

«Musik von Anfang an»

Referenzrahmen zur Anwendung von Musiktherapie in der Neonatologie

Friederike Haslbeck, Monika Nöcker-Ribaupierre, Marie-Luise Zimmer, Leslie Schrage-Leitner, Verena Lodde für den Fachkreis Musiktherapie Neonatologie (FMtN)

Zitiervorschlag:

Haslbeck F., Nöcker-Ribaupierre M., Zimmer M.-L., Schrage-Leitner L., Lodde V. für den Fachkreis Musiktherapie Neonatologie (2017): Musik von Anfang an. Referenzrahmen zur Anwendung von Musiktherapie in der Neonatologie. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie

Verfügbar unter: <http://www.musiktherapie.de/musiktherapie/arbeitsfelder/neonatologie.html>

Korrespondenz: Dr. Friederike Haslbeck, UniversitätsSpital Zürich und Inselspital Bern, CH, friederike.haslbeck@usz.ch

Einleitung

Musiktherapie in der Neonatologie ist ein Feld mit wachsendem inner- als auch interdisziplinärem Interesse. Mussten deutsche Pioniere wie Monika Nöcker-Ribaupierre, Marie-Luise Zimmer und Monica Bissegger in den 1990er Jahren noch viele Wege ebnen, so bieten mittlerweile 28 neonatologische Stationen¹ im deutschsprachigen Raum Musiktherapie an. Auch global sind diese Entwicklungen zu beobachten. So wurden bei dem letzten Weltkongress für Musiktherapie 2014 in Krems, Österreich zehn Vorträge und ein Pre-Conference Seminar zum Thema präsentiert und in London die internationale Forschergruppe MANDARI (Music and the Neuro-Developmentally At-Risk Infant Collaboration)² von Helen Shoemark gegründet. Dieses wachsende Interesse spiegelt sich zudem in der stetig steigenden Zahl der Mitglieder des deutschsprachigen Fachkreises Musiktherapie Neonatologie (FMtN)³ wider. Interdisziplinär ist die zunehmende Aufmerksamkeit insbesondere an der großen Anzahl von Forschungsarbeiten zur Musiktherapie in der

¹ www.musiktherapie.de (Zugriff: März 2017)

² www.gold.ac.uk/mandari/groupmembers (Zugriff: März 2017)

³ siehe 1

Neonatologie von Disziplinen der Pflegewissenschaften, Psychologie und Medizin zu erkennen (Haslbeck, 2012). Und auch die Medien berichten vermehrt über das innovative Arbeitsfeld (Christ, 2014; Baumeister, 2014; Kery-Erdelyi, 2014).

Diese Entwicklungen bergen große Chancen, aber auch Risiken. Chancen, dass Musiktherapie im Kanon der Gesundheitsdisziplinen immer mehr gehört, gewünscht und etabliert wird – denn die meisten Stellen müssen noch mit Hilfe von Drittmitteln finanziert werden und beruhen auf dem individuellen Engagement einzelner Therapeutinnen. Risiken, dass unprofessionelle Stimulationsangebote auf Grund der „Modewelle“ ihren Weg in die Neonatologie finden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Vulnerabilität frühgeborener Kinder und ihrer Eltern bedenklich. Denn auditive Stimulationsangebote können bei unprofessioneller Handhabung zu Fehl- und Überstimulation der Kinder führen als auch die Eltern bei mangelnder therapeutischer Begleitung zusätzlich verunsichern und belasten (Shoemark, 2013).

Zugleich werden im Gesundheitssetting Kriterien der Qualitätssicherung sowie „Evidence-based Practice“ (EBP) gefordert. Laut Kern (2010) liefert EPB Qualitätskriterien, die der Musiktherapie als sich professionalisierende Disziplin helfen können, sich besser zu positionieren sowie den Patientinnen, Patienten und Angehörigen die bestmögliche Versorgung anzubieten. Evidence-based Practice wird als ein problem-lösender Entscheidungsprozess im klinischen Alltag verstanden, der folgende drei Aspekte berücksichtigt: 1) Evaluierung der besten Forschungsergebnisse 2) Klinisch-praktische Erfahrung und 3) die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten (Sackett et al., 2005; Melnyk et al., 2009).

Die Evidence betreffend liegen bereits mehrere systematische Reviews vor, welche die positiven Effekte von Musiktherapie auf die Kinder und die Eltern belegen, insbesondere stabilisierende und entspannende Wirkungsfaktoren auf physiologische Parameter und den allgemeinen Verhaltenszustand der Kinder (Bielenik et al., 2016; Hartling et al., 2009; Haslbeck, 2012; Standley, 2012). In diesen Literaturanalysen sowie in einer der ersten evidenz-basierten Guidelines zur Musiktherapie in der Neonatologie (Standley, 2002) wird die Anwendung von Musik als Therapie von professionell ausgebildeten Musiktherapeuten gefordert sowie insbesondere der positive Effekt von Live-Musik betont. Dies konnte auch in ersten Vergleichsstudien gezeigt werden. So unterstreichen Arnon et al. (2006) als auch

