

Elternberatung in der Neonatologie



Ein Praxis-Leitfaden des
Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind e.V.“

- x Voraussetzungen
- x Implementierung
- x Umsetzung

Impressum

Herausgeber

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.
Speyerer Str. 5-7
60327 Frankfurt am Main

Alle Rechte vorbehalten

Text & Redaktion

???

Layout

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

Satz & Druck

Volkhardt Caruna Medien GmbH & Co. KG

Stand

1. Auflage Mai 2014

DANKE

Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. bedankt sich sehr herzlich bei folgenden Elternberaterinnen für die Mitwirkung und ehrenamtlich geleistete inhaltliche Erarbeitung des Leitfadens:

Maria Einax-Wagner, Elternberatung Klinikum Kassel, Marion Glückselig, Elternberatung Charité Berlin, Patricia Hinner, FamilieNetz Universitätsklinikum Dresden, Sylke Jung, Elternberatung HSK Wiesbaden, Sandra Meyer, Still- und Laktationsberatung Klinikum Oldenburg, Sylvana Pitzschke, Elternberatung Uniklinikum Halle/Saale, Margarete Reimann, Elternberatung Frühstart, Universitätsklinikum Essen, Katja Reuther, Elternberatung Cnopf'sche Kinderklinik Nürnberg, Katharina Rödiger, Elternberatung Klinik St. Hedwig, Regensburg, Ruth Rust, Elternberatung Klinikum Links der Weser, Bremen, Silke Sahlmen, Elternberatung Frühstart Universitätsklinikum Essen, Katja Sohla, Elternberatung Klinik St. Hedwig, Regensburg, Anja Spantzel, Elternberatung Ev. Krankenhaus Bielefeld, Claudia Strauch, Elternberatung Universitätsklinikum Magdeburg, Kerstin von der Hude, Elternberatung Charité Berlin, Manuela Weber-Diehl, Elternberatung HSK Wiesbaden, Babette Wegehaupt, externe Elternberatung Bremen

Unser herzlicher Dank gilt zudem:

Katrin S. Rohde für die ehrenamtlich erbrachte wissenschaftliche Projektbetreuung, Gabriele Damm (ZQ) für die methodische Begleitung, Dr. Martina Jotzo, Sprecherin des wiss. Beirats BVDfK für die inhaltliche Prüfung, Dr. Fritz Porz, wiss. Beirat des BVDfK für die inhaltliche Prüfung

Inhalt	
Impressum	2
Dankagung	2
Einleitung	4
Entstehung des Leitfadens	4
Ziel und Aufbau des Leitfadens	5
Gesetzliche Grundlage	5
Beratungskonzeption in ihren Bezügen	5
Literatur	7
Implementierung der Elternberatung Neonatologie	8
Strukturelle Voraussetzungen	8
Personelle Voraussetzungen und Qualifikationen	8
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Stationsteam	9
Räumlichkeiten und Mittel	9
Art und Umfang der Beratungsleistungen	9
Literatur	10
Inhalte und Gestaltung der Elternberatung Neonatologie	11
1. Präpartale Elternberatung	11
2. Postpartale Elternberatung	13
3. Fortlaufende stationäre Elternberatung	15
4. Schulungs- und Anleitungsangebote	16
4a. Elternschulung	16
4b. individualisierte praktische Anleitung	17
5. Entlassungsmanagement	18
6. Nachsorge	20
6.a Mindeststandard Nachsorge	20
6.b Nachsorge im Rahmen von nachstationärer Behandlung	21
6.c angestrebter Standard Sozialmedizinische Nachsorge	22
7. Trauerbegleitung	24
Literaturempfehlungen und Literaturliste	25
Qualitätssichernde Standards	27
Assessments und ihre Anwendung	27
Beratungsbezogene Dokumentation	27
Literatur	28
Fort- und Weiterbildung	29
Beispielhafte Konzepte	30
Abkürzungsverzeichnis	30
Konsensusverfahren für den Leitfaden Elternberatung Neonatologie	31



Einleitung

Vor dem Hintergrund der rasanten Entwicklung in der medizinischen Versorgung von Frühgeborenen und mit schweren Erkrankungen geborenen Kindern wird zunehmend deutlich, welchen entscheidenden Einfluss psychosoziale Faktoren und die Umgebungsgestaltung neonatologischer Stationen auf familiäre Bindungsprozesse und damit auf die neurologische und psychische Entwicklung der Kinder haben. Angebote von psychosozialer Elternbegleitung entwickeln sich zunehmend, bedürfen jedoch einer gemeinsamen Abstimmung, um diesbezüglich vergleichbare Basis-Angebote an allen Kliniken zu gewährleisten. Diesen Bedarf hat der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. zum Anlass genommen, den vorliegenden Leitfaden gemeinsam mit einer Expertengruppe erfahrener Elternberatender und in abschließender Abstimmung mit relevanten Fachgesellschaften zu erarbeiten.

Entstehung des Leitfadens

Dem Leitfaden liegt eine intensive Abstimmung der Expertise erfahrener Elternberatender unterschiedlicher Professionen (wie Pflege, Psychologie oder Sozialarbeit mit entsprechenden Zusatzqualifikationen) zugrunde, sowie systematische Literaturrecherchen. Die hierfür initiierte AG Elternberatung Neonatologie entstand im Rahmen der Tagung „Viel zu früh – Eine Tagung für Eltern und andere Profis“ im Oktober 2011 in Berlin aus den Reihen von aktiv Elternberatenden und dem Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. Im Rahmen von vier zum Teil mehrtägigen Arbeitstreffen wurden in zwei interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppen („AG Rahmenbedingungen“ und „AG Inhalte“) die für den Leitfaden relevanten Themen diskutiert und konsentiert. Wissenschaftlich begleitet und moderiert wurden die Arbeitsgruppen sowie die Konsensfindungstermine der Arbeitsgruppen durch die Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin Katrin S. Rohde mit dem Ziel, die bestmögliche interne Evidenz zu erreichen und aktuelle externe Evidenz einzubeziehen. Um darüber hinaus einen objektiven und informierten Blick zu gewährleisten, wurde die externe Evidenz in Form von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen berücksichtigt und der Austausch mit nicht direkt involvierten Elternberatenden gesucht (zu Evidenz vgl. Behrens/Langer 2010).

Methodisch begleitet (z.B. Festlegung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter, kriteriengeleitetes Assessment) wurde die Erarbeitung vom Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ), einer Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen. Im Rahmen der Evaluierung des Leitfadens fand in den Bundesländern Niedersachsen und Hessen eine exemplarische Befragung neonatologischer Abteilungen zum aktuellen Status von Elternbegleitung vor der Implementierung der im Leitfaden beschriebenen Elternberatung statt. Ergänzend ist eine weitere Befragung nach Implementierung bzw. Umsetzung des Leitfadens vorgesehen, um Evaluierungsergebnisse zu erhalten.

Ziel und Aufbau des Leitfadens

Die zum 01.01.2014 in Kraft getretene Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Neugeborene (G-BA, 2013) schreibt deutschlandweit in allen Perinatalzentren der Level 1 und 2 die Einrichtung einer professionellen psychosozialen Betreuung der Eltern von Frühgeborenen vor. Dieser interprofessionell entwickelte Leitfaden soll insbesondere Kliniken bei der Implementierung helfen und hat zum Ziel, damit allen Eltern von Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen, unabhängig davon, wo ihr Kind in Deutschland geboren wird, eine qualitativ hochwertige situationsorientierte Elternberatung durch spezialisierte Elternberatende anzubieten. Dazu müssen zunächst Rahmenbedingungen und Inhalte von Elternberatung definiert werden. Im Leitfaden werden strukturiert Beratungsangebote dargestellt, die sich an der jeweiligen Situation, der Phase des klinischen Aufenthalts der Betroffenen und den Bedürfnissen der früh gewordenen Familie orientieren. Das Angebot von phasen- und situationsorientierten Interventionen bietet den Vorteil der individuellen Anwendbarkeit. Die Angebote lassen sich damit in der praktischen Umsetzung auf die jeweiligen Gegebenheiten und Möglichkeiten einzelner Institutionen anpassen. Die verbindliche Etablierung einer professionellen Elternberatung stellt viele Perinatalzentren vor Herausforderungen (vgl. Damm, 2013), da für eine qualitativ anerkannte Beratung entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Der Leitfaden zur Elternberatung soll dazu beitragen, dass professionelle und qualitativ hochwertige psychosoziale Elternberatung in allen Neonatologien deutschlandweit angeboten werden kann. So können auch die Kliniken unterstützt werden, die sich aktuell oder künftig in der Konzeptentwicklung befinden.

Gesetzliche Grundlage

Rechtsgrundlage für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Der Beschluss des G-BA über eine Änderung der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Neugeborene (QFR-RL) sieht vor, dass Perinatalzentren der Versorgungsstufen Level 1 und 2 ab 1. Juli 2014 eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern zur Verfügung stellen müssen (Beschluss vom 20.06.2013). Diese kann, wie die Praxis zeigt, auch durch entsprechend weiterqualifizierte Pflegenden umgesetzt werden. In dem Beschluss ist eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen unter 1500 Gramm Geburtsgewicht pro Jahr vorgeschrieben.

