



Zu früh geboren

Informationen für
Frühchen-Eltern



Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.

Impressum

Herausgeber**Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.**

Speyerer Straße 5–7

60327 Frankfurt am Main

Infoline (0 18 05) 87 58 77 (0,14 Euro/Min.)

Di. und Do. 9.00 – 12.00 Uhr

Telefon (0 69) 58 70 09 90**Fax** (0 69) 58 70 09 99**E-Mail** info@fruehgeborene.de**Internet** www.fruehgeborene.de**Titelfoto**

Foto Video Sessner, Dachau

Layout, Satz und Repro

Thomas Fehl

An den Weiden 3

60433 Frankfurt am Main

Druck

SENER DRUCK GmbH

Bergstraße 3

86199 Augsburg

Danksagung

Für die Bereitstellung von Bildmaterial danken wir:

Ivo Kljuce, Deepartment Mannheim

Foto Video Sessner, Dachau

Harald Deis, Düsseldorf

Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V., Berlin

Stand: November 2007

Inhalt

	Seite
Grußwort von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt	4
Grußwort von Steffen Seibert	5
Vorwort	6
Die neonatologische Intensivstation – das erste Zuhause eines Frühgeborenen	7
Stillen eines frühgeborenen Babys	12
Praktische Hilfen nach einer Frühgeburt	27
Beziehungs- und Bindungsentwicklung zwischen Eltern und ihren zu früh geborenen Kindern	32
Hilfe für die Geschwisterkinder	39
Unterstützung durch Mutterstimme und Musik	41
Hört Ihr Neugeborenes Kind?	45
Der Nachsorgepass	47
Impfungen bei Frühgeborenen	50
Wie beugen wir dem plötzlichen Kindstod bei Frühgeborenen vor?	57
Informationsmaterial	61
Der Bundesverband in eigener Sache	64

Grußwort

von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

Liebe Eltern,

es gibt wenig Momente im Leben, bei denen Glück und Angst so nah beieinander liegen wie bei einer Frühgeburt. Viele Wochen wuchs nicht nur der Bauch, sondern auch die Vorfreude auf das Baby. Namen wurden gesucht, Strampler gekauft, Kinderwagen organisiert. Doch von heute auf morgen stehen ganz andere, existenzielle Fragen im Mittelpunkt: wird sich mein Kind gesund entwickeln, wie lange muss es in der Klinik bleiben?

Jedes 10. Baby kommt in Deutschland zu früh zur Welt; das heißt, der Geburtstermin liegt vor der 37. Schwangerschaftswoche und das Gewicht unter 2500 Gramm. Dank immenser Fortschritte der Medizin sind die Überlebens- und Entwicklungschancen von Frühchen heute so gut wie nie zuvor. Das ist ein großer Erfolg der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Rund um die Uhr kümmern sich in den Kliniken hierzulande Kinderärzte, Krankenschwestern und Pfleger um das Wohl der kleinsten Patienten. Trotz Brutkasten und Verkabelung wird dort versucht, den Frühstart ins Leben so natürlich wie möglich zu gestalten.

Dennoch bleibt die erste Zeit nach der Geburt für die Kinder und ihre Familien nerven- und kräfteaubend. Mehrere Wochen und zum Teil Monate verbringen die Eltern jede freie Minute im Krankenhaus, voller Sorge um die Gesundheit ihres Kindes. Was wirkt zerbrechlicher als ein Baby im Brutkasten? Die kleine Faust nicht viel größer als eine Walnuss, der winzige Körper voller Schläuche, die das Leben außerhalb des Mutterleibs ermöglichen. In dieser schwierigen Zeit brauchen die Eltern fachliche Hilfe und menschliche Begleitung. Doch auch nach der Entlassung aus der Klinik bleiben viele offene Fragen und Sorgen, was den Alltag zuhause betrifft.



Deshalb begrüße ich das Engagement des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V. Mit Selbsthilfegruppen, Informationsmaterialien und Tagungen hilft der Verein betroffenen Eltern und Angehörigen. Die vorliegende Broschüre liefert wertvolle Hinweise und Tipps. Dafür danke ich allen Beteiligten.

Ulla Schmidt

Grußwort

von Steffen Seibert, Schirmherr des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V.

Liebe Eltern,

Sie befinden sich wahrscheinlich gerade in einer Situation, mit der Sie nie gerechnet hätten. Ihr Kind ist frühgeboren, es ist viel kleiner und zerbrechlicher, als Sie sich das vorgestellt hatten, vielleicht hat es auch noch gesundheitliche Probleme, auf die Sie nicht vorbereitet waren. Ich kann mich, denke ich, in Ihre Situation hineinversetzen, denn meine Frau und ich haben sie selbst erlebt. Ich erinnere mich noch genau an die große Hilflosigkeit, die ich am Brutkasten auf der Intensivstation gespürt habe. Ich erinnere mich noch an die vielen Fragen, die wir damals hatten: Wann können wir unseren Sohn endlich in den Armen halten, wie geht das jetzt überhaupt alles weiter? Im Hochbetrieb eines großen Krankenhauses hatte damals niemand so recht Zeit, uns diese Fragen zu beantworten. Mit vielen ängstlichen Gedanken sind wir allein geblieben. Wir haben das große Glück gehabt, dass sich alles zum Guten gewendet hat und unser Sohn heute gesund und munter ist.

Dieses Starter-Kit soll eine Hilfe sein, die wir damals auch gut hätten gebrauchen können. Es soll Ihnen Antworten auf die wichtigsten Fragen im Zusammenhang mit Frühgeborenen geben und Ansprechpartner nennen für alle weiteren Nöte und Sorgen. Vor allem aber wollen wir Ihnen damit das Gefühl geben, dass Sie, so schwierig die Lage im Augenblick scheinen mag, nicht allein sind. Dass es Erfahrungen anderer Frühgeboreneneltern gibt, von denen Sie profitieren können.



Im Namen des Bundesverbandes „Das Frühgeborene Kind“ wünsche ich Ihnen und Ihrem Kind (aber auch seinen Geschwistern) alles Gute für die kommenden Wochen und Monate, viel Kraft und Liebe untereinander.

Herzliche Grüße,
Steffen Seibert

Vorwort

von Silke Mader, Geschäftsführende Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V.

„Wie soll mein Kind heißen? Ist das Kinderzimmer eingerichtet? Wie lange möchte ich Erziehungsurlaub nehmen?“ Fragen, die sich werdende Eltern immer stellen.

Fragen jedoch, auf die Eltern von Frühchen noch gar keine Antwort gefunden haben, weil ihr Kind viel zu früh auf die Welt gekommen ist und andere Fragen sich zunächst viel dringlicher stellen, wie:

„Weiß mein Kind im Inkubator, ob ich da bin? Wie kann ich mit ihm Kontakt aufnehmen?“ Oder „Warum piepst ständig der Monitor? Kann ich mein Kind überhaupt stillen?“ Fragen über Fragen; Probleme, die sich wie ein Berg auftürmen.

Wenn ein Kind zu früh zur Welt kommt, stehen wir Eltern oft völlig hilflos und ohne Informationen vor der neuen Situation. Wir, der Dachverband der Elternselbsthilfe Frühgeborener, wissen aus eigener, manchmal leidvoller Erfahrung, wie wichtig es ist, auf diese Fragen so schnell wie möglich eine Antwort zu bekommen. Und wir möchten Ihnen Antworten auf alle drängenden Fragen geben.

Dank eines Sponsorings der Abbott GmbH & Co. KG ist es uns möglich, Ihnen, liebe Eltern, diese Informationen im Starter-Kit zukommen zu lassen. Unser Verband hat verschiedene Publikationen erstellt, die Sie zu einzelnen Themenfeldern umfassend informieren. Eine Übersicht finden Sie im hinteren Teil der Broschüre unseres Verbandes. Falls in der Starter-Kit-Tasche kein Flyer der Ortsgruppe beiliegt, können Sie auf unserer Homepage unter www.fruehgeborene.de die Kontaktdaten der regionalen Selbsthilfegruppen finden. Sowohl die regionalen Gruppen als auch wir als Dachverband unterstützen Sie, wenn Sie Fragen haben.



Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind/Ihren Kindern alles Gute und viel Kraft für die kommenden Wochen und Monate.

Ihre Silke Mader

Die neonatologische Intensivstation – das erste Zuhause eines Frühgeborenen

(Kurzfassung aus „Frühgeborene – Rat und Hilfe für betroffene Eltern“)

Prof. Dr. Gerhard Jorch, Uniklinikum Magdeburg

Frühgeborene, die nach der Geburt Atem- oder Kreislaufunterstützung benötigen, werden auf einer neonatologischen Intensivtherapiestation behandelt. Frühgeborene, die nur auf Wärmezufuhr, Magensonde oder Infusion und ständige Monitorüberwachung angewiesen sind, liegen auf einer neonatologischen Intensivüberwachungsstation. Diese beiden Formen der Behandlung finden sich in jedem Frühchenzentrum – sie tragen aber unterschiedliche Bezeichnungen. Wir wollen sie in diesem Beitrag Neo 1 und Neo 2 nennen.

Eine Neo 1 hat gewöhnlich 4–16 Betten. Es bestehen ein ärztlicher und ein pflegerischer Schichtdienst. Dass heißt, rund um die Uhr sind Schwestern und Ärzte anwesend. Ein Behandlungsplatz besteht aus:

- Intensivinkubator oder Intensivwärmebett
- Monitor für EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruckmessung und andere Messwerte
- Präzisionsinfusionsgeräte
- Gerät für Beatmung oder andere Atemhilfe
- Weitere Geräte wie Absaugung, Pleuradrainagesystem, Spotbeleuchtung für Eingriffe, Desinfektionsmittelspender etc.

Gewöhnlich versorgt eine Schwester 1–3 Patienten, ein Arzt 4–12 Patienten.

Eine Neo 2 hat gewöhnlich 12–24 Betten. Es bestehen ein pflegerischer Schichtdienst und ein ärztlicher Bereitschaftsdienst, d.h. der Arzt ist binnen weniger Minuten verfügbar. Ein Behandlungsplatz besteht aus:

- Intensivinkubator oder Intensivwärmebett
- Monitor für EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruckmessung und andere Messwerte
- Präzisionsinfusionsgeräte

- Weitere Geräte wie Absaugung, Spotbeleuchtung für Eingriffe, Desinfektionsmittelspender etc.

Eine Schwester versorgt gewöhnlich 3–6 Patienten, der Arzt 12–24 Patienten.

Eltern und nahestehende Angehörige haben grundsätzlich immer Zutritt zu den Stationen, wobei im Interesse der Mitpatienten gewöhnlich Regelungen hinsichtlich der Hauptbesuchszeiten getroffen werden. Eltern werden bequeme Sessel, Schaukelstühle oder Liegen zur Verfügung gestellt, so dass sie mit Ihrem Kind „kuscheln“ können (sogenannte Känguruh-Pflege). Ziel ist, die Eltern in die Betreuung ihrer Kinder weitestgehend einzubeziehen. Im günstigsten Falle können sie sich als Mitglied des Behandlungsteams fühlen.

Die wichtigsten Geräte, Hilfsmittel, Maßnahmen und Medikamente sollen nachfolgend erklärt werden.

Inkubator (früher „Brutkasten“)

Durchsichtiger geschlossener Kasten mit präzise einstellbarer Innentemperatur, Luftfeuchtigkeit und (bei Bedarf) Sauerstoffgehalt zur Behandlungspflege bei sehr unreifen und/oder intensivtherapiepflichtigen Frühchen. Der Zugriff für Schwestern, Ärzte und Eltern erfolgt über seitliche Klappen. Der Inkubator soll die Pflege des unbedeckten und somit leicht zugänglichen Frühchens ohne Wärme- und Flüssigkeitsverlust ermöglichen. Es muss sorgfältig darauf geachtet werden, dass der Innenraum möglichst wenig mit Bakterien verunreinigt wird. Alarmfunktionen sichern die Einhaltung von Temperatur, Feuchte und Sauerstoffkonzentration ab.

Wärmebett

Im Wärmebett werden Frühchen behandelt, deren Temperaturstabilität schon besser ist. In diesem ebenfalls kastenförmigen und durchsichtigen Bett ist das Kind durch Klappen von oben erreichbar. Wärme kann durch eine beheizbare Matratze und durch einen Wärmestrahler von oben zugeführt werden. Die Luftfeuchtigkeit wird nicht geregelt. Die Kinder werden meistens bekleidet. Alarmfunktionen bestehen ebenfalls.

Monitor

Dieses Gerät zeichnet die EKG-Kurve, die Atemkurve, die Sauerstoffsättigung und andere Messwerte auf. Alarmfunktionen zeigen an,

wenn eine eingestellte Messwertgrenze über- oder unterschritten wird. Für Eltern, Schwestern und Ärzte ist es wichtig, dass sie dennoch in erster Linie das Kind betrachten und sich nicht zu sehr auf die Monitore konzentrieren. Die meisten Alarme sind Fehlalarme!

Infusionspumpe

Mit diesen Geräten können Infusionslösungen und Medikamente außerordentlich präzise verabreicht werden. Bis hinunter zu 1 Tropfen pro 30 Min. (!) kann die Einstellung fein reguliert werden. Da fast immer mehrere Infusionen gleichzeitig verabreicht werden, sind zahlreiche Präzisionspumpen pro Behandlungsplatz erforderlich, die meistens als „Turm“ übersichtlich an einem Ständer angeordnet werden. Der Anschaffungspreis für einen solchen Turm liegt wie der für Inkubator oder Beatmungsgerät in der Größenordnung eines Kleinwagens. Da im Laufe der Behandlung eines Frühchens viele hundert Male die Infusionsgeschwindigkeiten neu angepasst werden müssen und die jeweilige Einstellung lebenswichtig sein kann, kann die Verantwortung der die Geräte bedienenden Schwestern nicht hoch genug eingeschätzt werden. Alarmfunktionen unterstützen die Schwestern allerdings dabei.

Beatmung

Wenn das Kind zu schwach ist, um bei unreifer Lunge ausreichend zu atmen, muss es beatmet werden, bis die Lungenfunktion sich ge-



Körperkontakt ist ein wichtiger sensorischer Reiz für das Kind

bessert hat. Dies geschieht durch fein abgestimmtes Aufblasen der Lunge mit 10 bis 80 Atemzügen pro Minute. Die Ausatmung erfolgt jeweils durch die elastische Rückstellkraft der Lunge und des Brustkorbes. Um die ohnehin unreife oder kranke Lunge nicht weiter zu schädigen, müssen Einatemzeit und Druckkurve sehr fein reguliert werden. Außerdem versucht man, dem Kind trotz Beatmung noch einen Rest an Eigenatmung zu ermöglichen, um seine Atemmuskulatur zu trainieren und die Beatmung erträglicher zu machen. Lebenswichtig ist ferner eine optimale Anfeuchtung und Erwärmung der Atemgase. Die richtige Beatmung ist eine große Kunst und wird erst nach längerer Tätigkeit auf einer Intensivstation beherrscht. In besonderen Fällen wird die Hochfrequenzbeatmung eingesetzt. Hierbei wird der Brustkorb mit einer Frequenz von etwa 10 Atemzügen pro Sekunde vibriert, um die Aufnahme von Sauerstoff und die Abgabe von Kohlendioxid zu ermöglichen. Für beide Beatmungsformen ist die vorherige „endotracheale Intubation“ erforderlich, d.h. es wird ein Kunststoffschlauch mit einem Durchmesser, der dem Kleinfinger des Patienten entspricht, durch Nase oder Mund in die Luftröhre eingeführt.

CPAP („Continuous Positive Airway Pressure“)

Bei dieser Methode der Atemhilfe atmet der Patient selbst. Seine Lunge wird aber kontinuierlich mit 3–8 cm Wassersäule Druck gebläht. Aus physikalischen Gründen wird dadurch das Atmen erleichtert und ein Kollabieren der Lunge verhindert. Der Blähdruck wird vorzugsweise über zwei in die Nasengänge eingeführte Kunststoffröhrchen verabreicht („Nasen-CPAP“). Eine Intubation ist also nicht unbedingt erforderlich.

