



Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

VS

Curettage



Der operative Schwangerschaftsabbruch

- 1. Feststellung der SS durch die Patientin**
- 2. Aufsuchen des Frauenarztes**
 - Feststellung der SSW, Beratung zu den Möglichkeiten bei gewünschtem Abbruch, Fristenregelungen und Aufsuchen einer Beratungsstelle, ggf. BE zur BG-Bestimmung, Chlamydienausschluss**
- 3. Untersuchung und Aufklärungsgespräch in der durchführenden medizinischen Einrichtung oder der eigenen Praxis mit Terminvereinbarung**



Ambulanter Eingriff

So schonend wie möglich:

- Vakuum-Absaugung mit kleinstmöglichen Saugröhrchen
- bei Nullipara cervixpriming mit Misoprostol 400 mg 6 Stunden vor Eingriff (off label use)

Dauer des Eingriffes ca. 15 Minuten

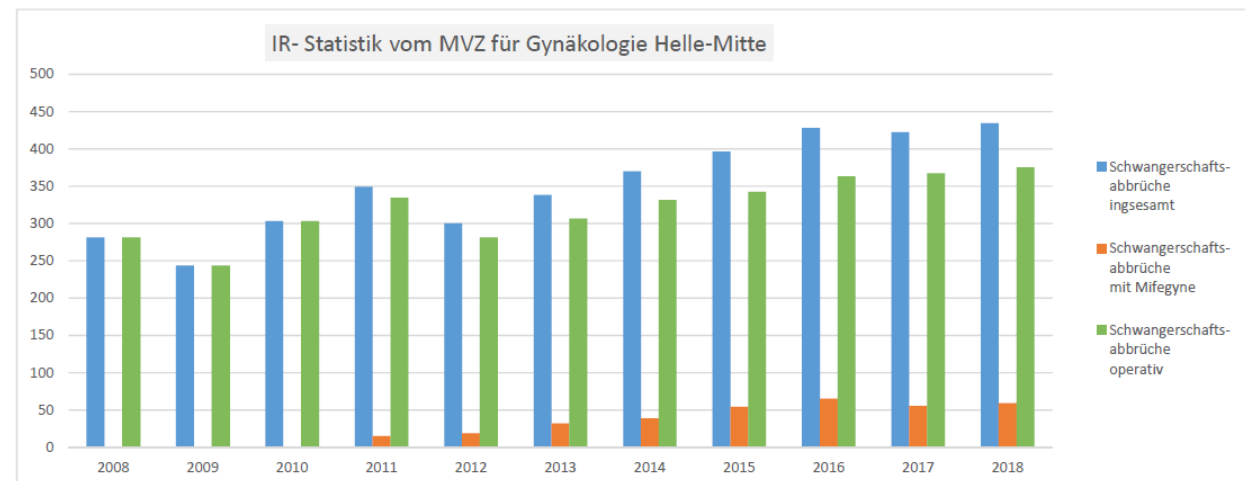
Technische Ausstattung:

- Operationsraum mit entsprechendem Instrumentarium inkl. Ultraschallgerät
- Narkoseeinheit, Medikamente
- ärztliches und pflegerisch geschultes Personal, inklusive Anästhesistin
- Aufwachraum
- Postoperatives monitoring über zwei Stunden



