

Mehr Aufklärung bei frühen Verlusten – operativer Eingriff oder kleine Geburt?

1 Vorgeschichte

Als ich Anfang der 13. Schwangerschaftswoche mein drittes Kind durch eine kleine Geburt zur Welt brachte, war das sehr, sehr traurig für mich und meine Familie. Aber ich hatte fast vier Tage Zeit, mich von meinem Kind seelisch und körperlich zu verabschieden. Ich hatte mich bewusst dafür entschieden, erst einmal abzuwarten, ob mein Körper diese Schwangerschaft nicht von selbst beenden würde. Doch diesen Weg konnte ich leider nicht ohne Widerstand gehen: Sowohl der erste behandelnde Frauenarzt und seine Sprechstundenhilfe als auch die meisten meiner Angehörigen hatten mir nach der Diagnose „missed abortion“ (verhaltene Fehlgeburt) dringend davon abgeraten „einfach abzuwarten und die Natur ihren Weg gehen zu lassen.“ Für sie schien festzustehen, dass ich entweder verbluten oder eine „incomplete abortion“ (unvollständige Fehlgeburt) haben würde und dann so oder so eine Ausschabung bräuchte. Das Risiko wäre viel zu hoch und die Situation daher unkontrolliert, meinten sie vorwurfsvoll.

Nur mein Mann stand hinter mir, wofür ich ihm sehr dankbar bin!

Ich vertraute meinem Körper und der Natur, war aber natürlich auch verunsichert.

Zum Glück traf ich zwei Tage nach der Diagnose „missed abortion“ auf einen anderen Gynäkologen, der mir die Vor- und Nachteile sowohl der Kürettage als auch der natürlichen Fehlgeburt darlegte und mich selbst entscheiden ließ. Somit hatte ich jetzt auch medizinischen Rückhalt und konnte den von mir gewählten Weg leichter gehen.

Diese Erfahrung hat mich dann im Anschluss dazu veranlasst, dieses Thema mit anderen betroffenen Müttern zu diskutieren. Dabei fiel auf, wie wenig die allermeisten Frauen darüber wussten. Viele kannten gar keine andere Behandlung einer frühen Fehlgeburt außer der Ausschabung. Im Gegenteil, Frauen werden sogar „so schnell wie möglich“ ins Krankenhaus geschickt, so dass ihnen auch keine Zeit blieb, sich mit der Situation auseinanderzusetzen, sich selbst zu informieren und Abschied von ihrem Kind zu nehmen.

Viele dieser Frauen hätten aber gerne selbst darüber entschieden, welchen Weg sie gehen wollten! Und sie alle wollen nun helfen, zukünftig betroffenen Müttern diese Chance zu geben!

Wir wünschen uns, dass Mütter Zeit bekommen, sich zu entscheiden, ob sie eine Ausschabung jetzt sofort, später oder gar nicht haben möchten.

Wir möchten, dass Ärzte nicht mehr sagen:
“Das Kind ist tot, wir müssen sofort ausschaben!!!“

Wir möchten erreichen, dass Ärzte sagen:

“Das Baby ist leider tot.

Wir haben nun mehrere Möglichkeiten.

Sie können mit ihrem Partner nach Hause gehen, mit ihm sprechen, und sich von ihrem Baby verabschieden.

Sie können morgen zur Ausschabung kommen.

Sie können nächste Woche zur Ausschabung kommen.

Sie können abwarten, wir wollen versuchen, Sie dabei zu begleiten.

Bitte achten Sie auf folgende Dinge:

... „!

Wir möchten erreichen, dass Frauen selbst über ihren Körper bestimmen können und in einem für sie erträglichen Tempo Abschied nehmen. Und wenn der für eine Frau richtige Weg die sofortige Ausschabung ist, ist das völlig richtig, genau so, wie wenn eine andere Frau mehrere Wochen wartet.

2 Einleitung

Die folgende Arbeit besteht aus zwei Teilen: Zum einen der Recherche *wissenschaftlicher Veröffentlichungen* zum Thema „Management von frühen Fehlgeburten“ und zum anderen aus den *persönlichen Erfahrungen* betroffener Mütter. Zusätzlich zu den Erfahrungsberichten einzelner, habe ich auch einen ausführlichen Fragebogen erstellt, der die körperlichen und seelischen Erfahrungen des operativen Eingriffs und der kleinen Geburt miteinander vergleicht.

3 Der Stand der Wissenschaft

PubMed/MEDLINE² wurde nach den Begriffen „early pregnancy loss, first trimester miscarriage, early fetal demise, spontaneous abortion/miscarriage, missed abortion, incomplete abortion, expectant/conservative management, uterine evacuation, curettage“ durchsucht.

Dabei stellten sich mehrere Themenschwerpunkte heraus:

Es gibt Diskussionen über die *Definition der missed abortion*, es werden die *Risiken der Kürettage* untersucht, die *verschiedenen Behandlungsmethoden bei frühen Fehlgeburten* miteinander verglichen – in *physischer und psychischer* Hinsicht – und das *Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen* über die Behandlungsmethode diskutiert.

