

Aus der Frauenklinik der Vereinigten Gesundheitseinrichtungen Suhl
(Chefarzt: Dr. Boerner)

Die einzeitig instrumentelle Interruptio der ersten 3 Schwangerschaftsmonate und ihre Störungsquote mit Entzündungsbelastungen

Von W. Altmann

Mit 2 Abbildungen

„Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity“ ist die sehr allgemeine, umfassendste, aber auch sorgfältige Formel, welche die World Health Organization zur Definition des Begriffes Gesundheit gefunden und popularisiert hat. Sie zu erfüllen sollte die Aufgabe eines jeden progressiven Gesundheitswesens und somit des Staates, der Träger des jeweiligen Gesundheitswesens ist, sein. Die Sicherung der immer mehr in den Vordergrund tretenden Prophylaxe kann nur z. T. und in der „Exekutive“ Aufgabe des Gesundheitswesens im engen Sinne sein. Zum größeren Teil obliegt es dem Staat selbst, die Durchsetzung des vorstehenden Satzes zu gewährleisten.

In der DDR ist das Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. 9. 1950 eines der grundlegenden Gesetze zum Schutze der Gesundheit der Frauen; es regelt die Schaffung von Beratungsstellen für den Mutter- und Kinderschutz, die Geburtenbeihilfe, das Stillgeld, laufende staatliche Unterstützungen, Unterstützung alleinstehender Mütter, Schwangerenerholungsheime, Schwangerschafts- und Wochenurlaub.

Der § 11 dieses Gesetzes läßt eine Schwangerschaftsunterbrechung nur zu, wenn die Austragung eines Kindes Leben oder Gesundheit der Schwangeren gefährdet; er legt die Entscheidung in die Hand einer Fachkommission und schreibt für die Durchführung der Unterbrechung eine fachärztlich geleitete Klinik vor.

Die Instruktion vom 15. 2. 1965 zur Anwendung des § 11 vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, die Bekanntmachung vom 22. 10. 1965, die Ergänzungen vom 5. 6. 1965 präzisieren die Aufgaben und Grenzen des Gesetzes, auf dessen Basis die Schwangerschaftsunterbrechungskommissionen in der DDR entscheiden.

Während vor Inkrafttreten dieses Gesetzes nur strenge medizinische Indikationen, wie sie z. B. N a u j o k s u. a. zusammengetragen und genau und verbindlich definiert hatten, galten und so die Zahl der Interruptiones in sehr engen Grenzen gehalten wurde, stieg die Zahl der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen — wie zu erwarten — nun stark an. Dabei wurden durch die nicht nur formal arbeitenden Kommissionen, die sich einer gewissenhaften Prüfung befleißigen, so hohe Prozentzahlen wie in anderen sozialistischen Ländern vermieden. Das entscheidende Wort haben innerhalb der Kommission verantwortungsbewußte Ärzte, die sich bei ihrer Entscheidungsfindung von der „Formel der Gesundheit“ der WHO leiten lassen, die sich in der Präambel der Durchführungsbestimmung der Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR vom 21. 12. 1965 Nr. 23/24 widerspiegelt, indem zur Begründung und Anerkennung einer medizinischen Indikation nicht nur der momentane somatische Befund zugrunde zu legen ist, sondern auch prognostisch die Auswirkung der Gestationsvorgänge, Pflege und Erziehung des Säuglings unter der jeweiligen Lebenssituation auf die physische und psychische Gesundheit zu beurteilen ist. Danach besteht die Berechtigung zur Genehmigung einer Interruptio auch schon, wenn eine ernstliche Herabsetzung der physischen und psychischen Gesundheit infolge der durch Gravidität und Kinderaufzucht verursachten Belastung ärztlicherseits befürchtet werden muß.

Durch das relative Ansteigen der Schwangerschaftsbeendigung durch legalen Abortus, mußte sich auch für uns die Fragestellung interessant gestalten: Wie ist bei

uns die Belastung des Verlaufes in bezug auf Störungen insgesamt und insbesondere in bezug auf entzündliche Erkrankungen der inneren weiblichen Genitalorgane? Die Vergleichszahlen anderer sozialistischer Länder können nur relativ bewertet werden, da selbst bei größerer Erfahrung bei der technischen Durchführung die Handhabung z. T. vollkommen abweicht (ambulante Interruptio oder nur 24 Stunden Klinikaufenthalt) und auch die nachgehende Fürsorge dieser Patienten, angefangen bei der bei uns üblichen sehr gewissenhaften und prinzipiellen Nachuntersuchung, sich sehr unterschiedlich darstellt. Bekanntlich betrachten wir die Interruptio zwar als letzten Ausweg, aber doch nicht als ultima ratio an sich, sondern als ersten Schritt einer darauffolgenden Ehe- und Familienberatung und -betreuung. So verbieten sich bei uns von vornherein derart astronomisch anmutende Zahlen, wie sie Sbircea u.a. z. B. für Brasov angeben (in 4 Jahren auf 8779 Entbindungen 56 456 Schwangerschaftsunterbrechungen!) und dabei nur 1,8% der Fälle mit Komplikationen belastet angeben. Gaina u.a. geben aus Bukarest ihre Erfahrungen von ebenfalls 4 Jahren mit 31 351 Interruptionen (!) an mit einer Morbiditätsrate von 3,3% mit 1,2% erfaßter entzündlicher Komplikationen.

