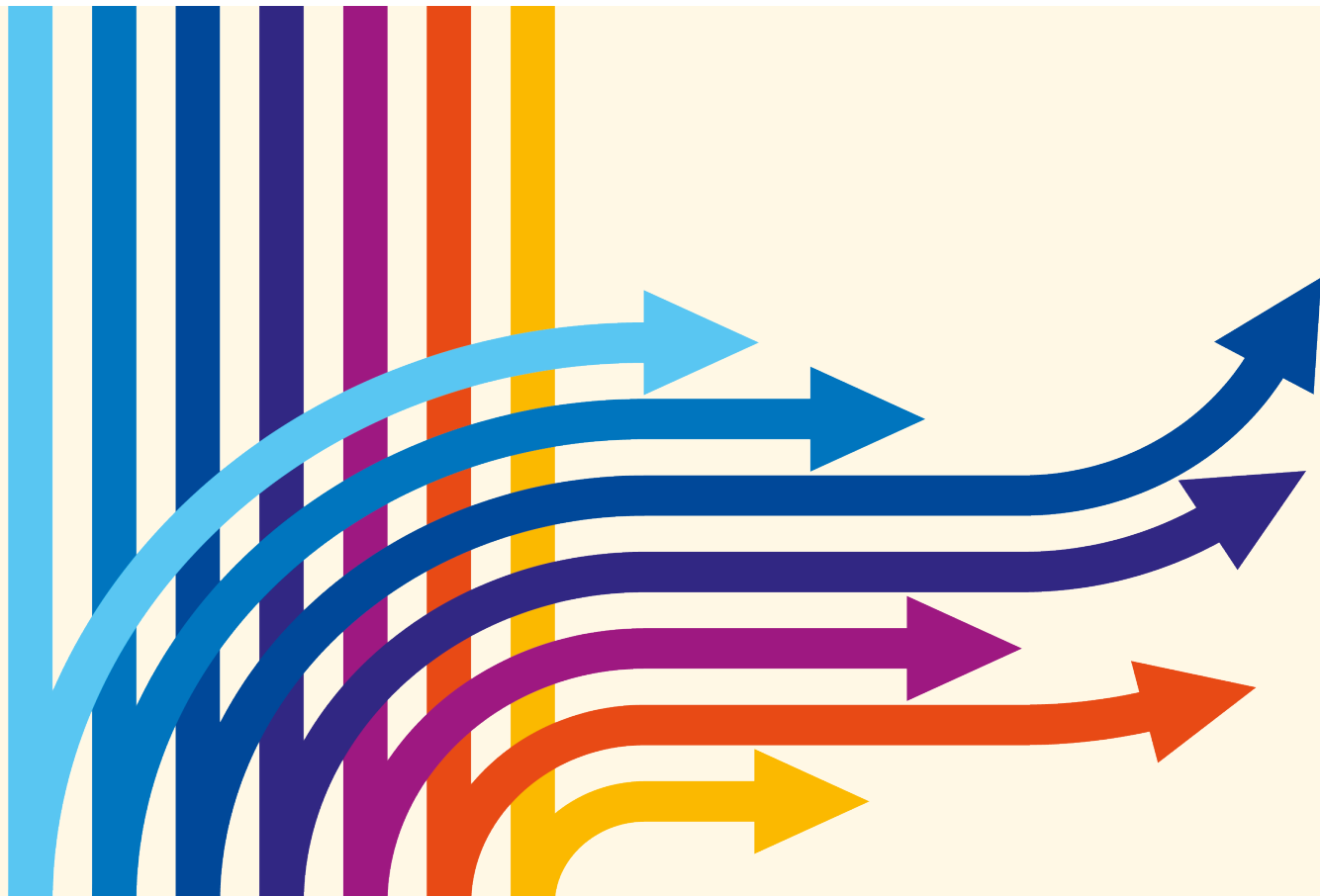




Die neue Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch

Was sie für die Rechte der Klient*innen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit leistet





Impressum



pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250 – 254
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2023

Titelgrafik: © AAGGraphics - iStock
Gefördert vom: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend (BMFSFJ)
Projektteam: Katharina Rohmert, Dr. Gisela Walter, Sigrid Weiser
Dokumentation und Redaktion: Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin
Layout: Richard Caesar

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Einführung	Zum Thema.....	4
Vortrag	Die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon Helga Seyler.....	6
Kommentar	Die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon: Was nehmen wir mit, was fehlt? Katharina Rohmert.....	18
Resümee	Fazit und Ausblick.....	23
Anhang	Literatur und Links.....	25



Einführung

Zum Thema

Sie ist ein Meilenstein in der Gesundheitsversorgung für Frauen: Zum ersten Mal gibt es in Deutschland eine medizinisch-fachliche Leitlinie für die Durchführung, die Versorgung und Methodenwahl beim Schwangerschaftsabbruch bis zur 14. Woche (p.m.). Die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon enthält evidenzbasiertes Hintergrundwissen und über hundert Empfehlungen die sich an Ärzt*innen richten, die Abbrüche durchführen, aber auch an Berater*innen in Schwangerschaftsberatungsstellen sowie an Klient*innen und Patient*innen ([Link zur Leitlinie](#)).

Erstellt wurde sie unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Anfang 2023 veröffentlicht. Angeschoben wurde sie nicht zuletzt durch den starken gesellschaftlichen und politischen Druck, der zunächst das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und danach die DGGG davon überzeugen konnte, endlich eine Leitlinie für das so wichtige Gesundheitsthema für Frauen und schwangere Personen herauszugeben.

Dabei ist es für Nicht-Mediziner*innen wichtig zu wissen: Leitlinien sind anerkannte Wegweiser für medizinisches Handeln, für qualitativ hochwertige sowie evidenzbasierte Behandlungen und Therapien. Leitlinien ersetzen in der Medizin nicht selten Fachliteratur. Im besten Fall sind sie allen Ärzt*innen und anderen Fachkräften bekannt. Sie sind Basiswissen für die Ausbildung. Sie haben eine festgeschriebene Gültigkeitsdauer und werden dann idealerweise erneut überprüft. Die Art und Weise ihrer Erstellung, das zugrunde liegende Fachwissen, die Zusammenstellung und Bewertung wissenschaftlicher Forschung und weitere Referenzen vermitteln allen an der Abbruchversorgung Beteiligten notwendiges Fachwissen und zeigen dabei die Chancen, Begrenzungen sowie Perspektiven evidenzbasierter und systematisch publizierter Fachlichkeit in Wissenschaft und Medizin auf. Auch wenn sie für Ärzt*innen nicht bindend sind, bilden sie den State of the Art ab und bieten so einen fachlichen Bezugspunkt für Ärzt*innen, Patient*innen und Berater*innen gleichermaßen.

Im Auftrag des pro familia Bundesverbands hat die Hamburger Frauenärztin Helga Seyler an dem Leitlinienprozess mitgearbeitet und ist Mitautorin der Leitlinie. Im digitalen Fachgespräch stellte die erfahrene Medizinerin, die viele Jahre Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt hat, Inhalte, Struktur und Hintergründe der Leitlinie und der Empfehlungen vor. Wichtig waren Fragen wie: Wie sind die Empfehlungen aufgebaut, und wie verbindlich sind sie? Wie können sie dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung und die Partizipation der Patient*innen zu stärken? Wie können Berater*innen die Leitlinie in ihrer Arbeit einsetzen? Helga Seyler stellte die aus ihrer Sicht zentralen Empfehlungen vor und gab Orientierungen, um mit der 140 Seiten langen Leitlinie praxisnah arbeiten zu können.

