

# Zehnjahresentwicklung von Risikofrühgeburten

Autor(en): **Nars, P.W. / Ackermann-Liebrich, U.**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **84 (1986)**

Heft 5

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950304>

## **Nutzungsbedingungen**

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

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

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

## **Haftungsausschluss**

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

# Zehnjahresentwicklung von Risikofrühgeburten

P.W. Nars, U. Ackermann-Liebrich

Herr Dr. PD Dr.med. P.W. Nars ist Leiter der Abteilung für Neonatologie im Kinderspital Basel.

Sehr kleine Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 1501 g) sowie Frühgeborene mit Lungenunreife (Surfactant-Mangel = idiopathisches Atemnotsyndrom = IRDS) stellen zahlenmässig die grössten Patientengruppen einer Neugeborenenintensivstation. Etwa 0,8% aller Neugeborenen haben ein Geburtsgewicht unter 1501 g, ungefähr gleich viele Frühgeborene, zum Teil mit höherem Geburtsgewicht, leiden an einem IRDS, wobei diese Kinder oft eine künstliche Beatmung brauchen. In der Schweiz werden jährlich etwa 1000 Kinder mit diesen Problemen geboren.

Vor Einführung einer modernen Intensivpflege sind die meisten dieser Patienten gestorben, während von den wenigen Überlebenden sehr viele zum Teil schwere bleibende Schäden aufwiesen. In einer der ersten Nachuntersuchungen von überlebenden sehr kleinen Frühgeburten zeigte Lubchenko et al. (1972), dass jedes 2. Kind geistig stark retardiert war und/oder an einer schweren zerebralen Lähmung litt. Ähnlich negativ waren die ersten Ergebnisse einer Nachkontrolle von Frühgeburten, die wegen schweren Atemstörungen nach der Geburt künstlich beatmet worden waren (Stahlman et al., 1973).

Die Einführung einer modernen Intensivpflege des Frühgeborenen, in gewissen Kliniken anfangs der 60er Jahre, führte zu deutlich erhöhten Überlebenschancen dieser Risikopatienten. Die künstliche Beatmung des Neugeborenen wurde 1963 am Kinderspital Basel eingeführt. Innert 2–3 Jahren wurden die Überlebenschancen für Frühgeborene mit einem IRDS von 50% auf etwa 80% verbessert. Ähnlich waren die Ergebnisse bei den sehr kleinen Frühgeburten. Um die moderne Intensivpflege zu rechtfertigen, das heisst nicht nur verbesserte Überlebenschancen, sondern auch einen Rückgang der Zahl der geschädigten Kinder nachzuweisen, wurde 1972 von James die systematische Nachkontrolle aller Risikoneugeborenen verlangt. Mitte 1970 wurde am Kinderspital Basel eine solche Nachkontrolle aufgebaut. Von 1971 an wurden alle überlebenden Risikopatienten der Neugeborenenintensivstation hinsichtlich ihrer

Spätentwicklung zu bestimmten Zeiten für eine Nachuntersuchung aufgeboten. Ziel dieser Untersuchung war es, im Alter von 6 Monaten, 12 Monaten, 4 Jahren und neuerdings nochmals mit 10 Jahren die geistige, neurologische und körperliche Langzeitentwicklung zu erfassen, um global das Erreichte unserer Intensivpflege zu dokumentieren. Zusätzlich sollten besondere Risikofaktoren einer gestörten Entwicklung gesucht werden, um Ansatzpunkte für eine verbesserte Behandlung zu erhalten. Ein weiteres Ziel war, die Aussagekraft einer sehr frühen Untersuchung zu überprüfen, mit anderen Worten: Wann kann man mit welcher Methodik im Einzelfall den Eltern eine einigermaßen sichere Prognose für ihr Kind mitteilen? Diese Arbeit wurde zum grossen Teil vom Kinderspital finanziert, die jetzt vorliegende Untersuchungen der 10jährigen Kinder vom Nationalfonds unterstützt (\*).

Von den in den Jahren 1971–1973 an der Neugeborenenintensivstation behandelten Patienten waren 48% entweder mit einem Geburtsgewicht unter 1501 g oder hatten ein IRDS. Von den 271 Patienten überlebten 213 (79%). 172 dieser Kinder (81%) konnten im Alter von 10 bis 13 Jahren nachuntersucht werden. Die nicht untersuchten Kinder waren zum grössten Teil ins Ausland verzogen. Als Vergleichskollektiv wurden mit der gleichen Methodik 476 10jährige Basler Schulkinder untersucht (Basler Kindergartenstudie \*\*).

