



6. Dresdner Herbsttag 2014

Frühgeburt: Alles in Balance?!

22. November 2014



Tagungsband

Diese Veranstaltung wird unterstützt durch AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG (Hauptsponsor 2014), Ambulantes Versorgungs Team, Chiesi GmbH, Dräger AG & Co. KGaA, Fritz Stephan GmbH, GE Healthcare GmbH, Humana GmbH, Impromediform GmbH, Medela Medizintechnik GmbH & Co Handels KG, Milupa GmbH, NUK MedicPro Mapa GmbH, Philips GmbH, Primus Marketing Service GmbH, Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH, Servona GmbH, VitalAire GmbH.

Gemäß FSA-Kodex § 20 Abs. 5 sind die im FSA vereinten Firmen verpflichtet, Umfang und Bedingung der Unterstützung von Veranstaltungen offenzulegen: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG = 2.400 €; GE Healthcare GmbH = 750 €.

Die Carl Gustav Carus Management GmbH ist mit der vertraglichen und finanziellen Abwicklung der Veranstaltung beauftragt.

Frühgeburt: Alles in Balance?!



Der diesjährige Herbsttag soll dem Thema „Frühgeburt: Alles in Balance?!“ Raum zum Gespräch und Disput geben. Öfter plötzlich und überraschend, seltener vorhersehbar und angekündigt, erblickt ein Kind mitunter viel zu früh das Licht der Welt. In seiner Familie scheint alles aus den Fugen zu geraten: Anstrengung und Freude, Herausforderung und Glück müssen häufig in eine neue Balance gebracht werden. Aber auch die scheinbar routinierte Arbeit auf den neonatologischen Stationen der Kinderkliniken gerät heute mehr denn je aus gewohnten Bahnen: Was heute dort gilt, funktioniert deswegen hier noch lange nicht; was der einen Familie gestern half, kann morgen der anderen zum Schaden gereichen. Insofern werden das „aus den Fugen geraten“ und „gewohn-

te Bahnen verlassen“ einerseits zu Etappen eines Weges, der auch zum Ausbalancieren, zum Finden einer neuen Balance der Familie führen wird, andererseits sind es jene Bedingungen, welche fernab jeder Routine das einzelne Kind und seine Eltern in den Mittelpunkt rücken.

Wenn ein Kind zu früh geboren wird, stehen seine Eltern vor der Herausforderung, die Ereignisse rund um die zu frühe Geburt zu bewältigen und gleichzeitig in ihre Rolle als Eltern hineinzuwachsen. Zur Unterstützung beim Ausbalancieren von Familienleben und Stationsalltag bieten wir den Eltern ein Tagebuch an. Das Festhalten von Erlebtem – oft wandelnd zwischen freudig und belastend – kann hilfreich sein, durch eine Rückschau auf den bereits gemeinsam gegangenen Weg auch den Blick nach vorn zu richten...



Programm

Eröffnung (09.00-09.15)

Sebastian Brenner: Frühgeburt: Alles in Balance?!

Vorträge (09.15-10.45)

Lutz Jatzwauk: Hygiene auf der neonatologischen Station

Roland Uphoff: Wo ein Kläger, da ein Richter!
Medizin-rechtliche Betrachtungen

Pause (10.45-11.15)

Vorträge (11.15-12.45)

Michael Kroll: Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen
Entwicklung Frühgeborener

Sabine Höck: „Wie geht es dann zu Hause weiter?“
Harlekin-Nachsorge in Bayern

Mittagspause (12.45-13.45)

Parallelworkshops (13.45-15.15)

Eva Vogelgesang: Bonding von Anfang an – Klinische Erfahrungen

Maria Knott: Frühe Mutter-Kind-Beziehungen unter der
Bedingung einer neonatologischen ITS

Katrin Krüger/
Sabine Boeßert: Frühgeborene und ihre Anforderungen an die
Physiotherapie

Michael Zeller: Das frühgeborene Kind auf der Station –
Meilensteine feiern, oder besser nicht?

Christiane Hornstein: Auf einmal ist da ein Kind – und nun?

Barbara Grieb: Professionelle psychosoziale Elternberatung –
Die Forderung des G-BA

Matthias Richter: Zu früh geboren – und wenn es doch nicht zum
Leben reicht...

Nicola Zöllner/
Jürgen Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Pause (15.15-15.45)

Plenum (15.45-16.30)

Vorstellung der Arbeitsergebnisse der Workshops

Abschlussvortrag (16.30-17.30)

Angela Kribs: Wenn der Start gelingen soll: Abstimmungen
zwischen Geburtshilfe und Kindermedizin

Barbara Grieb

Bundesverband
„Das frühgeborene Kind“ e. V.
Speyerer Straße 5-7
60327 Frankfurt/Main
Tel.: 060-58700990
info@fruehgeborene.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Information und Beratung von Eltern
- Koordinierung der Elternselbsthilfe
- Fortbildungsangebote für Elternberater u. a. Experten
- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Frühgeburt
- Thematisierung von Frühgeburt auf politischer Ebene

Professionelle psychosoziale Elternberatung – die Forderung des G-BA

Die Vorgabe des G-BA zur Einführung professioneller psychosozialer Elternberatung auf neonatologischen Intensivstationen macht diese seit 1.7.2014 zur verpflichtenden Leistung für Level 1 und 2 Kliniken. Deren Umsetzung in die Praxis wirft bei vielen Beteiligten noch immer wichtige Fragen auf und es wird nach Lösungen z. B. bei der Suche nach geeigneten MitarbeiterInnen und Finanzierbarkeit der Stellen geschaut. Da die Implementierung dieser Beratungsleistung ein komplexes Vorgehen und Transparenz im gesamten neonatologischen Team erfordert, sollen im angebotenen Workshop die Inhalte des Praxisleitfadens für Elternberatung in der Neonatologie sowie ggf. vorhandene eigene Erfahrungen in diesem Bereich als Diskussions- und Arbeitsgrundlage für das Benennen wichtiger Lösungsansätze dienen. TeilnehmerInnen ohne Praxiserfahrung sollen durch Besprechen konkreter Fallbeispiele zur Implementierung und Methodik von Elternberatung Anregungen und Impulse erhalten, die die Umsetzung im eigenen Haus erleichtern. Zudem wird die Dokumentation in der Elternberatung zur Qualitätssicherung in diesem Bereich ein Thema sein.



Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

Praxisleitfaden „ELTERNBERATUNG IN DER NEONATOLOGIE“

Ausgangssituation

- Steigende Zahl von Angeboten der Elternberatung unterschiedlichster Qualität

Gesetzliche Grundlage

- In Kraft getretener G-BA Beschluss vom 20.6.2013

Ziele des Leitfadens

- Schaffung von definierten Rahmenbedingungen, Inhalten und Mindestanforderungen
- Unterstützung in Konzeptentwicklung, Aufbau und Implementierung von neuen Elternberatungen

Struktur des Leitfadens

- Allgemeiner Teil / Einführung / Methoden
- Implementierung
- Beratungsinhalte
- Vertiefende Literaturhinweise
- Dokumentationen zum Downloaden

www.fruehgeborene.de Praxisleitfaden Elternberatung
Qualitätssicherung, 31. 10. 2014



Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

AKTEURINNEN / AKTEURE

Expertinnengruppe
Pflegefachkräfte, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen, Pädagoginnen

Für den Bundesverband
Barbara Grieb + Katarina Eglin

Wissenschaftliche Begleitung
Katrin Rohde, Gesundheitswissenschaftlerin

Sponsoring
Fa. GlaxoSmithKline

Qualitätssicherung, kriteriengeleitetes Assessment
Gabriele Damm, ZQ Hannover

www.fruehgeborene.de Praxisleitfaden Elternberatung
Qualitätssicherung, 31. 10. 2014



Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

KONSENSUSVERFAHREN

Erstentwurf

Modifizierungsprozess

Überarbeitung und interne Freigabe

Externe Konsentierung

Abschließende Konsentierung

Veröffentlichung

Anwendung

www.fruehgeborene.de Praxisleitfaden Elternberatung
Qualitätssicherung, 31.10. 2014



Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

TEIL I IMPLEMENTIERUNG EINER ELTERNBERATUNG

Strukturelle Voraussetzungen

Personelle Voraussetzungen und Qualifikationen

Räumlichkeiten und Mittel

Art und Umfang der Beratungsleistungen

www.fruehgeborene.de Praxisleitfaden Elternberatung
Qualitätssicherung, 31. 10. 2014



Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

TEIL II INHALTE UND GESTALTUNG DER ELTERNBERATUNG

Präpartale Beratungen

Postpartale Beratungen

Fortlaufende stationäre Beratung

Schulungs- und Anleitungsangebote

Entlassungsmanagement

Nachsorge

Trauerbegleitung

www.fruehgeborene.de Praxisleitfaden Elternberatung
Qualitätssicherung, 31. 10. 2014



Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

ELTERNBERATUNG.....

- ... hat einen positiven Einfluss auf familiäre Bindungsprozesse
- ... entlastet das neonatologische Team
- ... sorgt für interne und externe Vernetzung aller involvierten Akteure
- ... unterstützt die passgenaue Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes der Familie
- ... koordiniert und unterstützt die Familie beim Übergang in die häusliche Situation

www.fruehgeborene.de Praxisleitfaden Elternberatung
Qualitätssicherung, 31.10. 2014

Dr. med. Sabine Höck

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern,
Medizinische Abteilung
Seidlstraße 18a
80335 München
Tel.: 089-54589833
Hoeck@astffby.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Frühförderung Bayern, Konzepte, Systementwicklung
- Umsetzung und Sicherung Interdisziplinarität in Frühförderung
- Vernetzungskonzepte in der Betreuung von Familien mit Risikokonstellation

Wie geht es dann zu Hause weiter? Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern

Die zu frühe oder risikobelastete Geburt stellt für Kinder, Familien und Professionelle hohe Anforderungen und nicht unerhebliche Belastungen, die über die erste Zeit auf der NIPS hinausgehen. Neben dem erhöhten Risiko für die kindliche Entwicklung, beinhaltet es auch für viele Eltern Verunsicherungen, psychische und soziale Belastungen. Der Übergangsbereich von der Klinikentlassung des Kindes und erste Zeit zu Hause stellen einen sehr sensiblen Bereich mit nicht selten erneuter kindlicher Irritation und elterlicher Verunsicherung dar. Hier ein Unterstützungsangebot im häuslichen Umfeld zu geben, dass an deren bisherige Erfahrungen anknüpft, Aktuelles aufgreift und vorausschauende Hilfen gibt in adäquatem Umfang und Dauer ist sinnvoll und notwendig. Das Konzept einer „Schnittstellenbetreuung“ im Übergang zwischen neonatologischen und häuslichen Bedingungen, Prävention und Intervention, sowie zwischen kind-, eltern- und netzwerkbezogenem Betreuungsbedarf wurde erstmalig von 2003-2005 im Pilotprojekt „Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge“ als interdisziplinäres Vernetzungsprojekt mit der Kinderklinik München-Harlaching, der Frühförderung der Lebenshilfe München und dem Verein „Harl.e.kin“ unter fachlicher Begleitung der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern erprobt. Darauf aufbauend entstand ab 2006 ein Nachfolgeprojekt zur „Implementierung der harl.e.kin-Nachsorge in Bayern“. Inzwischen hat es sich als Regelangebot etabliert und wird an 19 Standorten in Bayern angeboten. Das niedrigschwellige Betreuungsangebot wird vorgestellt und Daten aus der Implementierungsphase [Auswertung der Dokumentation der 8 Implementierungsstandorte], sowie der Selbstevaluation [Befragung von Eltern, Kooperationspartner und MitarbeiterInnen] zur Veranschaulichung herangezogen.

Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern „Wie geht es dann zu Hause weiter?“

Interdisziplinäre und intersystemische Frühbetreuung

Weshalb, Warum

- Nachgewiesener Bedarf + Notwendigkeit früher Angebote im Kontext Klinik, Übergang, häuslicher Alltag aus Sicht betroffener Familien und Fachleuten
- Vorhandene Angebote können nicht alles abdecken z.B. aus Gründen der Finanzierung, notwendiger Indikation, Zugang, Akzeptanz, spezifische fachliche Angebote
- Interdisziplinäre plus intersystemische Vernetzung mit festen Arbeitsstrukturen ermöglichen Bündelung der Kompetenz, Einsatz des jw. erforderlichen Angebots, bilden einen stabilen Kern + Ausgangspunkt für weitere Vernetzung
- Nachgewiesene hohe Wirksamkeit von niedrigschwellig, aufsuchend, biografisch + präventiv früh ansetzend + Stärkung elterlicher Kompetenz

Höck, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, www.harlekin-nachsorge.de

Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern

Interdisziplinäre und intersystemische Frühbetreuung

Wer, Wie

- Verknüpfung vorhandener Strukturen
 - mit (den Eltern vertrauten) Nachsorgeschwestern aus der Klinik,
 - mobilem Dienst der Frühförderstelle durch erfahrene, dort weiter eingebundene MitarbeiterInnen
 - Standortkoordinatorin vor Ort
 - Trägerschaft durch gemeinnützigen Verein vor Ort
 - Fachliche Leitung, Begleitung durch Arbeitsstelle Frühförderung
- Implementierung über Projektform, Berücksichtigung individueller Standort-Mitarbeitervoraussetzungen, erforderlicher Zeit-/Strukturabläufe
- Erfolgreiche Implementierung zeigt Akzeptanz, Annahme und Rückmeldung von betroffenen Familien, beteiligten Professionellen, Anfragen neuer Standorte, Vergleich der Ergebnisse der Dokumentationsauswertung und Selbstevaluation (Befragung Eltern, Kooperationspartner und MitarbeiterInnen)
- Verstetigung des lokalen Angebots durch Schaffung und Pflege stabiler Strukturen, zentraler Anbindung und Vernetzung, Absicherung nachhaltiger Finanzierung (Mischfinanzierung-Freistaat/Sponsoring), fortlaufender Qualitätssicherung bei Konzept/Struktur und MitarbeiterInnen

Höck, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, www.harlekin-nachsorge.de

Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern

Fachliche Begleitung durch die Medizinische Abteilung der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern

- „Harl.e.kin-Frühchen-Nachsorge“ 2003-2005 als Modellprojekt am Städt. Klinikum München-Harlaching und der Frühförderstelle der Lebenshilfe München
- 2006 Projekt der Implementierung an ausgewählten Standorten mittels Anschubfinanzierung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
- 2007-2010 Implementierungsphase, 8 Standorte umfassend, untersch. Start, 2 Jahre Implementierung, 3. Jahr Evaluation
- Ab 2011 Regelfinanzierung der Implementierungsstandorte, Aufbau neuer Standorte - Projekt „Harl.e.kin – Nachsorge in Bayern“
- 2013 Abschluss Implementierung, Verlassen Identität Projekt zu Regelangebot, weiterer Ausbau vorgesehen, 19 Standorte (Okt./2014)

3.368 betreute Kinder in der Harl.e.kin-Nachsorge. 2007 bis 1. Halbjahr 2014

Höck, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, www.harlekin-nachsorge.de

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern

Pilotprojekt 2003-2005
seit 2003 München-Harlaching

Implementierungsstandorte
 seit 2006 Rosenheim
 seit 2007 Garmisch-Partenkirchen
 seit 2007 Würzburg
 seit 2007 Kaufbeuren
 seit 2008 Landshut
 seit 2008 Bamberg
 seit 2008 Regensburg
 seit 2009 Augsburg
 seit 2010 München-Rechts der Isar
 seit 2010 Neuburg/Ingolstadt
 seit 2011 Traunstein
 seit 2011 München-Schwabing
 seit 2012 Bayreuth
 seit 2012 Augsburg
 seit 2012 München-Großhadern
 seit 2013 Schweinfurt
 ab 1.10.2014 Coburg

Fachliche Leitung und Begleitung:
Arbeitsstelle Frühförderung Bayern

gefördert von Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration

Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern

Interdisziplinäre und intersystemische Frühbetreuung

Was, Wie

- Niedrigschwelligkeit bei der Indikation: Beratungsangebot für Eltern mit
 - [auch späten] Frühgeborenen, Risikogeborenen, irritablen Säuglingen,
 - bei elterlicher Unsicherheit
- Niedrigschwelligkeit im Zugang und Verlauf
 - Bereits in Klinik Nachsorgeangebot und Kontaktaufnahme
 - Angebot unbürokratisch, aufsuchend im Hausbesuch, in Zeit Übergang von Klinik nach Hause, individuell angepasst in Form, Frequenz, Dauer
- Kombinierte Fachkompetenz im „Tandem“
 - pflegerischer Schwerpunkt durch Nachsorgeschwester und
 - entwicklungspsychologischer Schwerpunkt durch mobilen Dienst der Frühförderstelle
- sekundäre Prävention durch nachhaltige Stärkung der Elternkompetenz
 - Unterstützung/Stärkung des Bindungs-/Beziehungsaufbaus
 - Unterstützung in der Verarbeitung des individuellen Belastungserlebens
 - Verminderung von Entwicklungsrisiken, Frühe Vernetzung in bestehende Hilfesysteme

Höck, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, www.harlekin-nachsorge.de

Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern

Stationäre Phase	Harl.e.kin-Nachsorge				
Kinderklinik/ Neonatologie	Startphase Harl.e.kin	Nachsorgeprozess	Ausschleichen	Abschluss/ Vernetzung	
Indikation zu Harlekin	Erstkontakt im Tandem	1. Hausbesuch im Tandem	Hausbesuche, Telefonate im Tandem oder fachspezifisch individuell angepasst	HB und Tel. in großen Intervallen	Abschlussgespräch im Tandem
Angebot	Aufbau Beraterbeziehung Klärung der Anliegen Termin 1. HB	Aufbau Beraterbeziehung Beratung zu aktuellen Anliegen weiteres Vorgehen	Beratung u. Begleitung ggf. EPB durch MDFF Begleitung zu Kinderarzt		ggf. Vernetzung zu anderen Hilfesystemen
Fallbezogener Austausch im Tandem, ggf. Fallreflexion im Team					
Auswertung Implementierung (8 Standorte)	Ca. 7% der Geburten der Koop.Mütter, bei Mütterl. Indikation: >70% Frühgeborene, bei elterl. Indikation: >70 Neugeb. /angstlich @ 40 Kinder/Standort/ Jahr 1. Hausbesuch @ 0,3 Mo; alle im ersten Monat	Hausbesuche: $x \pm 1,7$ erhalten 1-2- 3-5, 13,6% 6-10, 10% >10 Dauer @ 3,6 Monate, 1-6 Mo	Betreuungsplafette: Schwwestern: Ernährung, Schlaf, Pflege, Mütterrechtliches Zuhause MDFF: Sorge um Entwicklung, Schreien, Verhalten, Kontakt/Spill, Ernährung, Schlaf, möglicheh. Fragen		

Dr. med. Maria Knott

Praxis
Lindpaintnerstraße 56
70195 Stuttgart
Tel.: 0711-6993130
Maria.Knott@t-online.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Psychoanalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie SKEPT
- Psychoanalytische Säuglingsbeobachtung



Frühe Mutter-Kind-Beziehungen unter der Bedingung einer neonatologischen ITS

Die englische Psychoanalytikerin Esther Bick hat mit der Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung die seelische Entwicklung der Babys und die Entwicklung ihrer Beziehung zu ihren Müttern ab der Geburt untersucht. Mit dieser Methode der teilnehmenden, aber nicht eingreifenden Beobachtung habe ich einige sehr früh geborene Babys auf der Intensivstation bis zu ihrer Entlassung beobachtet. Während dieser Beobachtungszeit habe ich natürlich auch die Reaktionen der Eltern, der versorgenden Krankenschwestern und Ärzte wahrgenommen. Trotz der scheinbar so ähnlichen Situation für Frühgeborene und Eltern, gehen sie sehr unterschiedlich und individuell mit der traumatischen Belastungssituation um. Zu Beginn des Workshops möchte ich meine Erfahrungen vorstellen, um dann mit den Teilnehmern Konsequenzen für die Betreuung der frühgeborenen Kinder und ihrer Eltern zu diskutieren. Wenn es die Teilnehmer wünschen, kann auch ein Fall aus der eigenen Arbeit vorgestellt werden, ähnlich wie es in Balintgruppen geschieht.

Dr. med. Christiane Hornstein

Psychiatrisches Zentrum Nordbaden
Heidelberger Straße 1a
69168 Wiesloch
Tel.: 06222-551211
Christiane.Hornstein@pzn-wiesloch.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Psychische Erkrankung in der Peripartalzeit
- Pharmakotherapie in der Peripartalzeit
- Entwicklung Interaktionale Therapie und Evaluation
- Prävention und Netzwerkarbeit Jugendhilfe/Psychiatrie



Auf einmal ist da ein Kind – und nun?

Psychische Erkrankungen in der Postpartalzeit sind häufig stigmatisiert. Die Folgen für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung, die kindliche Bindung und kognitive Entwicklung werden oft unterschätzt. Früherkennung und früh indizierte Behandlung können die Folgen für das Wohl von Mutter und Kind abwenden. Das Peripartale Präventionsnetz "Hand in Hand" und die stationäre Mutter-Kind-Behandlung für postpartal erkrankte Mütter sind Beispiele eines spezialisierten Angebotes im Netzwerk Frühe Hilfen.

