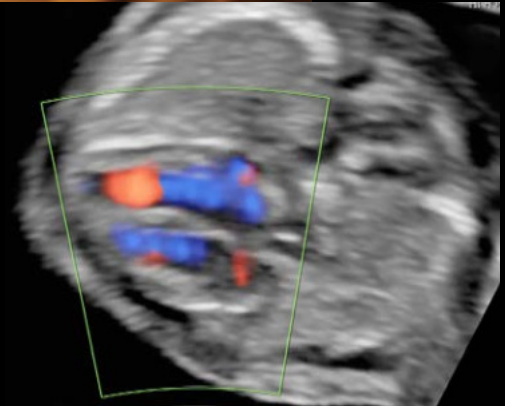


Der (späte) Schwangerschaftsabbruch aus ärztlicher Sicht



Prof. Dr. med. Wolfgang Henrich
Klinik für Geburtsmedizin Charité



(Späte) Schwangerschaftsabbrüche

- Eine der größten Herausforderungen in der Perinatalmedizin
- Kumulation medizinischer, zutiefst privater, familiärer, sozialer, ethischer, juristischer und religiöser Aspekte
- extreme psychische, familiäre und physische Belastung

Gliederung des Vortrags zum Schwangerschaftsabbruch

- 1** Rechtliche Grundlagen
- 2** Zahlen und Fakten zu Schwangerschaftsabbrüchen
- 3** Ablauf und Komplikationen von Schwangerschaftsabbrüchen
 - nach Beratungsregelung
 - nach Medizinischer Indikation
- 4** Ethische Aspekte
- 5** Psychische Aspekte

Gliederung Vortrag Schwangerschaftsabbruch

- 1** **Rechtliche Grundlagen**
- 2 Zahlen und Fakten zu Schwangerschaftsabbrüchen
- 3 Ablauf und Komplikationen eines Schwangerschaftsabbruchs
 - nach Beratungsregelung
 - nach Medizinischer Indikation
- 4 Ethische Aspekte
- 5 Psychische Aspekte

Schwangerschaftsabbruch StGB§218

Rechtlich ist der Schwangerschaftsabbruch eine Straftat. Es drohen Geldstrafen und Freiheitsstrafen bis zu 3 Jahren, in besonders schweren Fällen bis zu 6 Jahren

STRAFLOSIGKEIT IST UNTER 3 UMSTÄNDEN GEGEBEN

1. BERATUNGSREGELUNG
2. MEDIZINISCHE INDIKATION
3. KRIMINOLOGISCHE INDIKATION



Was muss gegeben sein, damit ein Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung straffrei ist?

1. Wunsch der Patientin nach Schwangerschaftsabbruch
2. Schwangerschaftswoche $\leq 13 + 6$ SSW post menstruationem (*p.m. ist die übliche Angabe in der klinischen Praxis*)
gleichbedeutend wie $\leq 11+6$ SSW post conceptionem)
3. Bescheinigung über Schwangerschaftskonfliktberatung
4. Abbruch darf frühestens am vierten Tag (72h) nach Abschluss der Beratung durch eine ÄrztIn erfolgen

Was muss gegeben sein, damit ein Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation straffrei ist?

Der Gesetzestext sagt:

„wenn unter Einwilligung der Schwangeren ein Abbruch vorgenommen wird, der unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Kenntnis angezeigt ist, **um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden**, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

1. **Ärztliche Indikation:** Eine ÄrztIn stellt die Indikation für den medizinischen Schwangerschaftsabbruch (schriftliches Formular). Typischerweise die PränataldiagnostikerIn oder bei Chromosomenaberrationen die GenetikerIn.
2. **Weitere ärztliche Beratung:** durch ÄrztInnen, die Erfahrung mit der vorliegenden Erkrankung haben z.B. KinderkardiologInnen, KinderneurochirurgInnen, NeonatologInnen
3. **Angebot der Schwangerschaftskonfliktberatung/psychosoziale Beratung:** Die Schwangere muss über die Möglichkeit einer Beratung informiert worden sein und muss dies unterschreiben. Sie muss die Beratung aber nicht wahrnehmen.
4. **Durchführung des Abbruchs**
 - a) Abgesehen von Notfällen frühestens am vierten Tag (72h) nach nach Diagnosemitteilung
 - b) Abbruch muss von einem anderen Arzt durchgeführt werden als der der Indikationsstellung

Was muss gegeben sein, damit ein Schwangerschaftsabbruch nach kriminologischer Indikation straffrei ist?


1. Es ist davon auszugehen, dass die Schwangerschaft im Rahmen einer Straftat entstanden ist (Vergewaltigung/sexueller Missbrauch oder Minderjährige unter 14 Jahren)
2. ÄrztInnen und nicht die Polizei stellen die Indikation.
Anzeige der Straftat nicht zwingend notwendig.
3. Schwangerschaft nicht älter als 13+6 SSW post menstruationem
4. Schwangerschaftskonfliktberatung ist hier optional

Weigerungsrecht bei Schwangerschaftsabbruch


Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken

Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung als auch die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen besteht ein verbrieftes Weigerungsrecht.

Ausnahme: Wenn ärztliche Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.



- “Liebe PJ lerIn, bitte holen Sie die Mifegyne-Tablette von der Präpartalstation und geben Sie sie der Patientin”
- Sie dürfen “Nein” sagen



- Vorzeitiger Blasensprung
- Amnioninfektionssyndrom mit Fruchthöhle als Infektionsherd
- Progredienz trotz antibiotischer Therapie
- Lebensbedrohliche Sepsis
- Schwangerschaftsbeendigung zur Entfernung des Infektionsherdes notwendig

Gliederung Vortrag Schwangerschaftsabbruch

1 Rechtliche Grundlagen

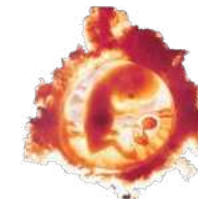
2 Zahlen und Fakten zu Schwangerschaftsabbrüchen

3 Ablauf und Komplikationen eines Schwangerschaftsabbruchs

- nach Fristenregelung
- nach Medizinischer Indikation

4 Ethische Aspekte

5 Psychische Aspekte



Wie oft erfolgen Schwangerschaftsabbrüche?

