

Münchener Medizinische Wochenschrift

Schriftleitung: W. Trummert, 8 München 9, Wunderhornstr. 8, Tel. 47 66 34. Unter ständiger Mitarbeit von O. Fenner, 2 Hamburg 1, Bergstraße 14, Tel. 33 66 75. — Verlag: J. F. Lehmann, 8 München 15, Paul-Heyse-Straße 28, Tel. 53 00 79.

10. Januar 1964 106. Jahrgang Heft 2

Aus der Frauenklinik und Hebammenlehranstalt Hamburg-Finkenau
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Dietel)

Zum Problem der Müttersterblichkeit

Ergebnisse der Hamburger Landesstatistik von 1958—1962

von H. DIETEL und G. KEDING

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit gibt die mütterlichen Todesfälle in Hamburg für die Jahre 1958—1962 wieder und gliedert sie nach verschiedenen Gesichtspunkten auf.

Der Vorschlag, eine unabhängige Kommission auf Landesebene zur Überprüfung aller mütterlichen Todesfälle zu bilden, wird wiederholt.

Summary: The problem of maternal mortality. The publication deals with the maternal deaths in Hamburg between 1958 and 1962. They are classified according to various aspects.

The suggestion is repeated to constitute an independent committee on a state level to review all cases of maternal death.

Die Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik ist immer noch zu hoch. Zwar hat sie seit Jahren ständig abgenommen (Abb. 1), aber nach wie vor liegen wir nach der Aufstellung der WHO zusammen mit Japan an der Spitze der vergleichbaren Länder (Abb. 2).

Über die Ursachen ist viel geschrieben und diskutiert worden. Bei Schlußfolgerungen, die sich auf Statistiken stützen, ist natürlich Voraussetzung, daß das zur Aufstellung einer solchen Statistik benutzte Zahlenmaterial nach gleichen Gesichtspunkten gewonnen und sachverständig geordnet wird. In der Bundesrepublik wird nach den Richtlinien der Deutschen Allgemeinen Statistik vorgegangen, die gemäß den Empfehlungen der WHO aufgestellt worden sind. Darin werden alle Komplikationen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett erfaßt, gleichgültig, ob sie unmittelbar oder nur mittelbar zum Tode der Mutter geführt haben. Abweichungen von diesem Vorgehen können natürlich erhebliche Differenzen bedingen, die dann nicht auf Unterschiede der geburtshilflichen Leistungen, sondern auf Verschiedenheiten der statistischen Auslegung beruhen.

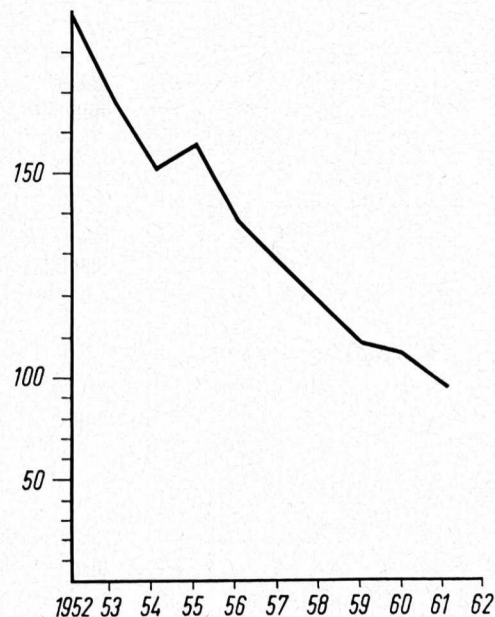


Abb. 1: Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik seit 1952 (bezeichnet auf 100 000 Lebendgeborene).

So ist es nach unseren Unterlagen durchaus möglich, daß dies z. B. bei der Differenz zwischen den

Die Müttersterblichkeit in ausgewählten Staaten (auf 100 000 Lebendgeborene)

