

werden. In Zusammenhang mit rein operativ bedingten Komplikationen wird kein tödlicher Zwischenfall beobachtet. Schließlich ergibt sich unter Berücksichtigung aller gynäkologischen, direkt mit dem operativen Eingriff verknüpften Komplikationen eine gereinigte Frühmorbidity von 12,8%. Um die Belastung einzelner Operationsmethoden herauszustellen, wurden die beobachteten Komplikationen zu diesen in Beziehung gesetzt: bei Gegenüberstellung der klassischen instrumentellen Ausrüstung (514 Fälle) zur Vakuumentrahlung (683 Fälle) zeigt sich eine deutlich geringere Belastung des letztgenannten Verfahrens (Komplikationsrate 18,5 : 7,9%). — Nachgewiesen wird eine Zunahme der Komplikationsrate in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer, in Abhängigkeit von der Anzahl vorangegangener Graviditäten, während eine von anderen Untersuchern beobachtete Zunahme in Abhängigkeit vom Lebensalter der Patientin sich nicht bestätigen läßt. — Es folgt die Besprechung einzelner Krankheitsbilder: Die Perforatio uteri erweist sich mit 0,9% in dem Beobachtungsgut als keineswegs selten. Zervixrisse wurden in 2,3% registriert, darunter auch solche, die nach Lokalisation und Ausdehnung eine chirurgische Versorgung nicht erforderten. Zu Blutverlusten, die eine Infusionstherapie notwendig machten, kam es in 1,5% aller Fälle. Hinweise auf entzündliche Reaktionen im Bereiche des Genitale ergaben sich in der Zeit der stationären Beobachtung bei 7,2% unter 100 Schwangerschaftsunterbrechungen. Dabei ließ sich die größte Gruppe mit insgesamt 78 Patientinnen unter der klinischen Diagnose „Endometritis bzw. Endomyometritis“ zusammenfassen, während zunächst nur in einem niedrigen Prozentsatz von 0,9 pathologische Tastbefunde im Bereiche der Adnexe erhoben werden konnten. In Bestätigung der Beobachtungen von Cernoch, der auf die Bedeutung der schleichenden ascendierenden Infektion hinweist, die sich erst in der 2. bis 3. Woche post operationem — also nach Abschluß der klinischen Beobachtung — manifestiert, ergab die Nachuntersuchung von 275 Patientinnen (Universitäts-Frauenklinik Berlin) 2 bis 4 Wochen nach der Operation ein anderes Bild: 40% der Untersuchten erschienen behandlungsbedürftig, 32% wegen einer Endometritis, 4% wegen einer Adnexitis, wobei mehr als die Hälfte dieser letztgenannten Patientinnengruppe bereits vorher mit dem Bild der Endometritis auffällig erschien. In diesem Zusammenhang wird auf die Bedeutung der Endometritis für die Wegbereitung der ascendierenden Infektion aufmerksam gemacht. — Aus dem Ergebnis der Nachuntersuchung kann geschlossen werden, daß sich die im Zusammenhang mit der Interruptio graviditatis beobachtete Frühmorbidity über den zunächst registrierten Prozentsatz primärer Komplikationen von 12,8% gerade durch das Manifestwerden solcher schleichenden Infektionen wesentlich erweitert. Gleichzeitig leitet sich die Forderung ab, neben ausreichender stationärer Beobachtung einer intensiven Nachsorge große Beachtung zu schenken. In Zusammenfassung aller erwähnten Faktoren wird gesagt, daß auch die lege artis durchgeführte Interruptio graviditatis ein ernst zu nehmender Eingriff bleibt, der — mit nicht geringem Risiko belastet — das ultimum refugium bleiben sollte. Wo eine bestehende Schwangerschaft geopfert werden muß, sollte unter Auswahl eines möglichst schonenden Operationsverfahrens zu einem möglichst frühen Zeitpunkt und von der Hand eines geübten Operateurs das Risiko der vorzeitigen Unterbrechung einer intakten Gravidität so klein wie möglich gehalten werden. (Autoreferat)

**5. Waldeyer (Berlin): Die Tätigkeit der Schwangerschaftsunterbrechungskommissionen in Berlin.** Kurze Schilderung des Weges, den ein Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung in Berlin nimmt. Dazu eine graphische Darstellung. Zu den Kommissionssitzungen ist selbstkritisch zu sagen, daß die Kommissionen nicht die Aufgabe haben, die Antragstellerin für die Situation mit verantwortlich zu machen und moralische Urteile zu fällen — auch nicht indirekt durch das persönliche Verhalten während der Sitzung. Vielmehr sollte das Mädchen oder die Frau in erster Linie hilfebedürftige Patientin sein, also nicht nur Verhandlungspartnerin. Die Arbeit einer Schwangerschaftsunterbrechungskommission ist eine ärztliche Tätigkeit und kein Verwaltungsakt. — Eine durch die Instruktion angestrebte einheitliche Beurteilung der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung ist in den Berliner Stadtbezirken noch nicht in dem gewünschten Maße erreicht worden. Das liegt im wesentlichen an der immer noch recht subjektiven Auslegung des Absatzes 1a der Instruktion. — Die Zahl der seit 1962 stationär behandelten Abortus und künstlichen Unterbrechungen bei Berliner Frauen ist laufend höher geworden. Die Abortus durch illegalen Eingriff haben abgenommen. Durch den in den letzten Jahren eingetretenen

