

Aus der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Innenstadt  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Friese

Aspekte der Geburtshilfe  
in der Zeit des Nationalsozialismus  
1933 bis 1945  
am Beispiel der I. Frauenklinik  
der Universität München

Eine retrospektive Studie über 1.950  
Geburten von 1933 bis 1945 unter  
besonderer Berücksichtigung der  
Einflüsse der nationalsozialistischen  
Ideologie und des Zweiten Weltkrieges

DISSERTATION  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
NORBERT MOISSL  
aus Weißenburg i. Bay.  
2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. M. Stauber

Mitberichterstatter: Prof. Dr. W. G. Locher

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 07.07.2005

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
1.1	<b>Geschichtlicher Hintergrund</b> .....	<b>6</b>
1.1.1	<b>Allgemeine Historie</b> .....	<b>6</b>
1.1.1.1	Die Machergreifung Hitlers .....	6
1.1.1.2	Der Zweite Weltkrieg.....	8
1.1.2	<b>Spezielle Aspekte</b> .....	<b>10</b>
1.1.2.1	Die Entwicklung der nationalsozialistischen Ideologie .....	10
1.1.2.2	Zwangssterilisationen, Abtreibungen und Kinder-Euthanasie als Folge der nationalsozialistischen Ideologie .....	14
1.1.2.3	Nationalsozialistischer Pronatalismus.....	15
1.1.2.4	Propagierung der Hausgeburt im Dritten Reich .....	16
1.1.2.5	Die Stärkung der Rolle der Hebammen .....	18
1.1.2.6	Wandel des Patientenguts (Zwangsarbeiterinnen) .....	19
1.1.2.7	Abtreibungen bei Zwangsarbeiterinnen .....	20
1.1.2.8	Phänomen „Hauschwangere“ .....	21
1.1.2.9	Beeinträchtigung des Klinikbetriebs durch Luftangriffe .....	22
1.1.2.10	Die Verlagerung von der Haus- zur Klinikgeburt.....	23
1.1.2.11	Die Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung .....	25
1.2	<b>Medizinische Grundlagen der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus</b> .....	<b>26</b>
1.2.1	<b>Definitionen in der damaligen Geburtshilfe</b> .....	<b>26</b>
1.2.2	<b>Wichtige damalige Techniken und deren Durchführung</b> .....	<b>28</b>
1.2.2.1	Asepsis und Antisepsis.....	28
1.2.2.2	Leitung von Geburt und Nachgeburt.....	28
1.2.2.3	Operative Maßnahmen .....	29
1.2.3	<b>Wichtige damalige Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettkomplikationen</b> .....	<b>33</b>
1.2.3.1	Toxikosen (Gestosen) und Eklampsie .....	33
1.2.3.2	Blutungen in Schwangerschaft und Nachgeburt .....	35
1.2.3.3	Puerperale Infektionen.....	36
1.2.3.4	Mastitis puerperalis.....	37
<b>2</b>	<b>Material und Methoden</b> .....	<b>39</b>
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>48</b>
3.1	Alter der Schwangeren.....	48
3.2	Familienstand .....	51
3.3	Soziale Schichtzugehörigkeit .....	53
3.4	Paritätsstatus.....	54
3.5	Vorausgegangene Schwangerschaften .....	56
3.6	Totgeburten bei vorausgegangenen Schwangerschaften.....	58
3.7	Aborte bei vorausgegangenen Schwangerschaften .....	61
3.8	Schwangerschaftsrisiken .....	63
3.9	Geburtsrisiken .....	64
3.10	Lage des Kindes.....	65
3.11	Entbindungsmodus.....	68
3.12	Episiotomiehäufigkeit .....	70
3.13	Mütterliche Mortalität .....	72
3.14	Schwangerschaftsdauer .....	74
3.15	Geschlecht des Kindes .....	77
3.16	Geburtsgewicht .....	79
3.17	Geburtslänge .....	83

3.18	Perinatale Mortalität .....	86
3.19	Wochenbettkomplikationen .....	89
3.20	Stationäre Verweildauer .....	90
3.21	Hausschwangere .....	94
3.22	Fremdarbeiterinnen .....	95
3.23	Aufnahmen auf die Geburtshilfliche Abteilung .....	96
3.24	Zwangsabtreibungen, Zwangssterilisationen und Euthanasie .....	98
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>100</b>
4.1	Alter der Schwangeren.....	100
4.2	Familienstand .....	101
4.3	Soziale Schicht .....	101
4.4	Paritätsstatus.....	102
4.5	Vorausgegangene Schwangerschaften, Totgeburten und Aborte.....	102
4.6	Schwangerschafts- und Geburtsrisiken .....	104
4.7	Verteilung der Kindslagen .....	105
4.8	Entbindungsmodus und Episiotomiehäufigkeit .....	106
4.9	Mütterliche und kindliche Mortalität.....	107
4.10	Schwangerschaftsdauer .....	108
4.11	Geschlechtsverteilung .....	109
4.12	Geburtsgewicht und Geburtslänge .....	109
4.13	Wochenbettkomplikationen .....	111
4.14	Die Klinikverweildauer und ihre kriegsbedingten Veränderungen .....	111
4.15	Hausschwangere .....	112
4.16	Fremd- und Zwangsarbeiterinnen .....	113
4.17	Geburtshilfliche Aufnahmen und Ursachen für deren starke Schwankungen .....	113
4.18	Zwangsabtreibungen, Zwangssterilisationen und Euthanasie .....	114
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>117</b>
	Abkürzungen .....	120
	Literaturverzeichnis .....	121
	Weitere Quellen.....	130
	Danksagung .....	132
	Lebenslauf.....	133

# 1 EINLEITUNG

Die nationalsozialistische Herrschaft im sogenannten „Dritten Reich“ ist das wohl dunkelste Kapitel deutscher Geschichte. Viele Ereignisse dieser gut zwölf Jahre andauernden Diktatur wie Krieg, Verfolgung, Zerstörung und Tod von Millionen von Menschen sind uns bekannt. Wenig bekannt sind die Einflüsse der nationalsozialistischen Ideologie in all ihren Ausprägungen auf die Geburtshilfe der damaligen Zeit. Eine bedeutende Rolle spielte in diesem Zusammenhang die Rassenideologie, auf deren Grundlage man einerseits die Förderung der „arischen Rasse“ propagierte, andererseits sollten „minderwertige Ballastexistenzen“ aus dem genetischen Pool des „Völkskörpers“ ausgeschlossen und vernichtet werden (Bock, 1986). Behinderte Säuglinge und Kinder galten als „lebensunwert“ und wurden nicht selten getötet (Lifton, 1988). Die Hausgeburt wurde von den Nationalsozialisten zum Ideal erhoben. Trotzdem rückte die Klinikentbindung vor allem in den Städten zunehmend in den Vordergrund. In den letzten Kriegsjahren nahm die Zahl der entbindenden Fremd- und Zwangsarbeiterinnen in vielen Krankenhäusern massiv zu. Auch die direkten Kriegseinflüsse wie z.B. Fliegerangriffe erschwerten den regulären Ablauf der klinischen Geburtshilfe.

Neben diesen speziellen Aspekten gibt diese Arbeit einen Überblick über damalige geburtshilfliche Abläufe, Standards und Vorgehensweisen. Zudem werden die häufigsten und bedeutendsten Komplikationen bei Mutter und Kind dargestellt, welche im Vergleich zur heutigen Situation nur mit eingeschränkten medizinischen Möglichkeiten beherrscht werden konnten und oft mit schwerwiegenden Folgen verbunden waren.

Vor diesem Hintergrund wurden für diese Arbeit im Rahmen einer retrospektiven Studie insgesamt 1950 Geburten der I. Universitäts-Frauenklinik München im Zeitraum von 1933 bis 1945 ausgewertet. Dabei wurde eine Reihe geburtshilflicher Daten erhoben, die wichtige Informationen über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Zeitraum des Dritten Reichs liefern und ein anschauliches Bild über geburtsmedizinische Abläufe dieser Zeit an der I. Universitäts-Frauenklinik München geben sollen. Die auf diese Weise gewonnenen Daten über Mutter und Kind, Geburts- und Schwangerschaftsrisiken sowie Komplikations- und Mortalitätsraten wurden statistisch aufbereitet, auf signifikante Auffälligkeiten hin untersucht und mit zeitgenössischen und aktuellen Quellen verglichen. Zudem wurden die Daten auch unter dem speziellen Aspekt der im Dritten Reich vorherrschenden politischen Verhältnisse auf nationalsozialistische Einflüsse und direkte Auswirkungen des Krieges hin untersucht, um zu zeigen, inwiefern diese für die I. UFK München eine Rolle gespielt haben.

## 1.1 Geschichtlicher Hintergrund

Die politische Entwicklung in den Jahren 1933 bis 1945 hatte weitreichende Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche einschließlich der Medizin und des Gesundheitswesens. Davon waren weder die Geburtshilfe allgemein noch die I. Frauenklinik der Universität München als geburtshilfliche Einrichtung im Speziellen ausgenommen. Daher wird im Folgenden der geschichtliche Hintergrund dieses Zeitraumes dargestellt und spezielle historische Aspekte beleuchtet.

### 1.1.1 Allgemeine Historie

#### 1.1.1.1 Die Machergreifung Hitlers

1932/33

---

Im Zuge der Weltwirtschaftskrise begann der rasante Aufstieg der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP). Am 31. Juli 1932 bekam die NSDAP 37,4 Prozent der Stimmen und wurde stärkste Partei im Reichstag. Trotz des Wahlerfolges der NSDAP lehnte Hitler eine Regierungsbeteiligung ab. Als Führer der stärksten Partei forderte er das Kanzleramt für sich selbst, das ihm Reichspräsident Paul von Hindenburg vorläufig noch verweigerte. Bei den Reichstagswahlen vom 6. November 1932 verlor die NSDAP über vier Prozent der Stimmen, blieb aber weiterhin stärkste Partei. Schließlich ernannte von Hindenburg Hitler auf massiven Druck hin am 30. Januar 1933 zum Reichskanzler einer Koalitionsregierung aus NSDAP und DNVP (Becker und Becker, 1983). Mit Hilfe des Notstandsartikels 48 durch den die Aufhebung verfassungsmäßiger Grundrechte und das Prinzip der Gleichschaltung, d.h. Maßnahmen zur Kontrolle aller Bereiche des Staates, der Wirtschaft und der Gesellschaft erwirkt werden konnten, wurde die totale Macht der NSDAP gefestigt. Unmittelbar nach dem Reichstagsbrand am 27. Februar 1933 wurde die KPD zerschlagen, im Juni 1933 die SPD verboten, und im Juni/Juli 1933 lösten sich alle übrigen Parteien auf bzw. wurden zur Auflösung gezwungen. Nach dem Gesetz gegen die Neubildung von Parteien vom 14. Juli 1933 blieb die NSDAP die einzig zugelassene Partei (Becker und Becker, 1983; Bracher et al., 1974; Broszat und Frei, 1990).

Im März 1933 wurde das Reichsministerium für Volksaufklärung und Propaganda unter Joseph Goebbels errichtet, das alle Gleichschaltungsmaßnahmen unterstützte und begründete (Reichel, 1993; Reuth, 1995). Das Ministerium übte starken Druck auf wissenschaftliche Institutionen und das kulturelle Leben aus, die autonomen Universitätsverfassungen wurden abgeschafft. Im Oktober 1933 trat Deutschland aus dem Völkerbund aus. Im gleichen Monat wurden alle Gewerkschaften, welche bereits zuvor aufgelöst worden waren, in der DAF zusammengefasst und damit gleichgeschaltet. Durch das „Gesetz zur Sicherung der Einheit von Staat und Partei“ vom 01.12.1933 wurde die NSDAP Staatspartei (Bracher, 1993).

1934

---

Mit dem „Gesetz über den Neuaufbau des Reichs“ vom 30. Januar 1934 wurden die Länderregierungen der Reichsregierung direkt unterstellt und damit der Prozess der Gleichschaltung beendet. Nach der Ausschaltung der SA im Anschluss an den so genannten Röhm-Putsch am 30. Juni 1934 wurde die SS mit ihren verschiedenen Dienststellen und Organisationen zum wichtigsten Herrschaftsinstrument der Partei (Longerich, 1989).

Am 2. August 1934 übernahm Hitler nach dem Tod des Reichspräsidenten von Hindenburg dessen Funktion unter dem Titel Führer. Die gesamte Polizei wurde aus Gründen der besseren Kontrollmöglichkeit zur Gestapo zusammengefasst. Die NSDAP des Dritten Reiches war eine zentralistische Führerpartei mit Adolf Hitler als unumschränktem Führer an der Spitze (Broszat und Frei, 1990).

1935/36

---

Im März 1935 wurde die allgemeine Wehrpflicht wieder eingeführt. 1936 kam es zur Kündigung des Locarno-Vertrags, welcher die Ost- und Westgrenzen festlegte. In der Folge marschierten deutsche Truppen in die entmilitarisierte Zone des Rheinlandes ein (Herbst, 1996). Im Juni 1936 wurden alle freundschaftlichen Beziehungen mit Österreich wieder hergestellt, und im Oktober/November die Achse-Berlin-Rom als Bündnis zwischen Deutschland und Italien verkündet. Die Eroberung neuen Lebensraumes trat als vorrangiges Ziel der nationalsozialistischen Außenpolitik in den Vordergrund (Herbert, 1998).

1937/38

---

Am 13. März 1938 schloss sich Österreich unter dem Druck Hitlers an das Deutsche Reich an. Am 29. September 1938 wurden die sudetendeutschen Gebiete an Deutschland abgetreten (Herbst, 1996).

Hitler nahm das Attentat auf den Sekretär der deutschen Botschaft in Paris, Ernst Eduard vom Rath, durch den polnischen Juden Herschel Grynszpan am 7. November 1938 zum Anlass, mit massiver Gewalt Juden zur Emigration zu zwingen. In der Reichsprogromnacht vom 9. zum 10. November 1938 wurden zahlreiche jüdische Geschäfte und Synagogen zerstört (Graml, 1988).

### **1.1.1.2 Der Zweite Weltkrieg**

1939/40

---

Mit dem Einmarsch des deutschen Heeres in Polen am 1. September 1939 begann der Zweite Weltkrieg. Am 3. September 1939 erklärten Frankreich und Großbritannien Deutschland den Krieg. Innerhalb weniger Wochen war die polnische Abwehr am Ende (Recker, 1990).

Am 10. Mai 1940 begann Deutschland die Offensive im Westen, deutsche Truppen überfielen die Niederlande, die am 14. Mai 1940 kapitulierte, sowie Luxemburg und Belgien, deren Kapitulation am 28. Mai 1940 erfolgte. Deutschland drang weiter in den Westen vor. Elsass und Lothringen wurden ebenso wie Luxemburg unter einer deutschen Zivilverwaltung dem Deutschen Reich faktisch angegliedert (Recker, 1990).

1941

---

Der deutsche Überfall auf die Sowjetunion, das sog. „Unternehmen Barbarossa“ begann im Juni 1941. Stalin hatte bis zuletzt nicht mit einem Angriff Deutschlands gerechnet. Aufgrund des Nichtangriffspaktes mit Japan konnte Russland seine Truppen aus dem Osten abziehen und diejenigen im Westen stärken. Eine für den Winter 1941/42 erhoffte Entscheidung zu Gunsten der Deutschen blieb aus. 4,7 Millionen Soldaten wurden getötet. Trotz des schnellen Vordringens und der 1,5 Millionen Kriegsgefangenen konnten keine großen Erfolge erzielt werden. Der strenge Winter traf die Deutschen Armeen völlig unvorbereitet. Kleine deutsche Gruppen drangen bis nach Moskau vor. Eine Gegenoffensive der Russen wurde am 5. Dezember 1941 begonnen. Am 16. Dezember gab Hitler den Befehl jede Stellung ausnahmslos zu halten (Recker, 1990).

Am 7. Dezember 1941 trat Japan mit dem japanischen Überfall auf die amerikanische Pazifikflotte in Pearl Harbour auf der Seite Deutschlands in den Krieg ein. Nach dieser Offensive wurde in jedem Land die Rüstung stark vorangetrieben. Durch die anschließende deutsche und italienische Kriegserklärung an die USA am 11. Dezember 1941 verbanden sich die kontinentalen Konflikte zu einem weltweiten Krieg.

#### 1942/43

---

In der nationalsozialistischen Herrschaft über das besetzte Europa dominierten zwei Aspekte, der Einsatz des Wirtschafts- und Menschenpotentials für die deutsche Kriegführung und die Vernichtung des europäischen Judentums. Auf der Berliner Wannsee-Konferenz am 20. Januar 1942 beschlossen die Nazis den Mord an elf Millionen Juden. Ab 1942 setzten immer mehr zwangsrekrutierte Fremdarbeiter deutsche Arbeitskräfte für den Wehrdienst frei. Die systematische Massenvernichtung der Juden im deutschen Herrschaftsbereich, die bis zum Kriegsende nahezu sechs Millionen Opfer forderte, begann mit der Errichtung von Vernichtungslagern (Longerich, 1989).

Obwohl die Schlagkraft des deutschen Heeres schon eingeschränkt war, startete es eine große Offensive und eroberte am 2. Juli 1942 Sewastopol, am 23. Juli 1942 Rostow und begann Ende August den Kampf um Stalingrad. Durch die am 19./20. November 1942 begonnene russische Gegenoffensive wurde die deutsche 6. Armee eingekesselt und musste im Februar 1943 kapitulieren. Die Gesamtverluste der Wehrmacht im Kriegsjahr 1942/43 betragen fast 1 Millionen Soldaten (Müller und Volkmann, 1999). Im Januar 1943 begannen die amerikanischen Tagangriffe, im Juni desselben Jahres dann die amerikanisch-britische Tag-Nacht-Bomberoffensive.

#### 1944/45

---

Durch die Landung der Alliierten am 6. Juni 1944 in der Normandie konnte rasch ein Brückenkopf errichtet werden. Ein schneller Vormarsch war dadurch möglich geworden.

Unterdessen hielten die „Großen Drei“ verschiedene Kriegskonferenzen ab. Eines der bedeutendsten Ergebnisse der Kriegskonferenzen war die Gründung der UN während der Konferenz von San Francisco (25. April bis 26. Juni 1945). Weitere Beschlüsse waren die vollständige Entmilitarisierung Deutschlands, die Zahlung von Reparationen, territoriale Einbußen und eine Schwächung der Zentralgewalt, möglicherweise durch eine staatliche Trennung. Außerdem wurde die Bestrafung der Kriegsverbrecher vereinbart (Dülffer, 1992).

Im September 1944 wurde der Volkssturm ausgerufen. Am 25. April 1945 begegneten sich bei Torgau an der Elbe Amerikaner und Sowjets. Am 7. Mai 1945 kapitulierte die deutsche Wehrmacht in Reims vor den Westmächten, am 9. Mai 1945 vor der Sowjetunion in Berlin, wo Hitler am 30. April 1945 Selbstmord begangen hatte (Recker, 1990).

## **1.1.2 Spezielle Aspekte**

### **1.1.2.1 Die Entwicklung der nationalsozialistischen Ideologie**

Die nationalsozialistische Ideologie im Dritten Reich war keine Neuschöpfung, sondern bestand aus einer Verschmelzung verschiedener Strömungen des wilhelminischen Deutschlands wie Patriotismus, imperialistischer Nationalismus, Antisemitismus und Rassenideologie (Hehl, 1996).

Die Rassenideologie der Nationalsozialisten stützte sich im weitesten Sinne auf den Darwinismus. Dieser Begriff gründet ursprünglich auf der von Charles Darwin 1859 veröffentlichten Lehre „Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtauswahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampf ums Dasein“ (Darwin, 1859). Der sich daraus entwickelnde Sozialdarwinismus wurde auch in Deutschland bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts diskutiert. In der Folgezeit ging man immer mehr dazu über, Darwins Thesen aus der Tier- und Pflanzenwelt auf die menschliche Gesellschaft zu übertragen.

Vor allem die angespannte wirtschaftliche Situation zu Beginn des 20. Jahrhunderts verstärkte diese Tendenzen noch. Darwin schrieb von „natürlicher Auslese“ im „Kampf ums Dasein“ als verbesserte Anpassung an die Umwelt und verwandte sie als Erklärungsmodell für die naturgeschichtliche Evolution und den zivilisatorischen Fortschritt. Diese Grundannahme Darwins wurde von den Sozialwissenschaftlern jener Zeit ins Gegenteil verkehrt. Die zunehmende Zivilisierung schränke die Wirksamkeit der „natürlichen“ Auslese ein bis zur Verkehrung ins Gegenteil, einem Überleben der minder Tauglichen (Bernsdorf, 1969).

Dieser gesellschaftlichen Entwicklung der „Verweichlichung“ sollte der Staat mit einer geeigneten Auslese begegnen, in der die „Minderwertigen“ „ausgemerzt“ werden sollten, um die menschliche Rasse vor Entartung zu schützen. So wurden aus einem Erklärungsmodell für die Evolution Handlungsanweisungen für die Zukunft abgeleitet (Bock, 1986).

Einer der wichtigsten Vertreter des Darwinismus in Deutschland war der Zoologe und Naturphilosoph Ernst Haeckel (1834-1919). Er ging davon aus, dass sich durch Anpassung erworbene Veränderungen vererben (Haeckel, 1868). Haeckel vertrat Darwins Evolutionstheorie und darüber hinaus seine Auffassung von der Abstammung des Menschen vom Affen, sowie die volle Einordnung des Menschen in die Natur und Deszendenztheorie (Abstammungslehre). Seine Ideen hatten starken Einfluss auf die wissenschaftliche Weltanschauung um 1900. Die Übertragung von Darwins Lehre auf die Gesellschaft sollte den Fortschritt sichern. Unter dem Schlagwort Sozialdarwinismus propagierte er den Kampf ums Dasein als Heilslehre in Deutschland (Klee, 2001). Dabei war er auch ein Befürworter von Tötungen schwächerer und verkrüppelter neugeborener Kinder. Dieses Vorgehen sollte „nicht unter den Begriff des Mordes fallen“ (Haeckel, 1904).

Francis Galton (1822-1911), englischer Wissenschaftler und Vetter Charles Darwins, wurde maßgeblich von dessen Thesen beeinflusst. Er gilt als Begründer der menschlichen Erblehre. Mit seiner Lehre vom Wohlgeborenen der Oberschicht prägte Galton 1869 den Begriff der „Eugenik“ (griechisch: „von edler Abkunft“) (Klee, 2001). Seine Forschungen führten zu Beginn des 19. Jahrhunderts zur Gründung eugenischer Gesellschaften in England, USA und Deutschland.

Als Begründer der Rassenhygiene in Deutschland gilt der Mediziner Alfred Ploetz. Er wollte die „germanische Rasse“ wieder zur „Reinheit und Höhe des ersten Jahrtausends“ hinaufführen (Klee, 2001). 1895 erscheint sein Hauptwerk „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen.“ Darin wird auch seine positive Haltung zu Kindstötungen deutlich. Schwächliche und missgestaltete Neugeborene sollten einen „sanften Tod“ erhalten – „sagen wir durch eine kleine Dosis Morphin.“ Als Ploetz 1905 die „Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene“ gründete, war es die erste dieser Art weltweit. Ein starker Geburtenrückgang zu Beginn des 20. Jahrhunderts verstärkte die Sorge um den Fortbestand der eigenen „Rasse“ noch. Zu dieser Zeit schrieb Galton in seinem Buch „Eugenics, Its Definition, Scope, and Aims“ seine Vorschläge zur Aufwertung der menschlichen Gesellschaft unter der Überschrift „Support the Fit, Control the Unfit“ (Galton, 1905). Somit sollte alles, was als „gut“ erachtet wurde, gefördert werden auf Kosten dessen, was als „schlecht“ galt, um dadurch das Überleben der eigenen Rasse zu sichern. Vom Staat wurde eine vermehrte Kinderfreudigkeit begabter Familien z.B. durch eine geeignete Steuerpolitik angestrebt und auf der anderen Seite eine Ausschaltung Minderwertiger durch Unfruchtbarmachung, wie sie in mehreren Staaten der USA seit 1907 praktiziert wurde (Bernsdorf, 1969). Die wirtschaftliche Krise der 20er Jahre

verstärkte dieses Bestreben einer zunehmenden Ausgrenzung all dessen, was nicht als „gut“ angesehen wurde.

Um die Jahrhundertwende entwickelte sich die Genetik, die Wissenschaft von der Vererbung. Sozialdarwinismus und Eugenik waren ihre geistigen Nachbarn. Zu jener Zeit stützte sich diese neue Wissenschaft hauptsächlich auf die Vererbungsregeln des Augustinermönchs Gregor Mendel (1822-1884). Er hatte bereits 1854 in seinem Klostergarten begonnen Vererbungsregeln zu studieren und leitete aus Kreuzungen bei Erbsen und Bohnen Gesetzmäßigkeiten der Vererbung ab. Mendel entdeckte dominante (überdeckende) und rezessive (verdeckte) Erbfaktoren (Mendel, 1866). Um 1900 erkannten die Botaniker Correns, Tschermak und De Vries die Bedeutung der Mendelschen Gesetze für die Pflanzengenetik. Ihre Veröffentlichungen erweckten starkes Interesse, auch da sie sehr gut ins sozialdarwinistische Konzept passten.

Diese wissenschaftlichen, ökonomischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen waren die Grundlage für die Ausformung einer neuen Fachrichtung: der „Rassenlehre“. Darauf aufbauend entwickelte sich die „deutsche Rassenhygiene“ begründet von Alfred Ploetz. Die Mendelschen Gesetze wurden von den Rassenhygienikern nicht nur auf den Menschen übertragen, sondern vor allem auch auf dessen Geist, Charakter und Moral. Da aber nur äußerlich erkennbare Merkmale als Orientierung herangezogen werden konnten kam dem Begriff des „rezessiven Erbmodus“ in der Genetik der damaligen Zeit eine entscheidende Bedeutung zu, vor allem im rassenhygienischen Zusammenhang. Somit konnten menschliche Anlagen in der „Erbmasse“ vorhanden sein, ohne in Erscheinung treten zu müssen. Mit dieser These der Rezessivität konnten damals alle Argumente der Rassenlehren-Gegner entkräftet werden (Bock, 1986). Nach Ansicht der Rassenhygieniker war ein Geisteskranker so in der Lage gesunde Kinder zu zeugen. Die Erbanlage bleibt rezessiv erhalten und damit alle Nachkommen zumindest verdeckt erbkrank, auch wenn sie noch so gesund erscheinen (Klee, 2001). In einem Gutachten eines Hamburger Amtsarztes über die Notwendigkeit der Sterilisation einer jungen Frau nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wird dieses Denken deutlich: „Erblichkeit liegt sicher vor, ist nur nicht festzustellen“ (Stauber, Vortrag 1994; Rothmaler, 1989).

Deutschsprachige Psychiater beschäftigten sich intensiv mit Genetik und Rassenhygiene und prägten Begriffe wie „Psychopathie“ und „Entartung“. Als Beispiel sei hier das Buch „Die Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens“ des Juristen K. Binding und des Psychiaters A.E. Hoche angeführt.

Es war gleichzeitig die wichtigste Schrift, die sich mit der Vernichtung lebensunwerten Lebens befasste. Das Werk betrachtete nicht nur unheilbar Kranke als lebensunwert, sondern auch große Gruppen der Geisteskranken, sowie der zurückgebliebenen und deformierten Kinder (Lifton, 1988).

Durch Inflation und soziale Unruhen spielten sich Eugenik und Sozialdarwinismus immer mehr in den Vordergrund. Armut, sozialer Abstieg und sogar Krankheit wurde den Betroffenen als Eigenverschulden angelastet und „biologisch“ erklärt. Durch Kostensenkung im Fürsorgesystem sollte die soziale Frage gelöst werden (Rothmaler, 1992).

Auch Hitler formulierte seine Ansichten bereits 1924 in „Mein Kampf“: „Der tiefste und letzte Grund des Untergangs des alten Reiches lag im Nichterkennen des Rassenproblems und seiner Bedeutung für die geschichtliche Entwicklung der Völker.“ Des Weiteren schrieb er: „Was nicht guter Rasse ist, ist Spreu.“ Der Sozialmediziner A. Grotjahn unterbreitete 1927 den Vorschlag, dass Sterilisierungen aus eugenischen Gründen strafrechtlich nicht mehr als Körperverletzung angesehen werden sollten, was im preußischen Landesgesundheitsrat jedoch noch keine mehrheitliche Zustimmung fand (Nowak, 1980).

1929 löste die Weltwirtschaftskrise eine bislang nicht da gewesene Massenarbeitslosigkeit aus in deren Folge es zu massiven Streiks, Demonstrationen und Hungerkrawallen kam. Das Wohlfahrtswesen des Staates wurde von Antidemokraten als zu nachgiebig kritisiert.

Die Diskussionen über „lebensunwertes Leben“ und Eugenik spitzten sich zu und führten u.a. zu einer Absenkung der „Kostgelder“ in Anstalten und der Verringerung von Sozialausgaben. Durch die Notverordnungspolitik ab 1930 waren immer breitere Schichten in ihrer Existenz bedroht, da die soziale Sicherung mehr und mehr eingeschränkt wurde. Dies galt auch im Bereich der Arbeitslosenversicherung. Schließlich waren mehr als 40% der Menschen in Deutschland auf Fürsorge angewiesen (Rothmaler, 1992). Im Jahre 1932 wurde von einem Ausschuss des preußischen Landesgesundheitsrates ein Gesetzesentwurf eingebracht, der eine Sterilisation aus eugenischen Gründen auf freiwilliger Basis vorsah (Koch, 1994). Mit dieser Maßnahme versuchte man die soziale Frage medizinisch zu lösen (Dörner, 1989).

### **1.1.2.2 Zwangssterilisationen, Zwangsabtreibungen und Kinder-Euthanasie als Folge der nationalsozialistischen Ideologie**

Im Dritten Reich war es dann durch eine totalitäre politische Struktur möglich geworden, Zwangssterilisationen umfassender als jemals zuvor und ohne gesetzliche Hindernisse durchzuführen. Das gesamte NS-Regime war auf einer biomedizinischen Vision, die eine Reinigung der Rasse beinhaltete, aufgebaut worden. Eine Entwicklung von der Sterilisation bis hin zum Massenmord wurde vollzogen (Lifton, 1988).

Wenige Monate nach Hitlers Machtergreifung verabschiedete die nationalsozialistische Regierung in Deutschland am 14. Juli 1933 das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN). Die „Besonderheit“ des Gesetzes war sein Zwangscharakter, der bei „mangelnder Einsicht“ des Betroffenen eine Sterilisation auch gegen dessen Willen ermöglichte. So konnte das Regime seine biomedizinischen Vorstellungen verwirklichen. Um dem drohenden Volkstod entgegen zu wirken, war vorgesehen, rund 410000 Erbkrankte mit Schizophrenie, Epilepsie und anderen Erkrankungen unfruchtbar zu machen. Dafür speziell errichtete Erbgesundheitsgerichte, die durch einen Arzt, einen Gesundheitsbeamten und einen Berufsrichter besetzt waren, sollten über Anträge auf Sterilisierung entscheiden (Lifton, 1988). Antragsberechtigt war der „Unfruchtbarzumachende“ selbst, sein gesetzlicher Vertreter oder ein „Pfleger“ (§2 GzVeN). Außerdem konnten auch beamtete Ärzte und - für die Insassen von Heil- und Pflegeanstalten oder Strafanstalten - die Anstaltsleiter einen Antrag stellen (§3 GzVeN). Anträge auf Sterilisation wurden von den Gerichten zumeist positiv entschieden. Nur etwa zehn Prozent wurden abgelehnt (JAMA, 1935). Ein Gesetz zur Änderung des GzVeN vom 26.06.1935 erweiterte das Sterilisationsgesetz zu einem Abtreibungsgesetz. Abtreibungen aus rassenhygienischen Gründen oder bei medizinischer Indikation waren von da an legal. Bei erbkranken Schwangeren wurde die Zwangssterilisation mit einer Abtreibung gekoppelt. Wenn ein Beschluss auf Zwangssterilisation vorlag konnte bis einschließlich zum 6. Schwangerschaftsmonat abgetrieben werden. Dafür war laut Gesetz die „Einwilligung“ der Schwangeren nötig (Bock, 1986). Niemand weiß, wie viele Menschen tatsächlich sterilisiert wurden. Zuverlässige Schätzungen gehen von 200000 bis 350000 aus (Klee, 1983).

Von der Sterilisation zur direkten Tötung von Patienten war es ein großer Schritt, der erst durch die medizinische Gleichschaltung ermöglicht wurde. Die Nazis konnten auf eine aktive Beteiligung v. a. deutscher Psychiater bauen und durch eine Mischung aus Terror und Idealismus ihre geheimen Pläne zur Tötung von Kindern und Erwachsenen konkretisieren (Lifton, 1988).

Wichtige Zentren für die Entwicklung des Euthanasie-Bewußtseins wurden Anstalten für Geistesranke. Ab 1934 wurden diese Heilanstalten dazu ermuntert ihre Patienten zu vernachlässigen, gleichzeitig wurden die Mittel immer weiter gekürzt (Lifton, 1988).

Man begann mit der Tötung von Neugeborenen, da dies wahrscheinlich am wenigsten unnatürlich schien, dann Kinder bis zu drei oder vier Jahren, später auch Ältere. Zunächst war die Ermächtigung mündlich und geheim und sollte sich in einem sehr begrenztem Rahmen halten. Sie wurde allerdings zunehmend lockerer und weitreichender. Zum Zweck der Durchführung dieses Projekts wurde die Organisation „Der Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ gegründet. Aufgrund eines geheimen Erlasses des Reichsinnenministers vom 18. August 1939 mussten Hebammen Berichte über alle Kinder mit angeborenen erbbedingten Leiden verfassen. Alle Kinder bis zum dritten Lebensjahr mussten von den Ärzten gemeldet werden. Durch den Wortlaut und Inhalt der Meldebogen glaubten allerdings viele Ärzte es handle sich um Erhebungen für rein statistische Zwecke (Lifton, 1988).

Die Tötungen selbst wurden in Abteilungen von Kinderkrankenhäusern vorgenommen. Zur Irreführung wurden diese häufig als Kinderfachabteilungen oder sogar als therapeutische Genesungsanstalten bezeichnet. Insgesamt entstand ein Netzwerk von 30 Tötungszentren in Deutschland, Österreich und Polen. Bevor die Kinder getötet wurden, verwahrte man sie meist mehrere Wochen, um den Anschein zu erzeugen, dass sie medizinisch behandelt werden. In vielen Fällen verwendete man zur Tötung Luminal-Tabletten, die man in Flüssigkeit aufgelöst zuführte. Über mehrere Tage verabreicht führten sie zu Koma und Tod der Kinder. Gelegentlich wurden auch Luminal-Injektionen verwendet. Bei stark erregbaren Kindern, die eine Gewöhnung auf dieses Medikament entwickelt hatten, wurden tödliche Morphin-Scopolamin-Injektionen gegeben. Häufig ließ man Kinder auch einfach verhungern. Schätzungen gehen von mindestens 5000 getöteten Kindern aus (Lifton, 1988).

### **1.1.2.3 Nationalsozialistischer Pronatalismus**

Die Bevölkerungspolitik des Nationalsozialismus war aber nicht nur von Zwangssterilisation und Euthanasie geprägt, sondern von einer Geburtenpolitik, die von erbgesunden Familien eine deutliche Zunahme der Kinderanzahl forderte. Somit kam den Fachrichtungen Gynäkologie und Geburtshilfe auch bei dieser ideologischen Ausprägung eine besondere Bedeutung zu. Bock bezeichnet die Ideologie der Förderung arischer

Geburtshilfe als Pronatalismus und unterscheidet sie vom Antinatalismus, der Zwangssterilisation und Euthanasie unwürdigen Lebens beschreibt (Bock, 1986).

Die Förderung der Gebärfreudigkeit arischer Mütter nahm somit eine zentrale Rolle ein. Bereits seit 1933 wurde eine verstärkte Propaganda mit dieser Thematik durchgeführt (Tandler-Schneider et al., 1995). Broschüren, Plakate und Reden mit einer Auflage von Zehn Millionen Exemplaren wurden zu diesem Zweck verbreitet. Das Ziel der Geburtenpolitik war es nicht „Kinder um jeden Preis“ zu bekommen, sondern es sollte „die erbgesunde, kinderreiche Familie“ der „Mittelpunkt aller staatlichen und gesundheitlichen Fürsorge sein.“ Um dieses Ziel zu erreichen waren neben Propaganda auch handfeste pronatalistische Maßnahmen notwendig. Eine der wichtigsten war das am 1. Juni 1933 eingeführte Ehestandsdarlehen für Ehemänner. Es hatte den bevölkerungspolitischen Zweck die „Frühehe“ zu fördern. Sie sollte die Anzahl der Geburten durch eine frühzeitige Ausnutzung der Fruchtbarkeitsperiode erhöhen. Unterstrichen wurde dieses Ziel durch eine Verordnung, die pro Geburt ein Viertel des Darlehens erließ (Bock, 1986).

Wenige Monate vor Kriegsbeginn wurde 1939 das Mutterkreuz eingeführt. Es sollte an kinderreiche Mütter verliehen werden und gleichzeitig Gebärenreiz sein (Bock, 1986). Auch die Situation lediger Mütter wurde nicht außer acht gelassen. Unterstützung boten hier neben dem Hilfswerk „Mutter und Kind“ der „Lebensborn e.V.“. Letzterer hatte es sich zur Aufgabe gemacht, „den Kinderreichtum in der SS zu unterstützen, jede Mutter guten Blutes zu schützen und zu betreuen und für hilfsbedürftige Mütter und Kinder guten Blutes zu sorgen“ (Metz-Becker / Bierig, 1999). Die Geburtenanzahl in Deutschland stieg zwischen 1933 und 1938 von jährlich 971.000 auf 1.349.000. Der Anstieg fand im wesentlichen von 1933 auf 1934 statt (Bock, 1986).

#### **1.1.2.4 Propagierung der Hausgeburt im Dritten Reich**

Im Zusammenhang mit der Geburtenpolitik des Dritten Reichs spielte die Hausgeburt eine wichtige Rolle. Sie wurde von offizieller staatlicher Seite gefördert und eine Einschränkung der Zahl klinischer Entbindungen angestrebt. Diese Position wurde vor allem von der Leiterin der Reichsfachschaft Deutscher Hebammen, Nanna Conti, und ihrem Sohn, dem Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, vertreten (Conti L., 1937; Conti N., 1937). In den 30er Jahren fand zwar ein Großteil der Geburten immer noch außerklinisch statt, in größeren Städten überwog aber zum Teil schon der Anteil an Klinikentbindungen. So waren es z.B. 1938 in Berlin bereits 67,5%

Anstaltsentbindungen und in Düsseldorf sogar schon 80% (Theisen, 1940). Dieser Entwicklung wollte man entgegensteuern.

Um der Propaganda zur Einschränkung der Klinikentbindung Nachdruck zu verleihen, erschien 1934 ein Runderlass des preußischen Innenministeriums zur Frage Hausgeburt oder Anstaltsgeburt (Minister des Inneren, 1934). Darin wurde gefordert, der Hausentbindung den Vorzug zu geben. 1936 wurde dieser Erlass für das ganze Reich als verbindlich erklärt (Conti N., 1937).

Die Bestrebungen, eine Zunahme des Anteils an Hausgeburten zu erreichen, hatten verschiedene Gründe, die im Folgenden genauer erläutert werden sollen. Sie stehen im Zusammenhang mit der Konzipierung einer „Neuen Deutschen Heilkunde“. Darin wollte man eine Synthese von Naturheilkunde und Schulmedizin erreichen (Haug, 1982 und 1984).

Im Dritten Reich wurde die Familie besonders geschützt und gefördert. Sie war für das Nazi-Regime das Hauptinstrument zur Durchsetzung der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik (Macciocchi, 1976; Marschalck, 1984). Die Hausgeburt galt in diesem Zusammenhang als ein Ereignis, das den Zusammenhalt der Familie fördern, das Ansehen der Mutterschaft im privaten Umfeld der Frau steigern und deren Rolle als Mutter festigen sollte (Conti N., 1934).

Die Entbindung zu Hause wurde von den Nationalsozialisten als heroisch bezeichnet. Dagegen galt die Entscheidung zu einer Entbindung im Krankenhaus als Bequemlichkeit der Frau auf Kosten der Allgemeinheit (Prigge, 1935). Die „Propaganda für eine heroisch-asketische, leistungsbetonte und opferbereite Lebensführung, die das Karge als gesund und naturgemäß akzeptierte“ war Bestandteil der nationalsozialistischen Neuen Deutschen Heilkunde (Wuttke-Groneberg, 1982; Haug, 1982 und 1984).

In diesem Rahmen wurde auch die Stärkung des Hausarztwesens angestrebt. Das Hausarztssystem sollte der Durchsetzung nationalsozialistischer Gesundheitsführung und entsprechender politischer Beeinflussung dienen (Wagner, 1936).

Einer der wichtigsten Gründe für die Propagierung der Hausgeburt waren ökonomische Sparmaßnahmen. Eine Hausgeburt war für den öffentlichen Haushalt deutlich billiger als der Ausbau und Unterhalt von Entbindungskliniken (Prigge, 1935).

In den Kriegsjahren spielte bei der Hausgeburtenpolitik der Nazis die Freihaltung von wertvollen Klinikbetten für Verwundete eine zentrale Rolle. So begründete der Reichsminister des Inneren Leonardo Conti 1939 gegenüber den Gynäkologen die Maßnahmen des Staates zugunsten der Hausgeburt mit dem zu erwartenden Bedarf an Krankenhausbetten für Soldaten. Entbindungen sollten im Krankenhaus nur noch bei ärztlicher Notwendigkeit

oder sehr schlechten Wohnungs- und Pflegeverhältnissen stattfinden (Österreichische Hebammenzeitung 2/99).

#### **1.1.2.5 Die Stärkung der Rolle der Hebammen**

Hebammen galten in der NS-Zeit als „natürliche Verbündete im Kampf gegen den Geburtenrückgang“ (Österreichische Hebammenzeitung, 2/99). In der Gesundheitspolitik des Dritten Reiches kam ihnen eine besondere Rolle zu. Sowohl bei der Umsetzung der pro- und antinatalistischen Ideologie als auch bei der Propagierung der Hausgeburt wurden die Hebammen vom NS-Regime stark eingebunden. Sie sollten die Schwangeren kontrollieren, illegale Abtreibungen bei „erbgesunden arischen“ Frauen verhindern und waren per Gesetz dazu verpflichtet, Fehlbildungen und Krankheiten von Säuglingen zu melden. Gelegentlich nahmen sie an Zwangssterilisationen und Abtreibungen bei „eugenischer Indikation“ teil. Des Weiteren sollten sie die Ideen der „Erbgesundheits- und Rassenpflege“ in der Bevölkerung verbreiten und Verständnis für das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sowie für die Durchführung von Zwangssterilisationen wecken. In München wurde den Hebammen 1935 vorgeschrieben „bresthafte“ (behinderte) Neugeborene „zur Seite zu legen“ (Österreichische Hebammenzeitung, 2/99). Auch die Durchsetzung der Hausgeburt war Aufgabe der Hebammen (Tandler-Schneider et al., 1995).

Die Entwicklung hin zu einer Stärkung der Hebammenschaft war wiederum im besonderen Maße vom Zusammenspiel des damaligen Staatskommissars für das Gesundheitswesen, Dr. Leonardo Conti und seiner Mutter, der Hebamme und späteren Leiterin der Reichshebammenschaft, Frau Nanna Conti geprägt. Bereits 1933 wurden die Hebammenvereinigungen in der „Reichsfachschaft deutscher Hebammen“ straff zusammengefasst. Vorsitzende war u.a. Nanna Conti. Das zentrale Organ wurde ab 1. Juli 1933 die „Zeitschrift der Reichsfachschaft“ die vormals „Allgemeine Deutsche Hebammenzeitung“ hieß und unter großem Einfluss der nationalsozialistischen Propaganda stand (Tandler-Schneider et al., 1995).

Am 21.12.1938 wurde das Reichshebammengesetz erlassen. Dies erweiterte die Befugnisse der Hebammen ganz entscheidend und ist in einigen Punkten bis heute gültig. Mitverantwortlich für dieses neue Gesetz und dessen Ausprägung war in großem Maße wiederum Nana Conti in Zusammenarbeit mit ihrem Sohn. Zu jeder Geburt musste nun eine Hebamme hinzugezogen werden. Dies bedeutete, dass Hebammen nun alleine Geburten betreuten, wohingegen Ärzte von nun an Hebammen hinzuziehen mussten. Diese

Besonderheit ist in Deutschland bis heute verpflichtend (Tandler-Schneider et al., 1995).

1939 und 1940 wurden die Befugnisse durch zwei Erlasse nochmals erweitert. Hebammen durften seit Oktober 1939, wenn ein Arzt auch fernmündlich nicht zu erreichen war, selbstständig wehenfördernde Medikamente verabreichen und subkutane Injektionen geben. Dies war zuvor, ohne ärztliche Anordnung ausdrücklich untersagt (Conti L., 1943; Reichsminister des Inneren, 1939). Seit Juni 1940 waren Hebammen zusätzlich in die Schwangeren-, Säuglings- und Kleinkindfürsorge eingeschaltet (Zander und Goetz, 1986).