\* Nationalfonds 3.992-0.82

\*\* Nationalfonds 3.965-0.80

## Ergebnisse

### 1. Körperliches Wachstum der Risikofrühgeburten

Grösse und Gewicht der im Alter von 10 Jahren untersuchten Risikofrühgeburten im Vergleich zu den Kontrollkindern sind in der Tabelle 1 dargestellt. Bei den Mädchen muss ein Wachstumsdefizit von knapp 5 cm, bei den Buben von 10 cm festgestellt werden. Beim Körpergewicht besteht ebenso im Durchschnitt ein Rückstand von 4 beziehungsweise 7 kg. Wenn man die Einzelwerte anschaut, fällt auf, dass die Mädchen im

Wachstum sehr unterschiedlich sind, das heisst einzelne haben noch einen Rückstand, während andere sogar eher grossgewachsen sind. Die Buben sind alle insgesamt mehr oder weniger im Wachstum zurück. Eine Erklärung dafür konnte bisher nicht gefunden werden. Ein verzögerter Wachstumsspur in der Pubertät scheint auch nicht vorzuliegen, da hinsichtlich Pubertätsstadium kein Unterschied zur Kontrollgruppe gefunden werden konnte.

### 2. Allgemeiner Gesundheitszustand der Risikofrühgeburten

Insgesamt werden von den Eltern in 12% Gesundheitsprobleme angegeben (Kontrollgruppe 7%), wobei diese Probleme nur in der Gruppe mit einem Geburtsgewicht über 1500 g vermehrt auftreten. Eine ärztliche Konsultation war aber in der letzten Zeit nicht häufiger notwendig als bei den Kontrollkindern. Dies spricht dafür, dass die Probleme eher leichter Natur sind. Allergische Krankheiten wie Heuschnupfen, Ekzem, Nesselfieber oder Asthma kommen gleich häufig vor wie bei den Kontrollkindern.

Psychosomatische Beschwerden werden bei den Risikofrühgeburten zum Teil vermehrt beobachtet (häufiger Kopfweg, unruhiger Schlaf oder Rückenschmerzen). In welchem Zusammenhang dies mit der Frühgeburtlichkeit steht, konnte auch nicht geklärt werden.

### 3. Durchgemachte Krankheiten und Operationen

Die Häufigkeit durchgemachter Krankheiten und Operationen ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Risikofrühgeburten haben häufiger Mumps und Keuchhusten gehabt, dagegen seltener Windpocken. Eine Erklärung dafür konnte nicht gefunden werden. Insgesamt scheinen die Risikofrühgeburten kaum anfälliger für Kinderkrankheiten zu sein. An anderen Infektionskrankheiten fanden wir häufiger eine Bronchitis oder eine Pneumonie, wobei diese erhöhte Anfälligkeit nur bei den ehemals beatmeten Frühgeburten beobachtet werden konnte. Dass ehemalige Frühgeburten vermehrt Nabel- oder Leistenhernien bekommen,

ist lange bekannt. Warum unsere Risikofrühgeburten häufiger eine Blinddarmoperation als andere Kinder brauchten, konnte nicht geklärt werden.

#### 4. Die motorische Entwicklung der Risikofrühgeburten

Die Ergebnisse der neurologischen Untersuchungen sind in der Tabelle 3 zusammengefasst. Interessanterweise wird eine Linkshändigkeit vermehrt bei den Risikofrühgeburten beobachtet, ebenso X- oder O-Beine sowie Fussfehlstellungen. In vier verschiedenen Tests der motorischen Geschicklichkeit (Koordination, Körperschema, Lateralität und Feinmotorik) zeigten die Risikofrühgeburten als Gruppe leicht niedrigere Werte als die Kontrollkinder, jedoch waren diese Unterschiede statistisch nicht fassbar. Die Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1501 g zeigten jedoch etwas häufiger ein schlechteres Abschneiden in den Testungen der Koordination und der Feinmotorik.

