

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: 91 (1993)

Heft: 9

Artikel: Känguruh-Methode

Autor: Hamm, Silvia / Stoffel, Lilian / Strebel, Eveline

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950885>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.04.2025

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

Die Überlebenszahlen kleiner Frühgeborener widerspiegeln nur bedingt die Qualität der neonatalen Betreuung. Ein weitaus bedeutenderer Parameter ist die psychomotorische Entwicklung der Überlebenden. Die medizinische Verantwortung erstreckt sich daher nicht nur auf die ersten kritischen Wochen, sondern auch auf eine systematische Nachkontrolle unserer kleinsten Frühgeborenen.

Spätprognose

Von Prof. Largo² sind folgende Häufigkeitszahlen einer Zerebralparese aus verschiedenen Nachkontrollstudien zusammengestellt worden (Abb. 3): 1 Kind pro 1000 Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht über 2500 g weist später eine Zerebralparese auf. Bei Kindern mit einem Geburtsgewicht zwischen 1500–2500 g steigt die Zahl auf 25–40 pro 1000 Lebendgeborene. Zwischen 1000–1500 g ist die Häufigkeit 40–90 pro 1000 Lebendgeborene. Unter 1000 g steigt die Häufigkeit der Zerebralparese auf 100–300 pro 1000 Lebendgeborene.

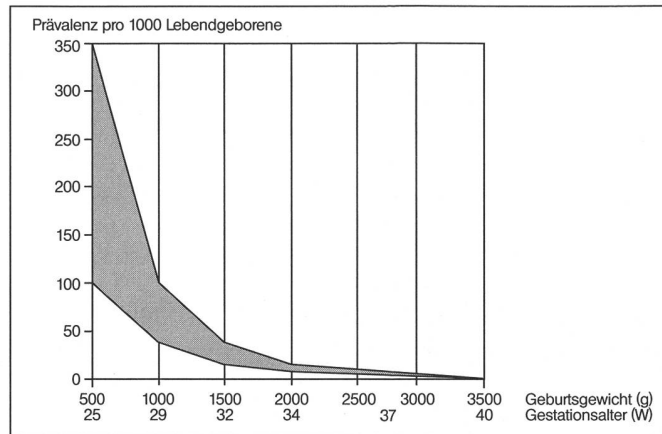


Abbildung 3: Prävalenz der Zerebralparese in Abhängigkeit von Gestationsalter/Geburtsgewicht (Stanley et al. 1984, Largo et al. 1991, Stewart 1989)

Der wichtigste perinatale Risikofaktor ist das Gestationsalter des Kindes. Das Risiko einer gestörten neurologischen Entwicklung ist desto grösser, je tiefer das Gestationsalter ist. Die prognostische Aussage hat sich in den letzten Jahren dank neuer bildgebender Verfahren vor allem der Ultraschalluntersuchungen deutlich verbessert. Die Beschleunigung des wissenschaftlichen Fortschritts und der technischen Möglichkeiten hat die Neonatologie in den letzten Jahren tiefgreifend verän-

dert. Die wachsende Komplexität und die Macht, in das Leben einzugreifen, stellt unser Gewissen sehr oft vor schwierige Fragen. Eine kritische Überprüfung unseres Handelns und die Suche nach neuen ethischen Normen ist ein wichtiges Ziel der nächsten Jahre. □

¹ B. Hagberg, G. Hagberg, I. Olow, L. von Wendt: The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. Acta paediatr Scand 1989; 78:283

² R.H. Largo
Frühkindliche Zerebralparese: Epidemiologische und klinische Aspekte. Deutsches Ärzteblatt 1991; Heft 23

Känguruh-Methode

Silvia Hamm, Lilian Stoffel, Eveline Strebel, Eveline Wyss

Wir sind vier KWS-Schwestern und arbeiten auf der Neonatologie und dem Wochenbett der Universitäts-Frauenklinik und Kantonalens Frauenspital Bern. Auf die Känguruhmethode (KM) wurden wir durch ein Video aus Bogotá (Kolumbien) aufmerksam.



