

Zbl. Gynäk. 97 (1975) 85-89

Aus der Frauenklinik (Chefarzt: OMR Dr. med. G. J ä g e r)
des Bezirkskrankenhauses Meiningen
(Ärztlicher Direktor: MR Dr. med. G. T h e i l)

Ambulant-stationäre Zusammenarbeit bei Antragstellung, Erfassung, Durchführung und Nachsorge von Schwangerschaftsunterbrechungen im Bezirkskrankenhaus Meiningen

1. Mitteilung: Organisation, Arbeitsablauf, Dokumentation

Von G. Jäger und J. Müller

Zusammenfassung: Ausgehend von der zielstrebigem Gesundheitspolitik der Deutschen Demokratischen Republik wird über organisatorische Maßnahmen zur lückenlosen Erfassung, qualifizierten Durchführung und konsequenten Nachsorge bei Schwangerschaftsunterbrechungen in der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Meiningen berichtet. Die in der Praxis sich bewährende Organisation und Dokumentation werden beschrieben.

Summary: This report is based on the purposeful health-policy of the German Democratic Republic and tells about the organizational measures to register the interruptions of pregnancy completely. It also tells about the qualified operations and the following care for the women in the Women's Clinic of the District Hospital of Meiningen. The organization and documentation of the praxis are described here.

Die ständige Erhöhung der Qualität des Gesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik fordert im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens eine lückenlos-durchgängige medizinisch-soziale Betreuung [2] zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit unserer Bürger.

Bereits im ersten Jahr des Bestehens der Deutschen Demokratischen Republik wurde zum Aufbau, zur Entwicklung und zur Sicherung des Gesundheitsschutzes von Mutter und Kind das „Gesetz zum Schutze von Mutter und Kind und die Rechte der Frau“ von der Volkskammer verabschiedet [6]. Es folgten Durchführungsbestimmungen, Verordnungen und Verfügungen, die auf diesem Grundgesetz aufbauend rechtsverbindliche Festlegungen für die konkrete Arbeit schafften.

Der VIII. Parteitag der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands hat sich 1971 u. a. auch sehr eingehend mit diesen Fragen erneut beschäftigt und Materialien und Beschlüsse verabschiedet, die es im 5-Jahrplanzeitraum zu realisieren und durchzusetzen gilt.

Ausgehend von der Direktive des Parteitags, dem 5. Plenum des Zentralkomitees der SED im April 1972 und dem gemeinsamen Beschluß des Politbüros, des Ministerrats und des Bundesvorstandes des FDGB vom 25. 9. 1973 wurden weitere, weitreichende sozialpolitische Maßnahmen praxiswirksam.

Nur in diesem Zusammenhang ist auch das „Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft“ vom 9. 3. 1972 [7] zu verstehen und in die zielstrebigem Sozialpolitik von Partei und Regierung einzuordnen. Dabei wird der Frau über die unentgeltliche Möglichkeit der Kontrazeption hinaus das Recht in die Hand gegeben, über den Wunsch auf Schwangerschaftsunterbrechung selbst zu entscheiden. Diese hohe, ihr übertragene persönliche und gesellschaftliche Verantwortung schränkt keineswegs die Grundeinstellung unseres sozialistischen Staates mit der klaren Zielstellung der Weckung des Willens zum Kind ein [5].

Es wird daher und mehr denn je notwendig sein, in den Bereichen Mutter und Kind der Bezirke und Kreise sowie in den Einrichtungen für Gynäkologie und Geburtshilfe alles daran zu setzen, um ein lückenlos ablaufendes „System zur Vermeidung der vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigung“ aufzubauen und zu praktizieren.

Die in der Frauenklinik einschließlich unserer poliklinischen Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Bezirkskrankenhauses Meiningen realisierte enge klinisch-poliklinische Zusammenarbeit [2] bei Antragstellung, Erfassung, Durchführung und Nachsorge von Schwangerschaftsunterbrechungen ist unter den genannten Gesichtspunkten zu sehen und wird in diesem Zusammenhang für das Einzugsgebiet der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Meiningen mit etwa 100 000 Einwohnern praxiswirksam.

Die von uns nach mehrjähriger Vorbereitung und Erprobung gesammelten Erfahrungen sowie die Ergebnisse des Zeitraums vom 1. 1. 1972 bis 31. 12. 1973 basieren auf folgenden Gesichtspunkten:

1. Sicherung des einheitlichen Vorgehens bei Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe in enger ambulant-stationärer Kooperation.
2. Vermeidung unklarer Einweisungsdiagnosen sowie Überwindung von Schwierigkeiten in der Bettenbereitstellung im stationären Bereich.
3. Schaffung von Möglichkeiten einer leicht übersehbaren, schnell auswertbaren Operativstatistik hinsichtlich der Motivationen und Komplikationen bei Interruptiones.
4. Sicherung einer weitgehend lückenlosen Überführung der Frauen nach durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen in die kontrazeptive Dispensairebetreuung.

Unter diesen Zielstellungen soll die erste hier vorliegende Mitteilung zunächst zu Fragen der Organisation, des Arbeitsablaufs und der Dokumentation Auskunft geben.

