



Frühgeborenenennachsorge in Rheinland-Pfalz

-

Wunsch oder bald
Wirklichkeit?

Allgemeine Vorbemerkungen

- Frühgeburtlichkeit und daraus resultierende Probleme betreffen Kinder und Eltern gleichermaßen.
- Derzeit kommen ca. 10 % aller Neugeborenen als Frühgeborene vor der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt.
- In Rheinland-Pfalz betrifft dies jährlich ca. 3000 Neugeborene. Dabei nimmt die Zahl sehr kleiner Frühgeborener (Geburtsgewicht < 1500g) seit den 80er Jahren kontinuierlich zu.
- Diese haben ein wesentlich erhöhtes Risiko für spätere Entwicklungsbeeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Behinderungen sowie mangelndes körperliches Gedeihen.
- Auch bei wenig problematischem nachgeburtlichen Verlauf können sich häufig in der weiteren Entwicklung Auffälligkeiten zeigen.

Aktuelle Situation

- Der gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) hat im September 2005 eine „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ entworfen, die hauptsächlich die Versorgung von Risikokindern verbessern soll (SGB V).
- Es handelt sich um ein Stufenkonzept der neonatologischen Versorgung und regelt die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der versorgenden Einrichtungen mit dem Ziel eine optimierte, flächendeckende Versorgung von Früh- und Neugeborenen zu gewährleisten.
- Die Geburtskliniken werden 4 Levels zugeordnet, wobei zur Erfüllung der Kriterien von Level 1 und 2 auch eine verpflichtende Nachsorge enthalten ist.

Aktuelle Situation

- Diese besteht im Wesentlichen aus einer entwicklungsneurologischen Nachuntersuchung im Alter von 2 Jahren, welche jedoch allenfalls einen Wert für die neonatologische Qualitätssicherung, nicht jedoch für die Begleitung und Beratung der betroffenen Patienten und Familien hat.
- Die Vereinbarung sollte zunächst 2006 in Kraft treten und ist letztendlich seit Januar 2008 verpflichtend, wobei die Kliniken die Möglichkeit haben, an den Voraussetzungen zur Erfüllung der Kriterien nachzuarbeiten.
- Die entwicklungsneurologische Nachuntersuchung im Alter von zwei Jahren wird zurzeit in RLP noch nicht flächendeckend angeboten.

Definition der Versorgungslevel

- 1.) Perinatalzentrum Level 1
- 2.) Perinatalzentrum Level 2
- 3.) Perinataler Schwerpunkt
- 4.) Geburtsklinik

Definition der Versorgungslevel

1.) **Level 1** ist vorgesehen zur Versorgung von Patienten mit höchstem Risiko.

Voraussetzungen:

- neonatologische Intensivstation mit permanenter Arztpräsenz.
- Neonatologe im Hintergrund jederzeit erreichbar.
- Mindestens 6 Intensivtherapieplätze.
- Wand an Wand Lokalisation mit dem Entbindungsbereich
- Pflegerische Versorgung mit spezialisierten Pflegekräften (40 %)
- Neugeborenennotarzt
- Umfangreiche Konsiliardienste inklusive Nachsorge.

Definition der Versorgungslevel



Spezielle Qualitätssicherungsverfahren:

Perinatal- und Neonatalerhebung

Entwicklungsneurologische Nachuntersuchung mit einer Vollständigkeit bei der Zweijahresuntersuchung von mindestens 80%.

Aufnahmekriterien für Level 1:

- Pränatale Verlegung von FG mit einer Reife von $< 1250g$ und / oder $< 29.SSW$
- Höhergradige Mehrlinge $>2 < 33+0SSW$ und >3 alle.
- Alle pränatalen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare Notfallversorgung des Neugeborenen erforderlich ist, z.B. angeborenen Fehlbildungen.

Definition der Versorgungslevel

2.) **Level 2** enthält die gleichen Anforderungen wie Level 1, allerdings sind die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leitung, dem Prozentanteil der spezialisierten Pflegekräfte, den Konsiliardiensten vor Ort und der Anzahl der Intensivplätze geringer.