Beratungskonzeption in ihren Bezügen

Die intuitive elterliche Kompetenz ist als „Motor“ der Entwicklung einer angemessenen Eltern-Kind-Interaktion zu verstehen. Das frühgeborene Kind ist nur in begrenztem Maße in der Lage, eindeutige Verhaltenssignale zu äußern (Eckerman et al., 1999; Mehler et al., 2011). Die frühzeitige Trennung vom Kind, gefolgt von der Konfrontation mit der Neo-Intensivstation und dem möglicherweise kritischen Gesundheitszustand des Kindes, ist für die Eltern verbunden mit Gefühlen von Angst, Ohnmacht, Schuld und Ausgeschlossenheit (Reichert et al., 2008). Hinzu kommt

die Unsicherheit, den Kontakt zum Kind in der technisierten Umgebung herzustellen (Flacking, 2006). All dies erschwert den notwendigen emotionalen Bindungsaufbau zum Kind und lässt insbesondere Mütter ihre elterliche Kompetenz hinterfragen (Wigert et al., 2006). Das Risiko für postpartal entstehende psychopathologische Störungen der Mutter ist deutlich erhöht (Jotzo/Schmitz, 2002; Singer et al., 1999). Damit einhergehen können Verringerungen der mütterlichen Responsivität und eine Hemmung des Fürsorgeverhaltens (Drake et al., 2007; Zerkowitz et al., 2007). Bei beiden Elternteilen sind ggf. weniger intuitive elterliche Kompetenzen zu beobachten als bei Eltern gesunder Reifgeborener (Feldman et al., 2007). Die Eltern sollen sich jedoch befähigt sehen, die Elternrolle auszufüllen. Dies betrifft sowohl die Stärkung intuitiv vorhandener elterlicher Kompetenzen (Papousek et al., 1987), als auch die Förderung der Pflege-, Versorgungs- und Interaktionskompetenz unter Beachtung der Besonderheiten des frühgeborenen Kindes. Neben diesen beobachtbaren Handlungskompetenzen sollten elterliche Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Cappenberg, 1997) gefördert werden. Entsprechend eines an der Bindungs-, Entwicklungs- und Kompetenzförderung orientierten Beratungsverständnisses ist es im Sinne einer ressourcenorientierten Elternberatung erforderlich, den Eltern in krisenhaften Situationen als kontinuierliche Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Hierauf bezogenes professionelles beratendes Handeln zeigt sich neben Fachkompetenz in der ziel- und bedarfsgerechten Gestaltung der Kommunikation mit den betroffenen Eltern (Krämer, 2005; Weinberger, 2013).

Für den Begriff Elternberatung in Perinatalzentrum gibt es bislang keinen Konsens bezogen auf Inhalte und Verantwortlichkeiten bzw. involvierte Berufsgruppen. Elternberatungskonzepte in Perinatalzentren werden vereinzelt bereits seit Mitte der 90er Jahre in Deutschland umgesetzt. Dennoch besteht kein flächendeckendes qualifiziertes Beratungsangebot. Beispiele von Konzepten, mit deren Hilfe Eltern frühgeborener Kinder und kranker Reifgeborener in der Zeit der stationären Behandlung sowie in der präpartalen und nachstationären Phase beratend und anleitend unterstützt werden, finden sich bei Christ-Steckhan, 2005; Sontheimer/Sontheimer, 2013; Hüning et al., 2012; Reichert/Rüdiger, 2012; von der Hude, 2013.

Literatur

- Behrens, J./Langer, G. (2010): *Evidence-based nursing and caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber.
- Cappenberg, M. (1997): *Mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung und kindliche Entwicklung. Eine Beziehungsanalyse*. Hamburg: Kovač.
- Christ-Steckhan, C. (2005): *Elternberatung in der Neonatologie*. München: Reinhardt.
- Damm, G. (2013): *Leitfaden für Elternberatung in der Neonatologie*. In: *näb* (10), S. 37
- Drake, E. E./Humenick, S. S./Amankwa, L./Younger, J./Roux, G. (2007): Predictors of maternal responsiveness. *Journal of nursing scholarship an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 39(2), 119–125.
- Eckerman, C. O./Hsu, H. C./Molitor, A./Leung, E. H./Goldstein, R. F. (1999): Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental psychology*, 35(1), 282–293.
- Feldman, R. (2007): Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(3–4), 329–354.
- Flacking, R./Ewald, U./Nyqvist, K. H./Starrin, B. (2006): Trustful bonds: a key to „becoming a mother“ and to reciprocal breastfeeding. *Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Social science & medicine* (1982), 62(1), 70–80.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“* (2013): <http://www.g-ba.de/informatio-nen/beschlusse/1754/> (zuletzt eingesehen am 20.11.2013)
- Hüning, B./Reimann, M./Beerenberg, U./Stein, A./Schmidt, A./Felderhoff-Müser, U. (2012): *Establishment of a Family-centred Care Programme with Follow-up Home Visits: Implications for Clinical Care and Economic Characteristics. Erfahrungen im Aufbau eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge: Auswirkungen auf klinische-ökonom. Kenndaten und Akzeptanz der Eltern*. In: *Klin Padiatr* 224 (07), S. 431–436.
- Jotzo, M./Schmitz, B. (2001): Eltern Frühgeborener in den ersten Wochen nach der Geburt: Eine Prozess-Studie zum Verlauf von Belastung, Bewältigung und Befinden Parents of Preterms throughout the First Month after Birth: A Process Study of the Time Course of Stress, Coping and Affect. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*(2), 81–97.
- Jotzo, M./Schmitz, B. (2002): *Traumatisierung der Eltern durch die Frühgeburt des Kindes. Psychotraumatologie*, 3(3), 38.
- Krämer, M. (2005): *Professionelle Beratung zur Alltagsbewältigung. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Mehler, K./Wendrich, D./Kissgen, R./Roth, B./Oberthuer, A./Pillekamp, F./Kribs, A. (2010): Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants? *Journal of Perinatology*, 31(6), 404–410.
- Papoušek M./Papoušek H./Haekel M. (1987): Didactic adjustments in fathers' and mothers' speech to their 3-month old infants. *Journal of Psycholinguistic Research*, 16(5), 491–516.
- Reichert, J./Wauer, R./Rüdiger, M./Lutz, N. (2008): *Beziehungsrepräsentation von Müttern frühgeborener Kinder. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 212, 1.
- Reichert, J./Rüdiger, M. (2012): *Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Eltern Frühgeborener*. Stuttgart: Ligatur.
- Singer L.T./Salvator A./Guo S./Collin M./Lilien L./Baley J. (1999): Maternal Psychological Distress and Parenting Stress After the Birth of a Very Low-Birth-Weight Infant. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281(9), 799–805.
- Sontheimer, D./Sontheimer, K. (2013): *Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie*. In: *Neonatologie Scan* 02 (02), S. 145–161, zuletzt geprüft am 02.08.2013.
- von der Hude, K. (2013): *Psychosoziale Elternberatung in der Neonatologie*. In: *Padua* 8 (5), S. 285–289.
- Weinberger, S. (2013): *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. 14., überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Wigert, H./Johansson, R./Berg, M./Hellström, A. L. (2006): Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(1), 35–41.
- Zelkowitz, P./Bardin, C./Papageorgiou, A. (2007): Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 296–313.

Implementierung der Elternberatung Neonatologie

Strukturelle Voraussetzungen

Auch in Zeiten von Personalknappheit und Rationierung müssen seitens der Krankenhäuser im Sinne der gemeinsamen Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung von Beginn des Lebens an dafür notwendige Rahmenbedingungen und zielorientierte Angebote geschaffen werden (vgl. *SVR-Sondergutachten, 2012*).

Um eine umfassende und effektive Elternberatung im Perinatalzentrum anbieten zu können, bedarf es standardisierter Rahmenbedingungen. Diese erfordern eine gemeinsame Verantwortung auf allen beteiligten Ebenen, sodass ein sowohl auf Leitungsebene als auch in der interprofessionellen Umsetzung in den Abteilungen verbindlich abgestimmtes Vorgehen die notwendige Qualität und Transparenz absichert. Den Bemühungen, um eine hohe Qualität in der Versorgung von Familien mit Frühgeborenen oder kranken Reifgeborenen liegt das Qualitätsmodell nach Donabedian zu Grunde (*Donabedian, 1966, Nachdruck 2005*). Er unterscheidet zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. *Sens et al, 2007*). Die strukturelle Qualität einer medizinischen Versorgung beschreibt die Rahmenbedingungen, die gegeben sind. Dabei unterscheidet er sachliche (z.B. bauliche), organisatorische (z.B. Arbeitskonzept) und personelle (z.B. Aus- und Weiterbildungsstand des Personals) Ebenen einer Organisation.

Nach den Ausführungen zur Strukturqualität in diesem Kapitel fokussiert der Leitfaden auf die Prozessqualität und beschreibt die Art und Weise, wie eine neonatologische Elternberatung, die sich idealerweise aus einem multidisziplinären Team zusammensetzt, arbeitet (s. Kapitel: „Inhalte und Gestaltung der Elternberatung“). Im Zusammenspiel von Struktur- und Prozessqualität kann folglich eine hohe Ergebnisqualität erzielt werden, die sich in Gesundheitszustand (z.B. verbesserter neurologischer und psychischer Entwicklung der ehemaligen Frühgeborenen, Verbesserung der psychischen Situation der Eltern, verbesserter Eltern-Kind-Bindung), Zufriedenheit und Lebensqualität betroffener Familien widerspiegelt.

Personelle Voraussetzungen und Qualifikationen

Im G-BA-Beschluss vom 20.06.2013 ist eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern in einem Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-Arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm pro Jahr vorgegeben. Diese personelle Ausstattung ist als Mindestanforderung zu sehen, um eine bedürfnisorientierte Begleitung der Eltern zu sichern. Es wird empfohlen, den Stellenumfang bedarfsorientiert zu erweitern, um weitere zielführende Angebote (vgl. z.B. Mindeststandard an Elternberatung vs. Angebote für alle Eltern) zu etablieren und damit eine ganzheitliche Betreuung und Begleitung der Eltern zu etablieren.

Zu den Voraussetzungen der Elternberatenden gehören:

- ein hohes Maß an Selbstreflexion, Empathie und adäquaten Kommunikationsfähigkeiten, die u.a. durch Selbstreflexion und entsprechende Weiterqualifikationen erworben werden
- eine mehrjährige Berufserfahrung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden in der Betreuung von frühgeborenen Kindern im stationären Setting
- eine Verpflichtung der Psychologen/Pädagogen/Sozialarbeiter, sich neonatologische Grundkenntnisse anzueignen bzw. diese zu belegen. Empfohlen werden: eine vierwöchige Hospitation in allen Bereichen und Schnittstellen des jeweiligen Perinatalzentrums sowie externe Weiterbildungen (z.B. Neonatalbegleitung, Basale Stimulation, Kinästhetik bzw. Infant Handling) die von einem zertifizierten Institut angeboten werden
- eine Verpflichtung der Kinderkrankenpflegenden, sich psychologische Grundkenntnisse sowie Kenntnisse in der Kommunikation und Gesprächsführung berufsbegleitend anzueignen bzw. diese zu belegen. Empfohlen

wird eine systemische oder personenzentrierte Beraterausbildung eines durch die jeweilige Fachgesellschaft akkreditierten Instituts

- eine laufende auf die konkreten Aufgaben bezogene Weiterqualifikation (s.u.).