#### **1.1.2.6 Wandel des Patientenguts (Fremd-/Zwangsarbeiterinnen)**

Im Verlauf der Kriegsjahre kam es zu einer steten Zunahme der Zahl der zwangsweise in Deutschland beschäftigten Ausländerrinnen, zumeist Frauen aus Osteuropa. Schwangerschaften unter den ausländischen Zwangsarbeiterinnen waren keine Seltenheit. Ein Bericht des Gauarbeitsamtes Augsburg vom Januar 1944 zeigt eine Schwangerschaftsquote von 2% bei den „Ostarbeiterinnen“ und von 5,3% bei den Polinnen (Mitteilung an den GBA, 1944). In München wurden allein im Jahr 1944 433 Frauen in die I. Universitäts-Frauenklinik zur Entbindung bzw. zur geburtshilflichen Nachsorge eingewiesen (Geburtsjournale der I. Univ.-Frauenklinik München).

Während der ersten Kriegsjahre wurden schwangere Ausländerinnen vor allem aus den besetzten polnischen Gebieten und der Sowjetunion schnellstmöglich und ohne Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand in ihre Heimatländer zurück transportiert. Nach Ansicht damaliger deutscher Behörden wurden Schwangerschaften von den Frauen daher auch bewusst herbeigeführt, um sich dem Arbeitseinsatz in Deutschland zu entziehen. Diese Auffassung und die ab 1942 verschärfte Arbeitseinsatzlage führten dazu, dass die Abschiebung weitestgehend unterbunden wurde und die Mütter postpartal baldigst an ihren Arbeitsplatz zurückkehren mussten (Mitteilung des Präsidenten des Landesarbeitsamtes Bayern, 1943).

Die Entbindung der Ausländerinnen erfolgte meist in eigens zu diesem Zweck errichteten „Gebärbaracken“ oder zentralen Entbindungslagern (Schwarz, 1990).

Eine Entbindung im Krankenhaus wurde der Mehrzahl der ausländischen Schwangeren verweigert. Lediglich im Falle von Risikoschwangerschaften oder zu Ausbildungszwecken für Medizinstudenten oder Hebammenschülerinnen wurden Ausnahmen zugelassen. Hierbei musste die

Trennung von deutschen Schwangeren gewährleistet sein (Runderlass des Reichsführer SS, 1943).

Über die medizinische und geburtshilfliche Versorgung in den oben genannten Gebärlagern fehlen detaillierte Beschreibungen. Es bestehen aber Hinweise, dass die Entbindungen dort unter primitivsten Bedingungen durchgeführt wurden. Der Tod der Säuglinge und ihrer Mütter wurde dabei billigend in Kauf genommen. Bereits kurz nach der Geburt wurden die Mütter von den Kindern getrennt und an ihren Arbeitsplatz zurückgebracht. Stillen war somit häufig nicht möglich. Durch mangelnde Fürsorge des Lagerpersonals starben viele Säuglinge an Infektionskrankheiten oder durch Verhungern (Heusler, 1996). Ursache für dieses menschenunwürdige Verhalten waren Kosten-Nutzen-Kalkulationen der Dienststellen und Betriebe, die vor allem in den Säuglingen der Ostarbeiterinnen und Polinnen „minderwertiges Menschenmaterial“ sahen, das den Arbeitseinsatz behinderte und aufgrund der ohnehin bestehenden Mangelversorgung „gemeinwohlschädlich“ war (Heusler, 1996).

In München waren die Rahmenbedingungen der ausländischen Frauen zum Entbinden vergleichsweise sehr gut. Gebärbaracken oder Entbindungslager konnten hier, mit Ausnahme des Dachauer Durchgangslagers, nicht nachgewiesen werden. Den meisten Fremdarbeiterinnen war es möglich in Münchner Kliniken zu entbinden. Mit Billigung des Landesarbeitsamtes konnten selbst „Ostarbeiterinnen“ und Polinnen als sogenannte Hausschwangere zur Entbindung in die Universitäts-Frauenklinik aufgenommen werden (Schreiben Präsident des Landesarbeitsamtes Bayern an die AOK Bad Tölz, 1943).

Die Entbindungsmöglichkeit für Ausländerinnen in der Frauenklinik war allerdings keine humanitär motivierte lokale Eigenständigkeit Münchens, es handelte sich bei diesem „Sonderweg“ vielmehr um eine spezielle Art der optimierten Nutzbarmachung des „Fremdvölkischen“. Ausschlaggebend für die Aufnahme dieser Patientinnen in einzelne Geburtskliniken war neben der postnatalen Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit der Frauen vor allem die zielgerichtete Einbindung in geburtshilfliche Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen (Heusler, 1996). (siehe dazu auch Kapitel 1.1.2.8).

### **1.1.2.7 Abtreibungen bei Zwangsarbeiterinnen**

Nicht nur deutsche Frauen waren von Zwangsabtreibungen betroffen. Schwangerschaftsunterbrechungen wurden seit dem Frühjahr 1943 auch bei Ausländerinnen vermehrt durchgeführt. Grundsätzlich sollte der Eingriff zwar

freiwillig und mit Einwilligung der Frau stattfinden, eine freie Willensentscheidung der Schwangeren war unter den gegebenen Umständen aber kaum möglich (Heusler, 1996). Im Interesse einer Steigerung der Geburtenzahlen war eine Schwangerschaftsunterbrechung nach §218 bis dahin nur bei Vorliegen einer eugenischen oder medizinischen Indikation erlaubt (Reichsgesetzblatt, 1935/I). Bei den „fremdvölkischen“ Schwangeren kamen nun auch ökonomisch beeinflusste Überlegungen einer präventiven „Ausmerzungen“ hinzu. Da man aber „artverwandtes Blut“ erhalten und somit eine Abtreibung „guttrassiger“ Kinder verhindern wollte, war ein rassenbiologisches Gutachten Bedingung für eine Schwangerschaftsunterbrechung. Je nach „rassischen“ Voraussetzungen wurde das geltende Abtreibungsrecht von Fall zu Fall gelockert, außer Kraft gesetzt oder im Sinne der geltenden Bestimmungen für deutsche Frauen ausgelegt. Die „Fortpflanzungswürdigkeit“ der Fremdarbeiterin war im Endeffekt entscheidend. Sie wurde von den Gesundheitsämtern in Zusammenarbeit mit Ärztevereinigungen und SS-Führern festgestellt (Runderlass des Reichsführer SS, 1943). Bei „Ostarbeiterinnen“ und Polinnen, bei denen aufgrund der „minderrassigen“ Abstammung des Kindsvaters nicht mit einem „guttrassigen“ Säugling zu rechnen war, wurden Abtreibungen hingegen ohne Schwierigkeiten genehmigt und sogar angestrebt (Heusler, 1996). Weiterhin sollten bei diesen beiden Gruppen von Zwangsarbeiterinnen die Eingriffe grundsätzlich nur von polnischen oder russischen Ärzten durchgeführt werden (Schreiben Präsident des Gauarbeitsamtes München-Oberbayern, 1944). Wenn Frauen ihre Zustimmung zu dem Eingriff verweigerten versuchte man mit subtilen Drohungen ihren Widerstand zu brechen (Herbert, 1986).

#### **1.1.2.8 Phänomen „Hausschwangere“**

Als „Hausschwangere“ bezeichnete man traditionell mittellose Schwangere, bei denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht gewährleistet war (Heusler, 1996). Sie wurden zwar in den Frauenkliniken unentgeltlich behandelt, mussten aber im Gegenzug als lebendige Anschauungs- und Studienobjekte für Studenten und Hebammenschülerinnen zur Verfügung stehen und hatten somit eine wichtige Funktion im Rahmen der Lehrtätigkeit der Klinik und der Hebammenschule. Zu diesem Zweck wurden die Frauen oft schon einige Wochen vor der Entbindung in die Klinik aufgenommen. Daneben mussten die Hausschwangeren während ihres Aufenthaltes leichtere Arbeiten in der Küche, der Näherei oder der Wäscherei verrichten (Kettler, 1994).

Ab 1939 ging die Zahl deutscher Frauen in den geburtshilflichen Abteilungen kontinuierlich zurück, was auch zu einem Rückgang der Zahl der Hausschwangeren führte. Es handelte sich hauptsächlich um einen kriegsbedingten Geburtenrückgang, aber auch die nationalsozialistische Ideologie, die eine Verdrängung der Klinikentbindung zugunsten der Hausgeburt propagierte, spielte eine Rolle. Diese Entwicklung war mit einer spürbaren Einschränkung des Lehr- und Ausbildungsbetriebes verbunden (Heusler, 1996). Somit war die Aufnahme von Ausländerinnen als Hausschwangere kein Zufall. Im November 1943 wies der „Generalbevollmächtigte für den Arbeitseinsatz“ die Arbeitsämter an, Universitätskliniken und Hebammenschulen schwangere Ausländerinnen zuzuführen. Deutsche Frauen galten als zu „wertvoll“ (Frewer et. al, 2001). Dazu kam, dass es den deutschen Frauen kaum zu vermitteln war, sich für Ausbildungszwecke zur Verfügung zu stellen. Außerdem sollte in der Öffentlichkeit nicht der Eindruck entstehen, die Frauenkliniken setzen Schwangere vor allem für Unterrichtszwecke ein, da dies zu einem weiteren Absinken der Geburtszahlen geführt hätte (Heusler, 1996). Somit war es naheliegend, Ausländerinnen für die ausbildungsrelevante Hausschwangerenabteilung heranzuziehen. Für die Frauenkliniken ergab sich dadurch die Möglichkeit, den Lehrbetrieb in geeigneter Form aufrechtzuerhalten (Heusler, 1996).

#### **1.1.2.9 Beeinträchtigung des Klinikbetriebs durch Luftangriffe**

Im Verlauf des Zweiten Weltkrieges war Deutschland zunehmend Ziel von alliierten Luftangriffen, die vor allem in den letzten Kriegsjahren stark auf zivile Ziele ausgedehnt wurden. Der „Bombenkrieg“ zerstörte viele deutsche Großstädte in erheblichem Maße. München war insgesamt neun Großangriffen ausgesetzt. Der erste fand am 19./20. September 1942 statt, der letzte am 7./8. Januar 1945. Dabei wurde die bayerische Landeshauptstadt zu 42% zerstört (Permooser, 1993).

Für das zivile Leben bedeuteten diese Angriffe massive Einschnitte. Auch die medizinische Versorgung in den Kliniken war zunehmend durch Fliegeralarm und Luftangriffe beeinträchtigt. Das galt natürlich auch für die I. Universitäts-Frauenklinik. Eine Zeitzeugin von damals berichtet: „[...] Dann kam wieder Fliegeralarm, und ich merkte, dass es bei mir losging. Ich bekam mit Mühe noch ein Taxi und fuhr damit zur Klinik in die Maistraße. Täglich mussten wir in den Keller der Frauenklinik. Wir saßen ängstlich unter großen Heißwasserröhren. Einmal wurde die Tür durch Bomben eingeschlagen. Die Kinder lagen in Körbchen und waren übereinander gestapelt. Es war immer

Alarm - auch während der Entbindung. Was die Schwestern geleistet haben war enorm“ (Berthold und Matern, 1983).

Bevor die Patientinnen in den Luftschutzkeller gebracht wurden, bekamen sie Patientenausweise umgehängt, die mit den Personalien, Station und Zimmernummer der Frau versehen waren (Berthold und Matern, 1983).

Aufgrund der immer häufigeren Luftangriffe versuchte man die Patientinnen durch Verlegung in Kellerstationen besser zu schützen. Auch Fremdarbeiterinnen, die zunächst streng getrennt von deutschen Wöchnerinnen meist auf die Hebammenschule im Ostflügel der Klinik gebracht wurden, hatte man im Verlauf des Jahres 1944 zunehmend in geschützte Kellerstationen verlegt (Heusler, 1996).

#### **1.1.2.10 Die Verlagerung von der Haus- zur Klinikgeburt**

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der überwiegende Teil der Geburten ausschließlich von Hebammen im Privathaus betreut. 1896 waren es 99% (Hinrichs, 1949). Die Hebammen zogen bei Komplikationen einen geburtshilflich tätigen niedergelassenen praktischen Arzt hinzu. In den Krankenhäusern wurden hauptsächlich Frauen aus niederen sozialen Verhältnissen entbunden, deren häusliche Betreuung nicht gewährleistet war. Sie fanden als Hausschwangere meist schon einige Zeit vor der Geburt ihres Kindes Aufnahme in der Klinik (Fasbender, 1964).

Der hohe Anteil an Hausgeburten sank zunächst nur langsam ab. 1924 waren es noch 91%. Im weiteren Verlauf gingen zunehmend mehr Frauen zur Entbindung in ein Krankenhaus. Der Anteil an Hausgeburten sank von 83,9% im Jahr 1933 über 73,1% 1936 und 61% im Jahr 1939 auf 52% im Jahre 1952 (Hinrichs, 1949; Pohlen, 1935).

Diese Entwicklung hin zur Klinikentbindung hatte vor allem zwei Ursachen: In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren mit der Einführung aseptischer Vorgehensweisen eine Reihe operativer geburtshilflicher Verfahren entwickelt worden. Diese ermöglichten auch bei schwierigen Geburtskomplikationen, die durch Zange, Wendung und Extraktion nicht beherrschbar waren, einen gesunden Ausgang für Mutter und Kind. So konnte um 1900 die Mortalität beim klassischen Kaiserschnitt durch verbesserte Nahttechniken auf 5-10% gesenkt werden. Ein halbes Jahrhundert früher starb noch jede zweite Patientin nach Schnittentbindung (Diepgen, 1965). Auch die Entwicklung von relativ sicheren Anästhesieverfahren zur Schmerzausschaltung machte operative Geburtsbeendigungen in größerem Umfang erst möglich. Durch diese neuen Möglichkeiten einer wissenschaftlich weiterentwickelten Geburtshilfe konnten sich die geburtshilflichen Abteilungen jetzt aus ihrer

Funktion, nur als Nothilfe für alleinstehende Schwangere zu dienen, zu einer Alternative der Hausgeburt entwickeln (Gottstein, 1977).

Veränderte soziale Bedingungen waren die andere Ursache, die in diesem Kontext eine wichtige Rolle spielten. Industrialisierung und Landflucht um die Jahrhundertwende zogen bevölkerungsstrukturelle Veränderungen nach sich. Sie hatten starken Einfluss auf die Entwicklung von der Hausgeburt zur Klinikentbindung.

Die Stadtbevölkerung nahm im Verhältnis zur Landbevölkerung zu. Gemeinden mit mehr als 2000 Einwohnern nahmen von 36,1% der Gesamtbevölkerung im Jahre 1871 auf 67% im Jahre 1933 zu. Der gesamte Bevölkerungszuwachs kam den Städten zugute, insbesondere den Großstädten mit über 100 000 Einwohnern (Marschalk, 1984). In den Städten führte eine größere Dichte und bessere Erreichbarkeit von Kliniken in Verbindung mit veränderten Familienstrukturen und z.T. sehr schlechten Wohnverhältnissen zu einer Begünstigung der Klinikentbindungen. Auch in ländlichen Gebieten bewirkte eine verbesserte Infrastruktur, dass kompliziert verlaufende Geburten unter Umständen noch in ein Krankenhaus gebracht werden konnten (Marschalk, 1984).

Die verbesserte operative Geburtshilfe und bevölkerungsstrukturelle Veränderungen legten somit den Grundstein für eine zunehmende klinische Geburtshilfe. Die Entwicklung hin zur Klinikgeburt musste sich aber zuerst einmal bei der Ärzteschaft durchsetzen. Hauptsächlich niedergelassene allgemeinpraktizierende Ärzte traten für eine Beibehaltung der häuslichen Geburtshilfe ein. Auf der anderen Seite wollten vor allem Kliniker, besonders unter dem Aspekt der operativen Geburtshilfe, eine Ausweitung des Anteils klinischer Entbindungen. Als Beispiel sei hier die Kontroverse zwischen dem Berliner Sozialgynäkologen Max Hirsch, der die Meinung der Kliniker vertrat, und dem Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Königsberg Georg Winter, der für die Hausgeburt plädierte, genannt. Sie entfachte 1927 die erste große Debatte um die Frage Hausgeburt oder Anstaltsentbindung (Hirsch, 1927).

Im Verlauf kristallisierte sich immer deutlicher die Tendenz der Geburtshelfer für eine Entbindung im Krankenhaus heraus. Die Überlegenheit klinischer Geburtshilfe vor allem bei den Möglichkeiten chirurgischer Eingriffe bei komplizierten Entbindungen war gegenüber den Möglichkeiten niedergelassener Ärzte bereits Anfang der 30er Jahre weitgehend anerkannt. Die Indikationen für eine Klinikentbindung wurden immer umfangreicher gestellt. In den 20er Jahren übernahmen immer mehr Krankenkassen wahlweise zum Wochengeld die Kosten für eine Entbindung und Wochenbettspflege in einem Krankenhaus auch ohne ärztliche Indikation (Fervers, 1929). Den Frauen standen somit keine finanziellen Hindernisse mehr im Weg, zur Entbindung in eine Klinik zu gehen.

Im Nationalsozialismus wurde die Hausgeburt massiv propagandistisch unterstützt (siehe Kapitel 1.1.2.4). Außerhalb der nationalsozialistischen Organisation gab es allerdings kaum noch Befürworter einer auch operative Eingriffe einschließenden häuslichen Geburtshilfe. Stoeckel schrieb 1938 in seinem „Lehrbuch der Geburtshilfe“: „...aber es ist auch eine bedauerliche Übertreibung, wenn die Hausgeburt in übersteigter Propaganda als das mit allen Mitteln zu erstrebende Ideal der Geburtshilfe bezeichnet wird und es ist irrig, wenn die Resultate der häuslichen Geburtshilfe als besser bezeichnet werden als die der klinischen Geburtshilfe“ (Stoeckel, 1938). Eine große Rolle spielten bei diesen Debatten Veröffentlichungen von Untersuchungen aus dem Ausland. Die Ergebnisse dokumentierten die Überlegenheit klinischer Geburtshilfe trotz gegenteiliger Behauptungen der nationalsozialistischen Propaganda. Einen wichtigen Raum nahm hier die Publizierung der Ergebnisse der seit 1933 geführten ungarischen Geburtenstatistik ein, die eindeutig die besseren Ergebnisse der Anstaltsentbindungen belegte (Kovacs, 1936). Ende 1939 erreichte der Konflikt zwischen Gynäkologen und Nationalsozialisten seinen Höhepunkt. Grund war der Erlass des Reichsinnenministers vom 6. September 1939, durch den eine weitere Einschränkung der Klinikgeburtshilfe drohte. Führende Gynäkologen intervenierten im Januar 1940 bei der Reichsgesundheitsführung gegen die Behauptung, daß die klinische Geburtshilfe der häuslichen unterlegen sei und deshalb zugunsten der Hausgeburtshilfe eingeschränkt werden müsse. Man drohte dem Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti eine Denkschrift zugunsten klinischer Geburtshilfe an alle Mitglieder der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie sowie an alle regionale Fachgesellschaften zu versenden. Dies zeigte Wirkung. Die Denkschrift wurde zurückgenommen. Stattdessen veröffentlichte Leonardo Conti „Leitsätze für die Verordnung der Geburtshilfe“ (Conti L.; 1940). Sie stellten einen Kompromiss mit den Forderungen der wissenschaftlichen Geburtshilfe dar. Ein wichtiger Erfolg für die Geburtshelfer in diesem Zusammenhang war, dass die Frauen zwischen Klinik- und Hausentbindung frei wählen durften.

#### **1.1.2.11 Die Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte 1883 durch den damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck. Für die Ärzte brachte dies umfassende und einschneidende Veränderungen mit sich. Zum einen wurde ihre Position gegenüber dem Patienten gestärkt, da der Bezug von Kassenleistungen wie Krankengeld oder Arzneimittel ein Attest des Arztes erforderte. Zum anderen musste aber eine erhöhte Abhängigkeit von den

Kassen in Kauf genommen werden, weil diese aus Kostengründen an sparsamer Arzneimittelverordnung und zurückhaltender Krankschreibungspraxis interessiert waren (Herold-Schmidt, 1997).

Die Grundprinzipien der Krankenversicherung sind heute noch prägend. Für Arbeiter und Angestellte in Gewerbe und Industrie unterhalb eines bestimmten Einkommens, zu Beginn jährlich unter 2000 Mark, bestand Beitrittszwang (Uni-Bochum, Materialien zur VL 2003/04).

So kam es zu einer zunehmenden Ausdehnung des Krankenversicherungswesens. Unterlagen 1885 erst etwa 10% der Bevölkerung der Versicherungspflicht, so wurde bis 1914 durch eine zunehmende Ausweitung auf weitere Berufsgruppen, z.B. Landarbeiter, und Einbeziehung der Knappschafts- und Staatskrankenkassen etwa die Hälfte der Einwohnerschaft von den Kassen erfasst und erhielt kostenlose ärztliche Behandlung (Herold-Schmidt, 1997). Dazu gehörten auch Familienangehörige, die bei vielen Kassen zunehmend mitversichert werden konnten (Lindner, 2003). Nach dem Zusammenbruch der Monarchie 1918 verdoppelte man die Obergrenze für eine Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf ein Jahreseinkommen von 5000 Reichsmark. Dies bedeutete eine Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Bereich der Besserverdienenden und sollte die kriegsbedingte Finanznot der Kassen ausgleichen (Wolff, 1997).

Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung lag die Pflichtversicherten-Quote ohne mitversicherte Familienmitglieder 1928 bereits bei gut einem Drittel gegenüber 25% vor dem Ersten Weltkrieg (Wolff, 1997).

## 1.2 Medizinische Grundlagen der Geburtshilfe in der Zeit des Nationalsozialismus

### 1.2.1 Definitionen in der damaligen Geburtshilfe

Um die Geburtshilfe zur Zeit des Nationalsozialismus beschreiben und erklären zu können, ist es wichtig, auch ihre Definitionen zu kennen, die sich zum Teil deutlich von den heutigen unterscheiden.

Das Hauptkriterium zur Beurteilung des Neugeborenen waren damals die Reifezeichen. Neben den zuverlässigen Reifezeichen (Länge, Gewicht und die verschiedenen Schäfeldurchmesser) waren Lanugo-Behaarung, Hautfarbe, Knorpelbildung an Ohren und Nase sowie Testikeldeszenus wichtige Merkmale zur Bestimmung der Reife (Sarwey, 1915). Die Lanugo-Behaarung sollte beim reifen Fetus nur noch auf der Haut der Schultern und

Oberarme in geringer Menge deutlich erkennbar sein, die Haut am ganzen Körper gleichmäßig hellrosa gefärbt und der Knorpel an Ohrmuscheln und Nasenflügeln ausgebildet sein. Deszendierte Testikel galten ebenso als Reifezeichen, wie Bedeckung der kleinen Labien durch die großen Schamlippen (Sarwey, 1915).

Das Durchschnittsgewicht eines reifen Neugeborenen wurde mit 3250g, die Länge mit 50cm angegeben. Sarwey setzte die unteren Reifegrenzen bei 3000g und 48cm (Sarwey, 1915). Pfaundler sah Neugeborene unter 2000g und 45cm Länge als unreif an, wohingegen Kinder mit mindestens 3000g und 50cm als reif galten (Pfaundler, 1915). Mikulicz-Radecki gab im Handbuch der Geburtshilfe von 1941 die Grenzen für die Länge mit 48-52cm und eine Gewichtsgrenze zwischen 3000-3500g für ein reifes Neugeborenes an (Mikulicz-Radecki, 1941). Zur Berechnung des voraussichtlichen Schwangerschaftsendes war die Nägele-Regel gebräuchlich. Hierbei rechnet man vom Beginn der letzten Regelblutung drei Monate zurück und addiert dazu sieben Tage. Dies entspricht einer Schwangerschaftsdauer von 280 Tagen bzw. 40 Wochen. Es war klar, dass diese Berechnung eine nur unsichere Schätzung darstellte, bei der Differenzen von mehreren Wochen auftreten konnten (Neu, 1915).

Eine Frucht galt ab der 28. Woche als lebensfähig. Die Länge des Fötus betrug zu diesem Zeitpunkt ca. 35cm, das Gewicht 900 bis 1200g. Zwischen der 28. und der 38. Woche bezeichnete man sie als Partus praematurus. Streng genommen wurde der Partus immaturus (13. bis 27. Woche) vom Abort (erste drei Fetalmonate) unterschieden. In der Praxis wurde diese Unterscheidung wegen der nur geringen Relevanz meist nicht getroffen und diese beiden Zeitspannen als Abort zusammengefasst (Küstner, 1916).

Man erkannte allerdings schon damals, dass der Versuch die „Lebensfähigkeit“ von Neugeborenen an bestimmten mindest Körper- oder Altersmaßen festzumachen nicht möglich war. Die individuellen Schwankungen waren zu groß. In der Praxis sollte man sich daher hinsichtlich der Prognose hauptsächlich am Benehmen des Kindes in den ersten Lebenstagen orientieren (Nahrungsverlangen, Geschrei, Regsamkeit, Atmung etc.). Bei günstigem Urteil wurden die Überlebenschancen eines Säuglings selbst bei einem Körpergewicht von 50% der Norm als „nicht durchaus ungünstig“ gesehen (Pfaundler, 1915).

Dem Standesamt musste jede lebende oder tote Frucht mit einer Länge von 35cm oder mehr gemeldet werden sowie alle lebenden, das heißt spontan atmenden Kinder, die dieses Maß unterschritten (Mikulicz-Radecki, 1941).

## **1.2.2 Wichtige damalige Techniken und deren Durchführung**

### **1.2.2.1 Asepsis und Antisepsis**

Der Prophylaxe von puerperalen Wundinfektionen durch Desinfektionsmaßnahmen wurde schon damals große Bedeutung beigemessen. Man hatte erkannt, dass die größte Infektionsgefahr der Schwangeren durch Einbringen von Keimen mit den Händen oder Instrumenten bestand. Philipp schrieb 1941: „Den sichersten Schutz vor einer Infektion genießt die Frau, die unter der Geburt überhaupt nicht vaginal berührt wird“ (Philipp, 1941). Eine vaginale Untersuchung sollte deshalb nur durchgeführt werden, wenn eine rektale keinen klaren Befund ergab. Jeder Geburtshelfer war dazu angehalten seine Hände frei von Eitererregern zu halten. Im Anschluss an Abszess- oder Furunkelspaltungen sollte keine geburtshilfliche Tätigkeit ausgeführt werden. Ärzte, die im Sektionssaal arbeiteten, durften den Kreißsaal nicht betreten. Wenn bei der vaginalen Untersuchung einer gynäkologisch erkrankten Frau eine Verunreinigung der Hände trotz der Verwendung von Gummihandschuhen stattgefunden hatte, sollte neben einer gründlichen Hände-Desinfektion eine zweitägige geburtshilfliche Pause erfolgen (Philipp, 1941).

Die mechanische Reinigung begann mit einem fünfminütigen Bürsten der Hände, Nägel und Unterarme mit Seife unter fließend warmem Wasser. Danach erfolgte bei Bedarf ein kürzen der Nägel mit einer sterilisierten Nagelschere, sowie ein sorgfältiges Reinigen der Nagelränder und des Nagelbettes mit sterilisiertem Nagelreiniger. Anschließend erfolgte nochmals fünfminütiges Bürsten der Hände und Unterarme mit warmem Wasser und Seife. Als Standard-Desinfektion galt die Fürbringersche Methode. Hierbei wurde die mechanisch gereinigte Hand wiederum fünf Minuten mit steriler Bürste in 50-70%-igem Alkohol gebürstet und im Anschluss nochmals die selbe Zeit in einer wässrigen Sublimatlösung 1:1000. Alternativ konnte auch 0,5%-iges Sagrotan oder Zephirol verwendet werden (Philipp, 1941).

### **1.2.2.2 Leitung von Geburt und Nachgeburt**

Bei Aufnahme der Kreißenden wurde zuerst, wenn möglich, eine Anamnese erhoben. Besonders wichtig war neben der Frage ob ein Blasensprung bereits stattgefunden hatte die Feststellung der Temperatur, da Fieber häufig eine Indikation zur Geburtsbeschleunigung war. Nach oder während der Anamnesenerhebung wurde eine äußere Untersuchung durchgeführt, die die vier Leopoldschen Handgriffe beinhaltete sowie die Auskultation der kindlichen Herztöne. 130-140 Schläge pro Minute galten als normal. Eine

Verminderung unter 100 Schläge in den Wehenpausen galt als „wirkliche Gefahr“, wohingegen eine Beschleunigung der kindlichen Herztöne über 160 Schläge nicht als gefährlich erachtet wurde. Eine weiterführende innere Untersuchung sollte nur stattfinden, wenn Zweifel über den Geburtsverlauf bestanden. Neben der Händedesinfektion des Geburtshelfers wurde bei der Kreißenden eine vorausgehende Scheidenspülung mit 0,5%iger Sagrotanlösung empfohlen, falls es sich nicht um eine Erstuntersuchung handelte. Auch nach der Untersuchung sollte eine Scheidenspülung durchgeführt werden (Stoeckel, 1941).

Während der Eröffnungs- und Austreibungsphase war die Hauptaufgabe die fortgesetzte Kontrolle der kindlichen Herztöne. Bei langem Geburtsverlauf sollte eine stündliche Temperaturmessung durchgeführt werden, um eine beginnende Infektion rechtzeitig zu erkennen. Temperaturen über 38° C rektal gemessen wurden als pathologisch betrachtet. In der Austreibungsphase galt dem Dammschutz besondere Aufmerksamkeit. Dieser begann mit dem Durchschneiden des Kopfes und musste bis zum Durchtritt der Schultern fortgeführt werden, um einem Dammriss bestmöglich entgegenwirken zu können (Stoeckel, 1941).

Die Abnabelung des Kindes sollte erst erfolgen, wenn die Pulsation der Nabelschnur erloschen war. Dadurch wollte man dem Kind möglichst viel „Reserveblut“ aus dem fetalen Teil der Plazenta zuführen. In der Nachgeburtphase galt es pathologische Blutungen des Uterus zu erkennen und eine vollständige Plazentalösung zu erreichen. Bei pathologischen Verläufen versuchte man durch Reiben, Massieren und Drücken des Uterus die Plazenta zu lösen. Weiterhin konnten Wehenmittel verabreicht werden. War die Kreißende nicht in der Lage die gelöste Nachgeburt auszustoßen, wurde die Expression durch Druck auf den Uterusfundus von der Bauchdecke aus versucht, der sogenannte Credésche Handgriff (Stoeckel, 1941).

### **1.2.2.3 Operative Maßnahmen**

Geburtshilfliche Operationen sollten in der Zeit des Dritten Reiches nur dann durchgeführt werden, wenn sie „unvermeidlich“ waren oder zumindest eine strenge Indikation bestand. Die wichtigsten Indikationen waren: Missverhältnis zwischen Becken und Kind, absolute Geburtshindernisse wie z.B. Narben und Verwachsungen, Lebensbedrohung der Mutter durch Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen wie Eklampsie u.ä., Lebensbedrohung der Mutter durch allgemein schlechte gesundheitliche Verfassung und zuletzt die offensichtliche Lebensgefahr des Kindes, z.B. ein Absinken der Herztöne (Stoeckel, 1941).

## ***Episiotomie***

Den Damm durch entsprechenden Dammschutz zu erhalten galt als besondere Kunst, insbesondere bei alten Erstgebärenden. Es gab aber auch damals einige Autoren, die eine häufigere Anwendung der Episiotomie befürworteten, da auch bei intakt gebliebenem Damm die darunter gelegenen Muskeln und Faszien durch den lange einwirkenden Druck irreparabel geschädigt werden konnten (Stoeckel, 1941). Sie empfahlen daher bei entsprechender Indikation eine mediane Dammspaltung, die eine etwas vertiefte und erweiterte Episiotomie darstellte. Ausgedehnte seitliche Scheiden-Dammspaltungen durch die tiefe Beckenbodenmuskulatur waren bei schwierigen Extraktionen oder Zangenentbindungen von Bedeutung. Mickulicz-Radecki stellte allerdings fest, dass bei Zangenentbindungen in Ostpreußen nur in 5,9% der Fälle eine Episiotomie durchgeführt wurde. Hauptkomplikationen dieses Verfahrens waren Wundheilungsstörungen durch schlechte Nahtversorgung und Wundinfektionen (Stoeckel, 1941).

## ***Dilatierende Operationen***

Eine Beschleunigung der Eröffnungsperiode und die Extraktion des Kindes bei noch nicht vollständiger Eröffnung von Zervix und äußerem Muttermund durfte nur im äußersten Notfall, wenn ein bedrohlicher Zustand für Mutter oder Kind bestand, durchgeführt werden. Als Verfahren wurden verschiedene Dehnungs- und Zugmethoden angewandt.

Die sog. Metreuryse war ein Uterusballon, der über dem inneren Muttermund zur Entfaltung gebracht wurde. Die Wirkung bestand zum einen in einer mechanischen Dehnung von innerem und äußerem Muttermund sowie des Zervixkanals, zum anderen wurden durch den ausgeübten Druck reflektorisch Wehen erzeugt. Beide Wirkungen konnten durch Dauerzug am Schlauchende des Metreurynters noch verstärkt werden. Die wichtigsten Indikationen für diese Methode waren Fieber intra partum, Eklampsie, Nabelschnurvorfal, Einleitung der künstlichen Frühgeburt und Blutstillung bei Placenta praevia (Stoeckel, 1941).

Auch durch Zug am Kind selbst ließ sich der Zervixkanal in ähnlicher Weise wie mit dem Metreurynter dilatieren. Dieses Verfahren konnte bei Fußlagen angewendet werden, indem durch Dauerzug zuerst am Fuß allmählich immer umfangreichere Abschnitte des Körpers zwischen die Zervixwände gezogen wurden. Für Mutter und Kind stellte dieses Verfahren gleichermaßen eine hohe Gefahr dar. Wenn der nachfolgende relativ starre und große Säuglingskopf nicht den Muttermund passieren konnte, starb das Kind durch Nabelschnurkompression, trat der Kopf durch konnte die Zervix einreißen und

die Mutter verbluten. Es musste daher eine „sehr dringende Indikation“ vorliegen (Stoeckel, 1941).

Eine Dilatation mit der Hand konnte bei sekundären Weichteilproblemen durchgeführt werden, wenn sich der Muttermund mindestens handtellergrößer darstellte. In Narkose wurde die Hand in den Muttermund eingeführt und durch Spreizen der Finger gedehnt. Dies erforderte große Erfahrung des Geburtshelfers (Hammerschlag, 1933).

Inzisionen im Bereich des Muttermundes waren notwendig, wenn der Zervixkanal zwar völlig erweitert, der äußere Muttermundsaum aber „wie eine straffe Schnur gespannt“ war. Es genügten dann einige ein bis zwei Zentimeter lange Scherenschnitte, um „den Schnürring zu beseitigen“ (Stoeckel, 1941).

### ***Die Zangenentbindung (Forzeps)***

Die Entwicklung des Kindes mit der Zange war eine der häufigeren geburtshilflichen Operationen. Dabei wurden die nicht ausreichend treibenden Wehen durch Zug am kindlichen Kopf ersetzt. Die prozentual häufigste Indikation für eine Zangenoperation war die Asphyxie des Kindes (Hammerschlag, 1933). Vorbedingungen für die Zangenanlage waren u.a. die vollkommene Eröffnung des äußeren Muttermundes, da sonst eine Zerreißen der Zervixwand drohte; der Kopf des Kindes musste mit seinem größten Umfang den Beckeneingang bereits passiert haben, um „zangengerecht“ zu stehen; die Blase musste gesprungen sein oder gesprengt werden und der Beckendurchmesser musste eine Passage des Kopfes ermöglichen. Bei der technischen Durchführung war es wichtig, dass die Zange den Kopf quer fasste. Die Zangenextraktion sollte eine Wehe nachahmen und daher mit einer allmählichen Zugsteigerung bis zu einem Maximum durchgeführt werden und danach wieder langsam abfallen (Stoeckel, 1941). Gefahren bestanden für die Mutter durch Verletzungen infolge zu schneller Extraktion und durch Infektionen. Beim Kind kamen Schäden hauptsächlich durch den Druck des Instruments auf den Kopf und durch Asphyxie zustande. Die mütterliche Mortalität bei Zangenentbindung lag bei 1-3%, die kindliche bei 15% (Hammerschlag, 1933).

### ***Wendung des Kindes***

Eine Wendung stellte eine Änderung der Lage des Kindes dar. Sie konnte sowohl durch äußere als auch durch kombinierte (äußere und innere) Handgriffe stattfinden.

Bei Querlagen wurde, wenn möglich, eine Wendung auf den Kopf allein durch äußere Handgriffe durchgeführt. Wichtigste Vorbedingung war die Möglichkeit einer leichten äußeren Drehung. Dafür war eine noch stehende Fruchtblase und nicht zu dicke Bauchdecken der Frau notwendig (Stoeckel, 1941).

Die Wendung auf den Fuß wurde durch innere und äußere Handgriffe vorgenommen. Sie war indiziert bei Kopf- oder Querlagen, die eine Gefahr für Mutter oder Kind darstellten, z.B. bei Nabelschnurvorfal oder Placenta praevia. Im Interesse des lebenden Kindes musste allerdings der Muttermund vollständig erweitert sein, damit an die Wendung eine sofortige Extraktion erfolgen konnte. Die Prognose der äußeren Wendung galt als „absolut günstig“. Bei inneren Wendungen bestand neben der Gefahr von Infektionen besonders die der „violenten Uterusruptur“ (Hammerschlag, 1933).

### ***Extraktion des Kindes***

Die Extraktion (Herausziehen) konnte bei Fuß- und Steißlagen vorgenommen werden. Häufig erfolgte sie auch sekundär nach Wendung auf den Fuß. Wichtige Voraussetzung war ein vollkommen erweiterter äußerer und innerer Muttermund. Indikationen für eine Extraktion waren: Schwerwiegende Gefahren für Mutter oder Kind im Verlauf einer Beckenendlagegeburt; nach Wendung auf den Fuß wegen drohender Asphyxie; Verzögerung der Austreibung bei spontanen Beckenendlagegeburten. Mütterliche Verletzungen entstanden hauptsächlich bei ungenügend erweiterten Weichteilen und gewaltsamen Vorgehen. Extraktionsverletzungen des Kindes entstanden meist durch „fehlerhafte Ausführung der Handgriffe“. Die Mortalität der Mutter betrug 1%, die des Kindes war mit 10-15% deutlich höher (Hammerschlag, 1933).

### ***Zerstückernde Operationen***

Bestand bei abgestorbenem Kind eine Indikation zur Beendigung der Geburt, kamen fast ausschließlich zerstückernde Entbindungsmethoden in Betracht. Eine Perforation des Kopfes wurde bei Kopflagen und Beckenendlagen durchgeführt, bei Querlagen eine Dekapitation oder Embryotomie. Die drohende Uterusruptur musste auch in der Klinik an die Möglichkeit einer zerstückernden Operation denken lassen, selbst bei noch lebender Frucht (Stoeckel, 1941).

## **Die Schnittentbindung**

Als „typischer Kaiserschnitt“ hatte sich der abdominale intraperitoneale Zervix (Isthmus)-Schnitt durchgesetzt. Daneben kam bei Fieber und „gefährlichen Infektionsherden“ der extraperitoneale Zervixschnitt und bei fiebernd eingelieferten Frauen die Porro-Operation in Betracht, bei letzterer wurde der Uterus nach Entbindung vollständig entfernt. Die Indikationsstellung zum Kaiserschnitt war nur gegeben, wenn eine sofortige Entbindung im Interesse von Mutter und/oder Kind notwendig war und wenn die Entbindung auf natürlichem Wege unmöglich oder sehr gefährlich zu sein schien (Stoeckel, 1941). Die operative Schnittentbindung musste von einem geschulten Operateur in einer Klinik unter sterilen Bedingungen durchgeführt werden. Trotzdem war die mütterliche Mortalität beim Kaiserschnitt hauptsächlich durch Infektionen bedingt. Hammerschlag bezifferte sie auf durchschnittlich 4 - 5%. Stoeckel wies allerdings darauf hin, dass „bei guten Operateuren“ die mütterliche Sterberate nur bei 1-2% liege (Hammerschlag, 1933; Stoeckel, 1941).

Als vaginalen Kaiserschnitt bezeichnete man eine vaginal durchgeführte Zervixspaltung. Sie kam zum Einsatz, wenn eine schnelle Entbindung nötig, die Eröffnung des Muttermundes aber noch nicht weit genug fortgeschritten war. Außerdem durften, im Gegensatz zur abdominalen Schnittentbindung, keine unüberwindlichen Geburtshindernisse vorhanden sein (z.B. enges Becken). Hauptindikationen für diesen Eingriff waren die „Notwendigkeit der sofortigen Entbindung“ meist bei nicht lebensfähigem Kinde oder bestehender Infektion und zum zweiten Geburtshindernisse im Bereich der Portio (Stoeckel, 1941).

### **1.2.3 Wichtige damalige Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettkomplikationen**

#### **1.2.3.1 Toxikosen (Gestosen) und Eklampsie**

In der Geburtshilfe der Zeit des Dritten Reichs waren Toxikosen eine relativ häufige Schwangerschaftskomplikation. Sie konnten, vor allem wenn sie in eine Eklampsie mündeten, schnell zum Tode von Mutter und Kind führen. Unter den Spättoxikosen verstand man die in den letzten Schwangerschaftsmonaten sowie unter der Geburt und im Wochenbett auftretenden toxikotischen Störungen. Sie wurden auf Schwangerschaftsumstellungen zurückgeführt (Seitz, 1941).

Drei wichtige eigenständige Krankheitsbilder konnten unterschieden werden. Zum einen der Schwangerschaftshydrops, der eine Ödembildung an Beinen und Bauchdecken darstellte. Als weiteres der Schwangerschaftshochdruck, der einen unkomplizierten Verlauf nehmen, aber durchaus auch mit Störungen wichtiger Organe, wie Leber, Niere und Gehirn einhergehen konnte und einen wichtigen Vorboten von Präeklampsie und Eklampsie darstellte. Und als drittes die Schwangerschaftsnephrose. Sie lag vor, wenn der Eiweißgehalt im Urin ein Tausendstel überschritt und zugleich Zylinder in größerer Zahl vorhanden waren. Häufig wurde ein gleichzeitiges Auftreten von Ödemen und Hypertonie beobachtet. Reine Nephrosen führten in ca. 8% der Fälle zu eklamptischen Anfällen (Seitz, 1941).

Unter Eklampsie verstand man tonisch-klonische Krampfanfälle, die zu 25% in der Spätschwangerschaft auftraten, zumeist jedoch unter der Geburt oder im Frühwochenbett. Sie war die am meisten gefürchtete Auswirkung der Spättoxikosen. Die Häufigkeit lag bei 0,2% der Geburten. Deutlich höher lag die Rate der Spättoxikosen. Von leichteren Formen waren 10-12% der Schwangeren betroffen. Schwere Gestosen befielen 2-3% der Frauen. Vorboten einer Eklampsie waren neben Ödembildung, Hypertonie und Nephrose auch starke Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, Übelkeit und Bewusstseinsstörungen. Manifeste Eklampsien gingen mit zum Teil schweren pathologischen Veränderungen von Leber, Niere und Gehirn einher. Hammerschlag gab die Sterblichkeit der Schwangeren an Eklampsie mit ca. 25% an, die kindliche Mortalität mit 10-20% (Hammerschlag, 1933). Laut Seitz betrug die mütterliche Mortalität ca. 20%, die kindliche sogar 40% (Seitz, 1941). Zur rechtzeitigen Erkennung von Gestosen und Präeklampsien sollten die Frauen in den letzten Schwangerschaftsmonaten regelmäßig ärztlich untersucht werden. Traten präeklampsische Symptome auf war eine Klinikeinweisung dringend angeraten. Therapeutisch wurde hier strenge Bettruhe verordnet. Des weiteren eiweiß- und kochsalzarme Kost sowie eine eingeschränkte Flüssigkeitszufuhr. Auch Aderlässe konnten die Symptome häufig verbessern. Eklamptische Anfälle nahmen ihren Beginn häufig intra partum und erloschen meist mit Beendigung der Geburt. Stoeckel und Seitz sprachen sich daher für eine schnellstmögliche Entbindung aus, ggf. mittels Kaiserschnitt. Zweifel und Stroganoff bevorzugten hingegen eine abwartende Haltung mit verschiedenen konservativen Therapieversuchen (Stoeckel, 1941). Zur zerebralen Dämpfung empfahlen sie die Gabe von Morphinium in Kombination mit Chloralhydrat oder Luminal. Neben einer vollständigen Reizabschirmung von außen wurden Traubenzuckerinfusionen gegeben und Aderlässe durchgeführt (Hammerschlag, 1933).

