapitel wurde die gesellschaftspolitische Normativität und zeithistorische Bedingtheit des begrifflichen Oppositionspaares ‚Krankheit/Gesundheit‘ und dessen Rückbindung an eine unterstellte ‚Normalität‘ – die nicht als sonstige gearteter Durchschnittswert, sondern vielmehr als Werturteil verstanden werden muss – postuliert. Exemplarisch zeigt sich die Einbindung des Krankheitsbegriffs in kulturelle Deutungskämpfe und seine Instrumentalisierung durch bestimmte gesellschaftspolitische Akteure anhand des s.g. *Post-Abortion-Syndrome* oder *-Stress* (PAS) bzw. *Post-Abortion-Stress-Syndrome* (PASS). Dieses wird hauptsächlich von Abtreibungsgegner\*innen postuliert und verwendet, um auf die vermeintlich schädlichen und nachteiligen Auswirkungen von Schwangerschaftsabbrüchen aufmerksam zu machen.

Die Verwendung des Syndrom-Begriffs sowie die Einordnung desselben in den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) – bspw. durch die Ärztin und Psychotherapeutin Pokropp-Hippen (Büchner/Kaminski 2006: 29) – suggeriert nicht nur, dass es sich um ein wissenschaftlich anerkanntes, erklär- und diagnostizierbares

Krankheitsbild handelt, sondern behauptet darüber hinaus eine direkte Verbindung zwischen einer psychischen Erkrankung und einem Schwangerschaftsabbruch. Geprägt wurde der Begriff von Dr. Speckhard, die diesen 1985 mit ihrer Dissertationsschrift einführte (Hoffmann 2013: 61) und der seitdem überwiegend in wissenschaftlichen Arbeiten mit einer religiösen Ausrichtung und Prägung Anwendung findet. Dabei liegt nachweislich keine wissenschaftliche Evidenz zum Bestehen eines solchen Syndroms vor. So werden zwar Depressionen, Suizidalität, Angsterkrankungen und Substanzkonsumstörungen werden den verschiedenen Krankheitsbildern, die im Rahmen eines vermeintlichen PAS auftreten können, zugeordnet, die zudem mit eklatanter Verzögerung, mithin erst Jahre später, nach einem Schwangerschaftsabbruch eintreten können. Angeführt werden dabei s.g. Trigger – bspw. durch die Jähmung des Abbruchs oder eine erneute Schwangerschaft –, ohne jedoch jene wissenschaftliche Evidenz für den Zusammenhang zwischen den Symptomen und dem Abbruch zu liefern, die nötig wäre, um das verzögerte Auftreten und die bloße Existenz eines PAS plausibilisieren und herleiten zu können.

Obwohl das PAS kein anerkanntes Krankheitsbild ist und weder im ICD-10 der WHO noch im DSM-IV oder APA als Störung geführt wird und keine evidenzbasierten wissenschaftlichen Belege für die Existenz eines solchen Syndroms bestehen, hält sich der Begriff hartnäckig in der Bevölkerung, findet er in Teilen der Wissenschaft trotz allem Anwendung und wird er als Argument und Rechtfertigung für Abtreibungsverbote verwendet. Indem der Begriff Frauen suggeriert, dass ein Schwangerschaftsabbruch gravierende psychische Folgen hervorrufen kann, fungiert er als Mahnung, interveniert er in die Entscheidungsfindungsprozesse und stellt er sich als vermeintliches Argument zum Schutz der betroffenen Frauen selbst dar.

Klar erkennbar wird in den sowohl wissenschaftlichen als auch gesellschaftlichen und ethischen Debatten um Schwangerschaftsabbrüche der Umstand, dass der Körper der Frau zum Schauplatz divergierender politischer und religiöser Deutungskämpfe und Interessenkonflikte wird, in denen im Namen des vermeintlichen Wohls der Frau sowie dem behaupteten Schutzbedürfnis des ungeborenen Lebens – man denke nur an die *Pro Life*-Bewegung – pseudowissenschaftliche Argumente mobilisiert werden, um Frauen zu bevormunden und ihr hart erkämpftes Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper zu beschneiden. Umso wichtiger ist es, aktuelle wissenschaftliche Befunde und die Bestrebungen der Forschung, die zur Klärung der Frage nach den Auswirkungen von Schwangerschaftsabbrüchen beitragen, auf ihre Methodik und Ergebnisse hin zu

untersuchen, um zu klären, ob und wenn ja, inwiefern ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen bzw. Belastungen infolge eines Schwangerschaftsabbruchs besteht. Mitverhandelt wird dabei nicht nur die Frage nach dem Verhältnis von psychischer Belastung und Gesundheit, sondern auch jenem zwischen Individuum und Gesellschaft oder Autonomie und herangetragenen Rollenerwartungen.

### 3. Zur Methode des *Systematic Literature Review*

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Grundlagen des *Systematic Literature Review*. Ziel dieser Form des wissenschaftlichen Arbeitens ist das Sammeln, Zusammenfassen und kritisch in Beziehung setzen allen verfügbaren aktuellen Wissens zu einem je bestimmten Untersuchungsgegenstand. Entlang einer oder mehrerer präziser Fragestellungen entscheidet sich, welche bereits publizierte Fachliteratur Eingang in die systematische Übersichtsarbeit findet. Diese Art des Reviews ist dafür ausgelegt Verzerrungen, die bspw. infolge selektiver Literatúrauswahl entstehen, zu minimieren (Guba 2008: 62). Das Review setzt sich aus zwei Hauptteilen zusammen: einem theoretisch-konzeptuellen und einem empirischen Teil. In dem ersten, vorangestellten Teil wird ein Überblick zu bestehenden Theorien, Modellen, Ansätzen oder Konzepten zu einem bestimmten Themenbereich gegeben. Diese theoretisch-konzeptuelle Rahmung erlaubt es die Ergebnisse des empirischen Teils rückzubinden, zu kontextualisieren und zu interpretieren. Im zweiten Teil der Arbeit werden zur Beantwortung der aufgestellten Forschungsfrage relevante empirische Arbeiten identifiziert. Mithilfe von elektronischen Datenbanken wird systematisch und methodisch kontrolliert nach zumeist empirischer Literatur gesucht. Mittels Stichwortsuche, der Kombination von Suchbegriffen oder eines Suchstrings werden gängige wissenschaftliche Datenbanken durchforstet. Ergänzend können durch eine manuelle Suche weitere Quellen ausfindig gemacht werden (ebd.: 63)

Zur Nachvollziehbarkeit werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche in einer dafür konzipierten Recherchetabelle und einer Literaturdatenbank, wie bspw. Citavi oder Zotero, verwaltet. Zur Umsetzung der Literaturrecherche bedarf es der Festlegung eindeutiger Ein- und Ausschlusskriterien, diese können sich unter anderem auf Publikationszeiträume, das Studiendesign, die verwendete Methode oder das Sample beziehen und leiten sich aus der Fragestellung und dem theoretischen Bezug des Reviews ab. Zur Eingrenzung der Treffer werden in einem ersten Schritt Titel und Abstract gelesen

und auf Relevanz für das eigene Thema hin bewertet. In einem weiteren Schritt werden die Studien hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Eignung bewertet und ggf. exkludiert. Das eigene wissenschaftliche Arbeiten wird aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit in einem Prisma Flow Chart dokumentiert. Nach erfolgter systematischer Auswahl der zu untersuchenden Datenbasis werden die identifizierten Studien systematisch codiert und mithilfe passender Programme, wie bspw. SPSS, Stata oder Excel, dokumentiert (ebd. 64f.)

In einem letzten Schritt erfolgt die Synthese der Befunde. Hierbei werden die einzelnen Forschungsarbeiten zusammengefasst, systematisch präsentiert und vor dem Hintergrund der theoretisch-konzeptionellen Rahmung der Arbeit interpretiert und diskutiert

### 3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Um zu vermeiden, dass entweder zu wenige oder eine unüberschaubare Menge an Treffern erzielt wird, wurden zu Beginn der Suche formale und inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Festgelegt wurde sich auf eine weltweite Suche, um bestmöglich den *state of the art* abzubilden. Dabei wurden Studien sowohl in deutscher als auch englischer, französischer und spanischer Sprache miteinbezogen. Zudem wurde das früheste Publikationsdatum auf 2011 beschränkt, um den aktuellen Stand der Forschung zu erfassen. Des Weiteren wurden sowohl unterschiedliche methodologische Zugänge als auch verschiedene Publikationsformen in der Suche zugelassen, um eine große Bandbreite von Forschungsweisen zu berücksichtigen. Der Fokus der Studien sollte auf ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit liegen. Dementsprechend wurden Studien exkludiert, welche die Schwangerschaftsintention nicht berücksichtigen, andere Auswirkungen als die der psychischen Gesundheit untersuchen oder solche, die Auswirkungen der ungewollten Schwangerschaft auf Dritte in den Blick nehmen. Ebenfalls wurden jene Studien ausgeschlossen, die Schwangerschaftsabbrüche im Zusammenhang mit fetalen Anomalien oder schwerwiegenden Risiken für die Schwangere untersuchen (s. Tabelle 1).

Nach der ersten Sichtung wurden die Ein- und Ausschlusskriterien anhand der Fragestellung nochmals spezifiziert.

Formale Einschlusskriterien	<b>1. Sichtung:</b> - Internationale Studien in deutscher, englischer, spanischer und französischer Sprache - alle Studienarten: qualitative und quantitative Studien, Kurz- und Längsschnittstudien, Querschnittsstudien, prospektive und retrospektive Studien	Inhaltliche Einschlusskriterien	<b>1. Sichtung</b> - Auswirkungen auf psychische Gesundheit (mental health outcomes as main question) - ausgetragene und abgebrochene ungewollte Schwangerschaft (unintended, unwanted, unplanned pregnancies)
	<b>2. Sichtung:</b> /		<b>2. Sichtung</b> - Alkoholabhängigkeit - Gefühle/ Glück
	<b>3. Sichtung:</b> - Heranwachsende > 18		<b>3. Sichtung</b> - psychische Belastung nach einem Abbruch
Formale Ausschlusskriterien	<b>1. Sichtung:</b> - Publikationen vor 2011	Inhaltliche Ausschlusskriterien	<b>1. Sichtung</b> - Schwangerschaftsintention wurde nicht berücksichtigt - Vorliegen fetaler Anomalien - bestehendes Risiko für Gesundheit der Frau - Untersuchungen, die sich auf die Auswirkungen auf Dritte, nicht die Schwangere fokussieren - Fokus liegt auf anderen Folgen einer ungewollten Schwangerschaft (physische Gesundheit, sozioökonomischer Status)
	<b>2. Sichtung</b> - Kommentare - Reviews - Graue Literatur/ Sekundärliteratur - Teenager		<b>2. Sichtung</b> - Interventionen - Vergewaltigung, Gewalt in Beziehungen (IPV), reproduktiver Zwang, Neonatizide - Studien mit Fokus auf Verhütungsmittel
	<b>3. Sichtung</b> - Postpartale Depressionen - Veteraninnen		<b>3. Sichtung</b> - Essstörungen - HIV - Alkoholkonsum
			<b>4. Sichtung</b> - Schizophrenie - Stigma - Stress - PTBS

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

### 3.2 Generierung des Suchstrings

In einem zweiten Schritt wurde auf Basis der dargelegten Ein- und Ausschlusskriterien der Suchstring generiert. Wie bereits erwähnt, ist es essentiell, dass die Konstruktion des Strings sowohl auf Sensitivität wie Spezifität ausgelegt, um sowohl die zentralen Themenbereiche wie auch die Breite von ungewollten ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften abzudecken.

#### 1. Version des Suchstrings:

("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR stress OR depression OR anxiety OR psychologic\* OR "substance abuse" OR schizophren\*) AND ("unintended pregnancy" OR "unplanned pregnancy" OR "unwanted pregnancy" OR "induced abortion" OR "voluntary abortion" OR "elective abortion")

In Rücksprache mit Kolleginnen wurde der String daran anschließend nochmals überarbeitet und verbessert, um die optimale Suchstrategie zu erhalten. Zusätzlich wurden die Schlagworte \*psychosis und \*psychotic verwendet.

#### 2. Version des Suchstrings:

("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR stress OR depression OR anxiety OR psychologic\* OR "substance abuse" OR schizo\* OR psychosis OR psychotic) AND ("unintended pregnancy" OR "unplanned pregnancy" OR "unwanted pregnancy" OR "induced abortion" OR "voluntary abortion" OR "elective abortion")

### 3.3 Zur Verwendung von Datenbanken

Zur Literaturrecherche herangezogen wurden die wissenschaftlichen Datenbanken PsycInfo, Web of Science und PubMed. Bewusst wurden Datenbanken genutzt, die eine Nähe zu verschiedenen Fachdisziplinen haben. PsycInfo ermöglicht den Zugriff auf Publikationen aus psychologischen, psychiatrischen, medizinischen und soziologischen Journalen. Eine ähnliche Bandbreite bietet Web of Science. PubMed hingegen ist v.a. auf medizinische Publikationen hin ausgerichtet. Dem 4-Augenprinzip folgend, wurden alle Treffer von mindestens zwei unabhängigen Reviewerinnen gesichtet.

Der zweite Suchstring, wie er in 3.1.2 dargestellt wurde, erzielte eine Gesamttrefferzahl von n=2391 Forschungsarbeiten. Davon wurden n=1125 in der

Datenbank PubMed, n=782 in Web of Science und bei PsycInfo via Ovid n=484 Treffer erzielt. Vorerst wurden alle Treffer in die Literaturdatenbanken Citavi und Zotero importiert. Bei automatischer und manueller Sichtung der Treffer zeigten sich Dopplungen von n=833 Forschungsarbeiten, welche anschließend gelöscht wurden. Nach Löschung der Dubletten beinhaltete die vorläufige Trefferliste n=1558.

### 3.4. Die Titel-Abstract-Sichtung

Anschließend wurde das Material in einem vierstufigen Verfahren gesichtet. Während der ersten Sichtung wurde die gesamte Trefferliste (n=1558) von zwei unabhängigen Reviewerinnen durchgearbeitet. Mittels der Titel-Abstract-Sichtung wurden in diesem Schritt die Forschungsarbeiten auf ihre Relevanz für eine vorläufige Datenbasis hin überprüft. Die Kriterien des Ein- bzw. Ausschlusses wurden zwischen den Reviewerinnen besprochen, abgeglichen und anschließend in der Literaturdatenbank dokumentiert. Studien, die schon anhand ihres Titels oder Abstracts als nicht relevant erachtet wurden, wurden von der weiteren Sichtung ausgeschlossen. Ebenso wurden Studien exkludiert, welche nicht den Zusammenhang zwischen einer ungewollten ausgetragenen/abgebrochenen Schwangerschaft und psychischer Belastung untersuchen. Nach der ersten Titel-Abstract-Sichtung verblieben schlussendlich n=332 Forschungsarbeiten. Dieses Verfahren wurde insgesamt viermal von zwei Reviewerinnen unter Einbezug angepasster Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt.

Die häufigsten formalen Ausschlussgründe waren das Alter der Schwangeren (unter 18 Jahren), die „falsche“ Untersuchungspopulation (wie bspw. Frauen mit postpartalen Depressionen oder Veteraninnen) oder eine unerwünschte Publikationsart (Dissertation, Kommentare, jegliche Form Grauer Literatur oder Reviews). Inhaltlich wurde eine große Anzahl an Studien mit dem Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaft und Verhütung ausgeschlossen. Ebenso wurden Studien zu HIV-Erkrankungen und Essstörung exkludiert, da diese Krankheitsbilder jeweils Spezifika aufweisen, die wiederum verzerrende Implikationen für den vorliegenden Forschungsgegenstand haben können. Ausgeschlossen wurden zudem Untersuchungen, welche ihren Fokus auf Gewalt in der Paarbeziehung, Vergewaltigung oder reproduktiven Zwang im Zusammenhang mit Schwangerschaft legen. In der vierten Sichtung wurden zusätzlich die Vorerkrankungen PTSD, Schizophrenie und Stress sowie Studien zu Stigmatisierung und

Schwangerschaftsabbrüchen als Ausschlusskriterien festgelegt. Nach Ende dieser letzten Sichtungswelle verblieben n=32 Titel, die in die Volltextsuche aufgenommen wurden.

### 3.5 Volltextsichtung der Studien

Nachdem die Titel-Abstract-Sichtung beendet war, wurde zu der Volltextsichtung der Studien übergegangen. Ziel war es einen vertiefenden Einblick in die Inhalte, Methoden, das Studiendesign und die Qualität der Arbeiten zu bekommen. Nach Sichtung der Volltexte wurden n=4 Studien mit Fokus auf psychische Belastungen vor einer (ungewollten) Schwangerschaft, n=2 Studien aufgrund der Sprache (Niederländisch und brasilianisches Portugiesisch) und n=2 Studien, bei welchen es sich um Metaanalysen handelte, exkludiert. Dies ergab eine schlussendliche Datenbasis von n=24 Studien für das Review.

Die gesamten Wellen der Sichtung sind in Abbildung 1 anhand eines Flussdiagramms dargestellt; ergänzend ist in Tabelle A1 (Anhang) eine ausführliche Dokumentation der Datenbanksuche festgehalten. Die Befunde dieser 24 Originalstudien werden ausführlich in Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit dargelegt, um sich daran anschließend einer kritischen Auseinandersetzung und Beurteilung des methodischen Vorgehens in Kapitel 5 zu widmen.



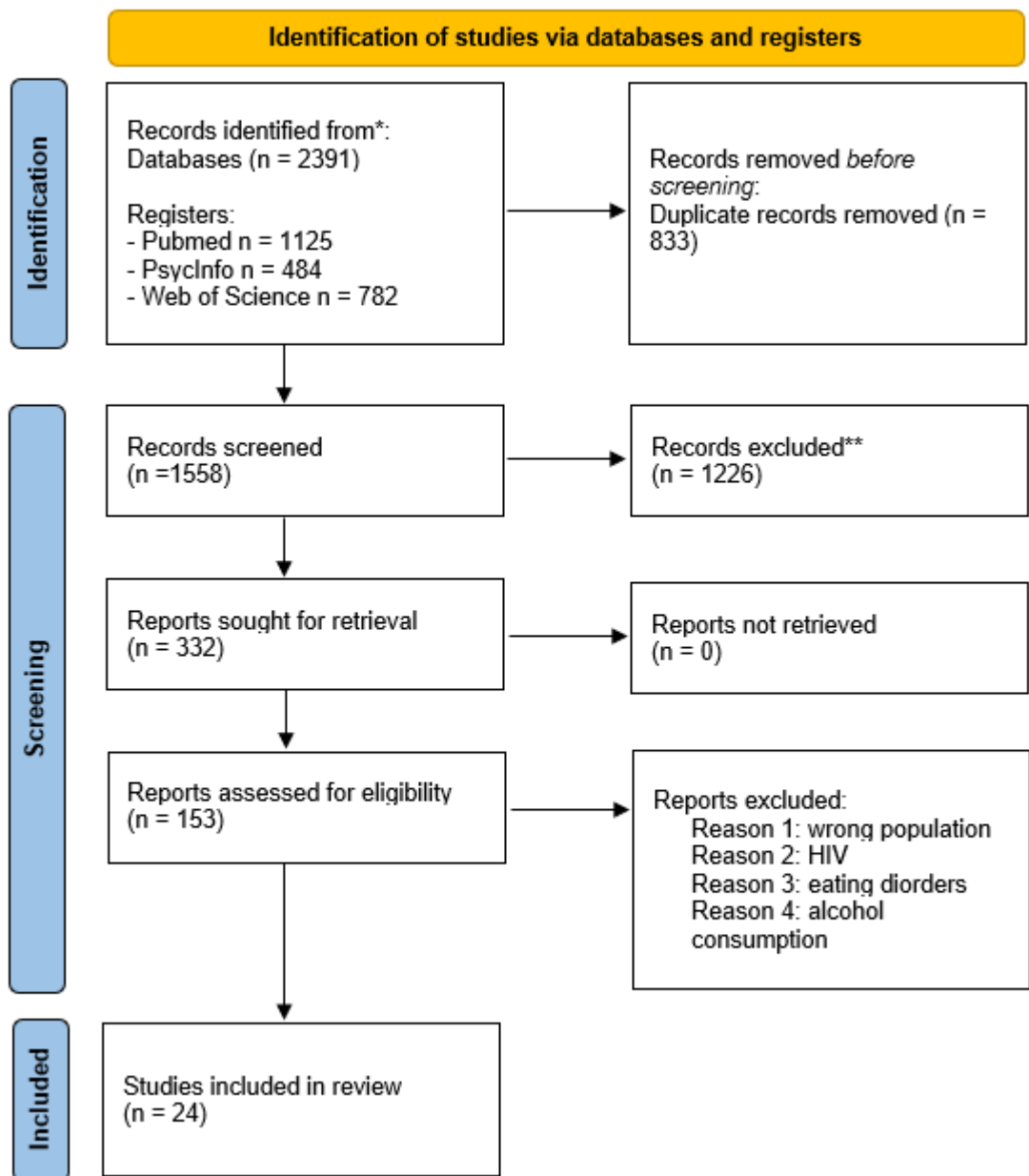


Abb. 1: Prisma Flow Diagramm

### 3.6 Beschreibung des Datensatzes

Mittels der systematischen Literaturrecherche konnten insgesamt 24 Studien mit einem Fokus auf psychische Gesundheit und Schwangerschaftsabbrüche identifiziert werden. N=10 dieser Studien wurden in den USA, n=3 jeweils in den Niederlanden und Deutschland, n=2 in Dänemark und n=1 jeweils in Curaçao, Finnland, Großbritannien/Skandinavien, Indien, Iran und Italien. Die Studien weisen eine hohe Varianz an methodischem Vorgehen auf, so wurde bei der Erhebung der Daten von Face-to-Face Interviews, standardisierten Fragebögen und Screeninginstrumenten aus dem

Fachbereich der Psychiatrie Gebrauch gemacht. Einige andere Studien, welche auf bereits erhobene Daten zurückgriffen, arbeiteten bei ihrer Analyse mit Patientenregistern oder Daten aus repräsentativen nationalen Studien. Sowohl die Erhebungszeiträume als auch Studiendesigns weichen in den einzelnen Studien stark voneinander ab; zu einem großen Teil (n=10) bestehen sie jedoch aus prospektiven Längsschnitt- und Kohortenstudien – teilweise aus einer Kombination. Bemerkenswert sind zudem die abweichenden Kontrollgruppen: Frauen, die eine Schwangerschaft ausgetragen hatten, eine Fehlgeburt erlitten oder unfruchtbar waren wurden mit Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch haben durchführen lassen (Versuchsgruppe) hinsichtlich psychischer Belastungen verglichen. Eine kritische Bewertung der Studien hinsichtlich der Methodik erfolgt in Kapitel 5.2. Ein Überblick über die gesamte Studienerfassung findet sich in Tabelle A2 im Anhang dieser Arbeit.

#### 4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Befunde der 24 Studien vorgestellt. Zur besseren Verständlichkeit erfolgt die Vorstellung der Ergebnisse kategorienbasiert. Die Kategorien fundieren auf den Themenschwerpunkten der Forschungsarbeiten und gliedern sich in untersuchte Krankheitsbilder (Depressionen, Angstzustände, PTSD, negative Emotionen, psychiatrischer Erstkontakt, eine erste Verschreibung von Antidepressiva und psychisches Wohlbefinden), die Analyse der Schwangerschaftsintention und Entscheidungsfindung, die gesellschaftliche Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die soziale und kulturelle Beeinflussung eines solchen Ereignisses. Weitere Kategorien sind die Schwangerschaftsspätabbrüche und die soziodemografischen (Risiko-)Faktoren. (Ungewollte) Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche werden in den Studien weitestgehend vor dem Hintergrund der Biografie der Frauen betrachtet. Zudem haben frühere Studien gezeigt, dass eine Vernachlässigung von Einflussfaktoren zu Verzerrungen in den Ergebnissen führt (APA 2008). Die Mehrfachnennung einzelner Studien in verschiedenen Kategorien resultiert aus den Befunden der Studien und der Annahme, dass Schwangerschaftsabbrüche kein isoliertes Ereignis im Leben einer Frau sind und die jeweiligen Kategorien sich gegenseitig beeinflussen. Dies zeigen die Befunde deutlich. Beispielsweise zeigen Frauen, die vermehrt Sorge vor Stigmatisierung in einer sozialen Gemeinschaft haben, häufiger negativen Emotionen nach einem Abbruch (Roccca et al. 2013; 2015). In der

Kategorie psychische Belastungen konnten fast alle Studien mehrheitlich beobachten, dass bei Frauen auftretende psychische Belastungen nach einem Abbruch nicht positiv mit dem Ereignis assoziiert waren. Frauen, die bereits eine psychische Belastung aufwiesen, ließen häufiger Schwangerschaftsabbrüche durchführen und hatten höhere Wahrscheinlichkeiten für psychische Belastungen. Diese Erkenntnisse decken sich mit früheren Befunden. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse wird eine konzeptuelle Rückbindung der Kategorien vorgenommen.

#### 4.1 Schwangerschaftsabbruch und psychische Belastungen: Prädiktor und Folge zugleich

Einleitend ist ausdrücklich auf die Komplexität und begriffliche Unschärfe im Umgang mit psychischen Belastungen hinzuweisen. Diese Unschärfe und Polyvalenz in der Verwendung des Begriffes zieht sich sowohl durch den gesellschaftlichen als auch wissenschaftlichen Diskurs und offenbart die bestehenden Schwierigkeiten, wie über psychische Belastungen gesprochen und diese erhoben werden (vgl. Steinberg et al. 2014). Mitverhandelt werden dabei immer schon historisch und gesellschaftlich geformte Vorstellungen und Erwartungen dessen, was als normal gilt und in der Abweichung von einer als Norm gesetzten Normalität als Belastung oder gar Pathologie empfunden und gedeutet wird. Gerade in ihrem wechselseitigen Ausschluss sind die Konstrukte ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ stark miteinander verwoben, verweisen sie aufeinander und beeinflussen sich gegenseitig. Dabei unterliegt das Begriffspaar kulturellen, sozialen und auch politischen Aushandlungen, Normen und damit verbundenen Rollen- sowie Handlungserwartungen, aber auch der jeweiligen Ausdeutung, Zurückweisung oder Übernahme durch die Betroffenen selbst. Vertiefend wurde dies bereits in Kapitel 2.2 bearbeitet.

In Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext und einer spezifischen Disziplin wurden und werden unterschiedliche Termini und theoretische Ansätze, beispielsweise konträre Krankheitsmodelle, verwendet. Die Art und Weise, wie über psychische Belastungen gesprochen und wie diese operationalisiert und erhoben werden, prägen somit den Umgang mit der Thematik, was sich nicht zuletzt in der vorliegenden Übersichtsarbeit konkret in einer methodischen Vielfalt der Erhebungsinstrumente widerspiegelt.

