



## 9. Dresdner Herbsttag 2017

Frühgeburt:  
Entwicklung begleiten

09. September 2017



# 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 (1.000 €), Drägerwerk AG & Co. KGaA (400 €), GE Medical Systems Information Technologies GmbH (500 €), Humana GmbH (300 €), Impromediform GmbH (200 €), Medela Medizintechnik GmbH & Handels KG (800 €), Milupa GmbH (1.000 €), Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH (800 €), Schmidt Medizintechnik GmbH (300 €), Fritz Stephan GmbH Medizintechnik (800 €), Strehlow GmbH (800 €) und Vital Aire GmbH (500 €).

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

## Frühgeburt: Entwicklung begleiten

Das FamilieNetz des Perinatalzentrums Dresden lädt Sie sehr herzlich zum 9. Dresdner Herbsttag 2017 ein.

Die Zeiten wandeln sich, auch und vor allem im Bereich der zu frühen Geburt eines Kindes und seiner, sich daran anschließenden umfassenden Versorgung. Eingeschlossen selbstverständlich auch die Begleitung seiner Familie. Selbstverständlich? Noch nicht lange, noch nicht immer, noch nicht überall!

Das Thema des diesjährigen Herbsttages „Frühgeburt: Entwicklung begleiten“ soll Raum geben, einige Aspekte des Begriffs „Entwicklung“ wie z. B. Reifung, Lernen, Bedürfnis, Interaktion oder Kommunikation zu erörtern. Dies wird umso mehr erforderlich, wie wir begreifen, dass die Träger der psychosozialen Entwicklung des Kindes von Anbeginn an und auf Dauer seine Eltern sind.



Aber auch die Eltern selbst unterliegen einer Entwicklung in der Begegnung mit ihrem Kind. Perspektiven mögen sich ändern, Gewichtungen von Bedürfnissen sich wandeln, neue Fragen nach Antworten suchen.

Um uns diesen vielfältigen Herausforderungen zu nähern, haben wir die Vorträge und Workshops des diesjährigen Herbsttages zusammengestellt: Entwicklung und Verlauf, Ursachen und Folgen, Bestand und Veränderung, Rahmenbedingungen.

Wir freuen uns auf regen Austausch, lebhaftes Diskussions und hoffen, dass wieder viele Teilnehmende interessante Anregungen für ihre tägliche Arbeit mitnehmen werden.

# Programm

## Eröffnung (09.00-09.15)

Jürgen Dinger: Frühgeburt: Entwicklung begleiten

## Vorträge (09.15-10.45)

Britta Hüning: Entwicklungsverläufe Frühgeborener

Evelin Kirkilionis: Wege der Kinder: Vom Getragen- und Gefahrenwerden

## Pause (10.45-11.15)

## Vorträge (11.15-12.45)

Eva Cignacco: Früher Schmerz hinterlässt langfristig Spuren

Marius Möbius: Typische Erkrankungen Frühgeborener – mit Zelltherapeutika bald schon Geschichte?

## Mittagspause (12.45-13.45)

## Workshops (13.45-15.15)

Daniela Biber: Füttern auf der neonatologischen Station – Orientierung an Bedarf oder Bedürfnis?

Katrin Raak: Zwischen Elternverantwortung und Kinderschutz: Familiäre Bindungen erhalten so lange es geht?

Cornelia Wünsch & Claudia Behrends: Zwischen Stolz, Sorge und Zuversicht. Erfahrungen mit der Eltern-Kind-Gruppe für Frühgeborene

Frank Heinke: Die neuen Kinder-Vorsorgeuntersuchungen

Nicola Zöllner & Annett Freymann: Vom „Ich“ zum „Wir“ und die Herausforderungen an die Kommunikation

## Pause (15.15-15.45)

## Abschlussvortrag (15.45-16.45)

Karl Blum: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – G-BA-Vorgaben zu Frühgeburten

## Verabschiedung (17.00)

## Dr. med. Britta Hüning

Universitätsklinikum Essen  
Klinik für Kinderheilkunde I, Neonatologie  
Hufelandstraße 55, 45147 Essen  
Tel.: +49 201 723-2451  
britta.huening@uk-essen.de

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Neonatologie
- Entwicklungsneurologie
- Sozialmedizinische Nachsorge
- MRT

### Entwicklungsverläufe Frühgeborener

Den enormen Fortschritten in der medizinischen Versorgung kleiner Frühgeborenen ist es zu verdanken, dass immer mehr, auch sehr kleine Frühgeborene überleben. Die überwiegende Mehrheit ist wohlauf und gesund.

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass ein Teil der überlebenden Frühgeborenen von neurologischen Langzeitfolgen, Lern- und Verhaltensproblemen betroffen ist oder Persönlichkeitsmerkmale aus dem Autismus-Spektrum aufweist.

Man muss heute feststellen, dass die Frühgeburtlichkeit ein erhöhtes Risiko für neurologische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, kardiopulmonale Auffälligkeiten, Bluthochdruck und das metabolische Syndrom im Erwachsenenalter darstellt. Das Risiko ist dabei proportional zur Unreife der Organe bzw. dem Gestationsalter bei Geburt erhöht. Dies ist von Relevanz für unser Gesundheits-, Schul- und Sozialsystem.

Der Vortrag „Entwicklungsverläufe Frühgeborener“ benennt die langfristigen Folgen des frühen extrauterinen Lebens auf die unreifen Organsysteme und stellt exemplarisch individuelle Langzeitverläufe vor. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den Folgen für das zentrale Nervensystem.

Neben den Auswirkungen fokaler Schädigungen des Gehirns werden die Folgen von Störungen der Hirnentwicklung dargestellt. Die gezeigten Beispiele umfassen sowohl die Entwicklungsbereiche Motorik und Kognition als auch Teilaspekte Exekutiver Funktionen und des (assoziativen) Lernens.

Implikationen für die kurz- mittel und langfristige Betreuung von Frühgeborenen und ihren Familien werden ebenso thematisiert wie einzelne standardisierte Testverfahren.

Der Vortrag soll einen kleinen, exemplarischen Einblick in diese komplexe Thematik liefern.

## Entwicklungsverläufe Frühgeborener



Dr. Britta Hüning

09.09.2017

9. Dresdener Herbstsymposium

## Outcome – Wann ?

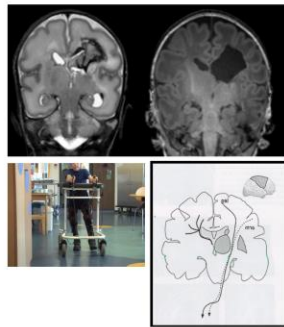
- Überlebensrate
- postnataler Verlauf - Erkrankungen
- Entlassung (errechneter Termin)
- 6 Monate
- 1 Jahr
- 2 Jahre
- **Einschulung 5 Jahre !**
- Adoleszenz
- später ?
- im Alter ?



Martin et al. 2007 Arch Dis Child, Anath et al. 2005 Obstet Gynaecol  
Field et al. 2009 Arch Dis Child, Vohr et al. J Pediatrics 2009

## „Klassische“ Morbiditäten

- Zerebralparese
- Geistige Behinderung
- Sehstörungen / Blindheit
- Hörstörungen / Taubheit
- Epilepsie



De Vries LS, et al. Neuropediatrics 1999  
De Vries LS, et al. Eur J of Pediatr Neuro 2001

## „New Morbidity“

- Lernstörungen/ Teilleistungsstörungen / Schulversagen
- ADHS / Aufmerksamkeitsstörung/ exekut. Funktionen
- Verhaltensstörungen / psychiatrische Erkrankungen
- Störungen der visuellen Wahrnehmung / Graphomotorik
- Emotionale Störungen
- Somatisierung / Essstörungen



Eryigit, 2015; de Jong 2012  
Breenan, 2015  
Burnett, 2011, Hille 2008  
Geidorf et al. 2012; van Braeckel, 2013  
Pyhala, 2014, Eryigit, 2015  
Johnson, 2016, Bertonecelli, 2012; Samara 2010, Grunau, 1994

## Frühgeburt – a „chronic disease“?

**Neurologisch-psychiatrisches Outcome**

- Neurologische Erkrankungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Persönlichkeitsmerkmale

**Kardiovaskuläres Outcome**

- Erhöhter arterieller Blutdruck
- Abnorme periphere vaskuläre Architektur
- Erhöhte ventrikuläre Muskelmasse, geringere Dehnbarkeit

**pulmonales Outcome**

- Milde Funktionsveränderungen
- Erhöhte Prävalenz für Asthma

**metabolisches Outcome**

- Erhöhte Prävalenz von Vorstufen Diabetes Typ II
- Abnorme Lipidprofile und
- Verteilung des Körperfetts

**Lebensleistung, QoL**

- Geringeres Einkommen
- Niedrigere Lebensqualität



Raju T, Adults born preterm...; Acta paediatr. 2017

**Schnelleres Altern?**

- Reduzierte Telomerlängen

## Strukturierte Nachsorge/Standard. Testverfahren

Zeitpunkt (Korr. Alter)	Testung zusätzl. zur neurologischen Untersuchung	Weitere Untersuchungen/ Studien
vor Entlassung	General Movements Analyse	Sono-Schädel, cMRT, EEG
3 Monate	General Movements Analyse	
6 Monate	MFED 1	Pädaudiologische und augenärztliche Untersuchung
12 Monate	BSID III	
2 Jahre	BSID III	Pädaudiologische Untersuchung CBCL (Verhalten)
3-4 Jahre	BSID III/ SON-R	VSK (Verhalten) SETK3-5 (Sprachverständnis) Marshmallow-Test (Bedürfnisaufschub), Zeitverständnis-Test, IKT (kindliches Temperament)
5 Jahre	WPPSI KKA (Aufmerksamkeit)	SDQ (Verhalten) VMI (Graphomotorik), FEW-2 (visuelle Wahrnehmung, Graphomotorik), M-ABC (motor. Entwicklung), MLS (Feinmotorik) Child ANT (Aufmerksamkeit) Brainboy (Verarbeitungsgeschwindigkeit)
Schulalter	WPPSIWISC KITap (Aufmerksamkeit)	SLRT (Lese- und Rechtschreibtest) ZAREKI (Dyskalkulie) FEW-2 (visuelle Wahrnehmung), M-ABC (Motorik)

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Kindliche Entwicklung und bedürfnisgerechte Betreuung
- Verhaltensbiologische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung
- Die biologische Ausstattung in der heutigen Gesellschaft

### **„Wege der Kinder: Vom Getragen- und Gefahrenwerden“**

Die gängige „Transportmethode“ für Kinder ist in unserer Gesellschaft nach wie vor die mit Hilfe eines Kinderwagens, auch wenn alternative Methoden immer häufiger werden. Auch der Transport in den Krankenhäusern erfolgt üblicherweise ähnlich, insbesondere, wenn es sich um Kinder in kritischer physiologischer Situation handelt. Doch hierbei bleibt das grundlegende Bedürfnis eines Kindes nach körperlicher Nähe unberücksichtigt.

Das taktile und das proprio-vestibuläre Sinnessystem sind die am frühesten heranreifenden Sinneswahrnehmungen während der vorgeburtlichen Entwicklung und sie behalten auch nach der Geburt ihre besondere Bedeutung. Die Anregung dieses Sinnessystems fördert die kindliche Entwicklung auf vielfältige Weise. Bewegungswahrnehmung und Körperkontakt – beides sind die intensivsten Signale, die einem Kind die Anwesenheit einer es umsorgenden Betreuungsperson vermitteln, und daher die effektivsten Beruhigungsmöglichkeiten.

Die Bedeutung der Bewegungs- und der taktilen Wahrnehmung wird verständlich, wenn wir unsere Stammesgeschichte berücksichtigen. Der Nachwuchs wurde seit Beginn der menschlichen Evolution von der Mutter am Körper getragen, dies war überlebensnotwendig. Hierin sind viele, zunächst unverständliche Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Säuglings begründet.

Doch auch auf Seiten der Eltern existieren Anpassungen an die intensive Nähe zu ihrem Kind, nicht nur auf verhaltensbiologischer, sondern auch auf physiologischer Ebene. So wirkt die Mutter bei Hautkontakt als „Temperaturregulator“ für ihr Kind, das Hormon Oxytocin wird bei direktem Körperkontakt verstärkt ausgeschüttet etc., und keine Frage, Körperkontakt ist ein wichtiger Faktor, der Eltern den Aufbau einer emotionalen Beziehung zum Kind erleichtert. Es gilt, diese vielfältigen Vorteile wenn immer möglich zu nutzen, und sei es nur für kurze Zeit und auf kurzen Wegen.



## Wege der Kinder: Vom Getragen- und Gefahrenwerden

Evelin Kirkilionis  
Forschungsgruppe Verhaltensbiologie des Menschen (FVM)

Die meisten  
Verhaltensanpassungen  
des Menschen stammen aus der  
Jäger-und-Sammler-Zeit

----

d.h. wir sind auch heute noch  
an ein Jäger-und-Sammler-  
Leben angepasst -  
und unsere Kinder ebenfalls

Den Nachwuchs tragen ist  
ein Betreuungsmodell, das  
bereits in unserer  
vormenschlichen Stammes-  
geschichte verankert ist

-----

in etwa seit 50 Millionen Jahre

Während des Tragens nimmt  
ein Kind die körperliche Nähe  
und die Bewegung seiner  
Eltern war

---

Dies sind die intensivsten  
Signale, die einem Kind die  
beruhigende Nähe einer  
Betreuungsperson vermitteln



Eltern werden  
durch häufigen  
Körperkontakt  
beeinflusst

-----

ebenso  
wenn sie ihr  
Kind tragen

Es gilt, diese  
vielfältigen Vorteile wenn  
immer möglich zu nutzen,  
und sei es  
nur für kurze Zeit  
und auf kurzen Wegen

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Perinatale Gesundheit
- Schmerzen bei Neugeborenen

### **Früher Schmerz hinterlässt langfristig Spuren**



Frühgeborene einer neonatalen Intensivpflegestation sind während einer Zeit hoher Plastizität der Gehirnentwicklung im Rahmen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen täglich zahlreichen Schmerzimpulsen ausgesetzt. Diese frühe Schmerzexposition eines Kindes mit einem völlig unreifen Nervensystems bleibt nicht ohne Folgen. Es ist bekannt, dass die hohe Plastizität des Gehirns und des zentralen Nervensystems eine Ursache für die neurobiologische Vulnerabilität Frühgeborener, insbesondere extremer Frühgeborener darstellt. Diese Vulnerabilität ist stark mit der erhöhten Schmerzexposition assoziiert. So werden unmittelbare (z.B. Verminderung der Hirndurchblutung und transitorischer Verlust des Hirn-Blut-Volumens während eines akuten Schmerzes) wie auch langfristige (z.B. Beeinträchtigungen in der Hirnentwicklung, Veränderungen in der Nozizeption im Kindes- und Jugendalter, Beeinträchtigung der kognitiven und motorischen Entwicklung) Folgen beschrieben. Jüngste, alarmierende Kohorten-Studien aus den USA und Kanada, die neuronale Fehlentwicklungen bei ehemaligen Frühgeborenen untersuchten, deuten darauf hin, dass vorliegende Fehlentwicklungen mit der Anzahl von Schmerzen in Zusammenhang stehen, die Kinder in einer Neonatologie erfahren haben.

Die klinische Praxis hat hier eine große Verantwortung, mit einem adäquaten und wirksamen Schmerzmanagement diesen möglichen schwerwiegenden Folgen vorzubeugen. Die systematische Schmerzerfassung anhand eines validierten Schmerzerfassungsinstruments, das Anbieten nicht-pharmakologischer sowie pharmakologischer schmerzlindernder Maßnahmen, der Einbezug der Eltern in das Schmerzmanagement sind für die Prävention kurz- und langfristiger Folgen von extrem hoher Bedeutung.

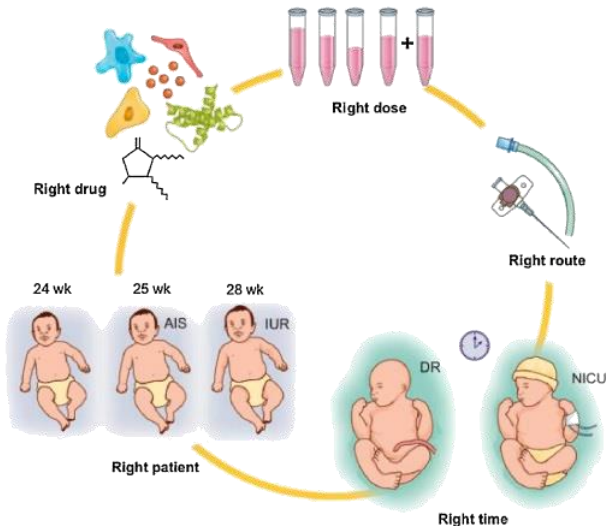
Im Vortrag wird auf die Folgen der frühen Schmerzexposition bei Frühgeborenen eingegangen. Dabei werden jüngste Studienergebnisse präsentiert und Empfehlungen für die Praxis formuliert.

## Marius Alexander Möbius

Universitätsklinikum Dresden  
Kinderklinik, Neonatologie und  
Pädiatrische Intensivmedizin  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: +49 351 458-16857  
marius.moebius@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Entwicklung von Zelltherapeutika für Lungenerkrankungen
- GMP-konforme Zellproduktion
- Großtiermodelle – NHP
- Endogene Lungenprogenitorzellen
- Lungenmorphometrie mittels Stereologie



### Typische Erkrankungen Frühgeborener – mit Zelltherapeutika bald schon Geschichte?

Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) und hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) sind häufige, oftmals schwerwiegende Komplikationen der Frühgeburtlichkeit. Beide Erkrankungen haben ihre Ursache in der Exposition des unreifen Kindes gegenüber Umweltbedingungen, an welche noch keinerlei Anpassung in utero erfolgen konnte; beide Erkrankungen beeinträchtigen die körperliche und psychosoziale Entwicklung der Frühgeborenen bis ins Erwachsenenalter hinein. Eine wirksame, kausale Therapie ist derzeit nicht verfügbar. Zellbasierte Therapeutika, z.B. Mesenchymale Stromazellen (MSC) haben sich in verschiedenen Tiermodellen als hochpotente Medikamente zur Prävention und/oder Therapie von BPD und HIE gezeigt, erste klinische Studien sind im Gange.

Die Wirkmechanismen dieser „Third-Generation Therapeutics“ sind – im Gegensatz zu den biologicals (z.B. Antikörpern) und den small molecules (Medikamenten im herkömmlichen Sinne) – noch nicht komplett verstanden. Wesentlicher Bestandteil der Zelltherapie ist jedoch eine bedarfsgerechte Produktion von bioaktiven Substanzen (z.B. Wachstumsfaktoren und Molekülen, welche vor sauerstoffbedingtem Stress schützen) durch die eingesetzte Zellen. Dabei wachsen die Zellen – im Gegensatz zur Stammzelltransplantation bei Blutkrebspatienten – nicht an, sondern sterben nach gewisser Zeit ab.

Der Vortrag gibt einen Überblick über das Konzept „Zelltherapie“ bei Neu- und Frühgeborenen und beleuchtet den Pfad von der Grundlagenforschung hin zur klinischen Routine.

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Frühgeborene und kranke  
Neugeborene
- Schluckstörungen
- Probleme mit der Nahrungsaufnahme

### **Füttern auf neonatologischen Stationen – Orientierung an Bedarf oder Bedürfnis?**

Eine der wichtigsten Ziele für die Entlassung eines Frühgeborenen nach Hause ist eine ausreichende orale Ernährung. Betrachtet man allerdings das komplexe Geschehen des Trinkens, so ist es nicht verwunderlich, dass sehr kleine Frühgeborene spezielle Unterstützung, Zuwendung und Rücksichtnahme bei ihrer Nahrungsaufnahme benötigen. Das Initiieren des Saugens und das Aufrechterhalten eines koordinierten Saug- Atem- und Schluckmusters sind für kleine Frühgeborene sehr schwierig. In Abhängigkeit von Gestationsalter und etwaigen zusätzlichen Erkrankungen erfolgt das Erlernen eines effizienten und sicheren Trinkmusters in kleinen Schritten. Jedes Kind zeigt dabei einen eigenen Rhythmus und individuelle Bedürfnisse.

Der Übergang von Sonden- zu einer oralen Ernährung stellen Frühgeborene und Fütternde vor eine große Herausforderung. Vor allem, wenn gegen Ende des Aufenthaltes die getrunkene Menge für eine Entlassung noch nicht ausreicht, ist der Druck auf die fütternde Person groß, das getrunkene Volumen zu erhöhen. Dieser Druck führt oft dazu, dass das Hauptaugenmerk beim Füttern mit der Flasche auf das getrunkene Volumen und nicht auf eine bedürfnis- und entwicklungsorientierte Vorgehensweise gelegt wird. Der Erfolg einer Mahlzeit, und damit auch der Erfolg des Fütternden, werden oft in Volumen gemessen und nicht an der Qualität des Trinkens. Der Fokus liegt darauf, was noch in – oder nicht mehr in der Flasche ist. Die aktive Rolle des Kindes wird häufig nicht beachtet. Kindliche Stresssignale werden oft nicht erkannt oder nicht verstanden. Das „Volumen-orientierte“ Füttern mit der Flasche führt jedoch sehr häufig zu einer Überforderung des Kindes.

Diese für das Frühgeborene negativen Trink-Erfahrungen können längerfristig zu einem verzögerten Übergang von der Sonden- zur vollständig oralen Nahrungsaufnahme führen. Der interaktive Prozess zwischen Fütterndem und Kind bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit und sollte sich am Bedürfnis des Frühgeborenen orientieren.

## Füttern- Orientierung an Bedarf oder Bedürfnis?

### Grundlagen

- Die orale Nahrungsaufnahme ist immer ein interaktiver Prozess zwischen Kind und Bezugsperson
- Das Trinkverhalten entwickelt sich beim Frühgeborenen in verschiedenen Stadien
- Die einzelnen Stadien in der Entwicklung des Trinkens (orale Fähigkeiten) sollen physiologisch und adäquat unterstützt werden
- Die Entwicklung der einzelnen Stadien verläuft bidirektional - d.h. es kann auch Schritte zurück geben

## Füttern- Orientierung an Bedarf oder Bedürfnis?

### Ziele

- Einheitliche Richtlinien für Eltern, Pflege und ärztliches Personal für die orale Nahrungsaufnahme bei Frühgeborenen und Hochrisikokindern
- Adäquate Unterstützung des Kindes gemäß seines Allgemeinzustandes und seiner oralmotorischen Fähigkeiten zum Erlernen eines sicheren und koordinierten Trinkverhaltens
- Eine „Kind-orientierte orale Ernährung“ statt einer „Volumen-orientierten oralen Ernährung“
- Positive Besetzung der Nahrungsaufnahme
- Prävention von frühen und späten Fütterungsstörungen
- Förderung der Mutter - Kind Beziehung (Stillen) bzw. Eltern-Kind-Beziehung

## Einflüsse auf das Trinkverhalten des Frühgeborenen

- Neurologische Unreife
- Instabiles, unreifes kardiorespiratorisches System
- Fehlende Selbstregulation
- Herabgesetzter Körpertonus

- Schwache orale Reflexe und Reaktionen
- Desorganisiertes, unrythmisches Saugmuster
- Unreife Saug-, Schluck-, Atemkoordination



## Einflüsse auf das Trinkverhalten des Frühgeborenen

- Lang andauernde Sondenernährung
- Negative orale Erfahrungen
- Intubationsschäden
- Externe Einflüsse von außen: (Art des Fütterns, Erfahrung, Sauger, Brust, Milchfluss)



## Bereitschaft zum Trinken

Vor der 32.SSW

- Non-nutritives Saugen
- Entwicklungsfördernde Lagerung
- Tropfenweises „Kosten“ von Milch (Muttermilch)
- Anlegen an die Brust

Ab ca. 33 Wochen Trinkversuche mit der Flasche bei:

- Ausreichend stabilen Vitalparametern
- Sicherer Atmung
- Gutem Wachzustand
- Hungerzeichen (z.Bsp. Auslösen der Suchreaktion)

**Muss vor jeder Mahlzeit neu überprüft werden!**

- Wenn ein Kind von seinen Vitalparametern und seinem Reifezustand noch nicht in der Lage ist zu trinken, keine Trinkversuche mit der Flasche

## Füttern mit der Flasche

**Beobachten während der gesamten Mahlzeit!**

- Vitalparameter
- Stresszeichen
- Saug-/Atemrhythmus
- Atempausen



**Maßnahmen**

- Geeignete stabile Lagerung
- Weichen Sauger mit geringem Milchfluss auswählen
- Suchreaktion abwarten
- Pausen gewähren lassen
- Bei Bedarf: Regulieren der Atempausen (Pacing)



**Katrin Raak**

Landeshauptstadt Dresden  
Jugendamt – ASD Altstadt  
Nöthnitzer Straße 2, 01187 Dresden  
Tel.: +49 351 4886866  
kraak@dresden.de



### **Zwischen Elternverantwortung und Kinderschutz: Familiäre Bindungen erhalten so lange es geht?**

Im Artikel 6 des Grundgesetzes ist festgelegt, dass die Pflege und Erziehung von Kindern das natürliche Recht der Eltern sind und die ihnen zuvörderst obliegende Pflicht. Ausdrücklich wird die Familie dadurch vor staatlichen Eingriffen geschützt. Gleichzeitig übernimmt der Staat eine Garantenstellung für das Kindeswohl und behält sich vor, bei akuten Gefährdungen in die elterliche Selbstbestimmung einzugreifen, wenn Eltern nicht bereit oder nicht in der Lage sind, die Situation ihres Kindes zu verbessern.

In unterschiedlichen Arbeitsfeldern stehen Eltern und ihre Kinder in verschiedener Weise im Fokus der Aufmerksamkeit, mitunter kommen Zweifel auf, ob Eltern ihren Pflichten nachkommen, oder es erscheint Fachkräften offensichtlich, dass dies nicht der Fall ist. Wir sind berührt und betroffen, wenn wir miterleben, dass Kinder keine Nestwärme erhalten, vernachlässigt wirken oder keinen ausreichenden Schutz durch ihre Eltern erfahren. Mitunter sind wir unsicher, wie wir selbst reagieren sollen, und besorgt oder wütend über Entscheidungen, die Andere getroffen haben. Es gilt also zu klären, was wir in unseren einzelnen Berufsfeldern zur „staatlichen Verantwortungsgemeinschaft“ beitragen können und müssen und wie wir Handlungssicherheit erlangen ohne die berechtigten Interessen von Eltern und Kindern zu vernachlässigen, gegeneinander zu stellen oder durch unsere Betroffenheit den Blick auf vielfältige, kreative und familienerhaltende Lösungsmöglichkeiten zu verstellen.

Diese Herausforderung bedarf einer großen Bereitschaft zur Kooperation, Vernetzung, Qualifizierung und persönlichen Engagements, ohne gleichzeitig das Versprechen geben zu können, dass dann „alles gut“ wird. Wie kann es uns also gelingen, diese Herausforderung zum Wohl der Kinder und unter Beteiligung der Eltern zu meistern?

## Aufgaben des ASD im SGB VIII

- Erziehungsberatung
- Beratung bei Trennung und Scheidung, Umgang, partnerschaftlichem Zusammenleben
- Mitwirkung im familiengerichtlichen Verfahren
- Hilfen zur Erziehung
- Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- Betreuung in einer Eltern-Kind-Einrichtung
- Prüfung und Abwendung einer Kindeswohlgefährdung

Zwischen Elternverantwortung und  
Kinderschutz  
Folie: 1

Jugendamt

Landeshauptstadt  
Dresden



## Handlungsleitende Grundsätze im ASD

- Eltern tragen Verantwortung für die Erziehung und den Schutz ihrer Kinder.
- Kinder brauchen ihre Eltern um gesund aufzuwachsen.
- Jeder wird gehört und gesehen (Allparteilichkeit).
- Das Kindeswohl wird familienorientiert sichergestellt.
- Eltern, Kinder und geeignete Dritte werden beteiligt.
- Hilfen und Schutz werden individuell und verhältnismäßig gewährt.
- Während des Hilfeprozesses sind Transparenz und Nachvollziehbarkeit gegeben.

Zwischen Elternverantwortung und  
Kinderschutz  
Folie: 2

Jugendamt

Landeshauptstadt  
Dresden



## Bindungen fördern und erhalten (I)

- Bindungsphasen
  - Vorbindungsphase bis 2 Monate, angeborene Verhaltensweisen
  - beginnende Bindungsphase bis 8 Monate, primäre Bindung entwickeln
  - Phase der eindeutigen Bindung, bis 2 Jahre, Ich-Erkennen, Erkunden
  - Phase reziproker Beziehung bis 3 Jahre, wechselseitige Beeinflussung, Selbststärkung, Selbstwirksamkeit
- Primäre Bindung entwickelt sich im ersten Lebensjahr, Bindungen sind hierarchisch geordnet und nicht ohne Folgen austauschbar

Berl, Laura E., Entwicklungspsychologie, 2011 (3. Auflage)

Grossmann, Karin / Grossmann, Klaus (Hrsg.), Bindung und menschliche Entwicklung, Stuttgart 2006

Zwischen Elternverantwortung und  
Kinderschutz  
Folie: 3

Jugendamt

Landeshauptstadt  
Dresden



## Bindungen fördern und erhalten (II)

- Konzept der Feinfühligkeit (nach Mary Ainsworth)  
Verhalten wahrnehmen, richtig interpretieren, angemessen reagieren, prompt reagieren
- Sichere Bindung – Schutz, unsichere Bindung – Risiko
- Bindung fördern  
Feinfühligkeit fördern, Schulung der Eltern zur Bedeutung von Bindung, Verhinderung unvorbereiteter Trennungen, Vermeiden von Traumatisierung, Behandeln von erlebtem Trauma

Birn, Kerstin, Bindungsstörungen, Von der Bindungstheorie zur Therapie, Stuttgart 2003 (3. Auflage)

Zwischen Elternverantwortung und  
Kinderschutz  
Folie: 4

Jugendamt

Landeshauptstadt  
Dresden



## Bindungen fördern und erhalten (III)

- Kindliches Zeitempfindungen
  - bis 1 Jahr, 1 Tag wie 1 Monat
  - 12 Tage wie ein Jahr,
  - im Kindergartenalter 12 Tage wie 4 Monate,
  - 1 Woche wie 2 Monate,
- Für einen gelingenden Beziehungs- und Bindungsaufbau gilt die Faustregel, dass ein Kind nicht länger von seinen Elternteilen getrennt sein sollte, als es Jahre alt ist.

Jan Piet de Man, Aufenthaltsregelungen und kindliches Zeitempfinden, Fachtag „Modellwechsel-Wechselmodell“, Dresden 2015

Zwischen Elternverantwortung und  
Kinderschutz  
Folie: 5

Jugendamt

Landeshauptstadt  
Dresden



## Fachstandards bei KWG-Prüfung

- Einbeziehung der Erziehungsberechtigten, soweit der wirksame Schutz dieses Kindes/Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird,
- unmittelbarer Eindruck vom Kind und von seiner persönlichen Umgebung,
- Einschätzung im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte,
- Abwendung der Gefährdung über Gewährung von Hilfen mit Kontrollauftrag, ggf. Inobhutnahme
- ggf. Anrufung des Familiengerichtes nach § 1666 BGB
- Dokumentation und Nachvollziehbarkeit

Zwischen Elternverantwortung und  
Kinderschutz  
Folie: 6

Jugendamt

Landeshauptstadt  
Dresden



**Cornelia Wünsch, FÄ**  
**Dipl.-Psych. Claudia Behrends**

Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig  
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig  
Tel.: +49 314 984690  
cornelia.wuensch@fhle.de  
claudia.behrends@fhle.de

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Gruppenarbeit mit Frühgeborenen und deren Eltern
- Behandlung „Frühe Interaktionsstörungen“



**Zwischen Stolz, Sorge und Zuversicht. Erfahrungen mit der Eltern-Kind- Gruppe für Frühgeborene**

Das erste Lebensjahr des eigenen Kindes ist wunderbar spannend, aufregend, anstrengend und sollte von zahlreichen glücklichen Momenten geprägt sein. Eltern frühgeborener Kinder erleben dieses erste Jahr sehr unterschiedlich, oft mit einer Fülle an verschiedensten Gefühlen, Ängsten, Sorgen und Erwartungen.

Eine kontinuierliche, niedrigschwellige Unterstützung und Begleitung wird oft als große Entlastung und Sicherheit erlebt. Der Austausch mit gleichermaßen betroffenen Eltern stützt, ermutigt, gibt Kraft und manchmal Mut.

Im Workshop soll zunächst das Konzept der themenorientierten Gruppenarbeit, welche die Familien über zwölf Monate begleitet, dargestellt werden, wesentliche Rahmenbedingungen, Ziele, Inhalte erläutert und die Erfahrungen aus mittlerweile acht Jahren Eltern-Kind-Gruppenarbeit geschildert werden.

In Beispielen werden verschiedene Verarbeitungsprozesse von Familien und unterschiedliches Erleben von Müttern und Vätern dargestellt.

Gemeinsam werden Fragen gesucht und versucht aus Elternsicht zu beantworten:

- Was beschäftigt Eltern vordergründig zu welcher Zeit – auf Station – zur Entlassung – im Verlauf des ersten Jahres – z m ersten Geburtstag?
- Wie lange ist mein Kind ein „Frühchen“?
- Wie fühlen sich Eltern angemessen längerfristig unterstützt?



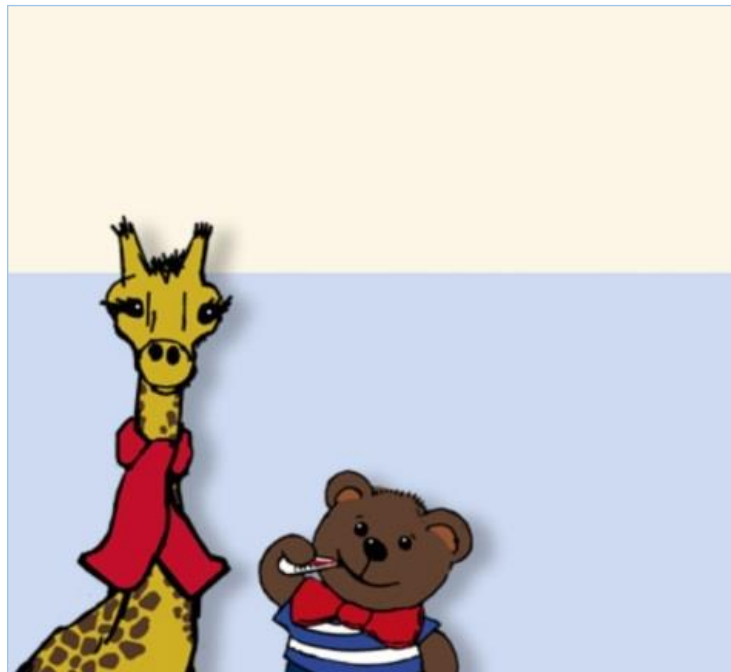


Bildnachweis: [www.dskn.org](http://www.dskn.org)



Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Früh- und Neugeborenenachsorge
- Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen
- Vernetzung stationärer und ambulanter Pädiatrie



### **Die neuen Kinder-Vorsorgeuntersuchungen**

Frühgeborene müssen in Abhängigkeit von ihrer Geburt und des postnatalen Krankheitsverlaufes längere Zeit im Krankenhaus bleiben.

Der folgende Vortrag fokussiert sich auf die medizinische Nachsorge in der ambulanten Kinderarztpraxis nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Der Vortrag beinhaltet diesbezüglich drei Teile:

- 1.) Vorstellung der Arbeit in einer Kinderarztpraxis
- 2.) Durchführung von Kinder-Vorsorgeuntersuchungen
- 3.) Spezielle Aspekte in der kinderärztliche Versorgung von Frühgeborenen

### Was wünschen sich Eltern, wenn Sie in die Kinderarztpraxis kommen?

- Fachliches Kompetenz besonders in Neonatologie
- Gute Zusammenarbeit der Praxis mit „ehemaligem“ Krankenhaus und anderen Fachdisziplinen
- Zeit für das Gespräch
- Kurze Wartezeit sowohl an der Anmeldung als auch im Wartezimmer
- Gute hygienische Bedingungen in der Praxis

### Vorsorgeuntersuchung (allgemeines)

#### Ziele:

- Förderung von optimaler Gesundheit und Entwicklung des Kindes
- Ziel ist das frühe Erfassen von Gesundheitsstörungen
- Prävention von Krankheiten und Unfällen
- Ernährungsberatung
- Orientierungshilfe bei der Erziehung
- Erfassen von Stress und Belastungssituationen in der Familie, die sich negativ aus Kind auswirken können
- Kinder vor Krankheiten durch Impfungen schützen

### Verschiedene Testverfahren

Test	Deutsch	Alter	Untertests	Bemerkungen
Bayley Scales of Infant Development	-	0-42 Monate 45-60 min	Skill, mental scale, motor scale	Am besten standardisiert, wissenschaftlich
Denver Developmental Screening Test	Ja	0 - 5 Jahre 20-40 min	Soziale Kontakt, Grobmotorik, Feinmotorik, Sprache	Gut praxistauglich
Münchener Funktionelle Entwicklungstagn.	Ja	0-3 Jahre 50 min	Statomotorik, Sinnesorgane, Spielvermögen, Sprach- und Sozialentw	Sehr ausführlich
Basistagnostik für unricht. Entwicklungsstörungen im Vorschulalter	Ja	4-6 Jahre	6 Untertests	Differenziert unterdurchschnittliche Kinder im Hinblick auf Schulleistungen

### Vorsorgeuntersuchungen (Gelbe Heft)

- Elterninformationen
- Freitextfelder für Eltern und Arzt/ Ärztin
- Ankreuzen von Auffälligkeiten bei Anamnese, Untersuchung und Beratung
- (Vorbereitung) weiterführender Diagnostik
- Beratungsthemen, altersspezifisch, u.a.
  - Vitamin K und D
  - Stillen/ Ernährung, SIDS, Unfälle, Schreibabies
  - regionale Unterstützungsangebote
- Anlage: Perzentilkurven für
  - Größe, Gewicht, BMI, KU



### Besonderheiten bei FG (Checkliste)

- ✓ Anamnese und klinische Untersuchung
- ✓ Körpermaße: Gewicht, Länge, KU
- ✓ Vit K – Applikation erfolgt?
- ✓ Hüftscreening, OAE und Pulsoxymetrie erfolgt?
- ✓ Verlaufs-Ultraschall-Kontrollen?
- ✓ Medikamente, Eisen?
- ✓ Impfungen (laut Stiko) und RSV-Prophylaxe?
- ✓ Heilmittel (Physiotherapie?, Osteopathie? Logo?)
- ✓ Hilfsmittel (PEG, O2)
- ✓ Unterstützung für Familie (Hebamme, Familienhilfe, KKS)
- ✓ Überweisung zu anderen Fachdisziplinen (AA, Ortho, HNO, SPZ)
- ✓ WV in Entwicklungsambulanz der Geburtsklinik

### Impfungen (RKI Berlin Stand 8 / 2017)

Impfungen gegen	Vollendeter Lebensmonat (2,3)				Vollendetes Lebensjahr (2,3)		
	2	3	4	11-14	15-23	5-6	9-17
Grundimmunisierung* - Diphtherie - Tetanus - Keuchhusten - Hepatitis B - Kinderlähmung - Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung		Auffrischungsimpfung - Tetanus - Diphtherie - Keuchhusten	Auffrischungsimpfung - Tetanus - Diphtherie - Keuchhusten - Kinderlähmung
Pneumokokken	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung			
Rotaviren	1. Impfung	2. Impfung					
Grundimmunisierung - Masern - Mumps - Röteln - Windpocken				1. Impfung	2. Impfung (4,6)		
Meningokokken C (M)					Impfung ab dem vollendeten 2. Lebensmonat (2)		
Hepatitis B							Grundimmunisierung (9)
HPV (HPV-Typen 16, 18)							Grundimmunisierung (Weibler 9-17 Jahre) (16)

## **Annett Freymann** **Dipl.-Soz.-Päd. Nicola Zöllner**

Universitätsklinikum Dresden  
Kinderklinik, FamilieNetz  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: +49 351 458-6866, -5045  
annett.freymann@uniklinikum-dresden.de  
nicola.zoellner@uniklinikum-dresden.de

Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:



- Anleitung von Eltern in der entwicklungsorientierten Pflege und Versorgung ihres Kindes
- Videogestütztes Feedback zur Eltern-Kind-Interaktion
- Systemische Beratung
- Begleitung von (werdenden) Eltern von Kindern mit infauster Prognose

### **Vom „Ich“ zum „Wir“ und die Herausforderungen an die Kommunikation**

„Sie können mir ruhig glauben! So haben wir das schon immer gemacht. Ich habe schließlich 30 Jahre Berufserfahrung...“

Manchmal ist Kommunikation eine echte Herausforderung, besonders dann, wenn Rollenunterschiede unüberwindbar erscheinen. Wie können wir einander so begegnen, dass Akzeptanz und Wertschätzung des Gegenübers auch in seiner Unterscheidung zu uns selbst als grundlegendes Wertesystem ein Fundament bilden?

Die Transaktionsanalyse von Eric Berne, ein aus der Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren, ist ein Kommunikationsmodell, welches nicht nur der Untersuchung von Übertragungen gegenseitiger Informationen (Transaktionen), sondern auch der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit dient. Im Rahmen dieses Workshops bietet sich die Möglichkeit eines Perspektivwechsels unter anderem in Form von Rollenspielen – weg von „schwierigen“ Eltern oder Kollegen, hin zur Selbstwahrnehmung. Anhand des Ich-Zustand-Modells werden Kommunikationsabläufe analysiert und der Blick auf eigene Anteile unserer Persönlichkeit gerichtet.

Mithilfe der Analyse des Ich-Zustand-Modells wird sowohl das eigene als auch das kommunikative Verhalten unseres Gegenübers beobachtet und verstanden. Zu einer gelingenden Kommunikation trägt das bewusste Einsetzen der verschiedenen Persönlichkeitsanteile in uns bei, welches unser professionelles Handeln durch unsere Flexibilität im Agieren und Reagieren krönt. Durch Veränderung am „Ich“ ändert sich auch das Verhalten des Gegenübers und so bekommt das „Wir“ eine neue Chance.

**Transaktionsanalyse** Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER

- Begründer  
Eric Berne (1910-1970)  
aus Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren
- Transaktion  
Grundeinheit aller sozialen Verbindung
- Transaktionsanalyse  
Methode zur Untersuchung der Transaktion

**Ich-Zustands-Modell** Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER

Wie wird Denken und Fühlen der Persönlichkeit zugeordnet?

- **Eltern-Ich**  
Verhalten, Denkweisen oder Empfindungen von Vater oder Mutter übernommen
- **Erwachsenen-Ich**  
Verhalten, Denkweisen oder Empfindungen des Erwachsenen im Hier und Jetzt
- **Kindheits-Ich**  
Verhaltensweisen, Gedankengänge oder Gefühle die in die Kindheit gehören

**Kommunikationsregel 1** Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER

parallele Transaktionen

- ein Gespräch verläuft störungsfrei und ist prinzipiell endlos angelegt
- der Stimulus kommt aus einem Ich- Zustand und richtet sich an einen ganz bestimmten Ich- Zustand des Gesprächspartners

**Kommunikationsregel 2** Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER

gekreuzte Transaktionen

- führt zu einem Bruch im Gesprächsfluss und nötigt zur Neuorientierung
- ermöglicht bewusste Weichenstellung zu den produktiven Ich- Zuständen
- gezieltes Einsetzen von Kreuzungstransaktionen

**Kommunikationsregel 3** Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER

verdeckte Transaktionen

- die psychologische (verdeckte) Ebene ist stets die gewichtigere gegenüber der sozialen (offene) Ebene
- das eigentlich Gemeinte wird nicht oder nicht direkt ausgesprochen, sondern ist nur indirekt zu erschließen  
(Klang der Stimme, Betonung, Mimik, Erinnerungen an vorangegangene Situationen)

**Resümee** Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER

- Veränderung setzt beim „Ich“ an
- Veränderung meines eigenen Verhalten ändert das Verhalten meines Gegenübers
- es gibt keine gute oder schlechte Form von Transaktionen
- professionelles Handeln bedeutet in kritischen Situationen flexibel agieren und reagieren zu können



Arbeits- und  
Forschungsschwerpunkte:

- Krankenhausforschung
- Versorgungsforschung



**DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT**

### **Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – G-BA-Vorgaben zu Frühgeburten**

Laut aktualisierter Frühgeborenen-Richtlinie (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) muss ab 2017 das Verhältnis von Frühgeborenen zu Pflegekräften jederzeit (24 h täglich) 1:1 für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene und 1:2 für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene jeweils unter 1.500 g betragen. Gemäß einer Repräsentativbefragung der deutschen Perinatalzentren (n = 143) durch das Deutsche Krankenhausinstituts (DKI) erreicht derzeit jeweils rund die Hälfte der Perinatalzentren in Deutschland die Pflegepersonalschlüssel der geänderten Richtlinie.

Aktuell erfüllt gut ein Viertel der Perinatalzentren die Fachkraftquoten für die pädiatrische Intensivpflege von 40 % (Level 1) bzw. 30 % (Level 2). Bei Berücksichtigung der Stichtagsregelung der geänderten QFR-RL, wonach Pflegekräfte ohne Fachweiterbildung stichtagsbezogen auf die Fachkraftquoten angerechnet werden, sind es 93 % der Perinatalzentren.

Um die Personalvorgaben der Richtlinie vollumfänglich erfüllen zu können, ist insgesamt von einem personellen und finanziellen Mehrbedarf von bis zu 1.750 Vollkräften (+ 28 % gegenüber heute) bzw. von bis zu 95 Mio. € (+ 27 %) auszugehen. Weitere Mehrkosten resultieren aus Personal zur Kompensation von Freistellungen für Fachweiterbildungen (bis zu 30,9 Mio. € für bis zu 580 zusätzliche Vollkräfte) und zur Abdeckung von Belegungsspitzen (bis zu 38,6 Mio. € für bis zu gut 700 zusätzliche Vollkräfte).

Kennzeichnend für die QFR-RL bleibt weiterhin eine grundlegende Diskrepanz von weitreichenden Personalanforderungen und fehlender Umsetzbarkeit. Deswegen müssen zum einen die infrastrukturellen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Perinatalzentren die Richtlinie umsetzen können. Zum anderen sollten Ausnahme- und Übergangsregelungen geschaffen oder verlängert werden, um die Praktikabilität der Richtlinie zu erhöhen.





Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Kinderklinik, Neonatologie, FamilieNetz  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
FamilieNetz@uniklinikum-dresden.de  
[www.uniklinikum-dresden.de/kik/familienetz](http://www.uniklinikum-dresden.de/kik/familienetz)