### 1.2.3.2 Blutungen in Schwangerschaft und Nachgeburt

Kam es in der zweiten Hälfte der Gravidität oder in der Eröffnungsperiode zu Blutungen bei der Schwangeren waren diese fast ausschließlich durch eine Placenta praevia bedingt. Darunter verstand man eine teilweise oder ausschließlich im Isthmus uteri haftende Plazenta. Neben der Eklampsie und der Uterusruptur galt sie als die schwerste Komplikation der Geburt (Stoeckel, 1941). Zur besseren Überwachung und um ein rechtzeitiges Eingreifen zu gewährleisten war eine Klinikeinweisung schon bei „den anmeldenden Blutungen“ indiziert. Hauptgefahren für die Mutter waren sehr starke Blutungen, die schnell tödlich enden konnten sowie ein gesteigertes Infektionsrisiko des tief sitzenden Mutterkuchens (Hammerschlag, 1933). Die größte Gefahr für das Kind bestand in der Asphyxie, die durch eine fortschreitende Loslösung der Plazenta stetig zunahm. Bei starker Wehentätigkeit und zunehmender Blutung galt als einzig richtige (kausale) Therapie in der Klinik die sofortige abdominale Schnittentbindung (Stoeckel, 1941). Im Privathaus war nur eine symptomatische Therapie möglich. Als Verfahren wurden hier die Scheidentamponade, das Sprengen der Eibläse, die kombinierte Wendung auf den Fuß bei Kopf- und Querlage, das Herabholen eines Fußes bei Beckenendlage und die Metreuryse angewandt. Wobei die Scheidentamponade wegen der hohen Infektionsgefahr nur als Notverfahren benutzt werden sollte. Stoeckel gab die mütterliche Mortalität bei symptomatischer Therapie mit 11,5%, bei kausaler mit 3,3% an. Die entsprechenden Zahlen für die Kinder lauteten 70% zu 21%. Hammerschlag kam auf eine Gesamtsterblichkeitsrate der Mütter von 10-15%, die kindliche betrug 65% (Stoeckel, 1941; Hammerschlag, 1933).

Auch Blutungen in der Nachgeburtperiode konnten eine ernste Gefahr für die Kreißende darstellen. Man unterschied atonische Blutungen von Rissblutungen. Erstere waren meist durch eine nicht vollständig gelöste Plazenta und gleichzeitiger Nachwehenschwäche bedingt, der Uterus tastete sich dabei schlaff. Letztere waren durch Weichteilverletzungen der Genitalien verursacht. Die Therapie einer atonischen Blutung bestand in der Gabe von wehenfördernden Mitteln, z.B. Gynergen intramuskulär. Außerdem wurde eine Massage des Uterus von außen durchgeführt, die zu einer Verhärtung der Gebärmutter und so zum Stillstand der Blutung und Lösen der Plazenta führen sollte (Stoeckel, 1941). Brachte das keinen Erfolg wendete man den Credéschen Handgriff auch bei noch nicht vollständig gelöstem Mutterkuchen an. Eine weitere Möglichkeit bestand in der Komprimierung der Bauchorta oder einer „verstärkten Expression“ des Uterus in Narkose. Bei Versagen all dieser Mittel und Fortbestehen der Blutung musste die Entfernung der

Plazenta durch „innere Handgriffe“ erfolgen. Dieser Eingriff barg allerdings die Gefahr einer Infektion (Hammerschlag, 1933).

Bei Atonieblutungen, die nach der Geburt der Plazenta auftraten, wurde zuerst die Vollständigkeit des Mutterkuchens geprüft. Fehlte ein Teil oder bestanden Zweifel musste eine sofortige Nachtastung durchgeführt werden. Waren keine verbliebenen Plazentareste zu finden, begann man mit einer Uterusmassage und gab Ergotin und Pituglandol intravenös oder Gynergen intramuskulär zur Wehenförderung. Sprach diese Therapie nicht an wurden heiße Scheiden- und Uterusspülungen durchgeführt. Durch den „thermischen Reiz“ sollte die Wehentätigkeit angeregt werden. Blieb auch dies erfolglos wurde eine Uterusscheidentamponade mit einer Jodoformgazetamponade durchgeführt und anschließend der Uterus kräftig massiert bis dieser verhärtete. Um eine allseitige Kompression der Gebärmutter zu erreichen legte man nun noch einen äußeren Druckverband an (Stoeckel, 1941).

Bei den Rissblutungen handelte es sich um Verletzungen am Damm, Verletzungen im Bereich der Vulva, sowie um Scheiden- und Zervixrisse. Äußere Rissblutungen an Damm und Vulva waren leicht zu erkennen. Sie wurden durch Naht versorgt. Stark blutende Klitorisverletzungen mussten ggf. unterbunden werden (Stoeckel, 1941). Kleinere Verletzungen der Scheide entstanden häufig spontan und waren meist ohne große Bedeutung. Schwere Scheidenrisse entstanden hingegen fast immer durch die eingehende Hand oder durch operative Entbindungen bei gewaltsamer Überwindung des Gewebewiderstandes. Eine klinische Behandlung war hier unbedingt angeraten (Hammerschlag, 1933). Einrisse im Bereich der Zervix konnten zu lebensgefährlichen Blutungen führen. Sie waren häufig nach Zangenoperationen und Extraktionen zu beobachten, kamen aber durchaus auch bei spontan verlaufenden Geburten vor. Eine Nahtversorgung gestaltete sich selbst für erfahrene Operateure oft sehr schwierig, eine sofortige Klinikeinweisung war daher unumgänglich (Stoeckel, 1941).

### **1.2.3.3 Puerperale Infektionen**

Die größte Bedeutung unter den Wochenbettkrankungen hatten Infektionen der Geburtswunden. Verlauf und Ausgang einer Infektion waren hauptsächlich von der Art und Menge der eingedrungenen Keime sowie der Widerstandskraft des weiblichen Organismus bestimmt. Die häufigsten Erreger waren Streptokokken, seltener Staphylokokken, Coli-Bakterien oder Anaerobier. Als eigene Gruppe wurden sog. Saprophyten bezeichnet. Sie wurden als weniger gefährlich erachtet, da diese Keime nicht in lebendes Gewebe eindringen, sondern nur totes Material zersetzen (Hammerschlag, 1933). Philipp bezeichnete Infektionen mit Saprophyten als bakterielle

Intoxikationen und unterschied sie vom eigentlichen Kindbettfieber, der bakteriellen Infektion (Philipp, 1941). Meist bestanden allerdings Mischinfektionen, eine Unterscheidung war daher in der Praxis nur schwer möglich.

Wenn vornehmlich Saprophyten an der Zersetzung von totem Gewebe beteiligt waren, nannte man dies „Intrauterine Fäulnis“. Das Lochialsekret zeigte dabei fötiden Geruch und eine jauchige Beschaffenheit. Die Wöchnerin hatte meist nur geringe Beschwerden bei leichtem Fieber. Da die Prognose gut war, konnte die Therapie zurückhaltend sein. Als sog. Ulcera puerperale wurden umschriebene nekrotisierende Entzündungen bezeichnet. Breitete sich die Infektion nicht weiter aus war die Prognose gut und keine therapeutischen Maßnahmen nötig. Die Ulcera heilten dann in der Regel gut ab (Hammerschlag, 1933). Aufsteigende Infektionen konnten als Endometritis puerperalis oder Metritis puerperalis auf den Uterus beschränkt bleiben, aber auch bei Durchbrechen der Gebärmutterwand eine Parametritis puerperalis oder eine Peritonitis verursachen. Diese ausgedehnten Infektionen gingen häufig mit deutlichem Fieberanstieg und stark beschleunigtem Puls einher. Die Therapie bei Uterusentzündungen bestand in Eisaufgaben auf den Unterbauch und der Gabe von gebärmutterkontrahierenden Medikamenten. Bei einer Peritonitis sollte neben Eisaufgaben Morphium gegeben werden, um durch eine Darmruhigstellung Abkapselungen zu fördern. Bildeten sich Abszesse, z.B. im Douglas, mussten diese eröffnet und drainiert werden. Die Prognose bei diffuser Peritonitis war „absolut schlecht“ (Hammerschlag, 1933). Bei schweren Infektionen kam es nicht selten „zu schubweiser Bakterienüberschwemmung des Blutes“, der sog. Pyämie. Sie ging mit heftigen intermittierenden Schüttelfrösten einher und war in ca. 40% der Fälle tödlich. Deutlich seltener kam es zu septischen Zuständen. Die Keime wurden hierbei von einem Infektionsherd kontinuierlich in die Blutbahn geleitet. Diagnostisch führend waren ausgeprägte Fieber-Continua und nur wenige Schüttelfröste. „In wenigen Tagen kam die Frau ad exitum“ (Stoeckel, 1941). Die Gesamtsterblichkeit an Puerperalfieber nach Geburt betrug 1936 0,1% (Philipp, 1941).

#### **1.2.3.4 Mastitis puerperalis**

Unter Mastitis verstand man eine von Schrunden der Brustwarze ausgehende Wundinfektion, bei der sich meist Staphylokokken in Lymphbahnen der Brust ausbreiteten und zu einer phlegmonösen Entzündung eines Mammasegments führten (Hammerschlag, 1933). Sie war eine der häufigsten Komplikationen im Wochenbett. Die Symptome einer Milchdrüsenentzündung waren Schmerzhaftigkeit, Rötung und Schwellung des betroffenen Brustsegments.

Meist begann die Erkrankung in der zweiten Woche mit hohem Fieber oder Schüttelfrost. Fand keine frühzeitige Behandlung statt kam es zu eitrigen Einschmelzungen oder zum Übergreifen der Infektion auf benachbarte Abschnitte der Mamma und dann häufig chronischem Verlauf. Die Prophylaxe der Mastitis bestand in der richtigen Stilltechnik und Brustpflege sowie verstärkter Asepsis beim Vorhandensein von Schrunden. Therapeutisch wurde bei einer Mastitis das Kind von der erkrankten Brust abgesetzt, auf der gesunden aber weiter angelegt. Zusätzlich wurden Eisbeutel aufgelegt oder feuchte Wickel durchgeführt und die Brust durch eine Binde gestützt. In den meisten Fällen bildete sich die Entzündung unter dieser Therapie rasch zurück. Kam es zu Abszedierungen mussten diese eröffnet werden. Bei großen Abszessen waren Drainagen obligat. Die Prognose war bis auf wenige Ausnahmen gut (Hammerschlag, 1933).

## 2 Material und Methoden

### 2.1 Das Archivmaterial der I. Universitätsfrauenklinik München

Diese Arbeit entstand auf der Grundlage folgender im Archiv der I. Universitätsfrauenklinik der LMU München vorhandener Materialien: den Hauptbüchern der Geburtshilflichen Abteilung der Klinik von 1933 bis 1945, den geburtshilflichen Journalen der Allgemeinpatientinnen von Januar 1933 bis Dezember 1945 sowie den geburtshilflichen Journalen der Privatpatientinnen (Geburtshilfliche Separatabteilung) von Januar 1933 bis Dezember 1945.

#### *Hauptbücher*

Für eine Gesamtübersicht über die Anzahl der Geburten und Aborte an der I. Universitätsfrauenklinik München in den Jahren 1933 bis 1945 wurden die Hauptbücher der Klinik verwendet. Sie sind mit den Journalen abgeglichen worden, um die Vollständigkeit der dokumentierten Entbindungen zu überprüfen und eventuelle Diskrepanzen bei Datenangaben zu erkennen und zu berücksichtigen.

In den Hauptbüchern fanden sich Einträge über jede geburtshilflich aufgenommene Patientin der Klinik, einschließlich Namen und Alter der Patientin, Paritätsstatus, Geburtslage, Geschlecht, Länge und Gewicht des Kindes, Regelwidrigkeiten sowie Entlassungsdatum und eine fortlaufende Nummerierung. Diese Nummerierung stimmte allerdings nicht mit derjenigen aus den Journalen überein. Daher war eine abgleichende Datenprüfung zwischen Hauptbüchern und Journalen nur durch Suche nach Datum möglich.

#### *Geburtshilfliche Journale*

Die geburtshilflichen Journale der Allgemeinpatientinnen und der Privatpatientinnen lagen getrennt vor und waren von Januar 1933 bis Dezember 1945 jeweils monatsweise zu Büchern gebunden. Sie enthielten die Geburtsprotokolle sämtlicher Patientinnen der Klinik aus dieser Zeit in chronologischer Reihenfolge und waren zusätzlich für jedes Kalenderjahr durchnummeriert.

In den Geburtsprotokollen enthalten waren jeweils Informationen über Schwangere, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsverlauf und Wochenbett sowie über Maße, Zustand und Entwicklung des Kindes.

## **2.2 Die verwendeten Methoden**

### *Konzeption des Erhebungsbogens*

Für die Auswertung der geburtshilflichen Journale musste ein Erhebungsbogen erstellt werden, auf den die Primärinformationen klassifiziert und katalogisiert übertragen wurden. Für die Auswahl der erfassten Informationen wurden drei Selektionskriterien angewandt:

1. erwarteter Informationswert für das Thema
2. Verfügbarkeit der Variablen über den Erhebungszeitraum
3. Vergleichbarkeit der Daten über den Erhebungszeitraum

Nach mehrfacher Revision entstand der endgültige, dieser Arbeit zugrunde liegende Erhebungsbogen. Es handelt sich um einen tabellarischen Erhebungsbogen, der an heutige statistische Kriterien angelehnt wurde. Die Datenerfassung erfolgte computergestützt in Excel-Tabellen. Enthalten sind 24 Variable, die in bestmöglicher Weise die Primärinformationen zwischen 1933 und 1945 integrieren. Auch die Datenauswertung und die Erstellung von Graphiken erfolgte computergestützt mittels Excel.

### *Auswahl der Fälle*

Da eine Auswertung aller Geburtenprotokolle des 13-jährigen Zeitraumes mit der hohen Anzahl erfasster Variablen kaum durchführbar gewesen wäre, wurde stattdessen eine Stichprobe von 120 Geburten pro Jahr bei den Allgemeinpatientinnen und 30 Geburten pro Jahr bei den Privatpatientinnen ausgewertet. Die absolute Zahl der Privatpatientinnen lag z.T. deutlich unter 100 pro Jahr, deshalb wurde hier eine kleinere Stichprobenzahl veranschlagt. Der Einsatz eines Excel-Zufallsgenerator-Programms garantierte eine zufällige und gleichmäßige Verteilung der auszuwertenden Geburten über jedes erfasste Jahr. Die Zahlen waren aufsteigend sortiert. Zur Berechnung wurde immer jeweils die niedrigste und die höchste Geburtennummer eines Jahres eingegeben. Somit handelte es sich bei den errechneten Zahlen

gleichzeitig um die entsprechende Geburtennummer im Journal. Da in den geburtshilflichen Journalen auch alle Aborte mit einem Geburtenprotokoll und Geburtennummer festgehalten wurden, fielen die berechneten Zufallsnummern gelegentlich auf einen Abort. In diesen Fällen wurde das nachfolgende Protokoll verwendet.

### *Verwendete Variablen – Definition und Klassifikation*

In der vorliegenden Arbeit wurden 24 Variablen verwendet. Zum Teil als stetige Variablen, zum Teil wurden diese klassifiziert.

#### **Alter der Schwangeren**

Das Alter der Schwangeren liegt im Erhebungsbogen vor als stetige Variable in ganzen Jahren. Es wird der Mittelwert, mit einer Nachkommastelle, für verschiedene Zeitabschnitte verwendet sowie eine Aufteilung in fünf Klassen:

- jünger als 18 Jahre
- 18-29 Jahre
- 30-34 Jahre
- 35-39 Jahre
- 40 Jahre und älter

Mit dieser Einteilung werden sehr junge Schwangere, Frauen im günstigsten Schwangerschaftsalter, Frauen, die das optimale Schwangerschaftsalter bereits überschritten haben sowie Spätgebärende voneinander abgegrenzt.

#### **Familienstand**

Der Familienstand wurde in fünf mögliche Klassen eingeteilt:

- verheiratet
- ledig
- geschieden
- verwitwet
- keine Angabe

Ohne Angabe des Familienstandes finden sich in allen Jahren zusammen nur zwei Fälle, die nicht berücksichtigt werden.

## **Soziale Schichtzugehörigkeit**

Für den Sozialstatus wurde eine Einteilung in vier Klassen vorgenommen:

- obere Schicht
- mittlere Schicht
- untere Schicht
- keine Angabe

Zugrundegelegt für die Einteilung wurde die berufliche Qualifikation. In den Geburtsjournalen ist bei verheirateten Frauen zumeist der Beruf des Kindsvaters angegeben, bei ledigen Frauen der Beruf der Mutter.

Zur unteren sozialen Schicht werden einfache Soldaten, angelernte und ungelernte Arbeiter, einfache Beamte, Dienstmädchen und ausführende Angestellte gezählt.

Zur mittleren Gruppe gehören qualifizierte Facharbeiter, mittlere und gehobene Beamte, qualifizierte Angestellte, selbständige mit kleinem/mittlerem Betrieb, Unteroffiziere, Landwirte.

Die obere Schicht wird gebildet von höheren oder leitenden Beamten, höchstqualifizierten Angestellten, selbständige mit größerem Betrieb (Unternehmer), Staboffiziere und andere höhere Offiziersgrade, Ärzte, Notare, Architekten und Anwälte.

## **Paritätsstatus**

Der Paritätsstatus beinhaltet alle vorausgegangenen Geburten, die entweder auf natürlichem Wege oder durch eine geburtshilfliche Operation stattgefunden haben. Die Einteilung erfolgte in zwei Klassen:

- Erstgebärende
- Mehrgebärende

Um beim Paritätsstatus ein genaueres Bild zu bekommen wurden zusätzlich die Variablen „vorausgegangene Schwangerschaften“, „Anzahl der Totgeborenen bei vorausgegangenen Schwangerschaften“, sowie „Anzahl der Aborte bei vorausgegangenen Schwangerschaften“ erhoben.

Die Variable „vorausgegangene Schwangerschaften“ wurde in folgende vier Klassen eingeteilt:

- 0 vorausgegangene Schwangerschaften
- 1 vorausgegangene Schwangerschaft
- 2 vorausgegangene Schwangerschaften
- 3 und mehr vorausgegangene Schwangerschaften

Die „Anzahl der Totgeborenen bei vorausgegangenen Schwangerschaften“ wurde drei Klassen zugeteilt:

0 Totgeborene

1 Totgeborenes

2 und mehr Totgeborene

Die gleiche Einteilung wurde entsprechend für „Aborte bei vorausgegangenen Schwangerschaften“ verwendet. Für beide Variablen gilt, dass nur Schwangere mit mindestens einer vorausgegangenen Schwangerschaft in die Auswertung eingegangen sind.

### **Schwangerschaftsrisiken**

Jedes in den Journalen dokumentierte Schwangerschaftsrisiko wurde erfasst. Um einen besseren Überblick zu erhalten gingen nur Risiken mit einem Anteil von mindestens 1,0% in einer der beiden Stichproben mit ein. Dabei konnte die Schwangere mehrere Risiken gleichzeitig aufweisen.

### **Geburtsrisiken**

Ebenso wurden alle aufgeführten Geburtsrisiken statistisch erfasst. Dabei gingen nur Risiken mit einem Anteil von mindestens 0,5% in einer der beiden Stichproben in die Auswertung ein. Auch hier war ein gleichzeitiges Auftreten mehrerer Risiken möglich.

### **Lage des Kindes**

Bei den Kindslagen erfolgte die Einteilung in vier Klassen:

regelrechte Schädellage

regelwidrige Schädellage

Beckenendlage

Querlage

Zu den regelrechten Schädellagen wurde einzig die vordere Hinterhauptslage gezählt. Die Variable „regelwidrige Schädellagen“ fasste alle anderen vorkommenden Schädellagen zusammen.

### **Entbindungsmodus**

Die verschiedenen Entbindungsmodi wurden zu fünf Klassen zusammengefasst:

Spontan/Manualhilfe

Extraktion

Forceps

Sectio

Sonstige

Unter „Sonstige“ wurden sowohl „Vaginale Kaiserschnitte“, als auch „Perforationen“, „Dekapitationen“ und andere zerstückelnde Operationen zusammengefasst.

### **Episiotomiehäufigkeit**

Die Variable „Episiotomiehäufigkeit“ wurde in einer Klasse dargestellt:

Durchgeführt

In diese Auswertung gingen nur vaginal entbundene Frauen ein.

### **Mütterliche Mortalität**

Für die mütterliche Mortalität wurde ebenfalls eine Klasse verwendet:

verstorben

Dabei bezog sich die Mortalitätsrate auf die Zeit des Krankenhausaufenthalts.

### **Schwangerschaftsdauer**

Die Schwangerschaftsdauer errechnete sich aus der Differenz zwischen dem nach der „Naegele Regel“ errechneten Geburtstermin, für den eine „normale“ Schwangerschaftsdauer von 280 Tagen angesetzt ist, und dem tatsächlichen Geburtstermin. Eingeteilt wurde die Schwangerschaftsdauer in fünf Klassen:

<27 Wochen

27-31 Wochen

32-36 Wochen

37-41 Wochen

>41 Wochen

Es wurden jeweils nur komplett abgeschlossene Wochen gezählt. Mit dieser Aufschlüsselung wird eine getrennte Darstellung der Frühgeborenen,

Termingeborenen und Übertragenen erreicht. Bei einem kleinen Teil der Schwangeren war eine Terminberechnung, vor allem aufgrund sehr ungenauer Angaben der Frauen, nicht möglich.

### **Geschlecht des Kindes**

Die Variable „Geschlecht des Kindes“ wurde in zwei mögliche Ausprägungen unterteilt:

- männlich
- weiblich

### **Geburtsgewicht des Kindes**

Das Geburtsgewicht des Kindes wurde erhoben als Gewicht in Gramm. Verwendet wird sowohl der Mittelwert in verschiedenen Zeitabschnitten in Gramm ohne Nachkommastelle, als auch eine Einteilung in sechs Klassen:

- <1000g
- 1000-1499g
- 1500-2499g
- 2500-2999g
- 3000-3999g
- >3999g

Die extrem untergewichtigen Kinder (<1000g) fanden nur Aufnahme, wenn sie bei Geburt am leben waren, ansonsten galten sie als Fehlgeburt. Daneben werden Übergewichtige, Normalgewichtige, grenzwertig Normalgewichtige, mäßig, deutlich und stark Untergewichtige unterschieden.

### **Geburtslänge des Kindes**

Die Geburtslänge des Kindes wurde erhoben als Länge in Zentimetern. Verwendet wird der Mittelwert in verschiedenen Zeitabschnitten in Zentimetern mit einer Stelle nach dem Komma, als auch eine Einteilung in fünf Klassen:

- < 40cm
- 40-44cm
- 45-49cm
- 50-54cm
- > 54cm

### **Perinatale Mortalität**

Bei der perinatalen Mortalität wurde für die statistische Auswertung eine Klasse gebildet:

Kind verstorben

Dabei wurde die Mortalität bis einschließlich eine Woche post partum erfasst.

### **Wochenbettkomplikationen**

Bei den Wochenbettkomplikationen wurden folgende fünf Klassen gebildet:

Fieber

Wundheilungsstörung

Thrombose

Mastitis

Sepsis

Als Fieber galt eine Temperatur ab 38° C elsius über zwei oder mehr Tage.

### **Stationäre Verweildauer**

Die stationäre Verweildauer wurde in Tagen angegeben. Verwendet wird sowohl der Mittelwert in verschiedenen Zeitabschnitten in vollen Tagen mit einer Nachkommastelle, als auch eine Einteilung in sechs Klassen:

1-2 Tage

3-6 Tage

7-13 Tage

14-21 Tage

22-40 Tage

> 40 Tage

### **Hausschwangere**

Angegeben wird die relative Anzahl von Hausschwangeren pro ausgewertetem Jahr, die in der I. Universitäts-Frauenklinik entbunden haben.

### **Zwangsarbeiterinnen**

Hier wird die prozentuale Anzahl der Zwangs- und Fremdarbeiterinnen angegeben, die in der I. UFK München entbunden haben sowie die Verteilung der Zwangs- und Fremdarbeiterinnen nach Nationalitäten in absoluten Zahlen.

### **Aufnahmen auf die Geburtshilfliche Abteilung**

Dargestellt wurde die absolute Anzahl der stationären Aufnahmen auf die geburtshilfliche Abteilung in den Einzeljahren.

### **Zwangsabtreibungen, Zwangssterilisationen und Euthanasie**

Es wurden ausgewertete Fälle, die mit dieser Thematik in Zusammenhang stehen herausgestellt und näher beleuchtet.

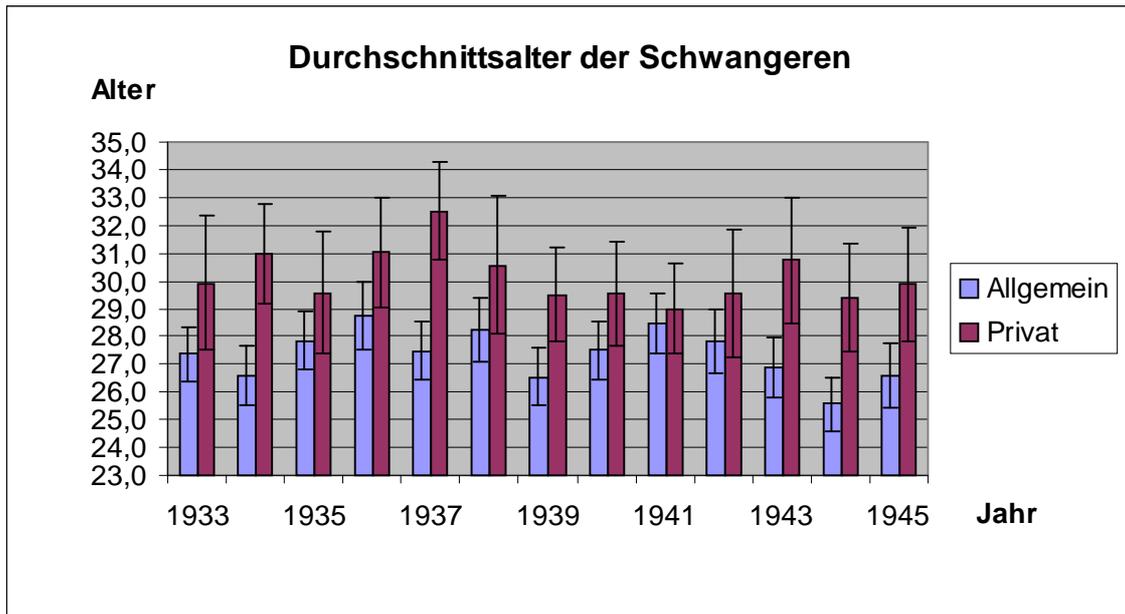
### 3 Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Daten basieren auf der Auswertung der Geburtsjournale der I. Universitäts-Frauenklinik München im Zeitraum von 1933 bis 1945. Dabei wurden sowohl die Geburtsjournale der Allgemeinpatientinnen (Gruppe 1) als auch die der Privatpatientinnen (Gruppe 2) verwendet. Die Ergebnisse aus den beiden Stichproben werden in den einzelnen Tabellen und Abbildungen getrennt aufgeführt. Bei der Auswertung von bestimmten Daten wie z. B. Gewicht und Größe der Neugeborenen, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern vermuten ließen, wurde eine Unterteilung in männlich und weiblich vorgenommen.

Da den gewonnenen Daten dieser Arbeit eine Stichprobenauswertung zugrunde liegt, die Streuungen unterworfen ist, musste geprüft werden, ob sich die einzelnen Stichproben-Ergebnisse signifikant oder nur zufällig voneinander unterscheiden. Dazu wurde jedes Resultat einem t-Test unterzogen. Dieser Test liefert ein Ergebnisintervall, das sog. Konfidenzintervall. Signifikant unterscheiden sich zwei Ergebnisse nur dann, wenn sich ihre zugehörigen Konfidenzintervalle nicht überschneiden. Die in den Tabellen und Abbildungen dieser Arbeit angegebenen Intervalle bezeichnen durchgehend 95%-Konfidenzintervalle ( $p=0,05$ ). Das heißt, die Wahrscheinlichkeit der Verschiedenheit von Ergebnissen, deren Konfidenzintervalle sich nicht überschneiden, beträgt mindestens 95%.

#### 3.1 Alter der Schwangeren

*Abbildung 1* zeigt den Altersdurchschnitt der schwangeren Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt für jedes einzelne Jahr des Erhebungszeitraums. Beide Gruppen haben eine deutlich schwankende Verteilung über den Erhebungszeitraum, ohne signifikant ansteigende oder abfallende Tendenz. Das Durchschnittsalter der beiden Stichproben stellt sich innerhalb aller Einzeljahre bei den Privatpatientinnen höher dar als bei den Allgemeinpatientinnen. Das niedrigste Durchschnittsalter der Stichprobe ist bei den Allgemeinpatientinnen 25,6 Jahre (1944), das höchste 28,8 Jahre (1936). Entsprechend liegt bei den Privatpatientinnen das Minimum bei 29,0 Jahren (1941), das Maximum bei 32,5 Jahren (1937). Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle ist ein signifikant höheres Durchschnittsalter bei der Gruppe 2 in den Jahren 1934, 1937, 1939, 1943, 1944 und 1945 gegeben.



**Abbildung 1:** Dargestellt ist der Altersdurchschnitt der Allgemein- und Privatpatientinnen in den Jahren 1933 bis 1945.

*Tabelle 1* zeigt über alle erhobenen Einzeljahre die Verteilung der Allgemeinpatientinnen auf fünf Altersklassen. Die Altersgruppen zeigen im Erhebungszeitraum keine signifikanten Zuwächse oder Einbußen. Die über alle Jahre signifikant stärkste Altersgruppe ist die der 18- bis 29-jährigen. Sie enthält, unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle, pro Jahr 40% bis 80% der Schwangeren. Die Gruppe der 30- bis 34-jährigen ist die zweitgrößte und beinhaltet unter starken Schwankungen in den einzelnen Jahren zwischen 7,2% und 35,5% der Frauen, gefolgt von den 35- bis 39-jährigen mit einem Anteil zwischen 1,9% und 28,3 % pro Jahr. Die über 39-jährigen sind mit einem maximalen Anteil von 12,7% deutlich weniger vertreten. Schwangere unter 18 Jahren stellen mit einem Anteil von 0% bis 8,3% die kleinste Gruppe dar. Auf eine Auswertung der Privatpatientinnen nach entsprechenden Klassen und Einzeljahren wurde aufgrund der deutlich kleineren Stichprobe und der dadurch bedingten geringen Aussagekraft verzichtet.

### Altersklassen: Verteilung in den Einzeljahren

Jahr / Alter	<18 J.	18-29 J.	30-34 J.	35-39 J.	>39 J.
1933 [M]	1,7%	63,3%	24,2%	7,5%	3,3%
[KI]	0,2-5,9%	54,0-71,9%	16,8-32,8%	3,5-13,8%	0,9-8,3%
1934 [M]	0,8%	66,7%	24,2%	5,8%	2,5%
[KI]	0,0-4,6%	57,5-75,0%	16,8-32,8%	2,4-11,6%	0,5-7,1%
1935 [M]	0,0%	69,2%	15,0%	9,2%	6,7%
[KI]	0,0-3,0%	60,1-77,3%	9,1-22,7%	4,7-15,8%	2,9-12,7%
1936 [M]	3,3%	49,2%	22,5%	20,0%	5,0%
[KI]	0,9-8,3%	39,9-58,4%	15,4-31,0%	13,3-28,3%	1,9-10,6%
1937 [M]	3,3%	61,7%	20,8%	10,0%	4,2%
[KI]	0,9-8,3%	52,4-70,4%	14,0-29,2%	5,3-16,8%	1,4-9,5%
1938 [M]	0,8%	66,7%	12,5%	14,2%	5,8%
[KI]	0,0-4,6%	57,5-75,0%	7,2-19,8%	8,5-21,7%	2,4-11,6%
1939 [M]	3,3%	65,8%	18,3%	11,7%	0,8%
[KI]	0,9-8,3%	56,6-74,2%	11,9-26,4%	6,5-18,8%	0,0-4,6%
1940 [M]	3,3%	56,7%	26,7%	11,7%	1,7%
[KI]	0,9-8,3%	47,3-65,7%	19,0-35,5%	6,5-18,8%	0,2-5,9%
1941 [M]	1,7%	57,5%	25,0%	12,5%	3,3%
[KI]	0,2-5,9%	48,1-66,5%	17,5-33,7%	7,2-19,8%	0,9-8,3%
1942 [M]	0,8%	61,7%	22,5%	13,3%	6,7%
[KI]	0,0-4,6%	52,4-70,4%	14,0-29,2%	5,3-16,8%	2,9-12,7%
1943 [M]	0,8%	65,0%	24,2%	7,5%	2,5%
[KI]	0,0-4,6%	55,8-73,5%	16,8-32,8%	3,5-13,8%	0,5-7,1%
1944 [M]	0,8%	72,5%	20,8%	5,0%	0,8%
[KI]	0,0-4,6%	63,6-80,3%	14,0-29,2%	1,9-10,6%	0,0-4,6%
1945 [M]	0,8%	70,0%	12,5%	11,7%	5,0%
[KI]	0,0-4,6%	61,0-78,0%	7,2-19,8%	6,5-18,8%	1,9-10,6%

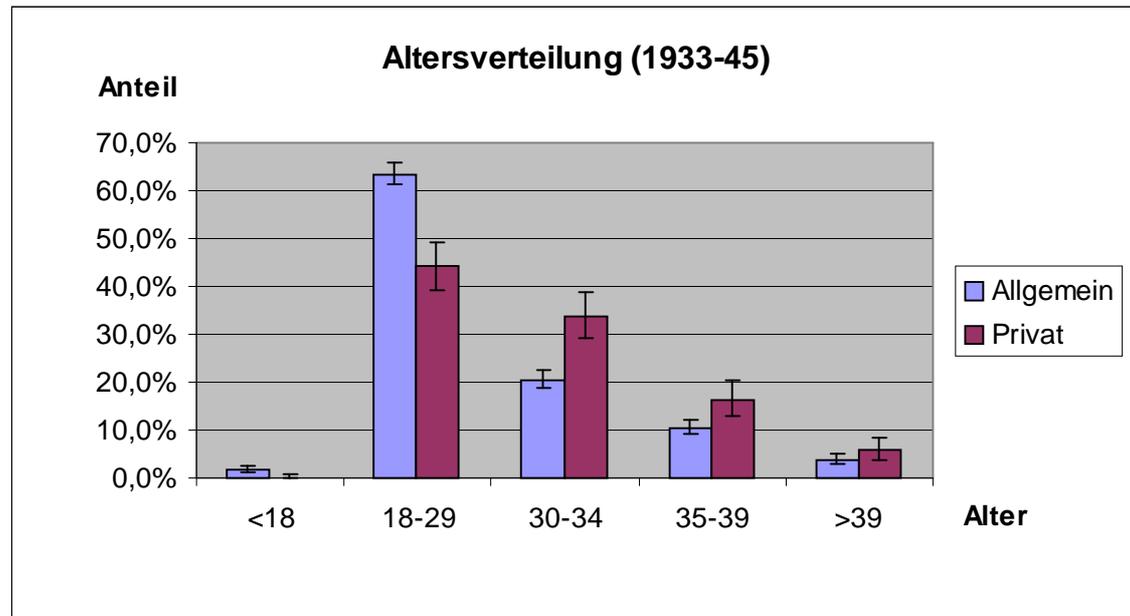
**Tabelle 1:** Verteilung der Allgemeinpatientinnen auf fünf Altersklassen über die einzelnen Jahre des ausgewerteten Zeitraums.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt auf entsprechende fünf Altersklassen, wobei hier der 13-jährige Erhebungszeitraum zu einer Datenmenge zusammengefasst ist. Die Altersgruppe 18 bis 29 Jahre ist bei den Allgemeinpatientinnen mit einem Stichproben-Anteil von knapp zwei Drittel der Frauen die mit Abstand größte Gruppe. Auch bei den Privatversicherten ist diese Gruppe die signifikant größte, allerdings mit einem Anteil von unter 50%. Absteigend folgen in beiden Stichproben die Klassen „30 bis 34 Jahre“, „35 bis 39 Jahre“, „größer 39 Jahre“ und „kleiner 18 Jahre“. Sie unterscheiden sich anteilmäßig jeweils signifikant voneinander. Im Vergleich zwischen den beiden Stichproben fällt der, unter Berücksichtigung des Konfidenzintervalls, mindestens 12%

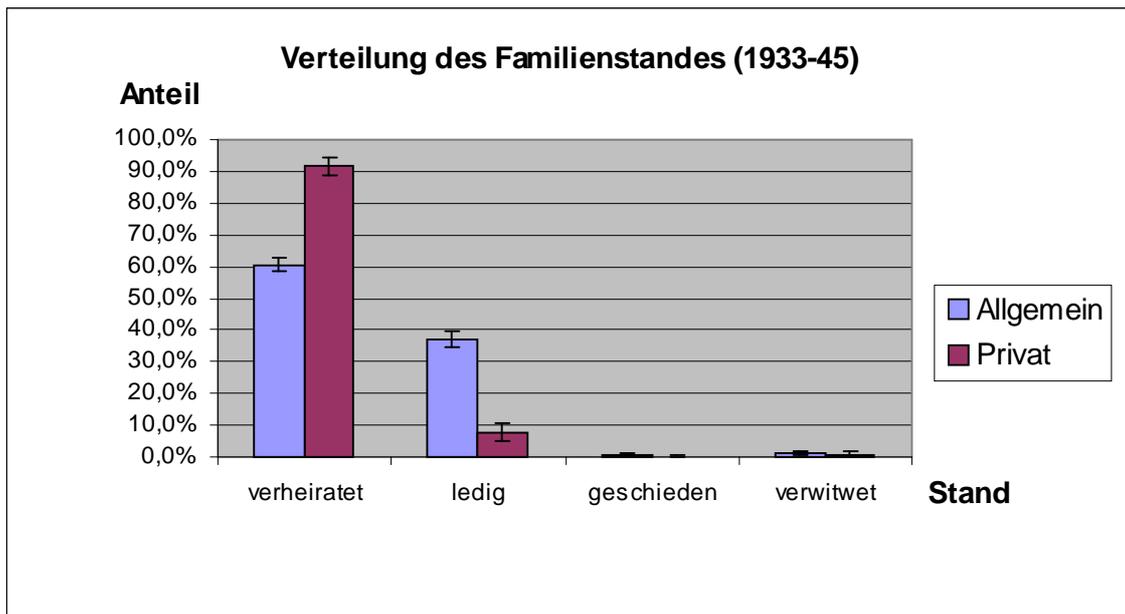
niedrigere Anteil der Gruppe 2 bei den 18- bis 29-jährigen und der gleichzeitig signifikant höhere Prozentsatz dieser Klientel in den Altersklassen über 29 Jahre auf. Dies zeigt indirekt das bereits weiter oben beschriebene höhere Durchschnittsalter der Privatpatienten.



**Abbildung 2:** Darstellung der Altersverteilung der Schwangeren in sechs Klassen für den gesamten Erhebungszeitraum. Unterteilung in Allgemein- und Privatpatientinnen.

### 3.2 Familienstand

In *Abbildung 3* ist die Verteilung des Familienstandes dargestellt. Die Einteilung in vier Klassen zeigt Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt und umfasst jeweils den zusammengefassten gesamten Erhebungszeitraum. Auffallend ist die hohe Zahl der ledigen Allgemeinpatientinnen, die im erhobenen Zeitraum zwischen 34,5% und 39,4% liegt. Bei den Privatpatientinnen ist die Quote der Ledigen mit 5% bis 10% deutlich niedriger. Verwitwete Frauen machen in beiden Kollektiven maximal 2,2% aus. Nur 13 Allgemeinpatientinnen von den 1560 der Gesamtstichprobe sind geschieden, was, unter Berücksichtigung des zugehörigen Konfidenzintervalls, einem Anteil von 0,4% bis 1,4% aller Frauen entspricht. Bei den Privatpatientinnen wird keine geschiedene Frau im 390 Frauen umfassenden Kollektiv erfasst.



**Abbildung 3:** Verteilung des Familienstandes in vier Klassen. Die Einzeljahre sind zusammengefasst. Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt dargestellt.

*Tabelle 2* zeigt die Verteilung des Familienstandes bei den Allgemeinpatientinnen für jedes einzelne Jahr des Erhebungszeitraumes. Die beiden Klassen der „Verheirateten“ und der „Ledigen“ weisen in den 13 erhobenen Einzeljahren eine mäßig schwankende Verteilung auf, ohne eine signifikant an- oder absteigende Tendenz. Der niedrigste Stichprobenwert bei der Anzahl der Ledigen beträgt 26,7% (1940), der höchste wird 1944 mit 47,5% erreicht. Entsprechend ist umgekehrt die Stichprobenquote bei den Verheirateten 1944 mit 49,2% am geringsten und 1940 mit 72,5% am größten. Die Zahl der geschiedenen Frauen ist durchgehend auf einem sehr niedrigem Niveau, die Konfidenzintervalle bewegen sich in den Einzeljahren zwischen 0,0% und 7,1%. Auffällig ist die Quote der verwitweten Schwangeren im Jahr 1945. Sie beträgt hier zwischen 2,9% und 12,7% und ist somit signifikant über dem 0,9% bis 2,2% liegendem Konfidenzintervall des zusammengefassten gesamten Erhebungszeitraums.

### Familienstand: Verteilung in den Einzeljahren

Jahr / Stand	verheiratet	ledig	geschieden	verwitwet
1933 [M]	57,5%	40,8%	0,8%	0,0%
[KI]	48,1-66,5%	32,0-50,2%	0,0-4,6%	0,0-3,0%
1934 [M]	53,3%	45,0%	0,8%	0,0%
[KI]	44,0-62,5%	35,9-54,3%	0,0-4,6%	0,0-3,0%
1935 [M]	62,5%	36,7%	0,8%	0,0%
[KI]	53,2-71,2%	28,1-46,0%	0,0-4,6%	0,0-3,0%
1936 [M]	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%
[KI]	57,5-75,0%	25,0-42,5%	0,0-3,0%	0,0-3,0%
1937 [M]	66,7%	31,7%	0,0%	1,7%
[KI]	57,5-75,0%	23,5-40,8%	0,0-3,0%	0,2-5,9%
1938 [M]	65,8%	33,3%	0,0%	0,8%
[KI]	56,6-74,2%	25,0-42,5%	0,0-3,0%	0,0-4,6%
1939 [M]	60,0%	38,3%	0,8%	0,8%
[KI]	50,7-68,8%	29,6-47,6%	0,0-4,6%	0,0-4,6%
1940 [M]	72,5%	26,7%	0,0%	0,8%
[KI]	63,6-80,3%	19,0-35,5%	0,0-3,0%	0,0-4,6%
1941 [M]	60,8%	34,2%	2,5%	2,5%
[KI]	51,5-69,6%	25,8-43,4%	0,5-7,1%	0,5-7,1%
1942 [M]	61,7%	35,0%	1,7%	1,7%
[KI]	52,4-70,4%	26,5-44,2%	0,2-5,9%	0,2-5,9%
1943 [M]	52,5%	45,0%	0,8%	1,7%
[KI]	43,2-61,7%	35,9-54,3%	0,0-4,6%	0,2-5,9%
1944 [M]	49,2%	47,5%	0,8%	2,5%
[KI]	39,9-58,4%	38,3-56,8%	0,0-4,6%	0,5-7,1%
1945 [M]	59,2%	32,5%	1,7%	6,7%
[KI]	49,8-68,0%	24,2-41,7%	0,2-5,9%	2,9-12,7%

**Tabelle 2:** Verteilung des Familienstandes in vier Klassen über die einzelnen Jahre des Erhebungszeitraums. Nur Allgemeinpatientinnen.

