

bevor die Gerinnungsfaktoren wieder in den Normbereich ansteigen. Gibt es eine gesicherte Grundlage für das Verfahren der schrittweisen Beendigung der Therapie, wenn man von Patienten absieht, bei denen die Unterbrechung der Antikoagulantientherapie das Fortschreiten primärer thrombotischer Komplikationen mit sich bringt?

Antwort: Die Möglichkeit des Rebound-Phänomens nach Absetzen der Antikoagulantientherapie mit Cumarinderivaten wurde erstmals 1953 von Cosgriff (1) erwogen und im Zusammenhang mit einer sich entwickelnden Hyperkoagulabilität gesehen. Zu ähnlichen Folgerungen kommen Sise und Mitarbeiter (7), Marshall (3) sowie Poller und Thomson (4, 5).

Die in diesen Publikationen dargelegten statistischen und analytischen Ergebnisse sind bei kritischer Interpretation nicht unbedingt geeignet, die Existenz des Rebound-Phänomens eindeutig zu belegen. Darüber hinaus sind keine Mitteilungen bekannt, die von analytischen Gesichtspunkten her zu dem Problem des Nachweises der Hyperkoagulabilität Stellung nehmen.

Die Frage der Existenz des Rebound-Phänomens bleibt somit offen. Für die Praxis ist jedoch bei der Unterbrechung einer Antikoagulantientherapie zu beachten, daß die Gefahr einer thrombembolischen Komplikation besteht, wenn

1. die Grundkrankheit im Hinblick auf die ihr eigenen Pathomechanismen eine prokoagulatorische Stimulation unterhält,
2. die Antikoagulantientherapie zu kurz durchgeführt wurde,
3. eine Situation besteht, die erfahrungsgemäß durch das Auftreten einer Hyperkoagulabilität gekennzeichnet ist, zum

Beispiel im Anschluß an die Rekompensation des Hämostasepotentials durch Vitamin K nach einer durch die Antikoagulantientherapie bedingten Blutung. Die Notwendigkeit des »Ausschleichens« nach Beendigung einer Langzeit-Antikoagulantientherapie (länger als ein Jahr) im Gefolge eines Myokardinfarkts ist nicht endgültig erwiesen. Die Beendigung der Antikoagulation beim postthrombotischen Syndrom sollte jedoch schrittweise erfolgen, da im Zusammenhang mit dem Ausmaß der bestehenden Gefäßveränderungen lokale und zirkulatorisch bedingte thrombogene Faktoren wesentlich schwerer ins Gewicht fallen dürften als im Anschluß an Gefäßläsionen auf der arteriellen Seite.

Literatur: (1) Cosgriff, S. W.: Chronic anticoagulant therapy in recurrent embolism of cardiac origin. *Ann. intern. Med.* 38 (1953), 278. – (2) Editorial: Anticoagulant rebound. *Brit. med. J.* 1962/2, 659. – (3) Marshall, J.: Rebound phenomena after anticoagulant therapy in cerebrovascular disease. *Circulation* 28 (1963), 329. – (4) Poller, L., J. Thomson: Evidence for rebound hypercoagulability after stopping anticoagulants. *Lancet* 1964/II, 62. – (5) Poller, L., J. Thomson: Reduction of rebound hypercoagulability by gradual withdrawal (tailing off) of oral anticoagulants. *Brit. med. J.* 1965/1, 1475. – (6) Sevt, S., D. Innes: Evidence against rebound thrombosis after stopping oral anticoagulant drugs. *Lancet* 1963/II, 947. – (7) Sise, H. S., C. B. Moschos, J. Gauthier, R. Becker: The risk of interrupting long-term anticoagulant treatment. A rebound hypercoagulable state following hemorrhage. *Circulation* 24 (1961), 1137.

Prof. Dr. D. L. Heene
Zentrum für Innere Medizin
am Klinikum der Universität
6300 Gießen, Klinikstr. 36

Kleine Mitteilungen

Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, wurden seit der Reform des § 218 StGB im zweiten Halbjahr 1976 13 044 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, daß von einigen großen Kliniken noch keine Meldungen vorliegen, so daß die Zahl der tatsächlich durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche höher liegen dürfte.

Von den betroffenen Frauen waren 6% unter 18 Jahre alt, 42% waren 18 bis unter 30, 39% 30 bis unter 40 und 11% waren 40 und mehr Jahre alt. Von 2% fehlte die Altersangabe. 65% der Frauen waren verheiratet, 26% ledig, 8% geschieden und 1% verwitwet.

