

Guideline

(siehe auch: http://sggg.ch/de/members_news/1005)Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. med. Daniel Surbek

gynécologie Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
suisse Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Später Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Woche

Rahmenbedingungen für ein verantwortungsvolles Vorgehen bei Indikationsstellung und Durchführung

Die Begleitung und Betreuung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch im 2. oder 3. Trimenon ist für alle Beteiligten anspruchsvoll und belastend. In der Gynäkologie/Geburtshilfe tätige Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen werden (u.a. infolge der Entwicklungen in der Pränataldiagnostik) voraussichtlich in zunehmendem Masse mit diesem Thema konfrontiert sein. Um der individuellen Situation aus medizinischer, psychischer und ethischer Sicht gerecht zu werden und um die Belastungen für alle Involvierten möglichst gering zu halten, ist es entscheidend, Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein medizinisch, rechtlich und ethisch verantwortungsvolles Vorgehen bei der Indikationsstellung und Durchführung eines nach dem ersten Trimenon vorgenommenen, späten Schwangerschaftsabbruchs gewährleisten.

Zusammenfassung

- Bei **weniger als 5%** der ca. 10000 jährlich in der Schweiz vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche handelt es sich um sogenannte späte Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Woche.
- Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 12. Woche ist eine **Indikationsstellung durch die ausführende Ärztin (resp. den Arzt)** erforderlich, die sich gemäss Gesetzgebung an der Abwendung eines schweren körperlichen Schadens bzw. einer schweren seelischen Notlage der Schwangeren orientiert. Die Gefahr der körperlichen und/oder seelischen Notlage der Schwangeren muss umso schwerer sein, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist.
- Bei Wunsch nach spätem Schwangerschaftsabbruch ist eine **interdisziplinäre und interprofessionelle Besprechung** (z. B. im Rahmen eines Ethikzirkels) dringend empfohlen.
- Sowohl für Indikationsstellung wie auch die Durchführung des Abbruchs ist **schweizweit Gleichbehandlung, Versorgungssicherheit, gerechte Aufgaben- und Ressourcenverteilung** sowie die Unterstützung der involvierten Ärzte- und Pflegeteams zu gewährleisten.
- Die betroffene Frau ist **ergebnisoffen und nicht direktiv** zu beraten, wobei die Beratung auch das Aufzeigen von **Alternativen** zu einem späten Schwangerschaftsabbruch beinhalten muss.
- Beim Schwangerschaftsabbruch ist eine einfühlsame, kontinuierliche, rechtzeitig einsetzende und über den Abbruch hinaus anhaltende, möglichst **ganzheitliche und umfassende Begleitung und Betreuung der Betroffenen** wichtig.
- Die meisten Abbrüche ab dem zweiten Trimenon erfolgen in der Schweiz **unter stationären Bedingungen mittels Abortinduktion** mit konsekutiver Gabe von Mifepriston und einem Prostaglandin.
- Das **Komplikationsrisiko** ist gering, steigt aber mit zunehmendem Gestationsalter.
- Gibt ein Kind nach einer Abortinduktion im späteren zweiten Trimenon Lebenszeichen von sich, muss eine **gute palliative Begleitung im Sterbeprozess** erfolgen.
- Ab dem Zeitpunkt der (theoretischen) Lebensfähigkeit des Kindes ist die Vornahme eines **Fetozids** in Betracht zu ziehen, der an einem **Perinatalzentrum** von einem erfahrenen Team vorgenommen werden sollte.

In der vorliegenden Empfehlung werden grundsätzliche Aspekte diskutiert, und es wird eine Vorgehensweise erläutert, die auf die derzeit zur Verfügung stehende Evidenz und die langjährige Erfahrung derjenigen, die späte Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz durchführen, abgestützt ist.

Ausgangslage

Jährlich registriert das Bundesamt für Statistik rund 10000 Schwangerschaftsabbrüche, die schweizweit vorgenommen werden. Weniger als 5% davon sind sogenannte späte Schwangerschaftsabbrüche, die nicht im Rahmen der Fristenregelung erfolgen (d. h. nicht innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode) (1). Gemäss Gesetzgebung ist ein Schwangerschaftsabbruch ausserhalb der Grenzen der Fristenregelung zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft straffrei, wenn es gilt, schweren körperlichen Schaden oder eine schwere seelische Notlage von der Schwangeren abzuwenden, wobei der Schaden umso schwerwiegender sein muss, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist (2). Gemäss Bundesamt für Statistik handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um fetale Auffälligkeiten (Chromosomenstörungen oder ZNS-, kardiale und renale Fehlbildungen), bei den restlichen Fällen um psychische oder psychosoziale Gründe, die massgebend oder zugrundeliegend sind für die schwere seelische Notlage. Ein späterer Schwangerschaftsabbruch mittels Geburtseinleitung kann die vorgängige Durchführung eines Fetozids implizieren. In jedem Fall ist bei einem im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs lebendgeborenen Kindes eine palliative Betreuung des Neugeborenen zu gewährleisten.