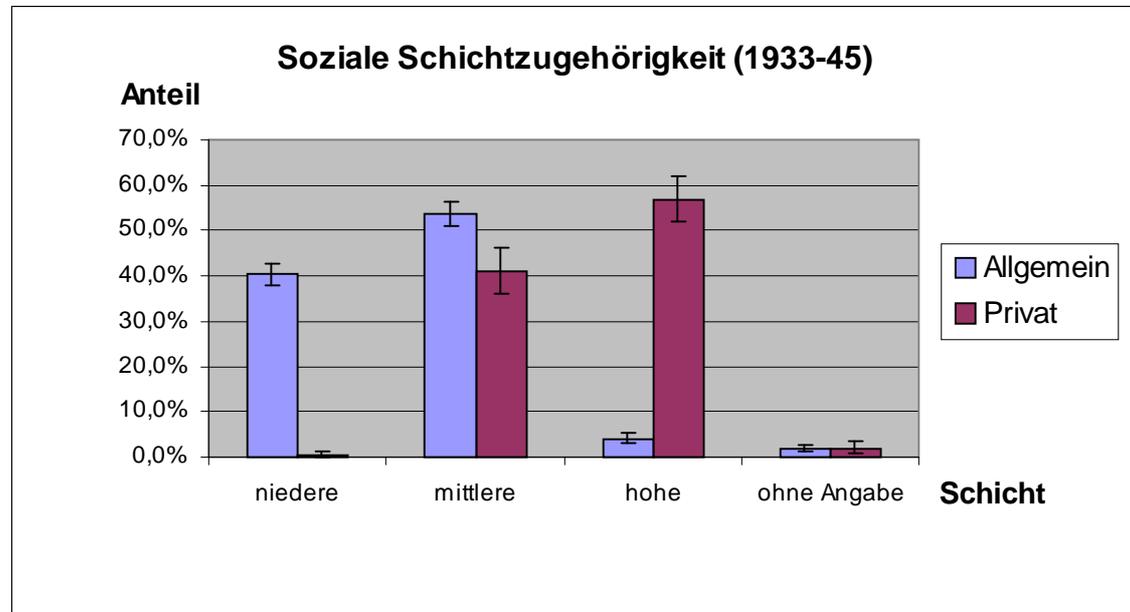
[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.3 Soziale Schichtzugehörigkeit

In *Abbildung 4* ist die Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit von Allgemein- und Privatpatientinnen für den ausgewerteten Gesamtzeitraum zu sehen. Die Einteilung erfolgt in vier Klassen. Über die Hälfte der Frauen aus Gruppe 1 zählen zur mittleren sozialen Schicht. Der Anteil liegt in einem Konfidenzintervall von 51,2% bis 56,2%. Mit einem Konfidenzintervall von 36,1% bis 46,1% signifikant niedriger aber dennoch insgesamt hoch ist der Anteil der Patientinnen aus Gruppe 2 in dieser Klasse. Zur niederen sozialen Schicht gehören 40% der Allgemeinpatientinnen-Stichprobe, aber nur

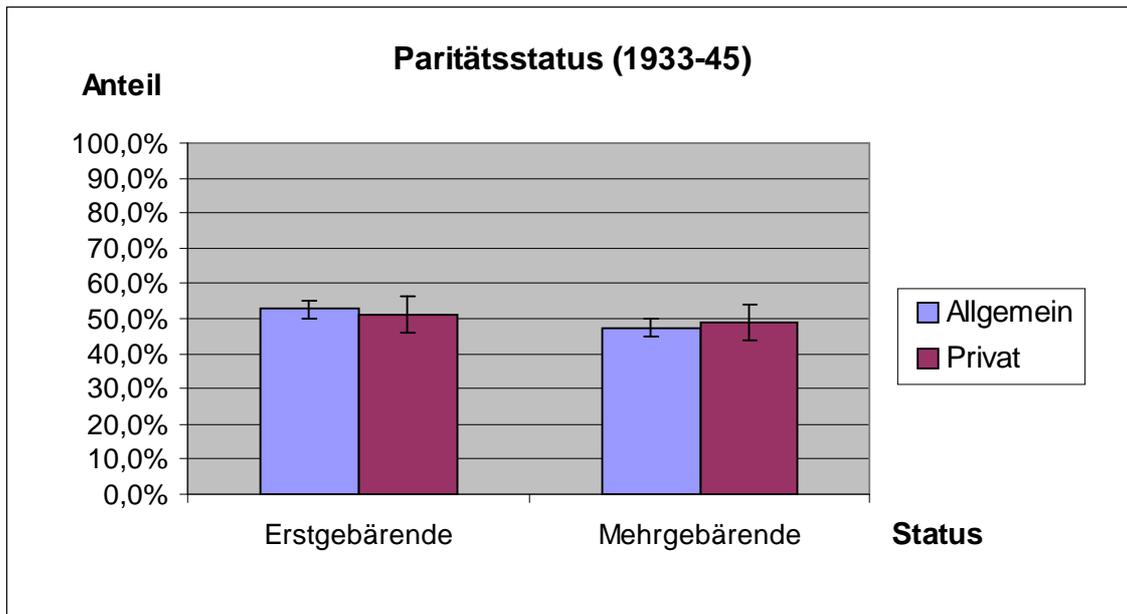
maximal 1,4% der Privatversicherten. Fast spiegelbildlich verhält es sich bei der Zugehörigkeit zur hohen sozialen Schicht. Zwischen 51,8% und 61,9% der Privatklientel sind hier vertreten und nur 3,2% bis 5,2% der kassenärztlich Versicherten.



**Abbildung 4:** Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit in vier Klassen. Die Einzeljahre sind zusammengefasst. Allgemein- und Privatpatientinnen werden getrennt dargestellt.

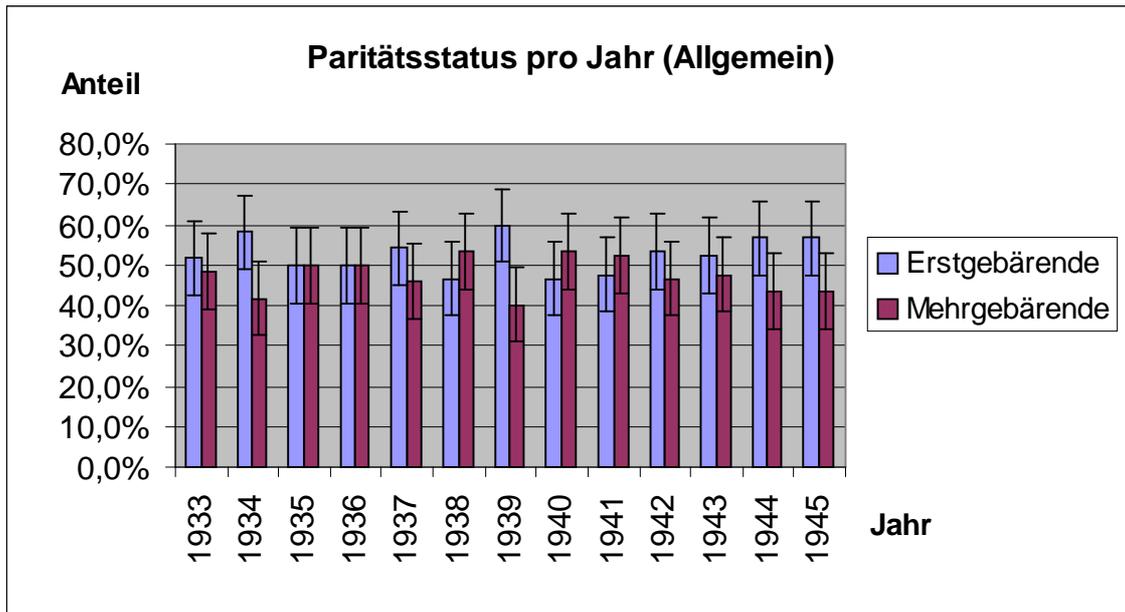
### 3.4 Paritätsstatus

*Abbildung 5* stellt die getrennte Verteilung der Allgemein- und Privatpatientinnen in den Paritätsklassen Erst- und Mehrgebärende über den zusammengefassten gesamten Erhebungszeitraum dar. Die Zahl der Erstgebärenden liegt in der Gruppe 1 zwischen 50,1% und 55,1%. In der Gruppe 2 liegt das entsprechende Intervall mit 45,9% bis 56,1% auf etwa dem gleichen Niveau. Signifikante Verteilungsunterschiede bestehen somit nicht.



**Abbildung 5:** Verteilung des Paritätsstatus in zwei Klassen getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen. Die ausgewerteten Einzeljahre sind zusammengefasst.

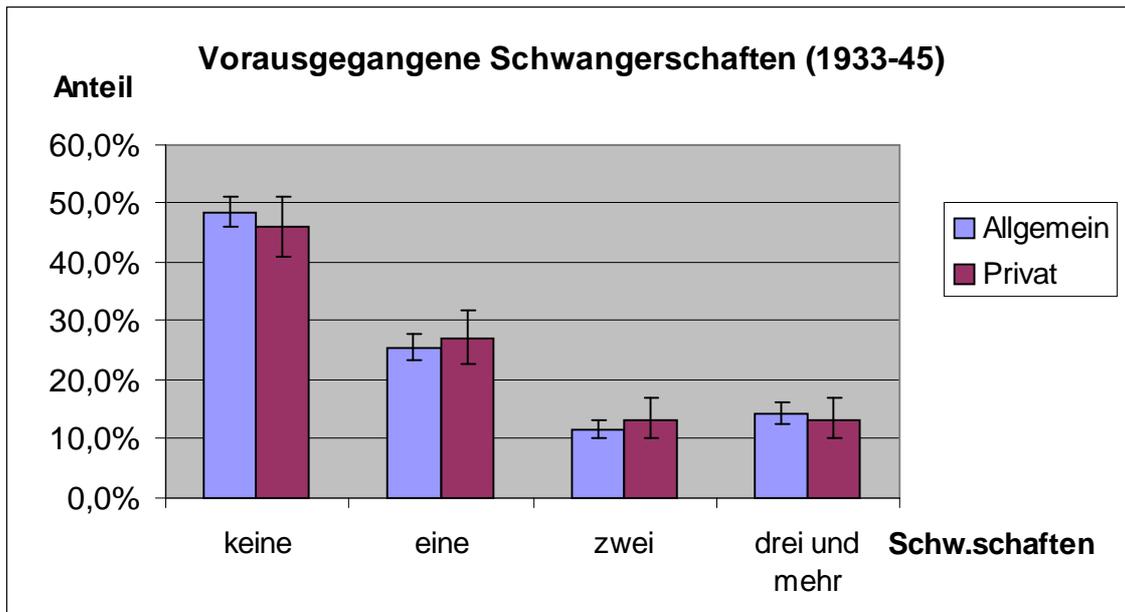
*Abbildung 6* zeigt den prozentualen Anteil der erst- und mehrgebärenden Allgemeinpatientinnen für die einzelnen Jahre des Erhebungszeitraums. Die beiden Klassen verteilen sich gleichmäßig und weitgehend ohne signifikante Unterschiede über den gesamten Zeitraum. Nur im Jahr 1939 ist die Zahl der Erstgebärenden signifikant höher als die der Mehrgebärenden. Der Stichprobenwert liegt hier bei den Erstgebärenden bei 60%, entsprechend 40% bei den Mehrgebärenden.



**Abbildung 6:** Anteil der Erst- und Mehrgebärenden in den Einzeljahren von 1933 bis 1945 (nur Allgemeinpatientinnen).

### 3.5 Vorausgegangene Schwangerschaften

In *Abbildung 7* ist die Anzahl der vorausgegangenen Schwangerschaften in vier Klassen eingeteilt. Sie ist für Kassen- und Privatpatientinnen getrennt dargestellt und erfasst den 13 jährigen Erhebungszeitraum als Gesamtkollektiv. Bei 48,6% der Stichprobe der Gruppe 1 und 46,2% der Gruppe 2 liegt die erste Schwangerschaft vor. Sie stellt die mit Abstand größte Gruppe dar. Eine vorausgehende Schwangerschaft ist nur bei 25,5% der Allgemeinpatientinnen-Stichprobe vorhanden, bei den Privatpatientinnen sind es 27,2%. Diese Klasse ist bei beiden Gruppen signifikant kleiner als die erstgenannte. Frauen mit zwei Schwangerschaften in der Anamnese haben wiederum einen signifikant niedrigeren Anteil in beiden Gruppen. Bei den Kassenpatientinnen beträgt hier das Konfidenzintervall 10,1% bis 13,3%, bei den Privatpatientinnen 10,1% bis 17,1%. Frauen mit drei und mehr vorausgegangenen Schwangerschaften liegen mit Anteilen zwischen 12,6% und 16,1% bei den Kassenpatientinnen und 10,1% bis 17,1% bei den Privatpatientinnen auf etwa dem gleichen Niveau. Innerhalb der einzelnen Klassen gibt es zwischen Privat- und Allgemeinpatientinnen keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede zu sehen.



**Abbildung 7:** Anzahl der Schwangerschaften in der Anamnese bei Allgemein- und Privatpatientinnen. Die Einteilung erfolgt in vier Klassen. Die 13 Einzeljahre sind zu einer Datenmenge zusammengefasst.

*Tabelle 3* zeigt die Verteilung der vorausgegangenen Schwangerschaften bei den Allgemeinpatientinnen für die erhobenen Einzeljahre in vier Klassen. Die prozentuale Verteilung in den Klassen zeigt sich relativ gleichmäßig über alle Jahre ohne erkennbare Trends in die eine oder andere Richtung. Die größte Anzahl ist in der Klasse „null Schwangerschaften“ zu sehen. Ein signifikant höherer prozentualer Anteil im jeweils gleichen Jahr ist in dieser Klasse im Vergleich zur Klasse mit „einer Schwangerschaft“ aber nur in zehn von 13 Einzeljahren gegeben. Zwischen den Klassen mit „einer“ und „zwei“ vorausgegangenen Schwangerschaften sind signifikante Anteilsunterschiede nur in sechs von 13 Jahren gegeben. Die Klassen „zwei“ sowie „drei und mehr“ vorausgegangene Schwangerschaften unterscheiden sich in keinem Jahr signifikant voneinander.

**Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften in der Anamnese**

Jahr / Anzahl	0	1	2	3 und mehr
1933 [M]	45,8%	30,8%	12,5%	10,8%
[KI]	36,7-55,2%	22,7-39,9%	7,2-19,8%	5,9-17,8%
1934 [M]	52,5%	27,5%	9,2%	10,8%
[KI]	43,2-61,7%	19,7-36,4%	4,7-15,8%	5,9-17,8%
1935 [M]	45,8%	28,3%	8,3%	17,5%
[KI]	36,7-55,2%	20,5-37,3%	4,1-14,8%	11,2-25,5%
1936 [M]	47,5%	21,7%	10,0%	20,8%
[KI]	38,3-56,8%	14,7-30,1%	5,3-16,8%	14,0-29,2%
1937 [M]	50,8%	22,5%	13,3%	13,3%
[KI]	41,6-60,1%	15,4-31,0%	7,8-20,7%	7,8-20,7%
1938 [M]	42,5%	24,2%	15,0%	18,3%
[KI]	33,5-51,9%	16,8-32,8%	9,1-22,7%	11,9-26,4%
1939 [M]	56,7%	22,5%	7,5%	13,3%
[KI]	47,3-65,7%	15,4-31,0%	3,5-13,8%	7,8-20,7%
1940 [M]	43,3%	24,2%	12,5%	20,0%
[KI]	34,3-52,7%	16,8-32,8%	7,2-19,8%	13,3-28,3%
1941 [M]	45,8%	19,2%	15,8%	19,2%
[KI]	36,7-55,2%	12,6-27,4%	9,8-23,6%	12,6-27,4%
1942 [M]	48,3%	24,2%	10,8%	16,7%
[KI]	39,1-57,6%	16,8-32,8%	5,9-17,8%	10,5-24,6%
1943 [M]	46,7%	34,2%	13,3%	5,8%
[KI]	37,5-56,0%	25,8-43,4%	7,8-20,7%	2,4-11,6%
1944 [M]	53,3%	25,8%	12,5%	8,3%
[KI]	44,0-62,5%	18,3-34,6%	7,2-19,8%	4,1-14,8%
1945 [M]	52,5%	26,7%	10,0%	10,8%
[KI]	43,2-61,7%	19,0-35,5%	5,3-16,8%	5,9-17,8%

**Tabelle 3:** Verteilung der Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften bei Allgemeinpatientinnen in vier Klassen und für jedes Einzeljahr des Erhebungszeitraums.

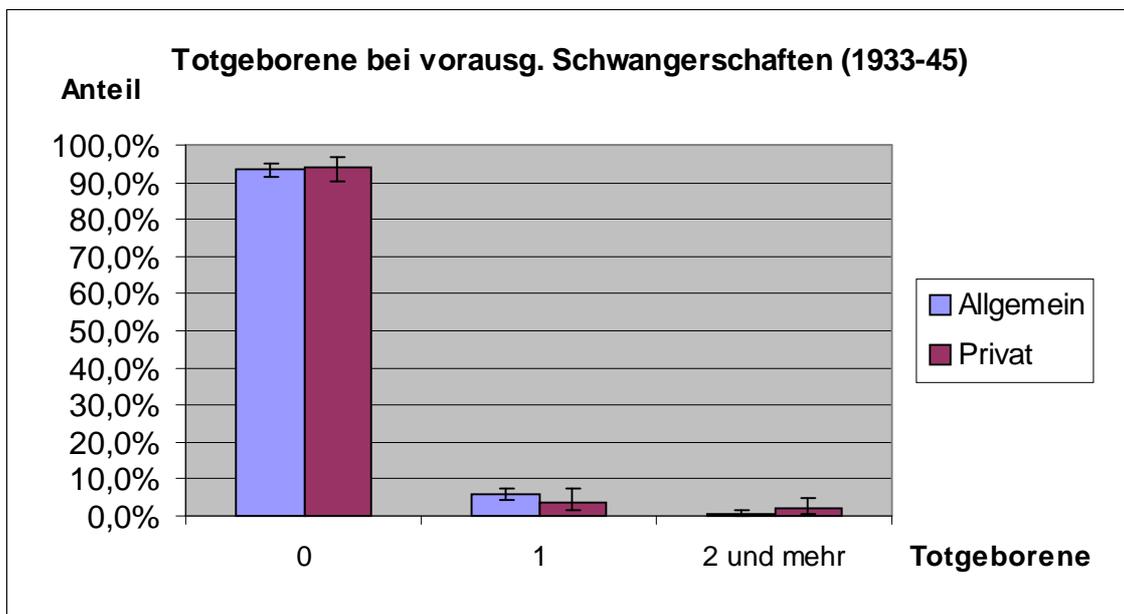
[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.6 Totgeburten bei vorausgegangenen Schwangerschaften

Abbildung 8 zeigt die Prozentzahl der Totgeburten bei vorausgegangenen Schwangerschaften in drei Klassen mit separater Darstellung für Allgemein- und Privatpatientinnen. Die erhobenen Zahlen des Zeitraums von 1933-45 sind dabei zu einer Datenmenge zusammengefasst und beinhalten nur Frauen mit mindestens einer vorausgegangenen Schwangerschaft. Zwischen 91,6% und 95,1% der Gruppe 1 haben keine Totgeburt in der Anamnese. In

der Gruppe 2 ist das Konfidenzintervall mit 90,2% bis 97,0% in etwa gleich hoch. „Eine“ vorausgegangene Totgeburt geben bei den Kassenpatientinnen 5,7% der Stichprobe an, bei den Privatpatientinnen 3,8%. Unter Einbeziehung der Konfidenzintervalle bestehen zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Bei der Gruppe 1 ist diese Klasse signifikant größer, als die mit „zwei und mehr“ Totgeborenen, wobei bei den Kassenpatientinnen 0,6% der Stichprobe in der Vorgeschichte mindestens zwei Totgeburten aufweisen, bei der Gruppe 2 sind es mit 1,9% tendenziell etwas mehr.



**Abbildung 8:** Totgeburten in der Anamnese von Allgemein- und Privatpatientinnen eingeteilt in drei Klassen. Die ausgewerteten Einzeljahre sind zu einer Datenmenge zusammengefasst.

*Tabelle 4* zeigt auf drei Klassen verteilt, den prozentualen Anteil Totgeborener bei vorausgegangenen Schwangerschaften in der Gruppe 1 für jedes Jahr des untersuchten Zeitraums. Die prozentuale Verteilung in den Einzeljahren schwankt in der Klasse „ein Totgeborenes“ mit Werten zwischen 0% im Minimum 1934 und Maximal 23,3% im Jahr 1938 erheblich. Steigende oder fallende Tendenzen sind hier wie in den beiden anderen gleichmäßiger verlaufenden Klassen nicht erkennbar. In allen Jahren ist die Gruppe mit „null“ anamnestischen Totgeburten mit Konfidenzintervallgrenzen zwischen 76,7% und 100% die mit großem Abstand stärkste Gruppe. „Zwei und mehr“ Totgeburten in der Anamnese kommen in allen Jahren nur vereinzelt

vor. Aufgrund der kleineren Gesamtstichprobe und der dadurch bedingten größeren Intervallgrenzen unterscheidet sich diese Klasse aber in keinem der Einzeljahre signifikant von der Klasse „ein Totgeborenes“. Nur bei Zusammenfassung des gesamten Zeitabschnittes wird ein signifikanter Unterschied deutlich (siehe Abbildung 7).

**Totgeburten bei vorausgegangenen Schwangerschaften**

Jahr / Anzahl	0	1	2 und mehr
1933 [M]	95,4%	4,6%	0,0%
[KI]	87,1-99,0%	1,0-12,9%	0,0-5,5%
1934 [M]	100,0%	0,0%	0,0%
[KI]	93,7-100,0%	0,0-6,3%	0,0-6,3%
1935 [M]	95,4%	3,1%	1,5%
[KI]	87,1-99,0%	0,4-10,7%	0,0-8,3%
1936 [M]	93,7%	6,3%	0,0%
[KI]	84,5-98,2%	1,8-15,5%	0,0-5,7%
1937 [M]	91,5%	5,1%	3,4%
[KI]	81,3-97,2%	1,1-14,1%	0,4-11,7%
1938 [M]	87,0%	13,0%	0,0%
[KI]	76,7-93,9%	6,1-23,3%	0,0-5,2%
1939 [M]	92,3%	7,7%	0,0%
[KI]	81,5-97,9%	2,1-18,5%	0,0-6,8%
1940 [M]	95,6%	4,4%	0,0%
[KI]	87,6-99,1%	0,9-12,4%	0,0-5,3%
1941 [M]	92,3%	6,2%	1,5%
[KI]	83,0-97,5%	1,7-15,0%	0,0-8,3%
1942 [M]	93,5%	6,5%	0,0%
[KI]	84,3-98,2%	1,8-15,7%	0,0-5,8%
1943 [M]	96,9%	3,1%	0,0%
[KI]	89,2-99,6%	0,4-10,8%	0,0-5,6%
1944 [M]	91,1%	8,9%	0,0%
[KI]	80,4-97,0%	3,0-19,6%	0,0-6,4%
1945 [M]	91,2%	5,3%	1,8%
[KI]	80,7-97,1%	1,1-14,6%	0,0-9,4%

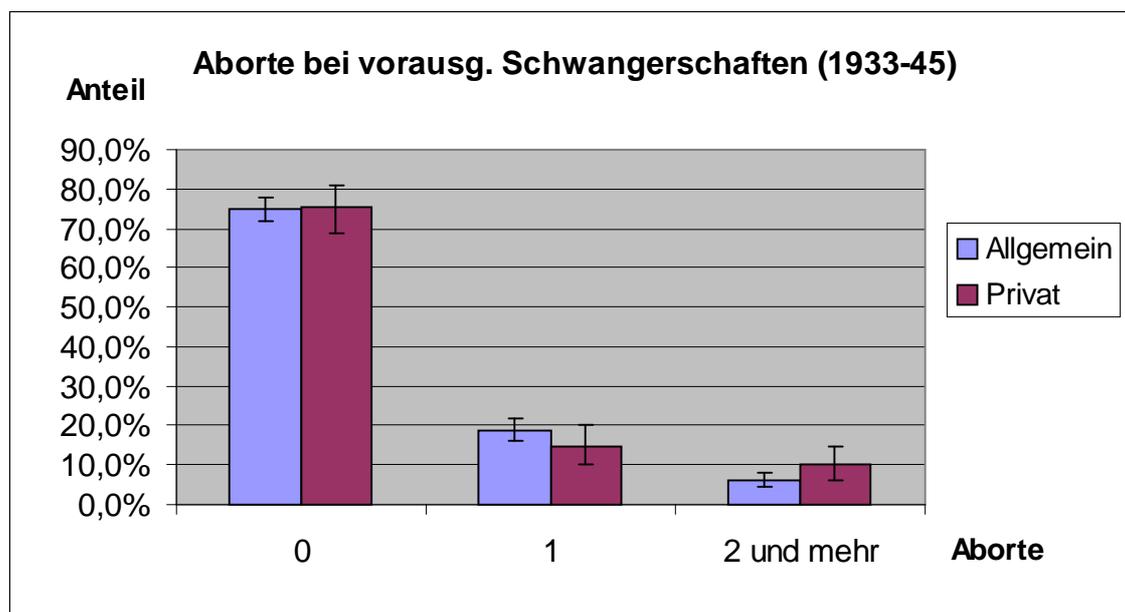
**Tabelle 4:** Totgeburten bei vorausgegangenen Schwangerschaften von Allgemeinpatientinnen verteilt auf drei Klassen. Jedes Jahr des Erhebungszeitraums wird einzeln betrachtet.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.7 Aborte bei vorausgegangenen Schwangerschaften

In *Abbildung 9* ist die Zahl der anamnestisch erhobenen Aborte bei den Schwangeren mit mindestens einer vorausgegangenen Schwangerschaft dargestellt. Diese sind ebenfalls in drei Klassen unterteilt, jeweils getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen und zusammengefasst für den 13-jährigen Betrachtungszeitraum. Bei 74,9% der Stichprobe der Allgemeinpatientinnen und 75,2% der untersuchten Privatpatientinnen tritt bei vorausgegangenen Schwangerschaften kein Abort auf. Einen Abort in der Anamnese haben unter Berücksichtigung des Konfidenzintervalls zwischen 16,2% und 21,7% der Frauen in Gruppe 1 sowie 10,3% bis 20,3% der Gruppe 2. Ein signifikanter Unterschied besteht somit innerhalb dieser Klasse nicht. „Zwei und mehr“ vorausgegangene Aborte sind bei 6% der Allgemeinpatientinnen-Stichprobe und 10% der Privatklientel zu sehen. Auch hier unterscheiden sich die prozentualen Anteile nicht signifikant. Allerdings ist die Zahl der Allgemeinpatientinnen mit einem Abort in der Anamnese signifikant höher als die mit „zwei und mehr“ Aborten.



**Abbildung 9:** Vorausgegangene Aborte bei Allgemein- und Privatpatientinnen verteilt auf drei Klassen. Zusammenfassung der Einzeljahre zu einer Datenmenge.

*Tabelle 5* zeigt die Verteilung der Aborthäufigkeit bei vorausgegangenen Schwangerschaften der Allgemeinpatientinnen in drei Klassen. Dabei wird jedes Jahr zwischen 1933 und 1945 einzeln betrachtet. Die Frauen ohne

vorausgegangene Fehlgeburt bilden in allen Jahrgängen den signifikant größten Anteil. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle ist die Schwankungsbreite über die Jahre relativ groß und liegt zwischen 54,9% und 96,0%. Die Gruppe der Schwangeren mit einem Abort in der Anamnese ist in der untersuchten Stichprobe in jedem Einzeljahr prozentual stärker vertreten als die mit „zwei und mehr“ Aborten, wobei eine signifikante Unterscheidung nur in den Jahren 1933, 1938, 1942 und 1943 besteht. Bestimmte Trends oder Tendenzen sind innerhalb der drei Klassen nicht zu sehen.

**Aborte bei vorausgegangenen Schwangerschaften**

Jahr / Anzahl	0	1	2 und mehr
<b>1933</b> [M]	80,0%	18,5%	1,5%
[KI]	68,2-88,9%	9,9-30,0%	0,0-8,3%
<b>1934</b> [M]	71,9%	21,1%	7,0%
[KI]	58,5-83,0%	11,4-33,9%	1,9-17,0%
<b>1935</b> [M]	75,4%	16,9%	7,7%
[KI]	63,1-85,2%	8,8-28,3%	2,5-17,0%
<b>1936</b> [M]	73,0%	20,6%	6,3%
[KI]	60,3-83,4%	11,5-32,7%	1,8-15,5%
<b>1937</b> [M]	76,3%	13,6%	10,2%
[KI]	63,4-86,4%	6,0-25,0%	3,8-20,8%
<b>1938</b> [M]	68,1%	26,1%	5,8%
[KI]	55,8-78,8%	16,3-38,1%	1,6-14,2%
<b>1939</b> [M]	71,2%	17,3%	11,5%
[KI]	56,9-82,9%	8,2-30,3%	4,4-23,4%
<b>1940</b> [M]	76,5%	13,2%	10,3%
[KI]	64,6-85,9%	6,2-23,6%	4,2-20,1%
<b>1941</b> [M]	67,7%	24,6%	7,7%
[KI]	54,9-78,8%	14,8-36,9%	2,5-17,0%
<b>1942</b> [M]	71,0%	24,2%	4,8%
[KI]	58,1-81,8%	14,2-36,7%	1,0-13,5%
<b>1943</b> [M]	81,3%	17,2%	1,6%
[KI]	69,5-89,9%	8,9-28,7%	0,0-8,4%
<b>1944</b> [M]	89,3%	8,9%	1,8%
[KI]	78,1-96,0%	3,0-19,6%	0,0-9,6%
<b>1945</b> [M]	73,7%	21,1%	3,5%
[KI]	60,3-84,5%	11,4-33,9%	0,4-12,1%

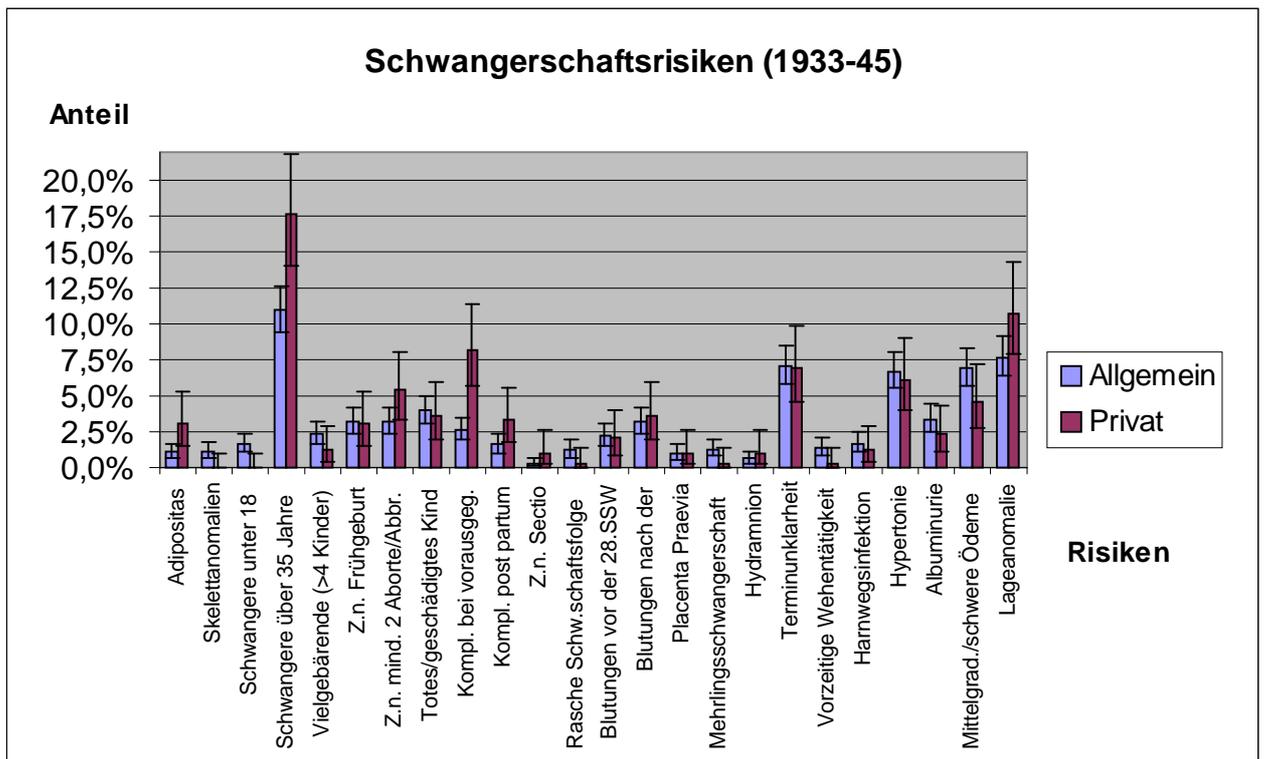
**Tabelle 5:** Aborte bei vorausgegangenen Schwangerschaften von Allgemeinpatientinnen verteilt auf drei Klassen. Die Einzeljahre des Erhebungszeitraums werden getrennt betrachtet.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.8 Schwangerschaftsrisiken

*Abbildung 10* gibt einen Überblick der Schwangerschaftsrisiken, die über den gesamten Erhebungszeitraum 1933 bis 1945 aufgetreten sind. Dabei werden Allgemeinpatientinnen und Privatpatientinnen getrennt dargestellt und nur Risiken mit einem Anteil von mindestens einem Prozent in einer der beiden Stichproben berücksichtigt. Das häufigste Schwangerschaftsrisiko der Stichproben ist in beiden Gruppen „Schwangere über 35 Jahre“, wobei bei den Privatversicherten signifikant mehr Frauen in dieser Gruppe anzutreffen sind als bei den Allgemeinpatientinnen. Bei den Kassenpatientinnen ist es das signifikant am häufigsten vorkommende Risiko mit einem Konfidenzintervall zwischen 9,5% und 12,6%. Weitere bedeutende Risiken mit Konfidenzintervallen von 5% bis 10% sind bei der Gruppe 1 „Terminunklarheit“, „Hypertonie“, „mittelgradige oder schwere Oedeme“ und „Lageanomalie“. Alle anderen ausgewerteten Schwangerschaftsrisiken dieser Stichprobe bewegen sich anteilmäßig signifikant unter 5%. Bei der Gruppe 2 liegen die Konfidenzintervalle für „Komplikationen bei vorausgegangenem Entbindungen“ und für „Lageanomalie“ über 5%. Sie sind nach „Schwangere über 35 Jahre“ die beiden häufigsten Risiken in dieser Gruppe. Mit Konfidenzintervallen zwischen 2,5% und 10% spielen bei dieser Klientel außerdem die Risiken „Z.n. zwei oder mehr Aborte/Abbrüche“, „Terminunklarheit“, „Hypertonie“ und „mittelgradige oder schwere Oedeme“ eine Rolle. Beim Vergleich der einzelnen Schwangerschaftsrisiken zwischen Privat- und Allgemeinpatientinnen sind signifikante Unterschiede in der Häufigkeit nur bei drei der ausgewerteten Risiken festzustellen. Neben der bereits weiter oben erwähnten Gruppe „Schwangere über 35 Jahre“ geben signifikant mehr privatversicherte Frauen „Komplikationen bei vorausgegangenem Entbindungen“ an. Umgekehrt sind signifikant mehr Kassenpatientinnen „Schwangere unter 18 Jahre“ (Vgl. dazu auch *Abbildung 2*).

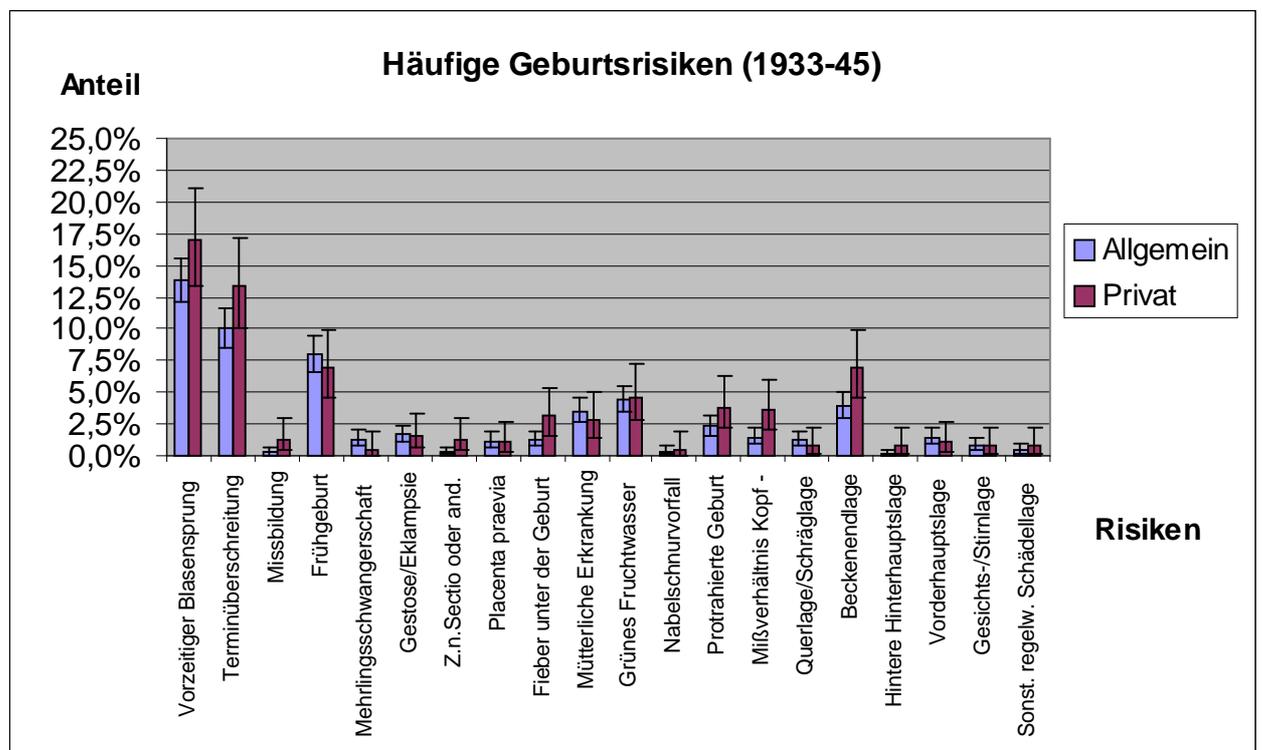


**Abbildung 10:** Aufgetretene Schwangerschaftsrisiken über den gesamten Erhebungszeitraum getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen dargestellt.

### 3.9 Geburtsrisiken

*Abbildung 11* zeigt die Verteilung von aufgetretenen Geburtsrisiken getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen. Sie umfassen jeweils die Stichproben des zusammengefassten gesamten Erhebungszeitraums. Dabei werden nur Risiken mit einem Anteil von mindestens 0,5% in einer der beiden Stichproben berücksichtigt. Bei den Allgemeinpatientinnen sind die Geburtsrisiken „Vorzeitiger Blasensprung“, „Terminüberschreitung“ und „Frühgeburt“ mit Konfidenzintervallen zwischen 6,7% und 15,6% signifikant höher als alle anderen erhobenen Risiken. Weiterhin sind bei der Gruppe 1 die Variablen „Mütterliche Erkrankung“, „Grünes Fruchtwasser“ und „Beckenendlage“ mit Konfidenzintervallen, die signifikant über 2,5% liegen, von Bedeutung. Bei der Gruppe 2 sind die Risiken „Vorzeitiger Blasensprung“ und „Terminüberschreitung“ mit Konfidenzintervallanteilen von mindestens 10,1% und höchstens 21,0% die wichtigsten auftretenden Geburtsrisiken. Ihre Quote liegt signifikant höher als die aller anderen Risiken.

Signifikant über 2,5% und gleichzeitig unter 10% liegen bei den Privatversicherten die Merkmale „grünes Fruchtwasser“ und „Beckenendlage“. „Gestosen und Eklampsien“, damals und auch noch heute sehr gefürchtete Komplikationen, sind zu einer Risikogruppe zusammengefasst und machen bei den Kassenpatientinnen 1,7%, bei den Privatpatienten 1,5% der jeweiligen Stichprobe aus. Innerhalb der einzelnen Risikogruppen bestehen zwischen Privat- und Kassenpatientinnen bis auf eine Ausnahme keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens. Nur das Geburtsrisiko „Z.n. Sectio oder anderer Uterus-OP“ ist bei der Gruppe 2 signifikant häufiger zu finden.

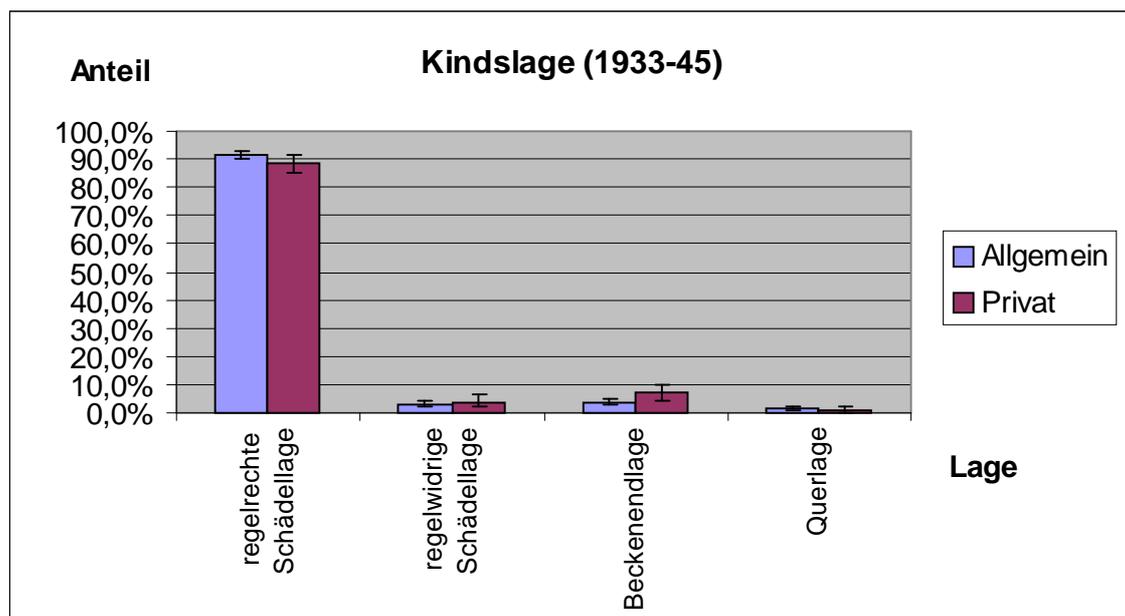


**Abbildung 11:** Prozentuale Darstellung der im 13-jährigen Erhebungszeitraum aufgetretenen Geburtsrisiken. Allgemein- und Privatpatientinnen sind separat aufgeführt.

### 3.10 Lage des Kindes

Abbildung 12 stellt die Verteilung der einzelnen Kindslagen von Privat- und Allgemeinpatientinnen in vier Klassen dar. Der Erhebungszeitraum wird dabei als Gesamtkollektiv betrachtet. Unter Berücksichtigung der

Konfidenzintervalle kommen zwischen 90,3% und 93,1% der Säuglinge aus Gruppe 1 in „regelrechter Schädellage“ zur Welt. In der Gruppe 2 sind es zwischen 84,9% und 91,5%. „Regelwidrige Schädellagen“ und „Beckenendlagen“ sind bei den Allgemeinpatientinnen in etwa gleich häufig. Die Stichprobenanteile liegen bei 3,2% für Erstgenannte und 3,9% für Letztere. „Querlagen“ sind in der Gruppe 1 in einem Konfidenzintervall zwischen 0,7% und 1,9% aufgetreten und damit signifikant weniger als „Regelwidrige Schädellagen“ und „Beckenendlagen“. In der Gruppe 2 kommen die „Regelwidrigen Schädellagen“ mit 3,8% Stichprobenanteil weniger häufig vor als „Beckenendlagen“ mit einem 6,9%igem Anteil der Stichprobe. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle bestehen aber bei den Privatpatientinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Klassen. „Querlagen“ haben bei dieser Patientengruppe einen Anteil zwischen 0,2% und 2,2% und sind somit signifikant weniger häufig als „Regelwidrige Schädellagen“ und „Beckenendlagen“. Innerhalb der vier Klassen zeigen Allgemein- und Privatpatientinnen sehr ähnliche Verteilungsmuster ohne signifikante Unterschiede.



**Abbildung 12:** Verteilung der Kindslagen in vier Klassen jeweils für Allgemein- und Privatpatientinnen. Darstellung der Klassenanteile in Prozent. Die Einzeljahre werden zusammengefasst betrachtet.

*Tabelle 6* zeigt die Verteilung der Kindslagen bei den Allgemeinpatientinnen in vier Klassen für jedes einzelne Jahr des Beobachtungszeitraums. Die Klasse

der „Regelrechten Schädellagen“ ist in allen Jahren gleichmäßig hoch. Die Stichprobenanteile pro Jahr betragen im Minimum 87,8% (1933) und maximal 97,5% (1945). Die zugehörigen Konfidenzintervalle liegen zwischen 80,7% und 99,5%. „Regelwidrige Schädellagen“ schwanken in der Stichprobe zwischen 0,8% (1939) und 5,7% (1933), „Beckenendlagen“ zwischen 0,8% (1938) und 5,7% (1933). Zwischen den beiden letztgenannten Klassen bestehen in keinem der Einzeljahre signifikante Unterschiede. „Querlagen“ haben einen Stichprobenanteil von 0,0% (1939,1945) bis 3,3% (1940). Ihr Anteil liegt somit tendenziell niedriger als der von „Beckenendlagen“ und „Regelwidrigen Schädellagen“. Signifikante Häufigkeitsunterschiede bestehen allerdings in keinem der 13 Jahre. In allen Klassen folgt die Abnahme und Zunahme über den Erhebungszeitraum keinem erkennbaren Muster.

