



8. Dresdner Herbsttag 2016

Frühgeburt:
Stellen wir die richtigen Fragen?

22. Oktober 2016



Tagungsband

Gemäß MBO-Ä § 32 Abs. 3, FSA-Kodex § 20 Abs. 5 und AKG e.V.-Kodex § 19 Abs. 5 sind Kongressveranstalter verpflichtet, den Umfang und die Bedingung (Werbezwecke/Standmiete) der Unterstützung von Veranstaltungen offenzulegen.

Diese Veranstaltung wird unterstützt durch Abbvie Deutschland GmbH & Co KG: 2.400 €, Chiesi GmbH: 1000 €, GE Medical Systems Information Technologies GmbH: 500 €, Humana GmbH 300 €, Impromediform GmbH: 200 €, Medela Medizintechnik GmbH & Handels KG: 800 €, Milupa GmbH: 800 €, Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH: 800 €, Schmidt Medizintechnik GmbH: 300 €, Fritz Stephan GmbH Medizintechnik: 800 €, Vital Aire GmbH: 500 €.

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

Frühgeburt: Stellen wir die richtigen Fragen?

... so lautet das Thema der diesjährigen Tagung, das die Auswahl der Programmbeiträge bestimmte.

Zwischenzeitlich stehen im Bereich der Neonatologie nicht mehr nur höchste ärztliche und pflegerische Expertise und neueste Medizintechnik im Zentrum, sondern auch die Gestaltung einer familienzentrierten Versorgung von zu früh und krank neugeborenen Kindern sowie ihren Familien rückt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.



Dieser Ansatz ist nun keineswegs neu, doch es tauchen immer wieder auch aktuelle Fragen auf, die uns mitunter verwundern.

So können wir beispielsweise feststellen, dass unser Denken manchmal festgefügt Bahnen zu folgen scheint und dadurch vielleicht völlig unnötig eingegrenzt wird. Unter anderem kann man in diesem Zusammenhang oft hören: „Ich habe den Eltern erlaubt...“ oder „Die Eltern dürfen...“. Stellen wir die richtigen Fragen, geht es wirklich um das „Erlauben“, oder sollten wir uns nicht besser auf ein fachlich begründetes „Verbieten“ dessen einigen, was Eltern als medizinische Laien in einer bestimmten Krankheitssituation ihres Kindes nicht tun können?

Die Vorträge und Workshops sollen allen Teilnehmenden Gelegenheit bieten, gemeinsam nach Antworten zu suchen, Bewährtes zu diskutieren oder Neues kennenzulernen.

Programm

Eröffnung (09.00-09.15)

Jörg Reichert: Frühgeburt: Stellen wir die richtigen Fragen?

Vorträge (09.15-10.45)

Andreas Kocks: Pflegeforschung trifft Pflegepraxis –
Der Wittener Werkzeugkasten

Roland Uphoff: Die Station gibt ab: Eltern handeln –
Pflege verantwortet?

Pause (10.45-11.15)

Vorträge (11.15-12.45)

Kerstin Weidner: Zwischen Selbst- und Fremdbestimmtheit –
Wer sagt, ich muss zur Mutter-Kind-Therapie?

Eckhard Schiffer: Kohärenzgefühl in der Elternschaft –
Eigensinn und Dialog in Möglichkeitsräumen

Mittagspause (12.45-13.45)

Workshops (13.45-15.15)

Dirk Faas: Stationäre Sondenentwöhnung

Franziska Drechsler & Patricia Hinner: Gemeinsame Beobachtung des Kindes – Aufgabe für
Eltern und Pflege

Robert Bitterlich: Flüchtlingslotse in einer Uniklinik – Orientierung für
Betroffene und Personal

Anette Stade & Sindy Riebschläger: Begleitung drogenabhängiger Mütter und Kinder
durch die Drogenberatung

Bettina Münninghoff: Rooming-in – Erfahrungen und Empfehlungen

Matthias Richter & Renate Bergert: Perinatale Palliativbegleitung

Gabriele Damm: Gehören alle frühgeborenen Kinder ins SPZ?

Pause (15.15-15.45)

Gesprächsrunde (15.45-17.00)

Die Klinik aus Sicht der Eltern
Moderation: Robert Drechsler

Verabschiedung (17.00)

Andreas Kocks, MScN, BScN

Universitätsklinikum Bonn, Pflegedirektion, Netzwerk Pflegeforschung an Universitätskliniken VPU
Uckeratherstraße 56, 53639 Königswinter
Tel.: 0151 58233412
andreas.kocks@ukb.uni-bonn.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:



- Chronisch kranke Kinder (Schulkinder) und ihre Eltern
- Kommunikation und Interaktion in der Pflege
- Empathie
- Patienten- und Familienedukation
- Frühe Hilfen


Pflegeforschung trifft Pflegepraxis – Der Wittener Werkzeugkasten


Je stärker sich die Medizin als erfolgreiche Naturwissenschaft entwickeln konnte, einschließlich aufwändiger medikamentöser und apparativer Investitionen, umso mehr geriet die psychologische Unterstützung von Patienten und Angehörigen ins Hintertreffen.

Die „Wittener Werkzeuge“ richten sich primär an die Pflegenden. Ihre Arbeit mit Patienten und Angehörigen ist auf die vielfältigste Art und Weise durch Interaktion und Kommunikation gekennzeichnet. Auch in der deutschen Pflegeausbildung und Aussagen zum Beruf spielt Beratung eine herausragende Rolle. Dies spiegelt sich in der Pflegepraxis jedoch nur ansatzweise wider. Vielfach werden kommunikative Handlungen unterbewertet, passieren beiläufig, handlungsbegleitend, ungeplant und entziehen sich durch eine fehlende Dokumentation der interprofessionellen Anschlussfähigkeit.

Ausgangspunkt bildete die phänomenologische Betrachtung von Pflegenden in Beratungsgesprächen: Sie nehmen Augenkontakt auf, hören zu, lassen sich auf Fragen und Gefühle ein, äußern sich sprachlich, zeigen körperliche Reaktionen. Wie diese Beratungsmodalitäten konkret im Sinne eines gelungenen Gespräches zu realisieren sind, bildete den Fokus von Literaturrecherche und Entwicklung der Wittener Werkzeuge.

Es ergaben sich zehn Werkzeuge, über die im Vortrag berichtet wird.

