



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Eine Studie zum Erleben

von Müttern und Vätern frühgeborener Kinder

im Kontext von Neonatologie und Mobiler Frühförderung“

Verfasserin

Barbara Hochberger

gemeinsam mit

Eveline Kis

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler

Zusammenfassung

Für die vorliegende Studie wurden Mütter und Väter frühgeborener Kinder gebeten, in leitfadengestützten Interviews rückblickend zu beschreiben, wie sie Kontakte mit einer Frühförderin in Zusammenhang mit der zu frühen Geburt ihres Kindes oder ihrer Zwillinge erlebt haben. Zwölf der siebzehn befragten Eltern sind von dieser Frühförderin einige Jahre zuvor im Rahmen des Pilotprojektes „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling“ auf der dortigen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde begleitet worden, einige von ihnen hatten zudem gemäß der Pilotprojektkonzeption weiterführende Hausbesuche durch die Frühförderin in Form von Mobiler Frühförderung. Forschungsmethodisch wurden die wörtlich transkribierten Gespräche mit den Eltern unter Einsatz der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Untersuchungsergebnisse sind unter anderem, dass die Frühförderkontakte zehn von zwölf Eltern als ausschließlich hilfreich erachteten, dass fast alle Eltern von einem hohen Belastungserleben berichten und rund die Hälfte der Eltern einen Zusammenhang zwischen den Frühförderkontakten und dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung erkennt. Die Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund von Forschungsliteratur dahingehend diskutiert, in welcher Weise die Unterstützung durch eine Frühförderin bei der Bewältigung belastender Gefühle und Erlebnisse rund um die Frühgeburt für die Eltern hilfreich für den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung war, welche als wesentlich für die Entwicklung des Kindes erachtet wird. Ergebnisse zu weiteren Subfragen beziehen sich darauf, wie die Eltern Frühförderkontakte im Vergleich zu anderen Kontakten erlebten und inwieweit sie einen Veränderungs- und Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots beschreiben. Eine weitere Studie von Christine Wandl zu Besonderheiten des Erlebens von einigen der Väter und Mütter mit Hausbesuchen vertieft diese Untersuchung.

Abstract

In this study mothers and fathers of preterm children were asked to describe retrospectively in guided interviews how they experienced contacts with an expert for early support in connection with the premature birth of their baby or twins. Twelve of the seventeen interviewed parents had been accompanied by this expert within the pilot project “Early support with families of preterm children in the Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling” in its Department of Paediatrics and Adolescent Medicine. Furthermore, some of the parents had, according to the conceptual design of the pilot project, additional continuative home visits by this expert in course of mobile early support. Methodically the literally transcribed interviews with the parents were evaluated by applying a qualitative content analysis. Major results of the study are that periodic contact with the expert for early support was considered exclusively helpful by ten out of twelve parents, that almost all parents referred to a high experience of strain and about half of the parents assessed a positive interrelation between contacts with the expert for early support and the evolution of the parent-child relationship. The results were discussed in context with scientific literature in order to evaluate in which way the assistance of an expert for early support in the parents’ dealing with their strain feelings and experiences around the premature birth was helpful for the evolution of the parent-child relationship which is considered to be essential for the development of the child. Results of further sub-questions highlight the parents’ experiences of contacts with an expert for early support in comparison with other contacts and to which extent they state a need of change and enlargement of the offer of early support. One more study from Christine Wandl about distinctive features of some of the fathers and mothers with home visits extends this study.

Danksagung

Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, uns bei den Personen zu bedanken, welche am Zustandekommen der vorliegenden Diplomarbeit maßgeblich beteiligt waren. Zunächst danken wir Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler, der uns das Thema Frühförderung näher brachte, und uns durch vielfältige Anregungen und umsichtige Betreuung bei der Entstehung der vorliegenden Arbeit unterstützt hat.

Durchführbar wurde diese Arbeit weiters durch die Unterstützung des Landesklinikums Thermenregion Baden-Mödling, wobei wir uns bei Herrn Primar Univ.-Doz. Dr. Erwin Hauser und den MitarbeiterInnen der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde insbesondere für die Möglichkeit, Einblicke in die Abläufe auf der neonatologischen Station gewinnen zu können, bedanken möchten. Ein herzliches Dankeschön gilt auch Frau Mayer und Frau Rosak vom Sekretariat von Herrn Primar Univ.-Doz. Dr. Hauser, welche uns mit größtem Engagement bei der Einengung der Gruppe der Eltern von im Projektzeitraum frühgeborenen Kindern und organisatorischen Fragen unterstützten.

Den siebzehn Eltern, welche diese Arbeit ermöglichten, indem sie zu einem Gespräch über die Zeit rund um die zu frühe Geburt ihres Kindes/ihrer Kinder bereit waren, möchten wir ganz besonders dafür danken, dass sie uns einen so offenen Einblick in ihr Erleben der zu frühen Geburt gewährten. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Unser Dank gilt weiters unserer Kollegin Christine Wandl für die Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung der Studie sowie bei der Transkription von Interviews. Ihre Diplomarbeit widmet sich einer vertiefenden Begleitstudie zur vorliegenden Arbeit.

Ganz besonderer Dank gilt auch unseren Kolleginnen Martina Jungwirth, Jill Jasbar, Daniela Kiss und Judith Stampf für die Mitarbeit an der Transkription des umfangreichen Interviewmaterials. Judith Stampf danken wir auch ganz besonders für ihre Unterstützung und wertvolle Anregungen bei den ersten Probeanalysen.

Ein Dankeschön gilt auch den KollegInnen aus dem Diplomandenseminar unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler für ihr Interesse und ihre Rückmeldungen.

Für die Beratung beim Verfassen des Abstracts möchten wir uns bei Mag. Dipl.-Ing. Dr. Florian Skopik bedanken.

Herzlich bedanken möchten wir uns bei unseren Familien und Freunden für ihr Verständnis und ihre Unterstützung während unserer Arbeit an der Studie, wobei ich meinen größten Dank meiner Kollegin Eveline Kis für die hervorragende und fruchtbare Zusammenarbeit bei unserem Diplomarbeitvorhaben aussprechen möchte.

Vorwort

Wir, Barbara Hochberger und Eveline Kis, arbeiteten gemeinsam im Forscherinnenteam an der vorliegenden Studie. Dabei setzte insbesondere bei den Kapiteln 2 bis 9 jede von uns Arbeitsschwerpunkte, die ihren Niederschlag in der Erarbeitung einzelner Kapitel durch jeweils eine von uns fanden. Die Kapitel 10.1 und 10.2 wurden inhaltlich entsprechend der in Kapitel 9 dargestellten Vorgehensweise gemeinsam erarbeitet und anschließend von jeweils einer von uns ausformuliert.

Im Folgenden ist ausgewiesen, wer von uns für welche Kapitel hauptverantwortlich ist:

Kapitel 1 wurde von Barbara Hochberger und Eveline Kis gemeinsam verfasst.

Barbara Hochberger hat die Kapitel 2 bis 6 sowie die Darstellung der Untersuchungsergebnisse in den Kapiteln 10.2 bis 10.2.7 verfasst.

Eveline Kis hat die Kapitel 7 bis 9 sowie die Darstellung der Untersuchungsergebnisse in Kapitel 10.1 bis 10.1.7 verfasst.

Für die Verfassung von Kapitel 11, welches die Diskussion der in den Kapiteln 10.1 und 10.2 dargestellten Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den zwölf Eltern mit Kontakten zur Frühförderin darstellt, sind Barbara Hochberger und Eveline Kis gemeinsam verantwortlich.

In Kapitel 12 erfolgt die Darstellung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse mit jenen fünf Eltern, welche keinen Kontakt zur Frühförderin hatten, aber dennoch an einem Gespräch über die Zeit rund um die zu frühe Geburt ihres Kindes/ihrer Kinder interessiert waren.

Barbara Hochberger hat die Kapitel 12.1, 12.4 und 12.5 verfasst.

Eveline Kis hat die Kapitel 12.2 und 12.3 verfasst.

Die gemeinsam verfassten Kapitel sind auf weißem Papier gedruckt, die von Barbara Hochberger verfassten auf lachsfarbenem Papier sowie die von Eveline Kis verfassten Kapitel auf hellgrünem Papier.

Deckblatt	
Zusammenfassung (Deutsch, Englisch)	
Danksagung	
Vorwort	
<u>Inhaltsverzeichnis</u>	1
<u>1. Einleitung (Barbara Hochberger und Eveline Kis)</u>	5
<u>2. Frühgeburt (Barbara Hochberger)</u>	15
2.1 Medizinische Risiken einer Frühgeburt	15
2.2 Merkmale frühgeborener Kinder	16
2.3 Belastungen durch eine Frühgeburt	17
2.3.1 Belastungen der Eltern	17
2.3.2 Belastungen des frühgeborenen Kindes	20
2.4 Zusammenhänge zwischen einer zu frühen Geburt und der Eltern-Kind-Beziehung	21
2.4.1 Merkmale einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung	22
2.4.2 Feinfühligkeit als besonderer Aspekt einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung	24
2.5 Die frühkindliche Entwicklung	25
2.5.1 Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen für die frühkindliche Entwicklung	27
2.5.2 Störung der Eltern-Kind-Beziehung durch eine Frühgeburt als Risiko für die Ausbildung einer „sekundären Behinderung“	27
<u>3. Frühgeburt und die Situation auf der neonatologischen Station (Barbara Hochberger)</u>	28
<u>4. Konzepte zur Unterstützung von Eltern frühgeborener Kinder (Barbara Hochberger)</u>	33
4.1 Das Basler Modell	34
4.2 Psychologische Elternberatung	35
4.3 Das Ulmer Modell	36
<u>5. Frühförderung (Barbara Hochberger)</u>	37
5.1 Die Arbeit mit dem Kind	39
5.2 Die Arbeit mit den Eltern	40
<u>6. Das Pilotprojekt „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling“ (Barbara Hochberger)</u>	41

<u>7. Forschungsstand, Forschungslücke und Forschungsfrage (Eveline Kis)</u>	44
<u>8. Disziplinäre Anbindung unserer Arbeit (Eveline Kis)</u>	49
<u>9. Forschungsmethodisches Vorgehen (Eveline Kis)</u>	52
9.1 Untersuchungsvorbereitung	52
<u>9.1.1 Die Vorbereitung auf die Gesprächsführung in Form von problemzentrierten leitfadengestützten Interviews</u>	53
<u>9.1.2 Der Aufbau und die Formulierung eines Briefes an die Familien</u>	55
9.2 Kontaktaufnahme und Gesprächstermine mit Müttern und Vätern	55
<u>9.2.1 Briefzusendungen als erste Kontaktaufnahme mit den Eltern</u>	55
<u>9.2.2 Kontakte mit den Eltern: Telefonate und persönliche Gespräche</u>	56
9.3 Die Aufbereitung der Interviewdaten in Form wörtlicher Transkription	57
9.4 Die Auswertung auf drei Arten der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ und eingeteilt in Interviews der „Gruppe 1, 2 und 3“	58
<u>9.4.1 Deduktives Vorgehen zur Kategorienbildung – angewendet auf Interviews der „Gruppe 1“ und der „Gruppe 2“</u>	59
<u>9.4.2 Induktives Vorgehen zur Kategorienbildung – angewendet auf Interviews der „Gruppe 1“ und der „Gruppe 2“</u>	62
<u>9.4.3 Globalanalyse der Interviews der „Gruppe 3“</u>	63
<u>9.4.4 Die Sequenzierung der Analyse</u>	65
<u>9.4.5 Qualitative Inhaltsanalyse als „interpretativer, regelgeleiteter Akt“: Gütekriterien unserer Auswertung unter Berücksichtigung manifester und latenter Inhalte der Transkripte</u>	72
<u>10. Untersuchungsergebnisse der Interviews der Gruppen 1 und 2 (Barbara Hochberger und Eveline Kis)</u>	74
10.1 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern der Gruppe 1 (Eveline Kis)	74
<u>10.1.1 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 3.1a</u>	76
<u>10.1.2 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Herr 3.1b</u>	78
<u>10.1.3 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 4.1a</u>	81
<u>10.1.4 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Herr 4.1b</u>	83
<u>10.1.5 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 15.1a</u>	85
<u>10.1.6 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 18.1a</u>	88

<u>10.1.7 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern</u> <u>der Gruppe 1 im Vergleich</u>	91
10.2 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern der Gruppe 2	
(Barbara Hochberger)	100
<u>10.2.1 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 7.2a</u>	100
<u>10.2.2 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 8.2a</u>	103
<u>10.2.3 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 9.2a</u>	107
<u>10.2.4 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 11.2a</u>	110
<u>10.2.5 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 16.2a</u>	116
<u>10.2.6 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 22.2a</u>	119
<u>10.2.7 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern</u> <u>der Gruppe 2 im Vergleich</u>	122
<u>11. Diskussion der Untersuchungsergebnisse der Interviews der Gruppen 1 und 2</u>	
<u>(Barbara Hochberger und Eveline Kis)</u>	130
11.1 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die erste Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt?“	130
11.2 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die zweite Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung?“	134
11.3 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die dritte Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?“	138
11.4 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die vierte Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu anderen Kontakten (mit Professionisten oder privat) zur Zeit der Frühgeburt?“	140
11.5 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf das Berufsverständnis und die Berufsentwicklung von Frühförderinnen	149
<u>11.5.1 Diskussion der Untersuchungsergebnisse der Elterngespräche</u> <u>in Bezug auf das Berufsverständnis von Frühförderinnen</u>	149

<u>11.5.2 Diskussion der Untersuchungsergebnisse der Elterngespräche</u> <u>in Bezug auf die Berufsentwicklung von Frühförderinnen</u>	157
<u>12. Untersuchungsergebnisse und Diskussion der Interviews der Gruppe 3</u>	
<u>(Barbara Hochberger und Eveline Kis)</u>	164
12.1 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Frau 19.3a (Barbara Hochberger)	165
12.2 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 19.3b (Eveline Kis)	170
12.3 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 18.3b (Eveline Kis)	175
12.4 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 9.3b (Barbara Hochberger)	177
12.5 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 16.3b (Barbara Hochberger)	183
<u>13. Literaturverzeichnis</u>	191
<u>14. Anhang (Barbara Hochberger und Eveline Kis)</u>	197
14.1 Interviewleitfaden	197
14.2 Brief an die Eltern	201
14.3 Zusatzprotokollblatt	202
14.4 Transkriptionsregeln	203
14.5 Anonymisierte Elternliste	206
Lebenslauf	208

1. Einleitung

Unsere Diplomarbeit mit dem Titel „Eine Studie zum Erleben von Müttern und Vätern frühgeborener Kinder im Kontext von Neonatologie und Mobiler Frühförderung“ beschäftigt sich mit Aussagen von Eltern frühgeborener Babys zu ihren Kontakten mit einer Frühförderin im Rahmen eines Pilotprojektes in den Jahren 2005 bis 2006 in der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling sowie weiterführend als Mobile Frühförderung mit Hausbesuchen.

Die Frühgeburtenrate hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht und liegt in Österreich derzeit bei etwa zehn Prozent. Ursachen für die Zunahme liegen unter anderem in den Fortschritten der Forschung und der neonatologischen Intensivmedizin sowie der Häufung von Mehrlingsschwangerschaften infolge des vermehrten Einsatzes künstlicher Befruchtung.

Frühgeborene stellen mittlerweile die größte Kinderpatientengruppe in Österreich dar, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, über ein spezielles Versorgungsangebot für sie und ihre Familien nachzudenken.

Mit den Fortschritten in der neonatologischen Intensivmedizin haben sich die Überlebens- und Entwicklungschancen sehr unreif geborener Kinder stark verbessert, damit einhergehend hat sich aber auch das Risiko bleibender Schäden oder von Entwicklungsverzögerungen erhöht.

In den Kapitel 2.1 und 2.2 erläutern wir die medizinischen Risiken einer zu frühen Geburt und beschreiben die körperlichen Merkmale frühgeborener Kinder, um die Besonderheiten ihres Aussehens im Vergleich zu reifgeborenen zu veranschaulichen.

Im Kapitel 2.3 erläutern wir die Belastungen, welche sich infolge einer Frühgeburt auf Seiten der Eltern und der Kinder ergeben.

Die zu frühe Geburt erfolgt in den meisten Fällen völlig unerwartet und bringt neben den Risiken für das Überleben des Kindes auch enorme Belastungen für die Eltern mit sich, welche zu einem Zeitpunkt mit ihrem Kind konfrontiert werden, zu dem sie psychologisch noch nicht auf die Elternschaft vorbereitet sind.

Spätestens mit dem Eintreten der Schwangerschaft entwickeln Eltern konkrete Vorstellungen von ihrem Kind und vom Zusammensein mit diesem, welche sowohl von unrealistischen Wunschvorstellungen als auch von Ängsten geprägt sind. Mit dem Eintritt der Geburt sehen sie sich mit ihrem „realen Baby“ konfrontiert und müssen sich von ihrem erträumten Wunschkind verabschieden (Datler 2009, 24). Während die Anpassung an das reale Baby im Fall einer termingerechten Geburt zumeist nach kurzer Zeit erfolgt, ist sie bei einer

Frühgeburt in einer Situation gefordert, wo sich die Eltern durch die zumeist völlig unerwartet eingetretene zu frühe Geburt zudem in einer außerordentlich belasteten Situation befinden (vgl. Datler 2009).

Die meisten Eltern haben mit einer Vielzahl belastender Gefühle wie Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit und der Sorge um das Überleben sowie die weitere Entwicklung des Kindes zu kämpfen. Häufig plagen sie zudem Schuldgefühle, für die zu frühe Geburt verantwortlich zu sein. Je unreifer ihr Kind geboren und je höher sein Überlebensrisiko ist, umso intensiver kann das Belastungserleben der Eltern ausfallen (vgl. Sarimski 2000).

Hinzu kommt die Ungewissheit, ob das Kind eine Behinderung aufweisen wird, was bei frühgeborenen Kindern überdurchschnittlich häufig der Fall ist (Datler/Isopp 2006a, 1).

Das Kind muss zumeist sofort nach der Geburt von der Mutter getrennt und intensivmedizinisch versorgt werden. Die Versorgung des Kindes im Inkubator kann bei den Eltern das Gefühl des Getrennt-Seins und der Hilflosigkeit verstärken und erschwert zudem die Kontaktaufnahme zum Kind (Datler 2006a, 2). Der Umstand, die Pflege des Kindes dem Personal der neonatologischen Station anvertrauen zu müssen, löst bei vielen Eltern ambivalente Gefühle aus.

Auch das frühgeborene Kind ist durch die zu frühe Geburt enormen Belastungen ausgesetzt, indem es zu einem Zeitpunkt von seiner ihrer Mutter getrennt wird, zu dem es noch nicht ausgereift ist.

In Kapitel 2.4 erörtern wir die Bedeutung von Beziehungserfahrungen des Kindes für seine weitere Entwicklung. Die zahlreichen Belastungen von Eltern und Kind, welche die Situation der zu frühen Geburt mit sich bringt, schaffen zusammen mit den Bedingungen auf der neonatologischen Station eine schwierige Ausgangssituation für das Entstehen einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung. Eltern, welche oftmals von bedrohlichen Gefühlen geradezu überflutet sind, haben Schwierigkeiten, die Signale ihres Kindes richtig zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren. Gelingt es den Eltern nicht, die belastenden Gefühle zu bewältigen und Zugang zu ihrer elterlichen Intuition und Kompetenz zu finden, um sich dem Kind in feinfühler Art und Weise zuwenden zu können, so ist das Kind in seiner Entwicklung bedroht (vgl. Messerer 1999). Auf den Aspekt der Feinfühligkeit gehen wir in Kapitel 2.4.2 näher ein.

Indem die Entwicklung eines Kindes von den Beziehungserfahrungen, welche es von Anfang an mit wichtigen Bezugspersonen macht, abhängig ist, bringt die Situation der Frühgeburt ein enormes Entwicklungsrisiko mit sich (vgl. Datler 2009). In Kapitel 2.5 besprechen wir dazu Bezug nehmend auf aktuelle Beiträge zur Säuglings- und Kleinkindforschung die Gefahr, eine

„sekundäre Behinderung“ auszubilden. Datler spricht von einer „sekundären Behinderung“, wenn sich das Kind infolge unzureichender Beziehungserfahrungen seiner Umgebung nicht in explorierender Weise zuwendet und dadurch in seiner Entwicklung bedroht sein kann (Datler 2004, 62f).

In Kapitel 3 beleuchten wir die Situation auf der neonatologischen Station, wobei wir Bezug nehmend auf die Studien von Menzies (1975) und Datler/Lazar/Trunkenpolz (2011) insbesondere auch die Belastungen des Pflegepersonals auf der neonatologischen Station besprechen, um aufzuzeigen, in welcher Weise ein spezieller Unterstützungsbedarf der Eltern Frühgeborener hinsichtlich der Bewältigung der traumatischen Situation bereits dort besteht.

In Kapitel 4 wenden wir uns nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick auf erste Untersuchungen zur Situation frühgeborener Kinder und deren Familien aktuellen Konzepten zur Unterstützung von durch Frühgeburt betroffenen Familien zu, wobei wir das *Basler Modell* von Dr. Gisela Schleske, die *Psychologische Elternberatung* von Dr. Klaus Sarimski und das *Ulmer Modell* von Dr. Karl Heinz Brisch näher erläutern.

Die meisten Konzepte zur Unterstützung von Eltern auf einer neonatologischen Station, welche von diesen generell als sehr hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt beschrieben werden, enden mit Ausnahme des Ulmer Modells, welches einen weiterführenden Hausbesuch vorsieht, mit der Entlassung aus dem Krankenhaus, obwohl die psychischen Belastungen der Eltern damit keineswegs aufhören (Jandrisits 2005, 25; Datler 2006, 2).

Ferner nehmen diese Modelle nicht darauf Rücksicht, ob das Kind eine Behinderung aufweist oder Gefahr läuft, eine Behinderung zu entwickeln, welche durch Interventionen in Form von Frühförderung zu einem früheren Zeitpunkt noch abgewandt werden könnte.

In Kapitel 5 erläutern wir die Grundzüge der Frühfördertätigkeit, so wie sie auch im Pilotprojekt zum Einsatz kam und über die dargestellten Modelle hinausgeht. Da es oft erst Wochen oder Monaten nach der Geburt eines in seiner Entwicklung bedrohten Kindes zum ersten Kontakt mit einer Frühfördereinrichtung kommt, scheint es naheliegend, den Kontakt mit einer Frühförderin bereits auf der neonatologischen Station anzubahnen und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in Form von „Mobiler Frühförderung“ weiterzuführen. Die kontinuierliche Begleitung der von Frühgeburt betroffenen Familie gewährleistet unmittelbares Reagieren auf auftretende Schwierigkeiten sowie eine angemessene Unterstützung der Eltern in ihrem Bewältigungsprozess (Jandrisits 2005, 24f).

Es ergibt sich ein Arbeitsfokus von Frühförderung in zweierlei Hinsicht: Bezogen auf das Kind ist es die Aufgabe von Frühförderung, mit diesem in Beziehung zu treten, um ihm so in

unmittelbarer Weise Entwicklungsanstöße zu geben. Datler erachtet hier als wesentliches Kennzeichen der Frühfördertätigkeit ein Vorgehen im Sinne der „stimulierenden Feinfühligkeit“, worauf wir in Kapitel 5.1.1 näher eingehen.

Der zweite Schwerpunkt der Frühfördertätigkeit liegt darin, die Eltern im Sinne eines aufnehmenden Verstehens in der Auseinandersetzung mit deren belastenden Gefühlen zu unterstützen und die Kompetenzen der Eltern im Umgang mit ihrem Kind zu stärken und zu erweitern (Thurmair/Naggl 2007, 22). Eine ausführliche Darstellung der Frühfördertätigkeit in Bezug auf die Eltern und die Bedeutung der Mentalisierungskompetenz der Frühförderin für das Zustandekommen einer ernsthaften Arbeitsbeziehung findet sich in Kapitel 5.2.

Kapitel 6 bietet eine Darstellung des Pilotprojekts „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder“. Die Projektidee basiert auf der in der Forschungsliteratur (vgl. Kapitel 2.3 bis 2.5) beschriebenen Grundannahme, dass die Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder bereits auf der neonatologischen Station und weiterführend nach der Entlassung aus dem Krankenhaus das Entstehen einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung unterstützt, Belastungen und Risikofaktoren für das Kind und seine Eltern lindert sowie den Aufbau sicherer Bindungsmuster fördert (Datler 2006, 1).

Die Projektidee entstand im Arbeitsbereich Psychoanalytische Pädagogik, einem der beiden Arbeitsbereiche der Abteilung Bildung und Entwicklung am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien und wurde unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler in Kooperation mit der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling unter der Leitung von Prim. Univ.-Doz. Dr. Hauser realisiert. Dritter Partner der Projektgruppe war das Niederösterreichische Hilfswerk Baden, welches die Finanzierung der Mobilen Frühförderung übernahm.

Diese Form der Frühfördertätigkeit durch eine Frühförderin, beginnend auf der neonatologischen Station und weiterführend nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in Form von Hausbesuchen, geht über bislang entwickelte Unterstützungsmodelle für von Frühgeburt betroffene Familien hinaus und stellt sowohl in wissenschaftlicher Hinsicht als auch in Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung eine Innovation dar (Datler 2006, 3).

Das Pilotprojekt konnte im Zeitraum September 2005 bis Dezember 2006 an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling realisiert werden (ebd.).

Der Schwerpunkt der Frühfördertätigkeit im Krankenhaus lag zunächst in der Arbeit der Frühförderin mit den Eltern, um sie beim Aufbau einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung zu unterstützen, während die weiterführende Arbeit nach dem Konzept der

Mobilen Frühförderung dem doppelten Aufgabencharakter der Frühförderung, wie in Kapitel 5 beschrieben, entspricht.

Die unmittelbare wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgte durch eine Arbeitsgruppe, welche die Tätigkeit der Frühförderin durch Einrichtung einer „work discussion group“ unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler unterstützte und dieser auch in supervisorischer Weise zur Seite stand (Datler/Isopp 2007, 2).

Als zweite Form der wissenschaftlichen Begleitung des Pilotprojektes war geplant, in Form von Interviews zu erheben, wie die begleiteten Eltern die Kontakte mit der Frühförderin erlebt hatten. Dies wurde als Forschungslücke das Vorhaben der vorliegenden Diplomarbeit, was im Kapitel 7 angesprochen wird. Dort gehen wir auch auf den Forschungsstand zum Zeitpunkt unserer Untersuchung ein, der aus Forschungsliteratur in Form von Abschlussarbeiten des „Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien“ von Jandrisits (2005) und Gneiss (2005) besteht sowie aus unveröffentlichter Literatur unter anderem zum Pilotprojekt, die uns Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler zur Verfügung stellte.

Durch Prim. Univ.-Doz. Dr. Hauser und Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler bekamen wir die Möglichkeit, unsere Diplomarbeit dem Schließen der Forschungslücke, dass Aussagen der Eltern zu den Frühförderkontakten noch fehlten, ein Stück weit zu widmen.

Uns interessierte dazu als Forschungsfrage,

wie Eltern eines frühgeborenen Kindes/frühgeborener Kinder rückblickend ihr Erleben der Kontakte mit einer Frühförderin auf der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling sowie bei deren Hausbesuchen beschreiben.

Zur Präzision dieser Forschungsfrage entwickelten wir vor dem Hintergrund der theoretischen Zusammenhänge und Grundannahmen aus der Fachliteratur folgende Subfragen, die ebenfalls im Kapitel 7 dargestellt sind:

Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt?

Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung?

Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?

Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu anderen Kontakten (mit Professionisten oder privat) zur Zeit der Frühgeburt?

In welcher Weise beschreiben die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind?

In welcher Weise äußern Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf, in welcher Hinsicht beschreiben sie es als erweiterungsbedürftig?

Die ersten drei Subfragen beziehen sich auf theoretische Zusammenhänge aus der Fachliteratur, vom Stellen der vierten Frage versprochen wir uns Hinweise auf Beschreibungen von professionell begründeten Frühförderkontakten in Unterscheidung zu anderen Kontakten rund um die Frühgeburt.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling und die Forscher/innengruppe der Universität Wien interessierten sich auch für Rückmeldungen der im Pilotprojekt begleiteten Eltern dazu, in welcher Weise sie die Kontakte mit der damaligen Frühförderin als hilfreich, veränderungs- oder erweiterungsbedürftig beschreiben. Dies ist in die beiden letzten Subfragen eingeflossen.

Nach ersten Arbeiten (siehe Kapitel 9.1.1 bis 9.2.1 zur Untersuchungsplanung, Erarbeitung des Interviewleitfadens sowie des Elternbriefes und Versendung erster Briefe) erweiterte sich unser Forschungsteam während der Phase der Datenerhebung mit ersten Elterngesprächen um Barbara Hochberger. Christine Wandl widmete sich ab dann mit einer weiteren Diplomarbeit einer vertiefenden Begleitstudie zur hier dargestellten Untersuchung.

Diese zweite Studie befasst sich mit Besonderheiten des Erlebens von Müttern sowie mit Besonderheiten des Erlebens von Vätern, mit denen die Frühförderin auch bei Hausbesuchen Kontakt hatte.

Das Ziel unserer Arbeit war, mit Elternaussagen Hinweise auf das Berufsverständnis und für die Berufsentwicklung von Frühförderinnen auf der Neonatologie und in Form von Mobiler Frühförderung zu gewinnen sowie weiterführende Forschungsarbeiten anzuregen.

Das Kapitel 8 stellt die Anbindung unserer Untersuchung an die Forschungsbereiche Frühpädagogik, Psychoanalytische Pädagogik, an den Behinderungsbegriff sowie an andere Berufsgruppen dar.

Alle Subfragen dienten einerseits als Gerüst für einen Interviewleitfaden sowie ein Kategoriensystem und kamen außerdem im Zuge der Diskussion von Ergebnissen im

Kapitel 11 zum Tragen. Die dazu entwickelte methodische Vorgehensweise mit der Erhebung und Auswertung der Elternaussagen erläutern wir im Kapitel 9, wobei wir im Kapitel 9.1 zur Untersuchungsvorbereitung die Entscheidung für eine Katamnese studie unter dem Einsatz problemorientierter Interviews mit einem Interviewleitfaden (siehe Anhang) begründen (Kapitel 9.1.1) und auf das Formulieren des Elternbriefes (siehe Anhang) eingehen (Kapitel 9.1.2).

Das Kapitel 9.2 beschreibt die Erhebung der Elternaussagen mit dem Versenden der Briefe in Tranchen, die Vorbereitung auf mögliche Inhalte der Anrufe bei den Eltern und das Setting der persönlichen Gespräche mit den einzelnen Müttern und Vätern, zu denen jede Interviewerin ein Zusatzprotokoll (siehe Anhang) anfertigte.

Im Kapitel 9.3 erläutern wir die wörtliche Transkription der Tondateien zu den 17 geführten Gesprächen (eine anonymisierte Liste findet sich im Anhang), welche unter Bezugnahme auf Regeln (siehe Anhang) mithilfe von Wissenschaftspraktikantinnen zu Transkripten im Umfang von rund 550 Seiten führte.

Die Darstellung des forschungsmethodischen Vorgehens endet mit dem Kapitel 9.4 zur Auswertung der Elternaussagen, die als Qualitative Inhaltsanalyse angelegt war und bei der je nach Elterngruppe 1, 2 oder 3 das deduktive Vorgehen mit einem vorab entwickelten Kategoriensystem eingesetzt wurde (Gruppen 1 und 2), zusätzlich induktive Kategorienbildung vorgenommen wurde (Gruppen 1 und 2) oder die Transkripte mittels Globalanalyse bearbeitet wurden (Gruppe 3). In den Kapiteln 9.4.1 bis 9.4.3 werden diese drei Varianten der Qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt und ihre Zuordnung zu den drei Elterngruppen erklärt: Zur Gruppe 1 gehören sechs Transkripte von Gesprächen mit Eltern, die auf der neonatologischen Station und weiterführend bei Hausbesuchen in Form Mobiler Frühförderung Kontakte mit der Frühförderin hatten; zur Gruppe 2 gehören sechs Transkripte von Gesprächen mit Eltern, die auf der neonatologischen Station Kontakte mit der Frühförderin hatten; zur Gruppe 3 gehören fünf Transkripte von Gesprächen mit Eltern, die keinen Kontakt mit der Frühförderin des Pilotprojektes hatten, jedoch ein Gespräch mit uns führen wollten, nachdem wir ihnen einen Brief geschickt und sie angerufen hatten. Die Abkürzung „1a“ hinter der Gruppenzuordnung (z. B. 3.1a) bedeutet, dass das Transkript zur Gruppe 1 gehört und das Gespräch mit einer Mutter geführt wurde; „b“ bedeutet, dass mit einem Vater gesprochen wurde.

Gehäufte ähnliche Aussagen zu einzelnen Fragen des Interviewleitfadens bzw. zu einzelnen Kategorien des Kategoriensystems oder auffällig wenige Aussagen dazu ließen wir quantifizierend ebenfalls in unsere Auswertung einfließen.

Das Kapitel 9.4.4 widmet sich im Detail den Sequenzen unserer Analyse beginnend mit der Erarbeitung des Kategoriensystems samt seinen Kategorienausrägungen „ausschliefllich hilfreich“, „überwiegend hilfreich“, „wenig hilfreich“ und „nicht hilfreich“, gefolgt von einer Phase von Probeanalysen, dem Entwickeln eines Ergebnisrasters und dem Festlegen zweier Qualitätskriterien bei der Transkriptbearbeitung durch uns als Forscherinnenteam. An letzteres knüpft das Kapitel 9.4.5 an, in dem wir uns damit beschäftigen, dass eine qualitative Inhaltsanalyse regelgeleitet und zugleich interpretativ ist sowie neben manifesten auch latente Inhalte aufnimmt, um inhaltlich möglichst erschöpfend zu sein.

Im Kapitel 10 stellen wir diese Ergebnisinhalte für die Gruppen 1 und 2 (Kapitel 10.1 und 10.2) einzeln für jedes der 12 Transkripte dar und bieten zudem zwei Kapitel zum Vergleich der Ergebnisse innerhalb der Gruppe 1 (Kapitel 10.1.7) und innerhalb der Gruppe 2 (10.2.7). Sowohl die Kapitel 10.1.1 bis 10.1.7 als auch die Kapitel 10.2.1 bis 10.2.7 folgen den sechs Subfragen der Forschungsfrage (siehe weiter oben zum Kapitel 7), wobei die Forschungsfrage fünf danach, in welcher Weise Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind beschreiben, bereits in die vier Ausprägungen (weiter oben beschrieben zum Kapitel 9.4.4) der Kategorien 1 bis 3 des Kategoriensystems eingeflossen ist.

Ergebnisse aus der induktiven Kategorienbildung mit gegebenenfalls zur Forschungsfragebeantwortung neu hinzugekommenen Kategorien werden in den einzelnen Kapiteln ebenfalls dargestellt.

Unsere Überlegungen zu den Ergebnissen der Gruppen 1 und 2 folgen im Kapitel 11 zur Diskussion von Untersuchungsergebnissen, wobei wir einerseits aus dem Vergleich der zahlreichen Aussagen Interpretationen formulieren sowie andererseits Zusammenhänge zwischen Elternaussagen und Aspekten der Forschungsliteratur zum Bereich Frühförderung und Frühgeburt erkennen und Bezüge zwischen beidem herausarbeiten. Dabei folgen die Kapitel 11.1 bis 11.4 wiederum den ersten vier Forschungsfragen. In den Kapitel 11.1-11.3 diskutieren wir die Aussagen der Eltern betreffend ihre Kontakte mit der Frühförderin in Bezug auf die eigene Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung ihres Kindes/ihrer Kinder. Bezüglich einiger Aussagen von Eltern haben wir bereits im Zuge der Auswertung der Transkripte Überlegungen angestellt, ob diese Beschreibungen im Interview mit uns ihrer tatsächlichen Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Frühgeburt entsprachen und ob sie die Auseinandersetzung mit den beunruhigenden Gefühlen zur Zeit der Frühgeburt auch in den Gesprächen mit der Frühförderin vermeiden hatten wollen.

Bei der Diskussion der Aussagen der Eltern betreffend ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu Kontakten mit anderen Personen fiel auf, dass viele Aussagen zu Kontakten mit dem Pflegepersonal auf der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde getätigt wurden, welche die Eltern teilweise ambivalent im Sinne von „hilfreich und gleichzeitig nicht hilfreich“ erlebt hatten. In Kapitel 11.4 stellen wir Bezug nehmend auf das in Kapitel 3 dargestellte Aufgabenspektrum des Pflegepersonals, die Ausführungen von Menzies und unter Berücksichtigung der belasteten Situation von Eltern nach einer zu frühen Geburt dahingehend Überlegungen an, in welcher Hinsicht die Begleitung durch eine Frühförderin bereits auf einer neonatologischen Station dem speziellen Unterstützungsbedarf der Eltern gerecht werden kann.

Das Kapitel 11.5 bezieht sich bei der Diskussion von Ergebnissen in Zusammenhang mit dem Berufsverständnis von Frühförderinnen (Kapitel 11.5.1) unter Zitierung von Forschungsliteratur auf die Forschungsfrage, in welcher Weise die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind beschreiben und in welcher Weise der professionelle Hintergrund der Frühförderin in Elternaussagen zum Ausdruck kommt. Im Kapitel 11.5.2, dessen Inhalte der Diskussion der Forschungsfrage gelten, in welcher Hinsicht Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf äußern und in welcher Weise sie es als erweiterungsbedürftig beschreiben, stellen wir einmal mehr (vgl. dazu auch Kapitel 11.1 bis 11.4) Überlegungen zur Verankerung von Frühförderinnen im Stationsteam neonatologischer Stationen an und dazu, dass einige Eltern es möglicherweise rund um die Frühgeburt vermieden hatten, sich in Kontakten mit der Frühförderin mit belastenden Gefühlen und Eindrücken auseinanderzusetzen.

Zuletzt sind im Kapitel 11 einige Anregungen zu weiterführenden Forschungsarbeiten zum Berufsfeld der Frühförderung formuliert.

Das Kapitel 12 widmet sich der Globalanalyse der fünf Transkripte zu Gesprächen mit Eltern, die angaben, keinen Kontakt zur Frühförderin gehabt zu haben.

Einzeln zu jedem Transkript (12.1 bis 12.5) folgen gemäß der Globalanalyse (Kapitel 9.4.3) einem Charakteristikum Inhalte aus dem Zusatzprotokoll zum Gespräch.

Die Untersuchungsergebnisse sind zu jedem Transkript in Anlehnung an unsere sechs Forschungsfragen zu Aussagen zur Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt, zum Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und zur Entwicklung des Kindes dargestellt. Sie behandeln zudem Aussagen zu Kontakten mit verschiedenen Personen zur Zeit der

Frühgeburt und zu Vorstellungen über Kontakte von Eltern mit einer Frühförderin. Letztere hatten die fünf Eltern der Gruppe 3 selbst nicht kennengelernt, weshalb auch unsere Forschungsfragen nicht für die Globalanalysen herangezogen werden konnten.

Zum Abschluss jeder Globalanalyse diskutieren wir die Untersuchungsergebnisse und stellen Überlegungen zur möglichen Bedeutung der Elternaussagen für Frühförderinnen und für die Berufsentwicklung von Frühförderung an.

2. Frühgeburt

Etwa jedes zehnte Kind kommt zu früh auf die Welt, wobei sich die Zahl der Frühgeburten in den letzten Jahren stark erhöht hat. Jedes Baby, das vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt, gilt als Frühchen. Die Ursachen für die steigende Zahl an Frühgeburten liegen unter anderem in den Fortschritten der Forschung und der neonatologischen Intensivmedizin sowie der Häufung von Mehrlingsschwangerschaften durch den vermehrten Einsatz künstlicher Befruchtung.

Mit einer Frühgeburtenrate von elf Prozent stellen die Frühgeborenen mittlerweile die größte Kinderpatientengruppe in Österreich dar (Berger¹, A. in „Die Presse“, 16.11.2010). Vor allem die Anzahl der Frühgeborenen der Schwangerschaftswoche 34 bis 36 steigt kontinuierlich, was auf den vermehrten Einsatz künstlicher Befruchtung und dadurch bedingte Mehrlingsschwangerschaften, bei welchen ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko besteht, zurückzuführen ist. Der Anteil an Mehrlingsgeborenen hat sich in Österreich seit 1970 fast verdoppelt (ebd.). Aufgrund der steigenden Zahl an Frühgeborenen ergibt sich die Notwendigkeit, über ein spezifisches Versorgungsangebot für diese Patientengruppe und ihre Familien nachzudenken.

2.1 Medizinische Risiken einer Frühgeburt

Die neonatologische Intensivmedizin hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht und ermöglicht immer bessere Überlebens- und Entwicklungschancen sehr unreif geborener Kinder. Trotz allem birgt eine Frühgeburt noch immer ein enormes Risiko für das Überleben und die Entwicklung des Kindes. Mit den Fortschritten der neonatologischen Intensivmedizin und den damit verbundenen besseren Überlebenschancen erhöht sich aber auch das Risiko bleibender Schäden oder Entwicklungsverzögerungen der Kinder.

Ab der 23. Schwangerschaftswoche haben frühgeborene Kinder heute eine reelle Chance zu überleben („Der Standard“ 16.11.2009). Doch die Gefahr schwerer Komplikationen steigt, je unreifer ein Kind zur Welt kommt.

Die unreife Lungenfunktion stellt ein hohes Risiko für eine Sauerstoff-Mangelversorgung dar, welche eine Schädigung des Gehirns zur Folge haben kann. Gleichzeitig ist die Dosierung der künstlichen Beatmung durch die unreife Lungenfunktion erschwert.

¹ Univ.-Prof. Dr. Angelika Berger ist stellvertretende Leiterin der Klinischen Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendheilkunde am AKH Wien

Zudem ist die Gefahr einer Hirnblutung aufgrund der Fragilität der Blutgefäße eines frühgeborenen Kindes erhöht. Je nach Ausmaß der Hirnblutung und der daraus entstandenen Läsionen kann es in der Folge zu neurologischen Störungen und Krampfanfällen kommen, wobei bei schweren Hirnblutungen die Gefahr einer Cerebralparese stark erhöht ist.

Sehr früh geborene Kinder haben auch ein deutlich erhöhtes Risiko für leichtere neurologische Störungen wie motorischen Auffälligkeiten und Koordinationsprobleme, welche oft erst später erkannt werden.

Die Unreife bringt „Probleme in der sensorischen Erregbarkeit, der Modulation von Erregung und Aufmerksamkeit und der zentralen Steuerung der Koordination motorischer Reaktionen mit sich“ (Sarimski 2000, 88).

Auch die Gefahr einer Seh- und Hörbeeinträchtigung ist bei sehr unreif geborenen Kindern erhöht.

Frühgeborene Kinder haben auch ein erhöhtes Risiko, an einer Infektion zu erkranken, da ihr Immunsystem noch nicht ausgereift ist (vgl. Sarimski 2000).

Die körperliche Unreife und die daraus resultierenden Risiken machen eine intensivmedizinische Versorgung des Frühchens unmittelbar nach der Geburt meisten unumgänglich. Oft muss das Kind im Inkubator² versorgt werden und eine Vielzahl an hochtechnisierten Geräten, beispielsweise zur Beatmung und Kontrolle des Herzschlags, ist zu seiner Überwachung und Behandlung erforderlich (Spatz 2004, 15f).

Im nächsten Kapitel werden die körperlichen Merkmale frühgeborener Kinder beschrieben, um die Besonderheiten ihres Aussehens im Vergleich zu reifgeborenen Kinder zu veranschaulichen.

2.2 Merkmale frühgeborener Kinder

Frühgeborene Kinder sind kleiner und zarter als reifgeborene und wirken aufgrund des fehlenden Unterhautfettgewebes sehr mager und zerbrechlich, haben aber einen, in Relation zum restlichen Körper, verhältnismäßig großen Kopf.

Die Haut Frühgeborener ist gerötet, erscheint etwas durchsichtig und kann zum Teil noch mit Lanugo, einem Haarflaum, der in der Gebärmutter zum Schutz des Fetus dient und gegen Ende der Schwangerschaft abgestoßen wird, bedeckt sein.

² Ein spezielles Bett, in welchem das Kind durch eine Plexiglashaube von der Umwelt abgeschirmt wird und in dem ein eigenes Klima aufrechterhalten werden kann. Des Weiteren schützt er das Kind vor Lärm und Infektionen (Spatz 2004, 15f).

Aufgrund der Unreife sind einige Körperteile noch nicht vollständig entwickelt. So erreichen die Finger- und Zehennägel oft noch nicht die Kuppen und auch die Augenbrauen fehlen manchmal noch.

Saug- und Schluckreflex sind noch nicht ausreichend entwickelt, was Probleme bei der Nahrungsaufnahme verursachen kann.

Generell zeigen frühgeborene Kinder aufgrund der Unreife eine geringere Interaktionsbereitschaft, können ihre Bedürfnisse weniger klar ausdrücken und reagieren auf Reize weniger zuverlässig oder schwächer als reifgeborene, sind aber schwerer wieder zu beruhigen, wenn sie sich in einem erhöhten Aktivierungszustand befinden (vgl. Müller-Rieckmann 1993; Sarimski 2000).

Die frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft erfolgt in den meisten Fällen völlig unvorhergesehen und abrupt und bringt neben den Risiken für das Überleben und die Entwicklung des Kindes auch enorme Belastungen für die Eltern mit sich. Die Eltern müssen um das Überleben ihres Babys bangen und sehen sich außerdem zu einem Zeitpunkt mit ihrem Kind konfrontiert, zu dem sie psychologisch noch nicht dafür bereit sind. Auch die zuvor beschriebenen äußeren Merkmale eines frühgeborenen Kindes tragen zu Verunsicherung und Belastung der Eltern bei (vgl. Sarimski 2000).

Im nächsten Kapitel wenden wir uns diesen Belastungen, welche das Ereignis einer Frühgeburt für Eltern und Kind mit sich bringt, zu.

2.3 Belastungen durch eine Frühgeburt

2.3.1 Belastungen der Eltern

Nach Gloger-Tipelt (1988, 130; zit. nach Jandrisits 2005, 8) durchlaufen Eltern während einer Schwangerschaft verschiedene Phasen der Elternwerdung. Bis zur 12. Schwangerschaftswoche spricht Gloger-Tipelt von der Verunsicherungsphase, auf welche die Anpassungsphase folgt, welche bis zur 20. Schwangerschaftswoche dauert. Darauf folgt die Phase der Konkretisierung der zukünftigen Elternschaft, welche ab der 32. Schwangerschaftswoche von der Phase der Antizipation und Vorbereitung auf die Geburt und das erwartete Kind abgelöst wird. Nach der Geburt wird eine Erschöpfungsphase beschrieben, welche später in Herausforderung und ungefähr ab dem sechsten Lebensmonat des Kindes in Normalisierung übergeht. Durch den plötzlichen und frühzeitigen Schwangerschaftsabbruch werden diese Phasen, welche Eltern normalerweise während der Schwangerschaft

durchlaufen und den Übergang zur Elternschaft vorbereiten, abrupt unterbrochen (Jandrisits 2005, 4).

Diese Phase der Vorbereitung auf die Geburt und der Anpassungsprozess an die Elternschaft sind demnach bei einer Frühgeburt verkürzt oder entfallen völlig und die Phase der Erschöpfung und Überwältigung wird durch das traumatische Ereignis der zu frühen Geburt zumeist viel intensiver erlebt. Eltern sind häufig noch völlig unvorbereitet auf die Elternrolle und sehen sich mit einem kleinen, zerbrechlichen Wesen konfrontiert, dessen Aussehen so gar nicht ihren Phantasien eines gesunden Babys entspricht und um dessen Leben sie nun bangen müssen (vgl. Sarimski 2000).

Spätestens mit dem Eintreten der Schwangerschaft erschaffen sich Eltern ein „imaginäres Baby“, sie entwickeln konkrete Vorstellungen von ihrem Kind und vom Zusammensein mit diesem, welche sowohl von unrealistischen Wunschphantasien als auch von Ängsten geprägt sind (Datler 2009, 24). Diese „inneren Bilder“ erreichen ihre intensivste Ausprägung um den siebenten Schwangerschaftsmonat und verlieren in einem normalen Schwangerschaftsverlauf bis zur Geburt wieder an Intensität (vgl. Sarimski 2000, 56; Schleske/Klitzing/Buser 2001, 131). Mit dem Eintritt der Geburt sehen sich Eltern mit ihrem „realen Baby“ konfrontiert und sie müssen sich von ihrem imaginierten Wunschkind verabschieden (Datler 2009, 24). Während diese Anpassung an das reale Baby bei einer termingerechten Geburt meistens nach kurzer Zeit erfolgt, kommen frühgeborene Kinder oft zu einem Zeitpunkt zur Welt, wo die inneren Bilder der Eltern noch sehr konkret sind und das reale Baby so gar nicht den imaginierten Wunschvorstellungen entspricht (Schleske/von Klitzing/Buser 2001, 131; Datler 2009, 24). Zudem ist die Anpassung an die Realität in einer Situation gefordert, die von überwältigenden Gefühlen beherrscht wird (Sarimski 2000, 55). Oftmals befinden sich Eltern nach der zu frühen Geburt in einer Art Schockzustand. Sie haben Angst um das Überleben des Kindes und sorgen sich um seine weitere Entwicklung. Je unreifer das Kind geboren ist und je höher das Überlebensrisiko ist, desto stärker ist die emotionale Belastung der Eltern. Gefühle der Ohnmacht, nur abwarten zu können, wechseln mit Gefühlen der Panik, Hilflosigkeit, Verzweiflung und Depressivität. Sie plagen sich mit Schuldgefühlen, in der Schwangerschaft etwas falsch gemacht zu haben oder als Eltern versagt zu haben. Nicht selten kämpfen Eltern mit Selbstvorwürfen, an der Frühgeburt des Kindes schuld zu sein (vgl. Sarimski 2000).

Das Aussehen frühgeborene Kinder unterscheidet sich deutlich von jenem termingerecht geborener und der Anblick des Frühchens kann bei den Eltern, welche plötzlich und unvorbereitet damit konfrontiert werden, Gefühle der Angst, Unsicherheit, Enttäuschung und

viele andere belastende Gefühle auslösen, da er so gar nicht mit den Vorstellungen des erträumten Idealbabys übereinstimmt. Oft muss das Kind sofort nach der Geburt von der Mutter getrennt und intensivmedizinisch versorgt werden (Jandrisits 2005, 4). Häufig ist auch eine künstliche Beatmung notwendig. Die Vielzahl an hochtechnischen Geräten, an welche das Kind angeschlossen ist, kann bei manchen Eltern anfänglich Gefühle der Verunsicherung und Verzweiflung auslösen (vgl. Sarimski 1999). Die Versorgung des Kindes im Inkubator kann das Gefühl des Getrennt-Seins und der Hilflosigkeit noch verstärken (Datler 2006, 2).

Die Kontaktaufnahme zum Kind ist aufgrund der intensivmedizinischen Versorgung des Kindes erheblich erschwert. Die hochtechnisierte Atmosphäre auf der neonatologischen Station und das Gefühl, an die Technik und das Stationspersonal ausgeliefert und zu sein, verstärken bei manchen Eltern das Gefühl der Unsicherheit und Hilflosigkeit. Häufig haben sie Hemmungen, ihr zartes, zerbrechliches Baby zu berühren, aus Angst, es zu verletzen und können sich so nur eingeschränkt an der Pflege des Kindes beteiligen (Datler 2006, 2). Sind Eltern voller Angst um ihr Kind, fällt es ihnen manchmal besonders schwer, mit ihrem Kind in Kontakt zu treten und sie bleiben auf Distanz (Sarimski 2000, 62).

Oft findet eine Frühgeburt unter dramatischen Umständen eines Notkaiserschnitts statt, wodurch die Mutter, selbst körperlich sehr geschwächt, ihr Kind frühestens am Tag nach der Operation erstmals sehen kann.

Die Eltern müssen die Pflege und Versorgung ihres Kindes dem Personal der neonatologischen Station anvertrauen. Dieser Umstand löst bei vielen Müttern ambivalente Gefühle aus. Sie glauben, als Mutter versagt zu haben, sind einerseits dankbar für die Versorgung ihres Kindes und fühlen sich andererseits hilflos und verzweifelt, diese nicht selbst gewährleisten zu können, was in Eifersucht und Wut auf das Pflegepersonal zum Ausdruck kommen kann (Sarimski 2000, 62f). Die Situation auf der neonatologischen Station wird in Kapitel 3 noch näher erörtert.

Zudem zeigen frühgeborene Kinder eine geringere Interaktionsbereitschaft und halten weniger Blickkontakt als reifgeborene Kinder, wodurch den Eltern in der Situation der Frühgeburt besondere Fähigkeiten, die Signale und Verhaltensweisen des Kindes differenziert zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren, abverlangt werden, über welche sie in der Regel nicht verfügen (Datler/Isopp 2006b, 1).

Hinzu kommt noch die Ungewissheit, ob das Kind eine Behinderung aufweisen wird, was bei frühgeborenen Kindern überdurchschnittlich häufig der Fall ist (Datler/Isopp 2006, 1).

Der Vater übernimmt in der Situation der Frühgeburt eine ganz besondere Rolle. In den ersten Tagen nach der Geburt stellt er oft die einzige Verbindung zwischen Mutter und Kind dar, insbesondere wenn die Mutter nach der Geburt durch einen Kaiserschnitt ans Bett gefesselt ist. Er begleitet das Kind auf die Intensivstation und übernimmt dann eine Art „Botenrolle“, bringt der Mutter die ersten Fotos des Kindes, spricht mit Krankenschwestern und Ärzten und wird von Anfang an in die Pflege des Kindes mit einbezogen (Spatz 2004, 32). Gibt es noch ältere früher geborene Kinder zuhause zu versorgen oder kommt es zu längeren Fehlzeiten am Arbeitsplatz, dann wird die Situation noch belastender. Die besondere Situation der Väter frühgeborener Kinder und deren Erleben der Situation einer zu frühen Geburt beziehungsweise die Unterschiede im Erleben zwischen Müttern und Vätern und daraus resultierende mögliche Konsequenzen für ein Frühförderangebot sind Thema einer vertiefenden Begleitstudie zur hier vorliegenden Untersuchung, welche von Christine Wandl erarbeitet wird.

Im folgenden Kapitel gehen wir auf die über die klinischen Probleme hinausgehenden Belastungen des frühgeborenen Kindes ein.

2.3.2 Belastungen des frühgeborenen Kindes

Die Unreife eines frühgeborenen Kindes bringt zahlreiche akute Risiken für sein Überleben und seine weitere Entwicklung mit sich. Während termingerecht geborene Babys bereits über zahlreiche Kompetenzen verfügen, so werden Frühgeborene zu einem Zeitpunkt von ihrer Mutter getrennt, zu dem sie „noch nicht für ein Leben außerhalb der Gebärmutter vorgesehen sind“ (De Jong 1999, 41; zit. nach Spatz 2004, 17). Das Baby konnte weder physisch noch psychisch im Mutterleib ausreifen. Nichts versetzt ein Baby derartig in Angst und Stress wie der plötzliche Verlust der Mutter, ein Umstand, dem jedes frühgeborene Kind ausgesetzt ist, wenn es plötzlich und vorzeitig den Mutterleib verlässt (Israel/Reißmann 2008, 13). Sie können auf Reize weniger reagieren, sind aber schwerer wieder zu beruhigen wenn sie reagieren. Sie sind oft an medizinische Geräte (Beatmungsschlauch, Magensonde,...) angeschlossen, welche die Bewegungsfreiheit einschränken. Auch wenn versucht wird, möglichst wenig stressende Eingriffe bei der Versorgung im Inkubator vorzunehmen, lässt es sich nicht vermeiden, dass das Kind gelegentlich überstimuliert wird und Gefühle der Angst und Irritation bei ihm ausgelöst werden (vgl. Israel/Reißmann 2008).

Auch bei Cohen (2003) finden sich anschauliche und einfühlsame Beschreibungen der Situation und des Erlebens frühgeborener Kinder aus psychoanalytischer Sicht.

2.4 Zusammenhänge zwischen einer zu frühen Geburt und der Eltern-Kind-Beziehung

Während lange Zeit über ausschließlich die körperliche Entwicklung des Kindes als Qualitätskriterium der intensivmedizinischen Versorgung betrachtet wurde, richtete sich in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit auch auf die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes, da erkannt wurde, dass eine stabile Eltern Kind-Beziehung die extremen Belastungen, denen ein frühgeborenes Kind ausgesetzt ist, ausgleichen kann (Israel/Reißmann 2008, 12). Das Zustandekommen einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung ist in der Situation einer Frühgeburt allerdings gefährdet, da sich die Eltern nach der Entbindung durch die besonders belastenden Umstände der zu frühen Geburt in einer traumatischen Situation befinden, wodurch der Beziehungsaufbau zum Kind erschwert sein kann (vgl. Sarimski 2000; Datler 2006).

Die bereits in Kapitel 2.3 beschriebenen Belastungen der Eltern und Kinder schaffen zusammen mit den Bedingungen auf der neonatologischen Station eine äußerst schwierige Ausgangssituation für das Entstehen einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung. Der allmähliche Beziehungsaufbau zum ungeborenen Baby wird durch die frühzeitige Geburt abrupt unterbrochen und der erneute Beziehungsaufbau beginnt unter sehr belastenden oder belasteten Umständen (vgl. Sarimski 2000).

Die Bedingungen auf der neonatologischen Station und die Versorgung des Kindes im Inkubator erschweren die Eltern-Kind-Interaktion.

„Die Frühgeburt eines Kindes ist für die Eltern ein traumatisches Erlebnis und kann – aufgrund der Inkubatorsituation und der Intensivpflege – den Bindungsprozess erheblich erschweren“ (Brisch 2010, 175).

Die Eltern haben Schwierigkeiten, die Signale des Kindes richtig zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren. Gelingt es den Eltern nicht, ihre belastenden Gefühle zu bewältigen und Zugang zu ihrer elterlichen Intuition und Kompetenz zu finden, um eine von Feinfühligkeit bestimmte Beziehung zu ihrem Kind aufnehmen zu können, so ist das Kind in seiner Entwicklung bedroht (vgl. Messerer, 1999). Auf die Bedeutung der Feinfühligkeit werden wir in Kapitel 2.4.2 näher eingehen.

Da die Entwicklung eines Kindes von den Beziehungserfahrungen, welche sie von Anfang an mit wichtigen Bezugspersonen in ihrem Alltag machen, abhängig ist, bringt die Situation der Frühgeburt ein enormes Entwicklungsrisiko mit sich (vgl. Datler 2009).

2.4.1 Merkmale einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung

Die Beziehungsaufnahme zum Kind nimmt bereits in den Vorstellungen der Eltern von ihrem künftigen Kind ihren Anfang, da sie spätestens mit dem Eintreten der Schwangerschaft in ihrer inneren Welt ein „imaginäres Baby“ erschaffen. Diese elterliche Vorstellung ihres Kindes ist sowohl von Phantasien als auch von Ängsten geprägt, da durch die Vorbereitung auf das Baby unbewusste Erfahrungen aufgewühlt werden. Die „inneren Bilder“, welche Eltern von ihrem Kind und von sich als Elternteil entwickeln, stellen einen notwendigen und normalen Teil der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung dar und sind für die frühe Beziehungsentwicklung zum realen Kind von großer Bedeutung, wobei sie dafür sowohl förderlich als auch störend wirksam werden können, je nachdem, ob sie mit der realen Eltern-Kind-Interaktion im Einklang sind oder sich geringfügig bis völlig von dieser unterscheiden (vgl. Gstach 1996; Sarimski 2000; Diem-Wille 2009; Datler 2009).

Diese inneren Bilder vom Kind, in welche „Eltern ihre Hoffnungen, Ängste, Erinnerungen an andere Familienmitglieder sowie Aspekte ihres Selbstbildes einschließen“ (Diem-Wille 2009, 18), entwickeln sich im Laufe der Schwangerschaft in Phasen, wobei sie um den siebenten Schwangerschaftsmonat eine sehr differenzierte Ausprägung erreichen und sich in einem normalen Schwangerschaftsverlauf in den letzten Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zugunsten der Annahme des kommenden Kindes als eigenständiges Individuum verändern, indem das Kind in der elterlichen Vorstellung immer realer wird (Sarimski 2000, 56; Schleske/von Klitzling/Buser 2001, 131). Dieser Umstand erleichtert bei einer termingerechten Geburt vielen Eltern die Anpassung des imaginierten Wunschkindes an das reale Kind und schützt auch vor enttäuschenden Erfahrungen mit diesem (Sarimski 2000, 56f; Datler 2009, 24).

Da der Übergang zur Elternschaft, das heißt von den Phantasien und Vorstellungen zum realen Leben, auch mit zahlreichen Veränderungen in der Paarbeziehung einhergeht, ist sein Gelingen von Faktoren wie der Persönlichkeits- und Partnerschaftsstruktur sowie der Dialogfähigkeit und Flexibilität der Eltern abhängig. Ist die Partnerschaft stabil, von Offenheit, Verständnis und Dialogfähigkeit geprägt, dann sind die werdenden Eltern in der Lage, dem Kind in ihren Vorstellungen einen Raum zu geben, welcher wichtig für das Gelingen der Eltern-Kind-Beziehung ist (Sarimski, 2000, 57).

Der Übergang zur Elternschaft stellt somit eine sensible Phase im Leben vieler werdender Eltern dar, die sowohl von Hoffnung und Vorfriede, aber auch Ängsten und Verunsicherung geprägt ist. Die Tatsache, die bevorstehenden Veränderungen willentlich nur in geringem

Ausmaß beeinflussen zu können, kann Ängste, Unsicherheiten und das Gefühl des Ausgeliefertseins noch verstärken.

Für werdende Mütter stellt die Übergangsphase zur Mutterschaft eine besonders sensible Phase dar, in der sie sich intensiv mit ihrer zukünftigen Rolle und ihren Gefühlen als Mutter und der Beziehung zu ihrem Baby auseinandersetzt. Sie beschäftigt sich intensiv mit der Frage, ob sie ihr Kind gut versorgen und ihm eine gute Entwicklung ermöglichen können wird. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen ist in dieser Phase wichtiger als alles andere. Die Beziehung zum Kind entsteht für die Mutter also nicht erst bei der Geburt, sondern bereits vor und während der Schwangerschaft durch die Vorstellungen von ihrem Baby. Diese intensive Auseinandersetzung mit den bevorstehenden Veränderungen, die als Mütterlichkeits-Konstellation beschrieben wird (Stern 1998 in Sarimski 2000), ermöglicht es ihr, ihre intuitive Kompetenz zu entwickeln und nach der Geburt mit besonderer Feinfühligkeit auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren zu können (Sarimski 2000, 57f).

