



FRÜHGEBORENE IN DER KINDERARZTPRAXIS

Ein Leitfaden für den Umgang mit betroffenen Familien



Herausgeber

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.
Darmstädter Landstraße 213
60598 Frankfurt am Main
Telefon (069) 58 70 09 90
Fax (069) 58 70 09 99
E-Mail info@fruehgeborene.de
Internet www.fruehgeborene.de

Redaktion & Layout

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

Satz & Druck

Volkhardt Caruna Medien · Richterstraße 2 · 63916 Amorbach

Stand

4. überarbeitete Auflage, August 2021

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich für die ehrenamtliche Mitwirkung der Autorinnen und Autoren dieses Leitfadens. Ebenso herzlich bedanken wir uns für die freundliche Unterstützung beim Druck durch den Säuglingsnahrungshersteller Nutricia Milupa GmbH. Für die Bereitstellung von Bildmaterial danken wir den Autor:innen und der Nutricia Milupa GmbH.

Bilderverzeichnis

© Photographee.eu - Fotolia.com
© VRD - Fotolia.com
© Viktor Pravdica - Fotolia.com
© Artem Shcherbakov - Fotolia.com
© HLPhoto - Fotolia.com
© Fotofreundin - Fotolia.com
© Cristiano Ribeiro - Fotolia.com
© Matthias Stolt - Fotolia.com
© Köpenicker - Fotolia.com
© kanate - Fotolia.com
© S. Kobold - Fotolia.com
© D. Ott - Fotolia.com
© Tobilander - Fotolia.com
© Kagenmi - Fotolia.com
© Olga Khoroshunova - Fotolia.com
© Ljupco Smokovski - Fotolia.com
© rzdeb - IStockphoto.com
© Michael Blackburn - IStockphoto.com
© Catherine Yeulet - IStockphoto.com
© Foto Video Sessner - Dachau



Inhalt

Vorwort	4
Grußwort	5
Einleitung	6
Sozialmedizinische Nachsorge	8
Anamnese/Erstvorstellung	10
Frühgeborenen-Anämie	13
Der Nachsorgepass	14
Impfungen	16
Die Ernährung Frühgeborener nach Klinikentlassung	20
Fütterstörungen bei ehemaligen Frühgeborenen	32
Auswirkungen von Schwierigkeiten der Selbstregulation	36
Das Schütteltrauma-Syndrom	41
Frühförderung für Frühgeborene	44
Die psychosoziale Elternbegleitung	47

Vorwort

Liebe Kinderärztinnen und Kinderärzte!

Frühgeborene sind die größte Kinderpatientengruppe in Deutschland. Damit ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass auch Sie in Ihrer Praxis immer häufiger mit Frühchen-Eltern, deren Kindern und ihren spezifischen gesundheitlichen Folgeerkrankungen konfrontiert werden.

Der richtige Umgang mit diesen Familien ist nicht immer einfach. Im Gegensatz zu frischgebackenen Eltern reif geborener Kinder liegt hinter Frühcheneltern bereits eine aufregende, sorgenvolle und anstrengende Zeit auf einer neonatologischen Intensivstation. Diese Erfahrungen sind prägend und jede Familie geht anders mit ihnen um.

Viele Eltern sind durch umfangreiche Aufklärung über medizinische Zusammenhänge in der Klinik und der angestrebten Integration auf der neonatologischen Intensivstation zu „Experten“ bisheriger medizinischer Indikationen ihrer Kinder geworden. Sie erwarten, mit Ihnen auf gleicher Augenhöhe über empfehlenswerte Maßnahmen zu sprechen, um ihrem Kind die bestmöglichen Chancen für seine weitere Entwicklung geben zu können.

Daher ist der Aufbau einer guten Vertrauensbasis für die weitere Beratung wichtig. Das erfordert ausreichend Zeit und Ruhe. Die Erstvorstellung in Ihrer Praxis erfolgt in der Regel während des Übergangs von der Klinik nach Hause. Diese Phase ist für alle Eltern eine aufregende Zeit, die sehr verunsichernd sein kann.

Nach monatelanger Rundumbetreuung auf der neonatologischen Intensivstation müssen sie nun die alleinige Verantwortung für das Wohlergehen ihres Kindes übernehmen. Aufgrund dessen benötigen sie insbesondere in dieser kritischen und noch ungewohnten Anfangsphase das Gefühl, in Ihrer Praxis gut aufgehoben zu sein und immer ein offenes Ohr für ihre Sorgen und Nöte zu finden. Zudem wollen Eltern mit ihren subjektiven Sorgen ernst genommen werden, auch wenn diese objektiv gesehen nicht begründet sind.

Bei näherer Betrachtung sind nicht nur die Kinder Ihre Patienten, sondern bis zu einem gewissen Grad auch die Eltern, deren Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten am Anfang aufgrund der traumatischen Erfahrungen nicht selten erschüttert ist.

Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. möchte Sie mit diesem Leitfaden dabei unterstützen, Frühcheneltern ein kompetenter Begleiter in Behandlungsfragen ihrer Kinder zu sein. Es wird auf frühchenspezifische Themen eingegangen, die in diesem Zusammenhang Gegenstand der Beratung sein können.

Barbara Mitschdörfer
Vorstandsvorsitzende
BV „Das frühgeborene Kind“ e.V.



Grußwort

Grußwort:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in kaum einem anderen Feld arbeiten wir heute so dicht an der Grenze der Lebensfähigkeit wie bei der Versorgung von Frühgeborenen. Mittlerweile sind die Daten zum Überleben und auch zum Überleben ohne relevante Begleiterkrankungen auf einem eindrucksvollen Niveau angekommen. Gleichzeitig stellt uns dies vor neue Herausforderungen.

So sind für die Kliniken die personellen Möglichkeiten so begrenzt, dass immer wieder werdende Mütter oder im schlechteren Fall die Frühgeborenen selbst in andere Klinik verlegt werden müssen, in denen sich die Platzsituation günstiger gestaltet. Und natürlich sind trotz der deutlich verbesserten Ergebnisse auch immer noch schwere Verläufe zu sehen mit Frühgeborenen, die dann auch im niedergelassenen Bereich etliches an Problemen mit sich führen, angefangen von fehlendem Gedeihen über Cerebralaparesen bis hin zu persistierender bronchopulmonaler Dysplasie und pulmonalem Hochdruck.

All diese Faktoren zeigen wie wichtig die Zusammenarbeit für eine bestmögliche Versorgung unserer Frühgeborenen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ist. Das enge Band, das die Sektoren verbindet, ist auch jenseits des stationären Aufenthaltes durch wieder-

holte Aufnahmen ebenso wie durch die verpflichtende Nachsorge in den Sozialpädiatrischen Zentren gekennzeichnet.

Daher ist der Ihnen vorliegende aktualisierte Leitfaden „Frühgeborene in der Kinderarztpraxis“ ein hervorragender Ratgeber für das Miteinander von uns Kinderärzten in den unterschiedlichen Sektoren, aber auch und gerade daher in genau so hohem Maße im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit allen anderen Berufsgruppen, die so wichtig sind für die Betreuung der Frühgeborenen.

Die deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt daher das Anliegen eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit interprofessionell und interdisziplinär zu erreichen mit großem Nachdruck. Wir wünschen Ihnen daher eine gute Lektüre und viele wertvolle Einsichten zur Weiterentwicklung unseres gemeinsamen Anliegens.

Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin e.V., DGKJ



Einleitung



Die Betreuung von ehemaligen Frühgeborenen nach der Akutphase auf der neonatologischen Intensivstation kann nur in Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Institutionen gut funktionieren.

Deshalb bedarf es einer interdisziplinären Vernetzung zwischen Kinderarztpraxis, Sozialpädiatrischen Zentren, Fachärzten für spezifische gesundheitliche Beeinträchtigungen, Frühförder- und Beratungsstellen.

Als behandelnde/r Kinderarzt/ärztin sind Sie die erste Anlaufstelle für Familien mit einem ehemals Frühgeborenen. Da die Probleme besonders ehemals extrem frühgeborener Kinder sehr breit gefächert sein können und deren Entwicklung u.U. völlig divergierend verläuft, müssen die Eltern möglichst engmaschig und umfassend beraten werden, was den aktuellen Entwicklungsstand ihres Kindes und eventuell einzuleitende therapeutische Maßnahmen betrifft.

Rahmenempfehlungen

Die Rahmenempfehlungen des Qualitätszirkels „Sozialpädiatrische Nachsorge ehemals kritisch kranker Früh- und Neugeborener mit ihren Eltern“ der Bundesarbeitsgemeinschaft sozialpädiatrischer Zentren verstehen sich als Begleiter bei der langfristigen individuellen ärztlichen Betreuung der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Mögliche Problematiken werden nach inhaltlichen und alterstypischen Schwerpunkten erörtert. Da viele ehemalige Extremfrühchen zur Gruppe chronisch kranker und/oder behinderter Kinder gehören, werden auch entsprechende Hinweise zur Versorgung dieser Gruppe gegeben. Diese können unter folgendem Link abgerufen werden: www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetssicherung-papiere-fruehgeborenennachsorge-2007.pdf

Bei ehemaligen Frühgeborenen ist insbesondere eine umfassende Beurteilung aller kindlichen Entwicklungsbereiche im Rahmen einer breit gefächerten Diagnostik von großer Bedeutung. Mittlerweile belegen diverse Studien, wie weitreichend die Folgen der anfänglichen Unreife bei Geburt sein können, selbst für sogenannte „späte“ Frühgeborene, die nur wenige Wochen vor dem errechneten ET zur Welt kommen.

VLBW-Frühgeborene

Ein besonderes Augenmerk bedürfen ehemals zu früh geborene Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm bzw. einer Geburt vor der 32. SSW. Sie müssen engmaschig entwicklungsdiagnos-

tisch begleitet werden, um eventuelle Auffälligkeiten möglichst umgehend erkennen und behandeln zu können. Aufgrund dessen sieht die vom G-BA* beschlossene Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (Stand: 20.6.2013) eine entsprechende Nachuntersuchung dieser Patientengruppe im korrigierten Alter von 24 Monaten vor. Das erfordert Ihre ausnahmslose Überweisung an ein entsprechendes Kompetenzzentrum - auch wenn das betreffende Kind augenscheinlich keine erkennbaren Auffälligkeiten zu zeigen scheint. Nur auf diese Weise lassen sich dringend erforderliche und verlässliche Erkenntnisse über den tatsächlichen Entwicklungsverlauf dieser besonderen Risikogruppe unter den Frühgeborenen gewinnen - ein Bereich, der noch immer zu wenig beleuchtet ist und nur mittels einer umfassenden, flächendeckenden und standardisierten Nachuntersuchung erhellt werden kann.

Die Familie als unmittelbare Entwicklungsumgebung des Kindes ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Eltern spielen als Bezugspersonen

* G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

eine entscheidende entwicklungsfördernde Rolle im Hinblick auf das Selbstkonzept des Kindes und den Aufbau eines angemessenen Selbstwertgefühls. Insofern ist es sinnvoll, ihre Position durch kinderärztliche Beratung und, wenn nötig, durch heilpädagogische oder psychotherapeutische Maßnahmen zu unterstützen.

Der Übergang in die Schule

Der Übergang in die Schule stellt ein weiteres sensibles Thema dar und ist aufgrund dessen unbedingt möglichst frühzeitig und kontinuierlich unter entwicklungsdiagnostischen Aspekten zu beleuchten. Hinweise auf die Entwicklung von Aufmerksamkeitsstörungen und drohende Teilleistungsprobleme sind in der Regel bereits zu diesem Zeitpunkt erkennbar und müssen erfasst werden. Darüber hinaus sind bei einer im Einzelfall notwendigen spezifischen Förderung pädagogische, ggf. auch sonderpädagogische Maßnahmen einzuleiten.

Ihnen als beteiligten Kinderärzten/ärztinnen kommt die schwierige Aufgabe zu, den Entwicklungsverlauf zu dokumentieren, das individuell richtige Maß an Empfehlungen für Interventionen zu finden, die Eltern für die kontinuierliche Mitarbeit zu gewinnen und sie gleichzeitig in ihrer Kompetenz zu stärken.



Sozialmedizinische Nachsorge

Dr. med. Friedrich Porz, Augsburg

Eltern sind nach der Entlassung ihres frühgeborenen Kindes aus der Klinik emotional hoch belastet.

Die angemessene Reaktion der Eltern auf diese traumatische Belastung der Frühgeburt ist sehr unterschiedlich und hängt von den individuellen Bewältigungskräften und den persönlichen Vorerfahrungen ab. Dabei zeigt sich immer mehr, dass besonders eine belastete frühe Mutter-Kind-Beziehung die

Entwicklung beeinträchtigt. Bereits in der Klinik einsetzende Interventionen zur Verbesserung dieser

frühen Mutter-Kind-Beziehung und der Aufbau eines funktionierenden sozialen Netzwerks als kompensierende Schutzfaktoren können spätere Störungen mildern oder kompensieren.

Daraus folgt, dass Kinder mit hoher biologischer und psychosozialer Belastung wie Frühgeborene und kranke Neugeborene einer früh einsetzenden, fachlich qualifizierten Nachsorge bedürfen. Ausgehend von den Ergebnissen der Bindungsforschung und der Entwicklungspsychologie wurde deshalb das Nachsorgekonzept des „Bunten Kreises“ speziell für Frühgeborene und kranke Neugeborene erweitert durch eine schon in der ersten Lebenswoche einsetzende beziehungsfördernde Begleitung und Beratung.



Ziele sind:

- den Interaktionsprozess zwischen Eltern und dem Frühgeborenen zu fördern,
- die elterliche Wahrnehmung der Stärken ihres Kindes zu schärfen,
- die emotionale Regulation des Kindes zu verbessern und
- die elterlichen Bewältigungsprozesse nach einer Frühgeburt zu unterstützen.

Neben dieser Interaktionsberatung sind die klassischen Aufgaben des Case-Managements weitere Inhalte der Nachsorge:

- Informationsvermittlung, Anleitung zum möglichst frühen Einbeziehen der Eltern in die Betreuung und Pflege des Kindes, Anleitung zum Handling, Unterstützung der Muttermilchernährung und des Stillens, Stärkung des Vertrauens in die eigene Kompetenz, Beratung der Eltern über mögliche besondere Verhaltensweisen ihres Kindes nach der Entlassung und den Umgang damit (z.B. Fütterprobleme, Unruhezustände, Schlafprobleme), Beratung der Schwestern.
- Evaluation der Ressourcen und des Hilfebedarfs der Familie: Besuche in der Klinik, stationäre Mitaufnahme, Möglichkeiten der häuslichen Pflege, häusliche Therapien, familienentlastender Dienst.

- Psychosoziale Beratung: Sozialberatung über Hilfsangebote, emotionale Unterstützung, Erkennen von Konfliktsituationen und Einschaltung weiterer Professionen (Sozialpädagoge, Psychologe), Vermittlung zwischen Eltern, Klinikpersonal und anderen Berufsgruppen, Schaffung von Austauschmöglichkeiten unter den Eltern.
- Vernetzung und Abgabe an andere Institutionen: Kinderarzt, ambulante Kinderkrankenpflege, Therapeuten, andere Fachärzte oder Spezialkliniken, Frühfördereinrichtungen, Sozialpädiatrische Zentren, spezielle Fördereinrichtungen, Selbsthilfegruppen.