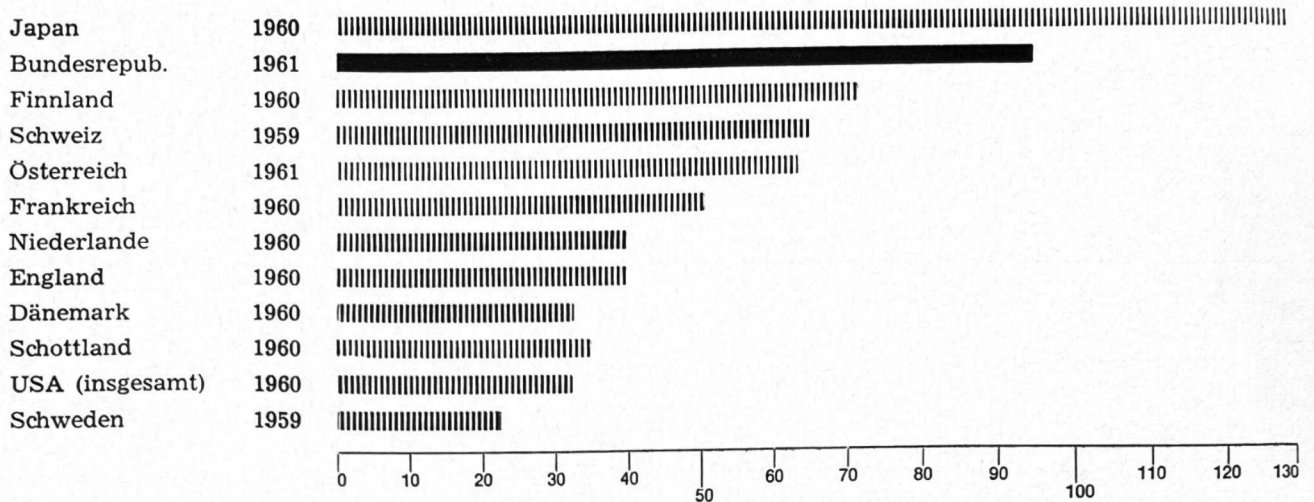


Abb. 2

Untersuchungen über die Geburtenfolge bzw. die Zahl der Entbindungen

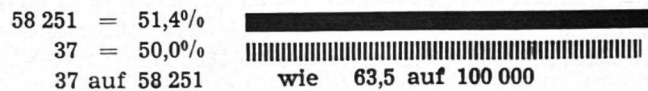
an 113 047 Geborenen der Jahre 1958 bis 1962 und 74 im Sinne der Mütter-Sterblichkeit verstorbenen Frauen.

Kinder geboren als bzw.

Mütter gestorben beim:

in absol. Zahlen und in Prozenten der Gesamtzahl sowie dem Verhältnis der Toten zu den Geborenen.

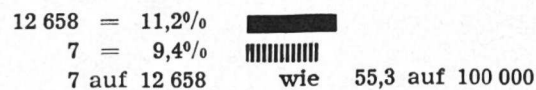
1. Kind



2. Kind



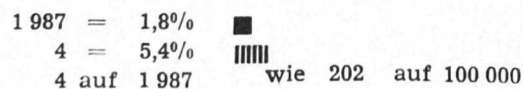
3. Kind



4. Kind



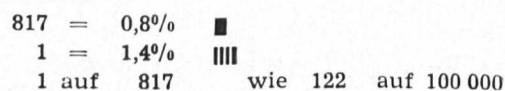
5. Kind



6. Kind



7. Kind und mehr



1. bis 3. Kind

mit 104 756 Geborenen und 62 Verstorbenen wie 59,3 auf 100 000.

4. und mehr Kinder

mit 8 291 Geborenen und 12 Verstorbenen wie 145 auf 100 000.

Abb. 3

schwedischen und den deutschen Mortalitätszahlen eine Rolle spielt. Dr. v. Bengt Bjerre (Malmö), dem wir für wertvolle Hinweise dankbar sind, wird in seiner demnächst erscheinenden Arbeit zu dieser Frage Stellung nehmen.

Die gelegentlich ausgesprochene Vermutung (Hosemann), daß der bei uns vorherrschende Trend zum Zweikindersystem eine schlechte Ausgangsbasis gegenüber den Ländern mit vorwiegend kinderreichen Ehen ergibt, konnten wir an unserem Untersuchungsgut nicht bestätigen (Abb. 3).

Es ist bekannt, daß das höhere Gebäralter eine Belastung, insbesondere für die Erstgebärende, darstellt. Der allgemeine Zusammenhang zwischen der Höhe der mütterlichen Sterblichkeit und dem Gebäralter — wie wir ihn für unser Material in Abb. 4 dargestellt haben — erscheint uns doch bemerkenswert. Wir werden dieser Frage, wie hoch

das durchschnittliche Gebäralter in anderen Ländern liegt und wie dort der Zusammenhang zwischen mütterlicher Mortalität und Gebäralter ist, weiter nachgehen. Es wäre denkbar, daß soziale und familiäre Auswirkungen der Kriegs- und Nachkriegszeit sich für uns in den letzten Jahren auch in dieser Hinsicht ungünstig ausgewirkt haben.

Um ein zutreffendes Bild der geburtshilflichen Leistung eines Landes zu bekommen, muß man alle in diesem Land vorgekommenen Geburten, gleich ob sie im Hause oder in der Klinik vor sich gingen, erfassen. Das stößt sicherlich auf manchmal nicht zu überwindende Schwierigkeiten.

Eigene Untersuchungen

In einem Stadtstaat wie Hamburg dagegen sind die Voraussetzungen für eine solche Arbeit unge-

Untersuchungen über das Gebäralter der Mütter bzw. das Sterbealter an 113 047 Geborenen der Jahre 1958 bis 1962 und 74 im Sinne der mütterl. Sterblichkeit verstorbenen Frauen.