Zur Entwicklung der Interruptio-Situation auch in unserem Bereich bedarf man keiner Statistik, um die ansteigende Tendenz zu erkennen. Die Ursachen liegen einmal in der z. T. recht weitgehenden Popularisierung der einschlägigen gesetzlichen Grundlagen und der wachzunehmenden Möglichkeiten durch Presse, besonders der speziellen Frauenzeitschriften, und die Aufklärung durch die Frauenorganisationen (sogar in kirchlich-konfessionellen Vereinigungen finden Vorträge über dieses Thema statt), als auch durch die inzwischen doch verständnisvollere Einarbeitung der Fachkommissionen, die sich anfangs noch sehr an die festformulierten und umrissenen medizinischen Indikationen der verschiedensten klinischen Fachgebiete klammerten.

Heute stellt sich die Situation bei uns so dar, daß wir fast nur noch Fälle bis zur 12. Schwangerschaftswoche vorfinden. Des weiteren, daß es sich im Grunde genommen doch vorwiegend um organisch, also im engeren konservativ-medizinischen Sinne gesunde Frauen handelt. Der Altersdurchschnitt ist deutlich höher als bei den Spontanabortus, bei denen er bei 27,7 Jahren liegt, während er bei den Interruptiones bei 35,2 Jahren zu finden ist. Über die Hälfte aller Patienten befinden sich tatsächlich auch im Alter um 35 Jahre (2% unter 20, 32% im 3. Lebensjahrzehnt und etwa 16% in oder über dem 40. Lebensjahr). Diese Tatsache ergibt sich durch die Zahl der vorwiegend Viel- oder Mehrgebärenden und der Patienten über 39 Jahre, die den Antrag auf Unterbrechung der Schwangerschaft stellen.

Die 2 in den Berichtszeitraum fallenden Schwangerschaftsunterbrechungen im 5. Monat sind Ausnahmen und erforderten die bekanntesten zweizeitigen Methoden der Interruptio, die im folgenden nicht besprochen werden.

Da eine fachgerechte und moderne technische Durchführung und Betreuung nur in bestimmten gynäkologischen Fachabteilungen vorausgesetzt werden kann, ist die Interruptio an speziell vorgesehene Kliniken oder gynäkologische Abteilungen gebunden.

Eine möglichst exakte Anamneseerhebung und allgemein-ärztliche sowie grob-internistische Durchuntersuchung der Patienten versteht sich von selbst, sofern nicht ein fachinternistisches Gutachten vorliegt.

1. Zur sauberen rein technischen Durchführung gehört die mitunter und mancherorts wenig ärztlich beachtete lokale Vorbereitung, die am Vorabend des Eingriffs oder am frühen Morgen des Interruptio-Tages durch eine Scheidenspülung mit Kalium permanganicum oder einer milden Desinfektionslösung eingeleitet werden sollte und einer starken Kürzung oder am besten einer Rasur der introitusnahen Schambehaarung. Unmittelbar vor Beginn des Eingriffs wird die Vulva desinfiziert und schließlich die Vagina selbst durch gründliche Desinfektion keimarm gestaltet.

2. In i.v. Kurznarkose nach entsprechender Prämedikation geschieht nach schonender Dilatation des Muttermundes die Entleerung der Uterushöhle. Trotz wiederaufgegriffener Metallmetreurynterversuche der letzten Jahre hat sich die Eröffnung und Erweiterung der Zervix mit genormten Metallstiften in der Art von Hegar in Deutschland erfolgreich behauptet, da dabei der geübte Operateur seinem Fingerspitzengefühl im wahrsten Sinne des Wortes am ehesten vertrauen kann, um Verletzungen (via falsa, Perforationen, Zervixrisse) zu vermeiden. Das Tempo wird dabei gefühlsmäßig auf die Nachgiebigkeit oder Rigidität des Muttermundes abgestimmt. Forcierung ist dabei ein typischer Anfängerfehler. Die vorhergehende bimanuelle Untersuchung muß sichere Auskunft über Größe und Lage des Uterus geben.

Die alte, auch von uns früher prinzipiell geübte Methode der Ausräumung des Uteruskavum geschieht nach relativ weiter Dilatation (je nach Uterusgröße bis Hegar 20, bei mens. IV) und Sprengung der Fruchtblase durch die Abortuszange (meist nach Winter) und nach Entfernung der größeren Teile durch gründliche Nachkürettage mit verschiedenen Küretten, fortschreitend von größeren zu kleineren scharfen. Eine gleichzeitige Gabe von Uterotonika ist nicht nur arbeitserleichternd, sondern bei dem oft sehr atonisch werdenden Uterus und den oft beträchtlichen Blutungen direkt unerlässlich. Die Gabe von meist Oxytozin-Präparaten erfolgt direkt in die Portio (dicht parametran), i.v. kubital oder sogar kombiniert. Je weiter eine Dilatation des Muttermundes zu erfolgen hat, um so mehr steigt die Gefahr der Zervixrisse. Die Abortuszange wird auch heute noch in fast allen einschlägigen Lehrbüchern als „relativ gefährliches Instrument“ (Stoëckel) oft schon fast gebrandmarkt. Auch die Küretten im stark aufgelockerten Uterus sind nicht ungefährlich. Der Blutverlust bei dieser Methode ist oft unvermeidlich hoch. Die Letalität wird mit 0,5 bis 1% angegeben (Birk e).