Elternberatende, die seit mindestens 3 Jahren vor Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses in der Elternberatung tätig sind, erfüllen diese Voraussetzung unter der Maßgabe einer kontinuierlichen Fortbildung.

Alle Elternberatenden sind verpflichtet, sich im Rahmen ihrer Beschäftigung kontinuierlich zu fachbezogenen Themen fortzubilden. Ein Mindestumfang von 20 Stunden pro Jahr soll nachgewiesen werden. Des Weiteren ist die Möglichkeit einer regelmäßigen Supervision (mindestens 4-mal pro Jahr) durch externe Kräfte unverzichtbar.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Stationsteam

Ein engmaschig verknüpftes Versorgungsnetz, das die Bindung von Eltern und Kind zueinander wesentlich stärkt, stellt die Basis für eine kindliche Entwicklung möglichst ohne Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten und Lernbehinderungen dar (vgl. *Fruhner, 2012; Damm et al., 2011*). Hierzu braucht es die Expertise unterschiedlicher Grundberufe, die ihr Wissen beratungsbezogen abstimmen und einsetzen. Elterberatungsarbeit ist Netzwerkarbeit, um im Sinne der Eltern den Krankenhausaufenthalt passgenau gestalten zu können und die Hilfe und Unterstützung anbieten zu können, die die Eltern auch wirklich benötigen. Ein bewährtes Werkzeug zur Bedarfsermittlung ist die Sozialvisite. Diese findet während des stationären Aufenthaltes der Patienten mindestens einmal wöchentlich statt. Gewährleistet werden soll damit ein regelmäßiger Informationsaustausch im multidisziplinären Team, um bestmöglich auf die jeweils aktuelle Situation der Familien eingehen zu können. Gegenseitige Information und wechselseitige Unterstützung sind notwendig und damit verpflichtend für das neonatologische Team. Die Bereitstellung professioneller Elternberatung bedeutet Entlastung für das gesamte neonatologische Team, welches sich innerhalb seiner ggf. geringen Zeitressourcen auf seine Kernaufgaben in dem Wissen konzentrieren kann, dass beratende Anteile der Elternbegleitung dadurch nicht zu kurz kommen. Ebenfalls wird es vielfach als entlastend erlebt, wenn Elternberatende sich in Abstimmung mit dem neonatologischen Team in die Trauerbegleitung einbringen.

Räumlichkeiten und Mittel

Planbare Gespräche mit den Eltern sollten nicht am Inkubator bzw. Wärmebett des Kindes stattfinden. Um Eltern innerhalb eines Perinatalzentrums in einer geschützten und vertrauensvollen Atmosphäre beraten zu können, ist es notwendig, über einen eigenen, stationsnahen und ansprechend gestalteten Beratungsraum zu verfügen, der durchaus gleichzeitig als Büro dienen kann. Unverzichtbare Bestandteile der Büroausstattung der Elternberatung sind PC mit Internetanschluss und Drucker, mobiles Telefon mit Anrufbeantworter sowie ein Faxgerät. Der Raum muss über angenehme Sitzmöglichkeiten verfügen. Eine ausreichende Beschilderung im Haus weist die aufsuchenden Eltern auf die Beratungsräume hin. Der Zugang ist barrierefrei. Es wird empfohlen, betroffene Eltern zeitnah mittels Flyer, Info-Broschüren, Visitenkarten etc. auf die Angebote der Elternberatung aufmerksam zu machen.

Art und Umfang der Beratungsleistungen

Bezugnehmend auf den G-BA-Beschluss „Vereinbarung über eine Änderung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (vgl. G-BA-Pressemitteilung 24/ 2013) sollen die Angebote der Elternberatung von Montag bis Freitag den Familien zur Verfügung stehen, um eine kontinuierliche Begleitung der Eltern zu sichern. Die Beratungsmaßnahmen richten sich nach den Bedarfen der betroffenen Familien. Somit ist

die Dauer der Begleitung auf die Situation der Familien ausgerichtet. Zur Vermeidung von Rollenkonfusionen soll die Elternberaterin eine reine Beratungstätigkeit ausüben, d.h. Elternberatung und Pflege­tätigkeit innerhalb eines Perinatalzentrums schließen sich aus. Die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten liegen gleichermaßen in der Verantwortung aller Mitglieder des Elternberater­teams, für das eine multidisziplinäre Besetzung empfehlenswert ist.

Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2012): Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren.

Damm, G./Sens, B./Harms, K./Voss, W./Wenzlaff, P. (2011): Landesweite Nachuntersuchung extrem unreifer Frühgeborener: Ein Modell sektorübergreifender Qualitätsanalyse. In: *Z. Evid. Fortb. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG)* 105, S. 597-605.

Donabedian, A. (2005): *Evaluating the Quality of Medical Care*. Unverändertes Reprint von 1966. In: *Milbank Quarterly* 83 (4), S. 691–729.

Fruhner, J. B. (2012): Vernetzung von Anfang an. In: *näb* (8), S. 20-23.

G-BA-Pressmitteilung 24/2013: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1754/> zuletzt eingesehen am 20.11.2013

Kindler, H. (2007). *Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“*. München.

Reuschenbach, B./Mahler, C. (2011): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente*. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern: Hans Huber.

Sens, B. et al (2007): *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage*. *GMS Med Inform Biom Epidemiol.*; 3(1): Doc05. SVR-Sondergutachten (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Bundstags-Drucksache 2012; 17/10323: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378> (zuletzt eingesehen am 20.11.2013)

Inhalte und Gestaltung der Elternberatung Neonatologie

Nachfolgend werden phasenbezogenen Schwerpunkte, Inhalte und Methoden der Elternberatung vorgestellt. Weiterhin finden sich Verweise zu einbezogener oder vertiefender Literatur und zu Materialien, die in den Beratungsprozess (s.o.) integriert werden können.

1. Präpartale Elternberatung

Definition

Psychosoziales Gesprächsangebot zur emotionalen Entlastung, Orientierung und Information für Schwangere mit drohender Frühgeburt bzw. bei zu erwartender Geburt eines kranken Reifgeborenen.

Ziel

- ▶▶▶ Beratungs- und Unterstützungsbedarf ermitteln
- ▶▶▶ Psychische Situation der werdenden Eltern erfassen
- ▶▶▶ Bewältigung der Belastungssituation unterstützen bspw. durch emotionale Entlastung
- ▶▶▶ emotionalen Beziehungsaufbau zum Kind anbahnen
- ▶▶▶ Informationsdefizit in Bezug auf Gegebenheiten und Abläufe nach der Geburt des Kindes reduzieren
- ▶▶▶ Festen Ansprechpartner und Bezugsperson über den gesamten Klinikaufenthalt bereitstellen, denn der Aufbau von stabilen Beziehungen ist für die Eltern aufgrund häufig wechselnder Bezugspersonen im Klinikalltag oft schwierig (Sarimski, 2000, S. 66f.)
- ▶▶▶ Vertrauensverhältnis zu den werdenden Eltern aufbauen, an das nach der Entbindung angeknüpft werden kann

Zielgruppe

- Schwangere mit drohender Frühgeburt bzw. bei zu erwartender Geburt eines kranken Reifgeborenen und ihre Bezugspersonen

Inhalte

- ✗ Emotionale Begleitung der werdenden Eltern
 - Geben von Zeit und Raum zum Verbalisieren des Erlebten und der empfundenen Gefühle wie
 - Angst vor einer frühen Geburt
 - Sorge um das Kind
 - Trauer, die folgenden Schwangerschaftswochen in der Klinik verbleiben zu müssen
 - Unsicherheit aufgrund des unklaren weiteren Schwangerschaftsverlaufes
 - Verdeutlichung der Normalität der unterschiedlichen Emotionen und Reaktionen der Eltern
 - Wahrnehmung des psychischen Befindens der Eltern – ggf. Angebot einer psychologischen Unterstützung
- ✗ Informationen zum Ablauf der Geburt, zur Erstversorgung, zur ersten Kontaktaufnahme und zum Beziehungsaufbau mit dem Kind - Bonding, Initialberührung, Körperkontakt, Rituale, Känguruing (Lang, 2009; Feldman, 2013; Kimre/Bondas, 2013; Park et al., 2013)
- ✗ Informationen zu Stationsabläufen (Hygienebestimmungen, Regelungen zur Übergabezeit, Verantwortlich-

keiten des Teams u.ä.)

- ✗ Informationen zur entwicklungsfördernden Pflege (Sparshott, 2009; Sontheimer/Sontheimer, 2013)
- ✗ Informationen zu zeitlichen Perspektiven – z.B. wann findet erfahrungsgemäß das Känguruing, das Stillen, die Entlassung statt?
- ✗ Unterstützung bei der Bewältigung der veränderten Lebenssituation (Geschwisterkindbetreuung, Alltagsmanagement, Versorgung von Haustieren, Umzug), ggf. Einbeziehung des Sozialdienstes bei weitergehendem Unterstützungsbedarf in der Familie (z.B. finanzielle Notlage)
- ✗ Stärkung und positive Wertschätzung der Elternrolle – bspw. durch Anerkennung der besonderen Anstrengungen der Schwangeren, die Bettruhe aufrecht zu erhalten
- ✗ bei Bedarf einführende Informationen zur Ernährung des Kindes und zur Milchbildung
- ✗ Vernetzung zu Kooperationspartnern (Sozialdienst (s.o.), Psychologie/Psychosomatik, Seelsorge)
- ✗ Angebot einer Besichtigung der neonatologischen Intensivstation/des Perinatalzentrums als Möglichkeit, sich mit den realistischen Eindrücken auf der Station auseinanderzusetzen, um diese im Vorfeld zu verarbeiten.