Garunkstiene et al. (2014), dass Live-Musik besser und nachhaltiger wirkt als auf Tonträger aufgenommene Stimulationsangebote, was sich z. B. in der signifikanten Regulation der Herzrate und tieferem Schlaf mit größerem Effekt nach der Live-Musiktherapieintervention zeigte. Qualitative Studien zur Musiktherapie in der Neonatologie geben darüber hinaus Hinweise auf die Art und Weise, wie und welche Musik angeboten werden sollte und dass die Eltern als auch die Eltern-Kind-Bindung durch die Einbindung in den therapeutischen Prozess gestärkt werden können (Haslbeck, 2013 a & b; Shoemark & Grocke, 2010; Nöcker-Ribaupierre, 1995). Responsiveness (vgl. Haslbeck 2014), stete Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der frühgeborenen Kinder und ihrer Eltern, Feinabstimmung und Synchronisation von Rhythmen und Affekten werden als Wirkfaktoren genannt und als übergeordnete Zielsetzungen gefordert (Hanson-Abromeit et al., 2008; Haslbeck, 2013; Loewy et al., 2013).

Wie aber im Detail sollen Musiktherapeutinnen und -therapeuten in der Neonatologie arbeiten? Was sind spezifische Indikationen, Zielsetzungen, musiktherapeutische Methoden, aber auch Kontraindikationen? Erste Richtlinien existieren bereits im angloamerikanischen Raum (Standley, 2002; Hanson-Abromeit et al., 2008; Standley & Walworth, 2010). Wie können diese jedoch an den deutschsprachigen Raum adaptiert werden? Sollte in diesem Zusammenhang nicht auf den Erfahrungsschatz von deutschsprachigen Expertinnen zurückgegriffen werden, um den zweiten wichtigen Baustein im alltäglichen, klinischen Entscheidungsprozess der Evidence-based Practice (2: klinisch-praktische Erfahrung) zur Verfügung zu stellen, insbesondere für Berufsanfängerinnen und -anfänger, die ihre eigene klinisch-praktische Erfahrung noch sammeln müssen?

So wurde in den vergangenen vier Jahren im Fachkreis Musiktherapie Neonatologie durch die Initiative und Koordination der Erstautorin ein Referenzrahmen für Musiktherapie in der Neonatologie erarbeitet. Die einzelnen Erfahrungen wurden mit der aktuellen Evidenz sowie den bereits vorhandenen Richtlinien zur Musiktherapie in der Neonatologie abgeglichen (Hanson-Abromeit et al., 2008; Nöcker-Ribaupierre, 2014; Standley, 2002; Standley & Walworth, 2010). Essentielle Grundlage im Erarbeitungsprozess waren zudem die Leitsätze des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ (2007), die auf der entwicklungsfördernden Betreuung (NIDCAP)⁴ basieren; sie wurden von einer interdisziplinären Gruppe aus

⁴ NIDCAP-Pflegekonzept (Newborn Individualized Development Program), ein Ansatz der individualisierten Entwicklungsförderung, der auf Erkenntnissen der früh- kindlichen Gehirnforschung basiert und sich an den individuellen Bedürfnissen der Kinder orientiert
<http://nidcap.org/en/>

Gesundheitsdisziplinen der neonatologischen Versorgung im Konsensverfahren formuliert; bspw. „Achtung der Autonomie der Eltern und der Eltern-Kind-Einheit“, „Unterstützung der intuitiven Eltern-Kind-Interaktion“, etc.. Viele der in diesen Leitsätzen geforderten Rahmenbedingungen für Musiktherapie mit Frühgeborenen und ihren Eltern haben richtungsweisenden Charakter (Haslbeck, 2009).

Übergeordneter Referenzrahmen für Musiktherapie in der Neonatologie

Der im Folgenden vorgestellte Referenzrahmen (s. Tab. 1, S. 5) wurde zunächst in Kleingruppen systematisch zu den drei Themenfeldern „Auditive Stimulation mit Mutterstimme“, „Instrumentale Musiktherapie in der Neonatologie“ und „Vokale Musiktherapie in der Neonatologie“ erarbeitet, um diese anschließend zu einem übergeordneten Rahmen zu synthetisieren. Orientiert an den Forderungen zur professionellen Erstellung von klinisch praktischen Leitlinien des *Institute of Medicine* (Field & Logh, 1990) und dem *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (Harbour, 2008) wurde der Referenzrahmen nach wiederholter Überarbeitung durch die Autorinnen den im Dank aufgeführten, interdisziplinären neonatalen Expertinnen und Experten aus der Medizin, Pflegewissenschaft, Psychologie und Physiotherapie zur weiteren Prüfung vorgelegt. Um darüber hinaus im Sinne der Partizipation (Harbour, 2008; de Silva, 2011) die Bedürfnisse und Perspektiven der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, die von denen der Gesundheitsprofessionen durchaus abweichen können, einzufangen, wurde der Referenzrahmen den ebenfalls im Dank angeführten Eltern sowie dem Bundesverband „Das Frühgeborene Kind e. V.“ zur weiteren Revision vorgelegt. Folgende in der Tabelle aufgeführten übergeordneten Voraussetzungen, Indikationen, Kontraindikationen, Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Methoden haben sich dabei herauskristallisiert und sollten daher für jegliche Anwendung von Musiktherapie im neonatologischen Setting gelten.

