

 AGENCE NATIONALE DE LA RECHERCHE ANR « COLOSTRUM »	Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)	Transcription entretien : Personnel soignant
---	---	--

Enquête n°4963

Cote du dépositaire : AL_ENTPS_004

Entretien auprès d'une femme âgée de 39 ans infirmière puéricultrice dans le service de maternité de l'hôpital Saint-Markus de Francfort-sur-le-Main en Allemagne

Enregistrement : 2015-08-12

Durée : 37 min

Langue originale : allemand

Traduction en langue française : OUI

Transcription en langue originale : OUI

Enquêteur (rice)	Knodel, Kathrin
Traducteur (rice)	
Numéro d'anonymat	1400

K: Alors la première question serait de savoir si vous êtes d'accord qu'on mène l'entretien et qu'il soit enregistré.

S : Oui, je suis d'accord.

K: Je vais donc vous demander de vous présenter en nous disant votre âge, votre parcours professionnel jusqu'à maintenant.

S : J'ai 39 ans. Je suis pédiatre diplômée et je travaille depuis plus de 10 ans ici à la maternité. J'étais en congé de maternité, mais je revenus et je travaille un peu en temps partiel. Après la formation, j'ai aussi travaillé dans la section des soins pour adulte, mais je suis maintenant à la maternité ces 10 dernières années.

K: Et depuis que vous êtes à la maternité, travaillez-vous en particulier la nuit ou bien il y a des variations ?

S : Ca se change après trois gardes.

K : Et pendant les 10 années dans l'infirmérie, avez-vous participé à une formation continue ? Y aviez-vous accès ou bien vous n'étiez pas intéressé ?

S : Dans la section pédiatrique nous sommes invités à faire constamment des formations continues. J'en ai aussi fait. En ce qui concerne le domaine spécifique de l'allaitement maternel, je me suis plutôt formé en privé puisque une de mes collègues s'est fait former en tant que conseillère en allaitement et en jetant un coup d'œil dans son CV, on voyait ce qu'elle a dû faire comme formation. J'ai aussi trois enfants et je les ai tous allaité et on y apprend un peu aussi.

K : Bien, donc nous aborderons à cet effet la pratique générale en matière d'allaitement dans la maternité. Une mère qui n'a pas assez de problèmes, de difficultés ou présentant un cas particulier et qui est accueillie ici chez vous, comment se passe de manière générale la consultation, si elle quitte la salle d'accouchement et vient chez vous ?

S : Disons que le premier allaitement a lieu généralement dans la salle d'accouchement et pendant le transfert, l'accoucheuse donne des précisions sur la façon dont ça s'est passé, est-ce que c'a marché ou pas et en fonction de cela l'accoucheuse m'informe si la mère a décidé de sevrer son bébé. Nous obtenons donc les détails avec l'accoucheuse.

K : Cela veut dire que le premier allaitement se passe de toute façon dans la salle d'accouchement...

S : Oui exactement. Juste après l'accouchement.

K : Cela veut dire aussi qu'on essaie d'aider les femmes au cas où elles n'auraient pas de motivation à...

S : Oui tout à fait. C'est quelque chose qui est en principe recommandée par les accoucheuses et cela est aussi en relation avec le bonding puis l'allaitement.

K : Vous avez déjà mentionné qu'il y a naturellement des femmes qui ne veulent pas allaiter et qui décident dès les premiers instants à ne pas le faire. Quelles sont selon vous les raisons principales qu'avancent les femmes lorsqu'elles refusent d'allaiter ?

S : J'ai déjà vécu personnellement un cas où la mère a refusé d'allaiter parce qu'elle voulait continuer à fumer et parfois chez les mères qui étaient incertaines et qui tendaient plutôt au sevrage, c'était qu'elles ont fait de mauvaises expériences avec le premier ou ses autres enfants. Dans des cas relativement rares, nous avions aussi des mères qui tout au long du processus ont décidé d'opter pour le sevrage, mais elles ne sont pas nombreuses.

K : Lorsqu'une femme vous avance les raisons pour lesquelles elle ne veut pas allaiter, essayez-vous de la convaincre ou bien vous lui exposer encore une fois les avantages de l'allaitement, ou du reste vous acceptez la situation telle qu'elle se présente ?

S : Cela dépend toujours. Lorsque l'accoucheuse me fait savoir qu'il s'agit déjà une décision venant de la mère, je lui pose encore une fois la question pour ne pas qu'il y ait des malentendus ou qu'il s'agisse d'une autre mère. Dans ce cas, je n'insiste pas. Si l'accoucheuse dit cependant qu'elle tend plutôt alors nous essayons d'appliquer d'autres stratégies.

K : Cela veut dire qu'il arrive parfois que des femmes tendent à opter pour le sevrage...

S : Oui

K : ...mais peuvent-elles changer d'idée si vous vous entretenez bien avec elles ?

S : Bien sûr.

K : Si la décision de ne pas allaiter se maintient, donnez-vous des médicaments pour faire barrage à la production du lait ou quoi... ?

S : C'est l'infirmière qui se charge des soins de la mère qui prescrit les médicaments. Cependant, c'est souvent en accord avec l'accoucheuse qui appuie avec des granules.

K : Et dans le cas où il s'avère que la mère aimerait allaiter, y a-t-il des recommandations de routine que vous faites à la femme, par exemple : que doit-elle veiller à respecter pour son alimentation, que doit-elle faire pour bien s'occuper de son bébé, des positions déterminées par exemples ?

S : Dès que la mère quitte la salle d'accouchement nous constatons naturellement l'état général de la mère. Chez une mère très épuisée, je ne commence pas à parler de la composition de son alimentation. Mais nous disons que dès que le bébé manifeste dès les premières heures, il doit être allaité. C'est ce que nous disons premièrement aux mères. Nous recommandons aussi à toute mère d'être plus en contact corporel avec l'enfant, en le collant bien sûr très souvent à sa poitrine. Ce sont donc les premiers conseils que nous donnons.

K : Et plus tard si la mère se remet un peu de ses fatigues, y a-t-il des recommandations qui reviennent fréquemment ? Que doit respecter la mère en ce moment ?

S : Nous essayons de voir au moins pendant l'allaitement pour éviter les positions non adaptées, les plaies autour des mamelons et là afin de pouvoir intervenir et cela résulte en principe de la mensuration. Chez une mère qui est

déjà à sa troisième enfant et que tout s'est bien passé, nous nous réservons naturellement et constatons plutôt. Une mère qui a déjà des difficultés à tenir son bébé a besoin d'être soutenue dans ce cas.

K : Diriez-vous que ce sont les problèmes fréquents ou bien les plus fréquents que vous rencontrez ? L'allaitement et la position adaptée ? Ou du reste quelles sont les questions fréquentes ou les difficultés que vous rencontrez chez des mères qui le font pour la première fois avec le premier bébé ?

S : Le plus étonnant c'est que la marge est très grande, qu'il y ait des mères qui sont déjà très bien informées et ont lu beaucoup de livres et posent des questions concrètes avec des termes techniques. D'autres mères sont par contre étonnées lorsque nous leurs disons que le bébé doit être allaité les nuits aussi. Alors la marge est étonnamment grande. Quelles sont donc les choses que nous disons généralement ? Nous disons qu'il faut allaiter selon le besoin de l'enfant. Nous disons que nous signalons aux mères au tout début de faire attention au cas où la poitrine se gonfle pour éviter des plaies et nous leur disons de bien faire attention au moins 8 à 10 minutes tout simplement pour voir si la peau n'a pas de plaie. Si toutefois il y a un quelconque pincement pendant l'allaitement, qu'on songe à se soigner et dès fois nous donnons tout simplement des choses et disons que s'il y a telle ou telle difficulté de nous appeler pour qu'on les aide encore. Nous leur disons que généralement, l'enfant a aussi besoin de repos dans les premières 24 heures. Nous recommandons cependant de mettre la couche de l'enfant au plus tard six heures après pour voir s'il arrive à dormir profondément et si à travers la couche, il se rappellera s'il a faim. Après le premier jour nous recommandons de réveiller le bébé au plus tard après 4 heures, et de voir aussi si l'enfant n'a pas dormi pendant longtemps ou s'il est fatigué.

K : Pouvez-vous dire qu'à la première tentative d'allaitement, il y a en moyenne quelqu'un d'entre vous qui est généralement présente ?

S : Nous faisons en sorte que si l'accoucheuse dit que c'a bien marché et que c'est le troisième enfant ou quelque chose de ce genre, alors nous voyons à ce que quelqu'un soit là. Nous nous fions à cela, sinon nous essayons de voir qu'une puisse être là dans les premières 24 heures pour nous informer sur le fait « qu'il n'y a pas de soucis avec l'allaitement » ou que « ça marche » ou « qu'il y a des choses à revoir ».

K : Est-ce que les femmes sonnent généralement lorsqu'elles ont des problèmes ? Parce qu'elles ont une salle à part où il y a une chaise spéciale dans une sorte de chambre à allaiter. A quoi sert-elle exactement ?