Methode

- aufsuchendes, niedrigschwelliges Gesprächsangebot (z.B. durch Pflegekraft), ggf. unter Einbezug von Angehörigen
- die Beratung orientiert sich am jeweiligen speziellen Bedarf der Eltern unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen, der Vorgeschichte und der familiären Situation (*Sarimski 2000*)
- Vorbereitung: Erhebung von Informationen über die familiäre Situation vor Kontaktaufnahme mit den werdenden Eltern (z.B. durch Patientenakte, Gespräch mit Mitarbeitern der Station)
 - Diagnose der Schwangeren
 - Schwangerschaftswoche und Schätzwert des Kindes
 - Geschwisterkinder in der Familie
 - vorangegangene Verlusterlebnisse (z.B. Aborte, Früh- oder Totgeburten)
 - Wohnort der Eltern
- Setting: bei verordneter Bettruhe im Patientenzimmer auf der gynäkologischen Station, sonst im separaten Beratungsraum
- Gesprächsführung: personenzentrierte Grundhaltung, bedarfsorientiert, informativ, ressourcenorientiert, lösungsorientiert,
- ggf. Dolmetscher hinzuziehen

Material

- ✓ Visitenkarten, Flyer (als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der Elternberatung)
- ✓ weiterführende Literatur bei Bedarf
- ✓ Checklisten
- ✓ Anschauungsmaterial (Kleidung, Utensilien wie Tubus, Magensonde, Nuckel etc.)

2. Postpartale Elternberatung

Definition

Engmaschiges psychosoziales Gesprächsangebot unmittelbar nach der Geburt des Kindes zur emotionalen Entlastung, Orientierung und Information, sowie zur Unterstützung der Anpassung an die neue Lebenssituation.

Ziel

- ▶ Beratungs- und Unterstützungsbedarf ermitteln
- ▶ Psychische Situation der Eltern erfassen
- ▶ Bewältigung der Belastungssituation unterstützen bspw. durch emotionale Entlastung
- ▶ emotionalen Beziehungsaufbau zum Kind anbahnen
- ▶ elterliches Selbstwertgefühl stärken
- ▶ Neuorganisation der Familie begleiten und unterstützen
- ▶ Informationsdefizit in Bezug auf Gegebenheiten und Abläufe sowie bürokratische Verpflichtungen reduzieren

Zielgruppe

- Eltern eines Frühgeborenen oder kranken Reifgeborenen

Inhalte

- ✗ Emotionale Begleitung der Eltern bzw. Familien
 - Geben von Zeit und Raum zum Verbalisieren des Erlebten und der empfundenen Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Trauer, Wut, Schuld und Versagen (Sarimski, 2000, S. 56ff.)
 - Verdeutlichung der Normalität der unterschiedlichen Emotionen und Reaktionen der Eltern
 - Wahrnehmung des psychischen Befindens der Eltern – ggf. Angebot einer psychologischen Unterstützung
- ✗ Unterstützung und Begleitung der Kontaktaufnahme zum Kind
 - Betonen von individuellen Besonderheiten des Kindes, dabei wird die Persönlichkeit des Kindes (Aussehen, Verhalten) in den Mittelpunkt gestellt (Christ-Steckhan, 2005, S. 68f.)
 - Aufzeigen von Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme und –gestaltung mit dem Kind (Initialberührung, Körperkontakt, Känguruing Rituale)
 - Ermutigung zur Interaktion mit dem Kind
- ✗ Stärkung der Elternrolle und positive Wertschätzung
 - Bewusstmachen von vorhandenen Kompetenzen
 - Bedeutung der Eltern als wichtigste Bezugspersonen für das Kind hervorheben
 - Anerkennung der besonderen Anstrengungen bspw. zur Aufrechterhaltung der Milchbildung
- ✗ Informationen zu Stationsabläufen (Hygienebestimmungen, Besuchsregelungen)
- ✗ Informationen zur entwicklungsfördernden Pflege
- ✗ Informationen zur Ernährung des Kindes
- ✗ Informationen zur Muttermilch
 - Milchbildung und -gewinnung
 - Umgang mit Muttermilch (Transport, Lagerung, Aufrechterhaltung der Kühlkette)
 - Verleih einer elektrischen Milchpumpe

- Kontaktmöglichkeit zur Still- und Laktationsberatung IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) aufzeigen
- ✗ Informationen zu Unterbringungsmöglichkeiten für Familien
- ✗ Unterstützung bei der Neuorganisation der neuen Lebenssituation
 - Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten im primären sozialen Netzwerk der Familie um vorhandene Ressourcen optimal zu nutzen
 - Unterstützung bei der Mobilisierung von Hilfen zur Versorgung von Geschwisterkindern und bei der Neuorganisation von familiären Abläufen
- ✗ Sozialberatung
 - Hebammenbetreuung (Kontaktadressen s.u.)
 - Anmeldungen bei Standesamt und Krankenkasse
 - Veränderte Mutterschutzfristen
 - Elterngeld, Kindergeld und Mutterschaftshilfe
 - Finanzielle Ansprüche (z.B. Fahrtkostenzuschuss, Haushaltshilfe) und Vergünstigungen (z.B. Parkausweise)
 - Bei weitergehendem Unterstützungsbedarf den Sozialdienst hinzuziehen ggf. Einbeziehung einer Familienhebamme
 - Infomaterial (s.u.)
- ✗ Vernetzung mit Kooperationspartnern (z.B. Sozialdienst, Psychologie/Psychosomatik, Seelsorge)
- ✗ Aushändigen von Infomaterial (z.B. Checkliste für Behördengänge nach der Geburt, Kurzanleitung zur Muttermilchgewinnung, Hebammenliste, Parkvergünstigungen)

Methode

- aufsuchendes, niedrigschwelliges Gesprächsangebot
- die Beratung orientiert sich am jeweiligen speziellen Bedarf der Eltern unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen, der Vorgeschichte und der familiären Situation
- Setting:
 - wenn möglich und falls die Mutter mobil ist: im separaten Beratungsraum, um den Eltern ein Gespräch in geschützter und ruhiger Umgebung ohne Störungen zu ermöglichen, andernfalls aufsuchende Beratung auf der Wochenstation
 - wenn Gespräche beim Kind: Fokus auf die individuelle Kontaktaufnahme mit dem Kind und Abstimmung mit dem Bedarf und den Möglichkeiten der Eltern
- Gesprächsführung: personenzentrierte Grundhaltung, ressourcenorientiert, bedarfsorientiert, informativ, lösungsorientiert
- telefonische Kontaktaufnahme zu Müttern aus entfernten Geburtskliniken, damit die Begleitung der Mutter zeitnah nach der Geburt eingeleitet werden kann
- ggf. Dolmetscher hinzuziehen

Material

- ✓ Visitenkarten, Flyer (als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der Elternberatung)
- ✓ weiterführende Literatur bei Bedarf
- ✓ Checklisten, Assessmentinstrumente

3. Fortlaufende stationäre Elternberatung

Definition

Fortlaufende Unterstützungsangebote zur emotionalen Entlastung, Beratung und Anleitung der Eltern während des andauernden stationären Aufenthaltes des Kindes.

Ziel

- ▶ psychische Situation der Eltern erfassen
- ▶ Bewältigung der Belastungssituation unterstützen bspw. durch emotionale Entlastung
- ▶ stabile Eltern-Kind-Beziehung fördern
- ▶ elterliches Selbstwertgefühl stärken
- ▶ elterliche Kompetenzen im Umgang mit dem Kind erweitern

Zielgruppe

- Eltern eines Frühgeborenen oder kranken Reifgeborenen

Inhalte

- ✗ Fortlaufendes Angebot von Beratungs- und Entlastungsgesprächen
- ✗ Emotionale Begleitung der Eltern
 - Geben von Zeit und Raum zum Verbalisieren des Erlebten und der empfundenen Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Trauer, Wut, Schuld und Versagen (Sarimski, 2000)
 - Verdeutlichung der Normalität unterschiedlicher Emotionen und Reaktionen der Eltern
 - Wahrnehmung des psychischen Befindens der Eltern – ggf. Angebot psychologischer Unterstützung
- ✗ Stärkung der Elternrolle und positive Wertschätzung
 - Anerkennung der wachsenden Kompetenzen der Eltern
 - Anerkennung der besonderen Anstrengungen bspw. zur Aufrechterhaltung der Milchbildung
- ✗ Unterstützung in der Bewältigung der Doppelbelastung Klinik - Familie
 - Relevanz elterlicher Bedürfnisse betonen (ausreichend Schlaf, regelmäßige Mahlzeiten, Entspannungsphasen), um weiterhin der Situation standhalten zu können
 - Angebote für Geschwisterkinder (Literatur, individuelle Kinderbetreuung)
- ✗ Schulungsangebot (s.u.)
- ✗ Angebot von Still- und Laktationsberatung. Empfehlung: in Zusammenarbeit mit ausgebildeten Still- und Laktationsberatenden IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant)
- ✗ Angebot von Gesprächskreisen in der Klinik, um den Austausch zwischen den Eltern zu ermöglichen
- ✗ Vernetzung mit Kooperationspartnern (z.B. Sozialdienst, Psychologie/Psychosomatik, Seelsorge)
- ✗ Angebot weiterführender Informationen (z.B. Eltern-Bibliothek, Infothek)

Methode

- aufsuchendes, niedrigschwelliges Gesprächsangebot

- die Beratung orientiert sich am jeweiligen speziellen Bedarf der Eltern unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen, der Vorgeschichte und der familiären Situation
- Setting:
 - im separaten Beratungsraum, um den Eltern ein Gespräch in geschützter und ruhiger Umgebung ohne Störungen zu ermöglichen
 - Gespräche beim Kind: Fokus auf die individuelle Kontaktaufnahme mit dem Kind
- Gesprächsführung: personenzentrierte Grundhaltung, ressourcenorientiert, bedarfsorientiert, informativ, lösungsorientiert
- ggf. Dolmetscher hinzuziehen

Material

- ✓ Checklisten, Assessmentinstrumente

4. Schulungs- und Anleitungsangebote

Definition

Strukturierte und kontinuierliche Schulungs- und Anleitungsangebote für Eltern/Familien zur Vermittlung von Wissen und praktischen Fähigkeiten/Fertigkeiten mit den Schwerpunkten der Pflege des frühgeborenen Kindes und der Gestaltung der Eltern-Kind-Interaktion.