Die im Rahmen der Nachsorge durch den „Bunten Kreis“ über die Entlassung hinausreichende Begleitung durch Nachsorgeschwestern und Sozialpädagogen bis ins häusliche Umfeld soll die Belastungen reduzieren, Ängste abbauen und die Vernetzung zu den weiter betreuenden Kinderärzten und anderen Hilfeinrichtungen fördern.

Die Aufnahme der sozialmedizinischen Nachsorge in den § 43 Absatz 2 SGB V ermöglicht es inzwischen, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen in einem interdisziplinären Team zu erbringen und, zumindest teilweise, als anerkannter Leistungserbringer mit den Krankenkassen abzurechnen.

Die Verordnung erfolgt über den Krankenhausarzt oder den betreuenden Kinderarzt. Es können innerhalb von 12 Wochen nach der Entlassung insgesamt 20 Stunden Nachsorge mit einmaliger Verlängerung um 10 Stunden abgerechnet werden.

Nachsorge für Familien mit zu früh geborenen oder kranken Neugeborenen ist ein wichtiges Versorgungsangebot, das eine gute psychosoziale Begleitung und Beratung bereits während des Krankenhausaufenthalts und auch nach der Entlassung sicherstellt.

Weitere Informationen: www.bunter-kreis.de



Anamnese/Erstvorstellung

Dr. med. Stephanie Frank, Neonatologin, niedergelassene Kinderärztin, Berlin



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
mit den nachfolgenden Punkten möchte ich Ihnen eine Unterstützung für Ihre Arbeit mit Frühgeborenen und ihren Eltern in Ihrer Arztpraxis anbieten. Diese Erfahrungen, die ich hier einbringe, sind sehr variabel anwendbar und sicher nicht immer und allgemein gültig, da bereits oft während der ersten Begegnung die Bedürfnisstruktur der Eltern und des Kindes gut zu erkennen ist und dementsprechend individuell darauf eingegangen werden sollte.

Allgemeines

Nach oftmals vielen Wochen und Monaten in der Klinik ist das Frühgeborene mit seinen Eltern jetzt nach Hause entlassen worden. Die Eltern haben in dieser Klinikzeit viele schöne Eindrücke mit dem eigenen Kind oder anderen Patienten, aber möglicherweise auch dramatische, erschreckende Erlebnisse mit dem eigenen Kind oder anderen Kindern hinter sich.

Sie haben gute und schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Personal und den Ärzten gesammelt. Es gab auch Zerwürfnisse, Spannungen und Enttäuschungen. Der Entlassungstag wurde lang und intensiv herbeigesehnt. Viel wurde dafür vorbereitet, sowohl durch die Klinik als auch zu Hause durch die Eltern selbst.

In manchen Kliniken steht ein Nachsorgeteam bereit, um auch die Eltern mit geschulter Hilfe Zuhause zu begleiten. Trotzdem stehen viele Eltern am Entlassungstag völlig in sich zerrissen und verzweifelt da.

Häufig gibt es Tränen und Ängste, die hervorbrechen auf dem Weg „nach draußen“. Angst, wie „Werden wir das auch zu Hause schaffen?“, „Ist unser Kind zu Hause auch sicher?“ oder einfach „Wen frag ich, wenn etwas ist?“.

Und hier kommen wir niedergelassenen Kinderärzte ins Spiel. Oft werden wir durch die betreuenden ärztlichen Kollegen der Klinik persönlich vorinformiert, denn es wurde hier viel vorbereitet, aber das Vertrauen in die Welt „draußen“ müssen wir jetzt mit aufbauen helfen.

Erstvorstellung

Meist kommen die Eltern oder ein Elternteil bereits in den ersten Tagen nach der Entlassung in Ihre Praxis. Selten ist dann spontan ein Termin mit viel Zeit vorhanden.

Das erste Treffen wird dazu genutzt, die Basis für ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis zu schaffen und die wichtigsten aktuellen Informationen auszutauschen, wie

- aktueller Entlassungsbrief
- aktuelle Medikation
- aktuelle Ernährung und Gewicht
- anstehende zeitnahe Termine (Nachfrage an die Eltern)
- aktuelle Sorgen

Die Eltern werden Ihnen dankbar sein, wenn Sie sich, im Wesentlichen erstmal für die Person des Kindes und der Eltern und aktuelle Probleme interessieren.

Für die Festlegung der weiteren notwendigen Termine, Untersuchungen oder anstehende Impfungen und Blutentnahmen, sollte soweit möglich, ein 2. Termin vergeben werden, an dem sie alle weit mehr zeitlichen Rahmen haben und auch vorbereitet ins Gespräch gehen können, evtl. mit der Nachsorgeschwester in Begleitung.



Checkliste Frühgeborenen-Anamnese

➤ Schwangerschaft

- Rauchen /Alkohol/ Drogen
- Infektion
- Vorzeitige Wehen
- Blasensprung
- Lungenvorreifung
- Beruf der Mutter
- Besonderheiten

➤ Geburt

- Geplant/ungeplant:
- Modus (spontan/Secio c.):

➤ Postpartale Periode

- Infektion
- Beatmung
- Surfactant
- BPD
- O2-Bedarf
- Operationen
- Schädel/ZNS
- Krampfanfälle
- Herz
- Augen
- Darm
- Nieren/Harnwege

- Hüfte
- Fehlbildungen
- Sonstiges

➤ Ernährung

- MM
- Flaschennahrung
- Stillen, Sondierung, teilorale/orale, PEG
- Mahlzeiten: Menge und Aufteilung

➤ Medikamente

➤ Therapien

- Motorik – Physiotherapie, Ergotherapie
- Atemtherapie
- Schluckstörung – Mund – Essstherapie (Castillo Morales)
- Frühförderung

➤ Soziale Anamnese

- Betreuung, Elternzeit, finanzielle Situation
- Unterstützung Nachsorgeeinrichtung, Betreuung, Sozialarbeiter, Pflegepersonal
- Schlaf-, Ruhezeiten
- Zeichen von Überforderung/Misshandlung?
- Familiäre Strukturen, Interaktion, Geschwister: Akzeptanz/Ablehnung
- Anbindung an Selbsthilfegruppen
- Kontakt Jugendamt/öffentlicher Gesundheitsdienst

Frühgeborenen-Anämie

Dr. med. Stephanie Frank, Berlin



Die Unreife des blutbildenden Systems per se bewirkt bei Frühgeborenen, welche bereits bei Geburt einen deutlich niedrigeren Hb im Vergleich zu reifen Neugeborenen bei Geburt zeigen, eine *hyporegeneratorische Anämie* mit niedrigen Erythropoetinspiegeln und niedrigen Retikulozytenzahlen. Diese bei allen Neugeborenen auftretende physiologische Anämie wird bei Frühgeborenen durch folgende Besonderheiten verstärkt:

- fehlender physiologischer Anstieg des Hämatokrit im letzten Trimenon der Schwangerschaft, außerdem
- erhebliche diagnostische Blutverluste,
- des Weiteren führt die schnelle Gewichtszunahme zu einer *Hämodilution*.
- Die *Eisenspeicher* sind durch das vorzeitige Ende der Schwangerschaft schlecht gefüllt.

- Diese postpartal bestehende Anämie wird im Weiteren noch verstärkt durch eine ungenügende enterale Aufnahme von Eisen über die Ernährung.

Zusammen macht dies eine frühzeitige Substitution von Eisen bei Frühgeborenen notwendig. Hierfür empfiehlt sich bei Kindern < 32. SSW die Gabe von 2-wertigem Eisen mit Eisen(II)-Glycin-Sulfat 1,5-3 mg Fe²⁺/kg KG pro Tag bis zum Ende des ersten Lebensjahres, z.B. Ferro sanol Tropfen 1-2 Trpf/kg KG pro Tag (1 Trpf = 1,5 mg Fe²⁺).

Alterspezifische Normalwerte

M. Obladen, R.F. Maier, Neugeborenen-Intensivmedizin 7. Aufl., 2006, Thieme
Tabelle 17-1 Gestations- und lebensalterungsspezifische hämatologische Normalwerte (10,39,71,77). Nabelschnurwerte entsprechen dem Median, alle anderen dem Mittelwert

	Gestationswoche			Reife Neugeborene			
	22-25	28-29	34-35	Nabelschnur	1. Tag	2. Tag	28. Tag
Hämoglobin (g/dl)	12,1	12,9	13,6	15,7	19,4	18,7	13,9
Hämatokrit (%)	39	41	45	49	56	53	43
Erythrozyten (1012/l)	3,1	3,5	5,1	4,6	5,3	4,8	4,2
MCV (fl)	125	118	114	106	110	106	95
Retikulozyten (%)	15	12	10	3,3	7	1	2

Der Nachsorgepass

Christiane Stock, Projektgruppe Nachsorgepass, Hamburg

Seit über 20 Jahren kümmern sich Mitglieder des Vereins Frühstart Hamburg e.V. um Eltern frühgeborener Kinder. In diesem Rahmen wurde der Nachsorgepass für früh- und risikogeborene Kinder von betroffenen Eltern in Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten entwickelt, der seit 2021 in der 5. Auflage vorliegt.

Der Nachsorgepass ist ein fester Ordner, der alle Informationen und Unterlagen enthält. Im Gegensatz zum gelben Untersuchungsheft (U-Heft), in dem Gesundheitsstörungen durch Kennziffern beschrieben und Therapien wie Krankengymnastik nicht erwähnt werden, sind im Nachsorgepass die Kerndaten der ersten Lebenswochen ausführlich aufgeführt und die weitere Entwicklung des Kindes dokumentiert.

Inhalt

Der Inhalt des Nachsorgepasses gliedert sich in sechs Teile:

- medizinische Fakten, zum Beispiel Entlassungsdaten, Nachsorgeuntersuchungen bis 2 Jahre, Fachärztliche Untersuchungen, Medikamente
- Aussagen über Therapien wie Krankengymnastik, Ergotherapie und anderes
- persönliche Daten wie Geschwister, Tagesmutter, Pflegeversicherung
- Fremdwörterverzeichnis

- Verschleißbare Plastikhülle für U-Heft, Impfpass, Röntgenpass und anderes
- Abschnitt für zusätzliche eigene Berichte

Folgende Zusatzseiten, die bei Bedarf des Kindes eingeklebt werden können, halten wir vorrätig: Kardiologie, Epilepsie, Heimmonitoring, Gastroenterologie, Neurochirurgie.

Vorteile für Familien

Alle wichtigen Informationen und Unterlagen (Arztberichte, Impf-/Röntgenpässe etc.) sind in einem Ordner zusammengefasst, so dass durch übersichtliche Dokumentation Arztgespräche verkürzt werden, Eltern schwerwiegende Diagnosen nicht in Gegenwart ihres Kindes aus-



sprechen müssen und mehr Zeit für die Untersuchung des Kindes zur Verfügung. Besonders hilfreich ist der Nachsorgepass für Zwillings- bzw. Mehrlingseltern zur Vermeidung von Verwechslungen der Befunde der Kinder. Bei plötzlich auftretenden Notfällen sehen Krankenhausärzte die Krankengeschichte auf einen Blick; Eltern sind in dieser Situation oft aufgeregt und nicht in der Lage, umfassend zu berichten. Der Nachsorgepass ist ebenfalls hilfreich bei der Suche nach neuen Ärzten und Therapeuten bei Umzug von Familien an einen anderen Wohnort.

Vorteile für Fachpersonal

Jeder trägt nur seine eigenen Befunde/Untersuchungsergebnisse ein, muss also nur wenige Notizen machen, so dass die Pflege des Nachsorgepasses, die für betroffene Familien so wichtig ist, keinen großen Mehraufwand bedeutet.

Der Nachsorgepass ermöglicht dem Arzt, Therapeuten, der Kindergärtnerin etc. innerhalb kurzer Zeit einen umfassenden Überblick über

- Anamnese
- Status quo
- Diagnosen
- Behandlungsformen
- bisher verabreichte Medikamente
- Erreichen von Entwicklungsmeilensteinen
- Pflegestufe und Grad der Behinderung des Kindes

Der Nachsorgepass vernetzt alle, die sich in unterschiedlichster Form mit dem Kind befassen; er trägt zur Vermeidung von Doppelbehandlungen bei. Er ist sehr nützlich bei einer eventuellen Wiederaufnahme ins Krankenhaus.

Benutzung/Anwendung in der Praxis

Eltern können den Nachsorgepass in der entlassenden Klinik erhalten. Wenn die Klinik keine Nachsorgepässe im Hause hat, kann sie diese über Frühstart Hamburg e.V. per Mail unter der Anschrift

info@nachsorgepass.de

bestellen. Der Nachsorgepass wird kostenfrei zur Verfügung gestellt; lediglich eine Gebühr für Verpackungs- und Portokosten wird erhoben. Auf diese Weise gelangen auch Eltern im Bedarfsfall an Einzelexemplare.

Kliniken sollten Frühgeborene und kranke Neugeborene, für die es sinnvoll und notwendig ist, mit einem Nachsorgepass, in dem die Seiten Perinatal- und Entlassungsdaten bereits ausgefüllt wurden (zusätzlich zum U-Heft), entlassen.

Eltern heften auch ausführliche Arztberichte in den Ordner und bewahren U-Heft, Impfbuch, Röntgenbilder etc. in der Plastiktasche auf und nehmen den Nachsorgepass zu jeder Untersuchung mit, um neue Untersuchungsergebnisse in Kurzform eintragen zu lassen.

Impfungen

Dr. med. Stephanie Frank, Berlin

Allgemeines

Impfungen von Frühgeborenen sollten nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), die für Säuglinge und Kleinkinder vorliegen, erfolgen. Dies betrifft die Grundimmunisierung und auch die für Frühgeborene wichtigen jährlichen Empfehlungen zur Influenza-Impfung. Hierbei sollte das chronologische Alter und nicht das korrigierte Alter zugrunde liegen. Nach den heutigen Erkenntnissen ist bereits ausreichende IgG-Ak Synthese ab der 20. SSW möglich und somit ist von einer ausreichenden Impfreaktion bei Frühgeborenen jeden Alters und unabhängig vom Geburtsgewicht auszugehen.

Trowsdale J, Betz AG. Mother's little helpers: mechanism of maternal-fetal tolerance Nature Immunology 2006; 7(3):241-6

Bonhoeffer J, Siegrist CA, Heath PT Immunisation of premature infants Arch Dis Child 2006;91:929-35

Große Beachtung sollte außerdem nicht nur der Impfung des Frühgeborenen selbst geschenkt werden, sondern auch seiner **Umgebung**. Oft weisen Geschwisterkinder, die Eltern selbst, die Großeltern oder andere Kontaktpersonen keinen oder einen unzureichenden Impfschutz auf, z.B. bzgl. Pertussis oder Masern. Hier sollte unbedingt der Hinweis erfolgen, zum Schutz des Frühgeborenen und natürlich auch der zu impfenden Personen, diese Impfungen zu schließen.

