

Franziska Maurer

Fehlgeburt

Die Physiologie kennen, professionell handeln

mit einem Vorwort von Barbara Duden

Unter Mitwirkung von

Katharina Friederich

Marie-Christine Gassmann

Helene Gschwend Zurlinden

Ursula Hölzli Reid

Corinne Martin

1. Auflage 2017
Elwin Staude
Verlag GmbH,
Hannover



ELWIN
STAUDE
VERLAG

1. Auflage 2017
© Elwin Staude Verlag GmbH, Hannover 2017
Postfach 510660, 30636 Hannover
www.staudeverlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Lektorat: Britta Zickfeldt
Titelbild: imago stock & people/blickwinkel
Umshlaggestaltung: Leidecker & Schormann, Hannover/
Bad Oeynhausen
Satz: typotime, Bad Salzdetfurth
Druck: W. B. Druckerei GmbH, Hochheim am Main
ISBN: 978-3-87777-133-4

Wichtige Hinweise

Die Ratschläge, Empfehlungen und therapeutischen Angaben in diesem Buch, insbesondere von Medikamenten, ihrer Dosierungen und Applikationen, wurden von den Autorinnen und dem Verlag nach bestem Wissen und Gewissen erarbeitet und sorgfältig geprüft.

Da die Entwicklung in Wissenschaft und Medizin jedoch stetig voranschreitet, menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jede Leserin und jeder Leser ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Sofern in diesem Buch eingetragene Warenzeichen, Handelsnamen und Gebrauchsnamen verwendet werden, auch wenn diese nicht als solche gekennzeichnet sind, gelten die entsprechenden Schutzbestimmungen.

Phänomen Fehlgeburt

Was geschieht beim Ereignis Fehlgeburt? Was sind die biologischen Vorgänge? Wie zeigen sie sich? Welchen Verlauf kann das Geschehen nehmen? Wie geht der weibliche Körper damit um?

In diesem Kapitel geht es um das Phänomen Fehlgeburt im ersten und im zweiten Trimenon. Es geht um die Natur des Geschehens, das Normale. Das Körperliche ist der Boden, auf dem alles geschieht. Hier beginnt auch der weitere Verlauf. Genau das ist bei den begleitenden Fachpersonen nicht immer und vor allem nicht immer der erste Blickwinkel. Das Wissen um das körperliche Geschehen – und somit auch um die körperlichen Bewältigungsmöglichkeiten – fehlt zum Teil oder ist nicht bewusst. Es ist das Normale, Unaufgeregte – und damit das Entscheidende.

Die Fehlgeburt im zweiten Trimenon unterscheidet sich grundlegend zu der im ersten Trimenon. In den ersten zwölf Wochen sind es die Selbstregulierungskräfte, die wirken – wenn sie nicht gestört werden –, im zweiten Trimenon geht das Geschehen eher auf eine Störung der Physiologie zurück und erfordert entsprechende Aufmerksamkeit und Begleitung.

Den gesamten Verlauf auf allen Ebenen zu verstehen (s. Kapitel „Das Erleben der Frau“, S. 31) ist relevant für die professionelle Begleitung einer Fehlgeburt. Die genauen Kenntnisse des körperlichen Geschehens bilden jedoch die Basis für die geburtshilfliche Arbeit. Sie ermöglichen es, die Situation einzuschätzen und ein adäquates Vorgehen zu wählen.

Im folgenden Erfahrungsbericht beschreibt eine betroffene Mutter sowohl das körperliche Geschehen als auch ihr Erleben und ihre Gefühle, unter anderem in Anknüpfung an ihre bisherigen Geburtserfahrungen. Der Bericht beschreibt den physiologischen Verlauf einer Fehlgeburt im ersten Trimenon.

Frauenstimme²

„In meiner Agenda stehen neben vier Daten geheimnisvolle Zeichen, die nur ich entziffern kann: Sie stimmen mit meiner letzten Periode, der Empfängnis, dem geschätzten Geburtstermin und der Fehlgeburt überein. Zwischen dem ersten und dem letzten Zeichen liegen neun Wochen. Eine kurze Zeit, die aber viele Erlebnisse in sich birgt.