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 2012-2022 (Daten aus dem Statistischen Bundesamt)

- ca. 100.000 Abbrüche in Deutschland pro Jahr insgesamt
- Trends: Zunahme von Abbrüchen im Jahr 2023+2024 im Vergleich zum Vorjahr und Zunahme von Abbrüchen nach 22 SSW (Ursache unklar)
- Abbruch nach folgenden Indikationen:
 - ca. 96 % nach Beratungsregelung
 - ca. 3,5 % nach medizinischer Indikation
 - ca. 0,05% nach kriminologischer Indikation
- Methodik der frühen Schwangerschaftsabbrüche (2020)
 - 52 % Absaugmethode
 - 11% mit Curettage
 - 32 % medikamentös

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Insgesamt	106 815	102 802	99 715	99 237	98 721	101 209	100 986	100 893	99 948	94 596	103 927	106 218
Rechtliche Begründung												
Medizinische Indikation	3 326	3 703	3 594	3 879	3 785	3 911	3 815	3 875	3 809	3 903	3 924	3 996
Kriminologische Indikation	27	20	41	20	28	20	20	17	29	50	35	35
Beratungsregelung	103 462	99 079	96 080	95 338	94 908	97 278	97 151	97 001	96 110	90 643	99 968	102 187
Dauer der Schwangerschaft von ... bis ... vollendete Wochen												
unter 12	104 069	100 002	96 935	96 442	95 892	98 496	98 168	97 974	97 074	91 510	100 814	103 045
12 bis 21	2 299	2 238	2 196	2 161	2 199	2 059	2 163	2 271	2 226	2 358	2 373	2 458
22 und mehr	447	562	584	634	630	654	655	648	648	728	740	715
vorangegangene Lebendgeborene												
Keine	42 616	40 506	39 261	38 793	38 506	39 627	40 417	40 537	40 663	38 686	43 828	45 127
1	27 914	26 718	25 316	24 869	24 259	24 036	23 051	22 510	22 001	20 542	21 785	21 993
2	24 387	23 711	23 159	23 111	22 863	24 069	24 005	24 124	23 700	22 254	24 009	23 851
3	8 355	8 260	8 310	8 533	8 895	8 995	9 023	9 229	9 279	8 772	9 604	9 932
4	2 409	2 431	2 509	2 597	2 724	2 906	2 955	2 929	2 804	2 896	3 043	3 414
5 und mehr	1 134	1 176	1 160	1 334	1 474	1 576	1 535	1 564	1 501	1 446	1 658	1 901

Größen von Embryos bei Abbruch nach Beratungsregelung

5+0 SSW Dottersack, kein Embryo



7+0 SSW Embryo 0,7 cm



10+0 SSW Embryo 3,5 cm



13+0 SSW Embryo 6,5 cm



- 76% der Schwangerschaftsabbrüche erfolgten bis einschließlich der 10. Woche p.m.
- Weitere 22% bis einschließlich der 13. Woche p.m. ¹



SSL in 13+0 SSW ähnlich lang wie kleiner Finger

Was sind Beweggründe für frühe Schwangerschaftsabbrüche?

Auszug: Beispiele von angegebenen Konfliktgründen bei Schwangerschaftsbeendigungen in Berlin

Amtliche Statistik	Konfliktgründe nach genannter Häufigkeit (gemittelt über den jeweiligen Erhebungszeitraum, bei mehr als 16 Kategorien unvollständige Darstellung)	
Berlin Erhebungszeitraum: 1994–2021 Fallzahlen: Ø 13 350 jährlich Anzahl der Kategorien: 18 Mehrfachnennungen möglich	1. Familiäre/partnerschaftliche Probleme 2. Wirtschaftliche Probleme 3. Ausbildungs-/Arbeitsplatzproblem 4. Körperliche/psychische Gesundheit der Frau 5. Persönliche Gründe 6. Familienplanung abgeschlossen 7. Unbekannt 8. Befürchtete kindliche Schädigung	9. Überforderung 10. Ohne Partner 11. Aufenthaltsstatus 12. Trotz Verhütung schwanger 13. Gesellschaft/Moral/Religion 14. Wohnungssituation 15. Medikamenteneinnahme 16. Bereits ein behindertes Kind

Quelle: Dienerowitz/David nach Daten der Bundesländer

Quelle: Informationen durch Beratungsstellen gesammelt
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/238588/Schwangerschaftsabbrueche-Analyse-der-Konfliktursachen>

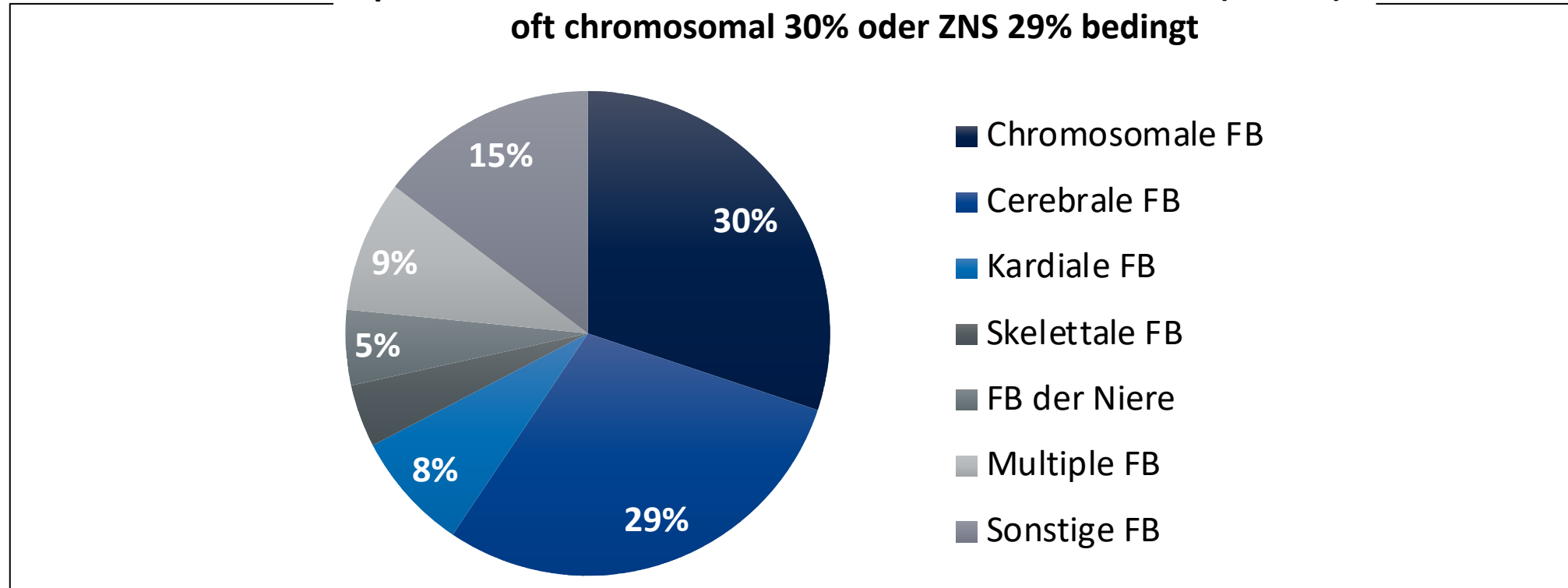
Frank C.-K. Chen, Alexandra Bacovsky, Michael Entezami and Wolfgang Henrich*

Nearly half of all severe fetal anomalies can be detected by first-trimester screening in experts' hands

Conclusion: FTS can detect almost half of all severe fetal anomalies at an early stage of pregnancy with positive predictive values of 90% and more. Sensitivities varied depending on the organ system and reached the highest figures for anomalies of the heart, the abdomen, the spine and the skeletal system.

Welche fetalen Fehlbildungen lagen bei späten Abbrüchen vor?