Nach einem Probelauf von über 5 Jahren wird, auswertbar seit dem 1. 1. 1972, wie folgt verfahren:

1. Der Wunsch einer Frau auf Schwangerschaftsunterbrechung kann entweder dem Haus- oder Betriebsarzt oder – wie bei uns in der Mehrzahl der Fälle üblich – direkt in unserer poliklinischen Abteilung vorgetragen werden. Wurde der Haus- oder Betriebsarzt wunschgemäß zwischengeschaltet, so besteht eine Vereinbarung mit allen Kollegen des Einzugsgebiets, daß die Frauen zunächst unserer gynäkologisch-geburtshilflichen Poliklinik vorgestellt werden.

2. Bei der Vorstellung in unserer poliklinischen Abteilung werden nach Äußerung des Wunsches auf Schwangerschaftsunterbrechung die Anamnese erhoben, die gynäkologische Untersuchung durchgeführt und die Schwangerschaft im Hinblick auf die 12-Wochengrenze eingeschätzt. Die Befunde werden in der hauseigenen poliklinischen Dokumentation entsprechend jeder anderen Konsultation fixiert.

- a) Nach Befunderhebung erfolgt eine Erläuterung der gesetzlichen Bestimmungen und die Aufklärung der Antragstellerin über Art und Gefährdungsgrad des operativen Eingriffs [4]. Es wird die von uns entwickelte „Sonderkarteikarte“ (siehe Tab. I, Vorderseite) zusätzlich ausgefüllt.
- b) Verzichtet die Antragstellerin nach einem individuellen Gespräch auf eine Schwangerschaftsunterbrechung, so wird dieses sowohl in der poliklinischen Dokumentation als auch in genannter Sonderkarteikarte vermerkt. Die Patientin wird der Schwangerenbetreuung [1], die in unsere poliklinische Abteilung integriert ist, zugeführt. Sie erhält bereits ihren Schwangerenausweis und den ersten Wiederbestelltermin für die nächste Kontrolluntersuchung.
- c) Bleibt der Wunsch auf Interruption bestehen und ergeben sich keine Gegenindikationen, so erfolgt die Einweisung in den stationären Bereich. Die Frau erhält sofort ihren Aufnahmetermin mitgeteilt.
- d) Ergeben sich Gegenindikationen, die sich auf die gesetzlichen Bestimmungen oder auf medizinische Kontraindikationen beziehen, so wird mit der Patientin eine Rechtsmittelbelehrung dahin durchgeführt, daß sie die Möglichkeit hat, beim Leiter der Einrichtung, dem die gynäkologische Abteilung untersteht, schriftlich innerhalb von 7 Tagen Einspruch einzulegen [8, 9].

Tabelle I. Sonderkarteikarte, Vorderseite (DIN A 6)

Jahrgang:		
Name:		
Alter:	Wohnort:	
led. — verh. — gesch. — verw. —		
Beruf:		
Partus:	Abortus:	Interruptiones:
Komplikationen:		
L.P.:	Rechn.:	Befund:
Begründung des Wunsches:		
phys.:	psych.:	sozial:
Eingewiesen zum:		
Abgelehnt:		
Begründung:		
Einspr. Krsk.:	gen. am:	abgel. am:
Einspr. Bez.:	gen. am:	abgel. am:
Bemerkungen:		

- e) Die poliklinische Grunddokumentation sowie die genannte Sonderkarteikarte mit den Anfangseintragungen werden der Station sofort übergeben.
- f) Die somit vor der Aufnahme auf Station befindlichen poliklinischen Unterlagen dienen

- als Vormerkdokumente für die zu erwartende Aufnahme und
- als Kontrolldokumente für den Fall, daß die Patientin nicht am Aufnahmetermin erscheint.

Im letztgenannten Fall werden die poliklinische Dokumentation einschließlich Sonderkarteikarte dem poliklinischen Bereich sofort zurückgegeben, so daß dieser die Unterlagen auswerten und die Schwangere notfalls zur Schwangerenbetreuung schriftlich einladen kann [3].

3. Erscheint die Frau zur Schwangerschaftsunterbrechung am genannten Termin im stationären Bereich, so befindet sich dort — wie bereits oben aufgeführt — die gesamte ambulante Dokumentation.

- a) Es werden die Aufnahmeuntersuchungen durchgeführt und das Krankenblatt angelegt.
- b) Im Zuge des Aufnahmegesprächs erfolgt erneute Aufklärung, die voll inhaltlich mit den Argumentationen des poliklinischen Bereichs abgestimmt ist. Die Patientin unterzeichnet die Einwilligungserklärung [9].
- c) Es erfolgt die klinische Operationsvorbereitung.
- d) Verzichtet die Patientin auf die Durchführung des Eingriffs, so wird mit ihr ein Entlassungsgespräch geführt und sie für eine der nächsten Schwangerensprechstunden vorbestellt. In solchen Fällen
 - wird das Krankenblatt abgeschlossen,

- die Sonderkarteikarte und alle ambulanten Unterlagen gehen mit entsprechenden Vermerken zur Poliklinik zurück,
- und die Schwangerenbetreuung wird auf diesem Wege vorinformiert [3].

4. Nach Durchführung des operativen Eingriffs werden im Zuge der klinischen Nachbehandlung die entsprechenden stationären Dokumentationen geführt.

- a) Es erfolgen die notwendigen Vermerke auf der Sonderkarteikarte (Tab. II, Rückseite) sowie in der poliklinischen Grunddokumentation.