Am Anfang herrschten Freude und spontane Zuversicht; das Staunen über die kleinen Unterschiede, die jede Schwangerschaft anders werden lassen; das Glück, noch einmal in diese spezielle Welt eintauchen zu dürfen. Ich habe mit 40 das erste Kind geboren und jetzt, zwei Jahre danach, freue ich mich schon wieder über die Idee der Hausgeburt. Aus dieser Selbstverständlichkeit kommt auch der Entscheid, schon relativ früh über unsere Freude sprechen zu wollen, kein Tabu daraus zu machen. In dieser Zeit höre ich zwar immer wieder von Frauen, die Probleme gehabt haben, aber das scheint mir etwas weit Entferntes, wie ein Kapitel, das man übersehen möchte.

Als ich Ende der neunten Woche die ersten, leichten Blutspuren entdecke, bin ich zwar erschrocken, denke jedoch, es sei wie das letzte Mal, es wird vorbeigehen. Ich spüre aber eine grössere Müdigkeit als sonst, und der Bauch fühlt sich seit zwei Tagen komisch an, hart und doch in Bewegung, so als ob etwas gleichzeitig blockiert und los wäre. Erst als mich die Hebamme später daran erinnert, auch in die Gebärmutterzone zu atmen, ‚präsent‘ zu sein, sehe ich ein, dass ich aufgrund des Gefühls, mich nicht einmischen zu dürfen, es seit zwei Tagen nicht mehr machte. Ich stufe es als blosse Nebenerscheinung der Schwangerschaft ein. Am dritten Tag gehe ich arbeiten, obwohl ich eine Unruhe spüre. Am Vorabend habe ich Schwangerschaftsbücher angeschaut, aber sie sagen meistens nichts darüber, und meine Suche im Internet zeigt beängstigende Szenarien mit Notoperationen. Am Telefon mit der Hebamme beruhige ich mich, aber frage trotzdem nach den Symptomen, die ich beachten soll und ab wann es ein Notfall wäre. So erfahre ich, dass man auch im Fall einer Fehlgeburt nicht unbedingt ins Spital eilen muss. Das ist für mich eine große Erleichterung. Vor Jahren habe ich in diesem Zusammenhang ein sehr negatives Erlebnis gehabt, das in mir ein Gefühl der Enteignung sowie eine psychische Belastung über längere Zeit hinterlassen hat: Ich musste mich einer Curettage unterziehen und seitens der Ärztin haben die gewünschten Informationen im Voraus und auch im Nachhinein sowie die Begleitung danach einfach gefehlt.

Nach ein paar Stunden melden sich Wehen, die ich am Anfang als einfache Krämpfe relativiere. Die Blutspuren sind jetzt etwas stärker. Als die ‚Krämpfe‘ auch zunehmen, entscheide ich doch, nach Hause zu gehen.

² Persönliche Formulierung einer betroffenen Mutter (Text unverändert übernommen)