Ernährung

Es wird grundsätzlich angestrebt, dass auch Frühgeborene möglichst früh aus der Flasche trinken oder von Ihrer Mutter gestillt werden. Dennoch müssen sie häufig längere Zeit über eine Magensonde mit Milch oder sogar mit Infusionen von speziell zubereiteten Nährlösungen ernährt werden. Die Magensonde wird über Mund oder Nase direkt in den Magen eingeführt, die Infusion über winzige Kunststoffkanülen in oberflächliche Venen (periphere Venenkanüle = PVK) oder über superdünne Kunststoffschläuche (zentrale Venenkatheter = ZVK) in die großen zuführenden Venen direkt vor dem Herzen verabreicht. Obwohl die Gesamttagesmenge nach Nahrung (Milch in den Magen und/oder Nährlösung in die Venen) bei Frühchen bis 1/5 des Körpergewichtes beträgt, sind dies z.B. bei einem 1000g schweren Frühchen nur 8 x 25 ml Milch oder 3 Tropfen pro Minute Infusionslösung!

Untersuchungen

Bei der körperlichen Untersuchung ist bei Frühchen anders als beim Erwachsenen die Beobachtung wichtiger als die Befunderhebung durch Betasten, Abhören oder Auslösen von Reflexen. Eine wichtige Rolle spielt auch der Ultraschall (die „dritte Hand des Kinderarztes“), mit dem ohne größere Beeinträchtigung und ohne Risiko nicht nur Gehirn, Herz, Nieren und Bauchorgane in Schnittbildern dargestellt werden (Sonographie), sondern sogar Blutströmungen sichtbar gemacht und gemessen werden können (Dopplersonographie). Röntgen ist durch fahrbare Röntgengeräte beim im Inkubator liegenden Kind möglich, wird aber wegen der Strahlenbelastung zurückhaltend eingesetzt. Für die Bewertung insbesondere der unreifen Lunge und Erkennung von Komplikationen der Beatmungstherapie ist diese Methode jedoch nach wie vor eine der wichtigsten.

Medikamente

Zahlreiche Medikamente müssen bereits beim Frühgeborenen eingesetzt werden. Genannt werden sollen hier nur einige besonders wichtige. Surfactant wird nach der Geburt über den Beatmungstubus oder eine Sonde direkt in die Luftröhre verabreicht. Von hier fließt es in die Lungenbläschen, eröffnet diese und hält sie offen, so dass die Beatmungstherapie rascher beendet werden kann oder gar nicht erst notwendig wird. Antibiotika (Penicilline, Cephalosporine u.a.) sind lebensnotwendig, um in den Körper eingedrungene Bakterien zu bekämpfen und somit lebensgefährliche Infektionen zu vermeiden. Sie werden meistens über Kanülen und Katheter in die Blutgefäße verabreicht wie auch die Katecholamine (Dopamin, Adrenalin u.a.), die den Kreislauf unterstützen.

Coffein (der Wirkstoff des Kaffees) und Theophyllin (Wirkstoff des schwarzen Tees) regen die Atemtätigkeit an und stabilisieren die Spontanatmung nach Beendigung der maschinellen Beatmung.

Kontakt

Prof. Dr. Gerhard Jorch
Wiener Straße 13
39112 Magdeburg

Stillen eines frühgeborenen Babys

von Erika Nehlsen, IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), Ausbildungszentrum für Laktation und Stillen, Ottenstein

Sie machen sich im Moment sicher Sorgen, weil Ihr Baby es etwas eilig hatte auf die Welt zu kommen. Nun liegt es im Krankenhaus auf der Frühgeborenenstation und bedarf noch der besonderen medizinischen Aufmerksamkeit, um seinen Frühstart so gut wie möglich zu kompensieren.

Sie können Ihr Baby in seinem Anpassungs- und Reifungsprozess unterstützen, indem Sie viel Zeit mit ihm verbringen, ihm durch Hautkontakt (Känguruhen = nackte Elternhaut an nackter Babyhaut) ein Stück der Nähe zurückgeben, die es eigentlich noch einige Zeit gehabt hätte und die es jetzt ganz besonders braucht.

Sie, liebe Mutter, haben noch zusätzlich die wunderbare Möglichkeit, Ihrem Baby Muttermilch zu geben.

Die Muttermilch von Frauen nach einer Frühgeburt ist ganz besonders an die Bedürfnisse ihres Babys angepasst; sie enthält mehr Eiweiße und auch mehr Abwehrstoffe gegen Krankheitserreger.

Nicht jede Frau hat vorgeburtlich geplant, ihr Baby zu stillen. Ich möchte Sie ermutigen, trotzdem damit anzufangen. Setzen Sie sich erst einmal kurzfristige Ziele; vielleicht entschließen Sie sich später zum Weitermachen, wenn es Ihnen gefällt und Sie sehen können, wie Ihr Baby von Ihrer Milch profitiert:

- Pumpen Sie Milch ab, bis das Baby stabil ist
- Oder pumpen Sie weiter bis zur Entlassung
- Stillen Sie ihr Baby, sobald es die ersten Versuche machen darf

Verbringen Sie viel Zeit mit Ihrem Baby, sehen Sie, wie es sich beim Känguruhen an Ihrer Brust wohl fühlt. Brustwarze und Areola sind besonders reich an mütterlichen Duftstoffen. Dort kann Ihr Baby Sie schon an Ihrem individuellen Geruch wiedererkennen, der ihm schon aus der Zeit in der Gebärmutter vertraut ist.

Mutter-Kind-Kontakt in der ersten Stunde nach der Geburt wird mit höheren Stillraten und längerer Stilldauer in Verbindung gebracht. Hautkontakt zwischen Mutter und Kind erhöhen die Milchmenge, die Stilldauer und den Stillerfolg.

Muttermilch hat besonders auch bei Frühgeborenen weitere medizinische Vorteile:

Magen-Darm-Trakt und Gedeihen

- Schnellere Magenleerung
- Stabilere Darmschleimhaut; Muttermilch unterstützt das Wachstum einer nützlichen Darmflora, die besonders reichlichen Immunstoffe der Prätermmilch (Milch der Mutter eines Frühgeborenen) kleiden den Darm aus wie eine Tapete oder ein Schutzanstrich und verhüten damit die Übertragung von Mikroorganismen und Antigenen (Stoffe, die Erkrankungen auslösen).
- Geringerer Magenrest zur nächsten Mahlzeit
- Muttermilch wird vom Kind gut toleriert
- Der abführende Effekt und die Verdauungsenzyme, die die Muttermilch „vor-verdauen“, sind besonders wichtig für das unreife Verdauungssystem eines Frühgeborenen
- Schnelleres Erreichen voller oraler Ernährung
- Stimulation von Wachstum, Reifung und Peristaltik des Darmes
- Enzyme, die dem Frühgeborenen helfen, die Nährstoffe besser aufzunehmen und zu verwerten
- Verbesserte Nahrungsaufnahme und Verwertung auch dann, wenn spezielle Frühgeborenenernährung zusätzlich zur Muttermilch zugefüttert werden muss

Schutz vor Infektionen

- Selteneres Auftreten von schweren bakteriellen Infektionen (Sepsis)
- Weniger Harnwegsinfektionen
- Selteneres Auftreten von nekrotisierender Enterokolitis (NEC) und anderen Darminfektionen
- Frühgeborenen entgeht der Übertritt von Calcium, Eisen und Immunglobulinen (Schutzstoffe) über die Plazenta, der im letzten Schwangerschaftsdrittel erfolgen würde. Die einzige Möglichkeit, ausreichend Immunglobuline zur Infektabwehr zu bekommen, ist die Muttermilch

Weitere Vorteile des Stillen/der Muttermilchernährung:

- Geringere Nierenbelastung durch ausgewogene Zusammensetzung
- Bessere Intelligenzentwicklung: Muttermilch unterstützt die gute Entwicklung des Sehvermögens und der intellektuellen Entwicklung bei Frühgeborenen

- Weniger Retinopathien (Netzhauterkrankungen der Frühgeborenen)
- Weniger aufwändige Therapien (Antibiotika, Operationen)
- Durchschnittlich 14 Tage kürzerer Krankenhausaufenthalt des mit Muttermilch ernährten Frühgeborenen

Ideal ist es, wenn Sie früh nach der Geburt anfangen, Ihre Brust zu entleeren und das wertvolle Kolostrum (die Neugeborenenmilch der ersten Tage) zu gewinnen. Kolostrum gibt es nur in geringen Mengen; es enthält Abwehrstoffe für Ihr Baby gegen alle die Keime, mit denen Sie während der Schwangerschaft in Kontakt gekommen sind und bietet Ihrem Baby eine Grundimmunisierung.

Ein Baby, das reif oder fast reif geboren wurde, beginnt meist schon innerhalb der ersten Lebensstunde im Kreißsaal, an der Brust zu saugen. Wenn Sie es durch frühes Entleeren Ihrer Brust einrichten können, dass Ihr Kolostrum innerhalb von vier Stunden bei Ihrem Baby ist, kann oft schon die erste Nahrung Ihre Muttermilch sein.

Neben den konzentrierten Abwehrstoffen hat Ihr Kolostrum die wunderbare Eigenschaft, den Darm anzuregen, so dass der erste Stuhl Ihres Babys leichter entleert wird.

Außerdem sind eine Reihe von Verdauungshilfsstoffen in Kolostrum und Muttermilch enthalten, die Ihrem Baby helfen, ohne großen Energieaufwand die Milch zu verdauen.

Das Kolostrum kann von Hand entleert und in einer kleinen sterilen Spritze aufgefangen werden. Ein steriler Verschlussstöpsel sorgt dafür, dass die wertvolle erste Milch gut zum Baby transportiert werden kann. In vielen Krankenhäusern bringt der Vater das erste Kolostrum zu seinem Baby.

Um möglichst schnell und problemlos zu einer reichlichen Milchbildung zu kommen, müssen Sie, liebe Mutter, Ihre Brust so häufig stimulieren und leeren, wie ein reifes Neugeborenes das normalerweise tun würde. Das Känguruhen fördert die körperliche Stabilität ihres Babys, gibt ihm die Sicherheit, wieder bei Mama zu sein und unterstützt auf der hormonellen Ebene die Milchbildung.

In den ersten 8–10 Tagen nach der Geburt wird die Brust auf ihre „Grundfunktion“ für diese Stillzeit/dieses Baby (oder auch mehrere Kinder) „eingestellt“. Unter dem Einfluss der hohen Prolaktinwerte ist bei regelmäßigem, ausreichendem Pumpen (mindestens 6–8 mal/Tag, davon 1–2 mal nachts) eine Steigerung der Milchmenge gut möglich. Ab dem dritten Tag würde ein reifes Baby wahrscheinlich noch häufiger stillen. Sie sollten in den ersten Tagen nach der Geburt, wenn Sie

noch im Krankenhaus sind und rundum versorgt werden können, dieses häufige Handentleeren/Pumpen einhalten, damit Sie schnell große Milchmengen bekommen.

In den ersten zwei Tagen entleert man erst von Hand und pumpt danach, weil Sie durch das Entleeren von Hand die geringen aber sehr wertvollen Mengen an Kolostrum besser auffangen können. Kolostrum ist eher zäh und klebrig, es würde an den Wänden eines Pumpfläschchens hängen bleiben und könnte Ihrem Baby nicht gut gegeben werden.

Es ist normal, wenn am zweiten Tag etwas weniger Milch da ist; das Kolostrum, das Sie während der Schwangerschaft schon produziert haben, geht zur Neige und die aktive Muttermilchbildung fängt jetzt an. Schon am dritten Tag sehen Sie, dass Ihre Milch langsam wieder mehr wird.

Sie brauchen ausreichend Anleitung/Begleitung und eine gute elektrische Pumpe (*Medela Symphony* oder *Ameda Elite*).

Je häufiger gepumpt wird, umso mehr Milch wird gebildet. Wenn Sie kein Doppelabpumpset benutzen wollen/können, sollte häufig die Seite beim Pumpen gewechselt werden, um den Milchspendereflex (MSR) besser auszulösen.

Pumpen ist nicht immer einfach. Das regelmäßige Pumpen zur Stimulation der Brust ist aber ganz wichtig für die ausreichende Milchbildung. Wenn Sie am Bett ihres Babys oder in der Nähe pumpen können, haben Sie oftmals mehr Milch. Ebenso, wenn Sie beim Pumpen Entspannungsmusik hören können.

Voraussetzung zur Gewinnung möglichst keimarmer Milch ist eine sorgfältige Händehygiene und sterile/desinfizierte Pumpmaterialien/Flaschen. Beutel sollen nicht verwendet werden, weil man die Milch nicht ohne Kontaminationsgefahr umfüllen kann. Wenn möglich die Brust vor dem Pumpen unter fließendem Wasser abspülen, jedes Mal frische Stilleinlagen benutzen. Nach Möglichkeit einmal täglich duschen. Nach Einsetzen der reichlichen Milchbildung sollten aus Hygienegründen die ersten paar Tropfen Milch von Hand entleert und verworfen werden. Die Milch sollte möglichst roh verfüttert werden, Pasteurisieren zerstört die Lipase der Muttermilch und behindert dadurch die Fettverdauung, so dass Muttermilch dann kalorisch nicht mehr so hochwertig ist.

Obwohl das Baby anfangs sehr viel weniger Milch braucht, müssen Sie in der ersten Zeit eine ausreichende Milchmenge erzielen, weil später, wenn Ihr Baby schnell größere Mengen Milch braucht, die Steigerung nicht mehr so gut gelingt, wenn in den ersten Tagen unter



Das Stillen dient nicht nur der Ernährung, sondern erfüllt auch das Bedürfnis nach Nähe

dem Einfluss des Prolaktins keine ausreichende „Grundeinstellung“ erreicht wurde.

Wenn Sie Mehrlinge haben, müssen Sie nach der Geburt so lange hochfrequent pumpen, bis Sie etwa 500–600ml/Tag pro Kind erreicht haben.

Es ist ideal, wenn Sie bis zum Ende der ersten Lebenswoche Ihres Babys ca. 500–600 ml Milch in 24 Stunden gewinnen können. Ab etwa dem 10. Tag nach der Geburt fängt der Prolaktinspiegel an, langsam zu sinken, und ab sechs Wochen nach der Geburt ist es nicht mehr so einfach, die Milchmenge zu steigern. Deshalb empfiehlt man heute, die Muttermilch schon in den ersten acht bis zehn Tagen durch häufiges Leeren der Brust auf ein Niveau zu bringen, wie ein reifes Neugeborenes die Menge brauchen würde.

Die Milch soll sofort im verschlossenen, beschrifteten (Name, Datum, Uhrzeit) Gefäß gekühlt werden. Milch, die nicht frisch verfüttert werden soll, wird baldmöglichst eingefroren. Muttermilch für Frühgeborene darf 4 Std. bei Raumtemperatur stehen, 72 Std. HINTEN im Kühlschrank, NICHT in der Tür! Aufgetaute Muttermilch muss innerhalb 24 Stunden verfüttert werden.

Gewinnung, Lagerung und Transport von Muttermilch

- Technik der Milchgewinnung (von Hand, mit der elektrischen Pumpe) vom Personal zeigen lassen
- Rezept für eine intervallgesteuerte elektrische Kolben-Pumpe (mit Doppelabpumpset!) vom Arzt ausstellen lassen
- schriftliche Richtlinien zur Milchgewinnung und Lagerung/Transport verlangen
- Abpumpen über Wochen und Monate kann frustrierend sein – Haben Sie Mut! Sprechen Sie mit anderen Müttern in ähnlicher Lage (Frühgeborenenverein, Stillgruppe)

Wenn Sie erst eine reichliche Milchbildung erzielt haben, kann man ausprobieren, ob sie auch mit weniger Pumpen zurecht kommen. Das ist abhängig von Ihrer individuellen Brust. Probieren Sie aus, wenn Sie die Abstände des Pumpens langsam verlängern, ob Sie die gleiche tägliche Milchmenge erreichen können. Wenn Sie z.B. alle drei Stunden 100ml gepumpt haben, können Sie alle vier Stunden pumpen, wenn Sie dann 130 ml gewinnen können. Sie sollten bei einem Baby eine Milchbildungsrate von 30–35 ml/Stunde anstreben. (Bei Zwillingen etwa zwei mal so viel, drei Mal so viel für Drillinge usw.) Wenn die Menge pro Stunde geringer wird, müssen die Abstände des Pumpens kürzer sein, bis diese Milchmenge/Stunde wieder erreicht wird. Während die Milchmenge so gesteigert werden kann, dass sie auch für Zwillinge und Drillinge reichen kann, ist es von Frau zu Frau unterschiedlich, wie oft dafür gepumpt werden muss.