Die im folgenden vorgestellten Studien untersuchen geschlossen, ob und inwiefern sich Schwangerschaftsabbrüche nachteilig auf die psychische Gesundheit von Frauen

auswirken, d.h. ob sie nach einem Schwangerschaftsabbruch nachweislich psychisch belastet sind. Dafür bedienen sich die Autor\*innen unterschiedlicher Termini. Die Mehrheit der Studien verwenden den Begriff *mental health*, wobei einzelne Autor\*innen von *psychiatric disorder*, *mental illness*, *psychological distress* oder *mental distress* sprechen. Ob und in welcher Weise psychische Belastungen in den Studien auftraten wurde anhand verschiedener Parameter festgemacht und auf methodisch vielfältige Weise erhoben. Eine Mehrheit der Studien bedient sich dabei standardisierter Fragebögen, Testverfahren und Skalen wie dem GHQ-12, CIDI-Fragebogen, BSI, der SL-90-R Skala, dem STAI-Test oder dem CES-D Fragebogen, um das Vorliegen klinischer Diagnosen – bspw. Depressionen, Angst- und Stimmungsstörungen, PTSD oder Essstörungen usw. – nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV zu ermitteln. Nebst dem wurden Patientinnenakten, Selbstauskünfte der Frauen, Statistiken und Datenbanken, wie Jacob et al. (2019a; b) sie nutzen, sowie die Kombination von verschiedenen Instrumenten zur Erhebung genutzt. Wenngleich ein Teil der Daten primär für andere Forschungszwecke erhoben wurde, lassen sich retrospektiv wichtige Informationen über die psychische Gesundheit von Frauen und die sexuelle Reproduktion gewinnen.

Drei Studien untersuchen psychische Gesundheit/psychische Belastung, indem sie den ersten dokumentierten psychiatrischen Kontakt (Munk-Olsen et al.: 2011) und das erstmalige Auftreten einer psychischen Störung oder das Rezidiv einer solchen nach einem Schwangerschaftsabbruch untersuchen (vgl. Ditzhuijzen et al. 2016). Steinberg et al. (2018) beobachten die erste verschreibungspflichtige Einnahme von Antidepressiva im zeitlichen Verlauf nach einem Schwangerschaftsabbruch. Aber auch andere Ansätze, die stärker auf die Ressourcen und die gesunden Anteile psychischer Gesundheit fokussieren, wie beispielsweise das Salutogenese-Konzept, finden Anwendung. In einer deutschen Studie von Huss et al. (2021), steht das *mental well-being* der Frauen vor und nach einem Abbruch im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Biggs et al. (2017) erheben sowohl depressive Symptome und Angstzustände, wie auch das Wohlbefinden (*mental well-being*), die Lebenszufriedenheit (*life satisfaction*) und das Selbstwertgefühl bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen. Im Rahmen einer Studie von Quinley et al. (2014), werden die Frauen mittels Selbstauskunft nach ihrer subjektiven Einschätzung hinsichtlich ihres psychischen Wohlbefindens, vor und nach dem Eingriff sowie den erwarteten Copingstrategien befragt. Ein weiterer Indikator zur

Feststellung von psychischen Belastungen ist die Entscheidungsfindung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch, siehe Kapitel 4.4.

Flankiert durch das Forschungsprojekt *ELSA* werden die aufgeführten, unterschiedlich pointierten und in Teilen divergierenden Begriffe in der vorliegenden Arbeit unter dem Oberbegriff der psychischen Belastung versammelt. Die synonyme Verwendung verschiedener Begriffe erfolgt dabei in dem Bewusstsein, dass zum einen Abweichungen in den jeweiligen Definitionen vorliegen und die Studien zum anderen den Schwerpunkt ihrer Untersuchungen auf je unterschiedliche Aspekte psychischer Gesundheit legen und unterschiedliche Krankheits-, oder Störungsbilder mittels divergierender Methoden betrachten. Berücksichtigt werden muss schließlich die Übersetzung aus dem Englischen, was mit anderen Sinnkonstruktionen einhergehen kann.

Bereits frühere Befunde stützen die Ergebnisse vieler der vorliegenden Studien, wonach psychische Belastungen einen Prädiktor für das Auftreten eines Schwangerschaftsabbruchs darstellen können (Ditzhuijzen et al. 2016; 2017; Steinberg et al. 2011; Munk-Olsen et al. 2011). In den untersuchten Studien finden sich Hinweise darauf, dass psychische Belastungen ein Prädiktor für Schwangerschaftsabbrüche darstellen. Gleichzeitig untersuchen die Studien die psychischen Folgen, auftretend in Form von Depressionen, Angststörungen, Stimmungs-, oder Anpassungsstörungen oder Substanzmissbrauch, von Schwangerschaftsabbrüchen. Die entsprechenden Arbeiten werden unter Verweis auf den jeweiligen Fokus der Untersuchung – gebündelt vorgestellt.

#### 4.1.1 Untersuchte Krankheitsbilder

Häufiger Untersuchungsgegenstand im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen sind psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Stimmungsstörungen und Substanzkonsumstörungen. Zwar setzen die im Folgenden angeführten Studien (n=14) dies methodisch auf unterschiedliche Weise um, doch ist grundsätzlich zu erkennen, dass die Ergebnisse weitestgehend übereinstimmend sind. Zudem stützen die hier angeführten Studien mit ihren Ergebnissen frühe Befunde, welche keinen Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und nachfolgenden psychischen Belastungen finden konnten.

Biggs et al. (2015) stützen sich auf Daten der Turnaway Studie und betrachten in einer prospektiven Langzeitstudie über einen Zeitraum von 3 Jahren die psychische Gesundheit

von Frauen (n=956), die einen Schwangerschaftsabbruch haben durchführen lassen (*First-Trimesters* und *Near-Limits*) und Frauen, denen ein Abbruch aufgrund des Schwangerschaftsalters verweigert wurde (*Turnaways*; mit weiterer Unterscheidung in *Turnaways-Births* und *Turnaways-No-Births*). In sechs Befragungswellen wurden die Teilnehmerinnen halbjährlich via Telefon interviewt. Bei der Basisbefragung berichteten 19% der *Near-Limits* jemals die Diagnose einer Depression erhalten zu haben, im Vergleich zu 16% der Frauen aus dem *Turnaway-Births* Sample, 26% der *Turnaway-No-Births* und 25% der Frauen aus der *First-Trimester* Stichprobe ( $p=.135$ ). Diagnostizierte Angstzustände lagen bei 15% der *Near-Limit-Frauen*, 12% der *Turnaways-Births*, im Vergleich zu 18% der *Turnaway-No-Births* und 16% der Frauen aus dem *First-Trimester* Sample vor. Innerhalb der Teilstichproben war kein statistisch signifikanter Unterschied ( $p=.795$ ) identifizierbar. Drei Jahre nachdem Frauen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, lag die kumulative Wahrscheinlichkeit für Frauen mit neu diagnostizierten Depression bei 9% bis 14%, ohne Abweichungen in den Stichproben (log-rank test,  $p=.91$ ). Für das Auftreten von klinisch diagnostizierten Angststörungen lag die kumulative Wahrscheinlichkeit im gleichen Zeitraum bei 10%-16%; auch hier ohne Abweichungen in den Teilstichproben (log-rank test,  $p=.3$ ). Weiterhin fanden sich bei den selbst diagnostizierten Depressionen innerhalb der Teilstichproben keine signifikanten Unterschiede. Die Befunde der Untersuchung stimmen mit Ergebnissen der Sensitivitätsanalysen überein und zeigen, dass sich die Frauen des *Near-Limit* Samples durch den Schwangerschaftsabbruch keinem höheren Risiko für ihre psychische Gesundheit ausgesetzt haben als Frauen, die ihre ungewollte Schwangerschaft austrugen (*Turnaway-Birth*).

Einen ähnlichen Ansatz verfolgen Ditzhuijzen et al. (2016) in einer prospektiven Kohortenstudie, welche den Zusammenhang zwischen dem erstmaligen Auftreten einer psychischen Störung nach einem Schwangerschaftsabbruch und dem wiederholten Auftreten (Rezidiv) einer psychischen Störung in einem Zeitintervall von zweieinhalb bis drei Jahren nach einem Schwangerschaftsabbruch untersuchten. Van Ditzhuijzen et al. (ebd.) nutzten dabei einen biografischen Ansatz, welcher den Schwangerschaftsabbruch nicht als isoliertes Ereignis betrachtet, sondern im Kontext des Lebens der betroffenen Frau untersucht. Diese Herangehensweise ermöglicht die Berücksichtigung früherer oder bereits bestehender psychischer Störungen sowie das Einbeziehen anderer

Einflussgrößen, wie bspw. dem sozioökonomischen Status oder der Wirkung von Missbrauchserfahrungen.

Zur Datenerhebung wird dabei das *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) verwendet und die auftretenden psychischen Störungen nach dem *Manual of Mental Disorders*, dritte Version (DSM-IV, 3.0) bewertet. Die Daten der Frauen, die nachfolgend auf eine ungewollte Schwangerschaft einen Abbruch durchführen ließen, stammen aus der *The Dutch Abortion and Mental Health Study* (DAMHS). Frauen dieser Kohorte wurden in einem 1:1 Verhältnis mit Frauen aus der Allgemeinbevölkerung (NEMESIS-2) abgeglichen (n=325, jeweils). Die Befunde der Basismodelle zeigen, dass Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch, ohne Berücksichtigung von Kovariaten, höhere Raten für das Auftreten jeglicher psychischen Störungen, s.g. *common mental disorders* (CMD) (OR=3.80, CI [1.98, 7.27],  $p < .001$ ) aufweisen. Das gleiche Bild zeichnet sich bei den Werten für Stimmungs-, und Angststörungen und Substanzgebrauch ab. Nach Einbezug der Kovariaten konnten die Quoten (*Odds Ratio*) für die Inzidenz einer psychischen Erkrankung gesenkt werden. Die Konfidenzintervalle waren nach Einbezug der Störfaktoren nicht mehr signifikant. Bei den Angst- und Substanzkonsumstörungen lagen die p-Werte  $> .20$ . Für Stimmungsstörungen und jegliche psychische Störung (CMD) lagen die dokumentierten p-Werte bei .08. Die hier vorgestellten Befunde zeigen damit kein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer psychischen Erkrankung im Zeitraum von zweieinhalb bis drei Jahren nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Vergleichbare Ergebnisse liegen bei den Rezidiven von psychischen Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch vor. Frauen aus dem DAHMS-Sample zeigen in den nicht adjustierten Modellen eine 2,76-fach höhere Wahrscheinlichkeit (CI [1.41, 5.43]  $p = .003$ ) für ein das Auftreten eines Rezidivs einer CMD und Angststörung auf. Die Wahrscheinlichkeit für das Rezidiv einer Angststörung war bei Frauen aus der DAHM-Teilstichprobe höher im Vergleich zu Frauen aus der NEMESIS-2 Kohorte (OR=3.27, CI [1.13, 9.51],  $p = .03$ ). Bei den Stimmungsstörungen und der Substanzkonsumstörung konnte zwischen den Kohorten kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Allerdings blieben nach dem Abgleich der Daten die Werte für CMD signifikant (OR=3.20, CI [1.02, 9.99]  $p = .046$ ), wohingegen für die Wahrscheinlichkeit für Angststörungen keine Signifikanz (OR=6.70, CI [0.91, 49.31],  $p = .06$ ) mehr beobachtet werden konnte. Die Unterschiede konnten in den bereinigten Modellen reduziert werden und sind nur noch bei den beliebigen Störungen (CMD) feststellbar. Frauen mit einer psychischen Vorgeschichte zeigen nach einem Schwangerschaftsabbruch ein leicht

erhöhtes Risiko für ein erneutes Auftreten einer psychischen Störung, nicht aber für das erstmalige Auftreten einer psychischen Störung.

Mit dem gleichen Datensatz haben Ditzhuijzen et al. (2017) in einer weiteren Studie Frauen in den ersten beiden von insgesamt drei Interviewwellen 20-40 Tage nach einem Abbruch und durchschnittlich nach 2,7 Jahren wieder interviewt. Der Schwerpunkt der Erhebung lag auf psychischen Störungen, die im DSM-IV, vierte Version gelistet sind. Entgegen anderer Studien werden nicht die langfristigen Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs auf die psychische Gesundheit untersucht, sondern der relative Beitrag eines Schwangerschaftsabbruchs auf die psychische Gesundheit. Wie auch in den vorherigen Untersuchungen konnte die Vorgeschichte psychischer Erkrankungen als wichtigster Prädiktor für psychische Störungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch identifiziert werden. Zudem konnten Ditzhuijzen et al. (ebd.) beobachten, dass Frauen, die sich in einer instabilen Partnerschaft befinden (OR=3.0) und in deren Kontext die ungewollte Schwangerschaft aufgetreten war sowie Frauen mit psychischer Vorgeschichte (OR=2.4) und Frauen, die in den letzten 12 Monaten einer erhöhten Anzahl belastender Lebensereignisse ausgesetzt waren (OR=1.4) ein erhöhtes Risiko für zukünftige psychische Störungen aufweisen.

Frauen mit früheren psychischen Störungen – 68% der Frauen des Samples berichteten von solchen – wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen nach dem Abbruch auf (OR=2.4), als Frauen ohne eine psychiatrische Vorgeschichte. Hervorzuheben ist, dass die multivariate Analyse keine positive Assoziation zwischen abtreibungsbezogenen Variablen – wie frühere Abbrüche (Mehrfachabbrüche), Entscheidungsschwierigkeiten oder -unsicherheiten, Spätabbrüche im zweiten Trimenon und negative Emotionen – mit dem erstmaligen Auftreten oder einem Rezidiv einer psychischen Störung nach einem Schwangerschaftsabbruch zeigen. Die deskriptiven Analysen lieferten keine einheitlichen Ergebnisse über potentielle Korrelate der Prävalenz psychischer Störungen. Es ließen sich keine Hinweise für das Auftreten bzw. die Wiederkehr psychischer Störungen finden. Daher wurden in einem zweiten Schritt Regressionsanalysen durchgeführt, um Variablen zu identifizieren, die mit dem Auftreten oder dem Rezidiv einer psychischen Störung in Verbindung stehen.

Bei 32% der Frauen, die ein erhöhtes Risiko für das Auftreten oder einen Rückfall einer psychischen Störung aufwiesen, trat eine solche Störung ein. Frauen, die von Stimmungsstörungen vor dem Schwangerschaftsabbruch (OR=2.8) berichteten, hatten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit Stimmungsstörungen oder Angststörungen nach einem



Abbruch zu erleben als Frauen ohne diese (OR=4.9). Frauen, die in der Vergangenheit Drogen konsumiert hatten wiesen für alle drei untersuchten Störungsbilder – Stimmungs-, Angststörungen und Substanzgebrauch – erhöhte Wahrscheinlichkeiten auf (OR=2.4-5.5).

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass nicht der Schwangerschaftsabbruch als solcher, sondern die mit dem Schwangerschaftsabbruch in Zusammenhang stehende Variablen, in Verbindung mit der psychiatrischen Vorgeschichte, die längerfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Ditzhuijzen et al. (ebd.) empfehlen, anstelle der Prävalenz die Inzidenz und dem Rezidiv einer psychischen Störung zu privilegieren, da diese besser dafür geeignet seien, die tatsächlichen Entstehungsursachen einer Krankheit zu untersuchen.

Ferner betrachten Ditzhuijzen et al. (2018) auf Basis des gleichen Datensatzes die Langzeitfolgen fünf bis sechs Jahre (dritte Befragungswelle) nach einem Schwangerschaftsabbruch. Das Auftreten und Wiederauftreten psychischer Störungen wird in diesem Zeitraum bzw. -intervall untersucht. Dabei ist das methodische Vorgehen identisch zu der Vorgängerstudie (Ditzhuijzen 2017), die das Neuauftreten oder Rezidiv einer psychischen Störung zweieinhalb bis drei Jahre nach einem Abbruch untersucht hat. Die Befunde bestätigen die Ergebnisse der Vorstudie und zeigen, dass selbst nach weiteren zwei bis drei Jahren keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das erstmalige Auftreten (OR=3.66, p=.16) oder das erneute Auftreten einer psychischen Störung (OR=0.22, p=.47) besteht.

Auch Steinberg et al. (2014) bewerten die Inzidenz psychischer Störungen, explizit Impuls-, Angst- und Stimmungsstörungen sowie Selbstmordgedanken, Drogenkonsum und Essstörungen nach einem Schwangerschaftsabbruch bzw. einer ersten Geburt. Die erhobenen psychischen Störungen lehnen sich an die DSM-IV-Klassifikation an. Der Zustand psychischer Gesundheit wird sowohl vor als auch nach dem Schwangerschaftsabbruch bzw. der Geburt erhoben. Frauen, die einen Abbruch vornehmen ließen gaben bereits vor einem Schwangerschaftsabbruch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen an (19.7% gaben eine, 15.2% zwei und 27.3%, drei psychische Störungen an). Im Vergleich zu 57.9% der Frauen mit einer Schwangerschaft hatten lediglich 37,8% der Frauen mit erfolgtem Abbruch zuvor keine psychische Störung. Frauen mit einem Abbruch verfügen damit – im Vergleich zu Frauen in der Kontrollgruppe  $p < .001$  – vermehrt über eine Vorgeschichte bereits bestehender psychischer Störungen. Dies deckt sich mit den Befunden von Ditzhuijzen et al. (2017;

2018). Im Detail hatten Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ein erhöhtes Risiko für Angststörungen  $p=.004$ , Stimmungsstörungen  $p<.001$  und waren anfälliger für Drogenkonsum  $p<.001$  sowie Selbstmordgedanken  $p<.001$ . Zudem zeigten sie ein geringfügig erhöhtes Risiko für Impulsstörung  $p=.059$ . Auch hier zeigen die nicht bereinigten Modelle ein ausnahmslos signifikant erhöhtes Risiko, an einer psychischen Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch zu erkranken (vgl. Steinberg et al. 2018).

Unter Hinzunahme soziodemografischer Daten und früherer psychischer Störungen war jedoch eine Reduktion des gesamten Risikos (absoluten Risikos) feststellbar. Bei fünf der untersuchten psychischen Störungen – den Drogenkonsum ausgeschlossen – lag keine statistische Signifikanz mehr vor. Die Studie bietet keine Hinweise für einen Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruch und den genannten Störungen. Eine positive Assoziation konnte zwischen psychischen Störungen in der Vergangenheit und dem Auftreten psychischer Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch dokumentiert werden. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen früherer Studien (APA 2008; Ditzhuijzen et al. 2017). Frauen, bei denen vor der Schwangerschaft drei oder mehr psychische Störungen nach DSM-IV Klassifikation festgestellt wurden, zeigten signifikant höhere Werte für psychische Störungen nach dem Ereignis,  $p=<.005$  (vgl. Steinberg et al. 2014).

Ziel einer weiteren Studie von Steinberg et al. (2011) ist die Untersuchung der Prävalenz klinisch diagnostizierter Major-Depressionen und damit einhergehender Komplikationen, wie Suizidgedanken und einem geringen Selbstwertgefühl bei Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Prädiktoren für eine psychische Störung nach einem Schwangerschaftsabbruch sind zum einen bestehende psychische Störungen – bspw. Depressionen und Selbstmordgedanken – und zum anderen Erfahrungen von (sexueller) Gewalt in der Vergangenheit. Steinberg et al. (ebd.) beziehen diese Prädiktoren in ihre Analysen mit ein. Die psychischen Störungen wurden mit dem CIDI Fragebogen gemessen. Anhand der Rosenberg-Skala (1965) wurde das Selbstwertgefühl der Frauen nach der ersten Schwangerschaft definiert. Ohne Einbezug der Risikofaktoren und Prädiktoren wiesen Frauen bei der Beendigung einer ersten Schwangerschaft höhere Wahrscheinlichkeiten für eine nachfolgende Depression (OR=1.53, CI [1.05, 2.22],  $p<.05$ ) und für das Auftreten von Selbstmordgedanken *post abortum* (OR=2.02, CI [1.40, 2.92],  $p<.001$ ) auf. Im Vergleich zu Frauen mit einer Geburt hatten Frauen mit einem Abbruch keine erhöhten Raten für ein geringes Selbstwertgefühl. Depressionen vor der

ersten Schwangerschaft (OR=32.1,  $p < .0005$ ) und Selbstmordgedanken vor dieser (OR=8.0,  $p < .0005$ ) sind ein Prädiktor für nachfolgende Depressionen und Selbstmordgedanken.

Die Befunde von Boersma et al. (2014) unterscheiden sich von Steinberg et al. (2014) hinsichtlich der Annahme, dass Frauen mit früheren Depressionen nach einem Abbruch höhere Werte aufweisen. Die Werte der *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) sind bei Frauen mit früheren Depressionen weder nach einer Geburt ( $p > .10$ ) noch nach einem Abbruch erhöht (CES-D scores  $> 15$ ). Die Mittelwerte der CES-D Skala waren auch nicht erhöht ( $p > .05$ ). Die Messzeitpunkte lagen unmittelbar vor dem chirurgischen Abbruch bzw. direkt bei Erhalt der weheneinleitenden Medikamente und zwei bis drei Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch. Frauen der Kontrollgruppe wurden einen Tag nach der Entbindung hinsichtlich der Schwangerschaftsintention befragt. Die vertiefenden Interviews fanden ebenfalls zwei bis drei Wochen nach der Geburt statt. Mittels unabhängiger t-Tests wurden die Werte der Frauen beider Teilstichproben zum Zeitpunkt nach dem Ereignis miteinander verglichen.

Die Befunde zeigen, dass bei den Frauen aus dem Abbruch-Sample ( $n=92$ ) kein erhöhtes Risiko für nachfolgende Depressionen vorliegt, obwohl diese häufiger von Depressionen und psychiatrischer und/oder medikamentöser Behandlung ( $n=21$ ) als Frauen aus der Kontrollgruppe ( $n=1$ ) berichteten. Depressionen sind möglicherweise eine Ursache für Schwangerschaftsabbrüche, nicht aber ein Ergebnis dieser. Nach dem Abbruch zeigen Frauen ein deutlich geringeres Risiko für Depressionen (30%) als vor dem Eingriff (60%). Zudem waren die Mittelwerte für Depressionen (CES-D-Werte) nach dem Schwangerschaftsabbruch ( $t(79) = 6.83, p < .001$ ) signifikant geringer als zuvor. In drei der vier CES-D Untergruppen – dem depressiven Affekt, dem positivem Affekt sowie den somatischen Symptomen – gingen die Werte nach dem Abbruch zurück.

Die Wahrscheinlichkeit für eine Depression nach dem Schwangerschaftsabbruch lag bei 30% und ist damit vergleichbar mit den 22% bei Frauen ( $n=37$ ) mit einer Geburt (OR=1.55, 95% CI [0.62, 3.89]). Die mittleren Werte der CES-D Skala der Frauen mit Schwangerschaftsabbruch unterschieden sich nicht signifikant von den Werten der Frauen aus der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse innerhalb der vier Untergruppen zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Wie Boersma et al. (2014), so erfassen auch Gomez et al. (2017) das Auftreten von und die Beeinträchtigung durch depressive Symptome in den letzten sieben Tagen mittels der CES-D-Skala, einem Selbstbeurteilungsinstrument. Die Daten der Studie basieren auf

einer nationalen repräsentativen Langzeitstudie, der *National Longitudinal Study of Adolescent Health* (Add Health), die Daten zur Gesundheit Jugendlicher in den USA über einen Zeitraum von 15 Jahren in insgesamt vier Befragungswellen erhoben hat. Das Sample (n=7870 (unbereinigt)) besteht aus Frauen, bei denen im Zeitraum der Befragungswellen von 1994 bis 2008 im jungen Erwachsenenalter eine ungewollte Schwangerschaft auftrat. Diese wurden auf den Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und dem Auftreten anschließender depressiver Symptome hin untersucht. Die depressive Symptomatik wurde zu jedem Erhebungszeitpunkt abgefragt. Die Frauen wurden in zwei analytische Stichproben unterteilt: einer Stichprobe der dritten Befragungswelle (n=856), bei der im Zeitraum zwischen der zweiten und dritten Welle eine ungewollte Schwangerschaft eintrat sowie einer Stichprobe der vierten Befragungswelle (n=438), bei der diese zwischen der dritten und vierten Welle auftrat.

Die Studie von Gomez et al. (ebd.) basiert auf der Grundannahme, dass alle Faktoren, die über den unmittelbaren Kontext der Schwangerschaft hinausgehen – bspw. der sozioökonomische Status, Traumata, Gewalterfahrungen in der Vergangenheit und/oder frühere psychische Probleme – den späteren psychischen Zustand entscheidend beeinflussen. Die Ergebnisse zeigen, dass in den Untergruppen, sowohl in der nicht bereinigten, als auch der bereinigten linearen und logistischen Regressionsanalyse kein Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch nach einer ersten ungewollten Schwangerschaft und nachfolgenden depressiven Symptomen zu beobachten war.

Eine Mehrheit der Frauen berichten in der dritten Befragungswelle zwar von depressiven Symptomen in der Adoleszenz (1. und 2. Befragungswelle,  $p < .01$ ) und im jungen Erwachsenenalter (3. Welle,  $p < .05$ ), im Vergleich zur 4. Befragungswelle. In der zweiten Befragungswelle wurde explizit nach früheren depressiven Symptomen gefragt. Jedoch konnten diese in der Analyse des bereinigten logistischen Regressionsmodells als stärkstes Korrelat für das Auftreten nachfolgender depressiver Symptome in der dritten Welle (OR=2.72, 95% CI [1.54, 4.80]) bestimmt werden. Frühere depressive Symptome waren in den bereinigten Modellen durchweg mit späteren depressiven Symptomen assoziiert. Auch im vollständig bereinigten Modell zeigte sich lediglich ein positiver Zusammenhang zwischen den aufgetretenen depressiven Symptomen in der zweiten Welle (OR=2.65, 95% CI [1.48, 4.72]) und den Ergebnissen des Trauma-Index (OR=1.35, 95% CI [1.05, 1.73]) mit den binären Ergebnissen der depressiven Symptomatik in der dritten Welle.

