

Eltern in Ver-Bindung bringen



Foto: © Tobilander - Fotolia.com

Umsetzung familienorientierter Versorgung in neonatologischen Abteilungen

*Claudia Braches und
Manuela Völker*

Die Neonatologie ist ein noch recht junges Gebiet der Medizin. Anfangs stand das Überleben der Früh- und kranken Neugeborenen im Vordergrund. Mit der Versorgung von immer unreiferen

Frühgeborenen rückt seit einigen Jahren die Optimierung der Lebensqualität dieser Kinder und ihrer Eltern zunehmend in den Vordergrund.

Der Bundesverband „Das Frühgeborene Kind“ e.V. hat zur Verbesserung der Versorgung von kranken Neugeborenen und Frühgeborenen auf neonatologischen Intensivstationen zahlreiche Vorschläge gemacht. Einer dieser Vorschläge besteht in den „zehn Leitsätzen zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie“ (Abb. 1). Diese Leitsätze beinhalten unter anderem den Wunsch, die Familie in die Betreuung einzubeziehen. Das bedeutet, die Eltern in ihrem Elternsein zu unterstützen, ihre Kompetenz anzuerkennen und sie in die Behandlung und Versorgung ihrer Kinder soweit wie möglich einzubeziehen; den Eltern Hilfe zur Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse, die sie durch die frühe Geburt und die intensivmedizinische Behandlung ihres Kindes erleben, anzubieten. Letztendlich formulieren die Leitsätze das Ziel, eine intensive Ver-Bindung (Bonding) zu ihrem Kind zu erreichen. Sie tragen damit langfristig zu einer besseren Lebensqualität bei.

Die Realität sieht auf vielen neonatologischen Stationen leider so aus, dass die Eltern nur so viel miteinbezogen werden, wie das Personal der jeweiligen Station es ihnen zugesteht. Sie dürfen vielerorts ihre

Kinder noch nicht einmal sehen, wann sie es wünschen. Sie werden zu Nebendarstellern degradiert.

In der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 ist das Recht eines Kindes festgeschrieben, es nicht gegen den Willen seiner Eltern von ihnen zu trennen (Artikel 9, Absatz 1). Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist festgelegt, dass die Pflege eines Kindes ein natürliches Recht der Eltern ist und ein Kind gegen den Willen der Erziehungsberechtigten nur aufgrund eines Gesetzes von den Eltern getrennt werden darf (Artikel 6, Absatz 2 & 3).

Wird somit gegen geltendes Recht verstoßen, wenn der Säugling auf der neonatologischen Station räumlich von seinen Eltern getrennt ist und diesen vorgeschrieben wird, wann sie ihr Kind sehen, halten und küssen dürfen?

In der vorliegenden Arbeit sollen einige Handlungsweisen in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen aufgezeigt werden, die mit gewissen Veränderungen, die sich mit gewissen Veränderungen optimieren lassen, ganz im Sinne der Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung von Säuglingen. Bindungsförderung ist das Ziel. Die Eltern sind die Hauptakteure und sollten nicht in Nebenrollen gedrängt werden.

Welche Bedeutung hat Bonding?

Bonding entsteht beim ersten intensiven Haut-zu-Hautkontakt zwischen Mutter bzw. Vater und Kind. Bonding ist die innere Gefühlsbindung der Eltern zu ihrem Kind, ein Prozess, der zu einer einzigartigen Be-

Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie

- Leitsatz 1** – Autonomie der Eltern
- Leitsatz 2** – Integrative Versorgung
- Leitsatz 3** – Stressreduktion für Kind und Familie
- Leitsatz 4** – Entwicklungsfördernde Behandlung
- Leitsatz 5** – Ernährung
- Leitsatz 6** – Kompetenz der Eltern
- Leitsatz 7** – Eltern-Kind-Interaktion
- Leitsatz 8** – Psychosoziale Begleitung der Familie
- Leitsatz 9** – Struktur und Organisation des Teams
- Leitsatz 10** – Nachsorge

Abb. 1 (Verfasser: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.)

ziehung (Bindung) führt. Zahlreiche innere und äußere Einflüsse wirken dabei prägend ein.

Die Verbindung des Kindes zu seinen Eltern wird als Attachment bezeichnet. Ein Kind kommt mit einer Bindungserwartung zur Welt, woraus sein Urvertrauen entsteht. Diese erste Bindung ist die Grundlage aller weiteren Bindungen in seinem Leben.

Gelungene Bindung ist existenziell für das Überleben des Kindes. Die Feinfühligkeit der Eltern, also das frühzeitige Erkennen von kindlichen Signalen und die angemessene prompte Reaktion, sind wichtige Voraussetzungen für eine gelungene Eltern-Kind-Beziehung. Typische Verhaltensweisen sind emotionale Signale, sie drücken sich aus in der Zärtlichkeit der Mutter zu ihrem Kind: Blickkontakt, Kuscheln, Küssen, Sing-Sang-Stimme (Lang, S. 1-3; Klaus & Kennell, S. 18-24, 261).

Körperkontakt schafft wichtige Bedingungen für intuitive Fürsorge. Er fördert die elterliche Feinfühligkeit und unterstützt die Bindungsbereitschaft. Ohne Nähe kann Bindung kaum entstehen (Lang, S. 1-3; Klaus & Kennell, S. 104; Renz-Polster, S. 253).