Die Feinfühligkeit der primären Bezugsperson, welche zumeist die Mutter ist, bildet nach Auffassung der Bindungstheorie die wesentliche Grundlage für die Qualität der Bindung, welche das Kind im Laufe seines ersten Lebensjahres zu ihr aufbaut (Brisch 2010, 43).

Die von Bowlby (1969) entwickelte Bindungstheorie beruht auf der Annahme, dass jeder Säugling die angeborene Neigung hat, die Nähe seiner primären Bezugspersonen zu suchen und aufrechtzuerhalten. Bindung wird als die enge emotionale Beziehung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen beschrieben (vgl. Diem- Wille 2009; Brisch 2010).

„Die von Bowlby (1969) entwickelte Theorie geht davon aus, dass die wesentliche emotionale Bindung zwischen Säugling und Mutter durch die physische Anwesenheit der Mutter entsteht, die er auf ein angeborenes Bedürfnis nach Bindung zurückführt“ (Diem-Wille 2009, 154).

Ein Kind sucht die Nähe derjenigen Person, die es versorgt, nährt und beschützt und ihm somit seine Angst vor Trennung, Hunger und Einsamkeit nimmt (Diem-Wille 2009 ebd.).

„Die Bindungstheorie ... befasst sich mit den grundlegenden, frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes und versucht, die Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen zwischen Individuen im gesamten menschlichen Lebenslauf zu erklären“ (Brisch 2010, 35).

Die Qualität der Bindung kann unterschiedlich sein. Mary Ainsworth, eine enge Mitarbeiterin von John Bowlby, entwickelte mit dem „Fremde-Situation“-Test eine Messskala zur Ermittlung der Bindungsqualität. Unter anderem kam sie zu dem Ergebnis, dass Kinder mit einem sicheren Bindungsverhalten überzufällig häufig Mütter hatten, welche feinfühlig mit ihnen umgegangen waren (Diem-Wille 2009, 156ff). Diese Mütter geben ihren Kindern die nötige Sicherheit, Erfahrungen machen zu können und finden das rechte Maß zwischen Freiraum und Grenzsetzung in der jeweiligen Entwicklungsphase. Ein Kind entwickelt demnach eine sichere Bindung zu der Bezugsperson, welche seine Bedürfnisse in feinfühligster Art und Weise befriedigt (Sarimski 2000, 86).

Das beobachtbare Bindungsverhalten des Kindes kann auch durch unsicher-vermeidendes, unsicher-ambivalentes oder unsicher-desorganisiertes Verhalten charakterisiert sein. Diese drei Ausprägungen werden in der vorliegenden Arbeit nicht näher besprochen.

Unsicheres Bindungsverhalten des Kindes ist die Folge von mütterlicher Depression, früher Trennung oder mangelnder Sensibilität der Mutter. Frühe Trennungen von der Mutter betrachtet Bowlby als äußerst problematisch (Diem-Wille 2009, 154).

2.4.2 Feinfühligkeit als besonderer Aspekt einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung

„Nach Auffassung der Bindungstheorie bildet die Feinfühligkeit der Pflegeperson eine wesentliche Grundlage für die Qualität der Bindung, die der Säugling im Laufe seines ersten Lebensjahres entwickelt“ (Brisch 2010, 43).

Das Konzept der Feinfühligkeit wurde von Mary Ainsworth, welche Wesentliches zur Begründung der Bindungstheorie beigetragen hat, entwickelt und beschreibt Merkmale eines feinfühligsten Pflegeverhaltens. Demzufolge muss die Mutter in der Lage sein, die Signale ihres Kindes mit größter Aufmerksamkeit wahrzunehmen, diese aus der Perspektive des Kindes richtig interpretieren und angemessen darauf reagieren, ohne durch Über- oder Unterstimulation die Mutter-Kind-Interaktion zu erschweren. Des Weiteren muss die Reaktion der Mutter innerhalb der für das Baby tolerierbaren Frustrationszeit erfolgen (Brisch 2010, 45).

Signale des Kindes wahrzunehmen fällt Bezugspersonen relativ leicht, die richtige Interpretation und angemessene Reaktion muss jedoch oft erst erlernt werden. Viele Eltern befürchten, dass sie ihr Kind in den ersten Monaten vollkommen verwöhnen, wenn sie auf jedes Signal des Kindes sofort reagieren.

„Feinfühligkeit unterscheidet sich von Verwöhnung und Überbehütung dadurch, dass feinfühligere Eltern ihr Kind in seiner zunehmenden Selbständigkeit und seiner wachsenden Kommunikationsfähigkeit fördern“ (Brisch 2010, 47).

Im folgenden Kapitel gehen wir auf aktuelle Vorstellungen von der frühkindlichen Entwicklung ein und betrachten diesbezüglich insbesondere den Aspekt der Bedeutung von Beziehungserfahrungen.

2.5 Die frühkindliche Entwicklung

In den letzten Jahren erfolgte ein Perspektivenwechsel hinsichtlich der frühkindlichen Entwicklung, was zur „Entdeckung des aktiven Säuglings“ (Gstach 1996, 117) führte. Der Aspekt der „Subjekthaftigkeit“ (Datler 2004, 46) von Kleinkindern wird verstärkt betont und seine Berücksichtigung eingefordert. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass Kleinkinder sich und ihre Umwelt von Lebensbeginn an differenziert wahrnehmen, sich belebten und unbelebten Objekten in ihrer Umgebung mit Interesse zuwenden und sich damit aktiv auseinandersetzen. Die Erfahrungen, welche sie mit diesen Objekten machen, sind von großer Bedeutung für ihre psychische Entwicklung. Ferner stehen die Entwicklungsschritte von Kleinkindern in enger Verbindung mit Gefühlen und mit Prozessen der Affektregulation (Datler/Isopp 2004, 15f).

Die Säuglings- und Kleinkindforschung beschreibt in den letzten Jahren vermehrt den „aktiven, kompetenten Säugling“, welcher bereits mit einem erstaunlichen Repertoire an Fähigkeiten ausgestattet ist, sich für seine Umgebung interessiert und mit ihr in Kontakt tritt (vgl. Datler/Büttner/Finger-Trescher 2006; Eggert-Schmid Noerr/Finger-Trescher/Pforr 2007).

Bei Eggert-Schmid Noerr/Finger-Trescher/Pforr (2007) findet sich eine Darstellung von Ergebnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung hinsichtlich der Wahrnehmung, Affektentwicklung, der Interaktionsprozesse und des Selbstempfindens von Säuglingen und ebenso eine kritische Diskussion der daraus resultierenden Vorstellung vom selbständigen und unabhängigen Kleinkind.

Aktuelle Forschungsbeiträge wie die eben erwähnten zu der frühen Kindheit, den Entwicklungsprozessen der ersten Lebensjahre sowie insbesondere auch der Bedeutung primärer Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung finden sich in den Publikationen der Buchreihe „Psychoanalytische Pädagogik“ sowie im „Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik“.

Auch Datler (2004) setzt sich kritisch mit jenen Publikationen auseinander, welche vom „Kind als Akteur seiner Entwicklung“ sprechen, auf dessen „Entwicklungswillen“ Eltern sowie Pädagoginnen und Pädagogen vertrauen und seinen Bedürfnissen und Interessen Raum geben sollen, damit es sich von sich aus „auf den Weg seiner Entwicklung begeben kann und von sich aus zeigt, was es lernen will und welche Unterstützung es dafür braucht“ (Datler 2004, 65).

Auch wenn Kinder „einzelne Entwicklungsschritte selbst hervorbringen, indem sie in aktiver Weise Sinneseindrücke aufnehmen, belebte und unbelebte Objekte untersuchen, soziale Situationen mitgestalten und Erfahrungen verarbeiten“, betont Datler, dass die Entwicklung von Kindern auch davon abhängt, dass Entwicklungsprozesse nicht nur begleitet und unterstützt, sondern überhaupt erst durch gezielte Fördermaßnahmen angeregt werden (ebd.).

„Dazu kommt, dass sich stimulierend-feinfühlig Förderbemühungen ja geradewegs dadurch auszeichnen, dass sie auf das aktuelle Erleben des Säuglings abgestimmt sind und deshalb bestimmte Reaktionen jedenfalls nach sich ziehen – Reaktionen, die in weiterer Folge etwa zur differenzierteren Ausbildung und Wahrnehmung von Sinneseindrücken und Gefühlen, zur Entfaltung eines wachsenden Interesses an der Welt oder zu explorierendem Spiel führen“ (ebd.).

Nach Datler (2004, 66) sind insbesondere behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder bei ihrem Vollzug bestimmter Entwicklungsschritte geradezu abhängig von stimulierend-feinfühlig Fördermaßnahmen, da das Gelingen solcher Fördermaßnahmen nahezu die Voraussetzung dafür ist, das Interesse des Kindes für sich und seine Umwelt zu wecken. Auf die Gefahr der Ausbildung einer „sekundären Behinderung“ aufgrund mangelnder stimulierend-feinfühlig Beziehungserfahrungen gehen wir in Kapitel 2.5.2 ein.

2.5.1 Die Bedeutung von Beziehungserfahrungen für die frühkindliche Entwicklung

Die Beziehungserfahrungen, welche Kleinkinder in der Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen machen, sind von besonderer Bedeutung dafür, wie sich das Kleinkind mit seinen engsten Bezugspersonen verbunden fühlt und welche Bindung es zu diesen aufbaut. Des Weiteren nehmen sie darauf Einfluss, wie differenziert das Kleinkind lernt, verschiedene Affektzustände bei sich wahrzunehmen und in welcher Weise es ihm gelingt, basale Formen der „Mentalisierungsfähigkeit“ auszubilden, worunter die Fähigkeit verstanden wird, von außen beobachtbares Verhalten als Ausdruck innerpsychischer Prozesse zu verstehen (Datler/Isopp 2004, 16).

Indem frühe Beziehungserfahrungen, welche Kinder von Beginn an im Kontakt mit ihren engsten Bezugspersonen machen, eine große Bedeutung für die frühkindliche Entwicklung haben, steht eine gelungene Eltern-Kind-Beziehung in engem Zusammenhang mit einer guten Entwicklung des Kindes. Die Qualität dieser Beziehungserfahrungen wird entscheidend von der „inneren Welt“ der Eltern geprägt. Stimmen die elterlichen Vorstellungen von ihrem Baby und ihrer Beziehung zu diesem mit der realen Situation überein, gelingt es den Eltern eine entwicklungsförderliche, von Feinfühligkeit geprägte Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, welche für die frühkindliche Entwicklung entscheidend ist (vgl. Datler/ Isopp 2004).

2.5.2 Störung der Eltern-Kind-Beziehung durch eine Frühgeburt als Risiko für die Ausbildung einer „sekundären Behinderung“

Es gibt vielfältige Belastungen, welche den Beziehungsaufbau zwischen Eltern und ihrem Kind beeinflussen können. So spielen psychosoziale Belastungen wie Armut, Verlust des Arbeitsplatzes, eine labile Partnerschaftsstruktur, mangelnde Dialogfähigkeit der Eltern, eigene frühere Trennungserfahrungen und viele andere Aspekte eine entscheidende Rolle in der Übergangsphase zur Elternschaft.

Studien (vgl. Brisch 1999; Sarimski 1999; Sarimski 2000; Datler 2006) haben gezeigt, dass eine Frühgeburt für Eltern und Kind zumeist eine traumatische Erfahrung darstellt, da der Prozess der Vorbereitung auf das Baby und der Übergang zur Elternschaft plötzlich und vorzeitig unterbrochen werden. Der allmähliche Beziehungsaufbau zum Kind wird dann abrupt unterbrochen und muss in einer Situation großer psychischer Belastung erneut begonnen werden.

Sind Eltern durch die angeführten Belastungen der zu frühen Geburt nicht in der Lage, in feinfühlig-stimulierender Weise zu ihrem Kind Kontakt aufzunehmen, so ist dieses von der

Ausbildung einer „sekundären Behinderung“ (Datler 2004, 62) bedroht. Datler spricht von einer „sekundären Behinderung“, wenn sich das Kind aufgrund unzureichender Beziehungserfahrungen seiner Umgebung nicht in explorierender Weise zuwendet und dadurch in seiner Entwicklung bedroht oder behindert sein kann (Datler 2004, 62f).

„Aufgrund der Frühgeburt und den Folgekomplikationen ergibt sich bei den Kindern über die Zeit hinaus, in der sie in einer neonatologischen Einrichtung versorgt werden, ein besonderer Förderbedarf, der mitunter auch dann gegeben ist, wenn eine Behinderung im engeren Sinn nicht besteht – nämlich dann, wenn Entwicklungsverzögerungen einsetzen oder Eltern sich im Umgang mit dem Kind unsicher fühlen“ (Datler 2006, 2).

Durch die Krise der Frühgeburt und die angeführten Umstände erscheint es von großer Bedeutung, verstärkt auf die Situation der Eltern frühgeborener Kinder einzugehen, sie zu unterstützen, zu ihrer elterlichen Intuition zu finden, um einen möglichst uneingeschränkten Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind, welcher in weiterer Folge für die Entwicklung des Kindes bedeutsam ist, zu gewährleisten.

Im nächsten Kapitel erörtern wir die Situation auf der neonatologischen Station, um aufzuzeigen, in welcher Hinsicht ein spezieller Unterstützungsbedarf der Eltern frühgeborener Kinder bereits auf der neonatologischen Station besteht.

3. Frühgeburt und die Situation auf der neonatologischen Station

Nach einer Frühgeburt verlagert sich das Leben der Eltern und ihrer Kinder für Wochen oder sogar Monate auf die neonatologische Station. Eine zu frühe Geburt erfolgt meistens unter dramatischen Umständen, das Leben der Eltern verändert sich binnen Stunden schlagartig, der Alltag verlagert sich fast ausschließlich auf die neonatologische Station und konzentriert sich primär auf die Verfassung des Frühgeborenen.

Das Wissen um die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für die Entwicklung des Kindes hat dazu geführt, dass die neonatologischen Stationen fast rund um die Uhr für die Eltern geöffnet sind und Eltern heute stärker als in früheren Jahren in die Pflege des Kindes mit einbezogen werden. Als wichtigste Bezugspersonen für das Kind ist es bedeutsam, den Eltern von Anfang an Kontaktaufnahme zu ermöglichen, indem sie Grundpflegemaßnahmen wie Wickeln, Füttern und Baden des Kindes selbst übernehmen. Sie sollen für ihr Kind da sein,

sich in einfühlsamer Weise um dieses kümmern und befinden sich selbst in einer psychisch außerordentlich belasteten Situation. Der Umstand, die Eltern in den Stationsalltag einzubeziehen und sie in dieser belastenden Situation zu begleiten, verändert den Arbeitsalltag auf der neonatologischen Station und stellt das Pflegepersonal, dessen primärer Arbeitsfokus auf der physischen Versorgung und Pflege des Patienten liegt, vor enorme Herausforderungen (vgl. Sarimski 2000).

Auch Reiter (2010) berichtet aus den Ergebnissen ihrer Untersuchung auf der neonatologischen Station des Krankenhauses Wels, dass sich die Tätigkeiten der Ärzte und Krankenschwestern auf der neonatologischen Station in erster Linie auf die „Gedeihfunktionen“ des Kindes und die adäquate Unterstützung der Eltern im Umgang mit ihrem Frühchen konzentrieren, während das innerpsychische Erleben der Eltern kaum angesprochen wird (Reiter 2010, 9).

Es mangelt dem Pflegepersonal auf der neonatologischen Station einerseits an zeitlichen Ressourcen für die Begleitung der Eltern in dieser Krisensituation und andererseits auch an entsprechenden fachlichen Qualifikationen im Bereich der therapeutischen Begleitung.

Die Auseinandersetzung mit den Eltern, welche sich in einer außerordentlich belasteten Situation befinden, birgt auch ein hohes Konfliktpotential und kann den Ablauf auf der Station erschweren, wenn seitens der Eltern überhöhte oder ungerechtfertigte Ansprüche oder unbewusste Konkurrenzgefühle im Raum stehen. Viele Eltern sind dankbar, dass ihr Kind professionell gepflegt und versorgt wird, während der Umstand, die Versorgung ihres Kindes nicht selbst gewährleisten zu können und Anderen anvertrauen zu müssen gleichzeitig ambivalente Gefühle der Wut oder Eifersucht gegenüber dem Pflegepersonal auslösen kann.

Hinzukommend erschwert auch die große Zahl an wechselnden Kontaktpersonen, welche aufgrund der Arbeitsbedingungen auf der neonatologischen Station unumgänglich ist, den Eltern vertrauensvolle Beziehungen zu den Pflegepersonen aufzubauen (vgl. Sarimski 2000).

„Unausweichlich ist mit der Vielzahl an Kontakten verbunden, dass die Eltern unterschiedliche Aussagen hören zur Bewertung von Ereignissen, Vorgehensweisen der Behandlung und Prognosen, die ihr Kind betreffen viele Eltern erleben allerdings, dass Gespräche mit dem Arzt erst auf Nachfrage ihrerseits zustande kommen. Wenn eine gesonderte Besprechungszeit eingeräumt wird, wird sie als durchwegs wertvoll beschrieben“ (Sarimski 2000, 67).

Äußern Angehörige ihre Erwartungen und ambivalenten Gefühle gegenüber den Pflegepersonen auf der neonatologischen Station, welche ohnehin unter enormen Druck und Arbeitsbelastung stehen, kann sich das Belastungserleben auf deren Seite weiter verstärken (vgl. Menzies 1975; Sarimski 2000).

Die Belastungen des Pflegepersonals aus organisationsdynamischer Perspektive finden bei Menzies (1975) Beschreibung, welche bereits 1959 diesbezüglich eine Studie³ an einem Londoner Krankenhaus durchführte. Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich nicht im Speziellen auf die personelle Situation auf einer neonatologischen Station, sondern auf die Situation von Pflegepersonal im Allgemeinen. Menzies stellt in Bezug auf die Situation des Pflegepersonals im Krankenhaus den hohen Grad an Spannung, Verzweiflung und Angst dar, unter dem Krankenschwestern, welche im Zuge ihrer Tätigkeit ständig mit Leiden und Tod konfrontiert sind, stehen. Die Arbeit der Patientenpflege bringt stresserzeugende Situationen mit sich, welche eine Vielzahl belastender Gefühle seitens des Pflegepersonals auslösen können.

Menzies beschreibt eine Reihe an sozial strukturierten Abwehrmechanismen bei Pflegepersonen, deren Ausbildung durch die Struktur der Institution gefördert wird und das Vermeiden der durch die Konfrontation mit Krankheit und dem Sterben der Patienten ausgelösten Ängste ermöglicht, indem beispielsweise durch regelmäßig wechselnde Pflegepersonen nur oberflächliche Beziehungen zu Patienten entwickelt werden können (Menzies 1975, 190).

Auch bei Foster (2001) finden sich Ausführungen darüber, inwieweit ein gewisses Maß an Abwehrprozessen, wobei insbesondere Spaltungsprozesse beschrieben werden, bei Pflegepersonen geradezu notwendig ist, um weiterhin professionell arbeiten zu können.

Die Untersuchung organisationsspezifischer Prozesse in Pflegeinstitutionen war auch Teil des Forschungsprojekts „Lebensqualität im Pflegeheim“⁴ unter dem universitären

³ Diese Studie gehörte zu einer Reihe von Forschungsprojekten, die das Tavistock Institute of Human Relations zusammen mit zusätzlichen Mitarbeitern an Allgemeinen und Psychiatrischen Krankenhäusern und bei Krankenschwestern anderer klinischer Fachrichtungen durchgeführt hat (Menzies 1975, 83).

⁴ Eine detaillierte Beschreibung des Teilprojekts, das primär am Institut für Bildungswissenschaften bearbeitet wurde ist unter http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/x2_Lebensqualitaet.htm nachzulesen.

Forschungsschwerpunkt „Ethische und gesellschaftliche Perspektiven des Alterns“. Das Forschungsprojekt wurde im Zeitraum 2007-2010 unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Anton Amann (Institut für Soziologie der Universität Wien), Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien) und Ao Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler (Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien) realisiert. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde unter anderem der Einfluss der Beziehungserfahrungen zwischen Pflegeheimbewohnern und dem Pflegepersonal auf die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner untersucht, wobei sich im Zuge der Beobachtungen⁵ zeigte, dass die Pflegepersonen eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Gefühlen, Ängsten, Wünschen und Fantasien der Pflegeheimbewohner in der Interaktion mit diesen geradezu vermieden, sondern sich in ihrer Tätigkeit vielmehr auf körperbezogene Pflegemaßnahmen konzentrierten (Datler/Lazar/Trunkenpolz 2011 und 2012). Datler/Lazar/Trunkenpolz vermuten Bezug nehmend auf die Forschungsergebnisse von Menzies (1975), dass Pflegepersonen, deren primäre Aufgabe die physische Pflege und Versorgung der Heimbewohner ist, im Umgang mit den Patienten unbewusste, innerpsychische Abwehrmechanismen ausbilden, welche sie vor der Auseinandersetzung mit den Patienten belastende Gefühle wie Verzweiflung, Angst, Einsamkeit sowie die Auseinandersetzung mit dem Tod schützen und eine professionelle Durchführung ihrer eigentlichen Tätigkeit erst möglich machen (vgl. Datler/Lazar/Trunkenpolz 2009, 2011 und 2012).

„Dies scheint Pflegern zu helfen, sich auf Handlungsbereiche konzentrieren zu können, für die sie sich gut ausgebildet fühlen, und scheint sie zugleich davor zu bewahren, emotional in einem solch hohen Ausmaß berührt zu werden, dass die Arbeit im Pflegebereich nicht mehr geleistet werden kann“ (Datler/Lazar/Trunkenpolz 2012).

Auch bei Israel/Reißmann finden sich unseres Erachtens anschauliche Beschreibungen der Abwehrmechanismen von Pflegepersonen auf der neonatologischen Station, „die sich immer wieder engagieren und auf die Konfrontation mit dem Tod einlassen müssen“ (Israel/Reißmann 2008, 118). Gleichzeitig wird die Notwendigkeit einer „Sofortintervention“ bei Eltern frühgeborener Kinder durch einen „verstehenden Anderen“ betont, damit deren belastende Gefühle nicht der „Verdrängung unterliegen und die Elternfunktion behindern“ (Israel/Reißmann 2008, 118).

⁵ Die Untersuchung bediente sich der Methode des Beobachtens nach dem Tavistock-Konzept.

„Die Traumatisierung der Eltern kann von den Mitarbeitern der Station oft nicht anerkannt werden, da sich alle Bemühungen auf das Überleben des Kindes richten“ (Israel/Reißmann 2008, 118).

Denn dem Pflegepersonal auf der neonatologischen Station, welches unter enormer Arbeitsbelastung steht und unter stark stresserzeugenden Bedingungen arbeitet, ist es kaum möglich, dem Unterstützungsbedarf der Eltern hinsichtlich der Bewältigung der belastenden Situation der Frühgeburt gerecht zu werden und gleichzeitig eine professionelle Erledigung der pflegerischen und medizinischen Versorgungsarbeiten zu gewährleisten.

„Man erwartet von ihnen, dass sie wachsam und zuverlässig für Kinder sorgen, die sich in einer extremen, oft hoffnungslosen Lebenslage befinden. Man erwartet, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Grenzen des Machbaren, vergebliche Bemühungen oder den Tod eines Kindes ertragen, ohne in der Hingabe an ihre Aufgabe nachzulassen. Aber es ergeben sich kaum Möglichkeiten im Stationsalltag, Erleben in Worte zu fassen“ (Israel/Reißmann 2008, 124).

Aufgrund der zahlreichen Belastungen, welche Eltern nach der traumatischen Erfahrung der Frühgeburt zu bewältigen haben, ist es naheliegend, ihnen bereits auf der neonatologischen Station spezielle Hilfestellungen anzubieten, um sie bei der Bewältigung dieser Krisensituation zu unterstützen, zumal es dem Pflegepersonal aus oben beschriebenen Gründen nicht möglich ist, dieser Aufgabe mit einem professionellen Anspruch gerecht zu werden.

„Meines Erachtens ist es äußerst wichtig, dass in diesen ersten Momenten der Begegnung von Mutter und Kind ein Dritter anwesend ist. Dieser kompetente Dritte ist nicht dazu da, um einen Rat zu geben oder Trost zu spenden, sondern um aufmerksam-emotional da zu sein, das Entsetzen über den Riss mitzufühlen, also mitzutragen und irgendwann auch Worte dafür zu finden. Es ginge also um eine Sofortintervention während der Traumatisierung, damit diese nicht abgekapselt werden muss, sondern emotional verflüssigt wird“ (Israel/Reißmann 2008, 121).

Jandrisits (2005) stellte in ihrer Abschlussarbeit des Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung in Vorbereitung des Pilotprojekts Überlegungen an, wie Frühförderung zur Begleitung der Eltern auf der neonatologischen Station als neues Arbeitsfeld etabliert werden könnte. Jandrisits beschreibt als die wesentliche Aufgabe einer bereits auf der neonatologischen Station tätigen Frühförderin die Unterstützung der Eltern in ihrem Bewältigungsprozess und eine positive Einflussnahme auf den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung, um so langfristig auch die emotionale sowie körperliche und kognitive Entwicklung des Kindes zu fördern (2005, 27 f).

Auch Reiter (2010, 8) kam in der weiter oben erwähnten Untersuchung auf der neonatologischen Station des Krankenhauses Wels zu dem Schluss, dass eine Frühförderin, welche bereits auf der neonatologischen Station tätig ist, auf die „spezifischen Problemlagen“ der Eltern eingehen und sie im Beziehungsaufbau zu ihrem frühgeborenen Kind gezielter unterstützen könnte. Außerdem könnte im Bedarfsfall unmittelbar nach der Geburt mit Fördermaßnahmen beim Kind begonnen werden. Einen weiteren Vorteil einer bereits auf der neonatologischen Station beginnenden Begleitung durch eine Frühförderin sieht Reiter in der Möglichkeit der kontinuierlichen Weiterbegleitung in Form von „Mobiler Frühförderung“ nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (ebd.).

Im folgenden Kapitel wenden wir uns nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick auf erste Untersuchungen zur Situation frühgeborener Kinder und deren Familien aktuellen Konzepten zur Unterstützung von durch Frühgeburt betroffenen Familien zu, wobei wir drei solcher Konzepte näher erläutern, um in weiterer Folge darzustellen, welche Schwerpunkte dieser Modelle auf die Arbeit einer Frühförderin zutreffen und in welcher Hinsicht Frühförderung, so wie sie im Frühförderprojekt Mödling angeboten wurde, über diese Modelle hinausgeht.

4. Konzepte zur Unterstützung von Eltern frühgeborener Kinder

In den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts begannen Kliniker die Auswirkungen einer frühen Trennung von Mutter und Kind durch eine Frühgeburt konzentriert zu untersuchen. Zu diesem Zeitpunkt waren Eltern unter anderem aufgrund der drohenden Infektionsgefahr von den Frühgeborenenstationen noch weitgehend ausgeschlossen und konnten ihr Kind oft erst

kurz vor dessen Entlassung aus der Klinik zum ersten Mal sehen. Klaus/Kennell (1987) geben einen Überblick über diese frühen Studien, welche sich meist auf Beobachtungen und Befragungen von Müttern⁶ frühgeborener Kinder stützen, und geben basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen Empfehlungen hinsichtlich der vermehrten Miteinbeziehung der Eltern in den Klinikalltag ab (vgl. Kennell/Klaus/Cramer 1987). Neben einer Lockerung der starren Besuchsregelungen auf den Säuglingsstationen sollten Ärzte und Pflegepersonal bei ihrer Arbeit darauf achten, dass sie der Mutter helfen, das Idealbild ihres Babys an das reale anzupassen und sie beim Aufbau einer emotionalen Bindung zu ihrem Kind unterstützen (Kennell/Klaus/Cramer 1987, 174f).

Kaplan und Mason (1960) verglichen die Reaktionen der Mütter auf eine Frühgeburt mit der Reaktion auf ein Trauma, dessen Bewältigung von den persönlichen Ressourcen, welche aber von Krankenhauspraktiken beeinflusst sein können, abhängt (Kennell/Klaus/Cramer 1987, 148). Basierend auf den Erkenntnissen, dass die Entwicklung des Kindes in direktem Zusammenhang mit der Beziehung zur Mutter steht, wurden in den USA seit den 1980er Jahren verschiedene Interventionsstudien mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen durchgeführt (Brisch et al. 1997; zit. nach Brisch 1999, 29).

Im deutschsprachigen Raum wurden ab den 1990er Jahren Konzepte zur Betreuung von Familien frühgeborener Kinder entwickelt, die ihren Fokus in der Unterstützung der Eltern und insbesondere der Eltern-Kind-Beziehung haben. Zu erwähnen ist das Basler Modell von Dr. Gisela Schleske, die Psychologische Elternberatung von Dr. Klaus Sarimski und das Ulmer Modell von Dr. Karl Heinz Brisch. Diese drei Modelle werden wir kurz erläutern.

4.1 Das Basler Modell

Das Basler Modell beschreibt einen kinderpsychiatrischen Liaisondienst auf der neonatologischen Intensivstation der „Universitätskinderklinik beider Basel“, welcher zum Ziel hat, die Eltern bei der Bewältigung der psychischen Belastungen im Zusammenhang mit der zu frühen Geburt zu unterstützen und auf diesem Weg einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung vorzubeugen. Die Liaisonärztin wurde den Eltern auf der Station als Teil des Teams vorgestellt und stand bei Bedarf für Gespräche zu Verfügung. Sie fungierte als eine Art Dolmetscherin zwischen Eltern und Behandlungsteam einerseits und Eltern und Kind andererseits. Rückmeldungen der Eltern ergaben, dass diese das Gespräch mit einer außenstehenden, nicht direkt in die Pflege und Behandlung des Kindes involvierten Person,

⁶ In der früheren Literatur wird vorrangig von Müttern gesprochen; den Vätern wird eher eine die Mütter unterstützende Rolle zugewiesen (vgl. Kennell/Klaus/Cramer 1987).

welche aber dennoch über medizinisches Fachwissen verfügt, als sehr hilfreich empfanden. Aufgabe der Liaisonärztin ist auch, vor Entlassung des Kindes aus dem Spital sicherzustellen, dass im Bedarfsfall eine angemessene ambulante Nachbetreuung gewährleistet ist (vgl. Schleske/Klitzing/Buser 2001, 119-137).

4.2 Psychologische Elternberatung

Sarimski betont die Notwendigkeit eines Nachsorgekonzepts für frühgeborene Babys und ihre Eltern bereits auf der neonatologischen Station. Dieses Modell sieht die Möglichkeit psychologischer Beratung vor, orientiert sich aber an den individuellen Befindlichkeiten der Eltern, da nicht zwangsläufig alle Eltern frühgeborener Kinder beratungsbedürftig sind. Einige Eltern verfügen über ein breites Spektrum an individuellen und sozialen Bewältigungskräften, welche ihnen helfen, die Krisensituation zu bewältigen. Ein erstes Beratungsgespräch schafft eine stützende Beziehung zu den Eltern und erlaubt ihnen, über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen (Sarimski 2000, 78). Des Weiteren dient es dazu, die individuellen Bewältigungsformen der Eltern in ihrem biografischen Zusammenhang zu verstehen und einen weiteren Bedarf an Beratung einzuschätzen. Wird die psychologische Beratung weiterhin in Anspruch genommen, dann bedarf es einer Präzisierung des Beratungsfokus. Ziel der Beratung ist, Kommunikationsblockaden zwischen Eltern und Kind aufzulösen. Die Erfahrung in der psychotherapeutischen Unterstützung von Menschen in Krisensituationen zeigt, dass oft das „Erzählen der eigenen Geschichte“ (Sarimski 1999, 39) bereits eine entlastende Wirkung hat und Teil des Veränderungsprozesses ist.

„Das Erzählen im Dialog mit einem empathischen Gegenüber gibt der eigenen Erfahrung die Anerkennung als besondere Belastung, hilft, die eigene Wahrnehmung des Kindes und der Beziehung zum Kind zu ordnen und die Herausforderung durch die Frühgeburt als Teil der gemeinsamen Geschichte zu integrieren“ (ebd.).

Stehen auf der neonatologischen Station nicht ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung, mit allen Eltern frühgeborener Kinder ein persönliches Gespräch zu führen, erwähnt Sarimski die Möglichkeit, mittels standardisierter Fragebögen den psychologischen Beratungsbedarf der Eltern zu erheben. Diese Fragebögen werden aber nicht immer angenommen, da es doch recht befremdlich wirkt, in einer derart krisenhaften Situation auf so unpersönliche Weise Auskunft über die eigenen Gefühle zu geben. Der Einsatz solcher Fragebögen ist also sehr genau abzuwägen, gibt Sarimski (2000, 75f) zu bedenken.

4.3 Das Ulmer Modell

Das Ulmer Modell, ein „präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm nach der Geburt eines kleinen Frühgeborenen“, wurde als Interventionsstudie über einen Zeitraum von sechs Jahren unter der Leitung von Dr. Karl-Heinz Brisch am „Universitätsklinikum Ulm“ geplant und durchgeführt (Reiter 2007, 57). Es richtet sich an Eltern von sehr kleinen frühgeborenen Kindern und bietet diesen präventive psychotherapeutische Unterstützung bereits auf der neonatologischen Station. Das Ziel ist, die Eltern in ihrem „...Bewältigungsprozess zu unterstützen und den Aufbau einer Eltern-Kind-Bindung und Interaktion positiv zu beeinflussen, um auf diese Weise langfristig die körperliche, kognitive sowie emotionale Entwicklung der Risikokinder zu verbessern“ (Brisch 1999, 29).

Das Ulmer Modell bietet vier Interventionsformen der Unterstützung: In der *Elterngruppe* liegt der Fokus auf den Bewältigungsprozessen der Eltern und bietet ihnen die Möglichkeit, sich mit anderen Eltern auszutauschen, während in der *fokalen Einzeltherapie* reaktivierte Erinnerungen der Eltern bearbeitet werden. Diese beiden Interventionsformen finden bereits auf der neonatologischen Station statt. Zwei Wochen nach der Entlassung erfolgt ein *Hausbesuch*, im Zuge dessen die Eltern noch einmal Fragen stellen können und Informationen über medizinische Geräte erhalten. Ziel ist, das Selbstvertrauen und das Gefühl der Sicherheit der Eltern zu stärken. Hat das Kind ein korrigiertes Alter⁷ von drei Monaten erreicht, wird den Eltern ein *videogestütztes Feinfühligkeitstraining* angeboten, welches der Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit der Eltern dient (vgl. Brisch 1999).

Reiter (2007) bietet in ihrer Diplomarbeit eine detaillierte Darstellung des Ulmer Modells und stellt einen Vergleich zu dem Betreuungsangebot der neonatologischen Station des oberösterreichischen Krankenhauses Wels an, um aufzuzeigen, welche Aspekte des Betreuungsangebots des Ulmer Modells bereits in der Betreuungsarbeit der neonatologischen Station des Krankenhauses Wels zu finden sind.

Die meisten Konzepte, welche zusätzliche Unterstützungsangebote für Eltern auf einer neonatologischen Station beinhalten, werden durchwegs als sehr hilfreich empfunden, enden aber, mit Ausnahme des Ulmer Modells, meistens mit der Entlassung aus dem Krankenhaus, obwohl die psychischen Belastungen der Familien damit keineswegs aufhören (Jandrisits 2005, 25; Datler 2006, 2).

⁷ Das Alter gerechnet ab dem ursprünglich errechneten Geburtstermin.

Die Eltern sind durch die traumatische Situation der Frühgeburt nach wie vor verunsichert und ängstlich im Umgang mit ihrem Kind, insbesondere, da oft auch zuhause noch technische Geräte zur Überwachung der Vitalfunktionen des Kindes notwendig sind. Die Erwartungen der Eltern, dass nach der Entlassung aus dem Spital alles „normal“ verläuft, wird oft enttäuscht (Jandrisits 2005, 18f).

5. Frühförderung

Die in Kapitel 4 beschriebenen Unterstützungsmodelle nehmen nicht darauf Rücksicht, ob das Kind eine Behinderung aufweist oder Gefahr läuft, eine Behinderung zu entwickeln, welcher zu einem früheren Zeitpunkt noch entgegengewirkt werden könnte. Eine weiterführende Begleitung der Familie nach der Entlassung aus dem Spital durch eine Frühförderung wird in diesen Konzepten trotz des hohen Entwicklungsrisikos frühgeborener Kinder nicht in Erwägung gezogen (vgl. Datler 2006). Oft kommt es erst Wochen oder Monate nach der Geburt eines in seiner Entwicklung bedrohten Kindes und nachdem es viele Diskontinuitäten in Form von wechselnden Pflegepersonen oder Spitalsverlegungen erleben musste zum ersten Kontakt mit einer Frühfördereinrichtung. Es scheint daher naheliegend, dass eine Frühförderin⁸ bereits auf der neonatologischen Station Kontakt mit der von Frühgeburt betroffenen Familie aufnimmt und dieses Angebot dann in weiterer Folge zuhause als Mobile Frühförderung⁹ weiterführt, da so ein höheres Maß an Kontinuität hergestellt wird, und keine Zeit verloren geht, bis Frühförderung beginnt. In weiterer Folge ist davon auszugehen, dass die Begleitung durch eine Frühförderin vermutlich auch medizinische Maßnahmen zu reduzieren hilft (Datler 2006, 3). Durch die konstante und kontinuierliche Begleitung der Familie auf der Station und nach der Entlassung zuhause könnte unmittelbar auf auftretende Schwierigkeiten reagiert werden und angemessene Unterstützung der Eltern in ihrem Bewältigungsprozess gewährleistet werden (Jandrisits 2005, 24f).

Die Idee der Frühförderung wurzelt in der Grundüberzeugung, dass behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder so früh wie möglich in ihrer Entwicklung spezifisch gefördert werden sollen, wodurch seit den 1970er Jahren ein Prozess der zunehmenden Etablierung und

⁸ Wir verwenden in unseren Ausführungen die weibliche Form „Frühförderin“. Einerseits soll es zur flüssigeren Lesbarkeit beitragen und andererseits ist zu erwähnen, dass im Bereich der Frühförderung, wie auch im vorliegenden Pilotprojekt, nahezu ausschließlich Frauen tätig sind (Datler 2009, 35).

⁹ Im Kapitel 6 gehen wir auf den Begriff „Mobile Frühförderung“ näher ein.

Institutionalisierung von Frühförderung einsetzte. Obwohl es sich bei Frühförderung um eine relativ junge Disziplin handelt, lassen sich heute bereits einige Trendwenden ausmachen (Datler 2004, 45f):

Die Sichtweise von Behinderung veränderte sich in den letzten Jahren dahingehend, dass sich eine Krankheit, Funktionsstörung oder genetische Besonderheit eines Menschen nur in einem bestimmten psychosozialen Zusammenhang ausprägen und seine Wirkung entfalten kann. Frühförderung versteht unter einer „drohende Behinderung“ demnach Risiken und Gefährdungen aufgrund ungünstiger psychosozialer Zusammenhänge wie ungünstige Wohnverhältnisse oder Armut, welche sich zu einer manifesten Behinderung entwickeln können, denen zu einem früheren Zeitpunkt aber noch entgegengewirkt werden kann (Thurmair/Naggl 2007, S16f).

Auch wurde den Eltern in den Anfängen der Frühförderung eher die Rolle der „Ko-Therapeuten“ zugeordnet, während sie heute als „Partner“ angesehen werden, welche erhebliche Belastungen zu bewältigen haben und ebenfalls professionelle Begleitung benötigen (Datler 2004, 45).

Weiters kam es zu einer Abwendung der Frühförderung von der Durchführung vorab geplanter funktioneller Übungsverfahren¹⁰ hin zu mehr Alltagsorientierung. Die Erfahrungen, welche Kinder in ihrem alltäglichen Umfeld mit ihren Bezugspersonen machen, stehen heute im Vordergrund der Arbeit der Frühförderung, da diesen für die Entwicklung des Kindes größere Bedeutung beigemessen wird als den beschriebenen Übungsverfahren (ebd.).

Heute werden die Kinder auch nicht mehr als „Objekte“ begriffen, an welchen förderpädagogische Maßnahmen vollzogen werden, sondern sie werden heute als Subjekte verstanden, welche sich aktiv und kompetent mit ihrer Umgebung beschäftigen und deren Bedürfnissen, Interessen und spontanem Handeln Raum gegeben werden soll. In diesem Sinne soll eine Frühförderin zunächst abwarten, das Tun und Handeln des Kindes mit Aufmerksamkeit und Anteilnahme beobachten und dafür sorgen, dass das Kind Umgebungen vorfindet, welche ihm Lernerfahrungen ermöglichen (Datler 2004, 45ff). Hier fließt die veränderte Sichtweise der kindlichen Entwicklung ein, wonach sich Kinder von Lebensbeginn an mit ihrer Umgebung auseinandersetzen und für die Entwicklung wichtige Beziehungserfahrungen mit ihren engsten Bezugspersonen machen (vgl. Datler/Isopp 2004; vgl. auch Kapitel 2.5).

¹⁰ Im Vorfeld der Frühfördereinheit geplante Interventionen unter Einbeziehung spezifischer Hilfsmittel, beispielsweise speziell adaptiertes Spielzeug (Thurmair/Naggl 2007, 22f).

Es ergibt sich nun ein Arbeitsfokus von Frühförderung in zweierlei Hinsicht, einerseits in der direkten Arbeit mit dem Kind und andererseits in der Begleitung der gesamten Familie.

5.1 Die Arbeit mit dem Kind

Auf das Kind bezogen ist es die Aufgabe von Frühförderung, mit diesem in Beziehung zu treten, um ihm so in unmittelbarer Weise Entwicklungsanstöße zu geben (Datler 2009, 25).

Bezeichnend für die Arbeit der Frühförderin ist, dass sie sich in feinfühligter Art und Weise dem Kind zuwendet, seine Signale wahrnimmt, richtig interpretiert und angemessen darauf reagiert (Brisch 2010, 45). Darüber hinaus ist sie auch bemüht, die Aufmerksamkeit des Kindes zu gewinnen und sein Interesse auf bestimmte Gegenstände zu lenken, damit es sich in spielerisch-explorierender Weise mit diesen befasst (Datler 2009, 27). Bezogen auf diesen Aspekt der Tätigkeit einer Frühförderin ergänzt Datler den Begriff der Feinfühligkeit in Anlehnung an Fröhlichs Konzept der „Basalen Stimulation“ (Fröhlich 1991) mit dem Attribut „stimulierend“, da die Frühförderin einerseits das Verhalten des Kindes aufmerksam und sensibel beobachtet, ihre Reaktionen präzise darauf abstimmt und so in unmittelbarer Weise Entwicklungsanstöße gibt, indem sie das Interesse des Kindes weckt, sich mit seiner Umgebung zu beschäftigen und herauszufinden, was für es reizvoll ist (Datler 2009, 29).

Die Frühförderin muss demnach „...hilfreiche Rahmenbedingungen herstellen und das Kind begleiten, wenn es den Raum, der ihm eröffnet wird, mit Aktivitäten füllt“ (Datler 2004, 47).

Voraussetzung dafür, sich dem Kinde im Sinne der stimulierenden Feinfühligkeit zuzuwenden zu können, ist, dass die Frühförderin versteht, was in der „innere Welt“ des Kindes vor sich geht. Datler betont hier die Bedeutung der „Mentalisierungskompetenz“, worunter in diesem Zusammenhang die Fähigkeit verstanden wird, das von außen beobachtbare Verhalten des Kindes als Ausdruck innerpsychischer Prozesse zu verstehen und in der Lage zu sein, während des Arbeitens angemessene Vorstellungen von diesen Prozessen zu entwickeln.

Nur wenn diese Kompetenz entsprechend differenziert ausgebildet wurde, ist eine Frühförderin in der Lage, nach dem Konzept der „Stimulierenden Feinfühligkeit“ zu arbeiten (Datler 2009, 29). Die Bedeutung der Mentalisierungskompetenz der Frühförderin bezogen auf die Arbeit mit den Eltern wird in Kapitel 5.2 noch näher erläutert.

5.2 Die Arbeit mit den Eltern

Bezogen auf die Arbeit mit den Eltern ist es Aufgabe der Frühförderin, die Eltern in der Auseinandersetzung mit ihrer Situation zu unterstützen und die Kompetenzen der Eltern im Umgang mit ihrem Kind zu stärken und zu erweitern (Thurmair/Naggl 2007, 22).

Die Frühförderin unterstützt die Eltern in der Auseinandersetzung mit den belastenden Gefühlen, welche einen förderlichen Umgang mit ihrem Kind blockieren, indem sie ihnen durch aufnehmendes Verstehen vermittelt, dass sie deren Gefühle, Nöte und Befürchtungen aufnehmen und mit ihnen teilen kann. Belastende Gefühle der Eltern können somit gelindert werden. Durch das Verbalisieren und Benennen von Gefühlen werden diese für die Eltern greifbarer, können besser eingeordnet werden und es kann ein gewisser Abstand entstehen. Die Frühförderin kann die Eltern unterstützen, ihre Problemlage, ihr Kind und die Beziehung zum Kind besser zu verstehen. Diese Stärkung der elterlichen Kompetenz des Verstehens ist Voraussetzung dafür, sich ihrem Kind in feinfühligster Art und Weise zuwenden zu können (vgl. Datler/Messerer in Schnoor 2006; Datler/Isopp 2006b; Datler 2009). Die Zunahme der stimulierend-feinfühligsten Zuwendung der Eltern zum Kind steht einerseits mit der unmittelbaren Elternarbeit der Frühförderin in Zusammenhang und andererseits damit, dass sich die Frühförderin in Gegenwart der Eltern in stimulierend-feinfühligster Art und Weise mit dem Kind beschäftigt, wodurch die Eltern dahingehend angeregt werden, ihren Umgang mit dem Kind an den der Frühförderin anzunähern (Datler/Isopp 2004, 23).

In Kapitel 5.1 haben wir darauf hingewiesen, wie bedeutsam das Verstehen der inneren Welt des Kindes für die Arbeit der Frühförderin im Sinne der „Stimulierenden Feinfühligkeit“ ist. Um den Eltern eine angemessene Begleitung in der belasteten Situation der zu frühen Geburt anbieten zu können ist es wichtig, zu deren innerer Welt in verstehender Weise Zugang zu finden. Nur mit entsprechender Mentalisierungskompetenz kann eine Frühförderin verstehen, was in der inneren Welt der Eltern vor sich geht und mit welchen belastenden Gefühlen sie zu kämpfen haben und sie ist in der Lage, „...ihre Aktivitäten auf die Gedanken und Gefühle abzustimmen, welche die Eltern nicht zuletzt auch der Frühförderin entgegenbringen“ (Messerer 1999, 2001; Datler/Messerer 2006; zit. nach Datler 2009, 30).

„Freilich erlauben Mentalisierungsprozesse, die bewusst vollzogen werden, Interventionen von nochmals anderer Art; denn wenn bewusste Vorstellungen davon entwickelt werden, welchen manifesten Verhaltensweisen welche innerpsychischen Prozesse zu Grunde liegen,

können entsprechende Gedanken über die innere Welt anderer auch in Worte gefasst und Deutungen - oder zumindest deutungsähnliche Äußerungen - gemacht werden“ (Datler, 2009, 34).

Somit hat die Mentalisierungsfähigkeit der Frühförderin einen entscheidenden Einfluss auf das Zustandekommen oder Nicht-Zustandekommen einer ernsthaften Arbeitsbeziehung (Datler 2009, 32).

6. Das Pilotprojekt „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling“

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben stellt eine Frühgeburt eine besondere Belastung für Eltern und Kind dar. Die Eltern sind meist von einer Vielzahl belastender Gefühle überwältigt, welche das Zustandekommen einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung erschweren. Da das Gelingen früher Entwicklungsprozesse des Kindes von frühen Beziehungserfahrungen abhängig ist, sind frühgeborene Babys demnach besonders in ihrer Entwicklung bedroht. Auch wenn beim Kind keine Behinderung im engeren Sinn besteht ist das Risiko anhaltender gesundheitlicher Probleme oder Entwicklungsbeeinträchtigungen erhöht, insbesondere wenn das Geburtsgewicht sehr niedrig war oder zusätzliche Komplikationen aufgetreten sind (Datler 2006, 2). Sind die Eltern unsicher im Umgang mit dem Kind, so ist es gefährdet, aufgrund der unzureichenden Beziehungserfahrungen eine „sekundäre Behinderung“ auszubilden (siehe Kapitel 2.5.2).

In den Kapiteln 3 und 4 wurde die Notwendigkeit einer begleitenden Unterstützung von Frühgeburt betroffener Familien bereits auf der neonatologischen Station erläutert und drei derartige Unterstützungsmodelle vorgestellt. Diese sehen aber keine weiterführende, kontinuierliche Begleitung der Familien nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vor, obwohl die emotionalen Belastungen zuhause keineswegs aufhören. Hinzu kommt, dass frühgeborene Kinder während des ersten Lebensjahres oft bereits viele Diskontinuitäten erleben, beispielsweise in Form von mehrmaligen Spitalsverlegungen und einer großen Zahl wechselnder Pflegepersonen (Datler/Isopp 2006b, 1).

Die Begleitung der Eltern durch eine Frühförderin bereits auf der neonatologischen Station und weiterführend nach der Entlassung aus dem Krankenhaus scheint daher angebracht, soll das Entstehen einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung unterstützen,

Belastungen und Risikofaktoren für das Kind und seine Eltern lindern und den Aufbau sicherer Bindungsmuster fördern (Datler 2006, 1).

Um diese Form von Frühförderung, welche über bislang entwickelte Unterstützungsmodelle von Familien mit frühgeborenen Kindern hinausgeht (Datler 2006, 3), ermöglichen zu können, kam es zur Konzipierung, Entstehung und Implantierung des Pilotprojekts „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder am Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling“ (Datler/Isopp 2007, 2).

Die Projektidee entstand im Arbeitsbereich Psychoanalytische Pädagogik, einem der beiden Arbeitsbereiche der Abteilung Bildung und Entwicklung am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien basierend auf den Ergebnissen von Studien (vgl. Sarimski 1999, 2000; Brisch 1999), welche gezeigt haben, dass eine Frühgeburt eine besondere Belastung für Eltern und Kind darstellt, welche das Zustandekommen einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung in der Zeit nach der Geburt erschwert und somit ein Entwicklungsrisiko für das Kind mit sich bringt (Datler 2006, 1).

In diesem Projekt sollte untersucht werden, in welcher Hinsicht der Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung unterstützt werden kann, wenn Eltern frühgeborener Kinder bereits während der Zeit, in der das Kind noch auf der neonatologischen Station betreut wird, unterstützende Begleitung durch eine Frühförderin angeboten wird und diese bei Bedarf nach der Entlassung aus dem Spital zuhause in Form von „Mobiler Frühförderung“ weiter in Anspruch genommen werden kann (Arbeitsbereich Psychoanalytische Pädagogik 2011). Die Grundsätze der Mobilen Frühförderung nach dem Wiener Modell sind im Detail auf der Homepage des Vereins Wiener Sozialdienste als Anbieter von Mobiler Frühförderung und Partner des Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien nachzulesen (Wiener Sozialdienste 2010). Das Wiener Modell ist bestimmt durch die Prinzipien der Freiwilligkeit, Interdisziplinarität, Emanzipation, Integration und Ganzheitlichkeit.

Neben einigen Seminaren zum Thema Frühgeburt, welche im Rahmen des „Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung“ stattfanden, trugen die Abschlussarbeiten von Jandrisits (2005) und Gneiss (2005) zur Vorbereitung des Projekts bei, wobei Gneiss (2005) näher auf das Wiener Modell der Mobilen Frühförderung eingeht.

Der wissenschaftlichen Vorbereitung des Projekts dienten weiters zwei Diplomarbeiten am Institut für Bildungswissenschaft an der Universität Wien. Gratzenberger (2004) und

Spatz (2004) untersuchten die spezifischen Beziehungserfahrungen frühgeborener Kinder im ersten Lebensjahr unter Einsatz der an der Tavistock Clinic in London entwickelten Methode der Infant Observation.

Partner der Projektgruppe des Arbeitsbereichs Psychoanalytische Pädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien unter Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler war die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling, deren Leiter Prim. Univ.-Doz. Dr. Hauser ebenfalls Interesse daran hatte, auf der neonatologischen Station Eltern ein in einem österreichischen Krankenhaus innovatives Versorgungsangebot zu machen.

Die Mobile Frühförderung übernahm das Niederösterreichische Hilfswerk Baden¹¹ als dritter Partner der Projektgruppe.

Die akademisch ausgebildete Frühförderin¹², welche auch Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sonder- Heilpädagogik studiert hat, arbeitete an zwei Wochentagen, dienstags und donnerstags, im Klinikum und nahm von sich aus Kontakt mit den Eltern auf oder ein Kontakt wurde im Rahmen des Mitgehens der Frühförderin bei der Visite hergestellt oder die Stationsoberschwester initiierte eine Kontaktaufnahme (Quelle: Gespräch mit der Frühförderin am 16.02.2009).

Der Schwerpunkt der Frühfördertätigkeit im Spital lag zunächst in der Arbeit mit den Eltern, um sie beim Beziehungsaufbau zu ihrem Kind zu unterstützen. Die weiterführende Arbeit nach dem Konzept der Mobilen Frühförderung entspricht dem doppelten Aufgabencharakter der Frühförderung, indem einerseits die Entwicklungsförderung des Kindes verfolgt wird und andererseits die Eltern im Umgang mit ihrem Kind und bei der Bewältigung der Situation unterstützt werden (Datler 2006, 3; Thurmair/Naggl 2007, 22 ff).

„Ihre Aufgabe (die der Frühförderin; A.d.V.) bestand darin, primär mit den Eltern, in Ansätzen aber auch mit deren Kindern auf der Station in Kontakt zu kommen, Unterstützung noch während des Krankenhausaufenthaltes anzubieten und bei Bedarf die Betreuung der Familien nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fortzusetzen“ (Datler 2009, 31).

Basierend auf den bestehenden Frühförderkonzepten, den genannten vorbereitenden Studien und der Projektidee, Frühförderung zum Aufbau der frühen Eltern-Kind-Beziehung und damit

¹¹ Die Stadt Mödling ist Bezirkshauptstadt des gleichnamigen Verwaltungsbezirks des Bundeslandes Niederösterreich und liegt südlich von und unmittelbar angrenzend an Wien. Die Stadt Baden liegt ca. 15 km südlich von Mödling.

¹² Die Frühförderin des Pilotprojektes Mödling war Absolventin des Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien.

zur Entwicklung des Kindes bereits auf der neonatologischen Station anzubieten, konnte das Pilotprojekt, welches sowohl in wissenschaftlicher Hinsicht als auch in Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung eine Innovation darstellt, im Zeitraum von September 2005 bis Dezember 2006 an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling realisiert werden (Datler 2006, 3).

Während der Projektdauer arbeitete die Frühförderin mit 23 Elternpaaren, unter anderem auch von Zwillingen und Drillingen, von denen fünf Familien die Frühförderung auch nach der Entlassung aus dem Spital in Form von Hausbesuchen weiterhin in Anspruch nahmen (Datler/Isopp 2007, 2). Diese weiterführende Mobile Frühförderung zuhause wurde im Rahmen des Pilotprojekts vom Niederösterreichischen Hilfswerk finanziert, bei dem die Frühförderin für die Projektdauer angestellt war.

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts war in zwei Formen vorgesehen. Unmittelbar begleitet wurde das Projekt von einer Arbeitsgruppe, welche die Tätigkeit der Frühförderin durch die Einrichtung einer „work discussion group“ unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler unterstützte, indem die von der Frühförderin regelmäßig verfassten ausführlichen Stundenprotokolle („work paper“), besprochen und analysiert wurden. Auch stand die Arbeitsgruppe der Frühförderin in supervisorischer Weise zur Seite (Datler/Isopp 2007, 2).

Die zweite Art der wissenschaftlichen Begleitung war in Form von Interviews durch ein unabhängiges Forscherteam angelegt, um die Perspektive der im Zuge des Projekts begleiteten Eltern erfassen zu können. Die Durchführung dieser Untersuchung war das Vorhaben der vorliegenden Diplomarbeit.

7. Forschungsstand, Forschungslücke und Forschungsfrage

Das Mödlinger Pilotprojekt war wie oben beschrieben in seiner Form der Unterstützung von Eltern frühgeborener Kinder österreichweit einzigartig, da sein Frühförderangebot über die bisher entwickelten Unterstützungsmodelle (siehe Kapitel 4.1 bis 4.3) für Familien frühgeborener Kinder (vgl. Datler 2006, 2-3) hinausging. Es stellte somit sowohl in wissenschaftlicher Hinsicht als auch in der neonatologischen Versorgung der Bevölkerung eine Innovation dar (Datler ebd.).

Es gibt daher noch wenig Literatur dazu. Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler stellte uns jedoch eine unveröffentlichte Projektdarstellung (Datler 2006), eine unveröffentlichte Projektanregung (Datler/Isopp 2007) und unveröffentlichte Unterlagen zum Symposium „Unterstützung und Beratung im Schnittfeld von Neonatologie, Frühförderung und Familienbegleitung“ der GAIMH („Gesellschaft Für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit“) in den Landeskliniken Thermenregion Mödling/ Schwesternschule vom 10. Mai 2006 (Datler/Isopp 2006a, 2006b) zur Verfügung.

Um uns mit den Themen Frühgeburt und Frühförderung vertraut zu machen, haben wir uns beispielsweise mit Cohen (2003) beschäftigt, welche aus psychoanalytischer Sicht die schwierige Situation frühgeborener Babys auf der neonatologischen Intensivstation der Tavistock Clinic in London¹³ beschreibt.

Auch Israel/Reißmann (2008) gaben uns durch Fotos frühgeborener Babys sowie fallbezogene psychoanalytisch begründete Deutungen sprichwörtlich „Bilder“ von der schwierigen Situation von Eltern und Kind durch eine Frühgeburt.

Messerer (1999, 2001) stellt theoriebezogen Fallbeispiele von Frühförderung bei behinderten Kleinkindern dar.

Rinnhofer (1995) – eine selbst von Frühgeburt betroffene Mutter – berichtet über fünf Elternpaare frühgeborener Babys.

Von Tracey (2002) liegt eine amerikanische Studie mit umfangreichen Interviewanalysen zu Elternaussagen über das Erleben von Frühgeburt vor, wobei sie selbst nicht in ihrer beruflichen Rolle als Psychoanalytikerin, sondern als Interviewerin aller dieser Eltern arbeitete. Sie verglich die Aussagen von Elternpaaren frühgeborener Babys mit Aussagen von Elternpaaren termingerecht geborener Babys.

Aktuelle Beiträge zur Unterstützung von Eltern frühgeborener Kinder in Form des Projektes „Har.le.kin“ in Bayern/BRD sind in der Zeitschrift Frühförderung interdisziplinär nachzulesen (Berger, R. 2011, 172-177; Gehrman u.a. 2010, 99-111, Höck, S. 2009, 130-132). Von Gehrman u.a. (ebd.) wurden beispielsweise Ergebnisse einer retrospektiven Befragung mittels Fragebogen zur Zufriedenheit von Eltern ehemals sehr früh geborener Kinder mit dem Nachsorgeprojekt „Har.le.kin“ veröffentlicht.

¹³ In dieser Klinik wurde auch die Methode der „Infant Observation“ (d. h. „Baby-Beobachtung“), die in den pilotprojektvorbereitenden Diplomarbeiten von Spatz (2004) und Gratznerberger (2004) angewendet wurde, entwickelt.

Den Forschungsstand dokumentieren auch die beiden Abschlussarbeiten des „Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien“ von Jandrisits (2005) und Gneiss (2005). Dieser Universitätslehrgang unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler wurde erstmals im Jahr 2001 angeboten. Bildungsangebote zum Berufsfeld der Frühförderung in Wien gehen davor über die Entwicklung eines Rahmencurriculums sowie einen Modellversuch in Form berufsbegleitender Weiterbildungslehrgänge bis in die 1980er Jahre zurück (vgl. Datler u.a. 2004, 25-30).

Andere Fachliteratur zur wissenschaftlich begründeten Tätigkeit der Frühförderin im Pilotprojekt Mödling sowie zum „Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien“ wurde bislang noch nicht publiziert.

Es gibt auch noch keine Aussagen der im Pilotprojekt begleiteten Eltern dazu, wie sie die Unterstützung durch die Frühförderin erlebt haben. Datler (2006, 4) regte dazu eine „wissenschaftliche Begleitung ... durch ein unabhängiges Evaluationsteam mittels Interviews ...“ an.

Wir bekamen mit Unterstützung der neonatologischen Station unter der Leitung von Primar Univ.-Doz. Dr. Hauser die einzigartige Möglichkeit, die in den Jahren 2005 und 2006 durch eine Frühförderung begleiteten Eltern kontaktieren zu können und nahmen das Angebot von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler gerne an, unsere Diplomarbeit in einem Forschungsteam von zwei Diplomandinnen (Eveline Kis und Christine Wandl) dieser Forschungslücke in Form von noch fehlenden Elternberichten zum Pilotprojekt zu widmen. Dazu wollten wir im Zuge einer katamnestic Untersuchung Ergebnisse gewinnen und zu diesen Überlegungen für weiterführende Forschungsfragen und Forschungsarbeiten zum Berufsfeld der Frühförderung anstellen.

Nach ersten Arbeiten (siehe Kapitel 9.1.1 bis 9.2.1 zur Untersuchungsplanung, Erarbeitung des Interviewleitfadens sowie des Elternbriefes und Versendung erster Briefe) erweiterte sich unser Forschungsteam während der Phase der Datenerhebung mit ersten Elterngesprächen um Barbara Hochberger. Christine Wandl widmete sich ab dann mit einer weiteren Diplomarbeit einer vertiefenden Begleitstudie zur hier dargestellten Untersuchung.

Diese zweite Studie befasst sich mit Besonderheiten des Erlebens von Müttern sowie mit Besonderheiten des Erlebens von Vätern, mit denen die Frühförderin auch bei Hausbesuchen Kontakt hatte.