S : Il y a certes deux chambres familiales ici à la maternité, sinon ce sont plus de chambres avec des lits et là il y a toujours des mères qui souhaitent avoir un lieu pour se retrancher afin de pouvoir allaiter. Pour cela la chambre à allaiter est idéal. Toutefois, il y a toujours des choses qui amènent l'enfant par exemple à se sentir bloqué lorsque la mère veut tirer le lait et il y a aussi des choses où nous devons avoir des pompes ici. Et c'est exactement pour cela que nous utilisons cet espace.

K : En ce qui concerne les soins de l'enfant dans les premiers instants, je veux dire naturellement que si la femme est très fatiguée dans les premières heures ou ne doit pas bouger après une césarienne et doit aussi rester couché. Alors vous occupez-vous dans ce cas des choses comme changer la couche de l'enfant ?

S : Ici dans la salle des enfants nous entreprenons généralement les choses ensemble avec le père, puis nous essayons de nous faire une idée sur l'état de santé de l'enfant. Après cela l'enfant est lavé avec de l'eau limpide et ce en accord avec les parents. On s'occupe de son bain pour la première fois pour le débarrasser du Mercunium ?, du sang, et ensuite l'habiller. C'est exactement cela la première procédure. Tous les enfants reçoivent généralement la vitamine K après la naissance chez nous.

K : Et si la mère se sent toujours fatiguée même au deuxième jour, y a-t-il possibilité qu'elle vous vienne en aide ?

S : Exactement, nous nous occupons de changer la première couche. Et si par exemple il y a des difficultés cardiovasculaires et qui sont très douloureuses ou bien aussi une prescription du docteur qui recommande que la mère ne fasse pas d'effort, nous nous occupons naturellement de l'enfant. Sinon nous cherchons des voies de sortie. Généralement, le père aussi s'y joint et ce sont les parents qui s'en occupent car ils apprennent ainsi à créer un rapprochement avec l'enfant.

 <p>AGENCE NATIONALE DE LA RECHERCHE ANR « COLOSTRUM »</p>	<p>Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p>Transcription entretien : Personnel soignant</p>
---	--	---

K : Revenons sur les directives générales de la maternité. La maison appartient-elle à Baby Friendly Initiative de l'OMS, UNICEF ?

S : Je ne pense pas.

K : Mais connaissez-vous personnellement les directives ? En avez-vous rencontré au cours de votre formation ?

S : J'ai déjà entendu la notion une fois, mais je ne pourrai pas nommer les différents points focaux. Nous mettons donc l'accent sur le « Rooming in », en principe les enfants restent chez leurs mères dans les premières 24 heures. Nous essayons de créer le premier contact dans la salle d'accouchement, plus de contact corporel et nous avons peu de structuration par rapport aux aspects temporels, et recommandations que nous donnons à tous les parents, mais nous essayons de gérer les cas de manière individuel et ne pouvons pas dire maintenant, quand est-ce que telle ou telle chose apparaît, mais nous voyons ce dont a besoin la mère et l'enfant.

K : Et la présence de La Leche Liga, en avez-vous déjà entendu parler ici ?

S : Je crois qu'ils offre aussi des formations en matière de conseil en allaitement. Je ne sais pas si la collègue qui n'est malheureusement plus là, a fait sa formation là-bas. A partir de son CV j'en avais vu mais dire que des formations ont eu lieu ici, je n'en sais rien. Y a aussi des groupes d'allaitement et aussi des séances d'informations mais nous ne sommes pas encore dans ces réseaux. Les accoucheuses pourraient plutôt avoir des connaissances concrètes.

K : Et si on parlait un peu du colostrum, comment allez-vous définir le colostrum ?

S : Cela dépend toujours. Nous avons aussi des mères qui éprouvent des difficultés linguistiques et chez qui nous nous efforçons de nous faire comprendre avec des mains et des pieds et chez elles le mot colostrum ne peut pas être compris. Selon que la mère en besoin : c'est le premier lait, le lait gras et qui de par la quantité est peu et a une autre couleur... chez certaines mères, il provoque l'effet suivant : « à l'aide qu'ai-je ici là ? » et il suffit qu'on leur dise, « du calme, tout est en ordre, ça doit ressembler à cela ».

K : Comme vous venez de le dire, il a un autre aspect. Comment allez-vous le décrire pour quelqu'un qui ne l'a pas encore vu ?

S : Alors je dirais que ça tend vers la crème anglaise. La consistance est toute autre que ce qu'on peut s'imaginer du lait classique.

K : Cela veut dire de couleur jaunâtre, que...

S : Je dirais plutôt qui vire vers l'orange. Oui.

K : Vous l'avez naturellement connu en tant que mère de trois enfants. Avez-vous pu avoir une impression sur l'odeur ou le goût de la substance ?

S : Personnellement non, mais comme nous avons des mères, dont les enfants sont délocalisés après la naissance, nous leur donnons du lait tiré en petite quantité et c'est à partir de là que j'ai une idée sur la consistance et la couleur.

K : Exactement mais l'odeur et le goût vous avez...

S : Avec l'odeur dominante de l'accouchement que dégagent la mère et l'enfant, on n'arrive pas à différencier les choses.

K : Et si vous nous expliquez encore une fois pourquoi le colostrum est bon, que dites-vous aux mères sur le colostrum pour qu'elles puissent faire la différence plus tard avec le vrai lait ?

S : Je dois avouer que je ne fais pas de différence entre le premier lait et colostrum. Je dis tout simplement que le premier allaitement est très important qu'il est nutritif, qu'il est peu en fonction de la quantité... Certaines mères

 « COLOSTRUM »	<h1 style="text-align: center;">Corpus Allemagne</h1> <p style="text-align: center;">Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p>Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	--

ont toujours le sentiment que ça doit goutter et couler car le premier lait n'est pas ainsi et malgré cela, elles peuvent se calmer se dire que tout est en ordre. Oui c'est de cette façon que j'arrive à leur expliquer cela.

K : Ça veut dire qu'il y a des mères qui vous rencontre avec des craintes que la quantité ne suffit pas ... ?

S : Oh oui, bien sûr. Si l'enfant est surtout agité, on va selon le principe que la faim serait la cause.

K : Oui, vous avez déjà dit aussi que vous avez vous-même lu beaucoup concernant le lait maternel et l'allaitement, est-ce à dire que les informations que vous avez sur le premier lait, vous les avez lu en général vous-même ou bien, il y a encore d'autres sources importantes encore ?

S : Alors, mes connaissances de bases sur l'allaitement proviennent de ma formation, des soins pédiatriques. Exactement, et le reste plutôt à travers les livres ou comme déjà dit, concrètement avec la collègue qui a fait la formation dans le domaine.

K : Allez-vous dire qu'on peut comparer le premier lait avec tout autre liquide corporel ou bien qu'il s'agit de quelque chose de bien particulière ?

S : La couleur est vu dans la médecine comme plutôt... A certaines mères, je dis aussi de « ne pas avoir peur car ce n'est pas du pus ».

K : Donc il y a risque de mélange en fonction des circonstances.

S : Si quelque chose est infectée, elle peut avoir la même couleur ou la même consistance, oui.

K : Est-ce alors ainsi que vous avez l'impression lors de vos contacts et vos entretiens avec les mères que le premier lait, le colostrum est toujours mentionné ? Alors dites-vous presque toujours quelque chose la dessus de vous-même, ou du reste est-ce à la suite d'une question, ou bien y a-t-il un nombre de femme où il n'est pas la peine d'en parler ?

S : Alors je dirais que dans la moitié des cas il y a au moins des mères qui disent tout simplement « ah, ce n'est rien ça », d'autres même disent « je ne dois même pas allaiter parce qu'il n'y a encore rien ». C'est pour cela que nous essayons de leur expliquer de manière concrète les choses. Il est très rare que les mères elles-mêmes posent la question sur les différences. Généralement il est plus question de l'allaitement et du lait maternel.

K : Ça veut donc dire qu'il y a certaines mères qui ont déjà quelques notions la dessus ? Avez-vous l'impression qu'il s'agisse de femmes qui ont cherché à mieux savoir ce que c'est à travers leur propre étude comme la lecture, les livres, internet...Ou est-ce que ce sont des accoucheuses ou des cours de préparation pour la naissance. Avez-vous une idée la dessus, où les femmes savent quelque chose au préalable ?

S : A moins qu'une mère ne vous le dise, je ne peux vraiment pas bien vous renseigner. Souvent les mères sont plus relaxes en matière d'allaitement surtout si elles ont beaucoup d'enfants.

K : Et si les femmes en savent quelque chose, c'est qu'elles connaissent aussi soit le colostrum ou le premier lait. Connaissez-vous en plus de cela encore quelque chose de plus spécifique en ce qui concerne les caractéristiques, ou selon que la quantité est peu et partant ne devrait pas créer la panique ?

S : Si c'est la notion de premier lait, j'en ai entendu quelque fois même si c'est un peu. Je dois cependant avouer que je n'ai jamais entendu de la bouche d'une patiente le mot « colostrum », à moins que ce ne soit chez un personnel médical ou une accoucheuse.

K : Si c'est ainsi alors disons plutôt « premier lait »

S : Exactement, il faut cependant dire qu'il ne m'est pas encore revenu qu'une mère cherche à savoir ce que c'est de manière explicite.

 « COLOSTRUM »	Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)	Transcription entretien : Personnel soignant
--	---	--

K : Est-ce que vous avez déjà eu tout au long de votre carrière une mère qui dit ceci : j'allaiterai mais je ne vais pas donner le premier lait à mon bébé ?