3.1 Überblick

Zehn bis 20 Prozent aller klinisch registrierten Schwangerschaften enden als spontane Fehlgeburten³, die meisten davon im ersten Schwangerschaftstrimester, und 25 Prozent aller Frauen werden mindestens eine Fehlgeburt während ihres Lebens erleiden⁴. Seit mehr als 50 Jahren ist in den industrialisierten Ländern die Abortkürrettage die schulmedizinische Behandlung der ersten Wahl.

Der Glaube, dass nach der Diagnose einer frühen Fehlgeburt die Uterushöhle möglichst rasch und komplett mittels Abortkürrettage chirurgisch entleert werden muss, beruht auf zwei möglichen Komplikationsrisiken: Blutungen und Infektionen. Doch dies lag in vielen Fällen in den illegalen Abtreibungen begründet. Der Einsatz von Antibiotika und Transfusionen hat dazu geführt, dass diese Komplikationen heute selten sind und so dieses Dogma in Frage gestellt wird⁵. Abwartendes Verhalten wird, wie die spontane Fehlgeburt selbst, mehr und mehr als gut regulierter natürlicher Prozess angesehen⁶.

So gibt es in den vergangenen Jahren vermehrt klinische Untersuchungen, die sich mit Alternativen zur Abortkürrettage beschäftigen. Neben dem medikamentösen Vorgehen wird in jüngster Zeit auch gänzlich passives, abwartendes Vorgehen bei spontanen Fehlgeburten im ersten Trimester von verschiedenen Forschungsgruppen vorgeschlagen^{7, 8, 9, 10, 11}.

3.2 Einteilung der frühen Fehlgeburten¹²

Von einem Frühabort spricht man, wenn sich der Abort bis zur 16. SSW ereignet. Eine Einteilung nach der klinischen Symptomatik orientiert sich am zeitlichen Ablauf des Abortes.

Ein **Abortus imminenz**, d.h. eine *drohende Fehlgeburt*, liegt vor, wenn zwar eine Blutung auftritt, die Schwangerschaft aber noch intakt ist. Hier kann eine schnell einsetzende Therapie die Schwangerschaft oft noch erhalten.

Anders verhält es sich beim **Abortus incipiens**, der *beginnenden, unabwendbaren Fehlgeburt*. In diesem Falle ist der Abort bereits im Gange, die Wehentätigkeit hat eingesetzt, bzw. die Fruchtblase ist gesprungen. Eine Therapie kann den Verlauf nicht mehr aufhalten.

Ist ein Abort zum Stillstand gekommen und sind noch Teile des Schwangerschaftsanlagen, z.B. die Plazenta, in der Gebärmutter verblieben, spricht man von einem **Abortus incompletus**, der *unvollständigen Fehlgeburt*.

Bei einer vollständigen Entleerung der Gebärmutter und Stillstand der Blutung ist von einem **Abortus completus**, einer *vollständigen Fehlgeburt* auszugehen.

Eine Sonderform des Abortes ist der **Missed abortion**, die *verhaltene Fehlgeburt*. Es handelt sich dabei um einen frühen Tod des Kindes, ohne dass es zur Blutung oder Wehentätigkeit mit Entleerung der Gebärmutter kommt. Eine Bestätigung des intrauterinen Kindstodes erfolgt meist mittels Ultraschall.

Der Begriff der *missed abortion* existiert schon seit mehr als 100 Jahren. Doch mit den heute üblichen Ultraschall- und HCG- Untersuchungen ist seine ursprüngliche Definition als „das Ausbleiben des Wachstums der Schwangerschaft, also der Tod der Fötus, für mindestens acht Wochen, ohne dass Krämpfe oder Blutungen auftreten und der Fötus ausgeschieden wird“¹³, nicht mehr haltbar. Heute gibt es keine generelle Definition der *missed abortion*, die Terminologie wird in Frage gestellt und Alternativen vorgeschlagen^{14, 15}: *Verhaltene, stille oder verzögerte Fehlgeburt oder früher fötaler Tod*.

Seit der regelmäßigen Anwendung der transvaginalen Sonographie ist die Diagnose der *missed abortion* von ca. 6,5 auf ca. 49 Prozent angestiegen, wobei der prozentuale Anteil der spontanen Fehlgeburten konstant geblieben ist¹³! Es wurde die Diagnose der *missed abortion* gestellt, obwohl die ursprüngliche Warteperiode von zwei Monaten auf ein paar Tage reduziert wurde! Der schnelle Anstieg dieser Diagnose durch Ultraschall- Untersuchungen macht allein schon deutlich, dass sich die meisten frühen stillen Fehlgeburten zu einer vollständigen oder zumindest unvollständigen kleinen Geburt entwickelt hätten und viele Operationen unnötig wären⁸.