In der vierten Befragungswelle konnte in den Teilstichproben mit keinem der Analysemodelle ein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen einem auf eine erste ungewollte Schwangerschaft folgenden Abbruch und dem Auftreten nachfolgender depressiver Symptome gefunden werden. Nach Hinzunahme früherer depressiver Symptome und weiterer Kovariaten in Modell 2 konnte zwischen den kürzlich gemessenen depressiven Symptomen und den in der vierten Befragungswelle auftretenden Symptome die stärkste Korrelation beobachtet werden. Das Modell 3 zeigt unter Einbezug der Werte des Trauma-Index eine positive Assoziation zwischen Trauma und den erhobenen depressiven Symptomen der vierten Befragungswelle. Im vollständig bereinigten Modell 4 zeigte sich ein positiver und statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den depressiven Symptomen in der dritten Welle und der in der vierten Welle auftretenden depressiven Symptomatik (OR=8.26, 95% CI [3.30, 20.65]). Für junge Frauen, die in Folge einer ungewollten ersten Schwangerschaft einen Abbruch vornehmen ließen, konnte kein erhöhtes Risiko für nachfolgende depressive Symptome festgestellt werden.

Anhand der CES-D-Skala und der *Symptom Checklist* (SCL-90-R) erheben Di Febo et al. (2018) in ihrer Studie psychische Belastungen sowohl fünf bis sieben Tage ( $t=0$ ) vor dem Ereignis eines Schwangerschaftsabbruchs als auch ungefähr 90 Tage ( $t=1$ ) nach diesem. Die Teilstichproben bestanden aus Frauen mit einem induzierten Schwangerschaftsabbruch und Frauen mit einem therapeutischen Abbruch. Bei Frauen mit einem freiwilligen Abbruch war ein signifikanter Rückgang des Mittelwertes ( $p<.05$ ) von Zeitpunkt  $t=0$  zu  $t=1$  in allen SCL-90-R-Werten zu beobachten (*Global Symptomatic Index* (GSI:  $p=.036$ ), *Positive Symptom Total* (PTS:  $p=.031$ ), *Positive Symptom Distress Index* (PSDI:  $p=0.004$ ). Signifikante Rückgänge der Werte konnten in folgenden Untergruppen des GSI dokumentiert werden: Depression (DEP:  $p=0.032$ ), Angst (ANX:  $p=.036$ ) und Somatisierung (SOM:  $p=.009$ ).

Für die Teilbereiche DEP ( $p=.017$ ) und SOM ( $p=.011$ ) waren statistisch signifikante Rückgänge in der CES-D-Skala beobachtbar. Die Werte deuten darauf hin, dass bei Frauen nach einem induzierten Abbruch eine Verbesserung der Stimmung bei gleichzeitigem Rückgang von Ängsten und depressiven Symptomen im Vergleich zu den Werten vor dem Abbruch einsetzt. Bei einem therapeutischen Abbruch, im Vergleich zu einem freiwilligen Abbruch, konnte zwischen den Mittelwerten der Indizes des SCL-90-R zu den Zeitpunkten  $t=0$  und  $t=1$  keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Ein signifikanter Rückgang war zwischen SOM ( $p=.023$ ) und ANX ( $p=.016$ ) zu

verzeichnen. Wohingegen zwischen dem CES-D-Gesamtwert ( $p=.020$ ) und den Teilbereichen POS (Positive affect:  $p=.014$ ) und SOM ( $p=.09$ ) ein relativer Rückgang festgestellt werden konnte.

Eine aus dem Iran stammende Langzeitstudie von Hosseini-Chavosi et al. (2012) betrachtet retrospektiv die gesundheitlichen und psychischen Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs in einer Gesellschaft, in der nur Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation legal sind. Die vorliegenden Daten stammen aus der *Iran Low Fertility Survey* (ILFS). Von den anfänglich  $n=5526$  Teilnehmerinnen der ILFS konnten  $n=200$  Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft identifiziert werden. Von diesen hatten  $n=40$  Frauen einen induzierten Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Hosseini-Chavosi et al. (ebd.) wollen ein besseres Verständnis über die soziodemografischen Korrelate eines Schwangerschaftsabbruchs und den Auswirkungen für die Frauen erlangen. In den vertiefenden qualitativen Interviews erlebt eine Mehrheit der Frauen depressive Symptome vor und nach dem Abbruch. Nach der Rückkehr aus der Abtreibungseinrichtung wollten sie nur noch weinen, gaben an sich wie im Nebel zu fühlen und wollten niemandem von dem Abbruch erzählen. (ebd.). Zudem wurden somatische Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Blutungen beschrieben. Insbesondere die erlebten psychischen Auswirkungen – u.a. depressive Symptome und Ängste – wurden von den Frauen als Resultat ihres sündhaften Verhaltens infolge des Schwangerschaftsabbruchs verstanden und als gerechte Strafe Gottes interpretiert. Weitere Ergebnisse der Studie finden sich in Kapitel 4.2.

Ausgangspunkt für die Studie von Kotta et al. (2018) stellt der Vergleich von Frauen mit einem freiwilligen Schwangerschaftsabbruch ( $n=9$ ), einem therapeutischen ( $n=31$ ) sowie Frauen mit Fehlgeburten (Spontanabbruch) ( $n=60$ ) in Indien dar. Bei allen Stichproben untersuchen sie die psychologischen Auswirkungen am Beispiel von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) von Schwangerschaftsabbrüchen unter Einbezug soziodemografischer Hintergrunddaten sowie weiterer Parameter. Mit dem *Goldberg Health Questionnaire-12* (GHQ-12) – einem Screeninginstrument für jegliche psychische Beeinträchtigungen – und der *Impact of Events Scale-Revised* (IES-R) – zur Einschätzung belastender Ereignisse in den letzten 7 Tagen – sollten mögliche PTSD-Symptome nach einem Abbruch bewertet werden. Bei den Frauen wurde vor der Datenerhebung ihre psychiatrische Vorgeschichte erfragt, um Verzerrungen der Befunde auszuschließen, wobei keine der befragten Frauen psychische Störungen in der Vorgeschichte angab. Zusätzlich sollten die Frauen den durch den

Schwangerschaftsabbruch erlittenen Schaden subjektiv einschätzen und von Erfahrungen im Kontext des Abbruchs z.B. in der Klinik berichten.

Somatische Beschwerden wurden miterhoben, um mögliche Korrelationen mit der psychischen Gesundheit berücksichtigen zu können. 73% der Frauen gaben keine bestehenden somatischen Erkrankungen an, 16% der Frauen litten an Hypertonie, zwei Frauen hatten eine Schilddrüsenunterfunktion, zwei weitere waren AIDS-krank, drei Frauen hatten Krampfanfälle und drei Frauen Blutarmut, eine Frau gab mehrere Diagnosen an. In den Analysen war eine statistische Signifikanz zwischen der bestehenden Krankheitsgeschichte und den Werten des GHQ-12 erkennbar.

Die durchschnittlichen Werte beim GHQ-12-Fragebogen lagen für Frauen mit einem freiwilligen Abbruch bei 5, im Vergleich zu 10,9 bei Fehlgeburten und 10,03 bei therapeutischen Schwangerschaftsabbrüchen. Der geringe GHQ-12-Wert bei Frauen mit einem elektiven Abbruch deutet auf eine geringe psychische Belastung hin. Bei 57% der Frauen konnte keine Belastung/ Leidensdruck beobachtet werden, 11% berichteten von einem durchschnittlichen Leidensdruck, bei 14% war die Belastung mehr als durchschnittlich und 15% gaben eine starke psychische Belastung an, wohingegen bei 3% der Frauen schwere psychische Belastungen dokumentiert werden konnten.

In den Analysen der IES-R-Skala zeigten 16% der Frauen keine oder nur geringe Symptome einer PTSD, bei 57% waren mehrere Symptome zu beobachten und bei einem guten Viertel der Frauen (27%) lag wahrscheinlich eine PTSD vor. Für Intrusion lag der mittlere IES-Wert bei 1.1, für Vermeidung bei 1.4 und für Hyperaktivität/Überforderung (hyperarousal) bei 0.8, bei Frauen mit elektiven Abbrüchen. Im Vergleich zu spontanen und therapeutischen Abbrüchen ergab die Analyse bei Frauen mit einem freiwilligen Abbruch geringere Werte. Generell wurden bei den Frauen mit freiwilligem Schwangerschaftsabbruch bessere Werte mit den Messinstrumenten erzielt. Konträr dazu steht die subjektive Einschätzung des erlittenen Schadens durch den Schwangerschaftsabbruch. Die Angabe negativer Auswirkungen ist dominant: 21% der Frauen berichteten von schweren Beschwerden, 34% von leichten und 36% von mäßigen Beschwerden, wohingegen lediglich 9% keine Beschwerden angaben. Zu den Gründen für die Beschwerden konnten dabei 87% der Befragten keine Angaben machen, 4% führten die Beschwerden auf das Verhalten der Mitarbeitenden, 6% auf die Überfüllung in der Klinik und 3% auf die langen Wartezeiten zurück.

Toffol et al. (2016) setzen sich auf Basis einer randomisierten Kontrollstudie zur Empfängnisverhütung mit den Auswirkungen einer *termination of pregnancy* (TOP) auf

die psychische Gesundheit der Frauen (n=742) auseinander. Für die Untersuchung wurden die Probandinnen der jeweiligen Teilstichprobe nach dem Zufallsprinzip zugeteilt. Bei n=375 wurde die Verhütungsmethode randomisiert ausgewählt, die verbleibenden Frauen (n=367) stellen die Kontrollgruppe dar. Zu drei Erhebungszeitpunkten (vor dem Schwangerschaftsabbruch, drei und zwölf Monate nach diesem) wurden die Teilnehmerinnen mittels der *State-Trait Anxiety Inventory Scale* (STAI) zu ihren Ängsten befragt, wobei in dem Fragebogen zwischen Angst als (vorübergehendem) Zustand (*State-Angst*) und Angst als Eigenschaft im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals (*Trait-Angst*) unterschieden wird. Der Trennmarker liegt bei 40 und Werte oberhalb dieser Grenze deuten auf eine klinisch relevante Form von Ängsten hin. Zusätzlich wurde bei den Frauen die Lebensqualität durch den *EuroQoL Quality of Life Questionnaire* (EQ-5D, EQ-VAS) und *EuroQoL Visual Analogy Scale* (EQ-VAS) bestimmt.

Die Befunde zeigen bei 58% der Frauen, die klinisch relevanten Ängsten bei der Ausgangsbefragung aufwiesen, einen Rückgang der Werte. Nach drei Monaten waren diese signifikant geringer (Mittelwert=38.79, SD=13.31,  $p<.001$ ), wie auch nach einem Jahr (Mittelwert=38.78, SD=13.75,  $p<.001$ ). Gleichzeitig verbesserte sich die Lebensqualität der Frauen sichtbar. Nach drei Monaten lagen die Werte bei (Mittelwert=.81, SD=.19,  $p=.001$ ) und nach einem Jahr bei (Mittelwert=.81, SD=.19,  $p=.002$ ).

Bei Frauen, die bei der STAI Scale Werte  $< 40$  bei der Erstbefragung hatten, blieben diese über die Befragungsdauer von einem Jahr konstant. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich in den beiden Gruppen ( $p<.001$ ). Kurz nach einer TOP waren Frauen, bei denen eine psychische Vorerkrankung bestand oder Frauen mit hohen Angstaussgangswerten einem dauerhaft erhöhten Risiko für höhere Angstwerte und einer geringeren Lebensqualität ausgesetzt. Ein hoher Angstwert bei der Basisbefragung, das Bestehen psychischer Vorerkrankungen und der Faktor Rauchen, erhöhten die Wahrscheinlichkeit für schlechtere Werte in den Fragebögen zu Lebensqualität und waren Prädiktor für ein höheres Risiko für Ängste im Verlauf der Untersuchung. Für die Untersuchung wurden psychische Vorerkrankungen (15%, davon 75% Depressionen), Drogenkonsum, Rauchen sowie frühere Schwangerschaften, Abbrüche oder Fehlgeburten und schließlich soziodemografische Daten, explizit die Bildung, abgefragt. Jedoch profitierten Frauen mit hohen Angstaussgangswerten von einer TOP, da eine signifikante Reduktion der Werte und Verbesserung der Lebensqualität beobachtet werden konnte. Ein freiwilliger



Schwangerschaftsabbruch ist mit einem signifikanten Rückgang der Angstwerte und einer Verbesserung der Lebensqualität bei Frauen im Verlauf eines Jahres, assoziiert.

Entgegen der vorstehend zusammengefassten Studien konnten Jacob et al. (2019a; 2019b) in zwei Studien einen positiven Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und mehreren psychischen Störungen beobachten. Beide Studien basieren auf den Daten der *Disease Analyzer*-Datenbank (IQVIA), die sowohl demografische und klinische als auch pharmazeutische Daten, vorliegend in anonymisierter Form über Patient\*innen enthält. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt.

In einer 2019 veröffentlichten retrospektiven Kohortenstudie untersuchen Jacob et al. (2019b) den Zusammenhang zwischen einem induzierten Schwangerschaftsabbruch und der Inzidenz von Depressionen, Angstzuständen, Anpassungsstörungen und somatoformen Störungen bei Frauen (jeweils  $n=17581$ ) mit und ohne Abbruch. Die Kontrollgruppe stellen Frauen, deren Schwangerschaft in einer Geburt mündete, dar. Dabei wurden die Frauen in einem 1:1 Verhältnis identisch nach Alter, Indexjahr und Ärztin oder Arzt gematcht. Die Analysen zeigten bei Frauen, die eine Schwangerschaft ausgetragen hatte, konsistent geringere Werte in allen psychischen Störungsbildern. Bei 6,7% der Studienteilnehmerinnen mit einem Schwangerschaftsabbruch wurde innerhalb der zehn Jahre nach dem Indexdatum eine Depression diagnostiziert. Bei Frauen mit einer Geburt lag der Wert bei 5,4% (log-rank  $p=.003$ ). Für Angstzustände lagen die Werte entsprechend bei 3,4% und 2,7% (log-rank  $p=.255$ ) und für Anpassungsstörungen bei 6,2% im Abbruch-Sample und 5,6% bei der Geburten-Stichprobe (log-rank  $p=.116$ ). Auch bei den somatoformen Störungen waren Unterschiede zu verzeichnen: 19,3% der Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen im Vergleich zu 13,3% der Frauen mit einer Geburt litten an somatoformen Störungen (log-rank  $p<.001$ ). Einen signifikanten Zusammenhang konnten Jacob et al. (ebd.) zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und Depressionen (*hazard ratio*  $HR=1.34$ ), Anpassungsstörungen ( $HR=1.45$ ) und somatoforme Störungen ( $HR=1.56$ ), nicht aber für Angstzustände identifizieren ( $HR=1.17$ ). Vor dem Hintergrund der dokumentierten Befunde leiten Jacob et al. (ebd.) einen positiven Zusammenhang zwischen einem Abbruch und mehreren psychischen Störungen ab. Zudem weisen Frauen mit einem induzierten Schwangerschaftsabbruch ein 1,34-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung auf.

Vergleichbar sind diese mit den Ergebnissen aus Fallkontrollstudie von Jacob et al. (2019a). Die Daten entstammen gleichermaßen der Datenbank IQVIA. Frauen mit der

Erstdokumentation einer Depression, von Angstzuständen, einer Anpassungsstörung oder somatoformen Störung zum Indexdatum wurden mit Frauen, bei denen diese Diagnosen nie gestellt in einem 1:1-Verhältnis abgeglichen (n=57770). Ziel der Studie war es, den Zusammenhang zwischen induziertem Schwangerschaftsabbruch, spontanen Abbruch (Fehlgeburt), Unfruchtbarkeit und einem Risiko für psychiatrische Störungen zu untersuchen. Für alle drei Stichproben konnten Jacob et al. (ebd.) einen positiven Zusammenhang mit psychischer Belastung feststellen. Für einen induzierten Schwangerschaftsabbruch lagen die Werte (ORs zwischen 1,75 und 2,01), bei spontanen Abbrüchen (ORs zwischen 2,16 und 2,60) und für Unfruchtbarkeit (OR=2,13) und waren positiv mit einem Risiko für psychische Störungen assoziiert. Jacob et al. (ebd.) konnten herausfinden, dass der Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und einer psychischen Störung – im Vergleich zu kinderlosen Frauen und Frauen, die nach dem Abbruch eine unkomplizierte Schwangerschaft und Geburt erleben – bei Frauen mit mindestens einem Kind tendenziell stärker ausgeprägt ist.

Vor dem Hintergrund offizieller Statistiken betrachtet Carroll (2011) die Dokumentation von Schwangerschaftsabbrüchen in Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Diese weisen relativ vollständige offizielle Statistiken auf. Dabei beobachten Carroll, dass Frauen, die ihre erste Schwangerschaft abbrechen, einem besonders hohen Risiko für nachfolgende negative Auswirkungen für die Gesundheit ausgesetzt sind. Frauen haben nach einem Abbruch ein erhöhtes Risiko für Depressionen und Unfruchtbarkeit bzw. kann ihre Fertilität eingeschränkt sein. Aus den Schwangerschaftsabbrüchen ergibt sich bei nachfolgenden Schwangerschaften ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten und Säuglingssterblichkeit. Und die betroffenen Frauen weisen zudem ein erhöhtes Brustkrebsrisiko auf, wobei primär junge Frauen gefährdet sind. Sowohl kurz- als auch langfristig hat dies negative Folgen für die psychische Gesundheit von Frauen, weshalb es einer weiterführenden Untersuchung der Thematik bedarf, um die Zusammenhänge zu klären.

Auf Basis der Daten der *Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007*, die einen Anstieg psychiatrischer Störungen bei Frauen von 19.1% im Jahr 1993 auf 21.5% im Jahr 2007 dokumentiert, zieht Carroll den Schluss, dass der Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen in diesem Zeitraum und der parallel auftretenden Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei Frauen für eine Kausalität zwischen Schwangerschaftsabbruch und psychische Gesundheit spreche. Mit einem Anstieg der Werte um 20% in der Altersgruppe der 45 bis 64-Jährigen, ist genau die Alterskohorte

betroffen, die jüngst mehr freiwillige Schwangerschaftsabbrüche durchführen lässt. Nebst dem lassen Schwarze Frauen häufiger Abbrüche durchführen und sind zugleich öfter von CMD betroffen, wobei keine Befunde zu den jeweiligen Zeitpunkten, dem Eintritt der CMD oder dem zeitlichen Verlauf des Schwangerschaftsabbruchs vorliegen und Risikofaktoren nicht berücksichtigt werden.

Carroll plädiert zudem dafür, die psychiatrische Vorgeschichte einzubeziehen, wenn Schwangerschaftsabbrüche und psychische Gesundheit untersucht werden und verweist darauf, dass Frauen nach einem Abbruch häufiger Antidepressiva, als Frauen nach einer Schwangerschaft einnehmen. Repräsentative finnische Statistiken zeigen auf, dass Frauen, die Psychopharmaka einnahmen (25-34%) im Vergleich zu Frauen generell (16%) einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftsabbrüche unterliegen.

Die Sterblichkeitsrate steigt bei Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Nach einem spontanen Abbruch und einer Eileiterschwangerschaft weisen Frauen in Finnland eine erhöhte Sterblichkeit (35 von 100.000 Schwangerschaften), vor allem bei jüngeren Frauen auf. Bei induzierten Schwangerschaftsabbrüchen sind die Raten noch höher (60 von 100.000). Als Kontrollgruppe dienten Frauen, bei denen keine Schwangerschaft vorlag und die durch Unfälle oder Verletzungen starben (24 von 100.000). Gestützt werden die obigen Ergebnisse laut Carroll durch den Rückgang an Sterblichkeit bei Frauen in Finnland zwischen den späten 1980 und 1990 Jahren, der mit einem gleichzeitigen Rückgang an Schwangerschaftsabbrüchen in Verbindung gebracht wird. Ferner verweist Carroll auf eine Metaanalyse von Zao und Sha, deren Befunde zeigen, dass Frauen, die jemals einen induzierten Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen, mit einer 35% Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Untergewicht zur Welt bringen. Ferner nehmen Frühgeburten und somit auch ein geringes Geburtsgewicht in Großbritannien zu. Carroll beruft sich auf Bamfield (2007), der wissenschaftliche Befunde für eine Kausalität zwischen induzierten Schwangerschaftsabbrüchen und einem nachfolgenden erhöhten Risiko für Frühgeburten sieht. Laut einer Studie aus Sri Lanka, die Carroll (2011) zitiert, haben Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ein dreifach höheres Risiko für Brustkrebserkrankungen und eine in der Türkei durchgeführte Studie von Ozmen et al. (2009) wird von ihm angeführt, in der ein signifikanter Zusammenhang zwischen induziertem Schwangerschaftsabbruch, Alter und dem Risiko für eine Brustkrebserkrankung behauptet wird.

#### 4.1.2 Schwangerschaftsabbruch und (negative) Emotionen

In der Langzeitstudie von Rocca et al. (2015), welche sich über einen Untersuchungszeitraum von drei Jahren streckte, wurde das Auftreten negativer Emotionen (Traurigkeit, Schuld, Bedauern und Wut) und positiver Emotionen (Erleichterung und Glück) nach einem Schwangerschaftsabbruch untersucht. Zudem wurde die Bewertung der getroffenen Entscheidung erfragt. Die Frauen wurden über drei Jahre hinweg in einem Intervall von sechs Monaten zu den drei genannten Kategorien befragt.

Von den Befragten gaben 25% (n=667) an nach dem Abbruch mit negativen Emotionen konfrontiert gewesen zu sein. Dieses Ergebnis konnte sowohl für Frauen gefunden werden, die einen frühen (erstes Trimester) als auch späten (zwei Wochen vor Schwangerschaftsaltergrenze) Abbruch haben durchführen lassen. Sechs Monate nach dem Abbruch dachten die meisten Frauen durchschnittlich „manchmal“ (Mittelwert=1.8); nach drei Jahren „kaum“ (Mittelwert=1.2) mehr an das Ereignis. Passend zu diesem Ergebnis ist auch der Befund, dass die gemessenen Emotionen (negativ wie positiv) mit der Zeit insgesamt rückläufig waren. So sanken die Werte der *Near-Limits* von 3.8 auf 1.8 nach drei Jahren. Und auch in der *First-Trimester* Stichprobe war eine ähnliche Entwicklung zu beobachten: innerhalb des Untersuchungszeitraums fiel der Ausgangswert von 3.7 auf 1.4. Frauen mit Mehrfachabbrüchen in der Vergangenheit berichteten zudem von weniger negativen Emotionen im Zusammenhang mit dem Abbruch als Frauen, die nur einen Abbruch haben durchführen lassen. Rocca et al. (ebd) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass negative Emotionen eine adäquate Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis sein können; haben Frauen bereits mehrfach einen Abbruch vornehmen lassen und wissen somit, was auf sie zukommt, ist also damit zu rechnen, dass negative Emotionen abnehmen.

#### 4.1.3 Schwangerschaftsabbruch und PTSD/PTSS

Die im Folgenden vorgestellte Arbeit von Biggs et al. (2016) basiert auf den Daten einer prospektiven Längsschnitt- und Kohortenstudie mit n=863 Frauen. Die Population besteht aus Frauen, die einen Abbruch erhalten haben (*First-Trimester* und *Near-Limits*) und solchen, denen der Abbruch aufgrund der Schwangerschaftsaltergrenze verwehrt wurde (*Turnaway-Birth* und *Turnaway-No-Birth*). Vergleichend untersucht die Studie die Teilpopulationen hinsichtlich eines erhöhten Risikos für *posttraumatic stress disorder*

(PTSD) oder *posttraumatic stress symptoms* (PTSS) vier Jahre nach dem (verweigten) Schwangerschaftsabbruch. Die Symptome wurden mittels des *Prime-Care PTSD Screen* (PC-PTSD) erhoben. Erstmals wurden die Frauen sieben Tage nach dem Abbruch bzw. der Verweigerung dieses und anschließend in halbjährlichen Intervallen über einen Zeitraum von vier Jahren befragt.

Bei der Baseline-Befragung berichteten 23% der Teilnehmerinnen von einem oder zwei und 16% von drei oder mehr wahrgenommenen PTSS-Symptomen, womit 39% (n=338) aller Teilnehmenden unter Symptomen litt. 30% der 338 Frauen mit Symptomen führten diese auf Erfahrungen sexueller, emotionaler und körperlicher Misshandlungen oder Gewalt zurück; weitere 20% auf bestehende gewaltlose Partnerkonflikte. 19% stellten einen Zusammenhang zwischen den PTSS-Symptomen und der Indexschwangerschaft her. Nach vier Jahren reduzierte sich dieser Wert merklich: nur noch ungefähr 1% der Frauen (n=8) führten ihre Symptome auf die Indexschwangerschaft zurück.

Es zeigt sich, dass sich die Ausgangswertewerte von PTSS, PTSD und schwangerschaftsbezogenen PTSS bei Frauen mit einem Abbruch nicht signifikant von den Werten der Frauen unterscheiden, welcher ein Abbruch verweigert wurde: *Near-Limits* waren in 15% und *First-Trimesters* in 17% der Fälle von PTSD bedroht; *Turnaway-Birth* in 17% und *Turnaway-No-Birth* in 18%. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die Werte für PTSS sowie das Risiko für PTSD für alle Teilnehmerinnen mit der Zeit rückläufig sind.

Was jedoch innerhalb der Stichprobe variiert sind die Werte der PTSS hinsichtlich der Zeitinteraktion: Bei Frauen, deren Schwangerschaftsabbruch abgewiesen wurde (*Turnaway-Birth* und *Turnaway-No-Birth*) verlief der Rückgang der PTSS-Symptome im Vergleich mit den Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch erhielten, langsamer und sie wiesen nach vier Jahren höhere Werte auf. Und auch innerhalb der Gruppe der Frauen mit Abbruch waren Unterschiede in der Zeitinteraktion zu beobachten: Bei Frauen des *Near-Limit* Samples verlief der Rückgang der Symptome schneller als bei dem des *First-Trimester* – und somit im Samplevergleich am schnellsten. Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass Frauen aus dem *Turnaway* Sample – beide Untergruppen eingeschlossen – die erlebte PTSS nicht häufiger auf die Indexschwangerschaft zurückführen als die Frauen der *Near-Limits* Gruppe.

Die einzelnen Befunde von Biggs et al. (2016) weisen darauf hin, dass Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch kein erhöhtes Risiko für eine PTSD/PTSD aufweisen.

#### 4.1.4 Schwangerschaftsabbruch und psychiatrischer Erstkontakt

Munk-Olsen et al. (2011) haben in ihrer Kohortenstudie herausfinden können, dass sich für Frauen durch einen Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zu vor dem Abbruch kein signifikant erhöhtes Risiko für einen psychiatrischen Kontakt ergab. Unter psychiatrischem Kontakt wurden dabei sowohl stationäre als auch ambulante Kontakte gefasst. In ihrer Untersuchung vernachlässigen Munk-Olsen et al. (ebd.) interessanterweise die klinische Diagnose und psychische Störungsbilder und betrachten stattdessen lediglich den Zeitpunkt des ersten psychiatrischen Kontakts in Interaktion mit einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Geburt. Die Befunde zeigen, dass sich die Werte zwölf Monate nach dem Abbruch nicht signifikant von den Werten neun Monate nach dem Ereignis unterscheiden ( $p=.19$ ).