Hinter dem Zustandekommen und der Durchführung des Pilotprojektes stand die Grundannahme, dass das innovative Angebot der Frühförderung auf einer neonatologischen Station den Eltern der Frühgeborenen Entlastung in der Situation der Frühgeburt bietet sowie zum Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung beiträgt, die besonders wichtig für die Entwicklung des Babys ist. Die Begleitung der „zu früh gewordenen“ Eltern bei der Bewältigung der Situation und beim Aufbau der Beziehung zwischen Mutter bzw. Vater und Baby durch eine Frühförderin kommt also in weiterer Folge dem Kind zugute (vgl. Jandrisits 2005) und Frühförderung hat damit einen entwicklungsförderlichen Aspekt für das Baby, das durch seine zu frühe Geburt in besonderem Ausmaß in seiner Entwicklung bedroht ist.

Da wir die Möglichkeit hatten, von einer Frühförderin bereits auf einer neonatologischen Station begleitete Eltern befragen zu können, erschien es im Hinblick auf diese Grundannahme besonders interessant, welche be- und entlastenden Erlebnisse sowie Gefühle Eltern bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt beschreiben.

Und indem sich die Art, wie die Mütter und Väter die Situation der Frühgeburt für sich bewältigt haben, auch darauf auswirkt, wie sie sich in ihrer Beziehung ihrem Kind zuwenden können, betrifft ein Aspekt unserer Forschungsfrage auch die Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung.

In Entsprechung dessen, dass der Eltern-Kind-Beziehung große Bedeutung für die Entwicklung insbesondere auch frühgeborener Babys beigemessen wird, umfasst unsere Forschungsfrage auch, wie die Entwicklung der frühgeborenen Babys im Frühförderprojekt verlaufen ist. Die begleiteten Eltern wurden auch um Erzählungen dazu gebeten.

Wir wollten also in unserer Arbeit auf Grundlage der unterschiedlichen Erinnerungen und Erlebensberichte von Eltern Zusammenhänge zwischen der durch eine Frühförderin begleiteten Bewältigung der zu frühen Geburt, dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung des frühgeborenen Kindes untersuchen.

Darüber hinaus hatte sich nach Beendigung der Pilotprojektes sowohl vonseiten der Mitarbeiter/innen der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landeskrankenhaus

Thermenregion Baden-Mödling¹⁴ als auch vonseiten der beteiligten Forschungsgruppe an der Universität Wien die Frage gestellt, in welcher Hinsicht die begleiteten Eltern Frühförderung rückblickend als „hilfreich“ – denn das hatte das Pilotprojekt angestrebt – für sich und ihr Kind erlebten.

Um den verschiedenen Erinnerungen und dem unterschiedlichen Erleben der bis zu 23 Elternpaare des Pilotprojektes nachzugehen, entwickelten wir die folgende forschungsleitende Fragestellung:

Wie beschreiben Eltern eines frühgeborenen Kindes/frühgeborener Kinder rückblickend ihr Erleben der Kontakte mit einer Frühförderin auf der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling sowie bei deren Hausbesuchen?

Zur Präzision dieser übergeordneten Fragestellung erarbeiteten wir folgende Subfragen:

→ Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt?

→ Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung?

→ Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?

→ Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu anderen Kontakten (mit Professionisten oder privat) zur Zeit der Frühgeburt?

Antworten auf diese Fragen erachten wir als bedeutsam für die Diskussion der Frage, wie sich die professionell begründeten pädagogischen Bemühungen der Frühförderin von anderen Kontakten rund um die Frühgeburt unterscheiden, die mit Professionisten im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling und mit Personen aus dem privaten Umfeld stattfanden.

¹⁴Auch nach Beendigung des Pilotprojektes wird Frühförderung auf der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde durch zwei andere Frühförderinnen fortgeführt, die jedoch nicht wissenschaftlich begleitet werden.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling bietet heute noch Begleitung durch Frühförderinnen an und interessierte sich auch für Rückmeldungen der im Pilotprojekt begleiteten Eltern dazu, wie sie die Kontakte mit der damaligen Frühförderin als hilfreich, veränderungs- oder erweiterungsbedürftig beschreiben. Ebenso bedeutsam sind solchen Rückmeldungen für die Forschungsgruppe der Universität Wien, welche weiterführende wissenschaftliche Arbeiten zur Berufsentwicklung der Frühförderung plant.

Daraus ergaben sich als weitere Subfragen:

→ In welcher Weise beschreiben die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind?

→ In welcher Weise äußern Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf, in welcher Hinsicht beschreiben sie es als erweiterungsbedürftig?

Alle Subfragen dienten einerseits als Gerüst für einen Interviewleitfaden und ein Kategoriensystem und kamen außerdem im Zuge der Diskussion von Ergebnissen im Kapitel 11 zum Tragen. Die methodische Vorgehensweise dazu erläutern wir im Kapitel 9.

Wir wollten mit unserer Arbeit einen Beitrag zur Berufsentwicklung von Frühförderung als einem Arbeitsbereich der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik leisten, indem wir von Eltern, die im Pilotprojekt durch eine Frühförderin auf einer neonatologischen Station begleitet wurden, Rückmeldungen zu Frühförderung bekamen, die bereits kurz nach der Frühgeburt und damit lange davor einsetzt, bevor Kinder in den Kindergarten kommen.

Im folgenden Kapitel zur disziplinären Anbindung unserer Untersuchung gehen wir auf den Beitrag unserer Arbeit zum aktuellen wissenschaftlichen Diskurs näher ein.

8. Disziplinäre Anbindung unserer Arbeit

Die problematische und für Eltern sowie Baby belastende Situation einer zu frühen Geburt bildet den Ausgangspunkt unserer Untersuchung, die in mehrfacher Weise im Zusammenhang mit dem Forschungsbereich der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik steht:

Frühpädagogik, Psychoanalytische Pädagogik

Ziel von Gesprächsangeboten einer Frühförderin ist, die Eltern dabei zu unterstützen, dass sie die mit der Frühgeburt verbundenen psychisch belastenden Gefühle bewältigen können und dadurch entlastet ihr Baby möglichst gut verstehen lernen. Vor diesem Hintergrund kann sich die frühe Eltern-Kind-Beziehung aufbauen, die für die Entwicklung von Babys und das Hintanhalten einer Behinderung sehr wesentlich ist. Fachliteratur aus dem Forschungsbereich der Frühpädagogik und der Psychoanalytischen Pädagogik wie beispielsweise Eggert-Schmid Noerr, A./Finger-Trescher, U./Pforr, U. (2007) dokumentiert die Bedeutsamkeit der Beziehung zu Bezugspersonen gerade in der frühesten Kindheit und hat unseren theoretischen Zugang maßgeblich beeinflusst.

Behinderung, sekundäre Behinderung sowie soziale und gesellschaftliche Wechselprozesse:

Bei manchen frühgeborenen Babys ist eine Behinderung bereits diagnostiziert und auch hier setzen die Gesprächs- und professionellen Beziehungsangebote von Frühförderinnen an die Eltern ausgehend von folgendem Behinderungsbegriff an: Nach Datler und Winger (2006) „zeigten heilpädagogische Forschungsarbeiten, dass `Behinderung` nicht als unmittelbarer Ausdruck von individuellen Schädigungen zu begreifen ist, sondern vielmehr als Resultat von komplexen `behindernden` sozialen bzw. gesellschaftlichen Wechselprozessen.“

Hier kommt die interdisziplinäre Zusammenschau der Heil- und Inklusiven Pädagogik zum Ausdruck, die in der Ausbildung von Frühförderern/Frühförderinnen zu berücksichtigen ist.

Im Zusammenhang mit Bindungstheorien beschreibt Datler (2004) auch die Gefahr einer „sekundären Behinderung“, wenn bei Eltern die Fähigkeit stimulierender Feinfühligkeit fehlt und sich das Baby mangels anregender Angebote aus seiner Umwelt dieser nicht interessiert und explorierend zuwendet und daher in seiner Entwicklung bedroht, verzögert und behindert ist. Der Grund für die fehlende elterliche Kompetenz und Intuition, sich ihren Babys feinfühlig zuzuwenden, liegt bei Frühgeburten oft darin, dass Eltern zu sehr mit den aufkommenden belastenden Gefühlen rund um ihr zu früh geborenes und nun auf einer anderen Krankenhausstation von ihnen getrenntes Baby kämpfen und auch eigene frühere Erfahrungen mit Verlust, Trennung und Angst in ihnen wieder aufleben. Dadurch sind zu früh geborene Babys in besonderem Ausmaß von „sekundärer Behinderung“ (ebd.) bedroht, da der für ihre Entwicklung sehr wichtige Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung durch die belastenden Gefühle der Eltern häufig beeinträchtigt sein kann.

Vor diesem Hintergrund kann die Unterstützung einer Frühförderin beim Aufbau und der Entwicklung der frühen Eltern-Kind-Beziehung als wechselseitiger Interaktionsprozess zwischen Frühförderin und Eltern begriffen werden, der „behindernde“ Wechselprozesse zwischen Eltern und Baby aufgrund von Verständnismangel seitens der Eltern für ihr Kind auflöst.

Die nach Datler und Wininger (2006) „behindernden“ sozialen bzw. gesellschaftlichen Wechselprozesse“ werden in der interdisziplinären Zusammenschau bei der Ausbildung von Frühförderern/Frühförderinnen durch den Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung an der Universität Wien berücksichtigt. Und auch die Wiener Sozialdienste (2010) als Partner des Universitätslehrgangs arbeiten im Bereich der Frühförderung nach dem „Wiener Modell“, das soziale und gesellschaftliche Faktoren von Behinderung aufgreift und ihnen entgegenzuwirken versucht.

Frühförderung als Forschungsfeld des Arbeitsbereichs Psychoanalytische Pädagogik

Ein Beitrag von Datler und Messerer (2006) zur Problemlage von Familien mit einem Kind mit Frühförderbedarf spiegelt weiters Konzepte und Erkenntnisse der Psychoanalytischen Pädagogik im Forschungsbereich der Frühförderung wider, zu denen am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien seit mehr als einem Jahrzehnt geforscht wird: Beginnend mit Studien zur Babybeobachtung, einer Methode, die an der Londoner Tavistock Clinic entwickelt wurde und psychoanalytisch begründet ist, stehen mehrere Veröffentlichungen und auch das Angebot eines Universitätslehrganges für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung an der Universität Wien seit dem Jahr 2001 in engem Zusammenhang mit dem Arbeitsbereich Psychoanalytische Pädagogik in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsbereich Heilpädagogik und Inklusive Pädagogik, die zusammen die Abteilung Bildung und Entwicklung bilden (Arbeitsbereich Psychoanalytische Pädagogik 2012).

Frühförderinnen in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Der Beitrag von Datler und Messerer (2006) befindet sich in einem Sammelband mit dem Titel „Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik“ von Schnoor (Hrsg.) (2006), welcher einen breiten Einblick in verschiedene Problemlagen, Lebenssituationen und Lebensalter gibt, die Gegenstand der Praxis von Heil- und Integrativpädagogik sind: Neben dem Einblick in die Arbeit von Frühförderinnen werden in

dem Sammelband weitere institutionelle Beratungsangebote an unterschiedliche AdressatInnengruppen wie ältere Menschen, pflegende Angehörige, behinderte Personen, Jugendliche, SchülerInnen und Menschen in prekären Lebenslagen wie Armut beschrieben und diskutiert.

Frühförderinnen können mit mehreren Berufsgruppen in Kontakt kommen: Beispielsweise mit Ärzten/innen und Pflegepersonal im Krankenhaus auf der neonatologischen Station und der Geburtsstation, mit Psychotherapeut/innen, Sozialarbeiter/innen und auch mit Fachärzten/innen während der Mobilen Frühförderung zu Hause bei den Eltern, beim Baby, bei Geschwistern und weiteren nahestehenden Familienangehörigen.

9. Forschungsmethodisches Vorgehen

Um einen ersten Begriff der Situation der zu befragenden Eltern zu bekommen beschäftigten wir uns mit Literatur zu den Themen Frühgeburt und Frühförderung sowie zum Pilotprojekt. Wesentliche Aspekte daraus hat Barbara Hochberger in den Kapiteln 2 bis 6 dargestellt. Dieses Literaturstudium hatte großen Einfluss auf die Entwicklung unserer Forschungsfrage und ihre disziplinäre Anbindung, was in den beiden vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde.

9.1 Untersuchungsvorbereitung

Das Studium von Methodenliteratur sollte die Planung unserer Untersuchung so unterstützen, dass sie möglichst umfassende Erzählungen und Erlebensberichte aus den Erinnerungen der in den Jahren 2005/2006 von einer Frühförderin begleiteten Eltern ergibt.

Bei der Suche nach einer passenden Untersuchungsart entschieden wir, unser Vorhaben als Katamnese studie anzulegen.

Katamnese leitet sich vom griechischen „Ka|tam|ne|se ... *katá* = gänzlich u. *mnēsis* = das Erinnern ...“ (www.duden.de) ab. Nach Weninger (2001, 320) ist eine Katamnese ein „zusammenfassender Bericht zur Krankenbehandlung, Rehabilitation oder Psychotherapie“.

Stumm/Pritz (2000, 340) definieren katamnestiche Untersuchungen ursprünglich als der medizinischen Tradition entstammend, indem sie der „Erfassung von Behandlungserfolgen dienen“. Wir legen dies auf unsere Untersuchung um, indem wir Aussagen von Eltern zu und nach einem abgeschlossenen Frühförderprozess erfassen. Durch den zum

Befragungszeitpunkt retrospektiven Blick der Eltern auf mehrere Jahre seit der Frühgeburt und ihre Beschäftigung mit der Frühgeburt und ihrem Kind seither erwarteten wir, einen aspektreichen Bericht abgeben zu können.

Leuzinger-Bohleber u.a. (2002) beschreiben in ihrem Buch „Forschen und Heilen in der Psychoanalyse“ eine katamnestiche Untersuchung: Sie stellen Planung, Durchführung und Ergebnisse der Katamnestiche Studie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung dar, die umfangreiche Aussagen aus Erinnerungen über abgeschlossene psychotherapeutische Behandlungsprozesse ergab. Ein Vorteil bzw. Merkmal dieses Zugangs zum Gegenstand der Forschung ist die Subjektbezogenheit: Leuzinger-Bohleber (2002, 63) geht davon aus, dass das Erzählen einer Person eine angemessene Form ist, um komplexe Informationen – wie Erinnerungen – zu kommunizieren und dass so das früher Erlebte umfassend beschrieben werden kann.

Diese Sicht- bzw. Vorgehensweise zur Datenerhebung eignete sich ebenfalls zur Planung und Durchführung unseres Forschungsvorhabens: Durch die Entscheidung für die Methode der Datenerhebung mittels eines Interviews erhielten wir verbale Aussagen und konnten so einerseits die Komplexität des Erlebens der Eltern rund um die Frühgeburt, dem die Erzählung als Erhebungsinstrument entgegenkam, berücksichtigen; andererseits konnten wir dem Umstand Rechnung tragen, dass die Beendigung der Pilotphase des Projektes schon einige Zeit zurücklag und die Eltern sicher nicht „auf Knopfdruck“ Auskunft geben konnten, sondern durch das Ansprechen bestimmter als relevant angenommener Themen rund um die Frühgeburt und die Frühförderin durch uns als Interviewerinnen zum Erzählen angeregt werden mussten.

9.1.1 Die Vorbereitung auf die Gesprächsführung in Form von problemzentrierten leitfadengestützten Interviews

Bortz/Döring (2006, 308-336) hatten ebenso wie Mayring (2002) und Mayring/Brunner (2010) Einfluss auf die Planung unserer Untersuchung:

Für die Gespräche mit den Eltern bereiteten wir uns als Interviewerinnen auf das Führen eines „Problemzentrierten Interviews“ vor, das besonders dazu geeignet ist, „... Fragestellungen auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren“ (Mayring 2002, 69).

Wir planten weiters „offene, halbstrukturierte Befragungen, die einem natürlichen Gespräch ähnlich sind“ (Mayring 2002, 67). „Offenes“ Interview bedeutet, dass der Interviewpartner

keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben hat, sondern frei antworten und erzählen kann (ebd.).

Der Aufbau des Interviews wurde locker an einem Interviewleitfaden orientiert, worauf die Bezeichnung „halbstrukturiert“ verweist (vgl. Bortz/Döring 2006, 315). Diese Form der Gesprächsführung ermöglicht es beispielsweise, spontan Unklarheiten bezüglich der Fragestellung auszuräumen oder in der Gesprächssituation entstehende Fragen zu stellen.

Die Erstellung von Interviewleitfäden erfordert, dass die Interviewer/innen sich vorab ausreichend mit den zu beforschenden Themen auseinandergesetzt haben (ebd.) und zu relevanten Aspekten sinnvolle Fragen stellen können. Dieses strukturgebende Element der teilweisen Standardisierung erleichtert die Vergleichbarkeit von Interviews, weshalb sich diese Methode der Datenerhebung auch für größere Stichproben eignet (Mayring 2002, 70). Unser Interviewleitfaden beinhaltete auch Erzählimpulse zu verschiedenen Themenfeldern. Vor allem die Einstiegsfrage sollte durch ihre Formulierung dazu geeignet sein, die Erinnerung des Gesprächspartners zu stimulieren und einen Erzählfluss anzuregen. Wir baten die Eltern dahingehend mit der ersten offenen Frage des Interviewleitfadens um das Erzählen von Erlebnissen rund um die Frühgeburt. Der vollständige Interviewleitfaden, dessen Fragen und Ablauf eng mit den sechs Subfragen unserer Forschungsfrage verknüpft war, ist im Anhang zu lesen. Bei seiner Überarbeitung haben wir ihn dahingehend umgestellt, dass wir bei der zweiten Interviewleitfadenfrage lautend „In dieser Zeit im Krankenhaus haben Sie ja die Frühförderin Frau ... kennengelernt ... Können Sie sich an Frau ... in irgendeiner Weise erinnern? Woran erinnern Sie sich?“ ganz allgemein nach der Frühförderin fragten und nicht gleich spezifische Fragen entsprechend den Subfragen eins, zwei und drei „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt? Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung? Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?“ stellten.

Die danach gestellte Interviewleitfadenfrage 3a „... Haben Sie, wenn Sie sich an diese Zeit zurückerinnern, den Eindruck, dass dieses neue Angebot, die Möglichkeit der Begleitung durch eine Frühförderin, hilfreich für Sie war? Was war – Ihrer Erinnerung nach – hilfreich? Können Sie sich erinnern, warum/warum nicht? Welche Begleitung oder Unterstützung hätten Sie sich gewünscht oder wäre besser für Sie gewesen?“ entsprach – ebenfalls allgemein gestellt – der fünften und sechsten Subfrage danach, ob und wenn ja, in welcher Hinsicht die Frühförderkontakte hilfreich waren. Aus den zuerst gestellten allgemeineren Fragen erhofften wir uns einen weiteren Impuls auf den Erzählfluss der Eltern.

Die Fragen ab der Nummer vier des Interviewleitfadens formulierten wir spezifischer mit der Frage nach der Rolle der Frühförderin bei der Bewältigung der Situation der Frühgeburt, nach ihrer Rolle beim Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und nach ihrer Rolle bei der Entwicklung des Kindes.

9.1.2 Der Aufbau und die Formulierung eines Briefes an die Familien

Danach befassten wir uns intensiv mit der Gestaltung eines Briefes an die Eltern von einem Baby oder auch Zwillingen. Der Brief sollte unser Vorhaben in der Rolle als interessierte Vertreterinnen des Landeskrankenhauses Thermenregion Baden-Mödling zum Ausdruck bringen. Es war ein bedeutsamer Aspekt unseres Forschungsdesigns, dass wir nicht als Expertinnen zum Thema Frühförderung im Verständnis des Pilotprojektes auftraten, sondern als an den Erzählungen der Eltern interessierte Vertreterinnen des Landeskrankenhauses. Damit sollte unterstrichen werden, dass wir ein von der damaligen Pilotprojektgruppe und der Frühförderin unabhängiges Forscherinnenteam waren, das sich für alle Erlebnisse rund um die Frühgeburt und die Frühförderkontakte interessiert.

Wir kündigten im Brief einen Anruf bei den Eltern an, um sie um ein persönliches Gespräch zu bitten. Der Brief war mit dem Briefkopf und der Unterschrift von Primar Univ.-Doz. Dr. Hauser versehen.

Durch Angabe einer Mobiltelefonnummer und einer Emailadresse gaben wir den Eltern die Möglichkeit, uns auch von sich aus zu kontaktieren.

9.2 Kontaktaufnahme und Gesprächstermine mit Müttern und Vätern

9.2.1 Briefzusendungen als erste Kontaktaufnahme mit den Eltern

Die Briefe an die im Pilotprojekt betreuten 23 Elternpaare frühgeborener Babys schicken zu können gestaltete sich aufwendig, da aufgrund der Anonymisierung der vollen Namen in der Projektdokumentation nur sehr schwer Bezüge zu den im Landeskrankenhauses Thermenregion Baden-Mödling gespeicherten Adressdateien hergestellt werden konnten. Frau Mayer vom Sekretariat von Primar Univ.-Doz. Dr. Hauser unterstützte uns jedoch mit größtem Engagement bei der Einengung der in Frage kommenden Eltern- und Kinderdaten entsprechend den gespeicherten Geburtsterminen und Vornamen. Der Brief ist im Anhang zu lesen, aus Datenschutzgründen ohne ein im Original rechts oben abgedrucktes Foto der Frühförderin aus dem Jahr 2005/2006. Trotz sorgfältigster Recherchen dürften wir auch zwei Eltern einen Brief geschickt haben, die keinen Kontakt mit der Frühförderin hatten. Sie

wollten jedoch trotzdem ein Gespräch mit uns führen. Auf diesen Umstand gehen wir an späterer Stelle in diesem Kapitel ein, wo wir die Datenauswertung behandeln, bei der wir die Interviews in drei Gruppen einteilten.

Als Ergebnis unseres Briefversands und von Telefongesprächen zur Gesprächsvereinbarung führten wir mit 11 Müttern und 6 Vätern der ursprünglich 23 am Frühförderprojekt beteiligten Elternpaare Gespräche. Denn bei 5 Familien konnten wir von den Kürzeln der/des Kindernamen/s nicht auf deren vollen Namen schließen, was besonders bedauerlich war, da unter diesen Kindern nicht nur Zwillinge, sondern auch Drillinge waren, was unsere Datenerhebung bereichert hätte. Diesen Familien konnten wir keine Adressen zuordnen und somit nur 18 Briefe versenden. Bei 6 Empfängerfamilien dieser Briefe war die Telefonnummer nicht mehr aktuell, wodurch wir sie nicht kontaktieren konnten. Eine Familie wünschte per Email – wie im Brief angeboten – kein Gespräch.

9.2.2 Kontakte mit den Eltern: Telefonate und persönliche Gespräche

Wir verschickten die Briefe in drei Tranchen, um – wie im Brief angekündigt – jeweils gleich nach wenigen Tagen die Eltern anrufen und nach Möglichkeit dabei auch gleich einen bald darauf folgenden Interviewtermin anbieten zu können.

Auch auf die Telefonate bereiteten wir uns genau vor. Wir erstellten eine Liste mit relevanten Themen und Formulierungen für die Anrufe bei den Eltern bzw. deren Anrufe bei uns und diskutierten diese im Forscherinnenteam. Dies betraf zum Beispiel das Eingehen auf mögliche Einwände der Eltern in Form von Befürchtungen, dass sie sich nach der langen Zeit nicht mehr oder nicht mehr gut genug an die Frühförderin und die Zeit in der neonatologischen Station erinnern können. Wir überlegten uns auch eine Formulierung der Bitte, die Eltern zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung besuchen zu dürfen, wo wir uns einen möglichst guten Erzählfluss und keine Störungen von außen wie zum Beispiel an öffentlichen Orten erhofften. Zwei weitere Hinweise auf unser angestrebtes Interviewsetting waren die höfliche Frage, ob das Kind/die Kinder möglicherweise während des Gesprächs nicht anwesend sein könnte/n und beispielsweise währenddessen vom Partner/von der Partnerin betreut werden könnte sowie auch die Frage, wie und wann wir den anderen Elternteil erreichen können, um nicht nachfragen zu müssen, ob die Eltern getrennt leben. Während dieser Phase der Briefzusendung in drei Tranchen war das Mobiltelefon zur Telefonnummer im Brief

durchgehend und abwechselnd bei einer von uns auch für den Fall von Anrufen seitens der Eltern.

Beim Telefonat selbst stellten wir dann den Bezug zur Universität Wien und zu unserer wissenschaftlichen Abschlussarbeit her, erklärten die Datenschutzmaßnahmen in Form der Anonymisierung aller Namen und erwähnten die Aufnahme des Gesprächs mit der Erklärung, dass eine Tondatei für die spätere Auswertung der Erzählungen vonnöten sei.

Die meisten Interviews konnten zu Hause bei den Eltern geführt werden. Drei wurden an einem öffentlichen Ort geführt. Bei einem Interview war ein jüngeres Geschwister eines der Kinder aus dem Frühförderprojekt anwesend, dem es leider gelang, das Aufnahmegerät abzuschalten, wobei die Zwischenspeicherung leider nicht funktionierte. Bei diesem Interview sprach die Interviewerin unmittelbar danach eine kurze spontane Zusammenfassung der gelöschten Erzählungen auf das Band, um damit an die noch ausstehenden Fragen anzuknüpfen.

Nicht immer, aber doch meistens, kam der Interviewleitfaden in seiner geplanten Reihenfolge und vollständig zum Einsatz. Einfluss darauf hatte neben der zunehmenden Geübtheit beim Interviewen auch unser Gegenüber, je nachdem, ob er/sie überhaupt Kontakt mit der Frühförderin gehabt hatte.

Als Zusatzinformation zum jeweils geführten Interview entschlossen wir uns, sofort nach der Verabschiedung von der/vom jeweiligen Interviewpartnerin/Interviewpartner Zusatzprotokolle mit schriftlich festgehaltenen Eindrücken und Fakten anzufertigen. Ein leeres Formularblatt dafür haben wir ebenfalls im Anhang eingefügt. Für die damals noch nicht absehbare Unterteilung in drei Interviewgruppen sollte sich diese Entscheidung als sehr günstig erweisen. In den Kapiteln 9.4.3 zur Globalanalyse und 9.4.5 gehen wir darauf näher ein.

9.3 Die Aufbereitung der Interviewaufnahmen in Form wörtlicher Transkription

Die Aufbereitung der Tondateien erfolgte in Form wörtlicher Transkription in Schriftsprache in Anlehnung an Bortz/Döring (2006, 311-313). Die von uns erarbeiteten Transkriptionsregeln mit Beispielen sind im Anhang beigefügt und standen auch vier Wissenschaftspraktikantinnen zur Nachlese zur Verfügung. Diese Studienkolleginnen unterstützten uns bei der Transkription mit dem Ergebnis von rund 550 A4-Seiten Transkripttexten zu den insgesamt rund 17 Stunden dauernden Tonaufnahmen. Zusätzlich zur

persönlichen Einschulung durch uns erhielten sie Musterbeispiele bereits transkribierter Interviews.

Die Anonymisierung von Familiennamen erfolgte durch Zahlenzuordnung und das Kürzel „a“ für die Mütter sowie „b“ für die Väter. Die Vornamen der Kinder wurden geändert und in einer Liste laufend aktualisiert. Eine gekürzte Version dieser Liste ist ebenfalls im Anhang nachzulesen. Sie enthält Angaben über die Interviewdauer, die Verteilung der Interviews auf Mütter und Väter und wurde aus Datenschutzgründen um Erklärungen zu den oft innerhalb eines Interviews vorkommenden Krankenhausabkürzungen A, B und C gekürzt.

Die wörtlichen Transkripte werden am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien in den Räumlichkeiten des Arbeitsbereichs Psychoanalytische Pädagogik aufbewahrt.

9.4 Die Auswertung auf drei Arten der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ und eingeteilt in Interviews der „Gruppen 1, 2 und 3“

Eltern, die sowohl auf der neonatologischen Station als auch nach der Entlassung weiterführend zu Hause Kontakte mit der Frühförderin hatten, fassten wir in der „Gruppe 1“ zusammen, der sechs Interviews mit Eltern zugeordnet sind.

Interviews mit Müttern und Vätern, die lediglich auf der neonatologischen Station Kontakte mit der Frühförderin hatten, bezeichnen wir als „Gruppe 2“-Interviews. Zu dieser Gruppe gehören sechs Interviews.

Die restlichen fünf der insgesamt 17 Interviews bilden die „Gruppe 3“, deren Merkmal darin besteht, dass sich die Eltern in diesen Interviews entweder nicht an die Frühförderin erinnern konnten oder angaben, sie nicht kennengelernt zu haben, jedoch trotzdem ein Gespräch mit uns führten.

In der anonymisierten Elternliste im Anhang ist die Gruppenzugehörigkeit an der Bezeichnung 1, 2 oder 3 nach dem Punkt nach der Familiennummer zu erkennen (zum Beispiel 15.1a, wobei a für ein Gespräch mit einer Mutter und b für ein Gespräch mit einem Vater steht).

Die Zugehörigkeit jedes Interviews zu einer dieser drei Gruppen bestimmt, welche der drei Analysearten unserer Untersuchung beim jeweiligen Transkript angewendet wird:

Die Datenauswertung wurde als Qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2002), Bortz/Döring (2006) und Mayring/Brunner (2010) sowie an die Globalanalyse nach Legewie (1994; Bortz/Döring 2006; Flick 2007) angelegt. Bortz/Döring (2006, 331) weisen darauf hin, dass es „zahlreiche Varianten qualitativer Inhaltsanalysen“ gibt, von denen sie die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring und die Globalauswertung nach Legewie exemplarisch herausgegriffen haben. Wir haben in Anlehnung an die Darstellungen der genannten Autoren drei Arten der Inhaltsanalyse entwickelt und stellen sie in den Kapiteln 9.4.1, 9.4.2 und 9.4.3 vor.

In unsere Analyse werteten wir teilweise auch quantifizierend aus, indem wir festhielten, wenn verschiedene Eltern zu ähnlichen Themen entweder viele Aussagen trafen oder auch besonders wenige. Darauf gehen im Kapitel 9.4.4 zur Sequenzierung der Analyse ein.

9.4.1 Deduktives Vorgehen zur Kategorienbildung – angewendet auf Interviews der „Gruppe 1“ und der „Gruppe 2“

Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse eignet sich nach Mayring (2002, 114-121) zur systematischen Analyse von Textmaterial „mit theoriegeleitet ... entwickelten Kategoriesystemen“.

Mayring/Brunner (2010, 323) ordnen die qualitative Inhaltsanalyse in die „kommunikationswissenschaftliche“ Tradition wissenschaftlicher Forschungslinien ein und Mayring (2002) beschreibt die Inhaltsanalyse als das Formulieren von Kategorien, die auf Forschungsfragen und daraus abgeleiteten Themenaspekten basieren.

Unsere übergeordnete Forschungsfrage lautete:

Wie beschreiben Eltern eines frühgeborenen Kindes/frühgeborener Kinder rückblickend ihr Erleben der Kontakte mit einer Frühförderin auf der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling sowie bei deren Hausbesuchen?

Sie wurde durch folgende Subfragen präzisiert:

Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt?

Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung?

Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?

Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu anderen Kontakten (mit Professionisten oder privat) zur Zeit der Frühgeburt?

In welcher Weise beschreiben die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind?

In welcher Weise äußern Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf, in welcher Hinsicht beschreiben sie es als erweiterungsbedürftig?

Die aus solchen Forschungsfragen erarbeiteten Kategorien wurden als Auswertungskriterien an das Datenmaterial (in unserer Untersuchung sind dies die Transkripte; A.d.V.) herangetragen.

Wir führten also unter anderem eine qualitative Inhaltsanalyse durch, bei der das mehrfach überarbeitete Kategoriensystem schon vor der Analyse des Textmaterials feststand. Dies wird als deduktives Vorgehen bei der Kategorienbildung bezeichnet (vgl. Mayring/Brunner 2010, 327).

Unser erstes aus den Subfragen der Forschungsfrage sowie dem Interviewleitfaden erarbeitetes Kategoriensystem enthielt noch 19 mit Kürzeln versehene Kategorien. Diese haben wir im Forscherinnenteam und nach Rückmeldungen zu einer unserer Präsentationen unseres Arbeitsstandes im Diplomand/innenseminar unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler überarbeitet.

Dabei wurden bei drei der vier Kategorien vier mögliche Ausprägungen formuliert:

„Ausschließlich hilfreich“, „überwiegend hilfreich“, „wenig hilfreich“ und „nicht hilfreich“. Eine dieser Ausprägungen wurde jeweils einer Aussage von Eltern zugeordnet, nachdem wir diese im Gespräch um Bewertungen der Frühförderkontakte gebeten hatten. Unsere entsprechenden Forschungssubfragen dazu lauteten „In welcher Weise beschreiben die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind?“ sowie „In welcher Weise äußern Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf, in welcher Hinsicht beschreiben sie es als erweiterungsbedürftig?“

Das deduktiv gewonnene Kategoriensystem für die Inhaltsanalyse wurde nach Überarbeitung im Zuge einer Phase erster Probeanalysen von Interviewtranskripten (siehe dazu das Kapitel 9.4.4) folgendes (die dabei verwendete Abkürzung „FFK“ steht für „Kontakte mit der Frühförderin“):

1.1 FFK waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt:

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

1.2 Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt

1.2.1 Kontakte mit Ärzten waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

1.2.2 Kontakte mit Krankenschwestern waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

1.2.3 Kontakte mit Familienangehörigen waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

1.2.4 Kontakte mit Freunden waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

2.1 FFK waren hilfreich beim Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

2.2 Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich beim Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

3.1 FFK auf der neonatologischen Station waren hilfreich für die Entwicklung des frühgeborenen Kindes

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

3.2 FFK bei Hausbesuchen waren hilfreich für die Entwicklung des frühgeborenen Kindes

Ausprägungen:

Ausschließlich hilfreich

Überwiegend hilfreich

Wenig hilfreich

Nicht hilfreich

4 FFK sind veränderungsbedürftig und/oder sind erweiterungsbedürftig

Mit Hilfe dieses Kategoriensystems wurden Interviewtranskripte von Eltern der „Gruppe 1“, die sowohl auf der neonatologischen Station als auch nach der Entlassung weitergeführt zu Hause Kontakte mit der Frühförderin hatten, analysiert.

Die deduktive Kategorienbildung wurde zudem auch bei Interviewtranskripten mit Eltern angewendet, die lediglich auf der neonatologischen Station Kontakte mit der Frühförderin hatten und die wir als „Gruppe 2“-Interviews bezeichnen.

9.4.2 Induktives Vorgehen zur Kategorienbildung – angewendet auf Interviews der „Gruppe 1“ und der „Gruppe 2“

Beim Analysieren von Texten werden möglicherweise auch Textstellen gefunden, die für die Beantwortung von Forschungsfragen wichtig erscheinen, zu denen aber noch keine vorab definierten Kategorien im Sinne der deduktiven Kategorienbildung vorliegen.

In diesen Fällen werden weitere zum Kategoriensystem hinzukommende Kategorien gebildet, was dem methodischen Vorgehen der „induktiven Kategorienbildung“ entspricht (Mayring 2002, 115f; Bortz/Döring 2006, 329).

Davon betroffen waren in unserer Untersuchung – so wie beim deduktiven Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse im vorherigen Kapitel – Interviews von Eltern der „Gruppe 1“ und der „Gruppe 2“.

Die Analysemethode der restlichen fünf Interviews der „Gruppe 3“ wird im nächsten Kapitel dargestellt.

9.4.3 Globalanalyse der Interviews der „Gruppe 3“

Die Mutter und der Vater, welche die Interviews 19.3a und 19.3b gaben, teilten erst beim Gesprächstermin bei ihnen zu Hause mit, dass sie den zugesandten Brief gar nicht erhalten hatten und gar keinen Kontakt mit der Frühförderin gehabt hätten. Beim Telefonanruf durch die Interviewerin hätten Sie sich von der Beschreibung des Projektes aber so angesprochen gefühlt, dass sie zwei Gesprächsterminen vereinbart hätten.

Die Väter 9.3b, 16.3b und 18.3b waren ebenfalls zu einem Gespräch bereit, obwohl sie die Frühförderin nicht kennengelernt hatten.

Die dazugehörenden Mütter berichteten hingegen schon von Kontakten mit der Frühförderin und gehörten damit zu den Gruppen 1 oder 2.

Die Frage, ob die fünf Elternteile der Gruppe 3 trotz der bestmöglichen Abstimmung der anonymisierten Elternliste des Frühförderprojektes mit den Namens- und Adressdaten des Sekretariats der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling tatsächlich keinen Kontakt zur Frühförderin gehabt haben, greifen wir am Ende des Kapitels 11 zum Ausblick auf weitere Forschungsfragen auf. Mit den uns vorliegenden Informationen können wir keine Antworten auf die Frage geben, ob einzelne Mütter und Väter wirklich keinen Kontakt mit der Frühförderin hatten oder ob sie sich nur nicht mehr an sie erinnern konnten oder ob sie sie bereits damals zur Zeit der Frühgeburt für eine andere Professionistin des Krankenhauses gehalten hatte oder ob sie dies zum Interviewzeitpunkt taten.

Unsere Untersuchung war hingegen so angelegt, dass wir mit den von den Eltern gemachten Angaben arbeiteten.

Nachdem unser Kategoriensystem von Frühförderkontakten ausgeht, kann bei diesen fünf Interviews der Gruppe 3 keine deduktive Inhaltsanalyse erfolgen. Ebenso wenig möglich ist damit bei ihnen eine hinzukommende induktiv angelegte Inhaltsanalyse.

Da sich jedoch auch Mütter und Väter, welche die Frühförderin nach eigenen Angaben gar nicht kennengelernt hatten, von uns dazu motiviert fühlten, ein persönliches Gespräch mit uns zu führen, sich zweitens diese Gespräche in ihrer Zeitdauer von den anderen der Gruppen 1 und 2 kaum unterschieden und sie drittens unseres Erachtens verschiedene Aspekte von Frühgeburt sowie Hinweise für den Berufsbereich der Frühförderung beinhalteten, wollten wir sie nicht aus einer Analyse ausschließen.

In der Globalauswertung nach Legewie (1994a; Bortz/Döring 2006; Legewie 1994b zit. nach Flick 2007) fanden wir eine passende Methode:

Legewie (1994a; Bortz/Döring 2006, 331) beschreibt die Globalauswertung als „ ... eine breite, übersichtsartige und zügige Auswertung von Dokumenten bis ca. 20 Seiten ... “.

Wir haben uns mit dem Vorgehen der Globalanalyse in 10 Schritten (ebd.) befasst und diese für unsere Auswertung, Ergebnisdarstellung und Interpretation (siehe Kapitel 12) adaptiert:

Für die Auswertung der fünf Transkripte der Interviewgruppe 3 lasen wir das jeweilige Transkript der Gruppe 3 „überfliegend“ (ebd.), markierten für uns wesentliche Stellen und verschafften uns damit einen ersten Überblick über den Text. Was wir als „wesentlich“ erachteten, begründeten wir in diesem ersten Schritt noch nicht genau, sondern notierten höchstens Stichworte zur Erinnerung daran am Transkriptrand. Auf diesen besonderen interpretativen Aspekt bei der Auswertung, der seine Besonderheit in unserer Vorarbeit (Literaturstudium, Erarbeitung der Forschungsfrage, Telefonate und Interviewführung mit Eltern) hatte, kommen wir im Kapitel 9.4.5 namens „Qualitative Inhaltsanalyse als `interpretativer, regelgeleiteter Akt‘“ zurück.

In einem weiteren Schritt zogen wir die angefertigten Zusatzprotokolle hinzu, um uns „ ... die Vorgeschichte und den Entstehungskontext des Textes ... “ (ebd.) zu vergegenwärtigen. Wichtige Aspekte daraus notierten wir. Die ursprünglich ohne bestimmte Absicht angefertigten Zusatzprotokolle erwiesen sich damit als wertvoll für unsere zu Beginn unserer Untersuchungsplanung noch unklare Art der Inhaltsanalyse.

Danach lasen wir den Text sorgfältig nach drei Kriterien durch (ebd.): erstens danach, welche Textstellen für Aspekte unserer Forschungsfrage wichtig sind; zweitens danach, welche Themen im Zusammenhang mit Frühgeburt und Frühförderung von der Mutter/vom Vater

gegebenenfalls zusätzlich zu unserer Forschungsfrage angesprochen wird; und drittens danach, „... was (zu diesen Themen; A.d.V.) wie mit welcher Absicht gesagt wird ...“ (ebd.). Das dritte Kriterium für die Textbearbeitung ist im Kapitel 12 in die Diskussion und Überlegungen zu den Untersuchungsergebnissen eingeflossen.

Das Durchlesen des Textes nach den ersten beiden Kriterien erfolgte, indem die Textstellen sowie die Themen paraphrasiert wurden – prägnante Textstellen wurden auch wörtlich übernommen und mit Verweis auf die entsprechende Zeile im Transkript niedergeschrieben.

Die „... wichtigsten Inhalte werden entweder geordnet (analytisch) oder dem Interviewverlauf folgend (sequenziell) abgehandelt. Als Überschrift dient ein Motto bzw. ein prägnantes Zitat“ (ebd.).

Legewie (1994a, 180f) lässt seine Auswertung eines Textes in eine ‚Kurzgeschichte‘ oder Zusammenfassung“ münden, die eine „pointierte Überschrift oder ein Motto für den gesamten Text (evt. gekürztes Zitat) hat und ... je nach Fragestellung ... eine Nacherzählung oder inhaltliche Zusammenfassung“ (ebd.) darstellt.

Eine solche inhaltliche Zusammenfassung eines Interviews wird bei uns eingeleitet durch die anfangs (siehe weiter oben) notierten Aspekte aus dem jeweiligen Zusatzprotokoll und stellt die Untersuchungsergebnisse der Globalanalysen dar. Darin stehen nach einigen Zeilen zum Zusatzprotokoll Themen von Teilen von Forschungsfragen sowie weiters „forschungsfragefremde“ Themen mit Zeilenangabe, entweder als Paraphrasierungen (d. h. in eigenen Worten zusammengefasste Schlagworte) oder wörtlich als Textstellen aus dem Transkript.

9.4.4 Die Sequenzierung der Analyse

„Das inhaltsanalytische Vorgehen ist streng regelgeleitet und systematisch. ... Mit der Kodiereinheit wird der minimale Textbestandteil definiert, der ausreicht, um eine Kategorienzuordnung zu begründen (z. B. Bedeutungsaspekt, Wort, Satz). ... Zum regelgeleiteten Verfahren gehört weiterhin, dass ein Ablaufmodell aufgestellt oder übernommen wird, das die einzelnen Schritte beschreibt, in denen das Material bearbeitet wird. ... Jeder der Schritte und jede der Regeln sollte theoriegeleitet begründet sein“, schreiben Mayring/Brunner (2010, 325ff).

Unsere Analyse begann mit der Erarbeitung eines ersten Kategoriensystems unter Bezugnahme auf die Theorie und die Grundannahmen des Pilotprojektes im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling sowie auf die Forschungsfrage samt Subfragen und auf den Interviewleitfaden.

In einigen Überarbeitungstreffen mit Rückbezügen auf unser Vorwissen und unsere Vorarbeiten entwickelten wir daraus das im Kapitel 9.4.1 vorgestellte Kategoriensystem mit vier Ausprägungen bei drei der vier Kategorien samt Subkategorien.

Darauf folgte eine Phase von Probeanalysen erster Interviews. Diese startete, als wir unser Kategoriensystem als ausreichend elaboriert dafür erachteten. Wir erwarteten uns aus den Probeanalysen Hinweise auf die Erfüllung des Anspruchs von Intersubjektivität unserer Kategorienzuordnung, indem wir unabhängig voneinander ein Interviewtranskript im Hinblick auf das Kategoriensystem analysierten.

Dies war der erste von vier Schritten unserer Probephase von Interviewtranskriptanalysen. Wir begannen ab dieser Phase auch erstmals zwischen Interviewtranskripten der Gruppen 1, 2 und 3 zu unterscheiden und wählten ein Transkript der Gruppe 2 aus, nämlich 16.2a, bei dem eine Mutter ausschließlich im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling Kontakte mit der Frühförderin und eine von uns beiden das Interview geführt hatte¹⁵. Das Zusatzprotokoll bezogen wir nicht in die Analyse mit ein.

Jede von uns notierte auf einem Ausdruck des Transkripts die Kategorien und deren Ausprägungen, die unserer Meinung nach vorlagen. Dabei wurde von jeder der Analytikerinnen eine Kodiereinheit (z. B. Bedeutungsaspekt, Wort, Satz) zu einer der vorab formulierten Kategorie zugeordnet und dementsprechend einzelne Textstellen einzelnen Kategorien samt Ausprägung zugeordnet (vgl. ebd.).

Ideen zur Überarbeitung des Kategoriensystems konnten dabei ebenfalls unbeeinflusst und unabhängig voneinander festgehalten werden.

Auch gegebenenfalls hinzukommende induktiv gebildete Kategorien wurden vermerkt, denn es war, wie beschrieben (vgl. dazu Kapitel 9.4.2), denkbar, dass im Sinn einer induktiven Kategoriebildung aus dem vorliegenden Transkript weitere Analyseperspektiven mit weiteren Kategorien hinzukommen würden (vgl. ebd.).

¹⁵Einige Interviews hat auch Christine Wandl geführt, die zu Beginn der Untersuchung noch im Forscherinnenteam mit Eveline Kis zusammenarbeitete.

In einem zweiten Schritt dieser Phase von Probeanalysen verglichen wir unsere Ergebnisse: Dies ergab, dass wir hohe Übereinstimmungen bei unserer Kategorienbildung hatten und dies trotz ungleicher Zugangsvoraussetzungen, da eine von uns das Interview geführt hatte.

Wir fanden auch mehrere gleiche induktiv gebildete Kategorien, was uns dazu bewog, sie als Subkategorien in die Kategorien 1, 2 und 3 sowie in die Formulierung der Kategorie 4 unseres Kategoriensystems einfließen lassen.

Mit einem untypischen Transkript, nämlich 16.3b aus der Interviewgruppe 3, in der sich Eltern entweder nicht an die Frühförderin erinnern konnten oder sie gar nicht kennengelernt hatten, gingen wir die Schritte 1 und 2 der Probeanalyse ebenfalls durch. Dieses Interview war ebenfalls von einer von uns geführt worden. Die Zuordnung der Aussagen des interviewten Vaters zu Kategorien aus unserem System war nicht möglich (siehe Kapitel 9.4.3 zur Globalanalyse). Dennoch erschienen jeder von uns unabhängig voneinander mehrere Aussagen dieses Vaters interessant für unsere Forschungsfrage, was in unserer Globalanalyse der Interviews der Gruppe 3 Berücksichtigung finden sollte.

Zur Festigung unserer Analysekompetenz und zur Überprüfung des Einflusses darauf, ob man selbst das Interview geführt hatte, analysierten wir mit dem Vorgehen von Schritt 1 und 2 ein weiteres Transkript der Gruppe 2, nämlich 9.2a, das ebenfalls eine von uns geführt hatte. Dabei konnte auch das Vergessen einiger negativer Ausprägungen, welche die Eltern nicht ganz so deutlich formuliert hatten wie positive Ausprägungen, verringert werden. Bei den ersten beiden Transkripten waren diese noch einige Male übersehen worden.

In einem dritten Schritt der Probeanalysen bereiteten wir „Ankerbeispiele“ (Mayring 2002, 122) aus Transkripten vor, um mit diesen unseres Erachtens prägnanten wörtlichen Textstellen für einzelne Kategorien die Definition von Kategorien über deren Benennung im Kategoriensystem hinaus noch genauer zu fassen.

Diese Ankerbeispiele wollten wir zudem einer anderen Analytikerin unserer Transkripte zur Verfügung zu stellen.

Dies war Judith Stampf, welche die drei Interviews der Probeanalyse im Rahmen eines Wissenschaftspraktikums transkribiert hatte und als letzter Schritt der Probeanalysen gebeten wurde, Kategorienzuordnungen und neu hinzukommende Kategorien an den jeweiligen Stellen der Transkriptausdrucke zu notieren. Neben den Ankerbeispielen erhielt sie dafür auch die Zusatzprotokolle und wurde auf die strengste Vertraulichkeit der ihr zur Verfügung gestellten Daten hingewiesen. Ihre Ergebnisse präsentierte sie uns anhand ihrer Notizen bei einem Treffen und es zeigten sich auch hier hohe Übereinstimmungen zwischen unseren

Zuordnungen und denen einer außenstehenden und nur für die Transkriptanalyse eingeschulten Person.

Während der Probeanalysen entstanden in Gestalt eines letzten Schrittes bereits Ideen zu einem „Raster“ für die Analyse der Transkripte. Darin sollten Textstellen in einem tabellarischen Formular, das am linken Rand mit Kürzeln der vier Kategorien begann, festgehalten werden. Wir erarbeiteten in Anlehnung an Mayring (ebd.) und Mayring/Brunner (2010, 327f) einen Raster mit einer Spalte für das Kategoriekürzel und einer für die Kategoriendefinition samt charakteristischen Wörtern und prägnanten Ankerbeispielen, die auf gleicher Höhe mit dem Verweis auf die Zeilennummern im Transkript und die Ausprägungen in einer dritten Spalte stehen (vgl. 53f).

Die Anleitung für das Arbeiten mit dem Raster lautete folgendermaßen:

Erklärungen zu den Spalten des Analyserasters:

Spalte 1 „Kat.“: Nr. der Kategorie als Kürzel

Spalte 2 „Def. und Text“: Kategoriendefinition, gegebenenfalls samt charakteristischen Wörtern und prägnanten Ankerbeispielen (in Form wörtlich gesprochener Textstellen), in der Kopfzeile dieser Spalte wird zudem auch der Transkriptname mit dem Interviewkürzel vermerkt.

Spalte 3 „Zeile und Ausprägung“: Querverweis auf die Zeilennummer im Transkript. Notiz eines Kürzels der Ausprägung gemäß Ausprägungsdefinition „ausschließlich hilfreich, überwiegend hilfreich, wenig hilfreich, nicht hilfreich“, gegebenenfalls auf gleicher Höhe mit Wörtern und Ankerbeispielen in der Spalte 2.

Abkürzungen: „FFK“ bedeutet „Frühförderkontakte“; die Zahl in der dritten Spalte steht für die Zeilennummer im Transkript;

„++“ steht für „ausschließlich hilfreich“, „+“ steht für „überwiegend hilfreich“, „-“ steht für „wenig hilfreich“ und „- -“ steht für „nicht hilfreich“.

Auf den nächsten beiden Seiten ist zur Veranschaulichung ein Ausschnitt aus einem unserer erarbeiteten Raster mit konkreten Textzuordnungen zu den Kategorien 1.1, 1.2.1 und 4 abgedruckt.

Kat.	Def. und Text	4.1a_Lisa Zeile und Ausprägung
1.1	<p>FFK waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt</p> <p>naja, also mitten im drama drin und ich muss sagen, ich hab das sehr positiv erlebt, weil sie eine (LACHT GEQUÄLT) / halt war / eine rettung unter anführungszeichen, weil sie irgendwie halt nicht doch dazu gehört hat / aber halt schon und sie hat halt als einzige ... irgendwie verständnis gezeigt und hat zugehört und /... also das war sehr positiv ... muss ich sagen ...;</p>	<p>345 ++</p> <p>173 ++</p> <p>185 ++</p> <p>190 ++</p> <p>332 ++</p> <p>613 ++</p> <p>619 ++</p> <p>630 ++</p> <p>654 ++</p> <p>702 ++</p> <p>815 ++</p> <p>154 +</p> <p>170 +</p> <p>646 +</p>
1.2.1	<p>Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt: <u>Kontakte mit Ärzten waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt</u></p>	<p>195 - -</p>
1.2.2	<p>Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt: <u>Kontakte mit Krankenschwestern waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt</u></p>	

1.2.3	Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt: <u>Kontakte mit Familienangehörigen waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt</u>	
1.2.4	Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt: <u>Kontakte mit Freunden waren hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt</u>	
2.1	FFK waren hilfreich beim Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung:	
2.2	Kontakte mit anderen Personen (Professionisten, private Kontakte) waren hilfreich beim Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung:	
3.1	FFK auf der neonatologischen Station waren hilfreich für die Entwicklung des frühgeborenen Kindes:	
3.2	FFK bei Hausbesuchen waren hilfreich für die Entwicklung des frühgeborenen Kindes:	
4	FFK sind veränderungsbedürftig und/oder sind erweiterungsbedürftig	257

Wir analysierten jedes der 12 Interviews der Gruppen 1 und 2 nach dem Kategoriensystem sowie nach induktiv hinzukommenden weiteren Kategorien. Jedem analysierten Transkript folgte ein Treffen zur Diskussion und Entscheidung bei Textstellen mit unterschiedlicher Kategorisierung (vgl. dazu Kapitel 9.4.5)

Jede von uns führte als „Bearbeitungsgeschichte“ ein Blatt mit Notizen zum Analysedatum und den bei der Analyse verwendeten Farbstiften und Leuchtmarkern für die bei der Zeilennummer notierten Kategoriekürzel und -ausprägungen sowie die am Ausdruck markierten Textstellen.

Unser Analyseverfahren bei der Auswertung der Elternaussagen der Gruppen 1 und 2 folgte zwei Kriterien:

Erstens hielten wir auf Basis des Rasters mit den Kategorienbezeichnungen und häufigen Wörtern sowie Ankerbeispielen Inhalte, also qualitative Aspekte fest. Am Ende jedes Rasters standen pro Transkript eventuell neu hinzugekommene induktiv gefundene Kategorien. Zweitens standen neben jeder deduktiv vorgegebenen und auch induktiv gefundenen Kategorie die Ausprägungen von „+“ bis zu „-“ als bewertender Aspekt.

Wir diskutierten die Analyseergebnisse beider Gruppen im Kapitel 11 in Hinblick auf die Forschungsfrage. Dabei versuchten wir die zwei Blickwinkel gemäß der beiden soeben beschriebenen Kriterien einzunehmen: Den Blickwinkel der inhaltlichen Aspekte in Form der Kategoriezugehörigkeit sowie den Blickwinkel der Bewertung in Form der Ausprägungen.

Die fünf Interviews der Gruppe 3 wurden unter Einsatz der im Kapitel 9.4.3 beschriebenen Methode der Globalanalyse bearbeitet, wobei wir diese wieder zuerst getrennt voneinander durchführten und uns danach zur Diskussion und Entscheidung bei unterschiedlicher Themenfindung im Text trafen.

Falls bei den 17 befragten Eltern Aussagen zu ähnlichen Themen häufiger auftraten oder zu Fragen über bestimmte Themen sehr wenige Aussagen von Eltern erfolgten, bezogen wir dies, ungeachtet der Ausprägungen von „ausschließlich hilfreich“ bis „nicht hilfreich“, als quantifizierte Ergebnisse im Rahmen des Kapitels 11 ebenfalls in unsere Diskussion und Überlegungen mit ein.

9.4.5 Qualitative Inhaltsanalyse als „interpretativer, regelgeleiteter Akt“: Gütekriterien unserer Auswertung unter Berücksichtigung manifester und latenter Inhalte der Transkripte

Zur Auswertung der Transkripte mit einem Kategoriensystem schreiben Mayring/Brunner (2010, 325):

„ ... Kategorien als Kurzformulierungen stellen die Analyseaspekte dar, die an das Material herangetragen werden sollen Der entscheidende Punkt ist nun, die Zuordnung von Kategorien zu Textmaterialstellen so genau mit inhaltsanalytischen Regeln (Kategorienbeschreibungen und deren Ausprägungsmöglichkeiten gemäß den Forschungsfragen und dem Interviewleitfaden; A.d.V.) zu fassen, dass eine intersubjektiv eindeutige Zuordnung möglich wird. Durch diesen methodischen Ansatz wird dann auch die Bearbeitung größerer Textmengen möglich. Diese Zuordnung von Kategorie zu Text ist in der Qualitativen Inhaltsanalyse ein interpretativer, regelgeleiteter Akt.“

Intersubjektiv eindeutige Zuordnungen benennen Mayring/Brunner (2010, 326) an anderer Stelle auch als die Erfüllung von einem von zwei Gütekriterien als „Interkoderreliabilität (eigentlich Objektivität)“, was verfolgt wird, indem das „Material“ – in unserer Untersuchung Transkripte – von zwei „Kodierern“ unabhängig voneinander analysiert werden und „... fragliche Textstellen in einer Kodierkonferenz besprochen werden“ (ebd.).

Als zweites „Mindestgütekriterium“ (vgl. ebd.) nennen Mayring/Brunner die „Intrakoderreliabilität“, nach der ein und dieselbe Forscherin „nach Abschluss der Analyse zumindest Teile des Materials erneut durcharbeitet, ohne auf die ... erfolgten Kodierungen zu sehen. Eine hohe Übereinstimmung ist ein Indikator für die Stabilität des Verfahrens“ (ebd.).

Während unserer Analyse, vor allem in der Probeanalysephase, fanden diese Gütekriterien Eingang, und zwar nicht nur bei der deduktiven sowie induktiven Kategorienbildung, sondern auch bei der Globalanalyse.

Im Kapitel 9.4.3 zur Globalanalyse haben wir aber auch erklärt, dass wir dabei in einem ersten Schritt jede für sich zu „als wesentlich erachteten Textstellen“ höchstens Stichworte zur Begründung dafür am Transkriptrand notieren.

Dies entspricht einem weiteren Aspekt des Eingangszitats dieses Kapitels, wo Mayring/Brunner (2010, 325) schreiben, dass die „Zuordnung von Kategorie zu Text in der Qualitativen Inhaltsanalyse ein interpretativer, regelgeleiteter Akt ist.“

Vor allem bei der Globalanalyse, aber auch bei der deduktiven und induktiven Kategorienbildung, spielte dieser interpretative Aspekt eine Rolle und war beeinflusst von unserer Vorarbeit (Literaturstudium, Erarbeitung der Forschungsfrage und des Interviewleitfadens, Telefonate und Interviewführung mit Eltern, Zusatzprotokolle).

In ihrer Einleitung zum Kapitel „Qualitative Forschungsmethoden“ sprechen Bortz/Döring (2006, 329) ein weiteres wesentliches Thema qualitativer Forschung an, nämlich die Interpretation manifester sowie latenter Inhalte:

„Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, die manifesten und latenten Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext und Bedeutungsfeld zu interpretieren, wobei vor allen die Perspektive der Akteure herausgearbeitet wird. Interpretationen und Deutungen sind im Alltag an der Tagesordnung, wenn es darum geht, die Handlungen und verbalen Äußerungen unserer Mitmenschen richtig zu verstehen, indem wir Vorerfahrungen heranziehen oder uns in die Lage anderer hineinversetzen. In diesem Sinne streben qualitative Inhaltsanalysen eine Interpretation an, die intersubjektiv nachvollziehbar und inhaltlich möglichst erschöpfend ist.“

Auf unsere Untersuchung umgelegt sind die Akteure die Mütter und Väter frühgeborener Babys. Wir als Interviewerinnen präsentierten uns als interessierte Zuhörerinnen mit weniger Vorerfahrungen zum Thema Frühgeburt, um möglichst viele Aussagen zum Erleben von Frühförderkontakten aus Sicht der Mütter und Väter zu erhalten. Einem Verständnis der Lage dieser Eltern versuchten wir durch Literaturstudium ein Stück weit näher zu kommen. Damit und durch das Anlegen von Transkriptionsregeln zu beispielsweise längeren Pausen oder das Anheben der Stimme der Interviewten verfolgten wir die Absicht, Hinweise auf latente Inhalte der Elternaussagen zu erhalten. Die hohe Übereinstimmung bei der Zuordnung von Textstellen zu Kategorien zwischen uns beiden als Untersuchungsdurchführende, aber auch bei unserer Kollegin Judith Stampf, die nicht Teil unseres Forscherinnenteams, sondern als Transkribentin relativ außenstehend war, lässt uns hoffen, dass wir auch latente Inhalte in unsere Ergebnisse aufgenommen haben und zwar solche, die keine Fehlinterpretationen darstellen. Die Grenze zwischen Fehlinterpretationen und dem Streben, „inhaltlich erschöpfend“ (ebd.) möglichst alle manifesten sowie auch latenten Inhalte der Transkripte als Ergebnisse festzuhalten, ist schmal und kann leicht überschritten werden.

10. Untersuchungsergebnisse der Interviews der Gruppen 1 und 2

10.1 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern der Gruppe 1

Die sechs Raster als Auswertungsergebnisse der sechs Interviewtranskripte werden wie die wörtlichen Interviewtranskripte am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien in den Räumlichkeiten des Arbeitsbereichs Psychoanalytische Pädagogik aufbewahrt. Im Folgenden werden sie einzeln und zuletzt im Vergleich zueinander (Kapitel 10.1.7) beschreibend zusammengefasst.

Zur Gruppe 1 gehören die Gespräche mit Eltern, welche sowohl auf der neonatologischen Station als auch bei Hausbesuchen Kontakt mit der Frühförderin hatten. Es handelt sich hier um die Eltern 3.1a und 3.1b, wobei 3.1b angibt, die Frühförderin erst zuhause kennengelernt zu haben. Ebenso zählen die Eltern 4.1a und 4.1b zu dieser Gruppe. 4.1b kann sich nicht mehr genau an die Frühförderin erinnern und ob er sie bereits im Krankenhaus oder erst bei ihren Hausbesuchen kennengelernt hat. Weiters sind der Gruppe 1 die Mütter 15.1a und 18.1a zugeordnet. Die Kontaktaufnahme zwecks Terminvereinbarung mit dem Partner von 15.1a gestaltete sich schwierig, letztendlich kam kein Gespräch mit ihm zustande. Der Partner von 18.1a hatte die Frühförderin weder im Krankenhaus noch bei Hausbesuchen kennengelernt.

Wir halten die Ergebnisse in der Regel nach der Reihenfolge unserer sechs Forschungsfragen fest, wobei die fünfte Forschungsfrage „In welcher Weise beschreiben die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind?“ bei den Fragen eins bis vier bereits dahingehend einfließt, dass Kontakte mit der Frühförderin oder anderen Personen von den interviewten Eltern als ausschließlich, überwiegend, wenig oder nicht hilfreich beschrieben wurden. Bei den induktiv gebildeten Kategorien, deren Inhalte wir an fünfter Stelle anführen, unterscheiden wir zwischen Beschreibungen als „hilfreich“ oder als „nicht hilfreich“.

