

Frühe Fehlgeburt (Abort) – Informationsblatt für Patientinnen (Deutschland)

Fehlgeburt: Eine Geburt, nach der jemand fehlt.

Niemand, insbesondere Sie nicht, hat einen Fehler gemacht oder ist schuld an diesem schicksalhaften Ereignis.

Was ist eine Fehlgeburt und wie oft kommt sie vor?

Von einer Fehlgeburt spricht man, wenn eine Schwangerschaft endet, bevor das Kind lebensfähig ist, was in der Regel in den ersten 23 Wochen und unter einem Gewicht von 500g der Fall ist. Man spricht von frühen (die ersten 12 Wochen) und späten Fehlgeburten (ab der 13. Schwangerschaftswoche) 80% der Fehlgeburten treten in den ersten 12 Wochen auf. Die Statistiken über die Häufigkeit des Auftretens einer Fehlgeburt variieren je nach Quelle und gehen von etwa 10% bis zu ca. 30% aus; die Dunkelziffer kann höher sein, da nicht jede Schwangerschaft und jeder Verlust statistisch erfasst wird oder als eine verspätet einsetzende Periode gewertet wird.

So oder so sind Fehlgeburten ein recht häufiges Ereignis, von dem viele Frauen betroffen sind, auch wenn man in diesem Moment den Eindruck hat, die einzige Frau zu sein, die dieser Schicksalsschlag getroffen hat.

Was führt zu einer Fehlgeburt? Bin ich schuld?

Die allermeisten Schwangerschaftsverluste sind auf Faktoren zurückzuführen, die die Frau nicht kontrollieren und unmittelbar beeinflussen kann. In den ersten 20 Schwangerschaftswochen sind spontane Genveränderungen in 45% der Fälle die Ursache der Fehlgeburt.

Das Risiko einer Fehlgeburt wird unter anderem beeinflusst von folgenden Faktoren:

- Mit dem Alter nimmt es zu, weil die Keimzellqualität mit zunehmendem Alter bei Frau und Mann abnimmt und damit die genetischen Veränderungen des Embryos zunehmen.
- Medizinische Probleme wie z.B. ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), hormonelle Veränderungen, anatomische Veränderungen der Gebärmutter, Gerinnungsstörungen und Infektionen können eine Rolle spielen.
- Ebenso kann sich der Lebensstil der Eltern in Bezug auf Nikotin, Gewicht, Alkohol, Drogen, Fitness negativ auf eine Schwangerschaft auswirken.

"Normaler" Stress ist kein nachgewiesener Risikofaktor für einen Schwangerschaftsverlust.

Wie wird eine Fehlgeburt diagnostiziert?

Blutungen mit oder ohne Krämpfe können auf eine Fehlgeburt hindeuten.

Oft wird jedoch ein fehlender Herzschlag oder/und ein sich nicht weiter entwickelnder Embryo erst im Ultraschall bei einer routinemäßigen Schwangerschaftsvoruntersuchung durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt festgestellt.

Das Schwangerschaftshormon hCG steigt zudem bei einer sich nicht weiter entwickelnden Schwangerschaft nicht in gewohnter Weise an.

Welche Möglichkeiten habe ich, wenn eine frühe Fehlgeburt diagnostiziert wurde, und der Abgang des Kindes noch nicht erfolgt ist?

Die Kontraindikationen des jeweiligen Vorgehens sind auszuschließen (siehe medizinische Leitlinie „gestörte Frühgravidität im 1.Trimenon“ AWMF-Register-Nr.: 015/076).

Eine Änderung des ursprünglich geplanten Vorgehens ist jederzeit möglich.

1. Natürlicher Abgang

Bei einem natürlichen Abgang wird dem Körper die Zeit gegeben, die nicht intakte Schwangerschaft alleine abzustoßen. Das Schwangerschaftsgewebe mit der Fruchtblase geht dann mit meist deutlich stärkeren Blutungen als gewohnt, Schleimhautgewebe, Koageln (geronnenes Blut) und perioden- oder wehenartigen Schmerzen ab. Die Schmerz- als auch Blutungsintensität und -dauer fallen sehr unterschiedlich aus. Möchte man das Schwangerschaftsgewebe auffangen, empfiehlt es sich auf dem WC ein Sieb zur Hand zu haben. Nach dem Abgang der Frucht geht die Blutung in der Regel zurück. Die Einnahme eines Schmerzmittels kann hier hilfreich sein (z.B. Ibuprofen, Metamizol).