Anfangs, so lange Ihr Baby nur minimale Mengen braucht, werden Sie die Überschüsse vielleicht einfrieren wollen. Das gibt Ihnen auch Sicherheit, wenn es im weiteren Verlauf der Zeit, die Ihr Baby im Krankenhaus verbringt, mal zu vorübergehenden Einbrüchen in Ihrer Milchmenge kommt.

Sobald Sie eine reichliche Milchbildung erreicht haben und Ihr Baby noch nicht die gesamte Menge braucht, wollen Sie vielleicht die erste Hälfte Ihrer Milch in eine Flasche pumpen und die zweite Hälfte in ein weiteres Fläschchen. Die Fläschchen müssen entsprechend markiert werden. Die zweite Hälfte Ihrer Milch enthält mehr Fett. So kann Ihr Baby öfter am Tag mal die fetthaltigere Hintermilch bekommen und nimmt dadurch besser an Gewicht zu. Die im Fett enthaltenen mehrfach ungesättigten langkettigen Fettsäuren unterstützen Babys Gehirnentwicklung, sein Sehvermögen und beugen der Entstehung von Allergien vor.

Durch eine entsprechende Ernährung mit zwei Mal fettem Seefisch in der Woche und z. B. Rapsöl für Ihre Salate sorgen Sie dafür, dass Sie viel von diesen besonderen Fetten in Ihrer Milch haben.

Eine möglichst ausgewogene Ernährung ist auch für Sie selbst von Vorteil.

Die Mengen an Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen in der Muttermilch werden zwar durch die Ernährung kaum beeinflusst; Sie machen also auch dann gute Milch, wenn Sie viel „Junkfood“ zu sich nehmen. Es geht Ihnen selbst aber körperlich und auch emotional besser, wenn Sie sich gesünder ernähren.

Nach der Entlassung aus der Klinik wird Ihr Alltag vorübergehend etwas arbeitsaufwendiger, weil Sie dann für sich selbst sorgen, regelmäßig pumpen müssen und bei Ihrem Baby sein wollen. Die gute Unterstützung durch den Partner, die Familie und Freunde ist dabei unverzichtbar.

Ärzte und Pflegende, die sich in dieser Zeit um Sie kümmern, glauben häufig, dass das Pumpen Ihnen zusätzlich Stress bereitet und Kraft abverlangt.

Aus einer wissenschaftlichen Untersuchung wissen wir: Die Mütter sehen das anders; sie sagen, dass das Bereitstellen der Muttermilch gerade bei einem kranken oder sehr früh geborenen Kind oft die einzige Verbindung zu ihrem Baby war.

Frauen, die es geschafft haben, ihr Frühgeborenes erfolgreich zu stillen, empfanden folgende 5 Punkte als besonders befriedigend:

- Das Wissen darum, die gesündeste, beste Nahrung zur Verfügung zu stellen
- Die Bindung zum Kind zu verstärken
- Zu merken, wie das Stillen das Baby beruhigt und zufrieden macht
- Bequemlichkeit für sie selbst und ihre Familien
- Einen triftigen Anspruch auf ihr Baby zu haben, in dem sie etwas für das Baby leisten, was außer ihnen niemand kann

Möglichst noch während Ihres Krankenhausaufenthaltes soll ein Rezept für eine gute elektrische Milchpumpe mit Doppelpumpset ausgestellt werden. Doppelpumpsets haben den Vorteil, dass sie viel Zeit beim Abpumpen sparen. Sie reduzieren die Pumpzeit um die Hälfte und sorgen für einen höheren Prolaktinspiegel, der wichtig ist für die Milchbildung.

Sie, lieber Vater besorgen diese Milchpumpe dann schon vor der Entlassung Ihrer Frau, so dass zuhause alles vorbereitet ist.

Nehmen Sie Hilfsangebote an, zum Einkaufen, Waschen, Bügeln; lassen Sie sich „bekochen“. Das alles hilft, dass Sie die anstrengenden Zeiten mit einem Baby im Krankenhaus, bei dem Sie viel Zeit verbringen und känguruhen sollten, besser überstehen.

Das ist etwas, was nur Sie für Ihr Baby tun können: Ihm Geborgenheit, Liebe und Schutz durch Körperkontakt (Känguruhen) und Muttermilch geben.

Die Mutter soll möglichst viel Zeit mit/bei ihrem Baby verbringen. Sie nimmt dann die Keime der Frühgeborenenstation in ihren Körper auf. Das Lymphsystem der Mutter bildet daraufhin Antikörper gegen die Krankheitserreger, denen ihr Baby in der Frühgeborenenstation auch ausgesetzt ist. Spezifische Immunglobuline (Eiweiß-Stoffe, die der Körper zur Abwehr fremder Substanzen bildet – Antikörper) gegen diese Keime gehen in die Muttermilch und schützen so das Baby vor den Keimen, denen es in der Klinik ausgesetzt ist.

Frühgeborene in den ersten Lebenswochen

Durch diese Broschüre können sich Betroffene und Interessierte ein Bild von den Entwicklungsbedingungen frühgeborener Babys und möglicher Hilfen machen.

Die Fülle der angesprochenen Probleme soll helfen, sich durch umfassende Information auf die im Einzelfall vorliegenden Belastungen angemessen einstellen zu können. Es werden angesprochen:

- Ursachen der Frühgeburt
- Chancen und Risiken frühgeborener Babys
- Neugeborenen-Intensivpflegestationen (NIPS)
- NIPS als Entwicklungsumgebung
- Anbahnung der Eltern-Kind-Beziehung
- Hilfen für Baby und Eltern



Diese und andere Broschüren zum Thema Frühgeborene können unter „Publikationen“ beim Bundesverband bestellt werden:
www.fruehgeborene.de

Wenn Ihre Milchmenge einbricht (häufig, wenn es Probleme mit Ihrem Frühchen oder zuhause gibt) sind folgende Faktoren, die die Milchmenge beeinträchtigen, auszuschließen:

- Zu seltenes Pumpen
- Brust nicht ausreichend entleert/nicht lange genug gepumpt, MSR nicht ausgelöst
- Erschöpfung, Angst, Stress (z. B. wenn es Baby schlechter geht)
- Medikamente wie Antihistaminika, Bromokriptin, Östrogene
- Schwere Erkrankung der Mutter
- Verstärkte Tätigkeiten zu Hause

Folgende Maßnahmen sind hilfreich, um die Milchmenge zu erhöhen:

- Vor dem Pumpen 10–15 Minuten Ruhe
- Brust kreisförmig massieren, vor dem Pumpen und zwischendurch
- Rückenmassage der Mutter vor oder beim Pumpen, besonders zwischen den Schulterblättern
- Ein warmes Getränk zu sich nehmen
- Häufiger Pumpen
- Noch 2 Minuten pumpen, nachdem der Milchfluss versiegt ist
- Ein Bild des Babys ansehen
- An einem getragenen Kleidungsstück/einer Unterlage des Babys riechen
- Beim Baby oder direkt nach dem Känguruhen pumpen
- In einem ruhigen, entspannenden Umfeld bei gedämpftem Licht pumpen
- Entspannungsmusik hören beim Pumpen
- An fließendes Wasser, Wasserfall, Wellen im Meer denken und das visualisieren
- Ausgewogene Ernährung und ausreichend Getränke
- Rauchen behindert die Milchbildung, am Besten ganz aufhören; wenn das nicht geht, reduzieren und auf eine Zigarette mit weniger Nikotin umsteigen

Alles, was den Milchspendereflex unterstützt, ist hilfreich. Ohne den MSR kann nur 4% der vorhandenen Milch gewonnen werden. In Krisensituationen kann kurzzeitig auch Syntocinonspray eingesetzt werden.



Über Geschmack und Geruch können Mutter und Kind kommunizieren

Wenn Sie nicht gleich nach der Geburt die Milchbildung gut anregen konnten, die Milch langsam immer weniger wird aufgrund mangelnder Information/Unterstützung oder weil sie ursprünglich nicht stillen wollten, kann man die Milchbildung medikamentös (Metoclopramid, Domperidon) unterstützen, wenn sie durch häufiges Entleeren der Brust allein nicht ausreichend angeregt werden kann. Die Medikamente sind verschreibungspflichtig und können nur mit ausreichender, häufiger Leerung der Brust eine Steigerung der Milchmenge erreichen.

Wenn Sie viel Zeit mit ihrem Baby verbringen, werden Sie es schnell kennenlernen und können, nach Anleitung durch das

Personal, so dem Rhythmus des Kindes entsprechend seine Pflege zumindest teilweise mit übernehmen.

Eine „Lagebesprechung“ zwischen Ihnen und dem Personal soll regelmäßig und so oft wie nötig erfolgen, um eine dem Zustand des Kindes und Ihren Möglichkeiten angepasste gemeinsame Verständigungs- und Betreuungsform für Sie und Ihr Baby zu finden. Es ist wichtig, dass Sie auch über Ihre Gefühle und Gedanken sprechen. Nur bei Müttern, die sich mitteilen, kann man sich aufeinander einstellen.

Die Känguruh-Pflege ist der erste Schritt zum erfolgreichen Stillen des Frühgeborenen. Stellen Sie Ihren Alltag darauf ein, dass Ihr kleinstes Kind Sie jetzt am nötigsten braucht. „Känguruhen“ ist nur sinnvoll, wenn Sie mindestens 1 Stunde Zeit mitbringen (Hilfe zu Hause organisieren!). Mehr Zeit ist besser. Mutter/Eltern und Baby können so lange känguruhen, wie es ihnen gefällt und das Baby stabil ist.

Das Baby kann auch schon känguruhen, wenn es noch beatmet wird. Der Hautkontakt (nackte Mamahaut an nackter Babyhaut) ist dabei ganz wichtig, Sie sollten den BH ausziehen, da im Bereich der Brust-

warze/Areola besonders viele Mutter-spezifische Duftstoffe freigesetzt werden, die das Baby aus der Zeit in der Gebärmutter schon kennt und die ihm ein besseres Gefühl der Geborgenheit vermitteln.

Ein Frühgeborenes in Hautkontakt hat eine stabilere Atmung, Herzaktion und Körpertemperaturkontrolle und eine bessere periphere Sauerstoffsättigung als Frühgeborene ohne Hautkontakt. Känguruh-Babys nehmen besser an Gewicht zu, schlafen mehr und schreien weniger/haben weniger Stress. Känguruhen hilft dem Baby und auch Ihnen, die zu früh erfolgte Trennung zu überwinden und eine liebevolle Beziehung miteinander einzugehen. Es hilft Ihnen, die Milchbildung leichter zu erhalten. Eine Streichelmassage des Babys (mit den Fingerspitzen immer in die Richtung, wie die Haare wachsen) von Kopf bis Fuß, vom Rückgrad zu den Fingerspitzen, unterstützen das Wachstum und die Reifung des Frühgeborenen und ist entspannend für alle Beteiligten.

Es ist für Sie angenehm, wenn sie nicht völlig entblößt mit ihrem Baby känguruhen müssen. Sie können eine Bluse oder Jacke, die vorne aufgeknöpft wird, tragen und über dem Baby teilweise wieder schließen, um sich vor neugierigen Blicken zu schützen. Wenn Sie sie in den Rock- oder Hosenbund stecken, gibt Ihnen das außerdem auch die Sicherheit, dass Ihr Baby Ihnen nicht wegrutscht, selbst wenn Sie beim Känguruhen einschlafen.

In Abhängigkeit von der Reife werden sehr kleine Frühgeborene meist anfangs sondiert. Sie sollten dabei immer die Möglichkeit haben, an etwas zu saugen. Das kann Vaters kleiner Finger sein oder auch ein anderes Saugobjekt. Wenn Sie, liebe Mutter, da sind, sollte an der Brust sondiert werden. Ihr Frühchen lernt so, Mundaktivität mit Sättigung in Verbindung zu bringen. Ein wichtiger Lernerfolg für das gesamte Leben.

Auch wenn Ihr Baby noch keine Nahrung über den Mund bekommen darf, kann man bereits Mundpflege mit Muttermilch machen. Das unterstützt bereits die Reifung des Immunsystems Ihres Frühgeborenen und hilft, es mit nützlichen Keimen zu besiedeln sowie die Verdauungsfunktionen und die Darmperistaltik zu fördern.

Ihr Baby darf auch zum „Üben“ an die Brust. Wenn Sie sehr viel Milch haben, kann vor dem Anlegen gepumpt werden, um Ihr Baby nicht mit starkem Milchfluss zu überwältigen.

Es gibt Anzeichen, dass ein Frühgeborenes bereit ist zum Stillen. Man hat lange angenommen, dass das Trinken an der Flasche leichter sei

als an der Brust. Es gibt inzwischen Untersuchungen und Beobachtungen, die uns zeigen, dass Stillen physiologischer und einfacher ist als Flaschenfütterung. Herzaktion, Atmung, periphere Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur des stillenden Frühgeborenen sind stabiler als an der Flasche. Apnöen und Bradykardien (verlangsamte Herzfrequenz) sind seltener. Stillen ist bereits möglich, bevor das Frühgeborene aus der Flasche trinken kann.

Mit 28–30 SSW können viele Babys Atmen, Saugen und Schlucken koordinieren und zum „Üben“ an die Brust gelegt werden. Die Fähigkeit zu stillen variiert von Baby zu Baby. Es gibt aber einige Hinweise:

- Ungefähr im Reifealter von 30 SSW
- Hand-zu-Mund-Aktivität
- Kann alleine atmen
- Saugt an der Sonde oder einem anderen Saugobjekt
- Suchreflex vorhanden, Bereitschaft zum Anlegen
- Toleriert Bolus-Fütterung
- Kann außerhalb des Inkubators am Körper der Mutter die Temperatur halten
- Scheint mehr Saugbefriedigung zu brauchen
- Schluckt seinen Speichel

Wenn Ihr Baby zwei oder mehr dieser Hinweise gibt, ist es bereit, seine ersten Still Erfahrungen zu machen. Die ersten Stillversuche sind meist lecken, schmusen und mit der Brust vertraut werden. Sie sollten nicht erwarten, dass Ihr Baby an der Brust messbare Mengen Milch bekommt. Es ist aber ganz wichtig, dass Ihr Baby gut mit der erforderlichen Mundaktivität an der Brust vertraut ist und gestillt werden kann, bevor mit Flaschenfütterung, die eine andere Mundmotorik erforderlich macht, angefangen wird.

Sie sollten nicht kurz vor dem Stillen duschen oder Ihre Brust abspülen. Die Pheromone im Bereich der Brustwarze und Areola lösen beim Baby Interesse an der Brust aus.

Anzeichen, dass das Baby bereit ist zum Stillen, sind:

- Wache Aufmerksamkeit
- Mundaktivität: lecken, schmatzen, Zunge vorbringen,
- Hand-Mund-Aktivität, Versuch an Fingern zu saugen
- Körperbewegungen

Wenn das Baby erst schreit, ist es zu spät. Schreiende Babys können die Brust nicht richtig erfassen.

Um mit dem Stillen zu beginnen, brauchen Sie und Ihr Baby einen ruhigen, bequemen Platz. Anleitung und Hilfe des Personals zur richtigen Stillposition des Babys und dem richtigen Erfassen der Brust sind erforderlich sobald das Baby Anzeichen gibt, zum Stillen bereit zu sein. Geduld bei allen Beteiligten ist eine Voraussetzung.

Stilltechniken für Frühgeborene sind nicht wesentlich anders als bei reifen Kindern. Sie müssen gut gelagert und stabil gehalten werden (Ohr, Schulter und Hüfte sollen auf einer Linie sein, der Mund auf Höhe der Brustwarze), es empfiehlt sich der Rückengriff oder der Frühchengriff. Arme und Beine des Babys müssen „eingesammelt“ werden und dürfen nicht herunterhängen. Ihre Hand sollte mit dem Handballen oben zwischen den Schulterblättern des Babys liegen und mit den Fingern den Kopf unterstützen. Babys sollen nicht am Hinterkopf angefasst werden; viele bäumen sich dann auf und können so nicht gestillt werden. Babys mit Schluckstörungen trinken möglicherweise besser gut gestützt im Hoppe-Reiter-Sitz in aufrechter Haltung.

