Artikel online veröffentlicht: 11.09.2025

Ungewollte und unglücklich verlaufende Frühschwangerschaften interdisziplinär begleiten – aus ärztlicher Perspektive

Jana Maeffert

Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten sind häufig. Sehr viele Menschen sind mindestens einmal in ihrem Leben davon betroffen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkolog*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen und anderen Fachgruppen kann helfen, damit der Verlauf dieser Situationen selbst mitbestimmt und als so wenig belastend wie möglich erlebt werden kann.

Hintergrund

Geschätzt etwa jede 6.–7. Person, die schwanger werden kann, erlebt mindestens einmal in ihrem Leben die Situation einer ungewollten und/oder unglücklich verlaufenden Schwangerschaft [1]. In Deutschland werden jährlich etwa 100 000 Schwangerschaften abgebrochen und etwa ebenso viele Frauen erleben eine Fehlgeburt. 60 % aller Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen, haben bereits mindestens ein Kind [2]. Somit finden sich in einer Biografie häufig sowohl geplante, gewünschte, glücklich verlaufende Schwangerschaften als auch ungewünschte und unglücklich verlaufende Schwangerschaften.

Es gehört zum gynäkologischen Sprechstundenalltag dazu, gestörte Schwangerschaften zu diagnostizieren oder von einer Frau zu hören, dass die gerade festgestellte Schwangerschaft ungewollt ist. Genauso zählt dazu, Auffälligkeiten bei einem Fötus zu erkennen, die zu einer weiteren Diagnostik und eventuell zu dem Wunsch nach Abbruch der eigentlich gewünschten Schwangerschaft führen. So unterschiedlich die Situationen sein mögen, in denen sich Schwangere und ihre Partner*innen befinden, so sehr ähneln sich folgende wichtige Gemeinsamkeiten.

Praktisch immer befinden sich die Betroffenen plötzlich in einer Situation, welche die bisherige Vorstellung der nahen Zukunft verändert. Häufig wird ein Gefühl des Kontrollverlusts erlebt, insbesondere bei unglücklich verlaufenden Schwangerschaften. Schwangerschaftsabbrüche sind gesellschaftlich stigmatisiert, was eine psychische Belastung bedeuten kann, selbst wenn die eigentliche Entscheidung als wenig ambivalent empfunden wird [3]. Gesetzliche Hürden wie die Beratungspflicht und eine vorgeschriebene Wartepflicht erschweren die Situation insbesondere für marginalisierte Personengruppen. Auch die Trauer um frühe Fehlgeburten wird für viele Schwangere durch eine – noch immer bestehende – gesellschaftliche Tabuisierung erschwert [4].

In diesen belasteten Situationen wird es sehr häufig als hilfreich erlebt, wenn selbst entschieden werden kann, auf welche Art die Schwangerschaft zu einem Ende kommt.

Ärzt*innen haben hier die seltene Beratungssituation, dass die unterschiedlichen Methoden der Therapie, die sie anbieten können, medizinisch praktisch gleichwertig sind. Studien zeigen deutlich, dass sowohl die medikamentöse als auch die instrumentelle Beendigung sehr wenige Risiken aufweisen und bei verhaltenen Fehlgeburten auch ein abwartendes Vorgehen sicher ist [5, 6].

Leitlinien empfehlen, dass Patient*innen nach einer ausführlichen Aufklärung die Methode selbst wählen können sollten (▶ **Tab. 1**, ▶ **Tab. 2**).

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 1** Empfehlungen der AWMF-Leitlinie zu Fehlgeburt [5].

Konsensbasierte Empfehlung 3.E22	
Expertenkonsens	**Konsensusstärke + + +**
Die Patientinnen sollen nach ausführlicher Aufklärung über die unterschiedlichen Vorgehensweisen eine informierte Entscheidung über das therapeutische Vorgehen treffen können.	

