

Aus der Chirurgischen Abteilung (Chefarzt: OMR Dr. H. Scheibe) des Kreiskrankenhauses Osterburg-Seehausen

Die Müttersterblichkeit im 17. bis 19. Jahrhundert

Von H.-J. Schneegans

Mit 2 Abbildungen

Zusammenfassung: Anhand älterer Register wird ein regionaler Überblick über die Müttersterblichkeit der Jahre 1642–1815 gegeben. In diesem Zeitraum von 173 Jahren verstarben bei 37 520 Geburten 668 Mütter. Vergleich mit der heutigen Situation.

Schlüsselwörter: Geburtshilfe – Historie – Müttersterblichkeit.

Maternal mortality in 17th to 19th centuries

Summary: A regional account is given, on the basis of early records, of maternal mortality, between 1642 and 1815. In this period of 173 years, 668 mothers died against a total of 37,520 deliveries.

Keywords: Obstetrics – History – Maternal mortality.

Daß eine Wöchnerin die Klinik nach einer Entbindung gesund verläßt, wird heutzutage als Selbstverständlichkeit angesehen. Die Müttersterblichkeit hat ihre Bedeutung für die geburtshilfliche Leistung verloren, da die Ziffer klein und der Anteil der Sterblichkeit e graviditate gegenüber dem Anteil in gravidate abnimmt [18].

In der DDR werden unter dem Begriff der peripartalen Mortalität alle Todesfälle vom Beginn der Schwangerschaft bis zur Geburt (präpartal), während der Geburt (intrapartal) und 6 Wochen nach der Geburt (postpartal) verstanden. Die Erfassung der Sterbefälle erfolgt auf der Grundlage der Meldung über Todesfälle von Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen vom 14. 7. 1958.

Der internationale Vergleich ist infolge der unterschiedlichen Definition in den einzelnen Ländern nur schwer möglich [8]. So wird die Unterteilung in direkt gestationsbedingte und indirekt gestationsbedingte Todesfälle in mehreren Ländern nicht berücksichtigt [17].

Trotzdem seien zum Vergleich der heutigen Situation einige Zahlen der peripartalen Mortalität aus der Literatur angegeben.

In der Schweiz war die mütterliche Mortalität von 1,5 Todesfällen auf 1000 Lebendgeburten 1950 auf 0,75 im Jahre 1958 gesunken. Im Vergleich zu den Jahren 1942–1945 war sie auf $\frac{1}{3}$ gesunken [5]. Die Stadt Lübeck (BRD) weist von 1949–1969 bei 36 000 Geburten 42 mütterliche Todesfälle auf, wobei seit 1949 kein Todesfall an einer Puerperalsepsis auftrat [17].

Im Zeitraum 1953–1955 wurden in der Stadt Halle bei 13 486 Geburten 6 verstorbene Mütter je Jahr gezählt [10]. Die Letalität der Städtischen Frauenklinik Leipzig betrug in den Jahren 1953–1964 bei 21 149 Geburten 38 Todesfälle = $0,18 \%$ [4].

In den letzten Jahrzehnten ist in der DDR ein weiterer Rückgang der peripartalen Mortalität zu verzeichnen. Waren 1962 noch 239 direkt gestationsbedingte Todesfälle gemeldet worden, so im Jahre 1979 nur noch 38; auf 10 000 Geburten

1962 8 verstorbene Mütter, 1979 nur noch 1,7. Die indirekt gestationsbedingte Sterblichkeit sank von 49 Fällen des Jahres 1952 auf 15 im Jahre 1977 = 0,67 auf 10 000 Geburten, gegenüber 1,64 auf 10 000 Geburten im Jahr 1952 [11, 15, 13, 1]. Setzt man die Häufigkeit der direkt gestationsbedingten Sterbefälle 1952 mit 100 % an, so konnte diese auf 19,4 % im Jahre 1972 gesenkt werden [13]. Haupttodesursache der direkt gestationsbedingten peripartalen Mortalität waren 1979 Hämorrhagien (12x), Embolien und Toxikosen (7x) und Infektionen (5x) [1].

Die Puerperalsepsis, häufigste Ursache der Müttersterblichkeit vergangener Jahrhunderte, ist eine Rarität geworden [16]. Einige Zahlen mögen dieses verdeutlichen. Aus dem „Hotel de Dieu“, dem Pariser Entbindungsheim, wird vom Jahre 1664 gemeldet, daß nahezu $\frac{2}{3}$ der Entbundenen verstarben [16]. Ehe I. P. Semmelweis die Genese des Kindbettfiebers erkannte, sollen allein im Lande Preußen während eines Zeitraumes von 60 Jahren 362 624 Mütter am Kindbettfieber gestorben sein [16].

