

Ueber Becken-Endlagen und Querlagen

Autor(en): **Gubler, R.**

Objektyp: **Article**

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**

Band (Jahr): **8 (1910)**

Heft 11

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-948849>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghausg. 7, Bern,
wohin auch Abonnements- und Inserations-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Fellenberg-Lardy,

Frauenarzt,

Schwamengasse Nr. 14, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Frä. A. Baumgartner, Hebamme, Waghausg. 3, Bern

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2. 50 für die Schweiz
Mk. 2. 50 für das Ausland.

Inserate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petitzeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Ueber Becken-Endlagen und Querlagen.

(Nach einem Vortrage in der Sommerversammlung der Sektionen Zürich und Winterthur des Schweiz. Hebammenvereins.)

Von Dr. Rob. Gubler in Turbenthal.

Je nach der Lage, welche das Kind unmittelbar vor der Geburt einnimmt, unterscheidet man einmal zwischen Längslagen und Querlagen; letztere werden auch bisweilen als Schiefslagen bezeichnet. Bei den Längslagen verläuft die Längsachse des Kindes, d. h. die Linie, welche man sich vom Steiß bis zum Kopfe gezogen denkt, im großen Ganzen in gleicher Richtung, wie die Längsachse des Körpers. Bei der Quer- oder Schiefslage ist dies nicht der Fall, sondern die betreffenden Längsachsen bilden miteinander einen mehr oder weniger großen Winkel. Wenn dieser Winkel ein rechter ist, sprechen wir rein theoretisch von einer Querlage, wenn er wesentlich kleiner ist als ein rechter, von einer Schiefslage. Diese Unterscheidung zwischen Quer- und Schiefslage hat aber praktisch keinen großen Wert. Vom praktischen Standpunkte aus werden wir immer von einer Querlage sprechen, wenn die beiden Längsachsen von Mutter und Kind nicht in der gleichen Richtung verlaufen, also immer dann, wenn wir bei der äußeren Untersuchung den Kopf des Kindes auf der einen Bauchseite der Mutter fühlen, den Steiß aber auf der anderen Seite.

Bei den Längslagen unterscheiden wir je nach dem vorliegenden Teil zwischen Kopflagen und Becken-Endlagen. Bei den Kopflagen liegt bei der inneren Untersuchung der Kopf vor und ist also nach dem Beckenausgang nach unten gerichtet, bei den Becken-Endlagen das untere Körperende. Die Kopflagen bilden den größten Teil der Geburten und werden, sofern nicht eine falsche Einstellung des Kopfes oder anderweitige Unregelmäßigkeiten vorliegen, als regelmäßige Geburten bezeichnet. Ueber 96% aller Geburten zeigen diese Lage. Die Becken-Endlagen sind viel seltener, etwa 3% aller Geburten, also eine auf etwa 30 Geburten. Wegen dieser Seltenheit und weil sie unter Umständen, wie wir später sehen werden, gewisse Gefahren bieten können, rechnet man die Beckenendlagen zu den regelwidrigen Geburten.

Auch die Becken-Endlagen werden in Unterabteilungen eingeteilt je nach demjenigen Teil des unteren Körperendes, der bei der inneren Untersuchung vorliegt. Das häufigste ist, daß dies der Steiß ist; wir sprechen dann von einer Steißlage. Nicht selten liegt aber ein oder auch beide Füße vor und dann haben wir eine Fußlage, und zwar eine vollkommene Fußlage wenn beide Füße vorliegen, eine unvollkommene wenn nur ein Fuß vorliegt. Endlich kann es vorkommen, daß ein oder beide Kniee im Muttermund gefühlt werden. Dies kommt aber sehr selten vor, man spricht in diesem Falle von einer Knieelage.

