

9 Stillen von Kindern mit angeborenem Herzfehler

Regine Gresens

9.1

Angeborene Herzfehler

Ein angeborener Herzfehler ist eine Fehlbildung des Herzens oder der großen Gefäße. In Deutschland werden pro Jahr durchschnittlich 6000 Kinder mit einem angeborenem Herzfehler geboren. Das entspricht 1,1% aller Lebendgeborenen, betroffen ist also etwa jedes 100. Neugeborene.

! Herzfehler sind damit die häufigste angeborene Fehlbildung des Menschen [1].

Die **Ursachen** der angeborenen Herzfehler sind meistens multifaktoriell. Es können sowohl Giftstoffe, Alkohol, Arzneimittel, Strahlung, virale Infektionen wie Röteln, Herpes simplex, Coxsackie B-Virus oder Zytomegalie, in der Frühschwangerschaft als Gen- und Chromosomenanomalien wie Trisomie 21 oder das Ulrich-Turner-Syndrom sein. Für die meisten Herzfehler bleibt die Ursache jedoch ungeklärt. Bei etwa 20% der Kinder finden sich weitere Auffälligkeiten und Fehlbildungen, z.B. Anomalien im Bereich des Urogenital-, des Skelett- oder des Zentralnervensystems, die für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes von Bedeutung sein können.

Ein **erhöhtes Risiko** für einen angeborenen Herzfehler haben Kinder von Müttern mit familiärer Vorbelastung, Epilepsie, Stoffwechselkrankheiten, wie Diabetes oder Phenylketonurie (PKU), sowie In-vitro-Befruchtung. Frühgeborene, Babys mit geringem Geburtsgewicht und Mehrlinge sind häufiger betroffen. Jungen und Mädchen sind etwa gleich oft betroffen, schwerere Herzfehler jedoch kommen öfter bei Jungen vor.

► **Tab. 9.1** Relative Häufigkeit angeborener Herz- und Gefäßanomalien (nach Bernuth et al., 2007).

Herz- und Gefäßanomalie	Relative Häufigkeit [%]
Ventrikelseptumdefekt (VSD)	30–43
Pulmonalstenose (PS)	5–13
Vorhofseptumdefekt (ASD)	5–11
Persistierender Ductus arteriosus Botalli (PDA)	5–10
Aortenstenose (AS)	4–8
Aortenisthmusstenose (ISTA)	4–7
Atrioventrikulärer Septumdefekt (AVSD)	4–5
Komplette Transposition (TGA) ¹	3–7
Fallot-Tetralogie (TOF) ¹	3–5
Hypoplastisches Linksherz (HLHS) ¹	1–4
Hypoplastisches Rechtsherz (HRHS)	1–3
Totale Lungenvenenfehleimündung (TAPVC)	1–3
Univentrikuläres Herz (SV)	1–2
Andere Herzfehler	5–10

¹ Herzfehler mit Zyanose

9.1.1 Symptome und Diagnostik

Mögliche **Symptome** von angeborenen Herzfehlern sind:

- vermehrtes Schwitzen beim Trinken;
- blaugraues Munddreieck beim Trinken;
- schnelle Erschöpfung und Ermüdung;
- Lethargie, Müdigkeit;
- Appetitlosigkeit, Saug-/Trinkschwäche;
- unkoordiniertes Atem-Saug-Schluck-Muster;
- beschleunigte Atmung, Atemnot, Atembeschwerden, häufige Atemwegsinfekte;

- Blässe, anfallsweise oder ständige Zyanose von Lippen, Fingernägeln und Haut;
- Herzgeräusche, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Herzvergrößerung;
- schlechte Gewichtsentwicklung.

Angeborene Herzfehler treten in sehr verschiedenen **Schweregraden** und mit einem breiten Spektrum an möglichen Symptomen auf. Manchmal führt ein relativ leichtgradiger Herzfehler schon kurz nach der Geburt zu Symptomen, so dass die Diagnose früh gestellt und das Kind behandelt werden kann. In anderen Fällen können Kompensationsmechanismen im Herz-Kreislauf-System bewirken, dass schwere Herzfehler lange Zeit nur latent vorliegen und erst mit dem Auftreten von Sekundärsymptomen erkannt werden.