Laut Klaus & Kennell (S. 26) durchläuft die Entstehung der Bindung verschiedene Stadien. Bindung entsteht schon vor der Geburt durch das Spüren der Kindsbewegungen, durch die Wehen und durch das erste Berühren des Neugeborenen. Unmittelbar nach der Geburt besteht eine hormonell bedingte sensible Phase. Es ist eine Art des Verliebenseins in sein eigenes Baby (Prägungsbindung). Ganz unbewusst untersucht die Mutter ihr Kind auf bestimmte Merkmale: ist es vital, ist „alles dran“, welche Geschlechtsmerkmale hat es (Klaus & Kennell, S. 104).

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Mütter, denen Haut-Kontakt zu ihren Babys unmittelbar nach der Geburt ermöglicht worden war, feinfühlicher und prompter auf deren Bedürfnisse reagierten. Sie hatten weniger Probleme beim Stillen und waren geduldiger mit ihren Babys. Anders als bei vielen Säugetieren ist aber beim Menschen nicht alles verloren, wenn diese allererste Phase „verpasst“ wird. Bindung ist ein Prozess und wird durch viele weitere Erlebnisse und äußere Umstände positiv wie negativ geprägt. Allerdings braucht es im Nachhinein mehr Zeit und positive Erlebnisse. Belastende Lebenssituationen erschweren die Bindung (Klaus & Kennell, S. 174, 215; Lang, S. 51; Renz-Polster, S. 282), so auch die Frühgeburtlichkeit, nicht nur weil der Bindungsprozess in der Schwangerschaft

abrupt und frühzeitig unterbrochen wurde. Frühgeborenen fehlen die kommunikativen Fähigkeiten von Reifgeborenen. Meist ist ihre Mimik spärlich und sie sind noch nicht in der Lage, auf die Kontaktaufnahme der Mutter bzw. des Vaters adäquat zu antworten. Das kann die Eltern-Kind-Interaktion empfindlich stören (Lang, S. 97; Jansen & Streit, S. 204).

Die sensible Phase der Hirnentwicklung

Zur Geburt am Termin sieht das Gehirn äußerlich dem eines Erwachsenen ähnlich, es wiegt etwa 400 g. Im letzten Trimenon der Schwangerschaft reift das Gehirn besonders schnell. Der Frontallappen entwickelt sich erst nach der 23. Schwangerschaftswoche. Hier werden Bilder, Töne, Sprache und Emotionen verarbeitet. Zahlreiche Nervenzellen und Synapsen werden neu gebildet. Nach ausschweifender Überproduktion aber folgt ein umfangreicher und strukturierter Abbau vieler Synapsen. Die Entscheidung, welche Verbindungen erhalten und welche Synapsen der kontrollierte Zelltod (Apoptose) ereilt, ist neben genetischen Faktoren abhängig von den Erfahrungen und Umweltfaktoren, die das Gehirn zu verarbeiten hatte. Diese Phase, in der ein übermäßig verschaltetes Netzwerk von Nervenzellen darauf wartet, entsprechend den Umwelterfahrungen stabilisiert und angepasst zu werden, ist eine sehr sensible Periode (Strüber, S. 25-30).

Ein Frühgeborenes macht diese Entwicklung zwangsweise auf der Kinderintensivstation durch, d.h. alle Interventionen, ob positiv oder negativ, haben Einfluss auf die Hirnentwicklung des Frühgeborenen. Negative Einflüsse, wie Lärm, Licht, Kälte und schmerzhafte bzw. hastig durchgeführte Berührungen, sollten auf ein Minimum reduziert, positive Einflüsse, wie Elternnähe, Känguruen und sanft ausgeführte

Bewegungen, aber maximal gefördert und unterstützt werden. Die früh gemachten Erfahrungen beeinflussen aber nicht nur die Hirnentwicklung, sondern auch das spätere Verhalten. Sie haben einen gewissen Anteil daran, ob und wie ein Kind auf seine Umwelt reagiert und sich selbst zu regulieren lernt (Strüber, S. 31).

Erwartungen der Eltern – Wunsch und Wirklichkeit

Schon in der Schwangerschaft entwickeln die Eltern ein individuelles Bild von ihrem ungeborenen Kind. Sie erwarten ein süßes, rosiges, gesundes, kräftiges, kompetentes und am Termin geborenes Baby. Entspricht es dem bekannten Kindchenschema, folgen darauf genetisch festgelegte Verhaltensweisen der intuitiven Fürsorge und Pflege.

Bei einem Frühgeborenen erwartet die Eltern auf der neonatologischen Intensivstation eine andere Wirklichkeit. Sie sehen ein kleines, durch Technik verdecktes, schwaches, dünnes, krankes, faltiges und hilflos ausgeliefertes Wesen: ihr Baby. Die Station wird von technischen Geräten dominiert. Zusätzlich sehen sich die Eltern einer gewissen Dominanz des Personals ausgesetzt, ohne das ihr Kind zwar nicht überleben könnte, welches aber auch ihre eigenen Handlungen fremdbestimmt. Die Eltern sind durch die zu frühe Geburt traumatisiert, die sie unvorbereitet getroffen hat, durch das kaum lebensfähige, kranke Kind und durch die unvorhergesehene Trennung von ihrem Kind und den damit erlebten Kontrollverlust. Hinzu kommt, dass Eltern nicht selten Schuldgefühle entwickeln. Insbesondere glauben die Mütter, dass sie durch ihr Verhalten die Frühgeburt verursacht haben. Damit fühlen sie sich auch oft für einen möglichen ungünstigen Gesundheitsverlauf verantwortlich (Strüber, S. 111; Lang, S. 17 u. 18; Jansen & Streit, S. 199).