Heute wird die Diagnose der *missed abortion* daher auch nur noch über den fötalen Tod definiert: Wenn die Kopf-Rumpf-Länge (CRL) mindestens 6 mm beträgt und keine Herzaktivität da ist oder wenn die CRL größer als 6mm sich nach einem wiederholten Ultraschall nach 7 Tagen nicht verändert, wird dies als verhaltene Fehlgeburt klassifiziert¹⁶. Doch hierbei muss beachtet werden, dass ungefähr ein Drittel aller lebenden Embryonen mit einem CRL kleiner als 5mm noch keine Herzaktivität zeigen¹⁷. Um Fehldiagnosen zu vermeiden, definieren Hately et al. eine verhaltene Fehlgeburt als einen Embryo mit CRL größer als 10mm ohne Zeichen einer Herzaktivität an zwei verschiedenen, mindestens 7 Tage auseinander liegenden Untersuchungen¹⁸. Wann immer es Unsicherheiten über das Fortbestehen der Schwangerschaft gibt, ist ein wiederholter Ultraschall nach einer Woche notwendig, um eine endgültige Diagnose zu stellen¹⁹.

3.3 Behandlung früher Fehlgeburten

In der neueren Fachliteratur werden drei Methoden der Behandlung früher Fehlgeburten diskutiert: Die *Kürettage*, die *medikamentöse Behandlung* und das *passive, abwartende Verhalten*.

Bei der Betrachtung der verschiedenen Methoden müssen folgende Aspekte einbezogen werden: 1. *Der medizinische Aspekt*, d.h. der Vergleich der Erfolgsquoten und Komplikationsraten, 2. die *Akzeptanz* durch die Patientinnen und 3. die unterschiedlichen *psychischen Auswirkungen*.

Im folgenden werden nur noch die *Kürettage* und das *abwartenden Verhalten* miteinander verglichen. Die medikamentöse Behandlung wird z.Zt. in Deutschland kaum angewandt.

3.3.1 Der medizinische Vergleich von Kürettage und abwartendem Verhalten

Vergleichende Studien zwischen Kürettage und konservativem, abwartendem Vorgehen haben gezeigt, dass die kleine Geburt durchaus eine Alternative zur Operation darstellt.

Studien der letzten Jahre belegen, dass im Falle einer *verhaltenen* oder *unvollständigen Fehlgeburt* viele Frauen bei abwartendem Verhalten innerhalb einiger Tage eine *vollständige Fehlgeburt* haben werden – und ohne dass dabei die Komplikationsrate im Vergleich zur Kürettage steigt.

Die Erfolgsrate, d.h. die Zahl kompletter Aborte ohne größere Komplikationen, steigt mit der Länge der Warteperiode und ist bei unvollständigen Fehlgeburten höher als bei verhaltenen.

**Anteil (gerundet) kompletter Fehlgeburten nach
(Zahlen in Klammern: missed abortions/incomplete abortions)**

Autor	abwartendem Verhalten					Kürettage
	3 T.	7 T.	14 T.	21 T.	≥28T.	
Nielsen (95) ⁸	79%					100%
Schwärzler (99) ²⁰	-	54%	74%	81%	84%	-
De Waard (02) ²¹	20%	37%	-	-	50% (47/100%)	95% (94/100%)
Luise (02) ¹⁶	40% (30/53%)	-	70% (54/84%)	-	81% (76/91%)	-
Durchschnitt	46% (30/53%)	46%	72% (54/84%)	81%	72% (62/96%)	98% (94/100%)

Verstärkte Blutungsmuster bei der Erstuntersuchung weisen dabei auf eine relativ schnelle spontane Beendigung der Schwangerschaft hin²².

Eine kleine Geburt nach verhaltenen Fehlgeburten ist oft schmerzhafter und wird seltener in derselben Zeitspanne abgeschlossen sein als nach einer unvollständigen Fehlgeburt. Frauen mit einer stillen Fehlgeburt haben eine durchschnittlich 50-prozentige Chance innerhalb von 14 Tagen nach der Diagnose einer Fehlgeburt eine komplette, kleine Geburt zu erleben^{16, 19}. Bei unvollständigen Fehlgeburten liegt diese Rate bei 84 Prozent¹⁶.

Die Komplikationsrate war bei allen Studien beim abwartendem Verhalten und der Kürettage niedrig und ohne signifikanten Unterschied^{8, 16, 23, 20, 21}.

Auch im Hinblick auf die Anzahl der Tage mit Schmerzen, den Hämoglobin-Abfall sowie die Dauer der Rekonvaleszenz war kein statistisch signifikanter Unterschied

zwischen den beiden Gruppen zu verzeichnen. Beim abwartenden Verhalten sind die vaginalen Blutungen im Schnitt um 1,3 bis 4 Tage verlängert^{8, 21}. Bei abwartendem Verhalten stoppten die Blutungen nach durchschnittlich 17 Tagen (10-26 Tage), nach einer Kürettage endeten sie nach 13 Tagen (9-17 Tage)²¹.

