

## Qualitätsstandards beim instrumentellen Schwangerschaftsabbruch

**Mirjam Denteneer**

Medisch Centrum voor Geboortenregeling, Leiden, Niederlande

An welche Faktoren denke ich bei Qualität des Schwangerschaftsabbruchs im ersten Trimester?

Zunächst an folgende Qualitätsfaktoren:

1. Wie erstellt man eine Diagnose?
2. Welche Kenntnisse benötigt der Arzt, um die Diagnose stellen zu können?
3. Welche Atmosphäre soll eine Klinik bieten?
4. Welche Instrumente sind wichtig, um eine gute Saugkürettage durchführen zu können?
5. Welche Komplikationen können auftreten und wie kann man sie vermeiden bzw. welche Versorgung ist bei möglichen Komplikationen notwendig?
6. Welche Standards für die Nachuntersuchung wenden wir an?
7. Wie ist der behandelnde Arzt ausgebildet?
8. Gibt es eine Verlaufsdokumentation?

In Holland beginnt ein Schwangerschaftsabbruch mit der Terminabsprache, d.h. eine Patientin ruft an und wird am Telefon von jemandem betreut, der oft keine medizinischen Vorkenntnisse hat. Schon der- oder diejenige am Telefon sollte über eine Liste mit Fragen und Informationen verfügen, so dass beispielsweise eine Frau, die eine Narkose möchte, gleich informiert wird, dass sie nüchtern kommen soll.

### Die Diagnose

Erst muss natürlich eine gynäkologische Anamnese erfolgen. Es klingt einfach und ist auch nicht so schwierig. Man muss wissen, wann der erste Tag der letzten Blutung war um zu erfahren, ob die Schwangerschaft so lang besteht, wie die Frau denkt, oder möglicherweise auch davon abweichend. Dazu gehören auch folgende Fragen: Ist die Regel regelmäßig, wurden eine Pille oder andere Hormone eingenommen, kam es während der Pilleneinnahme vielleicht zu einer Erkrankung wie Grippe mit Durchfall oder Erbrechen? Auch sollte man den allgemeinen Gesundheitszustand abfragen. In der Regel sind Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, ziemlich jung und meistens auch gesund. Es gibt aber Fälle, in denen ein Schwangerschaftsabbruch contraindiziert sein kann, zumindest fragwürdig, etwa bei Vorkommen einer Sichelzellanämie oder bei Blutgerinnungsproblemen, beispielsweise dem Willebrand-Jürgens-Syndrom. Auch sollten Voroperationen, insbesondere in der Bauchregion, erfragt werden. Hierdurch können möglicherweise auch Rückschlüsse auf die Verträglichkeit von Lokalanästhesie oder Vollnarkose gezogen werden. Zusätzlich ist es wichtig zu wissen, ob die Frau drogenabhängig war oder immer noch ist, weil sie dann bei der Anästhesie anders reagiert. Weitere Untersuchungen sind nicht notwendig. Eine Hämoglobinbestimmung muss nur gemacht werden, wenn Anämie eine Volkskrankheit ist. Das ist in den hochindustrialisierten Ländern des Westens nicht der Fall. Blutdruck und Puls messen wir eigentlich nur in den Kliniken, die Abbrüche im zweiten Trimester durchführen, in den Ersttrimester-Kliniken fast nie. Sehr wichtig ist die Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors der Frau.

Als Letztes komme ich zur Ultraschalluntersuchung. Ich weiß, dass in den Entwicklungsländern nicht überall ein Ultraschallgerät vorhanden ist, aber in Westeuropa sollte man ohne Ultraschall keinen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Ich habe zehn Jahre ohne Ultraschall arbeiten müssen, ich weiß, wie das ist. Durch die Ultraschalluntersuchung kann die Übereinstimmung zwischen Schwangerschaftsdauer und Datum der letzten Regel geprüft werden. Ich glaube, dass der Ultraschall sehr viele Informationen bietet, so dass man der Frau eine bimanuelle Untersuchung ersparen kann.