S : Nous avons eu une discussion chez certaines mères étrangères et elles disent vraiment en tâtant leur poitrine qu'il n'y a rien encore et elles ne commenceront pas à allaiter. Nous n'avons pas encore pu savoir s'il s'agit d'une raison culturelle qui fait qu'on ne donne pas le premier lait. Mais souvent les femmes se laissent malgré tout motiver lorsque nous leur disons que c'est tout de même important de ne pas attendre jusqu'à avoir le lait mais plutôt de commencer l'allaitement. Ça serait intéressant de mener aussi des recherches autour du cas évoqué. Mais bon je n'en sais pas trop.

K : Donc l'argument qui a prévalu est que de l'idée selon laquelle il n'y a rien ici veut dire que ce qui sort n'est pas bon.

S : Je ne pense pas car je ne l'ai pas encore vécu ni aussi entendu avec les collègues que les mères disent « je ne voudrais pas lui donner cela ». Il y a certes des mères qui s'étonnent lorsqu'on tire le premier lait en disant : l'enfant doit vraiment boire ça ? Mais qu'elles refusent consciencieusement, je ne l'ai jamais vécu.

K : Et la question « est-ce que l'enfant doit boire vraiment ça ? » survient-elle parce qu'on voit que le lait a une autre apparence que le lait habituelle ?

S : Tout à fait.

K : Et si vous dites que les patientes étaient en majorité étrangères, alors on peut dire...que vous avez une clientèle mélangée, pouvez-vous encore classer cela ? Est-ce des femmes issues du monde arabe, de l'Afrique...peut-on exactement les classer ?

S : Ça serait naturellement intéressant. La collègue qui a travaillé pendant plus longtemps ici pourrait mieux le faire. C'est plutôt au sein des femmes venues d'Afrique et du monde arabe où on a des femmes qui disent « il n'y a encore rien là dedans » ou « je ne peux pas commencer l'allaitement ». Et il y a beaucoup aussi qui exigent parfois qu'on donne du biberon les deux premiers jours et même au troisième jour... Il y a parfois des situations où nous pouvons aussi constater si c'est juste une option plus simple que les mères choisissent ou du reste ce qui se cache derrière.

K : Et dans le cas où la femme décide de ne pas allaiter quelles que soient les raisons, y a-t-il à votre niveau un compromis, comme donner par exemple le colostrum comme alternative. Avez-vous été en face d'une telle situation une fois ou bien vous l'avez déjà entendu chez une collègue aussi ?

S : Nous n'offrons pas ce cela en réalité. Si c'est d'abord à travers une succion qu'on le met en marche, cela nécessite un grand effort. Ça veut dire que nous recommandons principalement, nous essayons aussi de recommander et nous disons aussi qu'on n'a pas besoin d'allaiter toute une année durant. On peut allaiter pendant un court temps donné. Cela n'a pas d'importance que ce soit 1 à 2 semaines. Nous l'essayons quelle que soit l'inquiétude qu'a la mère. Si elle dit qu'elle doit retourner à sa formation après six semaines, faut qu'on puisse dire aussi que six semaines c'est aussi bon pour le bébé. Cependant qu'on tire vraiment le colostrum tout en se disant qu'on est dans un processus de sevrage, je ne l'ai pas encore vécu ici dans cette infirmerie.

K : Et comme nous parlons de durer d'allaitement, alors quelle durée d'allaitement recommandez-vous ? Que dites-vous aux mères sur la période d'allaitement complet ? A partir de quel moment peuvent-elles donner de la nourriture complémentaire aux bébés ?

S : Personnellement, je ne donne pas de délais. J'encourage la mère à allaiter et si elle se voit dans une raison quelconque d'arrêter l'allaitement, j'essaie de voir chaque jour où elle a eu à allaiter – même si c'est trois jours – pour pouvoir évaluer. Je n'ai pas de modèle type pour l'instant. Nous n'avons pas beaucoup de mères qui viennent avec des bébés plus âgés, c'est pourquoi je ne m'aventure pas dans la discussion de quand il faut donner quelque chose d'autre à l'enfant. Ceci est aussi très différent selon les cultures et les familles. Ce que nous disons ici déjà, c'est si les parents appellent et que l'enfant est déjà un peu plus âgé, c'est plutôt d'essayer de repousser la phase

d'alimentation secondaire mais cela c'est si je connais la mère ou le contexte général. C'est toujours très difficile de faire des recommandations par téléphone parce qu'on entend pas bien le vrai problème.

K : Et personnellement si vous aimerez dire quelque chose ou si vous le pouvez, que diriez-vous ?

S : Oui, tous mes enfants étaient bien en forme. Ils pesaient au-delà de 4 kilos. J'ai allaité quatre mois et j'ai dû voir un peu le comportement. Je crois que le plus grand à commencer à manger autour du 5^{ème} mois et c'était de la purée de carottes. Le plus moyen était encore plus impatient, il voulait plutôt quelque chose. Il voyait déjà son frère manger.

K : Donc si les autres frères sont là, il y a une certaine curiosité qui naît.

S : Exactement. Ce sur quoi j'ai veillé c'est de m'être résolue à éviter conséquemment certains produits comme la canne à sucre ou du lait pasteurisé.

K : Vous avez aussi dit qu'il y a des femmes qui veulent allaiter mais se décident très rapidement que ça ne marche pas et cela vous l'avez vécu tout au long du temps que vous êtes ici. Quelles sont les raisons pour lesquelles les mères se décident alors à ne pas allaiter ?

S : Que des mères commencent à allaiter dès les premiers instants et refusent de continuer après, est une chose très rare. Les cas qui se présentent sont qu'il y a peut-être une autre maladie grave ou une situation urgente qui oblige à ce qu'on l'admette en soins intensifs ou qu'elle perde du sang. La plupart des cas que j'ai vécu, c'est surtout de garder son calme même si le lait diminue considérablement. Le plus urgent c'est de la rassurer que tout ira encore normalement et qu'elle pourra allaiter à nouveau, dès que s'arrête l'hémorragie. Alors une fois que les patientes sont toujours avec nous, il y a assez de possibilités que nous intervenons afin de lui apporter du soutien. C'est pourquoi je peux exclure ce cas car il est très rare.

K : Y a-t-il des différences notoires entre les femmes qui ont accouché naturellement et celles qui l'ont fait par césarienne ?

S : De celle qui a plus besoin d'appui lors de l'allaitement, c'est celle qui a accouché par césarienne car dans ce cas, il lui est difficile de bouger.

K : Mais de ce qu'on leur donne comme information par rapport au nombre de fois à allaiter... ou qu'elles doivent allaiter, est-ce que c'est relativement pareil ?

S : Chez les mères qui se portent bien, je recommande naturellement d'allaiter suivant le besoin de l'enfant – et le nombre de fois que voudra l'enfant. Chez les mères qui ont accouché par césarienne, j'essaie de le varier et si la mère ressent beaucoup de douleurs, on dit que l'enfant aurait aimé téter mais il faut d'abord s'occuper de la mère. On essaie donc de varier et l'enfant est obligé pour une fois d'attendre et doit être consolé par les parents. Ce qu'on peut dire chez les mères qui ont pu accoucher spontanément, elles peuvent aussi allaiter.

K : Et vous avez aussi dit que vous essayez plutôt de transmettre au besoin l'allaitement. Alors ce n'est pas selon une heure donnée.

S : Oui exactement, parce que parfois certains enfants ne se réveillent pas pour allaiter alors nous disons qu'au plus tard après 4 heures on devrait allaiter le bébé.

K : Quelles sont les directives ou décisions ici à la maternité, à partir de quand doit-on décider de commencer à donner autre chose que du lait à l'enfant ?

S : Nous essayons de savoir un peu comment est chaque enfant parce que nous pesons chaque enfant nu afin que la collègue qui s'occupe de cela puisse juger et voir à quoi ressemble la peau de l'enfant, son teint, la tension du corps, est-ce un corps épuisé ou très actif ? En fonction, de cela nous pouvons naturellement voir ensemble avec la courbe du pesé s'il y a quelque chose qui nécessite que nous fassions urgentement quelque chose. Un enfant doit être allaité généralement chaque 2 heures, ou dans le cas où l'enfant a beaucoup dépéri mais paraît vif. Donc c'est

cette image générale de l'enfant qui permet de tout voir cela... Là où nous sommes aussi regardant c'est lorsqu'un enfant dépéri à 10%, nous intervenons pour éviter qu'il ne maigrisse plus. C'est en quelque sorte une directive que nous ne disons pas aux parents. Nous leur disons que tous les enfants maigrissent dès le début. Jusqu'à 10% il n'y a pas de problème. Sinon c'est naturellement la coloration jaune du corps ou la valeur élevée de la bilirubine qui est un critère pour que nous songions à voir s'il ne faut pas plus d'apport en liquide complémentaire. C'est cependant quelque chose qui se passe à l'interne et pour cela nous motivons les mères à allaiter leurs enfants le plus souvent.

K : Alors il faut donc allaiter très souvent et si la perte de poids persiste, on se décide à apporter selon la circonstance la nourriture complémentaire...

