

Originalarbeiten

Zbl. Gynäk. 94 (1972) 156—163

Aus der Frauenklinik
(Chefarzt: Doz. Dr. med. habil. P. Wille)
des Bezirkskrankenhauses Schwerin
(Ärztlicher Direktor: MR Dr. P. Herbst)

Zur Problematik der legalen Schwangerschaftsunterbrechung¹

Von Chr. Zwahr

Mit 1 Abbildung

Zusammenfassung: Die Schwangerschaftsunterbrechung ist trotz klinischer Durchführung, moderner Narkose, großzügigen Einsatzes von Blut- und Blutersatzmitteln, genügend langer klinischer Verweildauer und entsprechender ambulanter Nachsorge auch heute kein ungefährlicher und harmloser Eingriff.

Obwohl in der modernen Gesellschaft der Frau die Möglichkeit eingeräumt wird, den Zeitpunkt einer erwünschten Schwangerschaft selbst zu bestimmen und deshalb die Antikonzeption auf breiter Ebene propagiert wird, läßt sich daraus kein Recht auf Unterbrechung einer bereits eingetretenen Gravidität ableiten, sondern nur das Bestreben nach einer Erziehung zur verantwortungsbewußten Elternschaft.

Die Interruptio bedarf einer strengen medizinischen Indikationsstellung auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen. Ziel weiterer prophylaktischer Bemühungen muß es sein, die Zahlen der noch aus medizinischer Indikation notwendig werdenden Schwangerschaftsunterbrechungen einzuschränken.

Das ist jedoch nur möglich, wenn aus allen medizinischen Fachbereichen Patientinnen, denen aus gesundheitlichen Gründen eine weitere Gravidität nicht zugemutet werden darf, umfassend antikonzeptionell orientiert und beraten werden.

Ist jedoch eine Schwangerschaft bereits eingetreten und eine Interruptio medizinisch indiziert, so sollte sie möglichst innerhalb der ersten 8 Wochen vorgenommen werden, da dann in der Regel eine schonende Vakuumentleerung des Uterus möglich ist.

Als Vorteile der Vakuumentleerung des Uterus gegenüber dem herkömmlichen einzeitigen Vorgehen mit Abortuszange und Kürette müssen, nach einer Analyse der 475 an der Bezirksfrauenklinik Schwerin durchgeführte Interruptiones, die schnellere Beendigung des Eingriffs, die kleinere Zahl der Uterusverletzungen, die durchschnittlich kürzere Klinikverweildauer und die geringere Häufigkeit komplizierter Verläufe angesehen werden.

Um bei den bestehenden Relationen statistisch signifikante Aussagen zu den verschiedenen Methoden des operativen Vorgehens machen zu können, wären jedoch Untersuchungen an einem noch größeren Zahlenmaterial erforderlich.

Das bei der Interruptio gewonnene Material sollte auf jeden Fall histologisch untersucht werden, da man auch bei einer Interruptio an die Möglichkeit einer Extrauterin gravidität denken muß und das bei der Interruptio gewonnene Material nicht immer makroskopisch richtig beurteilt werden kann. Nur die histologische Untersuchung kann eine noch nicht palpable Extrauterin gravidität erkennen helfen und somit schwerwiegende Folgen nach Entlassung der Patientin aus klinischer Kontrolle vermeiden lassen.

Das ist die Schlußfolgerung, die man nach dem berichteten Exitus letalis infolge Tubarruptur nach durchgeführter vermeintlicher Interruptio ziehen muß.

Der mit 35,6 % relativ hohe Prozentsatz komplizierter Verläufe ergibt sich aus der Konzentration besonders problematischer Interruptiones an der Bezirks-Frauenklinik, der langen Verweil- und damit Beobachtungsdauer der Patientinnen und der Registrierung auch geringer Störungen des postoperativen Verlaufs.

¹ Auszugsweise vorgetragen auf der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 27. 11. 1970.

Die legale Schwangerschaftsunterbrechung ist trotz klinischer Durchführung, moderner Narkoseverfahren und großzügigen Einsatzes von Blut- und Blutersatzmitteln auch heute kein harmloser und ungefährlicher Eingriff [5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 22, 23, 25, 26]; das lassen die in weiten Grenzen schwankenden Angaben der Weltliteratur über Mortalität, Morbidität, Operationskomplikationen, Früh- und Spätschäden sowie über psychische und sexuelle Störungen erkennen.