Aufnahmekriterien für Level 2:

- Pränatale Verlegung von FG mit einer Reife von $< 1250 - 1499\text{g}$ und / oder $29+0 - 32+0$ SSW
- Zwillinge $29+1$ bis $33+0$ SSW.
- Schwere Schwangerschaftsassozierte Erkrankungen (Gestose, HELLP, Wachstumsretardierung bei Präeklampsie)
- Insulinpflichtige, diabetische Stoffwechselstörung mit fetaler Gefährdung.

Definition der Versorgungslevel

3.) Perinatale Schwerpunkte

- befinden sich in Krankenhäusern, die eine Geburtsklinik mit angeschlossener Kinderklinik vorhalten (neonatologische Grundversorgung).
- Möglichkeit zur Beatmung besteht
- 24-Stunden-Präsenz eines pädiatrischen Dienstarztes
- Diagnostische Möglichkeiten wie Sonographie, Radiologie, EEG, Echokardiographie

Aufnahmekriterien für perinatale Schwerpunkte:

- Unreife > 1500 g und / oder 32+1 bis 36+0 SSW
- Fetale Wachstumsretardierung.

Definition der Versorgungslevel

4.) In Geburtskliniken ohne angeschlossene oder ausreichend ausgestattete Kinderklinik sollen nur noch Schwangere > 36+0 SSW und ohne zu erwartende Komplikationen beim Neugeborenen entbunden werden.

Alle anderen Schwangeren sollten aufgrund einer zu erwartenden Behandlungsnotwendigkeit des Kindes risikoadaptiert in eine der o.g. Einrichtungen antenatal verlegt werden.

Somit kann eine Trennung von Mutter und Kind bei Behandlungsbedarf vermieden werden und der Neugeborenenentransport beschränkt sich nur auf unvorhersehbare Notfälle.

Notwendige Änderungen

- Eine kontinuierliche Nachsorge sollte bereits während des ersten stationären Aufenthalt beginnen und mindestens bis ins Grundschulalter fortgeführt werden.
- Zum Ablauf der Nachsorge gibt es keine allgemeingültigen Standards.
- Zur Zeit wird es dem Engagement einzelner Geburtskliniken und Nachsorgeeinrichtungen und vor allem der Eigeninitiative der Eltern überlassen, ob und wie eine kontinuierliche Begleitung durchgeführt wird. (Fördervereine)

Notwendige Änderungen

- Nach der Entlassung werden die Eltern nicht begleitet, sondern sie stehen derzeit alleine vor einer Fülle schwer überschaubarer und zum Teil schwer zugänglicher Hilfsangebote im medizinischen, pädagogischen und sozialen Bereich
- Zudem bestehen für den Zugang zu diesen Hilfsangeboten häufig lange Wartelisten
- Ganz überwiegend handelt es sich um **reine Angebotsstrukturen**, zu denen sich die **Eltern den Zugang selbst schaffen** müssen, sofern sie diese überhaupt kennen.

Ziele



Ziel ist, ein **systematisiertes Nachsorgekonzept** flächendeckend zu etablieren für Neugeborene

- unter 1500 g Geburtsgewicht,
- vor der 32. SSW,
- mit erkennbaren Entwicklungsrisiken

Die zuständige Nachsorgeinstitution koordiniert und realisiert in Kooperation mit dem behandelnden Kinderarzt und der Familie die interdisziplinäre Nachbetreuung dieser Kinder im Sinne eines Case-Managements unter besonderer Berücksichtigung des sehr variablen klinischen Verlaufes und der sehr großen Bandbreite der Entwicklung.

Diese interdisziplinäre Vernetzung erfordert die Koordination angemessener ärztlicher, psychologischer, therapeutischer, heil-/ sonderpädagogischer und sozialer Tätigkeit.

Ziele

- Die Vorbereitung der Nachsorge muss schon auf der Akutstation beginnen.
- Schnittstellenprobleme sollten so gering wie möglich gehalten werden.
- Eine zusätzliche psychosoziale Betreuung sollte zu allen Zeitpunkten selbstverständlicher Bestandteil sein.