Die Datenbasis der Studie entstammt dem dänischen Melderegister, dem dänischen psychiatrischen Zentralregister und dem nationalen Patientenregister des Landes. Die Stichprobe der Studie bestand aus Frauen, welche im Zeitraum von 1995 bis 2007 keine klinisch diagnostizierten psychischen Belastungen aufwiesen und im selben Zeitraum entweder einen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester oder eine Entbindung hatten.

In dem Sample der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, lag die Inzidenzrate eines psychiatrischen Erstkontakts pro 1000 Personen vor dem Abbruch bei 14,6 (95% CI [13,7, 15,6]) und danach bei 15,2 (95% CI [14,4, 16,1]). Bei der Kontrollgruppe – Frauen, welche ihr Kind entbunden haben – lag die Inzidenz vor der Geburt bei 3,9 (95% CI [3,7, 4,2]). Nach der Entbindung war ein signifikanter Anstieg des Werts auf 6,7 (95% CI [6,4, 7,0],  $p<.001$ ) zu verzeichnen.

Von den  $n=84620$  Frauen der Studie, die einen induzierten Abbruch im ersten Trimester durchführen ließen, hatten 1% ( $n=868$ ) einen ersten psychiatrischen Kontakt in den neun Monaten vor dem Schwangerschaftsabbruch. In den zwölf Monaten nach diesem suchten 1,5% ( $n=1277$ ) der Frauen erstmalig psychiatrische Institutionen auf. Die Werte zeigen keinen signifikanten Unterschied in den Raten vor und nach einem Abbruch ( $p=.19$ ). Im Gegensatz dazu waren die Werte für Frauen mit einer Geburt *post partum* signifikant erhöht ( $p<.001$ ).

Die Inzidenzraten bei Frauen mit einem Abbruch befinden sich zwar auf einem höheren Niveau, doch steigen sie nach dem Abbruch nicht signifikant an, was auf keine bestehende Kausalität zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und psychischer

Belastung schließen lässt. Die Befunde deuten vielmehr darauf hin, dass es sich bei Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen um eine vorstrukturierte Gruppe handelt, bei welcher bereits eine Neigung zu psychischen Belastungen besteht, die die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs erhöht. Die Befunde von Munk-Olsen et al. (2011) weisen also einerseits darauf hin, dass psychische Belastungen ein Prädiktor für Schwangerschaftsabbrüche sind und andererseits keine Kausalität zwischen einem Abbruch und nachfolgenden psychischen Belastungen besteht.

#### 4.1.5 Schwangerschaftsabbruch und die Ersteinnahme von Antidepressiva

Angelehnt an das Studiendesign von Munk-Olsen et al. (ebd.) konzipierten Steinberg et al. (2018) eine Untersuchung bei der sie die Einnahme von Antidepressiva vor und nach einem ersten Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester bzw. vor und nach einer ersten Entbindung erfassten. Die erstmalige Verschreibung von Antidepressive fungiert dabei als Indikator für eine depressive Episode oder Angstepisode. Zudem wurden bekannte psychische Vorbelastungen der Frauen und deren Eltern analysiert.

Die Daten des Basismodells zeigen, dass Frauen im Jahr vor dem Abbruch keine erhöhten Raten an erstmaligen Antidepressiva-Gebrauch im Vergleich zu Frauen ohne Abbruch aufweisen. Im Jahr nach dem Abbruch stiegen die Raten allerdings an; Frauen mit Abbruch zeigten höhere Werte als Frauen, die noch nie einen Abbruch haben vornehmen lassen. Unter Hinzunahme der Einflussfaktoren – bekannte psychische (familiäre) Vorbelastung – zeigen die Analysen der bereinigten Modelle jedoch, dass die Werte von Frauen mit Abbruch sowohl im Jahr vor diesem (IRR=1.46, 95% CI [1.38, 1.54]) als auch in den zwölf Monaten danach (IRR=1.54, 95% CI [1.45, 1.62]) keine statistischen Unterschiede zu Frauen ohne Schwangerschaftsabbruch aufweisen.

Insgesamt konnte mit der Zeit ein Rückgang der Werte beobachtet werden (1-5 Jahre: IRR=1.24, 95% CI [1.19, 1.29], >5 Jahre: IRR=1.12, 95% CI [1.05, 1.18]). Die Befunde der adjustierten Modelle weisen somit darauf hin, dass die höheren Werte nach einem Schwangerschaftsabbruch im Basismodell nicht im Zusammenhang mit dem Abbruch selbst stehen, sondern vielmehr auf Risikofaktoren, die eine Depression begünstigen, zurückzuführen sind. Steinberg et al. (2018) identifizieren in den angepassten IRR-Modellen vorherige psychiatrische Kontakte als den stärksten Risikofaktor für die Einnahme von Antidepressiva (IRR=3.70, 95% CI [3.62, 3.78]). Ebenso ist die vorangegangene Einnahme angstlösender Medikamente (IRR=3.03, 95% CI [2.99, 3.10])

und der Erhalt von Antipsychotika (IRR= 1.88; 95% CI [1.81, 1.96]) Risikofaktoren für eine nachfolgende Einnahme von Antidepressiva und somit verbunden mit einer depressiven Episode oder Angstepisode.

Auch die Befunde von Steinberg et al. (2018) weisen also darauf hin, dass nicht der Schwangerschaftsabbruch die psychische Belastung ausgelöst hat, sondern dass Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen von vornherein einem erhöhten Risiko ausgesetzt waren.

#### 4.1.6 Schwangerschaftsabbruch und psychisches Wohlbefinden (*well-being*)

Wie die prospektive Langzeitstudie von Biggs et al. (2017) zeigen konnte haben Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch initial keine höheren Raten für kurzfristiges negatives Wohlbefinden; im Gegenteil: die Lebenszufriedenheit steigt nach einem Abbruch.

In der Langzeitstudie wird der Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und dem psychischen Wohlbefinden der Teilnehmerinnen untersucht. Die Untersuchung umfasst insgesamt elf Interviews, wobei mittels des *Brief Symptom Inventory* (BSI) – einem Fragebogen zur Erfassung bestimmter Symptome – die psychische Gesundheit der Frauen nach einem Abbruch bzw. nach der Verweigerung eines solchen ermittelt wurde. Erfragt wurden sowohl Symptome zu Depressionen und Ängsten als auch das Selbstwertgefühl und die Lebenszufriedenheit.

Frauen, welchen ein Schwangerschaftsabbruch versagt wurde, berichteten signifikant häufiger von Ängsten (*Turnaway-Births*: 0.57, 95% CI [0.01, 1.13], *Turnaway-No-Births*: 2.29, 95% CI [1.39, 3.18]), einem geringeren Selbstwertgefühl (*Turnaway-Births*: -0.33, 95% CI [-0.56, -0.09], *Turnaway-No-Births*: -0.40, 95% CI [-0.78, -0.02]) und einer geringeren Lebenszufriedenheit (*Turnaway-Births*: -0.16, 95% CI [-0.38, 0.06], *Turnaway-No-Births*: -0.41, 95% CI [-0.77, -0.06]). Depressionen traten in der *Turnaway* Gruppe in gleichen Ausprägungen wie in der *Near-Limit* Gruppe auf (*Turnaway-Births*: 0.13, 95% CI [-0.46, 0.72], *Turnaway-No-Births*: 0.44, 95% CI [-0.50, 1.39]).

In der Kategorie Depressionen waren innerhalb der einzelnen Stichproben abweichende Befunde zu beobachten: Frauen des *First-Trimester* Samples berichteten initial seltener von depressiven Symptomen, jedoch war der Rückgang der Symptome im Vergleich zu den *Near-Limits* weniger stark ausgeprägt. Trotz Abweichungen konnte



insgesamt in allen Stichproben ein Rückgang der depressiven Symptomatik wie auch der Ängste registriert werden. Obwohl eine Verbesserung in allen Stichprobengruppen – vollzogener und verweigerter Abbruch – im Verlauf der Untersuchung zu erkennen war, war das Selbstwertgefühl bei Frauen der *Near-Limit* Stichprobe ausgeprägter als bei *Turnaways*.

Die vorliegenden Befunde stützen die Annahme, dass durch Schwangerschaftsabbrüche die psychische Gesundheit von Frauen nicht negativ beeinflusst wird. Im Gegenteil legen sie nahe, dass ein verweigerter Schwangerschaftsabbruch mit initial höheren Raten für kurzfristig negatives psychisches Befinden in Verbindung steht.

Eine Weitere Studie, die den Zusammenhang von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischem Wohlbefinden in den Fokus nimmt ist jene von Huss et al. (2021). Anhand des Salutogeneskonzepts betrachten die Autor\*innen dieser Studie losgelöst von den Kategorien „Gesundheit“ und „Krankheit“ die Lebenszufriedenheit der Probandinnen. Im Gegensatz zu Biggs et al. (2017) wird in dieser Untersuchung nicht nur die Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch, sondern auch die Zeitspanne vor dem Ereignis betrachtet. Dabei fassen sie unter der Kategorie „allgemeine Lebenszufriedenheit“ verschiedene Teilbereiche, wie bspw. Sozialkontakte, Freizeit, Familie und – falls eine Beziehung vorhanden ist – die Beziehungszufriedenheit der Frauen.

Die Stichprobe umfasst insgesamt  $n=5331$  Frauen, die aus dem *German Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics* (pairfam) stammen. Der Großteil der Frauen (69.9%,  $n=3630$ ) war während des Untersuchungszeitraums nicht schwanger. 3.9% ( $n=214$ ) der Frauen hatten einen induzierten Schwangerschaftsabbruch, 5.9% ( $n=331$ ) eine Fehlgeburt. Die Kontrollgruppe bestand aus  $n=1156$  Frauen (20.9%), die ihre Kinder lebend ausgetragen hatten.

Frauen aus der Gruppe der Schwangerschaftsabbrüche unterschieden sich signifikant von Frauen mit Lebendgeburten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit. Demgegenüber wiesen Frauen, die eine Fehlgeburt hatten keine signifikanten Abweichungen zu letzteren auf. Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch haben durchführen lassen wiesen eine sichtbar geringer ausgeprägte Schwangerschaftsintention aus, waren seltener in Beziehungen, eher kinderlos und insgesamt unzufriedener als Frauen mit Lebendgeburten. Nach der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs zeigten die Frauen initial eine Verschlechterung des Wohlbefindens ( $b= -0.44$ ,  $p<.05$ ). Im zeitlichen Verlauf setzte jedoch ein positiver Effekt ein und es kam zu einem Anpassungsprozess der

allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $b= 0.21, p<.05$ ). Ähnliche Befunde liegen auch für Sozialkontakte vor, hier ist der Rückgang über die Zeit jedoch unbedeutend; selbst fünf Jahre nach dem Ereignis sind die Werte für die Zufriedenheit mit Sozialkontakten geringer als vor dem Ereignis. Die Zufriedenheit im Freizeitbereich ist durch einen initial negativen Koeffizienten geprägt, begleitet von einer unbedeutenden und partiellen Anpassung im Zeitverlauf. Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch verzeichnen zudem weder kurz noch langfristig signifikante Veränderungen in der Familienzufriedenheit.

Aufgrund des Studiendesigns, welches das psychische Wohlbefinden sowohl vor als auch nach einem Abbruch erfassen, ist es Huss et al. (2021) gelungen zu zeigen, dass eine geringe Lebenszufriedenheit nicht Folge, sondern Risikofaktor für Schwangerschaftsabbrüche ist. Frauen, die einen Abbruch haben durchführen lassen haben laut der Befunde bereits vor dem Ereignis schlechtere Werte aufgewiesen – dies gilt für alle Kategorien der Lebenszufriedenheit, bis auf Sozialkontakte. Auch die Ergebnisse dieser Studie stützen also die These, dass Frauen mit einem geringen psychischen Wohlbefinden bzw. erhöhter psychischer Belastung anfälliger für Schwangerschaftsabbrüche sind als Frauen mit einem höheren Niveau an Zufriedenheit.

Die Studie von Quinley et al. (2014) erheben in einer Kohortenstudie die subjektive Einschätzung von Frauen, welche Früh- (*First-Trimester*) und Spätabbrüche (*Second-Trimester*) haben durchführen lassen hinsichtlich ihres psychischen Wohlbefindens vor dem Abbruch und die erwartete psychische Bewältigung nach diesem. Als Erhebungsinstrument nutzen sie in beiden Fällen den *Need Assessment Questionnaire*. Die Frauen werden zu den Gefühlskategorien Ruhe, Zuversicht, Erleichterung, Nervosität, Angst, Wut, Scham, Traurigkeit, und Schuldgefühle befragt. Der Selbstauskunft der Frauen folgend, schauen die Frauen dem Abbruch optimistisch entgegen und auch auf die Zeit nach diesem.

Die Kategorie „psychische Bewältigung“ nach dem Eingriff wurde ein bis drei Tage *post abortum* durch Pflegepersonal in einer telefonischen Befragung erhoben. Die Befunde dieser Erhebung zeigen, dass es den Frauen nach dem Eingriff besser geht als sie dies selbst zuvor prognostiziert hatten. Die psychischen Werte, gemessen an den beschriebenen Gefühlskategorien, waren nach dem Eingriff um 9,7% besser als der psychische Zustand vor dem Eingriff. Tatsächlich verbesserten sich die psychischen Bewältigungswerte der Frauen um 38% gegenüber den Prognosen. Die Ergebnisse zeigen keine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem prognostizierten und dem

tatsächlichen psychischen Wohlbefinden ( $p=.1004$ , Spearman's  $q=.2160$ ). Eine statistisch signifikante Korrelation konnte hingegen zwischen den psychischen Werten vor dem Verfahren und den psychologischen Bewältigungswerten nach dem Schwangerschaftsabbruch festgestellt werden: Frauen, die bereits vor dem Eingriff schlechtere psychische Werte aufwiesen, hatten auch nach dem Eingriff ein schlechteres psychisches Wohlbefinden und eine höhere Wahrscheinlichkeit für psychosoziale Probleme ( $p=.0376$ , Spearman's  $q=.2761$ ). Frauen schätzten ihr psychisches Wohlbefinden nach dem Schwangerschaftsabbruch (2.14,  $SD=1.05$ ) besser ein als unmittelbar vor dem Eingriff (2.37,  $SD=1.05$ ).

Die Befunde von Quinley et al. (ebd.) deuten somit auf keine Kausalität zwischen dem Abbruch und nachfolgenden psychischen Befunden hin.

#### 4.2 Schwangerschaftsabbruch und Stigmatisierung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits von der Engführung bestimmter Geschlechternormen und der individuellen Ausgestaltung derselben gesprochen. Während Millars (2020) Konzepte des „emotionalen Skripts“ und der „Gefühlsökonomie der Abtreibung“ zu erklären helfen, inwiefern die kulturelle Repräsentation, gesellschaftliche Wertung, Empfindung und Selbsteinschätzung der Betroffenen in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche je schon in einer zumeist negativen Art und Weise präfiguriert werden, verweisen die genannten Konzepte zudem auf den engen Zusammenhang zwischen personaler bzw. Ich-Identität und sozialer Identität. In letztgenannte finden kulturelle Muster Eingang, anhand derer bestimmt wird, welche Merkmale, Eigenschaften und Verhaltensweisen erfüllt sein müssen, um als Person mit einer bestimmten sozialen Identität anerkannt werden zu können.

In Bezug auf die soziale Kategorie der Frau findet dabei u.a. eine Identifizierung mit tradierten Rollen, allen voran der gebärenden und liebenden Mutter statt. Bereits hier wird deutlich, dass mit den kulturellen Mustern sozialer Identität immer auch normative Standards verbunden sind, die Abweichungen von einer als Normalität gesetzten Norm regulieren und sanktionieren. Das Phänomen der Stigmatisierung fällt dabei, so Goffman (1967: 13), in den Bereich der negativ sanktionierten Normabweichungen. So erfahren Frauen, die mit dem Ideal der Mutterschaft konfrontiert sind und mit einem Schwangerschaftsabbruch von ebendiesem abweichen noch immer eine gesellschaftliche Stigmatisierung.

Entscheidend ist dabei, dass nicht der Abbruch als solche ein Stigma mit negativen psychischen Folgen darstellt. Vielmehr ergibt sich die diskreditierende Wirkung aus einem normativen gesellschaftlichen Kontext, in dem Weiblichkeit und Mutterschaft diskursiv gleichgesetzt und die gesellschaftlich konstruierte Identität von Frau- und Muttersein naturalisiert wird. Damit steht die stigmatisierte soziale Kategorie der ‚abtreibenden Frau‘ all jenen ‚normalen Frauen‘ gegenüber, die sich für eine Schwanger- und Mutterschaft entscheiden und folglich nicht von den etablierten Rollenerwartungen abweichen. Die Abtreibungsakt stellt damit, wie Carol Sanger (zitiert nach Millar 2020: 24) schreibt, „die Antithese all dessen [dar], was Frauen traditionell sein und tun sollen“ und macht die abtreibenden Frauen im Verhältnis zur sozialen Kategorie der ‚guten‘ und ‚liebenden Mutter‘ zum negativen Anderen. Das Phänomen des Stigmas verweist damit auf einen engen Zusammenhang zwischen Stigma und Identität, um die negativen Folgen der Stigmatisierung von abweichenden Ausgestaltungen einer sozialer (Geschlechts-)Identität in den Blick zu nehmen.

Auf der persönlichen Ebene wirkt sich die Abweichung von der normierten sozialen und Geschlechtsidentität zumeist negativ aus: Frauen versuchen oftmals den Schwangerschaftsabbruch geheim zu halten, sind psychisch belastet, empfinden Selbstzweifel, Gefühle der Reue, Scham und Schande über die getroffene Entscheidung infolge der Abweichung vom tradierten und hegemonialen Bild der ‚guten Mutter‘ und in Ermangelung anderer, positiver gesellschaftlich anerkannter Gegenbilder eines nicht-schambesetzten Abbruchs als einer ‚richtigen‘ oder ‚glückbringenden‘ Entscheidung.

Indem sich die Wissenschaft jedoch zusehends mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und den daraus resultierenden psychischen Folgen für die Frauen auseinandersetzt, greift sie gegenwärtige Entwicklungen „innerhalb des Abtreibungsaktivismus und der Forschung“ auf, so Millar (2020: 124), die der Stigmatisierung des Abbruchs entgegenwirken und so einen wichtigen Beitrag zur Normalisierung und anderen kulturellen Repräsentationsweisen derselben leistet. Im Zuge eines gegenwärtig zu beobachtenden soziokulturellen Wandels kann das normabweichende Abbruchsverhalten von einem Stigma zur neuen Normalität werden, was sich nicht zuletzt auf der Gesetzesebene widerspiegelt. Es ist auch als ein Verdienst der Entstigmatisierung von Abbrüchen zu bewerten, dass in der deutschen Gesetzgebung zusehends eine Abkehr von den restriktiven Abtreibungsgesetzen im Gange ist.

In ihrer Studie konnten Huss et al. (2021) ebendiese gesellschaftliche Stigmatisierung und Tabuisierung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen feststellen. Die Befunde zeigen, wie die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen auf unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ebenen, wie bspw. politischer, medialer und religiöser, stattfindet. So konnten Huss et al. (ebd.) in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen erlebter Stigmatisierung und den direkten Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit der Frauen in den Bereichen Freizeitaktivitäten und Sozialkontakte nachweisen. Selbst fünf Jahre nach dem Abbruch wiesen Frauen, die einen Abbruch haben durchführen lassen, geringe Werte der Zufriedenheit im Zusammenhang mit Sozialkontakten auf. Tatsächlich war innerhalb des Untersuchungszeitraums keine vollständige Anpassung an die Ausgangswerte in diesem Bereich zu verzeichnen. Im Bereich Freizeit war eine initial negative Assoziation zu beobachten, die sich im Verlauf zwar leicht, aber dennoch unbedeutend anpasste.

Auch Rocca et al. (2013; 2015) befassten sich in ihren beiden Längsschnittstudien mit Stigmatisierungserfahrungen von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen. Dabei wurden Teilnehmerinnen der Untersuchung nach ihren konkreten Stigmatisierungserfahrungen in der sozialen Gemeinschaft befragt (2013). Bei Frauen, die ein höheres Maß an Stigmatisierung erfahren hatten, wurden vermehrt negative Emotionen nach dem Abbruch dokumentiert ( $b=.45$  [0.31, 0.58]). Demnach zeigen die Befunde, dass erfahrene Stigmatisierung die Emotionen nach einem Abbruch beeinflussen. Ähnliches konnten auch Kotta et al. (2018) in ihrer Studie zum Zusammenhang zwischen Bestehen eines gesellschaftlichen Drucks und den Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen feststellen: Frauen, die einem höheren gesellschaftlichen Druck im Kontext der Schwangerschaftsabbruch-Thematik ausgesetzt sind erfahren einen erschwerten Umgang mit dem Abbruch und sehen sich häufiger in Not. Die Untersuchung von Biggs et al. (2016) zeigt zudem, dass Frauen, die nach einem Abbruch unter Symptomen einer PTSS litten diese in Verbindung mit der negativen Reaktion Dritter auf den Schwangerschaftsabbruch brachten.

Eine weitere wichtige Determinante im Kontext von Stigmatisierung und Schwangerschaftsabbrüchen ist die jeweilige Gesetzeslage in einem Land. So wurden von Boersma et al. (2014) in einer Untersuchung in Curacao Hinweise darauf gefunden werden, dass die Illegalität von Schwangerschaftsabbrüchen in Folge auch bestehende Stigmatisierung und Tabuisierung fördert. Zwar werden in Curacao Schwangerschaftsabbrüche seit 1999 geduldet und nicht mehr strafrechtlich verfolgt,

dennoch erfahren die Frauen gesellschaftliche Ablehnung und es besteht keinerlei öffentliche Debatte zu dieser Thematik. Eine weitere Untersuchung zu dem formulierten Konnex haben Hosseini-Chavosi et al. (2012) in Iran durchgeführt. Dort stehen Schwangerschaftsabbrüche – außer es handelt sich um eine medizinische Indikation – unter Strafe. Schwangerschaftsabbrüche, die in Iran als sündhaftes Verhalten (vor Gott) verstanden werden, sind mit einem sehr hohen Maß an gesellschaftlicher Stigmatisierung verbunden. Die Erfahrung von Leid und Unglück nach einem Abbruch werden laut Hosseini-Chavosi et al. (ebd.) sowohl von der Gesellschaft als auch von den Frauen selbst als entsprechende Strafe für das sündhafte Verhalten versandt. Nur eine der 40 Befragten Frauen teilte diese Meinung nicht; sah also in dem Abbruch kein sündhaftes Vergehen. Geschlossen berichteten die Frauen von negativen Reaktionen ihres nahen sozialen Umfeldes auf Berichte ihres Abbruchvorhabens.

Es zeigt sich, dass die Ergebnisse aller zu diesem Themenkomplex vorgestellten Studien darauf hinweisen, dass sich gesellschaftliche Stigmatisierung und Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in verschiedener Weise negativ auf Frauen mit Abbruchserfahrungen oder -intention auswirken.

#### 4.3 Soziale und kulturelle Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs

In diesem Abschnitt werden Studien diskutiert, die die Auswirkungen sozialer und kultureller Aspekte auf einen Schwangerschaftsabbruch untersuchen. Die kulturellen und gesellschaftlichen Einflussnahmen auf den Themenkomplex Schwangerschaftsabbruch sind vielgestaltig und machen ihn als genuin soziales wie kulturell aufgeladenes Phänomen sichtbar, dessen soziokulturelle Dimensionen vielgestaltig, umkämpft und in ihrer Wirkung auf die Betroffenen von äußerster Tragweite sind. Die mediale Repräsentation von Abbrüchen und dem Subjekt des Abbruchs bedingt Selbst- und Fremdzuschreibungen sowie normative Bewertungsmuster und damit das subjektive Empfinden der Betroffenen, Angehörigen und der Gesellschaft als Ganzer. Abbrüche stellen ein Politikum dar, sind Gegenstand hitzig geführter Debatten bis hin zu einem regelrechten „Kulturkrieg“ (Mouw/Sobel 2001, zitiert nach Millar 2020: 19), wobei Emotionen von Miller (ebd.: 36) als der „Kern des gesellschaftlichen Umgangs mit Abtreibung“ gefasst werden.

Entscheidend ist dabei, dass die Kategorie ‚Emotion‘ keinen rein individuellen, privaten oder vermeintlich authentischen, d.h. gesellschaftlichen Einflüssen entbundenen

Phänomenbereich bezeichnet, diesen vielmehr als kulturell bedingt und gesellschaftlich normiert bzw. normalisiert betrachtet. So ist das Phänomen des Schwangerschaftsabbruchs mit einer „allgemeinen Gefühlslage“ (ebd.: 8) verbunden, die durch die wiederholte Assoziation bestimmter, zumeist negativer Gefühle mit dem Thema Abbruch erzeugt wird und so die Bedeutung, die Verhaltens- und Umgangsweisen mit ebendiesem determinieren. M.a.W.: mediale Repräsentationsformen des Abbruchs in Verbindung mit der kulturellen Heraufbeschwörung negativer Emotionen bestimmen, wie Frauen den Abbruch selbst, aber auch den Entscheidungsprozess und die Folgen desselben erleben und wie das familiale und soziale Nahfeld sowie das weitere gesellschaftliche Umfeld die Entscheidung für und wider einen Abbruch bewerten.

Wiederholt weist Millar darauf hin, dass der kulturelle Umgang mit dem Thema materielle, psychische, rechtliche und gesellschaftliche Auswirkungen hat. Auf einer handlungspraktischen Ebene spiegelt sich dies in den verfügbaren bzw. verwehrten Zugängen zu Schwangerschaftsabbrüchen wider. Bezugnehmend auf Harris et al. (2011) und Martin et al. (2014) führt Millar (ebd.: 19) an, dass die Ausbildung von entsprechendem Fachpersonal dadurch gehemmt werde. Auf einer individuellen Ebene können diese kulturellen Zuschreibungen für Frauen bedeuten, dass sie ein geringes Maß an sozialer Unterstützung erhalten oder gar Stigmatisierungserfahrungen machen (vgl. Kapitel 4.2), die z.T. dramatische Folgen für die spätere psychische Gesundheit haben können (vgl. Gomez et al. 2017). Die nachfolgend präsentierten Studien liefern erste Hinweise darauf, dass die erfahrene oder verwehrte soziale Unterstützung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nachhaltig beeinflussen.