**Spätabbrüche in der Charité im Zeitraum von 20 Jahren (n= 244),
oft chromosomal 30% oder ZNS 29% bedingt**



FB = Fehlbildungen

Quelle: aus der Dissertation von Frau Schnauer-Raude (noch nicht publiziert)

Leichenschauschein

Leiz 2/2016

- vertraulicher Teil -

Blatt 1:
Gesundheitsamt**1. Personalangaben**

Familienname, Geburtsname, Titel, Vorname				Blatt vom Totenschein nicht anfertigen!		Standort			
Straße, Hausnummer						Todesort		Todesursache	
PLZ, Wohnort						<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt		<input type="checkbox"/> Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung	
Geburtsort		Geburtsdatum Tag Monat Jahr		Identifikation		<input type="checkbox"/> eigene Identifikation <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> nicht möglich			

2. Zeitpunkt und Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Todeszeitpunkt bekannt	Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten	Todeszeitpunkt Todeszeitpunkt der Leichenauffindung angegeben	<input type="checkbox"/> vermutlich um	Tag	Monat	Jahr	und	Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> vermutlich im Zeitraum zwischen	
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>(wenn Todeszeitpunkt unbekannt)</small>																
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Vollständige Adresse, ggf. Name des Krankenhauses, Pflegeheims o.ä.															
<input type="checkbox"/> Auffindungsort falls Sterbeort unbekannt																

3. Warnhinweise bei Gefahren, die von der Leiche ausgehen (wenn bekannt)

<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (z.B. multiresistente Erkrankung im Sinne der §§ 4 und 7 IfSG)	<input type="checkbox"/> Irritanten (z.B. chemische Kontaminationen, Radioaktivität)
--	--

4. Todesart (Bei Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod oder bei ungewisser Todesart ist die Polizei zu benachrichtigen)

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	Wenn konkrete Befunde für eine lebensbedingliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären und ein Fremdverschulden ausgeschlossen werden kann
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod	Bei Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch strafbare Handlung, sonstige Gewaltanwendung (z.B. Sturz, Vergiftung) und bei Verdachtsfällen der vorgenannten folgenlos oder bei ungewissem Tod in Zusammenhang mit strafbaren Taten
<input type="checkbox"/> Todesart ungewiss	Keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, die Todesursache ist jedoch nicht bekannt, trotz sorgfältiger Untersuchung und Erhebung der Vorgeschichte legen keine konkreten Befunde einer lebensbedinglichen Erkrankung vor, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären

5. Todesursache/Klinischer Befund

Nur eine Todesursache pro Feld. Hinweis gibt nicht die Art des Todeserregers, wie z. B. Atemstillstand, Myokardinfarkt, Kreislaufstillstand, Verblutung, sondern die Krankheit, Komplikation oder Verletzung, die den Tod verursacht (keine Abkürzungen)		ICD-Code	Zeitraum zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit:	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen, Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundkrankheit) in letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundkrankheit)		
II. Andere wesentliche Krankheitsfälle, Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder mit dem Grundknoten in Zusammenhang zu stehen			
Nähere Angaben zur Todesursache und Begleitkrankungen (Epikrise)			

Wie ist die Versorgungssituation bei Abbrüchen in Deutschland?

Widersprüchliche Evidenz zur Versorgungssituation in Deutschland

ELSA Studie (Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer, Angebote der Beratung und Versorgung) vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt

- sie zeigt ein Versorgungsproblem vor allem in Süddeutschland¹
- ca. 4,5 Millionen Menschen in Deutschland leben >40 Min. Autofahrt von Abbruchmöglichkeit entfernt

Auswertung der Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2022

- hier wurden über Jahrzehnte recht umfassende robuste Daten gesammelt
- ergab zunächst keine Hinweise auf Versorgungsengpässe in Deutschland.²

Quelle:

1 <https://elsa-studie.de/>

2 Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (2022) David, M. und Wernecke, K-D. Frauenarzt / 656-660

Wie wirken sich Verbote/strenge Abtreibungsgesetze auf die Anzahl der Abbrüche aus?

<p>THE LANCET</p> <p>ARTICLES VOLUME 379, ISSUE 9816, P625-632, FEBRUARY 18, 2012</p> <p>Download Full Issue</p> <p>Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008</p> <p>Dr Gilda Sedgh, ScD • Susheela Singh, PhD • Iqbal H Shah, PhD • Elisabeth Åhman, MA • Stanley K Henshaw, PhD • Akinrinola Bankole, PhD</p> <p>Published: January 19, 2012 • DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8</p>	<p>Ein Abtreibungsverbot reduziert die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nicht.</p> <p>Es erhöht jedoch die Zahl der illegalen Schwangerschaftsabbrüche.</p>
---	--

Konsequenz illegaler/unsicherer Schwangerschaftsabbrüche

! *Weltweit sterben jedes Jahr 70.000 Frauen an den Folgen von unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen*

! *in Deutschland ist die legale Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen sicher*

Quelle: Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., Onda, T., & Hussain, R. (2010). Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. New York: Guttmacher Institute.

Gliederung Vortrag Schwangerschaftsabbruch

- 1 Rechtliche Grundlagen
- 2 Zahlen und Fakten zu Schwangerschaftsabbrüchen
- 3 Ablauf und Komplikationen eines Schwangerschaftsabbruchs**
 - nach Beratungsregelung
 - nach Medizinischer Indikation
- 4 Ethische Aspekte
- 5 Psychische Aspekte

Ablauf eines Abbruchs nach Beratungsregelung

Bestimmung des Gestationsalters anhand der letzten Periode und Ultraschall-Messung der Scheitel-Steiß-Länge des Feten.
Korrektur des Schwangerschaftsalters bei Diskrepanz von > 7 Tagen

Zwei Möglichkeiten

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

- Zwei Tabletten: erst Mifepriston (=Mifegyne®), nach 24-48 Stunden dann Misoprostol*
- Typischerweise bis 9+0 SSW p.m.

Konsensbasierte Empfehlung 5.E44	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch sollte die Kombination aus 200 mg Mifepriston und 24 bis 48 Stunden später 800µg Misoprostol buccal, sublingual oder vaginal bis zur SSW 9+0 verabreicht werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 5.E45	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Alternativ können 600 mg Mifepriston und 24 bis 48 Std. später 400 µg Misoprostol buccal, sublingual oder vaginal bis SSW 7+0 bzw. 800 µg Misoprostol in SSW 7+1 bis 9+0 vaginal gegeben werden.	

Mehr Details
siehe
nachfolgende
Videos

Operativer Schwangerschaftsabbruch

- Operative Methode der Wahl: Vakuumaspiration
- Typischerweise ab 9+1 SSW p.m.

Konsensbasierte Empfehlung 6.E70	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Beim operativen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon (< 14/0 SSW p.m.) soll die Durchführung einer Vakuumaspiration die Methode der Wahl sein.	

Konsensbasierte Empfehlung 6.E74	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei Schwangerschaftsabbrüchen im späten ersten Trimester (12/0 bis <14/0 SSW) kann zur Entfernung fetaler Teile und Plazentagewebe eine speziell geformte, stumpfe Abortfazzange verwendet werden.	