▶ **Tab. 2** Empfehlungen aus der AWMF-Leitlinie zu Schwangerschaftsabbruch [6].

Konsensbasierte Empfehlung 4.E33	
Expertenkonsens	**Konsensusstärke + + +**
Patientinnen sollten ermutigt werden, ihre informierte Entscheidung zu finden, indem sie ihre Werte, Präferenzen und persönlichen Lebensumstände einbringen und bedenken, was für sie wichtig ist.	

Wie eine gute Aufklärung gelingen kann

Wie aber gelingt eine gute Aufklärung, die Betroffene dazu befähigt, in diesen Situationen das Richtige für sich zu wählen? Grundlage für die Beratung ist zunächst das Wissen um die jeweiligen Methoden und ihre Besonderheiten. Für eine optimale Versorgung braucht es je nach Situation ein interdisziplinäres Netzwerk aus gynäkologischen und pränataldiagnostischen Praxen, ambulanten OP-Zentren, Kliniken, Hebammen, Berater*innen und Psychotherapeut*innen.

Abwartendes Vorgehen

Die Diagnose „Missed Abortion" trifft Schwangere durch die regelhaften gynäkologischen Ultraschalluntersuchungen in den ersten Schwangerschaftswochen meist unvorbereitet im Rahmen einer 2. oder 3. Routineuntersuchung bei der Ultraschalluntersuchung. Während für die Schwangere im Moment der Diagnose das fantasierte Baby stirbt, erlebt die/der Gynäkolog*in eine bekannte Situation, die die Patientin körperlich nicht gefährdet. Es ist wichtig, diese Diskrepanz zu verstehen, um empathisch auf die Schwangere eingehen zu können und gleichzeitig Sicherheit zu vermitteln. Die „Take-home-Message" nach der Diagnosestellung sollte sein: „Es ist sehr traurig, aber es ist nicht gefährlich und Sie können sich Zeit nehmen, um zu überlegen, wie Sie mit der Situation umgehen wollen. Sie haben auch nichts falsch gemacht; das kommt einfach oft vor."

Für die Schwangere ist es notwendig zu wissen, dass die Schwangerschaft medikamentös oder instrumentell beendet, zunächst aber auch abgewartet werden kann, ob die Blutungen und das Ausstoßen der gestörten Schwangerschaft von allein beginnen. Spontanaborte finden größtenteils vor der 12. SSW statt und verlaufen in der Regel komplikationslos. Stärkere Blutungen, die eine Transfusion notwendig machen, kommen in 1–2 % vor. Die Notwendigkeit einer späteren medikamentösen oder instrumentellen Intervention werden mit 10–30 % angegeben. Infektionen sind mit 3 % selten [5]. Erfahrungsgemäß entscheiden sich viele Schwangere, die zunächst abwarten wollen, im Verlauf für eine Beendigung, wenn die Blutungen nach 1–2 Wochen noch nicht eingesetzt haben. Es ist daher für viele hilfreich, in dieser Zeit einen Folgetermin zu vereinbaren, um das weitere Vorgehen zu besprechen, wenn es bis dahin nicht geblutet hat. Aus medizinischer Sicht spricht nichts gegen ein abwartendes Vorgehen von mehreren Wochen. Nach 2 Wochen haben 60 % aller Schwangeren mit „Missed Abortion" geblutet, nach 6 Wochen etwa 75 % [5].

Medikamentöse Methode

Das Prinzip der Beendigung einer intakten oder gestörten Schwangerschaft ist die Blockade der Progesteronrezeptoren und einer nach 24–48 Stunden folgenden Induktion von Kontraktionen. Die Blockade der Progesteronrezeptoren kann mit unterschiedlichen Wirkstoffen erreicht werden. Der dafür in Deutschland zugelassene Wirkstoff ist Mifepriston. Alternativ wird von der WHO Letrozol empfohlen [7]. Auch Ulipristalacetat führt zu einer Progesteronrezeptorblockade [8]. Da der Zugang zu Mifepriston in vielen Ländern reglementiert ist, werden diese beiden Medikamente als Alternative verwendet. In Deutschland unterliegt Mifepriston einem Sondervertriebsweg.

Die Blutungsinduktion erfolgt nach 24–48 Stunden mit einem Prostaglandinderivat. Hier hat sich Misoprostol als Wirkstoff mit dem besten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofil gezeigt und wird daher empfohlen [6]. Prinzipiell kann auch ein anderes Prostaglandin verwendet werden. Bei Misoprostol ist zu beachten, dass die Anwendungsart zu einem unterschiedlich schnellen Wirkungseintritt führt. Bei der vaginalen und buccalen Anwendung geht der Wirkstoff langsam ins Blut über und führt zu weniger Nebenwirkungen. Daher wird diese Anwendungsart zur Blutungsinduktion empfohlen. Die sublinguale oder rektale Anwendung führt zu einem schnellen Wirkungseintritt. Diese Anwendungsart kann bei verstärkten Blutungen zur gewünscht starken Kontraktion des Uterus verwendet werden. Eine orale Einnahme von Misoprostol macht die meisten Nebenwirkungen und sollte daher vermieden werden. ▶ **Tab. 3** gibt einen Überblick über die Dosierungen der Medikamente sowie über eine mögliche Begleitmedikation.

Nebenwirkungen

Die Medikamente zur Progesteronrezeptorblockade führen in der Regel zu wenigen Nebenwirkungen. Selten

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 3** Schwangerschaftsabbruch – medikamentöse Methode: Dosierung der Medikamente und Begleitmedikation [5–8].

Medikament	Empfohlene Dosis	Zulassung in Deutschland
Blockade der Progesteronrezeptoren		
Mifepriston	200 mg oral [5–6]	▪ zum Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag mit 600 mg ▪ ab dem 2. Trimenon für den Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation oder bei Tod des Fötus mit 600 mg ▪ keine Zulassung für die gestörte Schwangerschaft im 1. Trimenon
Letrozol	10 mg oral an 3 aufeinander folgenden Tagen [7]	keine
Ulipristalacetat	60 mg oral [8]	keine
Blutungsinduktion		
Misoprostol	800 µg buccal, vaginal oder sublingual 24–48 Stunden nach Mifepriston/Letrozol/Ulipristalacetat [6, 8]	▪ zum Schwangerschaftsabbruch bis zum 49. Tag, 400 µg oral ▪ keine Zulassung für die gestörte Frühschwangerschaft
Begleitmedikation		
Antiemetika wie Dimenhydrinat, Ondansetron, Metoclopramid	z. B. Dimenhydrinat: 50 mg oral prophylaktisch und 150 mg rektal als Bedarfsmedikation	
Analgetika wie Ibuprofen, Naproxen, Novaminsulfon	z. B. Ibuprofen 800 mg prophylaktisch und als Bedarfsmedikation	
bei Bedarf schwaches Opioid wie Codein, Tramadol	z. B. Codein/Paracetamol 30/500 mg oral oder 60/1000 mg rektal	

geben Patient*innen Übelkeit und Kreislaufprobleme an. Es muss darüber aufgeklärt werden, dass es nach diesen Medikamenten auch schon vor Anwendung von Misoprostol zu Blutungen kommen kann. Dabei gilt: Eine unterregelstarke Blutung kann ignoriert werden und das Misoprostol wird wie geplant angewendet. Bei regelstarken Blutungen *kann* mit Misoprostol begonnen, bei überregelstarken Blutungen *sollte* mit Misoprostol begonnen werden, auch vor Ablauf der empfohlenen 24–48 Stunden.

Misoprostol macht in der empfohlenen Dosis von 800 Mikrogramm sehr häufig Nebenwirkungen. Es kann zu Übelkeit und Erbrechen führen. Viele Patient*innen erleben Schwindel, Kopfschmerzen und Schüttelfrost. Daher wird unbedingt eine ausreichende antiemetische und analgetische Begleitmedikation empfohlen [6]. Die Kontraktionsschmerzen bei der Blutung werden sehr unterschiedlich empfunden. Es sollte eine ausreichende analgetische Bedarfsmedikation zur Verfügung stehen. Zusätzlich zu NSAR sollte als nächste Stufe ein schwaches Opioid wie Codein oder Tramadol bereitgestellt werden.

Wie bei einer Geburt kommt es auch hier in der retrospektiven Bewertung nicht allein auf die Schmerzstärke an, sondern auch auf die erlebte Unterstützung und die eigenen Möglichkeiten der Schmerzbewältigung (▶ **Abb. 1**). Bei der Beratung sollten mögliche Schmerzen und Nebenwirkungen der Medikamente ehrlich kommuniziert werden. Es sollte weder bagatellisiert noch übertrieben werden. Wichtig ist die gemeinsame Überlegung, welche Person die Patient*in begleiten kann und wer Kinder versorgt, die betreut werden müssen. Ein Partner kann sich beispielsweise nicht gleichzeitig um ein 2-jähriges Kind kümmern und die Schwangere bei der Blutung sowie möglichen Schmerzen optimal unterstützen. Hier kann eine Hebammenbetreuung hilfreich sein.

Aus ärztlicher Perspektive wäre es sehr wünschenswert, auf ein Netzwerk von Hebammen zurückgreifen zu können, die zeitnah eine Blutungsinduktion zuhause begleiten.

Setting der medikamentösen Beendigung

Prinzipiell kann die Beendigung einer Schwangerschaft mit Mifepriston und Misoprostol über den gesamten Verlauf der Schwangerschaft erfolgen. Bei ungewollten oder gestörten Frühschwangerschaften ist bis zur 9./10. SSW die Beendigung im häuslichen Setting in Begleitung einer vertrauten Person und mit ausreichender Bedarfsmedikation in den meisten Fällen gut tolerabel. Die WHO bewertet die Blutungsinduktion sogar bis zur 12. SSW im häuslichen Setting ohne medizinisches Personal als sicher [7]. Mit

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.

Hebammenbegleitung ist die medikamentöse Methode auch in höheren Schwangerschaftswochen zuhause denkbar. In Deutschland wird eine medikamentöse Beendigung nach der 12. SSW aber praktisch nur im stationären Setting durchgeführt. In vielen Kliniken gehört nach Geburt des Fötus dabei eine Abrasio zur Routine. Dies ist allerdings nur dann notwendig, wenn nach Geburt der Plazenta überregelstarke Blutungen auftreten, was in weniger als 15 % der Fall ist [9].

Instrumentelle Methode

Bis zur 12./13.SSW kann eine Frühschwangerschaft instrumentell unproblematisch durch eine Vakuumaspiration beendet werden. Zur Schonung der Zervix sollte immer eine medikamentöse Vorbereitung mit Misoprostol oder bei höheren Schwangerschaftswochen und Erstgravidae mit Mifepriston/Misoprostol erfolgen [5, 6]. Der Eingriff sollte unter sonografischer Kontrolle durchgeführt werden und dauert wenige Minuten.

Vakuumaspiration

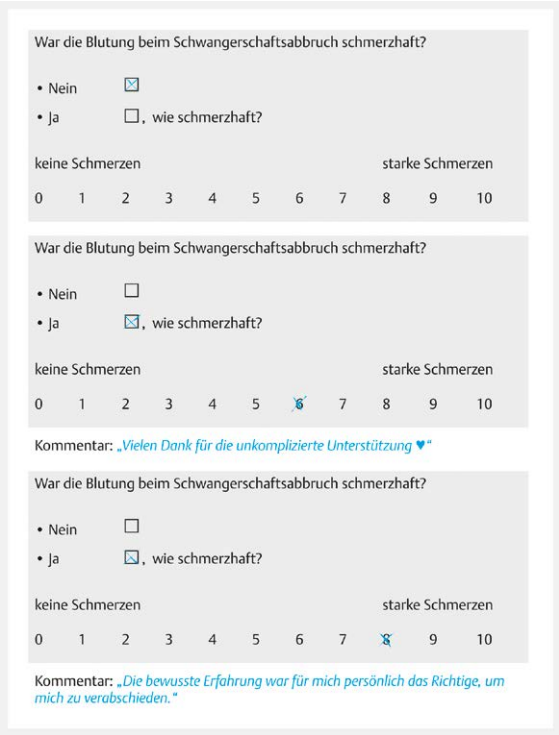
In Deutschland werden Vakuumaspirationen fast immer in Allgemeinanästhesie durchgeführt, nur wenige Einrichtungen bieten den Eingriff in Lokalanästhesie an. Dies hat weniger medizinische als vielmehr logistische und finanzielle Gründe. Die meisten instrumentellen Eingriffe werden in ambulanten Zentren durchgeführt, die von Anästhesisten geleitet werden, was die Abrechnung von Lokalanästhesien erschwert. Bei einer Lokalanästhesie kann zwar eine gute Analgesie bei der Dilatation der Zervix erreicht werden, die anschließende Vakuumaspiration wird häufig trotzdem als schmerzhaft empfunden. Mit einer Allgemeinanästhesie ist die instrumentelle Beendigung schmerzfrei. Nach dem Eingriff kommt es in der Regel zu 5–10 Tagen unterregelstarken Blutungen und leichteren Kontraktionsschmerzen. Infektionen sind sehr selten [6].

Je nach Ausstattung des OP-Zentrums ist eine Vakuumaspiration auch noch in späteren Schwangerschaftswochen möglich, allerdings braucht es dafür spezielle Schlauchsysteme. Ab der 14. SSW wird es bei einer instrumentellen Beendigung in den meisten Fällen notwendig, den Fötus mit einer Fasszange zu entfernen. Diese sogenannte „D&E“ (dilatation and evacuation) lernen in Deutschland nur sehr wenige Gynäkolog*innen in ihrer Ausbildung. In der Befragung im Rahmen der ELSA-Studie gaben sogar nur 54 % der befragten Ärzt*innen an, in ihrer Ausbildung Schwangerschaftsabbrüche zwischen der 12. und 14. SSW gelernt zu haben [3].

Spätes 1. Trimenon/2. Trimenon

Fast 97 % aller Schwangerschaftsabbrüche finden vor der 14. SSW statt, 80 % davon vor der 10. SSW [2]. Auch die meisten (verhaltenen) Fehlgeburten passieren vor der 12.

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.



▶**Abb. 1** Unterschiedliche Angaben zur Schmerzstärke auf einer Skala von 0 bis 10 und zur Beurteilung der Schmerzen.

SSW [5]. Beendigungen im späten 1. Trimenon und 2. Trimenon gehören zu den selteneren Situationen, sind aber in der Betreuung besonders herausfordernd. Manchmal liegt eine besonders schwierige soziale Situation vor, zum Beispiel wurde die Schwangerschaft erst spät bemerkt und deshalb fiel der Entschluss für einen Abbruch entsprechend spät. In den meisten Fällen ist aber aus einer gewünschten Schwangerschaft eine unglücklich verlaufende geworden. Meistens liegt eine fötale Fehlbildung vor, die in der frühen Feindiagnostik festgestellt wurde und wegen der die Schwangerschaft mit einer medizinischen Indikation beendet wird, oder der Fötus ist gestorben. Besonders in diesen Fällen sollte die Schwangere/das Paar interdisziplinär betreut und gut beraten werden, welche Methode für den Trauerprozess am wenigsten belastend ist.

Die Möglichkeit, die Methode und Begleitung wählen zu können, wird von vielen Schwangeren als hilfreich bei der Bewältigung beschrieben. Für manche Schwangere ist es wichtig, den Fötus zu gebären und zu sehen, andere möchten von der Beendigung möglichst wenig mitbekommen und keine Schmerzen haben. Studien zeigen, dass Frauen eher die operative Methode wählen, wenn ihnen beide Methoden angeboten werden [10–12]. Welche Aspekte individuell besonders wichtig sind, kann nur in mehreren professionellen Gesprächen geklärt werden. Es sollte sowohl der medizinische Ablauf der beiden Methoden ausführlich erklärt als auch besprochen werden, ob der Fötus individuell bestattet oder medizinisch fachgerecht entsorgt werden soll.

In den Bundesländern gelten verschiedene Bestattungsgesetze. In den meisten Bundesländern können bei Föten unter 500 g die Betroffenen entscheiden, wie mit dem Fötus umgegangen werden soll. Es sollte ehrlich besprochen werden, dass der Fötus nach der instrumentellen Beendigung nicht mehr intakt ist. Ab etwa der 15. SSW können aber beispielsweise Fußabdrücke angefertigt werden, die einige Paare für die Trauerarbeit als hilfreich empfinden.

Interdisziplinäre Begleitung in herausfordernden Situationen

Die Betreuung von Schwangeren und Paaren mit ungeplanten, ungewollten, gestörten und unglücklich verlaufenden Schwangerschaften kann herausfordernd sein. Nicht immer, aber häufig wirft eine ungeplante Schwangerschaft existentielle Fragen auf: über die Beziehung, eine mögliche Elternschaft, Lebenswünsche und Pläne. Manchmal besteht der Wunsch nach einer Schwangerschaft, aber es gibt Konflikte in der Beziehung, oder die finanzielle Situation ist problematisch [3]. Die ärztliche Aufgabe besteht hier insbesondere im eindeutigen Vermitteln davon, bis zu welchem Zeitpunkt welche Methode wie ablaufen würde und in welchem Setting sie möglich wäre.

Erfahrungsgemäß ist es bei bestehender Ambivalenz hilfreich, der Schwangeren zunächst Zeitdruck zu nehmen, wenn es die Dauer der Schwangerschaft zulässt. In Deutschland kann aus rechtlicher Sicht eine ungewollte Schwangerschaft bis zum Ablauf der 14. SSW p.m. nach der Beratungsregelung abgebrochen werden. Hierbei muss mindestens 3 Tage vor Beendigung ein Termin in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle erfolgt sein.

Die Komplikationsrate eines instrumentellen Abbruchs ist bis zum Ende der Frist unwesentlich höher als bei einer sehr frühen Schwangerschaft. Es gilt für die Verarbeitung in der Regel nicht unbedingt: „Je früher desto einfacher", sondern eher: „Möglichst ausreichend Zeit – so viel wie notwendig, um eine gute Entscheidung für sich treffen zu können". Auch bei bereits erfolgter Pflichtberatung können in den Beratungsstellen zusätzliche Gespräche allein oder als Paar vereinbart werden. Die Schwangere sollte nach der Beratung so viel Zeit wie nötig bekommen, um eine für sie gute Entscheidung treffen zu können.

Eine gewünschte Frühschwangerschaft, die plötzlich mit der Diagnose einer negativen Herzaktion endet, ist für sehr viele Paare eine Schocksituation. Auch hier gilt: Es gibt erstmal keinen Zeitdruck, und es kann die Möglichkeit einer erneuten Untersuchung (evtl. auch mit Partner*in) und einer psychologischen Beratung angeboten werden, nachdem die medizinischen Möglichkeiten erklärt worden sind.

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.

Insbesondere der längere Prozess bei diagnostizierten fötalen Fehlbildungen stellt Menschen vor große Entscheidungsherausforderungen. Hierbei sind immer pränataldiagnostische Praxen involviert. Bei der Ausstellung einer medizinischen Indikation zum Abbruch der Schwangerschaft muss über eine psychosoziale Beratung aufgeklärt werden, die im Gegensatz zur Beratungsregelung für die Schwangere aber ein Angebot und keine Pflicht ist. Gerade bei fötalen Diagnosen ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit entscheidend, um eine gute Begleitung des Paares/der Schwangeren zu gewährleisten und einen selbstbestimmten Verlauf zu ermöglichen.

In allen diesen Situationen benötigen die Betroffenen mehr Gesprächszeit als eine gynäkologische Sprechstunde eigentlich leisten kann. Aus ärztlicher Perspektive bedarf es daher unbedingt eines interdisziplinären Netzwerks.

Telemedizinische Begleitung

Mit der 1. Zulassung von Mifepriston/Misoprostol in Frankreich und China steht seit 1999 eine medikamentöse Methode zur Schwangerschaftsbeendigung zur Verfügung, die auch im illegalisierten Kontext ohne direkte Begleitung von medizinischem Personal eine sichere Methode darstellt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich seit Anfang des Jahrtausends diverse Projekte entwickelt haben, welche die Medikamente insbesondere in Länder verschicken, in denen strenge Abtreibungsgesetze den Zugang erschweren. „Women on web“ ist das bekannteste Projekt –, es wurden mehrere internationale Studien dazu veröffentlicht [13]. Gleichzeitig wurden in vielen Ländern Projekte entwickelt, die innerhalb der gesetzlichen Regelungen auf unterschiedliche Weise versuchen, den Zugang zu Mifepriston/Misoprostol für Personen zu ermöglichen, die weite Anfahrtswege zu Einrichtungen haben.

Schon 2006 wurde beispielsweise von „Planned Parenthood“ in Iowa (USA) eines der ersten dieser Projekte entwickelt. In Iowa war damals wie in Deutschland die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nur Ärzt*innen erlaubt. Da in Iowa zwar flächendeckende Familienplanungseinrichtungen vorhanden, aber nur in wenigen davon Ärzt*innen vor Ort waren, wurde ein System entwickelt, bei dem erst nach einem Videogespräch zwischen Ärzt*in und Schwangerer eine Schublade geöffnet werden konnte, in der die Berater*in vor Ort die Medikamente entnehmen konnte [14].

Die Covid-19-Pandemie war in vielen Ländern der Auslöser für telemedizinische Projekte im legalen Sektor. Auch in Deutschland konnte mit „Schwangerschaftsabbruch zuhause“ ein Modellprojekt etabliert werden, bei dem die benötigten Medikamente nach einem ärztlichen Videogespräch verschickt werden. Eine erste Datenauswertung erfolgte 2022 und zeigte wenig überraschend, dass das Angebot vor allem von Schwangeren aus Regionen angenommen wird, in denen es wenig Einrichtungen gibt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Die Zufriedenheit der begleiteten Frauen ist hoch [15].

APP ALLI

So sicher die medikamentöse Beendigung einer Frühschwangerschaft im häuslichen Setting auch ist, häufig sind die Betroffenen durch den individuell unterschiedlichen Verlauf verunsichert. Auch nach einer guten Aufklärung durch Ärzt*in, Hebamme oder Doula können im Verlauf Fragen und Unsicherheiten auftauchen. Hier soll die App „Alli“ unterstützen, die sowohl für die Situation einer ungewollten als auch einer gestörten Frühschwangerschaft konzipiert ist. Neben einer ausführlichen FAQ-Liste gibt es eine Art „Tagebuch“, in dem Maßnahmen zur Vorbereitung und zum Umgehen mit Schmerzen und Nebenwirkungen beschrieben werden [16].

