

Zbl. Gynäk. 95 (1973) 819—824

Aus der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung  
(Chefarzt: MR Dr. med. W. N o a c k)  
des Kreiskrankenhauses Spremberg/Lausitz  
(Ärztlicher Direktor: MR Dr. med. A. W i e s n e r)

## Interruptionanalyse an einem Kreiskrankenhaus

Von B. Deidesheimer

Mit 2 Abbildungen

**Zusammenfassung:** Es wird über 161 Interruptiones berichtet, die im Zeitraum vom 1. 1. bis 31. 5. 1972 an unserer Einrichtung durchgeführt wurden. Der Eingriff wird in Hexobarbitalnarkose mit Hilfe eines Vakuumexhaustors durchgeführt. Das Durchschnittsalter der interruptierten Frauen betrug etwa 28 Jahre, wobei der Hauptanteil (45%) über 30 Jahre alt ist und über 75% der Frauen verheiratet sind.

Die Frühkomplikationsrate liegt bei etwa 7%.

Eine Gegenüberstellung von Abortus und Interruptiones zeigt, daß das Jahr 1972, im Vergleich zu den letzten 7 Jahren, die geringste Abortusziffer aufweist.

Seit dem 1. 1. 1972 werden in der DDR legale Schwangerschaftsunterbrechungen in den ersten 12 Wochen der Gravidität in größerem Umfang durchgeführt. Die Entscheidung darüber liegt bei der schwangeren Frau, sofern keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen. Mit dem am 9. 3. 1972 beschlossenen Gesetz und den hierzu erlassenen Instruktionen wurden den Geburtshilflich-Gynäkologischen Einrichtungen folgende Aufgaben gestellt:

1. durch maximale Ausnutzung der vorhandenen Bettenkapazität die reibungslose Durchführung der Interruptiones zu garantieren,
2. die schonendste Methode der Interruptio in bezug auf das Leben, die Gesundheit und die Fertilität der Frau anzuwenden und
3. die Antikonzeptionsberatung verstärkt durchzuführen.

Das Mittel der Wahl bei der Interruptio bis zur 12. Schwangerschaftswoche ist die Vakuumexhaustion [3, 4, 12]. Alle anderen Methoden sind mit einer wesentlich höheren Komplikationsrate und Uterusschädigung belastet [4], auch sind sie zeitlich aufwendiger. Aber auch bei Anwendung des Vakuumexhaustors ist die Interruptio durchaus kein harmloser Eingriff. In der Weltliteratur wird die Letalität der Interruptio mit 0,5 bis 1% und die Morbidität mit etwa 0,9 bis 30% angegeben [7 bis 11, 13, 14].

Nach den ersten 5 Monaten des Jahres 1972, mit einem erwartungsgemäß steilen Anstieg der Interruptiones, sehen wir uns in der Lage, eine erste kritische Einschätzung aus der Sicht eines Kreiskrankenhauses zu geben.

### Methode und Material

Jede Patientin, die zur Unterbrechung ihrer Schwangerschaft überwiesen wird oder diesen Antrag nach Feststellung einer Schwangerschaft in unserer gynäkologischen Poliklinik stellt, wird sofort in der inneren Abteilung der Poliklinik vorgestellt. Nach Ausschluß von medizinischen Gegenindikationen, wofür in der Regel nicht mehr als 3 Tage benötigt werden, meldet sich die Patientin zur stationären Aufnahme an.

Noch am Aufnahmetag unterziehen sich die Patientinnen dem operativen Eingriff, der bei uns bis zur 12. Schwangerschaftswoche grundsätzlich mit einem Vakuum-

exhaustor und in Hexobarbitalnarkose durchgeführt wird. Als Prämedikation geben wir 30 Minuten vor dem Eingriff 0,1 mg Atropin/10 kg Körpergewicht i.m. Der Zervikalkanal wird mit Hegarstiften bis H 14 erweitert, so daß er für die Glasabsaugkanüle mit einem Durchmesser von 13 mm gut durchgängig ist.

