



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Überraschende Pfundskerle! – eine empirisch-qualitative Untersuchung des Erlebens von Müttern wie auch ihres Umgangs mit der Situation nach einer Frühgeburt

Verfasserin

Carmen WALTER

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Max H. Friedrich

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keinerlei unerlaubter Hilfen bedient habe. Des Weiteren wurde diese Arbeit von mir weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Datum

Unterschrift

Danke ...

... an meinen Diplomarbeitsbetreuer
Univ.-Prof. Dr. Max H. Friedrich
für die wissenschaftliche Begleitung
meines Diplomarbeitsschreibprozesses

... an alle Mütter, die mir als Interviewpartnerinnen
durch ihre berührenden Erzählungen
Einblick in sehr persönliche Bereiche
ihres Lebens gewährten

... an meine Taufpatin Gertraud,
die einen sehr persönlichen Beitrag
dazu leistete, dass ich meine Untersuchung
in dieser Art und Weise umsetzen konnte

... an Mag.^a Dr.ⁱⁿ Eveline Christof,
durch die ich im Rahmen
meiner Tutoriumstätigkeit
viel dazulernen durfte

... an meinen Papa,
der mir viele seiner Erfahrungen weitergab,
an meine Mama und Schwestern,
durch die ich lernte, der Welt
mit offenen, kritischen Augen zu begegnen,
für ihren Rückhalt, das Vertrauen in mein Tun
sowie die Finanzierung meiner Ausbildung

... an Karin Wolfsberger,
für ihre verlässliche, wertschätzende
Zusammenarbeit und wertvolle Unterstützung
im Rahmen unseres Studiums

... an meine Tante Edda,
für ihre Bereitschaft,
meine Diplomarbeit zu lektorieren

... an alle anderen Freund/inn/en und Bekannten,
die mich während meines Studiums
in einer bewegenden Zeit
begleiteten.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| EINLEITUNG | 9 |
| Einführung in das Themenfeld | 9 |
| Aktueller Forschungsstand..... | 13 |
| Forschungsdefizit und Fragestellung | 16 |
| Disziplinäre Anbindung bzw. heilpädagogische Relevanz | 19 |
| Forschungsmethode | 22 |
| Aufbau der Diplomarbeit | 25 |
| | |
| I THEORETISCHE GRUNDLEGUNG | 27 |
| | |
| 1 FRÜHGEBURT | 27 |
| 1.1 Definition des Begriffes „Frühgeburt“ | 27 |
| 1.2 Ätiologie von Frühgeburten | 30 |
| 1.3 Physiologische Merkmale der Frühgeborenen..... | 31 |
| 1.4 Klinische Probleme frühgeborener Kinder | 32 |
| 1.5 Zu früh geboren – aus dem Fokus des Kindes | 35 |
| | |
| 2 NEONATOLOGIE | 40 |
| 2.1 Technische Geräte | 41 |
| 2.2 Neointensivpflege – ein herausforderndes Arbeitsfeld..... | 44 |
| 2.3 Entwicklungsfördernde Pflege/Betreuung in der Neonatologie | 46 |
| 2.4 Basale (sensorische) Stimulation | 47 |
| 2.5 Minimieren von Schmerz und Stress („minimal handling“)..... | 48 |
| 2.6 Elterliche Kängurupflege | 51 |
| 2.7 Stillen..... | 53 |
| 2.8 Verhalten des neonatologischen Personals | 54 |
| 2.9 Erklärungsansatz für Beziehungskonflikte | 56 |

| | |
|--|------------|
| 3 GRAVIDITÄT – NEUN PRÄGENDE MONATE | 59 |
| 3.1 Pränatalzeit aus einem psychoanalytischen Blickwinkel | 60 |
| 3.2 Stadien mütterlicher Schwangerschaftsphantasien..... | 63 |
| 3.3 Geburt..... | 65 |
| 3.4 Der Übergang zur Mutterschaft nach Gloger-Tippelt (1988) | 66 |
| | |
| 4 MÜTTERLICHES ERLEBEN IM FALLE EINER FRÜHGEBURT | 75 |
| 4.1 Pränatalzeit..... | 75 |
| 4.2 Geburt..... | 77 |
| 4.3 Das Befinden der Mutter während der Hospitalisation des Kindes | 79 |
| 4.4 Beziehungsaufbau unter erschwerten Bedingungen..... | 86 |
| 4.5 Erste Zeit zuhause..... | 88 |
| 4.6 Umgang mit der Frühgeburt | 90 |
| | |
| II EMPIRISCHER TEIL | 93 |
| | |
| 5 FORSCHUNGSDESIGN DER UNTERSUCHUNG | 93 |
| 5.1 Forschungsleitende Fragestellung und Annahmen | 93 |
| 5.2 Qualitative Sozialforschung | 95 |
| 5.2.1 Grundlegende Merkmale qualitativer Sozialforschung..... | 96 |
| 5.2.2 Gütekriterien qualitativer Forschung | 99 |
| 5.3 Das (halbstandardisierte) Leitfadeninterview | 101 |
| 5.3.1 Umsetzung der Leitfadeninterviews | 102 |
| 5.3.1.1 Beschreibung des Samples | 106 |
| 5.3.1.2 Durchführung der Interviews..... | 107 |
| 5.4 Die „Qualitative Inhaltsanalyse“ zur Datenauswertung..... | 108 |
| | |
| 6 ERGEBNISDARSTELLUNG DER INTERVIEWAUSWERTUNG | 112 |
| 6.1 Erläuterungen zum Kategoriensystem | 112 |
| Einzelfalldarstellungen..... | 113 |

| | |
|--|------------|
| Einzelfalldarstellung 1: Mutter von Tobias | 114 |
| Einzelfalldarstellung 2: Mutter von Marie | 118 |
| Einzelfalldarstellung 3: Mutter von Lukas..... | 124 |
| Einzelfalldarstellung 4: Mutter von Emilie und Leonie..... | 129 |
| Einzelfalldarstellung 5: Mutter von Maurice | 133 |
| Einzelfalldarstellung 6: Mutter von Leonie und Michael | 137 |
| Einzelfalldarstellung 7: Mutter von Laura | 142 |
| Einzelfalldarstellung 8: Mutter von Alexander | 147 |
| | |
| 7 DISKUSSION DER ERGEBNISSE..... | 153 |
| 7.1 Erleben der Schwangerschaft | 153 |
| 7.2 Erleben der Frühgeburt | 154 |
| 7.3 Erleben auf der neointensiven Station | 156 |
| 7.4 Erleben der ersten Zeit zuhause | 161 |
| 7.5 Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt..... | 162 |
| | |
| 8 RESÜMEE UND AUSBLICK..... | 164 |
| | |
| LITERATURVERZEICHNIS..... | 168 |
| | |
| ANHANG A..... | 174 |
| ANHANG B..... | 176 |
| ANHANG C..... | 179 |
| ANHANG D..... | 180 |
| ANHANG E..... | 181 |
| | |
| ZUSAMMENFASSUNG..... | 186 |
| ABSTRACT | 187 |
| | |
| LEBENS LAUF | 188 |

EINLEITUNG

Einführung in das Themenfeld

Zahlreiche Weiterentwicklungen auf dem Gebiet neonataler Intensivmedizin, insbesondere während der vergangenen 20 Jahre, haben dazu beigetragen, dass die Mortalitätsrate von (verfrüht) Neugeborenen deutlich gesenkt wurde. Wenngleich das (Über)Leben von Frühchen heutzutage gesichert werden kann, die noch vor zehn Jahren mehr oder minder chancenlos gewesen wären, hat sich an dem prinzipiellen Ereignis, in anderen Umständen zu sein, aus der Perspektive einer Frau nichts geändert, wie die Psychoanalytikerin Diem Wille (2004, 130) attestiert: Die Schwangerschaft stellt nach wie vor einen bedeutsamen, biografischen Wendepunkt dar, „a point of no return“, einschließlich einer Umgestaltung der inneren Welt, unabhängig davon, ob letztlich eine tatsächliche Entbindung oder ein (spontaner) Abort erfolgt. Die Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Ungeborenem entwickelt sich bereits pränatal, unter anderem durch sogenannte mütterliche „Schwangerschaftsphantasien“, die auf unbewussten wie auch bewussten Ebenen ablaufen (Schleske 2007, 14). In diesem Zusammenhang unterteilt die Psychologin Gloger-Tippelt (1988) die Schwangerschaft in acht Phasen des „Übergangs zur Elternschaft“: Aufs Wesentliche reduziert, existiert zuerst „das (imaginierte) Kind im Kopf“, dann das sich bewegende „Kind im Bauch“ und unmittelbar vor der Geburt antizipieren die Frauen „das Kind auf dem Arm“, wobei dieser Wechsel eine wichtige Leistung im Prozess des kognitiven Elternwerdens impliziert und im Idealfall mit den biologischen Veränderungen der Frau, den Adaptionsstrategien des Partners und dem Entwicklungsstand des Ungeborenen übereinstimmt.

Wird, von diesem optimalen Verlauf einer Schwangerschaft als Vorbereitung auf die zukünftige Mutterschaft ausgehend, nun der Blick auf die konkrete Situation von zu früh gewordenen Müttern gerichtet, die im Zentrum dieser Diplomarbeit stehen, so erscheint naheliegend, dass von Gloger-Tippelt (1988) als wichtig postulierte Phasen nicht oder nur unzureichend durchlaufen werden können. Wenngleich also der Übergang zur Mutterschaft per se als vollkommen natürlich zu erachten ist, handelt es sich im Falle einer verfrühten Entbindung um eine Transition¹ im Sinne eines Bruchs bzw.

¹ Dieses verhältnismäßig neue Konzept der „Transitionen“ gründet auf der Theorie des „Lageschemas“ von Thomae 1975. Thomae versteht unter einem „Lageschema“ Gewohnheiten, Werte, und Gepflogenheiten des alltäglichen Lebens. Dabei richtet sich nicht nur jeder Mensch seine Lage auf ganz spezifische Weise ein, sondern sein Lageschema bestimmt gleichzeitig auch immer sein eigenes Wohlfinden. Sofern dieses „Lageschema“ partiell bzw. holistisch infrage gestellt bzw. bedroht wird, so tendiert ein Mensch in Abhängigkeit von seiner Persönlichkeit und seinem Alter dazu, sich gegen diese Veränderung zu wehren. Diese Überlegungen Thomaes berücksichtigend, steht im Konzept der „Transitionen“ die Aufgabe im Mittelpunkt, biografische Diskontinuitäten (befriedigend) zu bewältigen.

einer krisenhaften Veränderung, die eine Neuorientierung erfordert (Lotz 2009, 100f): Anhand unzähliger interdisziplinärer, psychologischer, heilpädagogischer wie auch psychoanalytischer Publikationen (u.a. Strohofer 2005, Panagl 1998, Vonderlin 1999, Sarimski 2000, Gratzenberger 2004) lässt sich nicht nur belegen, sondern besteht ein breiter Konsens dahingehend, dass die Schwangerschaft im Falle einer Frühgeburt² in einem Stadium beendet wird, in welchem die Mutter psychisch noch nicht adäquat auf die damit verbundene Trennung vom Kind eingestellt ist. Zusätzlich zu der ohnehin verkürzten Schwangerschaft erfolgt die Entbindung meist unter dramatischen Umständen in einer Notfallatmosphäre, wie das folgende Zitat zum Ausdruck bringt, im Zuge derer die Mutter, vielfach noch unter Narkose, vom Kind räumlich getrennt versorgt wird, aber dennoch um das kindliche Leben wie auch dessen prospektive Entwicklung bangt:

„Überleben nur durch Apparatedizin möglich. Alle Vorstellungen von sanfter Geburt und harmonischem Wochenbett, ruhiger, liebevoller Babypflege ausgeträumt. Ringsum Hoffnung auf gesunde Kinder. Unmittelbare Nähe zum zarten Leben und Tod. Andauerndes Piepsen, Alarmzeichen, Geflimmer auf Monitoren. Nicht wissen, was passiert im nächsten Augenblick, Unsicherheit, Ängste, schmerzvoller Verzicht auf körperliche Nähe mit einem eigenen Kind, Distanziertheit“ (Sarimski 2000, 59).

Wie anhand dieser Beschreibung der alltäglichen Atmosphäre auf einer neonatologischen Station plausibel vor Augen geführt werden kann, ist das, was auf die Geburt folgt, nicht nur ein „Schock“, sondern „löst bei vielen Eltern eine Krisensituation aus und kann traumatisierend wirken“ (Jotzo 2005, 58), zumal das Muttersein unter den Bedingungen des Klinikaufenthaltes beginnt, die nicht im Mindesten denen einer ruhigen, geborgenen familiären Umgebung entsprechen, worunter insbesondere die Mutter-Kind-Bindung stark leidet, da sich die Frauen selbst in dem Versuch, ihrem Baby Nähe und Schutz zu bieten, hilflos und ohnmächtig fühlen. So gesehen, empfinden Mütter „solche Transitionen oft als Kränkung, Schuld oder persönliches Versagen“ (Lotz 2009, 100)

Im Rahmen der Hospitalisierung des Kindes erleben sich viele Mütter als unbeteiligte „Zuschauerinnen“, zumal die Entscheidungsgewalt über Pflege und Betreuung ihres Frühchens in der Regel nicht bei ihnen, sondern beim Pflegepersonal liegt. Anstatt das Neugeborene wie üblich als „wichtigste“ Bezugsperson zu bemuttern, müssen sie die Prozeduren an ihrem Säugling vielfach passiv, ohne selbst Hand anzulegen, über sich ergehen lassen, als ob sie persönlich nicht über das notwendige Gespür bzw. Wissen verfügten, das kindliche Leben aufrechtzuerhalten: „The machine – not the

² Das bedeutet, Geburt vor Beendigung der 37. Schwangerschaftswoche (Pschyrembel 2010, 697). Eine elaborierte Auseinandersetzung mit dem Terminus „Frühgeburt“ findet sich in Kapitel 1!

parents – is the live-giver, and the staff are the primary care-givers“ (Warren 2000, 69). Dieser Umstand verdeutlicht im Grunde, dass die von dem Psychoanalytiker Stern (1998) postulierte „Mutterschaftskonstellation“ in einer entsprechenden Umgebung vollkommen in Frage gestellt wird (u.a. Sarimski 1999): So gesehen stehen die Frauen mit ihren mütterlichen „Kompetenzen wie Schutz, Trost, Wärme und Geborgenheit, die sie zu geben haben, hilflos vor einer trennenden Plexiglasscheibe, hinter der ihr verkabeltes Kind liegt“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2010, 7); wie auch das folgende Statement einer betroffenen Mutter einmal mehr zum Ausdruck bringt: „Ich sah mich in vollkommener Abhängigkeit der Ärzte und des Pflegeteams, ich hatte auf nichts Einfluss“ (Sarimski 2000, 69). Derartige Emotionen tragen vielfach dazu bei, dass Pflegekräfte und Ärzt/inn/en im Beziehungsaufbau als Konkurrent/inn/en empfunden werden.

Die Ursache für solche Spannungen kann unter Bezugnahme auf William E. Freud (1991, 123ff) mit dem Konzept des „Whose Baby?-Syndrom“ (WBS) beschrieben werden: Der Psychoanalytiker versteht darunter, dass all diejenigen Menschen, die beruflich mit Babys oder Kleinkindern in Kontakt treten, unbewusst das Gefühl verspüren, die „bessere“ Mutter zu sein, wodurch sie indirekt Besitzansprüche an das Neugeborene erheben. Freud (ebd., 124) zufolge fungiere der ubiquitär vorhandene Kinderwunsch, der sowohl beim weiblichen als auch beim männlichen Geschlecht existiere, als „Haupterreger des WBS“, wobei die institutionalisierte Geburtshilfe den „besten Nährboden“³ dafür biete.

Aber gerade aktuelle wissenschaftliche Beiträge (Danner; Wegner 2011, Simon 2011, Meddur-Gleissner 2010, Schmidt 2010) bringen einmal mehr zum Ausdruck, dass es für die kindliche Gesamtentwicklung von Frühchen enorm wichtig ist, dass Mütter von Anbeginn an direkten Körperkontakt mit ihrem Kind haben, ihnen so viel Zuwendung wie möglich geben und an der Pflege aktiv partizipieren. Die European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI)⁴ geht in diesem Konnex noch einen Schritt weiter, indem sie die elterliche Integration sogar als „das A und O für die optimale Versorgung von Frühgeborenen“ (EFCNI 2010, 32) deklariert.

³ „Bis zum Zeitpunkt der Geburt haben Gynäkologen und Geburtshelfer das Monopol auf dem Babymarkt. Gleich nach der Entbindung wartet schon der Pädiater, um das Neugeborene in Empfang zu nehmen. Alle haben das Gefühl, das Baby gehöre eigentlich ihnen (oder zumindest der Klinik, an der sie arbeiten)“ (Freud 1991, 124).

⁴ Die EFCNI ist eine im Jahre 2008 konstituierte, europaweite Vereinigung von Wissenschaft/er/innen, Expert/inn/en und Elternorganisationen, die drei übergeordnete Ziele verfolgt: Erstens Sicherstellung der bestmöglichen Pflege und Versorgung von Früh- und Neugeborenen in Europa. Zweitens Umsetzung einer medizinischen, psychologischen bzw. sozialpädagogischen Unterstützung zu früh gewordener Eltern. Drittens Förderung von Forschungsprojekten bzw. Implementierung von Maßnahmen, die einer Frühgeburt bereits auf präventiver Ebene entgegen wirken, um dadurch letztlich die Gesundheit von Früh- und Neugeborenen langfristig gesehen zu verbessern.

In der Praxis fühlen sich viele Mütter dennoch von den individuellen, psychischen Reaktionen (Hilflosigkeit, Schuldgefühle) so stark überwältigt bzw. gefangen, darüber hinaus entspricht das Fröhchen in seiner Erscheinung so überhaupt nicht dem Kindchenschema⁵, dass ein Beziehungsaufbau oftmals ausbleibt. Vorwiegend dann, wenn aus personalen wie auch institutionellen Gründen nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, die die Mütter bei der Kontaktaufnahme begleiten und ermutigen.

Die enorme Vorzeitigkeit der eintretenden Geburt nimmt – wie bislang dargelegt – nicht nur Einfluss auf den Prozess der Eltern- sondern auch auf den der Kindwerdung: Im Bauch der Mutter, also noch intrauterin, hat das Kind bekannte Rhythmen (wie Herzschlag, Gefäß- und Verdauungsgeräusche) in einer vertrauten Umgebung, nämlich im Medium Fruchtwasser, das auch auf das Eindringen etwaiger Reize (Licht, Geräusche, Mitteilungen über den mütterlichen Resonanzkörper) modifizierend eingewirkt hat, vorgefunden. Auf diese Art und Weise macht das Ungeborene in der Regel räumliche Erfahrungen, die sich aufgrund des biologischen Wachstums allmählich, aber dennoch kontinuierlich verändern; konkret von weit zu eng/begrenzt, von groben zu feinen Bewegungen mit zunehmendem Kontakt zum eigenen Körper (Höck 1999, 50).

Mit der Entbindung verlässt jedes Baby das mütterliche Kontinuum im Uterus und „sieht“ sich von nun an vor die Herausforderung gestellt, innere wie auch äußere Diskontinuitäten zu meistern bzw. anderen mitzuteilen. Im Leben von Fröhchen ist das Kontinuum dieser mütterlichen Welt viel zu früh verloren gegangen. Es hat mit einem „Riss“ begonnen, „besser gesagt Abriss, der nie wieder gänzlich zu reparieren ist, der ihre Person prägt“ (Israel; Reißmann 2008, 15). Die ganz enge Nähe mit der Mutter ist nicht mehr aufrecht, wodurch insbesondere die „Begreifbarkeit der Grenzen“ wegfällt. „Solange das Kind in der Gebärmutter lebt, stösst [sic!] es, ... an eine Grenze. D. h. seine Welt ist im wahrsten Sinne des Wortes begreifbar. Mit dem Moment der Geburt weichen diese Grenzen ins Unbegreifbare hinweg“ (Marcovich 1996, 42). Deshalb rudern viele Neugeborene im Versuch, auf neue Bezugspunkte und Grenzen zu stoßen, mit ihren Extremitäten orientierungslos herum.

Das Leben für Fröhchen beginnt demnach außerhalb des Mutterleibs in der Atmosphäre einer unnatürlichen, neonatalen Intensivstation – eine kurze exemplarische

⁵ Der Terminus „Kindchenschema“ geht auf den Verhaltensforscher Konrad Lorenz zurück. Es umfasst eine Reihe kindlicher Körpermerkmale, etwa einen großen Kopf mit hoher Stirn, runde Wangen und große Augen. Verhaltensstudien bestätigen die Wirkung des Kindchenschemas, im Sinne eines „Schlüsselreizes“ auf Erwachsene, indem es bei ihnen Liebe und Zuwendung - also den wichtigen Beschützerinstinkt – sowie ein Fürsorgeverhalten gegenüber dem Baby auslöst.

(In: URL: <http://lexikon.stangl.eu/165/kindchenschema/> (28.03.11)).

Schilderung findet sich bereits in dem Zitat Sarimskis – die mit jener intrauterinen Welt in keiner Weise zu vergleichen ist, wodurch ihm ein „normaler“ Lebensbeginn verwehrt bleibt. De facto übernimmt das medizinische bzw. pflegende Personal einschließlich der vielen technischen Geräte (z. B. Inkubatoren) die Funktion des „mütterlichen Primärobjekts“ (Meddur-Gleissner 2010, 59).

Aktueller Forschungsstand

Um einen Überblick über themenrelevante Untersuchungen und Studien zu bekommen, wurde derart recherchiert, dass neben der einen oder anderen englischen in erster Linie deutschsprachige wissenschaftliche Publikationen sowohl analog aus diversen Handbüchern, Bibliografien und Zeitschriften als auch digital aus E-Journals bzw. Websites systematisch zusammengetragen wurden. Um jedoch nicht von vornherein Gefahr zu laufen, durch ein zu stark themenfokussiertes Vorgehen eine Reihe an ebenfalls relevanten wissenschaftlichen Arbeiten, z. B. aus Nachbardisziplinen, zu übersehen, wurde die Suche nach bestehender Literatur von übergeordneten Schlagwörtern wie „Frühchen“, „Frühgeburt“ ausgehend, sukzessive konkretisiert bzw. eingegrenzt.

Im Zuge der eingehenden Auseinandersetzung mit divergierenden Veröffentlichungen wurde transparent, dass weitgehende Übereinstimmung unter Wissenschaftler/inne/n dahingehend herrscht, dass eine verfrühte Geburt „auch für die Eltern eine erhebliche emotionale Belastung und Gefährdung ihrer psychosozialen Stabilität darstellt“ (Gehrmann et al. 2010, 100). Viele bisherige empirische Untersuchungen (u. a. Hantsche et al. 1992, Miles et al. 2007) zum elterlichen Erleben einer Frühgeburt betrachten dieses Ereignis unter einem Krisenmodell. Mehrheitlich wird in diesem Zusammenhang auf das Modell von Caplan (1960) und die Arbeit von Kaplan bzw. Mason (1960) zurückgegriffen, die eine verfrühte Entbindung „als Phase hoher Belastung und vorübergehender Destabilisierung des seelischen Gleichgewichts begreifen“ (Vonderlin 1999, 17). Obgleich also weitgehend Einigkeit darüber besteht, dass eine Frühgeburt das psychische Wohlbefinden der Eltern erschüttert bzw. in Schock versetzt, gehen die Meinungen hinsichtlich der darauf folgenden Verhaltens- bzw. Reaktionsweisen dann doch auseinander:

Die Ergebnisse der von Jotzo und Schmitz (2002) in Deutschland retrospektiv durchgeführten psychologischen Studie, an der 65 Mütter und 13 Väter partizipierten, weisen nicht nur auf eine mittelfristige Gefährdung der psychischen Stabilität hin, sondern verdeutlichen, dass eine Frühgeburt bei einem erheblichen Teil der Eltern und vor allem der Mütter traumatisierend wirkt, insbesondere wenn es sich um sehr unreif ge-

borene Kinder handelt. Beide Autoren sprechen sich in diesem Konnex für eine sekundäre Prävention in Form von psychologischer Krisenintervention aus und betonen, dass sich keine konkreten Folgerungen für elternbezogene Interventionen ableiten lassen.

Im Rahmen einer in Norwegen von Kaaresen et al. (2006) prospektiv erfolgten Untersuchung mit 67 Müttern verfrüht geborener Kinder, die durch eine Beratung (acht Sitzungen vor Klinikentlassung und vier danach) von Pflegekräften begleitet wurden, verglichen die Wissenschaftler/innen die psychische Belastung von Müttern – gemessen mit dem international anerkannten Parenting Stress Index (PSI) – mit der von termingeborenen Babys. Nach sechs und zwölf Monaten konnten in dieser Hinsicht keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen früh- bzw. reifgeborenen Kindern festgestellt werden, wobei resümierend hinzugefügt wird: „A limited, structured, clearly defined early-intervention program can prevent the parenting stress in both mothers and fathers to the same level as found in term parents“ (Kaaresen et al. 2006, 18).

Nachdem diese beiden soeben angeführten wissenschaftlichen Arbeiten wie auch die von Jotzo und Poets (2005) im Grunde als empirische Belege für die Notwendigkeit elterlicher Unterstützung gewertet werden können, betonen Gehrman et al. (2010, 100) des Weiteren, dass einerseits prospektive Verlaufsstudien zur Belastungsentwicklung von Müttern von Frühchen, wie Singer et al. (1996, 1999) und auch Miles et al. (2007), zwar bei vielen, aber keineswegs bei allen eine sukzessive Stabilisierung erkennen lassen. Andererseits könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Belastung mit dem Zeitpunkt der Entlassung nach Hause abnimmt.

Den Ergebnissen der Studien von Meyer et al. (1994) bzw. Ganseforth et al. (2002) folgend, variiert das Ausmaß der psychischen Belastung dabei mit dem gesundheitlichen Zustand der Kinder und der Unterstützung, die die Mütter auf der neonatologischen Intensivstation bzw. innerfamiliär erhalten.

Sarimski (2000) wiederum distanziert sich ganz gezielt von pauschalierenden Termini wie „Traumatisierung“ und „depressive Verstimmungen“ und plädiert stattdessen dafür, von emotionaler „Belastung“ bzw. „Krise“ zu sprechen. Zum einen wählen Eltern ganz individuelle Strategien, um mit ihrer Belastung umzugehen. Zum anderen „[ist] eine ‚Psychopathologisierung‘ der Eltern-Kind-Beziehung nach einer Frühgeburt und die Deklaration aller Eltern als beratungsbedürftig nicht angebracht“ (Sarimski 2000, 75).

Während sich Sarimiski also entschieden gegen eine prinzipielle „Psychopathologisierung“ ausspricht, nehmen der Psychologe Brisch (1999; 2002) bzw. die Psychoanalytikerin Meddur-Gleissner (2010; zit. n. Heinke; Reuter 2008) im Rahmen ihrer Arbeiten eine diametral anderweitige Position ein: Um die Eltern bei der Bewältigung einer verfrühten Entbindung ein Stückweit professionell zu begleiten, konzipierte Brisch das multimethodal angelegte Präventionsprogramm »Ulmer Modell«. Orientiert an der Bindungstheorie soll der elterliche Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Beziehung gefördert werden, indem Vater und Mutter psychotherapeutische – bei Bedarf sowohl in Form „focaler Einzelpsychotherapie“ wie auch innerhalb „psychotherapeutischer Elterngruppen“ – Unterstützung erhalten. Ferner auch zum Zwecke einer Sensibilisierung für die frühkindlichen Bedürfnisse vor allem nach Zuwendung und Geborgenheit. Ähnlich wie Brisch ist auch Meddur-Gleissner zum Schluss gekommen, dass für Eltern von Frühchen frühzeitig und unmittelbar „psychotherapeutische Hilfe“ (Meddur-Gleissner zit. n. Heinke; Reuter 2008) angeboten werden muss. Infolgedessen hat sie gemeinsam mit Kolleg/inn/en des »Mainzer Psychoanalytischen Institutes« eine „Frühgeborenenambulanz zur psychologischen Unterstützung von betroffenen Eltern“ (ebd.) gegründet und bekräftigt parallel dazu einmal mehr, dass „das seelische Befinden der Eltern“ stärker in den Fokus der Medizin rücken müsse (ebd.).

Wie anhand der vorangegangenen Darstellung des aktuellen Forschungsstandes implizit zum Ausdruck gekommen ist, reagieren Eltern von Frühchen nicht nur auf ihre ganz spezifische Art und Weise auf die vorzeitige Entbindung, sondern gehen auch jeweils different mit ihrer mehr oder weniger hohen emotionalen Belastung um, wie auch Vonderlin (1999) im Zuge ihrer Dissertation herausarbeiten konnte. Trotz alledem deuten einige Ergebnisse vorgestellter Studien darauf hin, dass ein (flächendeckendes) Angebot personaler, interdisziplinärer Unterstützung bzw. Begleitung auf unterschiedlichen Ebenen für viele Eltern von großer Relevanz ist, denn die Regulation intuitiv elterlicher Kompetenzen – dazu gehört die sogenannte „Ammensprache“⁶, in der Eltern mit dem Säugling kommunizieren (Simon 2011, 45) – wird einerseits durch den elterlichen psychischen Zustand, der allein durch die Frühgeburtlichkeit bzw. die neointensivstationäre Umgebung instabil sein kann, und andererseits durch das Verhalten und die Rückkopplungssignale des Babys gesteuert, welche bei Frühchen aber

⁶ Das ist eine, an die frühkindlichen Bedürfnisse angepasste Form der Kommunikation, die aus kurzen, ausgesprochenen Sätzen besteht und mit hoher übertriebener Sprachmelodie in einem Abstand von ca. 20 cm zum Kind – jener Bereich, in dem das Neugeborene schon verhältnismäßig scharf Gesichter visuell wahrnimmt – erfolgt (Berk 2005, 280).

weniger ausgeprägt und erheblich schwieriger zu „lesen“ sind (Djordjevic et al. 2007, 852). „Unsicherheit der Mutter und Unreife des Babys ergänzen sich als kritische Faktoren für den Beziehungsaufbau“ (Sarimski 2000, 66) und können unter Umständen zu einer dysfunktionalen Mutter-Kind-Beziehung führen.

Forschungsdefizit und Fragestellung

Wird unter Berücksichtigung der soeben vorgestellten Forschungsergebnisse danach gefragt, wie sich die Situation aus österreichischer Sicht darstellt, so bestehen hier zu Lande nach wie vor keinerlei Strukturen, die Frühchen bzw. deren Eltern eine standardisierte Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt garantieren, wie die interimistische Leiterin der Abteilung für Neonatologie an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Meduni Wien, Angelika Berger, im Rahmen einer Presseaussendung vor einigen Monaten zu bedenken gegeben hat (u.a. Wobrazek 2010; MedUniqua 2010). Diese kritische Feststellung Bergers deckt sich auch mit den Befunden der European »Foundation for the Care of Newborn Infants« (ECFNI), die im Rahmen ihres EU Benchmarking Reports für 2009/2010 kritisch darauf hinweisen, dass familienunterstützende Präventions- und Nachsorgeprogramme für die ersten Lebensjahre ebenso mangelhaft bis gar nicht existieren wie auch gezielte Gesundheitsprogramme (ECFNI 2010, 8ff). In dieser Hinsicht erweist sich die Situation auf nationaler Ebene wesentlich prekärer als beispielsweise im Nachbarland Deutschland, wo sich bereits seit geraumer Zeit das eine oder andere Nachsorgeprojekt etablieren konnte: Wie aus einer aktuellen Publikation von Gehrman et al. (2010, 102) hervorgeht, hat sich aus einem ursprünglich lokalen Pilotprojekt »Harl.e.kin-Nachsorge« an der Kinderklinik München-Harlaching mittlerweile ein bayernweites Modell niedrighschwelliger, frühzeitiger, interdisziplinär und interinstitutionell angelegter Betreuung von Familien mit Frühgeborenen etabliert. „Bisher fehlt es allerdings [auch noch; Anm. C.W.] an Untersuchungen, die sich mit interdisziplinär angelegten Nachsorgeprojekten beschäftigen, in denen verschiedene Elemente der Elternbegleitung miteinander kombiniert werden“ (Gehrman et al. 2010, 101).

In Österreich steht Eltern frühgeborener Kinder im Grunde lediglich die Möglichkeit offen, sich eigeninitiativ – dies ist Bedingung für eine Inanspruchnahme des Angebots – an die »mobile Frühförderung« (Wiener Modell; vgl. Datler 1998b) zu wenden. Erfahrungsgemäß verfügen Eltern jedoch kurz nach der Entbindung bzw. klinischen Entlassung gar nicht über die notwendige Kraft bzw. Ressourcen, sich aktiv um Unterstützungsangebote zu kümmern, was sich auch in der Tatsache widerspiegelt, dass

Betreuungsvereinbarungen für »mobile Frühförderung« in der Regel erst mit dem Erreichen des ersten Lebensjahres eingegangen werden.

Somit stehen Eltern vielfach vor der Herausforderung, mit ihrer durch die Frühgeburt evozierten, situativen emotionalen Belastung auf sich allein gestellt, zurecht- kommen zu müssen. Angesichts dessen, dass die Frühchen-Quote vor der 37. Schwangerschaftswoche laut »European Foundation for the Care of Newborn Infants« (EFCNI) in Österreich mit 11,4% deutlich über dem europäischen Durchschnitt von 7,1% liegt (EFCNI 2010, 6), werden Berger (zit. n. Wobrazek 2010, 52) zufolge mehr Intensiv- und Überwachungsplätze wie auch mehr neonatologisches Pflegepersonal benötigt. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass sich der Platzmangel und das Fehlen ausreichender personeller Ressourcen zum einen beträchtlich auf die Atmosphäre auf einer neointensiven Station auswirken und diese beiden Einschränkungen/Faktoren zum anderen in Hinblick auf Wohlbefinden bzw. Reaktions-/Verhaltensweisen nicht spurlos an allen vor Ort involvierten Personen (Ärzt/inn/en, Pflegepersonal und Frühchen einschließlich deren Eltern) vorübergehen.

Wird an dieser Stelle mitberücksichtigt, dass die institutionellen wie auch personellen Ressourcen auf neointensiven Stationen in Österreich bereits hinlänglich erschöpft sind und keinerlei nationale Untersuchungen bzw. Publikationen über peri- und postnatale Erlebnisse bzw. Belastungen von Müttern bei einer Frühgeburt im Zuge der intensiven Literaturrecherche gefunden werden konnten, sollen innerhalb dieser Diplomarbeit die subjektiven Sichtweisen bzw. die Empfindungen von Müttern nach einer verfrühten Entbindung näher in den Fokus gerückt werden. Das Einbringen ihrer Betrachtungsweise kann dazu beitragen, unter anderem eine höhere Sensibilität für die Lage der Mütter zu schaffen und auch einen Anstoß dafür bieten, die regional gewachsenen Strukturen neonatologischer Intensivpflege interdisziplinär kritisch zu reflektieren bzw. neu gewonnene Erkenntnisse auf konstruktive Art und Weise im Rahmen des Möglichen in die alltägliche Praxis zu integrieren oder auch in weitere wissenschaftliche Untersuchungen⁷, z. B. zur Kombination divergierender Elemente der Elternbegleitung, wie Gehrman et al. 2010 als Desiderat erachtet. Die Intention ist, dadurch letztlich für alle Beteiligten eine höhere Zufriedenheit bzw. Wohlergehen zu

⁷ Infolgedessen handelt es sich bei dieser Arbeit um ein „exploratives Forschungsvorhaben“ (Lamnek 2005, 25) bzw. eine exemplarische Studie. Primär geht es um eine (aktuelle) Bestandsaufnahme, wie eine kleine Stichprobe österreichischer Mütter von mehr oder weniger verfrüht zur Welt gekommenen Babys die peri-/postnatale Zeit erleben. Erfahrungen erzählen lassen kann auch bedeuten, den selbstbetroffenen Frauen „eine Stimme zu geben und sie öffentlich vernehmbar zu machen im Rahmen einer Art „Sozialwissenschaft von unten“ (Straub 2010, 139). Insofern wird der Überprüfung von Theorien bzw. Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen verhältnismäßig geringer Stellenwert beigemessen.

erreichen. Das Ziel jeglicher Geburtshilfe, aber auch jeder Kinderklinik sollte sein, dass das Frühgeborene neben einer bestmöglichen medizinischen Versorgung auch unmittelbar die größtmögliche menschliche Zuwendung durch die Eltern erfährt (Schmidt 2010, 2). Der Medizinerin Schmidt (2010, 2) zufolge „wächst die Erkenntnis, dass die körperliche und geistige Entwicklung eines Frühgeborenen ... nicht nur von der medizinischen Expertise abhängt“, sondern besonders stark von der direkt postnatalen elterlichen Pflege und Betreuung, zumal es sich dabei um eine „hochsensible Phase für das Gelingen einer sicheren Bindung“ (ebd.) zwischen Eltern und Kind handelt.

Laut einem aktuellen Bericht von Schmidt (2010, 2f) liegt Deutschland im Vergleich mit Österreich auch diesbezüglich einen gehörigen Schritt voraus: Als weltweit erste Kinderklinik hat das »St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof« 2007 das WHO/UNICEF Zertifikat »Babyfreundlich« erworben. »Babyfreundlich« bedeutet, dass die primäre und kontinuierliche mütterliche Bindung⁸ – den definierten »BEST Kriterien« (= Bindung, Entwicklung und Stillen) entsprechend – im Mittelpunkt neonataler Interventionen steht.

Aufgrund des nationalen Nicht-Vorhandenseins etwaiger gezielter Unterstützungsangebote bzw. Nachsorgeprojekte soll des Weiteren der individuelle Umgang der Mütter mit der Situation nach der Geburt erhoben werden, um insbesondere betroffenen Eltern Hoffnung zu geben bzw. neue Perspektiven zu eröffnen, mit Hilfe derer sie ihre persönliche Situation einschließlich ihrer Emotionen konstruktiv bewältigen können. Dieser Aspekt erscheint insofern relevant, als diese wissenschaftliche Abschlussarbeit im Schwerpunkt »Heil- und Integrative Pädagogik« verfasst wird, und Heilpädagogik Lotz (2009, 91f) zufolge immer auch psychoedukativ wirke: Indem sie nämlich Erschwernisse wie auch individuelle Kräfte zur Lebensbewältigung zum Zwecke einer Ausbildung bzw. Zumutung von »Self-Empowerment«, der Stärkung von Selbsthilfekräften sowie Selbstwirksamkeit thematisiert.

Das aus dem aktuellen Forschungsstand hergeleitete Desiderat führt dem entsprechend zur folgenden Fragestellung:

Wie erleben Mütter von Frühgeborenen die ersten Wochen/Monate nach der Entbindung und wie gehen sie mit der peri- bzw. postnatalen Situation um?

⁸ Jegliche Trennung vom Frühchen wird vermieden; selbst wenn die Mutter intensivpflegebedürftig ist, wird das Baby zum »Bonden« zu ihr gebracht, um langen, intensiven Hautkontakt zu ermöglichen. Darüber hinaus wird versucht, dass das Frühgeborene auch das mütterliche Kolostrum zu trinken bekommt.

Wie anhand der soeben dargelegten Forschungsfrage ersichtlich wird, soll im Zuge der geplanten Diplomarbeit die Perspektive der betroffenen Mütter näher beleuchtet werden. Die Entscheidung für eine entsprechende Einschränkung des zu untersuchenden Personenkreises ist auf mehrere Aspekte zurückzuführen: Wenngleich selbst Väter zum Zeitpunkt einer verfrühten Geburt noch nicht adäquat auf ihr Kind bzw. die Vaterschaft eingestellt sind, so ist ganzheitlich betrachtet dennoch die Mutter unmittelbarer mit dem Ereignis bzw. den Konsequenzen konfrontiert, da in den ersten Lebensmonaten naturgemäß die Mutter als primäre Bezugsperson das kindliche Überleben sichert (vgl. Stillen) und insofern die elterliche Hauptverantwortung trägt. Neben biologischen tragen aber auch soziokulturell tradierte Faktoren dazu bei, dass Vätern, ohne dies zu werten, in der postnatalen Betreuung des Kindes meist nicht die primäre Rolle zukommt: Nach wie vor ist es innerhalb unserer Kultur üblich, dass die Frau den Mutterschutz in Anspruch nimmt und der Mann durch seinen Beruf die finanzielle Basis für das familiäre Zusammenleben schafft (Olbrich et al. 1995).

Des Weiteren kann unter Bezugnahme auf die eine oder andere wissenschaftliche Publikation (u. a. Vonderlin 1999, 54) belegt werden, dass Väter generell anders auf eine Frühgeburt reagieren als Mütter. Das zusätzliche Einarbeiten der typisch männlichen Reaktionsweisen würde letztlich Ausmaße annehmen, die im Rahmen einer Diplomarbeit schon allein aus formalen Gründen nicht zu bewerkstelligen sind.

Nachdem bereits auf die Tatsache hingewiesen wurde, dass Betroffene sehr individuell auf die verfrühte Entbindung reagieren, wurde gezielt von dem unterschwellig pathologisch konnotierten Begriff der „Bewältigung“ zugunsten des neutralen, nicht pauschalierenden Terminus „Umgang“ Abstand genommen, um Frauen, die aus eigenen zu mobilisierenden Kräften verhältnismäßig rasch ihr inneres Gleichgewicht zurückerlangen ebenso gerecht zu werden wie auch Müttern, die während des Sich Arrangierens mit ihrer situativen Lage auf (professionelle) Hilfe angewiesen sind.

Disziplinäre Anbindung bzw. heilpädagogische Relevanz

Wie eingangs bereits kurz angeschnitten, haben unzählige technologische Weiterentwicklungen auf dem Gebiet neointensiver Medizin dazu beigetragen, dass Frühchen zum Teil schon nach der Geburt in der 22. Schwangerschaftswoche (Gawehn 2010, 350) am Leben erhalten werden können. In diesem Zusammenhang gibt Biewer (2009, 108) aus heilpädagogischer Perspektive jedoch zu bedenken: „Insbesondere bei sehr früh geborenen Kindern ist nicht nur das statistische Risiko, von einer Behinderung betroffen zu sein hoch, auch die Schwere der Behinderung steigt an“. Einer

Erhebung von Als und Butler (2008, 46) zufolge liege die Rate schwerwiegender Behinderungen bei Babys, die in bzw. vor der 25. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, bei etwa 25%, bei Frühchen, die im Zeitraum der 25. bis 27. Woche geboren werden, immerhin bei 15%.

Unabhängig davon, ob dank präventiver Interventionen letztlich die eine oder andere mittelfristige Entwicklungsbeeinträchtigung „normalisiert“ werden kann oder ob trotz aller (heilpädagogischer) Bemühungen eine schwere irreversible Schädigung bleibt, haben es Heilpädagog/inn/en, mit Fröhlich (1997, 178) ausgedrückt, immer wieder „mit einer nicht unerheblichen Anzahl von ehemals frühgeborenen Kindern zu tun“. Schon allein deshalb sei es relevant, dass sich Heil- und Sonderpädagogik intensiver der Problematik „Frühgeburtlichkeit“ widmet (ebd.).

Diesem Postulat folgend ist davon auszugehen, dass zu einer ganzheitlichen thematischen Auseinandersetzung der Heilpädagogen/innen rund um eine Frühgeburt auch gehört, direkte Einblicke in das elterliche Erleben einer verfrühten Geburt bzw. eine Vorstellung über ihren peri- bzw. postnatalen Umgang zu bekommen, die im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens stehen, um daraus gewonnene Einsichten in der tatsächlichen professionellen Begegnung/Beziehung mit einem (ehemaligen) Frühchen bzw. dessen Bezugspersonen integrieren zu können. Denn heilpädagogische Beziehungsgestaltung beginnt auf der emotionalen Ebene (Lotz 2009, 93), wobei schon ein Reflektieren solcher Gegebenheiten ein zentrales Moment von Heilpädagogik darstellt (Datler 1998a, 19).

Ogleich zur Argumentation der pädagogischen Relevanz des Forschungsvorhabens bislang von einer ungünstigen Entwicklungsprognose für Frühchen ausgegangen wurde, können präventive Maßnahmen, die zu den elementaren Aufgaben der Heil- und Sonderpädagogik zählen (Biewer 2009, 93) und im optimalen Falle direkt auf eine verfrühte Geburt folgen, drohenden Behinderungen und Entwicklungsstörungen vorbeugen, denn „je früher vorbeugende Maßnahmen einsetzen, desto größer ist ihre Wirksamkeit“ (Drave; Rumpler; Wachtel 2000, 35).

Wird an dieser Stelle noch einmal in Erinnerung gerufen, dass es Müttern verfrüht entbundener Kinder vielfach schwer fällt, mit dem Frühchen direkt in Kontakt bzw. in Beziehung zu treten, so besteht alleine schon im Hinblick auf eine gesunde prospektive Entwicklung heilpädagogischer Handlungsbedarf, nämlich mittels präventiver Bestrebungen – explizit zum Beispiel durch Unterstützung bzw. Begleitung der Mutter bei Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind – den Aufbau einer sicheren Mutter-Kind-Bindung unmittelbar postnatal im neointensiven Setting zu fördern. Zusätzlich

belegen Erkenntnisse aus der Resilienzforschung, dass eine vertrauensvolle Bindung zu zumindest einer verlässlichen Bezugsperson in Hinblick auf die spätere psychische Widerstandskraft des Kindes enorm wichtig ist. „Kein Kind ist per Geburt resilient. Was die Entwicklung von Resilienz ausmacht, sind Beziehungserfahrungen“ (Wustmann 2009, 71). Konkret umgelegt auf die Situation Frühgeborener schein es den Kindern laut Israel und Reißmann (2008, 52) am Körper ihrer Mütter am besten zu ergehen: Die kindliche Atmung stabilisiert sich, die Muskeln entspannen sich und es kehrt Ruhe ein. Deshalb sollte, aus einem heilpädagogischen Blickwinkel betrachtet, auch jede Gelegenheit genutzt werden, um die Einheit zwischen Mutter und Frühchen zu rekonstruieren. „Dabei geht es nicht nur darum, möglichst eng an intrauterine Verhältnisse anzuknüpfen, sondern eine Atmosphäre zu schaffen, die die gegenseitige Einstimmung und das Wachstum der intimen Dyade fördern“ (Israel; Reißmann 2008, 122). So liegt die Annahme nahe, dass die aus dem Forschungsvorhaben resultierenden Ergebnisse auch einige aufschlussreiche Aspekte für eine betroffenen Mutter enthalten, die ihr sozusagen den Beziehungsaufbau zu ihrem Frühchen erleichtern und auf diese Art und Weise einen protektiven Beitrag zu einer gesunden Entwicklung des Frühchens leisten können.

Abgesehen davon können etwaige Erkenntnisse aus der geplanten empirisch-qualitativen Untersuchung hilfreich sein, wenn auf nationaler Ebene eine Konzeption interdisziplinärer Nachsorgeprojekte, ähnlich wie in Deutschland, in Angriff genommen wird, zumal diese auch aus medizinischer Sicht für eine optimale Behandlung Frühgeborener dringend erforderlich sei. Erfahrungen einiger deutscher Modelle, wie z.B. das bereits erwähnte Projekt »Harl.e.kin-Nachsorge« in München oder auch jenes des »Bunten Kreises« in Augsburg verdeutlichen, dass im Sinne einer ganzheitlichen Denkweise nicht nur Ärzt/inn/en und Pflegepersonal, sondern auch Psycholog/inn/en bzw. Pädagog/inn/en für eine psychosoziale Betreuung bzw. Beratung der Eltern einbezogen werden sollen (Gehrmann et al. 2010, 101), denn „eine individuelle [elterliche] Begleitung ... kann jedoch kaum vom medizinisch-pflegerischen Personal geleistet werden“ (Heinen; Wigger-Toelstede 1999, 65). Auf diesen Umstand verweist auch die klinische Heilpädagogin Simon (2010, 48), indem sie argumentiert, dass Heilpädagog/inn/en nicht nur bereits auf der neonatologischen Station einen festen Platz haben sollten, sondern dass auch elternbezogene Hilfsangebote ihrem Kompetenzbereich angehören. In diesem Konnex gibt der Heilpädagoge Ondracek (2009, 108) zu bedenken:

„Wesentlich ist dabei, dass die heilpädagogisch Tätigen sich nicht als Therapeuten verstehen können, weil sie vor allem mit pädagogischen Mitteln das Alltagsmilieu gestalten – als Begleiter, Beziehungspersonen, Orientierungshelfer, Haltgeber und Unterstützer bei der Bewältigung von Alltags- und Lebensaufgaben. In diesem Sinne haben sie all dasjenige zu übernehmen und zu verantworten, was die primär therapeutisch tätigen Fachpersonen nicht tun können (und nicht tun sollen)“ (Ondracek 2009, 108).

Nachdem es in der „heilpädagogischen Praxis ... um die Eröffnung und Gestaltung von Erziehungsprozessen geht, wenn diese durch gegebene oder potenzielle ‚Behinderungen‘ als beeinträchtigt oder unmöglich gelten“ (Strachota 2002, 220), eröffnen sich innerhalb etwaiger Nachsorgeprojekte ebenfalls Tätigkeitsbereiche für die Heilpädagog/inn/en, zumal der Heilpädagoge Fröhlich (1997, 181) insbesondere in Bezug auf Frühchen attestiert, dass die Pädagog/inn/en im Rahmen der Intensivpflege für „förderliche Ausgangsbedingungen“ – zu denen unweigerlich auch das Gewährleisten/Sicherstellen einer intensiven Mutter-Kind-Beziehung gehört – Rechnung zu tragen hätten. Auch hierfür können die aus dieser Abschlussarbeit gewonnenen Erkenntnisse vermutlich eine Bereicherung darstellen.

So gesehen fällt diese im Schwerpunkt „Heil- und Integrative Pädagogik“ verfasste Diplomarbeit nicht nur in den Bereich heilpädagogischer Forschung, sondern ist, unter Berücksichtigung des nachfolgenden Zitats, auch für die Pädagogik relevant: Denn „[h]eilpädagogische Forschung, zu der auch die Analyse von pädagogischen Beziehungen unter heilpädagogischen Gesichtspunkten zählt, wäre demnach als integraler Bestandteil von Pädagogik schlechthin zu begreifen“ (Datler 1998a, 19).

Forschungsmethode

Um dem Anspruch einer elaborierten Beantwortung der dargelegten Forschungsfrage in adäquater Art und Weise Rechnung zu tragen, gliedert sich diese Diplomarbeit in zwei Bereiche: Im Zentrum des ersten Teiles steht die Rekonstruktion der aktuellen themenrelevanten Diskurse durch das Einarbeiten diverser wissenschaftlicher, analoger wie digitaler Fachliteratur, bevor dann, auf diese grundlegenden theoretischen Informationen aufbauend, im zweiten Teil eine empirische Untersuchung zum individuellen Erleben einer Frühgeburt durch die Mutter wie auch ihres peri- bzw. postnatalen Umgangs folgt.

Nachdem es in erster Linie darum geht, die individuellen, subjektiven Sichtweisen der betroffenen Frauen näher in den Fokus zu rücken, wird zu ihrer Erhebung, methodisch betrachtet, empirisch-qualitativ vorgegangen. Qualitative Sozialforschung ermöglicht nämlich Zugang zur Realität über subjektive Deutungen, konkret also zum

subjektivem Erleben, zur Sinngebung und zum reaktiven Verhalten von Menschen (Mayring; Gahleitner 2010, 300).

Unter Berücksichtigung des Postulats Straubs (2010, 138), „dass das erzählte Leben dem tatsächlich gelebten quasi entspricht“ und Narrationen in Interviews ehemalige Erlebnisse, Perzeptionen, Gedanken und Emotionen der befragten Personen auf adäquate Weise wiederzugeben vermögen bzw. repräsentieren (u. a. Straub, 2010; Honer 2003, 95), geht es de facto also um ein „Hervorlocken von Erzählungen persönlicher Erfahrungen“ (Nohl 2008, 20). Auf Grund dessen wird von acht Frauen aus Wien, Niederösterreich und Oberösterreich das mütterliche Erleben einschließlich ihres peri- und postnatalen Umgangs nach der Frühgeburt ihres Kindes mithilfe des offenen, halbstandardisierten⁹ (auch als halbstrukturiertes bzw. teilstandardisiertes bezeichnet) Leitfadeninterviews retrospektiv untersucht. Denn die Passung zwischen Forschungsgegenstand (mütterliches Erleben bzw. ihr Umgang) zum einen und der ausgewählten Erhebungsmethode (halbstrukturiertes Leitfadeninterview) zum anderen „ist die Voraussetzung für gute Forschung“ (Helfferich 2011, 7).

Das dieser „Erhebungstechnik“ (Mayring; Gahleitner 2010) immanente Attribut „offen“ verdeutlicht, dass die Fragen so formuliert werden, dass sie „dem Interviewten die Möglichkeit geben, entsprechend seinen Vorstellungen zu antworten“ (Gläser; Laudel 2004, 111). Insofern enthält der dieser Untersuchung zugrunde liegende Interviewleitfaden (Anhang B) „Leitfragen“ (Gläser; Laudel 2004, 88ff), die einerseits sicherstellen, dass bestimmte Themenbereiche (z. B. die erlebte Schwangerschaft, Situation bei der Geburt) zum Zwecke der späteren Vergleichbarkeit bei der wissenschaftlichen Auswertung von allen Interviewpartnerinnen (Marotzki 2004, 114) angesprochen werden und Themenbereiche, die andererseits dennoch ausreichend Raum für individuelle, „narrative Passagen“ (Meuser; Nagel 2003, 58) gewähren.

Im vorliegenden Fall steht der Leitfaden einer „Erzählgenerierung nicht entgegen, sondern erscheint geradezu als das Instrument für die narrative Ausgestaltung“ (Nohl 2008, 22) der individuumszentrierten Sichtweisen verfrüht gewordener Mütter und nimmt demgemäß eher den Charakter einer flexiblen „Richtschnur“ (Gläser; Laudel 2004, 40) bzw. „Gedächtnisstütze für den Interviewer“ (Witzel 1982, 90) während des Gesprächs ein. Darüber hinaus erfüllt der Leitfaden für die Forschende bereits im Vor-

⁹ Im Unterschied zur vollständigen Standardisierung (Exaktes Gleichbleiben sowohl der Fragen des/der Interview/er(s)/in als auch der Antwortmöglichkeiten für die interviewte Person) werden bei halbstandardisierten Befragungen nur die Handlungen des/der Interview/er(s)/in mittels Leitfaden teilstandardisiert, d. h. die Möglichkeit, frei und individuell zu antworten, bleibt für die interviewte Person bestehen (Gläser; Laudel 2004, 39).

feld der Interviewsituation die Funktion, themenrelevantes Wissen aus einschlägiger Literatur rund um eine Frühgeburt im Allgemeinen und dem des mütterlichen Befindens im Besonderen „zu organisieren“ bzw. „zu explizieren“ (Mey; Mruck 2010, 430), denn ähnlich dem „problemzentrierten Interview“ (Witzel, 1982) tritt auch bei Leitfadenterviews die interviewende Person nicht „ohne jegliches theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis“ (Lamnek 2008, 333) in die Erhebungsphase ein. Im Anschluss an die Interviews erfolgt die wörtliche Transkription der digitalen Mitschnitte. Diese Interviewprotokolle werden dann in Anlehnung an die „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2010) – mittlerweile als „qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse“ (Mayring 2010b, 604) treffender bezeichnet – wissenschaftlich ausgewertet. „Die qualitative Inhaltsanalyse will sprachliches Material systematisch analysieren, indem sie das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet“ (Kuckartz 2010, 56ff). Des Weiteren handelt es sich bei der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ um eine Auswertungstechnik, die sich im Rahmen der Aufarbeitung des Datenmaterials im Sinne eines „induktiv-deduktiven Wechselspiels“ (Mayring 2010; Meuser 2003), eines „prozessual entwickelten Kategoriensystems“ (u.a. Mayring 2010) bedient: Infolgedessen werden die Kategorien zum einen entlang des Leitfadens bzw. unter Einbeziehung bestehender Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Publikationen (deduktiv) „theoriegeleitet“ gebildet. Eine derartige „deduktive Vorgehensweise stellt sicher, dass bei den angestrebten Aussagen an das bisherige Wissen über den ... Gegenstand angeknüpft wird“ (Mayring; Gahleitner 2010, 304). Zum anderen eignet sich die „Qualitative Inhaltsanalyse“ auch, um sukzessive die eine oder andere „textübergreifende“ Kategorie aus den transkribierten Protokollen – genauer genommen den empirischen Daten – zu generieren (u.a. Flick 2007, Mayring 2010, Mayring; Gahleitner 2010). Dadurch kann erreicht werden, „offen zu bleiben für neue Erkenntnisstränge, die alten Ergebnissen eventuell diametral entgegenlaufen“ (Mayring; Gahleitner 2010, 304).

Umgelegt auf die im Zuge dieser Abschlussarbeit anberaumte empirisch-qualitative Untersuchung verdeutlichen die vorangestellten Überlegungen, dass folgende Kategorien bereits im Vorfeld der Interviews deduktiv definiert werden: In Übereinstimmung mit dem chronologisch aufgebauten Leitfaden fungieren die thematischen Sequenzen „Erleben der Schwangerschaft“, „Erleben der Frühgeburt“, „Erleben der neo-intensiven Versorgung“, „Erleben der ersten Zeit zu Hause“ sowie die des „mütterlichen Umgangs“ als „Oberkategorien“. Nichtsdestotrotz wird die Option offen gehalten, gegebenenfalls anhand der tatsächlichen Interview-Transkripte etwaige „neue“ „Un-

terkategorien“ zu entwickeln bzw. zu adaptieren. Vor allem, wenn dieses Vorgehen verspricht, den Untersuchungsgegenstand aus einer anderweitigen, bislang vernachlässigten Perspektive in den Brennpunkt zu rücken.

Wird in Erinnerung gerufen, dass das Erleben einer Mutter bzw. ihr individueller Umgang mit/nach einer Frühgeburt nicht durch Herausgreifen einzelner Merkmale holistisch erhoben werden kann, da ansonsten die „Komplexität des Gegenstandes verkürzt und die Individualität“ der Interviewpartnerinnen verletzt würde, wird sowohl im Zuge der Datenerhebung als auch bei der anschließenden Auswertung „einzelfallanalytisch“ (Mayring 2002, 41f) verfahren: Dabei war der Gedanke leitend, dass Einzelfallanalysen¹⁰ zulassen, „ein ganzheitliches und damit realistisches Bild der sozialen Welt“ (Lamnek 2005, 299) der interviewten Mütter offenzulegen. Denn die Einzelfallanalyse fokussiert das dieser Untersuchung zugrundeliegende Phänomen in seiner Individualität und erkennt bzw. anerkennt diese in ihrer Totalität (ebd., 313). Ungeachtet dieser Vorteile kommt der Stichprobenziehung¹¹ bei (multiplen) Fallanalysen besondere Bedeutung zu, da in der Regel eine heterogene Stichprobe angestrebt wird, um auf ihrer Basis divergierende Erlebnis- und Umgangsweisen herauszuarbeiten. „Durch die Beschäftigung mit einer einzelnen Person als Einheit“ (ebd., 301) soll das Erleben von Müttern „wissenschaftlich kontrolliert fremdverstanden werden“ (ebd.). Hierzu wird das Wortprotokoll jeder befragten Mutter „aufgrund bestimmter Kriterien“ (Mayring 2002, 58) in Form von Kategorien separat analysiert und dargestellt, bevor in einem nächsten Schritt das „gesamte Categoriesystem ... fallübergreifend in Bezug auf die Fragestellung und dahinterliegende Theorie interpretiert“ (Mayring 2002, 117) wird.

Aufbau der Diplomarbeit

Im Zentrum des ersten Teiles dieser Arbeit, der theoretischen Grundlegung, steht die Rekonstruktion aktueller themenrelevanter Diskurse durch das Einarbeiten diverser wissenschaftlicher Fachliteratur: Ausgehend von der ins Thema einführenden Einleitung folgt im Kapitel 1 die Definition des Begriffs „Frühgeburt“ wie auch die Darstellung der damit in Verbindung stehenden Ätiologie. Im Zuge dessen wird des Weiteren

¹⁰ Unter Einzelfallanalyse wird ein Approach, genauer genommen ein Forschungsansatz, der zwischen konkreter Forschungstechnik und methodologischem Paradigma anzusiedeln ist, verstanden. Dieser versucht, die Untersuchungssubjekte in ihrer Besonderheit bzw. Ganzheitlichkeit realitätsgerecht zu erfassen (Lamnek 2005, 299ff). Im Zentrum dieser steht „die Beschreibung und Analyse eines einzelnen Falls, einer einzelnen Untersuchungseinheit“ (ebd.).

¹¹ Detaillierte Ausführungen zur konkreten Fallauswahl finden sich im Kapitel 5!

die Lage des Frühgeborenen (physiologische Merkmale bzw. klinische Probleme) bzw. die Bedeutung der verfrühten Geburt für dieses aus einem ganzheitlichen Blickwinkel beleuchtet. Das zweite Kapitel widmet sich dem Thema „Neonatologie“, wobei in diesem Konnex auf die Intensivpflege und typische Atmosphäre vor Ort ebenso eingegangen wird wie auf das Konzept der entwicklungsfördernden Versorgung und Betreuung. Im dritten Kapitel folgt die Auseinandersetzung mit dem typischen Verlauf einer Schwangerschaft und deren Bedeutung für die Mutter unter besonderer Berücksichtigung der von Schleske (2007) postulierten Schwangerschaftsphantasien einerseits sowie des Phasenmodells Gloger-Tippelts (1988) andererseits. Auf Basis des regelhaft skizzierten Ablaufs einer Gravidität werden im anschließenden vierten Kapitel das mütterliche Erleben bzw. typische Verhaltens- und Reaktionsweisen im Falle einer Frühgeburt aus prä-, peri- und postnataler Perspektive herausgearbeitet, bevor der zweite, empirische Teil dieser Abschlussarbeit ansetzt.

Innerhalb des fünften Kapitels wird das der qualitativen Untersuchung zugrundeliegende Forschungsdesign elaboriert beschrieben. An diese grundlegenden Erläuterungen folgt im sechsten Kapitel die Darstellung der Ergebnisse der Interviewauswertungen anhand von Einzelfallanalysen. Der Diskussion bzw. fallübergreifenden Zusammenschau von Untersuchungsergebnissen inklusive Herstellens von Bezügen zum Theorieteil widmet sich das siebte Kapitel, ehe das Resümee (mit Ausblick) den Abschluss der Diplomarbeit bildet.

I THEORETISCHE GRUNDLEGUNG

1 FRÜHGEBURT

Der Terminus „Frühgeburt“ nimmt innerhalb der dieser Diplomarbeit zugrundeliegenden Fragestellung einen zentralen Stellenwert ein, obwohl er keinen originär pädagogischen sondern vielmehr einen typisch medizinischen Begriff darstellt. Infolgedessen wird zunächst die grundsätzliche Bedeutung einschließlich damit in Verbindung stehender wichtiger Sachverhalte erörtert, bevor anschließend psycho-physische Spezifika von Frühchen näher beleuchtet werden.

1.1 Definition des Begriffes „Frühgeburt“

Sofern eine Gravidität – vom Beginn der letzten Menstruationsblutung gerechnet – weniger als 260 Tage, sprich 37 anstatt normalerweise 40 Schwangerschaftswochen (SSW), andauert, wird unabhängig vom Geburtsgewicht von einer „Frühgeburt“ gesprochen. Obgleich Geburtsgewicht und Gestationsalter (Reife) in vielen Fällen in engem Zusammenhang stehen, können aufgrund eines retardierten Wachstums Diskrepanzen bestehen, wodurch klinische, auf Evidenz basierende Interventionen vorwiegend unter Berücksichtigung der Schwangerschaftsdauer gesetzt werden (Helm 2007, 8), zumal das Gewicht per se keinerlei Indizien/Prognosen für das kindliche Überleben liefert/zulässt (Sarimski; Porz o.J., 8). Mittels sogenannter Perzentilen (kurvenförmige Messlatte) kann geprüft werden, inwieweit das Verhältnis von Tragzeit zu Körpergröße und Geburtsgewicht kongruiert. Daher werden auch innerhalb der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übersetzten Klassifikation (ICD-10-GM Version 2011) verfrühte Geburten sowohl nach Gewicht als auch nach der Dauer des kindlich-intrauterinen Verbleibens aufgeschlüsselt:

P07.0 Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht (< 999 Gramm)

P07.1 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht (1000-2499 Gramm)

P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife (Gestationsalter < 28,6. SSW)

P07.3 Sonstige vor dem Termin Geborene (Gestationsalter < 29. – 37. SSW)

Im Unterschied zur Typologisierung nach DIMDI wird „Frühgeburt“ in Bezug auf die Gestationsdauer wie folgt definiert: Hierbei gelten all jene als frühgeboren, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW), aber nach der 32. SSW entbunden werden. Sehr (unreif) Frühgeborene werden zwischen der 28. und 31. SSW geboren

und bei extrem Frühgeborenen handelt es sich um jene Kinder, die bereits vor der 28. SSW zur Welt kommen (Gawehn 2010, 350).

Obwohl das Ausmaß der Frühgeburtlichkeit primär durch Einbeziehung der Kombination von Geburtsgewicht bzw. Gestationsdauer determiniert wird, finden im Zuge fachlicher Diskurse nicht nur Kategoriensysteme Anwendung, die ausschließlich auf der Reife des Kindes, sondern auch auf dem Körpergewicht zum Zeitpunkt der Entbindung basieren. In dieser Hinsicht erfolgt die Unterteilung in drei Gruppen: Wiegen Neugeborene zwischen 2000 und 1501 Gramm, handelt es sich um sogenannte „Low-Birth-Weight-Infants“. 1000 bis 1500 Gramm leichte Frühchen werden als „Very-Low-Birth-Weight-Infants“ deklariert. Erreichen Frühgeborene hingegen weniger als 1000 Gramm, so fallen sie in die Gruppe der „Extremely-Low-Birth-Weight-Infants“ (PerkinElmer 2009, 4). Anhand der divergierenden Klassifikationssysteme wird transparent, dass „Frühgeborene“ in ihren Extremen eine überaus inhomogene Gruppe bilden.

In Anbetracht der Tatsache, dass die neonatale Überlebensgrenze bereits bei 22 bis 24 SSW liegt, weist Marcovich (1996, 41) darauf hin, dass ein Kind etwas weniger als die Hälfte der Schwangerschaft intrauterin verbringen muss, um postnatal überhaupt lebensfähig zu sein. Der entscheidende Grund liegt ihr zufolge darin, dass erst in dieser Phase die kleinen Kapillaren in der Lunge so an die Lungenbläschen (Alveolen) anwachsen, dass diese den Gasaustausch ermöglichen.

Unter den zwischen der 22. bis zur vollendeten 23. SSW geborenen Frühchen liegt die Überlebenschance bei ca. 50%. Allerdings sind davon 20-30% infolge schwerwiegender körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen lebenslanglich auf Fremdbetreuung angewiesen. Ab der 24. SSW hingegen wird in der Regel das Repertoire an modernen, neointensiven Interventionen ausgeschöpft, um das kindliche Leben durch die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen zu sichern (Wolff 2007, 78). Im Grunde genommen stellt die Graviditätsdauer bis heute den wichtigsten Parameter für die Entscheidungsfindung wie auch die Beurteilung der fetalen Überlebenschancen dar (Ramsauer 2010, 464).

Um zu einer aussagekräftigen, validen Einschätzung des kindlichen Entwicklungsstandes insbesondere in den ersten paar Lebensmonaten zu gelangen und gleichzeitig vermeintliche „Überdiagnosen“ frühkindlicher Retardierungen zu minimieren, muss der Umstand der verkürzten Pränatalzeit vergegenwärtigt und daher vom sogenannten „korrigierten Alter“ ausgegangen werden. Zu dessen Ermittlung wird die Differenz

zwischen dem prognostizierten Geburtstermin und dem individuell erreichten Gestationsalter berechnet. Die auf diese Art und Weise erhobene Wochenanzahl wird dann in weiterer Folge vom jeweils erreichten Lebensalter abgezogen (Simon 2011, 43).

Eine spontane Frühgeburt ist nach der klassischen Kategorisierung entweder an eine vorzeitige Wehentätigkeit (d. h. regelmäßige Kontraktionen inklusive Zervixreifung), die eine vitale Gefährdung der Schwangeren und des Ungeborenen darstellt (Ramsauer 2010, 467) oder einen Blasensprung vor der 37. SSW gekoppelt (PerkinElmer 2009, 3). Die Diagnose einer vorzeitigen Wehentätigkeit erfolgt, sofern eine Frau zwischen der 22. und 37. Schwangerschaftswoche eine anhaltende Uterusaktivität und progressive zervikale Veränderungen mit oder ohne intakter Fruchtblase bzw. vaginaler Blutung aufweist. Mit dieser Feststellung geht die Abwägung der Vorteile einer Graviditätsverlängerung gegenüber etwaiger maternaler bzw. kindlicher Nebenwirkungen einher, denn die Wahl des „richtigen“ Entwicklungszeitpunktes stellt medizinisch betrachtet nach wie vor ein zentrales Problem dar (Ramsauer 2010, 466). Wenngleich ein Zugewinn von wenigen Tagen/Wochen zwischen der 28. und 34. SSW zu einer Verringerung der perinatalen Morbidität beiträgt, gibt es ab der 34. SSW keinerlei feststellbaren Nutzen für das Ungeborene, das intrauterin verbleiben intervenierend aufrechtzuerhalten. Sofern keinerlei Anzeichen auf eine unmittelbare Gefährdung des Kindes hindeuten, wird in Österreich zumindest eine Verzögerung der Geburt auf die 30. SSW bis 32. SSW angestrebt (Hauser 2011, 14).

