



## » Debatte «

Qualitätsstandards  
auf dem Prüfstand:

**Medikamentöser**

**Schwangerschaftsabbruch –**

Die Einnahme von

Cytotec® im

häuslichen Umfeld

## **pro familia Debatte**

Die Themen der pro familia Arbeit können nie abschließend beurteilt werden. Beschleunigter wissenschaftlicher Erkenntniszugewinn und die sich stetig ändernden Lebenslagen der Menschen erfordern ein kontinuierliches Überprüfen der in die Arbeit einfließenden Annahmen und Standpunkte sowie den Einbezug aktueller öffentlicher Diskussionen.

In der Reihe pro familia Debatte erscheinen Beiträge zu relevanten Themen der pro familia-Arbeit, die eine interne Debatte zum Thema unterstützen und idealerweise zu einem gemeinsamen Standpunkt führen sollen. Die Reihe möchte auch Interessierte von außen dazu anregen, sich an der Debatte zu beteiligen.

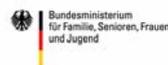
Kommentare, Kritik und Gegenentwürfe sind erwünscht und können an den pro familia Bundesverband gerichtet werden.

pro familia-Bundesverband

## **Impressum**

© 2008, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband, Stresemannallee 3, D-60596 Frankfurt/Main, [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de), Telefon (069) 639 002, Fax: (069) 639 852, E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)

Der pro familia-Bundesverband wird gefördert vom



## Zu dieser Debatte

Die Fachtagung zum Thema „Wahlfreiheit in der zweiten Phase des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs: Die Einnahme von Cytotec® zu Hause“, die im kleinen Kreis in der pro familia-Bundesgeschäftsstelle in Frankfurt stattfand, verfolgte das Ziel, die Diskussion über die Anwendung von Cytotec® zu Hause auf eine wissenschaftlich fundierte Basis zu stellen und daraus Strategien für die Implantierung dieser Methode in Deutschland und die Positionierung von pro familia zu diesem Vorgehen zu entwickeln.

Die beiden Referenten, Prof. Dr. Kristina Gemzell-Danielsson vom Karolinska Institut Stockholm und Dr. Christian Fiala von der Gynmed Wien, haben 2004 die für Europa maßgebliche Studie zum Home-use von Cytotec® beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bis zum 49. Tag in Schweden durchgeführt und veröffentlicht, die sie 2007 durch eine Erweiterung der Zeitspanne bis zum 63. Tag ergänzten.

Diese Studien haben ergeben – so viel sei vorweg verraten –, dass die Anwendung von Cytotec® zu Hause medizinisch unbedenklich ist und dass von der überwältigenden Mehrheit der an der Studie beteiligten Frauen (98 %) die Einnahme in der heimischen Umgebung positiv empfunden wurde und sie dieses Vorgehen wiederholen würden.

Aufgrund dieser Ergebnisse und im Sinne des von pro familia grundsätzlich vertretenen freien Zugangs zu allen medizinisch vertretbaren Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

muss innerhalb des Bundesverbandes und darüber hinaus diskutiert werden, wie die Einnahme von Cytotec® zu Hause und damit verbunden auch der medikamentöse Abbruch überhaupt einem breiteren Publikum auch in Deutschland zugänglich gemacht werden kann. Die Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Fachtagung versteht sich als Grundlage für eine solche Diskussion.

Dabei sei vorab ein Wort zur Begriffsklärung erlaubt: Die Einnahme von Cytotec® zu Hause wird häufig als „home abortion“ oder „Schwangerschaftsabbruch zu Hause“ bezeichnet. Dieser Begriff wurde hier bewusst nicht verwendet, da er eine undifferenzierte und damit verfälschende Sicht auf die Sachlage befördert. Der medikamentöse Abbruch vollzieht sich heute in zwei Stufen: Zunächst erhält die Patientin eine Gabe Mifepriston (Mifegyne®), das die Wirkung des Schwangerschaftshormons Progesteron hemmt und dadurch den Abbruch der Schwangerschaft einleitet; die Wirkung von Mifepriston wird nach 36 bis 48 Stunden durch die Einnahme eines Prostaglandins (üblicherweise Misoprostol (Cytotec®)) unterstützt, wodurch es ähnlich wie bei einem Spontanabort zur Ausstoßung der Gebärmutterschleimhaut mitsamt Fruchtsack und Embryo kommt. Während der erste Schritt weiterhin unter ärztlicher Aufsicht in einer Praxis oder Klinik stattfinden soll, geht es hier nur um die Frage, ob die Einnahme des Prostaglandins auch zu Hause vorgenommen werden kann, falls die betroffenen Frauen dies wünschen. Es muss an dieser Stelle unterstrichen werden, dass mit der Einnahme von Mifepriston, also bereits mit dem

ersten Schritt des medikamentösen Abbruchs, der weiterhin unter ärztlicher Aufsicht stattfinden soll, die Entscheidungsphase beendet ist und der Abbruch der Schwangerschaft beginnt. Die Einnahme des Prostaglandins zu Hause ist also keineswegs mit einem Schwangerschaftsabbruch zu Hause gleichzusetzen, sondern führt nur etwas konsequent zu Ende, was ohnehin schon praktiziert wird: Dass bei dem mehrere Tage andauernden medikamentösen Schwangerschaftsabbruch die Frauen, nachdem die Entscheidungsphase beendet ist, keine dauernde Betreuung mehr benötigen, solange gewährleistet ist, dass sie in akuten Notsituationen einen Arzt aufsuchen können.

#### **Hinweis**

In der Broschüre wurde aus stilistischen Gründen z. T. darauf verzichtet, neben der männlichen explizit die weibliche Form zu nennen. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass Frauen gleichermaßen angesprochen sind.

#### **Ines Thonke - Begrüßung**

Die Einnahme von Cytotec® zu Hause ist ein bisher in Deutschland kaum diskutiertes Thema, an dem pro familia als Fachverband ein großes Interesse haben muss. Pro familia ist die führende Nicht-Regierungsorganisation im Bereich der sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesundheit und sieht es als ihre wichtige Aufgabe an, die fachliche Diskussion anzuregen und damit die Kenntnisse und die Standards der medizinischen Versorgung in diesem Bereich zu verbessern. Als solches war pro familia maßgeblich an der Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifegyne® in Deutschland seit den späten 1980er Jahren beteiligt und hat den Prozess durch die Aufbereitung des fachlichen Hintergrundes und die Weitergabe von Informationen an die entsprechenden Beratungsstellen, medizinischen Zentren und Arztpraxen, aber auch an einzelne Klienten begleitet.

