

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Vertiefende Begleitstudie zum Pilotprojekt
„Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im
Landeskrinikum Thermenregion Baden-Mödling“:
Unterschiede im Erleben begleiteter Mütter und Väter
– eine qualitative Analyse problemzentrierter Interviews“

Verfasserin

Christine Wandl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297 332

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

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

Zusammenfassung

Die Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder durch eine Frühförderin bereits auf der Neonatologie stellt ein neuartiges Versorgungsangebot dar, das erstmals im Jahr 2005 im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling von Familien in Anspruch genommen werden konnte. Die Unterstützung der Eltern angesichts der besonderen Belastungssituation infolge der Frühgeburt kommt dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung und somit der kindlichen Entwicklung zugute, die auf gelingende Interaktion zwischen Mutter und Kind bzw. Vater und Kind angewiesen ist.

Die Untersuchung der Situationen von zwei begleiteten Elternpaaren hat ergeben, dass Mütter die Belastungen durch die Frühgeburt anders erlebten als Väter und sich demzufolge das neue Angebot für die befragten Personen aus jeweils unterschiedlichen Gründen als hilfreich erwies.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	8
1. Frühgeburt	14
1.1 <i>Daten und Fakten rund um die Frühgeburt</i>	14
1.1.1 Definitionen von Frühgeburt.....	14
1.1.2 Statistische Häufigkeit von Frühgeburt und Überlebenschancen.....	15
1.1.3 Mögliche Ursachen einer Frühgeburt.....	15
1.2 <i>Über das frühgeborene Kind</i>	17
1.2.1 Das Aussehen frühgeborener Kinder.....	17
1.2.2 Häufige Probleme frühgeborener Kinder und daraus resultierende medizinische Maßnahmen	18
1.2.3 Verhaltens- und Reaktionsweisen frühgeborener Kinder	19
1.3 <i>Zur Situation der Eltern frühgeborener Kinder</i>	20
1.3.1 Phasen des Übergangs zur Elternschaft.....	21
1.3.2 Das erträumte Wunschkind und sein Verlust	22
1.3.3 Vorgeburtliche Beziehungsentwicklung.....	23
1.3.4 Die emotionale Situation der Eltern.....	24
1.3.5 Zur Situation der Eltern im Krankenhaus	25
1.3.6 Zur emotionalen Bedeutung der Frühgeburt für die Mutter	26
1.3.7 Zur Situation der Väter frühgeborener Kinder	27
1.4 <i>Heilpädagogisch relevante Aspekte von Frühgeburt und früher Beziehungsentwicklung</i>	28
1.4.1 Voraussetzungen für das Zustandekommen der Eltern-Kind- Beziehung	29
1.4.2 Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind infolge einer Frühgeburt.....	30
1.4.3 Über die Zusammenhänge von kindlicher Entwicklung und Eltern- Kind-Beziehung.....	31
1.4.4 Das Risiko der sekundären Behinderung.....	32
2. Ein heilpädagogisches Angebot: „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling“	35
2.1 <i>Was ist Frühförderung?</i>	35
2.1.1 Das Wiener Modell der Mobilen Frühförderung	36

2.2 Das Frühförderprojekt im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling	38
2.2.1 Zum Entstehungshintergrund des Projektes	39
2.2.2 Umsetzung des Projektes auf der neonatologischen Station des Landesklinikums Thermenregion Baden-Mödling	39
2.2.3 Begleitung als zentraler Aspekt der Arbeit der Frühförderin mit den Eltern	40
2.2.4 Stimulierende Feinfühligkeit als zentraler Aspekt der Arbeit der Frühförderin mit dem Kind	42
2.2.5 Zur Vorbildrolle der Frühförderin	43
3. Methodischer Zugang und Darstellung der Untersuchung	46
3.1 Untersuchungsplan und Fragestellung	46
3.2 Zum qualitativen Forschungszugang	48
3.2.1 Zu den Grundgedanken qualitativer Forschung	48
3.3 Die angewendeten Untersuchungsverfahren	50
3.3.1 Datenerhebung	50
3.3.1.a Die zugrunde liegende Katamnesestudie	51
3.3.2 Datenaufbereitung	52
3.3.3 Datenauswertung	53
3.3.3.a Themenkomplex A)	53
3.3.3.a.a Exemplarische Dokumentation der Schritte zur Textbearbeitung	54
3.3.3.b Themenkomplex B)	54
3.3.3.c Themenkomplex C)	55
3.4 Überlegungen zu Validität und Reliabilität der durchgeführten Untersuchung	55
3.4.1 Nähe zum Gegenstand	55
3.4.2 Verfahrensdokumentation	56
3.4.3 Kritische Anmerkungen zur Durchführung der Untersuchung	57
4. Ergebnisse der Untersuchung	59
4.1 Die Eltern von Max	59
4.2 Die Eltern von Lisa	76
5. Zusammenfassende Interpretation der Untersuchungsergebnisse	91
5.1 Die Familien M. und L.	91

5.2 Abschließende Anmerkungen unter Bezugnahme auf bereits vorhandene Publikationen.....	92
5.3 Zu den Ergebnissen der Studie von Hochberger und Kis.....	95
6. Ausblick	97
Literaturverzeichnis	99
Anhang.....	105
I. Interviewleitfaden.....	105
II. Transkriptionsregeln	110
III. Lebenslauf	113

Einleitung

Im Herbst 2008 fanden meine Studienkollegin Eveline Kis und ich uns zu einer Arbeitsgruppe zusammen, um gemeinsam Diplomarbeit zu schreiben. Geplant war die Durchführung einer Katamnese studie¹, die im Anschluss an ein Kooperationsprojekt der Universität Wien mit dem Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling vorgesehen war. Das Projekt hatte die erstmalige Etablierung des Angebotes der Frühförderung auf einer neonatologischen Station zum Ziel und konnte 2005/06 realisiert werden². Die Katamnese studie sah Interviews mit den im Projekt begleiteten Eltern frühgeborener Kinder vor, die auf der Krankenhausstation Kontakt zur Frühförderin hatten und auf Wunsch auch danach in Form von Hausbesuchen begleitet wurden. Ziel der Gespräche mit den Eltern war es, herauszufinden, wie das Angebot der Frühförderung angenommen wurde und ob es, wie von beteiligten Krankenhaus- und Universitätsangehörigen erhofft, hilfreich für die Familien im Hinblick auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt war.

Im Rahmen der Vorbereitung unserer Untersuchung nahmen wir Kontakt mit der am Projekt beteiligten Frühförderin sowie dem Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling auf. In Absprache mit Prim. Univ. Doz. Dr. Erwin Hauser, dem Leiter der neonatologischen Station des Krankenhauses, traten wir in weiterer Folge mithilfe eines Briefes, der uns und unser Vorhaben vorstellte, mit den Eltern in Verbindung. Unter Verwendung des gemeinsam erarbeiteten Interviewleitfadens begannen wir mit den Elterngesprächen, wobei Mütter und Väter getrennt zu ihren Erfahrungen befragt wurden. Parallel dazu wurden die Interviews transkribiert. Aufgrund des Umfangs der Untersuchung (23 Familien mit Indikation Frühförderung waren im Projekt begleitet worden) bekamen wir dabei Unterstützung von Barbara Hochberger, die sich im Rahmen ihres Forschungspraktikums am Verschriftlichen der Aufnahmen beteiligte. In weiterer Folge war auch ihre Mitarbeit an der Auswertung der Forschungsergebnisse vorgesehen.

Im Zuge der Literaturrecherchen im Vorfeld der Untersuchung wurde ersichtlich, dass das Erleben von Eltern im Falle einer Frühgeburt zwar ausführlich

¹ Katamnese bedeutet „zusammenfassender Bericht zur Krankenbehandlung, Rehabilitation oder Psychotherapie“ (Weninger 2001, 320). Katamnestiche Untersuchungen haben das Ziel, Behandlungserfolge festzustellen (vgl. z. B. Stumm, Pritz 2000, 340).

² Näheres zum Projekt in Kapitel 2.2.

dargestellt wird, dabei jedoch der Perspektive der Väter nur am Rande Beachtung geschenkt wird bzw. in den Darstellungen des Erlebens einer Frühgeburt nicht auf mögliche Unterschiede zwischen Müttern und Vätern eingegangen wird.

Da das Forschungsdesign der von uns geplanten Arbeit aber dazu geeignet war, dem Erleben der Väter gesondert nachzugehen, und wir hier eine Forschungslücke entdeckten, haben wir beschlossen, das Forschungsvorhaben zu teilen: Barbara Hochberger, die durch ihre Mitarbeit an unserem Projekt schon in die Materie eingearbeitet war, stellt gemeinsam mit Eveline Kis die 2008 begonnene Untersuchung fertig. Die beiden gehen der Frage nach, wie die im Projekt begleiteten Eltern die Kontakte zur Frühförderin beschreiben und was an der Begleitung hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt, der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und der Entwicklung des Kindes aus Sicht der Eltern hilfreich war.

Mein Forschungsvorhaben ist eine vertiefende Begleituntersuchung zur Studie von Hochberger und Kis. Anhand von vier Interviews, die auch im Rahmen der Katamnesestudie ausgewertet werden und die von mir geführt wurden, untersuche ich die unterschiedlichen Erlebensweisen von Müttern und Vätern im Mödlinger Frühförderprojekt. Konkret gehe ich der Frage nach, wie zwei im Projekt begleitete Elternpaare³ die Frühgeburt ihres Kindes sowie die Begleitung durch eine Frühförderin – sowohl im Krankenhaus als auch danach bei der Familie zu Hause – erlebt haben und wie sie ihre Erfahrungen rückblickend beschreiben. Es soll dabei weiters untersucht werden, ob in den Darstellungen der Eltern eine bestimmte Rolle des Vaters – also spezifische Aufgaben oder Funktionen – zur Zeit der Frühgeburt sichtbar wird und außerdem, welche Aspekte der Begleitung vor allem für die Mütter und welche für die Väter hilfreich waren.

Der Bezug meiner Arbeit zur Katamnesestudie ist in Hinblick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten unter zwei Gesichtspunkten zu betrachten:

³ Ausgewählt habe ich für die Untersuchung jene Familien, die mit Abstand die meisten Kontakte zur Frühförderin hatten und bei denen sowohl Mutter als auch Vater für ein Gespräch gewonnen werden konnten.

Zum einen ist meine Untersuchung durch eine andere inhaltliche Schwerpunktsetzung von der Katamnesestudie abgegrenzt, nämlich durch die Einbeziehung der Väterperspektive in den theoretischen Rahmen, das Nachzeichnen des individuellen Erlebens der Frühgeburt der Mutter sowie des Vaters und die Frage nach der Rolle des Vaters zur Zeit der Frühgeburt in der jeweiligen Familie – diese Aspekte werden in der Arbeit von Hochberger und Kis nicht berücksichtigt bzw. dargestellt.

Zum anderen ermöglicht die Ähnlichkeit der Anlagen der Untersuchungen das Vergleichen der Ergebnisse im Sinne einer Kontrollanalyse, die die Resultate der jeweils anderen Arbeit stützt oder auch nicht. Die Übereinstimmung der Forschungsergebnisse würde eine Bestätigung der Validität der vorgenommenen Untersuchungen darstellen.

Die diplomarbeitsleitende Fragestellung lautet: Von welchen Erfahrungen, die zwei Elternpaare im Zuge der Frühgeburt ihres Kindes und der Begleitung durch eine Frühförderin gemacht haben, berichten diese, und inwiefern lassen ihre Erzählungen Unterschiede im Erleben der Mutter und des Vaters erkennen?

Diese übergeordnete Frage gliedert sich in folgende Bereiche bzw. Subfragen, die im Zuge der Auswertung zu beantworten sind:

- A) Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt
 - 1) Wie beschreibt die Mutter / der Vater die Frühgeburt des Kindes und die erste Zeit danach?
 - 2) Welche Themen spielen in der Erzählung der Mutter / des Vaters eine (besondere) Rolle?
 - 3) Gibt es Aspekte der erlebten Zeit, welche nur einem der beiden Elternteile in besonderer Erinnerung geblieben sind? Wenn ja, welche?

- B) Inwiefern empfindet die begleitete Mutter / der begleitete Vater die Frühförderung rückblickend als hilfreich, inwiefern nicht?
 - 1) Welche Aspekte der Frühförderung waren vor allem für die begleitete Mutter, welche für den begleiteten Vater relevant in Bezug auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt?