3.3.1.1 Mögliche Komplikationen

Für viele Jahre wurden operative Eingriffe bei der Behandlung von Fehlgeburten mit ihrer Sicherheit begründet. Doch vorliegende Daten zeigen, dass die chirurgische Ausräumung des Uterus mit einer nicht zu vernachlässigenden Morbiditätsrate und darüber hinaus auch mit einer kleinen, aber realen Mortalitätsrate einhergeht. Infektionen, sekundäre Infertilität, Dyspareunie und chronische Unterbauchschmerzen wurden als direkte Folge nach legalen Schwangerschaftsabbrüchen, und somit der Kürettage, beschrieben²⁴. Farrel hat eine Komplikationsrate von neun Prozent beobachtet, wobei die Hälfte dieser Komplikationen unmittelbar durch den chirurgischen Eingriff bedingt war²⁵. Hinshaw fand entzündliche Veränderungen im Unterbauch nach Abortkürettage bei 13,2 Prozent der Patientinnen, aber nur bei 7,1 Prozent nach medikamentöser Abortinduktion²⁶.

Eine Behandlung mit Abortkürettage ist aber auch mit seltenen, doch schweren Komplikationen wie Uterusperforation, Darmverletzung und Narkosezwischenfällen assoziiert²⁷.

Anteil (gerundet) von schwerwiegenden Komplikationen nach

Autor	abwartendem Verhalten				Kürettage			
	Infek-tionen	Excessive Blutungen/ Transfusion	Perforation Gebärmutterriss Asherman	Total	Infek-tionen	Excessive Blutungen/ Transfusion	Perforation Gebärmutterriss Asherman	Total
Nielsen (95) ⁸	3%	0%	0%	3%	10%	2%	0%	12%
Schwärzler (99) ²⁰	1%	4%	0%	5%	4%	4%	0%	8%
De Waard (02) ²¹	0%	4%	2%	6%	0%	2%	2%	4%
Luisse (02) ¹⁶	-	-	-	1%	-	-	-	2%
Durchschnitt	2%	4%	2%	4%	7%	3%	2%	7%

Desweiteren mussten in sechs Prozent der Fälle beim abwartendem Verhalten Notkürettagen wegen heftiger Blutungen oder untolerierbarer Schmerzen durchgeführt, als auch nach Kürettagen Re-Kürettagen vorgenommen werden^{20, 21}.

Kürettage ist die Methode mit der höchsten Rate der kompletten Ausräumung des Uterus nach frühen Schwangerschaftsverlusten. Doch abwartendes Verhalten reduziert die

Notwendigkeit einer Operation um 30 bis 96 Prozent abhängig davon, ob es sich um eine incomplete oder missed abortion handelte und wie lange gewartet wurde. Wenn operative Eingriffe vermieden werden, könnte dies die Rate der Infektionen und anderer Risiken verringern. Im Gegensatz zum allgemeinen Glauben, dass abwartendes Verhalten das Risiko von Infektionen erhöhen könnte, zeigen die vorliegenden Untersuchungen, dass sich diese Komplikation auf Frauen, die eine Kürettage oder eine nicht-eingreifende Behandlung hatten, gleichmäßig verteilt²⁸.

Diese Studien zeigen also, dass abwartendes Verhalten bei spontanen frühen Fehlgeburten kein erhöhtes Risiko gegenüber der Abortkürettage aufweist und deshalb eine therapeutische Alternative zur Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen im ersten Schwangerschaftsdrittel darstellt^{20, 21}. Dabei sollte natürlich zu jeder Zeit der Kontakt zu einer Klinik möglich sein¹⁹.

Die Wahrscheinlichkeit, eine Fehlgeburt durch abwartendes Verhalten zu beenden, ist am niedrigsten, wenn die Fruchtblase intakt und der Muttermund geschlossen ist. Dann kann die Beendigung der Schwangerschaft mehrere Wochen dauern und bis zu 20 Prozent der Frauen werden aussteigen und um eine operative Ausräumung bitten²⁹.

Es ließen sich auch keine Unterschiede in psychologischen Krankheitsbildern nach abwartendem und operativen Vorgehen erkennen³⁰.

3.3.1.2 Folgeschwangerschaften

Die meisten Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, wünschen sich eine weitere Schwangerschaft. Daher ist auch dieser Aspekt beim Vergleich der beiden Behandlungsmethoden für die meisten Frauen sehr wichtig.

Auch hier haben verschiedene Autoren gezeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Empfängnisrate und dem Anteil an Lebendgeburten gibt^{23, 31, 32, 33}.

3.4 Die Entscheidungsfreiheit der Patientinnen

Patientinnen mit einer unvollständigen oder verhaltenen Fehlgeburt, die keine Anzeichen einer Komplikation (Fieber, Infektion, Kreislaufinstabilität, zu starke Blutungen, zu starke Schmerzen) zeigen, sollten daher selbst entscheiden dürfen, welchen Behandlungsweg sie gehen wollen.

Verschiedene Untersuchungen, die den Frauen die Wahl zwischen eigener Entscheidung oder Arztentscheidung gegeben haben, zeigen, dass die meisten Frauen selbst entscheiden wollen und eine starke Präferenz für den einen oder anderen Weg haben²¹. Wobei die Präferenz zu Gunsten des abwartenden Verhaltens tendiert (70 bis 95 Prozent)^{9, 10, 34}.

40 Prozent der Frauen, die schon einmal eine Kürettage erlebt hatten, würden beim nächsten Mal auf eine kleine Geburt warten wollen, aber nur acht Prozent, die schon Mal abgewartet hatten, würden eine Kürettage wählen. 80 Prozent der Frauen, die schon beides erlebt hatten, würden wieder abwarten, statt sich einer Operation zu unterziehen³⁴.