S : On devrait examiner avant la cause. S'il arrive que le contrôle de l'allaitement révèle que l'enfant ne reçoit pas assez de lait, on voit s'il n'y a pas assez de lait et si c'est le cas, on essaie avec le tirage de lait. On essaie de voir aussi les causes qui peuvent engendrer cela et si rien de tout cela n'est le cas, on voit si l'enfant ne doit pas être admis en photothérapie pour qu'on voit s'il y a certaine quantité qui vient et après on essaie de passer à l'alimentation secondaire pour combler le manque.

K : comment se passe l'alimentation secondaire, donne-t-on du biberon ou bien fait-on une injection ? Ou plutôt de l'allaitement au doigt ?

S : Parmi nos collègues il y a dans les cas les plus particuliers la possibilité de nourrir l'enfant avec une cuillère, au doigt ou lui faire une injection. Ce n'est pas habituel. Alors ce que nous avons aussi constaté quand les enfants allaient toujours, c'est le sentiment d'avoir le mamelon dans la bouche, ou aussi des sucettes adaptées d'où s'éjecte du lait et que les enfants ont à travailler un peu parce qu'il n'y a aucun problème à ce que les enfants tètent à nouveau, et personnellement le refus de téter de manière classique ne m'a pas encore été donné de constater lorsque l'enfant a suffisamment téter avant.

K : Et rencontrez-vous aussi des cas ou après avoir recommandé l'alimentation secondaire, qu'il y ait des mères qui la refusent ?

S : Exactement, chacun a naturellement le droit de nous donner son point de vue la dessus et une fois dans ma carrière j'ai vécu un cas où le pédiatre pour différentes raisons à trouver nécessaire que l'enfant ait quelque chose et les parents lui ont payé du lait pour nourrisson.

K : Vraiment ? Comment a-t-on organisé cela, en savez-vous quelque chose ?

S : Pour ce cas c'est l'amie qui a donné quelque chose. Je ne sais s'il y a un lieu indiqué où les mères peuvent aller se ravitailler. On devrait chercher à demander dans les différents groupes d'allaitement peut-être.

K : Il ressort apparemment qu'il n'y a pas d'urgence de votre côté, que les mères par contre exigent à avoir des biberons, parce qu'elles ont l'impression que le lait ne suffit pas ou ne sort pas assez des seins. Vous essayez donc de calmer les mères d'abord en procédant par des discussions pour les convaincre qu'il n'y a pas de prescription médicinale pour cela, et si la mère insiste malgré tout, est-ce qu'on lui donne un certain temps ou quoi ?

S : Il y a quelques jours de cela nous avons eu un cas concret. Alors si nous n'avons aucun indices après avoir vu la situation d'ensemble, il est difficile de faire un schéma à partir cela. Il peut se passer qu'on essaie de voir à quel point la mère est fatiguée. Ce n'est pas aussi une raison pour préconiser l'alimentation secondaire car la mère est fatiguée. Cependant il y a eu un cas où la collègue a dit que l'enfant n'a pas besoin de lait et cela était valable pour tout le personnel de la section. Nous contrôlons donc la situation en matière d'allaitement ici et les mères n'ont pas facilement accès au lait pour nourrisson. Il appartient aux collègues de décider quand donner et quand ne pas le faire. Souvent il est difficile d'empêcher les choses... Il y a le cas où un père a dit qu'il irait chercher le lait en pharmacie et faire malaxé si je refuse de ne pas donner le lait d'ici maintenant, c'était tellement sérieux qu'il l'aurait vraiment fait et le problème était que je me suis fait des idées car il se pourrait que ce ne soit pas bien préparé. Alors c'est un cas, qui, pendant les 10 ans s'est produit peut-être deux fois.

 AGENCE NATIONALE DE LA RECHERCHE ANR « COLOSTRUM »	Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)	Transcription entretien : Personnel soignant
---	---	--

K : Et le lait que vous utilisez ici comme aliment complémentaire, est-ce toujours le lait près à l'usage, qui n'a pas été mélangé ...

S : Exactement, nous utilisons ici de la nourriture HA prêt à l'emploi.

K : Vous avez mentionné la pompe, alors on tire le lait si on remarque que l'enfant n'arrive pas à avoir quelque chose en tétant. Y a-t-il d'autres circonstances où on le recommande aux femmes ?

S : Si l'enfant a été un peu éloigné de sa mère, on préconise de tirer le lait pour lui. Il y a des femmes qui sont obligées de passer un long temps en soins intensifs. Là, il n'y a pas assez de possibilités de lui apporter l'enfant pour qu'elle l'allaité. Dans ce cas, on procède par le tirage du lait et si on constate que l'enfant est faible, on essaie de pomper le lait de la mère de manière à ce que le lait puisse sortir facilement afin que l'enfant allaité. Ce sont donc toutes les possibilités qui existent à travers la pompe.

K : Vivez-vous des cas où par exemple les femmes se trouvent à l'avance un tire-lait à la maison...

S : Oui.

K : Quelle impression avez-vous de cela, est-ce pour le fait qu'elles essaient de prévenir les choses en se payant un tire-lait, sans même savoir comment les choses vont se passer ?

S : Je connais le cas de 1 à 2 mères qui ont pratiqué cela lors de leur premier accouchement et ont trouvé nécessaire d'avoir un tire-lait. C'est cependant très rare aussi d'en rencontrer. Ce qui se passe généralement ou ce que connaissent les mères, c'est qu'elles confient leurs enfant très tôt pour un encadrement et là, elles ont besoin d'un schéma déterminé pour la pompe, mais il s'agit de 1 à 2 cas pendant toute ses années.

K : Donc dans ce cas, vous savez de quel côté se penchent les mères, si elles seront libérées, si elles auront des recommandations pour les jours et semaines à venir sur comment gérer les rapports sexuels. Alors...

S : En matière de contraception pendant la période d'allaitement ou quoi?

K : Les deux situations.

S : Ici, nous n'abordons pas du tout ce thème, à moins qu'on nous pose la question. A moins qu'une mère nous dise « j'allaité donc je n'ai pas besoin de contraception » pour qu'on dise dans ce cas les risques qu'elles peuvent courir. Sinon ce sont les gynécologues qui abordent plutôt la question lors du rapport final et font peut-être des recommandations et cela en fonction des blessures que la femme aura eu lors de l'accouchement. J'ignore cependant, si cela constitue un point qu'abordent les médecins lors des examens finaux.

Transcription (langue originale)

K: Dann wäre die erste Frage, ob Sie einverstanden sind, dass wir das Gespräch führen und dass es aufgezeichnet wird.

S: Ja, ich bin damit einverstanden.

K: Dann würde ich Sie zu Beginn bitten, dass Sie sich kurz vorstellen, mit Ihrem Alter und Ihrem beruflichen Werdegang bis zum heutigen Tag.

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	--

S: Ich bin 39 Jahre alt. Ich bin examinierte Kinderkrankenschwester und arbeite nun seit mehr als 10 Jahren hier im Haus auf der Neugeborenenstation. Ich war in Elternzeit und bin derzeit teilzeit tätig. Ich habe nach der Ausbildung in der Erwachsenenpflege gearbeitet , aber bin jetzt die letzten 10 Jahre hier im Kinderzimmer.

K: Und seitdem Sie hier im Kinderzimmer sind, sind Sie so wie heute überwiegend im Nachtdienst oder wechselt das?

S: Das wechselt in allen drei Schichten.

K: Und seit den 10 Jahren hier im Haus, haben Sie da an Weiterbildungen teilgenommen? Hatten Sie Zugang dazu oder bestand kein Bedarf Ihrerseits?

S: Fachlich zur Kinderkrankenpflege sind wir immer wieder aufgefordert, Weiterbildungen zu besuchen. Die habe ich auch besucht. Speziell jetzt zur Muttermilch habe ich mich eher privat belesen und fortgebildet, da eine Kollegin von mir sich zur Laktationsberaterin hat ausbilden lassen und da konnte man immer mal wieder in die Unterlagen reinschauen und hören, was sie so gemacht hat. Und ich habe selber 3 Kinder und hab die Kinder auch voll gestillt und da hat man sich selber so ein bisschen belesen.

K: Gut, dann würden wir hier über die allgemeine Praktik des Stillens im Haus sprechen. Eine Mutter die jetzt keine größeren Probleme, Schwierigkeiten, Sonderfälle darstellt, die hier aufgenommen wird auf der Station, was würden Sie sagen ist so der routinemäßige Ablauf, wenn sie vom Kreißsaal hier rüberkommt?

S: Es ist so, in den meisten Fällen, dass das erste Anlegen schon im Kreißsaal stattgefunden hat und während der Übergabe der Hebamme gesagt wird, ob es geklappt hat, wie es geklappt hat und in dem Zuge würde die Hebamme mich informieren, falls die Mutter sich dazu entschieden hat, abzustillen und die Details kriegen wir schon während der Übergabe von der Hebamme.

K: Das heißt, man versucht, in jedem Fall das erste Anlegen schon im Kreißsaal... vorzunehmen...

S: Ja, genau, genau. Direkt nach der Geburt

K: Das heißt also, man animiert die Frauen auch dazu, wenn sie selber nicht den Impuls haben, dass...

S: Ja, genau, das wird im Prinzip von den Hebammen auch einfach empfohlen und in Verbindung mit dem Bonding, damit auch gleich das Stillen mit.