Dr. Roland Uphoff
Fachanwälte für Medizinrecht

Kanzlei für Geburtsschadensrecht
und Arzthaftungsrecht

Heinrich-von-Kleist-Str. 4
53113 Bonn

Telefon: (0228) 53 89 488
E-Mail: mail@uphoff.de

www.uphoff.de

Besuchen Sie auch den Blog: www.recht-geburtsschaden.de

Überwinden der Diskrepanz (Leitsatz 1)

Um unter diesen ungünstigen Bedingungen dennoch eine gute Ver-Bindung zwischen den Eltern und ihrem Früh- und kranken Neugeborenen zu ermöglichen, kann man an den oft familienunfreundlichen, routinierten Stationsabläufen Schritt für Schritt einiges ändern, sodass ein Stück Normalität in dieser unvorhergesehenen und fremdbestimmten Situation eintritt.

Zunächst darf man auch Eltern eines Früh- oder kranken Neugeborenen zur Geburt gratulieren, denn auch sie haben ein neues Familienmitglied zu begrüßen. Ein paar freundliche Worte vermittelt den Eltern, willkommen zu sein. In jedem Fall ist das Kind vom Pflegepersonal mit seinem Namen anzusprechen und nicht mit einem Kosennamen. Dies ist das alleinige Recht der Eltern.

Frauen werden in der Schwangerschaft und während der Geburtsphase sehr empfänglich für bestimmte Signale. Meist erinnern sie sich ihr Leben lang an die Ereignisse um die Geburt ihres Kindes. Sie sind auch nach vielen Jahren noch in der Lage, gewisse Äußerungen wörtlich wiederzugeben. Deshalb sollten alle Worte und Sätze wohlwollend und mit viel Bedacht gewählt werden (Klaus & Kennell, S. 56).

Bonding/Känguruen – therapeutischer Haut-zu-Haut-Kontakt (Leitsätze 3,4,6,7)

Die Känguru-Methode hat seit Mitte der 1990er Jahre Einzug in die neonatologischen Abteilungen Deutschlands als Methode zur Entwicklungsförderung von Früh- und Neugeborenen gehalten. Es bestehen aber noch immer viele Hemmnisse,

oft organisatorischer Art, die einen intensiven Haut-zu-Haut-Kontakt behindern.

Das primäre Bonding sollte optimalerweise unmittelbar nach der Geburt stattfinden, da Mutter und Kind in dieser Phase hormonell günstig auf Bindung „programmiert“ sind. (Lang, S. 11 u. 22). Ist die Mutter zum frühen Känguruen nicht in der Lage, sollte der Vater dazu ermutigt werden. Um der Mutter (evtl. dem Vater) und dem Kind im Kreißaal einen ungestörten Hautkontakt zu ermöglichen, müssen einige Maßnahmen ergriffen und Motivation erzeugt werden. Personal zur Überwachung des Kindes muss abgestellt werden können, ein geeigneter Raum und das notwendige technische Equipment muss vorgehalten werden. Trotz aller Bemühungen kann es Situationen geben, in denen Hautkontakt nicht möglich ist. Dann sollte dem Mutter-Kind-Paar zumindest ein Sichtkontakt, am besten mit Berührung durch die Hände der Mutter bzw. des Vaters, ermöglicht werden. Vielleicht ist es wenigstens möglich, mit dem Transportinkubator am Kreißbett der Mutter vorbeizufahren, bevor das Kind verlegt wird. Bonding verbessert langfristig die Interaktion der Mutter-Kind-Dyade (Kribs, Mehler Deisy Studie 2013/16).

Glücklicherweise ist der Mensch nicht ausschließlich auf die ersten Stunden nach der Geburt angewiesen. Bindung kann auch danach noch entstehen, wenn auch durch die äußeren Einflüsse erschwert. Meist sind dann mehr Zeit und eine spezielle Förderung des Bindungsaufbaus erforderlich (Lang, S. 11).

Wenn die Mutter nach der erforderlichen Überwachungszeit aus dem Kreißaal auf die Wochenbettstation verlegt wird, kann das mit einem „Umweg“ über die neonatologische Station geschehen. Bei

dieser Gelegenheit können Mutter und Kind, je nach Vitalität, erneut Hautkontakt aufnehmen. Diese einfache Maßnahme kann allerdings durch bauliche Hindernisse erschwert sein. Mancherorts passt einfach kein Erwachsenenbett durch die Tür. Dann ist nach einer den Gegebenheiten angepassten Alternative zu suchen. Denn vergeht zu viel Zeit bis zum ersten Kontakt, können Eltern erschreckende Visionen und Distanz zu ihrem Kind entwickeln (Klaus & Kennell, S. 172).

Känguruen sollte zu jeder Tages- und Nachtzeit, ohne Einschränkungen durch organisatorische Gründe, zeitlich unbegrenzt und mehrmals täglich über den ganzen Krankenhausaufenthalt ermöglicht werden. Kinder, die bereits angekleidet sind, können mindestens einmal am Tag für den Hautkontakt ausgezogen werden.