Sobald die Gefahr einer vorzeitigen Wehentätigkeit besteht, können Mediziner/innen durch Verabreichung von Tokolytika (Wehenhemmer) versuchen, die Uteruskontraktionen zu stoppen bzw. zu unterdrücken. Diese Medikamente werden eingesetzt, um einerseits Zeit für eine antenatale Korticosteroidkur zu gewinnen; andererseits zielt die tokolytische Therapie darauf ab, falls erforderlich, den Transport in eine spezialisierte Klinik zu ermöglichen, weil die Verlegung in utero üblicherweise einer postnatalen gegenüber präferiert wird (ebd., 465). Die Gabe von Korticosteroiden (Hormone) an Schwangere sorgt für ein enorm beschleunigtes Heranreifen der kindlichen Lunge und soll auf diese Weise einem eventuellen perinatalen kindlichen Atemnotsyndrom entgegenwirken. Diese Hormone wirken allerdings erst nach ein oder zwei Tagen.

Im Falle einer iatrogenen Frühgeburt gelangt ein/e Gynäkologe/in zum Schluss, dass der Säugling infolge maternaler oder fetaler Komplikationen verfrüht entbunden werden muss. In diesem Zusammenhang wird die Wehentätigkeit gezielt mittels Medikamenten eingeleitet oder ein Kaiserschnitt durchgeführt (ebd.).

Um Frühchen vor einem Geburtstrauma zu bewahren bzw. diese durch Minimierung etwaiger Risiken (Vorliegen einer Steiß- anstatt Schädellage) so schonend und stressfrei wie möglich zu gebären, wird oftmals ein Kaiserschnitt bevorzugt. Hierdurch können Läsionen am Gehirn und ein Sauerstoffmangel vermieden werden (Müller-Rieckmann 1993, 19). Im Falle einer sehr verkürzten Tragzeit stellt eine Sectio aus einem medizinischen Blickwinkel betrachtet nicht automatisch die sicherste bzw. zuverlässigste Entbindungsart für das Ungeborene dar (Ramsauer 2010, 470). Trotzdem Marcovich; de Jong (2008, 43) zufolge über 50% aller Frühchen unter 1500 Gramm via Sectio geboren werden, betonen beide Autorinnen, wie das folgende Zitat vor Augen führt, die durchwegs positiven Effekte einer vaginalen Entbindung für Frühgeborene:

„Die Hormone spielen bei der Geburt eine wichtige Rolle. Bei einer spontanen Geburt produziert der mütterliche Körper Hormone, welche die Reifung der kindlichen Niere und Leber fördern. Die intensive Massage durch die Wehen, während das Kind im Geburtskanal ist, stimuliert das gesamte Nervensystem; Atmung und Reflexe kommen besser in Gang“ (Marcovich; de Jong 2008, 44).

Von dem organischen Nutzen abgesehen, attestieren Marcovich; de Jong (ebd. 45) des Weiteren, dass unreif Geborene insbesondere in Bezug auf die kindliche Atemfunktion, Durchblutung und den Insulinspiegel von einer vaginalen Entbindung profitieren. Wenngleich die Auffassung geteilt wird, dass ein Kaiserschnitt im Vergleich zum natürlichen Geburtsvorgang, aus kindlicher Sicht gesehen, als besonders „sanfte“ Entbindungsmethode fungiert, erlebt der Säugling den Übergang in die neue Welt durch eine Sectio nicht als langsamen, kontinuierlich anstrengenden Prozess, an welchem er direkt partizipiert, sondern als plötzlichen, überwältigenden Schock ohne Eigenbeteiligung. Darüber hinaus spürt das Kind im Zuge einer Sectio die Passivität der Mutter. Insofern vermisst das Ungeborene das ihm vertraute Zusammenwirken mit dem maternalen Körper, welches es bislang aufgrund seines intrauterinen Daseins gewöhnt war. Somit kommt es zu einer abrupten Trennung, die durch vielfältige postoperative Rahmenbedingungen bzw. damit in Verbindung stehende Konsequenzen (u. a. Narkose, Schmerzen der Mutter) längerfristig andauern kann (Krüll 2009, 168).

1.2 Ätiologie von Frühgeburten:

Nach wie vor bestehen keinerlei aufschlussreiche Erkenntnisse darüber, wodurch Frühgeburten, epidemiologisch betrachtet, letztendlich evoziert werden. Zahlreichen Veröffentlichungen (u.a. Kirschner; Hoeltz 2000; Ancel; Bréart 2000) zufolge können multiple Faktoren eine spontane oder iatrogene (vom Arzt) Frühgeburt auslösen.

Verhältnismäßig selten, aber doch ist eine verfrühte Entbindung auf kindliche Anlage- und Entwicklungsstörungen zurückzuführen; heutzutage überleben Ungeborene durch moderne medizinische Trends und Möglichkeiten trotz schwerwiegender organischer Schädigungen.

Häufiger handelt es sich um pathophysiologische, genetische und umweltbezogene Faktoren maternaler Herkunft: Hierzu zählen chronische Erkrankungen bzw. diverse urogenitale oder parodontale Infektionen. Daneben kann eine vorzeitige Geburt insbesondere bei Mehrlingsschwangerschaften durch eine mechanische Uterusdehnung hervorgerufen werden. Ungeachtet dessen bergen Ein-Kind-Schwangerschaften nach In-Vitro-Fertilisationen ein erhöhtes Frühgeburtenrisiko. Gesundheitsbeeinträchtigende Lebensgewohnheiten bzw. -bedingungen von Müttern, wie unzureichende medizinische Versorgung, starkes Unter- bzw. Übergewicht, übermäßiger Nikotin- und Alkoholkonsum tragen ebenso zu Frühgeburtsbestrebungen bei. Von physiologischen Problemen abgesehen, können auch psychische Belastungen (maternale Angst, Anspannung, Stress) durch Beeinflussung von biochemischen und körperlichen Abläufen während der Pränatalzeit zu einer vorzeitigen Entbindung führen (PerkinElmer 2009, 10ff).

Obwohl mittlerweile eine beachtliche Anzahl an für eine verfrühte Geburt in Frage kommenden ätiologischen Aspekten vorliegt, erblicken nach wie vor etwa 50% aller Frühchen die Welt, ohne dass eindeutige Erklärungen bzw. Gründe hierfür ab- bzw. angegeben werden können (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J., 7).

1.3 Physiologische Merkmale der Frühgeborenen:

Ungeachtet der ohnedies deutlich geringeren Körpergröße wie auch des Gewichtes, fehlen Frühchen noch die vor Kälte und Frieren schützenden Fettpölsterchen. Dadurch gewährt die durchsichtig rötlich gefärbte Haut Einblick in den winzigen, grazilen Körper und lässt gleichzeitig auch die dunklen Blutadern hervorscheinen. Deutlich veränderte Körperproportionen zeigen Frühgeborene dahingehend, als der Kopf ein Drittel der Gesamtgröße ausmacht. Aber auch der Bauch fällt relativ groß aus (Müller-Rieckmann 1993, 15). Insbesondere bei sehr unreif geborenen Babys handelt es sich um Kinder, die nicht wesentlich größer als eine Hand eines Erwachsenen sind, winzige Säuglinge, denen selbst die kleinsten Pampers-Windeln bis zum Hals reichen (Marcovich 1996, 1).

Darüber hinaus fehlen verfrüht entbundenen Babys oftmals noch die Augenbrauen, wodurch die Augen selbst recht schwulstig erscheinen. Auch die Entwicklung der Fin-

gernägel bis zu den Fingerkuppen ist zum Zeitpunkt der Entbindung nicht vollständig abgeschlossen. Ein Großteil der Hautoberfläche ist mit feinen, wolligen Lanugohärchen bedeckt. Zusätzlich zu einer sehr unrythmischen Atmung unterliegt die Körpertemperatur großen Schwankungen. In diesem Zusammenhang kommt erschwerend das Unvermögen unreif entbundener Neugeborener hinzu, „durch Kältezittern der Muskulatur die Wärmeproduktion zu steigern“ (Harms 2000, 345). Frühchen fallen aber auch durch ihren erhöhten Muskeltonus, gebeugte, hochgehaltene Arme mit zur Faust geschlossenen Händen und einem oftmals schmerzerfüllten, angespannten, apathischen Gesichtsausdruck auf.

Verfrüht zur Welt gekommene Säuglinge umfassen ihre Körperteile wie auch diverse gegenständliche Reize aus dem Umfeld vielfach mit ihren Füßen, greifen mit den Händen, führen ihre Extremitäten zum Mund, suchen mit ihrer Zunge und unternehmen große Anstrengungen, um sich in die Embryo-Stellung zu bringen (Als; Butler 2008, 51). Auch die frühkindlichen Reflexe wie Saugen und Schlucken sind weniger stark ausgeprägt. Insofern sind Frühgeborene postnatal nicht imstande, an ihren Fingern zu saugen. Immer wieder werden die kindlichen Körper einschließlich ihrer Extremitäten von plötzlichen, unwillkürlich auftretenden Zuckungen geschüttelt, denn Frühgeborenen ist es durch das Einwirken der Schwerkraft bzw. die niedrige Muskelspannung unmöglich, ihre Körperhaltung außerhalb des Uterus selbsttätig zu regulieren (Uhlemann 2000, 365).

Diese Beschreibung der äußeren Körpermerkmale lässt bereits erahnen, dass der Anblick bzw. die visuelle Konfrontation mit Frühchen von durchwegs ambivalenten Assoziationen begleitet werden kann.

1.4 Klinische Probleme frühgeborener Kinder

Bedingt durch die zum Teil sehr frühe und unter erschwerten Bedingungen ablaufende Entbindung wie auch die kindliche Unreife treten bei Frühchen postnatal häufig divergierende, gesundheitliche Komplikationen auf, da vorzeitig geborene Säuglinge oft mehrere Wochen benötigen, um sich an die extrauterinen Gegebenheiten anzupassen:

Mit der Geburt vollzieht das Neugeborene einen völlig abrupten Wechsel aus dem vertrauten, intrauterinen Milieu von 36,5 bis 37,5 Grad in die deutlich kühlere thermische Atmosphäre des Kreißsaales von etwa 20 bis 25 Grad. Aufgrund des bereits erwähnten ungünstigen Verhältnisses von Körpervolumen zu Körperoberfläche, der dünnen Haut und des stark reduzierten isolierenden subkutanen Fettgewebes laufen sehr unreif geborene Babys beständig Gefahr, in eine Hypothermie (zu geringe Kör-

pertemperatur) zu verfallen (Harms 2000, 345). Denn die Energiereserven, die sich aus rasch mobilisierbarem braunem Fettgewebe und Glykogenspeichern zusammensetzen, entwickeln sich überwiegend erst in den letzten acht Schwangerschaftswochen (Hopfner et al. 2005, 334f). Dementsprechend unzureichend, erschöpfen sich die endogenen, metabolischen Gegenregulationsmechanismen zur Thermogenese schnell (Harms 2000, 345). Gleichzeitig kommt es dadurch zu einem erhöhten Energieumsatz (ebd.). Dieser bedingt einen stark erhöhten Sauerstoff- und Kalorienverbrauch bei vielfach schlechter Nahrungsverträglichkeit. „Daraus resultiert ein kataboler Zustand, in dem das Kind körpereigene Substanzen abbaut und an Gewicht verliert“ (Hünsele 2005, 29).

Ein ernstzunehmendes Problem stellt die kindliche Atmung dar: Nachdem sich die volle Lungenfunktion, phylogenetisch betrachtet, erst in der 34. bzw. 35. Schwangerschaftswoche entwickelt, zumal sich zu diesem Zeitpunkt das Surfactant (eine grenzflächenaktive, proteinhaltige Substanz) bildet, das nicht nur die Stabilität der Alveolentätigkeit sicherstellt, sondern durch Senkung der Oberflächenspannung auch einem Lungeninfarkt entgegenwirkt, atmen Frühgeborene in Abhängigkeit von ihrer individuellen Organunreife unzuverlässig. Im schlimmsten Fall führt die unzureichende kindliche Eigenatmung zu einem (vorübergehenden) Atemstillstand (Apnoe), da das Surfactant-Defizit dazu führt, dass sich an den Innenflächen der Lungenbläschen feine Häutchen bilden, die den pulmonalen Gasaustausch behindern. Abgesehen davon holen Frühchen infolge ihrer eingeschränkten Muskelaktivität sehr schnell und oberflächlich Luft, wodurch Sauerstoff nicht immer in ausreichender Menge in die Lungenflügel eindringt.

Zusätzlich zur eingeschränkten Sauerstoffversorgung ist die Herzschlagfrequenz von unreif Geborenen stark herabgesetzt. Im Normalfall weisen Frühgeborene eine Frequenz von 120 bis 160 Herzschlägen pro Minute auf. Sofern diese Anzahl auf einen Wert unter 100 Schläge pro Minute absinkt, wird von einer Bradykardie gesprochen. Derartige Komplikationen gehen vielfach mit einem niedrigen Blutdruck einher.

Zurückzuführen auf die Fragilität der Blutgefäße zum einen und extreme Blutdruckschwankungen zum anderen, welche daraus resultieren, dass vom Frühgeborenen noch kein autoregulativer Schutz gegen Blutdruckerhöhung im Hirn entwickelt werden konnte, treten bei etwaigen Veränderungen der Blutflussgeschwindigkeit vor allem während der Peri- und Postnatalzeit Hirnblutungen um bzw. in die Ventrikel (Hirnhohlräume) auf. Derartige (mehr oder weniger starke) Blutungen, aber auch andere Schädigungseinflüsse wie Sauerstoffmangel oder Hirnhautentzündungen lösen mitunter Krampfanfälle aus. Infolge unvorhersehbarer salvenartiger Entladungen in einzelnen

Bereichen des Gehirns wird rhythmisches Faszikulieren (Nervenzucken) äußerlich sichtbar (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J, 11).

Das Fehlen entwicklungsadäquater Erfahrungen durch das vorzeitige Eintreten in die extrauterine Welt führt zu anhaltender Überaktivität des kindlichen Hirnstammes als Reaktion auf den Kampf ums Überleben, da sich auch die Entwicklung des Gehirns in einer sehr verwundbaren Phase befindet. Einige Komponenten dieser Angst-Reaktion, die vom Hirnstamm ausgeht (u. a. Regulation des Herzschlages bzw. des Blutdruckes) werden dann selbst übermäßig sensibilisiert. Zum Teil verursachen alltägliche Belastungen, die bislang keinerlei Reaktionen hervorgerufen haben, plötzlich Überreaktionen. Eine derartige neurophysiologische Anpassungsreaktion im Sinne von Übererregung breitet sich aus, bleibt bestehen und äußert sich mitunter als motorische Hyperaktivität, Impulsivität, Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung, Trägheit oder Vermeidungsverhalten (Champion 1999, 88).

Weitreichende Schwierigkeiten resultieren des Weiteren aus dem noch nicht vollständig herangereiften Verdauungsapparat, zumal das gastrointestinale und renale System zu früh gezwungen wird, sich an eine extrauterine Nahrungsversorgung zu gewöhnen. Verursacht durch die fehlende Bauchdeckenmuskulatur wie auch herabgesetzte neuronale Verarbeitungsabläufe im kindlichen Gehirn, können Frühchen im Zuge des Stuhlgangs nicht pressen, wodurch die mangelnde Beweglichkeit bzw. Entleerung des Darms oftmals Komplikationen hervorruft (Marcovich 1996, 44). Nicht wesentlich einfacher gestaltet sich die Nahrungsaufnahme, da Frühchen häufig an Schluck- bzw. Saugbeschwerden leiden. Der mangelnden Koordinationsfähigkeit zufolge besteht die Gefahr, dass die einverleibte Flüssigkeit aspiriert wird, wodurch eine Aspirationspneumonie provoziert werden kann.

Von der bereits angesprochenen eingeschränkten Heranreifung der kindlichen Blutadern sind auch die Gefäße in der Netzhaut betroffen. Insofern kann eine erhöhte Sauerstoffspannung (durch notwendige Sauerstoffgabe) im Blut eine vermehrte Neubildung dieser Gefäße bewirken. Unter Umständen legen sich diese dann an den Glaskörper an und evozieren in weiterer Folge eine Schädigung oder Ablösung der Retina (Netzhaut) (Müller-Rieckmann 1993, 16).

Aufgrund eines geschwächten Immunsystems im Allgemeinen und eines Mangels an Antikörpern sowie einer funktionalen Unreife der weißen Blutkörperchen im Besonderen neigen unreif Geborene zu häufigen, gesundheitsgefährdenden Infektionen. Das Eindringen diverser Keime kann darüber hinaus auch durch lebenserhaltende, intensivmedizinische Interventionen einschließlich damit verbundener technischer Utensilien (Beatmungsschläuche, Infusionsnadeln, etc.) begünstigt werden.

Regelmäßige, innerhalb kurz aufeinander folgender Intervalle vorgenommene Blutabnahmen bei zu geringem Blutvolumen können zur Bildung von Anämien beitragen. Diese vielfach mittelfristig, lediglich innerhalb der ersten Lebensmonate auftretenden Probleme können nicht immer vollständig kuriert werden. Teilweise bleiben, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht, lebenslänglich irreversible Beeinträchtigungen zurück, denen, wenn überhaupt, ausschließlich palliativ entgegengewirkt werden kann:

„Als langfristige körperliche Auswirkungen werden vor allem neurologische Störungen (Cerebralparese, leichtere Bewegungsstörung), Sinnesschädigungen (Seh- und Hörbehinderung), Fütter- und Essprobleme und kognitive Entwicklungsstörungen in Form von geistiger Behinderung, Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen, späteren Teilleistungsstörungen und Sprachentwicklungsstörungen genannt“ (Simon 2011, 44).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass etwaige aus der Frühgeburtlichkeit erwachsende Schädigungseinflüsse in erster Linie aus dem Grad der organischen Unreife resultieren, da Frühchen den Anforderungen an ein extrauterines Leben noch nicht adäquat gewachsen sind.

1.5 Zu früh geboren – aus dem Fokus des Kindes

Durch ein vorzeitiges Ende des intrauterinen Daseins ergeben sich aus Sicht des Säuglings ganzheitlich betrachtet zahlreiche Risikofaktoren in Bezug auf sein prospektives Leben. Zwei davon betreffen, wie Höck (1999, 49) anmerkt, seine eigene Person direkt¹²: Auf biologischer Ebene einerseits durch unterbrochene körperliche Reifungsvorgänge und auf der psychosozialen Ebene andererseits aufgrund veränderter prä-, peri- und postnataler Vorerfahrungen. Nachdem die vorangegangenen Ausführungen zu den körperlichen Charakteristika bzw. zu klinischen Problemen von Frühgeborenen bereits implizit zum Ausdruck brachten, dass die extrauterinen Umgebungsbedingungen Frühchen aufgrund ihrer körperlichen Konstitution ein enorm hohes Maß an Eigenleistung und Anpassung abverlangen, wird nun das kindliche Erleben einer verfrühten Entbindung bzw. damit einhergehender Konsequenzen in den Fokus gerückt, weil die enorme Vorzeitigkeit nicht nur auf den Prozess der Eltern-¹³ sondern auch auf den der Kindwerdung Einfluss nimmt. Denn neurobiologische Forschungsberichte liefern mittlerweile den Nachweis, „dass, lange bevor Intellekt und

¹² In diesem Konnex fügt Höck (1999, 49) neben den direkt aus der kindlichen Person resultierenden Problemen auch spezifische Risikofaktoren hinzu, die indirekt auf Schwierigkeiten der Bezugspersonen (verursacht durch die situative Lage derer, einschließlich damit verbundener Begleitumstände) zurückzuführen sind. Nachdem das mütterliche Erleben im Kapitel 4 eingehend erörtert wird, findet dieser Aspekt an dieser Stelle keinerlei Berücksichtigung.

¹³ Die Auswirkungen einer verfrühten Geburt auf das mütterliche Erleben werden im Kapitel 4 gesondert behandelt!

psychisches Bewusstsein wirksam werden, ein psychisches Erleben existiert, das alle Körpervorgänge begleitet, und dass sensorische und soziale Einflüsse bereits vom Fötus psychisch bearbeitet werden“ (Israel; Reißmann 2008, 13):

An und für sich erhalten fetale Säuglinge im mütterlichen Uterus beständig sensorische und kinästhetische Stimuli aus der Fruchtblase wie auch dem Fruchtwasser. Diese Reize stellen sicher, dass sich das motorische bzw. sensorische System während der Pränatalzeit adäquat entwickelt. In diesem Zusammenhang werden die Sinnesorgane einerseits von Natur aus in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit angelegt (taktil, auditiv, gustatorisch, olfaktorisch und visuell). Unter den sensorischen Verarbeitungskanälen ist das taktile System dasjenige, welches sich in utero als erstes etabliert und zum Zeitpunkt der Entbindung am weitesten ausgereift ist (Sarimski 2000, 38). Während etwaige kindliche Bewegungen und Lageveränderungen im Mutterleib durch „Schweben“ bzw. Schwimmen im Fruchtwasser wenig Kraftaufwand erforderten, bedürfen dieselben Abläufe postnatal großer muskulärer Anstrengungen aufgrund Einwirkens der Schwerkraft. In diesem Sinn ersetzen der scharfe Geruch von Desinfektionsmitteln und der bittere Geschmack von Medikamenten das von der Mutter geprägte Geschmacks- und Geruchsspektrums des Fruchtwassers (Huppertz et al. 2005, 16).

Vor allem mit der Fähigkeit, auditive Reize durch die Bauchdecke zu internalisieren, kommt eine soziale Komponente zum Tragen. Denn laut Chamerlain (zit. n. de Jong; Cremer 1998, 25) kann das „präinatale Gehör“ als „private Telefonleitung“ deklariert werden, die bereits lange vor der Entbindung die Unterhaltung mit der Familie erlaubt. Bereits zu diesem Zeitpunkt spürt das Ungeborene den emotionalen Klang der mütterlichen Stimme, wenn diese durch leises und beruhigendes Sprechen mit dem Kind in Kontakt tritt. Dennoch verläuft der kommunikative Austausch zwischen Mutter und Kind primär auf nonverbaler Ebene (ebd., 72). Es steht außer Zweifel, dass das Baby bereits intrauterin „die Kompetenz bereithält, bei seinem Eintritt in die Welt draußen einen ganzen Fächer von Empfindungen und echten Gefühlen, sogar ziemlich differenzierten Beziehungsgefühlen zu entfalten“ (Zimmer zit. n. Gratzemberger 2004, 22). Durch den abrupten Abbruch der Schwangerschaft, konstatieren Israel; Reißmann (2008, 54), geht dem Säugling die einmalige mütterliche Stimme verloren und wird mit einer völlig differenten Geräuschkulisse im neointensiven Setting eingetauscht: „Stattdessen dringt trotz aller Rücksichtnahme ständig eine Mischung aus verschiedenen Stimmen, Pieptönen, Babygeschrei, Telefonklingeln, Gesprächen, Maschinengeräu-

schen an sein Ohr. Dieser Geräuschpegel wird für viele Frühgeborene der Ur-Sound, der zu ihrem Dasein gehört“.

Andererseits ist auch die vorgeburtliche Funktionsaufnahme der Sinnesorgane, wie Krüll (2009, 117) darlegt, genetisch determiniert: Jeder Mensch hat während der Pränatalzeit „ähnliche Wahrnehmungen mit seinen Sinnen gemacht. ... Die uterine Welt war für alle Menschen auf der ganzen Welt relativ gleich“ (ebd.) und bestimmt die Vorgänge des kindlichen Wahrnehmens und Erlebens während der Schwangerschaft (Müller-Rieckmann 1993, 18).

Trotzdem entwickelt jedes Ungeborene seine „ganz individuellen sinnlich-motorischen Fähigkeiten, die sich eben aus den Besonderheiten [seiner] eigenen Mutter, ihrer Körperlichkeit, ihrer Lebensweise, ihres weiteren sozialen Umfeldes ergaben“ (ebd., 83). Auf diese Art und Weise wird mit der zunehmenden Ausdifferenzierung der fetalen Wahrnehmungssysteme die Verbundenheit zur Mutter intensiver (ebd.) und damit einhergehend das Empfinden von „Befindlichkeiten (Emotionen)“ für das heranwachsende Ungeborene erlebbar (Müller-Rieckmann 1993, 11).

Wenngleich die sensorische Organentwicklung per se auch bei verfrüht zur Welt gekommenen Babys gegeben ist, denn die Sinnesorgane nehmen ihre Arbeit bereits vor ihrer umfassenden Ausdifferenzierung auf (Spatz 2004, 17), weisen Frühchen vor allem in Hinblick auf die qualitative Ausbildung bzw. die volle Funktionsfähigkeit derselben noch ausgeprägte Defizite auf (Sarimski 2000, 38).

In der Gebärmutter findet das Kind bekannte Rhythmen (wie Herzschlag, Gefäß- und Verdauungsgeräusche) in einer vertrauten Umgebung vor, nämlich im Medium Fruchtwasser, welches auch auf das Eindringen etwaiger Reize (Licht, Geräusche, Mitteilungen über den mütterlichen Resonanzkörper) modifizierend einwirkt. Dadurch macht ein Ungeborenes in der Regel neben vielfältigen sensorischen auch räumliche Erfahrungen, die sich aufgrund des biologischen Wachstums allmählich, aber trotz allem kontinuierlich verändern, konkret von weit zu eng/begrenzt, von groben zu feinen Bewegungen, mit zunehmendem Kontakt zum eigenen Körper (Höck 1999, 50).

Im Normalfall geschieht dies in einer geschützten Atmosphäre, indem der maternale Organismus das Ungeborene vor äußerlichen Störungen schützt und parallel dazu eine verlässliche Zufuhr von Nahrungsstoffen einschließlich Wiederkehren hormoneller und chronobiologischer Rhythmen gewährleistet (Als; Butler 2008, 55). Die Tagesrhythmen der Mutter sorgen für angemessene intrauterine Differenzierung von Bewusstseinszuständen wie auch „Inputs“ und Erfahrungen, die für das Heranreifen der kindlichen Sinnesorgane erforderlich sind. So fungieren die Herztöne der Mutter als

permanente klangliche Begleitung, deren Wechsel von schnellen zu langsamen Rhythmen das Kind im Bauch mit ihren Aktivitäten und Stimmungen in Verbindung bringt (Krüll 2009, 101). Die Zeit vor der Entbindung prägt das Lebensgefühl eines Kindes beträchtlich, indem sie starken Einfluss darauf ausübt, ob sich das Neugeborene wohl-, allein oder verlassen fühlt, ob es erschöpft ist oder das Gefühl hat, aus dem Vollen zu schöpfen (Janus 2002, 7). „Alles, was ein Kind im Mutterleib braucht, ist die liebevolle Bestätigung seines Da-Seins in Geborgenheit“ (de Jong; Cremer 1998, 77).

Frühgeborene erleben das intrauterine Kontinuum nicht nur weniger lange und intensiv (ebd., 118), sondern die Ablösung kommt unerwartet plötzlich und sie werden im selben Atemzug mit dem Eindringen einer Flut neuer Eindrücke überrascht, „die von der Evolution eher in einem gestaffelten Zeitrahmen vorgesehen [sind]“ (Als; Butler 2008, 49).

Im Leben von Frühchen ist die schützende Umhüllung viel zu früh verloren gegangen. Die Geborgenheit und Dunkelheit der Gebärmutter entfallen vorzeitig, wodurch das Frühchen im Grunde genommen in ein lebensfeindliches Umfeld hinein geboren wird (Hünseler 2005, 28). Die ganz enge Vertrautheit mit der Mutter ist abgebrochen, wodurch Frühchen einen vollkommen anderen psychischen Bezug zur Mutter aufbauen (Höck 1999, 50). Hüther (2002, o. J.) zufolge versetzt einen Säugling nichts derart in Stress und Angst, wie der plötzliche Verlust der Mutter. Diese Problematik betreffend gibt Meddur-Gleissner (2010, 63) zu denken: „Ein lebendiges Objekt, das seine Affekte erwidert, ist nur bedingt oder nicht ausreichend vorhanden. Die primären Liebes- und Hassgefühle des Kindes können in dieser Zeit nicht ausreichend in ein mütterliches Objekt projiziert und von ihm gehalten werden. Das heißt, es fehlt an einer lebendigen Interaktion“.

Zur (enormen) Vorzeitigkeit der einsetzenden Geburt kommt erschwerend hinzu, dass diese hinsichtlich ihres Ablaufs (mit Komplikationen), der Form (vielfach via Sectio), des Ortes, der beteiligten Personen (Gynäkolog/inn/en und Neonatolog/inn/en), des Anteils an Selbstbestimmung und Eigenaktivität und der weiteren Folgen (z. B. medizinischer Kampf ums kindliche Überleben) in den überwiegenden Fällen vom Natürlichen stark abweicht (Höck 1999, 50).

Unter Berücksichtigung der vorausgegangenen Überlegungen stehen Frühchen vor der Herausforderung, sich auf Basis verkürzter vorgeburtlicher Erfahrungen im Mikrokosmos des maternalen Körpers im Makrokosmos der postpartalen, „realen Welt“ zu beheimaten (Janus 2007, 7ff).

Bedingt durch die vorzeitige Entbindung wird das Frühchen aus seiner gewohnten Umgebung im Körper seiner Mutter plötzlich in ein Reizumfeld einer Intensivstation hineingeboren, das sich in der Art und dem Ausmaß an einströmenden Stimuli radikal nicht nur von der maternalen Gebärmutter unterscheidet, sondern auch von dem üblich familiären Kontext (Huppertz et al. 2005, 16). In Anbetracht dieser Tatsache werden im Zuge des folgenden Kapitels die Charakteristika einer Neonatologie sowie die daran gekoppelte intensivmedizinische Versorgung und Pflege von Frühchen ausführlich behandelt.

2 NEONATOLOGIE

Ganz allgemein gesprochen hat sich die Neonatologie¹⁴ bzw. die neonatologische Intensivmedizin im Laufe der vergangenen Jahrzehnte zu einem Kerngebiet der Pädiatrie (Kinderheilkunde) entwickelt, in welchem insbesondere Risikoneugeborene und sehr unreife Frühchen immer stärker in den Vordergrund rücken (Pawlowski; Böttcher; Gietzelt 2000, 373). Parallel dazu hat sich die Intensität der medizinischen Interventions- und Therapiemöglichkeiten um ein Vielfaches erhöht. Das übergeordnete Ziel der medizinischen Behandlung von Frühchen besteht in der Unterstützung der noch unzulänglich gereiften physiologischen Funktionen und Organe, ohne ihm dadurch psychosozial zu schaden.

Allen auf dieser Station untergebrachten Säuglingen ist gemeinsam, dass sie „ebenso wenig dem Wunschbild von einem Baby mit rosigen Pausbäckchen ähneln“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J, 12). Trotzdem enorme Fortschritte in den Bereichen der Medizintechnologie und Pharmakologie einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung neonataler Sterblichkeit geleistet haben, werden Neugeborene in diesem Setting intensiv- bzw. palliativmedizinisch¹⁵ betreut, bei denen der Ausgang aufgrund infauster Prognose ungewiss ist. Im Rahmen der Frühgeborenenversorgung wird man mit Babys konfrontiert, die „normalerweise dem menschlichen Auge noch gar nicht zur Verfügung stehen sollte[n], weil [sie] noch in den Bauch gehören“ (Marcovich; de Jong 2008, 26).

Zusehens wächst die Einsicht, dass die Aufgabe neointensiver Versorgung nicht nur in der Sicherung des Überlebens besteht, sondern auch „für die Lebensqualität zu sorgen ist eine Schlüsselverantwortung der professionellen Arbeit in den Intensivstationen für Frühgeborene“ (Als; Butler 2008, 47). In diesem Sinne besteht das oberste Behandlungsziel darin, den Frühgeborenen soweit es geht ein Leben ohne Behinderungen zu ermöglichen (Porz 2010, 25). Die Umsetzung dieser Expertise erfordert allerdings eine Sensibilität für kindliche Bedürfnisse bzw. „gründliches Wissen und Verständnis für die neurologische und verhaltensneurologische Entwicklung“ (ebd.). Es steht außer Zweifel, dass „erfolgreiches (medizinisches) Krisenmanagement in den ersten Lebenswochen das Fundament [bildet], auf dem das Leben (sehr kleiner) Frühgeborener steht“ (Hauser 2011, 15), denn „die erste Umwelt eines Frühgebore-

¹⁴ Kompositum aus dem griechischen *néo-*, »neu«, dem lateinischen *natus* »geboren« und dem griechischen *-logia* »Lehre«, »Wissenschaft«.

¹⁵ Der Begriff »palliativ« kommt ursprünglich aus dem Lateinischen und bedeutet Mantel. Insofern zielen palliative Interventionen darauf, einen schützenden Mantel um den schwerkranken Säugling zu legen. Wärme, Würde, Schmerzlinderung und menschlicher Kontakt gelten als Basiselemente palliativer Versorgung/Pflege und sollen den zwischenmenschlichen Umgang vor Ort prägen (Jotzo 2005, 4f).

nen ist die Frühgeborenenstation. Das bedeutet in der Realität: Schleuse, Sterilität und räumliche Trennung von der Mutter“ (Meddur-Gleissner 2010, 62). Auf Grund dessen liegt der Fokus neointensiver Bestrebungen auf einer ganzheitlichen Betrachtung des Kindes: Dieses wird gemäß Linderkamp (2005, 116) „als Einheit und nicht als Summe einzelner Organe gesehen, die durch Spezialisten behandelt werden“.

Das neonatologische Umfeld umfasst in struktureller Hinsicht ein Repertoire an intensivmedizinischen Apparaturen bzw. Geräten und in personeller Hinsicht ein Team an kompetenten Fachärzt/inn/en und Pflegepersonal. Im Optimalfall wird dieses durch eine Reihe an weiteren interdisziplinären Professionist/inn/en komplettiert.

2.1 Technische Geräte

Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde, sind zum Zeitpunkt einer verfrühten Geburt einige physiologische Systeme des Neugeborenen noch unzureichend ausgereift, weshalb es des zusätzlichen Einsatzes vieler Hightech-Geräte bedarf, um die Lebensfunktionen des Kindes überwachen und aufrecht erhalten zu können:

Das typische Erscheinungsbild von neonatologischen Stationen wird primär vom Anblick von Inkubatoren geprägt: Ein Brutkasten (Inkubator) stellt prinzipiell den ersten Lebensraum eines preterm geborenen Säuglings dar. Es handelt sich dabei um ein spezielles Bett mit einer geschlossenen Plexiglashaube, das das Neugeborene von Umgebungsreizen (vor allem Kälte und Lärm) abschirmt. In dieses ist ein Klimagerät integriert, welches für ein spezifisches Klima sorgt, indem die Temperatur, die Luftfeuchtigkeit und der Sauerstoffgehalt an die Bedürfnisse des Frühgeborenen individuell angepasst werden können. Durch die individuelle Adaption dieser Parameter kann für das unreif Geborene eine Erleichterung bei der Aufrechterhaltung wichtiger Stoffwechselprozesse, wofür dieses auf ausreichend Wärme angewiesen ist, herbeigeführt werden (Buch 2005, 25). An und für sich sollte die Umgebungstemperatur eines Frühgeborenen bei etwa 37°C liegen. Ungeachtet der allgemeinen Tendenz, die Temperatur im Inkubator zu erhöhen, kann nach Art des Einkuscheln des Kindes eine Reduktion erforderlich sein, um Wärmestress entgegen zu wirken (ebd.). Sobald Frühchen imstande sind, ihre Körpertemperatur weitgehend selbst zu regulieren, werden sie in der Regel in ein sogenanntes Wärmebettchen transferiert. Dieses ist im Unterschied zu einem Inkubator nicht mehr vollständig abgeschlossen. Stattdessen wird dem Kind zusätzliche Wärme durch eine Matte auf der Unterseite bzw. von oben per Strahler zugeführt.

Um den Herzschlag, die Atmung bzw. die Sauerstoffsättigung im Blut zu kontrollieren, werden vier kleine Elektroden (Sensoren) auf dem Thorax des Frühchens angebracht, die mit einem Monitor verkabelt sind. Der Monitor hat die Aufgabe, Veränderungen lebenswichtiger Parameter zu registrieren. Sobald bestimmte Werte über- oder unterschritten werden, schlägt das Gerät Alarm, damit das stationäre Personal rechtzeitig und adäquat etwaigen Bedrohungen entgegenwirken kann. Die Werte per se werden durch Kurven bzw. Zahlen auf einem Bildschirm visualisiert. Zum Teil ertönen auch dann Warnsignale, wenn infolge unsachgemäßen Anbringens bzw. Ablösens der Elektroden nicht mehr gewährleistet ist, dass die Apparatur richtige Daten liefert. Über eine mittels Pflaster bzw. Klettstreifen an den Extremitäten befestigte Sonde kann die Sauerstoffsättigung im Blut gemessen werden.

Während sich die soeben beschriebenen Hightech-Geräte für die Beobachtung von Körperfunktionen eignen, unterstützt die zweite Gruppe das Ausführen derselben, solange das Neugeborene auf medizintechnische Unterstützung angewiesen ist. Weist das kindliche Atemzentrum Unzulänglichkeiten auf, muss es beim Ausbleiben der Spontanatmung an eine künstliche Beatmungsmaschine angeschlossen werden. Hierfür wird dem Baby ein dünner Plastikschlauch (Tubus) nasal oder oral in die Luftröhre gelegt. Mittels Respirators wird vorgewärmte, befeuchtete Luft in die Lungen des Neugeborenen gepumpt. Dabei reguliert der/die behandelnde Arzt/in den Beatmungsdruck, die Beatmungsfrequenz wie auch den Sauerstoffgehalt manuell in Abhängigkeit von den kindlichen Blutgaswerten. Bei einer dementsprechenden invasiven Beatmung ist zwar ein Aspirationsschutz gegeben und der Magen wird nicht gebläht, da sie aber einen permanenten positiven Druck auf die Lunge ausübt, stellt diese dennoch eine höchst unphysiologische Form der Atmung dar, wodurch bei Frühgeborenen nach einer langfristigen Intubation immer wieder schwerwiegende Läsionen an der Lunge verursacht werden. „Gewebe, das eigentlich weich und besonders gut luftdurchlässig ist, versteift sich durch die mechanische Reizung der Beatmung“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ 2011, 56). Außerdem versucht man, dem Kind trotz Beatmung noch einen Rest an Eigenatmung zu ermöglichen, um seine Atemmuskulatur zu trainieren (Jorch 2007, 10).

Als Alternative zur künstlichen Beatmung hat sich auf dem Gebiet der neonintensiven medizinischen Versorgung vor allem die CPAP¹⁶-Beatmung etabliert. Dabei handelt es sich um eine Form der Atemunterstützung, die eine prinzipiell funktionsfähige Lun-

¹⁶ CPAP ist die englische Abkürzung für „continuous positive airway pressure“

genmechanik und Eigenatmung voraussetzt. Dem Neugeborenen wird hierzu über den gesamten Atemzyklus hinweg via Nasenmaske positiver Druck angeboten, da Säuglinge nasal inspirieren. Auf diese Weise verbessert sich die Oxygenierung und das Kollabieren der Alveolen bei der Expiration kann durch Vergrößerung der Gasaustauschfläche unterbunden werden. Nachdem die durch die CPAP evozierten Druckverhältnisse in den oberen Atemwegen den intrauterinen Verhältnissen gleichen, wird dieser Art der Beatmung in der Frühgeborenenversorgung eine lungenprotektive Wirkung attestiert, da sie einen positiven Beitrag zur extrauterinen Lungenentwicklung leistet. Darüber hinaus hat die Maskenbeatmung den Vorteil, dass ein Auseinanderdrängen der kindlichen Stimmbänder vermieden werden kann, sodass das Kind in der Lage bleibt, Laute von sich zu geben (Marcovich; de Jong 2008, 114). Wenngleich die nicht invasive CPAP-Beatmung als verhältnismäßig sanfte und effektive Methode der respiratorischen Behandlung fungiert, können zentral bedingte Atempausen dadurch weder verhindert noch therapiert werden. Im stationären Alltag des neointensiven Personals ist diese Beatmungsform unter dem Namen „Infant Flow“, wie anhand der Einzelfallanalysen im Kapitel 6 transparent wird, geläufig. Davon abgesehen besteht bei einer langfristigen Intubation, wie Bruhn (2010, 43) ausführt, die Gefahr, dass diese zum Entstehen nicht organisch bedingter Fütterstörungen beiträgt, weil hierdurch beim Frühgeborenen eine ausreichende, altersadäquate, physiologische Stimulation unterbunden wird und in weiterer Folge ein sensorisches Defizit zurückbleibt, wie das folgende Zitat näher erklärt:

„Orales Explorieren durch Hand-Mund-Kontakt ist nicht genügend erfahrbar. Lange und unphysiologische Sondierungszeiten verhindern die Herausbildung eines natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühls. Weiterhin haben sondierte Kinder nur rudimentäre gustatorische Erfahrungen“ (ebd.).

Überdies wird sehr unreif Geborenen anfangs noch nicht zugemutet, eigenständig an der Mutterbrust bzw. aus einem Fläschchen zu trinken, da die enterale Nahrungszufuhr zu Komplikationen führen könnte. In diesen Fällen werden Frühchen parenteral mittels Magensonde und Infusionen durch einen Katheter ernährt bzw. mit unterschiedlichen Flüssigkeiten (Vitaminen, Elektrolyten, Spurenelementen, etc.) versorgt.

Selbst wenn diesen soeben beschriebenen medizintechnischen Verfahren aufs Erste lebensrettende Funktion zukommt, ist dennoch anzumerken, dass „solch künstlichen [sic!] Regulationen der Körperfunktionen ihrerseits auch neue Probleme schaffen können“ (Sarimski; Porz o. J., 13), weil die Frühgeborenen durch diese gleichzeitig dem enormen Risiko erheblicher Organschädigungen (u. a. chronische Lungenkrank-

heit, Gehirnblutungen, Narbenbildung und/oder Ablösung der Retina) ausgesetzt werden. Ferner bewirken einige Merkmale der Intensivpflege eine starke Beeinflussung der neurostrukturellen, neurophysiologischen und neuropsychologischen Entwicklung des Neugeborenen, einschließlich aller mit diesen Bereichen verknüpften mentalen und emotionalen Fähigkeiten (Als; Butler 2008, 49).

2.2 Neointensivpflege – ein herausforderndes Arbeitsfeld

Obgleich bislang der Eindruck erweckt wurde, dass neointensive Betreuung lediglich medizinische Ziele verfolgt, wird anhand des nachfolgenden Zitats von Uhlemann et al. 2000 verdeutlicht, dass unter dem Terminus „neonatologische Intensivmedizin“ weit mehr (interdisziplinäre) Faktoren subsumiert werden, als ausschließlich medizinische Interventionen.

„Das Ziel neonatologischer Intensivmedizin besteht einerseits darin, das körperlich unversehrte Überleben der Frühgeborenen mit allen Möglichkeiten der heutigen Intensivmedizin zu sichern und andererseits der Prävention psychosozialer Probleme, die sich aus der Trennung von Mutter bzw. Familie und Kind ergeben, größte Aufmerksamkeit zu schenken“ (Uhlemann et al. 2000, 359).

Zu einer ähnlichen Auffassung ist Jotzo (2005, 67) gelangt, indem sie die Kooperation bzw. das gemeinsame Partizipieren divergierender Professionen am Wohlbefinden des Kindes in den Vordergrund rückt, wobei sie im Zuge dessen insbesondere auf die allen gleichermaßen zukommende Verantwortung in zwischenmenschlicher Hinsicht aufmerksam macht:

„Die Arbeit in der Neonatologie hat mit Medizin zu tun, mit Psychologie, Sozialarbeit, Ethik und Philosophie – kurz und knapp: mit Menschlichkeit“ (Jotzo 2005, 67).

In diesem Zusammenhang muss mit Sarimski (2000, 52) hinzugefügt werden, dass die Realisierung eines harmonischen Miteinanders vielfach von Vorneherein mit Spannungen verbunden ist, zumal es vor allem einer Abstimmung der Pflegehandlungen mit den ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen bedarf, die sich aber insbesondere unter überfordernden Arbeitsbedingungen oder dem Vorrang der medizinischen Versorgung in der Realität als sehr schwierig erweist. Insofern kann diese auch nicht verordnet werden, sondern nur in einem gemeinsamen Prozess aller Teilhabenden auf der Station gelingen. „Zeit für kommunikativen Austausch außerhalb der versorgungsorientierten Routine und Bereitschaft zu partnerschaftlichem Umgang miteinander sind bei dieser Reflexion unerlässlich“ (Sarimski 2000, 53).

Unabhängig von prinzipiell kontroversen Aufgabenbereichen und daran gekoppelten Zielsetzungen, die allein aus dem Zusammentreffen verschiedener Berufsgruppen

resultieren, können zusätzliche Faktoren wie fehlende Räumlichkeiten, beschränkte finanzielle Mittel und knappe personelle Ressourcen einem optimalen Arbeitsumfeld auf der Neonatologie entgegenwirken (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010, 4).

Das Wissen um die ungewisse Zukunft der auf der neointensiven hospitalisierten Säuglinge, die beständig zwischen Leben und Tod schweben, wie auch deren Behandlung bedingen nicht nur bei direkten Bezugspersonen aus dem familiären Umfeld sondern auch bei dem neonatologischen Team eine große nervliche Anspannung. Ein intensiver Beziehungsaufbau ist immer mit der emotionalen Belastung bzw. dem Gedanken verbunden, das Kind könnte sterben und der Verlust in weiterer Folge schmerzliche Gefühle und tiefe Betroffenheit bei einem selbst hervorrufen, denn die Konfrontation mit dem Tod eines anderen bedeutet immer auch eine mit dem eigenen. Die Allgegenwärtigkeit des Todes betreffend fügt Obladen (2011a, 538) im Kontext neointensiver Versorgung hinzu: „Das Sterben ... als einen zum menschlichen Leben gehörenden normalen Vorgang zu akzeptieren, ist besonders schwierig bei Neugeborenen“. In Anbetracht dieser Tatsache laufen die vor Ort Tätigen ihrerseits Gefahr, „in einer gereizten Situation die professionelle Souveränität zu verlieren“ (Korsch et al. 2003, 1296). Auf Grund dessen stellt Fegert (2000, 385) bedauernd fest, dass in diesem Umfeld involvierte Personen (unbewusst) Gefahr laufen, etwaige Arbeitsabläufe eher zielorientiert und persönlich unbeteiligt zu verrichten, um sich vor einem zu innigen Verhältnis mit den kleinen Patienten zu schützen. Obwohl das Personal im Rahmen seiner Tätigkeit emotional betrachtet immer wieder an persönliche Grenzen stößt, liegt es in seiner Verantwortung, eine ruhige, stressfreie Atmosphäre zu schaffen, die sich durch konzentriertes, planvolles Vorgehen auszeichnet und parallel dazu von Zuversicht, Freundlichkeit und dem Gefühl der Sicherheit getragen wird (Obladen 2011b, 557).

Wenngleich die neointensive Versorgung aus kindlicher Perspektive selbst bei großem Engagement und Einbeziehung aktueller entwicklungspsychologischer Aspekte einen überaus unzulänglichen „Ersatz für die gute Funktion des menschlichen Mutterleibes“ (Als; Butler 2008, 55) bietet, da sie zum einen überfordernde sensorische Reize enthält und ihr zum anderen die natürlichen, regulativen Inputs fehlen, auf die das Gehirn angewiesen ist, wie Fruchtwasser oder der maternale Hormoneinfluss, muss trotz allem eine Optimierung seiner Lebensqualität angestrebt werden. Weil „das aggressive Reizumfeld einer Intensivstation zu Veränderungen im wachsenden neuro-

nalen Netzwerk des zerebralen Kortex führt“ (Huppertz et al. 2005, 18) und nachdem Frühgeborene die intrauterine Umgebung gegen die einer technisch basierten Intensivpflege zu einem Zeitpunkt eintauschen, in der sich das Gehirn rasch entwickelt, bedürfen diese der ständigen „Verfügbarkeit zuverlässiger, konsequenter und vertrauter Pflegepersonen“ (ebd., 44) einschließlich einer unmittelbaren Verbindung zu ihren Eltern wie auch einer adäquaten sensorischen Stimulation durch eine sanfte, individuelle Betreuung (Uhlemann et al. 2000, 359). Gemäß Marcovich; de Jong (2008, 112) geht es vor allem darum, den Frühgeborenen all das zurückzugeben, was es im Moment der Geburt verloren hat, Halt, Grenzen, Wärme und Geborgenheit.

Im Rahmen der folgenden Ausführungen wird darauf eingegangen, welche Schlüsselprinzipien sich im Laufe der Jahre auf dem Gebiet der Neugeborenenpflege als wegweisend herauskristallisierten, um etwaige intensivmedizinische Interventionen bestmöglich an den kindlichen Bedürfnissen zu orientieren. Wobei diese auf jeder Intensivstation im Alltag sehr unterschiedlich praktiziert werden.

2.3 Entwicklungsfördernde Pflege/Betreuung in der Neonatologie

Um den Entwicklungsbedürfnissen von Frühchen im Rahmen ihrer neointensiven Hospitalisation gerecht zu werden, muss eine Atmosphäre geschaffen werden, in der das Gehirn in Ruhe heranreifen kann und in der die Rahmenbedingungen für einen liebevollen Kontakt mit den Eltern gegeben sind. Denn eine normale Entwicklung des Gehirns unter extrauterinen Lebensbedingungen setzt positives Reizerleben und menschliche Zuwendung voraus. Sanfte Pflege gründet auf der Prämisse, das Frühchen als ganzheitliches, individuelles Wesen zu betrachten, an seinen bereits vorhandenen Fähigkeiten anzuschließen, anstatt sich an physiologischen Defiziten zu orientieren (Uhlemann et al. 2000, 361), sich in sein Erleben einzufühlen und die begrenzte Belastbarkeit zu berücksichtigen (Sarimski 2000, 50).

Mit dem Begriff „Betreuung“ soll implizit verdeutlicht werden, dass fernab der direkten Pflege und medizinischen Intensivtherapie ausreichend Raum zur Gewährung von uneingeschränktem, zwischenmenschlichem Kontakt zu den Eltern eingeplant werden soll. So gesehen vereint dieser Ansatz das Sicherstellen einer entwicklungsbezogenen Perspektive hinsichtlich der intensivmedizinischen Versorgung und der Umgebung (Als; Butler 2008, 69). Linderkamp (2005, 114) führt dieses Konzept betreffend an, dass das Kind aktiver Mitarbeiter und Gestalter seiner Pflege ist, mit dem Ziel, die vor der Geburt begonnene normale Entwicklung fortzuführen.

Selbst wenn das Kind von einer intensivmedizinischen Unterstützung auf höchstem Niveau abhängig ist, gilt es, die lebenswichtige Rolle elterlicher Zuwendung hervorzuheben. Denn wegen ihrer anhaltend erhöhten Vulnerabilität bedürfen Frühchen vermehrten Schutzes und der Fürsorge seitens der Eltern (Obladen 2011b, 549), da die spezifische Qualität des Eltern-Kind-Kontakts selbst in der Zeit der Intensivpflege vom neointensiven Personal nicht ersetzt werden kann. Mutterliebe setzt bei Frühchen Bindungshormone frei, denen aus kindlicher Perspektive betrachtet entwicklungsfördernder und schützender Charakter zukommt (Marcovich; de Jong 2008, 88).

Ein weiteres Schlüsselprinzip entwicklungsorientierter Betreuung besteht im Erkennen der „Signale“, mit Hilfe derer ein Neugeborenes versucht, mit seinem Umfeld in Kommunikation zu treten und es auf diesem Wege für seine psycho-physische Lage zu sensibilisieren. Primär suchen unreif Geborene nach respektvollen, professionellen und fortdauernden Pflegebedingungen, die ihnen helfen, Sicherheit und Halt in der extrauterinen Welt zu finden (Als; Butler 2008, 69). Fürsorge kann dieser Auffassung zufolge nur durch einen achtsamen Dialog zwischen Säugling und Bezugsperson gelingen, wobei dieser voraussetzt, dass die „Sprache“ des Frühgeborenen vom Gegenüber auf empathische Weise verstanden wird (Warren o. J., 15).

Den vorausgegangenen Überlegungen zufolge wird das zu früh geborene Kind innerhalb dieses Behandlungskonzepts nicht mehr als Neugeborenes mit Defiziten und Defekten betrachtet, sondern als kompetenter Fetus, der zwar am falschen Ort lebt, aber über Kompetenz und Stärken verfügt, um die meisten physiologischen Funktionen wahrzunehmen, [der; Anm. C.W.] also lediglich unterstützt werden muss“ (Linderkamp 2005, 116).

2.4 Basale (sensorische) Stimulation

Bedingt durch die vorzeitige Geburt erleben Frühgeborene im Unterschied zu reif Geborenen die prägenden bzw. wichtigen sensorischen Erfahrungen in der Gebärmutter hinsichtlich Intensität und Dauer nur teilweise. Aus diesem Grund wird mittels sensorischer Stimulation, de facto durch Anregung der kindlichen Sinne im Zuge der täglichen Pflege angestrebt, das eingeschränkte Erfahrungsspektrum an Eigenbewegung und den Austausch mit der Umwelt zu kompensieren. In erster Linie mit der Intention, durch vielfältige taktile Stimuli (fließende, stetige Berührungen der (gesamten) Haut(oberfläche)) einerseits an den intrauterinen Wahrnehmungserlebnissen anzuknüpfen und andererseits einen Bezug zwischen seinem eigenen Körper und dessen Umwelt herzustellen (Brisch o. J., 12). Auch das Personal wird angehalten, zarten, berührenden Kontakt zu den Neugeborenen aufzunehmen, weil die Berührung die

kindliche Körperwahrnehmung und Interaktionsfähigkeit in Gang setzt. Speziell festes, aber dennoch nicht grobes Anfassen und Streicheln nehmen unreif geborene Säuglinge tendenziell leichter wahr als vorsichtiges Berühren (Uhlemann et al. 2000, 364). Wobei in diesem Zusammenhang die zugeführten Reize „so eng wie möglich an die [kindlichen; Anm. C.W.] Bedürfnisse und den aktuellen Stand der sensorischen Integration angepasst und überwacht werden“ (Uhlemann et al. 2000, 360) müssen, um dessen Vorlieben und körperliche Konstitution zu berücksichtigen (Huter 2004, 82). Denn eines der wichtigsten Ziele entwicklungsfördernder Pflege besteht darin, „dass das Baby genau die seinen Entwicklungsphasen entsprechenden Sinneserfahrungen machen kann“ (Warren o. J., 21), um das Frühchen vor Überforderung bzw. vor aus Reizarmut resultierender sensorischer Deprivation zu schützen (Brisch o. J., 8). Das noch unzureichend herangebildete Nervengewebe arbeitet bereits, bevor die Rezeptoren an den Nervenenden gänzlich ausdifferenziert sind und die Myelinisierung der Leitungsbahnen und Nervenwurzeln abgeschlossen ist. Dieser Reifungsprozess scheint sich durch erhöhte Stimulierung zu beschleunigen bzw. bei mangelnder Stimulierung zu verlangsamen (Brazelton; Cramer 1990, 41).

2.5 Minimieren von Schmerz und Stress („minimal handling“¹⁷)

Ruft gezielt behutsames Stimulieren verschiedener sensorischer Systeme bei Frühgeborenen durchwegs positive Assoziationen hervor und leistet insofern einen wesentlichen Beitrag zu einer angemessenen Gesamtentwicklung, so kann die Konfrontation mit extrem unangenehmen Reizen im umgekehrten Fall genau das Gegenteil bewirken. Sobald ein Kind intensivmedizinische Versorgung benötigt, „muss es unvermeidlich Untersuchungen und Behandlungen über sich ergehen lassen, die es als ... stressig empfindet“ (Warren o. J., 24). Aufgrund dessen muss das Frühchen im Rahmen schmerzhafter Prozeduren Hilfen zur Beruhigung durch Halten, Streicheln und sanftes Ansprechen wie auch vorsichtiges Verabreichen lindernder Medikamente erhalten (Sarimski 2000, 44).

Infolge ihrer zwar prinzipiell funktionsfähigen aber noch nicht vollständig ausdifferenzierten Sinnesorgane empfinden unreif Geborene schmerzhaftere Prozeduren besonders intensiv. Die Ursache dafür ist auf zwei Faktoren zurückzuführen, die jedoch beide mit der noch unzureichenden Hirnentwicklung zusammenhängen:

¹⁷ ‚Minimal handling‘ steht für ein Konzept, bei dem eine Reduzierung der therapeutisch-pflegerischen Interventionen auf ein Minimum bzw. eine schonende Ausführung dieser angestrebt werden (Schleske et al. 2001, 120).

Auf der einen Seite bedingt die eingeschränkte Hormonproduktion im Besonderen von Endorphinen, die die Schmerzintensität mindern, dass Frühchen selbst auf einfache Stimuli mit einer heftigeren Schmerzantwort reagieren (Marcovich; de Jong 2008, 50).

Auf der anderen Seite weist die „körpereigene Schmerzabwehr“ der Frühgeborenen noch große Mängel auf: Bei dieser handelt es sich um ein System von aus dem Gehirn ins Rückenmark strebenden neuronalen Bahnen, die auf „Rückenmarkebene“ von der Haut oder inneren Organen eintreffende schmerzliche Reize unterdrücken und dadurch ihre Weiterleitung ins Gehirn verhindern. Dieser Intensität herabsetzende Mechanismus ermöglicht, dass etwaige alltägliche Reizungen der Schmerzrezeptoren nicht ungehindert ins Gehirn vordringen und von diesem als Schmerz interpretiert und weiterverarbeitet werden (Hünsele 2005, 28). Wegen der unvollständigen Ausdifferenzierung dieses schmerz-minimierenden Systems laufen Frühchen Gefahr, dass eine Fülle an Schmerzreizen nahezu ungefiltert ins kindliche Gehirn vordringt und dieses in Summe gesehen überstimuliert (ebd., 28). Das Erkennen von Schmerzzuständen gelingt primär über ein sensibles Beobachten des kindlichen Verhaltens, wie Mimik, Gestik, Schreien, Bewegungen und Muskeltonus (ebd., 33). Aber auch vegetative Reaktionen wie Ansteigen der Herz- und Atemfrequenz bzw. des Blutdruckes können als Hinweise für eine hohe Schmerz- bzw. Stressbelastung gewertet werden (Uhlemann et al. 2000, 362). Sehr unreif zur Welt gekommene Babys neigen dazu, ihr Unbehagen respektive ihre Überwältigung in Form ruckartig zitteriger und angespannter Bewegungen bzw. durch Schluckauf ihrem Umfeld gegenüber zum Ausdruck zu bringen (Warren o. J., 16).

Schmerzindizierende Faktoren resultieren jedoch nicht nur, wie vielfach angenommen, aus invasiven, intensivmedizinischen und therapeutischen Interventionen, sondern werden genauso durch scheinbar positive pflegerische Routine-Tätigkeiten (Windelwechseln, Baden) evoziert. Uhlemann et al. (2000, 362) verweist in diesem Kontext auf die relative Wirkung von taktiler Stimulation: „Berührungen beinhalten bei pflegerischen, ärztlichen oder physiotherapeutischen Maßnahmen einerseits unangenehme oder schmerzhaft Handlungen und andererseits soziale Kommunikation“.

In Anbetracht dieser Tatsache kommt der Bündelung erforderlicher medizinischer Prozeduren wie auch der minimierenden Beschränkung pflegerischer Handlungen in der Pflege und Betreuung höchste Priorität zu, um daneben für ausreichende Ruhephasen zu sorgen (Huter 2004, 79), weil jegliche Handgriffe und Maßnahmen für einen neugeborenen Säugling mit einem hohen Energieaufwand verbunden sind (Marcovich; de Jong 2008, 50).

Ein Optimum ist also dann erreicht, wenn es gelingt, notwendige Interventionen zu koordinieren und das Reizmilieu im neointensiven Umfeld zu kontrollieren, wobei vor allem der Stressminimierung eine große Bedeutung zukommt, zumal diese Stimuli biochemische Vorgänge im Gehirn aktivieren und langfristig gesehen Schädigungen des Nervensystems bewirken können (Warren o. J., 19).

In der Praxis besteht eine Vielzahl an effektiven stressreduzierenden Maßnahmen: In Abhängigkeit von der individuellen Belastbarkeit und Reife des Kindes macht es Sinn, den Inkubator mit Tüchern vor dem Eindringen von grellem, künstlichem Licht zu schützen wie auch für eine lärmreduzierte, ruhige Atmosphäre, u. a. durch Verringerung der Lautstärke diverser Alarmsignale, behutsames Öffnen und Schließen der Inkubatorenklappen auf der Neonatologie zu sorgen. Lagerungshilfen im Bett des Frühchens erleichtern Bewegungen, bilden ein schützendes Nest (Huppertz et al. 2005, 17) und vermitteln zusätzlich Schutz und Geborgenheit (Uhlemann 2000, 366). Eine optimale Form lässt dem Frühgeborenen ausreichend Bewegungsspielraum, um mit seinen Extremitäten spielen zu können. Medizinisch-technische Utensilien sollen das Frühchen in dieser Hinsicht nicht mehr als unbedingt notwendig behindern. Bedeutend ist die Einhaltung eines „natürlichen“ Tag-/Nachtrhythmus. Hierfür bedarf es effektiver Ruhephasen durch gezielte Verdunkelung der Umgebung, Reduktion von Geräuschen und Hintanstellen von pflegerischen wie auch medizinischen Eingriffen. Intensive Ruhezeiten können aber auch durch die aktive Einbeziehung der Eltern realisiert werden, indem diese ihre Kinder phasenweise zu sich nehmen und gemeinsam mit ihnen entspannen (ebd., 17). Jüngerer Forschungen zufolge setzen liebevolle Berührungen bei unreif Geborenen hormonelle Vorgänge in Gang, die zum Abbau von Stresshormonen beitragen und darüber hinaus auf das kindliche Immunsystem positiv einwirken (Brisch o. J., 12). Neben diesen Beispielen existieren noch vielerlei weitere Umsetzungsmöglichkeiten, mit Hilfe derer eine entwicklungsfördernde Frühgeborenenversorgung realisiert werden kann.

Ungeachtet der mit einem sanften und bedürfnisorientierten Pflegekonzept verbundenen Forderungen nach basaler (sensorischer) Stimulation sowie Vermeidung von Schmerz und Stress lautet das Plädoyer „Maximierung der Zuwendung auf das maximal Mögliche“ (Linderkamp et al. 2004, 368). Dem bereits unmittelbar nach der Geburt gezielten Einbinden der Eltern in die kindliche Pflege und Betreuung im neointensiven Setting kommt bei der Befriedigung der kindlichen, psychosozialen Bedürfnisse eine große Relevanz zu, da ein Neugeborenes immer zu Mutter und Vater gehört (Obladen 2011b, 551).

Vor allen Dingen werden Eltern während der Hospitalisation des Kindes dazu angehalten, zwei Aufgaben zu übernehmen, nämlich erstens das Wahrnehmen von Schmerzen und zweitens ein im Bereich ihrer Möglichkeiten liegendes Schaffen einer beschützenden, angenehmen Umgebung (Warren o. J., 20). Dem können die direkten Bezugspersonen aber nur dann gerecht werden, wenn sie auch tatsächlich die Möglichkeit haben, bei ihrem Neugeborenen auf der Station zu verweilen. Hierfür ist es wichtig, dass sie so früh wie möglich in die Betreuung respektive die praktische Pflege (Wickeln, Baden, Füttern inklusive Stillen) ihres Säuglings involviert werden, wodurch den Eltern parallel dazu der Eindruck vorübergehender Normalität vermittelt wird. In diesem Konnex liegt es primär in der Verantwortung des neointensiven Personals, die Mutter aktiv zu ermutigen, so viel Zeit wie möglich in der Gegenwart ihres Kindes zu verbringen.

2.6 Elterliche Kängurupflege

Unter Bezugnahme auf die Prämissen entwicklungsfördernder Betreuung und Pflege hat sich hinsichtlich elterlicher Partizipation am Wohl des Kindes in den letzten Jahren in erster Linie die „Kängurupflege“ bewährt: Die hinter diesem Konzept stehende Idee stammt ursprünglich aus Bogota in Kolumbien. Um fehlende Inkubatoren zu ersetzen, gingen Ärzt/inn/en 1979 dazu über, die Körpertemperatur der Mutter zum Warmhalten des Frühgeborenen auszunutzen. Zu diesem Zweck wurden die Kinder ihren Müttern aufrecht vor die Brust gebunden. Nachdem diese Tragweise dem Vorbild bei Kängurus in der Tierwelt ähnelt, wird sie seither als „Kängurumethode“ deklariert (Panagl 1998, 79).

Mit Ausnahme von sehr kleinen Frühgeborenen legen die Mütter ihre Babys zum Känguruen lediglich mit einer Windel bekleidet in halbsitzender Position auf die nackte Mutterbrust. Im Anschluss daran wird das Kind mit Fellen zugedeckt. Besonders temperaturlabile kleine Säuglinge erhalten als Schutz vor übermäßigem Wärmeverlust zusätzlich eine Mütze auf den Kopf. Hinsichtlich der Dauer ist darauf zu achten, dass dafür zumindest eine Stunde eingeplant wird, um sicherzugehen, dass das Kind infolge der Lageveränderung auf der elterlichen Brust auch zur Ruhe kommt (Sarimski 2000, 45).

Das Neugeborene profitiert von dem intensiven Hautkontakt (nackte Mutterhaut an nackter Babyhaut) vor allem in psychischer Hinsicht über „das Anfassen, Tragen, Streicheln, Liebkosen, denn anscheinend konstituiert es eine beruhigende Grunderfahrung, die dem Kind zugutekommen muss, wenn es trotz dem Mangel an vielem

anderem, einigermaßen gesund weiterleben soll“ (Montagu zit. n. Stening 2007, 20f). Durch das kindliche Entspannen auf dem entblößten Oberkörper der Mutter kann das Frühgeborene im Bereich der Brustwarze freigesetzte Duftstoffe, die ihm schon aus der intrauterin verbrachten Zeit vertraut sind, wahrnehmen, welche ihm Geborgenheit und tiefe Verbundenheit vermitteln (Nehlsen 2005, 44). Auch das Hören der Stimme der Mutter und ihres Herzschlags wirken beruhigend auf das Wohlbefinden des Kindes ein und stellen parallel dazu etwas Verbindendes zwischen Mutter und Kind dar (Warren o. J., 24f), weil Säuglinge diese aus dem intrauterinen Universum bekannten Geräusche mit Zufriedenheit und Wärme assoziieren. Dadurch „[wird] Urvertrauen gefördert und der stabile Aufbau der Eltern-Kind-Bindung günstig beeinflusst“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ 2011, 19).

Bedingt durch den intensiven Hautkontakt wird sowohl auf mütterlicher wie auch kindlicher Seite das Hormon Oxytocin ausgeschüttet, welches zu einer Entspannung führt und zu einer Verstärkung des Gefühls, dem anderen nahe zu sein, beiträgt (Brisch o. J., 8). Zusätzlich werden diesem Hormon Antistress-Effekte zugeschrieben, wie Senkung des Blutdrucks und des Kortisols. „Es lässt die Schmerzwahrnehmungsschwelle steigen ... und es fördert eine freundschaftliche, soziale Interaktion“ (de Jong o. J., 3). Hinsichtlich des positiven Einflusses des Körperkontakts auf die kindliche Entwicklung resümiert Nehlsen (2005, 42) wie folgt: „Ein Frühgeborenes mit Hautkontakt hat eine stabilere Atmung, Herzaktion und Körpertemperaturkontrolle sowie eine bessere periphere Sauerstoffsättigung als Frühgeborene ohne Hautkontakt. Känguruh-Kinder nehmen besser an Gewicht zu, schlafen mehr und schreien weniger“.

Aus dem Blickwinkel einer Mutter betrachtet bietet die Kängurumethode die Möglichkeit, „dem Kind die vorzeitig entzogene Wärme und Ruhe wiederzugeben“ (Uhlemann et al. 2000, 369). Gleichzeitig trägt diese Form intensiver Zuwendung zur Förderung des Selbstwertgefühls, zur Reduzierung von Ängstlichkeit und der frühen Übernahme von Verantwortung der Mutter für das Neugeborene bei. In physiologischer Hinsicht unterstützt regelmäßiger Körperkontakt zwischen Mutter und Kind die Milchbildung wie auch die Stilldauer und den Stillerfolg (Nehlsen 2005, 42). Auf Grund dessen erachtet Nehlsen (ebd.) Känguru-Pflege als den „erste[n] Schritt zum erfolgreichen Stillen“ von Frühgeborenen. Nicht nur das Saugen, sondern auch das Massieren der Brust durch die kindlichen Hände stimuliert die Oxytocin-Zirkulation (Uvnäs-Moberg 2007, 183). Die Rolle der Mutter beim Känguruen kann jedoch auch von Vätern oder anderen Familienmitgliedern übernommen werden.