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	---

K: Sie haben es schon gesagt, es gibt natürlich auch Frauen, die nicht stillen wollen und die sich von vorneherein dagegen entscheiden. Was sind Ihrer Meinung nach so die Hauptgründe, die die Frauen nennen, wenn sie nicht stillen möchten?

S: Das was ich persönlich hier so erlebt habe, war einmal, dass eine Mütter sich bewusst gegen das Stillen entschieden haben, weil sie weiter rauchen wollten und manchmal bei Müttern, die unsicher waren und eher zum Abstillen tendiert haben, waren wo das beim ersten oder den anderen Kindern nicht geklappt hat. In ganz wenigen Fällen hatten wir auch Mütter, die innerhalb des Prozesses sich dann doch für das Abstillen entschieden haben. Aber das ist eher sehr wenig.

K: Wenn eine Frau Ihnen die Gründe nennt, warum sie es nicht möchte, versuchen Sie dann noch sie zu überzeugen oder noch einmal auf die Vorteile des Stillens explizit hinzuweisen oder wird es dann, wenn es so dezidiert formuliert wird, einfach auch akzeptiert?

S: Es ist immer unterschiedlich. Wenn mir die Hebamme das schon als eine klare Entscheidung der Mutter mitteilt, dann würde ich nur noch einmal kurz nachfragen. Nicht dass es da Missverständnisse gab oder es sich um eine andere Mutter handelt. Da würde ich jetzt nicht im Prinzip bohren. Wenn die Hebamme aber schon sagte, sie tendiert eher, dann würden wir im Prinzip eher noch einmal anders darauf eingehen.

K: Das heißt manchmal passiert es auch, dass die Frauen eher die Tendenz haben, abzustillen...

S: ja

K: ...aber es sich dann noch einmal überlegen, nachdem sie sich intensiver mit Ihnen unterhalten haben?

S: genau

K: Wenn es dann doch bei dem Entschluss bleibt, abzustillen, dann werden diese Tabletten gegeben, um die Milchproduktion zu unterbinden oder was ist dann...?

S: Das wird an die Schwester, die im Prinzip die Pflege der Mutter übernimmt, abgegeben über den Zeitraum dessen, über den die Tabletten gegeben werden. Es wird aber oft in Absprache mit der Hebamme mit Globuli unterstützt.

K: Und der andere Fall, wenn feststeht, die Frau möchte stillen, gibt es routinemäßige Empfehlungen, die sie da der Frau aussprechen. Worauf sie jetzt bei der Ernährung achten soll, worauf sie sonst im Umgang mit dem Kind achten soll, bestimmte Körperpraktiken?

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	--

S: Es ist so, dass wir im Prinzip, wenn die Mutter gerade aus dem Kreißsaal kommt, natürlich eher das Gesamtbild der Mutter sehen. Bei einer sehr erschöpften Mutter würde ich jetzt nicht anfangen, über Nahrungszusammensetzung zu sprechen. So, aber wir sagen, sobald das Kind sich in den ersten Stunden meldet, darf es angelegt werden. Ist so das erste, was wir den Müttern mitgeben. Viel Körperkontakt, Körernähe, so auf die Brust legen, empfehlen wir gleich einer Mutter, die dazu in der Lage ist. Das wären so die ersten Sachen, die wir weitergeben.

K: Und dann später, wenn die Mutter sich dann ein bisschen erholt hat von den Strapazen, gibt es da Empfehlungen, die sich häufig aussprechen? Worauf die Mutter achten soll jetzt?

S: Wir versuchen es beim Anlegen zumindest einmal gesehen zu haben, um einfach Fehlanlegen, um wunde Brustwarzen zu verhindern, um da einfach schneller intervenieren zu können und dann würde sich das im Prinzip in dem Maße ergeben. Bei einer Mutter, die schon ihr drittes Kind hat und wo es schon gut klappt, da sind wir natürlich etwas zurückhaltend, beobachten eher. Eine Mutter, die schon Schwierigkeiten hat, überhaupt ihr Kind festzuhalten, braucht da natürlich viel mehr Unterstützung.

K: Würden Sie sagen das sind auch häufige Probleme oder die häufigsten Probleme, die Ihnen begegnen? Also, das Anlegen und die richtige Position? Oder was sind so häufige Fragen und Schwierigkeiten, die Ihnen begegnen bei Müttern, die das vielleicht auch zum ersten Mal machen beim ersten Kind?

S: Das Erstaunliche ist, dass die Bandbreite doch recht groß ist. Dass es Mütter gibt, die sich doch schon sehr gut informiert haben und sehr viel Bücher gelesen haben und auch konkret mit Fachbegriffen fragen, und andere Mütter, die sehr erstaunt sind, wenn wir sagen, das Kind wird auch nachts angelegt. Also so die Bandbreite ist wirklich erstaunlich groß. Genau, also was sind so die Sachen, die wir pauschal sagen. Wir sagen, dass wir nach Bedarf anlegen. Wir sagen, dass wir zum Anfang die Mutter darauf hinweisen, einfach darauf zu schauen, wie sich die Brust anfühlt, um dieses Wundsein zu verhindern und dass wir sagen, man sollte gerade so nach 8-10 Minuten einfach noch einmal intensiv darauf schauen, dass die Haut nicht zu sehr wund wird. Dass, wenn beim Stillen jetzt ein stechender Schmerz ist, dass man da einfach noch einmal eine Korrektur vornimmt und meistens bieten wir dann einfach Sachen an und sagen, wenn das und das ist, dann rufen Sie uns doch einfach dazu, dann helfen wir noch. Ansonsten sagen wir, dass in den ersten 24 Stunden das Kind auch einfach viel Ruhe haben darf. Wir empfehlen aber, nach spätestens 6 Stunden einfach mal das Kind zu wickeln, um zu schauen, schlafst es einfach sehr tief und durch das Wickeln würde es sich daran erinnern, ich hab ja doch Hunger. Ab dem ersten Tag schlagen wir ein Wecken des Kindes spätestens nach 4 Stunden vor, sehen das aber auch immer so im Kontext, einfach dass die Kinder nicht zu lange schlafen und zu schlapp werden.

K: Und, das heißt, bei den ersten Anlegeversuchen würden Sie sagen, ist im Durchschnitt meistens jemand von Ihnen dabei?

S: Wir versuchen, dass immer jemand, zumindest, wenn die Hebamme sagt, gut geklappt, und drittes Kind oder so, dann schaufeln wir uns das nicht so frei. Dann verlassen wir uns darauf, aber ansonsten schauen wir schon, dass mindestens einer innerhalb der ersten 24 Stunden dokumentiert hat „gutes Anlegen gesehen“ oder „klappt“ oder „die und die Sachen sind zu beachten“.

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	--

K: Und das heißt, die Frauen klingeln dann überwiegend, wenn sie Probleme haben und Sie kommen dann auf das Zimmer? Weil, Sie haben ja hier auch noch einmal einen extra Raum mit diesen speziellen Sesseln, so eine Art von Stillraum. Wozu wird der dann explizit noch einmal genutzt?

S: Hier auf der Station sind zwar zwei Familienzimmer, ansonsten aber Mehrbettzimmer und da gibt es dann immer wieder Mütter, die einen Rückzugsort bevorzugen zum Stillen. Dafür ist der Stillraum hier ideal. Ansonsten gibt es auch immer wieder Sachen, wenn das Kind zum Beispiel verlegt ist, die Mutter pumpen muss und da sind dann Sachen, wo wir hier auch die Pumpen haben. Genau, dafür wird es hauptsächlich genutzt.

K: Und, was jetzt die Pflege des Kindes in den ersten Stunden anbelangt, also ich meine klar, wenn die Frau in den ersten Stunden sehr erschöpft ist oder auch nach Kaiserschnitten, ist sie ja nicht besonders mobil und muss liegen auch. Das heißt, dann übernehmen Sie auch Dinge wie Wickeln und Umziehen des Kindes?

S: Also hier im Kinderzimmer übernehmen wir meistens mit dem Vater zusammen die Erstversorgung, damit wir uns einfach auch noch ein Bild vom Kind machen können. Dass wir das Kind einmal komplett nackt gesehen haben und nach Absprache mit den Eltern wird es auch mit klarem Wasser gewaschen. Dann wird es sozusagen das erste Mal gereinigt, zumindest von Mekonium und Blut, gereinigt und angezogen, und genau, das ist so das erste Prozedere. Alle Kinder bekommen bei uns auch nach der Geburt dann das Vitamin K.

K: Und wenn die Mutter sich dann auch im Verlaufe des zweiten Tages noch zu erschöpft fühlt, dann besteht auch die Möglichkeit, dass sie weiterhin Sie zu Hilfe holt?

S: Genau, dieses erste Anleiten zum Wickeln übernehmen wir. Ansonsten müssen wir natürlich schauen, wie es vom Stationsablauf möglich ist und wenn jetzt zum Beispiel Kreislaufbeschwerden und große Schmerzen sind und es einfach auch eine medizinische Indikation gibt, durch die die Mutter das Wickeln nicht übernehmen kann, dann übernehmen wir das selbstverständlich. Ansonsten suchen wir natürlich Wege zu finden. Oft lässt sich der Vater auch gut da mit einbinden. Dass das einfach auch von den Eltern übernommen wird, weil dadurch lernen ja auch die Eltern einfach, eine Beziehung zum Kind aufzubauen.

