

Dr. med. Marina Marcovich
Theresia Maria de Jong

**Frühgeborene –
zu klein zum Leben?**

Dr. med. Marina Marcovich
Theresia Maria de Jong

Frühgeborene – zu klein zum Leben?

Geborgenheit und Liebe
von Anfang an

Die Methode
Marcovich

Kösel



Mix
Produktgruppe aus vorbildlich
bewirtschafteten Wäldern und
anderen kontrollierten Herkünften

Zert.-Nr. SGS-COC-1940
www.fsc.org

Verlagsgruppe Random House FSC-DEU-0100
Das für dieses Buch verwendete FSC-zertifizierte Papier *Munken Premium*
liefert Arctic Paper Munkedals, Schweden.

Aktualisierte, überarbeitete Fassung der Erstausgabe, erschienen
im Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt 1999/2003

Copyright © 2008 Kösel-Verlag, München,
in der Verlagsgruppe Random House GmbH
Umschlag: Elisabeth Petersen, München
Umschlagmotiv: Bilderberg, Hamburg / Nomi Baumgartl
Fotos im Innenteil: Nomi Baumgartl, München
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck
Printed in Germany
ISBN: 978-3-466-34520-5

www.koesel.de

Inhalt

Vorwort von Dr. med. Marina Marcovich	9
Vorwort von Theresia Maria de Jong	11



Teil I

von Theresia Maria de Jong

1 Zu früh geboren – was bedeutet die Frühgeburt für Mutter und Familie?	16
Die Auswirkungen der Frühgeburt auf die Mutter . . .	16
Die Rolle des Vaters	30
Die Geschwister leiden mit	32
Die Eltern-Kind-Beziehung oder »Jetzt hilft nur noch Vitamin L.«	36
2 Was bedeutet die Frühgeburt für das Kind?	42
Ist der Kaiserschnitt immer der richtige Weg?	43
Der Mensch ist Tragling	46
3 Ist die Intensivstation zu intensiv?	48
<i>Schlaf- und Ruheunterbrechungen</i>	50
<i>Lärmbelastung</i>	51
<i>Lichtpegel</i>	54
<i>Schmerzen</i>	56
<i>Medikation</i>	62

Physische Folgeschäden der Intensivtherapie	71
<i>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)</i>	74
<i>Hirnblutungen (Intrakranielle Blutungen)</i>	78
<i>Augenschäden, Sehstörungen</i>	79
<i>Weitere medizinische Risiken</i>	80
Psychische und soziale Folgen	80
Die Gehirnentwicklung zu früh geborener Kinder . . .	86



Teil II

von Dr. med. Marina Marcovich

1 Wie ich zu meiner »Methode« kam	94
2 Vom sanften Umgang mit Frühgeborenen	101
Die Entwicklung der Neonatologie	101
Die Zusammenarbeit Geburtshilfe und Neonatologie .	104
Die primäre Reanimation	109
Atmung und Beatmung	117
Die Ernährung	132
Die Diagnostik	138
Die Medikamente	145
Die Pflege	150
<i>Die Lagerung</i>	151
<i>Die Fütterung</i>	156
<i>Die Ausscheidung</i>	161
<i>Das Bad</i>	162
<i>Die Stimulation</i>	163
<i>Die Ruhe</i>	166
<i>Der Eltern-Kind-Kontakt</i>	167

3	Das Frühgeborene als empfindendes Wesen und Persönlichkeit	175
4	Vom Umgang mit Eltern	179
5	Die Heimkehr	187
6	Die Nachkontrollen	192
7	Die Ergebnisse	194
8	Die Kosten	202
9	Die Nachteile	204



Teil III

von Theresia Maria de Jong

1	Endlich daheim: Die erste Zeit zu Hause	208
	Frühgeborenen-Eltern-Gruppen	219
	Psychologische Eltern-Interventionsprogramme	221
2	Beim nächsten Mal: Kann eine zu frühe Geburt verhindert werden?	226
	Schlussbemerkungen	239
	Anmerkungen	241
	Glossar	247
	Nützliche Adressen	249
	Literaturempfehlungen	254