Ablauf eines Abbruchs nach Beratungsregelung

medikamentöser Schwangerschaftsabbruch



Ablauf eines Abbruchs nach Beratungsregelung

operativer Schwangerschaftsabbruch



Komplikationen bei Abbrüchen nach Beratungsregelung

	Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch	Operativer Schwangerschaftsabbruch
Starke Blutungen	10/1000	2/1000
weiterbestehende Schwangerschaft	10/1000	2/1000
(erneute) Vakuumaspiration/ Absaugung wegen Geweberesten	30-50/1000	30/1000
Infektionen	1-2/1000	0-110/1000 mit Antibiotikaprophylaxe < 20/1000
Uterusperforation	entfällt	1/1000

	Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch	Operativer Schwangerschaftsabbruch
Zervixverletzung	entfällt	1-6/1000 mit Priming geringer
Komplikationen, Anästhesie		2/1000
Fertilitätsstörung, Aborte, Extrauterin-gravidität	Risiko nicht erhöht	Risiko nicht erhöht
Plazenta praevia	Risiko nicht erhöht	Risiko erhöht bei Verwendung von Metallküretten, nicht bei Vakuumaspiration
Frühgeburten	Risiko nicht erhöht	widersprüchliche Daten, bei Schwangerschaften nach dem Jahr 2000 wahrscheinlich nicht erhöht

Je früher der Abbruch, desto weniger Komplikationen.

Fallbeispiel: Früher Abbruch bei auffälligem NIPT

Fallbeispiel früher Abbruch Besonderheit: Auffälliger NIPT Test

Eine Freundin von Ihnen ist schwanger. Sie ist in der 10. SSW und hat einen auffälligen Screeningtest für Trisomien (NIPT) mit dem Ergebnis: „Hohe Wahrscheinlichkeit für Trisomie 13“. Daher wünscht sie einen Schwangerschaftsabbruch. Weil sie noch in einer frühen Schwangerschaftswoche ist, möchte Sie den Abbruch nach Fristenregelung und bittet Sie um Hilfe:

„Was sollten Sie ihr raten?“

- Beratung durch jemand mit Fachexpertise wie z.B. eine HumangenetikerIn dringend empfohlen
- Der NIPT Test hat eine falsch positiv Rate von bis zu 5 %. Daher ist ein qualifizierter Ultraschall (Ersttrimesterscreening) von einer PränataldiagnostikerIn und eine invasive Diagnostik zur Abklärung empfohlen
- Bestätigt sich die Diagnose und sie bleibt bei der Entscheidung besteht die Möglichkeit eine medizinische Indikation zu bescheinigen, bei der die Kosten für den Abbruch von der Krankenkasse getragen werden



„Aber was passiert, wenn Fehlbildungen beim Feten erst später entdeckt werden?“

Tetraamelie



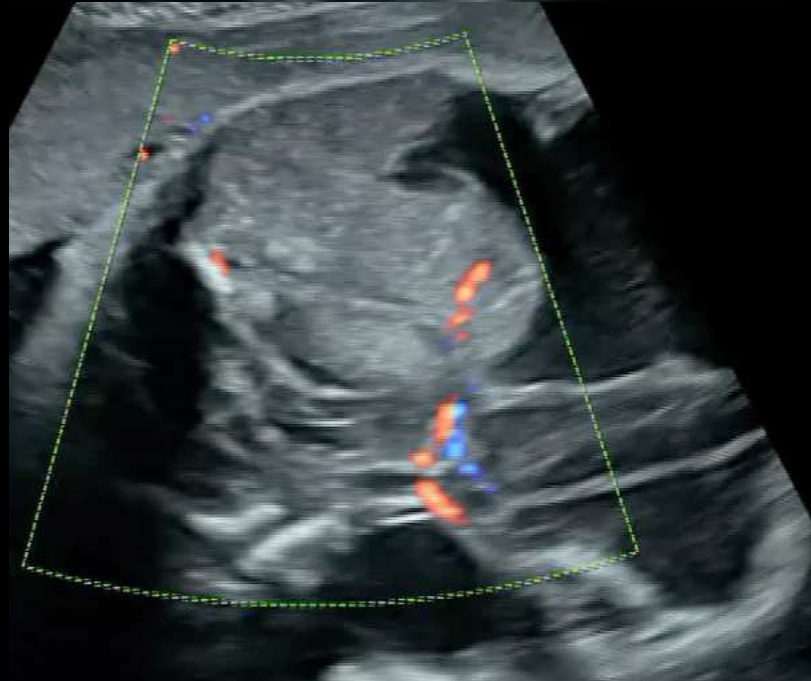
Legend

Auffälliger Organultraschall



Quelle <https://www.youtube.com/watch?v=7EKFGda1j3I>

Intrazerebrale Blutung 36 SSW



Auffälliger Organultraschall

Fallbeispiel: Auffälliger Organultraschall in ca. 22 SSW

Optionen für das weitere Vorgehen:

1) Austragen der Schwangerschaft

2) Später Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation

3) Ggf. Palliative Geburt

Ablauf eines Abbruchs nach medizinischer Indikation

1. **bei Lebensfähigkeit des Feten Fetozid** (*Details übernächste Folie*)
2. **Stationäre Aufnahme**
3. **Medikamentöse Geburtseinleitung**
→ Erst Mifegyne, dann Prostaglandine (z.B. Misoprostol)
4. **Geburt in den Geburtsräumen mit einer Hebamme**
→ Schmerzmittel und PDA regulär möglich
5. **Medikamentöses oder konservatives Abstillen**
6. **Bestattung je nach Gewicht des Babys**
Regeln verschieden je nach Bundesland. Für Berlin gilt:
→ ab 1000g individuelle Bestattungspflicht
→ bei leichteren Babys: kostenlose Sammelbestattung durch die Charité möglich



**Ablauf grundsätzlich
ähnlich einer Geburt mit
gesundem Kind**

Ablauf eines Abbruchs nach Medizinischer Indikation

Optionale Angebote

- SeelsorgerIn
(unabhängig von Konfession)
- Psychologische Unterstützung



- SternenfotoграфIn

<https://www.dein-sternenkind.eu/>

FOTOGRAFEN



Wir sind bundesweit über 600 Fotografen. Jeder unserer Fotografen arbeitet auf freiwilliger und unbezahlter Basis. In den Ballungsgebieten haben wir mehr Fotografen als auf dem Land. Seit 2016 konnten wir 99,9% der angefragten Calls fotografisch begleiten.

WELCHE KINDER



Wir fotografieren Sternen Kinder und Frühchen, die den Weg in die Welt nicht erleben durften und Kinder, die an plötzlichem Kindstod verstorben sind. Üblicherweise befinden sich die Kinder zwischen der 14. SSW und dem normalen Geburtstermin. Es gibt aber immer Ausnahmen.

KOSTENLOS



Kostenlos heißt kostenlos. Es entstehen Ihnen keinerlei Ausgaben. Unsere Fotografen tragen alle Kosten selbst. Es ist ein rein humanitäres Geschenk des Fotografen an die Sternenkindeltern.