Eine Besonderheit ist die Prävention Frühgeborener vor RSV-Infektionen (Respiratory Syncytial Virus).

RSV-Immunprophylaxe

Die Frühgeburtlichkeit führt zu einem deutlich erhöhten Risiko für Infektionen der oberen und der unteren Atemwege, hier ist besonders die Infektion mit Respiratory Syncytial Viren (RSV) hervorzuheben.

Ursächlich finden sich die bereits primär bestehende Unreife der unteren und kleinen Atemwege und unzureichende Immunabwehr, insbesondere im Bereich der Lymphozytenfunktion. Sekundär kommen noch Schädigungen der Atemwege durch Beatmung, Sauerstofftherapie, postpartale, pulmonale Infektionen und kardiale Erkrankungen hinzu, die zu einer erhöhten Vulnerabilität der Atemwege führen.

Klinik RSV-Infektion

Die akute RSV-Infektion ist eine Erkrankung mit Rhinitis, Pharyngitis, Tracheobronchitis und Bronchiolitis, selten mit sehr hohem Fieber. Die Bronchiolitis (Befall der tiefen, kleinlumigen Atemwege) zeigt sich durch einen reduzierten Allgemeinzustand, beschleunigte Atmung, expiratorisches Giemen, Husten, Hypoxämie und Ernährungsschwierigkeiten (Trinkverweigerung, Reflux, Erbrechen, Dehydratation). Oft findet sich aber auch eine „stumme Bronchiolitis“ mit Tachypnoe und schlechter peripherer Kreislaufperfusion.



Die häufigsten Komplikationen sind bei bis zu 40% Pneumonien. Die schwere RSV-Infektion der tiefen Atemwege kann eine jahrelange Hyperreagibilität des Bronchialsystems nach sich ziehen, im Sinne eines vorübergehenden, virusgetriggerten Asthma bronchiale.

RSV-Therapie

Eine kausale Behandlung der RSV-Infektion existiert nicht. Lediglich symptomatische Behandlungen führen zu einer Verbesserung des zum Teil kritischen Zustands der Patienten.

RSV-Prävention

Bis heute ist kein Impfstoff zur *aktiven* Immunisierung verfügbar. Zur *passiven Immunisierung* steht für bestimmte Risikokinder (s.u.) ein gegen das F-Protein des RS-Virus gerichteter monoklonaler Antikörper (*Palivizumab*) zur Verfügung. Die RSV-Immunoprophylaxe mit Palivizumab weist eine Reduktion der Hospitalisierungsrate bei Frühgeborenen < 35 SSW um 55% ($p < 0,001$) auf.*

*The Impact-RSV Study Group. Palivizumab, a Humanized Respiratory Syncytial Virus Monoclonal Antibody, Reduces Hospitalization from Respiratory Syncytial Virus Infection in High-risk-Infants. Pediatrics 1998; 102: 531-537

Außerdem weisen Studien darauf hin, dass eine Immunoprophylaxe mit Palivizumab zu einer Reduktion der obstruktiven Erkrankungen der Atemwege, sog. „Wheezing“, bei Frühgeborenen führt.

(Simoes, E.A. et al. Palivizumab, Respiratory Syncytial Virus, and Subsequent Recurrent Wheezing, J.Pediatr. 2007; 151:34-42)

Es gibt folgende Empfehlungen der Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK), Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI): AWMF-LL 048-012: S2k-Leitlinie „Leitlinie zur Prophylaxe von schweren RSV-Erkrankungen bei Risikokindern“ Aktualisierung 2017/2018, Überarbeitete Version 30.10.2018
- Gemeinsamen Bundesausschuss des Bundesministeriums für Gesundheit (GBA): Änderung der Arzneimittel-Richtlinie in Anlage 4: Therapiehinweis zu Palivizumab 27.11.2008

Zusammenfassung der Therapie-Richtlinien

Allgemein:

Zulassung Palivizumab zur Prävention der schweren Erkrankungen durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) bei Kindern mit *hohem Risiko für RSV-Erkrankungen*:

- Kinder < 35 Schwangerschaftswoche geboren und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate
- Kinder < 24 Monate, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden
- Kinder < 24 Monate mit hämodynamisch signifikantem angeborenen Herzfehler

Hohes Risiko eine schwere RSV-Erkrankung zu erleiden:

- Kinder im Alter ≤ 24 Lebensmonaten zum Beginn der RSV – Saison,
 - die wegen Bronchopulmonaler Dysplasie und anderer schwerer Beeinträchtigung der respiratorischen Kapazität bis wenigstens 6 Monate vor Beginn der RSV-Saison begleitende therapeutische Massnahmen benötigten, d.h. mit Sauerstoff, Steroiden, Bronchodilatoren oder Diuretika behandelt wurden.
 - mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern

Diese Kinder sollen eine Palivizumab-Propylaxe erhalten.

Mittleres Risiko:

- Frühgeborene mit einem Gestationsalter von $\leq 28 (+6)$ Schwangerschaftswochen im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV – Saison können eine Palivizumab-Propylaxe erhalten.
- Kinder im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der RSV - Saison, die als Frühgeborene zwischen 29 und 35 (+6) Schwangerschaftswochen geboren wurden, mit mindestens zwei der folgenden Risikofaktoren:
 - Entlassung aus der neonatologischen Primärversorgung direkt vor oder während der RSV - Saison,
 - Kinderkrippenbesuch oder Geschwister in externer Kinderbetreuung,
 - schwere neurologische Erkrankung.

Aufgrund der nicht ausreichenden Datenlage besteht hier keine generelle Empfehlung, aber aufgrund der Zulassung besteht die Möglichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Risikofaktoren eine Prophylaxe mit Palivizumab durchzuführen.

Propylaxe-Empfehlung

Die Kinder mit hohem Risiko sollen die Prophylaxe erhalten, Kinder mit mittlerem oder niedrigem Risiko können die Prophylaxe erhalten.

Nach Aufklärung der Eltern muss eine individuelle Entscheidung gefällt werden, die den Wert der Vermeidung einer stationären Behandlung und möglicher Folgeerkrankungen nach RSV – Infektion den Nachteilen der Prophylaxe (Aufwendungen, Injektionen für das Kind) gegenüberstellt.

Der Beginn und das Ende der RSV-Propylaxe sollen den aktuellen epidemiologischen Bedingungen angepasst werden. Die RSV - Saison beginnt meist im Oktober/November und endet im April des folgenden Jahres

Für eine noch exaktere Bestimmung des Prophylaxe - Beginns kann die aktuelle epidemiologische Information über lokale, mikrobiologische Labors mit hohem RSV - Antigen Testaufkommen herangezogen werden. Auch Kliniken können ihre eigene Aufnahmequote (mind. 2 RSV- erkrankte Kinder pro Woche bei einer mittelgroßen Klinik) als Indikator für die RSV - Saisonbeginn verwenden.

WICHTIG!!! Die Verordnung von Palivizumab muss für jeden Patienten individuell auf Rezept (gilt bei KV als Praxisbesonderheit) ausgestellt werden und ist kein Sprechstunden-Bedarf!!

Zusätzliche Maßnahmen für Risiko-Kinder

- Rauchfreie Umgebung
- Stillen
- Infektionshygienische Allgemeinmaßnahmen
- Aufklärung der Eltern u.a. regelmäßiges Händewaschen
- Händedesinfektion in der Praxis und Klinik
- Kontaktvermeidung der Hochrisikokinder von größeren Personenansammlungen und Kinderkrippen

Neben den **allgemein empfohlenen Impfungen** (insbesondere auch gegen Pneumokokken) soll auch die **Indikationsimpfung gegen Influenza** (ab vollendetem 6. Lebensmonat) unbedingt wahrgenommen werden.



Der 8-seitige Flyer im Din lang-Format informiert Praxisteams über mögliche Besonderheiten im Umgang mit ehemals zu früh geborenen Kindern und deren Eltern.

Der Info-Flyer kann kostenfrei über den Webshop des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V. unter *shop.fruehgeborene.de* bezogen werden.

Die Ernährung Frühgeborener nach Klinikentlassung

Dipl. oec. troph. Christina Frank-Eichberger, Nutricia Milupa GmbH, Frankfurt am Main

Viele Frühgeborene werden mit einem korrigierten Alter von ca. 35-36 Wochen und einem Körpergewicht, das weit unter dem Geburtsgewicht gesunder Reifgeborener liegt, aus der Klinik entlassen¹. Ein Großteil der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g, zeigt bis zur Klinikentlassung postnatale Wachstumsretardierungen. Daneben gibt es die Gruppe Frühgeborener, die bereits mit einer intrauterinen Wachstumsretardierung geboren wird und dieses Wachstum bis zur Klinikentlassung nicht aufholt. Diese Kinder haben ein hohes Risiko für langfristige Wachstums- und Entwicklungsdefizite². Bei späten Frühgeborenen („late preterms“: 34 + 0 – 36 + 6 SSW) ist der Klinikaufenthalt meist kürzer, aber auch sie haben ein erhöhtes Risiko für eine ernährungsbedingte postnatale Wachstumsverzögerung¹. Die Ernährung all dieser Kinder bedarf daher spezieller Aufmerksamkeit.



Mit einem guten stationären Stillkonzept gelingt es mittlerweile zunehmend mehr Frühgeborene voll gestillt aus der Klinik nach Hause zu entlassen.

Ernährungsziel

Ziel ist es, Wachstumsraten und eine Körperzusammensetzung wie bei einem Reifgeborenen desselben post-menstruellen Alters während des gesamten ersten Lebensjahres zu erreichen. Für alle Frühgeborenen sollte bei Klinikentlassung ein Ernährungsplan erstellt und eine Nachbeobachtung sichergestellt werden, um Wachstumsdefizite so früh wie möglich zu erkennen, angemessenes Wachstum, wenn nötig Aufholwachstum, zu ermöglichen und damit auch nachteilige, neurologische Entwicklungen zu vermeiden.

Empfehlungen der ESPGHAN

Empfehlungen zum Ernährungsregime Frühgeborener nach Klinikentlassung, hat die Ernährungskommission der ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) bereits 2006 veröffentlicht².

Diese sehen ein enges und kontinuierliches Wachstumsmonitoring basierend auf regelmäßigen Messungen von Gewicht, Körperlänge und Kopfumfang während des Klinikaufenthaltes und nach Klinikentlassung vor, um die Ernährung an die Bedürfnisse des Kindes adäquat anzupassen und eine Unter- bzw. Überernährung zu vermeiden.

Frühgeborene mit altersentsprechendem Wachstum

Frühgeborene, die bei Entlassung ein altersentsprechendes Gedeihen aufweisen (> 10. Perzentile), sollten nach Möglichkeit gestillt werden². Muttermilch stellt aufgrund ihrer einzigartigen Nährstoffzusammensetzung die optimale Ernährung für Frühgeborene dar und enthält zudem eine Vielzahl immunologischer Substanzen, die beim Aufbau einer gesunden Darmflora helfen und so das Immunsystem stärken. Auf diese Weise schützt sie das Kind vor einer Reihe von Krankheiten und medizinischen Komplikationen und verbessert darüber hinaus die langfristige geistige Entwicklung³⁻¹⁰. Ist Stillen nicht möglich, wird für diese Kinder eine Säuglingsanfangsnahrung mit LCPs (langkettig, mehrfach ungesättigte Fettsäuren) empfohlen².

Frühgeborene ohne altersentsprechendes Wachstum

Für Frühgeborene, die bei Klinikentlassung kein altersentsprechendes Wachstum zeigen, (< 10. Perzentile bzw. Perzentilenverlust über 2 Perzentilen) wird Stillen ebenfalls als erste Wahl empfohlen². Die Muttermilch sollte dann mit einem Multinährstoff-Supplement angereichert werden, um eine angemessene Nährstoffzufuhr sicher zu stellen. Auf dem Markt befindliche Multinährstoff-Supplemente enthalten Protein,

Kohlenhydrate und z.T. Fett, Mineralstoffe, Spurenelemente und Vitamine. Alle Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.800 g sollten, wenn möglich, mit angereicherter Mutter- bzw. Frauenmilch ernährt werden¹¹.

Für Kinder, die bei Klinikentlassung nicht adäquat wachsen und nicht gestillt werden, empfiehlt die ESPGHAN eine Spezialnahrung für Frühgeborene nach Klinikentlassung mit hohen Gehalten an Protein (ca. 2,5 g/100 kcal), Mineralstoffen und Spurenelementen sowie LCPs. Diese Spezialnahrung, sogenannte „Post-Discharge-Formula (PDF)“ oder Entlassnahrung, sollte mindestens bis zum errechneten Geburtstermin, gegebenenfalls bis zu einem Alter von 52 Wochen gegeben werden². Ihr Energie- und Nährstoffgehalt liegt zwischen dem einer Frühgeborenen- und dem einer Säuglingsanfangsnahrung (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Energie- und Nährstoffvergleich von Frühgeborenen- und PDF/Entlassnahrung und Säuglingsanfangsnahrung (Beispiele)

		Frühgeborenen- Nahrung	(PDF)/ Entlassnahrung	Säuglingsan- fangsnahrung
Energie	kcal/100 ml	80	75	66
Protein	g/100 ml	2,6	2,0	1,3
Protein	g/100 kcal	3,3	2,7	2,0
Calcium	mg/100 ml	104	83	60

DIE ERNÄHRUNG FRÜHGEBORENER NACH KLINIKENTLASSUNG

Weitere Empfehlungen

Die Arbeitsgruppe Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde (ÖGKJ) hat die Empfehlungen der ESPGHAN in modifizierter Form noch konkretisiert¹. Ihr Ziel ist es, ehemaligen Frühgeborenen einerseits ein optimales Wachstum zu ermöglichen und andererseits ein zu hohes Nährstoffangebot mit möglichen Langzeitkonsequenzen zu vermeiden.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt ein individuelles Vorgehen je nach Gedeihen während des Klinikaufenthalts:

- Frühgeborene mit einem **Entlassgewicht > 10. Perzentile** und somit einem altersentsprechenden Gedeihen, sollen bis zum errechneten Geburtstermin mit angereicherter Muttermilch bzw. mit einer PDF ernährt werden.
- Frühgeborene mit einem **Entlassgewicht < 10. Perzentile**, bzw. einem Perzentilenverlust über 2 Perzentilen, bei denen ein Aufholwachstum nötig ist, sollen bis zur korrigierten 52. Woche angerei-

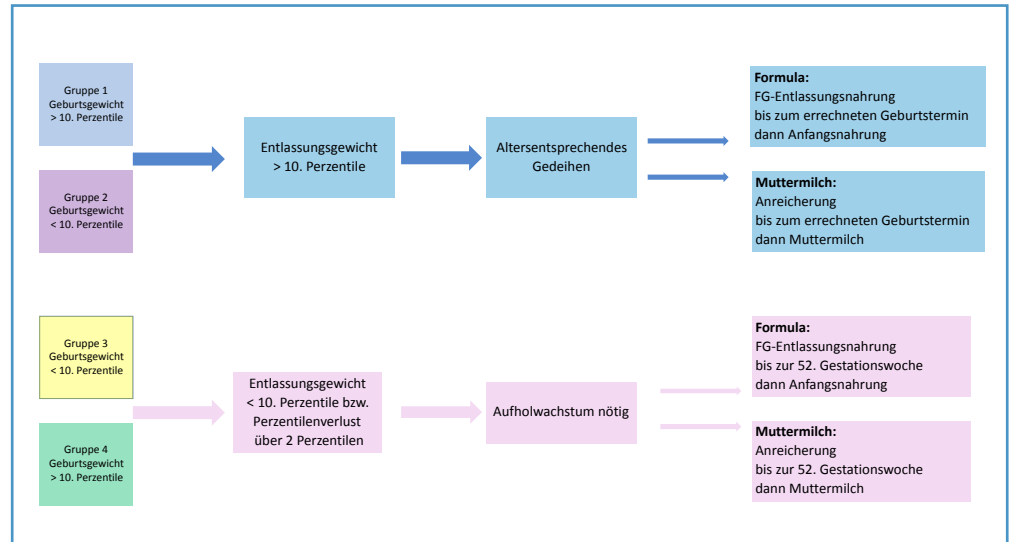


Abbildung 1: Ernährungsregime nach Klinikentlassung, adaptiert nach Haiden et al. 2012¹

cherte Muttermilch bzw. eine PDF erhalten (Abb. 1). Darüber hinaus sollen alle Frühgeborenen zumindest im ersten halben Jahr zusätzlich eine Eisen- und Vitaminsupplementierung erhalten.