Gerade bei einem Vergleich mit früheren Jahrhunderten werden die Erfolge in der Senkung der Müttersterblichkeit deutlicher. Anhand der Register der Kirchenbücher von 17 Gemeinden und Städten der Kreise Worbis, Heiligenstadt und Mühlhausen im Bezirk Erfurt ist es möglich, eine detaillierte Darstellung der mütterlichen Mortalität des 17.–19. Jahrhunderts zu geben. Beginnend ab dem Jahre 1642 kann bis zum Jahre 1815 ein Zeitraum von 173 Jahren überblickt werden.

In dem berücksichtigten Zeitraum lebte in den Städten und Gemeinden dieser Kreise eine bäuerliche Bevölkerung, die sich nebenbei mit der Hausweberei befaßte. Landesüblich war die Hausentbindung, bei der neben der Hebamme einige Nachbarinnen zugegen waren. Laut einer Verordnung des kurfürstlichen Landesherrn zu Mainz aus dem Jahre 1687 sollte jede Ortschaft des Eichsfeldes eine dafür geeignete Person als Hebamme anstellen. Über deren berufliche Fähigkeiten liegen mehrfache Zeugnisse vor.

Obwohl sie sich einer gewissen Prüfung unterziehen mußten [14], fällt bei einigen von ihnen innerhalb eines kurzen Zeitraumes eine gehäufte Letalität auf. 1748 wird geurteilt, „daß theils durch unerfahrenheit, theils durch ungeschicklichkeit deren Hebammen hin und wieder die gebärenden Weiber oder Kindbetterinnen zum öfteren übel zugerichtet, auch von jenen mit diesen also umgegangen worden, daß welche gebärenden Weiber manchmal mit dem andern Jahr das Leben einbüßen müssen“ [9]. Die Anwesenheit eines Arztes bei einer Entbindung wird in den berücksichtigten Orten erstmals im Jahre 1763 erwähnt.

Innerhalb des Zeitraumes von 173 Jahren (vom Jahre 1642 bis zum Jahr 1815) wurden in diesen Gemeinden 37 520 Geburten gezählt. Im gleichen Zeitraum starben 28 185 Personen. Werden hiervon die bis zum 10. Lebensjahr verstorbenen Kinder abgezogen, so verbleiben 15 403 verstorbene Erwachsene [6].

Bei den 37 520 Geburten verstarben unmittelbar oder in den folgenden 6 Wochen 668 Mütter. Diese 668 Verstorbenen können der direkt gestationsbedingten Mortalität zugerechnet werden. Auf 10 000 Geburten verstarben unmittelbar oder in den folgenden 6 Wochen 178 Mütter.

Bezogen auf die Gesamtzahl der 28 185 Verstorbenen bilden 668 Mütter 2,37 % der Todesfälle, bei Subtraktion der bis zum 10. Lebensjahr Verstorbenen sogar 4,3 %. Berücksichtigt man nur das weibliche Geschlecht, so starb jede 11. erwachsene Frau bei der Entbindung oder in den folgenden 6 Wochen. Als Aus-

nahme wird einmal eine 36jährige Schwangere erwähnt, die 6 Tage vor der Entbindung verstarb.

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die peripartale Mortalität der 668 verstorbenen Frauen. Die Entbindungsphase ist deutlich als Gipfel der Mortalität zu erkennen. 89 Mütter verstarben während der Entbindung oder in den nächsten Stunden. Der 6. postpartale Tag bildet einen weiteren Anstieg mit 63 Todes-

