

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne

Prof. Dr. med. Martin Link

Dresden

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein ethisch-moralisches und gesellschaftliches Problem, das ständig erneut diskutiert werden muss und zu dem es sehr unterschiedliche Auffassungen gibt. Solange aber die Gesellschaft den Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Sorge für das Wohl der in ihr lebenden Menschen als erforderlich ansieht – und dafür spricht die aktuelle Gesetzgebung –, muss die Medizin, der allein die Durchführung anvertraut werden kann, auch Methoden dafür zur Verfügung stellen und sich bemühen, diese Methoden ständig zu verbessern. Beim medikamentösen Abbruch handelt es sich nicht um das Problem des Schwangerschaftsabbruches an sich, so wie es die öffentlichen Diskussionen bei der Einführung von Mifegyne zum Teil lautstark postulierten, sondern lediglich um eine Methode der Durchführung, welche die Gesundheit der betroffenen Frau schont. Ein wesentliches Argument in der Polemik vor der Zulassung des medikamentösen Abbruchs war der mögliche Missbrauch, der bei dieser Methode einfacher sein könnte als bei einem chirurgischen Eingriff. Einem Missbrauch beugt aber die Gesetzgebung vor.

Zulassung von Mifegyne in Deutschland ohne Zulassung eines Prostaglandins

Zulassungsbescheid Nr. 46038. 00. 00 vom 18.08.1999 durch das BfArM für das Medikament Mifegyne (RU 486) mit dem Wirkstoff Mifepriston.

Markteinführung Pressekonferenz Hamburg am 02.11.1999, Fa. Femagen, Tochter der Hexal AG.

RU 486 wurde 1980 von Edouard Sakiz bei der französischen Firma Roussel Uclaf entwickelt.

Zulassung in Frankreich 1988, in England 1991, in Schweden 1992. China stellt seit 1988 ein äquivalentes Präparat her.

Zulassung in Deutschland:

1. Medikamentöse Beendigung einer intakten intrauterinen Schwangerschaft bis zum 49. Tag der Amenorrhoe in sequentieller Anwendung mit einem Prostaglandin (Frankreich 49. Tag, England und Schweden 63. Tag).
 2. Erweichung und Dilatation der Cervix uteri vor einem instrumentellen Schwangerschaftsabbruch während des ersten Trimenons.
 3. Vorbereitung der Wirkung von Prostaglandinanaloga bei medizinisch begründetem Schwangerschaftsabbruch (jenseits des ersten Trimenons).
 4. Einleitung der Wehentätigkeit zur Ausstoßung eines in utero abgestorbenen Fetus bei Patientinnen, bei denen Prostaglandine oder Oxytocin nicht angewendet werden können.
- [Mifegyne, 200 mg, Tabletten (Mifepriston), Fa. Contracept, Pack.: 3 Tbl., Rote Liste 2003, 78,88 €, aktueller Preis lt. Contracept: 68 € + MwSt.]

In Deutschland gibt es keine Zulassung eines Prostaglandins für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Dem Arzt ist es im Rahmen seiner Therapiefreiheit möglich, u. U. sogar geboten (OLG Köln, Versicherungsrecht 1991, 186, Aciclovir), Arzneimittel auch außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes anzuwenden (OLG München, Versicherungsrecht 1991, 471, 473). Grenzen der Therapiefreiheit ergeben sich nur daraus, dass der Arzt keine dem Patienten schädlichen Heilmittel oder Therapiemethoden einsetzen darf. Allerdings darf sich kein Arzt über Erfahrungen und gesicherte Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft hinwegsetzen. Nachdem für Mifegyne beim Abbruch nach Punkt 1 die nachfolgende Anwendung eines Prostaglandins ausdrücklich vorgeschrieben ist, bedeutet dies, dass die Anwendung eines Prostaglandins in Kombination mit dem Präparat Mifegyne dem Stand der medizinischen Kenntnisse entspricht.

Welche Prostaglandine kommen in Frage?

1. Cytotec 200 (Misoprostol), Pharmacia, Rote Liste 2003, 100 Tabl.(N3), Preis: 51.40 €, Anwendung: Prophylaxe und Behandlung von medikamentenbedingten Magenschleimhautschädigungen. Zur Behandlung von akuten Zwölffingerdarm- und Magengeschwüren.

2. Cergem Vaginalzäpfchen (Gemeprostat), Nourypharma, 10 Vaginalzäpfchen (N1), Rote Liste 2003, Nennung ohne Preisangabe, Gelbe Liste 2003, ohne Preisangabe. Anwendung: Zervixerweichung und -erweiterung zur Vorbereitung einer Ausräumung des Uterus bei Nichtschwangeren und bei Schwangeren bis zur 12. Schwangerschaftswoche, Einleitung einer Schwangerschaftsbeendigung im zweiten Trimenon bei gesunden Frauen, eine instrumentelle Nachbehandlung ist erforderlich.

Wirkungsweise:

Mifepriston: Synthetisches Steroid mit Antigestagenwirkung. Es antagonisiert die endometrialen und myometrialen Wirkungen des Progesterons und steigert die Empfindlichkeit des Myometriums gegenüber der kontraktionsauslösenden Wirkung der Prostaglandine und führt zur Erweiterung und Öffnung der Cervix uteri.

Prostaglandin: löst Kontraktionen des Myometriums aus.

Sondervertriebsweg für Mifegyne und Beschaffung:

Mit dem 9. Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 26. 07. 1999 (BGBl. I, S. 1666) wurde ein Sondervertriebsweg für Arzneimittel eingeführt, die zur Vornahme eines nicht rechtswidrigen oder eines unter den Voraussetzungen des § 218a, Abs.1, StGB, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruches bestimmt sind. Dazu wurde ein neuer § 47a in das Arzneimittelgesetz (AMG) eingefügt.

§ 47a Sondervertriebsweg, Nachweispflichten:

Pharmazeutische Unternehmer dürfen ein Arzneimittel, das zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches zugelassen ist, nur an Einrichtungen im Sinne des § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) vom 27. 07. 1992 (BGBl. I, S. 1398), geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. 08. 1995 (BGBl. I, S. 1050), und nur auf Verschreibung eines dort behandelnden Arztes abgeben. Andere Personen dürfen die in Satz 1 genannten Arzneimittel nicht in den Verkehr bringen.

Pharmazeutische Unternehmer haben die zur Abgabe bestimmten Packungen der in Absatz 1, Satz 1 genannten Arzneimittel fortlaufend zu nummerieren; ohne diese Kennzeichnung darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden. Über die Abgabe haben pharmazeutische Unternehmer, über den Erhalt und die Anwendung haben die Einrichtung und der behandelnde Arzt Nachweise zu führen und diese Nachweise auf Verlangen der zuständigen Behörde zur Einsichtnahme vorzulegen.

(2a). Pharmazeutische Unternehmer sowie die Einrichtung haben die in Absatz 1, Satz 1 genannten Arzneimittel, die sich in ihrem Besitz befinden, gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Die Einführung eines Sondervertriebsweges für Arzneimittel, der nicht nur die Umgehung der Apotheke gestattet, sondern diese ausdrücklich vom Vertriebsweg ausschließt, stellt eine für das deutsche Arzneimittelrecht neue Regelung dar.

In einem Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag zum Sondervertriebsweg nach § 47a des Arzneimittelgesetzes vom Juli 2001 wird festgestellt, dass sich dieser Weg bewährt hat und kein Anlass zu einer Änderung besteht.

Zur Beschaffung von Mifegyne wendet man sich an die Contracept GmbH, Pharma Vertrieb, Kelsterbacher Straße 28, 64546 Mörfelden-Walldorf, Tel. 06105 / 454560, Fax 06105 / 454561 und meldet sich an.

Man erhält dann einen Registrierungsbogen, auf dem man bestätigt, dass man als Einrichtung dem § 13 des SchKG entspricht. Dann erhält man das Verordnungsblatt für Mifegyne, auf dem man bis zu 30 Packungen bestellen kann. Dieses Verordnungsblatt darf nur per Post, nicht per Fax an Contracept geschickt werden. Mit den angeforderten Packungen Mifegyne erhält man dann noch einen Vordruck, auf dem die Nummer jeder Packung eingetragen ist und man selbst das Datum

der Anwendung und den Code der Patientenakte einträgt. Dieser Vordruck ist sorgfältig aufzubewahren und bei Kontrolle der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Die Zustellung von Mifegyne erfolgt portofrei durch einen Paketdienst innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der schriftlichen Bestellung bei Contragest. Die Beschaffung des Prostaglandins geschieht über die Apotheke. Für beide Medikamente muss der Arzt in Vorkasse treten.

Unzureichende Etablierung des medikamentösen Abbruches

In Deutschland wurden im Jahr 2000 3 %, 2001 4,4 %, 2002 etwa 5 % und 2003 etwa 6 % der Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne durchgeführt. Nach den Erfahrungen in Frankreich können wenigstens 30 %, in Schweden 50 % und nach den Erfahrungen in der eigenen Praxis sogar 90 % der Abbrüche medikamentös gemacht werden. Woran liegt die bisher unzureichende Etablierung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches in Deutschland ?

Meines Erachtens gibt es dafür drei Gründe: 1. Unkenntnis, 2. Berührungängste, 3. unzureichende Vergütung.

ad 1. Unkenntnis: Eine Unkenntnis der Methode dürfte nach der emotional geführten öffentlichen Diskussion um die Einführung von Mifegyne und die ausführlichen Informationen in der Fachpresse bei den Frauenärzten nicht gegeben sein. Aber nicht wenige werden sich aus einer gewissen Trägheit heraus oder aus einer bewussten oder unbewussten Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches nicht ausreichend über die Vorteile des medikamentösen Abbruches gegenüber dem chirurgischen Abbruch informiert haben. Dabei geht es nicht um den Schwangerschaftsabbruch an sich, sondern nur um eine Methode seiner Durchführung. Die mangelhafte Kenntnis der Methode birgt Gefahren für den Arzt, denn dieser ist verpflichtet, seine Patientin über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, ansonsten verletzt er die ärztliche Sorgfaltspflicht.

ad 2. Berührungängste: Der medikamentöse Abbruch wird ambulant und vorwiegend in der ärztlichen Praxis durchgeführt. Neben der bewussten Ablehnung gibt es für den Frauenarzt (oder die Frauenärztin), der zwar das Anliegen seiner Patientin versteht und unterstützt, sie aber bislang zur Durchführung des Abbruches an ambulante Operateure oder Krankenhäuser überwiesen hat, Berührungängste vor der selbstständigen Ausführung eines Abbruches: »Darf ich das überhaupt?« »Beherrsche ich die Situation?« »Werde ich mit Komplikationen fertig?« Aufgrund dieser Probleme schickt der Arzt die Betroffene wie bisher weiter und durch den dadurch eintretenden Zeitverzug ist bei dem engen vorgegebenen Zeitfenster der medikamentöse Abbruch dann oft nicht mehr möglich.

Man sollte nicht übersehen, dass die betroffenen Frauen es mit großer Erleichterung und Dankbarkeit annehmen, bei der Ärztin oder dem Arzt ihres Vertrauens auch in dieser schwierigen Situation verbleiben zu können, und sie andererseits dem ihnen fremden Arzt, zu dem sie zur Durchführung des medikamentösen Abbruches geschickt werden, schnell ihr volles Vertrauen schenken und oft in seiner weiteren Betreuung verbleiben wollen. Das ist beim chirurgischen Abbruch, den die Frau nicht bewusst miterlebt und bei dem die Begegnung mit dem anderen Arzt viel kürzer ist, keineswegs so. Auch deshalb wird vielleicht lieber zum chirurgischen Abbruch überwiesen.

ad 3. Unzureichende Vergütung: Die Kosten für den rechtswidrigen, aber nach § 218a, Abs.1, StGB nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch nach Beratung muss die Betroffene selbst tragen. Die Abrechnung erfolgt nach der GOÄ und ist kostendeckend. Im Osten über 90 % und im Westen sicher nicht weit unter 90 % dieser Abbrüche fallen aber unter die Kategorie des Schwangerschaftsabbruches »im besonderen Fall«. Nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vom 1. Januar 1996 übernehmen die Länder die Kosten für die Abbrüche bei Frauen unterhalb einer gewissen Einkommensgrenze. Für diese Abbrüche »im besonderen Fall« haben die Bundesländer unterschiedlich hohe Pauschalen festgelegt, die in den meisten Ländern dem Aufwand nicht gerecht werden. Das Procedere des medikamentösen Ab-

bruches erfordert einen hohen persönlichen und mehrfach wiederholten Einsatz des Arztes, so dass mit den Pauschalen eine Kostendeckung kaum erreicht wird, und der Arzt in der für den medikamentösen Abbruch erforderlichen Zeit mit anderen Handlungen und auch mit dem in wesentlich kürzerer Zeit erledigten chirurgischen Abbruch einen besseren Gewinn erzielt. Es darf nicht übersehen werden, dass der niedergelassene Arzt ein Unternehmer ist, der sein Unternehmen mit den Arbeitsplätzen seiner Mitarbeiter erhalten muss. Dennoch sollte sich niemand aus diesem Grunde dem medikamentösen Abbruch verschließen und seinen Patientinnen im gegebenen Fall diese vorteilhafte Methode vorenthalten.

Voraussetzungen zur Durchführung des medikamentösen Abbruches in den einzelnen Bundesländern

Der § 13 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)) vom 21. August 1995 lautet:

»Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen. Ein Schwangerschaftsabbruch darf nur in einer Einrichtung vorgenommen werden, in der auch die notwendige Nachbehandlung gewährleistet ist.«

»Die Länder stellen ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher.«

Andere gesetzliche Vorschriften gibt es nicht. Da es sich nicht um einen operativen Eingriff handelt, gelten auch nicht die Vorschriften und Erfordernisse für das ambulante Operieren.

Die »Nachbehandlung« ist durch die ständige Erreichbarkeit des behandelnden Arztes auch durch Mobilfunk gewährleistet. So könnte nach dem o. g. Gesetz jeder niedergelassene Frauenarzt den medikamentösen Abbruch in seiner Praxis durchführen.

Die einzelnen Bundesländer haben unterschiedliche Durchführungsbestimmungen erlassen, die man kennen und beachten muss. Zuständig dafür sind die Sozialministerien, von denen man die entsprechende Auskunft erhalten kann. Der Handlungsspielraum der Länder ist aber durch die Bundesgesetzgebung begrenzt. So kippte das BVG 1997 das bayrische Schwangerenhilfegesetz von 1996, mit dem Ärzten untersagt werden sollte, mehr als ein Viertel der Praxiseinnahmen aus Schwangerschaftsabbrüchen zu erzielen.

Vorteile des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches:

- Vermeidung von Verletzungen des inneren Genitale.
- Kein Erfordernis einer Anästhesie.
- Individuelle Betreuung der betroffenen Frau durch den Arzt ihres Vertrauens.

Nachteile des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches:

- Zeitlich längerer Ablauf.
- Evtl. höhere psychische Belastung.

Durchführung des Abbruches

Rechtliche Bedingungen: Für den medikamentösen Abbruch gelten die gleichen rechtlichen Bestimmungen wie für jeden Abbruch. Da es sich beim medikamentösen Abbruch fast ausschließlich um den Abbruch nach Beratung handelt, muss die betroffene Frau nach Beratung und Aufklärung durch den behandelnden Arzt eine Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle aufsuchen und sich dort entsprechend der gesetzlichen Vorgaben beraten lassen. Wenn sie nach der Beratung bei ihrem Vorhaben, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen, bleibt, kann der Abbruch frühestens drei Tage nach der Konfliktberatung durchgeführt werden.

Procedere: Insgesamt sind mindestens vier Konsultationen der Schwangeren beim Frauenarzt zur Durchführung des medikamentösen Abbruches erforderlich:

1. Erstkonsultation mit der Frage, ob eine Schwangerschaft vorliegt, und im gegebenen Fall mit dem Wunsch nach dem Abbruch der Schwangerschaft. Der konsultierte Arzt stellt die Schwangerschaft fest, klärt die Frau über die Bedeutung des Schwangerschaftsabbruches auf und wenn sie bei dem Wunsch nach dem Abbruch bleibt, berät er sie über die möglichen Methoden und deren Vor- und Nachteile und weist ihr den Weg zur Konfliktberatung. Die Blutgruppe ist festzustellen, denn bei Blutgruppe »D« muss bei dem Abbruch die Immunprophylaxe erfolgen. Weitere Laboruntersuchungen sind nicht zwingend. Die Schwangere ist über die Kostenübernahme aufzuklären und gegebenenfalls zu einer Krankenkasse zu schicken, die im besonderen Fall die Kostenübernahme durch das Land klärt und der Schwangeren eine entsprechende Bescheinigung ausstellt. Wenn sich die Schwangere zum Zeitpunkt der Erstkonsultation noch in dem Zeitrahmen bis einschließlich 49. Tag post menstruationem befindet, die Mifegynegabe also noch möglich ist, muss sie über diese Methode aufgeklärt werden. Dabei ist aber darauf zu achten, die Schwangere nicht unter zeitlichen Druck zu setzen. Da heutzutage viele Frauen sehr früh nach Ausbleiben der Menstruation selbst einen Schwangerschaftstest vornehmen oder schnell den Arzt aufsuchen, wären etwa 90 % der Abbrüche nach Beratung medikamentös möglich. Bei Ausländerinnen, die in Deutschland nach deutschem Recht betreut werden, ist bei Sprachschwierigkeiten sehr auf das richtige Verstehen der Aufklärung zu achten. pro familia hat fremdsprachige Aufklärungsbögen herausgegeben, die man anfordern kann (pro familia Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Tel.069 / 639002, Fax 069 / 639852, E-mail info@profamilia.de). Für die Dokumentation der Aufklärung gibt es auch einen Vordruck »Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch« vom perimed COMPLIANCE Verlag Dr. Straube GmbH, Weinstraße 70, 91058 Erlangen, Tel. 09131 / 609202, Fax 09131 / 609217, www.perimed.com. Die Aufklärung ist aber erst nach der Konfliktberatung, also bei der Zweitkonsultation, definitiv zu dokumentieren.

2. Zweitkonsultation: Die Konfliktberatung hat stattgefunden. Die Schwangere bleibt bei dem Wunsch zum Abbruch. Durch Ultraschall wird die Existenz der intrauterinen Schwangerschaft bestätigt. Die Schwangere wird noch einmal über den Abbruch und dessen Ablauf aufgeklärt und die Aufklärung wird dokumentiert. Besonders aufzuklären ist über die Anwendung des Prostaglandins als eines Medikamentes, das nicht für diese Indikation zugelassen ist. Die Schwangere nimmt in Gegenwart des Arztes die drei Tabletten Mifegyne ein. Sie wird darüber informiert, dass nach Mifegyne keine wesentlichen Beschwerden zu erwarten sind. Am nächsten Tag können leichte Blutungen auftreten. Wird Mifegyne innerhalb von 1 1/2 Stunden erbrochen, muss die Einnahme wiederholt werden. Danach ist die Resorption vollständig und die Wirkung nicht beeinträchtigt. Wenn die Schwangere noch stillt, sollte das Stillen nach der Mifegyneinnahme für drei Tage ausgesetzt werden. Der Arzt gibt der Schwangeren seine ständige Erreichbarkeit an, zum Beispiel Mobilfunk. Die Schwangere erhält den Termin für die Drittkonsultation in zwei Tagen. Sie ist arbeitsfähig.

3. Drittkonsultation: Die Schwangere kommt zur Prostaglandineinnahme. Es wird per Ultraschall kontrolliert, ob die Schwangerschaft noch intakt ist. In einigen Fällen ist die Schwangerschaft allein schon nach Mifegyne abgegangen. Zur besseren Kontraktion des Uterus sollte die Prostaglandingabe trotzdem erfolgen. Die Patientin kann nach einer Beobachtungszeit von 30 Minuten die Praxis verlassen. Wenn die Schwangerschaft noch in utero ist, erhält die Patientin das Prostaglandin. Sie muss nicht nüchtern sein. Wir haben bisher nur Cytotec in einer Dosierung von zwei Tabletten oral angewendet. Die Gabe kann auch intravaginal in das hintere Scheidengewölbe erfolgen. Die Patientin verbleibt in der Praxis, wobei eine Trennung vom Wartezimmer möglich sein muss. Sie ist darüber aufgeklärt, dass unter mäßigen Bauchschmerzen Blutungen auftreten werden und dass sie sich nach Blutabgängen zur Untersuchung melden soll. Gut ist es, wenn die Schwangere eine Begleitperson mitbringt, unter deren Aufsicht sie sich ab einer halben Stunde nach der Prostaglandineinnahme auch außerhalb der Praxis bewegen kann. Körperliche Aktivität

beschleunigt offenbar den Ausstoßvorgang. Dennoch sollte eine Liegemöglichkeit gegeben sein. Schmerzmittel werden kaum benötigt. Wenn durch Ultraschall festgestellt wird, dass die Schwangerschaft abgegangen ist, kann die Patientin die Praxis verlassen. Das ist in den meisten Fällen nach einer halben bis vier Stunden der Fall. Sie kann für diesen Tag arbeitsunfähig geschrieben werden und erhält den Termin für die Nachuntersuchung. Liegt ein rhesusnegativer Status vor, muss die Immunprophylaxe erfolgen. Sollte die Schwangerschaft innerhalb von vier Stunden keine Abgangstendenz zeigen, wird die Prostaglandingabe wiederholt. Das ist in etwa 10 % der Fälle erforderlich. Nach einer Beobachtungszeit von etwa einer halben Stunde kann dann die Patientin in Begleitung nach Hause geschickt und zum nächsten Tag wiederbestellt werden. Die Erreichbarkeit des Arztes muss gewährleistet sein. Sollte auch dann die Schwangerschaft nicht abgegangen sein, kann eine nochmalige Prostaglandingabe versucht werden. In 2-3 % der Fälle muss die Schwangerschaft operativ entfernt werden. Wenn man das nicht selbst macht (Voraussetzungen für das ambulante Operieren), sollte man sich für diese Fälle der Kooperation mit einer Klinik oder einem ambulanten OP-Zentrum versichert haben. Der Eingriff selbst durch Absaugung ist dann relativ einfach und nicht komplikationsträchtig, weil durch die vorausgegangene medikamentöse Einwirkung der Halskanal der Gebärmutter erweicht und erweitert und eine Dilatation nicht erforderlich ist. Die Patientin wird für die erforderliche Zeit arbeitsunfähig geschrieben. Sie erhält den Termin für die Nachuntersuchung in etwa zehn Tagen. Die Erreichbarkeit des behandelnden Arztes muss gewährleistet sein.

4. Viertkonsultation: Bei der Nachuntersuchung wird durch die gynäkologische Untersuchung und per Ultraschall festgestellt, ob der Abbruch erfolgreich und vollständig war. Dabei ist zu beachten, dass im Ultraschallbild die Schleimhaut so kurze Zeit nach einem Abbruch noch sehr unregelmäßig aussehen kann. Im Zweifelsfall ist die Patientin noch einmal wiederzubestellen. Die beta-HCG-Bestimmung ist nicht unbedingt hilfreich. Eine operative Nachräumung ist aber kaum einmal notwendig. Leichte Blutungen können sich über einen Zeitraum von bis zu drei Wochen erstrecken.

Komplikationen

Von Mifegyne sind Komplikationen nicht zu erwarten. Das Prostaglandin führt bei jeder fünften Frau zu Übelkeit, Erbrechen und/oder Durchfall und bei jeder dritten Frau zu verstärkten Unterbauchschmerzen. Diese Beschwerden sind für die Betroffenen aber einigermaßen erträglich und erfordern kaum eine zusätzliche Behandlung. Eine Schmerzmittelgabe ist nur selten nötig.

Die Nichtausstoßung der Schwangerschaft kommt in weniger als 5 % der Fälle vor. In diesen Fällen muss nachgeräumt werden (s. o.). Starke Blutungen, die einen operativen Eingriff erfordern, kommen in 1 % der Fälle vor.

Kontraindikationen

Für Mifegyne sind Kontraindikationen nicht bekannt. Beim Prostaglandin ist nach einer Prostaglandinallergie zu fragen. Eine relative Kontraindikation ist bei Frauen gegeben, die über 35 Jahre alt sind und mehr als 10 Zigaretten täglich rauchen sowie Frauen mit schwerem Asthma bronchiale, ischämischen Erkrankungen, Bluthochdruck und Nierenversagen. Eine ektope Schwangerschaft stellt eine absolute Kontraindikation für den medikamentösen Abbruch dar.

Meldung an das Statistische Bundesamt

Per Gesetz ist jeder Arzt, der Schwangerschaftsabbrüche vornimmt, verpflichtet, die Abbrüche in anonymisierter Form quartalsweise an das Statistische Bundesamt in Bonn zu melden. Man wendet sich an das Statistische Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Postfach 170377, 53029 Bonn, Tel. 01888 / 6438154, Fax 01888 / 6818154, E-mail: schwangerschaftsabbrüche@statistik-bund.de und erhält von dort den Erhebungsbogen und weitere Informationen. Wenn die Meldung am Quartalsende vergessen wird, erfolgt bald eine Mahnung. Auch wenn in einem Quartal kein Abbruch vorgenommen wurde, muss die Meldung gemacht werden.

Abrechnung

Nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteils von 1993 muss eine Frau die Kosten für einen rechtswidrigen, aber nach Beratung straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218 a, Abs. 1 StGB) selbst tragen.

Der Abbruch aus medizinischer und aus kriminologischer Indikation wird von der Krankenversicherung übernommen. Diese Abbrüche machen aber nur 3 % aller Abbrüche aus. Die medizinische und die kriminologische Indikation kommen außerdem aus Zeitgründen für den medikamentösen Abbruch kaum in Frage. Hier würden zur Abrechnung je nach Versicherungsstatus der EBM oder die GOÄ gelten. Für den medikamentösen Abbruch bleiben die Abbrüche nach Beratung, die 97 % aller Abbrüche ausmachen.

Muss die Frau die Kosten selbst tragen, erhält sie eine Rechnung nach der GOÄ, die privat Versicherte für alle Leistungen, die gesetzlich Versicherte für die unmittelbar mit dem Abbruch zusammenhängenden Leistungen (s. FRAUENARZT 42, 2001, 250).

Nach dem § 5 a der GOÄ dürfen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch die Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes berechnet werden.

»Im besonderen Fall« (Artikel 5 des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes, s.o.) – und das sind bis zu 90 % der Abbrüche nach Beratung – übernimmt das Land (Landesamt für Familie und Soziales) die Kosten. Die Länder haben für den medikamentösen Eingriff unterschiedliche Pauschalen festgelegt, die unterhalb der Pauschalen für den operativen Abbruch liegen. Die Pauschalen sind entweder mit einem Festbetrag versehen oder über vorgeschriebene EBM-Abrechnung festgelegt. Sie liegen zwischen 175 und 250 € einschließlich der Medikamentenkosten. Auskunft dazu gibt das Sozialministerium des Bundeslandes. Man schickt vor der Durchführung des Abbruchs die Schwangere zu einer, nicht zwangsweise ihrer, Krankenkasse, die zu prüfen hat, ob hier der »besondere Fall« vorliegt. Wenn das so ist, erhält die Schwangere von der Krankenkasse die Bestätigung der Kostenübernahme. Auf dieser Kostenübernahmebescheinigung bestätigt der den Abbruch durchführende Arzt, dass er dem § 13 des SchKG entspricht und den Abbruch durchgeführt hat. Zusammen mit einem gesonderten Abrechnungsschein, auf dem bei der Kassenart »Landesamt für Familie und Soziales« und als Kassenummer die vom Land dafür vergebene Zahl (in Sachsen 95888), als Diagnose »Schwangerschaftsabbruch im besonderen Fall« (keine ICD-Nummer) und als Leistung die im Land für die Pauschale geltende Zahl (in Sachsen 9165) einzutragen sind, wird die Kostenübernahmebescheinigung mit der Quartalsabrechnung bei der KV eingereicht. Die Krankenkasse erhält das Geld vom Land zurückerstattet. Die Pauschale vergütet nur den Abbruch selbst, also die drei Konsultationen mit Mifegynegabe, Prostaglandinverabreichung und Nachuntersuchung einschließlich aller Gespräche und Ultraschalluntersuchungen während dieser Phase. Die Feststellung der Schwangerschaft, die Beratung zum Abbruch, eventuelle Laboruntersuchungen (Erstkonsultation) und die Behandlung von Komplikationen werden außerhalb der Pauschale abgerechnet, bei gesetzlich Versicherten nach dem EBM, bei privat Versicherten nach der GOÄ.

Ausblick

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist im gegebenen Fall die bevorzugenswerte Methode der Durchführung. Die Methode an sich hat mit dem ethisch-moralischen und gesellschaftlichen Problem des Schwangerschaftsabbruchs nichts zu tun. Die Erfolgsquote ist hoch, ernsthafte Komplikationen treten kaum auf.

Trotz des gegenüber dem operativen Abbruch deutlich verlängerten Ablaufs bevorzugen die Frauen die medikamentöse Methode und würden sie in den allermeisten Fällen bei erneuter Problemsituation wieder anwenden. Die psychische Belastung scheint nicht höher als beim chirurgischen Abbruch zu sein. Manche Betroffene äußert, dass das eigene Aktivwerden beim medikamentösen

Abbruch sogar hilfreich bei der Bewältigung des Problems sei, das sie sich ja selbst geschaffen habe. Der medikamentöse Abbruch könnte in wenigstens der Hälfte der Abbrüche nach Beratung zur Anwendung kommen.