Die Entstehung der Känguruh-Methode 1979

Das San-Juan-de-Dios-Krankenhaus in Bogotá (Kolumbien) ist ein grosses Krankenhaus mit jährlich 11'000 Geburten. Die Frühgeborenen-Abteilung ist oft überbelegt. Mehrere Neugeborene teilen zusammen eine Isolette, Überwachungsgeräte sind selten. Material und Personal sind knapp. Dadurch entstehen häufig Nosokomialinfektionen, und die Überlebenschancen von Früh- und Mangelgeburten sind gering. Dr. Edgar Rey und Dr. Hector Martinez, Kinderärzte, versuchen diese Probleme mit einer neuen Methode anzugehen.

Das «home care low birth weight programme» entsteht. Es beinhaltet, dass alle stabilen Frühgeborenen unter 2000 g zwischen die nackten Brüste ihrer Mütter gelegt werden. Die Kinder sind nackt und sollen wegen der Aspirationsgefahr vertikal gehalten werden. Über das nackte Kind wird ein Tragtuch mit Tailband gebunden, dann wird es mit der Kleidung der Mutter bedeckt. Die Mutter wird angehalten, Milch abzupumpen und/oder das Kind an der

Brust lecken und/oder trinken zu lassen. Falls nicht genügend Muttermilch vorhanden ist, wird mit Guavasaft ergänzt.

Der Erfolg ist bis heute enorm. Die Überlebenschancen der Kinder sind gestiegen, Infektionen werden seltener, und es wird eine Abnahme der Anzahl zurückgelassener und ausgesetzter Babys festgestellt.

Gedanken um eine zu frühe Geburt

Jede Geburt ist ein einschneidendes Erlebnis. Die Eltern können ihr gesundes, termingeborenes Kind von Anfang an ganz nah bei sich haben und es kennenlernen. Sie können ihr Baby versorgen, ernähren, sie dürfen es lieblosen – dies ist die Basis für einen guten Beginn der Eltern-Kind-Beziehung. Ein zu früh geborenes Kind wird in vielen Fällen unerwartet geboren. Nach der Geburt wird das Baby so schnell wie möglich auf die Neonatologie-Station verlegt. Mutter und Kind bleibt keine Zeit, in Ruhe miteinander Kontakt aufzunehmen. Auf der Neonatologie-Station muss das Kind

viele negative Eindrücke wie Blutentnahmen, viel Licht, Lärm und Unruhe verarbeiten. Zurück bleiben die Eltern mit Gefühlen von Angst, Ohnmacht und Unsicherheit. Sie werden von Schuldgefühlen geplagt und fühlen sich ausgeschlossen. Weil das Kind krank und von Apparaten umgeben ist, sind die Eltern oftmals gehemmt, es spontan zu berühren. Die Angst, dem Kleinen weh zu tun, ist gross. Die Eltern denken, dass die Pflegenden das Kind viel häufiger sehen und besser versorgen können. Sobald der Zustand des Babys es zulässt, ist es jedoch wichtig, die Eltern so oft wie möglich in die Pflege miteinzubeziehen. So werden diese ermuntert, das Kind zu berühren und selber zu pflegen. Seit 1989 wenden wir mit Erfolg die sogenannte **Känguruh-Methode** an. Zu Beginn handelten wir aus dem Gefühl heraus. Später wollten wir unser eigenes Konzept aufstellen, um Ängste und Vorbehalte bei Pflegenden und Ärzten abzubauen. Daraufhin entstand im Herbst 1991 unsere Arbeitsgruppe. Wir studierten ausländische Literatur, besuchten Spitäler in Holland und Deutschland und hatten Besuch von

einer dänischen Kinderkrankenschwester von der Neonatologie des Sønderborg-Krankenhauses. Aus all diesen Informationen erstellten wir die Richtlinien für unsere Neonatologie:

Richtlinien zur Känguruh-Methode

Die Entstehung für das Praktizieren der Känguruh-Methode ist ein gemeinsamer Team(Pflegende/Ärzte)-Entschluss.