Tabelle II. Sonderkarteikarte, Rückseite (DIN A 6)

Stationäre Behandlung

von: bis:

Interruptio durchgeführt am:

Methode:

Anästhesie:

Komplikationen:

Stationär:

intra operationem:

post operationem:

Ambulant:

ambulante Nachuntersuchung am:

Arbeitsunfähigkeit von: bis:

Bemerkungen:

Vermerke:

Mit der Antikonzeption begonnen am:

Bei nicht durchgeführten Interruptiones:

Schwangere in der Schwangerenberatung erschienen am:

- b) Im Entlassungsgespräch wird die Frau nochmals über mögliche Maßnahmen zur Kontrazeption unterrichtet. Sie erhält bereits auf Station den Termin für die erste ambulante Nachuntersuchung in unserer poliklinischen Abteilung mitgeteilt.
- c) Die ambulanten Unterlagen einschließlich der Sonderkarteikarte gehen am Entlassungstag bereits in den poliklinischen Sektor zurück, so daß dieser die Patientin in die Nachbetreuung mit vorgegebenem Termin einordnen kann.
- d) Das stationäre Krankenblatt wird abgeschlossen und archiviert.

5. Erscheint die Patientin zu genanntem Termin zur ambulanten Nachuntersuchung in unserer Poliklinik, so werden

- entweder ein komplikationsloser Verlauf, regelrechte Befunde und ein gutes Allgemeinbefinden festgestellt (Arbeitsfähigkeit wird bescheinigt) oder
- es werden Behandlungsmaßnahmen eingeleitet und fortgeführt.

- a) In der ambulanten Grunddokumentation sowie in der Sonderkarteikarte werden entsprechende Eintragungen vorgenommen.

- b) Die Praxis der beginnenden kontrazeptiven Dispensairebetreuung wird besprochen und in den meisten Fällen bereits auch mit indizierten Maßnahmen zur Antikonzeption begonnen.
- c) Frauen, die sich einer kontrazeptiven Dispensairebetreuung entziehen, werden in bestimmten Abständen durch Anschreiben erneut zur Vorstellung gebeten, so daß weitere Hinweise und praxiswirksame Maßnahmen noch veranlaßt werden können.

Ausgehend vom derzeitigen Stand der Organisation und Dokumentation lassen sich folgende Schlußfolgerungen ziehen:

1. Die Direkteinweisungen in den stationären Bereich mit nicht restlos geklärteter Diagnose wurden vermieden.
2. Die Schwierigkeiten bei der Bettenbereitstellung ließen sich durch straffe Planung in ambulant-stationärer Zusammenarbeit weitgehend überwinden.
3. Es besteht die Möglichkeit, die klinischen Verläufe im poliklinischen Bereich zu überschauen und alle Möglichkeiten der gezielten Nachsorge und Nachbehandlung auszu-schöpfen.
4. Es ergibt sich durch die gesondert abgelagerten, ständig griffbereiten Sonderkarteikarten eine lückenlose Übersicht über das Interruptiogeschehen im Territorium.
5. Es ist durch diese organisatorischen Maßnahmen gelungen, den größten Teil der Frauen nach Schwangerschaftsunterbrechungen der kontrazeptiven Dispensairebetreuung zuzuführen.
6. Nicht zuletzt hat sich gezeigt, daß die bisherigen Ergebnisse auf Grund der engen klinisch-poliklinischen Zusammenarbeit leicht überschau- und auswertbar sind.

S c h r i f t t u m

1. Jäger, G.: Die Bedeutung der Richtlinie für die Tätigkeit der Schwangerenberatungsstellen. *Z. ärztl. Fortbild.* 62 (1968) 672–677.
2. Jäger, G.: Die durchgängige gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung im Bezirkskrankenhaus Meiningen. *Z. ärztl. Fortbild.* 66 (1972) 924–928.
3. Jäger, G., und J. Rothe: Durchgängige ambulant-stationäre Betreuung während der Gestationsperiode. *Zbl. Gynäk.* 96 (1974) 97–104.
4. Keune, G., und J. Rothe: Ärztliche Aufklärung und Beratung nach dem Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft. *Dtsch. Ges.wesen* 28 (1973) 529–538.
5. Rothe, J.: Über Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Schwangerschaftsbeendigung. *Dtsch. Ges.wesen* 22 (1967) 1365–1369.
6. Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau. *GBI, Teil I* 1950, 1037.
7. Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. 3. 1972. *GBI, Teil I, Nr. 5/1972.*
8. Durchführungsbestimmung zum Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft. *GBI, Teil II, 12/1972.*
9. Instruktion zur Durchführungsbestimmung zum Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft. *Verfügungen und Mitteilungen des MfG Nr. 4/1972.*

Anschr. d. Verf.: OMR Dr. med. G. Jäger, Chefarzt der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses, DDR-61 Meiningen;
 J. Müller, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe,
 Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses, DDR-61 Meiningen, Puschkinstr. 3/4

Schlüsselwörter:

Schwangerschaftspathologie. — Organisation, Dokumentation. — Induzierter Abortus.