Manche Herzfehler sind relativ harmlos und können sich mit der Zeit spontan zurückbilden. Etwa 40% sind allerdings so gravierend, dass sie bereits im Säuglingsalter behandelt werden müssen, da die **Lebenserwartung der Kinder** mit diesen sogenannten kritischen Herzfehlern ohne Operation weniger als 6 Monate beträgt. Bis zur korrigierenden Operation haben diese Kinder ein hohes Risiko, eine Herzinsuffizienz zu erleiden.

Die **Diagnosestellung** erfolgt per Ultraschalluntersuchung, Auskultation, EKG, Doppler-Sonografie sowie Puls- und Blutdruckmessung. Der Zeitpunkt der Diagnose liegt bei ca. 50% der Kinder innerhalb des ersten Lebensmonats und bei ca. 80% innerhalb des ersten Vierteljahres nach der Geburt.

Durch die Routine-Ultraschalldiagnostik werden heute 20–30% der angeborenen Herzfehler bereits in der Schwangerschaft festgestellt, in spezialisierten Zentren können sogar 60–95% erkannt werden. Das frühzeitige Erkennen ermöglicht eine kinder-kardiologische und herzchirurgische Beratung der Eltern vor der Geburt sowie eine optimale Geburts- und Therapieplanung für das Kind.

! Eine erfolgreiche Behandlung ist heute bei über 90% der Kinder möglich.

Die Diagnose eines angeborenen Herzfehlers ist eine große **seelische Belastung für die Eltern**. Ihre Reaktion verläuft in 5 Stadien:

1. Schock
2. Verleugnung
3. Traurigkeit, Ärger und Sorge

4. Anpassung
5. Reorganisation

Der **Verlust des** in der Schwangerschaft phantasierten „perfekten“ Kindes wird von der Mutter nicht selten als narzisstische Kränkung erlebt, die zu Gefühlen der Macht- und Wertlosigkeit führt. Bei einem schweren Herzfehler wird der Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung oft durch den Krankenhausaufenthalt und eine Trennung von Mutter und Kind weiter erschwert. Die realen Belastungen des Alltags können, verbunden mit der Sorge um das Leben des Kindes, zu einer postpartalen Depression der Mutter beitragen, die weitere negative Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes haben kann.

9.2

Welche Konsequenzen hat ein angeborener Herzfehler für das Stillen?

9.2.1 Bedeutung des Stillens

Muttermilch ist für alle Babys die ideale Nahrung. Durch die bioaktiven Faktoren in der Muttermilch, z.B. Antikörper, Immunglobuline, Makrophagen, Enzyme und Hormone, haben gestillte Kinder weniger Infektionen wie Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündung oder Magen-Darm-Infektionen, sowie weniger Kinderkrankheiten, ein geringeres Allergierisiko, seltener Kieferfehlstellungen, Nursing-Bottle-Syndrom (Fläschchenkaries) und nicht zuletzt ein verringertes Risiko für den plötzlichen Säuglingstod (SIDS).

! Kinder mit angeborenen Herzfehlern profitieren von diesem Schutz durch Muttermilch sogar noch stärker als gesunde Kinder, da sie besonders anfällig für Atemwegsinfekte sind.

Auch die bei bakteriellen Infektionen, Wunden oder zahnärztlichen Behandlungen erforderliche antibiotische Endokarditisprophylaxe muss bei gestillten Kindern seltener durchgeführt werden. Muttermilch fördert darüber hinaus die kognitive Entwicklung, was wegen der bei angeborenen Herzfehlern häufigen chronischen Hypoxie von großem Wert ist.

Die optimale Zusammensetzung der Muttermilch führt zudem zu einer besseren Verdaulichkeit und belastet auf Grund ihres niedrigeren Natriumgehalts auch die Nieren des Babys weniger als Muttermilchersatznahrung. Versehentliches Aspirieren von Muttermilch führt seltener zu einer Aspirationspneumonie als bei anderen Flüssigkeiten. Die in der Muttermilch enthaltenen Enzyme und Hormone können außerdem die Auswirkungen von Stress auf das Kind reduzieren. So unterstützt etwa der epidermale Wachstumsfaktor in der Muttermilch das Zellwachstum und fördert damit nicht nur die Darmwandreifung und die Wundheilung, sondern schützt das Herz auch vor den schädlichen Wirkungen von Adrenalin, wie in Tierversuchen nachgewiesen wurde [3].

Erfolgreiches Stillen unterstützt die **Mutter-Kind-Bindung**. Durch die Wirkung der Stillhormone Oxytocin und Prolaktin sowie der Endorphine empfinden stillende Mütter allgemein weniger Stress und leiden seltener an Depressionen als Mütter, die nicht stillen [27]. Auch wirkt das Stillen und der damit einhergehende Körperkontakt beruhigend auf das Baby, lindert Schmerzen und reduziert Stress.