Bei 38% der Abbrüche lag eine allgemein-medizinische, bei 11% eine psychiatrische und bei 5% eine eugenische Indikation vor. Fast jede zweite Schwangerschaft (45%) wurde aus Gründen einer sonstigen schweren Notlage abgebrochen. Die sonstige schwere Notlage wurde bei verwitweten Frauen in 60% der Fälle, bei ledigen und geschiedenen in je 57% und bei verheirateten Frauen in 39% der Fälle bescheinigt. Demgegenüber war die allgemein-medizinische Indikation am häufigsten (44%) bei verheirateten Frauen anzutreffen. Die prozentuale Verteilung der Indikationen nach dem Alter der Frauen zeigt, daß die sonstige schwere Notlage bei Frauen unter 30 Jahren mit 52% vorherrschte, während die allgemein-medizinische Indikation bei den über 30jährigen überdurchschnittlich häufig anzutreffen war (46%).

Die gemeldeten Abbrüche wurden zu 95% in Krankenhäusern und zu 5% ambulant in einer gynäkologischen Praxis vorgenommen. Komplikationen haben die Ärzte bei knapp 6% der Abbrüche beobachtet.

Im ersten Vierteljahr 1977 wurden 11 587 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet, das sind 20% mehr als im vierten Vierteljahr 1976. Auf 10 000 Lebend- und Totgeborene kamen 798 Abbrüche (viertes Vierteljahr 1976: 658). Die Zahl der tatsächlich durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche dürfte jedoch höher liegen, da von einigen großen Kliniken noch keine Meldungen vorliegen.

Nach Alter und Familienstand der betroffenen Frauen verteilten sich die Schwangerschaftsabbrüche im ersten Vierteljahr 1977 ähnlich wie im vierten Vierteljahr 1976. 4% der Frauen waren unter 18 Jahre alt, 42% waren 18 bis unter 30, 39% 30 bis unter 40 und 12% 40 und mehr Jahre alt. Bei 3% fehlte die Altersangabe. Bezogen auf 100 000 Frauen gleichen Alters ließen Frauen zwischen 25 und 30 Jahren am häufigsten Schwangerschaften abbrechen (121). 63% der Frauen waren verheiratet, 27% ledig, 7% geschieden und 1% verwitwet; von 2% fehlte die Angabe des Familienstandes.

Der Anteil der allgemein-medizinischen Indikation an den Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt ging von 37% im vierten Vierteljahr 1976 auf 33% im ersten Vierteljahr 1977 zurück, während die sonstige schwere Notlage (»soziale Indikation«) an Bedeutung gewann und einen Anteil von knapp 51%

erreichte. Die Anteile der psychiatrischen und der eugenischen Indikation blieben mit 10% bzw. 5% etwa konstant.

91% der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden bis zur 13. Schwangerschaftswoche vorgenommen, die Komplikationsrate lag insgesamt bei rund 5%.

Die weitere Zulassung von niedergelassenen Ärzten zum Schwangerschaftsabbruch bewirkte eine Zunahme der in Arztpraxen vorgenommenen Abbrüche auf knapp 11% (viertes Vierteljahr 1976: 6%) und einen Rückgang der Eingriffe in Krankenhäusern auf 89% (94%).

Über rassische Unterschiede in der Zusammensetzung der Galle

Gallensteine von Patienten, die in der westlichen Welt leben, enthalten überwiegend Cholesterin. Cholesterin ist wasserlöslich und wird in der Blasengalle durch die Einwirkung von Gallensalzen und Phospholipiden, mit denen es Mizellen bildet, in Lösung gehalten. In einer vergleichenden Untersuchung von 157 weißen Personen aus den USA, aus Finnland und Neuseeland sowie 37 Negern aus Kenia und den USA zeigte sich, daß zwischen diesen Gruppen bestimmte Veränderungen in der Zusammensetzung der Blasengalle bestehen (Oviedo, M. A., et al.: Gallbladder bile composition in different ethnic groups. Arch. Path. Lab. Med. 101 [1977], 208). So

zeigte sich bei Gallensteinkranken (die nur in der weißen Gruppe angetroffen wurden), daß die Galle im allgemeinen mit Cholesterin übersättigt war. Auch bei den weißen Patienten ohne Cholelithiasis lag ein hoher Cholesterin-Sättigungsgrad vor, während die Cholesterinkonzentration bei den schwarzen Patienten aus beiden Ländern deutlich niedriger war. In allen Fällen hing der Cholesterin-Sättigungsgrad von den jeweiligen Konzentrationen der Gallensalze und Phospholipide ab. Da Weiße und Schwarze aus Birmingham (Alabama) bei vergleichbaren Umweltbedingungen und Lebensgewohnheiten unterschiedliche Befunde aufwiesen, ist anzunehmen, daß genetische Faktoren für die Zusammensetzung der Blasengalle eine erhebliche Rolle spielen. Bei den hier kurz referierten Daten handelt es sich um Gruppenwerte; die individuelle Streubreite war innerhalb der Gruppen recht ausgeprägt.

Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin, die aus der Deutschen Akademie für Nuklearmedizin hervorgegangen ist, wurde jetzt in Hannover gegründet. Zum ersten Vorsitzenden wurde Prof. Dr. H. Hundeshagen, ordentlicher Professor für Nuklearmedizin und spezielle Biophysik der Medizinischen Hochschule Hannover, gewählt. Zweiter Vorsitzender wurde Prof. Dr. Oberhausen, Homburg/Saar.

Hochschulschichten

DÜSSELDORF: Der Wissenschaftliche Rat und Professor für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. med. dent. F. Schübel wurde zum ordentlichen Professor seines Fachgebietes mit Schwerpunkt Zahnerhaltung ernannt und zum weiteren Direktor der Westdeutschen Kieferklinik bestellt.

GENÈVE: Der Honorarprofessor für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. W. Geisendorf wurde zum Ehrenmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Familienplanung gewählt.

GIESSEN: Zum Dekan des Fachbereiches Humanmedizin für die Amtszeit 1. 1. 1978 bis 31. 12. 1981 wurde der Professor für klinische Radiologie Dr. D. Ringleb wiedergewählt.

Der Fachbereich Veterinärmedizin und Tierzucht verlieh die Ehrendoktorwürde an den geschäftsführenden Direktor im Zentrum für innere Medizin Professor Dr. H.-G. Lasch und an den Professor für Human-Anatomie und vergleichende Anatomie an der Harvard University-Medical School, Boston, Mass./USA, Dr. D. W. Fawcett.

HANNOVER: Prof. Dr. S. Marghescu, bisher außerplanmäßiger Professor für Dermatologie und Venerologie der Universität München, hat den Ruf auf den Lehrstuhl für Dermatologie der Medizinischen Hochschule angenommen und seinen Dienst an

der Hautklinik Linden der Landeshauptstadt Hannover aufgenommen.

Der Privatdozent für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie Dr. H.-P. Krause hat einen Ruf auf eine Professur am Pathologischen Institut der Freien Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg, erhalten. Den an ihn ergangenen Ruf auf eine Professur am Pathologischen Institut der Universität Gießen lehnte Dr. Krause ab.

Der Hochschuldozent für medizinische Strahlenkunde Dr. J. Freyschmidt wurde zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Es habilitierten sich Dr. rer. nat. V. Dinendahl für Pharmakologie und Toxikologie, Dr. H.-J. Schultz-Coulon für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Dr. O. Trentz für Unfallchirurgie.

HEIDELBERG: (Klinikum Mannheim): Der ordentliche Professor für Dermatologie und Venerologie Dr. E. G. Jung ist von der Schwedischen Dermatologischen Gesellschaft zum korrespondierenden Mitglied gewählt worden.

MAINZ: Es habilitierten sich Dr. med. Dr. med. dent. J. Reuther und Dr. med. Dr. med. dent. R. Schmideder für Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Dr. M. Sarvestani für Chirurgie und Dr. G. Sehhati-Chafai für Anästhesiologie.

MÜNCHEN (TU): Der Honorarprofessor für innere Medizin Dr. H. Kaiser, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Krankenhaus-zweckverbandes Augsburg, wurde mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette ausgezeichnet.

MÜNSTER: Prof. Dr. H. Tronnier, außerplanmäßiger Professor für Dermatologie, Direktor der Hautklinik der Städtischen Kliniken Dortmund, wurde von der Polnischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt.

ULM: Der ordentliche Professor für Chirurgie Dr. J. Vollmar wurde von der Französischen Gesellschaft für Angiologie und Histopathologie zum Ehrenmitglied gewählt.

WIEN: Frau Dr. med. Dr. phil. Erna Lesky, ordentliche Professorin für Geschichte der Medizin, wurde von der Academia des Ciencias Médicas in Cordoba, Argentinien, zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Todesfälle

Der Professor für Neurochirurgie der Universität Hamburg Dr. G. Häussler, ehem. Chefarzt der Neurochirurgischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Heidelberg in Hamburg, ist am 22. Februar 1977 kurz nach Vollendung seines 73. Lebensjahres gestorben.

Die Frage mit dem Titel »Rebound nach Antikoagulantientherapie« wurde im Heft Nr. 28 versehentlich unvollständig wiedergegeben. Sie wird deshalb in diesem Heft auf Seite 1106-1107 wiederholt.