DEUTSCHLAND/ ÖSTERREICH/ SCHWEIZ/ SÜDTIROL



Sie fordern einen Fotografen über unser Formular an. Das Formular generiert eine Alarmierung bei uns in der Koordination. Die Koordination gibt dann Ihre Anfrage an die Fotografen in Ihrer Umgebung weiter.

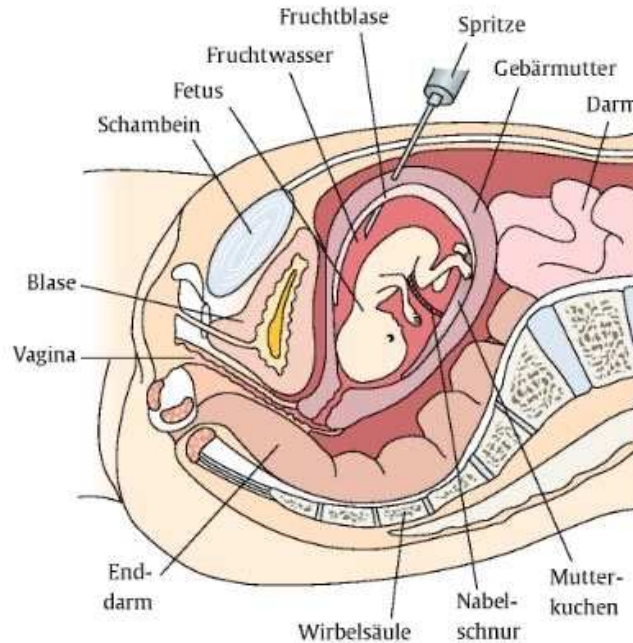


Fetozid – Wann und Warum?

bei Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation

Durchführung

- Fetozid ist die Verabreichung eines Medikaments (z.B. KCL oder Lidocain) an den Fetus, was zum Herzstillstand führt
- Patientin liegt auf Ultraschallliege, unter Ultraschallsicht wird die Gebärmutter punktiert
- Verabreichungsformen: intraamniotische Verabreichung (Fetus schluckt es), intravasale Verabreichung (in die Nabelschnur), intrakardiale Verabreichung (in das Herz)



Grund

- Ein Teil der Kinder zwischen der 20. und 24. Schwangerschaftswoche würde ohne Fetozid lebend geboren werden
- Die ÄrztIn begeht einen Behandlungsfehler, wenn bei Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch nach ärztlichen Maßnahmen ein lebendes Kind geboren wird
- Fetozid ist notwendig, um einen Fall, wie vor vielen Jahren, zu verhindern: Tim "Oldenburger Baby" überlebte seine Abtreibung

Komplikationen bei Abbrüchen nach medizinischer Indikation

- Je früher der Abbruch, desto weniger Komplikationen
- Hauptkomplikationen sind starke Blutungen und Infektionen¹
- Uterusrupturrisiko bei Z.n. Sectio ca. 1 %²
- Komplikationen prinzipiell wie bei normaler Entbindung

ULTRASOUND
in Obstetrics & Gynecology

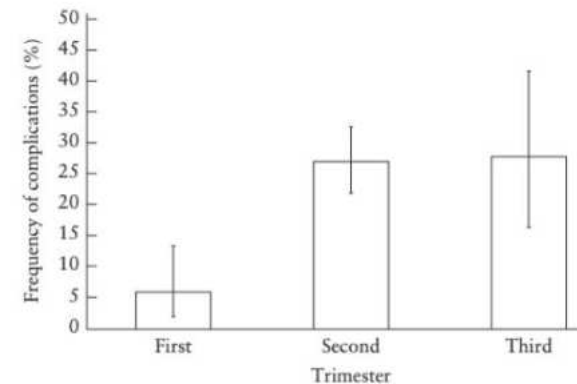


Original Paper | [Open Access](#) |

Complication rate after termination of pregnancy for fetal defects

T. Spingler, J. Sonek, M. Hoopmann, N. Prodan, H. Abele, K. O. Kagan

First published: 07 January 2023 | <https://doi.org/10.1002/uog.26157> | Citations: 3



Complication	D&C/D&E (n = 101)*	Induction (n = 315)†	Total (n = 416)‡
Blood loss > 500 mL	2 (2.0)	74 (23.5)	76 (18.3)
Repeat D&E	3 (3.0)	5 (1.6)	8 (1.9)
Uterine perforation	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.2)
Hysterectomy	0 (0)	2 (0.6)	2 (0.5)
Blood transfusion	0 (0)	4 (1.3)	4 (1.0)
Unplanned readmission	4 (4.0)	9 (2.9)	13 (3.1)
Allergic reaction	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.2)
Via falsa	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Infection (> 20 000 leukocytes/ μ L)	0 (0)	16 (5.1)	16 (3.8)

Data are given as n (%). Note that a woman could experience more than one complication. *Total of six (5.9%) women were affected. †Total of 89 (28.3%) women were affected. ‡Total of 95 (22.8%) women were affected. D&C, dilatation and curettage; D&E, dilatation and evacuation.

Alternative: Palliativgeburt

- Prüfung in Rücksprache mit dem Palliativteam der Neonatologen, ob diese Option besteht
- Voraussetzung: letale Fehlbildungen
- Ablauf: pränatales Treffen von Patientin und Palliativteam zur Erstellung eines individuellen Palliativplans
- Generell Vaginale Geburt. Im Einzelfall auch eine palliative Entbindung per Sectio möglich


Klinik für Neonatologie


Palliativteam der Klinik für Neonatologie

"Schwerstkranken und sterbende Neugeborene sowie deren Eltern und Nahestehende haben ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, und psychosoziale Betreuung und Begleitung, die ihrer individuellen Lebenssituation Rechnung tragen."

(in Anlehnung an die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland)

Foto: K. Gehel (<http://www.dein-sternenkind.eu/>)

PD Dr. Lars Garten  [Kontakt aufnehmen](#)

Kerstin von der Hude  [Kontakt aufnehmen](#)

Klinik für Neonatologie Jensen 01/17	
---	---

Perinataler Palliativplan

Name der Mutter:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefonnummer:
E-Mail:
Beruf:
Herkunft:
Sprachkenntnisse:

Name vom Partner:
Anschrift:
Telefonnummer:
Beruf:
Herkunft:
Sprachkenntnisse:

Weitere Kinder (Alter):

Diagnosen

Anamnese
 Crvida Para
E T
AC von

Mitbehandelnde/beratende Kollegen

Klinik für Neonatologie	
-------------------------	--

Vereinbarungen für die perinatale Palliativversorgung

Im **informed consent** wurde am mit Frau und ihrem Partner folgendes Vorgehen für die perinatale Betreuung des Kindes vereinbart:

Spontangeburt mit anschließender primär palliativmedizinischer Versorgung unter Verzicht auf jeglichen Einsatz lebenserhaltender, invasiver Maßnahmen bei ihrem Sohn / ihrer Tochter (Namenwunsch).