Von Ästhetik eines Eingriffes sollte man sowieso nicht sprechen. Der der Methode der Hegar-Dilatation vorgeworfene Nachteil vervielfältigt sich bei der geschilderten Interruptio-Handhabung: das häufige erneute Eingehen in die Wundfläche des Uterus durch ein relativ unsauberes, wenn auch desinfiziertes Milieu der Vulva und Scheide, von denen bei Berührung die Gefahr einer Keimeinschleppung droht. Das ist prinzipiell richtig: Die Chance einer versehentlichen seitlichen Berührung der Vulva, Introitus, Scheide, steigt direkt proportional der Häufigkeit des instrumentell wiederholten Eingehens — ist aber wohl doch zum größten Teil ein subjektiver, vom Operateur und seiner Sorgfalt und Aufmerksamkeit abhängiger Faktor. Wir wollen ihn nicht unterschätzen! Die Methode bleibt bei uns den Ausnahmefällen der 13. bis 16. Schwangerschaftswoche vorbehalten, falls die Größe der Schwangerschaft nicht schon eine zweizeitige Methode erfordert.

Die in letzter Zeit bezüglich der Technik genug beschriebene (Bal an, Ch a l u p a, F l ä m i g) moderne Methode der Uterusentleerung durch Vakuumexhaustor darf wohl bei den hier in Betracht kommenden Fällen (bis 12. Woche post conceptionem) als Methode der Wahl gelten: Zervixdilatation bis maximal Hegar 16, meist nur einmaliges Eingehen mit dem Absaugröhrchen, relativ geringfügiger Blutverlust, kaum Perforationsgefahr, Gründlichkeit und Sauberkeit der Arbeit. Trotzdem schließen wir immer eine kontrollierende Nachkürettage mit einer nur mittelgroßen scharfen Kürette an. Oxystin-Präparate i.v. während der Entleerung des Kavum wurden beibehalten und wirken sich zusätzlich günstig aus. Wie auch bei der vorgenannten Methode werden Uterotonika als Secale-Derivate oft nach Beendigung des Eingriffs noch injiziert, meist Methylergobrevin (Methergin), um ein erneutes Erweichen des Uterus mit Nachblutung zu verhindern.

3. Die Nachbehandlung erfolgt prinzipiell stationär und besteht in 24 Stunden Bettruhe und möglichst 5- bis 6tägiger Kontrolle bezüglich Nachblutung (oft am 5. und 6. Tag), Temperatur, Fötidie oder Schmerzhaftigkeit des Unterbauches. Jenseits der 10. Schwangerschaftswoche werden Secale-Präparate per os zur Beschleuni-

gung der Rückbildung verabreicht. In seltenen Fällen bei Pluripara, fortgeschrittener Schwangerschaft, Temperatur und Schmerzhaftigkeit des Uterus erfolgt Applikation von Eisblasen auf den Unterbauch. Bleibende oder stärkere Temperaturerhöhungen über 37 °C, Fötidie und schmerzhafter Uterus — als Infektionszeichen — erfordern gezielte und ausreichende Antibiotika-Behandlung, wie ein infizierter Abortus (Altmann). Ausnahmsweise wird ein langwirkendes Depot-Penicillin prophylaktisch verabreicht, wenn trotz aller Vorsicht eine Berührung der Labien oder gar der Schambehaarung mit dem eingehenden Instrument erfolgte und eine Keim-inokulation zu befürchten wäre.

4. Die Nachuntersuchung 12 bis 30 Tage nach dem Eingriff ist ein wesentlicher Teil des Komplexes „Interruptio“ und trägt einen ausgesprochen prophylaktischen Charakter: einmal durch die Gewissenhaftigkeit, mit der die reine Organsituation beurteilt wird in bezug auf Erkennung von Störungen oder von subakuten oder gar akuten Entzündungen der inneren weiblichen Genitalorgane, woraus sich eine spezifische Weiter- und Ausbehandlung ergäbe; zum anderen durch den beratenden Tenor, auf den die antragstellenden Patienten bereits vor der Interruptiokommission hingewiesen wurden. Meist gilt es, erneute Schwangerschaften in der Folgezeit zu vermeiden, wozu der nachuntersuchende Fachkollege entsprechende Beratung, Hinweise oder Verordnungen durchzuführen und zu treffen hat.

Die Organsituation des inneren weiblichen Genitale während der Durchführung der iatrogenen Schwangerschaftsunterbrechung ähnelt weitgehend der beim Spontanabortus, unbeachtet der Genese. Der vor Keimaszension schützende Schleimpfropf der Zervix ist beseitigt, der Muttermund ist relativ weit eröffnet, mit verschiedenen Instrumenten wird wiederholt Vulva und Scheide passiert, um bis in den letzten Winkel der Uterushöhle zu gelangen. Es wird sogar eine frische, relativ große, flächige Wunde geschaffen. Der Muttermund ist erst etwa am 3. bis 5. Tag so weit geschlossen, daß wieder ein Zervixschleimpfropf vorhanden ist. Bis dahin besteht kein Verschlusmechanismus: Im Uteruskavum befinden sich kleine Blutkoagula und allerdings meist nur kleine Reste von Dezidua, Blut und Plazenta. Sie bilden einen möglichen Boden für eine Keimbesiedlung. In der Uteruswand spielen sich im Rahmen der Heilung der Endometriumwunde, die bis auf und oft sicher bis in die Muscularis reicht, blande Entzündungsvorgänge ab, wie sie von der Wundheilung (Hamperl) her bekannt sind.