4a. Elternschulung

Ziel

- Eltern Orientierung zu vermitteln insbesondere bezogen auf die Versorgung ihres Kindes
- elterliche Kompetenzen fördern (Versorgungs- und Interaktionskompetenzen)
- elterliche Selbstwirksamkeit stärken und Berührungängste verringern

Zielgruppe

- Eltern eines Frühgeborenen oder kranken Reifgeborenen

Inhalte

- ✗ Entwicklungsfördernde Pflege (Körperpflege, Lagerung, Beobachtung, stressreduzierende Maßnahmen) (Sparshott, 2009)
- ✗ Infant Handling, ggf. unter Einbezug Physiotherapie- Kinästhetik (Maietta/Hatch, 2011)
- ✗ Basale Stimulation, Babymassage (Bienstein/Fröhlich, 2012), Tragen
- ✗ Entwicklungssignale des Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen (Signale für Irritation/Abwendung und Offenheit/Zuwendung, selbstregulatorische Kompetenzen) (Derksen/Lohmann, 2013)
- ✗ Ernährung/Stillen, möglichst unter Einbezug der Still- und Laktationsberatung (Benkert, 2001; Biancuzzo, 2005; Both/ Frischknecht, 2007; Deutscher Hebammenverband, 2012)
- ✗ Ausscheidung

- ✗ Schlaf-Wach-Rhythmus, Förderung eines gesunden Schlafs (SIDS-Prophylaxe)
- ✗ Erste Hilfe, Reanimation, Notfallmaßnahmen bei Fieber, Diarrhoe, Erbrechen oder Atemnot
- ✗ Medikation, Hausapotheke
- ✗ Erstausrüstung für Zuhause
- ✗ Aspekte der Sicherheit wie Grundlagen der Hygiene in Klinik und im häuslichen Bereich
- ✗ Entspannung und Rückbildung für Mütter (z.B. Yoga)
- ✗ bei Bedarf und in Zusammenarbeit mit der Pflege: Monitoring, Umgang mit Magensonde o.Ä.

Methode

- Setting: regelmäßiges Gruppenangebot, Kursraum mit Präsentationstechnik und Modellpuppen
- Wissensvermittlung und praktische Übungen mit Modellpuppen (Beratende zeigen mit Hilfe der Modellpuppen das Vorgehen auf, während Eltern je nach Befinden des Kindes das Erlernte direkt mit ihrem Kind einüben können)
- Modularisierte Elternkurse, in welchen die Eltern und Kindern gemeinsam Erlerntes umsetzen

Material

- ✓ Info-Broschüren zu einzelnen Themen (Druck- oder Digitalformat)
- ✓ Checklisten, Assessmentinstrumente

4b. individualisierte praktische Anleitung

Ziel

- ➡ Förderung einer zunehmend eigenständigen Übernahme der Versorgung des Kindes

Zielgruppe

- Eltern eines Frühgeborenen oder kranken Reifgeborenen

Inhalte

- ✗ Anleitung der Eltern in der Pflege und Versorgung ihres Kindes
- ✗ Begleitung der Eltern bei der Versorgung des Kindes
- ✗ mögliche Versorgungssituationen: Mundpflege, Wickeln, Füttern/Stillen, Baden
- ✗ Entwicklungssignale des Kindes erkennen, interpretieren und darauf reagieren
- ✗ Belastungsgrenzen erkennen
- ✗ selbstregulatorische Fähigkeiten unterstützen
- ✗ Wachphasen des Kindes erkennen und zur Kommunikation nutzen

Methode

- Setting: aufsuchend, individuell, auf der neonatologischen Intensivstation bzw. Nachsorgestation
- Vorgehen orientiert am neonatologischen Versorgungskonzept und den interprofessionellen Abstimmungen
- Erläuterung einzelner Pflegehandlungen und ggf. Demonstration an Modellpuppen (vgl. Maietta/Hatch, 2011;

Sommerfeld et al., 2013)

- Wiederholung der Anleitung nach festgelegten Standards sowie individuellem Bedarf (vgl. Sommerfeld et al., 2013)
- situative Sensibilisierung für Bewusstseinszustände und Entwicklungssignale des Kindes (vgl. Derksen/Lohmann, 2013)
- Feedback – zunächst durch die Eltern selbst und dann durch die sie begleitenden Personen (bei entsprechender Schulung, ggf. unter Einsatz von Bildmaterial oder kurzen Videosequenzen) (vgl. Sommerfeld et al., 2013)
- Bezug zur Elternschulung herstellen in Inhalt und Vorgehen

Material

- ✓ Pflege- und Anleitungsstandards
- ✓ Checklisten, Assessmentinstrumente

5. Entlassungsmanagement

Definition

Systematisierte, in der konkreten Umsetzung individualisierte, interdisziplinäre Vorbereitung der Eltern auf die Entlassung ihres Kindes. Dabei geht es -auch im Sinne des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege- darum, eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung abzusichern. Durch Beratung, Schulung, Koordination und die Implementierung von häuslicher Unterstützung, sollen Versorgungsbrüche beim Übergang in die Häuslichkeit vermieden werden. Eine abschließende Evaluation ermöglicht eine Einschätzung und Weiterentwicklung der Angebote. Das pflegerische Entlassungsmanagement beginnt innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme auf Station (vgl. DNQP, 2009), um einen möglichen Unterstützungsbedarf umgehend zu erfassen. Anteile der Elternberatung werden auch in dieser Phase abgestimmt.

Ziel

- ||||| ▶ Übergang in die häusliche Situation gestalten
- ||||| ▶ Elterliche Kompetenz stärken
- ||||| ▶ frühzeitig Unterstützungsbedarf ermitteln und entsprechende Maßnahmen implementieren
- ||||| ▶ Vermeidung von Belastungen für die Frühgeborenen und ihre Familien und Vermeidung negativer Folgen für den Therapieerfolg (vgl. BMG, 2012)
- ||||| ▶ Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung (vgl. DNQP, 2009)
- ||||| ▶ Vermeidung von Versorgungsbrüchen
- ||||| ▶ Vermeidung von Wiederaufnahmen

Zielgruppe

- Eltern von Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen
- sowie Familien, deren Unterstützungsbedarf durch die Sozialvisite ermittelt wurde

Inhalte

- ✗ strukturierte Entlassungsgespräche (ein- bis mehrmalig, beginnend ca. 2-3 Wochen vor der Entlassung)
- ✗ passgenaue Ermittlung und Implementierung des Unterstützungsbedarfs (z.B. Sozialmedizinische Nachsorge, Familienhebamme, Haushaltshilfe, Frühförderung, ggf. Integration Pflegedienst, Ehrenamt)
- ✗ individuelle Pflegeanleitung, Handling, Babymassage
- ✗ Angebot Säuglingspflegekurs für Eltern von frühgeborenen Kindern
- ✗ individuelle Entlassungsplanung
- ✗ Checkliste für das Entlassungsgespräch:
 - Anpassungsschwierigkeiten des Kindes nach der Entlassung
 - Informationen für die erste Zeit zuhause
 - Hebamme, ggf. Hebammenliste
 - Kinderarzt, ggf. Liste
 - SIDS (Sudden Infant Death Synrom, dt. Plötzlicher Kindstod) - und Schüttelprophylaxe
 - Schlafplatz und –verhalten
 - Ernährung
 - Wärmeregulierung
 - Einladung zur Ehemaligengruppe
 - Hinweis auf bestehende Selbsthilfe-Angebote (z.B. Gesprächskreis, Treffen, Frühchenfest)
- ✗ Hinweis auf Nachsorgetelefonate, erste Terminabsprachen, ggf. auch persönliche Kontakte (ambulant oder Hausbesuche)
- ✗ Angebot eines Säuglingspflegekurses für die Eltern und ggf. weitere Angehörige, die aktiv die Versorgung mit übernehmen
- ✗ Angebot spezieller Schulungen (z.B. Schulungen für Hilfsmittel oder Erste Hilfe Maßnahmen /Reanimations-training)
- ✗ Entlassungsüberprüfung unter der Fragestellung, ob alle geplanten Interventionen erfolgt und alle Fragen der Familie geklärt sind

Methode

- standardisierte und strukturierte Entlassungsvorbereitung unter Einsatz hausspezifischer Dokumente und Checklisten (s.a. Kapitel: „Qualitätssichernde Standards“, „Dokumentation“), Assessment- und Evaluationsinstrumenten (vgl. BMC, 2012) unter Berücksichtigung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege (vgl. DNQP, 2009) und klinikinterner schriftlicher Verfahrensregelungen für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement
- Gesprächsführung: bedarfsorientiert, informativ, personenzentriert, ressourcenorientiert, lösungsorientiert

Material

- ✓ Visitenkarten, Flyer (als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der Elternberatung)
- ✓ Info-Broschüren zu einzelnen Themen (Druck- oder Digitalformat), Telefonlisten
- ✓ Checklisten, Assessmentinstrumente

6. Nachsorge

Es ist unverzichtbar, dass die Eltern, die mit ihrem Kind ein Perinatalzentrum verlassen, Nachsorge angeboten bekommen. Nachsorge definiert sich in drei unterschiedlichen Angeboten, die jedes Zentrum als Standard wählen kann:

- einen als Mindeststandard für alle Zentren anzustrebenden Standard (6.a)
- einen Standard auf Grundlage von nachstationärer Behandlung gemäß § 115a SGB V (6.b)
- einen Standard, der künftig für alle Zentren anzustreben ist, wofür jedoch entsprechende strukturelle Bedingungen vorliegen müssen (6.c).

In den genannten Nachsorgeangeboten sind beratungsbezogene Schwerpunkte und Nachsorge als Gesamtkonzept nicht voneinander abgrenzbar, weshalb die Nachsorge vorgestellt wird.

6.a Mindeststandard Nachsorge

Definition

Telefonische Beratung und Begleitung der Eltern bzw. Familien im Anschluss an den stationären Aufenthalt (vgl. Sozialgesetzbuch, insbesondere SGB V § 43 Abs. 2 und SGB V §132c).