Im Anschluss an den Vortrag kommentierte die Ärztin, Beraterin und medizinische Referentin beim pro familia Bundesverband Katharina Rohmert die Leitlinie. Sie stellte dar, wie die

Leitlinie zur Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs beitragen kann, wie sie die Rechte und die Entscheidungsgrundlagen der Klient*innen stärken kann und dass sie gleichermaßen Berater*innen und Ärzt*innen in ihrem fachlichen Handeln und der Kommunikation unterstützen kann. Perspektivisch wünschte Katharina Rohmert sich Leitlinien für den Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon der Schwangerschaft.

Fast neunzig Fachkräfte aus der Schwangerschaftsberatung, der Geburtshilfe, aus Arztpraxen und Kliniken, aus der Fort- und Weiterbildung sowie Wissenschaft und Forschung nahmen an der Veranstaltung teil, die von Sigrid Weiser vom pro familia Bundesverband moderiert wurde. In dieser Dokumentation finden Sie die beiden Vorträge, Quellen zum Thema und ein Resümee der Veranstaltung.



Vortrag

Die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon

Helga Seyler

Helga Seyler ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und hat viele Jahre im Familienplanungszentrum Hamburg gearbeitet und dort auch Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Sie hat als Vertreterin von pro familia an der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch mitgearbeitet.

Ich möchte in meinem Vortrag wichtige inhaltliche Punkte der neu erschienenen S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon kurz vorstellen (insbesondere solche, die für die Beratung relevant sind), aber auch atmosphärische Eindrücke geben, wie die Debatte verlief. Vorausgeschickt sei, dass es insgesamt zweieinhalb Jahre gedauert hat, die Leitlinie zu erarbeiten, und der Prozess war nicht immer einfach ([Link zur Leitlinie](#)).

Der Impuls für die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch kam vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), allerdings auf Umwegen. Anfangs stellte das Ministerium Gelder bereit, um die psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen zu erforschen. Auf das Drängen von Fachleuten hin wurde das Ziel des Forschungsvorhabens neu formuliert und fokussiert nun auf die Versorgungslage bei und die Verarbeitung von Schwangerschaftsabbrüchen. In diesem Zusammenhang betonten die beteiligten Expert*innen immer wieder, dass es in Deutschland keine Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch gebe. Das Bundesministerium beauftragte daraufhin die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) mit der Erstellung einer Leitlinie und stellte dafür Gelder bereit. Weitere Gelder kamen von der DGGG. Die Arbeit der Delegierten in der Kommission (Auswertung der Literatur, Erstellung der Texte, Formulierung und Abstimmung von Empfehlungen) wurde komplett ehrenamtlich geleistet.

Die Leitlinie: Ziele und Erarbeitungsprozess

Grundlage jeder Leitlinie ist eine Recherche und Bewertung des aktuellen Wissens zum jeweiligen Thema. Bei S2- und S3-Leitlinien wird ein repräsentatives Gremium zusammengestellt, das alle wichtigen Fachgesellschaften, die im Thema arbeiten, einbezieht. Dieses Gremium erarbeitet Texte und Empfehlungen und stimmt sie in einem langen Austausch miteinander ab. Bei der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch war die DGGG die leitende Institution. Sie hat einige Expert*innen aus dem Bereich Schwangerschaftsabbruch nicht zugelassen. Dies führte dann letztlich dazu, dass etwa drei Viertel der Mitglieder der Leitliniengruppe keine praktischen Erfahrungen mit ambulanten Abbrüchen hatten und nur drei teilnehmende Personen routinemäßig ambulante Abbrüche durchführten. Diese Zusammensetzung hat die Debatten im Gremium stark beeinflusst.

Der Prozess der Erarbeitung der Leitlinie wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begleitet und überwacht, die sowohl ein Regelwerk für Leitlinien erarbeitet hat und eine Moderation stellt als auch für die Zertifizierung der Leitlinien zuständig ist. Gemäß dem Regelwerk der AWMF sind Leitlinien in drei Stufen eingeteilt, der sogenannten S-Klassifikation (siehe Tabelle 1). Die neue Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch entspricht der Stufe S2k, also der zweithöchsten Stufe. Es ist geplant, die Leitlinie in naher Zukunft auf S3-Niveau zu aktualisieren.

Bei der vorliegenden Leitlinie Schwangerschaftsabbruch wurden die Studienlage und Evidenz bereits so weit wie möglich einbezogen. Lücken ergeben sich vor allem dort, wo die Studienlage defizitär ist. Daher ist nicht davon auszugehen, dass die S3-Leitlinie erhebliche Änderungen enthalten wird. Umso mehr lohnt es sich, sich bereits jetzt mit der neuen Leitlinie auseinanderzusetzen.

Tabelle 1: Stufenklassifikation von Leitlinien gemäß AWMF

S3: Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
S2e: Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k: Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung
S1: Handlungsempfehlungen von Expert*innengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Leitlinien haben ein festes Ablaufdatum; meist gelten sie vier bis fünf Jahre. Anschließend sollten sie aktualisiert werden, was aber in der Praxis kaum zu leisten ist. Leitlinien nehmen inzwischen die Stellung von Lehrbüchern ein, sind häufig aktueller als diese und kostenlos online zugänglich sowie dank des AWMF-Regelwerks qualitätsgeprüft. Zu beachten ist, dass Leitlinien keine verbindlichen Handlungsanweisungen, sondern Empfehlungen für die Praxis geben. Es liegt dann an den einzelnen Institutionen und Personen, diese Empfehlungen umzusetzen. Wie für eine gute Implementierung der Empfehlungen in der Praxis gesorgt werden kann, ist ebenfalls Teil der Leitlinie. Hier geht es allerdings meistens vor allem um die Publikation der Leitlinie in Fachmedien.

Die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch wurde auf einer Pressekonferenz und über Veröffentlichungen in Fachmedien publik gemacht und fand erhebliches Medienecho. Sie sollte also Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, bekannt sein. Die Leitlinie ist im Internet frei zugänglich, außerdem ist eine Veröffentlichung in Kurzform in der Zeitschrift *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* geplant. Ob das medizinische Personal dann aber auch aktiv wird und möglicherweise gewohnte Prozesse verändert oder das eigene Wissen revidiert, ist eine andere Frage. Eine Evaluation der Umsetzung von Leitlinien ist nicht vorgesehen.

Basierend auf der Datenlage sowie der Bewertung der Daten durch die Leitliniengruppe sind die Empfehlungen der Leitlinien unterschiedlich stark formuliert (soll/sollte/kann). Bei starken Soll-Empfehlungen brauchen Ärzt*innen gute Gründe, um davon abzuweichen. Sollte- und Kann-Empfehlungen sind weicher formuliert, zumeist weil die entsprechende



Datengrundlage fehlt, die Leitliniengruppe sich aber darauf geeinigt hat, dass es gut und richtig ist, der jeweiligen Empfehlung zu folgen.

Die Leitlinie Schwangerschaftsabbruch dürfte wohl leider nicht dafür sorgen können, dass sich die Versorgungssicherheit verbessert, dass also mehr Ärzt*innen Abbrüche anbieten – dafür wäre es nötig, von politischer Seite die Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs voranzutreiben. Aber sie kann sehr wohl für eine qualitative Verbesserung der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch sorgen, zum Beispiel indem weniger oder keine Kürettagen mehr durchgeführt werden und indem die Eingriffe gemäß aktueller Standards erfolgen.