Die Möglichkeit einer uterinen Entzündung und davon fortgeleitet, einer Adnexitis, ist ohne weiteres gegeben mit allen ihren möglichen Folgen, wie langwierige Entzündungsbehandlung, Tubenobliteration, Uterussynechien, eventuell verstümmelnde Operation, Sterilität usw., wie sie eben auch als Abortusfolgen bekannt sind (Worask).

Methodik

Eine gewisse Allgemeingültigkeit der Aussage der Untersuchungen kann erwartet werden, da unsere Einrichtung für unser Gebiet ein gewisses Zentrum mittlerer Größenordnung ist, für Abortus und Geburten einen deckungsgleichen Einzugsbereich aufweist, in Anschauung, Ausrüstung, Ärztebesetzung und Behandlung den modernen Erfordernissen und Erkenntnissen entspricht und eine gewissenhafte Dokumentation und Nachkontrolle geführt hat.

Im vorgesehenen Zeitraum wurden alle Interruptiones, die für das gesamte Gebiet des jetzigen Stadtkreises Suhl und des Landkreises in unserer Klinik zusammenkommen (dazu mit den vorgeschriebenen Unterlagen auch Patienten der angrenzenden Nachbarkreise) aufgesucht und bezüglich Operationsbericht, klinischem Verlauf und Nachuntersuchungsbefund der poliklinischen Kartei kontrolliert und schematisch erfaßt. Zur Nebenauswertung wurde das Alter, die Kinderzahl und der Schwangerschaftsmonat mit berücksichtigt.

Die Zahl der Unterbrechungen stieg frappierend. Bei der Kurvenauswertung liegt kein statistischer Fehler bei 1963 und bei 1968 vor, da nicht nur die

Halbjahreszahl berücksichtigt ist, sondern bei 1963 die Jahresgesamtzahl und bei 1968 desgleichen (Abb. 1). Beim direkt ungeheuren Ansteigen der absoluten Zahl der Unterbrechungen muß zwangsläufig auch mit einem Ansteigen der absoluten Gesamtzahl der Komplikationen gerechnet werden, deshalb ist unbedingt die prozentuale Belastung zu berücksichtigen, obwohl man sich als Arzt darüber im klaren sein muß, daß auch die absoluten Zahlen im Grunde vermeidbar wären und im Verhältnis zu den erwarteten Störungen durch die Austragung der Schwangerschaft gesehen werden sollten! Thrombosen, Perforationen wurden zwar erfaßt, spielen aber im Rahmen dieser Arbeit keine Rolle.

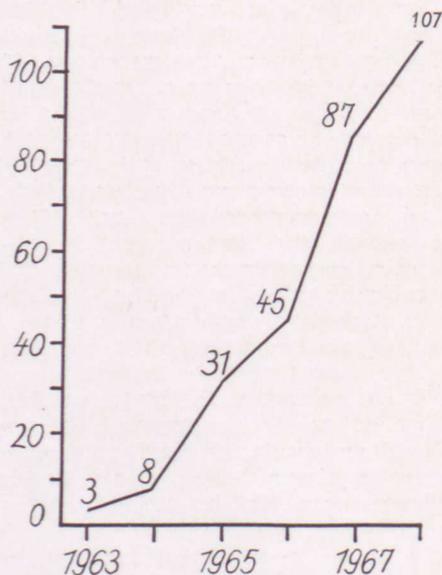


Abb. 1

Wegen der Kleinheit der Zahl erschien eine komplizierte Differenzierung der mit entzündlichen Komplikationen oder Blutungen behafteten Fälle unnötig, weil relativ ohne Aussagekraft. Es schien ausreichend, sowohl die klinischen Verläufe als auch die Befunde der Nachuntersuchungen in 3 Kategorien zu klassifizieren: Jeweils in einfache Belastungen, echte Komplikationen und stärkere entzündliche Komplikationen. Gesondert zählten wir die Blutungen, sowohl im klinischen Verlauf, als auch bei der Nachuntersuchung. Eine Differenzierung der Altersgruppen geschah nach Dezennien; der Schwangerschaftsmonat scheint zwar bei der Art der „Erkrankung“ unerheblich, solange die gleiche oder ähnliche Methode des Eingriffs gehandhabt wird, wurde jedoch trotzdem mit verwertet, ebenfalls die Geburtenhäufigkeit der in Frage kommenden Patienten.

Als einfache entzündliche Belastung galten beim klinischen Verlauf kurze Fieberschübe bis 38 °C oder anhaltend subfebrile Temperaturen, dazu oder außerdem Erhöhungen der BSG unterhalb 40/80 mm – und bei der Nachuntersuchung leichte adnexitische Reizungen und Endometritiden; Blutungen, die sich konservativ behandeln ließen, sind ebenfalls „einfache Belastungen“.

