

Methoden

Der instrumentelle Schwangerschaftsabbruch

Narkoseformen Ein instrumenteller Schwangerschaftsabbruch ist mit örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose möglich. Bei der örtlichen Betäubung wird von der Scheide aus ein Betäubungsmittel in den Muttermund und Gebärmutterhalskanal gespritzt. Sie sind während des Eingriffs bei Bewusstsein. In einigen Einrichtungen wird ein Beruhigungsmittel verabreicht. Als Vollnarkose ist bei einem Schwangerschaftsabbruch eine Kurz- narkose üblich. Die Betäubungsmittel werden über die Armvene verabreicht. Während des Eingriffs ist man nicht bei Bewusstsein. Es ist die Entscheidung der Frau*, ob sie eine örtliche Betäubung oder eine Vollnarkose vorzieht. Dabei kann es eine Rolle spielen, ob Sie wünschen, den Abbruch bewusst mitzuerleben oder nicht.

Der Eingriff Die gebräuchlichste Methode des instrumentellen Abbruchs ist die Absaugung, auch Vakuumaspiration genannt. Der Gebärmutterhals wird von der Scheide aus mit Metallstäbchen erweitert. Dann wird eine dünne stumpfe Kanüle in die Gebärmutter eingeführt. Mit ihr wird das Schwangerschaftsgewebe abgesaugt. Der Eingriff an sich dauert fünf bis zehn Minuten. Er kann ziehende krampfartige Schmerzen verursachen, die dem Beginn einer heftigen Regelblutung gleichen. Nach dem Abbruch bekommen Frauen mit negativem Rhesusfaktor eine Spritze gegen eine Antikörper-Bildung, um spätere Schwangerschaften nicht zu gefährden. Deshalb muss vor dem Abbruch die Blutgruppe bestimmt werden.

Ambulant oder stationär? Ambulant heißt: Sie können nach dem Eingriff und einer kurzen Ruhepause wieder nach Hause gehen. Die meisten Frauen in Deutschland entscheiden sich für einen ambulanten Eingriff: 2013 waren es 97 von 100 Frauen. Aus medizinischer Sicht ist ein stationärer Aufenthalt bei einem Abbruch vor der 14. Woche nur selten erforderlich. Gründe sind etwa Erkrankungen, die in einer Klinik kontrolliert werden müssen.

Mögliche Komplikationen Der Abbruch mit der Absaugmethode ist unter guten medizinischen Bedingungen mit einer sehr geringen Komplikationsrate verbunden. In seltenen Fällen kann es zu Nachblutungen und Entzündungen kommen, die meist gut behandelbar sind. Wichtig ist, dass dies rechtzeitig geschieht. Hinweise auf eine Entzündung können starke Blutungen und Schmerzen, Fieber über 38,5 °C sowie übelriechender Ausfluss sein. In sehr seltenen Fällen kommt es während des Eingriffs zu Verletzungen der Gebärmutter oder zu Narkose-Unverträglichkeiten. Bei stärkeren Blutungen durch eine Verletzung der Gebärmutter kann in sehr seltenen Fällen eine Verlegung in eine Klinik notwendig sein.

Methoden

Der instrumentelle Schwangerschaftsabbruch

Narkoseformen Ein instrumenteller Schwangerschaftsabbruch ist mit örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose möglich. Bei der örtlichen Betäubung wird von der Scheide aus ein Betäubungsmittel in den Muttermund und Gebärmutterhalskanal gespritzt. Sie sind während des Eingriffs bei Bewusstsein. In einigen Einrichtungen wird ein Beruhigungsmittel verabreicht. Als Vollnarkose ist bei einem Schwangerschaftsabbruch eine Kurz- narkose üblich. Die Betäubungsmittel werden über die Armvene verabreicht. Während des Eingriffs ist man nicht bei Bewusstsein. Es ist die Entscheidung der Frau*, ob sie eine örtliche Betäubung oder eine Vollnarkose vorzieht. Dabei kann es eine Rolle spielen, ob Sie wünschen, den Abbruch bewusst mitzuerleben oder nicht.

Der Eingriff Die gebräuchlichste Methode des instrumentellen Abbruchs ist die Absaugung, auch Vakuumaspiration genannt. Der Gebärmutterhals wird von der Scheide aus mit Metallstäbchen erweitert. Dann wird eine dünne stumpfe Kanüle in die Gebärmutter eingeführt. Mit ihr wird das Schwangerschaftsgewebe abgesaugt. Der Eingriff an sich dauert fünf bis zehn Minuten. Er kann ziehende krampfartige Schmerzen verursachen, die dem Beginn einer heftigen Regelblutung gleichen. Nach dem Abbruch bekommen Frauen mit negativem Rhesusfaktor eine Spritze gegen eine Antikörper-Bildung, um spätere Schwangerschaften nicht zu gefährden. Deshalb muss vor dem Abbruch die Blutgruppe bestimmt werden.