So gesehen fungiert Känguru-Pflege nicht nur als wichtiger Bestandteil einer modernen, familienorientierten, neonatalen Intensivmedizin (Sontheimer 2005, 57), sondern der damit verknüpfte enge Hautkontakt kommt Mutter und Kind auch dabei zugute, „die zu frühe Trennung zu überwinden und [sukzessive; Anm. C.W.] eine liebevolle Beziehung miteinander einzugehen“ (Nehlsen 2005, 42). Außerdem wurde diese Methode „mit einer größeren körperlichen und emotionalen Nähe der Eltern zum Kind in Verbindung gebracht, mit einem verstärkten gegenseitigen Anschauen und Berühren und einer feinfühlig elterlichen Fürsorge (Feldmann et al. zit. n. Hernandez-Reif 2008, 107).

2.7 Stillen

Wenngleich unreif geborene Säuglinge in der Zeit unmittelbar nach der Entbindung aufgrund ihrer physischen Konstitution oftmals noch zu schwach sind, ihre Nahrung über die mütterliche Brust aufzunehmen und stattdessen sondiert werden, wird im Rahmen des entwicklungsfördernden Pflegekonzepts das Stillen so früh wie möglich angestrebt (Warren o. J., 28). Denn die Muttermilch stellt aufgrund ihrer spezifischen Zusammensetzung auch für Frühgeborene die ideale Nahrungsgrundlage dar, weil sie alle notwendigen Nährstoffe nicht nur in ausreichender Menge, sondern auch im idealen Verhältnis enthält: Proteine, Fett, Milchzucker und Mineralstoffe (Zanin 1995, 5). Vor allem enthält sie andere Fettsäuren als künstliche Babynahrung, was Säuglinge vor Erkrankungen der Retina schützt und sie besser gedeihen lässt (Sarimski 2000, 46). Nicht selten funktioniert das Stillen von Frühgeborenen weitaus früher, „als sie zur Flaschenfütterung bereit sind. Sie können dabei Saugen und Schlucken besser aufeinander abstimmen“ (ebd.).

Neben den physiologischen Vorteilen hebt de Jong (o. J., 2) die psychosoziale Komponente, wie anhand des folgenden Zitats ersichtlich wird, in Bezug auf Stillen gezielt hervor: „Stillen bedeutet eine der tiefsten Liebesbeziehungen, die überhaupt möglich ist. ... Sie [Mutter & Kind; Anm. C.W.] verschmelzen miteinander, sind in einem Liebesfeld – körperlich wie seelisch. Muttermilch ist Seelennahrung ... Stillen ist körperliche Nähe par excellence“, indem nämlich beim Stillen auf mehreren Ebenen zahlreiche reziproke Prozesse zwischen Mutter und dem (unreif) Geborenen ablaufen, die weit über die Funktion des Ernährens hinausgehen. „Das Gute, das Kind und Mutter, das Wesen, das stillt und das Wesen, das gestillt wird, durch die Dauer dieser Symbiose einander mitteilen, ist für die Entwicklung beider lebenswichtig“ (Montagu 1974, 58).

In der Zeit der Überbrückung von Sondenernährung auf Stillen wird die Mutter in der Praxis vom neointensiven Personal angehalten, ihre Milchbildung durch regelmäßiges Abpumpen aufrechtzuerhalten, wodurch sie bereits frühzeitig allenfalls teilweise ihrer Mutterrolle gerecht werden kann (Nehlsen 2005, 37).

Verbringt die Mutter ausreichend Zeit auf der Neonatologie, nimmt sie die dort vorherrschenden Keime in ihren Körper auf, woraufhin ihr Lymphsystem wichtige Antikörper gegen die Pathogene entwickelt. Diese spezifischen Immunglobuline gehen in die Muttermilch über und schützen das gestillte Fröhchen in weiterer Folge vor Infekten. Im Unterschied zu termingeborenen Säuglingen entgeht Frühgeborenen der Übertritt von derartigen Pathogenen über die Plazenta, da dieser Transfer erst im letzten Schwangerschaftsdrittel erfolgen würde. Aus diesem Grund besteht die einzige Möglichkeit für Fröhchen darin, sich genügend Immunglobuline zur Infektabwehr über die Muttermilch einzuverleiben (ebd.).

Unabhängig von der soeben dargelegten präventiven Funktion, die aus der Fütterung des Kindes bezüglich seiner körperlichen Entwicklung resultiert, hebt Nehlsen (ebd.) insbesondere die emotionale Bedeutung des Stillens aus Sicht der zu früh gewordenen Mutter hervor: „Muttermilch zur Verfügung zu stellen, kann ein wichtiger Teil des Beziehungsaufbaues zwischen Mutter und Kind und eine der ersten mütterlichen Tätigkeiten im Umgang mit dem Kind sein“. Im Zuge des Stillens wird der Mutter das Gefühl vermittelt, ihrem Fröhchen etwas bieten zu können, was keine Krankenschwester und keine Ärztin zu geben vermag, wodurch sie gleichzeitig ihrer Mutterrolle ein Stückweit gerecht wird (Sarimski 2000, 45).

2.8 Verhalten des neonatologischen Personals

Sofern das neointensive Personal das Bestreben verfolgt, auf die kindlichen Bedürfnisse bestmöglich einzugehen, bedarf es des Bewusstseins, dass die Eltern nicht nur unmittelbar in die kindliche Versorgung integriert werden sondern auch wie wichtig es in diesem Konnex ist, den elterlichen Bezugspersonen eigene Aufgaben zuzubilligen, die sie selbstbestimmt übernehmen dürfen (ebd, 46). In dieser Hinsicht geht es darum, auf sensible Art und Weise herauszufinden, welche Handgriffe sich die jeweiligen Eltern individuell zutrauen und bereit sind selbsttätig auszuführen. Hierfür ist ein gutes Gesprächsklima zwischen den auf der Station Tätigen und den Eltern unerlässlich. Ein wertschätzender Beziehungsaufbau kann Sarimski (ebd.) zufolge aber nur unter folgender Voraussetzung gelingen:

„Die Entwicklung tragender, unterstützender Beziehungen zu den Eltern setzt voraus, dass alle Mitarbeiter der Station um die natürlichen Reaktionen der Angst, Trauer, des Ärgers und der Verleugnung der Bedrohlichkeit wissen, die die ... Erfahrung der Frühgeburt auslösen kann. Ihre individuellen Bewältigungsversuche sind nicht als richtig oder falsch zu bewerten, sondern zu respektieren. Die vielfältigen Belastungen einer Familie, unter denen die Frühgeburtlichkeit u. U. nur eine ist, müssen bekannt und erkannt sein. Ehrlichkeit der Erklärungen über den Zustand des Kindes und klare Kommunikation ohne Fachjargon sind Voraussetzung für die Entwicklung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit“.

Ungeachtet der in diesem Zitat implizierten Aspekte sind etwaige Informationen über das kindliche Wohlbefinden offen, sachlich, vollständig und unmittelbar an die Eltern weiterzugeben. Sofern Gesprächsinhalte von Mutter und Vater widersprüchlich aufgefasst werden, besteht die Gefahr, dass elterliche Ängste unnötig verstärkt werden. Zur Vermeidung dessen ist ein regelmäßiger Austausch und eine Absprache zwischen den betreuenden Ärzt/inn/en und Pflegenden unumgänglich (ebd., 47).

Trotzdem dem neointensiven Personal eine große Verantwortung hinsichtlich des Wohlbefindens von Eltern und Kind im stationären Alltag zukommt, muss von den Eltern im Auge behalten werden, dass die mit der Frühgeburtlichkeit verbundenen Konsequenzen auch an den Professionisten nicht spurlos vorübergehen (ebd., 48), da diese ebenso eine Beziehung zu ihren Patient/inn/en aufbauen. Die emotionale Betroffenheit der Pflegenden zeigt sich u. a. an der Tatsache, dass sie, von ihrer Nieder geschlagenheit bei der Entlassung des Kindes abgesehen, oft einige Zeit verstreichen lassen, bevor sie erneut die Bereitschaft zeigen, die Hauptverantwortung für ein Frühchen zu übernehmen (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J., 16).

Immer wieder fühlen sich die Eltern angesichts der doch engen Beziehung zwischen den Pflegenden und ihrem frühgeborenen Kind tief betroffen. Vor allem beschäftigt sie der Gedanke, ob sie ihre Rolle und Aufgabe in gleichem Maße erfüllen wie die professionell Tätigen (ebd., 17). Die dadurch erwachsenden zwischenmenschlichen Spannungen betreffend, merken Heinen und Simon (1998, 92) als möglichen Grund dieses Konflikts an, dass „einerseits die Eltern ihrer Verantwortung als Mutter und Vater nachkommen ... und andererseits aber die Krankenschwestern ihre Pflichten und Aufgaben haben, das Kind medizinisch zu versorgen und zumeist keine Eingriffe in ihrer routinierten Arbeit wünschen“.

Im besten Falle kann einer Konkurrenz bezüglich der Intensität der emotionalen Beziehung zum Kind jedoch zugunsten eines partnerschaftlichen Miteinanders von Eltern und Pflegepersonal entgegengewirkt werden (Brisch o. J., 11). Mithin profitieren die Babys von einem liebevollen Umgang und zwischenmenschlicher Zuwendung durch die Pflegenden.

2.9 Erklärungsansatz für Beziehungskonflikte

Im Unterschied zu Heinen und Simon nimmt W. E. Freud (1991, 123ff) eine diametral andere (psychoanalytische) Position zur Erklärung etwaiger Beziehungskonflikte ein: Er erachtet für zwischenmenschliche Spannungen zwischen Pflegenden und Eltern das sogenannte „Whose Baby?-Syndrom“ (WBS) als Ursache. Wenngleich Freud attestiert, dass jedem Menschen gewisse Anteile dieses Phänomens innewohnen, hat sich das WBS infolge der Institutionalisierung der Geburtshilfe von einer endemischen zu einer epidemischen Erscheinung etabliert, zumal es innerhalb medizinischer Einrichtungen im Allgemeinen bzw. in der Frühgeborenenpflege im Besonderen den besten Nährboden findet (ebd., 125).

Unter dem WBS versteht Freud das unbewusste Bestreben von Personen, die beruflich mit Säuglingen bzw. Kleinkindern in direktem Kontakt stehen, der Mutter- bzw. Vaterrolle besser gerecht werden zu wollen, als die leiblichen Eltern. Von derartigen unbewussten Tendenzen geleitet, erheben die vor Ort Tätigen in weiterer Folge oftmals Besitzansprüche in Bezug auf das Baby. „Als Haupterreger des WBS“ fungiert in erster Linie „der attraktive Kinderwunsch“ (ebd., 124), der aus einem psychoanalytischen Blickwinkel betrachtet bei beiden Geschlechtern vorhanden ist. Vielfach kommt der ubiquitäre, unbewusste Kinderwunsch in Form emotionaler Übersetzung zum Ausdruck: Im Rahmen kulturell und sozial vertretbarer Grenzen kann dieser „in der Berufswahl, z. B. auf Gebieten, wo man sich mit Kindern beschäftigt, erfüllt (sublimiert) werden“ (ebd., 125).

Vorwiegend anhand konkreter Fallvignetten aus dem Bereich der Frühgeborenenversorgung illustriert W. E. Freud die typischen Merkmale des WBS zum Teil sogar in zynischer Art und Weise wie auch heftige Kritik an der Leitung von neointensiven Stationen ausübend.

Ferner führt er aus, dass das Füttern via Sonde von neonatal Pflegenden möglichst lange aufrechterhalten bleibt, da „wir (ich spreche jetzt als Pflegepersonal) tief unten irgendwo überzeugt sind, dass das Frühchen, solange es im NICU¹⁸ ist, ja *uns* gehört. Schließlich haben wir die Verantwortung für sein Wohlergehen und sind durch unsere Erfahrungen im Sondenfüttern besser dafür geeignet als die Eltern“ (ebd., 126; *Hervorhebung im Original*).

¹⁸ Newborn Intensive Care Unit (Intensivstation für Früh- und Neugeborene)

Obgleich sich auf innovativen Neugeborenenintensivstationen ein allgemeiner Trend zur verstärkten Einbeziehung der Eltern in den stationären Alltag abzeichnete, kommt das WBS in der Praxis, wenn auch unter Vorschub veränderter Gründe, nach wie vor zum Tragen: Die von den professionellen Helfer/inn/en vielfach als störend assoziierte elterliche Anwesenheit innerhalb des neointensiven Settings kann Freud zufolge als Indiz für das WBS gewertet werden. Verantwortlich dafür ist, aus Sicht der auf der Station Tätigen pointiert dargestellt, dass „[wir es] als Helfer nicht so gerne [haben], wenn wir Konkurrenten für *unsere* Babys bekommen. Eltern und andere Besucher sind uns im Weg und werden als ‚Eindringlinge‘ erlebt“ (ebd., 127; *Hervorhebung im Original*).

Die spärliche Weitergabe von Informationen zum einen von Pflegenden und zum anderen von Ärzt/inn/en an die besorgten und vulnerablen Eltern lässt sich gemäß Freud ebenfalls anhand des WBS festmachen: Bedingt durch bewusste bzw. weniger bewusste Verschiebungen werden die Informationen, gemäß Freuds Interpretation, „Babys“, von welchen sich die Professionist/inn/en nicht ablösen oder diese mit einem Zweiten teilen möchten und stattdessen an diesen festhält (ebd., 131). Am Beispiel der Kängurumethode führt Freud vor Augen, dass die auf Ängsten des neointensiven Personals „beruhenden Rationalisierungen“¹⁹ umso absurder werden, je mehr die ‚Ersatzeltern‘ (Ärzte und Schwestern) sich im Sinne des WBS bedroht fühlen. Es geht um Ängste, *ihr* Baby an die Eltern zu verlieren“ (ebd., 129; *Hervorhebung im Original*). Zur Illustration dieser Tendenz erwähnt Freud (ebd.) das Vorgehen einer mitteleuropäischen Klinik, die vorgab, elterliches Känguruen deshalb nicht umsetzen zu können, weil Mutter und Vater „aus den Gebirgsgegenden kämen und für die Frühchen nicht sauber genug wären“ (ebd.). In vielen Fällen, fügt Freud hinzu, wird Neid hinsichtlich des Stillens durch die Mütter (implizit) ersichtlich: Nachdem vorwiegend Männer die Entscheidungen über die Gestaltung und Verortung von Räumlichkeiten in Kliniken treffen, ist es kein Zufall, dass Stillräume oder Plätze zum Abpumpen von Muttermilch oftmals recht unattraktiv gehalten werden, sofern das Bedürfnis nach Rückzug und Privatsphäre der Stillenden überhaupt berücksichtigt wird (ebd., 131).

Wie anhand der vorausgegangenen, zum Teil etwas radikal anmutenden Erläuterungen transparent wurde, wirken sich die Einflüsse des WBS mehr oder weniger stark

¹⁹ Unter dem Terminus werden in diesem Kontext aufs Erste höchst überzeugende, aber beim zweiten Hinblicken kaum stichhaltige Begründungen und Einwände subsumiert, die leicht irreführen können und eine unbewusste Motivierung kaschieren (Freud 1991, 123).

auf das neointensive Personal aus. Konfrontiert mit elterlichen Sorgen und der Konstitution des Kindes erweist es sich während der stationären Alltagsroutine „eben als schwierig, Entscheidungen nur auf dem Boden des medizinisch [& pflegerisch; Anm. C. W.] Notwendigen zu treffen, ohne sich von negativen Emotionen beeinflussen zu lassen“ (Korsch et al. 2003, 1296). Auf Grund dessen geht es nicht um eine unreflektierte Verurteilung ihrer Handlungs- und Verhaltensweisen, sondern es soll vielmehr aufgezeigt werden, dass die in die Frühgeborenenpflege einbezogenen Professionst/inn/en gleichfalls hohen Belastungen ausgesetzt und ihrerseits auf Unterstützung beim Verarbeiten intensiver Emotionen angewiesen sind. „[Je] besser Ärzte und Pflegepersonal mit den eigenen Gefühlen umgehen können, desto mehr können sie den Eltern helfen“ (ebd., 128).

3 GRAVIDITÄT – NEUN PRÄGENDE MONATE

Eine verfrühte Entbindung wirkt sich, wie noch zu erkennen sein wird, nicht nur auf peri- bzw. postnataler Ebene aus, sondern bedingt bereits pränatal ein unerwartetes Ende der Schwangerschaft im Allgemeinen bzw. des Aufbaus der Mutteridentität im Speziellen. Um dem Anspruch nach einer chronologischen bzw. ganzheitlichen Darstellung der charakteristischen Umstände rund um das mütterliche Erleben einer Frühgeburt, einschließlich damit einhergehender üblicher Reaktionsweisen, im Zuge des nächsten Kapitels gerecht zu werden, richtet sich vorab der Blick auf die vorgeburtliche Zeit. Zu diesem Zweck wird in einem ersten Schritt versucht, sich dem Schwangerschaftserleben der werdenden Mutter aus psychoanalytischer Sicht anzunähern bevor auf Basis dieser Betrachtungsweise die Auseinandersetzung mit dem Modell von Gloger-Tippelt (1988) folgt.

Die Entbindung eines Kindes, vor allem wenn es das Erstgeborene ist, stellt einen einschneidenden Markpunkt in der Biografie jeder Frau dar. Dennoch geht diesem freudigen Ereignis bereits eine intensive innere Umgestaltung der psychischen Realität einer Mutter voraus (Diem-Wille 2004, 131), mit welcher nicht nur der Beginn des Beziehungsaufbaus zum Ungeborenen bereits intrauterin einsetzt (de Jong; Cremer 1998, 11ff), sondern die der werdenden Mutter auch einen Perspektivenwechsel, de facto von einer kindlichen zu einer elterlichen, abverlangt (Diem-Wille 2004, 132). Auf alle Fälle ist die Pränatalzeit für eine schwangere Frau²⁰ mit einer globalen Veränderung bisheriger Lebensgewohnheiten (Partnerschaft, Beruf, Freundeskreis) inklusive Um- und Neuorientierung, die phasenweise ein inhärentes Konfliktpotenzial in sich birgt, verbunden. In Bezug auf die Komplexität sich wandelnder biografischer Prozesse, betont von Klitzing (2005, 123), dass insbesondere die auf sozialer Ebene nicht in Vergessenheit geraten dürfen, denn „[d]ie vielfältigen somatischen Umstellungen, die die Mutter im Lauf der Schwangerschaft erlebt, sind gepaart mit sozialen Veränderungen für beide Eltern“.

²⁰ Zweifelsohne benötigt auch ein werdender Vater die Zeitdauer der Schwangerschaft zur Adaption und Vorbereitung, um die an seine zukünftige Vaterschaft gekoppelten Veränderungen zu bewältigen. Nachdem das gesonderte Herausgreifen spezifisch männlicher Entwicklungsaufgaben für die zugrundeliegende Untersuchung relativ irrelevant ist, werden diese nicht näher aufgegriffen.

3.1 Pränatalzeit aus einem psychoanalytischen Blickwinkel

Psychoanalytische Erklärungsansätze²¹ von Gravidität und Mutterschaft stützen sich primär auf die psychischen Veränderungen der Frau, welche wiederum eng mit verschiedenerlei physiologischen Phasen der Schwangerschaft in Verbindung stehen (Brazelton; Cramer 1990, 28).

Das Zentrum dieser Betrachtungsweise bilden so gesehen die maternalen (bewussten und unbewussten) Emotionen und Konflikte, „da die Schaffung neuen Lebens [unweigerlich; Anm. C.W.] den Verlust des alten mit sich bringt“ (Raphael-Leff 1993, 15). Gewissermaßen handelt es sich dabei um einen „Ausnahmestand“, genauer genommen einen „Zustand der inneren Auflösung, der [die Schwangere; Anm. C.W.] weich und empfänglich macht“ (de Jong; Cremer 1998, 58).

Im Wesentlichen geht es um einen Wechsel des Lagers, um das Beenden der bisherigen Rolle als Tochter (Diem-Wille 2004, 132), im Zuge dessen die Abhängigkeitsgefühle der Schwangeren ihren Eltern gegenüber zugunsten der prospektiven Verantwortung als Mutter weichen müssen (Brazelton; Cramer 1990, 29).

Diese Umstellung vollzieht sich allerdings nicht von heute auf morgen und ist mit der Entbindung per se noch längst nicht abgeschlossen. In der Regel benötigt die Mutter einige Zeit, „um sich an die neuen Lebensumstände, die neuen Rollen und die neue Identität zu gewöhnen“ (Gauda 1990, 40). Hinsichtlich der starken psychischen Komponente während des Übergangs zur Mutterschaft fügt Stern et al. (2000, 7) resümierend hinzu: Während also das Kind physisch geboren wird, muss die Schwangere selbst erst psychisch zur Mutter geboren werden. „[S]ie ist nun nicht länger in erster Linie die Tochter ihrer Mutter, sondern vor allem die Mutter ihrer Tochter. Auf einen Schlag hat sich ein Teil der etablierten, repräsentablen Welt irreversibel verschoben“ (Stern 1998, 35).

Abgesehen davon, dass das Ausbilden der Mutteridentität, also die innere subjektive Sicht der schwangeren Frau von ihr selbst als prospektive Mutter zu den zentralen Entwicklungsaufgaben²² bei der Umstellung auf die Rolle als Mutter zählt, kann diese

²¹ Eine detaillierte Übersicht divergierender Betrachtungsweisen und Theorien bezüglich psychoanalytischer Sichtweisen von Schwangerschaft vergleiche Leon 1999!

²² Mittlerweile hat im Konnex des Übergangs zur Elternschaft eine Verschiebung der Akzentuierung von der situativen Belastung hin zur Entwicklungschance stattgefunden. Aufgrund dieser Kehrtwende wird das Ausbilden der Mutteridentität vielfach als Entwicklungsaufgabe, die sich in einer spezifischen Lebensperiode stellt, aufgefasst. Unter der Voraussetzung, dass die damit einhergehenden Herausforderungen die individuellen Ressourcen der Betroffenen nicht übersteigen, können die Anforderungen der beginnenden Elternschaft auch den Charakter „potenziell förderlicher Entwicklungsanreize“ (Wimmer-Puchinger 1992, 23) tragen. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache wird innerhalb der vorliegenden Diplomarbeit der Übergang zur Mutterschaft im Licht der Entwicklungsaufgabe betrachtet, zumal dadurch der Fokus auf dem Moment der Entwicklungschance zur Erweiterung diverser Bewältigungskompetenzen und persönlichen Reifung – im Sinne von Ich-Stärkung und Identitätsförderung – liegt.

als Schlüssel für das (spätere) verständnisvolle, respektvolle, empathische Einfühlen in die kindliche Persönlichkeit betrachtet werden (Gauda 1990, 362). Bezüglich der sukzessiven Annäherung an die Mutterschaft lösen Stern et al. (2000, 37) drei wesentliche Aspekte heraus, indem diese Geist, Seele und Körper der werdenden Mutter voneinander separate Funktionen zuweisen: Im maternalen Körper findet der Fötus die notwendigen Voraussetzungen, um geschützt heranzureifen. Auf emotionaler Ebene entwickelt sich das mütterliche Denken und Fühlen und durch die Vorstellung der Mutter im Kognitiven nimmt das Ungeborene allmählich Gestalt an.

Das „innere Bild“ vom Ungeborenen erwächst dabei nicht auf Grundlage realer Gegebenheiten, sondern aus Phantasien und Imaginationen der Schwangeren selbst, die sich zum einem auf vor-, un- und bewusster Ebene organisieren und zum anderen reziprok aufeinander einwirken (Schleske 2007, 14).

Diese Schwangerschaftsphantasien, wie sie Schleske deklariert, tragen wesentlich dazu bei, welchen „psychischen Platz“ (ebd., 13) das zukünftige Kind im Leben seiner Mutter erhalten wird. Bei der Zuweisung leisten die Assoziationen, Befürchtungen, Hoffnungen und Erinnerungen aus der eigenen Biografie der Mütter einen wesentlichen Beitrag: „Immer ist es ... die eigene Lebensgeschichte (und dazu gehört auch das eigene Erleben der Pränatalzeit und der eigenen Geburt) und die eigene Lebenssituation, die den Rahmen abstecken und das Wie der Kontaktaufnahme bestimmen“ (de Jong; Cremer 1998, 68). Den transgenerationalen Einfluss der eigenen Sozialisation betreffend, attestiert Diem-Wille (2004, 131) unter Einbeziehung der Argumentation von Lenkitsch-Gnädinger (2003), dass einerseits die elterlichen pränatalen, phantasiereichen Antizipationen über das imaginierte Kind bereits ein aufschlussreiches Indiz dafür liefern, in welcher Art und Weise sich die postnatale Beziehung entwickeln wird. Andererseits wird sich das Ungeborene nach der Geburt in eben diesem Raum entfalten und ferner das kindliche Selbsterleben mitbestimmen (Schleske 2007, 13). In Anbetracht dieser Tatsache hat das in der maternalen Vorstellungswelt existierende Baby gemäß Stern (1998, 32) eine pränatale Geschichte: „Während der Fetus im mütterlichen Uterus heranwächst und sich entwickelt, vollzieht sich mit dem repräsentierten Baby in ihren Gedanken und Gefühlen eine parallele Entwicklung“.

Die Auseinandersetzung mit dem sogenannten „imaginierten Kind“ vollzieht sich über weite Strecken bewusst, vorwiegend im Rahmen von Tagträumen und Überlegungen der Mutter, die zum Teil durch Überlegungen in Bezug auf Namensgebung und Geschlechtswünsche mit der Umwelt geteilt werden können. Die gedankliche Beschäftigung mit diesen illusorischen, idealisierten Persönlichkeitsmerkmalen des Ungeborenen unterstützt die schwangere Frau gleichzeitig bei der Ausdifferenzierung ihrer Mut-

teridentität (Schleske 2007, 15). Des Weiteren bedarf es des Verabschiedens von der Exklusivität der vertrauten Zweipersonenbeziehung bzw. des vorelterlichen Zusammenlebens mit dem Lebenspartner hin zur Entwicklung einer Dreiecksbeziehung (Brazelton; Cramer 1990, 29) (vgl. Triangulierung²³). Überdies wechselt die weibliche Objektbesetzung im Zuge der Pränatalzeit vom Partner über das eigene Selbst zum Kind als narzisstischem Objekt.

Selbst im Falle einer erwünschten, regelrecht herbeigesehnten Gravidität wird diese zeitweise von Momenten starker Ambivalenz, Irrationalität, bizarren Ängsten und Besetzungsschwierigkeiten bis hin zu Todesphantasien dem Kind gegenüber geprägt. Derlei destruktive innere Bilder und Gefühlsregungen können in diesem Konnex als Gegenpol zum bewusst geplanten Realisieren des Kinderwunsches gewertet werden. Das zeitweise Wiederkehren zwiespältiger Emotionen indiziert die mit einer Schwangerschaft unweigerlich einhergehenden sensiblen und labilen Anteile der vorgeburtlichen Konstitution einer werdenden Mutter. Um die ihr zugrundeliegende Zwiespältigkeit zu bewältigen, mobilisieren werdende Mütter immer mehr Abwehrmechanismen. Die Schwangere beginnt, das heranwachsende Kind mit Idealisierungen zu besetzen bzw. dieses als vollkommenes Wesen zu assoziieren, das ihren Wünschen uneingeschränkt entspricht (Brazelton; Cramer 1990, 31). Vor allen Dingen in der Frühschwangerschaft treten Aggressionen und Feindseligkeiten verblüffend bewusstseinsnah und archaisch zutage, die mit zunehmendem Fortschreiten der Gravidität jedoch allmählich an Intensität verlieren und abklingen (Schleske et al. 2001, 128).

Die Ursache hierfür kann unter Bezugnahme auf das von Lebovici 1988 in die Entwicklungspsychologie eingeführte Konstrukt des „phantasmatischen Kindes“, ein früherer Aspekt des Kinderwunsches, veranschaulicht werden: Etwaige maternale Imaginationen von einem phantasmatischen Kind entwickeln sich auf Grundlage divergierender Besetzungen und Zuschreibungen aus dem Vor- und Unbewussten der Mutter (Schleske 2007, 16). Diese gehen auf die früheste Kindheit der Schwangeren zurück, vorwiegend auf orale und anale Vorgänge, schlummerten bisweilen latent im Hintergrund und erfahren, wie auch das folgende Zitat näher bringen wird, im Zuge der psychischen Vorbereitung eine Renaissance bzw. an Aktualität (Diem-Wille 2004, 132): In der prä- bzw. ödipalen Phase antizipiert ein junges Mädchen,

²³ Wie der Schweizer Psychoanalytiker Grieser 2007 ausführt, handelt es sich bei dem Begriff „Triangulierung“ um einen disziplinfremden Terminus, der gewissermaßen aus der Naturwissenschaft, genauer genommen aus der Mathematik bzw. Trigonometrie in die Psychoanalyse „importiert“ wurde. „Dritttheit“ oder Triangulierung kann immer dann geschaffen werden, wenn es gelingt, eine zweipolige Konstellation zu einer dreipoligen zu erweitern“ (Grieser 2008, 144). Das heißt, aufs Primäre reduziert besteht das allgemeine Ziel der Triangulierung darin, dass drei Personen eine (internalisierte) Verbundenheit miteinander erreichen (Fivaz-Depeursinge/Corboz-Warnery 2001, 171).

„in Identifikation mit seiner Mutter, ein Baby zu erwarten. Später entsteht der Wunsch nach einem ödipalen Kind vom Vater. Durch die erhöhte Regressionsneigung in der Schwangerschaft, verbunden mit einer Tendenz zu verstärktem primärprozesshaftem Denken, können solche mit präödipalen und ödipalen Konflikten verbundenen ursprünglichen Kinderwünsche wieder zum Tragen kommen. In der Folge ist es möglich, dass alte Ängste und unbewusste Schuldgefühle reaktiviert werden“ (Schleske 2007, 16f).

Die von Schleske postulierten vor-, un- und bewusst ablaufenden Schwangerschaftsphantasien bedingen den Beziehungsaufbau der Mutter zum imaginiären Kind. Zu Illustrationszwecken interpretiert die Autorin diese als Aufeinanderfolge von drei differierenden Stadien mit ihren jeweils spezifischen Implikationen, die im Anschluss erörtert werden.

3.2 Stadien mütterlicher Schwangerschaftsphantasien

Das erste Stadium des Schwangerschaftsbeginns betitelt Schleske et al. (2001, 128) mit *„Abwesenheit einer Repräsentanz eines Kindes“*: Verbunden mit dem Gefühl der Ungewissheit und des Ausgeliefertseins an etwas Neues wird das Kind in diesem Zeitraum weitgehend ignoriert. Stattdessen steht das Erleben der eigenen Fruchtbarkeit bzw. das Gewahrwerden, in anderen Umständen zu sein, im Mittelpunkt des mütterlichen Interesses. Der innerpsychischen Integration des Bildes vom Kind geht die Identifikation der Frau mit der zukünftigen Rolle und Verantwortung als Mutter voraus. In diesem Stadium besteht die primäre Entwicklungsaufgabe der Schwangeren im Behalten bzw. Akzeptieren des intrauterin heranwachsenden Fötus, welcher nicht nur maternale sondern auch Anteile seines Vaters verkörpert (Schleske 2007, 17); denn „bald wird es kein Zurück mehr geben“ (Brazelton; Cramer 1990, 30). Das gedankliche Durchspielen imaginärer Szenen mit imaginären Charakteren nimmt bei werdenden Müttern in der Regel erst nach dem ersten Schwangerschaftstrimenon, sprich um die 12. SSW, intensivere Formen an. Bis zu diesem Zeitpunkt überwiegt die Angst vor einem möglichen Verlust des Ungeborenen und verhindert, dass sich die Frau bereits zu Beginn zu genaue Vorstellungen über das heranwachsende Kind macht.

Das zweite Stadium bezeichnet Schleske (2007, 18) als *„Verschmelzung von Mutter und Kind“*. Bezeichnend für dieses ist das ungestörte Projizieren der Mutter ohne Realitätsprüfung, zumal innerhalb der ersten 18 bis 24 SSW der Gedanke an das Kind noch tendenziell im Hinterkopf behalten wird. Allmählich tritt die Schwangere mit dem Ungeborenen in einen Dialog, wodurch dieses „in das Selbst der werdenden Mutter integriert [wird], als Teil ihres Körpers oder als Erweiterung ihres Selbst, als Idealselbstanteil“ (Schleske et al. 2001, 130). Nichtsdestotrotz beziehen sich die von

der Mutter empfundenen Glücksmomente primär auf das „Traumkind“. Im Zusammenhang mit dem vorgeburtlichen Zwiegespräch im Kopf der Schwangeren gibt Dmoch zu bedenken:

„Spricht man von den Phantasien und dem inneren Dialog einer werdenden Mutter mit ihrem wachsenden Kind, darf man jedoch nicht aus dem Auge verlieren, dass es sich um ein emotional sehr anrührendes, allerdings phantasierendes Bezogensein auf eine kommende Zukunft handelt, in der die Mutter sich schon jetzt im Zwiegespräch fühlt. Es handelt sich aber um Erleben der erwachsenen Mutter mit ihrer differenzierten Psyche vor dem Zeitpunkt der Geburt, nicht aber um ein Erleben des Kindes und nicht um Interaktionen mit einer kindlichen Psyche“ (Dmoch zit. n. de Jong; Cremer 1998, 66f).

Auf maternaler Seite besteht gemäß Freud (1917, 157f) der Zwang, dem Kind alle Vollkommenheiten zu attestieren, wobei die Schwangere im selben Atemzug vom Ungeborenen die Erfüllung ihrer Wunschträume einfordert. „Die rührende, im Grunde so kindliche Elternliebe ist nichts anderes als der wiedergeborene Narzissmus der Eltern, der in seiner Umwandlung zur Objektliebe sein einstiges Wesen unverkennbar offenbart“ (ebd.).

Evoziert durch das Spüren der ersten Kindsbewegungen im fünften Schwangerschaftsmonat (18.-20. SSW) – bei „einer zweiten Schwangerschaft noch früher“ (Hepper 2005, 65) – die dem sanften Flattern eines Schmetterlings gleichen (Brazelton; Cramer 1990, 33), tritt die Schwangere in das dritte der von Schleske postulierten Stadien, das im Zeichen der *„beginnenden Unterscheidung von Mutter und Kind steht“* und von der Wissenschaftlerin dementsprechend benannt wird. Bis zum Vernehmen des ersten Flatterns des wachsenden Lebens kann eine Mutter die narzisstische Vorstellung einer totalen Verschmelzung mit dem Kind aufrechterhalten. Die Kindsbewegungen helfen der werdenden Mutter, es als von ihr getrennt wahrzunehmen, Teile seines Körpers zu differenzieren und ihm Absichten zuzuschreiben (de Jong; Cremer 1998, 57). In Bezug auf den hohen Stellenwert der Kindsbewegungen für die Schwangere hebt Sarimski (2000, 23) folgenden Umstand hervor: „Ein Kind in sich wachsen zu fühlen, das zunächst noch völlig abhängig und mit der Mutter vereint ist, bedeutet für diese eine einmalige Erfahrung ihres eigenen Wertes und ihrer (Lebens-)Kraft“.

Die mütterlichen Imaginationen erreichen ihren Höhepunkt um das siebte Schwangerschaftsmonat, die dann bis zur Entbindung deutlich an Intensität, Spezifität und Mannigfaltigkeit abnehmen, wodurch auch das „Kind-Imago“ an Kontur verliert (Schleske et al. 2001, 131). Die anfänglichen Verschmelzungsphantasien verschwinden im Idealfall zugunsten einer Vorstellung des Ungeborenen als eigenständige, individuelle

Persönlichkeit. Allem Anschein nach fungiert das kontinuierliche Abflauen der idealisierten Charakterzuschreibungen als Schutzmechanismus, damit das Neugeborene „bei der Geburt für sie kein Fremder ist“ (Brazelton; Cramer 1994, 38). In diesem Sinne trägt also das Ungeborene durch seine charakteristischen Bewegungen und Aktivitätsgrade zu seiner eigenen Individuation bei (Brazelton, Cramer 1990, 29). Ferner führt die maternale Wahrnehmung der Kindsbewegungen dazu, dass das Ungeborene das Objekt ihrer Libido wird.

3.3 Geburt

Mit der Geburt des ersten Kindes werden der grundsätzliche Status, den die Mutter im Leben einnimmt und ihre Identität buchstäblich über Nacht verändert (Stern 1998, 35). Gelingt der werdenden Mutter die Ablösung vom „Schwangerschaftskind“ nicht oder lediglich unzureichend, so besteht die Gefahr, dass die Geburt „als eine schmerzhaftes Trennung von einem Teil des Ichs empfunden wird“ (ebd.) und dieser in weiterer Folge als Verlusterlebnis in Erinnerung bleibt. Unabhängig davon wird die Schwangere zum Zeitpunkt der Entbindung indirekt gezwungen, sich vom imaginierten Kind zu verabschieden. Meist realisiert die Mutter den Verlust, sobald sie die an die Niederkunft gekoppelten Schmerzen verspürt. Die unmittelbar auf die Entbindung folgende Konfrontation mit einem gesunden Neugeborenen empfinden Mütter dann einerseits als Wiedergutmachung für die schmerzvollen Erfahrungen und andererseits hebt diese den mütterlichen Selbstwert.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache wird deutlich, dass das Bild des imaginierten Traumkindes mit dem des real Geborenen in der Perinatalzeit konfligiert. Um die mütterliche Zuwendung für das Neugeborene sicherzustellen, ist ein „Besetzungsabzug“ von dem gedanklich antizipierten Charakter zugunsten einer Anpassung an die realen Eigenschaften des Kindes als Schutz vor einer potentiellen Diskordanz zwischen dem realen und dem aus der Vorstellungswelt erforderlich (Brazelton; Cramer 1990, 44). In diesem Sinn steht die Mutter vor der Herausforderung, die reale Situation so wenig wie möglich mit der Vergangenheit zu befrachten, damit sie und das Baby ihre Beziehung unbelastet aufnehmen können (ebd.). Hierzu muss der Säugling, Schleske (2007, 22) zufolge, „mit Teilaspekten des imaginierten und phantasmatischen Kindes ausgestattet werden und der Mutter als ein ausreichend veränderbares Objekt erscheinen“. Die maternale Anerkennung der Einzigartigkeit des Neugeborenen sowie dessen Fähigkeit, die un- bzw. bewussten Wünsche der Mutter ihrer Zufriedenheit entsprechend zu erfüllen, bedarf der vollständigen Konzentration der maternalen Emotionen auf das Baby. Vorübergehend führt dieser Zustand dazu, dass die Mutter

im Normalfall ihre gesamte Aufmerksamkeit ausschließlich auf die kindlichen Bedürfnisse lenkt, um ihrem Verlangen nach Exklusivität in der Versorgung und Pflege des Neugeborenen gerecht zu werden. Immer wieder haben junge Mütter dabei Schwierigkeiten, ihren Partner in die Vorstellungswelt zu integrieren.

3.4 Der Übergang zur Mutterschaft nach Gloger-Tippelt (1988)

Wie an anderer Stelle bereits implizit zum Ausdruck gekommen ist, erstreckt sich der Übergang zur Elternschaft über eine Zeitspanne von der ersten Ahnung über die bestehende Gravidität bis zum tatsächlichen Umgang mit dem (ersten) Kind in etwa drei bis sechs Monate nach der Entbindung. Erst zu diesem Zeitpunkt kann realistischere davon ausgegangen werden, dass sich die Mutter, respektive der Vater, an die neuen Lebensbedingungen gewöhnt haben (Gauda 1989, 350).

Demnach ist Gloger-Tippelt (1988) dazu übergegangen, den bislang wenig abgebildeten Prozesscharakter²⁴ der Elternwerdung stärker in den Fokus ihres Konzepts zu rücken, um dieser auch hinsichtlich ihrer inhärenten Langfristigkeit und Mehrdimensionalität gerecht zu werden. Gleichwohl handelt es sich diesbezüglich um komplexe Prozesse, die auf der physischen und psycho-sozialen Ebene ablaufen und sich wiederum auf reziproke Art und Weise beeinflussen.

Diese soeben dargelegten Überlegungen integrierte Gloger-Tippelt in ihr achtteiliges Phasenmodell, welches als Heuristik dienen soll. Die einzelnen Phasen zeichnen sich durch spezifische Muster von Veränderungen und zu bewältigenden Aufgaben aus (Vonderlin 1999, 19). Die im Zuge des Modells idealtypisch deskriptierten Verarbeitungsabschnitte schließen sowohl die biologischen Veränderungen der Frau, die Adaptionsstrategien des Partners²⁵ und den Entwicklungsstand des heranwachsenden Kindes mit ein. Allerdings wird der grundsätzlichen Problematik von Phasenkonzeptionen Rechnung getragen, nachdem die Option „des Oszillierens zwischen typischen Verarbeitungsschritten oder auch von Überlappungen verschiedener Zustände ausdrücklich eingeräumt“ (Brüderl 1988, 79) wird. Unabhängig von dieser prinzipiellen Möglichkeit des Hin- und Herwechsels durchleben werdende Mütter in der Regel jene acht Phasen in invarianter Reihenfolge. Vier dieser idealtypischen Verarbei-

²⁴ Bezeichnend an ihrem Konzept ist die ihm inhärente Multidisziplinarität: Konkret bezieht sie soziologische, (entwicklungs)psychologische, psychoanalytische, juristische und medizinische Überlegungen und Theorien mit ein (Gloger-Tippelt 1988, 55). Durch diesen ganzheitlichen Ansatz scheint ihr Modell auch im Hinblick auf die Darstellung des mütterlichen Erlebens im nächsten Kapitel bzw. deren Umgangs nach einer Frühgeburt wie auch für die Interpretation der aus dieser Arbeit resultierenden Untersuchungsergebnisse prädestiniert zu sein.

²⁵ In Anbetracht der zugrundeliegenden Forschungsfrage wird bei der Erörterung lediglich die mütterliche Perspektive näher beleuchtet, um den formalen Rahmen nicht zu sprengen.

tungsschritte laufen auf pränataler Ebene ab, einer perinatal und drei postnatal, wobei sich diese wiederum in zwei separate Zyklen der kognitiv-emotionalen Verarbeitung nach klassifizieren lassen: Einen durchläuft die Frau in der Schwangerschaft und einen nach der Geburt. In Bezug auf den diesem Phasenmodell zugrundeliegenden „Verarbeitungsmodus“ konzediert Gloger-Tippelt (1988, 60) Folgendes:

„Die Verarbeitung beginnt jeweils mit der Aufnahme zahlreicher neuer Informationen auf unterschiedlichen Ebenen, begleitet von Gefühlen der Verunsicherung, Ängsten, Erleben eines relativen Kontrollverlustes bzw. geringer Kontrolle in der spezifischen Situation. Es folgt eine Phase allmählicher Adaption und Integration der neuen Information in das vorhandene Wissen, die übergeht in eine Phase der Vertrautheit mit der neuen körperlichen, psychischen und sozialen Situation. Diese Zeitperiode ist durch ein verstärktes Gefühl der Kontrolle, emotionales Wohlbefinden und höhere Selbstsicherheit geprägt.“

Die zu den einzelnen Phasen jeweils hinzugefügten zeitlichen Determinanten sollen lediglich als grobe Richtwerte interpretiert werden, weil Überlappungen einzukalkulieren sind.

Die *Verunsicherungsphase* in der Frühschwangerschaft (bis ca. zur 12. SSW) resultiert im Allgemeinen aus den kognitiv geprägten Informationen über das Bestehen einer Schwangerschaft. In diesem Konnex sieht sich eine werdende Mutter mit zwei Themen konfrontiert:

Zum einen aktiviert die prinzipielle Auseinandersetzung, in ferner Zukunft ein Kind zu gebären, eine Reihe verschiedener Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche, die sich vor allem auf einen veränderten Planungshorizont bzw. ihr Selbstkonzept als Frau beziehen und mit einem Umbruch in mehreren Handlungsbereichen (u. a. Alltagsleben, Partnerschaft, Beruf) einhergehen.

Zum anderen nimmt die Frau die physiologischen Signale als weiteres Indiz für ihre Gravidität wahr. In dieser Hinsicht erlangen die subjektiven Empfindungen und Beschwerden (morgendliche Übelkeit, Brustspannen, Erbrechen etc.) besondere Bedeutung. Unter der Voraussetzung großer Erwünschtheit und vorausgegangener Planung der Familiengründung konnotieren Frauen derartige körperliche Anzeichen positive, da sie das Auftreten mittelfristiger körperlicher Symptome als Anzeichen für die Sicherheit der Schwangerschaft bzw. für ein geringes Abortrisiko werten.

Abgesehen von den physiologischen Veränderungen, postuliert Gloger-Tippelt (1988, 77), dass Frauen in diesem Stadium auch in emotionaler Hinsicht Diskontinuitäten in Form heftiger Stimmungsschwankungen bzw. Labilität verspüren. Vor allen Dingen befinden sich Frauen in der Pränatalzeit in einem besonders vulnerablen, „offenen Zustand. Sie nehmen ihre Gefühle intensiver wahr als sonst“ (de Jong; Cremer 1998, 58). Die erhöhte Empfänglichkeit und Sensibilität auf emotionaler Ebene ist in diesem

Konnex auf zahlreiche Hormonschübe zurückzuführen (ebd.). Wiederum in Abhängigkeit von den mit der Schwangerschaft verknüpften Assoziationen sind diese negativ, positiv oder häufig ambivalent getönt. Der mit der geringen Selbstsicherheit verbundene Zweifel an der eigenen Kompetenz als Schwangere wie auch als zukünftiger Elternteil wird als belastend erlebt; nicht selten geht er mit einer Tendenz zu sozialem Rückzug einher, da die Frau mit ihrem situativen Befinden beschäftigt ist. Um jedoch nicht Gefahr zu laufen, in eine totale innere Emigration zu treten, entwickelt die werdende Mutter häufig eine starke Übertragung auf einen Menschen, der ihr professionellen Beistand anzubieten hat. Ihr dementsprechendes Vorgehen ist mit der Sehnsucht verbunden, dass ihre gewaltigen Emotionen auf Verständnis stoßen, dass jemand sie bemuttert, während sie selbst sich auf das Mutter-Sein einstellt (Brazelton; Cramer 1990, 31).

Die ersten, von allgemeiner Dissonanz und Ambivalenz geprägten Wochen werden von einer ruhigeren *Phase der sukzessiven Anpassung* (12.-20. SSW) an die äußeren und inneren Gegebenheiten abgelöst. Infolge des intensiven Durchdenkens verschiedener Aspekte bzw. des Reflektierens der individuellen Bedeutung der Schwangerschaft für die persönliche Lebenssituation begegnet die prospektive Mutter der Zukunft mit emotionaler Akzeptanz. Bedingt durch das starke Zurücktreten diverser körperlicher Beschwerden steigt das maternale Wohlbefinden kontinuierlich, weil sie mittlerweile Erfahrungen mit dem veränderten Körpergefühl sammeln konnte.

Als Anzeichen für die allmähliche psychische Stabilisierung der Schwangeren kann die Mitteilung der bestehenden Gravidität an den Familien-, Verwandten und Freundeskreis betrachtet werden. Die Verkündung der erfreulichen Botschaft zieht für die Frau in der Regel bestärkendes Feedback aus dem privaten Umfeld nach sich, da das Paar dadurch seine weitere Lebensplanung kundtut und das bislang ungeteilte Geheimnis in einen weiteren sozialen Rahmen stellt. Auf diese Art und Weise verstärkt sich bei der Schwangeren das Gefühl, etwas Besonderes im Vergleich zu nicht Schwangeren zu sein.

Im Rahmen der schrittweisen Adaption stellt das Sammeln von Informationen über Schwangerschaft, Entbindung und frühkindliche Entwicklung, die aus divergierenden Medien wie (medizinischen/psychologischen) Büchern, Elternratgebern oder direkten Gesprächen mit vertrauten Menschen bzw. Expert/inn/en emergiert werden, eine typische Bewältigungsstrategie dar (Gloger-Tippelt 1988, 79). Als Konsequenz daraus resultiert vielfach eine veränderte emotionale Bewertung der Gravidität im Allgemei-

nen und das „Herausbilden eines Körpergefühls als Schwangere“ (ebd.) im Speziellen.

Bezüglich der wachsenden Vertrautheit mit dem Umstand, in guter Hoffnung zu sein, nimmt die erste Ultraschalluntersuchung einen großen Einfluss, weil diese eine Veranschaulichung, genauer genommen eine erste bildhafte Darstellung des Ungeborenen liefert. Deren Stellenwert betonend fügt Gloger-Tippelt (ebd., 80) hinzu: Über dieses diagnostische Prozedere wird den Eltern im wahrsten Sinne des Wortes vor Augen geführt,

„dass das bisher nur indirekt bemerkbare bzw. nur in ihrem Kopf existierende Kind real existiert. Damit [wird] die Grundlage für die Herausbildung eines Kindkonzeptes geschaffen, das nun nicht nur sprachlich, sondern auch bildhaft repräsentiert werden kann. Die gemeinsamen, häufig positiven Gefühle und die Kommunikation der Partner über dieses Ereignis fördern die Anpassung an die Schwangerschaft“ (ebd.).

Die steigende Akzeptierung der prospektiven Geburt des Kindes evoziert bei Frauen zusätzlich zu einer wachsenden Mutteridentifikation mitunter eine Umstellung bisheriger Ernährungsgewohnheiten zum einen und ein neu herausgebildetes Gesundheitsbewusstsein zum anderen. Über demgemäße Verhaltensänderungen findet die Schwangere gleichzeitig Zugang, aktiv auf das intrauterine Wohlergehen des Ungeborenen einzuwirken. „Als weitere Einflussnahme muss auch die Teilnahme der Frau an regelmäßigen ärztlichen Routineuntersuchungen gewertet werden“ (ebd., 81).

Auf die von Anpassung dominierte Phase folgt in der Zeitspanne zwischen der 20. und 32. SSW die sogenannte *Konkretisierungsphase*. Innerhalb dieser kommen zwei Faktoren in besonderem Maße zum Tragen: Zum einen spielen die inzwischen regelmäßig im Körperinneren wahrnehmbaren Bewegungen des Ungeborenen, die als „sicherer Beweis“ für das intrauterine Leben erachtet und mit Gefühlen des Stolzes, der Erfüllung und Erleichterung verknüpft werden, eine große Rolle. Zum anderen erlangen sonografische Bilder und mögliche Befunde pränataldiagnostischer Untersuchungen aus mütterlicher Perspektive betrachtet große Bedeutung.

Darüber hinaus fördern diese beiden Komponenten die Phantasietätigkeit der Schwangeren über das Kind. In Übereinstimmung mit Ergebnissen aus differenten Verlaufsstudien konstatiert Gloger-Tippelt, dass im mittleren Schwangerschaftstrimester das niedrigste Niveau von Ängsten und Dissonanzen vorliegt (ebd., 85). „Die psychosomatischen Beschwerden sinken, psychisches Wohlbefinden erreicht das

höchste Niveau während der Schwangerschaft und die Partnerbeziehung wird günstiger eingeschätzt“ (ebd.).

Auf Basis dieses vorherrschenden Wohlfühls kann sich eine positive Grundhaltung für den weiteren Verlauf der Gravidität und für die Geburt ausbilden. In dieser Periode kann die schwangere Frau ihre subjektive, allerdings hypothetisch konzipierte und idealistisch überhöhte Vorstellung von sich selbst in der Rolle als Mutter bereits teilweise in Planungen und Handlungen umsetzen, die auf das erwartete Kind fokussiert sind. „Der Beginn einer Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung und die Kommunikation mit Freunden und Familienmitgliedern verdeutlichen dem Paar bereits den Zeitpunkt der erwarteten Geburt“ (ebd., 87).

Innerhalb der letzten Phase vor der Entbindung, zwischen der 32. und 40. SSW, wechselt die Schwangere ihre Zeitperspektive. Bislang ist ihr gedankliches Augenmerk auf der Pränatalzeit gelegen. An ihrer Stelle steht nun die „Zeit, die noch bis zur Geburt verbleibt“ im Zentrum der Aufmerksamkeit“ (ebd., 88). Zurückzuführen auf die verhältnismäßig klare Vorhersehbarkeit dieses Ereignisses setzt bei der werdenden Mutter eine Antizipation und Vorbereitung hierauf ein. Die in diese Phase fallende vorgeburtliche Beziehung zeichnet sich primär durch positive emotionale Konnotationen aus, denn Eltern können ihr Kind zu einem relativ stressfreien, frustrationslosen Zeitpunkt bereits ein Stück weit kennenlernen: „Im Bauch der Mutter geschieht die Versorgung noch ‚von selbst‘. Das Kind weint nicht, weckt Eltern in der Regel nicht nachts auf ... und ist mit einem Wort ‚pflegeleicht‘“ (de Jong; Cremer 1998, 80).

Das Ungeborene, welches sich inzwischen in den mütterlichen Assoziationen zu einem eigenen Wesen etabliert hat, wird von der Schwangeren bereits im Prozess der körperlichen Trennung antizipiert, wobei sie parallel dazu auch die erste Begegnung mit ihm durchspielt. Infolgedessen deklariert Gloger-Tippelt diese Zeitspanne als *Phase der Antizipation und Vorbereitung*. Bedingt durch die ihren Höhepunkt erreichenden physiologischen Veränderungen einschließlich der daran gekoppelten maximalen Abweichung vom „normalen“ Körperbild der Frau treten körperliche Beschwerden in den Vordergrund.

Hochschwangere Frauen erleben diese Veränderungen überwiegend negativ und tragen auf diese Weise zu einer emotionalen Labilisierung bei. Parallel dazu werden Alltagstätigkeiten und -abläufe durch die bevorstehende Niederkunft determiniert. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird von der zukünftigen Mutter eine Vielzahl an divergierenden Informationen wie z. B. über Geburtsmethoden, mögliche Risiken auf maternaler wie auch kindlicher Seite eingeholt. Bezeichnend für diese Phase ist das

erneute Auftreten großer Ängste und emotionaler Konflikte, sodass sich die Grundstimmung am Ende des intrauterinen Verweilens des Kindes zu negativen und ambivalenten Gefühlsregungen der prospektiven Mutter hin verschiebt.

Diese beziehen sich laut Gloger-Tippelt vor allen Dingen auf „Ängste vor der Geburt, vor Schmerzen bei den Wehen, Todesfurcht, Angst vor Komplikationen, Angst, die Selbstkontrolle während des Geburtsvorgangs zu verlieren, Angst, allein gelassen zu werden, ausgeliefert zu sein an einen autonom ablaufenden, nicht steuerbaren biologischen Vorgang“ (ebd., 89). Hervorgerufen durch die starke Präsenz der Ängstlichkeit und Hilflosigkeit der schwangeren Frau steigt ihr Bedürfnis und Verlangen nach Schutz, Zärtlichkeit und Geborgenheit, während die sexuelle Lust mittelfristig in den Hintergrund rückt. So gesehen begegnet die Schwangere der Entbindung und Trennung vom Kind, die in der Pränatalzeit als der eigentliche zu bewältigende Gipfel- bzw. Endpunkt betrachtet wird, sowohl mit Neugier und Spannung, aber auch von Ängsten und Dissonanzen begleitet.

Ungeachtet des regelmäßigen Wiederkehrens zwiespältiger, verunsichernder Emotionen bereitet sich die Schwangere auch handelnd, durch Umgestaltung bzw. Adaption der häuslichen Umgebung, auf die Ankunft des Kindes vor.

Als wichtiger Schritt des Übergangs zur Mutterschaft kann die Entscheidung für einen bestimmten Fütterungsmodus gewertet werden. Vielfach partizipieren Frauen an Säuglingspflege- und Geburtsvorbereitungskursen. Die Auseinandersetzung mit frühkindlicher Versorgung begünstigt eine „konkrete Antizipation des Kindes als Neugeborenes (wie fasst man es an, wie groß, wie schwer ist es, wie pflegt man es)“ (ebd., 90). Im Rahmen der Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen erlernt die Schwangere Atem- und Entspannungstechniken, die ihr helfen, „auf die zukünftigen Ereignisse einen steuernden Einfluss zu nehmen und ihnen nicht passiv hilflos ausgeliefert zu sein. Das Gewinnen von Kontrolle kann [in diesem Konnex; Anm. C.W.] als Kern vieler Bewältigungsstrategien gesehen werden“ (ebd.).

Die temporale Erstreckung des absoluten Höhepunktes im Übergang zur Mutterschaft wird in erster Linie durch den weitgehend autark ablaufenden Geburtsprozess determiniert. Die damit verbundene psychische Leistung der Frau beim Gebären besteht im Ausbalancieren zweier widerstrebender Tendenzen: Auf der einen Seite wird der prospektiven Mutter abverlangt, der Autonomie dieses biologischen Vorgangs so wenig wie möglich aktiv entgegenzuwirken, indem sie Vertrauen in den Fortschritt und Ablauf der Wehentätigkeit aufbaut und sie/ihn akzeptiert. Auf der anderen Seite wird von der Frau eine aktive Haltung dahingehend erwartet, das Prozedere der Entbin-

dung zu verstehen, um unter Aufwendung von Kraft und persönlicher Mitarbeit das Kind zur Welt zu bringen. „Die ‚Verbindung von aktiven und passiven Impulsen‘ zu einem ausgewogenen Gleichgewicht stellt besonders bei der Neuheit der ersten Geburt eine extreme Anforderung an die Frau“ (ebd., 93). Mit zunehmender Dauer der Entbindung steht die werdende Mutter vor der Herausforderung, beständig neue, vom medizinischen Personal an sie gerichtete Rückmeldungen zu verarbeiten, um diese anschließend in ihr Gebärverhalten zu integrieren. Über weite Strecken resultieren diese Handlungsanweisungen aus der Berücksichtigung des Wohlbefindens des Kindes, während das maternale Befinden weitgehend in den Hintergrund rückt.

Bei Vorliegen medizinischer Indikatoren, die einer Entbindung via naturalis zuwiderlaufen, wird in den meisten Fällen eine Sectio durchgeführt. Der Nachteil dieser künstlichen Geburtsmethode besteht im Verlust des aktiven Mitwirkens und Zutuns der Mutter. Vor allem erwartungswidrige Notfallkaiserschnitte unterscheiden sich von geplanten Kaiserschnitten hinsichtlich der maternalen psychosozialen Verarbeitung. Überdies gibt Gloger-Tippelt (ebd., 95) kritisch zu bedenken, dass die kognitiv-emotionale Umstellung und die körperliche Beanspruchung für die Frau — trotz Entfallens der persönlichen Mithilfe infolge der Anästhesie während des Gebärens — bei Schnittentbindungen in der Regel größer ist als bei Spontangeburt. Ungeachtet dieser Tatsache, konstatiert Gloger-Tippelt, besteht die primäre Bedeutung der Geburt — unabhängig ob natürlich oder per Sectio — aus mütterlicher, respektive väterlicher Perspektive betrachtet, in Folgendem: „Der Höhepunkt der Geburt besteht für die Eltern in der ersten Begegnung mit dem Kind direkt nach der Entbindung. ... Damit sind zwei Hypothesen verbunden: erstens wird eine Zeit besonders ausgeprägter mütterlicher Responsivität unmittelbar nach der Geburt postuliert und zweitens unterstellt, dass die Erfahrungen in dieser Zeit eine dauerhafte Wirkung auf das Kind haben“ (ebd., 96).

An die Entbindung des Kindes anschließend folgt im Übergang zur Mutterschaft die Phase der Überwältigung und Erschöpfung²⁶, welche etwa vier bis acht Wochen andauert: Das anfängliche Muttersein wird von vielen Frauen als biografischer „Bruch“ (ebd. 97) erlebt. Bedingt durch die emotionalen Umwälzungen und die starken physiologischen Beschwerden bzw. Veränderungen als Folge der „Geburt und Müdigkeit

²⁶ Hinsichtlich der zeitlichen Einteilung lassen sich im Unterschied zur Schwangerschaft postnatal weniger leicht aufschlussreiche Kriterien determinieren. Insofern deklariert Gloger-Tippelt (ebd., 97) die kindliche psychophysische Entwicklung als den wichtigsten Anhaltspunkt.

aufgrund der nächtlichen Versorgung des Babys sieht sich die junge Mutter nicht nur vorübergehend mit ihrer ungewohnten Lebenssituation überfordert, sondern es bedarf einer Standortbestimmung inklusive einer Neuorientierung.

Es geht darum, den Verlust des Kindes im Bauch bzw. die damit verbundenen Imaginationen des Traumkindes ebenso zu verarbeiten wie auch mit den grundlegenden anatomischen und hormonellen Umstellungen infolge der Rückbildung des Uterus zurechtzukommen. Vielfach gehen die zahlreichen psychischen Anpassungsleistungen mit heftigen Stimmungsschwankungen einher. In medizinischer Literatur wird dieses Phänomen als „Post-Partum-Blues“ bezeichnet (Unger; Rammseyer 1996, 153f). Darunter ist der beständige Wechsel von Gefühlen von dem Extrem der Euphorie und Freude ins andere, nämlich der Niedergeschlagenheit und Traurigkeit zu verstehen.

Die Mutter sieht sich vor die Herausforderung gestellt, ihre eigenen Interessen zugunsten des Kindeswohles in den Hintergrund zu stellen und sich stattdessen an einen neuen Tag- und Nachtrhythmus anzupassen. Hierzu muss sie einerseits ein Gespür für die Bedürfnisse und die Botschaften ihres Säuglings entwickeln, diesen eingehend beobachten und andererseits auch ihre eigenen Körpersignale bewerten.

Mit der Entlassung des Frühchens aus der Hospitalisation entfällt jegliche Mithilfe des Personals an der Versorgung und Pflege des Babys, wodurch sich die Mutter zuhause, gänzlich auf sich alleine gestellt, um Haushalt und Neugeborenes kümmern muss. Die Ankunft der Mutter und des Babys im häuslichen Umfeld wird in mitteleuropäischen Kulturen durch rituelle Feiern und durch Verschenken verschiedener Präsente zelebriert, um den neuen Status als Familie auf gesellschaftlicher Ebene symbolisch zum Ausdruck zu bringen und über diesen Akt die Mutter mit ihrem Säugling offiziell in die soziale Gesellschaft wiederinzugliedern (ebd., 98).

Bezüglich der in dieser Phase dominierenden instabilen Überzeugung von ihrer „Kompetenz“ als Mutter gibt Gloger-Tippelt (ebd., 100) zu bedenken: „Sie ist noch damit beschäftigt, ihre Vorstellung von sich als schwangere Frau abzubauen und die Nachwirkungen der Geburt zu verarbeiten. Allerdings bietet das Kind mit seinen konkreten Bedürfnissen, auf die die Mutter besonders beim Stillen, Pflegen und beim Körperkontakt mit dem Kind eingeht, intensive Anregungen für ein neues Bild von sich selbst“. Nachdem die Frauen unmittelbar nach der Entbindung noch stark mit den schlagartig veränderten Lebensumständen beschäftigt sind, weisen sie hinsichtlich des eigenen psychischen Wohlbefindens eine hohe Vulnerabilität auf und reagieren auf etwaige (gut gemeinte) Ratschläge sehr sensibel.

Mit dem Abklingen physiologischer Nachwirkungen der Geburt tritt die Mutter gemäß Gloger-Tippelt (ebd., 108) nach etwa acht Wochen in die *Phase der Herausforderung und Umstellung*. Innerhalb dieser Zeitspanne gewinnt sie die Kontrolle über ihren eigenen Körper zurück. Auf diese Weise entwickelt die Frau die notwendige Sicherheit bzw. das Selbstvertrauen, den Alltag mit dem Kind aus eigenen Kräften bewältigen zu können. Im Zuge des allmählichen Hineinfindens in einen geregelten Tagesrhythmus bildet die Mutter feste Pflege- und Versorgungsgewohnheiten aus, denen gleichzeitig ein zentraler Stellenwert bei der zeitlichen Strukturierung des Alltags zukommt.

Das emotionale Befinden der Frau hängt primär von der Persönlichkeit des Kindes, der ehelichen Rollentrennung und dem Ausmaß sozialer Unterstützung und Kommunikation ab.

Hinsichtlich der schrittweisen Gewöhnung an das neugeborene Kind, einschließlich der damit verbundenen Akzeptanz als Individuum, fügt Gloger-Tippelt (ebd., 102) hinzu, dass das Kind in seiner realen, dauerhaften Existenz inzwischen die Position eines vertrauten Mitglieds der Familie eingenommen hat. Die Mutter beurteilt ihren Säugling „mit seiner individuellen Ausstattung inzwischen nicht mehr auf der Grundlage ihrer eigenen Erwartungen vor der Geburt, sondern [hat] als Bezugssystem ein aktuelles Wissen über die erhebliche Variation im Verhalten ihres eigenen Kindes aufgebaut“ (ebd.). Mit der zunehmend gemeinsam verbrachten Zeit und gegenseitigen Gewöhnung aneinander „treten in dieser Zeit erste Vorläufer einer spezifischen Bindung des Kindes an die Bezugsperson auf“ (ebd., 10).

Wenngleich an die soeben dargestellte Phase der Herausforderung und Umstellung die achte und letzte Phase im Übergang zur Elternschaft ansetzt, nämlich die der Gewöhnung (ca. 6. bis 12. Monat), wird diese zwar der Vollständigkeit halber erwähnt, allerdings nicht näher erklärt, da diese Zeit nicht Bestandteil der vorliegenden Untersuchung ist.

Gleichwohl wird, von dieser allgemeinen und regelhaften Darstellung des Übergangs zur Eltern-, respektive Mutterschaft ausgehend, im folgenden Kapitel das mütterliche Erleben dieser Umstellung im Falle einer Frühgeburt näher erörtert.

4 MÜTTERLICHES ERLEBEN IM FALLE EINER FRÜHGEBURT

4.1 Pränatalzeit

Abweichungen vom regelhaften Übergang zur Mutterschaft, wie dieser in Kapitel 3 expliziert wurde, können frühestens dann erkannt werden, wenn die Pränatalzeit atypisch verläuft.

Während sich Eltern bei einer Risikoschwangerschaft bzw. bei einem nicht komplikationslosen Verlauf der Pränatalzeit zumindest ein wenig mit der Gefahr einer vorgezogenen Geburt auseinandersetzen können, kommt bei mehr als der Hälfte verfrühter Entbindungen erschwerend hinzu, dass keinerlei Indizien auf Frühgeburtsbestrebungen hindeuten, wodurch die Mutter völlig unerwartet mit dem abrupten Ende des intrauterinen Aufenthaltes des Kindes konfrontiert wird. Denn viele Hinweise auf eine drohende vorzeitige Niederkunft werden erst retrospektiv als solche interpretiert (Gloger-Tippelt 1988, 127). Dazu konstatiert Jotzo (2005, 58) hinsichtlich des Faktums der Vorhersagbarkeit relativierend: „So oder so ist die Früh-/Risikogeburt, das was ihr vorausgeht und das, was ihr folgt, für die meisten Eltern ein Schock und zerstört Erwartungen und Träume, die Mütter und Väter mit der Schwangerschaft und der Geburt verbinden“. Demnach erfährt die Schwangere einen vollständigen Verlust ihrer Selbstkontrolle, zumal sich die Betroffene den über sie hereinstürzenden Herausforderungen nicht gewachsen sieht.

Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die verfrühte Geburt nun tatsächlich evoziert wird (Panagl 1998, 41), befindet sich der Schwangerschaftsprozess in Anlehnung an das Modell Gloger-Tippelts (1988) bei Auftreten bezeichnender physiologischer Signale (u. a. vorzeitige Wehen oder ein Blasensprung) erwartungsgemäß entweder in der sogenannten „Konkretisierungsphase“ (20.-32. SSW) oder in der „Antizipations- und Vorbereitungsphase“ (32.-40. SSW), die im Kapitel 3 elaboriert behandelt wurden.

Im Extremfall werden die psychischen Anpassungsprozesse der Schwangeren nicht nur verkürzt, sondern teilweise sogar die letzte wichtige vorbereitende Phase vor der Geburt vollkommen übersprungen. Untersuchungsergebnissen aus einer Studie von Jotzo; Schmitz (2002, 6) zufolge besteht bezüglich der Vehemenz des mütterlichen Erlebens der Frühgeburt eine Abhängigkeit zwischen Gestationsalter und Geburtsgewicht: „Je geringer das Gestationsalter und das Geburtsgewicht des Kindes sind, desto stärker ist bei Müttern die traumatische Wirkung der Frühgeburt im ersten Monat

und ein Jahr nach der Geburt. Das Gestationsalter steht nicht nur für das medizinische Risiko des Kindes, sondern auch dafür, wie viele Wochen der Schwangerschaft die Mutter verloren hat“.

Die Annahme der schwangeren Frau, dass ihr „noch mindestens so und so viele Wochen bis zum errechneten Geburtstermin“ (ebd., 128) verbleiben, stellt sich zum einen als Irrtum heraus, zum anderen bewirkt die enorme Vorzeitigkeit der Entbindung einen Durchbruch des kognitiven Erfahrungshorizonts der schwangeren Frau.

In weiterer Folge bilden zu frühgewordene Mütter ein zu geringes Kompetenzvertrauen in die Bewältigung der Geburt, weil sie noch nicht mit der Ankunft des Kindes rechnen und dadurch auch die dazugehörige innere Bereitschaft der freudigen Erwartung des Kindes nicht erreichen (ebd.). Gemäß Linderkamp (2005, 109) kann die Situation der Mutter eines Frühgeborenen wie folgt auf den Punkt gebracht werden: „Sie ist nicht mehr schwanger, fühlt sich aber noch nicht als Mutter. Sie trägt das Kind weder im Bauch noch in den Armen“.