Echte Komplikationen erforderten stationär auf jeden Fall eine antibiotische oder ähnlich intensive Behandlung bei Temperaturen bis 39 °C oder an-

haltend Temperaturen bis 38 °C mit Erhöhung oder vordergründiger Erhöhung der BSG bis 100 mm in der 2. Stunde; bei der Nachuntersuchung zählen echte Metritiden und deutliche, d. h. ausgeprägte Adnexitiden.

Schwere Komplikationen verlangen bei der stationären Behandlung nach Versagen des einen ein weiteres Antibiotikum oder von vornherein eine massive Breitbandantibiotika-Therapie oder zwingen (genau wie bei der Nachuntersuchung mit erneuter Klinikaufnahme) zur nochmaligen Nachkürrettage oder gar Operation; das gilt auch bei stärkeren oder anhaltenden Blutungen.

Bei der Nachuntersuchung fanden sich Fälle, die bereits stationär entzündlich belastet waren oder immer noch oder erneut genau wie im stationären Verlauf Blutungen aufwiesen. Sie wurden nur einmal gezählt, aber besonders gekennzeichnet.

Das Ziel der Arbeit wurde darin gesehen, einmal typische Störungen zu erkennen – falls nachweisbar – und Wege zu suchen, ihnen nach Auffindung der Ursache zu begegnen.

Es erschien außerdem sehr wesentlich, den Umfang der entzündlichen Genitalaffektionen nach lege artis durchgeführten sogenannten medizinischen Abortus zu erfassen und im Verhältnis zur Belastung der sogenannten Spontanabortus mit entzündlichen Affektionen der inneren Genitalorgane zu sehen, ihren Ursachen nachzuspüren und die günstigste Frühtherapie zu suchen.

Es galt auch zu überprüfen, ob der Stand der Nachuntersuchungshandhabung tatsächlich zu optimalen Ergebnissen führt oder verbesserungsbedürftig ist.

Ergebnisse

So skeptisch wie an die Materie herangegangen wurde, so erfreulich ist doch die sich abzeichnende Aussage, wenn man Fälle im Verhältnis zur Gesamtzahl sieht. Nach den Gesetzen der kleinen Zahl ist es unexakt, mit Prozentzahlen zu operieren, trotzdem geschieht es, um der verständlicheren Aussage willen.

Die Untersuchungen umfassen den gleichen Zeitraum, der für eine ähnliche Erhebung bezüglich der Abortus und ihre Belastung durch entzündliche Erkrankungen des inneren Genitale bereits einmal gewählt wurde: 5 volle Jahre vom 1. 7. 1963 bis 30. 6. 1968. Auf eine Geburtenzahl von 6592 dieses Zeitabschnittes kommt eine Interruptiosumme von 236. Mit anderen Worten: Auf 27,9 Geburten müssen wir eine Schwangerschaftsunterbrechung rechnen. Auf die Gesamtschwangerschaftszahl bezogen, bietet sich folgendes Bild: 6592 Entbindungen, 1102 Fehlgeburten und 236 Interruptiones ergeben 7930 erfaßte Schwangerschaften. Davon wurden also 236 durch legalen Eingriff unterbrochen – das sind 2,97%. Eine zwar kleine Zahl, aber immerhin: Von 100 Schwangerschaften enden fast 14 durch Fehlgeburt und 3 durch legale Unterbrechung!

Wie bereits eingangs erwähnt, liegt uns eine Gesamtzahl von 236 Interruptiones für den Zeitraum von 5 Jahren vor.

Entsprechend den sich verändernden gesetzlichen Grundlagen änderten sich auch die Zahlen sehr eindrucksvoll:

1963	3 (2. Halbjahr: 2)
1964	8
1965	31
1966	45
1967	87
1968	107 (1. Halbjahr: 63)

Davon waren nur 31 als primär klinisch entzündlich belastet anzusehen, jedoch nur 17 der Gruppe der „echten entzündlichen Komplikationen“ zuzuordnen, und nur 1 Fall konnte als „schwere Komplikation“ angesehen werden. Das sind nur

13,1% aller Fälle — wovon jedoch nur etwas über die Hälfte behandlungsbedürftig war, und zwar nur 7,6% aller Schwangerschaftsunterbrechungen. Demgegenüber steht die Zahl von 39,2% primär entzündliche Behandlungsbedürftigkeit der Abortuspatienten (Altman)!

Dazu kommen jedoch noch 57 Patienten mit deutlich entzündlichen Befunden bei der Nachuntersuchung — also 24,1% aller Schwangerschaftsunterbrechungen. Diese gliedern sich auf in 32 „einfache Belastungen“, also meist Endometritiden, 23 „echte Komplikationen“ mit ausgeprägten metritischen Befunden (und 2 Adnexitiden) und 2 „schweren Komplikationen“, die einen erneuten Klinikaufenthalt erforderlich machten. 10 dieser Nachuntersuchungsbefunde waren bereits klinisch vorbehandelt worden und wurden nur einmal erfaßt, 4,2% aller Fälle oder die Hälfte der antientzündlich vorbehandelten Entzündungsfälle waren bei der Nachuntersuchung noch immer behandlungsbedürftig.