In der Untersuchung der Sinnesorgane fällt auf, dass die Risikofrühgeburten häufiger schielen und/oder eine Brille brauchen, während die Gehörprüfungen ähnliche Ergebnisse erbrachten wie bei den Kontrollkindern.

#### 5. Die mentale Entwicklung der Risikofrühgeburten

Das Ergebnis des Intelligenztests nach Raven ergab bei allen untersuchten Risikofrühgeburten im Durchschnitt etwas tiefere Werte als bei den Kontrollkindern (Tabelle 4). Jedoch nur bei Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1501 g war eine statistische Signifikanz nachweisbar.

Insgesamt wurde ein abnormes Testergebnis (mehr als zwei Standardabweichungen unterhalb der Norm) bei 4,4% der Kontrollkinder, 8,5% der Frühgeburten unter 1501 g beziehungsweise 9,4% der grösseren Frühgeburten gefunden. Eine meist eher leicht gestörte mentale Entwicklung kommt bei den Risikofrühgeburten etwa doppelt so häufig vor wie bei den Kontrollkindern.

Obwohl von den Eltern vermehrt auffällige Gewohnheiten der Risikofrühgeburten angegeben wurden, ergab die Verhaltenstestung nach Hanes keinen fassbaren Unterschied im Verhalten gegenüber den Kontrollkindern.

#### 6. Die Schulung der Risikofrühgeburten

Die schulischen Daten der Risikofrühgeburten sind in Tabelle 5 dargestellt; sie

wurden vermehrt verspätet eingeschult; dies gilt vor allem für die Buben. Die Notwendigkeit einer Klein- oder Sonderklasse ist etwas häufiger als bei den Kontrollkindern, wobei dies nur für die grösseren Frühgeburten zutrifft. Schulprobleme werden ebenfalls in der gleichen Gruppe vermehrt angegeben, während dies für die sehr kleinen Frühgeburten nicht zutrifft. Alle hier untersuchten Risikofrühgeburten besuchen selbständig eine normale Schule und sind schulungsfähig.

#### 7. Besondere Risikofaktoren für eine gestörte Entwicklung der Risikofrühgeburt

Durch einen Vergleich verschiedener perinataler Risikofaktoren bei Kindern mit gestörter Spätentwicklung im Vergleich zu den Kindern, die sich normal entwickelt haben, wurde eine mögliche Ursache dieser Störung gesucht. Für ein gestörtes Wachstum war ein Geburtsgewicht unter 1500 g ein signifikantes Risiko, ebenso tiefe Sauerstoffspannung in den ersten Lebenstagen oder ein hohes  $pCO_2$  im Blut als Mass für ungenügende Spontanatmung. Die kleinsten und die schwerstkranken Frühgeburten haben also das grösste Risiko, einen Wachstumsrückstand zu erleiden.

Einziger signifikanter Risikofaktor für eine gestörte Motorik war eine schwere Azidose in der Neugeborenenperiode ( $pH < 7,1$ ). Andere Parameter wie sehr niedriges Geburtsgewicht, ein IRDS oder hohe Serumbilirubinwerte zeigten nur ein tendenzielles Risiko.

Ähnlich verhält es sich mit möglichen Risikofaktoren für eine gestörte geistige Entwicklung. Kein einziger perinataler Risikofaktor war hier statistisch signifikant; bei sehr tiefem Geburtsgewicht, männlichem Geschlecht, einem IRDS oder abnormen Blutgasanalysen konnte nur eine gewisse Tendenz gesehen werden.

Insgesamt scheinen Komplikationen der Neugeborenenperiode nur unwesentlich die Langzeitentwicklung zu beeinflussen. Dies zeigt sich auch darin, dass sowohl die aller kleinsten Frühgeburten (unter 1001 g) als auch die schwerstkranken (künstliche Beatmung über längere Zeit) sich in ihrer Entwicklung nur unwesentlich von den anderen Kindern unterscheiden.

### Diskussion

Vor der modernen Intensivpflege zeigten die überlebenden Risikofrühgeburten (Geburtsgewicht unter 1501 g und/oder solche mit Lungenunreife) in etwa der Hälfte der Fälle eine gestörte

Spätentwicklung. Dabei wurden häufig schwere spastische Zerebralpareesen und/oder eine schwere mentale Retardierung beobachtet, die ein selbständiges Leben und eine normale Schulung oft verunmöglichten.