Auf dem Weg werde ich von einer ungeheuren Traurigkeit überwältigt. Ich spüre die Blutung, wie sie stärker wird. Eine hochschwangere Frau läuft vorbei und ich fühle plötzlich klar, nicht mehr ‚dazugehören‘. Im Tram beginne ich zu schwitzen. Ich habe Angst, es könnte auf dem Weg passieren, oder ich könnte ohnmächtig werden. Endlich zu Hause, kann ich kurz ausruhen. Dann auf der Toilette spüre ich, wie ich es verliere. Die Verzweiflung ergreift mich. Und dann etwas wie ein animalischer Instinkt: Ich will es bergen, sehen, berühren. Aber wie, um es nicht kaputtzumachen oder wegrutschen zu lassen? Nach verschiedenen Versuchen greife ich in der Küche nach einer Suppenkelle. Endlich klappt es, ich kann es ‚retten‘. Jetzt ist es da, in einem Glas. Ich schwanke zwischen tiefer Traurigkeit und Unsicherheit: Irgendwie weiß ich, was gerade geschehen ist, andererseits wird mir die Ignoranz gegenüber unseren Körpern einmal mehr bewusst. Ich habe noch nie Bilder einer Fehlgeburt gesehen oder mit jemandem darüber gesprochen und im ersten Moment fehlt mir die ‚Bestätigung‘, dass es wirklich das ist. Fötus und Plazenta sind noch in einem schwammartigen Kokon eingehüllt. Es kommen jetzt alle Gefühle hoch und ich lasse es zu. Mein Partner und unsere Tochter sind noch nicht zurück und, obwohl ich ihn jetzt gerne dabei hätte, bin ich froh, mich nicht zurückhalten zu müssen, um das Kind nicht zu erschrecken. Erst am nächsten Tag benachrichtige ich die Hebamme, die für eine Kontrolle zu uns nach Hause kommt. Sie beruhigt mich, lässt mich erzählen und gibt uns konkrete Ratschläge. In den Tagen danach folgt sie regelmäßig dem Verlauf meines ‚Wochenbettes‘. Die Symptome sind ähnlich wie nach einer Geburt, nur schwächer und von kürzerer Dauer: Nachwehen, geronnenes Blut, Müdigkeit und dazu eine tiefe Traurigkeit. Am dritten Tag verabschieden wir uns von diesem werdenden Kind mit einem schlichten, für mich sehr stimmigen Ritual in der Natur. Rationell konnte ich von Anfang an akzeptieren, dass die Natur ihre Gründe hatte. Danach musste ich mich aber anstrengen, mich vom Gedanken zu lösen, dass es wieder passieren wird, sowie von der Versuchung, allfällige Ursachen im eigenen Verhalten zu suchen. Es sind jetzt zwei Monate vergangen und, obwohl mein Körper langsam wieder zum alten Rhythmus übergeht, bemerke ich, dass die Verarbeitung dieser ‚kleinen Trauer‘ erst begonnen hat. Es ist schwierig, ihr im Alltag den geeigneten Raum zu gewähren. Die Tatsache, dass viele schon davon wussten, gibt mir die Gelegenheit, die Trauer nicht verbergen zu müssen. Ich bin froh, dass das schwierige Erlebnis der Fehlgeburt auf eine ‚natürliche‘, physiologische Art verlaufen ist und dass ich es in einer vertrauten Umgebung erleben konnte. Auch, dass es in einem frühen Stadium geschehen ist. Und ich bin besonders dankbar, dass ich unterstützt wurde, in die Fähigkeiten und Weisheit unseres (Frauen-)Körpers zu vertrauen. Das Geschehene ist somit weniger traumatisch gewesen. Ich musste mich in keinem Augenblick fremdbestimmt fühlen. Die ganzheitliche, kompe-

tente und respektvolle Begleitung seitens ‚meiner‘ Hebamme ist für mich – wie schon bei der ersten Geburt – nicht nur extrem hilfreich, sondern auch persönlich sehr bereichernd gewesen und wäre nicht mehr wegzudenken.“

Mit den Worten dieser Mutter ist das Wesentliche zum Fehlgeburtsgeschehen bereits gesagt. Das ganz Normale, das Einfache – und die Vielschichtigkeit der Gefühle und Empfindungen.

Im Folgenden werden die körperlichen Vorgänge beschrieben und dargestellt, wie sich diese zeigen. Welches Handeln sich daraus ableitet folgt im Kapitel „Die Fehlgeburt: erfassen, einschätzen und adäquat handeln“, S. 74.

Zusammengefasst

Die Fehlgeburt ist ein Ereignis, das sich einreicht zwischen einer Menstruation und der Geburt eines reifen Kindes. Im ersten Trimenon gleicht die Fehlgeburt eher einer Menstruation, im zweiten Trimenon eher einer Geburt. Im Übergang von der 12. bis 16. Schwangerschaftswoche sind beide Verlaufsformen möglich. In dieser Zeit gliedern sich die Eihüllen in Plazenta und Eihäute. Die frühe und die späte Fehlgeburt unterscheiden sich in Ablauf und Beurteilungskriterien.

Fehlgeburt im ersten Trimenon

Die früheste Form der Fehlgeburt zeigt sich häufig in Form einer etwa ein bis zwei Wochen „verspäteten Menstruation“ mit leicht verstärkter Blutung und evtl. leichten krampfartigen Schmerzen. Ursache ist meistens eine genetische Fehlanlage oder Fehlentwicklung. Das befruchtete Ei mit dem umgebenden Nährgewebe ist noch sehr klein (knapp erbsengroß). Wenn die Frau noch nicht weiß, dass sie schwanger ist, erfährt auch niemand davon.