Ambulant oder stationär? Ambulant heißt: Sie können nach dem Eingriff und einer kurzen Ruhepause wieder nach Hause gehen. Die meisten Frauen in Deutschland entscheiden sich für einen ambulanten Eingriff: 2013 waren es 97 von 100 Frauen. Aus medizinischer Sicht ist ein stationärer Aufenthalt bei einem Abbruch vor der 14. Woche nur selten erforderlich. Gründe sind etwa Erkrankungen, die in einer Klinik kontrolliert werden müssen.

Mögliche Komplikationen Der Abbruch mit der Absaugmethode ist unter guten medizinischen Bedingungen mit einer sehr geringen Komplikationsrate verbunden. In seltenen Fällen kann es zu Nachblutungen und Entzündungen kommen, die meist gut behandelbar sind. Wichtig ist, dass dies rechtzeitig geschieht. Hinweise auf eine Entzündung können starke Blutungen und Schmerzen, Fieber über 38,5 °C sowie übelriechender Ausfluss sein. In sehr seltenen Fällen kommt es während des Eingriffs zu Verletzungen der Gebärmutter oder zu Narkose-Unverträglichkeiten. Bei stärkeren Blutungen durch eine Verletzung der Gebärmutter kann in sehr seltenen Fällen eine Verlegung in eine Klinik notwendig sein.

Methoden

Der instrumentelle Schwangerschaftsabbruch

Narkoseformen Ein instrumenteller Schwangerschaftsabbruch ist mit örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose möglich. Bei der örtlichen Betäubung wird von der Scheide aus ein Betäubungsmittel in den Muttermund und Gebärmutterhalskanal gespritzt. Sie sind während des Eingriffs bei Bewusstsein. In einigen Einrichtungen wird ein Beruhigungsmittel verabreicht. Als Vollnarkose ist bei einem Schwangerschaftsabbruch eine Kurz- narkose üblich. Die Betäubungsmittel werden über die Armvene verabreicht. Während des Eingriffs ist man nicht bei Bewusstsein. Es ist die Entscheidung der Frau*, ob sie eine örtliche Betäubung oder eine Vollnarkose vorzieht. Dabei kann es eine Rolle spielen, ob Sie wünschen, den Abbruch bewusst mitzuerleben oder nicht.

Der Eingriff Die gebräuchlichste Methode des instrumentellen Abbruchs ist die Absaugung, auch Vakuumaspiration genannt. Der Gebärmutterhals wird von der Scheide aus mit Metallstäbchen erweitert. Dann wird eine dünne stumpfe Kanüle in die Gebärmutter eingeführt. Mit ihr wird das Schwangerschaftsgewebe abgesaugt. Der Eingriff an sich dauert fünf bis zehn Minuten. Er kann ziehende krampfartige Schmerzen verursachen, die dem Beginn einer heftigen Regelblutung gleichen. Nach dem Abbruch bekommen Frauen mit negativem Rhesusfaktor eine Spritze gegen eine Antikörper-Bildung, um spätere Schwangerschaften nicht zu gefährden. Deshalb muss vor dem Abbruch die Blutgruppe bestimmt werden.

Ambulant oder stationär? Ambulant heißt: Sie können nach dem Eingriff und einer kurzen Ruhepause wieder nach Hause gehen. Die meisten Frauen in Deutschland entscheiden sich für einen ambulanten Eingriff: 2013 waren es 97 von 100 Frauen. Aus medizinischer Sicht ist ein stationärer Aufenthalt bei einem Abbruch vor der 14. Woche nur selten erforderlich. Gründe sind etwa Erkrankungen, die in einer Klinik kontrolliert werden müssen.

Mögliche Komplikationen Der Abbruch mit der Absaugmethode ist unter guten medizinischen Bedingungen mit einer sehr geringen Komplikationsrate verbunden. In seltenen Fällen kann es zu Nachblutungen und Entzündungen kommen, die meist gut behandelbar sind. Wichtig ist, dass dies rechtzeitig geschieht. Hinweise auf eine Entzündung können starke Blutungen und Schmerzen, Fieber über 38,5 °C sowie übelriechender Ausfluss sein. In sehr seltenen Fällen kommt es während des Eingriffs zu Verletzungen der Gebärmutter oder zu Narkose-Unverträglichkeiten. Bei stärkeren Blutungen durch eine Verletzung der Gebärmutter kann in sehr seltenen Fällen eine Verlegung in eine Klinik notwendig sein.