Ziel

- ▶▶▶▶ Elterliche Kompetenzen und Sensitivität zum Kind stärken
- ▶▶▶▶ Integration des frühgeborenen/ kranken Kindes in das häusliche Umfeld fördern
- ▶▶▶▶ emotionale Einbrüche sowie Versorgungseinbrüche nach z.B. monatelangem Klinikaufenthalt vermeiden
- ▶▶▶▶ Behandlungserfolge sicherstellen und Wiederaufnahmen vermeiden
- ▶▶▶▶ koordiniertes Helfernetzwerk evaluieren
- ▶▶▶▶ familiäre und begleitende Ressourcen optimieren
- ▶▶▶▶ elterliches Sicherheitsgefühl stärken, u.a. auch durch die Anbindung an die Klinik

Zielgruppe

- Familien von Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen
- Familien mit besonderen Bedarfen bei Migrationshintergrund oder psychischen Erkrankungen, mit besonderen Belastungen

Inhalte

- ✗ Situation des Frühgeborenen oder erkrankten Reifgeborenen erfassen
- ✗ Körperliches und seelisches Wohlbefinden der gesamten Familie beachten
- ✗ Überprüfung der Umsetzung der Entlassungsplanung (vgl. DNQP, 2009)
- ✗ Verordnete Maßnahmen mit Vernetzungspartnern besprechen
- ✗ Verordnete Therapien und deren Einhaltung besprechen
- ✗ Alltagssituationen der Familie besprechen und ggf. optimieren
- ✗ Möglichkeit langfristiger Betreuung der Familie durch die Klinik darstellen

- ✗ Zusammenarbeit bezogen auf entwicklungsneurologische Nachsorge
- ✗ Hinweise auf Angebote der Elternberatung (Frühchencafé, Stillgruppe, Elternpatenschaften, etc.)
- ✗ Hinweis auf Selbsthilfeangebote (Treffen, Austausch, Frühchenfest u.ä.)

Methode

- Nachsorgetelefonate (vgl. DNQP, 2009, von der Hude, 2013)
 - 1-2 Tage nach Entlassung
 - 2 Wochen nach Entlassung
 - 4 Wochen nach Entlassung

Material

- ✓ Qualitätsmanagement-gesteuerte Dokumentationsvorlagen (Checkliste) entsprechend den Bedingungen und Abstimmungen der Anbieter
- ✓ Telefon und andere Kommunikationsmedien wie Computer (Mailkontakt)

6.b Nachsorge im Rahmen von nachstationärer Behandlung

Definition

Gemäß § 115a SGB V kann das Krankenhaus Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (sog. nachstationäre Behandlung). Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

Ziel

- Sicherstellung des Therapieerfolges
- Übergang in die häusliche Situation überprüfen,
- elterliche Kompetenz überprüfen, stärken und sichern
- weiteren Unterstützungsbedarf ermitteln und ggf. entsprechende Maßnahmen einleiten

Zielgruppe

- Familien von Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen
- Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf

Inhalte

- ✗ Klärung Allgemeinzustand
- ✗ Ernährung, Gewichtskontrolle, Fütterprobleme
- ✗ Narbenheilung/Narbenpflege
- ✗ Medikamentengabe

- ✗ Schlaf-Wach-Rhythmus
- ✗ häusliche Hilfe
- ✗ Motivation

Methode

- Gespräch: persönliches Gespräch
- Beobachtung: körperliches und seelisches Wohlbefinden von Kind und Eltern und Interaktionen
- Untersuchung: Gewicht des Kindes, klinischer Status durch Arzt

Material

- ✓ Textvorlage für nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 2 SGB V
- ✓ Checkliste
- ✓ Gesprächsprotokoll

6.c angestrebter Standard Sozialmedizinische Nachsorge

Definition

Sozialmedizinische Nachsorge ist „eine am Bedarf und den Bedürfnisse der Familie orientierte Begleitung, Unterstützung und Vernetzung, die hilft, mit der Erkrankung des Kindes und den veränderten Lebensbedingungen der Familie zurecht zu kommen.“ (Podeswik/Bauer, 2011 149). Sozialmedizinische Nachsorge beinhaltet ein praxisfähiges Nachsorgekonzept, das die notwendige Verbindung zwischen stationärer, rehabilitativer, häuslicher und ambulanter Versorgung darstellt. Diese familienorientierte Nachsorge erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, dessen Tätigkeitsfelder sich an den Case Management Inhalten orientieren (vgl. Baur/Podeswik 2011, 146; Hüning et al., 2012; Vogler, 2013). Sozialmedizinische Nachsorge im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt ist eine Krankenkassenleistung nach §43 Abs. 2 SGB V und erfolgt über einen Zeitraum von 6-12 Wochen.

Ziel

siehe Ziele der Nachsorge 6.a.

Zusätzlich:

- ▶▶▶ Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- ▶▶▶ bei der Bewältigung der Krankheitssituation unterstützen
- ▶▶▶ die Funktionsfähigkeit des Familiensystems beachten und fördern
- ▶▶▶ gelingende Kommunikation aller Vernetzungspartner sichern bzw. fördern
- ▶▶▶ Nachhaltigkeit der angestrebten Ziele sichern
- ▶▶▶ Hilfe zur Selbsthilfe leisten

Zielgruppe

- Familien von Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen (zu *Indikationen* vgl. Berger, 2011, 172)
- Familien mit chronisch- oder schwerstkranken Kindern
- Minderjährige bzw. sehr junge Mütter
- Mehrlingseltern
- Familien mit besonderen Bedarfen bei Migrationshintergrund oder psychischen Erkrankungen, mit besonderen Belastungen

Inhalte prozessorientiert

- ✗ Intake ⇨ Bedarf der Notwendigkeit feststellen
- ✗ Assessment ⇨ Ausgangssituation der Familie erfassen, einschätzen, beurteilen, Ressourcenprofil erstellen
- ✗ Planung ⇨ Nachsorgeplan mit der Familie erstellen, Nachsorgeziele benennen
- ✗ Durchführung ⇨ Nachsorgeziele umsetzen
- ✗ Monitoring ⇨ gesetzte Ziele im Nachsorgeplan in Absprache mit der Familie überwachen und bewerten
- ✗ Evaluation ⇨ abschließende Bewertung und Reflektion der Nachsorge mit der Familie und den Vernetzungspartnern erstellen
- ✗ Abschlussbericht schreiben

Methode

- der gesamte Prozess wird personenzentriert, ressourcenorientiert und lösungsorientiert verfolgt
- Kontaktaufnahme zu den Eltern durch Klinik bzw. durch Case Managerin oder für die Nachsorge verantwortliche Pflegende
- empathische Gesprächsangebote zum Vertrauensaufbau
- motivierende Haltung
- am Bedarf orientierte Hausbesuche und Telefonate
- das Krankheitsverständnis innerhalb der Familie bezogen auf die individuelle Entwicklung des Kindes fördern
- bei Alltags- und Versorgungsaufgaben unterstützen
- Kontinuität durch langfristig verantwortliche Pflegende leisten
- Anbieter der häuslichen Kinderkrankenpflege integrieren
- Kontaktpflege zu den Vernetzungspartnern, um Kommunikation abzusichern
- Rückblick auf die Ziele ⇨ ggf. Re-Assessment nötig

Material

- ✓ Verordnung Sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen
- ✓ Qualitätsmanagement-gesteuerte Dokumentationsvorlagen (Checkliste) entsprechend den Bedingungen und Abstimmungen der Anbieter
- ✓ Fahrzeuge für Mobilität
- ✓ Telefon und andere Kommunikationsmedien wie Computer (Mailkontakt)

7. Trauerbegleitung



Definition

Begleitung der Familie nach dem Tod eines in der Neonatologie betreuten Kindes (von der Hude, 2013; Garten/von der Hude, 2014).

Hinweis: Trauerwege sind so unterschiedlich wie die Menschen selbst. Hierbei ist es wichtig, die Trauer als einen offenen, natürlichen und lebenslangen Prozess mit vielen Höhen und Tiefen anzuerkennen. Für die Eltern ist es wichtig, zu wissen, welche Trauerreaktionen auftreten können (z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Schuldgefühle usw.). Früh verwaiste Familien benötigen noch in der Klinik das Angebot einer Trauerbegleitung. Es muss ein begleiteter Übergang mit bedarfsorientierten Angeboten in die häusliche Situation angeboten und auf Wunsch sichergestellt werden.

Ziel

- ▶ die Eltern dabei unterstützen, den Verlust des Kindes als Realität anerkennen zu können
- ▶ Begleitung der individuellen elterlichen/familiären Trauerreaktionen
- ▶ Förderung des Beziehungsaufbaus zum sterbenden bzw. verstorbenen Kind, um einen Bindungsprozess zu unterstützen, angepasst an den Bedarf und die Möglichkeiten der Familie
- ▶ Gestaltung der Verabschiedung nach individuellen familiären Bedürfnissen

Zielgruppe

- Eltern von verstorbenen frühgeborenen und reifgeborenen Kindern
- ggf. auch Eltern, die ein Kind mit „lebensbegrenzender Erkrankung erwarten“ (Rathgeb-Maisch, 2013)

Inhalte

- ✗ Angebot und Begleitung mehrmaliger Verabschiedungen
- ✗ Angebot das Kind zu waschen oder zu baden, um den Abschieds- und Bewältigungsprozess der Eltern zu unterstützen.
- ✗ Angebot, Erinnerungen zu schaffen (z.B. Fotos, Hand- und Fußabdruck, Bettkarte). Diese können ggf. zunächst auf der Neonatologie verbleiben, bis die Eltern den Wunsch haben, sie zu sehen.
- ✗ Beistand ermöglichen im Sinne der Eltern (z.B. Seelsorge, Gemeindepfarrer, Imam)
- ✗ Beratungs-, Entlastungs- und Orientierungsgespräche mit Geben von Raum und Zeit zum Verbalisieren des Erlebten und der empfundenen Gefühle
- ✗ ggf. Angebot einer Segnung des verstorbenen Kindes

- ✗ Begleitende „Trauerinformationsgespräche“ zur Beratung, Entlastung und Orientierung mit folgenden Schwerpunkten:
 - sozialrechtliche Fragen (z.B. Standesamt, Mutterschutz, Kindergeld, Bestattungskosten),
 - Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause
 - Hebammenvermittlung (wichtiger Punkt, den die Mütter meist nicht eigenständig organisieren können)
 - Bestattung,
 - Abstillen
 - Beratung zum Umgang mit Reaktionen aus dem sozialen Umfeld, evtl. auch Vorbereitungen darauf, Unterstützung beim Umgang mit individuellen Reaktionen aus dem Umfeld, Info an Kita oder Schule
- ✗ Unterstützung bei der Akzeptanz individueller Trauer
- ✗ Individueller Umgang mit der Trauer innerhalb der Partnerschaft
- ✗ Geschwistertrauer thematisieren
- ✗ Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause
- ✗ Nachsorgeangebote (Nachsorgetelefonate, Ansprechbarkeit über den Klinikaufenthalt hinaus, Gedenkfeier)

