

Familienorientierte Betreuung in der Neonatologie*

Beatrix Schmidt

Eine Mutter-Kind-Bindung existiert bereits in der Schwangerschaft. Jedoch ist gerade direkt postnatal eine besonders hochsensible Phase für das Gelingen einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind. Hier ist besonders die erste Lebensstunde zu nennen. Diese sehr empfindliche Zeit kann im Falle von Krankheit des Früh-/Neugeborenen unterbrochen, gestört und zerstört werden, nämlich dann, wenn das Baby von seinen Eltern getrennt wird, um in einer Kinderklinik aufgenommen zu werden.

Mutter-Kind-Bindung

Eine sichere Mutter-Kind-Bindung ist die fundamentale Ressource für die Entwicklung eigener Stärken und die Beziehungsgestaltung im eigenen Leben. Bei frühzeitigem Verlust der Mutter werden Verunsicherungsängste, Wut, Trauer und Schmerz empfunden, spätere Depressionen können die Folge sein.

So haben Suess, G. und Mitarbeiter Risiko- und Schutzfaktoren für spätere Verhaltensauffälligkeiten untersucht: Risikofaktoren stellten ein schwieriges Temperament, der Verlust von Vater und Mutter, familiäre Konflikte, psychisch kranke Eltern, Lebensstress, Armut, Minderjährigkeit der Mutter und Frühgeburtlichkeit bzw. häufige Klinikaufenthalte dar.

Als Schutzfaktoren konnten eine hohe Intelligenz, eine gute Eltern-Kind-Bindung, soziale Unterstützung, ausgeprägte Interessen und stabile Wertorientierungen identifiziert werden.

Bei mehr als drei bestehenden Risikofaktoren lag die Wahrscheinlichkeit eines späteren Verhaltensproblems bei 75 %. Bei gleicher Risikokonstellation jedoch einer liebevollen und verlässlichen Bezugsperson in der frühen Kindheit war das Risiko auf 25 % reduziert. Mit anderen Worten: nicht nur Geburtskliniken, sondern auch Neonatologien sollten alles dafür tun, ein früh-

kindliches Trennungstrauma zu verhindern, um eine Störung der sensorisch-taktilen und emotional fühlenden Ebene der ihnen anvertrauten kleinen Patienten zu verhindern.

Verlegung auf die Neugeborenen-Intensivstation

Wird ein Früh- oder Neugeborenes auf die Neugeborenenintensivstation verlegt, so bedeutet dies Beschwerlichkeit von Krankheit, Schmerz, Trennung von den Eltern und die Gegenwart fremder Menschen. Die natürliche Stillbeziehung ist, wenn überhaupt, nur noch eingeschränkt möglich. Dem kranken Neugeborenen wird ein normaler Lebensbeginn verwehrt und es findet sich eine Diskrepanz zwischen der Erwartung einer fürsorgenden Umgebung und der aktuellen Erfahrung des Neugeborenen. Deshalb ist frühe Gegenregulation erforderlich, um spätere Bindungsstörungen frühestmöglich zu verhindern.

Eltern fühlen sich in einer solchen Situation häufig verunsichert. Sie empfinden Inkompetenz und das Gefühl, lästig zu sein. In den meisten Kliniken ist es für die Eltern unmöglich, ihr Kind selber zu versorgen und zu bremtern, was häufig dazu führt, dass sie das Interesse am Säugling verlieren und die Wahrscheinlichkeit größer wird, dass sie ihr Kind ablehnen. Sie haben oft deutlich weniger Aufmerksamkeit gegenüber kindlichen Bedürfnissen, so dass sich insbesondere in der Gruppe von Frühgeborenen mehr kindliche Regulationsstörungen und eine höhere mütterliche Depressionsrate finden lässt.

Familienorientierte Pflege

Um den genannten Problemen zu begegnen, ist in den letzten Jahren der Begriff der „familienorientierten Pflege“ eingeführt. So wächst die Erkenntnis, dass die körperliche und geistige Entwicklung eines Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen nicht nur von der medizinischen Expertise abhängt, sondern zum anderen auch entscheidend davon, wie es den Eltern gelingt,

Kontakt zu ihrem Kind aufzunehmen, und welche Handlungsmöglichkeiten sie wahrnehmen. Ziel jeder Geburtshilfe, aber auch jeder Kinderklinik sollte sein, neben medizinisch bestmöglicher Versorgung den Erhalt einer „gesunden“ Familie mit größtmöglicher menschlicher Zuwendung zu gewährleisten und zu fördern.