Ungeachtet dieser allgemeinen Grundproblematik sind die beiden bei einer Frühgeburt betroffenen Phasen von biologischem Wachstum geprägt: Der weibliche Körper verändert sich stark, sodass die Schwangerschaft auch für das Umfeld anhand der äußerlichen Erscheinung transparent wird. Bei einem verfrühten Abbruch der Schwangerschaft fühlt sich ein erheblicher Teil der Schwangeren um „den dicken Bauch“ betrogen (Vonderlin 1999, 54).

Auf psychosozialer Ebene beginnt die Mutter ihr noch ungeborenes Kind schrittweise als selbstständiges Individuum wahrzunehmen, wodurch allmählich ein intensiver Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind einsetzt (ebd., 20). Die normale, natürliche „Pufferzeit“, in der sich die Mutter auf das Kind nach und nach einstellt, wird bei einer zu frühen Niederkunft schlagartig beendet und erfordert auf Grund dessen blitzschnelle kognitive Adaptionsleistungen an die realen Gegebenheiten, wobei in dieser Hinsicht einige atypische Faktoren unter Umständen noch erschwerend hinzuwirken können, wie das folgende Zitat plastisch vor Augen führt:

„Äußere Bedingungen können den erlebten Bruch verstärken, z. B. kann die Frau noch bis zum letzten Tag vor der Geburt erwerbstätig sein, wenn die Geburt mehr als sechs Wochen verfrüht eintritt. Damit ist die emotionale und handelnde Vorbereitung auf die Geburt (Einüben konkreter Atemtechniken oder Entspannungsmethoden) und auf das Kind (Vorbereitung der Wohnung, der Ausstattung für das Neugeborene) nicht immer abgeschlossen“ (Gloger-Tippelt 1988, 128).

Über diese oftmals verbundenen ungünstigen Bedingungen hinausgehend, nimmt die Schwangere das Ungeborene zu diesem Zeitpunkt zwar mittlerweile als von ihrem Selbst autarkes Wesen wahr und gewinnt immer mehr Vertrauen in die zukünftige

Mutterrolle, jedoch fehlt noch der Aufbau eines differenzierten Kindkonzepts. Die Entwicklung konkreter und stabiler Imaginationen über Persönlichkeitsmerkmale (Aussehen, Geschlecht, Temperament) des Ungeborenen bleibt aus. Ein Großteil der Mütter artikuliert ihre Scham, dass das Kinderzimmer noch unfertig ist. Abgesehen davon haben sich die wenigsten Schwangeren bereits für einen oder zwei endgültige Namen entschieden. Unter dem äußeren Druck erhält das Neugeborene zunächst einen provisorischen Namen (Schleske et al. 2000, 127).

Es besteht die Gefahr, dass aus dem Missverhältnis zwischen dem realen und dem Traumkind mittelfristig Probleme resultieren. Zu diesem Zeitpunkt dominieren Assoziationen von sich als Schwangere bzw. prospektive Mutter, die noch keinerlei differente Vorstellungen von maternalen Aufgaben und die daran gekoppelte Verantwortung beinhalten (ebd.).

Geht die Entbindung in diesem Stadium los, so wird die vorgeburtliche Beziehungsentwicklung der Mutter unterbrochen. Aus einem emotionalen Blickwinkel betrachtet, ist die Schwangere für die bevorstehende Trennung vom Kind nicht bereit, geschweige denn der längerfristige Prozess der Mutterwerdung abgeschlossen – she is „hurled’ into parenthood“ (Warren 2000, 68).

4.2 Geburt

Ein unzureichendes Erleben der einzelnen Phasen zum Zwecke eines kontinuierlich behutsamen Hineinwachsens in die Mutterrolle betrifft nicht nur die Pränatalzeit, sondern wirkt mitunter auch ungünstig auf die tatsächliche, unerwartet frühe und in Notfallatmosphäre stattfindende Entbindung ein. Im Vergleich zu einer normalen Geburt des Kindes, bei der Freude und Glück im Mittelpunkt stehen, evokiert eine überstürzende Entbindung aufgrund des versagten Geburtserlebnisses Emotionen großer Enttäuschung:

In den meisten Fällen wird das Baby mittels (Not)Kaiserschnitts zur Welt gebracht, wodurch den Müttern verwehrt bleibt, ihr Kind bei vollem Bewusstsein vaginal zu gebären. Besonders prekär gestaltet sich die Situation für Schwangere, die während der Sectio in eine Vollnarkose versetzt werden, weil das Procedere als Ganzes spurlos an ihnen vorübergeht; nicht einmal etwaige Informationen der Ärztinnen/Ärzte bzw. Reaktionen aus dem Umfeld (erster kindlicher Schrei, etc.) dringen bis zu ihr vor und lassen sie in Ansätzen ein wenig teilhaben.

Zudem zieht eine solche Entbindung weitere belastende Begleiterscheinungen nach sich: Im Unterschied zu Frauen von reifgeborenen Säuglingen wird das Frühchen sofort nach dem operativen Eingriff zur intensivmedizinischen Untersuchung und Ver-

sorgung auf die Neonatologie transferiert, während die Mutter räumlich von ihm getrennt auf der gynäkologischen Station zurückbleibt. In Abhängigkeit von seiner Konstitution muss das Frühgeborene zur medizinischen Sicherstellung seiner Lebensfunktionen unter Umständen sogar in eine weit entfernte spezialisierte Klinik überstellt werden, sofern die ursprüngliche Entbindungsklinik über keine neointensive Station verfügt.

Auf diese Art und Weise erlebt die Frau einen doppelten Objektverlust: Einerseits muss sich die Mutter von den Idealvorstellungen eines gesunden, reifgeborenen Babys, das sie pränatal durch Projektionen idealisierter Selbstanteile im Kopf ausbildete, abrupt ablösen. Durch die räumliche Separation von ihrem Säugling hat die Mutter andererseits auch einen temporären Realverlust zu verkraften (u. a. Hantsche et al. 1991, Bölter 1984).

Zurückzuführen auf die überwältigenden Ereignisse bei der Entbindung verfallen viele Frauen in einen Zustand der Erstarrung und Betäubung. Zum Teil kommt es ihnen vor, als ob sie sich in einem falschen Film befänden. Mitunter beschäftigen sich die Mütter gedanklich mit banalen Dingen, „während das eigentliche Geschehen wie im Nebel liegt“ (Jotzo 2005, 59). Es dauert oft ein paar Tage, bis die Mütter in Ansätzen begreifen, mit welchen Folgen das schlagartige Ende der Schwangerschaft für sie einhergeht. Wegen der Überforderung des kognitiven und emotionalen Systems einer Mutter klagen viele Betroffene über ihr eingeschränktes Leistungsvermögen, Informationen aufzunehmen, zu verstehen und zu behalten (ebd.).

Sobald die Mutter allmählich beginnt, das hinter ihr liegende Geschehen gedanklich zu ordnen, betrachten sich viele Frauen als gescheitert. Das Gefühl des Scheiterns führt Jonas (1994, 46) primär auf die Tatsache zurück, dass in unserem Kulturkreis ein „gelungenes“, gesundes Kind als „Leistung“ einer Frau, ein „misslungenes“ hingegen als ihr persönliches Versagen interpretiert wird. Insofern persistiert sich in den Gedanken der betroffenen Frauen (unbewusst) oftmals der Irrglaube, dass das unreif geborene Kind ihre weibliche Unvollkommenheit bzw. Minderwertigkeit schonungslos der Umwelt demonstriere (Tracy 2000, 33).

Aus psychoanalytischer Sicht stellt die Frühgeburt für die Frau eine narzisstische Kränkung dar, indem sie ihr indirekt das Gefühl vermittelt, in ihrer psychobiologischen Funktion als Frau versagt zu haben und sie die Ursache für das verkürzte intrauterine Verbleiben des Babys ihrer eigenen Unfähigkeit zuschreibt, es die volle (natürliche) Schwangerschaftsdauer auszutragen (u. a. Hantsche et al. 1992). Laut Brazelton;

Cramer (1991, 190) „[ist] unter solchen Umständen eine plötzliche ... Erschütterung des elterlichen Selbstwerts zu erwarten“, denn „[oft] kommt eine Frühgeburt nach einer Serie von Fehlgeburten zustande und wird als weiterer Misserfolg angesehen“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J., 21). Gemäß Meddur-Gleissner (2010, 63) begünstigt der ohnehin labile psychische Allgemeinzustand der Frauen das Festhalten am deprimierenden Gedanken „Ich konnte mein Kind nicht halten“.

Neben dem Schock und der allgemeinen Bestürzung, die eine vorzeitige Entbindung hervorrufen, empfinden viele Mütter nicht nur die eben erwähnten Gefühle des Scheiterns und Versagens, sondern berichten im selben Atemzug von quälenden Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Meistens führen die Frauen die Gründe für die Frühgeburt auf ihr eigenes Fehlverhalten bzw. ihre mangelnde Rücksichtnahme zurück und fassen diese als Bestrafung für Vergangenes bzw. ihre archaischen Gedanken in der Frühschwangerschaft auf (Sarimski 2000, 62; Tracy 2000, 29). Nach Schleske et al. (2000, 128) bedingt die erhöhte Regressionsneigung im Zeitraum rund um eine kindliche Geburt mithin, dass „eine werdende Mutter anfällig für die Vorstellung [bleibt], dass sie das Baby durch ihre negativen Gefühle und Gedanken beschädigt haben könnte“.

4.3 Das Befinden der Mutter während der Hospitalisation des Kindes

Vor allen Dingen die ersten Tage nach der Geburt gestalten sich aus Sicht der Mutter in der Regel sehr schwierig und belastend: „It is the mourning of the fullness. If the baby is healthy and feeding, it rivals the narcissistic loss of the fullness, and the reality of a thriving infant hopefully repays the mother adequately“ (Lemoine-Luccioni zit. n. Tracey 2000, 31f). Durch die separate Versorgung von Mutter und Kind bleibt das innerhalb des Zitats implizit zum Ausdruck kommende Gefühl der „Leere“ wesentlich länger bestehen als bei termingeborenen Säuglingen, denn „[t]he healthy surrender of fullness is not replaced with a healthy living baby but with a very small, immature infant, with whom the mother has limited contact“ (ebd., 32).

Die Trennung vom Kind verstärkt Insuffizienzgefühle bei der Mutter, weil sich die Frau durch die Isolation von ihm in ihrer Annahme bestätigt fühlt, nicht selbstständig für das Baby sorgen zu können. Je nach Entfernung des Entbindungsspitals von der Kinderklinik bzw. in Abhängigkeit vom maternalen Gesundheitszustand vergehen mehrere Tage bis Wochen, bis die Mutter die Möglichkeit hat, mit ihrem Neugeborenen das erste Mal direkt in Kontakt zu treten (Vonderlin 1999, 53).

Dabei verspüren Eltern unmittelbar nach der Entbindung ein großes Bedürfnis, wie Brazelton; Cramer (1991, 71) anmerken, ihrem Kind möglichst nahe zu sein und es zu

spüren: „Der unmittelbare Blickkontakt, die Interaktion von Angesicht zu Angesicht ist in der Neugeborenenphase möglicherweise ebenso wichtig wie das Anlegen an die Brust, das Halten und Schmuse(n)“. Derartige Erfahrungen und die ersten vertrauten Momente mit dem Kind bleiben Müttern von Frühchen bisweilen verwehrt, worunter auch das Bonding bzw. der Beziehungsaufbau leidet. Bedauernswerterweise hilft gerade der Erstkontakt und die Berührung des noch so kleinen Frühgeborenen bei der Annahme bzw. der Akzeptanz des realen Kindes gegenüber dem imaginierten (Roos et al. 2001, 1). Frauen „brauchen Zeit zum Trauern um dieses phantasierte Baby, bevor sie eine Beziehung mit dem realen Baby aufbauen können“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J., 21).

In der Zeit zwischen der Geburt und dem ersten direkten Aufeinandertreffen von Mutter und Kind kommt dem Vater eine wichtige Rolle zu. Vielfach fungiert er quasi als Vermittler und Überbringer von Botschaften: Meist sieht er das Baby als Erstes und ist derjenige, der das Neugeborene als Bezugsperson in Empfang nimmt. Aber auch durch den Transfer wichtiger Informationen über das kindliche Befinden an die Mutter wird er diese am Laufenden halten. Parallel dazu trifft er wichtige Entscheidungen und führt etwaige Gespräche mit dem neointensiven Personal (u. a. Vonderlin 1999, 54; Tracey 2000, 43). Zum Teil organisiert er, dass die Mutter ihr Baby zumindest via Fotos oder Videoaufzeichnungen kennenlernt, um allenfalls ein Bild von diesem vor sich zu haben. Über die Berichterstattung seiner Erlebnisse mit dem Neugeborenen an seine Partnerin wird er versuchen, solange eine Brücke zwischen Mutter und Kind zu schlagen, bis die Frau selbst in der Lage ist, den Säugling zu besuchen (Hantsche et al. 1991).

Von Angst und Beklemmung begleitet, wird die erste reale Begegnung mit dem Baby vielfach von deprimierenden Erfahrungen geprägt: Das erstmalige Zusammentreffen ruft bei vielen Müttern tiefe Entfremdung hervor und kann nur schwer ertragen werden, da das Frühchen in seinem Erscheinen so überhaupt nicht dem Äußeren eines reifgeborenen Säuglings entspricht. „Der Anblick der Winzigkeit des Babys, seine abnorme Atmung, das faltige Äußere, die blasse Hautfarbe, Schläuche, Geräte, Nadeln, Ernährungssonde erschrecken die Eltern bei den ersten Besuchen“ (Sarmiski 2000, 61). Immer wieder äußern betroffene Frauen, dass ihr Frühchen nicht als Person zu identifizieren war, sondern stattdessen Erinnerungen an ein „neugeborenes Kätzchen“ oder ein „geschundenes Kaninchen“ (u. a. Affleck et al. 1991) weckte: „Er [der Säugling; Anm. C.W.] war nicht babyrosa, sondern bräunlich und hatte noch einen leichten Flaum am ganzen Körper ... Zu diesem Zeitpunkt trauten wir uns beide noch nicht

darauf zu hoffen, dass aus Moritz ein ganz normales Baby werden könnte“ (Sawlewsky 2000, 105).

Das Problem, das in dieser Situation zum Tragen kommt, besteht primär in der damit verbundenen Desillusionierung: Die Eltern werden von der Vorstellung ergriffen, dass es ihnen unmöglich erscheint, dass das vor ihnen liegende Kind letzten Endes doch noch zu einem „normalen“, kräftigen, sich entwickelnden Kleinkind heranwachsen wird (Gratzenberger 2004, 30). In weiterer Folge haben Mütter Schwierigkeiten, sich an das Aussehen ihres unreifen Kindes zu gewöhnen. „Dabei spielt auch die Angst eine Rolle, sich an jemanden, den man liebhat, zu binden, der sterben könnte“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J., 21).

Wo allein schon die Auseinandersetzung mit dem zerbrechlichen, passiven Säugling, „den es eigentlich noch gar nicht gibt“ (Meddur-Gleissner 2010, 62f), unbehagliche Assoziationen evoziert, betreten die Frauen zugleich erstmals in ihrer Biografie eine Intensivstation und müssen ferner unvorbereitet in der stressreichen, nervösen und hochtechnisierten Umgebung Halt finden: Die komplex intensivmedizinische Situation auf der Neonatologie wirkt befremdlich und verstörend, zumal in diesem Moment zwei verschiedene Lebenswelten, wie anhand des Zitats verdeutlicht wird, in ihren Extremen aufeinanderprallen – „hier liegt fast mehr Kabel als Mensch“ (ebd.) – zu denen Außenstehende nur sehr schwer Zugang finden: Eltern

„kennen die Funktion der Geräte, die Wirkung von Medikamenten nicht, können die Relevanz von Alarmen und angezeigten Werten nicht einschätzen, werden mit zunächst so unverständlichen Begriffen wie „flow“ und „peep“ konfrontiert und stehen mit elterlichen Kompetenzen wie Schutz, Trost, Wärme und Geborgenheit, die sie zu geben haben, hilflos vor einer trennenden Plexiglasscheibe, hinter der ihr verkabeltes Kind liegt“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010, 7).

Nach Jotzo (2005, 60) kommt in diesem Moment erschwerend hinzu, dass innerhalb der psychologischen Krisen- und Traumabehandlung Einigkeit dahingehend besteht, dass es wichtig ist, belastende Dinge und Faktoren, die an die überwältigenden und überfordernden Erlebnisse zurück erinnern, zu meiden, aktiv beiseite zu schieben bzw. ihnen gezielt aus dem Weg zu gehen. Versetzt man sich nunmehr in die Lage frühgebärender Mütter, so wird deutlich, dass ein prinzipielles Negieren von Belastungen auch den Besuch des Frühchens inkludieren müsste, was in der Realität von den Frauen verständlicherweise unterbunden wird. Insofern, führt Jotzo (ebd.) weiter aus, „erhalten die Eltern die dringende emotionale und auch körperliche Erholung, die für eine schnelle psychische Stabilisierung wichtig ist, nicht“.

Ganz im Gegenteil, bedingt durch die vielfach infausten Entwicklungsprognosen und die beständige Sorge um das kindliche Überleben bzw. dessen ungewisse Zukunft, aufgrund der Allgegenwärtigkeit des Todes und die Angst vor ihm, stellen sich die

Mütter trotz psycho-physischer Erschöpfung den nicht vorauszusehenden, oftmals aufs Neue besorgniserregenden Herausforderungen, wie auch ein Statement einer Betroffenen bestätigt: „Das Schlimmste war die Ungewissheit am Morgen, bevor man die Station betrat. Was war in meiner Abwesenheit passiert? Gab es Positives oder Bedrohliches?“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010, 7).

Als Indikator für die Vehemenz der auf die Frauen einwirkenden Eindrücke können die Feststellung Sarimkis (2000, 61ff) bzw. Beobachtungen des Bundesverbands „Das frühgeborene Kind“ e. V. (2010, 5) gewertet werden, dass nämlich die Erinnerungen an die Anfangszeit selbst nach 8, 10 oder sogar 15 Jahren noch lebhaft und präsent im Gedächtnis der direkten Bezugspersonen fortbestehen. Jotzo; Schmitz (2002, 2) gehen in diesem Konnex noch einen Schritt weiter und schreiben den intensiven Erinnerungen nicht nur eine Längerfristigkeit zu, sondern die Frauen denken selbst nach einer zeitlichen Distanz sehr oft ungewollt an die Frühgeburt zurück.

Ungeachtet der ohnedies bereits hohen Vulnerabilität der frischgebackenen Mutter, ist jeder Besuch beim Kind mit der Gefahr verbunden, beunruhigende Informationen über seinen Gesundheitszustand zu erhalten.

Des Weiteren erfreuen sich Eltern verfrüht geborener Kinder nicht von Anbeginn an der wachsenden Vertrautheit bzw. der täglich immer stärker werdenden emotionalen Verbundenheit, weil aufgrund der spezifischen Lebensumstände im neonatalen Setting vor allem die Ärzt/inn/en, Pflegenden und die Maschinen, an die das Frühchen angeschlossen ist, das Baby „bemuttern“ (Meddur-Gleissner 2010, 63). Angesichts der Tatsache, dass die Entscheidungsgewalt über die Pflege, Betreuung und Behandlung des Kindes fast ausschließlich beim Stationspersonal liegt, vergleicht Gloger-Tippelt (1988, 131) die Lage der Mutter mit dem Konzept der „gelernten Hilflosigkeit“. Nachdem die direkten Bezugspersonen in ihrer Rolle als Eltern während der Hospitalisierung des Frühchens nur sehr marginal bzw. unter Anleitung fremdbestimmt an der Versorgung ihres Babys partizipieren können, erleben sich diese als überflüssig, unbedeutend und inkompetent. Da die Atmosphäre vor Ort Außenstehende mit Unbehagen und Misstrauen erfüllt (Marcovich 2008, 151f), assoziieren Angehörige „diese Umwelt als Bedrohung [und; Anm. C.W.] als noch weitere Entfremdung vom noch fremden Kind“ (Fegert 2000, 384). Diese Einschätzung Fegerts teilt auch Eisinger, eine auf einer Neonatologie hospitierte Person im Zuge ihrer Beobachtungsprotokolle (zit. n. Meddur-Gleissner 2010, 62): „Der erste Blick eines jeden, der in den Raum kommt – sei es eine Schwester oder ein Elternteil – gilt dem Monitor. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind wird von dem Monitor bestimmt“.

Zusätzlich wirkt der Inkubator für die Mütter bei der Kontaktaufnahme wie eine Barriere zwischen ihnen und dem Frühchen, der erstens die bereits bestehenden Überwältigungs- und Berührungängste verstärkt und zweitens nur eine minimale Berührung ermöglicht, sodass sie zögern, es zu streicheln und zu liebkosen (Gloger-Tippelt 1988, 131) und der damit letztlich deren Handlungsfähigkeit mindert. Vielfach beschäftigen Frauen insbesondere drei Fragen, die ihnen beinahe rund um die Uhr im Hinterkopf latent zu schaffen machen: Die „Angst vor Unzulänglichkeit (,ich kann nicht genug geben‘), Angst, eine schlechte Mutter zu sein, Angst vor dem Verlust von Kontrolle und Unabhängigkeit, Angst vor häufiger Isolierung (,ich muss alles alleine schaffen‘)“ (Bundesverbands „Das frühgeborene Kind“ e. V. o. J., 23).

Dadurch stellen sich die effektiven Chancen, einen Beitrag zum Wohlergehen des Neugeborenen zu leisten, wie zwei Mütter ihre individuellen Erfahrungen (retrospektiv) artikulieren, in der Praxis als sehr begrenzt heraus: „Es war immer ein blödes Gefühl, dass mir ein fremder Mensch mein Baby auf die Brust legte zum Känguruen – und es tat einfach nur weh, dass ein fremder Mensch mir mein Kind dann nach der Kuschelstunde wieder wegnahm – ich hätte sie [das frühgeborene Mädchen; Anm. C.W.] gern selbst in den Inkubator gelegt“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010, 12).

„Außerdem frustriert mich, dass ich irgendwie nur halb Mutter bin – immer erst fragen, warten, warten, fragen, ob man etwas an dem eigenen (!!!) Kind machen darf“ (Jotzo 2005, 64).

Am Entstehen solcher ungünstiger Beziehungsdynamiken kann „die Diskrepanz im Erleben“ zwischen Angehörigen und Stationspersonal, wie Jotzo; Schmitz (2002, 6) offenlegen, ungünstig hinzuwirken, denn was für Stationsmitarbeiter/innen alltäglich erscheint, kann aus Sicht der Mütter durchaus ein verstörendes und belastungserhöhendes Ereignis darstellen.

In der Realität verfallen viele Frauen als Konsequenz in Passivität und nehmen, wie anhand der Schilderungen einiger Mütter veranschaulicht wurde, eine Zuschauerrolle ein, wobei sie diese Position, wie anhand der nachstehenden Schilderung (Meddurgleisner 2010, 61) transparent wird, mit Gefühlen großer Unbefriedigung verknüpfen und sich in einen emotionalen Zwiespalt gedrängt sehen:

„Einerseits möchten sie ihren Kindern nahe sein, andererseits entsteht gleich die Angst, durch die Ausführung dieses Bedürfnisses etwas zu zerstören: Es könnte ja sein, dass man den Kleinen [Säugling; Anm. C.W.] dabei verletzt, einen gravierenden Schaden zufügt, weil vielleicht einer der Schläuche ausgerissen wird und eine Wunde entsteht. So müssen die Eltern ihr natürliches Bedürfnis, ihr Kind zu halten und zu versorgen, immer wieder unterdrücken“.

Durch die schmerzvolle Erfahrung, dass sie als eigentliche Mutter in Ohnmacht unbetieilt am Rande verweilt, während das neointensive Team einschließlich der Apparaturen in der Zwischenzeit die Funktion des „mütterlichen Primärobjekt[s]“ (Meddurgleissner 2010, 63) übernimmt, treten in solchen Situationen nicht selten konfliktgeladene Emotionen auf. Obwohl sich die Eltern auf der einen Seite bestmögliche Betreuung und liebevolle Fürsorge für ihr Neugeborenes durch die auf der Station Tätigen wünschen, werden auf der anderen Seite damit einhergehend mütterliche Insuffizienzgefühle umso stärker forciert, je kompetenter und inniger das Frühchen vom Personal betreut wird.

Zum Teil führen die Konkurrenzgefühle der Mutter dem neointensiven Personal gegenüber so weit, dass sie den Eindruck hat, das Kind gehöre der Station anstatt ihr. Unter Berücksichtigung des in Kapitel 2 beschriebenen Whose-Baby-Syndroms ist diese Befürchtung in einigen Fällen nicht ganz unbegründet. Vor allem dann, wenn die personellen Ressourcen ohnehin sehr begrenzt sind, laufen Professionist/inn/en tatsächlich Gefahr, die Pflegehandlungen so zeiteffizient wie möglich selbstständig auszuführen, wodurch sich die Mütter zum Teil gedemütigt und in ihrer Bedeutungslosigkeit bestätigt fühlen, wie eine Betroffene erzählt:

„Als ich einmal aus Reflex beim Zurücklegen die Hand an die Oberkante des Inkus legte, quasi um das Köpfchen meines Kindes vor dem ‚Andotzen‘ zu schützen, schaute mich die Schwester strafend und vorwurfsvoll an und meinte nur, ob ich denn glauben würde, sie passe nicht genug auf ... Dabei war das doch nur eine zarte Regung meiner zwischen Technik und Fremden eingeschlossenen Mütterlichkeit“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2010, 7).

Um die Pflegekompetenz, das Selbstvertrauen bzw. -bild der Mutter zu stärken, bedarf es neben ihrer aktiven Integration in den Stationsalltag auch der Umsetzung bzw. der innerstationären Sensibilisierung für das Konzept der „sanften, familienorientierten Pflege“, das in Kapitel 2 hinlänglich dargestellt wurde.

Speziell die in diesem Modell einen exponierten Stellenwert einnehmenden Aspekte des „Känguruens“ und „Stillens“ verhelfen Müttern durch den intensiven Körperkontakt schrittweise einen Zugang zur Fürsorge wie auch zur Erlebniswelt des Neugeborenen zu finden. Um die anfängliche emotionale Distanzierung und die Scheu der Mütter vor etwaigen Handgriffen am Kind abzubauen, bedarf es den Angehörigen gegenüber eines offenen, empathisch-vertrauensvollen Klimas auf der Station sowie eines achtsamen, verständnisvollen Umgangs des Personals mit den Müttern. Wie Jotzo; Schmitz (2002, 6) im Rahmen ihrer Studie „Traumatisierung der Eltern durch eine Frühgeburt des Kindes“ feststellen, haben Mütter einen starken „Kommunikationsbedarf“ den Stationsmitarbeiter/inn/en gegenüber und reagieren gleichzeitig verhältnismäßig sensibel auf damit verbundene Dissonanzen (ebd.). Infolgedessen liegt es in

der Verantwortung des neointensiven Teams, die betroffenen Frauen aufzuklären, ihren Anliegen mit einem offenen Ohr zu begegnen und auch das Gefühl der Zuversicht und Hoffnung zu vermitteln. Meddur-Gleissner (2010, 61) meint in dieser Hinsicht, dass die auf der Station Arbeitenden nicht nur die Aufgabe haben, durch ihre ständige Präsenz Sicherheit auszustrahlen, sondern dass diesen „eine Art Übersetzerfunktion zwischen den Säuglingen und ihren Müttern“ (ebd.) zukomme.

Wird in Bezug auf das Hineinwachsen und Erleben der Mutterschaft im Falle einer Frühgeburt an dieser Stelle noch einmal die Brücke zum Phasenmodell Gloger-Tippelts (1988) geschlagen, so dauert auch die auf die Entbindung folgende „Phase der Überwältigung und Erschöpfung“²⁷ länger an: Nämlich meist bis zum tatsächlichen Entlassen des Kindes aus der Hospitalisierung bzw. der Übernahme der pflegerischen Versorgung durch die Mutter zuhause und wird von dieser in der Regel ausgeprägter durchlebt. Wenn sich die Frau nach den überraschend früh abgelaufenen Strapazen der Geburt physisch soweit erholen konnte, muss sie im Unterschied zu termingerecht entbundenen Frauen nicht selten alleine, ohne ihr Kind in die häusliche, vertraute Umgebung zurückkehren. Damit verbunden sehen sich viele frühgewordene Mütter zusätzlich noch vor die Herausforderung gestellt, dem neointensiven Personal in der Klinik die Obsorge für ihr Kind über die ganze Nacht hinweg anzuvertrauen, ohne jede Möglichkeit, ein prüfendes Auge darauf zu haben.

Abgesehen von den zusätzlich aus der Frühgeburtlichkeit resultierenden Belastungsfaktoren und den daran gekoppelten Kummer, erhalten Eltern von Frühchen oben drein auch nicht die kulturell tradierten Geschenke und Glückwünsche, sobald die Mutter (vorerst ohne Baby) nachhause kehrt. Das bedeutet, „[i]hnen fehlen die beschriebenen Übergangsriten der Wiedereingliederung von Mutter und Kind in die soziale Gesellschaft“ (Gloger-Tippelt 1988, 130). Diese Tatsache veranschaulicht einmal mehr, dass die Frau „durch die Mutterrolle nicht die erwartete gesellschaftliche Aufwertung bekommt, sondern empfindet sie als Abwertung ihrer Person“ (Linderkamp 2005, 109). Mehr noch, sie fürchtet sogar die Reaktionen seitens der Familie, von Freundinnen und Freunden, Bekannten und Arbeitskolleg/inn/en, da sie diese zum Teil als verletzend assoziiert (ebd.).

²⁷ Genauere Details in Hinblick auf den regelhaften Verlauf siehe Kapitel 3

4.4 Beziehungsaufbau unter erschwerten Bedingungen

Zusätzlich zur Tatsache, als Mutter weder die Verantwortung für die Versorgung bzw. Lebenserhaltung des Neugeborenen übernehmen noch diesem uneingeschränkten Schutz, Trost und Geborgenheit zukommen lassen zu können, muss die Mutter des Weiteren mit einem erschwerten Beziehungsaufbau zum Kind rechnen. Vor allem durch die mit dem Säugling in direktem Kontakt verbrachten ersten beiden Lebensstunden, wird Linderkamp zufolge (ebd., 110) die Mutter-Kind-Bindung bei einer normalen Geburt verstärkt. Diese für den Aufbau bzw. das Gelingen der emotionalen Bindung besonders sensible Phase entfällt infolge der intensivmedizinischen Behandlung des Kindes bei einer Frühgeburt so gut wie immer. Von aus den Nachwirkungen der Frühgeburt resultierenden, erschwerten Startbedingungen abgesehen, selbst wenn die Neugeborenen keine schweren neurologischen Beeinträchtigungen aufweisen, nimmt die psycho-physische Unreife von zu früh entbundenen Babys nachhaltigen Einfluss auf die Mutter-Säuglings-Interaktion (Djordjevic et al. 2007, 864), da die angeborenen Mechanismen, die einen präventiven Beitrag dazu leisten, bei Frühchen weitgehend fehlen (Linderkamp 2005, 110).

Unabhängig davon, ob früh- oder reifgeboren, haben Säuglinge nicht nur das Verlangen nach Pflege, Ernährung, Schutz und emotionaler Sicherheit, sondern ab dem ersten Lebenstag an auch nach Vertrautwerden mit Unbekannten, nach Exploration und Einbeziehung seiner Erfahrungen, Gefühle sowie nach Kommunikation mit seinen primären Bezugspersonen. Hierzu verfügen Eltern wie auch das Kind wechselseitig über spezifische, genetisch determinierte, intuitive Voraussetzungen für eine positive Beziehungsentwicklung.

Damit das Neugeborene seine bisweilen partiell ausgebildeten, eigenregulativen Kompetenzen (u. a. Handlungssteuerung, Informationsverarbeitung, Aufmerksamkeitsregulation) allmählich zu differenzieren und entfalten vermag, bedarf es des Hinzuwirkens bzw. der Unterstützung einer verlässlichen Bezugsperson, die auf Basis ihres universell grundgelegten, unbewussten Repertoires an Verhaltensbereitschaften (Ammensprache), förderlichen Kontaktangeboten (basale Anregungsmuster, Nachahmung) und Adaptionen in der Verhaltensdynamik sensibel auf die kindlichen Verhaltenssignale reagiert. Durch die anfängliche Kompensation der kindlich biologisch bedingten Unzulänglichkeiten wird sichergestellt, dass ein Kontakt bzw. Austausch zwischen Mutter und Baby stattfindet. Sarimski (2000, 85) zufolge stellt die vorsprachliche Kommunikation ferner „ein Zusammenspiel der selbstregulatorischen Kompe-

tenzen des Säuglings und der intuitiven koregulatorisch wirksamen Kompetenzen der Eltern dar, das eine entwicklungsfördernde und protektive Funktion hat“.

Wird nun aber der Blick auf die Situation von Frühchen und ihre Eltern gerichtet, so ist die rudimentäre kindliche Interaktionsbereitschaft und Responsivität wegen der allgemeinen Entwicklungsretardierung noch erheblich herabgesetzt. In der Tat äußert sich dieser Umstand, indem die Frühgeborenen verzögert auf Reizangebote eingehen und stärkere Stimuli benötigen, um überhaupt kurze Phasen wacher Aufmerksamkeit zu erlangen. Überdies kann es passieren, dass bereits eine sanfte, liebevolle Stimulation bei unreifen Babys zu Überforderung führt bzw. im schlimmsten Falle sogar in einer Überreizung mündet. Selbst wenn sie reagieren, verweilen viele wesentlich länger in einem hohen Aktivierungszustand und lassen sich nur schwer beruhigen (ebd., 89f). Außerdem halten Frühgeborene weniger intensiven Blickkontakt mit ihren Bezugspersonen.

Derartige kindliche Adaptionsschwierigkeiten erschweren nicht nur die soziale Kommunikation zwischen ihm und seinen Bezugspersonen, sondern tragen auch zu verzögerten, marginal ausgeprägten, schwer „lesbaren“ Rückkoppelungssignalen bei, gewissermaßen als Antwort der Mutter gegenüber. In weiterer Folge fehlen vielfach aufeinander abgestimmte, interaktive Sequenzen im Dialog beim zwischenmenschlichen Zusammentreffen. Als Konsequenz daraus wird die Entfaltung elterlicher, intuitiver Kompetenzen in der Begegnung mit dem Säugling gehemmt und dieser von seiner Mutter als schwierig wahrgenommen. Denn meist erhält die Mutter vom Frühchen wenig bestärkende Resonanz als Feedback auf ihre Bemühungen, dessen Bedürfnis nach Interaktion und In-Beziehung-Treten zu stillen. Das Ausbleiben kindlicher Responsivität zum einen bzw. sein Vermeidungsverhalten und dessen Irritiertheit zum anderen reduzieren wiederum die Bereitschaft bzw. erschweren die wechselseitige Kontaktaufnahme, um weiterhin angemessen auf das Kind einzugehen (Kluge 2010, 45), da maternale Erschöpfungs- und Versagensgefühle überhand nehmen. Vielfach erleben sich die Mütter durch den „Missfit“ zwischen ihnen und dem Kind in ihrer Inkompetenz als primäre Bezugsperson und in ihrer Abwertung infolge der durch die Frühgeburt bzw. die stationären Gegebenheiten evozierten labilen und hoch belasteten Gesamtsituation bestätigt, wodurch sie den offenen Zugang auf das Frühchen zugunsten hilfloser Zurückhaltung hintanstellen. Falls diesem negativen Kreislauf über einen längeren Zeitraum hinweg nicht intervenierend entgegengewirkt wird, häufen sich dekompensatorische Missverständnisse an, die sich in verminderter Responsivi-

tät (Ignoranz kindlicher Signale), Dirigismus (inadäquates Ignorieren der Stimulierung) und der Vermeidung von Kontakt äußern können (Jotzo 2005, 60f).

Laut Linderkamp (2005, 111) wurde anhand umfassender Beobachtungen von Frauen im Umgang mit ihren unreif geborenen Babys eine erschreckende emotionale Distanz transparent, sofern die Bezugspersonen nicht voll Zuversicht durch gezielte Maßnahmen zur Kontaktaufnahme mit dem Neugeborenen motiviert worden waren. Ansonsten traten bei Müttern von Frühchen prekäre Verhaltensweisen zutage: „Zwar schauten 80 Prozent der Mütter ihr Kind an, aber nur 10 Prozent lächelten es an, 30 Prozent berührten es mit den Fingerspitzen, 20 Prozent liebkosten ihr Kind, 5 Prozent sprachen mit ihrem Kind, keine Mutter hielt oder küsste ihr Kind“ (ebd., 112).

Eine entscheidende Rolle hinsichtlich eines gelingenden Bindungsprozesses spielt in Entsprechung zu einer Studie von Kribs (2004) die möglichst unmittelbar auf die Entbindung folgende direkte Begegnung zwischen Mutter und Kind. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass die Mutter-Kind-Bindung nach dem ersten Lebensjahr des Säuglings wesentlich sicherer war, wenn die mütterliche Bezugsperson sofort nach der Geburt mit ihm in Interaktion getreten war. Um einer dysfunktionalen Mutter-Kind-Bindung von allem Anfang entgegenzuwirken, liegt es vornehmlich in der Verantwortung des neointensiven Personals, die Frau in ihrer Mutterrolle zu bestärken und viele gemeinsame Momente zwischen Frühgeborenem und ihr zuzulassen bzw. gezielt durch aktive Einbeziehung in die kindliche Versorgung und Betreuung hervorzurufen.

4.5 Erste Zeit zuhause

Die kindliche Entlassung aus der neonatologischen Fremdbetreuung in die häusliche Umgebung der Eltern stellt in der Regel einen Moment dar, der Mutter und Vater auf der einen Seite zwar freudig stimmt, auf der anderen Seite aber gleichzeitig ambivalente Assoziationen evoziert (Wilken 2005, 77). In Bezug auf damit in Verbindung stehende authentische maternale Reaktionen führt de Jong (1999, 179) an, dass es ein Tag ist, „an dem sich Eltern ‚erstmalig wie ganz normale Eltern fühlen‘“. Ungeachtet der anfänglichen Euphorie verknüpfen Mütter mit diesem ungeduldig herbeigesehnten Ereignis des Weiteren hohe Erwartungen, nämlich „jetzt trete endlich die Normalität ein, die Probleme seien beendet“ (Höck 1999, 53). Trotzdem werden die primären Bezugspersonen speziell in den ersten zuhause verbrachten Wochen phasenweise von mehr oder weniger starken Ängsten begleitet.

Doch wird in diesem Konnex von den Müttern vielfach unterschätzt, dass sie ohne jegliche Regenerationszeit von den für sie psycho-physischen Strapazen und Belastungen aus der vorausgegangenen Zeit des Klinikaufenthalts erstmals auf sich allein gestellt die Hauptverantwortung für das Wohlbefinden des Frühgeborenen sowohl tagsüber als auch nachts übernehmen müssen, ohne den zusätzlichen Rat bzw. Unterstützung des neointensiven Personals hinzuziehen zu können (Kruschwitz 2010, 54). Die aus der „intensivneonatologischen Periode“ (Wilken 2005, 77) resultierende Erschöpfung wird unter Umständen durch Schlafmangel, pausenlose Verfügbarkeitsnotwendigkeit und Umorganisationen des familiären Gefüges potenziert.

In vielen Fällen treten gewisse situationsbedingte Fragen, Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit den Bedürfnissen von Frühgeborenen erst zuhause auf und können bei der Mutter in allgemeiner Verunsicherung bzw. mangelndem Selbstvertrauen in die eigenen Kompetenzen münden und folglich das emotionale Befinden der Mutter erneut erschüttern. Situationsbedingt erscheint den Betroffenen ihre Mutterrolle fremd und unerwartet. Wenngleich dieser Umstand nicht verwunderlich ist, lässt sich dessen Ursache folgendermaßen erklären: „Die sogenannten Bindungshormone Oxytocin und Prolaktin spielen eine große Rolle beim Stillen und auch beim Bindungsaufbau zum Kind (Bonding). Beide Hormone werden aber erst gegen Ende der regulären Schwangerschaft vom Körper in ausreichender Menge produziert. Zudem kann Adrenalin, das bei Stress, Unsicherheit, Überforderung und Angst ausgeschüttet wird, die Produktion von Oxytocin zusätzlich hemmen“ (Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2011, 8).

Zu den unzureichend ausgeprägten physischen Parametern kommt hinzu, dass sehr viele Frauen in den ersten Tagen und Wochen in ein anhaltendes Stimmungstief geraten und vorübergehend das Gefühl haben, ihr Kind nicht in dem Ausmaß lieben bzw. ihre Verantwortung als Hauptbezugsperson nicht in der Art und Weise genießen zu können, wie sie sich das im Vorfeld erwünscht haben (Bindt 2007, 38). Derartige Reaktionen lösen bei der Betroffenen wiederum oftmals Scham- und Schuldgefühle aus, weil sie die Frau selbst unvorbereitet treffen und „für den Partner, die Familie und Freunde meist wenig nachvollziehbar“ (ebd.) sind.

Aufgrund der allgemeinen emotionalen Instabilität der Mutter, die vor Augen führt, „dass die innere Auseinandersetzung mit einer sehr viel zu frühen Geburt des Kindes nicht mit der Entlassung aus der Klinik oder kurz danach abgeschlossen ist“ (Sarimski 2000, 99), gestaltet sich die erste gemeinsam verbrachte Zeit doch schwierig und be-

lastend. Denn auch das Frühchen selbst muss sich erst an die veränderte Umgebung gewöhnen und reagiert dementsprechend noch sensibler auf die neue Lebensumwelt, wodurch die Eltern immer wieder an ihre Grenzen stoßen. Insofern stellt sich der herbeigesehnte, harmonische, geregelte Tagesablauf nur in Ausnahmefällen ein. Weiterhin bestimmen regelmäßige Kontrolluntersuchungen oder — sofern indiziert — divergierende Therapien den Alltag mit dem Kind, die phasenweise als stressig und strapazierend erlebt werden.

Selbst wenn die Mütter ein gesundes Frühchen mit nachhause bekommen, sind einige noch weitere Monate auf die medizinische Überwachung der kindliche Lungen- und Herzaktivität durch einen Monitor angewiesen. Allein der Umgang mit etwaigen technischen Geräten bzw. die damit in Zusammenhang stehenden Fehlalarme stellen für viele Betroffene eine große Belastung dar.

4.6 Umgang mit der Frühgeburt

Wie innerhalb der Einleitung bereits dargelegt wurde, bestehen kontroverse Ansichten, wenn es darum geht, das emotionale Befinden von Müttern zu früh geborener Babys begrifflich zu fassen. Wenngleich in wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Studien divergierende Termini, von „Krise“ angefangen bis hin zu „Trauma“ gefunden werden, so teilt dennoch die Mehrheit der Wissenschaftler/innen die Meinung, dass es sich bei einer Frühgeburt für Frauen um ein emotional sehr belastendes und verunsicherndes Ereignis handelt.

Die elterlichen Reaktionen auf eine verfrühte Entbindung gestalten sich, wie u. a. Porz (2011), Sarimski (2000) und Bindt (2007) anmerken, sehr individuell: Ihren Erfahrungen zufolge hängt der Umgang mit der Situation nach einer Frühgeburt primär mit den subjektiven, zu mobilisierenden Kräften und Ressourcen der Betroffenen zusammen. Wesentlichen Einfluss darauf nehmen die allgemeinen Vorerfahrungen, bislang angeeignete Strategien und Kompetenzen der Mütter, mit denen sie in belastenden bzw. krisenhaften Situationen ihr persönliches inneres Gleichgewicht wieder herzustellen pflegen.

Bezüglich der großen Bedeutung retrospektiver Erlebnisse und Konfliktlösungsstrategien geht Brisch (2000) noch einen Schritt weiter und fügt hinzu, dass im Zuge der Auseinandersetzung mit Konsequenzen einer Frühgeburt immer wieder unverarbeitete Trennungs- und Verlusterlebnisse aus der Vergangenheit reaktiviert werden, die

die Verarbeitung der verkürzten Schwangerschaft wie auch der atypisch abgelaufenen Entbindung erschweren können.

Nachdem bei der Bewältigung des emotionalen Stresserlebens sehr subjektive, zum Teil auch unbewusst ablaufende Faktoren zum Tragen kommen, schließen Sarimski (2000) und Porz (2011), dass keinerlei Bewältigungsstrategien, die bisweilen in wissenschaftlichen Untersuchungen dargelegt wurden, als charakteristisch für die Mehrheit frühgebärender Mütter anzusehen sind.

Das Nichtbestehen allgemein gültiger Bewältigungsstrategien unter Müttern mag aber auch ein Stück weit auf den Umstand zurückzuführen sein, den Vonderlin (1999, 230ff) beschreibt: Sie merkt an, dass sich verhältnismäßig wenig Studien mit diesem Thema tatsächlich auseinandersetzen.

Ungeachtet der stark subjektiven Komponente zeigen sich zumindest gewisse Tendenzen, die einer Gruppe von Müttern beim Arrangieren mit den stressreichen Gegebenheiten gemeinsam sind: Vor allem in der ersten Zeit der Hospitalisation des Frühgeborenen erachten einige betroffene Frauen die Konfrontation mit anderen Schicksalen für bestärkend: Hierdurch wird ihnen plastisch vor Augen geführt, dass es anderen Frühchen und deren Müttern noch viel schlechter ergeht als ihnen selbst. Durch das Vergleichen bzw. das Bewusstwerden der mit der persönlichen Situation verbundenen Relativität und durch die Beobachtung anderer Fälle schöpfen Mütter oftmals neue Kraft und Hoffnung (Sarimski 2000, 72). Auch daran gekoppelte zwischenmenschliche Begegnungen und Gespräche mit Gleichgesinnten erleben Frauen als angenehm und wertvoll, weil sie das Gefühl vermittelt bekommen, dass sie zum einen mit ihren Sorgen und Ängsten nicht alleine dastehen und zum anderen die Gewissheit erlangen, dass Personen rund um sie ganz ähnlich empfinden. Abgesehen von der damit verbundenen Solidarität schätzen Mütter das Artikulieren und Austauschen von beständig im Kopf präsenten Gedanken als „Form sozialer Unterstützung“, indem es einigen Frauen leichter fällt, sie Selbstbetroffenen zu erzählen²⁸ (Vonderlin 1999b, 19).

Laut Beobachtungen Hommels (2007, 36) bzw. Bindts (2007, 38) ist die überwiegende Mehrheit der Mütter der Überzeugung, „rund um die Uhr beim Kind sein zu müssen, wenn sie ihm gute Eltern sein möchten“ und schöpft aus dem täglichen Besuch

²⁸ Aufgrund dieser Tatsache ist Vonderlin dazu übergegangen, sogenannte „Frühgeborenenelterngruppen“ zu konzeptualisieren, um den Eltern in erster Linie Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch von Erfahrungen und Informationen des Kindes zu geben und diese für die kindlichen Bedürfnisse zu sensibilisieren. Bezüglich weiterer Details siehe dazu Vonderlin (1999; 1999b).

neue Lebensenergie. Auf Grund dessen stellen Frauen ihre eigenen Bedürfnisse vielfach zugunsten des Frühchens in den Hintergrund und gestehen sich selbst lediglich in Ausnahmefällen zu, zumindest vorübergehend ein wenig an sich selbst zu denken und eine Auszeit zu nehmen. Nicht selten finden es betroffene Frauen unpassend, ihre eigene Befindlichkeit zu thematisieren, zweifeln an ihrer Wichtigkeit und bemühen sich stattdessen, im stationären Alltag bzw. in der Interaktion mit dem Kind „zu funktionieren“ (ebd.).

Beim sukzessiven Arrangieren mit den situativen Gegebenheiten nimmt gemäß Sarimski (2000, 74) die aktive Teilhabe der Mutter an der Betreuung und Versorgung ihres Kindes einen wichtigen Stellenwert ein: Die Sicherheit und das Wohlbefinden der Mutter wächst in erster Linie mit zunehmender Möglichkeit, in direkten Körperkontakt mit dem Frühgeborenen zu treten. Die Gelegenheit, „das Baby aus dem Inkubator in den Arm zu bekommen und zu halten, wird als hilfreich erlebt. Die meisten Mütter beschreiben diesen Moment als ‚wunderbar‘ und ‚fantastisch‘“ (ebd., 66). Vor allem das Stillen stellt für viele Frauen einen wichtigen Markpunkt dar. Denn häufig assoziieren sie das erste Anlegen an ihrer Brust als Beweis, endlich etwas beitragen zu können, das ausschließlich sie zu tun vermögen. Erst ab dem Zeitpunkt des regelmäßigen Stillens glauben verfrüht gewordene Mütter, ihrer Mutterrolle gerecht zu werden.

Trotz der auf eine Frühgeburt folgenden stark variablen, individuellen Umgangsmöglichkeiten stellt Sarimski (1999, 37) resümierend fest, dass in den meisten Fällen „ein komplexes Zusammenwirken von biografisch geprägten und sozialen Faktoren über das Gelingen des Bewältigungsprozesses der zu frühen Geburt eines Kindes entscheidet“ (ebd.).

II EMPIRISCHER TEIL

5 FORSCHUNGSDESIGN DER UNTERSUCHUNG

Während im ersten Teil (Kapitel 1 bis 4) dieser Diplomarbeit versucht wurde, das „analytische bzw. fachliche Vorwissen“ (Legewie 2011c, 7), de facto also den aktuellen Stand der Forschung einschließlich themenrelevanter Erklärungsansätze des zu untersuchenden Gegenstandes elaboriert zu rekonstruieren, folgen nun wissenschaftstheoretische Ausführungen, um dadurch eine Brücke zur empirisch-qualitativen Erhebung des mütterlichen Erlebens wie auch deren Umgangs nach einer Frühgeburt zu schlagen: Auf Grund dessen werden zu allererst die forschungsleitende Fragestellung wie auch die der empirisch-qualitativen Untersuchung zugrundeliegenden Annahmen offengelegt. Zum Zwecke einer Legitimation, warum die Aufarbeitung des konkreten Forschungsgegenstandes einen qualitativen Zugang nahelegt, werden die charakteristischen Merkmale qualitativer Sozialforschung expliziert. Um letztlich jedoch auch die Qualität – das heißt die Wissenschaftlichkeit, Güte und Geltung (Steinke 2010, 319) – dieses Forschungsvorhabens zu überprüfen und festzumachen, „ohne in Beliebigkeit“ und „Verwaschenheit zu verfallen“ (Mayering 2002, 9), bedarf es im Anschluss an die Darstellung der allgemeinen Charakteristika einer Auseinandersetzung mit den Bewertungs- bzw. Gütekriterien empirisch-qualitativer Studien, bevor daran anschließend auf die zum Einsatz kommende Erhebungsmethode des „halbstrukturierten Leitfadeninterviews“ wie auch der Auswertungstechnik der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ gesondert eingegangen wird. Denn eine entsprechende Vorgehensweise soll die Nachvollziehbarkeit der sukzessiven Annäherung an die Analyseergebnisse gewährleisten.

5.1 Forschungsleitende Fragestellung und Annahmen

Wie innerhalb der Einleitung bereits angerissen, wird im Rahmen dieser empirisch-qualitativen Untersuchung der Frage nachgegangen, wie Mütter von Frühgeborenen die ersten Wochen/Monate nach der Entbindung erleben und wie sie mit der peri- bzw. postnatalen Situation umgehen. Hierfür werden acht Frauen aus den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich und Wien befragt, deren Kinder zwar unterschiedlich früh geboren wurden, aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht älter als drei Jahre alt sind.

Angesichts des im Zuge vorangegangener Kapitel skizzierten mütterlichen Erlebens und damit einhergehender Reaktionsweisen wurde transparent, dass die Ergebnisse

aus bestehenden Studien und Publikationen mehrheitlich darauf hindeuten, dass eine verfrühte Geburt auch an den Eltern nicht spurlos vorübergeht, sondern deren emotionales Gleichgewicht allenfalls mittelfristig erschüttert wird. In diesem Konnex besteht aber nach wie vor Uneinigkeit in zweierlei Hinsicht: Zum einen, ob es überhaupt angemessen ist, die peri- und postnatale emotionale Konstitution der Mütter als „Krise“ oder „Trauma“ verallgemeinernd zu pauschalisieren, da sich ein nicht unerheblicher Teil betroffener Eltern trotz aller Belastung verhältnismäßig rasch aus eigenen Kräften mit der Situation arrangiert. Ferner plädieren einige Wissenschaftler/innen dafür, sich durch Bezeichnungen wie „Schock“, denen weniger psycho-pathologisierender Charakter zukommt, von Termini wie „Traumatisierung“ klar zu distanzieren. Zum anderen streben auch die Ansichten hinsichtlich etwaiger Interventionen – angefangen von der Forderung nach Elternberatung bis hin zu Psychotherapie – diametral auseinander. Gemäß diesen Tatsachen ist anzunehmen, dass im Rahmen der empirisch-qualitativen Erhebung bei nahezu allen Müttern eine prinzipielle emotionale Instabilität zu erkennen sein wird. Die Intensität wie auch die konkrete Art und Weise, wie sich die psychische Belastung innerhalb des mütterlichen Erlebens konkret widerspiegelt, wird wahrscheinlich auch im Zuge der empirischen Annäherung zu individuell und subjektiv konnotiert sein, als dass es übereinstimmend und allgemeingültig auf einem gemeinsamen Nenner gebracht und festgehalten werden kann. Stattdessen wird das Empfinden der Frauen nur aus der jeweils spezifischen Lage der Mütter heraus zu verstehen bzw. zu rekonstruieren sein. Darüber hinaus ist naheliegend, dass das nationale Nicht-Vorhandensein von ausreichend medizinischem wie auch pflegendem Personal dazu beiträgt, dass die zur Verfügung stehenden personalen Ressourcen a priori für die kindliche Pflege und Versorgung aufgewendet werden. Hinzu kommt noch, dass unter Berücksichtigung des Konzepts des „Whose-Baby-Syndroms?“ (vgl. Freud 1991) davon ausgegangen werden kann, dass die interviewten Frauen durchaus artikulieren, dass sie sich vom neointensiven Personal tendenziell weniger beachtet und mit ihren Gedanken alleine gelassen fühlten. Eine hektische und neointensive Atmosphäre wird wahrscheinlich einer eigeninitiativen Partizipation der Mutter an der Pflege und Betreuung ihres Neugeborenen vielfach entgegenwirken, zumal nicht nur die Gefahr besteht, dass die Konstitution des Frühchens einschließlich vieler High-Tech Geräte abschreckend wirkt, sondern dass auch die Pfleger/innen aus ökonomischen Gründen, die Pflegehandlungen selbsttätig durchführen werden, um möglichst zeiteffizient vorzugehen, anstatt bestärkend auf die Mütter einzuwirken, dass sie unter der Assistenz der Pflegenden eigenständig Hand anlegen. Im Hinblick auf den Umgang der Mütter mit der peri- bzw. postnatalen Situation nach einer Frühgeburt ist an-

zunehmen, dass einerseits divergierende Faktoren und Strategien zum Ausdruck gebracht werden und andererseits damit zu rechnen ist, dass auch das unmittelbare (personale; privat/institutionelle) Umfeld auf die mütterliche Bewältigung Einfluss nimmt.

5.2 Qualitative Sozialforschung

In den Bereich empirischer Sozialforschung fallen all jene Untersuchungen, die einen spezifischen Ausschnitt sozialer Welt erheben und über die dadurch gewonnenen Einblicke zur Weiterentwicklung von Theorien einen konstruktiven Beitrag leisten (Gläser; Laudel 2004, 22), um diese „anderen Sozialwissenschaftlern für deren Wissensproduktion zur Verfügung zu stellen und es in einem gemeinsamen Wissenskorporus einzufügen“ (ebd., 27).

Diese Aspekte inkludierend, erhebt empirisch-qualitative Sozialforschung in erster Linie den Anspruch, dichte und genaue Beschreibungen der inneren „Lebenswelten“ (Flick et al. 2010, 14) handelnder Personen zu liefern (ebd., 17). Das Ziel ist „ein ‚Verstehen‘ der jeweiligen subjektiven Sichtweisen, d. h. meist das empathische und virtuelle Sich-Hinein-Versetzen und Einfühlen in die subjektiven Wirklichkeiten des anderen, um dessen Weltsicht möglichst angemessen [zu] erfassen“ (Lüders; Reichertz 1986, 92). Strenggenommen geht es um die „Gewinnung der Innensicht“ (Reichertz 2011, 9) des/der Probanden/in durch den/die Forscher/in. Anhand dieser Tatsache kann vor Augen geführt werden, warum die in diese Untersuchung eingebettete Fragestellung einen qualitativen Zugang rechtfertigt: Im konkreten Fall stehen die Deskription bzw. die Rekonstruktion des individuellen Erlebens der Mütter wie auch deren situativer Umgang nach einer Frühgeburt im Zentrum des Forschungsinteresses. Parallel dazu ermöglicht die empirisch-qualitative Annäherung an den zu erhebenden Untersuchungsgegenstand, dass „ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild davon deutlich [wird], was es aus der Perspektive der Betroffenen heißt“ (Flick et al. 2010, 17), mit den Konsequenzen einer verfrühten Entbindung zurechtzukommen. Denn „[d]er relativ offene Zugang qualitativer Forschung verhilft zu einer möglichst authentischen Erfassung der Lebenswelt der Betroffenen sowie deren Sichtweisen und liefert Informationen, die bei einer quantitativen Vorgehensweise auf Grund ihrer Standardisierung oft verloren gehen“ (Mayer 2002, 24).

Aus einem methodischen Blickwinkel betrachtet trägt die „Offenheit für Erfahrungswelten“ qualitativer Forschung nicht nur zur Beschreibung „kleiner Lebenswelten“ bei, sondern erlaubt auch ein Modifizieren bzw. Erweitern bestehender wissenschaftlicher

Theorien und Erklärungsansätze zum mütterlichen Erleben unter Bezugnahme auf die transkribierten Daten vorliegender Untersuchung.

5.2.1 Grundlegende Merkmale qualitativer Sozialforschung

Unabhängig davon, innerhalb welcher Disziplin qualitative Forschungsstrategien nun tatsächlich verfolgt werden, zumal es mittlerweile kaum ein Forschungsfeld gibt, in dem qualitatives Denken nicht auch eingesetzt wird (Flick et al. 2010, 11), lassen sich bestimmte allgemein gültige Merkmale definieren. In dieser Hinsicht legt Lamnek (2005, 20ff) in seinem Lehrbuch „Qualitative Sozialforschung“ eine Übersicht qualitativer Prinzipien (Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Explikation und Flexibilität) dar, die mittlerweile sozusagen „als Programmatik qualitativer Sozialforschung“ (ebd.) zu verstehen und gleichzeitig auch für die in dieser Diplomarbeit anberaumte Untersuchung tragend sind. Um dennoch einer möglichst umfassenden Darstellung qualitativer Charakteristika adäquat Rechnung zu tragen, werden dem von Flick postulierten Konzept diverse methodologische Überlegungen anderer Wissenschaftler/innen (u. a. Flick et al. 2010, 20ff; Steinke 1999, 17ff) hinzugefügt.

Das **Prinzip der Offenheit** meint Lamnek (2005, 21) zufolge, dass theoretische Strukturierungen, Annahmen und methodische Erhebungs- wie auch Auswertungsverfahren während des gesamten Forschungsprozess niemals die Sicht auf wesentliche Aspekte des Untersuchungsgegenstandes versperren dürfen. Dabei ist der Gedanke leitend, dass der „Wahrnehmungstrichter“ (ebd.) so weit wie möglich offen zu halten ist, damit sich aus der Interaktion zwischen dem/der Forscher/in bzw. dem/der zu Beforschenden heraus interessante, unerwartet „instruktive“ Perspektiven und „Dimensionen“ eröffnen können, die ex ante noch gar nicht berücksichtigt wurden. Nämlich selbst im Falle, dass „sich im Forschungsprozess erweist, dass die Instrumente viel wichtiges Material nicht erfassen können, muss man eben auch hier offen sein für Ergänzungen und Revisionen“ (Mayring 2002, 28). Steinke (1999, 36) verweist in diesem Konnex darauf, dass sich qualitative Forschung durch eine induktive und deduktive Haltung auszeichne und primär das Bestreben verfolge, nicht nur an den bereits bestehenden Wissenskorpus anzuschließen, diesen zu reflektieren und (geringfügig) zu modifizieren, sondern darüber hinaus auch völlig neue Erklärungsansätze und Theorien in den Fokus zu rücken bzw. voranzutreiben. Auf Grund dessen nimmt qualitatives Vorgehen von einem starren Festlegen zu behandelnder Themen zugunsten einer explorativen Auseinandersetzung mit vielfältigen Aspekten entschieden Abstand

(ebd.). „Es geht um das (Er-) Finden bisher noch unbekannter oder unausgearbeiteter Ideen“ (Breuer 2010, 38). Hinzu kommt, dass laut Mayring (2002, 27) das Prinzip der Offenheit letztlich die Bedingung dafür ist, dass „saubere Deskriptionen“ gelingen können.

Als weiteres wesentliches Merkmal qualitativer Forschungstradition erachtet Lamnek, dass **Forschung als Kommunikation** aufzufassen ist. Dieses Prinzip soll zum Ausdruck bringen, dass die beständige Interaktionsbeziehung zwischen dem/der Forscher/in und dem/der zu Erforschenden nicht mehr länger als Störgröße fungiert, die es durch Adaption der Erhebungs- und Auswertungsverfahren zu beseitigen gilt, sondern diese stattdessen „zu einer produktiven Erkenntnisgeleitetheit umzudeuten“ (Breuer 2010, 38). Folglich „begrift die qualitative Seite die Kommunikation zwischen Forscher und Beforschten als konstitutiven Bestandteil des Forschungsprozesses“ (Lamnek 2005, 22). Letztlich „kann man auch von qualitativer Forschung als Dialog sprechen“ (Mayring 2002, 32).

Von der Prämisse „Forschung als Kommunikation“ geht Lamnek einen Schritt weiter und fügt hinzu, dass der **Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand**, respektive „die Prozesshaftigkeit sozialer Phänomene“ nicht außer Acht gelassen werden dürfe. Prozessualität bezieht sich in diesem Konnex auf zweierlei: In dieser Hinsicht sind erstens Beiträge der beforschten Person selbst – im Sinne von Auszügen einer reproduzierten, konstruierten sozialen Wirklichkeit – als prozesshaft anzuerkennen wie auch zweitens die Forschungssituation an sich, zumal in dieser eine kommunikative Verbundenheit zwischen dem/der Forscher/in und dem Untersuchungsgegenstand gegeben ist (ebd., 23). Zu einem ähnlichen Schluss gelangt auch Flick et al. (2010, 21), indem er der Kommunikation gleichfalls eine „herausragende Rolle“ zuschreibt, denn Realität formiere sich interaktiv, erlange subjektive Bedeutung, wodurch sie erst „über kollektive und individuelle Interpretationsleistungen vermittelt und handlungswirksam wird“ (ebd.). So gesehen „[sind] die Interaktionsprozesse von sich verändernden Forschern und Subjekten also die eigentlichen Daten ... qualitativer Forschung“ (Mayring 2002, 32).

An das Prinzip Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand schließt Lamnek das der **Reflexivität von Gegenstand und Analyse an**, welches sich wiederum an die zu erforschenden Personen zum einen und an das Untersuchungssetting zum anderen richtet. Während den untersuchten Personen eine prinzipielle reflektierende Haltung unterstellt wird, fokussiert die Reflexivität im Hinblick auf den Forschungs- bzw. Analysekontext auf die Einstellung des/der Forschers/in ebenso wie auf seine/ihre Adaptionfähigkeit im Umgang mit den zum Einsatz kommenden Methoden

(Lamnek 2005, 23). Diesbezüglich bekräftigt Flick et al. (2010, 23), dass der Reflexivität in diesem Konnex eine ausschließlich positiv konnotierte, zur Erkenntnis beitragende Funktion beigemessen wird. Übereinstimmend betonen Lamnek (2005, 23f) und Steinke (1999, 40f) des Weiteren die Relevanz der Zirkularität zwischen Untersuchungsgegenstand und Forschungsprozess: Dieser Prämisse zufolge strebt qualitatives Denken einen zirkulären Forschungsprozess zuungunsten eines linearen Verlaufes an. Stets in der Absicht, die Option offen zu halten, um unter anderem zwischen Erhebungs- und Auswertungsphase wechseln zu können, gesetzt den Fall, dass sich erst im Zuge der tatsächlichen Auseinandersetzung neue Perspektiven eröffnen, die nicht vorab definiert werden konnten und trotz allem Berücksichtigung finden sollen (Steinke 1999, 40f).

Dem Prinzip der **Explikation** kommt laut Lamnek (2005, 24) eher der Charakter einer Forderung zu: Strenggenommen geht es darum, den Forschungsprozess „so weit wie möglich offen zu legen“ (ebd.). „Dies bezieht sich auch darauf, dass die Anzahl der Fälle, die Auswahl und Gestaltung der Methoden und die Abstimmung der Methoden auf den ... Gegenstand von allen Kollegen und Kolleginnen, die guten Willens sind, nachvollzogen werden können“ (Reichertz 2011, 12). Mayring (2002, 29) subsumiert diesen Anspruch im Zuge seiner methodischen Diskurse unter dem Begriff der Methodenkontrolle. Um jedoch Ergebnisse und Interpretationen nachvollziehen zu können, ist es Voraussetzung, den Weg des/der Forscher/s/in von Anfang bis Ende durch „eine intersubjektive zugängliche Methodik zu sichern“ (Reichertz 2011, 14). Methodisch kontrolliertes Vorgehen heiße aber auch Regelgeleitetheit. Das bedeutet, dass (selbst offene) Verfahren nach ex ante definierten Regeln systematisiert ablaufen und sich so begründen lassen (Mayring 2002, 29).

Das letzte der von Lamnek (2005, 25f) angeführten Prinzipien, die die qualitative Forschungstradition auszeichnen, ist das der **Flexibilität**. Diese soll dazu beitragen, dass der/die Forscher/in im Zuge seiner/ihrer explorativen Vorgehensweise – die ihm/ihr einerseits mehr Eigenleistung abverlangt und andererseits aber auch mehr Gestaltungsspielräume ermöglicht – den Blick zunächst weit offen zu halten, wodurch dieser „erst im Verlauf der Untersuchung fortschreitend zugespitzt wird“ (ebd.), um auf diese Weise zu mitunter divergierenden Einsichten zu gelangen. Hinzu kommt, dass der/die Forscher/in angeleitet werden soll, sich während des gesamten Forschungszeitraumes hinweg kontinuierlich „an die jeweiligen Eigenheiten des Untersuchungsgegenstandes anzupassen und den im Verlauf des Forschungsprozesses erzielten Erkenntnisfortschritt für die nachfolgenden Untersuchungsschritte zu verwerten“ (ebd., 26). Steinke (1999, 39) zufolge nimmt die Forderung nach Gegenstandsangemessenheit

in der qualitativen Forschung einen besonderen Stellenwert ein, zumal die subjektiven Sicht- bzw. Handlungsweisen der zu erforschenden Personen methodisch weitgehend uneingeschränkt bleiben sollen.

5.2.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Im Laufe der vergangenen Jahre etablierte sich innerhalb der empirischen Sozialforschung zusehend die Ansicht, dass einem/er Forscher/in im Zuge eines Forschungsvorhabens nicht nur abverlangt wird, ein Untersuchungsdesign zu konzipieren, Daten zu generieren bzw. auszuwerten und einen elaborierten Abschlussbericht zu verfassen, sondern dass dieser/e gleichzeitig auch vor der Herausforderung steht, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, anhand welcher Kriterien die Qualität bzw. Wissenschaftlichkeit der Untersuchung festzumachen ist (vgl. u. a. Flick 2010, Mayring 2002, Steinke 1999, Steinke 2010, Steinke 2011).

Während sich quantitative Studien in diesem Hinblick nach wie vor an den „klassischen Gütekriterien“, sprich Validität, Reliabilität und Objektivität, bedienen, wird die Anwendung bzw. Transformation dieser auf qualitative Forschung seit Längerem infrage gestellt, da sich ‚das Wirklichkeitsverständnis‘ beider Forschungsrichtungen dafür als ‚zu unterschiedlich‘ erweist (Lüders; Reichertz 1986, 97). Schon allein deshalb, wie Steinke (1999, 322) attestiert, weil diese typisch quantitativen Maßstäbe auf divergierende „Methodologien, Wissenschafts- und Erkenntnistheorien“ gründen und Infolgedessen „an den Charakteristika qualitativer ... Methoden vorbeiziehen“ (Flick 2010, 400) und dementsprechend „wenig tragfähig sind“ (Mayring 2002, 141).

