

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle 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
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	75 (1977)
Heft:	5
Artikel:	Die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung durch frühzeitigen intensiven Mutter-Kind-Kontakt nach der Geburt
Autor:	Honegger, J. H. / Feuz, Elisabeth
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950725

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.01.2026

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

Aus der Abteilung für Perinatologie (Prof. Dr. G. von Muralt) der Universitätsfrauenklinik Bern (Direktor: Prof. M. Berger)

Die Förderung der Mutter-Kind-Bindung durch frühzeitigen intensiven Mutter-Kind-Kontakt nach der Geburt

von J. H. Honegger und Elisabeth Feuz

Während der letzten 40 Jahre haben Forscher verschiedener Disziplinen zeigen können, durch welche Vorgänge sich ein Kind an seine Mutter bindet (Bowby, 1958, Spitz, 1965). Andere (Robertson, 1958) machten auf die verheerenden Auswirkungen längerer Trennung von Mutter und Kind, zum Beispiel durch Hospitalisation, auf die kindliche Entwicklung aufmerksam. Wir möchten hier einige neuere Erkenntnisse über das Zustandekommen der Bindung in umgekehrter Richtung – von der Mutter zum Kind – näher beleuchten, und vor allem eine Übersicht über wesentliche auf diesem Gebiet bisher publizierte Arbeiten geben.

Einen vermehrten Anreiz, das Entstehen der Mutter-Kind-Beziehung genauer zu studieren, gab die Beobachtung, dass Kinder, die als Frühgeborene mit aufwendigen und heroischen Massnahmen am Leben erhalten und gesund nach Hause entlassen werden konnten, kurze Zeit danach wegen Misshandlungen durch die Eltern wieder auf die Notfallstation gebracht werden mussten. Sorgfältige Studien zeigten denn auch eine erhöhte Häufigkeit von Kindsmisshandlungen (*battered children*) und Wachstumsrückstand ohne organische Ursache bei Kindern, die als Früh- oder Mangelgeburten von den Eltern getrennt längere Zeit auf Intensivpflegestationen hospitalisiert waren. Wachstumsrückstand ohne organische Ursache ist ein Syndrom, mit welchem Säuglinge zu Hause zu langsam wachsen und an Gewicht zunehmen, und meist ist auch die psychomotorische Entwicklung zunehmend retardiert. Organische Ursachen können dabei nicht gefunden werden, und diese Patienten zeigen ein rasches Aufholwachstum in allen Aspekten, sobald sie wieder in ein Spital aufgenommen werden. Dieser Wachstumsrückstand muss daher mit grosser Wahrscheinlichkeit jeweils auf eine Vernachlässigung des Kindes durch seine Eltern zurückgeführt werden. Tabelle 1 fasst die bisher erschienenen Arbeiten über die Inzidenz von Kindsmisshandlungen und Wachstumsrückstand ohne organische Ursache bei ehemaligen Mangel- oder Frühgeborenen mit länger dauernder Trennung von Kind und Eltern in der

Neugeborenenperiode zusammen. Diesen Resultaten ist gegenüberzustellen, dass die Häufigkeit von Frühgeburten nur 5–12% (Mittel 7%) der Lebendgeborenen beträgt. Frühgeborene werden also viel häufiger als normale Termingeborene durch die Eltern vernachlässigt oder sogar misshandelt.

Die Auswirkungen der Trennung einer Tiermutter von ihrem Jungem unmittelbar nach der Geburt wurden bei verschiedenen Tierarten genauer studiert. Obwohl menschliche Verhaltensweisen viel komplexer sind, können uns solche Modelle trotzdem wertvolle Informationen liefern. Wenn zum Beispiel eine Ziegenmutter und ihr Junges unmittelbar nach der Geburt auch nur für 5 Minuten voneinander getrennt werden, so wird die Ziegenmutter ihr Junges nicht mehr annehmen, sondern es wie ein Fremdes mit den Hörnern wegstoßen (Klopfer, 1971). Wenn die beiden dagegen während den ersten 4 Tagen zusammenbleiben und erst am 5. postpartalen Tag für eine gleichlange Zeitspanne getrennt werden, dann wird die Tiermutter ihre beschützenden, sorgenden, mütterlichen Verhaltensweisen auch nach der Trennung beibehalten. Die Mutterbindung der Ziege an ihr Junges kommt also während den ersten 5 Minuten nach der Geburt zustande. Wird diese Zeitspanne erhöhter mütterlicher Empfindsamkeit

(*maternal sensitive period*) verpasst, so entwickelt die Ziegenmutter die fürsorgende, beschützende Mutter-Kind-Beziehung nicht. Bei wildlebenden Tieren hängt das Überleben des Jungen vom Zustandekommen dieser mütterlichen Bindung ab. Diese postpartalen 5 Minuten sind daher für das Junge von vitaler Bedeutung.

