

(Aus der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten Remscheid
[Chefarzt: Dr. med. habil. *H. Tüscher*].)

Die mütterliche Sterblichkeit in Krankenanstalten ohne geburtshilfliche Spezialabteilung

Von

H. Tüscher.

Eingereicht zur Erlangung des Grades eines Dr. med. habil.
an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg.

ISBN 978-3-662-27469-9
DOI 10.1007/978-3-662-28956-3

ISBN 978-3-662-28956-3 (eBook)

(Aus der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten Remscheid
[Chefarzt: Dr. med. habil. H. Tüscher].)

Die mütterliche Sterblichkeit in Krankenanstalten ohne geburtshilfliche Spezialabteilung.

Von
H. Tüscher.

„Sit sua laus medicinae, sit honos chirurgae, obstetriciae tamen nomen haud obscurum manet — marito dulcem reddit conjugem, proli matrem, matri laborum mercedem, universae familiae solamen.“

Mit diesen Worten hat *Johann Georg Roederer* (1751—1763), der Lehrer und Leiter der ersten deutschen Gebäranstalt in Göttingen, die Gleichberechtigung der Geburtshilfe mit dem Fach der Inneren Medizin und der Chirurgie unterstrichen und der Geburtshilfe, die sich in anderen europäischen Ländern die Gleichberechtigung mit den übrigen Disziplinen der Medizin bereits errungen hatte, einen bevorzugten Platz eingeräumt. *Roederers* Ausspruch fordert geradezu den Abschluß einer Epoche, in der in Deutschland von Geburtshelfern, so wie wir sie heute kennen, noch keine Rede sein konnte. Zur Hilfe bei der Geburt waren ausschließlich ältere Frauen bereit, die selbst Mütter von Kindern waren und dadurch über einen gewissen Schatz von Erfahrungen verfügten, mit dem sie jungen unerfahrenen Frauen Beistand leisteten. Ärzte und Doktoren der Medizin hielten es weder für notwendig noch für anständig, diese „Weiberkünste“ auszuüben.

Erst mit der Entwicklung der geburtshilflichen Operationen, deren Ausführung an die Kräfte der Frauen zu hohe Anforderungen stellte, bildete sich der Beruf des männlichen Geburtshelfers.

Es ist daher verständlich, daß sich die Hebammen, die viele Jahrhunderte hindurch allein den gebärenden Frauen Beistand geleistet hatten, und denen diese Betätigung ein Gewerbe geworden war, gegen einen solchen Eingriff in ihre Rechte wehrten. An hitzigen Auseinandersetzungen zwischen männlichen Geburtshelfern und Hebammen hat es infolgedessen damals nicht gefehlt. Dadurch, daß die Geburtshilfe allmählich in die Hände der männlichen Geburtshelfer überging, hat diese jedoch einen *Aufschwung* erfahren, dem wir den heutigen hohen Stand unseres Faches verdanken.

Die Geburtshilfe konnte jedoch noch keinen Anspruch auf ein wissenschaftliches Fach erheben, und ihre Leistungen mußten auf niedriger Stufe stehen, so lange nicht Lehrstätten vorhanden waren, in denen der junge Mediziner geburtshilfliche Erfahrungen sammeln konnte. Mit der Geburtshilfe beschäftigte sich nur derjenige, dem es Vergnügen bereitete; in erster Linie waren es die Chirurgen, die „Maîtres barbierrirurgiens“, die in der Geburtshilfe ein neues Betätigungsfeld erschlossen hatten. Die Geburtshilfe war also im wahrsten Sinne des Wortes ein Nebenfach ohne wissenschaftliche Tradition und ohne praktische Erfahrungen.

Anders lagen um die damalige Zeit die Verhältnisse in Frankreich. Dort war die Geburtshilfe aus ihrem Anfangsstadium heraus, und der Beruf des männlichen Geburtshelfers stand bereits in hohem Ansehen. Wie aus zahlreichen Mitteilungen hervorgeht, wurden die Geburtshelfer immer häufiger zum Beistand ans Gebärbett gerufen. Der Franzose *Dionis* (1781) berichtet, „daß sich die Prinzessinnen von Geblüt und die Damen des Adels ihre eigenen Accoucheure wählten; die Bürgerlichen machten diese Mode nach, und sogar die Frauen der Handwerker

und des gewöhnlichen Volkes würden“, so zitiert *Bumm* den Franzosen, „den Hebammen die Geburtshelfer vorgezogen haben, wenn sie die Mittel gehabt hätten, diese zu bezahlen.“

Zu diesen guten Fortschritten in Frankreich hatte besonders die *Errichtung von Gebäuhäusern* beigetragen. Eins der berühmtesten war das Krankenhaus *Hotel Dieu*, dessen geburtshilfliche Abteilung zur Versorgung schwangerer Frauen vor und nach der Entbindung bestimmt war.

Für unsere deutsche Geburtshilfe wurde die im Jahre 1729 gegründete Gebärdabteilung des Bürgerhospitals in *Straßburg* von besonderer Bedeutung, wenn sie auch die Berühmtheit des *Hotel Dieu* nicht erreicht hat. Im Bürgerhospital von *Straßburg* erhielt der junge *Johann Georg Roederer* durch seinen Lehrer, *Jak. Joh. Fried* seine geburtshilfliche Ausbildung. *Roederer* war 25 Jahre alt, als er aus *Straßburg* gerufen wurde, um nach dem Muster des dortigen Bürgerhospitals eine Klinik für geburtshilfliche Zwecke in *Göttingen* einzurichten. Dieser Gründung der ersten deutschen Frauenklinik folgten bald weitere in *Braunschweig*, *Kassel*, *Würzburg* und andere.

Dadurch, daß die Geburtshilfe immer mehr aus den Händen der Hebammen in die Anstalten und damit in die des Arztes übergang, wurden auch die geburtshilflichen Operationen wissenschaftlich bearbeitet. Derartige Eingriffe, selbst Kaiserschnitte, waren zwar schon von Hebammen ausgeführt worden, doch fehlen aus jenen Zeiten brauchbare wissenschaftliche Belege. Davon kann, von wenigen Ausnahmen, wie die Lehrbücher der churbrandenburgischen Hofwehenmutter *Justine Siegemundin* abgesehen, erst die Rede sein, seit die operative Geburtshilfe endgültig in die Hände der Ärzte übergegangen war.

Wenn wir die Gründung der ersten deutschen Gebäranstalt als den eigentlichen Beginn der Entwicklung der deutschen Geburtshilfe ansehen, so müssen wir feststellen, daß in Deutschland in kurzer Zeit das Versäumte nachgeholt wurde, und daß die deutsche Geburtshilfe bald eine führende Stellung eingenommen hat. Bis zum heutigen Tage hat sich die Geburtshilfe dank unermüdlicher Forschertätigkeit ihrer hervorragendsten Fachvertreter und steten Drang nach wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen zu einem Sonderfach entwickelt, das nicht nur vollste Gleichberechtigung mit den übrigen medizinischen Fächern verdient, sondern auch bei der ständig wachsenden Betonung bevölkerungspolitischer Ziele des heutigen Staates eine bevorzugte Stellung einnehmen muß. Damit hat das geburtshilfliche Fach die Anerkennung gefunden, die *Roederer* einst erstrebt hat.

Wenn man die Entwicklung unseres Faches kurz zusammenfaßt, so läßt sich sagen, daß aus der Hilfe am Gebärbett, die ursprünglich nur von Frauen geleistet wurde, in den Händen der Männer eine handwerkliche Kunst geworden war, die von jedermann nach Belieben ausgeübt wurde. Die Anerkennung als medizinisches Sonderfach hat sich die Geburtshilfe jedoch erst errungen, seit vor dem handwerklichen Tun die wissenschaftlichen Erkenntnisse um die Geschehnisse einer normalen und pathologischen Geburt standen.

Die heutige Geburtshelfergeneration hat dieses Erbe ihrer Vorfahren übernommen und damit die verpflichtende Aufgabe, es würdig zu vertreten. Liebe zum geburtshilflichen Fach, hoher Idealismus und nie ermüdendes Verantwortungsgefühl der deutschen Frau und Mutter gegenüber sind die notwendigen Eigenschaften, die den Geburtshelfer auszeichnen.

Schon in den verflossenen 190 Jahren hat die Geburtshilfe manchen Sturm über sich ergehen lassen müssen, ehe sie eine der wichtigsten Disziplinen der Medizin werden konnte. Die Ursachen für einen vorübergehenden Tiefstand lagen zum Teil bei den Ärzten selbst. Es gab Zeiten, wo man vergessen hatte, daß die Geburt ein natürlicher Vorgang ist und wo man unter „Kunst“ des Entbindens das geschickte Manövrieren des Operateurs verstand.

Das 18. und 19. Jahrhundert brachte der medizinischen Wissenschaft auf allen Gebieten wertvolle Erfindungen, vielseitige Erfahrungen und Erkenntnisse, an denen auch die Geburtshilfe in hohem Maße teilnahm.

Wie alle anderen operativen Fächer, so nahm auch die Geburtshilfe einen erfreulichen Aufschwung. Die Zeit der modernen Geburtshilfe, in deren Fortsetzung wir heute noch stehen, hatte begonnen.

Im Bestreben, die Verluste an Müttern und Kindern, die bei den bisher üblichen, vaginalen Entbindungsmethoden unvermeidlich erschienen, zum Verschwinden zu bringen, ging man immer mehr dazu über, den normalen Geburtsweg zu umgehen und das Kind durch eine chirurgische Entbindung von den Bauchdecken aus zu gewinnen. Was lag denn auch näher, als solche Entbindungen, bei denen bisher das Kind wenig Aussicht hatte, den Geburtsvorgang lebend zu überstehen, mit den modernen Erkenntnissen der Narkose und Asepsis chirurgisch zu behandeln? Schon im Altertum hatte man aus dem Bestreben heraus, das lebensfähige Kind vor dem sicheren Tode zu bewahren, wenn die Mutter unter der Geburt starb, den Kaiserschnitt angewandt. Es lag nichts näher, als diesen Entbindungsweg auch in solchen Fällen einzuschlagen, wo Beckenverengerungen von vornherein keine Möglichkeit boten, ein lebendes Kind zu gewinnen. Da man jedoch vor dem 19. Jahrhundert die Lehren der Asepsis und Antiseptik noch nicht kannte, starb fast jede operierte Frau an Nachblutungen aus der Uteruswunde oder an septischer Peritonitis.

Erst durch die Einführung der Asepsis, der exakten Uterusnaht durch *Sänger* und *Kehrer*, durch die Verlegung des Schnittes in das Zwischenstück der Gebärmutter sowie schließlich auch durch die Verwendung eines zuverlässigen Nahtmaterials gelang es, die mütterliche Sterblichkeit, die beim Kaiserschnitt bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts noch 80% und mehr betrug, zu senken. *Sänger* konnte im Jahre 1886 bereits eine Heilung von 76% der nach seiner Methode operierten Frauen berichten.

Der abdominale Kaiserschnitt stand immer im Mittelpunkt wissenschaftlicher Diskussionen und hat häufig das Hauptthema gynäkologischer Kongresse gebildet. Denn es war klar: mit der Verbesserung der Erfolge für Mutter und Kind wuchs der Mut der Operateure. Immer lauter wurden die Stimmen, die im Kaiserschnitt-

verfahren die Methode der Wahl bei den Fällen sahen, die für die Mutter oder das Kind ungünstig verlaufen waren.

Die Zeit, in der um die „Neuorientierung“ in der deutschen Geburtshilfe ein erbitterter Streit ausgebrochen war, liegt noch nicht allzu weit zurück. *Hirsch* und *Dörfler* waren die Vertreter der extremen Richtung, während *Winter* für die alten konservativen geburtshilflichen Methoden eintrat und durch seine Kaiserschnittstatistik aus dem Jahre 1928 nachwies, daß das abdominale Entbindungsverfahren eine dreifach höhere Gefahr in sich birgt als die vaginalen Methoden. *Winter* berechnete nämlich aus 4450 Kaiserschnittsfällen des Jahres 1928 eine Gesamtmortalität von 7,1% und eine reine Operationsmortalität von 4,2%. Wegen dieses außerordentlich hohen Mütterverlustes stellte er daher die Forderung auf, daß der Kaiserschnitt als gefährlichste geburtshilfliche Operation eine scharf umrissene Indikationsstellung verlange.

Wenn wir heute, rund 12 Jahre seit Beginn der Auseinandersetzungen um die Neuorientierung in der deutschen Geburtshilfe, das Ergebnis dieser Meinungsverschiedenheiten überblicken, so müssen wir feststellen, daß auch in der streng konservativ geleiteten Spezialklinik eine vorsichtige Erweiterung der Indikationsstellung zum abdominalen Kaiserschnitt festzustellen ist. Die Frequenz dieses operativen Entbindungsverfahrens schwankt durchschnittlich zwischen 3 und 4% und überschreitet diese Zahlen in den Kliniken, wo das enge Becken oder andere Geburtskomplikationen häufiger vorzukommen pflegen, dagegen scheint die Kaiserschnittfrequenz, bezogen auf die Gesamtgeburtenszahl eines Krankenhauses, da niedriger zu liegen, wo die Zahl der normalen Geburten eine starke Zunahme erfahren hat, und wesentlich höher in denjenigen Anstalten, in denen sich fast nur regelwidrige Geburten abspielen.