Klinische Voraussetzungen:

- Das Praktizieren der Känguruh-Methode ist unabhängig von Gewicht und SSW
- Stabile Atmungsverhältnisse
 - Keine maschinelle Beatmung oder CPAP
 - Keine schweren Apnoe-Anfälle
 - O₂-Bedarf nicht höher als 30%
- Keine liegende NAK, NVK
- Isoletten-Temperatur nicht über 36°

Überwachung:

- Neugeborene mit EKG werden am Monitor bleiben



Die neue Pampers Baby-Dry:

Denn sie hält einfach trockener – fast wie frisch gewickelt.



Trägt Ihr Baby die neuen Pampers Baby-Dry, können Sie jederzeit nachfühlen, wie es sich anfühlt: weder nass noch unangenehm feucht – sondern schön trocken. Denn nur die neue Pampers Baby-Dry hat das Baby-Dry Trockenvlies, das erst die Nässe von Babys Po weg-leitet und dann wieder so gut wie trocken wird. So bleibt Babyhaut trockener.



Die neuen Pampers Baby-Dry. Einfach trockener – fast wie frisch gewickelt.

Neugeborene mit O₂-Bedarf werden mit Biox überwacht

- In den ersten drei Tagen wird die Temperatur kontrolliert, wenn das Kind wieder in den Inkubator zurückkommt
- Die pflegende Schwester wird regelmässig nachschauen, so dass die Sicherheit gewährleistet ist
- Genaue Protokollierung in der Pflegedokumentation ist wichtig

Vorgehen:

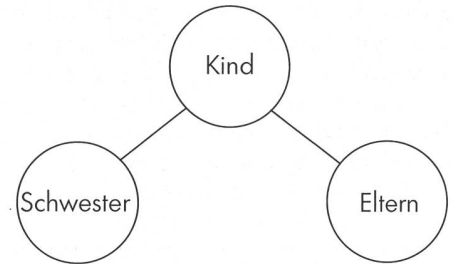
- Die Pflegende führt ein Gespräch mit den Eltern und gibt ihnen den Informationsbrief ab
- Die Eltern entscheiden, ob sie die Känguruh-Methode praktizieren möchten
- Die Mutter (Vater) soll bequem sitzen und wenn möglich ein Kleidungsstück tragen, das sich vorne öffnen lässt
- Dauer 1/2 bis 1 1/2 Stunden («routinierte» Känguruh-Babys auch mehrmals täglich)
- Das Kind wird nur in Windel und evtl. mit Mütze bekleidet vertikal an die Brust gelegt und mit einem Badetuch zugedeckt
- Die Känguruh-Babys dürfen auch ausserhalb der Isolette sondiert werden
- Diese intimen Momente der Mutter(Vater)-Kind-Begegnung sollten so wenig wie möglich gestört werden



Ziel der Känguruh-Methode

Als Ziele der Känguruh-Methode sehen wir:

Förderung Eltern-Kind-Beziehung:
Wenn ein neugeborenes Kind auf die Abteilung kommt, müssen folgende Beziehungskreise geschlossen werden:



GENEROSA

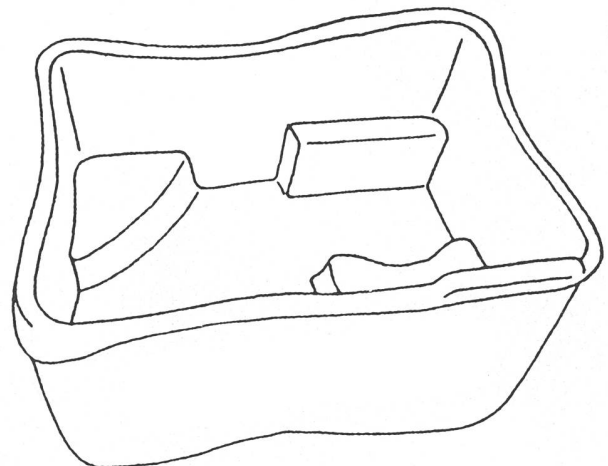
Die Wanne für die Geburt und zur Entspannung

Das Konzept der SANEX Gebärwanne GENEROSA beruht auf der Umsetzung von praktischen Erfahrungen und Anregungen von Hebammen und Pflegepersonal.