- 2) Welche Aspekte der Frühförderung werden von der begleiteten Mutter / vom begleiteten Vater als nicht hilfreich beschrieben?
- 3) Was hätte die Mutter / der Vater von der Frühförderin noch gebraucht, um die Situation (besser) zu bewältigen?

Zusatzfrage:

- C) Welche Aufgaben oder Funktionen kamen laut Darstellungen der Eltern dem Vater während der Frühgeburt und in der ersten Zeit danach zu?

Frage C) stellt insofern eine Zusatzfrage dar, als sie in den Interviews nicht direkt gestellt wurde. Zur Beantwortung werde ich diesbezügliche Aussagen der Eltern aus den Interviews herausarbeiten und so die Rolle des Vaters definieren, soweit das Material es zulässt.

Durch die Beantwortung dieser Subfragen ermöglicht meine Forschungsarbeit einen Einblick in das Erleben der Zielpersonen, an die das neue Angebot der Frühförderung auf einer neonatologischen Station gerichtet war. Es soll nachvollziehbar gemacht werden, wie Mütter und Väter die Frühgeburt ihres Kindes erlebten und inwiefern die Begleitung durch eine geschulte Person dem einzelnen Elternteil helfen konnte, diese schwierige Situation zu bewältigen. Dadurch erhalten die am Projekt beteiligte Frühförderin, das Krankenhaus sowie Projektentwickler und -leiter ein Feedback. Diese Rückmeldung und die verstärkte Einbeziehung der Väterperspektive können es überdies erleichtern, das pädagogische Angebot weiterzuentwickeln und dabei bestmöglich auf die Bedürfnisse beider Elternteile abzustimmen. Insofern können die Untersuchungsergebnisse zur Konzeptentwicklung und Theoriebildung wie auch für weitere Forschungsarbeiten relevant sein.

Hiermit ist ein Aspekt angesprochen, in dem die disziplinäre Anbindung meiner Arbeit an die Bildungswissenschaft / Pädagogik bzw. genauer gesagt Heilpädagogik und Integrative Pädagogik ersichtlich wird: Es ist u. a. Aufgabe der Bildungswissenschaft, Annahmen, die pädagogischen Konzepten zugrunde liegen, anhand der Praxis zu überprüfen und die Ergebnisse dieser Überprüfung in die Ausarbeitung weiterführender, empirisch begründeter pädagogischer Theorien einfließen zu lassen (vgl. Böhme 2004, 308). Zur

Überprüfung der Annahme, dass das neue Angebot für die von einer Frühförderin begleiteten Eltern hilfreich war, wird insbesondere durch die Beantwortung des Themenkomplexes B) ein Beitrag geleistet.

Somit verweist die Wahl des Untersuchungsdesigns sowie die zentrale Fragestellung, die sich an die Adressaten eines heilpädagogischen Angebotes richtet, auf die Zugehörigkeit meiner Forschungsarbeit zur Bildungswissenschaft.

Der Arbeitsbereich der Frühförderin, die es zum Ziel hat, behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder in ihrer Entwicklung zu fördern bzw. zu unterstützen, ist der Heilpädagogik als Teildisziplin der Bildungswissenschaft zugehörig. Das sehe ich verdeutlicht in einer Definition von Gröschke (1997, 110), der Heilpädagogik als „besonderes Feld sozialer Praxis (siehe; Anm. d. V.), in dem es ... um den bestmöglichen Vollzug erzieherischer und fördernder Handlungen geht, und zwar bei Personen ..., bei denen ein erhöhter Erziehungs- und Förderbedarf ständig oder vorübergehend gegeben ist“. Die besondere Form der Elternarbeit im Projekt kommt der Steigerung der Entwicklungschancen von (möglicherweise behinderten, jedenfalls aber von Behinderung bedrohten) Kindern zugute und trägt der erhöhten Bedarfslage von frühgeborenen Kindern und ihren Eltern Rechnung. Die disziplinäre Anbindung meiner Untersuchung an die Bildungswissenschaft sehe ich demzufolge außerdem durch den beforschten Bereich der Heilpädagogik gegeben.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Im ersten Kapitel beschäftige ich mich mit Daten und Fakten rund um die Frühgeburt (Definition, Häufigkeit usw.) und das frühgeborene Kind, mit der emotionalen Situation der Eltern frühgeborener Kinder, mit der Bedeutung der Frühgeburt für die Eltern, der Situation der Eltern im Krankenhaus und schließlich mit heilpädagogisch relevanten Aspekten einer Frühgeburt. Diese Informationen dienen dazu, die Leserin / den Leser mit verschiedenen Aspekten einer Frühgeburt vertraut zu machen und die Situation der Eltern frühgeborener Kinder sowie die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit heilpädagogischer Intervention in diesem Zusammenhang zu veranschaulichen.

Das zweite Kapitel ist dem heilpädagogischen Angebot der Frühförderung auf einer neonatologischen Station gewidmet. Es soll zuerst geklärt werden, was

Frühförderung ist, an wen sie sich richtet und mit welcher Zielsetzung, unter besonderer Berücksichtigung des Wiener Modells der Mobilen Frühförderung. Danach stelle ich das Mödlinger Frühförderprojekt in seinen Grundzügen vor und gehe darauf ein, worin das heilpädagogische Angebot an die Eltern der Frühgeborenen bestand und was die Begleitung durch eine Frühförderin bewirken sollte.

Im dritten Kapitel stelle ich die methodischen Aspekte der Untersuchung dar. Ich erkläre als Erstes die Wahl des Untersuchungsdesigns im Zusammenhang mit der Fragestellung. Danach widme ich mich der Erläuterung des qualitativen Forschungszugangs und den Grundgedanken qualitativer Forschung, bevor ich auf die eingesetzten Untersuchungsverfahren eingehe. Im Zuge der Darstellung der Datenerhebung erkläre ich den Zusammenhang meiner Untersuchung mit der von Eveline Kis und Barbara Hochberger. Im Anschluss werden die Verfahren zur Datenbearbeitung und -auswertung erklärt, wobei die Schritte zur Auswertung anhand der Beantwortung zweier Fragen exemplarisch dokumentiert werden. Abschließend gehe ich auf die Gütekriterien qualitativer Forschung ein und stelle kritische Überlegungen zu der von mir durchgeführten Untersuchung an.

Das vierte Kapitel dient der Darstellung der Untersuchungsergebnisse in Form der Beantwortung der Subfragen, wobei die hilfreichen Aspekte der Begleitung durch die Frühförderin zusätzlich separat zusammengefasst werden.

Im fünften Kapitel interpretiere ich die Forschungsergebnisse in Hinblick auf die diplomarbeitsleitende Fragestellung und mache dazu Anmerkungen unter Bezugnahme auf bereits vorhandene Publikationen. Anschließend gehe ich auf Resultate der Katamnesestudie von Hochberger und Kis ein.

Das sechste und letzte Kapitel gibt Raum für weiterführende Überlegungen zur Bedeutung der Untersuchungsergebnisse für das neue Angebot der Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder durch eine Frühförderin sowie für abschließende Bemerkungen.

1. Frühgeburt

In diesem Kapitel wird das Thema Frühgeburt zuerst von einem medizinischen Standpunkt aus betrachtet, bevor ich auf das Kind und in weiterer Folge auf die Situation der Eltern zu sprechen komme. Es werden verschiedene psychologische Aspekte der Schwangerschaft und des Übergangs zur Elternschaft behandelt, ebenso wie die emotionalen Folgen, die eine Frühgeburt für die Eltern haben kann. Abschließend beschäftige ich mich mit der Bedeutung der Frühgeburt für die Mutter / den Vater. Danach werden die heilpädagogisch relevanten Aspekte einer Frühgeburt und früher Beziehungsentwicklung untersucht. In diesem Zusammenhang werden die Voraussetzungen für das Zustandekommen der Eltern-Kind-Beziehung dargestellt sowie die Schwierigkeiten, die sich in der Kontaktaufnahme infolge einer Frühgeburt ergeben können. Zuletzt gehe ich auf die Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und Eltern-Kind-Beziehung und auf das Risiko der sekundären Behinderung ein.

1.1 Daten und Fakten rund um die Frühgeburt

1.1.1 Definitionen von Frühgeburt

Als frühgeboren gelten Kinder, die vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen (Dederich 2000; zit. nach Biewer 2009, 107). Abgesehen von der Dauer der Schwangerschaft ist für die Diagnose „Frühgeburt“ auch das Geburtsgewicht zu beachten: Dabei wird unterschieden (vgl. Garbe 1997, 43; Kirschner & Hoeltz 2000; zit. nach Spatz 2004, 13) zwischen „low birthweight“ (Kinder zwischen 2500 g und 1500 g), „very low birthweight“ (Kinder zwischen 1500 g und 1000 g) und „extremely low birthweight“ (Kinder unter 1000 g). Das Geburtsgewicht kann dabei als maßgeblich für das „Ausmaß der Frühgeburtlichkeit“ (Sarimski 1986, 43) verstanden werden.

Die Kinder der im Projekt begleiteten Eltern waren frühgeboren, aber nicht in einem lebensbedrohlichen Ausmaß. Das war schon vor der Kontaktaufnahme mit den Eltern anzunehmen, da das Krankenhaus, mit dem die Frühförderin zusammenarbeitete, nicht auf die intensivmedizinische Betreuung extrem frühgeborener Kinder ausgerichtet ist.

1.1.2 Statistische Häufigkeit von Frühgeburt und Überlebenschancen

Bezüglich der Häufigkeit von Frühgeburten sind in der Literatur unterschiedliche Aussagen zu finden, die Wahrscheinlichkeit für eine zu frühe Entbindung liegt zwischen vier und zehn Prozent (vgl. Dick et al. 1999; zit. nach Spatz 2004, 12; Israel 2008, 129; Regan 2008, 339).

Ab welcher Woche ein Kind im Falle einer Frühgeburt überlebensfähig ist, kann nicht mit allgemeiner Gültigkeit gesagt werden. Bei Regan (2008, 13) ist zu lesen, dass Kinder, die vor der 24. Woche zur Welt kommen, als Fehlgeburten gelten (2008, 183) – mit ihrem Überleben wird also nicht gerechnet. Es ist aber möglich – wenn auch sehr selten –, dass Kinder mit knapp 22 Schwangerschaftswochen überleben (vgl. Marcovich 1999; zit. nach Spatz 2004, 13). Laut Garbe (1997, 46) gibt es „reale Chancen hinsichtlich des Überlebens ... ohne erhebliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes ... erst ab der kompletten 25. bis 26. Schwangerschaftswoche“. Regan hingegen sieht die Chance des Kindes, ohne Behinderung zu überleben, erst nach der 30. Woche gegeben (2008, 13).

Laut Sommerhoff sind die Überlebenschancen für ein in der 28. Schwangerschaftswoche geborenes Frühchen dreimal so hoch wie für ein Kind, das in der 27. Schwangerschaftswoche geboren wurde. Das Risiko für bleibende Schäden und Behinderungen nimmt mit jedem Tag im Mutterbauch ab (Sommerhoff 1993, 55). Wenn auch das Alter eines Babys die wichtigste Größe in diesem Zusammenhang ist (ebd.), so muss man doch beachten, dass das Geburtsgewicht ebenfalls eine Rolle spielt. Dieser Umstand erklärt wohl die teilweise widersprüchlichen Informationen.

1.1.3 Mögliche Ursachen einer Frühgeburt

In der Literatur über Ursachen von Frühgeburten sind – die Mutter betreffend – drei unterschiedliche Arten von Faktorengruppen erkennbar, die eine Frühgeburt wahrscheinlicher machen oder begünstigen können: medizinische bzw. körperliche Faktoren, psychische und psychosoziale Belastungen sowie Fehlverhalten während der Schwangerschaft.

