



WMF-Register Nr.	024/027	Klasse:	S2k
-------------------------	----------------	----------------	------------

Die „Leitlinien“ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die „Leitlinien“ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen

Psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen

Anmeldende Fachgesellschaft:

Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)

Beteiligung weiterer AWMF-Gesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)

Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/Organisationen:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD)
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.

Koordination:

Mario Rüdiger, Dresden

Autoren:

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser (DGKJ)
Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde 1, Perinatalzentrum
Hufelandstr. 55, 45147 Essen
Tel.: 0201 7232451, Mail: ursula.felderhoff@uk-essen.de

Martina Gießen-Scheidel, MScN (BeKD)
Pädiatrische Intensivpflege, Universitätsmedizin, Johannes Gutenberg Universität Mainz
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz
Tel.: 06131 176901, Mail: martina.giessen-scheidel@unimedizin-mainz.de

PD Dr. Angela Kribs (GNPI)
Schwerpunkt Neonatologie und Pädiatrische Intensivstation, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
Tel.: 0221 4785064, Mail: angela.kribs@uk-koeln.de

Barbara Mitschdörfer (BVFK)
Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.
Darmstädter Landstraße 213, 60598 Frankfurt am Main
Tel.: 069 58700990, Mail: info@fruehgeborene.de

PD Dr. Jörg Reichert
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4582857, Mail: joerg.reichert@uniklinikum-dresden.de

Prof. Dr. Rainer Rossi (DGPM)
Vivantes Klinikum Neukölln, Kinder- und Jugendmedizin, Perinatalzentrum
Rudower Straße 48, 12351 Berlin
Tel.: 030 130148270, Mail: rainer.rossi@vivantes.de

Prof. Dr. Mario Rüdiger (GNPI)
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4583640, Mail: mario.ruediger@uniklinikum-dresden.de

Dr. Burkhardt Voigt (BVKJ)
Markgrafenstr. 6, 60487 Frankfurt
Tel.: 069 701833, Mail: kinderarzt.dr.voigt@t-online.de

Präambel

Die vorliegende Leitlinie „Psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen“ stellt mit Bezugnahme auf die internationale Literatur die wissenschaftliche Evidenz der psychosozialen Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen dar. Sie gibt Empfehlungen für deren praxisorientierte Umsetzung unter stationären Bedingungen der Schwangeren/Risikoschwangeren bzw. des Früh- und Neugeborenen.

Mit dem Angebot der psychosozialen Betreuung sind folgende Ziele verbunden:

- Vermeidung elterlicher Anpassungs- und Belastungsstörungen,
- Verbesserung der kindlichen Entwicklung,
- Vertiefung der Eltern-Kind-Bindung,
- Stärkung elterlicher Kompetenzen,
- Stabilisierung des familiären Systems sowie
- langfristige Sicherung medizinischer Behandlungserfolge.

Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die in den Krankenhäusern der jeweiligen Versorgungsstufe (Perinatalzentrum Level 1 und 2, Perinataler Schwerpunkt, Geburtsklinik) tätig sind. Darüber hinaus wird angestrebt, den Eltern und Familien der Früh- und Neugeborenen eine anschauliche und fachlich fundierte Übersicht über verschiedene psychosoziale Betreuungsmöglichkeiten zu geben.

Die Leitlinie fasst die wissenschaftliche Evidenz für verschiedene Maßnahmen der psychosozialen Betreuung zusammen; sie geht dabei über die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) [36] hinaus. Wesentliche Anregungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Maßnahmen, Methoden und Modelle des Betreuungsprozesses werden im Praxisleitfaden „Elternberatung in der Neonatologie“ des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind e. V.“ vermittelt [6].

Um auf einen möglichen Bedarf adäquat reagieren zu können, sollte eine kontinuierlich verfügbare psychosoziale Betreuung der Familien mit Früh- und Neugeborenen zu unterschiedlichen Zeitpunkten – in der Schwangerschaft, zur Geburt, nach der Geburt, zur und nach der Entlassung – angeboten werden. Die verschiedenen Angebote sollten allen Mitarbeitern* bekannt und Elemente eines komplexen Betreuungskonzepts der jeweiligen Einrichtung sein.

Durch *Beratung* soll die Familie alle Informationen erhalten, die sie zur Beurteilung ihrer und der Situation ihres Kindes und zur adäquaten Beteiligung an Entscheidungsprozessen benötigt. Sie sollte sich dabei auf ausgewählte medizinische, pflegerische, psychische und soziale Aspekte erstrecken. Dabei sollten Ressourcen inner- und außerhalb der Familie erschlossen, diese zur Inanspruchnahme von Hilfen seitens der regionalen Einrichtungen ermutigt und Unterstützung bei der ggf. erforderlichen Koordination verschiedener Hilfeangebote vermittelt werden. Geschwister des behandelten Kindes und weitere Familienangehörige wie beispielsweise die Großeltern können einbezogen werden.

* Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird fortfolgend auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet; sämtliche Bezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

Durch *Schulung* sollen die Eltern in der Mobilisierung und Entwicklung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten so unterstützt werden, dass sie möglichst frühzeitig die selbstständige Versorgung ihres Kindes unter Beachtung seiner gesundheitlichen Besonderheiten übernehmen können. Die Entwicklung einer intensiven Eltern-Kind-Bindung soll gefördert werden. Dabei kommen z. B. das Pflegegespräch, das Einbeziehen der Eltern in die tägliche Versorgungsroutine, Kursangebote oder Schulungsprogramme sowie die unmittelbare bettseitige Anleitung in Frage.

Durch *Begleitung* der Familie bei der Verlegung in andere stationäre Einrichtungen oder der Entlassung soll eine hohe Versorgungskontinuität sichergestellt werden. Dem dienen Verlegungs- bzw. Entlassungsgespräche, die unter Beteiligung der unterschiedlichen, an der Begleitung der Familie bereits beteiligten Fachkräfte geführt werden, sowie – vor Entlassung nach Hause – die mit der Familie gestaltete Prüfung eines sozialmedizinischen Nachsorgebedarfs gem. § 43 Abs. 2 SGB V.