Department für Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/ 



Wittener Werkzeuge

AG Patientenevaluation
 Britta Bönning (agw) Andreas Kocke (agw) Ulrike Kolbe (agw) Kerstin Ruge
 (agw) Nicole Ruppert (agw) Lisa Rust (agw) Tanya Sagmüller (agw) Brigitte Sauer
 (agw) Marlene Taboroff (agw)

Begleitung
 Prof. Dr. Angelika Zepelin
 Christel Ulmer (agw) - Faecal O. Geunther - Deumer - Pflegeassistent
 Günther G. Bamberger
 Dr. Pankratz

Department für Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/ 

Eine Feldbetrachtung

Merkmale von Beratung in der Pflege

Aktuell und Situationsgebunden


- Oft ad-hoc/ohne Vorbereitung
- Handlungsbegleitend
- Zu irgendeinem Zeitpunkt
- kurze Gespräche
- Pat. sucht sich seine Gesprächsteilnehmer selbst
- Riesiges Themenspektrum

Pflege als Gesprächspartner

- Hohe Vertrauensstellung
- Niederschwellig
- Kommunikation auf Augenhöhe



Patienten fordern Beratung vermehrt ein

Department für Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/ 


Entwicklung/Methodik

Teil 1

- phänomenologische Betrachtung pflegerischen Verhaltens in Beratungsgesprächen
- Beleuchtung aus Perspektive Pflege und Psychologie
- Identifikation von fünf zentrale Beratungsmodalitäten
- Fundierung/Literaturrecherche

Teil 2

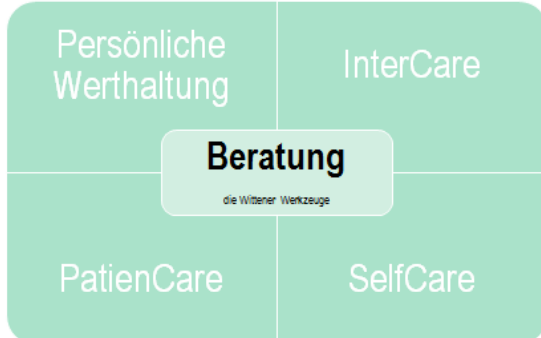
- Suche nach Beratungswerkzeugen
- Recherche, Diskussion, Anpassung, Präsentation vor Experten, Konsensfindung
- Suche nach Praxisbeispielen

Department für Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/ 

Vom Phänomen zu Beratungsmodalitäten

PatientCare	Phänomenologie	SelfCare
Achtsamkeit	schauen	Selbstachtung
Einlassung	hören	Intuition
Mitgefühl	fühlen	Selbst-Spürung
Ermüdung	sprechen	Selbststärkung
Berührung	tun	Selbstermüdung

Department für Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/ 



Department für Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/ 

„Wittener Werkzeuge“

Beratung in der Pflege



Der Mensch ist die beste Medizin des Menschen.
(chin. Sprichwort)

Dr. Roland Uphoff, M. mel.

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Dr. Roland Uphoff – Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftung
Heinrich von Kleist Straße 4, 53113 Bonn
Tel.: 0228 5389488
mail@uphoff.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Geburtsschadensrecht
- Vertretung und Beratung von Eltern mit geburtsgeschädigten Kindern

Die Station gibt ab: Eltern handeln – Pflege verantwortet?

Können, dürfen und sollen pflegerische (oder sonstige medizinische) Maßnahmen auf die Eltern übertragen werden? Wann und unter welchen Voraussetzungen können Eltern mit ihrem Kind aus stationärer Betreuung entlassen werden?

Im Sinne einer familienzentrierten und patientenorientierten Pflege ist es notwendig, dass Eltern die individuelle Versorgung des Kindes erlernen und auch in der emotionalen Bewältigung dieser Krisensituation Unterstützung bekommen. Eltern befinden sich hierbei auf einem Lernweg, von anfänglich passiven Zuschauern im Umfeld einer technikdominierten Intensivmedizin zu anerkannten Partnerinnen der professionellen Akteure. Auch aus rechtlicher Sicht ist anknüpfend an die §§ 1627, 1666 sowie 1631 BGB festzuhalten, dass primär die Eltern die elterliche Sorge in eigener Verantwortung ausüben und die Pflicht und das Recht haben, das Kind zu pflegen, zu erziehen und zu beaufsichtigen.

Die Delegation und Substitution in der Kinderkrankenpflege an die Eltern ist abhängig von der Schwierigkeit der Maßnahme, der Überwachung und Kompetenz der Eltern sowie der Erreichbarkeit des Arztes/Pflegepersonals. Sie ist abhängig zu machen von einer patientenorientierten Risikoabschätzung (Kindeswohl!), der Anleitung, dem Training, dem Kenntnisstand und den Fähigkeiten der Eltern sowie dem Risiko der durchzuführenden Maßnahme (Arztvorbehalt!).

Aus rechtlicher Sicht darf nichts ohne die Einwilligung und Mitwirkung der sorgeberechtigten Eltern unternommen werden. Gleichzeitig bleibt das Pflegepersonal dem medizinischen Prinzip der Fürsorge verpflichtet und muss daher die Willensäußerungen der Sorgeberechtigten stets mit den gesundheitlichen Interessen des Kindes abgleichen. Im Rahmen von § 39 Abs. 1a SGB V ist speziell das Entlassmanagement dahingehend zu planen, dass der Übergang in die ambulante Versorgung vorbereitet ist, ein Entlassplan vorliegt und frühzeitig Kontakt mit den benötigten Leistungserbringern aufgenommen wird. Auch hier gilt der Grundsatz einer patientenorientierten Risikoeinschätzung, d.h. die Eltern müssen trainiert, informiert, kompetent und ausreichend beraten sein.

Zentrale Fragen:

1. Können, dürfen und sollen pflegerische (oder sonstige medizinische) Maßnahmen auf die Eltern übertragen werden?
2. Wann und unter welchen Voraussetzungen können Eltern mit ihrem Kind aus stationärer Betreuung nach Hause entlassen werden?

1

§ 1627 BGB:

„Die Eltern haben die **elterliche Sorge in eigener Verantwortung** und im gegenseitigen Einvernehmen zum Wohle des Kindes auszuüben.“

§ 1666 BGB:

„Gerichtliche Maßnahmen bei **Gefährdung des Kindeswohls**“ (insbesondere die Weigerung, medizinisch zwingend indizierte Maßnahmen/Operationen durchzuführen)

§ 1631 BGB:

„Die Personensorge der Eltern umfasst insbesondere die **Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen**, zu erziehen und zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.“

2

Voraussetzungen und Grenzen der Delegation in der Pflege

Die Delegation an die Eltern ist entsprechend der Delegation an nichtärztliche Gesundheitsberufe

- abhängig von **Schwierigkeit/Gefährlichkeit/Vorhersehbarkeit der Maßnahme**,
- abhängig von einer **Anleitung**,
- abhängig von der **Überwachung** (in der Regel nicht nur stichprobenhaft),
- abhängig von der **Kompetenz der Eltern**,
- abhängig von der **Erreichbarkeit des Arztes/Pflegepersonals**

3

Die Delegation/Substitution der pflegerischen (oder sonstigen medizinischen) **Maßnahmen auf die Eltern** sind abhängig zu machen von

1. patientenorientierter Risikoabschätzung (**Kindeswohl!**)
2. Anleitung, Training, Kenntnisstand und **Fähigkeiten der Eltern**,
3. dem **Risiko** der durchzuführenden Maßnahme (**Arztvorbehalt!**).