Die Themenkapitel der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch

Bei der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch stand zunächst die Einigung über die Struktur der Leitlinie an – ein nicht ganz einfacher Prozess. Die Leitliniengruppe einigte sich schließlich auf folgende sechs Themenkomplexe sowie eine Einleitung:

1. Einführung
2. Versorgungsstrukturen
3. Information und Beratung zur Entscheidungsfindung
4. Maßnahmen vor dem Schwangerschaftsabbruch
5. Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch
6. Operativer Schwangerschaftsabbruch
7. Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch

Dabei wurden Kapitel 2 und 3 nur nach erheblichen Diskussionen und Druck, insbesondere von pro familia und dem Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF), als eigenständige Themenbereiche in die Leitlinie aufgenommen. Geplant war ursprünglich auch ein eigenes Kapitel zu den psychischen Folgen des Schwangerschaftsabbruchs, was diesem Thema ein größeres Gewicht verliehen hätte, als es tatsächlich hat. In der Endfassung werden die psychischen Folgen als Unterkapitel zur Nachbetreuung diskutiert (Kapitel 7.1). Außerdem waren eigene Abschnitte zu Risiken, Komplikationen und Kontraindikationen vorgesehen, die einseitig Risiken von Abbrüchen betont hätten und möglicherweise abschreckend wirken würden. Diese Themen erhielten nun als „Maßnahmen zur Vermeidung und zum Management von Komplikationen“ (Kapitel 5.6 und 6.5) und „Frauen mit speziellem Bedarf“ (Kapitel 4.3) beziehungsweise „Frauen mit speziellen Erkrankungen oder Risiken“ (Kapitel 5.2) einen positiven Blickwinkel.

Kapitel 2: Versorgungsstrukturen

Wir hätten in diesem Kapitel gerne die Versorgungssituation in Deutschland dargestellt, was aber von der Mehrzahl der Mitglieder der Leitliniengruppe mit Verweis auf die schlechte Datenlage vehement abgelehnt wurde. Die pro familia Umfrage zur Versorgungslage von 2019 (siehe pro familia magazin 2-2019), die Defizite offenlegt, wurde nicht als Quelle akzeptiert. Viele waren hingegen davon überzeugt, dass es in Deutschland keine Versorgungsgenässe beim Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon gäbe.

In der Leitlinie werden die Kriterien einer guten Versorgung benannt, allerdings keine konkreten Handlungsanweisungen für Deutschland gegeben. Die Empfehlungen in diesem Bereich sind umfangreich, aber sehr allgemein gehalten. Es sind allerdings aufgrund der schlechten Studienlage häufig ‚weiche‘ Empfehlungen.

Obwohl wir dafür eingetreten sind, konnte sich die Leitliniengruppe nicht auf eine Empfehlung einigen, dass Abbrüche explizit in die Weiterbildung integriert werden sollen. Wir konnten aber nach heftigen Diskussionen unseren Standpunkt als abweichende Meinung einbringen (siehe Zitat unten).

Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 2.8, Seite 54 f.:

„Eine weitergehende Empfehlung, die sich mit Kommunikations- und Handlungskompetenzen zur Beratung bei Schwangerschaftskonflikten als Teil der ärztlichen Weiterbildung befassen sollte, fand nach kontroverser Diskussion keine Mehrheit in der Leitliniengruppe. (...) Ein Teil der Gruppe sieht Hinweise, dass die gesundheitliche Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen verbessert wird, wenn die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in die Weiterbildung aufgenommen wird (...). Nach Auffassung des o. g. Teils der Leitliniengruppe kann das Angebot einer Zusatz-Weiterbildung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unabhängig von der Fachrichtung die Versorgungslage weiter verbessern.“

Wichtige Empfehlungen, die in der Leitlinie enthalten sind, sind unter anderem:

- dass der Schwangerschaftsabbruch, wenn die Frau entschieden ist, so früh wie möglich erfolgen sollte (Empfehlung 2.E1);
- dass dem beteiligten ärztlichen und beraterischen Personal alle Verfahren bekannt sein sollten, sodass Frauen Wahlfreiheit haben (Empfehlung 2.E2; siehe Zitat unten);
- dass alle Verfahren und Methoden sowie Medikamente bei Abbrüchen zur Verfügung stehen sollten (Empfehlung 2.E5).

Darüber, ob diese Empfehlungen in der Praxis in Deutschland bereits umgesetzt sind, dürfte künftig die gerade durchgeführte ELSA-Studie zu „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ weiteren Aufschluss geben und Handlungsbedarfe offenlegen ([Link zur ELSA-Studie](#)).



*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 2.8, Seite 50,
Konsensbasierte Empfehlung 2.E2:*

„Ärztinnen und Ärzte wie auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Beratungsstellen sollten alle Methoden und Verfahren kennen (operativ, medikamentös, telemedizinisch, Home Use, verschiedene Narkosemöglichkeiten) und die Wahlfreiheit der schwangeren Frau unterstützen, die gewünschte Methode zeit- und wohnortnah in Anspruch nehmen zu können.“

Kapitel 3: Information und Beratung zur Entscheidungsfindung

Das Kapitel wurde insbesondere von pro familia und dem AKF vorangetrieben. Frauen sollen die Möglichkeit zur Information und Beratung erhalten, um ihre Entscheidungsfindung zu unterstützen, und zwar in Bezug darauf, ob sie die Schwangerschaft abbrechen möchten, wenn ja, mit welcher Methode und wo sie den Abbruch durchführen lassen möchten. Außerdem geht es um konkrete Informationen und Hilfestellungen im hochregulierten Prozess eines Schwangerschaftsabbruchs (nötige Unterlagen, Adressen, Termine etc.).

Dieser Abschnitt in den Leitlinien stärkt die Bedeutung von Information und Beratung beim Schwangerschaftsabbruch, sowohl in der ärztlichen Praxis als auch in Beratungsstellen. Enthalten sind wichtige Standards der Beratung, wie sie auch pro familia vertritt, so etwa respektvoller Umgang, Einstellung auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Frauen, Sicherstellung von Vertraulichkeit etc. Nicht enthalten sind Einzelheiten zur psychosozialen Beratung, die nicht Teil der Leitlinien sind.

Das Weigerungsrecht von medizinischen Fachkräften, an Abbrüchen mitzuwirken, wird zwar in der Leitlinie immer wieder betont. Es gibt aber auch eine Empfehlung, die explizit festhält, dass medizinische Fachkräfte, die von diesem Weigerungsrecht Gebrauch machen, die schwangeren Frauen so schnell wie möglich weiterverweisen sollten (Empfehlung 3.E11; siehe Zitat unten). Es wird auch mehrfach betont, dass Schwangerschaftsabbrüche zeitkritische Behandlungen sind, weshalb frühzeitig umfassende Informationen und Beratung angeboten werden sollen, um unnötige Verzögerungen zu vermeiden.

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 3, Seite 58,
Konsensbasierte Empfehlung 3.E11:*

„Eine Verzögerung des Ablaufs durch das in §12 SchKG festgehaltene Recht auf Weigerung, an einem Abbruch teilzunehmen, sollte vermieden werden. Die schwangere Frau sollte in diesem Fall ohne Verzögerung weitervermittelt werden.“

Kapitel 4: Maßnahmen vor dem Schwangerschaftsabbruch

Erfreulich ist, dass zu den Risiken evidenzbasierte Zahlen genannt werden, die den Frauen eine reale Einschätzung der Risiken ermöglichen. Als Basis für die Risikoaufklärung tragen sie dazu bei, dass keine Ängste vor dem Schwangerschaftsabbruch geschürt werden. Die Leitlinie enthält eine Tabelle mit der Häufigkeit bestimmter Risiken operativer und medikamentöser Abbrüche im Vergleich (siehe Tabelle 2). Die Empfehlungen in diesem Zusammenhang sind hingegen eher allgemein gehalten.