Dennoch hat der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch bis heute in Deutschland keine breite Akzeptanz gefunden: Bei seiner Einführung im Jahr 2000 wurden 3,1 % der Abbrüche medikamentös durchgeführt, bis ins Jahr 2006 stieg der Anteil nur zögernd auf 9,5 Prozent. Die im internationalen Vergleich nur langsam steigende Quote hat unterschiedliche Ursachen. Neben dem engen Zeitfenster, das die Anwendung bis zum ersten Juli 2008 nur bis zur 7. Schwangerschaftswoche erlaubt liegt ein weiterer Grund sicher in der im Vergleich mit dem chirurgischen Eingriff geringen Vergütung dieser Methode, der ein relativ hoher Beratungs- und Betreuungsaufwand ge-

nenübersteht, ein Aufwand, der sich allerdings durch die Möglichkeit einer Verlegung der zweiten Einnahmephase ins häusliche Umfeld deutlich verschiebt. Somit ist hier ein erneuter Diskussionsbedarf entstanden, auf den wir mit der heutigen Fachtagung und der anschließenden Veröffentlichung der Ergebnisse reagieren.

pro familia möchte damit allen Interessierten den aktuellen Forschungsstand vermitteln (zu dem kaum Publikationen erhältlich sind), eine erneute Diskussion zum Thema anregen und damit letztlich einem wichtigen Ziel unserer Arbeit nahe kommen: Jeder Frau beim Schwangerschaftsabbruch die für ihre individuellen Bedürfnisse beste, medizinisch vertretbare Methode frei und vorurteilslos zugänglich zu machen.

## **Kristina Gemzell-Danielsson**

**Karolinska University Hospital, Stockholm/Schweden**

## **Christian Fiala**

**Gynmed Ambulatorium, Wien/Österreich**

Die Einnahme von Cytotec® zu Hause im Rahmen eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs – Erfahrungen aus Schweden und Österreich

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch weist im Vergleich zu konventionellen Abbruchmethoden einige Vorteile auf, die sich durch die Verlegung der zweiten Einnahmephase nach Hause, die Thema dieser Fachtagung ist, noch profilieren lassen.

Insofern sollte die Verfügbarkeit des medikamentösen Abbruchs speziell in Kombination mit der Möglichkeit des Home-use von Cytotec® einen hohen Stellenwert einnehmen.

Prinzipiell ist der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch über die gesamte Dauer der Schwangerschaft hinweg möglich und Mifegyne® eignet sich zudem hervorragend als Cervix-Priming. Dennoch war die Zulassung von Mifegyne in Deutschland bisher auf die Zeit bis zum 49. Tag der Amenorrhoe beschränkt und ist erst im Frühjahr diesen Jahres durch die EMA (Europäische Arzneimittelagentur) für ganz Europa auf den 63. Tag ausgedehnt worden – mit einer nach dem 49. Tag variierten Dosierung –, eine Neuerung, die bisher zum Beispiel in Deutschland kaum publik ist.

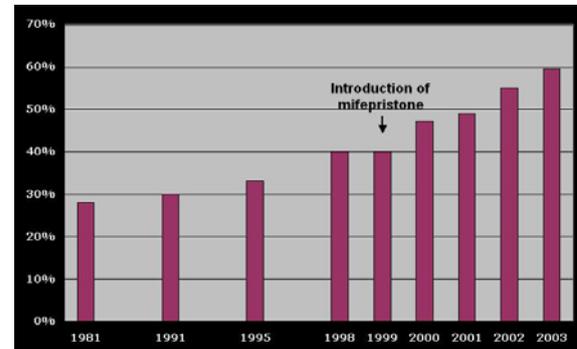
Während der chirurgische Abbruch im zweiten Trimenon nur von wenigen Spezialisten durchgeführt werden kann, ist die Durchführung eines medikamentösen Abbruchs leichter

und weist zudem eine relativ geringe Komplikationsrate auf. Für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch gibt es auch kein unteres Gestationslimit, je früher er eingeleitet wird, desto geringer sind Schmerzen und Blutungen. Wenn der Arzt die Schwangerschaft noch nicht auf dem Ultraschall sehen kann, so kann er durch die Bestimmung des Beta-hCG-Wertes vor und nach der Behandlung den Behandlungserfolg feststellen. Dadurch kann eine fortbestehende extrauterine Schwangerschaft, für die der medikamentöse Abbruch keine Therapie ist, eindeutig erkannt und die weitere Behandlung eingeleitet werden.

Insgesamt geht die Durchsetzung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in ganz Europa sehr langsam voran, was wohl primär an organisatorischen und institutionellen Hindernissen liegt, denn die Akzeptanz des medikamentösen Abbruchs ist weltweit unabhängig von den kulturellen Bedingungen sehr hoch. 60-80 % der Frauen würden sich für einen medikamentösen Abbruch entscheiden, wenn sie die freie Wahl hätten. Vorteile des medikamentösen Abbruchs gegenüber konventionellen Methoden sind die orale Anwendung, die kürzere Wartezeit bis zum Schwangerschaftsabbruch und nicht zuletzt, dass die Frauen zumeist weniger häufig einen Arzt oder eine Klinik aufsuchen müssen<sup>1</sup>. Die Verfügbarkeit dieses Verfahrens trägt zudem nachweisbar dazu bei, dass die Schwangerschaft früh abgebrochen wird (siehe Abbildung 1 für ein Fallbeispiel aus der Schweiz).

<sup>1</sup> Winikoff, FPP 1995, review 12 studies.

Abb. 1 Anteil an frühen Abbrüchen (< 8 Wochen), Bern/CH



Die Positiva des medikamentösen Abbruchs lassen sich durch die Möglichkeit einer Einnahme von Cytotec® zu Hause noch steigern. Weltweit ist die Einnahme des Prostaglandins zu Hause weit verbreitet und insofern gut dokumentiert und getestet. Home-use von Misoprostol ist in Gouadeloupe seit 1991 und in den USA seit 2000 Standard<sup>2</sup>; allerdings besteht in diesen Ländern keine Wahlfreiheit, die Frauen müssen das Prostaglandin zu Hause einnehmen. In den USA hat man zudem seit Jahrzehnten Erfahrungen mit der Einnahme von Cytotec® kombiniert mit Methotrexat im heimischen Umfeld – wie heute noch in Kanada – und war insofern offen für die wirksamere Kombination mit Mifegyne. Weitere Erfahrungen gibt es aus Vietnam und Tunesien<sup>3</sup>. In Europa wird Cytotec® seit 2004 in Schweden und Österreich zu Hause verabreicht, wobei die in Schweden 2004 durchgeführte Studie richtungweisend für Europa war<sup>4</sup>. Insgesamt sind an die 7000 Fälle des medikamentösen

<sup>2</sup> Für Gouadeloupe vgl. Guengant et al. 1999. Für USA vgl. Schaff et al. 1997 und 2000, Harper et al. 2002, Shannon et al. 2005.

<sup>3</sup> Für Vietnam und Tunesien vgl. Elul et al. 2001, Ngoc et al. 2004, Hajji et al. 2004.