- ▶ keine CTG Überwachung unter der Geburt, keine Sectio auf **kindl.** Indikation
- ▶ **Neonatalogie obligat zur Geburt!**
- ▶ postnatale Betreuung: Kreißsaal, falls Kind nicht innerhalb der ersten 4 Lebensstunden im KS verstorbt obligates **rooming-in** auf Station 40i (keine Trennung von Mutter und Kind!)

▶ Verzicht auf

- Reanimationsmaßnahmen (inkl. Kalzocholametherapie)
- invasive Beatmung
- parenterale Ernährung / Flüssigkeitszufuhr
- Monitoring von SaO₂, EKG, RR, Temp. ...

▶ Bei resp. Insuffizienz postnatal explizit erwünscht

- Nicht-**invasiv** Atemhilfe (HFNC)
- O₂-Supplementation

▶ Beurteilung von Schmerz / Unruhe mittels Skala: N-PASS, mind. alle 4 Stunden

▶ Medikamentöse Therapie bei Zeichen von Schmerz, Unruhe u./o. Atemnot, primärer Einsatz von

- **Fentanyl** nasal (2-3 µg/kg/ED, Wiederholung der Einzelgaben alle 5-10 Minuten, bis adequate Symptomkontrolle erreicht)

Basisdaten von Eltern / Familie

Liste mitbehandelnder KollegInnen

Ergebnisse der Pränataldiagnostik

Zusammenfassung der medizinischen und psychosozialen Beratungsgespräche

Elterliche Entscheidung

Geburtsplanung

Postnatale Palliativversorgung

Anenzephalie

Fallbeispiel Anenzephalie

Eine Bekannte von Ihnen ist schwanger. Sie ist in der 15. SSW und hat gerade erfahren, dass ihr Baby eine Anenzephalie (teilweise oder vollständiges Fehlen der Schädelkalotte und des Großhirns) hat.

„Was für Möglichkeiten hat sie nun?“

Anenzephalie ist eine letale Fehlbildung.

Optionen: Schwangerschaftsbeendigung oder Palliative Geburt.

Cave: ungeplante Geburt, z.B. in anderer Klinik, kann zu unnötigen Behandlungen führen, z.B. Sectio bei pathologischem CTG



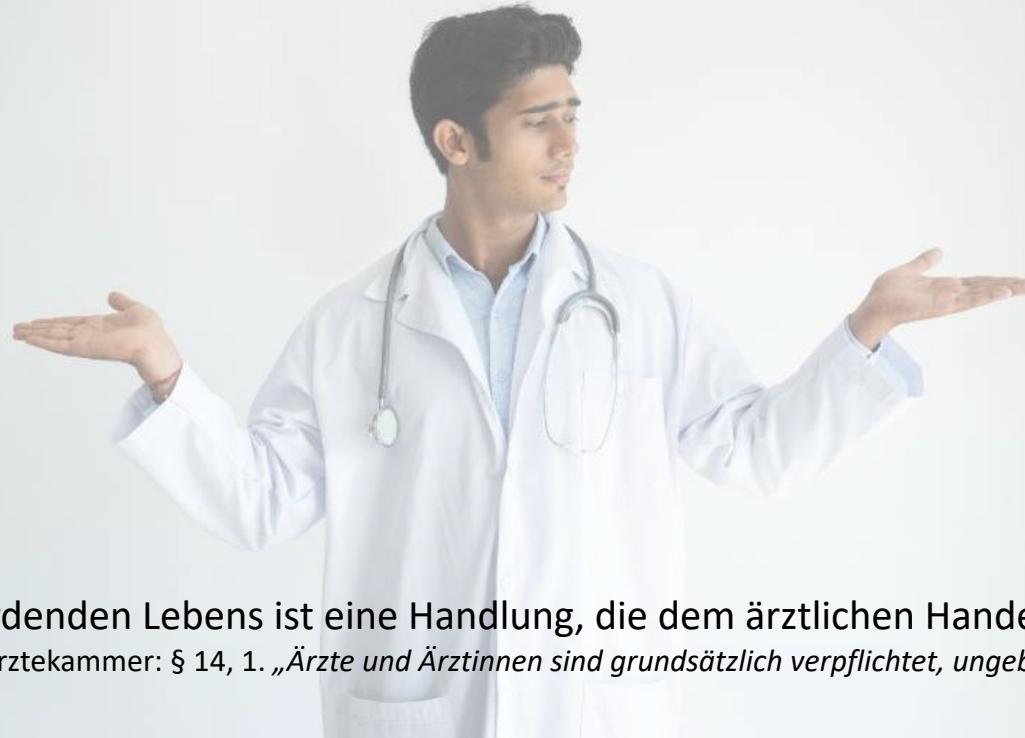
Gliederung Vortrag Schwangerschaftsabbruch

- 1 Rechtliche Grundlagen
- 2 Zahlen und Fakten zu Schwangerschaftsabbrüchen
- 3 Ablauf und Komplikationen eines Schwangerschaftsabbruchs
 - nach Beratungsregelung
 - nach Medizinischer Indikation
- 4 Ethische Aspekte**
- 5 Psychische Aspekte

Ethische Aspekte

Schwangerschaftsabbruch ist ein berufsethisches Problem: Spagat zwischen:

**Recht auf
körperliche und
seelische
Unversehrtheit der
Frau**



**Schwierig zu
definierendem
Lebensrecht des
Fötus**

Grundgesetz Artikel 2 Abs.
2 S. 1: „Jeder hat das
Recht auf Leben und
körperliche
Unversehrtheit“

Die Tötung werdenden Lebens ist eine Handlung, die dem ärztlichen Handeln widerspricht.
Musterberufsordnung Ärztekammer: § 14, 1. „Ärzte und Ärztinnen sind grundsätzlich verpflichtet, ungeborenes Leben zu erhalten“

Ethische Aspekte

Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe




Leitlinienprogramm

Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon

Was sagt die Leitlinie?

“Angesichts der Pluralität unterschiedlicher Positionen zum moralischen Status des ungeborenen Lebens ist in modernen Gesellschaften **keine Einigkeit bei der ethischen Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs zu erwarten.**”

Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



Präsidentin
Prof. Dr. Barbara Schmalefeld
Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstraße 58-60 | 10117 Berlin
☎ +49 (0) 30 514 883 333
✉ stimmungen@dggg.de

Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland
„Die Würde aller Beteiligten achten“

Berlin, im April 2024

- **„Jede Frau hat das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung. Dazu gehört auch die sichere Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen“**
- **Abbruch ist belastend für Patientin und Personal**
- **Vorurteilsfreier Umgang sollte geschaffen werden**

Gliederung Vortrag Schwangerschaftsabbruch

- 1 Rechtliche Grundlagen
- 2 Zahlen und Fakten zu Schwangerschaftsabbrüchen
- 3 Ablauf und Komplikationen eines Schwangerschaftsabbruchs
 - nach Beratungsregelung
 - nach Medizinischer Indikation
- 4 Ethische Aspekte
- 5 Psychische Aspekte**