Um das Stillen nicht zu beeinträchtigen und gleichzeitig nicht auf ein Muttermilchsupplement verzichten zu müssen, macht die ÖGKJ in ihrem Positionspapier auf ein von Laktationsberaterinnen empfohlenes Vorgehen aufmerksam. Danach wird das Muttermilchsupplement auf

die ungefähre Trinkmenge pro Mahlzeit angepasst, in maximal 5 ml abgekochtem warmem oder angewärmtem sterilem Wasser aufgelöst und vor oder während der Stillmahlzeit per Finger-Feeder oder Spritze gefüttert. Die Verabreichung des Supplements während des Stillvorgangs zeigte in einer Beobachtungsstudie bei > 50 % der Mütter eine gute Akzeptanz¹².

Positives Feedback waren zudem, dass kein Abpumpen nötig und ausschließliches Stillen möglich war. Als negativ wurde das zum Teil schwierige Handling, Schwierigkeiten beim Ansaugen der Brustwarze (33% der Kinder) und das Herauslaufen der Milch aus dem Mundwinkel zurückgespielt.

Insgesamt kann die Anreicherung der Milch über einen Finger-Feeder während des Stillens als eine sichere und gut akzeptierte Alternative zur Flaschenfütterung betrachtet werden¹². Alternativ kann die Muttermilch abgepumpt, entsprechend angereichert und über eine Flasche gefüttert werden.

Beikosteinführung

Bei Reifgeborenen wird mit der Einführung der Beikost in Abhängigkeit von der individuellen Entwicklung des Babys zwischen der 17. und 26. Lebenswoche, also frühestens mit Beginn des 5. und spätestens mit Beginn des 7. Lebensmonats begonnen, so die Empfehlungen¹³. Nach 4–6 Monaten zeigen reifegeborene Kinder ein größeres Nahrungsbedürfnis und auch die Körpersprache des Kindes am Familientisch kann deutlich

machen, dass es Interesse an der Familienkost hat. Über den optimalen Zeitpunkt für die Beikosteinführung bei ehemaligen Frühgeborenen wird diskutiert - es gibt keine klaren Empfehlungen.

Einige Kinderärzte empfehlen das tatsächliche Alter für die Einführung der Beikost zugrunde zu legen, andere nehmen das korrigierte Alter als Basis. Auch ein Mittelweg zwischen beiden Herangehensweisen findet Anwendung. Der optimale Zeitpunkt ist jedoch bei Reif- wie auch bei Frühgeborenen individuell und kann stark variieren.

Mit Hilfe der Daten aus dem **German Neonatal Network (GNN)** konnten in einer Kohorte von sehr kleinen Frühgeborenen < 1.500 g kontroverse Fragen zur Beikosteinführung geklärt werden¹⁴. Die Ergebnisse dieser Auswertung zeigen, dass Beikost bereits mit einem durchschnittlichen korrigierten Alter von 3,5 Monaten eingeführt wurde. Dabei erfolgte die Einführung von Gemüsebreien und Fleisch umso früher, je unreifer die Frühgeborenen waren. Damit erhielten Frühgeborene Beikost bereits 1,5 Monate früher als Reifgeborene einer Vergleichsgruppe. Eine frühe Beikosteinführung zeigte dabei keinen Einfluss auf Körpergröße und Körpergewicht im Alter von 2 Jahren¹⁴.

Dies belegen auch die Daten einer randomisierten kontrollierten Studie, in der die Milchentwöhnung mit 4 vs. 6 Monaten korrigiertem Alter keinen Einfluss auf die anthropometrischen Maße im Alter von 12 Monaten (korrigiertes Alter) bei Frühgeborenen < 34 Wochen hatte¹⁵. Ebenso zeigt eine bisher unveröffentlichte Studie: der Zeitpunkt der

Beikosteinführung hat keinen Einfluss auf Länge, Gewicht und Kopfumfang mit einem Jahr korrigiert¹⁶.

Weitere Untersuchungen bestätigen, dass Frühgeborene, unter Berücksichtigung ihres korrigierten Alters, früher an feste Nahrung herangeführt werden als für Terminkinder empfohlen¹⁷; ein Großteil der Frühgeborenen bereits vor dem 4. Lebensmonat¹⁷⁻¹⁹, 23 % bereits vor einem korrigierten Alter von 12 Wochen¹⁹ und mehr als 1/5 der Frühgeborenen vor Erreichen eines Körpergewichts von 5 kg²⁰⁻²².

Frühgeborene, die Formula-Nahrung bekommen, erhalten früher Beikost als gestillte Kinder.²² Zudem sind geringe mütterliche Bildung und männliches Geschlecht des Kindes mit einer früheren Einführung von fester Nahrung bei Frühgeborenen assoziiert¹⁷.

Eine späte Beikosteinführung, d.h. 4 Monate nach dem errechneten Geburtstermin und damit eine lange Zeit der ausschließlichen Milchernährung, könnte bei ehemaligen Frühgeborenen eine unzureichende Nährstoffversorgung zur Folge haben²⁰. Ein durchschnittliches, korrigiertes Alter von ca. 13 Wochen für die Einführung von Beikost, wird von Experten als angemessen betrachtet.²³

Ungeachtet des Alters des Kindes, ist eine entscheidende Voraussetzung für die Beikosteinführung, dass bestimmte entwicklungsphysiologische Kriterien erfüllt sind und das Kind über Selbstregulationsmechanismen verfügt. Darum ist es wichtig, dass Eltern lernen, auf die Signale ihres Babys zu achten und die spezifischen Ernährungsbedürfnisse des Kindes berücksichtigen.

Das Baby ist bereit für die Beikost, wenn es folgende Anzeichen zu erkennen gibt:

- der Extrusionsreflex (Zungenstoßreflex) lässt nach
- es kann mit Unterstützung aufrecht sitzen
- es kann seinen Kopf ohne Hilfe einige Minuten halten
- es ist in der Lage seinen Kopf wegzudrehen, um die Nahrung abzulehnen und eine Zwangsernährung zu vermeiden
- es kann selbständig Dinge in den Mund stecken
- es zeigt Interesse an neuen Lebensmitteln bzw. am Essen anderer
- es öffnet erwartungsvoll den Mund, wenn der Löffel vom Teller abhebt bzw. Nahrung angeboten wird
- es kann mit Hilfe der Lippen Essen vom Löffel nehmen
- es ist öfter nach der Still- oder Flaschenmahlzeit noch hungrig^{24,25}

Zusammenfassend liegen aufgrund der begrenzt verfügbaren Daten zur Beikosteinführung bei ehemaligen Frühgeborenen keine eindeutigen Empfehlungen vor. Die Datenlage zeigt aber die Notwendigkeit klarer Richtlinien für die Einführung der Beikost bei Frühgeborenen sowie die Bedeutung ihrer Umsetzung. Eltern sollten früh genug Informationen zu diesem Thema erhalten und den Unterschied zwischen chronologischem und korrigiertem Alter verstehen. Der Zeitpunkt der Beikosteinführung hat keinen Einfluss auf das Wachstum. Wichtig ist, die physiologischen Reifezeichen des Babys zu beachten.

Ernährungsempfehlungen nach Entlassung auf einen Blick

Frühgeborene mit altersentsprechendem Gedeihen

Stillen möglich:
es sollte gestillt werden

Stillen nicht möglich:
Säuglingsanfangsnahrung mit
regulärem Eiweißgehalt & LCPs

Frühgeborene ohne altersentsprechendes Wachstum

Stillen möglich:
es sollte gestillt werden,
Muttermilch muss ange-
reichert werden

Stillen nicht möglich:
Spezialnahrung (PDF) nach Klini-
kentlassung mit hohen Gehalten
an Eiweiß (ca. 2,5 g/100 kcal), Mi-
neralstoffen und Spurenelemen-
ten sowie LCPs

Beikosteinführung

physiologische Reifezeichen beachten, korrigiertes Alter von etwa 13 Wochen scheint angemessen

Leitsatz Ernährung

Zum Zeitpunkt der Klinikentlassung weisen viele Frühgeborene ein Gewicht auf, das weit unter dem Gewicht eines gesunden reifgeborenen Säuglings liegt. Um ein adäquates Wachstum zu leisten, haben diese Kinder einen höheren Energie- und Nährstoffbedarf pro kg Körpergewicht. Eine bedarfsgerechte Nährstoffversorgung wird durch ein enges Wachstumsmonitoring, basierend auf regelmäßigen Messungen von Gewicht, Körperlänge und Kopfumfang, ermöglicht. Frühgeborene, die mit einem altersgerechten Gewicht aus der Klinik entlassen werden, sollen wenn möglich, gestillt werden. Werden sie nicht gestillt, bekommen sie eine Säuglingsanfangsnahrung mit dem Zusatz an LCPs. Frühgeborene, die kein altersgerechtes Gedeihen bei Klinikentlassung aufweisen, haben ein erhöhtes Risiko für langfristige Wachstumsdefizite sollten daher angereicherte Muttermilch oder eine spezielle PDF bis zum Alter von 40 bzw. 52 Wochen bekommen.

Zur Beikosteinführung liegen nur begrenzte Daten vor, es gibt keine klaren Empfehlungen. Der Zeitpunkt der Beikosteinführung hat keinen Einfluss auf das Wachstum ehemaliger Frühgeborener. Die Beikosteinführung kann somit eher von der neurologischen Reife als allein vom Alter abhängig gemacht werden.

Literatur

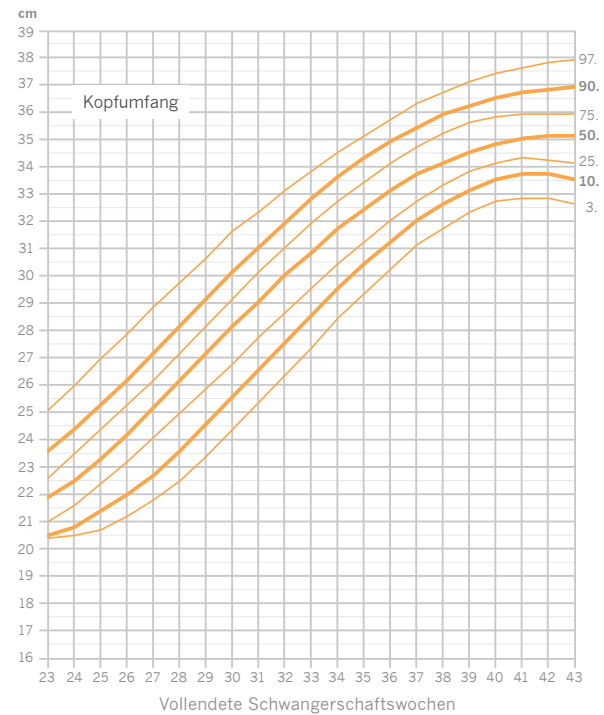
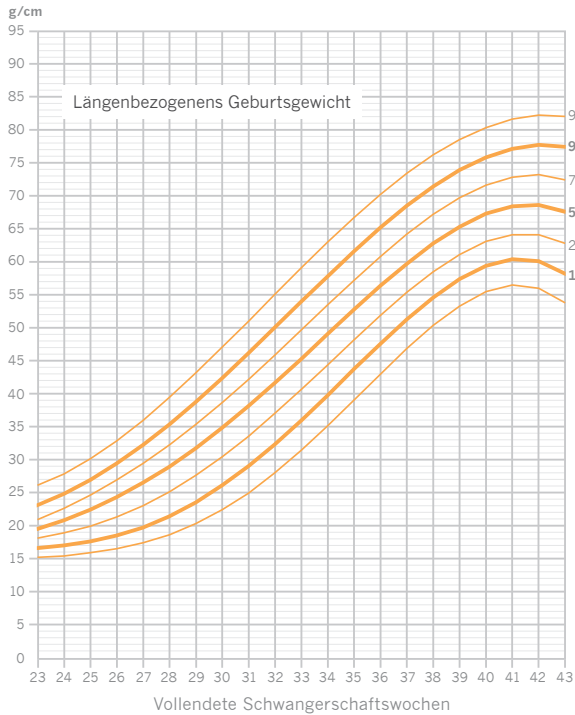
1. Haiden N, et al. (2012) Ernährung Frühgeborener nach der Entlassung. Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (ÖGKJ) gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin der ÖGKJ. Monatsschr Kinderheilkd 160:491-8.
2. Aggett PJ, et al. (2006) ESPGHAN Committee on Nutrition. Feeding preterm infants after hospital discharge: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. JPGN 42:596-603.
3. Lechner BE, Vohr BR (2017) Neurodevelopmental Outcomes of Pre-term Infants Fed Human Milk: A Systematic Review. Clin Perinatol; 44: 69-83.
4. Lucas A, Cole TJ (1990) Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. Lancet; 336: 1519-23.
5. Maffei D, Schanler RJ (2017) Human milk is the feeding strategy to prevent necrotizing enterocolitis! Semin Perinatol; 41: 36-40.
6. Meinen-Derr J, et al. (2009) Role of human milk in extremely low birth weight infants' risk of necrotizing enterocolitis or death. J Perinatol; 29: 57-62.
7. Miller J, et al. (2018) A Systematic Review and Meta-Analysis of Human Milk Feeding and Morbidity in Very Low Birth Weight Infants. Nutrients; 31: 10 (6).
8. Patel A, et al. (2013) Impact of early human milk on sepsis and health-care costs in very low birth weight infants. J Perinatol; 33 (7): 514-9.
9. Rozé JC, et al. (2012) The apparent breastfeeding paradox in very pre-term infants: relationship between breast feeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT. BMJ Open 2012; 2: e000834.doi: 10.1136/bmjopen-2012-000834.
10. Spiegler J, et al. (2016) Does Breastmilk Influence the Development of Bronchopulmonary Dysplasia? J Pediatr; 169: 76-80e4.
11. Arslanoglu S, et al. (2019) Fortification of human milk for preterm infants: update and recommendations of the European Milk Bank Association (EMBA) Working Group on Human Milk Fortification. Frontiers in Pediatrics (7) 76: doi: 10.3389/fped.2019.00076.
12. Thanhaeuser M, et al. (2017) Administration of Fortifier by Finger Feeder During Breastfeeding in Preterm Infants. JOGNN; 46: 748-54.
13. Bühner C, et al. (2014) Ernährung gesunder Säuglinge. Monatsschr Kinderheilkd 162 (6): 527-38.