Ausnahmen von der Reihenfolge „Forschungsfrage eins, dann zwei, dann drei, dann vier, dann Ergebnisse der induktiven Kategorienbildung und zuletzt Forschungsfrage sechs“ machen wir, wenn bei den Untersuchungsergebnissen Verbindungen zwischen Forschungsfragen zu erkennen sind und wir uns daher dafür entschieden haben, deren Darstellung vorzuziehen.

Im Regelfall behandeln wir demnach erstens die Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt?“, dann zweitens Ergebnisse zu den Kontakten mit der Frühförderin gemäß der Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der

Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung?“ und drittens wieder Ergebnisse zu den Kontakten mit der Frühförderin gemäß der Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?“.

An die Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu anderen Kontakten (mit Professionisten oder privat) zur Zeit der Frühgeburt?“ gehen wir in drei Schritten heran: Wir gehen a) auf die Kontakte mit Ärzten, mit Krankenschwestern (inklusive Hebammen und mobile Kinderkrankenschwestern bei Hausbesuchen nach der Entlassung), mit Familienangehörigen und mit Freunden im Hinblick auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt ein und ergänzen diese b) gegebenenfalls um Elternaussagen über Kontakte mit diesen weiteren Personen im Hinblick auf einen beschriebenen Zusammenhang mit dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und/oder mit der Entwicklung des Babys. Zur vierten Forschungsfrage halten wir c) zudem gegebenenfalls fest, wie die befragten Eltern die Kontakte mit der Frühförderin (siehe Forschungsfragen eins, zwei und drei) im Vergleich zu Kontakten mit den in a) und b) genannten anderen Personen beschreiben.

Entsprechend unserer induktiven Kategorienbildung dazu, inwiefern weitere andere Personen, Personengruppen und Einflüsse hilfreich oder nicht hilfreich waren, präsentieren wir danach gegebenenfalls entsprechende Aussagen, mit denen Eltern weitere hilfreiche oder nicht hilfreiche Aspekte bei der Bewältigung der Frühgeburt und/oder beim Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und/oder bei der Entwicklung ihres Babys beschrieben.

Zuletzt gehen wir auf die sechste zu behandelnde Forschungsfrage „In welcher Weise äußern Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf, in welcher Hinsicht beschreiben sie es als erweiterungsbedürftig?“ ein, wobei wir gegebenenfalls einen geäußerten Veränderungsbedarf des Frühförderangebots von einem geäußerten Wunsch nach dessen Erweiterung unterscheiden.

Manche der interviewten Eltern äußerten sich nicht zu jeder unserer Forschungsfragen, in diesem Fall gingen wir in der Ergebnisdarstellung ohne Hinweis darauf zur nächsten Forschungsfrage weiter.

Die Abkürzung „FFin“ in den eingerückten Zitaten aus den Transkripten steht für „Frühförderin“.

10.1.1 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 3.1a

Zur Forschungsfrage, wie Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt beschreiben, stellt 3.1a die **Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** elfmal als ausschließlich hilfreich dar, wobei wiederholt die Bedeutung einer professionellen Begleitung im Gegensatz zu **Gesprächen mit Familienangehörigen oder Freunden** hervorgehoben wird. 3.1a hatte rund um die Frühgeburt zwar auch Kontakt zu Familienangehörigen und Freunden, Gespräche über die Frühgeburt vermied sie aber. 3.1a betont immer wieder, dass die Frühgeburt ein Bereich ist, über den man nicht mit jedem spricht.

„..., ja total, ja. mit der hab ich super reden können und alles, also ... das, das muss ich schon sagen, das hilft einem dann schon ... weil da, wie gesagt, da kann man auf einer anderen ebene reden, als wie jetzt mit mama und papa oder auch mit dem partner“ (Zeile 622).

„ich hab mich immer gefreut, (LACHEND) *wenn's gekommen ist* (die Frühförderin, A. d. V.) und nachher irgendwie, weil man dann halt auch natürlich / weil natürlich quatscht man dann halt auch so und ... das war schon angenehm, ja. weil das einfach ein bereich ist, mit den man nicht über jeden reden kann“ (Zeile 673).

3.1a äußert klar, dass ihr durch die Gespräche mit der Frühförderin Ängste und Gefühle der Hilflosigkeit genommen wurden.

„dass man ein bisschen eine unterstützung hat, auch eben auch psychisch, dass man / das rup- / das waren eigentlich eh schon die sachen, das war das einzige. eben diese ängste, was man hat, dass man manchmal nicht damit umgehen kann, oder, oder weiß, ist das normal oder bin ich hysterisch oder überempfindlich, ja? dass einfach jemand sagt: „nein, das ist normal“, ja“ (Zeile 1456)?

Sie führt gesondert auch **Hausbesuche der Frühförderin** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus an, diese beschreibt sie ebenfalls als ausschließlich hilfreich, wobei sie auch hier die beruhigende, entlastende Komponente der Gespräche hervorhebt.

Hinsichtlich der dritten Forschungsfrage nach dem **Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes** unterscheidet 3.1a zwischen den Kontakten zur Frühförderin auf der neonatologischen Station und zuhause. Während sie auf der Station noch keinen Zusammenhang sehen kann, werden die Kontakte zur Frühförderin bei den Hausbesuchen als überwiegend hilfreich beschrieben, da die Frühförderin Anregungen zur Entwicklungsförderung einbrachte.

„wenn’s uns da halt so dinge gezeigt hat oder, oder ... / hat man vielleicht dann mehr mit dem kind gemacht, als was man gemacht hätte, wenn man niemanden gehabt hätte, denk ICH mir. vor allem, wenn’s so klein sind, na“ (974)?

„aber sie zeigt einem doch so viel kleinigkeiten, wo man vielleicht so gar nicht denkt, dass das was bringt, wenn man das mit dem kind macht, vielleicht, ja“ (1063)?

Eingangs bei der Ergebnisdarstellung zur ersten Forschungsfrage gingen wir bereits auf **Kontakte mit Familienangehörigen und Freunden** ein als nicht hilfreich für die **Bewältigung der Situation der Frühgeburt**.

Weiters erlebte 3.1a die **Kontakte zu Ärzten und Krankenschwestern** auf der neonatologischen Station **hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt** als wenig hilfreich, wobei sie erwähnt, dass zu der Zeit, als ihr Kind zur Welt kam, sehr viele frühgeborene Kinder auf der neonatologischen Station versorgt wurden und sie vermutet, dass sich die personellen Ressourcen eher auf die Notfälle und sehr kranken Kinder fokussierten.

3.1a zeigt Verständnis für die Rahmenbedingungen auf der neonatologischen Station und auch dafür, dass die Ärzte und Krankenschwestern kaum Zeit für persönliche Gespräche hatten.

Die **Hausbesuche der mobilen Kinderkrankenschwester** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus werden als ausschließlich hilfreich beschrieben, da 3.1a ihr Kind medizinisch gut versorgt wusste.

„...(mobile Kinderkrankenschwester) und da war ich dann auch beruhigt, weil ich mir gedacht hab, okay, da kommt dann wirklich wer, ein profi, und

schaut sich mein Kind an daheim und da brauch ich dann auch nicht so angst haben, na“ (413)?

3.1a vergleicht die **Kontakte mit der Frühförderin mit denen mit der mobilen Kinderkrankenschwester**, indem sie erstere als wichtig für die emotionale Unterstützung erachtet und zweite Kontakte als wichtig für die praktische Unterstützung im Alltag hinsichtlich der Versorgung des Kindes.

Zusätzlich zu den von uns erfragten Kontakten (Forschungsfragen eins, zwei, drei und vier) fand 3.1a zudem die **Frühchentreffen** unter der Leitung der mobilen Kinderkrankenschwester und mit anderen Müttern hilfreich für die **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**.

Den **Geburtsvorbereitungskurs** fand sie nicht hilfreich für die **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, da das Thema Frühgeburt dort nicht bearbeitet wurde.

Zur sechsten Forschungsfrage zum **Veränderungsbedarf des Frühförderangebots** meinte 3.1a, dass die Rolle und Aufgabe der Frühförderin im Krankenhausteam (auf der Station) den Eltern besser erklärt werden sollte. Zudem solle die Frühförderin ihre Besuche bei den Eltern auf der neonatologischen Station mit diesen vorher vereinbaren, wodurch sie vorangekündigt sei.

Erweiterungswürdig beim Frühförderangebot erachtete 3.1a die Anwesenheitszeit der Frühförderin auf der Station: Sie sollte öfters als zweimal in der Woche anwesend sein.

Weiters vermisste 3.1a während der Schwangerschaft und angesichts der bevorstehenden Frühgeburt Aufklärung zum Thema Frühgeburt.

Außerdem fehlte 3.1a die Information, dass es bald nach der Frühgeburt die Möglichkeit der Begleitung durch eine Frühförderin und einer mobilen Krankenschwester bereits auf der neonatologischen Station und weiterführend zuhause in Form von Hausbesuchen gibt.

10.1.2 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Herrn 3.1b

3.1b erachtet die **Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** siebenmal als ausschließlich hilfreich.

Er unterscheidet bei seinen Aussagen genau zwischen den Kontakten mit der Frühförderin als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der emotionalen Unterstützung und den **Kontakten mit**

der mobilen Kinderkrankenschwester als überwiegend hilfreich für die praktische Unterstützung im Alltag.

„ja, also ... also bei der einen krankenschwester, die gekommen ist / diese dame haben wir eher für sachen gefragt, so von meinem gefühl her / was weiß ich / wie man die handhabung hat und solche sachen. ... wieviel kilo er jetzt schon hat und solche sachen / gröÙe / ob er sich richtig entwickelt und so weiter / das war eher die krankenschwester ... mit der frau (NAME DER FFin) haben wir eher gefühlsmäßig das ganze / also wenn wer das wirklich so trennen sollte, dann muss man es so aufteilen, ja. also gefühlsmäßig war die frau (NAME DER FFin) unsere ansprechpartnerin, wenn es um handhabung und, wie soll ich sagen, und alltagsdinge ging, dann war die krankenschwester unser / unser ansprechpartner“ (406).

3.1b äußert in seinen Aussagen zudem einen **Zusammenhang zwischen den Kontakten mit der Frühförderin**, welche ihn beruhigten, **und dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung**:

„der beruhigende teil eben dann, das war ja fürs kind auch wichtig, weil wenn man nur hektisch hin und her rennt, dann hat ja das kind auch nichts davon / das merkt ja das kind auch“ (436).

„das gefühl gegeben, naja, dass eben ... ein lebewesen da ist und das braucht dich“ (610).

3.1b kann auf der Station noch keinen Zusammenhang zwischen **der Entwicklung des Kindes** und **den Frühförderkontakten** sehen. Bei den Hausbesuchen kann er schwer einen Zusammenhang zwischen den Frühförderkontakten und der Entwicklung des Kindes herstellen:

„in verbindung kann ich das schwer bringen“ (810).

„eine jede erfahrung, die er sammelt, bedingt natürlich das weitere leben, sag ich jetzt einmal“ (Zeile 827).

Er beschreibt die Hausbesuche aber dennoch als überwiegend hilfreich, da die Frühförderin Anregungen zur Entwicklungsförderung einbrachte:

„... eine jede / eine jede erfahrung, die er sammelt, bedingt natürlich das weitere leben, sag ich jetzt einmal. wenn er diese spiele von der frau (NAME DER FFin) nicht gespielt hätte, würde er heute sicher auch noch leben, das ist keine frage, ja ... ob er jetzt das / ob er genau den gleichen ... stand schon hätte, weiß ich nicht; glaub ich eher nicht. also da glaub ich sehr wohl, dass da ein zusammenhang in der form bestimmt hat. dass eben diese frühförderung auch eine frühförderung war, wie es eben im namen halt drinnen steht. und dass ihm das sicher geholfen hat, das ist / das glaub ich definitiv ... nur ich kann das jetzt nicht auf verschiedenen punkten aufhängen. ... das hat einfach ... eine jede / ein jedes hinschauen auf ein neues objekt, birgt wieder neue erfahrungen. also ... ich bin mir aber sicher, dass / dass für den max die frühförderung positiv war“ (827).

„ja, also das ist / das ist so ein fließender prozess ... und was halt die frau (NAME DER FFin)/ er hat / die frau (NAME DER FFin) hat beim max sicher eben das ... / dieses spielen angeregt. ja, oder das ERTASTEN und so weiter hat sie sicher beim max angeregt damit, zu einem zeitpunkt, wo er / wo WIR auf solche ideen sicher nicht gekommen wären“ (948).

Betreffend Kontakte mit anderen Personen als der Frühförderin spricht 3.1b sechsmal von **Kontakten mit Ärzten**, die er als nicht hilfreich **für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** erlebte.

Kontakte zu Krankenschwestern beschreibt er zwölfmal, wobei er die Krankenschwestern und die Hebamme ambivalent erlebte. Er erwähnt immer wieder, dass sie hinsichtlich der Versorgung des Kindes sehr bemüht waren. **In Bezug auf die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** beschreibt er die Kontakte zu Krankenschwestern insgesamt aber als wenig hilfreich.

Die **Kontakte zur mobilen Kinderkrankenschwester** bei den Hausbesuchen erlebte 3.1b **im Hinblick auf die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** als überwiegend hilfreich, sein **Vergleich zu Kontakten mit der Frühförderin ist eingangs dargestellt**.

Kontakte mit Familienangehörigen und auch Freunden in Bezug auf die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt beschreibt er als nicht hilfreich, er vermied sie sogar und meint, er bevorzuge in der Situation der Frühgeburt professionelle Unterstützung.

„und ich hab es eigentlich auch vermieden, solche fragen an meine eltern zu stellen,... also ich kann nur einem jeden empfehlen, von einer objektiven stelle sich informationen zu holen, ist sicher gescheiter als von der eigenen familie“ (485).

Zudem war für 3.1b **die Verlegung in ein Mutter-Kind-Zimmer** ausschließlich hilfreich für die Bewältigung der Situation der Frühgeburt, indem er die dort gegebene physische Nähe von Mutter und Kind im Gegensatz zum Kind, das mit Kabeln versehen alleine in einem Behandlungsraum war, als positiv erlebte (119).

Zum **Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots** erwähnt 3.1b, dass er sich ein Angebot von Frühförderinnen bestehend aus professionellem Babysitten wünscht, um die Eltern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für ein paar Stunden zu entlasten.

10.1.3 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 4.1a

4.1a beschreibt die **Kontakte zu Frühförderin** als ausschließlich hilfreich **für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, sie trifft hier neun Aussagen, wobei sie vor allem den **Kontakt auf der neonatologischen Station** unmittelbar nach der zu frühen Geburt als sehr hilfreich erlebte.

„sie hat halt als einzige ... irgendwie verständnis gezeigt und hat zugehört“

(125).

4.1a erlebte die Frühförderin als große Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Ängste.

Hinsichtlich des Beziehungsaufbaus zum Kind beschreibt 4.1a die **Kontakte zur Frühförderin** als nicht hilfreich, den **Kontakt zu einem Arzt hingegen** als ausschließlich hilfreich (jeweils eine Nennung).

4.1a erlebte die **Kontakte zur Frühförderin** als nicht hilfreich **bezüglich der Entwicklung des Kindes**, wobei sie betreffend die **Zeit auf der neonatologischen Station** betont, zu

diesem Zeitpunkt sei die Gesundheit des Kindes im Vordergrund gestanden. **Bei den Kontakten zuhause** nennt sie die Kontakte dreimal nicht hilfreich und einmal ausschließlich hilfreich.

Bezüglich der **Kontakte zu den Ärzten** trifft 4.1a recht ambivalente Aussagen (viermal nicht hilfreich, einmal überwiegend und zweimal ausschließlich hilfreich) und bezeichnet sie, mit Ausnahme eines Arztes, welchen sie als ausschließlich hilfreich erlebte, **hinsichtlich der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** als nicht hilfreich.

Gleichermaßen verhält es sich mit den **Kontakten zu den Krankenschwestern** auf der Station. Mit Ausnahme einer bestimmten Person (eine Nennung) werden die Kontakte mehrmals (siebenmal) als nicht hilfreich für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt bezeichnet.

Aussagen zu den **Kontakte mit Familienangehörigen** beschränken sich auf einen Besuch der Großmutter von 4.1a, welcher als nicht hilfreich hinsichtlich der Bewältigung erlebt wurde.

Der Partner konnte nicht oft und immer nur sehr kurz ins Krankenhaus kommen, da er den älteren Sohn zuhause versorgen musste.

Der Kontakt mit einer Freundin, welche einmal im Krankenhaus war, wird als ausschließlich hilfreich **für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** erwähnt.

4.1a erlebte die **Kontakte zu anderen Eltern auf der neonatologischen Station** als nicht hilfreich **für die Bewältigung der Situation rund um die zu frühe Geburt**. Es hat nur einmal ein kurzes Gespräch mit einer anderen Mutter stattgefunden, da 4.1a die meiste Zeit bei ihrer Tochter verbrachte.

4.1a erlebte die Kontakte zum behandelnden in einer Praxis niedergelassenen Kinderarzt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus als hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Geburt (577).

Zum Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots meint 4.1a, dass die Gespräche mit der Frühförderin öfters möglich sein sollten und meint damit, dass sie sich mehr Anwesenheitszeiten der Frühförderin im Krankenhaus wünscht.

10.1.4 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Herrn 4.1b

4.1b kann sich nicht gut an die Frühförderin erinnern und auch nicht daran, wo genau er sie kennengelernt hat, daher kann er wenig konkrete Aussagen treffen. Er gibt auch an, viele Informationen nur aus zweiter Hand durch seine Frau erhalten zu haben, welche ihm auch von dem Frühförderangebot erzählt hatte. 4.1b konnte zudem aufgrund der Versorgung seines Sohnes zuhause nicht viel Zeit im Krankenhaus verbringen.

4.1b ist teilweise sehr widersprüchlich in seinen Aussagen.

Hinsichtlich der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** beschreibt 4.1b die **Kontakte zur Frühförderin** als überwiegend hilfreich (387 und 395), nur **den Kontakt bei einem Hausbesuch der Frühförderin** erlebte er als nicht hilfreich, da aus seiner Sicht zu diesem Zeitpunkt „die Sache erledigt war“ (487).

„... sie war dann, dann – wie gesagt, einmal habe ich sie bei uns zuhause auch gesehen – ich wollte das eigentlich dann irgendwie am anfang gar nicht mehr haben. für mich war die sache erledigt. natürlich war es klar, dass es eine nachbehandlung gibt, das war eh logisch, das war ja auch so ausgemacht, na? aber im prinzip hab ich mir dann eigentlich schon gedacht, na ja, vielleicht brauchen wir das eh nicht mehr, weil jetzt geht’s ihr eh gut, aber ... es ist dann noch ein bisschen weitergegangen, ich weiß nicht, wie viele sitzungen sie dann noch gehabt hat bei uns da ... nein, (da hat man eh selber damit fertig) / selber fertig werden müssen, na“ (487)?

Später im Gespräch sagt er zu den Kontakten mit der Frühförderin allgemein:

„aber wie gesagt, dieser psychologische beistand und alles, das kann man nur so von der frühförderin kriegen, nicht“ (709)?

Hinsichtlich des Beziehungsaufbaus bezeichnet er **die Kontakte zur Frühförderin** sowohl als nicht hilfreich, da nach seinem Empfinden zu diesem Zeitpunkt der Gesundheitszustand des Kindes im Vordergrund stand, als auch als hilfreich:

„... einfluss ... na ja, einen einfluss – am an-, am anfang sicher nicht, weil am anfang hat man das alles eigentlich nicht so wahrgenommen, ja? am anfang, wie gesagt, war das, der überlebenskampf einmal / war einmal das primäre, da war alles andere nebensächlich. aber ich glaube, sie hat schon mit ihren, mit ihren, mit ihren vorstellungen, was sie da / immer ein bisschen was im bewusstsein / ein bisschen was aufgeweckt, sag ich mal, ja. wie man sich verhalten / aber ob das jetzt gleich eben gewirkt hat, das ist schwer zu sagen, ja? aber es war eben auf jeden fall wichtig, dass jemand da war und, und, und sich mit einem beschäftigt und dann versucht, die begleitung zu geben. wenn sie es nicht haben“ (667).

Die **Kontakte zu Ärzten und Krankenschwestern** erlebte 4.1b als nicht hilfreich **hinsichtlich der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, wobei die Ärzte dreimal und die Krankenschwestern fünfmal als nicht hilfreich erwähnt werden. Zu erwähnen ist allerdings, dass 4.1b nach eigenen Angaben nur sehr wenig Zeit im Krankenhaus verbrachte, da er den älteren Sohn zuhause versorgen musste und sich damit zur Zeit rund um die Frühgeburt wohl in einer äußerst angespannten Situation befand.

Familienangehörige finden im Gespräch überhaupt keine Erwähnung. **Kontakte zu Freunden** beschreibt 4.1b nicht hilfreich **bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt**, da Unterstützung von dieser Seite von ihm definitiv nicht erwünscht war.

Die **Kontakte zum Krankenhauspersonal** beschreibt 4.1b als nicht **hilfreich in Bezug auf den Beziehungsaufbau**.

Zum Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots regt 4.1b an, dass Information **über Frühfördermöglichkeiten bereits in Geburtsvorbereitungskursen oder durch Gynäkologinnen und Gynäkologen** vermittelt werden sollten.

Außerdem solle **Frühförderung in jedem Krankenhaus mit Kinderabteilung** angeboten werden, **zumindest in Form von Springertätigkeit**, indem eine Frühförderin für mehrere Krankenhäuser zur Verfügung steht.

10.1.5 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 15.1a

15.1a beschreibt die **Kontakte zur Frühförderin** als ausschließlich hilfreich (zehn Nennungen) **hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt**, wobei sie zwischen den Kontakten im Krankenhaus und den Hausbesuchen unterscheidet. Sie erlebte es als sehr hilfreich, dass sie von derselben Person zuhause weiter betreut wurde, welche sie bereits von Krankenhaus kannte.

„war wirklich hilfreich. ... und man macht sich immer sorgen, und da kommt halt dann jemand und da hat man wen zum tratschen, der genau das weiß, der dich vom spital kennt, der deine situation kennt ... das war schon angenehm, ja“ (175).

Zu **Frühförderkontakten in Form von Hausbesuchen** trifft 15.1a eine Aussage als ausschließlich hilfreich für die Bewältigung der Situation rund um die Geburt.

„im / überhaupt / im krankenhaus waren ja auch noch die ganzen schwestern und ärzte, da war das eher so eine, eine einheit, ja? also ... das haben dann quasi eh alle dort gesagt, und haben beruhigt, da war es, da war es mir noch gar nicht (GEDEHNT) so wichtig wie dann zuhause wirklich, ja? das, das weiß man nicht, da hörst so viel, und der sagt das und der sagt das, und ... sie gehört halt da dazu, aber so, so heraus, also wie soll ich das sagen? ... es kamen so viele einflüsse, aber DANN war sie wirklich zuhause wichtig, ja? als ansprechperson“ (594).

Im Zuge dieser Aussage bezeichnet sie **betreffend die Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt noch auf der neonatologischen Station „Ärzte, Krankenschwestern und die Frühförderin** als unterstützende Einheit“ (ebd.).

Hinsichtlich des **Beziehungsaufbaus** (Forschungsfrage zwei) beschreibt 15.1a die **Kontakte zur Frühförderin** dreimal als ausschließlich hilfreich und erwähnt auch, dass sie sich durch die Gespräche mit der Frühförderin dem Kind unbeschwerter zuwenden konnte.

„hm, na das ist sicher entspannter dann gewesen, weil man, man erwartet nichts von dem kind, man / also ... eben, viele erwarten halt, (dass sie was machen). man hat ja bücher, die meisten haben ja bücher, und da steht eben: im ersten monat, im zweiten monat, im dritten monat machen die das und

das ... und da kommt man schon unter druck, oder man zweifelt dann ... blöderweise, ja? im nachhinein. ... genau, und da / das ist schon entspannter. das / also das ist ganz normal, ja? der braucht mindestens – hat sie damals gesagt, das werd ich auch nie vergessen – sicher bis zum sechsten lebensjahr haben die kinder zeit, dass sie das aufholen, ja“ (884)?

„#nein#, gekannt hab ich das auch nicht, natürlich, aber ... wie sie es mir erklärt hat, und dass man eben da ... erkennen kann, oder / (SUCHT NACH DEN RICHTIGEN WORTEN) „erkennen kann“ ... wenn es ein monat zu früh ist, entwickeln sie sich eh langsamer, ja? aber ob das halt auch noch im NORMALEN ist oder ob man da ... sinne wecken kann oder mehr ... mehr kontakt zum kind halt kriegen kann“ (161).

Hinsichtlich der **Entwicklung des Kindes** (Forschungsfrage drei) beschreibt 15.1a die Kontakte mit der Frühförderin auf der neonatologischen Station einmal als überwiegend hilfreich und bei den Hausbesuchen dreimal als ausschließlich hilfreich und zweimal als überwiegend hilfreich.

„und die frühförderin war da wirklich wichtig und --- (spielzeug und was zum tasten und was zum fühlen und hören und ---) ... und sie hat gesagt, er entwickelt sich ganz normal. das war, das war wirklich sehr (sehr gut)“ (525).

„grad weil die ja einfach wirklich in der bewegung eingeschränkt sind, da hat sie ganz tolle sachen mitgebracht und die auch hergeborgt und dagelassen, und ... das war wirklich beruhigend, wirklich“ (712).

„also die hat mir da tolle sachen dagelassen, also ... wassergefüllte bauchunterlagen und --- ... damit er sich eben stabilisieren lernt und die bauchmuskeln trainiert, also wenn er am bauch liegt, ja? ... also das war wirklich hilfreich. weil sonst, wie, wie weiß man / wie, wie bringt man ein kind dazu, dass es interesse hat, einmal auf die andere seite zu, zu rollen oder zu schauen, ja“ (956)?

Betreffend die vierte Forschungsfrage nach **Kontakten zu Ärzten** beschreibt 15.1a, dass diese ausschließlich hilfreich bei der **Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt** waren, dieser Kategorie wurden neun Aussagen zugeordnet.

Kontakte zu den Krankenschwestern im Krankenhaus beschreibt 15.1a achtmal als ausschließlich hilfreich und zweimal als nicht hilfreich. 15.1a fühlte sich im Krankenhaus generell sehr gut aufgehoben und betreut.

Die **Kontakte zur mobilen Kinderkrankenschwester**, von welcher 15.1a viel Information und praktische Ratschläge erhalten hat, werden sechsmal als ausschließlich hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** beschrieben.

Die **Kontakte zu Familienangehörigen** werden ambivalent beschreiben. Der Partner wird als überwiegend bis ausschließlich hilfreich erwähnt, er übernahm unmittelbar nach der Geburt die Rolle des Vermittlers (er brachte beispielsweise ein Foto des frühgeborenen Xaver; Zeile 769). Neben dem Partner hatte 15.1a in der ersten Zeit nach der zu frühen Geburt nur zu den **engsten Familienmitgliedern** Kontakt, hinsichtlich der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** wird dieser aber als wenig hilfreich beschrieben. 15.1a äußerte auch das Bedürfnis, sich nach der Geburt abzuschirmen (Zeile 484) und damit vor allem dem Kind Ruhe zu gönnen. Ebenso wenig legte 15.1a Wert auf die Tipps und gutgemeinten Ratschläge der Verwandten.

Kontakte zum Freundeskreis wurden ebenfalls aus den oben dargelegten Gründen in der Zeit rund um die zu frühe Geburt vermieden. Diese mussten sich laut 15.1a gedulden, bis sie das Kind sehen durften.

Als **weiteren Aspekt** über die Kontakte mit der Frühförderin und anderen Personen auf der neonatologischen Station und im privaten Umfeld hinaus nennt 15.1a die **Verlegung in ein Mutter-Kind-Zimmer** im Krankenhaus als hilfreich. Sie war in diesem fast einen Monat lang nach der Frühgeburt.

Darüber hinaus erwähnt 15.1a auch **Frühchentreffen** unter der Leitung der mobilen Krankenschwester dreimal als ausschließlich hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**.

Kontakte zu anderen Müttern im Krankenhaus beschreibt 15.1a dreimal als ausschließlich hilfreich und zweimal als nicht hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** (einmal stand eine Sprachbarriere dem Kontakt entgegen; einmal äußert 15.1a, dass sie die Unterbringung auf der normalen Entbindungsstation, wo andere Mütter ihre termingerecht geborenen Kinder bei sich hatten, als belastend erlebte).

Die **Information, dass andere Eltern im Bekanntenkreis auch von Frühgeburt betroffen** waren, war für 15.1a hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, da sie so das Gefühl vermittelt bekam, mit diesem Schicksal nicht alleine zu sein.

Bücher (Elternratgeber) empfand 15.1a als nicht hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, da diese bei ihr „unnötigen Druck“ (Zeile 885) erzeugten.

10.1.6 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 18.1a

18.1a erachtet die **Kontakte mit der Frühförderin** als ausschließlich hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, was sich in neun entsprechenden Aussagen äußert. Sie beschreibt dabei ausführlich, wie sich die Person der Frühförderin auf ihre Bewältigung der Situation auswirkte, wie sich ihre Gedanken entwickelten und welche Gefühle der Entlastung sie dabei erlebte. Sie unterscheidet dabei klar zwischen den Kontakten mit der Frühförderin auf der neonatologischen Station und bei den Hausbesuchen.

„(RÄUSPERT SICH) ja also schon sie hat da schon einfach ... beSTÄRKT EINFACH ... schon SCHLIMM“ also sie hat nicht das auch so unter den tisch gekehrt sondern sie hat gesagt „okay, das ist echt schlimm“ und hat sich das auch eigentlich angehört und wollt’s auch eigentlich wissen und ich soll ihr das erzählen und ahm hat dann gesagt „das ist ist ist sicher keine schöne situation“ und und ahm aber sie hat dann halt auch irgendwie so ein bisschen auch das POSITIVE einfach herausgehoben und „ja, wird sicher WERDEN und sie werden sehen“ und und sie hat dann auch schon ein bisschen so ein bisschen schon gestärkt „die kleine braucht jetzt die ganze KRAFT“ und so und also sie hat das dann schon ahm auch so rübergebracht ... und ich soll mir das einmal überLEGEN ... also das war dann auch schon wo ich wo man dann einfach nachdenkt und sagt „okay, (WIRD LEISER) *vielleicht ist es wirklich so“ also das ist so / das war schon irgendwie super.*

also im ersten moment hab ich mir gedacht (WIRD LEISER) „ah, naja“ ... aber man fangt dann einfach dann / wenn man dann wirklich zeit für sich hat dann wirklich zum nachdenken an“ (294).

„und dann auf einmal so (SCHNIPPT MIT DEN FINGERN) und das kind ist da / das ist so, wie würde dir ... irgendwer ein kind hinlegen und sagen “da hast, pass mir darauf auf” so / also so FÜHLT man sich irgendwie und dann wen zu haben, der was sagt “na das ist NORmal” weil dann glaubt man wirklich ICH BIN ja nicht ganz dicht“ (1476).

„sie war auch sehr nett und wir haben uns da eigentlich und dann wie wir uns einmal gesehen haben haben wir uns eigentlich immer gesehen ... #dass sie halt gibt# einfach ... und die HOLT einen da so ein bisschen da raus und nachher JA ERZÄHL „WIE GEHT’S DAHEIM“ also die die erzählt auch so so wie’s daheim halt ist und und und wie wie die familiensituation ist und das hilft dann auch schon ein bisschen, weil man dann auch so von den gedanken ein bisschen ... ein bisschen rauskommt“ (136).

Bei Kontakten mit der Frühförderin war demnach auch die „Familiensituation“ Thema, die in Zusammenhang mit der unmittelbaren Wohnnähe der Mutter von 18.1a steht. Ihre **Kontakte mit der Mutter** beschreibt 18.1a siebenmal als ausschließlich hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**.

Kontakte mit Ärzten auf der neonatologischen Station beschreibt 18.1a zweimal als ausschließlich hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**.

Kontakte mit Krankenschwestern auf der neonatologischen Station benennt sie einmal in einer kurzen Aussage als ausschließlich hilfreich. Zweimal beschreibt sie Kontakte bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** dahingehend, dass eine Krankenschwester sie zu einem Rund-um-die-Uhr Aufenthalt bei ihrem Baby auf der neonatologischen Station bewegen wollte (542 und 573), als nicht hilfreich.

Auch **Kontakte mit ihrem Partner** beschreibt 18.1a zweimal kurz als einmal ausschließlich und einmal überwiegend hilfreich bei der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**.

Kontakte mit Freunden werden lediglich zweimal und dabei auch ambivalent beschrieben: Einmal als ausschließlich hilfreich in Bezug auf die Möglichkeit, sich bei Freunden auszusprechen (Zeile 351) und einmal als nicht hilfreich unmittelbar nach der Geburt, als diese geschockt und angstvoll im Umgang mit den Baby waren (Zeile 258). Diese Aussagen betreffen den Aspekt der **Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**.

„und da waren halt alle mehr schockiert als wie (bedeutet: sehr schockiert, A.d.V.) (LACHT), weil sie gesagt haben, OH MEIN GOTT was kann alles passieren und und also das war / und die waren auch geprägt vom ersten mal (Totgeburt bei 18.1a), A.d.V.) und da ist man halt dann immer so/ so hat halt immer auch die angst halt (auch ein bisschen) vor dem SPIELEN und das war dann halt ich glaub die waren dann ... (MIT ÜBERRASCHTER STIMME) „was da ALLES sein kann“ und und ... nicht NUR hilfreich, JA, das stimmt, aber JA da muss man, da muss man durch. deshalb ... es ist halt SCHWER, aber es stimmt schon, es muss halt jeder jeder SELBER irgendwie eine art finden, wie man damit umgeht“ (258).

„#man hat sich's# man hat sich's einfach von der seele reden können ... und und ahm auch freunde und (verwandte) die ha-/ und wenn sie sich's fünfmal angehört haben sie haben sich's angehört ... sie haben's zur kenntnis genommen (LACHT) sie haben sich's angehört UND sie haben gesagt „ja man kann auch vielleicht ist es bei denen auch einmal so --- sind --- menschen aber das kann DURCHaus SEIN. ... nein also die ... waren einfach halt da, wenn man sie gebraucht hat ... und haben sich das halt angehört“ (351).

Betreffend den Forschungsaspekt des Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung trifft 18.1a eine Aussage zu einem **Kontakt mit ihrem Partner**, den sie dabei als ausschließlich hilfreich beschreibt und zwei Aussagen zu **Kontakten mit der Mutter**, die sie als ausschließlich hilfreich beschreibt. (503 und 542).

Eine der beiden Aussagen zu **Kontakten mit der einen Krankenschwester**, die 18.1a als nicht hilfreich erlebte, kann auch auf den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung bezogen werden (542).

Zum Erweiterungsbedarf von Frühförderkontakten sagt 18.1a, dass Frühförderinnen Informationen über weitere Hilfen in Vereinen und über finanzielle Hilfen geben sollten.

10.1.7 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern der Gruppe 1 im Vergleich

Die **Kontakte zur Frühförderin** werden von allen Eltern der Gruppe 1 mit Ausnahme von 4.1b als ausschließlich hilfreich **für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** beschreiben.

4.1b stellt die Kontakte bei Hausbesuchen im Gegensatz zu denen auf der neonatologischen Station als nicht hilfreich dar, wobei er die Kontakte zur Frühförderin auf der neonatologischen Station zwar insgesamt als überwiegend hilfreich erlebte, bei den Hausbesuchen jedoch als nicht hilfreich, da für ihn zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus „die Sache erledigt war“ (4.1b, 487).

Alle vier befragten Mütter der Interview-Gruppe 1 erlebten die Kontakte zur Frühförderin als ausschließlich hilfreich bei der Bewältigung der Situation und differenzieren zwischen den Kontakten auf der neonatologischen Station und bei Hausbesuchen. Während 4.1a die Gespräche mit der Frühförderin neun Mal vor allem im Krankenhaus als ausschließlich hilfreich erlebte, beschreiben 3.1a (elf Mal), 15.1a (zehn Mal) und 18.1a (neun Mal) insbesondere die Hausbesuche der Frühförderin als ausschließlich hilfreich, wobei sie die beruhigende und entlastende Komponente der Gespräche betonen.

15.1a erlebte es außerdem als sehr hilfreich, zuhause von derselben Person weiter begleitet zu werden, die sie bereits im Krankenhaus begleitet hat.

18.1a bringt eine sehr differenzierte Beschreibung der Denkprozesses und Gefühle, welche sich in Zusammenhang mit den Hausbesuchen der Frühförderin bei ihr entwickelten und schildert auch ihre Gedanken zum entlastenden Einfluss der Person der Frühförderin:

„#ohja, ohja, eh#, ja, aber / sie hat auch gesagt, ja, das ist so, das ist so JA und es wird sich SICHER bessern ... *sie hat gesagt* aber das ist ist jetzt kein grund, warum man sich jetzt SCHÄMEN soll oder so“ (448).

„schon na das schon das war toll. und sie hat auch gesagt, das was mich dann wirklich auch gewundert hat ... *ich hab sie dann glaub ich ein oder zwei wochen nicht gesehen* ... UND ahm sie ist dann auch gekommen und hat gesagt „ja und jetzt will sie unbedingt wissen / vom ersten kind will sie die fotos sehen“ und ich hab gesagt „ja ich hab noch fotos“ und sie hat gesagt „na, das will sie jetzt sehen“ OHNE dass ich etwas gesagt habe also sie hat sich so / und ich hab mir gedacht ja man kann / also die hat WIRKlich zugehört ... also das ist mir dann nicht so vorgekommen, also erzählt man wem was und *DER* verSUCHT halt eben wie so anTEILnahme zu haben und ... verGISST's dann eh wieder, sondern sie hat sich wirklich du hast gemerkt also da war ich echt dann BAFF also echt ... also war schon also die war wirklich sehr sehr nett und man hat sich wirklich wohl gefühlt. das auf ALLE fälle“ (381).

Der Vater 3.1b trifft sieben Aussagen zu den Kontakten mit der Frühförderin hinsichtlich dessen, dass er sie als sehr hilfreich bei der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt erlebte:

„sie ist sehr auf auf probleme oder fragen eingegangen ... sie hat sich wirklich zeit genommen, sie hat auf individuelle fragen geantwortet“ (3.1b, 231).

„und da hat sie uns doch eine ruhe vermittelt, die wir zu dem zeitpunkt einfach nicht gehabt haben“ (3.1b, 244).

„bei der frau (NAME DER FFin) hab ich nie das gefühl gehabt, eine blöde frage zu stellen“ (3.1b, 288).

Hinsichtlich des **Beziehungsaufbaus zum Kind** werden die **Kontakte zur Frühförderin** unterschiedlich beschrieben. 15.1a erlebte sie als ausschließlich hilfreich, 3.1a und 3.1b als überwiegend hilfreich, 4.1a und 4.1b als nicht hilfreich. 18.1a macht diesbezüglich keine Aussage.

Hinsichtlich der **Entwicklung des Kindes** differenzieren vier der sechs Eltern der Interview-Gruppe 1 (3.1a, 3.1b, 4.1a, 15.1a) zwischen den **Kontakten zur Frühförderin auf der neonatologischen Station und den Hausbesuchen**. 3.1a und 3.1b können auf der

neonatologischen Station noch keinen Zusammenhang zwischen den Frühförderkontakten und der Entwicklung des Kindes herstellen, bei den Hausbesuchen erlebten sie diese als überwiegend hilfreich.

3.1b spricht dabei überwiegend von der Frühförderin als jemandem, der die Entwicklung seines Kindes kontrollierte:

„naja, die frau (NAME DER FFin) hat ja mit ihm auch spiele gespielt und durch diese spiele hat man ja gemerkt / weil am anfang eben beim frühchen hast ja nicht gewusst, wie entwickelt sich der / hat der / ist ist sozusagen / klingt jetzt blöd, aber ist sozusagen alles in ordnung, ja. und durch diese spiele und ...hab ich auch gesehen, dass er eben ein unter anführungszeichen normales kind ist, ja / das man eben /... diese spiele hat eben nur die frau (NAME DER FFin) mit ihm gespielt, ja also / ob diese funktionen jetzt funktionieren alles das / das hat die krankenschwester nicht gemacht ... da hat sich halt die frau (NAME DER FFin) eher eingesetzt, das heißt, da haben wir dann ein relativ gutes gefühl dann gehabt dabei / wie wir immer dann gesehen haben „da schau her, das kann er jetzt auch schon“ und und das ertasten und das wahrnehmen und so weiter / also solche spiele, das war spitze für uns, weil wir da eben auch gemerkt haben, halt dass das passt alles“ (422).

„die spiele von der frau (NAME DER FFin), die waren ja für mich ... wichtig, weil ja auch ein kontrollzweck da war / hat er das / hat er die motorik und so weiter / passt das mit der motorik und / und das war / das war für mich damals das entscheidende“ (820).

4.1a und 4.1b betonen, auf der neonatologischen Station, wo die Gesundheit des Kindes und damit medizinische Angelegenheiten im Vordergrund standen, nicht auf diesen Aspekt geachtet zu haben.

„ja, also im krankenhaus nicht, weil da gibt es andere dinge, die im vordergrund --- / ob sie jetzt das machen kann oder nicht ist mir egal / hauptsache, wie gesagt, es ist alles in ordnung“ (4.1a, 618).

Bei den Hausbesuchen beschreibt 4.1a die Kontakte zur Frühförderin dreimal als nicht hilfreich und einmal als ausschließlich hilfreich in Bezug auf die Entwicklung des Kindes.

„.... nein (LACHT), sie hätt sich ja auch ohne frau (NAME DER FFin) so entwickelt, oder“ (613)?

„also, MIR hat es sicher gut getan und mir halt besser, schneller wieder besser geht, ja. aber zur lisa hin ... die lisa, wie gesagt, dass sie die entwicklung gefördert hätt oder was, da hätt sie müssen wahrscheinlich ein jahr oder was kommen, denke ich, oder. ich weiß nicht, wie lange das eigentlich üblich ist, dass jemand kommen könnte. ich glaub, fast ein jahr hat sie schon#---# wenn sie dann wirklich ein bisschen reagieren die babies und sie das ein bisschen fördert mit sämtlichen / weil sie hat immer viel mitgebracht, so ketterl und so / die greifreflexe wahrscheinlich zu routinieren und wenn das baby älter ist als wie ein halbes jahr, kann man das wahrscheinlich auch fördern, als wie wirklich wenn das jetzt ein monat erst ist“ (635).

„#ja, halt einfach nur zu sprechen, weil sonst#, wie gesagt, hat sie ja nichts gemacht, sie ist da nur gegessen und das baby ist halt da gelegen (LACHT) und dann haben wir halt ein bisschen plaudern können, ja“ (649).

„ja schon sehr. auch für zuhause dann, weil man denkt sich ja doch (HEBT STIMME) *sie ist zu früh, ist alles in ordnung, entwickelt sie sich normal* und sie hat halt da immer verschiedene spielsachen immer mitgebracht und halt“ (169).

15.1a erlebte die Kontakte zur Frühförderin sowohl auf der neonatologischen Station als auch bei Hausbesuchen als ausschließlich hilfreich für die Entwicklung ihres Kindes.

Zum einen erachtete sie die Frühförderin wichtig für die Entwicklungskontrolle:

„und die frühförderin war da wirklich wichtig und --- (spielzeug und was zum tasten und was zum fühlen und hören und ---) ... und sie hat gesagt, er entwickelt sich ganz normal. das war, das war wirklich sehr (sehr gut)“ (525).

Zudem schätzte sie die von der Frühförderin mitgebrachten Utensilien für das Baby:

„grad weil die ja einfach wirklich in der bewegung eingeschränkt sind, da hat sie ganz tolle sachen mitgebracht und die auch hergeborgt und dagelassen, und ... das war wirklich beruhigend, wirklich“ (712).

Die sechs Eltern beschreiben die **Kontakte zur Frühförderin** durchwegs als ausschließlich hilfreich **hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt**. 3.1a, 3.1b und 15.1a erkennen einen Zusammenhang zwischen den Kontakten mit der Frühförderin und ihrem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung. 3.1a, 3.1b, 4.1a und 15.1a erachten die Frühförderkontakte als bedeutsam für die Entwicklung des Kindes.

Die **Kontakte zu den Ärzten** werden von allen sechs Eltern beschrieben, dies aber sehr unterschiedlich: 3.1b und 4.1b erlebten sie als nicht hilfreich. 3.1a erachtete Kontakte mit Ärzten als nicht hilfreich **für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt**, führt dies aber auf die mangelnden zeitlichen Ressourcen zurück, da zu der Zeit, als ihr Kind zur Welt kam, sehr viele frühgeborene Kinder auf der Station versorgt wurden. 4.1a trifft ambivalente Aussagen:

„auch der arzt auf der station / also, wenn die zwei nicht gewesen wären, glaub ich, hätte ich sowieso zusammengepackt und wäre gegangen... der ist so was von nett und hat halt die ängste genommen“ (130).

„es kommt einmal jemand und schaut das baby an und plaudert, wenn man glück hat mit einem ... oder man wird sowieso als kasten angeschaut und ignoriert (LACHT)“ (779).

15.1a und 18.1a beschreiben die Kontakte als ausschließlich positiv.

„wir waren dann schon beim (LANGGEZOGEN) arzt / dann hat es geheißen na eigentlich sollte sie schon aber wenn sie noch nicht tut dann NICHT #sie ist ja so FRÜH# also das war halt dann immer / sie haben ihr schon einen spielraum lassen ... aber nichts erzwingen“ (652).

Die **Kontakte zu Krankenschwestern** werden von 3.1b, 4.1a 15.1a und 18.1a sowohl als hilfreich als auch als nicht hilfreich für die Bewältigung der Situation, den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes beschrieben.

3.1a nennt die Kontakte nicht hilfreich, wobei sie hier, wie auch bei den Ärzten, Verständnis für die Situation auf der Station und die begrenzten Ressourcen des Personals zeigt.

4.1b erachtet die Kontakte mit Krankenschwestern als nicht hilfreich; er war nach eigenen Angaben jedoch nur wenig auf der neonatologischen Station, da er den älteren Sohn versorgen musste, während seine Frau das Baby bekam.

Die Kontakte zur **mobilen Kinderkrankenschwester** werden von 3.1a und 15.1a als ausschließlich hilfreich, von 3.1b als überwiegend hilfreich dargestellt.

Familienangehörige und Freunde werden insgesamt als wenig hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation beschrieben, lediglich 18.1a erlebte ihre Mutter und ihren Partner als ausschließlich hilfreich.

3.1a und 3.1b hatten zur Zeit der Frühgeburt zwar Kontakt zu den Eltern und Schwiegereltern, die Eltern der Mutter wohnen auch sehr nah, und nahmen Unterstützung in praktischen Angelegenheiten gerne an, vermieden aber Gespräche über die Frühgeburt und bevorzugten diesbezüglich die professionelle Begleitung durch die Frühförderin. Sie vermieden zu dieser Zeit auch Kontakt zu Freunden.

Bei 4.a und 4.1b finden Eltern und Schwiegereltern gar keine Erwähnung, es gab nur einen Kontakt zur Großmutter, welchen 4.1a als nicht hilfreich erlebte. Der Partner konnte nur selten und kurz ins Krankenhaus kommen, da er den älteren Sohn zuhause versorgen musste. 4.1a litt sehr unter der Trennung von ihrer Familie. 4.1a erlebte einmal den Kontakt zu einer Freundin als ausschließlich hilfreich, während 4.1b den Kontakt zum Freundeskreis vermied, da Unterstützung von dieser Seite definitiv nicht erwünscht war.

15.1a beschreibt in der Zeit nach der Frühgeburt, während sie noch im Krankenhaus war, das Bedürfnis, sich von der Umwelt abzuschildern. In erster Linie wollte sie ihr Kind dadurch vor äußeren Reizen schützen, weil dieses, wie sagt, „...eigentlich noch gar nicht da ist... und Schlaf und Ruhe braucht“ (15.1a, 490). Kontakte mit Familienangehörigen und Freunden vermied sie dahingehend. Der Partner übernahm in der Zeit unmittelbar nach der Geburt eine Art Botenrolle, indem er der Mutter erste Fotos des Kindes brachte.

18.1a beschreibt die Kontakte zu Freunden unterschiedlich. Einerseits erlebte sie die Möglichkeit, sich bei Freunden auszusprechen, als ausschließlich hilfreich, andererseits war es hingegen aber nicht hilfreich, als viele Bekannte unmittelbar nach der Geburt geschockt reagierten und unsicher und angstvoll im Umgang mit dem Baby waren.

Zur Forschungsfrage vier betreffend den Vergleich der interviewten Eltern zwischen Kontakten mit der Frühförderin und Kontakten mit anderen Personen zur Zeit der Frühgeburt unterscheiden 3.1a und 3.1b zwischen der Frühförderin in ihrer Rolle der psychischen und emotionalen Unterstützung und der mobilen Kinderkrankenschwester in ihrer Rolle als Unterstützerin in praktischen und medizinischen Angelegenheiten (vgl. Kapitel 10.1.2).

3.1b bringt einen Vergleich der Kontakte zur Frühförderin mit Kontakten zu Krankenschwestern:

„#na, da war ich nicht dabei# das hat meine frau miterlebt / richtig gespräche mit einem doktor oder einer schwester, wo ich jetzt unter anführungszeichen mein herz ausgeschüttet hätte, haben nicht stattgefunden / also da ist es eher darum gegangen, so wie mit der krankenschwester, wie muss ich ihn halten, wenn wir ihn baden ... was müssen wir zu dem zeitpunkt machen was müssen / also, den normalen ablauf, aber richtige gespräche, wo wir gesagt haben, man setzt sich zusammen / man redet über das ganze, das hat's nicht gegeben / also das war eher die frau (NAME DER FFin), dass wir gesagt haben, okay, das kind ist da ,wie schaut's aus / was / wo haben sie gefühlsmäßig ... probleme, dass sie sagen, das oder das hat nicht gepasst oder... also das / das ist nur von ihr gekommen“ (450).

3.1a unterscheidet zwischen Kontakten mit der Frühförderin und den Kontakten mit Familienangehörigen oder Freunden:

„ja, ja total, ja. mit der hab ich super reden können und alles, also ... das, das muss ich schon sagen, das hilft einem dann schon ... weil da, wie gesagt, da kann man auf einer anderen ebene reden, als wie jetzt mit mama und papa oder auch mit dem Ehepartner“ (622).

„genau. ja, da hab ich ihr mehr da vertraut, was sie sagt, als was jetzt eben die tante oder die nachbarin oder – mag ich auch alle gerne, aber in dem fall verlässt man sich nur – oder ich – dann auf so fundierte aussagen, oder ... die dir das auch erklären können, warum das so ist und was sich grad entwickelt und ... wie kann man das eben fördern: augen, schauen und ... na das waren dann schon (diese) personen, also die frau (NAME DER

FFin) und die frau (NAME DER KINDERKRANKENSCHWESTER)“
(914).

3.1b betont in ähnlicher Art die professionelle Rolle der Frühförderin gegenüber Familienangehörigen und Freunden:

„also, das da sind wir eher zur frau (NAME DER FFin) dann gegangen, weil sie irgendwie doch einen abstand gehabt hat davon. dass man eine objektive meinung einholen kann ... und ich hab es eigentlich auch vermieden, solche fragen an meine eltern zu stellen, weil wenn das dann / wenn dann antworten gekommen wären oder lösungsvorschläge, die hätt ich dann nicht durchgeführt, dann ... wissen sie eh. das kann dann schwierig sein, weil vielleicht gefällt mir die oder der lösungsvorschlag nicht / nur wenn ich den dann nicht gemacht hätte, dann wären vielleicht meine eltern eingeschnappt gewesen, oder / ja genau ... drum haben wir die eigentlich außen vor lassen. und es war im endeffekt auch gescheiter ... also ich kann nur einem jeden empfehlen, von einer objektiven stelle sich informationen zu holen, ist sicher gescheiter als von der eigenen familie“ (480).

Auch 15.1a unterscheidet in ihren Aussagen mit differenzierten Beschreibungen zwischen den Kontakten mit der Frühförderin im Gegensatz zu Kontakten mit der Familie und bringen zum Ausdruck, dass sie den professionellen Hintergrund und die Person der Frühförderin schätzten.

„mhm, ja wie gesagt, war eher dass, dass man sie halt sprechen konnte, ganz einfach, dass jemand da vom, vom fachlichen, dem kann man mal seine ganzen sorgen erzählen und sie hört zu und gibt eben ratschläge“ (710).

Als **weitere hilfreiche Aspekte für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt und einmal für den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung** kamen seitens der befragten Eltern folgende hinzu:

Als hilfreiche und nicht hilfreiche Personen erachtete 4.1a Kontakte mit anderen Eltern ein Mal als nicht hilfreich, auch 15.1a äußerte sich dahingehend zwei Mal, fand aber gleichzeitig zwei Mal Kontakte mit anderen Eltern auch hilfreich.

Weiters beschrieb 4.1a Kontakte mit dem behandelnden Kinderarzt in seiner Praxis ein Mal als sehr hilfreich.

Als Personengruppen nannte 3.1a Frühchentreffen sehr hilfreich, 15.1a erweitert dies auch auf die mobile Kinderkrankenschwester als Leiterin der Frühchentreffen.

Den Geburtsvorbereitungskurs stellt 3.1a als nicht hilfreich für die Bewältigung der Situation der Frühgeburt dar.

Als **weitere hilfreiche und nicht hilfreiche Einflüsse** führen 15.1a und 3.1b das Mutter-Kind-Zimmer an, das für 3.1a auch für den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung als sehr hilfreich erlebt wurde.

Für 15.1a war das Wissen um einige andere von Frühgeburt betroffene Eltern aus ihrem Bekanntenkreis hilfreich für die Bewältigung der Situation der Frühgeburt.

Sie nennt weiters das Lesen von Büchern vor der Geburt als nicht hilfreich.

Weiters erachtete es 15.1a als nicht hilfreich, dass sie von zu Hause auf die neonatologische Station pendeln musste, da dort kein Platz für sie zum Übernachten war.

Die sechs Eltern äußerten sich **zum erlebten Veränderungs- und Erweiterungsbedarf** des Frühförderangebots des Krankenhauses Mödling folgendermaßen:

Zwei Eltern (3.1a, 4.1b) wünschten sich bereits bei Kursen und bei Gynäkologinnen und Gynäkologen im Vorfeld der Geburt Informationen über die Möglichkeit von Frühförderung, wobei 3.1a appellierte, diese Information zumindest gleich bei der Geburt zu bekommen.

18.1a meinte zudem, dass auch die Frühförderin selbst Informationsvermittlerin zu weiteren vereinsmäßig angebotenen Hilfen rund um die Frühgeburt (beispielsweise Hilfe durch eine mobile Kinderkrankenschwester) und über finanzielle Hilfen sein sollte (im vorliegenden Beispiel durch einen Verein, bei dem eine Mitgliedschaft eine Kostenübernahme von Spitalstagsätzen ermöglicht).

Zur berufsspezifischen Rolle der Frühförderin bestand ein Bedürfnis seitens 3.1a, diese im Verbund des Teams der neonatologischen Station besser erklärt zu bekommen und seitens 3.1b, dass ihr Angebot nach der Entlassung aus dem Krankenhaus professionelles Babysitting für frühgeborene Babys beinhalten soll.

Hinsichtlich der Arbeitszeiten der Frühförderin sollte klarer sein, wann sie Dienst hat, meint 3.1a und welche Termine sich davon für Elterngespräche ableiten. Laut 4.1a sollte sie öfter auf der Station anwesend sein. 4.1b denkt darüber hinaus, dass jedes Krankenhaus eine Frühförderin haben sollte, zumindest als Springerin zwischen mehreren Krankenhäusern.

15.1a wünschte sich, dass eine Frühförderin auch bei den Frühchentreffen im Krankenhaus mitarbeitet.

10.2 Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern der Gruppe 2

Zur Gruppe 2 wurden die Interviews jener Eltern zusammengefasst, welche ausschließlich auf der neonatologischen Station Kontakte zur Frühförderin hatten. Zu dieser Gruppe zählen die Interviews der sechs Mütter 7.2a, 8.2a, 9.2a, 11.2a, 16.2a und 22.2a.

Der Partner von 7.2a lehnte ein Gespräch aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen ab.

8.2a lebte zum Zeitpunkt der Interviewplanung vom Kindesvater getrennt und gab an, dass dieser vermutlich zu keinem Gespräch bereit wäre, da er sich bereits zur Zeit der Frühgeburt des Sohnes nicht sehr mit der Thematik auseinandergesetzt hatte.

Der Partner von 9.2a erklärte sich zu einem Gespräch bereit, obwohl er die Frühförderin nicht kennengelernt hatte. Dieses Interview ist demnach der Gruppe 3 (Mutter/Vater hatte weder auf der neonatologischen Station noch bei deren Hausbesuchen Kontakt zur Frühförderin) zuzuordnen; es wird daher mittels Globalanalyse ausgewertet und die Ergebnisse in Kapitel 12 dargestellt.

Der Partner von 11.2a war zu keinem Gespräch bereit, da er die Frühförderin nicht kennengelernt hatte.

Der Partner von 16.2a zeigte sich sehr interessiert an der Thematik und war gerne bereit zu einem Gespräch, welches er aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen mehrmals verschieben musste und dadurch erst fast drei Monate nach dem Gespräch mit 16.2a zustande kam. Die Auswertung dieses Interviews findet ebenfalls in Kapitel 12 mittels Globalanalyse Berücksichtigung.

Der Partner von 22.2a hatte keinen Kontakt zur Frühförderin und wollte aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen kein Interview geben.

Die Ergebnisraster werden wie die wörtlichen Interviewtranskripte am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien in den Räumlichkeiten des Arbeitsbereichs Psychoanalytische Pädagogik aufbewahrt. Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse der sechs Interviews gleichsam den Untersuchungsergebnissen der Gruppe 1 in Kapitel 10.1 entsprechend der Reihenfolge unserer Forschungsfragen beschreibend zusammengefasst, dargestellt und erste Überlegungen dazu angestellt.

10.2.1 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 7.2a

Vorab zu erwähnen ist, dass die ersten zwölf Minuten der Gesprächsaufzeichnung verloren gingen, als es dem beim Gespräch anwesenden jüngeren Kind von 7.2a gelang, das Aufnahmegerät abzuschalten. Die Interviewerin sprach unmittelbar danach eine

Zusammenfassung der bis dahin getroffenen Aussagen von 7.2a auf Band, um an die noch ausstehenden Fragen anknüpfen zu können. Die wörtlichen Beschreibungen von 7.2a hinsichtlich ihres Erlebens der Situation der Frühgeburt und des Kennenlernens der Frühförderin liegen uns demnach nicht vor, wodurch die Auswertung verzerrt sein könnte.

7.2a verbrachte nach der unerwartet eingetretenen Frühgeburt fast drei Wochen mit ihrem Sohn in einem Mutter-Kind-Zimmer im Krankenhaus Mödling.

Bezug nehmend auf die erste Forschungsfrage nach dem Erleben der **Kontakte mit der Frühförderin** hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, beschreibt 7.2a zwei Situationen. Einmal erlebte sie das Gespräch mit der Frühförderin als ausschließlich hilfreich und ein weiteres Mal als nicht hilfreich, indem sie angibt, zu dieser Zeit, wo alle Aufmerksamkeit auf die Gesundheit des Kindes fokussiert war, überhaupt nicht über die Situation der Frühgeburt gesprochen zu haben. Sie berichtet aber darüber, dass die Geburt sehr schwierig und belastend war, sie aber nach eigenen Angaben diese Belastung vermutlich im Sinne eines Selbstschutzes ausgeblendet hat.

„#--- hab ich NICHT# über das gesprochen, aber ich habe zu dem Zeitpunkt habe ich über die geburt GAR NICHT geredet ... das war irgendwie so TOTAL ... nebensächlich ... also im HINTERGRUND, nicht da war alles nur der MAX so quasi ja es war alles FOKUSSIERT auch von MEINER SEITE ... aber im ENDEFFEKT war die geburt ein HORROR“ (186).

7.2a beschreibt auch, wie diese belastenden Gefühle während ihrer zweiten Schwangerschaft wieder in ihr hochgekommen sind.

Die Möglichkeit von **Hausbesuchen** der Frühförderin und ob 7.2a die Inanspruchnahme dieses Angebots in Erwägung gezogen hatte wurde im Gespräch nicht thematisiert.

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die **Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung** trifft 7.2a keine Aussagen. Bezüglich des Beziehungsaufbaus ist 7.2a recht widersprüchlich in ihren Aussagen. Sie beschreibt sehr anschaulich, wie sie ihr Kind beim ersten Kontakt am Tag nach der Geburt aufgrund seines zerbrechlichen Aussehens nicht zu berühren wagte, sondern erst am Tag darauf, als sie wusste, dass von medizinischer Seite alles in Ordnung ist. Gleichzeitig betont sie allerdings, keine Probleme gehabt zu haben, eine Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen.

„... nein, also ich habe ihn nur angesehen (MEHRERE UNVERSTÄNDLICHE WORTE) ... ich habe mir nur gedacht, hoffentlich ist der GESUND und hat nichts und solche sachen ... (AUFGEREGT) *also ich wollte ihn GAR NICHT oder so ich hab mir gedacht „WOA weg“ --- vielleicht weil das ist nicht so normal wie bei einem ... normalen, nein das stimmt schon ... aber wenn man das machen muss und wenn man das so trainiert, dann geht das schon“* (284).

Hinsichtlich der dritten Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die **Entwicklung des Kindes** konnten ebenfalls keine Aussagen zugeordnet werden.

Bezug nehmend auf die vierte Forschungsfrage beschreibt 7.2a die **Kontakte zu Ärzten** einmal als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, wobei sie hier einen bestimmten Arzt erwähnt, welchen sie auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zwecks Entwicklungskontrollen des Kindes weiterhin konsultierte.

Die **Kontakte zu Krankenschwestern** werden fünfmal als ausschließlich hilfreich beschrieben und einmal als nicht hilfreich, wobei sie bezüglich dieser Aussage angibt, die vermehrte Verantwortung für das Kind im Mutter-Kind-Zimmer teilweise als verunsichernd erlebt zu haben.

„die (Krankenschwester, A.d.V.) hat ein / ein / ein besonderes GESPÜHR irgendwie gehabt, kommt mir vor ... die hat ihn mir gleich hinaufgelegt und auch / und an die BRUST und so“ (531).

Die **Hausbesuche der mobilen Kinderkrankenschwester** erwähnt 7.2a zweimal als ausschließlich hilfreich, insbesondere erzählt sie, von der Kinderkrankenschwester positive Rückmeldungen hinsichtlich ihres Umgangs mit dem Kind erhalten zu haben.