Vor dem Hintergrund dieser Tatsache besteht breiter Konsens dahingehend, dass für qualitatives Denken alternative, methodenadäquate Kriterien definiert werden müssen (vgl. u. a. Flick 2010, Mayring 2002, Steinke 2010). Mayring (2002, 140) schickt in diesem Konnex voraus, dass diese flexibel handhabbar sein und mehr Spielraum für Argumentation lassen sollten. Um dem Anspruch nach Offenlegung von Bewertungskriterien zur Qualitätssicherung hervorgebrachter Ergebnisse auch der in dieser Diplomarbeit eingebetteten Untersuchung adäquat Rechnung zu tragen, werden hierfür die von Steinke (2010, 323ff) postulierten Kernkriterien qualitativer Forschung herangezogen und insofern im Folgenden näher erläutert:

Dem Kriterium der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Schritt des/der Forschers/in im Rahmen seiner/ihrer Untersuchung von unbeteiligten Wissenschaftlern/innen allenfalls problemlos nachvollzogen werden kann, zumal die Forderung nach intersubjektiver Überprüfung vermessen erscheint

(Steinke 2010, 324). Die Voraussetzung dafür ist, dass der gesamte Forschungsprozess von dem/der verantwortlichen Forscher/in gewissenhaft dokumentiert wird: „Dies betrifft die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (Mayering 2002, 145). Der Vollständigkeit halber zählen aber auch „alle wichtigen Entscheidungen“ (Reichert 2011, 12) und Schwierigkeiten, die zwischenzeitlich aufgetreten sind, dazu. Das Kriterium der Indikation des Forschungsprozesses soll die „Angemessenheit“ (Steinke 2010, 326) während des gesamten Untersuchungszeitraumes sicherstellen. So gesehen soll stets im Auge behalten werden, wieso die forschungsleitende Fragestellung einen qualitativen Zugang nahe legt (Indikation des qualitativen Vorgehens) und woran die Passung zwischen den herangezogenen Methoden und dem konkreten Gegenstand festgemacht werden kann (Indikation der Methodenauswahl). Darüber hinaus gehört abgeklärt, in welcher Art und Weise die Interviews zu verschriftlichen sind (Indikation der Transkriptionsregeln), inwiefern das Sample einschließlich der Anzahl an Proband/inn/en zu definieren ist (Indikation der Samplingstrategien), ob etwa eine Kombination von Erhebungs- bzw. Auswertungsmethode zielführend ist (Indikation der methodischen Einzelentscheidungen im Kontext der gesamten Untersuchung) und welche Maßstäbe sich zur Beurteilung der Qualität bzw. Wissenschaftlichkeit der Forschungsergebnisse eignen (Indikation der Bewertungskriterien) (Steinke 2010, 326ff).

Das dritte Kernkriterium, nämlich das der Empirischen Verankerung, ist Steinke (2010, 328) zufolge dann gewährleistet, wenn die „Theoriebildung“ erlaubt, neues Wissen zu generieren, bestehende Erklärungsansätze, sprich das Vorverständnis, zu überdenken bzw. zu modifizieren. Zur Überprüfung der „empirischen Verankerung“ hilft der Einsatz kodifizierter Methoden sowie das Hinweisen auf Textbelege für eine hervorgebrachte Theorie und die Möglichkeit, Phänomene neu zu definieren, sofern eine Theorie falsifiziert wird. Des Weiteren aber auch das Prüfen von Prognosen, die anhand empirischer Texte aus einer Theorie abgeleitet wurden, einschließlich einer „Rückbindung“ der im Untersuchungsprozess generierten Theorie an den befragten Personen (ebd., 329).

Das Kriterium der Limitation zielt darauf ab, „die Grenzen des Geltungsbereichs“, genauer genommen die „Verallgemeinerbarkeit einer im Forschungsprozess entwickelten Theorie“ (ebd.) einerseits zu erkennen und andererseits zu überprüfen. Dabei ist der Gedanke leitend, dass analysiert werden soll, wie bzw. unter welchen Umständen die Untersuchungsergebnisse auf andere Fälle, Situationen etc. übertragen werden können. Hierfür eignen sich eine minimale wie auch maximale Fallkontrastierung und

die Suche „*abweichender, negativer und extremer Fälle*“ (ebd., 330; *Hervorhebung im Original*)

Das Kernkriterium der Kohärenz fokussiert auf die Konsistenz einer im Untersuchungsprozess generierten Theorie. Infolgedessen soll geprüft werden, ob auf Widersprüche eingegangen bzw. ungelöste überhaupt thematisiert werden (ebd.).

Laut Steinke (2010, 330) bezieht sich das Kriterium der Relevanz darauf, den „pragmatischen Nutzen“ einer hervorgebrachten Theorie zu hinterfragen. Konkret nämlich, ob die forschungsleitende Fragestellung von Relevanz ist und welchen Beitrag für die neue Theorie zum Wissenskörper leistet.

Als letztes Kernkriterium führt Steinke (ebd.) jenes der Reflektierten Subjektivität an. Dieses soll garantieren, dass „die konstituierende Rolle des Forschers als Subjekt“ (ebd.), inklusive seiner Interessen, seines Vorverständnisses bzw. biografischen Backgrounds etc., und als „Teil der sozialen Welt“, die er zu erheben versucht, in die Theoriebildung weitgehend eingearbeitet wird. In diesem Zusammenhang sollten Überlegungen dahingehend angestellt werden, ob erstens der/die Forscher/in selbstkritisch handelt und ob er/sie zweitens sich bemüht, persönlichen Voraussetzungen für das Erforschen bewusst zu machen. Drittens, wie es ihm/ihr gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung zu den zu erforschenden Personen aufzubauen und viertens, ob er/sie auch bereit ist, unangenehme Situationen im Zuge seiner Tätigkeit im Feld kritisch zu hinterfragen (ebd., 31).

5.3 Das (halbstandardisierte) Leitfadeninterview

Ausgehend von Erläuterungen zu empirisch qualitativer Sozialforschung im Allgemeinen wie auch zentraler Charakteristika und Kernkriterien im Besonderen, wird in einem nächsten Schritt auf die zum Einsatz kommende Datenerhebungsmethode, nämlich das (halbstandardisierte) Leitfadeninterview näher eingegangen.

Im Allgemeinen geht es „im Forschungsinterview um Wissenselizitierung“, im Prinzip also um das Hervorlocken von Wissen des/der Interviewpartners/in (Legewie 2011b, 2). Um die individuellen mütterlichen Erlebens- und Umgangsweisen nach einer verfrühten Geburt erheben zu können, werden offene, halbstrukturierte²⁹ Leitfadeninter-

²⁹ Wenngleich es mittlerweile überaus „differenzierte Begrifflichkeiten“ zur Bezeichnung qualitativer Interviews gibt, wird in der Regel entweder nach dem inhaltlichen Vorgehen (z. B. narratives, problemzentriertes Interview) oder nach dem Grad der Standardisierung (standardisiert, halbstandardisiert, nicht standardisiert) klassifiziert. Unabhängig davon ist qualitativen Befragungen gemeinsam, „dass sich die einzelnen qualitativen Formen zwischen einer Bandbreite von halbstandardisiert bis zu nicht standardisiert bewegen“ (Lamnek 2002, 172), zumal sich alle in diesen Klassifikationen vorkommenden Typen qualitativer Interviews offener Fragen

views durchgeführt, zumal mit diesen auch das Generieren von Erzählungen angestrebt werden kann (Friebertshäuser; Langer 2010, 441), denn der/die Interviewpartner/in „ist Experte für das jeweils zu untersuchende Problem“ (Legewie 2011c, 3f). Bei Leitfadeninterviews handelt es sich nicht nur um die am häufigste angewandte Form qualitativer Befragung (Bortz; Döring 2003, 314), sondern dieser Interviewtypus wird ganz allgemein zur Bezeichnung divergierender Formen halbstandardisierter Befragungen herangezogen, die auf einem Leitfaden basieren (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 217).

Aus einem inhaltlichen Blickwinkel betrachtet, kann diese Interviewform auf jedes x-beliebige Thema angewendet werden (Bortz; Döring 2003, 314). Angesichts dieser Feststellung Bortz; Dörings (2003, 314) zufolge de facto auch auf die Thematik dieser wissenschaftlichen Abschlussarbeit, nämlich das mütterliche Erleben einer Frühgeburt einschließlich der peri- und postnatalen Zeit wie auch des Umgangs mit dieser Situation.

Wie anhand der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes im Rahmen der Einleitung transparent wurde, existieren bereits internationale Forschungsergebnisse über das mütterliche Erleben einer Frühgeburt. Aufgrund der Tatsache, dass einige wissenschaftliche Publikationen vorliegen und das Leitfadeninterview vor allem dann als Methode zur Datenerhebung geeignet ist, wenn auf Erkenntnisse über den Untersuchungsgegenstand zurückgegriffen werden kann (Hussy; Schreiner; Echterhoff 2010, 217f), fiel die Wahl auf diese spezifische Interviewmethode. Ein entsprechendes Verfahren setzt ein theoretisches Vorverständnis von Seiten der Forschenden voraus (Friebertshäuser; Langer 2010, 439). Insofern haben die theoretischen Vorüberlegungen des/der Forschers/in die Aufgabe, „das für die Untersuchungsfrage relevante und bereits durch andere erarbeitete Wissen zusammenzutragen“ (Gläser; Laudel 2004, 31), wodurch dieser Interviewtypus hinreichend Möglichkeiten bietet, bestehendes Know-How (Kapitel 1-4) in die explizite Erhebung zu integrieren (ebd., 111).

5.3.1 Umsetzung der Leitfadeninterviews

Instrumente der Interviewform

Zu den Instrumenten des Interviews gehören der Interviewleitfaden, wie der Terminus „Leitfadeninterview“ schon implizit zum Ausdruck bringt, des Weiteren die Tonträgeraufnahme und das Postskriptum (Friebertshäuser; Langer 2010, 442; Lamnek 2005, 366f).

bedienen. Dadurch lassen sie den Befragten viel Spielraum beim Antworten und berücksichtigen die Interaktion zwischen Befragtem und dem/der Interviewer/in (Bortz; Döring 2003, 308).

Der Interviewleitfaden umfasst eine Reihe an Leitfragen, welche als Bindeglied zwischen dem bereits vorliegendem Wissenskorporus (z. B. Forschungsergebnisse, Publikationen) und der qualitativen Erhebungsmethode (mündliche Befragung) fungieren. Diese sind auf „das Untersuchungsfeld gerichtet und versuchen, die Informationen zu benennen, die erhoben werden müssen“ (Gläser; Laudel 2004, 89). Umgelegt auf die innerhalb dieser Diplomarbeit anberaumte empirische Untersuchung bedeutet es, dass der Interviewleitfaden all jene Aspekte beinhalten muss, um die in der Einleitung offengelegte Forschungsfrage adäquat zu beantworten. Leitfragen geben sozusagen vor, was die Erhebungsmethode, d. h. das Leitfadeninterview, an Daten zu generieren hat. Strenggenommen übersetzen die Leitfragen die Forschungsfrage in Fragen an die Empirie. So gesehen wirkt der Interviewleitfaden quasi wie ein Trichter, welcher Schwerpunkte des Erkenntnisinteresses definiert (Reinders 2011, 94).

Im Fall der vorliegenden Untersuchung wurde der Interviewleitfaden derart konzipiert, dass ausreichend offen gehaltene Erzählimpulse inbegriffen sind, wodurch die subjektiven Erlebnisse und Erfahrungen der interviewten Mütter anhand ihrer persönlichen Schilderungen eruiert werden können. Dadurch soll den befragten Frauen ermöglicht werden, frei und ohne Beeinflussung zu erzählen, um so die für sie relevanten Informationen im Erzählfluss zutage treten zu lassen (Friebertshäuser; Langer 2010, 444), denn „[d]as Herausarbeiten des jeweils besonderen Gehalts von Äußerungen der Befragten ist der Zweck des Interviews“ (Gläser; Laudel 2004, 112).

Darüber hinaus übernehmen die Leitfragen aber auch die Funktion der Handlungsanleitung für den/die Forscher/in, indem er/sie selbst als Instrument bei der Datenerhebung im Rahmen der Interviews auftritt (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 186). Aus dieser Perspektive betrachtet, fungiert der Interviewleitfaden beim Führen der Interviews mit zu früh gewordenen Müttern als „Orientierungsrahmen“ und „Gedächtnisstütze“ für den/die Interviewer/in (Friebertshäuser; Langer 2010, 442), damit er/sie nicht Gefahr läuft, dass in dem einen oder anderen Interview „eine Reihe an wichtigen Schlüsselfragen“ (u. a. Atteslander 2003, 157; Marotzki 2003, 114) unberücksichtigt bleibt bzw. dass keiner der zu untersuchenden Themenkomplexe unangesprochen bleibt (Schnell et al. 1999, 355). Dieser Aspekt ist insoweit von Bedeutung, als die Leitfragen auch die (spätere) Vergleichbarkeit der divergierenden Erfahrungen der befragten Frauen von verfrüht geborenen Babys sicherstellen sollen. Wenngleich die Gesprächsführung durch den Interviewleitfaden angeleitet wird, bleibt abseits der Leitfragen, die den „Kern des Interviews“ (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 216) bilden, noch genügend Raum für „Ad-hoc-Fragen“ (ebd., 217), die sich spontan aus dem Interviewverlauf heraus ergeben. In diesem Kontext verweist Atteslander (2003, 157)

auf die Bedeutung der „Fähigkeit der oder des Forscher(s), zentrale Fragen im geeigneten Moment zur Diskussion zu stellen“ (ebd.). Das Kombinieren des Leitfadens zum einen und variable Handhabung der Reihenfolge der Fragen zum anderen, ergänzt um die Option, spontan rückzufragen, machen das Leitfadeninterview zu einem systematischen und flexiblen Instrument, das mütterliche Erleben wie auch den Umgang mit einer Frühgeburt zu beleuchten.

Der diesem Forschungsvorhaben zugrundeliegende Interviewleitfaden (Anhang B) wurde so aufgebaut, dass den konkreten Frageformulierungen eine Notiz vorausgeht, in welcher relevante Informationen für einen forschungsethisch korrekten Gesprächseinstieg festgehalten werden, um dem „Prinzip der informierten Einwilligung“ (Gläser; Laudel 2004, 140) gerecht zu werden. Dieses geht davon aus, dass der/die Interviewpartner/in einerseits über das Ziel der Untersuchung dieser wissenschaftlichen Abschlussarbeit und andererseits über die Rolle, die das Interview für das Erreichen des Zieles spielt, aufgeklärt wird (ebd.). Des Weiteren werden die ausgewählten Probandinnen auch darüber informiert, in welcher Art und Weise mit ihren persönlichen Erzählungen rund um die Frühgeburt in weiterer Folge umgegangen bzw. inwiefern ihre Anonymität gesichert wird. Nachdem das Interview für die spätere Datenauswertung mittels Diktiergerät aufgezeichnet wird, muss von den Müttern bereits im Vorfeld die „ausdrückliche Genehmigung“ (ebd.) für ein derartiges Vorgehen eingeholt werden. Daran anschließend folgen Fragen zur Erfassung der Sozialstatistik (Alter, Familienstand, Anzahl an Kindern, Wohnort/Ort der Entbindung, Zeitpunkt der verfrühten Geburt, Dauer des Spitalaufenthalts des Kindes), die ebenfalls einer objektiveren Vergleichbarkeit der Interviews untereinander dienen sollen (Bortz; Döring 2003, 315). Der ausgearbeitete Leitfaden setzt sich aus drei divergierenden Fragetypen zusammen. Zum einen eine Reihe an ausformulierten Fragen, die im Rahmen jedes Interviews gestellt werden. Alternative Frageformulierungen (AF) gewinnen nur dann Relevanz, wenn die Interviewpartnerin die Hauptfrage nicht verstanden hat. Einzelne Eventualfragen (EF) sollen sicherstellen, dass für die Auswertung wichtige Informationen seitens der Interviewerin rückgefragt werden können, für den Fall, dass diese Aspekte von der interviewten Mutter noch nicht angesprochen wurden.

Nach der Auffassung Gläasers; Laudels (2004, 142) sollen die Fragen, so angeordnet werden, „dass inhaltlich zusammengehörende Themen auch nacheinander behandelt werden“ (ebd.), um unnötigen Brüchen in der Erzähllogik von vornherein entgegenzuwirken, wurden diese fünf Themenkomplexen zugeordnet, die im Interview in chronologischer Reihenfolge abgehandelt werden. Abgesehen davon wurden die offenen Fragen ausformuliert. „Das bietet den Vorteil, dass alle Interviewpartner die Fragen in

annähernd gleicher Form hören, was für die Vergleichbarkeit der Interviews von Vorteil ist“ (ebd., 140):

Zu allererst werden Informationen über das mütterliche Erleben der Schwangerschaft einschließlich ihrer pränatalen Vorstellungen vom zukünftigen Leben mit dem Kind eingeholt. Daran schließt die Auseinandersetzung mit dem Erleben der Frühgeburt an: In diesem Konnex werden die (emotionalen) Erinnerungen an die verfrühte Geburt wie auch der Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Frühchen erhoben. Der dritte Themenkomplex umfasst das mütterliche Erleben der neointensiven, (medizinisch-pflegerischen) Versorgung des Kindes, einschließlich der stationären Rahmenbedingungen bzw. des dort verbrachten Alltags aus mütterlicher Perspektive gesehen. Ausgehend davon liegt der Fokus des vierten Themenkomplexes auf dem mütterlichen Erleben der ersten gemeinsamen Zeit mit dem Frühchen zuhause. In diesem Zusammenhang finden insbesondere die positiven und negativen Erinnerungen auch im Hinblick auf die plötzlich alleinige Obsorge und Pflege des Kindes Berücksichtigung.

Während die ersten vier Themenbereiche das mütterliche Erleben näher beleuchten, widmet sich das fünfte Themengebiet dem zweiten Teil der Forschungsfrage: Es wird nämlich danach gefragt, wie die Mutter mit der besonderen Situation peri- bzw. postnatal umgegangen ist bzw. welche Personen oder Tätigkeiten ihr in dieser Zeit – sowohl institutionell als auch privat – eventuell geholfen haben. Die letzte Frage bietet die Möglichkeit, darüber zu sprechen, in welchen Bereichen sich die Mütter mehr an Unterstützung gewünscht hätten bzw. wie das aus ihrer Sicht besser hätte sein können. Am Ende jedes Themenkomplexes bzw. ganz zum Schluss des Interviews wird das Gesagte im Rahmen einer Gesamtparaphrase von der Interviewerin zusammengefasst und das Interviewgespräch mit abschließenden Worten zu einem Ende geführt, sofern bei der Interviewerin während des Gespräches nicht der Eindruck entstand, dass ein erneutes in Erinnerung-Rufen von unangenehmen Erlebnissen die Interviewperson zu sehr belasten würde.

Die Tonträgeraufzeichnung dient zum einen einer „authentische[n] und präzise[n] Erfassung des Kommunikationsprozesses“ (Witzel 2000, 3). Zum anderen trägt sie dazu bei, dass sich der/die Interviewer/in ausschließlich auf die situative Konversation mit seinem/ihrerem Gegenüber konzentrieren kann, zumal die Informationen selbst ohne sein/ihr persönliches Zutun festgehalten werden.

Des Weiteren wird von der Interviewerin im Anschluss an das Interview ein Postskriptum (Anhang C) erstellt (Friebertshäuser; Langer 2010, 442; Lamnek 2005, 367; Witzel 2000, 4). Dieses umfasst Informationen über die Interviewsituation vor bzw. nach

dem Tonbandmitschnitt (u. a. Kontaktaufnahme), Notizen zum Verlauf des Interviews und Anmerkungen zu den Rahmenbedingungen des Interviews (Lamnek 2005, 367). Schließlich „[sind] Verabredungen zum Interview, Ort und Zeitpunkt des Interviews ... später nur schwer nachzuvollziehen, wenn sie nicht sorgsam notiert wurden“ (Friebertshäuser; Langer 2010, 451). Darüber hinaus bietet das Zusatzprotokoll die Möglichkeit, einerseits etwaige Gesprächsinhalte anzuskizzieren und andererseits diverse situative bzw. nonverbale Elemente festzuhalten (Witzel 2000, 4). Aber auch die eigenen emotionalen und sozialen Eindrücke gehören in ein Postskriptum, „denn dieses leistet vielfältige Dienste für die anschließende Aufbereitungs- und Auswertungsarbeit“ (Friebertshäuser, Langer 2010, 451), zumal sich diese Aufzeichnungen nicht nur bei der Verschriftlichung der Interviews, sondern auch bei der Analyse und Interpretation von Gesprächssequenzen als nützlich erweisen können (ebd.). In der Absicht, nach Abschluss der Interviews mit den Müttern frühgeborener Babys bzw. bei der Auswertung auf ein umfassendes Postskriptum zurückgreifen zu können, wurden die eben dargelegten Aspekte mit weiteren Fragen, die Froschauer; Lueger (2003, 223) postulieren, kombiniert.

5.3.1.1 Beschreibung des Samples

Im Rahmen qualitativer Forschung erfolgt die Auswahl der Stichprobe nicht zufällig, sondern absichtsvoll bzw. bewusst (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 188). Zudem ist die Zusammensetzung von „exemplarischen Fällen“ (Legewie 2011b, 8), die möglichst vollständig die Differenzen (Entbindungsklinik; Gestationsdauer) bezüglich des zu untersuchenden Phänomens (mütterliches Erleben und Umgang mit und nach einer Frühgeburt) subsumieren, wichtiger als der Umfang (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 188). Schließlich wird auf diese Art und Weise gewährleistet, den zu erhebenden Gegenstand „in seiner Bandbreite und in seinen verschiedenen Spielarten aufzuzeigen“, zumal die Stärken dieser Art der Fallauswahl in der „detaillierten Beschreibung eines Phänomens“ wie auch in der „Erfassung der verschiedenen Ausprägungen, der Heterogenität“ liegen (Schreier 2010, 243).

In Anbetracht dieser Überlegungen wurde bei diesem Forschungsvorhaben ebenfalls eine „gezielte Stichprobenauswahl“ (Friebertshäuser; Langer 2010, 450) gezogen: Hierzu wurde mit einem Wiener Kinderarzt Kontakt aufgenommen, der vor allem Frühchen betreut und im Rahmen eines persönlichen Gespräches vereinbart, dass er Mütter seiner Patient/inn/en über die Untersuchung informiert und fragt, ob sie sich für ein Interview zur Verfügung stellen. Zusätzlich dazu wurden Intervieweinladungen (Anhang A) angebracht. „Auf diesen Aushängen [wurde] dann um die Teilnahme an

der Studie gebeten, kurz über die Studie informiert und ein Ansprechpartner angegeben“ (Reinders 2005, 141).

Damit die „Fallauswahl“ (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 188) das Spektrum an auffindbaren Differenzen weitgehend ausschöpft, erfasst sie Mütter, die von Erfahrungen aus unterschiedlichen Krankenhäusern berichten und somit ein größeres Einzugsgebiet abdecken. Zu diesem Zweck wurde zusätzlich eine Niederösterreichische Gynäkologin gebeten, nach Absprache mit Patientinnen und deren Einverständnis für ein Interview die Telefonnummer an die Interviewerin weiterzuleiten.

Als Frühchen werden gemeinhin jene Kinder deklariert, die vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen. Infolgedessen wurde darauf geachtet, dass das Sample auch diesen Umstand in seiner „Relativität“ berücksichtigt und Frauen aufnimmt, deren Kinder nach einer unterschiedlich langen Gravidität, nämlich zwischen 27 und 36 Schwangerschaftswochen, geboren worden waren.

Auf diese Art und Weise wurden insgesamt acht Mütter aus Niederösterreich, Wien und Oberösterreich ausgewählt, die innerhalb der vergangenen drei Jahre eine Frühgeburt erlebt hatten. Das Alter der Interviewpartnerinnen lag zwischen 22 und 38 Jahren.

5.3.1.2 Durchführung der Interviews:

Die Interviews fanden im Zeitraum zwischen Mitte März 2011 und Mitte Mai 2011 statt und dauerten zwischen 33 und 59 Minuten. Den tatsächlichen Interviewort durften die Mütter selbst wählen; entweder in ihrem privaten Umfeld zuhause oder in einem für sie leicht erreichbaren Café. Dabei war der Gedanke leitend, dass das Gespräch aus Sicht der Frauen in einer vertrauten, entspannten Atmosphäre stattfinden soll, da persönliche Narrationen ein vertrauensvolles Gesprächsklima voraussetzen (Mey; Mruck 2010, 432). Lediglich eine Mutter entschied sich dafür, das Interview nicht in den eigenen vier Wänden zu führen. Alle anderen Frauen wurden von der Interviewerin direkt zuhause aufgesucht. Bei den Interviews kam der bereits erwähnte, näher erläuterte Interviewleitfaden (Anhang B) zum Einsatz. Im Anschluss an die acht Befragungen wurde jeweils ein Postskriptum (Anhang C) verfasst. „[E]s dient zum Festhalten von Eindrücken, Auffälligkeiten und Befindlichkeiten, die sich auf das Interview selbst und auf die (nicht aufgezeichnete) Zeit vor und nach dem Interview beziehen“ (Mey; Mruck 2010, 431).

5.4 Die „Qualitative Inhaltsanalyse“ zur Datenauswertung

Für empirisch qualitative Untersuchungen ist bezeichnend, dass die Auswertung der Daten im Normalfall in drei Schritten erfolgt: Als erstes bedarf es der Datenaufbereitung, daran schließt die Analyse der Ergebnisse durch die konkrete Auswertungsmethode an, bevor zu guter Letzt die gewonnenen Einsichten systematisiert dargestellt werden (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 235).

Umgelegt auf das dieser Diplomarbeit zugrundeliegende Forschungsvorhaben muss das in auditiver Form vorliegende Datenmaterial zuerst in eine schriftliche überführt, also transkribiert werden. „Die Antworten auf die Fragen sind dann die Daten, die einer Auswertung unterzogen werden“ (Gläser; Laudel 2004, 37).

Nachdem in erster Linie die inhaltlich-thematische Ebene, genauer genommen der „Äußerungsinhalt“ (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 237) im Mittelpunkt der ausgewählten Auswertungsmethode „Qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayering 2010) dieser Arbeit steht und der sprachlichen Ausdruckskraft (z. B. para- und nonverbalen Elementen) demgemäß verhältnismäßig marginale Bedeutung zukommt, bietet sich die sogenannte „wörtliche Transkription“ (Gläser-Zikuda 2011, 111) an: Hierbei werden die Audioaufzeichnungen in normales Schriftdeutsch übertragen. Dadurch werden die Narrationen der Mütter bzw. Aussagen der Interviewerin weitgehend von Formulierungen im Dialekt bereinigt (ebd.).

Um die Anonymität dieser Personen zu garantieren, erfolgt im Zuge der Transkription die Codierung sämtlicher Angaben, die das Identifizieren von Interviewpartnerinnen eventuell ermöglichen könnten.

Unter „Inhaltsanalyse“ wird „die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“ (Mayering 2010, 11) verstanden. Bei „Qualitativer Inhaltsanalyse“ handelt es sich um eine kommunikationswissenschaftliche Methode, die ursprünglich zur quantitativen Analyse von Massenmedien in den 1920er-Jahren entwickelt wurde (Gläser-Zikuda 2011, 115).

Sozialwissenschaftlich qualitative Inhaltsanalyse zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass sie nicht einfach einen Text referiert, sondern die vorliegenden Daten „unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung“ (Mayering 2010, 13) systematisch, das bedeutet theorie- und regelgeleitet, aufarbeitet. Strenggenommen geht es ihr darum, bestimmte Aspekte der tatsächlichen Textbedeutung unter ausgewählten Perspektiven datenreduzierend zu erfassen. Im Mittelpunkt der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ steht ein Kategoriensystem (Hussy; Schreier; Echterhoff 2010, 246), welchem

schrittweise Textpassagen (Segmente) zugeordnet werden. Auf Grund dessen nehmen Mayering; Gahleitner (2010, 295) mittlerweile vom Terminus „Inhaltsanalyse“ zugunsten der Bezeichnung „kategoriegeleitete Textanalyse“ Abstand.

In diesem Kontext macht Mayering (2010, 65) auf drei „Grundtechniken“ (Mayering 2010b, 602) qualitativer Inhaltsanalyse zur systematischen Auswertung von Datenmaterial aufmerksam, nämlich Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung, wobei der Autor hinzufügt, dass er diese „als grundsätzliche Vorgehensweisen systematischen, das heißt theoriegeleiteten und regelgeleiteten Textverstehens und Textinterpretierens“ (Mayering 2007, 56) betrachtet. Mitunter ist ihnen jedoch gemeinsam, dass sie „eher textzusammenfassend reduzierend, texterklärend (explizierend) oder textstrukturierend“ (Mayring; Brunner 2007, 674) sind.

In der dieser Forschungsarbeit anberaumten Untersuchung werden die Interviewprotokolle mittels der „zentralsten“ (Mayering 2010, 92) qualitativen Technik der Strukturierung ausgewertet, die tendenziell eher einer deduktiven Forschungslogik folgt (Gläser-Zikuda 2011, 114). Im Zentrum dieser Technik steht das Herausarbeiten spezifischer „Aspekte“. In erster Linie gelingt dies durch das Legen eines Querschnittes über das Material wie auch durch die Einschätzung desselben aufgrund vorab „festgelegte[r] Ordnungskriterien“ (Mayering 2007, 115). Diese inhaltsanalytische Vorgangsweise zielt darauf ab, eine bestimmte Struktur in Form eines Kategoriensystems aus dem Datenmaterial zu generieren.

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Abschlussarbeit wurden unter Berücksichtigung der konkreten Forschungsfrage einerseits und des bestehenden themenrelevanten Wissenskorpus andererseits theoriegeleitet Kategorien entwickelt (Anhang D), die zur Auswertung der Interviewprotokolle herangezogen werden.

Nachdem inhaltliche Strukturierung auf das Herausfiltern bzw. Zusammenfassen bestimmter Themen, Inhalte und Aspekte fokussiert (Mayering 2010, 98), scheint diese Analyseform für vorliegendes Forschungsvorhaben besonders geeignet, zumal eine elaborierte Erörterung des mütterlichen Erlebens wie auch ihres Umgangs nach einer Frühgeburt in seiner Komplexität lediglich durch ein entsprechendes methodisches Vorgehen sichergestellt werden kann.

Ablauf einer qualitativen inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse

Die große Stärke der qualitativen (strukturierenden) Inhaltsanalyse besteht Mayering (2010, 57) zufolge nicht nur im theorie- und regelgeleiteten Vorgehen, sondern darin, „dass die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt“ (ebd., 59) und dadurch

intersubjektiv nachvollziehbar wird. Auf Grund dessen fordert Mayring eine Untergliederung des Ablaufes in zehn Teilschritte, die im Folgenden näher beleuchtet werden, da in der vorliegenden Untersuchung auf diese Art und Weise ausgewertet wird:

Ganz zu Beginn bedarf es einer Definition „grundsätzlicher Strukturierungsdimensionen“, die aus der erkenntnisleitenden Forschungsfrage abgeleitet und theoretisch begründet werden. Diese Merkmalsdimensionen müssen dann in einem zweiten Schritt „differenziert“ bzw. in einzelne Ausprägungen „zergliedert“ werden. Im Mittelpunkt dieses Schrittes steht das Festlegen der inhaltlichen Hauptkategorien (Mayring 2007, 89). De facto geht es um die Entscheidung, welche „Inhalte aus dem Material extrahiert³⁰ werden sollen“ (ebd.).

In einem weiteren Schritt werden die vorgenommenen Differenzierungen in Form einzelner Kategorien zu einem Kategoriensystem zusammengeschlossen. Im Mittelpunkt des vierten Schrittes steht die „präzise Kategoriendefinition“ (Gläser-Zikuda 2011, 114), um dadurch festzulegen, wann ein Textsegment unter eine Kategorie fällt. Darüber hinaus werden „Ankerbeispiele“ angeführt. Hierbei handelt es sich um „konkrete Textbeispiele“, die als Beispiele für eine Kategorie zugeordnet werden. „Kodierregeln stellen sicher, dass Materialzuordnungen eindeutig erfolgen können und Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien vermieden werden“ (ebd.).

Anschließend folgt ein „Materialdurchlauf“, um zu überprüfen, ob sich die vorab festgelegten Definitionen und Ankerbeispiele für die Analyse als zielführend erweisen: Zu diesem Zweck werden im fünften Schritt Textsegmente in den Wortprotokollen markiert, „in denen die Kategorie angesprochen wird“. Die hervorgehobenen Interviewausschnitte werden innerhalb des sechsten Schrittes „je nach Ziel der Strukturierung bearbeitet“ (Mayring 2010, 94). Sofern erforderlich, wird das Kategoriensystem nach dem Probedurchlauf einer Revision unterzogen und gesetzt Falles im Rahmen des siebten Teilschrittes überarbeitet, bevor der eigentliche „Hauptmaterialdurchlauf“ folgt: In seinem Zentrum steht die erneute „Bezeichnung der Fundstellen“ (vgl. Schritt 5) sowie deren „Bearbeitung und Extraktion“ (vgl. Schritt 6) (ebd.).

Innerhalb des achten Schrittes werden die Ergebnisse des vorausgegangenen Prozedere bearbeitet, indem die extrahierten Interviewsequenzen paraphrasiert werden. Die

³⁰ Im Kontext qualitativer Inhaltsanalyse bedeutet Extraktion, dass der auszuwertende Text, genauer genommen also das Interviewtranskript gelesen und entschieden wird, welchen der ihm inhärenten Informationen für die Untersuchung Relevanz zukommt (Gläser; Laudel 2004, 194).

letzten beiden Arbeitsschritte bestehen darin, die Paraphrasierungen „zunächst pro Unterkategorie und dann pro Hauptkategorie“ zusammenzufassen (ebd.).

Auf diese Art und Weise wird eine von den Ursprungstexten differente Informationsbasis geschaffen, „die nur noch die Informationen enthalten soll, die für die Beantwortung der Untersuchungsfrage relevant sind“ (Gläser; Laudel 2004, 194).

6 ERGEBNISDARSTELLUNG DER INTERVIEWAUSWERTUNG

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die Aufarbeitung der mittels Textanalyse aus den Interviewprotokollen extrahierten Ergebnisse. Hierzu wird zunächst zum Zwecke einer besseren Nachvollziehbarkeit die Bildung der dieser Untersuchung zugrundeliegenden Kategorien näher erläutert. Anschließend folgen der Reihe nach die Einzelfalldarstellungen der acht Interviewpartnerinnen. In diesem Zusammenhang werden das individuelle mütterliche Erleben wie auch ihr Umgang mit/nach einer verfrühten Geburt auf Basis der Hauptkategorien elaboriert beschrieben.

6.1 Erläuterungen zum Kategoriensystem

Wie anhand der eingehenden Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Methode in Anlehnung an die qualitativ inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse im vorausgegangenen Kapitel bereits implizit zum Ausdruck gekommen ist, stellt die Extraktion, genauer genommen die Entnahme der benötigten Informationen aus den Interviewprotokollen den Kern der Auswertungstechnik dar. Diese Informationen, die im konkreten Falle in Form von Textausschnitten vorliegen, müssen den entwickelten Kategorien des Suchrasters (Kategoriensystem) zugeordnet werden.

Die Kategorien dieser Studie wurden, von zwei Ausnahmen abgesehen, deduktiv gebildet. Ausschlagend dafür war, dass auf diese Weise der Zusammenhang zum bestehenden Wissen über den Untersuchungsgegenstand und zu den strukturierenden theoretischen Vorüberlegungen (vgl. dazu Theorieteil) hergestellt werden kann (Gläser; Laudel 2004, 198). Lediglich eine der sechs Hauptkategorien (Ausblick (H6)) wie auch eine der Unterkategorien (II Mütterliche Erinnerungen an die Schwangerschaft) wurden unter Berücksichtigung der Narrationen aus den tatsächlichen Interviewtranskripten induktiv konstituiert. Wenngleich weitgehende Übereinstimmung zwischen den im Leitfaden angeführten Themenkomplexen und den Hauptkategorien des Kategoriensystems besteht, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die für Analysezwecke relevanten Textpassagen immer in direktem Kontext der angesprochenen Themen befinden. Zum Teil tauchen sie in einer Antwort der Befragten auf eine ganz andere Frage auf (Schmidt 2010, 450). Diese Tatsache wird im Zuge der Analyse vorliegender Untersuchung stets mitbedacht.

Eine derartige Handhabung und verbindliche Definition des Kategoriensystems stellt sicher, dass bei allen acht Interviews nicht nur gleich verfahren, sondern diese auch „gleichberechtigt“ in die Analyse einbezogen werden (ebd.).

Wird an dieser Stelle noch einmal die konkrete Fragestellung dieses Forschungsvorhabens vergegenwärtigt, so ist festzustellen, dass die Auseinandersetzung mit einer verhältnismäßig langen Zeitspanne, nämlich von der Schwangerschaft bis zu den ersten Wochen, die die Mütter mit ihren Babys zuhause verbringen, im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens steht. Folglich enthält die überwiegende Mehrheit der Haupt- bzw. Unterkategorien divergierende Aspekte des Erlebens der Mutter, angefangen von der Gravidität bis hin zu den ersten, mit dem Kind gemeinsam verbrachten Wochen zuhause. Nachdem das mütterliche Erleben jedoch nicht anhand weniger isoliert herausgegriffener Fakten festzumachen ist, sondern nur aus dem Zusammenhang heraus zu verstehen ist, orientiert sich die Einzelfallanalyse an den sechs Hauptkategorien.

Das Kategoriensystem in seiner Gesamtheit bzw. Komplexität (Hauptkategorien, Unterkategorien, detaillierte Definitionen) wird an dieser Stelle nicht näher ausgeführt, sondern findet sich im Anhang (D) elaboriert dargestellt.

Einzelfalldarstellungen

Dieser Kapitelabschnitt umfasst eine kurze biografische Darstellung der acht interviewten Mütter wie auch die individuelle, kategoriale Zuordnung ihrer Erzählungen auf der Grundlage der sechs Hauptkategorien. Die biografischen Ausführungen umfassen Informationen zum einen aus dem Postskriptum und zum anderen aus den Aussagen während des Interviews. Bei unter Anführungszeichen und kursiv gesetzten Wort- bzw. Textpassagen handelt es sich um wörtliche Zitate aus den Interviewtranskripten, um auf diese Art einen authentischen und weitgehend unverfälschten Einblick in das mütterlich (emotionale) Erleben zu ermöglichen, da nämlich eine ausschließliche Reduktion bzw. Zusammenfassung auf inhaltlich-thematischer Ebene weder das Phänomen „Erleben“ holistisch abzubilden vermag noch den individuell, subjektiven Sichtweisen der Mütter gerecht werden würde.

Einzelfalldarstellung 1: Mutter von Tobias

Relevante biografische Daten zu Mutter und Sohn

Zum Zeitpunkt der verfrühten Geburt von Tobias war seine Mutter 38 Jahre alt. Es war ihre zweite Schwangerschaft, wobei die ihres ersten Sohnes bereits sechs Jahre zurücklag. Tobias kam in der 27. Schwangerschaftswoche via Sectio in einem Wiener Krankenhaus zur Welt. Die Interviewpartnerin lebt mit Tobias Vater in einer intakten Ehe. Das Geburtsgewicht von Tobias betrug 1110g. Er verbrachte seine ersten beiden Lebensmonate in neonatologischer Versorgung.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Zumal der Mutter von verschiedenen Seiten bekannt war, dass die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, erneut ein ebenso pflegeleichtes Kind wie ihren ersten Sohn zu gebären, da kindliche Temperamente und Persönlichkeiten individuell stark divergieren, hatte die Mutter beim Gedanken an das zukünftige Leben mit Tobias von Vorneherein *„schon irgendwie ein bisserl ein[en] Bammel“* (Z. 21-22). *„Also es war Sorge immer schon der Überbegriff der Schwangerschaft“* (Z. 31-32).

Spätestens mit dem Hinzukommen massiver Komplikationen (anfängliche, mittelfristige Blutungen; Diagnose eines Polyps am Muttermund) bzw. mit der Feststellung eines stark verkürzten Gebärmutterhalses im fünften Monat wurde die Mutter darüber in Kenntnis gesetzt, dass das Risiko einer Frühgeburt besteht. Wenngleich rational betrachtet aufgeklärt, wollte die Mutter die Anzeichen einer drohenden verfrühten Geburt weder wahrhaben noch mit ihrer eigenen Schwangerschaft gedanklich in Zusammenhang bringen. Im Hinblick auf ihre beständige emotionale Anspannung erzählt die Mutter eindrücklich, dass sie lediglich der Gedanke daran, ob Tobias die bevorstehenden pränatalen Monate wie auch die mit einer Frühgeburt verbundenen körperlichen Strapazen überhaupt überleben wird, beschäftigte. *„Man zählt halt dann einfach immer die Wochen. So, wieder eine Woche geschafft von selbst“* (Z. 36-37). **(II)**

Parallel dazu begegnete die Mutter jeglichen Antizipationen bezüglich des Lebens nach der Entbindung in infrastruktureller bzw. psychischer Hinsicht mit vollkommener Gleichgültigkeit: *„[S]o weit kommt man noch gar nicht, was dann nachher ist“* (Z. 43). Ihre Assoziationen bezogen sich lediglich auf die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Überleben des Ungeborenen. **(I)**

Erleben der Frühgeburt (H2):

Infolge des plötzlichen Blasensprungs zu Beginn der 27. Schwangerschaftswoche brach nicht nur die mütterliche psychische Verfassung vollkommen zusammen, sondern die Mutter wurde auch umgehend in die Geburtsklinik eingeliefert. Bedingt durch den starken Fruchtwasserverlust und die Tatsache, dass sich Tobias in eine Beckenendlage gedreht hatte, setzten die Ärztinnen/Ärzte noch die notwendigsten Interventionen (Verabreichung zweier kortisonhaltiger Spritzen zur Alveolenreifung), um das Ungeborene durch die Sectio nicht allzu sehr zu gefährden. Aufgrund akut auftretender Schwierigkeiten im Zuge der Anästhesie per Kreuzstich wurde die Mutter kurzfristig in Vollnarkose versetzt, wodurch sie vom weiteren Verlauf der operativen Entbindung ihres Sohnes per se nichts mehr bewusst miterlebte. In diesem Kontext gibt sie voll Wehmut zu bedenken: *„[D]er Kaiserschnitt ist, wie wenn einem was weggenommen wird. ... Aber abgesehen davon, der Weg ist das Ziel“* (Z. 178-182). Vor allem die persönliche Isolation von dem perinatalen Geschehen im Allgemeinen wie auch von den ersten Reaktionen des Neugeborenen im Besonderen erlebte die Mutter als höchst unbefriedigend. *„Also, ich habe ja nicht viel mitbekommen“* (Z. 72). Während die Mutter noch sukzessive aus der Vollnarkose erwachte, wurde Tobias eingehend untersucht, in einen Inkubator auf die neointensive Station transferiert und mit Sauerstoff zur Atemunterstützung (Infant Flow) versorgt. (III)

Für die erste direkte Kontaktaufnahme musste die Mutter wegen der stationären Trennung von Tobias vorerst durch das visuelle Betrachten via Foto ihr Auslangen finden. Mit dem ersten Anblick ihres Sohnes, erinnert sich seine Mutter zurück, verband sie eine Kombination ambivalenter Emotionen. Auf der einen Seite *„irgendwie Angst a bisserl, ihn zu sehen“* (Z. 86). Auf der anderen Seite *„Freude, man hat sich gefreut darauf“* (Z. 87). Und trotz allem, *„klar, es war ein Schock, dass er, ja so klein ist ... einen so kleinen Brotwecken da zu sehen“* (Z. 88-89). (IV)

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Bezüglich etwaiger Eindrücke bzw. Erinnerungen an die neointensive Atmosphäre inklusive der zahlreichen technischen Apparaturen stellt die Mutter zwei Aspekte in den Vordergrund: Erstens begegnete sie den damit in Zusammenhang stehenden Herausforderungen aufgeschlossen. Ferner betrachtete sie die Umgebung und die Konfrontation mit den intensivmedizinischen Geräten und Anzeigen als persönliches Lernfeld. In emotionaler Hinsicht fügt sie hinzu, *„man lernt damit zu leben“* (Z. 114). Zweitens hat sie, wie aus ihren Schilderungen transparent wird, die strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort *„sehr familiär“* (Z. 114-115) empfunden: Obgleich die

Station den Eltern gegenüber offen geführt wurde, hatte sie niemals das Gefühl „*ich sitze in einer Auslage*“ (Z. 193-194). Vorübergehend ist die Neonatologie aus mütterlicher Perspektive gesehen „*zum zweiten Zuhause geworden*“ (Z. 115). **(V)**

Anfangs fiel der Mutter der Gedanke daran sehr schwer, Tobias vorübergehend in der Klinik alleine zu lassen. Trotzdem verbrachte die Mutter die Nächte — von „konträren“ Emotionen begleitet — zuhause und pendelte täglich zu ihrem Sohn ins Spital. „*Am Anfang hab´ ich mir auch gedacht, der weiß ja gar nicht, dass ich seine Mama bin*“ (Z. 137-138). Etwa sechs Stunden verbrachte sie dann immer in seiner Anwesenheit und versuchte währenddessen „*[e]in bisschen Normalität hineinzubringen*“ (Z. 126), „*also so wie wenn man sein Baby zuhause hat, eigentlich*“ (Z. 167). **(VI)**

Wenngleich ihr die schrittweise Übernahme der Pflege und Versorgung ihres Babys anfangs einiges an Mut und Überwindung abverlangte, zumal sie große Angst davor hatte, ihm aufgrund seines zierlichen Erscheinens weh zu tun, war der Mutter dennoch bewusst, „*ich muss das machen, weil ansonsten komm´ ich da nie rein. ... Und man will ja auch selber etwas machen, na, dass man wahrgenommen wird als Mama. Also von ihm jetzt auch*“ (Z. 174-176). So gesehen kümmerte sich die Mutter sehr früh selbstbestimmt und in Eigenverantwortung, mit Ausnahme von medizinischen Handgriffen, um Tobias Wohl, einschließlich Fütterns (Stillen) und Pflegens (Wickeln, Baden, Anziehen, Fiebermessen). **(VII)**

Ihre intensive und unmittelbare Partizipation an der Versorgung ihres Frühchens führt die Mutter, wie aus ihren Narrationen zu entnehmen ist, auf die Führung und das Verhalten bzw. die Haltung des Pflegepersonals ihr gegenüber, die Tobias Mutter regelrecht begeisterte, zurück: Denn sobald die Mutter auf der Neonatologie erschien, wurde sie von den Krankenschwestern aktiv in die Pflege bzw. die Routinehandlungen von Frühchen integriert und im Umgang mit Tobias verständnisvoll unterstützt. **(VIII)**

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Den mütterlichen Schilderungen zufolge hat sie die erste, gemeinsam mit Tobias in den eigenen vier Wänden verbrachte Zeit als „*psychisch wirklich sehr anstrengend*“ (Z. 203) und herausfordernd in Erinnerung: Obwohl sie keinerlei technische Geräte zur Atemüberwachung mit nachhause bekam, dauerte es mehrere Wochen, bis sich ein halbwegs normaler Tagesrhythmus einpendelte. Ständig begleitete die Mutter die Angst, Tobias könnte womöglich beim Stillen zu wenig Milch aufnehmen, nicht ausreichend zunehmen noch sich in weiterer Folge gesund entwickeln. In den Nächten brachte sie kaum ein Auge zu, geschweige denn konnte sie entspannen. Zu viele Ge-

danken gingen ihr hierfür beständig durch den Kopf, denn *„ich war immer irgendwie unter Strom“* (Z. 266). Wenngleich aus einem medizinischen Blickwinkel betrachtet bzw. rational gesehen keinerlei Grund zur Sorge um Tobias Entwicklung mehr bestand, stieß die Mutter vielfach durch den selbst auferlegten Druck und ihre Übervorsichtigkeit an ihre persönlichen Grenzen: Phasenweise fühlte sie sich eingesperrt, *„[d]ass ich quasi nicht mehr vorhanden war, ja, dass ich nichts mehr für mich machen konnte“* (Z. 215-216). In diesem Konnex verbalisiert die Mutter allerdings, dass diese enorme psychische Belastung bzw. der Stress, unter der/dem sie litt, weitgehend selbst verschuldet war, denn *„[i]ch hab´ das auch von mir so abhängig gemacht, nur ich kann was machen. Wo auch Hilfe da gewesen wäre, aber das war nicht von Nutzen“* (Z. 213). (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

Im Zuge ihrer Ausführungen wie sie mit den auf die verfrühte Entbindung zurückzuführenden Belastungen konkret umgegangen ist, wird transparent, dass sie zum einen von ihrem persönlichen Engagement bzw. der Beteiligung aus eigenem Antrieb profitierte, zum anderen aber auch den Einsatz einiger Personen aus dem institutionellen wie auch privaten Umfeld nicht missen möchte.

Aus ihrer persönlichen Warte gesehen war beruhigend, jeden Morgen von dem Angebot Gebrauch machen zu können, via Telefon Infos über den aktuellen Gesundheitszustand von Tobias noch vor dem Besuch einzuholen. Durch das regelmäßige Abpumpen der Milch auch in der Nacht und zuhause fand die Mutter einen Weg, ihrer Mutterrolle zumindest in Ansätzen gerecht zu werden, *„wo ich für ihn was tun hab´ können“* (Z. 157-158). Gleichzeitig war es ihr dadurch möglich, sich langsam aber doch an den typischen Tages-/Nachtrhythmus mit einem Baby anzunähern.

Auf institutioneller Ebene wurde ihr durch das Verhalten und die Haltung des neointensiven Pflegepersonal wertvolle Unterstützung zuteil: In erster Linie dadurch, dass sie jederzeit auf Fragen, Sorgen und Bedenken bedingungslos und wertschätzend eingingen. *„Und die auch net gesagt haben, das bildest du dir ein sondern ... OK, probier das oder ... Ratschläge ... gegeben haben“* (Z. 275). Nachdem das Zusammenwachsen zwischen ihr und Tobias wesentlich länger als bei ihrem ersten Sohn dauerte, musste sie *„auch durch Sprechen zusammenkommen“* (Z. 250). In dieser Hinsicht kam ihr die Bestätigung der Krankenschwestern zugute, *„die haben gesagt, ..., ihr seid ganz eng. Ich hab´s nicht gesehen“* (Z. 250-251).

Durch ihren älteren Sohn fand sie nicht nur wieder in einen halbwegs geregelten Alltag *„unter Anführungszeichen“* (Z. 144-145) zurück, sondern auch seine Feinfühligkeit

bzw. sein Geschick im Umgang mit seinem kleinen Bruder erlebte die Mutter als bereichernd und hilfreich. Aus ihrem familiären Umfeld streicht Tobias Mutter neben ihrem Sohn Moritz ihren Gatten hervor: Indem er ihr ganz einfach emotional beigestanden ist und versuchte, wo es möglich war, durch Abnehmen gewisser Tätigkeiten wie auch die vorübergehende Betreuung von Tobias der Mutter zumindest mittelfristig Freiraum zu schaffen bzw. diese zu entlasten. **(X)**

Ausblick (H6):

Im Rahmen zahlreicher Interviewpassagen bringt die Mutter zum Ausdruck, dass sie jegliche zusätzlich angebotene Hilfe nicht zugelassen hätte, zumal sie sich selbst so verhielt, als wäre sie unabhkömmlich und unersetzlich. *„Und da hätt' mich keiner runtergebracht. ... Da muss man reinwachsen“* (Z. 291-293). *„Was mir sehr geholfen hat, war ... Reden. Net einmal, dass mir jemand gesagt hat, wie ich es ändern kann, sondern ... [d]ass man es in die Luft bringt, ja. Dass man nicht alles im Kopf nur hat. Weil, ... das ist zu viel dann irgendwann“* (Z. 293-298). **(IX)**

Einzelfalldarstellung 2: Mutter von Marie

Relevante biografische Daten zu Mutter und Kind

Bei der Entbindung ihres ersten Kindes war Maries Mutter 24 Jahre alt. Marie kam zu Beginn der 24. Schwangerschaftswoche per Sectio in einem Niederösterreichischen Krankenhaus zur Welt. Die Interviewpartnerin lebt nach wie vor in einer stabilen, glücklichen Lebensgemeinschaft mit Maries Vater. Marie wog bei der Geburt 1450g und verbrachte ihre ersten vier Lebenswochen im Beisein ihrer Mutter auf der Neonatologie.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Im Zuge des Interviews beschreibt die Maries Mutter, dass sie das zukünftige Leben mit dem Ungeborenen pränatal betrachtet *„komplikationslos und schön“* (Z. 24) antizipierte. Ihre Gedanken fokussierten vor allem darauf, dass ihre Tochter *„gesund auf die Welt kommen“* (Z. 25) sollte. Um den Übergang in die Mutterschaft harmonisch und gelassen zu bewältigen, hat sich die Schwangere vorgenommen bzw. gewünscht, das Ende der Schwangerschaft zu *„genießen“* (Z. 173), *„einen Gang [zurück-zu]schalten“* (Z. 174), um in der häuslichen Umgebung für die Ankunft Maries in Ruhe *„alles noch vorbereiten“* (Z. 25) zu können und um sich gezielt noch ein wenig den eigenen Bedürfnissen zu widmen. **(I)**

Obschon die Mutter in Frühkarenz ging³¹, verlief ihre Gravidität bis zur 32. Schwangerschaftswoche „ganz normal“ (Z. 24), was sich dann alles schlagartig veränderte: „Das Ausschlaggebende war“ (Z. 28), laut Aussagen der Mutter, dass nachts plötzliche Übelkeit und „*irrsinnig starke Kopfschmerzen*“ (Z. 29) auftraten, die über zwei Nächte hinweg anhielten. Woraufhin sie ihren Blutdruck maß und feststellte, dass dieser sehr stark erhöht war. Auf Grund dessen suchte die Schwangere umgehend ihre Gynäkologin auf, welche sie „gleich ins Spital geschickt [hat]“ (Z. 38), um diesen medikamentös einzustellen.

Doch „die [Ärzte/innen] haben mich dann nimmer ausgelassen“ (Z. 39), denn zahlreiche Untersuchungen ergaben, dass das Ungeborene „nimmer recht gut über die Nabelschnur versorgt wird ... und dass [es] eigentlich schon um zwei Wochen zu klein ist“ (Z. 46-51). Rein emotional gesehen hat sich Mariés Mutter bislang trotz allem recht wohlfühlt, sich nicht gestresst, sondern angenommen, dass in ein paar Tagen ohnehin „wieder alles normal [wird]“ (Z. 50-51).

Als ihr die Gynäkologen/innen aber wenige Stunden später offenbarten, dass das Baby höchstwahrscheinlich am nächsten Tag per Kaiserschnitt geholt werden müsse, zumal ein Einleiten zulange dauere bzw. für das Kind zu risikoreich gewesen wäre, verwandelte sich ihre vorübergehende Gelassenheit in große Angst. Diese bezog sich vor allem auf die körperliche Konstitution des Ungeborenen wie auch auf die Sorge, dass das Kind auf eine externe neointensive Station verlegt werden könnte. „Das Schlimmste hab ich ... befürchtet“ (Z. 63). (II)

Erleben der Frühgeburt (H2):

Den mütterlichen Schilderungen zufolge gingen die vorbereitenden Maßnahmen für die Sectio einschließlich des Kreuzstiches an ihrem Bewusstsein so gut wie vorbei, zumal ihre psychische Angespanntheit das situative Geschehen rundherum in den Hintergrund treten ließ. „Mir ist alles viel zu schnell gegangen“ (Z. 173), denn „ich hab´ eigentlich nichts mehr wahrgenommen“ (Z. 75), „hab´ mir gedacht ... jetzt ist alles vorbei“ (Z. 76-77). Im Beisein ihres Partners und am ganzen Körper zitternd, erzählt Mariés Mutter eindrücklich, vernahm sie fünf Minuten nach OP-Beginn die ersten Schreie der Kleinen. „[D]as war das Schönste. Da haben wir beide dann auch geweint“ (Z. 88) vor Erleichterung und „Glücksgeföhle[n], dass die Kleine gesund [und] wohlauf ist“ (Z. 94-95).

³¹ Diese ist jedoch nicht mit der mütterlichen Schwangerschaft per se in Zusammenhang zu bringen. Denn der Grund dafür war, dass sich die werdende Mutter während ihrer Arbeit als Krankenschwester beim Heben eine Lädierung an der Wirbelsäule zuzog.

Marie wurde unmittelbar danach zur Untersuchung auf die Neonatologie transferiert, während die Mutter noch genäht und anschließend in ihr Zimmer gebracht wurde. Unabhängig davon, dass Marie in der Zwischenzeit in einen Inkubator gelegt wurde, bekam sie in den ersten beiden Stunden eine Sauerstoffmaske (Infant Flow) zur Atmungsunterstützung sowie zwei Milliliter Muttermilch mittels Spritze verabreicht. (III)

Nachdem die Mutter die ersten Stunden nach der verfrühten Geburt im Zimmer liegend verbracht hatte, wurde ihr von den Krankenschwestern vorerst ein Foto von Marie präsentiert. Über dieses visuelle Medium konnte die Mutter Marie zum ersten Mal betrachten. In diesem Zusammenhang fügt Maries Mutter hinzu, *„das hat schlimm ausgeschaut. Voller Schläuche ... sie haben einfach die notwendigsten Maßnahmen ... gemacht, falls sie doch mit der Atmung aussetzen sollte ... Und überall ... angehängt, ich meine, das Foto hat einfach schockierend ausgeschaut“* (Z. 99-101). Fünf Stunden nach der Entbindung sprach aus medizinischen Überlegungen nichts mehr dagegen und die Mutter wurde auf ihre Bitte hin auf die neonintensive Station zu Marie geführt, wo sie erstmals die Gelegenheit hatte, in direkten Kontakt mit ihrer Tochter zu treten: *„Dann habe ich sie mir anschauen dürfen“* (Z. 105). (IV)

Erleben auf der neonintensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Bezüglich der Wirkung der typisch neonintensiven Atmosphäre meint die Mutter von Marie, dass sie damit relativ problemlos umgehen konnte. Diese Tatsache führt sie in erster Linie auf den Umstand zurück, dass sie das *„Drumherum ... gar nicht so wahrgenommen“* (Z. 107), sondern weitgehend ausgeblendet hat. Anstatt Stattdessen lenkte sie ihre Aufmerksamkeit voll und ganz auf Marie bzw. deren Inkubator. Die Faszination, *„wie sie da ... hineingebauschert ist und eigentlich so mini war“* (Z. 108-109) stand für die Mutter klar im Vordergrund. (IV)

Auf Grund der strukturellen Rahmenbedingungen und Organisation auf der Neonatologie ist der Mutter freigestanden, bis zur Entlassung der Kleinen stationär aufgenommen zu bleiben, um ganztägig bei ihrer Tochter zu verweilen. Diese Möglichkeit nutzte Maries Mutter von Anbeginn, denn es war ihr persönlich ein großes Anliegen, den ganzen Tag bei Marie zu verbringen, *„weil ich einfach froh, war, wenn ich sie nehmen konnte“* (Z. 118). Insofern *„war [das] von Anfang an eine sehr enge Beziehung“* (Z. 181) mit der Kleinen. Trotz alledem schildert die Mutter, dass sie phasenweise an ihre persönlichen Grenzen stieß: *„[I]rgendwie ist mir mit der Zeit dann schon die Decke auf den Kopf geflogen. Mir ist es zeitweise dann voll schlecht gegangen. Da hab´ ich dann teilweise wirklich nur mehr geweint“* (Z. 157-158). Zwei Mal insgesamt hat sie sich eine kurze Auszeit zugestanden, indem sie einen Sprung in die

Stadt einkaufen bzw. essen ging. Aber selbst dann hatte sie „gleich wieder schlechtes Gewissen ..., dass [sie] sie da drinnen alleine lässt“ (Z. 223).

Nach zweieinhalb Wochen wurde Marie von der neointensiven Station ins Zimmer ihrer Mutter verlegt. Ab diesem Zeitpunkt übernahm Maries Mutter auch in der Nacht die Verantwortung für die Kleine. In diesem Zusammenhang artikuliert die Mutter, dass sie wegen der Bedienung des CTGs³², an den die Kleine nach wie vor angeschlossen war, anfangs sehr angestrengt war. Die ersten Nächte traute sie sich gar nicht, ihre Brille abzulegen, damit sie die Anzeige des Monitors immer im Blickfeld behält, um zu sehen, „ob alles passt“ (Z. 208). Zu groß war ihre Angst, sie könnte einen Alarm überhören. Sukzessive gewöhnte sie sich aber an den CTG, denn ansonsten hätte sie „gar nicht mehr geschlafen“ (Z. 212). **(VI)**

Den mütterlichen Erzählungen zufolge wurde sie „gleich voll in die Pflegerunden mit einbegriffen, also von Anfang an. ... Da hab´ ich sie gleich wickeln dürfen“ (Z. 128). Selbst als Marie noch per Spritze bzw. Flasche gefüttert wurde und die Mutter ihre Milch abpumpte, durfte sie die Kleine bereits vor dem eigentlichen Stillen anlegen, damit sie die Mutter „riecht, spürt und einfach nuckeln kann“ (Z. 139). Regelmäßig, bringt die Mutter im Interview zum Ausdruck, „bin ich dann ... in meinem Lehnstuhl gesessen und hab´ sie bei mir liegen gehabt“ (Z. 118-119). Wenngleich es trotz allem etwas personenabhängig war, wie viel Spielraum der Mutter hinsichtlich Maries Pflege und Versorgung tatsächlich zugestanden wurde, hat sie „eigentlich [alles] selbst gemacht“ (Z. 129). **(VII)**

Mit dem Verhalten bzw. den Reaktionen des neointensiven Personals verbindet Maries Mutter sowohl positive als auch negative Assoziationen:

Auf der einen Seite kritisiert sie die Forderung der Kinderärzte/innen, dass Frühchen täglich ein von ihnen definiertes Maß an Gewicht zunehmen müssen, weil sie ansonsten nicht entlassen werden: „Vor jedem Anlegen, vor jedem Trinken wird [das Kind] abgewogen und danach“ (Z. 151-152). Auf Grund dessen, dass Marie zwar kontinuierlich zunahm, diese Werte jedoch anfangs nicht erreichte, gibt Maries Mutter zu bedenken, macht das „dann schon den voll großen Druck. Die vollen Ängste und Sorgen halt“ (Z. 145-146).

Auf der anderen Seite erhielt die Mutter von Seiten der Krankenschwestern genau das Gegenteil, nämlich beruhigende und bestärkende Worte. „Das passt genau so.

³² CTG: apparative Ableitung bzw. Aufzeichnung der fetalen Herzschlagfrequenz und Wehentätigkeit in der Spätschwangerschaft oder während der Geburt, um das Ungeborene zu überwachen (Pschyrembel 2010, 423);

Nur, wenn sie jetzt einmal ein paar Gramm nicht zunimmt, dass das eh nicht so tragisch ist, die holt sie sich dann schon wieder“ (Z. 167-168).

Abgesehen davon stellt die Mutter im Kontext des Verhaltens der Krankenschwestern ihr gegenüber honorierend fest; *„[a]lso, da war ich echt voll gut aufgehoben“ (Z. 164).*

(VIII)

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Bezüglich der ersten gemeinsam mit Marie verbrachten Zeit zuhause verbalisiert die Mutter keinerlei große Probleme. *„Wir waren einfach mal froh, dass wir endlich zuhause sind ... Da gewöhnt man sich recht schnell“ (Z. 198-200).* Aufgrund der Tatsache, dass Marie bereits vor der Spitalentlassung nachts bei ihr im Zimmer schlief, gestaltete sich der Übergang in die häusliche Umgebung aus mütterlicher Perspektive betrachtet bedenkenlos. Weitaus weniger leicht fiel der Mutter über einen Zeitraum von mehreren Monaten hinweg, Marie am Abend in einem Zimmer, trotz Babyphons, niederzulegen, in welchem sich keiner der beiden Elternteile persönlich aufhielt. *„[I]n der ersten Zeit konnte ich nicht vertrauen, dass das mit dem Babyphon wirklich funktioniert“ (Z. 214-215).*

Obleich der Mutter die kindliche Versorgung trotz Umgangs mit dem Handmonitor verhältnismäßig leicht von der Hand ging, folgte wenige Wochen später zum einen ein erneuerter, sorgenreicher Spitalsaufenthalt, da sich Marie mit dem SARS-Virus³³ infizierte: Zuerst wurde Marie wiederum im Beisein ihrer Mutter auf der Pädiatrie des „Geburtskrankenhauses“ aufgenommen. Diesbezüglich erzählt Maries Mutter im Interview, die Kleine *„hat dann halt auch immer weniger Luft bekommen. Ich hab´ mir sie gar nicht mehr hinlegen getraut, weil ich halt einfach Angst gehabt hab´, dass sie ... ersticken, in der Nacht könnte. ... Dann hab ich eh nur noch gehofft, dass wir verlegt werden. ... Weil gut aufgehoben, bin ich mir nimmer vorgekommen“ (Z. 239-247).* Die von der Mutter herbeigesehnte Überstellung erfolgte wenig später in ein Wiener Krankenhaus, wo Mutter und Kind noch eine weitere Woche behalten wurden. *„Da war ma dann aus dem Größten draußen“ (Z. 261-262).*

Den Erzählungen von Maries Mutter ist zu entnehmen, dass sie selbst wenig später an einem schweren grippalen Infekt erkrankte. Sie bekam Antibiotika verschrieben und musste Marie vorübergehend mit abgepumpter, eingefrorener Milch füttern. *„[D]a*

³³ „Das schwere akute Atemnotsyndrom, englisch Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), ist eine Infektionskrankheit, die mit plötzlich auftretendem hohem Fieber, Atembeschwerden, Heiserkeit, Husten, Halsschmerzen und schwerem Krankheitsgefühl einhergeht. Die Ursache von SARS ist eine Virusinfektion“ (aus: <http://www.onmeda.de/krankheiten/sars.html> [21.07.2011]).

hab´ ich in der Nacht eh schon geweint, weil ich befürchtete, so, jetzt wird die Kleine auch wieder angesteckt“ (Z. 305-306). (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

Gemäß den Aussagen von Maries Mutter hat sie in der Zeit rund um die verfrühte Geburt am meisten davon profitiert, ständig in unmittelbarem Kontakt mit Marie zu sein, denn *„ich war eigentlich immer auf der Neo, das hat mir geholfen.“ (Z. 276-277)*. Ihre Gedanken kreisten während der Hospitalisation ihres Töchterchens bzw. in den ersten Monaten zuhause permanent um sein Wohl, sodass sie sich ohnehin nichts anderem mit Mühe widmen konnte, da sie gleich wieder ein schlechtes Gewissen gegenüber Marie verspürte. *„[I]n dieser Zeit war mir außer die Kleine, so einfach viel egal, nicht wichtig. Also so für mich hab´ ich eigentlich nichts gemacht. Auch zuhause dann nicht“ (Z. 293-295)*. *„Teilweise hab´ ich auch wenig Hunger gehabt, und hab´ eigentlich nur gegessen, weil ich mir dachte, das tue ich für Marie. Dass ich einfach auch genug Milch hab´, dass ich stillen kann“ (Z. 287-289)*.

An ihrer Mutter bzw. ihrem Partner hat sie vor allem geschätzt, dass ihr beide beigegeben sind, viel Zeit bei ihr und Marie verbrachten und stets ein offenes Ohr für sie und ihre Ängste bzw. Sorgen hatten. Von institutioneller Seite betrachtet, spricht Maries Mutter an, wurde ihr von einigen Krankenschwestern Unterstützung zuteil. In erster Linie dadurch, dass sie ihr nicht nur *„fürsorglich und so nett“ (Z. 164)* begegneten, sondern dass sie ihr auch hinsichtlich ihrer pausenlosen Anwesenheit bei Marie *„voll freien Lauf gelassen“ (Z. 124)* haben. (X)

Ausblick (H6):

Im Zuge mehrerer Interviewpassagen spricht Maries Mutter an, dass die Krankenschwestern die kindlich, neointensive Versorgung und Pflege zu ihrer größten Zufriedenheit erfüllten. Im Gegensatz dazu fühlte sie sich während des zweiten Krankenhausaufenthalts jedoch unzureichend und inkompetent behandelt. *„[D]ann hat sie eh eine Sauerstoffmaske bekommen. Die ist dann aber immer verrutscht, weil die viel zu groß war, ... das Pulsoxy, das hat auch nicht gepasst“ (Z. 233-236)*. Selbst hinsichtlich der damit verbundenen Überstellung nach Wien blieb von Seiten des diensthabenden Personals ungeklärt, ob Maries Mutter bei ihrer Tochter stationär aufgenommen wird. *„[D]as muss ich echt sagen, da hab´ ich mir zum Teil auch ein bisserl Vorwürfe gemacht, warum wir nicht gleich nach [Name eines anderen Krankenhauses] gefahren sind“ (Z. 316-317)*. *„Also das war schon schlimm“ (Z. 237)*.