4

Die **Antwort/Herausforderung** besteht darin,

1. **nichts** ohne die **Einwilligung und Mitwirkung** der sorgeberechtigten Eltern zu unternehmen
2. und gleichzeitig dem **medizin-ethischen Prinzip der Fürsorge** verpflichtet zu bleiben, die **Willensäußerung der Sorgeberechtigten** stets mit den **gesundheitlichen Interessen des Kindes** abzugleichen.

5

Resümee:

1. Die **Übertragung/Delegation von pflegerischen Maßnahmen auf Eltern** ist im Rahmen einer familienzentrierten Pflege unter Berücksichtigung einer patientenorientierten Risikoabschätzung (**Kindeswohl!**) zulässig und wichtig.
2. Das Entlassmanagement orientiert sich an einer patientenorientierten Risikoabschätzung mit Einbindung der informierten, trainierten und motivierten Eltern.

6

Prof. Dr. med. Kerstin Weidner

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatik, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus, TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-7085

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Gynäkologische Psychosomatik und Frauengesundheit
- Belastungs- u. Resilienzfaktoren in der Schwangerschaft
- Traumata und Geburt
- Mutter-Kind-Bindung und -Therapie



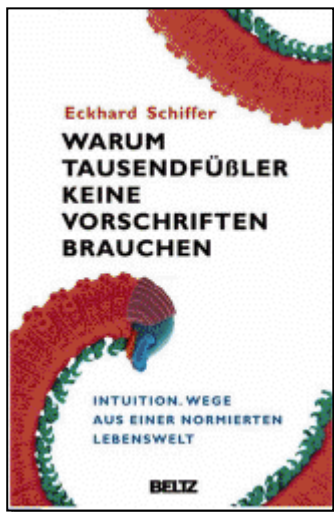
Direktion und Verwaltung

Zwischen Selbst- und Fremdbestimmtheit – Wer sagt, ich muss zur Mutter-Kind-Therapie?

Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit wirken nicht nur auf die Mutter sondern ebenso auf die Mutter-Kind-Beziehung und das Kind. Die kindliche Entwicklung kann in vielen Bereichen beeinträchtigt sein: z.B. im Verhalten, in der seelischen oder auch körperlichen Entwicklung. Ein frühzeitiges Erkennen und gezieltes Behandeln der Mutter-Kind-Beziehung kann späteren Bindungsstörungen genauso entgegen wirken wie Beeinträchtigungen auf kindlicher Seite oder Chronifizierung bei der Mutter. Die meisten Mütter entwickeln Leidensdruck und Motivation für eine Mutter-Kind-Therapie. Einige Frauen mit typischen Störungsbildern erhalten jedoch auch die „Auflage“. Der Vortrag fokussiert folgende Themen: Welche Störungsbilder gibt es? Wie zeigen sich typische Mutter-Kind-Beziehungsstörungen (anhand einiger Videosequenzen)? Welche Behandlungsoptionen gibt es und wie entwickeln sich Beziehungsstörungen im Verlauf?

Dr. med. Eckhard Schiffer

Arbeits- und
Forschungs-
schwerpunkte:



MVZ Lönigen, vordem: Psychosomatische Abt. mit Familientherapeutischem Zentrum am Christl. KKH Quakenbrück
priv.: Wilhemstr. 3, 49610 Quakenbrück
Tel.: 05431 5454

e.h.schiffer@t-online.de

- Salutogenese
- Kohärenzgefühl in Intermediärräumen
- Baby-Begegnung im Kindergarten
- Soziale Gesundheit
- Zusammenspiel und Kooperativität

Kohärenzgefühl in der Elternschaft – Eigensinn und Dialog in Möglichkeitsräumen

In Unterscheidung und Ergänzung zum Pathogenese-Modell wird in dem von Aaron Antonovsky entwickelten Salutogenese-Modell (Salus, lt. Heil, Gesundheit) nach den Entstehungsweisen und dem Erhalt von Gesundheit gefragt. In jedem Menschen existieren, so seine These, gesundheits- sowie krankheitsbedeutsame Momente nebeneinander. Es gelte aber die gesundheitsbedeutsamen Momente zu fördern. Hauptbegriff in diesem Modell ist das Kohärenzgefühl als Grundlage seelischer, körperlicher und sozialer Gesundheit.

Das Kohärenzgefühl kann als Fortentwicklung des kindlichen Urvertrauens in das Jugendlichen- bzw. Erwachsenenalter hinein verstanden werden. Es speist sich insbesondere aus dialogisch- schöpferischen Begegnungen, die mit den frühen Lächelspielen beginnen. Der dialogische Modus dieser Begegnungsweise lässt Frühformen salutogener Intermediär- oder Möglichkeitsräume (D. W. Winnicott) entstehen, die sich in jedem Lebensalter immer wieder im Kontext schöpferisch-dialogischer Begegnungsweisen entfalten können. Auch bei nur schwach ausgeprägtem Urvertrauen kann sich dennoch späterhin unter hilfreicher Begleitung ein ausreichendes – dann zunächst auch extrinsisch gespeistes – Kohärenzgefühl in Möglichkeitsräumen entwickeln. „Angesiedelt“ zwischen Innen- und Außenwahrnehmung sind die Möglichkeitsräume nicht vermessbar, nur erlebbar und entfalten sich ohne Zwang. In Ihnen wird das individuelle Kohärenzgefühl und ebenso das eines Paares oder einer Familie (und auch noch größerer Systeme) gefördert. Die damit einhergehende Kreativität und Mentalisierungsaktivität fördern Zusammenspiel und Kooperativität, die auch in Konflikt- und Problemsituationen hilfreich sein können.

Das Kohärenzgefühl hat einen Überschneidungsbereich mit dem Resilienz-Konzept, unterscheidet sich aber von diesem im Hinblick auf soziale Gesundheit.

Der Dresdner Crystalpfad

Ende 2015 haben Vertreter der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Neugeborenenmedizin und der Ambulanz für Suchterkrankungen des Dresdner Universitätsklinikums sowie der Dresdner Suchtberatungsstellen einen gemeinsamen Weg der Hilfe für drogenkonsumierende Frauen mit Kinderwunsch sowie junge Mütter und ihr Kinder beraten.

Kontakt



Ihre Ansprechpartnerin zur ersten Kontaktaufnahme:
Heike Menz
Tel.: 0351-458 6633
Mail: mama.dam@ukdd.de

Aus folgenden Fachbereichen unterstützen wir Sie mit unserem Wissen und unseren Erfahrungen:



Frauenheilkunde und Geburtshilfe
OA Dr. med. Katharina Nitzsche,
Prof. Dr. med. Pauline Wimberger
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus Dresden an der TU Dresden



Neugeborenenmedizin
OA Dr. med. Jürgen Dinger,
Prof. Dr. med. Mario Rüdiger
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus Dresden an der TU Dresden



Ambulanz für Suchterkrankungen
Prof. Dr. med. Ulrich Zimmernann
Universitätsklinikum Carl Gustav
Carus Dresden an der TU Dresden

Suchtberatungsstellen in Dresden

- Jugend- und Drogenberatungsstelle
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Horizont
- Suchtberatungs- und Behandlungsstellen der Diakonie
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Caritas
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle GESOP

Für Patientinnen aus dem Umland ist die jeweils regional zuständige Suchtberatungsstelle Ihr Ansprechpartner.