Tabelle 1: Referenzrahmen für Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern und ihren Eltern

Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vom Berufsverband anerkannte musiktherapeutische Qualifikation • Interesse + Offenheit der neonatologischen Station für Musiktherapie • Transdisziplinäre Zusammenarbeit • Individueller Behandlungs-, Verantwortungs- und Beobachtungsauftrag • Information und Bereitschaft der Eltern 	
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellen einer vertrauensvollen, ruhigen Atmosphäre • Therapieangebot regelmäßig, kontinuierlich, zeitlich begrenzt • Einfügung in (intensiv-) medizinische Rahmenbedingungen • Einhaltung der Hygienerichtlinien • Dokumentation • Austausch mit interdisziplinärem Team 	
	Kind	Eltern
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe, Stress • Physiologische Instabilität • Deprivationsgefahr, Isolation • Disregulation • Drohende Behinderung • Schmerz • Suchtmittelentzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisierung • Angst, Unsicherheit • Überforderung, Stress • Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle • Schuldgefühle, Trauer • Depressive Symptome • Ablehnung des Kindes • Familiäre Belastung • Substanzmissbrauch
	Eltern-Kind Triade: Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau	
Kontra-indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Extreme bis lebensbedrohliche Instabilität • Gefahr der Überreizung, -stimulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Unauflösbare Abwehr von Musiktherapie • Störung der Intimsphäre • Angebotsüberfrachtung • Akute Instabilität
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Beruhigung, Entspannung • Stabilisation physiologischer Parameter • Wahrnehmungs- und Entwicklungsförderung • Schmerzminderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung, Stabilisierung • Anbahnung von Verarbeitungsprozessen (Coping, Coaching) • Stärkung des Vertrauens in intuitive elterliche Fähigkeiten (Nutzung der eigenen Stimme)
	Förderung Eltern-Kind Beziehungs- und Bindungsaufbau	
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Kontaktaufnahme, Abschlussritual • Dauer/ Intensität der Intervention angepasst an individuelles Wahrnehmungs- und Verarbeitungsvermögen • Auditive Charakteristika: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leise (50-60dB) ○ Musikalische Parameter individuell angepasst ○ Einfache Struktur, Wiederholungen, Pausen ○ Kulturell angepasst, Aufgreifen von musikalischen Vorlieben, Hörerfahrungen, Prägungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstkontakt • Ermutigung/ Begleitung zur aktiven stimmlichen Kontaktaufnahme (sprechen, singen, summen) • Kontinuierliche therapeutische Begleitung der Familie bis zur Entlassung, Abschlussgespräch • Krisenintervention, Traumatherapie, Stabilisierung, Coping und Erarbeiten von Ressourcen • Musikalische Nachsorgeberatung • Schweigepflicht • Geschwister: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Anwesenheit und Bereitschaft Integration, z.B. gemeinsames Singen von Liedern

Zusätzlich sei zu erwähnen, dass in einzelnen Fällen auch eine musiktherapeutische Palliativbegleitung der Kinder und ihrer Familien angeboten wird, insbesondere wenn dies explizit gewünscht wird. Im Syntheseprozess der Erarbeitung haben sich einige Aspekte herauskristallisiert, die nur für den jeweiligen Ansatz gelten. Diese spezifischen Charakteristika werden nun *ergänzend* zum übergeordneten bereits aufgeführten Referenzrahmen erläutert.

Ergänzende Charakteristika für die Auditive Stimulation mit Mutterstimme

Die folgenden *ergänzenden* Erläuterungen (s. Tab. 2) beziehen sich auf die von Nöcker-Ribaupierre (1987, 1995, 2003, 2012, 2015 b) entwickelte, evaluierte und durch Zimmer (2003, 2012) erweiterte Methode der Auditiven Stimulation mit Mutterstimme (ASM).

Tabelle 2: Ergänzende Charakteristika für die Auditive Stimulation mit Mutterstimme

Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gute technische Ausstattung (Aufnahme- & Wiedergabegerät, Lautsprecher) • Bearbeitungsprogramm zur Regulierung der Lautstärke und Beseitigung von störenden Nebengeräuschen • Ruhiger Raum für die Aufnahme • Handout und Einweisung des Pflegepersonals über den Umgang mit Geräten, sowie über Häufigkeit und Zeiten der ASM (nicht während Pflegezeiten) 	
Kontra-indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Rooming-in/ ausgeprägte Präsenz der Eltern • Nicht-Erreichbarkeit der Mutter wegen Post-partaler Depression 	
	Praktische Vorgehensweise	Therapeutische Vorgehensweise
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Erstkontakt; Vorbereitung der Mutter auf die Aufnahme • Aufnahme der Mutterstimme: summen, singen, erzählen, vorlesen • Qualitätskontrolle und erstes Abspielen der Aufnahme am Inkubator wenn möglich mit der Mutter zusammen • Positionieren des Lautsprechers ca. 20-30 cm vom Kopf des Kindes entfernt • Beim ersten Abspielen der Aufnahme gemeinsame Beobachtung des Kindes • Einstellung der Lautstärke • Absprache über die Dauer, Zeiten und Häufigkeit der ASM (nur bei Abwesenheit der Mutter anwenden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung ASM als „Brücke“ zur Anleitung zum live Singen • Vgl. übergeordneter Referenzrahmen

