

# Beratungsaspekte beim medikamentösen Abbruch

Leila Akinyemi, Krankenschwester, Familienplanungsberaterin,

Lebens- und Sozialberaterin

Barbara Laschalt, Mag., Psychologin

Christian Fiala, Dr.,

Peter Safar, Prim. Dr.,

Im Januar 1999 wurde der der medikamentöse Abbruch im Krankenhaus Korneuburg eingeführt. Im Juni 2003 ist das Team der Mifegyne-Ambulanz in das [Gynmed Ambulatorium Wien](#) ungezogen und bietet seither dort alle 3 Methoden des Abbruchs an.

Dieser Artikel erschien erstmalig in: Pro Familia Magazin, 3/99 Seite 32-35

Die vorliegende Version wurde aktualisiert.

## 1. Die Situation in Österreich

In Österreich ist der Schwangerschaftsabbruch mit einer sogenannten "Fristenlösung" geregelt. Dies bedeutet, der Abbruch einer Schwangerschaft ist straffrei, wenn er bis zum dritten Schwangerschaftsmonat von einem Arzt nach vorheriger Beratung durchgeführt wird. Die Beratung ist in Österreich jedoch im Unterschied zu anderen Ländern im Gesetzestext nicht näher definiert, d. h. sie stellt keine Zwangsmaßnahme im Rahmen des Schwangerschaftsabbruches dar. Auch gibt es keine anderen Restriktionen, wie eine vorgeschriebene Wartezeit zwischen der ersten Beratung und dem Abbruch (drei Tage in Deutschland oder sieben Tage in Frankreich). Durch diese restriktivfreien Rahmenbedingungen ist es möglich, die Beratung und Begleitung ausschließlich nach den individuell sehr verschiedenen Bedürfnissen der betroffenen Frauen auszurichten.

Andererseits fehlen in Österreich Durchführungsbestimmungen für einen Schwangerschaftsabbruch, sowie eine Regelung für eine Kostenübernahme. Das hat zur Folge, daß es außerhalb von Wien nur wenige Ärzte oder Krankenhäuser gibt, die auch öffentlich die Durchführung von Abbrüchen anbieten. Dies bedeutet, daß Frauen außerhalb der Großstadt weiterhin auf die "Gunst" der Ärzte angewiesen sind. Ferner werden die Kosten für einen Abbruch nicht von der Krankenkasse übernommen. (Ebensowenig, wie die Kosten für Verhütungsmittel.) Die Abbrüche werden meist in Ordinationen von niedergelassenen Fachärzten oder Praktischen Ärzten durchgeführt.

[zurück](#)

[1. Die Situation in Österreich](#)

[2. Die Entscheidung für die Methode](#)

[3. Unterschiede zwischen chirurgischem und medikamentösen Abbruch](#)

[4. Der Ablauf des Abbruchs](#)

[5. Häufige Fragen](#)

[6. Zusammenfassung](#)

Die Preise variieren stark. Sie bewegen sich meist zwischen ÖS 5.000 und ÖS 8.000 (DM 700 - 1.150), je nach Institution und Arzt, gelegentlich wird aber auch das Doppelte verlangt.

Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

§97 StGB

(1) Die Tat ist nach §96 nicht strafbar,

1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird; oder
2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernstesten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird:  
oder
3. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.

Im Krankenhaus Korneuburg, knapp außerhalb von Wien, führen wir seit Januar 1999 Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne® durch. Das Präparat bezogen wir im ersten Jahr direkt vom Hersteller in Frankreich, wo es bereits seit mehr als 11 Jahren in Verwendung ist. Wegen der fehlenden Zulassung und Vertriebes in Österreich, war die Anwendung bis Januar 2000 lediglich mit einer Einfuhrgenehmigung des zuständigen Ministeriums möglich. Dieses Vorgehen wird häufig genutzt, um ein lediglich im Ausland zugelassenes Medikament anzuwenden. Mediale Aufmerksamkeit fand es letztmalig bei der Anwendung von Viagra® noch vor dessen Zulassung.

Seit Januar 2000 wird Mifegyne® von der österreichischen Firma Femagen vertrieben, ist jedoch lediglich für Krankenanstalten zugelassen. Niedergelassene Ärzte dürfen in Österreich zwar weiterhin einen chirurgischen Abbruch durchführen, jedoch nicht Mifegyne® anwenden.

