

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 73 (1975)

Heft: 5

Artikel: Einfluss des Körpergewichtes auf die Schwangerschaft

Autor: Girotti, M. / Mutter, B. / Schmid-Tannwald, I.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950929>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
Direktor: Prof. M. Berger

Einfluss des Körpergewichtes auf die Schwangerschaft

Girotti M., Mutter B., Schmid-Tannwald I., Schaer A.E.

Nach klinischen Zusammenstellungen sind bis 35 % der Schwangeren übergewichtig (1, 3, 4, 6). Unter diesen Patientinnen zeigt sich eine 2—5 mal höhere Frequenz (1, 3, 4, 6) folgender Schwangerschaftsstörungen: Drohender Abort, Harnwegsinfektionen, Thrombosen, Uebertragung sogar 7mal (4), Wehenschwäche, vaginaloperative Geburten, Neugeborenenasphyxie, postpartale und puerperale Komplikationen. Ebenfalls so häufig erscheinen EPH-Gestose. Nachdem die Zahl der übergewichtigen Schwangeren in den letzten Jahren immer mehr zugenommen hat (4), wie auch die Zahl der Pfropfgestosen (2, 5), scheint es berechtigt, einen Zusammenhang zwischen den beiden Störungen im Sinne einer Abhängigkeit der Pfropfgestosen auch vom Uebergewicht zu postulieren.

Untergewichtige Schwangere zeigen vermehrt Frühgestosen, Frühgeburten und postplazentare Blutungen (7).

Auffallend ist, dass die grösste Zahl der Unter- (7), sowie der Uebergewichtigen (4) die Erstgebärenden betrifft.

Unsere Zusammenstellung bezieht sich auf 1000 Geburten. Wir haben 7 Gewichtgruppen unterschieden (Tabelle 1): als Idealgewicht am Termin haben wir das Gewicht entsprechend der Grösse minus einen Faktor zwischen den Grenzen 85 und 95. Unter und über diesen Grenzen haben wir je 3 Gruppen von 5 zu 5 kg unterschieden.

Ein Uebergewicht weisen über ein Fünftel (22,7 %) auf, ein Untergewicht ein Drittel (31,9 %) auf.

Bei den Erstgebärenden ist das Untergewicht häufiger bei den jüngeren und das Uebergewicht bei den älteren, bei den Mehrgebärenden sind die nicht normalen Körpergewichte im mittleren Altersbereich gehäuft.

Schwangerschaft

Die Frequenz der *Emesis* scheint unabhängig vom Körpergewicht (Untergewicht 30,8 %, Normgewicht 36,5 %, Uebergewicht 30,8 %) zu sein. Die *Hyperemesis* zeigt sich zweimal häufiger bei untergewichtigen Schwangeren (5,5 %) im Vergleich zu Normgewichtigen. Am wenigsten betroffen sind die Uebergewichtigen (1,7 %). Entsprechend den klinischen Beobachtungen erbrechen die mageren Schwangeren mehr: dies könnte vielleicht mit der psychosomatischen Entstehung dieser Störung übereinstimmen.

Unter den *Spätgestosen* scheinen die monosymptomatischen Formen vom Körpergewicht nicht beeinflusst zu sein (Untergewicht 26 %, Normgewicht 28 %, Uebergewicht 29,3 %); Vollgestosen hingegen sind doppelt so häufig bei den unphysiologischen Gewichten (Untergewicht 4,9 %, Uebergewicht 4 %) im Vergleich zum Normgewicht (2 %); es überrascht hier die hohe Zahl der Gestosen bei Untergewichtigen, da diese Krankheit der Schwangerschaft meistens in Zusammenhang mit dem Uebergewicht gebracht wird; der Grund dafür ist vielleicht darin zu suchen, dass man als pathologisch bis heute fast ausschliesslich das Uebergewicht angeschaut hat.