14. Spiegler J, et al. (2015) Versorgungsforschung in klinischen Kohorten am Beispiel der Beikosteinführung bei sehr kleinen Frühgeborenen (< 1.500 g). *Kinder- und Jugendmedizin* 16:1.
15. Gupta S, et al. (2017) Complementary feeding at 4 versus 6 months of age for preterm infants born at less than 34 weeks of gestation: A randomised, open-label, multicentre trial. *Lancet Glob. Heal.* 5, e501–e511.
16. Thanhäuser, M (2021) The PIES Projekt. Preterm infants on early solid foods. GNPI Vortrag 2021.
17. Clearly J, et al. (2020) Current practice in the introduction of solid foods for preterm infants. *Public Health Nutri* 23 (1): 94-101.
18. Braid S; et al. (2015) Early introduction of complementary foods in preterm infants. *JPGN* 60(6):811-8.
19. Hofstätter E, et al. (2021) Introduction and feeding practices of solid food in preterm infants born in Salzburg! *BMC Pediatr* 21:56.
20. Norris FJ, et al. (2002) Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Eur J Clin Nutr* 56(5):448-54.
21. Fewtrell MS, et al. (2003) Factors associated with weaning in full term and preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 88(4): F296-301.
22. Fanaro S, et al. (2007) Complementary feeding practices in preterm infants: an observational study in a cohort of Italian infants. *JPGN* 45, Suppl 3: S210-4.
23. Barachetti R, et al. (2017) Weaning and complementary feeding in preterm infants: management, timing and health outcome. *Pediatr Med Chir Dec* 22;39(4):181.
24. Koletzko B, et al. (2016) Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, eine Initiative von IN FORM. *Monatsschr Kinderheilkd* DOI 10.1007/s00112-016-0147-2
25. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund. Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen (2019), 1. Auflage.

DIE ERNÄHRUNG FRÜHGEBORENER NACH KLINIKENTLASSUNG

Neugeborene Mädchen, 23.-43. SSW

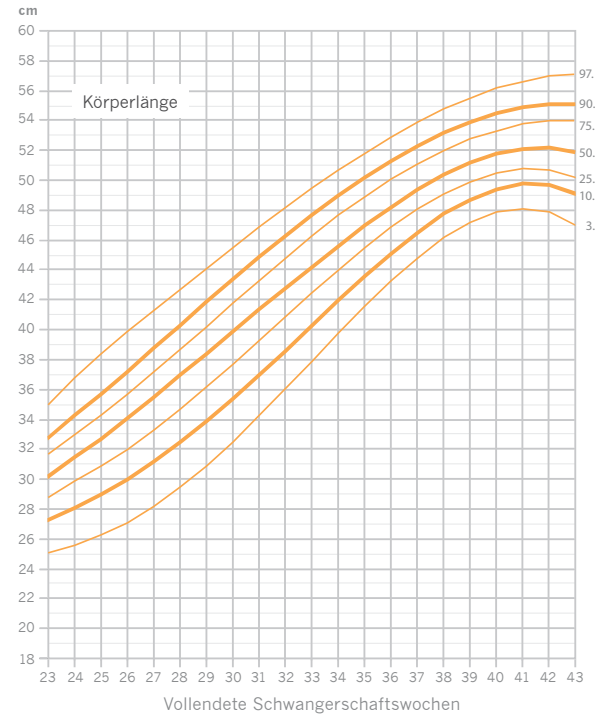
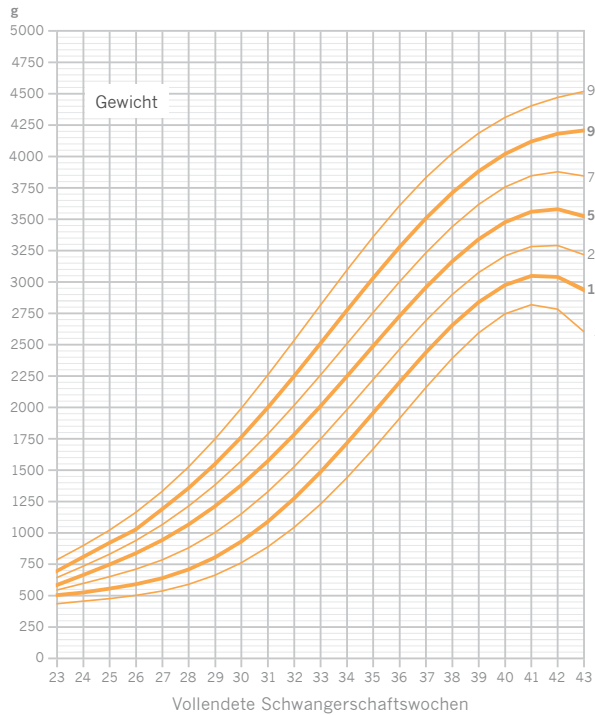
Perzentilkurven für längenbezogenes Geburtsgewicht und Kopfumfang



DIE ERNÄHRUNG FRÜHGEBORENER NACH KLINIKENTLASSUNG

Neugeborene Mädchen, 23.–43. SSW

Perzentilkurven für Gewicht und Körperlänge



Voigt, M., Rochow, N., Olbertz, D., Schneider, K.T.M., Jorch, G.: Kurzmittlung zu den Perzentilwerten für die Körpermaße der Neugeborenen. Z Geburtshilfe Neonatol., 2010 Jan, Volume 214(1), pp. 24–9.

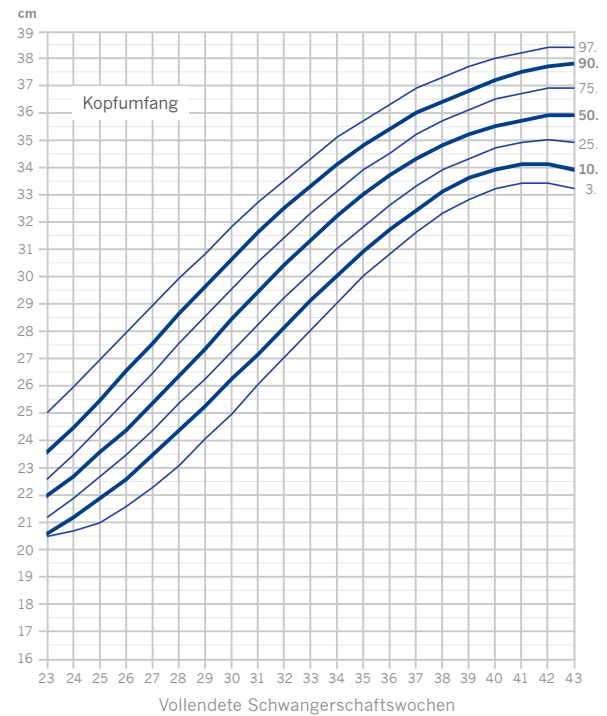
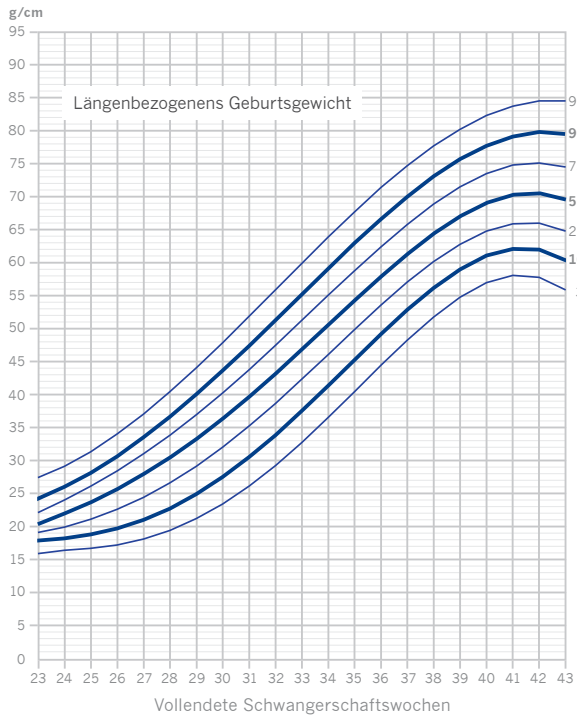
Erläuterungen: Die Berechnung der Perzentilwerte erfolgte nach Zusammenführung der Körpermessdaten von Neugeborenen der Jahre 1995–2000. Es kamen 2,3 Millionen Einlinge in die Auswertung. Die Perzentilwerte wurden mithilfe der polynomialen Regression geglättet.

Name _____
Geburtsdatum _____ SSW _____
Errechneter Termin _____

DIE ERNÄHRUNG FRÜHGEBORENER NACH KLINIKENTLASSUNG

Neugeborene Jungen, 23.-43. SSW

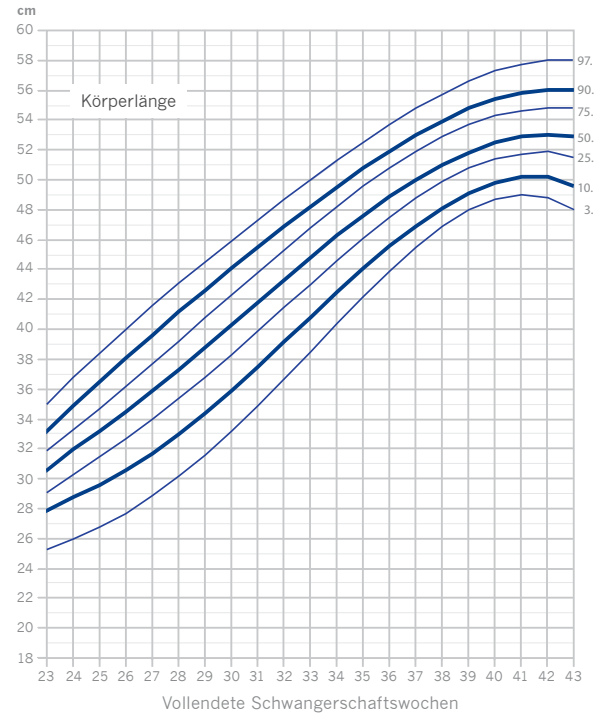
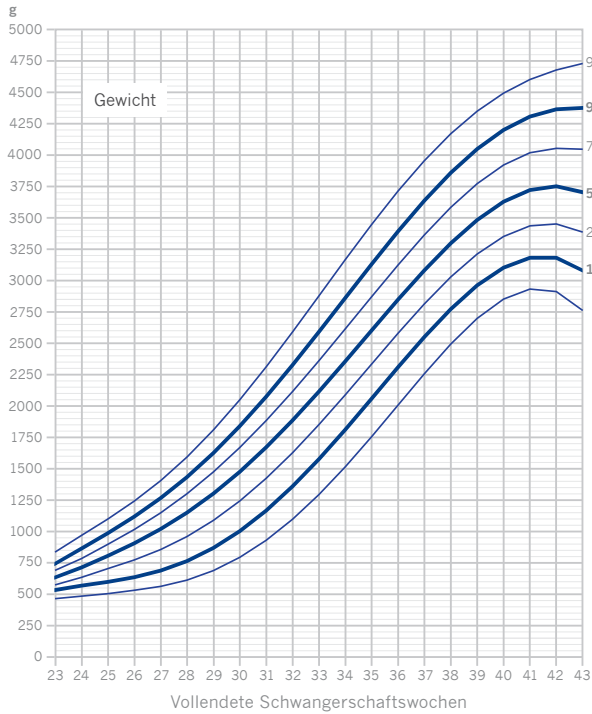
Perzentilkurven für längenbezogenes Geburtsgewicht und Kopfumfang



DIE ERNÄHRUNG FRÜHGEBORENER NACH KLINIKENTLASSUNG

Neugeborene Jungen, 23.–43. SSW

Perzentilkurven für Gewicht und Körperlänge



Voigt, M., Rochow, N., Olbertz, D., Schneider, K. T. M., Jorch, G.: Kurzmittlung zu den Perzentilwerten für die Körpermaße der Neugeborenen. Z Geburtshilfe Neonatol., 2010 Jan, Volume 214(1), pp. 24–9.
Erläuterungen: Die Berechnung der Perzentilwerte erfolgte nach Zusammenführung der Körpermessdaten von Neugeborenen der Jahre 1995–2000. Es kamen 2,3 Millionen Einlinge in die Auswertung. Die Perzentilwerte wurden mithilfe der polynominalen Regression geglättet.

Name _____
Geburtsdatum _____ SSW _____
Errechneter Termin _____

Fütterstörungen bei ehemaligen Frühgeborenen

Renate Bruhn, IBCLC, Lehrerin für Pflegeberufe, Hamburg



Zu den Regulationsstörungen der frühen Kindheit gehören zweifelsohne die Ess- und Fütterstörungen (mit und ohne Gedeihstörungen). 15% bis 25% aller gesunden Kinder sind betroffen – behinderte Kinder bis zu 85%.

Es werden organische und nichtorganische Fütterstörungen unterschieden. Es gibt zurzeit keine international anerkannte einheitliche Definition und validierte Klassifikation. Diese Tatsache erschwert es dem/der

Kinderarzt/-ärztin eine Grenze zwischen als „normal“ einzustufenden Fütterungsprobleme im Säuglings- und Kleinkindalter und Fütterstörungen zu ziehen.

Früh- und Risikogeborene haben ein erhöhtes Risiko [Dunitz-Scheer et al. 2001, Wilken 2002]. Etwa 25% der betroffenen Kinder [Ziegler, München] haben organische Ursachen verschiedenster Genese (z.B. neuropädiatrische Entwicklungsstörungen, chronische Erkrankungen etc.).

Durch die Langzeitbeatmung und die daraus resultierenden oralen, nasalen und pharyngealen Irritationen können aversive Erfahrungen im faziooralen Bereich die nicht-organisch bedingten Fütterstörungen verursachen.

Den Kindern fehlt die ausreichende physiologische altersentsprechende Stimulation. Orales Explorieren durch Hand-Mund-Kontakt ist nicht genügend erfahrbar. Lange und unphysiologische Sondierungszeiten verhindern die Herausbildung eines natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühls.

Weiterhin haben sondierte Kinder nur rudimentäre gustatorische Erfahrungen. Es besteht ein sensorisches Defizit. Alle Fütter-, Ess- und Schluckstörungen bedürfen einer genauen Unterscheidung nach den Ursachen und den Entstehungsbedingungen.