Das Allgemeinbefinden und der Kreislauf sind im Auge zu behalten. Eine sehr starke, langanhaltende Blutung sollte ärztlich kontrolliert werden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem kompletten Abgang kommt, liegt bei 66 bis 91%, je nachdem wie die Ausgangssituation und die Wartezeit war.

Vorteile:

- Die Gebärmutter wird geschont.
- Im Zyklus nach dem Abgang kann man wieder schwanger werden.
- Ein bewusstes und gelebtes Abschiednehmen ist möglich, was für die weitere Trauerarbeit wichtig sein kann.
- Frauen, die die Fehlgeburt so erlebt haben, berichten, dass dieser Weg sehr oft das durch die Fehlgeburt verloren gegangene Vertrauen in den Körper zurückgegeben hat, da die Situation selbstständig bewältigt wurde.

Nachteile und mögliche Risiken:

- Unter Umständen muss man auf den Abgang bis zu mehreren Wochen warten.
- Der Zeitpunkt des Abgangs des Schwangerschaftsgewebes ist nicht planbar.
- Ein starker, transfusionspflichtiger Blutverlust bis zum Kollaps ist in 1-2% möglich.
- Die Schwangerschaft kann unvollständig abgegangen sein, was unter Umständen eine Operation (Ausschabung siehe Punkt 3) oder eine medikamentöse Anregung (siehe Punkt 2.) notwendig macht.
- Das Infektionsrisiko ist sehr gering mit 3%.

2. Natürlicher Abgang mit medikamentöser Anregung

Bei dieser Methode wird vaginal ein misoprostolhaltiges Medikament verabreicht, was dazu führt, dass sich der Muttermund öffnet und die Gebärmutter kontrahiert. Die Aborteinleitung erfolgt ambulant.

Als am wirkungsvollsten haben sich 800 µg Misoprostol vaginal in Kombination mit vorbereitendem Mifepriston 200 mg (Mifegyne®) erwiesen.

Aktuell gibt es *Angusta®*, zugelassen für die Geburtseinleitung, und *MisoOne®*, welches eine Zulassung zur Beendigung einer Schwangerschaft hat. *Cytotec®*, welches off-label verwendet wurde und nicht mehr importiert werden darf, findet auch noch manchmal Anwendung, wenn Restbestände verfügbar sind. *Artothec® forte* wird ebenfalls im off-label use verwendet, kann aber aufgrund des enthaltenen Diclofenac nur bedingt gegeben werden.

Die Kontraktionen und Blutungen setzen allgemein innerhalb von 48 Stunden ein. Die Schmerz- als auch Blutungsintensität und -dauer fallen sehr unterschiedlich aus. Die Einnahme eines Schmerzmittels kann hier hilfreich sein (z.B. Ibuprofen, Metamizol). Der Abgang kann über mehrere Tage andauern. Möchte man das Schwangerschaftsgewebe auffangen, empfiehlt es sich auf dem WC ein Sieb zur Hand zu haben. Nach dem Abgang der Frucht geht die Blutung in der Regel zurück. Das Allgemeinbefinden und der Kreislauf sind im Auge zu behalten. Eine sehr starke, langanhaltende Blutung sollte ärztlich kontrolliert werden.

Die Wahrscheinlichkeiten für einen kompletten Abgang liegen nach 8 Tagen und ggf. zweiten Dosis mit Misoprostol bei 84%. Misoprostol kann auch bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt oder einer anderen transmuralen Uterusnarbe angewendet werden.