Grundsätzlich aber wird in allen Spezialkliniken kein geburtshilflicher Eingriff, insbesondere kein Kaiserschnitt ausgeführt, wenn nicht eine zwingende wissenschaftlich begründete Indikation vorliegt. *Dadurch wurden in den letzten Jahren in deutschen geburtshilflichen Spezialkliniken und -abteilungen Leistungen erzielt, von denen eine weitere wesentliche Verbesserung kaum erwartet werden kann.* Das bestätigen die zahllosen Veröffentlichungen aus fast allen deutschen Spezialkliniken. *Diese hervorragenden Leistungen deutscher Spezialkliniken und -abteilungen liegen fest und werden auch allgemein anerkannt.*

Wenn trotzdem immer wieder die Frage der Hausgeburt oder Klinikentbindung aus dem durchaus verständlichen Interesse an einer gesunden Bevölkerungspolitik aufgerollt wird, dann müssen bei der anerkannt guten Leistung der Spezialkliniken andere Ursachen verantwortlich gemacht werden können, die eine Entbindung in einer Anstalt gegenüber einer solchen im Privathaus im Erfolg für Mutter und Kind unterlegen erscheinen lassen muß.

Die Beantwortung dieser Frage, die für die Zukunft der deutschen Geburtshilfe von entscheidender Bedeutung ist, setzt nicht nur die Kenntnis von zahlenmäßigen Ergebnissen voraus; ebenso wichtig ist es auch, sich einen Einblick in solche Häuser zu verschaffen, in denen sich die

sog. „Anstaltsentbindungen“ abspielen. Zur Zeit liegen die Verhältnisse noch so, daß alle Geburten als „Anstaltsentbindungen“ gelten, ob die Entbindungen in einer Universitäts-Frauenklinik, in einer Hebammenlehranstalt oder großen geburtshilflichen Spezialabteilung eines Allgemeynkrankenhauses stattfinden, oder ob sie sich im Nebenbetrieb einer chirurgischen Station oder in einem kleinen Wöchnerinnenheim ohne ärztliche Leitung abspielen. Tatsächlich kann von einer klinischen Entbindung erst die Rede sein, wenn in einem geburtshilflichen Institut folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Die Leitung der Geburten liegt in den Händen eines Frauenarztes mit mindestens 4jähriger Ausbildung auf dem Gebiete der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe.

2. Außer dem leitenden Arzt steht für eilige Operationen noch mindestens ein Assistent jederzeit zur Verfügung.

3. Zur ärztlichen Versorgung fieberhafter Fälle ist die Einstellung eines weiteren Assistenzarztes notwendig.

4. Die Geburtenabteilung muß von den übrigen Stationen des Krankenhauses räumlich getrennt liegen. Die Betten der Geburtenstation sind ausschließlich mit nichtfieberhaften Wöchnerinnen zu belegen.

5. Schwestern und sonstiges Pflegepersonal der Geburtenabteilung dürfen an der Pflege der übrigen Kranken der Anstalt nicht teilnehmen.

6. Um das Einschleppen von Infektionen von außen zu vermeiden, dürfen Klinikentbindungen nur von Hebammen überwacht werden, die fest verpflichtet sind und eine weitere Hebammentätigkeit außerhalb des Krankenhauses nicht ausüben.

Da bei dem starken Zustrom der Frauen in die Krankenhäuser zum Zwecke der Entbindung die weitaus größte Zahl der Anstalten, die ursprünglich allein der Behandlung chirurgischer und innerer Kranken gedient hatten, die notwendige Umstellung auf das geburtshilfliche Fach nicht vornahm oder nicht vornehmen konnte, besteht gegenüber den bestens eingerichteten und fachärztlich versorgten Spezialkliniken ein deutlicher Unterschied, der sich auch zahlenmäßig im Erfolg für Mutter und Kind auswirken muß.

Auf den bestehenden Unterschied wird aber im allgemeinen bei der Beurteilung der „Anstaltsentbindungen“ nicht genügend hingewiesen. Trotzdem ist er für die zukünftige Entwicklung und Gestaltung der deutschen Kliniksgeburtshilfe von entscheidender Bedeutung. Im Augenblick befinden wir uns nämlich auf dem besten Wege, daß durch mangelhafte Unterscheidung und Trennung der beiden Arten von „Anstaltsgeburten“ wertvolle Entbindungsstätten ohne deren eigenes Verschulden in Mißkredit geraten, und daß das hohe Ansehen, das die alten Geburtshelfer der klinischen Geburtshilfe im Laufe der letzten 190 Jahre verschafft haben, wieder verloren geht.

Infolgedessen ist es dringend notwendig, zahlenmäßige Unterlagen zur Prüfung der geburtshilflichen Leistungen kleiner Krankenhäuser,

die ihre Geburten ohne Frauenfacharzt, ohne getrennte geburtshilfliche Abteilung und ohne eigens zur Pflege der Wöchnerinnen angestelltes Personal durchführen, zu beschaffen, da diese bisher vollkommen fehlen. Allein die Bekanntgabe der Zahlen, die beim Statistischen Reichsamt auf Grund der amtlichen Erhebungsbogen seit dem Jahre 1935 zusammengestellt werden, gibt Hinweise auf die geburtshilflichen Leistungen derartiger Anstalten. Aus der vorliegenden Statistik des Statistischen Reichsamtes, die *F. Reichert* einer eingehenden Betrachtung unterzogen hat, geht der bestehende Leistungsunterschied, der zwischen den geburtshilflichen Spezialkliniken und solchen Häusern besteht, in denen die Geburtshilfe neben den anderen Fächern nur im Bedarfsfalle getrieben wird, nicht genügend hervor. Insbesondere fehlen darin nähere Angaben über die mütterliche Sterblichkeit nach den einzelnen geburtshilflichen Operationen. Der Begriff „Mütter Todesfälle bei operativen Fällen“ sagt nichts darüber aus, wie groß die Sterblichkeit nach den einzelnen geburtshilflichen Operationen in Allgemeinkrankenhäusern ist. Das Statistische Reichsamt vermag auch keine Definition des Begriffes „operativ behandelte Fälle“ zu geben. Da aber die mütterliche Sterblichkeit in Allgemeinkrankenhäusern nach der Reichsstatistik gerade bei operativen Fällen so außerordentlich groß ist, müssen wir ihre Ursache feststellen und zu ermitteln versuchen, nach welcher Art von geburtshilflichen Eingriffen die große Anzahl von Mütter Todesfällen Jahr für Jahr zu beklagen ist.

Wie groß dieser Verlust an Müttern ist, zeigen folgende Zahlen, die das Statistische Reichsamt für das Jahr 1938 bekannt gibt:

Mütterliche Sterblichkeit bei rechtzeitigen Anstaltsentbindungen.

	Fälle ohne Operation	‰	Fälle mit Operation	‰	Gesamt-mortalität	‰
In Spezialkliniken und -abteilungen	311	1,28	948	11,27	1259	4,07
In Anstalten ohne Spezialabteilung	274	3,63	654	28,41	928	9,42

Zieht man die mütterliche Sterblichkeit bei Frühgeburten (Lebendgeborene von weniger als 2500 g sowie Totgeburten desselben Gewichtes, die wenigstens 35 cm lang sind) in den Kreis der Betrachtungen, so ergibt sich folgendes Bild:

Mütterliche Sterblichkeit bei rechtzeitigen und Frühgeburten in Anstalten.

	Fälle ohne Operation	‰	Fälle mit Operation	‰	Gesamt-mortalität	‰
In Spezialkliniken und -abteilungen	381	1,49	1097	15,32	1478	4,51
In Anstalten ohne Spezialabteilung	320	4,06	725	29,60	1045	10,11

Die hohe mütterliche Sterblichkeit nach operativen Entbindungen ist keine einmalige Erscheinung, die möglicherweise durch eine Anhäufung besonders ungünstiger Fälle im Jahre 1938 hervorgerufen sein könnte. Ein Vergleich mit den Zahlen aus den Jahren 1931/1938 zeigt vielmehr, daß die Ergebnisse früher zeitweise noch schlechter waren.

Mütterliche Sterblichkeit bei rechtzeitigen und Frühgeburten
in Anstalten 1931—1938.

	Todesfälle überhaupt in ‰			Todesfälle nach Spontan- geburt in ‰			Todesfälle nach opera- tiver Entbindung in ‰		
	In Spezialkliniken und Spezial- abteilungen	In Anstalten ohne getrennte geburtshilfliche Abteilung	In sämtlichen Anstalten zusammen	In Spezialkliniken und Spezial- abteilungen	In Anstalten ohne getrennte geburtshilfliche Abteilungen	In sämtlichen Anstalten zusammen	In Spezialkliniken und Spezial- abteilungen	In Anstalten ohne getrennte geburtshilfliche Abteilung	In sämtlichen Anstalten zusammen
1931			7,18			3,24			20,01
1932			7,17			2,95			20,92
1933			7,59			3,17			21,36
1934			6,49			2,77			18,15
1933	6,15	17,04	8,61			2,66			25,32
1936	5,75	13,63	7,65			2,43			23,21
1937	5,11	12,19	8,86						
1938	4,51	10,11	5,85	1,49	4,06	2,09	15,32	29,6	18,96

In diesen Zahlen sind sämtliche mütterlichen Todesfälle enthalten, sei es nun, daß der Tod durch die Folgen der Schwangerschaft und der Geburt eintrat, oder sei es, daß die Frauen an interkurrenten Krankheiten bei der Geburt oder im Wochenbett starben.

Einzelheiten über die Todesursachen bei der Geburt und im Wochenbett gibt *Reichert* auf Grund der Reichsstatistik bekannt. Er teilt die Müttersterblichkeit nach den wichtigsten Todesursachen ein. Nicht jedoch geht aus dieser Veröffentlichung hervor, wie groß die Mortalität nach den einzelnen geburtshilflichen Operationen ist. Eine solche Feststellung wäre besonders wichtig, um die Leistungsfähigkeit bei geburtshilflichen Operationen in kleinen Krankenhäusern kennen zu lernen. Lediglich die Zunahme der Todesfälle an Kindbettfieber begründet *Reichert* mit der Jahr für Jahr steigenden Zahl der alten Erstgebärenden. Der Parallelismus, der zwischen der Zunahme der Geburten bei alten Erstgebärenden und den an Kindbettfieber verstorbenen Frauen besteht, ist in der Tat auffallend, doch ist die Ursache dieser erhöhten Sterblichkeit dadurch erklärt, daß bei diesen, durch lange Jahre hindurch kinderlos verheirateten Frauen der Wunsch nach einem lebenden Kind ganz besonders im Vordergrund steht und damit häufig die Indikation zu einer geburtshilflichen Operation abgibt. Die erhöhte Operationsfrequenz ergibt ein größeres Risiko und damit höhere Sterblichkeit, die sich in der Zunahme an Kindbettfieber-Todesfällen äußert.

Auch an meinem eigenen Beobachtungsgut ist eine Zunahme geburts-
hilflicher Operationen bei alten Erstgebärenden zu verzeichnen. Während
sich die Zangenfrequenz bei sämtlichen Entbindungen in der mir unter-
stellten Klinik um 4,98% und die des abdominalen Kaiserschnittes um
2,2% bewegen, steigen diese Zahlen bei den alten Erstgebärenden auf
12,77% bzw. 6,12% an, wobei jedoch bemerkt werden muß, daß ein großer
Teil dieser Frauen nicht wegen des vorgeschrittenen Alters und des
dadurch im Vordergrund stehenden Kinderwunsches, sondern wegen der
auch bei jüngeren Frauen bekannten allgemeinen Kaiserschnitt- und
Zangenindikationen wie Placenta praevia. Eklampsie u. a. operativ
entbunden werden mußte.

Im Gegensatz zu der Ansicht von *Reichert* ist aber eine erhöhte
Sterblichkeit trotz der auch bei uns beobachteten Zunahme der alten
Erstgebärenden von 10,76% im Jahre 1940 auf 17% im Jahre 1941
und auf 17,4% in den ersten 4 Monaten des Jahres 1942 erfreulicherweise
bisher nicht zu verzeichnen. Denn die in der Zeit vom 1. Januar 1940
bis 30. April 1942 entbundenen 226 Frauen, die bei ihrer ersten Entbindung
im 30. bis 45. Lebensjahr standen, konnten sämtlich gesund die Klinik
verlassen, während im ganzen 10 Kinder alter Erstgebärender starben.
Berücksichtigt man aber, daß sich darunter 5 nicht ausgetragene Früchte
befanden, von denen zwei ein Geburtsgewicht von 1750 g, je eins von 1350,
1950 und 2050 g (letztere eine debile Frühgeburt mit Sklerödem) auf-
wiesen, und daß ferner eine 37jährige Erstgebärende mit einer seit
3 Wochen abgestorbenen Frucht zur Aufnahme in der Klinik erschien,
so ergibt sich eine „gereinigte“ kindliche Sterblichkeit bei den alten
Erstgebärenden meiner Klinik von 1,77%.

