



Kann noch nicht auf eigenen Beinen stehen: Mit einer Manschette zur Sauerstoffmessung am Fuß wird bei einem Frühchen in einem deutschen Krankenhaus auch der Sauerstoffgehalt im Blut gemessen.

Foto Bertram Solcher/Laif

W

enn eine Frau zu Beginn ihrer Schwangerschaft die freie Wahl hätte, in welchem Land sie diese Monate in froher Erwartung verbringen möchte und wo sie dann schließlich ihr Kind auf die Welt bringen wollte, würde sie wohl eher nicht Malawi wählen. Das kleine Binnenland im Südosten des afrikanischen Kontinents verzeichnet die weltweit höchste Rate an Frühgeburten. Fast ein Fünftel aller Kinder kommt vor der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt, der international gültigen Grenze für eine Frühgeburt, viele noch weit früher. All diese Frühchen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Infektionskrankheiten zu bekommen und sich körperlich und geistig langsamer zu entwickeln.

Malawi wird von Tansania, Moçambique und Sambia umrahmt. Die Bevölkerungszahl liegt bei rund 18 Millionen, Tendenz stark steigend. Jede Frau hat im Durchschnitt 4,6 Kinder; diese Zahl sinkt seit ein paar Jahren. Gut 80 Prozent der Menschen leben in ländlichen Gebieten. Produziert werden vor allem Tabak, Zucker, Tee und Kaffee – allesamt Güter, deren Wertschöpfung hauptsächlich auf anderen Kontinenten realisiert wird. Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf liegt zwischen 300 und 350 amerikanischen Dollar; in Deutschland zum Vergleich bei etwa 50 000 Dollar. Auf 100 000 Einwohner kommen zwei Ärzte, in Deutschland sind es 400. 2016 nahm Malawi den 170. von insgesamt 185 Plätzen im sogenannten „Human Development Index“ der Vereinten Nationen ein, ein Wohlstandsindikator, der auch gesundheitliche Aspekte wie die Lebenserwartung berücksichtigt. Kurzum: Malawi als Geburtsland ist eine Herausforderung, auch für wohlgenährte und gesunde Säuglinge.

Und trotzdem gibt es einen Hoffnungsschimmer. Das kleine Malawi senkt seine Neugeborenensterblichkeit seit vielen Jahren langsam, aber kontinuierlich, zuletzt um knapp zehn Prozent. 2017 starben von 1000 Neugeborenen 22,7, also immer noch viel zu viele, aber – und das ist der Hoffnungsschimmer – zehn Jahre zuvor waren es noch 29,8 gewesen, also sehr viel mehr.

Einer der Hauptgründe für den Rückgang in Malawi ist die landesweite Einführung von „Kangaroo Mother Care“ (KMC), einer so simplen Methode, dass man gar nicht glauben mag, wie effektiv sie ist. Wie am Namen unschwer zu erkennen, orientiert sie sich daran, wie Kängurus ihren Nachwuchs aufziehen. Känguru-Junge kommen schon nach 30 bis 40 Tagen quasi als gewollte Frühgeburten auf die Welt und müssen sich im Beutel der Mutter erst noch fertig entwickeln. Sie sind bei der Geburt blind und unbehaart, hangeln sich durch das Fell der Mutter in den Bauchbeutel und saugen sich dort an der Zitze fest. Könnte, was bei Kängurus funktioniert, auch Menschenkindern helfen?

Beim Konzept des KMCs werden frühgeborene Kinder, am besten sehr rasch nach der Geburt, der Mutter auf die Brust gelegt, mit einem Tuch fixiert und verbleiben dort so viele Stunden wie möglich. Auf diese Art und Weise bekommt der Säugling ausreichend Wärme. Zudem liegt er dicht bei der Nahrungsquelle und kann ständig Milch bekommen, wenn auch zu Beginn nur schlückchenweise. Denn bei Frühgeburten benötigt der Körper der Mutter häufig ein paar Tage, bis die Milchproduktion verlässlich in Gang kommt. Der Hautkontakt verbessert zudem die Infektionsabwehr des Neugeborenen.

