

„Frankfurter Thesen“ zu den frühgeborenen Kindern und ihren Familien

Die Grundbedürfnisse von frühgeborenen Kindern und ihren Familien: 10 realisierbare Forderungen

Erarbeitet von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fachtagung „START INS LEBEN – Eltern von Frühgeborenen Kindern: ihre Lebenssituation, Formen der Kooperation mit Professionellen, Entwicklungsrisiken und Chancen der Kinder“, veranstaltet vom Paritätischen Bildungswerk (Bundesverband) e.V., Frankfurt a.M., 19.–21. Mai 1993.

Redaktionelle Bearbeitung von W.E. Freud, E. Janssen, H. von Lüpke und M. Nöcker-Ribaupierre

1. Die Klinik ist der Ort, an dem ein frühgeborenes Kind und seine Eltern (eventuell Geschwister) die Möglichkeit haben müssen, in einem schützenden Rahmen – „Holding“, „Nesting“¹¹ – zusammenzuwachsen. Dazu die Gelegenheit zu geben, ist kein großzügiges Nachgeben gegenüber den Forderungen von Eltern, sondern eine professionelle Aufgabe der Klinik.

Begründung: aus der Literatur läßt sich belegen, daß die Beziehung zwischen dem frühgeborenen Kind und seinen Eltern (seiner Familie) die wichtigste Voraussetzung für seine Entwicklung darstellt^{1,2,4,14,27,31–35}. Dazu gehört auch die Frage danach, wie die Väter ihre Rolle empfinden, vor allem dann, wenn sie nach der Geburt der erste Informant für die Mutter sind¹⁸. Der Hinweis auf psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten (etwa Elterngruppen) gehört im Rahmen der Aufklärungspflicht in die Informationsbroschüren der Klinik. Die Erfahrungen, die Eltern in den Kliniken machen, sollten von ihnen oder von Elterngruppen zurückgemeldet und für die kliniksinterne Arbeitsorganisation ausgewertet werden.

2. Eltern sind in der Klinik keine Gäste, sondern die kompetenten Partner der Professionellen^{16,20,21}. Das Gespräch mit ihnen sollte ein gleichberechtigter Austausch von Kompetenzen sein, „interdisziplinär“ in dem Sinn, daß die Eltern eine eigene Disziplin darstellen.

3. Zusätzlich zu den notwendigen medizinischen Maßnahmen sollten dem frühgeborenen Kind im Inkubator von Anfang an alle Möglichkeiten einer fördernden Umwelt geboten werden. Dazu gehört eine sowohl angenehme wie auch begrenzende Umgebung und vor allem der Körperkontakt. Wissenschaftliche Untersuchungen – etwas am Beispiel der „Känguruh“-Methode, der „Schaukelmatratze“ („Waterbed“) und der „auditiven Stimulierung“ – belegen, daß damit

auch auf vitale Parameter wie Herzschlag und Atmung ein stabilisierender Einfluß ausgeübt werden kann^{5,6,10,17,22–24,30,32–35}.

4. Die Förderung der Kommunikation zwischen den Professionellen und deren emotionale Unterstützung bei der extrem belastenden Arbeit auf Intensivstationen (etwa durch Balint-Gruppen und interdisziplinäre Fortbildung) ist nicht nur für die Qualität der Arbeit von Bedeutung, sondern kann auf die Dauer auch als kostenneutral angesehen werden. Auf diese Weise kann Problemen wie dem Pflegenotstand, bedingt durch starke Personalfuktuation als Folge des „Burn-out-Syndrom“, entgegengewirkt werden.

5. Widersprüchliche Strategien im Umgang mit den Eltern, nicht selten auf dem Hintergrund einer unbewußten Konkurrenz um das Kind („Whose-Baby?-Syndrom“: wem gehört eigentlich das Baby?) untergraben das Vertrauen der Eltern in die Kompetenz der Professionellen⁷. Dies gilt etwa für die von den Eltern häufig berichtete Erfahrung, daß sie auf den Nachsorgestationen vieles mit ihrem Kind nicht mehr machen dürfen, was sie auf der Intensivstation schon gewohnt waren (und das unmittelbar vor der Entlassung!). Auch hier ist die Kommunikation unter den Professionellen, eventuell die Klinikleitung gefragt.