Definition von Fütterstörungen

Fütterstörungen (F 98.2) werden nach DSM-IV und ICD-10 folgendermaßen definiert:

- Von einer Fütter-Essstörung kann ausgegangen werden, wenn die einzelne Mahlzeit mehr als 45 Minuten und/oder die Zeit zwischen den Mahlzeiten weniger als 2 Stunden beträgt (objektiver Hinweis).
- Außerdem die Eltern die Nahrungsaufnahme mindestens 1 Monat lang als schwierig und unlösbar erleben (subjektiver Hinweis).
- Die Störung ist nicht durch eine andere begleitende Erkrankung verursacht.
- Sie ist nicht durch Nahrungsmangel oder andere psychische Störungen erklärbar.
- Die Symptome beginnen vor dem 6. Lebensjahr.

Die Eltern schildern folgende Hauptsymptome:

- Die Kinder schreien zu Beginn des Fütterns, drehen den Kopf zur Seite und kneifen den Mund zu. Ruminieren oder auch Erbrechen können die Folge sein.
- Manche Kinder mit Zerebralparesen haben Kau- und Schluckprobleme und sind dadurch aspirationsgefährdet.

Für die Eltern und die behandelnde Kinderärzte/-innen stellen diese Ernährungsprobleme [Sheikh et al 1993] die größten Herausforderungen dar. Alle Formen der Ess-Fütter-Gedeihstörungen sind für die Eltern-Kind-Beziehung belastend und können zu tief greifenden Bindungsstörungen führen. Diese Dysregulation bedingt einen „Circulus vitiosus“ aus negativer Gegenseitigkeit, den es zu unterbrechen gilt.

Um eine Erfolg versprechende Therapie einzuleiten, bedarf es einer multimodalen, interdisziplinären Zusammenarbeit. Gründliche, medizinische und psychologische Diagnostik ist die Grundlage für Erfolg. Neben der medizinischen Behandlung etwaiger individueller Erkrankungen bildet die Verhaltenstherapie einen Hauptteil der Behandlung. Bei Mund- und Schluckmotorikstörungen sind ergo-, physiotherapeutische und eventuell logopädische Behandlungen von großer Bedeutung.

Behandlungsziele

Ziele der Behandlung sind z.B.:

- Verbesserung der Grob- und Feinmotorik
- Anbahnung physiologischer Schluckmuster (Saugen, Schlucken)
- Förderung der Gesichts- und Mundmotorik (Mimik, Artikulation)
- Die orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales ist ein ganzheitlich neurophysiologisch orientiertes Behandlungskonzept für die Behandlung von sensomotorischen und orofazialen Störungen bei Kindern.

Wenn die beschriebenen Symptome zutreffen, ist eine frühzeitige Diagnostik und Therapie anzustreben. In zwei Drittel der Fälle lassen sich auch schwere Essstörungen heilen oder deutlich verbessern. Eine erfolgreiche Therapie führt zu einer besseren Gesamtentwicklung der Kinder und zu einer deutlichen Entlastung der Eltern.



Wer bietet Hilfe an?

Beratungsstellen bei Fütterstörungen:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Adressverzeichnis: Beratung bei Fütterstörungen nach Postleitzahlenbereichen aufgeteilt: ernaehrung@bzga.de
- Unter „Krankheiten von A-Z“ findet man detaillierte Informationen: www.kinderaerzte-im-netz.de
- Beratungsstellen für Eltern mit Säuglingen bei Schrei-, Schlaf- und Essstörungen; nach Postleitzahlen aufgeteilt: www.trostreich.de
- Die offizielle Homepage der Castillo Morales Vereinigung: www.castillomoralesvereinigung.de
- www.neuropaediatric.com
- www.deutsche-therapeutenauskunft.de

Behandlungsleitlinien

Eine Leitlinie zur Behandlung von kindlichen Dysphagien liegt nicht vor. Die „Leitlinien zur Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes“ geben allgemeine Hinweise zu spezifischen Standards der Diagnostik und Therapie logopädischer Störungsbilder. Die Versorgung findet im Rahmen der Frühförderung nach SGB IX, §30 oder als Rehabilitationsmaßnahme nach SGB IX, § 26 statt - Verordnungen nach dem Heilmittelkatalog. Traditionelle Klassifikationsschemata ICD 10, DSM IV erfassen Störungsbilder von 0-5 Jahren nicht differenziert genug.

Fütterstörungen werden als eine Untergruppe der Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter eingegliedert. (*S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter, aktueller Stand: 10/2013*).

Die in der Leitlinie verwendete Definition von Fütterstörungen beinhaltet kindliche wie elterliche dysfunktionale Interaktionsmuster.

Fütterstörungen 600 (DC:0-3 R: 600)

601: Fütterstörungen mit einer Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation

602: Fütterstörungen mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität

603: Infantile Anorexie

604: Sensorische Nahrungsverweigerung

605: Fütterstörungen im direkten Zusammenhang mit anderen bestehenden bzw. vorausgegangenen Erkrankungen (z.B. neurologisch assoziierte Dysphagien)

606: Posttraumatische Fütterstörungen

Literatur

Biber, D. (2012) *Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen, Leitfaden für Diagnostik, Management und Therapie im klinischen Alltag*, Wien: Springer Verlag

Chatoor, I. (2. Aufl. 2016), *Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern: Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, Klett-Cotta, DSM-V – Untergliederung von Fütterstörungen*

Dunitz-Scheer, M., Wilken, M., Lamm, B., Scheitenberger B., Stadler B., Schein A., Huber, A.Schober, P., Scheer, P. (2001). Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 1348-1359.

Klein, M.D. Morris, S.E. (2001), *Mund- und Esstherapie bei Kindern, Entwicklung, Störungen und Behandlung orofazialer Fähigkeiten*, München: Urban & Fischer

Sheikh, L., O'Brien, M., McCluskey-Fawcett, K. Parent preparation for the NICU-to-home transition: staff and parent perceptions. *Child Health Care*. 1993 Summer;22(3):227-39.

Wilken, M. (2002). Warum willst Du denn nicht essen? Fütterungsstörungen nach Frühgeburt. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 43 (1), 19-15.

Links

Dysphagia Research Society

www.dysphagiaresearch.org

Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie (DGD)

www.dg-dysphagie.de

Pädiatrisches Dysphagiezentrum PädY – Darmstädter Kinderkliniken

Prinzess Margaret

www.kinderkliniken.de/klinik/zentren/paedy

Ausbildungszentrum für Laktation und Stillen, Ottenstein

www.stillen.de

Auswirkungen von Schwierigkeiten der Selbstregulation

Claudia Kluge, Diplomrehabilitationspädagogin, Berlin

Die Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind ist bei frühgeborenen Kindern besonders belastet. Auf der einen Seite steht der Gesundheitszustand des Kindes, auf der anderen Seite die emotionale Belastung der Eltern und die stationären Gegebenheiten einer neonatologischen Intensivstation.

Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gibt es vielfältige Risiken für die Beziehungsentwicklung. Auf der Seite der Eltern gibt es Zweifel an der eigenen Bewältigungsfähigkeit, Unsicherheit im Umgang mit Alltagsproblemen und eine unsichere Zukunftsperspektive, die Entwicklung des Kindes betreffend.

Schwierigkeiten in der Beziehungsentwicklung

Die kindliche Interaktionsbereitschaft und Responsivität kann als Folge der Reifungsverzögerung beeinträchtigt sein, so dass die Kinder weniger zuverlässig und schwächer auf Reize als reifgeborene Babys reagieren, stärkere Reize als Auslöser benötigen und schneller in ihren Verarbeitungsmöglichkeiten überfordert sind bzw. sich schlechter wieder selbst beruhigen können [Sarimski 2000]. Sie zeigen ein weniger vorhersehbares Verhalten und schwerer verständliche Verhaltensweisen.

Diese kindlichen Anpassungsprobleme erschweren die soziale Kommunikation mit dem Kind. Aufeinander abgestimmte Sequenzen im Dialog mit den Eltern sind selten oder fehlen völlig. Damit einher gehen meist

über- oder unterregulierende oder inadäquate Stimulation von Seiten der Eltern. Die Entfaltung der intuitiven Kompetenzen elterlichen Verhaltens in der frühen Kommunikation mit dem Kind kann durch Verunsicherung und Selbstzweifel belastet sein. Das Kind wird von den Eltern als schwierig wahrgenommen, gleichzeitig erhalten diese wenig positive Resonanz auf ihre Bemühungen zur Kommunikation. Dies verstärkt ihre Belastung und verringert ihre Fähigkeit, auf ihr Kind adäquat einzugehen.

Frühkindliche Regulationsstörungen

Aus diesen ungünstigen Entwicklungen des Beziehungssystems können sich unterschiedliche Störungsbilder entwickeln, die sich unter dem Begriff der „frühkindlichen Regulationsstörungen“ subsumieren lassen. Je nach Entwicklungsphase kann extreme Irritierbarkeit des Kindes auftreten. Diese äußert sich z.B. als exzessives Schreien, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und Fütter- und Gedeihstörungen bis hin zu Bewegungsunruhe, vermehrter Trennungsangst und sozialer Ängstlichkeit, verstärktem Trotzverhalten sowie beginnendem aggressivem Verhalten im fortgeschrittenen Säuglings- und Kleinkindalter.

Trotz der Unterschiede im Erscheinungsbild haben diese Störungsbilder eine diagnostische Trias gemeinsam: Immer sind zwei Seiten betroffen, das Kind in seiner frühkindlichen Verhaltensregulation und die Eltern

mit akuter oder chronischer Erschöpfung und Überforderung. Der dritte Aspekt ist die Kommunikation in einem oder mehreren der alltagstypischen störungsrelevanten Interaktionskontexte: gelingt oder misslingt sie? [Papousek, 2004]

Problem(e) der frühkindl.
Verhaltensregulation Überlastungssyndrom der
Hauptbezugspersonen



Dysfunktionale Kommunikation
in den alltäglichen störungsrelevanten
Eltern-Kind-Interaktionen

Die diagnostische Trias (Papousek, Rothenberg, Cierpka, von Hofacker 2006)

Unter exzessivem Schreien werden anfallsartige, unstillbare Schrei- und Unruhephasen ohne erkennbare Ursache bei einem ansonsten gesunden Säugling verstanden. Es beginnt meist um die 2. Lebenswoche und steigert sich bis zum Höhepunkt in der 6. Lebenswoche. In der Regel ist ein Rückgang bis zum Ende des 3. Lebensmonats festzustellen. Frühgeborene zeigen, bezogen auf das korrigierte Alter, den gleichen phasentypischen Verlauf. Die Schreiattacken treten gehäuft in den Abendstunden auf und können mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation einhergehen.

Die Einschlafprobleme und Probleme der Schlaf-Wach-Organisation bei exzessiv schreienden Säuglingen in den ersten drei Lebensmonaten sind Teil der „frühkindlichen Regulationsstörung mit exzessiven Schreien“ und werden nicht zusätzlich als frühkindliche Schlafstörung diagnostiziert. Sie können allerdings häufig Vorläufer einer späteren Schlafstörung sein.

Unter Fütterstörung versteht man eine Störung der Nahrungsaufnahme, die seit mindestens einem Monat besteht und von den Eltern als problematisch und belastend eingeschätzt wird. Im Mittelpunkt steht die Weigerung, Unlust oder Unfähigkeit, die angebotene Nahrung aufzunehmen.

Bei frühgeborenen Kindern können neurologische Reifungsprobleme, z.B. bei der Positionierung beim Füttern, bei der Koordination oral-motorischer Abläufe sowie bei der Kontrolle über Speichelfluss und Atmung das Füttern erschweren. Die anfängliche Unreife der Kinder beim Füttern bewirkt kompensatorische Strategien der Eltern, die oft länger bestehen bleiben.

Eine Ablehnung des Fütterns kann auch als Folge ungünstiger Lernerfahrungen, z.B. durch Intubation, Sondierung entstehen. Unangenehme Reizerfahrungen im Nasen-, Rachen- und Mundbereich können zur Abwehr der Nahrungsaufnahme führen, um erneute Schmerzen oder Unbehagen zu vermeiden [Sarimski 2000].

Fütterstörungen können in Kombination von ungünstigen Lernerfahrungen und dysfunktionalen Kommunikationsmustern Ausdruck einer

Interaktionsstörung zwischen Eltern und Kind sein, die einer umgehenden Diagnostik und Behandlung bedarf.

Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist für die Langzeitprognose der Entwicklung des Kindes von hoher Bedeutung. Die Entwicklung eines Kindes ist umso gefährdeter, je mehr o.g. Störungen und psychosoziale Belastungen der Eltern auftreten.

Der Kinderarzt in der Praxis ist der primäre Ansprechpartner der Eltern. Die Notwendigkeit einer Abklärung ergibt sich aus den kindlichen und elterlichen Belastungen. Er ist dabei gemeinsam mit den Eltern ein ständiger Beobachter der kindlichen Entwicklung und der Integration in seiner Umwelt. Er erkennt die Symptome einer Regulations- und Beziehungsstörung des Säuglings oder Kleinkindes.



Diagnostik

Im Mittelpunkt der ärztlichen Untersuchung steht dabei die Beobachtung des kindlichen Verhaltens in der für das Kind neuen oder ängstigenden Situation.

Ein Gespräch sollte sowohl die Art, Dauer und den Umfang der Störung, als auch die Belastung der Eltern beinhalten. Die pädiatrische Untersuchung muss somatische Probleme als Ursache ausschließen.

Ebenso kann der Einsatz von Schrei-, Schlaf- und Fütterprotokollen angezeigt sein. Probleme in der Interaktion mit den Eltern können zu einer Intensivierung und Chronifizierung von Symptomen beim Kind und in den Eltern-Kind-Beziehungen führen. Es bestehen Risiken für:

- Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung [Laucht, 2004],
- Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen [Wolke, 2006],
- chronischen Schlaf- und Essstörungen sowie
- Bindungs- und Beziehungsstörungen.

Elterliche Sorgen und Belastungen müssen ernst genommen werden. Der Schwerpunkt bei der Beratung bei Regulationsstörungen liegt auf der Eltern-Kind-Interaktion. Sie sollte unter Beachtung der individuellen und familiären Besonderheiten (Ressourcen von Eltern, Kind und sozialem Umfeld) erfolgen.

Entwicklungsberatung und Beratung zum Umgang mit dem Kind umfassen mehrere Komponenten:

- Unterstützung durch kindbezogene Interventionen, z.B. Beruhigung, Füttern, Handling, Rhythmus, Stimulation,
- Reizreduktion im Tagesverlauf,
- Vermeiden von Übermüdung durch rechtzeitiges Hinlegen,
- die Unterstützung eines zyklischen Wechsels von verschiedenen Aktivitätsniveaus,
- das Ausfüllen von Wachphasen mit entspannter Interaktion,
- Rituale: die Herausbildung von regelmäßigen Abläufen,
- aber auch die psychische Entlastung der Eltern und
- die Suche nach Ressourcen im familiären und sozialen Umfeld.