Beispiele

Auf den folgenden Folien werden beispielhaft einige Einrichtungen, die bereits ein Nachsorgekonzept anbieten und zum Teil Informationen darüber im Internet publizieren, dargestellt.

Kooperationsmodell

der
Interdisziplinären
Frühgeborenen-Versorgung

Das Frühchen-Team der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Inhalt	Seite
Die interdisziplinäre Frühgeborenen-Versorgung am Marien-Hospital Wesel	3
Warum ein institutionsübergreifendes Frühchen-Team am Marien-Hospital Wesel? Wissenschaftliche Grundlagen	4
Entwicklungsrelevante Kriterien für das Risikokind und sein familiäres Umfeld	7
Unser Kooperationsmodell der interdisziplinären Frühgeborenen-Versorgung	9
Die Module der Frühgeborenen-Versorgung	10
Konzeption der Module	10
Die Beschreibung der einzelnen Module	13
Die Frühgeborenen-Versorgung am Sozialpädiatrischen Zentrum	17
Die Frühgeborenen-Versorgung in der Frühförderstelle	18
Die Entwicklung der Frühgeborenen-Versorgung in der Frühförderstelle	18
Arbeitsschwerpunkte der Frühförderstelle hinsichtlich der Frühgeborenen-Versorgung	19
Die Zuweisung zur Frühförderstelle	19
Die Vernetzung	20
Das Frühchen-Team	20
Ausblick	21
Literatur	22

Die interdisziplinäre Frühgeborenen-Versorgung am Marien-Hospital Wesel

Seit 1995 wurde das sogenannte Frühchen-Modell von den Mitarbeitern der Institutionen der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Marien-Hospitals Wesel (MHW), der neonatologischen Station K3, dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) und der Frühförderstelle (FFS) entwickelt.

Ausgangspunkt war die Vorlage des Leiters des SPZ, Herr Dr. Raupp, von 10/1995 über das koordinierte Vorgehen innerhalb des MHW bei Risikokindern.

KollegInnen der drei Institutionen aus unterschiedlichen Berufsgruppen - Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Heilpädagogen und Physiotherapeuten - setzten sich regelmäßig als sogenanntes »Frühchen-Team« zusammen.

Ziel war und ist die Optimierung und Koordinierung der Angebote für »frühgeborene Familien« zur Verbesserung der Entwicklungschancen der Risikokinder.

Es wurde ein Konzept der Begleitung »frühgeborener Familien« erarbeitet, das von der Geburt des frühgeborenen Kindes über den stationären Aufenthalt auf der neonatologischen Station bis hin zur individuellen Nachsorge durch das SPZ und /oder die FFS (als Angebot) reicht. Diese Leistungen sind an den spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Familien angepasst und immer als Begleitmöglichkeiten zu verstehen.

Weiter begleitende Frühgeborenen-Nachsorge im MHW (FFS/SPZ) erfolgt in der Regel auf Empfehlung/Zuweisung eines niedergelassenen Kinderarztes.

Darüber hinaus entwickelten sich spezielle psychosoziale Angebote für Eltern und frühgeborene Kinder (»Frühchen-Treff«, »Elterninformationsstunde«), die von dem multiprofessionellen Frühchen-Team (KinderärztInnen, Kinderkrankenschwestern, einer Physiotherapeutin, HeilpädagogInnen und einer Psychologin/Psychotherapeutin) gestaltet werden.

Als Besonderheit unserer Frühgeborenen-Versorgung am MHW sehen wir die Vernetzung der drei Institutionen, deren Ziel es ist, Kontinuität und Ganzheitlichkeit der Behandlungskonzepte im diagnostischen, therapeutischen und bera-terischen Sinne für die frühgewordenen Familien sowie für die behandelnden Professionellen zu gewährleisten. Der Begriff der »Vertrautheit« ist in dieser institutionsübergreifenden Vernetzung ein zentraler Begriff. Im Blickpunkt steht das Frühgeborene in seinen psychosozialen Bezügen.

Einzigartig in Nordrhein-Westfalen ist das Vorhandensein einer Neonatologischen Station, eines Sozialpädiatrischen Zentrums und einer Frühförderstelle »unter einem Klinikdach«.

