

Ellwanger

ELLWANGER

Siegmund Ellwanger



Aus der Universitätsfrauenklinik Strassburg/ Els.

Direktor: Prof. Dr. J a c o b i.

=====

Über die kindliche Sterblichkeit  
unter u. nach der Geburt.

=====

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Reichsuniversität Strassburg.

Vorgelegt von

Siegfried Ellwanger

aus Stuttgart.



Dekan : P ř o f . D r . S t e i n

Referent: Prof. Dr. J a c o b i.



Betrachtet man die geburtshilflichen Leistungen der letzten zehn Jahre, so ist ohne weiteres festzustellen, dass die kindliche Mortalitätsziffer um gleichbleibende Werte schwankt, sich also auf einer Ebene hält, und es hat den Anschein als ob der beschrittene Weg keine weitere Verminderung der Sterblichkeit mehr erhoffen liesse. Es werden darum gelegentlich Meinungen laut, die in ganz wesentlichen Zügen eine Umstellung der Geburtshilfe im Interesse weiterer Senkung der Kindersterblichkeit verlangen. Dies mag vielleicht begreiflich erscheinen, wenn man bedenkt, welcher grossen Anteil an der Säuglingssterblichkeit die Mortalität des Kindes unter der Geburt und in den ersten Lebenstagen einnimmt.

Fasst man aber das perinatale Sterben als biologischen und unbedingt physiologischen Vorgang auf, bei dem lebensschwache Individuen entsprechend den Naturgesetzen ausgemerzt werden, so scheint der von der Geburtshilfe eingeschlagene Weg als der einzige richtige bewiesen und wird es in seinen Grundzügen auch bleiben, gelang es auf diese Weise doch immerhin, die Sterblichkeit auf ein Minimum zu drücken. Dies kann man als glänzenden Erfolg der Geburtshilfe bezeichnen und ist auch zugleich ein schöner Dank für die aufopferungsvolle Arbeit besonders unserer deutschen Aerzte und zeigt, welchen Ernst sie diesem Problem entgegenbrachten.

Ich habe es mir nun zur Aufgabe gemacht, die Ergebnisse der Klinikentbindung an der Strassburger Universitäts-Frauenklinik seit sie wieder in deutschen Händen ist festzustellen und mit anderen in den letzten Jahren veröffentlichten Statistiken zu vergleichen.

Dabei sei von vornherein auf die vielleicht nicht sehr grossen, aber immerhin bestehenden Fehlerquellen einer Statistik hingewiesen. Stützt sich doch eine solche nur auf schriftliche Unterlagen früherer Jahre und muss daher immer lückenhaft und unvollkommen bleiben. Zum anderen werden derartige Statistiken nicht immer unter dem gleichen Gesichtspunkt und Grundsatz aufgebaut. Ferner sind Meinungsverschiedenheiten auf wissenschaftlichem Gebiet wie z.B. der Frühgeburt vorhanden und häufig geschieht die



Feststellung einer solchen, besonders in der häuslichen Geburtshilfe, nach persönlichem Gutdünken des Arztes.

Betrachtet man die Geburtshilflichen Statistiken so findet man häufig streng zwischen Hausgeburten u. Klinikgeburten unterschieden u. zwar mit Recht, da doch beiden Entbindungsmöglichkeiten ein scharf umrissenes Indikationsgebiet zukommen sollte u. die Ergebnisse daher auch entsprechend andere sein müssen. Die Klinik sucht ja ihr Material nicht nach natürlichen Gegebenheiten aus, sondern erhält bereits eine bestimmte Auswahl von Fällen. Ich möchte fast sagen die regelwidrige bzw. pathologische Geburt gibt ihr als ihr ureigenstes Gebiet erst die Daseinsberechtigung.