Kinderklinik mit FamilieNetz

Die **Elternberatung** versteht Eltern als Expertinnen und Experten für sich und ihre Kinder. Innerhalb von 48 Stunden wird der Erstkontakt zu Risikoschwangeren oder Eltern des stationär behandelten Kindes hergestellt. Ihnen werden Angebote zur Bewältigung dieser Belastungssituation und zur Begleitung bei der Neuorientierung der Familie unterbreitet. Auf der gynäkologischen Station, der Kinderintensivstation, der Nachsorge- und der Perinatalstation stehen dabei Beraterinnen zur Verfügung.



Das **Entlassungsmanagement** beginnt bereits zu Beginn des stationären Aufenthalts. Neben der gezielten Vorbereitung auf die Entlassung begleiten wir auch den Übergang in die ambulante Versorgung, indem wir u. a. den Kontakt der Familie zum niedergelassenen Kinderarzt sowie zur Hebamme zeitig herstellen. Die Familien sollen dann die Klinik verlassen, wenn sie sich bereit und sicher fühlen, ihr Kind zu Hause eigenständig zu versorgen.



Elternanleitung: Die frühzeitige und selbstständige Pflege und Versorgung des Kindes durch seine Eltern unterstützt die Eltern-Kind-Bindung. Hierfür bringen die Eltern sehr unterschiedliche Voraussetzungen und Erfahrungen mit. Wir bieten daher ein Elternschulungsprogramm an, das sich in einen Theorie- und einen Praxisteil untergliedert. Die weiterführende Begleitung der Eltern stützt sich auf ein Feedback zu den Eltern-Kind-Interaktionen sowie eine Beratung zur weiteren Entwicklungsförderung des Kindes.



PD Dr. med. Angela Kribs

Universitätskinderklinik Köln, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
Kerpener Straße 62
50935 Köln
Tel.: 0221-4785064
Angela.Kribs@uk-koeln.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Physiologie der postnatalen Adaptation
- Beatmungsvermeidung bei sehr kleinen Frühgeborenen
- Stärkung der Eltern-Kind-Interaktion
- Muttermilchernährung und Stillen

Wenn der Start gelingen soll: Abstimmungen zwischen Kindermedizin und Geburtshilfe

Die moderne Neugeborenenmedizin ermöglicht zunehmend unreiferen Frühgeborenen und Neugeborenen mit sehr komplexen Krankheitsbildern ein Überleben. Dies erfordert den Einsatz des gesamten Spektrums der modernen Intensivmedizin. Eltern erleben den Einsatz dieser Medizin einerseits durchaus als lebenserhaltend und lebensrettend für ihr Kind, empfinden aber andererseits auch einen Zusammenbruch aller Vorstellungen, die sie sich zuvor über die erste Lebensphase mit ihrem Kind gemacht haben. In den letzten Jahren wird immer deutlicher, dass Eltern und Kind in der Phase unmittelbar nach der Geburt eine besondere Sensibilität aufweisen, so dass diese Lebensspanne für das ganze weitere Leben prägend werden kann. Die natürlicher Weise ablaufenden Prozesse der postnatalen Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind sind Grundlage der elterlichen Vorstellung vom „Elternwerden“. Die Kontaktaufnahme darf wegen ihrer lebensbestimmenden Bedeutung auch bei intensivmedizinischer Behandlungsbedürftigkeit des Kindes nicht in den Hintergrund treten. Für die Betreuung betroffener Familien bedeutet dies die Entwicklung von Konzepten und das Vorhalten von Strukturen, die es Eltern und Kind ermöglichen, möglichst schnell nach der Geburt zusammen zu sein. Die Umsetzung derartiger Konzepte erfordert ein enges Zusammenarbeiten von allen in die Versorgung von Mutter und Kind involvierten Berufsgruppen mit diesem Ziel. Neben Geburtshelfern, Hebammen, Anästhesisten, Kinderkrankenpfleger/-innen und Neonatologen, die regelhaft involviert sind, müssen im Einzelfall auch Mitarbeiter anderer Fachbereiche einbezogen werden, um auch in außergewöhnlichen und besonders schwierigen Situationen eine möglichst günstige Situation zu schaffen.

Dr. med. Michael Kroll

Universität Leipzig, Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig
Tel.: 0341-9724010
Michael.Kroll@uniklinik-leipzig.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Eltern-Kind-Behandlungen
- Fütterstörungen
- Resilienz an Bildungseinrichtungen stärken

Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung Frühgeborener

Am wichtigsten für die Prognose nach (extremer) Frühgeburt (FG) ist die beste mögliche medizinische Versorgung, die für die neuro-kognitive, psycho-soziale etc. Entwicklung maßgeblich ist. Dazu gehört die Kompetenz, psychische Aspekte beim Kind, seinen Eltern und dem Behandlungsteam zu berücksichtigen und zu versorgen. Im Sinne des Nihil Nocere fordert Ludwig-Körner (2007), die psycho-sozialen Aspekte der Versorgung FG wesentlich stärker zu berücksichtigen und invasive iatrogene Maßnahmen immer wieder kritisch zu reflektieren. Wegen der prognostischen Effektivität sollten psychische Präventionsbemühungen sich auf die besonders Bedürftigen konzentrieren, aber auch bei unkompliziertem Verlauf nach FG den Förderbedarf nicht verkennen. Denn die Feinfühligkeit, Stabilität etc. der Eltern und sonstigen Umwelt kann als „Puffer-Effekt“ für die Entwicklungsprognose manches kompensieren. Die Bedeutung der Väter wird häufig verkannt und zu wenig untersucht. Die Erfassung psychischer Gesundheitsprobleme bzw. der psycho-sozialen Gesamtsituation der Eltern wird durch die Ängste vor Stigmatisierung erschwert. Zum Beispiel bei der nach FG häufiger auftretenden postpartalen Depression (13%-40% der Mütter von VPT/ VLBW in den ersten Monaten; 26% noch zwei Jahre nach der Geburt) benötigen Betroffene vorsichtig angebotene passende Hilfsangebote, zum Beispiel mittels „Video Interactional Guidance“ (VIG). Eine achtsame Teamkultur ist die Basis für eine solche ganzheitliche Versorgung von FG und deren Familien. Wird die (Arbeits-)Atmosphäre auf Station ähnlich untersucht, in ihrer prognostischen Bedeutung erkannt, wie die im Inkubator? Intervision und andere Formen des stetigen Austauschs über das „Containment“, das bewusste (Aus-)Halten der psychischen Anspannung als Teil der professionellen Stressoren, etc. gehören zum professionellen Arbeiten wie externe Supervision zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Angesichts der psychischen Belastung in der Neonatologie müsste dies schon aus arbeitsmedizinischer Sicht obligatorisch sein.