Zahlen der eigenen Statistik 2008 - 2018

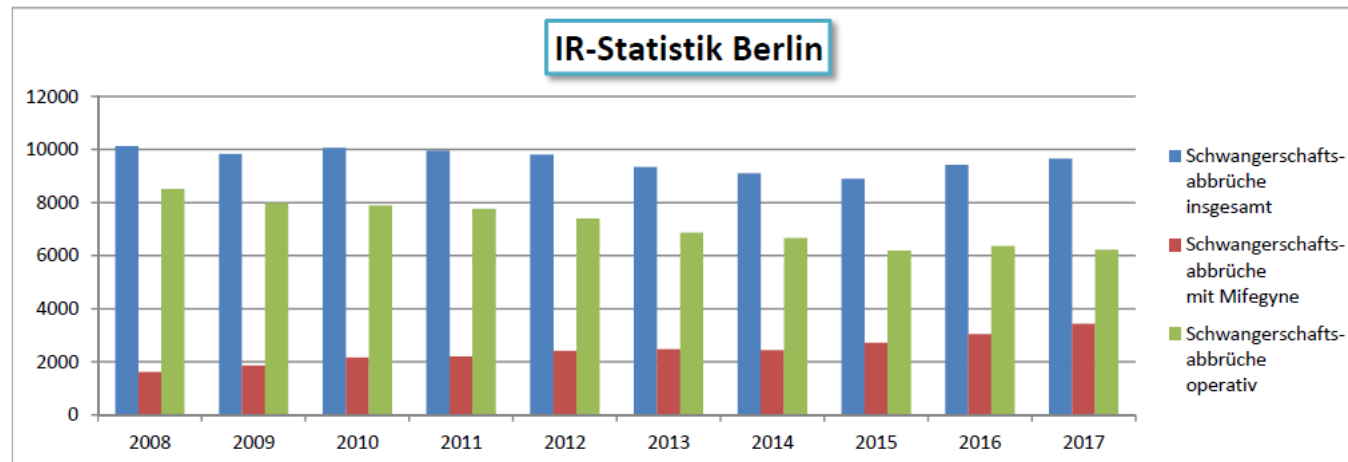
Jahr	Operationen insgesamt	Schwangerschafts-abbrüche operativ	entspricht in Prozent	Schwangerschafts-abbrüche insgesamt	Schwangerschafts-abbrüche mit Mifegyne	entspricht in Prozent
2008	1280	281	22,0	281	0	0
2009	1243	243	19,6	243	0	0
2010	1301	303	23,3	303	0	0
2011	1393	334	24,0	349	15	4,3
2012	1446	281	19,4	300	19	6,3
2013	1532	306	20,0	338	32	9,5
2014	1503	331	22,0	370	39	10,5
2015	1492	342	22,9	396	54	13,6
2016	1463	363	24,8	428	65	15,2
2017	1423	367	25,8	422	55	13,0
2018	1513	375	24,8	434	59	13,6
Gesamt:	15589	3526	22,6	3864	338	8,7





Schwangerschaftsabbrüche Berlin 2008 - 2017

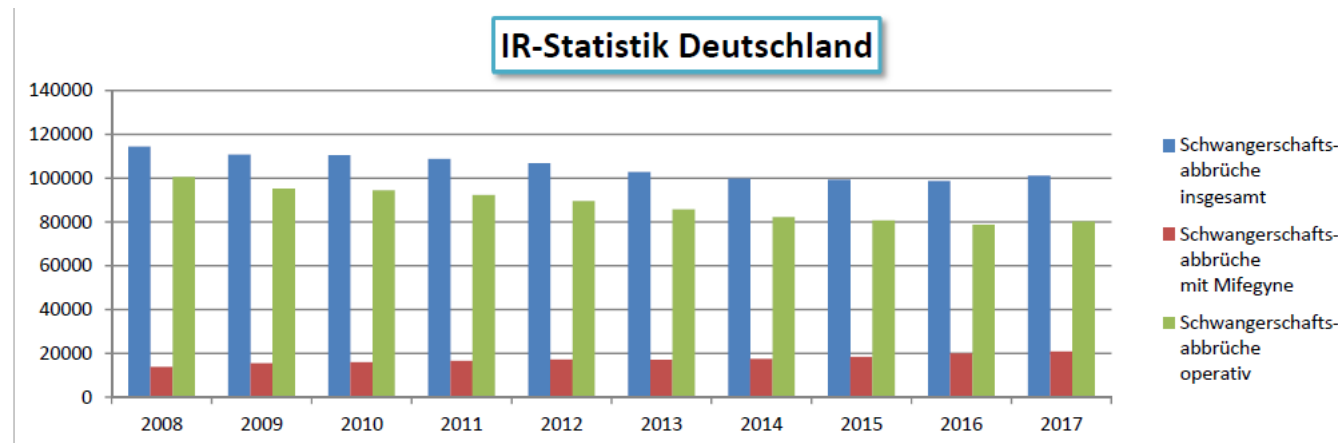
Jahr	Schwangerschafts- abbrüche insgesamt	Schwangerschafts- abbrüche mit Mifegyne	entspricht in Prozent	Schwangerschafts- abbrüche operativ	entspricht in Prozent
2008	10117	1613	15,9	8504	84,1
2009	9826	1857	18,9	7969	81,1
2010	10052	2161	21,5	7891	78,5
2011	9961	2206	22,1	7755	77,9
2012	9805	2409	24,6	7396	75,4
2013	9344	2476	26,5	6868	73,5
2014	9102	2436	26,8	6666	73,2
2015	8898	2713	30,5	6185	69,5
2016	9412	3049	32,4	6363	67,6
2017	9649	3430	35,5	6219	64,5





Schwangerschaftsabbrüche Deutschland 2008 - 2017

	Schwangerschafts- abbrüche insgesamt	Schwangerschafts- abbrüche mit Mifegyne	entspricht in Prozent	Schwangerschafts- abbrüche operativ	entspricht in Prozent
2008	114484	13917	12,20	100567	87,80
2009	110694	15493	14,00	95201	86,00
2010	110431	16074	14,60	94357	85,40
2011	108867	16599	15,20	92268	84,80
2012	106815	17252	16,20	89563	83,80
2013	102802	17042	16,60	85760	83,40
2014	99715	17541	17,60	82174	82,40
2015	99237	18502	18,60	80735	81,40
2016	98721	19978	20,20	78743	79,80
2017	101209	20904	20,70	80305	79,30

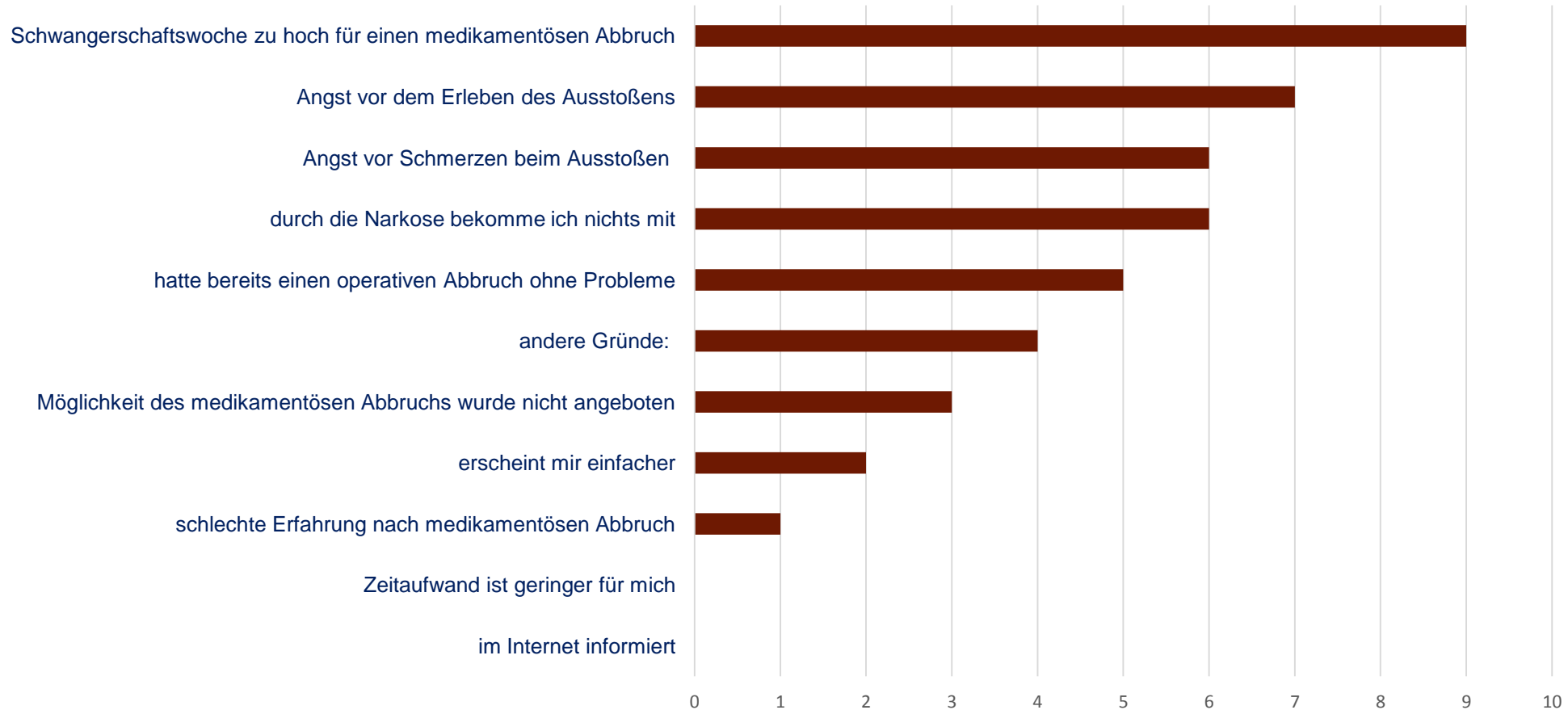




Umfrage an eigenen Patientinnen in einem Beobachtungszeitraum von 4 Wochen

Auswertung Fragebogen

Warum haben Sie sich für den operativen Schwangerschaftsabbruch entschieden?



andere Gründe:

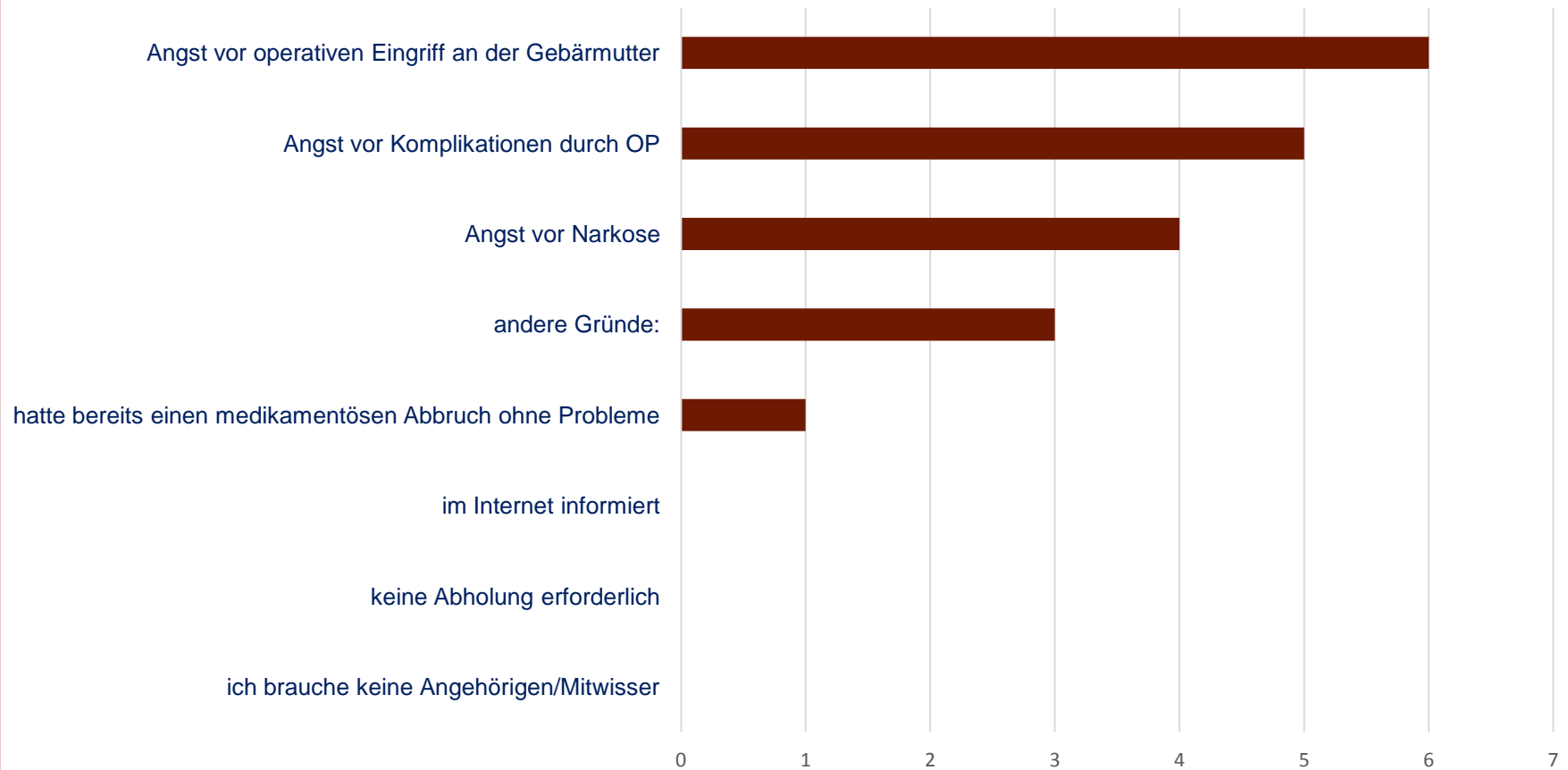
- 1 Spirale liegt noch
- 2 Z. n. Kaiserschnitt
- 1 hat schon 4 Kinder