Die gesetzliche Grundlage für die medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung in der DDR [4] und die zu dem geltenden Gesetz 1965 vom Minister für Gesundheitswesen erlassene Instruktion, die eine Beurteilung von Anträgen auf Schwangerschaftsunterbrechung nach einheitlichen Maßstäben gewährleisten soll, können als bekannt vorausgesetzt werden [18, 19, 10].

Eine soziale Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung ist abzulehnen [5, 11], sie entbehrt in der DDR auch jeglicher gesetzlichen Grundlage.

Soziale Nöte können niemals durch ärztliche Handlungen aus der Welt geschafft werden, sie bedürfen sozialer Maßnahmen [5]. Durch ein System sozialer Unterstützungsmöglichkeiten scheinen in der DDR soziale Probleme auch in diesem Sinne lösbar zu sein. Nicht die Frage „Darf die Gravidität unterbrochen werden?“, sondern „Muß die bestehende Schwangerschaft beseitigt werden?“ [21] sollte für die Tätigkeit der Kommissionen für Schwangerschaftsunterbrechung maßgebend sein. Da die ethische Haltung des Arztes durch den absoluten Respekt vor dem keimenden Leben bestimmt sein sollte [5, 11, 24] und die Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechung illegale Abortus und ihre Komplikationen nicht zu reduzieren vermag [11, 16, 22, 24], kann die Interruptio niemals als eine Methode zur Geburtenregelung anerkannt werden.

Dem Ziel einer geplanten verantwortungsbewußten Elternschaft müssen allein Methoden der Schwangerschaftsverhütung dienen [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28].

Da in Verbindung mit dem unphysiologischen Eingriff bei der medizinisch-begründeten Interruptio stets die Problematik unerwünschter Komplikationen besteht, galt das klinische Interesse stets der Suche nach der am wenigsten belastenden und gefährdenden Methode der Schwangerschaftsunterbrechung [1].

Gegenwärtig scheint die bisher übliche instrumentelle Entleerung des Uteruskavums mit Kürette und Abortuszange von der Uterusentleerung mit Hilfe einer Saugapparatur verdrängt zu werden [2, 3]. Der Unterdruck kann mittels eines Manometers kontrolliert werden und soll 0,8 at nicht überschreiten. Als Vorteile dieser Methode werden die geringere Gefährlichkeit des Eingriffs, die fehlende Schädigung der Uteruswand, die schnellere Beendigung der Interruptio und der verminderte Blutverlust angesehen [3].

Wir führten in der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Schwerin in der Zeit vom 1. 1. 1967 bis 31. 12. 1969 745 Schwangerschaftsunterbrechungen, einschließlich

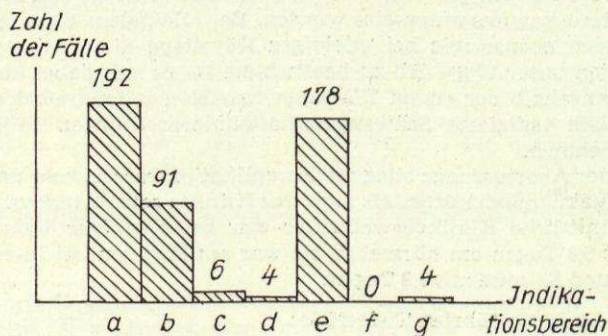


Abb. 1. Zahlenmäßige Verteilung der 745 Interruptiones auf die Indikationsbereiche a, b, c, d, e, f, g [8]

der von den Kreisen überwiesenen Risikofälle, durch. Die Indikationsbereiche laut Instruktion [8] sind aus Abb. 1 zu ersehen.

Wir analysierten die Gesamtzahlen der Mortalität, Operationskomplikationen sowie der Früh- und Spätschäden. Wir untersuchten auch die Verteilung und Komplikationen auf die verschiedenen Methoden des operativen Vorgehens. Außerdem interessierte uns die klinische Verweildauer.

Das methodische Vorgehen bei der einzeitigen Interruptio ist aus Tabelle I zu ersehen.