Methoden

- Setting: aufsuchend, individuell, primär auf der neonatologischen Intensivstation
- Erhebung von Informationen über die familiäre Situation vor Kontaktaufnahme mit den Eltern (Gespräche mit den Mitarbeitern, Patientenakte)
- Rahmenbedingungen schaffen (z.B. Raumorganisation, Terminvereinbarungen)
- Information an alle beteiligten Akteure; Vernetzung (z.B. Geburtshilfe, Sozialdienst, Seelsorge, Psychologie, ambulante Institutionen). Der Austausch mit allen am Prozess beteiligten Personen ermöglicht es, gemeinsam einen Weg zu gehen, der sich an den Bedürfnissen der Eltern orientiert
- individuelle Gesprächsangebote an die Eltern
- bei Bedarf Menschen aus dem familiären und sozialen Umfeld mit einbeziehen, insbesondere Geschwisterkinder
- ggf. Dolmetscher hinzuziehen (keine Familienangehörigen (und insbesondere keine Kinder)
- personenzentrierte Grundhaltung (siehe Kapitel „Personelle Voraussetzungen und Qualifikationen“, S. 8)
- Aushändigen von Infomaterial für die aktuelle Situation und auch für später (z.B. Broschüren und Infomaterial von der „Initiative Regenbogen“, „Verwaiste Eltern in Deutschland“)

Material

- ✓ Visitenkarten, Flyer (als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit der Elternberatung)
- ✓ weiterführende Literatur bei Bedarf

Literaturempfehlungen und Literaturliste (kombiniert)

- Allemann, A. (2010): *Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren*. Hg. v. Dirk Wiedenhöfer. Bern: Huber.
- Berger, R. (2011): *Starthilfe für Frühgeborene und ihre Eltern im Übergang von der Klinik nach Hause und in den ersten Monaten. Erfahrungsbericht aus der Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern. Frühförderung interdisziplinär, 30(3), 172–177.*
- Biancuzzo, M. (2005): *Stillberatung. Mutter und Kind professionell unterstützen*. München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Bienstein, C./Fröhlich, A. (2012): *Basale Stimulation in der Pflege - Die Grundlagen*. Bern: Huber.
- Benkert, B. (2001): *Das besondere Stillbuch für frühgeborene und kranke Babys*. Ravensburg: Ravensburger.
- Both, D./Frischknecht, K. (2007): *Stillen kompakt. Atlas zur Diagnostik und Therapie in der Stillberatung*, München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2012): Gesundheitspolitische Informationen Nr. 16: Entlassung aus dem Krankenhaus. Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) (2012): Positionspapier Entlassungsmanagement im Krankenhaus.
- Christ-Steckhan, C. (2005): *Elternberatung in der Neonatologie*. München: Reinhardt.
- Derksen, B., Lohmann, S. (2013): *Baby-lesen - Die Signale des Säuglings lesen und verstehen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Deutscher Hebammenverband e.V. (Hg.) (2012): *Praxisbuch: Besondere Stillsituationen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2009): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. 1. Aktualisierung. Fachhochschule Osnabrück: Eigenverlag.
- Feldman, R./Rosenthal, Z./Eidelman, A. I. (2013): *Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life*. In: *Biol Psychiatry*.
- Fusch, C. und Haiden, N./Pollak, K. (2010): *Ernährung*. In: Jorch, G./Hübler, A. (Hg.) (2010): *Neonatologie. Die Medizin des Früh- und Reifgeborenen*. Stuttgart: Thieme, 148-162.
- Garten L./von der Hude K. (2014): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie*. Springer: Heidelberg.
- Hüning, B./Reimann, M./Beerenberg, U./Stein, A./Schmidt, A./Felderhoff-Müser, U. (2012). *Establishment of a Family-centred Care Programme with Follow-up Home Visits: Implications for Clinical Care and Economic Characteristics. Erfahrungen im Aufbau eines Elternberatungskonzeptes mit ambulanter Nachsorge: Auswirkungen auf klinische-ökonom. Kenndaten und Akzeptanz der Eltern. Klinische Pädiatrie, 224(07), 431–436.*
- Jorch, G./Hübler, A. (Hg.) (2010): *Neonatologie. Die Medizin des Früh- und Reifgeborenen*. Stuttgart: Thieme.
- Jorch, G. (2013): *Frühgeburt – Rat und Hilfe für die ersten Lebensmonate*. Freiburg: Urania.
- Kymre, I. G./Bondas, T. (2013): *Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study*. In: *Int J Qual Stud Health Well-being* 8, S. 1–9.
- Lang, C. (2009): *Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe*, München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Maier, R. F./Obladen, M. (2011): *Neugeborenenintensivmedizin. Evidenz und Erfahrung*. 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Maietta, L./Hatch, Frank (2011): *Kinaesthetics Infant Handling*. 2., durchges. Aufl. Bern: Huber.
- Matthes, S. (2013): *Gemeinsam nach Hause*. In: *JuKiP 2 (05)*, S. 215–217.
- Neuffer, M. (2007): *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. 3., überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa.
- Park, H.-K./Choi, B. S./Lee, S. J./Son, I.-A./Seol, I.-J./Lee, H. J. (2013). *Practical application of kangaroo mother care in preterm infants: clinical characteristics and safety of kangaroo mother care*. *Journal of perinatal medicine*, 1–7.
- Podeswik, A. (2013): *Vom Krankenhaus ins Kinderzimmer*. In: *JuKiP 2 (03)*, S. 110–112.
- Podeswik A./Baur W. (2011). In: *Löcherbach, P./Wendt, W. R. (Hg.) (2011): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis*. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg, Neckar: medhochzwei, S. 141-158.
- Podeswik, A. et al. (2007): *Praxishandbuch pädiatrische Nachsorge*. Augsburg: beta Institut Augsburg : beta Institutsverlag.
- Porz, F. (2003) *Case Management in der Nachsorge bei Frühgeborenen und Risikoneugeborenen nach dem Augsburger Modell*. In: Porz, F./Erhardt, H. (Hrsg.), *Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin*, S. 31-34.
- Porz, F. (2008): *Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie) Im Netz verfügbar unter: http://www.beta-institut.de/fue_erg_prima_studie.php (zuletzt eingesehen am 10.11.2013)*
- Rathgeb-Maisch, R. (2013): *Wir wollen Trittsteine legen . . .* In: *JuKiP 2 (04)*, S. 174–177.
- Reichert, J./Rüdiger, M. (Hrsg.) (2013). *Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2000): *Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Sontheimer, D./Sontheimer, K. (2013). *Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie*. *Neonatologie Scan*, 02(02), 145–161.
- von der Hude, K. (2013). *Psychosoziale Elternberatung in der Neonatologie. Einblicke in Entwicklungen und Angebot der Charité Berlin*. *PADUA*, 8(5), 285–289.
- Weber, W. (2012): *Wege zum helfenden Gespräch – Gesprächspsychotherapie in der Praxis*, München: Reinhardt.
- Weber-Halter, E. (2011): *Praxishandbuch Case Management. Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage*. Bern: Huber.
- Wingenfeld, K. (2011): *Pfegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Widulle, W. (2012): *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen*. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sommerfeld, M./Fischer, F./Freyman, A. (2013): *Elternschulung für Eltern frühgeborener Kinder im FamilienNetz*. In: Reichert, J./Rüdiger, M. (Hrsg.), *Psychologie in der Neonatologie*. Hogrefe, Göttingen.
- Sparshott, M. (2009): *Früh- und Neugeborene pflegen – stress- und schmerzreduzierende, entwicklungsfördernde Pflege*. Huber: Bern.
- Thiel-Bonney, C. (2002): *Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Psychotherapeut*, 47, 381-384.
- Vogler, K. (2013). *Hilfe zur Selbsthilfe. JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege(2)*, 68–70.

Qualitätssichernde Standards

Assessments und ihre Anwendung

Unter dem Begriff des Assessments versteht man das zielbezogene Einschätzen als Grundlage der Entwicklung oder Umsetzung passender Maßnahmen (Reuschenbach/Mahler, 2011) – im bestehenden Zusammenhang von beratungsbezogenen oder beratungsrelevanten Themen in den medizinischen, pflegerischen, funktionalen, psychosozialen und ggf. spirituellen Bereichen. Somit dient es der genauen Bestimmung der Bedürfnisse der jeweiligen Familie. In Abstimmung mit den Eltern kann von den Elternberatenden ein Bedarfsplan mit einer definierten Zielsetzung erstellt werden. Hierfür wäre der Einsatz spezifischer Instrumente sehr wünschenswert. Allerdings existieren derzeit lediglich allgemeine Assessmentinstrumente, die die Bedarfe der Eltern in einem Perinatalzentrum nicht ausreichend abbilden (vgl. z.B. Pflegeüberleitungsbogen, Assessmentbogen vom „Bunten Kreis“; Risikoeinschätzung „Frühe Hilfen“, Kindler, 2007).

Im Laufe des Beratungsprozesses verändern sich die elterlichen Bedürfnisse. Die Bedarfsplanung sollte demgemäß flexibel sein, um sich auf veränderte Bedingungen einstellen zu können. Es erklärt sich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Erhebung und Einschätzung des Unterstützungsbedarfs, um adäquate Interventionen zu gestalten, die den Familien helfen, die Zeit im Krankenhaus zu bewältigen und die Überleitung nach Hause so zu gestalten, dass sie sich sicher fühlen. In diesem Zusammenhang kommt dem regelmäßigen interdisziplinären Austausch besondere Bedeutung zu. Er ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die familiäre Situation. Dieses Gesprächsforum, welches beispielsweise in Form von Fallbesprechungen oder interdisziplinären Teamsitzungen gestaltet werden kann, sollte regelmäßig – möglichst wöchentlich – stattfinden und für jeden Patienten sowie dessen Familie gelten. Hierbei geht es um die Festlegung von Zielen und die Ableitung notwendiger Maßnahmen und Aufgaben (Wer erledigt was bis wann?).