Der Begriff Hausgeburt ist an sich klar, er umfaßt alle zu Hause stattfindenden Entbindungen. Das heisst die Geburt steht von Anfang bis Ende einschl. Wochenbett unter Leitung der Hebamme, die gegebenenfalls einen Arzt zu rufen verpflichtet ist. Weniger einheitlich ist der Begriff der Klinikentbindung, da zwischen Haus- u. Klinikgeburt eine Reihe von Entbindungsheimen kleinere Krankenhausabteilungen und ähnliches existieren. Streng genommen sollte man unter Klinik nur geburtshilflich - gynäkologische Anstalten verstehen, die unter Leitung eines Fachgynäkologen stehen, ihrem Charakter entsprechend eine gewissen Zahl von Oberärzten, Assistenten und fest angestellten Hebammen aufweisen. Der Vorteil einer solchen Klinik, die ja im allgemeinen mit Hilfsmitteln reichlich ausgestattet ist, ist in die Augen springend. Es kann jede geburtshilfliche Situation beherrscht werden, operative Eingriffe, Bluttransfusionen und dergleichen können nicht nur vorgenommen werden, sondern, was oft entscheidend ist, sofort vorgenommen werden.

Die häufig, vor allem von Nichtfachleuten, diskutierte Frage, ob die Klinik oder häusliche Entbindung bessere Ergebnisse zeitige, lässt sich statistisch überhaupt nicht beantworten. Denn in erheblichem Masse belasten alle Fälle, die wegen irgendwelcher Komplikationen oder gar Störung bei bereits im Gang befindlicher Geburt in die Klinik eingewiesen werden. Um solches Material handelt es sich zu einem grossen Prozentsatz. Annähernde Vergleichsmöglichkeiten hätte man vielleicht, wenn man unter Klinikgeburten nur Frauen aufzählte, die vor Beginn der Wehen ohne vorherige



vaginale Untersuchung aufgenommen und dort entbunden hätten. Wie falsch ist das Bild einer Kliniktotgeburt z.B. wenn wegen Versäumnis des günstigen Zeitpunktes bei einer verschleppten Querlage die Perforation vorgenommen werden muss. Solche Totgeburten sollten eigentlich auf das Konto der Hausgeburten und nicht der Klinikentbindung geschrieben werden. Zweifelsohne befindet sich die gesunde Frau bei der Hebbamme und ihrem Hausarzt in guten Händen und ist zu Hause gut aufgehoben, da die geburtshilflichen Ergebnisse was Spontangeburt anbelangt durchaus gute sind. Die Leistungen der operativen Geburtshilfe bei Hausgeburten dagegen können nicht befriedigen. Zangenentbindungen schneiden hierbei noch verhältnismässig gut ab im Vergleich zu den erschreckend schlechten Ergebnissen bei Wendungen und Extraktionen. Hier sei noch bemerkt, dass es in der Hauptsache das enge Becken ist, was bei der Untersuchung und Beurteilung zu wenig erkannt und berücksichtigt wird. Es muss in erster Linie verlangt werden, dass jeder die Grenzen seines Könnens im Auge behält und gegebenenfalls fachärztlichen Rat einholt. Es muss streng zwischen Frauen unterschieden werden, bei denen sich nach ärztlichem Ermessen weder vor noch unter der Geburt ein Anhalt für eine drohende Gefahr findet und solche bei denen sicher oder wahrscheinlich eine Anstaltsentbindung eine bessere Prognose für Mutter und Kind verspricht.

Abgrenzung zwischen Haus- und Klinikentbindung:

In der die Klinik gehören :

1. das enge Becken II. u. III. Grades.
2. das enge Becken I. Grades dann, wenn den ganzen Umständen nach - ein grosses Kind pathologische Kopfeinstellung, Beckenendlagen, schlechter Ausgang bei früheren Entbindungen und anderes - mit Komplikationen zu rechnen ist, oder wenn sich während der Geburt Schwierigkeiten, zu deren Ueberwindung operative Eingriffe notwendig sind, einstellen.
3. die Querlagen, ohne Rücksicht auf Beckengrösse, Grösse des Kindes und Stadium der Geburt.
4. Die Beckenendlage, soweit mit Geburtsschwierigkeiten gerechnet werden muss, also alte Erstgebärende, enges Becken aller Grade, grosses Kind.
5. Stillstand der Geburt, wenn der vorausgehende Teil, Kopf oder Steiss noch im Beckeneingang steht und sich mit den üblichen Mitteln keine genügend kräftige Wehen erzielen lassen.
6. Die Frühgeburt.