

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 2

Artikel: Bei Trennung von Mutter und Kind : wie kann die Hebamme konkret unterstützen?
Autor: Gehrich, Manuela / Hunger, Maya
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949910>

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: 30.03.2025

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

nen tritt NEC umso häufiger auf, je jünger das Frühgeborene ist. Die Behandlung einer NEC besteht aus unterstützendem Management: keine Nahrung per os, nasogastrische Sonde, Antibiotika, Überwachung aller Körperfunktionen, regelmässige Labor- und Röntgenüberwachung. Wird freie Luft registriert oder macht das Kind keine Fortschritte, so ist eine chirurgische Intervention angezeigt. Ein nekrotischer Darm kann eine Azidose, einen Schockzustand, oder eine progressive Leukopenie, Granulozytopenie und Thrombozytopenie auslösen.

Pflegende und Eltern

Bei Interventionen an der Grenze zur Lebensfähigkeit ist eine schützende und die Entwicklung unterstützende Haltung essenziell. Diesen Anforderungen wird nur eine koordinierte, umfassende, erfahrene und unterstützende Pflege gerecht. Bei jedem Schritt während der Reanimation und Stabilisierung der Frühgeborenen müssen die Pflegenden die Eltern als Partner ansprechen, sie in die Entscheidungen mit einbeziehen und ihnen Wahlmöglichkeiten anbieten. Es darf nichts verschwiegen werden, so dass die Eltern über den Zustand und die Prognose für ihr Kind jederzeit vollständig Bescheid wissen. Alle Beteiligten sollten ihre eigenen Erfahrungen mit Frühgeborenen mit den Eltern teilen, so dass diese die für ihre Familie bestmögliche Entscheidung fällen können. Solche Informationen müssen auch Mortalitätsraten sowie kritische statistische Werte der typischen Komplikationen und ihrer Therapiemöglichkeiten enthalten.

Die Eltern brauchen Anleitung, wie sie bei der Interaktion mit ihrem Kind therapeutische Massnahmen unterstützen statt behindern. Die Hand auf das Köpfchen des Kindes zu legen mag hilfreich sein, seinen Fuss zu streicheln schon nicht mehr. Vielleicht bringt die Mutter eine saubere Still-BH-Einlage mit und legt sie neben das Gesicht des Kindes, damit es ihren Geruch kennenlernt. Je früher und besser Eltern in die Pflege involviert werden, umso eher sind sie befähigt, Entscheidungen für ihr Kind zu fällen. ◀

Quelle: Carsh D. Gently caring: supporting the first few critical hours of life for the extremely low birth weight infant. Midwifery Digest 19: 3, 2009.

Zusammenfassung und Übersetzung: Gerlinde Michel.

Die dazugehörige Literaturliste ist auf Wunsch bei der Redaktion erhältlich.



Bei Trennung von Mutter und Kind

Wie kann die Hebamme konkret unterstützen?

In der Praxis zeigt sich, dass Mütter von Frühgeborenen, die wegen neonatologischer Betreuung von ihren Kindern getrennt sind, teilweise nicht ihren Bedürfnissen entsprechend betreut werden. Zwei studierende Hebammen haben in ihrer Bachelorarbeit konkrete Handlungsvorschläge für Hebammen erarbeitet.

**Manuela Gehrich
Maya Hunger**

Die Handlungsvorschläge, die unter den Massnahmen (fettgedruckte Überschriften) aufgeführt sind, können innerhalb der verschiedenen Massnahmen ausgetauscht und/oder ergänzt werden. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und müssen gemeinsam mit der Frau festgelegt und in der Pflegeplanung dokumentiert werden.

Kontakt Mutter-Kind ermöglichen

- Frau über Besuchszeiten Neonatologie informieren
- Bei eingeschränkter Mobilität, Frau zum Kind begleiten
- ...

