

Kentenich H., Vetter K., Diedrich K., Hepp, H. (Version 20.01.10)

Änderungen der Statistik über Schwangerschaftsabbrüche

Nach Kritik von einigen ärztlichen Fachgesellschaften über die ungenügende Beratung der schwangeren Frau, die einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer medizinischen Indikation wünscht, wurde im Jahre 2009 eine Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes parteiübergreifend im Bundestag beschlossen.

Über die Änderungen und die Beratungsanforderungen für Ärztinnen und Ärzte wurde bereits berichtet [Kentenich H, Vetter K, Diedrich K (2009). Was ändert sich beim Abbruch aus med. Indikation? Frauenarzt 50, 936-944].

Von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie von der Bundesärztekammer war bemängelt worden, dass im Rahmen der Gesetzesänderung keine Anpassung der statistischen Erfassung beschlossen wurde. Die Mängel bestehen insbesondere darin, dass die Diagnosen, die im Konfliktfalle zum Schwangerschaftsabbruch führen, nicht erfasst werden, dass in der Praxis unklare Angaben zur Dauer der Schwangerschaft gegeben werden und dass einige Methoden des Schwangerschaftsabbruchs (Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften sowie Fetozid bei potentieller Lebensfähigkeit des Ungeborenen) nicht erfasst werden. Dadurch musste man davon ausgehen, dass die erhobene Schwangerschaftsstatistik inkomplett und zum Teil falsch ist.

Zudem wurde bisher eine nicht mehr zeitgemäße Unterteilung in abdominale und vaginale Hysterotomie und abdominale und vaginale Hysterektomie vorgenommen, wobei diese Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs (Hysterotomie und Hysterektomie) äußerst selten durchgeführt werden, da die medikamentösen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs mit Mifepriston und/oder Prostaglandinen / Prostaglandin-Analoga sehr wirksam sind und öfter angewandt werden.

Nachdem eine gesetzliche Änderung zur Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche parteiübergreifend nicht umgesetzt werden konnte, konnte nunmehr über weitere Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Bundesärztekammer mit aktiver Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erreicht werden, dass das Formular für die Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche verändert wurde.

Das **statistische Bundesamt** hat bereits im Dezember 2009 die Ärztinnen und Ärzte und die Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, über die Veränderungen informiert.

Daher soll an dieser Stelle auf die **wesentlichen Änderungen** aufmerksam gemacht werden.

Dauer der Schwangerschaft

Ein wesentlicher Fehler bestand in der Vergangenheit darin, dass die Dauer der Schwangerschaft oft nicht eindeutig angegeben wurde (z. B. 6 abgeschlossene Schwangerschaftswochen oder 7. Schwangerschaftswoche). Zudem wurde nicht deutlich genug darauf hingewiesen, dass die Zählweise sich auf die Dauer der Schwangerschaft **post conceptionem** bezieht.

Daher hält die jetzige **Ausfüllanleitung** des Statistischen Bundesamtes folgendes fest:

7 Dauer der Schwangerschaft

Die Dauer der Schwangerschaft ist **post conceptionem in vollendeten Wochen** (ohne Dezimale) zu berechnen und anzugeben und zwar, wenn dies durch Anamnese und klinischen Befund mit hinreichender Sicherheit nicht möglich ist, auf der Basis der Ultraschallmethode.

Beispiel: Als Dauer der Schwangerschaft wird 7 Wochen plus 4 Tage berechnet; dann sind im Erhebungsbogen 7 Wochen einzutragen.

Die Angabe der Schwangerschaftsdauer **post menstruationem** ist unzulässig.

Es sei also nochmals darauf hingewiesen, dass die zeitlichen Angaben im Mutterpass und beim Schwangerschaftsabbruch differieren. Die Angaben im Mutterpass beziehen sich auf die Zählweise post menstruationem und diejenige beim Schwangerschaftsabbruch auf post conceptionem in vollendeten Wochen.

Art des Eingriffs / Schwangerschaftsabbruchmethoden

Im Erfassungsbogen werden nunmehr folgende Arten des Eingriffs aufgeführt:

Art des Eingriffs:

Curettage

Vakuumaspiration

Hysterotomie

Hysterektomie

Mifegyne®/Wirkstoff Mifepriston

Medikamentös/sonstige Arzneimittel

Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften

Fetozid bei sonstigen Fällen

Bei der Erfassung der Art des Eingriffs werden die abdominale und vaginale Hysterotomie zur Hysterotomie zusammengeführt. Außerdem werden abdominale und vaginale Hysterektomie zur Hysterektomie zusammengeführt, da der Weg der Operation (abdominal oder vaginal) sekundär ist.

Zudem werden neu eingeführt:

- **Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften**

Dieses erscheint sinnvoll, weil im Rahmen der Reproduktionsmedizin, aber insbesondere bei unkontrollierter Stimulation (höhergradige) Mehrlingsschwangerschaften entstehen können. In dieser Konfliktsituation (auch bei spontan eingetretenen Mehrlingsschwangerschaften) kann es Gründe geben, diese Mehrlingsschwangerschaften auf eine Zwillingschwangerschaft oder Einlingsschwangerschaft „zu reduzieren“.