<sup>4</sup> Fiala et al. 2004, vgl. auch für Frankreich Faucher et al. 2005.

Abbruchs mit Prostaglandin-Einnahme zu Hause dokumentiert, die klinischen Erfahrungen sind noch weitaus höher, da vor allem in den USA nicht alle Fälle publiziert wurden.

Die veröffentlichten Studien belegen alle, dass medizinisch nichts gegen die Einnahme von Cytotec® im heimischen Umfeld spricht und dass diese Methode zudem eine hohe Akzeptanz aufweist. Als Positiva gaben die an den Studien beteiligten Frauen an, dass weniger Arztbesuche und damit verbunden weniger Organisationsaufwand nötig wäre. So ist es durch dieses Verfahren zum Beispiel möglich, dass eine Frau am Donnerstag oder Freitag Mifepriston unter ärztlicher Aufsicht einnimmt und Cytotec® dann am Wochenende zu Hause. Durch dieses Vorgehen ist die Frau weder gezwungen, unnötige Wartezeiten in Kauf zu nehmen, um erst in der kommenden Woche Cytotec® unter ärztlicher Aufsicht einnehmen zu können, noch sich für einen solchen Arzttermin einen weiteren Tag frei zu nehmen. Außerdem vermerkten viele Frauen als Vorteil, dass die vaginale Blutung in ihrer Privatsphäre stattfände, wodurch sich die Blutung natürlicher, wie eine verspätete Menstruation oder ein Spontanabort, anfühlte. Die große Mehrzahl der Frauen war auch im Nachhinein mit ihrer Entscheidung zufrieden.

Trotz dieser Vorteile ist unbedingt zu beachten, dass man den betroffenen Frauen die freie Wahlmöglichkeit über den Ort der Einnahme lassen sollte, da manche Frauen aus Unsicherheit, Angst oder der speziellen Situation zu Hause eine Einnahme in der Klinik oder Arztpraxis vorziehen.

Im Folgenden soll kurz die Entwicklung in Schweden skizziert werden, da Schweden bisher das einzige Land ist, in dem die Einnahme von Cytotec® zu Hause offiziell etabliert ist und diese Erfahrungen insofern eine Vorreiterrolle für Europa haben könnten.

Schweden blickt auf eine lange Tradition beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zurück. Schon in den 1970er Jahren arbeitete man in diesem Feld mit Prostaglandinen, die zwar eine hohe Effizienz (>90 %), aber auch viele Nebenwirkungen aufwiesen. In den 1980er Jahren wurde dann RU 486® mit dem Wirkstoff Mifepriston eingeführt, das alleine eine Wirksamkeit von 60-80 % erreichte<sup>5</sup>, die allerdings durch die Kombination mit Prostaglandin stark anstieg und dies trotz geringerer Prostaglandin-Dosis und dadurch verminderter Nebenwirkungen (siehe Abbildung 2).

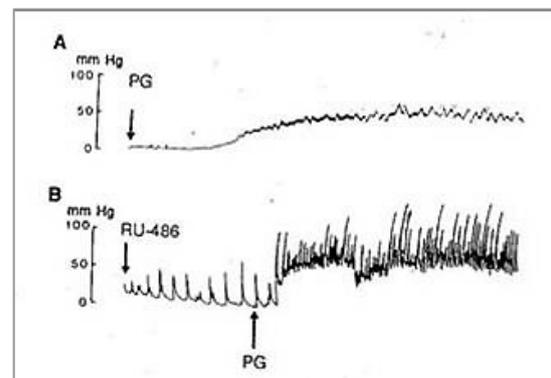


Abb.2 Kontraktionen des Uterus bei Gabe von Prostaglandin allein und in Kombination mit Mifepriston

<sup>5</sup> Herrman et al., 1982, Kovacs et al., 1984.

Die empfohlene Dosis des Prostaglandins variierte in der Vergangenheit<sup>6</sup>, die aktuelle, sicherlich noch zu optimierende Empfehlung von WHO, RCOG und FARG bis zum 63. Tag der Schwangerschaft lautet: 200 mg Mifepriston und 800 µg Misoprostol vaginal (wenn nötig nochmals 400 µg oral nach 3-4 Std.).

Seit der Einführung des medikamentösen Abbruchs in Schweden im Jahr 1992 stieg die Rate der medikamentös vorgenommenen Abbrüche von damals 7 % langsam, aber stetig bis heute auf 60-80 % an mit weiter steigender Tendenz. Hier wird deutlich, dass organisatorische und ökonomische Faktoren bei der Verbreitung der Methode eine große Rolle spielen. Der Anteil des medikamentösen Abbruchs variiert stark und liegt je nach Einrichtung zwischen 40 und 90 %. Auch regionale Faktoren spielen hier eine Rolle, so z. B. die Dichte der Hospitäler – im schwach besiedelten Norden Schwedens ist der Anteil deutlich erhöht – oder die Immigrantenzahlen – in den Ballungszentren mit hohen Immigrantenzahlen sinkt der Anteil der medikamentösen Abbrüche, weil bei dieser Methode der Beratungsbedarf besonders groß ist und eine eingehende Beratung aufgrund der Sprachbarriere bei Immigranten häufig nicht möglich ist. Der medikamentöse Abbruch wird in Schweden v. a. bis zum 63. Tag durchgeführt, danach wählt man üblicherweise einen chirurgischen Ein-

griff. Die Statistiken zeigen, dass der medikamentöse Abbruch bei Frauen unter 20 Jahren zunächst unterrepräsentiert war, weil er für diese Altersgruppe nicht empfohlen wurde. Heute ist erwiesen, dass die Ausgrenzung der jungen Frauen vom medikamentösen Abbruch medizinisch nicht begründbar ist, weswegen auch die Rate der jungen Frauen am medikamentösen Abbruch langsam steigt.

Schweden regelte 1975 den Schwangerschaftsabbruch in einem insgesamt sehr liberal gehaltenen Gesetz neu. Das Gesetz begünstigte eine frühere Durchführung der Schwangerschaftsabbrüche: Lag das durchschnittliche Gestationsalter bei Abbruch 1964 noch in der 17. Woche, so war es 2002 auf die 8. Woche abgesunken. Eine Tendenz, die sich durch die Einführung des medikamentösen Abbruchs und neuerdings aufgrund der Möglichkeit, Misoprostol zu Hause einzunehmen, stetig weiter fortsetzt. Da 1975 der chirurgische Eingriff beim Abbruch Standard war, bestimmte man zum Schutz der Frauen vor illegalen Eingriffen, dass der Schwangerschaftsabbruch in einer Klinik unter ärztlicher Aufsicht stattfinden musste – dies ist auch in England und Frankreich ähnlich geregelt.