Mit der Intensivpflege, vor allem seit Einführung einer künstlichen Beatmung der lungenkranken Frühgeburten, konnte die Überlebenschance von unter 50% auf über 80% verbessert werden. Die ersten Nachuntersuchungen dieser Patienten, die vor etwa 10 Jahren durchgeführt wurden, zeigten, dass die meisten dieser Kinder sich weitgehend normal entwickelten, wobei die Beobachtungszeit in der Regel nur ein oder ein paar Jahre betrug. Diese ersten Ergebnisse deuteten aber darauf hin, dass die Intensivpflege nicht nur die Überlebenschancen, sondern auch die Langzeitprognose verbessern würde. Entscheidend war es, eine abschliessende Beurteilung nach Abschluss des Wachstums zu erreichen. Solche Daten liegen noch keine vor.

Die hier vorgelegten Daten zeigen die Entwicklung solcher Risikokinder bis zum Beginn der Pubertät. Obwohl in diesem Alter noch keine abschliessende Beurteilung möglich ist, sind die Ergebnisse doch sehr ermutigend. Die meisten dieser Kinder besuchen eine normale Schule, und alle sind schulungsfähig, obwohl sie etwas häufiger als Vergleichskinder eine Klein- oder Sonderklasse besuchen müssen. Keines der Kinder muss als schwerbehindert beurteilt werden. Dies dürfte der grösste Fortschritt im Vergleich zu der Zeit vor Einführung der Intensivpflege sein. Neurologische Störungen, psychische Auffälligkeiten oder eine verzögerte geistige Entwicklung kommen etwas häufiger vor als bei Vergleichskindern, jedoch zeigen die meisten der Risikofrühgeburten eine weitgehend normale Entwicklung.

Das körperliche Wachstum zeigt vor allem bei den Buben recht oft einen Rückstand. Eine gesicherte Ursache konnte nicht gefunden werden. In den Jahren 1971–1973, als unsere Patienten geboren wurden, wurde gerade die grosse Bedeutung einer konsequenten Frühernährung erkannt und eine solche eingeführt. Es bleibt noch zu zeigen, dass dadurch die endgültige Wachstumsprognose der Kontrollkinder erreicht werden kann. Ebenso muss abgewartet werden, ob nicht doch die hier untersuchten Kinder mit dem Durchmachen der Pubertät noch ein gewisses Aufholwachstum zeigen werden.

Mit wenigen Ausnahmen zeigen die Risikofrühgeburten in der Kindheit keine vermehrte Anfälligkeit auf verschiedene Kinder- und Infektionskrankheiten. Nur diejenigen, die über längere Zeit eine

<i>Tabelle 1</i>	Risikofrühgeburten	Kontrollkinder
<b>Körpergrösse</b>		
Knaben	132,5 cm (+/-3,7)	142,3 cm (+/-7,0)
Mädchen	136,9 cm (+/-9,6)	141,7 cm (+/-6,8)
<b>Körpergewicht</b>		
Knaben	27,5 kg (+/-3,9)	34,5 kg (+/-6,7)
Mädchen	30,1 kg (+/-5,1)	34,0 kg (+/-6,9)

<i>Tabelle 2</i>	Risikofrühgeburten	Kontrollkinder
Masern	41%	34%
Röteln	21%	22%
Windpocken	53%	63%
Mumps	35%	27%
Keuchhusten	13%	6%
Scharlach	9%	15%
Mittelohrentzündung	26%	27%
Bronchitis	42%	26%
Lungenentzündung	14%	5%
Leistenhernienoperation	13%	7%
Nabelhernienoperation	7%	2%
Blinddarmoperation	5%	1%
Tonsillenoperation	37%	40%

<i>Tabelle 3</i>	Risikofrühgeburten	Kontrollkinder
Linkshänder	19%	8%
X- oder O-Beine	8%	2%
Senk-/Plattfüsse	17%	8%
Koordination (Punkte)	20,8 (+/-11,4)	17,5 (+/-5,9)
Körperschema (Punkte)	8,0 (+/-1,9)	8,0 (+/-1,8)
Lateralität (Punkte)	7,1 (+/-3,4)	7,7 (+/-3,7)
Feinmotorik (Überschneidungen)	112,1 (+/-74,4)	80,9 (+/-40,5)
Schielen	26%	15%
Brillenträger	12%	4%
Abnormes Audiogramm	5%	3%