Demnach findet sich an dem allerdings verhältnismäßig kleinen Be-
obachtungsgut meiner Klinik die Ansicht *Reicherts* nicht bestätigt.

Weitere Erhebungen über die Todesursachen bei der Geburt und im
Wochenbett liegen von *Heynemann* aus Hamburg und von *Bickenbach*
aus der Göttinger Frauenklinik vor.

Eine genaue Ermittlung der Todesursachen und ihre Abhängigkeit
von den einzelnen geburtshilflichen Operationen gehören zu unsern
vornehmsten Aufgaben; sie ist jedoch vorläufig noch nicht möglich,
da wir dem einzelnen Todesfall nicht nachgehen können. Man muß daher
Bickenbach beipflichten, der auf dem Standpunkt steht, daß zur Über-
prüfung der Todesursachen allein die Verarbeitung eines gut übersehbaren
Zahlenmaterials einzelner Kliniken bleibt.

Da es also zur Zeit noch nicht möglich ist, einwandfreie Einzel-
unterlagen für eine Todesursachenstatistik bei der Geburt und im
Wochenbett zu erhalten, müssen wir uns damit begnügen, die mütterliche
Sterblichkeit rein zahlenmäßig einer Betrachtung zu unterziehen.
Dabei fällt auf, daß die Mortalität nach operativen Entbindungen in
Spezialkliniken 15,32‰, in Krankenhäusern ohne getrennte geburtshilf-

liche Spezialabteilung dagegen 29,60‰, also das Doppelte beträgt. Wenn auch zugegeben werden muß, daß in kleinen Krankenhäusern eine besondere Anhäufung von verschleppten Geburten zu verzeichnen ist, weil die Einlieferung häufig „erst nach Einsetzen der Geburt wegen Komplikationen“ erfolgt, so scheint dies nicht allein die so viel ungünstigeren Ergebnisse für die Mütter in den kleinen Krankenhäusern zu erklären, zumal Todesursachen, wie „Embolien, Blutungen und sonstige Zwischenfälle“, auch in Spezialkliniken vorkommen.

Da eine derartige Begründung für die fast doppelt so hohe mütterliche Sterblichkeit allein nicht ausreicht, muß an die Möglichkeit gedacht werden, ob die weniger günstigen Ergebnisse in kleinen Krankenhäusern durch eine besonders hohe Operationsfrequenz verursacht sind. Denn die mütterliche Sterblichkeit steht ja mit der Operationsfrequenz zweifellos in Zusammenhang! Die Berechtigung einer solchen Annahme besteht um so mehr als der Wettstreit um die „Neuorientierung“, der ja mit einer vorsichtigen Erweiterung der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt geendet hat, doch einem sehr großen Teil der Ärzte und namentlich solchen, denen ein zügiges Operieren wie beim Kaiserschnitt mehr liegt als eine schwer erlernbare vaginale geburtshilfliche Operation, sozusagen eine Bekräftigung ihres Vorgehens gebracht hat, die *Winter* in die Worte gefaßt hat: „Beim Durcharbeiten der Indikationen (zum Kaiserschnitt) hat mich ein Gefühl des Bedauerns, ich möchte fast sagen der Beschämung erfaßt, wenn ich daran denke, was aus der exakten Indikationsstellung der deutschen Geburtshilfe geworden ist“.

Da also bisher noch keine Aufzeichnungen über die mütterliche Sterblichkeit aus Krankenhäusern, die die Geburtshilfe nur im Bedarfsfalle ausüben, vorliegen, und da die Reichsstatistik nur allgemein „Todesfälle bei operativ behandelten Fällen“ kennt, habe ich festzustellen versucht, wie häufig die gebräuchlichsten geburtshilflichen Operationen wie abdominale Kaiserschnitte, Zangenentbindungen, zerstückelnde Operationen, Wendungen und Extraktionen bei Querlagen und Manualhilfen bei Beckenendlagen in den kleinen und kleinsten Krankenhäusern Deutschlands im Jahre 1938 ausgeführt wurden.

Gleichzeitig soll damit ein Beitrag zur Beantwortung der wichtigen Frage geliefert werden, warum die mütterliche Sterblichkeit in solchen Krankenanstalten, die keine getrennte geburtshilfliche Abteilung führen, um so viel höher ist als in Spezialkliniken.

Schließlich sollen meine Aufzeichnungen die Aufgabe erfüllen, die wirkliche klinische Geburtshilfe, die schon so manchen Beweis dafür erbracht hat, daß sie zur Mitarbeit an einer erfolgreichen deutschen Bevölkerungspolitik bereit ist, in Zukunft vor einer falschen Beurteilung zu bewahren.

Ich war mir der Schwierigkeiten einer derartigen Erhebung von vornherein bewußt. Den vielbeschäftigten Ärzten kleiner Krankenhäuser,

die neben ihrer Krankenhausätigkeit meist noch eine umfangreiche kassenärztliche Praxis auszuüben haben, ist es kaum möglich, ausführliche Geburtsjournale zu führen. Daher habe ich wegen der Aussichtslosigkeit der genauen Beantwortung keine Anfragen über die einzelnen Indikationsstellungen an die Krankenhäuser gerichtet. Außerdem habe ich davon Abstand genommen, Ermittlungen über die Todesursachen anzustellen, da ich der *statistischen* Erfassung der *Todesursachen* bei der Geburt und im Wochenbett nur geringen Wert beimesse. Im übrigen stehe ich bezüglich der „gereinigten“ Statistik, wie *Keßler*, auf dem Standpunkt, daß sog. gereinigte Statistiken ausschließlich die Operationserfolge herausarbeiten wollen und durch mehr oder weniger Abzüge zur Unterschätzung der Gefahren eines operativen Eingriffes führen.

Dagegen legte ich auf die Beantwortung einiger allgemeiner Fragen besonderen Wert. So galt z. B. der erste Punkt meines Fragebogens der Bettenzahl der einzelnen Krankenhäuser. Ich fragte deshalb an, wieviel Betten den chirurgischen, inneren und gynäkologischen Kranken zur Verfügung stehen und ob zu geburtshilflichen Zwecken ständig Betten reserviert bleiben, oder ob diese wechselnd belegt werden. Für die meisten der kleinen Krankenhäuser mit einer Gesamtbettenzahl von 20—30 mag diese Frage überraschend gewesen sein, da es allein schon aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich ist, dauernd etwa 2—3 Betten für Wöchnerinnen freizuhalten oder gar eigens zur Versorgung der Frischentbundenen angestelltes Personal und Hebammen zu haben, wie es ja in Spezialkliniken der Fall ist.

Wie nicht anders zu erwarten war, wurde in den meisten Fällen von den Krankenhäusern als Antwort auf diese Frage angegeben: „Belegung nach Bedarf“ oder „keine getrennten Abteilungen“ oder „der chirurgischen Station angeschlossen“.

Wenn auch erst durch das Hebammengesetz vom 28. Dezember 1938 für die Krankenhausleitungen die gesetzliche Vorschrift zur Verpflichtung einer Hebammenhilfe besteht, so fragte ich auf meinem Erhebungsbogen doch an, ob die Frauen, die im Jahre 1938 in den kleinen Krankenanstalten niedergekommen waren, von einer Hebamme mit Hebammenzeugnis entbunden wurden, oder ob Krankenschwestern ohne eine derartige Anerkennung die Geburten durchführten. Wurde die Frage, ob das betreffende Krankenhaus eine hauptamtlich tätige Hebamme angestellt habe, verneint, so sollte angegeben werden, welche Hebammen bei diesen Anstaltsentbindungen zugegen waren.

Von den meisten kleinen Krankenhäusern wurde auf diese Frage mitgeteilt, daß die ortsansässigen Hebammen die Entbindungen im Krankenhaus überwachen und leiten.

Schließlich schien es mir von Wichtigkeit, in Erfahrung zu bringen, ob es sich bei den von den ortsansässigen Hebammen geleiteten Geburten um „Arztfälle“ oder um reine „Hebammengeburt“ handelte. Daher

fragte ich an, ob diese Hebammen auch selbständig, d. h. ohne Anwesenheit eines Arztes Geburten durchführen.

Auch diese Frage mußte mir von sehr vielen Krankenhäusern bejaht werden.

Nach den Ergebnissen aus den Hebammentagebüchern für das Jahr 1936 gibt *Pohlen* den Anteil der Hebammen an den Anstaltsentbindungen zwischen 1,1% und 16,4% an. Nach meinen eigenen Ermittlungen ist dieser Anteil jedoch für das Jahr 1938 höher zu schätzen. Bezogen auf die von mir in der Bayrischen Ostmark erfaßten Spontangeburt in kleinen Krankenhäusern stellte ich fest, daß hier etwa 30% der Anstaltsentbindungen selbständig von Hebammen durchgeführt wurden. In manchen Gegenden lagen diese Zahlen noch höher. So teilte eine Hebamme mit, daß sie im Jahre 1938 105 Entbindungen gehabt habe, wovon nur 30 in der Wohnung der Wöchnerin stattfanden. Eine andere Hebamme leitete 30 Haus- und 36 Krankenhausgeburten selbständig.

Ein Teil der „Anstaltsentbindungen“ wird demnach von Hebammen selbständig durchgeführt. Dies trifft mit Sicherheit für die Krankenhausentbindungen des flachen Landes zu, doch auch in Großstädten finden in Wöchnerinnenheimen reine Hebammengeburt statt, dagegen kommt es nur noch ganz vereinzelt vor, daß Geburten von Krankenschwestern geleitet werden.

Mein ursprünglicher Plan war, sämtliche Krankenanstalten des Altreiches zu erfassen. Dieses Vorhaben mußte ich wegen des Krieges aufgeben. Um jedoch von vornherein dem Einwand zu begegnen, den man gegen Veröffentlichungen aus Kliniken erhoben hat, wo Geburtskomplikationen, wie sie durch das enge Becken entstehen, seltener aufzutreten pflegen, und die infolgedessen eine geringere Operationsfrequenz haben, stellte ich mein Material aus den verschiedensten Gegenden Deutschlands zusammen. So liegen die Ergebnisse kleiner Krankenanstalten aus Süd-, Südwest-, West-, Nordwest- und Mitteldeutschland vor. Ich glaube, daß auf diese Weise durch die vorliegenden Zahlen aus verschiedenen Gauen ein getreues Spiegelbild für die Gesamtsituation abgegeben wird.

Insgesamt wurden 280 Krankenanstalten erfaßt, die in der übergroßen Mehrzahl weniger als 100 Betten haben. Einzelne Häuser, deren Ergebnisse ebenfalls verwertet wurden, hatten zwar mehr als 100 Betten, doch ging aus den Antworten nicht einwandfrei hervor, ob eine Trennung der Wöchnerinnen von den anderen Kranken bestand, und ob die Leitung der Geburten in den Händen eines Frauenarztes lag.

Um Vergleiche mit Ergebnissen aus Spezialkliniken und -abteilungen anstellen zu können, wandte ich mich mit der Bitte, mir das geburts-hilfliche Material des Jahres 1938 zur Verfügung zu stellen, an einige Universitäts-Frauenkliniken. Außerdem wurden die Ergebnisse von

Hebammenlehranstalten, geburtshilflichen Abteilungen großer Allgemeinkrankenhäuser sowie Privat-Frauenkliniken zum Vergleich herangezogen. Die Ergebnisse der letztgenannten Kliniken wurden jedoch getrennt verwertet.

Die erwähnten 280 Krankenhäuser verteilen sich auf die verschiedenen Gaue¹ folgendermaßen:

Weser-Ems	61 Krankenhäuser	3290 Geburten
Thüringen	50 „	2181 „
Hessen-Nassau	28 „	2073 „
Koblenz-Trier	23 „	1542 „
Bayrische Ostmark	71 „	2278 „
Mark Brandenburg	29 „	1874 „
Oberbayern	18 „	631 „
280 Krankenhäuser		13869 Geburten

Bei den 61 Krankenhäusern des Gaues *Weser-Ems* handelt es sich mit Ausnahme von 4 Anstalten, die eine Bettenzahl von 105, 106, 120 und 150 angaben, sämtlich um solche mit einer Bettenzahl unter 100. Mit ganz geringen Ausnahmen weist keins der 61 angeführten Krankenhäuser eine getrennte geburtshilfliche Abteilung auf. Die geburtshilflichen Operationen wurden im einzelnen ausgeführt:

- in 9 Anstalten vom Facharzt für Chirurgie,
- „ 7 „ vom Facharzt für Chirurgie und Frauenkrankheiten,
- „ 6 „ vom Frauenarzt,
- „ 15 „ von praktischen Ärzten,
- „ 24 „ war nicht festzustellen, wer die geburtshilflichen Operationen ausführte. In einzelnen Fällen wurde eine vorhergehende geburtshilfliche Ausbildungszeit des Operateurs angegeben.