Mit der Einführung des medikamentösen Abbruchs in Schweden äußerten mehr und mehr Frauen den Wunsch, die Prostaglandin-Gabe zu Hause einzunehmen. Dem stand medizinisch nichts im Wege, zumal v. a. aus den USA schon viele positive Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise vorlagen. Der Home-use des Prostaglandins schien allerdings zunächst in Konflikt mit dem bestehenden Gesetz zum

---

<sup>6</sup> Bei 600 mg Mifepriston wurden 1988 in Frankreich bis zum 49. Tag 400 µg Misoprostol verabreicht / 1991 in Großbritannien bis zum 63. Tag 1 mg Gemeprost / 1992 in Schweden bis zum 63. Tag 1 mg Gemeprost und seit 2002 Misoprostol / 1992 in China bis zum 49. Tag 600 µg Misoprostol.

Schwangerschaftsabbruch zu treten – ein Problem, das sich übrigens in England und Frankreich ganz ähnlich stellt, dort allerdings bisher nicht gelöst werden konnte. Um die Einnahme von Misoprostol zu Hause zu ermöglichen, war jedoch in Schweden keine Gesetzesnovelle nötig, weil der erste Schritt des medikamentösen Abbruchs, die Gabe von Mifepriston und damit die Einleitung des Schwangerschaftsabbruchs, ohnehin unter ärztlicher Aufsicht im Sinne des schwedischen Gesetzes stattfindet und erst die Einnahme von Misoprostol je nach Wunsch der Frau auch nach Hause verlegt werden kann.

An dieser Stelle muss unterstrichen werden – was übrigens jeder betroffenen Frau im Beratungsgespräch deutlich gesagt werden sollte –, dass der eigentliche Abbruch für die Mehrzahl der Frauen mit der Einnahme von Mifepriston irreversibel in Gang gesetzt wurde: Bei 60-80 % der Patientinnen kommt es danach, auch wenn sie das Prostaglandin nicht nehmen, zum Schwangerschaftsabbruch, allerdings verbunden mit längeren und stärkeren Blutungen und erhöhten Schmerzen. Nur in 20 % der Fälle besteht eine Schwangerschaft fort, wobei festzuhalten ist, dass Mifepriston nicht fruchtschädigend wirkt.

Der „Point of no Return“ in dem mehrere Tage andauernden und individuell sehr unterschiedlich verlaufenden Prozess des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs ist also der erste Schritt, die Einnahme von Mifepriston. Beim medikamentösen Abbruch ist der Arzt primär in seiner aufklärenden und beratenden Funktion gefordert und eine umfassende Bera-

tung muss natürlich vor der Einnahme des ersten Medikaments stattfinden.

Der auf die Einnahme von Mifepriston folgende Prozess verläuft bei jeder Frau individuell sehr unterschiedlich. Die ohnehin nur sehr selten auftretenden Komplikationen lassen sich nicht auf ein enges Zeitfenster festlegen und sie erfolgen fast nie direkt nach der Einnahme des Prostaglandins. Extrem selten und praktisch nie innerhalb des Zeitraumes von drei bis vier Stunden, den beispielsweise Patientinnen in Deutschland unter ärztlicher Aufsicht stehen, kommt es nach Cytotec® zu sehr starken Blutungen (ca. 0,1 % der Fälle). In diesen Fällen muss, wie auch bei einem Spontanabort, eine Kürettage zur Blutstillung vorgenommen werden. Dies ist in Regionen, in denen medizinische Hilfe im Notfall rund um die Uhr zur Verfügung steht, ein Routineeingriff. Alternativ müsste man die Frauen lückenlos während des gesamten Abbruchs unter ärztliche Aufsicht stellen, d. h. in manchen Fällen bis zu 14 Tagen stationär aufnehmen, – ein solches Vorgehen ist weder medizinisch sinnvoll noch organisatorisch durchführbar.

Ein weiteres Argument für die Beaufsichtigung der Frauen direkt nach der Einnahme von Cytotec® ist, dass die Gabe des Prostaglandins, die die Ausstoßung des Fruchtsacks und des Embryos beschleunigt, mit dem eigentlichen Abbruch gleichgesetzt wird. Es muss festgehalten werden, dass innerhalb des medikamentösen Abbruchs die Ausstoßung nur einen Schritt innerhalb des Prozesses darstellt, den die Einnahme von Mifegyne® initiiert hat und den die Gabe des Prostaglandins nur unterstützt.

Zudem lässt sich auch der Zeitpunkt der Ausstoßung nicht genau festlegen. Zwar erfolgt die Ausstoßung des Fruchtsacks bei den meisten Frauen innerhalb von 24 Stunden nach der Cytotec®-Gabe, allerdings bei 5 % sogar noch vor der Einnahme von Cytotec® und immerhin bei einem Viertel der Frauen noch später. Nur bei ca. 70 % der Frauen erfolgt die Ausstoßung innerhalb von fünf Stunden nach der Einnahme des Prostaglandins.



Abb. 3 Zeit bis zur Ausstoßung des Fruchtsacks

So findet beispielsweise nach der in Deutschland momentan gängigen Praxis die Ausstoßung des Fruchtsacks nur bei etwa der Hälfte der Frauen unter ärztlicher Aufsicht statt – was alleine schon verdeutlicht, dass es dafür keinerlei Notwendigkeit gibt. Bedenkt man zudem, dass der Abgang des Fruchtsacks von den Frauen selbst häufig gar nicht bemerkt wird – der Fruchtsack ist im Ultraschall erst ab einem Gestationsalter von etwa 5 Wochen überhaupt sichtbar (Durchmesser von ca. 5 mm) und auch am 49. Tag hat der Embryo nur eine Scheitel-Steiß-Länge von 1 cm – stellt

sich die Frage danach, welche Funktion hier die ärztliche Aufsicht überhaupt hat.

Eine Verpflichtung zur Beaufsichtigung der Frauen für einen begrenzten Zeitraum nach der Einnahme von Cytotec®, wie sie z. B. in Deutschland Standard ist, scheint bei Kenntnis der Hintergründe willkürlich und eher aus irrationalen Ängsten als medizinischen Notwendigkeiten gespeist. Solchen Ängsten von Seiten der Patientinnen begegnet das Gynämed in Wien, indem es für die Frauen, die Cytotec® zu Hause einnehmen, eine Hotline auf einen Gynäkologen schaltet, die zwar medizinisch nicht notwendig ist, aber der Beruhigung der Frauen dient.