### **Kenntnisgebiete**

Es hört sich selbstverständlich an: Ein Arzt sollte sich mit der Anatomie des Beckens der Frau auskennen, das heißt die Gebärmutterlage, manchmal liegt die Gebärmutter nach vorne oder nach hinten, auch Uterusanomalien, z. B. ein Uterus bicornis oder subseptus, sollten dem Arzt bekannt sein. Der zweite Bereich betrifft die Anästhesie, vor allem die Lokalanästhesie: Lokalanästhesiemittel können schwere Zwischenfälle verursachen, weswegen man sich gut mit den Maximaldosierungen auskennen muss. Dazu kommt auch, dass schwangere Frauen sensibler für Lokalanästhesie sind als andere Patienten. Die Nebenwirkungen sind häufiger vorkommende Konvulsionen. Vor zwei Jahren hat in Holland die Verabreichung eines falschen Lokalanästhetikums in einer Abtreibungsklinik zu einem Todesfall geführt. In den Vereinigten Staaten stellte man fest, dass die häufigste Todesursache bei Schwangerschaftsabbrüchen die Anästhesie ist, Tendenz steigend. Unsere Erfahrungen in den Niederlanden sind nicht so dramatisch wie in den Vereinigten Staaten. Aber alle Menschen, die in Holland mit Schwangerschaftsabbrüchen beruflich zu tun haben, waren schockiert von dem Todesfall. Mit Vollnarkose haben wir keine schlechten Erfahrungen. In der Vergangenheit wurde häufig Midazolam angewendet, primär um die Angst zu senken. Heute kommt meist Propofol zur Anwendung und dies mit voller Zufriedenheit.

Weiterhin sind Kenntnisse über die pathologische Frühschwangerschaft erforderlich. Man denke an die extrauterine Schwangerschaft, die zervikale Schwangerschaft und die Blasenmole.

### **Die Atmosphäre in der Klinik**

Nicht nur die medizinische Ausstattung der Klinik zählt! Frauen, die sich zu einem Schwangerschaftsabbruch entschlossen haben, sind durcheinander und unglücklich. Es ist wichtig, ihnen eine freundliche Umgebung zu bieten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihnen mit Respekt und Einfühlungsvermögen begegnen. Viel Geduld sollte der Frau entgegen gebracht werden, wenn sie die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch formuliert. Andererseits muss nicht immer zu betont werden, dass sie eine schwierige Entscheidung trifft. Fingerspitzengefühl und Erfahrung sind wichtige Fähigkeiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, leider verfügen nicht alle über diese Fähigkeiten.

In der niederländischen Gesetzgebung wird betont, dass die Frau sich selbständig für den Abbruch entscheiden muss und nicht beeinflusst oder gar gezwungen werden darf. Wenn sie ihre eigene Entscheidung formuliert und eindeutig ausspricht, dass sie den Abbruch zu diesem Zeitpunkt als einzige Möglichkeit sieht, steht dem Eingriff nichts mehr im Wege und es gibt keinen Grund, länger in die Frau einzudringen.

Um den Frauen weitgehend ihre Privatsphäre zu belassen, ist der Aufenthalt in der Klinik so kurz wie möglich zu gestalten. Andererseits können Kontakte zwischen den Frauen in der Klinik hilfreich sein, um so im Gespräch das Tabu des Abbruchs zu durchbrechen. Bei einem Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon streben wir einen Aufenthalt von nicht mehr als zwei Stunden an. In diesen zwei Stunden finden das Beratungsgespräch, die Voruntersuchung, der Eingriff und die Beobachtung nach dem Eingriff statt. In der Literatur fand ich Hinweise, dass in vielen Ländern ein drei- bis vierstündiger Aufenthalt nach dem Eingriff als Standard gilt. In den Niederlanden gehen wir davon aus, dass eine halbe Stunde reicht, wenn nichts Unvorhergesehenes passiert.

### **Die richtigen Instrumente für einen Schwangerschaftsabbruch**

Nun kommen wir zu den Instrumenten. Als Erstes müssen die Instrumente richtig sterilisiert werden. In den Niederlanden wird mit der Instrumentensterilisation häufig ein externes Unternehmen beauftragt. Voraussetzung ist natürlich, dass das Unternehmen eine Genehmigung für diese Aufgabe hat und geltende Standards umsetzt. Daneben ist auf den sterilen Umgang bei der Durchführung des Abbruchs zu achten, dies klingt selbstverständlich.

Als Zweites sollte man über eine vernünftige Pumpe verfügen, die einen negativen Druck von ungefähr 0,7 bis 0,8 Atmosphäre entwickeln kann. Es sollte eine zweite Pumpe vorhanden sein, wenn man zwei Behandlungszimmern hat, auch eine dritte. Erfahrungen beispielsweise aus Südafrika zeigen, dass eine manuelle Vakuumpumpe als Saugkürettage sehr geeignet ist. Im Allgemeinen benutzen wir flexible PVC-Saugküretten nach Karman. Diese haben Durchmesser von 4 bis 12 mm und werden steril verpackt angeboten. Wir wählen immer die kleinstmögliche Kürette, als Faustregel kann gelten: je älter die Schwangerschaft, umso dicker muss die Kürette sein. Manche bevorzugen Küretten nach Lunau, welche aus durchsichtigem Hartplastikmaterial hergestellt sind. Der Vorteil ist, dass man das Schwangerschaftsprodukt beim Absaugen sieht, der Nachteil, dass es schwerer zu beurteilen ist, ob und dass die Gebärmutter leer ist. Es spricht natürlich nichts dagegen, zwei Küretten einzusetzen. Erst eine aus Hartplastik und dann eine flexible.