Fazit

Ungewollte und unglücklich verlaufende Schwangerschaften kommen häufig vor. Sie sind Teil vieler Biografien und des Alltags von Fachgruppen, die Schwangere betreuen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, intakte oder gestörte Schwangerschaften zu beenden. Sowohl die medikamentöse als auch die instrumentelle Methode sind sichere und risikoarme Interventionen. Damit Schwangere gut für sich entscheiden können, welche Methode für sie weniger belastend ist, ob sie von einer Ärztin operiert, von einer Hebamme oder vertrauten Person zuhause begleitet werden möchten, ob sie eine App hilfreich finden oder mehrere psychologische Gespräche brauchen: Für eine optimale Begleitung sollte ein interdisziplinäres Netzwerk zur Verfügung stehen.

Autorin

Dr. med. Jana Maeffert
ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie arbeitet in der Gemeinschaftspraxis Gyn-Praxis Nova in Berlin. Ihr Schwerpunktthema ist reproduktive Gesundheit. Sie ist Vorstandsmitglied der DGPFG (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe) und bei Doctors for Choice Germany e.V.

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jana Maeffert
Gyn-Praxis Nova Berlin
Schönhauser Allee 81
10439 Berlin
Deutschland
jana.maeffert@praxisnova-berlin.de

Literatur

[1] Helfferich C, Klindworth H, Heine Y et al. frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung; 2016

[2] Statistisches Bundesamt. Schwangerschaftsabbrüche 2024. destatis 2025. Zugriff am 24.03.2025 unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html

[3] Forschungsverbund ELSA. ELSA-Factsheet, Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. Forschungsverbund ELSA. 2024. Zugriff am 24.03.2025 unter: http://docs.dpaq.de/19810-fact_sheets_gesamt_april_2024.pdf

[4] Funk M. Tabuthema Fehlgeburt, ein Ratgeber. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag; 2019

[5] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. S2k-Leitlinie Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon.Version 1.2, 01.09.2024. AWMF Register Nr.015/076 Berlin: AWMF Online; 2024. Zugriff am 24.03.2025 unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-076

[6] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon.Version 1.0, 26.01.2023. AWMF Register Nr. 015/094 Berlin: AWMF Online; 2023. Zugriff am 24.03.2025 unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-094

[7] WHO. Abortion care guideline. WHO 2022. Zugriff am 24.03.2025 unter: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

[8] Winikoff B, Bousiéguez M, Salmerón J et al. A Proof-of-Concept Study of Ulipristal Acetate for Early Medication Abortion. NEJM Evid 2025; 4: EVIDoa2400209. DOI: 10.1056/EVIDoa2400209

[9] Zugriff am 24.03.2025 unter: https://www.rcog.org.uk/media/k4df0zqp/post-abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf

[10] Kelly T. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. BJOG 2010; 117: 1512–1520. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02712.x

[11] Kerns JL, Light A, Dalton V et al. Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. Patient Educ Couns 2018; 101: 1859–1864. DOI: 10.1016/j.pec.2018.06.012

[12] Kerns J, Vanjani R, Freedman L et al. Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. Int J Gynaecol Obstet 2012; 116: 244–248. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.10.016

[13] Women on web. Women on web Research. Zugriff am 24.03.2025 unter: https://www.womenonweb.org/en/page/6880/research

[14] Grossman D. Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. Obstet Gynecol 2011; 118: 296–303. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31822 4d110

[15] Maeffert J, Kühn L. Der telemedizinisch begleitete medikamentöse Schwangerschaftsabbruch. gynäkologische praxis 2023; 51: 478–487

[16] Doctors for Choice Germany e.V. App “Alli”. Zugriff am: 24.03.2025 unter: https://alli-app.com

Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 208–214
DOI 10.1055/a-2607-2994
ISSN 0932-8122
© 2025. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Heruntergeladen von: Thieme Publishing. Urheberrechtlich geschützt.