Nachdem die Nationale Ethikkommission (NEK) im Bereich Humanmedizin festgestellt hatte, dass wenig Informationen zur gegenwärtigen Praxis im Zusammenhang mit späten Schwangerschaftsabbrüchen bekannt sind, führte sie 2017 eine Umfrage durch. Diese ergab, dass der Grossteil der Spätabbrüche in den Universitätsspitalern vorgenommen wird (3). Mehr als die Hälfte der befragten 22 Spitäler gaben an, Abbrüche beim Vorliegen von fetalen Anomalien vorzunehmen, während nur zirka ein Fünftel deklarierte, auch Spätabbrüche bei psychischer/psychosozialer Indikation durchzuführen. Ein ähnliches Resultat

hatte die 2010 in der Schweizerischen Ärztezeitung publizierte, vom Arbeitskreis Abortio und Kontrazeption Schweiz (APAC) initiierte Befragung zur Praxis des Schwangerschaftsabbruchs in der Schweiz ergeben (4). Von den 93 Kliniken, die Abbrüche durchführen, gaben knapp 70% an, dies auch bei Schwangerschaften > 12 0/7 Schwangerschaftswoche (SSW) zu tun, hingegen nur 41% bei Schwangerschaften > 12 0/7 SSW bei psychosozialer Indikation. Es wurden beträchtliche regionale und kantonale Unterschiede festgestellt, was die Zugänglichkeit zu einem späten Schwangerschaftsabbruch anbelangt. Gemäss einer Schätzung der APAC reisen bis zu 50 Frauen jährlich für einen Abbruch ins Ausland.

Im Dezember 2018 veröffentlichte die NEK die Umfrageresultate im Rahmen einer Stellungnahme (3). Das Papier enthält neben ethischen Erwägungen Ausführungen zum rechtlichen Rahmen, dem medizinischen Vorgehen sowie der Praxis in der Schweiz und mündet in Empfehlungen, die sich u. a. an die Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der Schweiz, gynécologie suisse SGGG, richten. Diese sind einerseits allgemeiner Natur und beziehen sich andererseits auf spezifische Aspekte wie Begleitung und Betreuung der Betroffenen, Methoden des Abbruchs und Umgang mit «Lebendgeburten» nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Der Vorstand der SGGG entschied sich zusammen mit der Akademie fetomaternaler Medizin (AFMM, einer Arbeitsgemeinschaft der SGGG), basierend auf dem Bericht der NEK, die vorliegende Empfehlung zur Vorgehensweise bei der Indikationsstellung und Durchführung beim späten Schwangerschaftsabbruch zu erarbeiten.

Grundsätzliche Überlegungen

Ein Schwangerschaftsabbruch konfrontiert alle Involvierten mit dem grundsätzlich ethisch-moralischen Dilemma, das aus der gegebenen Situation resultiert, d. h. der Unvereinbarkeit des Schutzes des werdenden Lebens und des Respekts der Autonomie der betroffenen Schwangeren. Wie sie diese Güter für sich selbst gewichtet, obliegt im ersten Trimenon alleine der Entscheidung der Schwangeren. Ab dem zweiten Trimenon sind es die betreuenden Ärztinnen und Ärzte, welche die Einschätzung, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen erfüllt sind, vornehmen müssen. Für alle in die Durchführung des Abbruchs involvierten Fachpersonen kann diese Situation zu Verunsicherung führen und sie stellt eine grosse Herausforderung und Belastung dar.

Gleichbehandlung, Versorgungssicherheit, gerechte Aufgaben- und Ressourcenverteilung sowie die Unterstützung der Ärzte- und Pflegeteams sind wesentliche grundlegende Aspekte, die in ausreichendem Mass gewährleistet sein sollten. Die vorliegende Empfehlung zielt darauf ab, dass ein transparenter Informations- und Erfahrungsaustausch in der ganzen Schweiz sichergestellt ist und Verfahrensstandards, die auf eine Vereinheitlichung der Praxis hinwirken, definiert sind. Gleichzeitig soll die Empfehlung auch dazu beitragen, dass die Versorgungsqualität überall gleichwertig ist, und einer Konzentration von Fällen an bestimmten Kliniken in der Schweiz entgegengewirkt werden kann. Darüber hinaus gewährleisten die mit der Empfehlung angestrebten Standards betreffend Information und Transparenz in noch besserem Masse als bis anhin, dass die Bedürfnisse und Werthaltungen der Fachpersonen sichergestellt sind.

Die Empfehlung enthält auch einen Passus zur *Vorgehensweise bei einer lebenslimitierenden Erkrankung eines Fetus*. Die betroffenen Eltern müssen in jedem Fall ergebnisoffen und nicht-direktiv im Hinblick auf die Entscheidungsfindung betreffend die Weiterführung der Schwangerschaft oder die Vornahme eines Abbruchs der Schwangerschaft beraten werden. Entscheiden sie sich für die Weiterführung der Schwangerschaft, muss ihnen eine multiprofessionelle Begleitung mit palliativer peripartaler Betreuung des Kindes angeboten werden. Bezüglich *Begleitung und Betreuung* ist eine einfühlsame, kontinuierliche, rechtzeitig einsetzende und über den Abbruch hinaus anhaltende, möglichst ganzheitliche und umfassende Begleitung der Betroffenen wichtig. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist ein interprofessionelles Konzept, wie es in seinen Grundprinzipien in der vorliegenden Empfehlung dargelegt ist. Es gewährleistet den Informationstransfer zwischen den involvierten Fachpersonen (Ärzt*Innen, Hebammen, Pflegenden, Seelsorge, Psycholog*Innen, Sozialdienst) und ermöglicht es – in Abhängigkeit von der institutionellen Gegebenheiten – das betroffene Elternpaar entsprechend seinen Vorstellungen und Bedürfnissen bezüglich Alternativen zum Abbruch, zu Abbruchmethoden, Abschiedsritus und Trauerbegleitung zu betreuen. Eine solche Begleitung muss auch für die Situation gegeben sein, in der die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch trotz Wunsch der Frau nicht gestellt werden kann. Damit eine qualitativ hochwertige Betreuung angeboten werden kann, bestehen Schulungsangebote (siehe entsprechenden Abschnitt weiter unten) und es braucht die entsprechenden personellen Ressourcen. Dies sicherzustellen obliegt den Institutionen, in denen späte Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden.