Für alle innerhalb der Leitlinie vorgestellten Maßnahmen, Methoden und Modelle gilt, dass sie empfehlenden Charakter haben, den strukturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen medizinischen Einrichtung angepasst sein müssen und Angebote an Familien mit Früh- und Neugeborenen darstellen.

Die umfassende Aufklärung der Eltern über diese Angebote sowie die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme setzt eine gemeinsam mit ihnen herbeigeführte Bedarfsfeststellung voraus. Neben einer möglichen elterlichen Stress-Situation und ihren Vorerfahrungen ist dabei das Sprachverständnis zu berücksichtigen und ggf. ein Dolmetscher hinzuzuziehen.

Wesentliche Aspekte wie der Bedarf, die Inanspruchnahme eines Angebots sowie deren Ergebnis sollten schriftlich dokumentiert werden.

Zwingend hat eine Aufklärung der Familie über die aufgenommenen Daten, deren Aufbewahrung und Verwendung zu erfolgen (Datenschutz). Dabei sind auch datenschutzrechtliche Aspekte zu berücksichtigen.

Die vorliegende Leitlinie soll über Empfehlungen zu Formen und Inhalten der psychosozialen Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen hinaus auch eine Anregung für weitere Ausbildungen, Spezialisierungen und Qualifizierungen der Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen geben, die in der psychosozialen Betreuung tätig sind.

Bedarf an psychosozialer Betreuung

I. Bindungssicherheit als familiäre Entwicklungsaufgabe

Während der Schwangerschaft bereiten sich die Eltern auch psychisch auf die Geburt und die künftige Elternrolle vor; erste Eltern-Kind-Beziehungen entstehen, wobei das dritte Trimester der Schwangerschaft eine sehr erfahrungsintensive Zeit darstellt. Hier kommt es zur Aktivierung des mütterlichen Fürsorgesystems, das der Mutter einen intuitiven Umgang mit ihrem Kind und die feinfühligkeitsvolle Beachtung der kindlichen Verhaltenssignale erleichtert.

Der erste Haut-zu-Haut-Kontakt von Mutter und (reifem) Neugeborenen wirkt sich auf das Stillen (Häufigkeit, Dauer, Ausschließlichkeit) und die kardiorespiratorische Stabilität des Kindes aus [28].

Bonding bezeichnet den Prozess der Bindungsentstehung unmittelbar im Anschluss an die Geburt [20]. Adäquates Bonding fördert das spätere Stillen des Kindes [21], unterstützt die Mutter-Kind-Ko-Regulation und wirkt sich positiv u. a. auf die Entwicklung von kindlicher Resilienz sowie mütterlicher Stresstoleranz für kindliche Regulationsbesonderheiten aus [33].

Die Entwicklung einer Mutter-Kind- resp. Eltern-Kind-Bindung bildet den Rahmen, in dem sich die Befriedigung der körperlichen und geistigen Bedürfnisse des Kindes vollzieht und der dem Kind das Gefühl der Bindungssicherheit vermittelt [23]. Das kindliche Bindungssystem ist darauf angelegt, dass es sein Bedürfnis nach Nähe zu einer Bezugsperson äußern, bei Bedrohung sein Bindungssystem z. B. durch Quengeln, Weinen oder Lächeln aktivieren und nach Bedürfnisbefriedigung emotional-psychische Sicherheit erlangen kann. Das elterliche Fürsorgesystem umfasst fürsorgliche Verhaltensweisen zur Befriedigung der Bindungsbedürfnisse des Kindes, indem sie dieses beispielsweise aufnimmt, mit ihm spricht oder es zur Beruhigung im Arm wiegt.

Erlangt das Kind Bindungssicherheit, beginnt es, seine Umwelt zu erkunden und Erfahrungen der Interaktion mit relevanten Bezugspersonen zu verinnerlichen. Hierfür erweisen sich relativ konsistente Umweltbedingungen als bedeutsam, damit es eine Übereinstimmung bzw. wechselseitige Abstimmung in der Interaktion mit der Bezugsperson erfahren kann [3].

II. Besonderheiten bei zu früher Geburt bzw. Erkrankungen in der Neonatalperiode

II.1 Probleme während der Schwangerschaft

Wird für die Schwangerschaft ein Risiko festgestellt, das zu einer stationären Aufnahme führt, kann bei den werdenden Müttern neben dem medizinischen Behandlungs- auch ein gynäkologischer und neonatologischer Beratungsbedarf bestehen. Dabei sind die Bedingungen der Schwangerschaftsfortsetzung, ggf. des optimalen Entbindungszeitpunktes wie auch die Lebenschancen des noch ungeborenen Kindes gemeinsam mit der Familie zu erörtern; keineswegs handelt es sich hierbei um ausschließlich medizinische Abwägungen, auch wenn diese häufig im Vordergrund stehen und eine Orientierung durch eine entsprechende Leitlinie finden [2]. Der Beratungsbedarf der Schwangeren kann sich auch auf sozialrechtliche Leistungen wie z. B. Elternzeit, Elterngeld, Pflegegeld oder familienunterstützende Maßnahmen richten, bezieht sich oft auf die familiären Ressourcen und meist auf Fragen z. B. betreffend eine momentan erlebte Hilflosigkeit oder den Wiedergewinn von Kompetenz- und Kontrollgefühlen [45].