Alter der Mütter der Geborenen bzw. d. Sterbealter der Frauen:
in absol. Zahlen und in Prozent der Gesamtzahl sowie dem Verhältnis der Toten zu den Geborenen.

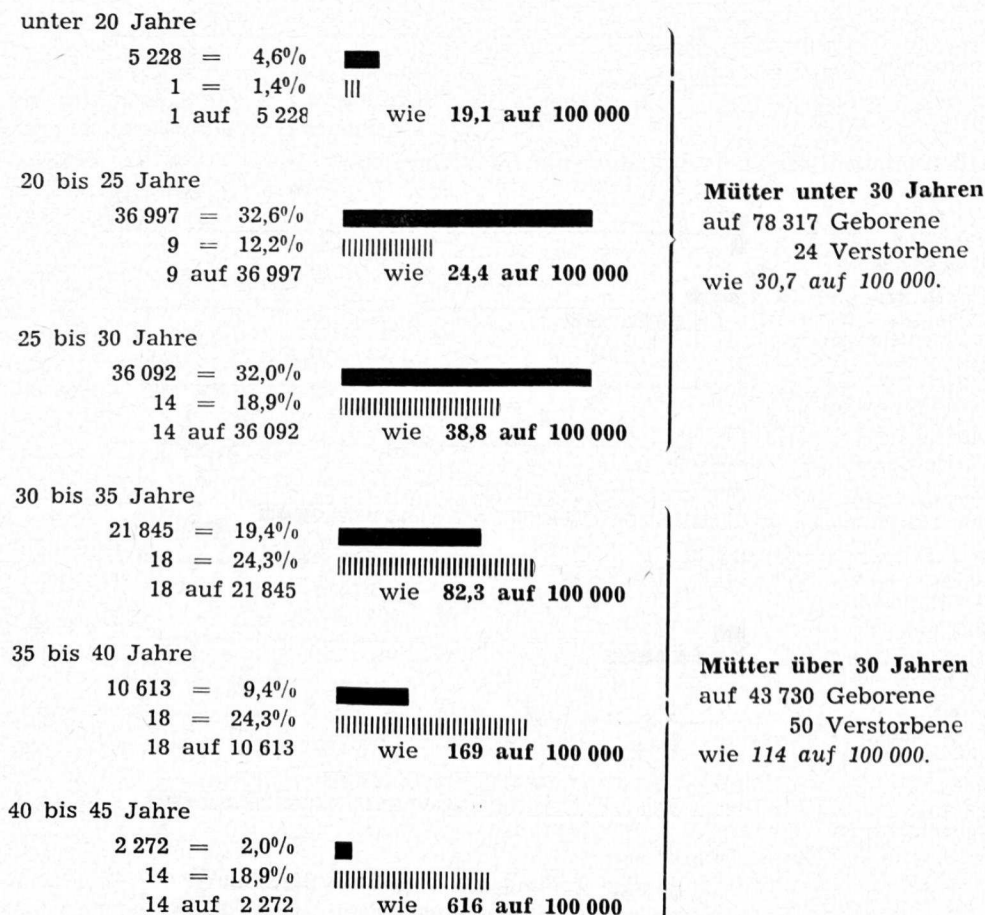


Abb. 4

Land Hamburg in den Jahren 1958 bis 1962

Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett

geordnet nach den Positionen der „Deutschen Allgemeinen Statistik“ als Vergleich der offiziellen amtlichen Statistik gegenüber der geburtshilf.-ärztl. Erhebung

I. Komplikationen in der Schwangerschaft.

| | | | |
|--|--|---|----|
| Pos. Nr. 751 Infektion in d. Gravid. | | 1 | 7 |
| Pos. Nr. 752 Eklampsie u. Präeklampsie | | 5 | 0 |
| Pos. Nr. 753 Sonstige Toxikosen | | 2 | 0 |
| Pos. Nr. 754 Blutungen | | 1 | 2 |
| Pos. Nr. 755 Schwang. am unechten Ort | | 4 | 3 |
| Pos. Nr. 759 Sonstige Komplikationen | | 4 | 11 |

II. Fehlgeburt.

| | | | |
|--|--|---|---|
| Pos. Nr. 761 F. ohne Sepsis u. Toxikose | | 7 | 8 |
| Pos. Nr. 762 F. mit Sepsis | | 4 | 4 |
| Pos. Nr. 763 F. mit Toxikose ohne Sepsis | | 2 | 5 |