Was die *Methoden des Schwangerschaftsabbruchs* anbelangt, ist einerseits der Minimierung der Risiken für die Patientin der höchste Stellenwert beizumessen, und andererseits sollten neben diesen medizinischen Aspekten auch die persönlichen Erwägungen und Vorstellungen der betroffenen Patientinnen massgebend sein. Im Wesentlichen stehen die beiden Möglichkeiten «Einleitung der Geburt und gegebenenfalls Nachkürrettage (mit oder ohne vorangehenden Fetozid)» und der «operative Schwangerschaftsabbruch mittels Dilatation und Evakuierung» zur Verfügung. Das Komplikationsrisiko steigt generell mit jeder zusätzlichen Schwangerschaftswoche an (5, 6). In Anbetracht der Häufigkeit von späten Schwangerschaftsabbrüchen (schweizweit rund 5% aller Schwangerschaftsabbrüche, also ca. 500/Jahr, nach der 22. SSW ca. 70/Jahr) verfügen aber nur wenige Gynäkolog*Innen über die entsprechende Expertise. Zudem stösst die Durchführung eines chirurgischen Schwangerschaftsabbruchs in weit fortgeschrittenem Gestationsalter für viele Frauärzt*Innen an die Grenze dessen, was sie für sich als zumutbar erachten (7). Darüber hinaus ist die zum Teil für die Prognose für nachfolgende Schwangerschaften wichtige pathologische Untersuchung (Autopsie des Kindes) nach operativem Abbruch nur eingeschränkt möglich. Auch das Spektrum an Möglichkeiten für Abschiedsrituale ist nach operativem Abbruch deutlich eingeschränkt.

Bei lebenslimitierenden Diagnosen mit infauster Prognose ist das Austragen der Schwangerschaft und das palliative Begleiten des Kindes, bis es verstirbt, eine Alternative zum Spätabbruch. Schwangere resp. Paare in der gegebenen Situation

sollten auch über diese Option aufgeklärt werden. Wenn eine Schwangere sich für diesen Weg entscheidet, sollte die in üblicher Weise erfolgende Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung durch eine situationsgerechte Begleitung ergänzt und das Kind nach der Geburt in Absprache mit den Eltern durch die Neonatologie palliativ betreut werden (8). Eine medizinisch und pflegerisch umfassende Versorgung und würdige Gestaltung der Lebenszeit und des Sterbeprozesses des Kindes ist dabei unbedingt zu gewährleisten.

Ab dem späteren zweiten Trimenon ist es möglich, dass ein Kind *nach erfolgter Einleitung zum Schwangerschaftsabbruch lebend geboren wird*. Ist die Indikation für einen späten Schwangerschaftsabbruch gestellt, so müssen Vorkehrungen getroffen werden, damit es nicht zur Geburt eines potenziell überlebendfähigen und durch die frühe Einleitung zusätzlich geschädigten Kindes kommt. Dies kann bedeuten, dass vor der Einleitung ein Fetozid notwendig ist. Ausnahmen bilden die Situationen, in denen eindeutig lebenslimitierende Fehlbildungen mit infauster Prognose quoad vitam vorliegen. Hier ist eine Einleitung mit anschliessend palliativer neonatologischer Betreuung eine Option. In jedem Fall muss bei im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs lebendgeborenem Kind eine palliative Betreuung des Kindes bis zu dessen Versterben sichergestellt werden. Dabei ist eine gute Absprache und Einbindung der Neonatologie unabdingbar.

Vorgehensweise Zuständigkeit

Der Spätabbruch ist ein Thema, welches für die Frau, ihren Partner und für alle beteiligten Fachpersonen sehr schwierig und belastend ist. Umso wichtiger ist eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit all jener Institutionen, die Anlaufstellen für Schwangere sind, die aufgrund einer seelischen Notlage – sei es wegen eines schwerwiegenden gesundheitlichen Problems beim Fetus/Kind oder infolge einer schweren psychosozialen Belastungssituation – den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch äussern. Dieses Anliegen vorzubringen kann sehr schambefahret sein. Umso wichtiger ist es, dass sich die erste Anlaufstelle, bei der sich die Betroffene meldet, ihren Möglichkeiten entsprechend des Problems annimmt. Handelt es sich dabei nicht um eine Institution, die einen Abbruch durchführen kann, so ist diese gleichwohl so lange für die Koordination zuständig, bis die Patientin erfolgreich an eine entsprechende Stelle überwiesen ist. Auch wenn nicht in jedem Fall einem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch Folge geleistet werden kann und muss, braucht jede Schwangere/jedes Paar kompetente Beratung, Betreuung und Begleitung, und zwar unabhängig davon, ob es zu einem Schwangerschaftsabbruch kommt oder nicht (9).