Als vorletzten Punkt kommen wir zum Ultraschall. Beim Zweittrimester-Eingriff halten wir in den Niederlanden den Einsatz von Ultraschall für absolut notwendig. Auch beim Abbruch im ersten Trimester ist das Ultraschallgerät eine große Hilfe.

Als Nächstes möchte ich noch über die Dilatation sprechen. Obwohl sie in den Niederlanden nicht von jedem verwendet werden, glaube ich, dass die Hawkin-Ambler-Dilatatoren die besten sind, weil die Stifte von 3 bis 6 mm konisch zulaufen. Man muss allerdings manchmal viel Kraft anwenden, um den Gebärmuttermund zu öffnen.

### **Mögliche Komplikationen**

Zu unterscheiden sind Komplikationen, die direkt in der Klinik auftreten und spätere, noch nach Jahren einsetzende Komplikationen.

Als erste Komplikation ist der unvollständige Abbruch zu nennen. Wenn man nach der Kürettage gleich unter Licht das abgesaugte Gewebe untersucht, kann man mit einiger Erfahrung sehen, ob das Gewebe vollständig ist. Wenn das nicht festgestellt werden kann, sollte der Zustand mit Ultraschall kontrolliert werden. Wenn die Schwangerschaft fortbesteht, muss die Kürettage wiederholt werden. Wenn nicht, sollte man die Geräte und die Saugschlange überprüfen. Man kann auch erwägen, Misoprostol nach Hause mitzugeben. Wenn sich noch Gewebereste in der Gebärmutter befinden, können diese dann später ausgestoßen werden. Man muss natürlich in diesen Fällen in Erwägung ziehen, dass es sich um eine extrauterine Schwangerschaft handelt. Bei Verdacht auf Perforation der Gebärmutter sollte man mittels Ultraschallkontrolle versuchen, den Abbruch fortzuführen und erfolgreich zu beenden. In solch einem Fall sollte eine Frau länger in der Klinik beobachtet werden, Blutdruck, Brust- und Bauchschmerzen sollten kontrolliert und notiert werden. Nach einer Stunde sollte eine Untersuchung des Bauches erfolgen. Bei unauffälligem Befund kann die Frau nach einer Stunde entlassen werden. Die Verordnung eines Antibiotikums ist zu empfehlen. Zur Prävention von Perforationen ist von der Benutzung von Hystrometern wie auch von scharfen Geräten aus rostfreiem Stahl abzusehen. Auch hier ist die Benutzung von Hawkin-Dilatatoren nach unseren Erfahrungen vorteilhaft. Gemäß amerikanischen Studien der 70er Jahre sind die Erfahrung des Arztes und die Benutzung von Laminaria wichtige Faktoren für die Prävention von Perforationen. Leider wird in den Studien nicht angegeben, welche Instrumente damals benutzt wurden. In den Niederlanden wird im ersten Trimester nur in Ausnahmefällen eine zervikale Vorbereitung durchgeführt. Dieses Vorgehen kann im weiteren Verlauf der Tagung möglicherweise noch zu interessanten Diskussionen führen.

Ein anderes Problem ist Blutverlust von mehr als 500 ml, hierbei sollten Hysterotonika eingesetzt werden, früher Methergin – in Holland inzwischen fast obsolet –, heute zumeist Oxytocin intravenös oder intrazervikal und immer häufiger auch Misoprostol. Man sollte natürlich Maßnahmen zur Schockprävention ergreifen und, wenn notwendig, zur Bluttransfusion in ein Krankenhaus überweisen. Das ist ein wichtiger Punkt bezüglich der Qualitätsstandards: Da wir alle in ambulanten Kliniken arbeiten, ist es wichtig, einen guten Kontakt mit einem Krankenhaus zu haben und die

Zusammenarbeit zu organisieren und zu regeln. So kann vermieden werden, erst in Problemsituationen ein Krankenhausbett suchen zu müssen. In Leiden haben wir die Garantie, dass das drei Kilometer entfernte Krankenhaus auch tatsächlich die Patientin übernimmt. Selbst wenn das Krankenhaus keine Betten mehr hat, ist die Übernahme in der Regel kein Problem, aber es gibt auch Standorte bei denen das nicht reibungslos klappt.

