

Human Rights Talk

LEBENSCHUTZ IN DEUTSCHLAND, EUROPA UND DER WELT

Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen

Neue Studie stellt Abtreibungsrecht infrage

Welchen Einfluss haben Abtreibungen auf die psychische Gesundheit von Frauen? Ein interdisziplinäres Team von Wissenschaftlern hat sich dieser kontrovers diskutierten Frage angenommen und die bestehende Studienlage zum Thema untersucht. Susanne Kummer, Direktorin des österreichischen „Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik“ (IMABE) und Co-Autorin der dabei entstandenen Studie, erläutert für den Human Rights Talk die Ergebnisse der Untersuchung.

HRT: Sehr geehrte Frau Kummer, in unseren westlichen Gesellschaften sind Frauen und Paare mit einer massiven Abtreibungspraxis konfrontiert, die sich jetzt über 50 Jahre politisch eingespielt hat. Da darf man vermuten, dass es mittlerweile eindeutige wissenschaftliche Antworten zu der Frage gibt, welche Auswirkungen Abtreibungen auf die Psyche von Frauen haben. Wie hat sich Ihnen und Ihren Kollegen die Studienlage zum Thema dargestellt?

Susanne Kummer: Bei der Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch bei einer ungewollten Schwangerschaft im Vergleich zur Geburt eines Kindes eher zu negativen psychischen Folgen bei Frauen führen kann, ist sich die Wissenschaft uneinig. Das Thema ist ideologisch sehr aufgeladen und deshalb ist es wichtig, aufzuzeigen, was gute Studien im Bereich Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen qualitativ ausmacht. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit man methodisch überhaupt zu einer letztgültigen Aussage kommen kann, ob also eine Abtreibung per se psychische Gesundheitsprobleme auslösen kann. In diesem Sinne wollten wir die großen,



Abtreibungen können keinen Schutz für die psychische Gesundheit von Frauen bieten.

wichtigen, häufig zitierten Studien beider Seiten – der Abtreibungsbefürworter und der Lebensschutzseite – untersuchen.

Derzeit ist die gesetzliche Lage so, dass in Österreich, Deutschland und der Schweiz ein Schwangerschaftsabbruch theoretisch bis

zur Geburt straffrei ist, wenn nur damit ein schwerer Schaden für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren abgewendet werden kann. Die Frage lautet: Kann eine Abtreibung überhaupt die psychische Gesundheit schützen? Bei der Durchsicht der

Studien hat uns dann sehr verwundert, dass die Studien der Frage nach einem kausalen Zusammenhang zwischen einer Abtreibung und einem therapeutischen Nutzen aber gar nicht nachgehen.

Das vorherrschende Narrativ lebt ja von der Hypothese, dass es hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit besser für eine Frau ist, eine Abtreibung zu haben, als das Kind auszutragen. Und wenn man sich die Zahlen aus Großbritannien anschaut, sieht man, dass dort 98 Prozent der 228.627 im Jahr 2021 gemeldeten Abtreibungen mit der Indikation „Gefahr für die psychische Gesundheit“ der Frau durchgeführt wurden. Es wird also unterstellt, dass Abtreibung einen therapeutischen Effekt hat. Geprüft wurde das aber nirgends. Stattdessen stellen die Studien die Frage, ob eine Abtreibung schädliche Folgen für die psychische Gesundheit hat. Für eine klinische Forschung ist diese Fragestellung schon verkehrt. Wenn man ein Medikament auf den Markt bringen will, muss man immer den möglichen Nutzen gegen den möglichen Schaden abwägen. Kein Medikament könnte je auf den Markt kommen, wenn nur die Nebenwirkungen, nicht aber der klare Nutzen bewertet wird. Es ist sehr eigenartig, dass sich praktisch alle Studien zum Thema Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen nur mit der Frage beschäftigen, ob eine Abtreibung negative Folgen für die Psyche der Frau hat – statt eben nachzuweisen, dass sie die Psyche der Frau im Vergleich zur Geburt des Kindes verbessert.