Abgesaugt wird mit einem Unterdruck von 0,4 bis 0,6 kg/cm<sup>2</sup>. Die Führung der Absaugkanüle entspricht der Kürette bei einer Abrasio. Grundsätzlich werden nach Beendigung des Absaugvorgangs die Tubenecken mit einer mittelgroßen Kürette kontrolliert. Uteruskontraktionsmittel werden unter der Operation oder nach dem Eingriff in der Regel nicht gegeben. Nach dem Eingriff wird für 24 Stunden Bettruhe und eine Eisblase auf den Unterbauch verordnet.

Am 2. Tag post operationem führen wir mit den Frauen ein ausführliches Gespräch über moderne Antikonzeption. In erster Linie wird auf Ovoston orientiert, nur bei Patientinnen, bei denen eine sichere Einnahme der Dragees von vornherein nicht garantiert wird, wird der IUD vom Typ DANA-Super empfohlen. Gleichzeitig bekommen die Frauen ein kleines Heft über Familienplanung (VEB Jenapharm, Mehlhan) überreicht.

Am 4. bis 5. Tag verlassen die Patientinnen in der Regel die Klinik und werden noch für weitere 8 Tage arbeitsunfähig geschrieben.

In der Zeit vom 1. 1. bis 31. 5. 1972 wurden in unserer Einrichtung 161 Schwangerschaftsunterbrechungen durchgeführt.

### Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 27,9 Jahre, wobei die jüngste Patientin 17 und die älteste 44 Jahre alt war.

Tabelle I. Altersverteilung von 161 Interruptiopatientinnen

	Anzahl	%
Bis 20 Jahre .....	31	19,3
21 bis 29 Jahre .....	58	35,7
Über 30 Jahre .....	72	45,0

Tabelle II. Familienstand von 161 Interruptiopatientinnen

Ledig	Verheiratet	Geschieden/verwitwet
28 = 17,4%	122 = 75,8%	11 = 6,8%

Von den 28 ledigen Frauen waren 26 Nulliparae, 2 hatten jeweils 1 Kind geboren.

Im Durchschnitt hatten die 161 interruptierten Patientinnen 1,8 Kinder. An Komplikationen konnten nur die Frühkomplikationen gewertet werden, da die Patientinnen nach dem stationären Aufenthalt in unterschiedliche ambulante Einrichtungen zur Nachsorge entlassen wurden.

Tabelle III. Frühkomplikationen

Aufgetretene Komplikationen	Anzahl
Sekundäre Anämie unter 11 g% .....	1
Endometritis .....	2
Temperatur über 37,9°C .....	2
Adnexitis .....	6
	11 = 6,8%

Die gefürchtetsten Komplikationen wie Uterusperforation, Zervixriß und Plazentarpolyp sahen wir nicht.

Die durchschnittliche Verweildauer von 161 Patientinnen betrug 4,8 Tage. Die Verweildauer der Patientinnen mit Komplikationen aber 10,7 Tage, somit kann eine „gereinigte“ Verweildauer von durchschnittlich 4,5 Tagen angegeben werden.

Tabelle IV. Medikamentenkosten

	Durchschnittliche Medikamentenkosten pro Fall
161 Interruptiones .....	6,39 M
11 Komplikationen .....	37,71 M
150 Interruptiones ohne Komplikationen ..	4,08 M