Gerne hätte die Mutter in der ersten Zeit nach der Entbindung im Krankenhaus Kontakt zu anderen Müttern mit Frühchen geknüpft, um sich mit „Leidensgenossen“ auszutauschen. *„Weil, was ich schon eher unangenehm wahrgenommen habe, war, wenn einige Frauen mit ihren Babys recht bald immer wieder nachhause gehen konnten. ... Da ist es mir nicht gut gegangen“* (Z. 328-331). (XI)

Einzelfalldarstellung 3: Mutter von Lukas

Relevante biografische Daten zu Mutter und Kind

Bei der verfrühten Geburt von Lukas war seine Mutter 35 Jahre alt. Ihr Sohn kam in der 36. Schwangerschaftswoche aufgrund einer diagnostizierten akuten Schwangerschaftsvergiftung per Kaiserschnitt in einem Niederösterreichischen Krankenhaus zur Welt. Die Interviewpartnerin lebt nach wie vor in einer intakten Partnerschaft mit ihrem Ehemann, Lukas Vater. Das Kind wog bei der Geburt 1750g, wurde unmittelbar danach in ein 80 km entferntes Krankenhaus transferiert und musste seine ersten vier Lebenswochen auf der Neonatologie verbringen.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Nachdem es die Schwangerschaft ihres ersten Kindes war, sind der Mutter *„lauter gute Dinge und Sachen“* (Z. 20-21) durch den Kopf gegangen. Niemals hat sie mit dem Gedanken gespielt, dass *„irgendwas passieren“* (Z. 23) kann. Abgesehen davon, dass sie bereits *„das Wichtigste“* (Z. 53), unter anderem einen *„Stubenwagen“* (Z. 53) für das Ungeborene vorbereitet hatte, konnte sie es vor Freude gar nicht mehr erwarten, *„bald ... eine kleine Familie [zu] gründen“* (Z. 24). (I)

Den Erzählungen der Mutter zufolge ist es ihr während der Gravidität gut ergangen: Wenngleich sie in den Extremitäten Ödeme hatte und dadurch *„richtig aufgeschwemmt und dick“* (Z. 39) gewesen war, konnte sie bis zur 36. Schwangerschaftswoche problemlos arbeiten. Vollkommen überraschend traten bei der Mutter zu diesem Zeitpunkt *„irrsinnige Schmerzen ... im Bauch-Brustbereich“* (Z. 31-32) auf. Auf Grund dessen ging sie ins Spital, um sich gründlich untersuchen zu lassen. Im Zuge eines Harntests wurde festgestellt, dass die Eiweißwerte *„erhöht“* (Z. 36) waren und es hinsichtlich der Versorgung des Fötus bereits *„höchste Eisenbahn“* (Z. 47) war. Anhand des Verhaltens und der Reaktionen der Ärzte/innen, die *„alle rennert“* (Z. 46) wurden und *„sofort Kaiserschnitt“* (Z. 46) attestierten, konnte Lukas Mutter spüren, dass etwas nicht mehr stimmte, worauf sie sich auch *„Sorgen“* (Z. 43) machte. *„Von*

einem auf de[n] anderen Tag ... war's zum Einstellen, dass ... Lukas auf die Welt kommt“ (Z. 50-51). (II)

Erleben der Frühgeburt (H2):

Wenngleich die Ärzte/innen die Mutter rein formal noch „aufklärten“ (Z. 47), hat diese das ganze Drumherum gar nicht mehr in voller Tragweite „registriert“ (Z. 48). Sie erinnert sich, dass sie sofort für die Sectio in den OP-Bereich gebracht und in weiterer Folge in Vollnarkose versetzt wurde, denn ein Kreuzstich „*hätte zu lange gedauert*“ (Z. 78). Etwa „*ein, zwei Stunden nach der Geburt*“ (Z. 81) ist sie für einen kurzen Moment aufgewacht, als ihr Sohn neben ihr in einem Brutkasten gelegen ist. Von der Anästhesie noch völlig „*benebelt*“ (Z. 78), streichelte sie Lukas ein wenig, bevor sie kurz darauf schon wieder wegdämmerte.

Von der unmittelbaren medizinischen Versorgung des Kindes bekam die Mutter nichts mit. Erst im Nachhinein wurde sie darüber von ihrem Mann informiert. Nachdem ihr Sohn zwar schrie, aber „*too small for date*“ (Z. 89)³⁴ geboren wurde, musste er nicht nur in einen Inkubator, sondern zusätzlich auch „*beatmet*“ (Z. 90) werden, zumal für das Verabreichen der Spritze für die „*Lungenreife*“ (Z. 131) bzw. das Abwarten ihrer Wirkung nicht mehr ausreichend Zeit geblieben war. (III)

Als die Mutter nach dem Kaiserschnitt wieder bei vollem Bewusstsein war, wurde sie mit der Tatsache konfrontiert, dass ihr Sohn seiner physischen Konstitution zufolge in ein ca. 80 km entferntes Krankenhaus überstellt werden musste. In diesem Zusammenhang artikuliert die Mutter, „*voll ungut. Du bist da und dein Kind ist fort. Das ist eigentlich das Schrecklichste. ... Du kannst ihn nicht hernehmen und nichts. ... Weißt nicht, wie es ihm geht*“ (Z. 85-87). Sie verweilte in der Entbindungsklinik eine Woche lang von ihrem Säugling getrennt. Während ihrer Hospitalisation bestand für sie die einzige Option, sich als Mutter am Wohl des Neugeborenen zu beteiligen darin, regelmäßig „*Milch ab[zu]pumpen*“ (Z. 94), die dann zum Kind gebracht wurde.

Bedingt durch die räumliche Distanz, konnte die Mutter zu ihrem Sohn vorerst lediglich über visuelle Medien Kontakt aufnehmen, indem ihr Mann Lukas immer wieder filmte und sie diese Aufnahmen dann anschaute. „*Das war ... voll schwer für mich. ... Und je besser es mir gegangen ist, desto blöder war ... für mich, dass mein Kind nicht bei mir gewesen ist*“ (Z. 99-105). (IV)

³⁴ Hierbei handelt es sich um einen medizinischen Terminus, nämlich „small vor gestational age“. Liegt das Geburtsgewicht eines Frühchens signifikant unter dem für das Gestationsalter zu erwartenden Gewicht, so wird diese Bezeichnung verwendet.

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Mit der typischen Atmosphäre auf der Neonatologie im Allgemeinen und den medizinischen High-Tech Geräten und Apparaten im Besonderen trat Lukas Mutter wiederum persönlich unbeteiligt über das Medium „Film“ in Erstkontakt: *„Mein Mann hat mir immer gleich erklärt ... was ... dort so passiert, ... durch die Filme“* (Z. 109-110). Im Hinblick auf die kindliche intensiv-medizinische Versorgung gibt sie zu bedenken: *„[S]chön war es nicht. ... Es bleibt einem ... nichts übrig. Man findet sich mit dieser Situation einfach ab“* (Z. 111-112). **(V)**

Nach ihrer Spitalsentlassung fuhr die Mutter zu Lukas in das 80 km entfernte Krankenhaus. Aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen wäre ihr offen gestanden, rund um die Uhr bei ihrem Sohn zu sein. Von dem Angebot, dort zu übernachten, machte sie allerdings nur eine Nacht Gebrauch. Sie entschied sich stattdessen, von zuhause aus, wo sie sich ihres Erachtens besser erholen konnte, täglich mit dem Zug hin und her zu pendeln, denn *„die eine Nacht, das war die Hölle für mich“* (Z. 125). Im Normalfall ist sie immer um neun Uhr vormittags auf die Neonatologie hingekommen, ist zu Mittag dort essen gegangen und am *„Nachmittag ... nach drei hab´ ich ... mit ihm noch eine Mahlzeit verbracht und dann bin ich .. wieder heim gefahren“* (Z. 151-152). Alles in allem hat sie jeden Tag gute sechs Stunden bei Lukas verbracht, wobei sie ihre Aufenthaltsdauer weitgehend nach seinem Schlaf- bzw. Essrhythmus abstimme. **(VI)**

Während ihrer Anwesenheit auf der neointensiven Station hat sie sich selbst um die Pflege und Betreuung von Lukas gekümmert. Anfänglich ging ihr das Wickeln wegen der winzigen Windeln und des Umstands, dass ihr Sohn währenddessen im Inkubator verbleiben musste, noch nicht so gut von der Hand. Nachdem Lukas zwei Mal Herzstillstände erlitten hatte und reanimiert worden war, zusätzlich auch noch an einer Infektion erkrankte, musste ihr Sohn relativ lange im Brutkasten versorgt werden, denn *„er war ziemlich bedient“* (Z. 138).

Sobald aus einem medizinischen Blickwinkel betrachtet nichts mehr dagegen sprach, gab ihm die Mutter nicht nur das Fläschchen, sondern stillte Lukas auch. Wobei es selbst in dieser Hinsicht aus mütterlicher Perspektive gesehen etwas dauerte, bis sich dieses Prozedere durch *„die große Brust und das kleine Kind“* (Z. 162) einspielte. Trotz der einen oder anderen Startschwierigkeit fügt die Mutter in Bezug auf ihre Partizipation am Wohlergehen ihres Frühchens vor Ort hinzu: *„Da gehst voll auf in der Mutterrolle ... Auch die Bindung ... war sofort ... da“* (Z. 156-160). **(VII)**

Bezüglich des Verhaltens des neointensiven Personals erinnert sich die Mutter, dass ihr die Krankenschwestern bei ihrem ersten Besuch Lukas auf die freie Brust gelegt

haben, ihr gegenüber „voll nett“ (Z. 142) auftraten und ihr im Zuge dessen erklärten, dass sie sich „immer das Leiberl ausziehen soll, wegen de[s] Körperkontakt[s]“ (Z. 117), weil dieser für das Wohlbefinden von Frühchen sehr wichtig ist. Des Weiteren ist ihr positiv aufgefallen, dass sie vom neointensiven Personal gefragt wurde, was sie denn zu Mittag isst und prompt das Angebot unterbreitet bekam, mit einem „Karterl“ (Z. 144), das ihr die Schwestern organisierten, die Verpflegung im Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.

Auch das anfängliche Vermitteln notwendiger Handgriffe für die Pflegehandlungen, indem sie als Mutter vorerst zuschauen konnte, merkt sie ebenso anerkennend an, wie das zur Verfügung-Stellen eines „Huterls“ (Z. 163) zur Erleichterung beim Stillen und das regelmäßige Abwiegen von Lukas „vor und nach dem Trinken“ (Z. 165), um die kindliche Nahrungsaufnahme zu kontrollieren. (VIII)

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Den mütterlichen Schilderungen zufolge ist sie nach den ersten vier Wochen, die sie bei bzw. mit ihrem Kind im Krankenhaus verbracht hat, auf der einen Seite froh gewesen, „dass du deine Ruhe hast, dass einfach ... niemand da ist, ... man ... unter sich ist“ (Z. 232). Auf der anderen Seite bestimmte die Handhabung des elektronischen Handmonitors zur Atmungsüberwachung von Lukas den Alltag. „Das war schon eine große Belastung immer“ (Z. 180), wobei sie trotzdem zu bedenken gibt, „ich weiß nicht, was gewesen wäre, wenn wir das Kasterl nicht gehabt hätten“ (Z. 183-184). Untertags warfen entweder sie oder ihr Mann immer ein Auge auf Lukas, niemals wurde er mit einer anderen Person alleingelassen. Zu groß war ihre Angst, dass seine Atmung aussetzen könnte. Einmal ist der Fall eingetreten, dass das Gerät Alarm geschlagen hat, „da bin ich dann hin und habe ihn gerüttelt“ (Z. 181), bis er wieder einatmete. In der Nacht ist ihr Sohn immer im elterlichen Schlafzimmer gelegen. Phasenweise hat die Mutter nachgesehen, ob alles in Ordnung ist, „das schon“ (Z. 191). „Irgendwann spielt es sich ... ein, da musst ... einfach einmal auch vergessen“ (Z. 193), um in einen normalen Tagesablauf zurückzufinden. (IX)

Umgang der Mutter mit/nach einer Frühgeburt (H5):

In Bezug auf etwaige Personen bzw. Tätigkeiten, die die Mutter in der Zeit rund um die Frühgeburt als hilfreich erlebte, differenziert sie zweierlei: Zum einen denkt sie an einige Schwestern der neointensiven Station zurück, in deren Anwesenheit sie sich recht wohl gefühlt habe. Bemerkenswert fand die Mutter, dass die Krankenschwestern sie „wirklich total allein lassen [haben] mit Lukas. ... oder ... sich zu mir noch gesetzt

... und einfach mit mir noch gesprochen haben. ... des hat mir ... gut getan“ (Z. 203-206). Im Zuge dieser Gespräche setzten die Krankenschwestern die Mutter darüber in Kenntnis, wie sich der Alltag zuhause mit einem Frühchen meist gestaltet, wodurch sie „schon vorbereitet“ (Z. 219) gewesen ist. Durch ihr Vertrauen, dass Lukas dort „in guten Händen“ (Z. 166) aufgehoben ist und sie zusätzlich die Erlaubnis hatte, jederzeit anzurufen, falls sie etwas „wissen hätte wollen“ (Z. 172), war es ihr möglich, beruhigt nachhause aufzubrechen, um bei ihrem Mann „abschalten ... und Kraft tanken [zu] können für den nächsten Tag“ (Z. 169-170).

In den eigenen vier Wänden, zum anderen, berichtet Lukas Mama, war es in erster Linie ihr Ehemann, mit dem sie aber auch oft zu zweit zu ihrem Sohn gefahren ist. Hilfreich haben sich auch einige ihrer Freundinnen verhalten, die zum Teil zeitgleich ihre Babys bekommen haben, indem sie ihr einfach „beigestanden sind“ (Z. 208), zumal bei ihr doch vieles anders war, mit so „ein[em] kleine[n] Zwutscherl“ (Z. 210). Aber auch Lukas Großeltern haben aus ihrer Sicht einen wertvollen Beitrag zum Wohle aller Beteiligten geleistet: Abgesehen davon, dass sie mit ihr gemeinsam ab und zu ins Spital gefahren sind, ist Lukas Großvater quasi als „Kurier“ (Z. 96), „immer wieder mit dem Motorrad mit der Milch rauf gefahren“ (Z. 96).

Selbst die Teilnahme an einem Kurs im Spital über kindliche Reanimation merkt die Mutter in diesem Zusammenhang an. „[W]eil das Wiederbeleben musst ... bei Babys und ... Kleinkindern ganz anders machen“ (Z. 221-222). (X)

Ausblick (H6):

Aufgrund der Tatsache, dass sie vier Wochen regelmäßig bei ihrem Kind auf der Neonatologie anwesend war und im Rahmen dieser Aufenthalte ausreichend Einblick in die Pflege und Betreuung von Frühchen bekam, hat sie als Mutter ohnehin bereits genau „gewusst, was zu tun ist“ (Z. 232). Zusätzliche Unterstützung hätte sie in diesem Zeitraum nicht mehr in Anspruch nehmen wollen, denn „da hast eh so lange Betreuung gehabt“ (Z. 230), sodass sie dem ungestörten Zurückziehen in die Familie und dem wechselseitigen Eingewöhnen höhere Priorität beigemessen hat.

Was die Mutter de facto aber „angegangen ist, war, dass ... niemand genau sagen konnte, was eine Schwangerschaftsvergiftung ... ist. Wovon sie herkommt oder was sie genau ist. Das hat mich gestört. ...da haben sie mir nie eine genaue Antwort gegeben“ (Z. 233-235). (XI)

Einzelfalldarstellung 4: Mutter von Emilie und Leonie

Relevante biografische Daten zu Mutter und Zwillingen

Zum Zeitpunkt der verfrühten Geburt der Zwillinge war die Mutter 30 Jahre alt. Emilie und Leonie wurden in der 31. Schwangerschaftswoche per Spontangeburt in einem Oberösterreichischen Krankenhaus entbunden. Die Interviewpartnerin lebt mit ihrem Gatten bzw. dem Vater ihrer beiden Kinder in einer intakten Ehe. Die beiden Mädchen wogen bei der Geburt jeweils 1600g. Aufgrund zu knapper Bettenkapazitäten mussten Emilie und Leonie nach einer Woche von der ursprünglichen Geburtsklinik in ein kleineres Spital in der Peripherie verlegt werden, wo sie weitere 28 Tage stationär auf der Neonatologie verbrachten.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Nachdem es die erste Schwangerschaft der Mutter war und sie sehr bald erfuhr, dass sie Zwillinge erwartete, hat diese frühzeitig mit dem Vorbereiten und Herrichten der häuslichen Umgebung, wie Kinderzimmer und Kinderwagen begonnen, zumal ihr bekannt war, dass bei Gemini *„die Wahrscheinlichkeit relativ groß [ist], dass sie zu bald kommen“* (Z. 28). Parallel dazu engagierte sich die werdende Mutter dafür, in einer renommierten, großen Klinik zu entbinden, nämlich in der Annahme, dass diese bei Frühgeburten mehr Erfahrung haben. Wenngleich die Mutter also die strukturellen Veränderungen rasch in Angriff nahm, weil sie rational betrachtet mit einer verfrühten Geburt der beiden Mädchen rechnete, fügt sie dennoch hinzu, *„[m]it dem, dass sie Frühchen werden oder so, damit habe ich mich vorher eigentlich nie befasst. ... was das heißt für mich“* (Z. 210-212). (I)

Bezüglich etwaiger Erinnerungen an die pränatale Zeit führt die Mutter aus, dass sie, von mittelfristiger, frühmorgendlicher Übelkeit im dritten und vierten Monat abgesehen, *„im Großen und Ganzen“* (Z. 24) keinerlei Beschwerden hatte, sondern eine komplikationslose Gravidität bis zum plötzlichen Blasensprung in der 31. Schwangerschaftswoche erlebte. Infolge dieses Ereignisses wurde die Schwangere sofort ins Spital eingeliefert. In der Absicht, die bevorstehende Geburt solange wie möglich hinauszuzögern, verabreichten die Ärzte/innen der Mutter zum einen Wehenhemmer und zum anderen die Spritze zur Lungenreifung im kindlichen Organismus. Währenddessen gingen der werdenden Mutter ambivalente Gedanken durch den Kopf: Einerseits hat sie sich überlegt, die beiden *„sollten solange wie möglich natürlich in meinem Bauch und bei mir bleiben“* (Z. 72-74). Andererseits durfte sie angesichts der gesprungenen Blase nicht mehr aufstehen und wusste, wenn dieser Zustand noch län-

ger andauert, dann ist es für sie „*im Endeffekt auch unangenehm*“ (Z. 73) und „*furchtbar*“ (Z. 78). (II)

Erleben der Frühgeburt (H2):

Den mütterlichen Schilderungen zufolge setzten wenige Stunden nach dem Blasensprung bereits die Wehen ein. Nachdem aus medizinischen Überlegungen nichts dagegen sprach, wurden ihre Töchter in der Nacht via naturalis entbunden. Aufgrund eines hohen Blutverlustes brach der Kreislauf der Mutter zusammen, sodass sie das perinatale Geschehen nicht bewusst wahrgenommen hat. In der Zwischenzeit wurden die Mädchen auf der neointensiven Station untersucht und jeweils in einen Inkubator gelegt. Zusätzlich bekamen beide mittels Maske Sauerstoff zur Atemunterstützung verabreicht und wurden durch eine Magensonde ernährt. (III)

Aufgrund ihrer physischen Konstitution trat die Mutter erst am darauf folgenden Morgen mit ihren Töchtern direkt in Kontakt. Hinsichtlich ihrer damit verbundenen Emotionen artikuliert die Mutter: Auf der einen Seite „*furchtbare Freude, dass man sie endlich sieht [...] und wie ich sie dann gesehen habe, hab´ ich mir gedacht, um Gottes Willen*“ (Z. 64-67). Denn auf der anderen Seite war sich die Mutter in dem Moment, wo sie die beiden erblickte, nicht im Klaren, „*wie man sich da fühlen soll*“ (Z. 68), zumal sie in keiner Weise auf das Drumherum, „*das so intensiv ist*“ (Z. 66), dass „*man nicht wirklich hin zu ihnen [kann]*“ (Z. 69), vorbereitet war. (IV)

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Die Wirkung der neointensiven Atmosphäre beschreibt die Mutter von Emilie und Leonie als „*einschüchternd*“ (Z. 83) und „*technisch*“ (Z. 85). Eben schon allein aufgrund der „*vielen Schläuche und so*“ (Z. 66). Insbesondere die strukturellen und räumlichen Rahmenbedingungen auf der Neonatologie der Geburtsklinik hat sie „*sehr unpersönlich empfunden*“ (Z. 91), denn „*du bist irgendwie eine Nummer*“ (Z. 85). Im Unterschied dazu hinterließ die Gestaltung der neointensiven Station im Krankenhaus nach der Überstellung des frühgeborenen Säuglings bei der Mutter einen „*familiärer[en]*“ (Z. 89) Eindruck, da diese so eingerichtet war, dass Familienmitglieder trotz einer gewissen Abgeschlossenheit ausreichend Platz zum Verweilen vor Ort vorfinden. „*[D]ie Kinder waren einfach näher bei dir*“ (Z. 155). (V)

Wenngleich der Mutter nicht über den gesamten Zeitraum der Hospitalisation ihrer Töchter die Möglichkeit offen stand, rund um die Uhr bei ihnen zu verbringen, zumal zu wenig Betten bereitstanden, war es ihr von Anbeginn ein großes Bedürfnis, so viel Zeit wie möglich in ihrer Gegenwart zu verweilen. „*Also untermals war ich eigentlich*

immer bei ihnen“ (Z. 165). Nach der Transferierung der Kinder in das zweite Krankenhaus machte die Mutter von dem Angebot Gebrauch, in einem expliziten „Mutterkinderzimmer“ (Z. 148) neben der Intensivstation zu wohnen. Vor der endgültigen Entlassung, fügt die Mutter hinzu, „waren wir noch fast eine ganze Woche ... auf einer normalen Station. Da sind sie dann bei mir im Zimmer gelegen. Da hat man dann halt reingefunden, in den ganzen Alltag“ (Z. 151-153). (VI)

Aus den Schilderungen der Mutter ist zu schließen, dass ihr insbesondere in der ersten Woche nach der Entbindung hinsichtlich der Betreuung und Pflege der Säuglinge lediglich marginale Bedeutung zugekommen ist. Wenngleich sie zwar von Anbeginn regelmäßig Milch abpumpte, jede einmal anlegte und beide zeitweise zum Känguruen auf ihrer Brust liegen hatte, verweist die Mutter in diesem Konnex auf folgende Tatsache: *„Am zweiten oder dritten Tag, glaube ich, habe ich sie das erste Mal erst nehmen dürfen“ (Z. 100-101). „Am furchtbarsten für mich war, dass ich sie nicht herausnehmen konnte, wenn ich sie wollte“ (Z. 126). „Also, man hat schon immer das Gefühl, die Kinder gehören eigentlich gar nicht mir. Also wie wenn das halt fremde Kinder wären“ (Z. 312-313). Nach der Verlegung der Kinder wurde die Mutter im Krankenhaus nicht nur stärker in die Versorgung ihrer Töchter eingebunden, sondern es wurde ihr auch zugestanden, etwaige Pflegehandlungen einschließlich Fütterns (durch Stillen bzw. mittels Fläschchen) weitgehend selbstbestimmt und aktiv durchzuführen. „Je weniger Kabeln es dann geworden sind, desto leichter ist es für mich dann auch geworden, wo ich sie dann einfach habe rausnehmen können“ (Z. 314-315). (VII)*

In Bezug auf das Verhalten des neointensiven Personals spricht die Mutter an, dass ihr vor allem die Krankenschwestern wenig Beachtung schenkten. *„Ich habe halt immer das Gefühl gehabt, ich hab´ funktionieren müssen“ (Z. 119). Hin und wieder hätte sie sich nach etwas Ansprache, Einbeziehung, Aufmerksamkeit bzw. Bestärkung von deren Seite gesehnt, indem sich die Schwestern ganz einfach einmal ihr gegenüber geäußert hätten, nach dem Motto „mein schön“ (Z. 122) oder „wollen Sie einmal, oder sonst irgendwas“ (Z. 114-115) Vergleichbares. Insbesondere was die kindliche Versorgung und Pflege anbelangte, erzählt die Mutter eindrücklich, „habe ich schon das Gefühl gehabt, dass es in erster Linie die Schwestern alleine machen wollten“ (Z. 110-111), denn fast immer nahm sie die Position einer beobachtenden Zuschauerin ein. (VIII)*

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Die erste gemeinsam mit den beiden Mädchen in den eigenen vier Wänden verbrachte Zeit assoziiert die Mutter als *„Erleichterung“ (Z. 179). Trotz der Tatsache, dass sie*

im Rahmen der Versorgung der Zwillingmädchen plötzlich keinerlei assistierende Hände mehr zur Verfügung hatte, fühlte sie sich in der vertrauten, häuslichen Umgebung mit ihren Töchtern von Beginn an wohl und entspannt. Selbst das Umstellen von Stillen auf Flaschennahrung, zumal sie aufgrund der psychischen Belastung immer weniger Milch hatte, bereitete ihr wenig Schwierigkeiten. Denn in der ersten Woche nahm sich ihr Ehemann Urlaub, um sie bei der Eingewöhnung in den Alltag mit den beiden zu unterstützen: *„[V]om ersten Tag an war es so, dass wir gesagt haben, ja, jetzt ist die Familie so, wie sie gehört. Und sie sind eben bei uns zuhause und das ist das Wichtigste“* (Z. 189-190). (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

In der anstrengenden und belastenden Zeit rund um die verfrühte Entbindung ihrer beiden Töchter schätzte sie die moralische Unterstützung durch einige Personen aus ihrem unmittelbaren, privaten Umfeld am meisten. Allen voran nennt Emilies und Leonies Mutter ihren Ehemann, der aufgrund seiner Persönlichkeit auch in schwierigen Situationen einen optimistischen und realistischen Zugang findet, wodurch es ihm gelang, in ihr immer wieder Hoffnung und Zuversicht zu wecken, wodurch sich ihre eigene Sichtweise erweiterte. Darüber hinaus erachtete sie es als äußerst hilfreich, dass sowohl ihr Partner als auch ihre Mutter stets ein offenes Ohr für ihre Befürchtungen – im Sinne von *„[d]as passt mir nicht. Davor habe ich Angst“* (Z. 228) – hatten. Aber auch eine Verwandte, die ein Jahr zuvor Ähnliches erlebt hatte, beschreibt die Mutter, war *„schon so eine Unterstützung für mich“* (Z. 215), indem sie einfach die Möglichkeit hatte, sie bei Unsicherheiten telefonisch oder direkt zu Rate zu ziehen, um in Erfahrung zu bringen, *„ob sie den Rat vom Krankenhaus angenommen hat“* (Z. 333-334) oder *„[w]as sie getan hat oder was sie tun würde. Also so Rückmeldung und Bestätigung einfach“* (Z. 335-336).

Im Hinblick auf unterstützende Tätigkeiten erwähnt die Mutter, dass sie es bereichernd und erleichternd empfand, hin und wieder *„einfach einmal am Abend ... auf einen Kaffee zu gehen. Dass man eben ... ein wenig abschalten kann“* (Z. 223-224). (IX)

Ausblick (H6):

Im Rahmen zahlreicher Interviewpassagen bringt die Mutter zum Ausdruck, dass es aus ihrer Perspektive betrachtet bereichernd und angenehmen gewesen wäre, wenn das neointensive Personal zumindest phasenweise auf sie persönlich in empathischer Weise eingegangen wäre, indem die Professionist/inn/en unter anderem Interesse an

ihren Ängsten und Sorgen gezeigt hätten. Stattdessen hat die Mutter beständig den Eindruck gehabt, *„dass ich ihnen viel zu wenig dort bin. Obwohl ich immer dort war“* (Z. 269-270). Aber auch die Art und Weise, wie die Transferierung der Kinder in das kleinere Krankenhaus organisiert und umgesetzt wurde, hat die Mutter in schlechter Erinnerung, zumal sie erst dreißig Minuten davor über die Verlegung telefonisch informiert wurde, sodass keinerlei Entscheidungsspielraum bzw. Möglichkeit zur Mitbestimmung für sie mehr offenstand. *„Jetzt bin ich gleich direkt nach [Namen des Ortes] gefahren. ... Sie haben dann also eigentlich gar nicht gewartet“* (Z. 244-245), *„für mich hat das einfach nicht hineingepasst in das Ganze“* (Z. 235).

Einzelfalldarstellung 5: Mutter von Maurice

Relevante biografische Daten zu Mutter und Kind

Zum Zeitpunkt der verfrühten Geburt von Maurice war seine Mutter 30 Jahre alt. Maurice wurde zu Beginn der 36. Schwangerschaftswoche per Sectio in einem Niederösterreichischen Krankenhaus entbunden. Die Interviewpartnerin lebt zwar von Maurices Vater getrennt, mittlerweile jedoch in fester Beziehung mit einem neuen Partner. Das Kind wog bei der Geburt 2045g. Seine ersten drei Lebenswochen verbrachte es auf der Neonatologie.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Aus den Erzählungen der Mutter ist zu entnehmen, dass sie bereits drei Monate vor ihrer ersten Gravidität als starke Raucherin selbstbestimmt den Nikotingenuss eingestellt hat, in der erwartungsvollen Absicht, endlich schwanger zu werden. Unzählige Schwangerschaftstests wie auch der Glaube, bereits in freudiger Erwartung zu sein, obwohl es nicht der Fall war, gingen der tatsächlichen Bestätigung der Schwangerschaft durch die Gynäkologin voraus. Umso freudiger reagierte die Mutter auf die frohe Botschaft: *„[W]irklich, ich habe es gar nicht glauben können“* (Z. 22-23), denn Maurice *„war ein extremes Wunschkind“* (Z. 16). Zum einen hat sie sich das zukünftige Leben mit einem Kind *„voll schön vorgestellt“* (Z. 20). Zum anderen existierte der Gedanke, dass ein Baby auch *„viel schreit oder so“* (Z. 21) in ihrem Antizipationsvermögen niemals. **(I)**

Wenngleich es bis zur 34. Schwangerschaftswoche keinerlei Indizien dafür gab, dass mit einer verfrühten Entbindung zu rechnen war, hatte die Mutter bereits seit der 24. SSW die ärztliche Anweisung bekommen, sich zu schonen. Mühsam und anstrengend gestaltete sich der Alltag der Schwangeren zwar schon, da sie *„extrem dick“*

(Z.41) war. Zusätzlich litt sie mittelfristig an einer vaginalen Entzündung, die medikamentös behandelt werden musste. Bis zum plötzlichen Einsetzen von leichten Wehen in der 34. SSW, wobei sie *„gar nicht gewusst [habe], dass das Wehen, ... so richtige sind“* (Z. 46-47) konnte Maurices Mutter noch regelmäßig zur Arbeit gehen. Im Beisein ihrer Mutter fuhr sie ins Spital, wo sie umgehend *„an den Tropf angehängt“* (Z. 51) wurde, um die Wehen zu hemmen. Die kommenden zwei Wochen durfte die Mutter nur mehr liegend verbringen, da die Wehen ansonsten sofort wieder einsetzten und die Ärzte/innen erklärten, dass sie es *„bis in die 36. Schwangerschaftswoche schaffen[n]“* (Z. 56) sollte. Obgleich sich Maurices Mutter sorgte und *„Bedenken gehabt habe, dass er früher kommt“*, war es für sie *„dann schon irgendwie eine Erlösung, der Blasensprung“* (Z. 163-164), den sie genau am Beginn der 36. SSW hatte, denn phasenweise litt sie an *„Herzrasen“* (Z. 161). (II)

Erleben der Frühgeburt (H2):

Den mütterlichen Schilderungen zufolge war der Blasensprung *„momentan schon ein Schock, weil [sie] gar nicht gewusst habe, was jetzt los ist“* (Z. 164-165). Aufgrund dessen, dass die Wehen sofort einsetzten und sie *„eine Beckenendlage gehabt habe“* (Z. 59), entschieden sich die Ärzte/innen für einen Kaiserschnitt mit Kreuzstich. Nach Vernehmen der ersten kindlichen Schreie wurde der Mutter so übel, dass sie *„leider ... Maurice nicht mehr wahrgenommen“* (Z. 66) hat, sondern im Überwachungsraum trotz Hörens schreiender Mütter und des Nervosität evozierenden EKG- Geräts phasenweise schlief.

Maurice wurde in der Zwischenzeit untersucht und auf der Intensivstation in einen Inkubator gelegt. Nachdem er anfängliche Schwierigkeiten beim Atmen hatte, bekam er Sauerstoff zur Unterstützung verabreicht und wurde zur Überwachung an *„das Herz-Überwachungsgerät“* (Z. 80) angeschlossen. (III)

Im Hinblick auf die erste direkte Kontaktaufnahme erinnert sich die Mutter: *„[D]ass ich ihn das erste Mal gesehen habe, war dann um 7.00 in der Früh“* (Z. 90), wo sie auf ihre Bitte hin, von der Geburt noch erschöpft, im Rollstuhl zu Maurice gebracht wurde. Wenngleich sie ihn zu diesem Zeitpunkt noch nicht zu sich hernahm, sondern lediglich betrachtete, stand die Freude, *„dass es ihm ... relativ gut gegangen ist“* (Z. 94) im Mittelpunkt. (IV)

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

In Bezug auf das persönliche Einwirken der neointensiven Atmosphäre beschreibt die Mutter zweierlei: Was die unmittelbare kindliche Versorgung betrifft, legt sie dar,

„*schaut [es] nicht schön aus, wenn sie da so angehängt*“ (Z. 94) und hilflos in den Inkubatoren liegen.

Weitaus unangenehmer hat sie allerdings, wie anhand ihrer Ausführungen offensichtlich wird, die strukturellen Rahmenbedingungen auf der Neonatologie wahrgenommen: Obwohl außer den unmittelbaren Familienmitgliedern niemand direkt zu den Frühchen gelassen wird, „*geht’s zu da drinnen*“ (Z. 108), „*voll hektisch*“ (Z. 106) mit einem Wort. Unabhängig davon, dass es ununterbrochen „*rundherum piepste ... , wenn wieder ein Alarm geschlagen hat*“ (Z. 102-104), bestehen wenige Sitzgelegenheiten für die Mütter und es herrscht ein reges Kommen und Gehen. Auf Grund dessen fiel es der Mutter nicht leicht, mit ihrem Sohn zwecks „*Bonding*“ (Z. 100) einen ruhigen Platz einzunehmen, um entspannt zu „*känguruen*“. (V)

Nachdem die Mutter selbst stationär im Krankenhaus aufgenommen war, hatte sie die Möglichkeit, rund um die Uhr bei Maurice zu verbringen. Aufgrund extremer Schmerzen der Operationsnarbe, verursacht durch einen eingeklemmten Nerv, war ihre Bewegungsfreiheit anfangs massiv eingeschränkt, sodass sie vorerst „*nur stundenweise, später dann eigentlich den ganzen Tag*“ (Z. 171) auf der neointensiven Station anzutreffen war. „*Nach ein paar Tagen*“ (Z. 112) wurde Maurice zu ihr ins Zimmer verlegt, von da an übernahm sie die Hauptverantwortung für seine Betreuung und Pflege. In diesem Zusammenhang ergänzt die Mutter: „*Ich habe mich dann einfach aufgerappelt, ... , weil es gar nicht anders geht*“ (Z. 177-178). (VI)

Hinsichtlich ihrer Partizipation an der Pflege und Versorgung des Frühchens spricht die Mutter an, dass sie sich von Beginn an bemühte, regelmäßig Milch abzupumpen, so früh wie möglich mit dem Stillen zu beginnen und ausreichend Zeit mit Maurice in direktem Körperkontakt zu verbringen. Der Versorgung per se durfte sie, solange Maurice auf der Neonatologie lag, zwar beiwohnen und zusehen, jedoch nicht selbst Hand anlegen, da diese Tätigkeiten vom Pflegepersonal übernommen wurden. Erst ab dem Zeitpunkt, als die Mutter Maurice bei sich im Zimmer hatte, konnte sie „*alles*“ (Z. 182) „*ganz selbstständig machen*“ (Z. 132). Große Schwierigkeiten, erwähnt die Mutter, hat ihr die Bedienung des Handmonitors bereitet. Mit diesem Gerät ist die Mutter überhaupt „*nicht zurechtgekommen*“ (Z. 114), nachdem die „*Elektroden ... dauernd hinunter gegangen*“ (Z. 111) sind, was ist ihr „*voll auf den Nerv gegangen*“ (Z. 110) ist. (VI)

Abgesehen von wenigen positiven Ausnahmen hat die Mutter das Verhalten des neointensiven Personals in zwischenmenschlicher Hinsicht unzureichend und abschätzend erlebt; „*nicht wirklich einfühlsam, nein. Sie haben halt ihre Arbeit gemacht*“ (Z. 228) und „*immer solche Ratschläge hingehaut*“ (Z. 262-263), wobei sie ihre Eindrücke

diesbezüglich an zwei konkreten Beispielen festmacht: Im Rahmen ihrer Probleme beim Anbringen der Elektroden am Körper des Frühgeborenen verhielten sich die Krankenschwestern ihr gegenüber *„nicht sehr hilfreich“* (Z. 114). Wenn es trotz ihres Engagements und Einsatzes nicht funktionierte, bekam sie vom Pflegepersonal *„Jetzt müssten Sie es schon können“* (Z. 119) als abfälliges Statement zu hören.

Des Weiteren kritisiert die Mutter die Tatsache, dass die Krankenschwestern von den Müttern einforderten, das Kind alle drei Stunden, selbst in der Nacht und wenn es gerade schlief, aufzuwecken, um es zu füttern. *„Also ich habe Tränen vergossen da drinnen. Das war für mich Stress pur. Aber da hat keiner Rücksicht genommen. ... Stillen, hineingeben, herausgeben und wieder stillen und so ist das gegangen“* (Z. 267-269). Deshalb ist Maurices Mutter *„auch hinüber gegangen beim Stillen, damit sie [ihr] zuschauen können, dass er auch trinkt“* (Z. 145-146). (VII)

Erleben der ersten gemeinsamen Zeit zuhause (H4):

Den mütterlichen Erinnerungen zufolge hat sich die erste gemeinsam mit Maurice in den eigenen vier Wänden verbrachte Zeit *„angenehm“* (Z. 193) und *„voll schön“* (Z. 196) gestaltet, selbst wenn *„man viele Sachen noch nicht [weiß]“* (Z. 198). Maurice war in den ersten Lebensmonaten recht ausgeglichen, entwickelte sich problemlos, sodass ihr als Mutter noch ausreichend Gelegenheit blieb, zur Ruhe zu kommen und sich zu erholen. (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

Anhand der Erzählungen der Mutter über die Art und Weise, wie sie persönlich mit der Situation rund um die verfrühte Entbindung ihres Sohnes umgegangen ist, fällt auf, dass sie ausschließlich Personen aus ihrem institutionellen bzw. privaten Umfeld erwähnt: Auf institutioneller Ebene hat sie von den anderen Schwangeren, den *„Leidensgenossen“* (Z. 208), *„die neben mir gelegen sind, die ... dasselbe hatten wie ich“* (Z. 207-208) ihrer Meinung nach, die wertvollste Unterstützung erhalten. *„Mit denen habe ich ... viel geredet. Einfach zum Austausch“* (Z. 209). In dieser Zeit, fügt die Mutter hinzu, waren *„wildfremde Leute meine besten Freunde, kann man sagen“* (Z. 250). Durch die Auseinandersetzung mit den Schicksalen ihrer Kolleginnen ist ihr gleichzeitig auch bewusst geworden, wie relativ das eigene de facto ist, weil sie erkannte, *„dass es bei mir trotz allem recht gut geht“* (Z. 214-215).

Innerhalb ihrer Schilderungen streicht die Mutter aber auch das Verhalten einer Krankenschwester ihr gegenüber gebührend heraus: *„Und die war schon einfühlsam. ... die war einfach so ein Muttertyp. Die hat mich auch ein bisschen bemuttert, und das*

hat mir einfach gut getan. Das habe ich ... eh gebraucht zu dieser Zeit“ (Z. 240-242). In Bezug auf Personen aus dem privaten Umfeld sind ihren Aussagen zu entnehmen, dass ihr eine Freundin, die zur selben Zeit ein Kind erwartete, nicht nur beistand, sondern dass sie sich mit dieser auch regelmäßig austauschte. Darüber hinaus fügt Maurices Mutter hinzu: *„Daheim habe ich dann Gott sei Dank meine Mutter gehabt, die mir viel geholfen hat, [...] die habe ich immer fragen können (Z. 179-199). (X)*

Ausblick (H6):

Im Rahmen des Interviews artikuliert die Mutter, dass sie sich wünsche, dass das neointensive Personal den Umgang rund ums Stillen zugunsten eines kinder- und mutterfreundlichen Konzepts überdenkt, denn *„da überlegst du ... schon, ob du überhaupt noch einmal stillen sollst. [...] sie machen Stress und setzen dich gewisserweise unter Druck“ (Z. 135-136).* Aber auch hinsichtlich der räumlichen Strukturen *„gehört auf jeden Fall etwas gemacht“ (Z. 265):* Aus mütterlicher Perspektive betrachtet sollte auf der Neonatologie zumindest eine vom restlichen Geschehen abgeschiedene Nische zur Verfügung stehen, in die sich die Frauen zum Stillen bzw. Abpumpen ungestört zurückziehen können. Anstatt wie bisher, wo die Mütter *„nackt da gesessen sind mit den Brüsten und den Pumpen“ (Z. 256-257)* und *„der Besuch ein und aus gehen“ (Z. 255)* konnte. *„Das war für mich immer voll schlimm“ (Z. 258).*

Einzelfalldarstellung 6: Mutter von Leonie und Michael

Relevante biografische Daten zu Mutter und Zwillingen

Zum Zeitpunkt der verfrühten Geburt von Michael und Leonie war deren Mutter 32 Jahre alt. Die beiden wurden in der 29. Schwangerschaftswoche per Spontankaiserschnitt in einem niederösterreichischen Krankenhaus entbunden. Die Interviewpartnerin lebt mit ihrem Gatten bzw. dem Vater ihrer Zwillinge in einer intakten Ehe. Michael und Leonie wogen bei der Geburt jeweils 1400g. Die Zwillinge verbrachten ihre ersten zwei Lebensmonate auf der Neonatologie. Während bei Leonie keinerlei postnatale Komplikationen mehr auftraten, erlitt Michael eine Hirnblutung bzw. erkrankte zwei Mal an einer Blutsepsis, wovon er eine noch während seiner Hospitalisation hatte.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Laut den Erzählungen der Mutter ist es ihr bis zum Ende des fünften Schwangerschaftsmonats sehr gut gegangen. Sie hat sich *„halbwegs wohlgefühlt“ (Z. 21)* und suchte täglich gerne ihren Arbeitsplatz auf. Obwohl ihr die betreuende Gynäkologin

anbot, ihr einen Antrag auf Frühkarenz auszustellen, machte die Mutter von dieser Option keinen Gebrauch, da sie keine Notwendigkeit für eine Arbeitsfreistellung sah. Erst als in der 21. Schwangerschaftswoche sukzessiv Wehen einsetzten, die die Mutter selbst aber gar nicht als solche wahrnahm, ging sie aufgrund ärztlichen Anratens sicherheitshalber doch in verfrühten Mutterschutz, woraufhin einige Spitalsaufenthalte folgten. Insofern, bringt die Mutter im Interview zum Ausdruck, hatte sie sich im Prinzip noch keinerlei Gedanken über das zukünftige Leben mit ihren Kindern gemacht, zumal der errechnete Geburtstermin ohnehin noch in weiter Ferne lag und sie so gesehen annahm, dass hierfür kurz vor der Entbindung noch ausreichend Gelegenheit bleibe (I)

Entgegen ihren Erwartungen musste sie allerdings von der 26. bis zur 29. Schwangerschaftswoche aufgrund frühzeitiger Wehen durch Infusionen im Krankenhaus stationär behandelt werden. Nachdem am Muttermund jedoch keinerlei Veränderungen beobachtet werden konnten, wurde die Mutter im Glauben, dass wieder alles in Ordnung ist, nachhause entlassen, wo sie einen Tag später einen Blasensprung hatte. Daraufhin, wurde sie unmittelbar nach Wiedereinlieferung ins Spital mittels Hub-schrauber in ein größeres Krankenhaus transferiert, in der Hoffnung, dass dort die Entbindung der Zwillinge noch einige Wochen hinausgezögert werden könne. Hinsichtlich ihrer damit einhergehenden emotionalen Verfassung gibt die Mutter zu bedenken: *„Die anderen [Personal; Anm. C.W.] waren relativ gestresst. Ich war da entspannt“* (Z. 47-48). (II)

Erleben der Frühgeburt (H2):

Bedingt durch das plötzliche Abfallen der Herztöne von Michael ordneten die Ärzte/innen kurz nach dem Eintreffen in der größeren Klinik eine Sectio via Vollnarkose an. Dann ist alles *„relativ hurtig gegangen. ... Das war eine Viertelstunde“* (Z. 49-54). Von ihrer damit verbundenen Gelassenheit retrospektiv selbst überrascht, führt die Mutter im Rahmen ihrer Schilderungen resümierend aus: *„[!]ch war da eigentlich ruhig. Das hat mich gewundert ... Ja, und wenn es so sein muss, dann muss es halt so sein“* (Z. 50-51). Infolge der Anästhesie bekam die Mutter von der Geburt per se, der damit in Zusammenhang stehenden peri- wie auch postnatalen Versorgung der Zwillinge bzw. deren medizinischen Untersuchung nichts aktiv mit. Diese wurde erst nach Erwachen aus der Vollnarkose von den Ärzt/inn/en über die physische Konstitution von Leonie und Michael aufgeklärt: De facto, dass die Säuglinge auf der Neonatologie angekommen, umgehend in einen Inkubator gelegt, intensiv medizinisch überwacht

(CTG), mittels Sonde ernährt und ihnen Sauerstoff zur Atemunterstützung (Infant Flow) verabreicht wurde. (III)

Obwohl die beiden zwar am Abend entbunden worden waren, trat die Mutter mit ihren Kindern erstmals tags darauf um die Mittagszeit in direkten Kontakt. Wobei sie vorübergehend mit visuellem Beobachten zufrieden sein musste: *„Na, sie sind im Inkubator gelegen. Ja, da schreckt es einen dann schon voll. ... Weil sie überall Nadeln drinnen haben“* (Z. 71-73). (IV)

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Bezüglich der persönlichen Eindrücke der neointensiven Atmosphäre im Allgemeinen wie auch der Konfrontation mit unzähligen technischen Apparaturen im Besonderen wird anhand der mütterlichen Ausführungen offensichtlich, dass ihr vor allem das graze, zerbrechliche – und zugleich jeglichen Interventionen gegenüber machtlos ausgelieferte – Erscheinen bzw. Verharren der „verkabelten“ Säuglinge als abschreckend und belastend in Erinnerung blieb: *„[W]eil sie einfach im Inkubator so drinnen liegen und ... alles über Sonden ... bekommen. Das schreckt einen dann einfach schon“* (Z. 73-74). (V)

In Übereinkunft mit dem neointensiven Personal, die das tägliche Pendeln/Besuchen von zuhause in die Klinik zu Ungunsten eines ständigen, stationären Aufenthalts befürworten, entschied sich die Mutter dafür, ihre tägliche Verweildauer diesem Modus entsprechend anzupassen. Insofern verbrachte die Mutter in Abstimmung mit den väterlichen Arbeitszeiten in der Regel jeden Tag mit ihrem Gatten gemeinsam mehrere Stunden bei Leonie und Michael. *„Man hat sich wohlgefühlt“* (Z. 83). Zu ihrem Wohlbefinden wesentlich beigetragen, verbalisiert die Mutter im Rahmen des Interviews, hat die Tatsache, dass die Zwillinge in einem abgetrennten, separaten Zimmer untergebracht wurden, wodurch es möglich war, sich ungestört bzw. entspannt zurückzuziehen, um die gesamte Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Babys zu lenken. (VI)

Bedingt durch die postnatale noch sehr fragile Gesamtkonstitution der Kinder wie auch die damit in Verbindung stehende intensivmedizinische Versorgung, waren die Möglichkeiten für die Mutter, an ihrer Betreuung bzw. Pflege selbstbestimmt zu partizipieren, mittelfristig sehr begrenzt. Ab dem Zeitpunkt, wo Leonie und Michael auf die Atemunterstützung nicht mehr angewiesen waren, konnte die Mutter, vom Stillen abgesehen, nicht nur länger mit ihnen in direktem Körperkontakt känguruuen, sondern hat auch *„selber wickeln und baden und einschmieren dürfen“* (Z. 91-92). Ungeachtet dessen wird die anfängliche Unsicherheit und Überforderung der Mutter im Umgang

mit den beiden Frühchen – vor allem das tatsächliche Aufnehmen und Tragen betreffend – im Rahmen ihrer Ausführungen, transparent: *„Das erste Mal war es natürlich schon eine Überwindung. ... Man selbst glaubt halt, dass man mehr aufpassen muss“* (Z. 151). **(VII)**

Im Hinblick auf das Verhalten bzw. die Reaktionen des neointensiven Personals, aus mütterlicher Perspektive betrachtet, streicht die Interviewpartnerin sein großes, allgemeines Bemühen den Eltern gegenüber gebührend hervor. In erster Linie erinnert sie sich an das zwischenmenschliche Geschick einer Ärztin, die ihr zwar ehrlich anvertraute, mit welchen Komplikationen verfrühte Geburten einhergehen können, aber dennoch parallel dazu das Positive in den Vordergrund rückte, um Zuversicht und Hoffnung zu vermitteln. *„Was einfach irrsinnig wichtig ist“* (Z. 132). Eine andere ärztliche Kollegin hingegen, führt die Mutter kritisierend aus, verfügte zwar über eine bemerkenswerte fachliche Kompetenz, zeigte allerdings im persönlichen Kontakt mit Eltern keinerlei Sensibilität für deren Situation. Ihre Kollegin *„hat das ganz einfach menschlicher gemacht“* (Z. 137).

Des Weiteren schätzte sie am Pflegepersonal, dass sie bei Pflegehandlungen ihrer Kinder nicht nur beiwohnen, sondern auch selbstbestimmt Hand anlegen durfte. **(VIII)**

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Den mütterlichen Schilderungen zufolge gestaltete sich die Eingewöhnung in den gemeinsamen Alltag mit den beiden Babys zuhause problemlos. Schließlich hörte die Mutter mit der Entlassung der Zwillinge aus der Hospitalisation einhergehend mit dem Stillen auf, da die Kinder erstens zu wenig regelmäßig tranken, als dass ausreichend Milch produziert worden wäre, zweitens, gibt die Mutter zu bedenken, *„da sträubt man sich dann glaube ich ganz einfach mit der Zeit gegen das Abpumpen“* (Z. 104-105), wobei *„wir sind da immer a bisserl mehr nach dem Bauchgefühl gegangen“* (Z. 157). Die Umstellung von Muttermilch auf Fläschchennahrung hat gleichzeitig den Vorteil gehabt, dass sie beim Füttern von Dritten unterstützt werden konnte. Zusätzlich zur ohnehin stressigen Tagesroutine mit zwei Säuglingen, artikuliert die Mutter, dass die häufigen Kontrolltermine bei Ärzt/inn/en, die erneute Behandlung der Sepsis von Michael im Spital wie auch die Bedienung des Handmonitors einschließlich des damit verbundenen Aufklebens der Elektroden über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg erschwerend hinzukamen. *„Das Fahren war sicher belastend“* (Z. 174). Parallel dazu, wird anhand der Ausführungen der Mutter offensichtlich, dass man diesen Umstand dann aber *„ganz einfach in Kauf [nimmt]“* (Z. 177-178). *„Weil du freust dich ein-*

fach, dass du zu Hause bist und dass es ja eh im Prinzip schon viel schlechter war“ (Z. 178-179). (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

In Bezug auf etwaige Personen bzw. Tätigkeiten, die die Mutter in der Zeit rund um die verfrühte Geburt ihrer beiden Kinder als hilfreich erlebte, fokussiert sie auf zweierlei: Auf institutioneller Ebene hat sie persönlich davon profitiert, sich mit anderen Frauen, denen ein ähnliches Schicksal widerfahren ist, also Leidensgenossinnen über ihre Erlebnisse und Gedanken ungezwungen auszutauschen. Vor allem dadurch, dass sie abends regelmäßig nachhause fuhr und die Zwillinge zwischenzeitlich alleine zurückließ, war es ihr wichtig, dass sie vertrauen konnte bzw. ein gutes Gefühl hatte, dass das neointensive Personal im Umgang mit den Kindern *„sehr einfühlsam [war]“* und ihre Frühchen *„liebvoll behandelt“* (Z. 98-101). Zur allgemeinen Beruhigung, spricht die Mutter an, hat aber auch das Angebot beigetragen, jederzeit kompetente Informationen über den Gesundheitszustand der Babys via Telefon einholen zu können. Während die Mutter die fachliche Auskunft des neointensiven Personals im Zuge deren stationärer Versorgung in den Vordergrund rückt, hat die Frühförderin mit der Entlassung ins häusliche Umfeld diese Funktion übernommen: *„Weil die Frühförderin sich halt auch ganz gut auskennt, welche Entwicklungsphasen halt gerade sind und was sie in diesem Alter eigentlich können müssten“* (Z. 253-254).

Auf privater Ebene wurde ihr insbesondere aus ihrem unmittelbaren familiären Umfeld Unterstützung zuteil: Primär dadurch, dass ihr ihr Partner wie auch ihre Eltern rund um die Uhr bei der Pflege und Betreuung der Neugeborenen tatkräftig zur Seite standen. Und nicht zuletzt hat sie auf diese Art und Weise gleichzeitig einen emotionalen Rückhalt und moralischen Beistand in einer sehr belastenden, nervlich stark angespannten Lebensphase erfahren. *„Nein, Zeit für etwas anderes hast du überhaupt keine, gar keine. Es war schon stressig. ... Vor allem die ersten drei Monate“* (Z. 223-224). (X)

Ausblick (H6):

Mehrfach bringt die Mutter zum Ausdruck, dass sie sich, retrospektiv betrachtet, den Vorwurf macht, durch das Ablehnen des Antrags auf Frühkarenz an der verfrühten Geburt mitverantwortlich zu sein, indem *„ich eben zu lange arbeiten gegangen bin mit Zwillingen“* (Z. 19) und *„habe nie darauf gedrängt, dass ich in Frühkarenz komme“* (Z. Z. 265). Um andere Frauen mit Mehrlingsschwangerschaften vor ähnlichen Schuldgefühlen zu bewahren, plädiert die Interviewpartnerin dafür, dass einerseits die Gynäko-

log/inn/en von Haus aus „*Druck auf die Mütter ausüben ..., dass sie [in Frühkarenz; Anm. C.W.] gehen und ihnen das nicht freistellen sollten, ob sie gehen möchten*“ (Z. 272-274). Andererseits fordert die Mutter zusätzliche, verbindliche Kontrolltermine in kürzeren Intervallen als bislang üblich, um dadurch eventuellen Risiken noch früher entgegen wirken zu können.

Einzelfalldarstellung 7: Mutter von Laura

Relevante biografische Daten zu Mutter und Tochter

Bei der Frühgeburt von Laura war ihre Mutter 22 Jahre alt. Es war die zweite Entbindung der Mutter, wobei die erste dreizehn Monate davor vollkommen komplikationslos verlaufen war. Laura erblickte das Licht der Welt per Sectio zu Beginn der 28. Schwangerschaftswoche in einem Niederösterreichischen Krankenhaus. Die Interviewpartnerin lebt in fester Beziehung bzw. einer Lebensgemeinschaft mit Lauras Vater. Das Kind wog bei der Geburt ca. 1191g. Ihre ersten zweieinhalb Lebensmonate verbrachte Laura weitgehend ohne das mütterliche Beisein auf der neointensiven Station der Geburtsklinik, weil die Mutter nach der verfrühten Niederkunft aufgrund einer bakteriellen Blutinfektion selbst drei Wochen in einem anderen Krankenhaus stationär behandelt wurde.

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

In Folge der positiv besetzten Erinnerungen und Erfahrungen aus der Pränatalzeit ihrer älteren Tochter bestand aus mütterlicher Perspektive keinerlei Grund zur Sorge über das zukünftige Leben mit Laura, denn auch in physiologischer Hinsicht fühlte sich die Mutter rundum wohl und freute sich bereits auf das Ungeborene. Ihren Antizipationen und Assoziationen wohnte primär der Wunsch inne, wiederum ein Mädchen zu gebären, „*damit wir mehr Verstärkung bekommen*“ (Z. 30). Mit dem Spüren der intrauterinen Kindsbewegungen nahm die Vorfreude und Sehnsucht auf/nach die/der gemeinsame/n Zukunft noch stärker zu. „*[D]as war halt auch wieder so schön wie bei der Großen* (Z. 29). (I)

Wenngleich sich die in der 23. Schwangerschaftswoche auf einmal auftretenden Blutungen nach einer vorübergehenden stationären Behandlung im Krankenhaus wieder einstellten, stabilisierte sich die mütterliche Konstitution nur mittelfristig: Nachdem in der 28. Schwangerschaftswoche eine starke Blutung folgte, wurde die Mutter nicht nur umgehend ins Krankenhaus transferiert, sondern die Ärzt/inn/en vor Ort ordneten eine sofortige Überstellung mittels Hubschrauber in eine ca. 60 km entfernte, fachlich

kompetentere Klinik an. Durch das plötzliche Einsetzen vorzeitiger Wehen zwei Tage später sahen die Ärzte/innen das kindliche Leben soweit gefährdet, dass sie die Vorbereitungen für einen Notkaiserschnitt einleiteten. Trotz dieser sich überschlagenden Ereignisse nahm die Mutter die Situation emotional gesehen noch gelassen, da sie den Aussagen der Ärzte/innen vertraute, nämlich *„dass ich mir keine Sorgen machen soll, und das habe ich mir halt dann auch nicht“* (Z. 46). **(II)**

Erleben der Frühgeburt (H2):

Dreißig Minuten, nachdem die Mutter von der ärztlichen Entscheidung erfuhr, Laura per Sectio verfrüht zur Welt zu holen, lag sie schon im OP-Saal, denn *„das ist dann auch ganz schnell gegangen“* (Z. 50). Das mit dem operativen Eingriff in Zusammenhang stehende Prozedere per se, vor allem aber die Anästhesie, ging an der Mutter beinahe spurlos vorüber. Trotzdem ein Kreuzstich gesetzt wurde, habe ich *„gar nicht so viel mitbekommen“* (Z. 61). Denn das Drumherum wurde durch die starke emotionale Anspannung und Angst überschattet, die ein Statement einer Ärztin kurz davor mit der Nachricht evoziert hatte, dass eine kindliche Behinderung nicht auszuschließen sei. *„[H]offentlich geht alles gut und dass sie hoffentlich nicht behindert ist, das war meine Hauptsorge“* (Z. 70). Das erste kindliche Schreien registrierte die Mutter zwar noch, schenkte diesem allerdings wenig Aufmerksamkeit, bevor Laura umgehend zur eingehenden Untersuchung auf die neointensive Station transferiert wurde. In weiterer Folge verabreichten sie dem Kind einerseits mehrere Tage Sauerstoff zur Atemunterstützung (Infant Flow) und andererseits Vitamine und Nahrung via Sonden. Darüber hinaus musste Laura in den ersten zehn Tagen im Inkubator verbleiben, bevor einige Wochen in einem Wärmebettchen folgten. **(III)**

Am Tag der operativen Entbindung selbst durfte die Mutter Laura nicht mehr sehen, sondern musste mit den verbalen Informationen über deren Gesundheitszustand von ihrem Partner vorlieb nehmen. Erst am darauf folgenden Vormittag trat die Mutter, im Zuge eines Besuches auf der Neonatologie, mit Laura in visuellen Kontakt. Ihre damit verbundenen beklemmenden und überwältigenden Gefühle beschreibt sie wie folgt: *„Wie ich sie dort das erste Mal dann gesehen habe, da habe ich mir das Weinen verkniffen. Weil, ich habe einfach Angst um sie gehabt“* (Z. 81-82). Aufgrund der durch den Anblick von Laura hervorgerufenen psychischen Instabilität zog sich die Mutter rasch wieder in ihr Zimmer zurück. **(IV)**

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Anhand mehrerer Ausführungen wird offensichtlich, dass die Mutter vor allem die optische Wirkung des Inkubators einschließlich der zahlreichen Apparaturen, Schläuche, Anzeigen und Sonden als sehr belastend und abschreckend empfand. Gekoppelt damit, dass Laura zusätzlich zu ihrem ohnehin typischen Frühchen-Aussehen durch die medizinischen Interventionen einen noch stärker entfremdeten, tendenziell abstoßenden Eindruck bei der Mutter hinterließ: *„So überhaupt nicht wie ein Baby hat sie gewirkt“* (Z. 90). Die kindliche Teilnahmslosigkeit wie auch dessen Ohnmacht gegenüber jeglichen Einwirkungen aus dem Umfeld konnte die Mutter beim Betrachten ihrer Tochter nur schwer ertragen.

Ungeachtet der Überforderung der Mutter angesichts der medizinischen Versorgung ihres Kindes per se, verbindet diese mit der räumlichen Gestaltung der Neonatologie weitaus angenehmere Assoziationen: *„Sonst war dort alles schön bunt herausgemalt, also das war schon nett dort“* (Z. 103-104). **(V)**

In den ersten fünf Tagen nach der Geburt verbrachte die Mutter einige Stunden mit ihrer frühgeborenen Tochter. Währenddessen stand das mütterliche Bemühen um intensiven wechselseitigen Körperkontakt durch Känguruen, und emotionale Zuwendung im Vordergrund: *„Ich habe sie halt gestreichelt und hin und wieder habe ich sie herausnehmen dürfen und dann haben wir kuscheln können“* (Z. 96). Nachdem sich die Mutter daneben jedoch auch um das Wohl ihrer älteren Tochter kümmern musste, entschied sich diese, zwar nicht täglich, aber trotz allem in regelmäßigen Abständen zwischen zuhause und der Geburtsklinik zu pendeln. Bedingt durch einen erneuten, unvorhersehbaren, mehrwöchigen eigenen Spitalaufenthalt in einem anderen Krankenhaus konnte sie vorübergehend nicht mehr an Lauras Entwicklung teilnehmen. Erfüllt von schlechtem Gewissen und voll Bedauern spricht die Mutter an, *„ich habe dann auch das meiste versäumt. ... Und ich war sicher eine schlechte Mama“* (Z. 120-121) in dieser Zeit. Die letzten vier Tage, bevor Laura in die familiäre Versorgung entlassen wurde, verbrachte die Mutter jedoch wieder rund um die Uhr bei ihrer Tochter, um einerseits vom neointensiven Personal in die Betreuung und Pflege von Frühchen eingeschult zu werden und andererseits, um sich schrittweise an die alleinige Verantwortung für das kindliche Wohlbefinden zu gewöhnen. **(VI)**

Von regelmäßigem Abpumpen der Muttermilch abgesehen, lehnte die Mutter ihre Partizipation an etwaigen Pflegehandlungen entschieden ab, zumal sie sich dieser Aufgabe insbesondere im institutionellen Kontext nicht gewachsen sah: Zu groß waren ihre Bedenken, sie könnte Laura infolge eines falschen, weniger routinierteren Handgriffes oder einer ungeschickten Bewegung verletzen bzw. weh tun. *„Ich habe es mir*

einfach nicht zugetraut“ (Z. 102). Darüber hinaus hatte die Mutter, zwar unbegründet, aber in der Gegenwart des neonintensiven Personals beständig den Eindruck, „da haben mir die Schwestern immer so auf die Finger geschaut und da war ich immer so nervös und patschert“ (Z. 138-139). (VII)

Bedingt durch die mütterliche Überzeugung, dass die Krankenschwestern in Bezug auf die kindliche Pflege als „die Profis“ (Z. 178) zu erachten sind, „weil die Schwestern können das eh viel besser mit den Frühchen“ (Z.121-122), war die Mutter von der fachlichen Kompetenz im Umgang mit Laura und ihren Bedürfnissen sehr angetan. Die Art und Weise, wie die Mutter von den Pflegeverantwortlichen sukzessive auf die alleinige Verantwortung für Lauras Versorgung zuhause vorbereitet und eingeführt wurde, hebt die Mutter ebenso wertschätzend hervor. Folglich ordnete sich die Mutter etwaigen Bitten und Anweisungen, von einer Ausnahme abgesehen, unter, denn „*ich wollte keine Probleme machen und auffallen“ (Z. 177-178). Einzig in den gemeinsam verbrachten Nächten vor der Entlassung nachhause widersetzte sich die Mutter den Anordnungen des Personals, zumal sie Laura unerlaubterweise aus deren Gitterbett heraus in ihr eigenes zum Kuseln hereinnahm. „Sonst hätte ich ja gar nichts von ihr gehabt“ (Z. 155). (VIII)*

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Anhand der Ausführungen der Mutter wird transparent, dass sie die Umstellung und Eingewöhnung in den gemeinsamen Alltag mit ihrer neugeborenen Tochter zum einen problemlos bewältigte und zum anderen mit großer Erleichterung assoziierte. „*Weil daheim ist daheim“ (Z. 162). Trotzdem der Mutter von einem auf den anderen Tag die gesamte Pflege und Fürsorge alleine zukam, nachdem sie sämtliche Übungsmöglichkeiten unter professioneller Assistenz auf der Neonatologie nicht genutzt hatte, dominierte ihre Freude, endlich der eigentlichen Mutterrolle gerecht zu werden. Von Anbeginn fühlte sie sich diesbezüglich auch sicher, da sie nicht mehr das Gefühl begleitete, „dauernd ... von den Schwestern kontrolliert und beobachtet“ (Z. 175) zu werden. Um dem Risiko eines plötzlichen Kindstods präventiv entgegenzuwirken, wurde die kindliche Atmung einige Monate rund um die Uhr mittels eines Handmonitors überwacht. Die Bedienung dieses Gerätes wie auch den einen oder anderen damit verbundenen Fehlalarm erlebte die Mutter phasenweise als nervenstrapaziös. „Durch des Überwachungsgerät schläft man ganz anders ... Weil da bist du mit einem Auge halt immer munter und dann blinkt das immer so komisch“ (Z. 148-149). Speziell bei Fehlalarmen, fügt die Mutter hinzu, „reißt es dich dann schon ordentlich in die Höhe, wenn du endlich mal schläfst“ (Z. 171). Darüber hinaus versicherte sich die Mutter sowohl in*

der Nacht als auch am Tag, sofern die Kleine auffallend lange schlief, fallweise, ob alles in Ordnung ist. Ungeachtet dieser zwischenzeitlichen Unannehmlichkeiten, *„[d]as Schönste war einfach, wie Laura dann ... bei mir zuhause war und ich für sie alleine sorgen durfte“* (Z. 174-175). (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

Bei genauerer Analyse der mütterlichen Schilderungen, innerhalb welcher sie offenlegt, welche Tätigkeiten bzw. Personen sie in der anstrengenden Zeit rund um die Frühgeburt von Laura als bereichernd und hilfreich erlebte, fällt auf, dass sie lediglich im Rahmen zwischenmenschlicher Begegnungen mit ihr vertrauten Personen aus dem privaten Umfeld neue Hoffnung schöpfte. In erster Linie erwähnt sie in diesem Zusammenhang ihre eigene Mutter, die ihr, da im selben Haus wohnhaft, sehr oft bei der Versorgung ihrer beiden Töchter unterstützend unter die Arme griff. Neben ihrer Mutter profitierte die Interviewpartnerin vor allem zuhause durch die Anwesenheit der älteren Tochter, der gegenüber die Mutter ihr Bedürfnis nach kindlicher Zuwendung und Wärme ausleben konnte. Einfach *„meine ältere Tochter, mit der ich zuhause halt auch ... habe kuscheln können“* (Z. 182). Zur allgemeinen Beruhigung der Mutter hat aber auch das Wissen darüber beigetragen, dass auch ihr Partner über das notwendige Know-How bzw. die fachliche Kompetenz verfügte, falls sie auf Hilfe im Umgang mit ihrem Frühchen angewiesen wäre. In emotionaler Hinsicht teilte sich die Mutter Familienmitgliedern einschließlich ihres Partners gegenüber ganz gezielt nicht mit. Über die unmittelbare Situation tauschte sie sich lediglich mit einer Freundin aus. Erstens wollte die Mutter ihre Familie nicht noch zusätzlich zu den eigenen Sorgen und Ängste um Laura unnötig mit ihrem persönlichen Befinden belasten. Zweitens vertrat die Mutter die Auffassung, dass es ihre eigene Aufgabe ist, die Situation durch die Auseinandersetzung mit sich selbst zu bewältigen. *„Weil es muss im Leben einfach immer alles passend werden“* (Z. 185-186). (X)

Ausblick (H6):

Der prinzipiellen mütterlichen Überzeugung zufolge, sich gegenüber Dritten in emotionaler Hinsicht tendenziell zu verschließen und nicht mitzuteilen, lehnte sie das von den Krankenschwestern unterbreitete Angebot nach zusätzlicher Unterstützung durch eine Psychologin vehement ab. Denn sie assoziierte einen/e Psychologen/in gemeinhin als *„Vogelldoktor“* (Z. 198), der sich lediglich psychopathologischen Menschen widmet und sie sich selbst nicht zu dieser Personengruppe zählt. Stattdessen zog sich die Mutter bevorzugt in ihr Zimmer zurück. Wobei sie trotz allem eingesteht, dass

sie allenfalls phasenweise von den eigenen Gefühlen regelrecht überwältigt wurde: *„Sicher, da habe ich schon oft und viel geweint, weil mir alles zuviel war. Aber ich wollte, dass niemand meine Tränen sieht, vor allem nicht die auf der Neo“* (Z. 200-201). (IX)

Einzelfalldarstellung 8: Mutter von Alexander

Relevante biografische Daten zu Mutter und Sohn

Zum Zeitpunkt der verfrühten Geburt von Alexander war seine Mutter 36 Jahre alt. Die Interviewpartnerin lebt in einer Ehe mit Alexanders Vater. Ihr Sohn kam am Anfang der 29. Schwangerschaftswoche per Sectio in einem Niederösterreichischen Krankenhaus zur Welt. Alexander wog bei der Geburt ca. 1500g und verbrachte knapp zwei Monate auf der Neonatologie.