Einer Elternumfrage aus Uppsala zu Folge möchten Eltern größtmöglich in die Pflege und die Versorgung von ihren Kindern einbezogen werden. Dazu gehören das Wechseln von Elektroden und Überwachungsgeräten, die Dokumentation von Überwachungsparametern, das Anlegen des nasalen CPAP, das Geben von Medikamenten, Absaugen und Putzen des Inkubators. Die befragten Eltern möchten also das tun, was alle Eltern möchten: sich kümmern und sich sorgen.

Damit ändert sich das Berufsbild des neonatologisch versierten Personals von der Fachpflege für das Kind hin zur FachanleiterIn für die Eltern.

Eltern sollten als wichtigste Pflegepersonen akzeptiert werden, damit sie sich während eines Krankenhausaufenthaltes nicht nutzlos fühlen, sondern aktiv die Entwicklung ihres Kindes beeinflussen können.

Babyfreundliche Kinderklinik

Die Kinderklinik des Josephinchen, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin im St. Joseph-Krankenhaus in Berlin-Tempelhof hat als weltweit erste Kinderklinik das WHO/UNICEF-Zertifikat „Babyfreundlich“ erworben. Dies bedeutet, dass wir uns ganz besonders um eine primäre und haltbare Bindung, um eine entwicklungsfördernde Pflege und um das Stillen kümmern (BEST-Kriterien = Bindung, Entwicklung und Stillen). Eine frühe Trennung zwischen Frühgeborenen/Neugeborenen und ihren Eltern wird möglichst vermieden, die Mütter direkt nach Entbindung, gegebenenfalls auch im Bett, zu ihren verlegten Babys gefahren.

Sollte eine Mutter selber intensivpflichtig werden, wird sie von ihrem Neuge-

* Nach einem Vortrag gehalten auf dem ersten EFCNI Neonatologiekongress am 17.10.09 in Berlin

borenen zum „Bonden“ besucht. Kollostrum wird auch auf der ITS zur Fütterung des Kindes gewonnen und von der Intensivstation zur Neonatologie gebracht. Bei allen Eltern wird ein früher und sehr langer Hautkontakt durch die Pflegekräfte unterstützt.

Es ist bekannt, dass langes Känguruen zu einer besseren Mutter-Kind-Aktion führt, zu einer längeren Stilldauer, einer Reduktion des mütterlichen Stresses und einer besseren kindlichen Fähigkeit, Bedürfnisse zu signalisieren.

Die Pflegekräfte „fitten“ die Eltern in der Pflege ihres Kindes und sind die besten PraxisanleiterInnen für die Eltern. Genügend Laktationsberaterinnen und ein gutes Training aller MitarbeiterInnen führen zu einer guten Stillbeziehung.

Auch Kinder mit nasalem CPAP werden ab 28 + 0 SSW angelegt. So ist häufig ein volles Stillen ab der 32. SSW möglich, z. Zt. gehen 86 % unserer kleinen Patienten ausschließlich gestillt nach Hause.

Nach einem Umbau wird es bei uns auch Rooming-in-Zimmer für Eltern mit sehr kranken Früh/Neugeborenen geben, um eine primäre Trennung komplett zu vermeiden.

In unserer babyfreundlichen Kinderklinik werden Eltern zunehmend in die Prozeduren bei ihren Kindern einbezogen und sind in der Regel bei allen schmerzhaften Ereignissen anwesend.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden auf dem Weg für den Prozess zur „Babyfreundlichen Kinderklinik“ achtzehn Stunden geschult, für neue

MitarbeiterInnen finden zweimal jährlich interdisziplinäre verpflichtende Schulungen statt. Lerninhalte sind die bestmögliche Unterstützung zum Bonden, sowie die Förderung der Stillbeziehung. Hauseigene Stillrichtlinien wurden schriftlich hinterlegt, noch immer finden regelmäßige Teamsitzungen zur Selbstreflexion und kontinuierlichen Verbesserungen statt.

Wir würden uns freuen, wenn sich viele Kinderkliniken entscheiden könnten, den babyfreundlichen Weg einzuschlagen, denn: **eine glückliche Kindheit ist die Grundlage für ein zufriedenes Leben!**

Dr. Beatrix Schmidt, MBA
Chefärztin der Kinderklinik Josephinchen
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
im St. Joseph-Krankenhaus
Bäumerplan 24
12101 Berlin-Tempelhof