K: Und jetzt noch zu den allgemeinen Richtlinien hier im Haus. Gehört das Haus zu der Baby Friendly Initiative von der WHO Unicef?

S: Ich vermute mal nicht.

K: Aber die Richtlinien sind Ihnen persönlich bekannt? Also sind sie damit in Kontakt gekommen im Laufe Ihrer Ausbildung?

S: Den Begriff habe ich wohl schon einmal gehört, aber ich könnte jetzt nicht die einzelnen Schwerpunkte betonen. Also wir legen Wert auf 'Rooming in', im Prinzip die Kinder bleiben bei den Müttern die ersten 24 Stunden. Wir versuchen den Erstkontakt auch gleich schon im Kreißsaal herzustellen, sehr viel Körperschönheit und haben jetzt sehr

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	---

wenig von den zeitlichen und von den Empfehlungen her Strukturen, die wir allen Eltern sagen. Sondern wir gehen da einfach auch individuell vor und sagen jetzt nicht, wenn das und das auftritt, sagen wir das, sondern gucken, was die Mutter, was das Kind braucht.

K: Und die Präsenz von La Lecce Liga, haben Sie davon hier im Haus schon einmal etwas mitbekommen?

S: Die bieten glaube ich auch Ausbildungen an für die Laktationsberatung. Ich weiß jetzt nicht, ob die Kollegin, die leider nicht mehr hier ist, vielleicht dort die Ausbildung gemacht hat. Da jetzt von den Unterlagen hatte ich schon Einsicht, aber dass jetzt konkret Fortbildungen von ihnen hier stattgefunden haben, das wäre mir jetzt nicht bekannt. Auch so Stillgruppen und auch so Informationsveranstaltungen, da sind wir jetzt nicht so vernetzt. Das wären dann wohl eher die Hebammen, die da konkreten Kontakt hätten.

K: Und wenn wir dann noch einmal über das Kolostrum ein bisschen reden, wie würden Sie denn das Kolostrum... oder was ist Ihre Arbeitsdefinition des Kolostrums?

S: Das ist immer Unterschiedlich. Wir haben natürlich auch Mütter, bei denen es sprachlich schwierig ist, wo wir mit Händen und Füßen reden müssen und die völlig überfordert wären, wenn ich mit dem Begriff ‚Kolostrum‘ komme. Je nachdem wie es die Mutter braucht: die allererste Milch, die Vormilch, fetthaltige Milch, die oft von der Menge her wesentlich geringer ist, von der Farbe anders aussieht,... Also eher vielleicht ins Beschreiben bei manchen Müttern gehen oder eher so „Hilfe, was habe ich da?“ und dann eher beruhigend zu sagen „alles in Ordnung, es muss so aussehen“.

K: Und sie haben es schon gesagt, sie sieht anders aus. Wie würden Sie es für jemanden beschreiben, der es selber noch nie gesehen hat?

S: Also, fast schon die Tendenz wie Vanillepudding. Also die Konsistenz ist im Prinzip einfach anders, als das, was man sich klassisch unter Milch vorstellt.

K: Das heißt, farblich geht auch in dieses Gelbliche, das..

S: Eher fast schon Richtung Orange. Ja.

K: Und, Sie waren als dreifache Mutter natürlich auch selber damit in Kontakt. Haben Sie geruchlich oder geschmacklich einen Eindruck von der Substanz gewinnen können?

S: Also, von mir persönlich jetzt nicht, aber da wir manchmal Mütter haben, wo das Kind leider direkt nach der Geburt verlegt wurde, einfach aus dem was gepumpt wurde, was wir dann in so kleinen Spritzen auffangen, daher ist mir die Konsistenz und die Farbe bekannt.

K: Genau, aber Geruch und Geschmack haben Sie jetzt...

S: Ist immer in der Fülle von dem, wie auch die Mutter und das Kind riecht, jetzt nicht so zu differenzieren.

K: Und, wenn Sie dann auch noch einmal erklären, wozu dieses Kolostrum gut ist, was geben Sie den Müttern da mit auf den Weg, was dieses Kolostrum also auszeichnet oder auch unterscheidet von der späteren, reiferen Muttermilch?

S: Ich muss gestehen, dass ich es gar nicht so differenziere zwischen Vormilch insgesamt und Kolostrum. Ich sag einfach, dass auch schon das erste Anlegen wichtig ist, dass es sehr nahrhaft ist, dass es oft von der Menge geringer ist, dass es oft jetzt nicht so... Manche Mütter haben immer das Gefühl, es müsste tropfen und laufen, und dass das nun bei der ersten Vormilch nun mal nicht so ist und sie trotzdem beruhigt sein können, dass alles soweit in Ordnung ist. Ja, in die Richtung würde ich es erklären.

K: Das heißt, es begegnet Ihnen auch, dass Mütter verunsichert oder besorgt sind, dass die Menge auch nicht ausreicht...?

S: Oh je, auf alle Fälle. Vor allem, wenn Kinder da unruhig sind, geht man immer davon aus, dass Hunger die Ursache wäre.

K: Ja, Sie haben schon auch gesagt, sie haben selber sich viel angelesen zu dem Thema rund um die Muttermilch und das Stillen, das heißt, die Informationen, die Sie über die Vormilch haben, haben Sie sich überwiegend auch selber angelesen oder erinnern Sie sich noch an eine andere Informationsquelle, die da für Sie besonders wichtig war?

S: Also, meine Hauptbasis rund um das Stillen habe ich durch meine Ausbildung, der Kinderkrankenpflege. Genau, und den Rest dann eher durch Bücher oder wie gesagt, konkret durch die Kollegin, die die Ausbildung gemacht hat.

K: Würden Sie sagen, diese Vormilch kann man mit irgendeiner anderen Körperflüssigkeit vergleichen oder sagen Sie, das ist etwas sehr Eigenes?

S: So farblich ist es medizinisch gesehen eher... Manchen Müttern muss ich auch sagen „keine Angst, das ist kein Eiter“.

K: Also, da besteht Verwechslungsgefahr unter Umständen.

 ANR « COLOSTRUM »	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
---	--	---

S: Wenn etwas sehr entzündet ist, kann das schon eine ähnliche Farbe oder Konsistenz haben, ja.

K: Und ist es so, dass Sie in Ihren Kontakten und in den Gesprächen mit den Müttern Sie den Eindruck haben, dass Vormilch, Kolostrum immer erwähnt wird? Also sagen Sie fast immer etwas dazu, von sich aus oder weil Nachfragen kommen oder gibt es auch eine Menge an Frauen, wo Sie das überhaupt nicht thematisieren müssen?

S: Also, ich würde schon sagen, dass mindestens in der Hälfte der Fälle die Mütter einfach sagen „ach, da ist doch noch nix“, manche sogar „ich muss doch noch gar nicht anlegen, weil da ja noch nix ist“. Deswegen gehen wir dann schon konkret in das Erklären rein. Es ist sehr, sehr selten, dass Mütter selber schon so differenziert fragen. Insgesamt geht es da meistens rund um das Stillen und das Thema Muttermilch.

K: Das heißt, es gibt aber auch einige Mütter, die schon Vorwissen mitbringen? Haben Sie den Eindruck, das sind Frauen die sich einfach schon insgesamt sehr auseinandersetzt haben, im Selbststudium, also viel gelesen haben, Bücher, Internet... Oder sind das Hebammen und Geburtsvorbereitungskurse. Haben Sie da eine Idee, wo die Frauen ihr Wissen herbringen?

S: Das kann ich im Einzelnen, wenn nicht eine Mutter das gerade erzählt, natürlich schwer beurteilen. Oft sind Mütter natürlich gelassener beim Stillen, wenn sie schon mehrere Kinder haben.

K: Und, wenn die Frauen dann etwas darüber wissen, dann kennen sie den Namen, entweder Kolostrum oder Vormilch. Wissen sie darüber hinaus noch irgendetwas Spezifisches was Eigenschaften anbelangt oder, dass diese Menge auch gering ist und es deshalb nicht Besorgnis erregend ist?

S: Also der Begriff ‚Vormilch‘ ist mir einige wenige Male untergekommen. Ich muss ehrlich gestehen, dass ich den Begriff ‚Kolostrum‘ von einer Patientin selber jetzt so noch nie gehört habe, höchstens von medizinischem Personal oder Hebammen.

K: Also wenn dann eher ‚Vormilch‘.

S: Genau, scheint jetzt der Begriff, von dem was mir bei uns jetzt in den Gesprächen war, ist mir das jetzt noch nicht vorgekommen, dass eine Mutter explizit danach gefragt hat.

K: Und ist es Ihnen auch schon im Laufe Ihrer Karriere begegnet, dass eine Frau sagt, ja ich stille, aber ich gebe explizit nicht die Vormilch?

S: Wir haben bei einigen ausländischen Müttern die Diskussion, die wirklich so auf ihre Brust fassen und sagen, da ist noch nichts, ich lege noch nicht an. Da war es uns jetzt noch nicht so möglich herauszufinden, ob das einen kulturellen Hintergrund hat, dass man da explizit die Vormilch nicht gibt. Aber oft ließen sich die Frauen trotzdem

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
---	---	---

motivieren, als wir gesagt haben, es ist trotzdem wichtig, man wartet nicht bis die Milch kommt, sondern legt schon an. Das wäre jetzt mal interessant, nachzuforschen. Aber das weiß ich nicht.