Sie können etwas Milch von Hand entleeren und den MSR unterstützen, damit die Milch leichter fließt. Wenn das Baby nicht innerhalb von 5 Minuten an die Brust geht, keine weiteren Versuche machen, zum Känguruhen übergehen, anders füttern. Sobald das Baby nach einiger Zeit wieder aufmerksam ist, erneut versuchen, dem Baby beim Anlegen zu helfen.

Mit der Zeit wird Ihr Frühchen lernen, sich effektiver stillen zu lassen, und dann kann es auch vor und nach dem Stillen gewogen werden, um festzustellen, wie viel nachsondiert werden muss.

Sie sollten bei jedem Besuch stillen, nach Möglichkeit mehrere Mahlzeiten hintereinander.

Das Baby an der Brust zuzufüttern hat sich als eine der besten Möglichkeiten erwiesen, eine zufrieden stellende Gewichtsentwicklung und das erfolgreiche Stillen zu erreichen.

Eine gute Stillmahlzeit erkennen Sie an den langsamen, tiefen Zügen, gefolgt von Schlucken über etliche Minuten. Wenn Ihr Baby eine Pause von mehr als 15 Sekunden macht, durch Brustkompression den Milchfluss anregen, damit es wieder aufmerksam wird, evtl. auch das Baby massieren, ansprechen, oder an die andere Brust anlegen; was immer Ihr Baby dazu bringt, weiter aktiv an der Brust zu trinken.

Vorbereitung der Entlassung nach Hause

Sie müssen mit der Pflege Ihres Babys rund um die Uhr vertraut sein. Sie sollten wenigstens die letzten paar Tage vor der Entlassung im 24-Stunden-Rooming-in mit Ihrem Baby verbringen können. Sie wissen, dass Sie Ihr Baby alle 2–3 Stunden rund um die Uhr stillen müssen. Stillen nach Bedarf ist möglich. Für den Fall, dass Ihr Baby sich nicht oft genug meldet, muss es geweckt werden. Sie sollten wenigstens eine weitere Fütterungsmethode beherrschen, falls Ihr Baby sich nicht wecken lässt.

Sie sollen weiter viel mit Ihrem Baby känguruhen.

Manche Mahlzeiten werden gut von statten gehen, andere eher mühsam. Brustkompression hilft Ihrem Baby, mehr Milch zu sich zu nehmen. Wenn es in den ersten 10–20 Minuten nicht gut trinkt, sollte es zugefüttert werden, am Besten an der Brust.

Wenn Ihr Kind bei Entlassung noch nicht voll gestillt wird, muss das Rezept für die Pumpe weiter verlängert werden. Sie sollten jederzeit wieder auf die Station kommen oder anrufen können, wenn es Probleme mit dem Baby gibt. Eine gute Nachbetreuung zu Hause (Laktationsberaterin) sollte gesichert sein. Einen Termin zur Wiedervorstellung fest vereinbaren.

Zu Hause

Hilfe im Haushalt (möglichst rund um die Uhr) organisieren, da Sie in der ersten Zeit nur sich selbst und Ihr Baby versorgen können (häufiges Anlegen Tag und Nacht, viel Hautkontakt und Tragen). Ein Tragetuch oder Tragesack und ein bequemer Schaukelstuhl können hilfreich sein. Babys, die viel Hautkontakt haben und getragen oder geschaukelt werden, gedeihen besser.

Ihr Baby soll 6–8 nasse Windeln/Tag haben und 3–4 mal/Tag Stuhlgang.

Frühgeborene kommen sehr gut mit Fingerfütterung, Bechern und Zufüttern an der Brust zurecht. Babys, die so zugefüttert werden, haben eine größere Chance, 3 Monate nach der Entlassung noch gestillt zu werden, als Babys, die mit der Flasche zugefüttert werden.

Eine engmaschige Betreuung durch Laktationsberaterin, Hebamme und Kinderarzt ist erforderlich.

Nun sind Sie mit Ihrem Baby auf dem Weg in das Abenteuer des Lebens. Unabhängig davon, wie viel Sie wissen, ist es ganz normal, dass eine Reihe von Fragen auftaucht, wenn Sie anfangen, Ihr Baby zu stillen. Dieser Leitfaden ist dazu da, Ihnen schnell Informationen zu geben. Er soll helfen, Fragen zu beantworten, über Grundlagen des Stillens aufklären, das Auftreten von Stillschwierigkeiten zu vermeiden, und vorschlagen, was Sie tun können, wenn doch Schwierigkeiten auftreten. Scheuen Sie sich nicht, das Personal in der Kinderklinik oder Laktationsberaterinnen in Ihrer Nähe zu fragen, wenn Ihnen noch etwas unklar ist.

Mit herzlichen Grüßen und den besten Wünschen für die Zukunft Ihres Babys!

Informationen

www.stillen.de
www.neonatalbegleitung.de
info@stillen.de

Literatur für Eltern

„Geborgenheit, Liebe und Muttermilch“ F. Egli/K. Frischknecht, 2002, Selbstverlag, zu erhalten über das Ausbildungszentrum für Laktation und Stillen, Kantor-Rose-Str. 9, D-31868 Ottenstein

„Stillen von Frühgeborenen“ G. Gotsch, La Leche Liga Deutschland, 2001

Praktische Hilfen nach einer Frühgeburt

Carola Weber, Kinderhilfe Direkt, Berlin

Eine Frühgeburt ist in aller Regel eine plötzlich entstandene und unerwartete Situation, auf die Sie sich nicht ausreichend vorbereiten konnten. Damit Sie sich in dem nun alltäglichen Wechselspiel aus Freude, Hoffnung, Sorgen, Fürsorge und bürokratischen Verpflichtungen besser zurechtfinden, möchten wir, die Mitarbeiterinnen des Frühchenprojekts der Deutschen Kinderhilfe Direkt, Ihnen nachfolgend ein paar Hinweise geben, die Ihnen den Stationsaufenthalt erleichtern.

Ankunft auf der Station

Viele Stationen halten mittlerweile Broschüren für Eltern bereit, in der alle wichtigen Informationen über den Tagesablauf, Ansprechpartner und Telefonnummern auf der Station, Abpump- und Elternzimmer, Unterkünfte für Eltern, Besuchsmöglichkeiten von Geschwisterkindern und Verwandten, Kinderbetreuung sowie Hinweise zu Verpflegungs- und Parkmöglichkeiten aufgeführt sind.

Als Eltern haben Sie Möglichkeiten und Rechte:

- Sie können jederzeit auf der Station anrufen und sich nach dem Zustand Ihres Kindes erkundigen.
- Sie haben das Recht, über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und die therapeutischen Maßnahmen informiert zu werden.
- Sie können jederzeit den Wunsch nach einem Gespräch mit dem zuständigen Arzt äußern. Ein Termin wird in aller Regel zeitnah vereinbart. Auf manchen Stationen gibt es besondere Sprechzeiten der Oberärzte.
- Fragen Sie nach, wenn Sie medizinische Aussagen und Zusammenhänge nicht verstanden haben. Schwestern und Ärzte erklären Ihnen die Sachlage gerne mit verständlichen Worten!
- Besuch ist erwünscht, jedoch bitte nicht zu viele Personen auf einmal, da dies für Ihr Kind und die anderen Kinder auf der Station zu anstrengend ist.
- Auf vielen Stationen dürfen Geschwisterkinder, ggf. nach vorheriger ärztlicher Untersuchung, den Familienzuwachs besuchen.
- Eventuell besteht sogar die Möglichkeit, im Elternzimmer oder in speziellen Elternunterkünften der Klinik zu übernachten.

Um eine Bindung zu Ihrem Kind aufzubauen, können Sie einiges tun:

- Besuchen Sie Ihr Kind, so oft es Ihnen möglich ist. Mama und Papa sind unersetzlich und mindestens genauso wichtig wie die beste Medizin!
- Erzählen oder singen Sie mit Ihrem Kind, damit es Ihre vertraute Stimme hören kann.
- Schaffen Sie sich ein Begrüßungs- und ein Abschiedsritual, um Ihnen und Ihrem Kind Sicherheit zu geben.
- Großflächige Berührungen (Hand um den Kopf, Hand auf Rücken/Bauch, Hand unter die Fußsohlen), Känguruhen und Schmusen sind ganz besondere Momente für Sie und Ihr Kind.
- Je nach Gesundheit und Befinden werden die Stationsschwester Sie schnellstmöglich in die Pflege und das Känguruhen Ihres Kindes einweisen und einbinden.
- Ihr Kind freut sich über eigene Kuscheltücher und Stofftiere. Besprechen Sie mit den Schwestern, ab welchem Zeitpunkt es möglich ist, eigene Kleidung mitzubringen.
- Bilder von Geschwisterkindern, religiöse Symbole oder ähnliches können am Inkubator/Bettchen des Kindes nach Absprache mit den Schwestern befestigt werden.
- Filmen und Fotografieren ist möglich, wenn dies mit den Schwestern vorher abgesprochen wurde.
- Informieren Sie sich nur in dem Maße, das Ihnen gut tut! Nicht jeder Hinweis, den Sie im Internet oder in Büchern finden, ist hilfreich!
- Vor allem: Sorgen Sie für sich! Tanken Sie zwischendurch Kraft, denn Ihre Stärke und Ruhe überträgt sich auf Ihr Kind und hilft ihm bei seiner Entwicklung!

Was muss bald erledigt werden?

Beantragung der Geburtsurkunde

Manche Kliniken übernehmen die Anmeldung des Neugeborenen beim zuständigen Standesamt und organisieren den Versand der Geburtsurkunden. In anderen Kliniken müssen die Eltern dies selbst erledigen. Die Anmeldung des Neugeborenen muss innerhalb einer Woche erfolgen. Kostenfreie Geburtsbescheinigungen erhalten Sie für die Beantragung von Kinder- und Elterngeld, für die Anmeldung bei der Krankenkasse sowie für religiöse Bestimmungen. Die Kontaktdaten des zuständigen Standesamtes nennt Ihnen Ihre Klinik.



Die Schwester unterstützt beim Stillen

Anmeldung des Kindes bei der Krankenkasse

In der Regel ist ein Anruf der Mutter oder des Vaters bei der Krankenkasse ausreichend. Der Antrag für eine Familien-Versicherung wird Ihnen dann nach Hause geschickt. Für den Fall, dass Sie für Ihr neugeborenes Kind eine private (Zusatz-)Krankenversicherung abschließen möchten, sollten Sie sich schnell entscheiden, da die Frist, während der keine Gesundheitsprüfung erfolgt, nur wenige Wochen dauert.

Information des Arbeitgebers der Mutter

Zunächst reicht eine Information per Telefon aus.

ALG-I und ALG-II- Empfänger

Sie sind verpflichtet, die Geburt Ihres Kindes der zuständigen Agentur für Arbeit mitzuteilen. Dort können Sie ggf. einen Antrag auf Finanzierung einer Babyerstaussstattung stellen.

Intervall-Milchpumpe

Milchpumpen erhalten Sie in jeder Apotheke. Wenn Sie ein Rezept vom Frauenarzt, Kinderarzt oder Ihrem Hausarzt vorlegen, übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten.

Nicht verheiratete Paare/alleinerziehende Elternteile

Die Sorgerechtsregelung und Vaterschaftsanerkennung erfolgt beim Jugendamt. Alleinerziehende haben zudem die Möglichkeit, eine „Beistandschaft“ zu beantragen.

Was hat etwas Zeit?

Antrag auf Mutterschaftsgeld

Den Antrag auf Mutterschaftsgeld erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Antrag auf Kindergeld

Der Antrag ist beim Rathaus/Bürgeramt/Bezirksamt erhältlich und kann erst nach Erhalt der Geburtsurkunde eingereicht werden. Sie können den Antrag auch über die folgende Internetseite bzw. den folgenden Pfad herunterladen: <http://www.arbeitsagentur.de> – Formulare – Formulare für Bürgerinnen & Bürger – Kindergeld

Antrag auf Elterngeld

Den Antrag auf Elterngeld erhalten Sie ebenfalls im Rathaus/Bürgeramt/Bezirksamt. Jedes Bundesland hat eine eigene Elterngeldstelle, die Sie im Internet finden.

Mögliche Hilfsangebote

Während des stationären Aufenthaltes:

- Seelsorger/in
- Psychologe/in
- Sozialpädagoge/in, Sozialarbeiter/in
- Elternberatung
- Haushaltshilfe zur Betreuung von Haushalt und Geschwisterkindern; hierfür ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich

Nach der Entlassung:

- Hebamme
- Sozialmedizinische Nachsorge
- Sozialpädiatrisches Zentrum
- Frühförderung
- Familienberatungsstellen
- Familienhelfer

Literatur, Vereine und Selbsthilfegruppen

Informationen finden Sie beim

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.
 Speyerer Straße 5-7
 60327 Frankfurt am Main
 Infoline (01805) 87 58 77 (0,14 Euro/Min.)
 Di. und Do. 9.00– 12.00 Uhr
 Fax (069) 58700999
 E-Mail info@fruehgeborene.de
 Internet www.fruehgeborene.de

Familie und Freunde

Verwandte, Freunde und Nachbarn können eine große Hilfe sein. Oft unterstützen sie die Familie bei Haushaltstätigkeiten wie Waschen, Putzen, Einkaufen oder bei der Betreuung von Geschwisterkindern. Scheuen Sie sich nicht, diese Hilfe anzunehmen.

Häufig sind Familie und Freunde aber auch mit der Situation „Frühgeburt“ überfordert und wissen nicht, wie sie sich Ihnen gegenüber verhalten sollen. Setzen Sie ggf. einen „Boten“ ein, der Ihr persönliches Umfeld regelmäßig informiert. Familie und Freunde sind meist erleichtert, wenn Sie als Eltern formulieren, welche Form der Unterstützung Sie konkret benötigen und was Ihnen gut tut!

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie für die Ihnen bevorstehende Zeit viel Kraft und alles Gute!

Kontakt

Dipl.-Soz.päd. Carola Weber
 Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V. / Aktion Frühkindliches Hören
 Wilmersdorfer Straße 94
 10629 Berlin
 Tel. (030) 24 34 29 40
 Fax (030) 24 34 29 49
 E-Mail: info@kinderhilfe.de / info@fruehkindliches-hoeren.de
 Internet: www.kinderhilfe.de / www.fruehkindliches-hoeren.de

Beziehungs- und Bindungsentwicklung zwischen Eltern und ihren zu früh geborenen Kindern

Dipl.-Psych. Susanne Hommel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Hamburg

Die zu frühe Geburt ihres Kindes ist für alle Eltern ein emotional sehr verunsicherndes Erlebnis. Die anfängliche Trennung von ihrem Kind fällt allen Eltern schwer. Meist werden die Mütter wenige Tage nach der Geburt aus der Klinik entlassen und müssen ihr Kind dort zurücklassen. Das ist direkt nach der Geburt eines Kindes eine fast unerträglich erscheinende Situation. Viele Kliniken haben festgelegte Besuchszeiten abgeschafft, um den Eltern ihr Bedürfnis nach Nähe zu ihrem Kind uneingeschränkt zu ermöglichen. Sie beziehen die Eltern in die Versorgung ihres Kindes mit ein, sobald es der gesundheitliche Zustand des Kindes zulässt. Neben der Sorge um das Wohlergehen Ihres Kindes wird Sie sicherlich die Frage beschäftigen, wie Sie unter diesen Umständen Kontakt aufnehmen und eine Beziehung zu Ihrer Tochter bzw. Ihrem Sohn entwickeln können. Sie als Eltern sind die wichtigsten Bezugspersonen für Ihr Kind. Und auch wenn Ihr Kind zu früh auf die Welt gekommen ist und intensivmedizinisch behandelt werden muss, gibt es viele Wege, auf denen Sie bereits Kontakt mit Ihrem Kind aufnehmen, es pflegen und versorgen können.

Für Ihr Kind da sein

Für Ihr Kind da zu sein, ist das Beste, was Sie ihm an Unterstützung in seiner Entwicklung geben können. Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn Sie Ihr Kind noch meistens schlafend antreffen. Besonders sehr kleine Frühgeborene brauchen extrem viel Schlaf, da sie im Schlaf wachsen und gedeihen. Sie können anfangs nur sehr kurz wach und aufmerksam sein. Zudem sind die Schlaf- und Wach-Phasen Frühgeborener zu Beginn noch wenig voraussehbar. Durch die meistens von der Pflege vorgegeben Versorgungszeiten lässt sich aber auch dann schon ein Rhythmus finden, auf den Sie sich als Eltern einstellen können, um für ihr Kind da zu sein.