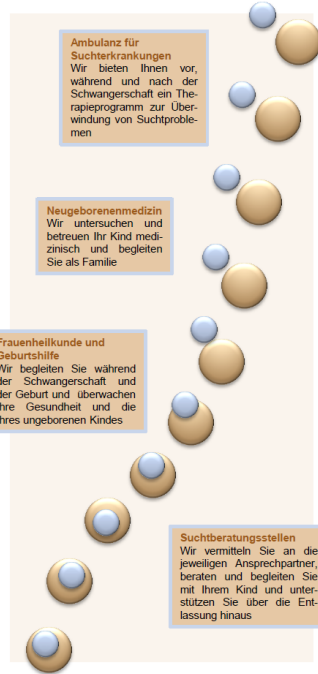
**Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus**
DIE DRESDNER.

Mama, denk an mich
Informationen für Drogen
konsumierende Frauen mit
Kinderwunsch, Schwangere
und Mütter





Ganz wesentlich dabei war die Idee, den schwangeren Frauen oder jungen Müttern mit Drogenkonsum und ihren Neugeborenen eine komplexe ärztliche Behandlung, pflegerische Begleitung und psychologisch-sozialmedizinische Beratung unter ein- und demselben Dach anbieten sowie Mutter und Kind zur gleichen Zeit behandeln zu können.

Situation	Angebote
<p>Sie wünschen sich ein Kind, sind bereits schwanger oder Mutter? Gleichzeitig nehmen sie gelegentlich oder regelmäßig Drogen?</p> <p>Drogenkonsum in der Schwangerschaft schadet Ihrem ungeborenen Kind und kann zu Schwierigkeiten bei der Anpassung an die neue Umgebung direkt nach der Geburt führen. Doch auch die langfristige geistige und körperliche Entwicklung Ihres Kindes kann durch Einnahme von Drogen vor der Geburt beeinträchtigt werden.</p> <p>Da Sie die wichtigste Bezugsperson für Ihr Kind sind, möchten wir Sie ermutigen, bereits vor bzw. in der Schwangerschaft erste Schritte in ein drogenfreies Leben zu gehen. Wir unterstützen Sie auf diesem Weg, damit Ihr Kind ungestört in seiner Familie aufwachsen kann.</p> <p>Dafür ist es wichtig, dass Sie sich uns mit Ihrer Situation anvertrauen. So können wir als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frauenheilkunde, der Neugeborenenmedizin, der Ambulanz für Suchterkrankungen sowie der Suchtberatungsstellen gemeinsam mit Ihnen den Weg mit Ihrem Kind gut vorbereiten und begleiten.</p>	 <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 20px; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>Ambulanz für Suchterkrankungen Wir bieten Ihnen vor, während und nach der Schwangerschaft ein Therapieprogramm zur Überwindung von Suchtproblemen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>Neugeborenenmedizin Wir untersuchen und betreuen Ihr Kind medizinisch und begleiten Sie als Familie</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>Frauenheilkunde und Geburtshilfe Wir begleiten Sie während der Schwangerschaft und der Geburt und überwachen Ihre Gesundheit und die Ihres ungeborenen Kindes</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p>Suchtberatungsstellen Wir vermitteln Sie an die jeweiligen Ansprechpartner, beraten und begleiten Sie mit Ihrem Kind und unterstützen Sie über die Entlassung hinaus</p> </div> </div>

Mama, denk an mich

Dr. med. Dirk Faas

Neurologisches Fachkrankenhaus
für Kinder, Jugendliche und junge
Erwachsene, Klinik Bavaria Zscheckwitz
Zscheckwitz 1-3, 01731 Kreischa
Tel.: 035206 56812
dirk.faas@klinik-bavaria.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Ernährung und Fütterstörungen bei Frühgeborenen
- Behandlungsansätze nach prolongierter Intensivtherapie
- Pränatale Therapie angeborener Erkrankungen
- Beatmungsentwöhnung im Kindesalter



Behandlung der „feeding disorder“ und Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter

KLINIK BAVARIA
in Zscheckwitz

Fütterstörungen

**Behandlung der "feeding disorder" und
Sondenentwöhnung im Säuglings und
Kleinkindalter**

September 2016 Workshop Herbsttag Unikinderklinik Dresden Bilder: Unikinderklinik Gießen



Patientengruppen:

Geschätzt ca. 5000 Heimsondenernährte Kinder in Deutschland

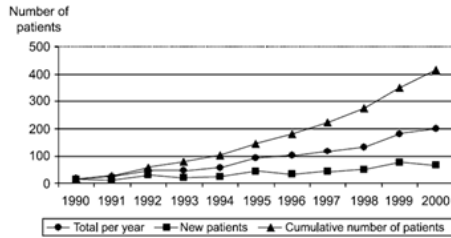


FIG. 1. Number of patients treated with HEN between 1990 and 2000.



Pathomechanismen:

- Reduzierter Körperkontakt durch Sondierung → Bindungsstörung
- Traumatisierung der Mutter (in Frage Stellung der Mutterrolle)
- (anergenes) Kontrollverhalten der Mutter/Eltern
- Orale Hypersensitivität aufgrund krankheitsbedingter Traumen (häufige orale unangenehme Prozeduren, wie z. B. orales Absaugen oder Intubation, GERD)



Therapiebausteine Setting:

- Gruppe (für Eltern und Kinder wichtig)
- Ruhiger Extra-Raum
- Einbeziehung in Prozess Nahrungszubereitung
- Fütternde Person sollte selbst auch essen
- Kinder, die selbstständig sitzen können, sollten nicht auf dem Schoß gefüttert werden
- Mehrfache Sitzungen mit attraktivem und bunten Essen und Geschirr während aller Therapien



Therapiebausteine Personal:

- Positive Verstärkung, Vermeidung negativen Feedbacks
- Fütterung nur durch Eltern / initial durch Personal
- Nahrungsvielfalt
- Begrenzung Mahlzeitendauer (außer Wunsch Kind länger)
- Feeding Routine
- Wenn möglich restliche Nährstoffe nachts sondieren und tagsüber aussetzen

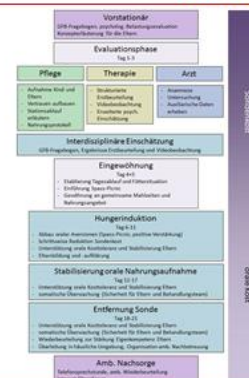


Therapiebausteine Umfeld:

- Identifikation von individuellen Aversionstriggern
- Positiver Endpunkt („Belohnung“, z.B. Musik oder Spiel)
- Nicht invasive orale Stimulation vor und nach Sondierung, spielerisch, Kontakt zu Essen während Sondierung