Vorwort

von Dr. med. Marina Marcovich

»Welche Kliniken arbeiten nach Ihrer Methode?«, werde ich oft von Eltern gefragt. Die Antwort darauf ist schwierig. Einerseits sind Dinge, die noch vor zwanzig Jahren große Aufregung bei den Neonatologen verursacht haben, mittlerweile selbstverständlich geworden. Keine Klinik, die nicht »sanfte Pflege« oder »individual care« betreibt. Niemand, der Frühgeborene nur deshalb künstlich beatmet, weil sie unter 1000 Gramm wiegen, oder Eltern den Zutritt zur Intensivstation verweigert. Im österreichischen Rundfunk berichtet man über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aus den USA, für die mich Kollegen vor fünfzehn Jahren noch vor Gericht schleppten. In vieler Hinsicht hat sich die Intensivstation für frühgeborene Kinder positiv verändert. Andererseits geht es hier nicht um »Methoden«, sondern um Fragen der inneren Einstellung, der prinzipiellen Haltung. Um Fragen des Vertrauens, der Sicherheit, der Einfühlsamkeit, des Zulassenkönnens. Und dies liegt nicht an den Kliniken, sondern an jedem einzelnen Menschen, der in einer Abteilung Dienst versieht.

Es sind nicht immer die großen Dinge, die die Weichen stellen. Oft genügt schon ein kühler Blick, eine schroffe Bemerkung, und es läuft in die falsche Richtung. Die Qualität einer Betreuung liegt nicht nur an den Vorgaben des Chefarztes – es ist die Summe aller Details, die entscheidet. Und es liegt nicht nur am technischen und medizinischen »Know-how« – das muss man bei erfahrenen Neonatologen voraussetzen dürfen – es geht auch um Fragen der Herzensbildung.

Ob es in Zeiten zentralisierter Perinatalversorgung an großen Kliniken einfacher geworden ist, Frühgeborenen vertrau-

ensvoll zu begegnen, wage ich zu bezweifeln. Der risikofokussierte Blick, der eine normale Schwangerschaft und ein natürliches Ablauflassen immer mehr aus den Augen verliert, eine hochtechnisierte Umgebung mit einem ausufernden Mess- und Dokumentenzwang: All dies ist eher Ausdruck des Misstrauens als der geeignete Boden für ein entspanntes und liebevolles Miteinander.

Ärzte stehen unter Druck und geben diesen Druck weiter – an das Pflegepersonal, an die Eltern, an die Kinder. Entscheidungen werden oft aus Angst getroffen, und Angst war noch nie ein guter Wegbegleiter. So unbelastet, so spontan, sicher und selbstverständlich: Was für ein schönes Arbeiten war das an unserer Wiener Station! Manchmal bedauere ich sehr, dass das Team damals so gewaltsam zerstört wurde. Aber wären wir heute noch dieselben?

Eine Station wie die unsere wäre wahrscheinlich ganz unspektakulär aufgrund des derzeit propagierten Zentralisierungsdrucks geschlossen worden. Begründung: zu klein, zu unwirtschaftlich, zu unsicher. Der Trend in der Neonatologie geht massiv in Richtung Perinatalzentren. Damit schwindet aber die Vielfalt (und damit eine Verbesserung des Niveaus) und die Wahlmöglichkeit für Eltern. Denn oft liegt das Zentrum hunderte Kilometer vom Heimatort entfernt. Die Neonatologie ist dabei, in den Elfenbeinturm der Universitätskliniken zurückzukehren. Man gibt sich gegenseitig Recht, für abweichende Meinungen ist kein Platz. Eine solchermaßen betriebene Medizin zieht ängstliche Menschen an. Dort, wo Misstrauen in natürliche Abläufe herrscht, hat Vertrauen keine Chance. Aber nur im Vertrauen können sich die Selbstheilungskräfte des Frühgeborenen entfalten. Ob die Neonatologie also in den letzten fünfzehn Jahren tatsächlich menschlicher geworden ist, möchte ich deshalb mit einem Fragezeichen versehen.