Eine weitere, manchmal auftretende Komplikation ist eine blutüberschwemmte oder mit Blutkoageln gefüllte Gebärmutter, was sich in krampfhaften, durch Schmerzmittel nicht zu lindernden Schmerzen äußert. Meistens muss in diesen Fällen die Absaugung wiederholt werden. Ursache für die Nachblutung ist häufig ein kleiner Geweberest, der in der Gebärmutter verblieben ist. Außer einer engmaschigen Kontrolle sollten auch Uterotonika eingesetzt werden und bei Bedarf Maßnahmen zur Schockprävention. Um einem Zervikalriss vorzubeugen kann man, so rät einer meiner Kollegen, auch mit beiden Händen arbeiten, indem man die linke Hand mit dem Ziehhaken auf das Spekulum aufstützt und dann vorsichtig versucht, die Gebärmutter zu öffnen. Wenn es zu einem Zervikalriss kommt, ist meistens keine weitere Versorgung notwendig, manchmal kann ein Tampon das Blut stillen.

In den beiden Kliniken, in denen ich arbeite, treten alle genannten Komplikationen auf und trotzdem kommt es fast nie zu einer Überweisung ins Krankenhaus. Im Jahr 2002 betrafen alle Überweisungen in Leiden Abbrüche im zweiten Trimenon.

Unter den später auftretenden Komplikationen ist als Erstes die Rhesussensibilisierung zu nennen. Ab der achten Schwangerschaftswoche bestimmen wir den Rhesusfaktor und, wenn die Frau negativ ist, geben wir im allgemein auch Anti-D.

In Schweden findet jetzt eine breit angelegte Untersuchung zur Rhesus-Sensibilisierung statt. Das ist eine wichtige Studie, allerdings wird es noch ein paar Jahre dauern, bis wir die Ergebnisse haben. Wenn man Antibiotika hat, sollen sie eingesetzt werden, um eine Infektion und eventuell auch eine Sepsis zu vermeiden, die zu einer späteren sekundären Infertilität führen kann. Auch die Bildung von Bindegewebebrücken kann dadurch reduziert werden, wenn zu viel ausgeschabt wurde. Letzte Woche wurde auf der Versammlung der Abtreibungsärzte in den Niederlanden von einem Gynäkologen vorgeschlagen, dass wir Abtreibungsärzte die Technik der Hysteroskopie lernen sollten, so dass wir in den ersten sechs Wochen nach dem Eingriff selbst die Gebärmutter durch Endoskopie beurteilen können. Das war eine revolutionäre Idee, unser Verband hat sich noch nicht entschieden.

### **Die Nachbetreuung**

Jeder Frau sollte eine Nachuntersuchung angeboten werden. Viele Frauen in den Niederlanden gehen zu ihrem Hausarzt zur Nachkontrolle. Ich halte das für gut. Sollten allerdings Probleme auftauchen, bevorzugen wir es, wenn die Frau zu uns kommt. Es passiert sehr oft, dass sie sich bei einem Gynäkologen meldet, der dann noch einmal nachsaugt, obwohl es unter Umständen gar nicht nötig ist. Solche Fälle wollen wir gerne selbst beurteilen.

### **Ausbildung der Ärzte**

In Holland gibt es spezialisierte Abtreibungsärzte, die von anderen Abtreibungsärzten ausgebildet werden. Über 95 % aller Schwangerschaftsabbrüche finden in ambulanten Kliniken statt und werden nicht von Gynäkologen, sondern von Abtreibungsärzten ausgeführt. Auch die Gynäkologen in Holland glauben übrigens, dass wir es besser können als sie.

Der Verband der Abtreibungsärzte kümmert sich um die Qualitätsstandards seiner Mitglieder. Er hat festgelegt, welche Standards eine Klinik haben muss, sie sind in einem umfangreichen Buch festgehalten. Der Verein hat in den letzten zwölf Jahren auch ein Handbuch für Ärzte zusammen-

gestellt, das vor einem halben Jahr aktualisiert wurde. Letzte Woche hat der Verband auch die Ausbildungsstandards für Abtreibungsärzte festgelegt.

### **Dokumentation**

Die Dokumentation des Verlaufs wird immer wichtiger, weil die Gesetzgebung sie verlangt und sie zudem für das Klinikpersonal hilfreich ist. Ich glaube, dass es für Leute, die in den Kliniken arbeiten, hilfreich ist. In unserer Klinik sind wir gerade dabei, das Qualitätssystem mittels Intranet für jeden zur Verfügung zu stellen. Es ist ein langwieriger Prozess, der noch nicht abgeschlossen ist.

Zum Schluss möchte ich hervorheben, dass die Voraussetzungen für einen problemlosen Abbruch eine gute Anamnese und Untersuchung sind und ebenso die Nachsorge. Meiner Meinung nach gewinnt der Einsatz von Ultraschall immer mehr an Bedeutung, aber das Gefühl in den Händen ist noch genauso wichtig. Betonen möchte ich die Bedeutung der Protokollierung jedes einzelnen Schrittes im Gesamt Ablauf. Ich bin mir bewusst, dass ich nicht alle Probleme ansprechen konnte, aber ich hoffe, ich konnte Ihnen einen Einblick in die Vorgehensweise bei uns in den Niederlanden geben.