Wie wir bei den Kopflagen von einer ersten und zweiten Schädellage reden, unterscheiden wir auch zwischen einer ersten und zweiten Steiß-, bezw. Fußlage, je nachdem der Körper des Kindes auf der linken oder rechten Seite zu fühlen ist. Wir können die Becken-Endlagen meist schon bei der äußeren Untersuchung erkennen, indem wir im Gebärmuttergrund, also im oberen Teil der Gebärmutter einen harten, rundlichen Körper abtasten, der der untersuchenden Hand sehr gerne ausweicht, ähnlich einer Kugel, die in einer Flüssigkeit schwimmt, was ja im Grunde auch in unserem Falle vorhanden ist; wir bezeichnen diese Eigenschaft mit dem fremden Ausdruck ballotieren. Den Steiß, der im unteren Teile der Gebärmutter zu fühlen ist, zeigt diese Eigenschaft nicht; auch er ist als rundlicher Körper zu fühlen, aber von weicherer Beschaffenheit, als der Kopf. Immerhin ist das Erkennen einer Steißlage bei der äußeren Untersuchung nicht immer so leicht, wie es im Buche steht; namentlich schwierig kann es werden bei Frauen mit einem stärkeren Fettpolster, bei einer großen Menge Fruchtwasser etc. Eine Steißlage von einer Fußlage schon bei der äußeren Untersuchung zu erkennen ist unmöglich. Auch die innere Untersuchung ist nicht immer sehr leicht. Am Anfang der Geburt bei noch stehender Blase findet man häufig keinen vorliegenden Teil. Später wenn die Blase gesprungen und der Muttermund geöffnet ist und wenn der kindliche Körper mehr ins Becken eingetreten ist, kann das Erkennen der Steißlage leichter sein. Man fühlt dann die beiden weichen Hinterbacken des Kindes, auf einer Seite das harte Steißbein, ferner eine rundliche Öffnung, den After und die Geschlechts Teile. Immerhin sind Verwechslungen bei der Untersuchung besonders bei Uebrigten nicht selten; wenn das Steißbein in großer Ausdehnung vorliegt, kann man es mit den Schädelknochen verwechseln, den After mit einer Augenhöhle u. s. w. Auf alle Fälle ist das Erkennen einer Fußlage leicht, wenn die Geburt einigermaßen vorgeschritten ist, indem der Fuß meist weit in die Scheide hinunterfällt und von Geübten leicht von einer Hand unterschieden wird. Die selteneren Knieelagen bieten schon wieder größere Schwierigkeiten, indem das Knie leicht mit dem Ellbogen verwechselt wird.

Ueber den Geburtsverlauf ist folgendes zu sagen: Ich wähle als Beispiel die erste Steißlage. Der vorliegende Steiß tritt in der Regel so ins Becken ein, daß die Hüftbreite, d. h. die Linie, die man sich zwischen den am meisten nach außen stehenden Teilen des Hüftbeins gezogen denkt, in den zweiten schrägen Durchmesser eintritt und durch die Tätigkeit der Wehen in die Beckenhöhle gedrängt wird. Im Beckenausgang dreht sich die Hüfte etwas, so daß die Hüftbreite in den geraden Durchmesser zu liegen kommt, die linke Hüfte sich an den Schambogen stemmt und die rechte von hinten her über den Damm heraus gepreßt wird. Auf diese