Da es sich beim straflosen Schwangerschaftsabbruch um eine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckte medizinische Leistung handelt, muss jeder Kanton gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (im Speziellen Art. 30 und 39) dafür besorgt sein, dass die notwendige Anzahl Kliniken einen Leistungsauftrag für diese Intervention haben. Für die Durchführung von späten Schwangerschaftsabbrüchen sollten somit die Voraussetzungen in jedem Kanton gegeben sein. Für eine adäquate Betreuung hingegen ist es unabdingbar, dass die Patientin einer Pränataldiagnostik in einem Zentrum zugeführt wird und ein Betreuungskonzept zur

Verfügung steht. Dafür ist eine regionale (teilweise überkantonale) Absprache und Zusammenarbeit notwendig. Zudem sollten Schwerpunkttitelträger SIWF/FMH Fetomaternale Medizin verfügbar sein (um z. B. einen Fetozid durchführen zu können) (19). Dies alles dient dazu, eine auf den individuellen Fall angepasste optimale und qualitativ hochstehende medizinische Betreuung zu gewährleisten. Die Zuweisung zum Zentrum sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. In Bezug auf pränatal festgestellte Auffälligkeiten des Fetus heisst dies idealerweise dann, wenn erstmals eine sonografische Unsicherheit/Auffälligkeit festgestellt wird. Dadurch kann vermieden werden, dass wertvolle Zeit für eine allenfalls notwendige weitergehende Diagnostik und für eine umfassende, gut reflektierte Entscheidungsfindung und interdisziplinäre Betreuung verloren geht.

Ärztliche Beurteilung und Indikationsstellung

Nach zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode muss gemäss Gesetz für einen Abbruch der Schwangerschaft eine Indikation gemäss ärztlichen Urteil vorliegen. Massgebend ist, sowohl im Falle einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung des Fetus als auch bei einem Wunsch nach Abbruch aus psychischen oder psychosozialen Gründen, die seelische Notlage der Schwangeren, die umso schwerer sein muss, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist. Die Beurteilung, ob die Indikation gegeben ist, liegt gemäss Gesetz in den Händen der für den Fall verantwortlichen Ärzt*Innen, wobei es in deren Ermessen liegt, ob sie dafür eine zusätzliche, fachärztliche Stellungnahme einholen möchten. Dies könnte z. B. eine psychiatrische Einschätzung der psychischen Verfassung und der Urteils- und/oder Entscheidungsfähigkeit einer Frau mit psychosozialen Beweggründen sein, bei der Hinweise für eine psychiatrische Erkrankung bestehen. Grundsätzlich ist eine fetale Beeinträchtigung oder Anomalie gemäss Gesetz kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch (Ausschluss der eugenischen Indikation), so wie dies in anderen europäischen Ländern der Fall ist (z. B. Frankreich, England). In der Realität spielt allerdings die fetale Beeinträchtigung hinsichtlich der seelischen Notlage oftmals eine sehr wichtige Rolle. Beim Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung des Fetus ist die Prognose für das Kind ein wichtiger Aspekt. Es ist dann oftmals zu beurteilen, ob die Prognose des Kindes eine Gefährdung der seelischen Gesundheit, welche von der Frau zum Ausdruck gebracht wird, begründen kann. Auch die Unmöglichkeit der Prognosestellung (z. B. bei bestimmten genetischen wie auch zerebralen Erkrankungen) kann eine Gefährdung der seelischen Gesundheit der Frau begründen. Die Prognosebeurteilung muss den betroffenen Paaren durch Fachspezialist*Innen erläutert werden und in den Entscheidungsfindungsprozess einfließen. Umgekehrt ist zu bedenken, dass auch ein später Schwangerschaftsabbruch eine schwere seelische Belastung oder Gefährdung der seelischen Gesundheit für die Frau bedeuten kann, was in der Gesamtbeurteilung miteinfließen muss. Letztlich ist zu bedenken, dass nur die betroffene Frau selber für sich eruieren kann, wo ihre Grenzen der Belastbarkeit liegen. Diese wiederum sind ganz entscheidend dafür, ob eine Familie mit ihren sozialen und psychischen Ressourcen der Herausforderung gewachsen ist, ein Kind mit einer Beeinträchtigung gut betreuen und ihm gerecht werden zu können. Dies impliziert, dass die Entscheidungsfindung im Idealfall nach dem Prinzip des «shared decision making» erfolgen sollte (9). Das ist am

besten gewährleistet, wenn ein Treffen aller involvierten Fachpersonen stattfindet. Dafür sollte die jeweilige Institution eine standardisierte, strukturierte Vorgehensweise mit Einberufung einer fallbezogen definierten Runde von Fachexpert*Innen definiert haben. Je nach Verfügbarkeit können Ärzt*Innen der Fetomaternalen Medizin, Pränataldiagnostik, Genetik, Neonatologie und Pädiatrie, evtl. der Psychiaterie, ferner Hebammen, Pflegende, Psycholog*Innen sowie Vertreter*Innen der klinischen Ethik, der Seelsorge, der Sozialarbeit und unter Umständen des Rechtsdienstes hinzugezogen werden.