Beratungsbezogene Dokumentation

Eine umfassende Dokumentation der Beratungsinhalte mit daraus folgenden Interventionen ist besonders zur Qualitätsdarstellung und -sicherung unerlässlich. Sie sorgt für Transparenz bei allen am Versorgungs- und Beratungsprozess Beteiligten. Auch erleichtert es den Informationsaustausch bei einer notwendigen Verlegung eines Kindes in ein anderes Perinatalzentrum. Nach erfolgter Schweigepflichtsentbindung können notwendige Übergaben der Familie betreffend bereits im Vorfeld an das weiter versorgende Haus erfolgen, sodass dies sowohl für die Familie als auch für die am Prozess beteiligten Klinikmitarbeiter eine Entlastung bedeutet und die Startphase in der weiter versorgenden Klinik deutlich erleichtert.

Das Beratungsteam führt eine fortlaufende Dokumentation über die erbrachten Betreuungsleistungen, insbesondere über Art und Umfang und erstellt eine Beurteilung darüber, ob die Beratungsmaßnahmen zielführend waren. Die Dokumentation soll zeitnah durchgeführt werden und umfasst alle benannten Phasen des Beratungsprozesses. Eine Beurteilung der Eltern, ob die Beratungsleistungen zielführend waren, lässt sich durch den Einsatz von Elternfragebögen erfassen. Eventuelle Mängel und Fehlerquellen können so identifiziert und die Beratungsleistung entsprechend angepasst werden.

Die Dokumentation besteht aus zwei Teilen:

1. Zum einen aus einer allgemeinen Dokumentation, die für alle beteiligten Berufsgruppen einsehbar ist. Hierfür bietet sich beispielsweise die Verwendung von Checklisten an. Diese gelten im medizinischen Bereich als ein wichtiges Werkzeug zur Erreichung einer erfolgreichen Behandlung sowie zur Erzielung eines erfolgreichen Schnitt-

stellenmanagements (vgl. ÄZQ, 2012). Checklisten für die Elternberatung Neonatologie wurden im Rahmen der Expertengruppe erarbeitet und stehen auf der Internetseite des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V. unter dem Link <http://fruehgeborene.de/dokumentationsvorlagen-elternberatung> zum Download bereit. Diese Dokumentation enthält keine konkreten Inhalte aus den Gesprächen mit den Familien, um den geschützten Rahmen der Elternberatung zu wahren. Erscheint es notwendig, relevante Inhalte an das gesamte Behandlungsteam oder einige Teammitglieder weiterzugeben, erfolgt dies nur in Absprache und mit Einverständnis der Eltern. Bei vorliegender oder Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gilt nach § 17 Abs. 1 Nr. 5 EGGVG die Schweigepflicht nicht.

2. Des Weiteren wird eine interne inhaltliche Dokumentation benötigt. Die Eltern werden darüber informiert, dass die darin aufgenommenen Gesprächsinhalte vertraulich behandelt werden und ausschließlich von den Elternberatenden eingesehen werden können. Hierfür bieten sich Gesprächsprotokolle an, die die wesentlichen Themen beinhalten. Mit dem Ende der Beratung sollen alle vertraulichen Dokumentationen vernichtet werden. Ein geeigneter Zeitpunkt hierfür ist häufig nach zwei Jahren, sofern die Frühgeborenen-Nachsorge in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) stattfindet. Werden die Nachuntersuchungen nicht innerhalb der Klinik, sondern durch externe Anbieter durchgeführt, sollten individuelle Entscheidungen über den geeigneten Zeitpunkt der Unterlagenvernichtung getroffen werden (z.B. zwei Monate nach Entlassung).

Im Rahmen des Entlassungsmanagements (s.a. Kapitel 5) erfolgt eine abschließende Zusammenfassung und Beurteilung aller durchgeführten Beratungs- und Betreuungsleistungen, deren Zielführung sowie eine Analyse noch offener Themen. Für diese Evaluation werden persönliche Gespräche mit der Familie genauso herangezogen wie die Auswertung der Dokumentationsbögen und Assessments. Lassen sich nicht alle das Aufgabenfeld der Elternberatung betreffenden Sorgen oder Probleme der Familie bis zur Entlassung des Kindes zufriedenstellend lösen, ist es die Aufgabe der Elternberatenden, eine Anbindung im ambulanten Sektor zu organisieren und relevante Informationen in Absprache mit der Familie weiterzuleiten. Die abschließende Evaluation dient der Qualitätsüberprüfung und ebenso der Selbstreflexion und damit der Weiterentwicklung der Elternberatenden.

Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2012): *Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren.*

G-BA-Pressemitteilung 24/2013: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1754/> zuletzt eingesehen am 20.11.2013)

Kindler, H. (2007). *Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“.* München.

Reuschenbach, B./Mahler, C. (2011): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis.* Bern: Huber.

Fort- und Weiterbildung

Es ist davon auszugehen, dass durch unterschiedliche Berufsbilder der künftig Elternberatenden bereits vorhandene Beratungskompetenzen sehr variieren. Es ist daher empfehlenswert, sich in Vorbereitung auf die Tätigkeit von Elternberatung über Fortbildungsmöglichkeiten der noch nicht vorhandenen Expertisen zu informieren. Dazu finden Sie nachstehend Informationen zu berufsbegleitenden Fortbildungsangeboten, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben:

Ausbildungszentrum Laktation und Stillen

Homepage: www.neonatalbegleitung.de

Basale Stimulation® - Internationaler Förderverein e.V.

Homepage: www.basale-stimulation.de

Deutsche Gesellschaft für Kinästhetik und Kommunikation e.V.

Homepage: www.kinaesthetik.de

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie

Homepage: www.dgsf.org

Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG)

Homepage: www.gwg-ev.org

Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung

Homepage: www.gstb.org

Institut für Integrative Gestalttherapie Deutschland

Homepage: www.igw-gestalttherapie.de/ausbildung-fortbildung.html

Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg (ISPA)

Homepage: www.ispa-bunterkreis.de/fort-und-weiterbildungen/case-management/

Praxis-Institut für systemische Beratung

Homepage: www.praxis-institut.de/sued/weiterbildungen/traumatisierung/informationen/

Beispielhafte Konzepte

Bewährte und sorgfältig entwickelte Elternberatungskonzepte in Deutschland sind z.B. unter folgenden Links zu finden:

Elternberatungskonzept Charité Berlin

Homepage: www.elternberatung-neonatologie.de/185.html

(zuletzt eingesehen am 21.12.2013)

FamilieNetz Dresden

Homepage: www.uniklinikum-dresden.de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/kik/patienteninfo/familienetz/leistungen

(zuletzt eingesehen am 21.12.2013)

Elternberatung „Frühstart“ des Universitätsklinikums Essen

Homepage: www.uk-essen.de/bunter-kreis/fruehstart/elternberatungfruehstart00

(zuletzt eingesehen am 21.12.2013)

Hinweis: die hier aufgeführten Konzepte sind durch langjährige und intensive Aufbauarbeit entstanden und werden aufgrund dessen als beispielhaft genannt. Die Auflistung hat jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, noch stellt die Reihenfolge eine Bewertung in irgendeiner Form dar.

Abkürzungsverzeichnis

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AG	Arbeitsgruppe
BMC	Bundesverband Managed Care e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Geburtsgewicht
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Neugeborene
SIDS	Sudden infant death syndrom (Plötzlicher Kindstod)
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SVR	Sachverständigenrat
SSW	Schwangerschaftswoche
VLBW	very low birth weight
ZQ	Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Konsensusverfahren für den Leitfaden Elternberatung Neonatologie

Die AG Elternberatung Neonatologie hat über folgende Konsensusstufen den Leitfaden zur Elternberatung verabschiedet:

1

Erstentwurf. Entwicklung des Leitfadens in themenbezogenen und interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppen von Elternberatenden. Die Koordination und Moderation der Arbeitstreffen erfolgten durch den Bundesverband sowie die wissenschaftliche Begleitung; eine exemplarische Ist-Analyse und die zeitliche Planung der Entwicklung des Leitfadens durch das ZQ. Schwerpunkte der Erarbeitung innerhalb der Arbeitsgruppen waren insbesondere Rahmenbedingungen sowie Inhalte der Elternberatung, da hier eine persönliche Abstimmung als erforderlich erachtet wurde, um die interne Evidenz der Expertengruppe im Sinne von Erfahrung und Reflexion bestmöglich zu nutzen.

2

Modifizierungsprozess. Ergänzung, Bestätigung und ggf. Anpassung der Inhalte aufgrund von Diskussion und ergänzenden Literaturrecherchen, um sowohl die interne als auch die externe Evidenz abzusichern. Die Koordination der Überarbeitung sowie ergänzende Recherchen zur Erfassung der externen Evidenz erfolgten durch Katrin S. Rohde in ihrer Rolle als wissenschaftliche Begleitung. Die methodische Begleitung und Evaluation erfolgte durch das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen.

3

Überarbeitung und Freigabe intern. In mehreren Durchläufen wurden die Texte inhaltlich und strukturell überarbeitet und durch die Mitglieder der AG Elternberatung sowie Experten aus dem wiss. Beirat des BVDfK freigegeben (interne Evidenz Erweiterung).

4

Konsentierung extern. Nach der beschriebenen Konsentierung wurde der Leitfaden Experten aus unterschiedlichen Feldern zur Einsicht und für Rückmeldungen und Ergänzungen zur Verfügung gestellt. Die eingehenden Hinweise und Kommentare der Vertreter beteiligter Berufsgruppen, Verbände, Fachgesellschaften und Eltern wurden in den Leitfaden eingepflegt.

5

Abschließende Konsentierung. Die überarbeitete Version wurde der AG Elternberatung zur abschließenden Konsentierung zur Verfügung gestellt.

6

Veröffentlichung. Die Erstveröffentlichung des Leitfadens erfolgte unter der Herausgeberschaft des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V..

7

Anwendung. In einem Praxistest soll sich die Tragfähigkeit des Leitfadens erweisen. Eine Überarbeitung ist bei Bedarf in 5 Jahren geplant, da davon auszugehen ist, dass die Elternberatung Neonatologie sich in den kommenden Jahren stark weiterentwickeln wird.