Tabelle I. Methodisches Vorgehen bei der einzeitigen Interruptio

	Methode der Interruptio			
	Vakuum- extraktion (VE)	Partielle Vakuum- extraktion + Abortuszange + Kürette (VE/A/K)	Abortuszange + Kürette (A/K)	Kürette (K)
Anzahl der Patientinnen	164	72	148	84

Soweit klinisch vertretbar, versuchten wir auch die Schwangerschaften jenseits der 12. Woche einzeitig zu beenden. Bei weit fortgeschrittener Gravidität wurde zweizeitig unterbrochen, das war nur in 5 Fällen nötig. Einmal wurde der gravide Uterus bei gesteigert atypischem Portioepithel vaginal exstirpiert; in einem Fall war eine Sectio parva in Verbindung mit einer Tubensterilisation erforderlich.

Faßt man die Schwangerschaftsunterbrechungen zusammen, die mit der Absaugmethode beendet oder zumindest begonnen wurden, so ergeben sich 236 Interruptiones, bei denen die Saugapparatur des Herstellers Ing. Wolfgang Dorenburg KG (Berlin) mit Erfolg zum Einsatz gelangte. Der Einsatz des Vakuümexhaustors erwies sich nicht nur innerhalb der ersten 8 Schwangerschaftswochen als vorteilhaft, sondern auch bei fortgeschrittener Gravidität, da mit Hilfe des Unterdrucks zumindest eine Ablösung der Fruchtanlage von der Uterushaftfläche gelang und somit die Entleerung des Uteruskavums mittels Abortuszange und Kürette erleichtert wurde.

Im gleichen Berichtszeitraum wurden 232 Schwangerschaften nach Dilatation des Zervikalkanals mittels Abortuszange und Kürette ausgeräumt, wobei innerhalb der ersten 8 Wochen oft die Kürette zur Entleerung des Uterus ausreichte.

Nachstehende Tabelle II ermöglicht eine Orientierung über die während des Eingriffs und des Klinikaufenthaltes eingetretenen Frühkomplikationen bei gleichzeitiger Veranschaulichung des durchschnittlichen Klinikaufenthalts bei den verschiedenen Methoden des operativen Vorgehens.

Die Verletzungsgefahr erwies sich bei alleinigem Gebrauch des Vakuümexhaustors am geringsten, sie war am größten, wenn primär Abortuszange und Kürette zur Entleerung des Uteruskavums eingesetzt wurden. Bei alleinigem Einsatz des Vakuümexhaustors waren ebenso wie bei alleiniger Kürettage die wenigsten sekundären Blutungsanämien unter 10 g% Hb zu beobachten. Da es sich dabei überwiegend um Graviditäten innerhalb der ersten 8 Wochen handelte, unterstreicht das die Forderung, medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechungen so frühzeitig wie möglich vorzunehmen.

Mit Einsatz der Abortuszange stieg die Komplikationsrate sowohl nach vorherigem Gebrauch des Vakuümexhaustors als auch der Kürette sofort eindeutig an.

Die durchschnittliche Klinikverweildauer war bei alleiniger Vakuümexkavation des Uterus mit 6,8 Tagen am kürzesten, sie war am längsten bei Interruptio mittels Abortuszange und Kürette mit 7,9 Tagen.

Schilderung der 2 angeführten Todesfälle:

Todesfall 1: KrbI. Nr. 3269/1967. Die 27jährige IV.-gravida (Partus: 1962, 1964, 1966) wurde wegen Mitralstenose III. Grades bei Gravidität mens. IV nach ent-

Tabelle II. Operations- und Frühkomplikationen

Komplikationen	Methode der Interruptio					
	VE		VE/A/K		Summe von VE + VE/A/K 236 Pat.	
	164 Pat.		72 Pat.			
	Pat.	%	Pat.	%	Pat.	%
Uterusperforation mit TE ..	1	0,6	1	1,4	2	0,8
Gedeckte Uterusperforation .	—	—	—	—	—	—
Zervixriß	—	—	1	1,4	1	0,4
Sekundäre Anämie unter 10 g% HB	9	5,5	8	11,1	17	7,2
Subinvolutio uteri	10	6,1	11	15,3	21	8,9
Endometritis	9	5,5	2	2,8	11	4,7
Adnexitis	—	—	1	1,4	1	0,4
Parametritis	2	1,2	—	—	2	0,8
Plazentarpolyp	—	—	—	—	—	—
Thrombophlebitis	—	—	—	—	—	—
Bakteriurie	9	5,5	1	1,4	10	4,2
Exitus letalis	—	—	—	—	—	—
Gesamtkomplikationen pro Methode	40	24,4	25	34,7	65	27,5
Klinikverweildauer	6,8 Tage		7,1 Tage			