II.2 Geburt per Kaiserschnitt

Im Fall einer Geburt per Kaiserschnitt kann die Bindungsentwicklung einige Besonderheiten aufweisen; der frühe Haut-zu-Haut-Kontakt von Mutter und Kind kann nach der Geburt verändert sein oder aber auch nicht stattfinden. Im Ergebnis können z. B. Veränderungen des Verhaltens der Mutter auf das Schreien ihres Kindes und eine daraufhin dysfunktionale familiäre Entwicklung auftreten [44]. Allerdings können das Geburtserleben, das Stillen sowie die Eltern-Kind-Interaktion durch ein entsprechendes Geburtsmanagement bei einer primären Sectio eines zum Termin geborenen Kindes – insbesondere die Sicherstellung von Haut-zu-Haut-Kontakt (ggf. durch den Vater) – positiv beeinflusst werden [1].

II.3 Die zu frühe Geburt

Da das zu früh geborene Kind eine hohe Adaptationsleistung an das extrauterine Milieu erbringen muss, wird es mitunter notgedrungen kinderärztlich ohne Anwesenheit der Eltern versorgt und bei Notwendigkeit unmittelbar stationär aufgenommen. Eine Trennung von Mutter und Kind kann unvermeidbar sein mit möglichen Auswirkungen auf das initiale Mutter-Kind-Bonding und den späteren Bindungsaufbau [44].

II.4 Bedingungen nach zu früher Geburt

Die Unreife des Frühgeborenen führt zu einer erhöhten Stressanfälligkeit, wobei die Stresssignale nicht immer zweifelsfrei als solche zu erkennen sind. Den Mutter-Kind-Interaktionen gehen aufgrund der zu frühen Geburt kaum ausreichend pränatale Ko-Regulations-erfahrungen voraus [9]. Darüber hinaus ist die Aufmerksamkeitsspanne von Frühgeborenen im Vergleich zu Termingeborenen reduziert, so dass oft nur kurze Zeitspannen für aktive soziale Aufmerksamkeit und Erfahrungen im Umgang mit Bezugspersonen zur Verfügung stehen [12]. Letztlich erschwert die Unreife physiologischer Zeitgeber bei Kindern mit einem Gestationsalter unterhalb 32 Wochen das Entdecken von Zusammenhängen von eigener und Aktivität einer Bezugsperson [11]. Beeinträchtigte Eltern-Kind-Interaktionen können die neurologische Entwicklung des Kindes erschweren [14]. Mütterlicherseits sind für die Qualität von Interaktion und Bindungsentwicklung vor allem die Schwangerschaft begleitende Ängste, Stresserleben oder mit der zu frühen Geburt verbundene Verlust- und Schuldgefühle maßgeblich [5,15], wobei dem (subjektiven) elterlichen Befinden größeres Gewicht zukommt als dem (objektiven) medizinischen Gesundheitszustand des Kindes [48]. Bei stationärem Aufenthalt des Kindes sollte ein enger Mutter-Kind-Kontakt sowie eine Minderung des mütterlichen Stresserlebens angestrebt werden, weil in diesem Bereich frühzeitig einsetzende Unterstützungsmaßnahmen positive Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes haben [22], zumal sich der Risikofaktor Frühgeburt bezüglich der Bindungssicherheit erst bei älteren (7-jährigen) Kindern auszuwirken scheint [39].

III. Zielgruppe

Bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen kann die erforderliche stationäre medizinische Behandlung den unmittelbaren Umgang der Eltern mit ihrem Kind einschränken bzw. erschweren. Zum Beispiel können die Kontaktaufnahme von Eltern und Kind, die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung oder die selbstständige Versorgung des Kindes durch die Eltern beeinträchtigt sein. Das kann sich auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirken, aber auch für die Eltern zu Situationen führen, die mit emotionalen Belastungen, familiären Herausforderungen und einem Risiko für die Entwicklung von Ängsten oder Depressionen verbunden sein können [30].

Die psychosoziale Betreuung richtet sich an alle Familien mit kranken Neugeborenen unabhängig von Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht des Kindes, Schwere seiner Erkrankung oder psychosozialen Besonderheiten der Familie.

Maßnahmen, Methoden und Modelle psychosozialer Betreuung

I. Präpartale Betreuung

I.1 Zielsetzung

Die psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen versteht sich als ein kontinuierliches Versorgungsangebot von der pränatalen Diagnosestellung bis in die Nachsorge. Vor diesem Hintergrund sollte in allen Fällen, in denen eine zu frühe Geburt oder die Geburt eines kranken Kindes absehbar ist, zunächst eine ausführliche medizinische Beratung erfolgen, der dann zusätzlich ein psychosoziales Beratungsangebot folgen sollte. Dabei sollten insbesondere die aktuelle Situation der Eltern, ihre Vorerfahrungen und intellektuellen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Die psychosoziale Beratung hat das Ziel, die von den Eltern in dieser Situation häufig empfundene Ohnmacht zu reduzieren, sie beim Wiedergewinn ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen und, wenn empfehlenswert, die Chance auf Prolongation der Schwangerschaft durch psychologischen Begleitung zu erhöhen. Wesentliche Inhalte der präpartalen Betreuung können die ärztliche Beratung (Information, Entwicklung einer Arzt-Patient-Beziehung, Motivation, Beruhigung, Begleitung) sowie die psychosoziale Betreuung mit Schwerpunkten auf der psychologischen und sozialrechtlichen Beratung sein.

Sie umfasst:

- möglichst umfassende Aufklärung über medizinische Aspekte und Möglichkeiten, um die Eltern zu einer informierten Entscheidung zu befähigen,
- Informationen über die nach der Geburt wahrscheinlich notwendigen Maßnahmen, um diffuse Ängste abzubauen,
- Informationen über die Möglichkeiten und Verantwortlichkeiten der Eltern nach der Geburt, um die elterliche Kompetenz bereits vorgeburtlich zu verdeutlichen,
- das Angebot weiterführender Entlastungsgespräche, die zur psychischen Stabilisierung beitragen und den Eltern die Möglichkeit geben können, über persönliche Ängste und Sorgen zu sprechen, die sonst kaum Raum haben, und
- eine Evaluation familiärer Ressourcen und ggfs. das Angebot von Hilfen, um soziale Belastungen im weiteren Verlauf der Schwangerschaft zu minimieren.