Tabelle 2: Vergleich der Risiken beim medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbruch (gem. Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon, Seite 76, Tabelle 10)

	Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch	Operativer Schwangerschaftsabbruch
Starke Blutungen	10 von 1000	2 von 1000
Weiterbestehende Schwangerschaft	10 von 1000	2 von 1000
(Erneute) Vakuumaspiration oder Absaugung wegen Geweberesten	30 bis 50 von 1000	30 von 1000
Infektionen	1 bis 2 von 1000	0 bis 110 von 1000, mit Antibiotikaprophylaxe weniger als 20 von 100
Uterusperforation	entfällt	1 von 1000
Zervixverletzung	entfällt	1 bis 6 von 1000, mit Priming geringer
Komplikationen, Anästhesie	entfällt	2 von 1000
Fertilitätsstörungen, Aborte, Extrauterin gravidität	Risiko nicht erhöht	Risiko nicht erhöht
Plazenta praevia	Risiko nicht erhöht	Risiko erhöht bei Verwendung von Metallküretten, nicht erhöht bei Vakuumaspiration
Frühgeburten	Risiko nicht erhöht	Widersprüchliche Daten, bei Schwangerschaften nach dem Jahr 2000 wahrscheinlich nicht erhöht

In der Leitlinie werden operative und medikamentöse Abbrüche als gleichermaßen risikoarm bewertet. In Deutschland hört man häufig von Fachkräften, dass bei uns zu wenig medikamentöse Abbrüche durchgeführt werden. Der Anteil medikamentöser Abbrüche in Deutschland liegt aktuell bei etwa einem Drittel und ist in anderen europäischen Ländern wie Schweden oder Frankreich deutlich höher. Meiner Ansicht nach spricht dies hingegen eher für eine gute Versorgung mit und einen niedrighschwelligem Zugang zu operativen Abbrüchen in Deutschland. Denn in Institutionen, die sowohl operative Eingriffe in Lokal- als auch in Allgemeinnarkose sowie medikamentöse Abbrüche anbieten, entfällt in der Regel jeweils ein Drittel auf jede Methode.

Positiv anzumerken ist bei diesem Kapitel auch, dass bei fetalen Auffälligkeiten die Beratung in der Leitlinie einen sehr hohen Stellenwert hat. Durch die Entwicklung nicht invasiver Diagnosemethoden über Bluttests verlagern sich viele Abbrüche aufgrund von fetalen Auffälligkeiten ins erste Trimester vor. Hier waren sich alle Mitglieder der Leitliniengruppe



einig, vor vorschnellen Abbrüchen zu warnen und die Frauen gut über die Aussagekraft dieser Bluttests zu beraten.

Ein strittiges Thema in Bezug auf die Versorgung vor dem Abbruch war der Ultraschall. Wir konnten erreichen, dass der Ultraschall vor dem medikamentösen Abbruch nicht zwingend empfohlen wird. Das ist insbesondere wichtig, wenn Abbrüche von Hausärzt*innen oder telemedizinisch durchgeführt werden. Das Schwangerschaftsalter kann nach Datenlage meist gut anhand des Datums der letzten Regel bestimmt werden. Auch bei der Nachuntersuchung kann auf Ultraschall verzichtet werden. Es reicht dann aus, über einen speziellen niedrig sensitiven Test das Fortbestehen der Schwangerschaft auszuschließen. Trotzdem wird der Ultraschall zur Bestimmung des Schwangerschaftsalters und des Sitzes der Schwangerschaft sehr detailliert dargestellt, dies führt meiner Ansicht nach zu einer Überbewertung dieses Themenbereichs.

Positiv war, dass auf Basis der internationalen Datenlage die Rhesus-Prophylaxe bei Abbrüchen vor der zehnten Schwangerschaftswoche entfallen kann, das heißt, dass sie beim medikamentösen Abbruch verzichtbar ist. Dies kann insbesondere dazu beitragen, die Hürde beim medikamentösen Abbruch zu senken, weil keine Blutgruppenbestimmung mehr zwingend erforderlich ist.

Kapitel 5: Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Einleitend ist in diesem Kapitel festgehalten, dass ein medikamentöser Abbruch praktisch in jedem ärztlichen Setting möglich ist und dass dieser Eingriff keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen erfordert (siehe Zitat unten).

Tatsächlich haben sich auch schon konkrete Ansätze ergeben, den medikamentösen Abbruch in Hausärzt*innenpraxen zu etablieren. So hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) eine Praxisempfehlung zur Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon herausgegeben, die sich mit der Umsetzung befasst ([Link zur DEGAM-Praxisempfehlung](#)).

Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 5, Seite 80:

„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen. Somit ist ein Schwangerschaftsabbruch in unterschiedlichen ‚Settings‘ möglich: ambulant in gynäkologischen, allgemeinmedizinischen oder anderen Praxen, in ambulanten OP-Zentren.“

Kontrovers diskutiert wurden in der Leitliniengruppe sowohl der Home-Use des Prostaglandins beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, sprich die Einnahme

zu Hause, als auch ein telemedizinisch betreuter medikamentöser Abbruch. Hinsichtlich des Home-Use konnte aber die Empfehlung aufgenommen werden, dass die Frauen den Ort der Einnahme frei wählen können (Empfehlung 5.E35; siehe Zitat unten). Außerdem weist ein Satz darauf hin, dass der Home-Use gängige Praxis in Deutschland ist und dass zahlreiche Studien die Sicherheit dieses Vorgehens bestätigen. Für einen rein telemedizinisch betreuten medikamentösen Abbruch wurde keine Empfehlung verabschiedet. Immerhin wurde auch hier eine abweichende Meinung aufgenommen, die auf die in neuen Studien belegte Sicherheit der Methode hinweist und auf internationale Studien, die belegen, dass diese Alternative den Zugang zum Abbruch verbessern kann.

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 5, Seite 81,
Konsensbasierte Empfehlung 5.E35:*

„Anders als bei Mifepriston sollen die Patientinnen die Wahlmöglichkeit erhalten, ob sie die Einnahme des Prostaglandins in Einrichtungen wie Kliniken oder Praxen oder zu Hause vornehmen wollen.“

Beim medikamentösen Abbruch ist die Nachkontrolle ein wichtiger Teil, um nachzuweisen, dass keine Schwangerschaft mehr besteht. Dafür war lange eine Ultraschalluntersuchung Standard. In der Leitlinie wird nun empfohlen, für Wahlfreiheit zwischen den unterschiedlichen Methoden der Nachkontrolle zu sorgen (Empfehlung 5.E.58; siehe Zitat unten). In der Leitlinie ist festgehalten, dass viele Studien die Sicherheit der Selbstkontrolle erweisen. Hierfür kann ein spezieller Urin-hCG-Test verwendet werden, der weniger sensitiv als die gängigen Schwangerschaftstests ist und bereits ein bis zwei Wochen nach dem Abbruch die Beendigung der Schwangerschaft anzeigt. Dieses Vorgehen wird für die telemedizinische ärztliche Nachkontrolle empfohlen (Empfehlung 5.E.60). Je nach Symptomen der Frau und Testergebnis kann dann entschieden werden, ob ein Ultraschall nötig ist.