Im Juni 2003 ist das Team der Mifegyne-Ambulanz in das [Gynmed Ambulatorium Wien](#) ungezogen und bietet dort alle 3 Methoden des Abbruchs an.

Wir behandeln etwa 50 Frauen pro Monat, wobei der Andrang sehr groß ist. Die

allermeißen Frauen kommen aus Wien und Umgebung. Eine (Nach-) Curettage war bei drei Prozent der behandelten Frauen notwendig.

Nach Abschluß der Behandlung haben wir die Frauen mittels Fragebogen u.a. darüber befragt, für welche Methode sie sich bei einem allfälligen zukünftigen Abbruch entscheiden würden. Von den Frauen, die Angaben dazu machten, würden über 90 Prozent wieder diese Methode wählen.

## 2. Die Entscheidung für die Methode

Erst wenn die grundsätzliche Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft gefallen ist, stellt sich die Frage wie dieser durchzuführen ist. Die Entscheidung für den Abbruch an sich ist jedoch unabhängig von den zur Verfügung stehenden Methoden. Keine Methode ist grundsätzlich besser oder für alle Frauen geeignet. Dies ist deshalb wichtig zu betonen, da der medikamentöse Abbruch in den Medien gelegentlich als die einfachste und beste Methode dargestellt wird. Viele Frauen haben diese Informationen übernommen und ihre Entscheidung für Mifegyne basiert anfänglich auf entsprechend einseitigen oder sogar falschen Vorstellungen. Es ist deshalb auch Aufgabe der Beratung, über alle Methoden ausführlich zu informieren und auf die jeweiligen Vor- und Nachteile hinzuweisen. Die Beraterin und die Frau müssen sich dafür genügend Zeit nehmen.

Ferner sollten administrative oder finanzielle Überlegungen bei der Suche nach der geeigneten Methode nach Möglichkeit keine Rolle spielen. Erst dann kann jede Frau die für sie richtige Entscheidung treffen. Eine allgemein gültige richtige oder falsche Entscheidung gibt es nicht.

Die öffentlich geäußerte Befürchtung, daß Frauen durch Mifegyne unter Zeitdruck gerieten, können wir nicht bestätigen. Dies ist auch nicht zu erwarten, da Mifegyne ja nicht eine grundsätzlich bessere Alternative darstellt und der chirurgische Abbruch auch weiterhin als bewährte Methode zur Verfügung steht.

Wir erleben im Gegenteil sehr häufig, daß Frauen erleichtert sind, wenn sie einen Abbruch schon zu einem frühen Zeitpunkt durchführen können. Insbesondere ist es von Bedeutung, daß in den meisten Fällen im Ultraschall noch keine embryonalen Strukturen, vorallem keine Herzaktivität sichtbar sind. Ein chirurgischer Abbruch in einem so frühen Stadium wird selten durchgeführt, weshalb diese Frauen noch 1-2 Wochen bis zum Abbruch warten müßten, falls ihnen Mifegyne nicht zur Verfügung stünde. Für sie stellt Mifegyne also eine Möglichkeit dar, eine unnötige Wartezeit und die damit verbundene psychische und körperliche Belastung zu vermeiden.

Unserer Erfahrung nach, läuft die Entscheidung für die Methode meist rational ab. Wir können davon ausgehen, daß es sich bei Frauen, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, um eine Gruppe von Frauen handelt, die:

- einen Abbruch so früh wie möglich durchführen lassen wollen
- schlechte Erfahrungen mit einem chirurgischen Eingriff hatten
- eine Narkose vermeiden wollen
- einen operativen Eingriff vermeiden wollen
- nicht einem Arzt ausgeliefert sein wollen
- den Prozeß des Abbruches bewußt erleben wollen
- einen "natürlichen" Prozeß bevorzugen

Damit unterscheiden sie sich von den Frauen, die einen chirurgischen Abbruch wählen, zwar in der Wahl der Rahmenbedingungen, aber nicht in ihrer Strategie den Konflikt einer ungewollten Schwangerschaft zu bewältigen.

### **3. Unterschiede zwischen chirurgischem und medikamentösen Abbruch**

Die Beratung bekommt beim medikamentösen Abbruch eine wesentlich größere Bedeutung, insbesondere im Vergleich zur ärztlichen Tätigkeit.