UNIVERSITÄT LEIPZIG
 Medizinische Fakultät

„Feinfühligkeit“

- Eltern gelten als feinfühlig (nach Ainsworth und Bowlby), wenn sie
 - die Signale ihres Kindes wahrnehmen,
 - richtig interpretieren und
 - prompt und angemessen darauf reagieren.
- Dem Nachdenken wird also mehr Bedeutung beigemessen als im Konzept der „intuitiven elterlichen Kompetenzen“. Die Qualität der Feinfühligkeit ... misst sich an den individuellen Reaktionen und Antworten des Kindes. **Feinfühligkeit bei Eltern von ... einem frögeborenen Kind zeichnet sich durch ein spezifisches, auf dieses Kind ausgerichtetes, elterliches Verhaltensrepertoire aus und kann sich durchaus von dem feinfühligem Verhalten bei normal entwickelten Kindern unterscheiden.**
- Kindliche Signale können z. B. ein leises Seufzen sein, Schluckauf, Veränderung der Hautfarbe, Anspannen der Finger und Hände.
- „Off sind die unterschiedlichen Zustände nicht klar von einander abgrenzbar, die Übergangsphasen fehlen oder die Qualität der Aufmerksamkeitsphase ist weniger stabil. So ist ein Frögeborenes nur begrenzt und kurz aufmerksam, reagiert auf zunehmende Stimulation schnell mit starker Unruhe oder mit dem Erschlaffen der gesamten Muskulatur bis hin zum Schlaf. Eltern von Schreibabys erzählen häufig, dass ihre Kinder ohne Vorankündigung oder „Vorwarnung“ anfangen zu schreien und nicht oder nur sehr schwer zu beruhigen sind.“ (38)

[Baby-Lesen, Darken, Lohmann, 2009] Kroll 2

UNIVERSITÄT LEIPZIG
 Medizinische Fakultät

Welche Präventionsmaßnahmen?

- VLBW, VPT: Einfluss auf Eltern und Familie v.a. in früher Kindheit, weniger in Adoleszenz, jedoch uneinheitliche Studienlage
- Väter v.a. in den ersten Monaten nach Geburt gestresst, etwas weniger als Mütter
- moderierender Effekt der Eltern und sonst. Umwelt auf die Entwicklungsgefahren für die Kinder, „Puffer-Effekt“ auf „neuro-sensorisches, physisches, sozio-emotionales und akademisches Outcome“ (Sameroff und Seifer u. viele andere, 131)
- Längerfristige Effekte: niedrigere Raten der Mütter, die ihre Ausbildung fortsetzen. Anstellungssituation der Eltern in späteren Jahren schlechter.
- Krankheitsintensität, GdB und Geburtsgewicht als starke Prädiktoren der elterlichen und familiären Situation
 - Niedrigerer sozio-ökonomischer Status, geringe elterliche Bildung, geringe Zufriedenheit mit der Ehe ebenfalls bedeutend
- Präventionsbemühungen sollten sich auf die besonders bedürftige Gruppe konzentrieren. (134)

Karli Treyvaud : Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: A review
 Published Online: November 18, 2013. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, Volume 19, Issue 2, Pages 131–135, April 2014
 Kroll 3

Postpartale Depression - Screening?

- 13%-40% der Mütter von VPT/ VLBW zeigen in den ersten Monaten relevante klinische depressive Symptomatik und 28% noch zwei Jahre nach der Geburt (Treyvaud, 134)
 - im Vergleich zur allgemeinen Prävalenz ca. 10-15 % (im Vgl. zur Punktprävalenz für Depressivität in der Allgemeinbevölkerung von 5,6% (Kompetenznetz Depression, online, 31.10.14))
 - 40-50% der depressiven Episoden werden nicht erkannt (von Gontard, 140)
 - in den letzten Jahren auch häufiger für Väter beschrieben
 - 15-85 % am 2. bis 5. Tag nach Entbindung „Baby Blues“, der sich spontan zurück bildet
 - gynäkologische Komplikationen wie FG haben im Allgemeinen einen moderaten Effekt auf die postpartale Depressivität (Treyvaud, 132)
 - Depression während Schwangerschaft wahrscheinlich Risikofaktor für FG und LBW
- verbunden „mit mütterlicher Passivität,
 - insuffiziente Reziprozität,
 - negative Mutter-Kind-Interaktion,
 - Beeinträchtigung, die kindlichen Signale korrekt zu identifizieren,
 - weniger Lernangeboten,
 - mehr Verhaltens- und emotionaler Probleme des Kindes,
 - schlechtere Sprach- und kognitive Entwicklung in Kindheit und Adoleszenz“ (O’Hara, McCabe in Treyvaud, 132)

Kroll 4

Achtsame Teamkultur als Basis für die ganzheitliche Versorgung FG/-Familien

- Wird die Komplexität der (Arbeits-)Atmosphäre auf Station ähnlich untersucht, in ihrer prognostischen Bedeutung erkannt, wie die im Inkubator?
- Dazu gehören Psychologen und Profis für die psychische Versorgung von Erwachsenen. Im G-BA Beschluss von Juni 2013 sind sie in den „regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Fallkonferenzen“ (s. dort) nicht erwähnt! Die Expertise für die Psyche der Eltern ist nicht explizit gefordert. Die Datenlage zeigt die große Wirkkraft der elterlichen psychischen Stabilität für die sozio-emotionale und kognitiv-sprachliche Entwicklung der frögeborenen Kinder.
- Intervision und andere Formen des stetigen Austauschs über das „Containment“, das bewusste Aushalten der psychischen Anspannung als Teil der professionellen Stressoren, gehören obligatorisch in die Dienstpläne
- Kontinuierliche Verbesserungsprozesse profitieren von qualifizierter externer Supervision (die angesichts der psychischen Belastung der Neonatologen schon aus arbeitsmedizinischer Sicht selbstverständlich sein müsste)

Kroll 5

Universitätsklinikum Leipzig

Erfahrungen aus unserer Arbeit mit schweren Fütterstörungen

Professionelle Unterstützung bei Fütterproblemen empfehlenswert
 - wenn die Eltern es für notwendig halten (Anmerkung des Referenten)

- Die Eltern die Situation länger als einen Monat als sehr belastend und problematisch empfinden.
- Das Füttern oder die Mahlzeit in der Regel ab dem 3. Lebensmonat mehr als 45 Minuten in Anspruch nimmt.
- Der Abstand zwischen den Mahlzeiten kleiner als 2 Stunden ist.
- Das Kind über einen Zeitraum von mindestens einem Monat kaum oder nur wenig zunimmt oder Gewicht verliert. Bei der Einschätzung der Gewichtsentwicklung hilft Ihnen Ihre Kinderärztin oder Ihr Kinderarzt.
- Das Kind regelmäßig die Mahlzeiten aufstößt oder erbricht.

nach BZgA (s. dort, homepage) Kroll

Dr. med. Matthias Richter

Universitätsklinikum Dresden, Klinik und
Poliklinik für Kinder und Jugendmedizin
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351-45818466
Matthias.Richter@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Neonatologie
- Pädiatrische Intensivmedizin
- Palliativmedizin

Im Jahr 2001 wurde gemeinsam auf Initiative von betroffenen Familien, dem Sonnenstrahl e.V. und dem Universitätsklinikum Dresden das „Brückenprojekt“ gestartet, um die häusliche Versorgung von krebskranken Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Das Spektrum der Palliativversorgung konnte 2006 auf alle lebensverkürzt erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erweitert werden (www.uniklinikum-dresden.de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/brueckenprojekt/geschichte).