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 5, Seite 93,
Konsensbasierte Empfehlung 5.E58:*

„Frauen sollen sich nach einer Aufklärung über Vor- und Nachteile zwischen den unterschiedlichen Möglichkeiten der Nachkontrolle entscheiden können.“

Die Leitlinie hält außerdem fest, wann nach einem medikamentösen Abbruch eine Nachkürrettage erforderlich ist. Dies könnte dazu beitragen, dass keine vorschnellen Nachkürrettagen vorgenommen werden. Wenn der Fruchtsack nicht mehr sichtbar ist und die



Frau keine Beschwerden hat, ist der Ultraschallbefund allein kein Grund für eine operative Intervention.

Kapitel 6: Operativer Schwangerschaftsabbruch

Für den operativen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon hebt die Leitlinie die Absaugung als Methode der Wahl mit hoher Effektivität und geringen Risiken hervor (Empfehlung 6.E70; siehe Zitat unten). Für die Kürettage wird demgegenüber eine Negativempfehlung gegeben, die allerdings weich formuliert ist (Empfehlung 6.E72; siehe Zitat unten). Letzteres ist vor allem auf den Mangel an Studien zurückzuführen, weil sich international die Absaugung schon früh als Methode der Wahl durchgesetzt hat.

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 5, Seite 100,
Konsensbasierte Empfehlung 6.E70:*

„Beim operativen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon (< 14/0 SSW p.m.) soll die Durchführung einer Vakuumaspiration die Methode der Wahl sein.“

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 6, Seite 100,
Konsensbasierte Empfehlung 6.E72:*

„Ein Schwangerschaftsabbruch sollte nicht mit einer Metallkürette durchgeführt werden.“

Vor einem operativen Schwangerschaftsabbruch empfiehlt die Leitlinie, einen Ultraschall durchzuführen. Bei frühen Schwangerschaftsabbrüchen vor der siebten Woche wird zum Ausschluss von fortbestehenden Schwangerschaften eine postoperative Ultraschallkontrolle und die genaue Kontrolle des abgesaugten Gewebes empfohlen. Damit wird auch ein früher operativer Abbruch als sichere Behandlung benannt, den viele Praxen bisher nicht durchführen (Empfehlung 6.E.67).

Zur Anästhesie beim operativen Abbruch gibt es keine klaren Empfehlungen. Hier bleibt die Leitlinie aus meiner Sicht praxisfern.

Eine Antibiotikaprophylaxe wird in internationalen Leitlinien generell empfohlen. In der deutschen Leitlinie wurde die Empfehlung offen formuliert (Empfehlung 6.E.63). Hier gilt es, Vor- und Nachteile sorgsam abzuwägen, zumal die Zahl der Infektionen in Deutschland sehr gering ist. Falls Antibiotika gegeben werden, dann als Einmaldosis unmittelbar vor dem Abbruch.

Die Vorbereitung des Gebärmutterhalses durch die Gabe eines Prostaglandins vor dem operativen Eingriff wurde als weiche Empfehlung in die Leitlinie aufgenommen. Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, hier Handlungsspielraum zu lassen, da die Datenlage aktuell keine eindeutigen Schlüsse über die Vorteile zulässt.

Hinsichtlich postoperativer Verhaltensregeln empfiehlt die Leitlinie zunächst die Aufklärung der Frauen. Sie sollten wissen, dass Symptome wie Blutungen und Schmerzen individuell sehr unterschiedlich sind und dass sie sich mit Schmerzmitteln meist gut beherrschen lassen. Auch wenn sich schwangerschaftsbedingte Symptome üblicherweise zurückbilden, soll angesprochen werden (Empfehlung 6.E.87). Zudem wird explizit hervorgehoben, dass der Verzicht auf Tampons und Geschlechtsverkehr nach einem operativen Eingriff mangels Evidenz nicht empfohlen wird (Empfehlung 6.E89; siehe Zitat unten).

Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 6, Seite 113, Konsensbasierte Empfehlung 6.E89:

„Empfehlungen zum Verzicht auf Tampons, Menstruationstassen u.a. sowie auf Geschlechtsverkehr für einen bestimmten Zeitraum nach einem operativen Schwangerschaftsabbruch sollen mangels Evidenz unterlassen werden.“

Leider konnte kein Konsens erzielt werden, dass nur dann eine Nachuntersuchung erfolgen soll, wenn Frauen Beschwerden haben. In der Leitlinie ist aber festgehalten, dass der Nutzen von routinemäßigen Nachuntersuchungen nicht belegt ist. Empfohlen wird, dass eine solche Untersuchung allen Frauen angeboten werden sollte und dass ein Zweiteingriff primär bei Beschwerden erfolgen soll (Empfehlungen 6.E91/92).

Kapitel 7: Nachbetreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch

In Kapitel 7 sind die Nachbetreuung bei psychischen Problemen sowie die Verhütung nach dem Schwangerschaftsabbruch zusammengefasst.

Die Leitlinie stellt für die psychischen Probleme nach Abbrüchen die Datenlage zusammen. Hier ist zu beachten, dass dieses Thema stark von Abbruchgegner*innen besetzt ist, die damit eine Strategie der Angst verfolgen. Daten belegen zwar, dass ungewollt Schwangere häufiger psychische Probleme haben als die Allgemeinbevölkerung, aber auch, dass diese meist bereits vor der Schwangerschaft bestehen. Insofern könnten Frauen mit psychischen Problemen ein höheres Risiko für ungewollte Schwangerschaften haben. Festgehalten ist auch, dass sich ein Abbruch oder das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft in Bezug auf psychische Belastungen nicht unterscheiden. In einzelnen Gruppen von Frauen kann sogar der Schwangerschaftsabbruch im Vergleich zum Austragen der Schwangerschaft positive Auswirkungen haben.



*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 7, Seite 118,
Konsensbasierte Empfehlung 7.E93:*

„Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, sowie ggf. deren Partner oder Partnerinnen sollen darüber informiert werden, dass sie, wie bei anderen schwerwiegenden Lebensentscheidungen, eine große Bandbreite unterschiedlicher Emotionen erleben können, die kein Anzeichen einer psychischen Störung sind.“

Eine der wesentlichen Empfehlungen in diesem Abschnitt zielt darauf, dass Frauen darüber aufgeklärt werden sollen, dass ein Schwangerschaftsabbruch sehr unterschiedliche Gefühle auslösen kann (Empfehlung 7.E93; siehe Zitat unten). Außerdem soll das medizinische Personal akzeptierend und unterstützend handeln und Stigmatisierung vermeiden (Empfehlung 7.E94; siehe Zitat unten).

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 7, Seite 118,
Konsensbasierte Empfehlung 7.E94:*

„Das in den Schwangerschaftsabbruch involvierte medizinische Personal soll akzeptierend und unterstützend auf emotionale Reaktionen von Frauen eingehen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Stigmatisierendes Verhalten soll vermieden werden.“

Die Verhütung sollte vor dem Abbruch geklärt und direkt danach begonnen werden. Frauen müssen darüber informiert werden, dass sie direkt nach dem Abbruch wieder schwanger werden können. Zentral ist dabei, keinen Druck auszuüben. Wenn eine Frau sich entscheidet, nicht zu verhüten, soll dies akzeptiert werden (Empfehlung 7.E102; siehe Zitat unten).