Wien, im Frühjahr 2008

Vorwort

von Theresia Maria de Jong

Nun sind tatsächlich schon neun Jahre vergangen, seit unser Buch über die Frühgeborenen zum ersten Mal erschienen ist. Es ist ein Buch geworden, das auf fast allen neonatologischen Stationen zur Basis-Lektüre gehört. Elternvereine haben es empfohlen, auch Ärzte und Krankenschwestern reichen es weiter. Der Ansatz von Dr. med. Marina Marcovich – der in den 1990er-Jahren für so viel Wirbel gesorgt hatte – zählt heute im Wesentlichen unwidersprochen zum Goldstandard für die Behandlung von zu früh geborenen Babys. Eine medizinische Revolution wurde – sogar von ihren ursprünglichen Kontrahenten – in den Alltag aufgenommen. Es ist fast rührend zu sehen, wie ehemalige Marcovich-»Gegner« heute genau das propagieren, was sie noch vor kurzem als gefährlich und »fahrlässig« ablehnten. In der Neonatologie hat sich in den letzten neun Jahren also Erhebliches getan. Die durchschnittliche Beatmungslänge ist gesunken, es wird Wert auf ein ruhigeres, frühchengerechteres Ambiente gelegt. Die Ruhezeiten der Babys werden nicht mehr so häufig unterbrochen – Pflege- und Behandlungsmaßnahmen werden zusammengefasst. Die Eltern werden in die Pflege ihrer Kinder mit einbezogen, es gibt auf fast allen Stationen Elternselbsthilfegruppen oder auch psychologische Beratung.

Das alles sind Dinge, die relativ einfach in ein Pflegemanagement integriert werden können – vorausgesetzt, es wird als sinnvoll erachtet. Offenbar ist das inzwischen der Fall. Im Übrigen gab es in den letzten Jahren auch eine Reihe von Studien, die die Nützlichkeit all dieser Maßnahmen deutlich unterstrichen haben. Was also ist noch

das Besondere an der »Methode« Marcovich? Was kann sie heute noch beitragen?

Für mich liegt die Einzigartigkeit dieses Ansatzes genau in den Dingen, die sich nur schlecht kategorisieren lassen, die nicht wirklich durch ein konsequentes Pflegemanagement garantiert und festgeschrieben werden können: Es sind die Kräfte des Herzens, der Intuition, der Menschlichkeit. Und vor allem: Es ist die Kraft der Liebe. Einer Liebe für die kleinen Menschen und für ihre Eltern, die zunächst um ihre psychische Fassung ringen müssen, so wie ihre Kinder mit dem Leben ringen. Sie beide nicht allein zu lassen, sondern ihnen in liebevoller Begleitung Kraft, Vertrauen und Zuversicht zu geben. Sich immer wieder individuell (!) den betroffenen Menschen in empathischer Grundhaltung anzunehmen, immer wieder aufs Neue den richtigen Behandlungsweg zu suchen – dazu kann Mut gehören. Dieser Mut hat Marina Marcovich in ihrer Arbeit mit den Frühgeborenen ausgezeichnet. Inzwischen wurde sie längst für ihre Leistungen mit mehreren Preisen geehrt. Was sie aber am meisten auszeichnet ist Folgendes: Sie hat sich selbst als Expertin zurückgenommen und ist ganz auf die Botschaften eingegangen, die ihr die Kinder gaben. Ja, sie sagt immer wieder, dass es letztlich die Kinder selbst waren, die ihr den Weg gewiesen haben.

Das ist die Botschaft, die dieses Buch ausmacht und was es – zumindest im Bereich der Neonatologie – nach wie vor einzigartig sein lässt. Es geht – so denke ich – gar nicht darum, den Weg von Marina Marcovich in allen Einzelheiten eins zu eins umzusetzen. Es geht darum, den Mut zu fassen, sich auf die Kleinsten der Kleinen einzulassen, sie wirklich zu »sehen« und auf ihre Bedürfnisse zu achten. All dies sind Qualifikationen, die viele Ärzte und Pflegekräfte in ihren Herzen mitbringen. Ich habe viele davon in den letzten Jahren auf Tagungen und Kongressen getroffen. Ihnen soll dieses Buch weiterhin als Ermutigung dienen.

Gleichzeitig bestärkt es Eltern, an die Kraft der Liebe zu glauben und darin Vertrauen zu finden. Die Gegenwart der Mütter und Väter – am besten Haut an Haut – ist die wichtigste Ressource, die die kleinen Babys haben und die sie am dringlichsten brauchen. Jeder Tag, jede Stunde, die Eltern mit ihrem Kind verbringen, ist mehr wert als alle medizinischen Interventionen. Diese mögen manchmal notwendig sein. Aber um sie besser nutzen zu können, ist die Gegenwart der Mutter, des Vaters durch nichts zu ersetzen.

Zettel, im Frühjahr 2008



Teil I



von Theresia Maria de Jong

1

Zu früh geboren – was bedeutet die Frühgeburt für Mutter und Familie?