#### Verteilung der Kindslagen in den Einzeljahren

Jahr / Lage	regelrechte SL	regelwidrige SL	Beckenendl.	Querlage
1933 [M]	87,8%	5,7%	5,7%	0,8%
	[KI] 80,7-93,0%	2,3-11,4%	2,3-11,4%	0,0-4,4%
1934 [M]	89,6%	3,2%	5,6%	1,6%
	[KI] 82,9-94,3%	0,9-8,0%	2,3-11,2%	0,2-5,7%
1935 [M]	90,8%	4,2%	4,2%	0,8%
	[KI] 84,2-95,3%	1,4-9,5%	1,4-9,5%	0,0-4,6%
1936 [M]	91,1%	2,4%	4,9%	1,6%
	[KI] 84,6-95,5%	0,5-7,0%	1,8-10,3%	0,2-5,8%
1937 [M]	90,9%	5,0%	2,5%	1,7%
	[KI] 84,3-95,4%	1,8-10,5%	0,5-7,1%	0,2-5,8%
1938 [M]	93,3%	5,0%	0,8%	0,8%
	[KI] 87,3-97,1%	1,9-10,6%	0,0-4,6%	0,0-4,6%
1939 [M]	95,1%	0,8%	4,1%	0,0%
	[KI] 89,7-98,2%	0,0-4,4%	1,3-9,2%	0,0-3,0%
1940 [M]	91,7%	0,8%	4,2%	3,3%
	[KI] 85,2-95,9%	0,0-4,6%	1,4-9,5%	0,9-8,3%
1941 [M]	90,0%	5,0%	3,3%	1,7%
	[KI] 83,2-94,7%	1,9-10,6%	0,9-8,3%	0,2-5,9%
1942 [M]	91,8%	3,3%	4,1%	0,8%
	[KI] 85,4-96,0%	0,9-8,2%	1,3-9,3%	0,0-4,5%
1943 [M]	90,8%	4,2%	4,2%	0,8%
	[KI] 84,2-95,3%	1,4-9,5%	1,4-9,5%	0,0-4,6%
1944 [M]	92,6%	0,8%	4,9%	1,6%
	[KI] 86,5-96,6%	0,0-4,5%	1,8-10,4%	0,2-5,8%
1945 [M]	97,5%	0,8%	1,7%	0,0%
	[KI] 92,9-99,5%	0,0-4,6%	0,2-5,9%	0,0-3,0%

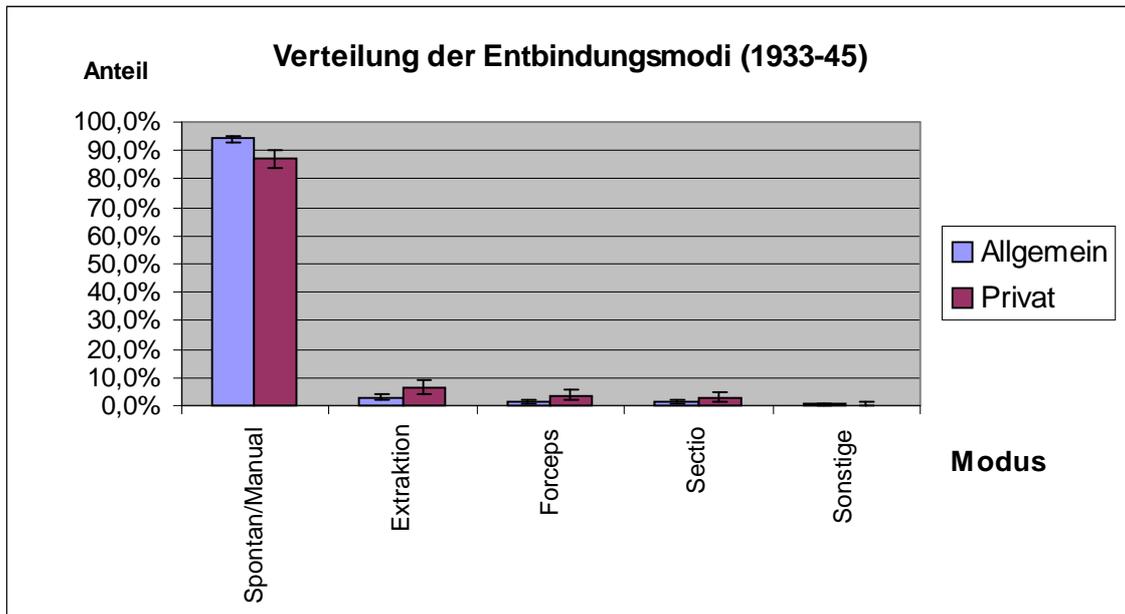
**Tabelle 6:** Verteilung der verschiedenen Kindslagen bei Allgemeinpatientinnen in vier Klassen. Die 13 Jahre des Erhebungszeitraums werden einzeln betrachtet.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.11 Entbindungsmodus

In *Abbildung 13* wird die Verteilung der Entbindungsmodi getrennt für Privat- und Allgemeinpatientinnen dargestellt. Dabei werden die Stichproben des gesamten Erhebungszeitraums zu einer Datenmenge zusammengefasst und in fünf Klassen eingeteilt. Mit einem Konfidenzintervall von 92,9% bis 95,3% bei den Kassenpatientinnen, bzw. 83,5% bis 90,4% bei den Privatpatienten, ist die Gruppe der „Spontan“ oder mittels „Manualhilfe“ entbindenden Frauen die mit Abstand größte, wobei der Anteil der Gruppe 1 in dieser Klasse nochmals signifikant höher ist als die der Gruppe 2. Bei 2,2% bis 4,0% der schwangeren Allgemeinpatienten findet die Entbindung durch „Extraktion“ des Kindes statt. Die Zange (Forceps) kommt bei dieser Patientengruppe in 0,7% bis 1,8% der Fälle zum Einsatz. Dies ist signifikant weniger als die Anzahl der „Extraktionen“. Die Sectio-Rate ist mit einem Konfidenzintervall von 0,8% bis 1,9% bei den Kassenpatienten auf dem gleichem niedrigen Niveau wie die Forceps-Rate. Bei den Privatpatientinnen ist der Anteil der „Extraktionen“ mit einem Intervall zwischen 4,0% und 9,0% tendenziell höher als bei den Kassenpatientinnen. Die Quote der Zangenentbindungen ist mit 2,0% bis 5,9% Konfidenzintervallanteil sogar signifikant höher als bei der Gruppe 1. Die Kaiserschnitt-Rate liegt bei der Privatklientel zwischen 1,4% und 5,0% und somit zwar tendenziell, aber nicht signifikant höher als bei den Allgemeinpatientinnen. In der Klasse „Sonstige“ sind bei der Gruppe 1 im gesamten Zeitraum 1933-45 nur sechs Fälle (0,4% der Stichprobe) aufgetreten, bei der zweiten Gruppe sogar nur ein Fall (0,3%). Darunter fallen „vaginale Kaiserschnitte“, „Dekapitationen“ und andere zerstückelnde Operationen.



**Abbildung 13:** Verteilung des Entbindungsmodus bei Allgemein- und Privatpatienten in fünf Klassen. Die jeweiligen Anteile werden prozentual für den gesamten Erhebungszeitraum dargestellt.

*Tabelle 7* zeigt die in vier verschiedene Klassen eingeteilten Entbindungsmodi für die Gruppe der Allgemeinpatientinnen. Dabei werden die Einzeljahre des Erhebungszeitraums betrachtet. Der jährliche Stichprobenmittelwert liegt bei den „Spontan/Manualhilfe“ entbundenen Frauen zwischen 88,6% (1933) und 99,2% (1945) und damit gleichmäßig sehr hoch. Bei den „Extraktionen“ bewegen sich die jährlichen Stichprobenmittel zwischen 0,0% (1945) und 6,7% (1940). Die dazugehörigen Konfidenzintervalle schwanken dabei von 0,0% bis 12,7%. Signifikante Unterschiede zwischen den Einzeljahren bestehen nicht. Die „Zangenentbindungen“ liegen mit Stichprobenwerten von 0,0% (1935,1936,1945) bis 3,3% (1943) niedriger, die Konfidenzintervalle unterscheiden sich in den Einzeljahren mit Werten zwischen 0,0% und 8,3% aber nicht signifikant von denen der „Extraktionen“. Kaiserschnitte haben ihr Intervall-Minimum ebenfalls bei 0,0% und ihr Maximum bei 9,5%. Sie sind somit auf gleich niedrigem Niveau wie „Forceps-Entbindungen“. Die Klasse „Sonstige“ wird in *Tabelle acht* nicht berücksichtigt, da die Stichprobenanzahl mit null bis zwei Fällen pro Jahr extrem niedrig ist und daher nur Einzelfälle darstellt.

### Verteilung der Entbindungsmodi in den Einzeljahren

Jahr / Modus	Spontan/Man.	Extraktion	Forceps	Sectio
1933 [M]	88,6%	4,9%	2,4%	3,3%
[KI]	81,6-93,6%	1,8-10,3%	0,5-7,0%	0,9-8,1%
1934 [M]	95,2%	2,4%	0,8%	1,6%
[KI]	89,8-98,2%	0,5-6,9%	0,0-4,4%	0,2-5,7%
1935 [M]	92,5%	4,2%	0,0%	2,5%
[KI]	86,2-96,5%	1,4-9,5%	0,0-3,0%	0,5-7,1%
1936 [M]	96,7%	3,3%	0,0%	0,0%
[KI]	91,9-99,1%	0,9-8,1%	0,0-3,0%	0,0-3,0%
1937 [M]	94,2%	3,3%	2,5%	0,0%
[KI]	88,4-97,6%	0,9-8,2%	0,5-7,1%	0,0-3,0%
1938 [M]	94,2%	0,8%	0,8%	4,2%
[KI]	88,4-97,6%	0,0-4,6%	0,0-4,6%	1,4-9,5%
1939 [M]	95,1%	3,3%	0,8%	0,0%
[KI]	89,7-98,2%	0,9-8,1%	0,0-4,4%	0,0-3,0%
1940 [M]	89,2%	6,7%	1,7%	2,5%
[KI]	82,2-94,1%	2,9-12,7%	0,2-5,9%	0,5-7,1%
1941 [M]	92,5%	3,3%	0,8%	1,7%
[KI]	86,2-96,5%	0,9-8,3%	0,0-4,6%	0,2-5,9%
1942 [M]	96,7%	2,5%	0,8%	0,0%
[KI]	91,8-99,1%	0,5-7,0%	0,0-4,5%	0,0-3,0%
1943 [M]	93,3%	3,3%	3,3%	0,0%
[KI]	87,3-97,1%	0,9-8,3%	0,9-8,3%	0,0-3,0%
1944 [M]	96,7%	1,6%	0,8%	0,8%
[KI]	91,8-99,1%	0,2-5,8%	0,0-4,5%	0,0-4,5%
1945 [M]	99,2%	0,0%	0,0%	0,0%
[KI]	95,4-100,0%	0,0-3,0%	0,0-3,0%	0,0-3,0%

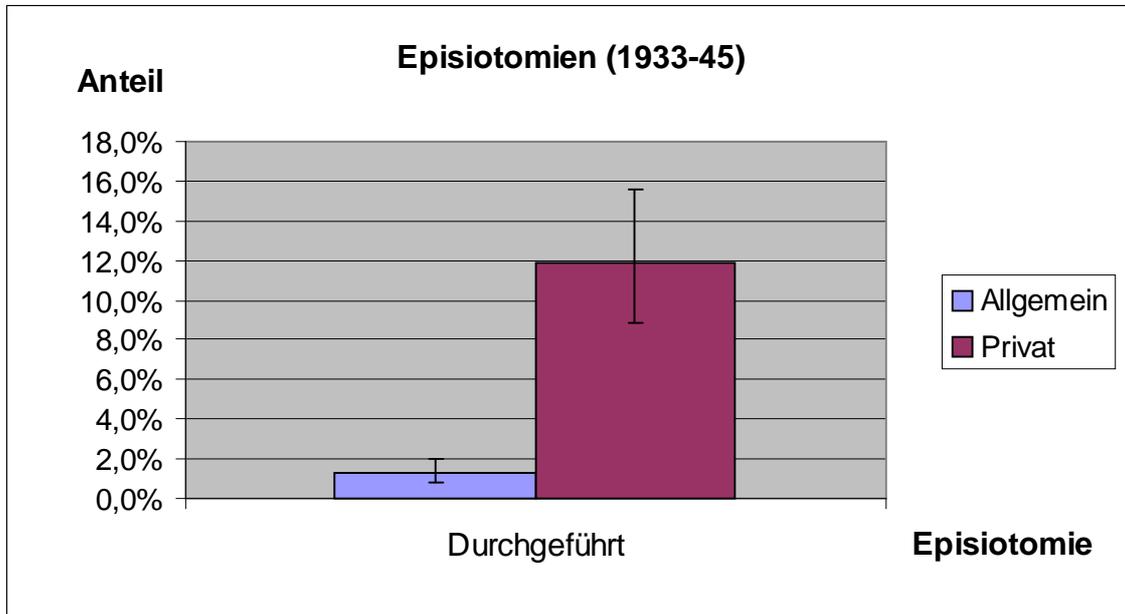
**Tabelle 7:** Verteilung der verschiedenen Entbindungsmodi bei Allgemeinpatientinnen in vier Klassen. Die 13 Jahre des Beobachtungszeitraums werden einzeln betrachtet.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

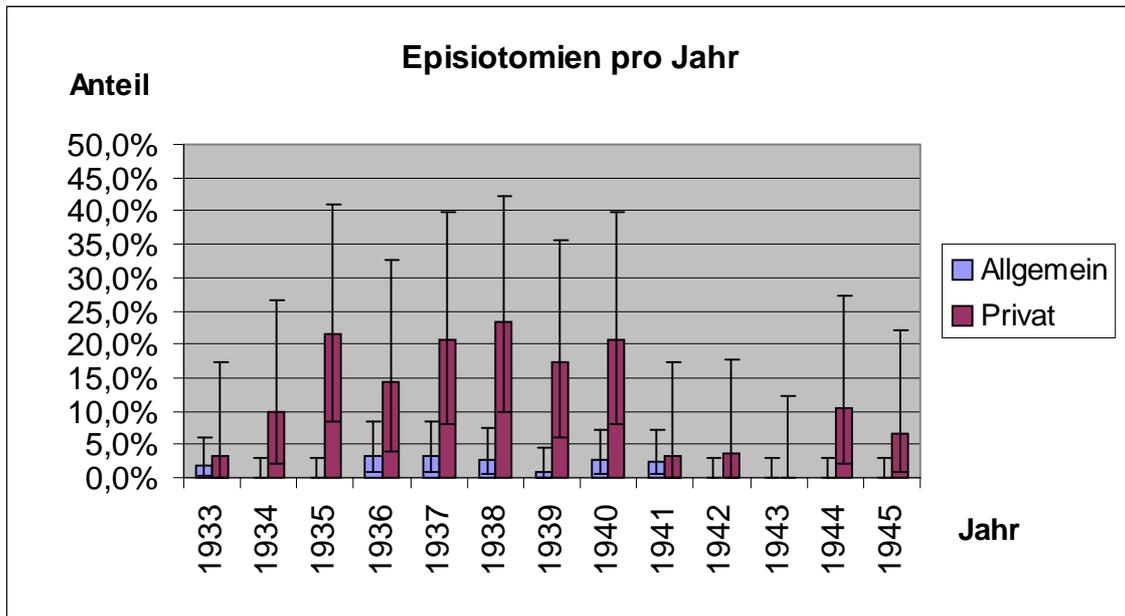
### 3.12 Episiotomiehäufigkeit

Abbildung 14 zeigt den Anteil an durchgeführten Episiotomien für Allgemein- und Privatpatientinnen getrennt, dabei werden die 13 Einzeljahre zusammengefasst dargestellt. In die Auswertung gehen nur vaginal entbindende Frauen ein. Bei den Allgemeinpatientinnen wird bei 0,8% bis 2,0% der Frauen eine Episiotomie durchgeführt. Das entsprechende Konfidenzintervall liegt bei den Privatpatientinnen um ein vielfaches höher, hier werden zwischen 8,8% und 15,6% der Schwangeren mit Hilfe eines Dammschnittes entbunden.



**Abbildung 14:** Darstellung des prozentualen Anteils an durchgeführten Episiotomien bei allen vaginalen Entbindungen von Allgemein- und Privatpatientinnen des gesamten Erhebungszeitraums.

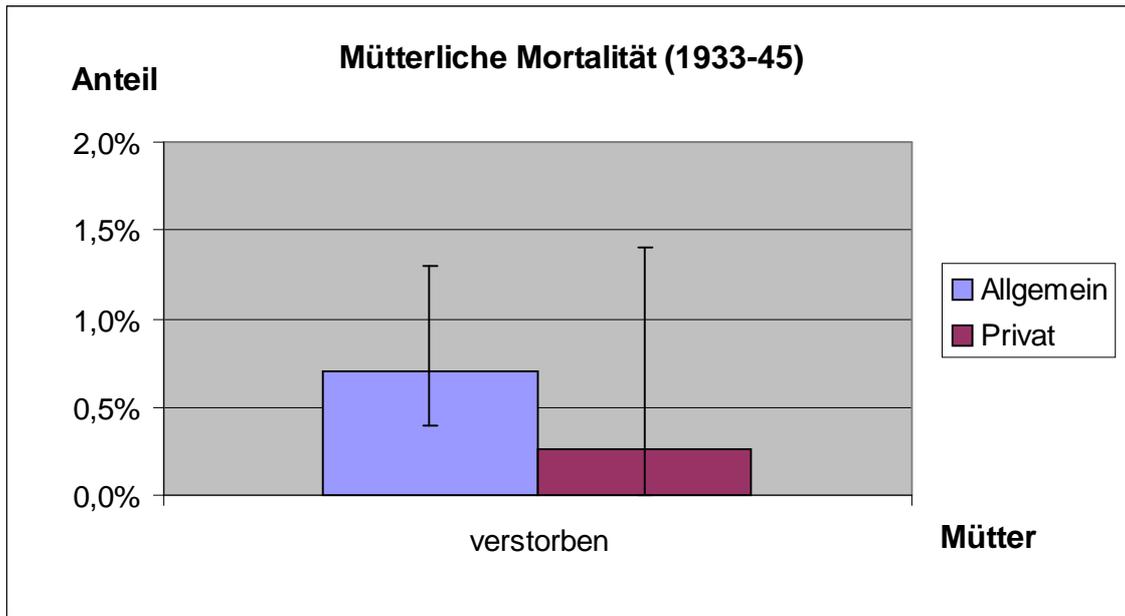
In *Abbildung 15* ist der prozentuale Anteil an Episiotomien für die Einzeljahre von 1933 bis 1945 dargestellt. Allgemein- und Privatpatientinnen werden getrennt betrachtet. Vergleicht man die prozentuale Episiotomiehäufigkeit der beiden Stichproben im jeweils gleichen Jahr, so ist diese in der Gruppe 2 durchgehend höher. In der Gruppe 1 liegen die Stichprobenanteile in allen Jahren unter fünf Prozent. In den Jahren 1934, 1935, 1942, 1943, 1944 und 1945 sogar jeweils bei null Prozent. Im Vergleich dazu liegen die Privatversicherten in neun von 13 Jahren zum Teil deutlich über der Fünf-Prozent-Marke mit allerdings starken Schwankungsbreiten. Signifikant höhere Anteile bestehen bei den Privatpatientinnen nur innerhalb der Jahre 1935, 1938, 1939 und 1940, was vor allem an den großen Konfidenzintervallen der relativ kleinen Privatpatienten-Stichprobe liegt.



**Abbildung 15:** Dargestellt ist die Episiotomiehäufigkeit bei vaginalen Entbindungen von Allgemein- und Privatpatientinnen in den Einzeljahren 1933 bis 1945.

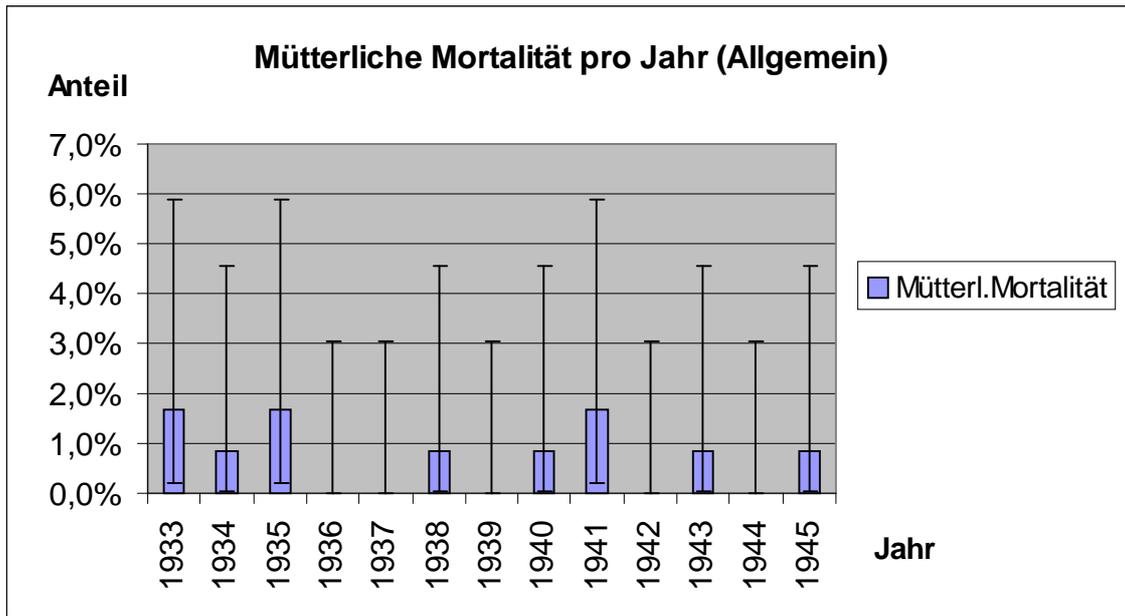
### 3.13 Mütterliche Mortalität

Abbildung 16 zeigt die Anzahl der im gesamten Erhebungszeitraum verstorbenen Mütter in Prozent, dabei wird zwischen Privat- und Kassenpatientinnen unterschieden. Das Konfidenzintervall bei den Allgemeinpatientinnen liegt zwischen 0,4% und 1,3%. Ein signifikanter Unterschied zu den Privatpatientinnen besteht nicht, hier liegt das Intervall zwischen 0% und 1,4%.



**Abbildung 16:** Dargestellt ist der Anteil der während des stationären Aufenthalts verstorbenen Allgemein- und Privatpatientinnen im Zeitraum 1933 bis 1945.

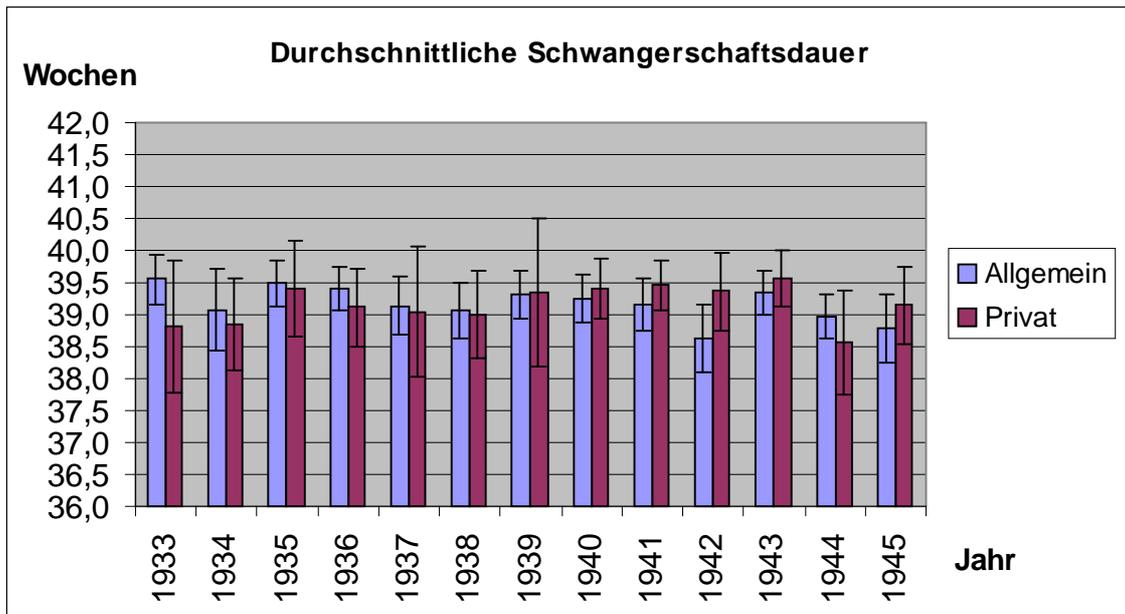
*Abbildung 17* stellt die mütterlichen Mortalitätsraten der Allgemeinpatientinnen in den Einzeljahren dar. Die Sterbefälle zeigen in den 13 erhobenen Einzeljahren eine gleichmäßige Verteilung. Signifikant an- oder absteigende Tendenzen sind nicht zu beobachten. Die Konfidenzintervalle bewegen sich zwischen 0% im Minimum und maximal 5,9% in den Jahren 1933, 1935 und 1941. Aufgrund der geringen Anzahl an mütterlichen Todesfällen in den jährlichen Stichproben sind die Konfidenzintervalle sehr groß und daher nur relativ ungenaue Angaben für die einzelnen Jahre möglich.



**Abbildung 17:** Mütterliche Mortalitätsraten der Allgemeinpatientinnen in den Einzeljahren 1933 bis 1945.

### 3.14 Schwangerschaftsdauer

*Abbildung 18* zeigt die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer separat für Allgemein- und Privatpatientinnen. Jedes Jahr des Erhebungszeitraums ist hierbei einzeln dargestellt. Die Tragzeit unterliegt in den Einzeljahren des ausgewerteten Zeitraums in beiden Gruppen nur geringen Schwankungen. Die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer der Stichproben ist über alle Jahre auf etwa gleichem Niveau. Innerhalb der Einzeljahre sind somit zwischen der Gruppe 1 und Gruppe 2 keine signifikanten Unterschiede zu erkennen. Auch ansteigende oder abfallende Tendenzen gibt es im Verlauf nicht. Die niedrigste durchschnittliche Schwangerschaftsdauer der Stichprobe beträgt bei den Allgemeinpatientinnen 38,6 Wochen (1942), die höchste 39,6 Wochen (1933). Bei den Privatpatientinnen werden exakt die gleichen minimalen und maximalen Durchschnittswerte erreicht, der untere Wert allerdings 1944 und der obere im Jahr 1943.



**Abbildung 18:** Durchschnittliche Schwangerschaftsdauer bei Allgemein- und Privatpatientinnen in den einzelnen Jahren des Erhebungszeitraums.

*Tabelle 8* teilt die Allgemeinpatientinnen in fünf Klassen für die Schwangerschaftsdauer für alle erhobenen Einzeljahre ein. Signifikante Zuwächse oder Einbußen sind im Verlauf in keiner der Gruppen zu beobachten. Auch die jährlichen Schwankungen unterscheiden sich innerhalb der Klassen nie signifikant. Die Klasse „37 bis 41 Wochen“ ist mit durchgehenden Stichprobenwerten über 80% die mit Abstand größte. Die Konfidenzintervalle liegen hier zwischen 71,5% und 96,2%. Die Klassen „32 bis 36 Wochen“ und „größer 41 Wochen“ haben in den einzelnen Jahren etwa gleich große Anteile. In der erstgenannten Gruppe liegen die Konfidenzintervallgrenzen zwischen 0,6% und 14,7%, in zweitgenannter sind sie zwischen 0,2% und 19,6 %. Schwangerschaften von „27 bis 31 Wochen“ Dauer haben in den Einzeljahren Stichprobenanteile von 0% bis 2,7%. Die zugehörigen Konfidenzintervalle reichen bis maximal 7,6%. Nur insgesamt vier Säuglinge sind in der Klasse „kleiner 27 Wochen“ erfasst worden. Neugeborene, die unterhalb der 27. Schwangerschaftswoche lebend zur Welt kommen bilden somit absolute Ausnahmen.

### Schwangerschaftsdauer: Verteilung in den Einzeljahren

Jahr / Dauer	<27 Wochen	27-31 Wo.	32-36 Wo.	37-41 Wo.	>41 Wochen
1933 [M]	0,0%	1,7%	6,1%	80,0%	12,2%
[KI]	0,0-3,2%	0,2-6,1%	2,5-12,1%	71,5-86,9%	6,8-19,6%
1934 [M]	1,0%	1,9%	4,9%	85,4%	6,8%
[KI]	0,0-5,3%	0,2-6,8%	1,6-11,0%	77,1-91,6%	2,8-13,5%
1935 [M]	0,0%	0,9%	6,3%	83,9%	8,9%
[KI]	0,0-3,2%	0,0-4,9%	2,5-12,5%	75,8-90,2%	4,4-15,8%
1936 [M]	0,0%	0,9%	3,6%	87,5%	8,0%
[KI]	0,0-3,2%	0,0-4,9%	1,0-8,9%	79,9-93,0%	3,7-14,7%
1937 [M]	0,0%	1,8%	6,1%	85,1%	7,0%
[KI]	0,0-3,2%	0,2-6,2%	2,5-12,2%	77,2-91,1%	3,1-13,4%
1938 [M]	0,0%	2,7%	7,1%	83,2%	7,1%
[KI]	0,0-3,2%	0,6-7,6%	3,1-13,5%	75,0-89,6%	3,1-13,5%
1939 [M]	0,0%	0,0%	8,0%	84,8%	7,1%
[KI]	0,0-3,2%	0,0-3,2%	3,7-14,7%	76,8-90,9%	3,1-13,6%
1940 [M]	0,0%	0,9%	7,1%	88,5%	3,5%
[KI]	0,0-3,2%	0,0-4,8%	3,1-13,5%	81,1-93,7%	1,0-8,8%
1941 [M]	0,0%	0,9%	7,5%	83,2%	8,4%
[KI]	0,0-3,4%	0,0-5,1%	3,3-14,2%	74,7-89,7%	3,9-15,4%
1942 [M]	1,9%	1,9%	6,5%	86,1%	3,7%
[KI]	0,2-6,5%	0,2-6,5%	2,6-12,9%	78,1-92,0%	1,0-9,2%
1943 [M]	0,0%	1,8%	2,7%	91,8%	3,6%
[KI]	0,0-3,3%	0,2-6,4%	0,6-7,8%	85,0-96,2%	1,0-9,0%
1944 [M]	0,0%	1,0%	7,6%	89,5%	1,9%
[KI]	0,0-3,5%	0,0-5,2%	3,3-14,5%	82,0-94,7%	0,2-6,7%
1945 [M]	1,0%	2,9%	4,9%	86,4%	4,9%
[KI]	0,0-5,3%	0,6-8,3%	1,6-11,0%	78,2-92,4%	1,6-11,0%

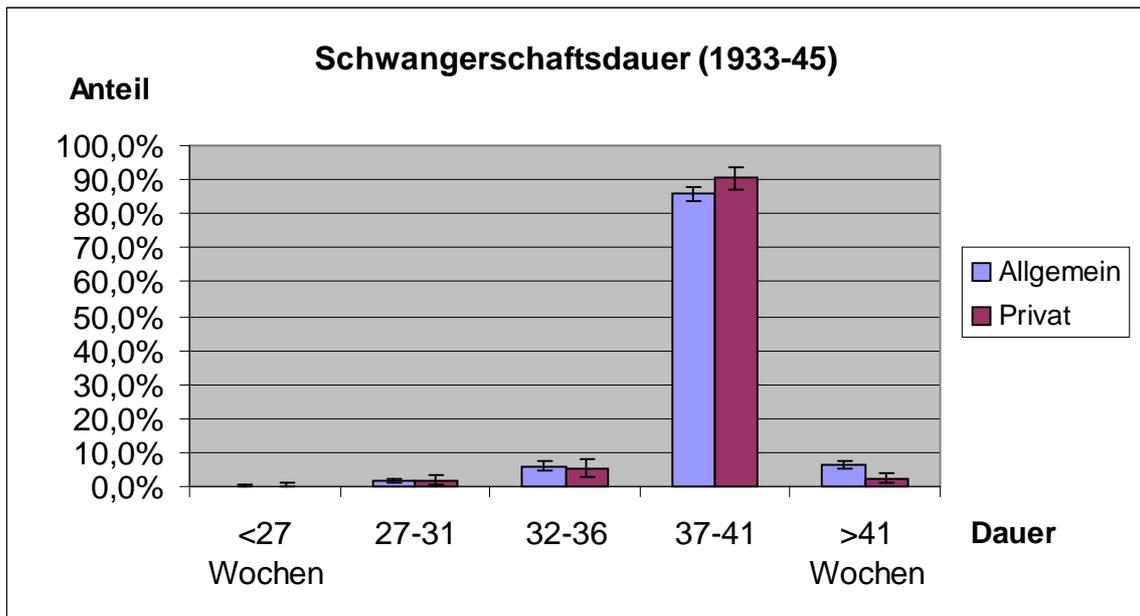
**Tabelle 8:** Verteilung der Schwangerschaftsdauer bei Allgemeinpatientinnen in fünf Klassen. Die 13 Jahre des Erhebungszeitraums werden einzeln betrachtet.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

Abbildung 19 zeigt die Verteilung von Allgemein- und Privatpatientinnen auf fünf Klassen für die Schwangerschaftsdauer. Die Einzeljahre sind hier zu einer Datenmenge zusammengefasst. Mit einem Konfidenzintervall von 83,9% bis 87,5% bei der Gruppe 1 und 87,4% bis 93,6% bei der Gruppe 2 ist die Klasse „37 bis 41 Wochen“ die mit Abstand größte. Signifikante Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen innerhalb der Klasse bestehen nicht. Die Klasse „größer 41 Wochen“ hat bei den Kassenpatientinnen einen Anteil zwischen 5,2% und 7,8%. Er ist damit signifikant höher als bei den Privatpatientinnen dieser Klasse, bei denen der Anteil 1,0% bis 4,3% erreicht. Innerhalb von „32 bis 36 Wochen“ liegen 6,0%

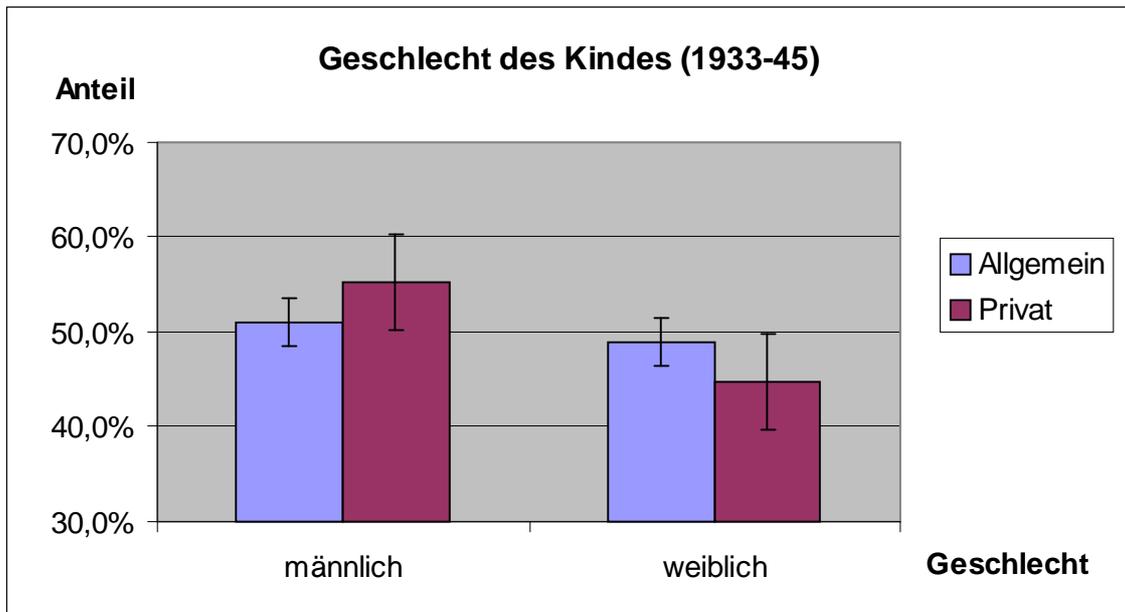
der Gruppe 1 Stichprobe, in der Gruppe 2 sind es mit 5,2% etwas weniger, ein signifikanter Unterschied innerhalb der Klasse besteht allerdings nicht. Bei den Allgemeinpatientinnen ist die Klasse „27 bis 31 Wochen“ mit einem Konfidenzintervall von 0,9% bis 2,2% und die Klasse „kleiner 27 Wochen“ mit 0,1% bis 0,7% jeweils signifikant kleiner als die vorausgehende. Bei den Privatpatientinnen sind diese Abstufungen nur tendenziell zu sehen.



**Abbildung 19:** Verteilung der Schwangerschaftsdauer bei Allgemein- und Privatpatientinnen in fünf Klassen. Die Daten aus den Einzeljahren sind zu einem Kollektiv zusammengefasst.

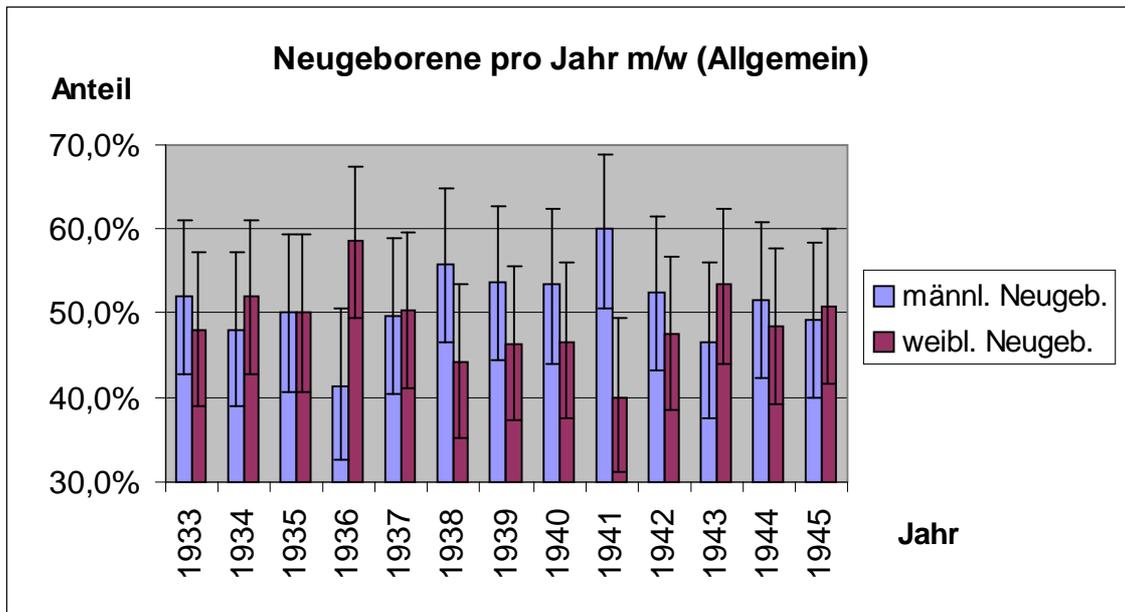
### 3.15 Geschlecht des Kindes

*Abbildung 20* zeigt den Anteil männlicher und weiblicher Neugeborener des gesamten Erfassungszeitraums in Prozent. Die Kinder von Allgemein- und Privatpatientinnen sind getrennt dargestellt. In beiden Gruppen sind die Stichprobenanteile der männlichen Säuglinge größer, wobei eine signifikant höhere Quote nur in der Gruppe 2 aufgezeigt werden kann. Hier liegt das Konfidenzintervall bei den Jungen zwischen 50,3% und 60,3%, bei den Mädchen korrespondierend zwischen 39,7% und 49,7%.



**Abbildung 20:** Anteil männlicher und weiblicher Neugeborener getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen. Die Daten des Erhebungszeitraums 1933 bis 1945 sind zusammengefasst.

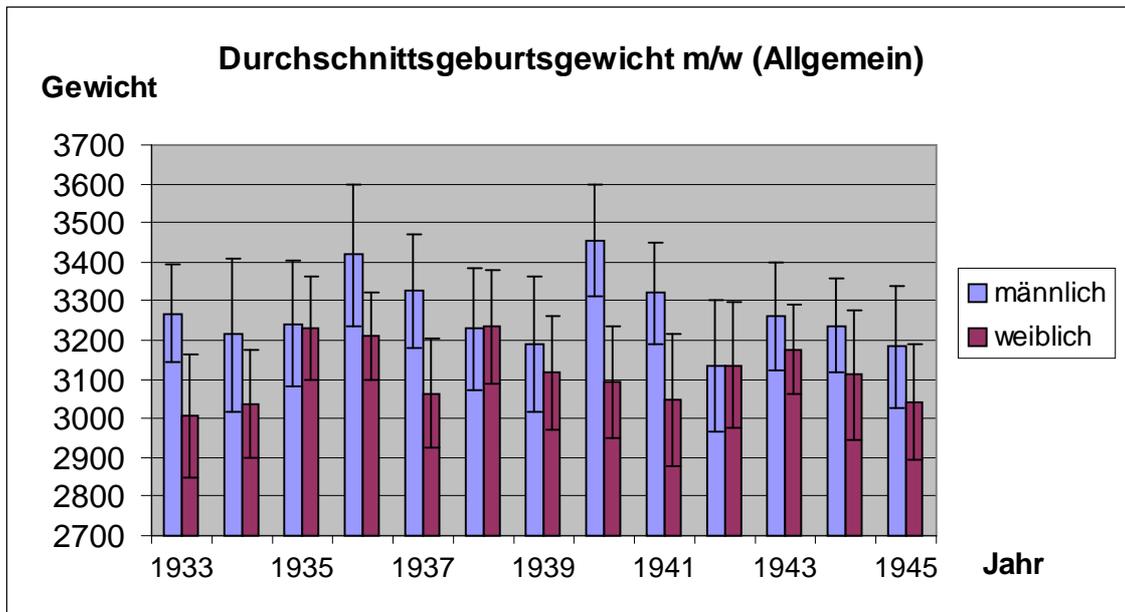
In *Abbildung 21* ist die Geschlechtsverteilung der Neugeborenen von Kassenpatientinnen für jedes erhobene Jahr einzeln aufgeführt. Die Stichprobenanteile der männlichen und weiblichen Säuglinge variieren in einigen Einzeljahren sehr stark. In den Jahren 1938 bis 1941 werden in der Stichprobe die höchsten männlichen Anteile erreicht. Sie liegen hier zwischen 53,3% und 60,0%. Signifikant höher ist die Geburtenrate bei den männlichen Neugeborenen nur im Jahr 1941. In fünf Jahrgängen übersteigt der Anteil an Mädchen in der Stichprobe den der Jungen, dabei wird der höchste Wert 1936 mit 58,5% erreicht. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle ist allerdings in keinem der Einzeljahre der Anteil an Mädchen signifikant höher.



**Abbildung 21:** Dargestellt sind die Anteile an männlichen und weiblichen Neugeborenen von Allgemeinpatientinnen in den Einzeljahren des ausgewerteten Zeitraums.

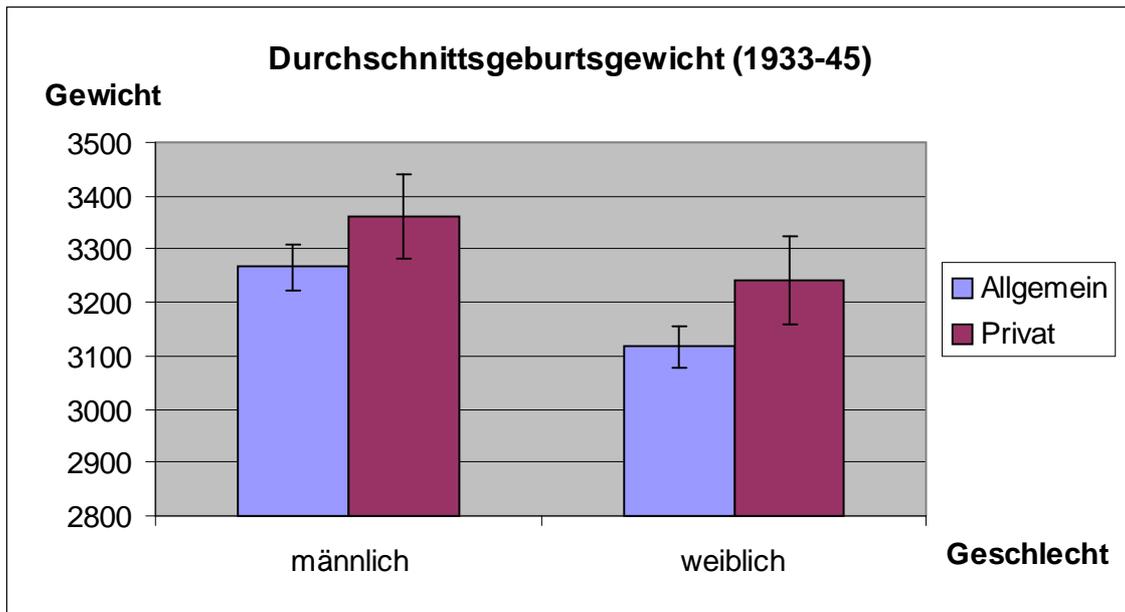
### 3.16 Geburtsgewicht

*Abbildung 22* stellt graphisch das Durchschnittsgeburtsgewicht in den einzelnen Jahren getrennt für männliche und weibliche Neugeborene von Allgemeinpatientinnen dar. Beide Gruppen zeigen eine deutlich schwankende Verteilung über den Erhebungszeitraum, ohne signifikant ansteigende oder abfallende Tendenzen. Das Durchschnittsgewicht der Jungen in den Stichproben ist in elf von 13 Einzeljahren höher als bei den Mädchen. Das niedrigste Durchschnittsgeburtsgewicht der Stichprobe wird bei den männlichen Neugeborenen mit 3133g im Jahr 1942 erreicht, das höchste im Jahr 1940 mit 3457g. Bei den weiblichen Neugeborenen liegt das Minimum der Stichprobe bei 3006g (1933), das Maximum bei 3234g (1938). Ein signifikanter Gewichtsunterschied ergibt sich innerhalb der Einzeljahre nur im Jahr 1940. Hier liegt das Konfidenzintervall der Jungen über dem der Mädchen. In den anderen Jahren kann nur ein tendenziell höheres männliches Geburtsgewicht beobachtet werden.



**Abbildung 22:** Angegeben ist das Durchschnittsgeburtsgewicht Neugeborener von Allgemeinpatientinnen für jedes einzelne Jahr des Erhebungszeitraums in Gramm. Männliche und weibliche Neugeborene sind getrennt dargestellt.