Vorteile:

- Das Einsetzen des Abgangs ist in etwa planbar.
- Die Gebärmutter wird geschont.
- Im Zyklus nach dem Abgang kann man wieder schwanger werden.
- Ein bewusstes und gelebtes Abschiednehmen ist möglich, was für die weitere Trauerarbeit wichtig sein kann.
- Frauen, die die Fehlgeburt so erlebt haben, berichten, dass dieser Weg sehr oft das durch die Fehlgeburt verloren gegangene Vertrauen in den Körper zurückgegeben hat, da die Situation selbstständig bewältigt wurde.

Nachteile und mögliche Risiken:

- Ein starker, transfusionspflichtiger Blutverlust bis zum Kollaps ist in 1-2% möglich.
- Die Schwangerschaft kann unvollständig abgegangen sein, was unter Umständen eine erneute Gabe von Misoprostol oder eine Operation (s.3.) notwendig machen.
- Da die Medikamente „off label“ eingesetzt werden, sind die Kosten von der Patientin meist selber zu tragen, sind jedoch sehr niedrig.
- Das Infektionsrisiko ist sehr gering mit 2 %.
- Misoprostol hat öfter Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall und Fieber. Ein Mittel gegen diese Symptome wie z.B. Dimenhydrinat, Metoclopramid oder Ondansetron kann genommen werden.

3. Ausschabung (Abrasio oder Kürette)

Eine Ausschabung ist eine Operation, bei der die Gebärmutter mit einem stumpfen chirurgischen Instrument ausgeschabt wird, um so das Schwangerschaftsgewebe zu entfernen.

Bei der moderneren und sanfteren Methode der Saugkürette entwickelt ein Gerät einen leichten Sog, durch den das abgetragene Gewebe bei der Ausschabung abgesaugt wird.

Durchgeführt wird sie meist ambulant und unter Vollnarkose. Präoperativ wird mit Prostaglandinen (üblicherweise Misoprostol 4-6h vorab oral oder vaginal, in höheren Wochen ggf. auch zusätzlich Mifegyne 24h vorher) vorbehandelt, um ein mechanisches Aufdehnen der Zervix weitestgehend zu vermeiden.

Die Wahrscheinlichkeit für eine komplette operative Entfernung des Gewebes liegt bei 97%.

Vorteile:

- Die Schwangerschaft kann effizient und schnell beendet werden.
- Man hat kaum Schmerzen und Blutungen.

Nachteile und mögliche Risiken:

- In seltenen Fällen kann die Gebärmutterhöhle verletzt werden und/oder die Gebärmutter Schleimhaut so geschädigt werden, dass sie verklebt oder vernarbt (Asherman Syndrom).
- In der Folgeschwangerschaft kann es selten zu Komplikationen wie einem erhöhten Frühgeburtsrisiko infolge einer induzierten Gebärmutterhalschwäche oder zu Plazentahaftungsstörungen (placenta accreta) kommen.
- Transfusionsbedürftige Blutungen, Narkosezwischenfälle, Schmerzen, Infektionen und der Verbleib von Restgewebe mit der Folge einer erneuten OP sind in seltenen Fällen möglich.
- Eine schnelle Abfolge von Diagnose und OP kann emotional überfordern.
- Ein fehlender bewusster Abschied kann den Trauerprozess verkomplizieren.

Ein Pausenzyklus bis zur Planung einer erneuten Schwangerschaft postoperativ kann sinnvoll sein, damit sich die Gebärmutter Schleimhaut neu aufbauen und der Gebärmutterhalskanal stabilisieren kann.

Eine sogenannte „Blasenmole“ macht aufgrund der Entartungsgefahr eine Ausschabung notwendig und lässt keine Entscheidungswahl.

Wann kann ich wieder schwanger werden?

Sobald Sie sich wieder bereit fühlen und ein Zyklus mit Eisprung stattfindet, kann man wieder schwanger werden. Nach einem natürlichen Abgang ist kein Pausenzyklus notwendig, nach einer Ausschabung kann es sinnvoll sein eine Periode nach dem Eingriff abzuwarten, damit sich die Schleimhaut regenerieren und der Gebärmutterhals stabilisieren kann.