Eine zu frühe Geburt, das heißt eine Geburt vor Ende der 37. Schwangerschaftswoche, ist für die Familie ein Schock und führt zu einer emotionalen Krise. Meist kommt das Ereignis schnell und unvorbereitet. Frauen stellen sich auf eine normale Schwangerschaft und die Geburt eines gesunden Kindes ein, sodass sie von der Frühgeburt negativ und unvorbereitet überrascht werden. Es bleibt häufig keine Zeit, sich über Konsequenzen oder verschiedene Behandlungsmethoden zu informieren. Dies ist besonders der Fall, wenn ein Unfall oder eine Erkrankung der Mutter (wie Schwangerschaftsvergiftung, Bluthochdruck, Plazentalösung) eine sofortige Kaiserschnittentbindung erforderlich machen, um das Leben von Kind und Mutter zu retten. Aus einer Routineuntersuchung kann so plötzlich und ohne Vorwarnung eine (viel zu frühe) Geburt werden.

Die Auswirkungen der Frühgeburt auf die Mutter

Mütter fühlen sich in dieser Situation völlig überrumpelt. Bei Amelie¹ wurde bei einer Routineuntersuchung eine Gestose (Schwangerschaftsvergiftung) festgestellt, die einen Notkaiserschnitt nach sich zog. Sie beschreibt, wie ihr zumute war:

»Ich stand einfach neben mir. Es war ein unglaublicher Schock. Von der Mitteilung meines Arztes bis zum Eingriff vergingen etwa zwei bis drei Stunden. Als meine Tochter vom Schleim befreit und abgesaugt war, wurde sie in ein OP-Tuch gewickelt und mir kurz vor das Gesicht gehalten. Es waren nur wenige Sekunden, die ich sie sehen konnte, da sie sofort weiterversorgt werden musste. Zurück im Vorwehenzimmer, bekam ich mein Kind gewaschen und angezogen kurz in den Arm gelegt. Ich war so schwach, dass ich Angst hatte, es fallen zu lassen. Aber da sie ein Atemnotsyndrom hatte, musste sie kurz darauf in eine Kinderklinik verlegt werden. In mir tobte ein Kampf der Gefühle. Kaum hatte ich angefangen, mich zu freuen, da wurde meine Tochter mir wieder weggenommen. Als sie weggebracht wurde, blutete mir das Herz. Ich konnte nur noch weinen – die ›Krönung‹ eines turbulenten Tages, der in einem Albtraum gipfelte.«

Amelie wusste wenigstens, wie ihre Tochter aussah. Sie hatte sie kurz halten dürfen, was ihre Gefühle sofort aktiviert hatte. Viele Mütter hingegen erwachen aus der Narkose und erfahren, dass ihr Kind bereits in die Kinderklinik verlegt wurde. Der einzige Existenzbeweis ist ein Polaroidfoto – wenn überhaupt. Diesen Frauen kommt es so vor, als hätte man ihnen das Kind »aus dem Bauch gestohlen«.

Eine Schwangerschaftsvergiftung war auch der Grund, weshalb Ilka plötzlich in der 28. Schwangerschaftswoche per Kaiserschnitt entbunden werden musste. Sie war durch ihre Krankheit sogar so benommen, dass sie nicht einmal mitbekam, dass die Entbindung bevorstand: »Unser Kind wurde jedenfalls per Kaiserschnitt geholt. Was in den drei Stunden vorher geschah, weiß der Himmel. Als ich wieder zu mir kam, erwachte ich auf der Intensivstation. Eine Schwester kam herein und sagte: ›Herzlichen Glückwunsch, Sie sind Mutter, Sie haben einen kleinen Sohn.‹ – ›Ja, danke‹, antwortete ich und fühlte meinen Bauch. Der war weg, aber Muttergefühle

hatte ich nicht. Ich hatte überhaupt keine Beziehung zu dem Kind. Ich glaube, wenn eine Schwester gesagt hätte, »Es regnet draußen«, hätte ich das Gleiche empfunden. In mir war eine große Leere entstanden (...) Ich war Mutter. Mein Kind war nicht bei mir. Immer hatte ich mir gewünscht, zu entbinden und dann das zarte, blassrosa Baby in meine Arme zu schließen. Doch so war es leider nicht. Ein Vierteljahr zu früh wurde ich von der Mutterrolle überrumpelt.«

Eine zu frühe Geburt im letzten Schwangerschaftsdrittel ist psychisch traumatisch, weil sich die Mutter erst kurz nach der Hälfte der Schwangerschaft gedanklich damit zu beschäftigen beginnt, das Kind als ein von ihr getrenntes Individuum wahrzunehmen. In der Mutter-Kind-Beziehung während der Schwangerschaft unterscheidet die psychologische Fachliteratur drei Phasen.²