Zu früh geboren – und wenn es doch nicht zum Leben reicht...

Frühgeburtliche Versorgung im Graubereich – wovon sprechen wir? Verbessertes Outcome von extrem unreifen Frühgeborenen – ist mehr besser? Maximale intensivmedizinische Maßnahmen – wie beeinträchtigen diese die Lebensqualität? Umgang mit täglichen Sorgen und Fragen der betroffenen Eltern im Stationsalltag – brauchen Eltern einen Ansprechpartner? „Shared decision making“ – wird das gelebt? Veränderung der Therapieausrichtung zu Comfort Care – darf man das? ... Diese Fragen und viele mehr beschäftigen täglich betroffene Familien und das behandelnde Personal. Deren Perspektiven sollen beleuchtet werden und ein gemeinsamer Perspektivwechsel gewagt werden. Ziel des Workshops könnte es sein, über den Austausch untereinander, einen Leitfaden zu erstellen, der – im Konsens gebildet – weiterhilft, sich diesen ethisch herausfordernden Fragen zu stellen. Dadurch soll die Qualität der Versorgung unserer an der Grenze zur Lebensfähigkeit stehenden Frühgeborenen verbessert und dabei auf die Sorgen und Bedürfnisse der betroffenen Familien und des behandelnden Fachpersonals eingegangen werden.

Kinderklinik mit FamilieNetz



Stationseingang



Anleitung



VideoFeedback



Elternkurs



Sozialvisite



Baden

Dr., M. mel. Roland Uphoff

Kanzlei für Geburtsschadensrecht und
Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist-Straße 4
53113 Bonn
Tel.: 0228-5389488
mail@uphoff.de (www.uphoff.de)

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Vertretung von Eltern mit geburtsgeschädigten Kindern
- Geburtsschadensrecht

Wo ein Kläger, da ein Richter! Arzthaftungsrechtliche Urteile zur neonatologischen Überwachung

Ähnlich wie in der Geburtsmedizin ist auch in der Neonatalphase die Betreuung risikoadaptiert und prospektiv einzurichten. Ein kritisches oder krankes Neu-/Frühgeborenes ist engmaschiger zu kontrollieren, sensibler zu überwachen und bei Auffälligkeiten bzw. Pathologien zeitnah und suffizient zu behandeln. Die Gerichte haben sich immer wieder mit der Frage beschäftigt, in welchem Umfang, in welchen Zeitabständen und bei welchen Sachverhalten der Frauenarzt, der Kinderarzt oder die Kinderkrankenschwester bzw. Hebamme ein Neugeborenes in der Neonatalphase beobachten und kontrollieren müssen, um intervenieren zu können. Bei der Frühgeburt muss sichergestellt sein, dass im Zeitpunkt der Geburt ein Kinderarzt anwesend ist, der das Kind sofort ausreichend versorgen kann. Es ist gefestigte Rechtsprechung, dass bei der Frühgeburt eines Kindes ein erhebliches Risiko für das Kind besteht, welches eine besondere ärztliche Fürsorge erfordert. Dazu gehören sowohl geburtshilfliche Kontroll- und Unterstützungsmaßnahmen während des Geburtsvorgangs als auch eine fachkundige postpartale Betreuung. Die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen in der Kinderkrankenpflege sind klinischer Alltag und notwendig. Die grundsätzlichen Kriterien der Delegierbarkeit bemessen sich danach, ob und in welchem Umfang für die Maßnahme ärztliche Qualifikation und Erfahrung erforderlich sind. Das beurteilt sich im Wesentlichen nach der Schwierigkeit oder Gefährlichkeit bzw. nach der „Unvorhersehbarkeit“ der Maßnahme. Delegation und Substitution sind im Ergebnis zulässig, notwendig und sinnvoll. Dreh- und Angelpunkt ist dabei eine patientenorientierte Risikobegrenzung. Geburtshilfe und Kinderheilkunde finden nicht im rechtsfreien Raum statt. Die fachmedizinischen Standards und deren rechtliche Kontrolle dienen der Qualitätssicherung und Fehlervermeidung in der Geburtshilfe/Kinderheilkunde.

„Bei der Frühgeburt eines Kindes in der 28. SSW handelt es sich um ein erhebliches Risiko für das Kind, welches eine besondere ärztliche Fürsorge erfordert. Dazu gehören zunächst geburtshilfliche Kontroll- und Unterstützungsmaßnahmen während des Geburtsvorgangs als auch eine fachkundige postpartale Betreuung (...)

1

„Es stellt einen **groben** Behandlungsfehler dar, wenn die Temperatur eines frühgeborenen Kindes nicht ausreichend überwacht wird und es deshalb zu einer andauernden Unterkühlung kommt.“

(OLG Hamm, VersR 1995, 341)

2

„Wenn bei einem Neugeborenen auffällige Symptome (hier: Trinkschwäche/Trinkverweigerung, Schreiatacken, zunehmende Unruhe und Atemstörungen) festgestellt werden, müssen diese rechtzeitig befundet und behandelt werden. Dieses gilt auch dann, wenn die U2-Untersuchung zunächst noch unauffällig war und daher das Neugeborene dann zu spät als ein möglicherweise krankes Neugeborenes eingeschätzt wurde.“

(OLG Celle, Urteil vom 28.02.2005)

3

Obladen, ehem. Direktor der Klinik für Neonatologie der Charité Berlin, in: Dudenhausen, *Praktische Geburtshilfe*, 21. Aufl. 2011, Seite 404:

„Hauptaufgaben der Kinderkrankenschwester sind:

- pflegerische und emotionale Unterstützung der Mutter beim Erlernen der Versorgung des Kindes, beim Stillen und beim rooming-in,
- Pflege und Beobachtung des Neugeborenen mit dem Ziel, Anomalien und Krankheitszeichen frühzeitig zu entdecken.“

4

1. Resümée

Geburtshilfe und Kinderheilkunde findet nicht im rechtsfreien Raum statt.
Die fachmedizinischen Standards und deren rechtliche Kontrolle dienen der **Qualitätssicherung und Fehlervermeidung** in der Geburtshilfe/Kinderheilkunde.

5

2. Resümée

Delegation und Substitution sind unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, notwendig und sinnvoll.
Dreh- und Angelpunkt ist dabei eine **„patientenorientierte Risikobegrenzung“**.

6

Eva Vogelgesang (IBCLC)

Klinikum Saarbrücken, Pflegerische Leitung
der Kinderintensivstation
Winterberg 1
66119 Saarbrücken
Tel.: 0681-9632414/-2108
EVogelgesang@klinikum-saarbruecken.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Stillen und Laktation
- Tragen von Kindern im Tuch
- Bindungsförderung
- Entwicklungsfördernde Betreuung Frühgeborener



Bonding von Anfang an – Klinische Erfahrungen

Primäres Bonding – Hautkontakt. Wie wichtig ist der Hautkontakt? Was liefert dafür Beweise? Blick in die Geschichte und frühe Beweise, aktuelle Untersuchungen und Studien, empirisches Wissen?!