Außerdem wählen insbesondere Frauen, die nicht zum ersten Mal schwanger sind, die abwartende Methode. Dies mag in der Erfahrung einer normalen Geburt oder einer schon erlebten Fehlgeburt begründet sein³⁵.

Hauptgründe der Frauen, sich für das abwartende Verhalten zu entscheiden, sind „natürliche Methode“ (35%), „weniger eingreifend“ (30%), „lass es den Körper machen“ (17%)³⁴ und der Angst vor einer Operation¹¹.

Frauen, die eine Kürettage wählten, begründeten dies damit, dass sie es „schnell hinter sich bringen“ wollten (94%)³⁴.

Aber auch die Empfehlung des Arztes beeinflusst die Entscheidung der Frauen sehr. Die Hälfte der Frauen gab bei der Studie von Molnar et al³⁴ an, dass sie ihre Wahl abhängig von der Arztempfehlung treffen.

Daher sollten Ärzte beide Behandlungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der jeweiligen Umstände der Patientin diskutieren: Ihrem klinischen und emotionalen Zustand, dem Grad ihres Verständnisses und ihrer Präferenz, als auch der Verfügbarkeit von Notaufnahmen^{19, 34}. Wichtig ist aber auch, die Patientinnen nicht nur über den klinischen Verlauf einer kleinen Geburt aufzuklären, sondern auch darüber, welche persönlichen Erfahrungen andere Frauen dabei gemacht haben¹¹.

Eine Studie besagt, dass 35 Prozent der Frauen mit den Informationen und Ratschlägen, die sie von ihrem Arzt während einer Fehlgeburt bekommen hatten, unzufrieden waren³⁶. Daher sollte der behandelnde Arzt eine komplette Information für beide Behandlungswege bei Fehlgeburten anbieten³⁴.

Ein operativer Eingriff ist für die Frauen richtig, die gesundheitliche Probleme haben oder eine sofortige Beendigung der Schwangerschaft wünschen³⁷.

Abwartendes Verhalten bei Fehlgeburten kann gut informierten Frauen angeboten werden²¹.

Eine ausgeprägte Behandlungspräferenz sollte im Beratungsgespräch berücksichtigt werden. Betroffene Frauen sollten über alle medizinischen Aspekte der beiden Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden, um eine gemeinsame, aufgeklärte Entscheidung treffen zu können³⁸. Die Präferenz der Patientin sollte daher eine wesentliche Rolle in der Entscheidung der Behandlung spielen. Es gibt keinen Grund, motivierten, gut informierten Frauen nicht die Chance zu geben, abzuwarten und der Natur ihren Lauf zu lassen, wenn sie es möchte. Falls ein operativer Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt, aus medizinischen oder psychologischen Gründen, notwendig werden sollte, ist nichts verloren und der Grund für einen Eingriff ist dann wenigstens klar. Fehlgeburten sind ein typisches Beispiel für eine Situation, in der „informed shared decision making“ praktiziert, also Bevormundung durch Partnerschaft ersetzt werden sollte⁶.

3.5 Psychologischer Vergleich

Schwärzler et al³⁹ haben u.a. die beiden Behandlungsstrategien im Hinblick auf die psychologischen Auswirkungen nach Randomisierung der Patientinnen verglichen. Hierfür wurden die Münchner Trauerskala und die Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version (HADS-D), zur Selbstbeurteilung von Trauer, Angst und Depression, direkt zur Rekrutierung und zur Abschlussuntersuchung eingesetzt. Bei allen drei Kriterien (Trauer, Angst und Depression) zeigte sich zu beiden Zeitpunkten, dass es den Patientinnen aus der Gruppe mit abwartendem Verhalten besser ging als denen aus der Kürettagegruppe. „Daraus kann geschlossen werden, dass den Patientinnen der Kürettage Gruppe im Allgemeinen die Verarbeitung des Ereignisses schwerer fällt, als den Patientinnen aus der Gruppe mit abwartendem Vorgehen, und dass die Patientinnen der Kürettage Gruppe im Allgemeinen mit mehr Angst behaftet sind, als die Patientinnen aus der Gruppe mit abwartendem Vorgehen.“

De Waard et al⁴⁰ haben die Unterschiede der psychischen Verfassungen von Patientinnen untersucht, die zum einen zufällig und zum anderen willentlich die abwartende bzw. operative Behandlung erlebt hatten. Die psychische Verfassung der Frauen, die sich für eine abwartende Behandlung entschieden hatten, war stabiler als bei den Frauen mit einer operativen Behandlung. Die psychischen Verfassungen waren bedeutend besser bei Frauen, die eine Kürettage selber gewählt hatten, als bei denen, die dazu angewiesen worden waren. Eine Erklärung hierfür mag darin liegen, dass diejenigen Frauen, die eine Operation vornehmen lassen mussten, keinerlei Wahlmöglichkeiten hatten. Im Gegensatz zu Frauen, die abwarten sollten, aber zu einem späteren Zeitpunkt immer noch eine Kürettage wählen konnten. Was immerhin auch 50 Prozent der Frauen taten.