In der ersten Phase spürt die Mutter vorrangig die Auswirkungen der hormonalen Umstellung. Übelkeit, Geruchsempfindlichkeit, Erbrechen, schmerzende Brüste fallen in diese Zeit. Diese ersten körperlichen Merkmale der Schwangerschaft verlieren sich im Allgemeinen dann, wenn die Mutter die ersten Kindsbewegungen spürt. Jetzt, im zweiten Drittel, setzt eine tiefgehende emotionale und intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Kind ein. Die Mutter beginnt das zunächst nur »im Kopf«, also in der Vorstellung existierende Kind »im Bauch« zu erfahren, zu erleben. Damit einher gehen erste konkrete Gedanken, die eine gemeinsame Zukunft betreffen. Diese verstärken sich in der dritten Phase. Die Mutter visualisiert ihr Kind »auf dem Arm«. Die Auswirkungen auf das eigene Leben, die Umstellung von berufstätiger, unabhängiger Frau zur Mutter, die Verantwortung für ein Kind trägt, werden jetzt ganz aktuell und sind in greifbare Nähe gerückt. Der Mutterschaftsurlaub steht bevor, die Lebensumstände werden neu geplant. Dies kann zu ambivalenten Gefühlen führen, selbst bei einem Wunschkind. Handelt es sich um ein

ungeplantes Kind, kann sich diese Ambivalenz noch stärker ausdrücken und auswirken.

Wie bereits erwähnt, setzt sich die Frau im letzten Drittel auch mit der Tatsache auseinander, dass das Kind ein von ihr getrenntes und in Kürze körperlich unabhängiges Wesen ist. Diese geistige Trennung wird jedoch nicht in wenigen Tagen oder Wochen vollzogen, sondern ist ein Prozess, der bis zur termingerechten Geburt dauern kann. Erst wenn dieser Prozess abgeschlossen ist, kann die Mutter ihr Kind als eigenständiges Lebewesen wahrnehmen. Wird jedoch die körperliche Trennung durchgeführt, ehe die Mutter innerlich dazu bereit ist, hat sie Schwierigkeiten, sich der neuen Situation anzupassen.

Die Musiktherapeutin Monika Nöcker-Ribaupierre, selbst Mutter einer frühgeborenen Tochter, gibt einen psychoanalytischen Erklärungsansatz: »Im Gegensatz zur abgeschlossenen Schwangerschaft hat die Mutter eines um viele Wochen zu früh geborenen Kindes nicht genügend Zeit, ihr Kind wenigstens teilweise aus ihrer narzisstischen Liebe zu entlassen und mit dem notwendigen Maß an Objektliebe zu besetzen, die es erlaubt, dieses Kind als ein von ihr getrennt existierendes reales Wesen zu erleben. Sie erleidet durch die Geburt den Verlust eines Teils ihres Körpers, ihres Organismus – dieses Empfinden ist verbunden mit dem Gefühl der Unwirklichkeit, als sei das Kind kein reales Wesen, nicht vorstellbar, und als sei ihr etwas essentiell Wichtiges verloren gegangen oder geraubt worden. Dieses durch Mangel an Objektliebe geförderte Gefühl der Unwirklichkeit wird durch die Trennung weiter verstärkt.«³

Nach einer Frühgeburt fühlt sich die Mutter leer, und sie hat Angst um ihr Kind. Viele Mütter berichten, dass sie sogar die Befürchtung hegen, man hätte ihnen – aus Rücksichtnahme auf ihren Zustand – den Tod des Kindes verschwiegen. Auch das Mutterglück lässt – verständlicherweise – auf sich warten. Trotzdem sind Mütter oft erstaunt, wenn sie nicht

glücklich sind. So wie Kerstin, deren Tochter mit 710 Gramm und 34 Zentimetern Körpergröße («ein Kopf so groß wie ein Tennisball») 12 Wochen zu früh auf die Welt kam.