Das Gespräch mit der Frau respektive ihrem Partner erfolgt durch die fallführende ärztliche Bezugsperson; in Einzelfällen kann das betroffene Paar in diese Runde einbezogen werden. Eine ärztliche Bezugsperson sollte unbedingt bezeichnet werden, damit die Kontinuität der Betreuung gewährleistet ist. Zudem sollte eine in Trauerbegleitung spezialisierte Fachperson (meist Hebamme) bereits während des Prozesses der Entscheidungsfindung auch als Vertrauensperson miteinbezogen werden. Unabhängig davon, ob das Paar sich für den Abbruch oder das Austragen der Schwangerschaft entscheidet, sollte auch in der auf die Indikationsstellung nachfolgende Phase eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet sein, die sich je nachdem in erster Linie der Begleitung während des Abbruchs und dem anschliessenden Trauer- und Verarbeitungsprozess widmet oder der Begleitung einer von Sorge überschatteten Schwangerschaft. Da sich nicht jedes Paar in der Lage sieht, ein Kind mit einer Beeinträchtigung (vollumfänglich) selbst zu betreuen, sind immer auch Entlastungsangebote bis hin zur Möglichkeit der Freigabe des Kindes zur Adoption zu thematisieren.

Zeitintervall zwischen Indikationsstellung und Abbruch

Die maternale Morbidität des Schwangerschaftsabbruchs steigt mit zunehmender Schwangerschaftswoche. Ein Schwangerschaftsabbruch ist in einer früheren Woche mit weniger Komplikationen verbunden. Zudem ist die Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch gemäss Gesetz abhängig davon, wie weit fortgeschritten eine Schwangerschaft ist. Daher ist es wichtig, dass es nicht zu Verzögerungen in der Kette der Abklärungen kommt, jedoch auch alle als nötig erachtete Untersuchungen durchgeführt werden und deren Resultate vorliegen sollten. Kann der Abbruch nicht in der betreuenden Institution (Ultraschallspezialpraxis, Klinik ohne entsprechendes Angebot) durchgeführt werden, sollte die Patientin die Möglichkeit erhalten, rasch an ein Spital mit dem entsprechenden Angebot überwiesen zu werden (11).

Präinterventionelle Abklärungen

Bei der Ultraschalluntersuchung ist neben der fetalen Sonografie, die sonografische Beurteilung der Plazenta hinsichtlich Plazentationsstörung wichtig, weil bei Placenta praevia oder increta das Risiko einer postpartalen Hämorrhagie deutlich erhöht ist (12). Zudem muss bei Status nach Sectio geprüft werden, ob ein Placenta-accreta-Spektrum vorliegt (13).

Aufklärung/informed consent

Im Vorfeld des Schwangerschaftsabbruchs sollte unbedingt auf die möglichen Komplikationen hingewiesen werden, analog dem Informationsblatt für Schwangere nach vorausgegangenem Kaiserschnitt oder dem Aufklärungsprotokoll «Geburts-einleitung» der SGGG (14, 15). Es muss sowohl bei der chirurgi-

schen wie auch bei der medikamentösen Methode eine schriftliche Aufklärung erfolgen.

Durchführung des Abbruchs

Die meisten Abbrüche ab dem zweiten Trimenon erfolgen in der Schweiz unter stationären Bedingungen mittels Abort-induktion. Die heutzutage etablierte Methode für die Abort-induktion ist die konsekutive Gabe von Mifepriston und Misoprostol (synthetisches Prostaglandin-E1-Derivat (16)). Bei vorausgegangener Sectio oder Myomektomie kommt aufgrund des erhöhten Uterusrupturnrisikos in der Regel Sulproston statt Misoprostol zur Anwendung. Abhängig vom Gestationsalter kann auch die operative Methode mittels Dilatation und Vakuumevakuierung respektive Extraktion zum Einsatz kommen.

Analgesie

Die chirurgische Intervention sollte in Regionalanästhesie oder Intubationsnarkose erfolgen. Bei einem medikamentösen Vorgehen sollte die Möglichkeit einer Analgesie (PDA oder i.v.-Opioiden) angeboten werden. Als Basisanalgesie eignen sich in erster Linie NSAR, während Paracetamol in der Regel nicht ausreichend ist.

Plazenta-Histologie

Eine histologische Untersuchung der Plazenta sollte in Abhängigkeit von der klinischen Situation und bei fetalen Fehlbildungen durchgeführt werden. Ein Screening auf persistierende Trophoblasterkrankungen wird nicht empfohlen.

Autopsie und genetische Analyse

Prinzipiell ist den Eltern eine Autopsie bei fetalen Fehlbildungen dringend nahezu legen. Es sollte eine Standarduntersuchung sein, wobei die Eltern ihr Einverständnis geben müssen. Dieses sollte, wenn möglich, bereits vor dem Abbruch eingeholt werden. Falls präpartal noch nicht erfolgt, ist eine genetische Analyse auch nach dem Abbruch in vielen Fällen sinnvoll. Die Kostenübernahme muss individuell geklärt werden.

Komplikationen

Generell liegt das Risiko für eine Komplikation (d. h. Blutung, Uterusruptur oder Infektion) bei < 1% vor 16 SSW, bei 1% zwischen 16 und 20 SSW und steigt mit jeder SSW nach 20 SSW um 1%. Das Mortalitätsrisiko ist sehr gering (0,65 pro 100000) (13, 17). Bei der *chirurgischen Intervention* ist das Risiko für eine Perforation 1 bis 4/1000 (18). Das Risiko für eine Zervixverletzung liegt bei 1:100 und ist in frühen Schwangerschaftswochen geringer als in späteren. Das Risiko ist zudem erhöht nach vorausgegangenen Operationen an der Zervix und bei zervikalen oder uterinen Fehlbildungen. Eine medikamentöse Vorbehandlung besonders bei einer Intervention nach 18 SSW reduziert das Risiko einer Verletzung (13).