Plan



Franziska Drechsler
Dipl.-Psych. Patricia Hinner

Universitätsklinikum Dresden
Kinderklinik, FamilieNetz
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-19457
franziska.drechsler@uniklinikum-dresden.de
patricia.hinner@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Eltern-Kind-Interaktion im Kontext einer Frühgeburt
- Elternberatung, -schulung und -anleitung nach Frühgeburt
- Videogestütztes Feedback zur Eltern-Kind-Interaktion



Gemeinsame Beobachtung des Kindes – Aufgabe für Eltern und Pflege

Das frühgeborene Kind steht im Fokus der Aufmerksamkeit verschiedener Personen: Neben den Kinderärzten, Kinderchirurgen, Physiotherapeuten und dem Pflegepersonal sind es auch die Eltern, welche ihr Kind beobachten und versuchen zu verstehen, wie das Kind sich gerade fühlt und was es an Zuwendung bedarf. Die Möglichkeit, dauerhaft an der Seite des Kindes zu sein, ist im Rahmen der familienzentrierten Versorgung eine Selbstverständlichkeit, welche den Eltern viel Raum für eigene Beobachtungen und Interpretationen des kindlichen Verhaltens bietet. Zusammen mit dem Anspruch, Eltern zunehmend in die Pflege und Versorgung des eigenen Kindes einzubeziehen, ergibt sich für die Pflegekraft die Chance ebenso wie die Herausforderung, diese Beobachtungen der Eltern berücksichtigen und auf ihre Interpretationen eingehen zu können. Das Konzept der „joint observation“ nach Boukydis wurde als Trainingsprogramm für Mitarbeiter der Neugeborenen-Intensivstation entwickelt und hat zum Ziel, über die gemeinsame Beobachtung des Kindes die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Personal zu fördern.* Im Rahmen des Workshops werden wesentliche Punkte des Konzepts erläutert und anhand von Videobeispielen illustriert. In der gemeinsamen Auseinandersetzung mit dem Konzept soll insbesondere die Gesprächshaltung der Pflegeperson als Balanceakt zwischen Erzählen und Zuhören diskutiert werden.

* Boukydis CFZ: Working with Parents and Their Infants in NICU Settings: Use of Joint Observation and Neurobehavioral Assessment. Early Child Serv 2008;2:42-57.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESNER

Gemeinsame Beobachtung des Kindes
Aufgabe für Eltern & Pflege

Beobachtungen am Kind

- ... führen zu Interpretationen
- Entscheidungsgrundlage für
 - Behandlung
 - Versorgung
 - Interaktion/Beziehung

www.uniklinikumdresde.de

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESNER

Gemeinsame Beobachtung des Kindes
Aufgabe für Eltern & Pflege

- Konzept der **Joint Observation – „Gemeinsame Beobachtung“**:
(Zack Boukydis, Universität Turku, Finnland, 2012)
 - Zusammenarbeit zwischen Eltern und Personal fördern
 - gemeinsame Beobachtung des frühgeborenen Kindes
 - Trainingsprogramm für Mitarbeiter einer Neugeborenenintensivstation

www.uniklinikumdresde.de

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESNER

Gemeinsame Beobachtung des Kindes
Aufgabe für Eltern & Pflege

- **Joint Observation – Was beobachten?**
 - Signale/Verhalten des Kindes
 - Schlaf-/Wachzustände
 - Feinzeichen der Befindlichkeit
 - Regulationsbemühungen
 - Verhalten der Eltern
 - Intuitive elterliche Kompetenzen
 - Unsicherheiten, Selbstvertrauen
 - Eltern-Kind-Interaktion
 - Reaktionen aufeinander

(Boukydis, 2012) www.uniklinikumdresde.de

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESNER

Gemeinsame Beobachtung des Kindes
Aufgabe für Eltern & Pflege

Joint Observation – Wie beobachten?

1. Kind gemeinsam beobachten – abwarten und Bemerkungen der Eltern anhören
2. aufmerksam und interessiert auf Bemerkungen der Eltern reagieren (einschließlich offener Fragen)
3. sich Gedanken zum Verhalten des Kindes machen
4. eigene Beobachtungen mitteilen und sie mit den Beobachtungen der Eltern vergleichen
5. gemeinsames Besprechen der Auswirkungen des kindlichen Verhaltens (besonders der Reaktionen auf Stimulation); auf die Pflege des Kindes und die Eltern-Kind-Interaktion

(Boukydis, 2012) www.uniklinikumdresde.de

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESNER

Gemeinsame Beobachtung des Kindes
Aufgabe für Eltern & Pflege

- **Joint Observation – Erzählen vs. Zuhören (Situation: Badeanleitung)**
 - **Erzählen** (wie man es macht)
 - Beobachten – Fehler korrigieren – Beobachten
 - **Zuhören** (was tut/ mag Ihr Kind; wie ist es für Sie?)
 - manchmal Anregungen geben
 - zusammen beobachten: Wie reagiert Ihr Kind?
 - Zusammenarbeit: Wie könnten Eltern das Baden verändern, basierend auf das vom Kind Gelernte bzw. auf das Gehörte
 - erneut zusammen beobachten

(Boukydis, 2012) www.uniklinikumdresde.de

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESNER

Gemeinsame Beobachtung des Kindes
Aufgabe für Eltern & Pflege

- **Warum gemeinsam beobachten?**
- Was sind mögliche Vorteile
 - für die Pflege?
 - für die Eltern?
 - für das Kind?
- Welche Schwierigkeiten sind zu bedenken?

www.uniklinikumdresde.de

Robert Bitterlich, B.Sc.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-19559
robert.bitterlich@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:



- Medizinische Versorgung von Asylbewerbern
- Asylbewerberleistungsgesetz
- Migration
- Soziale Arbeit

Flüchtlingsversorgung an Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden – Projekt Flüchtlingslotse

Die hohe Zahl der Zuwanderungen von Menschen im Jahr 2015 ins deutsche Bundesgebiet stellte das Universitätsklinikum vor die Herausforderung, die medizinische Versorgung von Asylsuchenden zu organisieren und zu koordinieren. Dabei waren anfangs u.a. bürokratische Besonderheiten und Sprachbarrieren große Probleme. Um für Asylsuchende eine angemessene medizinische Versorgung gewährleisten zu können, wurde im gleichen Jahr der Wohltätigkeitsspendenlauf „Run and Roll – Dresden bewegt sich“ durchgeführt. Aus diesen Spendengeldern wurde das Projekt „Flüchtlingslotse“ am Universitätsklinik Dresden ins Leben gerufen. Mit dessen Unterstützung werden Asylsuchenden bei entsprechendem Bedarf seit 04.01.2016 die Zugangswege zur medizinischen Versorgung durch Spezialisten des Uniklinikums geebnet. Gleichmaßen werden die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen am Klinikum von administrativen Aufgaben entlastet. Zudem steht allen an der Organisation (Kostenträger, Sozialarbeiter, Erstaufnahmeeinrichtungen) sowie fachlichen Betreuung Beteiligten (Ärzte, Pflegekräfte, Flüchtlingsambulanz etc.) ein zentraler Ansprechpartner zur Verfügung.