Abgesehen davon hat die Interviewpartnerin ein kinderloses Leben angestrebt bzw. antizipiert und nahm auf Grund dessen kontinuierlich und regelmäßig die Antibaby-Pille ein. Als die Mutter, trotz gewissenhafter Kontrazeption, im Rahmen eines Besuches bei der Gynäkologin die Mitteilung von der Gravidität mit Alexander erhielt, rief diese bei der Interviewpartnerin blankes Entsetzen hervor. *„Ich war fertig und bin aus allen Wolken gefallen. Und ich habe nur geweint“* (Z. 33-34). Zusätzlich zur unverhofften Schwangerschaft und der Tatsache, dass Alexanders Mutter zum Zeitpunkt des Kaiserschnittes noch unzureichend auf die Geburt bzw. ihre prospektive Mutterschaft eingestellt war, traten im Zuge der Anästhesie während des Kreuzstiches schwerwiegende Komplikationen auf: Die Mutter erlebte den gesamten operativen Eingriff bewusst mit, sodass die Entbindung per se *„eindeutig ein Traumaerlebnis“*³⁵ (Z. 433) darstellt. In diesem Zusammenhang beschreibt die Mutter ihre Empfindungen bzw. ihre Hilflosigkeit nämlich folgendermaßen:

³⁵ Wengleich natürlich davon auszugehen ist, dass dieser Umstand auch auf das Erleben der verfrühten Geburt in irgend einer Art und Weise Einfluss genommen hat, wird dieser im Rahmen der kategorialen Auswertung nicht mehr gesondert aufgegriffen, zumal zum einen die inhaltlich-thematische, anstatt einer psychoanalytischen (verstehenden) Analyseebene im Vordergrund steht. Zum anderen lässt sich dieser Umstand nicht aus dem Zusammenhang der Gesamtsituation herauslösen, da er mit hoher Wahrscheinlichkeit ubiquitär (zum Teil auch unbewusst) auf die mütterliche Wahrnehmung bzw. Erlebnisse eingewirkt hat. Des Weiteren handelt es sich dabei um eine medizinische Fehlleistung, die nicht an die „Frühgeburtlichkeit“ per se zu koppeln ist. Der Vollständigkeit halber wird auf diesen Aspekt dennoch hingewiesen, um sicherzustellen, dass er bei der Auseinandersetzung mit dieser Fallanalyse mitberücksichtigt wird.

„Habe eh nicht reden können, habe mich nicht mehr wirklich bewegen können. Hunderttausend Leute im Raum, und er [der Arzt] hat dann weiter geschnitten und weiter geschnitten und weiter geschnitten. Und ich habe geschrien und geschrien und geschrien wie am Spieß und ich bin mir vorgekommen wie eine Kuh auf der Schlachtbank, der man alle Eingeweide heraus nimmt, weil ich habe die Hände drinnen einfach gespürt. ... Wie wenn du ein Gummibänderl hast, voll klein und du greifst es an, hinein und dehnt es einfach total auseinander. So war das Gefühl“ (Z. 179-186).

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft (H1):

Erst durch das Spüren der intrauterinen Kindsbewegungen am Anfang des vierten Monats begann sich die Mutter mit dem Umstand, in absehbarer Zeit ein Kind zu entbinden, anzufreunden. Bis dahin hat sie die Schwangerschaft einerseits gedanklich vollkommen ignoriert bzw. verdrängt. Andererseits versuchte sie damit einhergehende physische Veränderungen selbst nach außen hin zu kaschieren: *„[D]as ist wirklich wahr. Jetzt muss ich aber einmal umstellen, aber schnell. ... Dann habe ich mich langsam damit beschäftigt, was es wirklich heißt, ein Kind zu kriegen“* (Z. 61-68). Wobei die Mutter dennoch hinzufügt, dass es ihr trotz allem bis zum Schluss nicht gelungen ist, auszusprechen, dass *„das mein Kind [ist]“* (Z. 142). *„[I]ch war nur mit mir fixiert. Ich wollte nur mein Leben“* (Z. 144). Nachdem gemäß indischer Kultur bzw. Tradition Kinder nicht unehelich zur Welt kommen sollten, *„haben wir gesagt, wir heiraten jetzt noch, eigentlich wegen Alexander“* (Z. 133). Abgesehen davon konnte die Mutter allerdings keinerlei infrastrukturelle Vorbereitungen für Alexander mehr verrichten. (I)

Wenngleich die Mutter eindrücklich erzählt, dass sie der Mitteilung von der Schwangerschaft völlig hilflos und ohnmächtig gegenüberstand und es ihr zwei Tage später überhaupt erst möglich war, ihren Partner darüber in Kenntnis zu setzen, vertrat sie, trotzdem dieser seine Freude über die bevorstehende Vaterschaft kundtat, weiterhin die Auffassung, *„das war es für mich, das Ende meines Lebens. Fertig aus. Ich habe keine Ahnung, was ich da jetzt tun soll“* (Z. 49-50). Bis zur 28. Schwangerschaftswoche, wo sie von ihrem Arbeitgeber in Frühkarenz geschickt wurde, hat sie ganz normal gearbeitet: *„[M]ir war es ehrlich gesagt ganz recht, dass ich ein bisschen mehr Zeit hatte zum Herrichten, zum Vorbereiten für mich, für meinen Kopf“* (Z. 76-77).

Beim Heben einer Kiste Rotwein wenige Tage nach Antritt der Frühkarenz ist die Fruchtblase gesprungen. Wobei die Mutter selbst den Ernst der Lage gar nicht registrierte, denn ihr Partner war die treibende Kraft, aufgrund der mütterlichen Symptome (beständiges Einnässen der Unterwäsche), umgehend das Krankenhaus aufzusuchen, wo sie auf Anraten der Ärzte/innen mittels Helikopter umgehend in eine etwa 50 km entfernte Klinik überstellt wurde. In weiterer Folge wurden ihr eine Woche lang im Liegen Wehenhemmer wie auch Kortison zur Lungenreife verabreicht, in der Hoff-

nung, dass sich Fruchtwasser nachbildet und dadurch die Geburt noch etwas hinausgezögert werden kann. Zu dieser Zeit, erinnert sich die Mutter zurück, da *„war [ich] mehr eine Nummer“* (Z.104) und bemängelt gleichzeitig die nicht stattgefundenen medizinischen Aufklärung über die weitere Vorgehensweise wie auch den Umgang bzw. das Verhalten der Hebammen ihr gegenüber, denn dieser/es *„war richtig grob und unangenehm“* (Z. 108). (II)

Erleben der Frühgeburt (H2):

Trotz intensiver Bemühungen, die Nachbildung von Fruchtwasser in Gang zu setzen, verflüchtigte sich die Flüssigkeit innerhalb einer Woche sukzessive, woraufhin die Ärzte/innen eine Sectio via Kreuzstich ansetzten, um das kindliche Leben nicht mehr länger zu gefährden. Zusätzlich zu den bereits im Rahmen der biografischen Erläuterungen dargestellten traumatischen Ereignissen während des operativen Eingriffs führt die Mutter bezüglich ihrer Reaktionen auf die tatsächliche Entbindung von Alexander aus, dass sie sich lediglich an einen kurzen Moment erinnert, in dem sie sich rückversichern wollte, wie es um das kindliche Wohl steht: *„Dann höre ich das Kind weinen und ich habe nur gesagt, hat es eh alles noch dran“* (Z. 189). Unmittelbar daraufhin ist sie eingeschlafen und hat in weiterer Folge, auf die furchtbaren Schmerzen zurückzuführen, nichts mehr aktiv wahrgenommen. *„Ich wollte nichts mehr wissen und nichts mehr hören“* (Z. 215-216). *„Es war für mich einfach zu plötzlich. Ich habe drei Monate davor erfahren, dass ich schwanger bin. Drei Monate später war er schon da. ... Ich habe mit mir selber zu kämpfen gehabt“* (Z. 355-359).

In der Zwischenzeit wurde Alexander in einen Inkubator auf die Neonatologie transferiert und bekam mittels Maske Sauerstoff zur Atemunterstützung (Infant Flow). Darüber hinaus musste ihm ein Venenzugang zum Herzen gelegt und seine Gelbsucht unter ständiger Bestrahlung mit Blaulicht behandelt werden. (III)

Bedingt durch die schlechte psychische bzw. physische Konstitution nahm die Mutter drei Tage nach der Geburt, dank Einwirkens bzw. Zutuns ihres Ehemanns, erstmals Kontakt zu ihrem Sohn auf: Vorerst visuell, indem ihr der Gatte ein Foto von Alexander zeigte und sie im Zuge dessen ermutigte, ihren Sohn in seinem Beisein auf der neointensiven Station zu besuchen. Der Anblick des Fotos wie auch wenig später die direkte Konfrontation mit Alexander evozierten bei der Mutter heftige Emotionen der Überforderung und Schuldgefühle, die sie situativ schlichtweg überwältigten: *„Und von der Weite, wirklich zwei Meter entfernt war ich, habe ich ihn gesehen und gesagt, passt jetzt gehen wir. ... Ich habe alles verdrängt, ich habe nicht mehr gewusst, was ich da tun soll. ... schlechtes Gewissen hoch zehn“* (Z. 229-231). (IV)

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort (H3):

Obleich die Mutter anspricht, dass der Anblick der vielen intensivmedizinischen technischen Apparaturen bzw. die spezifisch neonatologische Atmosphäre bei ihr einschüchternde, beängstigende Assoziationen hervorriefen, machte ihr die Tatsache, dass Alexander teilnahms- bzw. regungslos in seinem Inkubator lag und keinerlei Möglichkeit hatte, sich seiner Umgebung mitzuteilen, wesentlich stärker zu schaffen. *„Schrecklich arm halt einfach“* (Z. 278). Außerdem weckte der direkte Kontakt mit ihrem Sohn bei ihr selbst immer wieder starke Schuldgefühle. *„[I]ch habe nicht mehr geatmet. ... Dann habe ich geweint und geweint. Das war ein Wahnsinn, weil ich mir dachte, was habe ich dir da angetan“* (Z. 260-262). **(V)**

Während die Mutter selbst noch stationär aufgenommen war, hat sie sich von ihrem Kind vollkommen abgegrenzt, wollte weder über ihr Neugeborenes sprechen noch es in ihrer *„Nähe haben“* (Z. 259). Erst nach etwa vier Tagen, mit ihrer Entlassung nachhause, gelang es der Mutter von dort aus, hin und her zu pendeln und täglich etwa acht Stunden bei Alexander auf der neonintensiven Station zu verbringen. Lange Zeit stand das Känguruen Alexanders auf ihrer nackten Brust im Vordergrund: *„Jeden Tag das Gleiche, ich habe in den Spiegel geschaut. Bin irgendwie verrenkt dagesessen“* (Z. 268-269). Allmählich, fügt die Mutter hinzu, *„habe ich immer wieder eine Musik-CD mitgenommen, habe gesungen, habe vorgelesen“* (Z. 338-339). **(VI)**

Den Ausführungen der Mutter im Interview ist zu entnehmen, dass sie sich selbst anfänglich nicht zutraute, sich insbesondere an der Pflege des Kindes zu beteiligen. Während ihr das regelmäßige Abpumpen wie auch das Verabreichen der Milch durch eine Spritze wenig Problem bereiteten, war sie im direkten Umgang mit Alexander gehemmt. Erst als sie vom Personal vor vollendete Tatsachen gestellt wurde und sich gezwungen sah, selbstständig zu partizipieren und Verantwortung zu übernehmen, hat sie die Versorgung (Stillen) einschließlich aller Pflegehandlungen (Wickeln, Baden, Bekleiden) sukzessive selbstbestimmt ausgeführt. Im Unterschied zum routinier-ten Pflegepersonal beschreibt sie ihre Vorgehensweise wie folgt: *„Ich war ganz, ganz vorsichtig und schön langsam und ganz steif und auch mit Baden, mit Halten“* (Z. 388-389). **(VII)**

Das Auftreten und das Verhalten des Pflegepersonals der neonatologischen Station ihr gegenüber beschreibt die Mutter als partnerschaftlich. *„Zum Teil waren sie dann schon für mich wie große Schwestern“* (Z. 313-314). Das anfängliche Vermitteln notwendiger Handgriffe *„wirklich Schritt für Schritt“* (Z. 385), indem sie vorerst zuschauen konnte, um den besonderen Bedürfnissen von Frühchen später selbst gerecht zu

werden, merkt sie ebenso anerkennend an, wie auch das intensive Eingehen auf mütterliche Unsicherheiten und Fragen. Trotz aller Wertschätzung, betont die Mutter, dass sie das Vorgehen einiger Ärzte/innen im Rahmen einiger Untersuchungen von Alexander als inkompetent bzw. wenig empathisch in Erinnerung hatte, bei denen sie sich dachte: *„Ihr müsstest doch wissen, dass da jetzt nichts zum Sehen ist ... Aber wir müssen drei Mal hingehen ... Und du hörst ja die Schmerzen“* (Z. 402-404), die das Kind empfindet, wenn es regelmäßig weint. (VIII)

Erleben der ersten Zeit zuhause (H4):

Aufgrund dessen, dass Alexander beinahe zwei Monate auf der Neonatologie verblieb und die Mutter dadurch bereits unter Beaufsichtigung der Krankenschwestern lernte, schrittweise die volle Verantwortung für ihren Sohn zu übernehmen, fand sie problemlos in den gemeinsamen Alltag bzw. ein rhythmisches Leben mit Alexander zuhause hinein und war von Beginn an viel mit ihm unterwegs. Lediglich in den ersten Nächten brachte die Mutter kein Auge zu. Auf der einen Seite meint sie in diesem Zusammenhang: *„Zum Glück haben wir nichts mit nach Hause nehmen müssen. Keinen Monitor, nichts“* (Z. 395-296). Auf der anderen Seite fehlte ihr vorübergehend noch das Vertrauen, dass Alexanders Atmung auch ohne technische Überwachung nicht aussetzt, wodurch sie eine gewisse Zeit brauchte, um Sicherheit zu gewinnen und loszulassen. Parallel dazu, bringt die Mutter zum Ausdruck, *„[ist] unsere Bindung so viel besser geworden“* (Z. 353). (IX)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt (H5):

In der Zeit rund um die verfrühte Geburt von Alexander hat sie auf institutioneller Ebene sehr stark von den restlichen selbstbetroffenen Müttern profitiert: Einerseits durch den moralischen Beistand und Rückhalt, denn *„wir haben uns eingelebt wie in einer WG“* (Z. 147). Andererseits konnte sie durch den Austausch mit ihnen auch ihr Bedürfnis nach Informationen über den „richtigen“ Umgang und die Erziehung mit/von Kindern stillen. Aber auch das Verhalten der Frühförderin streicht Alexanders Mutter gebührend heraus, *„die hat mir alle Fragen beantworten können, es war nichts zu blöd oder zu dumm“* (Z. 474-475). Aus ihrem familiären Umfeld streicht die Interviewpartnerin neben ihrer Mutter und der Schwester insbesondere ihren Gatten hervor: Indem er ihr ganz einfach eine große Stütze war, einen Großteil ihrer Ängste bzw. Sorgen abpufferte und ihr viele Tätigkeiten abnahm. Darüber hinaus hat er *„mir auch die Schulter gegeben zum Weinen. Was früher genau umgedreht war“* (Z. 469-471). Abgesehen von personeller Unterstützung war für sie in den ersten Tagen nach der

Geburt der persönliche Rückzug bzw. die vollkommene Abgrenzung vom Kind mit einem Fachbuch ins Zimmer enorm wichtig. Auf diese Art ist es ihr gelungen, sich ihren eigenen Vorstellungen entsprechend auf das zukünftige Leben vorzubereiten, indem sie *„Woche für Woche das ganze Buch in und auswendig gelesen hat“* (Z. 317-319). **(X)**

Ausblick (H6):

Im Nachhinein betrachtet, gibt die Mutter zu bedenken, wäre es für sie hilfreich gewesen, wenn sie sich entweder im Selbststudium oder durch die Teilnahme an einem Schwangerschaftsvorbereitungskurs eingehender mit der Thematik „Geburt“ im Allgemeinen bzw. „Frühgeburt“ im Besonderen beschäftigt hätte. Nach wie vor belastet die Mutter die Tatsache, dass ungeklärt geblieben ist, auf welche Ursache die stark verfrühte Geburt von Alexander nun konkret zurückzuführen ist. **(XI)**

7 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Auf Grundlage der individuellen Deskriptionen aus den Einzelfallanalysen folgt nun eine fallübergreifende Zusammenschau wesentlicher Untersuchungsergebnisse in Hinblick auf Gemeinsamkeiten, Differenzen und Widersprüche, im Zuge derer gegebenenfalls Bezüge zwischen Forschungsergebnissen und theoretischen Vorüberlegungen hergestellt werden.

7.1 Erleben der Schwangerschaft:

In Bezug auf etwaige Vorstellungen von dem prospektiven Leben mit dem Kind äußern sechs der acht Interviewpartnerinnen überwiegend positiv konnotierte Assoziationen. Das mag daran liegen, dass die Schwangerschaft dieser Frauen in den ersten Monaten noch komplikationslos verlief. Folglich antizipierten einige der werdenden Mütter, dass alles problemlos und „schön“³⁶ über die Bühne gehen und noch ausreichend Zeit zum Vorbereiten des häuslichen Umfelds bleiben wird.

Lediglich eine Mutter bringt zum Ausdruck, dass sie ein kinderloses Leben anstrebte und insofern auf die Mitteilung der Gravidität mit blankem Entsetzen reagierte, weil sie diese Tatsache nicht wahrhaben wollte; „ich war fertig und bin aus allen Wolken gefallen“. Zurückzuführen auf die emotionale Überwältigung begann sich die Interviewpartnerin erst ab dem Wahrnehmen intrauteriner Kindsbewegungen zumindest auf rationaler Ebene durch Lesen auf das Ungeborene einzustellen. Nichtsdestoweniger ignorierte sie aus einem psychischen Blickwinkel betrachtet das kindliche Heranwachsen in ihrem Alltag.

Eine andere Interviewpartnerin, die bereits ein termingeborenes Kind zur Welt gebracht hatte, verband ihre zweite Schwangerschaft mit ebenso unangenehmen Gedanken. Sie führt diesen Umstand darauf zurück, dass sie von Beginn der Gravidität an wusste, dass Frühgeburtsbestrebungen bestanden. Deshalb verschloss sich die Betroffene gegenüber Vorstellungen von einer gemeinsamen Zukunft mit dem Kind, weil sie beständig Angst und Sorge hatte, ob das Ungeborene die verbleibende Pränatalzeit wie auch die physischen Strapazen der Geburt überlebt.

Im Unterschied zu Erzählungen über Vorstellungen und Wünsche bezüglich des zukünftigen Lebens mit dem Säugling wurde transparent, dass die Erinnerungen an die mit Komplikationen und Sorgen gekoppelte Zeit der Schwangerschaft von allen Frauen verbal sehr plastisch, beinahe einem Zeitraffer ähnelnd, minuziös nachgezeichnet

³⁶ Bei unter Anführungszeichen gesetzten Wörtern und Textpassagen ohne Zitationsangaben handelt es sich innerhalb dieses Kapitels um unverfälschte Ausschnitte aus den acht Interviewprotokollen.

werden können. In diesem Zusammenhang spielt es keine Rolle, ob die Mütter bereits von Risiken einer verfrühten Geburt wussten oder nicht. Interessant ist dennoch, dass das Artikulieren von damit in Verbindung stehenden Emotionen verhältnismäßig wenig Raum einnimmt. Mitunter führen die Frauen sogar an, dass sie den Tatsachen und immer dramatischer werdenden Prognosen zum einen zwar ambivalent, aber trotz allem relativ gelassen und emotional distanziert gegenüberstanden.

Unabhängig von individuell divergierenden Nuancierungen hinsichtlich mütterlicher Erinnerungen und Vorstellungen an/in die/der Schwangerschaft zeigt sich anhand der Narrationen, dass detaillierte, elaborierte Schilderungen über die gedankliche Auseinandersetzung mit sich selbst als Schwangere wie auch mit von Schleske (2007) postulierten Schwangerschaftsphantasien und der Interaktion mit dem Ungeborenen trotz Nachfrage nicht Bestandteil der Interviewprotokolle sind. Vermutlich liegt die Ursache für die, zu diesen keinen Zugang zu findenden Erinnerungen in dem von u. a. Sarimski (2000, 61ff) bereits beschriebenen Phänomen: Seiner Beobachtung zufolge bleiben die Eindrücke während der verfrühten Entbindung über einen Zeitraum von mehreren Jahren hinweg im Gedächtnis derart vehement und lebhaft bestehen, dass positive Antizipationen an die Schwangerschaft zu Ungunsten dieser vielfach überlagert werden. Das Unerwähntbleiben von maternalen Gedanken, die Aufschluss über ein differenziertes Kindkonzept geben kann, wie es Gloger-Tippelt (1988) thematisierte, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Schwangere zum Zeitpunkt der Entbindung nicht adäquat auf ihre Mutterschaft eingestellt war, sondern sie ist, wie Warren (2000, 68) treffend auf den Punkt brachte „hurled' into parenthood“.

7.2 Erleben der Frühgeburt:

Im Erleben der tatsächlichen Geburt ist den interviewten Frauen gemeinsam, dass sie das Prozedere einschließlich vorbereitender (medizinischer) Maßnahmen, selbst wenn bereits Indikatoren auf eine vorzeitige operative Entbindung hindeuteten, nicht in voller Tragweite wahrgenommen und begriffen haben. Mit Ausnahme einer Mutter, die *via naturalis* gebar, wurden die restlichen Frühgeborenen durch *Sectio* zur Welt gebracht. Während Frauen mit Vollnarkose voll Bedauern anführen, dass das perinatale Geschehen als Ganzes spurlos an ihnen vorübergegangen sei, tauchen in den Erzählungen von Betroffenen mit Kreuzstich phasenweise Fragmente vereinzelter, kurzer Erinnerungen auf. Diese beziehen sich überwiegend auf das Vernehmen der ersten kindlichen Schreie, mit denen die Betroffenen vor allem Gefühle mittelfristiger Erleichterung verbanden. Die völlige Isolation vom Geburtserleben vergleicht eine

Mutter mit einer Wegnahme von etwas Bedeutsamem. Deshalb assoziieren einige der interviewten Frauen das verwehrte Partizipieren an der Frühgeburt als große Enttäuschung. Die allgemeine Bestürzung und die Verknüpfung der verfrühten Ankunft des/der Kindes/er mit negativen Konnotationen spiegeln sich nicht nur innerhalb dieser Untersuchung wider, sondern werden auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen von Gloger-Tippelt (1988, 121ff) wie auch Tracy (2000, 29ff) als durchwegs charakteristische Reaktionen zu frühgewordener Mütter angeführt.

Bei einer Interviewperson kamen zur frühen, operativen Entbindung gravierende Komplikationen während der Anästhesie hinzu, wodurch diese angibt, den Eingriff über weite Strecken bewusst wahrgenommen zu haben. Daraufhin grenzte sie sich ihrem Umfeld gegenüber ab, um das Geschehene (in Ansätzen) zu erfassen. Folglich verdrängte sie jegliche Gedanken an das Kind und trat mit dem Säugling erst auf mehrmaliges Bitten ihres Partners hin nach mehreren Tagen in Kontakt. Die in diesem Fall besonders offenkundig werdende, auf die Frühgeburt folgende Fassungslosigkeit, stimmt mit von Jotzo (2005, 59) publizierten Untersuchungsergebnissen überein: Ihren Erkenntnissen zufolge benötigen Mütter oftmals einige Tage, um zumindest teilweise zu begreifen, mit welchen Folgen das schlagartige Ende der Schwangerschaft verbunden ist.

Beinahe die Hälfte der Frauen bekam das/die Neugeborene/n, vielfach zurückzuführen auf das postoperative Befinden, erstmals über ein visuelles Medium (Foto, Film) zu Gesicht. Ungeachtet dessen, ob die Mutter indirekt mit dem Anblick des Frühgeborenen konfrontiert wurde, berichten fast alle im Zuge ihrer Erstbegegnung von überwältigenden, heftigen Emotionen. Das von einem termingeborenen Baby stark abweichende Aussehen einschließlich der für die medizinische Erstversorgung notwendigen Utensilien eines Frühchens evozierten bei den meisten Frauen Erschrecken, großes Befremden und Ratlosigkeit, zumal sie in dem Moment nicht wussten, wie sie empfinden sollen. Nicht selten hatten sie den Eindruck, zu ihrem Frühgeborenen keinen emotionalen Zugang zu finden. Diese vom Großteil der Interviewpartnerinnen geäußerte, als unbefriedigend und überfordernd erlebte emotionale Distanz deckt sich mit mehrfach publizierten Befunden des deutschen Bundesverbands „Das frühgeborene Kind“ (2010) wie auch Gloger-Tippelts (1988), die verdeutlichen, dass schon allein der Inkubator oftmals die mütterliche Handlungsfähigkeit herabsetzt: Indem er einerseits eine Barriere zwischen Mutter und Kind bildet, die effektive Möglichkeit der Bezugsperson nach Berührung einschränkt und dadurch andererseits bestehende Überwältigungs- und Berührungängste verstärkt.

Eine Mutter, deren Kind unmittelbar nach der Geburt in eine größere Klinik transferiert wurde, erlebte die zusätzliche räumliche Trennung im Sinne von „du bist da und dein Kind ist fort“ als besonders belastend. Anhand dieser Reaktionsweise können zwei Parallelen zu den theoretischen Vorüberlegungen gezogen werden: Zum einen liegt ein Grund für die Heftigkeit der damit zusammenhängenden Gefühle wahrscheinlich in der von Hantsche et al. (1991) festgestellten Notwendigkeit der zu frühgewordenen Mutter, den doppelten Objektverlust (Lösen von dem antizipierten, idealisierten Wunschkind und Bewältigung des temporären Realverlusts durch die räumliche Separation) zu bewerkstelligen. Zum anderen deckt sich die maternale Sehnsucht nach körperlicher Nähe zum Kind mit einer von Brazelton; Cramer (1991) publizierten Beobachtung, wonach Mütter namentlich in den ersten Tagen ein besonders großes Verlangen nach direktem Blickkontakt und Interaktion mit dem Neugeborenen verspüren.

7.3 Erleben auf der neointensiven Station:

Die Wirkung der intensiven Atmosphäre im Allgemeinen und diverser medizinischer Apparaturen im Besonderen wurde von sechs der acht Interviewpartnerinnen sehr ähnlich empfunden, vorwiegend als „einschüchternd“ und „technisch“. Der Anblick des im Inkubator hinter einer Glaswand liegenden, an Sonden und Schläuchen angeschlossenen Frühgeborenen löste bei dieser Gruppe über einen längeren Zeitraum hinweg überwältigende Emotionen der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Bedrohung aus. Bezeichnend ist in dieser Hinsicht, dass die Frauen angeben, dass der Fokus ihrer Aufmerksamkeit auf den neointensiven Instrumenten und Utensilien lag, während das Baby mit seinen Bedürfnissen in den Hintergrund trat. Bei diesem Phänomen handelt es sich um keine Einzelfälle, denn Meddur-Gleissner (2010) weist in einer themenrelevanten wissenschaftlichen Arbeit darauf hin, dass der erste Blick beinahe jeder Person, die eine Neonatologie betritt, auf die medizinischen Geräte fällt. Lediglich eine Mutter schildert, dass sie verhältnismäßig wenig Probleme beim Ausblenden des neointensiven Equipments zugunsten einer gedanklichen Fokussierung auf ihr Frühchen hatte. Diese mitunter untypische Reaktionsweise hängt wahrscheinlich mit als ausgebildete Krankenschwester in ihrem Berufsfeld gesammelten Erfahrungen mit intensivmedizinischen Utensilien zusammen, in dem sie die übermäßige Furcht und Angst vor diesen verloren hat.

Zwei Frauen wurden bei der Kontaktaufnahme außerdem von der Passivität, Fragilität und dem völligen Ausgeliefertsein des Frühgeborenen der Umwelt gegenüber zutiefst erschüttert. Diejenige Interviewperson, die auf die Mitteilung der Schwangerschaft mit

negativen Assoziationen reagierte, wurde in solchen Situationen mehrfach von schlechtem Gewissen und schweren Schuldgefühlen überwältigt, da sie die Ursache für die Frühgeburtlichkeit ihrer mangelnden pränatalen Schonung zuschreibt. Folglich kehrten die beklemmenden Selbstvorwürfe bei der Konfrontation mit dem Frühchen in ihre Erinnerung zurück und verstärkten die mütterlichen Insuffizienzgefühle, weil sie sich für das vor ihr liegende „Schicksal“ verantwortlich fühlte; „dann habe ich geweint und geweint. Das war ein Wahnsinn, weil ich mir dachte, was habe ich dir da ange-tan“.

Die innerhalb differenter Veröffentlichungen (z. B. Gloger-Tippelt 1988; Jonas 1994; Meddur-Gleissner 2010; Sarimski 2010) mit einer verfrühten Entbindung einhergehende, detailliert skizzierte mütterliche Tendenz, die Gründe für das verkürzte kindliche intrauterine Verbleiben an sich selbst bzw. ihrem (vermeintlichen) Fehlverhalten festzumachen, kommt im diesem Gespräch am stärksten zum Tragen, indem sie diese wörtlich anspricht, wie an dem soeben angeführten Interviewausschnitt offensichtlich wird. In einem in Dramatik und Vehemenz deutlich herabgesetzten Ausmaß führt eine zweite Frau an, dass auch sie sich bei der Auseinandersetzung mit ihren unreif zur Welt gekommenen Zwillingen Vorwürfe dahingehend machte, dass sie in das Angebot ihrer Gynäkologin auf Frühkarenz nicht einwilligte. Denn retrospektiv betrachtet ist sie der Ansicht, dass hierdurch das Platzen der Fruchtblase hätte verhindert werden können.

Eine der befragten Interviewpartnerinnen spricht die neointensive Umgebung betreffend an, dass ihr der hohe Lärmpegel infolge immer wiederkehrender Alarmsignale und die allgemeine Hektik schwer zu schaffen machten. Insbesondere die aus diesen strukturellen Rahmenbedingungen resultierende Unmöglichkeit, sich zumindest zeitweise ungestört in Ruhe mit dem Frühchen zurückzuziehen, war für diese Mutter auf Dauer schwer zu ertragen. Eine der beiden Frauen mit Zwillingen fügte bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, im Kontrast dazu an, dass sie die während des Abpumpens und Känguruens aufrechterhalten gebliebene Privatsphäre als angenehm erlebte.

In Bezug auf das Ausmaß der von der Mutter auf der neointensiven Station verbrachten Zeit werden zwei Modi transparent: Während sechs Frauen ab dem Zeitpunkt ihrer Entlassung zum Besuchen der Frühgeborenen von zuhause aus in die Klinik pendelten, verweilten zwei Mütter rund um die Uhr in der Geburtsklinik. Obgleich fünf der sechs stundenweise bei ihren Säuglingen anwesenden Interviewpartnerinnen selbstbestimmt entschieden, die Nacht zur persönlichen Regeneration in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verbringen, meint eine Mutter, diesen Umstand etwas

wehmütig betrachtend, dass ihr aufgrund struktureller Rahmenbedingungen bzw. stationärer Vorgaben gar nicht die Option offenstand, die gesamte Zeit im Krankenhaus zu bleiben. Schließlich hatte von ihrer Seite sehr wohl Interesse bestanden, selbst über die Nachstunden bei ihrem Säugling im Krankenhaus zu bleiben.

Eine über beinahe acht Wochen beständig im Krankenhaus anwesende Mutter erinnert sich trotz ihrer persönlichen Entscheidung, ohne Unterbrechung auf der neonintensiven Station zu verweilen, an Momente psycho-physischer Erschöpfung zurück. Wobei sie im selben Atemzug hinzufügt, dass sie sich selbst keine mittelfristige Erholung außerhalb der klinischen Umgebung zugestand, weil sie zum Teil allein schon beim Gedanken, ihre Tochter alleine zu lassen, von schlechtem Gewissen dieser gegenüber eingeholt wurde.

Bestehen also Differenzen in der Anzahl der auf der neonintensiven Station verweilten Stunden, so brachten sieben Frauen zum Ausdruck, dass sie großen Wert darauf legten, täglich das/die Frühchen in der Klinik aufzusuchen. Erstens, weil sie das Bedürfnis verspürten, ihm/ihnen beizustehen und zweitens, um die Nahrungszufuhr mit Muttermilch (abgepumpt per Spritze oder direkt an der Brust) zu garantieren.

Die jüngste der interviewten Mütter konnte infolge einer zwischenzeitlichen Hospitalisierung ihrer selbst wie auch wegen ihrer unversorgten älteren Tochter zuhause, phasenweise nur sehr sporadisch zu ihrem Frühchen auf die Neonatologie fahren. Die mittelfristige Trennung vom Neugeborenen verbindet diese Interviewperson mit starken Schuldgefühlen ihrem Baby gegenüber, indem sie ergänzt, diesem durch ihre Abwesenheit vorübergehend „sicher eine schlechte Mama“ gewesen zu sein. Anhand jener Reaktionsweise kann ein „Mechanismus“ aufgezeigt werden, der sich einerseits in den verbleibenden Interviews abzeichnete und der andererseits bereits in wissenschaftlichen Publikation durch z. B. Gloger-Tippelt (1988) Eingang gefunden hat: So begleitet Mütter unreif geborener Babys häufig die Angst vor Unzulänglichkeit im Sinne von „ich kann nicht genug geben“ und ihrer Mutterrolle nicht ausreichend Rechnung zu tragen.

Im Hinblick auf die maternale Partizipation an der Betreuung der Frühgeborenen auf der Neonatologie zeichnen sich unterschiedliche Tendenzen ab: Knapp die Hälfte der interviewten Frauen erzählte, dass sie sich unmittelbar nach der Geburt nicht aktiv an der Betreuung (Wickeln, Baden) ihres Säuglings beteiligte, sondern stattdessen beobachtendes Beiwohnen präferierte. Zu diesem Zeitpunkt mangelte es primär am Vertrauen in die eigenen mütterlichen Kompetenzen, da vor allem die kindliche Vulnerabilität, Winzigkeit und fragile Gesamtkonstitution des Frühchens bei den primären Bezugspersonen Berührungängste hervorrief. Je weniger neonintensive Utensilien zur

Versorgung des Frühgeborenen notwendig wurden, desto leichter fiel den Müttern in der Regel das persönliche Beteiligen an Pflegehandlungen.

Die anfängliche Unsicherheit und daran gekoppelte Startschwierigkeiten thematisierend, bringt eine Interviewpartnerin zum Ausdruck, dass die persönliche Überwindung dieser Unsicherheit einschließlich der Übernahme von Eigenverantwortung an der Kindespflege aus ihrer Sicht ungemein wichtig sind, „dass man wahrgenommen wird als Mama“. Eine zweite Mutter argumentiert im Zusammenhang intensiver Betreuung des Frühchens ähnlich: „da gehst voll auf in der Mutterrolle“.

Eine Mutter führt ihre nicht existierende Partizipation am Wohl ihres Babys in erster Linie auf die pflegepersonelle Führung bzw. Haltung zurück: Ihrem persönlichen Eindruck zufolge hat ihr das Pflegepersonal lediglich marginale Bedeutung beigemessen, weil sie ihre beiden frühgeborenen Töchter nicht einmal selbstbestimmt aus den Inkubatoren herausnehmen, geschweige denn an den regelmäßigen Pflegehandlungen selbst Hand anlegen durfte. Durch wiederholtes Eingestehen ihrer Bedeutungslosigkeit als eigentliche Mutter und Einnahme einer an den Rand gedrängten Zuschauerposition begleitete sie beständig das Gefühl, „die Kinder gehören gar nicht mir. Also wie wenn das halt fremde Kinder waren“.

Die sich innerhalb ihrer Erzählungen abbildende Beziehungsproblematik zwischen der Betroffenen als leibliche Mutter und dem Pflegepersonal deuten auf das von W. E. Freud (191, 123ff) dargelegte „Whose-Baby-Syndrom“ (vgl. Kapitel 2) hin. Denn allem Anschein nach strebte das Pflegepersonal in diesem konkreten Fall danach, typische, normalerweise der Mutter vorbehaltene Tätigkeiten ohne Integration der leiblichen an sich zu reißen. Vor dem Hintergrund der soeben transparent gewordenen isolierten Bemutterung ihrer Frühchen durch das Stationsteam, wurde die Betroffene mit ihrem Verlangen nach Nähe und Zuwendung alleine gelassen, wodurch der zur Stabilisierung des maternalen Selbstvertrauens so dringliche Beziehungsaufbau, dem bereits Hommel (2007) und (Kluge 2010) in ihren Arbeiten großen Stellenwert beimaßen, nicht stattfinden konnte.

Zwei weitere Interviewpersonen schreiben die Gründe für die mittelfristige Ablehnung, eigenaktiv und selbstständig ihre Frühgeborenen zu betreuen, ihrer eigenen Persönlichkeit bzw. psychischen Anspannung zu: Eine der beiden verbalisiert zusätzlich zur großen Angst, dem graziilen Neugeborenen durch ungeschickte Handgriffe wehtun zu können, dass sie die Anwesenheit der Pflegenden als Beobachtung, Kontrolle und Überwachung assoziierte und daher nicht handelnd wurde. Die andere der beiden musste infolge ihrer anfänglichen Ablehnung und Vermeidung des direkten Kontakts mit dem Frühgeborenen vom Pflegepersonal sukzessive „gezwungen“ werden, weil

sie die Nähe und damit einhergehenden überwältigenden Emotionen nicht zulassen wollte.

Im Zuge der intensiven Auseinandersetzung mit den Einzelfalldarstellungen wird ersichtlich, dass lediglich eine Mutter mit dem Verhalten des neointensiven Personals ausnahmslos positive Erfahrungen und Erlebnisse verbindet. In diesem Konnex streicht die Interviewperson vor allem die ihr entgegengebrachte, nicht von ihr aktiv eingeforderte verständnisvolle Unterstützung und Sensibilität des Stationspersonals für ihre während des Spitalsaufenthalts des Kindes wiederkehrenden Ängste, Sorgen, Unsicherheiten und Befürchtungen gebührend hervor. Insbesondere das Angebot, bei Fragen und Problemen für die Mutter jederzeit auf Abruf bereitzustehen und belastende Gedanken ihnen gegenüber verbalisieren zu können, schätzte die Betroffene sehr.

Im Gegensatz dazu nimmt diejenige Interviewpartnerin, die sich schon wegen des Verhaltens des Pflegepersonals an ihrer Partizipation an der Versorgung ihres frühgeborenen Säuglings gehindert sah, eine diametral andere Position ein. Obgleich sich das Stationsteam der Mutter in diese Richtung niemals offenkundig äußerte, hatte sie aus einem emotionalen Blickwinkel betrachtet immer das Gefühl, in Gegenwart der Neonatolog/inn/en eine „Nummer“ zu sein; „ich hab´ funktionieren müssen“.

Die Schilderungen der verbleibenden Mütter beinhalten sowohl positive als auch negative Erinnerungen an zwischenmenschliche Begegnungen mit dem Personal. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die damit in Verbindung stehenden Konnotationen eine starke Personenzentrierung aufweisen. Abgesehen davon tendieren die Mütter dazu, jene Personen anzuführen, mit denen sie entweder extrem angenehme oder gegenteilige Assoziationen verbinden. Speziell vom Stationsteam entgegengebrachte Wertschätzung bzw. Empathie für die mütterliche (Ausnahme-)Situation, verbunden mit der Berücksichtigung des maternalen Bedürfnisses nach erstens ehrlicher Aufklärung über die kindliche Konstitution und zweitens nach Kommunikation honorierten die Interviewpersonen mehrheitlich. Der Umgang auf einigen neointensiven Stationen mit dem Thema „Stillen und Milchabpumpen“ wurde von einem Großteil der Frauen als unbefriedigend erlebt. Vor allem eine strenge Einhaltung vorgegebener „Still- bzw. Abpumpzyklen“ evozierte bei einigen Müttern permanente Anspannung und Stress, dessentwegen sogar eine Interviewpartnerin hinzufügt, immer wieder in Tränen ausgebrochen zu sein.

7.4 Erleben der ersten Zeit zuhause:

Mit Ausnahme einer Interviewpartnerin verknüpfen die restlichen befragten Mütter die ersten, gemeinsam mit dem Frühgeborenen in den eigenen vier Wänden verbrachten Tage mit Gefühlen der Erleichterung. Der in zahlreichen Publikationen (u. a. Bindt; Gloger-Tippelt 1988; Sarimski 2000;) angeführte Hinweis auf ein mit dem Übergang ins häusliche Umfeld einhergehendes, anhaltendes mütterliches Stimmungstief zeichnete sich bei dieser Gruppe nicht ab. Ferner überwog bei ihnen die Freude, endlich die Hauptverantwortung für das kindliche Wohlbefinden übernehmen zu können und somit ihrer lang herbeigesehnten Rolle als primäre Bezugsperson und leibliche Mutter gerecht zu werden. Anhand des im Rahmen der mütterlichen Erzählungen in den Vordergrund tretenden Wunsches nach ungeteilter Verantwortung für das Neugeborene, lässt sich ein Bezug zu bereits im Theorieteil eingearbeiteten, wissenschaftlichen Erkenntnissen herstellen: Schließlich weist Sarimski (2000) auf einer Seite darauf hin, dass die maternale Sicherheit und das Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen mit zunehmender Möglichkeit, das Kind selbstbestimmt zu versorgen, wächst. Hinzu kommt, dass dementsprechende mütterliche Erfahrungen auch für die ohnehin unter erschwerten Bedingungen erfolgende Beziehungsentwicklung ungemein wichtig sind.

Die vor allem zu Beginn in kurzen Intervallen aufeinander folgenden und den Alltag wesentlich beeinflussenden medizinischen Nachuntersuchungen wurden von allen Frauen in Kauf genommen, zumal die Dankbarkeit, überhaupt gemeinsam wohlzufahren zuhause zu sein, im Vordergrund stand. Die in bereits bestehenden Forschungsarbeiten von u. a. Höck 1999 skizzierten, zuhause vielfach rasch auf die anfängliche Euphorie folgende Desillusionierung der mütterlichen hohen Erwartungen durch Auftreten neuer Ängste ging aus den Interviews nicht hervor.

Trotz der weitgehend problemlos assoziierten Eingewöhnung in die vertraute Umgebung waren drei Interviewpersonen auf die Mitnahme eines technischen Apparates zur kindlichen Atemüberwachung angewiesen. Bezeichnend in dieser Angelegenheit ist, dass diese Gruppe im annähernd gleichen Ausmaß von schlaflosen Nächten zu Beginn berichtet, wie diejenigen Frauen, die keine medizinischen Hilfsmittel mit nachhause bekamen. Vermutlich ist der Grund für die mittelfristige Verunsicherung, dass zweitens erst das Vertrauen und die Sicherheit gewinnen mussten, dass die kindliche Atmung nachts auch ohne Überwachung nicht aussetzt. Während der mütterliche Schlaf in der ersten Zeit bei den einen durch die Befürchtung eines eventuell eintre-

tenden Herzstillstandes unterbunden wurde, waren bei den anderen für die Unterbrechung des Schlafes häufige schrille Fehlalarme des Gerätes verantwortlich.

Eine Interviewperson hingegen empfand den Übergang und das Hineinfinden in einen halbwegs geregelten, harmonischen Tagesrhythmus als psychisch sehr anstrengende Zeit, in der es ihr schwer fiel, ihr emotionales Gleichgewicht zurückzugewinnen. Als Ursache führt sie ihre eigene Persönlichkeit an: Durch den sich selbst auferlegten Stress und daraus resultierenden Druck, pausenlos für das Kind zur Verfügung zu stehen und vorhandene, vom Partner angebotene Hilfe nicht zuzulassen, stand sie rund um die Uhr unter enormer psycho-physischer Anspannung. Bedingt durch die nicht zugestandenen Entspannungs- und Erholungsphasen wurde die Betroffene mehrfach von dem Gedanken eingeholt, sich selbst als Person mit eigenen Bedürfnissen aufgeben zu haben.

Zwei Mütter erwähnen die zwischenzeitliche Rehospitalisation des Kindes infolge ernsthafter Erkrankung als erneut verunsichernde und sorgenreiche Zeit.

7.5 Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt:

Wenngleich die Frage nach dem persönlichen Umgang mit der Situation nach einer Frühgeburt uneingeschränkten Spielraum für subjektiv konnotierte, individuelle Antworten lässt, so zeichnet sich anhand der acht Erzählungen vor allem eine Gemeinsamkeit ab: Keine einzige Interviewpartnerin gibt an, durch das Ausführen etwaiger Freizeitaktivitäten oder Hobbys emotionalen Halt gefunden zu haben. Geschlossen geben sie in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass der Fokus ihrer Aufmerksamkeit dafür viel zu stark auf dem Wohlbefinden des Frühgeborenen gelegen ist, als dass sie Lust oder Zeit gehabt hätten, sich ihren eigenen Bedürfnissen zu widmen. Einige erlebten es als hilfreich, so viel Zeit wie möglich in der Anwesenheit des Kindes zu verbringen, um ihm in der für alle sehr belastenden Zeit direkt beizustehen.

In Bezug auf die mütterliche Tendenz, eigene Bedürfnisse zugunsten der des Kindes in den Hintergrund zu rücken, lässt sich eine Verbindung zu den theoretischen Ausführungen in Kapitel 4 herstellen, zumal Bindt (2007) bzw. Hommel (2007) in ihren wissenschaftlichen Beiträgen eben dieses Verhaltensmuster beleuchten. Die Autor/inn/en argumentieren, dass sich Mütter frühgeborener Säuglinge nur in Ausnahmefällen eine Auszeit zur eigenen Regeneration gönnen, da die Betroffenen meinen, primär aus dem täglichen Besuch beim Frühchen neue Energien zu schöpfen.

Des Weiteren fällt bei genauerer Auseinandersetzung mit den mütterlichen Erzählungen auf, dass alle acht Gesprächspartnerinnen vor allem von zwischenmenschlichen Begegnungen mit Personen aus dem privaten und/oder institutionellen Umfeld profi-

tierten: Von familiärer Seite her erlebten einige Frauen ihre Partner, Mütter oder ältere Kinder als wertvolle Stütze in der schwierigen Phase. Vor allem durch das Eröffnen neuer Perspektiven, das Vermitteln von Zuversicht/Hoffnung und den moralischen Beistand der Angehörigen schöpfte der Großteil der Frauen neue Kraft und Mut. Eine Interviewpartnerin hebt die tief empfundene Verbundenheit in der Gegenwart ihres Ehemanns hervor, da es ihr in dieser Atmosphäre gelang, ihren mit Trauer, Sorge und Wut verbundenen Emotionen freien Lauf zu lassen.

Eine andere Mutter weitet ihren Fokus von der Kernfamilie auf den Freundeskreis aus und bringt zum Ausdruck, dass sie eine Freundin, der ein ähnliches Schicksal widerfahren ist, bei Unsicherheiten und Fragen kontaktieren konnte, bei der sie wusste, jederzeit eine authentische und ehrliche Auskunft zu erhalten.

Auf institutioneller Ebene erhielten einige Mütter wertvolle Unterstützung durch den Austausch von Informationen über Frühgeborene im Allgemeinen bzw. durch Vergleiche der aktuellen Konstitution des eigenen Kindes mit dem von „Leidensgenossinnen“. Aber auch durch die damit unweigerlich verbundene Auseinandersetzung mit den anderen auf der neointensiven Station anzutreffenden, zum Teil noch prekäreren Schicksalen bekamen die Mütter vor Augen geführt, wie relativ sich das eigene im Verhältnis zu anderen darstellen kann. Dieses Phänomen deckt sich mit Ergebnissen aus einer Untersuchung von Vonderlin (1999b), die zum Schluss kommt, dass Mütter von Frühgeborenen das Verbalisieren von Gedanken gegenüber Selbstbetroffenen als „Form sozialer Unterstützung“ (ebd.) erleben. Aber auch bei der aus der Konfrontation mit anderen Schicksalen vielfach resultierenden Bestärkung der Mütter handelt es um ein in wissenschaftlichen Arbeiten nachzulesendes Phänomen, das von Sarimski (2000, 72) bereits thematisiert wurde.

Während vereinzelt noch die eine oder andere Pflegeperson als wertvolle Ressource in der postnatalen Zeit erwähnt wird, fällt auf, dass keine einzige der Interviewpersonen die Unterstützung bzw. Begleitung durch Psycholog/inn/en und Ärzt/inn/en anführt. Diese Tatsache ist insofern interessant, als ein paar Frauen dezidiert ansprechen, dass sie deren Hilfe nicht gebraucht hätten. Lediglich zwei Mütter betonen, dass sie das Engagement und das bedingungslose Eingehen auf etwaige mütterliche Fragen seitens einer Frühförderin als hilfreich empfanden.

8 RESÜMEE UND AUSBLICK

Im Zentrum dieser Abschlussarbeit stehen das mütterliche Erleben einer Frühgeburt wie auch der Umgang damit in der peri- und postnatalen Phase. Um einen möglichst umfassenden Einblick in die daran gekoppelte Lage einer verfrüht gewordenen Mutter zu gewähren, widmete sich der erste Teil der Diplomarbeit der Darstellung der dafür notwendigen, themenrelevanten Aspekte und Sachverhalte unter Einbeziehung bestehender Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Publikationen.

An diese theoretischen Informationen anknüpfend, liegt der Fokus des zweiten Teiles auf der empirischen Untersuchung: Mithilfe von acht qualitativ erzählgenerierenden Interviews mit selbstbetroffenen Frauen wurde versucht, ihr (individuelles) Erleben und ihren Umgang mit einer Frühgeburt näher zu beleuchten.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit den acht Fallanalysen zeichnet sich als ein wichtiges Untersuchungsergebnis ab, dass die Frühgeburt von den interviewten Müttern als **psychisch belastendes und verunsicherndes Ereignis** erlebt wird, da diese sie vor allem plötzlich und unvorbereitet mit der Mutterrolle konfrontiert. Der Zeitpunkt der verfrühten Geburt (27. SSW-36. SSW) nahm auf die Erlebensweise der Mutter relativ wenig Einfluss. Die individuellen Nuancierungen, die sich innerhalb der einzelnen Falldarstellungen widerspiegeln, sind eher auf die Persönlichkeit der Betroffenen zurückzuführen. Dieser Umstand mag aber auch darauf zurückzuführen sein, dass sich die Frühgeborenen der befragten Frauen ohne weitere Folgeprobleme gut entwickelten.

Das **längerfristige Bestehenbleiben lebhafter Erinnerungen** an die unter erschwerten Bedingungen über die Frauen hereinbrechende und stattfindende Entbindung kommt im Rahmen detaillierter, minutiös nachgezeichneter Schilderungen zum Ausdruck, wobei die Betroffenen ihr daran gekoppeltes **emotionales Befinden** interessanterweise **aussparen**. Die Vehemenz, mit der eine Frühgeburt auf die Mutter hereinstürzt, kann anhand der Tatsache festgemacht werden, dass die Interviewpartnerinnen trotz Nachfrage zu den während der Schwangerschaft bestandenen Vorstellungen über das zukünftige Leben mit dem Säugling keinen Zugang (mehr) finden. In dieser Hinsicht zeichnet sich eine Übereinstimmung mit Befunden bereits vorliegender Veröffentlichungen von u. a. Sarimski (2000) ab.

In Bezug auf das **Erleben des perinatalen Prozedere** und die mehrheitlich operative Entbindung per se wird in den Interviews in erster Linie die **große Enttäuschung** über das versagte Geburtserleben transparent, wobei dieser Umstand von Müttern mit Vollnarkose noch stärker in den Fokus gerückt wurde.

Zu den ohnehin schon von einer termingerechten Niederkunft stark abweichenden Bedingungen kommt die **erschwerte Kontaktaufnahme** mit dem Frühgeborenen hinzu. Die beim Anblick des Babys meist in den Vordergrund tretenden neonintensiven Utensilien lösten bei den Betroffenen geschlossen negative Konnotationen hervor. Dieses allgemein zu beobachtende Phänomen deckt sich mit Hinweisen aus wissenschaftlichen Beiträgen, allen voran Meddur-Gleissners (2010), die die kontraproduktive Beeinflussung intensivmedizinischer Apparaturen beim Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind herausstreicht. Sie argumentiert, dass Mütter diese meist als Barriere wahrnehmen, wodurch wenig Möglichkeit bleibt, mit dem Frühgeborenen in Interaktion zu treten und sie mit ihrem Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung an einer trennenden Plexiglaswand des Inkubators verweilen. Dieser Effekt bildete sich auch bei einigen Interviewpartnerinnen ab.

In diesem Zusammenhang wurde offensichtlich, dass im Grunde **ausschließlich die schrittweise, direkte Partizipation der Mutter an der Betreuung des Kindes** der eingeschränkten Kontaktabstimmung **Abhilfe schaffen kann**. In weiterer Folge bauten die Mütter auf diese Weise ihre anfänglichen Berührungssängste vor der Winzigkeit und Verletzlichkeit des Frühchens ab. Durch die zunehmende selbstständige Übernahme der Hauptverantwortung für das kindliche Wohl hat der Großteil der befragten Frauen nicht nur das Selbstvertrauen in ihre anfangs von sich selbst in Frage gestellten mütterlichen Kompetenzen wiedererlangt, sondern auch gespürt, dass sich die Beziehung zum Neugeborenen, als weitere angenehme Begleiterscheinung, intensiviert. Als wichtigen Markpunkt in diesem Konnex interpretieren die Frauen, von einer Ausnahme abgesehen, die kindliche Entlassung nachhause, da die Mütter ab diesem Zeitpunkt den Eindruck hatten, ihrer Rolle als primäre Bezugsperson gerecht zu werden.

Als grundlegendes Resultat dieser Untersuchung zeigt sich, dass die Möglichkeit und das Gelingen der frühen und **direkten Einbeziehung der Mutter in die kindliche Pflege und Betreuung vom neointensiven Personal bzw. seiner unweigerlich damit verbundenen Haltung und seinem Auftreten der Mutter gegenüber we-**

sentlich beeinflusst wird. Um ein Optimum an mütterlicher Beteiligung zu erreichen, bedarf es eines gezielten, behutsamen und wertschätzenden Einbeziehens der Mutter in die Pflegehandlungen durch das Stationsteam. Laufen die auf einer Neonatologie Tätigen allerdings Gefahr, dem in der Literatur wiederholt beschriebenen „Whose-Baby-Syndrom“ zu unterliegen und die Mutter dadurch in eine passive Zuschauerrolle zu drängen, dann bleibt nicht nur die Beziehungsentwicklung zum Kind aus, sondern auch die emotionale Instabilität der Mütter bleiben länger aufrecht.

Wird an dieser Stelle in Erinnerung gerufen, dass lediglich eine Interviewpartnerin dem Verhalten des neonatologischen Personals ihr gegenüber uneingeschränkte Begeisterung attestiert, so wird deutlich, dass in diesem Konnex noch viel Potenzial zur Verbesserung von Rahmenbedingungen liegt, die das Wohlergehen der Mutter positiv bereichern. Hierzu bietet sich sicherlich an, im Rahmen einer weiterführenden Untersuchung zu erheben, welches Konzept der Arbeitsweise des hervorgehobenen neointensiven Personals zugrunde liegt, um daraus gewonnene Erkenntnisse auch auf anderen Stationen integrieren zu können.

Hinsichtlich des **persönlichen Umgangs mit der Situation** nach der Frühgeburt wird bei den befragten Müttern das **große Bedürfnis nach „Kommunikation“** offensichtlich. Übereinstimmend erzählten die Frauen, in erster Linie von zwischenmenschlichen Begegnungen mit Menschen aus dem privaten und (fallweise) institutionellen Umfeld bzw. von der Gemeinschaft mit dem Kind profitiert zu haben.

Wobei in diesem Zusammenhang deutlich wurde, dass es in erster Linie darum geht, den verunsicherten Müttern **Raum und Gelegenheit zu schaffen, um ihre sie ständig begleitenden, belastenden Sorgen und Befürchtungen einem anderen Menschen gegenüber anzuvertrauen** und mit diesem zu teilen.

Denn vielfach hatten die Betroffenen im Zuge des Krankenhausaufenthalts ihrer Frühgeborenen den Eindruck, dass sie sich zwar medizinisch bestmöglich versorgt in guten Händen aufgehoben wissen, während sie sich selbst mit ihren Ängsten und Gedanken alleine gelassen fühlten.

Unter Berücksichtigung des Faktums, dass zwei Mütter dezidiert anführen, die „Frühförderin“ aufgrund ihres geduldigen, **bedingungslosen Eingehens auf etwaige Fragen als wertvolle Ressource erlebt** zu haben, so zeichnet sich die in diesem Untersuchungsergebnis inhärente heilpädagogische Relevanz ab: Nachdem Frühförderer/innen infolge ihrer Ausbildung geradezu prädestiniert sind, eine Form der Begegnung zu wählen, in der das offenkundig geäußerte, maternale Verlangen nach Halt

und Verständnis verwirklicht werden kann, sollte in Zukunft verstärkt daran gearbeitet werden, dass die multidisziplinäre Zusammenarbeit im neointensiven Setting noch stärker forciert wird: Ein Optimum wäre sicher dann erreicht, wenn längerfristig gesehen tatsächlich flächendeckende Nachsorgeprojekte konzipiert werden, in denen auch auf die Lage der Mütter stärker eingegangen wird. Um ihrem Wohlbefinden in der Zwischenzeit schon höhere Aufmerksamkeit zu schenken, wäre es wichtig, dass an Frauen frühgeborener Babys zumindest Informationen über eventuelle Unterstützungsangebote automatisch erhalten und Frühförderer/innen allenfalls in regelmäßigen Abständen auf Neonatologien anzutreffen sind.

LITERATURVERZEICHNIS

- Affleck, D., Tennen, H., Rowe, J. (1991): *Infants in Crisis. How parents cope with newborn intensive care and its aftermath.* Springer: Berlin
- Als, H., Butler, S. (2008): *Die Pflege des Neugeborenen. Die frühe Gehirnentwicklung und die Bedeutung von frühen Erfahrungen.* In: Brisch, K., Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie.* Klett-Cotta: Stuttgart, 44-87
- Ancel, P.Y., Bréart, G. (2000): *Epidemiologie und Risikofaktoren der Frühgeburtlichkeit.* In: *Der Gynäkologe* (33), 356-360
- Atteslander, P. (2003): *Methoden der empirischen Sozialforschung.* Walter de Gruyter: Berlin
- Biewer, G. (2009): *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik.* Verlag Julius Klinkhardt: Bad Heilbrunn
- Berk, L. (2005): *Entwicklungspsychologie.* Pearson Studium: München
- Bindt, C. (2007): *Seelische Krisen nach einer Frühgeburt.* In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.): *Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik.* o. A.: Frankfurt am Main, 38-40
- Bölter, D. (1984): *Zur Psychologie der Frühgeburt.* *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* (34), 59-69
- Bortz, J., Döring, N. (2003): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Springer Verlag: Berlin, Heidelberg
- Brisch, K.H., Schmücker, G., Betzler, S., Buchheim, A., Köhntop, B., Kächele, H. (1999): *Das Ulmer Modell. Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm nach der Geburt eines kleinen Frühgeborenen. Erste Ergebnisse.* In: *Frühförderung interdisziplinär* (18), 28-34
- Brisch, K.H. (2002): *Psychotherapeutische Intervention für Eltern mit sehr kleinen Frühgeborenen: das Ulmer Modell.* In: Strauß, B., Buchheim, A., Kächele, H. (Hrsg.): *Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse.* Schattauer: Stuttgart, 191-195
- Brisch, K.H. (o. J.): *Die Bedeutung der Bindung für das Frühgeborene und seine Eltern.* In: EFCNI Deutschland (Hrsg.): *Bindung & Pflege von Frühgeborenen. Ein Ratgeber für Eltern und Betroffene.* o. A., 4-29
- Brazelton, T.G., Cramer, B.G. (1990): *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern.* Klett-Cotta: Stuttgart
- Brazelton, T.G., Cramer, B.G. (1994): *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern.* Klett-Cotta: Stuttgart, 2., in der Ausstattung veränderte Auflage
- Brüderl, L. (1988): *Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung.* Juventus: Weinheim
- Bruhn, R. (2010): *Fütterstörungen bei ehemaligen Frühgeborenen.* In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.): *Frühgeborene in der Kinderarztpraxis. Leitfaden für den Umgang mit betroffenen Familien.* gzm: Mainz, 45-50
- Buch, K. (2005): *Wohlfühlumgebung.* In: Informationsbroschüre. *Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie.* Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 23-27
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.) (2010): *Eltern auf der Neointensivstation. Ein Feedback.* Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.: Frankfurt a. M.
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.) (o.J.): *Ursachen der Frühgeburt.* In: Informationsbroschüre. *Frühgeborene in den ersten Lebenswochen.* Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.: Frankfurt a. M., 6-7
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.) (2011): *Zu früh geboren. Willkommen daheim.* gzm: Mainz
- Caplan, G. (1960): *Patterns of parental response to the crisis of premature birth.* In: *Psychiatry* (23), 365-347
- Champion, P. (1999): *Die Begleitung sehr früh geborener Kinder von der Intensivstation durch das erste Lebensjahr.* In: Kühl, J. (Hrsg.): *Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung.* Ernst Reinhardt Verlag: München, 87-95
- Danner, S., Wegner, T. (2011): *Pfundskerle.* In: *Bild der Wissenschaft* (1), 57-63
- Datler, W. (1998a): *Die Analyse heilpädagogischer Beziehungen als zentraler Gegenstandsbereich heilpädagogischer Reflexion. Zur Einführung.* In: Datler, W. u.a. (Hrsg.): *Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse.* Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern, 17-21
- Datler, W. (1998b): *Mobile Frühförderung der Wiener Sozialdienste.* In: Datler et al. (Hrsg.): *Institutionen und Arbeitsfelder der Sonder- und Heilpädagogik, Bd. 1 – Arbeitsgruppe für Sonder- und Heilpädagogik des Instituts für Erziehungswissenschaft der Universität Wien: Wien, 2-24*
- Diem-Wille, G. (2004): *Psychoanalytische Aspekte der Schwangerschaft als Umgestaltung der inneren Welt der werdenden Eltern.* In: *Psychotherapie Forum* (12), 130-139
- Djordjevic, D., Linderkamp, O., Brüssau, J., Cierpka, M. (2007): *Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden der Mutter und der Herzfrequenzvariabilität von Frühgeborenen.* In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* (56), 852-869
- Drave, W., Rumpel, F., Wachtel, P. (Hrsg.) (2000): *Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung. Allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK) mit Kommentaren.* Bentheim: Würzburg
- EFCNI (2010): *EU Benchmarking Report. Too little, too late?* In: URL: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Presse/pdf/de/german_translation_of_benchmarking_report.pdf (23.01.2011)

- Fegert, J.M. (2000): Die Geburt und Entwicklung des frühgeborenen Kindes aus kinderneuropsychiatrischer psychotherapeutischer Sicht. In: Friese, K., Plath, C., Briese, V. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Springer: Berlin. 384-394
- Fivaz-Depeursinge, E.; Corboz-Warnery, A. (2001): Das primäre Dreieck. Vater, Mutter und Kind aus entwicklungs-theoretisch-systemischer Sicht. Carl-Auer-Systeme Verlag: Heidelberg
- Fleischhauer, A. (2007): Stillen von Frühgeborenen. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.): Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik. o. A.: Frankfurt am Main, 28-37
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg
- Flick, U., Kardoff v., E., Steinke, I. (2010): Was ist qualitative Forschung. Einleitung und Überblick. In: Flick, U., Kardoff v., E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg, 13-29
- Freud, S. (1917): Zur Einführung in den Narzissmus. In: Gesammelte Werke Band 10. Fischer-Verlag: Frankfurt, 138-170
- Freud, W. E. (1991): Das „Whose Baby?-Syndrom“. Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatalogie. In: Stauber, M., Conrad, F., Haselbacher, G. (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1990/91. Springer: Berlin, 123-135
- Friebertshäuser, B., Langer, A. (2010): Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, B., Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag: Weinheim, München, 437-455
- Fröhlich A., (1997): Zu früh für diese Welt? Pädagogische Überlegungen zu einem angemessenen Lebensbeginn frühgeborener Kinder. Zeitschrift für Heilpädagogik 48 (5), 178-183
- Froschauer, U., Lueger, M. (2003): Das qualitative Interview. WUV: Wien
- Ganseforth, C., Kribs, A., Gontard, A., u.a. (2002): Die Bedeutung biologischer und psychosozialer Einflussfaktoren für das Belastungs- und Bewältigungserleben von Müttern Frühgeborener < 1500 g in den ersten Lebensmonaten des Kindes. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie (206), 228-235
- Gehrmann, A., Köhler-Sarimski, U., Roos, R., Sarimski, K. (2010): Belastungserleben von Müttern ehemals sehr früh geborener Kinder und Zufriedenheit mit der Unterstützung in einem interdisziplinären Nachsorgeprojekt. Ergebnisse einer retrospektiven Befragung. In: Frühförderung interdisziplinär (29), 99-111
- Gläser-Zikuda, M. (2011): Qualitative Auswertungsverfahren. In: Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C., Gnie-wosoz (Hrsg.): Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 109-119
- Gläser, J., Laudel, G. (2004): Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Gloger-Tippelt, G. (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Kohlhammer: Stuttgart
- Gratzenberger, K. (2004): Auswirkungen der besonderen Versorgung eines frühgeborenen Kindes auf dessen Verhalten im ersten Lebensjahr. Überlegungen bezüglich des Versorgt-Werdens mit Nahrung basierend auf Ergebnissen einer Infant Observation nach der Tavistock Methode. Diplomarbeit: Universität Wien
- Grieser, J. (2007): Freiheit und Entwicklung im triangulären Raum. In: Psyche, 61, 560-589
- Grieser, J. (2008): Die psychosomatische Triangulierung. In: Forum der Psychoanalyse, 24, 125-146
- Hantsche, B., Henze, K.H., Piechotta, G. (1992): Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (41), 129-139
- Harms, K. (2000): Erstversorgung von sehr unreifen Frühgeborenen. In: Friese, K., Plath, C., Briese, V. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Springer: Berlin. 339-356
- Hauser, H. (2011): Frühgeborene fit fürs Leben machen. In: Pharmazie Sozial 04/11, 14-15
- Heinen, N., Wigger-Toelstede, R. (1999): Erwartungen der Eltern frühgeborener Kinder an die Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär (18), 59-68
- Heinen, N., Simon, J. (1998): Frühgeborene Kinder und ihre Eltern in der Frühförderung. In: Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. (Hrsg.): Frühförderung und Integration. Ernst Reinhardt Verlag: München, 87-105
- Heinke, N., Reuter, L. (2008): Frühgeburten. An Drähten und Schläuchen. Frankfurter Rundschau. In: <http://www.fr-online.de/wissenschaft/an-draehten-und-schlaeuchen/-/1472788/3268508/-/index.html> (25.01.2011)
- Helfferich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 3. Auflage
- Helfferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 4. Auflage
- Helmer, H. (2007): Definitionen in der Geburtshilfe: Frühgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt. In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe (25), 7-8
- Hepper, P.G. (2005): Das fetale Verhalten und seine Funktion für die menschliche Entwicklung. In: Krens, I., Krens, H. (Hrsg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 63-82
- Hernandez-Reif, M. (2008): Effekte von Berührung und Massage auf Kinder und Eltern. In: Brisch, K.H., Hellbrügge, T. (Hrsg.): Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Klett-Cotta: Stuttgart, 104-116
- Höck, S. (1999): Beratungsangebote für Familien mit sehr kleinen Frühgeborenen aus dem Blickwinkel kindlicher Aspekte. In: Frühförderung Interdisziplinär (18), 49-58