Die Unterstützung ihres **Partners** beschreibt 7.2a als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation, während andere **Familienangehörige** keine Erwähnung finden. Des Weiteren beschreibt 7.2a die **Kontakte zu einer Freundin**, welche fast zur gleichen Zeit ein termingerecht geborenes Kind bekommen hat, als ausschließlich hilfreich. 7.2a konnte

sich hier auch noch lange nach der zu frühen Geburt über ihre Sorgen und belastenden Gefühle austauschen.

Neben den oben beschriebenen Kontakten erlebte 7.2a die Verlegung in ein **Mutter-Kind-Zimmer** als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, wobei sie anmerkt, dass sie die Verantwortung, welche sie für ihr Kind im Mutter-Kind-Zimmer hatte, auch als verunsichernd erlebte.

Zusätzlich zu den erfragten Kontakten beschreibt 7.2a das **nachträgliche Einholen spezifischer Informationen zum Thema Frühgeburt durch Fachliteratur und Selbsthilfegruppen** als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

Die **Räumlichkeiten im Krankenhaus** erlebte 7.2a in der ersten Zeit nach der Frühgeburt nicht hilfreich, da einerseits die Distanz zwischen Entbindungsstation und neonatologischer Station groß und durch die Belastung des Kaiserschnitts mühsam zu bewältigen war und sie andererseits die Unterbringung von mehreren Kindern in einem Zimmer unangenehm empfand.

Betreffend die sechste Forschungsfrage zum **Veränderungsbedarf des Frühförderangebots** gab 7.2a an, die Frühförderin sollte die betroffenen Mütter eventuell direkter auf die Situation der Frühgeburt ansprechen.

7.2a verbrachte fast drei Wochen mit ihrem Kind in einem Mutter-Kind-Zimmer. Auffallend ist, dass im Gesprächsverlauf nur zwei Frühförderkontakte beschrieben und generell wenig konkreten Erlebnisse aus der Zeit im Krankenhaus geschildert werden. Dies könnte auch daran liegen, dass die Aufzeichnung der ersten Gesprächsminuten und damit die wörtlichen Ausführungen von 7.2a zur Situation der Frühgeburt und zum Kennenlernen der Frühförderin nicht vorliegen.

10.2.2 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 8.2a

8.2a gibt an, die Frühförderin kurz nach der zu frühen Geburt kennengelernt zu haben und schildert das Kennenlernen auch recht genau, ist allerdings angesichts des Fotos der Frühförderin, welches ihr während des Interviews präsentiert wurde, kurzfristig verunsichert,

ob es sich dabei um dieselbe Person handelt, an welche sie sich erinnert. Diese Zweifel verwirft 8.2a allerdings gleich wieder.

8.2a erzählt, sich angesichts der Situation der völlig unerwartet eingetretenen zu frühen Geburt überfordert und anfänglich auch durch das Gesprächsangebot der Frühförderin etwas überrumpelt gefühlt zu haben (170), beschreibt die **Kontakte mit der Frühförderin** aber im Laufe des Gesprächs fünfmal als ausschließlich hilfreich und zweimal als überwiegend hilfreich hinsichtlich der **Bewältigung der zu frühen Geburt**.

Die Gespräche haben ihr geholfen, ihre Schuldgefühle und Ängste zu bewältigen und zur Ruhe zu kommen.

„am anfang macht man sich natürlich schon sehr gedanken und denkt man „oh gott was hab ich falsch gemacht in der schwangerschaft oder was hätte ich vielleicht nicht tun sollen oder schon tun sollen!“ DAS gefühl hab ich dann nach den ganzen gesprächen NICHT mehr gehabt“ (240).

Die Möglichkeit von **Hausbesuchen** der Frühförderin wurde im Krankenhaus besprochen, konnten allerdings von 8.2a nicht in Anspruch genommen werden, da die Frühförderin zu diesem Zeitpunkt nicht im Wohnort von 8.2a tätig war.

Bezug nehmend auf die Forschungsfrage nach dem **Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung** beschreibt 8.2a ihre Kontakte mit der Frühförderin viermal als ausschließlich hilfreich. 8.2a beschreibt hier sehr anschaulich, wie schwer es ihr nach der völlig unerwartet eingetretenen Geburt fiel, ihr Kind als das ihre anzunehmen und sich ihm zuzuwenden. Die Gespräche mit der Frühförderin haben ihr geholfen, „ihr Kind mit anderen Augen zu sehen“ (372) und dadurch schneller eine Bindung (498) zu ihm aufzubauen.

„sicher schon so, glaub ich, weil, weil ich weiß, die ersten paar tage waren einfach so, dass ich ABSOLUT, absolut nicht das gefühl gehabt hab, dass das mein kind ist ... und ich hab wirklich ständig das gefühl gehabt, er ist einfach noch in mir drinnen. ich hab das gefühl gehabt, ich, ich spüre ihn treten ... ja, das ist einfach SOO schnell gegangen, dass ich damit überhaupt nicht gerechnet habe. und da glaub ich schon (SPRICHT KURZ MIT TOM) kann mich schon erinnern, dass das dann so war, dass ich / dass mir das sicher geholfen hat, einfach vom reden her so und dass man ihn halt dann einfach mit anderen augen dann einfach anschaut“ (357).

„also ich glaub schon, dass mir das total geholfen hat, weil irgendwann hab ich mir dann gedacht, das ist ja total / der ist hilflos, der ist klein, das ist ja idiotisch, du MUSST ich jetzt irgendwie zu dir nehmen und und ihn aufnehmen, weil für ihn ist ja das NOCH schlimmer, dieses rausreißen aus dem mütterleib“ (523).

8.2a beschreibt auch die große Angst, ihren Sohn zu berühren, als er einerseits so zerbrechlich wirkte und andererseits an eine Vielzahl von Geräte angeschlossen war. Durch die Gespräche mit der Frühförderin konnten die Ängste gelindert werden und 8.2a sich unbeschwerter ihrem Kind zuwenden.

„das war sicher so, es hat mir sicher geholfen, schneller jetzt die bindung und die angst vor allem zu nehmen ... weil ich hab ja TOTALE angst gehabt, ihn anzugreifen“ (498).

Hinsichtlich der Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte zur Frühförderin auf die **Entwicklung des Kindes** kann 8.2a keinen Zusammenhang erkennen, spricht aber die ihrer Meinung nach grundsätzliche Notwendigkeit an, einen Frühförderprozess bei Frühchen, welche laut 8.2a generell einem erhöhten Entwicklungsrisiko ausgesetzt sind, idealerweise möglichst bald zu beginnen (670). 8.2a vermittelt während des Gesprächs den Eindruck, sich intensiv mit dem Thema Frühgeburt auseinandergesetzt zu haben und wirkt sehr informiert über die verschiedenen Risiken im Zusammenhang mit einer zu frühen Geburt.

Bezüglich der vierten Forschungsfrage beschreibt 8.2a die **Kontakte zu Ärzten** (zwei Nennungen) als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der zu frühen Geburt, erwähnt hier jedoch keine konkreten Situationen.

Die **Kontakte zu den Krankenschwestern** beschreibt 8.2a dreimal als ausschließlich hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, wobei eine Krankenschwester, von welcher sie auch viele praktische Tipps betreffend die Versorgung des Kindes bekam, besondere Erwähnung findet.

„ja, ja, ich weiß es war eine krankenschwester ... die war sehr oft bei ihm (Sohn, A.d.V.), also mit der habe ich sehr viel gesprochen, das weiß ich, die hat mir eben auch das baden und das alles weiter beigebracht“ (199).

Im Vergleich zu den Kontakten mit der Frühförderin gibt 8.2a an, mit den Krankenschwestern mehr Kontakt gehabt zu haben, da die Frühförderin ja nur zweimal wöchentlich auf der Station war. Bei der Beantwortung der Forschungsfrage sechs zum Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots gibt 8.2a wie weiter unten beschrieben an, dass dieses öfters angeboten werden sollte.

Auch hinsichtlich des **Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung** beschreibt 8.2a die Kontakte zu Ärzten und Krankenschwestern als ausschließlich hilfreich.

Insgesamt fühlte sich 8.2a im Krankenhaus Mödling in jeder Hinsicht gut betreut.

Bezüglich der **Kontakte zu Familienangehörigen** spricht 8.2a nur einmal explizit von ihrer Familie, ohne konkrete Personen oder Situationen zu erwähnen. In weiterer Folge spricht sie mehrmals vom Vater ihres Kindes, von dem sie mittlerweile getrennt lebt. Dessen Anwesenheit bei der Geburt erlebte 8.2a überwiegend hilfreich, in weiterer Folge beschreibt sie den Kontakt viermal als nicht hilfreich, da sie sich mit ihm nicht über die Situation und ihre Gefühle austauschen konnte und sich durch ihn nicht ausreichend unterstützt fühlte.

„ja es hat auf alle fälle gut getan, mit irgendwem (gemeint ist die Frühförderin, A.d.V.) halt über das thema so zum reden, weil mit meinem mann habe ich da nicht wirklich (TOM SPRICHT MIT MUTTER) drüber reden können“ (176).

Die **Kontakte zu Freunden** werden zweimal als überwiegend hilfreich beschrieben, ohne auf konkrete Situationen oder Erlebnisse einzugehen.

Neben den erfragten Kontakten gibt 8.2a an, über die Möglichkeit, an den vom Krankenhaus organisierten **Frühchentreffen** teilnehmen zu können, informiert gewesen zu sein, dieses Angebot allerdings nicht in Anspruch genommen zu haben.

8.2a verbrachte eine Woche vor der Entlassung aus dem Krankenhaus in einem **Mutter-Kind-Zimmer**, geht aber nicht weiter darauf ein, inwiefern sie dies als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt erlebte.

Ebenso unkommentiert bleiben **Kontakte zu nicht näher definierten Spezialisten** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, welche sie mit ihrem Kind konsultierte.

Zum **Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots** meint 8.2a, dass die Frühförderin wesentlich öfter auf der Station anwesend sein sollte, da sie zweimal pro Woche als nicht ausreichend erachtet, um den Betreuungsbedarf der von Frühgeburt betroffenen Eltern abzudecken. Zudem sollte die Frühförderin auch mehrmals nachhaken und wiederholt nachfragen, falls Eltern das Gesprächsangebot zunächst nicht annehmen und ablehnend reagieren.

Außerdem wünscht sich 8.2a generell eine umfassende medizinische Abklärung bei Frühchen, eventuell in Form einer Computertomographie, um möglichen Schädigungen, welche bei Frühgeburten vermehrt auftreten können, schnell erkennen und sofort entgegenwirken zu können. In diesem Zusammenhang erwähnt 8.2a auch die Notwendigkeit eines möglichst rasch beginnenden Frühförderprozesses bei von Behinderung bedrohten Babys.

10.2.3. Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 9.2a

Zu erwähnen ist, dass 9.2a ihre Kinder (Zwillingssöhne) nicht im Krankenhaus Mödling entbunden hat. Die Kinder wurden nach einem zehntägigen Aufenthalt im Krankenhaus A ins Krankenhaus Mödling verlegt, wo sie noch ungefähr vier Wochen betreut wurden. Die letzte Woche vor der Entlassung nachhause verbrachte 9.2a gemeinsam mit ihren Kindern in einem Mutter-Kind-Zimmer.

9.2a gibt an, die Frühförderin im Krankenhaus recht bald kennengelernt zu haben und bis zum Entlassungstermin auch immer wieder mit ihr gesprochen zu haben, beschreibt die **Kontakte zur Frühförderin** allerdings als nicht hilfreich (drei Nennungen) hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt ihrer Kinder.

„also wir haben einerseits auch deshalb jetzt nichts in anspruch genommen auch für, für zuhause, weil das wär in weiterer folge auch angeboten worden, dass sie einen besucht ahm weil uns das ganze eben nicht so hilfreich erschien ... wir hatten irgendwie den eindruck, obwohl ich das jetzt vorhin erst gehört hab, dass das recht neu war im spital damals, aber uns war das so irgendwie / wir hatten den eindruck, dass sie da erst neu in der materie drinnen ist ... und dass ein bisschen die kompetenz gefehlt hat, ehrlich gesagt“ (178).

Die Möglichkeit von weiterführenden **Hausbesuchen** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde nach eigenen Angaben im Gespräch mit der Frühförderin zwar thematisiert und angeboten, von 9.2a aus eben zitierten Gründen allerdings abgelehnt.

Diesbezüglich erscheint vorgehend auf die Beantwortung der Forschungsfrage sechs zum Veränderungsbedarf des Frühförderangebots interessant, dass 9.2a die Rolle der Frühförderin auf der Station nicht ganz klar gewesen zu sein schien und sie sich mehr Hintergrundinformation zur Tätigkeit einer Frühförderin gewünscht hätte.

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die **Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung** beschreibt 9.2a die Kontakte zur Frühförderin ebenfalls als nicht hilfreich. Sie betont, den Beziehungsaufbau zu ihren Kindern nicht belastet empfunden zu haben, weshalb es ihr auch kein Bedürfnis war, dies mit jemandem zu thematisieren. In diesem Zusammenhang erscheint ihre Beschreibung der ersten Kontaktaufnahme zu den Kindern interessant.

„na klar wünscht man sich am anfang auch einen anderen kontakt, ja, also wir mussten mal drei tage warten bis wir die kinder mal aus dem inkubator raus nehmen durften und dann auch mal nur für eine halbe stunde mit zehn kabeln, die man irgendwie auf der brust liegen gehabt hat, ja? ... ich mein, klar stellt man sich das anders vor. aber man wächst da so schnell irgendwie auch rein“...(354).

Hinsichtlich der dritten Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die **Entwicklung des Kindes** trifft 9.2a ebenfalls keine Aussagen.

Bezüglich der vierten Forschungsfrage beschreibt 9.2a die **Kontakte zu den Ärzten** auf der neonatologischen Station dreimal als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

„also ich hab einen arzt sehr gut in erinnerung, der sich immer sehr viel zeit genommen hat auch bei der visite oder auch so zwischendurch vorbei kam, der auch immer den eindruck gemacht hat, dass man, „wurscht“¹⁶ wie blöd einem die frage jetzt grad vorkommt, ähm / der gibt einem jetzt nicht das gefühl, da jetzt unerfahren zu sein oder irgend dumme fragen zu stellen“(282).

¹⁶ egal

Die **Kontakte zu den Krankenschwestern** auf der Station erlebte 9.2a zunächst als nicht hilfreich, da sie anfangs hinsichtlich der medizinische Überwachung und Versorgung der Kinder verunsichert war. Nachdem ihr seitens des Pflegepersonals aber vermittelt worden war, dass der Gesundheitszustand ihre Söhne keiner intensivmedizinischen Versorgung mehr bedarf, konnte sie auf die gute Versorgung ihrer Kinder vertrauen. Im weiteren Gesprächsverlauf beschreibt sie die Kontakte zu den Krankenschwestern dreimal als ausschließlich hilfreich.

„aber die fand ich dann sehr kompetent und hat sich auch sehr gut gekümmert ahm ansonsten ja, die schwestern waren alle sehr bemüht, muss ich sagen“ (402).

Die **Kontakte zur mobilen Krankenschwester bei deren Hausbesuchen** erlebte 9.2a als ausschließlich hilfreich, da sie von dieser Seite sehr viele alltagspraktische Ratschläge betreffend die Versorgung der Kinder erhielt.

Die **Kontakte zu Familienangehörigen und Freunden** beschreibt 9.2a insgesamt dreimal als ausschließlich hilfreich, ohne dabei aber von konkreten Personen zu sprechen.

Bei der Beantwortung der Forschungsfrage nach dem Vergleich der Kontakte mit der Frühförderin zu anderen Kontakten wird deutlich, dass 9.2a zur Zeit auf der neonatologischen Station im Krankenhaus Mödling Kontakte zu medizinisch geschulten Personen gegenüber denen zur Frühförderin bevorzugte, da nach eigenen Angaben zu diesem Zeitpunkt der medizinische Aspekt der Betreuung im Vordergrund stand und ihr die alltagspraktische Tipps betreffend die Versorgung und Pflege der Kinder sehr hilfreich erschienen.

Des Weiteren gibt 9.2a an, im Krankenhaus A unmittelbar nach der zu frühen Geburt bereits psychotherapeutisch und psychologisch betreut worden zu sein und dass der Bewältigungsprozess für sie damit bereits abgeschlossen war, als sie die Frühförderin kennenlernte.

Neben den beschriebenen Kontakten erlebte 9.2a den **Aufenthalt in einem Mutter-Kind-Zimmer** als sehr hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, da ihr das Wissen um die Anwesenheit von medizinisch geschultem Personal Sicherheit im Umgang mit den Kindern vermittelte, bevor sie nachhause entlassen wurde.

Den **Kontakt zu anderen Eltern frühgeborener Kinder** auf der neonatologischen Station beschreibt 9.2a als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, wobei sie hier besonders Gespräche über Fortschritte der Kinder erwähnt.

Das Angebot der **Frühchentreffen** unter der Leitung der mobilen Kinderkrankenschwester erschien 9.2a nicht hilfreich und sie nahm daher auch nicht daran teil.

Bezug nehmend auf die sechste Forschungsfrage zum **Veränderungsbedarf** gibt 9.2a an, dass sie sich mehr Erklärungen und Information, eventuell anhand von Erfahrungsberichten und Praxisbeispielen, zur Tätigkeit einer Frühförderin gewünscht hätte, um sich ein konkreteres Bild davon machen zu können, wie die Frühförderin arbeitet und worum es in den Gesprächen gehen sollte. Klar an der Rolle der Frühförderin war 9.2a lediglich, dass diese nicht regelmäßig oder permanent auf der Station war. Möglicherweise hatte die Tatsache, dass 9.2a die Rolle und Aufgabe der Frühförderin auf der Station nicht ganz klar gewesen zu sein schien, Einfluss auf ihr Erleben der Frühförderkontakte.

Auffallend ist, dass 9.2a im Gesprächsverlauf nie von belastenden Gefühlen rund um die zu frühe Geburt, welche unerwartet und überraschend eingetreten ist, spricht und immer wieder betont, im Krankenhaus Mödling keine Unterstützung beim Bewältigungsprozess mehr benötigt zu haben. 9.2a wirkt während des Gesprächs, welches generell recht kurz ausfiel, höflich aber reserviert.

10.2.4 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 11.2a

Frau 11.2a hat ihren Sohn nicht im Krankenhaus Mödling entbunden. Nach zweiwöchigem Aufenthalt im Krankenhaus A, wo sie in Folge der schwierigen Geburt ebenfalls stationär aufgenommen war, wurde ihr Sohn ins Krankenhaus Mödling verlegt, wo sie noch ungefähr drei Wochen mit ihm in einem Mutter-Kind-Zimmer verbrachte.

Hinsichtlich der ersten Forschungsfrage zum Einfluss der **Kontakte mit der Frühförderin** auf die **Bewältigung der Situation** der zu frühen Geburt beschreibt 11.2a die Kontakte mit der Frühförderin dreimal als ausschließlich hilfreich, zweimal als überwiegend hilfreich und einmal als wenig hilfreich, wobei sich diese eine Nennung nicht explizit auf die Person der Frühförderin bezieht, sondern darauf, dass 11.2a mit der Gesamtsituation rund um die

Frühgeburt überfordert war, sie auch körperlich sehr geschwächt war und die Abläufe auf der neonatologischen Station, insbesondere auch den Kontakt mit oft wechselnden Personen, als ausgesprochen anstrengend erlebte.

„ehrlich gesagt war mir das alles irrsinnig viel, da war die Frühförderin, waren die Krankenschwestern und dann sind dauernd irgendwelche Ärzte gekommen und ehrlich gesagt, war mir das SEHR sehr stressig“ (304).

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass 11.2a schon seit dem frühen Schwangerschaftsverlauf mehrere belastende Krankenhausaufenthalte infolge von Komplikationen hinter sich hatte.

„psychisch habe ich es nicht ausgehalten dort (Krankenhaus A, A.d.V.), das war nicht auszuhalten und dann bin ich heim und ... in der 24. Woche, wo ich gewusst hab, ab dem Zeitpunkt (GEQUÄLT) *gibt's irgendwie Chancen, dass ein Kind überlebt*, bin ich halt ins (NAME DES KRANKENHAUSES A) und da haben sie auch noch festgestellt, dass mein Fruchtwasser abgeht“ (41).

Sie gibt an, auf die sehr hohe Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt vorbereitet gewesen zu sein und dass diese für sie daher keineswegs überraschend, sondern vielmehr wesentlich später als befürchtet eingetreten ist. Die Geburt, welche durch Kaiserschnitt erfolgte, brachte allerdings für sie enorme körperliche Belastungen mit sich, welche sie in weiterer Folge auch psychisch überaus belasteten.

„aber ich weiß nicht, damals in dieser Situation ist es mir total schlecht gegangen, körperlich auch nicht gut, und ich war irgendwie total ... eingeschüchtert, mein Selbstbewusstsein, meine Psyche war am Ende“ (449).

In den Gesprächen mit der Frühförderin erlebte 11.2a es als sehr hilfreich, dass sich jemand für sie Zeit nahm, zuhörte und sich für ihre Probleme interessierte.

„dass sie halt da war und zugehört hat, wenn ich Probleme gehabt habe und so, das ist mir auch nie kurz angebunden vorgekommen, also die hat sich eigentlich immer Zeit genommen und ist da geblieben“ (465).

Die **Möglichkeit von Hausbesuchen der Frühförderin** hätte 11.2a gerne in Anspruch genommen, hat sich aber schließlich aufgrund des Selbstbehalts, welcher zu zahlen gewesen

wäre, doch dagegen entschieden. Sie betont aber, dass sie keinesfalls ohne eine Form der Weiterbetreuung nachhause gegangen wäre, sich dann aber aus eben erwähnten Kostengründen für die Begleitung durch die mobile Kinderkrankenschwester entschieden hat.

Bezug nehmend auf die zweite Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die **Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung** beschreibt 11.2a die Kontakte als überwiegend hilfreich, wobei sie anmerkt, dass sie diesbezüglich das Zusammenspiel aller hilfreichen Kontakte mit Personen auf der neonatologischen Station als „Gesamtpaket“(827) unterstützend erlebte.

„also ja, dass die frühförderin gemeinsam mit dem dr. (NAME DES ARTZES A) und gemeinsam mit der krankenschwester / also ich mein ich glaub einfach, dass dann das gesamtpaket einem hilft ... da die bindung dann aufzubauen, ja“ (827).

Hinsichtlich des Beziehungsaufbaus beschreibt 11.2a die erschwerte Kontaktaufnahme zu ihrem Kind. Sie erzählt, ihr Kind am Tag nach der Geburt nicht wiedererkannt zu haben und dass sie zunächst kein Gefühl der Nähe zu ihrem Kind aufbauen konnte, ein Umstand, welcher sich erst mit vermehrtem Körperkontakt besserte.

„es war so komisch; die sagen dir halt: „das ist dein kind“, mhm, ... (LACHT) und dann weißt du, du gehst ja immer hin und du weißt, das ist DEINES und das musst du jetzt versorgen und da gehst du immer hin und am anfang war's schon irgendwie mehr, dass ich gewusst hab, das hab ich jetzt zu TUN, als dass ich es GEFÜHLT hab, dass ... als dass ich es gefühlt hab, das ist jetzt meins, also das war schon eher mehr so, ich wusste, ich muss das jetzt machen“ (667).

Hinsichtlich der **Entwicklung des Kindes** kann 11.2a keinen Zusammenhang mit den Kontakten zur Frühförderin herstellen, sie beschreibt diese hier als nicht hilfreich.

Die **Kontakte zu den Ärzten** beschreibt 11.2a dreimal als ausschließlich hilfreich und zweimal als wenig hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, wobei sie sich hier auf den Erstkontakt bei der Ankunft in Mödling bezieht, welcher sie hinsichtlich der Versorgung des Kindes etwas verunsicherte, indem hier die Versorgung des Sohnes im Inkubator aufgrund seines verbesserten Gesundheitszustandes nicht mehr als notwendig

erachtet wurde. Nach dieser ersten Verunsicherungsphase erlebte sie die Kontakte zu den Ärzten als ausschließlich hilfreich.

Die **Kontakte zu Krankenschwestern** beschreibt 11.2a sehr ambivalent hinsichtlich der Bewältigung der zu frühen Geburt (mehr als zehn Nennungen unterschiedlicher Ausprägungen). Die Kontakte zu einigen Krankenschwestern erlebte sie als ausschließlich hilfreich und den zu anderen als nicht hilfreich. Sie beschreibt hier auch ihre ambivalenten Gefühle, als sie zum einen auf die Hilfe der Krankenschwestern angewiesen war hinsichtlich der Versorgung des Kindes und andererseits aus Unsicherheit und Angst vor ungeduldigen, unsensiblen Reaktionen seitens der Krankenschwestern sich deren Unterstützung nicht einzufordern traute.

„aber die krankenschwestern teilweise ... waren schon sehr eingefahren in ihren job und sind mir dann oft sehr / ja wie gesagt, nicht alle, manche waren total hilfreich und andere ... ja, haben ... haben mich dann verunsichert“ (461).

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass 11.2a, wie oben beschrieben, gemäß eigenen Angaben in der Situation nach der schwierigen Schwangerschaft, während der sie über weite Strecken um das Leben des Kindes fürchten musste, und der zu frühen Geburt psychisch „am Ende und eingeschüchtert“ (449) war, weswegen sie möglicherweise das Verhalten des Pflegepersonals teilweise als unsensibel erlebte.

„meine ganze schwangerschaft war ein wahnsinn, echt, nur gelegen, also, das war die FURCHTBARSTE zeit meines lebens, das kann ich mit ruhigem gewissen sagen. diese angst dauernd, das kind zu verlieren“ (585).

Vorgreifend auf die sechste Forschungsfrage nach dem Veränderungsbedarf des Frühförderangebots beschreibt 11.2a im folgenden Zitat sehr anschaulich, dass sie sich von den Krankenschwestern ein Verhalten gewünscht hätte, welches eigentlich die Tätigkeit der Frühförderin kennzeichnet.

„also das würde ich mir für die anderen wünschen, dass DAS / dass es dort nur krankenschwestern gibt, die engagiert sind und versuchen, die eltern zu verstehen, weil die situation an sich eh schon schwer genug ist und du nicht noch eine belastung brauchen kannst, ich weiß nicht, wie es die anderen empfunden haben ... und, ja ... dass du eben / dass eben menschen

kommen, die mit dir reden und dir hilfreich zur Seite stehen; ob das die Frühförderin ist oder die Krankenschwester / diese eine EXTRAkrankenschwester, die eben auch nachhause gekommen ist“ (1070).

Die **Kontakte zu Ärzten und Krankenschwestern** beschreibt 11.2a zweimal als überwiegend hilfreich hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung. Wie oben bereits beschrieben, erlebte sie das Personal auf der Station zusammen mit der Frühförderin als unterstützende Einheit hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt und auch als hilfreich beim Aufbau der Mutter-Kind Beziehung.

Die Kontakte zur **mobilen Kinderkrankenschwester**, welche sie bereits auf der neonatologischen Station kennen lernte und sie auch in weiterer Folge zuhause besuchte, beschreibt 11.2a fünfmal als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt. Außerdem erlebte sie diese Kontakte auch ausschließlich hilfreich hinsichtlich der **Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung** und in Folge dessen auch ausschließlich hilfreich für die **Entwicklung des Kindes**. Indem sie durch die Unterstützung der mobilen Kinderkrankenschwester schaffte, ihr Kind zu stillen, konnte sie schneller ein Gefühl der Nähe und eine gute Bindung zu ihrem Sohn aufbauen, ein Umstand, welchen 11.2a in weiterer Folge als wichtig für die Entwicklung des Kindes erachtet.

Die **Kontakte zu ihrem Partner** erlebte 11.2a als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der zu frühen Geburt, indem er kurz nach der Geburt eine Woche stationär mit ihr im Krankenhaus A verbrachte.

Die **Kontakte zu ihrer Mutter und Schwester**, welche generell als wichtige Bezugspersonen beschrieben werden, während des Aufenthalts im Krankenhaus Mödling beschreibt 11.2a dreimal als ausschließlich hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt. Den **Kontakt zu ihrem Vater**, welcher Hemmungen hatte, das Kind anzufassen, erwähnt 11.2a als wenig hilfreich.

Kontakte zu Freunden finden im Gespräch keine Erwähnung.

Ferner erleichterte 11.2a die Tatsache, dass sie relativ früh im Schwangerschaftsverlauf wusste, dass sie voraussichtlich keine termingerechte Geburt haben wird und sie sich dadurch bereits vorab intensiv mit der Thematik Frühgeburt auseinandersetzte, indem sie sich

beispielsweise in Internet-Foren austauschte und Fotos frühgeborener Babys ansah, den Umgang mit dem Ereignis der Frühgeburt. Sie beschreibt hier aber dennoch anschaulich, dass sie das Aussehen ihres Kindes anfänglich trotzdem verunsicherte und erschreckte, obwohl sie sich über die möglichen äußeren Merkmale eines Frühchens informiert hatte.

Den **Kontakt zu von Frühgeburt betroffenen Bekannten** beschreibt 11.2a als hilfreich angesichts der bevorstehenden Frühgeburt.

Die **Frühchentreffen** unter der Leitung der mobilen Kinderkrankenschwester, wo 11.2a auch **andere von Frühgeburt betroffene Mütter kennenlernte**, waren ebenfalls hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

11.2a erzählt, dass sie ungefähr drei Wochen mit ihrem Sohn in einem **Mutter-Kind-Zimmer** verbrachte, wobei sie die Möglichkeit, dort mehr Besuch erhalten zu können, als sehr angenehm und hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt erlebte.

Des Weiteren beschreibt 11.2a die **psychologische Betreuung**, welche sie im Krankenhaus A unmittelbar nach der zu frühen Geburt erhalten hatte, als hilfreich bei der Bewältigung der Situation.

Die regelmäßigen **Entwicklungskontrollen im Krankenhaus** erlebte 11.2a als nicht hilfreich, da sie bei ihr oft zur Verunsicherung hinsichtlich der Entwicklung ihres Kindes beitrugen.

Bezug nehmend auf die sechste Forschungsfrage zum **Veränderungsbedarf des bestehenden Frühförderangebots** gibt 11.2a an, dass die Besuche der Frühförderin bei den Eltern auf der neonatologischen Station terminlich besser mit den anderen auf der Station arbeitenden Personen abgestimmt werden sollten, um Eltern auch hinsichtlich ihres Ruhebedürfnisses entgegenzukommen. Sie empfand das Einwirken vieler verschiedener Personen auf sie teilweise anstrengend und überfordernd.

Zum **Erweiterungsbedarf** bemerkt 11.2a, dass es hilfreich wäre, Eltern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ein paar Hausbesuche durch die Frühförderin kostenlos anzubieten. Sie

hätte die Möglichkeit von Hausbesuchen gerne in Anspruch genommen, aufgrund des Selbstbehalts in ihrer damaligen finanziellen Lage allerdings darauf verzichtet.

10.2.5 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 16.2a

Vorab ist zu erwähnen, dass 16.2.a nicht im Krankenhaus Mödling entbunden hat. 16.2a war im Krankenhaus A in Behandlung und wurde dann aufgrund der Frühgeburt ins Krankenhaus B verlegt. Nach einer Woche wurden ihre Zwillingssöhne dann ins Krankenhaus Mödling überstellt und mussten nach circa einer Woche aufgrund auftretender Komplikationen, deren intensivmedizinische Versorgung in Mödling nicht gewährleistet werden konnte, ins Krankenhaus C verlegt werden, wo sie noch fast einen Monat verbrachten.

Die **Kontakte zur Frühförderin** erlebte 16.2a als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, wobei sie sehr differenziert die Rollenaufteilung des Stationspersonals beschreibt und dass sie es ausgesprochen angenehm empfunden hat, dass die Frühförderin explizit für die Anliegen der Eltern zur Verfügung stand.

„weil das krankenhauspersonal an sich ja primär für die kinder da ist und somit jetzt für die eltern nicht wirklich außer info sehr viel mehr zeit bleibt. ... also ich find das schon sehr fein, wenn man jemanden hat, der für, primär für, für die anliegen der eltern da ist. also das, das war schon sehr positiv. ... der, der auch zeit hat für das und wo man jetzt nicht irgendwie auch ein schlechtes gewissen zu haben braucht, dass man den abhält von irgendwas anderem“ (126-160).

„also ich habe das als, als, als sehr angenehm empfunden, dass, dass sie, dass sie da war und dass sie ... sich für ... für meine probleme interessiert hat und ... also ich, ich fand das irrsinnig angenehm dass, dass, dass man eben mit jemanden dort drüber sprechen konnte“ (174).

16.2a hatte die Möglichkeit von **Hausbesuchen** mit der Frühförderin besprochen und hätte dieses Angebot prinzipiell auch gerne in Anspruch genommen, durch den fast vierwöchigen Aufenthalt der Kinder im Krankenhaus C kam es dann aber nicht dazu, obwohl sogar die Möglichkeit eines Besuch der Frühförderin im Krankenhaus C angedacht worden war.

Während dieser Zeit hatte 16.2a noch einige Male telefonischen Kontakt mit der Frühförderin. Im Krankenhaus C vermisste 16.2a die Möglichkeit, sich über ihre Situation austauschen zu können.

Betreffend die zweite Forschungsfrage zum **Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung** kann 16.2a keinen Zusammenhang zu den Kontakten mit der Frühförderin herstellen. Indessen erlebte sie die Kontakte zu Krankenschwestern ausschließlich hilfreich hinsichtlich des Beziehungsaufbaus, indem diese sie ermutigten, Körperkontakt mit ihren Kindern aufzunehmen und diese im Inkubator zu berühren. In diesem Zusammenhang beschreibt sie ihre Ängste und Hemmungen, die Kinder aufgrund ihres zerbrechlichen Aussehens beim ersten Kontakt zu berühren, betont aber dennoch, dass sie schnell eine enge Beziehung zu den Kindern aufbauen konnte.

„... man macht sich die totalen sorgen, aber diese BINDUNG ist schon da, also für mich war das schon so, dass ich, dass ich mir schon / das war nicht irgendwie --- oder so also ... der, der erste kontakt ist extrem schwierig, weil sie schauen natürlich total anders aus“ (285).

Hinsichtlich der dritten Forschungsfrage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die **Entwicklung der Kinder** beschreibt sie die Kontakte zur Frühförderin als überwiegend hilfreich, da ihr diese vermitteln konnte, geduldiger betreffend der Entwicklung der Kinder zu sein. Einen direkten Einfluss auf die Entwicklung der Kinder kann sie jedoch nicht erkennen.

„also ich glaube schon, dass mir die frühförderin auch damals ein bisschen klar gemacht hat, dass man geduldig sein muss. und ich glaube das war auch, das ist gut so, weil ich eher ein ungeduldiger mensch bin. wobei ich jetzt im nachhinein gehört habe, dass das die meisten eltern dann (EINIGE UNVERSTÄNDLICHE WORTE). dass man irgendwie drauf wartet, dass irgendwas passiert“ (395).

Bezug nehmend auf die vierte Forschungsfrage zu der Bedeutung der Kontakte mit anderen Personen in der Situation rund um die Frühgeburt werden die **Kontakte zu Ärzten und Krankenschwestern** als nicht hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation beschrieben. 16.2a differenziert hier sehr genau zwischen den Aufgaben der verschieden

Personen auf der neonatologischen Station, wobei sie betont, dass die Ärzte und Krankenschwestern primär für die Versorgung der Kinder und nicht für die Betreuung der Eltern zuständig sind und sie zeigt auch Verständnis für deren mangelnden zeitlichen Ressourcen betreffend Gespräche mit den Eltern. 16.2a erlebte es ausschließlich hilfreich, dass die Frühförderin als Gesprächspartnerin, die sich für ihre Probleme interessierte und ihr zuhörte, zur Verfügung stand.

Ohne näher darauf einzugehen, erwähnt 16.2a, dass sie zuhause noch von einer **mobilen Kinderkrankenschwester** betreut wurde.

Kontakte mit Familienangehörigen finden im Gespräch keine Erwähnung.

Ausschließlich hilfreich beschreibt 16.2a die **Kontakte zu einer Bekannten**, welche kurz vor ihr ebenfalls Frühchen zur Welt gebracht hatte. Den Austausch mit einer vom gleichen Schicksal betroffenen Person erlebte 16.2a sehr hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

Des Weiteren beschreibt 16.2a die **Frühchentreffen unter der Leitung der mobilen Kinderkrankenschwester** als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

16.2a erzählt, dass sie das Lesen von **Fachliteratur zum Thema Frühgeburt** ausgesprochen hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation und **auch für den Beziehungsaufbau** zu den Kindern erlebte.

Bezug nehmend auf die sechste Forschungsfrage nach dem **Veränderungsbedarf** des Frühförderangebots gibt 16.2a an, dass dieses ausgebaut und regelmäßiger angeboten werden sollte. Des Weiteren äußert 16.2a den Wunsch nach mehr alltagspraktischen Tipps und Informationen, beispielsweise dahingehend was zuhause nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei frühgeborenen Kindern im Vergleich zu normalgeborenen zu beachten ist.

Außerdem sollte den Eltern durch regelmäßige Entwicklungskontrollen diesbezüglich mehr Sicherheit vermittelt werden.

10.2.6 Untersuchungsergebnisse des Interviews mit Frau 22.2a

Frau 22.2a erzählt, dass aufgrund der Zwillingsschwangerschaft eine Geburt per Kaiserschnitt vorab geplant war und sie auch damit gerechnet hatte, dass die Geburt, wie bei Zwillingen nicht unüblich, möglicherweise früher als zum errechneten Termin stattfinden könnte. Dennoch erfolgte die zu frühe Geburt schließlich wesentlich früher als erwartet und völlig überraschend.

Die Kinder wurden über fünf Wochen im Krankenhaus Mödling versorgt, wobei 22.2a die letzte Woche vor der Entlassung mit ihnen in einem Mutter-Kind-Zimmer verbrachte.

Hinsichtlich der ersten Forschungsfrage **zum Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf den Bewältigungsprozess** gibt 22.2a an, nur einen Kontakt mit der Frühförderin gehabt zu haben, welcher erst gegen Ende des Krankenhausaufenthalts im Mutter-Kind-Zimmer stattgefunden hat. 22.2a erwähnt, die Frühförderin vorher bereits auf der Station gesehen zu haben, wobei ihr nicht klar gewesen war, welche Aufgabe diese dort innehat (134). Diesen einen Kontakt beschreibt sie zwar ausschließlich hilfreich, gibt aber an, dass sie zu diesem Zeitpunkt bereits kurz vor der Entlassung stand und in den Wochen zuvor so viele belastende Situationen auf der neonatologischen Station erlebt hatte, welche durch das Gespräch mit der Frühförderin laut ihrer Aussage nicht mehr aufgewogen werden konnten.

„und da kann einer, so wie die frau (NAME DER FFin) noch so lieb und noch so nett und noch so, was weiß ich was sein, wenn die einfach in der letzten woche kommt und wo ich schon #vor augen hab ich KANN HEIM, ... dann #interessiert's mich nicht mehr#“ (393).

22.2a gibt an, dass der Kontakt zur Frühförderin sicher sehr hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt gewesen wäre, hätte er unmittelbar nach der zu frühen Geburt stattgefunden.

„...umgänglich und und feinfühlig und entgegenkommend, also die war total offen und lieb und nett also so wie ich es von anfang an gebraucht hätte, aber (Zeile 125)“ „...also gesehen habe ich sie öfter, aber da hab ich eben nicht gewusst wie was wann. wie ich sie dann kennen gelernt hab, war für mich eigentlich der zug schon abefahren“ (233).

22.2a schildert das Kennenlernen der Frühförderin sehr anschaulich und in sehr schönen Bildern.

„ich weiß nur, dass sie, wie sie zu mir gekommen ist, für mich so ja dieser sonnenschein, also sie hat irrsinnige wärme, irrsinnige offenheit, also sie sie war ein mensch zum umarmen und zum abbusserln. obwohl es mir in der situation schon sehr mies gegangen ist, gell, war sie für mich doch irgendwo wo ich sag, sie war BALSAM für mich“ (405).

Bezug nehmend auf die zweite und dritte Forschungsfrage kann 22.2a keinen Zusammenhang zwischen dem Kontakt zur Frühförderin und der **Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung sowie der Entwicklung der Kinder** erkennen.

Hinsichtlich der vierten Forschungsfrage beschreibt 22.2a die **Kontakte zu Ärzten auf der gynäkologischen Abteilung** zweimal als nicht hilfreich, bezieht sich hier aber auf die Situation auf der Entbindungsstation, als ihr völlig überraschend die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts erklärt wurde.

Die **Kontakte zu den Ärzten auf der neonatologischen Station**, mit denen sie reden konnte und die sie nach eigenen Angaben „aufgefangen“ (Zeile 475) haben beschreibt 22.2a hingegen dreimal als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation.

Die **Kontakte zu Krankenschwestern** beschreibt 22.2a zehnmal als nicht hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt. Sie erwähnt hier lediglich eine Krankenschwester, welche sie als ausschließlich hilfreich erlebte, indem sie den Eindruck hatte, diese Krankenschwester verrichtet ihre Arbeit mit „Herz und Seele“ (Zeile 534), wohingegen die anderen nur ihren „Job machen“ (Zeile 540).

22.2a schildert diesbezüglich detailgetreu Situationen und Erlebnisse auf der neonatologischen Station. Sie hatte den Eindruck, durch den Arbeitsrhythmus der Krankenschwestern und die Abläufe auf der Station zu wenig in die Versorgung ihrer Kinder eingebunden zu sein und fühlte sich diesbezüglich teilweise überangen und bevormundet. Sie erzählt ferner, sich von den Krankenschwestern angegriffen gefühlt zu haben (Zeile 356). Im folgenden Zitat wird deutlich, dass 22.2a zur Zeit nach der zu frühen Geburt ihrer Kinder von einer Vielzahl belastender Gedanken überflutet und dementsprechend verunsichert war. Dieser Umstand führte möglicherweise dazu, dass sie sehr empfindlich auf nach eigenen Angaben unsensible Verhaltensweisen der Krankenschwestern reagierte und diesen vielleicht auch unbewusste Konkurrenzgefühle entgegenbrachte, da sie sich hinsichtlich der Versorgung ihrer Kinder gewissermaßen auch von ihnen abhängig fühlte (vgl. Kapitel 3).

„jetzt bist aber eh schon verschüchtert von den schwestern dann bist ja eh TOTAL durcheinander, auf der einen seite die milch soll einschießen, auf der anderen seite du sollst abpumpen, auf der dritten seite du sollst für dein kind da sein, auf der vierten seite mit dem kaiserschnitt hast eh deine probleme ... du kannst dort nicht ins mutter-kind-zimmer, du hast keine ahnung, wann die kinder heimkommen, du kannst nichts planen, du du du wirst wie ein idiot dort behandelt, hast zwillinge, weißt eh nicht, wie du umgehst damit, ist für dich #eh alles neuland# ... und und da wird verboten, dass du deine eigenen kinder angreifst, MITNIMMST, BESTIMMST oder sonst irgendwas ... und ich war damals in einer situation ... man kann einfach mit einer frau, die grad die kinder rausgeschnitten gekriegt hat, weil so hab's ich empfunden, die sind mir rausgeschnitten worden, das war keine vorbereitung, das war ... #kein einstellen auf irgendwas#“ (262).

Gegen Ende des Gesprächs bei der Beantwortung der sechsten Forschungsfrage relativiert 22.2a ihre Aussagen allerdings dahingehend, indem sie für die emotionale Abgrenzung der Krankenschwestern gegenüber den einzelnen Schicksalen der zu betreuenden Patienten Verständnis zeigt.

„ja, ich mein ich muss es von der anderen seite auch vielleicht ein bisschen abschwächen, dass ich sage, gut okay, es ist ein job für die schwestern ... und die haben nicht nur die frühchen, die haben auch andere kinder. es ist in der zeit, wo ich dort war, ist ein mädchen (KIND SCHREIT) gestorben, (ich glaube) das war geistig behindert ... ist auch nicht leicht ... vor allem wenn das kind sehr oft dort ist und wenn man schon eine innere beziehung zu dem kind aufgebaut hat, ist bestimmt nicht leicht“ (915).

Hinsichtlich der **Kontakte zu Familienangehörigen** erlebte 22.2a den Kontakt zu ihrem Schwiegervater als nicht hilfreich und den zu ihrer Mutter als ausschließlich hilfreich.

Kontakte zu Freunden werden im Gespräch nicht erwähnt.

Hinsichtlich des **Veränderungs- und Erweiterungsbedarfs** des bestehenden Frühförderangebots meint 22.2a, dass die Rolle und der Tätigkeitsbereich der Frühförderin auf der neonatologischen Station den Eltern besser erklärt werden sollte.

Außerdem sollten Eltern so früh wie möglich Begleitung in der Situation der Frühgeburt erhalten.

22.2a betont hier noch einmal, dass Eltern so viel wie möglich in die Betreuung der Kinder auf der neonatologischen Station einbezogen werden sollen.

„sondern dass man, dass man schon irgendwo sagt, es ist schön, wenn du da bist, komm dann und dann, mach das und das, übernimm den und den part und wir machen das mit dir zusammen“ (893).

Des Weiteren wünscht sich 22.2a eine Art Folder, in welchem die „Hausordnung“ der neonatologischen Station für die Eltern in schriftlicher Form zur Verfügung steht. Dieser Wunsch entspringt möglicherweise dem eigenen Erleben, sich durch die schwer durchschaubaren Abläufe auf der Station zu wenig in die Versorgung der Kinder eingebunden gefühlt zu haben.

Außerdem meint 22.2a, dass mehr alltagspraktische Tipps hinsichtlich der Versorgung der Kinder zuhause hilfreich wären.

10.2.7. Untersuchungsergebnisse der Interviews mit den Eltern der Gruppe 2 im Vergleich

Vorab ist zu erwähnen, dass die Mütter 9.2a, 11.2a und 16.2a ihre Kinder nicht im Krankenhaus Mödling entbunden haben und der Kontakt zur Frühförderin demnach erst einige Tage nach der zu frühen Geburt nach der Verlegung ins Krankenhaus Mödling zustande kam.

Hinsichtlich der ersten Forschungsfrage nach der **Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt** beschreiben die vier Mütter 8.2a, 11.2a 16.2a, und 22.2a die Kontakte zur Frühförderin als ausschließlich hilfreich für die **Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt**.

7.2a gibt an, die Belastungen der zu frühen Geburt zum damaligen Zeitpunkt verdrängt zu haben und diese dadurch mit niemandem thematisiert zu haben. Sie meint auch, nicht direkt auf ihre emotionale Verfassung angesprochen worden zu sein. Insofern beschreibt sie die Kontakte mit der Frühförderin als nicht hilfreich bei der Bewältigung der Situation. Hier ist noch einmal zu erwähnen, dass die ersten zwölf Minuten der Interviewaufzeichnung gelöscht wurden, und so eventuell aussagekräftiges Datenmaterial verloren ging.

9.2a, welche die Kontakte zur Frühförderin ebenfalls als nicht hilfreich beschreibt, gibt an, dass sie zum Zeitpunkt des Kennenlernens der Frühförderin nach der Verlegung ins Krankenhaus Mödling den Bewältigungsprozess ihrer Angabe nach bereits abgeschlossen hatte und ihr Fokus auf der medizinischen Versorgung der Kinder lag. 9.2a meint, die Frühförderin nicht sehr kompetent erlebt zu haben, gibt aber bezüglich der sechste Forschungsfrage zum Veränderungs- und Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots an, sich mehr Information zur Tätigkeit einer Frühförderin gewünscht zu haben, da ihr deren Rolle nicht ganz klar war.

11.2a erlebte die auf der Station tätigen Personen gemeinsam mit der Frühförderin als unterstützende Einheit, während 16.2a sehr genau zwischen der Rolle der Frühförderin im Vergleich zu den anderen auf der Station tätigen Personen differenziert und es als sehr hilfreich erlebte, dass die Frühförderin explizit für die Anliegen der Eltern zur Verfügung stand.

8.2a, 11.2a und 16.2a erlebten in den Gesprächen mit der Frühförderin besonders hilfreich, dass diese sich Zeit nahm, zuhörte und sich für ihre Probleme interessierte. In den Gesprächen konnten ihre Sorgen und Ängste gelindert werden. 8.2a berichtet, dass ihr die Frühförderin geholfen hat, ihre Schuldgefühle betreffend die Frühgeburt zu bewältigen.

22.2a erlebte den Kontakt zur Frühförderin, welcher allerdings erst nach fast vier Wochen kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus stattgefunden hat, als sehr hilfreich, betont aber, dass es vermutlich wesentlich hilfreicher gewesen wäre, diese Form der Unterstützung in der schwierigen Zeit unmittelbar nach der zu frühen Geburt gehabt zu haben.

Die Möglichkeit von weiterführenden **Hausbesuchen der Frühförderin** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde von allen Müttern mit Ausnahme von 7.2a thematisiert. 9.2a entschied sich aus oben bereits beschriebenen Gründen gegen die Inanspruchnahme dieses Angebots. 8.2a konnte das Angebot nicht nutzen, da sie zu diesem Zeitpunkt außerhalb des Wirkungskreises der Frühförderin wohnte. 11.2a hätte es sehr gerne in Anspruch genommen, wäre kein Selbstbehalt zu bezahlen gewesen. Bei der Familie von 16.2a waren Hausbesuche bereits geplant, kamen aber aufgrund der Verlegung der Kinder von Mödling in ein anderes Krankenhaus dann nicht mehr zustande, wobei 16.2a noch einige Male telefonischen Kontakt mit der Frühförderin hatte. 22.2a erwähnte, dass eine Frühförderin sie zuhause besuchte, allerdings nicht die am Projekt beteiligte.

Bezug nehmend auf die zweite Forschungsfrage nach dem Zusammenhang der Kontakte mit der Frühförderin und dem **Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung** treffen die sechs Mütter unterschiedliche Aussagen.

Bei 7.2a und 22.2a konnten dieser Kategorie keine Aussagen zugeordnet werden.

16.2a und 9.2a beschreiben den Kontakt zur Frühförderin als nicht hilfreich für den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung. Nur 8.2a sieht einen klaren Zusammenhang zwischen ihren Kontakten zur Frühförderin und dem Beziehungsaufbau zu ihrem Kind, indem ihr in den Gesprächen die Angst, ihr Kind zu berühren, genommen werden konnte. Auch die Gespräche mit Ärzten und Krankenschwestern erlebte 8.2a diesbezüglich als sehr hilfreich.

11.2a erlebte das Zusammenwirken aller auf der neonatologischen Station tätigen Personen als überwiegend hilfreich sowie die Kontakte zu mobilen Kinderkrankenschwester als ausschließlich hilfreich hinsichtlich des Beziehungsaufbaus.

Hinsichtlich der dritten Forschungsfrage nach dem **Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung des Kindes** konnten bei 7.2a, 8.2a, 9.2a und 22.a keine Aussagen zugeordnet werden.

11.2a beschreibt die Kontakte mit der Frühförderin als nicht hilfreich hinsichtlich der Entwicklung des Kindes; sie spricht im Zusammenhang mit der Entwicklung des Kindes immer wieder von der Bedeutung des Stillens, wobei sie die mobile Kinderkrankenschwester, welche sie auch zuhause weiter betreute, diesbezüglich als ausschließlich hilfreich erlebte.

16.2a kann zwar keinen direkten Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihrer Kinder erkennen, meint allerdings, die Frühförderin hätte ihr vermittelt, geduldiger zu sein in Hinblick auf die Entwicklung der Kinder.

Bei der Vergleich der Ergebnisse der sechs Interviews der Mütter der Gruppe 2 fällt, dass die **Kontakte zur Frühförderin** mit zwei Ausnahmen als überwiegend bis ausschließlich hilfreich **hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt** beschrieben werden, es ihnen aber schwer zu fallen scheint, einen **Zusammenhang zwischen den Frühförderkontakten und der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung, beziehungsweise der Entwicklung des Kindes** herzustellen. Überlegungen zu möglichen Ursachen dafür werden wir in Kapitel 11 anstellen.

Bezug nehmend auf die vierte Forschungsfrage nach der Bedeutung anderer Kontakte außer jenen zur Frühförderin, werden die **Kontakte zu Ärzten hinsichtlich der Bewältigung** der Situation überwiegend hilfreich beschrieben, aber nicht sehr oft genannt. 16.2a beschreibt die

Kontakte zu Ärzten als nicht hilfreich, bezieht dies aber klar auf die ihrer Meinung nach sehr begrüßenswerte Rollenaufteilung zwischen dem Pflegepersonal und der Frühförderin. Sie zeigt sich verständnisvoll gegenüber der Arbeitssituation von Ärzten und Krankenschwestern und deren knappen zeitlichen Ressourcen für Gespräche mit Angehörigen.

Hinsichtlich des **Beziehungsaufbaus** zum Kind beschreiben 8.2a und 11.2a die Kontakte mit Ärzten als überwiegend hilfreich.

Die **Kontakte zu Krankenschwestern** kommen wesentlich öfter zur Sprache als jene zu den Ärzten, werden allerdings von zwei Müttern (11.2a und 22.2a) sehr ambivalent im Sinne von „nicht hilfreich und gleichzeitig ausschließlich hilfreich“ beschrieben. 16.2a trennt hier wie oben beschrieben wieder ganz klar zwischen den unterschiedlichen Rollen der auf der Station tätigen Personen und erlebte es ausgesprochen hilfreich, dass die Frühförderin als primäre Ansprechperson für die Eltern zur Verfügung stand.

7.2a, 8.2a und 9.2a erlebten die Kontakte zu Krankenschwestern als überwiegend bis ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation. 7.2a und 9.2a betonen im Gespräch wiederholt, dass der medizinische Aspekt und die Versorgung der Kinder für sie im Vordergrund standen. 9.2a gibt an, den Bewältigungsprozess vor der Verlegung ins Krankenhaus Mödling bereits abgeschlossen gehabt zu haben, während 7.2a meint, die eigene emotionale Belastung zum damaligen Zeitpunkt verdrängt zu haben.

11.2a und 22.2a thematisieren die Kontakte zu Krankenschwestern jeweils über zehnmal unter teilweise sehr detaillierten Schilderungen bestimmter Situationen. 11.2a erlebte die Kontakte ausgesprochen ambivalent, indem sie das Angewiesen sein auf die Krankenschwestern, deren Verhalten sie teilweise unsensibel, ungeduldig und verunsichernd empfand, sehr unangenehm erlebte, gleichzeitig aber einige Kontakte zu Krankenschwestern auch als sehr hilfreich erwähnt. Bei der Beantwortung der sechsten Forschungsfrage zum Veränderungs- und Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots fällt auf, dass sich 11.2a von den Krankenschwestern jenes Verhalten „gewünscht“ hätte, welches die Tätigkeit der Frühförderin kennzeichnet. Es liegt die Vermutung nahen, dass 11.2a ein großes Gesprächsbedürfnis hatte, welches möglicherweise durch die unregelmäßige Anwesenheit der Frühförderin nicht abgedeckt werden konnte und sie dies daher von den Krankenschwestern erwartet hätte. In dem Gespräch mit 11.2a zeigt sich sehr deutlich, dass sie aufgrund des sehr schwierigen Schwangerschaftsverlaufs und der mit großen Komplikationen verbundenen Frühgeburt außerordentlich belastet war und vermutlich intensive Begleitung durch eine speziell dafür ausgebildete Person benötigt hätte.

22.2a beschreibt die Kontakte zu Krankenschwestern zehnmal als nicht hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt und nur einen Kontakt als hilfreich. Wie in 10.2.6 bereits beschrieben, fühlte sich zu wenig in die Versorgung ihrer Kinder eingebunden und von den Krankenschwestern teilweise übergangen und bevormundet. Im späteren Gesprächsverlauf zeigt sie sich gegenüber den routinierten und strukturierten Abläufen auf der Station und der emotionalen Abgrenzung der Krankenschwestern gegenüber Einzelschicksalen eher verständnisvoll. Auch bei 22.2a liegt die Vermutung nahe, dass sie sich nach der zu frühen Geburt in einer besonders belasteten Situation befand und intensiven Unterstützungsbedarf gehabt hätte.

Hinsichtlich der **Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung** beschreiben 8.2a, 11.2a und 16.2a die Kontakte zu den Krankenschwestern als überwiegend hilfreich.

7.2a, 9.2a und 11.2a wurden zuhause nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch von einer **mobilen Kinderkrankenschwester** begleitet und beschreiben diesen Kontakt als ausschließlich hilfreich, wobei 9.2a eher die praktischen Tipps erwähnt und 11.2a die Unterstützung seitens der Krankenschwester beim Stillen als große Hilfe erlebte. 7.2a schätzte auch die positive Rückmeldung der Kinderkrankenschwester hinsichtlich ihres Umgangs mit dem Kind.

11.2a erlebte die Kontakte zur mobilen Kinderkrankenschwester als ausschließlich hilfreich hinsichtlich **des Beziehungsaufbaus** zu ihrem Kind und in weiterer Folge auch hinsichtlich dessen **Entwicklung**.

Hinsichtlich der **Kontakte zu Familienangehörigen** beschreiben 7.2a und 11.2a ihre Partner als ausschließlich hilfreich, 11.2a erlebte zusätzlich auch ihre Mutter und ihre Schwester sehr hilfreich. 9.2a beschreibt die Familie sowie Freunde sehr allgemein als ausschließlich hilfreich, ohne konkrete Personen oder Situationen zu nennen. Auch 8.2a erwähnt ihre Familie einmal als hilfreich, den Kontakt zu ihrem Partner beschreibt sie jedoch mehrmals als nicht hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, da sie sich mit ihm nicht über ihre Gefühle und Sorgen austauschen konnte und er sich ihrer Meinung nach generell mit der Situation der Frühgeburt nicht sehr auseinandersetzte. Bei 16.2a findet die Familie keine Erwähnung und 22.2a beschreibt einen Kontakt zu ihrem Schwiegervater als nicht hilfreich sowie den Kontakt zu ihrer Mutter als ausschließlich hilfreich.

Bezug nehmend auf die Frage nach dem Einfluss der **Kontakte zu Freunden** auf die Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt beschreibt 7.2a einen Kontakt zu einer Freundin als ausschließlich hilfreich, während 8.2a und 9.2a die Kontakte zu Freunden ganz allgemein als hilfreich erwähnen, ohne genauer darauf einzugehen. 16.2a erlebte den Kontakt zu einer ebenfalls von Frühgeburt betroffenen Bekannten als ausschließlich hilfreich. 11.2a und 22.2a erwähnen keine hilfreichen oder nicht hilfreichen Kontakte zu Freunden.

Bezüglich **der vierten Forschungsfrage nach dem Vergleich der Kontakte zur Frühförderin zu anderen Kontakten** in Bezug auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt lassen sich einige Tendenzen erkennen:

Die **Kontakte zu Ärzten** werden zwar als überwiegend hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt beschrieben, werden aber nicht sehr häufig genannt.

Hinsichtlich der **Kontakte zu den Krankenschwestern** treffen die sechs Mütter sehr viele Aussagen, was sich vermutlich auch durch die Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit der Krankenschwestern auf der neonatologischen Station erklären lässt. Die Krankenschwestern, deren primäre Aufgabe die pflegerische und medizinische Versorgung der Patienten darstellt, stellen über längere Strecken die einzigen Ansprechpersonen für die Patienten dar, während sich die Kontakte mit Ärzten im Wesentlichen auf die Visite beschränken. Die Kontakte zu den Krankenschwestern, werden teilweise sehr ambivalent im Sinne von „nicht hilfreich und gleichzeitig sehr hilfreich“ beschrieben. Diesen Aspekt, respektive mögliche Ursachen für das unterschiedliche Erleben der Kontakte mit den Pflegepersonen einerseits und der Frühförderin andererseits werden wir in Kapitel 11 näher beleuchten. Zu erwähnen ist an dieser Stelle allerdings, dass sich die kritischen Aussagen der Eltern betreffend das Pflegepersonal auf der neonatologischen Station immer auf die Forschungsfrage vier, wie sie diese Kontakte hinsichtlich der eigenen Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt erlebten, beziehen. In medizinischer Hinsicht fühlten sich alle sechs Mütter im Krankenhaus Mödling gut betreut, wobei hinzuzufügen ist, dass dieser Aspekt nicht Teil unserer Fragestellung war und demnach nicht umfassend erfasst wurde und dargestellt werden kann.

Die Kontakte zu Familienangehörigen werden hinsichtlich der Bewältigung der Situation zwar überwiegend hilfreich beschrieben, finden aber nicht allzu oft Erwähnung.

Bei den **Kontakten zu Freunden** verhält es sich ähnlich.

Als **weitere hilfreiche Aspekte für die Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt** kamen seitens der sechs Mütter folgende hinzu:

Den **Kontakt zu anderen Eltern frühgeborener Kinder** auf der Station, insbesondere den Austausch über die Fortschritte der Kinder, beschreibt 9.2a als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation. 11.2a und 16.2a erlebten den Kontakt zu Bekannten, welche ebenfalls von Frühgeburt betroffen waren, als sehr hilfreich.

Als **Personengruppen werden die Frühchentreffen** unter der Leitung der mobilen Kinderkrankenschwester von 11.2a und 16.2a als hilfreich beschrieben, wobei 11.2a besonders den Austausch mit anderen von Frühgeburt betroffenen Müttern als hilfreich erlebte. 9.2a nahm nicht an den Treffen teil, da sie ihr nicht hilfreich erschienen.

9.2a und 11.2a erlebten die **psychologische Betreuung** im Krankenhaus A unmittelbar nach der zu frühen Geburt als hilfreich bei der Bewältigung der Situation.

Des Weiteren als hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt beschreiben 7.2a, 9.2a und 11.2a die Unterbringung in einem **Mutter-Kind-Zimmer**, wobei 7.2a anmerkt, die höhere Verantwortung für ihr Kind auch verunsichernd erlebt zu haben. 9.2a hingegen vermittelte es mehr Sicherheit im Umgang mit den Kindern vor der Entlassung nachhause.

Das **nachträgliche Einholen von Informationen zum Thema Frühgeburt** beschreiben 7.2a und 16.2a als hilfreich, während die Beschäftigung mit der Thematik bereits vor der Geburt 11.2a half, sich auf die bevorstehende Frühgeburt einzustellen und vorzubereiten.

Als nicht hilfreich beschreiben 7.2a und 11.2a die **räumlichen Gegebenheiten im Krankenhaus Mödling**, wobei sich 7.2a auf die Distanz zwischen Entbindungsstation und neonatologischer Station bezieht, während 11.2a die unzureichende Trennung zwischen den Mutter-Kind-Zimmern kritisiert, welche laut ihren Angaben durch Fenster verbunden und dadurch lärm- und lichtdurchlässig sind.