Die überwiegende Mehrheit der Fehlgeburten geschieht im ersten Trimenon der Schwangerschaft, meistens mit Beginn einer Blutung in der 7.–10. Schwangerschaftswoche (Krause & Graves 1999). Die besonders empfindlichen Phasen der Embryonalentwicklung liegen in der 5.–7. Schwangerschaftswoche. In dieser Zeit entwickeln sich verschiedene Organsysteme gleichzeitig und sind daher auch besonders störanfällig. Kommt es zu einer Schädigung oder Fehlentwicklung, die mit dem Leben nicht vereinbar ist, stirbt der Embryo. Die Wirkung des schwangerschaftserhaltenden Hormons Progesteron lässt nach, der embryonale Stoffwechsel sistiert, die Gebä-

mutter löst die Schleimhaut/Dezidua ab und bereitet sich darauf vor, die Fehlanlage abzustößen. Die Hormonlage passt sich so den Erfordernissen der kleinen Geburt an.

Es handelt sich um eine Abbruchblutung, die so lange dauert, bis die gesamte Dezidua und der Embryo geboren sind. Der Embryo in seinen Eihüllen ist zu diesem Zeitpunkt noch vollkommen von Chorionzotten umgeben.

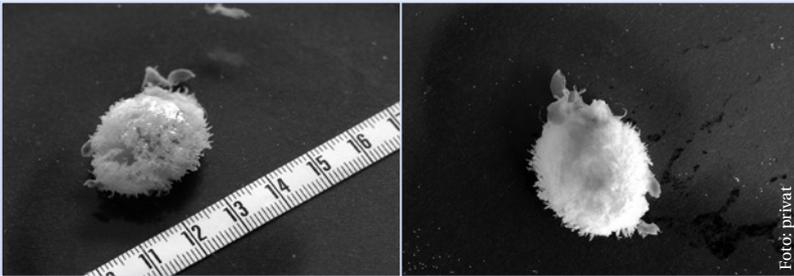


Abbildung 1: Embryo in seiner Eihülle, ca. 7. Entwicklungswoche (9. Schwangerschaftswoche). Gut zu erkennen ist der Zottenverlust und der Beginn von Chorion laeve (glatter Teil des Chorions, der nicht am Aufbau der Plazenta beteiligt ist). Der Embryo wurde Anfang der 10. Schwangerschaftswoche geboren.

In den ersten zwei bis vier Wochen ist der Embryo nur mikroskopisch vom Hüllgewebe, der Dezidua, abgrenzbar. In der sechsten bis achten Entwicklungswoche (8–10. Schwangerschaftswoche) lässt sich fast immer die weißliche, oft noch mit Zotten bewachsene Fruchtblase erkennen.

Der Embryo in seiner Eihülle ist häufig von einem Blutgerinnsel umgeben. Zusätzlich zu sehen sind Dezidua-Anteile (etwas fester als Blutgerinnsel, andere Gewebestruktur, braun rot, evtl. bis 1 cm dick) und weitere Blutgerinnsel. Das Ganze kann allerdings sehr unterschiedlich aussehen. In der meist gut erkennbaren Fruchtblase (nachdem Blut und Blutgerinnsel weggewischt oder unter fließendem Wasser abgewaschen sind) können komplette oder auch fibrinoid zurückgebildete Embryostrukturen sichtbar sein. Der Embryo kann auch vollständig resorbiert sein, dann spricht man von einem sogenannten Windei (was treffender „Wasser-Ei“ heißen müsste, weil lediglich Flüssigkeit enthalten ist). Manchmal findet sich nur ein kleiner, eingebluteter Klumpen, ohne dass eine Fruchtblase zu sehen ist (Rockel-Loenhoff 2009).