Warum ein institutionsübergreifendes Frühchen-Team am MHW?

Wissenschaftliche Grundlagen

Die Überlebenschancen sehr kleiner Frühgeborener haben sich in den letzten 20 Jahren deutlich erhöht. Während 1980 noch zwei Drittel der Frühgeborenen unter der 29. SSW starben, überlebten 1998 nach den Zahlen der Bayerischen Neonatalerhebung 91 Prozent der Frühgeborenen aus der 26. und 27. vollendeten SSW, 72 Prozent der Frühgeborenen aus der 24. und 25. SSW (Porz, F., 2001).

Das Frühgeborene muss seine Entwicklung unter Bedingungen vollenden, für die der Organismus noch nicht ausreichend gereift ist. Frühgeborene sind in ihren Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt; sie sind leicht irritierbar, stimmungslabil, haben nur eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und eine geringe Reaktionsbereitschaft. Sie zeigen häufig Ernährungs- und Schlafstörungen (Sarimski K. 1992).

Eltern frühgeborener Kinder sind durch die zu frühe Geburt und die damit verbundenen z. T. lebensbedrohlichen Bedingungen, denen ihr Kind ausgesetzt ist, häufig traumatisiert.

Diese doppelten Risikofaktoren können zu einer Eltern-Kind-Interaktions-Störung führen und damit die weitere Entwicklung des frühgeborenen Kindes in allen Bereichen (kognitiv, sozial-emotional und motorisch) gefährden (Esser, G., 1998).

Frühgeborene Kinder machen es ihren Eltern aufgrund ihrer Unreife schwerer, harmonische Interaktionen mit dem Kind herzustellen, seine Aufmerksamkeit zu erlangen und all-mählich auszudehnen und einen angemessenen Rhythmus von Anregung und Entspannung zu finden. Zudem wird das intuitive elterliche Verhaltensrepertoire durch die Sorge um das Kind und seine weitere Entwicklung sowie durch die Rahmenbedingungen des stationären Aufenthaltes (Inkubator, Verkabelung etc.) gehemmt (Sarimski, K., 1992).

Die gesamte familiäre Situation der »frühgewordenen Familie« – Eltern und Geschwisterkinder – ist geprägt von schwersten psychosozialen Anforderungen und Belastungen über eine Dauer von mehreren Monaten. Negative Auswirkungen auf das familiäre System werden aus diesen Gründen häufig beobachtet (Verhaltensauffälligkeiten und/oder Schulprobleme bei Geschwisterkindern, Partnerschaftskonflikte etc.).

Bereits in der Klinik erfolgende Unterstützungen/Anstrengungen zur Verbesserung der frühen Mutter-/Vater-Kind-Beziehung und der Aufbau eines funktionierenden sozialen Netzwerkes können als kompensierende Schutzfaktoren spätere Störungen mildern oder verhindern (Scheithauer, H., Petermann, F., 1998). Ebenso können frühe Defizite der kognitiven Entwicklung des Frühgeborenen nach schweren organischen Komplikationen in psychosozial unbelasteten Familien kompensiert werden, in belasteten Familien dagegen bestehen sie fort oder vergrößern sich (Laucht et al., 1996).

Umstritten ist, ob die immer besseren Überlebenschancen sehr kleiner Frühgeborener die Häufigkeit von Folgeschäden erhöhen (Porz, F., 2001).

Mehrere Studien lassen den Schluss zu, dass die Rate der schweren Behinderungen in den letzten 10 Jahren trotz einer deutlich verbesserten Überlebensrate gleich geblieben ist (LaPine Tr. et al., 1995;96; Emsley, H. C. et al., 1998).