Nebstdem konnten (Risiko-)Faktoren identifiziert werden, die über den unmittelbaren Kontext der Schwangerschaft und seine Einbettung in gesellschaftliche Gefühlslagen hinausgehen. Hierzu können bspw. Traumata, Gewalterfahrungen in einer Partnerschaft oder Missbrauch in der Kindheit zählen, die in Verbindung mit Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Belastungen stehen. Entscheidend ist, dass die Vernachlässigung der genannten Faktoren Gomez et al. (ebd.) zufolge zu falschen Wirkungszusammenhängen zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und anschließenden psychischen Belastungen führen können.

#### 4.3.1 Schwangerschaftsabbruch und soziale Unterstützung

Hinweise negativer Auswirkungen von geringer oder ausbleibender sozialer Unterstützung im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs auf das psychische Wohlbefinden der Frauen konnten Rocca et al. (2015) finden. Frauen, die geringe oder keine soziale Unterstützung erfahren haben berichteten in der Befragung vermehrt über negative Emotionen ( $b=-0.61$   $[-0.93, -0.29]$ ); wohingegen bei Frauen, die soziale Unterstützung erhalten hatten ein positiver Effekt erkennbar war. Letztere hatten zudem ein geringeres Risiko von negativen Emotionen zu berichten. In Selbstauskunft erzählten die Frauen davon, dass sowohl die soziale Unterstützung als auch die generellen Umstände der Schwangerschaft wichtige Einflussgrößen für deren psychische Gesundheit waren. Es zeigte sich, dass soziale Unterstützung wiederum eng mit der Art und Weise verknüpft ist, wie die Frauen über Schwangerschaftsabbrüche sprechen und diese einordnen und bewerten.

Ähnliche Befunde zeigt auch die Studie von Ditzhuijzen et al. (2017). In ihrer Untersuchung dokumentieren die Autor\*innen den Einfluss sozialer Unterstützung auf den Umgang mit einem Schwangerschaftsabbruch. Die Ergebnisse zeigen, dass sich soziale Unterstützung positiv auf die Bewältigung eines negativen Lebensereignisses – wie es eine ungewollte Schwangerschaft bzw. ein Schwangerschaftsabbruch darstellen können – auswirkt. Frauen, die wenig wahrgenommene Unterstützung innerhalb ihrer Partnerschaft erfuhren wiesen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf nach dem Abbruch Stimmungsstörungen zu erleben ( $OR=2.6$ ). Zudem zeigen die Befunde, dass sich die Qualität einer Beziehung – in Form von Stabilität – positiv auf die psychische Gesundheit der Frauen nach einem Abbruch auswirkt. Frauen, die im Rahmen einer instabilen Partnerschaft schwanger wurden hatten demnach häufiger Angststörungen ( $OR=4.1$ ).

Ebenso konnten Di Febo et al. (2018) Hinweise darauf finden, dass Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch haben durchführen lassen von der Unterstützung ihrer Partner, einer stabilen partnerschaftlichen Beziehung und der Abwesenheit von Konflikten innerhalb dieser profitieren.

Gomez et al. (2017) erweiterten in ihrer Studie den Kontext von partnerschaftlicher zu gemeinschaftlicher sozialer Unterstützung. Dabei konnten sie herausfinden, dass Frauen, welche Teil einer sozialen Gruppe waren mit größerer Wahrscheinlichkeit noch nie eine ungewollte Schwangerschaft erlebt hatten bzw. bei ihrer ersten Schwangerschaft im Schnitt älter waren. Die Befunde weisen darauf hin, dass soziale Unterstützung demnach



nicht nur einen protektiven Charakter im Fall eines Abbruches hat, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für frühe und ungewollte Schwangerschaften verringert.

#### 4.3.2 Schwangerschaftsabbruch und Gewalt-/Missbrauchserfahrungen

Steinberg et al. (2011) weisen kritisch auf den Umstand hin, dass in Untersuchungen zu Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Gesundheit häufig nicht nach gemachten Gewalterfahrungen der Frauen gefragt wird. Die Befunde ihrer Untersuchung weisen darauf hin, dass gemachte Gewalterfahrungen als Mediator im Wirkungszusammenhang Schwangerschaftsabbruch – psychische Belastung wirken: Zwischen der Variable Schwangerschaftsabbruch und der Variable psychische Belastung liegt demnach eine indirekte Beziehung (Scheinkorrelation) zu Grunde; ein Wirkungszusammenhang entfaltet sich erst in Kombination mit gemachten Gewalterfahrungen.

Weiterhin verweisen auch Ditzhuijzen et al. (2017) darauf, dass Missbrauch im Kindesalter ein starker Prädiktor für spätere psychische Belastungen sowie für Schwangerschaftsabbrüche darstellt. In ihrer Untersuchung zu diesem konkreten Zusammenhang gaben 23% der befragten Frauen an körperlichen Missbrauch in der Kindheit erfahren zu haben, 43% gaben an Opfer psychischer Gewalt oder emotionaler Vernachlässigung geworden zu sein. Weitere 19% berichteten von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Die Analysen zeigen, dass Missbrauch in der Kindheit positiv mit Angststörungen, folgend auf einen Schwangerschaftsabbruch, zusammenhängen (OD=4.0).

Weiterhin konnten Biggs et al. (2016) sexuelle Gewalt und Übergriffe, Missbrauch und/oder Vernachlässigung in der Kindheit wie auch Gewalt in der Partnerschaft als Prädiktoren für PTSS und PTSD identifizieren. Die Befunde zeigen, dass Frauen der *First-Trimester* Gruppe signifikant häufiger von Gewalt und Missbrauch als Ursache für die PTSS berichten als Teilnehmerinnen der *Near-Limit* Stichprobe (39% im Gegensatz zu 25%). Als ursächlich für ihre PTSS betrachteten fünf der 863 Frauen eine erlebte Vergewaltigung. Auch die Ablehnung der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs wurde von einer Frau als ein traumatisierendes und belastendes Erlebnis, einhergehend mit Stress, beschrieben.

Anhand der vorgestellten Befunde und insbesondere mit Verweis auf Steinberg et al. (2016) lässt sich feststellen, dass gemachte Gewalterfahrungen eine wichtige und nicht

zu vernachlässigende Größe im Konnex von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Gesundheit darstellt.

#### 4.3.3 Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch

Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch sind zumeist vielfältig. So spielen in die Entscheidung, ob eine Schwangerschaft ausgetragen wird oder nicht sowohl biografische wie auch gesellschaftliche Faktoren hinein. Ob ein Leben mit Kind erwünscht und lebbar ist, ist hochindividuell; dennoch lassen sich Determinanten ausmachen, die statistisch häufig mit Schwangerschaftsabbrüchen in Verbindung stehen. So sind Frauen in höherem Maße von den sozialen wie finanziellen Folgen einer Schwangerschaft betroffen als Männer. Ist die schwangere Frau bspw. nicht finanziell abgesichert, hat kein ausreichendes/sicheres Einkommen oder verfügt nicht über einen Partner, der sie unterstützt, wiegen die Folgen von Mutterschaft für sie ungleich schwerer als für Frauen, die ein sicheres soziales und ökonomisches Umfeld haben. Und auch soziale Faktoren, wie bspw. (nicht) vorhandene staatliche Unterstützungsstrukturen können in die Entscheidung eine Schwangerschaft abubrechen mit hineinspielen.

Die Untersuchung von Kotta et al. (2018) – eine Querschnittstudie mit vertiefenden Interviews geführt in Indien – bildet ebendiese Vielfalt an Gründen für einen Abbruch ab: So gaben sie befragten Frauen hauptsächlich wirtschaftliche und soziale Beweggründe für ihren Abbruch an. Sie berichteten von finanziellen Unsicherheiten durch Inflation, prekären Wohnverhältnissen oder drohenden negativen Veränderungen ihres Lebensstandards als Beweggründe für einen Schwangerschaftsabbruch. Ebenso sprachen sie Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer Familiengröße, Sorge um die Zukunft weiterer Kinder oder die Aufgabe des Studiums im Zuge der Schwangerschaft an. Einige Frauen berichteten zudem von soziokulturellen Faktoren: Eine Schwangerschaft war demnach für die Frauen mit Scham verbunden, da sie durch ihre Sichtbarkeit Rückschlüsse auf deren sexuelle Aktivität zulässt. Wie schon in Kapitel 4.2 im Zusammenhang mit Stigmatisierung festgestellt werden konnte leiden auch hier die Frauen unter der gesellschaftlichen Tabuisierung und der scheinbaren Unmöglichkeit öffentlich über weibliche Sexualität und Schwangerschaftsabbrüche sprechen zu können.

#### 4.4 Schwangerschaftsintention und Entscheidungsfindung

In diesem Abschnitt sollen Studien vorgestellt werden, die die Schwangerschaftsintention in ihre Analysen mit einbeziehen. Wie und ob sich die Intention einer Schwangerschaft auf die psychische Gesundheit von Frauen auswirkt wird von Wissenschaftler\*innen immer wieder diskutiert. Mehrheitlich besteht Konsens, dass die Intention einer Schwangerschaft erhoben werden sollte, um mögliche Zusammenhänge zwischen der Absicht einer Schwangerschaft und nachfolgenden psychischen Belastungen untersuchen zu können. Die Erhebung der Schwangerschaftsabsicht ist zudem von Relevanz, da sie zu einer Klärung beitragen kann, ob Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft bestimmte Merkmale aufweisen. Neben der Intention für eine Schwangerschaft wird in diesem Kapitel analysiert, wie Frauen die Entscheidung für einen Abbruch treffen und was sie als unterstützend wahrnehmen. Die Befunde der vorgestellten Studien zeigen mehrheitlich, dass Frauen die Entscheidung für einen Abbruch zu mehreren Messzeitpunkten als richtig bewerteten, selbst wenn sie Schwierigkeiten hatten diese Entscheidung zu treffen und von dem kurzzeitigen Auftreten negativer Symptome berichteten (vgl. Biggs et al. 2016; Rocca et al. 2015).

##### 4.4.1 Schwangerschaftsintention

Eine Mehrheit der ermittelten Arbeiten des Reviews bezieht bei den Untersuchungen die Schwangerschaftsintention mit ein, da diese Auswirkungen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch haben können und entsprechend die Entscheidungsfindung beeinflussen. In den Studien wird überwiegend von *unwanted pregnancies*, *unplanned* oder *unintended pregnancies* gesprochen. Schwangerschaften können aber auch als ‚*mistimed*‘ beschrieben werden, wenn der Zeitpunkt der Empfängnis früher oder später eintreten sollte. Bereits die Verwendung verschiedener Begriffsfassungen verweist auf die Uneindeutigkeit des verhandelten Forschungsgegenstands.

Im Kontext des Reviews wird auf Grund der Nähe zu dem Forschungsprojekt *ELSA PSY* einheitlich von *ungewollter* Schwangerschaft gesprochen. Angelehnt an die »frauen leben 3«-Studie wurde diese Begrifflichkeit übernommen. Darin wurden Beratende nach ihren Praxiserfahrungen im Umgang mit den verschiedenen Begrifflichkeiten befragt. Einheitlich wurde der Zusatz ‚ungewollt‘ mit einem starken „inneren Widerstand“ assoziiert, so Helfferich (2015: 217). ‚Ungeplante‘ Schwangerschaften werden hingegen als die „trotzdem gewünschten Schwangerschaften“ (ebd.) bezeichnet, wodurch

ersichtlich wird, dass die Momente der Gewünschtheit, Gewolltheit und Geplantheit nicht identisch sind, sondern unterschiedliche Tonalitäten und Emotionen innerhalb der Intensionsproblematik markieren. Helfferich betont die entscheidende Rolle begrifflicher Differenzierungen im Beratungskontext, da „[d]ie Vielfalt der Formen der Gewolltheit nicht auf das Begriffspaar ‚gewollt‘ vs. ‚ungewollt‘ reduziert werden [kann]“ (ebd.: 218). Stattdessen betont sie die Kontinuität verschiedener Begriffsverwendungen zur Charakterisierung der Schwangerschaftsintention jenseits simplifizierender Entgegensetzungen, um die Mehrdimensionalität und Gradualität der Unterschiede auf einem Kontinuum zu verorten, in dem ungewollte Schwangerschaften „nur einen Endpunkt“ (ebd.) darstellen.

Dem Entscheidungsfindungsprozess für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch kommt in der Abtreibungsdebatte eine zentrale Position zu. Abtreibungsgegner\*innen beziehen sich dabei maßgeblich auf die negativen Auswirkungen der Entscheidung für einen Abbruch. Frauen würden diese später bereuen und hätten mit psychischen Belastungen zu kämpfen. Rocca et al. (2015) zitieren eine Studie von Coleman (2006), die in einem Abbruch ein größeres Risiko, als in einer Entbindung sieht, räumen jedoch zugleich ein, dass andere Untersuchungen konträre Ergebnisse erzielt haben.

Das Argument, dass Frauen ihre Entscheidung später bereuen und einen emotionalen Schaden erleiden würden, wird genutzt, um politische Einflussnahme zu üben, so Rocca et al. (2015). Zusätzlich ist der öffentliche Diskurs stark geprägt von Stimmen, die einen Schwangerschaftsabbruch – d.h. einen routinemäßigen und komplikationslosen Eingriff – zu einem „außergewöhnlichen, anormalen Ereignis“ (Millar 2020: 10) verklären, vor dem es Frauen zu beschützen gälte. Millar (ebd.) spricht diesbezüglich von einem „strenge[n] emotionale[n] Skript“ und einer „Gefühlsökonomie der Abtreibung“, die die postulierte Entscheidungsfreiheit und Selbstwahrnehmung von Frauen präfiguriert, dergestalt, dass Mutterschaft mit Weiblichkeit, Normalverhalten und einem Glücksversprechen assoziiert werden. In der Folge werden positive Narrative sowie positive Selbstdeutungen und -erfahrungen des Schwangerschaftsabbruchs durch die Betroffenen selbst (Wohlbefinden, Erleichterung, Dankbarkeit usw.) aus öffentlichen Diskussionen und kulturellen Repräsentationen verdrängt, marginalisiert und stattdessen mit negativen Gefühlen (Scham, Schuld, Schmerz, Reue usw.) assoziiert.

Die diskursive Verschränkung der Abbruchssentscheidung mit negativen Gefühlen und Erfahrungen zeitigt dabei nicht nur normative Effekte in der öffentlichen Diskussion und kulturellen Repräsentation der Abbruchsthematik, sondern hat lange Zeit sowohl

soziologische als auch psychologische Studien präfiguriert, die sich einseitig auf die Analyse negativer Gefühle und Reaktionen infolge eines Schwangerschaftsabbruchs konzentrierten. Rocca et al. (2015) bemängeln, dass die Datenlage zur Entscheidungsfindung ebenso einseitig wie lückenhaft sei, da bisher nur wenige Studien insgesamt, und Langzeitstudien im Besonderen, zu dem Thema durchgeführt wurden. Um diese Forschungslücke zu schließen untersuchen die hier vorgestellten Arbeiten die Auswirkungen der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch kurz- und langfristig, ohne im Voraus die Möglichkeit der Abtreibung als eines, wenn schon nicht ‚glücklichen‘ Ereignisses, so doch zumindest als einer guten und richtigen Entscheidung auszuschließen.

So schreiben Rocca et al. (2015: 2), dass viele Frauen in den wenigen bisher vorliegenden prospektiven Studien über „positive emotions and satisfaction with the abortion decision years later“ berichten. Auch Biggs et al. (2016) gaben an, dass ein Großteil der untersuchten Frauen ihre getroffene Entscheidung als ‚richtig‘ beurteilte. Die Studie von Hosseini-Chavosi et al. (2012) merkt diesbezüglich an, dass die Frage, wer am Entscheidungsfindungsprozess beteiligt ist – geistliche Autoritäten, Familienangehörige usw. sowie die Geschlechtszugehörigkeit der Beteiligten – einen wichtigen Aspekt darstellt, dessen Bearbeitung einen positiven Beitrag zur besseren Versorgung liefern könne (siehe Kapitel 4.4.2).

#### 4.4.2 Entscheidungsfindung

Rocca et al. (2013) haben die Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs in Abhängigkeit der Entscheidungsfindung untersucht. Die Schwangerschaftsintention wurde mittels der *London Measure of Unplanned Pregnancy* eine Woche nach einem Abbruch erhoben. Frauen mit vermehrt auftretenden Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung berichteten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit negative Gefühle nach dem Abbruch. So gaben 56% an, dass dies eine schwere Entscheidung sei (OR=1.2), wohingegen 30% der Frauen der Entscheidungsprozess leichtgefallen sei (OR=2.5). Dabei berichteten 95% der Frauen rückblickend, dass die Entscheidung zum Abbruch trotz aller Komplikationen richtig gewesen sei. So befanden selbst Frauen, die überwiegend von Gefühlen des Bedauerns berichteten, zu 89%, dass dies die richtige Entscheidung war (Rocca et al. 2013), woraus ersichtlich wird, dass starke und selbst negative Gefühlslagen kein Ausschlusskriterium für die Richtigkeit der Entscheidung

darstellen, sondern mit dieser koexistieren können: „Experiencing complex emotions and having strong feelings after an abortion – even negative ones – does not indicate that a woman feels she made the wrong decision.“ (Ebd.: 130)

In einer prospektiven Langzeitstudie befragten Rocca et al. (2015) halbjährlich Frauen über einen Zeitraum von drei Jahren nach erfolgtem Abbruch, um zu erheben, wie diese rückblickend ihre Entscheidung beurteilen. Die Ergebnisse zeigen, dass 95% der Frauen den Schwangerschaftsabbruch zu allen Messzeitpunkten mit einer Wahrscheinlichkeit von über 99% als die subjektiv richtige Entscheidung interpretieren. Frauen, bei denen eine größere Schwangerschaftsintention vorlag und Frauen, denen es schwerer fiel eine Entscheidung zu treffen, gaben seltener an, dass die getroffene Entscheidung für einen Abbruch subjektiv richtig für sie war. Diese Frauen berichten häufiger von wahrgenommenen negativen Emotionen. Gleiches gilt für Frauen, die sich von der Gemeinschaft stärker stigmatisiert fühlten (vgl. Kapitel 4.3). Im Vergleich zu Frauen, denen die Entscheidung leichter fiel und bei denen eine weniger ausgeprägte Schwangerschaftsintention vorlag, empfanden letztgenannte Frauen ein geringeres Niveau an Erleichterung und Glück. Insgesamt berichteten 53% Prozent der Frauen davon, dass es ihnen sehr schwer oder schwer gefallen sei, die Entscheidung für einen Abbruch zu treffen. Frauen mit einem Abbruch im ersten Trimester fiel es dabei leichter eine Entscheidung zu treffen.

Rocca et al. (ebd.) heben die starke Assoziation zwischen Schwangerschaftsintention, Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung und dem Auftreten von negativen Emotionen sowie dem Gefühl hervor, nicht die richtige Entscheidung getroffen zu haben. In diesem Zusammenhang gaben Frauen, die die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch alleine trafen – d.h. ohne Einbezug des zugehörigen Erzeugers –, an, zufriedener mit der getroffenen Entscheidung zu sein. Abschließend halten sie fest, dass das Auftreten negativer Emotionen nicht mit dem Bereuen der Entscheidung verwechselt werden dürfe: „Although one-quarter of women experienced primarily negative emotions over one week post-abortion, 95% still felt that the abortion was the right decision.“ (Ebd.: 2)

In den in Iran durchgeführten Interviews von Hosseini-Chavosi et al. (2012) wird deutlich, dass betroffene Frauen die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch vorrangig innerhalb der Familie besprochen haben, wohingegen externe Beratungs- und Hilfsangebote in Anspruch selten bis nie in Anspruch genommen wurde. Diesbezüglich muss jedoch in Rechnung gestellt werden, dass die Nicht-Inanspruchnahme derartiger

externer und professioneller Angebote nicht zuletzt dem Umstand geschuldet ist, dass Abbrüche bis auf wenige Ausnahmen illegalisiert sind und der Entscheidungsprozess weitestgehend in private und familiäre Kontexte verlagert wird. Diesbezüglich gibt die Mehrheit der Frauen an, die Entscheidung ausschließlich mit ihrem Ehemann getroffen zu haben. Vereinzelt berichten Frauen, die Entscheidung initial alleine getroffen zu haben, um dann in einem weiteren Schritt das Einverständnis des Partners einzuholen. In wenigen Fällen wurden auch nur die weiblichen Familienmitglieder in die Entscheidungsfindung einbezogen. Die Religion wurde als wichtiger Einflussfaktor auf die Entscheidungsfindung genannt und die geistliche Perspektive auf einen Schwangerschaftsabbruch war innerhalb des Entscheidungsfindungsprozesses oftmals von zentraler Bedeutung. So suchten Frauen teilweise Kleriker auf, um sich in Bezug auf das Abtreibungsvorhaben ein Rechtsgutachten, eine fatwa, einzuholen.

Huss et al. (2021) setzen sich in ihrer Studie insofern mit der Entscheidungsfindung auseinander, als dass sie ein Modell anführen, wie diese getroffen und beeinflusst werden. Untersuchungen zu einem Zusammenhang zwischen der Entscheidungsfindung und möglichen psychischen Belastungen werden dabei nicht explizit durchgeführt. Sie interpretieren einen induzierten Schwangerschaftsabbruch als ein Ereignis, das auf freiwilliger, geplanter und bewusster Basis einer Entscheidung getroffen und durchgeführt wird. Die Entscheidung wird dabei auf Grundlage der subjektiven Nutzentheorie getroffen. Die betroffenen Frauen und Partner\*innen wägen entsprechend der persönlichen Einstellungen und anhand verfügbarer Informationen die Konsequenzen für die Beendigung oder das Weiterführen einer Schwangerschaft ab. Die Wahl fällt auf die Entscheidung, von denen die betroffenen Parteien annehmen, den größtmöglichen subjektiven Nutzen zu haben. In die Entscheidungsfindung beziehen sie dabei zumeist die Erzeuger und bisweilen Freund\*innen und Familienmitglieder ein, woraus Huss et al. schließen, dass die Entscheidung in den seltensten Fällen spontan getroffen wird, sondern vielmehr auf eine innere Auseinandersetzung, Nutzenkalküle, Kommunikationsakte und das Einholen von Informationen zurückgeht.

In Bezug auf die Schwangerschaftsintention konnten Huss et al. damit frühere Befunde anderer Studien eigene Annahmen bestätigen, wonach bestehende Unterschiede im Wohlbefinden einerseits auf den Schwangerschaftsabbruch oder aber die damit einhergehende ungewollte Schwangerschaft zurückzuführen sind und Frauen andererseits mit einem bestimmten Wohlbefinden einer größeren Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind, einen Schwangerschaftsabbruch zu erleben. Bei Frauen, die ihre Schwangerschaft

beendeten oder eine Fehlgeburt erlitten, lag initial seltener eine Schwangerschaftsintention vor. Ein induzierter Schwangerschaftsabbruch ist, im Vergleich zu Lebendgeburten, mit einem geringeren Maß an Zufriedenheit vor dem Ereignis assoziiert. Nachfolgend auf einen Schwangerschaftsabbruch war ein temporärer Rückgang der Lebenszufriedenheit zu beobachten, wie auch langfristig eine geringere Zufriedenheit in bestimmten Lebensbereichen.

In ihrer prospektiven Längsschnitt-Kohortenstudie konnten Biggs et al. (2016) dokumentieren, dass 92% der Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch (*Near-Limit* und *First-Trimester*) mit initialen schwangerschaftsbezogenen PTSS die Entscheidung für einen Abbruch als richtig bewerteten. Davon nannten 64 Frauen den Schwangerschaftsabbruch als Grund für ihre PTSS, nur 3 der Frauen brachten die Symptome in Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung, da diese sie belastet und Stress verursacht habe. Im Bestehen der Schwangerschaft sahen 20 einen Auslöser für die Symptome. Insgesamt hatten Frauen mit Abbrüchen innerhalb der Studie keine höheren Werte, als Frauen, die nicht abgetrieben haben. Bereits in einer früheren Längsschnittstudie haben Biggs et al. (2015) die Erfahrungen zu Elternschaft, Schwangerschaftsintention und der Entscheidungsfindung erhoben.

Vor dem Hintergrund der Schwangerschaftsintention betrachten zwei weitere Studien mögliche Risikofaktoren, die sich auf die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch auswirken können. Steinberg et al. (2011) nehmen an, dass der Schwangerschaftsabbruch mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine ungewollte Schwangerschaft zurückzuführen sei. Frauen, bei denen eine solche ungewollte Schwangerschaft vorlag, sind oft von multiplen Risikofaktoren, u.a. früheren Gewalterfahrungen oder einem geringen sozioökonomischen Status betroffen. Ferner sind von diesen Benachteiligungen und Risikofaktoren in besonderem Maße auch Menschen betroffen, die an psychischen Störungen wie Depressionen, Selbstmordgedanken oder einem geringen Selbstwertgefühl leiden. Diese Überschneidungen müssen, so Steinberg et al. berücksichtigt und näher untersucht werden.

Jacob et al. (2019b) erheben die Schwangerschaftsintention der Frauen nicht explizit, stellen aber einen Zusammenhang zwischen der Schwangerschaftsintention und einer schlechten psychischen Gesundheit her, indem sie auf frühere Befunde, u.a. von Reardon (2018) und Mota et al. (2010) verweisen. Eine ungewollte Schwangerschaft kann demnach einen unmittelbaren Einfluss auf die psychische Gesundheit von Frauen haben,



so Mota et al. (ebd.). Dabei könne es sich um ein belastendes Ereignis, begleitet von negativen Emotionen wie Traurigkeit, einem Verlustgefühl oder Ängsten, im Leben einer Frau handeln. Jacob et al. (ebd) zitieren Reardons Annahme, wonach sich Frauen durch eine ungewollte Schwangerschaft zu einem Abbruch genötigt fühlen könnten – selbst dann noch, wenn ein solcher Abbruch ihren „maternal instincts or moral beliefs“ (Readon 2018, zitiert nach Jacob et al. 2019b: 79) widerspricht.

#### 4.5 Schwangerschaftsspätabbrüche

Ein in der Abtreibungsdebatte häufig diskutierter Aspekt ist der s.g. Spätabbruch. Diskutiert wird, ob Spätabbrüche für die psychische Gesundheit der Frauen schädlicher sind als Frühabbrüche (*First-Trimester*) (vgl. Ditzhuijzen et al. 2017). Was genau unter Spätabbrüchen verstanden wird – ab welcher Schwangerschaftswoche also davon die Rede ist – variiert in den vorliegenden Studien jedoch sehr und wird auch fernab dieser, sowohl rechtlich als medizinisch, nicht einheitlich definiert (vgl. Josten 2020). Unter Spätabbrüchen werden in der vorliegenden Arbeit Schwangerschaftsabbrüche gefasst, die nach der zwölften Schwangerschaftswoche *post conceptionem* (p.c.) durchgeführt werden.