Bei etwa 20 % aller Schwangerschaften kommt es in den ersten Wochen zu unterschiedlich starken vaginalen Blutungen. Diese Blutungen können auch andere Ursachen als ein Fehlgeburts geschehen haben. Eine Nidationsblutung oder eine Blutung um die Zeit der erwarteten Menstruation (Pseudo-

Die Fehlgeburt: erfassen, einschätzen und adäquat handeln

Die Physiologie einer Fehlgeburt zu kennen und das Erleben der Frau in seiner Vielfalt zu verstehen sind Grundlagen, um eine Schwangere während eines Fehlgeburtsgeschehens begleiten zu können. Im Folgenden wird die konkrete Praxis der Begleitung dargestellt und die Instrumente zur Einschätzung des geburtshilflichen Geschehens und der Gesamtsituation vorgestellt.

Die Diagnose Fehlgeburt kann erst nach Ende des Geschehens definitiv gestellt werden. Die klinischen Zeichen bilden im akuten – oft noch unklaren – Geschehen und während des gesamten Verlaufs die zentralen Beurteilungskriterien. Diese ermöglichen der Hebamme zu erkennen, ob dringender Handlungsbedarf durch weitere diagnostische Abklärungen oder therapeutische Interventionen besteht oder nicht (Krause & Graves 1999). Leitsymptom ist die Vitalität der Frau. Ist die Gesundheit der Frau gefährdet, ist ein Notfallmanagement zwingend.

Die Klärung erfolgt in mehreren Schritten:

1. Abklärung der Dringlichkeit
2. Anamnese
3. Klärung durch weitere Diagnostik.

Diese Abfolge ermöglicht sowohl eine Ersteinschätzung sowie eine fortlaufende Einschätzung der aktuellen Situation im gesamten Verlauf.

Abklärung der Dringlichkeit

Die nachfolgenden Schaubilder veranschaulichen die Schritte, mit der die Hebamme die Dringlichkeit der Situation einschätzen kann. Die drei zentralen Fragen klären sowohl den Handlungsbedarf als auch die fachliche Zuständigkeit. Ist die Frau akut gefährdet? Ist sie überhaupt schwanger? Handelt es sich um ein Fehlgeburtsgeschehen oder um etwas anderes? Liegen die erforderlichen Handlungen im Kompetenzbereich der Hebamme oder ist eine ärztlich-medizinische Betreuung notwendig?