HRT: Wie lassen sich die Unterschiede zwischen den verschiedenen Studienergebnissen erklären, die Sie angesprochen haben?

Susanne Kummer: Wir konnten feststellen, dass nicht alle Studien gleichwertig gut gemacht sind. Auch bei den großen Reviews und Meta-Analysen, die sehr häufig zitiert werden, gibt es sowohl vom Studiendesign als auch von der Qualität der Studiendurchführung sehr große qualitative Unterschiede. Ist eine Studie schlecht gemacht, sinkt ihre Aussagekraft und Validität.

Prinzipiell hat unsere Analyse zwei Kernaussagen ergeben. Die Lebensschutzszene

hätte gerne einen klaren Beweis, dass eine Abtreibung sich kausal negativ auf die Psyche der Frau auswirkt, also Krankheitsbilder nach einer Abtreibung per se auf diese zurückzuführen sind. Dafür gibt es aber prinzipiell keinen methodisch sicheren statistischen Beweis. Darauf möchte ich noch später eingehen.

Umgekehrt gilt aber auch: Keine einzige Studie kann wissenschaftlich valide das Gegenteil beweisen, nämlich, dass eine Abtreibung keine negativen Folgen für eine Frau nach sich zieht. Das ist wichtig zu betonen, denn es gibt zahlreiche Studien von Abtreibungsbefürwortern, die tatsächlich behaupten, das nachgewiesen zu haben.

HRT: Warum kann man das nicht beweisen? Und wenn nicht alle Studien gleich gut gemacht sind: Nach welchen Kriterien lassen sich aussagekräftige, gute Studien von schlecht gemachten Studien unterscheiden?

Susanne Kummer: Für einen sicheren statistischen Beweis eines kausalen Zusammenhangs bräuchte man experimentelle, randomisierte Doppelblindstudien. Das kennen wir aus der Medikamentenforschung. Nach dem Zufallsprinzip werden Probanden ausgewählt, und entweder einer Therapie- oder einer Placebo-Gruppe zugeordnet. Weder die Patienten noch die behandelnden Ärzte wissen, wer die Behandlung bzw. das Arzneimittel und wer ein Placebo bekommt. Nur dieses Studiendesign erreicht den höchsten Evidenzgrad I.

So ein Studiendesign ist beim Thema Schwangerschaftsabbruch und psychische Folgen natürlich nicht durchführbar. Die Studienteilnehmerinnen müssten ja dann zufällig in eine Abtreibungs- und eine Geburtsgruppe zugeteilt werden, ohne dass sie wissen, in welcher Gruppe sie sich befinden und die Gruppen danach weiter untersucht werden. So eine experimentelle Studie ist auch ethisch nicht durchführbar, weshalb also zu diesem Thema nie eine Studie mit höchstem Evidenzgrad erstellt werden kann. Man muss daher auf andere etablierte Studiendesigns zurückgreifen.

Dazu zählen vor allem Beobachtungsstudien, bei denen keine adäquate Kontrollgrup-

pe mitläuft, also Kohorten- (Evidenzgrad II) oder Fall-Kontrollstudien (Evidenzgrad III). Sie werden ja in vielen unterschiedlichen Bereichen der Medizin durchgeführt. Man muss sich aber klar sein, dass sie im Vergleich zu randomisiert kontrollierten Studien eine geringere Aussagekraft haben. Beobachtungsstudien sind oft das einzige Mittel der Wahl, wenn experimentelle Studien aus ethischen oder praktischen Gründen nicht durchführbar sind.

HRT: Das Studiendesign spielt also eine große Rolle, wie relevant eine Studie ist. Gibt es außer dem Design noch andere Faktoren, die die Qualität einer Studie beeinflussen?