Die Aufgaben des Flüchtlingslotsen sind breit gefächert und reichen von der Organisation eines Dolmetschers bis zur Koordination einer umfangreichen medizinischen Versorgung mit ambulanter Nachsorge über Monate. Der Tagungsbeitrag soll Grundlagen in der Versorgung von Asylbewerber nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie die praktische Arbeit eines „Flüchtlingslotsen“ interaktiv vermitteln.

Das Projekt Flüchtlingslotse

- Oktober 2015 Run&Roll
- 75.000 € Spendengelder an die Stiftung Hochschulmedizin
- **Projektziele:**
 - ❖ Begünstigung einer effektiven Zusammenarbeit mit externen Partnern und Steuerung des Zugangs in die universitäre Versorgung
 - ❖ Entlastung des Personals von berufsfremder Tätigkeit und Bündelung von Kompetenzen an einer Stelle für diese Fragen
 - ❖ Sicherung der Kostenübernahme durch rechtzeitige und korrekte Antragstellung
 - ❖ Positive Außenwirkung des UKD

1

AsylbLG

Asylbewerber nach §1	Leistungsanspruch nach §4 AsylbLG: akute Erkrankung und Schmerzzustände
Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus	
Asylbewerber nach §2 AsylbLG: nach 15 Monaten Aufenthalt	Leistungsanspruch: wie GKV- Versicherte
minderjährige unbegleitete Flüchtlinge	Leistungsanspruch: weitgehend wie GKV-Versicherte

2

AsylbLG

Asylbewerber nach §1

Personen ohne legalen
Aufenthaltsstatus

Asylbewerber nach §2 AsylbLG:
nach 15 Monaten Aufenthalt

§6 AsylbLG: (1) Sonstige Leistungen ... zur
Sicherung des Lebensunterhalts oder der
Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer
Bedürfnisse von Kindern geboten ... sind.
(2) Personen, die ... besondere Bedürfnisse haben,
wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige
oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder
sonstige schwere Formen psychischer, physischer
oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die
erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe
gewährt.

3

Leistungsanspruch nach §4 AsylbLG:

„[1] Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände
sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung
einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung
von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen
zu gewähren. [2] Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind
ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe,
Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.“

Leistungsanspruch: wie GKV-
Versicherte

Leistungsanspruch: weitgehend wie
GKV-Versicherte

4

Zuständigkeiten

- **Landesdirektion Sachsen**
 - ❖ für alle Asylbewerber aus den EAEs
- **Sozial- oder Landratsamt**
 - ❖ für alle Asylbewerber, die der Kommune zugewiesen sind
 - ❖ für nicht registrierte Flüchtlinge
- **Krankenkasse**
 - ❖ für Asylberechtigte oder Asylbewerber >15 Monate Aufenthalt

Grundsätzlich gilt:

- **Notfallbehandlung:**
Ambulant wie stationär: Kostenübernahme muss
zeitnah beantragt werden
- **Ambulante Versorgung:**
Nur mit **Krankenbehandlungsschein**, ausgestellt für
die **Fachrichtung, Gültigkeit** (Zeitraum oder Datum)
- **Stationäre Versorgung** geplant:
Nur **nach** vorheriger Kostenzusage! Eine Einweisung
durch einen externen/ internen Arzt reicht nicht aus.
**Für alle geplanten stationären Leistungen muss im
Vorfeld die Kostenübernahme beantragt werden.**

5

Dipl.-Soz.-Päd. Sindy Riebschläger
Dipl.-Soz.-Päd. Annette Stade

Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt, Jugend- und Drogenberatungsstelle
Richard-Wagner-Str. 17, 01219 Dresden
Tel.: 0351 488-5371
sriebschlaeger@dresden.de
astade@dresden.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Drogenkonsum und Elternschaft



Begleitung drogenabhängiger Eltern und Kinder durch die Drogenberatung

Die Beratung von Drogen konsumierenden Eltern ist ein Arbeitsbereich der ambulanten Drogenhilfe.

Mit Blick auf das Wohl der Kinder finden Eltern Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik.

Das Ziel ist der Erhalt der Familie und ein gesundes Aufwachsen der Kinder bei ihren Eltern. Dazu ist die Suchthilfe auf eine enge Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner aus Medizin und der Jugendhilfe angewiesen.

Bettina Munninghoff

Klinikum Worms gGmbH
Neonatologische Intensivstation PG 15
Gabriel-von Seidl-Straße 81, 67550 Worms
Tel.: 06241 501-6115
bettina.mueninghoff@klinikum-worms.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:



- Fachkinderkrankenschwester pädiatrische Intensivpflege
- Still- und Laktationsberaterin IBCLC
- Entwicklungsfördernde Neonatalbegleiterin EFNB
- Stationsleitung Neonatologie, Intensivstation

Rooming-in – Erfahrungen und Empfehlungen

Beispiele aus anderen Ländern bestätigen uns vorbildlich und stehen damit Pate für eine familienorientierte Sichtweise, mit der sich eine moderne Neonatologie auf Bedürfnisse zu früh oder krank geborener Babys und ihrer Eltern einstellen kann.

Einige Kliniken in Deutschland, Schweden oder Österreich, aber auch auf anderen Kontinenten, z.B. in Südafrika seien hier als beispielhafte Vertreter erwähnt, wie neben personeller Beschaffenheit und ggf. Kompetenzübertragungen sowie auch durch räumliche Veränderungen eine tief einschneidende Veränderung in der Betreuungssituation dieser Familien erreicht werden kann.

Am Beispiel einer Klinik im südafrikanischen Kapstadt wird in diesem Workshop ein Überblick darüber verschafft, wie sich die Situation vor Ort, 16 Jahre nach Einführung des KangarooMotherCare-Konzepts mit Einrichtung von Rooming-In-Zimmern auf die Familien und auch auf das dort beschäftigte Personal in ihrer Arbeits- und Handlungsweise, aber auch in ihrer persönlichen Denkweise auswirkt: Entlassungsmöglichkeit der Kinder mit Gewichten unter 2.000 g; höhere Stillraten; interdisziplinäre Zusammenarbeit; unbefangener Umgang mit den kleinen Frühgeborenen vor allem durch die mitaufgenommenen Mütter; vernetzte Nachbetreuung in Wohnortnähe der Familien; Zusammenhalt in Krisensituationen während des stationären Aufenthalts; veränderte Besetzung des verantwortlichen Personals bis hin zum preisgekrönten Imagegewinn der Klinik...

Häufig gilt es, vorhandene (scheinbare) Grenzen und Abwehrmechanismen für Umsetzungsprozesse zu überwinden und dieser Workshop soll dazu beitragen, diese inneren und äußeren Hemmnisse zu klären. Gleichzeitig bietet der Workshop die Möglichkeit, gemeinsam mit den anderen Teilnehmern Gestaltungsideen und Änderungsmöglichkeiten zu erörtern, um in den eigenen Kliniken eine Einführung von Rooming-In zu überdenken und voranzutreiben.