Es ergibt sich eine echte Gesamtzahl entzündlicher Belastungen von 78 Patienten (2 Thrombosen, 2 Perforationen bleiben dabei nicht erfaßt, obwohl es sich eigentlich auch um echte Komplikationen handelt). 78 Entzündungsfälle von 236 Interruptiones sind aber 33,0%. Dem stehen im gleichen Zeitraum 66,1% bei den Abortus gegenüber. Trotzdem also ein erstaunlich hoher Prozentsatz trotz aller Gewissenhaftigkeit — und durchaus nicht ohne weiteres erklärbar. (Es sei denn: durch die Pedanterie der Beurteilung!)

Die Frage der Blutungen besonders während der 6 stationären Tage berührt zwar eine unspezifische Erscheinung, die leicht auf das subjektive Gebiet (sowohl des Operateurs als auch des Patienten) umgemünzt werden kann, soll aber doch betrachtet werden.

24 Blutungen auffälliger Art wurden beobachtet (2 kamen auf das Konto eines Zervixrisses), aber nur eine verlangte primär eine erneute Nachkürettage. Interessanter sind dabei aber sicherlich die bei den Nachuntersuchungen noch vorhandenen Blutungen, auch wenn sie nur eine konservative Behandlung erforderten. 33 Blutungen, also 14% der Nachuntersuchungen erforderten eine weitere Behandlung, davon bedurften nur 2 Patienten einer erneuten Klinikaufnahme mit Abrasio. In nur 7 Fällen waren Entzündungen und Blutungen bei der Nachuntersuchung kombiniert.

Die Veränderung der anteilmäßigen Belastung in den einzelnen Jahren stellt sich tabellarisch so dar:

Jahr	Interruptio	Entzündungen gesamt	Blutungen gesamt
1963 (2. Halbjahr)	2	1	0
1964	8	4	2
1965	31	10 (1)	5 (2)
1966	45	16 (3)	13
1967	87	28 (2)	18 (2)
1968 (1. Halbjahr)	63	24 (3)	11 (2)

Die in Klammern zugefügten Ziffern sind Fälle, die stationär und bei der Nachuntersuchung erneut behandlungsbedürftig waren. Die graphische Darstellung gibt über die Entwicklung der Störungsbeteiligung noch augenfälliger Auskunft (Abb. 2).

Der prozentuale Anteil der Belastungen scheint also relativ zu fallen, auch wenn eine leichte absolute Zunahme festgestellt werden muß. Da bereits seit 1967 die Entleerung des Uterus durch Vakuumexhaustor erfolgt, kann insofern eine eindeutige Aussage gemacht werden, daß der Eingriff selbst weniger belastend ist. Eine Veränderung bezüglich Entzündungsbelastung oder Spätblutungen zeichnet sich

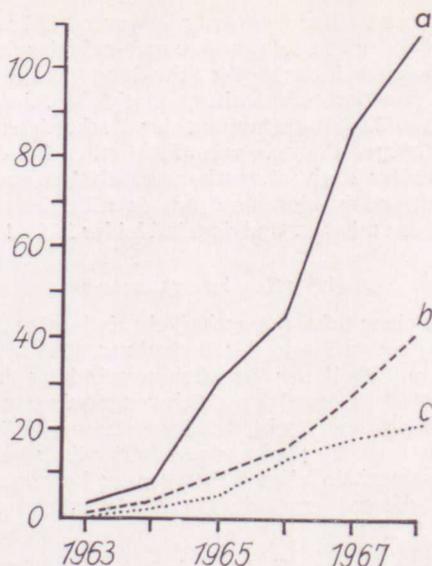


Abb. 2. a) Interruptiones, b) Entzündungen, c) Blutungen

jedoch nicht ab. Auch eine nur angedeutete Veränderung im Kurvenverlauf ist nicht erkennbar.

Auch die Nebenergebnisse der Erhebung sollten mitgeteilt werden. Die Altersverteilung, nur nach dem Lebensjahrzehnt gruppiert, zeigt den erwarteten Gipfel im 4. Dezennium; auf die Gründe wurde eingangs hingewiesen. Eine tabellarische Gliederung sieht folgendermaßen aus:

II. Dezennium (10 bis 19 Jahre)	5
III. Dezennium (20 bis 29 Jahre)	74
IV. Dezennium (30 bis 39 Jahre)	121
V. Dezennium (über 39 Jahre)	36

Die durchschnittliche Zahl der bereits vorhandenen lebenden Kinder beträgt 3,9. Daraus wird bereits ersichtlich, daß eine der häufigsten Indikationen eine hohe Geburtenzahl oder häufige schnelle Geburtenfolge als gesundheitsgefährdende Faktoren im Sinne des zu Anfang stehenden Leitsatzes ist.

Wie aus technischen Gründen nicht anders zu erwarten, liegt der Gipfel der Interruptiones im III. Schwangerschaftsmonat, abhängig vom möglichen Zeitpunkt der Diagnose und der ersten Konsultation, sowie von der erforderlichen Bearbeitungszeit, die bei fraglichen Fällen aus rein medizinischer Indikation bis zur Erlangung aller erforderlichen Fachgutachten gut 14 Tage betragen kann, bei dringenden und eindeutigen Situationen jedoch oft nur einen Tag erfordert.