Primäres Bonding – Hautkontakt und Bonding. Was bewirkt der Hautkontakt beim Bonding?

Studien. Beispiel Sectiobonding aus Hanau Beispiel primäres Bonding Saarbrücken – Vorstellung der Daten

Primäres Bonding - Hautkontakt



Die Haut ist das Sinnesorgan, welches beim Feten als erstes funktioniert.

Es gibt intrauterine Untersuchungen, die belegen, dass ab der 7. Woche das Kind auf Berührung im Lippenbereich reagiert.

Thema: Bonding von Anfang an • Referent/in: Eva Vogelgesang IBCLC • Datum: 22.11.2014 www.stillraum.com

Primäres Bonding - Hautkontakt

Das Nervensystem und das Ektoderm entwickeln sich aus den gleichen Zellschichten

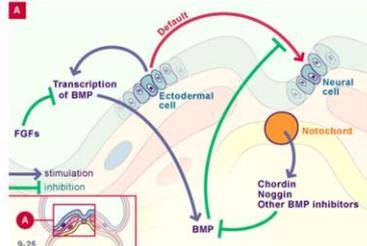


Abb. Universitäten Fribourg, Lausanne und Bern CH

Thema: Bonding von Anfang an • Referent/in: Eva Vogelgesang IBCLC • Datum: 22.11.2014 www.stillraum.com

Primäres Bonding - Bonding

to bond = verbinden

Definition von Klaus und Kennel:

Diese Bindung ist „eine, in ihrer jeweiligen Art einmalige Beziehung zwischen zwei Menschen, die nicht austauschbar ist und eine gewisse Dauerhaftigkeit besitzt“. (1982)

Mutter-Kind-Bindung, Klaus M. H. & Kennel, J. H., dtv München, July 1987, Seite 18

Thema: Bonding von Anfang an • Referent/in: Eva Vogelgesang IBCLC • Datum: 22.11.2014 www.stillraum.com

Primäres Bonding - Bonding

Die Mutter und der Vater verlieben sich in ihr Kind. Dieses Verlieben (verbinden) ist ein Prozess.

Es ist nicht selbstverständlich von Anfang an da.

Die Zeit nach der Geburt (die ersten Stunden) ist dabei eine sehr sensible Phase.



Thema: Bonding von Anfang an • Referent/in: Eva Vogelgesang IBCLC • Datum: 22.11.2014 www.stillraum.com

Projektergebnis

Zeitraum	12.09.2011 – 30.04. 2012	
Kinder, die im Perinatalzentrum geboren wurden und primär auf die KIS verlegt wurden	89	100%
Davon gebondet	63	71%
Davon nicht gebondet bzw. nicht dokumentiert	26	29%
<i>Extern entbundene Kinder (Dudweiler, Caritas Rastpfuhl, Merzig, Püttlingen, eine Hausgeburt) und Kinder, die erst sekundär auf die KIS verlegt wurden</i>	58	Ausgeschlossene Kohorte

Thema: Bonding von Anfang an • Referent/in: Eva Vogelgesang IBCLC • Datum: 22.11.2014 www.stillraum.com

Projektergebnis

89 Kinder		81 Kinder	
Nicht-Bonding	24 = 100%	Bonding	57 = 100%
Späte Sepsis	2 = 8,1%		5 = 8,8%
Voll gestillt / MM	3 = 12,5%		21 = 36,8%
Teil gestillt / MM	3 = 12,5%		12 = 21,1%
Formula	18 = 75%		24 = 42,1%

Thema: Bonding von Anfang an • Referent/in: Eva Vogelgesang IBCLC • Datum: 22.11.2014 www.stillraum.com

Dr. med. Michael Zeller

Kinderklinik Dritter Orden Passau,
Oberarzt
Bischof-Altmann-Straße 9
94032 Passau
0951-72054325
M.Zeller@kinderklinik-passau.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Familienzentrierte Versorgung in der Neonatologie
- Enterale Ernährung Frühgeborener

Das frühgeborene Kind auf der Station - Meilensteine feiern, oder besser nicht?

Für Familien ist die Geburt eines gesunden Kindes ein besonders schönes Erlebnis. Auch die erste Zeit zu Hause ist bei aller Anstrengung von Freude und Stolz geprägt. Eine intensive Zeit, an die man sich sein Leben lang freudig zurückerinnert, die oft mit Tagebuchaufzeichnungen dokumentiert ist und in der die Eltern viele Fotos von ihrem Kind machen. Etwas anders ist es, wenn das Kind als Früh- oder Risikogeborenes auf die Welt kommt und die Familie voller Sorge ist. Oftmals fühlen sich die Eltern dieser ersten intensiv schönen Zeit beraubt, die später nicht mehr in diesem Maß nachgeholt werden kann. Im Rahmen der familienzentrierten Versorgung in der Neonatologie der Kinderklinik Dritter Orden Passau wurde ein Behandlungspfad entwickelt, der neben der sozialmedizinisch-psychologischen Betreuung der Familien auch „Schöne Momente“ während der stationären Behandlung der Früh- und Risikoneugeborenen beinhaltet. Ziel des NeoPass®-Behandlungspfades ist es, durch gezielte Maßnahmen für die Familien ein Mindestmaß an Normalität und positiven Gedanken zu schaffen, die mit der stationären Behandlung des Kindes verbunden sind. In unserem Workshop werden wir anhand unserer eigenen Erfahrungen aber auch anhand von Elternstimmen Möglichkeiten erarbeiten, wie wir es als professionelle Helfer den Familien ermöglichen können, „Schöne Momente“ während der stationären Behandlung ihres Kindes zu erleben. Hierbei werden wir auch diskutieren, welche „Schönen Momente“ speziell gefeiert werden sollen

NeoPass®

Workshop: „Schöne Momente“ in der Neonatologie





6. Dresdner Herbsttag 2014
22.11.2014

Michael Zeller
Kinderklinik Dritter Orden Passau

Die Grundidee von NeoPass

Familienzentriertes Fallmanagement

- vor der Geburt
- um die Geburt
- während des stationären Aufenthalts
- nach dem stationären Aufenthalt

- strukturiert
- bedarfsorientiert & -angepasst
- feste Verantwortungen
- einheitlich hochqualitativ
- nachgehalten

m.zeller@kinderklinik-passau.de

NeoPass

Familien-einschluss

Asses-ment

Hilfe-planung

Durch-führung

Monitoring

Reassess-ment

Evaluation

Familien-nothilfe

Experten-teams

Mitarbeiter

m.zeller@kinderklinik-passau.de

Warum NeoPass®?