Für Deutschland erbrachte die weltweit größte Studie an Risikokindern die »Bayerische Entwicklungsstudie«, erstmals relevante Daten über die Langzeitentwicklung von Früh-geborenen. Der wichtigste Befund in der 4:8-, der 6:3- und der 8:5-Jahreserhebung war, dass die Schwere der Schädigung und das Morbiditätsspektrum, insbesondere bei den sehr früh oder untergewichtig Geborenen in der Literatur bei weitem unterschätzt wurde (Wolke, D., 1996). Die Ergebnisse der 6- und 8-Jahres-Untersuchung unterstreichen, dass sehr kleine Frühgeborene ein bis zu 30fach erhöhtes Risiko für schwere kognitive Defizite haben und viel häufiger phonetische Kodierungs-, Sprach- und Verhaltensprobleme, insbesondere Aufmerksamkeits- und Kontaktstörungen aufweisen (Wolke, D., 1997 a, 1997 b).

Demgegenüber sind die Ergebnisse der Bonner monozentrischen Longitudinalstudie, die Reihenuntersuchungen bis ins Erwachsenenalter bei ehemaligen Frühgeborenen (mit einem Geburtsgewicht von 1500g und darunter) durchgeführt hat, deutlich positiver: lediglich 11 Prozent aller erfassten Früh-geborenen im Kindes- und 6,5 Prozent im Erwachsenenalter wiesen eine geistige Behinderung auf (Sticker, E. J., Brandt, E., Höcky, M., 1998).

Im Gegensatz zu der polyzentrischen Bayerischen Studie war mit der Teilnahme an der Bonner Studie eine engmaschige Betreuung mit begleitender Beratung und Behandlung der sehr kleinen Frühgeborenen vom Säuglingsalter bis in die Schulzeit verbunden.

Verschiedene Studien (Gross, S. J. et al., 2001; Laucht et al., 1996; Weisglas-Kuperus, N. et al., 1993; Wolke, D., 1998) unterstreichen den maßgeblichen Einfluss psychosozialer Kontextbedingungen auf die Entwicklungschancen von frühgeborenen Kindern.

Frühdiagnosezentrum Würzburg



Frühgeborenenachsorge



Im Internet wird ein Nachsorgekonzept für alle Frühgeborenen, d.h. Kinder, die vor der vollendeten 37. SSW geboren wurden ab der Entlassung aus der Akutklinik bis zum Schulalter dargestellt.

Konzeptionsvorschlag des LV für Frühgeborene

Das Konzept konkretisiert die Empfehlungen des Qualitätszirkels „**Sozialpädiatrische Nachsorge ehemals kritisch kranker Früh- und Neugeborener mit ihren Eltern 2007**“ der Bundesarbeitsgemeinschaft sozialpädiatrischer Zentren zur Umsetzung einer flächendeckenden Versorgung von Frühgeborenen und Neugeborenen mit Entwicklungsrisiken in Rheinland-Pfalz.

Konzeptionsvorschlag

Nachsorgesystematik als Verbundmodell (niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, sozialpädiatrische Ärzte, Kinderkliniken) für Kinder mit stationär unkompliziertem Verlauf (bei Auffälligkeiten individuell angepasste Terminplanung):

Fester Terminkalender nach Entlassung:

- 4-6 Wochen
- 3 Monate
- 6 Monate
- 9 Monate (fakultativ)
- 12 Monate
- 24 Monate
- Im Alter von 3 Jahren (vor dem Kindergarten)
- Im Alter von 5 Jahren (spätestens 3 Monate vor der Einschulungsuntersuchung)

Konzeptionsvorschlag

Inhalte der Untersuchungen:

Regelhaft: (gemäß Nachsorgepass)

Zu jedem Termin:

- standardisierte Entwicklungsanamnese
- entwicklungsneurologische Untersuchung
- Berücksichtigung der Kind-Eltern-Interaktion

20 Monate nach Entlassung:

- standardisierte Entwicklungsdiagnostik mit Call back – Option.

Konzeptionsvorschlag

Fakultativ (in Kooperation mit dem betreuenden Kinderarzt,
den betreuenden Einrichtungen):

- EEG-Kontrollen
- Orientierende Hörtests oder BERA (in Abstimmung mit dem Landesprojekt der Klinik für Kommunikationsstörungen)
- Laborkontrollen (z.B. Medikamentenspiegel)
- Schädelsonographiekontrollen
- Anleitung der Eltern bzgl. des Handlings der Kinder
- Vermittlung notwendiger Therapien (z.B. KG, Frühförderung, Logopädie...)