Schwangerschaftsunterbrechungen (1. 7. 1963 bis 30. 6. 1968):

im II. Monat (bis 8. Woche)	22
im III. Monat (bis 12. Woche)	206
im IV. Monat (bis 16. Woche)	6
im V. Monat (bis 20. Woche)	2 (nach B o e r o)

Von den 236 kontrollierten Schwangerschaftsunterbrechungen wurden bereits 138 mit dem Vakuumexhaustor durchgeführt, das sind immerhin schon 58,4%.

Von der kontrollierten Patientengesamtzahl waren 22 für die Nachuntersuchung nicht auffindbar, da entweder von außerhalb kommend oder durch Namensänderung bei Verheiratung, Wiederverheiratung oder Scheidung nicht erkennbar. 15 Patienten waren eindeutig nicht zur Nachuntersuchung erschienen. Letztere immerhin 6,3% sind nach der oben angeführten Bedeutung der Nachuntersuchung besonders bedauerlich. Durch eine Gesamtfehlquote von 37 Patienten bei der Nachuntersuchung wird die Aussagekraft aller Nachuntersuchungsergebnisse sowie die Werte, in die diese eingegangen sind, relativ eingeschränkt, da nicht befundete „NU“ zwangsläufig als „o. B.“ erscheinen müssen. Und das sind leider 15,6%!

Schlusfolgerungen

1. Die Beendigung einer Schwangerschaft durch legalen Abortus ist eine Notmaßnahme auch im weitesten Sinne der Bedeutung „Gesundheit“ und deren Erhaltung. Die Gewissenhaftigkeit der Entscheidungsfindung durch die Kommission zur Bearbeitung der gestellten Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung hat sich auf das Abwägen der Vor- und Nachteile, der Belastungsgröße und deren Unterschiedlichkeit beim Austragen der Schwangerschaft oder bei der Interruptio mit allen möglichen und wahrscheinlichen Störungen zu konzentrieren. Eine optimale Maßnahme kann auch die modernst durchgeführte Interruptio in bezug auf die Gesundheit der Frau nicht sein.

2. Davon ausgehend, sollten mit der technischen Durchführung nur ausgewählte geeignete Fachkliniken beauftragt werden, die über die notwendige Erfahrung und modernste technische Ausstattung verfügen, um den an sich nie gefahrlosen Eingriff so wenig belastend und sicher zu gestalten, wie es die Erhaltung der Gesundheit, um derentwillen die Interruptio schließlich erfolgt, unbedingt erfordert!...

— Diese Forderung zur Diskussion! —

3. Innerhalb der Kliniken gibt es meist bereits jetzt für den Ablauf vorgezeichnete Standards bezüglich gewissenhafter Vorbereitung der Patientin, exakter streng steriler Anwendung der vorgesehenen Methode durch einen geübten und erfahrenen Facharzt, bezüglich der zu beachtenden Punkte bei der 5 Tage möglichst nicht zu unterschreitenden stationären Nachbehandlung. Wo noch nicht vorhanden, sollten die Leiter für deren Erarbeitung umgehend Sorge tragen. Eine möglichst intensive Therapie erkannter Frühstörungen ist erforderlich.

4. Die Nachuntersuchung 12 bis 30 Tage post interruptionem muß vom geübten Fachgynäkologen erfolgen, der eng mit der betreffenden Klinik zusammenarbeitet. Die Nachuntersuchung muß gezielt mit einer für diese Patienten besonders gebotenen Umsicht und Sorgfalt unter Berücksichtigung aller Hinweiszeichen auf Störungen oder beginnende Infektionen der inneren Genitalien durchgeführt werden. Auch leichte Hämorrhagien oder trüb flockiger Zervikalschleim sollten Anlaß zu erneuter Nachkontrolle dieser Patienten sein. Die intensive Früh- und Ausbehandlung erkannter Störungen ist sofort einzuleiten.

5. Auf die unbedingte Notwendigkeit der Nachuntersuchung muß die Patientin sowohl von der Kommission als auch bei der Entlassung aus der stationären Behandlung hingewiesen werden. Dabei muß der Tenor darauf gelegt werden, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft an sich nur der erste — allerdings entscheidende — Schritt der notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Gesundheit sein kann, die weiteren Maßnahmen (Behandlung von Erkrankungen, Überweisungen, Konzeptionsverhütungsberatung usw.) jedoch erst den Erfolg sichern können.

6. Die Nachuntersuchung beinhaltet außer der rein gynäkologischen Organbeurteilung gleichzeitig reine Dispensaire-Aufgaben und ist so wesentlicher Bestandteil des Komplexes „Interruptio“. Sie mündet in die Ehe- und Sexualberatung.

7. Die Störungsquote und Entzündungsbelastung kann nur konstatiert werden, ohne daß ihre Ursachen exakt aufgedeckt werden können. Es kann nur eine dichtere Kontrolle aller bekannten, notwendigen und vorgeschriebenen Schritte, wie sie in den Punkten 1 bis 6 zum Ausdruck kommen, angestrebt werden.