Komplikationen	Methode der Interruptio							
	A/K		K		Summe von A/K + K		Summe der Interruptiones	
	148 Pat.		84 Pat.		232 Pat.		475 Pat.	
	Pat.	%	Pat.	%	Pat.	%	Pat.	%
Uterusperforation mit TE ..	4	2,7	1	1,2	5	2,2	7	1,5
Gedeckte Uterusperforation .	2	1,4	1	1,2	3	1,3	3	0,6
Zervixriß	—	—	—	—	—	—	1	0,2
Sekundäre Anämie unter 10 g% HB	19	12,8	5	6,0	24	10,4	41	7,7
Subinvolutio uteri	14	9,5	9	10,7	23	9,9	44	9,3
Endometritis	7	4,7	2	2,4	9	3,9	21	4,4
Adnexitis	1	0,7	—	—	1	0,4	2	0,4
Parametritis	1	0,7	—	—	1	0,4	3	0,6
Plazentarpolyp	—	—	2	2,4	2	0,9	2	0,4
Thrombophlebitis	—	—	1	1,2	1	0,4	1	0,2
Bakteriurie	3	2,0	—	—	3	1,3	13	2,7
Exitus letalis	—	—	—	—	—	—	2	0,4
Gesamtkomplikationen pro Methode	51	34,5	21	25	72	31	140	29,5
Klinikverweildauer	7,9 Tage		7,5 Tage					

In der Summe der Interruptiones sind enthalten: 5 zweizeitige Interruptiones, 1 vaginale TE, 1 Sectio parva.

sprechender Voruntersuchung von der Medizinischen Klinik zur Interruptio aus vitaler Indikation übernommen. Die Interruptio sollte zweizeitig erfolgen. Nach intraamniarer Instillation von 4 cm³ 35%iger Formalinlösung und Ausstoßung eines 18 cm langen Fetus wurde am 9. Tag nach der Instillation die digitale Ausräumung

vorbereitet. Prämedikation mit 100 mg Dolcontral und 0,5 mg Atropin i.m. Nach einer $\frac{1}{2}$ Stunde Injektion von 250 mg Hexobarbital i.v. Lungenödem. Dunkelzyanotische Patientin. Absaugen von 500 bis 600 ml schaumig-roter Flüssigkeit. Intubation und Sauerstoffbeatmung.

Nach vorübergehender Extubation Spontanatmung von Sauerstoff. Ausräumung des Cavum uteri. Zyanose bleibt bestehen. 4 Stunden nach Prämedikation Schnappatmung, erneute Intubation, Beatmung, extrathorakale Herzmassage. Nach weiteren 15 Minuten Exitus letalis infolge akuter Rechtsherzinsuffizienz.

Sektion im Pathologischen Institut Schwerin (S. Nr. 1838/1967, Dr. Stosiek). Zusammengefaßte gekürzte pathologisch-anatomische Diagnose: Chronische fibroplastische Endokarditis der Valvula mitralis mit starker Verdickung und Verkürzung des Klappenschließungsrandes, Verwachsungen der Klappenansatzränder und mäßiger Verdickung und Verkürzung der Sehnenfäden mit Ausbildung einer Mitralstenose. Starke muskuläre Wandhypertrophie des rechten Herzventrikels. Zeichen der akuten Rechtsherzinsuffizienz.

Todesfall 2: KrbI. Nr. 2916/1969. Die 16jährige I.-gravida kam bei Gravidität mens. IV nach 1953 in der Charité-Kinderklinik Berlin festgestelltem Herzscheidewanddefekt bei bereits bestehender pulmonaler Hypertension aus vitaler Indikation zur Interruptio in unsere Klinik. Bei Fortbestehen der Gravidität wäre die kardiale Dekompensation die unvermeidliche Folge gewesen.

Um die Patientin möglichst wenig zu belasten, wurde am 17. 9. 1969 der Zervikalkanal unter Lachgas-Sauerstoff-Analgesie bis Hegar XII dilatiert und die Fruchtblase gesprengt. Anschließend wurde ein intravenöser Wehenmitteldauertropf mit 6 VE Oxytozin auf 400 ml physiologische Kochsalzlösung angelegt. Etwa 2 Stunden nach dem Eingriff (nach Eintropfen etwa einer Einheit Oxytozin) kam es zum Exitus letalis nach Erbrechen, Zyanose, Atemstillstand, künstlicher Beatmung und direkter Herzmassage nach Thorakotomie.