Konzeptionsvorschlag

Fakultativ (in Kooperation mit dem betreuenden
Kinderarzt, den betreuenden Einrichtungen):

- Hilfsmittelversorgung
- Koordination von klinischen Kontrollen/ Behandlungen i.S. eines Case-Managements
- Sozialrechtliche Beratung der Familie, Hausbesuch
- Psychologische und/ oder pädagogische Beratung der Eltern
- Beratung zu Interaktions- und Regulationsstörungen
- Elterngesprächskreis
- Eltern-Kind-Gruppen

Standardisierte Befunddokumentation, ggf. elektronische Datenübermittlung an den weiterführenden Arzt.

Konzeptionsvorschlag



Um diese Nachsorge zu realisieren, sind folgende Maßnahmen sinnvoll:

- Regelmäßige (z.B. wöchentliche, bedarfsorientierte) Besuchstermine des SPZ in der Frühgeborenenstation.
- Aushändigung einer Info-Broschüre an die Eltern (eventuell schon vorab durch die Frühgeborenenstation).
- Erläuterung des Nachbetreuungsprogramms vor Ort durch den SPZ-Mitarbeiter, Dokumentation relevanter Daten im Nachsorgepass.
- Terminangebot/ -vereinbarung für die Erstvorstellung im Rahmen der Nachbetreuung im regional zuständigen SPZ unter Berücksichtigung von kindsbezogenen Besonderheiten.

Konzeptionsvorschlag

Schweigepflichtentbindung zum gegenseitigen Informationsaustausch.

Bei Bedarf Kontaktaufnahme mit dem von den Eltern festgelegten Kinder- und Jugendarzt durch den Mitarbeiter des SPZ.

Bei fest vereinbarten Terminen Übernahme in den Entlassbrief (Durchschrift an das zuständige SPZ).

Einrichtung einer Hotline (für Eltern, Kinderärzte, Therapeuten....) mit der Möglichkeit, dringende Fragen per Rückruf zeitnah zu beantworten.

Konzeptionsvorschlag



Voraussetzung zur Durchführung dieser Nachsorge:

Angemessene räumliche und personelle Ausstattung in Abhängigkeit von der Anzahl der zu versorgenden Kinder.

Umfassende spezifische Kenntnisse über neonatologische Komplikationen und entsprechende entwicklungsneurologische Qualifikation.

Fachsupervision

Vorteile

- Für die Kinder: optimierte Entwicklungschancen
- Für die Eltern: kontinuierliche Versorgung mit der Sicherheit, „nicht allein gelassen zu werden“.
- Für die Kostenträger: langfristig Einsparungen von Ressourcen, Kostensenkung
- Für die Versorgungseinrichtungen: gute Planbarkeit, frühzeitige Interventionsmöglichkeit

Wissenschaftliche Belege

- In den letzten Jahren wurden einige Studien initiiert, um die Notwendigkeit und den Nutzen einer kontinuierlichen medizinischen Nachsorge begleitet von einem psychosozialen Beratungsangebot zu belegen, unter anderem:
 - PRIMA Studie 2005
 - aktuell: Hannover Studie 2008 (noch nicht veröffentlicht)

PRIMA-Studie

Ergebnisse einer randomisierten Studie

Porz F, Diedrich M, Bartmann P

2. Kinderklinik Klinikum Augsburg, Universitätskinderklinik Bonn

Erste Ergebnisse: Familienorientierte Nachsorge bei Frühgeborenen fördert die MutterKind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen

Fragestellung:

Verbessert eine familienorientierte Begleitung und Nachsorge bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen nach dem Modell des „Bunten Kreises“ Augsburg die Familienkompetenz gemessen an der Mutter-Kind-Interaktion und emotionalen Regulation des Kindes und führt sie zu einer Reduktion der Familienbelastung?

PRIMA-Studie



Methodik:

In einer prospektiven Studie wurden insgesamt 121 Müttern mit 151 Kindern in drei Zielgruppen mit und ohne familienorientierte Nachsorge randomisiert:

Frühgeborene (FG) unter 28 Schwangerschaftswochen (SSW) (28 Mütter, 33 FG), FG von 28-31 SSW (59 Mütter, 75 FG) sowie FG und Neugeborene über 31 SSW (34 Mütter, 43 Kinder).