Zusammenfassung

Es wird von der Gesundheitsformel der WHO und der geltenden Gesetzgebung der DDR und der sich daraus ergebenden Steigerung der Interruptiofrequenz ausgegangen, welche die Frage nach der entzündlichen Belastung dieses Eingriffes aktualisiert.

Die zu beachtenden Gesichtspunkte der technischen Durchführung von Vorbehandlung bis zur Nachuntersuchung werden dargelegt und die spezifische Organisation beim Eingriff umrissen.

Bei der Erarbeitung der Methodik der Beurteilung und Auswertung wird von der Allgemeingültigkeit der Aussage ausgegangen, der klinische Verlauf und der Nachuntersuchungsbefund ausgewertet, wobei nur 3 Belastungskategorien gewählt werden: Einfache entzündliche Belastung, echte Komplikation und schwere Komplikation.

Das Ziel der Untersuchung wurde im Auffinden typischer Störungen, dem Umfang der entzündlichen Belastungen und deren Vermeidung gesehen.

236 Interruptiones können ausgewertet werden, das sind 2,97% aller erfaßten Schwangerschaften. Die stark ansteigende Kurve der Interruptiofrequenz wird tabellarisch und kurvenmäßig dargestellt. Nur 7,6% aller Schwangerschaftsunterbrechungen waren stationär antientzündlich behandlungsbedürftig — die Hälfte davon erwies sich jedoch bei der Nachuntersuchung noch weiter behandlungsbedürftig. Mit den Nachuntersuchungsfällen (bei exakter — fast pedantischer Beurteilung!) ergibt sich ein Prozentsatz von 33,0% entzündlicher Belastungen der verschiedensten Grade nach Interruptio.

Bei 14% der Nachuntersuchungen fand sich noch eine behandlungsbedürftige Blutung — jedoch nur in 3 Fällen war eine erneute Nachkürrettage erforderlich.

Die entzündlichen Belastungen und Blutungen werden ebenfalls tabellarisch und kurvenmäßig dargestellt. Die Nebenergebnisse werden ausgewertet: Altersverteilung, Schwangerschaftsmonate usw.

Bei den Schlußfolgerungen wird die exakte Durchführung jedes einzelnen Schrittes gefordert: Entscheidungsfindung, technische Durchführung, stationäre Kontrolle, Nachuntersuchung und Dispensairebetreuungübernahme, ausreichende antibiotische Ausbehandlung der entzündlichen Belastungen.

Schriftum

- Altmann, W., Z. ärztl. Fortbild. **61** (1967) 479. — Balan, A., Obstet. și Ginec. **4** (1959) 309; ref. Zbl. Gynäk. **87** (1965) 1595. — Birke, R., und W. Willgeroth, Zbl. Gynäk. **90** (1968) 243. — Chalupa, M., Zbl. Gynäk. **86** (1964) 1803. — Cislo, M., K. Nowosad und A. Rezczyński, Zbl. Gynäk. **88** (1966) 155. — Coja, N., u. a., Obstet. și Ginec. **3** (1963) 207; ref. Zbl. Gynäk. **90** (1968) 911. — Flämig, C., Zbl. Gynäk. **88** (1966) 1246. — Gaina, J., und O. Stanka, Obstet. și Ginec. **3** (1963) 219; ref. Zbl. Gynäk. **90** (1968) 911. — Gheorghin, N. N., u. a., Obstet. și Ginec. **3** (1963) 229; ref. Zbl. Gynäk. **90** (1968) 911. — Hamperl, H., Lehrbuch der allgemeinen Pathologie, 22. Aufl., Berlin. — Kiss, K., Geburtsh. u. Frauenheilk. **26** (1966) 38. — Mayer, A., Zbl. Gynäk. **85** (1963) 752. — Meinrenken, H., Dtsch. med. Wschr. **87** (1962) 644. — Mehlan, K. H., Zbl. Gynäk. **86** (1964) 853; Dtsch. Ges.wesen **11** (1956) 660. — Naujoks, H., Arch. Gynäk. **142** (1930). — Peregó, A., Ann. ostet. Ginec. **80** (1958) 585. — Rothe, J., Dtsch. Ges.wesen **12** (1966) 555. — Schultze, R., Z. Geburtsh. Gynäk. **145** (1954) 1281. — Sdrobici, D., C. Dumitrescu und V. Toporas, Obstet. și Ginec. **3** (1964) 263; ref. Zbl. Gynäk. **89** (1967) 1066. — Sbircea, J., u. a., Obstet. și Ginec. **3** (1964) 263; ref. Zbl. Gynäk. **90** (1968) 911. — Stoeckel, W., Lehrbuch der Gynäkologie, Leipzig 1952. — Stoeckel, W., und H. Kraatz, Lehrbuch der Geburtshilfe, 14. Aufl., Jena 1966. — Szendi, B., und J. Lakatos, Z. ärztl. Fortbild. **54** (1960) 751. — Verfügungen und Mitteilungen des Ministerium für Gesundheitswesen der DDR 1965 Nr. 23/24. — Vujte, J., Zbl. Gynäk. **51** (1964) 1804. — Woraschek, H. J., und J. Berndt, Zbl. Gynäk. **91** (1969) 6.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Altmann, Vereinigte Gesundheitseinrichtungen Suhl, Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Poliklinik Suhl, 60 Suhl, Str. der Freundschaft 17