Beziehungsaufbau Mutter-Kind fördern

- Tagesablauf abstimmen, damit Mutter

ausreichend Zeit mit Kind verbringen kann

- Mutter erhält ein Foto des Kindes ans Bett
- Kind bekommt ein von Mutter getragenes Kleidungsstück oder Tüchlein ins Bett
- Mutter unterstützen, die Signale des Kindes deuten zu lernen
- Sich täglich auf Neonatologie über das Kind informieren
- Informationen über das Kind klientinnengerecht mit der Mutter teilen
- Kind immer mit seinem Namen nennen
- Mutter ermutigen, Angebot Kangaroo-Mother Care zu nutzen
- ...

Muttermilchernährung fördern

- Anleitung und Beratung zum Pumpen oder Stillen
- Frau bestärken und ermutigen, Muttermilch anzubieten
- Frau informieren, dass durch Flasche



Manuela Gehrich und **Maya Hunger** sind Hebammenstudentinnen an der Berner Fachhochschule Bereich Gesundheit.

oder Schnuller keine negativen Auswirkungen zu befürchten sind

- Pump-/Stillsituation regelmässig überprüfen und Schema anpassen
- Beim Pumpen ein Foto des Kindes aufstellen
- Tägliche Brustkontrolle
- Bei eingeschränkter Mobilität der Mutter Milch auf die Neonatologie bringen
- Stressfaktoren reduzieren um Milchbildung zu fördern und Milchstau zu vermeiden
- Falls erforderlich Stillberatung einbeziehen
- ...

Familie sein unterstützen

- Vater als Betroffenen einbeziehen
- Gespräche mit beiden Elternteilen anbieten/führen

- Eltern ermutigen, an Pflege des Kindes teilzunehmen
- Eltern ermutigen, Entscheidungen über das Kind mit zu treffen
- ...

Muttersein unterstützen

- Mutter aufzeigen, dass sie wichtigste Bezugsperson für ihr Kind ist
- Pflegerische Kompetenzen und Fertigkeiten der Mutter erfassen und dokumentieren
- ...

Psychosoziale Begleitung anbieten

- Wiederholt Gespräche anbieten und führen
- Ängste, Sorgen und Bedürfnisse erfassen und ernst nehmen
- Mutter ermutigen, Gefühle zu zeigen
- In Gesprächen Kind mit seinem Namen nennen
- Mutter ermutigen, jederzeit Fragen zu stellen
- Mutter auf Umgebung und Situation auf Neonatologie vorbereiten
- Mutter bestärken durch positives Feedback
- Mit Mutter stressreduzierende Massnahmen ermitteln
- Anteilnahme am Kind zeigen

- Mutter/Eltern ermutigen, sich mit anderen betroffenen Müttern/Eltern auszutauschen
- ...

Mutter in der Wahrnehmung ihrer körperlichen Bedürfnisse unterstützen

- Darauf achten, dass Mutter ausreichend Schlaf und Erholung findet
- Darauf achten, dass Mutter Zeit findet, die Mahlzeiten einzunehmen
- Darauf achten, dass Mutter ausreichend trinkt
- ...

Austritt planen

- Erneute Instruktion für Pump-/Stillmanagement und Verhalten bei auftretenden Problemen
- Ambulante verlängerte Hebammenbetreuung organisieren
- Mutter ermutigen, sich auch langfristig Unterstützung zu holen
- ...

Aus: Manuela Gehrich, Maya Hunger: Unterstützung des Bondings bei Trennung von Mutter und Kind aufgrund neonatologischer Behandlung. Praxisempfehlungen für eine Wochenbettabteilung. Bachelor-Thesis, Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit Bachelor of Science Hebamme, 2009 Typ II.

Im internationalen Vergleich

CH-Richtlinien sind vorsichtig

In einer Literaturrecherche verglich ein italienisches Forscherteam internationale Richtlinien zur Betreuung von extrem kleinen Frühgeborenen (aus CAN, USA, D, Singapore, F, UK, CH, NL, AUS, NZ, Sp, Int. Vereinigung der Geburtshelfer und Gynäkologen FIGO).