Man glaubt heute, dass es beim Menschen eine ähnliche, wenn auch zeitlich weniger genau abgegrenzte Phase erhöhter mütterlicher Empfindsamkeit nach der Geburt gibt, während welcher sich Mutter und Kind gegenseitig beeinflussen, so dass die Mutter ihre spezifisch mütterliche Beziehung zum Kind formen und entwickeln kann. Vermehrter Kontakt oder aber Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt verändern die spätere Mutter-Kind-Beziehung. Eine normale Mutter-Kind-Beziehung kann sich natürlich auch später entwickeln, doch gestaltet sich dieser Prozess, welcher während der Zeitspanne erhöhter mütterlicher Empfindsamkeit optimal abläuft, später schwieriger, und der dafür benötigte Zeitaufwand ist viel grösser. Wenn man wiederum eine Ziegenmutter und das sofort postpartal von ihr getrennte Junge von der 12. Lebensstunde an auf engstem Raum zusammensperrt, so dass die Ziege ihr Junges nicht wegstoßen kann, so kann auch dann noch

Tabelle 1

Häufigkeit von Frühgeborenen mit langer postpartaler Trennung von den Eltern unter den durch die Eltern vernachlässigen oder misshandelten Kindern (aus Klaus und Kennell: *Maternal-infant bonding*, Mosby Verlag 1976)

Autoren	Anzahl Fälle von Misshandlung oder Wachstumsrückstand	Davon waren Mangel- oder Frühgeborene	%-Anteil der Mangel- oder Frühgeborenen
<i>Kindsmisshandlung</i>			
Elmer und Gregg 1967	20	6	30
Skinner und Castle 1969	78	10	13
Klein und Stern 1971	51	12	23,5
Oliver, Cox, Taylor und Baldwin 1974	38	8	21
<i>Wachstumsrückstand wegen Vernachlässigung</i>			
Ambuel und Harris 1963	100	27	27
Shaheen, Alexander Truskowsky und Barbero 1968	44	16	36
Evans, Reinhart und Succop 1972	40	9	22,5

eine Bindung der Mutter an ihr Junges erreicht werden. Dieser Prozess, welcher unmittelbar nach der Geburt in wenigen Minuten ablief, dauerte aber im Durchschnitt 10 Tage, wenn diese kostbare postpartale Zeitspanne verpasst worden war (Hersher und Mitarbeiter, 1963). Auch die klinische Erfahrung zeigt uns, dass viele Mütter, welche nach der Geburt länger von ihren Kindern getrennt worden waren, sich auffallend ungeschickt und zögernd verhielten, sobald sie die Pflege des Kindes übernehmen mussten. Relativ kleine Ursachen, die postpartal eine Trennung von Mutter und Kind zur Folge haben, wie zum Beispiel die Notwendigkeit eines kurzen Beobachtungsaufenthaltes des Kindes in einer Isolette, können die Mutter-Kind-Beziehungen noch während längerer Zeit beeinflussen (Rose, 1960, Kennell und Rollnick, 1960). Das Verhalten der Mutter bleibt oft während des 1. Jahres und noch länger gestört, obschon die medizinischen Probleme bei der Entlassung des Kindes oft sogar schon nach Stunden völlig gelöst sind. Im Hinblick auf die tägliche Routine im Gebärsaal und im Wochenbett ist die Erkenntnis, dass kurzdauernde Vorkommnisse in der postpartalen Zeit langdauernnde Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehungen haben können, äusserst wichtig.