<i>Tabelle 4</i>	Risikofrühgeburten	Kontrollkinder
<i>Raven-Test (Punkte)</i>		
- bei Geburtsgewicht < 1501 g	36,6 (+/-7,8)	39,1 (+/-8,2)
- bei Geburtsgewicht > 1500 g	38,1 (+/-7,4)	
Abnormer Befund im Raven-Test	9,1%	4,4%
- bei Geburtsgewicht < 1501 g	8,5%	
- bei Geburtsgewicht > 1500 g	9,4%	
Auffällige Gewohnheiten	12%	4%
Neurotizismus-Score (Punkte)	6,5 (+/-4,1)	8,9 (+/-4,2)
Extraversions-Score (Punkte)	14,1 (+/-3,1)	12,4 (+/-2,3)

<i>Tabelle 5</i>	Risikofrühgeburten	Kontrollkinder
<i>Klein- oder Sonderklasse</i>	12%	8%
<i>1-2 Jahre zurück</i>	25%	4%
<i>Schulprobleme</i>	18%	10%
- Geburtsgewicht < 1501 g	9%	
- Geburtsgewicht > 1500 g	23%	

künstliche Beatmung brauchten, waren vermehrt von Lungenaffektionen heimgesucht. Diese vermehrte Anfälligkeit scheint aber nach den ersten paar Lebensjahren zu verschwinden.

Es erstaunt auch nicht, dass beim Vergleich einer solchen Gruppe von Risikofrühgeburten statistisch gewisse Unterschiede zu einer Normalpopulation gefunden werden können. Nach früheren Untersuchungen sollte es eher als positiv gewertet werden, dass bei vielen Daten keine sicheren Unterschiede nachgewiesen werden können und dass bei anderen nur bei einem sehr kleinen Teil der Risikofrühgeburten Abweichungen nachweisbar sind.

Insgesamt haben Risikofrühgeburten, die vor etwa 15 Jahren geboren worden sind, in den allermeisten Fällen eine erfreuliche Entwicklung durchgemacht und in vielen Fällen ihre leichten Störungen weitgehend verloren. Nur bei etwa 10% werden noch leichte Behinderungen festgestellt, die aber nicht ein selbständiges Leben verunmöglichen werden.

## Weniger Frühgeburten dank Magnesium

entnommen der Zeitschrift «Sprechstunde»

Verschiedene klinische Untersuchungen in Deutschland und in der Schweiz haben gezeigt, dass einer der Gründe für Früh- und Fehlgeburten in einem Magnesiummangel während der Schwangerschaft liegt.

Da der Fötus ein überaus hohe Magnesiummenge einlagert, müsste die Mutter über einen übergrossen Vorrat an Magnesium verfügen.

In vielen Fällen kommt es aber noch zu einem zusätzlichen Magnesiummangel durch einseitige Ernährung, Alkoholgenuss, Einnahme von harn-treibenden Medikamenten, Erbrechen oder Durchfall. Auch die während der Schwangerschaft normale Erhöhung der Nierentätigkeit führt zu einem zusätzlichen Magnesiumverlust.



# Für Mutter und Kind

## 〈BEPANTHEN〉 SALBE

fettet, schützt vor Nässe, heilt

- entzündete Kinderfudis
- schmerzende und rissige  
Brustwarzen

Was macht «Bepanthen» so wirksam?

Der Wirkstoff Dexpanthenol – ein sehr naher Verwandter des Vitamins Pantothensäure. Tatsächlich verwandelt sich Dexpanthenol in den Zellen der Haut und der Schleimhäute augenblicklich in Pantothensäure. Und diese Pantothensäure sorgt dafür, daß geschädigte Zellen wieder normal funktionieren oder sich erneuern. Die Wirkung von «Bepanthen» beruht somit auf einem rein biologischen Vorgang.

Dexpanthenol

**BESTANDTEIL IHRER HAUT**

Ausführliche Angaben über Zusammensetzung, Indikationen, Kontraindikationen, Nebenerscheinungen, Dosierung und Vorsichtsmaßnahmen stehen auf Anfrage zur Verfügung.