Die Leistungen ergeben sich aus folgender Zusammenstellung:

	Absolute Zahl	Frequenz in %	Mütterliche Todesfälle	In % bzw. ‰
Normale Geburten	2430	74,7	8	3,29 ⁰ / ₁₀₀
Zangenentbindungen	508	15,44	7	1,38 ⁰ / ₁₀
Schnittentbindungen	157	4,77	9	5,73 ⁰ / ₁₀
Zerstückelnde Operationen	14	—	—	—
Manuallhilfen, Extraktionen, Wendungen	176	5,35	3	1,7 ⁰ / ₁₀
Vaginale Kaiserschnitte, Symphysiotomie	3	—	—	—
Operative Geburten ohne Angabe welcher Art	2	—	2	—
Insgesamt	3290		29	8,81⁰/₁₀₀

Verglichen mit den Zahlen des Statistischen Reichsamtes, wonach die mütterliche Sterblichkeit in Anstalten ohne getrennte geburtshilfliche

¹ Hier und im folgenden sind noch die früheren Benennungen der Gaue angewandt, da die betreffenden Krankenhäuser innerhalb der alten Gaugrenzen liegen.

Abteilung bei rechtzeitigen Geburten $9,42\%$ beträgt, liegt diese Zahl mit $8,81\%$ etwas niedriger, ebenso die Mortalität nach Spontangeburt (Reichsstatistik $3,63\%$. Weser-Ems $3,29\%$), jedoch wesentlich höher als die der Spezialkliniken, die bei Spontangeburt $1,28\%$ beträgt. Ein Vergleich der mütterlichen Sterblichkeit, getrennt nach den einzelnen geburtshilflichen Operationen, läßt sich nicht anstellen, da diese Zahlen beim Statistischen Reichsamt nicht vorliegen. Lediglich für die mütterliche Sterblichkeit nach abdominalem Kaiserschnitt ist uns eine Vergleichsmöglichkeit geboten. Winter hat in seiner Kaiserschnittstatistik von 1928 eine Gesamtmortalität von $7,1\%$ berechnet. Demgegenüber ist die Mortalität beim Kaiserschnitt in den kleinen Krankenhäusern des Gauweser-Ems mit $4,77\%$ als sehr günstig zu bezeichnen. Bei beiden Zahlen handelt es sich um „ungereinigte“ Ziffern.

Obwohl nach den Todesursachen nicht gefragt worden war, wurden einige mitgeteilt, die der Ordnung halber genannt werden sollen.

Von den 9 nach Kaiserschnitt verstorbenen Frauen starb eine an Embolie, eine an Eklampsie, die dritte an ihrer Leukämie. Nach Spontangeburt starb eine Frau an Leukämie, eine weitere nach Wendung und Extraktion des Kindes an Eklampsie. Atonie bei altem perisymphilitischem Absceß war die Todesursache bei einer anderen Frau, während eine Wöchnerin nach Zangenentbindung an einem chronischen Nierenleiden ad exitum kam. Embolie nach Spontangeburt war eine weitere Todesursache; bei einer anderen Frau trat am 12. Tage nach Spontangeburt der Tod infolge „Beckenbauchfellentzündung“ ein. An den Blutungen infolge Placenta praevia bei bestehender Herzschwäche ging eine andere Frau zugrunde. In einem Krankenhaus ereigneten sich 2 Todesfälle; einmal infolge Lungenentzündung, das andere Mal nach „Sepsis am linken Mundwinkel“ (?).

Während sich die Zahl der operativen Eingriffe für sämtliche Krankenhäuser durchaus in normalen Grenzen bewegte, fällt in einigen Krankenhäusern das Ansteigen der Operationsfrequenz besonders auf. So fanden in einem kleinen Krankenhaus 90 Geburten statt, darunter allein 12 Kaiserschnitte = $13,33\%$; in einem anderen Krankenhaus wurden bei 154 Geburten neben 9 Kaiserschnitten 52 Zangen = $33,77\%$ ausgeführt. Noch größer war die Zangenfrequenz in einem dritten Haus, wo insgesamt 118 Geburten stattfanden, darunter 4 Schnittentbindungen und 54 Zangen = $45,76\%$. Außerordentlich viele Kaiserschnitte, nämlich $27 = 38\%$, bei 71 Geburten wurden in einem anderen Krankenhaus ausgeführt. Hier wurde der Kaiserschnitt angeblich bei allen Erstgebärenden vorgenommen, wenn bei Wehenbeginn der Kopf beweglich über dem Beckeneingang stand. $35,5\%$ beträgt die Kaiserschnittfrequenz eines anderen Krankenhauses. Eine Anstalt weist die stattliche Anzahl von 89 operativen Entbindungen gegenüber 32 normalen Geburten auf; allein 40mal wurde die Zange angewandt, 36mal das Kind gewendet

und extrahiert. Fast ebenso häufig bediente man sich der Zange in einem anderen Krankenhaus, nämlich in 26 Fällen bei 54 Entbindungen.

Neben diesen extremen Fällen überschritt noch eine ganze Anzahl von Krankenanstalten die im allgemeinen bekannten Operationsfrequenzen. Eine Erklärung dafür läßt sich nicht ohne weiteres geben. Jedenfalls reicht die Tatsache, daß die Zusammensetzung der Krankenhäuserfälle auf dem Lande eine besonders ungünstige sei, bei derartig hohen Frequenzahlen als einzige Erklärung nicht aus. Man ist sogar geneigt, anzunehmen, daß es sich bei der niedrigen Mortalitätsziffer nach abdominalem Kaiserschnitt in den kleinen Krankenhäusern in vielen Fällen um Frauen handelt, bei denen, wie es beispielsweise bei Grenzfällen des engen Beckens üblich ist, die Wehentätigkeit und damit der eventuelle Erfolg einer Spontangeburt gar nicht erst abgewartet, sondern sofort die Schnittentbindung ausgeführt wurde. Diese Annahme scheint gerechtfertigt, wenn man die Zahlen der *Landesfrauenklinik Oldenburg* zum Vergleich heranzieht. In dieser Klinik wurden 8,81 % geburtshilfliche Eingriffe durchgeführt gegenüber 25,3 % in den gemischten Anstalten des Gau Weser-Ems. Da es sich im wesentlichen um ein und dieselbe Bevölkerung handelt, können Rassen- und Körperunterschiede für diese Differenz nicht verantwortlich gemacht werden. Auch die Häufigkeit des Kaiserschnittes an dieser Klinik zeigt den Unterschied sehr deutlich. Die Schnittentbindung wurde nämlich in der Landesfrauenklinik Oldenburg nur in 0,65 %, also 4mal seltener ausgeführt als in den übrigen Krankenhäusern. Entsprechend niedrig war auch die mütterliche Gesamtmortalität dieser Klinik, die 2,79‰ gegenüber 8,81‰ der kleinen Krankenanstalten betrug.

Von nicht untergeordneter Bedeutung für die geburtshilflichen Leistungen kleiner Krankenhäuser auf dem Land sind die Verkehrsverhältnisse. Schon der Transport in ein Landkrankenhaus erfordert in vielen Fällen eine kilometerlange Anfahrt. Die beschleunigte Einlieferung in die Spezialklinik einer größeren Stadt ist vorläufig praktisch überhaupt nicht durchführbar. Das aber wäre der einzige Weg, um in Zukunft wenigstens einen Teil der mütterlichen Verluste der Landfrauen zu vermeiden.

Es ist daher von besonderem Interesse, den Gau Weser-Ems mit einem Lande zu vergleichen, in dem sich Ortschaft an Ortschaft reiht.

Beim Gau *Thüringen* traf diese Voraussetzung zu. Zwar ist auch im Gau Thüringen die Zahl der größeren Städte mit Spezialkliniken eine begrenzte; dagegen reiht sich hier eine kleine Landgemeinde an die andere an, wie ein Blick auf die Karte zeigt. Der Einblick in die geburtshilflichen Leistungen Thüringens ist deshalb noch von besonderem Interesse, weil sich in diesem Lande nur 12,3 % Anstaltsentbindungen abspielen, womit die niedrigste Zahl in Deutschland erreicht wird.

50 Krankenhäuser des Gaues Thüringen, darunter 18 mit mehr, der Rest mit weniger als 100 Betten, konnten zur Statistik herangezogen werden. 9 der Krankenanstalten gaben an, eine getrennte geburtshilfliche Abteilung eingerichtet zu haben, während die übrigen 41 eine Trennung teilweise aus Raummangel nicht durchführten und ihre Betten je nach Bedarf belegten. Die Geburtenabteilungen der oben erwähnten 9 Krankenhäuser mit 7—10 Betten wurden trotzdem in den Kreis der Betrachtungen gezogen, da die Vorbedingungen für die Durchführung einer einwandfreien Kliniksentbindung nicht erfüllt zu sein schienen.

Soweit den Antworten zu entnehmen war, wurde die Geburtshilfe ausgeübt:

- in 19 Häusern von Chirurgen,
- „ 13 „ von „Chirurgogynäkologen“¹,
- „ 15 „ war den Angaben nicht zu entnehmen, welche Ausbildung die die geburtshilflichen Operationen ausführenden Ärzte hatten,
- „ 3 „ verschiedene, nicht hauptamtlich angestellte Frauenärzte.

Bei einem Krankenhaus handelte es sich um eine Heilanstalt, in der einige Geburten unter nichtfachärztlicher Leitung stattgefunden hatten.

Die Leistungen der 50 thüringischen Krankenhäuser gehen aus folgender Tabelle hervor:

¹ Die Bezeichnung „Chirurgogynäkologe“ hat sich als Abkürzung des Titels „Facharzt für Chirurgie und Frauenkrankheiten (einschließlich Geburtshilfe)“ eingebürgert. „Chirurgogynäkologe“ darf sich also nur der Arzt nennen, der tatsächlich *Facharzt für beide Fächer* (Chirurgie einerseits, Frauenkrankheiten und Geburtshilfe andererseits) ist. Facharzt für beide Fächer darf sich nur der nennen, der neben seiner chirurgischen Fachausbildung eine mindestens zweijährige Tätigkeit auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe nachweisen kann. Die mindestens zweijährige fachliche Ausbildung in dem Fach der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe kann natürlich nur in einer Spezialklinik oder -abteilung erworben werden, nicht aber als Assistenzarzt einer gemischten chirurgisch-gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung, zumal dann nicht, wenn deren leitender Arzt selbst Chirurgogynäkologe ist.

Nach § 29 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte ist heute die Führung mehrerer Facharztbezeichnungen unzulässig. Abschnitt V, Ziffer 2 der Anordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands über die Standes- und Facharztordnung (Deutsches Arzteblatt Nr. 19 vom 11. Mai 1935, S. 459ff.) besagt, „daß Facharztbezeichnungen, die den Bestimmungen des Abschnittes I der Facharztordnung nicht entsprechen, bis zum 1. Juli dieses Jahres (1935) zu ändern sind. Dies gilt auch für alle Träger einer Doppelbezeichnung mit der Maßgabe, daß diese Fachärzte auf dem bisherigen Gesamtgebiet tätig bleiben dürfen, wenn der Amtsleiter der Landes- bzw. Provinzialstelle der K.V.D. unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse dies genehmigt“.

Keinesfalls darf sich Facharzt für Chirurgie und Frauenkrankheiten sowie Geburtshilfe (Chirurgogynäkologe) der Arzt nennen, dessen Ausbildung als „Frauenarzt“ in einer kürzeren Hospitantenzeit an einer Frauenklinik oder gar nur in der Absolvierung von Fortbildungskursen bestand.

Von den oben erwähnten „Chirurgogynäkologen“ hatte nur einer eine geburtshilfliche Ausbildung von 2½ Jahren.