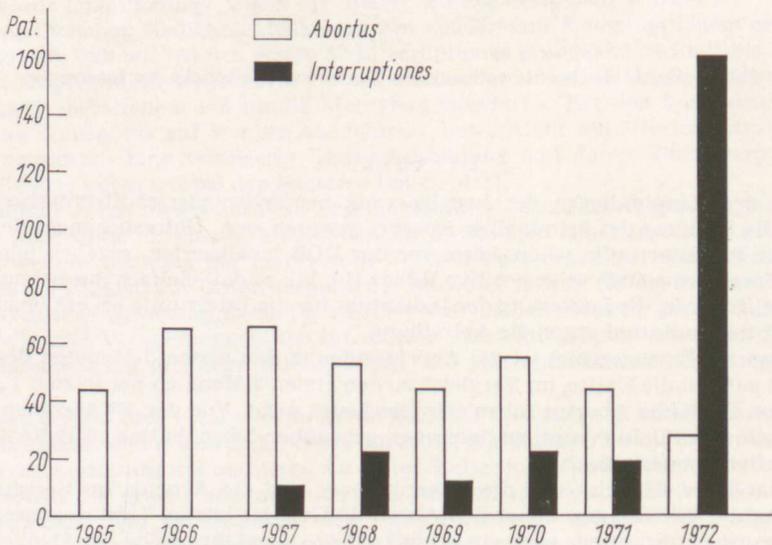


Abb. 1

Entwicklung der Abortus und Interruptiones 1965 bis 1972 im Zeitraum vom 1. 1. bis 31. 5. j. J.

Eine retrospektiv durchgeführte Befragung der 161 Patientinnen ergab:

1. daß durchschnittlich die Patientinnen nach Ausbleiben der erwarteten Menstruation noch 18 Tage warten, ehe sie den Gynäkologen oder einen anderen Arzt aufsuchen,
2. daß etwa 31% der Patientinnen den operativen Eingriff zur Unterbrechung der Schwangerschaft für ungefährlich halten und etwa 22% den Eingriff auch ein zweites Mal wiederholen lassen würden,
3. daß das orale Antikonzeptionsmittel („Pille“) sämtlichen Patientinnen bekannt war, Intrauterinpressare aber nur 10%,
4. daß etwa 21% die Pille vor dem Eingriff ablehnten, Hauptmotiv: Gewichtszunahme, und 52% der Pille abwartend gegenüber standen,
5. daß alle interruptierten Frauen den Wunsch nach Anwendung eines sicheren Antikonzeptionsmittels äußerten.

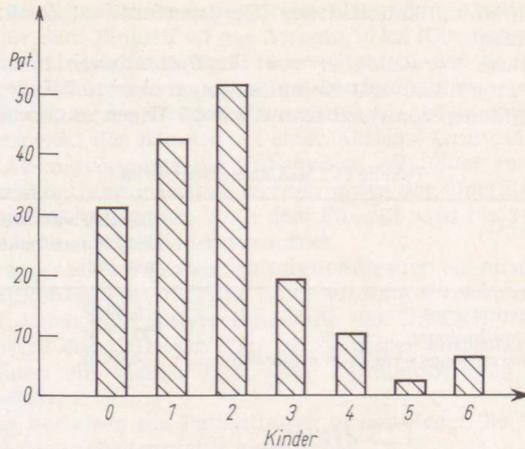


Abb. 2. Anzahl der bereits vorhandenen Kinder zum Zeitpunkt der Interruptio

### Diskussion

Eines der Hauptanliegen der Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung dürfte die Senkung des kriminellen Abortus gewesen sein. Untersuchungen in Ländern, die die Interruptio schon Jahre vor der DDR legalisierten, ergaben häufig in dieser Frage keine eindeutige positive Bilanz [10, 11], so daß vielfach die Behauptung aufgestellt wurde, die Lockerung der Indikation für die Interruptio sei ein unzulängliches Mittel im Kampf gegen die Abtreibung.

In unserem Einzugsgebiet ist die Abortusziffer in den ersten 5 Monaten des Jahres 1972 auf fast die Hälfte, im Vergleich zu den ersten 5 Monaten der letzten 7 Jahre, gesunken. Septische Abortus sahen wir überhaupt nicht. Von den 28 Abortuspatientinnen, die den 161 Interruptiopatientinnen gegenüberstehen, hatten 16 Patientinnen glaubhaften Kinderwunsch!