I.2 Umsetzung

Die präpartale Beratung erfolgt in Abhängigkeit von der zu erwartenden kindlichen Problematik und der elterlichen Situation und sollte von geburtshilflich tätigen Gynäkologen sowie neonatologisch tätigen Kinderärzten (Mindestanforderung) und von den zuständigen, speziell ausgebildeten Mitarbeitern der psychosozialen Betreuung erbracht werden. Bei hoher sozialer und/oder psychischer Belastung müssen zusätzliche Beratungsangebote unterbreitet werden. Pränatale interdisziplinäre Fallkonferenzen dienen der Erstellung eines adäquaten, individuellen Beratungsangebotes für die einzelne Familie. Eine pränatale familienzentrierte Beratung/Sozialvisite sowie das Angebot von Stationsbesichtigungen erscheinen geeignet, elterliche Ängste abzubauen und die Eltern in die Lage zu versetzen, sich nach der Geburt auf ihr Kind und ihre neue Elternrolle zu konzentrieren.

Für die präpartale Beratung haben sich sowohl im ärztlichen als auch im psychosozialen Bereich strukturierte Gespräche als hilfreich erwiesen. Den zukünftigen Eltern werden zunächst ärztlicherseits die erforderlichen Informationen zur gesundheitlichen Situation von Mutter und Fetus vermittelt. Darauf folgende psychosoziale Gesprächsangebote können die emotionale Bewältigung der Risikoschwangerschaft bzw. -geburt unterstützen. Besondere Bedeutung für den multiprofessionellen und interdisziplinären Austausch haben Protokolle, die Umfang und Inhalt von Beratungsgesprächen aller am Beratungs- bzw. Betreuungsprozess Beteiligten dokumentieren [17]. Für die Aufklärung über Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken haben sich beispielsweise Visualisierungshilfen als geeignet erwiesen [19], welche die Spezifizierung von Informationen für die jeweilige Familie bzw. Schwangere erleichtern können.

1.3 Wissenschaftliche Evidenz

Die Evidenz der präpartalen Betreuung ist durch klinische Studien nicht ausreichend belegt. Nach einem präpartalen Gespräch mit einer Kinderkrankenschwester berichteten Eltern einer Interventionsgruppe gegenüber einer Kontrollgruppe, sie fühlten sich mindestens gut auf die postnatale Situation vorbereitet (96 % vs. 8 %) und würden sich nach dem Gespräch weniger Sorgen um ihr Kind machen (Interventionsgruppe: N = 24; Kontrollgruppe: N = 12) [38].

II. Postnataler Kontakt

II.1 Zielsetzung

Eltern-Kind-Kontakt während der ersten Lebensstunden ist auch bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen anzustreben und sollte den Eltern und dem Kind ermöglicht werden. Der Kontakt sollte möglichst viele Sinne (Sehen, Hören, Fühlen, Riechen, Schmecken) einbeziehen. Anzustrebendes Ziel ist unmittelbarer Haut-zu-Haut-Kontakt als möglicher Rahmen einer intensiven Verhaltensabstimmung zwischen Mutter und Kind [13].

II.2 Umsetzung

Vor Verlegung des Kindes auf die Intensivstation sollten die Eltern möglichst Gelegenheit erhalten, ihr Kind zu sehen. In Abhängigkeit von der medizinischen Situation können sie es auch berühren oder in den Arm nehmen. Wenn möglich, sollte das Kind auch auf die Brust der Mutter zur Herstellung eines engen Haut-zu-Haut-Kontakts gelegt werden (Bonding). Durch die räumliche und personelle Ausstattung des Perinatalzentrums muss die medizinische Sicherheit des Kindes stets gewährleistet sein. Dies umfasst beispielsweise die Sicherung einer entsprechenden Raumtemperatur, eines adäquaten Monitorings sowie der ggf. notwendigen respiratorischen Unterstützung. Eine unmittelbare Überwachung durch eine erfahrene Pflegekraft muss gewährleistet sein; ein entsprechend erfahrener neonatologisch tätiger Kinderarzt muss verfügbar sein.

II.3 Wissenschaftliche Evidenz

Von der Existenz einer sensiblen Phase für das initiale Bonding kann auch bei Frühgeborenen ausgegangen werden. Es wurde gezeigt, dass bei Geburt unter notfallmedizinischen Bedingungen bereits der visuelle Kontakt der Mutter zum Kind innerhalb von drei Stunden nach der Geburt gegenüber der sofortigen Trennung die weitere Bindungsentwicklung im ersten Lebensjahr des Kindes fördern kann [24].

III. Fortlaufende Elternberatung

III.1 Zielsetzung

Die Elternberatung erfolgt grundsätzlich ressourcenorientiert bei Beachtung familiärer Bedürfnisse mit dem Ziel der Unterstützung frühestmöglicher familiärer Reorganisation nach der Geburt. Im Vordergrund stehen Unterstützung des Eltern-Kind-Bindungsprozesses sowie Prävention von im Zusammenhang mit der Erkrankung stehenden familiären Anpassungsstörungen.

Der Beratungsbedarf von Eltern während des stationären Aufenthalts richtet sich neben Fragen ihrer sozialen Absicherung vor allem auf ausführliche Informationen zum Gesundheitszustand ihres Kindes, Anwesenheit und Körperkontakt zum Kind, Übernahme seiner Pflege und Versorgung, Einbeziehen in die Behandlungsentscheidungen, Wertschätzung durch das Personal [8]. Viele Eltern erleben es als stabilisierend, im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes Entlastung durch Beratungsgespräche zu finden. Sie benötigen Gesprächspartner, die nicht in die medizinische oder pflegerische Versorgung ihres Kindes eingebunden sind und ihnen wertschätzend, empathisch und wertungsfrei im Gespräch begegnen können. Viele Eltern fühlen sich dann ermutigt, in einem geschützten Setting über sie belastende Themen zu sprechen, die im stationären Alltag keinen Raum haben. Insbesondere Familien mit einem Migrationshintergrund können auf Grund oft fehlender Sprachkenntnisse oder ihres anderen kulturellen Hintergrunds einen hohen Beratungsbedarf haben.