III. Komplikationen bei Entbindung und im Wochenbett.

| | | | |
|---|--|----|-----|
| Pos. Nr. 771 Kindbettfieber ohne Fehlgeb. | | 1 | 1 |
| Pos. Nr. 772 Eklampsie u. Präeklampsie | | 3 | 8 |
| Pos. Nr. 773 Sonstige Toxikosen | | 1 | 2 |
| Pos. Nr. 774 Placenta praevia | | 1 | 4 |
| Pos. Nr. 775 Sonstige Blutungen | | 12 | 21 |
| Pos. Nr. 776 Enges Becken u. Lageanomalien | | 3 | 0 |
| Pos. Nr. 777 Thromb. u. Embolie im Wochenbett | | 2 | 11 |
| Pos. Nr. 778 Brustdrüsen- entzündungen | | 0 | 0 |
| Pos. Nr. 779 Sonstige Komplikationen | | 18 | 25 |
| | | 71 | 112 |

Summe der amtlichen Statistik
 Summe der geburtshilf.-ärztl. Erhebung

Abb. 5

wöhnlich günstig, wobei wir die Unterstützung durch die hiesige Gesundheitsbehörde, insbesondere durch Herrn Med.-Dir. Dr. Janik und aller leitenden Herren sowie der Sachbearbeiter der Gesundheitsämter und des statistischen Landesamtes dankbar anerkennen.

Ausgangsmaterial und Methode

Es ist uns möglich gewesen, eine lückenlose Sichtung aller angefallenen Geburts- und Todesbescheinigungen der Jahrgänge 1958—1962 durchzuführen und so unsere Untersuchungen über das gleiche Thema vom Jahre 1959, die ebenfalls in dieser Zeitschrift*) erschienen sind, weiterzuführen.

Es wurden von uns neben 129 085 Geburtsbescheinigungen 112 763 Todesbescheinigungen kontrolliert. Nach Abtrennung der männlichen Verstorbenen wurden die 3490 Scheine der im gestationsmöglichen Alter verstorbenen Frauen in der Richtung überprüft, ob ein Zusammenhang mit einer Graviddität ursächlich oder auch nur zeitlich vorgelegen haben könnte. Wo es uns erforderlich schien, haben wir entsprechende Nachforschungen angestellt.

So glauben wir *alle mütterlichen Todesfälle* erfaßt zu haben, die in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett sich ereigneten, und zwar ohne Rücksicht auf die eigentliche Ursache des Todes.

Auf eine mögliche Fehlerquelle, die eine weitere Erhöhung der mütterlichen Mortalität ergeben könnte, möchten wir aber wenigstens hinweisen. Frauen, die *Suizid* begangen haben und nicht seziert wurden, könnten möglicherweise unerkannt schwanger gewesen sein. Kriminalpolizeiliche Ermittlungen oder die Anordnung von gerichtlichen Sektionen erstrecken sich nur auf die Fälle, bei denen der Verdacht auf Ein- oder Mitwirkung durch fremde Hand vorliegt. Diese Frage verdient durchaus Beachtung, da zum Beispiel im Land Hamburg im Zeitraum von 1958—1962 429 Frauen im Alter zwischen 15 und 50 Jahren durch Freitod verstarben. Es ist durchaus wahrscheinlich, daß sich unter den nichtsezierten Fällen auch schwangere Frauen befunden haben.

Der Erfolg unserer Bemühungen in der Aufdeckung der Fälle spiegelt sich in der Abweichung unserer Zahl gegenüber der amtlichen Statistik wider. Wir haben unsere Fälle nach den Forderungen der Deutschen Allgemeinen Statistik geordnet und dem amtlichen Ergebnis gegenübergestellt (Abb. 5). Eine gewisse Differenz mußte sich ergeben, weil die amtlichen Statistiken sich auf Fallzahlen der sog. ortsansässigen Personen aufbauen. Unsere jetzige Erhebung, wie auch die von 1958, bezieht sich aber auf die tatsächliche geburtshilfliche Situation. Die Fälle unserer Bearbeitung sind

dort eingegliedert, wo die Entbindung sich ereignete.

Wir haben alle Fälle, die in Hamburg entbunden haben, erfaßt, also auch die Frauen, die zwar in einem anderen Land, z. B. Niedersachsen oder Schleswig-Holstein, ihren Wohnsitz hatten, zur Entbindung nach Hamburg gekommen waren und hier dann einer Komplikation erlagen. Diese Frauen werden aus meldetechnischen Gründen aber nicht in der amtlichen Hamburger Statistik geführt, sondern in der Statistik ihres Wohnbezirkes. Frauen aber, die außerhalb Hamburgs entbunden haben und anschließend zur Behandlung einer Komplikation in eines der hiesigen Krankenhäuser verlegt wurden, wo sie dann doch ihrem Leiden erlagen — es sind insgesamt 6 Frauen —, haben wir nicht mitaufgeführt, da sie nicht zur Beurteilung der geburtshilflichen Situation in Hamburg beitragen.