Zu den medizinischen bzw. körperlichen Faktoren gehören zum einen solche, die schon vor dem Eintreten einer Schwangerschaft bestehen können (zit. nach Müller-Rieckmann 1993, 13f; Regan 2008, 340; Spatz 2004, 13; URL 2):

- Alter der Mutter (unter 16 oder über 38 Jahren; vgl. URL 2)
- Chronische Grunderkrankungen von Herz, Lunge, Nieren oder Schilddrüse
- Erbkrankheiten des zentralen Nervensystems
- Diabetes
- Mangel an roten Blutkörperchen
- Starkes Über- oder Untergewicht
- Bluthochdruck
- Fehlbildung der Gebärmutter
- Gutartige Geschwulstbildung in der Gebärmutter

Andere medizinische bzw. körperliche Risikofaktoren können durch die Schwangerschaft bzw. während der Schwangerschaft auftreten (zit. nach Regan 2008, 340; 425f; Müller-Rieckmann 1993, 13f; URL 1, URL 2):

- Schwangerschaftsdiabetes
- Plazentainsuffizienz
- Blutungen, die durch eine Placenta praevia (vor dem Muttermund gelagerte Plazenta) ausgelöst werden
- Schwäche des Gebärmuttermundes
- Schwangerschaftsvergiftungen
- Vaginale Infektionen
- Blutgruppeninkompatibilität
- Mehrlingsschwangerschaften

Zu den psychischen und psychosozialen Faktoren zählt alles, was die Mutter während der Schwangerschaft emotional belastet, wie z. B.

- Ängste in Bezug auf die Schwangerschaft (Strobel 1988; zit. nach URL 2)
- eine instabile Partnerschaft (ebd.)
- die berufliche Situation (ebd.)

- vorausgegangene Früh- und Fehlgeburten (Heinen 1997; zit. nach Reiter 2007, 11)
- ein „Gefühl des ‚Zuviel‘“ an Anforderungen (de Jong & Cremer 1998; zit. nach Reiter 2007, 11)
- familiärer oder gesellschaftlicher Druck (Heinen 1997; zit. nach Reiter 2007, 11)

Fehlverhalten der Mutter während der Schwangerschaft, das eine Frühgeburt begünstigen oder auslösen kann, ist beispielsweise Nikotin- und Drogenkonsum, übermäßiger Alkohol- oder Kaffeekonsum (Kirschner & Hoeltz 2000, 120), Leistungssport (ebd.) und Fehlernährung (Strobel 1988; zit. nach URL 2).

Es gibt auch einige wenige Ursachen von Frühgeburten, die in der Literatur dem Kind zugeschrieben werden ⁴ (Müller-Rieckmann 1993, 14; Regan 2008, 426):

- Lage- und Nabelschnuranomalien
- Fehlbildungen aller Art
- Infektionen
- Polyhydramnion („pathologische Vermehrung der Fruchtwassermenge über zwei Liter“; Regan 2008, 426)

1.2 Über das frühgeborene Kind

1.2.1 Das Aussehen frühgeborener Kinder

Frühgeborene Babys sind wohl für die meisten Menschen ein seltener Anblick. Im Vorfeld dieser Untersuchung besuchte ich die neonatologische Station des Krankenhauses Mödling und durfte dabei auch einen Blick in eines der Zimmer werfen, in dem die Brutkästen stehen. Dort sah ich ein Baby, allein, angeschlossen an diverse Kabel zur Überwachung der Atmung und der Herzfrequenz. Es wirkte winzig auf mich und war verhältnismäßig dünn. Durch das Fehlen der Fettpölster, die leicht durchscheinende Haut (vgl. Müller-

⁴ Keine der in den Quellen genannten Autorinnen geht allerdings auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Fehlverhalten der Mutter während der Schwangerschaft und beispielsweise kindlicher Fehlbildung ein.

Rieckmann 1993, 15) und wohl auch durch die Lagerung im Inkubator sah es sehr zerbrechlich aus.

Weitere Merkmale frühgeborener Babys, die ich nicht beobachtet habe bzw. nicht beobachten konnte, sind (zit. nach Müller-Rieckmann 1993, 15; URL 2):

- verstärkte Körperbehaarung
- das Fehlen der Augenbrauen
- blassrot bis dunkelrot gefärbte Haut
- ein großer Bauch
- ein im Verhältnis zur Körperlänge großer Kopf
- weiche Ohren aufgrund nicht abgeschlossener Knorpelbildung
- Finger- und Zehennägel, die noch nicht bis zur Finger-/Zehenkuppe gewachsen sind

1.2.2 Häufige Probleme frühgeborener Kinder und daraus resultierende medizinische Maßnahmen

Die häufigsten medizinischen Probleme Frühgeborener betreffen laut Regan (2008, 342f) die Atmung, da die Lungenreife vor der 35. Schwangerschaftswoche noch unzureichend ist. Eine Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff kann zu Hirnblutungen, Krämpfen und in weiterer Folge zu bleibenden Schäden bzw. Behinderungen führen (Strobel 1988; zit. nach URL 2). Kurze Atempausen sind laut Kretz (1989; zit. nach URL 2) bei Frühgeborenen allerdings als normal anzusehen.

Drohende Atemaussetzer können eine Beatmung mittels Schlauch erforderlich machen, was wiederum das Risiko für Infektionen erhöht. Frühgeborene sind aufgrund ihrer noch unzureichend aufgebauten Immunabwehr besonders anfällig für Hirnhautentzündung sowie Entzündungen des Dün- und des Dickdarms (Millner 1992; zit. nach URL 2).

Ein weiteres Problemfeld ist die unzureichende Wärmeregulation frühgeborener Babys, die eine Lagerung im Inkubator bzw. später im Wärmebettchen erforderlich macht (Müller-Rieckmann 1993, 19). Dadurch sollen Überhitzung und Unterkühlung verhindert werden. Die Schwierigkeiten der Frühgeborenen, ihre Körpertemperatur konstant zu halten bzw. anzupassen, resultieren aus mangelndem Körperfett, geringer Muskelaktivität im Verhältnis zu einer relativ

großen Körperoberfläche, der unzureichenden Fähigkeit zu schwitzen und einer Unreife des Wärmezentrums im Gehirn (Hertl 1989; zit. nach URL 2).

Der unzureichend ausgebildete Saugreflex (Regan 2008, 342) und Probleme mit dem Schlucken (Müller-Rieckmann 1993, 15) können das Trinken an der Mutterbrust unmöglich machen und dazu führen, dass das Baby mittels Sonde ernährt werden muss. Im Idealfall kann dafür die abgepumpte Milch der Mutter verwendet werden (Regan 2008, 343).

Auf häufige Erkrankungen extrem Frühgeborener bzw. mögliche Folgeschäden bei intensivmedizinischer Versorgung werde ich an dieser Stelle nicht eingehen, da die Kinder der von mir interviewten Eltern davon glücklicherweise nicht betroffen waren; eine gute Übersicht ist für Interessierte beispielsweise bei Binder (2006, 26ff) zu finden sowie bei Marcovich & de Jong (2008, 71ff).

1.2.3 Verhaltens- und Reaktionsweisen frühgeborener Kinder

Ein reif geborener Säugling kann „seine Aufmerksamkeit und Motorik steuern, Reaktionen auf Umweltreize selbst regulieren und soziale Interaktionen mit der Umwelt initiieren und gestalten“ (Sarimski 2000, 38). Diese Fähigkeiten beruhen laut Als (1992; zit. nach Sarimski 2000, 38f) auf vier voneinander abhängigen, hierarchisch aufgebauten Subsystemen des kindlichen Organismus: dem physiologischen System, dem motorischen System, dem System der „Organisation von Wachheit und Aufmerksamkeit“ (Sarimski 2000, 38) und dem selbstregulatorischen System. Je unreifer ein Kind geboren wird, umso störanfälliger ist das physiologische System und somit die weiteren Systeme, die darauf aufbauen. Überforderung durch einströmende Reize und desorganisiertes Verhalten sind die Folgen.

Als (1982; zit. nach Sarimski 2000, 39) beschreibt folgende kindliche Verhaltenszeichen der Instabilität in den Subsystemen:

- „unregelmäßige Atmung, Änderung der Hautfarbe, Verdauungsprobleme
- diffuse motorische Aktivität, Hyper- / Hypotonus, zittrige, zuckende oder ungezielte Bewegungen
- überwiegend diffuse Zwischenzustände, rasch wechselnde Verhaltenszeichen

- Blickvermeidung, Unruhe, physiologische Instabilität bei akustischen / visuellen Reizen“

Frühgeborene brauchen mehr Zeit als Reifgeborene, um ihre Systeme zu reorganisieren (Sarimski 2000, 38). Da sie in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt rascher überfordert sind (vgl. Heinen 1997; zit. nach Spatz 2004, 26), wechseln sie häufiger zwischen den von Brazelton & Cramer (1991; 83ff) beschriebenen Verhaltenszuständen Neugeborener: Tiefschlaf, Traumphasenschlaf, Halbschlaf, wacher Aufmerksamkeitszustand, aufmerksamer, aber quengelig Zustand und Schreien. Eltern frühgeborener Kinder sind dadurch in besonderem Maß herausgefordert, wenn es darum geht zu erkennen, was in ihrem Baby vorgeht, wie es sich fühlt und welcher Umgang mit ihm der jeweiligen Situation angepasst ist. Auf diese Aspekte der erschwerten Eltern-Kind-Interaktion im Falle einer Frühgeburt werde ich in Kapitel 1.4 zu sprechen kommen.

1.3 Zur Situation der Eltern frühgeborener Kinder

In diesem Kapitel soll der Leserin / dem Leser nähergebracht werden, was Eltern frühgeborener Kinder erleben und wie man sich ihre Situation vorstellen kann.

Zuerst gehe ich auf die Phasen des Übergangs zur Elternschaft ein, danach auf das „erträumte Wunschkind“ und seinen Verlust im Zuge der Frühgeburt. Das darauf folgende Kapitel beschäftigt sich damit, welche Rolle das innere Bild vom Kind, das in der Mutter entsteht, für den vorgeburtlichen Beziehungsaufbau spielt. Im Anschluss daran beschreibe ich die emotionale Situation der Eltern angesichts der Frühgeburt, bevor ich auf die Situation der Eltern im Krankenhaus zu sprechen komme. Am Ende dieses Kapitels gehe ich gesondert auf die emotionale Bedeutung der Frühgeburt für die Mutter sowie auf die Bedeutung der Frühgeburt für den Vater ein. Dabei werden Teile aus dem Kapitel zur emotionalen Situation der Eltern wiederholt. Ich habe diese Vorgehensweise aus folgenden Gründen gewählt: Die Situation des Vaters wird in der Literatur über Eltern frühgeborener Kinder häufig ausgespart. Zum einen mag das daran liegen, dass Untersuchungen sich oft nur an Mütter richten (vgl.

z. B. Sarimski 2000, 57). Auf diesen Umstand weist auch Fröhlich in seinem Artikel „Die Einsamkeit des Vater-Seins. Väter in der Frühförderung“ hin (Fröhlich 2007, 100f). Des Weiteren sind Frauen anscheinend eher bereit, an Untersuchungen teilzunehmen (diese Erfahrung haben meine Kolleginnen und ich im Zuge der Interviews für die Diplomarbeit gemacht). Durch die Frühgeburt kommen Mutter und Vater aber in unterschiedliche Situationen. Die Mutter ist meist stationär im Krankenhaus aufgenommen; im Falle eines Kaiserschnittes kann sie ihr Kind erst nach ein paar Tagen sehen, da sie zuvor nicht mobil ist. Der Vater muss sich vermutlich um einen vorgezogenen Urlaub bemühen, da die Frühgeburt ja nicht absehbar war. Vielleicht hat das Paar auch schon Kinder, um deren Versorgung er sich kümmern muss. All diese Faktoren lassen annehmen, dass Männer und Frauen mit der Situation der Frühgeburt unterschiedlich umgehen; Beschreibungen über „die Situation der Eltern“ werden also nicht auf beide gleichermaßen zutreffen können (wenngleich sie in der Literatur sehr häufig sind). Diesem Umstand möchte ich mit den gesonderten Kapiteln zu Müttern und Vätern frühgeborener Kinder Rechnung tragen.