Zum erlebten **Veränderungs- und Erweiterungsbedarf** des Frühförderangebots äußerten sich die sechs Mütter folgendermaßen:

9.2a und 22.2a äußerten den Wunsch, dass die spezifische Rolle der Frühförderin auf der neonatologischen Station den Eltern besser erklärt werden soll, um den Eltern verständlich zu machen, was in den Gesprächen mit der Frühförderin thematisiert wird.

8.2a und 16.2a befürworteten eine Erweiterung des Frühförderangebots dahingehend, dass es öfter und regelmäßiger angeboten werden sollte. 22.2a gibt an, dass von Frühgeburt betroffene Eltern so schnell wie möglich, unter Umständen schon vor der Geburt, emotional aufgefangen werden sollten.

7.2a meint, die Frühförderin sollte die Eltern unter Umständen direkter auf die persönliche Situation ansprechen.

Auch 8.2a äußert sich diesbezüglich, indem sie meint, die Frühförderin sollte eventuell etwas hartnäckiger sein und wiederholt nachfragen, falls Eltern das Gesprächsangebot nicht sofort annehmen.

11.2a wünscht sich eine bessere zeitliche Planung der Besuche der Frühförderin, damit die Mütter auch etwas Ruhezeit haben. Zudem befürwortet 11.2a das kostenlose Anbieten einiger Hausbesuche der Frühförderin nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

8.2a äußerte den Wunsch nach mehr Information bezüglich Fördermöglichkeiten frühgeborener Kinder und meint, dass Frühförderung bei Frühchen generell möglichst bald beginnen sollte, um eine möglichst komplikationsfreie Entwicklung gewährleisten und dem erhöhten Risiko einer drohenden Behinderung entgegenwirken zu können.

16.2a hätte sich mehr alltagspraktische Tipps hinsichtlich der Versorgung der Kinder für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gewünscht.

11. Diskussion der Untersuchungsergebnisse der Interviews der Gruppen 1 und 2

Im Rahmen unserer Untersuchung zum Pilotprojekt „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling“ führten wir mit siebzehn von Frühgeburt betroffenen Eltern Gespräche betreffend die Situation rund um die zu frühe Geburt ihres Kindes/ihrer Kinder und ihr Erleben der Kontakte mit einer Frühförderin auf der neonatologischen Station sowie bei deren Hausbesuchen hinsichtlich der Bewältigung der zu frühen Geburt, dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung des Kindes.

Hinter der Durchführung des Pilotprojekts stand die Grundannahme, dass das innovative Angebot der Frühförderung auf der neonatologischen Station den Eltern eines frühgeborenen Babys Unterstützung in der belasteten Situation rund um die Frühgeburt bietet und zum Aufbau einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung beiträgt (vgl. Kapitel 7, S.28ff).

11.1 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die erste Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt?“

In den Erzählungen der befragten Eltern findet sich bezüglich unserer Einstiegsfrage, welche die Erinnerung des Gesprächspartners stimulieren und einen Erzählfluss anregen sollte, indem wir mit einer offenen Frage um das Erzählen von Erlebnissen rund um die Frühgeburt baten ein Fülle an Beschreibungen der teilweise traumatischen Ereignisse und Situationen rund um die zu frühe Geburt ihres Kindes/ihrer Kinder.

Auf die detaillierten Schilderungen zum Erleben der zu frühen Geburt können wir in der vorliegenden Arbeit nicht im Einzelnen eingehen, werden aber jene für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Aspekte darstellen.

Alle siebzehn befragten Eltern (elf Mütter und sechs Väter) beschreiben das Ereignis der Frühgeburt als ein Erlebnis, welches eine Vielzahl an belastenden Gefühlen und Ängsten bei ihnen ausgelöst hat. Sie berichten von Gefühlen der Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schuldgefühlen und beschreiben den Umstand, dass die Geburt völlig überraschend zu einem Zeitpunkt auftrat, wo sie nicht darauf vorbereitet waren, als äußerst belastend. Auch das zerbrechliche und durch die für Frühchen typischen Merkmale gekennzeichnete Aussehen (vgl. Kapitel 2.2) des Kindes erlebten einige Eltern verunsichernd und beängstigend.

Bei zehn der elf Mütter kam es völlig unerwartet und überraschend zur Frühgeburt. Nur eine Mutter (11.2a) war darauf eingestellt, dass sie ihr Kind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu früh zur Welt bringen wird.

Die Erzählungen der befragten Eltern legen die Vermutung nahe, dass der Umstand, wie unerwartet und abrupt die Frühgeburt eingetreten war, in engem Zusammenhang mit dem Ausmaß des Belastungserlebens der Eltern steht. Ein weiterer wichtiger Aspekt scheint hier auch der Gesundheitszustand des Kindes zu sein. Eltern sehr unreif geborener Kinder mit hohem Überlebens- oder Entwicklungsrisiko schilderten eine besonders starke emotionale Belastung (4.1a/b, 8.2a, 15.1a, 16.2a, 16.3b). Nach unserem Dafürhalten entsprechen die Berichte der befragten Eltern zur Situation rund um die zu frühe Geburt auch den in Kapitel 2.3 aus der Literatur beschriebenen Belastungen seitens der Eltern durch eine Frühgeburt.

Neun der elf Mütter brachten ihre Kinder durch einen Kaiserschnitt zur Welt, wodurch das traumatische Erlebnis des plötzlichen Getrennt-seins noch verstärkt wurde. Einige Mütter berichten auch über das Gefühl, ihr Kind nach der Geburt nicht wiedererkannt oder es noch im Bauch gespürt zu haben. Zwei Mütter erlebten die Situation der Frühgeburt durch einen Kaiserschnitt so, als wären ihnen die Kinder „rausgeschnitten“ oder „weggenommen“ worden.

„ich hab ihn das erste mal gesehen und irgendwie --- es war so komisch; die sagen dir halt: „das ist dein kind“, mhm, ... (LACHT) und dann weißt du, du gehst ja immer hin und du weißt, das ist DEINES und das musst du jetzt versorgen und da gehst du immer hin und am anfang war's schon irgendwie mehr, dass ich gewusst hab, das hab ich jetzt zu TUN, als dass ich es GEFÜHLT hab“ (11.2a, 665).

„ich habe lang nachher das gefühl gehabt, das man mir meine kinder weggenommen hat. also ich hatte nicht diese GEBOREN-HABEN-gefühl sondern eher ein WEG-NEHMEN-gefühl, dass (erfährt) man durch den kaiserschnitt an sich schon mal, also man hat mir die kinder einfach aus dem bauch rausgenommen. mir hat mein bauch sehr lange gefehlt, weil ich ÜBERHAUPT nicht drauf vorbereitet worden bin“ (16.2a, 273).

„die ersten paar tage waren einfach so, dass ich ABSOLUT, absolut nicht das gefühl gehabt hab, dass das mein kind ist ... weil ich hab wirklich / ich meine, er hat mir leid getan, aber das andere mädchen, das da im brutkasten gelegen ist, hat mir auch leid getan / das war einfach / sind ja niedlich ... und ich hab wirklich ständig das gefühl gehabt, er ist einfach noch in mir drinnen. ich hab das gefühl gehabt, ich, ich spüre ihn treten“ (8.2a, 357).

Zwölf dieser siebzehn befragten Eltern gaben an, in der Zeit rund um die zu frühe Geburt Kontakt zu der am Projekt beteiligten Frühförderin gehabt zu haben. Sechs Mütter hatten auf der neonatologischen Station Kontakt zur Frühförderin sowie weitere vier Mütter und zwei Väter sowohl auf der Station als auch nach der Entlassung weiterführend in Form von Hausbesuchen, wobei die beiden Väter (3.1b und 4.1b) angeben, die Frühförderin erst bei den Hausbesuchen persönlich kennengelernt zu haben.

Von den zwölf Eltern, welche Kontakte mit der Frühförderin hatte, beschreiben zehn diese als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der **Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt** ihres Kindes/ihrer Kinder und zwei Mütter (7.2a, 9.2a) als nicht hilfreich.

Die Eltern geben an, dass ihre Ängste und Sorgen durch die Gespräche mit der Frühförderin gelindert werden konnten und sie es grundsätzlich als sehr hilfreich erlebten, dass die Frühförderin sich Zeit nahm, zuhörte und sich für ihre Probleme interessierte. Sie berichten von der emotionalen Unterstützung durch die Frühförderin, indem ihnen belastende Gefühle wie Hilflosigkeit, Unsicherheit und Schuldgefühle betreffend die Frühgeburt genommen wurden und sie so zur Ruhe kommen konnten.

Die weiterführenden **Hausbesuche der Frühförderin** werden von fünf Eltern als ausschließlich hilfreich beschrieben; sie betonen hier wieder die entlastende und beruhigende Komponente der Gespräche. Eine Mutter (15.1a) erlebte es als besonders hilfreich, zuhause von der gleichen Person weiter betreut zu werden, welche sie bereits vom Krankenhaus kannte und mit ihrer Vorgeschichte vertraut war. Aber auch die vier Eltern, welche diesen Aspekt nicht extra betonen, vermittelten den Eindruck, diese kontinuierliche Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sehr geschätzt zu haben, wobei ein Elternpaar (3.1a/b) die Bedeutung der emotionalen Unterstützung durch die professionelle Frühförderin im Vergleich zu anderen privaten oder familiären Kontakten besonders hervorhob. Nur ein Vater (4.1b) erlebte den Hausbesuch der Frühförderin als nicht hilfreich, da laut seiner Aussage zu

diesem Zeitpunkt die „Sache für ihn erledigt war“ (Zeile 489), nachdem seine Tochter gesund aus dem Krankenhaus entlassen worden war. Denkbar ist, dass er sich durch die Frühförderin wieder mit der belasteten Zeit im Krankenhaus konfrontiert sah und sich zu diesem Zeitpunkt nicht mehr damit auseinandersetzen wollte. Er sprach im Zusammenhang mit den Hausbesuchen auch einmal von „Nachbehandlung“ (490) des Kindes durch die Frühförderin. Dies legt die Vermutung nahe, dass ihm möglicherweise der Aspekt der entlastenden Begleitung der Eltern als Aufgabe der Frühförderin entweder nicht ganz klar war, oder er dieses Unterstützungsangebot nicht annehmen konnte.

Bezüglich dieser und ähnlicher Aussagen (7.2a, 9.2a und 4.1b in Bezug auf die Hausbesuche), wo Eltern in den Gesprächen betonten, die Kontakte zur Frühförderin seien nicht hilfreich oder notwendig hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt gewesen, weil entweder kein Unterstützungsbedarf bestand oder der Fokus auf der medizinischen Versorgung des Kindes lag, stellten wir bereits im Zuge der Auswertung der Transkripte Überlegungen an, ob diese Beschreibungen im Interview mit uns ihrer tatsächlichen Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Frühgeburt entsprochen hatten und ob sie die Auseinandersetzung mit den beunruhigenden Gefühlen zur Zeit der Frühgeburt auch in den Gesprächen mit der Frühförderin vermeiden hatten wollen (vgl. Israel/Reißmann 2008; Datler 2009). Unsere Annahme beruht auf Schilderungen der Eltern im weiteren Gesprächsverlauf zur erschwerten Kontaktaufnahme und der Belastung durch die Situation auf der neonatologischen Station, welche ein erhöhtes Belastungserleben der betroffenen Eltern zur Zeit der zu frühen Geburt vermuten lassen.

„In vielen Fällen war es für die Eltern zunächst allerdings schwierig, Hilfe anzunehmen, obwohl bald erkennbar wurde, dass sie mit den emotionalen Belastungen, mit denen sie zu kämpfen hatten, alleine nur sehr schwer zurecht kamen. Wenn Eltern in solchen Situationen der Frühförderin beteuerten, dass es ihnen gut ginge und dass sich die Frühförderin um sie nicht bemühen müsse, stand die Frühförderin vor der Aufgabe, verstehend zu erfassen, ob das, was die Eltern zum Ausdruck brachten, ihrer aktuellen Befindlichkeit tatsächlich nahe kam, oder ob die Äußerungen der Eltern als Ausdruck ihres (unbewussten) Bemühens zu begreifen waren, sich vor der bewussten Auseinandersetzung mit ihren beunruhigenden Gefühlen und Gedanken zu schützen“ (Datler 2009, 31 f).

Bezug nehmend auf die **zweite und dritte Forschungsfrage** scheint es den befragten Eltern im Gegensatz zur Frage nach ihrem persönlichen Bewältigungsprozess schwerer zu fallen, einen Zusammenhang zwischen ihren Kontakten mit der Frühförderin und der Entwicklung der **Eltern-Kind-Beziehung sowie der Entwicklung des Kindes herzustellen**.

In weiterer Folge werden wir mögliche Ursachen dafür diskutieren, warum es den Eltern unter Umständen schwer fällt, einen Einfluss der Gespräche mit der Frühförderin, welche sie hinsichtlich ihrer persönlichen emotionalen Befindlichkeit ausschließlich hilfreich erlebten, auf den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind/ ihren Kindern und auf deren Entwicklung erkennen zu können.

11.2 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die zweite Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung?“

Drei Mütter (3.1a, 8.2a und 15.1a) und ein Vater (3.1b) konnten einen klaren Zusammenhang zwischen den Kontakten zur Frühförderin und der Entwicklung der Eltern-Kind Beziehung erkennen und erlebten die Kontakte diesbezüglich als ausschließlich hilfreich, eine Mutter (11.2a) bezeichnet diesbezüglich das Zusammenwirken aller auf der Station tätigen Personen als unterstützende Einheit.

„wenn es eben um gefühlssachen gegangen ist, dass da / da hat uns die frau (NAME DER FFin) geholfen ... und auch schon, wie vorher gesagt, diese beruhigende / der beruhigende teil eben dann, das war ja fürs kind auch wichtig, weil wenn man nur hektisch hin und her rennt, dann hat ja das kind auch nichts davon / das merkt ja das kind auch ... also, da, in die richtung, das war schon sehr positiv von der frau (NAME DER FFin)“ (3.1b, 436).

„also ich glaub schon, dass mir das total geholfen hat, weil irgendwann hab ich mir dann gedacht, das ist ja total / der ist hilflos, der ist klein, das ist ja idiotisch, du MUSST ich jetzt irgendwie zu dir nehmen und und ihn aufnehmen, weil für ihn ist ja das NOCH schlimmer, dieses rausreißen aus dem mutterleib“ (8.2a, ab 522).

„#ohja, ohja, eh#, ja, aber / sie hat auch gesagt, ja, das ist so, das ist so JA und es wird sich SICHER bessern ... *sie hat gesagt* aber das ist ist jetzt kein grund, warum man sich jetzt SCHÄMEN soll oder so“ (18.1a, 448).

Diesbezüglich fällt auf, dass, wie oben und auch bereits in Kapitel 10 in den einzelnen Ergebnisdarstellungen beschrieben, viele der befragten Eltern durchwegs von einem sehr hohen Belastungserleben durch die Situation der Frühgeburt sowie von der erschwerten Kontaktaufnahme zum Kind aufgrund der eigenen belasteten Situation und auch durch die Versorgung des Kindes im Inkubator berichten, aber vergleichsweise wenige die Unterstützung durch die Frühförderin als hilfreich hinsichtlich des Beziehungsaufbaus beschreiben.

Dieser Umstand ließ uns vermuten, dass der Beziehungsaufbau zu ihrem Kind in der Situation unmittelbar rund um die zu frühe Geburt aufgrund der zahlreichen geschilderten Belastungen erschwert war, obwohl sie angeben, keine Probleme hinsichtlich des Beziehungsaufbaus gehabt zu haben.

In den folgenden Zitaten beschreiben die Eltern sehr anschaulich die erschwerte Kontaktaufnahme zu ihren Kindern in den ersten Tagen nach der Frühgeburt:

„na klar wünscht man sich am anfang auch einen anderen kontakt, ja, also wir mussten mal drei tage warten bis wir die kinder mal aus dem inkubator raus nehmen durften und dann auch mal nur für eine halbe stunde mit zehn kabeln, die man irgendwie auf der brust liegen gehabt hat, ja?“ (9.2a, 354).

„und da, wie ich ihn da im brutkasten gesehen hab, also da pfff, da bin ich dann schon einmal / uahh / da hab ich dann zum weinen angefangen ...“ (3.a, 873).

„es war halt für mich ich hab mich nicht verbinden können mit dem kind das war schon irgendwie so von HEUT auf morgen so auf einmal (legt man mir ein kind da jetzt her)“ (18.1a, 66).

„natürlich, wie ich sie im arm gehalten hab nach der geburt, das war ein wunderschönes gefühl, wie beim sohn (älteres, erstgeborenes Kind, A.d.V.),

das ist alles klar. aber dann, durch das plötzliche herausreißen ... und das im-brutkasten-liegen ist es natürlich ... war das ganz was anderes. ich hab sie nicht auf den arm nehmen DÜRFEN, na? die ersten paar tage. das war alles (gerade) eine brutkastenbeziehung. anschauen – toll. gerade einmal die hand / ich glaube, durch die eine öffnung hat man können ab und zu oder was / aber es war, am anfang war es, wie ...“ (4.1b, 590)

„im krankenhaus an sich, wie er da unter dieser glocke hing, war die kontaktaufnahme schwer ... da war er so fern“ (3.1b, 546).

„und das kind selbst nicht in den armen halten zu können, das ist ... #das ist schon eine erschreckende erfahrung#“ (16.3b, 278).

„du kannst ihn zwar leider eben nicht soviel rausnehmen, du darfst da nur reingreifen, ja, bei diesem lukerl (Öffnung im Inkubator, A.d.V.), nach hundertmal desinfizieren, das ist einfach anders, ja? der liegt da drinnen und du denkst dir immer / ich hab mir immer gedacht, der sollt noch in dem bauch sein, der gehört noch nicht daher, ja? aber genauso lieb hab ich ihn gehabt wie ein anderes...nur das vermisst man halt, dass man das kuscheln kann und ... man traut sich gar nicht angreifen, das ist so ein, ein winziges-wirklich winzig, ja? und dünn und so...“ (15.1a, 754).

Einige Eltern (4.1a/b, 7.2a, 9.2a) gaben an, dass zu der Zeit auf der neonatologischen Station die medizinische Versorgung des Kindes und dessen Gesundheitszustand im Vordergrund standen. Es ist denkbar, dass die Eltern angesichts des Überlebensrisikos der Kinder und der Gefahr einer drohender Behinderung des Kindes von dermaßen beunruhigenden Gefühlen überflutet waren, dass sie sich dem Beziehungsaufbau noch nicht unbeschwert zuwenden oder diesen möglicherweise gar nicht zulassen konnten.

Dies würde auch erklären, dass zur Frage nach dem Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung der Beziehung zum Kind vergleichsweise wenige Aussagen getroffen wurden, während sie die Kontakte mit der Frühförderin hinsichtlich ihres persönlichen Bewältigungserlebens als sehr hilfreich beschreiben. Möglicherweise konnten sie zu der Zeit rund um die zu frühe Geburt den Zusammenhang zwischen ihrer persönlichen

Befindlichkeit, welche sich im Zuge der Gespräche mit der Frühförderin verbessert hatte, und dem Beziehungsaufbau zu ihrem Kind noch nicht erkennen.

Außerdem ist zu erwähnen, dass drei der fünf Eltern, welche einen Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung erkennen konnten, weiterführende Begleitung in Form von Hausbesuchen in Anspruch genommen hatten. Dass diese eher einen Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung erkennen als jene Eltern, welche lediglich auf der neonatologischen Station Kontakt mit der Frühförderin hatten, könnte daran liegen, dass die Hausbesuche zu einem Zeitpunkt stattfanden, wo die Eltern bereits wesentlich weniger belastet waren, da kein akutes Überlebensrisiko des Kindes mehr bestand, der durch die Frühförderin begleitete Bewältigungsprozess bereits fortgeschritten war und sie sich somit dem Kind unbeschwerter zuwenden konnten.

Außerdem fanden die Hausbesuche in der gewohnten Umgebung der Familien statt und auch die Frühförderin war bereits eine vertraute Person, welche die Eltern aus dem Krankenhaus kannte, wo sie diese bereits in der akut belastenden Situation begleitet hatte.

In einigen Elterngesprächen gewannen wir den Eindruck, dass manche Eltern negative Gefühle gegenüber dem Kind in der Zeit nach der Frühgeburt möglicherweise nicht zulassen konnten oder in den Interviews nicht thematisieren wollten. Denkbar ist, wie bereits in Kapitel 11.1 erwähnt, dass die Eltern auch die bewusste Auseinandersetzung mit beunruhigenden Gefühlen ihrem Kind gegenüber zu vermeiden versuchten. Eine Mutter (18.1a) beschreibt sehr anschaulich den erschwerten Beziehungsaufbau aufgrund von negativen Gefühlen wie Wut gegenüber ihrem Kind und wie ihr die Gespräche mit der Frühförderin halfen, diese zu bewältigen, indem diese viele Denkprozesse in ihr anregte und ihr vermittelte, sich für ihre Gefühle nicht schämen zu müssen.

Erschwerend hinsichtlich des Beziehungsaufbaus wirken sich in der Situation der zu frühen Geburt zweifelsohne, wie auch in Kapitel 3 bereits aus der Literatur beschrieben, die schwer durchschaubaren und kaum steuerbaren Abläufe auf der neonatologischen Station aus, welche bei den Eltern Gefühle der Unsicherheit und Abhängigkeit auslösen und ihnen zusätzlich den Zugang zu ihrem Kind erschweren können. Auf die Notwendigkeit der Begleitung durch eine Frühförderin in dieser speziellen Situation auf der neonatologischen Station werden wir im Rahmen der Diskussion der Forschungsfrage vier zum Vergleich der Kontakte mit der Frühförderin mit Kontakten mit anderen Personen noch näher eingehen.

11.3 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die dritte Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern den Einfluss ihrer Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung ihres Kindes?“

Bezug nehmend auf die dritte Forschungsfrage konnten vier Mütter (3.1a, 4.1a, 15.1a sowie 16.2a) und ein Vater (3.1b) einen Einfluss der Kontakte mit der Frühförderin auf die Entwicklung des Kindes erkennen. Von den sechs Müttern, welche lediglich auf der neonatologischen Station Kontakt mit der Frühförderin hatten, beschreibt eine Mutter (16.2a) den Kontakt mit der Frühförderin als hilfreich hinsichtlich der Entwicklung des Kindes, indem ihr die Frühförderin vermittelte, diesbezüglicher geduldiger zu sein. Eine Mutter (11.2a) beschreibt den Kontakt als nicht hilfreich, wobei sich ihre Beschreibungen bezüglich der Entwicklung des Kindes zu diesem Zeitpunkt rein auf den gelingenden Stillprozess beschränken. Die anderen vier Mütter der Gruppe 2 trafen keine Aussagen hinsichtlich des Einflusses der Kontakte zur Frühförderin auf die Entwicklung des Kindes. Es scheint den Müttern hinsichtlich der Frage nach der Situation auf der neonatologischen Station sehr schwer zu fallen, einen Zusammenhang zwischen ihren Gesprächen mit der Frühförderin und der Entwicklung des Kindes herzustellen.

Vier der fünf Eltern, welche sowohl auf der neonatologischen Station als auch bei Hausbesuchen Kontakt mit der Frühförderin hatten, differenzieren in ihren Erzählungen betreffend den Zusammenhang zwischen den Kontakten zur Frühförderin und der Entwicklung des Kindes zwischen den Kontakten mit der Frühförderin auf der neonatologischen Station und bei deren Hausbesuchen. Eine Mutter (15.1a) berichtet, bereits auf der neonatologischen Station die Bedeutung der Frühfördertätigkeit für die Entwicklung des Kindes mit der Frühförderin thematisiert zu haben:

„gekannt hab ich das auch nicht, natürlich, aber ... wie sie es mir erklärt hat, und dass man eben da ... erkennen kann, oder / (SUCHT NACH DEN RICHTIGEN WORTEN) „erkennen kann“ ... wenn es ein monat zu früh ist, entwickeln sie sich eh langsamer, ja? aber ob das halt auch noch im NORMALEN ist oder ob man da ... sinne wecken kann oder mehr ... mehr kontakt zum kind halt kriegen kann ... das war / na für mich war das schon klar, dass ich das gern in, in anspruch nehme“ (15.1a, 157).

Die Kontakte mit der Frühförderin in Form von Hausbesuchen beschreiben vier Eltern der Gruppe 1 (3.1a, 3.1b, 4.1a, 15.1a) als überwiegend bis ausschließlich hilfreich für die

Entwicklung des Kindes. Bei zwei Eltern dieser Gruppe konnten keine Aussagen zum Zusammenhang der Frühförderkontakte und der Entwicklung des Kindes zugeordnet werden. Die Eltern erlebten hier das frühe Anregen von Entwicklungsprozessen durch die Frühförderin besonders hilfreich und bereichernd hinsichtlich der Entwicklung des Kindes.

„ja, oder das ERTASTEN und so weiter hat sie sicher beim max angeregt damit, zu einem zeitpunkt, wo er / wo WIR auf solche ideen sicher nicht gekommen wären“ (3.1b, 952).

„aber sie zeigt einem doch so viel kleinigkeiten, wo man vielleicht so gar nicht denkt, dass das was bringt, wenn man das mit dem kind macht, vielleicht, ja? ... also so, so kleinigkeiten einfach, weil eben so rascheln oder so glockerl oder so nur perlen geben, so eine perlenkette geben, dass er greifen kann oder, oder ... wo man denkt, na in dem alter, das, weiß ich nicht, ob das schon was bringt vielleicht, ja? also DAS glaub ich, hat vielleicht schon auch was ausgemacht, wo ich mir denk, man hätt vielleicht von sich aus alleine nicht so früh angefangen, sich mit ihm SO zu befassen“ (3.1a, 1061).

„und die frau (NAME DER FFin) war da wirklich wichtig und --- (spielzeug und was zum tasten und was zum fühlen und hören und ---) ... und sie hat gesagt, er entwickelt sich ganz normal. das war, das war wirklich sehr (sehr gut)“ (15.1a, 525).

„grad, weil die ja einfach wirklich in der Bewegung eingeschränkt sind, da hat sie ganz tolle sachen mitgebracht und die auch her geborgt und dagelassen“ (15.1.a, 712).

Dass die Eltern hier so klar zwischen den Kontakten auf der neonatologischen Station und den Hausbesuchen differenzieren und die Kontakte zuhause als besonders hilfreich beschreiben, könnte, so wie bereits hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehung vermutet, daran liegen, dass diese Kontakte zu einem Zeitpunkt stattfanden, wo der begleitete Bewältigungsprozess der Eltern bereits soweit fortgeschritten war, dass sie sich ihrem Kind unbeschwerter und förderlicher zuwenden konnten.

Zu den **beiden Aspekten der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung des Kindes** fällt auf, dass drei der fünf Eltern, welche die Frühförderkontakte hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehung als ausschließlich hilfreich beschreiben, weiterführende Begleitung durch die Frühförderin in Form von Hausbesuchen hatten, und vier der fünf Eltern, welche die Kontakte zur Frühförderin hinsichtlich der Entwicklung des Kindes ausschließlich hilfreich erlebten, weiterführende Begleitung zuhause in Anspruch genommen haben. Es liegt die Vermutung nahe, dass hier der Aspekt der kontinuierlichen Begleitung durch eine Frühförderin beginnend im Spital und weiterführend in Form von Hausbesuchen, wie es im Pilotprojekt vorgesehen war, positiv zum Tragen kommt, indem Eltern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus von derselben Person begleitet wurden, die sie bereits vom Krankenhaus kannten.

11.4 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die vierte Forschungsfrage „Wie beschreiben Eltern ihre Kontakte mit der Frühförderin im Vergleich zu anderen Kontakten (mit Professionisten oder privat) zur Zeit der Frühgeburt?“

Bezug nehmend auf die vierte Forschungsfrage zum Vergleich der Kontakte zur Frühförderin mit Kontakten zu anderen Personen erhielten wir viele Berichte der befragten Eltern über Kontakte mit den Krankenschwestern auf der neonatologischen Station. Dies führen wir darauf zurück, dass sich der Alltag von Eltern frühgeborener Kinder nach der Geburt für eine bestimmte Zeit fast ausschließlich auf die neonatologische Station verlagert und sich zwischenmenschliche Kontakte über weite Strecken auf jene zu den Pflegepersonen beschränken.

Bei der Interpretation der Aussagen zu dieser Forschungsfrage ist zu berücksichtigen, dass sich unsere Arbeit auf erinnernde Erzählungen der Eltern über die für viele hochgradig traumatische Situation der zu frühen Geburt stützt und der Aufbau unserer Interviews ferner einen kritischen Vergleich zwischen den Kontakten mit der Frühförderin und denen mit dem Krankenhauspersonal nahelegte.

Zudem beziehen sich kritische oder ambivalente Aussagen der Eltern betreffend die Kontakte mit dem Pflegepersonal auf der neonatologischen Station zumeist auf den Aspekt, wie sie diese Kontakte hinsichtlich der eigenen Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt erlebten. In medizinischer Hinsicht fühlten sich die meisten Eltern sehr gut betreut, wobei hinzuzufügen ist, dass dieser Aspekt nicht Teil unserer Fragestellung war und demnach nicht umfassend erfasst wurde und dargestellt werden kann.

Drei Mütter (7.2a, 8.2a und 9.2a) beschreiben die Kontakte zu den Krankenschwestern als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt. 9.2a erlebte die Kontakte zur Frühförderin als nicht hilfreich. 8.2a beschreibt die Kontakte zur Frühförderin gleichermaßen als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation, wobei sie betont, mit den Krankenschwestern habe auch deshalb mehr Kontakt stattgefunden, da die Frühförderin nur zweimal wöchentlich auf der Station anwesend war, was 8.2a als nicht ausreichend erlebte. 7.2a beschreibt einen Kontakt zur Frühförderin als hilfreich, wobei sie kurz darauf betont, zum damaligen Zeitpunkt mit niemandem über die Situation der Frühgeburt gesprochen zu haben. Dieses Interview konnte allerdings nicht vollständig ausgewertet werden, da, wie in Kapitel 10.2.1 beschrieben, die ersten zwölf Minuten wörtlicher Gesprächsaufzeichnung nicht vorlagen.

Zwei Mütter (11.2a und 15.1a) erlebten alle auf der Station tätigen Personen zusammen mit der Frühförderin als unterstützende Einheit, wobei 11.2a auch viele ambivalente Situationen im Sinne von nicht hilfreich und gleichzeitig doch hilfreich hinsichtlich der Kontakte mit den Krankenschwestern beschreibt.

Ein Vater (4.1b) erlebte die Kontakte zu Krankenschwestern als nicht hilfreich.

„bei manchen war das überhaupt ein ganz, ganz strenges regiment. ... aber wie gesagt, das / im nachhinein darf man gar nicht nachdenken über das ... ärgert mich immer noch. einerseits (natürlich auch) sollte man wieder vergessen, aber / noch mal: durch diese studie kommt wieder alles hoch! das ist ... (SEUFZT)“ (4.1b, 203).

Nach eigenen Angaben verbrachte 4.1b nur sehr wenig Zeit im Krankenhaus, da er den älteren Sohn zuhause versorgen musste, und bezog viele Informationen über das Geschehen auf der neonatologischen Station aus zweiter Hand von seiner Frau.

Ebenso als nicht hilfreich erlebte 18.1a mit Ausnahme von einem die Kontakte zum Pflegepersonal und berichtet, dass eine Krankenschwester ihr wiederholt anbot, in Hinblick auf den Beziehungsaufbau (452) zu ihrem Kind in ein Mutter-Kind-Zimmer zu ziehen. 18.1a konnte sich aufgrund ihrer belasteten psychischen Situation allerdings nicht dazu entschließen, stationär im Krankenhaus zu bleiben, wodurch das Angebot der Krankenschwester ihr Belastungserleben weiter verstärkte.

Auch 22.2a erlebte die Kontakte zu den Krankenschwestern als nicht hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation. Sie beschreibt anschaulich, wie ihr Gefühl des Angewiesenseins auf das Krankenhauspersonal auch Gefühle der Ohnmacht bei ihr auslöste.

„es war einfach dieses zusammenwirken von rundherum und mich gar so als als amputiert und blöd daliegen zu lassen. und das war das, was mich / also diese ohnmacht, die du hast ... auf der einen seite kriegst keinen termin, wann du mit den kindern heimgehst, auf der anderen seite, du hast nicht die möglichkeit, dass du sie rausnimmst...“ (22.2a, 467).

Im weiteren Gesprächsverlauf zeigt 22.2a allerdings Verständnis dafür, dass sich die Krankenschwestern gewissermaßen gegenüber Einzelschicksalen emotional abgrenzen müssen, da sie im Zuge ihrer Tätigkeit sehr oft mit belastenden Ereignissen wie dem Tod eines Patienten konfrontiert sind.

„ja, ich mein ich muss es von der anderen seite auch vielleicht ein bisschen abschwächen, dass ich sage, gut okay, es ist ein job für die schwestern ... und die haben nicht nur die frühchen, die haben auch andere kinder. es ist in der zeit, wo ich dort war, ist ein mädchen (KIND SCHREIT) gestorben, (ich glaube) das war geistig behindert ... ist auch nicht leicht ... vor allem wenn das kind sehr oft dort ist und wenn man schon eine innere beziehung zu dem kind aufgebaut hat, ist bestimmt nicht leicht“ (22.2a, 915).

Die Eltern 3.1a, 3.1b und 4.1a treffen klare Aussagen, welche auf die Sinnhaftigkeit einer Rollentrennung zwischen Pflegepersonal und einer ausschließlich für die Anliegen der Eltern zuständigen Frühförderin auf der neonatologischen Station hinweisen. 3.1b erlebte die Krankenschwestern sehr bemüht und engagiert dahingehend, den Eltern den richtigen Umgang mit dem Kind hinsichtlich der Versorgung und Pflege beizubringen, in Bezug auf die Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt beschreibt er sie jedoch als nicht hilfreich. 3.1a fühlte sich vom Pflegepersonal hinsichtlich der Bewältigung nicht unterstützt, zeigt aber Verständnis für die mangelnden zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und der Rahmenbedingungen auf der neonatologischen Station. 4.1a betont, dass die Frühförderin hinsichtlich ihres Belastungserlebens ihre einzige Ansprechpartnerin auf der Station war.

„ richtig gespräche mit einem doktor oder einer schwester, wo ich jetzt unter anführungszeichen mein herz ausgeschüttet hätte, haben nicht stattgefunden / also da ist es eher darum gegangen, so wie mit der krankenschwester, wie muss ich ihn halten, wenn wir ihn baden ... was müssen wir zu dem zeitpunkt machen was müssen / also, den normalen ablauf, aber richtige gespräche, wo wir gesagt haben, man setzt sich zusammen / man redet über das ganze, das hat's nicht gegeben / also das war eher die frau (NAME DER FFin), dass wir gesagt haben, okay, das kind ist da ,wie schaut's aus / was / wo haben sie gefühlsmäßig ... probleme, dass sie sagen, das oder das hat nicht gepasst oder... also das / das ist nur von ihr gekommen“ (3.1b, 451).

„ich hab das sehr positiv erlebt, weil sie eine (LACHT GEQUÄLT) / halt war / eine rettung unter anführungszeichen, weil sie irgendwie halt nicht doch dazu gehört hat / aber halt schon und sie hat halt als einzige ... irgendwie verständnis gezeigt und hat zugehört und /... also das war sehr positiv“ (4.1a, 125).

Eine Mutter (16.2a.) differenzierte ganz klar zwischen der Rolle der Frühförderin und dem Stationspersonal und erlebte es als sehr hilfreich, dass die Frühförderin explizit für Gespräche mit den Eltern zur Verfügung stand. Sie gibt auch an, dass die Begleitung des Bewältigungsprozesses ihrer Meinung nach nicht Aufgabe der Ärzte und Krankenschwestern ist.

„also das auf alle fälle. weil das krankenhauspersonal an sich ja primär für die kinder da ist und somit jetzt für die eltern nicht wirklich außer info sehr viel mehr zeit bleibt.... Jemand, der (gemeint ist die Frühförderin, A.d.V) auch zeit hat für das und wo man jetzt nicht irgendwie auch ein schlechtes gewissen zu haben braucht, dass man den abhält von irgendwas anderem“ (16.2a, 126).

Es lässt sich also zusammenfassend darstellen, dass von den zwölf befragten Eltern der Gruppen 1 und 2 vier Mütter (7.2a, 8.2a, 9.2a und 15.1a) die Kontakte mit den Krankenschwestern als ausschließlich hilfreich erlebten hinsichtlich der Bewältigung der Situation, die übrigen acht Eltern (3.1a/b, 4.1a/b, 11.2a, 16.2a, 18.2a und 22.2a) beschreiben die Kontakte entweder als nicht hilfreich oder als sowohl hilfreich und gleichzeitig nicht

hilfreich, wobei sie die nicht hilfreichen Kontakte teilweise mit der hohen Arbeitsbelastung und dem Druck, unter dem Pflegepersonen stehen, entschuldigen (vgl. 3.1a, 16.2a, 22.2a).

Die Kontakte mit der Frühförderin beschreiben hingegen zehn der zwölf Eltern (alle außer 7.2a und 9.2a) als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

Wir werden nun Überlegungen zu möglichen Ursachen für dieses unterschiedliche Erleben der Kontakte mit der Frühförderin und dem Pflegepersonal anstellen und einige Situationen zu Kontakten mit Pflegepersonen beleuchten, welche die Eltern auf der neonatologischen Station als nicht hilfreich erlebten.

Wie in Kapitel 11.1 dargestellt, beschreiben viele Eltern die Situation der Frühgeburt als traumatisches Ereignis, welches eine Vielzahl belastender Gefühle mit sich bringt. Der Aufenthalt auf der durch medizinische Eingriffe und hochtechnisierte Ausstattung geprägten neonatologischen Station trägt in dieser Situation zusätzlich zur Verunsicherung der Eltern bei, löst Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und des Angewiesenseins auf das Stationspersonal aus und erschwert ihnen zusätzlich die Kontaktaufnahme zum Kind.

Einige der befragten Eltern schildern Situationen auf der neonatologischen Station, wo sie sich von den Krankenschwestern übergangen oder zu wenig in die Versorgung des Kindes eingebunden fühlten. In ihrer traumatisierten Situation erleben einige Eltern die Verhaltensweisen der Krankenschwestern als nicht einfühlsam und unsensibel.

Die befragten Eltern gaben allerdings durchwegs an, sich und ihr Kind in medizinischer Hinsicht im Krankenhaus Mödling sehr gut betreut gefühlt zu haben und zeigten sich teilweise verständnisvoll gegenüber den mangelnden Ressourcen des Pflegepersonals betreffend Gespräche hinsichtlich der Bewältigung.

Dies Erzählungen der Eltern zur Situation rund um die zu frühe Geburt und der Situation auf der neonatologischen Station verdeutlichen unseres Erachtens, dass sie in dieser äußerst schwierigen Zeit der Frühgeburt neben der fachlichen, medizinischen Betreuung auch zusätzliche Begleitung benötigen, um die traumatische Erfahrung der Frühgeburt und die damit einhergehenden Belastungen und negativen Gefühle bewältigen zu können. Dass noch so engagiertes Pflegepersonal, dessen primäre Aufgabe die medizinische Versorgung des Kindes sowie die Unterstützung und Einbeziehung der Eltern in die Pflege und Versorgung des Kindes ist, kaum über Ressourcen verfügt, sich dem innerpsychischen Erleben der Eltern zu widmen, löst bei diesen ambivalente Gefühle aus und führt dazu, dass sie die Kontakte

zum Pflegepersonal als nicht hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt erlebten (vgl. Datler 2009).

Wie bereits in Kapitel 3 aus der Fachliteratur beschrieben, führen uns die Erzählungen der befragten Eltern hinsichtlich der Kontakte zum Krankenhauspersonal auf der neonatologischen Station zu der Annahme, dass die Pflegepersonen, welche unter enormer Arbeitsbelastung stehen und unter stark Stress erzeugenden Bedingungen arbeiten, dem Unterstützungsbedarf der Eltern hinsichtlich der Bewältigung der belastenden Situation kaum gerecht werden können bei gleichzeitiger professioneller Erledigung der pflegerischen und medizinischen Versorgungsarbeiten. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Pflegepersonen auf der neonatologischen Station geradezu notwendigerweise über innerpsychische Abwehrmechanismen verfügen, welche sie vor der Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen schützen und es ihnen ermöglichen, „sich immer wieder zu engagieren und sich auf die Konfrontation mit dem Tod einzulassen“ (Israel/Reißmann 2008, 118; vgl. Kapitel 3).

„Man erwartet von ihnen, dass sie wachsam und zuverlässig für Kinder sorgen, die sich in einer extremen, oft hoffnungslosen Lebenslage befinden. Man erwartet, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Grenzen des Machbaren, vergebliche Bemühungen oder den Tod eines Kindes ertragen, ohne in der Hingabe an ihre Aufgabe nachzulassen. Aber es ergeben sich kaum Möglichkeiten im Stationsalltag, Erleben in Worte zu fassen“ (Israel/Reißmann 2008, 124).

Die Frühförderin, deren spezielle Aufgabe es war, die Eltern in dieser belasteten Situation zu begleiten und bei der Bewältigung dieser traumatischen Erfahrung zu unterstützen, erlebten die meisten Eltern im Vergleich zum Pflegepersonal als ausschließlich hilfreich hinsichtlich ihres Bewältigungsprozesses, ein Umstand, den wir als Hinweis auf die Notwendigkeit, Frühförderung zur Unterstützung der Eltern bereits auf der neonatologischen Station anzubieten, verstehen.

Auch Israel/Reißmann beschreiben die Traumatisierung von Eltern durch die Umstände einer Frühgeburt und dass Eltern in dieser Situation Begleitung durch einen „verstehenden Anderen benötigen, der sich offen für alles, was ihm entgegengebracht wird, einführend zur Verfügung stellt und Worte für Zustände findet, die unaussprechbar schrecklich erscheinen“ (Israel/Reißmann 2008, 119f).

Das Elternpaar 3.1a/b und weitere vier Mütter (15.1a, 7.2a, 9.2a und 11.2a) berichten, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch weiterführend von einer **mobilen Kinderkrankenschwester** betreut worden zu sein. Dieser Kontakt wird auch von allen sechs Eltern als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt beschrieben. Als besonders hilfreich beschreiben die Eltern hier, dass sie ihr Kind in medizinischer Hinsicht optimal betreut wussten und schätzten zudem die alltagspraktischen Tipps hinsichtlich der Pflege und Versorgung des Kindes. 3.1b und 3.1a beschreiben die Aufgabenteilung der mobilen Kinderkrankenschwester und der Frühförderin bei deren Hausbesuchen sehr deutlich, indem sie die Frühförderin explizit als emotionale Unterstützung und die mobile Kinderkrankenschwester als Ansprechpartnerin hinsichtlich der Versorgung und Pflege des Kindes erlebten (3.1a, 413).

11.2a erlebte die Kontakte mit der mobilen Kinderkrankenschwester auch als ausschließlich hilfreich hinsichtlich des Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung des Kindes.

Auffallend ist, dass die Kontakte mit der mobilen Kinderkrankenschwester im Vergleich zu jenen mit dem Pflegepersonal auf der Station als ausschließlich hilfreich beschrieben werden. Wir führen diesen Umstand darauf zurück, dass die mobile Kinderkrankenschwester ebenso wie die Frühförderin eine spezielle Rolle innehatte. Sie war eigens für die Einzelbetreuung der Eltern und ihres frühgeborenen Kindes zuhause zuständig, konnten sich daher vermutlich mehr Zeit für Gespräche mit den Eltern nehmen und besuchte diese in ihrer vertrauten Umgebung zuhause. Es ist anzunehmen, dass die mobile Kinderkrankenschwester gleichermaßen wie die Frühförderin den Eltern ein Gefühl der Sicherheit vermittelte.

Die **Kontakte zu Ärzten** beschreiben sieben Mütter (7.2a, 8.2a, 9.2a, 11.2a, 15.1a, 18.1a und 22.2a) als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, eine Mutter (4.1a) erlebte die Kontakte teilweise als hilfreich und teilweise nicht hilfreich, während 3.1a und die Väter 3.1b und 4.1b die Kontakte als nicht hilfreich beschreiben; 3.1a zeigt allerdings Verständnis für deren mangelnden zeitlichen Ressourcen. 16.2a beschreibt die Kontakte zu Ärzten als nicht hilfreich, verweist aber darauf, die Rollenaufteilung zwischen dem medizinischen Personal und der Frühförderin als sehr hilfreich erlebt zu haben.

Viele Mütter beschreiben die Kontakte zu den behandelnden Kinderärzten auf der neonatologischen Station als sehr hilfreich, indem sie ihr Kind medizinisch gut betreut wussten.

In den Erzählungen der befragten Eltern fällt auf, dass die Kontakte zu Ärzten verglichen mit den Kontakten zu den Krankenschwestern weniger oft erwähnt und auch nicht so ambivalent beschrieben werden. Diesen Umstand führen wir darauf zurück, dass die Ärzte nicht in dem Ausmaß wie die Krankenschwestern auf der Station anwesend und nicht in die alltägliche Betreuung der Patienten eingebunden sind und die Eltern unter anderem deshalb andere Erwartungen an sie haben. Denkbar ist, dass die befragten Eltern den Ärzten eher die Aufgabe der medizinischen Betreuung zuschreiben und sich von den Krankenschwestern mehr emotionale Unterstützung gewünscht hätten. Eine Mutter (11.2a) bringt diesen Wunsch ganz deutlich zum Ausdruck:

„also das würde ich mir für die anderen wünschen, dass DAS / dass es dort nur krankenschwestern gibt, die engagiert sind und versuchen, die eltern zu verstehen, weil die situation an sich eh schon schwer genug ist und du nicht noch eine belastung brauchen kannst, ...“ (11.2a, 1070).

Die **Kontakte zu Familienangehörigen** beschreiben drei Mütter (9.2a, 11.2a und 18.2a) als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt. Bei den anderen Eltern werden Kontakte zu Familienangehörigen wenig erwähnt und teilweise ambivalent beschrieben. Das Elternpaar 3.1a/b betont ganz klar, die professionelle Begleitung durch die Frühförderin im Gegensatz zu den familiären Kontakten als sehr hilfreich erlebt zu haben.

„und ich hab es eigentlich auch vermieden, solche fragen an meine eltern zu stellen,... also ich kann nur einem jeden empfehlen, von einer objektiven stelle sich informationen zu holen, ist sicher gescheiter als von der eigenen familie“ (3.1b, 485).

Eine Mutter (15.1a) beschreibt ihr Bedürfnis, sich und ihr Kind nach der zu frühen Geburt von Besuchern abzuschirmen.

Viele der befragten Eltern gaben an, den Austausch mit Familienangehörigen über die Situation der zu frühen Geburt eher vermieden zu haben.

„nicht dass ich meine mama jetzt was gefragt hätte, oder ...“ (15.1a, 1193).

„und alle machen einen ja narrisch (verrückt; A.d.V.) man hört dann ja nicht nur von, von den ärzten, sondern es kommen dann auch omas, opas, tanten, freundinnen, die alle schon kinder haben (LACHT), mit den guten ratschlägen. ... jeder (mensch) sagt was anderes, und das ist halt dann / da bist halt dann / da bist halt dann auch irgendwo dazwischen“ (3.1a, 462).

Hinsichtlich der Kontakte zu **Freunden** werden lediglich einzelne Freunde als hilfreich erachtet: 7.2a und 4.1a erlebten den Kontakt zu einer bestimmten Freundin als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt, während 8.2a und 9.2a die Kontakte zu Bekannten als hilfreich beschreiben, ohne konkrete Situationen zu schildern. 18.1a erlebte das Zuhören von einigen Freunden als erleichternd. 11.2a und 16.2a erlebten den Austausch mit einer ebenfalls von Frühgeburt betroffenen Bekannten als sehr hilfreich.

4.1b betonte klar, keinen Austausch mit Freunden gewünscht zu haben.

„wie kann man wen unterstützen, wenn ich von der situation keine ahnung habe, na? wenn es einer wirklich glaubt, der kann dann gewaltig ins fettnäpfchen auch treten. also dass / darum haben sich die meisten, wie gesagt, nobel zurückgehalten. gott sei dank“ (4.1b, 564).

Insgesamt geht als Grundtenor aus den Aussagen der Eltern zu privaten Kontakten hervor, dass sie den Austausch mit einer professionellen und speziell für diese Situation ausgebildeten Frühförderin dem mit Familienangehörigen und Freunden vorzogen.

Kontakte mit weiteren Personen (zum Beispiel niedergelassener Arzt, andere Eltern) sind für die befragten Eltern als nahezu nicht bedeutsam auch für unsere Forschungsfrage nach einem Vergleich von Frühförderkontakten mit anderen Kontakten zu vernachlässigen.

11.5 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf das Berufsverständnis und die Berufsentwicklung von Frühförderinnen

11.5.1 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf das Berufsverständnis von Frühförderinnen

Kontakte mit der Frühförderin wurden im Vergleich zu anderen Kontakten rund um die Frühgeburt vor allem in Bezug auf die Bewältigung der Situation der frühen Geburt nahezu ausschließlich als sehr hilfreich beschrieben, in einzelnen Gesprächen bis zu elfmal, während andere Kontakte von den befragten Eltern als sehr hilfreich, als wenig hilfreich, nicht hilfreich oder ambivalent, das heißt sowohl als hilfreich als auch als nicht hilfreich, dargestellt wurden. Die Unterscheidung zwischen ausschließlich hilfreich, überwiegend hilfreich, wenig hilfreich und nicht hilfreich in Entsprechung zur fünften Forschungsfrage danach, in welcher Weise die Mütter und Väter die Frühförderung rückblickend als hilfreich für sich und ihr Kind beschreiben,

ermöglichte die vorliegende Auswertung von Beschreibungen zu Frühförderkontakten sowie zu Kontakten mit anderen. Als methodisches Problem beziehungsweise als Unsicherheit bezüglich der Gültigkeit unserer Ergebnisse bleibt erstens, dass wir uns nur auf die von den Eltern gemachten Angaben beziehen können ohne nachfragen zu können, ob deren Aussagen über Kontakte mit verschiedenen Personen auch von diesen gleich oder zumindest ähnlich beschrieben werden. Zweitens könnte es dahingehend auch eine Rolle spielen, dass der Interviewleitfaden für die Gespräche mit den Eltern, wie bereits zu Beginn des Kapitels 11.4 angemerkt, einen kritischen Vergleich der Eltern zwischen Kontakten mit der Frühförderin und anderen Personen nahelegte. Und nicht zuletzt ist zu bedenken, was wir bereits im Kapitel 9.4.5 dargestellt haben: Qualitative Inhaltsanalysen sind nach Mayring/Brunner (2010, 325) zwar „regelgeleitete“, aber zugleich auch „interpretative Akte“.

Vor diesem Hintergrund sind die eindeutigen Ergebnisse dahingehend, dass Frühförderkontakte von den befragten Eltern als sehr hilfreich erlebt wurden, zu sehen. Aufgrund der großen Menge von Elternaussagen hatten wir jedoch auch die Möglichkeit, vielschichtige Vergleiche zwischen deren Aussagen zu den einzelnen Aspekten unserer Forschungsfragen anzustellen. Darauf basieren im Folgenden erste Überlegungen dazu, wie die professionell begründeten Bemühungen der Frühförderin in den von uns geführten Gesprächen zum Ausdruck kommen beziehungsweise in welchem Zusammenhang sie mit

dem von Eltern geäußerten Veränderungs- und Erweiterungsbedarf des Frühförderangebots auf einer neonatologischen Station und weitergeführt bei Hausbesuchen stehen¹⁷:

Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen beispielsweise die Überlegungen von Reiter (2010, 8), dass eine Frühförderin mit ihrer Qualifikation in Bezug auf die spezielle Situation einer Frühgeburt dazu geeignet ist, auf einer neonatologischen Station auf die besonderen Problemlagen einzugehen und die Eltern bei der Herausforderung zu unterstützen, adäquat und feinfühlig mit ihrem zu früh geborenen Kind umzugehen.

Dazu sagt Herr 3.1b:

„und da hat sie uns doch eine ruhe vermittelt, die wir zu dem zeitpunkt einfach nicht gehabt haben“ (244).

„der beruhigende teil eben dann, das war ja fürs kind auch wichtig, weil wenn man nur hektisch hin und her rennt, dann hat ja das kind auch nichts davon / das merkt ja das kind auch“ (436).

Laut Datler ist unter anderem bezeichnend für die Arbeit einer Frühförderin, die „Aufmerksamkeit des Kindes zu gewinnen und sein Interesse auf bestimmte Gegenstände zu lenken“ (Dalter 2009, 27), das „Interesse des Kindes an dem zu wecken“ zu versuchen, was es in seiner „Umgebung als reizvoll“ erachtet (vgl. Kapitel 5 zur Frühförderung, 23-24 und Datler 2009, 29) und dabei und auch im Kontakt mit den Eltern ihre Mentalisierungskompetenz (vgl. ebd.) einzusetzen, um die stimulierend-feinfühliges Zuwendung der Eltern zu ihrem Kind zu unterstützen. Möglicherweise kommt einiges davon in den folgenden Aussagen zum Ausdruck:

„ein jedes hinschauen auf ein neues objekt, birgt wieder neue erfahrungen ... also ... ich bin mir aber sicher, dass / dass für den max die frühförderung positiv war“ (3.1b, 839).

„ja, also das ist / das ist so ein fließender prozess ... und was halt die frau (NAME DER FFin)/ er hat / die frau (NAME DER FFin) hat beim max sicher eben das ... / dieses spielen angeregt. oder das ERTASTEN und so

¹⁷ Der zweite Aspekt unserer Überlegungen bezieht sich auf unsere sechsten Forschungsfrage.

weiter hat sie sicher beim max angeregt damit, zu einem zeitpunkt, wo er / wo WIR auf solche ideen sicher nicht gekommen wären“ (3.1b, 948).

„... also die hat mir da tolle sachen dagelassen, also ... wassergefüllte bauchunterlagen und --- ... damit er sich eben stabilisieren lernt und die bauchmuskeln trainiert, also wenn er am bauch liegt, ja? ... also das war wirklich hilfreich. weil sonst, wie, wie weiß man / wie, wie bringt man ein kind dazu, dass es interesse hat, einmal auf die andere seite zu, zu rollen oder zu schauen, ja“ (15.2a, 956)?

„gekannt hab ich das auch nicht, natürlich, aber ... wie sie es mir erklärt hat, und dass man eben da ... erkennen kann, oder / (SUCHT NACH DEN RICHTIGEN WORTEN) „erkennen kann“ ... wenn es ein monat zu früh ist, entwickeln sie sich eh langsamer, ja? aber ob das halt auch noch im NORMALEN ist oder ob man da ... sinne wecken kann oder mehr ... mehr kontakt zum kind halt kriegen kann“ (15.1a, 157).

„genau. ja, da hab ich ihr mehr da vertraut, was sie sagt, als was jetzt eben die tante oder die nachbarin oder – mag ich auch alle gerne, aber in dem fall verlässt man sich nur – oder ich – dann auf so fundierte aussagen, oder ... die dir das auch erklären können, warum das so ist und was sich grad entwickelt und ... wie kann man das eben fördern: augen, schauen und ... na das waren dann schon (diese) personen, also die frau (NAME DER FFin) und die frau (NAME DER KINDERKRANKLENSCHWESTER) (15.1a, 914).

Israel/Reißmann (2008, 121) schreiben von „Sofortintervention“ bei Frühgeburt und dass in der Situation einer Frühgeburt auf einer neonatologischen Station ein „Dritter“ vonnöten ist, der „aufmerksam-emotional da ist“. Eine derartige Rolle könnte die Frühförderin für 3.1a gehabt haben:

„dass man ein bisschen eine unterstützung hat, auch eben auch psychisch, dass man / das rup- / das waren eigentlich eh schon die sachen, das war das einzige. eben diese ängste, was man hat, dass man manchmal nicht damit

umgehen kann, oder, oder weiß, ist das normal oder bin ich hysterisch oder überempfindlich, ja? dass einfach jemand sagt: „nein, das ist normal“, ja“ (1456).

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse (Kapitel 10) knüpfen auch an die Abschlussarbeit des Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung von Jandrisits (2005) als damalige Pilotprojektvorbereitung an:

Jandrisits (2005, 16) formulierte als Aufgabe von Frühförderinnen, dass diese die Eltern frühgeborener Babys bei der Bewältigung der Angst und Unsicherheit unterstützen und ihnen beim Erlernen eines feinfühligem Umgangs mit dem Kind hilfreich sind.

Zwei Mütter trafen Aussagen, die als dessen Entsprechung verstanden werden können:

„wenn’s uns da halt so dinge gezeigt hat oder, oder ... / hat man vielleicht dann mehr mit dem kind gemacht, als was man gemacht hätte, wenn man niemanden gehabt hätte, denk ICH mir. vor allem, wenn’s so klein sind, na“ (3.1a, 974)?

„also ich glaube schon, dass mir die frau (NAME DER FFin) auch damals ein bisschen klar gemacht hat, dass man geduldig sein muss. und ich glaube das war auch, das ist gut so, weil ich eher ein ungeduldiger mensch bin. wobei ich jetzt im nachhinein gehört habe, dass das die meisten eltern dann (EINIGE UNVERSTÄNDLICHE WORTE). dass man irgendwie drauf wartet, dass irgendwas passiert“ (16.2a, 395).

An anderer Stelle beschreibt Jandrisits (2005, 27) das Ziel der Frühförderin, die „Eltern beim Bewältigungsprozess der Frühgeburt zu unterstützen und den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung positiv zu beeinflussen, um in weiterer Folge auch langfristig die emotionale sowie körperliche und kognitive Entwicklung des Kindes zu fördern“, was 15.1a zum Ausdruck bringen könnte, wenn sie sagt:

„ja wie gesagt, war eher dass, dass man sie halt sprechen konnte, ganz einfach, dass jemand da vom, vom fachlichen, dem kann man mal seine ganzen sorgen erzählen und sie hört zu und gibt eben ratschläge“ (15.1a, 710).

Im Hinblick auf das berufliche Aufgabenspektrum und die Berufsentwicklung von Frühförderung sieht Jandrisits (ebd., 18) das Aufgabengebiet der Frühförderin unter anderem auch in der Übersetzungsarbeit zwischen Eltern und Personal. Ein anschauliches Beispiel dafür ist unseres Erachtens, wenn 18.1a ein Plädoyer der Frühförderin dafür schildert, die Krankenschwester zu verstehen, die eine möglichst Rund-um-die-Uhr Anwesenheit der Mutter auf der Station als unabdingbar ansieht.

Weiters sei ein Arbeitsbereich von Frühförderinnen auch die Verbesserung der elterlichen Kompetenz (ebd., 19), worauf 8.2a eingehen könnte, wenn sie folgendes sagt:

„dass mir das sicher geholfen hat, einfach vom reden her so und dass man ihn halt dann einfach mit anderen augen dann einfach anschaut, weil, ja es ist / dann, es ist sicher nach einer woche, wenn nicht ein bisschen früher, war's dann einfach so, dass das einfach / ja das war einfach klar, das ist jetzt mein kind und / da hab ich auch total aufgehört, den bauch zu streicheln, das war dann irgendwie / ... was vorher schon extrem intensiv war ... oja, das hat schon geholfen“ (8.2a, 357).

„das war sicher so, es hat mir sicher geholfen, schneller jetzt die bindung und die angst vor allem zu nehmen ... weil ich hab ja TOTALE angst gehabt, ihn anzugreifen“ (8.2a, 496).

Zum Berufsfeld von Frühförderung findet ebenfalls 8.2a folgende Worte:

„Frühförderung sollte bei Frühchen möglichst bald einsetzen, um eine möglichst komplikationsfreie Entwicklung zu gewährleisten und dem erhöhten Risiko einer drohenden Behinderung entgegenzuwirken. ... (ich bin jetzt speziell nachdem ich eben auch andere kinder kenne in so einer situation) ... ich glaub SCHON, dass man / also frühes reize setzen und mit dem kind zu arbeiten, glaub ich schon sehr wichtig ist, weil wie gesagt, man hört's halt immer wieder, dass einfach fast alles frühgeburten irgend-irgendwas / also nicht komplett hundertprozentig normal entwickelt sind und ich glaub schon, dass man da sehr zeitig anfangen sollte, was zu tun“ (8.2a, 669).

Auch die Annahme des Pilotprojektes (Jandrisits 2005, Datler 2005, Datler 2006, Datler/Isopp 2007, Datler 2009, Reiter 2010), dass eine kontinuierlichen Begleitung durch ein und dieselbe Frühförderin bereits auf der neonatologischen Station und nach der Entlassung in Form von Hausbesuchen förderlich ist, sehen wir in einigen Elternaussagen bestätigt:

„... war wirklich hilfreich. eben, wie gesagt, oft haben wir ja gar nicht was mit dem xaver gemacht, sondern WIR BEIDE uns einfach unterhalten, weil / es war winter, man sollte nicht so viel rausgehen mit den kindern, also unter menschen, weil die halt eben noch ein schwaches immunsystem / und man macht sich immer sorgen, und da kommt halt dann jemand und da hat man wen zum tratschen, der genau das weiß, der dich vom spital kennt, der deine situation kennt ... das war schon angenehm, ja“ (15.1.a, 175).

„schon na das schon das war toll. und sie hat auch gesagt, das was mich dann wirklich auch gewundert hat ... ich hab sie dann glaub ich ein oder zwei wochen nicht gesehen ... UND ahm sie ist dann auch gekommen und hat gesagt „ja und jetzt will sie unbedingt wissen / vom ersten kind will sie die fotos sehen“ und ich hab gesagt „ja ich hab noch fotos“ und sie hat gesagt „na, das will sie jetzt sehen“ OHNE dass ich etwas gesagt habe also sie hat sich so / und ich hab mir gedacht ja man kann / also die hat WIRKlich zugehört ... also das ist mir dann nicht so vorgekommen, also erzählt man wem was und DER verSUCHT halt eben wie so anTEILnahme zu haben und ... verGISST's dann eh wieder, sondern sie hat sich wirklich du hast gemerkt also da war ich echt dann BAFF also echt ... also war schon also die war wirklich sehr sehr nett und man hat sich wirklich wohl gefühlt. das auf ALLE fälle“ (18.1a, 381).