Bei seiner Recherche stiess das Team einzig in industrialisierten Ländern auf bestehende Richtlinien, was angesichts der horrenden Kosten der Intensivpflege nicht weiter verwundert.

Als besonders vorsichtig bei ihren Empfehlungen werten die Forscher die Schweiz, wo Reanimation auf individuel-

ler Basis und nicht generell ab 24 SSW empfohlen wird, und die Niederlande, die ebenfalls die vorgängige klinische Beurteilung höher gewichten und ausserdem selten einen Kaiserschnitt aus fetaler Indikation durchführen.

Generell ist man sich international einig, dass bei 22 SSW keinerlei Hoffnung auf Überleben besteht, ebenso, dass ab Woche 25 bei einer drohenden Frühgeburt Steroide, die Kliniküberweisung und eine Sectio zum Schutze des Kindes empfohlen werden und dass alle Frühgeborenen reanimiert werden, ausser sie seien fehlgebildet. Die Richtlinie aus Deutschland enthält den Grundsatz, dass «lebenserhaltende Massnahmen zu ergreifen sind, wenn für das Kind auch nur eine kleine Chance zum Leben besteht». In Australien und Neuseeland werden praktisch

alle in der 24. SSW geborenen Kinder intensiv betreut. Sogenannte «Grauzonen» existieren je nach Land zwischen der 23. und 24. oder der 24. und 25. SSW, in denen individuell und gemäss den Wünschen der Eltern entschieden wird.

Die Mehrheit der Richtlinien unterstreicht, wie wichtig einfühlsame «Komfort» – bzw. Palliativpflege ist. Unklar bleibt für die Autoren, wie sehr vorhandene Richtlinien die Überlebensrate beeinflussen. Leider, so bedauern sie, seien sie keine Garantie dafür, dass sich die Einstellung der Mediziner automatisch verändere.

Maria Serenella Pignotti, Gianpaolo Donzelli. Perinatal Care at the Threshold of Viability: An International Comparison of Practical Guidelines for the Treatment of Extremely Preterm Births. PEDIATRICS, Vol. 121, No. 1, January 2008, pp. e193–e198.

Empfehlungen zur Betreuung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit (Gestationsalter 22 bis 26 SSW)

Zusammenfassung

Die Betreuung von Feten und Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit (22 bis 26 Schwangerschaftswochen) muss multidisziplinär durch ein erfahrenes perinatologisches Team erfolgen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl die eingeschränkte Präzision der Bestimmung des Gestationsalters als auch die biologische Variabilität das Vorgehen im individuellen Fall entscheidend beeinflussen können.

Die zu treffenden Entscheidungen sind komplex und von weitreichender Bedeutung. Sie werden in einem kontinuierlichen Dialog zwischen allen Beteiligten (Ärzte, Pflegepersonal und Eltern) erarbeitet und haben zum Ziel, die Massnahmen zu ergreifen, die im Interesse des Kindes als die Besten erachtet werden.

Die Kenntnis aktueller nach Gestationsalter abgestufter Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken und die Anwendung anerkannter ethischer Grundprinzipien bilden dabei die Basis für ein verantwortungsvolles Vorgehen. Die Kommunikation zwischen den beteiligten

Entscheidungsträgern spielt eine zentrale Rolle.

Aufgrund der aktuell verfügbaren Daten über Mortalität und Langzeitmorbidity soll sich die Betreuung von Frühgeborenen mit einem Gestationsalter <24 SSW in der Regel auf Palliativmassnahmen beschränken.

Bei Frühgeborenen mit einem Gestationsalter 24 SSW muss ein erfahrenes Neonatologie-Team im Gebärsaal entscheiden, ob der Einsatz intensivmedizinischer Massnahmen sinnvoll ist. Eine vorläufige intensivmedizinische Unterstützung (provisional intensive care) ermöglicht oft zu einem späteren Zeitpunkt eine umfassendere Beurteilung des kindlichen Zustandes, so dass eine Entscheidung bezüglich Fortsetzen oder Abbruch der intensivmedizinischen Massnahmen besser begründet werden kann.