Im Folgenden soll die von den beiden Autoren maßgeblich mit betreute, 2004 in Schweden durchgeführte Studie „Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion“ bei Schwangerschaftsabbrüchen bis zum 49. Tag der Amenorrhödauer vorgestellt werden. Die Festlegung auf die Zeit bis zum 49. Tag erklärt sich daraus, dass man bei der ersten Studie dieser Art in Europa, von der richtungweisende Ergebnisse erwartet wurden, diese nicht durch einen zu weit gefassten zeitlichen Rahmen verfälschen wollte. Allerdings haben sich die Befürchtungen als übertrieben erwiesen, denn eine neue, 2007 durchgeführte Studie, die die zeitliche Spanne bis auf den 63. Tag ausdehnt, kam zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

An der Studie waren 100 Frauen beteiligt, die aus juristischen Gründen alle über 18 Jahre

alt waren und ihre Zustimmung zur Teilnahme an der Studie gegeben hatten. Die Frauen nahmen 600 mg Mifepriston im Krankenhaus und nach 24 Stunden 400 µg Cytotec® (2 Tabl.) oral zu Hause sowie nach weiteren 24 Stunden nochmals 2 Tabletten des Prostaglandins. Bei Bedarf stand ihnen als Schmerzmittel Paracetamol oder Codein zur Verfügung. Die gleiche Krankenschwester betreute alle Patientinnen. Die Beratung der Frauen wurde für die Studie nicht zeitlich begrenzt. Nach drei Wochen wurde eine Kontrolluntersuchung mit Bestimmung des hCG-Wertes im Harn, bei Bedarf auch im Serum, und Ultraschall durchgeführt.

Die Wirksamkeit der Methode lag wie beim herkömmlichen Vorgehen auch bei 98 %. Nur bei 2 % kam es zu einem unvollständigen Schwangerschaftsabbruch und deswegen zu einer Vakuumaspiration. Besonders hervorzuheben ist, dass alle Frauen die Tabletten zu Hause gemäß den Vorgaben einnahmen. 65 % der Frauen empfanden die Schmerzen als stärker als bei einer üblichen Monatsblutung, 17 % als gleich und 18 % als schwächer. Die durchschnittliche Blutung lag bei 13,9 Tagen (2-21 Tage) und war bei 62 % stärker als die Menstruationsblutung, und bei 18 % schwächer oder gleich. Bei 75 % der Patientinnen war noch eine andere Person zu Hause, als sie die Tabletten einnahmen. 98 % würden sich wieder für diese Form des Schwangerschaftsabbruchs entscheiden und nur 2 % nicht. Es gab Anlass für fünf ungeplante Untersuchungen: Drei Patientinnen kamen wegen starker Blutungen (zwei am 5. Tag und eine am 17. Tag), eine wegen Schmerzen und

Blutung (am 12. Tag) und eine wegen einer Beinvenenthrombose (am 14. Tag – also nicht am Tag der Einnahme von Cytotec®), die wahrscheinlich nicht in Zusammenhang mit dem medikamentösen Abbruch stand. Bei der Hotline gingen 20 Anrufe ein, bei 80 bis 90 % aus nicht besorgniserregenden Gründen, sechs Patientinnen klagten über Übelkeit und Erbrechen (eine nach Mifegyne®, 5 nach Cytotec®), sechs waren beschwerdefrei und wollten sich nur versichern, dass die Hotline besetzt ist, jeweils drei klagten über Schmerzen bzw. starke Blutungen, eine über Schwindel und Übelkeit und eine Frau meldete sich wegen länger andauernden Blutungen.

Nur drei Frauen riefen am Tag der Einnahme von Cytotec® an (zwei wegen Schmerzen / eine wegen Blutung), aber jeweils mehr als vier Stunden nach der Einnahme.

Da in der Studie nachgewiesen wurde, dass Misoprostol bei relativ vielen Frauen zu Übelkeit und Erbrechen führt, wird in Österreich Cytotec® jetzt bei Erbrechen vaginal verabreicht und in Schweden gibt man das Medikament sogar standardmäßig vaginal.

Die Akzeptanz der Methode war insgesamt sehr hoch: 98 % der Frauen zeigten sich am dritten Tag zufrieden mit der Methode, ebenso viele sagten aus, dass sie genügend Informationen erhalten hätten. 95 % fühlten sich am Tag der Misoprostol-Einnahme ruhig und sicher. In der Akzeptanz der Methode gab es keine Unterschiede bei den 25 % der Patientinnen, die alleine zu Hause waren. Bei den 75 % der Frauen, bei denen eine Bezugsperson anwesend war, empfanden 70 % die Unterstützung als sehr gut und 10 % als gut. Von

den 56 Partnern, die während der Einnahme von Misoprostol anwesend waren, waren außer dreien alle zufrieden oder sehr zufrieden und die meisten (50) hatten das Gefühl, ihre Partnerin gut unterstützen zu können.

Die Untersuchung betrachtet auch die Schmerzen beim medikamentösen Abbruch, über die es bisher kaum Studien gibt. Die Schmerzstärke richtet sich zunächst aufgrund der Cervixdehnung und der Kontraktionsstärke nach dem Alter der Schwangerschaft<sup>7</sup>, es gibt aber auch einen Zusammenhang zwischen der Stärke der Menstruationsschmerzen und den Schmerzen beim medikamentösen Abbruch. Ein wichtiger Punkt bei der Einnahme von Cytotec® zu Hause ist die ausreichende Versorgung mit Analgetika. Für die Studie wurde keine Schmerzprophylaxe vorgenommen, die aber insgesamt zu empfehlen ist.

Die 2004 veröffentlichte Studie hatte fühlbare Konsequenzen: In Schweden erging eine offizielle Empfehlung für den Home-use von Cytotec® bis zum 63. Tag<sup>8</sup>. Bei der Begründung dieser Entscheidung stand die große Akzeptanz für die Einnahme zu Hause bei den betroffenen Frauen im Vordergrund und nicht etwa die finanziellen Ersparnisse, die sich mit dieser Methode ebenfalls verbinden. Hinzu kam der direkte Vergleich mit Österreich, der den schwedischen Vorstoß ebenfalls voran-

brachte. Am Karolinska Hospital in Schweden werden heute ungefähr 50 % der Abbrüche mit dieser Methode durchgeführt, für ganz Schweden gibt es allerdings keine Statistiken.

Auch am Gynmed in Wien ist der Home-use von Cytotec® inzwischen Routine geworden; hier werden sogar 90 % der medikamentösen Abbrüche so vorgenommen, obwohl alle Patientinnen frei über den Ort der Einnahme entscheiden können.

Eine Umfrage aus Wien, die nach der Einführung des Home-use von Cytotec® durchgeführt wurde, bestätigt, dass auch die BeraterInnen eine positive Einstellung zur Einnahme des Prostaglandins zu Hause haben: Diese stimmten zu 98 % für die Vergabe nach Hause. Interessanterweise war eine Umfrage vor der Einführung dieser Neuerung zu einem diametral entgegengesetzten Ergebnis gekommen: Damals waren 80 % der Frauen und fast alle BeraterInnen gegen die Einnahme von Cytotec® zu Hause. Hier wird deutlich, wie stark Ängste und Bedenken, aber auch das Festhalten an alten Gewohnheiten häufig positive Neuerungen hemmen können.