»Es war noch nicht lange her, da habe ich mit Begeisterung ihre ersten liebevollen Tritte gespürt. In der Zeit habe ich eine Reportage im Fernsehen über Frühgeburten gesehen. Nun hatte ich meine Tochter zur Welt gebracht und hatte ebenfalls eine Frühgeburt. Nach der Entbindung galten die ersten Gedanken meinem Baby, doch sowohl mein Mann als auch meine Mutter, die nach der OP an meinem Bett saßen, sagten mir nicht, dass das Kind lebte. Sie hatten keinen Mut, es mir zu sagen, da niemand wusste, wie lange so ein kleines Kind überleben kann. Noch von der Narkose benommen, fragte ich auch nicht weiter nach. Kinderärzte gaben mir später zwei Polaroidfotos und berichteten mir von meiner Tochter. Erst jetzt wusste ich, dass sie lebte. In diesem Moment bekam sie auch ihren Namen. Auf den Fotos sah man ein vollkommenes Baby, etwas dunkler in der Hautfarbe, aber sonst fiel mir nichts Außergewöhnliches auf. Trotzdem hatte ich das ungute Gefühl, mein Kind sei – aus welchen Gründen auch immer – nicht gesund, und mir fehlte das Mutterglück. Wo war es? Dieses unbeschreibliche Glücklichein, dass man sein Kind endlich sehen kann, man endlich weiß, welches Geschlecht es hat. Nichts dergleichen. Das Schlimmste war, dass ich meine Tochter noch nicht einmal hübsch fand. Tausendmal habe ich mir ihre Geburt vorgestellt, und nun war alles ganz anders. Auf der Entbindungsstation war es schrecklich, das Weinen von fremden Babys zu hören und sein eigenes Kind noch nicht einmal gesehen zu haben.«

In einer Studie berichten Dr. Hunziker und Prof. Dr. Remo Largo, dass die emotionale Haltung der Mutter in den ersten Tagen nach der Geburt, wenn sie noch von ihrem Kind getrennt ist, durch hauptsächlich drei Gefühlsempfindungen zu kategorisieren ist:⁴

1. Angstgefühle

Das Überleben des Kindes ist ihre größte Sorge. Leben und möglicher Tod des Kindes werden zu zentralen gedanklichen Inhalten. Diese Angst wird allerdings meist nur gegenüber dem Partner artikuliert. Manchmal sprechen die Frauen in dieser Zeit auch gar nicht darüber, sondern erst im Rückblick.

2. Niedergeschlagenheit

Hunziker und Largo zitieren eine Mutter: »Ich konnte nicht mehr reden. Ich wollte mein Zimmer nicht verlassen. Ich wollte schlafen, konnte aber nicht. Ich fühlte mich nachts sehr alleine. Ich war immer den Tränen nahe. Eigentlich wollte ich keinen Besuch.«⁵ Die Stimmung der Frauen drückt sich aus in Schweigen, Müdigkeit und Energieverlust, Schlafstörungen und Essunlust.

3. Gefühle des Ungenügens

Eine Mutter hat das Bedürfnis, ihr Kind zu versorgen, bei ihm zu sein. Sie ist im Normalfall die wichtigste Bezugsperson für ein Neugeborenes. Ist es ihr unmöglich, bei ihrem Kind zu sein, und kann sie es nicht versorgen, fühlt sie sich nicht als »richtige« Frau und Mutter. »Weil ich das Kind nicht länger im Bauch weitertragen konnte, muss ich jetzt leiden. Mein Körper hat versagt. In unserer Familie hat es bisher noch keine Frühgeburt gegeben.«⁶ Hinzu kommt, dass sie keine eigene Vorstellung von ihrem Kind hat, es also nicht »kennt«. Sie ist auf Schilderungen aus zweiter Hand angewiesen, also auf Erzählungen ihres Partners und Fotos.

Nach einer Frühgeburt müssen Mütter von vielen Wunschvorstellungen und Träumen Abschied nehmen, die sie sich in den letzten Monaten der Schwangerschaft gemacht haben. Das Wunschkind in ihrem Kopf, das perfekte Baby, das sie in

Gedanken schon so oft stolz im Verwandten- und Bekanntenkreis gezeigt haben, gibt es nun nicht. Stattdessen ist es viel zu klein, liegt in einem Inkubator (und ist damit in den ersten Tagen unerreichbar für operierte Mütter), und in vielen Fällen ist nicht einmal sicher, ob das Kind überhaupt überleben wird. Deshalb verzichten viele Eltern auch zunächst auf Geburtsanzeigen, die bei termingerecht geborenen Babys das elterliche Glück in die Öffentlichkeit tragen.