Wann sich der Zyklus wieder eingependelt hat, ist von Frau zu Frau verschieden und lässt sich nicht eindeutig vorhersagen. Die erste Menstruationsblutung tritt – abhängig vom Schwangerschaftsalter – etwa nach 5 bis 6 Wochen ein, kann sich aber auch stärker verzögern. Der Eisprung kann in Einzelfällen schon nach 8-10 Tagen eintreten, bei 90 % der Frauen innerhalb eines Monats nach der Fehlgeburt.

Habe ich bei der nächsten Schwangerschaft ein höheres Risiko für eine erneute Fehlgeburt?

Das Wiederholungsrisiko für eine weitere Fehlgeburt liegt nach einem Verlust bei 20%, nach zwei bei 28%. Nach üblicherweise drei Fehlgeburten können weiterführende Untersuchungen in die Wege geleitet werden, um die Ursache für diese wiederholten Fehlgeburten zu finden. Eine genetische Analyse des Abortmaterials ist bereits nach zwei Fehlgeburten sinnvoll.

Das Risiko von Fertilitätsstörungen, Frühgeburten, ektopen Schwangerschaften oder Plazentationsstörungen ist wahrscheinlich nicht erhöht.

Grundsätzlich sollte man auf einen gesunden Lebensstil mit entsprechender Ernährung, wenig Alkohol, kein Nikotin achten und Folsäure 400 µg pro Tag einnehmen.

Was sollte ich noch wissen?

Körperliche Heilung: Nach einem natürlichen Abgang kommt zu periodenartigen oder auch stärkeren Blutungen, die bis zu 3 Wochen andauern können, in manchen Fällen auch länger. Auch nach einer Operation können leichte Blutungen auftreten. Es können sowohl Binden, Menstruationstasse als auch Tampons verwendet werden. Es ist nicht notwendig auf körperliche Anstrengung oder Geschlechtsverkehr zu verzichten.

Bei Krämpfen und Schmerzen, deren Intensität und Dauer ebenso wie die Blutung sehr individuell sind, kann die Patientin Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Metamizol verwenden.

Die hormonelle Veränderung nach der Fehlgeburt führt dazu, dass Sie Stimmungsschwankungen bemerken können und die Schwangerschaftssymptome langsam zurückgehen.

Bei *Rhesus-negativen* Frauen ist eine Anti-D-Prophylaxe Spritze notwendig.

Nach einem spontanen sowie medikamentös eingeleiteten Abgang sollte eine reguläre *Verlaufskontrolle* mittels Ultraschall nach 7-14 Tage erfolgen. Verbliebene Gewebereste in der Gebärmutter können ggf. mit der nächsten Periode abgehen oder eine Misoprostolgabe bzw. Operation nötig machen.

! Wichtig: Kommt es zu sehr starken oder langanhaltenden Blutungen, auffällig riechendem Ausfluss und Unterbauchschmerzen, bekommen Sie Fieber über 38°C, sind appetitlos und fühlen sich unwohl, können das Hinweise auf eine Infektion sein, und ein Arztbesuch ist dringend notwendig.

Emotionale Heilung: Der seelische Schmerz ist häufig unerwartet groß. Trauer ist eine normale und gesunde Reaktion auf den Verlust Ihres Kindes und den damit verbundenen Zukunftsvisionen. Der Verlauf des Trauerprozesses folgt keinem Schema, sondern ist ein individueller Prozess mit unterschiedlicher Dauer sowie mit wechselnden Höhen und Tiefen. Wenn Sie jedoch merken, dass Sie alleine nicht zurechtkommen und die Trauer eine beherrschende Rolle in Ihrem Leben einnimmt, lassen Sie sich beizeiten von Fachleuten helfen.

Ist eine Fehlgeburt mit seelischen und körperlichen Belastungen verbunden, die eine *Arbeitsunfähigkeit* zur Folge haben, muss ein Arzt/eine Ärztin dies bescheinigen.

Für Fehlgeburten besteht keine elterliche Bestattungspflicht, man kann jedoch auf Wunsch das Sternchenkind immer individuell mit einem Bestatter beerdigen lassen. Die *Bestattungspflicht* von Fehlgeburten der Krankenhäuser in Form einer Gemeinschaftsbestattung ist je nach Bundesland unterschiedlich. In einigen gilt das Gesetz Fehlgeburten grundsätzlich beerdigen zu müssen, in anderen nicht. Hier sollte man sich erkundigen, wie es in dem Bundesland, in dem man wohnt, geregelt ist (s.rechte Seite).