Zbl. Gynäk. 97 (1975) 90–94

Aus der Frauenklinik
 (Chefarzt: OMR Dr. med. G. J ä g e r)
 des Bezirkskrankenhauses Meiningen
 (Ärztlicher Direktor: MR Dr. med. G. T h e i l)

Ambulant-stationäre Zusammenarbeit bei Antragstellung, Erfassung, Durchführung und Nachsorge von Schwangerschaftsunterbrechungen im Bezirkskrankenhaus Meiningen

2. Mitteilung: Soziale Aspekte und Motivationen

Von J. Müller und G. Jäger

Mit 1 Abbildung

Zusammenfassung: Von den 709 Frauen ausgehend, die Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung stellten, werden die 552 durchgeführten Interruptiones im Hinblick auf die Altersverteilung der Bürgerinnen, die Parität, den Familienstand und die Berufsgruppen analysiert. Die aus den Vorgeschichten entnommenen Motive der Antragstellerinnen werden eingeschätzt und erste sozialmedizinische Schlußfolgerungen gezogen.

Summary: 709 women made proposals to interrupt their pregnancy. 552 from them led to interruptions. They were analysed in the following respects: — age; — married or unmarried; — group of profession; — number of children. — The motives of the women, which want an interruption, are studied carefully and the first sociological and medical conclusions are drawn.

Ausgehend von unseren Darlegungen zur Organisation, zum Arbeitsablauf und zur Dokumentation in der ersten Mitteilung werden im folgenden Ergebnisse im Beobachtungszeitraum vom 1. 1. 1972 bis 31. 12. 1973 vorgelegt und analysiert.

Neben sozialen Aspekten galt dabei unser besonderes Augenmerk den Motivationen der Antragstellerinnen, die aus anamnestischen Angaben im poliklinischen und klinischen Bereich entnommen wurden.

In obengenanntem Zeitraum stellten sich insgesamt 709 Frauen in der ambulanten Abteilung der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Meiningen mit dem Wunsch auf Schwangerschaftsunterbrechung vor (Abb. 1).

Nach Untersuchung, Diagnosestellung und eingehender Beratung konnten auf Grund vorliegender Kontraindikationen 44 Frauen nicht oder nicht mehr stationär eingewiesen werden. Alle anderen Antragstellerinnen wurden mit konkret vorgegebenen Terminen zur stationären Aufnahme bestellt. Es zeigte sich aber, daß 100 Frauen = 14% von sich aus nicht zur Aufnahme erschienen; bei weiteren 13 traten zwischenzeitlich Abortus ein, die wir klinisch behandelten. Über die Verläufe der zunächst erhaltenen Schwangerschaften gibt die Abbildung I eine übersichtliche Auskunft.

Alles in allem zeigt sich, daß von den 709 Frauen, die primär den Wunsch auf Interruption äußerten, bei 552 = 78% eine Schwangerschaftsunterbrechung tatsächlich durchgeführt wurde. Addiert man hierzu die 5% vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen aus anderen Gründen, so kam es bei insgesamt 558 von 709 Frauen = 83% zu vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen.

Wir übersehen dabei keineswegs, daß bei den kontraindizierten und den nicht mehr gewünschten Unterbrechungen 5% Abortus auftraten!

Im weiteren sollen nun die 552 klinisch durchgeführten Interruptiones näher untersucht werden.

Die Altersgruppen (Tab. I) lassen erkennen, daß die Altersverteilung in der Gruppe bis 18 Jahre und in der Gruppe 19 bis 25 Jahre vom Bevölkerungsquerschnitt des

Einzugsgebietes (Landkreis Meiningen) abweicht. Bei kritischer Einschätzung dieser Ergebnisse glauben wir doch annehmen zu dürfen, daß

- keine besondere Belastung in der Gruppe der unter 18jährigen, wohl aber
- eine deutliche Häufung der Schwangerschaftsunterbrechungen bei den 19- bis 25jährigen zu finden ist.

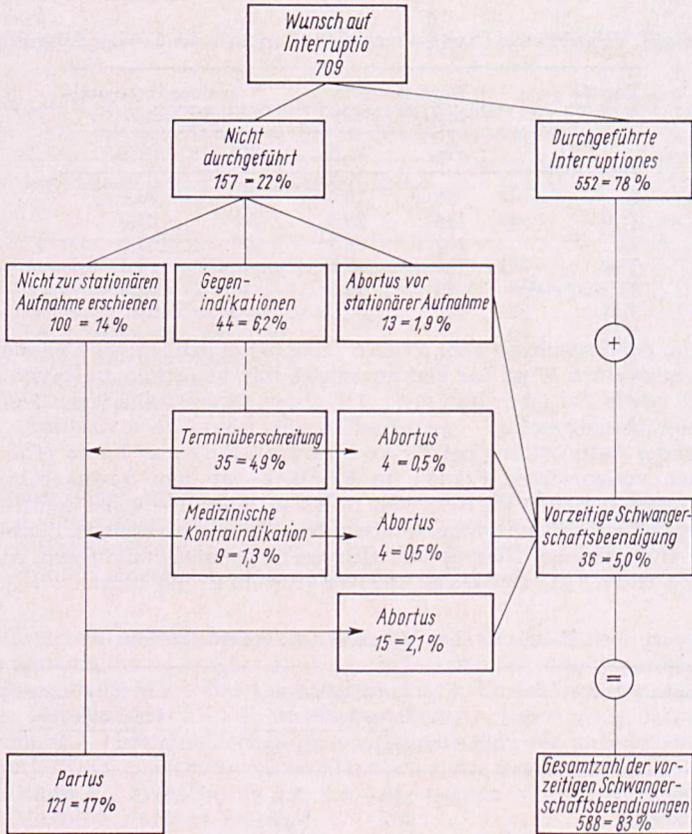


Abb. 1. Gesamtübersicht zur Schwangerschaftsbeendigung

Tabelle I. Altersverteilung der Antragstellerinnen im Vergleich zum Bevölkerungsquerschnitt des Einzugsbereichs