Sektion im Pathologischen Institut Schwerin (S. Nr. 1467/1969, Dr. Stosiek). Zusammengefaßte gekürzte pathologisch-anatomische Diagnose: Vitium cordis congenitale: Gut zehnpfennigstückgroßer, im größten Durchmesser etwa 2,5 cm messender, am vorderen Rand sichelförmig membranös gedeckter, auf die Pars membranacea übergreifender, hoch sitzender Ventrikelseptumdefekt. Unvollständige Zweiklappigkeit der Valvula aortalis. Starke muskuläre Wandhypertrophie des rechten Herzventrikels, nach peripher zunehmende stenosierende Arteriosklerose der A. pulmonalis.

Zeichen der akuten Rechtsherzinsuffizienz.

Durch Ausbildung eines Shunts war es zur starken Rechtsherzhypertrophie, zur Steigerung des arteriellen Drucks in der Lungenstrombahn und zur starken Pulmonalsklerose gekommen.

Der Tod war unter den Zeichen eines akuten Rechtsherzversagens eingetreten.

Die Frühkomplikationsrate betrug, bezogen auf die 475 Interruptiones, 29,5%. Diese Zahl beinhaltet die Summe aller aufgetretenen Frühkomplikationen. Operation und postoperativer Verlauf dagegen waren, gelegentlich auch durch das Auftreten mehrerer Komplikationen bei einer Patientin, bei 26,3% der Frauen gestört.

Tabelle III gibt die Entwicklungsstadien der 475 unterbrochenen Graviditäten wieder.

Die Analyse des klinischen Entwicklungszustandes der Gravidität zum Zeitpunkt der Interruptio zeigt, daß mit 50,7% der Fälle noch zu viele Frauen erst kurz vor Beendigung der 12. Schwangerschaftswoche zur Klinikaufnahme kommen, zu einer Zeit also, wo infolge des fortgeschrittenen Entwicklungszustandes der Gravidität in der Regel mehr Komplikationen zu erwarten sind als bei einer Interruptio innerhalb der ersten 8 Wochen.

Muß schon eine Interruptio aus medizinischer Indikation vorgenommen werden, so sollten unsere prophylaktischen Bemühungen hinsichtlich der Einschränkung von

Tabelle III. Entwicklungsstadium der Gravidität zum Zeitpunkt der Interruptio (475 Fälle)

	Gravidität mens.						
	II	II bis III	III	III bis IV	IV	IV bis V	V
Absolute Zahl.....	113	104	241	11	4	1	1
Anteil in %	23,8	21,9	50,7	2,3	0,8	0,2	0,2

Komplikationen auf eine frühere Erfassung der gefährdeten Schwangeren und eine schnellere Behandlung der Unterbrechungsanträge gerichtet sein. Nur 23,8% der Frauen erschienen innerhalb der ersten 8 Wochen der Schwangerschaft zur Interruptio.

Aus Tabelle IV ist die Entwicklung der Schwangerschaften zum Zeitpunkt der Interruptio und die Verteilung auf die beiden Methoden des Absaugens und der herkömmlichen Unterbrechung mit Abortuszange und Kürette abzulesen.

Tabelle IV. Stadium der Gravidität und angewendete Methode der einzeitigen Interruptio

Methode:	Gravidität mens.						
	II	II bis III	III	III bis IV	IV	IV bis V	V
VE + (VE/A/K) ...	50	55	129	2	—	—	—
K + (A/K)	63	49	111	8	1	—	—

Ambulante Nachuntersuchungen nach Interruptio ergaben noch bei 16,2% der Frauen Spätkomplikaionen. In dieser Zahl sind psychische und sexuelle Störungen sowie nachfolgende Sterilität nicht enthalten.

1,5% der Frauen mußten sich einer nochmaligen klinischen Behandlung unterziehen.