Ein bemerkenswerter Zwischenfall ereignete sich in einem israelischen Spital (L. Lothstein), wo zwei Neugeborene aus Versehen vertauscht wurden. Die beiden Mütter pflegten somit das falsche Kind und nahmen dieses mit nach Hause. Als nach zwei Wochen bei der Routinenachkontrolle dieser Irrtum entdeckt wurde, versuchte man den Fehler zu korrigieren. Jede Mutter fühlte sich aber inzwischen so mit dem Kind, welches sie während zwei Wochen bemuttert hatte, verbunden, so dass sie sich sträubte, dieses «fremde» Kind gegen das eigene einzutauschen. Die Väter dagegen bestanden auf der Korrektur dieses Irrtums wegen angeblich unterschiedlichen, für die entsprechenden Familien typischen Gesichtsmerkmalen. Mehrere bis heute publizierte Studien unterstützen die Hypothese einer für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung wichtigen postpartalen Phase erhöhter mütterlicher Empfindsamkeit. Die Mutter-Kind-Beziehung ist operationell schwierig zu definieren. In den meisten Studien werden daher Verhaltensweisen wie zum Beispiel Streicheln, Liebkoszen, Küssen oder verlängertes Anschauen als Indikatoren für das Vorhandensein einer solchen Bindung gemessen. In einer sorgfältig kontrollierten Studie untersuchten Klaus und Kennell zwei Gruppen von je 14 erstgebärenden Müttern von normalen termingeborenen Kindern. In der Experimentiergruppe bekamen die Mütter ihr Kind unmittelbar nach der Geburt während einer Stunde unter einem Wärmeschild nackt zu sich aufs Bett. Zudem verschaffte man ihnen während den ersten

drei Lebenstage zusätzlich je 5 Stunden Kontakt mit ihrem Kind. Die 14 Mütter der Kontrollgruppe mussten die damals übliche Routinepflege über sich ergehen lassen; man zeigte ihnen das Kind rasch nach der Geburt, zeigte es ein zweites Mal im Alter von 6–8 Stunden zur Identifikation und brachte es ihnen in der Folge alle vier Stunden für 20–30 Minuten zum Stillen oder Schöppeln. Es wurde genau darauf geachtet, dass sich die Zusammensetzung der Gruppen im Hinblick auf Alter, sozioökonomischem Status, Zivilstand, Kinderwunsch der Mutter sowie Geschlecht und Gewicht der Kinder nicht unterschieden. Der einzige Unterschied zwischen beiden Gruppen waren also die 16 Stunden mehr Kontakt, welche den Müttern der Experimentiergruppe mit ihren Neugeborenen zugestanden wurden. Bei einer ersten Nachkontrolle von Mutter und Kind nach einem Monat fand man signifikante Unterschiede im Verhalten der Mütter der beiden Gruppen. (Klaus und Mitarbeiter, 1972) So standen die Mütter, die 16 Stunden mehr Kontakt mit ihren Neugeborenen gehabt hatten, fast immer direkt neben dem Arzt und beobachteten seine Handlungen, während dieser das Kind untersuchte. Sie versuchten signifikant mehr das Kind während der Blutentnahme zu trösten, sie betrachteten und streichelten das Kind länger und schauten ihm länger in die Augen, während sie ihm eine Flaschenmahlzeit gaben. Sogar noch nach einem Jahr unterschieden sich beide Gruppen signifikant (Kennell und Mitarbeiter, 1974). Mehr Mütter aus der Kontaktgruppe halfen dem Arzt während der Routineuntersuchung des Kindes und trösteten dieses, sobald es weinte. Nur 16 Stunden mehr Kontakt von Mutter und Kind während der ersten drei postpartalen Tage vermochten das Mutter-Kind-Verhältnis noch ein Jahr nach der Geburt zu beeinflussen. Die Beziehung der Mutter zu ihrem Kind wird von sehr vielen wichtigen Faktoren mitbeeinflusst. Eine Rolle spielen sicher der kulturelle und der genetische Hintergrund der Mutter, das Mutterbild, das sie von ihrer eigenen Mutter übernommen hat, ihre Beziehung zum Vater des Kindes u. a. m., und trotzdem bewirkten nur 16 Stunden mehr Kontakt von Mutter und Kind in den

drei ersten Tagen nach der Geburt noch ein Jahr danach signifikante Unterschiede.

