

Zbl. Gynäk. 96 (1974) 1111—1115

Aus der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung
(Leitender Arzt: Dr. med. J. B e r g)
der Krankenanstalten Perleberg
(Ärztlicher Direktor: OMR Dr. med. K.-H. S c h w a b e)

Morbidität der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Kreis Perleberg

Von J. Berg

Zusammenfassung: Nach einem Überblick über die Entwicklung der Häufigkeit von Schwangerschaften, Geburten und vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen in den Jahren 1965 bis 1973 im Kreis Perleberg wird die Morbidität nach legaler Schwangerschaftsunterbrechung an Hand von 823 Interruptiones, die vom 1. 1. 1972 bis 30. 6. 1973 durchgeführt wurden, genauer untersucht und notwendige Schlußfolgerungen gezogen.

Summary: After giving a report on the incidence of pregnancies, births and premature terminations of pregnancy during the years from 1965 to 1973 in the district of Perleberg the morbidity of legal abortions is examined more precisely with regard to the results of 823 artificial abortions performed from 1. 1. 1972 to 30. 6. 1973 and the necessary conclusions are drawn.

Die gesetzliche Neuregelung der Schwangerschaftsunterbrechung vom 9. 3. 1972 hat in der DDR eine weitere Möglichkeit für eine verantwortungsbewußte Familienplanung geschaffen. Um das Ziel, die Gesundheit der Frau zu schützen, zu erreichen, ist eine ständige und genaue Beobachtung der mit diesem Eingriff zusammenhängenden Morbidität erforderlich. Neben der Ausschöpfung aller Möglichkeiten der klinischen Behandlung ist die ambulante Nachsorge im Sinne einer Dispensairebetreuung mit ständiger kontrazeptioneller Behandlung und Beratung in Fragen der Familienplanung wesentlich. In dieser Arbeit werden die Probleme aus der Sicht einer zentralen stationären Abteilung eines Kreises bei begrenztem und stabilem Versorgungsbereich und enger Kooperation mit den ambulanten Fachabteilungen dargestellt.

Material und Methode

Es wird die Zahl der Schwangerschaften, Geburten und vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen im Kreis Perleberg vom 1. 1. 1965 bis 30. 12. 1973 analysiert. In Tabelle I sind sie in Beziehung gesetzt zur Gesamtzahl der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren. In Tabelle II werden die vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen in Beziehung gesetzt zur Klinikmorbidität und zur klinischen Geburtenzahl der letzten 6 Jahre. Die entsprechend der gesetzlichen Neuregelung der Schwangerschaftsunterbrechung vom 1. 3. 1972 zwischen dem 1. 1. 1972 und 30. 6. 1973 durchgeführten 823 Interruptiones werden

Tabelle I. Gesamtzahl der fertilen Frauen (15 bis 45 Jahre), der Schwangerschaften, Geburten und vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen im Kreis Perleberg (1965 bis 1973)

	Jahr									
	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	
Fertile Frauen (15 bis 45 Jahre)	15 853	15 954	16 069	16 290	16 452	16 405	16 447	16 349	16 337	
Schwangerschaften absolut	1 883	1 729	1 589	1 573	1 438	1 323	1 411	1 562	1 389	
auf 1000 fertile Frauen	119	108	99	96	87	81	85	96	85	

Tabelle I. (Fortsetzung)

	Jahr								
	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Geburten									
absolut	1637	1393	1237	1157	1117	1064	1145	897	755
auf 1000 fertile Frauen	103	87	77	71	68	65	69	55	46
Vorzeitige Schwangerschaftsbeendigungen									
absolut	246	336	352	416	321	259	266	665	634
auf 1000 fertile Frauen	15,4	21,0	21,8	25,4	19,4	15,7	16,1	40,6	38,8
auf 100 Geburten	15,0	24,1	28,4	35,9	28,7	24,3	23,2	74,1	83,9
Interruptiones									
absolut	46	168	200	216	144	86	98	548	531
auf 1000 fertile Frauen	2,9	10,5	12,4	13,2	8,7	5,2	5,9	33,5	32,5
auf 100 Geburten	2,8	12,0	16,1	18,7	12,9	8,1	8,5	61,1	70,3
Klinisch behandelte Abortus									
absolut	200	168	152	200	177	173	168	117	103
auf 1000 fertile Frauen	12,5	10,5	9,4	12,2	10,7	10,5	10,2	7,1	6,3
auf 100 Geburten	12,2	12,0	12,3	17,2	15,8	16,2	14,7	13,0	13,6
Zahl der Frauen à 1 Jahr	0	0	0	7	1474	1680	2316	3971	4344
hormonelle Kontrazeption (%) ...				0,04	8,9	10,2	14,1	24,3	26,5