Altersgruppen (Jahre)	Frauen 15 bis 45 Jahre alt im Kreis Meiningen		Durchgeführte Interruptiones		Von einer Interruptio zurückgetreten	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
15 bis 18	1885	13,0	30	5,4	20	20
19 bis 25	3157	22,0	170	30,8	39	39
26 bis 30	2251	16,0	94	17,0	12	12
31 bis 35	2694	19,0	130	23,6	19	19
36 bis 45	4561	30,0	128	23,2	10	10

Erfreulich ist festzustellen, daß bei den unter 18jährigen ein hoher Prozentsatz nach eingehender Beratung (mit den Erziehungsberechtigten) von dem eingangs geäußerten Wunsch zurücktraten.

Untersuchungen unter dem Aspekt der vorhergegangenen Schwangerschaften zeigen (Tab. II), daß der Wunsch auf Interruptio bei Frauen ohne oder mit einem Kind (zusammen 36,5%) doch relativ hoch ist. Die Gruppe der Interruptiones nach dem 2. Kind liegt mit über 28% an der Spitze der einzelnen Altersgruppen.

Tabelle II. Vergleichende Untersuchungen zur Parität in der Untersuchungsgruppe

Parität	Durchgeführte Interruptiones		Von einer Interruptio zurückgetreten	
	abs.	in %	abs.	in %
0	58	10,5	36	36,0
I	144	26,0	24	24,0
II	155	28,2	23	23,0
III	119	21,5	9	9,0
IV und mehr	76	13,8	8	8,0

Die Addition der Ergebnisse aller Frauen ohne bis einschließlich 2 Kinder mit insgesamt 64,7% ergibt einen Wert, der deckungsgleich mit den Erhebungen von Amon und Köhler [1] sowie Deidesheimer [2] unter demographischen Gesichtspunkten nicht unbedenklich erscheint.

Die statistische Aufarbeitung bei Frauen ohne Ehepartner (Tab. III) zeigt — gegenüber den verheirateten Frauen im Einklang mit dem Bevölkerungsquerschnitt (etwa 83% Frauen der DDR im Alter von 15 bis 45 Jahren) — keine deutlich vermehrte Tendenz zur gewünschten Schwangerschaftsunterbrechung bei ledigen, geschiedenen oder verwitweten Bürgerinnen. Hier decken sich die Ergebnisse mit denen von Z w a h r, K n o r r e und K u n z [4] sowie von Deidesheimer [2] nicht.

Tabelle III. Familienstand der Antragstellerinnen

Familienstand	Durchgeführte Interruptiones		Von einer Interruptio zurückgetreten	
	abs.	in %	abs.	in %
Ledig	42	7,6	36	36,0
Verheiratet	487	88,2	63	63,0
Geschieden, verwitwet	23	4,2	1	1,0

Bei den Berufsgruppen (Tab. IV) sind in unserem Material die Angestellten einschließlich der Intelligenz und die Hausfrauen zusammen mit fast 50% gegenüber den anderen Berufsgruppen relativ hoch beteiligt. Noch deutlicher wird dies mit 64% im Greifswalder Material von Amon und Köhler [1]. Diese Relationen weichen vom Bevölkerungsquerschnitt ab.

Die Motivationen, die wir aus den eingehenden Vor- und Aufnahmegesprächen zur Anamnese erkennen konnten (Tab. V), machen deutlich, daß 65% der Frauen wegen angeblich bereits zu hoher Kinderzahl, zu hohem Alter oder nicht vorhandenem Willen zum Kind sowie wegen psychonervaler Überlastung weitere Kinder ablehnten.

Diese Motive sind besonders aggravierend, wenn man bedenkt, daß fast 90% der Frauen verheiratet sind, 2 Drittel von ihnen 2 oder weniger Kinder haben und über 50% jünger als 30 Jahre sind. Die Wohnungsprobleme an sich und die sicherlich oft vorhandenen, zusätzlichen Belastungen durch Ausbildung und Qualifizierung scheinen nicht im Vordergrund zu stehen. Daß 10% aller Antragstellerinnen keine Gründe für den gewünschten

Tabelle IV. Gliederung der Antragstellerinnen nach Berufsgruppen

Berufe	Durchgeführte Interruptiones		Von einer Interruption zurückgetreten	
	abs.	in %	abs.	in %
Arbeiter und Genossenschaftsbauern	254	46,1	41	41,0
Angestellte und Intelligenz	186	33,7	22	22,0
Hausfrauen	88	15,9	15	15,0
Schüler, Lehrlinge, Studenten	24	4,3	22	22,0

Tabelle V. Motivationen nach anamnestischen Angaben im Zusammenhang mit dem Wunsch auf Schwangerschaftsunterbrechung

Motivationen nach anamnestischen Angaben	Anzahl	
	abs.	in %
Angeblich zu hohe Kinderzahl	167	30,0
Angeblich zu alt	86	16,0
Fehlender Wille zum Kind	76	13,7
Ledig, geschieden, verwitwet	65	11,7
Keine Gründe angegeben	52	9,4
Wohnungsprobleme	41	7,4
Studium/Lehre	38	7,0
Angeblich physische oder nervale Überlastung	27	4,8

Eingriff erkennen ließen, macht deutlich, daß wir in unseren Aussprachen streng darauf geachtet haben — und alles vermieden wurde —, Angaben um jeden Preis zu erzwingen.