Abschließend soll das Ergebnis der vorgestellten Studie nochmals unterstrichen werden, dass nämlich die Einnahme von Cytotec® zu Hause medizinisch unbedenklich ist und eine hohe Akzeptanz bei den betroffenen Frauen findet. Den Frauen sollte im Sinne ihres Selbstbestimmungsrechtes die Möglichkeit gegeben werden, über den Ort der Einnahme je nach ihrer individuellen Situation frei zu entscheiden.

---

<sup>7</sup> Nur 19 % der Frauen, die über den 42. Tag Amenorrhoe hinaus waren, brauchten keine Schmerzmittel, wohingegen es bei den Frauen, die den Abbruch vor diesem Zeitpunkt vornahm, 37 % waren. Auch die durchschnittliche Anzahl der Tabletten stieg an dieser Zeitstufe von 2,8 auf 3,7.

<sup>8</sup> Dies obwohl die Studie nur Schwangerschaften bis zum 49. Tag umfasste. Eine zweite Studie bis zum 63. Tag wurde dieses Jahr abgeschlossen.

## Mary Fjerstad, Planned Parenthood

### Der Abbruch mit Mifepriston bei Gabe von Misopristol zu Hause – Erfahrungen aus den USA

Seit der Zulassung von Mifepriston und Misoprostol durch die FDA (Food and Drug Administration) im September 2000 bis September 2006 haben 322.000 Frauen den medikamentösen Abbruch bei der Organisation Planned Parenthood vorgenommen und alle haben Misoprostol zu Hause eingenommen.

Folgende Punkte müssen bei der Gabe von Misoprostol zu Hause beachtet werden:

- klare Anweisungen für die Patientinnen,
- Schalten einer Hotline,
- Einbestellung zur Nachuntersuchung,
- genaue Dokumentation negativer Vorfälle.

Am Beginn der Behandlung steht stets eine sorgfältige Anamnese. Anschließend erfolgt ein Ultraschall bzw. ein Beta-hCG-Test, um das Gestationsalter zu bestimmen. Schließlich erhalten die Patientinnen die Gabe Mifepriston direkt und Misoprostol für zu Hause zusammen mit einer detaillierten Aufklärung über die Wirkung der Medikamente und die genauen Anweisungen für die Einnahme von Misoprostol zu Hause.

Die Patientinnen sollten im Vorfeld sicher stellen, dass sie bei der Einnahme in ihrem heimischen Umfeld eine Person ihres Vertrauens unterstützt, dass sie Zugang zu einem Telefon haben und dass sie sich einen Tag oder eine Nacht Ruhe gönnen können.

Zudem bekommen die Frauen genaue, auch bildliche Anweisungen, was unter einer starken Blutung zu verstehen ist und wann sie sich bei der Hotline melden sollten (siehe Abbildung 4).



Abb. 4 Anweisungen von Planned Parenthood USA an die Patientinnen, was unter einer starken Blutung zu verstehen ist

24-28 Stunden nachdem die Frauen Mifepriston in der Einrichtung eingenommen haben, nehmen sie zu Hause vier Tabletten Misoprostol buccal, d. h. sie platzieren in jeder Backe zwei Tabletten. Nach 30 Minuten können sie die Reste der Pillen hinunterschlucken. Anschließend sollten sie es sich bequem machen, evtl. Schmerzmittel einnehmen, empfohlen wird z. B. Ibuprofen.

Nach zwei bis vierzehn Tagen stellen sich die meisten Patientinnen zu einer Nachuntersu-

chung vor, die entweder durch Ultraschall oder eine erneute Bestimmung des Beta-hCG erfolgt. Wenn der hCG-Wert um 80 % abgesunken ist, war die Behandlung erfolgreich und keine weiteren Untersuchungen sind nötig.

Fünf Jahre lang hat Planned Parenthood mit folgender Medikation gearbeitet:

- bis zum 63. Tag: 200 mg Mifepriston und 24-72 Stunden später 800 µg Misoprostol vaginal.

Seit April 2006 arbeiten wir mit einer variierten Therapie:

- bis zum 49. Tag: 200 mg Mifepriston und 24 Stunden später 800 µg Misoprostol oral (je 400 µg im Abstand von 2 Stunden)
- oder bis zum 56. Tag: 200 mg Mifepriston und 24-48 Stunden später 800 µg Misoprostol buccal.

Planned Parenthood hat sich für die buccale Gabe von Misoprostol entschieden, weil bei oraler Gabe in der siebten Woche die Rate der erfolgreichen Abbrüche auf 92,6 % absinkt, während sie bei buccaler Gabe bei 98,2 % stagniert. Verglichen mit der vaginalen Gabe von Misoprostol bis zum 63. Tag ist die buccale Gabe bis zum 56. Tag gleich erfolgreich und die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs ist gleich hoch.

Sehr starke Blutungen, die eine weitere Behandlung notwendig machen, kommen nur in

0,7 % der Fälle vor. Die Quote der Transfusionen liegt sogar noch weit darunter bei 0,06 %. Starke Blutungen als Nebenwirkungen eines medikamentösen Abbruchs treten nur bei 0,1 % der Behandelten am Tag der Einnahme von Misoprostol auf, in den meisten Fällen aber erst Tage, Wochen oder gar Monate nach dem Eingriff. Auch dies spricht für die Einnahme von Misoprostol zu Hause.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Einnahme von Misoprostol zu Hause sicher und zweckmäßig ist. Dabei ist nach unseren Erfahrungen die buccale Gabe von Misoprostol, die ebenso erfolgreich wie die vaginale ist, der oralen vorzuziehen.

## Diskussion: Qualitätsstandards für Deutschland

### 1. Kosten

#### *Interesse der Pharmafirmen*

Die Pharmafirmen haben kein Interesse an diesem Markt, da Cytotec® fast nichts kostet. Eventuell wird deswegen Cytotec® auf Dauer durch ein teureres Prostaglandin ersetzt.

#### Vorschlag:

Hier wäre unter Umständen der weltweite Vertrieb von Cytotec® durch IPPF eine Lösung.

#### *Kosten des Abbruchs für die Frauen im Ländervergleich*

In **Schweden** zahlen die Patientinnen für den Schwangerschaftsabbruch egal welcher Me-

thode nur das, was sie immer für einen Arztbesuch zahlen, also ca. 20 €, dies gilt allerdings nicht für Ausländer.

In **Österreich** müssen die Frauen den Abbruch selbst bezahlen. Die Institution setzt die Preise für die Behandlung fest. Am Gynmed kosten der chirurgische und der medikamentöse Abbruch die Frauen gleich viel (460 € bis 11. Woche, 490 € 11.-14. Woche). Da die Unkosten für die Institutionen beim medikamentösen Abbruch mit home-use geringer sind, kann der Preis für den Abbruch auf Dauer gesenkt werden, wenn sich mehr Frauen für diese Methode entscheiden.