Unsere Zahlen sind also die Ergebnisse einer *rein ärztlichen und fachorientierten Auswertung*. Bereits in unserer ersten Veröffentlichung 1959 haben wir auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die einer rein medizinisch-statistischen Bearbeitung der mütterlichen Todesfälle entgegenstehen. Unsere erneute Beschäftigung mit diesem Problem hat unsere Ansicht darüber nur noch bestärkt.

Ergebnisse:

Die Entwicklung der mütterlichen Mortalität in Hamburg in den Jahren 1952—1962 zeigt die 6. Abb. Durch die Verhältnisse eines Stadtstaates begünstigt, lag die Müttersterblichkeit in Hamburg schon seit Jahren unter derjenigen der gesamten Bundesrepublik. Dieses Verhältnis hat sich auch in den letzten Jahren nicht geändert, wie die Abb. 7 zeigt.

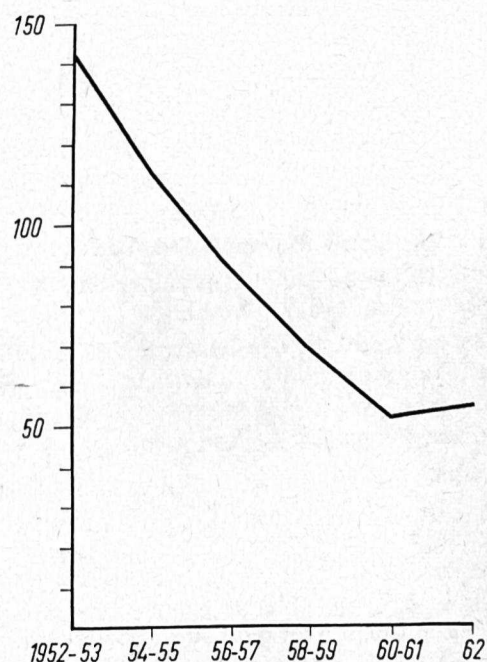


Abb. 6: Müttersterblichkeit in Hamburg in 2-Jahres-Perioden von 1952—1962 (auf 100 000 Lebendgeborene). Amtl. Statistik.

*) Münch. med. Wschr. (1959) 27, 1160.

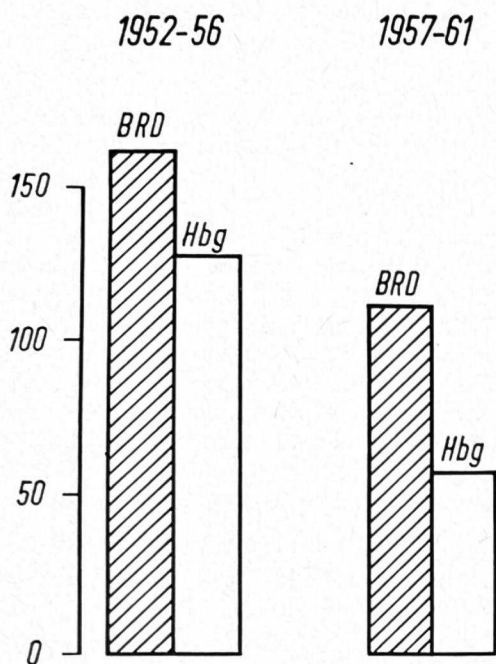


Abb. 7: Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik und in Hamburg in den Jahren 1952—1956 und 1957—1961.

Aus unseren Zahlen ergeben sich im Land Hamburg in den Jahren 1958—1962 auf 129 085 statistisch ausgewertete Geburten mit 127 251 Lebendgeborenen 112 mütterliche Todesfälle, entsprechend 88 auf 100 000 Lebendgeborene.

Die amtliche Statistik weist mit 71 toten Müttern auf 121 326 Lebendgeborenen für die gleiche Zeit eine Relation von 58,5 auf 100 000 Lebendgeborenen auf.

Die wichtige Frage, wann und wo diese Todesfälle sich ereignet haben, beantworten die Tab. 1 u. 2.

Ordnen wir diese Todesfälle nach klinischen Gesichtspunkten, so ergibt sich aus der nächsten

Tabelle 1

Land Hamburg in den Jahren 1958 bis 1962
 Von 112 mütterlichen Todesfällen verstarben
 74 Frauen unter der Entbindung und im Wochenbett,
 davon 24 innerhalb von 3 Std. und weitere
 19 bis 24 Stunden post partum,
 18 später als 1 Woche.
 18 Frauen im Zeitraum der Spätgravidität und
 20 in der Frühgravidität.

Tabelle 2

Land Hamburg in den Jahren 1958 bis 1962
 Von 112 mütterlichen Todesfällen verstarben
 101 Frauen in Kliniken = 90%,
 6 in ihren Wohnungen,
 3 auf dem Transport in die Klinik
 (1 E. U. und 2 krim. Aborte),
 2 im Gelände (Unfall, Suizid).