Stillen oder die Muttermilchernährung des Kindes wird von den Eltern oft als **sehr positive Erfahrung** genannt [4]. Das Stillen kann besonders während eines Krankenhausaufenthalts als Trost spendend für Mutter und Kind empfunden werden.

! **Selbst wenn ein Baby nicht an der Brust trinken kann, wird das Abpumpen und Füttern von Muttermilch von der Mutter als wichtig und hilfreich erlebt, etwas, das nur sie selbst für das Kind tun kann.**

Eine betroffene Mutter berichtet:

„Im Krankenhaus war das Stillen nach der Operation ganz wichtig für mich. Für Sebastian war es Geborgenheit und Liebe in einer Zeit mit viel Stress und Schmerzen. Es war das Einzige, was nur ich machen konnte, um ihm zu helfen. Ohne diese Nähe hätte ich diese Zeit nicht so gut überstanden, es war unser Frieden mitten im Wahnsinn.“

9.2.2 Vorbehalte gegen das Stillen bei angeborenen Herzfehlern

Beim Stillen von Babys mit angeborenen Herzfehlern (AHF) kann es zu Problemen kommen, die aber bei guter Unterstützung **kein unüberwindbares Hindernis** darstellen. Bedauerlicherweise ist trotzdem noch immer die Ansicht weit verbreitet, dass Babys mit AHF nicht gestillt werden können oder sollten. Die Eltern werden daher oft auch von medizinischen Fachleuten nicht ausreichend über die Vorteile und Möglichkeiten der Muttermilchernährung bei ihrem Kind aufgeklärt, sondern, trotz hoher mütterlicher Motivation zu stillen, eher entmutigt, das Stillen überhaupt zu beginnen oder nach einer Diagnose in den ersten Wochen oder bei einer bevorstehenden Operation weiterzustillen [5]. Sie erhalten zudem nicht genügend kompetente Unterstützung beim Stillen und/oder Abpumpen und tendieren schneller dazu, bei Schwierigkeiten mit der Ernährung vorzeitig abzustillen [6].

! **Die Ansicht, mit der Flasche zu füttern sei für Babys mit angeborenen Herzfehlern besser, basiert auf verschiedenen Fehlannahmen.**

1. Fehlannahme: Saugen an der Brust ist anstrengender als aus der Flasche zu trinken

Für diese Annahme gibt es **keine wissenschaftlichen Belege**. Studien mit reifen, gesunden Babys, aber auch mit Frühgeborenen und Babys mit Herzfehlern, belegen sogar das Gegenteil. Reife, gesunde Neugeborene hatten beim Trinken aus der Flasche eine verkürzte Einatmungsphase, eine verlängerte Ausatmungsphase und eine reduzierte Atemfrequenz, die bei 50% der Kinder zu einem Sauerstoffmangel, d.h. einer Sauerstoffsättigung unter 90%, führte. Beim Stillen wurde ebenfalls eine verkürzte Einatmungsphase bei einer höheren Saugfrequenz festgestellt, jedoch waren die Veränderungen der Ausatmungsphase und der Atemfrequenz geringer und es kam nur bei 20% der Kinder zu einem Sauerstoffmangel [7].

In einer anderen Studie wurde gezeigt, dass die durchschnittliche Herzfrequenz auch zwischen den Mahlzeiten bei gestillten Kindern um 5–10 bpm (beats per minute) niedriger war, als bei mit Formula ernährten Kindern [8].

Eine weitere Studie, die die Sauerstoffsättigung im Blut von Babys mit AHF beim Trinken aus der Flasche und an der Brust verglich, stellte zudem fest, dass die Sauerstoffsättigung beim Trinken an der Brust höher war und weniger schwankte, was ebenfalls zeigt, dass Stillen weniger kardiorespiratorischen Stress verursacht als das Trinken aus einer Flasche. Darüber hinaus hatte keines der Kinder beim Stillen einen Sauerstoffmangel, während dies beim Flaschetrinken mehrmals vorkam [9].

Studien mit Frühgeborenen kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Das Saugmuster, die Sauerstoffsättigung und die Herzfrequenz von Frühgeborenen waren beim Stillen stabiler als bei Flaschenernährung [10], [11]. Es wurde auch festgestellt, dass sehr kleine Frühgeborene (<1500 g) in der Lage waren, ohne Stresszeichen an der Brust zu trinken, bevor sie dies auch aus der Flasche konnten [12].

