

Fünftpara 6,6%. Bei Sechst- und Mehrgebärenden war der Anteil der Frühgeburten mit 10,3% besonders hoch. Obwohl die Frühgeburlichkeit auf eine Vielzahl ätiologischer Faktoren zurückzuführen ist, kann ein Einfluß sozialer Faktoren angenommen werden, insbesondere, weil die gefundenen Unterschiede mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 0,1% als statistisch höchstsignifikant gelten können. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Doppelbelastung durch Unehelichkeit und Parität wird der Einfluß sozialer Faktoren noch deutlicher: Bei nichtverheirateten Erstgebärenden wogen 10% der Kinder weniger als 2500 g, bei den verheirateten Erstgebärenden 5,1%. Bei den Zweit- und Drittpara stehen sich 7,8 und 4,1% gegenüber, bei den Viert- und Fünftpara 8,0 und 6,4%, bei Sechst- und Mehrgebärenden 13 und 10%. — Die perinatale kindliche Mortalität war bei den ledigen Müttern und den Müttern aus der schwächsten Sozialschicht eindeutig höher als bei den übrigen Frauen. Bei den mütterlichen Todesfällen ließen sich direkte Zusammenhänge mit sozialmedizinischen Faktoren nicht nachweisen. Die Erhebungen zeigen, daß ärztliche Bemühungen für die Senkung der Frühgeburlichkeit und der damit im Zusammenhang stehenden perinatalen kindlichen Mortalität allein nicht ausreichen. Hier stellt sich eine große soziale Aufgabe.

5. Herr H.-J. Soost (München): Der Abort, ein soziales Problem, volkswirtschaftlich betrachtet.

Während über die medizinischen Folgen provozierter Aborte vielfach berichtet wurde, ist über die volkswirtschaftlichen Auswirkungen wenig bekannt. Die Zahl der geschätzten Aborte beträgt in der Bundesrepublik 1,2 Mill. jährlich (HARMSSEN). Bei den Krankenversicherungsträgern des öffentlichen Rechts ließen sich 1965 rund 160000 Abortbehandlungen nachweisen. 1% der weiblichen Pflichtversicherten war wegen Abortus annähernd 1 Monat arbeitsunfähig. Die Krankenhausbehandlungsdauer betrug durchschnittlich 8,6—9,5 Tage.

Die Kosten für ärztliche Leistungen, Krankenhausaufenthalt und soziale Leistungen betragen je nachdem, ob die Behandlung in einer Großstadtklinik, in einem Belegkrankenhaus, in einer Privatklinik oder auf dem Lande erfolgte, bei berufstätigen Frauen durchschnittlich 435,— bis 576,— DM, bei nicht berufstätigen Frauen ohne Anspruch auf soziale Leistungen 194,— bis 303,— DM, bei ausschließlich ambulanter Behandlung etwa 190,— DM. Unter Berücksichtigung dieser Zahlen und der Verteilung der Krankenkassenmitglieder nach ihrer Versicherungsform ergaben sich insgesamt Kosten von mindestens 50 Mill. DM jährlich für Abortbehandlungen im Bundesgebiet. Seitens der Arbeitgeber mußten für Gehaltsfortzahlungen bzw. Zuschüsse zum Krankengeld weitere

25 Mill. DM aufgebracht werden. Was darüber hinaus für die Arbeitgeber und die Volkswirtschaft der Produktionsausfall bzw. die notwendige Einstellung von Ersatzkräften bedeutet, ist in Zahlen schwer ausdrückbar; da 8 Mill. Frauen, d.h. 35% aller Berufstätigen, heute in den Arbeitsprozeß eingegliedert sind, muß auch dies bedacht werden.

Es liegt hier also ein soziales Problem vor, das auch von dieser Warte der ärztlichen Betrachtung bedarf. Die Verhütung unerwünschter Schwangerschaften, die wir heute in der Hand haben, ist wesentlich billiger und psychisch schonender für die Frauen.

6. Herr Kurt W. Schultze (Bremerhaven): Die zahlenmäßige Bedeutung der Fehlgeburt im Fortpflanzungsgeschehen.

Exakte Untersuchungen über die Summe aller Aborte sind deshalb nicht möglich, weil man die Summe aller Spontanaborte und erst recht nicht die aller Abtreibungen kennt. Nach neuesten Befunden kommt ein Spontanabort auf 10 Schwangerschaften. Im Raum Bremerhaven kamen 1967 auf 3473 Geburten 646 Aborte, entsprechend einem Quotienten Abort zu Geburt wie 1:5. Die Aborte haben hier seit 1949 um die Hälfte abgenommen, die Geburten auf das Dreifache zugenommen, entsprechend einem Absinken des Quotienten von 1:1,2 auf 1:6,8. Dies geht hauptsächlich auf Kosten der Abtreibungen, bei der 2 Formen unterschieden werden. Die eine, die draußen nur eingeleitet wird, und die andere, die außerhalb vollkommen abläuft und damit auch nicht erfaßbar ist (Dunkelziffer!). In Bremerhaven überwiegt die erste Form. Von den in der Klinik behandelten Aborten konnten 15% auf eine Erkrankung der Mutter, 28% auf ein Abortivei und 27% auf eine Abtreibung zurückgeführt werden. Der Rest ließ sich zunächst nicht ursächlich klären. Da in dieser Gruppe Fehleier durch die in jedem Fall erfolgte histologische Untersuchung ausgeschlossen werden konnten, wurde diese Gruppe an ursächlich ungeklärten Fehlgeburten anteilmäßig auf die beiden anderen Ursachengruppen umgerechnet. So ergeben sich 25% Aborte infolge Erkrankung der Mutter, 28% ovogene Aborte und 47% Abtreibungen. Aus diesem Schlüssel lassen sich für Bremerhaven 340 Spontanaborte errechnen, was bei 3473 Geburten die Ergebnisse von C. TIETZE u.a. bestätigt, denen zufolge der Quotient Spontanabort zu Geburt sich wie 1:10 verhält. Es wird mit einer Abtreibungsfrequenz von 50%, bezogen auf alle Aborte, gerechnet, und daraus ergibt sich ein Quotient von 1:5, bezogen auf alle Geburten. Im Bundesgebiet erfolgten 1966 290000 Geburten in Großstädten. Für diese wird ein Quotient von 1:3 angenommen mit Rücksicht auf die Dunkelziffer. Das ergibt 100000 Aborte. In kleineren Wohneinheiten wird ein Quotient von 1:6