1.3.1 Phasen des Übergangs zur Elternschaft

Gloger-Tipelt (1988; zit. nach Vonderlin 1999, 19f) beschreibt den Übergang zur Elternschaft in acht Phasen:

- Phase der Verunsicherung (etwa bis zur 12. SSW)
- Anpassungsphase (ca. 12.-22. SSW)
- Phase der Konkretisierung der Elternschaft (20.-32. SSW)
- Phase der Antizipation und der Vorbereitung auf die Geburt und das erwartete Kind (ca. ab der 32. SSW)
- Phase der Geburt
- Phase der Erschöpfung (bis zum 2. LM des Kindes)
- Phase der Herausforderung und der Umstellung (ca. bis zum 6. LM)
- Phase der Normalisierung und Gewöhnung (ca. ab dem 6. LM)

Während der Dauer einer Schwangerschaft durchlaufen Eltern im Normalfall die ersten vier Phasen, die sie auf die fünfte, die Phase der Geburt, vorbereiten. Wird die Schwangerschaft durch eine Frühgeburt vorzeitig abgebrochen, so

hatten die Eltern nicht die Möglichkeit, sich ausreichend auf die neue Lebenssituation einzustellen. Je nach Zeitpunkt der Entbindung befinden sich Mutter und Vater noch in der zweiten oder dritten Phase. Abgesehen von fehlenden Vorbereitungen u. Ä. bedeutet das vor allem, dass die Mutter psychisch noch nicht bereit ist für die Entbindung; sie erlebt das Baby überwiegend noch als Teil von sich (vgl. Cramer 1987; zit. Binder 2006, 39). Erst in der vierten Phase, der Phase der Antizipation und der Vorbereitung auf die Geburt, ist die Mutter innerlich bereit für die Trennung vom Kind (Vonderlin 1999, 20).

1.3.2 Das erträumte Wunschkind und sein Verlust

Im Verlauf der Schwangerschaft entwickeln Eltern Vorstellungen von ihrem zukünftigen Kind. Sie stellen sich vor, wie es aussehen wird, schreiben ihm erhoffte Eigenschaften zu, malen sich aus, wie das Leben mit ihm sein könnte (vgl. Marcovich & de Jong 2008, 21f).

Bei der Geburt eines Kindes müssen die Eltern ihre Vorstellungen an das reale Kind anpassen, was normalerweise nach kurzer Zeit geschieht (Stern 1997; zit. nach Jandrisits 2005, 6) und worauf sie auch durch die Phasen des Übergangs zur Elternschaft (Kap. 1.3.1) vorbereitet sind. Im Fall einer Frühgeburt sind Eltern auf diese Anpassungsleistung nicht ausreichend vorbereitet. Je kürzer die Schwangerschaft war, umso realitätsferner sind die Vorstellungen vom Kind und vom Leben mit ihm und umso weniger sind Eltern innerlich darauf eingestellt, sich mit ihrem realen Kind auseinanderzusetzen (vgl. Sarimski 2000, 56f).

Dazu kommt, dass der Anblick eines Frühgeborenen stark abweichen kann von den Vorstellungen, die man sich im allgemeinen von einem Neugeborenen macht. Die Mutter eines sehr unreifen Babys beschreibt:

„Ich stand am Fuße des Inkubators und traute meinen Augen nicht. Das, was da lag, hatte nicht die geringste Ähnlichkeit mit einem Säugling, geschweige denn sah er meinem Mann oder mir ähnlich. Ich war völlig geschockt“ (Ilka; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 26).

Im Zuge der Bewältigung der Frühgeburt ist es notwendig, dass Mutter und Vater sich von ihrem inneren Wunschkind, das sie sich erträumt haben, trennen und den Verlust betrauern. Dadurch wird es ihnen möglich, die Beziehung zu

ihrem realen Kind aufzubauen (Brazelton & Cramer 1991, 190). Wird dieser Prozess der Bewältigung nicht oder nur unzureichend vollzogen, so kann „auch das Zusammensein mit einem gesunden und nicht behinderten Baby als ein traumatisches Ereignis erlebt werden und bedenkliche Krisen nach sich ziehen“ (Datler & Messerer 2006, 131, mit Verweis auf Diem-Wille 2003).

1.3.3 Vorgeburtliche Beziehungsentwicklung

Im Laufe der Schwangerschaft entsteht in der Mutter ein inneres Bild von ihrem Kind (Bowlby 1975; zit. nach Binder 2006, 39), wie auch in Kapitel 1.3.2 dargestellt wurde. Gemeinsam mit dem Bild vom Kind entwickelt sich durch die damit verbundenen Vorstellungen die vorgeburtliche Beziehung; diese verläuft wie der Übergang zur Elternschaft in Phasen (Sarimski 2000, 56). Während dieser Phasen besteht eine wechselseitige Beeinflussung zwischen dem Bild, das die Mutter vom Kind hat, und dem wirklichen Säugling in ihrem Bauch (ebd.). Erste Ultraschallbilder sowie die ersten spürbaren Bewegungen des Kindes spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle für die vorgeburtliche Beziehungsentwicklung (vgl. Sarimski 2000, 55), da sie die Mutter darauf vorbereiten, das Kind mit der Zeit als eigenständiges Individuum wahrzunehmen. In den letzten Wochen der Schwangerschaft treten die mütterlichen „Vorstellungen vom Kind zurück zugunsten der Annahme des kommenden Kindes“ (Sarimski 2000, 56). Die Geburt findet dann nach neun Monaten gut vorbereitet als „lang ersehnter Endpunkt einer Wartezeit“ statt (Sarimski 2000, 55).

Kommt das Kind allerdings zu früh, trifft die Trennung die Mutter unerwartet: „Der Prozess der inneren Vorbereitung auf das reale Baby und die Entstehung der Bindung zu ihm wird jäh unterbrochen“ (ebd.). Das Modell des inneren Bildes vom Kind, das auch ein Bild der Frau als zukünftige Mutter sowie Vorstellungen über die Beziehung der beiden zueinander enthält, kann nicht zur Anwendung kommen (Zimmer 2003; zit. nach Binder 2006). Die Mutter muss die Erfahrungen der Frühgeburt ausreichend verarbeiten und in ihre neue Rolle finden, bevor sie die Beziehung zum Kind zufriedenstellend aufbauen kann. „Die Vorstellungen vom Kind und der Beziehungsaufnahme zu ihm sowie die Wahrnehmung des realen Babys stehen (dabei; Anm. d. V.) meist im Widerspruch zueinander“ (Binder 2006, 39, mit Verweis auf Höck 1995). Der

Beziehungsaufbau wurde durch die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft gestört und ist in weiterer Folge durch die krisenhaften und belastenden Umstände der Frühgeburt erschwert; auf diese Erschwernisse werde ich in den folgenden Kapiteln eingehen.

1.3.4 Die emotionale Situation der Eltern

Eine Frühgeburt und die damit einhergehenden Umstände können für die jungen Eltern eine emotionale Krise bedeuten (Marcovich & de Jong 2008, 16) und psychisch traumatisierend sein (vgl. Brisch 2000; zit. nach Strohofer 2005, 49). Sie sind von den Ereignissen überrumpelt (Marcovich & de Jong 2008, 16) und befinden sich in einem Schockzustand (Sarimski 2000, 62). Zu Versagens- und Schulgefühlen (Marcovich & de Jong 2008, 21f) kommt die Angst um die Gesundheit und das Überleben des Kindes (Marcovich & de Jong 2008, 21). Eltern und Kind sind voneinander getrennt, was die Eltern verunsichert (Sarimski 2000, 59). Medizinische Maßnahmen wie die Lagerung im Inkubator und die technische Krankenhausatmosphäre erschweren die Kontaktaufnahme (Marcovich & de Jong 2008, 27). Die Eltern haben möglicherweise Angst, ihr Kind zu berühren, fürchten, dass sie es verletzen könnten. Die Versorgung ihres Babys müssen sie vorerst dem Krankenhauspersonal überlassen (Sarimski 2000, 65), wodurch das Vertrauen in die elterlichen Fähigkeiten zusätzlich erschüttert wird (vgl. Sarimski 2000, 66). Die Hilflosigkeit der Eltern, nichts oder nur wenig für ihr Kind tun zu können, kann Wut auslösen (Sarimski 2000, 62f). Manche Eltern reagieren auch mit Verleugnung und Abwehr auf die für sie unkontrollierbare Situation (ebd.).

Positive Gefühle wie Glück, Stolz und Freude, die sonst mit der Geburt eines Kindes einhergehen, fehlen weitgehend (vgl. Hantsche et al. 1992; zit. nach Zatl 2010, 12), was oft auch an den Reaktionen des Umfeldes zu sehen ist: Die übliche Beglückwünschungen bleiben aus (Marcovich & de Jong 2008, 22); „Es scheint ..., als lastete ... ein Makel auf Eltern und Kind“ (ebd.). Dadurch werden die Eltern in ihrer Lage isoliert, was wiederum die psychosoziale Belastung verstärkt. Für Familie und Freunde kann die stark schwankende Stimmungslage, die im Wesentlichen vom Gesundheitszustand des Kindes abhängt und derartige Krisensituationen kennzeichnet, irritierend sein (Sarimski 2000, 59). Für die Gefühlslage der Mütter und Väter gilt: „Je kleiner und

bedrohter die Babys sind, desto intensiver sind die emotionalen Reaktionen“ (Sarimski 2000, 60, mit Verweis auf Pederson et al. 1987).

1.3.5 Zur Situation der Eltern im Krankenhaus

Eltern frühgeborener Kinder sind, sofern sie nicht beruflich im medizinischen Bereich zu tun haben, im Krankenhaus von Fremdem umgeben: vom krankenhaustypischen Geruch, medizinischen Geräten, deren Funktion sie nicht kennen, medizinischem Personal, dem Fachjargon der Ärzte und Ähnlichem mehr (Sarimski 2000, 63). In einer Situation, in der sie normalerweise im geschützten Rahmen behutsam Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen und im Zuge des gegenseitigen Beschnuppens beginnen, ihre Kompetenzen als Eltern zu entwickeln, sind sie von ihrem Kind getrennt und müssen sein Wohlergehen Ärzten und Schwestern anvertrauen. In dieser Außenseiterrolle fühlen sich Eltern teilweise mehr als Besucher denn als Vater oder Mutter (vgl. Sarimski 2000, 65f). Dazu trägt auch bei, dass der Tagesablauf und die Routinen der Neugeborenenstation (Untersuchungen, Fütterungszeiten u. Ä.) nicht oder nur wenig auf die Eltern abgestimmt werden können (ebd.). Immer wieder begegnen sie unterschiedlichem Personal, was einerseits den Beziehungsaufbau erschwert, andererseits dazu führen kann, dass die Eltern beispielsweise mit unterschiedlichen Haltungen und Meinungen verschiedener Ärzte oder Schwestern konfrontiert werden (Sarimski 2000, 66f). In dieser Umgebung, die wenig Raum für Intimität lässt, findet der erste Kontakt zum Kind und der erste Beziehungsaufbau statt (Sarimski 2000, 63).

1.3.6 Zur emotionalen Bedeutung der Frühgeburt für die Mutter

Marcovich und de Jong beschreiben, dass „Mütter von frühgeborenen Kindern hohem Stress ausgesetzt sind und psychisch labil oder depressiv reagieren“ (Marcovich & de Jong 2008, 37). Ausschlaggebend für die Höhe des Stresslevels ist der Gesundheitszustand des Kindes; je schlechter es dem Kind geht, umso belasteter ist die Mutter. Dieser Zusammenhang wird auch in einer Studie von Pederson et al. (1987; zit. nach Sarimski 2000, 60) ersichtlich, in der die emotionalen Reaktionen der Mütter⁵ frühgeborener Babys mit unterschiedlichem Gesundheitszustand befohrt wurden: 95 % der Mütter

⁵ Die Untersuchung umfasste 130 Mütter.

gesundheitlich bedrohter Kinder waren emotional aufgewühlt (wie 68 % der Mütter stabiler Kinder), 28 % hatten psychosomatische Beschwerden (wie 9 % der Mütter stabiler Kinder), 56 % empfanden eine innere Distanz zum Baby (wie 32 % der Mütter stabiler Kinder) und 83 % hatten Angst vor den Belastungen nach der Entlassung (wie 52 % der Mütter stabiler Kinder). Die Ambivalenz in der Beziehung zum Kind war allerdings in beiden Gruppen mehr oder weniger stark vertreten (17 % der Mütter bedrohter Kinder, 18 % der Mütter stabiler Kinder).