Bei Frühgeborenen, aber auch bei reifen Kindern, kommt es gelegentlich nach dem Schlucken zu einem verlängerten Verschluss der Atemwege (bis zu 30 Sekunden). Die Behinderung der Atmung während einer Flaschenfütterung führt zu einer weiteren Verringerung der Zeit, die für eine effektive Atemtätigkeit zur Verfügung steht [13].

! **Besonders Babys mit einem zyanotischen Herzfehler sollten daher möglichst gestillt werden, da es bei ihnen besonders wichtig ist, die Sauerstoffsättigung im Blut so hoch wie möglich zu halten [14].**

2. Fehlannahme: Babys mit AHF gedeihen mit Flaschennahrung besser

Diese Annahme geht fälschlicherweise davon aus, dass Muttermilch weniger Kalorien enthält, an der Brust zu trinken mehr Kalorien verbraucht und das Baby beim Stillen nicht in Lage ist, genügend Kalorien aufzunehmen, um seinen durch den Herzfehler erhöhten Energieverbrauch auszugleichen. Dass dem nicht so ist, zeigte eine Studie, die das Wachstum von gestillten und mit Formula ernährten Kindern mit angeborenen Herzfehlern verglich. Etwa $\frac{1}{3}$ der Kinder hatte Schwierigkeiten mit der Gewichtszunahme, unabhängig von der Ernährungsmethode. Zudem stellten die Forscher fest, dass die mit Formula ernährten Kinder signifikant mehr an Gewicht verloren, langsamer zu-

nahmen und, besonders nach einem Wechsel von der Brust zur Flasche, längere Zeit im Krankenhaus bleiben mussten als die gestillten oder nur teilweise mit Muttermilch ernährten Kinder. Auch benötigten gestillte Kinder im ersten Halbjahr nicht mehr Nährstoffsupplemente, die nicht gestillten Kinder erhielten vielmehr öfter Supplemente. Ein möglicher Grund für die höhere Gewichtszunahme von gestillten Kindern ist die bessere Sauerstoffsättigung des Gewebes. Der Schweregrad des Herzfehlers spielte darüber hinaus keine Rolle bei der Fähigkeit des Babys an der Brust zu trinken bzw. für die Dauer der Stillzeit. Die Forscher folgerten daraus, dass Stillen eine **sichere und vorteilhafte Ernährungsmöglichkeit** für Kinder mit angeborenen Herzfehlern ist [15].

Die **Zufuhr von zusätzlicher Nahrung**, Extrakalorien oder anderen Nährstoffsupplementen bei Trinkschwäche und/oder einer Gedeihstörung des gestillten Kindes ist durch Zufütterungsmethoden an der Brust möglich. Das Zufüttern an der Brust ist zudem nicht anstrengender als das Trinken aus der Flasche.

3. Fehlannahme: Bei Babys mit AHF muss die Flüssigkeitszufuhr beschränkt werden, daher kann nicht gestillt werden

Eine Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr ist bei den meisten Babys mit einem angeborenen Herzfehler nicht erforderlich. Ist sie im Einzelfall doch notwendig, so kann die Menge der zugeführten Flüssigkeit auch durch Beobachtung geschätzt werden, z.B. durch die Häufigkeit der Mahlzeiten, die Beachtung der Schluckgeräusche, die Kontrolle der Gewichtszunahme sowie der Urin- und Stuhlausscheidungen sowie ggf. durch Wiegeproben vor und nach dem Stillen.

Darüber hinaus gibt es auch für Muttermilch **andere Fütterungstechniken**, die eine Kontrolle der Einfuhr ermöglichen, z.B. das Bechern, Sondieren oder Zufüttern der erlaubten Menge abgepumpter Muttermilch mit einem Brusternährungsset, während das Baby an der „leer“ gepumpten Brust saugt.

4. Fehlannahme: Wenn das Baby operiert wird, sollte nicht mehr gestillt werden

! Das Stillen bzw. die Ernährung mit Muttermilch hilft gerade kranken oder operierten Babys im Krankenhaus in besonderer Weise.

Durch das Stillen bei Stress und Schmerzen in fremder Umgebung erfahren sie Trost und Beruhigung an der Brust. Die Muttermilch führt außerdem durch ihre leichtere Verdaulichkeit, die bessere Gewichtszunahme, das geringere Infektionsrisiko und die bessere Wundheilung zu einer Verkürzung des stationären Aufenthalts nach der Operation [15].