- Honer, A. (2003): Interview. In: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Leske + Budrich: Opladen, 94-99
- Hopfner, R.J. et al. (2005): Erstversorgung und Reanimation von Frühgeborenen. In: Notfall + Rettungsmedizin (8), 334-341
- Hünslers, Ch. (2005): Schmerzen bei Frühgeborenen. In: Informationsbroschüre. Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 28-36
- Huppertz, Ch. (2005): Können Umgebungsfaktoren die neurologische Entwicklung eines frühgeborenen Kindes beeinflussen? In: Informationsbroschüre. Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 14-22
- Hussy, W., Schreier, M., Echterhoff, G. (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg
- Huter, M. (2004): Sanfte Frühgeborenenpflege. Auswirkungen auf die Bindung und emotionale Entwicklung des Kindes. Hans Huber: Bern
- Israel, A., Reißmann B. (2008): Früh in der Welt. Das Erleben des Frühgeborenen und seiner Eltern auf der neonatologischen Intensivstation. Brandes & Apsel: Frankfurt am Main
- Janus, J. (2002): Die lebensgeschichtliche Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt. In: Bildungshaus St. Virgil (Hrsg.): Miteinander vertraut werden. Pränatale und Perinatale Psychologie. Salzburger Druckerei: Salzburg, 5-10
- Jong, T.M. de, Cremer, A.F. (1998): Im Dialog mit dem Ungeborenen. Walter Verlag: Düsseldorf
- Jong, T.M. de, (o. A.): Berührung in den ersten Stunden und Tagen nach der Frühgeburt. Die Rolle des Körperkontakts für eine positive Kindsentwicklung. In: URL: <http://www.kinesiologiebalance.at/pdf/EVFK%20Dejong%2007-07.pdf> (23.01.2011)
- Jonas, M. (1994): Behinderte Kinder – behinderte Mütter? Fischer: Frankfurt
- Jorch, G. (2007): Die neonatologische Intensivstation – das erste Zuhause eines Frühgeborenen. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.): Zu früh geboren. Senger Druck: Augsburg, 7-11
- Jotzo, M. (2005): Eltern in der Neonatologie. Das Trauma Intensivbehandlung. In: Informationsbroschüre. Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 58-67
- Jotzo, M., Poets, C. (2005): Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. Pediatrics (115), 915-919
- Jotzo, M., Schmitz, B. (2002): Traumatisierung der Eltern durch die Frühgeburt des Kindes. Psychotraumatologie. In: URL: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/psychotrauma/doi/10.1055/s-2002-33383> (09.01.2011)
- Kaplan, D.M., Mason, E.A. (1960): Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. American Journal of Orthopsychiatry (30), 539-552
- Kirschner, W., Hoeltz, J. (2000): Epidemiologie der Frühgeburtlichkeit. In: Friese, K., Plath, C., Briese, V. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Springer: Berlin, 117-124
- Klitzing, K. von (2005): Eltern-Kind-Beziehung in der Pränatalzeit und Entwicklung des Kindes. Von der Vorstellungswelt der Eltern zur Eltern-Kind-Interaktion. In: Krens, I., Krens, H. (Hrsg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 123-133
- Kluge, C. (2010): Auswirkungen von Schwierigkeiten der Selbstregulation bei frühgeborenen Kindern und ihren Eltern. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. (Hrsg.): Frühgeborene in der Kinderarztpraxis. gmz: Frankfurt am Main, 45-50
- Korsch, E. et al. (2003): Aggressives Verhalten von Eltern und Angehörigen gegenüber Krankenhausärzten in der Kinderheilkunde. In: Monatsschrift Kinderheilkunde (12), 1291-1297
- Krüll, M. (2009): Die Geburt ist nicht der Anfang. Die ersten Kapitel unseres Lebens – neu erzählt. Klett-Cotta: Stuttgart
- Kruschwitz, S. (2010): Der niedergelassene Kinderarzt und die psychosoziale Elternbegleitung. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. (Hrsg.): Frühgeborene in der Kinderarztpraxis. gmz: Frankfurt am Main, 54-57
- Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Lamnek, S. (2002): Qualitative Interviews. In: König, E., Zedler, P. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Grundlagen und Methoden. Beltz Verlag: Weinheim, Basel, 157-193
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag: Weinheim
- Legewie, H. [2011b]: Interviewformen in der Forschung. In: URL: http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_9.pdf (06.04.2011), 1-21
- Legewie, H. [2011c]: Qualitative Forschung und der Ansatz der Grounded Theory. In: URL: http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_11.pdf (06.04.2011), 1-18
- Leon, I.G. (1990): When a baby dies: Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss. Yale University Press: New Haven and London
- Linderkamp et al. (2004): Das Konzept der Sanften Pflege frühgeborener Kinder – Eine Übersicht. In: Kinderkrankenschwester (23), 312-316
- Linderkamp, O. (2005): Das Frühgeborene – der Fetus in der Intensivstation. In: Krens, I., Krens, H. (Hrsg.): Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 106-122

- Lotz, D. (2009): Heilpädagogische Unterstützung von Familien und Kindern bei Erziehungsproblemen. In: Greving, H., Ondracek, P. (Hrsg.): *Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsorientierte Heilpädagogik*. Kohlhammer: Stuttgart, 83-106
- Lüders, C., Reichertz, J. (1986): Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum – Bemerkungen zur Entwicklung qualitativer Sozialforschung. *Sozialwissenschaftliche Rundschau*, 12, 90-112
- Marcovich, M. (1996): Medizin und Mutternähe in der Betreuung von Neugeborenen – Wieso glauben wir an die Überlegenheit der medizinischen Technik? In: *Frauen – Willige Opfer der Medizin? Wissenschaftliches Einsiedler Symposium*. Einsiedeln, 41-47
- Marcovich, M., de Jong, T.M. (2008): Frühgeborene – zu klein zum Leben? Geborgenheit und Liebe von Anfang an. Kösel-Verlag: München
- Marotzki, W. (2003): Leitfadeninterview. In: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.): *Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Leske + Budrich: Opladen, 114
- Mayer, H.O. (2002): Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. Oldenburger Wissenschaftsverlag: München
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag: Weinheim, Basel
- Mayring, P. (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag: Wiesbaden, Basel. 9. Auflage
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag: Wiesbaden, Basel. 11. Auflage
- Mayring, P. (2010b): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 601-613
- Mayring, P., Brunner, E. (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Buber, R., Holzmüller, H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung. Konzepte-Methoden-Analysen*. Gabler-Verlag: Wiesbaden, 669-680
- Mayring, P., Gahleitner, S. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Bock, K., Miethe, I. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. Verlag Barbara Budrich: Opladen, Farmington Hills, 295-304
- Meddur-Gleissner, S. (2010): Psychoanalytische Unterstützung für Frühgeborene und ihre Eltern. In: Heinemann, E., Hopf, H. (Hrsg.): *Psychoanalytische Pädagogik. Theorien. Methoden. Fallbeispiele*. Kohlhammer: Stuttgart, 59-77
- Meduniqua (2010): Immer mehr Frühgeburten in Österreich. In: URL: [http://www.meduniqua.at/Magazin/Medizin_Gesundheit/Immer_mehr_Fruehgeburten_in_Oesterreich/\(09.01.2011\)](http://www.meduniqua.at/Magazin/Medizin_Gesundheit/Immer_mehr_Fruehgeburten_in_Oesterreich/(09.01.2011))
- Meuser, M. (2003): *Inhaltsanalyse*. In: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.): *Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Leske + Budrich: Opladen, 89-91
- Meuser, M., Nagel, U. (2003): *Experteninterview*. In: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.): *Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Leske + Budrich: Opladen, 57-58
- Mey, G., Mruck, K. (2010): *Interviews*. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 423-435
- Meyer, C., Garcia-Coll, C., Lester, B., Boukydis, Z., McDonough, S., Oh, W. (1994): Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. *Pediatrics* (118), 241-246
- Miles, M.S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T.A., Scher, M. (2007): Depressive Symptoms in Mothers of Prematurely Born Infants. *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, Vol. 28(1), 36-44
- Montagu, A. (1974): *Körperkontakt: Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen*. Ernst Klett Verlag: Stuttgart
- Müller-Rieckmann, E. (1993): *Das frühgeborene Kind in seiner Entwicklung. Eine Elternberatung*. Ernst Reinhardt Verlag: München
- Nelsen, E. (2005): Stillen von Frühgeborenen. In: Informationsbroschüre. Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., 36-52
- Nohl, A.M. (2008): *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Obladen, M. (2011a): Grenzen der Neugeborenenintensivmedizin. In: Maier, R.F., Obladen, M. (Hrsg.): *Neugeborenenintensivmedizin*. Springer-Verlag: Berlin, 537-548
- Obladen, M. (2011b): Eltern auf der Intensivstation. In: Maier, R.F., Obladen, M. (Hrsg.): *Neugeborenenintensivmedizin*. Springer-Verlag: Berlin, 549-559
- Olbrich, E., Brüderl, L. (1995): Frühes Erwachsenenalter. Partnerwahl, Partnerschaft, Elternschaft. In: Oerter R., Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: München
- Ondracek, P. (2009): Heilpädagogische Unterstützung von Menschen mit seelischer Belastung/Verletzung. In: Greving, H., Ondracek, P. (Hrsg.): *Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsorientierte Heilpädagogik*. Kohlhammer: Stuttgart
- Panagl, A. (1998): *Die Känguruhmethode. Die Auswirkungen des Hautkontaktes auf frühgeborene Babys und ihre Mütter*. Diplomarbeit: Universität Wien
- PerkinElmer (2009): *Die Frühgeburt – Herausforderungen und Chancen für die Prognose und Prävention*, PerkinElmer, Inc., Finnland
- Porz, F. (2010): *Entwicklungsfördernde Betreuung*. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ (Hrsg.): *Entwicklungsprognose frühgeborener Kinder*. Senger Druck GmbH: Augsburg, 25-28

- Pschyrembel (2010): Klinisches Wörterbuch 2011. De Gruyter: Berlin
- Ramsauer, B. (2010): Geburthilfliche Kriterien für Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit. In: Der Gynäkologe (6), 464-471
- Raphael-Leff, J. (1993): Pregnancy: the inside story. Sheldon: London
- Reinders, H. (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. Oldenburger Wissenschaftsverlag: München
- Reinders, H. (2011): Interview. In: Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C., Gniewosz (Hrsg.): Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 85-97
- Roos, R., Grenzler-Boroviczény, O., Proquitté, H. (2001): Checkliste. Neonatologie. Das Neo-ABC. Thieme: Stuttgart
- Sarimski, K. (1999): Beratung für psychisch besonders belastete Eltern frühgeborener Kinder. In: Frühförderung interdisziplinär (18), 35-41
- Sarimski, K. (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Hogrefe-Verlag: Göttingen
- Sarimski, K., Porz, F. (o. J.): Chancen und Risiken frühgeborener Babys. In: Informationsbroschüre. Frühgeborene in den ersten Lebenswochen. Bundesverlag „Das frühgeborene Kind“ e.V.: Frankfurt a. M., 8-9
- Sawlewsky (2000): Moritz. In: »Das frühgeborene Kind e.V.« (Hrsg.): Es kam alles ganz anders. Ein Buch für Eltern, denen ein Frühchen geschenkt wurde. Eigenverlag: Heidelberg, 104-108
- Schleske, G. (2007): Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung. In: Brisch, K. H. (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung: Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Klett-Cotta: Stuttgart, 13-39
- Schleske, G. et al. (2001): Konzepte einer psychodynamisch orientierten kinderpsychiatrischen Liaisonstätigkeit auf einer neonatologischen Intensivstation. In: Pedrina, F. (Hrsg.): Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Psychoanalytische Interventionen in interdisziplinären Kontexten. edition diskord: Berlin, 119-137
- Schnell, R. et al. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. R. Oldenbourg Verlag: München
- Schmidt, B. (2010): Familienorientierte Betreuung in der Neonatologie. In: URL: http://www.stillen.de/we_stillen/pdf/publikationen/familienorientierte-Neonatologie-B.-Schmidt-KKS-02.2010.pdf (28.03.2011)
- Schmidt, C. (2010): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U., Kardoff v., E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg, 451-453
- Schreier, M. (2010): Fallauswahl. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 238-249
- Singer, L.T., Davillier, M., Bruening, P., Hawkins, S., Yamashita, T.S. (1996): Social Support, Psychological Distress and Parenting Strains in Mothers of very Low Birthweight Infants. Family Relations (45), 343-350
- Singer, L.T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., Baley, J. (1999): Maternal Psychological Distress and Parenting Stress after the Birth of a very Low-Birth-Weight Infant. Journal of the American Medical Association (281), 799-805
- Simon, T. (2011): Klinische Heilpädagogik. Kohlhammer: Stuttgart
- Sontheimer, D. (2005): Känguruhing – nicht nur neben dem Inkubator. In: Informationsbroschüre. Neue Wege gehen. Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V, 53-57
- Spatz, M. (2004): Über die Bedeutung spezifischer Beziehungserfahrungen bei der Beobachtung eines frühgeborenen Kindes nach der Tavistock Methode. Diplomarbeit: Universität Wien
- Steinke, I. (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardoff v., E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg, 319-331
- Stening, W. (2007): Die Känguruh-Methode. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (Hrsg.): Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik. o. A.: Frankfurt am Main, 19-24
- Stern, D.N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Klett-Cotta: Stuttgart
- Strachota, A. (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. Literas-Universitätsverlag: Wien
- Straub, J. (2010): Erzähltheorie/Narrationen. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, 136-150
- Strohofer, I. (2005): Heilpädagogische Frühförderung und Neonatologie. Die Betreuung und Begleitung von Familien mit einem frühgeborenen Kind als Handlungsfeld für Frühförderinnen. Diplomarbeit: Universität Wien
- Thomae, H. (Hrsg.) (1975): Die Motivation Menschlichen Handelns. Klempner & Witsch: Köln
- Tracey, N. (2000): Prematurity and the dynamics of pregnancy. In: Tracey, N. (Hrsg.): Parents of premature infants. Their emotional world. Whurr Publishers: London, 27-50
- Uhlemann, M., Plath, C., Pap, S. et al. (2000): Sanfte Pflege und Stimulation Frühgeborener während der Intensivpflege. In: Friese, K., Plath, C., Briese, V. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Springer: Berlin. 359-371
- Unger, U., Rammseyer, T. (1996): „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“. Eine Literaturübersicht zum Post-Partum-Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In: Brähler, E., Unger, U. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Westdeutscher Verlag: Opladen, 153-173

- Uvnäs-Moberg, K. (2007): Die Bedeutung des Hormons „Oxytocin“ für die Entwicklung der Bindung des Kindes und der Anpassungsprozesse der Mutter nach der Geburt. In: Brisch, K. H. (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung: Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Klett-Cotta: Stuttgart, 183-212
- Vonderlin, E.M. (1999): Frühgeburt. Elterliche Belastung und Bewältigung. Edition Schinderle: Heidelberg
- Vonderlin, E.M. (1999b): Die Bedeutung von Gesprächsgruppen für die Bewältigung einer Frühgeburt. In: Frühförderung interdisziplinär (18), 19-27
- Warren, B. (2000): The premature infant in the mind of the mother. In: Tracey, N. (Hrsg.): Parents of premature infants. Their emotional world. Whurr Publishers: London, 67-84
- Warren, I. (o. J.): Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie. In: EFCNI Deutschland (Hrsg): Bindung & Pflege von Frühgeborenen. Ein Ratgeber für Eltern und Betroffene. o. A., 30-45
- Wimmer-Puchinger, B. (1992): Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Springer: Berlin
- Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus: Frankfurt
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: URL: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> (28.01.2011)
- Wustmann, C. (2009): Die Erkenntnisse der Resilienzforschung – Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. In: Psychotherapie Forum (17), 71-78
- Wobrazek, S. (2010): Ärzte fordern In-vitro-Regulierung. In: Wochenzeitung NEWS (47), 52
- Wolff, F. (2007): Grenzen des Lebens. In: Der Gynäkologe (40), 78-84
- Zanin, O. (Hrsg.) (1995): Meine ersten 12 Monate. Ein Ratgeber für Mütter und Väter. o. A.

ANHANG A

EINLADUNG ZUM INTERVIEW ||

Sehr geehrte Interessentinnen!

Mein Name ist Carmen Walter und ich studiere Pädagogik am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich untersuchen, wie Mütter die verfrühte Geburt ihres Kindes erleben und wie sie mit dieser besonderen Situation umgehen.

Für dieses Vorhaben suche ich Mütter, deren Kinder zwischen null und drei Jahre alt sind und die bereit sind, mir aus ihrer Sicht die Erlebnisse rund um die ersten Wochen und Monate nach der Frühgeburt ihrer Tochter/ihres Sohnes zu erzählen.

Wissenswertes zum Interview:

- Das Interview wird sich wie ein Gespräch gestalten. Ich werde dabei einige Fragen an Sie richten, auf deren Basis Sie die Möglichkeit haben, über Erlebtes zu erzählen.
- Im Zentrum des Gespräches soll Ihr Erleben als Mutter eines Frühchens in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt stehen (Wie sind Sie persönlich mit dieser besonderen Situation umgegangen?).
- Die Inhalte des Gespräches werden vertraulich behandelt! D.h., alles, was Sie mir erzählen, wird ausschließlich in anonymisierter Form für die Untersuchung herangezogen.
- Das Gespräch wird etwa 40 bis 60 Minuten dauern.
- Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet, da die Gesprächsinhalte danach wörtlich niedergeschrieben und wissenschaftlich ausgewertet werden.
- Ob das Interview in Ihrem privaten Umfeld oder in einem ruhigen Cafe' durchgeführt wird, überlasse ich Ihrer Wahl.
- Die Ergebnisse der Untersuchung sollen auch dazu dienen, die Unterstützungsmöglichkeiten für Mütter in dieser Lebenssituation gemäß ihren Bedürfnissen noch weiter zu verbessern.

- Falls Interesse an den Ergebnissen der Untersuchung besteht, bin ich gerne bereit, nach Abschluss meiner Diplomarbeit ein weiteres Treffen mit Ihnen zu vereinbaren, bei dem wir uns über Resultate der Analyse unterhalten.

Das Gespräch sollte im Zeitraum zwischen Ende Mai 2011 und Mitte Juni 2011 stattfinden. Ein konkreter Termin kann flexibel vereinbart werden.

Wenn Sie Interesse an einem Interview haben, bzw. nähere Informationen darüber einholen möchten, dann ersuche ich Sie um Kontaktaufnahme. Sollten Sie sich selbst nicht angesprochen fühlen, jedoch jemanden kennen, der eventuell interessiert sein könnte, freue ich mich über die Weiterleitung meines Anliegens.

Ich würde mich freuen, wenn Sie Zeit für ein Gespräch mit mir finden!
Vielen Dank für Ihr Interesse!

Carmen WALTER

Kontakt:

F. Andristr. 2/3
3340 Waidhofen an der Ybbs
07442/55821
car-men@gmx.at

||

ANHANG B

INTERVIEWLEITFADEN

GESPRÄCHSEINSTIEG

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, mit mir das Interview zu führen! Ich möchte mich nochmals kurz vorstellen: Mein Name ist Carmen Walter. Ich studiere Pädagogik am Institut für Bildungswissenschaft der Uni Wien und schreibe zurzeit an meiner Diplomarbeit.

Wie schon durch den Aushang/Frau XY ersichtlich geworden ist, möchte ich im Rahmen meiner Diplomarbeit der Frage nachgehen, wie Mütter von Frühgeborenen die ersten Wochen/Monate nach der Entbindung erleben und wie sie mit der Situation danach umgehen.

Wie wir bereits im Vorfeld vereinbart haben, werde ich das Interview auf Tonband aufnehmen! Es wird von mir danach **wortwörtlich transkribiert** (also niedergeschrieben). Deshalb ist es notwendig, dass alles, was im Interview zur Sprache kommt auch aufgezeichnet wird. **Alles, was Sie mir erzählen, wird von mir anschließend anonymisiert** d.h. das ausgewertete Material bleibt somit auch innerhalb der Diplomarbeit anonym. Eine Interview-Transkription soll als Bsp. im Anhang der Diplomarbeit beigefügt werden – Insofern können Sie sich entscheiden, ob die Transkription ihres Interviews natürlich in anonymisierter Form dazu verwendet wird. Sie sind auf den Aufruf zum Interview durch Aushang/Frau XY aufmerksam geworden? (Vermittlungsperson nochmals ansprechen – Vertrauensbildung). Das Interview wird in etwa 40-60 min. dauern.

Im Verlauf des Gespräches werde ich immer wieder versuchen, das **von Ihnen Gesagte mit meinen eigenen Worten zusammenzufassen**. Dies dient dazu, dass ich sicher gehen kann, dass ich Sie richtig verstanden habe. Ich ersuche Sie deshalb, Ergänzungen oder Korrekturen vorzunehmen, sobald Sie merken, dass sie etwas anders gemeint haben, als ich es wiederhole bzw. dass ich etwas ausgelassen habe.

Falls etwas unklar ist, fragen Sie bitte jederzeit einfach nach!

Ist von Ihrer Seite momentan noch eine Frage offen?

SOZIALDATEN

Bevor wir mit dem eigentlichen Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch kurz ein paar Fragen zu Ihrer Person stellen.

- Alter
- Familienstand
- Wohnort (bzw. Ort der Entbindung)
- Kinder
- Name des Kindes
- Zeitpunkt der verfrühten Geburt
- Dauer des Aufenthalts des Kindes in der Klinik

HAUPTTEIL/ERZÄHLPHASE

THEMA: ERLEBEN | SCHWANGERSCHAFT | ÜBERGANG ZUR MUTTERSCHAFT

Kommen wir zum eigentlichen Teil des Interviews: Wie ich bereits angeschnitten habe, möchte ich über Ihr Erleben der verfrühten Geburt von NAME sprechen, beginnen möchte ich mit der Zeit der Schwangerschaft.

Wenn Sie sich nun an die Zeit der Schwangerschaft zurückerinnern:

- **Wie haben Sie sich das zukünftige Leben mit NAME während der Schwangerschaft vorgestellt bzw. gewünscht?**
 - AF: Welche Gedanken bzw. Bilder gingen Ihnen durch den Kopf, wenn Sie sich überlegten, wie sich das Leben mit NAME gestalten würde?
- **Wann gab es bereits irgendwelche Anzeichen bzw. Indikatoren, die auf das Risiko einer verfrühten Geburt hindeuteten?**
 - AF: Wann hatten Sie bereits Hinweise, dass Sie sich auf eine Frühgeburt einstellen müssen?

EF: Wie haben sich Ihre Gedanken/Vorstellungen ab dem Zeitpunkt des Wissens von einer möglichen Frühgeburt verändert?

PARAPHRASE

THEMA: ERLEBEN | FRÜHGEBURT

Wir haben uns bereits über Ihre Schwangerschaft unterhalten. Nun möchte ich mit Ihnen konkret auf die Frühgeburt näher eingehen:

- **Wie ist die verfrühte Geburt von NAME dann tatsächlich verlaufen?**
 - AF: Wie haben Sie die Situation bei der Entbindung erlebt bzw. in Erinnerung?
- **Welche medizinischen Maßnahmen wurden aufgrund des Gesundheitszustandes von NAME sofort gesetzt?**
 - AF: Wie wurde NAME medizinisch versorgt?
- **Zu welchem Zeitpunkt durften Sie erstmals zu NAME direkt Kontakt aufnehmen?**
 - AF: Wann haben Sie Ihr Kind nach der Geburt zum ersten Mal gesehen?

PARAPHRASE

THEMA: ERLEBEN | NEointensive Station | Versorgung

An Ihre Erzählung über die Geburt anschließend, würde ich Sie bitten, mir ein wenig Einblick zu geben:

- **Wie die neointensive Atmosphäre hinsichtlich der vielen technischen Geräte (Inkubatoren, etc.), auf Sie persönlich gewirkt hat?**
 - AF: Welche Erinnerungen haben Sie an die Umgebung auf der Neonatologie?
- **Wie haben Sie den Alltag auf der neointensiven Station als Mutter verbracht bzw. erlebt? Erzählen Sie mir bitte auch, was Ihnen in diesem Zusammenhang als angenehm bzw. unangenehm in Erinnerung ist, und warum?**
 - AF: Wie haben Sie den Alltag auf der Neonatologie in Erinnerung?
- **Wieviel Zeit pro Tag haben Sie in etwa auf der Station verbracht, konnten Sie die Dauer selbst bestimmen oder gab es in dieser Hinsicht Vorgaben vom Spital?**
 - AF: Wie lange waren Sie täglich im Krankenhaus? Inwiefern konnten Sie in dieser Hinsicht selbst entscheiden oder gab es geregelte Besuchszeiten vom Spital?
- **In welcher Art und Weise wurde Ihnen ermöglicht, sich an der Pflege (Stillen, Wickeln, Baden) bzw. der Betreuung (Känguruhen) von NAME zu beteiligen?**

EF: Inwieweit konnten Sie selbst entscheiden, wann und wie Sie Ihr Kind pflegen und versorgen?

EF: Wie haben Sie sich bei der Pflege bzw. Betreuung von Name gefühlt?

PARAPHRASE

THEMA: ERLEBEN | ERSTE ZEIT ZUHAUSE

Sie haben mir bis jetzt von Ihren Erinnerungen und Erlebnissen als NAME im Krankenhaus war erzählt, mich würde noch interessieren:

- **Wenn Sie an den Zeitpunkt der Entlassung von NAME nachhause zurückdenken, welche positiven wie auch negativen Erinnerungen haben Sie in an diese Zeit, und warum?**
 - AF: Wie gestaltete sich die erste Zeit von NAME zuhause sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne? Was waren die Gründe, dass Sie das genau so erlebt hatten?

EF: Wie ist es Ihnen dabei ergangen, plötzlich für das Kind alleine (bzw. mit Ihrem Partner) zu sorgen?

PARAPHRASE

THEMA: UMGANG | BEGLEITUNG

Nachdem wir uns über Ihre Erlebnisse und Erinnerungen im Krankenhaus wie auch in der ersten Zeit zuhause unterhalten haben, möchte ich mit Ihnen nun darüber sprechen:

- **Wie sind Sie persönlich mit der Situation nach der Frühgeburt umgegangen sind?**
- **Welche Formen von Unterstützung haben Sie gehabt – wer oder was hat Ihnen dabei geholfen?**
 - AF: Welche Personen oder „Tätigkeiten“ haben Ihnen persönlich in der Zeit nach der Frühgeburt bis zur Entlassung von NAME nachhause geholfen?
- **Inwiefern ist Ihnen von professioneller Seite durch ÄrztInnen oder Pflegepersonal, in irgendeiner Art und Weise Hilfestellung oder Unterstützung für Sie als Mutter angeboten worden?**
- **Auf welche Bereiche bezog sich ihre Hilfe? (Tipps für Pflege, emotionale Begleitung, oder medizinisch-fachliche Aufklärung)**
- **Wo hätten Sie mehr an Unterstützung gebraucht? Wie hätte das aus Ihrer Sicht besser sein können?**

PARAPHRASE

GENERALPARAPHRASE

GESPRÄCHSABSCHLUSS/VERABSCHIEDUNG

ANHANG C

POSTSKRIPTUM

POSTSTRIPUM

1. Wie ist das Interview zustande gekommen (Kontaktaufnahme mit der Interviewperson etc.)?
2. Wie waren die Rahmenbedingungen des Interviews (Uhrzeit, Dauer, Gebäude, Raum, Einrichtung, Empfang, Anwesende, beobachtete Interaktionen etc.)?
3. Wie ist das Interviewgespräch verlaufen? (Gesprächsdynamik, Auffälligkeiten, Gefühle, mögliche situative und nonverbale Aspekte im Gesprächsverlauf etc.)?
4. Welche Auswirkungen könnte die soziale Situation zwischen Interviewperson und Interviewerin bzw. die Interviewsituation auf die Aussagen haben?
5. Was geschah vor und nach dem ‚offiziellen‘ Interview bzw. der Tonbandaufzeichnung (von der Interviewperson geäußerte Erwartungen an das Interview, Nachfragen seitens der Interviewperson etc.)?
6. Was wären erste Annahmen/Thesen/Interpretationsansätze zum Interview (Grobe Anskizzierung der Gesprächsinhalte, möglicher situativer und nonverbaler Aspekte, Schwerpunktsetzungen, Redundanzen, Ambivalenzen mit Blick auf die Auswertung etc.)?

ANHANG D

KATEGORIENSYSTEM

Erleben der Schwangerschaft | Übergang zur Mutterschaft:

- I. **Mütterliche Vorstellungen in der Schwangerschaft** (Aussagen (Wünsche, Erwartungen, Gedanken, Sorgen, Bilder) wie sich das zukünftige Leben mit dem Ungeborenen gestalten wird)
- II. **Mütterliche Erinnerungen an die Schwangerschaft** (Aussagen (Gedanken, Sorgen, Ängste, situative Schilderungen) wie die Mutter die Schwangerschaft (auch im Hinblick auf Frühgeburtsbestrebungen) in Erinnerung hat)

Erleben der Frühgeburt:

- III. **Erleben der Frühgeburt** (Aussagen darüber, wie die Mutter die Situation bei der Geburt ganzheitlich betrachtet (emotional; Ablauf/Prozedere an sich; unmittelbare kindliche (medizinische) Versorgung) erlebt bzw. in Erinnerung hat)
- IV. **Erleben der ersten Kontaktaufnahme mit dem Kind** (Aussagen (Gedanken, Ängste, Belastungen) darüber, wann, wo und unter welchen Rahmenbedingungen die Mutter das Kind zum ersten Mal gesehen hat)

Erleben auf der neointensiven Station | Versorgung vor Ort:

- V. **Erleben der neointensiven Atmosphäre im Spital** (Aussagen (Gedanken, Belastungen, Sorgen) darüber, wie das stationäre Umfeld (insbesondere auch die medizinisch-technischen Apparate) auf die Mutter gewirkt hat(ben))
- VI. **Erleben des Alltags auf der Neonatologie** (Aussagen von positiven und negativen Erinnerungen, die die Mutter an die Zeit, als sie beim Kind war, das noch stationär versorgt wurde, hat; Beschreibungen über das Ausmaß der dort verbrachten Zeit der Mutter)
- VII. **mütterliche Partizipation an der kindlichen Pflege/Betreuung** (Aussagen über die Art und Weise, wie sich die Mutter an der Pflege (Wickeln, Stillen, Körperpflege, Kängruhen) des Kindes beteiligen konnte; wie auch ihre damit in Verbindung stehenden emotionalen Erinnerungen (Gedanken, Ängste, Belastungen, Schwierigkeiten)
- VIII. **Erleben des Verhaltens des Personals auf der Neonatologie** (Aussagen über das Verhalten und den Umgang der Ärzte/innen & Schwestern der Mutter (ihren Sorgen, Ängsten, Belastungen, einer etwaigen Beteiligung dieser an der alltäglichen Pflege/Betreuung des Kindes) gegenüber)

Erleben der ersten Zeit zuhause:

- IX. **Erleben der ersten Zeit zuhause** (Aussagen über positive Erinnerungen und eventuelle Schwierigkeiten (psychische & physische Belastungen) an die erste gemeinsame Zeit mit dem Kind zuhause)

Umgang der Mutter mit/nach der Frühgeburt:

- X. **Persönliche Umgang mit der Situation bei/nach der Frühgeburt** (Aussagen über individuell erachtete „Hilfen“ (Tätigkeiten, Personen (aus institutionellem & privaten Umfeld) sowie Rahmenbedingungen, um mit den Konsequenzen der Frühgeburt umzugehen)

Ausblick:

- XI. **Wünschenswerte, hilfreiche Unterstützung** (Aussagen über etwaige unterstützende Aspekte, die sich die Mutter in der Situation, retrospektiv betrachtet, gewünscht bzw. nicht vorgefunden hat, die sie aber für wichtig erachtet)

ANHANG E

BEISPIELINTERVIEW

Dauer: 43,21 min

Also, nochmals herzlichen Dank, dass Sie sich für das Gespräch Zeit nehmen. Ich schreibe zurzeit an meiner Diplomarbeit und beschäftige mich mit dem mütterlichen Erleben nach einer Frühgeburt und möchte auch gerne wissen, wie Sie dann damit umgegangen sind. Ich hab´ es eh schon vorher kurz angesprochen, dass ich das Interview im Anschluss transkribieren, also wörtlich niederschreiben werde, um dann wissenschaftlich auswerten zu können. Und natürlich alles, was Sie mir hier sagen, wird natürlich anonymisiert weiter verarbeitet. Ich werde dann auch teilweise, eben das, was Sie mir erzählen, zusammenfassen, um sicherzugehen, dass ich Sie richtig verstanden habe. Und wenn Sie dann merken, ich habe irgendetwas missverstanden, dann können Sie mich gerne korrigieren. Wenn von Ihrer Seite bis jetzt alles klar ist, dann können wir jetzt mit den Fragen beginnen. Gerne. Bevor wir jetzt mit dem eigentlichen Erleben beginnen, bräuchte ich noch vorab ein paar Randinformationen.

Jetzt kommen wir zum eigentlichen Teil des Interviews. Wie ich angeschnitten habe, geht es um das Erleben einer Frühgeburt. Mich würde jetzt als Erstes interessieren, welche Erinnerungen Sie an die Zeit der Schwangerschaft haben. Wenn Sie sich so zurückerinnern, wie haben Sie sich so das zukünftige Leben mit Tobias während der Schwangerschaft vorgestellt bzw. gewünscht?

(seufz) Also ich muss da einfach einmal ein bisschen ausholen. (Haha). Der Moritz, also mein Großer, war irrsinnig pflegeleicht. Also so ein richtiges Anfängerkind, (haha) sag ich jetzt einmal. Und ich hab mir schon gedacht, dass es nicht so einfach ist. Man hört ja immer, ah, die sind ja alle total verschieden. Da war schon irgendwie so ein bisschen ein Bammel halt. Die Schwangerschaft selber, war nie so entspannt, wie sie hätte sein sollen, oder wie es bei Moritz war. Also wirklich von Beginn an. Ich hatte Blutungen ziemlich am Anfang gehabt. Das ist dann ein Polyp am Muttermund festgestellt worden. Zuerst hat´s dann geheißt, er kommt weg. Dann hat es geheißt, nein, das ist zu gefährlich. Die haben dann aufgehört die Blutungen. Dann ist festgestellt worden, dass der Gebärmutterhals sehr verkürzt ist. Und damit hat es dann ab dem vierten Monat geheißt, schonen, im fünften Monat dann überhaupt eher halt liegen. Allerdings zuhause. **Mhm.** Ja, großteils also zu liegen eben, ja. Der Moritz ist gerade in die Schule natürlich auch gekommen. Der hat jetzt im September begonnen. Anfang September war ich dann das erste Mal länger im Spital, um schon prophylaktisch die Lungenreife zu bekommen. Ah, es war immer irgendwie so Sorge. Also es war Sorge immer schon der Überbegriff der Schwangerschaft. **Mhm. Haben Sie sich dann schon im Vorhinein in irgendeiner Art und Weise darauf einstellen können, dass Sie eventuell mit einer Frühgeburt rechnen müssen?** Es ist gesagt worden, eben durch den verkürzten Gebärmutterhals, dass er früher kommen könnte. Ja, aber man will das ja gar nicht wahrhaben. Man zählt halt dann immer die Wochen so halt. So, wieder eine Woche geschafft, von selbst. **Mhm.** Ja aber wirklich, OK, das kann auch mir passieren, das war nicht da. **Zu welchem Zeitpunkt haben Sie da die Ärzte dann darauf vorbereitet, dass es eventuell sein könnte?** So eineinhalb Monate vorher halt, ja! **Was waren da so die größten Sorgen oder Gedanken in dieser Zeit, die Ihnen da so durch den Kopf gegangen sind.** Ja, dass er es halt ganz einfach nicht schafft. **Also weniger die Entwicklung nachher, sondern ob er es überhaupt schafft.** Genau. **OK.** Ich glaub´, so weit kommt man noch gar nicht, was dann nachher ist, das ist jetzt noch gar nicht da. Oder der Gedanke, wie komme ich, wie kommen wir damit klar. **Also, Sie haben mir schon von Ihrer Schwangerschaft erzählt. Dass es im Grunde verglichen mit Ihrer ersten Schwangerschaft vom Ganzen her, etwas angespannter war. Dass Sie relativ früh schon aufgrund medizinischer Indikatoren vorbereitet waren, dass es eventuell sein könnte, dass Tobias zu früh auf die Welt kommt. Dass Sie sich da Sorgen um das Leben nach der Geburt und auch der Geburt selber machten. Auch wie sozusagen das Umfeld oder die Familie damit zurecht kommen könnte. Jetzt würde mich interessieren, wie die verfrühte Geburt von Tobias dann tatsächlich verlaufen ist, bzw. was Sie da noch so in Erinnerung haben.** Also es ist in der Nacht von Samstag auf Sonntag, habe ich dann einen Blasensprung bekommen. Halt. Ja, da bricht dann ganz einfach alles zusammen. Da denkt man sich dann einfach, oh Gott. Bin dann ins Spital hinein gekommen. Dann haben sie mich untersucht und haben eben gesehen; OK., das Fruchtwasser ist also weg. Wobei mir gesagt wurde, dass Fruchtwasser nachproduziert wird. Aber so wirklich anfangen kann man da nicht wirklich was. Dann wurde mir gesagt, dass er sich gedreht hat. Er war eigentlich von Anfang an Becken- ah, nein, Schädellage gewesen. Und er hat sich gedreht, was auch vielleicht dazu geführt hat, dass der Blasensprung war. Und dann hat es also geheißt, ja, sie müssen ihn holen, nah. Ja, dann habe ich am Montag noch die Lungenreife bekommen. Das sind zwei Spritzen. Und am Dienstag in der Früh haben sie ihn dann geholt. **Per Kaiserschnitt.** Mhm. Per Kaiserschnitt. Wo es dann zuerst geheißt hat per Kreuzstich. Wo ich auch einverstanden war. Da ich schon Knieoperationen gehabt habe, hab´ ich gewusst, ja, war mir bewusst was das ist, ja. Der hat aber nicht ganz so gewirkt, wie er das sollte. Und dann haben sie also während der Sectio eben dann auf Vollnarkose umgeschwenkt. **Haben Sie das noch aktiv, ganz bewusst miterlebt, dass sie auf Vollnarkose umstellen?** Ja, ja, ja. **Was haben Sie sich dabei gedacht?** Also ich habe mir da keine Sorgen gemacht, hab´ mich gut aufgehoben gefühlt, also jetzt von mir her. Aber na klar, es ist schon etwas ganz anderes, als wenn man normal gebärt, weil man halt das Kind dann nicht sieht. Das war. Geholt haben sie ihn dann eben kurz vor neun. Und ahm, bin dann um elf aufgewacht und dann muss man sich dann irgendwie einfach mal sammeln, halt. Und dann wollte ich einfach nur wissen wie es ihm geht. **Welche medizinischen Maßnahmen sind bei To-**

bias dann aufgrund seines körperlichen Zustands sofort gesetzt worden bzw. wie wurde er medizinisch versorgt? Also. Er ist in den Brutkasten gekommen. Ahm. Also, ich habe ja nicht viel mitbekommen. Weil die ersten Maßnahmen, das hat mein Mann gehört, gesehen, wie auch immer. Ahm. Er hat Sauerstoff bekommen. Allerdings nicht intubiert, sondern nur als Unterstützung. Und er hat sich eigentlich recht gut gemacht. **Mhm.** Mein Mann hat mir dann erzählt, es war ein Röntgenarzt eben dann, zur Kontrolle wird eben geröntgt, Ultraschall und wer weiß was ich alles gemacht. Vor allem der Schädel halt, ob irgendwelche Blutungen sind. Da hat der Arzt dann gemeint, kein schlechter Start für so einen Frühstart, quasi halt. **Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie dann mit Tobias das erste Mal Kontakt aufnehmen?** Am Nachmittag, am Nachmittag halt. Ich hab ja den Kaiserschnitt gehabt. Ja, aber ich wollt dann einfach natürlich auf, nah. Bin dann, da habens mich dann noch mit dem Rollstuhl hinüber. Aber am Abend bin ich dann selber schon auch rüber. Und da habe ich ihn dann gesehen. Ja, also ich hab´ Fotos, zuerst bevor ich überhaupt rüber bin, gesehen. Die haben sie gleich gemacht. Die habens schon gleich dort gemacht. Das war auch ein. **Die haben Sie also schon im Zimmer bekommen?** Ja, genau, genau. Das war also der erste Kontakt. **Als sie Tobias das erste Mal gesehen haben, was ist Ihnen da noch so in Erinnerung bzw. was ist Ihnen im Zeitraum zwischen Zimmer bis zur Neonatologie durch die Gedanken gegangen?** Ah, irgendwie Angst ah bisserl, ihn zu sehen. ---- Freude, man hat sich gefreut darauf. Aber Angst auch. Und. --- Ja, ich war dann einfach froh, dass es ihm so gut gegangen ist. Ja, klar, es war ein Schock, dass er, ja so klein ist. Ja, das geht jedem durch den Kopf, einen so kleinen Brotwecken da zu sehen. Aber. --- Ja, nah, irgendwie ist er mir gleich so als der Kämpfer vorgekommen, halt. **Haben Sie in irgendeiner Art und Weise abschätzen können, was auf Sie da zukommen wird?** Also, das haben sie, ich war ja dann, ich war ja dann wöchentlich vor dem Blasensprung zur Kontrolle, weil ich ja als Risikoschwangerschaft gegolten habe. Das haben sie bei jeder Untersuchung so eingeschätzt, wie er ist. Wobei eine Woche vorher hat er nur so 700 Gramm gehabt. Also er hat da dann wirklich ziemlich zugelegt. Denn er hat 1110 Gramm gehabt und 37cm. Und er war. Man hat sie nicht vergleichen können, denn so einen Kleinen haben sie **im XXX** dort nicht gehabt. Aber, ja. Wurde mir, war mir klar, dass er wirklich sehr klein ist. **Wieviel Zeit durften Sie auf der Station dann verbringen?** Also ich hab die ganze Zeit dort verbringen können. Ich konnte ihn halt nicht mit ins Zimmer nehmen, das ist klar. Und bin irrsinnig unterstützt worden natürlich, auch von den Schwestern. Also ich bin wirklich begeistert von denen **im XXX**. Das muss ich einfach noch mal dazu sagen (haha). Und man wird auch sehr, ja wie soll ich sagen, unterstützt bei der Arbeit mit dem Kleinen, sag ich jetzt einmal. Man wird dort integriert ganz einfach. **Sie haben mir über die Frühgeburt selbst einiges erzählt: Dass Sie einen Kreuzstich hatten, dann aber sehr wohl unter Vollnarkose gesetzt wurden. Dadurch logischerweise Tobias nicht ganz unmittelbar sehen konnten, sondern eben erst als Sie aus der Narkose erwacht sind. Dass aber in dieser Zeit Ihr Mann bei Tobias war und Sie schon ein wenig mit ihm über Tobias im Austausch gewesen sind. Dass Sie schon so ein bisschen ambivalente Gefühle hatten, bevor Sie ihn das erste Mal sahen. Dass Sie ihn aber verhältnismäßig früh sehen konnten, dadurch dass Tobias im selben Gebäude war. Ahm. Ja, dass Sie irgendwie aber auch froh waren, dass Sie vorbereitet waren, wie eine Neonatologie aussieht bzw. was dort passiert. An Ihre Erzählung über die Geburt anschließend, würde ich Sie bitten, mir ein wenig Einblick zu geben, wie die neointensive Atmosphäre hinsichtlich der vielen technischen Geräte bzw. ganz speziellen Umgebung auf Sie gewirkt hat und wie Sie diese in Erinnerung haben. ----** Man lernt irrsinnig viel (haha). Ahm, weil, man lernt die Geräte. Man lernt welche Anzeige. Man lernt damit zu leben. Man kommt sofort irgendwie hinein. Es ist sehr familiär eigentlich und ja es ist zum zweiten zuhause geworden. Weil er ist doch zwei Monate auf der Neo gewesen. Und ich muss auch sagen, er war jetzt net wirklich ein Problemkind, dass er irgendwelche körperlichen Probleme hatte. Wie gesagt, er hat zwei Tage die Sauerstoffunterstützung gehabt, ansonsten hat er das alles ganz gut gemeistert. Keine wirklichen üblichen Frühchenprobleme, sag ich jetzt einmal. **Mhm.** **Und wie haben Sie den Alltag als Mutter auf der Neonatologie verbracht bzw. erlebt. Erzählen Sie mir in diesem Zusammenhang bitte auch, was ihnen angenehm oder unangenehm in Erinnerung ist und warum.** Also Alltag war so, dass ich den Großen jetzt einmal in die Schule gebracht habe und dann eben **nach XXX** gefahren bin. Und war dann ungefähr sechs Stunden dann drinnen. Habe versucht eigentlich Alltagssituationen, also ganz normal halt eben wickeln, anlegen. Wir haben versucht, habe da geschaut, also schon zuhause Milch abgepumpt jeden Tag. Auch versucht, im Spital anzulegen. Was dann Gott sei Dank auch funktioniert hat. Ja. wickeln, anziehen und baden. Ein bisschen Normalität hineinzubringen. Ja und halt auch ein bisschen über Ängste, Sorgen, Probleme oder, oder mit den Schwestern einfach viel darüber geredet, weil die doch einfach Erfahrung haben, wie es aussieht. **Mhm.** Es ist klar, das man nicht sagen kann, kommt mein Kind durch und wird's normal unter Anführungszeichen. Das ist klar, das kann niemand sagen natürlich, nah. Aber sie haben doch ein Gefühl durch die Erfahrung, dass wird, das funktioniert ganz gut, und das wird. **Konnten Sie die Dauer ihrer Besuche eben selbst bestimmen oder gab es in dieser Hinsicht eher Vorgaben vom Spital?** Nein gab es überhaupt keine. Ahm. Wie gesagt, ich war da jetzt immer so fünf, sechs Stunden meistens drinnen. Und hab überhaupt keine Vorgaben gehabt. **Und wie ist es Ihnen dabei ergangen, alleine, ohne Kind zuerst einmal nachhause zu gehen und das Kind zu besuchen?** Nein, zuerst einmal hab´ ich mir gedacht, das kann man doch nicht machen, haha. Aber mein Mann hat dann gemeint: Der Kleine weiß nicht, ob du jetzt zuhause oder ein paar Türen weiter schläfst. Und ich war ja eh immer da. Am Anfang hab ich mir auch gedacht, der weiß ja gar nicht, dass ich seine Mama bin. Aber das wissen sie sehr wohl, also das. **Das heißt, dass es Ihnen anfangs ein wenig Sorgen bereitet hat, zu sehen, dass eigentlich die Schwestern direkt um Tobias herum sind und nicht so ganz Sie als Mutter.** Ja, das waren total konträre Gefühle auch. Weil, also wie gesagt. Der Große hat mich genauso gebraucht und den wollte ich natürlich auch nicht ganz vor den Kopf stoßen. Und ahm, ich hab´ dann auch so ein bisschen Normalität wieder gebracht. Wobei man von Normalität ja gar nicht sprechen kann. Aber, etwas Gewöhntes, ganz einfach auch. Ja, und ich hab´s auch irgendwie normal werden unter Anführungszeichen, a bisserl Alltag hineinbringen müssen. Soweit's halt gegangen ist. Weil ich war eh, wie ich es

gesagt hab', den ganzen Tag halt dann im Spital. **Haben Sie die Möglichkeit gehabt, jederzeit im Spital anzurufen, um zu fragen, wie es Tobias geht?** Ja, genau, ich hab' jederzeit und jeden Tag anrufen können. Sie haben eh gewusst, dass ich jeden Tag hinein komme. Aber es ist dann auch abgesprochen worden. Aber ich wollt' ganz einfach zu seinen Essenszeiten, sag' ich jetzt einmal, manchmal hat sich das ein bisschen verschoben, das wollt' ich wissen, ob sich etwas verschoben hat. Ahm, und, und. Jeden Tag in der Früh ganz einfach halt angerufen, wie geht's ihm. Sie haben zwar gewusst, dass ich reinkomme. Aber ich wollt' ganz einfach in der Früh immer wissen, alles in Ordnung, hat er Alarme gehabt. **Und wie war dann die Zeit, als sie zuhause waren, haben Sie dann schon teilweise auch aktiv abschalten können, oder hat es Sie rund um die Uhr beschäftigt.** Nein. Nein. Ich hab' gewusst, er ist gut aufgehoben. Ja, und ich hab auch den Alltag gehabt, wie gesagt, mit einem zweiten Kind, da is man ganz einfach auch, und ich wollt' ihn auch nicht vernachlässigen, also das. Und ja. Ich hab dann auch abgepumpt. **Mhm.** Das war für mich dann auch ein Weg, wo ich für ihn was tun hab können. Das war mir schon wirklich wichtig. Ja, also, da war ich dann schon im Einsatz und hab quasi schon die Zeit gehabt, mich einzugewöhnen, ahm, in der Nacht auch aufzustehen und abzupumpen. Also, ganz einfach auch normaler Babyrhythmus, sag' ich jetzt einmal, hab ich da schon gehabt, trotz dessen gehabt, obwohl er noch nicht da war. **In welcher Art und Weise dürften Sie sich an der Pflege von Tobias beteiligen?** Ganz normaler Babyalltag eigentlich. Das einzige was, was halt medizinische Dinge. Ich hab ihm Fieber gemessen und alles mögliche. Nur halt, er hat halt noch eine Sonde gehabt, die durfte ich ihm nicht geben. Und wenn er halt Spritzen bekommen hat, das macht halt der Arzt, das ist klar. Aber sonst, ich bin sehr unterstützt worden beim Stillen, was ich auch unbedingt machen wollte. Bin da sehr unterstützt worden, wickeln, baden, anziehen, also wie wenn man sein Baby zuhause hat, eigentlich. **Wie sind die Schwestern konkret vorgegangen, haben Sie die Handgriffe selbstständig übernehmen können, oder wurden Sie von den Schwestern eher begleitet und assistiert?** Im Krankenhaus selber, also, ist mir das schon gezeigt worden am Anfang. Klar. Er war ja wirklich. Man kann das ja gar nicht beschreiben. Man hat auch Angst, dass man irgendwas falsch macht und ihm weh tut, klar. Es ist ja wirklich. Bei normalen Babys hat man ja schon anfangs Angst, irgendwie, den falschen Handgriff zu setzen. Aber, bei ihm war ja noch ganz zierlich alles. Zuerst gezeigt, jeden Morgen halt. Und dann hat das. Ja, ich hab mir gedacht, ich muss das machen, weil ansonsten komm' ich da nie irgendwie rein. Und er braucht mich ja auch. Und man will ja auch selber etwas machen, nah, dass man auch wahrgenommen wird als Mama. Also von ihm jetzt auch, nah. Jetzt im Nachhinein, man muss das so machen. Man muss das wirklich so machen. Weil es fehlt irrsinnig viel. **Mhm.** Also es fehlen drei Monate und umsonst dauert eine Schwangerschaft nicht neun Monate. Dann, der Kaiserschnitt ist, wie wenn einem was weggenommen wird. Also ich verstehe Frauen nicht, die sagen, ich möchte einen Kaiserschnitt haben. **Hat sich Ihre Einstellung jetzt aufgrund der Frühgeburt, weil Sie es selbst erlebt haben, verändert?** Das hab' ich mir. Also ich hab' beim Moritz eine Bilderbuchgeburt gehabt, auch. Aber abgesehen davon, der Weg ist das Ziel, sag' ich jetzt einmal. Was, was schwierig ganz einfach ist, ist. Man ist zwar da, und wie gesagt, er hat sicher auch kapiert, dass ich seine Mama bin und alles. Aber der, aber wie soll ich sagen. Man kriegt ja nicht sein Kinderl und ist sofort Mama, da wächst ma zam, ganz einfach und das hat bei weitem länger gedauert jetzt, als wie wenn man ein Terminkind bekommt, sag' ich jetzt einmal. **Wie haben Sie sich dann bei der Pflege bzw. Betreuung von Tobias gefühlt, verglichen auch mit dem ersten Kind?** Eigentlich schon. Eigentlich auch mit den gleichen Ängsten, er kriegt zu wenig, sag' ich jetzt einmal. Und er hat wenig Kraft, schnell müde und über die Sonde is es einfach bequemer zu essen für ihn. Aber es sich dann eingespielt. Aber es war zu Beginn schon ein Kampf. **Und wie waren Rahmenbedingungen zum Stillen auf der Station?** Das war in der Neonatologie, die ist recht klein. Es gibt bequeme Stühle und alles. Es ist schon eher offen und auch wenn, wenn die Väter halt zu Besuch kommen. Es ist a begrenzte Anzahl. Also es dürfen nur Mütter und Väter hinein und so. Also jetzt ich sitze in einer Auslage, also so hab ich mich absolut nicht gefühlt. Also ich hab mich dort schon wohl gefühlt, also das kann ich schon sagen. **Hatten auch die Geschwister die Möglichkeit, auf die Neonatologie mitzukommen?** Ja, ham sie. Also Moritz war eigentlich immer mit, wenn es möglich war und ist ganz begeistert von seinem Bruder. Ja. **Sie haben mir schon viel von der Atmosphäre auf der neointensiven Station erzählt, bzw. wie es Ihnen dort gegangen ist, dass das ganze dann recht angenehm war, dass Sie froh waren, dass Sie auch Unterstützung hatten, dass Sie stillen konnten, dass Sie auch Fieber messen und Sie sich recht intensiv an der Pflege und Betreuung von Tobias beteiligen konnten. Mich würde noch interessieren, wenn Sie sich an die ersten Zeit mit Tobias zuhause zurückerinnern, was Ihnen da angenehm bzw. unangenehm in Erinnerung ist und warum?** Puh. Na also, es war psychisch wirklich sehr anstrengend. Also man, Angst natürlich. Kriegt er genug zu essen, wächst er genug. Und, man ist nur auf auf, am Sprisserls sag ich einmal. Also immer wieder ah. Was ich froh bin, dass ich keinen Monitor. Ich hab' ihn zwar gehabt. Aber er hat in der letzten Zeit im Spital keine, keine Alarme mehr gehabt, und da hab ich gesagt, nein, das mach' ich nicht auch noch. Also da hab' ich ihm voll vertraut, irgendwie, dass er der Kämpfer ist und er macht das. Weil sonst hätt ich überhaupt keine Nacht geschlafen. Und. Er hat mich sehr gebracht, der Kleinen auch. Ich war sicher übervorsichtig. **Wie hat sich das bemerkbar gemacht oder woran machen Sie das fest?** Ah, --- hab ich beim Moritz teilweise auch gehabt, aber nicht so extrem. Aber ich kann kein Kind schreien hören. Klingt lustig, aber das hat nicht funktioniert, nah. Ich hab das auch von mir so abhängig gemacht, nur ich kann was machen. wo auch Hilfe da gewesen ist, aber das war nicht von Nutzen. **Was waren die Gedanken, bzw. was war ganz besonders anstrengend für Sie in der ersten Zeit?** Platzmangel halt. Und dann auch, wie soll man sagen. Mhm, wie soll ich sagen. Dass ich quasi nicht mehr vorhanden war, ja, dass ich nichts mehr für mich machen konnte. Das war auch halt auch schwierig eher. Auch nicht mit dem Moritz, ich hab' mit ihm nicht mehr rausgehen können irgendwie. Es war ja Winter. Das war halt auch so, also eingesperrt sein irgendwie. **Was waren so Ihre größten Sorgen in der ersten Zeit?** Das ich nicht klar komme, irgendwie damit. Dann. Dass ich nicht der Herausforderung gewachsen bin. Es hat also, von den Frühchen,

die ich eben in den ersten acht Wochen erlebt hab', da haben alle mit dem Stillen aufgehört, nah. Da hab' ich mir gedacht, schaffe ich das, kriegt er genug und, und. Es ist auch so, dass in der Neo, wenn man ihn stillt, wird er davor und danach abgewogen. Also man kontrollieren, nimmt er jetzt zu, und da hat man dann auch gesehen, dass er das hat. Was jetzt auch absolut gefehlt hat. Also der Background, ja, OK, es funktioniert. Ja hab' ich jetzt schon bei Kontrollen halt abgewogen wurde. Aber der Zeitraum war halt größer. Ja. Ich wollt halt alles gut machen, dass halt der Druck von mir selbst, den ich mir gemacht habe, natürlich noch dazugekommen. Der sicher nicht notwendig gewesen wäre. Ja, das war halt ich. **Wie lange hat es dann gedauert, bis Sie halbwegs in einen Rhythmus gekommen sind?** Zwei, zweieinhalb Monate ungefähr. Auch jetzt, wo ein bisschen eine Regelmäßigkeit ist. Wo auch ich zu mehr Schlaf, wo man nicht jede ein bis eineinhalb Stunden stillt und denkt, hat er jetzt genug, weil er dauernd wieder eingeschlafen ist. **Waren das Ihre persönlichen Befürchtungen oder wurden Sie von den Ärzten aufmerksam gemacht, er könnte zu wenig bekommen?** Nein überhaupt nicht. Das war da, in meinem Kopf drinnen. **Sie haben mir jetzt einiges über die erste Zeit zuhause erzählt, dass die psychisch sehr anstrengend war, dass Sie sich persönlich am meisten Druck gemacht haben, dass sie hauptsächlich auch Angst hatten, dass das Stillen nicht klappen könnte, weil viele Mütter von Frühchen aufgehört haben und dass Tobias nicht ausreichend Nahrung aufnimmt, damit er sich gut entwickelt. Nachdem ich schon einen Einblick in Ihre Erlebnisse rund um die Frühgeburt von Tobias bekommen habe, möchte ich einen Schritt weiter gehen und von Ihnen gerne wissen, wie sie mit der Situation nach der Frühgeburt umgegangen sind?** Ich hab mir oft gedacht, ich bin zu alt, ich schaffe das nicht mehr. Wobei es eigentlich ja, nicht wirklich zu erklären ist. Aber es ist wirklich einfach extrem gewesen. Ganz einfach die Nächte einfach, wo man ach, eine Stunde gestillt hat, ja. Und man rechnet OK, alle drei Stunden, gibt man ihm wieder. Und man stillt eine Stunde. Und man rechnet ja von Beginn vom Stillen, ja. Dann schaut man, dass er schläft. Dann ist wieder eine Stunde vorbei. Und dann denkt man OK, jetzt hab ich nur mehr eine Stunde. Schläft dann vielleicht schlecht ein und dann schläft man vielleicht gerade ein und er meldet sich wieder, nah. Das war echt heftig. Wo ich mir gedacht habe, ich kann nicht mehr. **Mhm, welche Formen von Unterstützung haben Sie gehabt, wer oder was hat Ihnen geholfen?** Also sehr geholfen haben mir die Schwestern, die Ärzte im XXX. Ganz einfach geredet, und, und ja. Und ich hab' auch irgendwie Angst habt, ich hab's eh schon gesagt, dass das Zusammenwachsen zwischen Mutter und Kind, das war sehr verzögert, ja. Da hab' ich auch durch Sprechen zusammenkommen müssen, irgendwie auch. Und die haben gesagt, OK., ihr seid ganz eng. Ich hab's nicht gesehen, ja, ich hab' nur gesehen ich muss das und das machen. Aber da ist das Gefühl weg gewesen. Irgendwie. Irrsinnig Druck auch mir selbst gemacht. Also. **Aha. Und haben Sie durch Ihren Partner oder Großeltern in irgendeiner Weise Unterstützung bekommen?** Ah, vor allem eigentlich durch meinen Großen auch, weil er ist irrsinnig feinfühlig, ja. Der hat gesagt, Mama, wenn der Tobias größer ist, wird alles besser. Und er hat ihm auch, er war am Anfang einer der wenigen, der ihn beruhigen hat können. Also, der ist wirklich ein toller Bruder, sag ich jetzt ganz einfach. Mein Mann, mhm, schwierig. Weil ich hab' ja die Zeit auch im Spital gehabt schon mit ihm. Eben mit dem Problem zum Annähern. Das hat schon ein bisschen angenähert, aber net so wie es normal ist. Und er durch Beruf ganz einfach hat halt noch weniger Zeit mit ihm gehabt die zwei Monate. Das, das hat ihm gefehlt und fehlt ihm jetzt noch immer ein bisschen, klar. Also unterstützt, klar. Also er hat ihm, wenn ich am Abend ganz einfach gesagt hab, ich kann ganz einfach nicht, abgepumpte Milch gegeben, dass ich mich dann zumindest für zwei Stunden hinlegen konnte. Keine Frage, also das doch. Und hat ihn dann auch am Wochenende genommen, und ist mit ihm spazieren gefahren und ich hab' mich für zwei Stunden hingelegt. **Mhm. Haben Ihnen irgendwelche Tätigkeiten ganz besonders geholfen, dass Sie vielleicht auch entspannen konnten?** Also entspannt hab' ich nie, ich war immer irgendwie unter Strom. Aber jetzt nicht, weil ich mir Sorgen gemacht habe, sondern, ach, das muss ich noch machen, weil ich so viele Gedanken im Kopf gehabt, was ich alles noch erledigen muss. Dass ich eben nicht einschlafen hab' können und solche Sachen. Und ja, ich muss um elf wieder zuhause sein, um abzupumpen. Und dann muss ich noch die Flascherln herrichten, und also wirklich wie ein Hamster im Laufrad. Also nie wirklich runtergekommen. **Wie hat die Hilfe der Ärzte und Schwestern, die sie als positiv angesprochen haben, bei der Pflege konkret ausgesehen?** Naja, dadurch dass ich schon den Größeren gehabt habe, war's eigentlich eh klar. Alles war halt kleiner. War eigentlich eh klar. Ahm. nah, mir seelisch geholfen, muss ich sagen. Mit Reden. Und so was ich für Sorgen habe. Und die auch net gesagt haben, das bildest dir ein sondern so gesagt haben und OK, probier das, oder oder und Ratschläge ja gegeben haben, insofern. Oder gesagt haben, mach dir keine Sorgen, dem geht es eh so gut. Du machst das super. Also bestärkt auch, insofern. **Inwiefern hat das Personal unterstützend eingewirkt, dass es auch Austausch zwischen anderen Müttern, die auf der Station bei ihren Kindern waren, gibt?** Also ich hab' mich da mit einigen angefreundet, die eben während der Tobias auf der Station war. Also angefreundet. Ahm. Aber jetzt, dass ich in Stillgruppen oder so gegangen ist, das, das war ich nicht. Das wär' mir auch zu stressig gewesen. Ich hab', wenn ich um elf weg hab' müssen. Ich hab mit ihm um sieben angefangen, weil er hat auch irrsinnig viel gespuckt am Anfang, weil der Schließmuskel Magen-Speiseröhre noch nicht wirklich schon so kräftig war. Und bevor ich mit ihm weg war, drei mal umgezogen. Und mir gedacht, oh Gott, jetzt muss er wieder trinken. Also, ich hab' mir Stress gemacht, wo vielleicht gar keiner hätte sein müssen. Und, ja. Ich hab' mir es schwieriger gemacht, also jetzt so im Rückblick. Und das war immer alles so stressig. **Mhm. Also Austausch so untereinander das schon, oja. Und jetzt eigentlich weniger. Also ich mein ich weiß, ich kann jederzeit anrufen oder reinkommen, das ist wirklich sehr angenehm zu wissen, wenn irgendwas ist, ich kann jederzeit reinkommen, und sie kümmern sich um mich und den Tobias, das ist schon recht hilfreich. Gibt es irgendetwas, was Sie jetzt rückblickend sagen würde, was Ihnen an Unterstützung gefehlt hat?** Na, ich hätt' nichts geglaubt und zugelassen. Wie gesagt ich hab mir immer selbst viel Stress gemacht, wo keiner ist. Und da hätt' mich niemand runter gebracht, das braucht Zeit, glaub' ich. Da muss man reinwachsen wieder. Also das. Was mir sehr geholfen hat, war wie ich gesagt hab, war reden. Reden. Net einmal, dass mir jemand gesagt hat, wie ich es ändern kann,

sondern dass man einfach mal drüber reden kann, das hat einfach sehr geholfen. Dass man es in die Luft bringt, ja. Dass man nicht alles immer im Kopf nur hat. Weil, man hat eh so viel im Kopf. Das muss man noch machen, und das muss man noch machen. Und die Sorgen auch noch im Kopf, das ist zu viel dann irgendwann. **Mhm. Sie haben mir jetzt auch geschildert, wie Sie mit der ganzen Situation umgegangen sind. Dass Sie ganz besonders unterstützend das Verhalten Ihres älteren Sohnes in Erinnerung hatten, einerseits weil er sehr sensibel mit Ihnen und Ihrer Lage umgehen konnte, andererseits aber auch problemlos den Anschluss zu Tobias gefunden hat. Dass aber auch die Schwestern und Ärztinnen sehr unterstützend waren. Dass Sie einfach trotz allem einfach Zeit brauchten und dass Sie sich zum Teil selbst viel Druck und Stress gemacht haben, wo gar keiner war. Dass Ihnen aber auch ihr Partner gewisse Freiräume geschaffen hat, damit Sie sich ein wenig erholen konnten. Dass Sie aber zum Teil persönlich sehr zurückstecken mussten, und nicht mehr auf Ihre Kosten gekommen sind. Wie gesagt, dann sage ich vorerst einmal herzlichen Dank. Alles, was Sie mir erzählt haben, wird von mir zwar weiterverarbeitet, allerdings aber anonymisiert und unter Verschwiegenheit. Ich wünsche einstweilen einmal alles Gute und hoffe, dass sich Tobias weiterhin so gut entwickelt. Bitte gerne.**

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Diplomarbeit geht der Frage nach, wie Mütter eine Frühgeburt erleben und wie sie mit der peri- und postnatalen Situation umgehen. Um einen authentischen Einblick in die Lage von Betroffenen zu bekommen, gliedert sich die Arbeit in zwei Teile: Im Zentrum des ersten steht die Aufarbeitung themenrelevanter Informationen und Sachverhalte unter Berücksichtigung bestehender Erkenntnisse aus diversen wissenschaftlichen Publikationen. An die theoretische Grundlegung anknüpfend, steht im Mittelpunkt des zweiten Teiles die empirische Untersuchung: Anhand von acht qualitativ geführten, erzählgenerierenden Interviews mit betroffenen Müttern unterschiedlicher Biografien wird das Erleben der Frühgeburt wie auch ihr Umgang damit auf peri- und postnataler Ebene erhoben. Dazu wurde nach den mütterlichen Erinnerungen an die Schwangerschaft, die Frühgeburt, die Zeit der kindlichen, neointensiven Versorgung und der ersten gemeinsam verbrachten Zeit zuhause gefragt. Die Fallauswahl umfasst Mütter, die ihr Baby nach einer Gestationsdauer von 27. SSW bis hin zur 36. SSW zur Welt brachten.

Die Datenauswertung der Interviews zeigt, dass die befragten Mütter eine Frühgeburt als psychisch verunsicherndes und belastendes Ereignis erleben. Vor allem das vielfach daran gekoppelte, ihnen versagte direkte Partizipieren am perinatalen Geschehen wird von den Müttern als große Enttäuschung erlebt. Zusätzlich zu den Sorgen um das Überleben des Kindes macht den Betroffenen die Konfrontation mit der neointensiven Atmosphäre vor allem beim Kontaktaufbau und der Beziehungsentwicklung mit dem Frühgeborenen schwer zu schaffen.

Die in einigen Gesprächen geschilderte mangelnde Empathie des neointensiven Stationspersonals, die insbesondere in einem Fall schon als respektlos empfunden wurde, verstärkt die bei Frühgebärenden immer wieder beobachtbaren Schuldgefühle und Berührungssängste. Als Hilfen für die psychische Verarbeitung und einen gedeihlichen Umgang mit der Frühgeburt nennen die Mütter übereinstimmend Kommunikation, den moralischen Beistand und die Unterstützung von Personen aus dem privaten wie auch vereinzelt institutionellen Umfeld.

Insgesamt zeigt die Arbeit dringenden Verbesserungsbedarf im neointensiven Setting (Reduzierung technischer Utensilien durch z. B. berührungsloses Monitoring für mehr Körperkontakt zwischen Mutter und Kind) und hinsichtlich der Empathie in der Kommunikation des neonatologischen Stationspersonals auf. Im Rahmen eines verstärkten interdisziplinären Ansatzes mit Psycholog/inn/en, Ärzten/innen, (Heil- und Sonder) Pädagog/inn/en kann es gelingen, die (unbewussten) Sorgen und Ängste aller Beteiligten zu berücksichtigen, um bestmögliche Voraussetzungen dafür zu schaffen, Frühgeborene und ihre Mütter gesund und glücklich in die Gesellschaft zu entlassen.

ABSTRACT

The empirical-qualitative study investigates, how women experience a premature birth and how they cope with the peri- and postnatal situation. Eight mothers of preterm born infants (between 27 and 36 weeks gestation) were interviewed to recount their memories of the pregnancy, the premature birth, the typical environment at the neonatal intensive care unit as well as the first time, they spent with their babies at home.

Results from this study indicate, that women perceive the unexpected, premature birth as an emotional burden, since they are hurled into motherhood. In addition, most of the interviewed mothers reacted to the preterm delivery with helplessness, anxiety, grief, feelings of loss and separation. Especially, the complete isolation from the perinatal happenings caused bitter disappointment. Since the neonatal intensive nursing staff took over almost the whole responsibility for the baby, mothers had limited opportunity to participate in the care of the newborn during the hospitalisation of their infant, which was a big problem for the women.

As coping strategies near all mothers reported the sharing of their sorrows with family members, relatives and friends.

To overcome this unsatisfactory situation for mothers of preterm infants at the neonatal intensive care unit, it is strongly recommended to redesign the training of the nursing staff and to extend the interdisciplinary cooperation with physicians, nurses, psychologists and special pedagogues.

LEBENS LAUF

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Name: | Carmen WALTER | |
| Geburtsdatum und -ort: | 15.07.1987 in Bregenz | |
| Familienstand: | ledig | |
| Bildungsweg: | 1993 – 1997 | Volksschule St. Georgen in der Klaus |
| | 1997 – 1999 1999 – 2001 | Bundesrealgymnasium Waidhofen Hauptschule II Waidhofen/Zell |
| | 2001 – 2006 | BAKIP Amstetten (Matura mit Auszeichnung) Erweiterungsausbildung „Früherziehung“ zur Betreuung von Kindern von 0-3 Jahren |
| | 2006 – 2007 | Foundation Course an der New Design University St. Pölten (Abschluss mit Auszeichnung) |
| | 2009 | Teilnahme an der Sommerakademie des Instituts Farbe.Design.Therapie in Bronnbach (Würzburg) zum Thema: „Innenarchitektonische Gestaltung von lerngerechten Bildungsräume gestalten“ |
| | WS 2006-WS 2011 | Diplomstudium Pädagogik (Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik und Heil- und Integrative Pädagogik) |
| Auszeichnungen: | 1. Platz beim Ideenwettbewerb „Jugend Innovativ“ Kategorie „Design“ 2006 mit der Entwicklung von Spielmaterial „Geoklett“ Teilnahme am „19th European Science Contest for Young Scientists in Stockholm“ (2006) | |
| Tutoriumsauftrag: | WS 2010-SS 2011 | Tutorium am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien für die VL „Empirische Forschungsmethoden in der Bildungswissenschaft II – Teil 1 u. 2 – Grundlagen qualitativer Methoden, Verfahren und Auswertung (inkl. Mixed Methods)“ bei Mag. Dr. Eveline Christof |
| Wissenschaftliche Praktika: | 05/2008-06/2009 | Wissenschaftliches Praktikum am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, Abteilung für Psychoanalytische Pädagogik: Projekt „Wiener Kinderkrippenstudie“ bei ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler |