

SCHWANGERSCHAFTS- ABBRUCH (SAB)

**„Frauenärztinnen Köpenick“
Dr. Christiane Tennhardt**

**Fachberaterin Familienplanungszentrum
„BALANCE e. V.“, Berlin**

workshop: students for choice 2018

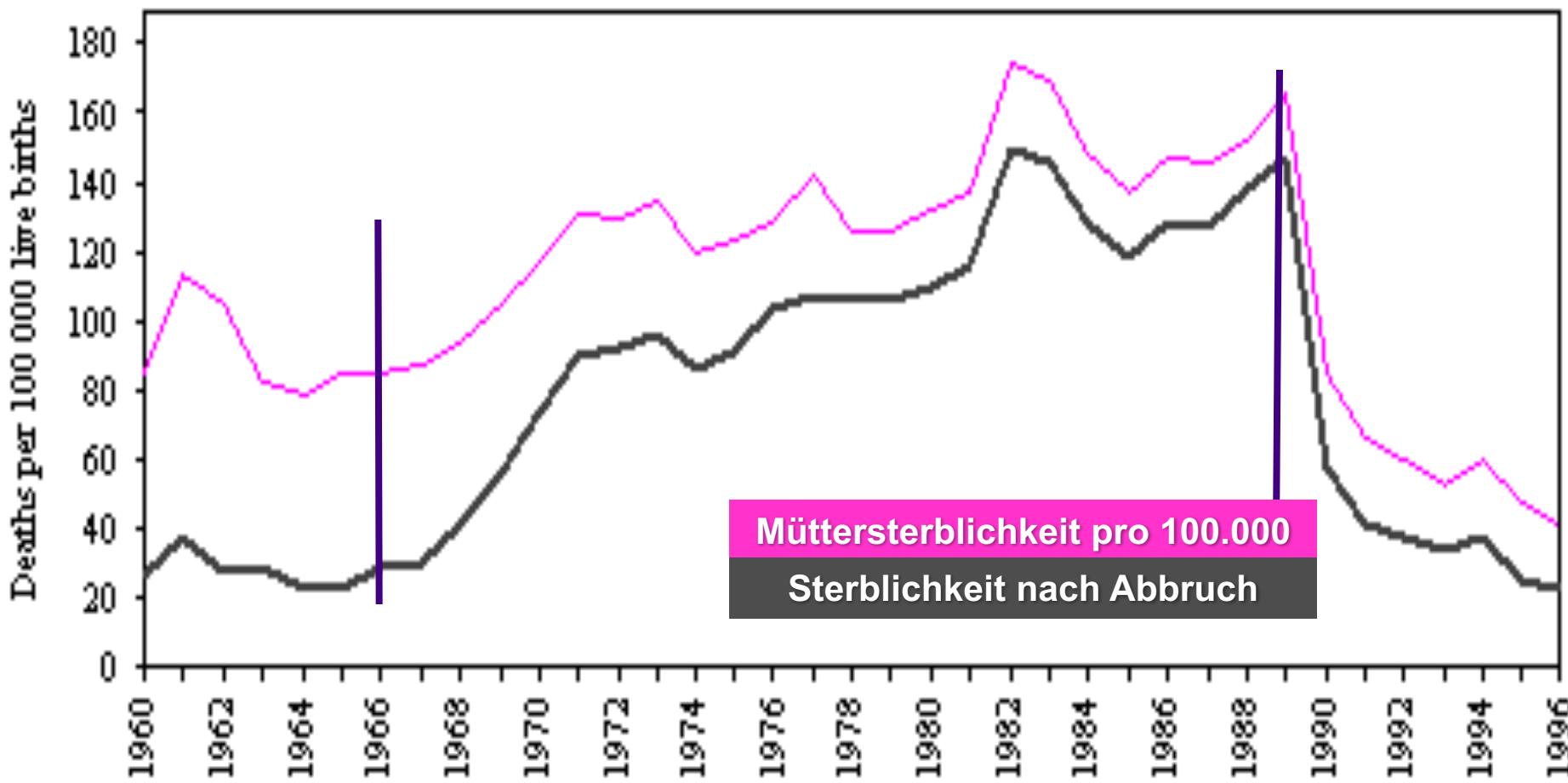
[https://www.youtube.com/watch
?v=GhzO9Bbi-Yc&t=51s](https://www.youtube.com/watch?v=GhzO9Bbi-Yc&t=51s)

3 Minuten Film

Mythos: Verbote des Schwangerschaftsabbruchs retten Leben

Rumänien: Auswirkungen des Verbotes des Schwangerschaftsabbruch (Nov. 1966 bis zur Legalisierung im Dez. 1989)

Quelle: World Health Statistics



Fakten:

Schwangerschaftsabbruch

= Kein rein medizinisches
Thema!

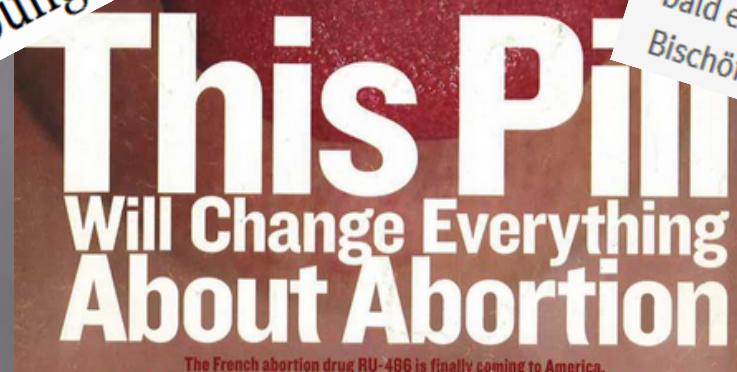


Vor 46 Jahren

Dezember 1999 (vor 19 Jahren): Zulassung von RU 486 / Mifegyne®



Frage zur Abtreibungspille
auf ZULASSUNG EINES WEITEREN PRÄPARATS



Students for choice 2018

ABTREIBUNGSPILLE
Risiko der Ärzte
Wenig Begeisterung unter
Abtreibungspille RU 486 a

Die Bekanntgabe der baldigen offiziellen Zulassung der Abtreibungspille RU 486 (Mifepriston) für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland ist der vorläufige Endpunkt einer bald ein Jahrzehnt dauernden Diskussion, in der die deutschen Bischöfe immer wieder vor der Einführung gewarnt haben. Wenn

AKTIVISTINNEN PROTESTIEREN GEGEN ABBRUCHSVERBOT – POLIZEI ERMITTELT

Abtreibungspillen per Drohne nach Polen geschickt

Juni 2015



19.November 2017

taz
am wochenende

19.11.17



Wir machen Schwangerschaftsabbrüche!

Diese 27 Ärzt*innen solidarizieren sich mit ihrer Kollegin Kristina Hänel. Sie steht am kommenden Freitag vor Gericht – weil sie Schwangerschaftsabbrüche als Leistung auf ihrer Webseite anbietet. In Deutschland ist das laut Paragraph 219a verboten. **3**



Bis jemand heutz
Sie sondieren und sondieren und sondieren
in Berlin – und das Deutu

KONTEXT:
Drohnenangriffe der USA

Von der Rolle
In Fatih A...



Unterstützt von
BERLIN
Vielfalt
ERFURT
EINFALT

22.
September
2018

Marsch 2017
für das Leben
Berlin · 16.09.2017

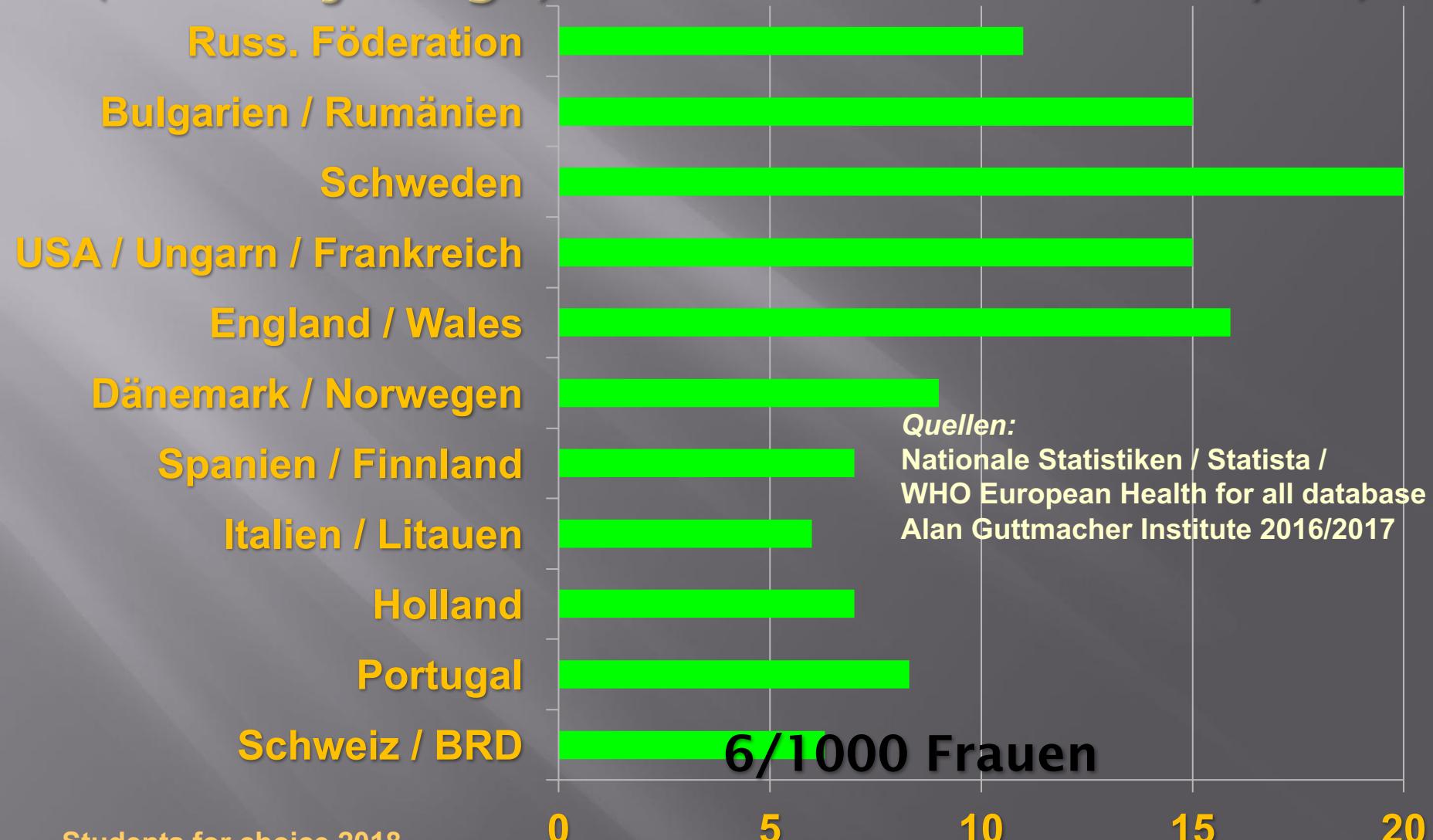
Jed
unabhäng

Students for choice 2018

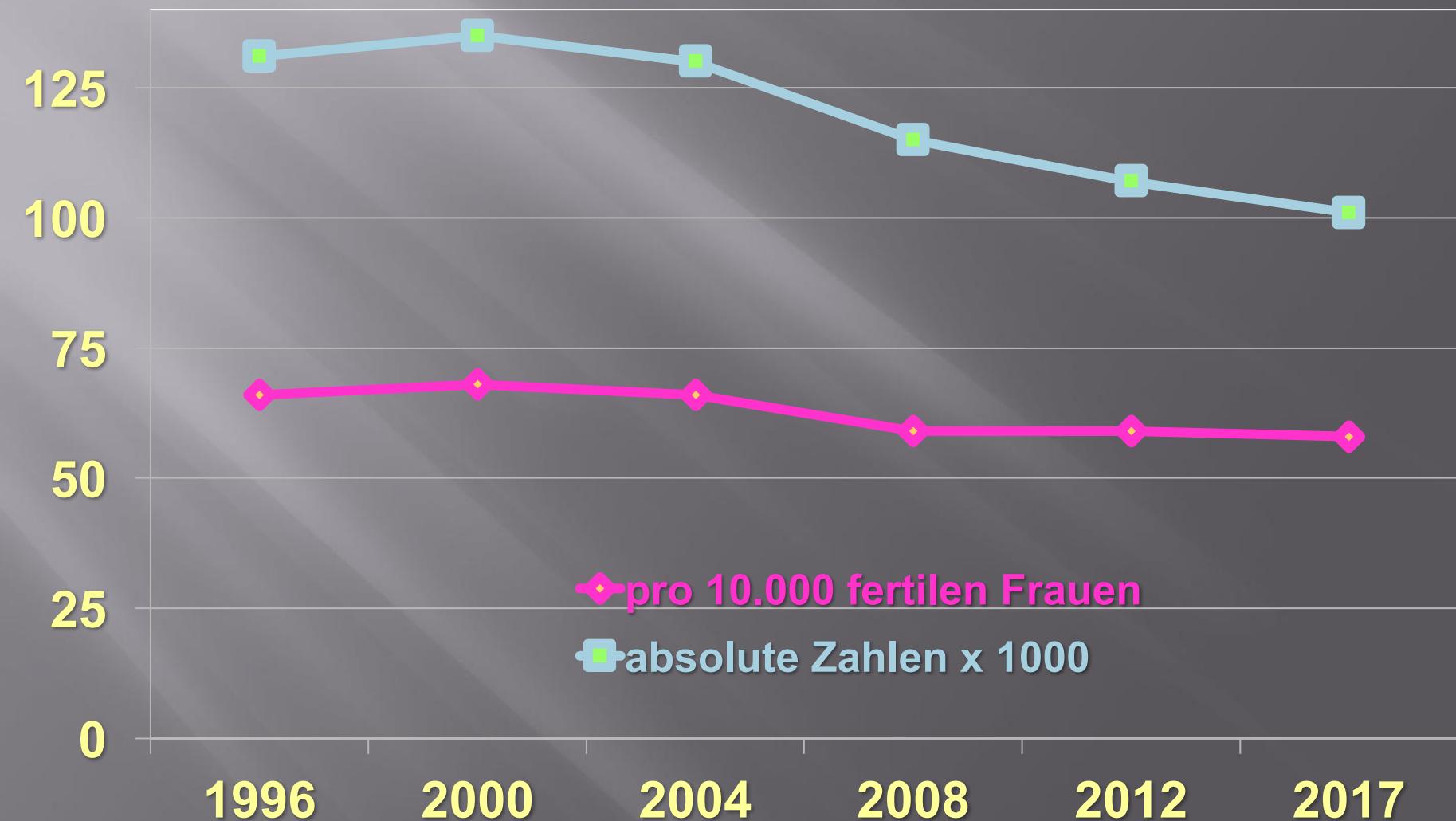
Fakten und Zahlen
zum
Schwangerschaftabbruch

Internationaler Vergleich
Steigende Zahlen?

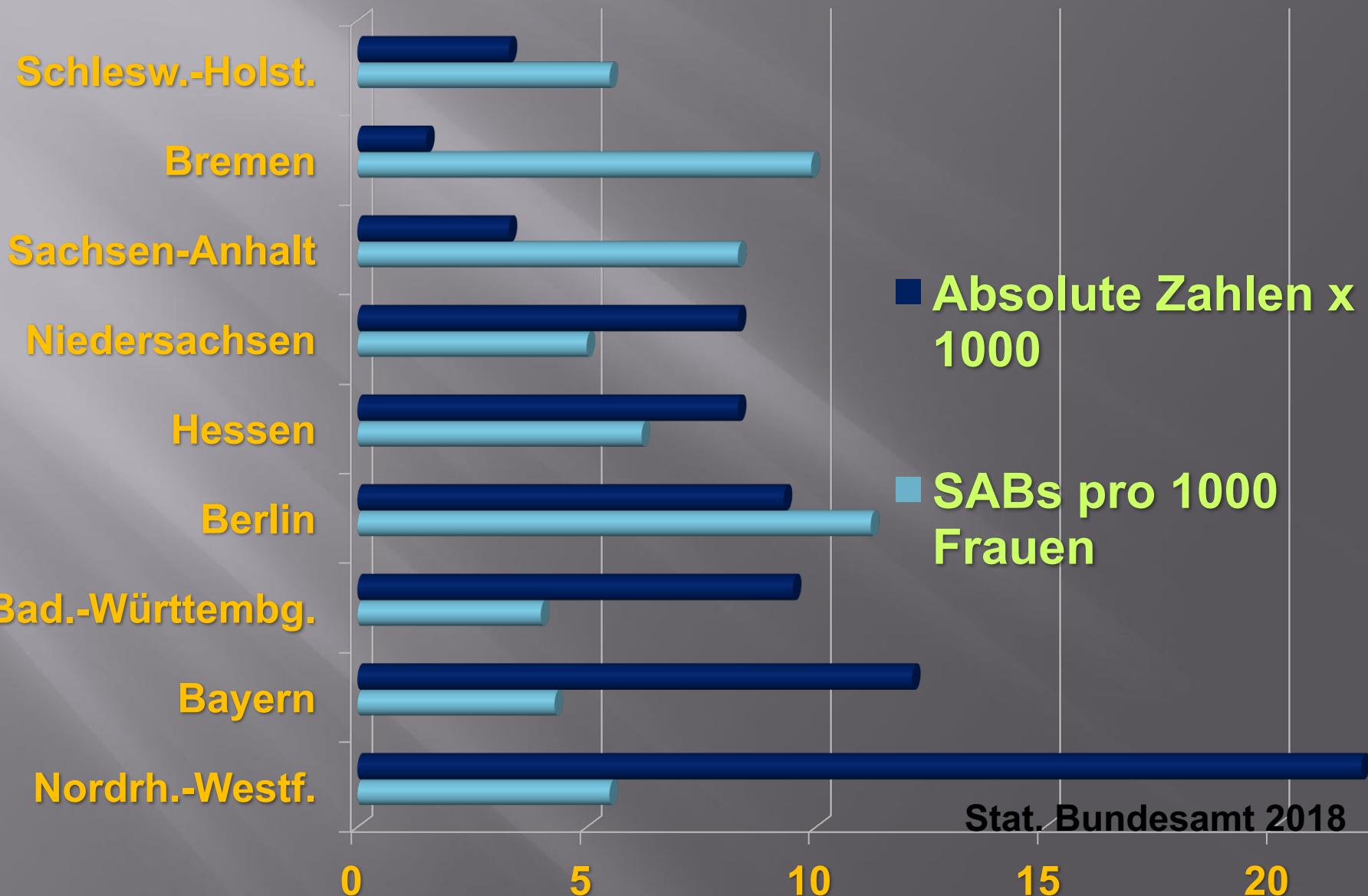
Internationaler Vergleich: Legale SABs pro 1000 Frauen (15 - 44 jährige, Daten von 2012 - 2016/17)



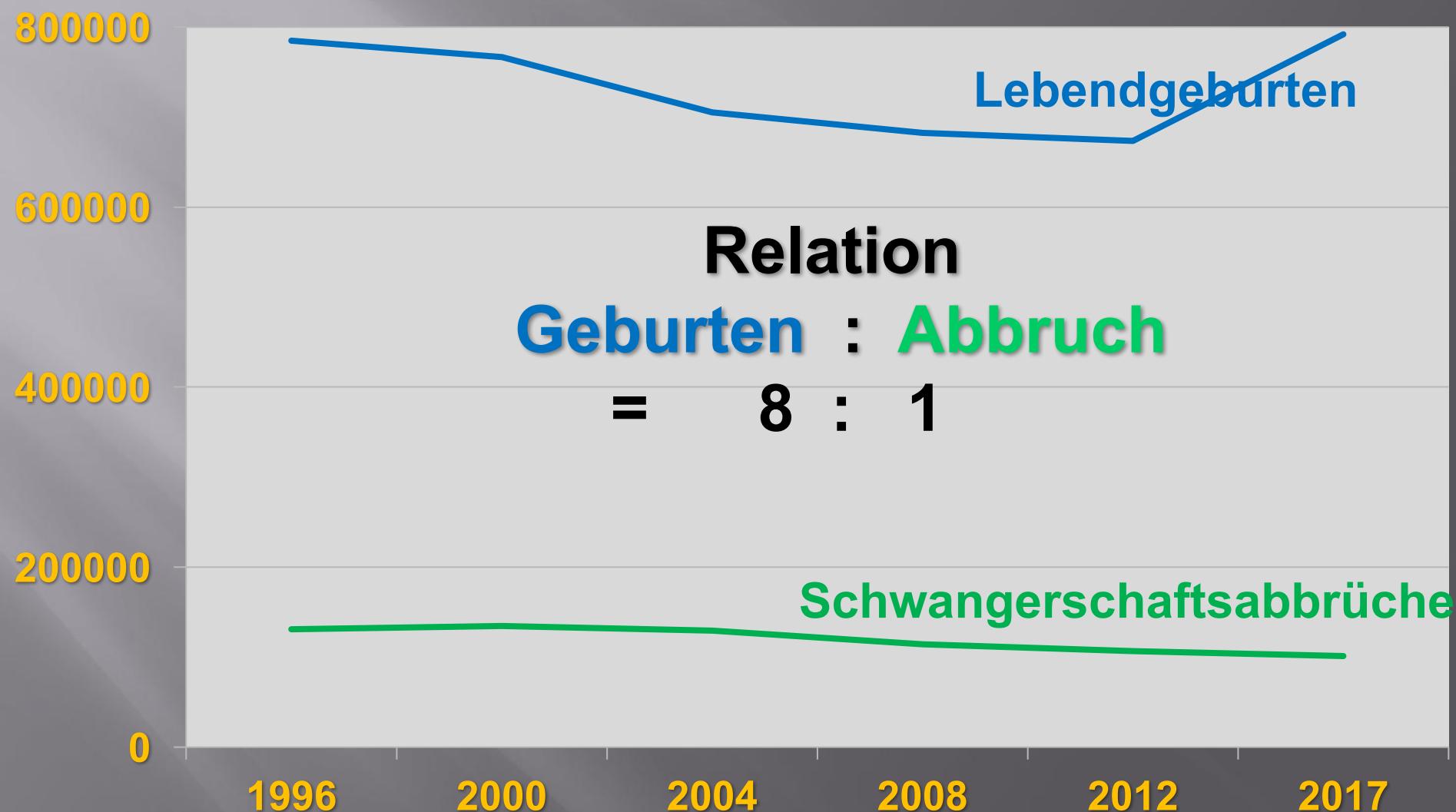
Entwicklung des SAB in Deutschland: absoluten Zahlen u. pro 10.000 fertilen Frauen (1996 bis 2017)



2017: SABs / absolute Zahlen u. pro 1000 fertile Frauen nach ausgewählten Bundesländern



BRD: Verhältnis Lebendgeburten zu Schwangerschaftsabbrüchen 1996 bis 2014



Statistische Daten SAB 2017

SAB nach Alter

<18 = 2,698 (ca. 3%)

>18 – 30 = 49,197

>30 – 40 = 40,370

>40 = 7,604 (7,6%)

}

(ca. 90%)

Nach Art der Indikation:

96,1% Beratungsindikation vs 3,9% med. / kriminol.

60% haben bereits Kinder

Keine Kinder: neue Bundesländer: 30%

alte Bundesländer: 40%

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Geschichte von Mifepristone

- 1982** Erstmals abortive Wirkung beschrieben
- 1988** Erste Zulassung in Frankreich (49. Tag p. m.)
- 1991- 2000** Einführung in den meisten EU-Staaten und den USA (49. / 63. Tag nach letzter Regel)
- 1999** Zulassung in Deutschland, der Schweiz, Österreich
- 2005** WHO = kommt auf die Liste der „essential medicines“
- 2008** EU-Erweiterung bis ≤ 63. Tag nach letzter Regel
Zulassung in 34 Ländern mit 3 Indikationen:
SAB 1.Trimenon, Spätabbruch/Totgeburt,
Zervixpriming (Vorbereitung des Muttermundes)

Wie wirkt Mifepristone?

(Mifegyne® , RU-486)

- bindet 10 x stärker an Progesteron-Rezeptoren als Progesteron selbst
- hemmt die Transcription („Kopieren“) der Progesteron - abhängigen Gene
- wirkt auf die Schwangerschaftsgefässe = Gefässschädigung in der Gebärmutter
- = Ablösung des Schwangerschaftsproduktes
- fördert die Wehentätigkeit der Gebärmutter
- macht die Gebärmutter sensibler für zugeführte Prostaglandine (z.B. Cytotec®)

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch- wo sind die Grenzen? **SICHERHEIT**

- **erfolgreicher Abbruch:** 95–98,7%
- **Notwendigkeit der operativen Nach-Saugung:**
1,3 – 4 % (hängt von der Erfahrung der Ärztin ab!)
- **Blutungen, die eine Curettage erfordern:**
1,2 von 1000
- **Fortbestehen der Schwangerschaft:**
< 3 von 1000
- **Infektionen:**
0,28 – 0,92 %
- **mittlere Blutungsdauer:** ca. 14 Tage

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch: KONTRAINDIKATIONEN

- **chronisches Nierenversagen**
- **bekannte Allergie** gegenüber den Medikamenten Mifepriston/ Misoprostol
- **schweres**, nicht behandeltes oder nicht behandelbares **Asthma bronchiale**
- **vererbte Porphyrie** (Stoffwechselerkrankung)
- **Blutgerinnungsstörungen** (Blutungsneigung!)
- **liegende Spirale** (vor Mifegyne®-Gabe entfernen)

Schemata für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch

Ablauf des medik. Abbruchs

Schritt 1	Beratung erfolgt, Beratungsschein liegt vor, Aufklärung, Voruntersuchung, ggf. Blutentnahme
Schritt 2	Einnahme von Mifegyne® ggf. Anti-D-Prophylaxe
Schritt 3	Applikation des Prostaglandins (nach 24 - 48 Std.), ggf. Anti-D-Prophylaxe
Schritt 4	Nachuntersuchung (nach 1 – 3 Wochen)

Verschiedene Schemata:

	Schema 1	Schema 2
Tag 1	Mifegyne® 3 Tab.	Mifegyne® 1 Tab.
Nach (12h) 36 - 48 Std.	Cytotec® 2 Tab.	Cytotec® 2 - 4 Tab.
Cytotec®- Anwendung	<ul style="list-style-type: none">▪ p.o. (= schlucken), sublingual,▪ buccal, vaginal (bevorzugt wegen geringerer Nebenwirkungen u. besserer Wirkung)	

Empfehlungen verschiedener Organisationen zur Applikation von Misoprostol

NAF / ACOG:

Oral, Vaginal, bukkal, sublingual

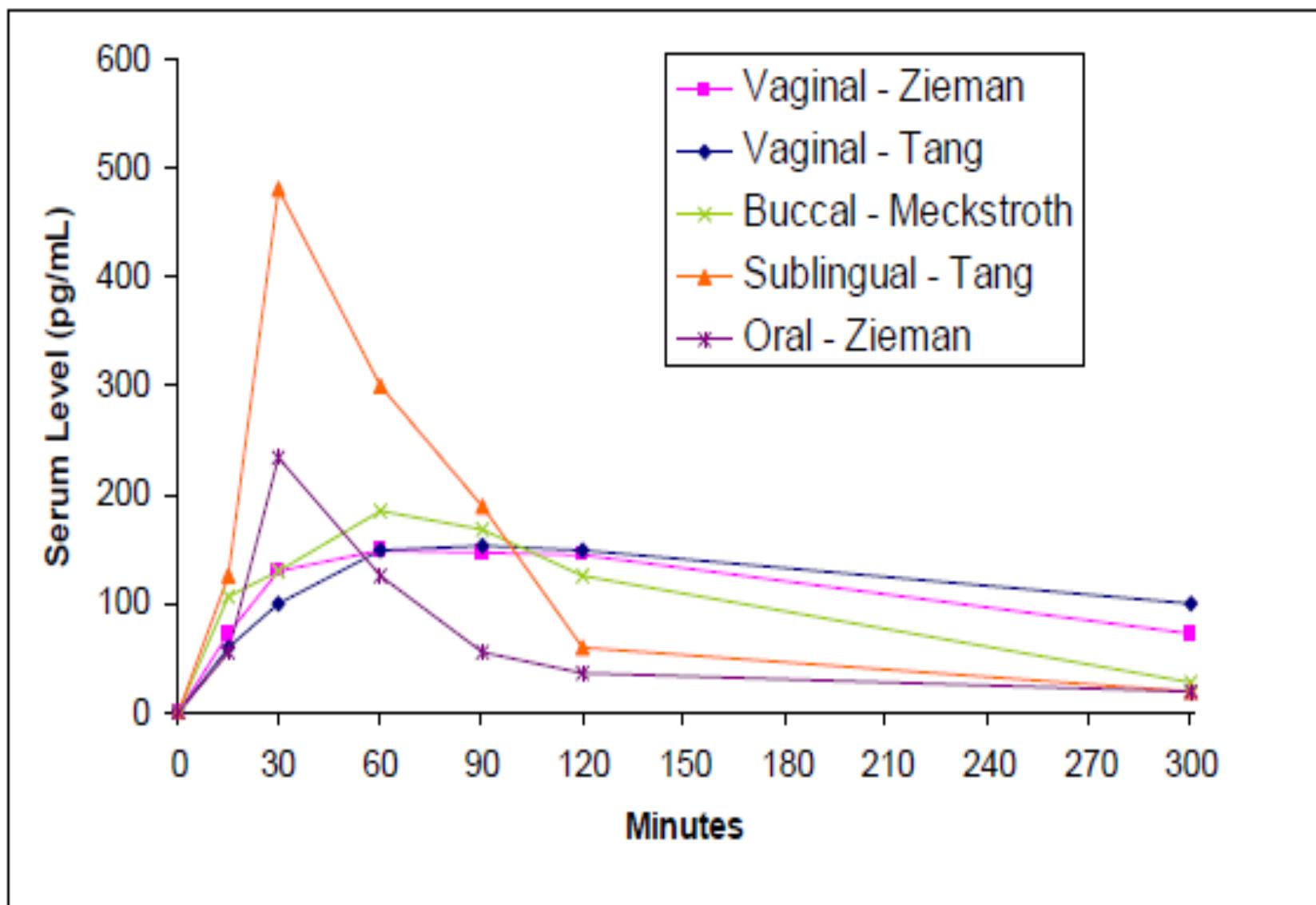
FIGO / RCOG / WHO:

Vaginal, bukkal, sublingual

Planned Parenthood:

bukkal

Serum Level Comparison



Systematic Review 2013

Mifepristone 200mg +

Misoprostol 400, 600, or 800 mcg

- Systematic review by Gynuity in Contraception
- 87 trials included 47,283 subjects

Results

- Median ongoing pregnancy: 0.7%
- Median “failure” (intervention needed): 4.8%

Frequently asked questions (FAQ)

**Was
passiert
zwischen
der
Mifegyne® –
und der
Cytotec® –
Gabe?**

Meist gar nichts.

- Ca. 50% der Klientinnen beginnt nach ~24 Stunden unter-regelstark zu bluten.
- Nur 2 % bluten die Schwangerschaft vor der Cytotec®-Gabe ab.
- 20% haben Kreislaufprobleme.
Normalen Alltag möglich!
Krankschreibung selten notwendig!

FAQ

**Wenn ich mich
nach der
Einnahme der
Medikamente
für die
Schwangerschaft
entscheide,
kann ich ein
behindertes Kind
bekommen ?**

- Es muss auf evtl. Schäden (Teratogenizität) durch die beiden Medikamente hingewiesen werden.
- Die morphologische Entwicklung des Fetus sollte per Ultraschall kontrolliert werden.
- Ein risiko-begründeter Abbruch ist durch einen missglückten Abortversuch nicht zwingend indiziert.

FAQ

Wie stark werden die Blutung, die Schmerzen sein?

- Nicht immer voraussehbar.
- Bekannte Menstruationsbeschwerden sind ein Indikator für den Verlauf.
- Die Klientin sollte informiert werden, dass eine starke Blutung auftreten kann.
- Frühzeitiger Einsatz von Schmerzmitteln
- Selten notwendig: i.v. / i.m.- Gaben.

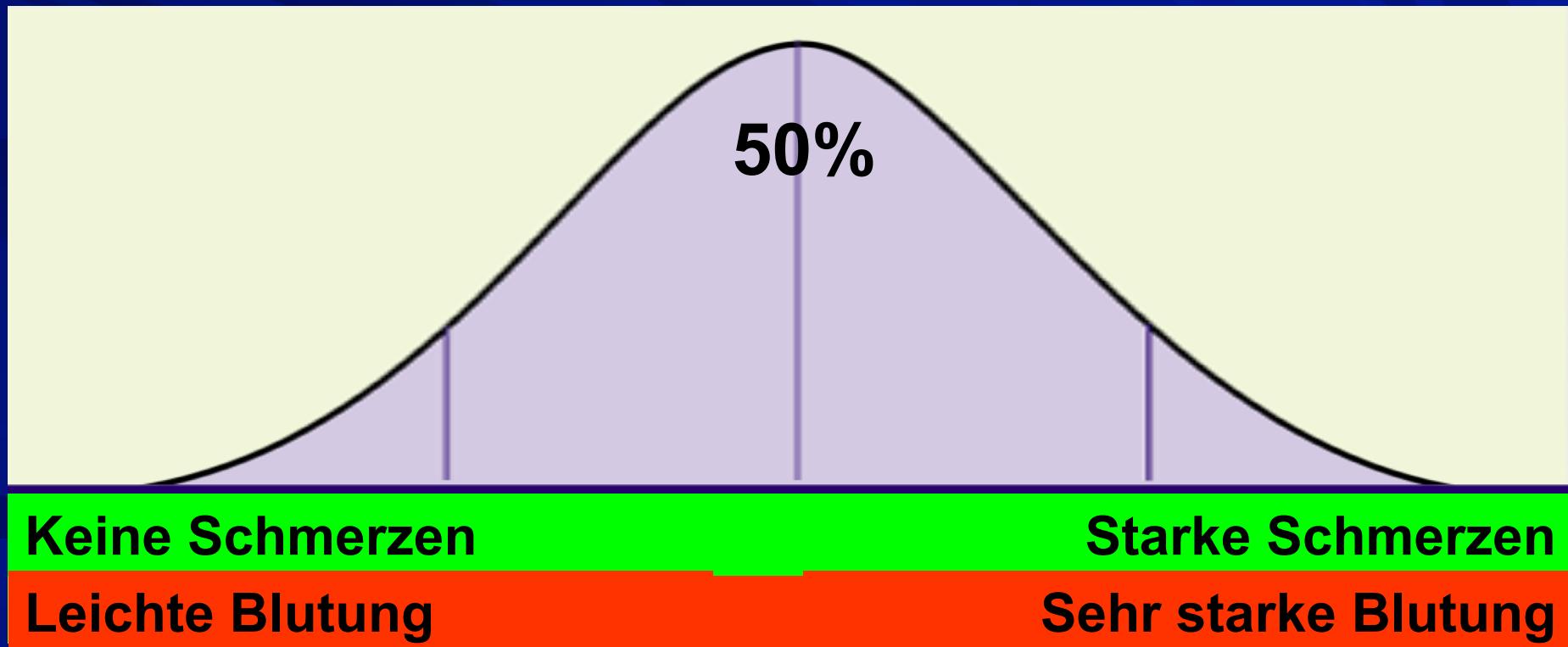
Starke Blutungen definieren wir:

> 2 Stunden, vier „normale“ Binden pro Stunde durchgeblutet.

MEDIKAMENTÖSER SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

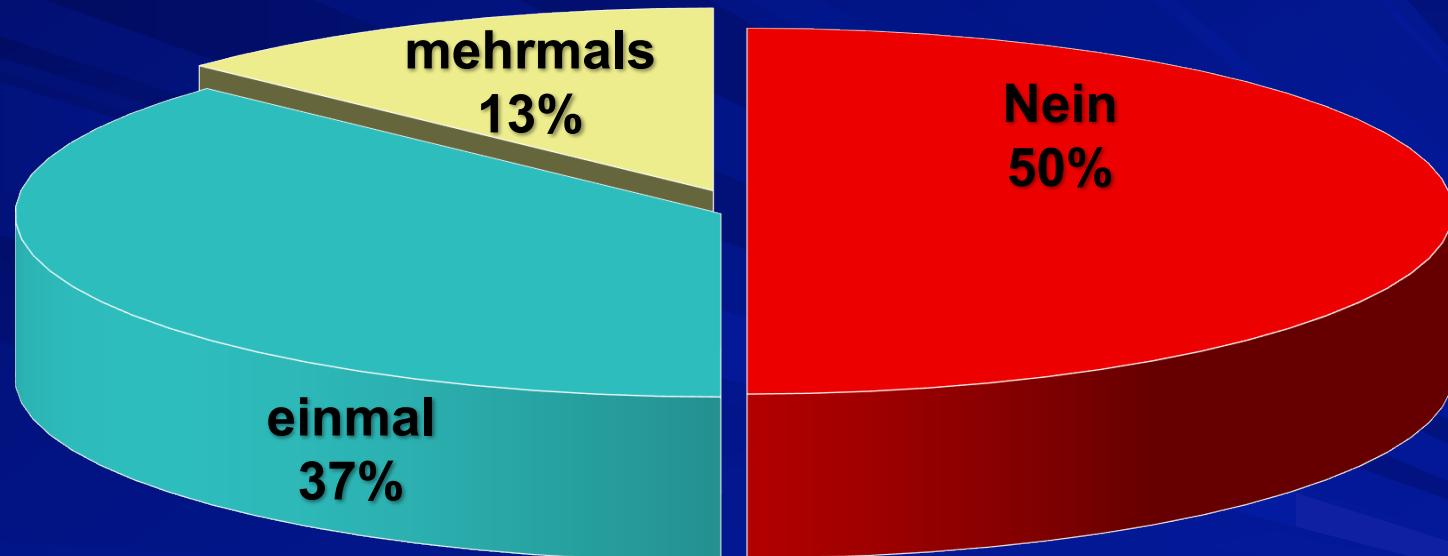
Schmerzen / Blutungen

Aufklärung = wichtig !

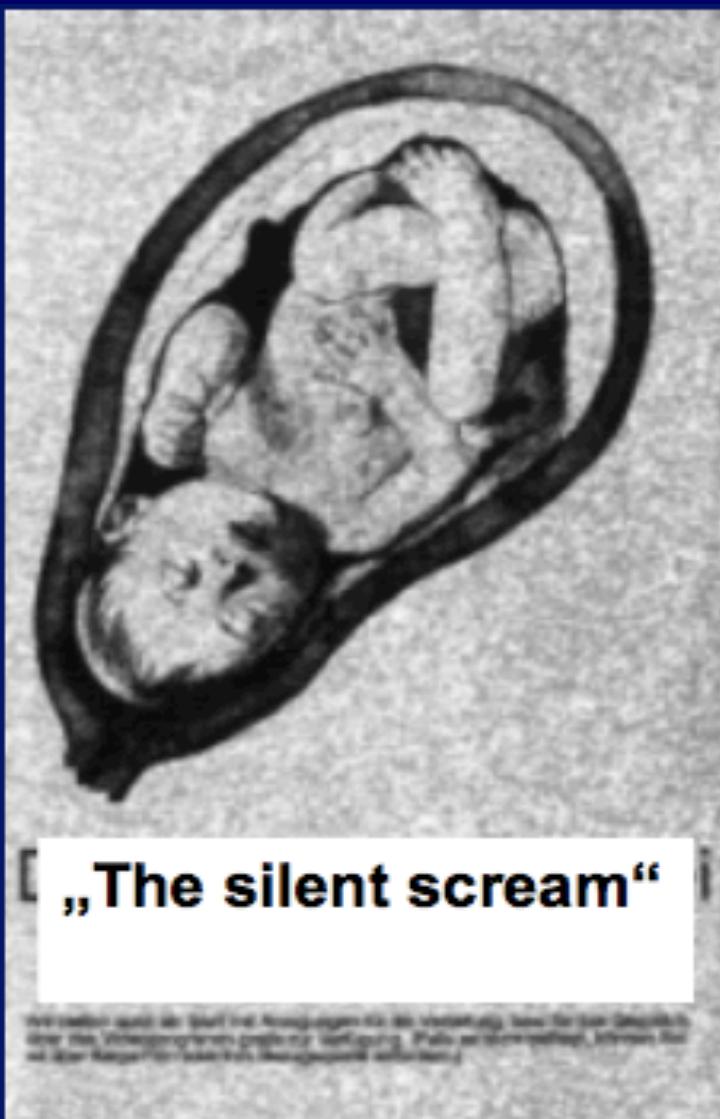


Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch: Benötigten Sie Schmerzmittel?

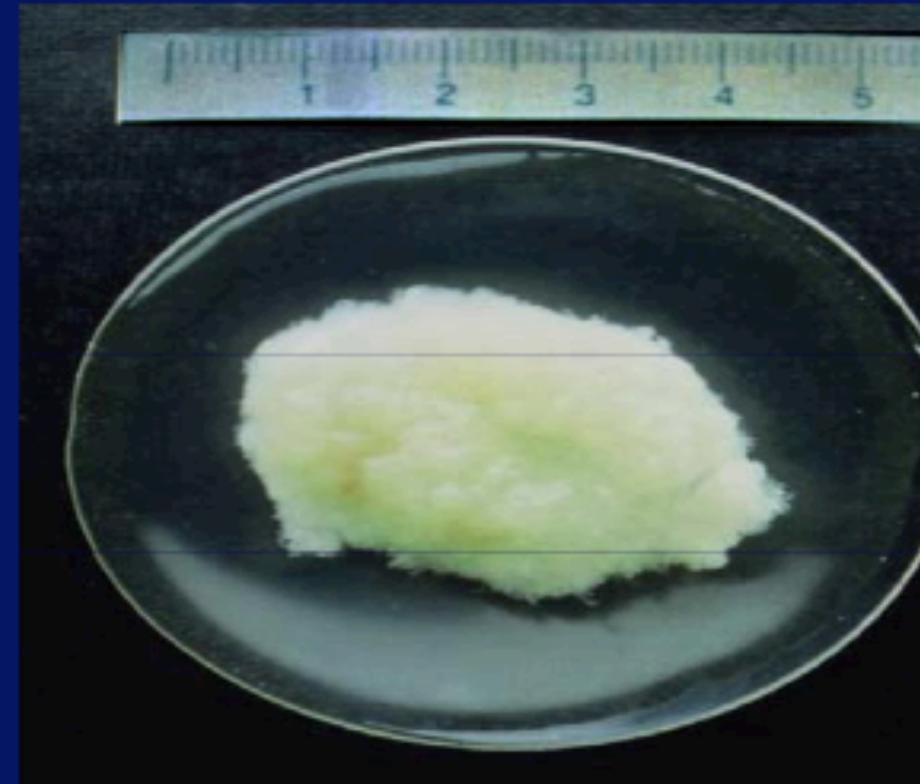
Umfrage: 206 Frauen im FPZ, 2008



FAQ: Sehe ich etwas von dem Kind?



„The silent scream“



Fruchtsack
(6. Schwangerschaftswoche)

MEDIKAMENTÖSER SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

„home use“

**Cytotec®-Anwendung
zu Hause**

MEDIKAMENTÖSER SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Cytotec®-Anwendung zu Hause

Internationale Erfahrungen:

- ca. 30 Jahre Erfahrung mit Millionen von SABs
- Keine größeren Komplikationen
- Selten schwere Blutungen in der Zeit um die Cytotec®-Anwendung
- Nebenwirkungen können gut ambulant behandelt werden.
(Mittel gegen Schmerzen u. Übelkeit)

MEDIKAMENTÖSER SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Cytotec®-Anwendung zu Hause

**Welchen Grund gibt es Frauen, die
Cytotec nicht in der Praxis, Klinik
anwenden wollen, den „home use“ zu
verwehren?**

**Nur organisatorisch / finanzielle Gründe
– keine medizinischen!!!**

Stellungnahme der DGGG (9.6.2015)

... bei ausreichender Aufklärung ist die orale oder vaginale Applikation von *Misoprostol* (Cytotec®) zu *Hause sicher* und wird von den meisten Frauen bevorzugt.

Schwere Komplikationen ... *treten sehr selten auf* und wenn, praktisch immer nach Ablauf der drei Stunden, die die Frauen gemäß der alten Regelung unter Aufsicht verbleiben sollen.