Solange aufgrund engmaschiger Beurteilungen berechnete Hoffnung darauf besteht, dass das Frühgeborene mit einer akzeptablen Lebensqualität überleben wird und die derzeit notwendigen Therapien zumutbar sind, werden

die ergriffenen Massnahmen fortgesetzt.

Müssen das betreuende Team und die Eltern jedoch erkennen, dass das durch die Therapie zugemutete Leiden, gemessen am zu erwartenden Gewinn, unverhältnismässig geworden ist, verlieren die intensivmedizinischen Massnahmen ihren Sinn, und andere Aspekte der Betreuung (z. B. Einsatz von Opiaten zur Linderung von Schmerzen und Leiden) werden prioritär (redirection of care).

Wird auf lebenserhaltende Interventionen verzichtet (primär oder sekundär), sollte alles getan werden, um dem Kind ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen (comfort care) und die Eltern in der Sterbegleitung zu unterstützen.

Erarbeitet von einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie, bestehend aus (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. T.M. Berger, Dr. V. Büttiker, Dr. J.-C. Fauchère, Prof. W. Holzgreve, PD Ch. Kind, Prof. R. Largo, Prof. A. Moessinger, PD R. Zimmermann.

Redaktionelle Verantwortung: Dr. T.M. Berger, thomas.berger@ksl.ch.

www.neonet.ch

Wenig etablierte Strategien

Prävention der Frühgeburt

Der bekannte deutsche Geburtshelfer Sven Hildebrandt beurteilt die Fokussierung auf das Scheidenmilieu als Präventionsmethode (Testhandschuhe zur Ermittlung des pH-Werts) mit Skepsis. Seine Empfehlungen konzentrieren sich auf folgende Schritte:

- Gesundheitserziehung schon vor Schwangerschaft (Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährung, Stress)
- Sorgfältige Anamnese zu Beginn der Schwangerschaft (Ermittlung von Risikofaktoren)
- Konsequenter Versuch, disponierende

Faktoren auszuschalten bzw. deren Einfluss zu mildern

- Umfassende psychosoziale Entlastung (Beschäftigungsverbot verordnen, psychotherapeutische Betreuung)
- Erkennen und Behandeln von neu eintretenden Indikatoren für eine Frühgeburt (Infektionen, Zervixinsuffizienz, Wehentätigkeit)

Auch wenn die Evidenz kontrovers ausfällt: Eine Mehrzahl von Studien empfehlen die Einnahme von Omega-3 Fettsäuren zur Prävention von Frühgeburten.

Die Omega-3/Omega-6 Fettsäuren spielen bei der Synthese der wehenauslösenden Prostaglandine PGF₂ eine Rolle. Ein Missverhältnis zwischen $\Omega 3$ und $\Omega 6$ (zu wenig $\Omega 3$) scheint diese Synthese zu unterstützen.

Quellen:

- Dr. med. Sven Hildebrandt, Frühgeburten vermeiden – aber wie? Hebammenforum 11/2010.
- Farida Hammani, Intérêt des Acides Gras Oméga 3 ou n-3 dans la prévention de l'accouchement prématuré. Les Dossiers de l'Obstétrique No 397, 5–16, Octobre 2010.

Noch zu wenig erforscht

Stress als Ursache für Frühgeburt

Zunehmend verfestigt sich die Erkenntnis, dass chronische Stresszustände wie Armut, andauernde Angst, häusliche Gewalt und Rassismus an der zunehmenden Frühgeburtslichkeit mitbeteiligt sind. Die individuelle Stressbeantwortung kann die Physiologie des Geburtsbeginns negativ beeinflussen. Die Zusammenhänge sind komplex und nicht vollständig geklärt, mehr Forschung wäre notwendig.



Routinemässig fragt man schwangere Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge auch nach psychosozialen Faktoren. Aber oft wissen die Betreuenden nicht, was für konkrete Ratschläge sie dann den werdenden Müttern geben sollen. Welche Art von Unterstützung ist überhaupt wirksam, um das Risiko einer stressbedingten Frühgeburt zu senken? Obwohl es die verfügbaren Daten nahelegen, dass zwischen Frühgeburt und chronischem Stress ein Zusammenhang besteht, müssen die Betreuenden meistens auf intuitive Ratschläge zurückgreifen. Die Forschung bietet dazu wenig an.