Weise wird der Steiß geboren und der Bauch kommt zum Vorschein. Er ist bei der ersten Steißlage nach dem rechten Oberschenkel der Mutter zugerichtet. Nun kommt für das Kind ein außerordentlich kritischer und für sein Leben sehr gefährlicher Moment. Steiß und nach ihm meist auch die Füße sind bereits geboren, der Bauch teilweise auch, man sieht vielleicht schon den Ansatz der Nabelschnur. In der Beckenhöhle steckt die Brust des Kindes und die Schultern; der Kopf, dessen Geburt wie Sie wissen, an die Wehentätigkeit die größten Anforderungen stellt, ist im Begriffe, in die Beckenhöhle einzutreten. Nun stellen Sie sich die Lage der Nabelschnur in diesem Zeitpunkt vor. Sie verläuft von ihrem Ansätze am Nabel des Kindes, der wie bereits gesagt, schon im Scheidenausgang liegt, oder vielleicht schon geboren ist, zum Mutterkuchen, der Placenta, die hoch oben in der Gebärmutterhöhle liegt. Sie muß also an dem Kopf vorbeigehen. Sobald aber der harte Kopf die Beckenhöhle eintritt, preßt er die Nabelschnur an die ebenfalls harten Beckenknochen, welche die Wände der Beckenhöhle bilden, an und ist im Stande, dadurch den Blutzufluß von der Placenta bis zum kindlichen Körper ganz zu unterdrücken. Dies bildet aber für das ungeborene Kind, das noch nicht atmen kann, die größte Lebensgefahr. Denn das Blut, das von dem Mutterkuchen kommt, ist der Träger der für das Kind so notwendigen Lebensluft, das dem Menschen sonst durch die Lunge zugeführt wird. Und ebensowenig, wie ein erwachsener Mensch leben kann, wenn man ihm die Luftzufuhr unterbindet, wenn man ihm beispielsweise den Hals zusammenschnürt, ebensowenig ist dies bei dem noch ungeborenen Kinde möglich, dem die Blutzufuhr von Seiten der mütterlichen Placenta unterbunden ist. Es kann diesen Zustand höchstens etwa fünf Minuten aushalten, sonst muß es ersticken. Dieser Umstand erklärt es, daß bei der Steißlage, sowie bei der Fußlage, bei welcher die Verhältnisse ganz gleich liegen, so viele Kinder tot zur Welt kommen. Bei den Kopflagen besteht diese Gefahr nicht, weil die Nabelschnur nicht gedrückt werden kann oder höchstens wenn der Kopf und teilweise die Schultern geboren sind; dann aber ist die Geburt in einigen Sekunden in der Regel zu Ende; auch in diesem Falle der Druck auf die Nabelschnur nicht so stark, indem dieselbe nicht durch den harten Kopf, sondern durch den weichen Bauch an die Beckenknochen gepreßt wird. Diese Gefahr für das Kind tritt also — ich wiederhole es hier — in dem Moment des Geburtsverlaufes ein, in welchem der Steiß und vielleicht auch ein Teil des Bauches bereits geboren ist. Sie kann verringert oder ganz beseitigt werden, wenn die Natur die Geburt rasch zu Ende führt oder wenn Kunsthilfe geleistet wird, die in diesem Falle mittels der Extraktion, dem Herausziehen des Kindes nach allen Regeln der geburtsärztlichen Kunst geleistet wird. Der natürliche Verlauf der weiteren

Geburt geschieht dadurch, daß der Kopf mit seinem geraden Durchmesser im Querdurchmesser des Beckens in die Beckenhöhle eintritt, sich in derselben derart dreht, daß er in den ersten schrägen Durchmesser zu liegen kommt. Das Austreten aus der Beckenhöhle geschieht so, daß das Hinterhaupt sich an den Schambogen ansetzt und das Kinn und dann das übrige Gesicht hinten über den Damm hervortritt. Die Hauptsache ist aber, daß dies rasch geschieht, sonst ist das Kind verloren, wenn nicht Kunsthilfe zur Stelle ist.

Aus dem Gesagten ersehen Sie also, daß die Steißlagen, aber auch die Fußlagen für das Kind sehr gefährlich werden können. Wenn auch nicht in dieser Weise, sind diese Lagen auch für die Mutter weniger günstig, als die Kopflagen. Einmal ist wie bei allen Geburten, bei denen Kunsthilfe geleistet werden muß, die Gefahr der Ansteckung, also des Kindbettfiebers oder anderer weniger gefährlicher Erkrankungen im Wochenbett größer. Ferner entstehen bei Steißlagen gerne schwere Dammrisse. Eine weitere Gefahr besteht darin, daß bei verzögerter Geburt des Kopfes sich der Mutterkuchen in der zum größten Teile entleerten Gebärmutterhöhle vorzeitig löst und dadurch nach der Geburt eine größere Blutung entstehen kann.