- Die Beratung dauert länger und ist intensiver, als bei einem chirurgischen Abbruch.
- Es geht nicht nur um die (meist bereits gefällte) Entscheidung zum Abbruch, sondern die Frau muß in die Lage versetzt werden, zwischen zwei Behandlungsmethoden zu wählen, die sie selbst nicht kennt. Es geht also auch um die Vermittlung von Erfahrungen, welche Methode für welche Frau mehr beziehungsweise weniger geeignet erscheint.
- Die anfängliche Beratung geht in eine Begleitung während der Behandlung über.
- Die Kontinuität der beratenden und begleitenden Person ist ein neuer Faktor.

Da die Behandlung mit Mifegyne von Frau zu Frau sehr unterschiedlich verläuft, sind klare Voraussagen über den Verlauf und die körperlichen Symptome nicht möglich. Wir bereiten die Frauen deshalb auf das Unangenehmste vor, sagen aber auch, daß der Verlauf in den meisten Fällen undramatisch ist und einige Frauen keinen Unterschied zu einer normalen Regelblutung bemerken.

Ausgehend von den klassischen Schwangerschaftskonflikten wie

- sozio-kultureller Konflikten
- sozio-ökonomischer Konflikten
- interpersoneller Konflikten
- innerseelischer Konflikten

unterscheiden sich Frauen, die sich für Mifegyne entschieden haben unserer Beobachtung nach nicht wesentlich von denjenigen, die einen chirurgischen Abbruch gewählt haben. Erstere sind möglicherweise etwas kontrollierter, wenn man vorsichtig ein Resümee ziehen möchte. Auch können wir davon ausgehen, daß sie zumeist einen selbstbewußteren Zugang zu ihrem Körper und dadurch ein besseres Körpergefühl haben.

Was bedeutet der medikamentöse Abbruch mit Mifegyne für eine Frau?

Der große Unterschied zu einem chirurgischen Abbruch liegt darin, daß die Behandlung mit Mifegyne ein Prozeß ist, der sich über mehrere Tage hinzieht und bewußt erlebt wird, im Gegensatz zu dem kurzen punktuellen Eingriff der Saugcurette. Es ist den Frauen fast nicht möglich, sich dieser aktiven Auseinandersetzung zu entziehen, da sie mit dem körperlichen Prozeß konfrontiert sind.

Sofern sie sich dieser Situation bewußt stellen möchten, kann es ihnen helfen den Schwangerschaftsabbruch entsprechend ihren Möglichkeiten und Ressourcen besser zu verarbeiten. Die Frauen nehmen den Verlauf des Abbruchs stärker wahr, sie sehen meist den außgestoßenen Fruchtsack oder bringen ihn sogar mit ins Krankenhaus. Dieser bewußte Prozeß ermöglicht eine aktive Verabschiedung und ein Abschließen der Situation.

Auch ist der Partner interessanterweise viel präsenter als bei einem chirurgischen Abbruch. Er erlebt den prozeßhaften Verlauf hautnah mit und nicht, wie bei einem chirurgischen Abbruch zumeist üblich, indem er die Frau zum Arzt bringt und sie einige Stunden später wieder abholt. wobei er mit dem Geschehen nicht wirklich etwas zu tun hat. Hier übernimmt er vielmehr eine wichtige Rolle in der Betreuung und sollte deshalb von Anfang an dabei sein. (Natürlich nur sofern dies von der Frau gewünscht wird.) Durch das Miterleben erhält er auch die Möglichkeit die (meist falschen) Phantasien zu korrigieren.

Wie in jeder anderen Konfliktsituation ist auch hier der Verlauf von der Klarheit der Entscheidung geprägt. Je klarer die Frau für sich entschieden hat und je mehr Unterstützung sie hat, um so besser kann sie damit umgehen und um so unkomplizierter wird der Verlauf sein.

Was wir als Beraterinnen zu dieser Klarheit beitragen können, ist eine besonders ausführliche Information und eingehende Beratung bereits beim ersten Kontakt. Wir versuchen schon im Vorfeld abzuklären, welcher Frau wir dieses bewußte Erleben, psychisch und auch physisch, zutrauen können. In den meisten Fällen entscheiden sich die Frauen im Verlauf des Gespräches aufgrund der Informationen recht schnell für die Methode, die ihnen am ehesten entspricht. Gelegentlich ist das beim ersten (telephonischen) Kontakt jedoch nicht zu klären, weshalb mehrmalige Telefonate notwendig sind. Die Frage, wie weit wir einer Frau eher von Mifegyne ab oder zuraten sollen, ist dann eine Gradwanderung, bei der die Grenze zur Bevormundung schnell

erreicht ist.