Abbildung 23 zeigt das Durchschnittsgeburtsgewicht männlicher und weiblicher Neugeborener. Hier werden allerdings Allgemeinpatienten- und Privatpatienten-Säuglinge unterschieden und die Einzeljahre des Erhebungszeitraums zu einer Datenmenge zusammengefasst. Das Geburtsgewicht der männlichen Kinder der Gruppe 1 zeigt sich dabei mit einem Stichproben-Durchschnittswert von 3266g signifikant höher als das der weiblichen, die einen Wert von 3117g in ihrer Stichprobe aufweisen. Die weiblichen Kinder der Gruppe 2 liegen beim Gewicht in etwa auf dem Niveau der männlichen Neugeborenen von Allgemeinpatienten und daher auch signifikant über der Gruppe der weiblichen Neugeborenen. Die Jungen von Privatpatientinnen erreichen mit einem Durchschnittsgewicht von 3361g in der Stichprobe den höchsten Wert. Ein signifikant höheres Gewicht können sie im Vergleich zu den Jungen von Kassenpatientinnen oder zu den Mädchen von Privatpatienten aber nicht aufweisen.



**Abbildung 23:** Durchschnittsgeburtsgewicht männlicher und weiblicher Neugeborener in Gramm, getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen dargestellt. Die Daten der Einzeljahre sind zusammengefasst.

In *Tabelle 9* ist die prozentuelle Verteilung der Geburtsgewichte in sechs Gewichtsklassen dargestellt. Dabei werden vier Gruppen unterschieden: männliche und weibliche Neugeborene von Allgemeinpatienten sowie männliche und weibliche Neugeborene von Privatpatienten. Der Erhebungszeitraum ist jeweils zu einem Datenkollektiv zusammengefasst. Die Klasse „3000g bis 3999g“ ist in allen vier Gruppen die signifikant größte. Die Konfidenzintervalle bewegen sich zwischen 57,0% und 73,5%, das Niveau zwischen den Gruppen ist somit in etwa gleich hoch, signifikante Unterschiede bestehen nicht. In der Klasse „größer 3999g“ befinden sich mit einem Konfidenzintervall von 7,7% bis 11,9% signifikant mehr männliche als weibliche Allgemeinpatientinnen-Neugeborene, die sich nur zwischen 3,0% und 5,9% bewegen. In dieser Klasse sind bei den Privatversicherten die Stichprobenanteile mit 12,9% (männlich) und 7,4% (weiblich) über denen der Allgemeinversicherten. Im gleichgeschlechtlichen Vergleich zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 gibt es aber keine signifikanten Unterschiede. Ebenso ist die Gruppe der männlichen „Privaten“ nur tendenziell größer als die der weiblichen. In der Klasse „2500g bis 2999g“ sind von den Stichprobenanteilen jeweils mehr weibliche Neugeborene vertreten. Die Stichprobenanteile der männlichen Säuglinge liegen bei 17,6% (Allgemein) und bei 12,4% (Privat). Entsprechend liegen sie bei den weiblichen Säuglingen bei 23,3% bzw. 19,4%. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle liegt allerdings kein

signifikanter Unterschied vor. In der Gewichtsklasse „1500g bis 2499g“ sind zwischen den vier Gruppen keine signifikanten Unterschiede zu sehen. Die prozentualen Anteile der Stichproben liegen bei Werten von 5,7% bis 10,3%. Deutlich niedriger sind die Anteile bei den Neugeborenen zwischen „1000g und 1499g“ Geburtsgewicht. Die Stichprobenanteile sind beim Vergleich der vier Gruppen gleichmäßig verteilt und liegen zwischen 0,9% und 1,4%, die dazugehörigen Konfidenzintervalle liefern Werte von 0,1% bis 4,1%. Daraus ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Neugeborene die unter 1000g lebend zur Welt kommen sind Ausnahmen. Bei den Kindern von Allgemeinpatientinnen sind jeweils nur drei in der Gruppe der männlichen und weiblichen Neugeborenen vertreten. Bei den Kindern von Privatpatienten sind in der Stichprobe keine lebenden Kinder unter 1000g erfasst worden.

#### Verteilung der Neugeborenen in Gewichtsklassen

		männlich-allgemein					
Zeitr./Gew.		<1000g	1000-1499g	1500-2499g	2500-2999g	3000g-3999g	>3999g
1933-45	[M]	0,4%	0,9%	7,3%	17,6%	64,1%	9,7%
	[KI]	0,1-1,1%	0,3-1,8%	5,6-9,3%	15,0-20,4%	60,7-67,5%	7,7-11,9%

		weiblich-allgemein					
Zeitr./Gew.		<1000g	1000-1499g	1500-2499g	2500-2999g	3000g-3999g	>3999g
1933-45	[M]	0,4%	1,2%	10,3%	23,3%	60,5%	4,3%
	[KI]	0,1-1,1%	0,5-2,2%	8,3-12,7%	20,3-26,4%	57,0-64,0%	3,0-5,9%

		männlich-privat					
Zeitr./Gew.		<1000g	1000-1499g	1500-2499g	2500-2999g	3000g-3999g	>3999g
1933-45	[M]	0,0%	1,4%	6,0%	12,4%	67,3%	12,9%
	[KI]	0,0-1,7%	0,3-4,0%	3,2-10,0%	8,4-17,6%	60,6-73,5%	8,7-18,1%

		weiblich-privat					
Zeitr./Gew.		<1000g	1000-1499g	1500-2499g	2500-2999g	3000g-3999g	>3999g
1933-45	[M]	0,0%	1,1%	5,7%	19,4%	66,3%	7,4%
	[KI]	0,0-2,1%	0,1-4,1%	2,8-10,3%	13,8-26,1%	58,8-73,2%	4,0-12,4%

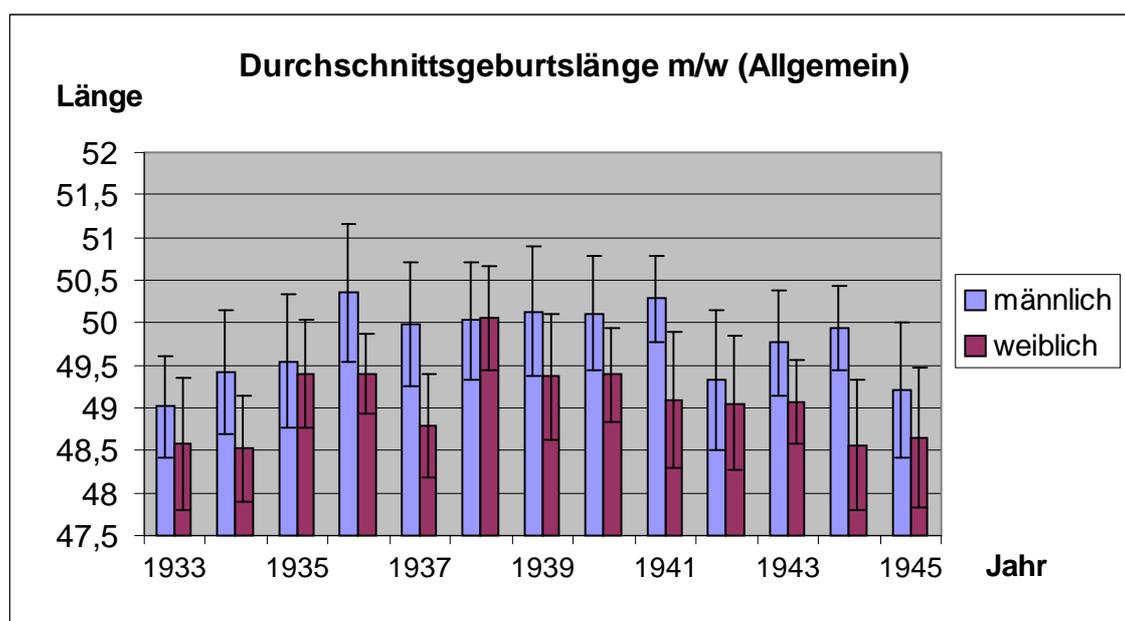
**Tabelle 9:** Verteilung des Geburtsgewichts in sechs Gewichtsklassen. Privat und Allgemein, sowie Jungen und Mädchen sind jeweils separat dargestellt. Die Einzeljahre sind zu einer Datenmenge zusammengefasst.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.17 Geburtslänge

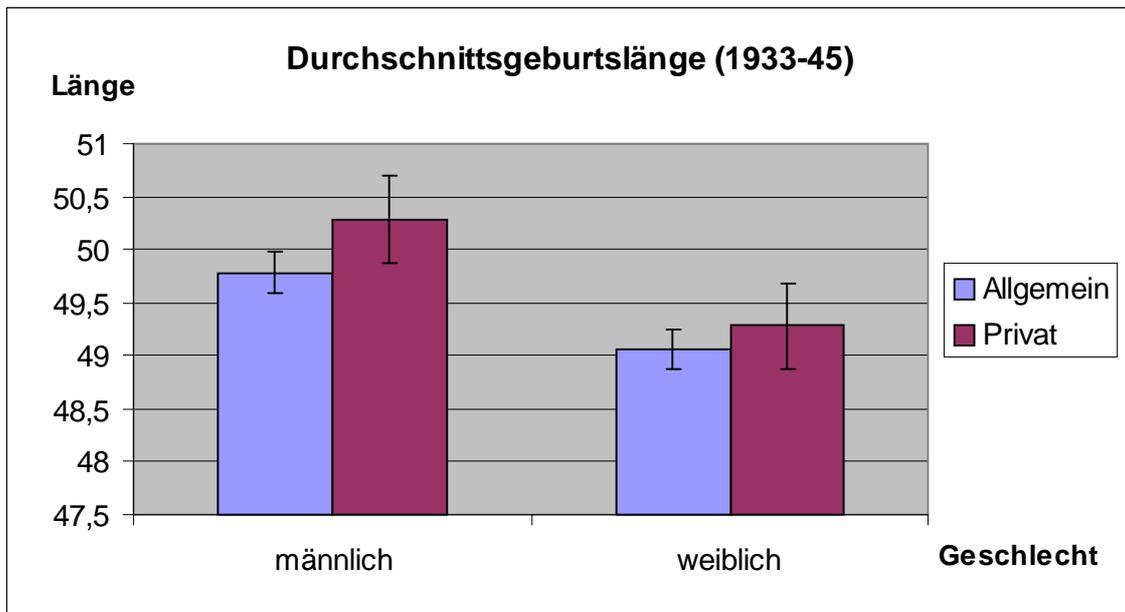
Abbildung 24 zeigt die Durchschnittslänge der Neugeborenen in den einzelnen Jahren 1933 bis 1945 getrennt für männliche und weibliche Säuglinge. In dieser Auswertung sind nur die Kinder von Allgemeinpatientinnen berücksichtigt. Die Verteilung beider Gruppen schwankt über die Jahre deutlich. Signifikant ansteigende oder abfallende Tendenzen sind nicht zu erkennen. Auffällig ist, dass die Durchschnittslängen der männlichen Stichprobe innerhalb der Einzeljahre bis auf das Jahr 1938 immer größer sind als die der weiblichen Stichprobe, signifikant allerdings nur im Jahr 1944. In den anderen Jahren ergibt sich nur ein tendenziell höherer Durchschnitt. Die niedrigste Durchschnittslänge der Stichprobe wird bei den männlichen Neugeborenen mit 49,0cm im Jahre 1933 erreicht, die höchste im Jahr 1936 mit 50,4cm. Bei den weiblichen Neugeborenen liegt das Minimum der Stichprobe bei 48,5cm (1934), das Maximum bei 50,1cm (1938).



**Abbildung 24:** Angegeben ist die Durchschnittsgeburtslänge Neugeborener von Allgemeinpatientinnen für jedes einzelne Jahr des Erhebungszeitraums in Zentimeter. Männliche und weibliche Neugeborene sind getrennt dargestellt.

In *Abbildung 25* wird auch die Durchschnittsgeburtslänge männlicher und weiblicher Säuglinge dargestellt. In dieser Graphik werden Neugeborene von Allgemein- und Privatpatientinnen unterschieden, die Daten des 13-jährigen Erhebungszeitraums sind zusammengefasst. Die Länge bei Geburt ist bei den

Jungen sowohl in der Gruppe 1 als auch in der Gruppe 2 signifikant höher als bei den entsprechenden Gruppen der Mädchen. Die Geburtslängen der männlichen Säuglinge liegen bei Stichprobendurchschnittswerten von 49,8cm (Allgemein) und 50,3cm (Privat). Bei den weiblichen Säuglingen sind die Durchschnittslängen bei 49,1cm für die Allgemeinpatienten-Stichprobe und bei 49,3cm für die Privat-Stichprobe. Somit sind die Kinder der Gruppe 2 im gleichgeschlechtlichen Vergleich tendenziell etwas größer als die der Gruppe 1. Ein signifikanter Unterschied liegt aber nicht vor.



**Abbildung 25:** Dargestellt ist die Durchschnittsgeburtslänge männlicher und weiblicher Neugeborener in Zentimeter, getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen. Die Daten der Einzeljahre sind zu einem Kollektiv zusammengefasst.

*Tabelle 10* zeigt die prozentuale Verteilung der Geburtslänge in fünf Klassen. Dabei werden die Gruppen der männlichen und weiblichen Neugeborenen von Allgemeinpatientinnen und der männlichen und weiblichen Neugeborenen von Privatpatientinnen unterschieden. Die Daten der 13 erfassten Einzeljahre sind jeweils zusammengefasst. In der Klasse „50 bis 54cm“ sind in allen vier Gruppen die höchsten Stichprobenanteile zu sehen. Außer bei den Kindern „weiblich-allgemein“ ist sie bei allen anderen Gruppen die signifikant größte Klasse. Die Gruppe „männlich-allgemein“ liegt mit einem Konfidenzintervall von 60,6% bis 67,4% hochsignifikant über der Gruppe „weiblich-allgemein“, die mit einem Anteil zwischen 45,7% und 52,9% deutlich darunter liegt. Bei den Jungen und Mädchen der Privatpatientinnen bestehen solche

signifikanten Unterschiede nicht. Allerdings ist der Anteil der weiblichen Säuglinge von Privatversicherten in dieser Klasse signifikant höher als die der weiblichen Säuglinge von Allgemeinversicherten. Die Klasse „45 bis 49cm“ stellt die zweitgrößte Gruppe dar. Auffallend ist, dass hier der Anteil neugeborener Mädchen von Allgemeinpatientinnen mit einem Stichprobenanteil von 45,7% signifikant stärker als die drei anderen Gruppen vertreten ist. Diese Klasse ist ziemlich exakt das Spiegelbild der vorher beschriebenen. Der weibliche Anteil ist auch bei den Privat-Säuglingen der Stichprobe höher als bei den männlichen, allerdings nicht signifikant. In der Klasse „40 bis 44cm“ bewegen sich die prozentualen Stichprobenanteile gleichmäßig verteilt zwischen 1,7% und 3,6% und somit auf einem deutlich niedrigeren Niveau als die beiden vorher genannten Klassen. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen nicht. Kinder mit einer Geburtslänge „kleiner 40cm“ sind mit Stichprobenanteilen von 1,0% bis 1,4% selten. Neugeborene mit einer Länge „größer 54cm“ sind ähnlich rar, wobei hier die Jungen von Allgemeinpatientinnen mit einem Konfidenzintervall von 0,8% bis 2,4% einen signifikant höheren Anteil haben als die Mädchen von Allgemeinpatientinnen. Diese liegen in einem Intervall zwischen 0,0% und 0,7%. Bei den Neugeborenen von Privatpatientinnen ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch hier ist der Anteil der Jungen höher, wobei keine signifikante Unterscheidung feststellbar ist.

### Verteilung der Neugeborenen nach Geburtslänge

#### männlich-allgemein

Zeitr./Länge	< 40 cm	40-44 cm	45-49 cm	50-54 cm	>= 55 cm
1933-45 [M]	1,0%	3,1%	30,5%	64,1%	1,5%
[KI]	0,4-2,0%	2,0-4,6%	27,3-33,8%	60,6-67,4%	0,8-2,4%

#### weiblich-allgemein

	< 40 cm	40-44 cm	45-49 cm	50-54 cm	>= 55 cm
1933-45 [M]	1,3%	3,6%	45,7%	49,3%	0,1%
[KI]	0,6-2,4%	2,4-5,2%	42,1-49,3%	45,7-52,9%	0,0-0,7%

#### männlich-privat

	< 40 cm	40-44 cm	45-49 cm	50-54 cm	>= 55 cm
1933-45 [M]	1,4%	2,8%	22,1%	71,9%	1,8%
[KI]	0,3-4,0%	1,0-5,9%	16,8-28,2%	65,4-77,8%	0,5-4,7%

#### weiblich-privat

	< 40 cm	40-44 cm	45-49 cm	50-54 cm	>= 55 cm
1933-45 [M]	1,1%	1,7%	34,5%	62,6%	0,0%
[KI]	0,1-4,1%	0,4-5,0%	27,5-42,1%	55,0-69,8%	0,0-2,1%

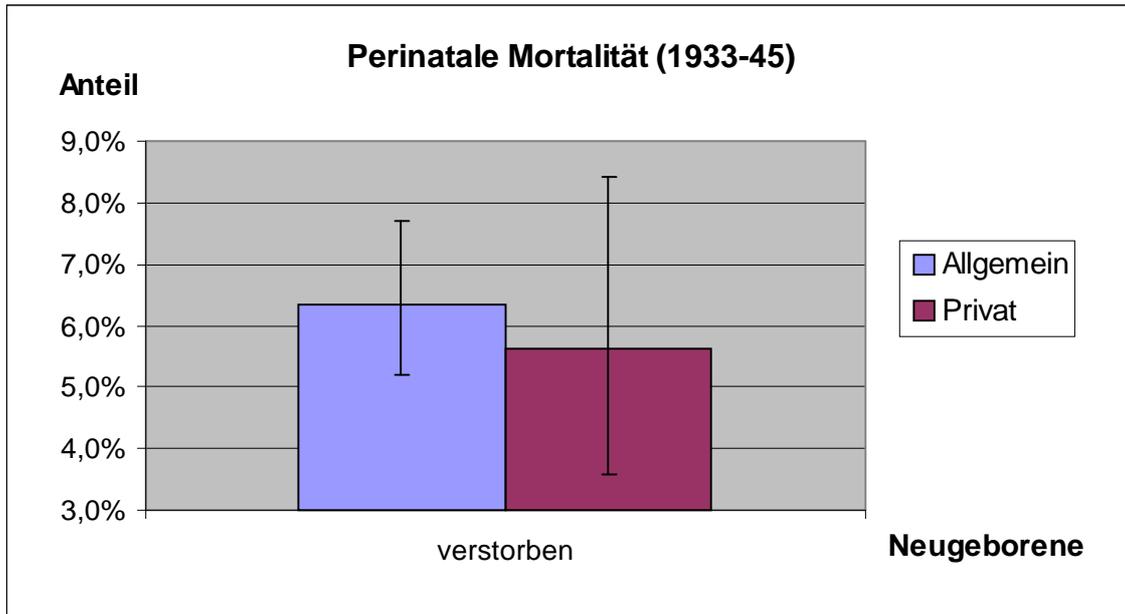
**Tabelle 10:** Verteilung der Geburtslänge in fünf Klassen. Privat- und Allgemeinpatienten sowie Jungen und Mädchen sind jeweils separat dargestellt. Die Einzeljahre sind zu einer Datenmenge zusammengefasst.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

### 3.18 Perinatale Mortalität

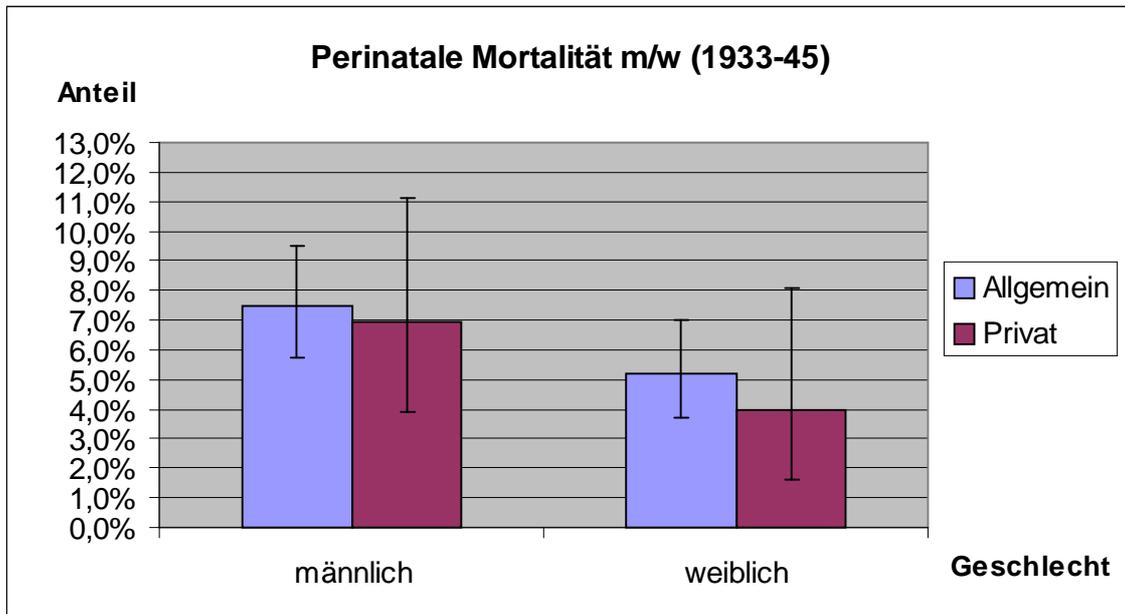
Abbildung 26 zeigt die durchschnittliche perinatale Mortalität über den gesamten Erhebungszeitraum getrennt für Kinder von Gruppe 1 und Gruppe 2. Der Stichprobenanteil ist mit 6,3% verstorbenen Neugeborenen bei den Allgemeinpatientinnen etwas höher als die 5,6% bei den Privatpatienten. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle bestehen aber keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.



**Abbildung 26:** Dargestellt ist der Anteil der während der ersten sieben Tage verstorbenen Neugeborenen von Allgemein- und Privatpatientinnen im Zeitraum 1933 bis 1945.

In *Abbildung 27* ist ebenfalls die perinatale Mortalität über den 13-jährigen Erhebungszeitraum dargestellt. Allerdings werden neben den Gruppen der Neugeborenen von Kassen- und Privatpatienten zusätzlich männliche und weibliche Säuglinge getrennt aufgeführt.

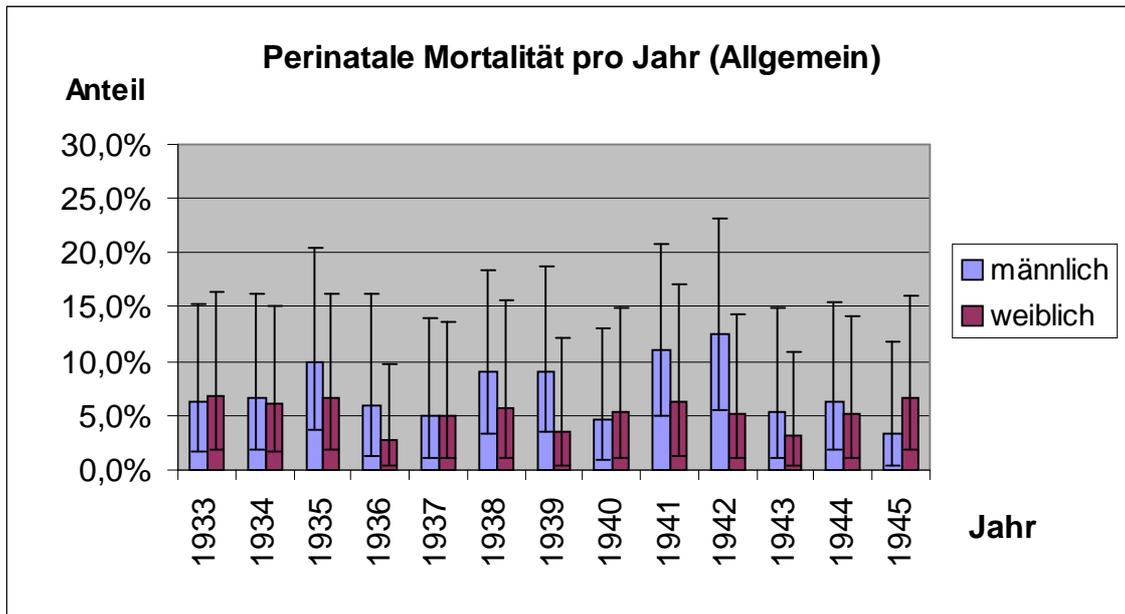
Dabei sieht man bei den männlichen Neugeborenen Mortalitätsraten in der Stichprobe von 7,4% in der Gruppe der Allgemeinpatienten und 6,9% in der Gruppe der Privatpatienten. Die Stichprobenanteile bei den Mädchen liegen mit 5,2% für Kinder von Kassenpatientinnen und 4,0% für Kinder von Privatpatientinnen niedriger. Berücksichtigt man die Konfidenzintervalle kann dies allerdings nur als Tendenz gewertet werden, signifikant unterscheidet sich keine der vier Gruppen.



**Abbildung 27:** Dargestellt ist der Anteil der während der ersten sieben Tage verstorbenen Neugeborenen von Kassen- und Privatpatientinnen separat für Jungen und Mädchen im Zeitraum 1933 bis 1945.

*Abbildung 28* stellt graphisch die perinatale Mortalität der Kinder von Kassenpatientinnen in den einzelnen Jahren dar, dabei werden männliche und weibliche Neugeborene getrennt betrachtet.

Die Verteilung der Mortalitätsraten über die Jahre folgt keinem speziellen Muster. Die Schwankungen in den Stichproben sind relativ groß. Bei den Jungen wird der niedrigste Stichprobenwert mit 3,4% im Jahr 1945 erreicht, der höchste im Jahre 1942 mit 12,5%. Trotz dieser deutlichen Unterschiede sind auf Grund großer Konfidenzintervalle keine signifikanten Unterschiede abzuleiten. Bei den Mädchen wird die niedrigste Mortalitätsrate in der Stichprobe des Jahres 1936 erreicht. Sie beträgt 2,8%. Die höchste Rate mit 6,8% kann man im Jahr 1933 beobachten. In zehn von 13 Jahren liegen die Stichprobenanteile für die perinatale Mortalität bei den männlichen Kindern höher als bei den weiblichen. Aber auch hier kann man nur von Tendenzen sprechen. Unter Einbeziehung der Konfidenzintervalle sind keine signifikanten Unterscheidungen möglich.



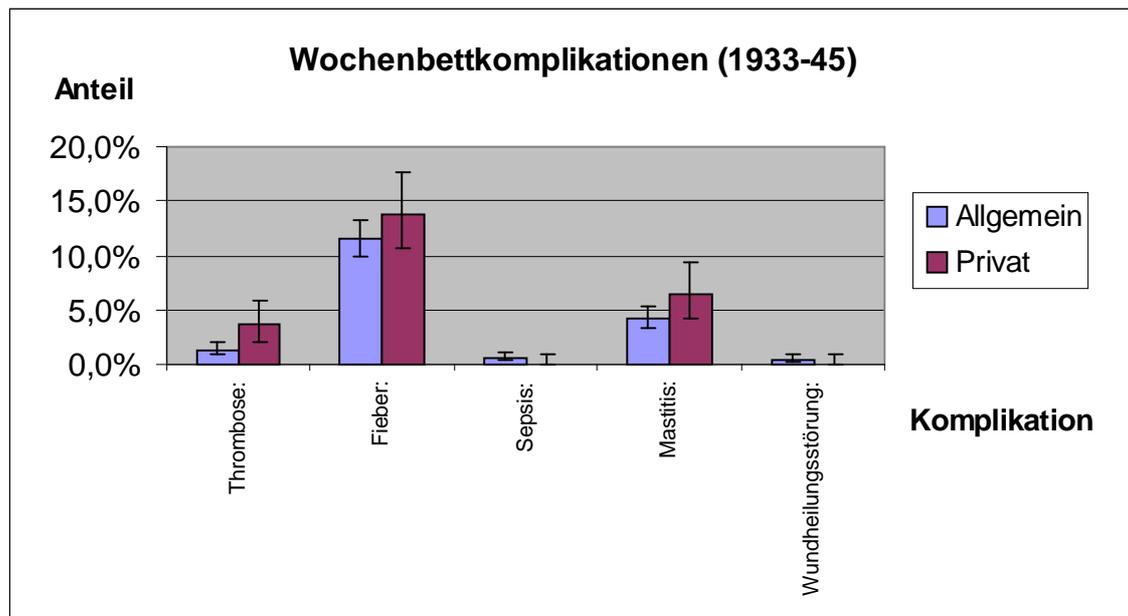
**Abbildung 28:** Perinatale Mortalitätsraten der Kinder von Allgemeinpatientinnen in den Einzeljahren 1933 bis 1945.

### 3.19 Wochenbettkomplikationen

In *Abbildung 29* sind die fünf häufigsten im Erhebungszeitraum aufgetretenen Wochenbettkomplikationen getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen dargestellt.

Die signifikant am häufigsten auftretende Komplikation ist sowohl bei der Gruppe 1 als auch bei der Gruppe 2 „Fieber“ im Wochenbett. Das Konfidenzintervall liegt hier bei den Allgemeinpatientinnen mit einem Anteil von 9,9% bis 13,2% etwas niedriger als das von 10,6% bis 17,7% reichende Intervall bei den Privatpatientinnen. Ein signifikanter Unterschied besteht aber somit nicht. Mit einem Stichprobenanteil von 4,2% bei den Kassenpatientinnen und 6,4% bei den privatversicherten Frauen ist die „Mastitis“ die zweithäufigste Komplikation beider Stichproben. Das zugehörige Konfidenzintervall liegt bei den Allgemeinpatientinnen zwischen 3,3% und 5,4% und somit ist diese Komplikation signifikant häufiger als „Thrombose“, „Sepsis“ und „Wundheilungsstörung“. Letztere drei unterscheiden sich bei der Gruppe 1 in ihren prozentualen Anteilen nicht signifikant. Bei der Gruppe 2 ist die „Mastitis“ mit einem Konfidenzintervall zwischen 4,2% und 9,3% zwar auch häufig, aber nicht signifikant größer als die „Thrombose“, die bei den

Privatpatientinnen mit einem Anteil von 2,0% bis 5,9% ebenfalls relativ stark vertreten ist. Auffallend ist, dass bei den Privatpatientinnen keine Frauen mit „Sepsis“ oder „Wundheilungsstörung“ erfasst worden sind. Somit liegen die Stichprobenanteile für diese beiden Wochenbettkomplikationen bei 0,0% und sind unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle signifikant weniger häufig als „Thrombosen“.



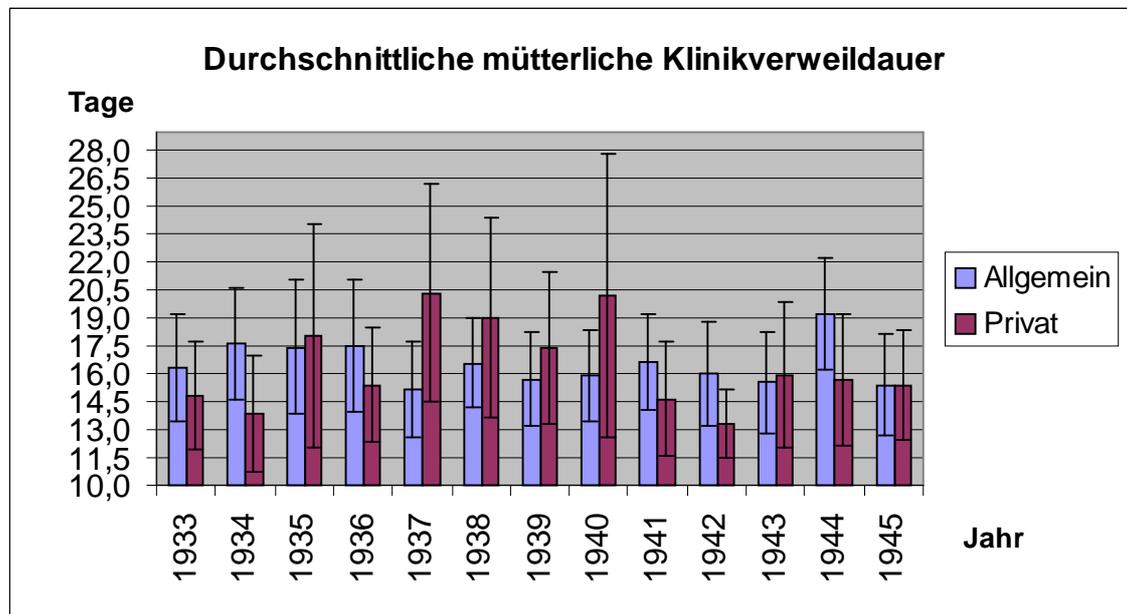
**Abbildung 29:** Darstellung der im Zeitraum 1933 bis 1945 am häufigsten aufgetretenen Wochenbettkomplikationen bei Allgemein- und Privatpatientinnen.

### 3.20 Stationäre Verweildauer

*Abbildung 30* zeigt die durchschnittliche stationäre Verweildauer der Mütter in den einzelnen Jahren des Erhebungszeitraums aufgeschlüsselt nach Allgemein- und Privatpatientinnen.

Die durchschnittliche Verweildauer schwankt in den Einzeljahren in der Gruppe 2 stärker als in der Gruppe der Kassenpatientinnen. Signifikant auf- oder absteigende Tendenzen sind in beiden Gruppen nicht zu erkennen. Bei den Allgemeinpatientinnen wird die höchste durchschnittliche Klinikverweildauer in der Stichprobe des Jahres 1944 mit 19,3 Tagen erreicht, die niedrigste mit 15,1 Tagen im Jahre 1937. Bei den Privatpatientinnen wird entsprechend der kleinste Stichprobenwert mit 13,3 Tagen 1942 gemessen, der größte Durchschnittswert mit 20,3 Tagen im Jahr 1937. Aufgrund großer

Konfidenzintervalle sind sowohl beim Vergleich der Einzeljahre als auch beim Vergleich der Aufenthaltsdauer von Allgemein- und Privatpatientinnen keine signifikanten Unterschiede nachweisbar.



**Abbildung 30:** Dargestellt ist die durchschnittliche Klinikverweildauer der Allgemein- und Privatpatientinnen in den Einzeljahren 1933 bis 1945.

In *Tabelle 11* ist die Verteilung der Klinikverweildauer von Allgemeinpatientinnen auf sechs Klassen über alle erhobenen Einzeljahre zu sehen.

Die Klasse „7 bis 13 Tage“ ist in allen Jahren die signifikant größte. Es treten in den Einzeljahren dieser Klasse aber deutliche Schwankungen auf. Der höchste Stichprobenanteil mit 74,2% wird im Jahr 1939 erreicht. Auffällig ist, dass die mit Abstand niedrigsten Anteile unter 50% in den Jahren 1944 und 1945 auftreten. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle sind die Verteilungsunterschiede zum Teil signifikant. Die zweitgrößte Klasse ist die mit „14 bis 21 Tagen“ Aufenthaltsdauer. Hier bewegen sich die Stichprobenanteile zwischen 10,8% (1939) und 19,5% (1941). Die Schwankungen innerhalb dieser Klasse sind geringer und ohne erkennbares Muster, signifikante Unterschiede sind zwischen den Jahren nicht vorhanden. Gleiches gilt für die Klasse „22 bis 40 Tage“. Sie ist mit prozentualen Stichprobenanteilen zwischen 5,9% im Jahr 1933 und 15,0% im Jahr 1944 tendenziell kleiner als die Klasse „14 bis 21 Tage“, signifikant unterscheiden sich beide Klassen aber in keinem der Einzeljahre. Die Klasse „größer 40 Tage“ liegt mit ihren Anteilen in den Einzeljahren ungefähr auf gleichem

Niveau wie die vorher beschriebene. Auch hier gibt es keine auffälligen an- oder absteigenden Tendenzen. Signifikante Unterschiede zwischen den Einzeljahren sind ebenfalls nicht zu erkennen. Die Klasse „3 bis 6 Tage“ zeigt hingegen deutliche Auffälligkeiten. Zwischen 1933 und 1941 liegen die Stichprobenanteile durchgehend auf sehr niedrigem Niveau und bewegen sich zwischen 0,0% und 2,5%. 1942 findet ein Anstieg auf 4,2% Stichprobenanteil statt, der sich in den Jahren 1943 bis 1944 auf 8,4% steigert und sein Maximum 1945 mit 15,1% erreicht. Mit einem Konfidenzintervall von 9,2% bis 22,8% ist der Anteil an Patientinnen im Jahr 1945 innerhalb dieser Klasse sehr hoch. Insgesamt nur zwei Allgemeinpatientinnen haben eine Klinikverweildauer von „1 bis 2 Tagen“ aufzuweisen.

#### Klinikaufenthaltsdauer in den Einzeljahren

Jahr/Dauer	1-2 Tage	3-6 Tage	7-13 Tage	14-21 Tage	22-40 Tage	größer 40 T.
1933 [M]	0,0%	0,8%	70,3%	14,4%	5,9%	8,5%
[KI]	0,0-3,1%	0,0-4,6%	61,2-78,4%	8,6-22,1%	2,4-11,8%	4,1-15,0%
1934 [M]	0,0%	2,5%	63,0%	15,1%	10,1%	9,2%
[KI]	0,0-3,1%	0,5-7,2%	53,7-71,7%	9,2-22,8%	5,3-17,0%	4,7-15,9%
1935 [M]	0,8%	0,0%	69,5%	11,9%	10,2%	7,6%
[KI]	0,0-4,6%	0,0-3,1%	60,3-77,6%	6,6-19,1%	5,4-17,1%	3,5-14,0%
1936 [M]	0,0%	0,0%	70,8%	12,5%	9,2%	7,5%
[KI]	0,0-3,0%	0,0-3,0%	61,8-78,8%	7,2-19,8%	4,7-15,8%	3,5-13,8%
1937 [M]	0,0%	0,8%	72,3%	10,9%	10,9%	5,0%
[KI]	0,0-3,1%	0,0-4,6%	63,3-80,1%	5,9-18,0%	5,9-18,0%	1,9-10,7%
1938 [M]	0,0%	1,7%	63,0%	16,0%	10,9%	8,4%
[KI]	0,0-3,1%	0,2-5,9%	53,7-71,7%	9,9-23,8%	5,9-18,0%	4,1-14,9%
1939 [M]	0,0%	0,8%	74,2%	10,8%	6,7%	7,5%
[KI]	0,0-3,0%	0,0-4,6%	65,4-81,7%	5,9-17,8%	2,9-12,7%	3,5-13,8%
1940 [M]	0,0%	0,0%	68,9%	13,4%	10,1%	7,6%
[KI]	0,0-3,1%	0,0-3,1%	59,8-77,1%	7,9-20,9%	5,3-17,0%	3,5-13,9%
1941 [M]	0,0%	0,0%	63,6%	19,5%	9,3%	7,6%
[KI]	0,0-3,1%	0,0-3,1%	54,2-72,2%	12,8-27,8%	4,7-16,1%	3,5-14,0%
1942 [M]	0,0%	4,2%	68,3%	11,7%	7,5%	8,3%
[KI]	0,0-3,0%	1,4-9,5%	59,2-76,5%	6,5-18,8%	3,5-13,8%	4,1-14,8%
1943 [M]	0,0%	8,4%	59,7%	17,6%	7,6%	6,7%
[KI]	0,0-3,1%	4,1-14,9%	50,3-68,6%	11,3-25,7%	3,5-13,9%	2,9-12,8%
1944 [M]	0,0%	8,3%	48,3%	15,8%	15,0%	12,5%
[KI]	0,0-3,0%	4,1-14,8%	39,1-57,6%	9,8-23,6%	9,1-22,7%	7,2-19,8%
1945 [M]	0,8%	15,1%	48,7%	16,0%	10,9%	8,4%
[KI]	0,0-4,6%	9,2-22,8%	39,5-58,1%	9,9-23,8%	5,9-18,0%	4,1-14,9%

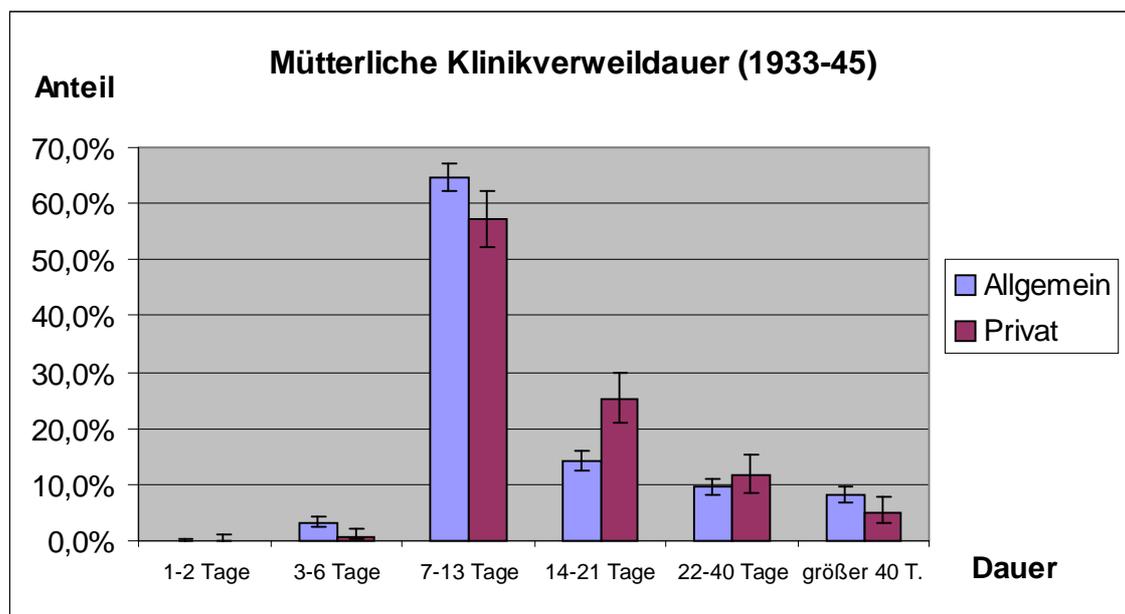
**Tabelle 11:** Verteilung der Klinikverweildauer bei Allgemeinpatientinnen in sechs Klassen. Die 13 Jahre des Erhebungszeitraums werden einzeln betrachtet.

[M] = Stichprobenanteil

[KI] = Konfidenzintervall

Abbildung 31 zeigt die Verteilung der Klinikverweildauer auf sechs Klassen getrennt für Allgemein- und Privatpatientinnen. Die 13 Einzeljahre des Erhebungszeitraums sind dabei zusammengefasst.

Bei der Gruppe 1 ist eine stationäre Aufenthaltsdauer von „7 bis 13 Tagen“ mit einem Anteil von knapp zwei Drittel die mit Abstand größte Klasse. Auch bei der Gruppe 2 ist sie mit 57,3% Stichprobenanteil die signifikant größte Klasse. Unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle unterscheiden sich beide Stichproben nicht signifikant. „14 bis 21 Tage“ Klinikverweildauer weisen 14,3% Frauen der Allgemeinpatientinnen-Stichprobe und 25,2% der Privatpatientinnen-Stichprobe auf. Sie bildet somit bei beiden Stichproben die zweitgrößte Klasse, wobei signifikant mehr Privat- als Allgemeinpatientinnen in dieser Klasse vertreten sind. Die Klassen „22 bis 40 Tage“ und „größer 40 Tage“ unterscheiden sich bei den Kassenpatientinnen mit Stichprobenanteilen von 9,6% bzw. 8,1% nicht signifikant, bei den Privatversicherten mit Anteilen von 11,6% bzw. 5,1% allerdings schon. In der Klasse „3 bis 6 Tage“ sind sowohl in der Allgemein- als auch in der Privat-Stichprobe nochmals signifikant weniger Frauen zu finden. Hier liegt der Stichprobenanteil bei den Allgemeinpatientinnen bei nur 3,3%, aber dennoch signifikant höher als bei den Privatpatientinnen mit einem prozentualen Anteil von 0,8%. Die Klasse „1 bis 2 Tage“ spielt mit 0,1% Stichprobenanteil bei der Gruppe 1 und 0,0% bei der Gruppe 2 keine Rolle.

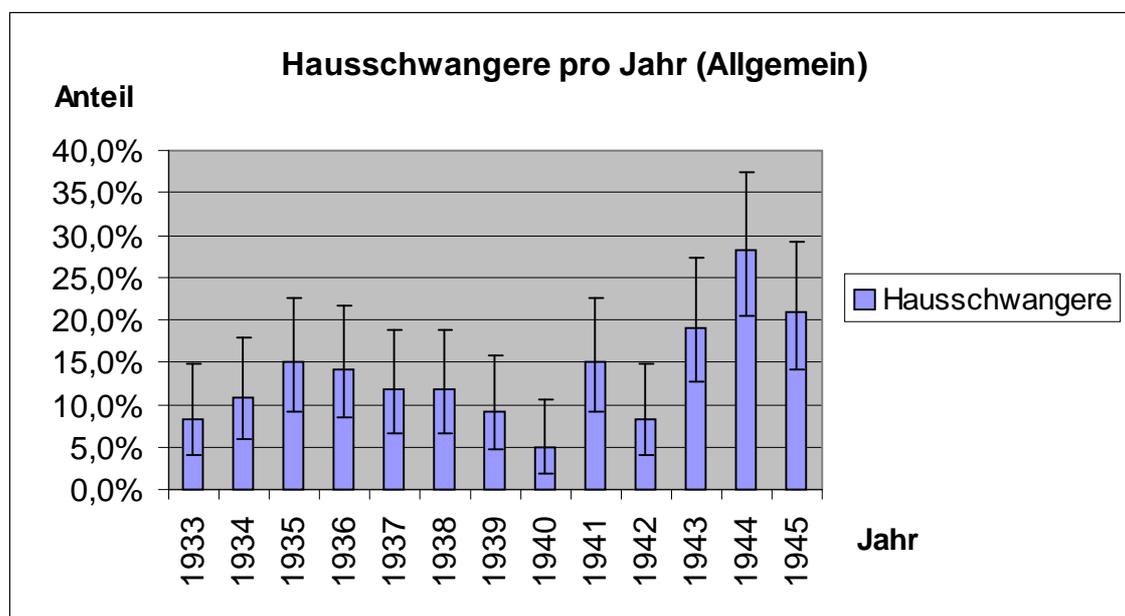


**Abbildung 31:** Verteilung der mütterlichen Klinikverweildauer bei Allgemein- und Privatpatientinnen in sechs Klassen. Die Daten aus den Einzeljahren sind zu einem Kollektiv zusammengefasst.