Dr. med. Renate Bergert
Dr. med. Matthias Richter

Universitätsklinikum C. G. Carus Dresden
Kinderklinik
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-18446
renate.bergert@uniklinikum-dresden.de
matthias.richter@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und
Forschungsschwerpunkte:

- Intensivstation (Päd-ITS/Neonatologie)
- SAPV, Schmerz
- Perinatalogie



Perinatale Palliativbegleitung

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Göttingerprojekt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.





Palliativbegleitung in der Perinatalogie

Ziele - Möglichkeiten - Schwierigkeiten - Entscheidungshilfen

8. Dresdener Herbsttag 22.10.16 Matthias Richter & Renate Bergert

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Göttingerprojekt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.




Begriffsdefinition – worüber reden wir (heute)?

- Feten/ Neugeborene, bei denen (annehmbar) eine schwere angeborene Erkrankung mit (annehmbar) infauster Prognose vorliegt; pränatale (Verdachts) diagnose**
- Kranke Früh- und Neugeborene, die auf der neonatalen ITS mit zunächst kurativer Zielstellung behandelt wurden, sich aufgrund schwerer Komplikationen jetzt jedoch im Sterbeprozess befinden
- Frühgeborene mit Gestationsalter < 22+0 SSW (ggf. < 24+0 SSW), bei denen bereits initial aufgrund der infausten/ unsicheren Prognose keine intensivmedizinische Versorgung stattfindet

2 www.uniklinikum-dresden.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Göttingerprojekt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Perinatale Palliativmedizin - 4 Besonderheiten

- Besonderheit 1 : Unsicherheit
- Besonderheit 2 : Zeitschiene (Lebensanfang = Lebensende?!)
- Besonderheit 3 : Alternativen
- Besonderheit 4 : Rechtsgrundlage (bei pränataler Entscheidungsfindung)

3 www.uniklinikum-dresden.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Göttingerprojekt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Theoretische Überlegungen 1- was müssen wir wissen?

Prima Passi- Erste Schritte; ein Modellprojekt des Vereins Verwaiste Eltern München e.V.; Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung (A. Smolka & J. Rüdiger 2007)


- Die ersten Momente nach dem Tod sind von herausragender Bedeutung für die weitere Trauerarbeit, und es gilt sie so zu gestalten, dass sich die Eltern in einem Sicherheit und Orientierung spendenden Rahmen diesen Herausforderungen stellen können**



4 www.uniklinikum-dresden.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Göttingerprojekt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Theoretische Überlegungen 2 – was ist notwendig?

Professionelle Begleitung von Familien bei frühem Verlust eines Kindes N. Zöllner und J. Reichert 2014

- „Der Trauerschmerz muss erfahren und durchgearbeitet werden, da er sonst in pathologische Entwicklungen münden und sich so verselbstständigen kann“
- „Aufgabenmodelle (z. B. Lammer 2007) stehen heute den Phasenmodellen (Kast, Bowlby, Kübler-ross) gegenüber bzw. ergänzen deren Aussagen.“


Aufgaben der Begleitung
T od begreifen
R eaktionellen Raum geben
A nerkennung des Verlusts äußern
U ebergänge unterstützen
E rinnern und Erzählen anregen
R essourcen einschätzen

- „Häufig stellt sich bei professioneller Begleitung von Familien bei frühem Verlust eines Kindes die Anforderung, sich den beiden erstgenannten Aufgaben zuzuwenden: **Tod be-greifen** und **Raum für Trauer.....**; Realisation und Initiation“

5 www.uniklinikum-dresden.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Göttingerprojekt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Palliative Begleitung perinatal – Fazit:

- Guter Informationsabgleich aller an der Entscheidung beteiligten Personen, „shared decision“ (lt. AWMF-Leitlinie 2014)
- Ausreichende fachliche Informationen/ Expertise der Beratenden
- Klares Therapieziel
- Gute, transparente Dokumentation
- Information an/ Vernetzung aller Kooperationspartner (Geburtshelfer, Hebamme, Kinderarzt, ggf. Seelsorger...)
- Adäquate Symptomkontrolle, Befähigung der Eltern
- Antizipation der zur Überleitung in die Häuslichkeit erforderlichen Maßnahmen
- Angebot der Nachsorge

6 www.uniklinikum-dresden.de

Dipl.-Dok. Gabriele Damm

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20, 30175 Hannover
Tel.: 0511 380-2507
gabriele.damm@aekn.de

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

- Qualitätsentwicklung in der Perinatalmedizin
- Nachuntersuchung von Frühgeborenen
- Benchmarking-Frühgeborenenversorg.
- Qualitäts- und Projektmanagement
- Schulungen und Workshops

Gehören alle frühgeborenen Kinder ins SPZ?

Die Prognose Frühgeborener hat sich durch den medizinischen Fortschritt deutlich verbessert. Nach dem Klinikaufenthalt stellt sich, besonders bei extrem unreifen Frühgeborenen, die Frage, wie sich diese Kinder entwickeln:

- Werden die Kinder in allen Bereichen entwicklungsunauffällig sein?
- Werden die Kinder Teilleistungsstörungen haben?
- Werden die Kinder Behinderungen haben, die sowohl ihre als auch die Lebensqualität und Lebensperspektive der Eltern stark beeinflussen?

Um Erkenntnisse zu diesen und weiteren Fragen zu gewinnen, wurde in Niedersachsen ein standardisiertes Nachuntersuchungskonzept entwickelt, bei dem flächendeckend Nachuntersuchungen im Alter von 6 Monaten, 2, 5 und 10 Jahren stattfinden. Die Entwicklung der Kinder wird somit begleitet und analysiert, um Förderpotentiale optimal auszuschöpfen, die Lebensqualität der Kinder zu verbessern und Eltern und alle an der Versorgung und Förderung der Kinder Beteiligten zu informieren. Das Konzept sowie Ergebnisse dieses Projektes werden den Teilnehmern des Workshops vorgestellt und mit ihnen diskutiert.

Weiterhin werden Risikofaktoren für eine ungünstige Entwicklung der Frühgeborenen benannt und in diesem Zusammenhang folgende Fragen diskutiert:

- Ist eine bundesweite standardisierte Nachuntersuchung sinnvoll?
- Sollten alle Frühgeborenen (früh) gefördert und therapiert werden?
- Welche Kinder können als Risikokinder bezeichnet werden?
- Was können Klinikmitarbeiter tun, um Risikokinder einer adäquaten Diagnostik, Therapie und Förderung zuzuführen?
- Ist eine besondere „Rundumversorgung“ für frühgeborene Kinder und ihre Familien notwendig?
- Welche Informationen helfen Eltern, Klinikmitarbeitern und Hausärzten?