Muttermilch ist wertvoll für die gesunde Entwicklung

Muttermilch bedeutet mehr als nur die bestmögliche Ernährung Ihres Kindes. Die tägliche Versorgung Ihres Kindes mit Muttermilch er-

scheint Ihnen vielleicht angesichts eines so kleinen schutz- und versorgungsbedürftig aussehenden Kindes nur eine geringe Unterstützung, ist aber ein sehr entscheidender Beitrag zu seiner gesunden Entwicklung.

Auf den meisten Frühgeborenen-Intensivstationen gibt es speziell ausgebildete Still- und Laktationsberaterinnen, die Ihnen Ihre Fragen zum Umgang mit dem Abpumpen der Muttermilch, Stillversuchen und zum späteren Stillen gerne beantworten.

Füttern bedeutet mehr als nur Ernährung

Das Füttern Ihres Kindes nimmt angesichts der Häufigkeit der Mahlzeiten einen großen Teil der Zeit im Tagesverlauf ein. Füttern bedeutet auch Nähe, Kontakt, Versorgung und beinhaltet verschiedene Sinnes-Erfahrungen, wie Geschmack, Geruch und Berührung. Inwieweit Sie in das Füttern Ihres Kindes eingebunden werden können, hängt von seinem Gesundheitszustand und der Art seiner Ernährung ab – besprechen Sie dies mit den Pflegenden.

Frühgeborene nach der Entlassung

In der Klinik war das Frühchen rund um die Uhr versorgt, nun kommt es nach Hause. Viele Eltern fühlen sich nicht gut vorbereitet auf die Zeit nach der Entlassung. Diese Broschüre soll helfen, betroffenen Eltern die Besonderheiten von Frühgeborenen zu erklären und wie sie lernen können, damit umzugehen.

Diese und andere Broschüren zum Thema Frühgeborene können unter „Publikationen“ beim Bundesverband bestellt werden:

www.fruehgeborene.de



Ihre vertraute Stimme beruhigt Ihr Kind

Besonders sehr kleine Frühgeborene müssen oft viele Wochen in der schützenden Umgebung des Inkubators verbringen, bis sie stabil genug sind, um Ihnen auf die Brust gelegt zu werden (so genanntes Känguruhen; vom englischen „kangarooing“ abgeleitet). Auch frühgeborenen Kindern ist die Stimme der Mutter und des Vaters schon aus dem Mutterleib vertraut. Der Klang Ihrer Stimme vermittelt Ihrem Kind das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und wirkt beruhigend. Sie sollten daher mit Ihrem Kind sprechen, ihm vorlesen oder auch vorsingen, wenn Sie bei ihm sind. Sie können auch eine von Ihnen besprochene oder besungene Kassette mitbringen, die Ihrem Kind dann vorgespielt werden kann, wenn Sie nicht da sind.

Berührung ist wichtig für die Beziehung

Berührung und Körperkontakt sind für die Beziehung zwischen Eltern und Kind wichtig, auch wenn Frühgeborene zunächst sehr zart und zerbrechlich erscheinen. Viele Eltern haben die Befürchtung, sie könnten ihr Kind durch eigene Ungeschicklichkeit überfordern oder ihm sogar schaden. Als Eltern sollten Sie sich auf Ihr Gefühl verlassen und den Zeitpunkt sowie die Intensität von Berührungen selbst bestimmen. Sie dürfen Ihr Baby langsam kennen lernen. Wenn Sie



Der Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind ist eine wesentliche Voraussetzung für die weitere Entwicklung des Kindes

sich dafür mehr Zeit lassen möchten, als andere Eltern das vielleicht tun, ist das vollkommen in Ordnung. Früh geborene Kinder sind anders als reif geborene leicht irritierbar. Sie können schnell wechselnde Berührungen an verschiedenen Körperregionen und Streichelbewegungen noch nicht verarbeiten. Deshalb sollten Sie Ihr Kind sehr ruhig, langsam und mit der ganzen Handfläche anfassen. Insbesondere die haltende Berührung am Köpfchen oder an den Füßen scheint den Kleinen ein angenehmes Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln, das sie sichtlich genießen. Vermeiden sollten Sie das Klopfen gegen den Inkubator, da Geräusche von außen innerhalb des Inkubators verstärkt und von den Kindern als unangenehm laut wahrgenommen werden.

Lassen Sie sich nicht verunsichern, wenn Ihr Kind beim ersten Kontakt mit Ihnen sehr unruhig sein sollte. Die Situation ist schließlich für beide Seiten neu und aufregend. Je häufiger Sie Kontakt miteinander haben, desto besser lernen Sie sich gegenseitig kennen und verstehen. Von Seiten der Station wird Ihnen ein erfahrenes Team zur Seite stehen, das Sie in der ersten Phase des Kennenlernens begleiten, Erklärungen und Hilfestellungen geben kann.

Känguruhen – Nähe für Eltern und Kind

Das so genannte Känguruhen ist nach anfänglicher Unsicherheit für die meisten Eltern ein schönes und intensives Erlebnis von Nähe und Vertrautheit mit ihrem Kind. Anhaltende Ruhe, tiefer Schlaf, eine häufig ruhigere Herzfrequenz und bessere Sauerstoffwerte des Kindes sind Anzeichen für einen gelingenden Kontakt. Für Ihr Kind bedeutet das regelmäßige Känguruhen eine entscheidende Unterstützung in seiner weiteren körperlichen und geistigen Entwicklung. Im Umgang mit Ihrem Kind beim Känguruhen können Sie sich sowohl von den Pflegemitarbeitern als auch von den Physiotherapeuten anleiten lassen.

Die Signale des Kindes verstehen lernen

Je mehr Zeit Sie mit Ihrem Kind bereits verbracht haben, desto leichter werden Sie seine Signale verstehen und sich auf Ihr Kind einstellen können. Ihr Baby kommuniziert anfangs vor allem durch sein Verhalten mit Ihnen, aber seine Signale sind gerade am Anfang noch sehr unklar. Je länger Sie es beobachten, desto sicherer werden Sie wissen, wie es ihm geht und was es wann braucht. Sie werden sehen, in welcher Position es gerne liegt und schläft, spüren wie es gehalten und wie gefüttert werden möchte. Sie werden wissen, wie es sich verhält, wenn es wach und aufmerksam und bereit zur Interaktion mit Ihnen

ist. Und Sie werden lernen, was Ihr Kind aufregt oder überfordert, wie Sie es beruhigen können und wann es eine Pause braucht. Außerdem werden Sie wissen, wann es ihm nicht so gut geht und wie Sie es dann unterstützen können. Diese zunehmende Erfahrung wird sich in einem sicheren Gefühl als Mutter bzw. Vater Ihres Kindes bemerkbar machen.

Auch mal an sich denken und eigene Bedürfnisse ernst nehmen

Sicherlich werden Sie manchmal nicht so oft oder so lange bei Ihrem Kind sein können, wie Sie vielleicht möchten. Insbesondere auf Stationen ohne Besuchszeitbeschränkung haben Eltern oft das Gefühl, rund um die Uhr bei ihrem Kind bleiben zu müssen, wenn sie ihm gute Eltern sein wollen. Es ist aber wichtig, dass Sie auch die eigenen Bedürfnisse nach Ruhe und Erholung ernst nehmen. Auszeiten zuhause oder auch Tage, an denen Sie nicht in die Klinik kommen, sind gerade im Verlauf vieler Wochen und Monate notwendig, um nicht zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus der Klinik vollkommen erschöpft zu sein. Diese erste Phase nach der zu frühen Geburt ist ja nicht nur für Ihr Kind, sondern auch für Sie sehr anstrengend.

Da sich die Beziehung und Bindung zwischen Eltern und Kind im Laufe der Zeit entwickelt, müssen Sie nicht befürchten, dass die anfängliche Trennung Ihre Beziehung langfristig negativ beeinflussen wird. Es kommt weniger darauf an, wie lange Sie bei Ihrem Kind sind, sondern wie diese Zeit gestaltet wird. Erfahrungen haben gezeigt, dass eine regelmäßige, aber an Stunden kürzere gemeinsam verbrachte Zeit, die entspannt und ausgeruht erlebt wird, sowohl für die Eltern als auch für ihr Kind am förderlichsten ist.

Über Ängste und Sorgen reden

Die meisten Eltern finden es unpassend, ihre eigene Befindlichkeit zu thematisieren und bemühen sich vor allem, für ihr Kind da zu sein und im Alltag zu funktionieren. Zweifel an Ihrer Wichtigkeit als Eltern für Ihr Baby, Gefühle von Fremdheit dem Kind gegenüber sind häufig. Zudem fragen sich viele, ob sie zu der zu frühen Geburt des Kindes irgendwie beigetragen haben könnten und haben Sorgen bezüglich der Gesundheit und der weiteren Entwicklung ihres Kindes. Solche Gefühle und Gedanken machen vielen zu schaffen, und Sie als Eltern sollten sich nicht scheuen, das Angebot, darüber zu sprechen, anzunehmen. Diesbezügliche Angebote sind je nach Klinik sehr unterschiedlich. Die Mitarbeiter der Intensivstation können Ihnen aber sicher den richtigen Ansprechpartner vermitteln.



Eltern sollen früh in die Pflege einbezogen werden

Neben in Elternbegleitung geschulten Fachleuten gibt es an vielen Kliniken organisierte Elternselbsthilfegruppen, die Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite stehen. Wichtig ist, dass Sie bei diesen Gesprächen darauf achten, ob Sie von den Erfahrungen anderer Frühcheneltern zum jetzigen Zeitpunkt profitieren können oder ob Sie diese als eher belastend erleben. Wenn Letzteres der Fall sein sollte, ist es vielleicht noch zu früh für einen solchen Erfahrungsaustausch. Wenn Sorgen, Ängste und Stimmungsschwankungen lange anhalten und das Gespräch darüber nicht entlastend ist, sollten Sie professionelle psychologische oder ärztlich-psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen. Diese Möglichkeit besteht bisher an wenigen Kliniken regelhaft, sollte aber von der Station konsiliarisch zu organisieren sein.

Hilfe im Alltag in Anspruch nehmen

Die wenigsten Menschen in Ihrem Umfeld werden in der Lage sein, zu verstehen, was Sie gerade durchleben. Damit wird es ihnen auch schwer fallen, Sie von sich aus sinnvoll zu unterstützen. Sie sollten daher keine Hemmungen haben, Freunde und Verwandte um praktische Hilfe zu bitten, soweit es Erledigungen im Alltag, den Haushalt oder die Betreuung von Geschwisterkindern betrifft. Jede Entlastung in diesen Bereichen bedeutet auch ein wenig mehr Zeit für Ihr neues Familienmitglied.

Die Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Ihnen und Ihrem Kind hängt natürlich nicht ausschließlich von der Beziehungsentwicklung in den ersten Wochen oder Monaten der intensivmedizinischen Behandlung ab. Dennoch sollten Sie berücksichtigen, dass jede Form von positivem Kontakt in dieser Zeit die Basis für Ihr weiteres gemeinsames Zusammenleben ist. Und eine sichere Bindung ist ein entscheidender Schutzfaktor über den gesamten Verlauf des Lebens.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen ganz viel Kraft, Geduld und Zuversicht für die kommenden Wochen und Monate und Freude an Ihrem Kind!

Kontakt

Dipl.-Psych. Susanne Hommel
 Kinder- und Jugendpsychosomatik
 Altonaer Kinderkrankenhaus
 Bleickenallee 38
 22763 Hamburg
 Tel. (040) 8 89 08-284
 E-Mail: susanne.hommel@kinderkrankenhaus.net

Hilfe für die Geschwisterkinder

Dr. Frank Pastorek, Verein „Hilfe für krebskranke Kinder“

Veränderungen sind ein fester Bestandteil menschlichen Lebens. Diese Erfahrung machen bereits Kinder vom frühesten Lebensalter an, und sie beeinflussen ihre Gefühle, Empfindungen und Gedanken. Schwierige Lebenssituationen empfinden Kinder umso intensiver. In diesem Zusammenhang ist auch die Situation von Familien zu sehen, die sich zu früh auf ihren Nachwuchs einzustellen haben und sich plötzlich mit den nicht geplanten Problemen eines zu früh geborenen Kindes auseinandersetzen müssen.

Nach einer Frühgeburt dreht sich alle Aufmerksamkeit zunächst um den zu früh eingestellten Familiennachwuchs. Die Notwendigkeit, die gesunden Geschwisterkinder gerade auch in dieser Zeit nicht aus den Augen zu verlieren, ergibt sich aus der besonderen Situation dieser Kinder.

Auch unter „normalen“ Umständen bedeutet die Erweiterung der Familie durch ein zusätzliches Geschwisterkind bereits eine gewisse „Konkurrenz“. Wenden die Eltern ihre Aufmerksamkeit und besondere Zuneigung nun aus verständlichen Gründen dem Frühgeborenen zu, können sich die Geschwister eventuell an den Rand der Familie gedrängt fühlen. Das Neugeborene gilt dann als Auslöser für die Veränderung innerhalb der Familie und wird dafür „verantwortlich gemacht“, dass das Geschwisterkind scheinbar die Liebe und Aufmerksamkeit seiner Eltern zu einem erheblichen Teil einbüßen muss.

Das Alter der Geschwisterkinder ist entscheidend für ihr Erleben und die Verarbeitung dieser Situation. Bis ungefähr zum sechsten Lebensjahr wird das Kind vor allem durch die Sorgen und Ängste seiner Eltern beeinflusst. Es ist deshalb wichtig, dass Sie Geschwisterkinder miteinbeziehen und versuchen, ihnen die Situation zu erklären. Die Zuversicht der Eltern in die weitere Entwicklung des zu früh auf die Welt gekommenen Nachwuchses wird sich beruhigend und Mut machend auf das Geschwisterkind auswirken.

Die nachfolgenden Jahre bis zum Eintritt der Pubertät sind gekennzeichnet von mehr Verständnis, und eigene Gedankenwerke beflügeln die Fantasie der Kinder. Auch in diesen Jahren gilt, dass behutsame Erklärungsversuche Ängste vermeiden oder lindern können. Das be-

sondere Augenmerk der Eltern auf das frühgeborene Geschwisterkind darf nicht als „Liebesentzug“ gewertet werden. Hilfreich ist das Einbeziehen der Kinder in den Informationsaustausch der Familie und das beständige Gesprächsangebot durch Mutter oder Vater. Rituale helfen und vermitteln ein festes Gerüst, das trägt und stützt. Planen Sie nach Möglichkeit einen festen Termin im Tagesablauf ein, bei dem Fragen gestellt und Antworten gegeben werden können. Sollten Geschwisterkinder vorübergehend in die Obhut von Großeltern, Freunden oder der Familie nahe stehenden Menschen gegeben werden, sollte auf das Einhalten fester Gewohnheiten und regelmäßige (telefonische) Kontakte zu den Eltern besonders geachtet werden, um dem Gefühl des Alleinseins entgegen zu wirken. Verhaltensauffälligkeiten oder Leistungsdefizite in der Schule können in diesem Alter Hinweise für emotionale Schwierigkeiten sein. Auch in diesem Fall helfen Zuwendung und Einbeziehung in das Geschehen.

Wenn es gelingt, die Geschwisterkinder in den vorübergehend veränderten Rhythmus der Familie zu integrieren, wird die gesamte Familie Kraft aus dieser Situation schöpfen können und gestärkt aus dieser Zeit hervorgehen.



Auch Geschwisterkinder müssen lernen, mit der neuen Situation fertig zu werden

Unterstützung durch Mutterstimme und Musik

Dr. sc.mus. Monika Nöcker-Ribaupierre, München

Ihr Kind ist in der Intensivstation in eine ganz andere laute, unberechenbare, von technischen Geräuschen bestimmte Welt versetzt worden. Alles, was es vorher gehört hatte, gibt es nicht mehr, vor allem hört es fremde Stimmen, die Stimme seiner Mutter fehlt gänzlich. Gegen diesen oft chaotischen Lärm kann es sich nicht wehren. Dazu kommt die Tatsache, dass der Inkubator die Außengeräusche verstärkt (im Inkubator herrscht ein Lärmpegel von 50–109 dB). Zu dessen Bewältigung muss Ihr Baby viel Energie aufbringen, die es eigentlich für Wachstum und Entwicklung benötigt.