Wenn eine Spirale gewünscht ist, sollte sie möglichst schnell nach dem Abbruch gelegt werden. Beim operativen Abbruch kann das direkt nach dem Eingriff erfolgen, beim medikamentösen Abbruch nach dem Abgang des Fruchtsacks (Empfehlung 7.E105). Dies entspricht nicht der gängigen Praxis in Deutschland. Es bleibt zu hoffen, dass die Leitlinie hier zu einer Verhaltensänderung von Ärzt*innen beiträgt.

*Zitat aus der Leitlinie Schwangerschaftsabbruch, Kapitel 7, Seite 121,
Konsensbasierte Empfehlung 7.E102:*

„Bei jeder Verhütungsberatung soll sichergestellt werden, dass kein Druck auf die Frau ausgeübt wird. Die Entscheidung, keine Verhütungsmethode anzuwenden, soll respektiert werden.“

Fazit

Insgesamt können wir aus Sicht eines Beratungsverbands wie pro familia mit der Leitlinie meiner Meinung nach zufrieden sein. Positiv hervorzuheben ist vor allem, dass die reproduktiven Rechte von Frauen an vielen Stellen in der Leitlinie Ausdruck finden und dass der Stellenwert von Information und Beratung beim Schwangerschaftsabbruch betont wird. Die Inhalte der Empfehlungen in diesem Bereich bestätigen die Beratungsstandards von pro familia.

Wie weit die Leitlinie Einfluss auf die konkrete Versorgung haben wird, ist schwer zu sagen. Dass sie ein erhebliches Echo in den Medien hatte, macht aber Hoffnung, dass sie auch das ärztliche Handeln positiv beeinflussen wird und die fachgerechte Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, zu der Information und Beratung elementar gehören, befördern wird.



Kommentar

Kommentar zur Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon: Was nehmen wir mit, was fehlt?

Katharina Rohmert

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) brachte den Stein ins Rollen: Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 22. März 2019 sollten neben Informationen über regionale Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen (die sogenannte Bundesärztekammer-Liste) auch Maßnahmen ergriffen werden, die die Qualifizierung von ärztlichem Personal weiter verbessern. Als eine konkrete Maßnahme wurde die Entwicklung einer nationalen Leitlinie aufgeführt. Das BMG hat auch die Übersetzung des WHO-Handbuchs für die klinische Praxis finanziert ([Link zum WHO-Handbuch](#)). Eine Übersetzung der aktualisierten „Abortion Care Guideline“ der WHO vom März 2022 ist bisher nicht vorgesehen ([Link zur WHO Guideline](#)).

„Die S2k-Leitlinie erfüllt die gesundheitspolitischen Vorgaben, die letztlich der Auslöser für die Entstehung dieser Leitlinie waren“, so formulierten es jüngst die Koordinator*innen der Leitlinien-Kommission in ihrem Beitrag in der Fachzeitschrift *Frauenarzt*.

Der Leitlinien-Kommission war es wichtig, zu betonen: Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland ist sicher! Daher wurde die Leitlinie „Sicherer Schwangerschaftsabbruch“ umbenannt in „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“.

Ein Teil der Ärzteschaft hat mögliche Versorgungsprobleme sowie die Notwendigkeit beziehungsweise Dringlichkeit für die Erstellung einer deutschen Leitlinie verneint, darunter auch einige Ärzt*innen der Leitlinien-Kommission selbst. Gleichzeitig wurde betont, dass internationale Leitlinien vorhanden sind – allerdings für andere Gesundheitssysteme und andere gesetzliche Rahmenbedingungen. Sind diese evidenzbasierten medizinischen Empfehlungen also nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar?

Dies wäre in der Tat ein zwingendes Argument für die Erarbeitung deutscher Leitlinien ...



Katharina Rohmert

Katharina Rohmert ist medizinische Referentin beim pro familia Bundesverband und Beraterin bei pro familia Darmstadt/Bensheim.

Haben wir diese Leitlinie in Deutschland gebraucht? Ich meine JA.

Die Leitlinie trägt zur Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs bei:

Allein, dass es jetzt eine deutsche Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon gibt, leistet einen Beitrag zur Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs und der Ärzt*innen, die ihn durchführen!

*Die Leitlinie stärkt Klient*innenrechte:*

Leitlinien sind fachliche Empfehlungen zur medizinischen Versorgung. Sie sollen dazu beitragen, dass Patient*innen angemessen behandelt und versorgt werden – sowohl ambulant als auch stationär. Diese evidenzbasierten Informationen dienen nicht nur den Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (möchten), sondern richten sich auch an Pflegekräfte und andere Fachleute im Gesundheitswesen sowie Mitarbeiter*innen in Beratungsstellen.

Aus Beratungsstellen und von Betroffenen hat der pro familia Bundesverband über viele Jahre Rückmeldungen erhalten, dass die medizinischen Informationen und Methodenangebote beim Schwangerschaftsabbruch mitnichten einheitlich und standardisiert waren. Erinnern wir uns nur daran, wie lange es gebraucht hat, dass der medikamentöse (sichere!) Schwangerschaftsabbruch in Deutschland flächendeckend als gleichwertige Alternative angeboten wurde. Noch immer sind wir von den Nutzer*innenzahlen aus Frankreich, Schweden oder der Schweiz beispielsweise weit entfernt. Immerhin weist das medikamentöse Angebot mit inzwischen 38 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche (1. Quartal 2023) auf eine bessere flächendeckende Versorgung mit beiden Methoden hin. Von echter Wahlfreiheit kann aber nicht gesprochen werden, wenn hingegen Angebote zu einem instrumentellen Schwangerschaftsabbruch mit örtlicher Betäubung immer mehr verschwinden.

Die Wahlfreiheit der Klientinnen/Patientinnen wird an mehreren Stellen in der Leitlinie betont: zum Beispiel bei der Methodenwahl, den Anästhesieverfahren, den Settings ... Menschen mit Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch sollten ermutigt werden, ihre Rechte auch besser zu nutzen.

Dabei sind die konsensbasierten Empfehlungen zu den verschiedenen Aspekten beim Schwangerschaftsabbruch als Informationsgrundlagen für Nutzer*innen hilfreich – auch wenn sie nicht unbedingt bindend für die Ärzt*innen sind.

*Die Leitlinie unterstützt Berater*innen:*

Das umfassende Kapitel „Information und Beratung zur Entscheidungsfindung“ überrascht zunächst in einer medizinischen Leitlinie. Ausführlich werden hier Inhalte, rechtliche



Vorgaben und Begegnung des*r Berater*in mit den Ratsuchenden auf Augenhöhe beschrieben.

Die Leitlinie unterstreicht in den Empfehlungen zur Beratung das, was ohnehin die Kommunikation in der Beratungsstelle mit den Betroffenen (Schwangeren und Begleitpersonen) kennzeichnet: „Ein respektvoller Umgang mit den Bedürfnissen und Ressourcen der schwangeren Frau, die Sicherstellung von Vertraulichkeit, ausreichend Zeit sowie eine wertneutrale, nicht bewertende Haltung der Professionellen gegenüber der Entscheidung der Betroffenen sind essentiell.“ (Leitlinie, Seite 59) Für die Mitarbeitenden in Beratungsstellen ist das nichts Neues, ist es doch Teil der täglichen Arbeit und spiegelt eine rechthebasierte Grundhaltung.

Aber für einige Mediziner*innen ist das Kapitel sicher ein hilfreicher Einblick in Beratungsgrundlagen und erklärt ansatzweise Unterschiede zu „ärztlicher Beratung“. Diese wird definitionsgemäß eher als reine Aufklärung und Information verstanden.