Eine *Uterusruptur* ist sehr selten und das Risiko liegt bei < 1 auf 1000. Bei Status nach Sectio ist dieses Risiko geringgradig höher und liegt bei 4 auf 1000 (18, 19). Das Risiko ist deutlich erhöht bei Zustand nach Sectio mit Längsuterotomie (18).

Es gibt bisher keine Daten, die zeigen, dass die *Fertilität* nach einem Abbruch beeinträchtigt und das Risiko für eine *ektopen Schwangerschaft* und *Placenta praevia* erhöht ist.

Eine seltene Komplikation als Folge eines direkten oder indirekten Traumas des Endometriums ist das *Asherman Syndrom*.

IV C

IV C

IV C

IV C

I A

III B

Ila B

Ila B

Die Ergebnisse in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens sind unterschiedlich und wurden zum Teil nicht für Risikofaktoren adjustiert. Eine registerbasierte Studie fand kein erhöhtes Risiko bei Frauen mit einem Abbruch vor ihrer ersten Geburt im Vergleich zu Frauen ohne einen Abbruch. Im Vergleich zu einem medikamentösen Abbruch besteht nach einem chirurgischen Abbruch ein geringfügig erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt (20, 21).

Betreuung eines Kindes mit Lebenszeichen

Grundsätzlich kann es bei der Einleitung zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch vorkommen, dass der Fetus nicht unter der Geburt verstirbt, sondern über wenige Minuten bis einige Stunden oder selten sogar Tage am Leben ist. Dies kommt umso häufiger vor, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist. In diesen Situationen müssen eine gute palliative Begleitung des Kindes im Sterbeprozess im Sinne einer «comfort care» und eine zusätzliche Analgosedation bei Bedarf gewährleistet sein (22). In jedem Fall muss bei lebend geborenem Kind eine palliative Betreuung erfolgen. Idealerweise liegt dafür ein gemeinsam mit den Neonatolog*Innen erarbeitetes Protokoll vor. Wichtig ist es, dass die entsprechenden Vorbereitungen getroffen werden und die dafür nötigen personellen Ressourcen (Hebammen, Neonatolog*Innen) gegeben sind. Eine Studie zur Analyse der Todesfälle im Gebärsaal nach spätem Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz zeigte, dass die Dokumentation der Vorgehensweise in diesen Situationen bis anhin häufig unvollständig war (23). Eine möglichst einheitliche Dokumentation sollte angestrebt werden. Sie sollte neben der Indikation, dem Entscheidungsprozess und der Wahl des Abbruchverfahrens auch Details zu einer palliativen Versorgung nach einer Lebendgeburt enthalten. Für Letzteres wäre es sinnvoll, wenn jeweils institutionsintern ein in Zusammenarbeit mit der Neonatologie erstelltes Protokoll vorhanden wäre.

Fetozid

Ab dem späten zweiten Trimenon ist ein Kind zumindest theoretisch lebensfähig. Ab diesem Zeitpunkt muss bei nicht letaler Fehlbildung ein Fetozid erwogen werden, um zu verhindern, dass eine Situation herbeigeführt wird, in der ein Kind als extrem Frühgeborenes überlebt und damit iatrogen zusätzlich geschädigt wird. Ausnahmen davon sind Situationen, in welchen schwere fetale Anomalien vorliegen, die postpartal zum Versterben des Kindes führen. Generell ist die Durchführung eines Fetozids sowohl für die Frau bzw. das Paar wie auch die beteiligten Fachpersonen äusserst belastend. Dementsprechend ist in jedem Fall sorgfältig zu überprüfen, ob ein Fetozid notwendig ist oder der Schwangerschaftsabbruch im fortgeschrittenen Gestationsalter auch mittels Einleitung (ohne vorgängigen Fetozid) erfolgen kann. Bei der Entscheidung, ob die Einleitung mit oder ohne vorgängigem Fetozid erfolgen soll, muss in jedem Falle auch die Haltung der betroffenen Frau mitberücksichtigt werden.

Für die Durchführung eines Fetozids muss ein schriftliches Einverständnis der Frau vorliegen und sie sollte an einem Perinatalzentrum durch ein erfahrenes Team vorgenommen werden. Ausser bei einem selektiven Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften erfolgt im Anschluss an den Fetozid die Abortinduktion entsprechend dem Gestationsalter, d.h. im dritten Trimenon mit entsprechend angepasster, niedrigerer Misoprostol-Dosis.

Betreuung der betroffenen Paare

Ein später Schwangerschaftsabbruch ist für das betroffene Paar eine äusserst schmerzliche Erfahrung und für die Schwangere im Falle einer Abortinduktion auch eine potenziell schmerzhaft-prozedur. Für die Frau kann es zudem eine schwere psychische Belastung bedeuten. Entsprechend wichtig ist eine empathische und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Betreuung. Gleichzeitig stellt die Begleitung beim späten Schwangerschaftsabbruch auch für alle in die Betreuung Involvierten eine Herausforderung und gegebenenfalls auch eine Belastung dar (7). Ausreichende Information und ein frühzeitiger Einbezug aller Beteiligten in die Planung ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Betreuenden gut vorbereitet sind und sich ihrer Aufgabe emotional gewachsen fühlen. Institutionsinterne Protokolle und Checklisten bieten eine wichtige Grundlage für den Informationstransfer. Damit kann auch verhindert werden, dass dem Paar wiederholt die gleichen Fragen gestellt werden. Ganz entscheidend ist es, dem Paar einfühlsam, aber gleichzeitig offen darzulegen, wie das Abortgeschehen abläuft. Dies schliesst auch den Hinweis darauf mit ein, dass das Kind unter Umständen lebend geboren und wie es in diesem Falle palliativ betreut wird. Wenn die Betroffenen im Vorfeld erfahren haben, was auf sie zukommt, ermöglicht dies ihnen, die Begegnung und das Abschiednehmen vom Kind ihren Vorstellungen entsprechend zu gestalten. Eine Zusammenstellung von Informationsmaterial (z. B. in einer Mappe), aber auch die Zurverfügungstellung von Utensilien für Abschiedsrituale können hilfreich sein. Bei den späten Schwangerschaftsabbrüchen sollte die Betreuung während der Abortinduktion durch das geburtshilfliche Team erfolgen, wobei den Hebammen eine zentrale Funktion zukommt. Idealerweise ist die Neonatologie für die palliative Betreuung beizuziehen, insbesondere bei fortgeschrittenem Gestationsalter. Angebote für eine psychologische und/oder seelsorgerische Begleitung vor, während und nach dem Abbruch sollten zur Verfügung stehen. Um die Kontinuität in der Nachbetreuung zu gewährleisten, ist ein frühzeitiger Einbezug der nachbetreuenden Hebamme essenziell.

Alternativen zum späten Schwangerschaftsabbruch

Die Beratung betroffener Schwangerer/Paare sollte auch das Aufzeigen von Alternativen zu einem späten Schwangerschaftsabbruch beinhalten. Das Austragen einer Schwangerschaft ist immer eine Option, unabhängig von der Indikation. Zudem sollte auch auf die Möglichkeit, das Kind nach der Geburt zur Adoption freizugeben, hingewiesen werden.

Unterstützung, Schulung und Fortbildung aller betreuenden Fachpersonen

In jeder Institution, in der späte Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, sollten Unterstützungsangebote und Austauschmöglichkeiten für das involvierte Fachpersonal zur Verfügung stehen. Es sollte auch jederzeit die Möglichkeit zu einem Debriefing gegeben sein, wann immer ein Teammitglied dies für angezeigt erachtet. Es empfiehlt sich zudem, dem geburtshilflichen Team in regelmässigen Abständen Schulungen und Fort- und Weiterbildungen zum Thema «später Schwangerschaftsabbruch» anzubieten; idealerweise im interprofessionellen Setting.

Darüber hinaus gibt es mit der Fachstelle «kindsverlust.ch» ein seit 2003 bestehendes nationales Kompetenzzentrum für nachhaltige Unterstützung beim Tod eines Kindes in der Schwangerschaft, während der Geburt und erster Lebenszeit. Sie bietet ein breitgefächertes Weiterbildungsprogramm.

Grundsätze für die interinstitutionelle Zusammenarbeit

Grundsätzlich hat jeder Arzt/jede Ärztin das Recht, aus persönlichen Gründen die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs abzulehnen; dasselbe gilt für alle beteiligten Fachpersonen. Gleichzeitig hat jede Patientin das Recht auf Weiterweisung, wenn der Arzt/die Ärztin oder eine Institution die Durchführung eines späten Schwangerschaftsabbruchs ablehnt. Die Ablehnung der Indikationsstellung eines späten Schwangerschaftsabbruchs in einer Institution darf auf keinen Fall bedeuten, dass die betroffene Frau durch die Institution keine Weiterbetreuung erhält.

Konkret bedeutet dies:

- Jede Frau mit dem Wunsch nach spätem Schwangerschaftsabbruch wird von der Institution, an die sie sich hilfesuchend wendet, ernst genommen.
- Handelt es sich um eine Institution, die selbst keine Kompetenz oder Befugnis hat, die Frau in dieser Situation zu betreuen, unterstützt sie die hilfesuchende Frau dabei, an eine entsprechende Stelle zu gelangen.
- Auch wenn es fraglich ist, ob in der aufgesuchten Klinik/Praxis in der gegebenen Situation die Indikation zu einem Abbruch gestellt werden kann, erhält die Frau immer möglichst umfassende wertfreie Information und eine nicht direktive, ergebnisoffene Beratung.
- Kann in der aufgesuchten Institution (Klinik/Praxis) ein gewünschter Abbruch aufgrund fehlender Kompetenz nicht

vorgenommen werden, dann übernehmen es die dort tätigen Kolleg*Innen, die Frau an ein Kompetenzzentrum zu überweisen. Dies sollte ohne Zeitverzug und – das Einverständnis der Betroffenen vorausgesetzt – unter Weitergabe aller zur Verfügung stehenden Informationen erfolgen.

- Es empfiehlt sich dringend, Schwangere bereits wenn erstmals eine fetale Auffälligkeit im Ultraschall festgestellt wird, umgehend einem Kompetenzzentrum zuzuführen. So kann vermieden werden, dass wertvolle Zeit ungenutzt verstreicht, falls es später zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs kommt.
- Eine möglichst einheitliche Dokumentation, die die Indikation, den Entscheidungsprozess, die Wahl des Abbruchverfahrens und Details zur palliativen Versorgung nach einer Lebendgeburt enthält, sollte angestrebt werden.

Datum dieser Guideline: 30. 12. 2022

Autorinnen und Autoren:

S Tschudin, Leitende Ärztin, Abteilung Gyn. Sozialmedizin & Psychosomatik, Frauenklinik Universitätsspital Basel, E-Mail: sibil.tschudin@usb.ch (Schriftführung)
 I Hoesli, Chefärztin em. Klinik für Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin, (irene.hoesli@usb.ch)
 R Zimmermann, em. Klinikdirektor für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich (roland@diezimmermanns.ch)
 D Surbek, Ordinarius und Chefarzt Geburtshilfe/Feto-maternale Medizin, Geschäftsführender Co-Klinikdirektor, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern (daniel.surbek@insel.ch)
 L Raio, Leitender Arzt und Stv. Chefarzt Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern (luigi.raio@insel.ch)
 B Mosimann, Leitende Ärztin Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern (beatrice.mosimann@insel.ch)
 B Martinez de Tejada Weber, Cheffe de Service d'Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève, (Begona.MartinezDeTejada@hcuge.ch)
 Y Vial, Médecin-chef, Département femme-mère-enfant, Service d'Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) (Yvan.Vial@chuv.ch)
 D Baud, Médecin chef de Service d'Obstétrique, Département femme-mère-enfant, CHUV (David.Baud@chuv.ch)
 AC Müller Brochut, Gynecho, Pl. de la Gare 15, 1700 Fribourg (mullerbrochut@gmail.com)
 N Ochsenbein-Kölbe, Chefärztin und Klinikdirektorin Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich (nicole.ochsenbein@usz.ch)
 T Burkhardt, Leitender Arzt, Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich, (tilo.burkhardt@usz.ch)
 L Schäffer, Chefarzt Klinik für Geburtshilfe & Pränataldiagnostik, Kantonsspital Baden AG (Leonhard.Schaeffer@ksb.ch)
 G Pellegrinelli, Médecin adjoint, Service d'Obstétrique, Département femme-mère-enfant, CHUV (Jean-Marie.Pellegrinelli@hcuge.ch)
 J Wisser, GYN & PERINATAL Zürich (josef.wisser@usz.ch)
 M Hodel, Chefarzt Geburtshilfe und Fetomaternalmedizin, Co-Leitung Perinatalzentrum Luzern, Frauenklinik, Kantonsspital Luzern (markus.hodel@luks.ch)

Die Autoren und Autorinnen haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

Anlaufstellen:

<https://www.kindsverlust.ch>
<https://schwangerschaftsabbruch.org>
www.hebammensuche.ch

* Evidenzlevel und Empfehlungsgrade der Therapieangaben

Evidenzlevel

- Ia** Evidenz durch die Metaanalyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen
- Ib** Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung
- IIa** Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung
- IIb** Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere quasi-experimentelle Studie
- III** Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien
- IV** Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute

Empfehlungsgrad

- A** Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib).
- B** Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten, klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III).
- C** Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und/oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV).
- Good-Practice-Punkt
Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief/die Guideline herausgibt.

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

Quellen:

1. Bundesamt für Statistik Schweiz: Schwangerschaftsabbrüche. 2019. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html>.
2. Strafgesetzbuch Schweiz: Schwangerschaftsabbruch. 2002.
3. Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK): Zur Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft. Ethische Erwägungen und Empfehlungen. Bern 2018.
4. Rey AM, Seidenberg A.: Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung. 2010; 91, 13/14: 551-554.
5. Pauli E, Zimmermann R.: Morbidität einzeitiger Abortausräumungen im 2. Trimenon: Eine Standortbestimmung. Gynäkol Geburtshilfliche Rundschau 2005; 45: 107-115.
6. Sonalkar S et al.: Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. Int J Gynaecol Obstet. 2017; 138(3): 272-275.
7. Harringer K.: Schwangerschaftsabbrüche im 2. Trimenon - die Perspektive der Betreuenden. Diss. Universität Basel 2018.
8. Berger TM et al.: Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. Swiss Med Wkly, 2011; 141: w13280.
9. Muggli M, De Geyter C, Reiter-Theil S.: Shall parent / patient wishes be fulfilled in any case? A series of 32 ethics consultations: from reproductive medicine to neonatology. BMC Med Ethics. 2019; 20(1): 4.
10. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) 1994.
11. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>. Seite: 9.
12. Perriera LK, Arslan AA, Masch R.: Placenta praevia and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017; 57(1): 99-104.
13. Costescu D, Guilbert E.: No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. J Obstet Gynaecol Can, 2018. 40(6): 750-783.
14. SGGG: Aufklärungsprotokoll Geburtseinleitung. 2017.
15. SGGG: Informationsblatt für Schwangere nach vorausgegangenem Kaiserschnitt. 2007.
16. Whitehouse K et al.: Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. Contracept X, 2020; 2: 100037.
17. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ Jr.: Prevention of uterine perforation during curettage abortion. JAMA 1984; 251(16): 2108-2111.
18. Goyal V.: Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. Obstet Gynecol. 2009. 113(5): 1117-1123.
19. Berghella V et al.: Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. BJOG. 2009; 116(9): 1151-1157.
20. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf. Seite 11.
21. Situ KC et al.: Perinatal outcomes after induced termination of pregnancy by methods: A nationwide register-based study of first births in Finland 1996-2013. PLoS One. 2017; 12(9): e0184078.
22. Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchere JC, Hösli I, Irion O, Kind C, Latal B, Nelle M, Pfister RE, Surbek D, Truttmann AC, Visser J, Zimmermann R.: Perinatale Betreuung an der Grenze zur Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen. Revision der Empfehlungen aus dem Jahre 2002. Paediatrica, 2012; 23(1): 10-12.
23. Berger F et al.: Overlapping borders: limit of viability and late terminations of pregnancy - a retrospective multicentre observational study. Swiss Med Wkly. 2020; 150: w20186.