Umfangreiche Forschung hat gezeigt, dass Musik und Mutterstimme hilfreich und entwicklungsfördernd eingesetzt werden können. Dabei geht es um individuell gestaltete Programme. Eine stationsübergreifende Dauerberieselung überfordert Ihr Kind und ist deshalb abzulehnen.

Wenn Sie als Eltern wollen, dass Ihrem Kind Musik vorgespielt wird, wäre es gut und auch hilfreich für Sie, wenn Sie diese selber mit ausuchen. Für viele unserer Intensivstationen ist dies auch heute noch Neuland und für Sie als Eltern möglicherweise mit Mühe und Durchsetzungskraft verbunden. Und oft ist es auch zumindest zu Anfang unvorstellbar, dass ein so winziges Baby etwas davon haben sollte, wenn es Musik oder die Stimme seiner Mutter vom Tonband hört. Es erfordert darüber hinaus genaues Hinhören und Hinspüren zu Ihrem Kind, das man oft vor lauter Technik nicht richtig sehen kann. Sicher ist: das Baby hört. Seine Hörfähigkeit ist schon Wochen selbst vor dem frühesten Frühgeburtsstermin fertig, es bringt also schon eine wochenlange Hörerfahrung mit auf die Welt. Wenn man zu einem Baby im Inkubator spricht und es dabei genau beobachtet, kann man sehen, dass es hört.

Sie können die Musik für Ihr Baby selbst zusammenstellen – dafür gibt es auch einige speziell komponierte oder arrangierte Musik: Schlaf- und Wiegenlieder mit Geigen- oder Gitarrenbegleitung, Entspannungsmusik mit oder ohne Naturstimmen. Vielleicht gibt es aber auch Musik, die dem Baby schon von der Zeit im Bauch der Mutter vertraut ist? Sie können sich bei der Auswahl auch sehr gut daran orientieren, welche Kinder-, Schlaf- oder Wiegenlieder Sie ihm vorsingen würden, wäre es zuhause. In jedem Fall sollten Sie als Eltern

(oder auch die Krankenschwester) sehr genau hinhören und das Kind beobachten, wenn Sie ihm Musik vorspielen. Denn jedes auch noch so kleine Kind ist eine unverwechselbare Persönlichkeit und hat seine eigenen Vorlieben.

Als Mutter eines sehr unreifen frühgeborenen Kindes habe ich lange Jahre als Musiktherapeutin auf einer Neugeborenenintensivstation gearbeitet. Ich erlebte, dass Mütter immer wieder Bedenken hatten, ihrem Kind Musik (z.B. von Mozart) in den Inkubator spielen zu lassen – im Gegensatz zu ihrer Bereitschaft und Freude über den Vorschlag, eine Stimmaufnahme von sich für ihr Kind zu machen. Die daraus entwickelte musiktherapeutische Methode (Auditive Stimulation) ist sowohl für Sie als auch für Ihr Kind sehr hilfreich.

Denn: Die Stimme der eigenen Mutter, also Ihre Stimme, ist im Gegensatz zu Musik „aus der Dose“ etwas ganz Einmaliges, Unverwechselbares und Vertrautes – etwas, das Ihr Baby schon aus der Zeit in Ihrem Bauch kennt. Wie die Forschung zeigen konnte, hat das einen Doppeleffekt: zum einen hilft es dem Baby mit dem Stress der Intensivstation besser zurecht zu kommen, zum zweiten hilft es Ihnen als Mutter, das eventuell bestehende emotionale Tief nach der Geburt leichter zu überwinden – einfach weil Sie etwas für Ihr Baby tun können und ihm etwas von sich da lassen, was nur Sie allein können, niemand anderes. Ihre Stimme bedeutet für Sie beide eine Verbindung vom Leben innerhalb des Mutterleibs über die Intensivzeit hinweg nach Hause – sie hilft Ihnen beiden, die durch die zu frühe Geburt abrupt getrennte Verbindung wieder herzustellen.

Sie sollten die Stimmaufnahme vorzugsweise in der Klinik professionell begleiten lassen oder, wenn dies nicht möglich ist, sie zuhause herstellen – und auf gute Tonqualität achten. Dabei lesen Sie Ihrem Kind eine Geschichte oder einen vorbereiteten Brief vor, erzählen ihm von Zuhause, oder singen – ganz nach Ihren Wünschen.

Bitte beachten Sie folgendes:

- Für die Übertragung nehmen Sie kleine, aber gute Lautsprecher. Benutzen Sie keine Kopfhörer, die Sprache oder Musik direkt in das Ohr Ihres Babys übertragen. Dies wird leicht unterschätzt; die Lautstärke ist schwer zu steuern, deshalb kann es schädlich sein.
- Die Stimme bzw. Musik sollte nicht mehr als 5 mal täglich – 30 Minuten lang – laufen.
- Die Lautstärke soll so eingestellt werden, dass sie über dem Inkubatorgrundgeräusch zu hören ist.
- Tag- und Nachtzeiten sind unbedingt zu beachten.



Sollte Ihr Kind später eine weiterführende Therapie benötigen, stellt die Musiktherapie eine gute Möglichkeit dar

Wenn medizinische oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt werden, bitte keine Stimme/Musik anstellen, damit das Baby nicht einen Zusammenhang zwischen Störung/Schmerz und Mutterstimme/Musik herstellen lernt.

Gut ist es, die Musik/die Stimme anzustellen, wenn das Baby ruhig und bereit dafür ist, z. B. nach den Mahlzeiten, oder wenn sie ihr Kind verlassen, damit noch etwas von Ihnen bei ihm bleibt.

Die Aufnahme ersetzt nicht den menschlichen Kontakt und sollte deshalb abgestellt werden, wenn Sie bei ihrem Kind sind.

Wenn Sie unbedingt wollen, dass Ihr Kind eine Spieluhr hören soll, vielleicht weil es Ihre Lieblingsmusik als Kind war oder weil ein älteres Geschwisterkind sie mitbringt, dann sollten Sie die Uhr auf saubere Töne sorgfältig prüfen – und sie dann eingewickelt in eine Windel o. ä. an das Fußende des Inkubators gelegt werden, weit weg von den Ohren Ihres Babys.

Abschließend soll ganz eindrücklich darauf hingewiesen werden, dass hier über Musik/Stimme gesprochen wird, die für das einzelne Kind vorbereitet wurde und auch nur für dieses eine Kind im Inkubator abgespielt wird. Es geht nicht um eine Musikbeschallung des ganzen Intensivraumes. Die ist viel zu laut für die Kinder und berücksichtigt nicht die Individualität des Babys. Sicherlich kann Musik in dieser

Form für Pflegepersonal und Eltern stimmungsaufhellend wirken und ihnen die Arbeit und den Aufenthalt auf einer Intensivstation erleichtern, aber für die Kinder ist es eine zusätzliche Lärmbelastung. Gerade in solch einer Extremsituation muss ganz besonders darauf geachtet werden, was dem einzelnen Baby gut tut, und deshalb kann Musik auch nur gezielt eingesetzt werden.

Alles, was Sie als Eltern für Ihr Kind tun wollen, müssen Sie mit dem Personal der Station besprechen. Die Ärzte sind verantwortlich für das, was auf der Station geschieht. Die Schwestern und Pfleger sind diejenigen, die Ihr Kind am meisten betreuen und oft eine besondere Beziehung zu ihm aufgebaut haben. Deshalb ist es wichtig und notwendig, sich mit ihnen zu besprechen, sie um Rat zu fragen – oder auch ganz deutlich Ihre eigenen Bedürfnisse in Bezug auf Ihr Kind auszusprechen.

Literatur für Eltern

„Förderung frühgeborener Kinder mit Stimme und Musik“
von M. Nöcker-Ribaupierre und M. L. Zimmer, Reinhard-Verlag,
2004

Kontakt

Dr. sc.mus. Monika Nöcker- Ribaupierre
Wehrlestraße 22
81679 München
E-Mail: mnoeckrib@aol.com

Hört Ihr neugeborenes Kind?

*Dr. Daria Schreyka, Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V. /
Aktion Frühkindliches Hören, Berlin*

Hören von Anfang an ist mitentscheidend für die Gesamtentwicklung Ihres Kindes und seinen weiteren Lebensweg. Nicht hören zu können beeinträchtigt vom Zeitpunkt der Geburt an seine Sprachentwicklung sein Verhalten, sein seelisches Gleichgewicht und später seine schulische Bildung.

Eine Hörschädigung ist die häufigste angeborene Sinnesbehinderung. Durch einfache Testverfahren ist es jedoch schon in den ersten Lebens Tagen möglich, eine schwere Hörstörung auszuschließen. Zwei unterschiedliche Messmethoden können das Gehör Ihres Kindes testen. Sie sind einfach, schnell und schmerzfrei und können am schlafenden Säugling durchgeführt werden.

Einen Hörtest, das sogenannte Neugeborenen-Hörscreening, müssten insbesondere frühgeborene Kinder erhalten. Dieser Test sollte nach der Geburt noch in der Entbindungsklinik oder in den ersten Lebenstagen bei der U2 oder U3 erfolgen. Bei einem frühgeborenen



Hörscreening bei Frühgeborenem

Kind kann es schwieriger sein, den Hörtest durchzuführen. Frühchen sind unruhiger, sie bewegen sich mehr und die Gehörgänge sind kleiner. Aus diesen Gründen benötigt die Fachkraft möglicherweise länger, um zu einem Ergebnis zu kommen. Der Test kann jedoch auch bei Frühchen gut und zuverlässig ausgeführt werden. Es ist zunehmend die Regel, frühgeborene Kinder noch auf der Neonatologie-Station auf eine Hörstörung zu untersuchen. Gegebenenfalls muss das Neugeborenen-Hörscreening jedoch nach der Entlassung aus der Klinik wiederholt werden, bis ein eindeutiges Ergebnis vorliegt.

Bei einem auffälligen Hörtest erfolgt schnell eine umfassende Abklärung der Hörfähigkeit. Im Falle der Bestätigung einer Hörstörung werden unmittelbar eine therapeutische Behandlung sowie geeignete Frühfördermaßnahmen eingeleitet. Durch diese frühe Erkennung, sofortige Behandlung und Förderung kann jedes hörgeschädigte Frühchen im Rahmen seiner Möglichkeiten hören und sprechen lernen.

Fragen Sie deshalb nach einem Hörtest (Neugeborenen-Hörscreening) für Ihr Kind beim Geburtshelfer, auf der Neonatologiestation, bei Ihrem Kinderarzt, im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), bei einem HNO-Arzt oder einem Phoniater/Pädaudiologen.

Achten Sie darauf, dass Ihr Kind gut hören kann – von Anfang an!

Kontakt / Informationen

Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V. / Aktion Frühkindliches Hören
 Wilmersdorfer Straße 94
 10629 Berlin
 Tel. (030) 24 34 29 40
 Fax (030) 24 34 29 49
 E-Mail: info@kinderhilfe.de / info@fruehkindliches-hoeren.de
 Internet: www.kinderhilfe.de / www.fruehkindliches-hoeren.de

Der Nachsorgepass

Christiane Stock, Stellvertretende Vorsitzende Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V.

Beschreibung

Seit über zehn Jahren kümmern sich Mitglieder des Vereines Frühstart Hamburg e.V. um Eltern frühgeborener Kinder. In diesem Rahmen wurde der Nachsorgepass von betroffenen Eltern in Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten entwickelt, der seit Juni 2007 in der 2. Auflage vorliegt.

Der Nachsorgepass ist ein fester Ordner, der alle Informationen und Unterlagen enthält. Im Gegensatz zum gelben Untersuchungsheft (U-Heft), in dem Gesundheitsstörungen durch Kennziffern beschrieben und Therapien wie Krankengymnastik nicht erwähnt werden, sind im Nachsorgepass die Kerndaten der ersten Lebenswochen ausführlich aufgeführt und die weitere Entwicklung des Kindes dokumentiert.

Inhalt

Der Inhalt des Nachsorgepasses gliedert sich in sechs Teile:

- medizinische Fakten, zum Beispiel Entlassungsdaten, Nachsorgeuntersuchungen bis 2 Jahre, Fachärztliche Untersuchungen, Medikamente
- Aussagen über Therapien wie Krankengymnastik, Ergotherapie und anderes
- persönliche Daten wie Geschwister, Tagesmutter, Pflegeversicherung
- Fremdwörterverzeichnis
- Verschleißbare Plastikhülle für U-Heft, Impfpass, Röntgenpass und anderes
- Abschnitt für zusätzliche eigene Berichte

Folgende Zusatzseiten, die bei Bedarf des Kindes eingeklebt werden können, halten wir vorrätig: Kardiologie, Epilepsie, Heimmonitoring, Gastroenterologie, Neurochirurgie.

Vorteile für Familien

Die Eltern früh geborener Kinder haben mit dem Nachsorgepass die Möglichkeit, alle Informationen und Unterlagen (Arztberichte, Impf-/Röntgenpässe etc.) in einem Ordner aufzubewahren, so dass durch die übersichtliche Dokumentation Arztgespräche verkürzt werden, Eltern schwerwiegende Diagnosen nicht in Gegenwart ihres Kindes aussprechen müssen und mehr Zeit für die Untersuchung des Kindes zur Verfügung steht.

Besonders hilfreich ist der Nachsorgepass für Zwillingen- bzw. Mehrlingseletern, da so Verwechslungen der Befunde der Kinder ausgeschlossen werden.

Bei plötzlich auftretenden Notfällen sehen Krankenhausärzte die Krankengeschichte auf einen Blick; Eltern sind in dieser Situation oft aufgeregt und dadurch nicht in der Lage, umfassend zu berichten.

Der Nachsorgepass ist weiterhin hilfreich für Familien, die umziehen und am neuen Wohnort entsprechende Ärzte und Therapeuten für ihr Kind suchen.



Vorteile für Behandler

Jeder trägt nur seine eigenen Befunde/Untersuchungsergebnisse ein, muss also nur wenige Notizen machen, so dass die Pflege des Nachsorgepasses, die für betroffene Familien so wichtig ist, keinen großen Mehraufwand bedeutet.

Der Nachsorgepass ermöglicht dem Arzt, Therapeuten, der Kindergärtnerin etc. innerhalb kurzer Zeit einen umfassenden Überblick über

- Anamnese
- Status quo
- Diagnosen
- Behandlungsformen
- bisher verabreichte Medikamente

- Erreichen von Entwicklungsmeilensteinen, z.B.
 - wann krabbelte das Kind
 - wann fing es an zu sprechen
- Pflegestufe und Grad der Behinderung des Kindes

Der Nachsorgepass vernetzt alle, die sich in unterschiedlichster Form mit dem Kind befassen; er trägt zur Vermeidung von Doppelbehandlungen bei. Er ist sehr nützlich bei einer eventuellen Wiederaufnahme ins Krankenhaus.

Benutzung/Anwendung in der Praxis:

- Eltern können den Nachsorgepass in der entlassenden Klinik erhalten. Wenn die Klinik noch keine Nachsorgepässe im Hause hat, kann sie über die Projektgruppe Nachsorgepass c/o Frühstart Hamburg e.V. (info@nachsorgepass.de) Nachsorgepässe bestellen. Diese werden kostenfrei zur Verfügung gestellt; lediglich Verpackungs- und Portokosten werden in Rechnung gestellt. Auf diese Weise gelangen auch Eltern im Bedarfsfall an Einzelexemplare.
- Kliniken sollten Frühgeborene und kranke Neugeborene, für die es sinnvoll und notwendig ist, mit einem Nachsorgepass, in dem die Seiten *Perinatal-* und *Entlassungsdaten* bereits ausgefüllt wurden (zusätzlich zum U-Heft), entlassen.
- Eltern heften auch ausführliche Arztberichte in den Ordner und bewahren U-Heft, Impfbuch, Röntgenbilder etc. in der Plastiktasche auf und nehmen den Nachsorgepass zu jeder Untersuchung mit, um neue Untersuchungsergebnisse in Kurzform eintragen zu lassen.