Die gesamte psychische Verfassung war bei den Frauen besser, denen eine abwartende Behandlung zugewiesen worden war. Dieses rechtfertigt die Empfehlung von abwartendem Verhalten bei Frauen, die keine Behandlungspäferenz haben⁴⁰.

Die Gruppen, die nach ihrer eigenen Präferenz behandelt worden waren, zeigten keine Unterschiede in ihrer psychischen Verfassung.

Diese Untersuchungen unterstützen das Prinzip des „shared decisions“ Modells⁶. Danach verbessert die freie Behandlungswahl die Lebensqualität⁴¹.

3.6 Was zu beachten ist

Auch wenn die Ergebnisse des abwartenden Verhaltens sehr ermutigend sind, gibt es doch ein paar Dinge, die berücksichtigt werden müssen.

Erstens muss die Erstuntersuchung mit großer Sorgfalt durchgeführt werden und es ist insbesondere wichtig, die Patientin über die möglichen Symptome (mögliche Schmerzen und Blutungen während der kleinen Geburt) und den natürlichen Hergang einer Fehlgeburt aufzuklären.

Zweitens muss die Patientin dringend dazu aufgefordert werden, zu jeder Zeit medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, falls dies notwendig wird.

Drittens muss die Patientin mit effektiven Schmerzmitteln ausgestattet werden, auch wenn dies nicht alle Frauen brauchen, aber alle sollten Zugriff haben.

Auch die emotionale Unterstützung der Patientinnen durch den behandelnden Arzt ist sehr wichtig. Falls es zu unerträglichen Schmerzen und/oder Blutungen kommt, sollte eine Operation empfohlen werden¹⁰.

3.7 Nachsorge

Im Anschluss an die Operation oder kleine Geburt darf natürlich die *psychische und physische Nachsorge* nicht fehlen.

Der behandelnde Arzt sollte auf die Gefühle und Gedanken der Patientin eingehen, sie über Selbsthilfegruppe und Internet-Foren informieren und evtl. den Gang zu einem Therapeuten vorschlagen.

Medizinisch muss natürlich auch nachgewiesen werden, dass keine Reste mehr im Uterus vorhanden sind, also die Fehlgeburt komplett ist. Dies wird in der Regel mit Hilfe einer Ultraschalluntersuchung und der Messung des hCG-Wertes geschehen.

Die Abwesenheit der Eihaut (Amnion) beim transvaginalen Ultraschall sollte als Kriterium benutzt werden, eine Ersttrimester Fehlgeburt als komplett zu diagnostizieren (86%ige Sicherheit)⁴².

Zusätzlich sollte der hCG-Wert bestimmt werden. Hierbei ist zu beachten, dass der hCG-Wert in der ersten Woche nach Leerung des Uterus rapide abfällt, um danach allmählich bis auf Null zu sinken. Die durchschnittliche Zeit bis zum Verschwinden des Hormons beträgt 30 Tage (16 bis 60 Tage). Wobei die Zeit zwischen der Uterusleerung und des Verschwindens des hCG von dem ursprünglichen Ausgangswert abhängt^{43, 44}.

4 Entscheidungshilfe

Quest Diagnostics⁴⁵ hat Informationen und Entscheidungshilfen für die Behandlungswege bei unvollständigen und verhaltenen Fehlgeburten zusammengestellt, die ich hier in großen Teilen übernehmen möchte:

Viele Frauen mit einer Fehlgeburt im ersten Trimester, deren Zustand ansonsten stabil ist (kein Fieber oder sehr starke Blutungen) haben die Wahl zwischen der Kürettage und dem abwartenden Verhalten.

Bei der Entscheidungsfindung sollte folgendes berücksichtigt werden:

- Bei vielen Frauen beendet der Körper die Schwangerschaft innerhalb von 72 Stunden während des Abwartens. Der Prozess kann mehrere Tage und Wochen dauern. Nicht immer führt abwartendes Verhalten zur vollständigen Entleerung des Uterus, daher kann eine Operation später noch notwendig werden.
- Ein operativer Eingriff leert den Uterus schnell. Falls starke Blutungen oder eine Infektion während der Fehlgeburt auftreten, wird eine Operation notwendig sein.

Die Frau hat folgende Möglichkeiten:

- Abwartendes Verhalten bis zu vier Wochen, um zu sehen, ob die Fehlgeburt auf natürlichem Wege beendet wird.
- Eine Operation, die den Uterus leert.

Gründe für abwartendes Verhalten	Gründe gegen abwartendes Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> - Ihr Zustand ist stabil, ohne Fieber oder starke Blutungen - Sie sind im ersten Trimester - Sie haben zu jeder Zeit Zugang zur Notaufnahmestelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Sie fühlen sich nicht wohl bei der Vorstellung, mehrere Tage oder Wochen auf das Ende der Fehlgeburt zu warten - Sie bluten stark - Sie haben starke Unterleibsschmerzen - Sie haben Zeichen einer Infektion

Vergleich der Behandlungsmöglichkeiten

Art der Behandlung	Gründe dafür	Gründe dagegen
Abwartendes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Erlaubt dem Körper, der Natur freien Lauf zu lassen - Kann weniger stressvoll sein als eine Operation 	<ul style="list-style-type: none"> - Blutungen können lange anhalten - Kann erfolglos bleiben - Kann zur Infektion oder starken Blutungen führen (in 4 – 10%)⁴⁶
Operation	<ul style="list-style-type: none"> - Ist die schnellste Beendigung einer Fehlgeburt 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleines Risiko der Notwendigkeit einer Wiederholungsoperation (in 2-6%)^{6, 20, 21}. - Geringes Risiko einer Uterus- oder Gebärmutterverletzung, was zu starken Blutungen oder Infektionen führen kann

Der folgende Fragenkatalog soll der Patientin helfen, die für sie richtige Entscheidung zu treffen.

Nach Beantwortung der Fragen sollte die Patientin eine bessere Vorstellung davon haben, wie sie ihre Fehlgeburt beenden möchte. Der Fragenkatalog sollte anschließend mit der Arzt oder der Hebamme besprochen werden.

Beantworten Sie die Fragen unter der Berücksichtigung, was sich für sie richtig anfühlt:

	ja	nein	unsicher
Ich warte auf klare Zeichen dieser Fehlgeburt. Mein Doktor sagt, dass der Fetus nicht mehr lebt, aber ich habe keine Symptome			
Eine Verlängerung der Fehlgeburt wäre für mich sehr schwer			
Ich überlasse der Natur lieber ihren Weg			
Eine Operation wäre für mich sehr schwer zu ertragen			
Ich möchte die Fehlgeburt schnell beenden, daher bevorzuge ich eine Operation			
Mir ist klar, dass abwartendes Verhalten nicht erfolgreich sein kann, und ich dann eine Operation bräuchte			

Benutzen Sie den folgenden Platz, um weitere wichtige Bedenken über Ihre Entscheidung aufzuschreiben.

Die obigen Antworten sollen Ihnen einen generellen Überblick darüber verschaffen, wo Sie in Ihrer Entscheidung stehen. Es kann sein, dass Sie einen vorrangigen Grund haben, die eine oder andere Methode der Beendigung Ihrer Fehlgeburt zu wählen.

Kreuzen sie diejenige Box an, die am besten Ihren allgemeinen Eindruck Ihrer Entscheidung widerspiegelt.

Tendenz zum Abwartenden Vorgehen	Tendenz zur Operation

¹ **Constanze Tofahrn-Lange.** <http://www.kleine-geburten.de/>

² **National Library of Medicine.** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

³ **Laferla JJ.** Spontaneous abortion. *Clin Obstet Gynaecol* 1986; 13:105-14

⁴ **Warburton D, Fraser FC.** Spontaneous abortion risks in man: data from reproductive histories collected in a medical genetics unit. *Hum Genet* 1964; 16: 1-25

⁵ **Cahill DJ.** Managing spontaneous first trimester miscarriage. *BMJ* 2001;322:1315

⁶ **Ankum WM, Wieringa-de Waard M, Bindels PJE.** Management of spontaneous miscarriage in the first trimester: an example of putting informed shared decision making into practice. *BMJ* 2001; 322:1343

⁷ **Dickey RP.** Management of uncomplicated miscarriage. Patients' safe with expectant management. *BMJ* 1993; 307:259

⁸ **Nielsen S, Hahlin M.** Expectant management of first-trimester abortion. *Lancet*.1995;345:84