Tabelle II. Anteil von Interruptiones und Abortus an der Klinikmorbidity

Jahr	Gynäkologische Patienten	Interruptiones		Abortus		Klinik- geburten	Interruptiones		Abortus	
		Anzahl	%	Anzahl	%		Anzahl	%	Anzahl	%
1968	1677	216	12,8	200	11,9	1165	216	18,5	200	17,1
1969	1691	144	8,5	177	10,4	1131	144	12,7	177	15,6
1970	1719	86	5,0	173	10,0	1045	86	8,2	173	16,6
1971	1691	98	5,8	168	9,9	1132	98	8,6	168	14,8
1972	2100	548	26,1	117	5,6	891	548	61,5	117	13,1
1973	2358	531	22,5	103	4,3	749	531	70,8	103	13,7

Tabelle III. Gesamtzahl der 823 Interruptiones, gegliedert nach Parität und Familienstand

Partus	0	1	2	3	4 und mehr	Summe
Verheiratet	4 = 0,49%	166 = 20,17%	230 = 27,95%	107 = 13,00%	113 = 13,73%	620 = 75,33%
Ledig	132 = 16,04%	23 = 2,79%	4 = 0,49%	0	0	159 = 19,32%
Geschieden und verwitwet	1 = 0,12%	11 = 1,34%	13 = 1,58%	10 = 1,22%	9 = 1,09%	44 = 5,35%
Summe	137 = 16,65%	200 = 24,30%	247 = 30,01%	117 = 14,22%	122 = 14,82%	823 = 100%

einer genaueren Analyse hinsichtlich Morbidität, Parität und Familienstand unterzogen (Tab. III).

Die Interruptiones werden grundsätzlich einzeitig durchgeführt. Die Dilatation erfolgt durch Hegar-Stifte mit halben Größen, die Entleerung des Uterus durch Vakuumaspiration. Anschließend wird der Uterus mit stumpfer Kürette nachkürettiert. Post operationem wird für mindestens 24 Stunden Bettruhe verordnet.

Ergebnisse

Die Mortalität nach legaler Schwangerschaftsunterbrechung betrug 0.

Die Morbidität wurde getrennt nach Operationskomplikationen, Frühkomplikationen (bis 6. postoperativen Tag = stationäre Behandlungsdauer) und Spätkomplikationen (3 bis 4 Wochen nach der Entlassung aus stationärer Behandlung) erfaßt. Dabei wurden folgende Komplikationen bei 823 Interruptiones festgestellt:

Operationskomplikationen:

Perforationen	2	= 0,24%
Zervixrisse	10	= 1,22%
Blutungen, intraoperativ (mit Blutersatz)	1	= 0,12%
	13	= 1,58%

Frühkomplikationen:

Adnexitis	17 (17) ¹	= 2,07% (2,07%)
Parametritis, Fieber ohne Organbefund	27	= 3,28%
Endomyometritis, Residua placentae, postoperative Blutungen	30 (12)	= 3,64% (1,46%)
	74 (29)	= 8,99% (3,53%)

Insgesamt 87 = 10,57%

Spätkomplikationen:

Adnexitis	26 (10)	= 3,16% (1,22%)
Parametritis, Residua placentae, Endomyometritis	16 (7)	= 1,94% (0,85%)

Insgesamt 42 (17) = 5,10% (2,07%)

Gesamtkomplikationen

bis 4 Wochen

nach dem operativen Eingriff 129 = 15,67%

Restbefunde von Frühkomplikationen wurden bei der Nachuntersuchung noch bei 16 Patientinnen = 1,94% festgestellt. Nicht erschienen zur Nachuntersuchung nach 3 bis 4 Wochen sind 171 = 20,8% der Patientinnen. In Tabelle IV werden sie nach Parität und Familienstand analysiert. Sie werden bewußt als komplikationsfrei eingestuft. Die Spätkomplikationen sind auf die Gesamtzahl der Interruptiones bezogen. Bezieht man sie auf die nachuntersuchten 652 Patientinnen, ergibt sich eine Spätkomplikationsrate von 6,44%.