Drei der sechs Mütter aus der Gruppe 2 hätten sich nach den Kontakten auf der neonatologischen Station Kontinuität in Form von Hausbesuchen der Frühförderin gewünscht, denen allerdings finanzielle Gründe (Selbstbehalt für 11.2a nicht machbar), ein Wohnort nicht im Arbeitsbereich der Frühförderin (7.2a) und der Aufenthalt in einem weiteren Krankenhaus (16.2a), an dem die Frühförderin nicht tätig war, entgegenstand. Dies spricht ebenfalls dafür, dass Frühförderinnen für Eltern frühgeborener Kinder auf neonatologischen Stationen in Verbindung mit nachfolgenden Hausbesuchen tätig sein sollten.

Nach dem Unterscheidungsmerkmal betrachtet, ob die befragten Eltern Hausbesuche der Frühförderin hatten oder nicht, trafen Eltern mit Hausbesuchen mehr Aussagen zum Zusammenhang der Frühförderkontakte mit der Entwicklung ihres Kindes als die Eltern ohne Hausbesuche. Letzere berichteten mehr über den Zusammenhang zwischen Frühförderkontakten und den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung. Insgesamt war die Zahl der Aussagen von Eltern der Gruppe 2 (Frühförderkontakte lediglich auf der neonatologischen Station) zu der von Eltern der Gruppe 1 zwar annähernd gleich, möglicherweise hätten jedoch auch Eltern der Gruppe 2 größere Kompetenz im Verständnis der Entwicklung ihres Kindes ausbilden können, wenn sie durch kontinuierliche längerfristige Kontakte mit der Frühförderin in Form von Hausbesuchen dabei begleitet und unterstützt worden wären.

Denkbar ist aber auch, dass in den häufigeren Aussagen der Eltern der Gruppe 1 zu einem Zusammenhang zwischen den Frühförderkontakten und der Entwicklung ihres Kindes die Konzeption der Frühförderintätigkeit im Pilotprojekt (vgl. Kapitel 6) zum Tragen kommt: Der Schwerpunkt der Frühfördertätigkeit im Spital lag zunächst in der Arbeit mit den Eltern, um sie beim Beziehungsaufbau zu ihrem Kind zu unterstützen. Die weiterführende Arbeit nach dem Konzept der Mobilen Frühförderung entsprach dem doppelten Aufgabencharakter der Frühförderung, nach dem einerseits die Entwicklungsförderung des Kindes verfolgt wird und andererseits die Eltern im Umgang mit ihrem Kind und in der Bewältigung der Situation unterstützt werden (Datler 2006, 3; Thurmair/Naggl 2007, 22 ff).

„Ihre Aufgabe (die der Frühförderin; A.d.V.) bestand darin, primär mit den Eltern, in Ansätzen aber auch mit deren Kindern auf der Station in Kontakt zu kommen, Unterstützung noch während des Krankenhausaufenthaltes anzubieten und bei Bedarf die Betreuung der Familien nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fortzusetzen“ (Datler 2009, 31).

Dafür, dass die Kontinuität einer Bezugsperson hilfreich in der Situation einer Frühgeburt ist, sprechen auch Beschreibungen einer weiteren Kontaktperson, welche die Eltern bereits auf der neonatologischen Station kennenlernten: Auch Hausbesuche der mobilen Kinderkrankenschwester wurden im Gegensatz zu den nicht einheitlich bewerteten Kontakten mit dem Krankenhauspersonal als ausschließlich hilfreich beschrieben. Es liegt nahe, dass deren kontinuierliche Präsenz und Tätigkeit im medizinischen und pflegerischen Bereich einer ähnlichen „Angst und Unsicherheit beim Erlernen eines ... Umgangs mit dem Kind“

(Jandrisits 2005, 19) entgegenkam wie die Tätigkeit der Frühförderin. Folgende Aussage von 11.2a könnte dies zum Ausdruck bringen:

„ja ... dass du eben / dass eben menschen kommen, die mit dir reden und dir hilfreich zur seite stehen; ob das die frühförderin ist oder die krankenschwester / diese eine EXTRAkrankenschwester, die eben auch nachhause gekommen ist ... (1070).

11.2a erlebte auch den Kontakt mit wechselnden Personen auf der neonatologischen Station als ausgesprochen anstrengend und teilweise „stressig“:

ehrlich gesagt war mir das alles irrsinnig viel, da war die frühförderin, waren die krankenschwestern und dann sind dauernd irgendwelche ärzte gekommen und ehrlich gesagt, war mir das SEHR sehr stressig (Zeile 304)

In dieser und der folgenden Aussage bringt sie unseres Erachtens ihren Wunsch nach einer oder mehreren kontinuierlichen Bezugspersonen zum Ausdruck, der durch das Einsetzen einer Frühförderin im Team einer neonatologischen Station erfüllt werden könnte:

also ja, dass die frühförderin gemeinsam mit dem dr. (NAME DES ARTZES A) und gemeinsam mit der krankenschwester / also ich mein ich glaub einfach, dass dann das gesamtpaket einem hilft ... da die bindung dann aufzubauen, ja. (Zeile 827)

Auch 15.1a sieht in den Ärzten, den Krankenschwestern und der Frühförderin auf der neonatologischen Station eine „Einheit“ (Zeile 594).

Unsere Untersuchung richtet sich dahingehend im interdisziplinären Sinn (vgl. Kapitel 8, 35) als Beitrag zur Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder nicht nur an Frühförderinnen, sondern auch an Ärzte/Ärztinnen in Krankenhäusern und Praxen, an Pflegepersonen samt mobilen Kinderkrankenschwestern, an Therapeuten/Therapeutinnen, Sozialarbeiter/innen, Träger von sozialen Organisationen sowie Krankenhäusern und vor allem an die Eltern, die uns dankenswerterweise ein Gespräch gewährten, sowie alle interessierten (möglichen und werdenden) Eltern und Großeltern.

Die kontinuierliche Begleitung durch ein und die selbe Frühförderin kann flächendeckend durch die Beschäftigung von Frühförderinnen an den neonatologischen Stationen von Krankenhäusern sowie bei regionalen Trägern mobiler Frühförderung wie den Wiener Sozialdiensten oder dem Niederösterreichischen Hilfswerk als Partner der Pilotprojektes gewährleistet werden.

Wir möchten mit den vorliegenden Untersuchungsergebnissen einen Beitrag zur Einführung eines solchen flächendeckenden Versorgungsangebots leisten, nachdem das Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling als Partner der universitären Forscher/innengruppe im Pilotprojekt an der Entwicklung von Frühfördertätigkeit auf seiner Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde beteiligt war, nach dem Projektabschluss weiterhin zwei Frühförderinnen dort arbeiten, wir einen Forschungsauftrag zur Erhebung des Veränderungs- und Erweiterungsbedarfs des Frühförderangebotes im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling erhalten haben und nun Untersuchungsergebnisse vorliegen.

11.5.2 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die Berufsentwicklung von Frühförderinnen

Im Hinblick auf das Interesse dafür, in welcher Weise Mütter und Väter beim erlebten Frühförderangebot einen Veränderungsbedarf und inwiefern sie einen Erweiterungsbedarf erlebten, formulierten wir die sechste Forschungsfrage mit Entsprechung im Interviewleitfaden.

Bei Aussagen verschiedener Mütter zeichneten sich dazu drei Hauptthemen ab, welche Frühförderinnen für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit dienen können:

Erstens solle die Frühförderin öfter auf der Station anwesend sein, indem sie ihre Dienstzeiten erhöht, sagen 16.2a, 22.2a, 7.2a und 4.1a.

Dieser Erweiterungswunsch der Tätigkeit der Frühförderin könnte darin seine Ursache haben, dass die Frühförderin im Pilotprojekt lediglich an zwei Wochentagen auf der Station war.

Zweitens solle die Berufsrolle der Frühförderin auf der Station besser erklärt werden, meinen 3.1a, 22.2a und 9.2a. Diesem Veränderungsbedarf könnte entsprochen werden, wenn nach diesem Pilotprojekt die berufliche Rolle von Frühförderinnen auf anderen neonatologischen Stationen Eltern nähergebracht und im Stationsteam verankert wird.

Das dritte Thema von einigen Müttern zu Veränderungswünschen des Frühförderangebots, nämlich dass sie sich rückblickend wünschten, die Frühförderin hätte sie direkter angesprochen (3.1a, 18.1a, 7.2a), wäre hartnäckiger gewesen und hätte nachgehakt (8.2a), obwohl sie gleichzeitig die Kontakte mit der Frühförderin als hilfreich erachteten, führt uns einmal mehr zu Überlegungen dazu, dass Eltern möglicherweise Schwierigkeiten hatten, in Kontakt mit der Frühförderin zu kommen und Hilfe von ihr anzunehmen, weil sie sich – noch

überflutet von den beunruhigenden Eindrücken und Gefühlen rund um die Frühgeburt – unbewusst bemühten, sich vor der bewussten Auseinandersetzung damit zu schützen (Datler 2009, 31f). Eine Erklärung für ihren geäußerten Veränderungswunsch der Kontakte mit der Frühförderin wäre, dass sich die Eltern aus der retrospektiven Sicht im Interview 4-5 Jahre nach dieser Zeit zum Interviewzeitpunkt im Gegensatz zum Zeitpunkt rund um die Frühgeburt sehr wohl vorstellen können, sich bewusster mit den damaligen Eindrücken und Gefühlen auseinandergesetzt zu haben.

Das berufliche Handeln der Frühförderin im Frühförderprojekt, das von den Eltern als veränderungsbedürftig dargestellt wird, könnte auch vielmehr als Ausdruck ihrer Mentalisierungskompetenz verstanden werden, das „von außen beobachtbare Verhalten der Eltern als Ausdruck innerpsychischer Prozesse zu verstehen“ (Datler 2009, 29; vgl. dazu auch Kapitel 5.2). Bereits beim Symposium der GAIMH im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling (Datler/Isopp 2006, 3-5) wurde dahingehend ein Fallausschnitt der Frühfördertätigkeit im Rahmen des Pilotprojektes dargestellt, diskutiert und es wurde als Berufsverständnis der Frühförderin formuliert, dass es „in der Arbeit mit den Eltern um das Beobachten, ... , um das Abwarten können und das gemeinsame Nachdenken mit den Eltern über das innere Erleben...“ (ebd., 9) geht. Dies widerspricht einem „direkteren hartnäckigeren Ansprechen und Nachhaken“, wie von den Eltern rückblickend gewünscht und hätte unseres Erachtens den Wunsch mancher Eltern eher verstärkt hätte, sich vor der bewussten Auseinandersetzung mit den beunruhigenden Eindrücken und Gefühlen zu schützen.

Weitere Untersuchungsergebnisse, nach denen vier Eltern (4.1a, 4.1b, 7.2a, 9.2a) in ihren Aussagen den medizinischen Aspekt, die Gesundheit und die Nachbehandlung ihres Kindes in den Mittelpunkt stellen und die Kontakte mit der Frühförderin als wenig bedeutsam vor allem auf der neonatologischen Station darstellen, könnten ebenfalls darin begründet liegen, dass sich diese Eltern unbewusst bemühten, sich vor der bewussten Auseinandersetzung mit Eindrücken und Gefühlen rund um die Frühgeburt zu schützen.

Auch der von einigen Eltern (16.2a, 3.1b, 15.1a) betonte Aspekt, dass die Entwicklungskontrolle des Kindes durch die Frühförderin sehr bedeutsam für sie war, weist in dieselbe Richtung, dass sie in kontrollierbaren Aspekten rund um ihr Kind unbewusst Sicherheit vor beunruhigenden Gefühlen suchten.

„hat ja mit ihm auch spiele gespielt und durch diese spiele hat man ja gemerkt, ... wie entwickelt er sich ... klingt jetzt blöd, aber ist sozusagen alles in ordnung, ja“ (3.1b, 422).

„und die frühförderin war da wirklich wichtig und --- (spielzeug und was zum tasten und was zum fühlen und hören und ---) ... und sie hat gesagt, er entwickelt sich ganz normal. das war, das war wirklich sehr (sehr gut)“ (15.1a, 525).

Die vorliegenden Untersuchungsergebnissen, unter anderem zu diesen von Eltern geäußerten Veränderungs- und Erweiterungswünschen des Frühförderangebots im Pilotprojekt, sowie unsere ersten Überlegungen zu deren Bedeutung für die Berufsentwicklung von Frühförderung regen weitere Forschungsarbeiten zum Angebot von Frühförderung an, das dem spezifischen Unterstützungsbedarf von „zu früh geborenen“ Familien (Datler/Isopp 2007, 3) Rechnung trägt.

Dazu könnte auch die Projektdokumentation¹⁸ hinzugezogen werden, um im Hinblick auf Fragen zu Besonderheiten der professionell begründeten Kontakte von Frühförderinnen in ihrem Zusammenhang mit Prozessen der Bewältigung belastender Gefühle aufseiten der Eltern beispielsweise die Bedeutung des Überraschungseffektes der Frühgeburt und den Gesundheitszustand des Babys als zwei besondere Belastungen für den Bewältigungsprozess in Begleitung einer Frühförderin zu untersuchen (vgl. ebd.; Datler/Isopp 2006, 3f).

Weitere Forschungsarbeiten könnten den Fokus auf den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung aus Sicht der Eltern legen, wobei es interessant wäre, Eltern zu unterscheiden, die ihren Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung ihres Kindes in Zusammenhang mit den Kontakten mit der Frühförderin sehen von Eltern, die zwar vom Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung ihres Kindes berichten, diese aber unabhängig von ihren Kontakten mit der Frühförderin begreifen.

Die Projektdokumentation könnte dazu als weitere Quelle neben den Interviewtranskripten Informationen über die tatsächliche Zahl und Gesprächsdauer von Frühförderkontakten mit

¹⁸ Die Projektdokumentation ist beim Leiter der Forschergruppe des Pilotprojektes Ao. Univ.-Prof. Dr. Datler aufbewahrt. Aufgrund unserer Rolle als an allen Berichten über die Frühförderin interessierte Interviewerinnen der Eltern nahmen wir keine Einsicht in die Projektdokumentation.

einzelnen Eltern enthalten sowie Informationen über deren Inhalte aus Sicht der Frühförderin und der Forscher/innengruppe.

Bei solchen Forschungsarbeiten könnte der nach Datler (2009) von uns diskutierte Aspekt, dass Eltern es möglicherweise damals unbewusst zu vermeiden versuchten, unangenehme Eindrücke und Gefühle im Kontakt mit der Frühförderin anzusprechen, beachtenswert sein.

Auch im Kontakt zu uns zum Interviewzeitpunkt 4-5 Jahre nach der belastenden Situation der Frühgeburt könnte dies noch eine Rolle gespielt haben, da unser Interviewleitfaden so angelegt war, dass wir bei den Eltern alle Erlebnisse und Gefühle rund um die Frühgeburt möglichst deutlich in Erinnerung zu rufen versuchten.

Auch eine Forschungsarbeit zum Vergleich von Eltern mit und ohne Hausbesuche im Hinblick darauf, welche Sichtweise von Frühförderung und deren Bedeutung für ihr Kind/ihre Zwillinge diese haben, könnte neue Ergebnisse und Hinweise für mobile Frühförderung und Frühförderung auf neonatologischen Stationen als flächendeckendes Angebot in Österreich liefern, wobei angezeigt wäre, den Aspekt der Kontinuität ein und der selben Frühförderin als Bezugsperson zu berücksichtigen.

Als Anhang an jeden als Untersuchungsergebnis angefertigten Raster haben wir mit Blick auf weitere Forschungsarbeiten Stichworte samt Zeilennummern zu Aussagen von Eltern festgehalten, die unseres Erachtens wesentliche in unseren Kapiteln 2 und 3 dargestellte theoretische und erforschte Aspekte zum Thema Frühgeburt und die Situation auf der neonatologischen Station zum Ausdruck bringen, wobei wir bei diesen Gesprächspassagen das eigene Erleben der Eltern und nicht das Erleben der Frühförderkontakte im Vordergrund stehen sahen. Wir fanden viele dieser Aussagen insbesondere dahingehend bemerkenswert, dass unsere Interviewfragen gemäß unserem Untersuchungsdesign ja keine Begriffe und Zusammenhänge aus der Fachliteratur enthielten.

Insbesondere die Elternaussagen zu unserer einleitenden offene Frage bei allen Interviews, die den Erzählfluss anregen sollte und deren Beantwortung in unsere Auswertung nicht eingeflossen ist, könnten Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten zur Theorie und Konzeption des Berufsbildes Frühförderin sein. Beispielhaft dafür möchten wir Aussagen des Vaters 3.1b anführen, der ab Zeile 1000 von Feinfühligkeit spricht:

„#es / es ist / ja, es ist auch so# derzeit sind wir wieder in so einem
alltagstrott drinnen mit dem kleinen jetzt, da schaut man, dass eh alles passt.
... dass wir ja ein bisschen zu einem schlaf kommen dazwischen und, ja ...

dieses FEINFÜHLIGE, an das hab ich schon lange nicht mehr gedacht, weil ja / wie gesagt, derzeit müssen wir funktionieren, sozusagen ... und da schaltet man auch viele sachen die / ab, dass man sich aufs wesentliche konzentriert. ... unbewusst, #macht man nicht bewusst# ... ja, also, wie der kleine noch nicht da war, hab ich mich mit dem max viel mehr auf dieses feinfühlig, wenn ich das einmal so sagen darf, konzentrieren können / das ist derzeit nur dann da, wenn der (NAME DES 2. JÜNGEREN KINDES) schläft. ... also da ... das wäre was, wo ich sicher noch ansetzen möchte, dass ich da bisschen wieder auf ihn eingehen kann ... ich mein, aber es ist / es ist halt / es ist sehr schwer, weil ...“ (3.1b, 1000).

Auch zum Beziehungsaufbau zu seinem frühgeborenen Sohn und die erschwerte Kontaktaufnahme durch medizinische Geräte trifft 3.1b Aussagen, welche die Fachliteratur widerzuspiegeln scheinen:

„das war zumindestens ein bisschen / weil da hat er die die mutter gespürt sozu- / zumindestens, na. ... aber man merkt, also das was ich beim max merke / ich weiß nicht, ob das nur die charaktereigenschaft ist, aber der max, also das frühchen sozusagen, der tut heute noch immer / der kommt her und knuddelt herum / also, der braucht diese wärme, weil er sie damals wahrscheinlich zuwenig bekommen hat in den ersten zwei wochen / eben auch gegeben dadurch, (SUCHT BEGRIFF) der / da ... na, wie sagt man da? I: inkubator? IP: ja, genau ... was beim zweiten jetzt überhaupt nicht ist / also der will nur weg ... jaja, also die sind wie tag und nacht die beiden. ist ganz komisch haben am anfang auch relativ gleich ausgeschaut, also, wenn man sie so angeschaut hat / aber sind vom charakter her hundert und eins, also das ... wenn ich's nicht wüsste. sind vom charakter her total anders.. #aber ich bin jeden tag halt# nach der / nein / bin nach der arbeit / bin ich dann immer hingefahren und war dann bei ihnen bis neun halb zehn / das ist gegangen, dass man solange hat dortbleiben dürfen und / aber das war okay / das war wichtig, dass zumindestens einer dort war ... dass er gewusst hat, er ist nicht ganz allein. ... was soll ich sagen ... aber ... das / das erste tief, ich weiß gar nicht mehr / wenn du drei vier tage / drei vier tage war das, da hat meine frau eben drüben ein zimmer bekommen und dann

war das ganze ein bisschen einfacher ... aber die ersten drei tage war er halt ganz allein“ (3.1b, 120).

der max war halt so dünn und so klein / da windeln raufgeben / das war / für mich war das irgendwie am anfang schwer. ich muss sagen, ich hab mich sogar zeitweise gar nicht getraut richtig. weil ich hab irgendwie angst gehabt davor, dass ich was falsch mach ... aber das hat sich dann mit der zeit / legt sich das dann ... das ... das war am anfang war / wie gesagt, ... auch der umgang / was was kann ich bess- / ich mein, es ist ja doch einschneidend im leben, na. ... also opfer ... muss ich keine bringen, aber es war halt schon eine umstellung. ... ist schwer. man hat natürlich vorstellungen, wie das leben dann mit einem kind sein wird ... kann ihnen aber versprechen, dass das nie so ist. und es ist jeden tag anders, ja ... ich hätt mir's einfacher vorgestellt, muss ich ehrlich sagen. dass es jetzt ein frühchen war, ja, es war noch eine zusätzliche belastung für mein frau. ... im krankenhaus an sich, wie er da unter dieser glocke hing, war die kontaktaufnahme schwer. ... da war er so fern. ja, intensiver wurde es ... ich sag einmal mit dem stichtag erstes mal windeln wechseln. ... genau, richtig, genau, weil da hab ich ihn dann auch nachher raufgenommen, da hab ich mich hingesetzt mit ihm für zwanzig minuten einmal ... und da war halt das / da hab ich wirklich realisiert / weil alles vorher, eben mit dieser geburt und die ersten drei tage, vier tage / das herumfahren, da ist man in einem / in einem trott drinnen, wo man gar nicht realisiert, was da alles passiert ist. ... das war schon da, aber wie gesagt, das war eben die handhabung sozusagen (LACHT) (Anleitung zum Umgang mit dem Kind durch das Krankenhauspersonal, Anm. E.K.), das, ja, aber nichts gefühlsmäßiges. ... naja, klar, mit dem raufnehmen / sie hat gesagt „na, nehmen's ihn halt rauf“ na dann hab ich ihn halt rauf / natürlich ist das gefühl dann gekommen, aber ich weiß nicht, ob die schwestern mir das / damals das kind gegeben hat, unter anführungszeichen, dass ich eben da die bindung aufbau oder ob sie mir zeigen wollt nur, wie man richtig haltet. ... wissen's ... wahrscheinlich wird es beides gewesen sein, ...“ (3.1b, 505)

Wir möchten theorierelevante Elternaussagen betreffend weiters auf unsere Ergebnisse in den Kategorien 3.1 und 3.2 zur Entwicklung hinweisen und hoffen, auch mit diesen ersten Hinweisen zur Weiterentwicklung der Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder ein Stück weit beigetragen zu haben und dass die Einbeziehung der Projektdokumentation zusätzliche Informationen bietet.

Denkbar ist weiters auch eine Forschungsarbeit zu den Gesprächen mit den Eltern der Gruppe 3, die keinen Kontakt mit der Frühförderin hatten. Dabei wäre auch, wenn mithilfe der Projektdokumentation möglich, abzuklären, ob 19.3a, 19.3.b, 9.3b, 16.3b und 18.3b möglicherweise doch Kontakt mit der Frühförderin hatten und sich bei der Kontaktaufnahme durch uns und im interessanterweise dennoch zustande gekommenen Gespräch mit uns nur nicht mehr an sie erinnerten oder die Kontakte mit ihr nicht mehr unterscheiden konnten von denen mit verschiedensten weiblichen Personen auf der neonatologischen Station vor 4-5 Jahren (vgl. dazu auch Kap. 9.4.3).

Nachdem diese fünf Eltern dennoch an einem Gespräch über die Zeit rund um die Frühgeburt interessiert waren und unserer Einschätzung nach zudem einige theorierelevante Aussagen trafen, haben wir auch deren Transkripte im Rahmen einer Globalanalyse ausgewertet, was Gegenstand des nächsten Kapitels ist.

12. Untersuchungsergebnisse und Diskussion der Interviews mit den Eltern der Gruppe 3

Die fünf Eltern der Gruppe 3, die die Frühförderin nach eigenen Angaben nicht kennengelernt hatten, sprechen ebenfalls Aspekte des Erlebens von Frühgeburt an, die von Bedeutung für das Berufsverständnis und die Berufsentwicklung von Frühförderung sind.

Folgend unserem methodischen Vorgehen in Anlehnung an die Globalanalyse (vgl. Kapitel 9.4.3) charakterisierten wir jedes Transkript mit einem Zitat, einer prägnanten Überschrift oder einem Motto. Dem folgten wesentliche Beschreibungen aus dem dazugehörigen Zusatzprotokoll. Danach stellten wir Aussagen aus dem Transkript dar, die in der Reihenfolge unserer sechs Forschungsfragen Themen der Bewältigung der Situation rund um die Frühgeburt, des Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung des Kindes betrafen sowie von Kontakten mit verschiedenen Personen zur Zeit der Frühgeburt und Vorstellungen über Kontakte mit einer Frühförderin handelten.

Abschließend stellten wir im Sinne einer Diskussion der dargestellten Ergebnisse der Globalanalyse Überlegungen dazu an, was unsere jeweilige Gesprächspartnerin/unsere jeweilige Gesprächspartner „mit welcher Absicht“ gesagt haben könnte (Legewie 1994a; Bortz/Döring 2006, 331; Kapitel 9.4.3)

Die fünf Eltern der Gruppe 3 hatten sehr unterschiedliche Erfahrungszugänge zum Thema Frühförderung, die zudem auch vom anderen Elternteil, der Kontakt mit der Frühförderin gehabt hatte, beeinflusst gewesen sein könnten (mit Ausnahme von 19.3a und 19.3b, die beide keinen Kontakt mit der Frühförderin gehabt hatten). Auch die im Zuge des Gesprächs gegebenen Erklärungen der jeweiligen Interviewerin zum Berufsverständnis einer Frühförderin waren sehr unterschiedlich, da diese nicht standardisiert waren, weil sie forschungsmethodisch nicht vorgesehen waren, jedoch bei den Elterngesprächen der Gruppe 3 notwendig wurden, um Vorstellungen der befragten Eltern zu Kontakten mit einer Frühförderin erfragen zu können.

Im Folgenden sind die Globalanalysen im Einzelnen dargestellt, beginnend mit dem Elternpaar 19.3a und 19.3b, weiters mit 18.3b (dessen Partnerin 18.1a ist), danach 9.3b (dessen Partnerin 9.2a ist) und zuletzt 16.3b (dessen Partnerin 16.2a ist).

12.1 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Frau 19.3a

„wie ICH damit umgehe mit der Situation, das hat mir ja keiner gesagt ... und das hätte ich aber gebraucht“.

Dies könnte das **Motto des Gesprächs mit Frau 19.3a** sein, da dies sehr häufig thematisiert wird und auch ihre Motivation für dieses Gespräch war.

Aus dem **Zusatzprotokoll** geht hervor, dass Frau 19.3a bei der telefonischen Kontaktaufnahme durch die Interviewerin gerne zu einem Gespräch bereit war. Beim vereinbarten Gesprächstermin stellte sich heraus, dass Frau 19.3a den vorab versendeten Brief nicht erhalten hatte und laut ihren Angaben die Frühförderin auch im Krankenhaus nicht kennengelernt hatte. 19.3a war zum Zeitpunkt der Geburt ihres Sohnes noch minderjährig; ihr Mann dürfte geringfügig älter gewesen sein. Ihr Mann und der Sohn waren während des Gesprächs, welches in der zentralen Wohnküche stattfand, über weite Strecken anwesend. Der Sohn zeigte sich interessiert an der Interviewerin.

Frau 19.3a beginnt das Gespräch, indem sie sehr offen über die Umstände der zu frühen Geburt erzählt, welche völlig unerwartet drei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin auf natürliche Weise erfolgte. 19.3a gibt an, ab dem dritten Schwangerschaftsmonat unter Erbrechen gelitten zu haben, weshalb sie auch um die Gesundheit des Sohnes besorgt war. Auch nach der zu frühen Geburt hatte 19.3a unter anderem aufgrund der Notwendigkeit der Versorgung im Inkubator Angst, dass bei ihrem Sohn möglicherweise eine Behinderung festgestellt werden könnte.

Hinsichtlich des **Beziehungsaufbaus** zu ihrem Sohn erzählt 19.3a, unmittelbar nach der Geburt durch dessen Aussehen verunsichert gewesen zu sein. Sie berichtet, dass die Hautfarbe ihres Sohnes nach der Geburt dunkelblau bis schwarz war und sie ihn dadurch schwer als ihr Kind erkennen konnte.

„es war extrem dunkel es war dunkelblau und wie ich es als erstes gesehen hab, hab ich mir gedacht, dass ist nicht mein kind das war blau, also SCHWARZ, das hat richtig SCHWARZ ausgeschaut, da hab ich gesagt das ist nicht mein kind“ (89).

19.3a konnte ihren Sohn unmittelbar nach der Geburt kurz bei sich haben, bevor er im Inkubator versorgt werden musste. Sie beschreibt die Verunsicherung durch diese Trennung, aber auch die Freude darüber, ihn nach der Geburt wenigstens kurz halten zu dürfen. Sie

schildert den ersten Körperkontakt in sehr schönen Bildern, wodurch sehr deutlich wird, wie wichtig ihr dieser erste Moment der Kontaktaufnahme war.

„er hat mich sofort am anfang angelächelt, da hab ich mir gedacht, (GERÜHRT) „*oh, das ist schön*“, das war ein richtig wärmendes gefühl, wenn einen endlich sein kind anlächelt , er hat aber auch nicht geschrien, das ist ein schönes gefühl, wenn einem das kind draufgelegt wird und der lächelt dich an, das ist traumhaft ... er hat die augen offen gehabt und hat mich angelächelt und dann wie sie ihn mir weggenommen haben war das natürlich traurig, weil man sich denkt, warum nehmen sie mir das jetzt weg sie haben es mir dann aber auch dann erklärt und war dann aber auch enttäuscht, weil ich mit gedacht habe, dass ist ja nicht gerade NETT, dass sie mir jetzt mein kind wegnehmen. und jetzt gerade in der situation, wo dieses wärmende gefühl da ist, das mein baby jetzt auf der welt ist, und dann nachher haben sie mir ihn weggenommen und in den brutkasten gegeben. wie ich das gesehen habe, sind mir schon die tränen gekommen, und `hoffentlich ist nichts` (370).

19.3a gibt an, nach drei Tagen aus dem Krankenhaus entlassen worden zu sein, wobei ihr die Möglichkeit der Unterbringung in einem Mutter-Kind-Zimmer angeboten worden war. Sie entschied sich aber dagegen und vermutet, dass sie sich dadurch wahrscheinlich unbeschwerter dem Kind zuwenden konnte, da sie der stationäre Aufenthalt im Krankenhaus belastet hätte.

„weil wenn ich innerlich aufgewühlt bin oder innerlich nicht so ruhig bin wie ich es eigentlich bin, überträgt sich das auf das kind auch und vielleicht braucht es dann gerade länger dass er eben drinnen ist (auf der neonatologischen Station; A.d.V.), um gesund zu werden und da war ich dann zu hause (302).“

19.3a erzählt, dass die **Entwicklung** ihres Sohnes völlig problemlos verlaufen ist.

19.3a beschreibt viele belastende Situationen im **Kontakt mit den Krankenschwestern** und gibt an, von diesen kaum Informationen hinsichtlich der medizinischen Versorgung des Kindes bekommen zu haben und immer an Ärzte verwiesen worden zu sein. 19.3a erlebte die Kontakte mit den Krankenschwestern mit einer Ausnahme als nicht hilfreich oder ambivalent in der Situation der zu frühen Geburt. Sie gibt an, insgesamt ungefähr acht

Krankenschwestern kennengelernt zu haben. 19.3a berichtet, sich von einigen Krankenschwestern mit dem Vorurteil, dass sie als „junge Mutter“ (265) nicht wisse, wie man mit einem Kind umgeht, konfrontiert gefühlt zu haben.

Die Ärzte erlebte 19.3a bei den Visiten als kompetent, gleichzeitig aber als zu wenig gesprächsbereit.

„die gehen durch, schauen sich das kind an, schreiben, sagen den schwestern, was sie machen müssen weiter, und wir wollten wissen was ist, werden weitere tests gemacht und die ist zum nächsten kind gegangen; also das war für mich TRAUMATISCH“ (520).

19.3a erzählt, dass ihre Mutter von den Krankenschwestern Auskunft über die medizinische Versorgung des Kindes bekommen hat, sie als Mutter hingegen nicht.

„und meine mama geht am nachmittag noch rein und fragt wie es jetzt aussieht mit ihm, wann kann er heim gehen, und das haben sie ihr ALLES so schön erzählt, (VERÄRGERT; LAUT) und *ich krieg keine informationen, bin aber die mama*“ (213).

Sie erzählt, dass ihre Mutter, welche auch bei der Geburt dabei gewesen ist, eine sehr wichtige Gesprächspartnerin rund um die zu frühe Geburt war und sie in allen Belangen sehr unterstützt hat. In den Gesprächen mit ihrer Mutter konnten auch ihre Sorgen gelindert werden (312, 412).

„ich kann mit meiner mama eben über dieses thema sehr gut reden, weil meine mama das auch versteht. und meine mama hat eben auch gesagt / ja, meine mama war auch bei der geburt dabei und sie hat mir sehr geholfen. da war ich froh, dass ich eben / weil ich eben nicht so einen gesprächspartner gehabt hab eben im krankenhaus, hab ich eben mit meiner mama darüber gesprochen“ (312).

„das war die sorge und die hatte ich dann nicht mehr, dank meiner mama“ (415).

19.3a gibt an, dass sie im Krankenhaus mit niemandem über die Situation der Frühgeburt sprechen konnte. Als ihr die Interviewerin die Rolle der Frühförderin erklärt, meint 19.3a, dass sie dieses Angebot als sehr hilfreich erlebt hätte und dass sie jemanden gebraucht hätte, der sie dabei unterstützt, mit der Situation umzugehen (278, 470).

„das was ich auch gebraucht hätte, das wirklich jemand sagt, „es wird alles gut, man braucht sich keine sorgen machen, denn wir kümmern uns gut um dieses kind.“ dass sie versuchen alles mögliche, dass das kind schnell wieder raus kommt, das mit MIR jemand redet darüber wie es aussieht mit ihm, wie ich mit der situation umgehe, hat mir ja keiner gesagt, wie ICH damit umgehe mit der situation, das hat mir ja keiner gesagt, wie ich umgehe mit der situation und das hätte ich aber gebraucht, wie ich damit umgehe, wenn er eben jetzt zehn tage länger drinnen ist oder eben wenn ich zum beispiel erfahren hätte, dass er eine körperliche behinderung hätte, das man mit mir darüber redet wie es weiter ausschauen würde, was ich machen könnte ... dass es MIR UND MEINEM KIND gut geht, also“ (470).

19.3a gibt an, dass es ihr ein großes Anliegen war, dieses Interview zu geben, auch wenn sie die Frühförderin nicht kennengelernt hatte, um aufzuzeigen, dass sie den Umstand, im Krankenhaus keine Informationen hinsichtlich ihres Kindes erhalten zu haben, als sehr belastend empfunden hat.

„wie gesagt ,das hör ich zum ersten mal und darum wollte ich auch dieses gespräch haben mit den frühförderern und da war eben MEIN INTERESSE, dass das eben nicht mehr passiert, so wie bei mir. weil das soll nicht jedem passieren, wo dann grad das verhältnis / vor allem weil die schwestern wirklich NETT sind und sich wirklich wunderschön um die kinder kümmern“ (503).

Abschließend betont 19.3a noch die Wichtigkeit der Aufklärung werdender Mütter über Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum.

Hinsichtlich des **Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung** beschreibt 19.3a ihren Zwiespalt betreffend die Möglichkeit, in einem Mutter-Kind-Zimmer aufgenommen zu werden. Sie entschied sich dann jedoch dagegen, in der Annahme, sich so dem Kind unbeschwerter zuwenden zu können, da der Gedanke an einen stationären Aufenthalt bei ihr belastende Gefühle auslöste. Hier kommt unseres Erachtens anschaulich der in der Theorie beschriebene Zusammenhang zwischen der elterlichen Befindlichkeit und dem Beziehungsaufbau zum Ausdruck, wobei 19.3a womöglich rein aufgrund ihrer mütterlichen Intuition so entschieden hat (vgl. Kapitel 2.4 bis 2.5). Betreffend den Beziehungsaufbau schildert sie, wie wundervoll sie den ersten Körperkontakt mit ihrem Sohn unmittelbar nach der Geburt erlebte. In diesen

Aussagen kommt die in der Literatur beschriebene Bedeutung der ersten Kontaktaufnahme mit dem Kind unmittelbar nach der Geburt, welche bei vielen frühgeborenen Kindern nicht möglich ist, deutlich zum Ausdruck.

19.3a beschreibt auch sehr offen ihre Ängste und Sorgen rund um die Frühgeburt ihres Sohnes und erlebte es als sehr belastend, dass sie im Krankenhaus niemanden hatte, mit dem sie über ihre Sorgen reden konnte. Ihre wichtigste Ansprechperson in der Zeit rund um die zu frühe Geburt ihres Sohnes war ihre Mutter. Dies ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass es sich bei 19.3a um eine sehr junge Mutter handelte.

Gleichzeitig beschreibt 19.3a den belastenden Umstand, dass ihre Mutter Informationen vom Pflegepersonal hinsichtlich der Versorgung des Kindes erhielt, während sie als leibliche Mutter keine Auskünfte diesbezüglich erhielt.

Ob 19.3a die Frühförderin wirklich nicht kennengelernt hat oder ob sie eventuell doch ein Gespräch mit ihr hatte, konnte nicht eruiert werden. Zu erwähnen ist hier aber, dass 19.3a drei Tage nach der Entbindung bereits aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Nachdem die Frühförderin nur an zwei Tagen pro Woche im Krankenhaus anwesend war, ist es naheliegend, dass sich die beiden einfach „verpasst“ haben. Dies unterstreicht die im Kapitel 11.5.2 aufgrund von Wünschen von Eltern der Gruppe 1 und 2 formulierte Anregung, dass Frühförderinnen Mitglieder von Teams neonatologischer Stationen sein sollten.

Aus den Aussagen von 19.3a geht nach unserem Dafürhalten klar hervor, dass sie Unterstützung bei der Bewältigung der Situation der Frühgeburt gebraucht hätte.

„ich muss dazusagen, da / also gerade in so einem alter, gerade bei frühgeburten und seien es jetzt körperliche oder geistige behinderungen oder sonst eine anpassungsstörung, so wie’s er gehabt hat, da hätte man schon jemand gebraucht zum reden ... wirklich wie es weiter gehen würde, wenn irgendwas sein sollte. eben alle risiken aufzählen, oder wie es aussieht, wenn er wirklich lange drinnen (auf der neonatologischen Station; A.d.V.) bleibt, wie ich mich fühle“ (485).

Des Weiteren erkennen wir in den Schilderungen von 19.3a, wie im Kapitel 11.5.1 beschrieben, dass sie jemanden gebraucht hätte, der „Übersetzungsarbeit“ zwischen ihr und dem Pflegepersonal leistet.

„da sollte dann gerade diese frühförderin da sein und okay wie fühlen sie sich wohl, auf das wohlergehen von kind und eltern eingehen. das was ich

auch gebraucht hätte, das wirklich jemand sagt, „es wird alles gut, man braucht sich keine sorgen machen, denn wir kümmern uns gut um dieses kind.“ dass sie versuchen alles mögliche, dass das kind schnell wieder raus kommt, das mit MIR jemand redet darüber wie es aussieht mit ihm, wie ich mit der situation umgehe, hat mir ja keiner gesagt“ (469).

Die Motivation und das Anliegen von 19.3a für dieses Gespräch, obwohl sie selbst keinen Kontakt mit der Frühförderin gehabt hatte, waren, dass auch junge Mütter zukünftig Ansprechpersonen auf der neonatologischen Station haben sollten.

12.2 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 19.3b

„Es war eigentlich alles normal“, dies könnte **die Überschrift oder das Motto** des Gesprächs mit Herrn 19.3b sein oder als wiederholte Aussage zitiert werden.

Im **Zusatzprotokoll** ist vermerkt, dass die Gesprächsatmosphäre angenehm war. Als Besonderheit wird berichtet, dass die Eltern den Brief des Krankenhauses gar nicht bekommen hatten, was sich erst beim Gesprächstermin selbst herausstellte. Sie hatten das Gespräch demnach lediglich aufgrund des Anrufs vereinbart. Der Brief wurde beiden gemeinsam vor dem ersten Gespräch mit Frau 19.3a vorgelesen. Der Bub war währenddessen im Obergeschoß und Herr 19.3b hörte über weite Strecken ungeplant dem Gespräch mit Frau 19.3a in der zentral gelegenen Küche im Erdgeschoß zu. Während des Gesprächs mit Herrn 19.3b, ebenfalls in der Küche, war der Bub namens Stefan dann mit Frau 19.3a im Erdgeschoß im offenen Nebenzimmer und fallweise auch in der Küche.

Inhaltlich beginnen die **Aussagen** von 19.3b am Tag der Geburt von Stefan, als seine Partnerin (19.3a) um drei Uhr früh mit Schmerzen aufwachte und Herr 19.3b sie zu ihren Eltern brachte, da er morgens zur Arbeit musste und die Schwiegermutter meinte, er könne ruhig zur Arbeit fahren, das Kind würde sicher noch nicht geboren. Die Geburt war dann jedoch überraschend am selben Tag um ca. 9 Uhr früh, wie er von seiner Partnerin nachträglich am Telefon erfuhr. 19.3b bedauert, bei der Geburt nicht dabei gewesen zu sein (410). Er sah das Kind mittags im Inkubator mit seiner Partnerin, die er im Rollstuhl hinbrachte, da sie nach der Geburt noch nicht selbständig gehen konnte. Einen Tag später hatten er und seine Partnerin zum ersten Mal Körperkontakt mit ihrem Kind und durften es in den Arm nehmen. Herr 19.3b fand, dass sein Kind „da eigentlich schon normal war, ... schon angezogen mit strampler“ (73) und „nicht irgendwie, wie soll ich sagen, so gesichtszüge

gehabt hat, so wie `ich fühl mich da jetzt unwohl´ oder irgendwas, sondern er ist einfach ruhig da drinnen gelegen, so eigentlich richtig entspannt“ (90).

Herr 19.3b blickte zum Interviewzeitpunkt auf außerfamiliäre Erfahrungen mit anderen Frühgeborenen zurück, die er einige Zeit nach der Geburt seines Sohnes Stefan gemacht hatte. Darauf basierend berichtete er, dass manche sehr früh geborene Babys „klein und zerbrechlich“ sind (115). Er zeigt sich auch wissend darum, dass frühgeborene Babys oft an viele „schläuche“ angeschlossen sind und er sich „schon gewundert hatte“, dass sein Kind „dann eigentlich nur den Überwachungsapparat gehabt hat“ (433). Er hatte laut 19.3b nur für einen Tag und „nur auf einem Finger ein Kabel“ (98) zur Herz- und Pulsüberwachung angeschlossen. „ja richtig, ich hab mir gedacht, er hat es ganz gut überstanden, es geht ihm sicherlich gut“ (439). Beim ersten Besuch beim Inkubator zusammen mit seiner Partnerin bestätigte dies laut 19.3b auch eine Krankenschwester, die meinte, „es würden nur Herz und Puls überwacht und er hätte das alles eigentlich gut überstanden“ (443).

Als die Interviewerin erwähnte, dass im Gegensatz zu diesem Bericht 19.3a gesagt hatte, dass das Kind „so blau“ (Zitat 19.3a) gewesen sei, gibt 19.3b an, das Kind sei „normal rosa“ (486) gewesen: „ja aber sonst hat er, wie ich dann hin- hingekommen bin zu ihm, hat er ganz normal, er war also normal rosa“ (484).

Während des fast zweiwöchigen Aufenthaltes seines Sohnes auf der neonatologischen Station ist es 19.3b „eigentlich ganz normal“ (139) gegangen, sagt er. Frau 19.3a wurde ungefähr nach der ersten Woche entlassen. Ab der zweiten Woche hatte 19.3b einen dreiwöchigen Urlaub und fuhr täglich mit seiner Partnerin auf die neonatologische Station, er berichtet, „geschlaucht“ (160) gewesen zu sein „wegen der warmen Luft und dem ganzen da oben dann“¹⁹. Auf die Frage nach seinen Gedanken zu dieser Zeit berichtet er lediglich vom Fläschchengeben und Wickeln.

Über die **Entwicklung** seines Sohnes spricht 19.3b, indem er über dessen späteres gutes Gedeihen samt Ernährung und Durchschlafen berichtet.

19.3b gibt an, erst eine Woche nach der Geburt **Kontakt mit einer Ärztin** (194) gehabt zu haben. In diesem Gespräch mit der Ärztin sei die Frage Thema gewesen, was mit dem Kind gemacht worden war und wann es von der neonatologischen Station entlassen würde.

Später zeigt 19.3b Verständnis dafür, dass „wir irgendwie nicht zusammgekommen sind (seine Partnerin und er mit Ärzten; A.d.V.)“, indem er dies mit dem großen Arbeitspensum von Ärzten erklärt (390).

¹⁹ Die neonatologische Station befindet sich in einem höheren Stockwerk.

Herr 19.3b berichtet kurz danach, dass es bereits am Wochenende vor diesem Kontakt mit einer Ärztin durch Vermittlung durch eine außenstehende Person mit einem Arzt der neonatologischen Station ein Gespräch gegeben hatte, um zu erfahren, was eigentlich gegenwärtig passiere mit seinem Kind und was passiert war. Er und seine Partnerin wussten auch danach nur, dass „weitere Tests“ (255) gemacht werden.

Krankenschwestern hätten auch nichts dazu sagen können, welche Tests dies seien. Auf der Station, als „wir in der Luft gehängt sind“ (266), gab es immer wieder auch Kontakte mit einer Krankenschwester (186), die „die einzige war, die uns immer beruhigt hat“ (266), indem sie meinte, bei „etwas Ernstem (d. h. im Falle eines erhöhten Gesundheitsrisikos; A.d.V.) wäre das Kind nicht auf der neonatologischen Station in Mödling“ (268). Sie gab auch ein zweites Mal beruhigende Informationen. Eine weitere Krankenschwester zeigte 19.3b, wie er das Kind richtig halten sollte (281).

Trotz der laut 19.3b großen Zahl an **Verwandten** mit einigen nicht allzu lange vor Stefan geborenen Kindern berichtet er über keine Kontakte mit Familienangehörigen zur Zeit rund um die Frühgeburt (353).

Die Interviewerin erklärte 19.3b nichts zum beruflichen Selbstverständnis der Frühförderin, es wurde ihm vor dem Gespräch lediglich der ihm davor unbekannt Brief an die Eltern vorgelesen. Er entwirft dennoch **Vorstellungen** dazu, **inwiefern eine Frühförderin für ihn hilfreich gewesen sein hätte können:**

Er bedauert, „nie mit der Frühförderin zusammengekommen zu sein“ (363). Das hätte ihm „sicher viel gebracht“ (370), meint er, denn „zu wenig Information kann man eigentlich nie bekommen“ (378). „da fühlt man sich dann sicher und das ganze/ist beruhigter und das ganze eben dann, ja also es hätte uns sicher geholfen, wenn wir da jemand gehabt hätten, der da begleitet hätte oder gefragt hätte oder nachgefragt hätte dann“ (380).

„am besten nach der geburt dann und wenn eben die familien fragen haben, dass sie vielleicht dann nachfragen kann, auf den grund gehen kann, warum, weshalb und dass sie da vielleicht irgendwie eine brücke legen kann zwischen familie und und schwestern oder ärzten eben dann, damit man da einen besseren informationsfluss kriegt und das ganze ... und wenn sie fragen haben, dass sie dann auch eine person haben, die sie fragen können, die ihnen ihnen helfen kann irgendwie eben dann für den weiteren weg dann und wie man das am besten dann bewältigen soll den alltag und das mit dem kind dann“ (532).

„ja, also, dass man auch/also EINE perSON oder etwas hat, die eben dann diese fragen eben dann/“ (550).

Zur **Frage** laut Globalanalyse, **was 19.3b „mit welcher Absicht gesagt“ hat** (vgl. Kap. 9.4.3), fällt auf, dass dieser einen Prozess der Bewältigung belastender Gefühle und Eindrücke in keiner Aussage explizit zum Ausdruck bringt, obwohl es nötig war, dass sein Sohn fast zwei Wochen stationär auf der neonatologischen Station war und 19.3b mehr als eine Woche im Unklaren darüber war, welche Tests mit seinem Kind gemacht wurden und noch gemacht würden. Ein dergestalt unsicherer Gesundheitszustand wird von vielen anderen Eltern als sehr belastend beschrieben (vgl. Kapitel 11.1).

Ein Widerspruch von Aussagen von 19.3b zu möglichen tatsächlichen Erlebnissen rund um die Frühgeburt könnte auch darin bestehen, dass 19.3b sein Gefühl kurz nach der Frühgeburt, dass es seinem Sohn auf der neonatologischen Station „sicherlich gut ging“ (439), damit begründet, dass sein Sohn im Gegensatz zu anderen frühgeborenen Babys lediglich an einem Überwachungsapparat angeschlossen war (433), obwohl er Erfahrungen mit anderen frühgeborenen Babys erst viel später als zum Zeitpunkt der Geburt seines Sohnes machte.

Andererseits basierte laut 19.3b sein gutes Gefühl (439) auch auf der Bestätigung einer Krankenschwester, dass sein Kind „das alles eigentlich gut überstanden“ hätte und „nur überwacht würde“ (443), was ebenfalls erklären könnte, dass er keine expliziten Aussagen zum Erleben belastender Gefühlen und Eindrücke traf.

Auch die von der Interviewerin im Gespräch ins Treffen geführten Darstellungen von 19.3a, dass das Baby bei der Geburt „so blau“ (478) gewesen sei, müssen nicht im Widerspruch dazu stehen, dass laut 19.3b das Baby „normal rosa“ (484) gewesen ist, da sich seine Aussagen auf einen Zeitpunkt einige Stunden nach der Geburt beziehen.

Zum Aufbau seiner Beziehung zu seinem Kind sagt 19.3b:

„mein eindruck war eigentlich, dass es ihm gut geht da drinnen, dass er entspannt ist, dass er sich eigentlich wohl fühlt ... er hat auch nicht irgendwie, wie soll ich sagen, so gesichtszüge gehabt hat, so wie `ich fühl mich da jetzt unwohl´ oder irgendwas, sondern er ist einfach ruhig da drinnen gelegen, so eigentlich richtig entspannt“ (87).

„ja richtig, ich hab mir gedacht, er hat es ganz gut überstanden, es geht ihm sicherlich gut“ (439).

Diese Aussagen können ebenfalls unter der „Überschrift“ „alles war normal“ stehend verstanden werden.

Zur Entwicklung seines Kindes trifft er nur für die Gegenwart und die Zeit Aussagen, als Stefan bereits rund zehn Monate alt war.

Vergleichsweise mehr erzählt er von Kontakten mit Krankenschwestern zur Zeit rund um die Frühgeburt: Er beschreibt drei beruhigende Kontakte mit ihnen, was erahnen lassen könnte, dass er doch mit belastenden Gefühlen und Eindrücken zu kämpfen hatte. War er vielleicht sehr angespannt und kämpfte er zudem auch mit ambivalenten Gefühlen (vgl. Kapitel 11.4) gegenüber Krankenschwestern? „die waren auf der einen Seite lieb“ (261), sagt er und „sie haben eben dann immer angerufen irgendwen (wenn es um Fragen von 19.3b zur Art der durchzuführenden Tests ging; A.d.V.)“ (386).

Schwer nachzuvollziehen ist auch, dass er es nicht als belastend beschreibt, dass er erst spät ein Gespräch mit einem Arzt und einige Tage später mit einer Ärztin über den Gesundheitszustand seines Kindes führen hatte können. Er begründet das späte Zustandekommen von Gesprächen mit einem großen Arbeitspensum von Ärzten. Im Kapitel 11.4 haben wir ähnliche Aussagen eines anderen Elternteils diskutiert.

Unter Umständen traf 19.3b im Gespräch bewusst keine expliziten Aussagen über belastende Gefühle und Eindrücke in der Zeit rund um die Frühgeburt. Über mögliche dahinterstehende Gründe dafür können unseres Erachtens jedoch keine Annahmen getroffen werden.

Oder vermied 19.3b es im Interview unbewusst, sich an seine unangenehmen und belastenden Gefühle rund um die Frühgeburt seines Sohnes zu erinnern (vgl. Kap. 11.1; Datler 2009)? Auch zu dieser Frage konnten wir im Transkript und im Zusatzprotokoll keine Anhaltspunkte für Annahmen ausmachen.

Wenngleich 19.3b auch kaum Einblicke in seine mögliche Gefühlswelt und seinen möglichen Bewältigungsprozess gibt, so verbalisiert er, wie weiter oben beschrieben, gleichzeitig jedoch Einiges dazu, inwiefern eine Frühförderin für ihn hilfreich gewesen sein hätte können, obwohl er außer dem vorgelesenen Brief keine Erklärungen der Interviewerin zum Berufsverständnis der Frühförderin erhalten hatte. Denkbar wäre jedoch, dass entsprechende Erklärungen aus dem vorausgegangen Gespräch mit und gegenüber 19.3a, dem er zumindest teilweise zugehört hatte, in seine Aussagen eingeflossen sind.

Er griff auch das Wort „bewältigen“, das die Interviewerin einige Sätze davor verwendet hatte, auf und meint, eine Frühförderin hätte ihm vermitteln können, „wie man das am besten dann bewältigen soll den Alltag und das mit dem Kind dann“ (532). Im Zuge dieser Aussage (siehe weiter oben) beschreibt er mit der Metapher „eine Brücke legen zwischen Familie,

Ärzten und Krankenschwestern“ unseres Erachtens die bei Jandrisits (2005; Kapitel 11.5) angesprochene Übersetzungsarbeit einer Frühförderin zu anderen Personen.

Ebenfalls im Kapitel 11.5 diskutierten wir den Wunsch eines Elternteils, von der Frühförderin Unterstützung bei der Bewältigung des Gefühls von Unsicherheit zu bekommen. Womöglich geht 19.3b in eine ähnliche Richtung mit folgender Aussage über seine Vorstellung einer Frühförderin:

„da fühlt man sich dann sicher und das ganze/ist beruhigter und das ganze eben dann, ja also es hätte uns sicher geholfen, wenn wir da jemand gehabt hätten, der da begleitet hätte oder gefragt hätte oder nachgefragt hätte dann“ (380).

12.3 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 18.3b

Eine Überschrift oder ein Motto kann für das Gespräch mit Herrn 18.3b in Bezug auf Frühförderung nicht formuliert werden, da er zu dieser keine Vorstellungen hatte. Zu seinen Eindrücken rund um die Frühgeburt berichtet er über einige für ihn sehr unangenehme Erlebnisse.

Im **Zusatzprotokoll** ist vermerkt, dass 18.3b ungeplant über weite Strecken beim Gespräch mit Frau 18.1a dabei war, wobei er anfangs zuhörte und sich später ab und zu ins Gespräch einbrachte, bevor das Gespräch überwiegend mit ihm geführt wurde. Dadurch flossen die Gespräche mit beiden Eltern ineinander und manchmal sprachen Herr 18.3b und Frau 18.1a auch mehr miteinander als mit der Interviewerin.

18.3b erschien laut Zusatzprotokoll durch das Gespräch in seinen Ansichten bestätigt, die er in Form von Unzufriedenheit mit erlebter Krankenhausausrüstung, den erlebten räumlichen Bedingungen für Patientinnen und mit dem Sozialstaat Österreich ausdrückte.

Auch **inhaltlich** gibt 18.3b mit seinen ersten **Aussagen** das Thema vor, indem er über weite Strecken des Gesprächs von seinen sehr unangenehmen Erfahrungen in zwei Krankenhäusern berichtet. Diese handeln jedoch nicht von der Zeit rund um die Geburt von Mia, dem Baby, rund um dessen Geburt Frau 18.1a von der Frühförderin begleitet wurde, sondern von ihrer jüngeren Schwester Lea. Während seiner Erzählungen über die damaligen medizinischen Risiken und die seiner Meinung nach zu frühen Entlassung seines Kindes war er sehr aufgebracht (ab 767). Dabei ist auch seine große Angst vor dem Tod (791) und bleibenden

körperlichen Beeinträchtigungen (841) seiner Babys Thema und er berichtet von seinen Erlebnissen damit.

Am Beginn des Gesprächsabschnittes, der überwiegend zwischen ihm und der Interviewerin stattfand, erzählt er wenig konkret von Mias Geburt (986).

Als 18.1a sagt, 18.3b habe viel zu ihrem Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung beigetragen, antwortet er mit einem fragenden „achso?“ (443). Zu einer Frage nach seinem ersten Körperkontakt mit seinem Kind kann er nichts sagen (1040). Später meint er, wegen seiner beruflichen Arbeit sei er zu Beginn wenig mit Mia zusammen gewesen (1780), seine Partnerin sei auch in der Nacht immer aufgestanden, um das Kind zu versorgen, heute sei er mehr mit Mia zusammen und er würde öfter mit ihr fortfahren.

18.3b trifft zur aktuellen Entwicklung von Mia im Alter von 4-5 Jahren einige Aussagen (1968).

Kontakte mit anderen Personen betreffend äußert 18.3b sich sehr negativ über eine Mitpatientin, jedoch wieder in einem anderen Krankenhaus und wieder in Zusammenhang mit der Geburt seiner anderen Tochter Lea (1258).

Weitere Aussagen handeln mehr von Kontakten mit Ärzten als mit Krankenschwestern.

Insgesamt überwiegen in den Berichten von 18.3b medizinische Aspekte bzw. erlebte medizinische Probleme sowie von ihm als äußerst ungünstig erlebte institutionelle Rahmenbedingungen, wobei sich Aussagen über die Geburten seiner Kinder und über verschiedene Krankenhäuser abwechseln.

Konkrete Aspekte belastender Gefühle und des Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung sind unseres Erachtens nicht auszumachen.

Er hat keine Vorstellungen dazu, inwiefern eine Frühförderin für ihn hilfreich gewesen sein hätte können.

„...aber die FRÜHFÖRDERIN wird da nichts bringen bei so einer G'SCHICHT, nicht / ... da braucht man einen PSYCHOLOGEN wahrscheinlich“ (1230).

Auch als 18.1a von der Begleitung, den Tipps und der Entwicklungsförderung durch das Beobachten durch die Frühförderin erzählt, kann 18.3b seinerseits wenig Konkretes dazu sagen.

„aber wenn dazwischen wer sagt `ja das ist auch so gut und das passt so und das ist ok´

I: (Interviewerin; A.d.V.) „geht es einem BESSER einfach, nicht?“

IP(b) (18.3b; A.d.V.): „GENAU ja / ja / ja“ (1573).

Zur **Frage** laut Globalanalyse, was 18.3b „mit welcher Absicht gesagt“ hat (vgl. Kap. 9.4.3) ist klar ein Zusammenhang zwischen den von ihm umfangreich und sehr emotional beschriebenen Erlebnissen in Krankenhäusern und seiner Aussage, dass ihm „eine Änderung des Systems Krankenhaus wichtig wäre“ (2108), zu erkennen.

18.3b betont weiters, dass er sich zur Zeit der Frühgeburt mehr Information und damit mehr Wissen über Hilfsangebote gewünscht hätte (1537).

Zudem dürften 18.1.a und 18.3b das Gespräch mit der Interviewerin als außenstehende Person auch dafür genutzt haben, miteinander über schwierige Themen rund um ihre Kinder und ihre unterschiedlichen Sichtweisen dazu zu sprechen (1577 und 2222).

12.4 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 9.3b

„es war eine aufregende Zeit und es ist noch immer eine aufregende Zeit“ ...war der Schlusssatz von Herrn 9.3b und könnte das **Motto des Gesprächs** sein, da er im Gespräch zwar immer wieder Belastungen anspricht, dabei aber immer sehr sachlich bleibt.

Aus dem **Zusatzprotokoll** geht hervor, dass Herr 9.3b die Frühförderin zwar nicht persönlich kennengelernt hatte, sich aber gerne zu einem Gespräch über die Zeit rund um die zu frühe Geburt seiner Söhne bereit erklärte. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme durch die Interviewerin war er bereits durch seine Partnerin über die Studie informiert und hatte einen Anruf erwartet. Ein Treffen wurde in der Nähe seines Arbeitsplatzes in seiner Mittagspause vereinbart. Während des Gesprächs nahm er sein Mittagessen zu sich, nachdem er gefragt hatte, ob dies das Gespräch stören würde. Das Lokal war schwach besucht, weitere Gäste saßen außer Hörweite. 9.3b zeigte sich sehr interessiert und stellte viele Fragen zur Frühfördertätigkeit. Er sprach offen über die zu frühe Geburt seiner Söhne. Gelegentlich fiel er der Interviewerin ins Wort, indem er Fragen zu beantworten begann, bevor sie ausgesprochen waren. Aufgrund seiner knappen zeitlichen Ressourcen begann das Interview rasch, nach einer knappen Stunde musste 9.3b wieder zur Arbeit. Er betonte immer wieder, wie wichtig ihm die Förderung seiner Söhne sei.

Inhaltlich beginnt das Gespräch, indem 9.3b sehr offen von der völlig unerwartet eingetretenen zu frühen Geburt seiner Söhne acht Wochen vor dem errechneten Geburtstermin erzählt. Aufgrund der Zwillingsschwangerschaft war seine Frau regelmäßig in

der Mehrlingsambulanz des Krankenhauses A zur Kontrolle, wo auch die Geburt geplant war. Im weiteren Gesprächsverlauf gibt er an, bei fast allen Kontrollterminen dabei gewesen zu sein und so den „Vorprozess“ (311) begleitet zu haben. Bei einer dieser Kontrollen wurde eine Schwangerschaftsvergiftung festgestellt, welche die Frühgeburt wenige Tage darauf erforderlich machte. Die Söhne wurden ungefähr vier Wochen auf der Intensivstation des Krankenhauses A versorgt.

9.3b berichtet von der großen Angst um das Überleben seiner Söhne und der Ungewissheit diesbezüglich. Im folgenden Zitat kommt auch die Verunsicherung durch die hochtechnisierte Atmosphäre auf der neonatologischen Station und die Versorgung der Kinder durch eine Vielzahl an technischen Geräten zum Ausdruck. Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus musste die Herztätigkeit der Kinder noch eine Zeitlang überwacht werden; in diesem Zusammenhang beschreibt er ebenfalls die Verunsicherung infolge der vielen Fehlalarme des Herzüberwachungsgerätes (666).

„das thema frühgeburt ist halt ... man sollt sich schon damit selbst auch auseinandersetzen, ja und ich hab sicher auch mich persönlich mit den schlimmsten szenarien auseinandergesetzt, also dass du nicht einfach ins spital fahren kannst und sagen „okay, die kinder sind wieder da!“ also man muss sich wirklich ... wenn man sieht, an was für schläuchen die hängen und nicht nur beatmet werden, du hast ja keine ahnung ja. und wenn du das kind dort SIEHST und das hängt dort einfach an den maschinen, du hast ja keine ahnung ... das wurde alles ganz genau erklärt, wofür was ist, ja ... trotzdem es bleibt immer ein gewisses eine gewisses angespanntes gefühl da“ (650).