K: Aber da war dann eher das Argument, da ist nichts, nicht, da kommt etwas, was nicht gut ist.

S: Das habe ich persönlich noch nicht erlebt und habe es auch von den Kollegen bei der Übergabe, was ja ausgetauscht werden würde, auch noch nicht erlebt, dass Mütter explizit gesagt haben „das möchte ich nicht geben“. Es sind schon Mütter erstaunt. Gerade, wenn das so abgepumpt wird. So nach dem Motto, soll das Kind es wirklich trinken. Aber, dass jetzt Mütter bewusst es verweigert haben, das ist mir jetzt nicht passiert.

K: Und die Frage „soll das Kind es wirklich trinken“, entsteht dann unter dem optischen Eindruck, dass das so anders aussieht, als das was man von Milch erwartet?

S: Genau.

K: Und wenn Sie sagen, es waren überwiegend ausländische Patienten, können Sie sagen... Sie haben ja ein sehr gemischtes Klientel, können Sie das noch irgendwie zuordnen? Waren es eher Frauen aus dem arabischen Raum, afrikanische Frauen... Kann man es genauer zuordnen?

S: Das wäre jetzt natürlich interessant. Die Kollegin, die noch länger hier arbeitet, könnte da vielleicht konkretere Aussagen machen. Eher so afrikanisch-arabischer Raum, wo wir auch Mütter haben, die dann einfach sagen „es ist doch noch nix da“ oder „ich kann noch nicht anlegen“. Und viele, die sich manchmal dann auch vehement durchsetzen, dass die ersten zwei Tage Flaschen gegeben werden und sie dann erst ab dem dritten Tag... Also, es ist sehr, sehr selten. Aber manche, die sozusagen dieses Konzept dann fahren. Wo wir manchmal dann auch nicht so ganz feststellen konnten, ob das jetzt auch eher eine leichtere Option war, die die Mutter gewählt hat oder was jetzt da im einzelnen dahinter steckt.

K: Und der umgekehrte Fall, dass eine Frau sich eigentlich prinzipiell gegen das Stillen entschieden hat, aus welchen Gründen auch immer, wird dann von Ihrer Seite auch manchmal der Kompromiss gesucht, dann zumindest das Kolostrum zu geben als Kompromisslösung. Ist Ihnen so etwas schon einmal begegnet oder haben Sie das selber schon einmal versucht oder bei Kolleginnen?

S: Also das bieten wir eigentlich nicht an. Denn wenn es erst einmal durch ein Saugen in Gang gebracht wird, ist natürlich das insgesamt wieder „Zurückpfeifen“ ein viel größerer Aufwand. Das heißt, grundsätzlich empfehlen wir, versuchen auch zu empfehlen und sagen auch, man muss nicht gleich ein ganzes Jahr stillen. Man kann auch für einen kürzeren Zeitraum stillen. Egal, ob es jetzt nur 1-2 Wochen wären. Also das versuchen wir schon, je nachdem, welche Sorge die Mutter hat. Wenn sie sagt, nach 6 Wochen muss ich vielleicht wieder in die Ausbildung, dass man auch sagt, dass auch 6 Wochen einfach gut wären für das Kind. Aber, dass man jetzt wirklich nur das Kolostrum abpumpt, trotzdem aber anschließend in einen Abstillprozess geht, habe ich jetzt so in diesem Krankenhaus hier noch nicht erlebt.

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	---

K: Und wo wir gerade von Stilldauer auch sprechen, wenn Sie jetzt so gefragt werden, welche Stilldauer empfehlen Sie? Was sagen Sie dann den Müttern, wie lange voll Stillen? Ab wann Beikost?

S: Ich persönlich gebe gar keine zeitlichen Angaben. Ich ermutige die Mutter, in diesem Moment zu stillen und wenn eine Mutter dann doch aus irgendwelchen Gründen gezwungen ist, abzustillen, versuche ich jeden Tag, den sie gestillt hat – und seien es nur 3 Tage gewesen – zu wertschätzen. Da habe ich jetzt kein pauschales Muster. Wir haben nicht so viele Mütter, die schon mit älteren Kindern kommen, deswegen steige ich da selten in die Diskussion mit ein, ab wann man jetzt zufüttert. Weil das auch kulturell und von den Familien her sehr, sehr variiert. Was wir hier schon sagen, wenn mal Eltern anrufen und das Kind schon etwas älter ist, also eher noch versuchen, dieses Zufüttern möglichst lange heraus zu zögern, aber auch nur, wenn ich die Mutter kenne und den Gesamtkontext kenne. Ist immer schwierig per Telefon zu empfehlen, weil man oft nicht raushören kann, was ist eigentlich das eigentliche Problem.

K: Und auf einer persönlichen Ebene, wenn Sie dazu etwas sagen möchten oder können?

S: Ja, meine Kinder waren alle recht groß. Also über 4 Kilo. Ich habe 4 Monate voll gestillt und so ein bisschen auch individuell geschaut. Ich glaube, der Große, der hat dann mit Möhrenbrei so ab dem 5. Monat dazubekommen. Der Mittlere, der war etwas ungeduldiger, der wollte schon etwas eher. Hat natürlich auch seinen Bruder essen gesehen.

K: Das ist dann oft, wenn ältere Geschwisterkinder da sind, da ist dann oft die Neugier schon früher geweckt.

S: Genau. Worauf ich versucht habe, zu achten ist, 1 Jahr konsequent auf bestimmte Produkte wie Rohrzucker oder Rohmilchprodukte zu verzichten.

K: Und sie haben gesagt, klar, es gibt auch Frauen, die wollen eigentlich stillen und entscheiden sich dann doch relativ schnell, dass es doch nicht geht, dass es im Laufe der Zeit, die sie da sind, noch miterleben auch. Was sind da Hauptgründe warum Mütter sich dann doch dagegen entscheiden?

S: Also, dass Mütter in der ersten Zeit anfangen zu stillen, aber dann nicht weiter stillen, ist sehr selten. Also, das wäre höchstens, wenn wirklich eine akute andere Krankheit oder wirklich ein Notfall, sie noch einmal auf die Intensivstation müsste oder sie noch einmal so stark nachblutet, dass da alles aus dem Ruder ist. Die meisten Fälle, die ich erlebt habe, ist einfach Ruhe zu bewahren, auch wenn die Milch fast komplett zurückgeht. Einfach zu ermutigen, dass, wenn diese medizinische Ursache – also dieser starke Blutverlust zum Beispiel – wieder behoben ist, dass es durchaus sein kann, dass die Mutter wieder stillen kann. Also, so lang wie die Patienten noch hier sind, haben wir auch genügend Möglichkeiten, auch regelmäßig da hinterher zu sein und Hilfe anzubieten. Deswegen ist das, also ich kann es natürlich nicht ausschließen, aber sehr, sehr selten.

K: Und gibt es denn grundlegend Unterschiede zwischen Frauen, die natürlich entbunden haben und Kaiserschnitt-Entbindungen?

S: Von dem, wie sie Unterstützung beim Anlegen brauchen, ist das bei Kaiserschnitt-Geburten natürlich größer, weil die Mütter sich ja selber nicht so richtig bewegen können.

K: Aber was man Ihnen mitgibt, wie oft sie anlegen... also, dass sie anlegen sollen, das ist eigentlich relativ gleich?

S: Also bei Müttern, denen es gut geht, empfehle ich natürlich sehr, nach den Bedürfnissen des Kindes zu schauen – wie oft es das Kind braucht. Bei Kaiserschnitt-Müttern versuche ich es zu variieren und ab einem bestimmten Grenzwert, wo einfach die Mutter zu große Schmerzen hat, dann einfach zu sagen, das Kind würde zwar gerne, aber in diesem Moment schauen wir auf die Mutter. Also, da versuchen wir das zu variieren und dann muss ein Kind vielleicht auch erst einmal ein bisschen hingehalten werden und von Verwandten getröstet werden. Wo man bei der spontan entbundenen Mutter natürlich sagen würde, sofort wieder anlegen.

K: Und Sie haben auch schon gesagt, Sie versuchen eher das Stillen auf Bedarf auch zu vermitteln. Also nicht nach Uhrzeit.

S: Ja, genau. Wobei wir schon ein bisschen, weil manche Kinder nicht von sich aus wach werden, um dem entgegen zu wirken, spätestens nach 4 Stunden sollte einfach mal geschaut werden.

K: Gerade auch noch dazu. Was sind denn die Richtlinien oder Entscheidungshilfen hier im Haus, ab wann man doch entscheidet, zu zu füttern?