Die Gebärwanne GENEROSA bietet:

- grosse Bewegungsfreiheit
- guten Zugang für Hebamme und Arzt
- aktive Hilfe des Partners
- Design mit Berücksichtigung der Ergonomie
- pflegeleichtes Material
- breite Farbpalette

Aussenmasse: Länge 165 cm,
Breite 110 cm, Tiefe 73/85 cm.
Wasserspiegel 65 cm.
Farbe nach Musterkarte
Material GFK-Polyester.



Weitere Artikel in unserem Programm sind:
Säuglingsbadewannen zum Einbauen oder fahrbar und Bad/Wickelkommoden.

SANEX AG IHR PARTNER IM NASSPFLEGEBEREICH

SANEX

Wir Pflegende haben im Gegensatz zu den Eltern eine längere zusammenhängende Zeit zur Verfügung, um das Baby kennenzulernen. Die Beziehung der Eltern mit dem Baby ist erschwert, und wir haben die Mittel, sie zu fördern.

Das erreichen wir, indem wir die Eltern über die Zeit informieren, in der sie nicht beim Kind waren, und indem wir sie immer mehr in die Pflege miteinbeziehen. Gleichzeitig müssen wir aus diesem Grund einen Schritt ins zweite Glied machen, damit sich der Kreis Eltern-Kind schliessen kann.

Mögliche frühere Entlassung:

Weil das Kind bei der Känguruh-Methode viel ruhiger ist, kann es seine Energie für die Entwicklung der Sinne (Sinnesstimulation des Kindes: fühlen, riechen, schmecken), der Grundfunktionen (Stimulation der Atmung des Kindes: weniger Apnoen, weniger periodische Atmung; Ausnützung der Wärme der Mutter für die Temperaturkontrolle des Kindes) sowie zum Wachsen brauchen. Um ein Feedback zu erhalten, gaben wir den Eltern einen Fragebogen ab. Die ersten Auswertungen ergaben sehr positive Resultate. Natürlich erleben wir tagtäglich den positiven Einfluss der KM. Der etwas «grössere» Arbeitsaufwand in der Einführungsphase lohnte sich. Nun gehört das «Känguruh» zur «Routine» und stellt keine Mehrarbeit mehr dar. Wir hoffen, durch diesen Artikel auch für andere Neonatologie-Abteilungen einen Anstoss gegeben zu haben. Viel Spass! □

Literatur:

- Dr. H. Martinez, Dr. E. Rey: Mother Kangaroo Programme
- Dr. D. Acolet: La méthode «Kangarou» de Colombie en Grande-Bretagne
- Dr. R. de Leeuw: De Colombie aux Pays-Bas: La méthode «Kangarou» ou peau à peau: un grand avenir pour le monde moderne
- Dr. M. Vial: L'unité «Les Kangarous»
- Dr. R. de Leeuw, E.M. Colin, E.A. Dunnebie, M. Mirmiran: Physiological effects of Kangaroo care in very small preterm infants
- Dr. Acolet, K. Sleath, A. White: Oxygenation heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers
- Känguruh-Methode: Forschungsergebnisse aus Haelsingborg (Schweden) und Sønderborg (Dänemark)

Die Bobath-Therapie

Unterstützung der optimalen Entwicklung vorzeitig Geborener

Vorzeitig geborene Kinder entwickeln sich im einzelnen Fall oft völlig unauffällig, statistisch gesehen haben sie jedoch häufiger Entwicklungsprobleme als Termingeborene. Die moderne Neonatologie ist in der Lage, viele gefährliche Störungen in der Neugeborenenperiode zu vermeiden, dennoch sind Hirnfunktionsstörungen bei den ehemaligen Frühgeborenen immer noch deutlich häufiger. Man nimmt an, dies sei der Fall, weil eine Schwangerschaft auch aus Gründen, welche beim Kind liegen, vorzeitig zu Ende gehen kann. Weil dem so ist und weil sich in der Neugeborenenperiode auch schwerere Entwicklungsstörungen nicht klinisch zu manifestieren brauchen, sollten vorzeitig geborene Kinder noch genauer und engmaschiger in ihrer Entwicklung überwacht werden als alle andern Säuglinge.