Gleich im ersten Kapitel der Leitlinie, in der Einführung, heißt es: „Die Beratung, Betreuung und Versorgung von Frauen mit Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch sollte evidenzbasiert und interdisziplinär erfolgen.“ (Leitlinie, Seite 44) Fangen wir den Ball auf und bemühen uns weiter um Kooperation und Interdisziplinarität im Sinne der betroffenen Frauen.

*Wie aber arbeiten Berater*innen mit einem 140-Seiten-Papier, wird es eine Kurzfassung geben?*

Wir sollten nicht darauf warten, sondern uns die Mühe machen, in die medizinischen Empfehlungen zu schauen, die übersichtlich gegliedert sind. Die Inhalte stärken nicht nur das Wissen der Berater*innen zu medizinischen Aspekten beim Schwangerschaftsabbruch, sondern geben ihnen wichtige Hinweise an die Hand, wie das Recht der Klient*innen auf Zugang zu bestmöglichen medizinischen Informationen und Angeboten im Kontext mit ungewollter Schwangerschaft, Abbruch und Verhütung gestärkt werden kann.

*Die Leitlinie gibt Ärzt*innen Orientierung im medizinischen Handeln und in der Kommunikation (mit der Patientin, mit Kolleg*innen und anderen Personen):*

In allen Kapiteln der fünf Themenbereiche der Leitlinie finden Ärzt*innen hilfreiche, evidenzbasierte Darstellungen, die der Sicherheit und Selbstkontrolle ihres ärztlichen Handelns dienen. Das betrifft sowohl diejenigen, die erwägen, ein Angebot Schwangerschaftsabbruch zu etablieren, als auch diejenigen, die schon lange Abbrüche durchführen.

Die fünf medizinischen Themenbereiche – Zeit vor dem Abbruch, medikamentöser Abbruch, operativer Abbruch, Nachbetreuung und mögliche Folgen – stellen eine gute Gliederung dar und erleichtern eine schnelle Orientierung bei der Suche nach speziellen Fragestellungen.

Verschiedene Fachgesellschaften haben sich ausgetauscht und mit der Thematik auseinandergesetzt, immer wieder um Evidenz bemüht, Kontroversen wurden ausgehalten.

Jetzt dürfen Ärzt*innen nach Wegfall des §219a nicht nur ihr Angebot zum Schwangerschaftsabbruch öffentlich benennen und beschreiben, sondern die Leitlinien-Empfehlungen helfen ihnen auch, die eigene Aufklärung und Information – zum Beispiel auf ihrer Homepage – zu verifizieren.

Was fällt auf? Was ist bemerkenswert?

Ungewöhnlich scheint bei der Leitlinie die Erstellung eines ganzen Kapitels, das sich dem Thema „Versorgungsstrukturen“ widmet.

Hier wird auf Barrieren in den Versorgungsstrukturen eingegangen, indem international definierte Kriterien für den Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung („Health Access“) auf den Schwangerschaftsabbruch angewandt werden. Diese betreffen die Verfügbarkeit (Availability), die Zugänglichkeit (Accessibility), die Annehmbarkeit (Acceptability) und die Qualität (Quality) beim Schwangerschaftsabbruch.

Natürlich war zu erwarten, dass die folgende Aussage im Kontext des Kriteriums „Qualität“ in der Leitlinie Platz finden musste (und das nicht nur an einer Stelle): „Auch zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung oder zur Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen kann ein Arzt/eine Ärztin nicht verpflichtet werden.“ (Leitlinie, Seite 45)

Sehr ermutigend zu lesen, dass es in der Leitlinien-Kommission auch das Bemühen um eine Gegendarstellung gab: „Daten aus anderen Gesundheitssystemen belegen, dass Ärztinnen und Ärzte dann häufiger nach ihrer Weiterbildung Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder vorhaben, dies zu tun, wenn dies ein regulärer Teil ihrer Weiterbildung war [24] (mit der Option, sich bei Gewissenskonflikten nach § 12 Absatz 1 SchKG davon befreien zu lassen).“ (Leitlinie, Seite 54)

Auch an anderen Stellen liest man in der Leitlinie förmlich das Ringen um gemeinsame Formulierungen und den Kampf um Sichtbarmachung der verschiedenen Haltungen der Kommissionsmitglieder heraus. Die Botschaft, ein Schwangerschaftsabbruch sei ein gefährliches Ereignis im Leben von Frauen, vor dem sie geschützt werden müssten, wird aber ganz klar zurückgewiesen. Der vielleicht wichtigste Satz in den Empfehlungen ist aus meiner Sicht dieser: „Frauen sollen darüber aufgeklärt werden, dass ein Schwangerschaftsabbruch eine sichere medizinische Behandlung ist und ernste Komplikationen selten sind.“ (Leitlinien, Seite 77, Empfehlung 4.E28)

Durch diese und andere Empfehlungen mit hohem Konsensgrad wird der Schwangerschaftsabbruch entdramatisiert, und die reproduktiven Rechte der Schwangeren werden gestärkt.

Bei etlichen Empfehlungen gibt es allerdings keinen starken oder sehr starken Konsens, es bleiben Kann-Empfehlungen. Das macht nachdenklich ... Über die Gründe haben wir von Helga Seyler heute etwas gehört.

Dennoch: Ein erster Schritt ist gemacht. Weitere Studien und Forschungen zu diesem wichtigen medizinischen Thema, das immerhin etwa 100.000 Mal im Jahr bei Ärzt*innen angefragt wird, sind ausdrücklich erwünscht.



Was fehlt jetzt noch?

Der Einsatz von telemedizinisch begleiteten Angeboten (siehe aktualisierte WHO-Guideline) wird in der Leitlinie nur halbherzig thematisiert.

Der Umgang mit dem Absaugmaterial (operativ entferntes Gewebe), also dem Embryo und der Gebärmutterschleimhaut, wird in der Leitlinie nicht erörtert. (Wie wird das Material entsorgt, kann es betrachtet oder sogar mitgenommen und „beerdigt“ werden, welche unterstützenden Angebote gibt es vor Ort usw.)

Die verlässlichsten Leitlinien sind S3-Leitlinien, deren Erstellung ist aber auch mit dem größten Aufwand verbunden (für alle Beteiligten, Ehrenamt!). Ergänzend dazu werden meist allgemeinverständlich geschriebene Patient*innen-Leitlinien erstellt. Eine solche ist im Sinne der ratsuchenden und schwangeren Personen ausdrücklich erwünscht!

Die Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel ist in der vorliegenden Leitlinie nicht berücksichtigt. Hier bedarf es der Erstellung einer „Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon“ – dies war auch die mehrheitliche Einschätzung der Teilnehmer*innen beim pro familia Online-Expert*innengespräch zur „Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon“ im November 2022 ([Link zur Dokumentation der Veranstaltung](#))!

Wir brauchen junge Ärzt*innen, die sich für ein Angebot Schwangerschaftsabbruch in ihrer Praxis entscheiden, und Chefärzt*innen in den gynäkologischen Abteilungen der Krankenhäuser, die den Schwangerschaftsabbruch durchführen und so junge Kolleg*innen anlernen.

Es fehlt jetzt die Stimme der Ärzt*innen und Berater*innen, die im Vorfeld sehr wohl eine Notwendigkeit für evidenzbasierte medizinische Empfehlungen rund um einen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland gesehen haben und die jetzt zurückmelden, dass diese Leitlinie sie bei ihrer Arbeit unterstützt!