Eine Mutter, die aufgrund eines Notkaiserschnitts ihr Kind nach der Entbindung nicht sehen konnte, beschreibt ihre Situation folgendermaßen:

„Als ich wieder zu mir kam, erwachte ich auf der Intensivstation. Eine Schwester kam herein und sagte: ‚Herzlichen Glückwunsch, Sie sind Mutter, Sie haben einen kleinen Sohn.‘ - ‚Ja, danke‘, antwortete ich und fühlte meinen Bauch. Der war weg, aber Muttergefühle hatte ich nicht. Ich hatte überhaupt keine Beziehung zu dem Kind“ (Ilka; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 17f).

Ist die Mutter nach einem Kaiserschnitt oder der Verlegung in ein anderes Krankenhaus noch von ihrem Kind getrennt, dominieren drei Emotionen ihre Gefühlswelt: Angst, Niedergeschlagenheit und das Gefühl des Ungenügens (Hunziker & Largo o. J.; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 20f). Mütter haben oft das Gefühl, ihr Körper sei nicht gut genug und deshalb wäre es zu einer vorzeitigen Entbindung gekommen (Tracey 2000; zit. nach Strohofer 2005, 51). In der Folge kann für die Frau der Eindruck entstehen, ihre „mütterliche Minderwertigkeit“ würde durch das Frühgeborene, das wie sie selbst nicht den Erwartungen entspricht, zur Schau gestellt (Tracey 2000; zit. nach Strohofer 2005, 51). Dieses Gefühl des Versagens klingt auch in der Aussage einer Mutter an, die zum ersten Mal ihr Kind auf der Intensivstation besucht hat und von dem Anblick ihres frühgeborenen Babys überrumpelt und geschockt war. Beim Verlassen der Klinik sagte sie zu ihrem Mann: „Da gehe ich nie wieder hin. Das Kind besuche ich nicht mehr. So etwas Hässliches kann nicht von mir stammen“ (Ilka; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 26). In Zusammenhang mit dem Beziehungsaufbau spielt der Hautkontakt zwischen Mutter und Kind eine sehr große Rolle, da er es vielen Frauen ermöglicht, sich „erstmal als Mutter“ zu fühlen (Marcovich & de Jong 2008, 28).

1.3.7 Zur Situation der Väter frühgeborener Kinder

Laut Jeffcoate et al. (1979), Largo & Hunziker (1986) sowie Affleck et al. (1991) (alle zit. nach Sarimski 2000, 68) sind Väter von der Frühgeburt eines Kindes emotional weniger betroffen als Mütter. Dieser Umstand erleichtert dem Vater vermutlich die Funktion als Tröster und Stütze der Mutter, die er auch durch „rationale Auseinandersetzung mit den anstehenden Problemen“ (ebd.) zu erfüllen versucht. Diese Doppelaufgabe der Umsorgung des Kindes wie auch der Mutter kann allerdings nicht nur zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls des Vaters führen, sondern auch zu einer Überforderung; der Vater empfindet sich in der Situation selbst als hilflos, hat aber das Gefühl, (nicht empfundene) Stärke zeigen zu müssen (Sarimski 2000, 68f). Eine weitere Doppelbelastung liegt in dem Umstand, dass der Vater sich womöglich nicht nur um den Gesundheitszustand seines Kindes sorgen muss, sondern auch um den seiner Partnerin (Huebmer 2003; zit. nach Jandrisits 2005, 10).

Ist die Mutter des Frühgeborenen gesundheitlich noch nicht in der Lage, ihr Kind zu besuchen (beispielsweise infolge eines Kaiserschnittes), so kommt dem Vater vorübergehend eine Boten- und Vermittlerfunktion zu (Sarimski 2000, 68; Marcovich & de Jong 2008; 30f): Er kann der Mutter vom Kind erzählen, ihr ein Foto bringen, damit sie sich eine Vorstellung von ihrem Babys machen kann. Überdies ist er erste Ansprechperson für Ärzte und Schwestern (Huebmer 2003; zit. nach Jandrisits 2005, 10). Viele Väter kümmern sich während der Abwesenheit der Mutter intensiv um ihr Kind, was dazu führt, dass „sie sich in dieser Zeit besonders kompetent“ fühlen und „rasch Sicherheit in der Kontaktaufnahme zum Baby“ gewinnen (Sarimski 2000, 68). Die verstärkte Beschäftigung des Vaters mit seinem Kind wirkt sich auch auf die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aus: Väter frühgeborener Kinder sind in der Pflege „aktiver als Väter von termingeborenen Kindern“ (Marcovich & de Jong 2008, 31).

Der Vater kann die Mutter, sobald sie mobil ist, mit ihrem Kind bekannt machen. Die bereits erwähnte Kompetenz kann dabei zu vorübergehender Rivalität zwischen den Eltern führen (Marcovich & de Jong 2008, 31).

Zur Beziehungsentwicklung zwischen Vater und frühgeborenem Kind ist in der Literatur wenig zu finden; am ehesten geben Elternberichte (vgl. z. B.

Rinnhofer, 1995; Marcovich & de Jong 2008) Einblick in das Erleben der Väter. Es ist aber anzunehmen, dass auch der Vater sich von seinem erträumten Wunschkind und den damit verbundenen Vorstellungen trennen muss. So wie die Mutter die Trennung vom Kind und den Anblick ihres „unfertigen“ Babys als persönliche Kränkung erleben kann, kann sich auch der Vater beim Anblick seines Kindes minderwertig fühlen (Brazelton & Cramer 1991, 190). „Seine Ängste, selbst verletzt oder ‚beschädigt‘ zu werden, sieht er in seinem Nachkommen gespiegelt. Er kann sogar über das Frühgeborene verärgert sein, da er glaubt, dass es seine Schwächen offen zur Schau trägt“ (Tracey 2000; zit. nach Strohofer 2005, 51). Dies trifft besonders zu, wenn das Kind männlich ist (ebd.).

Wie in der Beziehung zwischen Mutter und Kind spielt auch hier der Hautkontakt zum Baby eine wichtige Rolle. Ein känguruender⁶ Vater beschreibt: „Diese innere Verbundenheit, die sich einstellte, wenn ich unsere Tochter auf der Brust spüren konnte, versetzte mich immer in eine regelrechte Hochstimmung“ (Hans-Joachim; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 28).

1.4 Heilpädagogisch relevante Aspekte von Frühgeburt und früher

Beziehungsentwicklung

Eine stabile Eltern-Kind-Beziehung kann „extreme Belastungen kompensieren und als Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung wirken“ (Sarimski 2000, 86). Umgekehrt kann, wenn der Beziehungsaufbau unglücklich verläuft, die kindliche Entwicklung dadurch behindert werden (Sarimski 1992; Laucht 1997; zit. nach Israel & Reißmann 2008, 12). Kinder sind infolge einer Frühgeburt durch ihre körperliche Unreife von Behinderung bedroht; die Belastungssituation der Eltern und die damit einhergehenden erschwerten Umstände in der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind führen zusätzlich zu einer Bedrohung in Form von sekundärer Behinderung, wenn auf die kindlichen Bedürfnisse nicht angemessen eingegangen werden kann.

Im Folgenden gehe ich auf diese heilpädagogisch relevanten Aspekte von Frühgeburt und früher Beziehungsentwicklung ein. Zuerst erläutere ich einige Faktoren für das Zustandekommen der Eltern-Kind-Beziehung. Danach gehe

⁶ Pflegehandlung, bei der ein Elternteil sich das Baby auf den nackten Oberkörper legt, um ihm durch Hautkontakt Geborgenheit zu vermitteln (vgl. z. B. Müller-Rieckmann 1993, 26f).

ich darauf ein, inwiefern das Entstehen der Beziehung im Fall einer Frühgeburt durch zahlreiche Faktoren erschwert ist. In weiterer Folge gehe ich auf den Zusammenhang zwischen kindlicher Entwicklung und Eltern-Kind-Beziehung ein, bevor ich abschließend das Risiko der sekundären Behinderung Frühgeborener darstelle.

1.4.1 Voraussetzungen für das Zustandekommen der Eltern-Kind-Beziehung

Ein gelungener Beziehungsbeginn ist wesentlich für die Qualität der weiteren Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Sarimski 2000, 84). Nach der Geburt eines Kindes sind Eltern vor die Aufgabe gestellt, das Verhalten ihres Babys richtig zu deuten und angemessen darauf zu reagieren bzw. eine an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Interaktion mit ihrem Säugling zu entwickeln. Beide Seiten, Eltern und Kind, bringen Voraussetzungen mit, damit das Entstehen der Beziehung gelingen kann.

Eltern tragen „aufgrund ihrer genetischen Ausstattung die Tendenz in sich ..., ihr Verhalten in instinktiver Weise auf die besonderen Wahrnehmungs- und Erlebnisweisen von Säuglingen abzustimmen“ (Papousek 2004; zit. nach Datler & Messerer 2006, 130). Vonseiten der Mutter spielt in diesem Zusammenhang auch die von Stern (1998; zit. nach Sarimski 2000, 57) beschriebene Mütterlichkeitskonstellation eine Rolle. Dieser besondere psychisch-emotionale Zustand zeichnet sich dadurch aus, dass in dieser Zeit das Baby, die Auseinandersetzung mit ihm und seiner Pflege sowie mit der eigenen neuen Rolle als Mutter und somit Versorgerin vorübergehend für die Frau an erster Stelle stehen (vgl. Sarimski 2000, 57f). Die Mütterlichkeitskonstellation ist die Voraussetzung für die „besondere Feinfühligkeit“ einer Mutter, die es ihr ermöglicht, angemessen auf ihr Baby einzugehen und auf seine Bedürfnisse zu reagieren (Sarimski 2000, 58).

Aber auch das Kind verfügt über „ein Repertoire angeborener Fähigkeiten aus Blickverhalten, Mimik, Vokalisation und Motorik“, das dazu dient, mit den Eltern in Kontakt und Austausch zu treten (vgl. Sarimski 2000, 85).

Diese Darstellung der Voraussetzungen, die Eltern und Kind mitbringen, um miteinander in Kontakt zu treten, ist stark verkürzt⁷; dennoch ist sie für meine Zwecke an dieser Stelle ausreichend, da es vor allem darum geht, aufzuzeigen,

⁷ Näheres ist beispielsweise bei Sarimski (2000, 84ff) nachzulesen.

dass diese intuitiven bzw. angeborenen Fähigkeiten störanfällig sind durch Umstände, wie sie beispielsweise eine Frühgeburt mit sich bringt. Darauf gehe ich im nun folgenden Kapitel näher ein.

1.4.2 Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Kind infolge einer Frühgeburt

Bei einer Frühgeburt erschweren verschiedene Faktoren das In-Kontakt-Kommen, sowohl vonseiten der Eltern wie auch vonseiten des Kindes. Es kann aus diversen Gründen, die ich in Kapitel 1.3 bereits erläutert habe, für die Eltern schwierig sein, sich auf ihr Kind einzustellen und einzulassen: Je nach Phase der Schwangerschaft, in der die zu frühe Geburt erfolgte, sind sie dazu mehr oder weniger bereit; sie müssen die Krise der Frühgeburt und die belastende Situation im Krankenhaus bewältigen und können nicht unbeschwert und freudig den Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen. Eine betroffene Mutter beschreibt ihre Situation wie folgt:

„Wenn ich meinen Mann fragte, wie es Marvin ging, fragte ich immer nach ‚dem Kind‘. Nie bezeichnete ich ihn als ‚unseren Sohn‘ oder einfach als ‚Marvin‘. Es war ein Kind, mein Kind, zu dem ich keine Beziehung aufbauen konnte“ (Ilka; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 23).

Des Weiteren hängen die Wahrnehmung des Kindes und das Verhalten dem Kind gegenüber auch von den Erfahrungen ab, die ein Mensch in der eigenen Kindheit sowie später in der Zeit des Übergangs zur Elternschaft gemacht hat (vgl. Datler & Messerer 2006, 130).

Aber auch die starken Belastungen, denen das Baby durch eine zu frühe Geburt ausgesetzt ist, wirken sich auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind aus. Laut Sarimski (o. J.; zit. nach Marcovich & de Jong 2008, 38) äußert sich diese Belastung vor allem durch hohe Irritabilität, eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, abnormes Schreien sowie in Ein- und Durchschlafproblemen. Weiters sind „kleine und sehr unreife Babys ... weniger responsiv, können weniger eindeutig zeigen, was sie mögen und wann sie eine Stimulation zu überfordern droht, sie können ihre Aufmerksamkeit schlechter regulieren und geraten durch Lageveränderungen leichter aus dem Gleichgewicht“ (Sarimski 2000, 66). All diese Interaktionsschwierigkeiten sind umso auffälliger, je unreifer das Neugeborene bei der Geburt war (Sarimski 2000, 89).