Für das langsame Anbahnen zur Brusternährung wird das Kind beim Känguruen mit Mund- und Nasenkontakt zur Mamille der Mutterbrust gelegt und nicht, wie allgemein üblich, zwischen die Brüste. Das geschieht völlig unabhängig von einer benötigten Atemhilfe; der Kontakt zur Mamille dient lediglich zum Riechen, Lecken und Schmecken, also nicht zum korrekten Anlegen. Alleine dieser Kontakt unterstützt die kindlichen Reflexe, wirkt positiv auf die mütterlichen Hormone zur Milchbildung und fördert den Bindungsprozess (Klaus & Kennell, S. 213; Kühn, S. 79, Biancuzzo, S. 272).

Der Mund- und Nasenkontakt zur Mamille schützt offenbar auch das Kind vor Infektionen. Keime, mit denen das Kind auf der neonatologischen Station konfrontiert wird, werden durch die Brustdrüse der Mutter aufgenommen. Das broncho-entero-mammäre Lymphsystem bildet da-



rauhin gegen diese antigenen Strukturen spezifische Antikörper, die mit der Muttermilch aufgenommen werden können. Beim Känguruen wird das Baby zusätzlich mit den mütterlichen Keimen besiedelt, was die Krankenhauskeime zurückdrängt (Nehlsen, 2016, S. 9). Für dieses Keimmilieu liefert die Mutter ebenfalls die passenden Antikörper in ihrer Milch.

Der Transfer vom Inkubator bzw. Wärmebett auf die Brust von Vater oder Mutter sollte sehr behutsam, nach Möglichkeit durch zwei Personen, sinnvollerweise durch die Eltern selbst, erfolgen. Dabei wird das Baby in Beugehaltung mit großflächiger Berührung gehalten, wobei die Hände in der Körpermitte zusammengeführt werden, um eine Übererregung des Kindes zu vermeiden (Jansen & Streit, S. 201).

Känguruen sollte so ungestört wie möglich ablaufen, am besten in einem bequemen Liegestuhl. Die Stationsabläufe sind dabei anzupassen (keine lauten Gespräche, Verschiebung der Zimmerreinigung).

Versorgungszeiten mit den Eltern (Leitsätze 2,4,6,7)

Eltern sind keine Besucher, denn Besucher sind definiert als Fremde. Mutter und Kind sind aber als eine Einheit zu verstehen, die für die gesunde Entwicklung unentbehrlich ist. Die soziale Kompetenz liegt uneingeschränkt bei den Eltern, lediglich die medizinische Kompetenz wird vom neonatologischen Team übernommen.

Schrittweise können die Eltern in die Versorgung ihrer Kinder miteinbezogen werden, so dass sie ihre Kinder zunehmend eigenverantwortlich und selbstständiger versorgen. Anfänglich stellt das einen Mehraufwand für die Pflege dar, wird aber durch wachsende Eigenständigkeit der Eltern belohnt. Eltern sehen ihr Kind jeden Tag viele Stunden und wissen nach kurzer Zeit sehr genau, wie es ihrem Kind geht und was ihm zu Gute kommt. Wenn sie gut eingebunden sind, nehmen sie Veränderungen früh wahr, sind im Umgang mit dem Baby sehr vorsichtig und reagieren feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes. Zu Beginn allerdings ist meist eine intensive Begleitung der Eltern notwendig, weil sie befürchten, etwas falsch zu machen.

Wenn die Grundpflege vollständig durch das professionelle Personal übernommen werden soll, z. B. zur Anleitung von Auszubildenden, sollten die Eltern um Erlaubnis gebeten werden. Bei der Versorgung ist auf die feinen Zeichen des Kindes zu achten, die auf eine Überforderung hinweisen. Da-



Foto: © Tobilander - Fotolia.com

für ist geschultes Personal notwendig, das den Eltern diese hinweisenden Zeichen vermitteln kann.

Spezielle Pflege kann vielerorts auch von den Eltern übernommen werden, z. B. Sondieren, orale Medikamentengabe, gegebenenfalls Wundversorgung, besonders dann, wenn diese Maßnahmen auch zu Hause durchgeführt werden müssen. Am besten erfolgt die Anleitung der Eltern mit Hilfe einer Checkliste, die als schriftlicher Nachweis über die bereits erworbenen Fähigkeiten dienen kann.

Auch in die regelmäßigen Therapiemaßnahmen (z. B. Physiotherapie) können die Eltern integriert werden. Sie müssen dafür nicht ausgebildete Therapeuten werden, sondern Aufgaben übernehmen dürfen.

Eltern können selbstverständlich an der Visite teilnehmen und an Entscheidungen beteiligt werden. Diese sollten entsprechend ihren Fähigkeiten, Kompetenzen und Wünschen akzeptiert werden. Bei Verlegung des Kindes sollten die Eltern vorher informiert werden. Ist das nicht möglich, kann ein kleines Schild an der Tür oder im Eingangsbereich der Station die Eltern vor dem Schrecken bewahren, den Platz ihres Kindes leer vorzufinden. Handelt es sich um eine geplante Verlegung, sollte im Verlegungsbericht die Kompetenz der Eltern in der Versorgung ihres Kindes dokumentiert sein. Wenn die Eltern zusätzlich einen eigenen Pflegeverlegungsbericht beilegen können, wird ihre Kompetenz um so mehr wertgeschätzt.

Ernähren und Stillen (Leitsätze 4 u. 5)

Stillen bedeutet mehr als nur Ernährung, auch die neurologische Entwicklung wird positiv beeinflusst. In mehreren Studien wurde belegt, dass bei ehemaligen Frühgeborenen, die vor der 30. Schwangerschaftswoche geboren und mit Muttermilch ernährt wurden, bestimmte Hirn-

bereiche größer, aber auch der IQ, das Erinnerungsvermögen und die motorischen Funktionen im Alter von sieben Jahren besser waren als in der Kontrollgruppe, die mit industriell gefertigter Milch ernährt wurde (J. of Pediatrics 2016).