Bepanthen – Trade Mark



F. Hoffmann-La Roche & Co. AG, Basel, Pharma Schweiz

# Meine kleine Tochter – eine «Frühgeburt»

## Erlebnisbericht einer Mutter

Nach einer langen, mühsamen Geburt war es endlich da, das kleine unbekannte Wesen, das ich so lange in mir herumgetragen hatte. Es liegt auf meiner Brust, ich kann es sehen und fühlen. Fünf Wochen zu früh war meine Tochter gekommen. Sie war winzig klein und zart, nur ganze 2,2 kg schwer, doch Hebamme und Ärztin versicherten mir, das Baby sei gesund und rosig.

Doch kurze Zeit später, als ich alleine im Spitalzimmer lag, kam eine Schwester ins Zimmer gestürzt. Sie berichtete mir aufgeregt, mit meinem Kind sei etwas nicht in Ordnung. Es atme unregelmässig. Anina müsse sofort ins Kinderspital gebracht werden.

Es war wie ein Schlag ins Gesicht. Gleich darauf kam ein Arzt, der, wie es mir schien, unendlich viele Fragen stellte. Es quälte mich, solch «belangloses» Zeug wie «wieviele Zigaretten haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?», «hatten sie eine Grippe?», «wie alt ist ihr Mann?», «wo arbeitet er?» und vieles mehr zu beantworten. Ich konnte nur an mein Kind denken, das im Zimmer daneben liegt und nicht mehr regelmässig atmet.

Bevor sie Anina notfallmässig holten, schoben sie sie mir in einer fahrbaren Isolette ans Bett. Schnell konnte ich sie noch anschauen und streicheln. Dann war das Züglein weiss gekleideter Gestalten samt meinem Kind weg. Mir war es hundeelend. Ich versuchte etwas zu schlafen, doch das war unmöglich. Kaum schloss ich die Augen, verwandelte sich die Isolette in einen Glassarg. Jemand liess immer wieder schwarze Tücher darüber fallen. Dies wiederholte sich immer und immer wieder. Ich hatte schreckliche Angst Anina müsste sterben. Von der Geburt geschwächt, hier im Bett liegend und nichts für sie tun zu können, war kaum erträglich. Endlich nach einer endlosen durchwachten Nacht, hatte ich den Mut das Kinderspital anzurufen. Es ging Anina besser. Sie atmete wieder normal. Sie sei sehr schwach, zu schwach zum Trinken und müsse mit einer Sonde ernährt werden. Auch müsse sie die nächste Zeit noch im Brutkasten bleiben, berichtete man mir. Unendlich erleichtert konnte ich vor lauter Weinen nicht ein einziges Wort stammeln.

Schon am Mittag besuchten mein Mann und ich Anina im Kinderspital. Für ein paar Minuten durfte ich sie aus der Isolette nehmen und in warme Decken gehüllt im Arm halten. Es war ein riesiges Glücksgefühl. Doch viel zu schnell musste sie wieder zurück in den Glas-

kasten. Jetzt fühlte ich mich so leer. Mein Kind ist nicht mehr in mir. Es ist so weit weg, unerreichbar, getrennt durch eine Glaswand. Gerne hätte ich sie bei mir gehabt, gefühlt, gestreichelt, ihr Wärme und Liebe gegeben. Natürlich durfte ich sie immer zu jeder Zeit besuchen und auch für ein paar Minuten im Arm halten. Doch dann musste sie wieder zurück in den Brutkasten. Ich war sicher, sie hätte meine Wärme mehr gebraucht als die Isolette.

So gingen die Tage vorbei. Ich wurde aus dem Spital entlassen und kehrte heim, allein natürlich. Zu Hause besuchten uns viele Freunde und Kollegen. Das war zwar sehr gut gemeint, aber machte die Sache nur noch schlimmer. Die Leere wurde noch grösser. Wie gerne hätte ich ihnen doch mein Kind gezeigt.

Jeden Tag fuhr ich nach Bern zu Anina. Zu den Essenszeiten konnte ich sie mit der Sonde füttern, dazu lutschte sie an meinem Finger. Mit der Zeit saugte sie immer kräftiger. Doch um von der Flasche, oder gar der Brust zu trinken, war sie noch immer nicht kräftig genug. Nach dem Füttern sass ich oft lange Zeit vor dem Brutkasten und sah ihr zu wie sie friedlich schlief. Oft weinte ich und wusste eigentlich nicht wieso. Die Tränen kamen einfach. Zum Glück zeigten die Schwestern grosses Verständnis und stellten keine Fragen.