In **Deutschland** wird der Schwangerschaftsabbruch in den meisten Fällen aufgrund der Kostenübernahme bei geringem Einkommen von den Kassen übernommen. Der instrumentell vorgenommene Eingriff kostet ambulant ca. 460 €, der medikamentöse ca. 360 €.

#### Vorschlag:

Die unterschiedlichen Abbruchmethoden sollten preislich nicht differieren, um die freie Wählbarkeit aller Abbruchmethoden zu ermöglichen.

#### *Vergütung des Abbruchs durch die Kassen in Deutschland*

Auch die Vergütung der Kassen differiert bei den unterschiedlichen Abbruchmethoden. Der medikamentöse Abbruch ist relativ schlecht bezahlt; So erhält eine Institution beispielsweise im Saarland eine Vergütung von 137,- € abzüglich der Kosten für die Medikamente, so dass ein Gewinn von ca. 57 € für Untersu-

chung, Ultraschall, Aufklärung, Nachuntersuchung etc. bleibt. Für die Überwachung nach der Einnahme von Cytotec® werden nochmals 46 € gewährt, plus 66 €, wenn die Patientin mehr als 4 Stunden überwacht werden muss.

#### Vorschlag:

Der Home-use von Cytotec® könnte die Methode für die Kassen preislich noch attraktiver machen. Vielleicht wäre es möglich, den Satz anzuheben, auch wenn die Frauen Cytotec® zu Hause einnehmen, so dass die Methode für die Ärzte einen finanziellen Anreiz gewinnt.

## **2. Ort der Einnahme**

In Deutschland findet der medikamentöse Abbruch hauptsächlich beim niedergelassenen Arzt statt. In den Arztpraxen ist es oft problematisch, die Patientinnen mehrere Stunden unter Beobachtung zu stellen. Hier wäre der home use bei interessanter Vergütung eine perfekte Lösung.

Die Befürchtung, dass die Familienplanungszentren Teile ihrer Klientel verlieren, wenn der medikamentöse Abbruch in jeder Arztpraxis durchgeführt werden kann, wurde zurückgewiesen, da sich die Ärzte zur Durchführung eines medikamentösen Abbruchs ein hohes Know-how aneignen müssen, sowohl in medizinischer als auch in beraterischer Hinsicht.

**Die freie Wahl des Einnahmeortes sollte oberste Priorität haben.**

### 3. Rechtliche Situation

Die rechtliche Situation in Deutschland muss geklärt werden. pro familia wird ein Rechtsgutachten in Auftrag geben.

**Falls juristische Probleme auftreten sollten, kann auf das Vorgehen in Schweden verwiesen werden, wo als der entscheidende Punkt im Schwangerschaftsabbruch die Einnahme von Mifegyne akzeptiert wurde, die ja unter ärztlicher Aufsicht stattfindet. Zudem ist darauf zu verweisen, dass die lückenlose Überwachung der Frauen während des sehr langwierigen und individuell unterschiedlichen Prozesses eines medikamentösen Abbruchs organisatorisch und medizinisch nicht durchführbar ist.**

### 4. Zulassung der Medikamente

Bisher sah die deutsche Zulassung vor, dass Mifegyne® und damit auch Cytotec® im Beisein der Ärzte eingenommen werden müssen. Dies wird sich durch die Änderung der Zulassungsbestimmungen ab 1. Juli 2008 nicht ändern. Laut Entscheidung der europäischen Zulassungsbehörde EMEA wird festgesetzt „Während und für drei Stunden nach der Einnahme muss die Patientin im Behandlungszentrum überwacht werden“. Dies ist in den Änderungen der einzelstaatlichen Zulassungen der Mitgliedsstaaten zu veranlassen.

Zu beachten:

§ 218a sieht vor, dass der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen werden muss. § 13, Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes von 1995 lautet:

„Ein Schwangerschaftsabbruch darf nur in einer Einrichtung vorgenommen werden, in der die notwendige Nachbehandlung gewährleistet ist.“

### 5. Aufklärung/Infomaterial/Absicherung

*Medikamentöser Abbruch in der Frühschwangerschaft*

Wenn die Schwangerschaft noch nicht sichtbar ist, wird in Österreich eine **spezielle Einverständniserklärung** verlangt, die der rechtlichen Absicherung des behandelnden Arztes dient. Engmaschige Kontrollen sind hier zu empfehlen.

*Informationen auf der Homepage*

Bei der Durchführung des medikamentösen Abbruchs am Gynmed in Wien werden die Patientinnen schon vorab telefonisch auf die Informationen auf der Homepage verwiesen – so können Fragen schon im Vorfeld geklärt werden und die Frauen haben mehr Zeit, sich auf die Methode einzustellen.

*Dauer der Beratungsgespräche*

Für die Beratungsgespräche am Gynmed werden 20 Minuten mit dem Arzt und 20 Minuten mit einer/m BeraterIn eingeplant.

## 6. Medizinische Standards

### *Empfohlene Dosierung*

Empfehlung von WHO, RCOG und FARG bis zum 63. Tag der Schwangerschaft lautet: 200 mg Mifepriston und 800 µg Misoprostol vaginal (wenn nötig nochmals 400 µg oral nach 3-4 Std.)

### *Schmerzprophylaxe*

Eine Schmerzprophylaxe ist beim medikamentösen Abbruch unbedingt zu empfehlen. Unter Umständen kann die Gabe von Schmerzmitteln die Austreibung sogar beschleunigen, da die Frauen entspannter sind.

Zum Beispiel durch die Gabe von Artotec® (50 mg Diclofenac + 200 mg Misoprostol – Achtung: Tageshöchstdosis Diclofenac: 150 mg).

### *Schmerzmittel und Home-use*

Es gibt keine Vergleichsstudie der Anwendung von Analgetika bei der Gabe von Cytotec zu Hause oder in einer Einrichtung, allerdings werden allgemein zu Hause weniger Schmerzmittel genommen. Dies kann allerdings auch mit dem Charakter der Frauen, die sich für eine Einnahme zu Hause entscheiden, zusammenhängen oder damit, dass diese Frauen besser informiert sind und deswegen eine höhere Schmerztoleranz haben.

### *Gabe von Antiphlogistika*

In der alten Zulassung von Misoprostol wird vor einer Kombination mit Antiphlogistika ge-

warnt. Dies ist falsch und wurde auch in der neuen Zulassung korrigiert. Antiphlogistika hemmen die Biosynthese von Prostaglandinen, nicht aber ihre Wirkung. Insofern sind nicht-steroidale Antiphlogistika zur Anwendung beim medikamentösen Abbruch zu empfehlen. Die einzige Alternative ist Codein, das man allerdings sehr hoch dosieren muss (mindestens 40-50 mg).