Die Känguru-Methode ist relativ jung. 1979 entwickelten sie zwei Kinderärzte in Bogotá, Kolumbien, aus der Not heraus. Brutkästen waren nicht in der benötigten Zahl vorhanden, Frühchen starben, weil sie nicht die notwendige Körpertemperatur erreichten. Schnell zeigte sich, dass die Überlebenschancen der Frühgeborenen mit KMC deutlich stiegen.

In den 1980er Jahren wurde Unicef als erste große Hilfsorganisation auf die Methode aufmerksam. Seitdem hat sie diese in vielen Ländern eingeführt, in Malawi gemeinsam mit der britischen Kinderrechtsorganisation Save the Children und dem Gesundheitsministerium des Landes.

Woran die überdurchschnittliche hohe Frühgeburtenrate von 18 Prozent in Malawi liegt, kann Unicef-Gesundheitsexperte

Haut an Haut

Kommt ein Kind zu früh auf die Welt, braucht es die perfekte Versorgung, um trotzdem gut ins Leben zu starten. Hier kann Deutschland mit seiner Hightech-Medizin etwas von einem Entwicklungsland wie Malawi lernen. Dort rettet eine Methode kleines Leben, die man von Kängurus abgeschaut hat.

Von Eva Schläfer



Eine Mutter aus Malawi beim KMC mit ihrem Baby.

Foto Unicef

Atnafu Getachew Asfaw nicht erklären. Er verweist jedoch darauf, dass bestimmte Faktoren, die Frühgeburten begünstigen, in Malawi häufig auftreten, und nennt als Beispiele Infektionen wie Malaria, Syphilis und HIV sowie Ernährungsdefizite. Hinzu kämen Schwangerschaften bei sehr jungen Frauen, die häufiger in einer Frühgeburt endeten als bei älteren. Drei von zehn jungen Frauen (bis 24 Jahre) in Malawi haben bereits mit 18 Jahren ein Kind zur Welt gebracht.

Die erste KMC-Einheit in Malawi wurde 1999 in einem Krankenhaus eingerichtet. Heute existieren solche Abteilungen in allen Kliniken des Landes. Besonders gute Arbeit leistet dabei das Balaka District Hospital, das in der 20 000-Einwohner-Stadt Balaka im Süden des Staates liegt. Dort konnte die Sterblichkeit unter Frühgeborenen innerhalb von ein paar Jahren praktisch eliminiert werden. Neben den Krankenhäusern sind aber auch einfachere und weniger gut ausgestattete Gesundheitszentren für die Versorgung der Bevölkerung zuständig. Rechnet man diese mit hinein, wird KMC bislang in nur rund 60 Prozent aller Geburtseinrichtungen angeboten. Das Ziel lautet, diesen Wert auf 100 Prozent anzuheben.

Atnafu Getachew Asfaw berichtet, wie die Känguru-Methode in Malawi angewendet wird. Wenn Mutter und Neugeborenes fit genug dafür seien, würden die Frühchen ihren Müttern kurz nach der Geburt auf die Brust gelegt. Manchen Müttern sei das zu Beginn ein wenig unangenehm, aber mit ein paar Erklärungen und Hilfestellungen nähmen sie die Methode sehr schnell an. Auch Großmütter und immer mehr Väter würden ihrem Enkelkind und Kind den wertvollen Hautkontakt gewähren, der laut Asfaw nicht nur für die physische, sondern auch für die psychische Gesundheit von Bedeutung sei: „KMC steigert die Intimität und stärkt die Bindung zwischen dem Baby und den Eltern.“

Wenn ein Säugling stark genug ist, um entlassen zu werden, misst sich unter anderem an seinem Gewicht. Dieses Zielgewicht von etwa 2500 Gramm erlangten die Babys mit der Känguru-Methode für gewöhnlich schneller als unter konventioneller Betreuung – und das für unter fünf Dollar Kosten pro Tag. KMC ersetzt nicht bei allen Frühgeborenen den Inkubator, betont der Gesundheitsexperte Asfaw, aber einer großen Anzahl von Säuglingen werde das Überleben rein durch KMC gesichert.