6. Die beste Förderung/Therapie bleibt fruchtlos, kann sogar schaden, wenn sie unkoordiniert oder in Konkurrenz mit anderen Maßnahmen erfolgt^{4,26,29}. Daher ist gerade bei frühgeborenen Kindern die institutionsübergreifende Kooperation als Voraussetzung für eine Kontinuität in der Nachbetreuung von großer Bedeutung. Hier sind neben den diagnostischen Instanzen (Risikosprechstunde) vor allem auch unterstützende Einrichtungen, etwa ambulante Kinderkrankenschwestern oder Frühförderstellen zu nennen. Bei der Kostenfrage ist dabei zu berücksichtigen, daß auf diese Weise die stationäre Behandlungsdauer verkürzt und spätere Krankenhausaufenthalte vermieden werden können³.

7. Bei Sprach- und Kulturbarrieren sollten nicht die (in der Regel ebenfalls mitbetroffenen) Angehörigen, sondern kompetente unabhängige Dolmetscher eingesetzt werden.

8. Für Eltern von frühgeborenen Kindern hat ein stützendes soziales Umfeld große Bedeutung^{9,12,19,20,25,35}. In der Literatur ist der fördernde Einfluß von „Patenschaften“, d.h. einer Betreuung durch Eltern, die selbst ein frühgeborenes Kind haben („senior parents“), und die Verminderung geburtshilflicher Komplikationen durch die Anwesenheit einer nicht-professionellen Vertrauensperson („Doula“) vor und während der Geburt gut belegt^{11,13–15}. Auch während der Schwangerschaft, vor allem bei Komplikationen wie vorzeitigen Wehen, ist eine unterstützende Begleitung von großer Bedeutung⁸. Die sowohl psychosozialen wie auch medizinischen Möglichkeiten der freiberuflichen Hebammen werden noch längst nicht in ausreichendem Maße genutzt.

9. Elterngruppen bieten den Professionellen in der Klinik in wesentlichen Bereichen Hilfen. Um diese Begleitung in dem erforderlichen Maße leiten zu können, sind sie auf finanzielle Unterstützung angewiesen.

10. Bei Finanzentscheidungen, vor allem im Zusammenhang mit der Anschaffung teurer Apparate sollten die sowohl humanen als auch ökonomischen Aspekte von Prävention verstärkt berücksichtigt werden. Dies gilt auch für die Inhalte von Aus- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen.

Literatur

1. Alade, R. (1990). Effects of delivery room routines on success of first breast feed. *Lancet* 336, 1105
2. Boukydis, Z. (1982). Support groups for parents with premature infants in NICU's. In: Marshall, C. et al. (eds.) *Coping with caring for sick newborns*. Saunders, Philadelphia, pp. 215–238
3. Casiro, O.G., McKenzie, M.E., McFadeyn, L., Shapiro, C., Seshia, M.M.K., MacDonald, N., Moffatt, M. and Cheang, M.S. (1993). Earlier discharge with community-based intervention for Low Birth Weight Infants: a randomized trial. *Pediatrics* 92, 128–134
4. Crnic, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, N.M. and Barsham, R. (1983). Effects of stress and social support on mothers of premature and full-term infants. *Child Development* 54, 209–217
5. Davanzo, R. (1993). *Care of the low birth weight infants with the kangaroo mother method in developing countries*. WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health, Triest
6. Field, T. (1980). Supplemental stimulation of preterm neonates. *Early Human Develop* 4(3), 301–314
7. Freud, W.E. (1991). Das „Whose-Baby?-Syndrom“: Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatologie. In: Stauber, M. et al. (eds.) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Springer, Berlin, pp. 123–137
8. Freud, W.E. (1992). Gedanken zur Prophylaxe der Frühgeburtlichkeit. *Int J Prenatal and Perinatal Studies* 4, 319–329
9. Junge, S. and Sitka, U. (1993). Stillen von Frühgeborenen. *Soz Päd* 15(6), 373–376
10. Helders, P.J.M. (1989). *The effect of a sensory stimulation range-finding program on the development of very low birth weight infants*. Diss., Rijksuniversiteit te Utrecht
11. Klaus, M.H. and Kennell, J.H. (1982). *Parent-Infant Bonding*. C.V. Mosby Co., St. Louis, pp. 177–179
12. Kennell, J.H. and Klaus, M.H. (1988). The perinatal paradigm: Is it time for a change? *Clinics in Perinatology* 15(4), 801–813
13. Kennell, J.H., Klaus, M.H. et al. (1991). Continuous emotional support during labor. *JAMA* 265, 2197–2201
14. Klaus, M.H. and Kennell, J.H. (1988). The effects of continuous social support during birth on maternal and infant morbidity. In: Fedor-Freybergh, P.G. and Vogel, V. (eds.) *Prenatal and perinatal psychology and medicine*. Parthenon, Casterton, pp. 469–476
15. Klaus, M.H., Kennell, J.H. and Klaus, P.H. (1993). *Mothering the mother: how a Doula can help you have a shorter, easier, healthier birth*. Addison-Wesley, USA and England
16. Kluitmann, G. (1991). Bedeutung der Elterngruppen für die Neonatologie. *Der Kinderarzt* 22, 1002–1004
17. Korner, A., Kraemer, H., Haffner, M. and Casper, L. (1975). Effects of waterbed flotation on premature infants: a pilot study. *Pediatrics* 56, 361–367
18. Levy-Shiff, R., Hoffman, M.H. et al. (1990). Fathers' hospital visits to their preterm infants as a predictor of father-infant relationship and infant development. *Pediatrics* 86(2), 289–293