Die Freude »frühgeborener Eltern« über ihr Kind ist durch viele Dinge getrübt. Unsere Gesellschaft, die für sämtliche wichtigen Lebensabschnitte und -übergänge spezielle Riten und Gebräuche hat, kann Eltern frühgeborener Kinder nichts bieten. Sogar die Geschenke und Glückwunschkarten, mit denen Eltern und Kinder zur Geburt normalerweise überschüttet werden, treffen nur spärlich ein. Es scheint so, als lasse – unausgesprochen, aber doch fühlbar – ein Makel auf Eltern und Kind. Mütter nach termingerechten Geburten erzählen gerne die Geschichte der Geburt in allen Einzelheiten. Frühgeborene Mütter schweigen oft. Sie sind nicht stolz auf sich. Im Gegenteil, viele machen sich Vorwürfe und suchen die »Schuld« für das jähe Ende der Schwangerschaft bei sich selbst. Manche haben das Gefühl, »es nicht geschafft« zu haben.

Die Situation ist vergleichbar mit der von Kaiserschnittmüttern, die ihr Kind zwar termingerecht, aber nicht auf »normale« Weise geboren haben und deshalb meinen, dem Leistungsanspruch der Gesellschaft nicht genügt zu haben.⁷ Eine erfolgreiche Schwangerschaft und Geburt sind auch heute noch der Beweis einer funktionierenden Weiblichkeit. Die Verantwortung für das Gelingen liegt vermeintlich bei der Frau. Dabei wird in letzter Zeit jedoch immer häufiger aufgezeigt, wie viele gesellschaftliche, aber auch medizinische Faktoren es Frauen erschweren, »normal« und termingerecht zu gebären.⁸ Dennoch haben sie das Nachsehen, wenn ihnen

die »perfekte Geburt« – aus welchen Gründen auch immer – nicht gelingt. Ihnen bleiben dann die vielfältigen »Belohnungen«, die nach einer »guten« Geburt auf Mütter warten, versagt.

Diese Gedanken wird sich eine Mutter kurz nach der Frühgeburt (noch) nicht machen. Für sie stehen ganz konkret die Überlebenschancen ihres Kindes im Vordergrund. Sie selbst will so schnell wie möglich wieder auf die Beine kommen, um bei ihrem Kind zu sein. Einige Mütter haben auch Angst, sich zu sehr an ihr Kind zu binden. Sie fürchten – häufig unbewusst –, durch den möglichen Tod zu sehr verletzt zu werden. Insbesondere wenn sie ihr Kind noch nicht selbst gesehen oder berührt haben, verharren sie in einer »Abwartephase«, in der sie versuchen, die Gedanken an und die Gefühle für das Kind nicht zu stark werden zu lassen. So ging es Ilka:

»Wenn ich meinen Mann fragte, wie es Marvin ging, fragte ich immer nach ›dem Kind‹. Nie bezeichnete ich ihn als ›unseren Sohn‹ oder einfach als ›Marvin‹. Es war ein Kind, mein Kind, zu dem ich keine Beziehung aufbauen konnte. Regelmäßig kam morgens der Professor zur Visite. Jeden Tag brachte er die neuesten Nachrichten aus der Kinderklinik mit. Doch auch Äußerungen wie ›Ihr Sohn wird beatmet‹ oder ›Ihr Sohn nimmt an Gewicht ab‹ ließen mich eher kalt. Ich hörte und registrierte es, alles andere war mir egal. Heute glaube ich, dass die Gefühle, die ich damals hatte oder auch nicht hatte, eine Schutzreaktion meines Organismus waren. Denn wenn dieses Kind gestorben wäre, auch wenn es ein Wunschkind war, hätte mich der Tod in diesem Moment nicht so sehr belastet, als wenn ich eine ›ganz normale Mutter‹ gewesen wäre, die nach neun Monaten Schwangerschaft und einer normalen Entbindung ihr Kind verloren hätte.«

Dieses Verhalten kann in der Tat als psychische Schutzreaktion gesehen werden, denn de facto kann eine Mutter, fern von ihrem Kind und ans eigene Bett gefesselt, nichts für das



Dr. med. Marina Marcovich, Theresia Maria de Jong

Frühgeborene - zu klein zum Leben?