Besondere Beachtung und positive Verstärkung muss den Eltern frühgeborener Kinder bezüglich ihres Selbstbildes als Eltern, ihrer elterlichen Kompetenz und des Verarbeitungsprozesses der Klinikaufenthalte entgegengebracht werden.

Der Kinderarzt überweist zur erweiterten Diagnostik an

- ein Sozialpädiatrisches Zentrum,
- eine Frühförderstelle
- oder eine Schreiambulanz,

Eine direkte Terminvermittlung ist in besonders dringenden Fällen durch die kinderärztliche Praxis empfehlenswert!

wobei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der jeweiligen Institution erforderlich ist.

Diagnostische und therapeutische Standards

Diagnostische und therapeutische Standards orientieren sich an den Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und weiteren unter:

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041l_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2013-10.pdf (Stand: 10/2013).

CD-basierte Fortbildung der Stiftung Kindergesundheit - Informationen zu Diagnostik, Elternberatung und Intervention bei Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen: www.kindergesundheit.de.

Die ICD-10 bietet für die spezifischen Erscheinungsformen psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter bisher keine für dieses Alter angemessenen Klassifikationsmöglichkeiten.

Mögliche Verschlüsselungsmöglichkeiten sind:

- „Anpassungsstörung der frühen Kindheit“ {F43.2}
- „Fütterstörung im frühen Kindesalter“ {F 98.2}

Fazit

Frühgeborene und ihre Eltern benötigen in der ersten Zeit zu Hause intensive und geduldige ärztliche Beobachtung. Probleme der Verhaltensregulation sind oft vorübergehender Natur. Ungünstige Langzeitfolgen stehen im Kontext zu hohen Belastungen und geringen Ressourcen von Eltern und Kind. Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen in den ersten Wochen und Monaten nach der Entlassung sind möglich, wie elterliche Überprotektion, emotionale Distanzierung oder im Extremfall Kindesmisshandlungen. Die Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen, Prävention, Einleitung und Durchführung therapeutischer und psychosozialer Maßnahmen sowie positive Verstärkung der Elternkompetenzen sind u.a. Aufgaben des Kinderarztes.

Literatur

Papousek, M & von Hofacker, N (2003): Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen (R9). In: D. Reinhardt Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (Hrsg.): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. In: Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin. München

von Hofacker, N, Barth, R, Deneke, C, Jacubeit, T, Papousek, M & Riedeser, P (2003): Regulationsstörungen im Säuglingsalter. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter (2. überarbeitete Aufl., S. 345-360). Köln

Hunziker, U., Largo, R. H. (1986): Betreuung von Risikokindern: Eltern-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Eine deskriptive Studie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 134: 246-252

Papousek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern

Papousek, M., Rothenberg, S., Cierpka, M., von Hofacker, N. (2006): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütter- und Gedeihstörungen in der Kinderarztpraxis. Anwendungsorientierte CD-Fortbildung für Kinderärzte. Stiftung Kindergesundheit e. V.

Sarimski, K. (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. München

Straßburg, H. M. (2006): Der vermehrt schreiende Säugling – kinderärztliche Aspekte. Kinderärztliche Praxis, 77, 90-98

von Kries, R. (2006): Beratung und Therapie bei Kindern mit exzessivem Schreien: Was ist Evidenz basiert? Kinderärztliche Praxis, 77, 100-107

von Siebenthal, K., Hunziker, U. (2006): Betreuung von Eltern extrem unreifer Frühgeborener. In: Kinderkrankenschwester 25/2: 67 – 70

Wolke, D. (2006): Frühkindliche Regulationsstörungen und ihre Langzeitfolgen. In: Kinderärztliche Praxis. Sonderheft „Frühe Gesundheitsförderung und Prävention“: 11-17

Das Schütteltrauma-Syndrom

Katarina Eglin, BVDfK Frankfurt



Das Schütteltrauma-Syndrom („shaken baby syndrome“ [SBS]) ist eine häufige syndromale Sonderform des nicht akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas (NAHI) im Säuglings- und Kleinkindesalter. Dabei wird das Kind an Brustkorb oder Extremitäten gehalten und heftig geschüttelt. Daraus resultieren Kräfte, die den Kopf des Kindes unkontrolliert rotieren lassen, was erhebliche Verletzungen und infolge dessen den Tod des Kindes verursachen kann. Schätzungen für Deutschland gehen von 100 bis 200 Todesfällen im Jahr aus.

Typische klinische Befunde sind Zeichen einer diffusen Hirnschädigung sowie subdurale und retinale Blutungen im Kontext einer fehlenden oder inadäquaten Unfallanamnese. Seltener liegen auch metaphysische Frakturen oder Rippenfrakturen vor.

Die Letalität beträgt bis zu 30 % und bis zu 70 % der Überlebenden erleiden Langzeitschäden. Die Vorgehensweise im Verdachtsfall umfasst neben Maßnahmen zur Beweissicherung durch gründliche Dokumentation auch konsiliarische Untersuchungen durch Radiologen, Ophthalmologen, Labormediziner und Rechtsmediziner.

„Besonders in den ersten Lebensjahren müssen wir leider bei jedem Unfall auch daran denken, dass Kindeswohlgefährdung eine Rolle gespielt haben könnte.“

Professor Fitze, Vorstandsmitglied der DGKCH

Quelle: http://www.dgkic.de/index.php/menu_presse/41-pressemitteilung-2013-03

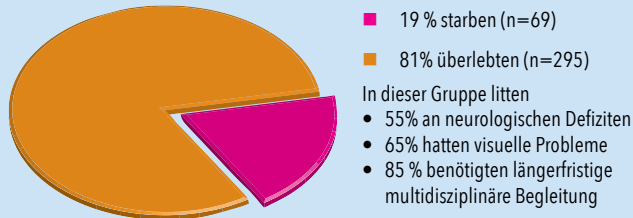
Eine kanadische Studie aus dem Jahr 2003 wertete das Outcome von 364 Kindern aus, die in 11 kanadischen Kinderkliniken zwischen 1988 und 1998 zweifelsfrei als SBS-Opfer identifiziert werden konnten. Die Autoren gehen davon aus, dass diese Zahl allerdings nur die traurige

DAS SCHÜTTELTRAUMA-SYNDROM

Spitze des Eisberges ist, da die Anzeichen für das Vorliegen eines SBS oftmals fehlinterpretiert oder übersehen werden. Die Verdachtsdiagnose ist nicht selten eine heikle Gratwanderung mit vielen Unsicherheiten. Zu Unrecht erfolgt kann sie Familien zerstören. Werden Anzeichen hingegen übersehen, so kann das nachhaltige negative Auswirkungen auf das weitere Leben der kleinen Patienten haben.

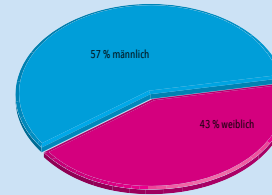
Das SBS ist nachweislich die häufigste, nicht natürliche Todesursache bei Kindern im Alter zwischen 0 und 3 Jahren. Überlebende Kinder sind oftmals für ihr gesamtes weiteres Leben schwer beeinträchtigt. Doch nicht nur die Kinder sind betroffen. Der Tod oder die schwere Verletzung eines Kindes ist auch lebensbestimmend für seine nächsten Angehörigen. Eltern, Geschwister, Großeltern, selbst im strafrechtlichen Sinn als Täter zu bezeichnende Personen, sind ebenfalls Opfer.

364 gesunde Kinder nach erlittenem Schütteltrauma



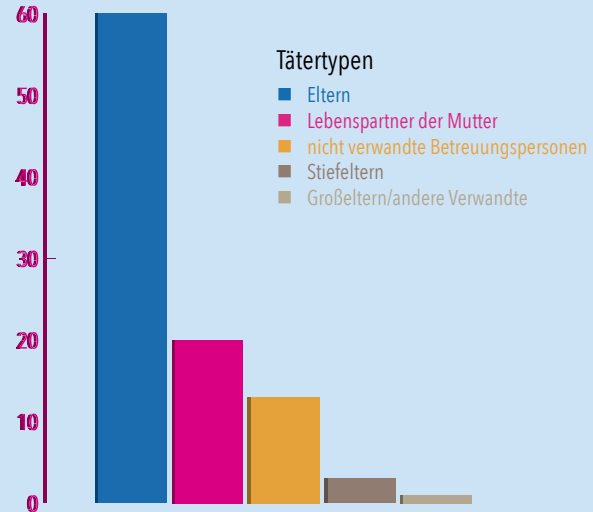
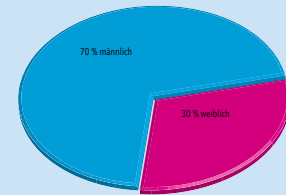
Quelle: King, MacKay, Sirmick Study 2003

SBS-Opfer



■ = männlich ■ = weiblich

SBS-Täter



Damit kommt der Prävention eines solchen Geschehens eine maßgebliche Bedeutung zu. Als Begleiter der Familien nach der Entlassung aus der Klinik sind Sie damit besonders gefordert, was das rechtzeitige Erkennen von belastenden Faktoren betrifft, die mit dazu beitragen können, dass ein minimaler Moment des Kontrollverlustes zur familiären Katastrophe führt.

Eltern von Frühgeborenen und/oder kranken Neugeborenen gehen nach Wochen oder gar Monaten des Klinikaufenthaltes in der Regel schon vorbelastet mit ihrem Baby nach Hause. Allein dieser Umstand kann das Risiko für ein SBS-Geschehen erhöhen, da die Belastungsgrenze der Eltern deutlich schneller erreicht ist als bei Familien, die unbeschwert ins Familienleben gestartet sind.

Eine generelle Aufklärung über die potenziellen Gefahren des Schüttelns, alternative Verhaltensmuster in Momenten des drohenden Kontrollverlustes und professionelle Hilfsangebote können daher lebensrettend für die Kinder sein.

Risikofaktoren im Bezug auf die Kinder

- häufiges Schreien, untröstliche Kinder, sog. 3- Monatskoliken
- Mehrlingskinder
- Frühgeburt
- besondere Bedürfnisse
- vorbelastet durch Alkohol-, Drogen-, Nikotinkonsum während der Schwangerschaft

- Babys mit Entzugserscheinungen
- niedriges Geburtsgewicht
- Gendefekte und Syndrome

*Quellen: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 13, 27. März 2009, www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63917
Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrome. Adv Neonatal Care. 2004 Jun;4(3):177.*

Links

Informationsportal zum Thema „Schütteltrauma bei Säuglingen“:
www.bitte-nicht-schuetteln.de

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur Vernachlässigung und Misshandlung:
www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071-003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf

Initiative der Medizinischen Hochschule Hannover und der Techniker Krankenkasse: www.schuetteln-ist-lebensgefuehrlich.de

Aufklärung & Information

Entsprechende Aufklärungsmaterialien (Poster & Flyer) informieren Eltern über die Gefahren des Schütteltraumas. Sie sind kostenfrei über die jeweiligen Landesvertretungen der Techniker Krankenkasse zu beziehen und beinhalten neben Verhaltenstipps auch gezielte regionale Hilfs- und Beratungsangebote für Eltern.

Frühförderung für Frühgeborene

Cornelia Fröhlich, Diplom-Heilpädagogin und Baby-Säuglings-Therapeutin, Dortmund

Frühgeborene mit Entwicklungsstörung

In den letzten 20 Jahren haben die Fortschritte der neonatologischen Intensivmedizin zu einer wesentlichen Verbesserung der Überlebens- und Entwicklungschancen sehr unreif geborener Kinder geführt. Trotzdem kommt es infolge von Komplikationen (Hirnblutungen, Sauerstoffmangelzustände, schwere Infektionen) immer wieder zu bleibenden Behinderungen wie Hydrozephalus, Krampfanfällen, Cerebralparesen, Sinnesstörungen etc. Falls die Eltern dieser Frühgeborenen noch nicht umfassend vor der Entlassung ihres Kindes über geeignete Frühfördermaßnahmen informiert wurden, soll dies zeitnah durch den Kinderarzt erfolgen.

Frühgeborene ohne Entwicklungsstörung

Was aber geschieht nach dem Krankenhausaufenthalt mit den sehr unreif frühgeborenen Kindern (< 32. SSW), die keine der oben aufgeführten Komplikationen haben? Stellt eine so frühe Geburt prinzipiell ein Risiko für die zukünftige Entwicklung dar?

Eine extrem frühe Geburt bedeutet für Kind und Eltern nicht nur, dass das Kind früher zur Welt kommt, als es seinem Reifezustand entspricht.

Die Konsequenzen sind weitaus gravierender:

Für das Kind führen die überlebensnotwendigen Maßnahmen und der

vorzeitige Verlust intrauteriner Erfahrungen zu vermehrten Problemen der Selbstregulation. Ein Frühgeborenes ist noch längere Zeit nach der Entlassung leichter irritierbar, sehr stimmungslabil, hat nur eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und eine geringere Reaktionsbereitschaft. Häufig zeigen sich vor allem Ernährungs- und Schlafstörungen. Da diese Kinder in den seltensten Fällen als frühförderungsbedürftig eingestuft werden, bekommen sie als einzige therapeutische Maßnahme nahezu routinemäßig Krankengymnastik verschrieben.



Die Eltern

Für die Eltern stellt die zu frühe Geburt immer eine Herausforderung ihrer Bewältigungskräfte dar. Die vorgeburtliche Beziehungsentwicklung zu ihrem Baby wird in einer Phase unterbrochen, in der sie sich noch voll und ganz mit dem Kind eins fühlen und nicht auf eine Trennung vorbereitet sind. Es herrschen Schuldgefühle, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Trauer und Enttäuschung vor. Die ständige Angst um das Überleben des Kindes und die Sorge, das Kind könne bleibende Schäden davontragen, erschweren zusätzlich den Beziehungsaufbau.

Auch nach der Entlassung wirken diese traumatischen Erfahrungen nach und können in Wechselwirkung mit den oben erwähnten Regulations- und Wahrnehmungsproblemen des Kindes zu einer erheblichen FehlAbstimmung in der Eltern-Kind-Interaktion führen.

Fazit

Frühgeburt, insbesondere bei extrem unreifen Kindern, stellt also auch ohne eine vorausgegangene Komplikation ein Entwicklungsrisiko für das Kind dar.

Was ist Frühförderung? Wer macht sie? Wer bezahlt sie?
Was kann der Kinderarzt tun?

Unter Frühförderung wird die Früherkennung, Frühbehandlung und heilpädagogische Förderung „wesentlich behinderter und von wesentlicher Behinderung bedrohter Kinder“ verstanden.

Rechtsansprüche auf Finanzierung von Maßnahmen der Frühförderung werden im Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII, §§ 53ff.) in Verbindung mit Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX, § 55 u. § 56) geregelt.

Leistungserbringer von Frühförderung sind Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren und Heilpädagogische Praxen. Die Maßnahmen der Frühförderung umfassen den Zeitraum der ersten Lebensjahre und können sich bis zum Kindergarteneintritt oder bis zur Einschulung erstrecken. Dies ist je nach Bundesland verschieden.