Die Begleitung und Nachsorge erfolgte beginnend mit der Aufnahme in der Kinderklinik für einen Zeitraum von maximal 6 Monaten durch Kinderkrankenschwestern und Sozialpädagoginnen als Case Managerinnen, bei Bedarf auch durch eine Psychologin.

PRIMA-Studie

Im korrigierten Alter von 6 Monaten wurde mittels einer Video-Interaktionsbeobachtung (Mother infant structured play assessment, Wolke) die Mutter-Kind-Interaktion und die emotionale Regulation des Kindes analysiert.

Zu drei Zeitpunkten (vor Entlassung sowie im korr. Alter von 6 bzw. 18 Monaten) wurden ferner mittels Fragebögen (Trierer Persönlichkeitsfragebogen, Dyadic adjustment scale) und Interviews mit den Müttern die psychische Belastung, die Paarsituation und die psychosoziale Situation (Familienadversitäts-Index, Psychosozialer Stress-Index) erfasst.

PRIMA-Studie

Ergebnisse:

Mütter der Interventionsgruppe mit Nachsorge zeigten in der Video-Interaktionsbeobachtung eine verbesserte mütterliche Sensitivität und Mutter-Kind-Interaktion, die Kinder zeigten höhere Scores für die emotionale Regulation, die Paarbeziehung zeigte sich im Verlauf in der Interventionsgruppe weniger belastet als in der Kontrollgruppe (jeweils $p < 0,05$). Die Kinder der Interventionsgruppe mussten seltener wieder stationär aufgenommen werden und benötigten weniger ambulante Untersuchungen in der Klinik. Die Mütter der Interventionsgruppe fühlten sich besser über Nachbetreuungsangebote informiert und waren besser vernetzt.

PRIMA-Studie

Schlussfolgerung:

Eine schon früh im stationären Aufenthalt beginnende Begleitung und Nachsorge durch speziell geschulte Case-Managerinnen reduziert die Familienbelastung und verbessert die Mutter-Kind-Interaktion und die emotionale Regulation der Frühgeborenen, was zu einer positiven Gesamtentwicklung der hoch belasteten Kinder beiträgt. Nachsorge ist ferner soziökonomisch sinnvoll, da die Zahl der stationären und ambulanten Klinikaufenthalte reduziert werden konnte und die Mütter besser mit weiteren Nachbetreuungsangeboten vernetzt waren.

Hannover-Studie

Das SPZ Hannover und das Kinderkrankenhaus Auf der Bult in Hannover werten in ihrer Studie die 10-Jahres-Nachuntersuchung aus, in die 200 Frühgeborene < 1000 g aus den Jahrgängen 1993 - 1998 eingegangen sind.

Die Frühgeborenenennachsorge in Hannover ist etabliert und umfasst neben einem allgemeinen Nachsorgekonzept ähnlich unserem oben aufgeführten Vorschlag die im Folgenden dargestellte psychosoziale Betreuung, deren Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und Familien analysiert werden sollte.

Hannover-Studie

Die Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht, allerdings lässt sich nach Angaben des leitenden Psychologen des SPZ Hannover vorab sagen, dass sich bei den Familien mit psychosozialer Begleitung deutliche positive Effekte auf die Entwicklung der Kinder nachweisen lassen.

Ausblick

- Einführung eines flächendeckenden, standardisierten Nachsorgekonzeptes in Rheinlandpfalz zur Sicherung einer möglichst familienbegleitenden Nachsorge unter Einbeziehung psychosozialer Aspekte
- Etablierung eines Case-Managements nach dem Vorbild des „Bunten Kreises“, um den Übergang Akutklinik / häusliche Versorgung zu sichern.
- Standardisierte Dokumentation mit gezielten Fragestellungen über einen definierten Zeitraum.
- Landesweite, wissenschaftliche Auswertung der Ergebnisse im Verbund mit Ministerium und Universität