Die eigentlichen Spätfolgen nach Interruptio können bisher nicht beurteilt werden.

¹ In Klammern die Zahl der antibiotisch behandelten Fälle.

Tabelle IV. Verteilung der 171 Patientinnen, die nicht zur Nachuntersuchung erschienen sind, nach Parität und Familienstand

Partus	0	1	2	3	4 und mehr	Summe = %	Summe = % bezogen auf die Gesamtzahl der Interruptiones
Verheiratet	1 = 0,6	39 = 22,8	38 = 22,2	26 = 15,2	24 = 14,0	128 = 74,8	von 620 = 20,6
Ledig	26 = 15,2	6 = 3,5	0	0	0	32 = 18,7	von 159 = 20,1
Geschieden, verwitwet	0	2 = 1,1	4 = 2,3	2 = 1,1	3 = 1,8	11 = 6,4	von 44 = 25,0
Summe = %	27 = 15,8	47 = 27,3	42 = 24,5	28 = 16,4	27 = 15,8	171 = 100 %	
Summe = % bezogen auf die Gesamtzahl der Interruptiones	von 137 = 19,7	von 200 = 23,5	von 247 = 17,0	von 117 = 23,9	von 122 = 22,1		von 823 = 20,8

Diskussion

Das vorliegende Material bestätigt die seit Jahren allgemein festgestellte Tendenz des Fertilitäts- und Geburtenrückgangs und den mit der gesetzlichen Neuregelung der Schwangerschaftsunterbrechung vom 9. 3. 1972 eingetretenen sprunghaften Geburtenrückgang um etwa 20% [1, 6]. Besondere Beachtung verdient der auch von anderen Autoren [1, 7] gefundene hohe Anteil von fast 50% der Interruptiones der verheirateten Frauen mit nur 1 bis 2 Kindern. Er unterstreicht die besondere Bedeutung der sozialpolitischen Maßnahmen zur Förderung der jungen Ehen und der Familie. Mit einem Anteil von 16% der Interruptiones erfordert die Gruppe der ledigen und erstschwangeren Frauen ebenfalls besondere Aufmerksamkeit, insbesondere im Hinblick auf die Sexualerziehung der Kinder und Jugendlichen [1, 6, 7].

Die relative Häufigkeit der Abortus im Kreis Perleberg liegt mit 12 bis 17% der Geburten über den Angaben von K r a b i s c h [2], aber deutlich unter denen von S t a m m [10] für die Schweiz gefundenen Werten.

Die Senkung der absoluten Abortushäufigkeit beträgt im vorliegenden Material etwa 40% und wird von anderen Autoren bis 50% und darüber angegeben [1, 8]. Das ist ein wesentlicher positiver Effekt der völligen Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung.

Die Verschiebung in der Klinikmorbidity [7] zeigt die erhebliche Belastung der gynäkologischen Abteilungen (vgl. Tab. II).

Trotz beträchtlicher Zunahme der hormonellen Kontrazeption wird die Interruption noch von einer zu großen Zahl von Frauen als geburtenregelndes Mittel genutzt [1, 6, 11]. Das ist unbefriedigend im Hinblick auf die erhebliche Morbidity, die mit diesem Eingriff verbunden ist.

Die im vorliegenden Material gefundene Frühkomplikationsrate von 10,57% liegt nur gering über der von K r u s c h w i t z [3] in einer Sammelstatistik von 6461 Interruptiones gefundenen Rate von 9,7%. Hier werden allerdings keine Angaben zur postoperativen Beobachtungszeit gemacht, die jedoch wesentlich für die Beurteilung der Morbidity ist. S e e w a l d und Mitarb. [9] finden eine Komplikationsrate von insgesamt 17,4%, L u n o w und Mitarb. [4] von 12,9% bei 7 Tagen Verweildauer und S c h u l z und Mitarb. [7] von 14,3% als Durchschnitt für die Jahre 1960 bis 1. Halbjahr 1972 und von etwa 10% für 1970 und 1971 bei einer Verweildauer von 5,1 Tagen und von 8,3% für das 1. Halbjahr 1972 bei einer Verweildauer von 3,7 Tagen.