Susanne Kummer: Ja, denn selbst wenn ein Studiendesign hochwertig ist, kann es noch viele Stolpersteine geben, die die Repräsentativität untergraben und die Ergebnisse verzerren. Das passiert, wenn man beispielsweise zu wenige Teilnehmer hat. Oder man kann zu Beginn einer Studie eine große Menge an Teilnehmern einbeziehen, aber viele Teilnehmer fallen aus, dann ist die sogenannte Drop-Out-Rate zu hoch. Wenn die Kontrollgruppe inadäquat ist, dann vergleicht man am Ende Äpfel mit Birnen. Und auch Geld spielt eine Rolle: Wir wissen von Studien aus der Tabakindustrie, dass Ergebnisse verzerrt werden, weil die Financiers der Studien von vornherein bestimmte Ergebnisse voraussetzen. Systematische Fehler können auch entstehen, wenn Studien, deren Ergebnisse nicht ins Konzept passen, einfach unterschlagen werden, in einer Schublade verschwinden und gar nicht mitberücksichtigt werden. Also da gibt es eine ganze Reihe von Faktoren, die zu unsauberer Ergebnissen führen.

Vor allem aber müssen gute Studien in der Lage sein, die sogenannten Störgrößen eines Ergebnisses möglichst gering zu halten. Ein Beispiel: Ist der Drogenmissbrauch, die Depression, der Angstzustand, das suizidale Verhalten nach einer Abtreibung auf die Abtreibung selbst zurückzuführen? Oder liegt eine weitere Ursache vor? Hatte die Frau beispielsweise bereits vor der Abtreibung eine psychische Erkrankung, oder hat sie sexuellen Missbrauch oder Gewalterfahrungen

erlebt? Das Alter der Frau kann eine Rolle spielen und vor allem die Anzahl der bereits zuvor gemachten Abtreibungen. Die Qualität einer Studie hängt also sehr stark davon ab,

Neuseeland für besonders interessant, weil er sich selbst als „Pro-Choice-Atheist“ bezeichnet. Fergusson wird auch in der wissenschaftlichen Community großer Respekt für

anführen, wie die soziale oder finanzielle Benachteiligung von Schwangeren, meint Fergusson. Man müsse aber in dem Punkt ehrlich genug sein: Keine einzige Studie konnte nachweisen, dass eine Abtreibung besser für die psychische Gesundheit der Frau ist als die Geburt des Kindes. Hohe politische Kräfte in Neuseeland haben damals interveniert, damit er die ‚unangenehmen‘ Ergebnisse seiner Studie nicht publiziert. Fergusson war aber unbeugsam, und hat diese Studie und andere veröffentlicht.

Eine andere gute Studie ist eine Metaanalyse von Priscilla Coleman von 2011, in der sie nachweist – und Fergusson lobt Coleman auch für ihre stringente Arbeit –, dass Frauen mit Abtreibung ein fast doppelt so hohes Risiko für psychische Gesundheitsprobleme haben. Auch hier ist Drogenkonsum an höchster Stelle, gefolgt von Suizidverhalten, Alkoholmissbrauch, Depression und Angststörungen. Aber auch Coleman sagt einschränkend, dass ein definitiv kausaler Zusammenhang zwischen Abtreibungen und psychischen Erkrankungen wissenschaftlich nicht beweisbar ist.

Besonders genau haben wir uns die Turnaway-Studie angesehen, weil sie bis heute sehr oft in den Medien zitiert wird als Beweis, dass Frauen keine Probleme nach einer Abtreibung haben. Die Kernaussage der Studie lautet: Nach fünf Jahren Beobachtung zeigt sich, dass ein Schwangerschaftsabbruch der psychischen Gesundheit von Frauen nicht schadet und sie im Gegenteil verbessern kann. Hingegen sei die Verweigerung eines Schwangerschaftsabbruchs mit psychischen und sozialen Problemen verbunden.

Die Autoren haben Frauen, die wegen einer zu weit fortgeschrittenen Schwangerschaft von Abtreibungskliniken abgewiesen wurden – daher der Name „Turnaway“ –, mit jenen Frauen verglichen, die in diesen Kliniken eine Abtreibung hatten. Jene, die weggeschickt worden sind, wiesen ein erhöhtes Maß an Angst, Stress und geringem Selbstwertgefühl auf.