Was soll die Hebamme tun, wenn sie eine Steiß- oder Fußlage konstatiert hat? Ihre erste Pflicht ist, daß sie darauf dringt, einen Arzt zuzuziehen. Es geschieht dies nicht deshalb, weil die Geburt nicht auf natürlichem Wege beendet werden könnte. Dies ist vielmehr, wie aus dem Gesagten hervorgeht, an und für sich möglich und kommt auch vielfach vor. Der Arzt muß aber zugezogen werden, auf daß er in jenem für das kindliche Leben so gefährlichen Momente zur Stelle ist und nötigenfalls sofort mit seiner Hilfe einspringen kann. Die Hebamme tut gut, die Leute in dieser Hinsicht aufzuklären, daß sie ruhig sind und nicht in allzu große Angst geraten. Es gehört überhaupt zu den ersten Eigenschaften einer guten Hebamme, daß sie immer kaltblütig ist und den Leuten, die ja so wie so immer ängstlich sind, nicht die Hölle noch heißer macht, sondern beruhigend wirkt. Schon dadurch kann sie großen Nutzen stiften und imponiert auch bei ihren Kunden vielmehr, als wenn sie in großer Aufregung hin und her rennt und die Angst und Furcht der Gebärenden und ihrer Angehörigen noch vergrößert.

Bis zur Ankunft des Arztes soll sie alles bereit halten, für genügend gekochtes Wasser sorgen etc. Ein Hauptaugenmerk soll auf die Erhaltung der Blase gerichtet sein, da diese hilft, den Muttermund zu erweitern. Aus diesem Grunde soll jede unnütze Untersuchung der Kreißenden vermieden werden, indem eine solche das Springen der Blase hervorrufen kann. So lange der Steiß nicht geboren ist und kein Arzt da ist, soll die Gebärende angehalten werden, mit dem Mitpressen während der Wehen möglichst zurückhalten, damit die Geburt bis zur Ankunft des Arztes eher verzögert wird.

Die Operation des Arztes besteht darin, die Extraktion auszuführen, wenn es an der Zeit ist. Was soll aber die Hebamme tun, wenn jener geschilberte und gefürchtete Moment im Geburtsverlauf da ist, der Arzt aber noch nicht. Hier sind die Meinungen etwas geteilt. Ich stehe wohl mit den meisten Geburtshelfern auf dem Standpunkte, daß die Hebamme die Hand davon lassen soll, etwa selbst die Extraktion versuchen zu wollen. Denn es ist dies immerhin eine Operation, die Übung erfordert und Kenntnisse und Fertigkeiten, die man in der kurzen Zeit, die für die Ausbildung der Hebammen zur Verfügung steht, diesen unmöglich beibringen kann. Es ist ja zu sagen, daß es vielleicht hier und da möglich wäre, ein kindliches Leben zu retten, wenn die Hebamme in dringenden Fällen diese Operation selbst aus-

führen könnte, wenn ein Arzt noch nicht zur Stelle ist. Andererseits bietet aber diese Operation auch Gefahren für Mutter und Kind. Und da übernimmt die Hebamme eine große Verantwortung, die sie unter Umständen zu büßen hat. Auf eine Schädigung des Kindes möchte ich Sie nur hinweisen, die manchmal unvermeidlich ist und schon den größten Geburtshelfern passiert ist, nämlich die, daß dem Kinde ein Arm oder ein Bein gebrochen wurde. Aber auch Verletzungen der Mutter sind möglich, die für dieselbe von den schwersten Folgen begleitet sein können. Und diese kommen natürlich bei Hebammen, die die nötige Fertigkeit für diese Operation nicht haben und in Unbetracht ihrer kurzen Lehrzeit auch nicht haben können, weit eher vor, als bei einem geübten ärztlichen Geburtshelfer. Unter diesen Umständen sage ich: Es ist das kleinere Uebel, wenn hier und da ein Kind tot geboren wird, das bei rechtzeitiger Hilfe hätte gerettet werden können, als wenn durch Ausübung dieser Operation durch Ungeübte der Mutter schweren Schaden zugefügt wird, an welchem sie unter Umständen das ganze Leben zu tragen hat und welcher der Hebamme, die das Unglück hatte, diesen Schaden zuzufügen, ebenfalls das ganze Leben nachgetragen wird und ihr natürlich auch für ihre Praxis schwer schadet.