Nach ungefähr vier Wochen konnten die Kinder aufgrund des verbesserten Gesundheitszustandes ins Krankenhaus Mödling verlegt werden, wo sie noch ungefähr zwei Wochen versorgt wurden und die letzte Woche vor der Entlassung mit ihrer Mutter, Frau 9.2a, in einem Mutter-Kind-Zimmer verbrachten.

9.3b beschreibt seine anfängliche Unsicherheit nach der Krankenhausverlegung angesichts der „gemütlicheren“ (21) Atmosphäre auf der neonatologischen Station im Krankenhaus Mödling, nachdem er die strengen Regeln auf der Intensivstation im Krankenhaus A gewohnt war, gibt aber an, im weiteren Verlauf sehr zufrieden mit der medizinischen Betreuung seiner Kinder gewesen zu sein.

„und da hat's NIE irgendwie ungute situationen gegeben, aber ... also ich kann mich zumindest an keine erinnern, wo man sagt, okay, das wär jetzt das wär jetzt irgendwie komisch gewesen ... überhaupt nicht ... sie waren sehr hilfsbereit an und für sich, ja es war halt irgendwie eine lockerere atmosphäre als im (NAME DES KRANKENHAUSES A) ... und das war ja eben das, was uns MEHR gestört hat am anfang“ (238).

Er berichtet auch, dass sich die **Krankenschwestern** für Gespräche „angeboten“ (234) haben, welche er als sehr hilfreich beschreibt, wobei hier nicht klar zum Ausdruck kommt, in welcher Hinsicht er diese Kontakte als hilfreich erlebte.

„ja aber die haben / sind halt am anfang mit rat und tat zur seite gestanden ... wobei, wenn man zwei hat, hat man das eh relativ schnell heraußen, (LACHT), das geht dann eh, nein, aber das war das war eigentlich / die haben da sehr gut geholfen, da gibt's eigentlich nichts“ (288).

9.3b beschreibt die Situation der zu frühen Geburt als „Ausnahmesituation“ (388), ohne näher auf sein persönliches Erleben einzugehen, in der man neben dem Kind auch den Eltern verstärkt „Aufmerksamkeit schenken“ (375) sollte. Er berichtet selten von einem besonders ausgeprägten Belastungserleben oder speziellen belastenden Situationen zur Zeit rund um die zu frühe Geburt, obwohl der Gesundheitszustand seiner Kinder recht kritisch gewesen sein dürfte.

Als ihm die **Grundzüge der Frühfördertätigkeit** im Allgemeinen und die Aufgabe der Frühförderin auf der neonatologischen Station im Speziellen durch die Interviewerin erklärt wurden, gab er an, dass es sich dabei sicher um ein hilfreiches Angebot handelt, indem er meint, selbst wenn man die Hilfe nicht bräuchte, sei es hilfreich, zu wissen, an wen man sich im Bedarfsfall wenden könne. In diesem Zusammenhang spricht er interessanterweise von einer „dritten Person“ (180), welche den Eltern neben dem Pflegepersonal als Ansprechperson zur Verfügung stehen und gegebenenfalls eine Art Übersetzungsarbeit zwischen Eltern und Pflegepersonal leisten solle.

„sollte es eine ansprechperson geben für die eltern, die da halt ... das weitertransportiert, ja ... und nicht über die krankenschwestern oder die ärzte, sondern wirklich eine dritte person, also das find ich ---“ (178).

9.3b überlegte einige Zeit, ob er eventuell doch Kontakt mit der Frühförderin hatte, er erinnerte sich auch vage an deren Namen und dass es dieses Gesprächsangebot gegeben hatte, welches aber nur von seiner Frau in Anspruch genommen worden war (160).

9.3b erinnert sich auch, dass nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch einige **Hausbesuche** stattgefunden haben, konnte aber nicht mehr genau zuordnen, ob es sich dabei um die Frühförderin oder die mobile Kinderkrankenschwester gehandelt hat (446).

9.3b berichtet hinsichtlich der Frage nach dem **Beziehungsaufbau zu seinen Kindern**, diese sofort nach der Geburt auf die Intensivstation begleitet zu haben, wo er bei deren Erstversorgung dabei sein konnte. Er gibt an, deshalb keinerlei „Annäherungsschwierigkeiten“ (342) und Hemmungen, die Kinder zu berühren, gehabt zu haben. Er führt dies wie oben beschrieben darauf zurück, dass er bereits den „Vorprozess“ der Geburt, worunter er seine Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft und die Begleitung zu Kontrollterminen versteht, begleitet hatte.

9.3b beschreibt unseres Erachtens sehr anschaulich, wie die eigene Befindlichkeit von Eltern die Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern beeinflussen kann respektive sich auf die Befindlichkeit der Babys auswirkt und stellt sich die Möglichkeit einer psychologischen Betreuung in der belasteten Situation nach der zu frühen Geburt als sehr hilfreich vor.

„mhm, ich find es insofern wichtig, weil ja natürlich der stress dann ja auf die kinder ummünzt, weil eben / haben wir bemerkt einfach, je RUHIGER dass du bist, desto ruhiger ist (der kleine), rennt das ganze einfach ab ... und wenn du mit der ganzen situation einfach überfordert bist oder gestresst oder oder nervös oder was auch immer ... dann wirkt sich das einfach auch auf die kinder aus ... wenn du ruhig bist, die schlafen dann ruhiger, also das ist/ ...“ (267).

9.3b gibt an, dass der Beziehungsaufbau zu seinen Söhnen „überhaupt nicht, ganz und gar nicht, ganz im gegenteil“ (383) durch andere Personen beeinflusst war. Gleichzeitig vermutet er, dass sich die enge Beziehung zu Kindern seiner Meinung nach überhaupt erst später entwickelt, „wenn sie wirklich schon schauen können, dieser Wiedererkennungseffekt, wenn sie immer die gleichen Personen sehen...“ (388).

Hinsichtlich der Frage nach der **Entwicklung der Kinder** gibt 9.3b an, dass diese mittlerweile alles aufgeholt haben und er nicht den Eindruck hat, dass sie aufgrund der zu

frühen Geburt „geistig oder körperlich einen Rückschritt erlitten“ (422) hätten. Er betonte, wie wichtig ihm die Förderung seiner Kinder sei und sah hinsichtlich ihrer langfristigen Entwicklung keinen Zusammenhang mit anderen Personen außer den Eltern (465). Er räumt jedoch ein, dass es anfänglich nach einer Geburt sicher hilfreich sei, wenn einem jemand zur Seite steht und Ratschläge hinsichtlich der adäquaten Versorgung des Kindes gibt (467).

Die **Kontakte zu Krankenschwestern** wurden bereits weiter oben beschrieben. **Kontakte zu Ärzten** erwähnt 9.3b im Gespräch einmal, indem er angibt, „Glück mit den Ärzten“ (500) gehabt zu haben. In diesem Zusammenhang überlegt 9.3b, dass Frühförderung eigentlich schon im Mutterleib anfängt, indem Ärzte im Sinne einer genauen Beobachtung des Schwangerschaftsverlaufs darauf achten, dass mögliche auftretende Komplikationen keine Gefährdung der Kinder mit sich bringen (505).

Die **Kontakte zu Familienangehörigen** beschreibt 9.3b als nicht hilfreich bei der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt; er spricht in diesem Zusammenhang von Großeltern/Eltern (299) und gibt an, diese „sind sowieso überfordert, wenn sie dort in das Krankenhaus kommen...“ (299). An späterer Stelle erwähnt er noch einmal, dass eine Frühgeburt eine „Ausnahmesituation für alle Beteiligten, auch fürs erweiterte Umfeld“ (378) darstelle, ohne näher darauf einzugehen.

Auf die Frage, welche Unterstützung 9.3b zur Zeit rund um die zu frühe Geburt seiner Söhne brauchen hätte können, beziehungsweise was er sich von einer Frühförderin erwarten würde, gibt er an, dass es sinnvoll wäre, insbesondere bei Risikoschwangerschaften wie einer Zwillingsschwangerschaft bereits im Zuge der vorgeburtlichen Kontrolluntersuchungen vom Gynäkologen über dieses Angebot informiert zu werden. Weiters stellt er Überlegungen an, dass Gynäkologen möglicherweise mit Frühförderinnen zusammenarbeiten und gegebenenfalls mehrmals jährlich Informationsveranstaltungen zum Thema Frühgeburt/Frühförderung anbieten sollten.

„dass man vielleicht wirklich so abende machen sollte, „was ... was kann mich bei einer frühgeburt erwarten“ (635).

Im folgenden Zitat kommt neben dem eben erwähnten Wunsch nach vorzeitiger Information auch die besondere „organisatorische“ Belastung durch eine unerwartet eingetretene Frühgeburt, im Speziellen auch für Väter, zum Ausdruck.

„das kann man durchaus auch in einer broschüre oder per informationen weitergeben, einfach den eltern sagen „setzt euch mit der situation

auseinander. frühgeburt, `ja was heißt das für mich persönlich, was heißt das für meinen haushalt´ rechtzeitig einfach auch die kinderzimmer herrichten, nicht bis zur letzten woche warten ... weil wenn's dann soweit ist, dann wird's wirklich ein stress ... dann wird's wirklich ein stress ... aber ich denk mir, das sollte man den eltern schon mitgeben `hey, zeitgerecht, setzt euch mit der situaton auseinander, was heißt das für euch, organisatorisch und so', weil ... alle haben einen job, ja alle, die nehmen sich dann vielleicht urlaub oder oder richten sich das mit der firma einfach ein, es hängen viel faktoren zusammen, die man dann von einer sekunde oder von einer stunde auf die andere (HUSTET) plötzlich umwerfen muss ... war bei uns auch nicht anders“ (680).

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Entwicklung der Kinder erwähnt 9.3b auch, dass er die Frühförderin „eher im Spital ansässig sieht weil sie dort wirklich meiner meinung nach mehr gebraucht wird als zuhause ... ja ... weil zuhause hat man doch irgendwie eine oma oder opa, die früher auch kinder gekriegt haben und die können dir dann schon helfen“ (477). Des weiteren hätte sich 9.3b auch eine gewisse räumliche Trennung im Krankenhaus gewünscht und schildert diesbezüglich eine Situation, wo ein älteres zur Behandlung aufgenommenes Kind ständig geweint hat, was er für frühgeborene Babys, welche „eh schon sensibel sind“ (217) als sehr störend erlebte.

Bei der **Diskussion** der Ergebnisse des Interviews mit Herrn 9.3b fällt auf, dass er versucht, viel Auskunft zu geben und sich auch sehr für das Thema interessiert. Teilweise ist er in seinen Aussagen aber recht widersprüchlich. Seine Schilderungen der Belastungen rund um die zu frühe Geburt deuten zwar auf ein hohes Belastungserleben hin, er äußert sich aber nicht dahingehend, ob er persönlich Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Bewältigung hatte beziehungsweise ob er ein solches Unterstützungsangebot in Anspruch genommen hätte. Er spricht hier immer sehr allgemein, ohne auf sein persönliches Erleben einzugehen.

Im Gespräch betont 9.3b die Bedeutung der „persönliche Unterstützung“ (251) und denkt gleichzeitig darüber nach, ob es im Krankenhaus Mödling für die Eltern die Möglichkeit der Begleitung durch einen „Elternpsychologen“ (255) gegeben hätte. In diesen Zusammenhang sowie Bezug nehmend auf die Aussage, die Frühförderin nicht persönlich kennengelernt zu haben, sollte möglicherweise berücksichtigt werden, dass 9.2a (die Partnerin von 9.3b) im Gespräch berichtete, die Frühförderin als nicht hilfreich erlebt zu haben, sie aber im weiteren

Gesprächsverlauf meinte, die Rolle und Aufgabe der Frühförderin sei ihr nicht ganz klar gewesen (vgl. Kap. 10.2.3). 9.3b, der Informationen über die Frühförderin vermutlich hauptsächlich über seine Frau erhalten haben dürfte, war der Aspekt der Elternbegleitung der Frühförderin daher möglicherweise ebenfalls nicht ganz klar. Diese Vermutung wird auch durch seine Rückfrage gestützt, ob die Frühförderin „eine psychologische Ausbildung“ (262) hat.

Im weiteren Gesprächsverlauf erkundigt sich 9.3b auch danach, ob es eine Art „Ranking“ von Gründen für das Nutzen eines Frühförderangebots durch Eltern gibt (492).

Die Aussagen von 9.3b, nachdem ihm die Grundzüge der Frühfördertätigkeit durch die Interviewerin erklärt wurden, stützen unsere in 11.5.1 auf den Berichte der Eltern der Gruppen 1 und 2 basierenden Überlegungen hinsichtlich des professionell begründeten Berufsverständnisses von Frühförderinnen.

Betreffend die Frage nach dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung trifft 9.3b widersprüchliche Aussagen. Es fällt auf, dass er berichtet, keine Annäherungsschwierigkeiten gehabt zu haben, gleichzeitig aber mutmaßt, dass wie oben beschrieben „Eltern den Stress ja auf die Kinder ummünzen“ (268). Als die Interviewerin 9.3b erklärt, dass Eltern aufgrund der zahlreichen Belastungen nach einer Frühgeburt öfters Probleme haben, einen unbeschwerten Kontakt zu ihrem Kind aufzunehmen, fragt 9.3b spontan, was denn die Ursachen dafür sind. Möglicherweise war sich 9.3b seiner Belastung und ihrer Auswirkung auf den Beziehungsaufbau sehr wohl bewusst, wollte aber, wie in den Kapiteln 11.1 und 11.2 bereits diskutiert, die Auseinandersetzung mit seinen belastenden Gefühlen vermeiden.

12.5 Untersuchungsergebnisse und Diskussion des Interviews mit Herrn 16.3b

„das ist etwas, was ich im (NAME DES KRANKENHAUSES B) vermisst habe und das ich in mödling wiedergefunden habe. dass es einfach um eine menschliche perspektive geht, wo man einfach SORGEN hat, wie es dem kind weiter geht“ (357). 16.3b erachtet die persönliche Betreuung von Eltern frühgeborener Kinder und das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegepersonal und Angehörigen als sehr wichtig und thematisiert diese Aspekte im Laufe des Gesprächs immer wieder.

Aus dem **Zusatzprotokoll** geht hervor, dass das Gespräch mit Herrn 16.3b erst 2-3 Monate nach dem Gespräch mit 16.2a zustande kam, da 16.3b den Gesprächstermin berufsbedingt immer wieder verschieben musste. Das Gespräch fand bei 16.3b zuhause statt. 16.3b war sehr

an der Thematik interessiert, gab aber an, die Frühförderin persönlich nicht kennengelernt zu haben und hatte auch keine Vorstellung von der Tätigkeit einer Frühförderin. Zudem äußerte 16.3b immer wieder Zweifel, sich an die vier Jahre zurückliegende Zeit noch ausreichend erinnern zu können. Die Interviewerin gab 16.3b aus der Fachliteratur Einblick in die Thematik und erklärte die wesentlichen Aspekte der Frühfördertätigkeit, respektive die Aufgabe/Rolle der Frühförderin im Forschungsprojekt. 16.3b, ein gebildeter Mann, ließ sich gerne zum Thema Frühförderung informieren und fühlte sich durch die erhaltenen Informationen in seinen Aussagen bestätigt. Während des Gesprächs über sein Erleben der Zeit rund um die zu frühe Geburt seiner Zwillingssöhne wirkte 16.3b sehr berührt.

Herr 16.3b eröffnet das Gespräch, indem er sehr offen über die Situation rund um die zu frühe Geburt seiner Söhne zu erzählen beginnt. Die Frühgeburt trat völlig unerwartet und überraschend ein und brachte zusätzliche Belastung in Form von drei Spitalsverlegungen mit sich. Krankenhaus A, wo die Geburt geplant war, war nicht eingerichtet auf Frühgeburten in diesem Stadium, daher wurde die Partnerin von 16.3b (das Gespräch mit Frau 16.2a ist der Gruppe 2 zugeordnet) ins Krankenhaus B verlegt, wo die Kinder in weiterer Folge auf der neonatologischen Intensivstation versorgt wurden. Aus dem Krankenhaus B wurden die Kinder ins Krankenhaus Mödling entlassen, da keine intensivmedizinische Versorgung mehr als notwendig erachtet wurde, wobei 16.3b anmerkt, dass diese Verlegung aus seiner Sicht zu früh erfolgte, da der Gesundheitszustand seiner Söhne zu diesem Zeitpunkt noch nicht stabil genug war. Vom Krankenhaus Mödling mussten die Kinder aufgrund einer aufgetretenen Lungenentzündung bei Uwe, welche wieder intensivmedizinische Versorgung erforderte, die in Mödling nicht möglich war, nach wenigen Tagen ins Krankenhaus C verlegt werden.

16.3b äußert sich sehr kritisch gegenüber der unpersönlichen Betreuung im Krankenhaus B, sowie der Vorgehensweise der dort tätigen Ärzte hinsichtlich der Entscheidung über die Spitalsverlegung. Die medizinische Versorgung wird in allen Spitälern positiv bewertet, nur hätte die Verlegung nach Mödling, deren Zeitpunkt zudem auch nicht mit den Eltern besprochen worden war, seiner Meinung nach nicht so schnell erfolgen dürfen (ab 65).

„wo wir KOMPLETT ÜBERRASCHEND davon erfahren haben, dass die kinder verLEGT werden ... ohne vorab in ein gespräch eingebunden waren. und DAS ist meines erachtens nicht in ordnung. so etwas DARF nicht passieren“ (197).

16.3b unterscheidet immer wieder klar zwischen der medizinischen Versorgung der Kinder und der persönlichen Betreuung in den drei Krankenhäusern, wo die Kinder versorgt wurden.

Er merkt an, sich im Krankenhaus B unmittelbar nach der Frühgeburt mit der Angst um die Kinder allein gelassen gefühlt zu haben. Im folgenden Zitat beschreibt 16.3b auch seine Gefühle der Hilflosigkeit.

„und das ist etwas, was ich im (NAME DES KRANKENHAUSES B) absolut vermisst habe. so kann man mit patienten nicht umgehen... und dann, im prinzip, gerade in so einer intensiven phase, wie der frühgeburt, wo man sowieso besondere ÄNGSTE und und und BEFÜRCHTUNGEN aussch-, ausharren muss ahm wenn man vorher, bei in meinem fall medizinisch ungebildet, mit der situation gar nicht umgehen kann, dann, im prinzip, vor solche vollendeten tatsachen gestellt zu werden ist in keinster weise in ordnung“ (237).

Auch die Sorge um das Ausmaß möglicher Folgeerkrankungen und Komplikationen im Zusammenhang mit der Frühgeburt hätten laut 16.3b unmittelbar nach der zu frühen Geburt im Krankenhaus B bearbeitet werden sollen (123).

„für mich persönlich ist die große problematik, wenn man in sorge um ein kind ist, das ERKRANKT ist und man noch dazu als laie das AUSMASS der erkrankung gar nicht EINSCHÄTZEN kann und die damit, vor allem bei frühgeburten, verbundenen folge- und nachhaltig verbundenen erscheinungen gar nicht beurteilen kann, ahm da allein gelassen zu werden“ (102).

Im Laufe des Gesprächs thematisiert 16.3b immer wieder die enormen **Ängste um die Kinder** (102, 247) und dass er sich diesbezüglich im Krankenhaus Mödling sehr gut betreut fühlte. Als Uwe eine Lungenentzündung bekam und damit wieder eine akute Lebensgefahr eingetreten war, welche die Verlegung ins KH C erforderte, fühlte sich 16.3b an den Grenzen seiner Belastbarkeit.

„ich eben ähm erfahren habe, dass ... die medizinischen einrichtungen und die medizinische vorsorge in ... mödling nicht mehr ausreicht um den uwe zu, zu, zu umsorgen / dass ich wirklich knapp an einem nervlichen zusammenbruch stand, weil ich das AUSMASS ganz als laie irgendwie definiert habe und gemerkt habe, dass es einfach eine, eine, eine katastrophe darstellt und ich mir ernsthafte sorgen um das kind machen musste“ (334).

Nachdem die Interviewerin 16.3b die Aufgabe der Frühförderin auf der neonatologischen Station erklärt hatte, fühlte sich 16.3b durch diese Informationen in seinen Schilderungen der Situation und seiner Befindlichkeit zur Zeit rund um die zu frühe Geburt bestätigt und schätzt dieses Angebot als sehr hilfreich ein.

„das das prinzipiell auf jeden fall HILFREICH, also das ist das ist meine meinung, aber nicht maßgeblich, weil einfach mein erinnerungsvermögen (LÄCHELT) einfach zu schwach ist, um das dementsprechend adäquat und qualitativ zu beurteilen. GANZ, GANZ wichtig und da hab ich aber doch eine positive erinnerung, ist einfach die unterSTÜTZUNG und war auch die fachliche kompetenz der ärzte, die in mödling zu 100 prozent gegeben war“ (181).

Die **verfrühte Elternwerdung** beschreibt 16.3b als unproblematisch, die **erschwerete Kontaktaufnahme** zu den Kindern durch deren Lagerung im Brutkasten wird als „erschreckende Erfahrung“ (278) geschildert.

„aber die, die, die BINDUNG SELBST zu den kindern war doch relativ schnell, abgesehen von dem brutkasten, der eine gewisse zeit zwischen den kindern und uns stand, sehr, sehr gut und, und, und sehr, sehr eng, glaube ich. und wurde sehr schnell massiv ausgebaut“ (459).

Das Angebot des „Kangorooing“ im Krankenhaus B beschreibt 16.3b als sehr hilfreich (ab 450) und hat wesentlich zum **Aufbau der Vater-Kind-Beziehung** beigetragen.

Hinsichtlich der Frage nach der **Entwicklung der Kinder** erachtet 16.3b es als ausgesprochen wichtig, dass die Kinder bei der Versorgung nach der zu frühen Geburt immer zusammen geblieben sind. Auch als Uwe an Lungenentzündung erkrankte wurden sie gemeinsam ins Krankenhaus C verlegt (595). 16.3b vermutet, dass seine Söhne dadurch eine „sehr gute und persönliche Bindung“ (604) zueinander aufgebaut haben. Ferner erzählt 16.3b, dass sie sich ab dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus C „wunderbar“ (642) entwickelt haben.

16.3b äußert seine **hohe Zufriedenheit mit der persönlichen Betreuung** durch das Pflegepersonal und die Ärzte im Krankenhaus Mödling.

„ich kann nur in höchsten maßen die, die, die betreuung seitens mödling LOBEN. das war wirklich AUSGEZEICHNET. ... die persönliche betreuung, die war ausgezeichnet ... sowohl seitens der ÄRZTE und auch der SCHWESTERN das, das war SEHR, sehr fürsorglich und man hat auch versucht uns ... alle AUFKLÄRUNG zu, zu, zu bieten“ (112). „aber das war einfach, einfach, einfach mein ... gefühl dort, dass ...unabhängig davon ob jetzt krankenschwestern oder ärzte. ... die persönliche betreuung, die SORGEN, die ich selbst als elternteil hatte ... SEHR, SEHR ernst genommen worden sind und dementsprechend auch ich einen unbeschränkten zugang zu den kindern hatte und dementsprechend auch in weiterer folge meine, meine befürchtungen und meine ÄNGSTE sehr, sehr ... gut aufgenommen worden sind“ (325).

16.3b betont immer wieder die Bedeutung der persönlichen Betreuung in dem Sinne, dass Eltern einerseits die Ängste genommen werden sollten (103, 246) und dass sie in persönlichen Gesprächen über eventuelle Komplikationen und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden und nicht vor vollendete Tatsachen gestellt werden sollten, wie es im Krankenhaus B passiert war (191-250).

„die problematik ergibt sich dann, wenn man mit den ärzten SELBST über den weiteren FORTGANG und den FORTLAUF der ähm der entwicklung der kinder sprechen möchte, über die gefahren, die risiken, über eine etwaige verLEGUNG oder so etwas, dann ist es wichtig, dass der patient oder, sprich, die elternteile, in dem fall, massiv eingebunden werden ... und das ist in mödling SEHR, sehr gut gelaufen und im (NAME DES KRANKENHAUSES B) eben überhaupt nicht“ (296).

Die Verlegung vom Krankenhaus Mödling ins Krankenhaus C entschieden die Ärzte in Absprache mit den Eltern. 16.3b spricht hier von einem „Vertrauensverhältnis“, welches zwischen Ärzten und Patienten beziehungsweise Angehörigen entsteht, indem man miteinander redet (235). Die Kommunikation des Krankenhauspersonals mit den Eltern erachtet 16.3b als ausgesprochen wichtig (295-300).

16.3b erlebte die Kontakte zu den Ärzten als ausschließlich hilfreich hinsichtlich der Bewältigung der Situation der zu frühen Geburt.

Er beschreibt beispielsweise die „fantastische“ Reaktion eines Arztes in der Situation, als die Kinder mit dem Hubschrauber vom Krankenhaus Mödling ins Krankenhaus C verlegt werden mussten.

„und ich einen arzt hatte, der einfach ... MENschlich fantastisch reagiert hat... wo ich einfach wirklich knapp an einem nervenzusammenbruch war und der mich einfach in die arme genommen hat und gesagt hat „ich brauche mir keine sorgen machen“ (341).

16.3b erachtet die **persönliche Betreuung von Eltern** frühgeborener Kinder insofern als sehr wichtig, damit ihnen die Sorgen und Ängste genommen werden und sie sich möglichst unbelastet dem Kind zuwenden können, wodurch eine enge Beziehung zum Kind aufgebaut werden kann, was letztendlich der Entwicklung des Kindes zugutekommt (ab 725).

Die Eltern müssen Gewissheit haben, dass ihr Kind bestmöglich versorgt wird und dass Entscheidungen nicht aufgrund von Zeitdruck oder Platzmangel getroffen werden (801).

Im Zuge dieser extrem angespannten Situation der Spitalsverlegung von Mödling ins Krankenhaus C wird auch ein Cousin, welcher selbst Mediziner ist, als sehr hilfreich erwähnt (565). Weitere Gespräche mit Familienangehörigen und Freunden werden erwähnt, an deren Inhalte kann sich 16.3b allerdings nicht mehr erinnern (555).

Die Themen der persönlichen Betreuung sowie des Vertrauensverhältnisses zwischen Krankenhauspersonal und Eltern ziehen sich wie ein roter Faden durch das Interview und werden immer wieder angesprochen.

16.3b spricht in seinen Erzählungen über die Zeit der zu frühen Geburt seiner Söhne und sein Erleben viele der aus der Theorie beschriebenen Aspekte von Frühgeburt an. Ferner beinhalten seine Aussagen auch einige Hinweise für den Berufsbereich der Frühförderung.

Mehrmals im Gespräch erzählt 16.3b von seinen belastenden Gefühlen rund um die zu frühe Geburt seiner Söhne und davon dass er sich in der Zeit unmittelbar nach der Geburt im Krankenhaus B mit diesen Ängsten alleingelassen fühlte. In weiterer Folge spricht er von der hervorragenden persönlichen Betreuung im Krankenhaus Mödling, wo er sich mit seinen Sorgen gut betreut fühlte. In den folgenden Zitaten kommt sehr schön zum Ausdruck, was 16.3b zur Zeit der Frühgeburt gebraucht hätte.

„aber es geht letztendlich darum, dass man das eltern- oder den elternteil jetzt tröstet und einfach sagt „du brauchst dir mal fürs erste

keine sorgen machen. wir machen das bestmögliche.“ und das ist das wesentliche (374).“

ich glaube, das ist ganz, ganz wesentlich. ich glaube, dass so wie es in mödlin gehandhabt wird und auch ... wie wir es erleben durften, die persönliche fürsorge und ... der ansprechpartner in form einer ... betreuuerin für frühgeborene und letztendlich auch der medizinische rat von ärzten vorhanden ist, wo sich selbst der primarius dafür annimmt und sagt „okay, ich nehme mir zeit“ ... ich glaube, das ist eine entscheidende sache. und dadurch können sehr, sehr viele ängste, vor allem von medizinisch weniger gebildeten, wie ich jetzt bin, genommen werden“ (729).

„dass man sich einfach 100prozentig dem kind widmet. ... und in weiterer folge in diesem zusammenhang auch die eltern mit einbindet ... um eben denen auch etwaige sorgen und ängste zu nehmen, damit diese sich wiederum dem kind widmen können“ (804).

16.3b beschreibt auch sehr anschaulich, welchen Einfluss seines Erachtens belastende Gefühle auf den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung haben können und spricht von der Notwendigkeit, diese Sorgen „irgendwo abgeben zu können“ (761), um sich dem Kind unbeschwerter zuwenden zu können. In diesem Zusammenhang betont 16.3b wieder die Notwendigkeit der Begleitung von Eltern in der belasteten Zeit nach einer zu frühen Geburt.

„ich glaube, dass ist eines der entscheidendsten sachen und dadurch kann, im prinzip, sehr, sehr früh eine sehr enge beziehung zu den kindern aufgebaut werden, die auch frei von ängsten und sorgen ist sondern die einfach eine reine ZUwendung zu den kindern ist“ (739).

„und diese sorgen müssen sie irgendwo abgeben können oder LÖSEN können. wenn man die sorgen / VON SELBST wird das nicht passieren sondern man wird sich vielleicht noch schlimmer hineinSTEIGERN. wenn man sich hineinsteigert letztendlich dann wird dem kind auch nichts gutes getan“ (761).

„es geht einfach darum, dass man sich auf das Kind konzentriert. dass man das bestmögliche tut. und das geht letztendlich nur in Zusammenarbeit mit dem Spital. anders kann das nicht gehen“ (745).

In weiterer Folge kann 16.3b auch einen Einfluss der Belastungen durch die zu frühe Geburt auf die weitere Entwicklung von Kindern erkennen.

„dass man entspannt das ganze angehen soll ... dass man hier, in Prinzip, in keinsten Weise DRUCK und ÄNGSTE ausüben muss oder ausstehen soll, die die weitere Entwicklung des Kindes beeinflussen könnten“ (723).

16.3b bezeichnet die Idee, Frühförderung bereits auf der neonatologischen Station zur Begleitung der Eltern in der belasteten Situation nach einer zu frühen Geburt anzubieten, als „100 Prozent unterstützenswert“ (771).

Am Ende des Gespräches stellt 16.3b dahingehend Überlegungen an, dass das frühzeitige Begleiten von Familien frühgeborener Kinder nicht nur den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung fördern, sondern möglicherweise sogar weitere Komplikationen verhindern helfen kann. 16.3b spricht damit Überlegungen an, welche auch in der Projektliteratur Niederschlag fanden (vgl. Datler 2006, 3).

„sondern ich glaube, das ist eine der wesentlichsten Sachen. ich glaube, wenn man das geschafft hat, so WIE SIE es auch gesagt haben / letztendlich könnte man dadurch eine sehr frühe, eine sehr enge Bindung zu den Kindern schaffen und vielleicht weitere Komplikationen auch verhindern (RUHIG GESPROCHEN)“ (817).

13. Literaturverzeichnis

- Arbeitsbereich Psychoanalytische Pädagogik (2012): Forschungsprojekt (abgeschlossen).
Frühförderung mit frühgeborenen Kindern und deren Eltern: Eine Innovation im
Bereich des neonatologischen Versorgungsangebotes an der Abteilung für Kinder- und
Jugendheilkunde im Thermenklinikum Mödling. Online im WWW unter URL:
http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/13_Fruehfoerderung_mit_fruehgeborenen.htm
(Stand: 14.01.2012)
- Berger, R. (2011): Aus der Praxis: Starthilfe für Frühgeborene und ihre Eltern im Übergang
von der Klinik nach Hause und in den ersten Monaten. In: Frühförderung
interdisziplinär 30, 172-177
- Bowlby, J. (1969): Attachment. Bd.1. Basic Books: New York
- Brisch, K. H. u.a. (1999): Das Ulmer Modell - Präventives psychotherapeutisches
Interventionsprogramm nach der Geburt eines kleinen Frühgeborenen: Erste
Ergebnisse. In: Frühförderung interdisziplinär 18, 28-34
- Brisch, K. H. (2010): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta:
Stuttgart
- Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und
Sozialwissenschaftler. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg
- Cohen, M. (2003): Sent before my time. A child Psychotherapist's view of life on a neonatal
intensive care unit. H. Karnac: London
- Datler, W. (2004): Die Abhängigkeit des behinderten Säuglings von stimulierender
Feinfühligkeit. In: Ahrbeck, B., Rauh, B. (Hrsg.): Behinderung zwischen
Autonomie und Angewiesensein. Kohlhammer: Stuttgart, 45–69
- Datler, W. (2006): Forschungsprojekt: Frühförderung mit frühgeborenen Kindern und deren
Eltern. Eine Pilotstudie im Bereich des neonatologischen Versorgungsangebotes an
der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Thermenklinikum Mödling.
Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, unveröffentlicht
- Datler, W. (2009): Frühförderung als Beziehungsförderung: Zur Bedeutung mentaler Prozesse
für heilpädagogisches Handeln. In: Strachota, A., Biewer, G., Datler, W. (Hrsg.):
Heilpädagogik: Pädagogik bei Vielfalt. Prävention - Interaktion - Rehabilitation.
Klinkhardt: Bad Heilbrunn, 23-37
- Datler, W. u.a. (2004): Der Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile
Frühförderung der Universität Wien. In: Heilpädagogik 47, 25-30

- Datler, W., Büttner Ch., Finger-Trescher U.(2006): Psychoanalyse, Pädagogik und die ersten Lebensjahre. Zur Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Datler, W., Büttner Ch., Finger-Trescher U.(Hrsg.): Die frühe Kindheit. Psychosozial-Verlag: Gießen
- Datler, W., Isopp, B. (2006a): Mobile Frühförderung in der Neonatologie – eine Falldarstellung. Referat beim Symposium Unterstützung und Beratung im Schnittfeld von Neonatologie, Frühförderung und Familienbegleitung der GAIMH in den Landeskliniken Thermenregion Mödling/Schwesternschule vom 10.05.2006. Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, unveröffentlichte Unterlage zum Referat
- Datler, W., Isopp, B. (2006b): Mobile Frühförderung in der Neonatologie – zwei Fallbeispiele. Referat beim Symposium „Unterstützung und Beratung im Schnittfeld von Neonatologie, Frühförderung und Familienbegleitung“ der GAIMH in den Landeskliniken Thermenregion Mödling/Schwesternschule am 10. Mai 2006. Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, unveröffentlichte Unterlage zum Referat
- Datler, W., Isopp, B. (2007): Projektanregung: Modellprojekt „Frühförderung und Neonatologie“. Zum Ausbau der Versorgung von „zu früh geborenen“ Familien durch Frühförderung. Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, unveröffentlicht
- Datler, W., Lazar, R.A., Trunkenpolz, K. (2011): Observing in Nursing Homes: The Use of Single Case Studies and Organisational Observation as a Research Tool. In: Urwin, C., Sternberg, J. (Ed.): Infant Observation and Research. Emotional Processes in Everyday Lives. Routledge: London (in Druck)
- Datler, W., Lazar, R.A., Trunkenpolz, K. (2012): Lust und Leid im Erkunden der inneren Welt von Organisationen. Über Organisationsbeobachtung, institutionalisierte Abwehr und den Alltag im Pflegeheim. In: Diem-Wille, G., Turner, A. (Hrsg.) (2012): Die psychoanalytische Beobachtungsmethode. Facultas: Wien (in Druck)
- Datler, W.; Messerer, K. (2006): Beratung im Kontext von Frühförderung und Familienbegleitung. In: Schnoor, H. (Hrsg.): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Kohlhammer: Stuttgart, 130-141
- Datler, W., Trunkenpolz, K., Lazar, R.A. (2009): An Exploration of the Quality of Life in Nursing Homes: The Use of Single Case and Organisational Observation in a Research Project. In: The International Journal of Infant Observation and its Applications 12, 63-82

- Datler, W., Wininger, M. (2006): Psychoanalyse und Heilpädagogik. Ein vielschichtiges Verhältnis. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft (Heft 6), 16-21
- Diem-Wille, G. (2009): Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. Kohlhammer: Stuttgart
- Eggert-Schmid Noerr, A.; Finger-Trescher, U.; Pforr, U. (Hrsg.) (2007): Frühe Beziehungserfahrungen. Die Bedeutung primärer Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung. Psychosozial-Verlag: Gießen
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Verlag GmbH: Reinbek bei Hamburg
- Foster, A. (2001): The duty to care and the need to split. In: JOURNAL OF SOCIAL WORK PRACTICE, VOL. 15, NO.1, 81-90
- Friebertshäuser, B., Prengel, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München
- Fröhlich, A.(1991): Basale Stimulation. Verlag Selbstbestimmtes Leben: Düsseldorf
- Gehrmann, A. u.a. (2010): Belastungserleben von Müttern ehemals sehr früh geborener Kinder und Zufriedenheit mit der Unterstützung in einem interdisziplinären Nachsorgeprojekt. In: Frühförderung interdisziplinär 29, 99-111
- Gneiss, J. (2005): Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder durch die mobile Frühförderin. Abschlussarbeit aus dem Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien. Aus Gründen des Datenschutzes sind Teile dieses Textes für eine Veröffentlichung gesperrt
- Gratzenberger, K. (2004): Auswirkungen der besonderen Versorgung eines frühgeborenen Kindes auf dessen Verhalten und Erleben im ersten Lebensjahr: Überlegungen bezüglich des Versorgt-Werdens mit Nahrung basierend auf Ergebnissen einer Infant Observation nach der Tavistock Methode. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Gstach, J. (1996): Die innere Welt der Eltern und die Lebenswelt des Säuglings. Über heilpädagogische Frühförderung im Grenzbereich zwischen Psychotherapie und Beratung. Ein Blick in den angelsächsischen Raum. In: Frühförderung interdisziplinär 15, 116-123
- Höck, S. (2009): Aus der Praxis: Harl.e.kin-Nachsorge. In: Frühförderung interdisziplinär 28, 130-132
- Jandrisits, V. (2005): Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder in der Frühförderung: Inwiefern kann die Mobile Interdisziplinäre Frühförderung nach dem Wiener Modell

bereits auf der Neonatologie die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und die emotionale Entwicklung des frühgeborenen Kindes unterstützen? Abschlussarbeit aus dem Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien

Israel, A., Reißmann, B. (2008): Früh in die Welt. Brandes & Apsel: Frankfurt am Main

Kennell, J. H., Klaus, M. H., Cramer, B. (1987): Betreuung der Eltern eines frühgeborenen oder kranken Säuglings. In: Klaus, M. H., Kennell, J. H. (Hrsg.): Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co KG: München, 145-233

Kühl, J. (2002): Was bewirkt Frühförderung? Über die Schwierigkeit, Wirkungszusammenhänge zu objektivieren. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 1-10

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Beltz: Weinheim, Basel

Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2002): Forschen und Heilen in der Psychoanalyse: Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart

Legewie, H. (1994a): Globalauswertung von Dokumenten. Online im WWW unter URL:

http://www.ssoar.info/ssoar/files/2009/602/legewie-globalauswertung_von_dokumenten.pdf

(Stand: 04.07.2011)

Legewie, H. (1994b): Globalauswertung. In: Böhm, A. (Hrsg.): Texte verstehen:

Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: Univ.-Verl., 100-114

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu Qualitativem Denken. Beltz: Weinheim

Mayring, P./Brunner, E. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, B.,

Pregel, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München

Menzies, I. (1975): Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme - ein Fallbericht.

In: Gruppendynamik 5, 183-216

Messerer, K. (1999): Ein psychoanalytisch-pädagogischer Blick in die Praxis der Mobilen

Frühförderung: Ausschnitte aus der Geschichte von Natalie und ihrer Familie. In:

Datler, W., Finger-Trescher, U., Büttner, Ch. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 10. Psychosozial-Verlag: Gießen, 63-83

Messerer, K. (2001): Elternberatung in der Frühförderung. Das Konzept des „Under Fives’

Counselling“ in seiner Bedeutung für die Arbeit mit Eltern behinderter Kleinkinder.

In: Zeitschrift für Individualpsychologie 26, 258-273

- Müller- Rieckmann, E. (1993): Das frühgeborenen Kind in seiner Entwicklung: Eine Elternberatung. Ernst Reinhardt Verlag: München
- Reiter, M. (2007): Begleitkonzepte für Eltern frühgeborener Kinder am Beispiel der neonatologischen Station des Krankenhauses Wels. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Reiter, M. (2010): Begleitkonzepte für Eltern frühgeborener Kinder - Teil 1.
In: Heilpädagogik 2, 2-10
- Reiter, M. (2010): Begleitkonzepte für Eltern frühgeborener Kinder - Teil 2.
In: Heilpädagogik 3, 2-11
- Rinnhofer, H. (Hrsg.) (1995): Hoffnung für eine Handvoll Leben. Eltern von Frühgeborenen berichten. Harald Fischer: Erlangen
- Sarimski, K. (1999): Beratung für psychisch besonders belastete Eltern frühgeborener Kinder nach der Entlassung. In: Frühförderung interdisziplinär 18, 35–41
- Sarimski, K. (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Hogrefe-Verlag für Psychologie: Göttingen
- Schleske, G., von Klitzing, K., Buser, T.(2001): Konzepte einer psychodynamisch orientierten kinderpsychiatrischen Liaisontätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation.
In: Pedrina, F. (Hrsg.): Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit.
Edition- diskord: Tübingen, 119-137
- Spatz, M. (2004): Über die Bedeutung spezifischer Beziehungserfahrung bei der Beobachtung eines frühgeborenen Kindes nach der Tavistock Methode: Eine Diskussion bezüglich unterschiedlicher Bedeutungsvarianten des "holdings" im Rahmen eines einjährigen Beobachtungsprozesses. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Stern, D. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Klett-Cotta: Stuttgart
- Strohofer, I. (2005): Heilpädagogische Frühförderung und Neonatologie. Die Betreuung und Begleitung von Familien mit einem frühgeborenen Kind als Handlungsfeld der Frühförderinnen. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.) (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien
- Thurmair, M., Naggl, M. (2007): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. Ernst Reinhardt Verlag: München

Tracey, N. (Hrsg.) (2000): Parents of premature babies. Their emotional world.

Whurr: London

Weninger, G. (Red.) (2001): Lexikon der Psychologie. F bis L. Heidelberg,

Berlin: Spektrum, Akad. Verlag

Wiener Sozialdienste (2010): Das Wiener Modell der Mobilen Frühförderung. Online im

WWW unter URL: www.wiso.or.at/pdf/Wiener_Modell.pdf (Stand: 10.06.2010)

Weitere Quelle:

Gespräch mit der Frühförderin am 16.2.2009 über ihre Tätigkeit im Pilotprojekt im Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling

Zeitungen:

www.diepresse.com (16.11.2010): Österreich: Jedes Neunte Kind eine Frühgeburt.

(Stand: 05.06.2011)

„Der Standard.at“ (16.11.2009): Jede 11. Geburt in Österreich zu früh.

(Stand: 04.06.2011)

14. Anhang

14.1 Interviewleitfaden

1. Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt

„Frau/Herr XY, ich möchte das Gespräch damit beginnen, Sie zu bitten, mir etwas über die Umstände und die Situation der Frühgeburt zu erzählen. Wenn Sie sich zurückerinnern an den Tag, an dem Ihr Kind .../Ihre Kinder ... und ... geboren wurde/geboren wurden – diesen Tag haben Sie sich ja wahrscheinlich während der Schwangerschaft öfter vorgestellt. Manchmal werden Sie sich darauf gefreut haben, manchmal werden Sie vielleicht auch mit Sorgen daran gedacht haben. Durch die Frühgeburt ist vermutlich alles oder zumindest vieles anders verlaufen, als Sie es sich vorgestellt hatten.“

... (Anmerkung für die Interviewerin: Hier schon Zeit zum Erzählen lassen)

„Vielleicht hat sich schon im Vorfeld der Geburt abgezeichnet, dass es Komplikationen gibt oder geben wird und dass es zu einer Frühgeburt kommen könnte oder kommen wird. Vielleicht waren Sie aber auch völlig überrascht und ganz unvorbereitet. Jedenfalls sind Sie dann ins Krankenhaus in Mödling gekommen. Wenn Sie sich an diese Zeit zurückerinnern, als klar war, dass es zu einer Frühgeburt kommen wird, wenn Sie sich erinnern, wie Ihre Situation war, als Sie ins Krankenhaus gekommen sind (Anmerkung für die Interviewerin: Bzw. als Frage an Väter: „... als Ihre Frau ins Krankenhaus gekommen ist“), wie es Ihnen gegangen ist, was fällt Ihnen da ein? Könnten Sie mir darüber bitte etwas erzählen?“

Anmerkungen:

Antworten der Eltern eventuell stichwortartig festhalten, um später darauf zurückkommen zu können.

2. Erzählung der Eltern zum Kennenlernen der Frühförderin

„In dieser Zeit im Krankenhaus haben Sie ja die Frühförderin Frau ... kennengelernt (Sie haben sie auch vorher schon erwähnt). Ich habe zur Erinnerung an Frau ... das Foto von ihr mitgebracht, das wir auch schon in unserem Brief an Sie mitgeschickt haben. Frau ... arbeitete damals an zwei Tagen pro Woche im Krankenhaus, sie ist bei den Visiten bei den Kindern mitgegangen und den Eltern vorgestellt worden, oder sie hat sich selbst bei Ihnen vorgestellt, als sie bei Ihrem Kind oder Ihren Kinder waren. Können Sie sich an Frau ... in irgendeiner Weise erinnern? Woran erinnern Sie sich?“

3. Wird das Angebot der Frühförderung rückblickend als hilfreich eingestuft?

3a) „Das Angebot der Frühförderung im Krankenhaus wurde eingeführt, um Eltern im Fall einer Frühgeburt kontinuierliche Begleitung durch eine geschulte Person zu bieten. Frau ...s Aufgabe war es, für Eltern und ihre Kinder da zu sein, indem sie Gespräche anbietet und den Eltern die Möglichkeit gibt, über Gedanken und Themen rund um die Frühgeburt zu sprechen. Haben Sie, wenn Sie sich an diese Zeit zurück erinnern, den Eindruck, dass dieses neue Angebot, die Möglichkeit der Begleitung durch eine Frühförderin, hilfreich für Sie war?“

Positive Antwort:

„Was war – Ihrer Erinnerung nach – hilfreich?“

Negative Antwort:

Falls Eltern den Eindruck hatten, dass sie das Angebot nicht brauchen/es ihnen nicht nützlich sein kann:

„Können Sie sich erinnern, warum ... nicht ...?“

Falls sie es in Anspruch genommen haben, aber als nicht hilfreich empfanden:

„Können Sie sich erinnern, warum ... nicht ...?“

„Welche Begleitung oder Unterstützung hätten Sie sich gewünscht oder wäre besser für Sie gewesen?“

3b) „Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Personen, die Sie als hilfreich erlebten zur Zeit der Frühgeburt? Können Sie mir davon erzählen?“

3c) „Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit Familienangehörigen, Freunden, mit anderen Eltern, die Sie als hilfreich erlebten zur Zeit der Frühgeburt? Können Sie mir davon erzählen?“

4. Zur Rolle der Frühförderin im Zusammenhang mit der Bewältigung der Situation der Frühgeburt durch die Eltern

4a) „Sie hatten, soweit ich weiß, x Kontakte zu Frau ..., während Sie (Anmerkung für die Interviewerin: Bzw. als Frage an Väter: „... Ihre Frau“) und Ihr Kind/Ihre Kinder im Krankenhaus waren. Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen persönlich mit der zu frühen Geburt gegangen ist und wie Sie damit umgegangen sind, wie Sie zurechtgekommen sind –

hatten Gespräche bzw. Erlebnisse mit Frau ... irgendeinen Einfluss auf die Situation danach? Darauf, wie es Ihnen erging, wie Sie damit umgegangen sind?“

„Welchen Einfluss hatten sie? (Anmerkung für die Interviewerin: Kann auch negativ sein) In welcher Weise?“

4b) „Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Personen, die Einfluss auf Ihren Umgang mit der Situation hatten?“

4c) „Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit Familienangehörigen, Freunden, anderen Eltern, die Einfluss auf Ihren Umgang mit der Situation hatten?“

5. Zur Rolle der Frühförderin für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung

„Durch eine zu frühe Geburt bzw. Entbindung verläuft einiges anders, als man es sich zuvor vorgestellt hätte. Mutter und Kind werden voneinander getrennt, bevor sie bereit dazu sind. Eine Folge davon ist beispielsweise, dass frühgeborene Babys anders aussehen als termingerecht geborene und oft nicht den Erwartungen ihrer Eltern entsprechen. Auch die Gefühle, die man seinem Baby entgegen bringt, sind vielleicht anders, als man es sich vorgestellt hatte. Da gibt es Sorgen, Wünsche, Hoffnungen, ... Wie ist es Ihnen damit ergangen?“

5a) „Hatten Ihre Gespräche und Erlebnisse mit Frau ... Einfluss darauf, wie sich Ihre Gefühle verändert haben und wie sich die Beziehung zu Ihrem Baby/Ihren Babys entwickelt hat?“

5b) Hat es Gespräche oder Erlebnisse mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Personen gegeben, die Sie als Einfluss auf die Beziehung zu Ihrem Kind/Ihren Kindern erlebten?

...

(„Können Sie mir davon erzählen?“)

5c) „Hat es Gespräche oder Erlebnisse mit Familienangehörigen, Freunden, anderen Eltern gegeben, die Sie als Einfluss auf die Beziehung zu Ihrem Kind/Ihren Kindern erlebten?“

...

(„Können Sie mir davon erzählen?“)

6. Einfluss der Frühförderin auf die Entwicklung des Kindes aus Sicht der Eltern

„Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes .../Ihrer Kinder ... und ... seit der zu frühen Geburt beschreiben sollen – welche Entwicklungsschritte waren besonders wichtig?“

...

(„Können Sie mir davon erzählen?“)

„Sehen Sie irgendeinen Zusammenhang zwischen der Entwicklung Ihres Kindes/Ihrer Kinder und den Kontakten mit der Frühförderin, sowohl was die Zeit im Krankenhaus als auch danach betrifft?“

...

(„Können Sie mir erzählen, in welcher Weise...?“)

7. Anregungen der Eltern zur Gestaltung des Angebots von Frühförderung

„Nun meine vorletzte Frage an Sie: Wenn Sie an andere Familien denken, die eine Frühgeburt erleben – fällt Ihnen etwas ein, dass diese Familien vielleicht brauchen könnten und das durch die Frühförderin ermöglicht oder angeboten werden könnte?“

8. Abschlussfrage (Möchten die Eltern noch etwas sagen?)

„Als Abschlussfrage möchte ich Ihnen die Gelegenheit geben, noch etwas zum Thema Frühgeburt und Frühförderung ergänzen zu können, das in unserem Gespräch noch nicht angesprochen wurde und das Ihnen vielleicht ein persönliches Anliegen ist. Gibt es da etwas, das Ihnen spontan einfällt? Denken Sie auch gerne ein wenig darüber nach!“

Vielen Dank für das Gespräch!

14.2 Brief an die Eltern

Landeskrinikum Thermenregion Mödling
Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde
Prim. Univ.-Doz. Dr. Erwin Hauser

Astrid Maier & Hermann Müller
Große bunte Siedlung 28
3541 Oberhinterstetten



Name der Frühförderin

Mödling, am xx.xx.20xx

Liebe Frau Maier, lieber Herr Müller!

Die Geburt Ihres Kindes Sebastian/Ihrer Kinder Lea und Jonas liegt nun schon einige Zeit zurück. Da Ihre Tochter/Ihr Sohn/Ihre Kinder vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen ist/sind, hat sie/er/haben sie einige Zeit auf unserer Frühgeborenenstation verbracht. Damals lernten Sie verschiedene Mitglieder unseres Teams kennen: Ärzte, Schwestern – und unter anderem auch Frau ..., die als Frühförderin in unserem Team arbeitete und deren Foto Sie rechts oben sehen.

Unser Landeskrinikum Thermenregion Mödling war das erste Spital Österreichs, das sich um die Mitarbeit einer Frühförderin bemüht hatte. Heute sind es bereits zwei Frühförderinnen, die unserem Team angehören. Gerade deshalb sind wir daran interessiert, von Eltern zu erfahren, wie sie das Betreuungsangebot auf unserer Frühgeborenenstation erlebt haben. Wir wissen, dass die Frühgeburt eines Kindes für viele Eltern eine enorme Belastung darstellt. Um in dieser schwierigen Situation möglichst gut unterstützen und betreuen zu können, wollen wir unser Angebot kontinuierlich verbessern.

Wir bitten Sie daher, zwei Mitarbeiterinnen von uns die Möglichkeit zu geben, mit Ihnen ein Gespräch zu führen: Frau Eveline Kis und Frau Barbara Hochberger werden sich in der nächsten Zeit bei Ihnen melden, um Sie um einen Gesprächstermin zu bitten. Das Landeskrinikum Thermenregion Mödling wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Frau Kis und Frau Hochberger einen Gesprächstermin gewähren könnten – jede Erinnerung an Ihre Erfahrungen ist sehr hilfreich für uns!

Falls Ihre Telefonnummer – 05597/568 546 – nicht mehr stimmen sollte oder Sie ausdrücklich kein Gespräch wünschen, kontaktieren Sie bitte Frau Kis und Frau Hochberger unter der Nummer 0664/123 456, idealerweise Mo-Fr 10-12 und 16-18 Uhr, oder schreiben Sie eine

E-Mail an: kis_hochberger@yahoo.de . Natürlich können Sie sich auch gerne mit Fragen an die beiden wenden.

Ich hoffe, Sie können meiner Bitte nachkommen, und verbleibe mit den besten Wünschen als Ihr

Prim. Univ.-Doz. Dr. Erwin Hauser

14.3 Zusatzprotokollblatt

Zusatzprotokoll

Interviewerin:

Interviewpartner/Interviewpartnerin:

Datum:

Ort:

1. Wie ist das Interview zustande gekommen?

2. Was sind die Rahmenbedingungen? (Raum, Zeit, Dauer, anwesende Personen und Verhältnis untereinander etc.)

3. Wie ist das Gespräch verlaufen? Wie fühlt man sich? Ist irgendetwas von der Gesprächsdynamik auffallend oder wert, notiert zu werden?

4. Welche Auswirkungen könnte die soziale Situation auf Aussagen des/der Interviewpartners/-partnerin haben? Gab es Sprachprobleme?

5. Was passierte vor und nach dem eigentlichen Interview? Was ist nicht auf Band?

6. Was hat die Interviewerin für ein Gefühl, wie sich der/die Interviewpartner/-partnerin gefühlt hat? Was bedeutet das Gespräch für ihn/für sie?

7. Sonstiges

14.4 Transkriptionsregeln

Regeln für die Transkription, erarbeitet in Anlehnung an Bortz/Döring (2006, 313), Drew zit. nach Flick, U. (2007, 381), Flick, U. (2007, 382), Mayring, P. (2002, 89-94):

➤ Verschriftlichung in deutscher Umgangssprache (Mitte zwischen Dialekt und Standardsprache); falls notwendig (weil besonders aussagekräftig oder nicht zu „übersetzen“)
Kennzeichnung von Dialektausdrücken durch Anführungszeichen und Erklärung mittels Fußnote: Z. B.: IP: „das war mir “wuascht“²⁰

➤ Transkribiert wird z. B.: „hab’s, war’s, hat’s, fürs“;
nicht aber „bissl“, „ned“, ...: ned = nicht; bissl/bissi = bisschen; nimma = nicht mehr; „des woll ma net“ = das wollen wir nicht usw.

➤ ich nehm, ich glaub, ich hab, etc. kann transkribiert werden, aber KEIN Apostroph für das weggefallene Endungs-„e“ beim Verb!

➤ möglicherweise unverständliche Wörter auch mittels Fußnote erklären (z.B. „Neonatologische Station“ für „Neo“)

➤ Pausenfüller (z.B. „aha“, „mhm“, ...) werden nicht transkribiert bzw. müssen nicht transkribiert werden

➤ Punkt am Ende des letzten Satzes, wenn klares Satzende erkennbar

➤ direkte Rede: IP: und dann sagt sie: „ich weiß es auch nicht“

➤ Allgemeine Kleinschreibung montag

➤ Silbenbetonung durch Großschreibung MONtag

➤ Kennzeichnung von Pausen durch drei Punkte am ... montag (mit einem Abstand vorher sowie nachher)

²⁰ Bedeutet: „egal“

- bei langen/sehr langen Pausen: z.B.: IP: ich weiß nicht (LANGE PAUSE) als Kommentar anführen (mit einem Abstand vorher sowie nachher)

- Kennzeichnung eines Wortabbruches durch einen Bindestrich am mon-

- Kennzeichnung eines Satzabbruchs durch einen Schrägstrich (mit einem Abstand vorher sowie nachher) am montag/also ich

- Kennzeichnung von gleichzeitigem Sprechen mithilfe des Rautezeichens (kein Abstand zwischen # und Wort, vorher und nachher schon) IP: #am montag#

- Kommentar in Klammern und in Großbuchstaben (mit einem Abstand vorher sowie nachher) (WEINT)
(TEL. LÄUTET)
(LANGE PAUSE)

- Wenn sich Kommentar auf Text bezieht: Text kursiv, Kommentar vor Text (mit einem Abstand vorher sowie nachher) (SARKASTISCH) *wow ...*

- unsichere Transkription in Klammern (mit einem Abstand vorher sowie nachher) am (montag)

- unverständliches Wort: drei Bindestriche und ohne Klammern am ---

- Bei längeren unverständlichen Passagen: versuchen, als Kommentar anzugeben, wie viele Sätze

oder Wörter ca. gesprochen wurden

I: und wie haben sie dann
(CA. VIER
UNVERSTÄNDLICHE
WÖRTER)

➤ Anonymisierung von allen Namen, Orten, Ärzten, Krankenschwestern, anderen Müttern/Kindern/Familien, anderen Krankenhäusern (nur das Krankenhaus Mödling darf vorkommen), Wohnorten von Müttern/Familien:

Z. B.ich erinnere mich noch an Dr. (NAME DES ARZTES); ich fuhr nach (NAME EINES ORTES); (NAME DES GESCHWISTERS)

Werden mehrere Krankenhäuser genannt, wird das „Erstgenannte“ als „(NAME DES KRANKENHAUSES A)“ benannt, jedes weitere mit B, C,....

➤ Frau ...(Name der Frühförderin) wird transkribiert als „frau (NAME DER FFin)“, „FFin“ ist die Abkürzung für „Frühförderin“

➤ Die Zahlen bis 12 werden ausgeschrieben. Die Uhrzeit wird in Zahlen transkribiert (z. B. 12:30 Uhr)

➤ **Sonstiges:**

- jede fünfte Zeile ist links nummeriert
- es wird linksbündig transkribiert
- in der Kopfzeile stehen der Interview-CodeNr. (Max a heißt Interview mit Mutter von Max, Max b heißt Interview mit Vater von Max), der Name der Interviewerin sowie der Name der Transkribientin und der Korrekturleserin
- in der Fußzeile steht die Seitenzahl rechtsbündig
- I = Interviewerin, IP = Interviewpartnerin/ Interviewpartner
- Die Namen des Kindes wurden durch andere Namen ersetzt

14.5 Anonymisierte Elternliste

Familien im „Frühförderprojekt im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling 2005/2006“:

Anonymisierte Elternliste

11 Familien, wovon 11 Mütter und 6 Väter interviewt wurden:

Spalte 1 (Fam.): Familie des Frühförderprojektes mit

- der Nummer aus der Projektdokumentation
- „a“ für „Mutter“ sowie „b“ für Vater und
- 1, 2 oder 3 für die Zugehörigkeit zu den 3 Interviewgruppen:
Kontakte mit der Frühförderin im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling
und zu Hause (1),
nur im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling (2) oder
gar kein Kontakt/keine Erinnerung an einen Kontakt (3);
zur Gruppe 1 gehören 6 Familien (z. B. 3.1a), zur Gruppe 2 gehören 6 Familien und zur Gruppe 3 gehören 5 Familien

Spalte 2 (Dauer): Dauer der Tondatei (Endung „.wav“) in h (Stunden), ‘ (Minuten) und ‘‘ (Sekunden)

Spalte 3 (Kind/er): Anonymisierte/r Kindername/n

Spalte 4 (Interviewerin): Das Interview wurde geführt von...

Spalte 5 (Transkr.): Das Interview wurde transkribiert von...

Spalte 6 (Korrektur gelesen): Das Interview wurde korrektur gelesen von...

Fam.:	Dauer:	Kind/er			
3.1a 3.1b	a: 1 h 35' 37'', b: 1 h 35' 01''	Max			
4.1a 4.1b	a: 57' 08'', b: 1 h 26' 39''	Lisa			
7.2a	37' 03''	Lukas (Tondatei- beginn gelöscht)			
8.2a	49' 44''	Tom			
9.2a 9.3b	a: 32' 50'' b: 42'	Peter/ Paul			
11.2a	1 h 07' 11''	Felix			
15.1a	1 h 13' 10''	Xaver			
16.2a 16.3b	a: 35' 41'' b: 51' 28''	Uwe/Erik			
18.1a 18.3b	a+b in einer Tondatei 1 h 54' 32''	Mia			
19.3a 19.3b	a: 51' 50'', b: 40' 27''	Stefan			
22.2a	1 h 22' 02''	Anna/ Jonas			

Bearbeiterinnen:

KisE **Kis Eveline**
HochB **Hochberger Barbara**
WandC **Wandl Christine**
StamJ **Stampf Judith**
KissD **Kiss Daniela**
JungM **Jungwirth Martina**
JasbJ **Jasbar Jill**

Lebenslauf

Barbara Hochberger

Geboren: Jänner 1972

E-Mail: kis_hochberger@yahoo.de

Ausbildung

- ab 1993 **Diplomstudium Pädagogik**
(Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaften)
- 1991 – 1993 **Diplomstudium Französisch/Spanisch**
(Universität Wien, Institut für Romanistik)
- 1982 – 1990 Realgymnasium 1140 Wien; **Matura**

Beruflicher Werdegang

- 2005 – lfd. **Behindertenbetreuerin** in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft der KOMIT G.m.b.H.
- 1999 – 2004 **Behindertenbetreuerin** in einer Wohngemeinschaft der Behinderteneinrichtungen der Caritas Wien
- 1992 – 1998 **Betreuerin** auf Ferienlagern, Ferialturnussen sowie Praktika im Bereich der Kinder-Jugend- und Behindertenbetreuung in Wien, Steiermark und Tirol
- 1992 **mobile Seniorenbetreuung**
- 1990 – 1991 **Au-Pair-Aufenthalt** in Paris

Weiterbildung

- seit 1999 **Fachspezifische** berufsbegleitende **Weiterbildungen** im Bereich der Behindertenbetreuung sowie fortlaufend berufsbegleitende Supervision