Das Studiendesign ist so aufgebaut, dass beide Gruppen telefonisch alle sechs Monate über fünf Jahre hindurch kontaktiert wurden. Man hat unter anderem gefragt, wie sich die psychische Gesundheit darstellt. Aber wenn



IMABE-Direktorin Susanne Kummer forscht schon seit vielen Jahren zu bioethischen Fragen.

wie weit sie es schafft, durch eine saubere Methodik diese Störgrößen möglichst auszuschließen.

HRT: Gibt es Studien, die bei Ihrer wissenschaftlichen Analyse aufgrund ihrer Güte oder mangelnden Güte besonders herausstechen?

Susanne Kummer: Wir haben 14 relevante Studien untersucht, die zwischen 2008 und 2018 erschienen sind und von ihrem Studiendesign Evidenzgrad II oder III aufwiesen. Von den sehr gut gemachten Studien mit Evidenzgrad II halte ich jene von David Fergusson aus

seiner Arbeit gezollt. Er hat in einer prospektiven Längsstudie junge Frauen und Mädchen über 30 Jahre begleitet. Und die Ergebnisse seiner Studie von 2013 zeigen ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für psychische Probleme nach einer Abtreibung, dreifach bis vierfach für Alkohol- und Drogenmissbrauch. Das hat ihn selbst sehr überrascht. Fergusson schlussfolgert, dass eine Abtreibung kein Weg ist, um die psychische Gesundheit von Frauen zu schützen und spricht dann unangenehme Dinge aus. Zum Beispiel hält er es für ein Übel, dass Gesetze aus diesem Grund eine Abtreibung erlauben. Wenn man die Abtreibung durchführen wolle, solle man andere Gründe

man sich die Daten dann genau anschaut, bleibt beispielsweise offen, warum nur 37,5 % der 3.016 Frauen, die für diese Studie ausgewählt und angefragt worden sind, in die Teilnahme einwilligen. Von diesen 1.132 verlassen dann weitere 15 % der Teilnehmerinnen die Studie noch vor dem ersten Telefonat, übrig bleiben 956. Von diesen steigen weitere 40 % über die fünf Jahre aus. Das bedeutet, dass insgesamt 82 % der ursprünglich angefragten Frauen die Studienteilnahme ablehnen oder die Studie vor ihrem Ende verlassen. Das ist eine sehr hohe Drop-Out-Rate. Die Stichprobe ist nicht mehr repräsentativ und lässt keine Verallgemeinerung zu. In unserer Arbeit wird an der Turnaway-Studie auch kritisiert, dass sie inadäquate Vergleichsgruppen hernimmt. Denn sie vergleicht Frauen, die eine Abtreibung wollten und bekommen haben mit jenen, die eine Abtreibung wollten und nicht bekommen konnten. Was aber ist mit jenen Frauen, die zwar ungewollt schwanger wurden, das Kind aber nicht abtreiben wollten und auch nicht abgetrieben haben? Man sollte also ungewollt schwangere Frauen, die abgetrieben haben, mit solchen vergleichen, die das Kind zur Welt gebracht haben. Das gilt eigentlich als Forschungsstandard.

Bemerkenswert ist ein offenbar wenig erwünschtes Ergebnis der Turnaway-Studie, das in keiner der zahlreichen Pressemitteilungen vorkommt: 96 Prozent jener Frauen, die von den Kliniken abgewiesen wurden und ihr Kind letztlich zur Welt brachten, waren nach fünf Jahren froh darüber und bedauerten nicht, dass das Kind lebt und nicht abgetrieben wurde.

HRT: Wie sollte die Politik Ihrer Meinung nach auf die Ergebnisse Ihrer Studienarbeit reagieren?

Susanne Kummer: Politische Entscheidungsträger sollten den Rechtfertigungsgrund ‚Schwangerschaftsabbruch zum Schutz der psychischen Gesundheit der Frau‘ überdenken, da er sich auf keine wissenschaftliche Evidenz stützen kann – ganz abgesehen davon, dass es sich bei der Abtreibung um die Tötung des Ungeborenen handelt.