Dagegen möchte ich Sie noch auf eine Aufgabe aufmerksam machen. Auch wenn die Geburt glücklich von statten geht und das Kind nicht tot zur Welt kommt, ist es doch fast die Regel bei Steiß- und Fußlagen, daß die Kinder bei ihrer Geburt scheinot sind. Hier hat natürlich die Hebamme das zu tun, was ihr für solche Fälle gelehrt wurde, also in leichteren Fällen ein paar Kläpfe auf den Hintern des Kleinen, Auswischen des Mundes und Reinigung desselben von Schleim, Baden des Kindes zuerst in warmem Wasser, Abreiben von Brust, Rücken und Gliedern, in schwereren Fällen endlich abwechselnd warmes und kaltes Bad oder Uebergießungen, regelmäßiges Zusammendrücken und wieder nachherige Erweiterung des Brustkorbs und vor allem, was immer noch das Beste ist, die sogenannten Schulze'schen Schwingungen, wie sie Ihnen im Laufe gezeigt wurden und wie Sie wohl schon alle mehrfach in Ihrer Praxis geübt haben. (Schluß folgt.)

Aus der Praxis.

I.

Anfangs Juni wurde ich zu einer Frau gerufen, die dem siebenten Wochenbett entgegen sah. Nach ihren Aussagen hätte es noch etwa 14 Tage gehen sollen. Nun hatten sich aber Wehen eingestellt, ziemlich starke, aber noch unregelmäßig.

Die Untersuchung ergab erstens Schädellage, Kopf in Beckenmitte, Scheidenteil noch nicht verstrichen.

Nachdem ich einige Zeit abgewartet, die Wehen aber schwächer wurden, zuletzt sogar ganz aufhörten, so begab ich mich wieder nach Hause.

Die Nacht darauf wurde ich wieder vergebens gerufen. In der dritten Nacht endlich sah ich, daß es Ernst galt.

Es nahm alles seinen normalen Verlauf. Auch bei den sechs vorangegangenen Geburten hatte nie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden müssen. Daß es diesmal so langweilig war, kam wahrscheinlich daher, daß die Frau schon 42-jährig und seit der letzten Geburt zehn Jahre verfloßen waren.

Ich habe nun erwähnt, daß alles normal verlaufen sei, jawohl, aber nur, bis das Kind da war. Dann fing es an zu bluten, nicht viel auf einmal, wie es öfter vorkommt, nur wenig, aber beinahe ohne Aufhören. Die Nachgeburtswunden wollten nicht recht einziehen. Mit dem Crede'schen Handgriff konnte ich auch nichts ausrichten; es war wie bei einem Gebärmutterkrampf, nur daß es bei diesem nicht blutet.

Nun brauchte ich mich natürlich nicht mehr lange zu besinnen, was zu tun sei, mußte ich doch im günstigsten Falle beinahe zwei Stunden rechnen, bis ein Arzt zur Stelle sein konnte. Das sind die schlimmsten Stunden, die es für eine Hebamme geben kann. Die Stadthebammen sind in dieser Hinsicht wirklich zu beneiden, da gibt es sicher keine solchen Marterstunden.