In einer anderen Langzeitstudie (Mata, Sosa und Urrutia, 1974) am IGSS-Hospital in Guatemala City gab man 19 erstgebärenden Müttern ihre Neugeborenen bereits während der Episiotomienahf und liess anschliessend Mutter und Kind nackt unter einem Wärmeschild während 45 Minuten ungestört alleine. Die 19 Mütter der Kontrollgruppe wurden kurz nach der Geburt von ihren Kindern getrennt. Von diesem initialen Kontakt der Experimentiergruppe abgesehen, unterschied sich die Behandlung und weitere Pflege der Mütter der beiden Gruppen nicht. Nach 24 Stunden wurden alle Neugeborenen erstmals an die Brust gesetzt, und bereits am 2. Tag postpartal wurden Mutter und Kind entsprechend der dort üblichen Routine nach Hause entlassen. Für sämtliche an diesem Spital geborenen Kinder wird während des 1. Lebensjahres auf Nachfrage hin Pulvermilch gratis abgegeben. Wiederum waren die Mütter so ausgewählt worden, dass sich die beiden Gruppen in bezug auf Zivilstand, sozioökonomischem Status, Einkommen und Wohnverhältnissen nicht unterschieden. Sechs Monate nach der Geburt betrug die durchschnittliche Gewichtszunahme der Kinder aus der Gruppe mit vermehrtem initialem Kontakt 761 g mehr als diejenigen bei der Kontrollgruppe (s. Tabelle 2). Mehr Mütter der Kontaktgruppe stillten immer noch, und ihre Kinder hatten signifikant weniger Infekte durchgemacht.

Winters (1973) liess sechs Mütter ihre Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt an die Brust setzen und verglich diese mit sechs Müttern, welche ihre Kinder erst 16 Stunden nach der Geburt erhielten. Alle beabsichtigten ursprünglich, ihre Kinder zu stillen, und keine hörte damit wegen medizinischen Problemen auf. Zwei Monate danach stillten noch alle Mütter, welche ihre Kinder gerade nach der Geburt angesetzt hatten, während von den andern nur noch eine nicht abgestillt hatte.

Sousa verglich zwei Gruppen von je 100 Müttern von normalen termingeborenen Kindern, die in einer 20-Bett-Abteilung in Pelotis in Brasilien ihre Kinder zur Welt

Tabelle 2

Resultate der Studie von Mata, Sosa und Urrutia im IGSS-Hospital in Guatemala City

	Frühkontaktgruppe		Kontrollgruppe	
Alter des Kindes (Monate)	6	12	6	12
Durchschnittliche Gewichtszunahme (g)	4498 *	5974 *	3739	5685
Anzahl noch gestillter Kinder pro anfänglich gestillte Kinder	9/17 *	5/17 *	3/18	0/18
Kumulative Anzahl durchgemachter Infekte	31	45	39	68

* p kleiner als 0,05

brachten. Bei der Experimentiergruppe wurden die Neugeborenen sofort nach der Geburt an die Brust gesetzt, und anschliessend blieb das Kind in seinem Bettchen während der ganzen Hospitalisations-

dauer immer neben dem Bett der Mutter. Die Mütter der Kontrollgruppe dagegen hatten den sonst üblichen Kontakt mit ihren Kindern, einen kurzen Blick nach der Geburt und anschliessend kurze Besuche

von 30 Minuten alle drei Stunden zum Stillen oder Schöppeln. In der Zwischenzeit blieben die Neugeborenen in einem räumlich abgetrennten Kinderzimmer. Zwei Monate nach der Geburt stillten noch 77 % der Mütter der rooming-in-Gruppe voll (sie hatten bis dahin nie etwas anderes als Wasser oder Tee nachgeschöppelt), bei der Kontrollgruppe dagegen stillten nur noch 27 %.