An Hand der Tatsache, daß die Interruptiones und die Abortus im Berichtszeitraum auf das 3,5fache gegenüber den Abortusziffern der letzten 7 Jahre angestiegen sind, ist unseres Erachtens auch ein Schluß auf die ungefähre Höhe der Dunkelziffer illegaler Abortus früherer Jahre möglich.

Die Behauptung, nicht selten auch im mittleren medizinischen Personal vertreten, eine Legalisierung der Interruptio helfe hauptsächlich den kinderlosen unverheirateten Frauen unter 20 Jahren, ist, zumindest für unseren Einzugsbereich, falsch (Tab. I und II). Den Hauptanteil, etwa 45%, stellen die über 30jährigen Frauen, und über 75% der interruptierten Patientinnen sind verheiratet.

Bedenklich erscheint, daß von 161 unterbrochenen Schwangerschaften 124mal die 1., 2. oder 3. Gravidität unterbrochen wurde, wobei der Gipfel bei der 3. Schwangerschaft liegt. Doch konnten auf der anderen Seite im Berichtszeitraum 245 Neuanmeldungen in der Schwangerenberatung registriert werden, nur 10 weniger als im Jahre 1971.

Über die Frühkomplikationen liegen sehr unterschiedliche Angaben in der Literatur vor. Ein Vergleich zwischen Vakuumexhaustion und instrumenteller Ausräumung ist problematisch und unseres Erachtens nur ratsam, um auf die Vorteile der Vakuumexhaustion hinzuweisen [1, 3, 5, 15].

Die eigene Frühkomplikationsrate ist niedrig, doch sie zeigt, daß die Interruptio auch heute kein gefahrloser Eingriff ist und daß der Satz von Stoeckel noch gilt: „Es ist ein Irrtum zu glauben, daß die legale Ausführung des künstlichen Abortus

Tabelle V. Vergleich von Frühkomplikationen bei Vakuumexhaustion

Veröffentlichungsjahr	Autor	Frühkomplika- tionen in %
1964 .....	Chalupa	6
1968 .....	Birke und Willgerodt	15
1970 .....	Weise	10
1972 .....	Zwahr	24,4
1972 .....	Deidesheimer	6,8

durch ärztliche Hand ein harmloser und ungefährlicher Eingriff ist.“ Im genannten Zeitraum sahen wir eine Spätkomplikation, die erneut zur stationären Behandlung aufgenommen wurde. Es handelte sich um ein frauenfaustgroßes Pyovar und um eine Pyosalpinx 6 Wochen post interruptionem. (Die Patientin, 23 Jahre alt, ledig, Nullipara, wurde laparotomiert, wobei die linken Adnexe exstirpiert wurden.)

Die relativ hohen Medikamentenkosten von 4,08 M (ohne Komplikationen) erklären sich dadurch, daß wir bei den ersten 80 Interruptiones grundsätzlich für 2 bis 3 Tage 3mal 15 Tropfen Methylergobrevin verordneten, außerdem erhielten die Patientinnen sofort post operationem 1 Ampulle Methylergobrevin i.v. Bei den folgenden Interruptiones wurde, bis auf wenige Ausnahmen, bewußt auf ein Uteruskontraktionsmittel verzichtet. Eine verzögerte Uterusrückbildung und damit Verlängerung der Verweildauer sahen wir bei den letzteren Fällen nicht.

Beeinflußt durch dieses günstige Ergebnis sind wir dazu übergegangen, nach erfolgter Interruptio als einzige Medikation für 24 Stunden eine Eisblase zu geben.

Eine weitere Senkung der stationären Verweildauer erscheint nicht wünschenswert, da der Eingriff zur Unterbrechung der Schwangerschaft für die meisten Frauen eine psychische Belastung darstellt, gestützt auf die jahrelangen gesellschaftlichen Vorurteile und Verurteilungen der Interruptio. Die Patientinnen brauchen die Zeit im Zusammenhang mit dem Milieuwechsel, um sich optimal von dem Eingriff zu erholen.