Darüber hinaus besitzt Muttermilch durch ihre Bestandteile nachhaltig positive Auswirkungen auf das Immunsystem, das Sehvermögen, die Verdauung (NEC-Prophylaxe), den Stoffwechsel, das Wachstum und die Reifung jedes Frühgeborenen. Werden Frühgeborene nicht nur mit Muttermilch ernährt, sondern gestillt, nimmt dieser Effekt noch zu (Kühn, S. 95). Der körperliche Akt des Stillens ist auch ein Baustein der Bindungsförderung.

Nicht zu vernachlässigen ist die Bedeutung des Stillens auch für die mütterliche Gesundheit. Die Laktation beeinflusst die hormonelle, physische und psychische Situation der Frau in vielfältiger Hinsicht bis ins spätere Alter positiv (Biancuzzo, S. 7; Jansen & Streit, S. 41; Kühn, S. 24 u. S. 95).

Eltern, insbesondere die Mütter, sollten über die Bedeutung des Stillens und der Ernährung mit Muttermilch gut informiert werden. Muttermilch bereitzustellen liegt allein in der mütterlichen Kompetenz. Dies sollte sie zur frühzeitigen Anregung der Milchbildung motivieren. Wird unmittelbar post partum mit der Gewinnung von Kolostrum begonnen, wird die Laktation leichter in Gang kommen und die Mutter eine größere Milchmenge bilden können. Damit kann die ausschließliche Ernährung mit Muttermilch sichergestellt werden.

Die Laktation deutlich über den Nahrungsbedarf des Frühgeborenen, d.h. mindestens auf den Bedarf eines reifen Kindes zu etablieren, ist aus mehreren Gründen ausdrücklich erwünscht. Bei hauptsächlich Milch abpumpenden Frauen ist recht häufig zu beobachten, dass während des langen Krankenhausaufenthaltes und in belastenden Situationen die Milchmenge geringer werden kann. Eine gezielte Überproduk-

tion lässt den Milchfluss aber nicht gleich versiegen. Die Ernährung des Kindes mit eigener Muttermilch ist damit weiterhin gewährleistet und die Laktation bei nachlassendem psychischen Druck wieder steigerungsfähig (Kühn, S. 81).

Hoher Energie- und Eiweißbedarf für extrauterines Wachstum

Im letzten Trimenon der Schwangerschaft erreicht der Gewebezunahme seinen Höchststand. Frühgeborene haben daher einen sehr hohen Bedarf an Energie, um ihren Stoffwechsel aufrecht zu erhalten und annähernd so zu wachsen wie intrauterin (Biancuzzo, S. 274; Kühn, S. 53). Die Mutter eines Frühgeborenen bildet die ersten vier Wochen eine an Nährstoffen reichere Milch als am Termin entbundene Frauen. Diese sogenannte Preterm-Milch hat einen höheren Fett- und Eiweißgehalt. Der Energiebedarf kleiner Frühgeborener unter 1500 g KG ist damit aber dennoch nicht ausreichend gedeckt (Biancuzzo, S. 274; Kühn, S. 24).

Der Fettgehalt der Muttermilch lässt sich durch physikalische Maßnahmen, wie z. B. Wärmeumschläge oder Brustmassage, für die folgende Mahlzeit erhöhen. Grundsätzlich steigt er während der Mahlzeit an, sodass, wenn etwa 30 Minuten nach dem letzten Entleeren die Brust erneut entleert wird, die Milch einen höheren Fettgehalt aufweist (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.phone.0078232>). Auch durch fraktionierte Abpumpen kann der Fettgehalt der Muttermilch gesteigert werden (Lactoen-gineering nach Paula Meier). Wechselt die Mutter etwa sieben bis zehn Minuten nach Pumpbeginn die Auffanggefäße, erhält sie separat die fettreichere Hintermilch. Diese Milch ist wesentlich kalorienreicher, ihr Fettgehalt kann doppelt so hoch oder höher sein (Biancuzzo, S. 306; Kühn, S. 21). Mit ihr können dem Baby bei geringerer Menge mehr Kalorien verabreicht werden. Hat die Mutter eine gut etablierte Laktation, die deutlich über dem Bedarf ihres Kindes liegt, ist diese Methode zur Kalorienanreicherung gut geeignet.

Neben Eisen, Kalzium und Phosphat wird häufig auch Eiweiß supplementiert, um ein optimales extrauterines Wachstum erreichen zu können. Die Supplementierung der Frauenmilch geschieht mit sogenannten Human Milk Fortifiers, meist standardmäßig, manchmal aber auch individuell (adjustierbare Fortifizierung).

Wenn das Kind seine Mahlzeiten an der Brust zu trinken beginnt, kann das Supple-

ment, wenn es weiterhin notwendig ist, mit ein paar Tropfen Muttermilch auf einem Löffel vor- oder zwischengefüttert werden. Supplementieren kann sich aber auch nachteilig auswirken, das Risiko der nekrotisierenden Enterocolitis (NEC) ist bei kuhmilchbasierten Produkten erhöht.

Fütterungshinweise

Bei der initialen Ernährung sollte heute standardgemäß Muttermilch bevorzugt werden. Diese kann je nach Reifegrad und Vitalität stillend an der Brust, mit einer alternativen Fütterungsmethode oder über eine Sonde verabreicht geschehen (Kühn, S. 44). Mundpflege mit einem mit Muttermilch getränkten Wattestäbchen sollte mittlerweile selbstverständlich sein.