### *Medizinische Kontraindikationen für den medikamentösen Abbruch*

Vorsicht bei Angina pectoris oder Insult

Kontraindikationen: Porphyrie, Einnahme von Macomar (anticoagulant) und systemische Cortison-Therapie

Die Empfehlung bei Raucherinnen keinen medikamentösen Abbruch vorzunehmen ist veraltet und wurde ausgegeben, weil es 1989/90 in der Folge von medikamentösen Abbrüchen bei drei Frauen zu Herzinfarkten kam, was jedoch auf die Gabe eines anderen Prostaglandins (Nalador®) zurückzuführen war. Im Gegensatz zu Nalador wirkt Misoprostol nicht auf die Blutgefäße, dennoch wurde diese Vorsichtsmaßnahme als Kontraindikation in die Zulassung aufgenommen, wird jedoch in der neuen Zulassung weggelassen und gilt nur bei Frauen mit bekannten Herz-Kreislauf-Problemen.

### *Buccal-oral*

Die buccale Gabe (in die Backe) wird von Fiala/Gemzell nicht empfohlen, weil sie nicht befriedigend dokumentiert ist; zudem schmeckt die Tablette nicht besonders gut. Bis zum 49.

Tag sollte das Medikament oral gegeben werden, danach vaginal.

#### *Vaginale Gabe*

Zu beachten ist, dass das Gerüst der vaginalen Gabe sich nicht auflöst und insofern nachweisbar bleibt. Die Patientinnen müssen darauf hingewiesen werden.

#### *Todesfälle*

Todesfälle im Zusammenhang mit home-use von Cytotec® sind nicht dokumentiert. Zwar kam es in den USA, wo das Prostaglandin immer zu Hause eingenommen wird zu Infektionen, die zum Tode führten, die allerdings unabhängig von der Einnahme zu Hause ein Risiko bei jedem Schwangerschaftsabbruch, auch beim medikamentösen, sind.

## **Schlussfolgerungen**

Die aktuellen wissenschaftlichen Studien zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und zur Einnahme von Cytotec® zu Hause weisen folgende wichtige Erkenntnisse nach:

- Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch weist keine höheren Risiken auf als jeder andere Schwangerschaftsabbruch, in manchen Fällen ist er medizinisch anderen Methoden sogar überlegen.
- Die Risiken des medikamentösen Abbruchs erhöhen sich auch nicht durch die Gabe von Cytotec® zu Hause, sofern eine medizinische Notfallversorgung gewährleistet ist.
- Die Einnahme des Prostaglandins ohne ärztliche Aufsicht ist sehr gut dokumentiert.
- 60-80% der Frauen wählen den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch als Methode ihrer Wahl. Die Akzeptanz der Einnahme von Cytotec® zu Hause beträgt sogar 98 %.
- Die Verfügbarkeit des medikamentösen Abbruchs trägt nachweisbar dazu bei, dass die Schwangerschaft früh abgebrochen wird. Die Einnahme von Cytotec® zu Hause verkürzt die Wartezeit bis zum Abbruch nochmals.
- Die Verlegung der zweiten Einnahmephase nach Hause verringert den Organisationsaufwand für die betroffenen Frauen und ermöglicht ihnen, Schmerzen und Blutun-

gen im heimischen Umfeld durchleben zu können.

Alle diese Faktoren sprechen eindeutig dafür, auch den Frauen in Deutschland die Methode des medikamentösen Abbruchs mit der Einnahme von Cytotec® zu Hause zur Verfügung zu stellen.

Während also die Einführung dieser Methode aus medizinischer Sicht und aus der persönlichen Perspektive der zu behandelnden Frauen nur Vorteile aufweist, sind bestimmte strukturelle Probleme sowohl in juristischer wie finanzieller Hinsicht bisher ungeklärt oder ungenügend gelöst und bewirken, dass die Methode des medikamentösen Abbruchs in Deutschland nur in knapp 10 % der Fälle eingesetzt wird und der Home-use von Cytotec® gar nicht üblich ist.

Abschließend soll ein kleiner Maßnahmenkatalog entwickelt werden, der das weitere Vorgehen von pro familia umschreibt bzw. Grundlinien der Diskussion umreißt:

- Klärung der rechtlichen Situation in Deutschland (bei einer ungeklärten juristischen Sachlage bewirkt das Risiko juristischer Konflikte für Ärzte und Institutionen, dass die Methode nicht eingesetzt wird).
- Abklärung des Risikos einer Off-Label-Nutzung der einzelnen Präparate zum Schwangerschaftsabbruch für den behandelnden Arzt (aus den oben genannten Gründen).
- Erneute Diskussion der Vergütung des medikamentösen Abbruchs durch die

Krankenkassen (bisher zu gering gegenüber konventionellen Methoden – die veränderte Situation durch die Gabe von Cytotec® zu Hause könnte die Diskussion hier erneut in Gang bringen) und bei selbstzahlenden Patientinnen (das Angebot aller Methoden zu einem Preis würde die freie Wahl der Methode ermöglichen).

- Weitere Diskussion der neuesten medizinischen Erkenntnisse und Standards und Weitergabe der entsprechenden Informationen.

## **Vorstellung der ReferentInnen und TeilnehmerInnen**

### **ReferentInnen**

#### **Kristina Gemzell-Danielsson**

Professorin für Geburtshilfe und Gynäkologie am Karolinska Institut, Stockholm, Schweden, Leiterin der Forschungsk Kooperation mit der WHO zum Thema Reproduktion, Generalsekretärin der Schwedischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Vorstandsmitglied der FIAPAC und der IMCA, Forschungsschwerpunkte: medikamentöser Schwangerschaftsabbruch, Postkoitalverhütung (z. B. Wirkungsweise der Monotherapie mit Levonorgestrel LNG)

#### **Christian Fiala**

PhD, Allgemeinmediziner und Facharzt für Frauenheilkunde, Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in Österreich seit 1999, praktische Tätigkeit in Guadeloupe, Thailand und Kenia, Aufbau des Gynmed Ambulatoriums für Schwangerschaftsabbruch und Familienplanung in Wien, wissenschaftliche Arbeit in Kooperation mit dem Karolinska Institut, Stockholm, Berater der WHO, Vorsitzender der FIAPAC, Aufbau eines 2006 eröffneten Verhütungsmuseums in Wien.

#### **Mary Fjerstad**

Organisation Planned Parenthood/USA

### **TeilnehmerInnen**

#### **Ulla Ellerstorfer**

Bundesvorstand pro familia

#### **Dr. med. Christian Fiala**

Gynmed Ambulatorium, Wien/Österreich

#### **Prof. Dr. Kristina Gemzell-Danielsson**

Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet, Karolinska University Hospital, Stockholm/Schweden

#### **Heinz Krämer**

pro familia Saarbrücken

#### **Margit Miosga**

Moderation

#### **Brigitte Schwarz**

pro familia Saarbrücken

#### **Dr. med. Ines Thonke**

pro familia-Bundesverband

#### **Elke Thoß**

pro familia-Bundesverband

#### **Sigrid Weiser**

pro familia-Bundesverband