	Absolute Zahl	Frequenz in %	Mütterliche Todesfälle	In % bzw. ‰
Normale Geburten	1683	77,21	9	5,34‰
Zangenentbindungen	121	5,55	3	2,48‰
Kaiserschnitte	261	11,97	14	5,36‰
Zerstüchelnde Operationen	15	—	1	—
Manualhilfen Extraktionen, Wendungen	99	4,56	3	3,03‰
Symphysiotomien, vaginale Kaiserschnitte	2	—	—	—
Insgesamt	2181		30	13,76‰

Die mütterliche Sterblichkeit in den 50 thüringischen Krankenhäusern übersteigt mit 13,76‰ diejenige der Reichsstatistik, die für Krankenanstalten ohne geburtshilfliche Spezialabteilung 9,42‰ beträgt, um rund 4‰. Wenn sich auch hier wieder der abdominale Kaiserschnitt mit einer Gesamtmortalität von 5,36% als gefährlichste Operation herausstellt, so überrascht doch am meisten die mütterliche Sterblichkeit nach Spontangeburt mit 5,34‰, selbst wenn man diejenigen Todesfälle in Abzug bringt, die sich im Anschluß an eine nichtoperative Geburt durch Regelwidrigkeiten in der Nachgeburtsperiode wie manuelle Placentarlösungen oder atonische Blutungen ereignet haben. Die hohe Zahl der mütterlichen Todesfälle nach Spontangeburt findet möglicherweise dadurch ihre Erklärung, daß sich unter den verstorbenen Frauen solche befanden, die ein Krankenhaus erst nach Einsetzen von Komplikationen aufsuchten (sekundäre Anstaltsentbindungen, *Martius*). Auch die hohe Sterblichkeit nach Zangenentbindungen und nach Manualhilfen sowie Wendungen und Extraktionen wird möglicherweise durch diese Feststellung erklärt. Wenn die hohe mütterliche Sterblichkeit nach Spontangeburt in den kleinen thüringischen Krankenhäusern tatsächlich durch anoperierte Fälle, die nach vergeblichen Entbindungsversuchen im Privathaus nachträglich noch in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, belastet sein sollte, dann müßte allerdings die Statistik der Hausgeburtshilfe in Thüringen eine sehr günstige sein, da sie ja durch die Verlegung ungünstig verlaufender Fälle in die Krankenhäuser eine weitgehende Entlastung erfahren haben würde.

Am auffälligsten ist die Frequenz der Kaiserschnitte im Verhältnis zur Anwendung der Zangenentbindungen. Im allgemeinen pflegen nämlich die Zangenentbindungen etwa doppelt so häufig wie der abdominale Kaiserschnitt angewandt zu werden. Ob die bekannt geringe Inanspruchnahme der thüringischen Krankenhäuser die einzige Erklärung für das sehr merkwürdige Zahlenverhältnis 261 Kaiserschnitte : 121 Zangenentbindungen ist, muß dahin gestellt bleiben.

In der folgenden Übersicht sind die Zahlen derjenigen Krankenhäuser, in denen eine besonders starke Häufigkeit der abdominalen Kaiserschnitte

zuungunsten der Zangenentbindungen im Jahre 1938 zu verzeichneten war, gegenübergestellt.

Trotzdem sich in einer Hebammenlehranstalt, wie die *Landesfrauenklinik Erfurt*, der größte Teil der Entbindungen als Spontange-

Bettenzahl des Krankenhauses	Spontan-geburten	Zahl der Kaiserschnitte	Zahl der Zangenentbindungen
180	83	16	3
100	54	14	2
90	59	4	—
85	43	4	5
80	93	6	2
80	24	3	—
77	28	13	3
60	19	4	—
60	20	12	—
50	20	10	2

burten abzuspielen pflegt, habe ich deren Krankengut zum Vergleich herangezogen. Einschließlich aller Kaiserschnitte, Zangenentbindungen, Manualhilfen, Wendungen und Extraktionen sowie zerstückelnden Operationen betrug die Frequenz der geburtshilflichen Eingriffe an dieser Klinik nur 8,95%, die des abdominalen Kaiserschnittes 2,08%. In der Verschiedenheit des Beobachtungsgutes dürfte die Ursache für die fast 3mal höhere Operationsfrequenz der kleinen Krankenhäuser allein nicht liegen. Wahrscheinlicher ist, daß die Indikation zu jeder einzelnen geburtshilflichen Operation in dieser Klinik nach wissenschaftlich anerkannten Grundsätzen gestellt wird.

Die Zahl der kleinen Krankenhäuser des Gaues *Hessen-Nassau*, die für meine Nachforschungen in Frage kamen, ist trotz der Größe dieses Gaues gering und beträgt 28. Das liegt daran, daß in Hessen Nassau eine Reihe von größeren Städten (Frankfurt, Wiesbaden, Mainz, Darmstadt) liegt, ferner die Universitäts-Frauenklinik Gießen sowie in unmittelbarer Nähe der Gaugrenzen die Universitäts-Frauenklinik Marburg. Die großen Spezialkliniken dieser Städte sind infolge der günstigen Verkehrsverhältnisse in Hessen-Nassau (Reichsautobahn, Haupt- und Nebenlinien der Reichsbahn) in der Lage, pathologische Geburten aus der Umgebung aufzunehmen. Infolgedessen besteht für die meisten kleinen Krankenhäuser nicht die Notwendigkeit, Geburtshilfe zu treiben. Doch ist diese Art der Versorgung, regelwidrige Fälle der Spezialklinik der nächsten Großstadt zuzuweisen, auch in Hessen-Nassau keine allgemeine Regelung. Von den erfaßten 28 Krankenhäusern liegen einige in so unmittelbarer Nähe einer Stadt mit einer Spezialklinik, daß es überraschen muß, wenn hier trotzdem pathologische Geburten zur operativen Behandlung aufgenommen wurden.

Andererseits spricht der hohe Prozentsatz von 83,5% normaler Geburten dafür, daß diese Häuser nicht nur im Notfall Entbindungsfälle aufnehmen. An dieser Zahl haben die selbständigen Hebammengeburtten einen großen Anteil.

Auf Grund der beantworteten Fragen (Fehlen eines Frauenfacharztes, selbständige Hebammengeburtten, Benutzung des Krankenhauses für die

Geburtshilfe nach Bedarf), muß jedenfalls angenommen werden, daß die in den 28 kleinen Krankenhäusern Hessen-Nassaus im Jahre 1938 stattgefundenen Geburten nicht zu den Kliniksentbindungen im engeren Sinne zu rechnen sind.

Die Bettenzahl von 4 der 28 Krankenhäuser liegt über 100, die der restlichen zwischen 17 und 100. Die Zahl derjenigen Betten, die in einigen Häusern angeblich dauernd für geburtshilfliche Zwecke reserviert bleiben, beträgt 4—6. Die geburtshilflichen Operationen wurden ausgeführt:

- in 11 Häusern von Fachärzten für Chirurgie,
- „ 4 „ von Fachärzten für Chirurgie und Gynäkologie,
- „ 6 „ von praktischen Ärzten,
- „ 6 „ war den Antworten nicht zu entnehmen, welche Ausbildung der Operateur hatte,
- „ 1 Haus vom Frauenfacharzt.

Die Feststellung, daß an den in der folgenden Tabelle zusammengestellten geburtshilflichen Operationen nur in einem Haus ein Facharzt für Geburtshilfe beteiligt war, mag überraschen. Es soll daher nochmals unterstrichen werden, daß von den im Reichsmedizinalkalender 1937 angeführten hessischen Krankenhäusern 40 für meine Statistik nicht in Betracht kamen, da es sich dabei um Anstalten handelt, die in einer größeren Stadt liegen.

Über die geburtshilflichen Leistungen der 28 Häuser Hessen-Nassaus gibt folgende Tabelle Auskunft:

	Absolute Zahl	Frequenz in %	Mütterliche Todesfälle	In ‰ bzw. ‰
Normale Geburten	1731	83,5	1	2,31 ⁰ / ₀₀
Zangenentbindungen	136	6,56	1	
Schnittentbindungen	132	6,37	12	9,10 ⁰ / ₀
Zerstükelnde Operationen	3	—	—	—
Manuallhilfen, Wendungen und Extraktionen	64	3,09	1	—
Symphysiotomien, vaginale Kaiserschnitte	7	—	—	—
Insgesamt	2073		18	8,68 ⁰ / ₀₀

Wie diese Zusammenstellung zeigt, beträgt die mütterliche Gesamt-mortalität 8,68⁰/₀₀; sie wird in erster Linie durch die hohe Sterblichkeit nach abdominalem Kaiserschnitt (9,1%) hervorgerufen. Es läßt sich auch hier wieder feststellen, daß der abdominale Kaiserschnitt diejenige geburtshilfliche Operation ist, die die größten Gefahren mit sich bringt, und daß man ihn daher nur bei den unbedingt notwendigen Fällen anwenden sollte. Wenn Winter schon im Jahre 1928 eine ungeringste mütterliche Mortalität von 7,1% nachweisen konnte, dann läßt sich bei einer solchen von 9,1% schwerlich ein „Fortschritt“ feststellen.

Von den 12 Todesfällen nach Sectio abdominalis liegen in 5 Fällen die Todesursachen vor: zwei Frauen starben an „Urämie“, eine an diffuser

Peritonitis bei Gallenblasenerkrankung, eine an Wundstarrkrampf, eine an Embolie.

Die mütterliche Sterblichkeit nach Spontangeburt ist mit 2,31‰ als sehr günstig zu bezeichnen und liegt demnach deutlich unter dem für Anstalten ohne geburtshilfliche Spezialabteilung bekannten Reichsdurchschnitt von 3,63‰. Bei der großen Zahl von normalen Geburten (83,5%) ist dieses Ergebnis jedoch nicht überraschend. Diese wurden in den meisten Krankenhäusern von den ortsansässigen Hebammen selbstständig geleitet und gehören demnach eigentlich in die Statistik der Hausentbindungen.

Trotzdem die mütterliche Sterblichkeit in den 28 kleinen Krankenhäusern Hessen-Nassaus im Verhältnis zu der anderer Gaue und der der Reichsstatistik als durchaus günstig zu bezeichnen ist, lag sie immer noch wesentlich höher als in einigen geburtshilflichen Abteilungen großer Krankenhäuser desselben Gaues, die unter fachärztlicher Leitung stehen. So betrug die mütterliche Sterblichkeit an der geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in *Offenbach* bei Spontangeburt 0%, nach operativen Entbindungen und normalen Geburten zusammen 3,69‰ (gegenüber 8,68‰ in den kleinen Häusern). Im Städtischen Krankenhaus *Wiesbaden* lauten dieselben Zahlen 0% und 2,52‰, während in der Städtischen Frauenklinik *Mainz* nur eine Frau nach Spontangeburt an ihrer Tuberkulose starb, wodurch sich die Gesamtmortalität dieser Klinik auf 1,3‰ belief.

Die Zahl der normalen Geburten in den 28 kleinen Krankenhäusern des Gaues Hessen-Nassau betrug 1731 oder 83,5%, in den 3 genannten Spezialkliniken 1801 oder 86,81%. Während sich aber das Verhältnis der Zangenentbindungen zum Kaiserschnitt in den kleinen Häusern wie 136:132 verhielt, kamen in den 3 Spezialkliniken auf 114 Zangenentbindungen nur 57 abdominale Kaiserschnitte. Da nun andererseits in den 3 Spezialkliniken mehr Manualhilfen sowie Wendungen mit anschließender Extraktion (89) als in den kleinen Krankenhäusern (64) stattfanden, so kann allein schon aus dieser Betrachtung die Feststellung getroffen werden, daß man in nichtspezialärztlich geleiteten Anstalten großzügiger mit der Indikationsstellung verfährt. Wie dieses Beispiel zeigt, schlägt man bei einer Beckenendlagegeburt den physiologischen Ablauf oder bei einer Querlage nicht das abwartende Verhalten, d. h. die kombinierte Wendung mit anschließender Extraktion nach vollständig erweitertem Muttermund oder das prophylaktische Herunterholen eines Füßchens vor dem Verstrichensein des Muttermundes gar nicht erst ein, sondern führt in derartig gelagerten Fällen gleich die abdominale Schnittentbindung durch, was für viele, die in der Ausführung schwer erlernbarer vaginaler Operationen nicht ausgebildet sind, den einfachsten Weg zur Umgehung von Schwierigkeiten bedeutet. Bei der bekannten größeren Gefährlichkeit des Kaiserschnittes ist eine solche Einstellung nicht zu befürworten. Diese

großzügige Indikationsstellung zum abdominalen Kaiserschnitt ist aus dem Bestreben heraus entstanden, die bei Beckenendlagen und Querlagen bekannte hohe kindliche Sterblichkeit durch den Kaiserschnitt, also auf Kosten der Mutter zu umgehen. Diese Indikationsstellung ist bei alten Erstgebärenden, habituellem Absterben oder solchen Beckenendlagen und Querlagen, die durch einen Uterus myomatosus bedingt sind, auch in Spezialkliniken zur Regel geworden.

Im großen und ganzen überschreiten die einzelnen Krankenhäuser Hessen-Nassaus die bekannten Frequenzahlen für geburtshilfliche Operationen, selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, daß sich dort ein großer Teil von Notfällen abspielt, nicht wesentlich. Zwei Krankenhäuser haben eine Kaiserschnittfrequenz von 13,6 und 17 %, während die höchste Zangenfrequenz in einem Krankenhaus mit 17 % erreicht wird.