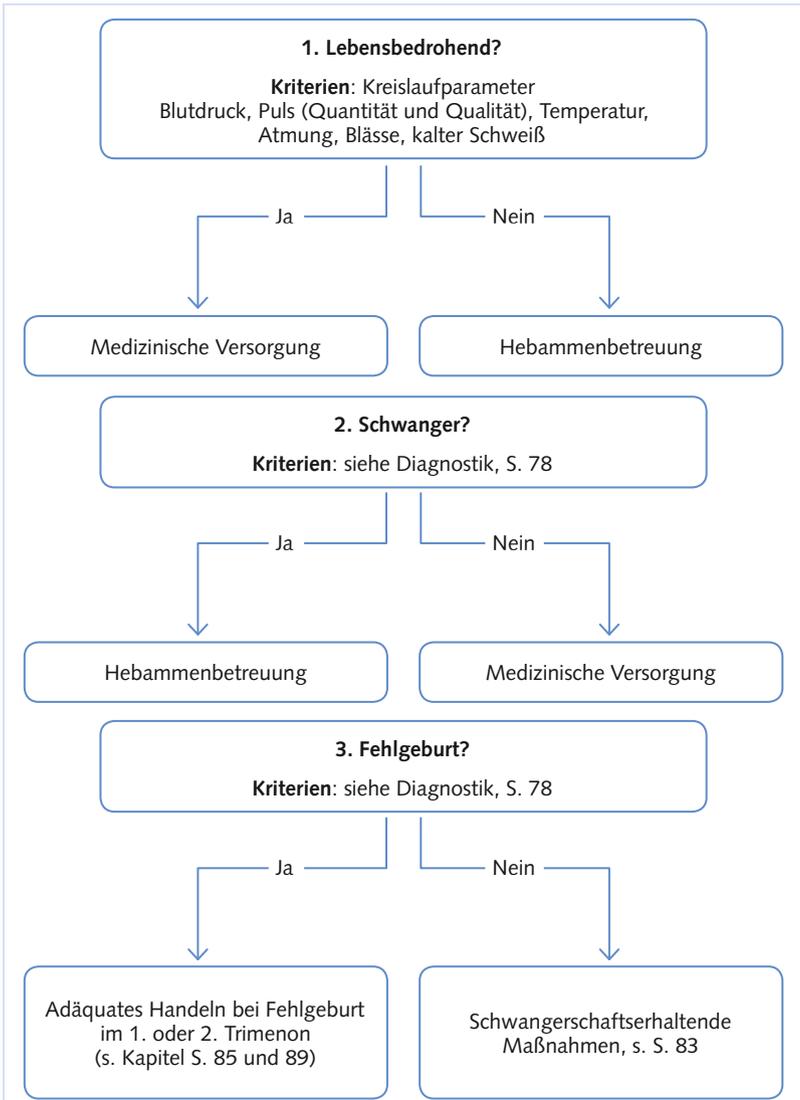


Abbildung 5: Drei Schritte zur Abklärung der Dringlichkeit

Liegen leichte Veränderungen des Vitalitätszustandes vor oder deuten Symptome wie eine Blutung oder der Verlauf darauf hin, dass sich der Vitalitätszustand verschlechtert, muss fortlaufend geprüft werden, wie groß der Toleranzraum ist, in dem die Frau beziehungsweise ihr Körper das Ge-

schehen noch bewältigen kann. Die Hebamme muss die Fragen „Wie weit kann ich gehen?“ und „Was könnte ich verpassen?“ fortlaufend überprüfen. Für die Frau ist es wesentlich, dass sie über diesen Toleranzraum und über die verschiedenen Vorgehensweisen und Methoden und deren möglichen Auswirkungen informiert und ihre Selbstbestimmung respektiert wird (Smith et al. 2006). Auch bei notwendigen medizinischen Interventionen sollte die Selbstkompetenz der schwangeren Frau unterstützt und der physiologische (Weiter-)Verlauf gefördert werden.

Anamnese

Die Anamnese ist eine systematisierte Befragung zu allen Bereichen, die im Fehlgeburtsgeschehen eine Rolle spielen können. In der akuten Situation werden nur jene Kriterien erfragt, die die Dringlichkeit klären. Zur Begleitung des weiteren Prozesses geben die jeweils in der Situation relevanten Fragen ein fortlaufend sich erweiterndes Bild.

Punkte, die helfen, die Vitalität und die Dringlichkeit zu beurteilen, sind fett hervorgehoben.

Aktuelle Situation
<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftswoche
Allgemeinzustand
<ul style="list-style-type: none"> • Kreislauf • Fieber • Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit, Schwitzen, Kälte, Blässe • relevante gesundheitliche Aspekte (Grundkonstitution, Krankheiten, Medikamente) • Verdauung/Ausscheidung
Blutung, Abgänge
<ul style="list-style-type: none"> • seit wann? • stetig oder mit Pausen • mit oder ohne Schmerzen (Kontraktionen) • Stärke/Menge? • Konsistenz und Farbe? • Fruchthülle, Kind, Plazenta erkennbar? • andere vaginale Abgänge (Schleim, Fruchtwasser)
Schmerzen
<ul style="list-style-type: none"> • seit wann? • Lokalisation (Unterbauch, einseitig, Rücken, Beine) • Art (rhythmisch, Intervall/Dauerschmerz, menstruationsähnlich)
Psychisch-emotionales Befinden
<ul style="list-style-type: none"> • Angst/Panik/Ruhe • Hoffnung/Befürchtungen

- Selbstanbindung
- Kontakt/Verbindung zum Kind
- Gefühle, Wahrnehmungen

Bisheriger Schwangerschaftsverlauf

Zeugung

- spontan, schnell, lange gewartet, Sterilitätsbehandlung
- geplante/ungeplante Schwangerschaft, Gewalterfahrung

