

Versorgung bei Fehlgeburten verbessern – Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitssystem

Zusammenfassung von Doctors for Choice e. V.

Ausgangslage

In Deutschland enden etwa 10-15% aller Schwangerschaften in einer Fehlgeburt. Ein Teil davon zeigt sich als sogenannte Missed Abortion, bei der der Embryo aufhört sich weiterzuentwickeln, der Körper aber nicht von alleine eine Blutung zur Beendigung der Schwangerschaft auslöst. Diese Missed Abortions können sowohl operativ als auch medikamentös behandelt werden. Beide Verfahren gelten laut aktueller Studienlage als medizinisch gleichwertig, aber die internationale Evidenz deutet zunehmend darauf hin, dass die medikamentöse Behandlung mit weniger langfristigen gesundheitlichen Risiken verbunden ist.

Vorteile der medikamentösen Therapie:

- Geringeres Risiko für intrauterine Verwachsungen (Asherman-Syndrom)
- Niedrigere Infektionsraten
- Kein invasiver Eingriff erforderlich
- Hohe Wirksamkeit bei leitliniengerechter Anwendung

Internationale Leitlinien sowie die aktuelle AWMF-Leitlinie (09/2024) betonen zudem das Recht der Patient:innen, zwischen den Methoden wählen zu können.

Therapiestandard

Die empfohlene medikamentöse Behandlung erfolgt in zwei Schritten:

1. Gabe von Mifepriston
2. Nach 24–48 Stunden: Gabe von Misoprostol zur Auslösung der Blutung

Die Anwendung von Misoprostol kann sicher zuhause erfolgen (sog. „Home-use“) und wird von vielen Patient:innen bevorzugt.

Zentrale Versorgungsprobleme in Deutschland

Trotz klarer medizinischer Vorteile ist die praktische Umsetzung, vor allem durch den eingeschränkten Zugang zu Medikamenten (v.a. Misoprostol) erheblich erschwert:

- MisoOne® (= 400ug Misoprostol): Fällt aufgrund der parallelen Zulassung zum Schwangerschaftsabbruch unter §47a Arzneimittelgesetz (*Sondervertriebsweg*) und ist damit nur über spezialisierte Einrichtungen erhältlich, keine Mitgabe nach Hause möglich
- Cytotec® (=200 ug Misoprostol): Kaum verfügbar, muss über Auslandsapotheken bezogen werden, lange Lieferzeiten, faktisch nicht verordnungsfähig
- Alternativen (z. B. Arthotec forte®, Augusta®): Für diese Indikation ungeeignet

→ Vor allem durch §47a AMG ist keine rechtssichere ambulante Anwendung der benötigten Medikamente möglich; der „Home-use“ wird de facto verhindert, da die Mitgabe von Misoprostol in die Häuslichkeit nicht erlaubt ist

Niedergelassene Gynäkolog:innen können aufgrund des schlechten Zugangs zu den Medikamenten die medikamentöse Therapie nicht regelhaft anbieten, dadurch kommt es zwangsläufig zu einer Verlagerung der Patient:innen in Kliniken trotz ambulanter Eignung der Verfahrens. Für die Patient:innen ist dies besonders belastend, da sie in einer emotionalen Ausnahmesituation zwischen Einrichtungen weiterverwiesen werden.

Darüber hinaus gibt es finanzielle Fehlanreize in der Behandlung, da die medikamentöse Behandlung **nicht** von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird, während operative Eingriffe vollständig erstattet werden. Dadurch kommt es zu hohen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung sowie zu unnötigen Eingriffen für die Patient:innen.

Vorgeschlagene Maßnahmen

Zur Verbesserung der Versorgung schlagen wir folgende Anpassungen vor:

- **Aufhebung des Sondervertriebswegs (§47a AMG) für MisoOne®**
- Wiedezulassung und vereinfachter Import von Cytotec®
- Alternativ: Abgabe über Apotheken (z. B. mittels Sonderrezepten)
- Rechtssichere Möglichkeit zur Mitgabe der Medikamente durch Ärzt:innen
- Anpassung gesetzlicher Formulierungen (AMG/SchKG), um ambulante Anwendung zu ermöglichen
- Finanzierung der medikamentösen Therapie durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen

Fazit

Die aktuelle Rechtslage verhindert eine leitliniengerechte, patientenorientierte Versorgung. Eine gesetzliche Anpassung ist notwendig, um den Zugang zur medikamentösen Therapie sicherzustellen, die Gleichbehandlung der Methoden zu gewährleisten und die Entscheidungsfreiheit der Patient:innen zu stärken.