- **Fetozid bei sonstigen Fällen**

Mitunter stellt sich die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch erst an der Grenze zur potentiellen Lebensfähigkeit des Kindes. Wenn z. B. eine Schwangerschaft abgebrochen wird bei 20 Wochen post conceptionem (22 Wochen post menstruationem) so befindet sich die Schwangerschaft an der Grenze

zur Lebensfähigkeit des Kindes. Eine dann mögliche (frühe) Frühgeburt kann zu zusätzlichen Belastungen und deutlichen Schäden bei den geborenen Kindern führen, falls diese nicht im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs versterben. Um dies zu vermeiden und um die psychische Belastung für die Frau zu mindern, kann sich die Methode des Fetozids anbieten, wobei eine Kaliumchloridlösung in das Herz oder in die Nabelschnur des Kindes injiziert wird. Dadurch kommt es in der Regel zum „Sekunden-Herztod“, bei dem man davon ausgeht, dass dieser möglicherweise weniger belastend für das Ungeborene ist als ein möglicher langsamer Tod im Zusammenhang mit dem Ausstoßen der Leibesfrucht. Insofern ist die Rubrik „Fetozid bei sonstigen Fällen“ sinnvoll.

- **Mifegyne®/Wirkstoff Mifepriston**

Nach der Änderung der Zulassung zum Wirkstoff Mifepriston (Mifegyne®) kann der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch bis zu 6+6 SSW post conceptionem durchgeführt werden.

- **Medikamentös (Prostaglandine, Prostaglandin-Analoga, Mifepriston)**

Mittlerweile ist der Einsatz von Prostaglandinen sowie Prostaglandin-Analoga beim Schwangerschaftsabbruch häufig. Diese Medikamente können auch mit dem Medikament Mifegyne® (Wirkstoff Mifepriston) kombiniert werden, um Schwangerschaften nach 6+6 SSW p.c. zu beenden, z.B. Misoprostol.

- **Ethacridinlactat (Rivanol®)**

In seltenen Fällen wird das Arzneimittel Rivanol® über die Cervix eingeführt. Dieses wäre unter medikamentös/sonstige Arzneimittel zu erfassen.

Zusammenfassend wird daher vom **Statistischen Bundesamt** festgehalten

8 Art des Eingriffs

Werden mehrere Arten des Eingriffs (Schwangerschaftsabbruchmethoden) angewandt, ist diejenige anzukreuzen, die den Schwangerschaftsabbruch bewirkt hat. Wird z. B. eine Curettage nach einem medikamentösen Abbruch durchgeführt, ist nur die medikamentöse Methode anzugeben. Im Falle eines Embryozids oder Fetozids wäre dieses die Methode des Schwangerschaftsabbruchs, auch wenn das Ausstoßen des Fötus medikamentös bewirkt wird. Unter der Spalte „Mifegyne®/Wirkstoff Mifepriston“ ist der Schwangerschaftsabbruch entsprechend der Zulassung bis 6+6 SSW p.c. anzugeben.

Unter der Spalte „Medikamentös/sonstige Arzneimittel“ wären die Wirkstoffe Prostaglandine oder Prostaglandin-Analoga mit oder ohne Mifepriston nach 6+6 SSW p.c. zu verstehen.

Die Installation des Arzneimittels Ethacridin (Rivanol®) über die Cervix wäre ebenfalls unter „sonstige Arzneimittel“ einzuordnen.

Bei diesen vorgenommenen Veränderungen ist nunmehr davon auszugehen, dass die statistische Erfassung (insbesondere bei medizinischer Indikation) korrekter als bisher durchgeführt wird.

Als **Kritik** bleibt aber weiterhin bestehen, dass die Gründe, die zum Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation führen, nicht erfasst werden. Von ärztlicher und politischer Seite war auch in der Vergangenheit diskutiert worden, dass es sinnvoll ist, Angaben darüber zu haben, ob bestimmte

genetische Befunde (Trisomie 21) oder auffällige Befunde (Spina bifida) bei entsprechender Konfliktlage der Frau zum Schwangerschaftsabbruch führen. Auch gibt es keine Anhaltspunkte dafür, wie häufig eine „medizinisch-psychiatrische Indikation“ besteht, wenn also der Frau aus Gründen einer schwerwiegenden psychischen/psychiatrischen Erkrankung es nicht möglich erscheint, ein Kind (evtl. auch ein gesundes Kind) auszutragen. [Für eine solche Änderung gab es leider keine Mehrheit im Bundestag.](#)

Insgesamt sind aber die nunmehr vorliegenden Änderungen positiv zu bewerten, da der langjährigen Forderung der Ärzteschaft, die statistische Erfassung der Schwangerschaftsabbrüche korrekt zu gestalten, zumindest partiell nachgekommen wurde.