Bei sehr frühen Eingriffen (bis zur fünften Woche nach Beginn der letzten Regelblutung) kann es sehr selten vorkommen, dass die Schwangerschaft weiter besteht. Wenn Sie sich unsicher sind sollten Sie sich nochmal vom Arzt oder der Ärztin untersuchen lassen. Generell empfiehlt es sich, 14 Tage nach einem Schwangerschaftsabbruch zu einer Nachuntersuchung zu gehen.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch

Das Standardverfahren besteht in einer Kombination der Wirkstoffe Mifepriston und Prostaglandin. 2013 wurden 16,6 % der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland mit dieser Methode durchgeführt.

Beim medikamentösen Abbruch sind inklusive Nachuntersuchung zwei oder drei Arztbesuche innerhalb von ungefähr 14 Tagen notwendig.

Mifepriston blockiert die Wirkung des Gelbkörperhormons (Progesteron) im Körper, das für die Fortsetzung der Schwangerschaft nötig ist. Es kommt zu einer Blutung und die Schwangerschaft endet ähnlich einem spontanen Abgang bei einer Fehlgeburt. Außerdem bewirkt es eine Erweichung und Öffnung des Muttermunds.

Ablauf

1. Mifepriston wird als Tablette unter Aufsicht der Ärztin oder des Arztes eingenommen. Danach kann man die Praxis oder Klinik wieder verlassen. Bei drei von 100 Frauen* beginnt die Blutung bereits am Tag nach der Einnahme. Sie gleicht einer starken bis normalen Menstruation und dauert meist sieben bis zwölf Tage.
2. 36 bis 48 Stunden nach der Einnahme von Mifepriston müssen zusätzliche Hormone (Prostaglandine) eingenommen oder als Tablette oder Zäpfchen in die Scheide eingelegt werden. Diese führen dazu, dass die Gebärmutter sich zusammenzieht und das Schwangerschaftsgewebe durch eine Blutung ausgestoßen wird. In der Mehrzahl der Fälle kommt es drei Stunden nach Gabe von Prostaglandin zur Abbruchsblutung. Wenn nach drei Stunden noch keine Blutungen einsetzen, kann ein zweites Mal Prostaglandin gegeben werden.
3. Bei der Nachuntersuchung, etwa ein bis zwei Wochen später, wird untersucht, ob der Abbruch vollständig war. In zwei Prozent der Fälle wird das Schwangerschaftsgewebe nicht vollständig abgestoßen und das Restgewebe muss instrumentell entfernt werden.

Gesundheitliche Risiken Nach Verabreichung des Prostaglandins kommt es häufig zu Unterbauchschmerzen. Bei den meisten Frauen sind diese vergleichbar mit den Schmerzen einer Regelblutung. Prostaglandine können zudem Magen-Darbeschwerden wie Übelkeit, Durchfall und Erbrechen verursachen. Längere und stärkere Nachblutungen von mehr als zwölf Tagen sind möglich. In sehr seltenen Fällen bedürfen schwere Blutungen einer ärztlichen Behandlung. Eine Spirale sollte vor Anwendung von Mifepriston entfernt werden.

Bei sehr frühen Eingriffen (bis zur fünften Woche nach Beginn der letzten Regelblutung) kann es sehr selten vorkommen, dass die Schwangerschaft weiter besteht. Wenn man sich unsicher ist sollte man sich nochmal vom Arzt oder der Ärztin untersuchen lassen. Generell empfiehlt es sich, 14 Tage nach einem Schwangerschaftsabbruch zu einer Nachuntersuchung zu gehen.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch

Das Standardverfahren besteht in einer Kombination der Wirkstoffe Mifepriston und Prostaglandin. 2013 wurden 16,6 % der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland mit dieser Methode durchgeführt.

Beim medikamentösen Abbruch sind inklusive Nachuntersuchung zwei oder drei Arztbesuche innerhalb von ungefähr 14 Tagen notwendig.

Mifepriston blockiert die Wirkung des Gelbkörperhormons (Progesteron) im Körper, das für die Fortsetzung der Schwangerschaft nötig ist. Es kommt zu einer Blutung und die Schwangerschaft endet ähnlich einem spontanen Abgang bei einer Fehlgeburt. Außerdem bewirkt es eine Erweichung und Öffnung des Muttermunds.