Tabelle V. Häufigkeit und Art der Spätkomplikaionen nach den einzelnen zur Interruptio verwendeten Verfahren

Komplikationen	Methode der Interruptio									
	VE		VE/A/K		A/K		K		vaginale Total-exstirpation 1 Pat.	
	164 Pat.		72 Pat.		148 Pat.		84 Pat.		1 Pat.	
	Pat.	%	Pat.	%	Pat.	%	Pat.	%	Pat.	%
Endometritis.....	12	7,3	6	8,3	15	10,1	9	10,7	—	—
Adnexitis	3	1,8	2	2,8	4	2,7	3	3,6	—	—
Parametritis	1	0,6	—	—	1	0,7	—	—	—	—
Kolpitis	2	1,2	—	—	1	0,7	—	—	—	—
Fluor	3	1,8	1	1,4	—	—	1	1,2	—	—
Thrombophlebitis....	1	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Pelveoperitonitis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Subinvolutio uteri ...	1	0,6	1	1,4	—	—	—	—	—	—
Plazentarpolyp.....	—	—	—	—	4	2,7	2	2,4	—	—
Verzögerte Rekonvaleszenz	—	—	—	—	—	—	1	1,2	—	—
Exitus letalis	1	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—

Wie aus Tabelle V zu ersehen ist, dominiert unter den Spätkomplika­tionen die Endometritis, besonders gravierend ist jedoch ein Todesfall nach Vakuumextraktion der vermeintlichen Gravidität und Entlassung der Patientin aus klinischer Überwachung.

Der berichtete Todesfall nach durchgeführter Interruptio ereignete sich bei einer 42jährigen V.-gravida (Partus: 3, Abortus: 1). KrbI. Nr. 2486/1968: Der am 1. 8. 1968 ermittelte Aufnahmebefund entsprach einer Gravidität mens. II. Am 2. 8. wurde die Absaugung des Uteruskavums bei einer Sondenlänge von 9 cm vorgenommen. Nach komplikationslosem Verlauf konnte am 7. 8. die Entlassung aus der Klinik erfolgen. Am 14. 8. wurde die Patientin mit Schmerzen im Leib und Kreuz wieder aufgenommen. Die Aufnahmeuntersuchung ergab jetzt: eitriges Sekret in der Scheide, Uterus noch vergrößert, Douglas dolent, Adnexe links druckschmerzhaft. Hb 88%, Leukozyten 19 100. Der Befund wurde als Endometritis und Adnexitis post interruptio­nem gedeutet. Am 19. 8. Leukozytenabfall auf 9700. Kontrolluntersuchung: Uterus und linke Adnexe nur noch wenig druckempfindlich, Douglas nicht mehr dolent. Am 21. 8. Entlassung bei Beschwerdefreiheit. Am 24. 8. wurde die Frau zu Hause tot aufgefunden.

Der bei der Wiederaufnahme erhobene Befund ließ ausschließlich den Eindruck aufkommen, daß es sich um einen entzündlichen Adnexprozeß handelt, besonders deshalb, da sich bei konservativer Behandlung der Zustand der Patientin besserte und die anfängliche Leukozytose rückläufig war. Sektion im Pathologischen Institut Schwerin (S. Nr. 1418/1968, Dr. P ü s c h e l).¹ Zusammengefaßte gekürzte pathologisch-anatomische Diagnose: Rupturierte Tubar gravidität links.

Die Verteilung der Spätkomplika­tionen auf die beschriebenen Methoden geht aus Tabelle VI hervor.

Tabelle VI. Verteilung der Spätkomplika­tionen auf die angewendeten Methoden zur Interruptio in %

Methode	Spätkomplika­tionen in Prozent
VE	14,6
VE/A/K	13,9
A/K	16,9
K	19
	14,4
	17,7

Unter Berücksichtigung der Frühkomplika­tionen (einschließlich der Operationsverletzungen) und der Spätkomplika­tionen ergab sich somit für die 475 Schwangerschaftsunterbrechungen eine Gesamtkomplikationsrate von 45,71%, bei Verwendung der Saugapparatur (auch wenn die Exkavation noch mit Abortuszange und Kürette beendet werden mußte) lag diese bei 41,9%, bei einzeitiger Interruptio in herkömmlicher Weise mit Abortuszange und Kürette bei 48,7%.

Diese Zahlen beinhalten die Summe aller Früh- und Spätkomplika­tionen. Interruptio und postoperativer Verlauf waren dagegen, gelegentlich auch durch das Auftreten mehrerer Früh- und Spätkomplika­tionen bei einer Patientin, bei 35,6% aller Frauen gestört. Analog waren bei Einsatz der Absaugmethode die Verläufe bei 31,8% der Frauen, bei Verwendung von Abortuszange und Kürette bei 38,4% der Patientinnen kompliziert.