Aus unseren Untersuchungen innerhalb des obengenannten Zeitraumes glauben wir jedoch erste Schlußfolgerungen mit einem gewissen Wert auf Allgemeingültigkeit ziehen zu können:

1. Mit allen Frauen, die den Wunsch auf Interruption äußern, sind neben gründlicher Diagnostik im ambulanten und stationären Bereich vertrauensvolle Gespräche zu führen, um den Antragstellerinnen die Gesamtproblematik hinreichend zu erläutern. Man sollte ihnen von der Erst- bis zur Nachuntersuchung — neben einer optimalen physischen Betreuung — auch eine hochgradige psychische Führung angedeihen lassen. Dabei sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um den Frauen auch Wege aufzuzeigen, um ihnen bei Fortführung der Schwangerschaft — unter Nutzung der sozialpolitischen Möglichkeiten — zu helfen.
Immerhin entschloß sich bei uns jede 7. Frau zur Austragung der bestehenden Schwangerschaft.
2. Obwohl glücklicherweise eine besondere Häufung in der Altersgruppe unter 18 Jahre nicht zu beobachten ist, sollte die besondere Aufmerksamkeit den Gruppen der 19- bis 25jährigen und 26- bis 30jährigen Frauen gelten — besonders aber bei den Angestellten und Hausfrauen — denen die Weckung des Willens zum gewünschten Kind gelten muß. Hier sollten die großzügigen sozial-politischen Maßnahmen von Partei und Regierung, gepaart mit intensiver Gesundheitserziehung, stärker wirksam gemacht werden. Gewissen Tendenzen einer kurzsichtigen „Wohlstandsideo-logie“ sollte Beachtung geschenkt werden.
3. Die sicherlich oft recht individuell gefärbten Motivationen dürfen bei allen Einschätzungen nicht überbetont werden, da sich nicht selten recht diffizile Gründe hinter den „offiziell gemachten Angaben“ verbergen. In einer Reihe von Fällen zeigten freimütige Gespräche nach durchgeführten Eingriffen, daß der Ehepartner gegen den Willen der Frau seinen Einfluß zweckbetont geltend gemacht hatte.

4. Untersuchungen im größeren Rahmen in aussagekräftigen, signifikanten Größenordnungen territorial unterschiedlicher Einzugsbereiche sind erforderlich, um aus den dann gewonnenen, verallgemeinerungswürdigen Erkenntnissen zu sozial-medizinischen Schlußfolgerungen zu gelangen. Die weitgehende Annäherung individueller und gesellschaftlicher Belange wird zur Herausbildung gesunder, harmonischer Familien beitragen. Dabei sollte das Hauptgewicht der Familienplanung auf der Antikonzption liegen.

Schrifttum

1. Amon, K., und G. Köhler: Vergleichende Untersuchungen zur sozialen Struktur der interruptierten Frauen in den Jahren 1967 bis 1971 gegenüber 1972 an der Universitäts-Frauenklinik Greifswald. Zbl. Gynäk. 96 (1974) 19–24.
2. Deidesheimer, B.: Interruptioanalyse an einem Kreiskrankenhaus. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 819–824.
3. Jäger, G.: Die durchgängige gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung im Bezirkskrankenhaus Meiningen. Z. ärztl. Fortbild. 66 (1972) 924–928.
4. Zwahr, Chr., P. Knorre und L. Kunz: Zur Frage der Rehabilitation nach Interruptio seit Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung. Teil I: Zbl. Gynäk. 96 (1974) 2–9; Teil II: Zbl. Gynäk. 96 (1974) 10–18.

Anschr. d. Verf.: J. Müller, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses, DDR-61 Meiningen;
OMR Dr. med. G. Jäger, Chefarzt der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses,
DDR-61 Meiningen

Schlüsselwörter:

Schwangerschaftspathologie. — Abortusstatistik. — Antragsmotivationen, Schlußfolgerungen.

Zbl. Gynäk. 97 (1975) 95-98

Aus der Frauenklinik
(Chefarzt: OMR Dr. med. G. J ä g e r)
des Bezirkskrankenhauses Meiningen
(Ärztlicher Direktor: MR Dr. med. G. T h e i l)

Ambulant-stationäre Zusammenarbeit bei Antragstellung, Erfassung, Durchführung und Nachsorge von Schwangerschaftsunterbrechungen im Bezirkskrankenhaus Meiningen

3. Mitteilung: Komplikationen bei und nach Interruptiones

Von J. Müller und G. Jäger

Mit 2 Abbildungen

Zusammenfassung: Es werden die Komplikationen bei 552 durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen während der klinischen Behandlung (5,9%), innerhalb der ersten 14 Tage post operationem (10,1%) und im Zeitraum bis zu 3 Monaten (8,8%) untersucht. Die Schlußfolgerungen betonen die notwendige enge ambulant-stationäre Zusammenarbeit, das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis und den Aufbau einer wirksamen kontrazeptiven Dispensairebetreuung.