S: Also wir haben so das Gesamtbild der Kinder im Auge, weil wir 1x am Tag jedes Kind nackt wiegen, dass die Kollegin, die das macht, einfach auch beurteilen kann wie die Haut aussieht, wie die Farbe aussieht, wie die Körperspannung des Kindes ist, ob es sehr schlapp ist oder sehr aktiv, sehr rege und munter. Daraufhin können wir natürlich sehen, zusammen mit der Beobachtung von der Gewichtskurve, ob es eher etwas ist, wo wir schon eher drauf drängen, das Kind muss zum Beispiel 2ständig angelegt werden oder auch, wenn ein Kind viel abgenommen hat, aber munter und rege ist, ob es von der Haut unauffällig ist. So also diese Gesamtbild spielt da... Worauf wir natürlich achten, wenn ein Kind mehr wie 10% abgenommen hat, dass da das nicht sozusagen weiter abnimmt. Wäre für uns jetzt eine Richtlinie, die wir nicht unbedingt immer den Eltern sagen. Wir sagen eher, alle Kinder nehmen am Anfang ab. Bis 10% ist gar kein Problem. Also eher in die Richtung.

Ansonsten sind natürlich die gelbe Verfärbung der Haut oder erhöhter Bilirubin-Wert ein Kriterium, wo wir auf zusätzlich Flüssigkeitsaufnahme achten müssen. Ist aber eher so für uns intern, dass wir da ein Auge darauf haben und dann natürlich die Mütter motivieren, da öfter anzulegen.

K: Also erst einmal öfter anlegen und wenn es dann weiter Gewichtsverlust gibt, dann entscheidet man sich doch auch zum Zufüttern unter Umständen....

S: Man würde vorher schauen woran es liegt. Also wenn es die Stillkontrolle ergibt, dass es wirklich einfach das Kind nicht genügend rausbekommt, dann schaut man, ob nicht doch noch genügend Milch da ist und das Kind es nicht rausbekommt, dann würde man mit Pumpen versuchen und je nachdem, manche Mütter vergessen zu trinken und, und, und... also welche anderen Ursachen es geben könnte und wenn das nicht ist und wenn auch gerade das Kind in die Phototherapie muss, dann muss natürlich geschaut werden, dass es regelmäßig auf eine bestimmte Menge kommt und dann versucht man erst einmal durch zufüttern das abzudecken.

K: Und beim Zufüttern, wird da überwiegend mit Fläschchen zugefüttert oder über Spritze? Also mit Fingerfeeding?

S: Wir jetzt von uns als Kolleginnen können das nur in sehr einzelnen Fällen mit Löffel oder mit Finger oder Spritze machen. Das ist jetzt nicht üblich. Also, was wir auch beobachtet haben, wenn die Kinder immer erst angelegt werden, dann also dieses Gefühl der Brust im Mund haben, dann hier auch mit den speziellen Neugeborenensaugern, aus denen es nicht rausspritzt, wo die Kinder auch etwas arbeiten müssen, da war eigentlich auch immer kein Problem, die Kinder wieder an die Brust zu legen und da ist mir persönlich diese klassische Saugverwirrung jetzt noch nicht untergekommen, wenn das Kind wirklich auch ausreichend oft vorher an der Brust war.

K: Und begegnet es Ihnen auch, dass, wenn Sie die Empfehlung aussprechen, wir sollten jetzt zufüttern, dass es Mütter gibt, die das ablehnen?

S: Genau. Hat jeder natürlich ein Recht, das mit uns durchzudiskutieren und einmal habe ich es in meiner Karriere erlebt, wo es sozusagen auch vom Kinderarzt her, einfach auch aus unterschiedlichsten Gründen, dringendst notwendig war, dass das Kind etwas bekommen hat und da haben die Eltern Ammenmilch besorgt.

K: Ach, tatsächlich. Wissen Sie etwas darüber, wie das organisiert ist?

S: Das war bei dem Fall konkret die Freundin, die dann etwas abgegeben hat. Das ist mir nicht bekannt, ob es so etwas wie eine zentrale Stelle gibt, wo Mütter das besorgen könnten. Da müsste man in einzelnen Stillgruppen wahrscheinlich nachfragen.

K: Und der umgekehrte Fall wird wahrscheinlich auch vorkommen, dass es eigentlich von Ihrer Seite keine dringliche Notwendigkeit gibt, dass die Mütter aber trotzdem danach verlangen, ein Fläschchen zu bekommen, weil sie den Eindruck haben, es reicht nicht oder es kommt nicht genügend. Dann versuchen Sie die Mütter erst zu beruhigen, auch in der Diskussion noch einmal zu überzeugen, es gibt keine medizinische Indikation dafür. Wenn die Mutter trotzdem darauf besteht, gibt man ihr ab einem gewissen Zeitpunkt auch dann nach oder?

S: Also wir hatten jetzt konkret vor ein Paar Tagen den Fall. Also eigentlich ist es so, dass wenn wir keinerlei Anhaltspunkte haben, nachdem wir es einsehen, wo natürlich auch so etwas wie... vom Gesamtbild her ist es schwierig ein Schema daraus zu machen. Es könnte natürlich sein, dass wir dann sehen wie erschöpft die Mutter ist. Wobei natürlich nicht ein Grund zum Zufüttern die erschöpfte Mutter ist. Also, dieses Gesamtbild ist. Und da gab es konkret einen Fall, wo die Kollegin wirklich auch einfach gesagt hat, das Kind braucht keine Milch und hat das auch

	<p style="text-align: center;">Corpus Allemagne Francfort-sur-le-Main – (Saint-Markus Hôpital)</p>	<p style="text-align: center;">Transcription entretien : Personnel soignant</p>
--	---	---

für sich innerhalb der Schicht so durchgesetzt. Also, wir verwalten hier die Milch. Das heißt, die Milch ist nicht frei zugänglich für die Mütter und da entscheidet natürlich jede Kollegin für sich, wann sie es rausgibt und wann nicht. Dass wir jetzt wirklich es sozusagen verhindert haben... Ich hatte einen Fall, wo der Vater dann gesagt hat, dann besorgt er in der Apotheke die Milch zum Anrühren, wenn ich ihm die jetzt nicht rausgebe und es klang auch sehr ernst, dass er es gemacht hätte und da war im Prinzip dann das kleinere Übel, diese Flasche zu geben, weil ich Sorge hatte, dass das vielleicht nicht richtig zubereitet wird. Aber das ist in den 10 Jahren vielleicht 2x gewesen.

K: Und die Milch, also die Zusatznahrung, die Sie hier verwenden, ist immer diese Gebrauchsfertige, die nicht angerührt...

S: Genau, wir verwenden hier gebrauchsfertige **HA-Nahrung**.

K: Und sie haben auch schon angesprochen, Abpumpen, also abgepumpt wird unter anderem, wenn man merkt, das Kind hat vielleicht die Kraft da alles rauszuholen. Gibt es noch andere Umstände, wo man Frauen das empfiehlt?

S: Ja. Wenn das Kind verlegt ist, dann wir regelmäßig abgepumpt. Es gibt manchmal Mütter, die eine Zeit lang auf der Intensivstation sein müssen. Da gibt es in einzelnen Fällen nicht immer die Möglichkeit, das Kind zum Anlegen runterzubringen, da werden natürlich die Zwischenzeiten mit Pumpen überbrückt. Genau, und alle Fälle wo das Kind einfach zu schwach ist, die Menge rauszutrinken, wird gepumpt und sonst halt durch pumpen, wenn zum Beispiel ein Kind schwach ist, wird zuerst einmal angepumpt, wenn die Milch fließt, dann Kind angelegt und all diese Zwischenmöglichkeiten, die man ja mit der Pumpe noch hat.

K: Und erleben Sie es auch, dass Frauen zum Beispiel schon im Vorfeld sich für zu Hause eine Pumpe besorgt haben...

S: ja

K: Was haben Sie für einen Eindruck sind da die Gründe, dass man sich schon sozusagen präventiv sich für zu Hause eine Pumpe besorgt, ohne zu wissen, wie es eigentlich laufen wird?

S: Also ich habe 1-2 Mütter gehabt, die das bei ihrem ersten Kind in einer bestimmten Art und Weise praktiziert haben und da auch schon sehr auf eine Pumpe gedrängt haben. Aber das ist auch eher sehr, sehr selten. Also manches was sich eventuell so bewährt hat oder wenn Mütter schon wissen, sie geben ihre Kinder recht früh in eine Betreuung und brauchen da ein bestimmtes Schema vom Pumpen, aber vielleicht 1-2 Fälle in den ganzen Jahren.

K: Dann abschließend, wissen Sie und wenn ja von welcher Seite den Müttern, wahrscheinlich vor allem, wenn sie entlassen werden, Empfehlungen mitgegeben werden, wie sie jetzt in den nächsten Tagen und Wochen mit Geschlechtsverkehr umzugehen haben. Also...

S: In Frage der Verhütung in der Stillzeit oder grundsätzlich?

K: Also, sowohl als auch eigentlich.

S: Also wir gehen von uns aus überhaupt nicht auf die Thematik ein, es sei denn, wir werden gefragt. Es sei denn, eine Mutter würde fragen „ich stille doch, also ich brauche nicht verhüten“, dass man da konkret einfach noch einmal sagt, welche Risiken damit verbunden sind und wie unsicher das ist. Ansonsten sind das eher die Gynäkologen, die innerhalb des Abschlussberichtes vielleicht manchmal Empfehlungen aussprechen. Je nachdem welche Geburtsverletzung die Frau hat. Aber, ob da jetzt ein Schema ist, das die Ärzte hier im Haus bei der Abschlussuntersuchung sagen, ist mir jetzt nicht bekannt.