c2357

Rückgang des Lebendgeborenenüberschusses ist die Bevölkerungsbilanz in Berlin wieder negativ geworden. Die Müttersterblichkeit konnte in den letzten Jahren erheblich gesenkt werden. In der Republik kamen 1968 nur 5 mütterliche Todesfälle auf 10 000 Geborene. Den höchsten Anteil an den Todesursachen haben immer noch die Abortus. Empfehlung an die Kommissionen, vor Genehmigung einer Interruptio alle Möglichkeiten der Therapie, also auch und vor allem der sozialen Therapie auszuschöpfen. Es wird häufig viel zu vorzeitig resigniert. Wir dürfen nicht vergessen, daß es bei einer Schwangerschaftsunterbrechung nicht nur um das Wohlbefinden der Mutter im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation geht, sondern auch um das Kind. Wir müssen erreichen, daß eine körperlich und geistig einigermaßen gesunde Frau den Willen zum Kinde bejaht. (Autoreferat)

c 2358

**6. Rothe (Berlin): Die Instruktion über die irreversible Kontrazeption und ihre Bedeutung für die Frauenheilkunde.** Am 21. 4. 1969 wurde die Instruktion über die irreversible Kontrazeption bei der Frau erlassen. In dieser wird entsprechend der von uns erarbeiteten und der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in ihrer Sitzung am 27. 10. 1967 vorgetragenen Konzeption zur Regelung der freiwilligen Sterilisation (irreversible Kontrazeption) unmißverständlich festgestellt, daß die Anwendung der irreversiblen Kontrazeption in Übereinstimmung mit der sozialistischen Gesetzlichkeit steht, wenn 1. sie gemäß dem von der medizinischen Wissenschaft und Praxis erreichten Erkenntnisstand objektiv indiziert ist, 2. das ärztliche Handeln subjektiv darauf gerichtet ist, ernstliche Gefahren für Leben und Gesundheit abzuwenden und 3. die durch die reversible Kontrazeption gegebenen Möglichkeiten voll ausgeschöpft sind. — Das Antrags- und Genehmigungsverfahren für die irreversible Kontrazeption gewährleistet die uneingeschränkte Einhaltung des Prinzips der Freiwilligkeit sowie eine verantwortungsbewußte Anwendung dieses äußerst schwerwiegenden Eingriffs. Während die Antragstellung unabhängig von den staatlichen Organen des Gesundheitswesens erfolgt, ist die Genehmigung oder Ablehnung der gestellten Anträge Aufgabe der für den Wohnort der Antragstellerin zuständigen Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesens des Kreises und Bezirkes. Für die geburtshilflich-gynäkologische Praxis besonders bedeutsam ist, daß das Antrags- und Genehmigungsverfahren nicht anzuwenden ist, wenn die Ausschaltung der Fortpflanzungsfähigkeit im Zusammenhang mit nicht der Kontrazeption dienenden Eingriffen entweder unumgänglich oder zur Abwendung ernstlicher Gefahren für Leben und Gesundheit durch eine weitere Schwangerschaft erforderlich ist. Diese Regelung bedeutet, daß die Verantwortung für die Unfruchtbarmachung bei gynäkologischen Operationen infolge pathologischer Erscheinungen im Bereich der Genitalorgane, bei denen die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit ausgeschlossen ist (z. B. wegen maligner und benigner Geschwülste, operationsbedürftiger entzündlicher Prozesse oder Endometriosen) ebenso wie für Operationen, bei denen die Ausschaltung der Fortpflanzungsfähigkeit auf Grund des gegenwärtig erreichten medizinischen Kenntnisstandes im Interesse von Leben und Gesundheit als operative Zusatzmaßnahme indiziert ist (z. B. bei der 3. Schnittenbindung, bei der Re-Sectio mit komplizierten Wundverhältnissen, bei antefixierenden Operationen oder komplizierten Fisteloperationen), dem behandelnden Arzt selbst obliegt.

Anschr. d. Schriftführers: Dr. A. Weissbach-Rieger  
 Universitäts-Frauenklinik der Charité  
 104 Berlin, Tucholskystr. 2