Antragsteller sind die Eltern mit Unterstützung der Leistungserbringer. Der Antrag wird beim entsprechenden Leistungsträger eingereicht, wobei der Kinderarzt in der Regel eine ärztliche Bescheinigung (s. Anhang) über die Notwendigkeit der Frühfördermaßnahme ausstellt.



Frühförderung als Prävention

Nicht selten herrscht die Meinung vor, dass Frühförderung ausschließlich für behinderte Kinder bestimmt ist, um die Auswirkungen der Behinderung zu reduzieren. Den Eltern unauffälliger Frühgeborener wird erst einmal zum Abwarten geraten. Das hat jedoch oft zur Folge, dass diese Kinder zum Teil erst mit 3–4 Jahren in der Frühförderstelle vorgestellt werden – dann, wenn eine deutliche Entwicklungsverzögerung nicht mehr zu übersehen ist.

Die frühe Förderung unauffälliger Frühgeborener hat einen vorbeugenden Anspruch:

- Die Eltern werden unterstützt, die Signale ihres Kindes wahrzunehmen und richtig zu interpretieren, um angemessen und prompt darauf reagieren zu können (Vermeidung von Über- und Unterstimulation).
- Durch entsprechende Spielangebote werden Situationen gestaltet, in denen das Kind aktiv wird und aus dieser Aktivität geeignete Erfahrungen für seine Weiterentwicklung machen kann.

Idealerweise erfolgt die Frühförderung im häuslichen Umfeld. Dadurch wird zusätzlicher Stress für Mutter und Kind vermieden, und eine Orientierung an der familiären Lebenssituation ist möglich. Durch psychosoziale Beratung und Begleitung können Eltern nach der krisenhaften Zeit der Geburt und des Klinikaufenthaltes ihr eigenes Gleichgewicht, ihre Zuversicht und ihre intuitiven Kompetenzen wiedererlangen sowie eine

feinfühliges Eltern-Kind-Bindung aufbauen. Eine gute Eltern-Kind-Interaktion begünstigt das Zustandekommen einer altersentsprechenden Entwicklung.

Fazit

Die Erfolge der Neonatologie sind beeindruckend. Im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt sind jedoch ganzheitliche Interventionen im Rahmen der Frühförderung erforderlich. Dieses Unterstützungsangebot für Familien von Kindern mit einem Entwicklungsrisiko ist auf keinen Fall automatisch mit der Etikettierung „Behinderung“ oder „Entwicklungsstörung“ verbunden.

Musterverordnung Frühförderung

Ärztliche Bescheinigung

Betr.: Max Mustermann, geb.: 1.1.2008

wohn.: _____

Das o.g. Kind ist in meiner kinderärztlichen Betreuung. Wegen einer ersten Entwicklungsgefährdung und drohender Behinderung aufgrund der Frühgeburtlichkeit des Kindes halte ich ärztlicherseits die Einleitung einer Frühförderung/heilpädagogischen Förderung für dringend indiziert. Wegen der starken Infektanfälligkeit und erhöhten Irritabilität des Kindes sollte die Maßnahme mobil zu Hause bei dem Kind stattfinden.

Diagnosen: extremes Frühgeborenes (27. SSW, GG 790g)
V. a. zentrale Koordinationsstörung ...

Die psychosoziale Elternbegleitung

Suzanne Kruschwitz, Dipl.-Sozialpädagogin, Berlin

Die psychosoziale Elternbetreuung auf den neonatologischen Stationen der Kinderkliniken hat in den letzten Jahren stetig an Bedeutung gewonnen. In vielen Kliniken hat sich in den vergangenen Jahren dadurch bereits ein neuer Arbeitsbereich herausgebildet.

Während meiner langjährigen Tätigkeit als Kinderkrankenschwester und Sozialpädagogin im Bereich Elternberatung auf der neonatologischen Station der Charité Berlin konnte ich die Beobachtung machen, dass alle Eltern mit einem frühgeborenen Kind vor der Entlassung ein aufmerksames Auge brauchen, und dies nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch unter psychosozialen Aspekten.

Dieser Umstand macht deutlich, dass nicht alleine frühgeborene Kinder zu den Risikogruppen zählen. Auch ihr engeres soziales Umfeld, nämlich ihre Familien, ist unter bestimmten Umständen auf professionelle Hilfe und fachkundige Unterstützung angewiesen. Die Bewältigung des Alltags mit einem frühgeborenen Kind ist für alle Eltern eine Herausforderung, die durch Selbstzweifel und Ängste geprägt wird.

Aufgrund dessen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland Ende des Jahres 2013 einen entsprechenden Beschluss gefasst. Dieser besagt, dass Perinatalzentren, die Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm versorgen,

ab Juni 2014 professionelle psychosoziale Elternberatung wochentags regelhaft auf Station anbieten müssen.

Belastungen im nachstationären Alltag

Mit Entlassung des Kindes aus der intensivmedizinischen Betreuung in den elterlichen Haushalt beginnt für Eltern nach der belastenden Anfangszeit in der Klinik nun eine weitere belastende Phase. Ohne Erholungszeit von den für sie psychisch und physisch belastenden Erfahrungen aus der Zeit des Klinikaufenthaltes übernehmen sie nun erstmals allein die volle Verantwortung für ihr frühgeborenes Kind rund um die Uhr und müssen ohne Anleitung von Pflegepersonal oder Ärzten im Alltag zurecht kommen. Aber gerade während dieses Familienlebens zu Hause entstehen erst viele situationsbedingte Fragen zu Versorgung und Entwicklung des Kindes, ohne dass ein kompetenter Ansprechpartner unmittelbar erreichbar ist. Dieser Umstand verunsichert viele Eltern und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen wird in Frage gestellt.

Doch nicht nur die Eltern müssen sich umstellen, denn die Entlassung stellt auch für das Kind nach oftmals monatelangem Klinikaufenthalt eine große Umstellung dar. Es muss sich an die neue Umgebung, den neuen Lebensrhythmus, an die neuen Lebensumstände gewöhnen. Die Eltern hingegen müssen im Alltag lernen, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und adäquat zu handeln. Sie kommen häufig in den ersten Wochen/Monaten nicht zur Ruhe.

Schlafmangel, Ungewissheit, noch vorhandene Unvertrautheit mit dem Kind, Geschwisterkinder, soziale Umstände, zusätzlich nachstationäre Untersuchungen und nicht selten ambulante Therapien/Frühförderung – alles dies sind Faktoren, die mit verschiedenen Frühgeborene in der Kinderarztpraxis Frühgeborene in der Kinderarztpraxis hohen physischen und psychischen Belastungs- und Erschöpfungszuständen der Eltern einhergehen können.

Ihre Gedanken bzw. Sorgen kreisen oftmals um Fragen wie: Ist mein Kind jetzt gesund? Was mache ich, wenn es krank wird? Fängt dann alles wieder von vorne an? Schaffe ich das überhaupt? Kann ich meinem Kind alles bieten, was es braucht? Wie möchte ich meine Elternrolle erfüllen? Wird sich bei meinem Kind doch noch eine Behinderung entwickeln? Kann und werde ich das rechtzeitig erkennen? Diese Situationen müssen nicht zwangsläufig zu einer Überbelastung führen, denn hier kommt es immer auf die individuellen Vorstellungen, Ressourcen und Bewältigungsmechanismen der Eltern an. Auf Grund dessen sind Sie als Kinderarzt bei diesen Familien ein wichtiger nachstationäre Anlaufpunkt und vor allem Gesprächspartner.

Zusätzliche Belastungsfaktoren

Starke Belastungen und Überbelastungen von Eltern können sich negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken, da wichtige Ressourcen der Eltern auf diese Weise blockiert werden. Treten in den Familien neben der Frühgeburtlichkeit weitere soziale Belastungen als Multiplikatoren auf, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es zu solchen Be- und Überbelastungen in der Familie kommt.

Multiplikatoren können z. B. sein:

- Erkrankung von Eltern/-teilen (z.B. psychisch, chronisch)
- Behinderung von Eltern/-teilen
- Alleinerziehende Elternteile
- Gewalt in der Familie
- Kinderreiche Familien
- Minderjährigkeit von Eltern/-teilen
- Migrationshintergrund
- Arbeitslosigkeit
- Wohnungsnot, Obdachlosigkeit
- Verschuldung
- Substanzabhängigkeit

Noch kritischer kann diese Situation natürlich werden, wenn die Multiplikatoren kombiniert auftreten. Wenn zusätzlich noch eine Isolation der Eltern zu erkennen ist, brauchen die Eltern unbedingt von Anfang an professionelle Orientierungshilfe durch eine zusätzliche Bezugs- und Vertrauensperson. Dies bedeutet Beratung, Vermittlung und ggf. Begleitung der Familie – eine große Herausforderung für den Kinderarzt.

Potenzielle Entlastungsoptionen

Je nach Grad der Belastung und der eigenen Problemanerkennung der Eltern sollte diesen Eltern sowohl niederschwellige als auch institutionalisierte Hilfe angeboten werden. Durch die Vernetzung des Kinderarz-

tes gelingt eine optimale Weitervermittlung der Eltern. Oft sind niederschwellige Angebote bereits ausreichend, z.B.:

- Mutter- bzw. Vater-Mutter-Kind-Kur
- regionale Selbsthilfegruppe
- Hebamme/ Familienhebamme
- Sozialmedizinische Nachsorge
- Elternkurs/Elterncafé
- Säuglingskurs
- Großelterndienste
- Haushaltshilfe
- Krabbelgruppe/ Babymassagekurs
- Studentische Hilfskräfte

Bei Eltern mit komplexen intrafamiliären Problemen ist die Vernetzung zwischen Kinderarzt und Jugendamt/Gesundheitsamt, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderung, häuslichen Kinderkrankenpflegediensten, Sozialmedizinischer Nachsorge von großer Bedeutung.

Professionelle Hilfsangebote

Möglichkeiten der umfangreichen und familiensystemischen Beratung, Vermittlung und Beantragung von professionellen sozialpädagogischen Hilfen mit Hilfeplanung zur Entlastung der Eltern sind über das Jugendamt oder Jugendhilfeträger, die mit dem Jugendamt zusammenarbeiten, einzuleiten.

Mögliche Hilfen sind z.B.:

- Familienhilfe
- Eingliederungshilfen für Kinder, die von Behinderung bedroht sind oder bereits eine Behinderung haben
- Einzelfallhilfe
- Familien-, Verhaltenstherapie
- Betreutes Wohnen, z.B. Mutter-Kind-Einrichtungen
- Tagesmutter, Kindertagesstätten
- Beistandschaft mit dem Jugendamt
- Unterhaltsvorschusskasse
- Trennungs-, Scheidungs- und Familienberatung
- Schuldnerberatung
- Wohngelder, Wohnberechtigungsscheine
- Rechtsberatung

Auf Grund der Vielfältigkeiten von Problemkonstellationen in Familien kann hier nicht im Einzelnen auf alle Varianten der Einsatzmöglichkeiten von Hilfen eingegangen werden. Die individuelle Situation der Familie ist ausschlaggebend für die Wahl des zur Verfügung stehenden Hilfsangebotes.

Angemessene Hilfestellung

Neben den gesetzlichen Unterstützungsangeboten nach SGB V, SGB VIII, SGB XII und SGB IX gibt es je nach Bundesland bereits eine Viel-

zahl an präventiven und niederschweligen Modellprojekten, die eine psychosoziale Elternberatung und die Eltern-Kind-Bindung unterstützen. Wichtig ist es, eine Überinstitutionalisierung zu vermeiden. Ein Unterstützungsbedarf sollte immer mit den Eltern besprochen und geplant werden. Ein Einsatz ohne ihre Mitarbeit ist nicht sinnvoll, da er als bevormundend empfunden werden kann, was eine Akzeptanz der eingeleiteten Maßnahme in Frage stellt.

Auf Basis Ihrer guten Kenntnisse als Kinderarzt über die regionalen Angebote wie Frühpräventionsmodelle und familiäre Unterstützungsangebote, stellen Vernetzung und Austausch zwischen Kinderarzt und anbietender Institution eine sehr wichtige Voraussetzung dar. Viele der genannten Einrichtungen sind mit der Thematik Frühgeburt noch immer sehr überfordert. In diesem Kontext können Sie als Kinderarzt mit der Vermittlung Ihrer Kenntnisse und Erfahrung zur Entlastung der Familien beitragen und das Bewusstsein für die Bedarfe der Familien schärfen.

Weitere Informationen

Nähere Informationen, eventuell auch Informationsmaterial und Fortbildungsangebote zu Unterstützungsmöglichkeiten und Angebote für psychosozial belastete Familien in Ihrer Region erhalten Sie neben den Ihnen bekannten medizinischen Fortbildungs- und Informationsmöglichkeiten über

- Stadtverwaltung
- Bezirksamt

- Jugendamt
- regionale und bundesweite Sozialfachverbände
- Fachhochschule für soziale Arbeit
- regionale Selbsthilfegruppe und/oder Verein

Sie begleiten die Familien oft über einen langen Zeitraum, sind dabei ein wichtiger Ratgeber und Gesprächspartner, können ihnen das Gefühl vermitteln, mit ihren Sorgen ernst genommen zu werden und nicht allein gelassen zu sein. So haben Sie die große Chance, den Hilfsbedarf der Eltern zu erkennen, sie zu ermutigen Hilfen anzunehmen und diese Hilfsangebote zu vermitteln.

Fazit

Erst wenn es uns gelingt, die Eltern in psychosozialer Hinsicht kontinuierlich zu begleiten ohne zu bedrängen, zu beraten ohne zu bevormunden und sie damit zu entlasten, ist die Voraussetzung für die optimale Entwicklung der frühgeborenen Kinder, also Ihrer kleinen Patienten, gewährleistet. Denn es sind letztendlich die Eltern, die gestärkt werden müssen, um für eine optimale Zukunft ihrer Kinder sorgen zu können.

Sie als Kinderärzt:innen haben die Möglichkeit, sich jederzeit mit Fragen oder Meldungen zu Kinderschutzfällen an das örtliche Jugendamt zu wenden. Auch Fortbildungsangebote zum Thema Kinderschutz werden regelmäßig seitens der Jugendämter vermittelt.



WIR SIND IHR PARTNER WENN ES UM DIE OPTIMALE VERSORGUNG FRÜHGEBORENER GEHT



UNSER RUNDUM- KONZEPT FÜR DIE NEONATOLOGIE

www.aptawelt-experten.de
www.nutricia-med.de



Großes Produktportfolio



NUTRICIA | **milupa**

FrühgeborenenInformationsZentrum

Darmstädter Landstraße 213
60598 Frankfurt am Main

Fon 00 49 (0)69 58 70 09 90
Montag- Freitag von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Fax 00 49 (0)69 58 70 09 99

E-Mail info@fruehgeborene.de

Homepage www.fruehgeborene.de

Hotline

bundesweite kostenfreie Servicenummer

0800 - 875 877 0

montags, dienstags, donnerstags und freitags

von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr

mittwochs

von 16.00 Uhr bis 20.00 Uhr

Mit freundlicher Unterstützung von