Es gibt keinen einzigen statistisch sicheren wissenschaftlichen Beweis dafür, dass es Frauen nach einer Abtreibung besser geht. Methodisch gut gemachte Studien legen nahe, dass Abtreibungen mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen einhergehen. Dann stellt sich unweigerlich die Frage, worauf sich der Gesetzgeber beruft, wenn zum Erhalt oder Schutz der psychischen Gesundheit Abtreibungen durchgeführt werden dürfen. Und das meint in Deutschland, Österreich und der Schweiz auch Spätabtreibungen. In einer Zeit, in der man betont, dass Wissenschaft und politisches Handeln faktenbasiert sein müssen, ist dieser gesetzliche Rechtfertigungsgrund politisch unhaltbar. Er kann sich auf keine wissenschaftliche Evidenz stützen und das ist mehr als fragwürdig. Aus Public-Health-Perspektive sollten sich die Bemühungen also darauf konzentrieren, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren und einen gleichwertigen Zugang zu Abtreibungsalternativen zu schaffen. Bei geschätzten 30.000 Abtreibungen pro Jahr in Österreich – Österreich führt ja keine offizi-

elle Statistik wie Deutschland – hatten wir in unserem Land im Jahr 2021 nur 90 Adaptionen, davon 78 inländische – und mehr als 1.500 Anwärter, die gerne adoptieren wollen. Diese Zahlen sprechen für sich.

Ein weiterer Punkt: Frauen, die ungewollt schwanger sind, haben ein Recht auf Aufklärung über mögliche psychische Folgen und eine psychologische Nachbetreuung. Dazu muss man Ärzte, Schwangerenberaterinnen und auch Pflegekräfte schulen. Bei der Anzahl von etwa 100.000 Abtreibungen pro Jahr allein in Deutschland, muss man damit rechnen, dass etliche Frauen betroffen sein werden.

Ein Beispiel: Wir hatten mit unserem Ethikinstitut mehrere Projekte mit Altersheimen. In einem Fall hat mir eine Krankenschwester von einer Seniorin berichtet, die eine Unzahl von Plüschpuppen in ihrem Zimmer hat und diese nicht weggeben will. Niemand hat das verstanden. Bis dann herausgekommen ist, dass sie als 40-jährige Frau eine Abtreibung gehabt hat. Das zeigt, wie wichtig die Schulung des Personals ist. Eine Studie im renommierten Lancet-Journal hatte das schon 2008 gefordert. Es darf nicht sein, dass Frauen, die eine Abtreibung hinter sich haben und eine Depression entwickeln, etliche Psychiater aufsuchen und über Jahrzehnte keiner dieser Psychiater jemals fragt, ob eine Abtreibung gemacht wurde.

Die gesamte Studie *„Schwangerschaftsabbruch und Psyche. Eine qualitative Studienanalyse“* finden Sie online unter www.imabe.org oder direkt über den QR-Code.



Posttraumatische Belastungsstörung nach Abtreibung

Lange Zeit wurden die negativen psychischen Folgen von Abtreibungen mit dem Begriff „Post-Abortion-Syndrom“ (Nach-Abtreibungssyndrom) beschrieben. Medizinisch gesehen gibt es aber kein eindeutiges Syndrom mit Symptomen, die ausschließlich mit dem Thema Schwan-

gerschaftsabbruch zusammenhängen. Die Symptome entsprechen vielmehr der auch international in der Ärzteschaft anerkannten Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): eine traumatische Erfahrung äußert sich in einer psychischen Erkrankung und selbstzerstö-

rischem Verhalten. PTBS ist bekannt von Soldaten in Kriegseinsätzen oder Opfern von Terroranschlägen und schweren Gewalttaten. Aus diesem Grund ist es treffender, die negativen psychischen Folgen als Posttraumatische Belastungsstörung nach Abtreibung zu bezeichnen.

IMPRESSUM