Als vorteilhaft für die Beratungsangebote haben sich niederschwellige und in die Stationsroutine integrierte Ansätze bewährt, um alle Eltern unabhängig von ihren jeweiligen Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen erreichen zu können. Parallel zur Behandlung des Kindes angebotene Beratungen können zur Entlastung und Stabilisierung der Eltern beitragen; das können auch eine Elterngruppe oder das Gespräch mit anderen betroffenen Elternteilen sein. Zu beachten ist, dass in der Intensivtherapiephase emotionsorientierte und in den sich anschließenden Behandlungsphasen problemorientierte Coping-Strategien dominieren. Dies sollte bei der Wahl des Beratungsansatzes (klärungs- vs. lösungsorientiert) berücksichtigt werden und setzt eine hohe Beratungsexpertise voraus, um ggf. Symptome möglicher psychopathologischer Entwicklungen – z. B. durch Traumatisierung – rechtzeitig zu erkennen [47]. Die Mitarbeiter der psychosozialen Elternberatung sollten entsprechende Weiterbildungen absolvieren (z. B. Trauma- und Krisenberatung, systemisch-lösungs-orientierte Beratung). Keineswegs alle Eltern haben einen psychologischen Betreuungsbedarf und ein Drittel fürchtet eine Etikettierung als psychisch krank [31].

III.2 Umsetzung

Die fortlaufende Elternberatung umfasst alle Tätigkeiten, um Eltern während des stationären Aufenthalts mit dem Ziel des Aufbaus von Eltern-Kind-Bindungen zu informieren, zu beraten, in Krisensituationen zu unterstützen, ihre personellen und sozialen Ressourcen zu mobilisieren, sie in ihrem sozialen Umfeld zu vernetzen, frühe Hilfen zu initiieren. Instrument der Koordination kann eine wöchentliche Sozialvisite sein, an der neben dem ärztlichen Stationspersonal und den Pflegefachkräften die in der jeweiligen Einrichtung zuständigen Vertreter der professionellen psychosozialen Elternberatung teilnehmen.

Um der Gefahr möglicher Spätfolgen in Form von posttraumatischen Belastungsstörungen vorzubeugen, können darauf ausgerichtete strukturierte Präventionsprogramme eingesetzt werden, die den Eltern Gelegenheit zur Bewältigung von Belastungssituationen geben [18]. Eltern können zur

emotionalen Unterstützung und Wertschätzung oftmals eine gute Begleitung auch durch andere Eltern erhalten, so dass Gespräche untereinander angeregt und die Ressourcen von Elterninitiativen oder -gruppen einbezogen werden sollten [29].

Die professionelle psychosoziale Elternberatung sollte von einem multiprofessionellen Team erbracht werden, u. a. von Angehörigen der in der QFR-RL beispielhaft genannten Berufsgruppen (ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, Diplompsychologen, Psychiater, Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter) [36]. Die in der Elternberatung Tätigen sollten über eine Zusatzqualifikation wie zum Beispiel in Beratung, Gesprächsführung oder Krisenintervention verfügen, die sie zu ressourcenorientierten Begleitungs- und Beratungsleistungen befähigt. Ferner sollten sie über Basiswissen im Bereich der Neonatologie verfügen.

Die in der professionellen psychosozialen Elternbegleitung Tätigen sind insbesondere zuständig für:

- präpartale Angebote,
- postpartale Beratungen auf der Wochenbettstation,
- kontinuierliche Gesprächs- und Beratungsangebote während des stat. Aufenthaltes,
- Assessment familiärer Ressourcen,
- multiprofessionelle interne und externe Netzwerkarbeit,
- Entlastungs- Orientierungsgespräche,
- Krisenintervention/Begleitung,
- Sozialberatung,
- Palliativberatung und Trauerbegleitung,
- Prüfung psychopathologischer Entwicklungen, Empfehlung von Konsilen sowie
- ressourcenorientierte Familienbegleitung.

III.3 Wissenschaftliche Evidenz

Die Teilnahme an einem strukturierten Programm mit den Modulen Rekonstruktion peripartaler Ereignisse, Vertrautmachen mit Entspannungstechniken, Erklärung von Stress- und Traumareaktionen, Exploration von Coping Strategien, Diskussion persönlicher Unterstützungsressourcen, Lösung konkreter Probleme führte zu einer deutlichen Minderung posttraumatischer Belastungssymptome (36 % vs. 76 % in der Kontrollgruppe) [18].

Eltern, die durch andere und darin geschulte Eltern Frühgeborener beraten wurden, berichten bereits nach vier Wochen über eine geringere Stressbelastung, später dann über weniger Angst und depressive Symptome [35], es konnte weiterhin ein Zuwachs an „Mütterlichkeit“ – z. B. häufigeres und längeres Stillen – beobachtet werden [26].

IV. Elternschulung

IV.1 Zielsetzung

Die Schulung der Eltern sollte täglich durch den Einbezug in die Pflege ihres Kindes sichergestellt werden. Sie zielt darauf, Eltern an die Pflege ihres Kindes heranzuführen, möglichst frühzeitig in Pflegemaßnahmen einzubeziehen und ihnen allmählich entsprechende Kompetenzen zu vermitteln. Eltern sollen darin angeleitet werden, die Bedürfnisse ihres Kindes wahrnehmen sowie umgehend und adäquat darauf reagieren zu können (Feinfühligkeit). Damit wird eine Förderung der Eltern-Kind-

Interaktion als Grundlage der sich herausbildenden Eltern-Kind-Bindung angestrebt. Jedes Elternpaar und jedes Kind haben unterschiedliche Bedürfnisse und Ressourcen und diese können nur im Umgang miteinander erlernt und gefördert werden. Die Schulung der Eltern ist eine Ergänzung der psychosozialen Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen.