5. Fehlannahme: Bei einer (Herz-)Transplantation ist Muttermilch zu meiden

Es gibt **keine wissenschaftlichen Belege** für diese Empfehlung, stattdessen gibt es durchaus Berichte von Kindern, die nach einer Herztransplantation erfolgreich und lange gestillt wurden, dabei gut zunahmten und keine Anzeichen für eine Organabstoßung zeigten [16]. Diese Annahme ist ein Beispiel für die weit verbreitete Einstellung, dass Muttermilch in verschiedensten Situationen bis zum Beweis des Gegenteils als problematisch angesehen wird, während Muttermilchersatznahrung meist als unproblematisch gilt, bis das Gegenteil bewiesen ist.

Weitere Untersuchungen bestätigten, dass gestillte Kinder eine gespendete Niere der eigenen Mutter oder von Geschwistern deutlich besser annahmen und einen besseren postoperativen Verlauf aufwiesen als nicht gestillte Kinder [17]. Nach einem Jahr war die Funktionsrate des transplantierten Organs bei gestillten Kindern mit 82% signifikant höher als die Funktionsrate von 57% bei nicht gestillten Kindern [18].

9.2.3 Mögliche Schwierigkeiten beim Stillen

Zu den möglichen Schwierigkeiten beim Stillen eines Babys mit einem angeborenen Herzfehler gehören vor allem **lang dauernde und häufige Mahlzeiten** durch Saugschwäche und kardiale Belastung sowie **Verschlucken und/oder Erbrechen** nach der Mahlzeit. Bei ca. $\frac{1}{3}$ der Babys mit AHF kommt es durch ihren bis zu zweifach erhöhten

Kalorienbedarf aufgrund der vermehrten Herz- und Atemtätigkeit, dem Einfluss von appetitmindernden Medikamenten, wie z.B. Lasix®, sowie wiederkehrenden Atemwegsinfekten zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Daraus folgt eine **inadäquate Nahrungsaufnahme** und in Folge dessen eine **mangelnde Gewichtszunahme**. Dies bereitet den Eltern enormen Stress, da das Kind meist vor einer notwendigen Operation ein bestimmtes Gewicht erreichen soll.

Darüber hinaus kann es bei der Mutter zu **Problemen mit der Milchmenge** kommen und die erforderliche Aufrechterhaltung der Milchproduktion während eines Krankenhausaufenthalts des Babys stellt die Mütter vor eine weitere zu lösende Aufgabe.

Typischer Verlauf einer Mahlzeit bei einem Kind mit schwerem Herzfehler:

- Zu Beginn: Kräftiges Saugen für einige Minuten;
- Nach wenigen Minuten: Loslassen der Brust mit kardialen Belastungszeichen (Schwitzen, blaugraues Munddreieck, Zyanose, Tachykardie, Tachypnoe);
- Nach einiger Erholungszeit beginnt der Zyklus dann von Neuem;
- Häufiges Verschlucken;
- Rasche Abnahme des Appetits, Nahrungsverweigerung;
- Nichterreichen der vorgegebenen Nahrungsmenge;
- Lange Dauer der Mahlzeiten, manchmal bis zu 60 Minuten;
- Häufige Mahlzeiten, ca. alle 2–3 Stunden;
- Nach der Mahlzeit ist das Baby sehr erschöpft und müde und braucht in der Regel einige Stunden Schlaf, bevor es wieder etwas zu sich nehmen kann;
- Nach der Mahlzeit wird die aufgenommene Nahrung häufig wieder erbrochen.

Das Auftreten von Problemen bei der Ernährung ist ein zuverlässiger Hinweis auf eine ebenfalls vorliegende oder zu erwartende Wachstumsretardierung des Kindes [19].

Wachstumsretardierung

Kinder mit angeborenen Herzfehlern haben im frühen Säuglingsalter öfter Probleme bei der Ernährung sowie mit dem Wachstum und der

Gewichtszunahme. Diese sind aber **unabhängig von der Art der Ernährung**, sie hängen vielmehr mit der Art und Ausprägung des Herzfehlers und seinen Auswirkungen auf den Organismus zusammen. So kommt es bei zyanotischen Herzfehlern, das sind etwa 25% der AHF, häufiger zu Schwierigkeiten bei der Ernährung als bei azyanotischen Herzfehlern. Babys mit Zyanose haben aber bei der Fütterung mit der Flasche oft noch größere Probleme. Ein weiterer Faktor ist die zu geringe Energieaufnahme durch mangelnden Appetit, hohe Ermüdbarkeit, Schluckschwierigkeiten, Übelkeit, Spucken, Erbrechen und mangelhafte Absorption der Nährstoffe im Verdauungstrakt.