Zum Glück blutete es nun nicht mehr fortwährend, es hatten sich wahrscheinlich Blutgerinnsel gebildet. Die Frau, die zu allem Unglück noch herzleidend war, bekam Schwächezustände, Ohrenschmerzen und Uebelkeit. Endlich konnte ich wieder etwas aufatmen, denn ich sah den Herrn Doktor kommen. Er mußte die ganze Placenta ablösen, es war alles verwachsen gewesen, hierbei ging natürlich auch wieder viel Blut verloren.

Die Frau befand sich in einem hoffnungslosen Zustande, und doch, bis am dritten Tage, ging es leidlich, dann stellten sich Schmerzen ein, auf der Brust, Husten und die so gefürchteten Fieber, gleich mit 39 Grad einsetzend. Der Arzt meinte, es könnte Lungenentzündung geben, die Frau hatte heftige Atemnot. Am vierten Tage war es wieder etwas besser. Der Fiebermesser zeigte nur noch 38 Grad, die Schmerzen auf der Brust waren wieder verschwunden. Am fünften Tage fing der Ausfluß an, überreichend zu werden, trotzdem man täglich Gebärmutter- und Scheidenpülungen machte. Die Temperatur ging nicht mehr über 38,5. Vom 12. oder 14. Tage an hörte der Ausfluß auf. Im Unterleib hat die Frau nie Schmerzen gehabt, nur der Magen machte ihr immer viel Schwierigkeiten. Da, in der dritten Woche, als man meinte, es fange langsam an zu bessern, stieg die Temperatur, die sich nun schon einige Tage zwischen 36,8 und 38,2 gehalten hatte, wieder auf 38,5 und 39; es stellten sich Schmerzen ein im rechten Bein, in der Wade und im Kniegelenk. Der sofort wieder gerufene Arzt konstatierte Venenentzündung, welche die arme Dulderin nun wieder aufs neue ans Krankenlager fesselte. Nach weiteren vier Wochen konnte sie mit Hilfe ihrer Angehörigen das erste Mal das Bett verlassen, aber es werden noch Wochen vergehen, bis die Frau wieder zum Arbeiten kommt.

II.

Am 4. August abends 8 Uhr holte mich ein Mann mit den Worten, er glaube, es pressire wieder. Die Frau hatte schon fünf sehr schnell verlaufende Geburten glücklich überstanden. Natürlich beeilte ich mich, um so schnell als möglich auf dem Plage zu sein.

Als ich alles nach Vorschrift geordnet, desinfiziert und untersucht hatte, konnte ich der Frau sagen, in einer halben Stunde werde alles vorüber sein, vorausgesetzt, daß die Wehen so weiterfahren wollen. Der Muttermund war vollständig geöffnet, der Kopf in zweiter Schädellage, in Beckenmitte. Nachdem sie zwei oder drei schwache Presswehen gehabt, gab es plötzlich einen Stillstand in den Wehen. Nach ungefähr einer Stunde wurden sie wieder besser. Um 10 Uhr sprang die Blase, es ging viel Fruchtwasser ab. Bei einer nochmaligen, innern Untersuchung fand ich, daß der ziemlich große Kopf sich nicht in die richtige Lage gedreht hatte. Ich versuchte es mit wechselseitiger Lagerung; ich ließ die Frau sogar das Bett verlassen und herumgehen, trotzdem sie immer Presswehen hatte, die aber eben nicht mit gewünschter Stärke austraten.

So wurde es 11 Uhr, 12 Uhr, 1/2 1 Uhr. Nun durfte ich aber nicht mehr länger warten. Wie ich vorausgesehen, so kam es. Der Herr Gemahl meinte, es sei andere Male auch gegangen, es werde nicht nötig sein, daß man den Doktor hole und noch dazu mitten in der Nacht. Ich war aber schnell fertig mit ihm und schickte ihn mit dem nötigen Bericht ans Telephon, das etwa 10 Minuten entfernt war. Nach kurzer Zeit kam er wieder und sagte,