Geborgenheit und Liebe von Anfang an
Die Methode Marcovich

Gebundenes Buch, Broschur, 256 Seiten, 13,5 x 21,5 cm
ISBN: 978-3-466-34520-5

Kösel

Erscheinungstermin: Februar 2008

Liebe geht durch die Haut

Frühgeborene brauchen bereits auf der Intensivstation elterliche Zuwendung, wie die Methode Marcovich eindrucksvoll bewiesen hat: Ausgiebiger Hautkontakt, Streicheln und Zureden schenken Geborgenheit und wirken in hohem Maße stabilisierend und kräftigend auf das Baby, sodass technische Maßnahmen und Medikamente vielfach reduziert werden können. Dieses Buch ermutigt Eltern und macht sie mit der Methode vertraut.

Immer mehr Kinder kommen hierzulande vorzeitig auf die Welt. Und wie in den meisten Industrieländern werden die Frühgeborenen in Glaskästen gelegt, an Maschinen angeschlossen und von Ärzten und Pflegepersonal zwar hervorragend, aber oftmals vor allem "technisch" betreut – mit zum Teil massiven psychischen und physischen Folgeschäden für das Kind. Eine Alternative zur Gerätemedizin bietet das sanfte Pflegekonzept der Wiener Kinderärztin Marina Marcovich, die entscheidenden Einfluss darauf hatte und hat, dass auf den meisten Neugeborenen-Stationen der Kliniken inzwischen andere Kriterien für die Betreuung gelten. Vielerorts ist dieser neue Weg als die „Methode Marcovich“ bekannt. Wann immer es möglich ist, wird demnach auf den Einsatz vieler Medikamente beim Kind und aufwändiger Technik wie die künstliche Beatmung verzichtet. Stattdessen werden Eltern ganz entscheidend in die Betreuung ihres Babys mit einbezogen: Der Hautkontakt zum Kind, Streicheln und Zureden können in hohem Maße stabilisierend auf seine Atmung wirken, ihm Entspannung und Selbstvertrauen geben, sodass in vielen Fällen technische Maßnahmen reduziert werden können oder überhaupt nicht mehr notwendig sind.

Dieses kritische und gleichzeitig ermutigende Buch macht Eltern mit der Methode vertraut und zeigt ihnen, wie ihr Baby bei seinem frühen Start ins Leben die bestmögliche Unterstützung bekommt.

Beim vorliegenden Buch handelt es sich um die überarbeitete, aktualisierte Fassung der 1999 erschienen Erstausgabe im Fischer-Taschenbuch (4 Auflagen); seit ca. Frühjahr 2007 vergr. Mehr über die Autorinnen:

Dr. med. Marina Marcovich, geb. 1952 ist Fachärztin für Kinderheilkunde und Intensivmedizin bei Frühgeborenen. Sie arbeitete in Wien über 20 Jahre als Neonatologin, zuletzt bis 1994 als Oberärztin am Mautner Markhofschen Kinderspital. Ihr „Verrat“ an der Apparatedizin hat ihr den Zorn der Kollegen, eine Kündigung, aber auch sehr viel Popularität eingebracht: Eltern

UNVERKÄUFLICHE LESEPROBE

gingen für sie auf die Straße, als Bürokratie und der eigene Berufsstand ihr Steine in den Weg legten, Fernsehen und Printmedien hatten ihre Schlagzeilen.

Trotz der erlittenen, massiven Schmach setzte sie ihren konsequenten Einsatz für die humane Behandlung von Frühgeborenen fort – mit einer bewundernswerten menschlichen Grundhaltung, Bescheidenheit und hoher Kompetenz. Dieser Einsatz hat Früchte getragen: Unter ihrer Behandlung ist die Frühgeborenensterblichkeit deutlich zurückgegangen. Der humane Umgang in der Betreuung von Frühchen und der enge Kontakt zwischen Klinik und Eltern ist inzwischen fast überall Standard. Marina Marcovich wird von Eltern und Hebammen, aber heute nun auch von Kollegen und Pflegepersonal größte Achtung entgegengebracht - in Anerkennung ihrer Pionierleistung, die anfänglich so viele Widerstände hervorrief.

Dr. med. Marina Marcovich führt eine eigene Kinderarztpraxis in Wien; häufige Vortragsreisen im In- und Ausland.

Theresia Maria de Jong, geb. 1959, bekannte Journalistin und Sachbuchautorin, ist Expertin für die Themenbereiche Schwangerschaft, Geburt und Erziehung; intensive Vortragstätigkeit im In- und Ausland; Publikationen bei Fischer, Goldmann, Patmos, Beltz, Trias; und bei Kösel (gem. mit Gabriele Kemmler): Kaiserschnitt (2003)

 [Der Titel im Katalog](#)