Aufgrund des mehrmaligen Kontaktes mit den Frauen entsteht eine Vertrauensbeziehung, die ein wichtiger Faktor für einen guten Verlauf der Behandlung ist. Dies heißt aber für die Beraterin, daß sie durch ihre Position in der Begleitung ein Teil des Prozesses wird. Auf der einen Seite ist damit ein intensiveres Sich-Einbringen in den Prozeß der Frauen verbunden, auf der anderen Seite erfordert es ein hohes Maß an Abgrenzung für jede einzelne Beraterin.

## **Gegenüberstellung von chirurgischem und medikamentösem Schwangerschaftsabbruch**

	chirurgischer Abbruch	medikamentöser Abbruch
Durchführung	durch einen erfahrenen Arzt (Verantwortung beim Arzt)	die Frau nimmt die Medikamente (mehr Eigenverantwortung der Frau, mehr Konfrontation)
Verlauf	in wenigen Minuten	zieht sich über mehrere Tage: 1. Tag Mifegyne 3. Tag Prostaglandin einige Stunden später: Ausstoßung (in 3-5% trotzdem ein chir. Eingriff notwendig)
zusätzliche Medikation	örtliche Betäubung oder Vollnarkose	evtl. Schmerzmittel
Blutung	schwach	stärker und länger
Komplikationen	sehr selten: Verletzungen der Gebärmutter, Infektionen, Narkosezwischenfall	schwere Komplikationen wurden mit dem verwendeten Prostaglandin nicht beobachtet
Nebenwirkungen	evtl. Übelkeit nach der Narkose	krampfartige Schmerzen, Übelkeit, selten Erbrechen, Durchfall
Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit	möglich aber sehr selten, wenn Komplikationen auftreten	keine beobachtet
Zeitpunkt, gerechnet ab dem 1. Tag der letzten	erst ab der 7. bis zur 14. Woche, gerechnet ab dem 1. Tag der letzten Regel	möglich ab einem positiven Test, bis spätestens 49 Tage (7. Woche) gerechnet ab dem 1. Tag der

Regel	(7-9. Woche geringste Komplikationsrate)	letzten Regel
Vorteil	Durchführung ist schnell, nachher kaum körperliche Beschwerden	kann bereits sehr früh durchgeführt werden, keine Narkose, die Frau gibt die Kontrolle nicht ab
Nachteil	erst ab der 6. Woche möglich, die Frau gibt die Kontrolle ab; evtl. Narkose	die Frau braucht Zeit, die Behandlung zieht sich über mehrere Tage, stärkere Blutung; evtl. Schmerzen

"Frauen die zwei Jahre zuvor einen medikamentösen Abbruch hatten, unterscheiden sich nicht von denjenigen, die einen chirurgischen Abbruch hatten. Weder in ihrer Gesundheit, noch in ihrer psychischen Verfassung, noch bezüglich ihrer Familienplanung. Nahezu alle Frauen legten jedoch großen Wert auf die freie Wahlmöglichkeit zwischen beiden Methoden des Abbruchs."

Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial.

Br J Obstet Gynaecol 1997

## 4. Der Ablauf des Abbruchs

### 4.1 Telefonischer Erstkontakt

Der telefonische Erstkontakt beginnt meist als ausführliches Informationsgespräch über den Schwangerschaftsabbruch an sich, aber auch über die Details der verschiedenen Methoden. Das Gespräch geht dann aber rasch - der Situation entsprechend - in ein Beratungsgespräch über.

Dieses Beratungsgespräch hat einen sehr großen Stellenwert in der Mifegyne-Beratung, da in diesem Gespräch der Grundstein für die Beziehung und damit auch den Verlauf des Prozesses gelegt wird. Die Telefonate dauern oft länger oder die Frau ruft während zwei drei Tagen mehrmals an.