Je kürzer die Schwangerschaft und je tiefer das Geburtsgewicht, um so höher ist die Sterblichkeit dieser Kinder. Aber auch um so höher ist die Zahl von Kindern mit Entwicklungsproblemen, besonders auch Problemen der motorischen Entwicklung und der Wahrnehmungsentwicklung.

Hilfeleistung an ein Kind umfasst immer auch Hilfeleistung an dessen Eltern. Jede Massnahme muss so harmonisch wie möglich ins tägliche Leben von Kind, Mutter und Familie eingefügt werden, damit sie den Prozess der Entwicklung so wenig wie möglich stört und so viel wie möglich unterstützt.

Sowohl die psychosoziale als auch die psychomotorische Entwicklung verlaufen beim vorzeitig Geborenen etwas anders als beim Termingeborenen. Das Kind ist früher den Reizen aus der Umwelt ausgesetzt: Anfassen, Geräusche und Töne, Licht und Gestalten wirken früher auf die Sinnesorgane des Kindes ein, aber auch seine Körperhaltung ist während der Wochen, die es vorzeitig ausserhalb des Uterus verbringt, eine völlig andere. Es liegt meist mehr oder weniger gestreckt auf dem Rücken oder der Seite, es kann sich nicht, wie das Termingeborene, noch bis wenige Wochen vor der Geburt selbst in andere Lagen bewegen. Frühgeborene zeigen daher oft soziale Reaktionen, bevor sie das Alter des Ter-

mins erreichen, die einem Termingeborenen noch nicht möglich sind. Andererseits sind wichtige Funktionen von Nervensystem und Sinnesorganen wie z.B. des Gleichgewichtsorgans im Innenohr in ihrer Entwicklung und Reifung von äusseren Reizen relativ unabhängig. Ihre Stimulation beim vorzeitig geborenen Kind bewirkt also keine Beschleunigung der Reifung.

Die Untersuchung von vorzeitig Geborenen ergibt damit in einigen Entwicklungsbereichen Befunde, die vom Termingeborenen abweichen, deren Interpretation jedoch Erfahrung voraussetzt.

Vorsorgeuntersuchung

Auch beim ehemaligen Frühgeborenen ist grundsätzlich das Alter von etwa 12 Wochen nach dem Termin das beste Alter für den Einstieg in die genaue Entwicklungsbeobachtung. Das Kind hat schon einige wichtige Meilensteine der Entwicklung erreicht: es lächelt, es beginnt zu greifen, sein Gleichgewichtsorgan beginnt zu funktionieren.

Ausserdem ist jedoch in diesem Alter die Eltern-Kind-Beziehung bereits gefestigt und in der Regel auch die tägliche Betreuung des Kindes eingespielt, ausser bei wenigen Problemkindern, die jedoch ständig in ärztlicher Betreuung stehen.

Ergibt die Vorsorgeuntersuchung wesentliche Abweichungen von der Norm, etwa bezüglich Motorik oder Sozialverhalten, so ist im Alter von 12 Wochen nach dem Termin der Einstieg in eine regelmässige therapeutische Zusammenarbeit von Mutter und Kind mit einer Physiotherapeutin früh genug und erlaubt den Aufbau einer tragenden Beziehung als Voraussetzung einer guten Therapie, bevor das Kind zu fremden beginnt.

Sind jedoch die Befunde der Untersuchung weitgehend normal, so wird mit Vorteil der weitere Verlauf in etwa monatlichen Abständen weiter beobachtet. Dass jedoch auch Ratschläge des Spezialisten für besondere kleine Probleme bei jeder Untersuchung gegeben werden können, ist selbstverständlich.