Tabelle 3

Land Hamburg in den Jahren 1958 bis 1962
 112 Todesfälle bei Müttern auf 127 251 Lebendgeborene
 geordnet nach klinischen Gesichtspunkten

| | |
|---|-----------------------------|
| Blutung | 30 Fälle = 23,6 auf 100 000 |
| Fehlgeburt | 17 Fälle = 13,4 auf 100 000 |
| Embolie | 13 Fälle = 10,2 auf 100 000 |
| Toxikose | 10 Fälle = 7,8 auf 100 000 |
| Infektion | 9 Fälle = 7,1 auf 100 000 |
| Ileus | 4 Fälle = 3,1 auf 100 000 |
| Narkose | 2 Fälle = 1,6 auf 100 000 |
| nicht einzuordnende Einzelfälle | 3 |
| Nicht oder nur mit schwangerschaftsbedingt | 24 Fälle = 18,8 auf 100 000 |

Tabelle eine interessante Reihenfolge der Todesursachen (Tab. 3).

Während in der Zeit von 1953—1957 die Fehlgeburt an der Spitze lag, ist sie jetzt durch die **Verblutung** abgelöst worden.

Gliedern wir diese Verblutungstodesfälle auf, so bekommen wir die nächste Tab. (4).

Tabelle 4

Im Land Hamburg entfielen in den Jahren 1958 bis 1962 auf 129 085 statistisch ausgewertete Geburten mit 127 251 Lebendgeborenen 112 mütterliche Todesfälle.
 30 Frauen davon verstarben infolge von *Blutungen*,
 = 26,8% aller verstorbenen Mütter oder
 = 23,6 auf 100 000 Lebendgeborene.

Der Tod war bedingt

- 10× durch atonische Blutungen,
- 4× Blutverlust durch Ruptur unter der Entbindung,
- 4× Blutung bei Placenta praevia,
- 3× Blutung durch vorzeitige Lösung der Plazenta,
- 3× Blutgerinnungsstörungen,
- 2× Blutung durch Uterusruptur in der Gravidität,
- 1× durch Zervixrißblutung und
- 3× verbluteten Frauen bei einer extrauterinen Gravidität in die Bauchhöhle

Zu diesen rein geburtshilflich bedingten Todesfällen kommt nun noch die Gruppe der nicht oder nur mittelbar schwangerschaftsbedingten Fälle, die mit 24 Frauen die zweitgrößte Gruppe darstellt. Sie setzt sich zusammen aus den in der Tab. 5 aufgeführten Einzelfällen. Ordnen wir diese nach der Deutschen Allgemeinen Statistik, so fallen sie unter die Positionen 751, 759 und 779. In dieser ganzen Gruppe spielen zahlenmäßig die **Herzkrankheiten** die größte Rolle. Die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit den Internisten wird auch dadurch erneut unterstrichen.

Tabelle 5

Gruppe der nicht — oder nur mittelbar graviditätsbedingten 24 Todesfälle bei Müttern im Land Hamburg (1958 bis 1962)

| nicht schwangerschaftsbedingte (17 Fälle) | nur mittelbar schwangerschaftsbedingt (7 Fälle) |
|---|---|
| 2 Unfälle | 3 Mitralvitien |
| 1 Suizid | 2 Aortenvitien |
| 1 Paramyeloblastenleukämie | 2 Myokardschaden |
| 1 Agranulozytose | |
| 1 Pankreasnekrose | |
| 1 Dickdarmperforation | |
| 1 Hirntumor | |
| 1 Encephalomyelitis dissem. | |
| 1 tonsillogene Sepsis | |
| 1 Sepsis bei Nackenphlegmone | |
| 1 Hirnabszeß bei Otitis | |
| 1 Meningitis tbc | |
| 1 lob. Pneumonie | |
| 1 Poliomyelitis | |
| 2 tox. Grippe | |

Land Hamburg in den Jahren 1958 bis 1962.

Todesfälle:

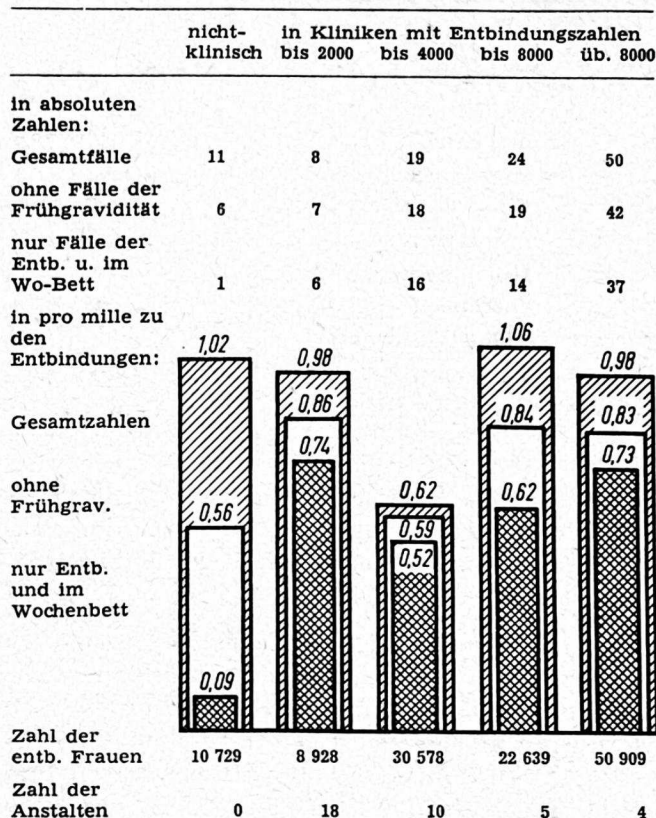


Abb. 8: 112 Todesfälle bei Müttern in Beziehung zu dem Entbindungs-Sterbeort in absoluten Zahlen und in pro Mille zu den Entbindungen der Gruppen:

Schwalm und Schaudig und neuerdings Anselmino haben anhand ihrer Untersuchungen darauf hingewiesen, daß die mit allen ärztlichen und technischen Möglichkeiten ausgestatteten Spezialkliniken in der Statistik der mütterlichen Todesfälle wesentlich besser abschneiden als die Häuser ohne geburtshilflich-gynäkologische Fachabteilungen.

Da in Hamburg Geburtshilfe eigentlich nur in Kliniken betrieben wird, die von Spezialärzten geleitet werden, und die — soweit ich beurteilen kann — auch entsprechend ausgerüstet sind, so müßte sich der Unterschied in der mütterlichen Mortalität zwischen den Kliniken in Hamburg mehr oder weniger aufheben. In der Tat ist es auch so! Nehmen wir eine Unterteilung unserer Fälle nach der Zahl der Entbindungen vor, die von 1958 bis 1962 in den verschiedenen Anstalten erfolgten, so ergibt sich, daß die mütterlichen Todesfälle sich auf alle Häuser fast gleichmäßig verteilen, wobei bei der jetzigen Aufstellung die Häuser mit 2000 bis 4000 Entbindungen in der Berichtszeit am besten abschneiden (Abb. 8). In der Zeit von 1953 bis 1957 hatten die großen Häuser die besten Resultate aufzuweisen. Die Abb. 8 zeigt außerdem noch die Unterteilung der Gesamtzahl in Spätgravidität und Entbindung mit Wochenbett.

Die Bedeutung der **Schnittentbindung** für die mütterliche Sterblichkeit ist neuerdings nachdrücklich betont worden (Anselmino u. Mitarb., Schwalm und Schaudig, Goecke usw.).

Wir glauben, daß die einfache Koppelung der Häufigkeit des Kaiserschnitts mit der Höhe der

mütterlichen Mortalität die Gefahr heraufbeschwört, die Schnittentbindung generell oder die Indikation zu dieser Operation in Mißkredit zu bringen. Wir möchten dies betonen, weil medizinisch-statistische Arbeiten heute vermehrt nicht nur von Ärzten ausgelegt und diskutiert werden. Mit der Entwicklung der operativen Technik, der stützenden Medikation und der Anästhesieverfahren erweiterten sich die Indikationen zur Schnittentbindung. Wir halten den prozentualen Anstieg der Schnittentbindungen, ohne einer kritiklosen Indikationsstellung das Wort reden zu wollen, für einen echten Fortschritt, der letzten Endes auch zur Senkung der mütterlichen Mortalität einen wesentlichen Beitrag geleistet hat.

In unserer Erhebung ging in 38 Fällen dem Tod eine Schnittentbindung voraus, das sind 34%. Die 38 Todesfälle belasten 3686 Schnittentbindungen, ergeben somit auf der Landesebene für die Schnittentbindung eine Mortalität von 1,03%. In unserer Erhebung von 1958 ermittelten wir bei 2519 Schnittentbindungen und 25 Todesfällen eine Mortalität von 0,99%. Die Zahl ist also gleichgeblieben.