IV.2 Umsetzung

Hinsichtlich der Stärkung der Eltern als „Primary Caregiver“ ihres Kindes während des stationären Aufenthalts haben sich in den zurückliegenden Jahren zwei Vorgehensweisen herausgebildet [17]: Erstens ist es die geleitete Teilnahme der Eltern an der täglichen Pflege und Versorgung ihres Kindes durch den Einbezug in möglichst alle Pflege- und Versorgungsprozesse [8], wobei hierdurch hohe Anforderungen an das medizinische und Pflegepersonal entstehen [7]; zweitens sind es Schulungsprogramme mit Schwerpunkten auf das psychische Befinden der Mutter, die Elternrolle sowie die Eltern-Kind-Beziehung, wobei sich frühzeitige Kurzschulungen zu ausgewählten Themen besonders bewährt haben [4,10].

Schwerpunkte der Elternschulung sollten die entwicklungsfördernde Pflege und Versorgung des Kindes, die Wahrnehmung seiner Bedürfnisse und Äußerungen, die Vermittlung von Wissen sowie die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion sein. Dabei sollte der Erstkontakt zwischen Eltern und Kind besondere Aufmerksamkeit erhalten. Die Eltern sollten unter Anleitung die kindlichen Belastungs- und Aufmerksamkeitsgrenzen, gleichzeitig aber auch seine bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten kennenlernen. Darüber hinaus sollte auch eine Vorbereitung auf mögliche Probleme des Kindes bei der Adaptation an die häusliche Umgebung Bestandteil der Schulung sein.

Die Elternschulung wird vorrangig von erfahrenen Pflegefachkräften erbracht. Bei erhöhtem Pflege- und Versorgungsbedarf des Kindes oder bei besonderem Unterstützungsbedarf sollten Angehörige weiterer Berufsgruppen hinzugezogen werden. Die in Anleitung und Schulung der Eltern Tätigen sollten über Zusatzqualifikationen wie z. B. Fachweiterbildung pädiatrische Intensivpflege oder Still- und Laktationsberatung verfügen; weitere Qualifikationen sind erwünscht, die eine besondere Expertise in der Schulung von Eltern ausdrücken.

IV.3 Wissenschaftliche Evidenz

Ein Schulungsprogramm für Eltern frühgeborener und kranker neugeborener Kinder (12 einstündige Sitzungen, davon 4 im häuslichen Bereich) führte bei den Müttern ein Jahr nach Entlassung zu einer signifikant geringeren Stressbelastung und bei den Kindern im fünften Lebensjahr zu höherer Intelligenzleistung (Geburtsgewicht < 2.000 g, N = 140, randomisierte kontrollierte Studie) [19].

Das Programm „Creating Opportunities for Parent Empowerment“, bestehend aus Elternkursen und praktischen Anleitungen in der Klinik und zu Hause, erbrachte eine Verringerung von mütterlicher Stressbelastung, Angst und depressiven Symptomen sowie eine Verbesserung von elterlichen Kompetenzüberzeugungen und Eltern-Kind-Interaktionen; die Liegedauer verringerte sich (Gestationsalter < 32 SSW, N = 260, randomisierte kontrollierte Studie) [25].

Das „Mother-Infant-Transaction-Program“ mit Schulungen zu den Themen (in der Klinik) Einführung, Selbstregulation des Kindes, Bewegungssystem, Aufmerksamkeitsregulation, soziale Interaktion, tägliche Versorgung sowie (zu Hause) Konsolidierung, gemeinsames Spielen, kindliches Temperament

und Rückschau ergab eine verbesserte neurokognitive Entwicklung des Kindes (Gestationsalter < 37 SSW, N = 53, randomisierte kontrollierte Studie) [37].

Das „Early Sensitivity-Training for Parents of Preterm Infants“ mit den Bestandteilen Stresssignale des Kindes, Grundlagen der Stimulierung, Eltern-Kind-Interaktionen, Berührung und Babymassage, Känguruen, stimmliche, visuelle und auditive Anregung, Normalisieren elterlicher Gefühle, Umgehen mit negativen (dysfunktionalen) Gedanken, Tagebuchführen zeigte bei einer MRT-Kontrolle zum errechneten Geburtstermin eine verbesserte Hirnreifung zugunsten der Kinder trainierter Mütter (Gestationsalter < 32 SSW, N = 45, randomisierte kontrollierte Studie) [27].

Ein Elternkurs zu den Inhalten Ernährung, Handling, Körperpflege, Stimulation, Erste Hilfe für zu Hause und Frühförderung/Familienunterstützung, ergänzt durch Anleitungen der Eltern beim Baden ihres Kindes und ein videogestütztes Feedback erbrachte für die Kinder Vorteile in der Aufmerksamkeitsspanne (Anzahl, Dauer) und der Kontaktsuche zur Mutter; die Mütter zeigten öfter intuitives Elternverhalten und Feinfühligkeit (Gestationsalter < 32 SSW, N = 40; zwei anfallende Stichproben) [43].

V. Strukturiertes Entlassungsmanagement

V.1 Zielsetzung

Die Entlassungsplanung beginnt bei der stationären Aufnahme des Kindes und endet mit dem Übergang in die ambulante Nachsorge [41]; die gezielte Entlassungsvorbereitung ist Bestandteil der Qualitätssicherung nach QFR-RL [36].

Die strukturierte Entlassungsplanung erfolgt mit dem Ziel, mit der Familie den Übergang von der stationären Behandlungs- und Versorgungsphase nach Hause und ggf. in die ambulante Weiterbetreuung zu planen. Durch engen Einbezug der Familien sollen einer Überforderung der Eltern vorgebeugt und Versorgungsbrüche beim Übergang in die Pflege zu Hause vermieden werden.