Bei der Versuchsanordnung von De Chateau wurden die nackten Neugeborenen unter einem Wärmeschild den Müttern der Experimentiergruppe unmittelbar nach der Episiotomienahf für 30 Minuten auf den nackten Oberkörper gelegt. Sonst unterschied sich die weitere Behandlung dieser Mütter nicht von denjenigen der Kontrollgruppe. Tabelle 3 gibt die Antworten der Mütter auf ein standardisiertes Interview drei Monate nach der Geburt wieder. Besonders interessant ist, dass, obwohl die Mütter der Kontaktgruppe ihren Kindern fast doppelt solange auch nachts Mahlzeiten gaben, die Mütter der Kontrollgruppe mehr über Probleme durch solche Nachtmahlzeiten klagten. Die Mütter der Experimentiergruppe stillten wesentlich länger (durchschnittlich 175 Tage) als diejenigen der Kontrollgruppe (durchschnittlich 108 Tage). Ebenfalls beanspruchten die Frauen der Kontrollgruppe während längerer Zeit nach der Entlassung aus dem Spital fremde Hilfe im Haushalt. Nach diesem Interview beobachtete De Chateau Mutter und Kinder während 10 Minuten beim Spielen. Jede Minute wurde jeweils während den ersten 5 Sekunden beobachtet, welche Verhaltensweisen (z. B. Lächeln, Weinen) festgestellt werden konnten. Bei Vorhandensein einer bestimmten Verhaltensweise wurde dafür ein Punkt gutgeschrieben. Der maximale Score pro Verhaltensweise während 10 Minuten beträgt daher 10. Die Resultate (Tabelle 4) zeigen, dass Kinder aus der Frühkontaktgruppe weniger weinten und öfters lächelten als Kinder aus der Kontrollgruppe. Mütter der Kontaktgruppe schauten ihrem Kind länger in die Augen und küssten es öfters, während Mütter der Kontrollgruppe ihr Kind mehr putzten. Es muss nochmals betont werden, dass der einzige Unterschied zwischen Experimentier- und Kontrollgruppe in den ersten 30 Minuten nach der Geburt gemacht wurde, auch die Mütter der Kontrollgruppe erhielten ihre Kinder (gewickelt) von 30 Minuten bis 2 Stunden nach der Geburt zu sich ans Bett. Aufgrund der Aussagen dieser vielen Studien sind wir davon überzeugt, dass es auch beim Menschen während den ersten Minuten und Stunden nach der Geburt eines Kindes eine Zeitspanne erhöhter mütterlicher Empfindsamkeit gibt, welche für das Zustandekommen einer festen Mutter-Kind-Bindung optimal ist. Deutliche Unterschiede für die Dauer bis zu einem Jahr oder mehr nach der Geburt konnten zwischen Müttern mit frühzeitigem und intensivem Mutter-Kind-Kontakt und sol-

Tabelle 3

Antworten der Mütter beim Interview drei Monate nach der Geburt. Aus P. de Chateau, Acta Paediatr. Scand. 66: 137–143, 1977

	Frühkontaktgruppe (21 Mütter)	Kontrollgruppe (19 Mütter)
Geplante Schwangerschaft	12	12
Ungeplante Schwangerschaft	9	7
Teilnahme an Elternvorbereitungskursen	17	12
Eindruck der Mutter vom Geburtsverlauf:		
schwer	4	1
normal	3	3
leicht	14	15
Erste Woche zu Hause:		
schwierig	18	15
leicht	2	3
Anpassung an das Kind:		
leicht	13	3
wie erwartet	7	14
schwierig	1	2
Probleme mit Nachtmahlzeiten		
ja	1	6
nein	17	10
Durchschnittliche Anzahl Tage während welchen noch eine Nachtmahlzeit gegeben wurde	42	24
Durchschnittliche Anzahl Tage nach Spitalentlassung während welchen die Mutter im Haushalt fremde Hilfe benötigte	7,6	19,5
Prozentsatz der nach drei Monaten noch stillenden Mütter	58	26