### 3.21 Hausschwangere

In *Abbildung 32* ist der Anteil der Hausschwangeren bei den Allgemeinpatientinnen für jedes Einzeljahr des Erhebungszeitraums dargestellt.

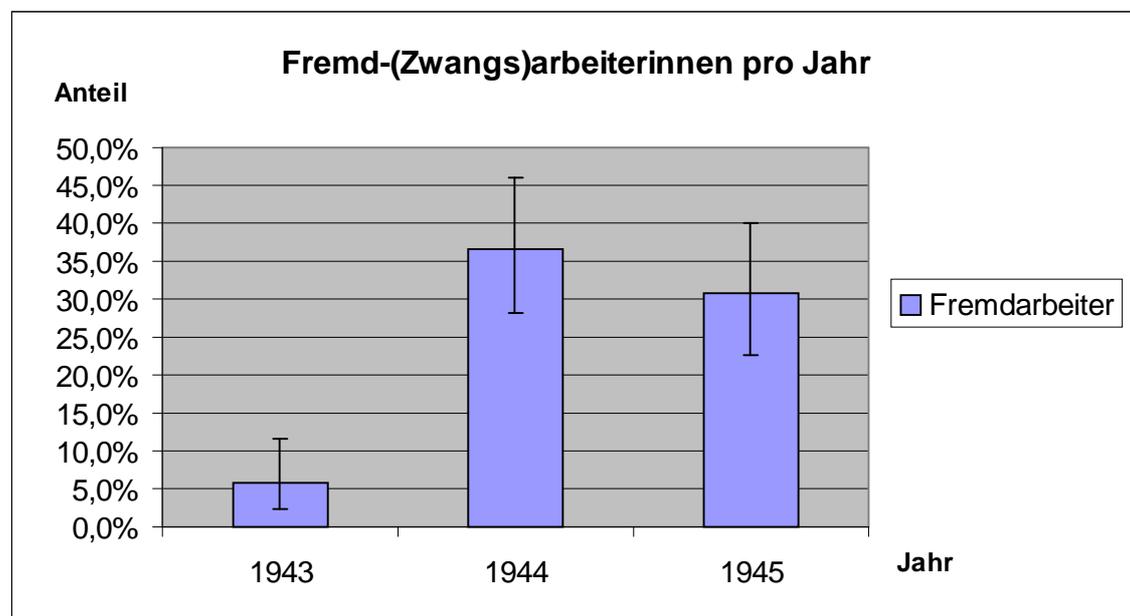
Die Schwankungsbreite in den Einzeljahren ist sehr groß, wobei kein eindeutiges Verteilungsmuster erkennbar ist. Allerdings sind die höchsten Stichprobenanteile in den Jahren 1943 bis 1945 zu finden. Den niedrigsten Hausschwangerenanteil der Stichprobe findet man mit 5,0% im Jahr 1940, den höchsten Anteil mit 28,3% im Jahr 1944. Unter Einbeziehung der Konfidenzintervalle sind 1944 signifikant mehr Hausschwangere vorhanden als in sieben weiteren Jahren des Erhebungszeitraums. Die anderen Jahre unterscheiden sich meist nicht signifikant voneinander.



**Abbildung 32:** Dargestellt ist der Anteil der Hausschwangeren bei den Allgemeinpatientinnen für jedes Einzeljahr.

### 3.22 Fremdarbeiterinnen

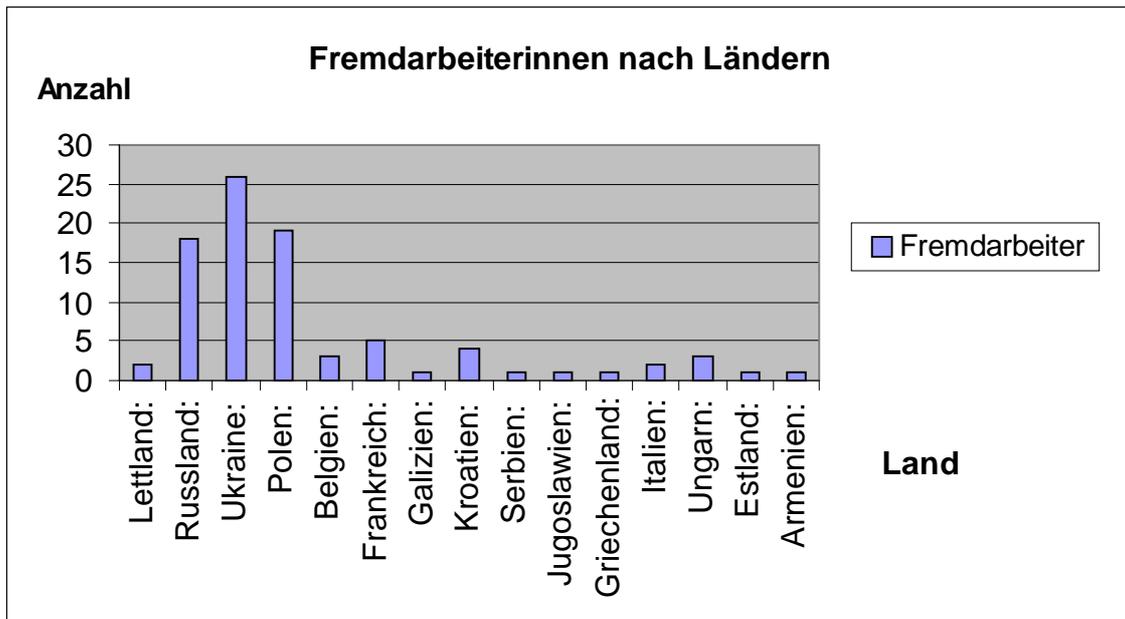
Abbildung 33 zeigt den Anteil der entbindenden Fremdarbeiterinnen/Zwangsarbeiterinnen in den Stichproben der Einzeljahre. Vor 1943 sind in der ausgewerteten Stichprobe der I. Universitätsfrauenklinik München keine Fremdarbeiterinnen erfasst worden. Erst ab 1943 erscheinen bei der Auswertung entbindende ausländische Fremd- und Zwangsarbeiterinnen in den Geburtsjournalen. 1943 ist ihr Stichprobenanteil mit 5,8% noch relativ klein. 1944 erfolgt ein sprunghafter Anstieg auf 36,7%, 1945 sind mit 30,8% entbindender Fremdarbeiterinnen in der Stichprobe wieder etwas weniger vertreten. Einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden letzteren Jahren gibt es allerdings nicht.



**Abbildung 33:** Anteil der Fremd-/Zwangsarbeiterinnen bei den Allgemeinpatientinnen in den Einzeljahren.

Abbildung 34 gibt einen Überblick, auf welche Nationalitäten sich die 88 in der Stichprobe gefundenen Fremd- und Zwangsarbeiterinnen verteilen.

Hier wird deutlich, dass die drei mit Abstand wichtigsten Herkunftsländer Russland mit 18 Frauen, die Ukraine mit 26 und Polen mit 19 Frauen sind. Alle anderen Länder stellen jeweils nur fünf oder weniger Frauen in der Stichprobe. Insgesamt sind 15 Länder vertreten, darunter auch Verbündete des Dritten Reichs.

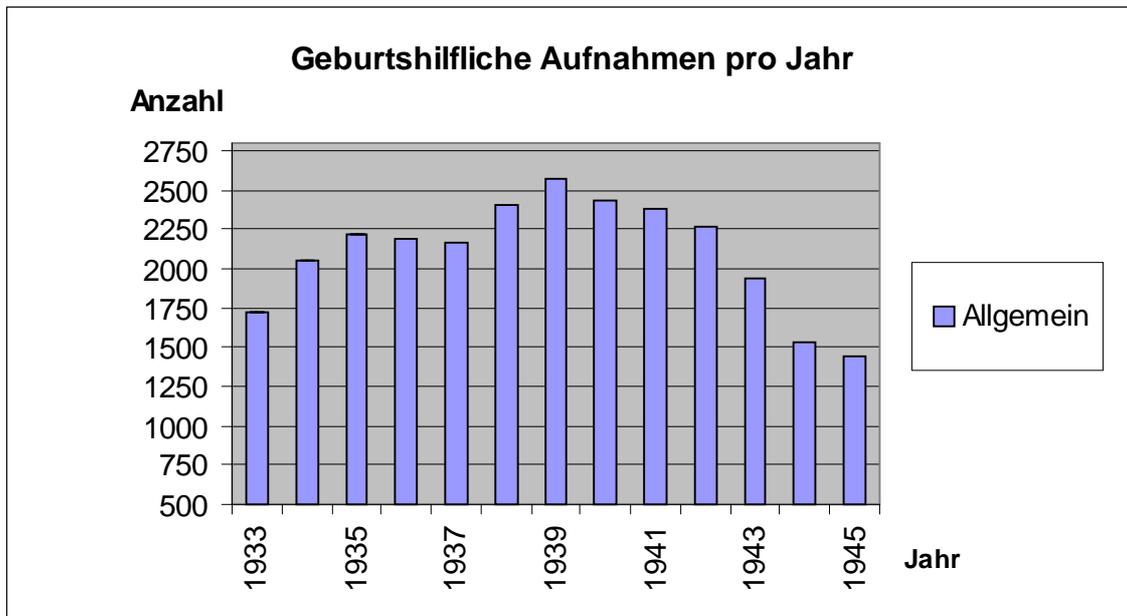


**Abbildung 34:** Verteilung der Fremd-/Zwangsarbeiterinnen auf ihre Herkunftsländer. Dargestellt sind die Absolutzahlen der ausgewerteten Stichprobe.

### 3.23 Aufnahmen auf die Geburtshilfliche Abteilung

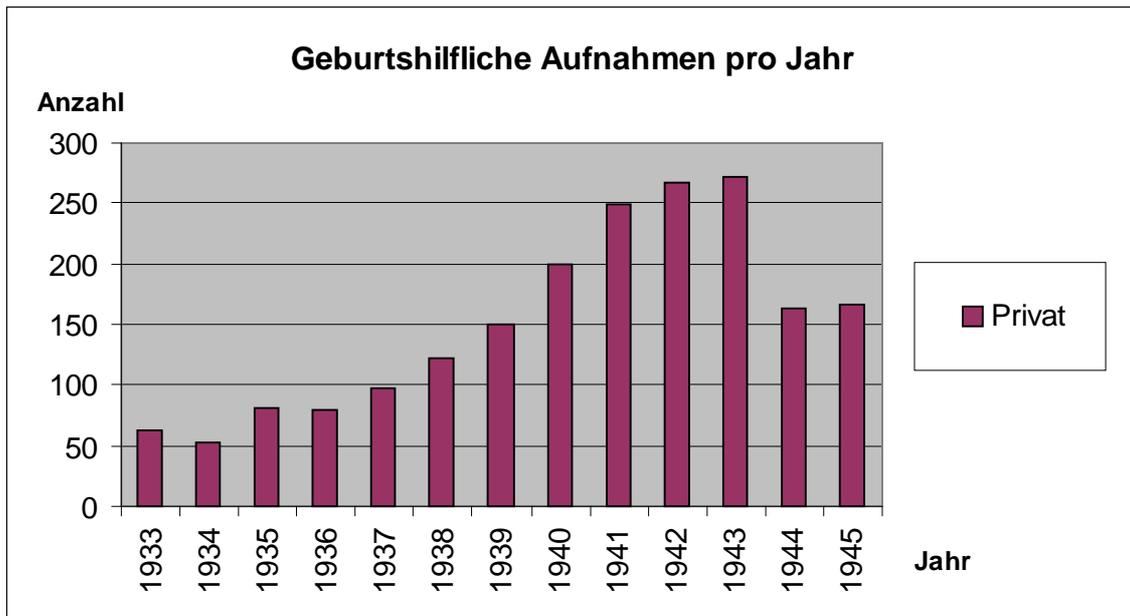
*Abbildung 35* zeigt die absolute Anzahl stationärer Aufnahmen von Allgemeinpatientinnen auf die Geburtshilfliche Abteilung der I. UFK München für die Einzeljahre von 1933 bis 1945.

Von 1933 bis 1935 steigt die Anzahl der Allgemeinpatientinnen deutlich von 1723 auf 2212 Frauen an. Danach sieht man zwei Jahre mit leichter Stagnation und anschließend erneut einen beträchtlichen Anstieg in den Jahren 1938 und 1939. Insgesamt zeigt sich zwischen 1933 und 1939 ein zunehmender Trend an stationären Aufnahmen. Nach 1939 fallen die Aufnahmen wieder kontinuierlich ab. Zwischen 1940 und 1942 noch langsam, ab 1943 kommt es zu einem starken Einbruch.



**Abbildung 35:** Anzahl der auf die Geburtshilfliche Abteilung aufgenommenen Allgemeinpatientinnen in den Einzeljahren 1933 bis 1945.

In *Abbildung 36* ist die Zahl der auf die Geburtshilfliche Abteilung aufgenommenen Privatpatientinnen in den Einzeljahren dargestellt. Von 1936 bis 1943 ist ein intakter Aufwärtstrend bei den stationären Aufnahmen zu sehen, der zwischen 1939 und 1941 die stärksten Zuwachsraten mit jeweils plus 50 Patientinnen pro Jahr aufweist. Die Jahre 1942 und 1943 bilden mit knapp über 270 geburtshilflich aufgenommenen Patientinnen die Spitze. 1944 und 1945 folgt dann ein starker Rückgang auf etwas mehr als 160 Patientinnen pro Jahr.



**Abbildung 36:** Anzahl der auf die Geburtshilfliche Abteilung aufgenommenen Privatpatientinnen in den Einzeljahren 1933 bis 1945.

### 3.24 Zwangsabtreibungen, Zwangssterilisationen und Euthanasie

Bei den Auswertungen der Geburtsjournale sind von den insgesamt 1560 untersuchten Entbindungen bei den Allgemeinpatientinnen vier im Zusammenhang mit Zwangssterilisationen und Zwangsabtreibungen aufgefallen. Dabei handelt es sich in zwei Fällen um Schwangerschaftsunterbrechungen mit anschließender Sterilisation, einmal um eine Sterilisation nach normaler Entbindung und einmal um eine Schwangerschaftsunterbrechung bei einer Zwangsarbeiterin (Ostarbeiterin) ohne Sterilisation. Die Fälle werden im Folgenden kurz tabellarisch dargestellt und in der Diskussion näher erläutert.

Fall 1:

Alter der Frau: 24  
 Sterilisationsjahr: 1935  
 Diagnose: Schizophrenie  
 Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung,  
 Tubensterilisation

Fall 2:

Alter der Frau: 29

Sterilisationsjahr: 1943  
Diagnose: Prostituierte  
Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung,  
Tubensterilisation

Fall 3:

Alter der Frau: 34  
Sterilisationsjahr: 1936  
Diagnose: taubstumm  
Therapie: Sterilisation sechs Wochen nach normaler Entbindung

Fall 4:

Alter der Frau: 22  
Sterilisationsjahr: 1943  
Diagnose: keine (Ostarbeiterin)  
Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung

Bei den 390 ausgewerteten Entbindungen der Privatpatientinnen sind in diesem Zusammenhang keine Auffälligkeiten festzustellen.

Direkte Hinweise auf Euthanasie bei Neugeborenen gibt es in vorliegender Untersuchung nicht. Keines der Kinder in der Stichprobe mit Fehlbildungen wie z.B. Polydaktylie, Kiefer-/Gaumenspalten oder Fußdeformitäten wird nach der Entbindung in ein Kinderheim verlegt oder stirbt aus unklaren Gründen. Mehrere Neugeborene werden aufgrund ihrer schlechten gesundheitlichen Situation ins Schwabinger Krankenhaus oder in die Hainersche Kinderklinik verlegt. Eine Heimverlegung findet bei vier Kindern der Allgemeinpatientinnen-Stichprobe statt.

## 4 Diskussion

Im Folgenden sollen Auffälligkeiten in den Ergebnissen herausgestellt und diskutiert werden. Hierbei sind sowohl Unterschiede in den Stichproben der Allgemein- und Privatklientel von Interesse, als auch Vergleiche der ausgewerteten Daten mit zeitgenössischen und aktuellen Quellen. Des Weiteren sollen Einflüsse nationalsozialistischer Politik und Ereignisse dieser Zeit auf Veränderungen in der Datenlage sowie Auswirkungen der Ideologie des Dritten Reichs auf die Geburtshilfe der I. Universitäts-Frauenklinik München näher beleuchtet werden.

### 4.1 Alter der Schwangeren

Das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt unterlag zwar in den Einzeljahren des untersuchten 13-jährigen Zeitraums sowohl bei den allgemeinversicherten Frauen als auch bei den Privatversicherten deutlichen Schwankungen, eine Tendenz, dass die „Förderung der arischen Geburtshilfe“ (Bock, 1986) durch die Nazis deutsche Frauen dazu veranlasste, vermehrt in jüngeren Jahren Kinder zu bekommen, ist aber nicht zu sehen. Einen sichtbaren Einfluss auf das Durchschnittsalter der Frauen in der Stichprobe der Allgemeinpatientinnen hatten die Fremdarbeiterinnen. Diese Frauen waren bei Entbindung meist wesentlich jünger als deutsche Schwangere (Heusler, 1996). Das niedrigste Durchschnittsalter bei den Allgemeinpatientinnen im Jahr 1944 mit 25,6 Jahren und der gleichzeitig höchste Anteil an Fremdarbeiterinnen im selben Jahr (36,7% der Stichprobe) verdeutlichen dies.

Auffallend ist außerdem das höhere Durchschnittsalter der schwangeren Privatpatientinnen in den Auswertungen. Sowohl bei der Betrachtung des Altersdurchschnitts in den Einzeljahren als auch bei der Altersverteilung in verschiedene Klassen über den gesamten Zeitabschnitt wird dies aufgezeigt. Meist sind die Unterschiede nicht nur als Tendenzen wertbar, sondern stellen sich sogar signifikant dar. Ein Zusammenhang mit der häufig höheren sozialen Schichtzugehörigkeit (siehe Kapitel 4.3) wird von verschiedenen Autoren angenommen. Unter anderem kamen Untersuchungen von Elser zu diesem Ergebnis. Er fand ein niedriges Durchschnittsalter von 22 Jahren bei Erstgebärenden der unteren Sozialstufe, wohingegen in der Oberschicht das Durchschnittsalter der Erstgebärenden bei 29 Jahren lag (Elser et al., 1982).

## 4.2 Familienstand

Der Anteil an verheirateten Privatpatientinnen lag über den Gesamtzeitraum mit 91,8% der Stichprobe deutlich über dem der verheirateten Kassenpatientinnen, der nur 60,6% betrug. Für die hohe Zahl lediger Kassenpatientinnen können mehrere Gründe angeführt werden. Zum einen waren die sogenannten „Hausschwangeren“ (siehe Kapitel 1.1.2.8 und Heusler, 1996) ein fester Bestandteil der gesetzlich versicherten Klientel. Ihr Anteil betrug in der ausgewerteten Stichprobe der I. Universitäts-Frauenklinik München in den Einzeljahren zwischen 5% und 28%. Diese Frauen waren mittellos und häufig alleinstehend (Heusler, 1996) und beeinflussten die Statistik nicht unerheblich. Zum anderen waren Hausgeburten in intakten Großfamilien noch häufiger anzutreffen als bei Frauen, die in schlechtem sozialen Umfeld, ärmlichen (Wohn-)Verhältnissen und kleinfamiliären Strukturen lebten, wie es in Großstädten wie München häufig der Fall war (Bolk, 1984), oder die alleinstehend waren und somit keine guten Voraussetzungen für eine Hausentbindung mitbrachten. Professor Eymmer führt in einem Schreiben an den Verwaltungsausschuss der Universität 1936 aus, dass von 164 entbindenden Bauersfrauen die Mehrzahl ledige Bauerntöchter waren (Kettler, 1994). Der sehr hohe Stichprobenwert von 35% lediger Frauen über den Gesamtzeitraum unterstreicht dies. Er gibt auch einen Hinweis darauf, dass die soziale Indikation für die Klinikentbindung bei Allgemeinpatientinnen eine beträchtliche Rolle gespielt haben muss. Die fehlende familiäre Betreuung während und nach der Entbindung konnte bei vielen ledigen Schwangeren nur durch die Sicherheit einer Klinikentbindung kompensiert werden.

## 4.3 Soziale Schicht

Die Unterschiede in der sozialen Schichtzugehörigkeit zwischen Allgemein- und Privatpatientinnen waren im erhobenen Zeitraum 1933 bis 1945 an der I. UFK München erheblich. 56,9% der Stichprobe der privatversicherten Frauen zählten zur Oberschicht, wohingegen nur etwa 4% Allgemeinpatientinnen zu dieser Gruppe gehörten. Umgekehrt war nur eine Privatpatientin der unteren sozialen Schicht zuzuordnen, aber 40,3% der Stichprobe der Kassenpatientinnen.

In der Arbeit von Wieder an der Universitätsfrauenklinik Erlangen blieb der Anteil an Frauen in der unteren sozialen Schicht von 1880 bis 1905 fast konstant bei 85% bis 90%, danach fiel er kontinuierlich ab. Ende der

zwanziger Jahre waren untere und mittlere soziale Schicht mit etwa 45% gleich häufig vertreten. In der Folgezeit nahm die untere soziale Schicht weiter ab und erreicht 1945 einen Anteil von 20% (Wieder, 1992).

Da die Untersuchung von Wieder und auch andere Untersuchungen bei der Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit nicht zwischen Allgemein- und Privatpatientinnen unterscheiden, sind aussagekräftige Vergleiche mit der vorliegenden Arbeit nicht möglich.

Die großen sozialen Unterschiede zwischen den beiden in dieser Arbeit untersuchten Gruppen spiegelten sich in verschiedenen Merkmalen wie z.B. Gewicht und Länge der Neugeborenen wider (siehe Kapitel 4.12).

#### 4.4 Paritätsstatus

Die Zahl der erstgebärenden Allgemeinpatientinnen lag im gesamten Erhebungszeitraum auf gleichbleibendem Niveau. Fasst man den 13-jährigen Erhebungszeitraum von 1933 bis 1945 zusammen, ergibt sich ein Konfidenzintervall für Erstgebärende von 50,1% bis 55,1%.

Eichelsbacher-Calow wertete unter anderem diese Variable an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen für vergleichbare Zeiträume aus (Eichelsbacher-Calow, 1991). Beim Paritätsstatus wird für den Zeitraum 1930 bis 1939 die Anzahl der Primipara mit 55,2% für männliche Neugeborene und mit 54,7% für weibliche Neugeborene angegeben. Für den Zeitraum 1940 bis 1949 lag der Anteil bei 53,7% (männlich) bzw. 52,4% (weiblich). Die Universitäts-Frauenklinik Erlangen bot somit beim Anteil der Erst- und Mehrgebärenden ein fast identisches Bild wie die I. Universitäts-Frauenklinik München. Auch aktuelle statistische Erhebungen bewegen sich in diesem Rahmen. Für das Jahr 2003 wird die Anzahl Erstgebärender für alle bayerischen Universitätskliniken mit 53,0% beziffert (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ), 2003).

#### 4.5 Vorausgegangene Schwangerschaften, Totgeburten und Aborte

Bei knapp der Hälfte der zur Entbindung aufgenommenen Frauen an der I. UFK München lag in der Stichprobe dieser Untersuchung die erste Schwangerschaft vor. Bei 25,5% handelte es sich um die zweite Schwangerschaft, zwei bzw. drei und mehr Schwangerschaften waren in

11,6% bzw. 14,3% der Fälle vorausgegangen. Zwischen Allgemein- und Privatpatientinnen bestanden bei dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede. Die I. UFK zeigt für das Jahr 2003 im Vergleich nur geringe Veränderungen zu damals. Mit 42,3% ist die Erstschwangerschaftsrate etwas geringer. Umgekehrt gaben aktuell mit 32,9% etwas mehr Frauen als in der vorliegenden Untersuchung bereits eine Schwangerschaft in der Anamnese an (BAQ, 2003). Zwei vorausgegangene Schwangerschaften lagen in dieser Untersuchung mit einer Quote von 10,1% bis 13,3% auf etwa gleichem Niveau wie die von der BAQ ermittelten 13,8% für das Jahr 2003. Mit einem Konfidenzintervall von 12,6% bis 16,1% waren drei und mehr vorausgehende Schwangerschaften im untersuchten Zeitraum an der I. UFK München allerdings eindeutig häufiger als im Vergleich zu den Auswertungen der BAQ für das Jahr 2003. Hier liegt der Anteil an der I. UFK bei 10,9%, der Gesamtdurchschnitt aller Bayerischen Universitäts-Kliniken bei 10,6%.

Totgeborene Kinder in der Vorgeschichte hatten laut BAQ im Jahr 2003 an der I. Universitäts-Frauenklinik München insgesamt 0,7% der Frauen. Davon 0,7% mit einer anamnestischen Totgeburt und 0% mit zwei oder mehr vorausgegangenen Totgeburten. In der Stichprobe dieser Arbeit gaben 6,5% aller Allgemeinpatientinnen vorausgegangene Totgeburten an. Dabei verteilten sich die Stichprobenanteile auf 5,7% für ein totgeborenes Kind und entsprechend auf 0,6% für zwei und mehr totgeborene Kinder. Auch unter Berücksichtigung der Konfidenzintervalle war die Quote anamnestisch angegebener Totgeburten an der I. UFK München in der Zeit des Nationalsozialismus signifikant höher als 2003.

Anders erscheint das Bild bei den vorausgegangenen Aborten. Hier liegen die Zahlen an der I. UFK München für das Jahr 2003 bei 13,8% für schwangere Frauen mit einem stattgehabten Abort und bei 5,1% für Schwangere mit zwei und mehr Aborten in der Anamnese.

Für den Gesamtzeitraum 1933 bis 1945 liegt der Anteil an Allgemeinpatientinnen der Klinik, die bei Aufnahme bereits einen Abort in der Anamnese angaben in einem Konfidenzintervall von 16,2% bis 21,7% und somit signifikant höher als im Vergleichskollektiv. Zwei und mehr vorausgegangene Aborte wurden bei 4,6% bis 8,0% der damalig schwangeren Frauen der I. UFK notiert. Dies entspricht in etwa den Vergleichszahlen der BAQ von 2003.

Die damaligen Angaben, die dieser Auswertung zu Grunde liegen, sind im Bezug auf die Abortraten allerdings sehr kritisch zu werten. Die Möglichkeiten einen Abort zu diagnostizieren sind in der heutigen Medizin weitaus größer als vor 60 Jahren. Daher ist eher anzunehmen, dass in der Zeit des Dritten Reichs ein, im Vergleich zu heute, höherer Anteil nicht bemerkter Fehlgeburten stattgefunden hat und die Prozentangaben der vorliegenden Auswertung zu niedrig sind.

## 4.6 Schwangerschafts- und Geburtsrisiken

Aktuelle statistische Erhebungen über Schwangerschafts- und Geburtsrisiken beinhalten eine ganze Reihe mehr an anamnestischen und befundeten Risiken. Der Grund hierfür liegt vor allem in modernen Untersuchungsmöglichkeiten wie z.B. Ultraschall, die damals nicht zur Verfügung standen. Dennoch sind viele auch heute noch als wichtig erachtete Risiken in der Zeit des Nationalsozialismus erfasst worden.

Bei den Schwangerschaftsrisiken spielte in der hier vorliegenden Untersuchung der Parameter „Schwangere über 35 Jahre“ sowohl bei den Privat- als auch bei den Allgemeinpatientinnen mit Stichprobenanteilen von 17,7% bzw. 11,0% die größte Rolle. Mit einem Anteil von mindestens fünf Prozent in der Stichprobe waren bei den Privatpatientinnen als weitere häufige Schwangerschaftsrisiken „Lageanomalie“ (10,8%), „Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen“ (8,2%), „Terminunklarheit“ (6,9%), „Hypertonie“ (6,2%), „Z.n. mindestens zwei Aborten oder Abbrüchen“ (5,4%) sowie „mittelgradige oder schwere Ödeme“ (4,6%) vertreten. Bei den Kassenpatientinnen lagen in der ausgewerteten Stichprobe die Risiken „Lageanomalie“ (7,7%), „Terminunklarheit“ (7,1%), „mittelgradige oder schwere Ödeme“ (7,0%), sowie „Hypertonie“ (6,7%) jeweils über fünf Prozent. Die Statistik der BAQ zu Schwangerschaftsrisiken an der I. UFK München im Jahr 2003 weist im Vergleich mit der vorliegenden Untersuchung nur wenige Parallelen auf. Vergleichbar ist der hohe Anteil an Schwangeren über 35 Jahre. Er übertrifft mit 29,7% sogar noch deutlich die damaligen Werte (BAQ, 2003). Auch das Risiko „Z.n. mindestens zwei Aborten oder Abbrüchen“ hat mit 5,2% einen höheren Anteil als in der Zeit des Dritten Reichs, dies resultiert aber wahrscheinlich aus der heute präziseren Aborterfassung. Die Anzahl der befundeten Lageanomalien ist mit 4,0% im Jahr 2003 signifikant niedriger als der entsprechende Stichprobenwert von 7,7% im Zeitraum 1933 bis 1945. Deutlich höher ist in der neueren Erhebung der Anteil beim Risiko „Z.n. Sectio“. Er betrug 2003 an der I. UFK München 8,5% (BAQ, 2003). In vorliegender Arbeit ergab sich für diesen Parameter ein Stichprobenanteil von 1,0% bei den Privatpatientinnen und nur 0,3% bei den Allgemeinpatientinnen. Bei den vielfach höheren Sectioraten in der heutigen Geburtsmedizin ist dieses Ergebnis erwartungsgemäß. (siehe Kapitel Entbindungsmodus). Andererseits spielen Anfang des 21. Jahrhunderts Schwangerschaftsrisiken wie „Terminunklarheit“ mit einem Anteil von 1,1%, „Hypertonie“ (2,1%) sowie

„mittelgradige / schwere Ödeme“ (0,4%) an der I. UFK München eine untergeordnete Rolle (BAQ, 2003).

Bei der Untersuchung der Geburtsrisiken waren in dieser Arbeit sowohl bei Allgemein- als auch bei Privatpatientinnen die erhobenen Parameter „vorzeitiger Blasensprung“, „Terminüberschreitung“ und „Frühgeburt“ jeweils mit deutlich über fünf Prozent Stichprobenanteil die am häufigsten vorkommenden Risiken, bei den Privatversicherten gehörte zusätzlich noch das Risiko „Beckenendlage“ zu dieser Gruppe.

In der Vergleichsliteratur ist der vorzeitige Blasensprung mit einem 24,5%-igem Anteil gleichermaßen das am häufigsten beobachtete Risiko und lag sogar noch wesentlich über den 13,8% der Allgemeinpatientinnen- und den 16,9% der Privatpatientinnen-Stichprobe der Untersuchung. „Terminüberschreitung“ mit einem Anteil von 12,3% und „Frühgeburtlichkeit“ mit 9,4% gehören in der Vergleichsliteratur ebenfalls zu den häufigsten Risiken (BAQ, 2003). Auffällige Unterschiede bestehen bei den Parametern „grünes Fruchtwasser“ und „protrahierte Geburt“. Hier liegen die Vergleichswerte bei 10,5% bzw. 17,7% und somit signifikant höher als die erhobenen Daten dieser Arbeit (BAQ, 2003). Gleiches gilt, wie bereits bei den Schwangerschaftsrisiken beschrieben, für das Risiko „Z.n. Sectio oder anderer Uterus-OP“. 2003 ist bei 9,5% der Patientinnen der I. UFK München dieses Risiko erhoben worden, im Zeitraum 1933 bis 1945 war der Anteil um ein vielfaches geringer (BAQ, 2003).

#### 4.7 Verteilung der Kindslagen

Stoekel unterscheidet in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe aus dem Jahr 1941 die verschiedenen Hinterhauptslagen nicht voneinander und gibt diese mit insgesamt 95% an. Schädellagen haben hier einen Anteil von 1%, Beckenendlagen 3,5% und Quer-/Schräglagen 0,5%. Nach Abzug der im heutigen Sinne regelwidrigen hinteren Hinterhauptslagen, die ca. 1% aller Hinterhauptslagen ausmachen, ergibt sich ein Anteil von 94% für die vorderen Hinterhauptslagen (regelrechte Schädellagen). Die regelwidrigen Schädellagen nehmen entsprechend auf 2% zu (Stoekel, 1941). Untersuchungen von Eichelsbacher-Calow an der Universitätsfrauenklinik Erlangen für die Zeiträume 1930 bis 1939 und 1940 bis 1949 ergaben Werte von 89,3% bzw. 92,4% für die regelrechten Schädellagen, 0,2% bzw. 0,8% für regelwidrige Schädellagen, 3,4% bzw. 4,5% für Beckenendlagen sowie 0,5% bzw. 0,9% für Schräg- und Querlagen (Eichelsbacher-Calow, 1991). In der

vorliegenden Arbeit befindet sich der Anteil regelrechter Schädellagen bei den Allgemeinpatientinnen im Zeitraum von 1933 bis 1945 in einem Konfidenzintervall zwischen 90,3% und 93,1%, was vergleichbar mit den Erlanger Daten ist. Gleichzeitig sind beide aber deutlich niedriger als die zeitgenössische Lehrbuchangabe. Bei den regelwidrigen Schädellagen sind entsprechend umgekehrt die erhobenen Daten dieser Arbeit mit einem Konfidenzintervall von 2,4% bis 4,2% eindeutig höher als die in der Vergleichsliteratur. Gleiches gilt für die Quer- und Schräglagen. Sie haben bei den Allgemeinpatientinnen dieser Untersuchung einen Anteil von 0,7% bis 1,9%. Beckenendlagen liegen hingegen mit einem Konfidenzintervall zwischen 3,0% und 4,9% im Rahmen der Vergleichswerte.

#### 4.8 Entbindungsmodus und Episiotomiehäufigkeit

Die Häufigkeit der Zangenentbindung an den einzelnen Kliniken war damals sehr verschieden. In Heidelberg lag die Rate bei nur 1,35%, in Leipzig bei 4,48% und deutlich höher in Freiburg mit 8,3% (Stoeckel, 1941). Die Auswertung der hier vorliegenden Daten ergibt für den Gesamtzeitraum ein Konfidenzintervall für die Forcepsrate von 0,7% bis 1,8% bei den Allgemeinpatientinnen und von 2,0% bis 5,9% bei den Privatpatienten. Somit liegen die Kassenpatientinnen am unteren Ende der Vergleichskliniken, die Privatversicherten signifikant höher im Mittelfeld. Der Grund für die größere Zahl an Zangenentbindungen bei Privatpatientinnen kann im deutlich höheren Durchschnittsalter gesehen werden. Bei Betrachtung des Gesamtzeitraums sind mehr entbindende Privatpatientinnen über 30 Jahre als unter 30 Jahre alt, gleichzeitig ist die Rate der erstgebärenden privatversicherten Frauen mit ca. 50% genau so hoch wie bei den Kassenpatientinnen. Stoeckel schreibt, dass bei über 30 Jahre alten Erstgebärenden die Geburt oft erheblich länger gedauert hätte, die Weichteilwiderstände größer und daher Bauchpresse und Wehentätigkeit oft unwirksamer gewesen seien. Die Operationsfrequenz, zu der auch die Zange gezählt wird, stieg infolgedessen bis auf 40% (Stoeckel, 1941).

Auch die signifikant größere Zahl an Extraktionen und die tendenziell höhere Sectiorate bei den Privatpatientinnen der Auswertung kann dadurch erklärt werden.

Kaiserschnitte bildeten damals insgesamt die Ausnahme. 1,3% der Kassenpatientinnen- und 2,8% der Privatpatientinnen-Stichprobe wurden über den ausgewählten Zeitraum auf diese Weise entbunden. Elser und Mitarbeiter kamen bei einer Untersuchung an der I. Universitäts-Frauenklinik München für

das Jahr 1945 auf eine Sectiorate von 1,9% (Elser et al., 1983). Dies entspricht annähernd dem Ergebnis der Stichprobenwerte in der vorliegenden Arbeit. Preisseecker und Kessler beziffern die Kaiserschnittfrequenz mit 3% etwas höher (Stoeckel, 1941). Vor allem postoperative Wundinfektionen und eine geringe Zahl an erfahrenen Sectio-Operateuren bedingten eine hohe mütterliche Mortalitätsrate. Sie lag im Durchschnitt zwischen 4% und 6%. Somit wurde die Indikation zu diesem operativen Eingriff sehr streng gestellt und nur durchgeführt, wenn alle anderen Möglichkeiten nicht in Betracht kamen (Stoeckel, 1941). Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2003 an der I. UFK 23,2% der Schwangeren per Sectio entbunden (BAQ, 2003).

Große Unterschiede bestanden überdies in der Episiotomiefrequenz bei Allgemein- und Privatpatientinnen der I. Universitäts-Frauenklinik München. Bei Ersteren liegt das Konfidenzintervall der durchgeführten Dammschnitte zwischen 0,8% und 2,0% für den Gesamtzeitraum, bei Letzteren zwischen 8,8% und 15,6%. Der Grund für die viel häufigere Episiotomierate bei Privatpatientinnen ist wiederum im höheren Durchschnittsalter der Erstgebärenden und der damit verbundenen geringeren Nachgiebigkeit der Weichteile zu suchen. Die Ansicht, bei älteren Erstgebärenden aufgrund der rigiden Weichteilverhältnisse eine „prophylaktische mediane Dammspaltung“ durchzuführen, wurde von den zeitgenössischen Geburtshelfern zunehmend befürwortet (Stoeckel, 1941).

#### 4.9 Mütterliche und kindliche Mortalität

Im gesamten Untersuchungszeitraum starben elf der 1560 Allgemeinpatientinnen der Stichprobe. Das entsprach einem Anteil von 0,7%. Das entsprechende Konfidenzintervall liegt zwischen 0,4% und 1,3%.

Vergleicht man die Ergebnisse der I. UFK München mit denen anderer Universitätsfrauenkliniken für diesen Zeitabschnitt, so erhält man meist sehr ähnliche Mortalitätsraten. Für die Universitätsfrauenklinik Erlangen kommt Frobels-Kraft im Zeitraum 1926 bis 1940 auf eine mütterliche Sterberate von ebenfalls 0,71%. Hosemann ermittelte für selbige Zeitspanne an der Universitätsfrauenklinik Göttingen 0,57% (Hosemann, 1952). Etwas niedriger liegen die Zahlen von Oberheuser und Napp für die UFK Hamburg-Eppendorf. In ihren Untersuchungen geben sie für die Jahre 1927 bis 1942 eine mütterliche Mortalitätsrate von 0,41% an (Oberheuser und Napp, 1960).

Auffallend sind die in der Vergleichsliteratur deutlich sinkenden Mortalitätsraten für die Jahre nach 1940. So zeigt sich an der UFK Erlangen

für den Zeitabschnitt von 1941 bis 1950 eine Verringerung der Sterberate um mehr als die Hälfte auf 0,32%. Die UFK Göttingen liegt im gleichen Zeitraum bei nur 0,16% mütterlicher Sterbefälle (Frobel-Kraft, 1987).

Bei Betrachtung der Einzeljahre von 1940 bis 1945 kann in vorliegender Untersuchung ein entsprechender abnehmender Trend nicht festgestellt werden.

Nach Lehrbuchangaben lag die perinatale Mortalität in Deutschland im Jahr 1932 bei 4,78% (Friedberg und Hirsche, 1975). Elser und Mitarbeiter kommen bei Untersuchungen an der Münchner Universitäts-Frauenklinik für den Zeitraum von 1945 bis 1949 auf eine perinatale Sterberate von 4,85% (Elser et al., 1983). Weidekamm gibt in ihrer Arbeit über die Universitäts-Frauenklinik Erlangen für den Zeitraum 1930 bis 1939 eine perinatale Mortalitätsrate von 5,7% und für den Zeitraum von 1940 bis 1949 eine Quote von 3,9% an (Weidekamm, 1992).

Mit einem Konfidenzintervallbereich von 5,2% bis 7,7% für den 13-jährigen Gesamtzeitraum befinden sich die in der vorliegenden Arbeit ermittelten Werte für Kinder von Allgemeinpatientinnen etwas über den oben genannten Vergleichswerten. Neugeborene von Privatpatientinnen unterschieden sich mit einer perinatalen Sterbehäufigkeit von 3,6% bis 8,4% nicht von den Kassenpatientinnen.

Bei der Aufteilung in männliche und weibliche Neugeborene stellen sich die perinatalen Mortalitätsraten der Stichprobe sowohl bei den Allgemein- als auch bei den Privatpatienten für männliche Kinder höher dar. Für den Zeitraum 1933 bis 1945 liegt der Stichprobenwert für die männlichen Neugeborenen von Kassenpatientinnen bei 7,4%, für die weiblichen Neugeborenen bei nur 5,2%. Obwohl die Unterschiede dieser Auswertung kein Signifikanzniveau erreichten, werden sie durch andere Untersuchungen untermauert. Eichelsbacher-Calow fand zwischen 1921 und 1933 an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen eine perinatale Mortalitätsrate männlich zu weiblich von 7,5% zu 4,2% (Eichelsbacher-Calow, 1991).

#### 4.10 Schwangerschaftsdauer

Mit 284,5 Tagen gibt Stoeckel in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer an (Stoeckel, 1941). Dies entspricht etwas mehr als 40,5 Wochen. Die Stichprobenwerte der vorliegenden Untersuchung haben für die Einzeljahre eine gleichmäßige Verteilung, die allerdings in allen 13 Jahren, gleichermaßen bei den Allgemein- und den

Privatpatientinnen, unter 40 Wochen lag. Für den Gesamtzeitraum ergibt sich für beide Stichproben eine durchschnittliche Schwangerschaftsdauer von 274 Tagen und somit zehn Tage weniger als die zeitgenössische Lehrbuchangabe.

#### 4.11 Geschlechtsverteilung

Mikulicz-Radecki gab die mittlere Geschlechtsverteilung mit 105,6 männlichen zu 100 weiblichen Neugeborenen an (Mikulicz-Radecki, 1941). In einer umfassenden Studie über die Neugeborenen in Irland von 1913 bis 1977 fanden Walby und Mitarbeiter ein mittleres Verhältnis männlich/weiblich von 106,1 zu 100 mit Schwankungen zwischen 103,4 zu 100 und 109,6 zu 100 (Walby et al., 1981).

Aus dem hier vorliegenden Zahlenmaterial ergibt sich umgerechnet eine Verteilung männlich/weiblich von 104,3 zu 100 in der Stichprobe der Allgemeinpatientinnen über alle Jahre des Erhebungszeitraums. Sie differiert unter Einbeziehung des Konfidenzintervalls nicht von obigen Vergleichswerten.

Die Geschlechtsverteilung in den Einzeljahren zeigt große Schwankungen. Diese sind vor allem auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen und stellen eher eine Zufallsverteilung dar.

Auffallend ist der im Vergleich deutlich höhere Anteil männlicher Neugeborener bei den Privatpatientinnen. Hier lag das Verhältnis männlich zu weiblich in der Stichprobe des zusammengefassten 13-jährigen Zeitraums mit 124 zu 100 weit über den Vergleichswerten. Grund hierfür könnten sozioökonomische Faktoren sein. Teitelbaum und Mantel fanden in einer großen Studie eine positive Korrelation zwischen hohem männlichen Neugeborenen-Anteil und steigendem sozioökonomischen Status. Signifikant blieb dieses Ergebnis auch, wenn für Faktoren wie Parität und parentales Alter kontrolliert wurde. Dabei soll die höhere Empfindlichkeit der Knaben für adverse Einflüsse und die bessere Prävention bei höherem Status die entscheidende Rolle spielen (Teitelbaum und Mantel, 1971).

#### 4.12 Geburtsgewicht und Geburtslänge

Zeitgenössische statistische Erhebungen geben das durchschnittliche Geburtsgewicht ohne geschlechtsspezifische Aufteilung mit 3400 g an

(Stoeckel, 1941). Eichelsbacher-Calow kam bei ihren Untersuchungen für den Zeitraum von 1935 bis 1939 auf ein mittleres Geburtsgewicht von 3346g bei männlichen bzw. 3269g bei weiblichen Neugeborenen und entsprechend für den Zeitraum von 1941 bis 1945 auf ein mittleres Gewicht von 3383g (m) bzw. 3215g (w) (Eichelsbacher-Calow 1991).