Rocca et al. (2013) weisen darauf hin, dass ein überwiegender Teil der Forschung v.a. Abbrüche des ersten Trimesters in den Blick nimmt; Beobachtungen zu Spätabbrüchen bisher also kaum vorliegen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass insbesondere Spätabbrüche rechtlich insgesamt stark reguliert werden, wodurch das Untersuchungsfeld limitiert ist. Vor dem Hintergrund der formulierten Forschungslücke befragten Rocca et al. (ebd.) n=30 Frauen in Abtreibungskliniken zu ihren Emotionen in Bezug auf ihren erlebten Abbruch. Die Teilnehmerinnen der Studie wurden in die bereits bekannten Untergruppen *First-Trimesters*, *Near-Limits* und *Turnaways* eingeteilt. Die Befunde zeigen, dass sowohl bei den Frauen der *First-Trimester* Gruppe wie auch bei jenen der *Near-Limit* Gruppe übereinstimmend Erleichterung als häufigste Emotion genannt wurde (96% bzw. 90%). An zweiter Stelle findet sich Traurigkeit (*First-Trimester*: 61%; *Near-Limit*: 68%). Bedauern wurde übereinstimmend am wenigsten häufig artikuliert (*First-Trimester*: 33%; *Near-Limit*: 42%).

In einer späteren prospektiven Langzeitstudie betrachteten Rocca et al. (2015) erneut Frauen mit Früh- und Spätabbruch (n=667). Im Fokus standen dabei v.a. Frauen mit einem Spätabbruch, der zwei Wochen vor der maximalen Schwangerschaftsaltergrenze

durchgeführt wurde – im Schnitt war dies die 20. Schwangerschaftswoche. Frauen, die im ersten Trimester einen Abbruch vornehmen ließen – hier im Schnitt die 8. Schwangerschaftswoche – dienten als Kontrollgruppe. Unabhängig vom Zeitpunkt des Abbruchs konnte in beiden Stichproben ein Rückgang an Emotionen (negativ wie positiv) festgestellt werden. Innerhalb des dreijährigen Untersuchungszeitraums sank der Wert negativer Emotionen des *First-Trimester* Samples von 3.7 auf 2.2; der der *Near-Limits* von 3.9 auf 1.8.

Ebenso untersuchten Foster et al. (2015) in einer zweijährigen prospektiven Langzeitstudie explizit die psychische Gesundheit von Frauen mit Spätabbrüchen. Frauen, welchen ein Abbruch aufgrund von Überschreitung der Schwangerschaftsaltersgrenze verwehrt wurde, dienten als Kontrollgruppe. Um mögliche Störvariablen zu minimieren waren die soziodemografischen Merkmale der Frauen in beiden Gruppen ähnlich verteilt. Im zeitlichen Verlauf wurden mögliche Veränderungen depressiver oder ängstlicher Symptome in den Gruppen gemessen werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass zwischen den beiden Samples keine signifikanten Abweichungen beobachtet werden konnten: Die vorhergesagten Mittelwerte für Depressionen lagen in der *Turnaway* Gruppe bei 3.07; Frauen des *Near-Limit* Samples hatten mit einem Mittel von 2.86 vergleichbare Werte. Über die Zeit waren die Werte beider Gruppen in annähernd gleicher Weise rückläufig. Ein merklicher Unterschied zwischen den Gruppen war hingegen bei den Angstwerten zu erkennen: *Turnaway* 2.59 zu 1.91 in der *Near-Limits* Gruppe. Erst nach zwölf Monaten näherten sich die Angstwerte der beiden Gruppen einander an. Foster et al. (ebd.) kommen anhand ihrer Befunde zu dem Schluss, dass Spätabbrüche nicht die Ursache für psychische Belastungen sind.

Zu einem abweichenden Ergebnis kamen Kotta et al. (2018), welche in ihrer Studie den Zusammenhang von PTSD und Spätabbrüchen untersuchen. Sie konnten feststellen, dass bei Frauen, welche einen solchen Abbruch vornehmen ließen häufiger Symptome einer PTSD vorlagen als bei Frauen mit Frühabbrüchen. Dementgegen konnten Boersma et al. (2014) bei Untersuchung des gleichen Gegenstandes keinerlei erhöhte Werte für PTSD bei Frauen mit Spätabbrüchen feststellen.

Es zeigt sich also, dass die Befunde im Kontext von Schwangerschaftsspätabbrüchen, je nach Forschungsschwerpunkt teilweise divergieren.

## 4.6 Soziodemografische (Risiko-)Faktoren, Mehrfachabbrüche und Religion im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch

Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse zum Einfluss von 1) soziodemografischen Daten, 2) Mehrfachabbrüchen und 3) Religion im Zusammenhang von Schwangerschaftsabbrüchen und dem Auftreten von psychischen Belastungen vorgestellt.

### 4.6.1 Soziodemografische Daten

Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die die Relevanz soziodemografischer Einflussfaktoren untersuchen. Die soziodemografischen Daten wurden, mit wenigen Ausnahmen, in allen Studien erhoben. Dies ist insofern wichtig, als frühere wissenschaftliche Arbeiten gezeigt haben, dass Ergebnisse zum Zusammenhang von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Gesundheit bei Nicht-Berücksichtigung der soziodemografischen Datenlage eklatante Verzerrungen aufweisen können.

Vor dem Einbezug von Kovariaten in ihre Analyse konnten Ditzhuijzen et al. (2016: 203) bei Frauen aus der DAHMS-Stichprobe signifikant höhere Werte für das Auftreten häufiger psychischer Störungen beobachten (OR=3.80, CI [1.98, 7.27],  $p < .001$ ). Bei den drei erhobenen Kategorien psychischer Störungen – Stimmungsstörungen, Angststörungen und Substanzkonsumstörungen – waren die Werte in gleichem Maße erhöht. Unter Einbezug der Kovariaten konnte jedoch ein Rückgang der OR-Werte für das Auftreten einer psychischen Störung dokumentiert werden. Bei den Konfidenzintervallen bestand keine Signifikanz.

Auch Hosseini-Chavosi et al. (2012) plädieren für die Untersuchung soziodemografischer Daten im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch, um mögliche Korrelate aufzudecken und entsprechende Unterstützungsangebote sowohl präventiv als auch *post abortum* zu implementieren. Zur Realisierung wollen Hosseini-Chavosi (ebd.) dazu ein Profil von all jenen Frauen erstellen, die eine Schwangerschaft beenden. Die vorliegenden Ergebnisse resultieren aus den vertiefenden Interviews. Frauen mit einem höheren Bildungsgrad, einem besseren finanziellen Hintergrund und höherem Alter berichteten demnach häufiger von Schwangerschaftsabbrüchen als Frauen mit geringer Bildung.

In früheren Studien wurde immer wieder der Zusammenhang zwischen dem Alter von Frauen bei einem Abbruch und auftretenden psychischen Störungen nach diesem Ereignis

festgestellt. Demnach seien v.a. jüngere Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch anfälliger für psychische Störungen. Dieser Befund konnte jedoch von Munk-Olsen et al. (2011) nicht bestätigt werden. Das Alter von Frauen konnte nicht als Einflussgröße identifiziert werden und hatte keine Auswirkungen auf das Risiko eines psychiatrischen Erstkontaktes.

Diesem Forschungsanliegen gehen Gomez et al. (2017) nach, indem sie sich mit der Annahme, dass bei Frauen jüngeren Alters ein erhöhtes Risiko für die Inanspruchnahme späterer psychotherapeutischer Hilfsangebote und Schlafstörungen nach einem ersten Schwangerschaftsabbruch bestehe, auseinandersetzen. Konkret untersuchen sie in ihrer Studie, ob es einen Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch, folgend auf eine ungewollte Schwangerschaft, und nachfolgenden depressiven Symptomen im jungen Erwachsenenalter gibt. Viele Frauen erleben in diesem Zeitraum eine erste Schwangerschaft. Die Altersangaben, was unter jungen Erwachsenen zu verstehen ist, variieren in der Wissenschaft.

Durchschnittlich erlebt die Mehrheit der Frauen im Alter von 25 Jahren ihre erste Schwangerschaft. Zum Zeitpunkt der vierten Erhebungswelle waren demnach 63% der Teilnehmerinnen der *Add Health Study* zum ersten Mal schwanger. Frauen, die sozialen Gruppierungen angehörten, welche in den USA mit sozialen Vorteilen assoziiert sind, waren mit größerer Wahrscheinlichkeit noch nie schwanger bzw. waren sie im Vergleich bei ihrer ersten Schwangerschaft älter. 25.3% der schwarzen Frauen waren noch nie schwanger, im Vergleich zu 39.6% weißer Frauen und 37.3% der Latina Frauen und 40.5% Frauen mit einer anderen Ethnie ( $p < .001$ ). Zudem konnten Unterschiede im Bildungsgrad und dem Auftreten einer ersten Schwangerschaft identifiziert werden: 59,4% der Frauen, die einen College Abschluss hatten, waren bis zum Zeitpunkt der Erhebung noch nie schwanger gewesen, wohingegen von den Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau nur eine Minderheit (18.5–27.0%,  $p < .001$ ) bis dato noch nie schwanger gewesen war. Junge Frauen, die eine ungewollte erste Schwangerschaft beendeten, hatten kein erhöhtes Risiko für eine nachfolgende depressive Symptomatik.

Ein interessantes Unterscheidungsmerkmal der in Indien erhobenen Untersuchung von Kotta et al. (2018) ist, dass alle Teilnehmerinnen ( $n=100$ ) verheiratet waren. Die Teilnehmerinnen lebten zu gleichen Teilen entweder in der Kernfamilie oder in einem erweiterten Familienmodell, wobei sie mehrheitlich Hausfrauen ( $n=81$ ) waren und nur  $n=17$  Frauen waren erwerbstätig waren, darunter nur eine ausgebildete Fachkraft. 77% der Frauen gehörten der unteren Mittelschicht und die restlichen 23% der oberen

Mittelschicht an. Die Zugehörigkeit zur unteren Mittelschicht spiegelt sich im Bildungsstatus der Frauen wider. 26% der Frauen waren Analphabetinnen, 9 Frauen hatten lediglich die Grundschule besucht und nur 9% einen höheren Abschluss erzielt. In der Untersuchung konnte das Alter der Frauen, das von 18-35 Jahren reichte, als statistisch signifikanter Faktor für die Art des Abbruchs identifiziert werden. Jüngere Frauen, zwischen 18 und 24 Jahre alt, wiesen ein höheres Risiko für einen Spontanabbruch oder einen therapeutischen Abbruch und wurden dazu gedrängt/gezwungen, einen solchen durchführen zu lassen. Im Gegensatz dazu wählten ältere Frauen (25-31 Jahre) öfter einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch. Der Großteil der Abbrüche wurde mit 63% in der Altersgruppe der jüngeren Frauen durchgeführt. Neben der positiven Assoziation mit dem Alter konnte ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der bereits lebenden Kinder und der Abbruchsart festgestellt werden. Die Befunde von Kotta et al. Verweisen somit auf höhere Raten von Schwangerschaftsabbrüchen bei jüngeren Frauen, in diesem Fall therapeutische Abbrüche und spontan Abbrüche. Beide sind mit höheren GHQ-12 Mittelwerten (10.03 bzw. 10.9) assoziiert.

Jacob et al. (2019a), die die Anzahl der Kinder in ihren Untersuchungen erhoben haben, konnten feststellen, dass der Zusammenhang zwischen Abbruch und psychiatrischen Störungen bei Frauen mit mindestens einem Kind im Vergleich zu kinderlosen Frauen tendenziell stärker ausgeprägt ist. Diesen Befund stützen die Ergebnisse einer Studie von Biggs et al. (2016) jedoch nicht. Frauen, die bereits ein Kind hatten berichteten signifikant seltener von dem Auftreten schwangerschaftsbezogener PTSS. Dabei berichteten 4% der Teilnehmerinnen, die bereits im eigenen Haushalt oder bei Pflegefamilien lebende Kinder hatten, dass sie Herausforderungen – wie Erziehungsfragen oder Sorgerechtsstreitigkeiten und den Umstand, dass ihr Kind nicht bei Ihnen leben darf – als Ursache für ihre PTSS sehen. Von ebenfalls 4% wurden finanzielle Probleme, Schulden, eine anstehende Entlassung oder Zwangsräumung als Grund für ihre PTSS gesehen.

Carroll (2011) analysieren bereits erhobene soziodemografische Daten von Frauen, die ihre Schwangerschaft beenden, um davon ausgehend gefährdete Frauen zu identifizieren und auf die gesamtgesellschaftlichen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen hinzuweisen. Die Analyse basiert auf offiziellen Statistiken aus Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Carroll sieht in induzierten Schwangerschaftsabbrüchen, in Kombination mit der Einnahme von Kontrazeptiva, einen Grund für den Rückgang der

Geburtenrate, mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Demografie einer Gesellschaft. Gipfelnd in finanziellen und ökonomischen Nachteilen und verheerenden Konsequenzen für das Rentensystem. Geschlechtsspezifische Schwangerschaftsabbrüche, wie sie in asiatischen Ländern häufiger vorgenommen werden, tragen ihrerseits zu einer Veränderung der Demografie einer Gesellschaft bei. Anhand der Statistiken verweist Carroll darauf, dass sowohl Teenagerschwangerschaften als auch Schwangerschaften bei Frauen über 35 immer häufiger in Schwangerschaftsabbrüchen resultieren. Beobachtbar höhere Abbruchraten bei Frauen Mitte 30 führt Carroll auf instabile Partnerschaften zurück.

Den insgesamt verzeichneten Anstieg an Schwangerschaftsabbrüchen in England, Wales, Schottland und Schweden führt Carroll auf die geographische Größe der Länder zurück, insofern kleinere Länder häufiger konservativ geprägt seien und folglich nicht-eheliche Schwangerschaften häufiger gesellschaftlich sanktionieren. In der Folge weisen unverheiratete Frauen deshalb ein höheres Risiko für Schwangerschaftsabbrüche bei einer gleichzeitig geringeren Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft auf. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche erfolgen bei der ersten Schwangerschaft, wobei jüngst ein Anstieg an Mehrfachabbrüchen zu verzeichnen ist. Mit dem Rückgang von Eheschließungen nimmt die Anzahl der Erstgeburten außerhalb des ehelichen Kontextes zu und somit auch die Zahl der alleinerziehenden Frauen. Carroll schließt daraus, dass alleinerziehende Frauen eher zu Abbrüchen tendieren und damit auch der Anstieg an Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt in England und Schweden zu erklären ist. Überwiegend junge Frauen unter 20 (59%) und Frauen über 40 (25%) entschieden sich für einen Schwangerschaftsabbruch. Mit 52% beenden alleinstehende Frauen signifikant häufiger Schwangerschaften als verheiratete Frauen (6%) oder Frauen in einer Partnerschaft (10%) und haben zugleich eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Schwangerschaftsabbrüche. Frauen mit einer höheren Bildung, beispielsweise Studentinnen, haben höhere Abbruchraten (34%), als Arbeiterinnen (14%), weniger qualifizierte Arbeitnehmerinnen (9%) oder besser qualifizierte Arbeiterinnen (6%). In England und Wales nehmen vor allem schwarze Frauen Abtreibungen vor.

#### 4.6.2 Mehrfachabbrüche

Die Frage nach dem Einfluss von mehreren Schwangerschaftsabbrüchen auf die psychische Gesundheit ist in der Wissenschaft nicht neu. In dem 2008 von der APA

veröffentlichten Bericht der *Task Force on Mental Health and Abortion* (TFMHA) wurde jedoch angeführt, dass die Befunde nicht eindeutig sind. So gibt es empirische Versuche, einen Wirkungszusammenhang zwischen Mehrfachabbrüchen und dem Auftreten psychischer Belastungen herzustellen, doch kann ein solcher in gleichem Maße auf das Auftreten zusätzlicher bzw. gleichzeitiger Risikofaktoren zurückgeführt werden (vgl. Kapitel 4.3.2). Daran anschließend erheben neben anderen Autor\*innen bspw. Kotta et al. (2018) frühere Schwangerschaftsabbrüche. 86% der Frauen hatten keine Schwangerschaftsabbrüche vor diesem, für 9% war es der zweite Abbruch und für 5% der Dritte, wie die Auswertung der halbstrukturierten Fragebögen ergab. Dabei konnten Kotta et al. für Frauen mit Mehrfachabbrüchen eine leichte Erhöhung der GHQ-12- und IES-Werte feststellen, aber nicht abschließend klären, ob diese tatsächlich die Ursache für die erhöhten Werte darstellen.

#### 4.6.3 Religion und Schwangerschaftsabbruch

Wie Hosseini-Chavosi et al. (2012) in ihren Interviews erhoben haben, stellt die Religion in Iran einen signifikanten Einflussfaktor dar, insofern Schwangerschaftsabbrüche immer im Kontext des Islams und den Gesetzen der Scharia ausgelegt werden. Die Interviews zeigen, dass die betroffenen Frauen zwar über fundierte Kenntnisse des Islams zum Thema Schwangerschaftsabbruch verfügen, jedoch nicht auf medizinische Wissensbestände zurückgreifen können. Die Frauen suchen Kleriker auf, um gegen ein s.g. *blood money* (diyeh) eine Rechtsauskunft bzw. -auslegung (fatwa) auf Grundlage der Scharia zu erhalten. Einigkeit herrschte bei den Frauen darüber, dass ein Schwangerschaftsabbruch sowohl Sünde als auch Mord sei. Laut der fatwa wird ein Fötus zum Mensch, sobald das Herz schlägt, insofern ab diesem Zeitpunkt eine Seele vorhanden sei. Die Antworten zum Eintritt des Herzschlages variierten bei den Frauen, jedoch berichtete der Großteil einheitlich, dass das Herz vor der achten Schwangerschaftswoche nicht schlage und somit keine Seele vorhanden sei. Daraus wird ersichtlich, dass Schwangerschaftsabbrüche von den befragten Frauen mehrheitlich mit Rückgriff auf ihre Religion als Sünde betrachtet wurden. Das Auftreten negativer psychischer Symptome wird unter ihnen als die gerechte Strafe für das verübte sündhafte Verhalten verstanden.

Im Gegensatz dazu konnte die in Indien durchgeführte Studie von Kotta et al. (2018) keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der durch die Frauen praktizierten Religionen und deren psychischer Gesundheit identifiziert werden. Von den

befragten Frauen gehörten 62% dem Hinduismus, 6% dem Christentum und 32% dem Islam an. Dabei wiesen gläubige Frauen zwar weniger hohe Werte bei der GHQ-12-Erhebung auf, diese waren jedoch ohne statistische Signifikanz.

Die unterschiedlichen Befunde der beiden vorgestellten Studien zeigen, dass Religion als Einflussfaktor für die psychische Belastung nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht ohne weitere soziokulturelle Kontextualisierung stattfinden kann, ohne zu erheblichen Verzerrungen zu führen. Deshalb kann, aber muss Religion keine entscheidende Determinante in dem untersuchten Zusammenhang darstellen.

## 5 Fazit und Diskussion

In diesem letzten Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse der vorgestellten 24 Untersuchungen dargestellt, interpretiert und kritisch hinsichtlich ihrer Methodik diskutiert. Daran anschließend werden bestehende Forschungslücken aufgezeigt und entsprechende Handlungsempfehlungen für die Berufspraxis der Sozialen Arbeit formuliert.

### 5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Das entscheidendste Ergebnis der vorliegenden systematischen Zusammenschau ist der Befund, dass keine Kausalität zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Belastungen festgestellt werden konnte. Ein weiteres Hauptergebnis ist zudem, dass bestehende psychische Belastungen als Prädiktor für Schwangerschaftsabbrüche identifiziert werden konnten. Die untersuchten Studien zeigen, dass Frauen mit bekannten psychischen Belastungen ein erhöhtes Risiko für sowohl eine (ungewollte) Schwangerschaft als auch für Schwangerschaftsabbrüche aufzeigen. Diese zwei eminenten Erkenntnisse stützen zudem bereits bestehende Befunde. Weiterhin konnten mithilfe der Metaanalyse der 24 untersuchten Forschungsbeiträge fünf weitere Faktoren ausgemacht werden, deren Einfluss relevant für den Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Belastungen ist: 1) (ausbleibende) soziale Unterstützung durch Partnerschaft, Nahumfeld und soziale Gemeinschaft in Bezug auf einen Abbruch, 2) erlebte Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, 3) Stigmatisierungserfahrungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch, 4) Lebenszufriedenheit vor dem Abbruch und 5) die Entscheidungsfindung.



Missbrauchs- und Gewalterfahrungen vor sowie eine geringe soziale Unterstützung bei einem Schwangerschaftsabbruch wiesen einen negativen Zusammenhang mit psychischen Belastungen auf. Bereits in früheren Studien konnten Missbrauchs- und Gewalterfahrungen als ein Risikofaktor identifiziert werden (bspw. Kessler et al. 1997; Green et al. 2010). Ein hohes Maß an wahrgenommener und erfahrener sozialer Unterstützung hatte einen protektiven Effekt auf die psychische Gesundheit der Frauen (Rocca et al. 2015). Weiterhin zeigte sich ein enger Zusammenhang zwischen erfahrener Stigmatisierung – etwa durch die soziale Gemeinschaft oder nahestehende Dritte – und psychischer Belastung. Konkret konnten Huss et al. (2021) eine Verschlechterung der Lebenszufriedenheit in den Bereichen Freizeitaktivität und Sozialkontakte nachweisen. Zudem war die Erfahrung von Stigmatisierung durch eine soziale Gemeinschaft positiv mit negativen Emotionen nach einem Abbruch assoziiert (Rocca et al. 2013).

Die Befunde ergaben weiterhin, dass Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben, die Entscheidung auch langfristig als subjektiv richtig einstufen – selbst bei kurzfristigem Auftreten von negativen Gefühlen, wie bspw. Bedauern (ebd.). Der Austausch mit Dritten über den Schwangerschaftsabbruch zeigte sich als stabilisierender Faktor. Insbesondere der positive und ermutigende Austausch mit dem Mann, mit dem die Schwangerschaft eingetreten war, wirkte positiv auf das Wohlbefinden der Frau ein. Dementsprechend nachteilig wirkten sich Unsicherheiten seitens des Mannes aus. Und so wiesen Frauen, die ihre Entscheidung unabhängig getroffen hatten einen höheren Grad an Zufriedenheit auf (ebd.). Insgesamt konnte zudem festgestellt werden, dass Frauen, die geringere Entscheidungsschwierigkeiten hatten ein besseres psychisches Wohlbefinden aufwiesen.

Als Grund für einen Schwangerschaftsabbruch führten Frauen unter anderem bestehende Beziehungsprobleme auf. Ließen sie einen Abbruch durchführen, wiesen sie anschließend ein geringeres Stressniveau als vor dem Abbruch auf (Di Febo et al. 2018). Die Befunde legen nahe, dass eine Schwangerschaft im Kontext einer krisenhaften und problematischen Beziehung einen Stressor darstellen. Das Beenden der Schwangerschaft scheint demnach zu einer Reduktion des Stressniveaus zu führen und vor dem Hintergrund einer herausfordernden Beziehung als eine Entlastung empfunden zu werden.

Die Befunde der Metaanalyse zeigen zudem, dass die Analyse der Lebenszufriedenheit im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen bisher wenig erforscht ist. Die Ergebnisse von Huss et al. (2021) zeigen, dass es sinnvoll ist Schwangerschaftsabbrüche

nicht ausschließlich im Kontext von Krankheit zu betrachten; vielmehr scheint ein ganzheitlicher Ansatz fruchtbar. So konnten sie in ihrer Untersuchung feststellen, dass eine geringe Lebenszufriedenheit vor einem Abbruch – ähnlich wie der Faktor psychische Belastung – ein Risikofaktor für das Wohlbefinden nach einem Abbruch darstellt. Eine allgemein höhere Lebenszufriedenheit vor dem Abbruch wies hingegen einen protektiven Charakter auf.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Studien keinen Zusammenhang zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und psychischen Belastungen herstellen; negative Auswirkungen, die nach einem Abbruch auftauchten wurden demnach nicht als Folge des Ereignisses identifiziert, sondern waren auf andere Einflussfaktoren bzw. Risikofaktoren zurückzuführen.

## 5.2 Kritische Betrachtungsweise des methodischen Vorgehens

Generell ist festzuhalten, dass Forschung zum Zusammenhang von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Belastung mit einer Vielzahl methodischer Herausforderungen einhergeht. So können bspw. randomisierte kontrollierte Studiendesigns aus ethischen und moralischen Gründen in diesem Forschungsfeld nicht durchgeführt werden. Querschnittstudien, die bei diesem Themenkomplex oft zum Einsatz kommen ermöglichen zwar vergleichsweise große Fallzahlen, übersehen jedoch häufig später auftretende Symptome (Ditzhuijzen et al. 2018: 132). Forschungsergebnisse müssen aus diesem Grund immer vor dem Hintergrund der verwendeten Methode, der Einbeziehung bzw. Auslassung von Risikofaktoren, der jeweiligen Versuchs- und Kontrollgruppe, der Art der Messung und der Stichprobengröße interpretiert und diskutiert werden (APA 2008).

Frühere Studien, die eine Kausalität zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und psychischer Belastung attestierten, standen immer wieder in der Kritik, da sie maßgebliche Einflussfaktoren, wie die Schwangerschaftsintention, vorherige psychische Belastungen oder gemachte Gewalterfahrungen nicht berücksichtigt hatten (vgl. Munk-Olsen et al. 2011).

Im Folgenden wird die Methodik der 24 verwendeten Studien kritisch beleuchtet und eingeordnet. Dabei zeichnen sich folgende Hauptkritikpunkte ab: 1) Die Stichprobengröße und Rücklaufquote, 2) Herausforderungen durch die Versuchs- und

Kontrollgruppe, 3) Die Vernachlässigung von Einfluss- und Risikofaktoren, 4) Ergebnismessung.