Brazelton & Cramer (1991, 138) beschreiben, dass ein Baby in Hinblick auf die Interaktionsentwicklung als Erstes lernen muss, eine Balance zwischen „Input“ und „Output“ zu finden, d. h. zwischen Reiz und Reaktion. Erst danach ist es in der Lage, sich aufmerksam mit Reizen zu befassen, die eine Bezugsperson setzt (ebd.). All diese Umstände führen dazu, dass die Signale des Babys weniger verständlich für seine Eltern sind, als es vermutlich bei einem termingerecht geborenen Säugling der Fall wäre.

In Hinblick auf den Beziehungsaufbau ergänzen sich die „Unsicherheit der Mutter und die Unreife des Babys“ (Sarimski 2000, 66). Die Mutter, durch die Umstände der Frühgeburt und die Situation der Hilflosigkeit im Krankenhaus bereits in ihrer elterlichen Kompetenz erschüttert, wird zusätzlich verunsichert durch die Schwierigkeiten, mit ihrem Baby in einen befriedigenden Kontakt zu treten. Der Austausch zwischen Mutter und Kind ist geprägt von beiderseitigen Belastungen (ebd.). Die Schwierigkeiten in der Interaktion mit dem frühgeborenen Säugling veranlassen Eltern häufig dazu, vermehrte Anreize zu setzen. Dieses Vorgehen hat aber den unerwünschten Effekt, dass der Säugling sich überfordert zurückzieht (vgl. Sarimski 1986, 45f).

1.4.3 Über die Zusammenhänge von kindlicher Entwicklung und Eltern-Kind-Beziehung

In Hinblick auf Entwicklung und Entwicklungsprognosen frühgeborener Babys ist festzuhalten, dass die Beziehung des Kindes zu den Eltern einen zentralen Stellenwert hat. Diese Rolle der Eltern-Kind-Interaktion im Zusammenhang der Förderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder ist seit Langem bekannt (vgl. Sarimski 1986, 9f) und wurde von Sameroff (1979; zit. nach Sarimski 1986, 9) „transaktionales Entwicklungsmodell“ genannt. Laut diesem Modell „kommt (es; Anm. d. V.) zu einem fortlaufenden dynamischen Wechselspiel zwischen einem sich verändernden Individuum, dem Kind, und einer sich verändernden Umwelt“ (Sarimski ebd.). Dieses Wechselspiel ist, wie bereits erörtert, davon abhängig, dass die Eltern ihre Interaktionsangebote auf das Kind abstimmen können. Gelingt ihnen das nicht, kann es zu einer anhaltenden Beziehungsstörung mit negativen Konsequenzen für die kindliche Entwicklung kommen (Sarimski 1986, 10).

Umgekehrt kann eine gute Eltern-Kind-Beziehung, in der die Bedürfnisse des Babys verstanden und adäquat beantwortet werden, Entwicklungsrisiken kompensieren (Sarimski 1986, 24) bzw. sogar als wichtigster Faktor für die Kompensation angesehen werden (Sarimski 1986, 47).

Ein Grund für die Wichtigkeit der gut auf das Kind abgestimmten elterlichen Interaktion ist darin zu sehen, dass die Entfaltung des kindlichen Willens zur Entwicklung erst durch gezielte Stimulation angeregt wird bzw. werden muss (vgl. Datler 2004, 65f). Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Kinder sich aus eigenem Antrieb der sie umgebenden Welt zuwenden und so ihre Entwicklung vorantreiben; eher muss das Kind zuerst durch Reize von außen eine Vorstellung von einer Welt entwickeln, die interessant ist und auf befriedigende Weise von ihm erkundet werden kann (ebd.).

Kommt es aber, wie in Kapitel 1.4.2 beschrieben, zu Interaktionsschwierigkeiten zwischen Eltern und Kind, so kann dies den Rückzug der Eltern nach sich ziehen, da sie den Eindruck haben, ihr Kind nicht erreichen zu können; umgekehrt kann aber auch das Überangebot an Reizen den Säugling überfordern, der sich seinerseits als nicht verstanden erlebt und innerlich zurückzieht (vgl. Datler & Messerer 2006, 132; Datler 2004, 64). Dieses Phänomen der Wechselwirkung zwischen Missverstehen und Rückzug kann weitreichenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen und wird deshalb im folgenden Kapitel näher beleuchtet.

1.4.4 Das Risiko der sekundären Behinderung

Bevor ich nun den Begriff der „sekundären Behinderung“ (Sinason 2000; zit. nach Datler 2004) einführe, möchte ich zunächst den hier verwendeten Behinderungsbegriff erläutern.

Behinderung wird im Zusammenhang der Frühförderung als „eine mehr oder weniger bleibende Begrenzung von Funktionsmöglichkeiten“ als „Folge einer Störung von körperlichen oder psychischen Funktionen“ gesehen. „Sie ist abhängig von sozialen Gegebenheiten und wird durch Umweltbedingungen ganz wesentlich mitbestimmt“ (Neuhäuser 2004; zit. nach Thurmair & Naggl 2007, 17f). Diese Definition verweist auf den Umstand, dass Behinderung in der Interaktion mit dem Umfeld erfahren wird.

So ist auch eine Behinderung im Sinne einer „Schädigung“ (Bach 1999, zit. nach Datler 2004, 63), wie etwa Trisomie 21, nicht als isoliertes Phänomen zu betrachten, sondern erfährt „durch die Qualität der Interaktionen seitens der Umwelt von Geburt bzw. Auftreten der Schädigung an ... eine individuelle, lebensgeschichtlich bedingte Ausprägung“ (Bundschuh 1988; zit. nach Datler 2004, 63). Sie entsteht demnach aus dem Wechselspiel zwischen dem Kind und seinem sozialen Umfeld (ebd.).

Dieses Wechselspiel, das die Ausprägung der Behinderung maßgeblich mitbestimmt, kann in weiterer Folge zu dem führen, was Datler in Anlehnung an Sinason (2004) als „*sekundäre Behinderung*“ bezeichnet (Datler 2004, 62ff): Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind können zu einer verzerrten Wahrnehmung des Kindes durch die Eltern führen. Aufgrund dieser verzerrten Wahrnehmung können die Bedürfnisse des Kindes nicht erkannt werden, weshalb es aus seinem sozialen Umfeld nicht die förderlichen Anregungen erhält, die für den Vollzug bestimmter Entwicklungsschritte notwendig sind. Datler beschreibt in diesem Zusammenhang einen Jungen namens Paul mit Trisomie 21 im Versuch der Auseinandersetzung mit seiner Familie: Es hat den Anschein, dass „Paul zumindest in Ansätzen verschiedene Gefühle und Verlangen zum Ausdruck brachte und auch versuchte, vor allem zu seinen Familienmitgliedern in differenzierterer Form Kontakt aufzunehmen“. Diese Bemühungen wurden allerdings „nur in bescheidenen Ansätzen verstanden und in befriedigender Weise ‚beantwortet‘“ (Datler 2004, 64). Durch diese fehlgeschlagenen Versuche, mit seinen Bezugspersonen in befriedigenden Kontakt zu kommen, wird das Kind frustriert und zieht sich zurück; in Zukunft wird es vermutlich weniger Versuche unternehmen, auf seine Umwelt einzuwirken, wodurch sein Handlungsspielraum beschränkt bleibt. Das Ausbleiben entwicklungsförderlicher Reize einer gelungenen Eltern-Kind-Interaktion führt zur sekundären Behinderung des Kindes.

Von zentraler Bedeutung für die Interaktion zwischen Eltern und Kind und die Entstehung einer förderlichen Eltern-Kind-Beziehung ist demzufolge nicht in erster Linie die gesundheitliche Konstitution des möglicherweise behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes, sondern wie die Eltern sich und ihr

Kind in der neuen Situation erleben und wie sie dieses Erleben bewältigen können (vgl. auch Messerer 1999, 73ff; Gstach 1996, 118ff). Ausschlaggebend hierfür ist die Fähigkeit zur schrittweisen Be- und Verarbeitung des Verlusts des Wunschkindes und die damit verknüpfte Möglichkeit, das reale Kind anzunehmen, wie es ist (vgl. Datler & Messerer 2006, 131ff). Das tatsächliche Annehmen des realen Kindes ermöglicht das adäquate Eingehen auf seine Bedürfnisse.

Datler und Messerer (Datler 2009; Datler & Messerer 2006; Messerer 1999) beschreiben diese Zusammenhänge in Familien mit behinderten Kindern. Ich sehe deren Situation als durchaus vergleichbar mit der von Eltern frühgeborener Kinder; ein Beleg dafür ist das Auftreten sehr ähnlicher Gefühle bei Müttern, die mit der Behinderung eines Babys konfrontiert sind (vgl. Datler & Messerer 2006, 131; Messerer 1999, 67ff) und Müttern, die von der zu frühen Geburt ihres Kindes überrascht wurden (vgl. Kap. 1.3.4). In beiden Situationen können krisenhafte Umstände erfahren werden, die die Eltern erschüttern und die zum Wohle der Eltern und in Folge zum Wohle des Kindes kompetenter Begleitung bedürfen. Welcher Art diese Begleitung sein kann, stelle ich im folgenden Kapitel dar.

2. Ein heilpädagogisches Angebot: „Frühförderung mit Familien

frühgeborener Kinder im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling“

In diesem Kapitel gehe ich zuerst kurz darauf ein, was Frühförderung ist, welche Ziele sie hat und an wen sie sich richtet. Danach stelle ich das Wiener Modell der Mobilien Frühförderung dar, bevor ich auf das Projekt „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling“ zu sprechen komme. In diesem Zusammenhang skizziere ich zuerst den Entstehungshintergrund dieses Angebots, bevor ich die konkrete Umsetzung veranschauliche. Von besonderer Bedeutung sind dabei der Aspekt der Begleitung in der Arbeit mit den Eltern sowie die Eigenschaft der „stimulierenden Feinfühligkeit“ in der Fördersituation mit dem Kind. Abschließend erläutere ich die Vorbildwirkung der Frühförderin für die Eltern und ihren Umgang mit dem Kind.

2.1 Was ist Frühförderung?

Frühförderung ist ein heilpädagogisches Angebot mit interdisziplinärer Vernetzung, das sich an Familien mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern vom Säuglings- bis zum Kindergartenalter, bzw. bei Bedarf auch bis zum Schulalter, richtet (Messerer 1999, 63; Messerer 2001, 258; Thurmair & Naggl 2007, 13). Es besteht in wissenschaftlich systematisierter Form seit den 1960er Jahren (Speck 2008, 455); die inhaltlichen Veränderungen des Frühförderkonzepts sind in zahlreichen Publikationen beschrieben (vgl. Messerer 1999, 75f; Speck 2008, 453f). An dieser Stelle sei nur erwähnt, dass sich im Lauf der Zeit v. a. der Blick auf das Kind verändert hat: Vom Objekt der Förderung, das es zu therapieren galt, wurde es zum Subjekt, das an seiner Entwicklung durch Eigenaktivität maßgeblich beteiligt ist. Im Zusammenhang mit dieser neuen Sichtweise wandelte sich auch die Rolle der Eltern: Anfangs nur als Helfer der Frühförderinnen⁸ betrachtet („Co-Therapeuten“), wurden sie mehr und mehr selbst einerseits Zielgruppe sowie andererseits Teil der Förderung („Partner“), da erkannt wurde, dass der Familienalltag das primäre Lernumfeld der Kinder darstellt und sie hier am

⁸ Ich verwende hier und im Folgenden die weibliche Form, da die Arbeit der Frühförderung meist Frauen ausführen.

besten entwicklungsfördernde Erfahrungen sammeln können (vgl. Datler 2004, 45f).