Umfrage an eigenen Patientinnen in einem Beobachtungszeitraum von 4 Wochen

Auswertung Fragebogen

Warum für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden?



andere Gründe:

- 1 hat Arzt vorgeschlagen
- 1 frühe Schwangerschaftswoche
- 1 wegen 1. Kind, Operationsfolgen



Komplikationen in unserer Tagesklinik im Jahr 2018 bei insgesamt 434 Patientinnen:

59 **medikamentöse** Abbrüche,

6x Curettagen

2x frustraner Abbruch mit pers. SS

keine Infektion

Gesamt = 13,5 %

375 **operative** Abbrüche,

6x RE-Curettagen

1x Infektion

keine Perforation mit Folgeoperation

Gesamt = 1,8 %



Komplikationsrisiko nach instrumentellem Schwangerschaftsabbruch

Sind selten !

Mögliche intraoperative Risiken:

Uterusperforation, starker Blutverlust, Narkoserisiken (Kreislaufbelastung, allergische Reaktionen)

Mögliche Spätfolgen:

Infektionen (antibiotisch behandelbar), Residua

Eine spätere Unfruchtbarkeit ist nicht auszuschließen, aber sehr selten.

Ashermansyndrom selten, mögliche Folge eines jeden instrumentellen Eingriffes im Uterus.



Studie 1: Medical Compared with Surgical Abortion for Effective Pregnancy Termination in the First Trimester

Table 3. Complications in Women Undergoing Abortion at 9 Weeks of Gestation or Less

Outcome	Rate/1,000 Pregnancies (95% Confidence Bounds)			Unadjusted OR (95% CI)	P
	Total	Medical Abortion	Surgical Abortion	Medical or Surgical Abortion	
n	30,146	13,221	16,925		
Ongoing pregnancy	2.6 (2.1–3.3)	3.9 (2.9–5.2)	1.6 (1.1–2.3)	4.0 (3.1–5.1)	<.001
Unanticipated aspiration	12.7 (11.4–14.0)	21.5 (19.0–24.1)	5.8 (4.7–7.1)	1.6 (1.1–2.3)	<.001
Persistent pain, bleeding, or both	10.2 (9.1–11.4)	17.6 (15.4–20.0)	4.5 (3.5–5.6)	5.8 (4.7–7.1)	<.001
Major complication*	1.0 (0.6–1.4)	0.7 (0–1.3)	1.2 (0.7–1.8)	1.2 (0.7–1.8)	.192
Any adverse event	13.2 (11.9–14.5)	21.6 (19.1–24.2)	6.6 (5.5–8.0)	6.6 (5.5–8.0)	<.001

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

* Major complication includes emergency department presentation, hospitalization, infection, perforation, and hemorrhage requiring transfusion.