V.2 Umsetzung

Die Inhalte der Entlassungsplanung werden durch den behandelnden Arzt verantwortet. Die Mitarbeiter der professionellen psychosozialen Elternberatung können als kontinuierliche Ansprechpartner fungieren.

Die Beratung der Eltern sollte folgende Inhalte umfassen: Impfungen, Ernährung, Medikamente, gesunde Schlafumgebung und der sichere Umgang mit dem Autokindersitz. Zudem ist eine Beratung in Bezug auf Inhalte entwicklungsförderlicher Eltern-Kind-Interaktionen und den Besonderheiten der Adaptation des Kindes an die häusliche Umgebung nach dem Klinikaufenthalt erforderlich. Gemeinsam mit den Eltern sind relevante Kontrolluntersuchungen zu planen. Bei gegebenem medizinischem und/oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf sind entsprechende Behandlungsempfehlungen auszusprechen, zu begründen und mit den Eltern ausführlich zu beraten. Weiterhin soll die Koordination und Implementierung von häuslicher Unterstützung z. B. durch Sozialmedizinische Nachsorge erfolgen.

Die Evaluation der Entlassungsfähigkeit muss sowohl das Kind, die Eltern, als auch das ambulante Hilfenetzwerk mit dem Ziel einer kontinuierlichen multidisziplinären Weiterbetreuung der Familie

berücksichtigen. Empfohlen wird eine für die jeweilige Einrichtung spezifische Checkliste zur Entlassungsplanung, die der Akte beiliegt.

Soweit während des stationären Aufenthalts des Kindes eine Mitaufnahme der Bezugspersonen nicht möglich war (Rooming-in/stationäre Mitaufnahme), so sollte diese zumindest in der Phase der gezielten Entlassungsvorbereitung unbedingt für einige Tage versucht werden, um damit auch das Vertrauen der Eltern in die eigenen Fähigkeiten zu stärken.

Formal kann das Entlassungsmanagement durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen erbracht werden und dem Ansatz des Case-Managements folgen. Inhaltlich hat es sich bewährt, den Eltern wesentliche Entlassungsinformationen schriftlich zur Verfügung zu stellen [40,42].

V.3 Wissenschaftliche Evidenz

Es konnte gezeigt werden, dass durch strukturierte Elternberatung und Entlassungsplanung die Dauer des stationären Aufenthaltes verkürzt und Wiederaufnahmen vermieden werden konnten [16].

VI. Nachsorge

VI.1 Zielsetzung

Die Entlassung aus der stationären Versorgung in die ambulante Weiterbehandlung kann für viele Familien eine erhebliche Herausforderung darstellen, der durch die Nachsorge begegnet werden kann. Zu den besonderen Herausforderungen zählen dabei z. B. Regulationsauffälligkeiten des Kindes, erhöhter Informationsbedarf der Eltern bezüglich Gesundheitszustand und Prognose des Kindes, Gefahr von psychischen Belastungen der Eltern [46]. Zu beachten ist, dass die Eltern ihre eigenen Fähigkeiten der Pflege und Versorgung ihres Kindes häufig im Vergleich zu den sie begleitenden Pflegefachkräften überschätzen [41].

VI.2 Umsetzung

Zur Gestaltung dieser Schnittstelle hat der Gesetzgeber im § 43 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit der „Sozialmedizinischen Nachsorge“ geschaffen. Zur Erbringung der sozialmedizinischen Nachsorge sind Anforderungen an die Leistungserbringer im § 132c SGB V festgelegt. Der Bundesverband Bunter Kreis e.V. als Qualitätsverbund sozialmedizinischer Nachsorgeeinrichtungen hat hierfür wesentliche Nachsorgestandards entwickelt [32]. Die Leistungserbringung ist mit den Krankenkassen zu vereinbaren und jeweils ein Einzelantrag zu stellen.

VI.3 Wissenschaftliche Evidenz

Bei fehlender psychosozialer Betreuung während des stationären Aufenthaltes führt sozialmedizinische Nachsorge zur Steigerung der elterlichen Zufriedenheit, Reduzierung von Aufenthaltsdauer und stationären Wiederaufnahmen, gezielter Inanspruchnahme erforderlicher kinderärztlicher Leistungen, Stabilisierung der Mutter-Kind-Interaktionen und Verringerung kindlicher Regulationsstörungen [34].

Literatur

1. Armbrust R, Hinkson L, von Weizsäcker K, Henrich W. The Charité cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29:163-168.
2. AWMF-LL 024/019. Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/019, Entwicklungsstufe S2k. 2014. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/024-019.html. Zugriffen: 25.07.2017.
3. Bigelow AE. Discovering self through other: Infants' preference for social contingency. *Bull Menninger Clin.* 2001;65:335-346.
4. Brecht CJ, Shaw RJ, St John NH, Horwitz SM. Effectiveness of therapeutic and behavioral interventions for parents of low-birth-weight premature infants: A review. *Infant Ment Health J.* 2012;33:651-665.
5. Brisch KH, Bechinger D, Betzler S, Heinemann H, Kaechele H, Pohlandt F, Schmuecker G, Buchheim A. Attachment quality in very low birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parent Sci Pract.* 2005;5:311-331.
6. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. Praxis-Leitfaden Elternberatung in der Neonatologie. Frankfurt am Main: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V., 2014.
7. Cescutti-Butler L, Galvin K. Parents' perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2003;12:752-761.
8. Cleveland LM. Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37:666-691.
9. Dipietro JA, Irizarry RA, Costigan KA, Gurewitsch ED. The psychophysiology of the maternal-fetal relationship. *Psychophysiology.* 2004;41:510-520.
10. Evans T, Whittinghama K, Sanders M. Are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? *Infant Behav Dev.* 2014;37:131-154.
11. Feldman R (2007) Parent-infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007;16:340-345.
12. Feldman R, Eidelman AI. Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Dev Psychobiol.* 2007;49:290-302.
13. Feldman R. The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving. *Horm Behav.* 2016;77:3-17.
14. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics.* 2006;118:e107-114.