Über eine genaue Differenzierung der Indikationen, die zu den Schnittentbindungen führten,

Tabelle 6
Hauptindikationen zur Sektio 1958 bis 1962

| Zahl der Kaiserschnitte | Indikation | Zahl der gestorbenen Mütter | |
|-------------------------|--|-----------------------------|--------|
| 945 | Indikation zugunsten des Kindes | 4 | = 0,4% |
| 806 | enges Becken, relat. Mißverh., drohende Uterusruptur | 7 | = 0,9% |
| 517 | Placenta praevia | 5 | = 1,0% |
| 412 | Lage- und Einstellungsanomalien | 2 | = 0,5% |
| 409 | Geburtsstillstand | 4 | = 1,0% |
| 178 | Toxikosen | 7 | = 3,9% |
| 124 | vorzeitige Lösung | 4 | = 3,2% |

werden wir an anderer Stelle berichten. Hier wollen wir nur die Indikationen zur Sektio kurz zusammenstellen, bei denen sich Todesfälle ereigneten (Tab. 6).

Aus der Vielzahl der sich dabei aufdrängenden Fragen nur ein Wort zur Placenta praevia und zur Uterusruptur, da es uns im Hinblick auf das eben zur Sektio allgemein Gesagte nicht unwichtig erscheint. Die 517 Schnittentbindungen wegen **Placenta praevia** auf 129 085 Lebendgeborene entsprechen bei der weitgreifenden Unterstellung, daß fast jeder Fall von vorliegender Placenta durch Sektio behandelt worden ist, einer Häufigkeit von 0,25%. Frühere Statistiken sprechen von 0,1%.

Aus der Arbeit von *Nevermann* können wir für die Zeit von vor 50 Jahren, d. h. von 1908—1912, in Hamburg eine durchschnittliche Häufigkeit von 0,18% errechnen. In der Veröffentlichung von *Nevermann* werden in der angezogenen Zeit 229 Fälle angegeben, davon starben 19 Mütter, entsprechend 8,3%, an den Folgen dieser Komplikationen. Gerade in der Behandlung der Placenta praevia erbrachte die Schnittentbindung zusammen mit schonender Narkose und ausgiebigem Blutersatz eine entscheidende Wendung für die mütterliche Mortalität.

Auch aus der Aufstellung über die **Uterusruptur** geht die Wichtigkeit der sofortigen Schnittentbindung hervor, wie die folgende Tab. 7 zeigt.

Es würde viel zu weit führen, hier auf weitere Einzelheiten unserer Ergebnisse einzugehen. Wir möchten nur nochmals auf den Vorschlag zurückkommen, den wir bereits 1959 gemacht haben, auf

Tabelle 7

Im Land Hamburg kam es in den Jahren 1958 bis 1962 auf 129 085 statistisch ausgewertete Geburten zu 28 *Uterusrupturen* unter der Entbindung = 21,7 auf 100 000 Geburten.

- 21 Pat. Behandlung durch Schnittentbindung, kein mütterlicher Todesfall.
- 5 Pat. Behandlung durch Laparotomie wegen Ruptur nach 2 Wendungsoperationen,
1 Zangenentbindung,
1 Beckenendlagenentwicklung und
1 Spontangeburt.
- 2 Pat. verstarben trotz Laparotomie infolge des Blutverlustes.
- 2 Pat. mit Ruptur bei Zangenentbindung starben direkt an den Folgen des Blutverlustes.
- 28 Rupturen unter der Entbindung belastet durch 4 mütterliche Todesfälle entsprechend 14,3%.

Landesebene eine Kommission zur Überprüfung der mütterlichen Todesfälle zu bilden. Eine solche Kommission, die ohne Einschaltung einer staatlichen Stelle, z. B. von den regionalen geburtshilflichen Gesellschaften, gebildet werden könnte, hätte natürlich keinerlei richterliche Aufträge oder Rechte. Sie sollte nur durch Klärung der Fälle den Kollegen unterstützen, ihn beraten und Änderungen bzw. Verbesserungen vorschlagen. Daneben könnte sie auch einwandfreie Unterlagen für die Statistik schaffen. Die größeren Statistiken über die mütterliche Sterblichkeit bauen meistens auf den Erhebungen der statistischen Landesämter auf. Durch unsere Bearbeitung glauben wir gezeigt zu haben, daß für eine spezielle geburtshilfliche Auswertung diese Unterlagen nicht in allen Punkten den Anforderungen entsprechen. Eine wesentliche Aufgabe einer solchen Kommission würde auch sein, die berechtigten Wünsche des Geburtshelfers seinem Krankenträger gegenüber wirkungsvoll zu unterstützen. Wir sind uns über die Problematik einer solchen Kommission durchaus im klaren. Wir glauben aber, daß die Vorteile die Nachteile wesentlich übersteigen und daß eine solche Kommission zur Senkung der mütterlichen Sterblichkeit beitragen könnte. Sie zu bilden hat natürlich nur einen Sinn, wenn sich alle Kliniken ohne Ausnahme freiwillig daran beteiligen.

Anschr. d. Verfasser: Prof. Dr. med. H. Dietel u. Dr. med. G. Keding, Frauenklinik und Hebammenlehranst., Finkenau, 2 Hamburg 22, Finkenau 35.

DK 618.2 : 312.2