Die Wichtigkeit der postoperativen Beobachtungszeit für die Beurteilung der Morbidität wird besonders deutlich, wenn man den Morbiditätszuwachs bei früher Nachuntersuchung 3 bis 4 Wochen (1. Regel!) nach dem Eingriff betrachtet. Er beträgt im vorliegenden Material 5,10%, bezogen auf die Gesamtzahl der Interruptiones, und 6,44%, bezogen auf die nachuntersuchten Patientinnen. Dieser Morbiditätszuwachs liegt bei anderen Autoren noch wesentlich höher [4, 11]. Läßt man ihn außer acht, insbesondere bei kurzer stationärer Behandlungszeit, wird die Beurteilung der postoperativen Morbidität schwierig.

Inwieweit echte Spätfolgen die Morbidität belasten, müssen weitere Untersuchungen klären. Dazu ist die möglichst lückenlose Dispensairebetreuung der Interruptiopatientinnen unbedingt notwendig. Wie schwer diese Aufgabe zu lösen ist, wird auch am vorliegenden Material deutlich. Trotz intensiver Beratung während der stationären Behandlung und einer guten ambulanten Versorgung im Kreis erscheinen 20% der Patientinnen nicht zur ersten Nachuntersuchung und entziehen sich damit auch der kontrazeptiven Dauerbetreuung. Bei der erheblichen gesellschaftlichen Belastung, die die Behandlung der Interruptio darstellt, muß die Verantwortlichkeit und Verpflichtung der einzelnen Patientin deutlich in der Erziehungsarbeit betont werden.

Zusammenfassend lassen sich, ohne Wiederholung bekannter Tatsachen, noch folgende Feststellungen treffen:

1. Die stationäre Verweildauer allein ist kein geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Morbidität nach Interruptio.
2. Bei Morbiditätsstatistiken sollte die Beobachtungszeit angegeben werden. Sie sollte mindestens bis zum Wiedereintritt der ersten Regelblutung reichen.
3. Entsprechend den gesetzlichen Forderungen und auf Grund der Morbiditätsrate ist der weiteren Verbesserung der Qualität bei der Durchführung der Interruptio große Aufmerksamkeit zu schenken.
4. Die Interruptio wird in erheblichem Umfang als geburtenregelndes Mittel genutzt. Im Hinblick auf die doch beträchtliche Gesundheitsgefährdung durch diesen Eingriff muß die Erziehung zur Nutzung anderer kontrazeptiver Mittel nachdrücklich verbessert werden.

Schrifttum

1. Klessen, D., und R. Schorr: Bevölkerungspolitische Aspekte der Schwangerschaftsunterbrechung. Z. ärztl. Fortbild. 67 (1973) 58–63.
 2. Krabisch, H.: Ein Beitrag zum Abortusgeschehen. Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1127–1133.
 3. Kruschwitz, S.: Interruptio-Morbidität und -Mortalität. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 1601–1608.
 4. Lunow, E., E. Isbruch und B. Hamann: Gynäkologische Frühkomplikationen als Folge legaler Schwangerschaftsunterbrechungen. Zbl. Gynäk. 93 (1971) 49–58.
 5. Mehlan, K.-H., und A. Stolzenburg-Ramos: Abortsituation, Fertilität und Familienplanung im Bezirk Rostock in den Jahren 1962 bis 1971. Z. ärztl. Fortbild. 67 (1973) 539–545.
 6. Mehlan, K.-H., und A. Geissler: Familienplanung in der DDR. Dtsch. Ges.wesen 28 (1973) 1136–1140.
 7. Schulz, St., und G. Henning: Entwicklung der Interruptiosituation in der Frauenklinik der Karl-Marx-Universität Leipzig vom 1. 1. 1960 bis 30. 6. 1972. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 945–951.
 8. Schulz, St., und G. Henning: Entwicklung der klinischen Abortussituation in der Frauenklinik der Karl-Marx-Universität Leipzig vom 1. 1. 1960 bis 30. 6. 1972. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 952–957.
 9. Seewald, H. J., R. Holtzhauer, E. Zschoche und M. Kulhavy: Klinische und hysterosalpingografische Befunde nach Interruptio. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 710–713.
 10. Stamm, H.: Abortsituation in der Schweiz und Notwendigkeit sozialmedizinischer Maßnahmen. Geburtsh. u. Frauenheilk. 31 (1971) 241–250.
 11. Zwahr, Chr.: Zur Problematik der legalen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 94 (1972) 156–164.
- Anschr. d. Verf.: Dr. med. J. Berg, Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung der Krankenanstalten, DDR-291 Perleberg, Bergstr. 1

Schlüsselwörter:

Geburtshilfe. — Morbiditätsanalyse. — Interruptio.