Die ASM basiert u.a. auf den Forschungen der Säuglings- und Bindungsforschung, der Bedeutung der Mutter als erster Bezugsperson. Grundlage dieses Ansatzes ist die Tatsache, dass das Ungeborene emotionale Bindung zunächst im mütterlichen Organismus erfährt; damit ist die Mutterstimme Grundlage und wesentliches Fundament von Bindung und

späterer Beziehungsaufnahme. In der Praxis stellte sich im Laufe des gesellschaftlichen Wandels v.a. bezüglich der Rolle des Vaters heraus, dass die Familie als System zu berücksichtigen und sekundär in die therapeutische Versorgung mit einzubeziehen ist. So wird die ASM je nach familiärer Kultur um den Einbezug der Väter und gegebenenfalls später der Geschwisterstimmen erweitert.

Ergänzende Charakteristika vokaler und instrumentaler Live-Musiktherapie

Die folgenden Aspekte zur instrumentalen und vokalen Musiktherapie basieren u. a. auf Ansätzen von Shoemark (2010), Loewy (2013), Bissegger (2000) und Haslbeck (2013 a & b).

Tabelle 3: Ergänzende Charakteristika für vokale und instrumentale Live-Musiktherapie

	Vokale Musiktherapie	Instrumentale Musiktherapie
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. allgemeiner Referenzrahmen Kind: Wahrnehmungs-, Reaktions-, Interaktionsauffälligkeiten Eltern: Mangelnde Feinfühligkeit/ Blockade der intuitiven elterlichen Fähigkeiten Eltern-Kind-Triade: Kontakt-, Interaktionsschwierigkeiten/ Stressübertragung 	<ul style="list-style-type: none"> Eltern: Scham oder Abwehr in Bezug auf den Einsatz der eigenen Stimme
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> Reaktives, fein abgestimmtes Summen und Singen mit Pausen <p>Therapieangebot für Mutter/ Vater/ Großeltern/ Geschwister und Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Während des Känguruens/ auf dem Arm Am Inkubator/ Wärmebett, Bett Ggf. beim Füttern Fürspiel/ Entspannungsmusik Improvisation für Kind (und Eltern) Gemeinsames Singen mit den Eltern für das Kind Evtl. Komponieren von Liedern, um emotionales Erleben zu verbalisieren Evtl. ein Instrument begleitend dazu → Je unreifer/ instabiler das Kind, desto reduzierter das Musikangebot 	<ul style="list-style-type: none"> Vibro-akustische Stimulation Häufig benutzte Instrumente: <ul style="list-style-type: none"> Leier, Kantele, Harfe Kalimba, Windspiel Kleines Monochord Hang, Laute Ocean-Disc, Schlitztrommel
	Kind	Eltern
Zielsetzung vokaler & instrumentaler Musiktherapie	<ul style="list-style-type: none"> Individuelles Kontaktangebot Interaktions-, Kommunikationsförderung Resonanz Erfahrung Aktivierung/individuelle Stimulation Saug- und Schluckförderung Selbstwirksamkeitserfahrung <p>Eltern-Kind-Triade: Gemeinsam erlebte Entspannung, Innigkeit, Interaktion, Verbundenheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> Begleitung zur interaktiven stimmlichen Kontaktaufnahme (sprechen, singen, summen) Entspannung/ emotionale Regulation Interaktionsförderung mit Kind Kulturelle Integrationsarbeit Elterliches Kompetenzerleben Empowerment

Zusätzlich sei noch zu erwähnen, dass insbesondere bei den Ansätzen der Schöpferischen Musiktherapie (Haslbeck, 2004, 2013 a & b) als auch dem Ansatz von Loewy (2013, 2015) die Synchronisation des Atemrhythmus der Kinder bewusst als methodisches Mittel eingesetzt wird, um Kontakt mit den Kindern aufzunehmen als auch ihren Atemrhythmus zu unterstützen und zu stabilisieren. Minimalste Bewegungen in Mimik und Gestik werden in ihrer Spannungsmodalität und Affektivität synchronisiert und/ oder ihnen entgegengewirkt, wie etwa durch den bewussten Einsatz von sedativen musikalischen Parametern bei starker Anspannung der Kinder (Haslbeck, 2013b, 2014).