Wenn in diesen Zahlen auch relativ geringfügige Komplika­tionen mit enthalten sind, so zeigen sie doch, daß die Interruptio kein harmloser Eingriff ist und unbedingt unter Abwägung des Risikos einer strengen medizinischen Indikationsstellung bedarf.

¹ Für die Überlassung der Sektionsdiagnosen sei dem Direktor des Pathologischen Instituts Schwerin, Herrn Dr. med. habil. G. Möbius, herzlich gedankt.

Das machen besonders die schweren Komplikationen der 3 Todesfälle (0,65%), der totalen Uterusperforationen mit 1,5% mit nachfolgender Totalexstirpation des Uterus und der gedeckten Uterusperforationen mit 0,6% augenscheinlich.

Schrifttum

1. Cee, K.: Zbl. Gynäk. 86 (1964) 524.
 2. Chalupa, M.: Zbl. Gynäk. 86 (1964) 1803.
 3. Cislo, M., K. Nowosad und A. Reszczynski: Zbl. Gynäk. 88 (1966) 156.
 4. Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. 9. 1950.
 5. Heiss, H.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 25 (1965) 862.
 6. Helbing, W.: Zbl. Gynäk. 76 (1954) 2008.
 7. Holtorff, J.: Zbl. Gynäk. 82 (1960) 170.
 8. Instruktion zur Anwendung des § 11 des Gesetzes über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. 9. 1950, Verf. Mitt. d. Ministeriums für Gesundheitswesen Nr. 23/24 (1965).
 9. Kerner, P.: Dtsch. Ges.wesen 21 (1966) 1076.
 10. Klinger, G., W. Carol und E. Hempel: Behandlungsergebnisse mit dem Kombinationspräparat Non-Ovlon des VEB Jenapharm. Vortrag Gynäk.-Kongreß Leipzig am 13. 5. 1970.
 11. Kraatz, H.: Dtsch. Ges.wesen 13 (1958) 138.
 12. Kühne, D.: Dtsch. Ges.wesen 21 (1966) 377.
 13. Kühne, D.: Medicamentum (Berl.) 3 (1968) 2.
 14. Mehlan, K. H.: Dtsch. Ges.wesen 11 (1956) 582.
 15. Mehlan, K. H.: Dtsch. Ges.wesen 11 (1956) 660.
 16. Mehlan, K. H.: Dtsch. Ges.wesen 15 (1960) 1206.
 17. Müller, W.: Z. ärztl. Fortbild. 61 (1967) 1177.
 18. Müller, W., und W. Carol: Zbl. Gynäk. 90 (1968) 257.
 19. Rothe, J.: Dtsch. Ges.wesen 21 (1966) 555.
 20. Rothe, J.: Präpartale-pränatale Betreuung. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1967.
 21. Schröder, R.: Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung, Vortrag 25. 1. 1958 in der Universitäts-Frauenklinik Leipzig auf der gemeinsamen Sitzung der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften für Geburtshilfe und Gynäkologie an den Universitäten Leipzig, Halle und Jena.
 22. Szendi, B., J. Lakatos und Zs. Toth: Z. ärztl. Fortbild. 54 (1960) 751.
 23. Weise, W., M. Link und E. Bernoth: Zbl. Gynäk. 92 (1970) 841.
 24. Wille, P.: Med. Welt (Stuttg.) 17 (1966) 1678.
 25. Wolter, F., und W. Roesler: Dtsch. Ges.wesen 11 (1956) 592.
 26. Woraschk, H. J., und J. Bernd: Zbl. Gynäk. 91 (1969) 6.
 27. Zwahr, Chr.: Erfahrungen mit Ovosiston® in neuer Dosierung bei Langzeittherapie. Vortrag Gynäk.-Kongreß, Leipzig am 13. 5. 1970.
 28. Zwahr, Chr.: Familienplanung unter besonderer Berücksichtigung der intrauterinen Antikonzeption mit dem Intrauterinipessar vom Typ Dana-Super. Zbl. Gynäk. 93 (1971) 645.
- Ansch. d. Verf.: OA Dr. Chr. Zwahr, Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses, DDR-27 Schwerin, Bornhövedstraße 78