Summary: 5,9% of the women had complications during their stay in the clinic — 10,1% had to stay there for 14 days after the operation and 8,8% had to stay there for 3 month after it. The conclusions stress the necessary close cooperation of out patient and clinical treatment. They also stress the confidential relation doctor—patient and the building up of an effective system to prevent pregnancy.

Die im Zeitraum vom 1. 1. 1972 bis 31. 12. 1973 in der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Meiningen durchgeführten Interruptiones wurden ausschließlich einzeitig nach Dilatation des Zervikalkanals mit Hegar-Stiften mittels Absaugen des Schwangerschaftsprodukts durchgeführt.

Die Anästhesie lag in den Händen von Fachanästhesisten der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie des Bezirkskrankenhauses Meiningen, die mit der Frauenklinik hinsichtlich der gesamten operativen Therapie eng zusammenarbeitet. Die Tabelle I gibt eine Übersicht über die bei 552 Patientinnen angewandten Anästhesieverfahren. Wir führten dabei in der letzten Zeit ausschließlich Apparatnarkosen durch. Narkosezwischenfälle waren im genannten Zeitraum nicht zu verzeichnen.

Tabelle I. Anästhesieverfahren bei Durchführung der Interruptiones

Narkosearten	Anzahl	
	abs.	in %
Apparatnarkose: sogenannte Maske mit Hexobarbital + Lachgas/Sauerstoff	386	70,0
Apparatnarkose mit Intubation	7	1,3
Sombrevin-Narkose	64	11,6
Periduralanästhesie	89	16,0
Chloräthyl-Äthernarkose	6	1,1

Für die richtige Einschätzung der möglichen Komplikationen bei und nach Schwangerschaftsunterbrechungen ist Voraussetzung, daß

- eine enge stationär-ambulante, postoperative Überwachung nach einheitlichen Gesichtspunkten möglich ist und
- die Komplikationen in 4 Zeitgruppen unterteilt untersucht werden sollten, nämlich

1. Komplikationen während des stationären Aufenthalts,
2. Komplikationen innerhalb der ersten 2 Wochen im Bereich der ambulanten Überwachung,
3. Komplikationen bis 3 Monate nach dem Eingriff und
4. Spätkomplikationen, die sich eventuell als Folgeerscheinung nach Jahren zeigen.

Gerade die letzte Gruppe, die wir leider noch nicht untersuchen konnten, läßt Aspekte erwarten (Zervixinsuffizienz, Sterilität), die zur Beurteilung zukünftiger Indikationsstellungen von großer Bedeutung sein werden.

Von den 552 in obengenanntem Zeitraum durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen verliefen innerhalb der 3-Monatsgrenze 414 = 75,2% ohne Komplikationen (Abb. 1). Die 24,8% der Gesamtkomplikationen verteilen sich vorwiegend auf die ersten 14 Tage post operationem. Die Übersicht (Tab. II) zeigt im einzelnen, daß

- die Endomyometritis die Hälfte und
- Adnexitis und Parametritis etwa ein Viertel aller Fälle ausmachen.

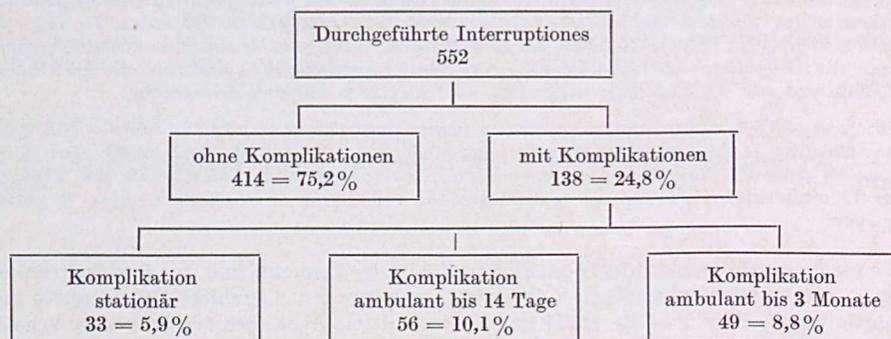


Abb. 1. Gesamtübersicht über die Komplikationen nach durchgeführten Schwangerschaftsunterbrechungen

Tabelle II. Übersicht zu den einzelnen Komplikationen nach Zeitgruppierung

Komplikationen	Während des stationären Aufenthalts	Bis 14 Tage post interruptionem	Bis 3 Monate post interruptionem
Perforation	7	—	—
Zervixriß	1	—	—
Endomyometritis	12	43	16
Stärkere Nachblutung	5	—	—
Adnexitis	4	6	8
Parametritis	—	2	7
Thrombophlebitis	1	2	—
Sekundäre Anämie	—	2	3
Psychotische Reaktion	—	1	—
Temperatur über 37,5°C	3	—	—
Verstärkte Regelblutungen	—	—	15
	33 = 5,9%	56 = 10,1%	49 = 8,8%

Perforationen und tiefe Zervixrisse, die anfänglich unter der Operation auftraten und zur Uterusexstirpation führten, sind durch größere Übung der Operateure im Jahre 1973 und nunmehr auch im ersten Halbjahr 1974 nicht mehr beobachtet worden.