Aus dem Gau *Koblenz-Trier* liegen von rund einem Drittel der Krankenhäuser, die für meine Statistik in Frage kamen, die beantworteten Fragebogen vor. Es handelt sich dabei meist um konfessionelle Anstalten. 4 der 23 Krankenhäuser haben mehr, die übrigen 19 weniger als 100 Betten. Im übrigen geht aus den Fragebogen mit aller Deutlichkeit hervor, daß es sich um typische Allgemeinkrankenhäuser ohne jegliche Trennung der einzelnen Fächer handelt. Keines der Krankenhäuser hat eine fest angestellte Hebamme, so daß sämtliche Geburten von den ortsansässigen Hebammen überwacht wurden. Aus der Differenz der Gesamtzahl der normalen Anstaltsentbindungen (Punkt 2 des Fragebogens) und der Zahl der von den ortsansässigen Hebammen selbständig durchgeführten Geburten im Krankenhaus (Punkt 7) geht klar hervor, daß es sich bei diesen „Anstaltsentbindungen“ um solche Geburten handelt, die eigentlich ins Privathaus gehören und damit zur Statistik der häuslichen Entbindungen. Keine der geburtshilflichen Operationen wurde von einem Facharzt für Geburtshilfe ausgeführt, sondern es waren daran in erster Linie chirurgische Fachärzte sowie praktische Ärzte mit zum Teil operativer Ausbildung beteiligt. Das Fehlen von Frauenfachärzten ist wahrscheinlich durch die geringe Zahl von Großstädten im Gau Koblenz-Trier bedingt. Auch in der Gauhauptstadt Koblenz selbst fehlt eine geburtshilfliche Zentralstelle im Sinne einer größeren Spezialklinik, die richtungsweisend für den gesamten Gau sein könnte. Die Verhältnisse liegen hier vielmehr so, daß fast jedes der vorhandenen Krankenhäuser Geburtshilfe treibt. Die Einlieferung pathologischer Geburten in entsprechende Spezialkliniken des Gau Koblenz-Trier stößt daher auf Schwierigkeiten, so daß die kleinen Krankenhäuser gezwungen sind, regelwidrige Fälle zur operativen Behandlung aufzunehmen. Das spiegelt sich in einer Statistik wieder, die folgendes Aussehen hat (s. Tabelle).

In dieser Übersicht fällt vor allem die hohe mütterliche Sterblichkeit nach abdominalem Kaiserschnitt mit 11,11% auf, aber auch die Mütterverluste von 4,5 auf 1000 *normale* Geburten sind erschreckend hoch.

	Absolute Zahl	Frequenz in ‰	Mütter- liche Todesfälle	In ‰ bzw. ‰ ₀₀
Normale Geburten	1111	72,05	5	4,5 ‰ ₀₀
Zangenentbindungen	112	7,26	2	1,79 ‰ ₀₀
Kaiserschnitte	108	7,01	12	11,11 ‰ ₀₀
Zerstüchelnde Operationen	3	—	—	—
Manualhilfen, Wendungen und Extraktionen	83	5,38	—	—
Symphysiotomien, vaginale Kaiserschnitte	2	—	—	—
Operationen ohne nähere Angabe . . .	123	—	1	—
Insgesamt	1542	—	20	12,96 ‰ ₀₀

Dazu läßt sich nur sagen, daß es kaum eine deutsche, unter fachärztlicher Leitung stehende Spezialklinik oder Abteilung gibt, die eine 4,5 ‰₀₀ige Sterblichkeit bei *normalen* Entbindungen aufweist, zumal dann nicht, wenn die Geburten vom Beginn der Wehentätigkeit an unter fachärztlicher Klinikleitung standen. Die Todesursachen der 5 verstorbenen Frauen sind nicht bekannt. Wahrscheinlich hat es sich auch hier um verspätet eingelieferte oder verschleppte Fälle gehandelt. Derartige Verluste sind in Zukunft nur durch eine intensivere Schwangerschaftsüberwachung und rechtzeitige Einlieferung in eine Spezialklinik zu vermeiden.

Auffallend in obiger Übersicht ist ferner die Tatsache, daß fast ebenso viele Kaiserschnitte wie Zangenentbindungen durchgeführt wurden. Sie wird erklärt durch die Statistik eines kleinen Krankenhauses des Gaues Koblenz-Trier mit 132 Betten, wovon 3 angeblich für geburtshilfliche Zwecke reserviert bleiben. In dieser Anstalt wurden nämlich 39 (neun- unddreißig) abdominale Kaiserschnitte neben 34 normalen Geburten und 8 Zangenentbindungen durchgeführt. Über die Indikationsstellung dieses Hauses sind nähere Einzelheiten nicht bekannt.

Während es sich im ersten Teil hauptsächlich um die Ergebnisse von Krankenhäusern westdeutscher, südwest- und nordwestdeutscher Gaue handelte, habe ich zum weiteren Vergleich die *Bayrische Ostmark* herangezogen, zumal es sich dabei um einen Gau mit kleinsten Krankenhäusern mit teilweise nur 12—14 Betten handelt, in denen ebenfalls operative Geburtshilfe ausgeübt wird. Deren Ergebnisse haben bisher außer in der Reichsstatistik in keiner Erhebung Aufnahme gefunden. Um so wichtiger schienen mir daher die Ergebnisse von diesen 71 Häusern der Bayrischen Ostmark, von denen 4 mehr als 100 Betten haben. Außer den Ergebnissen dieser 71 Krankenanstalten liegen die beantworteten Fragebogen von weiteren 19 vor, doch konnten deren Resultate nicht verwertet werden, da die Angaben zu ungenau waren.

Die zahlenmäßige Übersicht der 71 Krankenhäuser der Bayrischen Ostmark hat folgendes Bild:

Von den 1663 normalen Geburten wurden 434, also rund ein Drittel, von ortsansässigen Hebammen selbständig geleitet. Außerdem teilten

	Absolute Zahl	Frequenz in %	Mütterliche Todesfälle	In ‰ bzw. ‰‰
Normale Geburten	1663	73,44	2	1,21‰/‰
Zangenentbindungen	227	9,97	4	1,32‰/‰
Schnittentbindungen	165	7,24	13	7,88‰/‰
Zerstückernde Operationen	22		1	—
Manualhilfen, Wendungen und Extraktionen	171	7,54	5	2,92‰/‰
Symphysiotomien, vaginale Kaiserschnitte	30		1	—
Insgesamt	2278		26	11,41‰/‰

2 Anstalten mit 93 und 105 Geburten im Jahre 1938 mit, daß eine zahlenmäßige Ausscheidung nach selbständigen Hebammengeburten nicht mehr möglich sei. Bei 1663 normalen Geburten kamen 2 Todesfälle vor. Bei einer Frau, die spontan geboren hatte, war eine manuelle Placentarlösung notwendig; sie erlag dann einer Embolie. In dem anderen Falle bestand eine Eklampsie.

Die Gesamtmortalität der kleinen Krankenhäuser wird auch in der Bayrischen Ostmark durch die Sterblichkeit nach abdominalem Kaiserschnitt entscheidend beeinflußt. Von den 13 verstorbenen Frauen starben 2 an den Folgen der Placenta praevia, eine an Eklampsie. Es erhebt sich bei derartigen Todesfällen die Frage, ob die eine oder andere Frau hätte gerettet werden können, wenn, wie z. B. bei Fällen von Placenta praevia, der Blutverlust durch eine sofort vorgenommene Bluttransfusion ersetzt worden wäre, oder ob Todesfälle, die durch den Ausbruch einer Eklampsie eintraten, durch eine rechtzeitige energische Bekämpfung der Nephropathie vermeidbar gewesen wären. Jedenfalls geben die weit besseren Ergebnisse der *Hebammenlehranstalt Bamberg* Veranlassung dazu, derartige Erwägungen anzustellen. So günstig auch die mütterliche Sterblichkeit nach normalen Entbindungen in den kleinen Krankenanstalten liegt (1,21‰), so ist sie in der Bamberger Klinik doch noch besser und beträgt nur 0,68‰. Auch die Gesamtsterblichkeit ist in dieser Klinik mit 2,48‰ weit günstiger als in den kleinen Anstalten mit 11,41‰. Es soll zwar immer wieder zugegeben werden, daß sich die Geburten in einer Hebammenlehranstalt zum größten Teil aus normalen Fällen zusammensetzen, und daß es daher gar nicht verwunderlich sein kann, wenn die Kaiserschnittfrequenz in der Bamberger Klinik nur 1,73‰ und die der Zangenentbindungen nur 1,23% beträgt, zumal nur nach streng wissenschaftlich anerkannten Grundsätzen vorgegangen wird. Mit einer solchen Erklärung allein kann man sich aber nicht zufrieden geben, wenn man hört, daß in einzelnen kleinen Krankenhäusern der Bayrischen Ostmark Kaiserschnittfrequenzen von 12,18%, 15,38%, 23,9% oder gar 27% bestehen.

Entsprechend der geringen Bettenzahl der meisten Krankenanstalten üben darin hauptsächlich praktische Ärzte ihre Tätigkeit aus. Fachärzte

für Chirurgie wurden in 10 Häusern als die die geburtshilflichen Operationen ausführenden Ärzte angegeben. In weiteren 11 Anstalten waren Ärzte tätig, die infolge ihrer Ausbildung in der Gynäkologie beide Facharzt-titel tragen.

Aus den Krankenhäusern *Oberbayerns* konnten die Resultate von nur 18, darunter 2 mit mehr als 100 Betten ermittelt werden. Hier fanden im Jahre 1938 insgesamt 631 Geburten statt, also etwa so viel wie in einer geburtshilflichen Abteilung eines großen Allgemeinkrankenhauses oder in einer kleinen Hebammenlehranstalt. Die mütterliche Sterblichkeit bei 631 Geburten betrug 10 Frauen = 15,85‰. Ungünstige Transportverhältnisse, die eine verspätete Einlieferung verursachen, vielleicht auch eine ungenügende Schwangerschaftsüberwachung dürften die Hauptursachen für diese weniger guten Ergebnisse sein. Von 4 Todesfällen sind die Ursachen bekannt: eine Frau starb im Anschluß an die Spontangeburt nach manueller Placentarlösung, bei einer anderen Frau trat der Tod im Krankenhaus ein, nachdem außerhalb des Krankenhauses ein Zangenversuch, dann eine Wendung ausgeführt wurde. Schließlich wurde, ebenfalls außerhalb des Krankenhauses, die Nachgeburt manuell gelöst. An den Folgen dieses Eingriffes starb dann die Frau im Krankenhaus. Nach normalem Partus starb eine weitere Frau an Nephrose, während die Frau, die durch vaginale Sectio entbunden wurde, an einem Pleuraempyem zugrunde ging.

Sämtliche 631 Anstaltsentbindungen wurden von den ortsansässigen Hebammen teils selbständig, teils unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt. Die ärztliche Leitung der Geburten, darunter 15 abdominale Kaiserschnitte, 34 Zangenentbindungen und 49 Manualhilfen, Wendungen und Extraktionen lag in den Händen von praktischen Ärzten oder Fachärzten für Chirurgie.

Als letzter Gau wurde die *Mark Brandenburg* in meine Betrachtungen einbezogen. 29 Krankenhäuser gaben den beantworteten Fragebogen zurück, davon hatten 8 mehr als 100 Betten, doch lag bei diesen Häusern Veranlassung vor, sie in die Statistik der kleinen Anstalten einzubeziehen. Teils konnte den schriftlichen Angaben entnommen werden, daß die Operateure keine Ausbildung in der Geburtshilfe hatten, teils lagen Mitteilungen vor, daß die geburtshilfliche Ausbildung des Operateurs lediglich darin bestand, sich aus der chirurgischen Klinik in die benachbarte Frauenklinik rufen zu lassen, um einer Kaiserschnittoperation oder einer Zangenentbindung als Gast beizuwohnen. In weiteren 18 Häusern wird die operative Geburtshilfe von Chirurgen, in einigen Fällen von Chirurgogynäkologen ausgeübt, in den restlichen von praktischen Ärzten. Ein Facharzt mit ausschließlicher Betätigung auf dem Gebiete der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe war in keinem der 29 Anstalten der Mark Brandenburg tätig.

Trotzdem einige Krankenhäuser eine erhebliche Geburtenzahl hatten, war keine Hebamme, mit Ausnahme in 2 Häusern, festangestellt. Die Wöchnerinnen hatten freie Wahl aus dem Kreise der Stadt- oder Landhebammen.