Deshalb ist es wichtig, daß dieselbe Person auch die weitere Betreuung und Begleitung sicherstellt. Wie schon vorher erwähnt, muß sich die Beraterin gemeinsam mit der Patientin einem Selektionsprozess bezüglich medizinischer und psychologischer Kriterien unterziehen, um die geeignetste Methode zu wählen. Gegebenenfalls vereinbaren wir einen Termin. Häufig geben wir aber auch Auskunft über andere Institutionen, die entweder näher gelegen sind, oder chirurgische Abbrüche in örtlicher- bzw. Vollnarkose durchführen.

- Die Zeitspanne vom Erstkontakt bis zur Einnahme von Mifegyne:

In dieser Phase sind die Frauen mit irrealen Ängsten und Phantasien konfrontiert. Es stellt sich immer wieder die Frage, was kommt wirklich auf mich zu, worauf habe ich mich da eingelassen, habe ich die richtige Entscheidung getroffen. Es ist insgesamt gesehen die unsicherste und auseinandersetzungreichste Phase.

#### 4.2 Erste Beratung

Der erste persönliche Kontakt gliedert sich in die ärztliche Untersuchung und die Beratung. Wichtig dabei ist ein Miteinander von ÄrztIn und Beraterin. Sie müssen sich die Beratung aufteilen und die Kompetenzen gegenseitig akzeptieren, um eine bestmögliche Betreuung zu gewährleisten.

Eine detaillierte Information über die Methode und den Ablauf sollte nach Möglichkeit die vorhandenen Phantasien ersetzen. Besonders entlastend erleben die Frauen, wenn im Ultraschall (noch) keine embryonalen Strukturen, insbesondere keine Herzaktivität, sichtbar sind. Bis zu 6 1/2 Wochen, gerechnet ab dem 1. Tag der letzten Regel, ist noch kein Embryo ausgebildet und deshalb lediglich ein Fruchtsack sichtbar. Ein Bild eines Fruchtsackes in der [Fruchtsackes in der 5. Schwangerschaftswoche finden Sie hier](#). Ein Bild eines [Fruchtsackes in der 6. Schwangerschaftswoche ist hier](#).

Ferner sollte die Einnahme von Mifegyne als der eigentliche Abbruch betont werden. Ein Zurück ist dann nicht mehr möglich. Das Prostaglandin zwei Tage später dient lediglich zur Unterstützung der Ausstoßung der bereits abgelösten Schwangerschaft.

Eine genaue Vorhersage des weiteren Verlaufes ist wegen der großen individuellen Unterschiede, wie bereits gesagt, nicht möglich. Darauf sind die Frauen hinzuweisen. Insbesondere erlauben die unterschiedlichen Verläufe keinen Rückschluß darüber, ob die Methode funktioniert oder nicht.

Unserer Erfahrung nach ist es besonders wichtig und hilfreich für die Frau, wenn der Partner oder eine Bezugsperson in den Verlauf des Prozesses integriert wird, damit er/sie unterstützend wirken kann. Selbstverständlich kann dies nur in Absprache mit der betroffenen Frau geschehen.

- Die Zeitspanne Einnahme von Mifegyne - Einnahme des Prostaglandins:

In dieser Phase steht die Auseinandersetzung mit dem Körper im Vordergrund. Die Entscheidung des Abbruchs wurde bereits umgesetzt. Nunmehr sind die Unsicherheit über den weiteren Verlauf und das Warten auf die Blutung die zentralen Themen.

#### 4.3 Begleitung nach Gabe des Prostaglandins

Die Atmosphäre ist nunmehr wesentlich entspannter als beim letzten Kontakt. Die Frau kennt ÄrztIn und Beraterin und weiß zumindest theoretisch, was auf sie zukommen wird. Ferner steht keine Entscheidung an, sondern lediglich die Fortführung des begonnenen

Prozesses. Bei einigen Frauen ist die schwangerschaftsbedingte Übelkeit bereits zurückgegangen und in Einzelfällen haben die Frauen den Fruchtsack bereits ausgestoßen. (Bei ihnen ist die Behandlung damit abgeschlossen)

Die meisten Frauen haben Angst vor möglichen Schmerzen nach der Einnahme des Prostaglandins. Deswegen ist das Angebot für eine entsprechende Begleitung in einem großzügigen Zeitrahmen durch eine vertraute Person sehr wichtig. Dies sollte nach Möglichkeit aber ein Angebot bleiben und nicht als Zwangsmaßnahme empfunden werden. Einige Frauen sind durch den Abbruch kaum beeinträchtigt und haben deshalb nicht das Bedürfnis nach einer Betreuung. Daraus sollte in der Organisation des Ablaufes ebenfalls Rücksicht genommen werden.