Alle Frauen wurden von uns vor und nach dem Eingriff eingehend auf die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer wirksamen Kontrazeption hingewiesen. Bei der ersten Nachuntersuchung besprachen wir dann konkret das erforderliche Vorgehen und begannen in den meisten Fällen mit kontrazeptiven Maßnahmen. Abbildung 2 gibt eine erste Übersicht über den Grad der Einbeziehung in die in unserer Klinik aufgebaute „kontrazeptive Dispensairebetreuung“.

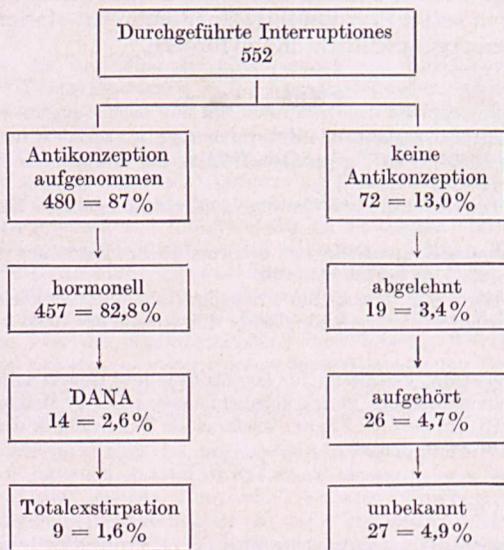


Abb. 2. Übersicht über kontrazeptive Maßnahmen nach Interruptiones

Nur 13% aller ehemaligen Antragstellerinnen konnten trotz unserer Bemühungen (schriftliche Wiederbestellung) nicht für kontrazeptive Maßnahmen gewonnen werden. Immerhin ließ sich bisher feststellen, daß Zweitinterruptiones unter 3% sehr selten geblieben sind.

Aus den vorgelegten Erhebungen lassen sich folgende Schlußfolgerungen ziehen:

1. Für die Einschätzung der möglichen Komplikationen bei und nach Schwangerschaftsunterbrechungen ist Voraussetzung, daß eine enge ambulant-stationäre, bedarfsgerechte Zusammenarbeit praktiziert wird, die es allein erlaubt, die Patientinnen über einen längeren Zeitraum post interruptionem nach einheitlichen Gesichtspunkten zu überwachen und zu behandeln. Dabei lassen sich auswertbare Ergebnisse nur mit einer abgestimmten Dokumentation ermitteln.
2. Geübte Operateure und eine exakte Nachbehandlung halten die Komplikationsrate niedrig und vermeiden schwere Folgen. Erst spätere Untersuchungen werden endgültig darüber Auskunft geben können, welche tatsächlichen Spätfolgen zu erwarten sind.

3. Eine von einem engen Arzt-Patient-Verhältnis ausgehende psychische Führung von der Antragstellung bis zur Nachsorge stellt hohe Forderung an die Gynäkologen, um der Rolle des Arztes des Vertrauens gerecht zu werden. Leichtfertig oberflächliche Aufnahmegespräche im Tone kalter Routine sind genauso schädlich wie Abschreckungsversuche mit Erzeugung einer Komplikationsfurcht. Immer sollte man sich als Frauenarzt darüber im klaren sein, vor welch schwierigen eigenen Entscheidungen die Antragstellerinnen stehen und mit sich ringen, bis der nicht leichte Entschluß zur Schwangerschaftsunterbrechung bei der Frau heranreifte.
4. Allen Frauen müssen Möglichkeiten und Wege aufgezeigt werden, welche Schritte einer wirksamen Antikonzeption — als der besten Methode einer sinnvollen Familienplanung — gegangen werden können. Der Aufbau einer kontrazeptiven Dispensairebetreuung ist daher in jedem Einzugsgebiet einer ambulant-stationären gynäkologisch-geburtshilflichen Versorgungseinrichtung zu fordern.

Schrifttum

1. Amon, K., und G. Köhler: Vergleichende Untersuchungen zur sozialen Struktur der interruptierten Frauen in den Jahren 1967 bis 1971 gegenüber 1972 an der Universitäts-Frauenklinik Greifswald. Zbl. Gynäk. 96 (1974) 19—24.
2. Deidesheimer, B.: Interruptioanalyse an einem Kreiskrankenhaus. Zbl. Gynäk. 95 (1973) 819 bis 824.
3. Jäger, G.: Die durchgängige gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung im Bezirkskrankenhaus Meiningen. Z. ärztl. Fortbild. 66 (1972) 924—928.
4. Zwahr, Chr., P. Knorre und L. Kunz: Zur Frage der Rehabilitation nach Interruptio seit Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung. Teil I: Zbl. Gynäk. 96 (1974) 2—9; Teil II: Zbl. Gynäk. 96 (1974) 10—18.

Anshr. d. Verf.: J. Müller, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses, DDR-61 Meiningen;
OMR Dr. med. G. Jäger, Chefarzt der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses,
DDR-61 Meiningen

Schlüsselwörter:

Schwangerschaftspathologie. — Abortusstatistik. — Komplikationen.