Der Geruch und der Geschmack der Milch von der Mutter sorgt zudem für eine bessere Akzeptanz der oralen Nahrungsaufnahme bzw. für eine raschere Entwicklung des Trinkverhaltens, was den Krankenhausaufenthalt verkürzen kann (Raimbault et al., 2007).

Die Zahl der Mahlzeiten sollte physiologischer Weise mindestens 8 bis 12 Mahlzeiten betragen, um im weiteren Verlauf nach Bedarf zu stillen bzw. zu füttern. Nach der noch immer weit verbreiteten Auffassung werden häufig nur sechs Mahlzeiten angeboten. Dabei muss das Kind pro Mahlzeit eine größere Menge schaffen, wofür die physiologische Kapazität des Magens eines Frühgeborenen nicht ausreicht, schon gar nicht die eines Frühgeborenen. Häufigere und kleine Mahlzeiten kommen auch der intrauterinen kontinuierlichen Nahrungszufuhr viel näher (Biancuzzo, S. 144 u. 282; Kühn, S. 66 u. 68).

Die allgemein übliche Fütterung mit der Flasche sollte dringend hinterfragt werden. Aus der Flasche fließt die Milch kontinuierlich ohne Sog. Wird ein Früh- bzw. krankes Neugeborenes in Rückenlage gefüttert, läuft die Milch ohne Unterbrechung in den Rachen, ohne dass das Kind saugen muss. Abgesehen von der Aspirationsgefahr bedeutet der ungebremste Milchfluss einen enormen Stress, der mit einem erhöhten Energieverbrauch verbunden ist.

Gibt es zur Fütterung mit der Flasche keine Alternative, sollten einige Kriterien berücksichtigt werden, die zur Stressreduktion beitragen können. Sinnvoll ist, die Bereitschaft des Kindes zum Trinken zu berücksichtigen, d.h. ob es aufmerksam und wach genug ist und Hungerzeichen wie Suchen und Mundbewegungen zeigt. Ein müdes Kind mit der Flasche zu füttern, also

durch Manipulation im Mundraum zum Saugen oder vielmehr zum Schlucken zu zwingen, bedeutet nicht nur für das Kind Stress. Wie beim Stillen wird das Kind in Seitenlage gebracht, sodass beim Trinken ein Zuviel an Milch einfach aus dem Mundwinkel herauslaufen kann.

Alternative Fütterungsmethoden

Mit alternativen Fütterungsmethoden werden gestillte Säuglinge zugefüttert, wobei das Saugen an der Brust unbeeinflusst bleibt. Man unterscheidet Brust-nahe und Brust-ferne Methoden.

Brust-nahe Methoden stellen die Kompetenz der Mutter in den Vordergrund und verschaffen dem Kind eine Saugbefriedigung. Beim sogenannten Sondieren an der Brust wird, während das Kind an der Brust liegt, zusätzlich Milch sondiert. Das Kind kann dabei saugen, wenn es mag. Saugen dient der Selbstregulation und regt die Verdauung an.

Es ist nicht sinnvoll, nach dem Stillen an der Brust im Anschluss mit der Flasche zu füttern. Wenn das Kind seine Trinkmenge an der Brust nicht geschafft hat, ist es vielleicht einfach zu müde; dann darf es sich an der Brust ausruhen, während die Milch sondiert wird.

Beim sogenannten Zufüttern an der Brust erhält das Kind, während es an der Brust saugt, zusätzlich Milch über einen feinumigen Schlauch, der zur Mamille der Brust verläuft. Durch das Zuspritzen der Milch muss das Kind weniger Saugleistung erbringen. In der Klinik wird meist eine einfache Magensonde als Schlauch benutzt, für den häuslichen Bereich gibt es spezielle Brusternährungssets zu kaufen.

Beide Methoden wirken günstig auf die Hormonsituation der Mutter, letztendlich also Bindungs- und Milch-fördernd (Biancuzzo, S. 307; Kühn, S. 87).

Brust-ferne Methoden sind Fütterungen mit der Spritze oder Pipette, dem Becher, dem Löffel oder löffelfartigen Aufsatz für die Flasche. Bei diesen Methoden werden die Lippen des Kindes mit dem jeweiligen Hilfsmittel stimuliert, bis die Zunge vorgeschoben wird, dann kann man mit der Spritze bzw. Pipette die Milch auf die Zunge träufeln; aus dem Becher oder vom Löffel bzw. löffelfartigen Ansatz leckt das Kind die Milch selbst auf. Weil diese Methoden dem Kind keine Saugbefriedigung geben, sollte die Möglichkeit zum Saugen an der Brust möglichst bevorzugt werden.

Fingerfeeding sollte wegen der relativ kleinen Mundöffnung und dem starken Reiz am Gaumen nur kurzfristig und wegen der hygienischen Aspekte ausschließlich durch die Eltern eingesetzt werden.

In jedem Fall sind die Eltern ausführlich über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Nahrungszufuhr zu informieren. Sie dürfen mitentscheiden, welche Methode zur Anwendung kommen soll. Ungefragt eine Methode anzuwenden und die Eltern vor vollendete Tatsachen zu stellen, stärkt mit Sicherheit nicht die Elternkompetenz.