Weitere ansatzübergreifende Empfehlungen für Musiktherapie in der Neonatologie

Folgende Angebote erscheinen darüber hinaus erstrebenswert, bzw. haben sich als sinnvoll erwiesen:

- Fortbildungen und Workshops rund um das Thema Klangwelt Intensivstation, um die akustische Hygiene auf der Station zu thematisieren und zu verbessern
- Interdisziplinäres Angebot von Elterntreffen, um den Austausch unter den Eltern zu fördern
- Musikalische Angebote für die Station/ Team /Eltern, wie z. B. Weihnachtsmusik, Wiegenliederabende, „Environmental Music Therapy“ (vgl. Loewy, 2013)
- Sektorenübergreifende Therapieangebote wie z.B. pränatale musiktherapeutische Betreuung von Risikoschwangeren sowie ein musiktherapeutisches Nachsorgeangebot (vgl. Kaufmann, Nussberger, Esslinger, & Leitgeb, 2014).

Wie bei der näheren Betrachtung der Leserin bzw. dem Leser möglicherweise bereits aufgefallen ist, gestalten sich viele der Zielsetzungen, Indikationen und Kontraindikationen für Musiktherapie in der Neonatologie ungeachtet des spezifischen Ansatzes ähnlich. Deshalb erscheint die vorliegende Zusammenführung sinnvoll, um sich weiter inner- als auch interdisziplinär zu positionieren und zu vernetzen. Viele Musiktherapeutinnen und -therapeuten arbeiten zudem nicht nur mit einem Ansatz, sondern bedienen sich bewusst der verschiedenen oben ausgeführten Methoden, um im Sinne der individuellen Ausrichtung und Anpassung an die Bedürfnisse der Kinder, Eltern, bis hin zur ganzen Familie flexibel und ressourcen-orientiert agieren zu können.

Darüber hinaus wird die Relevanz der Stimme deutlich, ob live gesungen, aufgenommen mit einem begleitenden Instrument oder in Kombination mit Berührung. Diese essentielle Bedeutung der (Mutter-)Stimme in der Arbeit mit Frühgeborenen und ihren Eltern wird mehrfach postuliert, ob bereits 1987 von Nöcker-Ribaupierre (1987), im Erfahrungsaustausch des Fachkreises, beim Roundtable des Weltkongresses für Musiktherapie (Shoemark & Group, n.d.) bei der Befragung verschiedenster Musiktherapeuten im Rahmen der Masterarbeit von Kerauden-Aichberger (2014) oder in der weiteren Literatur (Haslbeck, 2013a; Shoemark, 2014; Nöcker-Ribaupierre, 2015a). Entsprechende zentrale Bedeutung in der Musiktherapie in der Neonatologie hat die Einbindung der Familie in den therapeutischen Prozess erlangt (Haslbeck, 2013b; Shoemark & Arnup, 2014; Shoemark & Hanson-Abromeit, 2015; Zimmer, 2012; Ettenberger et al., 2016).

Zudem sei zu betonen, dass sich die angeführten Methoden im Zuge des Paradigmenwechsels von der Isolation von Frühgeborenen zur Elterneinbindung und entwicklungsfördernden individuell ausgerichteten Ansätzen in der Neonatologie weiter entwickelt haben. Waren in den 80er Jahren Eltern auf den Intensivstationen noch eher unerwünscht und die Auditive Stimulation mit Mutterstimme eine der wenigen Möglichkeiten zum Brückenschlag zwischen Mutter und Kind, so werden mittlerweile die Eltern so früh wie möglich zum Känguruhen sowie zur eigenen Versorgung des Kindes angeleitet (EFCNI, 2011). Hohe elterliche Präsenz ist erwünscht und gefordert, so dass Musiktherapie nicht nur direkt mit den Kindern, sondern in der direkten, individuell fein abgestimmten Interaktion mit der Eltern-Kind-Triade angeboten werden kann. So wird die Auditive Stimulation von deutschsprachigen Kollegen mittlerweile eher als Brückenschlag zur Anleitung zum Live Singen genutzt; bspw. für Eltern, die zu Beginn der Hospitalisierung ihres Kindes noch sehr wenig Präsenz zeigen (können). Dies erscheint zudem in der Synthese mit den vorliegenden und bereits erwähnten Forschungsergebnissen zur nachhaltigeren Wirkung von Live-Interventionen im Vergleich zu Audioaufnahmen empfehlenswert.

Im Zuge dieser Innovationen sind im deutschsprachigen Raum darüber hinaus die Arbeiten von Schrage-Leitner (2007) und Esslinger (2014) zum Themenfeld des neonatalen Drogenentzuges, von Nussberger (2014) und Kaufmann (2014) im Bereich der Risikoschwangeren, von Leitgeb (2014) und Herpichböhm (2007) zur Nachsorge von Frühgeborenen sowie Koppensteiner (2014) im Bereich der Interaktion von Mutter und Kind zu nennen.