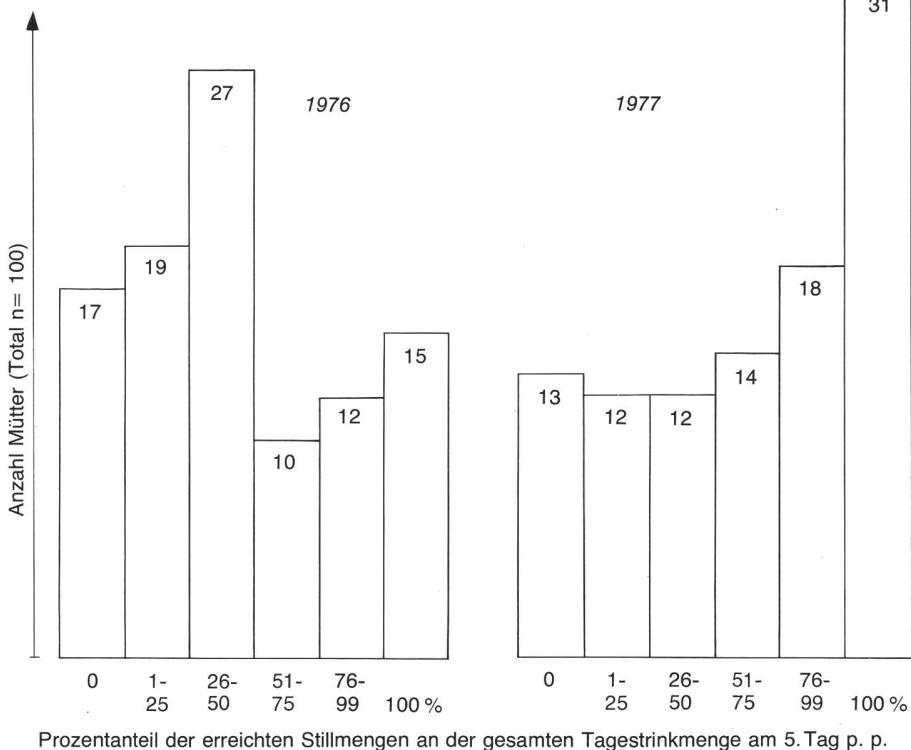
Tabelle 4

Beobachtungen des Verhaltens von Mutter und Kind während 10 Minuten beim Spielen. Durchschnittlich erreichter Score.

Aus P. de Chateau, Acta Paediatr. Scand. 66, 137–143, 1977

	Frühkontaktgruppe (21 Mütter)	Kontrollgruppe (19 Mütter)	p
<i>Verhalten des Kindes</i>			
Weinen	0,2	1,2	0,2
Lächeln	2,7	1,4	0,02
<i>Verhalten der Mutter</i>			
betrachtet das Kind «en face»	3,1	0,8	0,00
küsst das Kind	1,1	0,3	0,00
putzt das Kind	0,1	0,5	0,05

Tabelle 5



heute die Risiken einer Geburt auf ein noch nie dagewesenes Mass zu reduzieren. Dies bedingt oft den Einsatz komplizierter Überwachungsmethoden und anderer Eingriffe, die den natürlichen Ablauf des Geburtsereignisses stören. Immer mehr wird daher in der letzten Zeit vor allem von Laien wieder die Hausgeburt gepriesen. Auf die Sicherheit der modernen Spitalgeburt wollen wir aber keinesfalls verzichten. Doch können wir unsere tägliche Praxis ohne grossen Aufwand so abändern und ergänzen, dass die Bedingungen für eine optimale Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung wesentlich verbessert werden.

Adresse der Autoren:
 Schwester Elisabeth Feuz
 Dr. J. H. Honegger
 Kantonales Frauenspital
 3012 Bern

Empfohlene Literatur:
 1. M. H. Klaus und J. H. Kennell:
 «Maternal-infant bonding»
 Mosby Verlag, Saint Louis 1976
 2. Ciba Foundation Symposium 33 (new series)
 Parent-infant Interaction.
 Elsevier Excerpta Medica, Amsterdam 1975.

Jahresbericht des Schweizerischen Hebammenverbandes für 1976

Rückblick – Ausblick

Nach dem ereignisreichen Kongressjahr ist das vergangene ein eher stilles, besinnliches gewesen. Der Kongress verpflichtet – haben wir letztes Jahr gesagt. Überall wurde über die Tätigkeitsgebiete der Hebammme diskutiert. Aus Solothurn wurden wir an einem Sonntag im Juni über die Streichung der Wartgelder orientiert. Ein Prozent Hausgeburten heisst für uns umdenken. Es ist verständlich, dass die Gemeinden ihre Hebammen nicht mehr zahlen wollen. Die vielen kleinen Arbeiten, die die Hebammme im Dorf an spitalentlassenen Wöchnerinnen, Schwangeren oder deren Familien tut, wird leider oft nicht gesehen. Was soll's! Wir Hebammen müssen uns besinnen, wir müssen uns unserer primären Aufgaben erinnern. Die Verantwortung, die wir für glückliche Mütter und Familien tragen, darf uns immer wieder neu anspornen. Es wartet viel Arbeit auf uns, wir müssen sie nur sehen. Wir dürfen nie vergessen, dass wir selber unsere Berufspolitik machen, jedes Einzelne von uns. In unserer täglichen Arbeit zeigen wir, ob wir gebraucht werden oder ob es ohne uns auch geht. Von uns hängt es ab, ob der älteste und vornehmste Frauenberuf weiterhin gefragt ist.

chen, die während den ersten Stunden nach der Geburt von ihren Kindern getrennt waren, gefunden werden. Es ist unbestritten, dass die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung besonders in den ersten Lebensjahren die seelische und körperliche Entwicklung des Kindes entscheidend mitbeeinflusst. Unser Verhalten im Gebärsaal, unsere perinatale Routine kann sich daher indirekt auf die Entwicklung des Kindes je nachdem vor- oder nachteilig auswirken. Auch der verhältnismässig hohe Prozentsatz mütterlichen Fehlverhaltens, wie Kindsmisshandlungen und Gedeihstörungen durch Vernachlässigung, die auftreten, nachdem eine Mutter von ihrem kranken Neugeborenen getrennt war, zwingen uns zu einer gründlichen Überprüfung und Neubewertung unserer gegenwärtigen perinatalen Praxis. Nach der Geburt sollten Vater, Mutter und Kind unbedingt für 30–60 Minuten ungestört zusammenbleiben können, sei es im Gebärsaal oder in einem Überwachungszimmer. Wenn ein guter Wärmestrahler, mit welchem einer Hypothermie des Kindes vorgebeugt werden kann, zur Verfügung steht, sollte das Kind der Mutter nackt gegeben werden, da ein nacktes Kind die Eltern mehr zur Kontaktaufnahme stimuliert als ein knapp aus einem Paket von Tüchern herausschauendes Köpfchen. Diese postpartale Phase erhöht mütterlicher Empfindsamkeit kann von Mutter und Kind nur dann voll erlebt werden, wenn beide nicht durch übermässige Gaben von Sedativa und Anästhetika während der Geburt gedämpft worden sind. Ebenfalls müssten bei der Indikationsstellung zur sofortigen Verlegung eines Kindes nach der Geburt in eine Beobachtungsabteilung, die obenerwähnten Langzeitfolgen für das

Mutter-Kind-Verhältnis mitberücksichtigt werden. Verschiedene Arbeiten haben gezeigt, dass Kinder, die noch im Gebärsaal zum Saugen an die Brust gelegt worden sind, während längerer Zeit gestillt werden konnten. Mit dem Stillen sollte daher sobald nach der Geburt begonnen werden, wie es der Zustand von Mutter und Kind erlaubt. Seit ungefähr einem Jahr werden im Kantonalen Frauenspital in Bern die Neugeborenen bereits nach der Episiotomieaht erstmals zum Stillen an die Brust der Mutter gelegt. Zudem werden nun die Kinder bereits vom 1. Lebenstag an 5 x täglich (vorher nur 2 x täglich) der Mutter zum Stillen gebracht. Um die Wirksamkeit dieser Massnahmen zu erfassen, errechneten wir retrospektiv den prozentualen Anteil der erreichten Stillmengen am täglichen Flüssigkeitsbedarf des Kindes bei je einer Gruppe von 100 Müttern von problemlosen Termingeschorenen mit unauffälligem Geburts- und Wochenbettverlauf vor (1976) und nach (1977) Einführung dieser Neuerungen (s. Tabelle 5). Während vorher am 5. Tag postpartal nur 37 % der Mütter mehr als 50 % der täglichen Trinkmenge stillen konnten, erhöhte sich dieser Anteil nach dem Frühansetzen und der Erhöhung der Anzahl der täglichen Stillmahlzeiten auf 63 %. Dieser Prozentsatz könnte noch erhöht werden, wenn man die Kinder in den ersten Tagen nach Bedarf ansetzen und demzufolge auf ein Nachschöppeln verzichten würde. Dies wiederum setzt in der Praxis ein rooming-in-System voraus, das wir aus räumlichen Gründen leider bisher nicht durchführen konnten.

Die modernen Methoden der Geburtshilfe und der Perinatologie, die Einrichtungen und Möglichkeiten eines Spitals helfen uns