Eine *Eklampsie* ist bei einer normgewichtigen Schwangeren er-

schiienen. Die *Pyelitis gravidarum* kommt bei den übergewichtigen Schwangeren (10,9 %) doppelt so häufig vor, als bei Untergewichtigen (5,6 %) und Normgewichtigen (4,5 %). Die statistische Bearbeitung, d. h. die mathematische Berechnung dieser Zahlen ergibt eine hohe Signifikanz im Sinne einer grossen Wahrscheinlichkeit. Wider Erwarten erkranken in unserem Kollektiv vermehrt die Korpulenten an Harnwegsinfekten und nicht, wie in den meisten Lehrbüchern angegeben, die asthenisch Untergewichtigen.

Ueberraschenderweise ist die *Anämie* (Hämoglobin unter 12 g %) häufiger bei Normgewichtigen (50 %) als bei den anderen Gruppen (Untergewicht 39,2 %, Uebergewicht 37,5 %). Der *partus præmaturus imminens* erscheint dreimal öfter bei den Untergewichtigen (4,1 %) als bei den Normgewichtigen (1,5 %); am wenigsten sind die Uebergewichtigen betroffen (0,6 %).

Geburt

Im Vergleich zu Normgewicht (9,5 %) ist die *Uebertragung* (10 Tage über den errechneten Termin) doppelt so häufig beim Untergewicht (19 %) und doppelt so selten beim Uebergewicht (4,7 %).

Der *vorzeitige Blasensprung* ist häufiger bei unphysiologischen Gewichten (Untergewicht 46,2 %, Uebergewicht 38,5 %) als bei Normgewichtigen (33 %). Bei der *Lage* zeigt sich folgendes: *Kopflage*: Untergewicht 93,8 %, Normgewicht 94,5 %, Uebergewicht 95,8 %; *Steisslage*: Untergewicht 7,8 %, Normgewicht 4 %, Uebergewicht 6,6 %; *Querlage*: Untergewicht 1,9 %, Normgewicht 1 %, Uebergewicht 0; *Deflexionslage*: Untergewicht 1,2 %, Normgewicht 0,5 %, Uebergewicht 0,6 %; *Lage im Kollektiv*: Kopflage 94,2 %, Steisslage 4,3 %, Querlage 1,4 %.

Während der Geburt hat man *Wehenmittel* zur Verstärkung der Kontraktionen bei fast einem Drittel der untergewichtigen Schwangeren (31,1 %) und nur bei einem Fünftel der Normgewichtigen (22 %) verabreicht; die Uebergewichtigen brauchen auch öfter Wehenmittel (29,4 %). Die mageren Frauen zeigen eine erhöhte Pathologie der Wehen, wobei scheinbar ein Widerspruch darin gesehen werden kann, dass sie einerseits häufiger übertragen und vermehrt Wehenmittel benötigen, andererseits zu drohender Frühgeburt neigen.

Die *Zeichen der intrauterinen Asphyxie* sind so verteilt: das *mekoniumhaltige Fruchtwasser* ist bei den unphysiologischen Gewichten nicht häufiger (Untergewicht 12 %, Normgewicht 14 %, Uebergewicht 11,3 %); *Herztonalterationen* zeigen sich fast zweimal mehr bei den Untergewichtigen (27,3 %) als bei den Normgewichtigen (15,55 %) am wenigsten bei Uebergewichtigen (11,7 %). Ein *Nabelschnurvorfall* ist bei den Untergewichtigen (4,7 %) dreimal häufiger (Normgewicht 1,5 %, Uebergewicht 1,1 %).

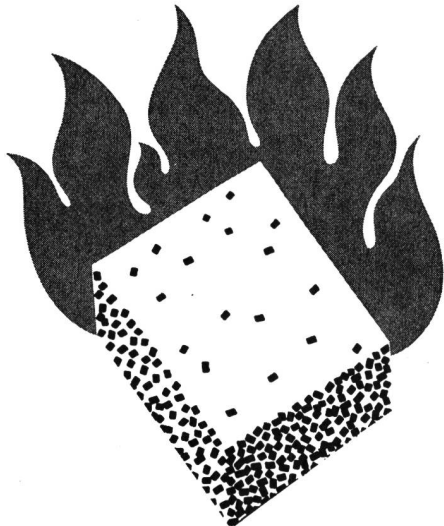
Die *Placenta prævia* und die *vorzeitige Lösung* der normal-sitzenden Placenta kommen bei normgewichtigen Patientinnen vielleicht seltener vor.