Abschließend soll betont werden, dass der vorgestellte Referenzrahmen im Sinne der Evidence-based Practice als *ein* Baustein im flexiblen Gefüge des täglichen Entscheidungsprozesses verstanden werden soll. Die stete Information und Weiterbildung über aktuellste Forschungsergebnisse und Entwicklungen insbesondere in einem so vulnerablen Feld wie der neonatalen Intensivmedizin darf und soll dadurch nicht ersetzt, sondern vielmehr fundiert ergänzt werden. Zudem sollte der dritte Baustein im klinischen Entscheidungsprozess – die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten – besondere Gewichtung erfahren. Denn wie in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen (Thoman et al., 1991; Cevasco & Grant, 2005; Haslbeck, 2013), kann ein und dieselbe Intervention verschiedenste Wirkungen bei unterschiedlichen Entwicklungs- und Altersstufen sowie verschiedenen Kindern und Eltern hervorrufen. Das genaue Beobachten, sensible Erspüren und Erfragen der Bedürfnisse der Kinder und deren Eltern sowie der täglichen Notwendigkeiten im intensiv-medizinischen Setting wird daher als Grundvoraussetzung verstanden und gefordert, um auf diese adäquat im therapeutischen Entscheidungsprozess reagieren und den Eltern Wahlfreiheit gewähren zu können (Haslbeck, 2014). Dazu braucht es sowohl spezifisch musiktherapeutische Kompetenzen als auch medizinisches, entwicklungsneurologisches und psychologisches Hintergrundwissen zum Befinden der Kinder und ihrer Familien, das in fachspezifischen Fortbildungen erworben werden sollte (Haslbeck, 2010).

In der Gesamtschau zeigt sich, dass es vieler Komponenten bedarf, um im Sinne der „Evidence-based Best Practice“ frühgeborene Kinder und ihre Eltern mit Musik auf ihrem gemeinsamen Weg ins Leben adäquat zu unterstützen. Deshalb wird im Zuge der Qualitätssicherung und optimalen Versorgung dieser vulnerablen Gruppe die Anwendung von Musik als Therapie auf der Neonatologie von professionell ausgebildeten Musiktherapeuten gefordert. Der vorliegende Referenzrahmen soll weder als Patentrezept noch als „Gebot“ verstanden werden; er sollte vielmehr dazu dienen, sich in der wachsenden Anzahl von Berichten und Meinungen über die besten Methoden an Hand von fundierten Richtlinien inner- und interdisziplinär besser zu orientieren, zu positionieren und zu qualifizieren. Denn nur so können wir frühgeborenen Kindern und ihren Eltern die bestmögliche Versorgung und Unterstützung garantieren – eine Versorgung, die sich auf umfassendes evidenzbasiertes Hintergrundwissen, einen breiten Erfahrungsschatz als auch auf die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der jeweiligen Familien stützt.

Danksagungen

Die Autorinnen bedanken sich bei folgenden Mitgliedern des deutschsprachigen „Fachkreises Musiktherapie Neonatologie“ für die Erarbeitung und Ausformulierung des spezifischen und übergeordneten Referenzrahmens sowie der Überprüfung des Manuskripts: Monika Berkmann, Monika Esslinger, Astrid Heine, Ursula Herpichböhm, Josephine Geipel, Susann Kobus, Barbara Koppensteiner, Irmí Keraudren, Anja Kutter, Dana Laham, Stéphanie Lefèbvre, Barbara Menke, Amélie Michler, Renate Nussberger, Andrea Oelmann, Jelka Pankus, Martina Pohl, Frauke Schwaiblmair, Stephanie Scileppi, Nina Soete, Ruth Stakemann, Rosmarie Suter, Pia Teckenberg-Jansson und Iris Wolfram-Zielazek.

Besonderer Dank gilt den Elternvertreterinnen Pia Tomik und Melanie Wübben, dem Bundesverband „Das Frühgeborene Kind e. V.“ sowie den interdisziplinären Experten PD Dr. Mathias Nelle, Dr. Friedrich Porz, Petra Regnat, Lilian Stoffel, Sabine Ihle, Veronica Tebben und Gina Baldsiefen für ihre kritisch-konstruktives Überprüfung der Rohfassung.

Literatur

- Arnon, S., Shapsa, A., Forman, L., Regev, R., Bauer, S., Litmanovitz, I., & Dolfín, T. (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*, 33(2), 131–136.
- Baumeister, M. (2014). Sanfte Töne machen Frühchen stark. *Bildzeitung*. Dortmund. Verfügbar unter: <http://www.bild.de/regional/ruhrgebiet/fruehgeburt/sanfte-toene-machen-fruehchen-stark-38039810.bild.html>. Zugriff: 24.08.2016.
- Bieleninik, L., Ghetti, C., & Gold, C. (2016). Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 138(3), e20160971.
- Bissegger, M. (2000). Grenzerfahrungen bei frühgeborenen Kindern und ihren Müttern. In D. Aldrige (Ed.), *Beiträge zur Musiktherapie, Kairos V* (pp. 26–35). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesverband “Das frühgeborene Kind.” (2007). Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Augsburg: Senses Druck. Verfügbar unter: http://www.fruehgeborene.de/sites/default/files/field_pblctn_file/leitsaetze.pdf. Zugriff: 24.08.2016.
- Cevasco, A. M., & Grant, R. E. (2005). Effects of the pacifier activated lullaby on weight gain of premature infants. *Journal of Music Therapy*, 42(2), 123–139.
- Christ, A. (2014). *Eine Handvoll Leben*. Internationale Film-Ausstrahlung: Arte. Verfügbar unter: http://programm.ard.de/TV/arte/eine-handvoll-leben/eid_2872412714573356. Zugriff: 24.08.2016.
- De Silva, D. (2011). *Evidence: Helping people help themselves*. The health foundation, London Vol. 90, p. 52.
- EFCNI (2011). *Caring for tomorrow*. EFCNI White Paper on Maternal and newborn Health and Aftercare Services. Karlsfeld, Gemany: European Foundation for the Care of Newborn Infants.