Impfungen bei Frühgeborenen

*Dr. med. Franziska Schaaff und Prof. Dr. med. Heinz-J. Schmitt,
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz*

Soll man Frühgeborene impfen? Diese Frage verunsichert viele Eltern. Denn zum einen gelten Frühgeborene als besonders empfänglich für Infektionskrankheiten und jeder wünscht sich einen optimalen Impfschutz gerade für diese Kinder. Aber bieten die verfügbaren Impfstoffe überhaupt einen sinnvollen, guten Schutz für Frühgeborene? Treten bei dieser besonders „empfindlichen“ Patientengruppe vermehrt Nebenwirkungen und Komplikationen auf? Die Verunsicherung ist oft bedingt durch einen Mangel an fundierter Information, so dass die empfohlenen Impfungen oft verspätet oder gar nicht zum Einsatz kommen. Im Folgenden haben wir wichtige Informationen und Konzepte zu Impfungen bei Frühgeborenen zusammengestellt.

Infektionsrisiko

Neugeborene sind durch einige übertragbare Krankheiten besonders gefährdet, und diese Gefährdung ist für Frühgeborene oft noch ausgeprägter. Keuchhusten (Pertussis) bedroht vor allem ungeimpfte Säuglinge unter 6 Monaten.

Auch durch Hepatitis B sind Frühgeborene stärker gefährdet. Sie haben eine noch unreife Haut- und Schleimhautbarriere und erhalten öfter Blut- und Plasmaprodukte. Die Erkrankung verläuft umso häufiger chronisch, je jünger die Kinder sind. Chronische (lebenslange!) Infektionen wiederum führen regelhaft zu Leberzirrhose oder auch zum Leberzellkrebs.

Aufgrund der Unreife der körpereigenen Abwehr (des Immunsystems) sind Säuglinge – und hier wiederum besonders Frühgeborene – durch schwere Infektionen mit bekapselten Bakterien (Meningokokken, Pneumokokken, Haemophilus influenzae b) gefährdet. Diese Erreger gelangen aus dem Nasen-Rachen-Raum ins Blut und sind dann Ursache schwerer „Blutvergiftung“ (Sepsis) oder aber sie gelangen mit dem Blutstrom in innere Organe und verursachen dann Hirnhautentzündung, Gelenkentzündung oder andere Organinfektionen.

Frühgeborene und Säuglinge haben ein deutlich erhöhtes Risiko, schwer an Grippe (Influenza) zu erkranken. Sie müssen im Rahmen der jährlichen Epidemien am häufigsten im Krankenhaus behandelt werden.

Rotaviren sind die häufigsten Durchfall-Erreger im frühen Kindesalter; Frühgeborene sind wiederum besonders betroffen. Die Erkrankung verläuft bei Ihnen schwerer. Durch Ansteckung im Krankenhaus kann sich der Krankenhausaufenthalt deutlich verlängern, Todesfälle oder bleibende Schäden sind allerdings sehr selten.

Da Frühgeborene durch die kürzere Schwangerschaft weniger Leih-Antikörper von der Mutter erhalten, sind sie z.B. auch gegen Masern schlechter geschützt als reif geborene Kinder. Gerade Säuglinge haben ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf der Masern und für Langzeitschäden.

Praktisch jedes Kind erkrankt bis zum Alter von 2 Jahren wenigstens einmal an einer Infektion mit RS-Viren (RSV). Während die Erkrankung im späteren Kindes- und Erwachsenenalter üblicherweise als leichte

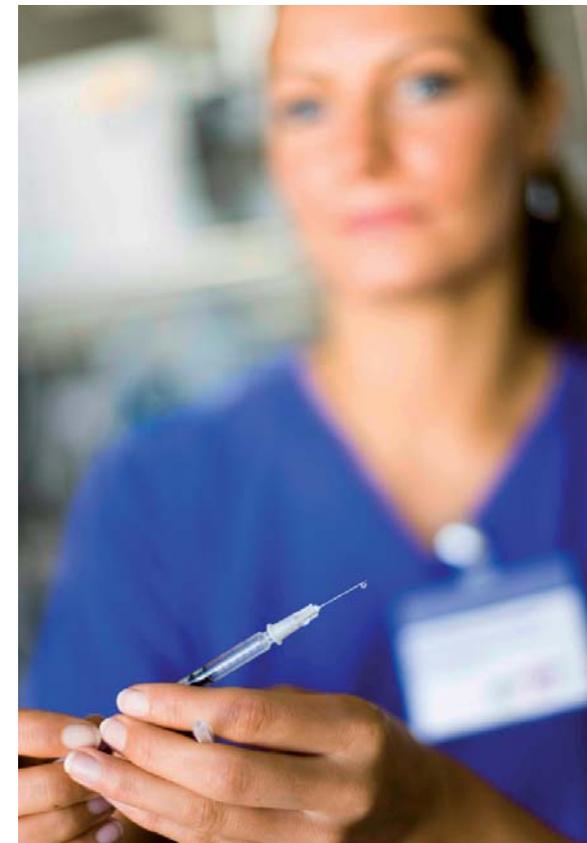


Foto: Ivo Kijuce, Department Mannheim

Erkältung verläuft, können insbesondere Säuglinge an einer Bronchiolitis oder Pneumonie schwer erkranken und müssen im Krankenhaus behandelt werden. Bei sehr kleinen Frühgeborenen und solchen mit einer Lungenerkrankung oder schweren angeborenen Herzfehlern, aber auch bei Kindern mit neurologischen Grunderkrankungen, verläuft die Erkrankung nochmals schwerer – bei diesen Patienten ist häufiger eine intensivmedizinische Behandlung oder Beatmung erforderlich.

Was passiert bei einer Impfung?

Besonderheiten des Immunsystems bei Frühgeborenen

Generell gibt es Tot- und Lebendimpfstoffe. Totimpfstoffe (z.B. Sechsfachimpfung, Impfstoffe gegen Pneumokokken, Meningokokken, Influenza) enthalten z.B. Eiweiß- oder Zuckerbestandteile des Krankheitserregers, gegen die der Körper schützende Abwehrstoffe, sogenannte Antikörper, bildet. Totimpfstoffe können selbst keine Erkrankung auslösen. Fieber, Unruhe oder Schmerzen und Schwellung an der Impfstelle sind Ausdruck des „Sich-Auseinandersetzens“ des menschlichen Abwehrsystems mit dem Impfstoff.

Lebendimpfstoffe enthalten Krankheitserreger, die so weit abgeschwächt wurden, dass sie eine leichte Infektion ohne Gefährdung für den Impfling verursachen. Nach einer Lebendimpfung kann daher eine leichte „Impfkrankheit“, z.B. Fieber und Hautausschlag nach Masernimpfung, auftreten.

Im Körper des Kindes arbeiten die Teile des Immunsystems Hand in Hand zusammen. Man unterscheidet etwa B- und T-Lymphozyten, Antigen-präsentierende Zellen, Zellbotenstoffe etc.. Ergebnis dieser Zusammenarbeit sind erstens die Herstellung schützender spezifischer Antikörper und spezifischer Abwehrzellen und zweitens „Gedächtniszellen“. Gedächtniszellen oder Erinnerungszellen können auch noch Jahre nach Impfung die entsprechende Infektion sofort erkennen und rasch mit der Bildung von Antikörpern oder mit anderen Abwehrmaßnahmen reagieren.

Auch beim Frühgeborenen sind alle notwendigen Bestandteile des Immunsystems vorhanden. Vernetzung, Kommunikation und Funktion sind aber noch unreif. Impfungen können daher auch bei Frühgeborenen durchgeführt werden – die Schutzwirkung kann individuell aber etwas geringer ausfallen als bei reif Geborenen.

Die oben genannten Impfstoffe führen zu einer aktiven Immunisierung, d.h. das Immunsystem des Kindes setzt sich mit dem Impfstoff auseinander und bildet selbst („aktiv“ z.B. schützende Antikörper. Gegen manche Erkrankungen hat man bisher jedoch noch keine wirk-

samen Impfstoffe entwickeln können. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, direkt schützende Antikörper ins Blut zu geben, um die Infektion abwehren zu können. Diesen Vorgang nennt man passive Immunisierung.

Impferfolg – sind Frühgeborene ausreichend geschützt?

Da bei einer Impfung viele Teile des Immunsystems beteiligt sind, lässt sich nicht einfach mit einer Laboruntersuchung messen, ob und wie erfolgreich eine Impfung war. Antikörper gegen den Impfstoff können heute zwar leicht im Blut gemessen werden. Die für eine schützende Immunantwort ebenso wesentlichen Abwehr-Zellen können hingegen noch nicht routinemäßig untersucht werden. Antikörper-Konzentrationen („Titer“) sind in Studien heute dennoch das wichtigste Element zum Nachweis des Impferfolges, weil sie am leichtesten messbar sind. Das ist auch plausibel, denn findet man Antikörper, die vorher nicht oder kaum nachweisbar waren, so weiß man sicher, dass das Abwehrsystem des Kindes auf die Impfung reagiert hat! Antikörper sind also durchaus ein Maß für den Impfschutz. Da es außer Antikörpern aber auch andere Schutzmechanismen des Abwehrsystems gibt, kann man im Einzelfall auch vor Krankheit geschützt sein, wenn man keine Antikörper nach Impfung nachweisen kann.

Zeitgerecht, d.h. entsprechend dem chronologischen Alter geimpfte Frühgeborene produzieren in den allermeisten Fällen spezifische Antikörper gegen den Impfstoff. Die Menge und die Konzentration der gebildeten Antikörper sind jedoch etwas geringer als bei Reifgeborenen; auch gibt es Hinweise dafür, dass die Antikörper etwas früher wieder unter die Nachweisschwelle absinken – allerdings sind Gedächtniszellen unverändert nachweisbar. Nach heutigem Verständnis sind daher auch Frühgeborene durch Impfung geschützt – ob dieser Schutz allerdings genauso tragfähig ist wie der bei Reifgeborenen, ist unbekannt. Daher sollten Eltern unbedingt darauf achten, dass die empfohlenen Auffrisch-Impfungen im zweiten Lebensjahr verabreicht werden.

Nebenwirkungen von Impfungen – Besonderheiten bei Frühgeborenen

Für jeden in Deutschland verfügbaren Impfstoff hat die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) zusammengestellt, mit welchen Nebenwirkungen jeweils zu rechnen ist. Impfungen haben typische lokale und systemische unerwünschte Wirkungen, wie z.B. Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle sowie Fieber. Diese sind bei Totimpfstoffen in den ersten 48 (-72) Stunden



In der Neonatologie findet die Betreuung der Kinder und Eltern im Team statt

zu beobachten und treten bei Frühgeborenen nicht häufiger oder stärker auf als bei Reifgeborenen.

Daneben können bei Frühgeborenen in den ersten 48–72 Stunden nach der Impfung Atempausen (Apnoen) und „langsamer Herzschlag“ (Bradykardien) zunehmen oder wieder erneut auftreten. Auch kann der Sauerstoffbedarf bei sauerstoffbedürftigen Kindern vorübergehend zunehmen. Diese Nebenwirkungen treten vor allem bei sehr kleinen Frühgeborenen (<1.500 g) auf und hier besonders bei denen, die im Alter von 8 Wochen noch unter Apnoen und/oder Bradykardien leiden oder die noch sauerstoffpflichtig sind. Dabei handelt es sich um ein vorübergehendes Phänomen; langfristige oder schwere Nebenwirkungen, eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts oder schwere Fütterungsschwierigkeiten sind nicht beschrieben.

Ergänzende Maßnahmen

Neben der Impfung des Frühgeborenen selbst gibt es sinnvolle ergänzende Maßnahmen, um das Infektionsrisiko zu vermindern. Auch die Umgebung, d.h. Personal auf der Intensivstation bzw. im Krankenhaus und enge Kontaktpersonen zu Hause (Eltern, Geschwister, Verwandte, alle Kontaktpersonen vom Babysitter bis zu den Freunden) sollten sich gegen Pertussis und im Herbst auch gegen Influenza impfen lassen, um das Frühgeborene nicht anzustecken. Kontakt zu

Personen und Familienmitgliedern mit einer möglicherweise übertragbaren Krankheit sollte vermieden werden. Frauen mit Kinderwunsch sollten schon vor der Schwangerschaft Impfungen ergänzen bzw. auffrischen (Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, evtl. Pneumokokken, Meningokokken, Hib). In Einzelfällen kann auch eine Impfung von Schwangeren sinnvoll sein (Tetanus, Influenza oder andere).

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Frühgeborene haben im Vergleich zu Reifgeborenen ein deutlich erhöhtes Risiko, an durch Impfung vermeidbaren Infektionen zu erkranken, häufig sogar mit besonders schweren Verläufen. Untersuchungen zur zeitgerechten Impfung von Frühgeborenen zeigen, dass die große Mehrheit der Frühgeborenen schützende Antikörper entwickelt, auch wenn diese etwas niedriger sind als bei Reifgeborenen und früher wieder abfallen. Nach allem, was man weiß, bieten rechtzeitig durchgeführte Impfungen aber einen guten Schutz, ohne dass Impfungen selbst ein erhöhtes Risiko darstellen. Typische Nebenwirkungen treten bei Frühgeborenen nicht häufiger auf als bei anderen Säuglingen, jedoch kann es vorübergehend zu einer Zunahme oder zum Wiederauftreten von Apnoen und/oder Bradykardien kommen. Langfristige schwere Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Wir raten daher – wie auch die meisten Wissenschaftler, Kinderärzte, Fachgesellschaften und Expertengremien weltweit – Frühgeborenen die von der STIKO für alle Kinder empfohlenen Impfungen zeitgerecht zu geben, d.h. dem chronologischen Alter entsprechend. Hierbei sollten Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zum Zeitpunkt der Impfung noch im Krankenhaus liegen, sollte eine Monitorüberwachung für 72 Stunden durchgeführt werden. Auch die Lebendimpfungen und die Auffrischimpfungen am Ende des ersten Lebensjahres sollten Frühgeborene zeitgerecht erhalten, damit ein langfristig tragfähiger Immunschutz aufgebaut wird.

Kinder mit einem besonderen Risiko, an RSV-Infektionen zu erkranken, sollten während der ganzen RSV-Saison einmal im Monat Antikörper gegen RS-Viren erhalten. Ob Ihr Kind als besonders gefährdet gilt, entscheidet ihr Kinderarzt anhand seiner Krankengeschichte und den Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Weiterführende Literatur und Informationen

Stellungnahme zur Prophylaxe von schwereren RSV-Infektionen bei Risikokindern mit Palivizumab. Homepage der DGPI 2006.
http://www.dgpi.de/pdf/Leitlinie_Palivizumab_27Okt2006.pdf

www.gesundes-kind.de

Allgemeine Information zum Thema Impfen;
 Möglichkeit, Fragen zu stellen

www.impfbrief.de

Aktuelle Information für Ärzte zum Impfen

Kontakt

Dr. med. Franziska Schaaff
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
 Abt. pädiatrische Infektiologie, Univ. Kinderklinik
 Langenbeckstraße 1 · 55101 Mainz
 Tel.: (0 61 31) 17-50 33 · Fax: (0 61 31) 17-56 62
 E-Mail: schaaff@uni-mainz.de

Prof. Dr. med. Heinz-J. Schmitt
 Zentrum für Präventive Pädiatrie
 Kinderklinik der Johannes-Gutenberg-Universität
 Langenbeckstraße 1 · 55101 Mainz
 Tel.: (0 61 31) 17-50 33
 E-Mail: hjschmit@mail.uni-mainz.de

Wie beugen wir dem plötzlichen Kindstod bei Frühgeborenen vor?

Christian F. Poets, Universitätsklinikum Tübingen

Ehemalige sehr kleine Frühgeborene (geboren vor der 37. Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht < 2500g) weisen ein erhöhtes Risiko für den plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) auf. Deshalb fragen sich viele Eltern, wie sie ihr Kind nach der Entlassung aus der Klinik davor schützen können. Früher wurden die Kinder oft während ihres ganzen ersten Lebensjahres monitorüberwacht. Das wird heute kaum noch durchgeführt, da eine solche Überwachung für Kind und Eltern aufgrund vieler Fehlalarme sehr belastend sein kann und nicht nachgewiesen ist, dass sie tatsächlich vor dem Kindstod schützt. Anders als früher wissen wir dagegen inzwischen sehr gut, mit welchen Maßnahmen sich das Kindstodrisiko um ca. 90% senken lässt. Über diese Maßnahmen, die insbesondere die Lagerung des Kindes betreffen, sollten Eltern informiert sein, um selbst zur Vermeidung des Plötzlichen Kindstodes beizutragen.