Ueber die Geburtsart kann folgendes gesagt werden: die *vaginal operativen* Geburten sind bei den Normgewichtigen (10,5 %) überraschenderweise frequenter als bei den Ueber- (6,6 %) und Untergewichtigen (8,6 %); die *Sectio* ist aber bei Uebergewicht (5,8 %) dreimal häufiger im Vergleich zu den anderen Gruppen (Untergewicht 1,2 %, Normgewicht 2 %).

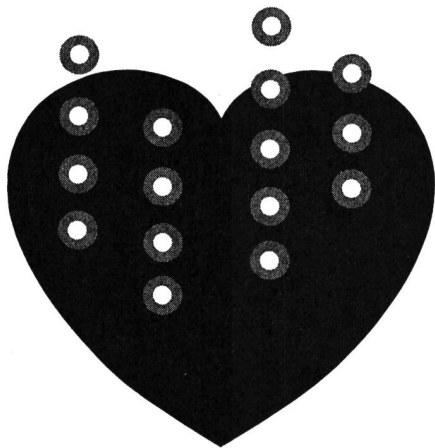
Die Frequenz der *postpartalen Atonie* (Untergewicht 4,8 %, Normgewicht 7,5 %, Uebergewicht 10,1 %) sowie die *manuelle*

Gly-Coramin ist doppelt wirksam

Glukose versorgt den Organismus innert kürzester Zeit mit zusätzlichen Kalorien.



Coramin vertieft die Atmung und führt den Gefässen und damit auch dem Herzmuskel vermehrt Sauerstoff zu; der Kreislauf wird angeregt.



Deshalb

- nach körperlichen Anstrengungen, bei erhöhter Leistung
- zur Anregung von Atmung und Kreislauf: in der Rekonvaleszenz, bei älteren Leuten

stets Gly-Coramin

Lutschtabletten
Brausetabletten

GCO 2 74 CHd

C I B A

Lösung der Placenta (Untergewicht 7 %, Normgewicht 8 %, Uebergewicht 13,1 %) und die Notwendigkeit einer *Bluttransfusion* (Untergewicht 8 %, Normgewicht 12,5 %, Uebergewicht 15,5 %) ist proportional zum Körpergewicht (unter denn magersten Patientinnen wird keine Atonie sowie keine Transfusion verzeichnet). Entsprechend der Literatur hatten wir eine vermehrte Blutungsneigung bei den mageren Frauen erwartet, da sie dazu noch häufiger Wehenschwäche zeigen und sonst auch ein relativ grösseres Blutvolumen aufweisen.

Neugeborene

Einen *Apgar 1—5* findet man bei Kindern normgewichtiger Frauen mit 7 % am wenigsten (Untergewicht 12,2 %, Uebergewicht 10,8 %). Die schlechteste Vitalität zeigen die Kinder der magersten Patientinnen (16,7 %). Die Totgeburt ist bei Mageren auch häufiger.

Die *Gewichtsgruppen* der Neugeborenen (Tabelle II) entsprechen auffallend genau den Gewichtsgruppen der Mütter.

Wochenbett

Die Frequenz der *Involutionsstörung* scheint unabhängig vom Körpergewicht (Untergewicht 29,3 %, Normgewicht 29,5 %, Uebergewicht 28,4 %) zu sein. Die *oberflächliche Thrombophlebitis* kommen beim Normgewicht (6,5 %) und Untergewicht (9,5 %) viel häufiger als beim Uebergewicht (1,2 %) vor. *Tiefe Thrombose* (1,7 %), *Lungenembolie* (1,1 %) und *Puerperalsepsis* (1,7 %) haben sich nur (!) bei übergewichtigen Wöchnerinnen gezeigt.