Ablauf

1. Mifepriston wird als Tablette unter Aufsicht der Ärztin oder des Arztes eingenommen. Danach kann man die Praxis oder Klinik wieder verlassen. Bei drei von 100 Frauen* beginnt die Blutung bereits am Tag nach der Einnahme. Sie gleicht einer starken bis normalen Menstruation und dauert meist sieben bis zwölf Tage.
2. 36 bis 48 Stunden nach der Einnahme von Mifepriston müssen zusätzliche Hormone (Prostaglandine) eingenommen oder als Tablette oder Zäpfchen in die Scheide eingelegt werden. Diese führen dazu, dass die Gebärmutter sich zusammenzieht und das Schwangerschaftsgewebe durch eine Blutung ausgestoßen wird. In der Mehrzahl der Fälle kommt es drei Stunden nach Gabe von Prostaglandin zur Abbruchsblutung. Wenn nach drei Stunden noch keine Blutungen einsetzen, kann ein zweites Mal Prostaglandin gegeben werden.
3. Bei der Nachuntersuchung, etwa ein bis zwei Wochen später, wird untersucht, ob der Abbruch vollständig war. In zwei Prozent der Fälle wird das Schwangerschaftsgewebe nicht vollständig abgestoßen und das Restgewebe muss instrumentell entfernt werden.

Gesundheitliche Risiken Nach Verabreichung des Prostaglandins kommt es häufig zu Unterbauchschmerzen. Bei den meisten Frauen sind diese vergleichbar mit den Schmerzen einer Regelblutung. Prostaglandine können zudem Magen-Darbeschwerden wie Übelkeit, Durchfall und Erbrechen verursachen. Längere und stärkere Nachblutungen von mehr als zwölf Tagen sind möglich. In sehr seltenen Fällen bedürfen schwere Blutungen einer ärztlichen Behandlung. Eine Spirale sollte vor Anwendung von Mifepriston entfernt werden.

Bei sehr frühen Eingriffen (bis zur fünften Woche nach Beginn der letzten Regelblutung) kann es sehr selten vorkommen, dass die Schwangerschaft weiter besteht. Wenn man sich unsicher ist sollte man sich nochmal vom Arzt oder der Ärztin untersuchen lassen. Generell empfiehlt es sich, 14 Tage nach einem Schwangerschaftsabbruch zu einer Nachuntersuchung zu gehen.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch

Das Standardverfahren besteht in einer Kombination der Wirkstoffe Mifepriston und Prostaglandin. 2013 wurden 16,6 % der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland mit dieser Methode durchgeführt.

Beim medikamentösen Abbruch sind inklusive Nachuntersuchung zwei oder drei Arztbesuche innerhalb von ungefähr 14 Tagen notwendig.

Mifepriston blockiert die Wirkung des Gelbkörperhormons (Progesteron) im Körper, das für die Fortsetzung der Schwangerschaft nötig ist. Es kommt zu einer Blutung und die Schwangerschaft endet ähnlich einem spontanen Abgang bei einer Fehlgeburt. Außerdem bewirkt es eine Erweichung und Öffnung des Muttermunds.

Ablauf

1. Mifepriston wird als Tablette unter Aufsicht der Ärztin oder des Arztes eingenommen. Danach kann man die Praxis oder Klinik wieder verlassen. Bei drei von 100 Frauen* beginnt die Blutung bereits am Tag nach der Einnahme. Sie gleicht einer starken bis normalen Menstruation und dauert meist sieben bis zwölf Tage.
2. 36 bis 48 Stunden nach der Einnahme von Mifepriston müssen zusätzliche Hormone (Prostaglandine) eingenommen oder als Tablette oder Zäpfchen in die Scheide eingelegt werden. Diese führen dazu, dass die Gebärmutter sich zusammenzieht und das Schwangerschaftsgewebe durch eine Blutung ausgestoßen wird. In der Mehrzahl der Fälle kommt es drei Stunden nach Gabe von Prostaglandin zur Abbruchsblutung. Wenn nach drei Stunden noch keine Blutungen einsetzen, kann ein zweites Mal Prostaglandin gegeben werden.
3. Bei der Nachuntersuchung, etwa ein bis zwei Wochen später, wird untersucht, ob der Abbruch vollständig war. In zwei Prozent der Fälle wird das Schwangerschaftsgewebe nicht vollständig abgestoßen und das Restgewebe muss instrumentell entfernt werden.

Gesundheitliche Risiken Nach Verabreichung des Prostaglandins kommt es häufig zu Unterbauchschmerzen. Bei den meisten Frauen sind diese vergleichbar mit den Schmerzen einer Regelblutung. Prostaglandine können zudem Magen-Darbeschwerden wie Übelkeit, Durchfall und Erbrechen verursachen. Längere und stärkere Nachblutungen von mehr als zwölf Tagen sind möglich. In sehr seltenen Fällen bedürfen schwere Blutungen einer ärztlichen Behandlung. Eine Spirale sollte vor Anwendung von Mifepriston entfernt werden.