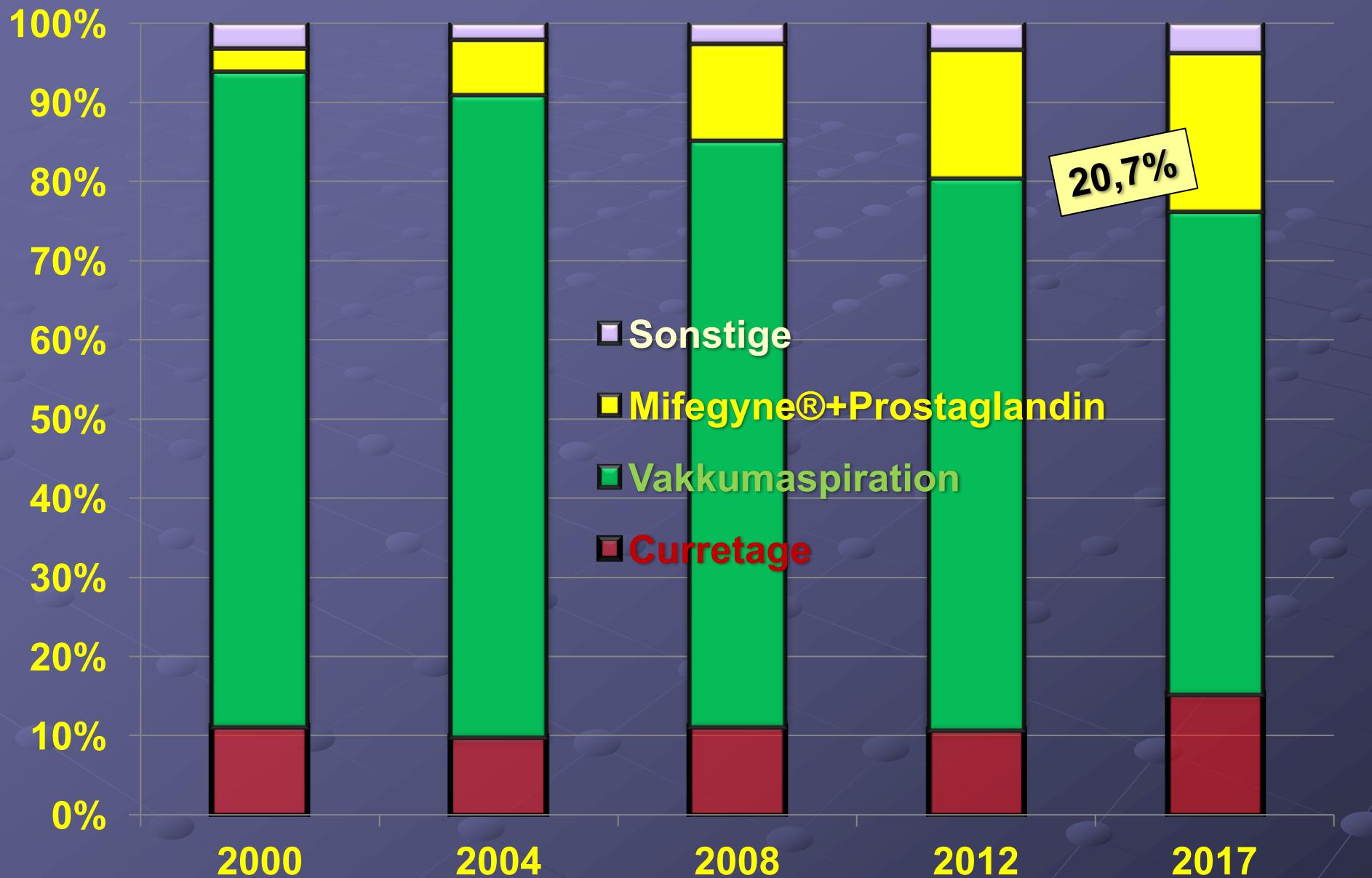
(z.B. Starke Blutungen am gleichen Tag = 0,1/1000

Starke Blutungen am darauf folgenden Tag = 1,2/1000)

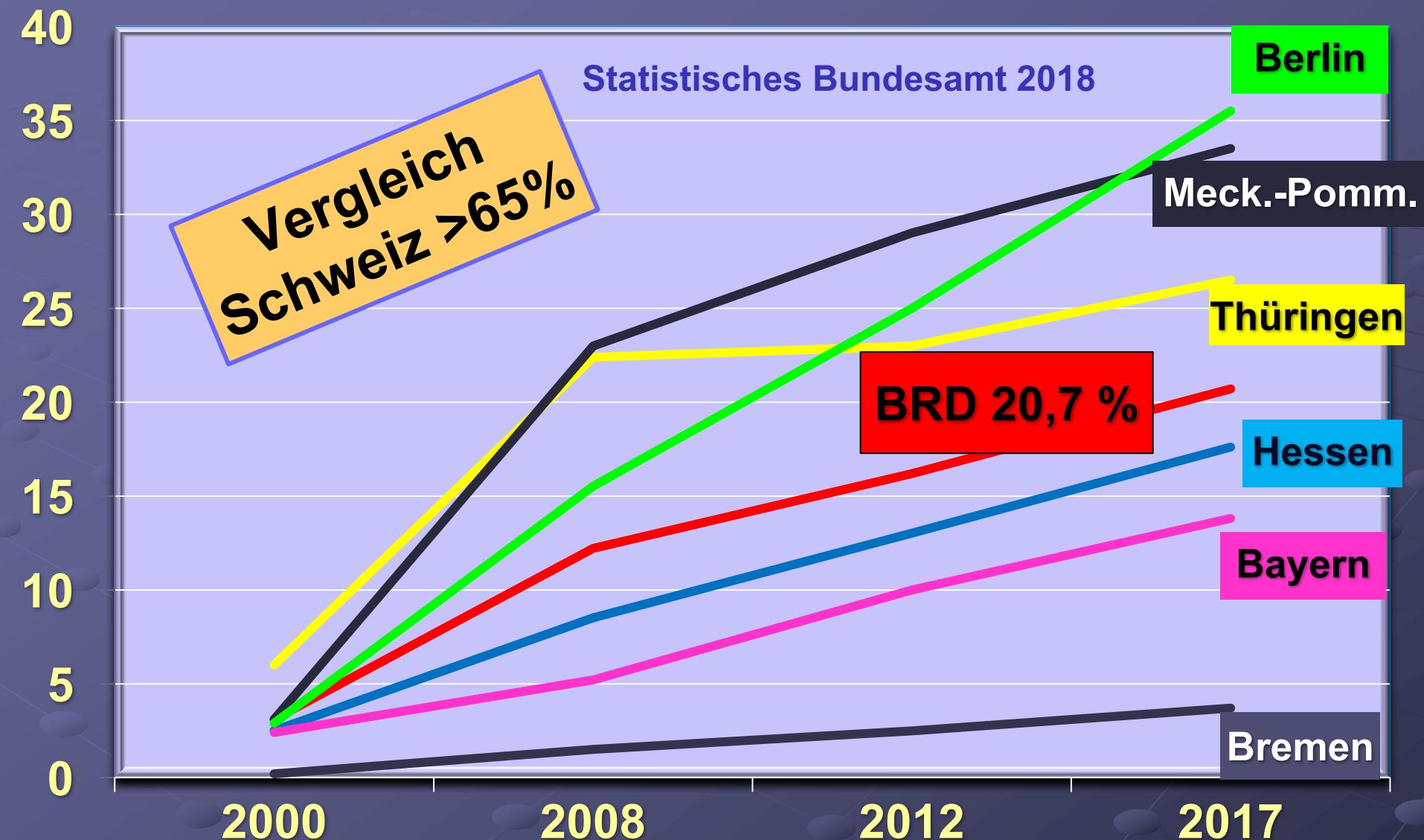
Auf Grund der eindeutigen Studienergebnisse enthält die europäische Zulassung seit 2008 keinen Hinweis mehr darauf, wo das Prostaglandin eingenommen werden soll.

Der Zugang zum
medikamentösen SAB
ist überall
gleich gut ???

Entwicklung der Methoden des SAB seit Zulassung des mSAB in Deutschland



BRD: Entwicklung des medik. SABs (2000-2017) - ausgewählte Bundesländern in % -



Liegt es an späten Schwangerschaftswochen?

SABs nach Beratungsregelung

(= bis 12. SSW p.c.):
= 97.278

Anzahl der Abbrüche \leq 8. SSW p.c.