Wegen starker Gelbsucht konnte Anina den Brutkasten erst nach 2 Wochen verlassen. Sie hatte jetzt ihr eigenes Bettchen. Ich war glücklich, nicht mehr durch eine Glasscheibe von Anina getrennt zu sein. Doch im Spital war sie immer noch. In einer fremden Umgebung bei «fremden» Menschen.

Zu Hause pumpte ich jeden Tag fünfmal die Milch ab. Jedesmal eine halbe Stunde mit einer Maschine verbunden, das war sehr unangenehm. Doch ich wollte alles tun, um Anina stillen zu können. Ihr wenigstens ein bisschen von dem zurückgeben, was sie verpasst hatte.

Doch sehr grosse Unterstützung fand ich in dieser Hinsicht im Spital nicht. Immer wieder wurde mir gesagt, ich hätte zu wenig Milch, ich müsse eben noch öfter abpumpen. Ein andermal wurde ich wie ein schmutziges Schulmädchen gescholten. Meine Milch hätte zu viele Bakterien. Ich müsse eben sauberer «arbeiten». Dabei wusste ich zu dieser Zeit noch nicht einmal, dass es Milch-Kühlboxen gab, in welchen die Milch auf dem Transport frisch bleibt. Dies war für mich deprimierend. Letztendlich stellte sich dann heraus, dass es an der veralteten Pumpmaschine lag.

In der Zwischenzeit konnte ich Anina ein paarmal ansetzen. Doch geklappt hat es nie so recht. Ich glaube, wir waren beide zu wenig entspannt. Jedenfalls trank sie nie mehr als zehn bis fünfzehn Gramm. Den weitaus grössten Teil ihrer Nahrung bekam sie immer noch mit der Sonde.

Plötzlich, ein paar Tage bevor sie aus dem Spital entlassen wurde, begann sie von der Flasche zu trinken. Sie trank sehr langsam, jedoch stets mehr bei jeder Mahlzeit. Fast hatte ich nicht mehr daran geglaubt, dass sie es einmal lernen würde und nach Hause kommen könnte.

Endlich war der Tag der Spitalentlassung da. Genau vier Wochen nach der Geburt! Ich war mächtig aufgeregt an diesem Tag.

Jetzt wo es endlich so weit war, war es doch ganz anders als ich es mir vorgestellt hatte. Das Kind, das ich im Arm hielt, war mir eigentlich sehr fremd geworden. So eng wie die Zusammengehörigkeit ganz im Anfang war, ist sie nicht mehr! Wir brauchten beide lange Zeit, um uns wieder kennenzulernen. Das Stillen hat sicher sehr viel dazu beigetragen. Im Anfang war es recht mühsam. Ich hatte Anina immer dann gestillt, wenn sie wollte und Hunger hatte. In der ersten Zeit war das so alle drei Stunden, Tag und Nacht. Eine Mahlzeit dauerte oft bis zu einer Stunde weil Anina immer wieder einschlieft. Oft war ich am Rande der Verzweiflung, wegen des ewigen Stillens und den halbdurchwachten Nächten. Anina hat auch oft geweint in dieser Zeit. Sie war eigentlich nur ruhig wenn wir sie auf dem Arm hielten und sie an einem unserer Finger lutschen konnte, oder wenn ich sie stillte. Zum Glück hat mein Mann sehr mitgeholfen und mich unterstützt. Sonst hätte ich dies nie durchgehalten. Nach ein paar Nächten, in denen wir kaum schlafen konnten, weil Anina immer weinte, quartierten wir sie kurzerhand im Ehebett ein, wo sie auch die nächsten zwei Monate übernachtete. Von da an ging es eigentlich besser. Ich konnte zum Stillen eindösen, und wir alle drei kamen zu etwas mehr Schlaf.

Heute ist Anina neun Monate alt. Ich stille sie immer noch, obwohl sie schon wacker am Erwachsenentisch mitisst. Längst schon haben sich ihre Essenszeiten eingependelt. Nur auf eines besteht sie immer noch, eine Extranachtmahlzeit.

Heidi