- Esslinger, M. (2014). Musiktherapie bei Säuglingen mit neonatalem Dorgenzug, 133-216. In: Kaufmann, J., Nussberger, R., Esslinger, M., Leitgeb, M.: *Gespürt - gehört - gebor(g)en. Musik mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern*. Reichert-Verlag, Wiesbaden.
- Ettenberger, M. et al. (2016). Family-centred music therapy with preterm infants and their parents in the Neonatal-Intensive-Care-Unit (NICU) in Colombia: a mixed-methods study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(sup1), pp.21–22.
- Ferti, E.-I. (2010). Leitlinie oder Flexibilität? *Musiktherapeutische Umschau*, 31(2), 87-101.
- Field, M., & Logh, M. (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Garunkstiene, R., Buinauskiene, J., Uloziene, I., & Markuniene, E. (2014). Controlled trial of live music therapy versus recorded lullabies in preterm infants. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 71–88.
- Jackson, K., Ternstedt, B. M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.
- Hanson-Abromeit, D., Shoemark, H., & Loewy, J. (2008). Music therapy with pediatric units: Newborn intensive care unit (NICU). In D. Hanson-Abromeit & C. Colwell (Eds.), *Medical Music Therapy for Pediatrics in Hospital Settings. Using Music to Support Medical Interventions* (pp. 15–69). Maryland: Silver Spring, MD: AMTA.
- Harbour, R. T. (2008). *Sign 50. A guideline developer`s handbook*. Sign Executive, Edinburgh (p. 104).
- Hartling, L., Shaik, M. S., Tjosvold, L., Leicht, R., Liang, Y., & Kumar, M. (2009). Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition.*, 94, F394–F354.
- Haslbeck, F. (2009). Musiktherapie mit Frühgeborenen und ihren Eltern – Ansätze, Empirie und Erfordernisse. *Musiktherapeutische Umschau*, 30(4), 311–321.
- Haslbeck, F. (2010). Fortbildungsprogramme zur Musiktherapie mit Frühgeborenen. Eindrücke aus den USA und Anknüpfungspunkte für den deutsch- sprachigen Raum. *Musiktherapeutische Umschau*, 31(2), 135–143.
- Haslbeck, F. (2012). Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 203–226.
- Haslbeck, F. B. (2013). The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: a qualitative analysis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 36–70.
- Haslbeck, F. (2014). Responsiveness – die zentrale musiktherapeutische Kompetenz in der Neonatologie. *Musiktherapeutische Umschau*, 35(3), 170–177.
- Haslbeck, F. (2015). Empowerment and empowering self: Using creative music therapy to reconnect premature infants and their mothers. In C. Dileo (Ed.), *Case Reports in Advanced Medical Music Therapy* (pp. 20–32). Jessica Kingsley.
- Haslbeck, F. (2016). Three little wonders. Music therapy with families in neonatal care. In: Jacobsen, S.L. & Thompson, G.: *Models of music therapy with families*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Herpichböhm, U. (2007): „Hab mir geschnitzt ein Weidenpfeiflein“. *Besondere Qualitäten der Musiktherapie am Beispiel der Arbeit mit einem frühgeborenen Kind und seiner Mutter*. Unveröff. Abschlussarbeit, Freies Musikzentrum München.