### 5.2.1 Stichprobengröße und Rücklaufquote

Bei einer großen Mehrheit der Studien könnte ein großer Schwund an Teilnehmerinnen über den Zeitraum der Erhebung beobachtet werden. Biggs et al. (2016) führen diesen u.a. auf die lange Untersuchungsdauer ihrer Untersuchung zurück, betonen jedoch, dass die Rücklaufquote vergleichbar mit anderen prospektiven Längsschnittstudien sei. Der hohe Verlust an Teilnehmerinnen über die Zeit, so Biggs et al. (ebd.) könne auch in der hohen gesellschaftlichen Stigmatisierung der Thematik begründet liegen. Zudem hatten die Probandinnen keinen unmittelbaren Nutzen durch ihre Teilnahme. Die Sorge vor Stigmatisierung wurde häufiger von Autor\*innen als Grund für eine geringe Rücklaufquote genannt (vgl. Foster et al. 2015; Gomez et al. 2017). Quinley et al. (2014) führen an, dass die geringe Rücklaufquote bei ihrer Untersuchung möglicherweise zu Verzerrungen in den Ergebnissen geführt haben könne.

Weiterhin bemängeln Ditzhuijzen et al. (2018) das Vorliegen einer relativ kleinen Stichprobe, bei gleichzeitig hoher Schwundquote. Mit Bezug auf den APA Bericht 2008, führen Ditzhuijzen et al. (ebd.) an, dass dies bekannte Probleme bei der Forschung in diesem Themenfeld seien. Boersma et al. (2014) hingegen berichten von einer bemerkenswert hohen Teilnahmerate – auch bei den *follow-up* Terminen. Wobei erwähnt werden muss, dass die Stichprobe der Studie von  $n=132$  vergleichsweise klein war, wodurch eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nur schwer möglich ist. In der von Kotta et al. (2018) in Indien durchgeführten Studie wurden die Probandinnen ( $n=100$ ) direkt und persönlich in den Kliniken angesprochen. Dementsprechend gering fiel der Schwund an Teilnehmerinnen aus. Unklar ist, ob in diesem Fall nicht eine Art der sozialen Erwünschtheit auf die Quote eingewirkt hat.

Ein in diesem Zusammenhang nicht zu vernachlässigender Aspekt ist die Struktur der Stichprobe: werden Teilnehmerinnen auf die beschriebene Art rekrutiert, kann es passieren, dass es zu keiner definierten Population kommt, da die Teilnehmerinnen nicht nach klar festgelegten Einschlusskriterien ausgewählt werden. Infolgedessen kann es sodann zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen.

Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass die Verwendung von Daten, die initial für andere Zwecke erhoben wurden, wie bspw. repräsentative nationale Studien oder

Patientenregister, dazu führen kann, dass die Ergebnisse aufgrund von Verzerrungen des Stichprobengewichts nicht verallgemeinerbar sind. Mehrere Studien dieser Übersichtsarbeit basieren auf ebensolchen Datensätzen (Jacob et al. 2019a; 2019b; Steinberg et al. 2011; Munk-Olsen et al. 2011; Carroll 2011).

Besonderer Erwähnung bedarf es an dieser Stelle der Untersuchung von Carroll (2011). Die von ihm durchgeführte Metaanalyse verschiedener Statistiken zur einschlägigen Thematik wies deutliche methodische Mängel im Forschungsprozess auf. Statistische Daten, die verschiedensten Erhebungen entsprachen, wurden von Carroll zumeist zusammenhangslos in Relation zueinander gesetzt. Betrachtet man den Kontext der Studie, so wird deutlich, dass die Forschungsintention Carrolls – welche sich infolge auf das methodische Vorgehen niederschlägt – keineswegs neutral war. So präsentierte er die Ergebnisse seiner Studie bspw. im Rahmen einer Konferenz, die von der *Human Life Donation* ausgetragen und gesponsert wird. Die genannte Stiftung ist Teil der *Pro Life* Bewegung. Die notwendige Validität und Objektivität – quantitative Gütekriterien, die erfüllt sein müssen – scheinen bei Carroll (2011) somit nicht gegeben.

### 5.2.2 Herausforderungen durch Versuchs- und Kontrollgruppe

Die Schwierigkeit eine geeignete Versuchs- und Kontrollgruppe zu finden stellt sich in Arbeiten, die zum Thema Schwangerschaftsabbruch forschen immer wieder. Frühere Studien wurden kritisiert, da als Vergleichsgruppe Frauen mit einer Geburt herangezogen wurden. Dies ist insofern kritisch zu betrachten, da bei Frauen, die einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch wünschen und durchführen lassen von einer anderen Schwangerschaftsintention ausgegangen werden kann. In der *Turnaway Studie* wurden erstmalig Frauen, die eine Schwangerschaft im ersten oder zweiten Trimester abgebrochen haben mit Frauen, denen dies verweigert wurde, verglichen.

Dementsprechend kritisch müssen die Versuchs- und Kontrollgruppen der vorliegenden Studien betrachtet werden. Die Kontrollgruppe bei Kotta et al. (2018) besteht aus Frauen, die eine Fehlgeburt hatten. Wohingegen bei Boersma et al. (2014) und Steinberg et al. (2014) Frauen mit einer Geburt und bei Di Febo et al. (2018) Frauen mit einem therapeutischen Abbruch als Kontrollgruppe dienen. Die Schwangerschaftsintentionen, die den Kontrollgruppen zu Grunde liegen, dürften sich nur zum Teil mit den Schwangerschaftsabsichten, die einem freiwilligen Schwangerschaftsabbruch vorausgehen, decken. Jacob et al. (2019a) haben bspw. Frauen,

bei denen eine Unfruchtbarkeit vorlag in die Kontrollgruppe mit eingeschlossen. Auch hier bestehen berechtigte Zweifel, ob es sich um eine geeignete Vergleichsgruppe handelt, da davon ausgegangen werden muss, dass unfruchtbare Frauen potentiell einen Kinderwunsch haben können. Die Nichterfüllung dieses Wunsches ist dementsprechend nicht vergleichbar mit einer bewussten Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch.

### 5.2.3 Die Vernachlässigung von Einfluss- und Risikofaktoren

Die Studien von Steinberg et al. (2014; 2018) zeigen eindrücklich, wie eminent sich Befunde unter Hinzunahme von Einflussfaktoren verändern können (siehe Kapitel 4.1.). Und auch Ditzhuijzen et al. (2017) merken an, dass trotz Einbezug vieler Variablen immer die Möglichkeit eines nicht entdeckten Zusammenhangs bestehen bleibt. Im Kontext dessen ist es wichtig die Studien dahingehend kritisch einzuordnen.

Psychische Belastungen, welche die Frauen in der Vergangenheit erlebt hatten, wurden weder bei Di Febo et al. (2018), noch bei Jacob et al. (2019b) erhoben. Wie in diesem Review aufgezeigt werden konnte handelt es sich bei dieser Variable für einen einflussreichen Prädiktor für Schwangerschaftsabbrüche darstellen. Jacob et al. (ebd.) vernachlässigen zudem Faktoren wie Alkoholkonsum, Unterstützung durch Dritte oder Einsamkeit.

Weder die Schwangerschaftsintention, noch die psychiatrische Vorgeschichte wurden in der Untersuchung von Munk-Olsen et al. (2011) erhoben. Auch Steinberg et al. (2011) vernachlässigen die Schwangerschaftsintention, was insofern eine Limitation darstellt, da der Einfluss der Schwangerschaftsabsichten auf die psychische Gesundheit unter Wissenschaftler\*innen immer wieder diskutiert wird. Soziodemografische Hintergrunddaten, wie Bildungsstand, das Einkommen oder Rauchen, wurden bei Jacob et al. (2019a) nicht hinreichend erfasst oder dokumentiert; ebendiese Informationen könnten jedoch wichtige Hinweise darauf liefern, ob und inwieweit eine bestimmte Gruppe von Frauen besonders von Schwangerschaftsabbrüchen betroffen ist. Ditzhuijzen et al. (2017) konnten diesen Einfluss soziodemografischer Faktoren auf die psychische Gesundheit belegen. So sind Armut, ein geringes Bildungsniveau oder soziale Ungleichheit im Allgemeinen mit schlechterem psychischen Wohlbefinden verbunden, was infolge auch den psychischen Umgang mit dem Abbruch beeinflusst. Ebenso konnte gezeigt werden, dass Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sowohl mit

psychischen Belastungen als auch mit Schwangerschaftsabbrüchen assoziiert wird; es bei einer Untersuchung zu dieser Thematik somit unbedingt zur Berücksichtigung dieser Faktoren kommen sollte.

#### 5.2.4 Ergebnismessung

Bei der Erhebung psychischer Belastungen durch Selbstauskunft besteht die Gefahr, dass Frauen, beeinflusst durch den verzerrenden Faktor der sozialen Erwünschtheit, seltener von solchen berichten. Wie einleitend und im Laufe dieser Arbeit dargelegt wurde sind Schwangerschaft, der Abbruch dieser und Mutterschaft normativ stark aufgeladene Felder. Teilnehmerinnen der Untersuchungen sind somit aufgrund ihrer Sozialisation (mindestens latent) schon immer geprägt von diesen normativen Einflüssen. Weiterhin ist es möglich, dass Frauen, die bis zum Zeitpunkt der Erhebung nie eine psychiatrische Diagnose erhalten haben, vorliegende Symptome falsch ein- oder unterschätzen. Zudem darf nicht verkannt werden, dass es sich bei Selbstauskünften nicht um klinisch gesicherte Diagnosen nach Klassifikationssystem handelt.

Studien, die lediglich die Symptome von psychiatrischen Belastungen untersuchen, wie es bei der Forschungsarbeit von Biggs et al. (2016) der Fall ist, lassen keine Rückschlüsse auf die Prävalenz klinischer Diagnosen zu. Gleichmaßen kann die Fixierung auf Diagnosen eine Einengung darstellen. Analysen die auf Daten basieren, welche sich ausschließlich auf ICD 10 Codes stützen, wie bei Jacob et al. (2019a; 2019b) der Fall, berücksichtigen Frauen mit weniger ausgeprägten Symptomen nicht.

### 5.3 Ausblick und Rückbindung an die Profession Soziale Arbeit

Abschließend erfolgt eine kritische Betrachtung und Einordnung der Ergebnisse, dabei springen vor allem die Befunde der Metaanalyse von Carroll 2011, mit Nähe zur Human Life Foundation, die mit der *Pro Life* Bewegung sympathisieren und diese unterstützen, ins Auge. Carroll setzt Daten aus offiziellen Abtreibungsregister beispielsweise in Relation zu demografischen Daten und leitet daraus ab, dass Schwangerschaftsabbrüche unter anderem mitverantwortlich für die Überalterung von Gesellschaften sind. Dies kann als ein gutes Beispiel für eine qualitativ minderwertige methodische Arbeit, bei der die Einstellung des Autors erkennbar ist, angeführt werden und verdeutlicht umso mehr, wie wichtig es die Ergebnisse zu kontextualisieren und kritisch zu betrachten. Weiterhin sollen Forschungslücken identifiziert und notwendige weiterführende Forschung benannt

werden. Abschließend erfolgt die Rückführung und Bezugnahme zur Praxis der Sozialen Arbeit. Einige der Studien sprechen Empfehlungen, in Form von Handlungsrichtlinien für die Praxis aus. Zudem lassen sich in den Studien Hinweise finden, dass der Fokus der Forschung nicht vordergründig auf den negativen Auswirkungen von Schwangerschaftsabbrüchen liegen sollte. Ein ganzheitlicher biografischer Ansatz, wie er bei ELSA PSY umgesetzt wird, sollte neben einer Fokusverschiebung der Fragestellung und der Messung der Lebenszufriedenheit beispielsweise, erfolgen.

### 5.3.1 Weiterführende empirische Forschungsarbeiten zur Schließung von Forschungslücken

Viele der von der APA 2008 veröffentlichten Empfehlungen zur Untersuchung von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Belastungen wurden in den vorliegenden Forschungsarbeiten des Reviews bereits umgesetzt. Eine Vielzahl der Studien wurde als prospektive Längsschnittstudien angelegt. Gegenüber Querschnittsuntersuchungen besteht der Vorteil, dass mögliche Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs nicht nur zu einem einzigen Messzeitpunkt erhoben, sondern im zeitlichen Verlauf beobachtet werden können. Bei retrospektiven Daten besteht hingegen die Gefahr von Erinnerungslücken. Die empfohlenen Nachbesserungen bei den Kontroll- und Versuchsgruppen wurden in den diskutierten Studien umgesetzt und v.a. bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Eine Verlagerung des Forschungsschwerpunktes hat bereits dazu geführt, dass die Forschung zu Schwangerschaftsabbrüchen sich sukzessive für neue Fragestellungen geöffnet hat und die Forschungsfragen sich immer mehr von der alleinigen Klärung der Kausalität von Schwangerschaftsabbrüchen und psychischen Belastungen lösen und sich hin zu offeneren Fragen entwickeln. Eine Schwangerschaft, ob gewollt oder ungewollt, wird als ein Lebensereignis in der Biografie einer Frau verstanden und vor dem Kontext dieser betrachtet, was die Erhebung von soziodemografischen Daten, die die psychische Gesundheit nachweislich beeinflussen, sowie die Berücksichtigung von Einfluss- und Risikofaktoren impliziert. Weniger Beachtung fand bisher der Einbezug spezifischer kontextbezogener Daten. Jacob et al. (2019b) fassen darunter länderspezifische Unterschiede, wie bspw. religiöse, kulturelle und gesamtgesellschaftliche Faktoren, im Umgang mit Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch. Diese Unterschiede könnten die Ergebnisse aber ausschlaggebend beeinflussen, so Jacob et al. (ebd.).

Weiterhin sind Bestrebungen der Verschiebung eines Forschungsschwerpunktes hin zu einer vermehrten Untersuchung positiver Emotionen und der allgemeinen Lebenszufriedenheit erkennbar. Dieser Perspektivwechsel ermöglicht eine andere Rahmung von Schwangerschaftsabbrüchen jenseits der tradierten negativen Repräsentationen. Schwangerschaftsabbrüche sind demnach nur ein weiteres ebenso mögliches, wenngleich anders geartetes Schwangerschaftsergebnis, das es nunmehr – analog zur Lebendgeburt – im Verhältnis zur allgemeinen Lebenszufriedenheit zu analysieren gilt. Des weiteren kann dieser Ansatz zu einer Entstigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen beitragen. Daran anknüpfend fordern Huss et al. (2021), dass nicht die Frage nach den negativen Auswirkungen geklärt werden muss, sondern weiterführende Forschung und Untersuchung zur Lebenszufriedenheit bei Frauen mit einem Schwangerschaftsabbruch anzustreben sind, da die Lebenszufriedenheit vor einem Abbruch Aussagekraft über die Lebenszufriedenheit nach einem solchen Ereignis liefert. Zudem fordern Huss et al. (ebd.), dass für eine verbesserte Versorgung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen existierende Unterstützungsangebote von Beratungsstellen, psychologischen Diensten oder ärztlichem und pflegerischen Personal, untersucht werden müssen, um die Mechanismen und die Faktoren, die den Umgang von Frauen mit einem Abbruch prägen zu verstehen. Welche Rolle und Funktion der Familie und dem nahen sozialen Umfeld bei der Unterstützung von Frauen mit einem Abbruch zuteil wird, konnte auch noch nicht abschließend geklärt werden. Die Befunde von Huss et al. (ebd.) liefern jedoch Hinweise darauf, dass die Unterstützung durch den Partner eine wichtige Ressource darstellen kann.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwieweit es Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, schlechter geht als Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen. Vereinzelt gibt es bereits Studien, die diese beiden Untersuchungsgruppen vergleichen. Exemplarisch dafür steht die *Turnaway Studie*, der Boersma et al. (2014) in einer eigenen Studie folgen, da Frauen mit einer ausgetragenen ungewollten Schwangerschaft die geeignete Kontrollgruppe darstellen.

Frühere und kürzlich erschienene Befunde legen nahe, dass Frauen mit bestehenden psychischen Belastungen signifikant häufiger Schwangerschaftsabbrüche vornehmen lassen (Ditzhuijzen et al. 2017; 2018), wobei noch nicht abschließend geklärt werden konnte, warum dies so ist. Ditzhuijzen et al. (2017) regen an, dass dies eine Forschungslücke sei, die es zukünftig zu untersuchen gilt, damit Frauen, die ein höheres Risiko für ungewollte Schwangerschaften haben, identifiziert werden können. Boersma



et al. (2014) schlagen zur Klärung dieser Frage Faktoren vor, die eine ungewollte Schwangerschaft verursachen, anstatt das Schwangerschaftsergebnis als solches ins Zentrum zu rücken. Ziel weiterführender Untersuchungen sollte es sein, notwendige und fehlende Unterstützungsangebote für die Praxis aus der Forschung ableiten zu können. Die Auswirkungen von Schwangerschaftsspätabbrüchen nehmen in der Forschung insofern eine besondere Position ein, als dass die gesetzlichen Regelungen, welche die Schwangerschaftsabbrüche limitieren, auf der impliziten Annahme beruhen, dass diese im Vergleich zu Frühabbrüche schädlicher seien. Wissenschaftlich ist dies bisher nicht bewiesen (vgl. Biggs et al. 2014: 177). Vertiefende Forschungen zu diesem spezifischen Bereich sollten durchgeführt werden.

### 5.3.2 Handlungsempfehlungen für die Berufspraxis Sozialen Arbeit

Obwohl die reproduktive Gesundheit nur einen Teilbereich von Frauengesundheit abdeckt, hat dieser Teilbereich eine starke gesellschaftliche Symbolkraft und ist von politischer Tragweite. Der Sozialen Arbeit – als politischem Akteur – wird eine besondere Rolle im Umgang mit Frauen, die ein anderes Schwangerschaftsergebnis als das einer Lebendgeburt wünschen, zugeschrieben. Zur Erfüllung und Umsetzung dieser Aufgabe müssen Handlungsrichtlinien auf der Basis wissenschaftlicher Befunde erstellt und in der Berufspraxis der Sozialen Arbeit sowie anderen Berufsgruppen des Gesundheitssystems implementiert werden. Dies fordern auch Steinberg et al. (2011) und drängen darauf, dass die Politik und die Mitarbeitenden des Gesundheitssystems schwangeren Frauen, die am meisten von psychischen Problemen bedroht sind – unabhängig von dem Ausgang der Schwangerschaft – entsprechende Unterstützungsangebote verantwortungsvoll zur Verfügung stellen. Um Handlungsfähigkeit (wieder-)herzustellen und Unterstützung bieten zu können, sei es primär von Bedeutung, Frauen mit einem besonderen Risiko zu erkennen. Auch Gomez et al. (2017) heben hervor, dass die Verbesserung von Frauengesundheit unabhängig vom Schwangerschaftsstatus angestrebt werden muss und ein wesentliches Ziel politischer Maßnahmen und Interventionsprogramme darstellen sollte. Frauen müssen individuelle Unterstützungsangebote bspw. in Form von individuellen Beratungsangeboten erhalten, die ihre Situation aufgreifen und an dieser ansetzen. Dadurch könne, so Steinberg et al. (2014) das emotionale Befinden von Frauen, die Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung für einen Schwangerschaftsabbruch haben oder hatten, verbessert werden. Eine besondere Rolle und Verantwortung sollten

laut Huss et al. (2021) Gynäkolog\*innen im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit einnehmen, da sie aufgrund ihrer Profession einen direkten Zugang haben und mittels präventiver Interventionen das Wohlbefinden von Frauen im reproduktiven Alter im Allgemeinen, und von ungewollt Schwangeren im Besonderen, verbessern könnten.

Di Febo et al. (2018) erarbeiten konkrete Richtlinien, die für die Praxis relevant sein können. Demnach sollten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, (i) auf mögliche Risikofaktoren (bspw. Beziehungsprobleme, mangelnde soziale Unterstützung, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen) gescreent werden. In einem weiteren Schritt muss die Erhebung (ii) psychopathologischer Störungen in der Vorgeschichte erfolgen, da frühere psychische Belastungen als stärkster Prädiktor für psychische Probleme nach einem Abbruch identifiziert werden konnten. Aus diesen Angaben können Sozialarbeitende und andere Mitarbeitende im Gesundheitswesen das Bestehen eines möglichen Unterstützungs- und Beratungsbedarfs ableiten. Die Negativfolgen von erfahrener Stigmatisierung in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche werden immer wieder diskutiert. Programme, die zu einer Reduktion und Bekämpfung der Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, sind empfehlenswert und sollten angestrebt werden. Befunde zeigen (vgl. Rocca et al. 2013; 2015), dass Frauen, die seltener von Stigmatisierungserfahrungen berichten ein besseres emotionales Wohlbefinden angeben.

Sozialarbeitende, die in dem sensiblen Bereich der Schwangerenkonfliktberatung – aber auch in anderen Kontexten mit Berührungspunkten mit (ungewollt) Schwangeren und Frauen mit Abbrüchen – arbeiten, müssen sensibel und individuell auf die jeweilige Situation der Person reagieren. Ein umfangreiches Wissen über den aktuellen Stand der Forschung und nachgewiesene Einflussfaktoren im Zusammenhang mit (ungewollter) Schwangerschaft, ermöglichen es Sozialarbeitenden, Frauen mit einem besonderen Risiko zu identifizieren und adäquate Hilfsangebote zu bieten. Die vorliegenden Studien verweisen dabei auf einen schon in Teilen vollzogenen Wandel in der Forschung zu Schwangerschaftsabbrüchen. Dennoch ist weitere Forschung zur Untersuchung von Frauengesundheit notwendig. Das Forschungsprojekt ELSA, mit dem Teilprojekt ELSA-PSY, leistet in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag zur Schließung bestehender Forschungslücken.



## Literaturverzeichnis:

- APA (2008): *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington D.C.
- Bauer, H.; Brendel, K.; Stiefel, A. (Hrsg.) (2020): *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Biggs, M.A. et al. (2015): „Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States”, in: *American journal of public health*, 105(12), S. 2557–2563.
- Biggs, M.A. et al. (2016): „Does abortion increase women’s risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study”, in: *BMJ open*, 6(2).
- 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”, in: *JAMA psychiatry*, S.169–178.
- Boersma, A.A. et al. (2014): „Induced abortion is not associated with a higher likelihood of depression in Curaçao women”, in: *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 19(5), S. 359–367.
- Bond, S. (2011): „Risk of mental health disorders does not increase following first trimester-induced abortion”, in: *Journal of midwifery & women’s health*, 56(3), S. 313–314.
- Büchner, B.; Kaminski, C. (Hrsg.) (2006): *Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des §218 (1995-2005)*. Bonn: Verlag für Kultur und Wissenschaft.
- Bundestag 2017a: „Historische Debatten (7): Abtreibungsparagraf 218“ (<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/abtreibungsparagraf-200096>), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Bundestag 2017b: „Entstehungsgeschichte des §219 StGB“ (<https://www.sexuelle-selbstbestimmung.de/media/2018/01/Geschichte219aBundestag.pdf>), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Bundestag 2019: „Bundestag stimmt für Neufassung des Paragrafen 219a des Strafgesetzbuches“ (<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2019/kw08-de-schwangerschaftsabbruch-do-594758>), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Busch, U.; Hahn, D. (Hrsg.) (2015): *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Busch, U.; Hahn, D. (2021): „Schwangerschaftsabbruch in BRD und DDR. Ein Vergleich der Entwicklungen und die Neuregelung der 1990er Jahre“, in: *Unfruchtbare Debatten? 150 Jahre gesellschaftliche Kämpfe um den Schwangerschaftsabbruch*, hrsg. vom Archiv der deutschen Frauenbewegung. Kassel: Ariadne Forum für Frauen- und Geschlechtergeschichte
- Canguilhem, G. (1977): *Das Normale und das Pathologische*. München: Carl Hanser Verlag.
- Carroll, P. (2011): „Legally Induced Abortion: The Demographic Profile and Hazards to the

- Health of Women”, in: *Studies on Ethno-Medicine*, 5(1), S. 1–10.
- Coleman, P.K. et al. (2011): „Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey”, in: *Journal of psychiatric research*, 45(8), S. 1133–1134.
- Di Febo, R. et al. (2018): „Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion”, in: *Rivista di psichiatria*, 53(6).
- Ditzhuijzen, J. et al. (2016): „Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study”, in: *Journal of psychiatric research*, 84, S. 200–206.
- Ditzhuijzen, J. et al. (2017): „Correlates of Common Mental Disorders Among Dutch Women Who Have Had an Abortion: A Longitudinal Cohort Study”, in: *Perspectives on sexual and reproductive health*, 49(2), S. 123–131.
- Ditzhuijzen, J. et al. (2018) „Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study”, in: *Journal of psychiatric research*, 102, S. 132–135.
- ELSA PSY (o.D.): „Ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit psychischer Belastung“ (<https://www.uniklinik-ulm.de/psychiatrie-und-psychotherapie-ii/arbeitsgruppe-qualitative-sozialforschung.html>), zuletzt abgerufen am 10.11.2021.
- Finzen, A. (2014): *Das Ende der Anstalt. Theorie und Wirklichkeit des Wandels in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Finzen, A. (2018): *Normalität. Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Foster, D.G. et al. (2015): „A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one”, in: *Psychological medicine*, 45(10).
- Gersdorff, M. (2019): *Die neue Lebensrechts-Debatte und die Radikalisierung der Abtreibungsaktivisten*. Frankfurt/M.: DVCK e. V.
- Gomez, A.M. et al. (2017): „Abortion and subsequent depressive symptoms: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health”, in: *Psychological medicine*, 48(2), S. 294–304.
- Gutmacher Institute (2020): „Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide” (<https://www.gutmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Hänel, K.; Hecht, P (2021): „Kristina Hänel über ihr 219a-Urteil“ (<https://taz.de/Kristina-Haenel-ueber-ihr-219a-Urteil/!5745523/>), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Helfferrich, C. (2015): „Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung“, in: *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*, hrsg. Busch, U. und D. Hahn. Bielefeld: transcript Verlag, S. 161–182.
- Hoffmann, P. (2013): *Schwangerschaftsabbruch. Statistische, medizinische, juristische,*

- soziologische und psychologische Aspekte*. Herbholzheim: Centaurus Verlag.
- Hosseini-Chavoshi, M. et al. (2012): „Social and psychological consequences of abortion in Iran”, in: *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 118(2), S. 172–177.
- GENESIS (2021a): „Pressemitteilung Nr. 144“ ([https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21\\_144\\_233.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_144_233.html)), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- GENESIS (2021b): „Pressemitteilung Nr. 455 vom 28. September 2021“ ([https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21\\_455\\_233.html;jsessionid=09A5ED4C9EF68ADCCF5D9BA13DA3F1EE.live721](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_455_233.html;jsessionid=09A5ED4C9EF68ADCCF5D9BA13DA3F1EE.live721)), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021): [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_hierlevel?p\\_uid=gast&p\\_aid=19848917&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=240&p\\_ansnr=85727637&p\\_version=4&p\\_dim=D.963&p\\_dw=19636&p\\_direction=drill](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=19848917&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=240&p_ansnr=85727637&p_version=4&p_dim=D.963&p_dw=19636&p_direction=drill), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Goffman, E. (1967): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Guba, B. (2008): „Systematische Literatursuche“, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(1), S. 62–69.
- Hahn, D. (o.D.): „ELSA: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ (<https://elsa-studie.de/>), zuletzt abgerufen am 10.11.2021.
- Huss, B. et al. (2021) „Well-Being Before and After Pregnancy Termination: The Consequences of Abortion and Miscarriage on Satisfaction With Various Domains of Life”, in: *Journal of Happiness Studies*.
- Stadt Nürnberg – Stabsstelle Menschenrechtsbüro und Gleichstellungsstelle (Hrsg.) (2021): *Ungewollt schwanger? - § 218 (Broschüre)*.
- Jacob, L. et al. (2019a): „Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57,770 women followed in gynecological practices in Germany”, in: *Journal of affective disorders*, 251, S. 107–113.
- Jacob, L. et al. (2019b): „Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany”, in: *Journal of psychiatric research*, S. 75–79.
- Josten, M. (2020) (unveröffentlichte Doktorarbeit): *Vergleich des psychischen Erlebens von Schwangerschaftsfrühabbrüchen und Schwangerschaftsspätabbrüchen*. TU Dresden.
- Kotta, S. et al. (2018): „A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion”, in: *Indian journal of psychiatry*, 60(2), S. 217–223.
- Martius, G.; Rath, W. (Hrsg.) (1998): *Geburtshilfe und Perinatologie*. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag
- Millar, E. (2020): *Abtreibung. Eine Bestandsaufnahme*. Bonn: bpb.
- Munk-Olsen, T. et al. (2011): „Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder”,

- in: *The New England journal of medicine*, 364(4), S. 332–339.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) (2021): *Ratgeber für Frauen bei ungewollter Schwangerschaft*. Hannover.
- Nomura, R.M.Y. et al. (2011): „Depression, emotional and social aspects in the abortion context: a comparison between two Brazilian capitals”, in: *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 57(6), S. 644–650.
- pro familia Bundesverband (Hrsg.) (2019): *Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch*. Frankfurt/M.: pro familia magazin.
- Quinley, K.E. et al. (2014): „Psychological coping in the immediate post-abortion period”, in: *Journal of women's health*, 23(1), S. 44–50.
- Rocca, C.H. et al. (2013): „Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States”, in: *Perspectives on sexual and reproductive health*, S. 122–131.
- Rocca, C.H. et al. (2015): „Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study”, in: *PloS one*, 10(7).
- Sauter, D. et al. (Hrsg.) (2011): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Steinberg, J.R. et al. (2011): „Does the outcome of a first pregnancy predict depression, suicidal ideation, or lower self-esteem? Data from the National Comorbidity Survey”, in: *The American journal of orthopsychiatry*, 81(2), S. 193–201.
- Steinberg, J.R. et al. (2014): „Abortion and mental health: findings from The National Comorbidity Survey-Replication”, in: *Obstetrics and gynecology*, 123(2), S. 263–270.
- Steinberg, J.R. et al. (2018): „Examining the association of antidepressant prescriptions with first abortion and first childbirth”, in: *JAMA psychiatry*, S. 828–834.
- Toffol, E. et al. (2016): „Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study”, in: *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 95(10), S. 1171–1180.
- Warmbrunn, A.; Wied, S. (Hrsg.) (2012): *Psychembel Pflege*. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Weinmann, S. (2019): *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- WHO (2018): „Mental health: strengthening our response” (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.
- Willems, A. (2020): „Leitfaden: Das systematische Review“ ([https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/653892ffb400c646aec4eedfce31cf73.pdf/Leitfaden\\_Systematisches%20Review\\_20200902.pdf](https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/653892ffb400c646aec4eedfce31cf73.pdf/Leitfaden_Systematisches%20Review_20200902.pdf)), zuletzt abgerufen am 16.12.2021.

## Anhang

Tabelle A1: Dokumentation der Literaturrecherche

Pubmed	12.05.2021 09:44	<p>("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR stress OR depression OR anxiety OR psychologic* OR "substance abuse" OR schizophren*) AND ("unintended pregnancy" OR "unplanned pregnancy" OR "unwanted pregnancy" OR "induced abortion" OR "voluntary abortion" OR "elective abortion")</p> <p>Limit 2011-current</p>	1118 Treffer in Zotero importiert
Psychinfo via Ovid	12.05.2021 09:58	<p>APA PsycInfo &lt;1806 to May Week 1 2021&gt;</p> <p>1 "induced abortion".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 2854</p> <p>2 "elective abortion".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 106</p> <p>3 "voluntary abortion".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 22</p> <p>4 "unwanted pregnancy".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 581</p> <p>5 "unplanned pregnancy".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 610</p> <p>6 "unintended pregnancy".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 1041</p> <p>7 "mental health".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 233335</p> <p>8 "mental illness".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 46079</p>	484 Treffer in Zotero importiert
			237 Dubletten raus



		<p>9 "depression".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 344645</p> <p>10 "anxiety".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 246800</p> <p>11 "stress".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 261608</p> <p>12 psychologic*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 438231</p> <p>13 "substance abuse".mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 36490</p> <p>14 schizophren*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests &amp; measures, mesh] 141881</p> <p>15 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 4742</p> <p>16 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 1253215</p> <p>17 15 and 16 1267</p> <p>18 limit 17 to yr="2011 -Current" 484</p>	
Web of Science Core Collection	12.05.2021 10:26	<p><b>TOPIC:</b> ("mental health" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR stress OR depression OR anxiety OR psychologic* OR "substance abuse" OR schizophren*) <b>AND TOPIC:</b> ("unintended pregnancy" OR "unplanned pregnancy" OR "unwanted pregnancy" OR "induced abortion" OR "voluntary abortion" OR "elective abortion")</p> <p><i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, CCR-EXPANDED, IC Timespan=2011-2021</i></p>	<p>778 Treffer in Zotero importiert</p> <p>530 Dubletten raus</p>
Gesamt			<p>2380 Löschung 767 Dubletten gelöscht → gesamt: 1613</p>

Tabelle A2: Ausführliche Erfassung aller Studien

Autoren	Jahr	Land	Titel	Untersuchungsgruppe	Methode	Studienart	Studienfokus
Huss	2021	DE	Well-Being Before and After Pregnancy Termination: The Consequences of Abortion and Miscarriage on Satisfaction With Various Domains of Life	Datenbasis stellt pairfam dar, n = 5331 Frauen im reproduktiven Alter von 16–45 eingeschlossen. Davon n = 214 Frauen mit induziertem Schwangerschaftsabbruch. Als Kontrollgruppe dienen Frauen mit Spontanabbruch n = 331	Seit 2008 jährliche Befragung der 3 Geburtenkohorten, persönliche Befragung und Fragebögen (Papier-Bleistift-Umfrage)	repräsentative nationale Längsschnittstudie (3 Geburten-Kohorten),	Zusammenhang zwischen einem Abbruch (induziert/spontan) und dem Wohlbefinden von Frauen in verschiedenen Lebensbereichen
Jacob	2019	DE	Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57.770 women followed in gynecological practices in Germany	Datenbasis: IQVIA, Verwendung von Realdaten aus der Praxis (281 gynäkologischen Praxen in Deutschland berücksichtigt) N = 57 770 Frauen, im Alter von 15-40 eingeschlossen. Frauen mussten psychische Störung (Depression, Angststörung, Somatoformstörung oder Anpassungsstörung) aufweisen. Kontrollgruppe stellen Frauen ohne diese Störungsbilder dar. 1:1 Matching der Fälle nach Alter und Indexjahr und Ärzt*in	Disease Analyser (IQVIA)	Retrospektive Fallkontrollstudie (case-control-study)	Zusammenhang zwischen induziertem Abbruch, Spontanabbruch, Unfruchtbarkeit und dem Risiko einer psychischer Belastung wird untersucht
Jacob et al.	2019	DE	Relationship between induced abortion and the incidence of depression, anxiety disorder, adjustment disorder, and somatoform disorder in Germany	In die Studie wurden n = 17581 Frauen mit Abbruch und eine identische Anzahl an Frauen mit Lebendgeburt eingeschlossen (1:1 Matching). Die Daten stammen aus 281 Gynäkologischen Praxen in Deutschland, in denen Frauen zwischen Januar 2007 und Dezember 2016 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen haben. Die Frauen sind zwischen 12–45 Jahre alt.	Disease Analyser (IQVIA)	retrospektive Kohorten Studie	Analyse des Zusammenhangs zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und der Inzidenz an einer Depression, Angststörung, Verhaltensstörung oder somatoformen Störung zu erkranken
Di Febo et al.	2018	ITA	Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion	Sample bestet aus n = 92 Frauen. N = 57 Frauen mit einer VTP. Die Kontrollgruppe besteht aus n = 35 Frauen mit einer TTP. Frauen sind zwischen 19–45 Jahre alt, im Schnitt 29 Jahre. Studie wurde in der Poliklinik Umberto I in Rom durchgeführt	Messung erfolgt vor und nach dem Abbruch mittels SCL-90-R, CES-D und eines motivationalen Fragebogens	prospektive Längsschnittstudie mit zwei Kohorten	Identifikation von Risikofaktoren für eine nachteilige psychische Gesundheit: elektiver und therapeutischer Abbruch im Vergleich
Kotta et al.	2018	IND	A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion	N = 100 Frauen, im Alter von 18-45 Jahre (tatsächlich 18-35 Jahre alt), die im Juli, August, September 2015 einen Schwangerschaftsabbruch (MTP) oder eine Fehlgeburt hatten und eine der fünf staatlichen Kliniken in Hyderabad, Indien aufsuchten. Davon hatten n = 9 Frauen einen freiwilligen Abbruch. Kontrollgruppe: n = 60 Frauen mit Spontanabbruch (Fehlgeburt), n = 31 Frauen mit einem therapeutischen Abbruch	Interviews, zur Erhebung soziodemografischer Daten und weiterer Parameter. In einem weiteren Interview mündliche Diagnostik mittels GHQ-12 Fragebogen und IES-R Skala	Retrospektive Querschnittstudie	Psychische Gesundheit nach Spontanabbruch im Vergleich zu TOP
Steinberg et al.	2018	DK	Examining the association of antidepressant prescriptions with first abortion and first childbirth	Datenbasis: Danish National Patient Registry, n = 30 834 Frauen mit einem erstmaligen Abbruch im ersten Trimenon. Das Geburtsdatum der Frauen musste in der Zeitspanne Januar 1980 bis Dezember 1994 liegen, der Geburtsort musste Dänemark sein und die Frauen durften vor ihrem 18. LJ oder dem Studienbeginn nicht emigriert oder gestorben sein. Ferner durften die Frauen vor Studienbeginn keine Antidepressiva verschrieben bekommen haben. Vor dem 18. LJ durfte weder eine Schwangerschaft noch ein Abbruch vorliegen. Kontrollgruppe: n= 85 592 Frauen mit einer ersten Geburt.	Danish Population Registries und Danish National Patient Registry, Charlson Comorbidity Index	Datenanalyse dänisches Geburtenregister	Erstmalige Verschreibung von Antidepressiva bei Frauen mit einem Abbruch im ersten Trimester und Frauen mit einer ersten Entbindung

Van Ditzhuijzen et al.	2018	NL	Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study	Datenbasis: DAMHS und NEMESIS-2 (siehe Ditzhuijzen et al. 2017). Ergänzend dürfte keine medizinische Indikation für den Abbruch vorliegen. Einschlusskriterien orientieren sich an Studie von Van Ditzhuijzen et al. 2017. Frauen mit Abbruch und Frauen ohne Abbruch werden verglichen. Sample besteht aus (n = 956) Frauen und ist unterteilt in Near-Limits (n = 452), Turnaways (n = 231), davon haben 161 Frauen das Kind zur Welt gebracht. First-Trimesters n = 273 Frauen. Rekrutierung in 30 Antreibungskliniken in 21 Staaten in den USA. Es durften keine fetalen Anomalien vorliegen.	Datenbasis: DAMHS und NEMESIS-2, face to face Interviews; CIDI Fragebogen, Einkategorisierung der Störungen nach DSM-IV,	prospektive Kohortenstudie	Auftreten und wiederauftreten psychischer Störungen 5-6 Jahre nach einem Schwangerschaftsabbruch
Biggs et al.	2017	USA	Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study	Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study	Telefoninterviews, erstmalig 7 Tage nach dem Abbruch, dann halbjährlich über 5 Jahre, Brief Symptom Inventory	prospektive Längsschnitt-Kohortenstudie	Erhebung des psychischen Wohlbefindens von Frauen 5 Jahre nach einem Abbruch oder nach der Verweigerung eines Abbruchs
<b>Autoren</b>	<b>Jahr</b>	<b>Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Untersuchungsgruppe</b>	<b>Methode</b>	<b>Studienart</b>	<b>Studienfokus</b>
Gomez	2017	USA	Abortion and subsequent depressive symptoms: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health	N = 7870 unbereinig. Frauen aus einer nationalen repräsentativen Längzeitstudie 1994–2008. 3 und 4 Befragungswelle ausschlaggebend. 3 Welle: n = 856 Frauen mit ungewollter Schwangerschaft, in der 4 Untersuchungswelle n = 438, eitliches Auftreten einer ungewollten Schwangerschaft zwischen 3 und 4 Welle. Eingeschlossen wurden Frauen im jungen Erwachsenenalter (18–29).	National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health), CES-D Skala	nationale Längsschnittstudie mit 4 Untersuchungswellen	Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruch und nachfolgenden psychischen Belastungen bei Schwangerschaftsabbrüchen im jungen erwachsenen Alter
Van Ditzhuijzen et al.	2017	NL	Correlates of Common Mental Disorders Among Dutch Women Who Have Had an Abortion: A Longitudinal Cohort Study	Daten stammen aus der 2. und 3. Untersuchungswelle der DAMHS. N = 1077 Frauen stimmten einer Teilnahme zu. Das Sample reduzierte sich auf n = 325 Frauen, die nach einem Abbruch interviewt wurden. Reduktion erfolgte auf Grund: nochmaliger Überprüfung der Ausschlusskriterien, organisatorischer Gründe, Bedenken der Frauen. Die Teilnehmerinnen waren zwischen 18 und 46 Jahre alt, sprachen niederländisch, eine ungewollte Schwangerschaft musste vorliegen. Die Frauen wurden in einer der sieben ausgewählten Einrichtungen vorgestellt. Medikamentöse und chirurgische Abbrüche bis max. SSW 22 wurden berücksichtigt.	Datenbasis aus DAMHS, Face-to-face Interviews (20-40 Tage und im Schnitt 2,7 Jahre nach einem Abbruch erhoben), CIDI-Fragebogen	prospektive Kohortenstudie	Frage nach abtreibungsspezifischen Korrelaten, die zu einer psychischen Störung führen
Van Ditzhuijzen et al.	2017	NL	Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study	Datenbasis: DAMHS und NEMESIS-2. Eingeschlossen wurden n= 325 Frauen mit und ohne Abbruch (1:1 Verhältnis), im Alter zwischen 18 und 46. Rekrutierung erfolgte in 8 Kliniken, die auf Schwangerschaftsabbrüche spezialisiert sind. Einschlusskriterien war das Vorliegen einer ungewollten Schwangerschaft. Der Abbruch erfolgte medikamentös oder chirurgisch, fetale Anomalien durften nicht vorliegen, die Teilnehmerinnen mussten niederländisch sprechen.	Face-to-face Interviews, CIDI Fragebogen	prospektive Kohortenstudie	Analyse des Risikos für das Entstehen einer ersten psychischen Störung, oder dem Rezidiv einer psychischen Störung (im Zeitraum 2,5 – 3 Jahre nach dem Ereignis)
Biggs et al.	2016	USA	Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study	Siehe Biggs et al. 2015: n= 956 Frauen; finales Sample von n = 863 Frauen. Verhältnis der jeweiligen Stichproben im Verhältnis 2:1:1 (Near-Limits, 2 Wochen vor Abbruchgrenze, n = 452, Turnaways, mit einem Überschreiten der Abbruchgrenze von 3 Wochen: n = 231 und First-Trimester: n = 273). Zusätzlich zu Ein- und Ausschlusskriterien von Biggs et al. 2015: Frauen mit Totgeburt oder medizinischen Indikation wurden ausgeschlossen.	vertiefende strukturierte Telefoninterviews (nach 7 Tagen, dann halbjährlich über 4 Jahre), Anwendung des Primary Care PTSD Screen	prospektive Längsschnitt – Kohortenstudie	Analyse des Risikos an einer PTBS/ PTSS 4 Jahre nach einem Abbruch zu erkranken

<b>Toffol et al.</b>	2016	FIN	Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study	N = 742 Probandinnen, davon n = 375 randomisiert der Verhütungsmethode zu geordnet. Kontrollgruppe bestehend aus den verbleibenden n = 367 Frauen. Die Frauen mussten mindestens 18 Jahre alt sein, mit wohnhaft in Helsinki. Die Schwangerschaft durfte SSW. 12 nicht überschreiten. Das Vorliegen medizinischer Gründe für eine TOP führte zum Ausschluss. Zudem mussten die Frauen einer intrauterinen Verhütungsmethode zugestimmt haben.	Messungen erfolgten vor und 3. und 12. Monate nach dem Abbruch. Datenerhebung mittels STAI, EQ-5D, EQ-VAS, und einem schriftlichen Fragebogen.	randomisierte Kontrollstudie	Erfassung des psychischen Wohlbefindens von Frauen ein Jahr nach einer TOP, im Rahmen einer Studie zum Thema frühe Nachsorge zur intrauterinen Verhütung.
<b>Biggs et al.</b>	2015	USA	Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States	Frauen, die mindestens 15 Jahre und englisch oder spanisch sprachig waren wurden in die Studie aufgenommen. Der Abbruch durfte nicht auf Grund fetaler Anomalien erfolgen. N = 956 Frauen bei der Ausgangsbefragung. Frauen, die sich dazu entschieden hatten doch keinen Abbruch vornehmen zu lassen wurden nachträglich exkludiert. Finales Sample: n = 877 Frauen, rekrutiert aus 30 Abtreibungseinrichtungen. Die Grenze für einen Abbruch variierte dabei je nach Einrichtung im Schwangerschaftsalter von SSW. 10–Ende des 2. Trimesters. Vergleich der Frauen in einem 2:1:1 Verhältnis. (Near-Limits n = 413; Turnaways n = 210 und First-Trimesters n = 254)	11 Telefoninterviews anhand strukturierter Leitfaden, erstmalig 8 Tage nach dem Abbruch, dann halbjährlich	Längsschnittstudie	Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruch bzw. der Verweigerung eines Abbruch auf die psychische Gesundheit
<b>Foster et al.</b>	2015	USA	A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women who denied one	N = 956 Frauen mit Schwangerschaftsabbruch oder der Verweigerung eines solchen Ereignisses. Near-Limits n = 413, Turnaways n = 210 und 254 Frauen mit einem Abbruch im ersten Trimester. Die Frauen mussten englisch- spanisch sprechen, fetale Anomalien oder der Tod des Fetus durften nicht vorliegen. Die Frauen mussten mindestens 16 Jahre alt sein. Sample, bestehend aus n = 677 Frauen, mit einem Früh- oder Spätabbruch (Vergleichsgruppe). Rekrutierung erfolgte in 30 Einrichtungen in den USA. Beim ersten Interview waren die Frauen durchschnittlich 25 Jahre alt. Sie mussten aber mindestens 15 Jahre alt sein, englisch oder spanisch sprechen und es durften keine fetalen Anomalien vorliegen.	Telefon-Interviews über einen Zeitraum von 5 Jahren, The Brief Symptom Inventory (BSI)	prospektive Kohortenstudie	Auswirkungen von Schwangerschaftsabbrüchen auf die physische und psychische Gesundheit, über einen Zeitraum von 5 Jahren
<b>Rocca et al.</b>	2015	USA	Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study	Sample, bestehend aus n = 677 Frauen, mit einem Früh- oder Spätabbruch (Vergleichsgruppe). Rekrutierung erfolgte in 30 Einrichtungen in den USA. Beim ersten Interview waren die Frauen durchschnittlich 25 Jahre alt. Sie mussten aber mindestens 15 Jahre alt sein, englisch oder spanisch sprechen und es durften keine fetalen Anomalien vorliegen.	Halbjährliche Telefoninterviews über einen Zeitraum von 3 Jahren	prospektive Langzeitstudie	Einschätzung der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch über einen Zeitraum von drei Jahren
Autoren	Jahr	Land	Titel	Untersuchungsgruppe	Methode	Studienart	Studienfokus
<b>Boersma et al.</b>	2014	CUW (Curaçao)	Induced abortion is not associated with a higher likelihood of depression in Curaçao women	Vergleich von Frauen mit einem induzierten Abbruch n = 92 und Frauen mit einer Geburt n = 40, davon 37 ungeplant; beide Ereignisse traten im gleichen Zeitraum auf. Frauen wünschten einen Abbruch, in Curaçao lebend. Das Schwangerschaftsalter von 70 Tagen für eine MTP, bzw. von 84 Tagen bei einem chirurgischen Abbruch durfte nicht überschritten werden.	Face-to-face Interviews oder Telefoninterviews (von Hebammen oder ärztlichem Personal geführt). Anwendung der CES-D Krankheitskala. Frauen mit Abbruch unmittelbar vor und 2-3 Wochen nach dem Ereignis befragt., Frauen mit Geburt wurden erstmalig 1 Tag nach der Entbindung und dann 2-3 Wochen später interviewt.	prospektive Kohortenstudie	Risiko für das Entstehen einer Depression post abortum
<b>Quinley et al.</b>	2014	USA	Psychological coping in the immediate post-abortion period	N = 148 Frauen, die von Februar bis Oktober 2011 in einer Einrichtung vortseilig wurden und einen Schwangerschaftsabbruch wünschten. Die Untersuchungsgruppe schließt Frauen im Alter von 15–42 Jahren Die Frauen mussten mindestens 13 Jahre alt sein. Der Abbruch wurde chirurgisch durchgeführt.	Psychisches Wohlbefinden vor und 1-3 Tage nach der TOP mittels Selbstauskunft, Fragebögen, Needs Assessment und Follow-up questionnaire erhoben.	Retrospektive Kohortenstudie	Erhebung des psychischen Wohlbefindens 1-3 Tage nach einem Schwangerschaftsabbruch

				Es wurden Frauen mit Abbrüchen im ersten (bis SSW 12) und zweiten Trimester (SSW 12+1 – SSW 23) berücksichtigt.			
<b>Steinberg et al.</b>	2014	USA	Abortion and mental health: findings from The National Comorbidity Survey-Replication	Datenbasis stellt die National Comorbidity Survey-Replication dar. Sample besteht aus Frauen mit einem Abbruch (n = 259) und der Kontrollgruppe n = 677 Frauen, die ein Kind auf die Welt gebracht haben. Die Frauen waren zwischen 18 und 42 Jahre alt.	National Comorbidity Survey Replication, Interviews	Kohortenstudie	Erhöhen Schwangerschaftsabbrüche, im Vergleich zu einer ersten Geburt das Risiko für psychische Störungen
<b>Rocca et al.</b>	2013	USA	Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States	Sample besteht aus n = 843 Frauen (Near-Limits, Turnaways, First-Trimesters), die noch knapp unterhalb des Limits liegend einen Abbruch erhalten haben. Die Frauen waren 15 Jahre alt oder älter und sprachen englisch oder spanisch. Fetale Anomalie lagen nicht vor.	Telefonische Befragung, anhand London Measure of Unplanned Pregnancy, Scale of Perceived Social Support, CID1	Langzeit (5 Jahre)	Analyse der erlebten Emotionen eine Woche nach Durchführung oder Verweigerung eines Schwangerschaftsabbruchs
<b>Hosseini-Chavosi et al.</b>	2012	IRN	Social and psychological consequences of abortion in Iran	Anhand der Daten der ILFS wurden n = 5526 verheiratet Frauen identifiziert, davon gaben n = 200 an ungewollt schwanger gewesen zu sein. Von diesen hatten zwischen 2000 und 2005 n = 40 Frauen einen induzierten Schwangerschaftsabbruch. Die Frauen stammten aus Teheran und Rasht und waren zwischen 15-54 Jahre alt.	Daten aus der Low Fertility Survey, vertiefende qualitative Interviews im Jahr 2009 und 2010. Die ungewollte Schwangerschaft und die Abbrüche der Frauen sind im Schnitt 5-10 Jahre vor den Interviews zu datieren.	qualitative Studie, retrospektiv	Analyse soziodemographische Korrelate eines Schwangerschaftsabbruchs
<b>Carroll</b>	2011	GB	Legally Induced Abortion: The Demographic Profile and Hazards to the Health of Women	Statistiken aus Skandinavischen Ländern und GB, Diskussionen bei einer Konferenz in Nottingham, Geldgeber und Veranstalter unter anderem: Human Life Charitable Trust.	nationale Statistiken in GB und skandinavische Länder	Metanalyse	Analyse demografischer Faktoren bei Frauen mit induzierten Schwangerschaftsabbrüchen und der Epidemiologie von Krankheiten, die im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen stehen
<b>Munk-Olsen et al.</b>	2011	DK	Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder	Daten stammen aus dem CRS, Danish Psychiatric Central Register und Danish National Register of Patients. Zwischen 1995 – 2007 wurde bei den Frauen keine psychiatrische Diagnose gestellt, bei gleichzeitigem Auftreten eines ersten Abbruchs im erstem Trimester oder einer Erstgeburt n = 954 702 Mädchen und Frauen. Beobachtungszeitraum 9 Monate vor, bis 12 Monate nach dem Ereignis. Frauen, die vor 1962 geboren wurden konnten nicht berücksichtigt werden, sowie Frauen, die außerhalb Dänemarks geborgen wurden, emigriert sind oder vor dem 1. Januar 1995 einen induzierten Schwangerschaftsabbruch hatten.	Danish Civil Registration system (CRS) und Danish Psychiatric Central Register und Danish National Register of Patients, Danish National Register of Patients	Kohortenstudie	Auftreten eines psychiatrischen Erstkontaktes bei Frauen mit und ohne Schwangerschaftsabbrüche
<b>Steinberg et al.</b>	2011	USA	Does the outcome of a first pregnancy predict depression, suicidal ideation, or lower self-esteem? Data from the National Comorbidity Survey	Daten stammen aus NCS: n = 17 65, davon n = 218 mit Abbruch. Die verbleibenden n = 1547 Frauen haben ihre Schwangerschaft ausgetragen (Kontrollgruppe)	National Comorbidity Survey, CID1 Fragebogen, Rosenberg-Skala	Retrospektive Langzeitstudie	Risiko für Depressionen, Selbstmordgedanken, und ein geringes Selbstbewusstsein nach einem Abbruch oder einer Entbindung

## Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift Stephanie Göbel