Die ärztliche Betreuung tritt in dieser Phase zugunsten der Begleitung durch die Beraterin und den Partner/Freundin in den Hintergrund. Etwa 20-40 % benötigen leichte Schmerzmittel.

• Von der Einnahme des Prostaglandins bis zur Kontrolle:

In dieser Phase kann es kurzfristig zu stärkeren Blutungen und Krämpfen kommen. Im Vordergrund steht die Unsicherheit, ob die Methode funktioniert hat. Aber auch die zukünftige Fruchtbarkeit ist plötzlich wieder ein wichtiges Thema.

#### **4.4. weitere Betreuung**

Die medizinische Nachuntersuchung nach einer Woche bis zehn Tagen wird von den meisten Frauen als große Erleichterung und definitiver Abschluß des Prozesses gesehen. Viele Frauen erleben den Zeitraum bis zur Kontrolle als belastend, wegen der Unsicherheit ob die Schwangerschaft tatsächlich beendet wurde. Umso angenehmer sind die meisten Frauen dann überrascht, wenn alles gut gegangen ist.

Gelegentlich ist eine zweite oder dritte medizinische Kontrolle notwendig und in etwa fünf Prozent eine Cürettage. Auch für diese Frauen sollte eine entsprechende Betreuung vorgesehen werden.

Wie immer stellt sich auch die Frage nach einer psychologisch-psychotherapeutischen Nachbetreuung, die jedoch auch nach einem medikamentösen Abbruch nur sehr selten in Anspruch genommen wird.

## **5. Häufige Fragen**

Die Fragen der betroffenen Frauen unterscheiden sich stark, von denen der zumeist männlichen Teilnehmer der öffentlichen Diskussion; die Ängste der weiblichen Realität in sind anders als in der männlichen Phantasie.

## 5.1. Fragen von betroffenen Frauen:

### Kann ich später noch ein Kind bekommen?

Dies ist eine der häufigsten Fragen der Frauen, weil immer noch der Mythos herrscht, eine Frau könne nach einem Abbruch nicht mehr schwanger werden. Es sind keine negativen Auswirkungen auf eine spätere Fruchtbarkeit bekannt. Vielmehr kann die Frau gleich nach dem Abbruch möglicherweise wieder schwanger werden.

### Wird der Abbruch anonym durchgeführt?

Für die meisten Frauen ist es extrem wichtig, ihre Anonymität zu wahren, d. h. daß ihre Daten besonders geschützt werden.

### Wieviel Erfahrung gibt es bereits?

Gerade im Zusammenhang mit Mifegyne stellt sich die Frage nach der Erprobungsdauer und der damit verbundenen medizinischen Erfahrung häufiger als beim chirurgischen Abbruch.

Mifegyne wird in Frankreich seit Oktober 1988 in Kombination mit einem Prostaglandin angewendet. Ferner ist es seit 1991 in England und seit 1992 in Schweden zugelassen. Bisher wurden in Europa mehr als 1 Million Frauen mit Mifegyne® behandelt.

### Ich habe Angst vor Schmerzen und davor, daß es nicht funktioniert.

Bei einigen Frauen herrscht die Phantasie vor, daß ein Abbruch mit Mifegyne gerade bei ihnen nicht funktioniert. Das Funktionieren bezieht sich weniger auf den eigentlich medizinischen Verlauf, als auf die Phantasie, daß sie und ihr Körper nicht "normal" sind und deswegen die Behandlung bei der Betroffenen nicht funktioniert. Die Angst vor Schmerzen ist unter Frauen, verständlicherweise, sehr groß. Viele Frauen haben Unterbauchschmerzen, zumeist nach der Einnahme des Prostaglandins. Es gibt jedoch auch einige Frauen, die keine Schmerzen haben.

### Was ist die bessere Methode?, "Was würden Sie wählen?"

Es gibt keine gute und auch keine schlechte Methode. Die Entscheidung muß immer von der Frau in ihrem Lebenszusammenhang getroffen werden.