Damminfekte sind bei unphysiologischen Gewichten (Untergewicht 7,5 %, Uebergewicht 4,8 %), seltener (Normgewicht 10 %).

Die *Anämien* erscheinen mit gleicher Häufigkeit bei den verschiedenen Gruppen (Untergewicht 29,7 %, Uebergewicht 35,5 %). Normgewichtige Wöchnerinnen weisen öfters eine *Cystitis* auf (15 %, Untergewicht 7,5 %, Uebergewicht 12,5 %). Eine *Pyelitis* kommt dreimal mehr bei Uebergewichtigen (3,8 %, Normgewicht 1 %, Untergewicht 0 %) vor.

Zusammenfassend

lässt sich folgendes sagen:

- Ein Drittel der Schwangeren ist untergewichtig und zirka ein Fünftel übergewichtig.
- Während der Schwangerschaft scheint das Untergewicht auf eine Hyperemesis, eine Spätgestose und einen Partus praematurus imminens einen negativen Einfluss zu haben, auf die Anämie einen positiven. Das Uebergewicht beeinflusst eine Spätgestose und eine Pyelitis negativ, eine Hyperemesis positiv. Emesis und monosymptomatische Spätgestosen treten unabhängig vom Körpergewicht auf.
- Während der Geburt beeinflusst das Untergewicht Weheneintritt (Uebertragung), vorzeitigen Blasensprung, Lage, (Anomalien) ohne Steiss, Wehen, (Wehenschwäche), kindliche Herztöne, vielleicht Nabelschnurvorfal und Placenta praevia negativ, vaginal operative Geburten, (ohne Operationen am Steiss) und Blutverlust positiv. Beim Uebergewicht kommen vermehrt vorzeitiger Blasensprung, Steiss, Wehenschwäche, Sectio, Blutverlust und vielleicht Placenta praevia und vorzeitige Lösung, weniger aber Uebertragungen, Querlage, Herztönealteration, vaginal-operative Geburten und vielleicht Nabelschnurvorfal vor. Unabhängig vom Körpergewicht erscheint der Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser.
- Bei den Neugeborenen beeinflusst das Untergewicht der Mutter Gewicht, Vitalität und Totgeburt negativ, das Uebergewicht Gewicht positiv und Vitalität negativ.
- Im Wochenbett sind bei untergewichtigen Patientinnen oberflächliche Thrombophlebitiden häufiger und tiefe

Thrombosen, Lungenembolien, Damminfekte, Sepsis, Anämie, Cystitis und Pyelitis seltener. Bei übergewichtigen Wöchnerinnen sind die tiefe Thrombophlebitis, Lungenembolien, Sepsis und Pyelitis häufiger und oberflächliche Thrombophlebitis und Damminfekte seltener. Die Uterusinvolution wird nicht beeinflusst.

Abschliessend können wir sagen, dass die geburtshilflichen Komplikationen bei Untergewichtigen ebenso schwerwiegend sind wie bei Uebergewichtigen. Damit sei die Bedeutung aller unphysiologischen Körpergewichte und nicht nur des Uebergewichtes für die Schwangere betont.

TABELLE I

Verteilung des Körpergewichtes bei 1000 Schwangeren am Termin.

Man beachte die grosse Häufigkeit der unphysiologischen Gewichte und das Ueberwiegen des Unter- im Vergleich zum Uebergewicht.

2,0 %	über	10 kg		
11,3 %	bis	10 kg	Untergewicht	31,9 %
18,6 %	bis	5 kg		
			Normalgewicht	45,4 %
11,8 %	bis	5 kg		
4,3 %	bis	10 kg	Uebergewicht	22,7 %
6,6 %	über	10 kg		

(Girotti M. et al. — Einfluss des Körpergewichtes auf die Schwangerschaft.)