Eine *standesamtliche Bescheinigung* über die Fehlgeburt kann man auf Wunsch erhalten und dem Kind damit eine offizielle Existenz geben. Im Standesamt muss eine Bescheinigung des Arztes/der Ärztin oder der Hebamme über die Fehlgeburt oder der Mutterpass dafür vorgelegt werden.

Rund um einen Schwangerschaftsverlust hat man Anspruch auf die *Betreuung durch eine Hebamme*. Die gesetzliche und gewöhnlich auch die private Krankenkasse trägt die Kosten.

Wenn gewünscht, kann das Schwangerschaftsgewebe durch eine Pathologie, gegebenenfalls in einer darauf spezialisierten Einrichtung wie z.B. einer Kinderpathologie bzgl. Hinweisen auf die mögliche Ursache der Fehlgeburt untersucht bzw. der Embryo äußerlich, auf ausdrücklichen, schriftlichen Wunsch der Eltern auch innerlich auf etwaige Fehlbildungen begutachtet werden. Bei einer Ausschabung in einem Krankenhaus wird das Schwangerschaftsgewebe von den behandelnden Ärzten / Ärztinnen oft direkt zu einer *histopathologischen Untersuchung* eingeschickt. Auch im Falle einer Fehlgeburt zu Hause ist es möglich, das Schwangerschaftsmaterial histopathologisch untersuchen zu lassen. Hierfür ist das Gewebe möglichst schnell in ein geeignetes, flüssigkeitsdicht verschließbares Gefäß zu überführen und bis zur zeitnahen Übergabe an die betreuende Hebamme/die betreuende gynäkologische Praxis bei Kühlschranktemperatur zu kühlen. Diese füllen das Gefäß dann mit Formalin auf und senden es an eine Pathologie/Kinderpathologie. Die Kosten der Untersuchung trägt die gesetzliche bzw. private Krankenkasse.

Welche Unterstützungsangebote gibt es? Wo kann ich mich weiter informieren oder mit anderen Betroffenen austauschen?

- Internetseite für Informationen <https://www.familienplanung.de/fehlgeburt-totgeburt/>
- Kostenloses Onlineforum von Betroffenen für Betroffene <https://www.fehlgeburt.info>
- Internetseite zu Bestattungsgesetzen <http://initiative-regenbogen.de/bestattungsgesetze.html>
- Internetseite für die Hebammensuche <https://www.am-mely.de>
- Regionale Selbsthilfegruppen, Sternenkind- Vereine, Trauergruppen, Beratungsstellen wie z.B. SKMF e.V., Diakonie, Profamilia, donum vitae für den persönlichen Kontakt; mit dem Suchbegriff „Sternenkind“ und dem eigenen Wohnort findet man Angebote in der Nähe

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat eine Fehlgeburt diagnostiziert. Diese stellt in der Regel keinen Notfall dar und man hat damit die nötige Zeit, um sich Gedanken über das weitere Vorgehen zu machen.

Mit dem Wissen, das Sie jetzt haben, fällt es Ihnen leichter gemeinsam mit Ihrer Frauenärztin oder mit Ihrem Frauenarzt das richtige Vorgehen zu finden.

Quelle: Leitlinie „gestörte Frühgravidität im ersten Trimenon“ AWMF-Register-Nr.: 015/076

Autoren: Susanne Starkmuth (Patientinnenvertreterin), Prof. Dr. Ludwig Spätling, PD Dr. Birgit Wetzka, Prof. Dr. Annette Müller, Prof. Dr. Sven Becker, Dr. Axel Valet

Diese Patienteninformation wurde auf Basis der Leitlinie „gestörte Frühgravidität im ersten Trimenon“ AWMF-Register-Nr.: 015/076 erstellt und mit der Leitliniengruppe abgestimmt. Die Mitglieder der Leitliniengruppe haben hier ihre Interessen inklusive eines Interessenkonfliktmanagement dargelegt.