Eltern verfügen über die intuitive Fähigkeit, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen

Lagerung und Kindstod-Risiko

Für reif geborene Säuglinge (d.h. ab der 37. Schwangerschaftswoche geborene Kinder) geht die Bauchlage mit einem ca. 6–8-fach erhöhten Kindstod-Risiko einher. Für Frühgeborene (vor der 37. Schwangerschaftswoche geborene Kinder) potenziert sich dieses Risiko sogar noch, und zwar auf das 39-fache bzw. in einer skandinavischen Studie sogar auf das 83-fache (jeweils im Vergleich zu reif geborenen Kindern, die in Rückenlage schlafen). Für die Seitenlage ist das Risiko für Frühgeborene um das 40-fache erhöht. Daher müssen Bauch- und Seitenlage als Schlafposition gerade für diese Kinder unbedingt vermieden werden: sie sollten in Rückenlage schlafen gelegt werden!

Man erklärt sich die Risikoerhöhung für den Kindstod in Bauchlage dadurch, dass es in dieser Schlafposition leichter dazu kommen kann, dass ein Kind mit seinem Gesicht in der Unterlage „versinkt“, d.h. die Nase verdeckt ist; aufgrund eines Versagens der Aufwachreaktion, die Kinder normalerweise befähigt, sich aus einer bedrohlichen Situation durch Kopfdrehung wieder zu befreien, kommt es hierbei zum Erstickten. Dies würde auch erklären, warum weiche Unterlagen wie z.B. Schaf-Felle mit einem deutlich erhöhten Kindstod-Risiko behaftet sind.

Solange kleine Frühgeborene oder kranke Neugeborene aufgrund einer instabilen Atmung noch in der Klinik liegen, werden sie jedoch in Bauchlage gelegt. Praktiziert wird dies, weil etliche Studien bereits Anfang der 70er Jahre zeigten, dass Früh- und Neugeborene in Bauchlage deutlich weniger und kürzere Atempausen im Schlaf zeigen und ein größeres Lungenvolumen, höhere Sauerstoffwerte, weniger Sauerstoffsättigungs- und Herzfrequenzabfälle sowie eine längere Schlafzeit mit mehr Tiefschlaf aufweisen. Da auf Neugeborenen-Intensivstationen bislang keine plötzlichen Kindstodesfälle berichtet worden sind (vielleicht aufgrund der ständigen Beobachtung und Überwachung sowie dem sehr jungen Alter) steht hier einem Schlafen in Bauchlage nichts im Wege.



Foto: Ivo Kijuce, Department Mannheim

Sobald sich die Atemsituation dieser Kinder jedoch gebessert hat, bringen wir sie in unserer Klinik zum Schlafen in Rückenlage; bei Frühgeborenen, die schon lange in der Klinik sind, spätestens eine Woche vor der geplanten Entlassung. Gleichzeitig erklären wir den Eltern, dass es ihrem Kind jetzt besser gehe, daher demnächst die Entlassung anstehe und ihr Kind aus diesem Grund ab sofort so gebettet werde, wie es nach Entlassung auch zu Hause schlafen solle: in einem Schlafsack und in Rückenlage.

Dieses Vorgehen hat zwei Vorteile: Zum einen wird die evtl. auftretende vorübergehende Schlafstörung, die aus der Änderung der mittlerweile eingewöhnten Schlaflage resultieren kann, noch in der Klinik abgefangen und nicht als zusätzliche Belastung den Eltern aufgebürdet; zum anderen nimmt die Klinik ihre Vorbildfunktion wahr. Wie in vielen Bereichen des täglichen Lebens neigen auch Eltern eher dazu, etwas zu übernehmen, das ihnen vorgelebt wurde, als etwas, das ihnen nur empfohlen wurde.

Eine Monitorverordnung zur Kindstodprävention ist dagegen bei Frühgeborenen unseres Erachtens nicht sinnvoll. Wir verordnen nur dann ein Pulsoximeter als Heimmonitor, wenn ein Frühgeborenes noch Bradykardien und Sauerstoffabfälle zeigt, ansonsten aber entlassungsfähig ist. Ähnlich wie auch in der Klinik eine Monitorüberwachung nicht beendet würde, solange diese Symptome noch auftreten, bieten wir den Eltern in diesen Fällen an, ihr Kind mit nach Hause zu nehmen und die Monitorüberwachung noch für wenige Wochen, d.h. bis zum voraussichtlichen Ende dieser Symptome fortzuführen. Ziel der Monitorüberwachung ist also nicht die Kindstod-Prävention, sondern die Vermeidung von Episoden mit Sauerstoffmangel. Voraussetzung für eine Entlassung mit Monitor ist allerdings, dass wir den Eltern das richtige Verhalten bei einem Monitoralarm (incl. Reanimationstraining an einer Puppe) gezeigt haben und sie sich (sowie wir ihnen) das Beherrschen einer solchen Situation zutrauen.

Neben der richtigen Lagerung sind noch weitere Maßnahmen wichtig, mit denen das Kindstod-Risiko gesenkt werden kann. Hierzu gehören die folgenden Empfehlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin:

- Lassen Sie Ihr Kind bei sich im Zimmer, aber im eigenen Bett schlafen.
- Achten Sie darauf, daß sein Kopf nicht unter die Bettdecke rutschen kann; vermeiden Sie Kissen. Am besten ist ein Schlafsack.

- Vermeiden Sie Überwärmung: 18 °C Raumtemperatur und ein Schlafsack sind genug.
- Achten Sie auf eine rauchfreie Umgebung für Ihr Kind.
- Stillen Sie so lange wie möglich.
- Bekommt Ihr Kind einen Schnuller, so sollte es diesen zu jedem Schlaf bekommen.

Gemeinsames Ziel dieser Empfehlungen ist letztlich, eine Schlafumgebung zu schaffen, in der die Gefahr möglichst gering gehalten wird, dass das Kind im Schlaf ersticken bzw. nicht rechtzeitig aus einer bedrohlichen Situation aufwachen könnte.

Daneben empfehlen wir auch, die allgemein empfohlenen Impfungen wahrzunehmen, weil in mehreren Untersuchungen gezeigt wurde, dass geimpfte Kinder seltener am plötzlichen Kindstod starben als ungeimpfte.

Wie eingangs erwähnt, ist in Ländern bzw. Regionen, die die aufgezeigten Maßnahmen konsequent umgesetzt haben, wie z.B. Holland oder die Steiermark, die Kindstodhäufigkeit um ca. 9% zurückgegangen. Dies sollte auch in Deutschland Ansporn genug sein, gerade für unsere besonders empfindlichen „Kleinsten“ diese Maßnahmen konsequent umzusetzen.

Kontakt

Abt. Neonatologie, Universitätsklinikum Tübingen
 Calwerstraße 7
 72076 Tübingen
 Tel.: (0 70 71) 2 98 47 42
 Fax: (0 70 71) 29 39 69
 E-Mail: christian-f.poets@med.uni-tuebingen.de

Informationsmaterial

Elternbroschüren und Bücher



Frühgeborene in den ersten Lebenswochen

von Dr. Klaus Sarimski, München und
 Dr. Friedrich Porz, Augsburg

Die Broschüre soll betroffenen Eltern und interessierten Fachleuten eine Unterstützung bei dem Versuch sein, sich ein Bild von den Entwicklungsbedingungen frühgeborener Babys und möglicher Hilfen zu machen.

Auch in Türkisch und Englisch erhältlich



Frühgeborene nach der Entlassung

von Dr. Klaus Sarimski, München und
 Dr. Friedrich Porz, Augsburg

Viele Eltern berichten, dass Sie sich auf die erste Zeit nach der Entlassung aus der Klinik nicht gut vorbereitet fühlten. Diese Broschüre soll betroffenen Eltern zeigen, welche Besonderheiten bei Frühgeborenen oft vorkommen.

Auch in Türkisch und Englisch erhältlich



Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik

von Dr. Monika Nöcker-Ribaupierre, München

Diese Broschüre soll einen praxisbezogenen Überblick geben und ist gezielt als Hilfe für die Situation auf Station gedacht.



Entwicklungsprognose frühgeborener Kinder

von Dr. Friedrich Porz, Augsburg

Diese Broschüre soll betroffenen Eltern und interessierten Fachleuten Informationen über die Entwicklungsprognose frühgeborener Babys vermitteln und berichtet über Ergebnisse von Verlaufsstudien und die Bedeutung von äußeren Faktoren für die Entwicklung.

Elternbroschüren und Bücher



Finanzielle Hilfen für frühgeborene Kinder und ihre Angehörigen

von Gertrud Möller-Frommann und Marlies Lau, Berlin

Diese Broschüre gibt eine Übersicht über mögliche finanzielle Hilfen und die Voraussetzungen, Hilfe zu erhalten.

Neuaufgabe geplant für Frühjahr 2008



Ernährung von Frühgeborenen

von Prof. Dr. Otwin Linderkamp, Heidelberg

Der Ratgeber beschäftigt sich mit der Ernährung von Frühgeborenen bis zur Breikost. Eltern bekommen aufgezeigt, was sie beachten müssen und was Ihnen dabei hilft, ihr Frühchen optimal zu ernähren.

Erhältlich ab Frühjahr 2008



Neue Wege gehen

von der Projektgruppe „Entwicklung und Betreuung in der Neonatologie“

Individualisierte Pflege soll auf die Bedürfnisse eines jeden Kindes individuell eingehen. Aber wie, wenn es noch fünf andere Kinder zu versorgen gibt? Wenn der Arzt jetzt Zeit zur Untersuchung hat, das Kind aber schläft? Diesen und noch vielen anderen Fragen haben sich Fachleute in dieser Broschüre gestellt.



Leitsätze für Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie

Im Auftrag des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V. erarbeitete eine interdisziplinäre Projektgruppe die „Leitsätze für Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie“ Für die Implementierung dieser Leitsätze als Standart auf der Kinderintensivstation setzt sich der Bundesverband ein.

Elternbroschüren und Bücher



Frühgeborene Rat und Hilfe für betroffene Eltern

von Prof. Dr. med. Gerhard Jorch

In diesem Buch wird aufgezeigt, mit welchen Schwierigkeiten Frühgeborene zu kämpfen haben und was Eltern auf einer neonatologischen Station erwartet. Außerdem enthält es Erläuterungen zu medizinischen Maßnahmen und Behandlungen sowie Beiträge von weiteren Experten zu speziellen Themen wie z. B. der Ernährung von Frühgeborenen.

Verbandszeitschrift



Das frühgeborene Kind

Das Mitteilungsblatt ist die vierteljährlich erscheinende Verbandszeitschrift des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V. mit wechselnden Schwerpunktthemen rund um das Thema Frühgeburt.

Kalender



Frühchen-Kalender

Der Kalender im Aufklapp-Format DIN A3 zeigt Fotos aus dem „Alltag“ frühgeborener Babies und bietet zu jedem Tag ein Feld für Eintragungen.

Alle Publikationen können beim Bundesverband bestellt werden oder im Frühchenshop unter www.fruehgeborene.de

Der Bundesverband in eigener Sache

Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. wurde 1992 in Frankfurt am Main gegründet, um

- betroffene Eltern und Angehörige von Frühgeborenen zu informieren und zu unterstützen,
- Unterstützung der regionalen Selbsthilfegruppen und Elterninitiativen für Frühgeborene zu leisten,
- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Situation Frühgeborener und ihrer Familien in Fachzeitschriften, Radio und Fernsehen zu forcieren,
- eine Lobby für Frühgeborene auf sozialpolitischer und gesellschaftlicher Ebene zu schaffen.

Im November 2003 konnte der Bundesverband seine Anlauf- und Beratungsstelle, das Frühgeborenen-Informationen-Zentrum (FIZ) in Frankfurt/Main eröffnen. Dorthin können sich betroffene Familien, Elterninitiativen, Kinderkliniken, Frühförderstellen, Medien und alle Interessierten mit ihren Anfragen an den Bundesverband wenden.

Für die Umsetzung weiterer Ziele benötigen wir Ihre Unterstützung! Bitte helfen auch Sie mit Ihrer Spende oder einer Fördermitgliedschaft, die Aufgaben des Bundesverbandes im Interesse der Kleinsten unserer Gesellschaft umsetzen zu können.
Herzlichen Dank!

Spendenkonto siehe Broschüren-Rückseite

An den Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.
Speyerer Straße 5-7
60327 Frankfurt am Main



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. als

- förderndes Mitglied (Familie/Einzelperson, 50,- Euro pro Jahr)
- ordentliches Mitglied (Elterninitiativen, 60,- Euro pro Jahr)

.....
Elterninitiative

.....
Name/Ansprechpartner

.....
Anschrift

.....
Tel./Fax

.....
E-Mail

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von Euro pro Jahr kann von folgendem Konto eingezogen werden:

.....
Konto-Nr. BLZ

.....
Ort, Datum, Unterschrift

An den Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.
Speyerer Straße 5-7
60327 Frankfurt am Main



Abonnement-Bestellung

Hiermit bestelle ich ein Abonnement des
Mitteilungsblattes **Das frühgeborene Kind**

ab der ersten Ausgabe dieses Jahrgangs

ab der Ausgabe für das Quartal
des Jahres

falls bereits erschienen, möchte ich
Hefte bestellen zum Schwerpunktthema

.....

.....
Name/Ansprechpartner

.....
Institution/Initiative

.....
Anschrift

.....
Tel./Fax

.....
E-Mail

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Lieferbedingungen für das Mitteilungsblatt
Das frühgeborene Kind

Das Jahresabonnement inklusive Presseversand
(Porto) kostet z.Zt. Euro 12,50 für vier Ausgaben
pro Jahr. Bei Lieferung des ersten Heftes erhalten
Sie die Rechnung für alle bestellten Hefte des Jahr-
gangs, in dem das Abo beginnt. Die Bezahlung
des Jahresabonnements ist jeweils am Anfang
eines Jahrgangs nach Erhalt der Rechnung für das
laufende Jahr fällig. Das Abonnement verlängert
sich automatisch um ein Jahr, wenn es nicht bis
zum 15.11. des Vorjahres gekündigt wurde.

Bei Kündigung im laufenden Jahr endet das Ab-
onnement mit Auslieferung der vierten Ausgabe
des Mitteilungsblattes dieses Jahrgangs. Auf
Wunsch wird die Zusendung der Hefte bereits ab
der Ausgabe nach Kündigung eingestellt, eine
Rückerstattung für nicht beanspruchte Hefte wird
durch den Bundesverband nicht vorgenommen.

Bei Änderung oder Reklamation des Abos wenden
Sie sich bitte an das Frühgeborenen-Informations-
Zentrum, Speyerer Straße 5-7, 60327 Frankfurt,
Tel. (0 18 05) 87 58 77 oder per E-Mail an
info@fruehgeborene.de.

Einfühlsamer Ratgeber für Eltern mit Frühchen



urania



Prof. Dr. med. Gerhard Jorch
Frühgeborene

Rat und Hilfe für
betroffene Eltern

160 Seiten, Hardcover

€ (D) 14,95

ISBN 978-3-332-01839-4

Zart, klein und hilflos – Frühchen haben einen sehr schweren Start ins Leben. Und auch für Eltern ist diese Situation extrem belastend, denn Frühgeborene müssen nach der Geburt mehrere Wochen im Krankenhaus behandelt werden. Dieser Ratgeber bietet Müttern und Vätern Hilfe in ihrer Angst und Sorge um ihr Baby. Er erklärt verständlich und übersichtlich, was sie auf einer neonatologischen Station erwartet, mit welchen Schwierigkeiten das Frühgeborene zu kämpfen hat und welche medizinischen Maßnahmen unternommen werden, damit das Kind mit guten Zukunftsaussichten nach Hause entlassen werden kann. Zudem enthält das Buch einen Serviceteil und ein Glossar für schnelle Informationen auf einen Blick.



Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e.V.

Frühgeborenen-Informations-Zentrum

Speyerer Straße 5-7
60327 Frankfurt am Main

Infoline (0 18 05) 87 58 77 (0,14 Euro/Min.)

Di. und Do. 9.00 – 12.00 Uhr

Fax (0 69) 58 70 09 99

E-Mail info@fruehgeborene.de

Internet www.fruehgeborene.de

Spendenkonto

Frankfurter Volksbank
Konto 6 000 582 067
BLZ 501 900 00

Als besonders förderungswürdig und
gemeinnützig anerkannt durch Bescheid
des Finanzamts Frankfurt/M. vom
8.6.2004, AZ 45 250 2232 6 – K18

Der Druck dieser Broschüre wurde
finanziert durch die freundliche
Unterstützung von

 **Abbott**
A Promise for Life