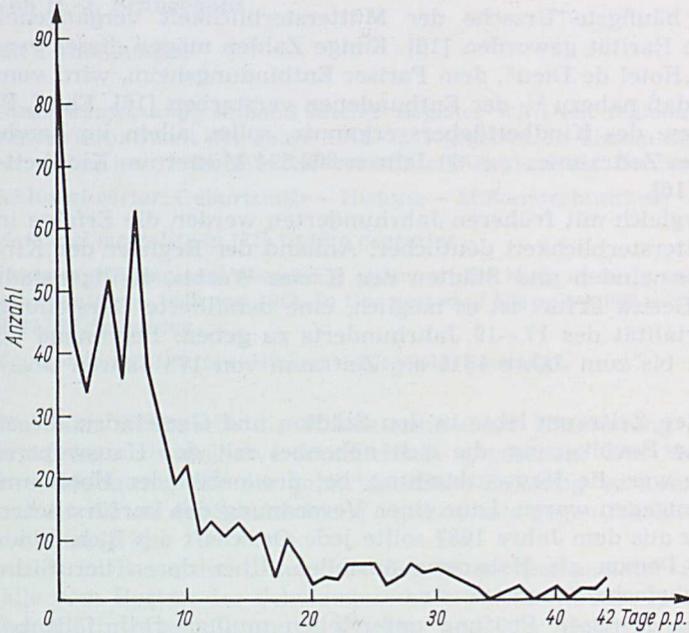


Abb. 1. Intra- und postpartale Mortalität

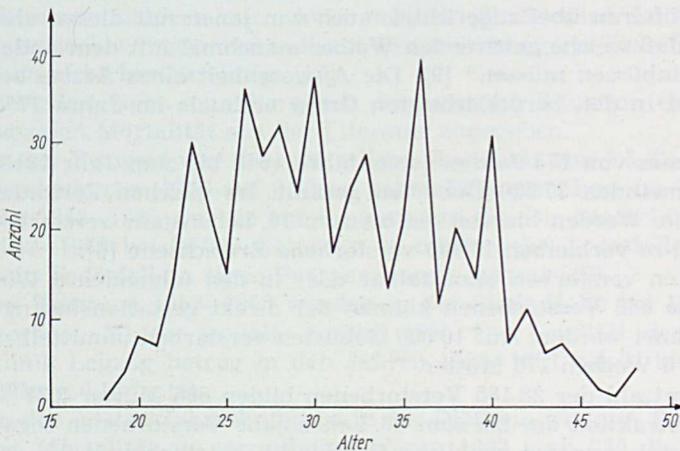


Abb. 2. Aufgliederung nach dem Alter der verstorbenen Mütter

fällen. Ab diesem Tag fällt zwar die Kurve ab, jedoch sind noch bis zum 42. postpartalen Tag Todesfälle zu verzeichnen.

Eine Altersverteilung der Mortalität gibt Abbildung 2. Der Anteil der 20- bis 30jährigen Verstorbenen liegt bei 46 0/0, der der 30–40jährigen bei 40 0/0, wobei die Altersgruppe der Frauen mit 36 Jahren insgesamt mit 39 Todesfällen am höchsten ist. Auch die über 40jährigen Frauen bilden mit 30 Todesfällen eine nicht übersehbare Gruppe. Die jüngste Verstorbene zählte 18 Lebensjahre. 4 verstorbene Mütter standen bereits im 49. Lebensjahr.

In Zürich fand Wyler unter 100 000 Geburten 10 Mütter im Alter von 48 Jahren und darüber. Douglas zählte in New York 48 Jahre als höchstes Gebäralter [12].

Die exakte Todesursache der 668 verstorbenen Mütter zu erkunden, ist heute nicht mehr möglich. Wie auch Leopold [11] erwähnt, wurden Eintragungen in derartige Register der Kirchenbücher durch den Pfarrer oder durch Laien (Kantor, Küster) vorgenommen. Eine ärztliche Leichenschau war unbekannt. Bei rund 75 0/0 der verstorbenen Mütter fanden sich Ergänzungen wie: „in puerperio“, „mortua in puerperio“, „in puerperio defuncta“, ab dem Jahr 1780 auch der Zusatz „im Kindbette“, oder „Kindbetterin“. Bei 4 Todesfällen wird als Ursache genannt: „febri puerpera“.

Daß bei vielen der 668 Todesfälle das „Kindbettfieber“ als Todesursache angesehen werden kann, dürfte nicht unwahrscheinlich sein.

Bei 89 Verstorbenen fand sich die Ergänzung „in partu verschieden“, „bei der Niederkunft“, „bei einer unglücklichen Geburt“ oder „quae statim post partum obiit“. Diese 89 Todesfälle bilden 13,3 0/0 der Müttersterblichkeit der 668 Verstorbenen.

Eine 40jährige Frau verschied im Jahre 1763 „post partum una cum infante ex utero matris exsecto et babtizato, qui statim obiit“. 1779 starb eine 39jährige 4 Tage „post sectionem“. Bei beiden operativen Entbindungen wird ausdrücklich die Anwesenheit eines Arztes bestätigt, sonst nur noch bei 4 Geburten, an deren Folgen die Gebärende verstarb.

Starben vor rund 250 Jahren bei 10 000 Geburten noch 178 Mütter, so hat die Gewährleistung der Einheit von prophylaktischen, diagnostischen, therapeutischen und metaphylaktischen Maßnahmen die peripartale Sterblichkeit auf 1,6 je 10 000 Geburten senken lassen [1].

Die Konzentration auf leistungsfähige Einrichtungen mit intensiver Überwachung und Ausbau der Schwangerenfürsorge bietet höchste Sicherheit für Mutter und Kind.