Ireland et al, 2015, Obstetrics and Gynecology

Studie 2: Medical versus surgical termination of pregnancy in primigravid women – is the next delivery differently at risk? A population-based register study

Nach medikamentösen und operativen SS-Abbrüchen zeigen sich ähnliche Risiken für Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht, SGA und placentaren Komplikationen in Folgeschwangerschaften. ¹⁾

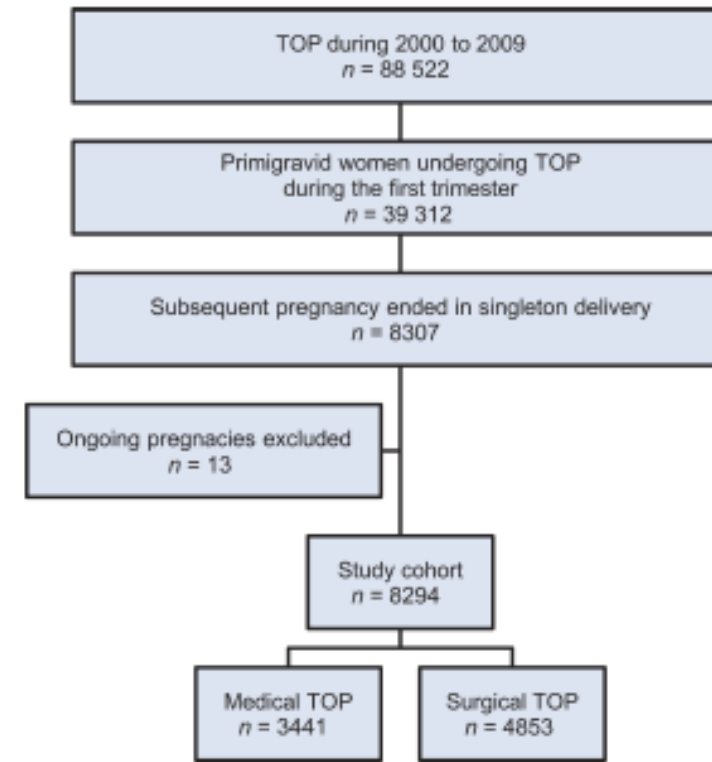


Figure 1. Flow chart detailing the study groups.



Fazit:

Insgesamt zeigt sich in unserer eigenen Statistik ein Anstieg von SS-Abbrüchen, aber: konstant deutlich höhere Anzahl operativer Schwangerschaftsbeendigungen.

Die medikamentösen Schwangerschaftsbeendigungen nehmen über die Jahre leicht zu.

Das deckt sich mit den deutschlandweiten Zahlen.



operativer Schwangerschaftsabbruch aus Sicht des Operateurs

- viel Erfahrung für einen komplikationsarmen und gebärmutterschonenden Eingriff durch die Vakuum-Saugaspiration
- Narkosezwischenfälle nicht erlebt, präoperatives Anästhesiegespräch obligat, Patientinnen relativ jung und gesund
- kurze OP-Dauer führt zu schneller postoperativen Erholung und Mobilität
- der Vorgang selbst erscheint für die Patientin „kurz“
- für die Patientin kein bewusstes Erleben des Ausstoßens
- für die Patientin schmerzlos, postoperative Schmerzmedikation z.T. nicht notwendig
- Patientin erlebt weniger Blutung, die sie „händeln“ muss (viele Patientinnen sind Tampons gewohnt!)
- Risiko für Residua selten, Eingriff wird unter Ultraschallsicht durchgeführt

Operatives Vorgehen zur Beendigung einer ungewollten Schwangerschaft ist eine gute Möglichkeit, die sich im Wesentlichen nicht nachteilig für die Frau oder auf die weitere Fruchtbarkeit auswirkt.

Operatives Vorgehen genießt ein hohes Vertrauen und Zufriedenheit auf ärztlicher Seite und auf Seite der Schwangeren.

Bei etwa einem Drittel der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, bleibt es nicht bei diesem einen.

**Je erfahrener der Operateur, umso geringer sind Komplikationen zu erwarten,
konstante Ausbildung notwendig!**