Die vorliegende Arbeit kommt für den Gesamtzeitraum bei den Allgemeinpatientinnen der Stichprobe auf ein Durchschnittsgeburtsgewicht von 3266g für Knaben und 3117g für Mädchen. Die gewonnenen Daten stellen sich somit überraschenderweise signifikant niedriger dar als die in der Vergleichsliteratur. Übereinstimmend ist hingegen das signifikant niedrigere weibliche Geburtsgewicht. Die Auswertung der Privatpatientinnen ergab bei beiden Geschlechtern ein höheres mittleres Geburtsgewicht. Bei den Knaben lag es mit 3361g tendenziell, bei den Mädchen mit 3241g sogar signifikant über dem der Allgemeinpatientenkollektive. Der Grund für das höhere Durchschnittsgewicht der Privatstichprobe kann im Zusammenhang mit dem höheren sozialen Status gesehen werden. Eine Arbeit zu diesem Thema veröffentlichte Meredith, der bei 34 Kollektiven aus aller Welt die Neugeborenen in Gruppen von niedrigem und hohem Status gegenüberstellte und beinahe durchgehend eine positive Korrelation von steigendem sozialen Status und Geburtsgewicht fand (Meredith, 1984).

Die durchschnittliche Länge des Neugeborenen wird in Stoeckels Lehrbuch der Geburtshilfe mit 51,5cm angegeben. Dabei fand keine Geschlechterunterscheidung statt (Stoeckel, 1941). Untersuchungen an der Frauenklinik Erlangen ergaben eine mittlere Geburtslänge von 50,5cm für Knaben bzw. 50,1cm für Mädchen im Zeitraum von 1935 bis 1939 und 50,7cm (m) bzw. 49,8cm (w) für die Zeitspanne von 1941 bis 1945 (Eichelsbacher-Calow, 1991).

Die Stichprobe der Allgemeinpatientinnen an der I. UFK München weist für den Erhebungszeitraum von 1933 bis 1945 eine durchschnittliche Länge von 49,8cm für Knaben und 49,1cm für Mädchen auf. Ähnlich wie beim Geburtsgewicht sind die Werte dieser Untersuchung auch unter Einbeziehung der Konfidenzintervalle signifikant niedriger als die zeitgenössischen Vergleichsdaten. Wiederum übereinstimmend ist die signifikant größere Durchschnittslänge der männlichen Neugeborenen. Ebenso wie das mittlere Geburtsgewicht ist auch die mittlere Länge der Knaben und Mädchen von Privatpatientinnen in der Stichprobe mit Werten von 50,3cm (m) und 49,3cm (w) tendenziell höher als die von Knaben und Mädchen der Allgemeinpatienten-Stichprobe. Auch hier ist der Einfluss des sozialen Status anzunehmen. Meredith fand eine positive Korrelation von Länge und sozialem Status für nicht nach Geschlecht getrennte Populationen (Meredith, 1984).

#### 4.13 Wochenbettkomplikationen

Die damals am meisten gefürchtete Komplikation war das Wochenbettfieber. Philipp schreibt 1941: „Welche große Bedeutung für die Volksgesundheit das Wochenbettfieber auch heute noch [...] besitzt, geht aus der Tatsache hervor, dass ausweislich der Reichsstatistik im Deutschen Reich jährlich viele Hunderte von Frauen in der Blüte ihrer Jahre an Kindbettfieber sterben“ (Philipp, 1941). Die Gesamtsterblichkeit an Puerperalfieber nach Geburt belief sich im Jahr 1936 auf 0,1%. Die Morbiditätsziffern machten ein Vielfaches dieser Zahlen aus (Philipp, 1941).

In dieser Arbeit war die Wochenbettkomplikation „Fieber“ die mit Abstand häufigste mit einem Anteil von 11,5% bei den Allgemeinpatientinnen und 13,8% bei der Privatpatienten-Stichprobe. Eine Sepsis entwickelten 0,6% der 1560 untersuchten Allgemeinpatientinnen, 0,3% der Frauen aus Gruppe 1 verstarben am Kindbettfieber. Die Todesfallrate an Puerperalfieber lag somit etwas, aber nicht signifikant höher als in der Vergleichsliteratur.

Nach Fieber war in den Geburtsjournalen die Mastitis die zweithäufigste aufgetretene Wochenbettkomplikation mit etwa 5% betroffenen Wöchnerinnen. Häufig trat die Mastitis gleichzeitig mit Fieber auf, galt aber als eher harmlos und gut behandelbar. Die Patientinnen hatten allerdings meist starke Schmerzen und mussten des öfteren operiert werden (Stoeckel, 1941). Heusler beschreibt diese Komplikation als häufigstes Krankheitsbild, bei der sich die stationäre Behandlung über Monate hinziehen konnte (Heusler, 1996).

#### 4.14 Die Klinikverweildauer und ihre kriegsbedingten Veränderungen

Die Aufenthaltsdauer der Allgemein- und Privatpatientinnen an der I. UFK München lag in dieser Arbeit zumeist zwischen sieben und 13 Tagen. Über 60% der Frauen aus Gruppe 1 und knapp 60% der Gruppe 2 verweilten in dieser Zeitspanne.

Dies hat sich im modernen Klinikalltag stark verändert. In der Jahresauswertung der BAQ von 2003 liegt die Klinikverweildauer an der I. UFK München hauptsächlich in einer Zeitspanne von drei bis sechs Tagen. 59,5% der Frauen sind in dieser Gruppe zu finden (BAQ, 2003). Im Vergleich waren zwischen 1933 und 1945 an der I. UFK München nur 3,3% der Kassenpatientinnen-Stichprobe und sogar nur 0,8% der Privatpatientinnen-

Stichprobe in dieser Gruppe vertreten. Bei Betrachtung der Einzeljahre fällt vor allem der sprunghafte Anstieg in der Klasse der drei- bis sechstägigen Klinikverweildauer ab 1943 auf. Hier kann ein direkter Zusammenhang mit den in dieser Zeit zunehmenden Fliegerangriffen hergestellt werden. Die Geburtsjournale erwähnen explizit vorzeitige Entlassungen aufgrund heftiger Bombenangriffe.

Eine Aufenthaltsdauer über 21 Tagen bildet in heutigen Kliniken die Ausnahme. Laut BAQ überschritten 2003 nur 2,1% der Entbindenden an der I. UFK München diesen Zeitraum. Unter Miteinbeziehung der Hausschwangeren waren in der Zeit des Nationalsozialismus fast 20% der Frauen, also zehn Mal so viele wie 2003, in dieser Gruppe anzutreffen (BAQ, 2003).

#### 4.15 Hausschwangere

In jedem einzelnen Jahr des untersuchten Zeitraums sind in dieser Arbeit sogenannte „Hausschwangere“ anzutreffen. Der Stichprobenanteil an der I. UFK München betrug zwischen 5% und 28%. Sie spielten eine wichtige Rolle als lebendiges „Anschauungs- und Studienmaterial“ im Rahmen des Lehrbetriebes der Klinik und der angeschlossenen Hebammenschule (Heusler, 1996).

Die Durchführung dieses Lehr- und Ausbildungsauftrages war allerdings durch den Kriegsausbruch und durch die Propagierung der Hausgeburt gefährdet. Seit Kriegsbeginn sank die Zahl der entbindenden Frauen an der I. UFK München von 2568 (1939) kontinuierlich auf 1434 (1945). Mitverantwortlich für diesen Rückgang war neben dem Zweiten Weltkrieg auch die bevölkerungspolitische Zielvorstellung des Nationalsozialismus, die Klinikgeburt zugunsten eines archaisch-mythischen Hausgeburtideals zurückzudrängen (Heusler, 1996). Somit war, um dieses Defizit auszugleichen, die Aufnahme von Ausländerinnen als „Hausschwangere“ an der I. UFK München gewollt und wurde vorangetrieben. 1943 wies der „Generalbevollmächtigte für den Arbeitseinsatz“ die Arbeitsämter an, Universitätskliniken und Hebammenschulen schwangere Ausländerinnen zuzuführen (Frewer et al., 2001). Die Umsetzung dieser Anweisung wird auch in vorliegender Arbeit sichtbar. 1943 weist die Stichproben-Auswertung der Geburtsjournale erstmals Fremdarbeiterinnen auf (5,8%), die überwiegend als „Hausschwangere“ aufgenommen wurden.

#### 4.16 Fremd- und Zwangsarbeiterinnen

In den Hauptbüchern der I. UFK München können bereits ab 1941 erstmals schwangere Ausländerinnen nachgewiesen werden, wenn auch nur vereinzelt. Auffallend an dieser Tatsache ist, dass das vom Reichsarbeitsministerium bis 1942 vorgegebene Prinzip der sofortigen Abschiebung schwangerer Ausländerinnen in ihre Heimatländer anscheinend vereinzelt nicht umgesetzt wurde.

In dieser Arbeit wurden Fremdarbeiterinnen ab 1943 erfasst. Ihr Stichprobenanteil betrug in diesem Jahr 5,8%. 1944 war mit 36,8% ausländischer Frauen eine enorme Steigerung zu beobachten. Es war gleichzeitig das Jahr mit dem höchsten Stichprobenwert. Unter diesen Patientinnen bildeten die sogenannten „Ostarbeiterinnen“ (Russland, Ukraine) und Polinnen die mit Abstand größte Gruppe. Interessanterweise ließen Unterbringung, Betreuung und Medikation der „fremdvölkischen“ Frauen an der I. UFK München keine nennenswerten Unterschiede zu den deutschen Frauen erkennen. Wie die Krankenakten belegen, wurde den Ausländerinnen die gleiche Aufmerksamkeit zuteil wie den übrigen Patienten. Sowohl bei der Erhebung der Anamnese (soweit eine sprachliche Verständigung möglich war) als auch bei der Durchführung der Geburt und der Betreuung im Wochenbett konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Großen Wert legte die Klinikleitung jedoch auf eine räumliche Trennung der deutschen von den ausländischen Wöchnerinnen.

Die stationäre Aufnahme dieser Frauen, meist als „Hausschwangere“, kann allerdings dennoch nicht als humanitärer Akt gesehen werden, sondern diente vor allem der Aufrechterhaltung des Lehr- und Forschungsbetriebes der Klinik. Somit handelte es sich viel eher um eine „optimierte Nutzbarmachung des Fremdvölkischen“ (Heusler, 1996).

#### 4.17 Geburtshilfliche Aufnahmen und Ursachen für deren starke Schwankungen

In den Jahren von 1933 bis 1939 stieg die Zahl der geburtshilflichen Aufnahmen von Allgemeinpatientinnen in der I. UFK München von 1723 bis auf 2568 an. Diese Zahlen zeigen damit einen ähnlichen Verlauf wie die damalige gesamtdeutsche Geburtenrate. Zwischen 1933 und 1938 stieg die Geburtenzahl in Deutschland von jährlich 971.000 auf 1.349.000 an (Bock, 1986). Inwieweit der nationalsozialistische Pronatalismus (siehe Kapitel 1.1.2.3) dafür mitverantwortlich war ist nicht eindeutig zu klären. Laut Bock

spielten hierfür vor allem andere Faktoren wie z.B. eine sich verbessernde ökonomische Situation, die Hauptrolle (Bock, 1986).

Nach Kriegsbeginn fielen die geburtshilflichen Aufnahmen an der I. UFK München wieder ab, bis 1942 langsam, in den beiden Folgejahren mit minus drei- bis vierhundert Aufnahmen pro Jahr sehr deutlich. 1945 waren es mit insgesamt 1434 stationären geburtshilflichen Aufnahmen über 1000 weniger als 1939. Berücksichtigt man zudem noch den hohen Anteil ausländischer schwangerer Frauen in den Jahren 1944 und 1945, so sind die Einbrüche noch viel größer. Dieser enorme Rückgang ist vor allem kriegsbedingt zu sehen, aber zu einem Teil auch auf die Hausgeburtenpropaganda der Nationalsozialisten zurückzuführen. Der im September 1939 vom Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti verfügte Runderlass sah vor, dass Frauen zur Entbindung, außer an Lehranstalten, nur noch in Notfällen stationär aufgenommen werden durften (Reichsminister des Inneren, 1939). Dieser Erlass wurde auch mehrfach in verschiedenen Tageszeitungen veröffentlicht, ohne jedoch darauf hinzuweisen, dass Lehranstalten und somit auch die I. UFK München von dieser Regelung ausgenommen waren. Die Frauen waren somit einseitig informiert worden und mussten annehmen, dass sie zu Hause entbinden und die Klinik zu meiden hätten (Kettler, 1994).

Auch die Krankenkassen versuchten Druck auf Kliniken auszuüben und forderten von den behandelnden Klinikärzten Bestätigungen über die Notwendigkeit der stationären Entbindung. Ein Beispiel dafür ist in der vorliegenden Untersuchung das Schreiben der Barmer Ersatzkasse vom 06.09.1939 (Datum des Runderlasses von Leonardo Conti), indem eine „ausführliche ärztliche Bestätigung, aus der zu ersehen sein muss, dass die Entbindung außerhalb der Krankenanstalt nicht hätte vollzogen werden können“ gefordert wurde. Solche Anfragen können nur dem Zweck gedient haben, auch an einer Lehranstalt wie der I. UFK München, die stationären Geburtenzahlen zu drosseln. Es gibt allerdings keinen Hinweis darauf, dass sich Klinikärzte diesem Druck beugten und Patientinnen mit voraussichtlich unkomplizierter Geburt ablehnten.

#### 4.18 Zwangsabtreibungen, Zwangssterilisationen und Euthanasie

Beim ersten Fall der Ergebnisauswertung, der im Zusammenhang mit dieser Thematik steht, handelte es sich um eine zum Zeitpunkt des Eingriffs im Jahr 1935 ledige 24-jährige Patientin, die als Hausmädchen tätig war. Allein aufgrund eines Nervenzusammenbruchs im fünften Schwangerschaftsmonat wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. Vom Erbgesundheitsgericht

München wurde die Schwangerschaftsunterbrechung und anschließende Tubensterilisation angeordnet. Bei der Patientin lag keine vorausgegangene Geburt oder Schwangerschaft vor. (Geistes-)Krankheiten in der Familie waren nicht vorhanden. Die Unterbrechung der Schwangerschaft mit anschließender Tubensterilisation nach Madlener wurde mittels Laparotomie durchgeführt.

Die Patientin des zweiten Falls war ledig und von Beruf Prostituierte. Dies war der einzige Grund für den Eingriff. Geistes- oder Erbkrankheiten lagen bei ihr oder in ihrer Familie nicht vor. Zum Zeitpunkt des Eingriffs 1943 war die Frau 29 Jahre alt und hatte bereits drei gesunde Kinder zur Welt gebracht. Der Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation wurde vom Gesundheitsamt München gestellt und durch das Reichsministerium des Inneren in Berlin angeordnet. Die Interruptio wurde mittels Laparotomie durchgeführt. Laut Operationsbericht handelte es sich um eine Zwillingsschwangerschaft im 6. Monat. Im Anschluss wurde eine Tubensterilisation nach Madlener durchgeführt.

Im dritten Fall war die Patientin zum Zeitpunkt der Sterilisation 34 Jahre alt. Die Frau war ledig und von Beruf Dienstmädchen. Sie wurde im Juli 1936 im 8. Schwangerschaftsmonat als Hausschwangere in die I. UFK München aufgenommen. Es handelte sich um die erste Schwangerschaft. Im August 1936 brachte sie ein gesundes Kind zur Welt. Bei der Patientin sollte laut Erbgesundheitsgericht im Anschluss an die Geburt, sobald es die gesundheitliche Verfassung erlaube, eine Sterilisation durchgeführt werden. Der Grund war eine bei der Frau von Geburt an bestehende, angeblich erbliche Taubstummheit. Erbkrankheiten waren bei Eltern und Geschwistern nicht vorhanden. Sechs Wochen nach Entbindung wurde bei der Frau eine Tubensterilisation durchgeführt.

Im vierten Fall handelte es sich um eine Zwangsarbeiterin, die aus Russland stammte. Die Frau war im Jahr 1943, indem der Eingriff durchgeführt wurde, 22 Jahre alt und ledig. Eine Diagnose als Grund für die Schwangerschaftsunterbrechung wurde nicht angegeben. Die Tatsache, dass es sich um eine im nationalsozialistischen Sinne „minderwertige“ Ostarbeiterin handelte, reichte als Indikation völlig aus. Genauere Begründungen sind in den Unterlagen nicht zu finden.

Insgesamt wurden an der I. Universitäts-Frauenklinik München zwischen 1934 und 1944 mindestens 1318 Allgemeinpatientinnen sterilisiert. Im gleichen Zeitraum wurden 58 Schwangerschaftsabbrüche mit ein- oder zweizeitiger Sterilisation durchgeführt. Die meisten Eingriffe fanden bis zum Kriegsbeginn 1939 statt (Horban, 1999).

Direkte Hinweise für Kindereuthanasie an der I. UFK München gab es in der vorliegenden Untersuchung nicht. Die in der Stichprobe erfassten Neugeborenen mit Missbildungen wurden, soweit es in den Geburtsjournalen ersichtlich war, nicht vernachlässigt oder in Kinderheime abgeschoben, bei denen es sich wohlmöglich um sogenannte Tötungsheime gehandelt haben könnte. Neugeborene in ernstem gesundheitlichen Zustand wurden zum Teil ins Schwabinger Krankenhaus oder in die Haunersche Kinderklinik verlegt. Verlegungen von Säuglingen in Kinderheime kamen vereinzelt vor, zumeist bei mittellosen Schwangeren aus sozialer Indikation, in einem Fall allerdings aufgrund einer Schizophrenie der Mutter. Ob dieses Kind in eines der Tötungsheime verlegt wurde, ist nicht nachweisbar.

## 5 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war es, einerseits anhand der statistischen Auswertungen ein anschauliches Bild geburtshilflicher Abläufe an der I. Universitäts-Frauenklinik München für den untersuchten Zeitraum zu zeichnen, andererseits die gesammelten Informationen auf nationalsozialistische Einflüsse sowie Auswirkungen des Krieges hin zu untersuchen.

Am Beginn der Arbeit wird zuerst ein allgemeiner und anschließend ein fachbezogener geschichtlicher Hintergrund gegeben. Letzterer bezieht sich vor allem auf die Entwicklung der nationalsozialistischen Ideologie und ihre Folgen für die Geburtsmedizin. Grundlage der Rassenideologie waren Darwins Thesen über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtauswahl. Sie wurden Ende des 19. Jahrhunderts auf die menschliche Gesellschaft übertragen und dabei neu interpretiert. Unter den Begriffen wie „Eugenik“, „Rassenlehre“ und „Rassenhygiene“ unterschied man förderungswürdiges von unwertem Leben. Die nationalsozialistische Führung bildete hieraus ihre Rassenideologie. Nach der Machtübernahme Hitlers resultierten aus diesem Gedankengut im Bereich der Geburtshilfe Zwangsabtreibungen, Zwangssterilisationen und Tötungen neugeborener Kinder. Auf der anderen Seite sollte die Geburtenrate „arischer“ Familien unter der nationalsozialistischen Herrschaft erheblich gesteigert werden. Die Hausgeburt wurde zum Ideal erhoben und gleichzeitig die Befugnisse der Hebammen Schritt für Schritt erweitert.

Dem Ergebnissteil dieser Arbeit liegt die Auswertung von insgesamt 1950 Geburten zugrunde, die zwischen 1933 und 1945 an der I. Universitäts-Frauenklinik München betreut wurden. Dabei handelt es sich um eine getrennte Analyse von 1560 kassenärztlichen Geburten und 390 Geburten von Privatpatientinnen.

Von den zahlreichen Einzelergebnissen dieser Arbeit sind folgende besonders hervorzuheben:

1. Die geburtshilflichen Aufnahmen in der I. UFK stiegen bei den Allgemeinpatientinnen von 1933 bis zum Kriegsausbruch 1939 deutlich an. Einen sehr ähnlichen Verlauf zeigten die damaligen gesamtdeutschen Geburtenraten. Welche Rolle die Förderung der „arischen Geburtshilfe“ hierbei spielte, ist nicht eindeutig zu klären. In den Kriegsjahren, aber vor allem ab 1943, fand dann ein starker Rückgang statt. Er ist hauptsächlich kriegsbedingt zu sehen, aber auch auf die

Hausgeburtenpropaganda zurückzuführen. Bei den Privatpatientinnen hielt der Geburtenanstieg bis 1943 an, um dann deutlich einzubrechen.

2. Sogenannte Hausschwangere waren in allen Jahren des Erhebungszeitraums präsent. Den größten Stichprobenanteil erreichten sie 1944 mit 28%. Maßgeblich mitverantwortlich für die hohe Quote in den letzten Kriegsjahren waren Fremd- und Zwangsarbeiterinnen, die auf Anweisung hochrangiger Nationalsozialisten zumeist als Hausschwangere in die Frauenklinik aufgenommen wurden, um als „lebendiges Anschauungs- und Studienmaterial“ den Lehr- und Ausbildungsbetrieb der Klinik aufrechtzuerhalten. Der Bedarf konnte aufgrund von Krieg und Hausgeburtenpropaganda allein mit deutschen Frauen nicht mehr gedeckt werden. Die Mehrzahl dieser Frauen stammte aus der Ukraine, Russland und Polen.

3. Die stationäre Verweildauer betrug in knapp zwei Drittel der Fälle zwischen sieben und 13 Tagen und war somit mehr als doppelt so lange wie heute üblich. Aufgrund von Bombenangriffen auf München stieg ab 1942 der Anteil kürzerer Verweildauern zwischen drei und sechs Tagen deutlich an, da die Sicherheit der Patientinnen in der Klinik nicht mehr gewährleistet werden konnte.

4. Im Zusammenhang mit Zwangsabtreibungen und Zwangssterilisationen wurden bei der Stichprobenauswertung der Geburtsjournale insgesamt vier Fälle gefunden. Dabei handelt es sich allerdings nur um einen Bruchteil der tatsächlich betroffenen deutschen und ausländischen Frauen an der I. UFK München. Die vorliegende Arbeit soll hierbei nur einige kasuistische Beschreibungen geben. Eine vollständige Auswertung dieser Fälle findet man in der Dissertation von Horban. Hinweise für Kindereuthanasie oder Auffälligkeiten im Umgang mit behinderten Neugeborenen gab es in der vorliegenden Untersuchung nicht.

5. Im Vergleich zwischen Allgemein- und Privatpatientinnen fand sich ein auffallend höheres Durchschnittsalter bei den Privatpatienten. Die bei dieser Gruppe ebenfalls festgestellten vielfach höheren Episiotomieraten können mit dem signifikanten Altersunterschied und den mit dem Alter zunehmend rigideren Weichteilverhältnissen erklärt werden.

6. Die Kaiserschnitttrate lag in der untersuchten Stichprobe der Kassenpatientinnen bei 1,3%, bei den Privatpatientinnen betrug sie 2,8%. Die Unterschiede erreichen dabei kein Signifikanzniveau. Die im Vergleich zu heute sehr niedrigen Prozentzahlen begründen sich vor allem auf dem damals vielfach größerem Risiko für Wundinfektionen und einer nur geringen Anzahl in der Sectio erfahrener Operateure.

7. Unterschiede beider Gruppen bezogen auf die soziale Schichtzugehörigkeit waren in der vorliegenden Arbeit erheblich, wobei fast ausschließlich Frauen der gehobenen sozialen Schicht zur Gruppe der Privatversicherten gehörten.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Privatpatientinnen signifikant mehr männliche als weibliche Kinder gebären und diese tendenziell auch länger und schwerer waren als die Babys von Allgemeinpatientinnen. In der Literatur wird dies meist auf sozioökonomische Faktoren zurückgeführt.

8. Die mütterliche Sterblichkeit betrug in der Stichprobe der Allgemeinpatientinnen über den Gesamtzeitraum 0,7%, bei den Privatpatientinnen entsprechend 0,3%. Im Vergleich mit anderen deutschen Universitäts-Frauenkliniken dieser Zeit konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die perinatale Mortalitätsrate in dieser Arbeit lag bei den Kassenpatientinnen in einem Konfidenzintervall von 5,2% bis 7,7% und somit etwas über damaligen Lehrbuchangaben, die eine perinatale Sterblichkeit von unter 5% für den entsprechenden Zeitraum angeben. Auffällig ist ein in der Vergleichsliteratur zu beobachtender beträchtlicher Rückgang sowohl der mütterlichen als auch der kindlichen Mortalitätsraten an deutschen Kliniken für den Zeitraum von 1940 bis 1949 im Vergleich zum vorhergehenden Jahrzehnt. Welche Gründe hierfür eine Rolle gespielt haben, wäre in weiteren Untersuchungen zu klären.

## Abkürzungen

Abb.	Abbildung
BAQ	Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung
DAF	Deutsche Arbeitsfront
DAP	Deutsche Arbeiterpartei
DNVP	Die Deutschnationale Volkspartei
GBA	Generalbevollmächtigter für den Arbeitseinsatz
GzVeN	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
JAMA	Journal of the American Medical Association
KPD	Kommunistische Partei Deutschlands
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
RAG	Reichsarbeitsgemeinschaft der Berufe im sozialen und ärztlichen Dienst e.V.
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RWTH	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule
SA	Sturmabteilung
SS	Schutzstaffel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
UN	United Nations
VL	Vorlesung
I. UFK	I. Universitäts-Frauenklinik München

## Literaturverzeichnis

Becker, Joseph und Ruth (Hrsg.): Machtergreifung 1933. Dokumente vom Machtantritt Hitlers am 30. Januar 1933 bis zur Besiegelung des Einparteienstaates 14. Juli 1933, München 1983.

Bernsdorf, Wilhelm (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie, 2. Aufl., Stuttgart 1969, 954ff.

Berthold, Eva und Matern, Norbert: München im Bombenkrieg, Düsseldorf 1983, 74f.

Bock, Gisela: Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus – Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik, Opladen 1986, 28-147.

Bolk, Reinhard: Das Krankenhaus am Urban. Medizingeschichtliche Untersuchung eines Krankenhauses der Stadt Berlin von seiner Gründung (1887) bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges (1945), Berlin 1984

Bracher, Karl Dietrich: Die deutsche Diktatur: Entstehung, Struktur, Folgen des Nationalsozialismus, Köln 1993.

Bracher, Karl Dietrich / Sauer, Wolfgang / Schulz, Gerhard: Die nationalsozialistische Machtergreifung. Studien zur Errichtung des totalitären Herrschaftssystems in Deutschland, Taschenbuchausgabe, 3 Bände, Frankfurt/Main 1974.

Broszat, Martin: Die Machtergreifung. Der Aufstieg der NSDAP und die Zerstörung der Weimarer Republik, München 1994.

Broszat, Martin: Der Staat Hitlers: Grundlegung und Entwicklung seiner inneren Verfassung, 14. Aufl. München 1995.

Broszat, Martin / Frei, Norbert (Hrsg.): Das Dritte Reich im Überblick. Chronik - Ereignisse - Zusammenhänge, München 1990.

Conti, Leonardo: Geburtshilfe und Hebammenwesen in Deutschland. Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind, Bad Wildbad. 1937. Off. G. D. 3 (6): 257-272.

Conti, Leonardo: Leitsätze für die Ordnung der Geburtshilfe. 1940. Zbl. Gynäk. 64 (32): 1346-1348.

Conti, Leonardo: Dienstordnung für Hebammen. 1943. Reichsgesundheitsblatt 18 (10): 138-148.

Conti, Nanna: Die Bedeutung der Hausentbindungen. 1934. Dt. Ärzteblatt 64 (52): 1271-1273.

Conti, Nanna: Müttersterblichkeit bei der Geburt und im Wochenbett bei Anstalts- und Hausentbindung. 1937. Öff. G. D. 3 (17): 584-592.

Darwin C.: Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtauswahl (1859), Stuttgart 1963.

Diepgen, Paul: Geschichte der Medizin. Die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens. Bd. II, 2. Hälfte, 2. Auflage, Berlin 1965.

Dörner, K.: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens – oder die soziale Frage, 2. Aufl., Gütersloh 1989, 27-38.

Dülffer, Jost: Deutsche Geschichte 1933 bis 1945. Führerglaube und Vernichtungskrieg, Stuttgart 1992.

Eichelsbacher-Calow, Christine: 100 Jahre Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen – Unterschiede in Körpermaßen und Gewicht, Häufigkeit von Lageanomalien und Mortalität bei männlichen und weiblichen Neugeborenen. Dissertation, 1991.

Elser H., Selbmann H.K.: Der Einfluß von Alter und Parität auf Schwangerschafts- und Geburtsrisiken sowie Sektiofrequenz und perinatale Mortalität. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 42 (1982), 188-196.

Elser H., Eissner H.J., Talsky W.: Frühgeburtenrate, Sektiofrequenz und perinatale Mortalität zwischen 1945-1980. Eine Analyse von 55.000 Geburten. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 43 (1983), 542-547.

Fasbender, Heinrich: Geschichte der Geburtshilfe, Hildesheim 1964.

Fervers, Carl: Die geburtshilfliche Neuordnung in der Sozialversicherung. 1929. Zbl. Gynäk. 53 (48): 3278-3280.

Fest, Joachim C.: Hitler. Eine Biographie, Berlin 1987.

Frewer A., Gottschalk K., Zimmermann V.: Zwangsarbeit in der Klinik: Göttinger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus, Niedersächsisches Ärzteblatt 2001.

Friedberg V., Hirsche D.-H.: Geburtshilfe. Thieme Verlag, Stuttgart 1975.

Frobel-Kraft, Kerstin: Mütterliche Morbidität einschließlich Dammkomplikationen und Mütterliche Mortalität an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen im Zeitraum von 1880 bis 1981, Dissertation 1987.

Galton, F.: Eugenics, Its Definition, Scope and Aims. Sociological Papers, 1, 1905, 45-50.

Gottstein, Adolf: Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge.  
In: Mosse, Max und Tugendreich, Gustav (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage. Göttingen 1977, 721-786.

Graml, Hermann: Reichskristallnacht, Antisemitismus und Judenverfolgung im „Dritten Reich“, München 1988.

Haeckel, Ernst: Natürliche Schöpfungslehre. Gemeinverständliche wissenschaftliche Vorträge über die Entwicklungsgeschichte, Berlin 1868.  
Haeckel, Ernst: Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über Biologische Philosophie, Stuttgart 1904.

Hammerschlag Sigfrid: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1933, 107-282.

Haug, Alfred: Die Synthese von Schulmedizin und Naturheilkunde im Nationalsozialismus.

In: Brinkmann, Manfred und Michael Franz (Hrsg.): Nachtschatten im weißen Land: Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen, Berlin 1982, 115-147.

Haug, Alfred: Natur- und Volksheilkunde im Nationalsozialismus. 1984. Dr. med. Mabuse (32): 33-73.

Hehl, Ulrich von: Nationalsozialistische Herrschaft (Enzyklopädie deutscher Geschichte, Bd. 39), München 1996.

Herbert, Ulrich: Fremdarbeiter, 2. Auflage, Berlin 1986, 248ff.

Herbert, Ulrich (Hrsg.), Nationalsozialistische Vernichtungspolitik 1939–1945. Neue Forschungen und Kontroversen, Frankfurt a. M. 1998.

Herbst, Ludolf: Das nationalsozialistische Deutschland 1933–1945. Die Entfesselung der Gewalt: Rassismus und Krieg. Frankfurt a. M. 1996.

Herold-Schmidt, Hedwig: Ärztliche Interessenvertretung im Kaiserreich 1871-1914.

In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Köln 1997, 82f.

Heusler, Andreas. Ausländereinsatz. Zwangsarbeit für die Münchner Kriegswirtschaft 1939-45, München 1996, 358-372.

Hinrichs, Ferdinand: Geburtshilfliche Ergebnisse im kleinen Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der operativen Geburt.

In: Stoeckel, Walter (Hrsg.): Die Geburtshilfe im Privathaus und in der Klinik. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Neue Folge, Heft 2, 10-72, Halle (Saale), 1949.

Hirsch, Max: Die operative Geburtshilfe vor der Frage: vaginal oder abdominal ? 1927. Zbl. Gynäk. 51 (35): 2215-2221.

Horban, Corinna: Gynäkologie und Nationalsozialismus: Die zwangssterilisierten, ehemaligen Patientinnen der I. Universitätsfrauenklinik heute – eine späte Entschuldigung. Dissertation, München 1999.

Horn, Wolfgang: Führerideologie und Parteiorganisation in der NSDAP 1919-1933, Düsseldorf 1972.

Hosemann H.: Exitus Matris. Die mütterliche Sterblichkeit an der Universitäts-Frauenklinik Göttingen im Laufe der letzten 25 Jahre.

Med. Klein., 41 (1952), 1351-1354.

Kershaw, Ian: Hitlers Macht. Das Profil der NS-Herrschaft, München 1992.

Kettler, Karolin: Aspekte zur Geschichte der I. Universitäts-Frauenklinik von 1916-1945. Dissertation, München 1994.

Klee, Ernst: Euthanasie im NS-Staat, Frankfurt a.M. 1983, 86.

- Klee, Ernst: Deutsche Medizin im Dritten Reich, Frankfurt a. M. 2001, 21-25.
- Koch, Thomas: Zwangssterilisationen im Dritten Reich, Frankfurt a.M. 1994, 22.
- Kovacs, Franz: Vergleich der Erfolge häuslicher und klinischer Geburtshilfe nach der Sammelstatistik der neuen ungarischen Geburtshilfeordnung. 1936. Zbl. Gynäk. 63 (13): 741-750.
- Küstner, O.: Pathologie der Schwangerschaft, I. Teil.  
In: Döderlein, A. (Hrsg.): Handbuch der Geburtshilfe, Band 2, Bergmann Verlag, Wiesbaden 1916, 85.
- Lifton, Robert Jay: Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988, 30-61.
- Lindner, Ulrike: Chronische Gesundheitsprobleme. Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik.  
In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr.33-34, 2003.
- Longerich, Peter: Die braunen Bataillone. Geschichte der SA, München 1989.
- Longerich, Peter: Die Vernichtung der europäischen Juden, München 1989.
- Macciocchi, Maria-Antonietta: Jungfrauen, Mütter und ein Führer. Frauen im Faschismus, Berlin 1976.
- Mädrich, Julia und Nicolaus, Ulrike: Hebammen im Nationalsozialismus.  
In: Metz-Becker Marita (Hrsg.): Hebammenkunst gestern und heute. Jonas Verlag, Marburg 1999.
- Marschalk, Peter: Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 1984.
- Mehringer, Hartmut: Widerstand und Emigration. Das NS-Regime und seine Gegner, München 1997.
- Mendel, Gregor: Versuche über Pflanzenhybriden (1866). Hrsg. von Tschermak, E., Leipzig 1901.
- Meredith H.V.: Body size of infants and children around the world in relation to socioeconomic status  
In: Advances in Child Development and Behaviour, Vol. 18, 1984, 81-145.

Metz-Becker, Marita und Bierig, Anika (Hrsg.): Hebammenkunst gestern und heute, Marburg 1999, 70.

Michalka, Wolfgang (Hrsg.): Das Dritte Reich. Band 1: Volksgemeinschaft und Großmachtpolitik 1933-1939. Band 2: Weltmachtanspruch und nationaler Zusammenbruch 1939-1945, München 1985.

von Mikulicz-Radecki, F.: Physiologische Grundlagen für den Eintritt einer Schwangerschaft. Befruchtung, Einbettung und Entwicklung des Eies.  
In: Stoeckel, Walter: Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Auflage, Jena 1941, 65f.

Mitscherlich, Alexander / Mielke, Fred: Medizin ohne Menschlichkeit - Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Neuausgabe. Frankfurt am Main 1978.

Müller, Rolf-Dieter / Volkmann, Hans- Erich (Hrsg.): Die Wehrmacht. Mythos und Realität, München 1999.

Neu, M.: Die Diagnose der Schwangerschaft.  
In: Döderlein, A. (Hrsg.): Handbuch der Geburtshilfe, Band 1. Bergmann Verlag, Wiesbaden 1915, 324.

Nowak, K.: Euthanasie und Sterilisierung im Dritten Reich, Göttingen 1980, 41.

Oberheuser F., Napp J.-H.: Die Müttersterblichkeit an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf während der letzten 40 Jahre (1919 bis 1958)  
Zbl. Gynäkologie, 82 (1960) 609-620.

Permooser, Irmtraud: Der Luftkrieg im Raum München 1942-1945, München 1993, 72-74.

von Pfaundler, M.: Physiologie des Neugeborenen.  
In: Döderlein, A. (Hrsg.): Handbuch der Geburtshilfe, Band 1. Bergmann Verlag, Wiesbaden 1915, 737-759.

Philipp, E.: Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe. Verhütung des Kindsbettfiebers.  
In: Stoeckel, Walter: Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Auflage, Jena 1941, 85-88, 730.

Ploetz, A.: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen: Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus, Berlin 1895.

Pohlen, Kurt: Die Anstaltsentbindungen in Preußen im Jahre 1933. 1935. Reichsgesundheitsblatt 10 (6): 117-119.

Prigge, Karl-Heinz: Beitrag zum Thema „Anstaltsentbindung oder Hausentbindung“. 1935. Dt. Ärztebl. 65 (14): 351-352.

Rothmaler, Ch.: Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.  
In: Medizin im Dritten Reich, Hrsg. von Blecker, J., Jachertz, N., Köln 1989, 73.

Rothmaler, Ch.: Chronologie der Ereignisse 1917-1945.  
In: „Was hat Hamburg nur mit Euch Frauen gemacht?“ Arbeitsbuch zum Film, Hamburg 1992, 57-59.

Recker, Marie Luise: Die Außenpolitik des Dritten Reiches (Enzyklopädie deutscher Geschichte, Bd.8), München 1990.

Reichel, Peter: Der schöne Schein des Dritten Reiches. Faszination und Gewalt des Faschismus, Frankfurt 1993.

Reuth, Ralf Georg: Goebbels. Eine Biographie. München 1995.

Sarwey O.: Anatomie und Physiologie der Schwangerschaft II. Teil.  
In: Döderlein A. (Hrsg.): Handbuch der Geburtshilfe, Band 1. Bergmann Verlag, Wiesbaden 1915, 184f.

Schwarz, Gudrun: Die nationalsozialistischen Lager, Frankfurt a.M. 1990, 97ff.

Seitz, L.: Pathologisches Verhalten der Plazenta, der Eihäute, der Nabelschnur und des Fetus.  
In: Stoeckel, Walter (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Auflage, Jena 1941, 541-550.

Stauber, Manfred: Gynäkologie im Nationalsozialismus – oder „Die späte Entschuldigung“. Vortrag auf der 50. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München 25. August 1994.

Stauber, Manfred: Frauenheilkunde im Nationalsozialismus: Aktuelle Thematisierung und Schlussfolgerungen 50 Jahre danach. Zeitschrift für medizinische Ethik 41, 1995, 205-222.

Steppe, Hilde: Die Schwester / Der Pfleger, 29. Jahrgang, Heft 5, Melsungen 1990, 363.

Steppe, Hilde (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus, 7. völlig überarb. und erw. Auflage, Frankfurt 1993, 64.

Stoeckel, Walter: Geburtshilfliche Operationen.

In: Stoeckel, Walter (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe. 5. Auflage, Jena 1938, 902-1002.

Stoeckel, Walter: Die normale Geburt.

In: Stoeckel, Walter (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Auflage, Jena 1941.

Stoeckel, Walter: Die pathologischen Geburtsblutungen.

In: Stoeckel, Walter (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Auflage, Jena 1941.

Stoeckel, Walter: Geburtshilfliche Operationen.

In: Stoeckel, Walter (Hrsg.): Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Auflage, Jena 1941.

Theisen, Else: Betrachtungen über Anstalts- und Hausgeburten. 1940. Zbl. Gynäk. 64 (8): 307-311.

Tandler-Schneider, A.; Stauber, M.; Kentenich, H.; Dudenhausen, J.W.: Geburtshilfe und Gynäkologie zur Zeit des Nationalsozialismus.

In: Perinatal Medizin, Springer Verlag (1995) 7, 103-107.

Teitelbaum M.S., Mantel N.: Socioeconomic Factors and the Sex-Ratio at Birth

Journal of biosocial Science (1971) 3, 23-41

Weidekamm, Ute: Perinatale Mortalität an der Universitätsfrauenklinik Erlangen – Eine Studie über 100 Jahre (1880-1981). Dissertation, 1992.

Wagner, Gerhard (Reichsärztführer).

In: Begrüßungsansprache zur Gemeinschaftstagung der Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden 1936.

Walby A.L., Merrett J.D., Dean G., Kirke P.: Sex-Ratio of Births in Ireland 1978  
Ulster Medical Journal (1981) 50, 83-87

Wieder, Stefanie: Entbindungsmodus und perinatale Mortalität der einzelnen Kindslagen an der Universitätsfrauenklinik Erlangen im Zeitraum von 1880-1981, Dissertation, 1992.

Wolff, Eberhard: Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933.  
In: Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Köln 1997, 106-108.

Wuttke-Groneberg: Heilpraktiker im Nationalsozialismus.  
In: Brinkmann, Manfred und Michael, Franz (Hrsg.): Nachtschatten im weißen Land: Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen. Berlin 1982, 127-147.

Zander, Josef und Goetz, Elisabeth: Hausgeburt und klinische Entbindung im Dritten Reich (Über eine Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahre 1939).  
In: Beck, Lutwin (Hrsg.): Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1986, 143-158.

## Weitere Quellen

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ). Qualitätsbericht Geburtshilfe, Jahresauswertung 2003. Klinikum Innenstadt der LMU, Frauenklinik.

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ). Qualitätsbericht Geburtshilfe, Jahresauswertung 2002.

Bundesarchiv Koblenz: Krankenpflege im Nationalsozialismus, 7. völlig überarb. und erw. Auflage, Frankfurt 1993.

JAMA (Journal of the American Medical Association), 1935: 1051.

Militärgeschichtliches Forschungsamt (Hrsg.): Das Deutsche Reich und der Zweite Weltkrieg, bisher 7 Bde., Stuttgart 1979–1999.

Minister des Inneren (Preußen): Runderlass betr. Hebammenwesen vom 6. September 1934. Abgedruckt in: Reichsgesundheitsblatt 9 (41): 869.

Mitteilung an den Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz (GBA) vom 10.01.1944, Bundesarchiv R 16/174

Mitteilung des Präsidenten des Landesarbeitsamtes Bayern vom 15.3.1943, Staatsarchiv München, Arbeitsämter 989.

Österreichische Hebammenzeitung, Ausgabe 2/99, April 1999.

Reichsgesetzblatt 1935/I, 773.

Reichsminister des Inneren: Runderlass, betr. Hausentbindungen und Anstaltsentbindungen vom 6. September 1939.  
In: Reichsgesundheitsblatt. 1939. 14 (43): 873

Reichsminister des Inneren: Runderlass über Anwendung von Arzneimitteln und sonstigen Maßnahmen durch Hebammen bei drohender Lebensgefahr für Mutter und Kind vom 30. Oktober 1939.  
In: Reichsgesundheitsblatt. 1940. 15 (1): 7-8.

Runderlass des Reichsführer SS und Chef der deutschen Polizei vom 27.7.1943, Institut für Zeitgeschichte-Archiv Dokument NO-1383.

Schreiben Präsident des Gauarbeitsamtes München-Oberbayern vom 24.3.1944, Bayerisches Hauptstaatsarchiv, Dachauer Kriegsverbrecherprozesse Mikrofilm Nr. 163.

Schreiben Präsident des Landesarbeitsamtes Bayern an die AOK Bad Tölz vom 25.8.1943, Staatsarchiv München Arbeitsämter 1325.

Universität Bochum: Zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Materialien zur Vorlesung „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“. WS 2003/2004.

## **Danksagung**

Für die Überlassung des interessanten Themas und für die zahlreichen Anregungen möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Manfred Stauber ganz herzlich danken. Sein Interesse am Fortgang der Arbeit, seine einfühlsame und geduldige Unterstützung haben wesentlich zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen.

Für die ausführliche statistische Beratung danke ich sehr Herrn Dr. Crispin vom Institut für Biometrie und Epidemiologie am Klinikum Großhadern, an den ich mich mit allen statistischen Fragen und Problemen wenden konnte.

Frau Friedl möchte ich für Ihre stete Hilfsbereitschaft und Ihre ausgesprochen freundliche Art danken.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Dipl.-Inf. Holger Frank, der mir bei allen Fragen in Bezug auf die Datenauswertung mit kompetenten Ratschlägen zur Seite stand.

Für die große Hilfe bei der Korrektur der Arbeit bedanke ich mich sehr bei Frau Dr. Tanja Herrler.

Schließlich möchte ich meiner Familie für ihr Verständnis und die große Unterstützung danken.

## Lebenslauf

Name: Moissl  
Vornamen: Norbert Hermann  
Geburtsdatum: 23.08.1973 in Weißenburg in Bay.  
Familienstand: ledig  
Eltern: Alfred Moissl, Textilkaufmann  
Katharina Moissl, Großhandelskauffrau

1980 bis 1984 Grundschole in Weißenburg i. Bay.  
1984 bis 1993 Gymnasium in Weißenburg i. Bay.  
1993 bis 1994 Grundwehrdienst  
1994 bis 2002 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilian-Universität München

2002 bis 2003 Arzt im Praktikum in der Klinik für Unfallchirurgie, Klinikum Nürnberg Süd

seit März 2004 Assistenzarzt in der Klinik für Orthopädie, Klinikum Ingolstadt