Ein zumindest regional sich anbahnender Versorgungsmangel wird durch die Erstellung von Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch nicht behoben, aber eine Leitlinie ist ein Beitrag zur Enttabuisierung des Schwangerschaftsabbruchs und unterstreicht die Bedeutung von evidenzbasierten medizinischen Verfahren und Angeboten – *Abortion is Health Care!*

Resümee

Fazit und Ausblick

Der Schwangerschaftsabbruch ist hierzulande ein sicherer medizinischer Eingriff. Patient*innen müssen in aller Regel keine Komplikationen befürchten. Abbrüche werden qualitativ hochwertig und gesundheitsschonend durchgeführt. Das ist eine der Kernbotschaften der Leitlinie, über die Klient*innen aufgeklärt werden sollten.

Verwunderlich ist es, dass die wichtigste deutsche Fachgesellschaft in diesem Bereich, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), zu deren Hauptaufgaben es gehört, evidenzbasierte medizinische Leitlinien für die Geburtshilfe und Gynäkologie zu erstellen, erst im Jahr 2023 eine S2k-Leitlinie zu einem zentralen Baustein in der medizinischen Grundversorgung, dem sicheren Schwangerschaftsabbruch, herausgegeben hat.

Erstaunlich ist auch, dass die überwiegende Mehrheit, nämlich „etwa drei Viertel der Mitglieder der Leitliniengruppe keine praktischen Erfahrungen mit ambulanten Abbrüchen hatten“, wie Helga Seyler in ihrem Vortrag betonte. Wollten Ärzt*innen mit Abbrucherfahrungen sich nicht beteiligen? Warum hat man die konkrete Berufserfahrung so wenig in die Leitliniengruppe einbezogen?

Wer die Leitlinie aufmerksam liest und die tatsächliche Versorgungssituation in Deutschland kennt, wird auf Mängel und Widersprüche aufmerksam. Zum Beispiel werden in Deutschland vergleichsweise immer noch viele Kürettagen (Ausschabungen) vorgenommen, obwohl in der Leitlinie die Vakuum-Aspiration (Absaugung) als Methode der Wahl empfohlen wird. Ein anderes Beispiel ist die oft nicht begründbare Aufnahme eines Ultraschallbildes vor einem medikamentös durchgeführten Schwangerschaftsabbruch. Dies ist laut Leitlinie zur Feststellung der Schwangerschaftswoche nicht zwingend notwendig, setzt aber schwangere Personen oft unnötigem Stress aus.

Die Leitlinie ist trotz einiger Kritikpunkte gut geworden, so die einhellige Meinung der Referent*innen des digitalen Fachgesprächs. Nicht nur Mediziner*innen, sondern auch Berater*innen und Klient*innen und Patient*innen können und sollten die Leitlinie nutzen. Die leicht zugänglichen Empfehlungen und Hintergrundinformationen sind kostenlos über das Internet zu beziehen ([Link zur Leitlinie](#)). Ein gut gegliedertes Inhaltsverzeichnis macht konkrete Informationen schnell zugänglich. 106 Empfehlungen enthält die Leitlinie und 140 Seiten umfasst sie. Auch wenn sie sehr gut strukturiert ist, ist allein der Umfang eher unhandlich für die Praxis. Deshalb soll es auch bald eine Kurzfassung geben.

Das lässt hoffen, dass die Empfehlungen zukünftig von jedem*r Berater*in in der §219-Beratung genutzt werden. Sie haben einen enormen praktischen Nutzen für alle, die sich für die Rechte von Klient*innen einsetzen. Klient*innen können mehr über den Eingriff erfahren. Sie werden darin bestärkt, ihre Wahlrechte in Bezug auf die Methoden, die Anästhesie (alle Verfahren und Methoden sowie Medikamente sollten bei Abbrüchen zur Verfügung stehen) und das Setting in Anspruch zu nehmen. Die Leitlinie gibt ihnen evidenzbasierte



wissenschaftliche Informationsgrundlagen, die ihnen bei einer selbstbestimmten Entscheidung helfen können. Auch die Empfehlung, dass der Abbruch, wenn die Frau entschieden ist, so früh wie möglich erfolgen sollte, stärkt die Rechte von Schwangeren auf schnellstmöglichen Zugang zur medizinischen Versorgung.

Katharina Rohmert betonte, dass auch Ärzt*innen, die erwägen, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, oder dies schon lange tun, von der Leitlinie profitieren können, weil sie in allen Kapiteln hilfreiche Orientierungen finden, die der Sicherheit und Selbstkontrolle ihres ärztlichen Handelns dienen. Die Forderung nach besserer Ausbildung der Ärzt*innen wird unterstrichen, belegen doch Daten aus anderen Ländern, in denen Ärzt*innen selbstverständlich für den Schwangerschaftsabbruch ausgebildet werden, dass diese Ärzt*innen danach häufiger gewillt sind, Abbrüche durchzuführen. Die Leitlinie ist eine gute Grundlage für solche Weiterbildungen. Leider konnte sich die Leitlinien-Kommission nicht auf eine Empfehlung einigen, wonach profundes Wissen zur Beratung und zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der ärztlichen Weiterbildung grundlegend verankert werden sollte. Dennoch bildet die Leitlinie für Studierende und Ärzt*innen in der Weiterbildung eine wichtige Basis – und auch für Engagierte, die sich dafür einsetzen, dass Weiterbildungen in diesem Medizinfield nachhaltig implementiert werden.

Die Hausärzt*innen haben ihrerseits bereits ihren Willen gezeigt, den medikamentösen Abbruch in ihren Praxen zu etablieren. Die Praxisempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) auf der Grundlage der Leitlinie können ein weiterer wichtiger Schritt sein, den Zugang zur hochwertigen und wissenschaftsbasierten Schwangerschaftsabbruchversorgung zu stärken ([Link zur DEGAM-Praxisempfehlung](#)).

So bleibt abschließend der Bedarf für die Zukunft zu benennen, dass auch für den Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon eine Leitlinie fachlich notwendig ist.

Anhang**Literatur und Links**

S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon; erstellt unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), formal geprüft durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), AWMF-Registernummer 015-094, Version 1.0, Stand: 26. Januar 2023, gültig bis: 25. Januar 2026. [Link zum Text](#) (Zugriff: 12. September 2023)

DEGAM-Praxisempfehlung zur Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“, **AWMF-Registernummer 015-094**, Wie funktioniert ein med. Schwangerschaftsabbruch in der hausärztlichen Praxis? hrsg. v. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM), Stand: Mai 2023. [Link zum Text](#) (Zugriff: 12. September 2023)

ELSA-Studie zu „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“, [Link zur Website](#) (Zugriff: 12. September 2023).

pro familia: Versorgung mit Ärzt*innen – Rückmeldungen aus den Landesverbänden. pro familia magazin 2-2019, Seite 10–14

pro familia: Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon. pro familia Online-Expert*innengespräch am 25. November 2022, Frankfurt 2023. [Link zum Text](#) (Zugriff: 12. September 2023)

WHO: Handbuch für die klinische Praxis zum sicheren Schwangerschaftsabbruch, deutsche Übersetzung von „Clinical practice handbook for safe abortion“, 2014. [Link zum Text](#) (Zugriff: 12. September 2023)

WHO: Abortion Care Guideline, 2022. [Link zum Text](#) (Zugriff: 12. September 2023).





www.profamilia.de/Publikationen