Unser Behandlungsziel:

- körperlich gesunde Kinder
- ohne körperliche Langzeitfolgen der Frühgeburtlichkeit
- mit einer ungestörten geistigen und sozialen Entwicklung
- mit nicht-traumatisierten Eltern,
- die Selbstvertrauen in sich und ihr Kind haben

Ein Element:
„Gestaltung schöner Momente in der Neonatologie“

m.zeller@kinderklinik-passau.de

Aufgaben im Workshop

- Welche „Schönen Momente“ erleben Familien mit gesunden Reifgeborenen?
- Welche „Schönen Momente“ fehlen Familien mit Frühgeborenen?
- Welche Erlebnisse prägen Familien mit Frühgeborenen?
- Welche „Schönen Momente“ sind auf die NICU bzw. IMC übertragbar?
- Welche Gestaltungsmöglichkeiten gibt es?
- Was davon können Eltern leisten? Was davon das professionelle Team?

m.zeller@kinderklinik-passau.de

Die NeoPass®-Homepage: ab Mai 2015 online



Allgemeine Informationen
Behandlungspfad mit Dokumenten

m.zeller@kinderklinik-passau.de

Dipl.-Soz.-Päd. Nicola Zöllner
PD Dr. med. Jürgen Dinger

Universitätsklinikum Dresden, Klinik und
Poliklinik für Kinder und Jugendmedizin
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351 458-18558
Nicola.Zoellner@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Therapiezielbegrenzung bei infauster Prognose
- Sterbebegleitung und Trauerarbeit
- Mütterlicher Drogenabusus und Risiken für das Neugeborene

Begleitung verwaister Eltern

Wenn ein Kind verstirbt, kaum das es das Licht der Welt erblickt hat, bedeutet dies für die betroffenen Eltern einen schweren Schmerz. Aus den Erfahrungen und Bedürfnissen jener verwaisten Eltern, die trotz aller intensivmedizinischen Bemühungen von ihrem Kind Abschied nehmen mussten, können wir für unser Denken und Handeln eine Orientierung dafür bekommen, was sie brauchen, um diesen Verlust begreifen und verarbeiten zu können. Es stellt eine große Herausforderung dar, den Eltern während des Versterbens des Kindes auf der Station und in der Hektik des stationären Routinebetriebes Raum und Zeit für die Realisierung des Todes zu geben. Neben Raum und Zeit sind auch viele Aspekte im Umgang mit dem sterbenden Kind und dessen Eltern wichtig und zu beachten. Sollten Eltern ihr sterbendes Kind im Arm halten oder nicht? Wer sollte neben ihnen im Raum anwesend sein? Sollten Fotos vom verstorbenen Baby gemacht werden, weil sie die Existenz des Kindes, aber auch sein Versterben bestätigen? Ist es hilfreich, dies mit anderen zu teilen? Die Herausforderung für die Begleitung besteht vor allem darin, die Bedürfnisse der Eltern zu erkennen oder auch zu erfragen. Übergänge zu unterstützen, d.h. Eltern zu symbolischen Handlungen oder Ritualen zu ermutigen, die das Abschiednehmen öffentlich verdeutlichen, ist ein weiterer wichtiger Schritt. Dabei spielt die Würdigung des verstorbenen Kindes eine zentrale Rolle, auch wenn oder gerade weil es möglicherweise nur wenige Stunden oder Tage gelebt hat. Raum für die Trauer ist von herausragender Bedeutung für die Verarbeitung. Darum laden wir alle betroffenen Eltern zu einem Nachgespräch ein, welches in einem Zeitraum von bis zu drei Monaten nach dem Versterben stattfindet. In geschütztem Rahmen schauen wir gemeinsam noch einmal zurück, sprechen über aktuell offene Fragen und Bedürfnisse sowie weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten im noch bevorstehenden Trauerprozess.

ZAHLEN

- Unter den Todesursachen dominieren Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode. (Schwangerschaftsdauer und fetales Wachstum, P05-P08).

Ursache	w (%)	m (%)
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	~1	~1
Plötzlicher Kindstod	~1	~1
Symptome und abnorme klinische und...	~1	~1
Angeborene Fehlbildungen des...	~1	~1
Fehlbildungen, Deformitäten,...	~1	~1
Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	~45	~45

https://www.destatis.de

DHT 2014, Zöllner & Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

ZAHLEN

- Mit zunehmendem Geburtsgewicht erhöht sich die Überlebenswahrscheinlichkeit.

Geburtsgewicht (g)	NICH (N = 18.153) (%)	SLÄK (N = 372) (%)
< 500	~40	~40
500-750	~60	~60
750-1.000	~80	~80
1.000-1.250	~90	~90
1.250-1.500	~95	~95

Fenaroff et al. Am J Obstet Gynecol 2007;196:147.e1-e8. http://www.slaek.de

DHT 2014, Zöllner & Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

ZAHLEN

- In der Statistik sind nur **Lebendgeborene** erfasst.
- Es fehlen:
 - Fehlgeburten** totgeborene Kinder unter 500 g; früh: < 12 SSW, spät: < 25 SSW
 - Totgeburten** im Mutterleib oder unter der Geburt verstorbene Kinder über 500 g
- Die „Stillbirth“-Rate liegt (2009) bei ca. 18,9 auf 1.000 Geburten.

Reeske et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:63 http://www.biomedcentral.com/11/1/63

DHT 2014, Zöllner & Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

MODELLE & THEORIEN

Phasenmodelle

- John Bowlby:
 - Betäubung
 - Sehnsucht und Suche
 - Desorganisation und Verzweiflung
 - Reorganisation
- Verena Kast:
 - Nicht-wahrhaben-wollen
 - aufbrechende Emotionen
 - Suchen und Sich-Trennen
 - neuer Selbst- und Weltbezug

Bowlby: Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt: Fischer, 1983. Kast: Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz Verlag, 1988.

DHT 2014, Zöllner & Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

MODELLE & THEORIEN

Aufgabenmodell

- William J. Worden:
 - Verlust der Realität akzeptieren! Ermütigung zum Erzählen, Zuhören
 - Trauerschmerz zulassen und erfahren! Zulassen, Anerkennen, Wertschätzen
 - Anpassen an eine Umwelt, in der der/ die Verstorbene fehlt! Wiederanpassung unterstützen, Wege bereiten
 - Der oder dem Toten einen neuen Platz zuweisen und weiterleben! neuer, geeigneter Platz, Platz für andere, neue Bindungen

Worden. Beratung und Therapie in Trauerfällen. Bern: Huber, 1999.

DHT 2014, Zöllner & Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

MODELLE & THEORIEN

Aufgabenmodell

- Kerstin Lammer:

Aufgaben Trauermäder	Funktion	Aufgaben der Trauerbegleitung
T od be-greifen	1. Realisation	T od be-greifen helfen
R eaktionen Raum geben	2. Initiation	R eaktionen Raum geben
A nerkennung des Verlusts	3. Validation	A nerkennung d. Verlusts äußern
U ebergänge meistern	4. Progression	U ebergänge unterstützen
E rinnern und Erzählen	5. Rekonstruktion	E rinnern und Erzählen anregen
R essourcen nutzen	6. Evaluation	R essourcen einschätzen

Lammer: Trauer verstehen: Formen – Erklärungen – Hilfen. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verl.-Haus, 2007.

DHT 2014, Zöllner & Dinger: Begleitung verwaister Eltern

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

Raum für Notizen

***Auf Wiedersehen
zum 7. Dresdner Herbsttag
am 21. November 2015***



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Abt. Neonatologie und päd. Intensivmedizin
Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung
FamilieNetz
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
FamilieNetz@uniklinikum-dresden.de
www.uniklinikum-dresden.de/kik/familienetz