= 73.992 = 76%

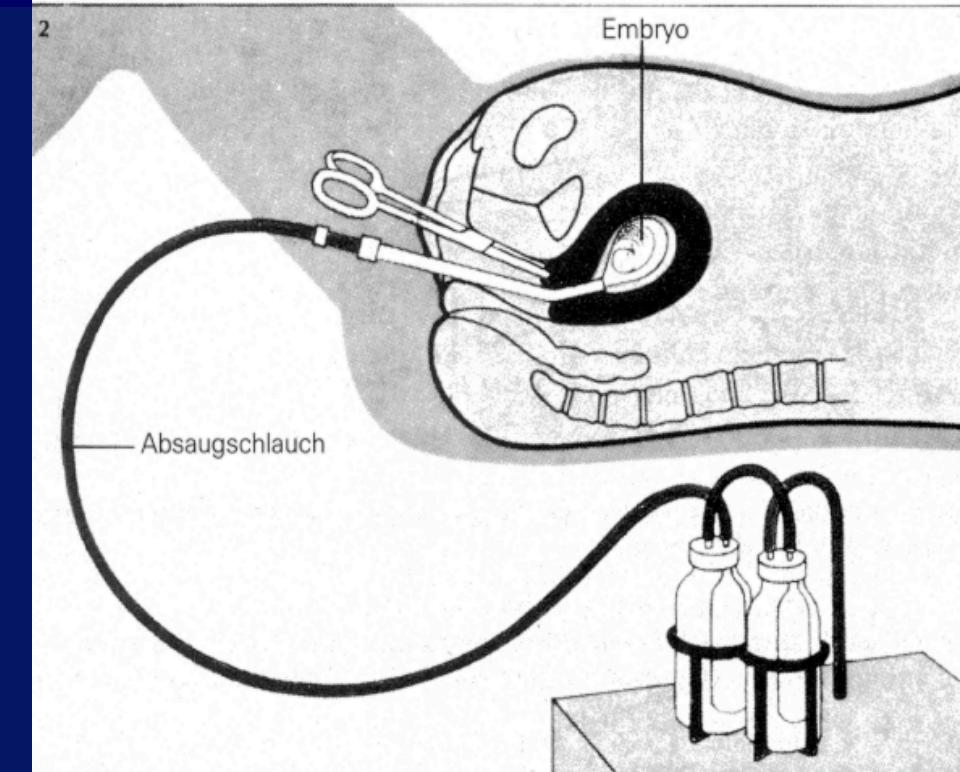
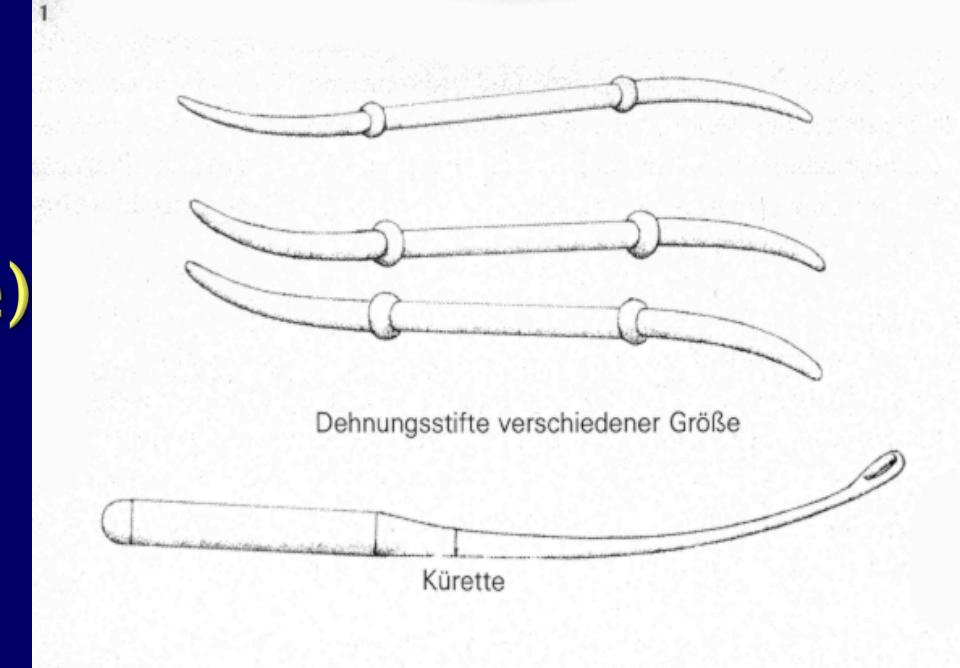
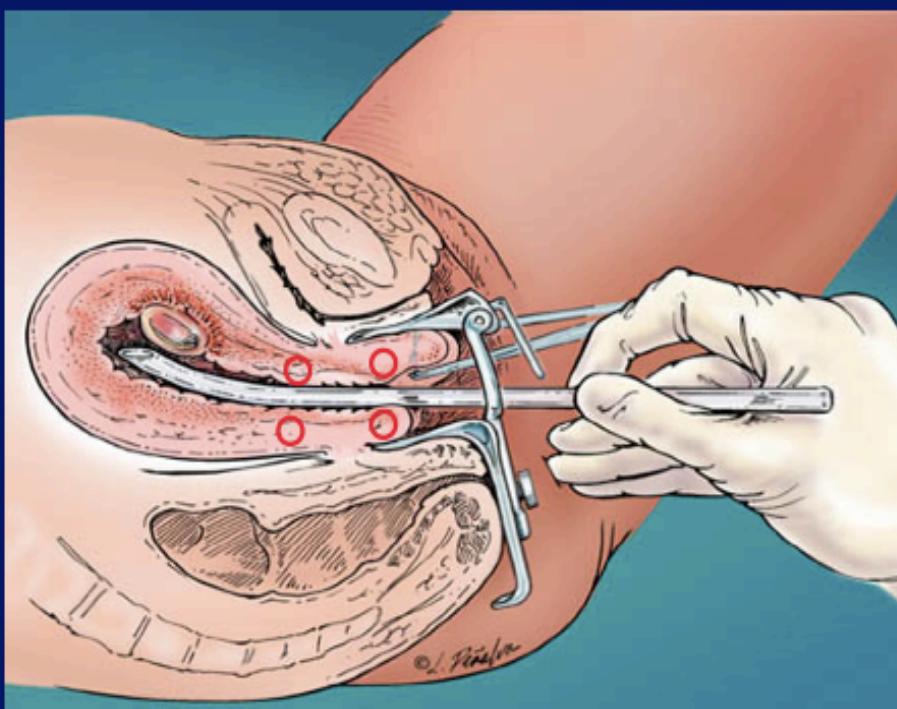
APP: medAbb

zum medSAB „home use“ seit Anfang Juni'17 im apple-store und für android zugänglich:



Operativer Schwangerschaftsabbruch

Operationsverfahren: Ausschabung (Kürettage) (Vacuum-) Absaugung + / - medikamentöse Vorbereitung



Atlas der gynäkologischen Operationen

einschließlich urologischer, proktologischer und plastischer Eingriffe

H. A. Hirsch

O. Käser

F. Iklé

virkung von

derte Auflage

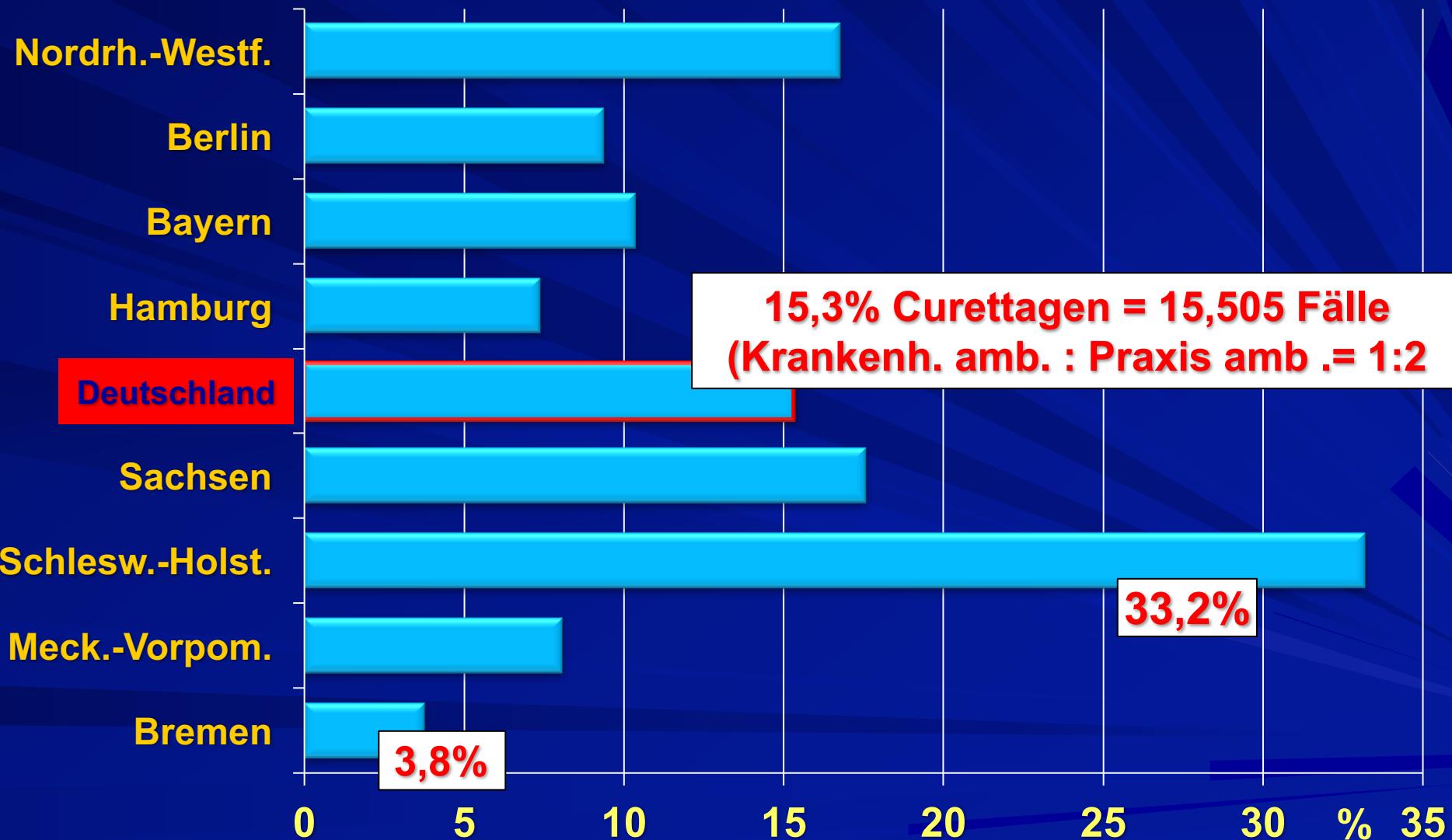
Amenorrhoe bis etwa zur 12. Woche

Chirurgische Methoden

Die Saugkürettage ist bis zur 12. Schwangerschaftswoche weltweit die bevorzugte Methode. Sie ist effektiver und mit weniger Nebenwirkungen belastet als die konventionelle Kürettage mit der Kürette und hat die-
e deshalb weitgehend verdrängt.

1995

2017: Anzahl der Cürettagen (%)



Was spricht gegen die Curettage?