In einigen Bezirken der Mark Brandenburg liegen die Verhältnisse für die kleinen Krankenhäuser besonders schwierig. Wie ein Krankenhausarzt, der gleichzeitig Kreisamtsleiter des Rassenpolitischen Amtes ist, mitteilt, „hat die Bevölkerung den Eindruck, als sei eine Krankenanstalt für Entbindungen gesperrt“. Infolgedessen finden nur etwa 5—10% aller Entbindungen dieses Gebietes im Krankenhaus statt. Der Krankenhausarzt gibt die Todesursachen der 3 in seinem Krankenhaus verstorbenen Kaiserschnittfrauen an. Der Zustand dieser Frauen bei der Einlieferung ins Krankenhaus war so, daß jede einzelne nicht zu lösende Anforderungen an die ärztliche Kunst dieses Krankenhausarztes stellte. Der Tod von zweien dieser Frauen ist mit größter Wahrscheinlichkeit auf die verspätete Einlieferung zurückzuführen. Der Kreisamtsleiter drückt sein Urteil über die unbefriedigenden Erfolge bei solchen aussichtslosen Fällen, „die mit dem bekannten und fast unabwendbaren tödlichen Ausgang ins Krankenhaus eingeliefert werden“ folgendermaßen aus: „In dem Bestreben nach einer Entbindung zu Hause werden sich die Fälle häufen, in denen verspätete Einlieferungen der Gebärenden erfolgen“.

In ähnlicher Weise hat *Haselhorst* auf die Gefahren hingewiesen, die dadurch entstanden, daß früher für die Hausgeburt von zentraler Stelle (Merkblatt für Schwangere und Wöchnerinnen, herausgegeben von der Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind) in zu starkem Maße Propaganda gemacht wurde. *Haselhorst* hat die Beobachtung gemacht, daß die Frauen selbst und auch die Hebammen als Begründung für die zu späte Einweisung in die Klinik angaben, es sei ihre Anweisung, daß möglichst alle Geburten zu Hause stattfinden sollen.

Unter Berücksichtigung derartiger Verhältnisse wird nachstehende Übersicht, in der die Müttersterblichkeit wiederum sehr ungünstig ist und die der Reichsstatistik wesentlich übertrifft, verständlich.

	Absolute Zahl	Frequenz in %	Mütterliche Todesfälle	In ‰ bzw. ‰ ₀₀
Normale Geburten	1432	76,41	3	2,09 ⁰ / ₀₀
Zangenentbindungen	145	7,93	6	4,14 ⁰ / ₀
Schnittentbindungen	185	9,99	14	7,57 ⁰ / ₀
Zerstückelnde Operationen	11	—	—	—
Manuallhilfen, Wendungen, Extraktionen	89	4,75	2	2,35 ⁰ / ₀
Symphysiotomien, vaginale Kaiserschnitte	12	—	—	—
Insgesamt	1874	—	25	13,34 ⁰ / ₀₀

Die Gesamtsterblichkeit wird in erster Linie durch den abdominalen Kaiserschnitt in ungünstiger Weise beeinflusst, doch auch die Zangen-

entbindungen haben mit 4,14% eine sehr hohe mütterliche Sterblichkeit. Von 3 Todesfällen nach Zangenentbindung liegen die Todesursachen vor: 2mal traten Lungenembolien ein, im 3. Fall war eine atonische Nachblutung die Ursache. Diese 3 Frauen sind also anscheinend nicht an einer Schwangerschaftserkrankung, die die Zange indizierte, zugrundegegangen.

Im Anschluß an den Kaiserschnitt starben 4 Frauen an Eklampsie; in 2 Fällen traten Lungenembolien ein, während eine weitere Frau an Sepsis starb. Bei dieser Frau waren draußen, wie erst nachträglich festgestellt wurde, vielfache innerliche (vaginale?) Untersuchungen vorgenommen worden. Ein Fall von Placenta praevia wurde sterbend in ein Krankenhaus eingeliefert, nachdem die Frau außerhalb der Anstalt 3 Tage geblutet hatte; schließlich war einmal Bauchfellentzündung nach Kaiserschnitt die Todesursache.

Von den 3 Frauen, die im Anschluß an die Spontangeburt starben, wurde eine erst nach der Entbindung ins Krankenhaus eingeliefert. Deren eigentliche Todesursache ist nicht bekannt. Eine Frau starb nach normalem Partus an Eklampsie.

Aus der Frequenz der geburtshilflichen Operationen können zwar keine bindenden Schlüsse gezogen werden, auffallend ist jedoch die vermehrte Anwendung des abdominalen Kaiserschnittes (185) gegenüber den Zangenentbindungen (145). Nur Nachforschungen, die den einzelnen Fall erfassen, könnten darüber Auskunft geben, ob der Einsatz des mütterlichen Lebens nötig war, um das Kind zu retten, oder ob man, wie in manchen fieberhaften Fällen, statt dessen das Kind zugunsten der Mutter durch eine vaginale Operation einer größeren Gefahr ausgesetzt hätte. Eine solche Frage läßt sich nicht ohne weiteres beantworten, weil dazu auch die kindliche Sterblichkeit genauestens bekannt sein müßte. Deren Ermittlung läßt sich jedoch an Hand eines Fragebogens nicht durchführen, da der Beantwortung der Frage, wieviel Kinder bei den einzelnen Entbindungsarten ums Leben kamen und unter welchen Umständen der Tod eintrat, ein zu großer Spielraum gesetzt ist, denn eine „gereinigte“ Statistik, die Mißbildungen, Frühgeburten und solche Früchte, die schon vor der Einlieferung der Frau in ein Krankenhaus abgestorben waren, ausschließt, würde je nach Auffassung sehr verschieden ausfallen.

Zusammenfassung.

An Hand der Ergebnisse aus den einzelnen Gauen läßt sich nunmehr die mütterliche Sterblichkeit bei den einzelnen geburtshilflichen Operationen berechnen. Die so ermittelten Zahlen sind „ungereinigte“, d. h. die Frage bleibt offen, ob die einzelnen Todesfälle durch den Eingriff als solchen oder durch eine die Operation indizierende Erkrankung der Mütter eintraten. Das war nicht Aufgabe meiner Nachforschungen.

Vielmehr sollten — im Gegensatz zur Reichsstatistik, die nur allgemein eine mütterliche Sterblichkeit bei „operativ behandelten Fällen“ bekannt gibt — die Mütterverluste bei den einzelnen geburtshilflichen Operationen in kleinen Krankenhäusern festgestellt werden, um Vergleiche mit demselben Material aus geburtshilflichen Spezialkliniken und -abteilungen anstellen zu können.

Im folgenden sind die jeweiligen Entbindungsfälle sowie die absolute und prozentuale Zahl der mütterlichen Todesfälle zusammengestellt:

a) Normale Entbindungen.

Weser-Ems	2430	8	3,29 ⁰ / ₀₀
Thüringen	1683	9	5,34 ⁰ / ₀₀
Hessen-Nassau	1731	4	2,31 ⁰ / ₀₀
Koblenz-Trier	1111	5	4,50 ⁰ / ₀₀
Bayrische Ostmark	1663	2	1,21 ⁰ / ₀₀
Oberbayern	531	3	5,65 ⁰ / ₀₀
Mark Brandenburg	1432	3	2,09 ⁰ / ₀₀
	<hr/>		
	10581	34	3,12 ⁰ / ₀₀

b) Zangenentbindungen.

Weser-Ems	508	7	1,38 %
Thüringen	121	3	2,48 %
Hessen-Nassau	136	1	0,74 %
Koblenz-Trier	112	2	1,79 %
Bayrische Ostmark	227	4	1,32 %
Oberbayern	34	1	2,91 %
Mark Brandenburg	145	6	4,14 %
	<hr/>		
	1283	24	1,87 %

c) Abdominale Kaiserschnitte.

Weser-Ems	157	9	5,73 %
Thüringen	261	14	5,36 %
Hessen-Nassau	132	12	9,10 %
Koblenz-Trier	108	12	11,11 %
Bayrische Ostmark	165	13	7,88 %
Oberbayern	15	2	13,33 %
Mark Brandenburg	185	14	7,57 %
	<hr/>		
	1023	76	7,43 %

d) Manualhilfen, Wendungen und Extraktionen.

Weser-Ems	176	3	1,70 %
Thüringen	99	3	3,03 %
Hessen-Nassau	64	1	
Koblenz-Trier	83	—	
Bayrische Ostmark	171	5	2,92 %
Oberbayern	49	3	6,12 %
Mark Brandenburg	89	2	2,35 %
	<hr/>		
	731	17	2,41 %

e) *Vaginale Kaiserschnitte, Symphysiotomien zerstückelnde Operationen und geburts-
helfliche Eingriffe unbekannter Art.*

Weser-Ems	19	2
Thüringen	17	1
Hessen-Nassau	10	—
Koblenz-Trier	123	1
Bayrische Ostmark	52	2
Oberbayern	2	1
Mark Brandenburg	23	—
	<hr/>	
	251	7 2,79%

Bei 13869 normalen und operativen rechtzeitigen Entbindungen starben demnach in 280 kleinen Krankenhäusern ohne getrennte geburtshilfliche Abteilung 158 Mütter, das sind 11,39⁰/₁₀₀.

Die mütterliche Sterblichkeit bei rechtzeitigen Geburten, die nach Angaben des Statistischen Reichsamtes für Krankenhäuser ohne Spezialabteilung 9,42⁰/₁₀₀ beträgt, liegt nach meinen Erhebungen, die etwa den 6. Teil aller im Jahre 1938 in Nichtspezialanstalten stattgefundenen Geburten betreffen, um 2⁰/₁₀₀ höher; für nichtoperative Entbindungen ist sie nach meinen Ermittlungen mit 3,213⁰/₁₀₀ etwas günstiger als die in der Reichsstatistik angegebene Zahl von 3,63⁰/₁₀₀ für Fälle ohne Operation.

Während die Gesamtsterblichkeit und die Mortalität der Mütter bei Fällen ohne und mit Operation seit dem Jahre 1935 durch die Reichsstatistik auch aus Krankenhäusern ohne Entbindungsabteilungen bekannt waren, haben wir nunmehr für einen Teil, von dem anzunehmen ist, daß er die Gesamtstatistik richtig wiedergibt, einen Einblick in die operative Tätigkeit und die mütterliche Sterblichkeit bei den einzelnen geburtshilflichen Operationen gewonnen. Wie bei den einzelnen Gauergebnissen schon mehrfach betont wurde, sind diese Resultate zum Teil außerordentlich ungünstig. Sie werden in erster Linie durch den abdominalen Kaiserschnitt beeinflußt. Außer *Winter*, der schon im Jahre 1928 vor einer zu weitherzigen Anwendung des Kaiserschnittes warnte, *haben viele erfahrene Geburtshelfer diese Mahnung immer wieder ausgesprochen und sind in Wort und Schrift dafür eingetreten, daß in der Geburtshilfe eine konservativere Einstellung wieder Einkehr finden möge.* Wenn auch die Kaiserschnittstatistik von *Naujoks* aus dem Jahre 1938 eine Verbesserung der Kaiserschnittmortalität von 7,1% (*Winter* 1928) auf 5,51% (*Naujoks*) ergeben hat, so darf doch niemals vergessen werden, daß bei den hohen Zielen der deutschen Bevölkerungspolitik keinerlei Mütterverluste eintreten dürfen, die bei einer weniger gefährlichen Operation als der Kaiserschnitt vielleicht erspart werden können. Die mütterlichen Verluste werden um so geringer sein, je weniger Kaiserschnitte ausgeführt werden. *Naujoks* hat für das Jahr 1938 7024 Schnittentbindungen gezählt. Da meine Nachforschungen nur solche Häuser betrafen, von denen bekannt ist, daß sie sich an wissenschaftlichen Erhebungen nicht beteiligen, kommen weitere 1023 Kaiserschnitte hinzu, so daß sich die Zahl auf 8047 erhöht.

Man kann demnach auf Grund der Kaiserschnittstatistik von *Naujoks* und nach meinen Nachforschungen annehmen, daß jährlich mehr als 10000 abdominale Kaiserschnitte in Deutschland ausgeführt werden.

Abgesehen von den direkten Verlusten durch den Tod, den im Jahre 1938 schätzungsweise 500 Kaiserschnittfrauen erlitten, kann nach den angestellten Nachforschungen über die Fruchtbarkeit nach Kaiserschnitt (von *Ammon*, *Emmerich*, *Verfasser* u. a.) angenommen werden, daß außerdem jährlich etwa 5000 Kaiserschnittfrauen von der Fortpflanzung ausfallen, da sie aus Furcht vor einer Wiederholung des Kaiserschnittes und anderen Gründen, die mit der Operation in Zusammenhang stehen, weitere Schwangerschaften vermeiden.