Psychisch-emotionales Befinden

- Gefühle
- Ambivalenz
- Träume

Anpassungsprozess an die Schwangerschaft

- Gesundheitszeichen des ersten Trimenons: Brustwachstum, Müdigkeit, empfindlichere Sinne (Geruch), evtl. Übelkeit, Verlangsamung, Konzentrationsschwierigkeiten
- Verhaltensstrategien (Coping): Rückzug (Introspektion), Anpassung Tages- und Schlafrhythmus
- Aufmerksamkeitszeichen: fehlende Schwangerschaftszeichen (siehe Gesundheitszeichen), Stress, Blutungen, verstärkte Übelkeit, Hyperemesis, Schlafstörungen

Bisher durchgeführte Interventionen

- Diagnostik
- Therapien

Fruchtbarkeitsanamnese

Menstruationszyklus

- Stärke/Menge der Blutung
- Dauer/Rhythmus
- Schmerzen, wenn ja wo? Umgangsform?
- psychisches Befinden

Vorangegangene Schwangerschaften und Geburten

- Verlauf
- regelabweichende oder regelwidrige Ereignisse
- psychisch-emotionales Erleben
- Verhaltensstrategien der Frau

Geschlechtsorgane

- Entzündungen/Krankheiten der Vagina, Gebärmutter, Eileiter

Sexualanamnese

- Zeitpunkt des letzten Geschlechtsverkehrs
- Sexualpraktiken
- Partnerwechsel

Allgemeine Gesundheitsanamnese

- Allergien
- Blutgruppe, Rhesusfaktor
- Krankheiten
- Operationen
- Suchtverhalten
- Gewalterfahrung
- andere traumatische Ereignisse
- Bewältigungsstrategien
- Therapien

Familienanamnese

- Fruchtbarkeitsanamnese der Mutter
- Fruchtbarkeitsanamnese der Schwestern
- Relevante Krankheiten

Umfeld/biosoziales Ökosystem

- Vater des Kindes/nächste Bezugsperson
- näheres Umfeld (Kinder, Familie, Freundinnen)
- Kultur/Religion/Spiritualität
- Arbeitssituation
- Weitere involvierte Fachpersonen

Persönliche Ressourcen

- Erfahrung mit der eigenen Menstruation
- Erfahrung bisheriger Geburten
- Erfahrung der eigenen Sexualität
- Umgang mit Schmerz
- Umgang mit Stress
- Umgang mit Krisen

Ressourcen aus dem Umfeld/Ökosystem

- Rolle des Vaters des Kindes/nächste Bezugsperson
- Kontaktperson für die Frau, wenn sie zu Hause bleibt
- emotional wichtige Kontaktperson
- Kinderbetreuung
- Unterstützung/Haushalt

Tabelle 1: Anamnese-Katalog

Diagnostik

Zur Beurteilung der aktuellen Situation werden verschiedene Kriterien berücksichtigt und stehen unterschiedliche Diagnose-Instrumente zur Verfügung. Diese werden im Folgenden in Bezug auf die Fragestellungen, die sich bei Verdacht auf eine Fehlgeburt ergeben, aufgeführt und gegebenenfalls Unterschiede im ersten und zweiten Trimenon erwähnt.

Diagnostische Methoden bei Verdacht auf Fehlgeburt

Fragestellung	Methode 1. Trimenon	Methode 2. Trimenon
Schwangerschaft ja oder nein?	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrhoe • Labor: <ul style="list-style-type: none"> β-HCG (Urin) β-HCG (Serum) Ultraschall (vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrhoe • Tastbefund • Ultraschall (transabdominal)
Lokalisation Schwangerschaft? Inhalt Uterus? Schwangerschaftsalter?	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall (vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tastbefund • Ultraschall (transabdominal) • Zeitpunkt erster spürbarer Kindsbewegungen
Herzaktion Kind?	<ul style="list-style-type: none"> • Dopton • Ultraschall (vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pinard/Dopton • Ultraschall (transabdominal)
Blutungsquelle?	<ul style="list-style-type: none"> • Spekuläre Inspektion (DD Ektopie, Vaginale Verletzung) • Ultraschall (vaginal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spekuläre Inspektion (DD Ektopie, Vaginale Verletzung, Placenta praevia) • Ultraschall (transabdominal)

Tabelle 2: Diagnostische Methoden bei Verdacht auf Fehlgeburt

Differenzialdiagnosen

Zur Abgrenzung/Erkennung von Differenzialdiagnosen sind Kenntnisse notwendig, wie sich diese zeigen und erkennbar sind. Dazu wird hier beispielhaft die Klinik der zwei geburtshilflichen Differenzialdiagnosen extrauterine Schwangerschaft und Blasenmole dargestellt.

Extrauterine Schwangerschaft (Ursache/Verlauf, s. Kapitel „Fehlgeburt im ersten Trimenon“, S. 24)

- subjektive Schwangerschaftszeichen vorhanden
- positiver Schwangerschaftstest, Serum-HCG-Wert niedriger als Schwangerschaftsdauer entsprechend
- Symptome treten in 5.–8. Schwangerschaftswoche auf
- geringe Schmierblutung von wechselnder Stärke
- einseitige, wehenartige Unterleibsschmerzen mit Beginn der Blutung
- druckdolenter Unterbauch
- weicher Uterus, kleiner als Schwangerschaftsdauer entsprechend.

Akutsituationen, die eine umgehende medizinische Notfallbehandlung erfordern, können durch innere Blutung, drohende oder bereits erfolgter Eileiterruptur auftreten:

- Anzeichen innerer Blutung/Kreislaufschock: Schwindel, Müdigkeit, Blässe, Schweiß auf der Stirn, schneller flacher Puls, Blutdruckabfall
- veränderte Atmung
- veränderte Sinneswahrnehmung
- deutliche Unruhe und Angst der Frau
- heftiger, meist einseitiger Unterbauchschmerz, ausstrahlend.

Blasenmole (Ursache/Verlauf, s. Kapitel „Fehlgeburt im ersten Trimenon“, S. 24)

- vaginale Blutung
- Uterus auffallend weicher und größer als der Schwangerschaftsdauer entsprechend
- HCG-Wert im Serum abnorm erhöht
- vaginaler Abgang von Bläschen (selten).

In der Regel sind medikamentöse oder operative Eingriffe notwendig.

Reflexions-Box

- Beurteilungen in der Frühschwangerschaft ergeben eine **Momentaufnahme**, oft ist keine genaue Prognose möglich.
- In der Phase der Ungewissheit eines möglichen Fehlgeburtsgeschehens stellt sich die Frage, ob das Kind noch lebt. Nicht jede Frau will das sofort wissen oder durch Untersuchungsmethoden bestätigt haben. Manchen Frauen reicht die Beurteilung, wie sie sich im weiteren Verlauf begünstigend verhalten können. Es ist dienlich, dies zu berücksichtigen und mit der Frau zu klären, anstatt routinemäßig davon auszugehen, dass die Frau eine sofortige Ultraschalluntersuchung wünscht.
- Einzelfälle sind beschrieben, in denen in der 6.–8.Schwangerschaftswoche bei einer Ultraschall-Untersuchung keine Herzaktivität des Kindes erkennbar war. Ein Kontroll-Ultraschall zu einem späteren Zeitpunkt zeigte positive Herzaktivität und ein lebendes Kind. Systematische Untersuchungen dazu fehlen. Dieser Aspekt ist zu bedenken, da viele Frauen nach einer Fehlgeburt mit Intervention (Beschleunigung/Curettag) mit der Frage beschäftigt sind, ob nicht noch „ein Wunder geschehen wäre“. Oder sie zweifeln nachträglich die Richtigkeit der Diagnose an. Ein physiologischer Verlauf ohne Beschleunigung schließt dies aus.
- Bei der Anwendung von diagnostischen Interventionen ist zu bedenken, dass die Frühschwangerschaft eine sensible Phase ist (schnelle Zellteilung, Organbildung) und grundsätzlich vor allen schädlichen Einflüssen geschützt werden soll. Die Auswirkungen von Ultraschalluntersuchungen auf das Kind sind noch nicht ausreichend erforscht. Es gibt Hinweise, dass sich die elektromagnetischen Wellen und die entstehende Wärme negativ auswirken. Eine mögliche Störung der kindlichen Entwicklung oder der kindlichen Umgebung sind also gegenüber Nutzen und der Notwendigkeit einer routinemäßig angewandten Diagnosemethode abzuwägen.