Zu dem großen Ziel, verantwortungsvoll geplante Familien und damit Bestimmung des Zeitpunktes einer Schwangerschaft durch die Ehepartner, ist die Interruptio ein Weg, wenn auch nicht der optimale. An erster Stelle stehen nach dem heutigen Stand der Medizin die oralen und intrauterinen Antikonzeptiva zur Herausbildung der Wunschfamilie. Um zu erreichen, daß allen Frauen im gebärfähigen Alter eine moderne Antikonzeptionsberatung offensteht, ist es notwendig, die vorhandenen Beratungsstellen (Ehe- und Sexualberatung, Schwangerenberatung) zu intensivieren. Das allein reicht jedoch unseres Erachtens nicht aus, um eine signifikante Senkung der Interruptio zu erreichen. Ärzte, Soziologen und Pädagogen sollten viel mehr, als es z. Z. der Fall ist, gezielt die Frauen ansprechen und prophylaktische Maßnahmen zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften verbreiten. In diesem Sinne sehen wir auch die von uns in den Monaten Januar bis März durchgeführte Aktion, die Schulabgängerinnen der 10. und 12. Klassen im Zuge einer Aufklärungsstudie mit moderner Antikonzeption vertraut zu machen.

#### Schrifttum

1. Birke, R., und W. Willgerodt: Zur Technik der vaginalen Schwangerschaftsunterbrechung mittels der Vakuumexhaustion. Zbl. Gynäk. 90 (1968) 243.
2. Cee, K.: Zur klinischen Problematik der einzeitigen instrumentellen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 86 (1964) 524.
3. Chalupa, M.: Gebrauch des Vakuumexhaustors zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 86 (1964) 1803.
4. Cislo, M., K. Nowosad und A. Reszezynski: Schwangerschaftsunterbrechung mit Hilfe einer Saugapparatur. Zbl. Gynäk. 88 (1966) 156.

5. Fläming, C., und P. Schneek: Klinische Erfahrungen bei der Schwangerschaftsunterbrechung mit dem Vakuumexhaustor. Zbl. Gynäk. 91 (1969) 1567.
6. Gesetz über Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. 9. 1950, GBl. S. 1037, i. d. F. des Änderungsgesetzes vom 28. 5. 1958, GBl. I, S. 416.
7. Helbig, W.: Zur Technik der Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 76 (1954) 2008.
8. Hoffmann, J., und E. Ziegel: Klinische Erfahrungen bei der Schwangerschaftsunterbrechung mit der Vakuumexhaustion und dem Metranoikter. Zbl. Gynäk. 94 (1972) 913.
9. Holtorff, J.: Medikationen, Technik und Morbidität beim abortus artificialis. Zbl. Gynäk. 82 (1960) 170.
10. Kraatz, H.: Grundsätzliche Fragen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Dtsch. Ges.wesen 13 (1958) 138.
11. Mehlan, K. H.: Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung — ja oder nein. Dtsch. Ges.wesen 15 (1960) 1206.
12. Müller, W., und W. Carol: Östrogen — Gestagentherapie im Klimakterium. Zbl. Gynäk. 90 (1968) 257.
13. Weise, H., M. Link und E. Bernoth: Kritische Überprüfung ein- und zweizeitiger Methoden der Schwangerschaftsunterbrechungen. Zbl. Gynäk. 92 (1970) 841.
14. Woraschk, H.-J., und I. Berndt: Klinische Erfahrungen mit verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 91 (1969) 6.
15. Zwahr, Chr.: Zur Problematik der legalen Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. 94 (1972) 156.

Ansch. d. Verf.: Dipl. med. B. Deidesheimer,  
Kreiskrankenhaus, 759 Spremberg/L., Karl-Marx-Str. 80

#### Schlüsselwörter:

Geburtshilfe. — Erfahrungsbericht. — Interruptio.