Hintergrund

- Hohes Risiko für Entwicklungsstörungen bei extrem unreifen Frühgeborenen



Foto: ©/2014

Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt:

- Etablierung einer flächendeckenden prospektiven Langzeituntersuchung bis zum Schulalter
- Untersuchung der Versorgungssituation
- Aussagen über die Entwicklung der Frühgeborenen

Projektziele

- Optimierung der Versorgungsqualität
- Optimierung der Lebensqualität und Lebensperspektive
- Optimierung und Ergänzung der Fördermaßnahmen
- Optimierung der Qualität der Primärversorgung
- Optimierung des Einsatzes der zur Verfügung stehenden Ressourcen

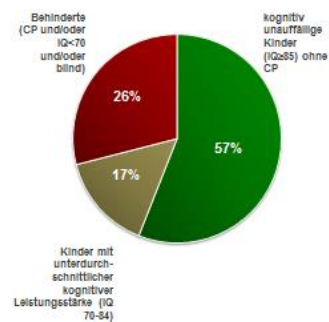
Die richtige Fördermaßnahme zum richtigen Zeitpunkt für das richtige Kind!!!

Standardisiertes Nachuntersuchungskonzept

Untersuchungszeitpunkt	Zweck
6 Monate nach errechnetem Geburtstermin (ET)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktaufnahme ▪ Erfassung der Risiken ▪ Therapieeinstellung
2 Jahre nach ET	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose der Cerebralparese ▪ Prüfung der Sprachentwicklung ▪ Maßnahmen vor dem Kindergartenbesuch
5 Jahre nach Geburt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung der Motorik / Neurologie ▪ Intelligenztestung ▪ Untersuchung der Sprachentwicklung ▪ Feststellung sozial-emotionaler Auffälligkeiten ▪ Maßnahmen vor der Einschulung
10 Jahre nach Geburt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Abschlussuntersuchung ▪ Motorik-Testung ▪ Abschließende psychometrische Testung ▪ Erfassung von Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstörungen ▪ Feststellung der Schullaufbahn / des Schulerfolgs ▪ Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Gesamtbeurteilung im Alter von 5 Jahren

n=400

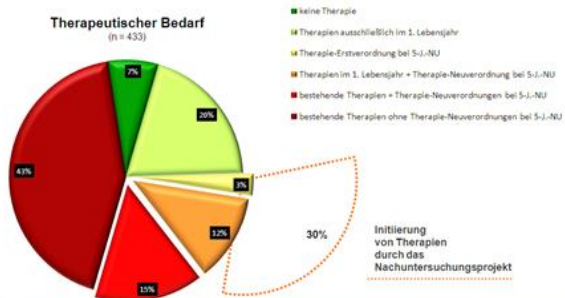


Therapien

Hoher therapeutischer Bedarf

93% erhalten / erhielten mindestens eine Therapie

73% erhalten nach der 5-Jahres-Nachuntersuchung Therapien



Biologische / medizinische Einflussfaktoren

- Reifealter < 26 SSW
- Geschlecht männlich
- höhergradige Hirnblutung oder periventrikuläre Leukomalazie
- Beatmung > 2 Wochen



Berufsbegleitende
Weiterbildung

Familienzentrierte Versorgung in der Neonatologie

Hochschulmedizin Dresden. Werde Teil unseres Erfolgs.

Familienzentrierte Versorgung in der Neonatologie

Organisatorische Leitung:

Kathrin Hildebrandt, B.A.

Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen (IHK)

Tel.: 0351 458-5175

kathrin.hildebrandt@uniklinikum-dresden.de

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Mario Rüdiger

Leiter des FB Neonatologie/Pädiatrische Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Tel.: 0351 458-3640

mario.ruediger@uniklinikum-dresden.de

INHALTE

GRUNDMODULE (80 STUNDEN)

GRUNDMODUL 1 (40 STUNDEN)

Risikoschwangerschaft, Risikogeburt sowie Entwicklung und Versorgung des früh oder krank neugeborenen Kindes aus Sicht:

- des Arztes
- der Pflegekraft
- des Psychologen/Pädagogen

GRUNDMODUL 2 (40 STUNDEN)

Spezielle Aspekte familienzentrierter Versorgung in der Neonatologie unter Beachtung von:

- entwicklungsgerechter Umgebung des Kindes
- Kommunikation, Beratung und Krisenintervention
- Sozial- und Familienrecht sowie ethischer Fragen
- Vorsorgeplanung und Entlassmanagement

ERWEITERUNGSMODULE (JE 16 STUNDEN)

Insgesamt stehen sechs Erweiterungsmodulare zur Auswahl. Mindestens zwei Module müssen belegt werden, um die Prüfung ablegen zu können.

- Modul 1: Entwicklungsförderung
- Modul 2: Still- und Bindungsbegleitung
- Modul 3: Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung
- Modul 4: Frühförderung/Familienentwicklung
- Modul 5: Vorsorgeuntersuchung
- Modul 6: Change-Management

PRAXISMODUL (48 STUNDEN)

Das Praxismodul wird zwischen dem ersten und dem zweiten Grundmodul durchgeführt. Innerhalb des Praxismoduls (40 Stunden) wird ein Praxisauftrag (im Umfang von 8 Stunden) absolviert.

Im Mittelpunkt der „Familienzentrierten Versorgung in der Neonatologie“ stehen die entwicklungsorientierte und familienzentrierte Pflege und Versorgung des Kindes bzw. adäquate psychosoziale Begleitung seiner Familie. Eltern und Familien sollen von Anbeginn an umfangreich in die stationäre Versorgung des zu früh oder krank neugeborenen Kindes einbezogen werden. Die Teilnehmenden der Weiterbildung sollen vor dem Hintergrund der heutigen medizinischen Betreuung des zu früh oder krank neugeborenen Kindes in Theorie und Praxis Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben, um ganzheitliche, an den Bedürfnissen des jeweiligen Kindes und seiner Familie orientierte Versorgungskonzepte entwickeln und umsetzen zu können.

GRUNDLAGE

Curriculum des Universitäts- Kinder- und Frauenzentrums Carl Gustav Carus Dresden.

GLIEDERUNG

Die Weiterbildung umfasst mindestens 200 Stunden:

- 112 Präsenzstunden als theoretischer Unterricht (davon 80 Stunden Grundmodule und 16 Stunden pro Erweiterungsmodul)
- 40 Zeitstunden als Praxismodul (+ 8 Stunden Praxisauftrag)
- 40 Zeitstunden für die Erstellung der Abschlussarbeit

Die Weiterbildung schließt mit einer Prüfung ab.

ABSCHLUSS

Nach erfolgreich absolvierter Prüfung sowie der Teilnahme an mindestens zwei Erweiterungsmodulen erhalten die Teilnehmer/-innen ein Zertifikat der Carus Akademie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

www.uniklinikum-dresden.de/de/forschung-lehre-und-bildung/carusakademie

Auf Wiedersehen zur
43. Jahrestagung
der Gesellschaft für Neonatologie und
Pädiatrische Intensivmedizin e. V.
8. - 10. Juni 2017, Dresden



und zum
9. Dresdner Herbsttag
09. September 2017



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Kinderklinik, Neonatologie, FamilieNetz
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
FamilieNetz@uniklinikum-dresden.de
www.uniklinikum-dresden.de/kik/familienetz