-
15. Fuertes M, Faria A, Soares H, Crittenden P. Developmental and evolutionary assumptions in a study about the impact of premature birth and low income on mother-infant interaction. *Acta Ethol.* 2009;12:1-11.
 16. Huening BM, Reimann M, Beerenberg U, Stein A, Schmidt A, Felderhoff-Mueser U. Establishment of a family-centred care programme with follow-up home visits: Implications for clinical care and economic characteristics. *Klin Pädiatr.* 2012;224:431-436.
 17. Jiang S, Warre R, Qiu X, O'Brien K, Lee SK. Parents as practitioners in preterm care. *Early Hum Dev.* 2014;90:781-785.
 18. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics.* 2005;115:915-919.
 19. Kaaresen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics.* 2006;118:e9-19.
 20. Kennell J, Klaus M. Early mother-infant contact. Effects on the mother and the infant. *Bull Menninger Clin.* 1979;43:69-78.
 21. Klaus M. Mother and Infant: early emotional ties. *Pediatrics.* 1998;102:1244-1246.
 22. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant’s first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:164-173.
 23. Maslow A. A Theory of Human Motivation. *Psychol Rev.* 1943;50:370-396.
 24. Mehler K, Wendrich D, Kissgen R, Roth B, Oberthuer A, Pillekamp F, Kribs A. 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? *J Perinatol.* 2011;31:404-410.
 25. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, Stone PW, Small L, Tu X, Gross SJ. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2006;118:e1414-1427.
 26. Merewood A, Chamberlain LB, Cook JT, Philipp BL, Malone K, Bauchner H. The effect of peer Counselors on Breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit – Results of a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:681-685.
 27. Milgrom J, Newnham C, Anderson P, Doyle LW, Gemmill AW, Lee K, Hunt RW, Bear M, Inder T. Early sensitivity training for parents of preterm infants: impact on the developing brain. *Pediatr Res.* 2010;67:330-335.
 28. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;11:CD003519.
 29. Nilsen WJ, Affronti ML, Coombes ML. Veteran Parents in Child Protective Services: Theory and Implementation. *Fam Relat.* 2009;58:520-535.

-
30. Pace CC, Spittle AJ, Molesworth CM, Lee KJ, Northam EA, Cheong JL, Davis PG, Doyle LW, Treyvaud K, Anderson PJ. Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period. *JAMA Pediatrics* 2016;170(9):863-870.
 31. Panagl A, Kohlhauser C, Pollak A. Integrated psychological parental assistance in the neonatal intensive care unit: concepts and first experiences. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2005;209:14-21.
 32. Podeswik A, Porz F, Groeger K, Thyen U. Sozialmedizinische Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder – eine neue Leistung der Krankenkassen. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2009;157:129-135.
 33. Poehlmann J, Schwichtenberg AJ, Bolt DM, Hane A, Burnson C, Winters J. Infant physiological regulation and maternal risks as predictors of dyadic interaction trajectories in families with a preterm infant. *Dev Psychol.* 2011;47:91-105.
 34. Porz F. Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie) – Zusammenfassung. Augsburg: beta-Institut, 2008.
 35. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent „buddy“ program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMJA.* 2003;168:969-973.
 36. QFR-RL. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/ QFR-RL) in der Fassung vom 20. September 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, S. 15 684, in Kraft getreten am 1. Januar 2006, zuletzt geändert am 27. November 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT vom 3. Februar 2016 B2, in Kraft getreten am 4. Februar 2016.
 37. Rauh VA, Nurcombe B, Achenbach T, Howell C. The Mother-Infant Transaction Program – the Content and Implications of an Intervention for the Mothers of Low-Birth-Weight Infants. *Clin Perinatol.* 1990;17:31-45.
 38. Rothe F, Gebauer C, Pulzer F, Bläser A, Robel-Tillig E, Knüpfer M. Pränatale Elternbegleitung bei drohender Frühgeburt. *Kinder- und Jugendmedizin* 2009;09:362-366.
 39. Schiltz P, Walger P, Krischer M, von Gontard A, Wendrich D, Kribs A, Roth B, Lehmkuhl G. Bindungsqualität bei sehr kleinen Frühgeborenen (< 1500 g) und ihren Müttern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 2013;62:142-154.
 40. Schlittenhart JM, Smart D, Miller K, Severtson B. Preparing Parents for NICU Discharge. *Nurs Womens Health.* 2011;15:484-494.
 41. Smith VC, Young S, Pursley DM, McCormick MC, Zupancic JA. Are families prepared for discharge from the NICU? *J Perinatol.* 2009;29:623-629.
 42. Sneath N. Discharge teaching in the NICU: are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Netw.* 2009;28:237-246.

43. Steinhardt A, Hinner P, Kuehn T, Roehr CC, Ruediger M, Reichert J. Influences of a dedicated parental training program on parent-child interaction in preterm infants. *Early Hum Dev.* 2015;91:205-210.
44. Swain JE, Tasgin E, Mayes L, Feldman R, Constable RT, Leckman JF. Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49:1042-1052.
45. Thomson G, Hall Moran V, Axelin A, Dykes F, Flacking R. Integrating a sense of coherence into the neonatal environment. *BMC Pediatr.* 2013;13:84.
46. Treyvaud K, Lee KJ, Doyle LW, Anderson PJ. Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years after Birth. *J Pediatr.* 2013;164:515-521.
47. Young Seideman R, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, Bowerman JL. Parent stress and coping in NICU and PICU. *J Pediatr Nurs.* 1997;12:169-177.
48. Zelkowitz P, Bardin C, Papageorgiou A. Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Ment Health J.* 2007;28:296-313.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**