Dieser Fakt ist bemerkenswert und erklärt die weltweite Verbreitung sowie die Investitionen, die in KMC getätigt werden. So fördert die Bill & Melinda Gates-Stiftung momentan mehrere Studien der WHO unter anderem in Malawi, deren Ergebnisse den Einsatz der Methode weiter verbessern sollen.

Noch bemerkenswerter aber sind die Ergebnisse einer Langzeitstudie zur Känguru-Methode, die 2016 veröffentlicht wurde. Mit Unterstützung kanadischer Forscher wurden in Bogotá Frühgeborene, die KMC erhalten hatten, mit Frühgeborenen, die in ihren ersten Lebensmonaten auf herkömmliche Weise vor allem im Brutkasten betreut worden wa-

ren, verglichen. Die Wissenschaftler befragten und untersuchten 264 mittlerweile junge Erwachsene, die zwischen 1993 und 1996 mit weniger als 1800 Gramm auf die Welt gekommen waren. In den Auswertungen zeigten sich klare Vorteile für die Känguru-Frühchen: Ihr Gehirn war, speziell in den für das Lernen wichtigen Bereichen, stärker gewachsen als bei jenen, die ihre ersten Lebenswochen zu meist im Brutkasten verbrachten. Vor allem unter den besonders frühen Frühchen insgesamt positiv ausgewirkt: Ihr Zusammenhalt sei besser und die Grundstimmung liebevoller gewesen.

Diese positiven Effekte auf die Gefühlswelt aller Beteiligten kann Thomas Kühn nur bestätigen. Kühn ist Kinderarzt und Neonatologe am Vivantes-Perinatalzentrum in Berlin-Neukölln. Seit 14 Jahren betreibt er zudem gemeinsam mit seiner Frau eine Fortbildungsagentur, die Workshops und Trainings für alle anbietet, die mit Neonatologie und Geburtshilfe zu tun haben. Diese Arbeit ist ihm so wichtig, dass er an der Klinik mittlerweile nur noch in Teilzeit arbeitet. Thomas Kühn ist ein unbedingter Verfechter von KMC, auch in Deutschland. Er allerdings nennt die Methode lieber *skin-to-skin contact*, da diese Begrifflichkeit besser fassbar sei, wie die Methode heute angewandt werde: nicht nur durch Mütter, sondern auch durch Väter, Geschwister und andere Familienmitglieder.

„Heute“, so berichtet der Kinderarzt, „ist das Überleben von Frühchen in den hochindustrialisierten Ländern glücklicherweise nicht mehr so sehr das Thema. Dafür rückt die Qualität des Überlebens stärker in den Fokus. Und da merken wir, dass wir alleine mit Hightech-Medizin und modernsten Geräten an Grenzen stoßen.“ Denn neben Lunge und Darm ist auch das Gehirn eines Frühchens unreif, da es sich vor allem im letzten Drittel der Schwangerschaft rasant entwickelt, zwischen sechstem und zehntem Monat. Im Bauch der Mutter, erklärt Kühn, sei das Kind geborgen, geschützt und schmerzfrei. Komme ein Kind nun zu früh zur Welt, treffe es auf eine Umwelt, die für eine solche ungestörte Entwicklung eigentlich nicht gemacht sei. Auch der Brutkasten sei kein adäquater Ersatz zum Mutterbauch. „Deshalb versuchen wir, neonatologische Intensivstationen, auf denen die Kinder Wochen oder sogar Monate verbringen, zu verändern. Das gefällt nicht jedem. Aber es gibt auch jene, die sagen, wir müssen für Schmerzfreiheit sorgen, für Tag-Nacht-Rhythmus, für ungestörte Schlafphasen, für engen Hautkontakt zu den Eltern.“