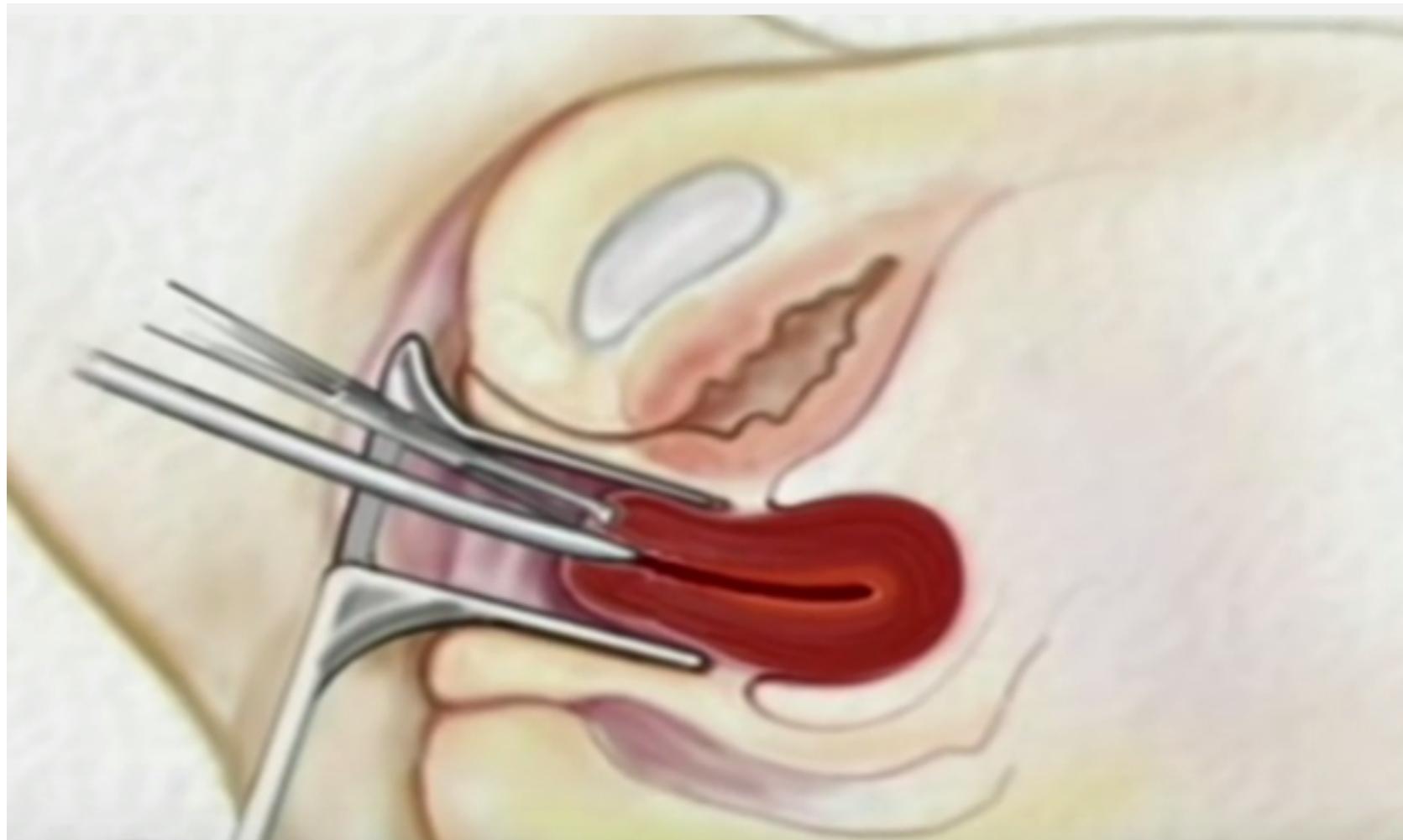
- Mehr Zervix-Dilatation (Aufdehnung des Muttermundes)
- Mehr Zeit
- Mehr Blutung
- Mehr inkomplette Op's
- Mehr Asherman-Syndrome

Vacuum aspiration is an appropriate method of surgical abortion at gestations up to 14 weeks.

Level B; RCOG 2015

Film zum operativen Schwangerschaftsabbruch

1:46-4:00



Risiken eines operativen SABs?

- **Blutungen**
- **Verletzung des Muttermundes, der Gebärmutterwand und ggf. umliegender Organe**
- **Infektionen**
- **Schwangerschaftsreste**
- **Weiter bestehende Schwangerschaft**
- **Allergie auf eingesetzte Medikamente (Narkosemittel)**
- **Narkose-Zwischenfälle bei Vollnarkose**

Post-Abortion- Syndrom

Ein Schwangerschaftsabbruch gehört zu den „kritischen Lebens-Ereignissen“:

TFMHA und AMRC:

Eine unerwünschte Schwangerschaft erhöht das Risiko für psychische Probleme, die jedoch ähnlich sind, egal ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird.

Frauen mit psychischen Erkrankungen in der Vergangenheit haben ein höheres Risiko für psychische Probleme, auch nach einem SAB.

TFMHA: American Psychological Association, Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, 2008.

AMRC: Academy of Medical Royal Colleges, London 2011

Risiken für langfristige seelische Probleme sind:

- äußerer Druck, der eine freie Entscheidung der Frau verhindert
- moralische Verurteilung durch die Umgebung
- Zwang zur Verheimlichung
- fehlende Unterstützung durch nahestehende Menschen
- *schlechte Behandlung durch Beraterinnen und medizinisches Personal*

Vergleich medikamentöser vs operativer Abbruch

Gegenüberstellung: op. vs medik. SAB

	Chirurgischer Abbruch	Medikamentöser Abbruch
Durchfüh- rung	durch eine erfahrene Ärztin (Verantwortung liegt beim medizinischen Personal)	die Betroffene nimmt die Medika- mente (mehr Eigenverantwortung, mehr Konfrontation mit Abbruch)
Blutung	Schwach bis mittel (ca. 1 - 2 Wochen)	Mittel bis stark (ca. 2 Wochen)
Neben- wirkungen	evtl. Übelkeit nach der Narko- se; krampfartige Unterbauch- beschwerden	krampfartige Unterbauchbeschwer- den, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
Durch- führungs- zeitpunkt	ab der 6./7. bis zur 14. Woche nach letzter Regelblutung bzw. Ultraschallmessung (die Schwangerschaft muss im Ult- raschall zu sehen sein)	möglich ab einem positiven Test, bis spätestens 63 Tage (9. SSW) nach letzter Regelblutung bzw. Ultra- schallmessung
Nachteil	Meist erst ab der 7. Woche (6+0), die Betroffenen gibt die Kontrolle ab; mit Narkose; operatives Zentrum	Nicht überall angeboten; wenig Ärz- tinnen mit Erfahrung; mehr Blutung; mehr Konfrontation ggf. Unsicherheit Gewissheit erst später
Vorteil	Durchführung ist schnell, we- nig körperliche Beschwerden; sofortige Gewissheit	kann sehr früh durchgeführt werden, keine Narkose, die Betroffene gibt die Kontrolle nicht ab, kann zu Hause durchgeführt werden.

Vergleich medikamentöser oder operativer Schwangerschaftsabbruch? Es gibt nicht besser oder schlechter!

**Für 81 % der Frauen ist es sehr wichtig,
die Methode wählen zu können.**

**50 – 70% würden sich für den medikamentösen
SAB entscheiden – wenn sie die Wahl hätten.**

**Die emotionale Verarbeitung des SAB
ist bei beiden Verfahren gut.**

Verhütung nach Schwangerschaftsabbruch



Verhütung nach Schwangerschaftsabbruch (SAB)

Wichtig:

Bereits **nach 10 Tagen** kann ein
neuer Eisprung erfolgen!

**Ca. 20% der Frauen, hatten schon
einen SAB.**

**Vor / nach einem SAB sind die
Frauen sehr offen für Verhütung.**

Verhütung nach Schwangerschaftsabbruch (SAB)

Beginn mit:	Nach op. SAB	Nach med. SAB
Komb. Pille / POP, EVRA, Implanon® „3-Monatsspritze“	Am OP-Tag (innerhalb 3 Tage)	Am Tag der Cytotec- gabe (innerhalb 3 Tage)
Nuva-Ring®	Einsetzen, wenn Blutung regelstark	
IUD (Cu/Hormonell)	Bei Eingriff einlegen	Bei Beginn der „über“-nächsten Regelbltg. einlegen
Diaphragma/ Portiokappe	Nach der nächsten Regelblutung wieder benutzen (?)	
Natürliche VH	Nach 1-2 Zyklen wieder „verlässlich“	

Verhütung nach SSA: WHO-Empfehlungen zur Kontrazeption (2014)

POST-ABORTION CONDITION	FIRST TRIMESTER	SECOND TRIMESTER	IMMEDIATE POST-SEPTIC ABORTION
COC	1	1	1
CIC	1	1	1
Patch & vaginal ring	1	1	1
POP	1	1	1
DMPA, NET-EN	1	1	1
LNG/ETG implants	1	1	1
Copper-bearing IUD	1!	2	4
LNG-releasing IUD	1	2	4
Condom	1	1	1
Spermicide	1	1	1
Diaphragm	1	1	1

Sofortiger Beginn !!!

CIC, combined injectable contraceptive; COC, combined oral contraceptive; DMPA/NET-EN, progestogen-only injectables: depot medroxyprogesterone acetate/norethisterone enantate; IUD, intrauterine device; LNG/ETG, progestogen-only implants: levonorgestrel/etonorgestrel; POP, progestogen-only pill.

Danke für die Aufmerksamkeit!



Students for choice 2018