Einige Untersuchungen empfehlen eine ganze Menge von Stress abbauenden Methoden wie u. a. Massage, Aromatherapie, Akupunktur und Hypnotherapie. Ob diese Mittel das Risiko einer Frühgeburt auch tatsächlich reduzieren, dazu existieren keine Ergebnisse. Zwar haben einige Forschungsarbeiten Stress mildernde Methoden während der Schwangerschaft untersucht und ihre positive Wirkung auf Angstzustände, Stress und Depression dokumentiert. Aber mit zwei

Ausnahmen wurde die Auswirkung auf das Schwangerschaftsoutcome nicht untersucht.

Die Ausnahmen: Eine prospektive Interventionsstudie (Mamelle 2001) dokumentierte den Einfluss von psychologischer Beratung auf Frauen mit drohender Frühgeburt. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe reduzierte sich ihre Frühgeburtsrate signifikant (7,2% vs 15,7%; $p < .02$). Die zweite Studie ist eine prospektive randomisiert kontrollierte Untersuchung über den Einfluss von Yoga auf das Schwangerschaftsoutcome (Narendran 2005). Auch hier stellten die Forscher eine Reduktion der Frühgeburten fest (14% vs 29% in der Kontrollgruppe, $p = .0006$), ebenso war intrauterin verzögertes Wachstum weniger häufig (21% vs 36%; $P = .003$). Solche Ergebnisse sind faszinierend und die einzigen Beispiele von Studien, welche die Auswirkungen von Stress reduzierenden Techniken auf das Outcome einer Schwangerschaft untersucht haben.

Zusätzlich zur Entwicklung und Durchführung von Interventions- und Präven-

tionsprogrammen müssten sich mehr Studien damit befassen, den komplexen Zusammenhang zwischen chronischen Stresszuständen und Frühgeburt zu identifizieren, evaluieren und tiefer gehend zu erklären. Solche Untersuchungen könnten bei einer Frauenpopulation stattfinden, bei der chronische Stresszustände wahrscheinlich oder bekannt sind, also bei Frauen, die u. a. Diskriminierung, Rassismus, Unterdrückung, Kriegswirren, häuslicher Gewalt, Vergewaltigung, Flucht und sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind oder waren. Solche Frauenpopulationen wurden bisher noch kaum wissenschaftlich untersucht.

Bis eindeutige und evidenzbasierte Erkenntnisse zur Verfügung stehen, müssen sich die Betreuenden damit begnügen, bei den Frauen nach psychologischen Stressfaktoren nachzufragen und sie über die Folgen von chronischem Stress, soweit bekannt, aufzuklären, ohne ihnen unerprobte Massnahmen als garantiert hilfreich zu empfehlen. Andererseits sind auch keine negativen Folgen der üblichen Stress reduzierenden Techniken bekannt. Im Minimum fühlen sich die Frauen dabei angstfreier oder weniger gestresst, und die Betreuenden können durchaus zu solchen Aktivitäten ermutigen.

Ein Grossteil der Kinder von Frauen in chronischen Stresszuständen kommen nicht zu früh auf die Welt, was wahrscheinlich die Vielfalt an Faktoren spiegelt, die zu einer Frühgeburt führen. Dazu trägt neben anderem die genetische Veranlagung bei, welche die Menschen unterschiedlich empfindlich gegenüber den Auswirkungen von chronischem Stress macht.

Referenzen

Mamelle N. Psychological prevention of early preterm birth: a reliable benefit. *Biol Neonate* 2001; 79: 268–73.

Narendran S. et al. Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *J Altern Complement Med* 2005; 11: 237–44.

Quelle: Gwen Latendresse, The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *MIDIRS Midwifery Digest* 19: 2, 2009.