Kühn verweist zudem auf einen Aspekt von *skin-to-skin contact*, den auch Atnafu Getachew Asfaw aus Malawi anführt. Bei einer Frühgeburt sei eben nicht nur das Kind unreif, sondern auch seine Eltern. Kühn sagt: „Die Frau ist mit 26 Wochen noch gar nicht bereit für die Mutterrolle, für Milchbildung, für Kontaktaufnahme und Bindung zu ihrem Kind. Das alles entwickelt sich physiologisch Schritt für Schritt bis zum Ende der Schwangerschaft.“ Der Mediziner berichtet, dass viele Eltern nach frühen Geburten traumatisiert seien: „Das kann man mit anderen gravierenden Lebensereignissen gleichsetzen: einem Unfall eines nahen Angehörigen, einer Krebserkrankung oder Ähnlichem.“ Je früher man die Eltern in die Versorgung ihres Kindes miteinbeziehe, desto stabiler sei ihre Psyche. Der Haut-zu-Haut-Kontakt spiele dabei eine große Rolle. „Wenn ich ein Frühchen nach ein paar Wochen gesund an der Klinik entlasse, mit Eltern an seiner Seite, die nicht bindungsfähig sind, ist der medizinische Behandlungserfolg gefährdet“, sagt Kühn.

In Deutschland hätte *skin-to-skin contact* somit vor allem das Zeug, auf der Bindungsebene zu wirken. Bei einigen Ärzten und auch Pflegenden scheint es dagegen aber noch allzu oft Vorbehalte zu geben. Kühn sähe diese gerne beseitigt: „Aus meiner Sicht ist die Känguru-Methode heute auf einigen Stationen das kleine, nette Bonbon gegen die ‚böse‘ Intensivmedizin. Wir haben den Konflikt vor Augen, was wir den Kindern und den Eltern mitunter antun müssen, und bieten ihnen daher ein kleines Schmankerl. Davon müssen wir wegkommen.“

Kühn fordert, *skin-to-skin contact* als eigenständige Therapieform zu begreifen: „So wie ein Kind manchmal beatmet werden muss, so wie es vielleicht künstliche Ernährung oder Antibiotika braucht, brauchen wir auch regelhaft *skin-to-skin* ohne Einschränkungen.“ Dazu allerdings müssten organisatorische und räumliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Ärzte und Pflegepersonal müssten akzeptieren, dass diese Therapieform nicht nur für zwei Stunden stattfindet, sondern solange Eltern und Kind dies wollen und tolerieren, zu jeder Tages- und Nachtzeit. Voraussetzung seien Privatsphäre und Ruhe, die man nur in entsprechend ausgestatteten Stationen finden könne. Diese seien jedoch in vielen deutschen Kliniken absolute Mangelware, Schweden hingegen sei da ein großes Vorbild: „Dort verbringen Frühchen bis zu 16 Stunden am Tag außerhalb des Brutkastens. Das kann keine Frau allein schaffen. Das geht nur in einem auf die ganze Familie ausgerichteten Betreuungskonzept, in dem sich beide Eltern abwechseln können“, sagt Kühn, der auch berichten kann, dass Väter in Schweden nach einer Frühgeburt automatisch vier Wochen beurlaubt werden – bei vollem Lohnausgleich.

Wenn eine Frau also zu Beginn ihrer Schwangerschaft die freie Wahl hätte, in welchem Land sie ihr Kind zur Welt bringen wollte, sollte sie wohl Schweden wählen. Aber diese Wahl haben die meisten Frauen nicht. Erst recht nicht die in Malawi.