-
- ⁹ **Luise C, Jermy K, Collons WP, Bourne TH.** Expectant management of incomplete, spontaneous first-trimester miscarriage: outcome according to initial ultrasound criteria and value of follow-up visits. *Ultrasound Obstet Gynecol.*2002;19:580
- ¹⁰ **Blohm F, Friden B, Platz-Christensen JJ, Milsom I, Nielsen S.** Expectant management of first-trimester miscarriage in clinical practice. *Acta Obstet Gynecol Scand.*2003;82:654
- ¹¹ **Ogden J, Maker C.** Expectant or surgical management of miscarriage: a qualitative study. *BJOG.*2004;111:463
- ¹² **A Med-World AG** - Aktiengesellschaft zur Darstellung von Medizin und Gesundheit im Internet 2004
- ¹³ **Zalányi S, Szegődi G.** The changing face of spontaneous abortion.
- ¹⁴ **Pridjian G, Moawad AH.** Missed abortion:still appropriate terminology? *Am J Obstet Gynecol.*1989;161:261
- ¹⁵ **Hutchon DJ.** Understanding miscarriage or insensitive abortion: time for more defined terminology? *Am J Obstet Gynecol.*1998;179:397
- ¹⁶ **Luise C, Jermy K, May C, Costello G, Collins WP, Bourne TH.** Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ* 2002; 324: 873-875
- ¹⁷ **Levi CS, Lyons EA, Zheng XH, Lindsay DJ, Holt SC.** Endovaginal ultrasound: demonstration of cardiac activity in embryos less than 5.0 mm in crown-rump length. *Radiology* 1990; 176: 71-74
- ¹⁸ **Hately W, Case J, Campell S.** Establishing the death of an embryo by ultrasound: report of public inquiry with recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 353-357
- ¹⁹ **Condous G, Okaro E, Bourne T.** The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 22: 420-430
- ²⁰ **Schwärzler P, Holden D, Nielsen S, Hahlin M, Sladkevicius P, Bourne T.** The conservative management of first trimester miscarriages and the use of colour Doppler sonography for patient selection. *Hum Reprod* 1999; 14:1341-5
- ²¹ **Wieringa-de Waard M, Vos J, Bonsel GJ, Bindels PJE, Ankum WM.** Management of miscarriage: a randomized controlled trial of expectant management versus surgical evacuation. *Human Reproduction* 2002; 17: 2445-2450
- ²² **Wieringa-de Waard M, Ankum WM, Bonsel GJ, Biewenga P, Bindels J.** The natural course of spontaneous miscarriage: analysis of signs and symptoms in 188 expectantly managed woman. *Br J Gen Pract.* 2003;53:704-8
- ²³ **Chipchase J, James D.** Randomized trail of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriages. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 840-41
- ²⁴ **Heisterberg L, Hebjörn S, Andersen LF, Petersen H.** Sequelae of induced first-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:76-80
- ²⁵ **Farrell RG, Stonington DT, Ridgeway RA.** Incomplete and inevitable abortion: Treatment by suction curettage in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1982; 11:652-8
- ²⁶ **Hinshaw HKS.** Medical management of miscarriage. *RCOG Press* 1997; 284-95
- ²⁷ **Lawson HW, Freye A, Atrash HK, et al.** Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1365-72
- ²⁸ **Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, Bruinse HW.** Management of early pregnancy loss. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 86:337-346
- ²⁹ **Hurd WW, Whitfield RR, Randolph JF Jr, Kercher ML.** Expectant management versus elective curettage for the treatment of spontaneous abortion. *Fertil Steril* 1997; 68:601-606
- ³⁰ **Nielsen S, Hahlin M, Möller A, Granberg S.** Bereavement, grieving and psychological morbidity after first trimester spontaneous abortion: comparing expectant management with surgical evacuation. *Hum Reprod* 1996; 11: 1767-70
- ³¹ **Blohm F, Hahlin M, Nielsen S, Milsom I.** Fertility after a randomised trial of spontaneous abortion managed by surgical evacuation or expectant treatment. *Lancet.* 1997;349:995.
- ³² **Ben-Baruch G, Schiff E, Moran O, Menashe Y, Mashiach S, Menczer J.** Curettage vs. nonsurgical management in women with early spontaneous abortions. The effect on fertility. *J Reprod Med.* 1991;36:644-6
- ³³ **Kaplan B, Pardo J, Rabinerson D, Fisch B, Neri A.** Future fertility following conservative management of complete abortion. *Hum Reprod.* 1996;11:92-4

-
- ³⁴ **Molnar AM, Oliver LM, Geyman JP.** Patient preferences of management of first-trimester incomplete spontaneous abortion. *J Am Board Fam Pract.* 2000;13:333-7
- ³⁵ **Sairam S, Khare M, Michailidis G, Thilaganathan B.** The role of ultrasound in the expectant management of early pregnancy loss. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;17:506-9
- ³⁶ **Friedman T.** Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:456-8
- ³⁷ **Beucher G, Beillat T, Dreyfus M.** Management of first trimester miscarriages. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32:5-21
- ³⁸ **Wieringa-de Waard M, Bindels PJ, Bonsel GJ, Stalmeier PF, Ankum WM.** Patient preference for expectant management vs. surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage. *J Clin Epidemiol* 2004; 57:167-73
- ³⁹ **Schwärzler P, Schneeberger S.** Conservative management of first trimester miscarriages and its psychological implication 2007 submitted for publication
- ⁴⁰ **Wieringa-de Waard M, Hartman EE, Ankum WM, Reitsma JB, Bindels PJE, Bonsel GJ.** Expectant management versus surgical evacuation in first trimester miscarriages: health-related quality of life in randomized and non-randomized patients. *Hum Reprod* 2002; 17:1638-42
- ⁴¹ **Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA.** Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *Br Med J* 1993; 307: 714-17
- ⁴² **Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Costa MA, Montenegro N.** How should success be defined while attempting medical resolution of first-trimester missed abortion? *Eur J Obstet Reprod Biol.* 2005;10:71-76
- ⁴³ **Aral K, Gurkan Zorlu C, Gokmen O.** Plasma human chorionic gonadotropin levels after induced abortion. *Adv Contracept.* 1996;12:11-14
- ⁴⁴ **Steier JA, Bergsjø P, Myking OL.** Human chorionic gonadotropin in maternal plasma after induced abortion, spontaneous abortion, and removed ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1984;64:391-4
- ⁴⁵ **Gallagher K.** Should I have medical, surgical, or no treatment to complete a miscarriage? *Quest Diagnostics Patient Health Library* 2003
- ⁴⁶ **Ballagh SA, et al.** Is Curettage needed for uncomplicated incomplete spontaneous abortions? *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1279-82