Zum Begriff der Frühförderung ist festzuhalten, dass er zwar aus einem pädagogischen Kontext stammt, inzwischen allerdings in unterschiedlichen Disziplinen beheimatet ist und alles Mögliche bezeichnen kann, das mit früher Förderung im weitesten Sinn zu tun hat (wie z. B. Talentförderung im Fußball; vgl. Thurmair & Naggl 2007, 13f). Auch innerhalb der Heilpädagogik finden sich verschiedene Bezeichnungen, wie etwa „Interdisziplinäre Frühförderung“, „Früherziehung“, „Heilpädagogische Entwicklungsförderung“, „Mobile Hausfrühförderung“ (Postmann 1993; zit. nach Messerer 1999, 64) oder „Mobile Frühförderung und Familienbegleitung“ (Datler & Messerer 2006, 134). Diese Bezeichnungen hängen mit dem jeweiligen Praxisfeld zusammen und haben unterschiedliche inhaltliche Akzentuierungen (Messerer 1999, 64).

Im Folgenden möchte ich das Wiener Modell der Mobilen Frühförderung vorstellen, da die am Projekt beteiligte Frühförderin in Wien ihre Ausbildung gemacht hat und dieses Konzept die Grundlage ihrer Arbeit mit den begleiteten Eltern bildete. Zur Darstellung des Modells beziehe ich mich überwiegend auf das Frühförderkonzept der Wiener Sozialdienste (URL 3; URL 3.1) sowie auf einen Artikel über den „Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung der Universität Wien“ (Datler, Harms, Messerer et al. 2004). Die inhaltlichen Verknüpfungen bzw. die Vorgeschichte des Lehrgangs, den auch die am Projekt beteiligte Frühförderin absolvierte, sind in eben jenem Artikel nachzulesen.

2.1.1 Das Wiener Modell der Mobilen Frühförderung

Das Angebot der Mobilen Frühförderung sieht vor, dass eine fachlich qualifizierte Person, also die Frühförderin, einmal pro Woche für eineinhalb Stunden zu einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind nach Hause kommt, um mit ihm und seiner Familie zu arbeiten (vgl. URL 3). Die Bezeichnung „Mobile“ Frühförderung verweist schon auf ein Leitprinzip des Modells, nämlich das Stattfinden der Förderung in der gewohnten Lebensumgebung des Kindes (vgl. Datler, Harms, Messerer et al. 2004, 25). Der Aufgabenbereich der Frühförderin umfasst einerseits die Arbeit mit dem Kind, andererseits die Unterstützung der gesamten Familie (ebd.).

In der Arbeit mit dem Kind steht die spielerische Förderung im Vordergrund, mit dem Ziel, die „Handlungs- und Erlebnisfähigkeit“ (URL 3.1) des Kindes zu stärken und zu erweitern. Die Frühförderin ist dabei vor die Aufgabe gestellt, das Kind und seine Fähigkeiten und Bedürfnisse differenziert wahrzunehmen, um ihr Angebot sensibel darauf abzustimmen. Dieses Vorgehen, das Interesse des Kindes an seiner Umgebung zu wecken und es dabei mit anregenden Impulsen zu konfrontieren, regt das In-Gang-Kommen neuer Entwicklungsschritte an (vgl. Datler 2004) und wird als „stimulierende Feinfühligkeit“ bezeichnet (ebd.).

In der Arbeit mit den Eltern steht die Beratung und Begleitung der Bezugspersonen (Datler, Harms, Messerer et al. 2004, 25f) im Vordergrund sowie die Unterstützung „im konkreten Umgang mit dem betroffenen Kind“ (URL 3). Ziel ist die Steigerung der Zufriedenheit der Familienmitglieder und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven (vgl. URL 3.1).

Die arbeitsleitenden Prinzipien der Frühförderung nach dem Wiener Modell (zit. nach URL 3.1) sind:

- Freiwilligkeit
- Interdisziplinarität
- Emanzipation
- Integration
- Ganzheitlichkeit

Die *Freiwilligkeit* ermöglicht „Zusammenarbeit ... auf der Basis gegenseitigen Respekts“ als „Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Betreuung“. Die Frühförderin setzt dabei auf Partnerschaftlichkeit und Wertfreiheit (vgl. URL 3.1).

Interdisziplinarität bedeutet einerseits, dass die Frühförderin Teil eines multi-professionellen Teams ist, andererseits, dass ihr theoretischer Background Wissen aus verschiedenen Disziplinen vereint (vgl. auch Datler, Harms, Messerer et al. 2004, 27). Neben pädagogischem Fachwissen bezieht sie auch das Verstehen psychischer Prozesse, die Kenntnis medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und die Beachtung der sozialen Ressourcen einer Familie in ihre Arbeit mit ein (ebd.); der interdisziplinäre Ansatz der Mobilien Frühförderung

umfasst demnach Wissen aus den Bereichen Medizin, Pädagogik bzw. Sonder- und Heilpädagogik, Psychologie, Psychotherapie sowie Sozialarbeit (ebd.).

Emanzipation bedeutet für die Arbeit der Frühförderin, die Familienmitglieder in „jenen Kompetenzen zu stärken, die ihnen einen möglichst differenzierten, sicheren und selbständigen Umgang mit ihrer Problemsituation erlauben“ (URL 3.1).

Das Ziel der *Integration* verweist auf den Wunsch, jeglicher Isolation des Kindes und seiner Familie entgegenzuwirken (ebd.). Es steht in engem Zusammenhang mit dem Prinzip der *Ganzheitlichkeit*. Frühförderinnen, die nach dem Wiener Modell der Mobilen Frühförderung arbeiten, richten ihren Blick auf die Familie als Ganzes, in die das Kind und seine Behinderung eingebettet sind (ebd.).

Die Qualität der Arbeit der Frühförderin mit dem Kind und seiner Familie wird einerseits durch Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team gewährleistet, andererseits durch die Möglichkeit zur Einzelsupervision (vgl. Datler, Harms, Messerer et al. 2004, 27).

Um Eltern frühgeborener Kinder in ihrer besonderen Situation und den damit verbundenen Anforderungen gerecht zu werden, erfuhr das Frühfördermodell eine Anpassung und Erweiterung; das Projekt „Frühförderung mit Familien frühgeborener Kinder“ – welches ich im nun folgenden Kapitel vorstelle – wurde entwickelt.

2.2 Das Frühförderprojekt im Landesklinikum Thermenregion Baden-Mödling

In Folge der schon beschriebenen Erkenntnisse über die Zusammenhänge von kindlicher Entwicklung und Beziehung zu den Eltern wurde ein neues Angebot konzipiert, das sich an Eltern frühgeborener Kinder richtet und 2005 erstmals in Anspruch genommen werden konnte. In diesem Kapitel gehe ich zuerst kurz auf den Entstehungshintergrund des Projektes ein, bevor ich auf die konkrete Umsetzung auf der neonatologischen Station des Landesklinikums Thermenregion Mödling und die dort geleistete Arbeit der Frühförderin mit den Eltern zu sprechen komme. Dabei wende ich mich insbesondere dem Aspekt

der Begleitung und seiner Bedeutung für die Eltern zu, der „stimulierenden Feinfühligkeit“ in der Arbeit mit dem Kind und der Vorbildfunktion, die die Frühförderin für die Eltern hat.

2.2.1 Zum Entstehungshintergrund des Projektes

Üblicherweise kommen Eltern und Frühförderinnen erst in Kontakt, wenn das behinderte oder von Behinderung bedrohte Kind bereits ein paar Monate alt ist. Überlegungen bezüglich der maßgeblichen Einflussnahme der Eltern-Kind-Beziehung auf die kindliche Entwicklung führten u. a. zu projektvorbereitenden Studien, die sich mit unterschiedlichen Aspekten der Begleitung von Familien mit frühgeborenen Kindern durch eine Frühförderin sowie mit dem Erleben frühgeborener Kinder befassten (vgl. Gneiss 2005; Jandrisits 2005; Gratzenberger 2004; Spatz 2004). Um die Arbeit mit Familien frühgeborener Kinder mit dem Ziel der kindlichen Entwicklungsförderung und Unterstützung der Eltern umsetzen zu können, wurde ein neues Frühfördermodell entwickelt, welches vorsieht, dass Eltern frühgeborener Kinder bereits auf der neonatologischen Station von einer Frühförderin betreut werden. Als Projektpartner zur Etablierung des neuen Angebotes wurden das Landeskrankenhaus Thermenregion Baden-Mödling, genauer gesagt die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde unter der Leitung von Prim. Univ.-Doz. Dr. Erwin Hauser, sowie das NÖ Hilfswerk gewonnen. Ein weiterer Träger des Projektes war die Forschungseinheit für Psychoanalytische Pädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler, der gemeinsam mit Prim. Hauser die Projektleitung innehatte (vgl. URL 4).

2.2.2 Umsetzung des Projektes auf der neonatologischen Station des Landeskrankenhauses Thermenregion Baden-Mödling

Die Pilotphase des Projektes dauerte von 1.9.2005 bis 31.12.2006. In diesem Zeitraum arbeitete erstmals eine Frühförderin auf der Neonatologie mit den Eltern frühgeborener Kinder (nach der Beendigung der Pilotphase wurde das Angebot in modifizierter Form mit zwei anderen Frühförderinnen fortgesetzt). Die Frühförderin kam einmal pro Woche für einen Vormittag auf die Station und stellte sich bei den betreffenden Eltern vor oder wurde im Rahmen der Visite

vorgestellt. Im Zuge dessen erklärte sie ihre Funktion als Ansprechperson für die Mutter bzw. den Vater und bekundete ihr Interesse daran, wie es Eltern und Kind geht. Nach Möglichkeit versuchte sie auch, mit den Eltern in Kontakt zu kommen, während diese bei ihrem Kind waren.

Die wissenschaftliche Begleitung der Arbeit der Frühförderin beinhaltete das regelmäßige Verfassen von Protokollen zu Arbeitssituationen und das Besprechen derselben mit den Projektmitarbeitern. Die Art, wie die Protokolle besprochen wurden, entsprach dem Konzept der „Work Discussion“ (Datler 2004b, Datler 2006; Rustin 2008; Reiter & Steinhardt 2009; zit. nach Datler 2009, 32) und hatte die Überlegungen darüber zum Gegenstand, „was in der ‚inneren Welt‘ der beschriebenen Personen vor sich gegangen sein mag und wie in Verbindung damit verstanden werden kann, dass sich die beschriebene Arbeitssituation in der geschilderten Weise entwickelt hat“ (Datler 2009, 32). Diese Art des Nachdenkens über bzw. Besprechens der Arbeit der Frühförderin hatte zum Ziel, „zu einer differenzierten Sicht des Beziehungsgeschehens in der Arbeitssituation zu gelangen, Alternativen der Beziehungsgestaltung zu entwickeln sowie zu realisieren und somit an professioneller Kompetenz zu gewinnen“ (Markovitsch et al. 2004; zit. nach Berger 2009, 24). Die Begleitung der Frühförderin durch die Projektgruppe machte es möglich, in der Reflexion gewonnene Erkenntnisse und Anregungen wieder in die Arbeit mit den Eltern einfließen zu lassen.

Im angegebenen Zeitraum wurden 23 Familien von der Frühförderin begleitet, bei sieben Familien wurde die Begleitung nach der Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus in Form von Hausbesuchen fortgesetzt. Im Folgenden komme ich auf den Begriff „Begleitung“ und seine Rolle in der Arbeit der Frühförderin zu sprechen.

2.2.3 Begleitung als zentraler Aspekt der Arbeit der Frühförderin mit den Eltern
Begleitung bedeutet im Zusammenhang der Elternarbeit im Rahmen der Frühförderung ein „Mitgehen mit der Bewegung der Anderen“ (Datler 2005, Folie 11). Sie schützt vor „Alleine-unterwegs-sein“ und soll „entlasten und unterstützen auf der Basis eines aufnehmenden Verstehens“ (ebd.). Begleitung

ist gekennzeichnet von Interesse, Kontinuität und der Fähigkeit, „wahrzunehmen und aufzunehmen“ (Datler 2005, Folie 15).