Psychische Aspekte bei Schwangerschaftsabbrüchen

Erfahrungsberichte von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen nach Fristenregelung



Psychische Aspekte bei Schwangerschaftsabbrüchen

Ergebnisse der ELSA-Studie über Erfahrungen ungewollt Schwangerer

1 Schwangerschaftsabbruch per se ist nicht unmittelbar mit psychischen Belastungen verbunden

2 Problem der Stigmatisierung

- Bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch: Stigmatisierung ist der stärkste negative Einflussfaktor auf das psychische Wohlbefinden
- Bei Schwangerschaftsabbruch-durchführen ÄrztInnen: 65 % dieser haben deswegen Stigmatisierung im privaten, beruflichen oder öffentlichen Umfeld erlebt

Psychische Aspekte bei Schwangerschaftsabbrüchen

Weitere Studienergebnisse zur psychischen Belastung nach Schwangerschaftsabbruch

Wohlergehen 2 Jahre nach frühem Abbruch¹

- Keine signifikante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes
- Die meisten Frauen sind mit ihrer Entscheidung zum Abbruch zufrieden

Risikofaktoren für Posttraumatische Belastungsstörung nach Abbruch²

- Fortgeschrittenes Gestationsalter
- vorherige Trauma oder psychische Probleme
- Soziodemographische Charakteristika wie jüngeres Alter, niedriges Bildungsniveau

Zeitpunkt der psychischen Belastung bei frühem Abbruch

- Höchste akute Belastung tritt vor dem Abbruch auf. Abbruch selbst führt zu Stressreduktion⁴
- Teilweise später nach Abbruch Verdrängungsgedanken³

Quellen:

1 Major et al., 2000, PMID: 1092046, DOI: 10.1001/archpsyc.57.8.777

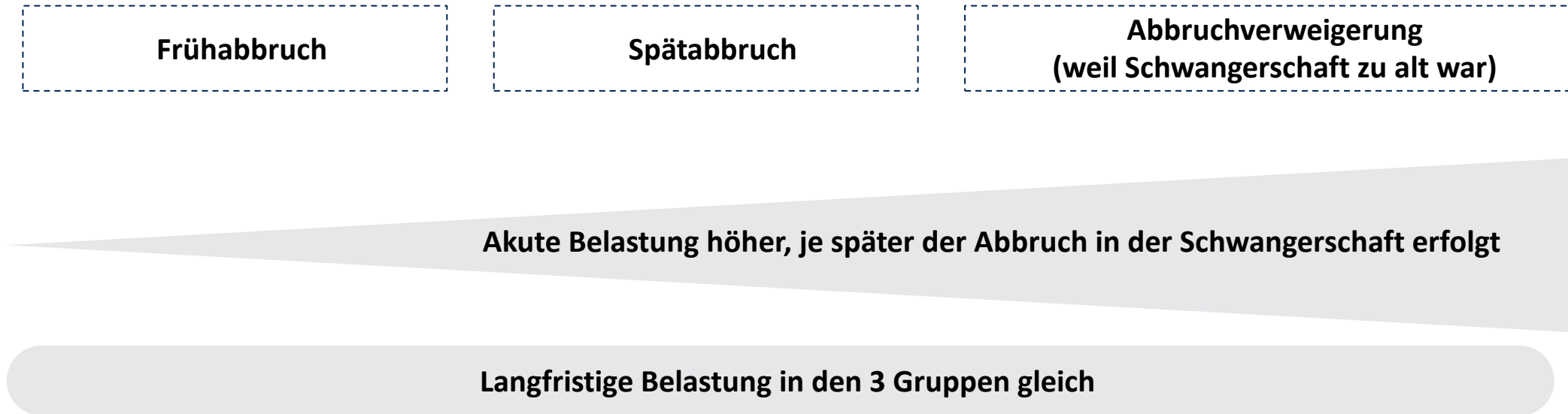
2 Daugirdaitė 2015 PMID: 25734016, DOI: 10.1155/2015/646345)

3 Nordal Broen et.al. 2004, PMID: 15039513, DOI: 10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d

4 PMID: 16377364, DOI: 10.1016/j.genhospsych.2005.07.006

Psychische Aspekte bei Schwangerschaftsabbrüchen

Vergleich psychischer Belastung



Quelle: Harris 2014 PMID: 24946971, DOI: 10.1186/1472-6874-14-76

Wie kann Anzahl von Spätabbrüchen und somit psychische und physische Komplikationen reduziert werden?

1 Beratung bei FrauenärztInnen über die Möglichkeit des Ersttrimesterscreenings

→ ca. 50% der Fehlbildungen können bereits dabei entdeckt werden

→ dies ist besonders wichtig bei Patientinnen, die bei Auffälligkeiten einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen würden

2 Bei Verdacht auf Fehlbildungen oder unklaren Befunden Vorstellung in spezialisierten Zentren

Zusammenfassung

1. Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch finden sich im Strafgesetzbuch §218
2. Es ist eine freiwillige Entscheidung an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken (Weigerungsrecht)
3. Abbruch nach Beratungsregelung bis 13+6 SSW p.m. möglich
4. Abbruch nach Beratungsregelung erfolgt medikamentös (Mifepriston und Misoprostol) oder chirurgisch (Saugkürrettage)
5. Jede Schwangere hat das Recht auf eine kompetente pränatale (US)- Diagnostik
6. Ideale für das ETS sind 12-13 vollendete SSW, da 50% der schweren angeborenen Fehlbildungen detektiert werden. Im Zweittrimester-Screening werden weitere 40% erfasst
7. Abbruch aus medizinischer Indikation erfolgt aufgrund des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren und nicht aufgrund der Diagnose des Feten
8. Abbruch nach medizinischer Indikation erfolgt in der Regel als Geburtseinleitung
9. Ein Spätabbruch betrifft den Zeitraum ab und oberhalb der Grenze zur extrauterinen Lebensfähigkeit (ca. 21-22 SSW) nach umfassender interdisziplinärer Aufklärung, Bedenkzeit und Fetozid
10. Anzahl später Schwangerschaftsabbrüche sollten reduziert werden, indem Schwangere von ihren FrauenärztInnen über die Option des Ersttrimesterscreenings aufgeklärt werden (teilweise IGeL)
11. Je früher ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, desto komplikationsärmer (physisch und psychisch)
12. Besonders belastend beim Schwangerschaftsabbruch ist die Stigmatisierung



WIKIPEDIA
Die freie Enzyklopädie

Hauptseite

Themenportale

Von A bis Z

Zufälliger Artikel

Mitmachen

Artikel verbessern

Neuen Artikel anlegen

Autorenportal

Hilfe

Letzte Änderungen

Kontakt

Spenden

Werkzeuge

Links auf diese Seite

Änderungen an

verlinkten Seiten

Spezialseiten

Permanenter Link

Seiteninformationen

Wikidata-Datenobjekt

Artikel zitieren

Drucken/exportieren

Buch erstellen

Als PDF

herunterladen

Druckversion

In anderen Sprachen

English

日本語

1 linke bearbeiten

Nicht angemeldet [Diskussionsseite](#) [Beiträge](#) [Benutzerkonto erstellen](#) [Anmelden](#)

Artikel [Diskussion](#)

[Lesen](#)

[Bearbeiten](#)

[Quelltext bearbeiten](#)

[Versionsgeschichte](#)

Suchen



Oldenburger Baby

Als **Oldenburger Baby** wurde *Tim* (* 6. Juli 1997 in Oldenburg) bekannt, bei dem in der 25. Schwangerschaftswoche das Down-Syndrom (Trisomie 21) diagnostiziert wurde. Seine Mutter ließ daraufhin eine Spätabtreibung durch frühzeitiges Einleiten der Geburt vornehmen. Tim überlebte die Geburt unerwartet, obwohl er erst mehrere Stunden danach medizinisch versorgt wurde. Er wurde zu einem Symbol in der Debatte um späte Schwangerschaftsabbrüche und ihre rechtlichen und ethischen Konsequenzen.