- Kaufmann, J. (2014). Musiktherapie mit risikoschwangeren Frauen, 9-68. In: Kaufmann, J., Nussberger, R., Esslinger, M., Leitgeb, M.: *Gespürt - gehört - gebor(g)en. Musik mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern*. Reichert-Verlag, Wiesbaden.
- Koppensteiner, B. (2014). *Die Auswirkung von Musiktherapie auf die Interaktion zwischen Frühgeborenen und deren Müttern. Dokumentation und Analyse anhand von Videodaten*. Unveröffentlichte Masterarbeit IMC Fachhochschule Krems.
- Kerauden-Aichberger, I. (2014). *Abschied und Neubeginn*. Masterarbeit an der Zürcher Hochschule der Künste. Departement Weiterbildung Musik.
- Kern, P. (2010). Evidenced Based Practice in Early Childhood Music Therapy: A decision-making Process. *Journal of Music Perspectives*, 28(2), 116–123.
- Kery-Erdelyi, V. (2014). Mit der Kraft der Musik. *Niederösterreicherin*, 66–68.
- Leitgeb, M. (2014). Musiktherapie mit traumatisierten Babys und Kleinkindern, 217-297. In: Kaufmann, J., Nussberger, R., Esslinger, M., Leitgeb, M.: *Gespürt - gehört - gebor(g)en. Musik mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern*. Reichert-Verlag, Wiesbaden.
- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A. M., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants. *Pediatrics*, 31(5), 902–919.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2009). Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. *The American Journal of Nursing*, 109 (November), 49–52.
- Nussberger, R. (2014). Impuls-Musiktherapie mit hospitalisierten risikoschwangeren Frauen und ihren ungeborenen Kindern. In: Kaufmann, J., Nussberger, R., Esslinger, M., Leitgeb, M.: *Gespürt - gehört - gebor(g)en. Musik mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern*. Reichert-Verlag, Wiesbaden.
- Nöcker, M., Güntner, M., Riegel, K.P. (1987). The effect of the mother's voice on the physical activity and the tcP2 of very premature infants. *Pediatric Research* 22 (21).
- Nöcker-Ribaupierre, M. (1995). *Auditive Stimulation nach Frühgeburt. Ein Beitrag zur Musiktherapie*. G.Fischer, Stuttgart.
- Nöcker-Ribaupierre, M. & Zimmer, M.L. (2003). *Förderung frühgeborener Kinder mit Musik und Stimme*. Reinhard, München.
- Noecker-Ribaupierre, M (Hg.) (2012) *Hören - Brücke ins Leben. Musiktherapie für früh und neugeborene Kinder*. 2. aktualisierte Auflage Reichert Wiesbaden.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2014). Premature infants. In J. Bradt (Ed.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care* (pp. 66 – 115). Barcelona Publ. LLC.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2015 a): Internationale musiktherapeutische Ansätze für frühgeborene Kinder. *Musiktherapeutische Umschau*, 36 (2), 106-118.
- Nöcker-Ribaupierre, M., Linderkamp, O., Riegel, K.P. (2015 b): Effect of Auditory Stimulation with the Mother's Voice on the Longterm Development of Premature Infants: a Prospective Randomized Study. *Music & Medicine*, 7(3), 20-25.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (3rd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Schrage-Leitner, L. (2007). *Ammenlieder – Musiktherapie bei Säuglingen mit Neonatalem Abstinenzsyndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Shoemark, H. (2013). Working with Full-Term Hospitalized Newborns. In J. Bradt (Ed.), *Guidelines for Music Therapy Practice: Pediatric Care* (pp. 116–151). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Shoemark, H. (2014). The fundamental interaction of singing. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 2–4.
- Shoemark, H., & Arnup, S. (2014). A survey of how mothers think about and use voice with their hospitalized newborn infant. *Journal of Neonatal Nursing*, 20(3), 115–121.
- Shoemark, H., & Grocke, D. (2010). The markers of interplay between the music therapist and the high risk full term infant. *Journal of Music Therapy*, XLVII(4), 306–334.
- Shoemark, H., & Group, W. 2014 N. M. T. R. (n.d.). Culturally transformed music therapy in the perinatal and paediatric Neonatal Intensive Care Unit: An international report. *Music and Medicine*, 7(29), 34-36.
- Shoemark, H. & Hanson-Abromeit (2015) *Music Therapy in the Neonatal Intensive Care Unit* in Music Therapy Handbook by Wheeler, B. (Eds). 507 pages. Guilford Press, New York.
- Standley, J. (2012). Music therapy Research in NICU: an Updated Meta-analysis, *Neonatal Network*, 31(5), 311–316.
- Standley, J. M. (2002). Music therapy in the NICU: promoting the growth and development of premature infants. *Zero to Three*, 23(1), 23–27.
- Standley, J. M., & Walworth, D. (2010). *Music therapy with premature infants. Research and developmental interventions* (Second., p. 247). Silver Spring: The American Music Therapy Association.
- Teckenberg-Jansson, P., Huotilainen, M., Pölkki, T., Lipsanen, J., & Järvenpää, A.-L. (2011). Rapid effects of neonatal music therapy combined with kangaroo care on prematurely-born infants. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(1), 22–42.
- Thoman, E. B., Ingersoll, E. W., & Acebo, C. (1991). Premature infants seek rhythmic stimulation, and the experience facilitates neurobehavioral development. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 12(1), 11–18.
- Zimmer, M.L. (2012) Zu früh geborene Kinder haben zu früh geborene Mütter. Praktische Erfahrungen mit Frühgeborenen und ihren Müttern beim Einsatz Auditiver Stimulation mit Mutterstimme. In: M. Noecker-Ribaupierre (Hg.): *Hören - Brücke ins Leben. Musiktherapie für früh und neugeborene Kinder*. 2. aktualisierte Auflage. Reichert Wiesbaden, pp.145-162.

Zürich/Bern, März 2017