Literatur

1. Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, 10.–14. Jahrgang, Berlin 1975/79.
2. Dietel, H., und Keding, G.: Müttersterblichkeit – auch heute noch ein Problem. Geburtsh. u. Frauenheilkd. 36 (1976) 1–9.
3. Emmrich, J. P.: Ursachen der Müttersterblichkeit und ihre Bekämpfung. Zbl. Gynäkol. 83 (1961) 1253–1254.
4. Felker, A.: Die mütterliche Mortalität an der Städtischen Frauenklinik Leipzig in den Jahren 1954 bis 1963. Z. ärztl. Fortbild. 60 (1966) 1256–1260.
5. Käser, O.: Die mütterliche Mortalität in der Schweiz. Zbl. Gynäkol. 83 (1961) 1255.
6. Kirchenbücher der 17 Gemeinden der Kreise Worbis, Heiligenstadt und Mühlhausen.
7. Kraatz, H., und Marcusson, E.: Aufgaben aller Ärzte beim Schutz von Mutter und Kind insbesondere bei der Senkung der Müttersterblichkeit. Z. ärztl. Fortbild. 60 (1966) 1241–1251.

8. Kraatz, H.: Tagung der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften für Geburtshilfe und Gynäkologie an den Universitäten Rostock und Greifswald. Sitzung 17. und 18. 6. 1960 in Rostock. Zbl. Gynäkol. 83 (1961) 1253–1266.
9. Kramann, M.: Die Entwicklung des Gesundheitswesens auf dem Eichsfeld. Heiligenstadt: F. W. Cordier 1966.
10. Krüger, E. H.: Häufigkeit und Ursache der perinatalen und mütterlichen Sterblichkeit im Rahmen der Schwangerenfürsorge. Dt. Gesundh.-Wesen 13 (1958) 1163–1171.
11. Leopold, D., und Hunger, H.: Die ärztliche Leichenschau. Leipzig: J. A. Barth 1979. S. 150, 156ff.
12. Nitzsche, P., und Wienhold, J.: Geburtsaussichten für Mutter und Kind bei Geburten von Frauen über 40 Jahre. Dt. Gesundh.-Wesen 23 (1968) 1041–1044.
13. Rothe, J.: Zu Grundlagen für den internationalen Vergleich der „Müttersterblichkeit“. Zbl. Gynäkol. 96 (1974) 385–390.
14. Schneck, P.: Johann Peter Frank (1745–1821) und das Hebammenwesen im 18. Jahrhundert. Heilberufe 26 (1973) 85–88.
15. Statistisches Jahrbuch der DDR 1975–1977.
16. Stoeckel, W.: Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena: G. Fischer 1956. S. 720.
17. 72. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie, 18.–19. 10. 1969. Geburtsh. u. Frauenheilkd. 30 (1970) 564–579.
18. Wulf, K. H.: Panoramawandel in der Geburtshilfe. Geburtsh. u. Frauenheilkd. 35 (1975) 393–404.

Anshr. d. Verf.: OA Dr. med. H. J. Schneegans,
 Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses
 Osterburg-Seehausen,
 DDR-3550 Seehausen

Buchbesprechungen

Koch, H.: Leitfaden der Medizinischen Mykologie. 3. Aufl. 162 S. mit 88 Abb. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag 1981. Für die medizinische Praxis. Leinen.

Der Leitfaden der Medizinischen Mykologie ist ein Buch, das wohl in keinem Labor fehlen sollte. Es ist daher zu begrüßen, daß es jetzt in 3. Auflage vorliegt. Der Verfasser hat die verschiedensten Mykosen dargestellt, wobei eine klare Diktion gegeben wurde. Die wichtigsten Erreger des Krankheitsbildes werden vorgestellt und dann das Krankheitsbild selbst. Hervorragende Abbildungen unterstreichen dabei sowohl das Krankheitsbild als auch den Erregernachweis. Nicht in den Hintergrund getreten sind dabei die Laboruntersuchungen, die von der Methodik her unterschiedlich gehandhabt werden. Der Verfasser stellt sich aber dieser Problematik und bringt neben der Materialgewinnung die mikroskopische und kulturelle sowie immunbiologische Diagnostik. Die Farbaufnahmen und schematischen Darstellungen erlauben auch den weniger Geübten eine rasche Orientierung. Ein wichtiges Problem stellen die Mykotoxine dar, die er in meist tabellarischen Übersichten dargestellt hat. Sehr kurz wird Stellung genommen zum Problem der Therapie, wobei es hier im wesentlichen um die wichtigsten Antimykotika geht. Auch die Resistenzbestimmungen werden kurz dargestellt. Allerdings bildet die Pilzdesinfektion nicht den Abschluß, sondern wurde der Therapie vorgezogen. Dieses Kapitel erscheint besonders wichtig, da bei Pilzinfektionen meist Desinfektionsmittel in falscher Konzentration eingesetzt werden. Im ganzen gesehen ist das Buch flüssig geschrieben und ausgezeichnet gegliedert.

H. Spitzbart (Erfurt)