Inhaltsverzeichnis [Verbergen]

- 1 Diagnose und Eingriff
- 2 Folgen
- 3 Siehe auch
- 4 Literatur
- 5 Weblinks
- 6 Einzelnachweise

Diagnose und Eingriff [Bearbeiten | Quelltext bearbeiten]

Tims Mutter war 35 Jahre alt und am Ende des sechsten Monats verlangte daraufhin einen Schwangerschaftsabbruch und drohte Indikation wurde von einem ärztlichen Gutachter eine Gefahr für Schwangerschaftsabbruch auch nach dem dritten Schwangersch

1997 war es noch nicht üblich, Föten, die an der Grenze zur Lebensfähigkeit oder darüber hinaus abgetrieben werden sollten, durch eine Kaliumchlorid-Injektion vor der Geburtseinleitung präventiv zu töten. Es wurde davon ausgegangen, dass die Föten die Geburt nicht überleben würden. Tim jedoch kam nach der Geburtseinleitung mit Prostaglandin unter der Aufsicht eines Assistenzarztes der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung mit einem Gewicht von 690 g bei einer Größe von 32 cm lebend zur Welt.

Da das Ziel des Eingriffs der Tod des Fötus war, wurde das Frühgeborene rund zehn Stunden nicht medizinisch versorgt.^[2] Erst als deutlich wurde, dass der Junge nicht sterben würde, bekam er ärztliche Hilfe. Zu diesem Zeitpunkt soll seine Körpertemperatur bereits auf 28 °C gesunken gewesen sein.

Folgen [Bearbeiten | Quelltext bearbeiten]

Da die leiblichen Eltern den Jungen nicht annahmen, blieb der Junge bis März 1998 in der Obhut der Oldenburger Kinderklinik und wurde dann vom Jugendamt als Pflegekind in eine Familie im Landkreis Cloppenburg vermittelt.

Tim ist im Gegensatz zu der Mehrheit reif geborener Kinder mit Down-Syndrom *schwerstbehindert*. Durch den Schwangerschaftsabbruch und die fehlende medizinische Versorgung nach der Frühgeburt wurden sein Gehirn, seine Augen und die Lungen schwer geschädigt. Mehrere Operationen waren nötig, und der Junge entwickelte autistische Züge.

Nach einer zweiwöchigen Delfintherapie im Jahr 2003 zeigte er deutliche Fortschritte im *motorischen Bereich*, Verbesserungen bei der Nahrungsaufnahme und der Nutzung der Lautsprache. Seit 2004 besucht Tim eine Förderschule mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung.

Die leiblichen Eltern des Kindes reichten Klage auf Schadensersatz und Schmerzensgeld gegen die Geburtsklinik und den behandelnden Arzt ein und gaben an, nicht über die Möglichkeit informiert worden zu sein, dass das Kind den Schwangerschaftsabbruch in diesem Stadium der Schwangerschaft überleben könnte. Seitens der Klinik wurde dieser Vorwurf bestritten. Der Bundestagsabgeordnete Hubert Hüppe (CDU) erstattete *Strafanzeige* mit der Begründung, dass zu prüfen sei, ob überhaupt eine Indikation für den Abbruch vorgelegen habe, und wies unabhängig davon auf die ärztliche Behandlungspflicht hin, die in diesem Fall mehrere Stunden unterblieben sei, was u. a. gegen Artikel 3 des Grundgesetzes verstoßen habe („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“).

Der Assistenzarzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vorgenommen hatte und das Kind nicht medizinisch versorgen ließ, sollte zunächst wegen Körperverletzung angeklagt werden, allerdings wurde nie Anklage erhoben. Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen wurden nach einem Strafbefehl wegen „Körperverletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung“ eingestellt.



Das „Oldenburger Baby“



1997 Oldenburg:

Bei 35-jähriger Schwangeren wird in 25 SSW festgestellt, dass das Kind Down-Syndrom hat

Schwangere droht mit Selbstmord, versucht immer wieder aus dem Fenster zu springen

Jegliche psychologische Betreuung und Intervention abgelehnt

Klinik willigt in Abbruch wg „nicht zumutbar“ ein

**Am 6.7.1997 wird im KH Oldenburg mit
Prostaglandinen eingeleitet**

**Erwartet wird Tod sub partu oder Tod kurz
danach**

Knabe, 32 cm, 690g

**Keine Reanimationsmassnahmen, Kind wird
zum „ausgeistern“ beiseite gelegt**

Körpertemperatur 28°

**Als Kind nach 9 Stunden immer noch lebt,
wird mit Reanimationsmassnahmen begonnen**

Der Überlebenskünstler

Eine Abtreibung sollte ihn töten – nun feiert Tim seinen siebten Geburtstag und kommt bald in die Schule



Juristisch groteske Situation

- auf der einen Seite ging Staatsanwaltschaft strafrechtlich gegen die Klinik vor, um zu ermitteln, ob im Nichtversorgen des lebenden Kindes ein Fall unterlassener Hilfeleistung vorliegt
- Eltern klagen Klinik zivilrechtlich, um Haftungsansprüche aus der Nichterfüllung des gewünschten Behandlungsvertrages, nämlich der Tötung des ungeborenen Kindes, abzuleiten.

Durch Diagnosefehler bewirktes Absehen von
zulässigem Schwangerschaftsabbruch
VersR 49:194 (1998)

- Hat die Mutter z.B. eines infolge einer Chromosomenanomalie schwerst-geschädigten Kindes aufgrund einer fehlerhaften Bewertung eines genetischen Befundes von einem zulässigen Schwangerschaftsabbruch abgesehen,.....

Durch Diagnosefehler bewirktes Absehen von zulässigem Schwangerschaftsabbruch

VersR 49:194 (1998)

- ... so kann der Träger der Krankenversicherung aus übergegangenem Recht (§ 116 SGB X) von dem Arzt, der die fehlerhafte Bewertung zu vertreten hat, Ersatz der Kosten für die Pflege und die medizinische Betreuung des Kindes verlangen
OLG Düsseldorf 6.1.97 AZ 8U 107/95