19. Lucas, A. et al. (1992). Breast milk and subsequent IQ in children born premature. *Lancet* **339**, 261
20. Minde, K., Shosenberg, N., Marton, P., Thompson, J., Ripley, J. and Burns, S. (1980). Selfhelp groups in a premature nursery – a controlled evaluation. *J of Pediatr* **96**, 933–940
21. Neubauer, A.P. (1988). Eltern auf der Neugeborenen-Intensivstation. Möglichkeiten einer Zusammenarbeit. *Kinderkrankenschwester* **7**(6), 190–192
22. Nöcker, M., Güntner, M. and Riegel, K.P. (1987). The effect of the mother's voice on the physical activity and the tCPO₂ of very premature infants. *Pediat Res* **22**, 221
23. Nöcker-Ribaupierre, M. (1992). Auditive Stimulation nach Frühgeburt. *Sozialpäd* **14**(6), 476–480
24. Nöcker-Ribaupierre, M. and Riegel, K.P. (1992). Auditive Stimulation mit Mutterstimme – eine Möglichkeit paramedizinisch-psychologischer Betreuung auf der Neugeborenen-Intensivstation. *Monatschr Kinderheilk* **8**, 550
25. Rauh, H. (1984). Frühgeborene Kinder. In: Steinhausen, H.C. (ed.) *Risikokinder*. Kohlhammer, Stuttgart, pp. 10–35
26. Sarimski, K. (1986). Psychologische Intervention in der Nachbetreuung frühgeborener Kinder. *Frühförderung interdisziplinär* **5**, 87–92
27. Sarimski, K. (1992a). Interaktionsprobleme mit frühgeborenen Säuglingen. *Int J Prenatal and Perinatal Studies* **4**, 281–296
28. Sarimski, K. (1992b). Risiken und protektive Faktoren für die Entwicklung frühgeborener Säuglinge. *Sozialpäd in Praxis und Klinik* **14**, 916–924
29. Schlack, H.G. (1989). Wie spezifisch wirken „Therapie“ und „Milieu“ auf die Entwicklung behinderter Kinder? – Konsequenzen für die Praxis. In: Karch, D. et al. (eds.) *Normale und gestörte Entwicklung*. Springer, Berlin, pp. 127–133
30. Schmidt, E. and Wittreich, G. (1986). *Care of the abnormal newborn: A random controlled trial study of the Kangaroo-Method of care for low birth weight newborns*. Euro Amro Symp on Appropriate Technology Following Birth, Triest
31. Widstrom, A.M. (1990). Short-term effects on early sucking and touch on maternal behavior. *Early Human Develop* **21**, 153
32. Whitelaw, A. and Sleath, K. (1985). Myth of the marsupial mother. Home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet* **I**, 1206–1208
33. Whitelaw, A., Heisterkamp, G., Sleath, K., Acolet, E. and Richards, M. (1988). Skin to skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Childh* **63**, 1377–1381
34. Wolke, D. (1987). Environmental and developmental neonatology. *J Reprod Infant Psychol* **5**, 17–42
35. Wolke, D. (1991). Annotation: Supporting the development of low birth weight infants. *J Child Psychol Psychiat* **32**(3), 723–741