Beratung bei Stillverzicht

Entscheiden sich Mütter bzw. Eltern für die Ernährung mit künstlicher Säuglingsnahrung, ist es durchaus legitim, vorsichtig nach den Gründen zu fragen. In einem offenen Gespräch können falsche Ansichten und Informationen ausgeräumt werden.

Entscheiden die Eltern sich gegen das Stillen, sind diese Eltern-Kind-Paare ganz besonders mit ausgedehntem Känguruen zu begleiten. Flaschenernährte Kinder haben häufig weniger Hautkontakt. Die Eltern sollten über die wichtige Bedeutung des Hautkontaktes für die Bindungsförderung und für die Entwicklung ihres Kindes eingehend informiert werden. Ihnen sollte, wie allen anderen Eltern auch, uneingeschränkte Nähe zu ihrem Kind durch Mitaufnahme und am besten durch Rooming-in möglich gemacht werden. Besonders diese Eltern brauchen eine eingehende Beratung zur Ernährung ihrer Kinder. Dazu gehören die Empfehlungen zum Füttern nach Bedarf, zur Auswahl der Nahrung, zum körpernahen Füttern mit Blickkontakt durch ausgewählte Bezugspersonen sowie zur Zuberei-

tung und Aufbewahrung der künstlichen Säuglingsnahrung. Schriftliche Elterninformationen können ihnen an die Hand gegeben werden; ein ausführliches und einfühlsames Gespräch kann aber dadurch nicht ersetzt werden (Nehlsen³, S. 1-4; Initiative Babyfreundlich²).

Integrative Versorgung (Leitsatz 2)

Um eine Trennung der jungen Familie zu vermeiden, gibt es verschiedene Strategien. Eltern können z.B. als Begleitpersonen (Kassenleistung) auf einer Station des Hauses aufgenommen und sie mit einem Bett und Mahlzeiten versorgt werden. Familienappartements auf dem Klinikgelände oder in der Kinderklinik befindliche Einzelzimmer sind auch eine gute Möglichkeit. Rooming-in auf der neonatologischen Station ist im deutschsprachigen Raum leider noch wenig verbreitet, ist aber sicherlich das beste Angebot für die meisten Mütter und Familien. Leider ist der finanzielle Beitrag der Krankenkassen für die Begleitperson nicht ausreichend.

Bei der Mitaufnahme von Mutter oder Vater ist die Einstellung des Personals ganz wesentlich. Wenn das Personal die Eltern und das Kind wirklich als Einheit betrachtet, finden sich immer Wege zur Verwirklichung einer familiengerechten Versorgung. Auch das persönliche Umfeld der Eltern gehört zur integrativen Versorgung. Die Eltern sind zu ermutigen, für sie wichtige Bekannte und Verwandte auf die neonatologische Station einzuladen. Dann wird ihnen aus ihrem persönlichen Umfeld mehr Verständnis entgegen gebracht. Es fällt leichter, zusammen mit anderen das Erlebte zu verarbeiten.

Medizinisches Fachpersonal professionell weiterbilden

Für eine familienfreundliche Betreuung ist es unabdingbar, das Personal nachhaltig für eine entwicklungsfördernde Betreuung der Kinder und Familien auszubilden. Ohne das Wissen über die Bedeutung dieser Betreuungsform wird eine umfassende Veränderung des Blickwinkels vieler, die in diesen Abteilungen tätig sind, kaum möglich sein. Es bedarf für die eine oder andere Verrichtung gewisser Korrekturen und Verbesserungen. Wichtig ist, das Personal im Blick zu behalten, wenn mit einem der verschiedenen entwicklungsfördernden, familienintegrierenden Konzepte die Handlungsabläufe umgestellt werden. Eine gezielte Projektplanung und eine verbindliche Aufteilung der Aufgaben sind dabei unerlässlich. Teambildende Maßnahmen und Supervision, aber auch eine positive Einstellung können den Veränderungsprozess unterstützen.

Einige der familienintegrierenden Konzepte, die in der Weiterbildung angeboten werden, sind:

EFNB – Entwicklungsfördernde Neonatalbegleiterin:

Fachfortbildung für alle Professionen, die mit Säuglingen und ihren Familien arbeiten. Vermittelt werden Kommunikationskompetenz, Einblick in entwicklungsfördernde Konzepte, sinnvolle Umgebungsgestaltung für Früh- und kranke Neugeborene, Umgang mit Eltern, Trauerarbeit, Muttermilchernährung, Entlassungsmanagement. Die Weiterbildung besteht aus neun Modulen und einer Facharbeit, optional ist ein Prak-



tikum (Ausbildungszentrum Laktation und Stillen).

IBCLC – international board certified lactation consultant:

Internationales Examen und Titel der Still- und Laktationsberaterin. Ausbildung für medizinisches Personal in fünf Modulen, Facharbeit und Praktikum. Themen: Bindung, Entwicklung, Laktation und Stillen. Re-Zertifizierung zur Qualitätssicherung verpflichtend (Ausbildungszentrum Laktation und Stillen; Europäisches Institut Stillen und Laktation; Fortbildungszentrum Bensberg).

NIDCAP – Newborn Individualized Development Care and Assessment Program:

Individualisierte entwicklungsfördernde Versorgung nach Heidelise Als. Familienzentrierte Betreuung nach individueller Beobachtung des Kindes und Ausrichtung aller Handlungen an seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten. Das Kind ist Zeitgeber. Ausbildungen in Tübingen, Salzburg und Rotterdam. Trainer kommen auch zum Schulen in die Kliniken.

Zertifizierte/r Case Manager/in im Sozial- und Gesundheitswesen:

Interdisziplinäre Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) für alle Berufsgruppen in der ambulanten und stationären pädiatrischen Gesundheitsversorgung. Weiterbildung in vier Modulen mit Abschlussarbeit. Vermittlung von Handlungskonzepten, Menschen in hochkomplexen Belastungssituationen ressourcenorientiert zu unterstützen und bei der Koordination von erforderlichen Hilfeleistungen und Leistungsanbietern zu begleiten (Bunter Kreis – Nachsorge gGmbH).

Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwester:

Staatlich anerkannte interdisziplinäre Weiterbildung. Beinhaltet 400 Stunden in Theorie und Praxis, Facharbeit und abschließendes mündliches und schriftliches Examen. Die Absolventen werden befähigt, Familien, die durch medizinisch-soziale oder psychosoziale Belastungen gefährdet sind, bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes zu beraten und zu betreuen, auch aufsuchend.

„Elternberatung in der Neonatologie“:

Kompakte Weiterbildung für Fachkräfte aus der Neonatologie. Psychosoziale Beratung und Begleitung von Eltern früh- bzw.

krankgeborener Kinder im Perinatalzentrum. Weiterbildung in zwei Modulen (je 5 Tage). Themenkomplexe: psychosoziale Elternberatung, wissenschaftliche und praxisbezogene Grundlagen der Neonatologie (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V./ Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin: GNPI).

Psychosoziale Begleitung der Familie (Leitsatz 8)

Die Schwangerschaft beinhaltet für sich schon ein erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung der Mutter. Wenn in dieser Zeit zusätzlich belastende Situationen hinzukommen, vervielfacht sich das Risiko. Eltern, die ihr Kind auf der Neugeborenen-Intensivstation aufnehmen lassen müssen, sind mehr oder weniger traumatisiert. Dass der Start ins Familienleben so anders verläuft als erwartet, begründet auch, dass Eltern von Früh- und kranken Neugeborenen häufiger von Depressionen betroffen sind (Lang: Bonding S. 97-102). Ihnen müssen psychosoziale Betreuung und weitere Hilfen angeboten werden. Für die Perinatalzentren fordert der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA): „Eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern (z. B. durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, Diplompsychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter) ist in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie (...) fest zugeordnet und muss montags bis freitags zur Verfügung stehen“. Die Überprüfung der Umsetzung geschieht durch die Eigenauskunft der Kliniken bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Überleitung nach Hause – Sozial-medizinische Nachsorge (Leitsatz 10)


Grundlage der Nachsorge ist das „Case Management“ nach dem Modell des Bunten Kreises. Case Manager bzw. Nachsorgemitarbeiter betreuen die Familien am besten schon während des Aufenthaltes in der Klinik. Nach der Überleitung nach Hause koordinieren sie die Arzt- und Krankenhaustermine, organisieren ergänzende Hilfeleistungen durch Pflegekräfte und Therapeuten und helfen beim Ausfüllen von Formularen sowie Verhandlungen mit Behörden und Krankenkassen. Der Case Manager pflegt nicht selbst, er vernetzt und organisiert. Der Bedarf ist sehr individuell und abhängig von der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Kindes sowie der Traumatisierung und Compliance der ganzen Familie. Flankierende und unter-

stützende Maßnahmen bieten eine Reihe von Einrichtungen an:

- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ): entwicklungsdiagnostische und therapeutische Betreuung
- Frühe Hilfen – Kinder-Zukunft NRW: Vernetzung an Frühförderungs- Beratungsstellen (z. B. Caritas, Diakonie, pro familia, AWO)
- Hebammenhilfe: Betreuung bis zur 12. Lebenswoche, bei Still- und Ernährungsfragen auch darüber hinaus sowie auf ärztliche Anordnung
- spezielle Selbsthilfegruppen wie Stillgruppen und Frühchengruppen

Schlussbemerkung

Für die Verbesserung der Versorgung von Früh- und kranken Neugeborenen ist unbedingt eine Veränderung der Sichtweise und Haltung des medizinischen Fachpersonals in Bezug auf die Kinder, Eltern und Familien notwendig. Eltern und Kind bilden eine Einheit, die von Pflegepersonen ein kleines, aber sehr prägendes Stück ihres Weges begleitet wird. Alle Tätigkeiten haben maßgebliche und nachhaltige Auswirkungen auf die Gehirn- und Persönlichkeits-Entwicklung der betreuten Kinder. Das Pflegepersonal beeinflusst ganz entscheidend das Bindungsverhalten der Kinder und das Leben in den Familien.

Von großer Bedeutung ist, die Familien, in denen die Kinder leben, in den Mittelpunkt zu rücken: das Kind und seine Eltern in Verbindung zu bringen, sie zu unterstützen und zu umsorgen über den Klinikaufenthalt hinaus. Ziel ist, die Lebensqualität der Familien zu verbessern und dadurch die geistige, psychosoziale und körperliche Entwicklung des Kindes zu fördern. Dabei übernehmen die Eltern von Anfang an die Hauptrolle. 

Literatur bei den Autorinnen

AUTORINNEN

Claudia Braches
Kinderkrankenschwester,
IBCLC, EFNB®
Pfeilstrasse 3,
42699 Solingen
claudiabraches@arcor.de



Manuela Völker
Kinderkrankenschwester,
EFNB®
Lärchenweg 3,
42799 Leichlingen
voelkermanuela@web.de