Zusätzlich besteht bei einem angeborenen Herzfehler auch in Ruhe ein **erhöhter Stoffwechselbedarf** durch den erhöhten Sauerstoffbedarf, die erhöhte basale Körpertemperatur, den beschleunigten Herzschlag, geringere Körperfettreserven und häufige Infektionserkrankungen. Mitunter wird auch der Platz des Magens durch Schwellungen im Bauchraum, wie etwa eine vergrößerte Leber, reduziert.

Eine weitere Rolle spielt das **Alter zum Zeitpunkt der Operation**.

! Je jünger das Kind bei der Operation ist, desto geringer ist seine Wachstumsretardierung und desto schneller wird diese wieder aufgeholt.

Auch führen **Medikamente**, wie Diuretika oder Steroide, zu Appetitlosigkeit und früher Sättigung der Kinder. Weiter wird ein Mangel an den Vitaminen D, E, C, B₁ und B₆ sowie an den Mineralstoffen Eisen, Zink und Kalzium als Ursache gesehen.

Zusätzliche Erkrankungen oder Behinderungen sind ein weiterer Faktor. So bleiben z. B. Kinder mit Trisomie 21 und einem angeborenen Herzfehler noch kleiner und leichter als Kinder mit Trisomie 21 ohne Herzfehler.

Vorbeugende oder frühzeitige Maßnahmen zur Erleichterung der Nahrungsaufnahme sowie zur Steigerung der Nährstoffzufuhr können auch beim gestillten Kind die Gefahr einer Wachstumsretardierung reduzieren. Denn die **Zugabe von erforderlichen Nährstoffsupplementen** ist beim Stillen ebenso möglich, wie bei der Ernährung mit der Flasche.

Weiter spielen **psychosoziale Faktoren** eine Rolle. Unerfahrenheit der Eltern, Mangel an Unter-

stützungs- und Entlastungsmöglichkeiten durch Angehörige sowie die Unsicherheit bei der Versorgung des Babys können zu Problemen mit der Nahrungsaufnahme führen.

! Oft ist auch eine ineffektive Mutter-Kind-Interaktion während der Mahlzeiten ein bedeutendes Hindernis für eine adäquate Nahrungsaufnahme.

Wie Forscher feststellten, geben Säuglinge mit Herzfehlern ihren Eltern durch ihr Verhalten weniger Hinweise und reagieren weniger. Und auch die Mütter zeigten ein geringeres Pflegeverhalten, z. B. Lächeln, Augen- und Hautkontakt, während der Mahlzeiten [20].

Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung

Mütter von Babys mit einem angeborenen Herzfehler erleben die Ernährung des Babys oft als sehr belastend, besonders wenn dabei Probleme auftreten und es zu einer Wachstumsretardierung kommt. Dies gilt insbesondere dann, wenn gleichzeitig von ärztlicher Seite regelmäßig daran erinnert wird, wie wichtig die Gewichtszunahme für die bevorstehende Operation des Kindes ist. Dementsprechend haben die Eltern in Bezug auf die Ernährung des Babys oft **negative Gefühle**, vor allem Sorge und Angst um das Kind, aber auch Stress, Druck, Hilflosigkeit sowie Traurigkeit.

Mütter verbinden mit dem Nähren ihres Kindes das Gefühl, ihm Liebe und Fürsorge zu geben. Aus Sicht des Kindes bedeutet genährt werden, sich geliebt und sicher zu fühlen. Treten bei der Ernährung große Schwierigkeiten auf, so entstehen dadurch Frustrationen für Mutter und Kind. Die Verweigerung der Nahrung durch das Kind wird von der Mutter oft **als persönliches Versagen** oder als Ablehnung der eigenen Person erlebt [4].

Fallbeispiel 9-1: Angeborener Herzfehler

Eine betroffene Mutter erzählt:

„In den ersten Monaten richteten sich viele Sorgen auf die Ernährung. Mein Mann sah alles etwas lockerer, ich „kämpfte“ um jeden Milliliter. Es hat mich sehr, sehr viel Kraft und Nerven gekostet, Matthias zu füttern und bei ihm so oft auf eine ablehnende Haltung zu stoßen.“