TABELLE II

Gegenüberstellung von Mütter- und Neugeborenenngewicht. Man beachte die auffallende Proportionalität.

Mütter		Neugeborene
	über 10 kg	3171,4 g
Untergewicht	bis 10 kg	3273,3 g
	bis 5 kg	3276,5 g
Normalgewicht		3327,9 g
	bis 5 kg	3452,6 g
Uebergewicht	bis 10 kg	3385,0 g
	über 10 kg	3748,3 g

(Girotti M. et al. — Einfluss des Körpergewichtes auf die Schwangerschaft.)

Literatur

AUDIT M.J.F., — Obésité et grossesse. *Bull. Soc. Gynéc. Obstét. franç.*, 16, 430—432, 1964.

HAUSER G.A. — Die Spätschwangerschaftsgestose. In: Mikulicz-Radeki F. — Almanach für die Frauenheilkunde. Lehmanns Verlag München, 1964.

HOLTORFF J. — Verlauf von Schwangerschaft und Geburt bei adipösen Frauen. *Zbl. Gynäk.* 86, 19—27, 1964.

KRAUER F. — Die übergewichtige Frau — ein Problem in der Geburtshilfe. *Gynaecolog.* 6, 343—354, 1967.

KYANK H., SCHOLZ B. — Bemerkung zur Einteilung der Spätgestosen. *Gynaecolog.* 1, 1—11, 1968.

STEGMANN H., WAGNER D., LAU A. — Schwangerschaft, Geburtsverlauf und Nachgeburtsperiode bei adipösen Frauen. *Med. Welt*, 41, 2195—2202, 1964.

ZWAHR CH., GERL D. — Schwangerschaft und Geburt bei der untergewichtigen Frau. *Thüringen Tgg.*, Reinhardsbrunn, 1965.

Dr. med. M. Girotti, Oberarzt, Universitäts-Frauenklinik, CH-3012 Bern

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Präsidentin:

Sr. Elisabeth Stucki
Kant. Frauenspital, Gyn.
3012 Bern
Tel. 031 23 03 33

Vize-Präsidentin:

Frau Etter-Keller
Wallenried
1784 Courtepin

Aktuarin:

Sr. Elisabeth Krähenbühl
Lindenhofspital
Bremgartenstrasse 117
3012 Bern

Kassierin:

Sr. Marti Hasler
Frauenspital
Schanzeneckstrasse 1
3012 Bern

Beisitzerin:

Sr. Lotti Brühlhart
Hôpital cantonal
1700 Fribourg

Zentralvorstand

Eintritte

Sektion Bern:

Frau Cigada-Kocher Ruth, Kreuzberg
Block 2, 3210 Kerzers
Frau Oester-Friedli Cornelia, Wangentalstrasse 28, 3172 Niederwangen

Sektion St. Gallen:

Frau Sonderegger-Krebser Lilli, Oberdorf 76, 9042 Speicher

Sektion Zürich:

Sr. Lüthy Johanna, Hädelistrasse 14, 8712 Stäfa
Sr. Regli Rosmarie, Birmensdorferstrasse 489, 8055 Zürich

Willkommen in unserem Verband.

Uebertritte

Sektion Aargau nach Bern:

Frau Christen-Keller Yvonne, Längfeldstrasse 52, 3063 Ittigen

Sektion Bern nach Luzern:

Sr. Gyax Ruth, Spital, 6340 Baar

Sektion Solothurn nach St. Gallen:

Frau Rickli-Steiger Verena, 9306 Freidorf

Sektion Schwyz nach Luzern:

Frau Garaventa-Schuler Agathe, 6405 Immensee
Sr. Sigrist Helene, Kinderheim Sonnenberg, 6417 Sattel.

Austritte

Sektion Appenzell:

Frau Lutz-Graf

Sektion Bern:

Sr. Hofer Regina, Grossacker, 8185 Winkel bei Büllach
Sr. Schranz Susanne, Boden, 3715 Adalboden