### Was sind die Vorteile? (die Nachteile werden seltener erfragt)

Der große Vorteil bei der Behandlung von Mifegyne ist, daß der Abbruch bereits sehr früh durchgeführt werden kann und kein operativer Eingriff notwendig ist.

### Was ist die natürlichere Art?

Unter Berücksichtigung des großen moralischen Druckes, der noch immer im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen herrscht, kann die Behandlung mit Mifegyne unter Umständen als "natürlicher" empfunden werden.

Real gesehen ist der chirurgische wie auch der medikamentöse Abbruch ein von Außen

herbeigeführter Abbruch der Schwangerschaft.

Was kostet der Eingriff und muß ich, falls eine Kürettage notwendig ist, noch einmal bezahlen?

Wir bieten beide Methoden zu dem gleichen Preis an. Bei einer notwendigen Nachkürettage müssen die Frauen in keinem Fall neuerlich bezahlen.

## 5.2. Fragen in der öffentlichen Diskussion

• Sind Frauen in Zeitnot, weil sie sich bis zur 7. Woche entscheiden müssen?

Frauen wissen sehr häufig schon kurz nach dem Ausbleiben der Regelblutung, daß sie schwanger sind und können dies mit den neuen Tests auch nachprüfen. Realität ist, daß viele Frauen mit dem Wunsch nach einem (chirurgischen) Abbruch um 1-2 Wochen vertröstet werden müssen, weil dieser meist erst ab der 6. -7. Woche durchgeführt wird.

• Ist anzunehmen, daß sich Frauen leichter zu einem Abbruch entscheiden, wenn sie die Möglichkeit zum medikamentösen Abbruch haben?

Die Entscheidung für den Abbruch einer Schwangerschaft wird immer vor der Entscheidung der Methode getroffen und ist unabhängig von den Methoden, die zur Verfügung stehen. Ferner ist ein Abbruch mit Mifegyne nicht generell leichter, weshalb es keinen Grund zu der angeführten Annahme gibt. Ferner hat sich die Zahl der Abbrüche in Frankreich, England und Schweden nach der Einführung von Mifegyne nicht erhöht.

• Kommen Frauen häufig in einen Konflikt zwischen der Einnahme von Mifegyne und dem Prostaglandin? Brechen sie die Behandlung eventuell ab?

Konflikte und Bedenken gibt es natürlich in jeder Phase der Behandlung. Der Abbruch der Schwangerschaft findet jedoch bereits mit der Einnahme von Mifegyne statt und nicht erst mit der Verabreichung des Prostaglandins. Von den Frauen, die wir betreut haben, hat bisher keine die Behandlung abgebrochen. Wir haben keine Hinweise dafür, daß diese Phase eine größere Belastung darstellt, als die Zeit der Entscheidung vor der Einnahme von Mifegyne.

## 6. Zusammenfassung

Durch Mifegyne ändert sich die Beratung im Konfliktfall einer ungewollten Schwangerschaft nicht wesentlich. Erst wenn es um die konkrete Durchführung geht, muß die bisherige Beratung ergänzt werden. Dabei sind eine gute Information und Beratung mit genügend Zeit notwendig, damit jede Frau die für sie beste Entscheidung hinsichtlich der Methode treffen kann. Dies und eine einfühlsame Betreuung während der Behandlung sind die Basis für einen guten Verlauf und eine hohe Zufriedenheit von

Seiten der Frauen. Unter diesen Voraussetzungen ist der Abbruch mit Mifegyne eine sinnvolle Alternative für viele Frauen. Wir haben ferner die Erfahrung gemacht, daß die Behandlung wesentlich ruhiger und undramatischer verläuft als die öffentliche Diskussion. Projektionen aus der öffentlichen Diskussion können wir in der konkreten Arbeit nicht finden.

Es ist nicht nachvollziehbar, daß es so viele Widerstände gibt, wenn Frauen im deutschsprachigen Raum diese Alternative mit mehr als 11-jähriger Verspätung angeboten werden soll. Es wäre vielmehr zu wünschen, daß Frauen überall zwischen allen existierenden Methoden wählen können. Darüberhinaus sollten auch in Zukunft Anstrengungen unternommen werden, um Möglichkeiten einer weiteren Verbesserung dieser Methode zu erforschen.

an den Anfang der Seite