Wenn ich weiterhin zu der Frage Stellung nehme, wie es möglich sein konnte, daß die „Anstaltsentbindungen“ bei gewissen Stellen (nicht bei der Bevölkerung!) so sehr in Mißkredit geraten waren, daß bis vor kurzer Zeit vor der Entbindung in einer Anstalt immer wieder gewarnt wurde, so muß zugegeben werden, daß dieses Mißtrauen solange berechtigt ist, als nicht eine grundsätzliche Unterscheidung der „Anstaltsentbindung“ von der „Kliniksentscheidung“ vorgenommen wird. Wenn auch in der Reichsstatistik die Krankenhäuser mit und ohne Entbindungsabteilungen getrennt erfaßt werden, so besteht doch immer noch die Gepflogenheit, nicht etwa die ausgezeichneten Ergebnisse der Spezialkliniken und -abteilungen in der Öffentlichkeit gebührend herauszustellen, sondern die Resultate von sämtlichen Anstalten insgesamt werden beim Publikum als Leistungen der „Anstaltsgeburtshilfe“ hingestellt. Infolgedessen kann die wirkliche klinische Geburtshilfe trotz der ausgezeichneten Erfolge für Mutter und Kind niemals in das rechte Licht gerückt werden. Die „Anstaltsgeburtshilfe“ muß vielmehr — statistisch betrachtet — schlechter erscheinen, weil die wahre klinische Geburtshilfe die mangelhaften Ergebnisse der kleinen Krankenhäuser nicht auszugleichen vermag. Dazu ist sie um so weniger imstande, als auch die Spezialkliniken und Abteilungen — und nicht etwa nur die kleinen Krankenhäuser! — durch sekundäre Entbindungsfälle belastet werden.

Die hervorragenden Ergebnisse unserer geburtshilflichen Spezialkliniken sind nämlich nicht etwa dadurch erklärt, daß sich dort *nur* normale Geburten abspielen. Auch ihre Resultate werden durch solche Entbindungsfälle, die außerhalb der Klinik untersucht, vorbehandelt oder anoperiert wurden, in entscheidender Weise beeinflußt. Wie *Haselhorst* auf der 26. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Oktober 1941 in Wien berichtete, wird die Statistik der Spezialkliniken durch diejenigen Fälle, die die Hausgeburtshilfe entlasten, um das 10—20fache verschlechtert. *Haselhorst* hat auf Grund seiner Zusammenstellung aus 27 Universitätsfrauenkliniken und Hebammenlehranstalten — neben den Spezialabteilungen der großen Allgemeinkrankenhäuser unsere wichtigsten Spezialentbindungshäuser — nachweisen können,

daß die mütterliche Sterblichkeit dieser Kliniken bis zum 10. Wochenbettstag 4,37‰ beträgt. Bringt man jedoch diejenigen Frauen, die zwar in den Kliniken starben, aber schon eine mehr oder weniger lange Zeit zu Hause gekreißt hatten, außerhalb untersucht oder auch schon vergeblich operiert waren, in Abzug, so ergibt sich eine mütterliche Sterblichkeit in diesen Kliniken von 2,65‰. Wenn man bedenkt, daß dieses Ergebnis — 2—3 Todesfälle bei 1000 Entbindungen überhaupt, also bei *normalen und komplizierten*, jedoch primär klinischen Fällen — trotz der auch bei primären klinischen Entbindungen gehäuft auftretenden Komplikationen erzielt wurde, so läßt sich dazu sagen, daß diese Leistung nur durch „eine bei Tag und Nacht beständige Bereitschaft und Arbeitsfreudigkeit“ erzielt werden konnte, „die nur der beurteilen kann, *der mit dieser verantwortungsvollen, der Öffentlichkeit weitgehend entrückten Arbeit täglich in engster Verbindung steht*“ (Haselhorst).

Um aber den deutlichen Unterschied nochmals einwandfrei zu beweisen, habe ich aus den Ergebnissen verschiedener Spezialkliniken, die mir ihr Material freundlicherweise zur Verfügung gestellt haben, die mütterliche Sterblichkeit in diesen Krankenanstalten ermittelt. Dabei bin ich nicht von der Gesamtsterblichkeit einer Klinik ausgegangen, sondern ich habe jeweils etwa die gleiche Anzahl derselben geburtshilflichen Operationen verglichen. Gegen einen solchen Vergleich wäre höchstens einzuwenden, daß der Zustand einer Frau, in dem sie in ein kleines Krankenhaus eingeliefert wird, sehr oft ein für die Operation ungünstiger ist. Im übrigen sollte sich aber vom rein operationstechnischen Standpunkt aus betrachtet ein Kaiserschnitt in einem kleinen Krankenhaus in keiner Weise von einem solchen unterscheiden, der in einer Spezialklinik durchgeführt wird, sofern ein kleines Krankenhaus überhaupt die Berechtigung hat, daß darin derartige Operationen durchgeführt werden. Eine solche Einschränkung der operativen Tätigkeit hat der Gesetzgeber beispielsweise bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vorgesehen. Sie besagt, daß der operative Eingriff zur Unfruchtbarmachung nur von Fachärzten, die den Regierungspräsidenten namentlich bekannt sein müssen, vorgenommen werden darf. Während also erbungesunde Personen durch diese Vorschrift das fachärztliche Können des operativ voll ausgebildeten Arztes genießen, dürfen Kaiserschnitte und andere schwierige geburtshilfliche Operationen von jedem Arzt ausgeführt werden, ohne daß er einen Nachweis darüber zu führen braucht, daß er die Ausführung geburtshilflicher Operationen beherrscht.

Den 10581 normalen Entbindungen aus 280 kleinen Krankenhäusern habe ich 10364 Spontangeburt aus den Universitäts-Frauenkliniken *Berlin, Frankfurt a. M., Göttingen, Jena* und *Münster*, ferner aus den Spezialabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser *Offenbach, Wiesbaden* und *Remscheid* sowie aus den Hebammenlehranstalten *Bamberg, Erfurt* und

Oldenburg und aus der Städtischen Frauenklinik *Mainz* gegenübergestellt. Die mütterliche Sterblichkeit in den genannten Kliniken und Abteilungen, die sämtlich unter der Leitung eines Facharztes für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe stehen, betrug im Jahre 1938 bei normalen Entbindungen 0,68‰ gegenüber 3,213‰ in den gemischten Krankenhäusern. *Es starben also in Spezialkliniken und Abteilungen annähernd 5mal weniger Frauen nach Spontangeburt als in Krankenhäusern ohne Spezialabteilung.* Selbst wenn es sich bei den Zahlen aus den genannten Kliniken um besonders günstige handelt, so beweist doch die Reichsstatistik ihre Überlegenheit durch einen 3fach besseren Wert.

Aus denselben Kliniken sowie den Universitäts-Frauenkliniken *Köln* und *Leipzig* habe ich 1088 Zangenentbindungen zusammengestellt, bei denen 10 Frauen = 9,19‰ ums Leben kamen. Dagegen starben in Nichtspezialkliniken bei 1283 Zangenentbindungen 24 Frauen = 18,7‰, also die doppelte Zahl.

Den in 280 kleinen Krankenhäusern im Jahre 1938 ausgeführten 1023 abdominalen Kaiserschnitten vermag ich aus den genannten Kliniken und Abteilungen nur 410 gegenüberzustellen. Die Zahl der bei dieser Operation ums Leben gekommenen Frauen betrug 23 = 5,60%, während dieselbe Zahl für die Nichtspezialkliniken nach meinen Berechnungen 7,43% lautet.

Diese Vergleiche beweisen die einwandfreie Überlegenheit der geburtshilflichen Spezialkliniken und -abteilungen. Es ist anzunehmen, daß ihre guten Leistungen bei einem großen Teil des Publikums bereits bekannt sind, denn anders wäre eine Erklärung für den starken Zustrom der Frauen zur Entbindung in unsere deutschen geburtshilflichen Spezialanstalten gar nicht zu geben.

Wenn wir uns zum Schluß meiner Ausführungen die Frage vorlegen, ob das geburtshilfliche Fach im Laufe der beiden letzten Jahrhunderte Beweise seiner fortschrittlichen Entwicklung im Sinne der *Roedererschen* Forderung gebracht hat, dann soll in diesem Augenblick weniger der vielen wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnisse und Erfahrungen auf unserem Gebiet gedacht werden, weil wir Geburtshelfer selbst voll inneren Stolzes davon überzeugt sind. Diese Errungenschaften der Medizin weiß der erfahrene Geburtshelfer jederzeit am richtigen Platz anzuwenden. Im übrigen beseelt ihn aber nur der eine Gedanke, daß Mutter und Kind mit dem geringsten Risiko aus dem Geburtsgeschehen hervorgehen.

So sind die Worte *Roederers* zu verstehen, als er zum Ausdruck brachte: „*Obstetricia marito dulcem reddit conjugem, proli matrem, matri laborum mercedem, universae familiae solamen*“.

Ob wir heute, rund 190 Jahre nach diesem Ausspruch, dieses Ziel erreicht haben, wollen wir entgegen sonstiger Gepflogenheit unserer Wissenschaft ausnahmsweise dem Urteil der Frauen selbst überlassen. Wenn wir im heutigen Staat allen Volksentscheidungen, wie sie z. B. das Winterhilfs-

werk u. a. darstellt, mit Recht so entscheidenden Wert beimessen, dann sollte man auch in dem Zustrom der Frauen in unsere großen geburts-hilflichen Kliniken und Abteilungen einen solchen Entscheid der werden-den Mutter sehen und eine solche Entwicklung nicht hemmen. Entgegen-zutreten ist nur solchen Einrichtungen, in denen keine guten Ergebnisse erzielt werden können, und die infolgedessen an der Verwirklichung der bevölkerungspolitischen Bestrebungen des Staates nicht mitarbeiten. Sie stehen daher der von der breiten Öffentlichkeit gewünschten Entwicklung im Wege. Das sind nachgewiesenermaßen viele der kleinen Kranken-anstalten, die die Geburtshilfe nur „im Nebenbetrieb“ versehen können.

Die Vertreter der wirklichen klinischen Geburtshilfe haben das Recht, diese Feststellung zu treffen und zu fordern, daß ihre Institute in Zukunft nicht mehr mit jenen „Gefahrenherden“ in einem Atemzuge genannt werden. Um so mehr als heute die Interessen des einzelnen oder einer Standesgruppe mehr denn je hinter denen des Volksganzen zurückzutreten haben. Die wahre klinische Geburtshilfe beweist täglich, daß sie nur die Interessen einer gemein-samen großen Sache verfolgt: dem Ehemann sein Weib gesund und zurück-zugeben, dem Kinde die Mutter zu erhalten, die Frau für ihre Geburts-schmerzen zu belohnen und der gesamten Familie das Glück eines Kindes zu schenken. Und damit dem deutschen Vaterlande glückliche und gesunde Menschen.

Schrifttum.

- v. Ammon: Arch. Gynäk. 140 (1930). — Bickenbach: Zbl. Gynäk. 1940, 818. —, Blome: Inaug.-Diss. Köln 1940. — Bumm: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe, 1917. — Caffier: Med. Welt 1933 I. — Dieppen: Die Heilkunde und der ärztliche Beruf. München: J. F. Bergmann 1938. — Döderlein, A.: Das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig 1892. — Dtsch. med. Wschr. 1904 II. — Dörfler: Über den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt. München: J. F. Lehmann 1929. — Zbl. Gynäk. 1930, Nr 33; 1936, Nr 11. — Med. Welt 1935 I, 635, 674. — Emmerich: Zbl. Gynäk. 1937, Nr 38. — Fischer: Wien. klin. Wschr. 1918 I, 782. — Fischer, J.: Geschichte der Geburtshilfe in Wien. Wien: Franz Deuticke 1909. — Gauß: Zbl. Gynäk. 1929, Nr 19. — 21. Tagg dtsch. Ges. Gynäk. Leipzig, 22.—25. Mai 1929. Ref. Zbl. Gynäk. 1929, 1837. — Goldhahn: Spital und Arzt von einst und jetzt. Stuttgart: Ferdinand Enke 1933. — Haselhorst: Arch. Gynäk. 168, H. 1 (1939). — Arch. Gynäk. (Kongreßber. 26. Tagg dtsch. Ges. Gynäk. 1942, 333. — Hellmut: Münch. med. Wschr. 1929 I. — Heynemann: Z. Geburtsh. 114 (1937). — Münch. med. Wschr. 1939 I. — Hirsch: Zbl. Gynäk. 1927, Nr 35. — Arch. Frauenkde u. Konstit.forsch. 113, H. 13/14 (1927). — Zbl. Gynäk. 1929, Nr 32; 1929, 1033. — Kehrer, E.: Zbl. Gynäk. 1937. — Kehrer, F. A.: Arch. Gynäk. 19, 177 (1933). — Keßler: Zbl. Gynäk. 1933, Nr 43. — Martius: Münch. med. Wschr. 1937 I. — Naujoks: angef. nach Blome. — Arch. Gynäk. (Kongreßber. der 26. Tagg, dtsch. Ges. Gynäk.) 1942, S. 333. — Pohlen: Arch. Gynäk. 166 (1938). — Preissecker: Zbl. Gynäk. 1932, 645. — Reichert: Dtsch. Ärztebl. 1940, Nr 44. — Sänger: Arch. Gynäk. 19, 370 (1933). — Sellheim: Zbl. Gynäk. 1929, Nr 18. — Tüscher: Münch. med. Wschr. 1937 I, 217. — Zbl. Gynäk. 1939, Nr 11. — Wehl: Inaug.-Diss. Göttingen 1931. — Winter: Zbl. Gynäk. 1928, 1. 1929, 1874; 1935, Nr 41.
-