Für die Eltern bedeutet das, in der Frühförderin eine Ansprechpartnerin zu haben, die sich für ihr Wohl und das ihres Kindes *interessiert*. Der Krankenhausalltag dreht sich überwiegend um das Kind und seine Gesundheit und lässt für die Bedürfnisse der Eltern wenig Platz. Die Frühförderin eröffnet quasi einen Raum für die Eltern, in dem sie ihre Sorgen (mit)teilen können, wenn sie das Bedürfnis danach haben. Dadurch werden die Eltern emotional entlastet und fühlen sich weniger allein. Ein Beispiel, in dem die am Projekt beteiligte Frühförderin ein Gespräch während des ersten Zusammentreffens mit einer Mutter beschreibt, veranschaulicht dies:

„Dann fragt sie mich, ob ich denn wüsste, was die immer wieder auf- und absteigende Lichtsäule rechts am Monitor bedeutet. Ich antworte ihr, dass ich ihr darauf keine Antwort geben könne. Sie denkt laut nach und meint, dass diese Lichtsäule eigentlich ja eh keine Bedeutung hätte, aber jetzt war diese die ganze Zeit grün und nun steigt diese immer wieder an und leuchtet rot auf. Ich sage: ‚Es tut mir leid. Ich kann Ihnen darauf keine Antwort geben. Aber es wäre vielleicht hilfreich, eine Schwester zu rufen, die Ihnen eine Antwort auf Ihre Frage geben kann.‘ Die Mutter drückt den Knopf und kurz darauf kommt die Schwester“ (Isopp & Datler 2006, Folie 6f).

In diesem Zusammentreffen wendet sich die Mutter mit einem Anliegen an die Frühförderin. Auch wenn diese die Frage der Mutter nicht direkt beantworten kann, so nimmt sie die Beunruhigung der Mutter doch ernst und hilft ihr, damit umzugehen, indem sie die Frau ermutigt, sich bei einer Schwester nach der Bedeutung der Lichtsäule zu erkundigen.

Eine weitere wichtige Rolle in der Begleitung spielt der Aspekt der *Kontinuität*: Das frühe Einsetzen der Begleitung ermöglicht Betreuung über einen längeren Zeitraum. Die Frühförderin wird so einerseits vertraut, wodurch es den Eltern vermutlich leichter fällt, sich ihr zu öffnen; die entlastende Funktion kann so durch die Kontinuität erhöht werden (vgl. Datler 2005, Folie 14). Zum anderen kann die Begleitung auf Wunsch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fortgesetzt werden. Bei dieser Umstellung auf das Leben zu Hause mit dem neuen Baby bleibt die Frühförderin als unterstützende Konstante erhalten, was

es den Eltern erleichtern kann, sich in der veränderten Situation zurechtzufinden.

Ebenso wichtig in der Begleitung der Eltern ist die Fähigkeit der Frühförderin, „*wahrzunehmen und aufzunehmen*“, (s. o.). Den theoretischen Hintergrund dafür bilden die psychoanalytischen Begriffe des „holding“ und „containing“ nach Winnicott und Bion (Datler & Messerer 2006, 135). Darunter ist zu verstehen, dass die Frühförderin in der Lage ist, bedrohliche Gefühle der Eltern unvoreingenommen wahr- und in sich aufzunehmen, bei sich zu bearbeiten und den Eltern in annehmbarer Form zurückzugeben (ebd.). Voraussetzung dafür ist, dass die Frühförderin um die schwierige(n) Situation(en), in die Eltern durch die Frühgeburt ihres Kindes kommen können, weiß. „Nehmen die Eltern wahr, dass ihre Ängste, Verzweiflungen, Enttäuschungen, die traumatischen Erfahrungen, die sie während und nach der Geburt erlebt haben, sowie ihre Hoffnungen und Befürchtungen von der Frühförderin aufgenommen, verbalisiert und ertragen werden können, so ist dies für die Eltern zumeist sehr entlastend“ (ebd.).

Erleben die Eltern, von der Frühförderin verstanden zu werden, so kann das dazu führen, dass es ihnen mehr und mehr gelingt, diese „containing function“ (Datler & Messerer 2006, 138) für sich selbst zu übernehmen.

2.2.4 Stimulierende Feinfühligkeit als zentraler Aspekt der Arbeit der Frühförderin mit dem Kind

Die Arbeit der Frühförderin soll von stimulierender Feinfühligkeit geprägt sein. Der Begriff der *Feinfühligkeit* geht auf Mary Ainsworth zurück und bedeutet, dass die Frühförderin das Kind, mit dem sie arbeitet, „ebenso aufmerksam wie sensibel wahrnimmt“ (Datler 2004, 58) und ihre Interaktionen seinem Verhalten anpasst, um Situationen zu schaffen, die dem Kind „Lernerfahrungen ermöglichen“ (Wiegand 1988; zit. nach Datler 2004, 46).

Des Weiteren ist es Aufgabe der Frühförderin, „das Kind zu begleiten, wenn es den Raum, der ihm eröffnet wird, mit seinen Aktivitäten füllt“ (Datler 2004, 47). Diese Vorgehensweise entspricht der Auffassung, dass Entwicklung ein Prozess ist, der weder ausschließlich durch Anregungen von außen zustande kommt noch alleine vom Kind bewältigt werden kann; die jeweiligen Entwicklungsschritte werden vom Kind selbst getan, wozu es allerdings durch

entsprechende Stimulation angeregt werden muss (vgl. Datler 2004, 46). In Anlehnung an das Konzept der „Basalen Stimulation“ von Andreas Fröhlich wird die Frühfördertätigkeit als *stimulierend* feinfühlig bezeichnet (vgl. Datler 2004, 58).

Wie diese Arbeitsweise konkret in der Arbeit mit dem Kind aussehen kann, möchte ich anhand eines Beispiels aus einer Frühförderstunde mit dem Kind „Paul“ illustrieren:

„Paul liegt in Seitenlage auf einer Babydecke am Boden unter einem Trapez. Die Frühförderin bewegt die Stäbchen, die an Fäden von der Trapezquerstange hängen. Die Stäbchen schlagen aneinander und beginnen so zu klappern. Paul verharrt in seiner gekrümmten Körperlage, sein Gesicht bleibt vom Spiel abgewandt. Die Frühförderin berührt den Buben mit der flachen Hand am Bauch, wiegt seinen Oberkörper sanft hin und her und lockt ihn mit den Worten: ‚Paul, schau her!‘ Ein paar Mal ruft sie ihn leise, bis er sich auf den Rücken dreht und sich langsam den Stäbchen über seinem Kopf zuwendet. Die Frühförderin setzt für ihn die Stäbchen erneut in Bewegung und Paul folgt den schwingenden Teilen mit den Augen“ (Isopp 2001, 2003; zit. nach Datler 2009, 27f).

In dieser Fördersequenz wird das feinfühlige Vorgehen der Frühförderin ersichtlich. Sie möchte Paul für die Stäbchen, die über ihm hängen, interessieren. Anstatt ihn direkt damit zu konfrontieren, indem sie beispielsweise seine Körperhaltung derart verändert, dass die Stäbchen in sein Blickfeld kommen, versucht sie, für ihn wahrnehmbar zu machen, dass es in seiner Nähe etwas zu entdecken gibt. Nach mehrmaligem Zurufen und sanftem Berühren verändert der Bub von sich aus seine Lage, als würde er damit sagen wollen: „Jetzt bin ich bereit!“, woraufhin die Frühförderin die Stäbchen wieder bewegt, während er dabei zusieht.

2.2.5 Zur Vorbildrolle der Frühförderin

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass die Frühförderin im Umgang mit den Eltern sowie mit dem Kind auch eine Vorbildrolle für die Eltern hat, die sich positiv auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind und somit auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken kann.

Schon im Krankenhaus, wenn das Kind noch im Inkubator liegt, kann die Frühförderin die Eltern bei der Kontaktaufnahme unterstützen. Sie kann das einerseits tun, indem sie die Eltern begleitet und emotional entlastet. Die Frühförderin erfüllt für die Eltern die schon in Kapitel 2.2.3 angesprochene „containing function“. Erleben die Eltern, selbst auf diese Art verstanden zu werden, so ermöglicht ihnen dies, sich ihrem Kind ebenfalls „auf der Basis eines aufnehmenden Verstehens“ (Datler 2005, Folie 11) zuzuwenden (vgl. Datler & Messerer 2006, 138). Die Frühförderin kann sie darin zusätzlich unterstützen, indem sie dazu anregt, über die Hintergründe des kindlichen Verhaltens nachzudenken (vgl. Datler 2009, 27; Messerer 2001, 267f).

Dazu ein Beispiel aus der Frühförderung mit „Florian“:

„Florian, ein Bub mit Down Syndrom, hat im Alter von zwei Jahren begonnen, überall hinaufzuklettern – gehen konnte er gerade noch nicht – und an Tischdecken, Vorhängen etc. zu ziehen und sie herunterzureißen. Besonders sein Vater war sehr verärgert über diese Aktivitäten, an denen sein Sohn offensichtlich großen Gefallen fand. Er interpretierte sie als ‚provokantes Zufleißmachen‘: Seiner Meinung nach hätte Florian schon verstehen sollen, daß er dies alles nicht darf, und er hätte es auch schaffen müssen, sich an dieses Verbot zu halten“ (Messerer 2001, 267).

Des Weiteren beschreibt die Frühförderin, dass es ihr gelungen ist,

„... den Vater dafür zu gewinnen, darüber nachzudenken, welche alternativen Bedeutungen dieses Verhalten haben könnte. Es gelang, mit dem Vater entwicklungspsychologische Vorstellungen zu besprechen, welche das individuelle und bereichsspezifisch unterschiedliche Entwicklungstempo seines Sohnes, dessen Wahrnehmungsentwicklung, seine Experimentierfreude und Entdeckungslust betrafen. Der Vater konnte beginnen, darüber nachzudenken, dass Florian offensichtlich mit der Frage beschäftigt war: ‚Was gehört zusammen? Was bleibt fest, was läßt sich loslösen?‘“ (ebd.).

Bei Kindern, die schon Frühförderung erhalten, spielt auch der stimulierend-feinfühligere Umgang im Beisein der Eltern eine wichtige Rolle. Die Frühförderin kann die Eltern in Spielsituationen unterstützen, ihr Kind differenzierter wahrzunehmen und so neue Seiten an ihm zu entdecken. Ihre Anleitung sowie ihre Vorbildwirkung können Eltern ermutigen, ebenfalls auf stimulierend-

feinfühlig Weise mit ihrem Kind umzugehen (vgl. Datler 2004, 62; Datler 2009, 27ff).

3. Methodischer Zugang und Darstellung der Untersuchung

In diesem Kapitel stelle ich zuerst den Untersuchungsplan vor, wobei ich die diplomarbeitsleitende Fragestellung wiederhole. Danach gehe ich auf den qualitativen Forschungszugang meiner Arbeit und die Grundgedanken qualitativer Forschung ein. Im Anschluss daran werden die angewendeten Untersuchungsverfahren der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung erläutert und Überlegungen zu den Gütekriterien qualitativer Forschung angestellt.

3.1 Untersuchungsplan und Fragestellung

Gegenstand dieser Arbeit ist die Durchführung zweier *Fallanalysen*. Im Zentrum von Untersuchungen dieser Art steht die „Komplexität des ganzen Falles, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche in der Ganzheit der Person“ (Mayring 2002, 42). Als „Fälle“ ausgewählt habe ich zwei Elternpaare, die frühgeborene Kinder bekamen und während der stationären Unterbringung ihrer Babys auf der Neonatologie von einer Frühförderin begleitet wurden. Maßgeblich für die Auswahl der Fälle war außerdem, dass erstens beide Elternteile für ein Gespräch gewonnen werden konnten und zweitens die Familie möglichst viele Kontakte zur Frühförderin gehabt hat, um dementsprechend ausführlich darüber erzählen zu können. Ziel der Untersuchung war es, durch die Analyse des Falles die Erlebnisse der Eltern nachzuvollziehen und dabei die Perspektive des Vaters bzw. der Väter verstärkt ins Blickfeld zu rücken.

Die diplomarbeitsleitende Fragestellung lautet:

Von welchen Erfahrungen, die zwei Elternpaare im Zuge der Frühgeburt ihres Kindes und der Begleitung durch eine Frühförderin gemacht haben, berichten diese, und inwiefern lassen ihre Erzählungen Unterschiede im Erleben der Mutter und des Vaters erkennen?

Diese übergeordnete Frage gliedert sich in folgende Bereiche bzw. Subfragen, die im Zuge der Auswertung zu beantworten sind:

A) Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt

- 1) Wie beschreibt die Mutter / der Vater die Frühgeburt des Kindes und die erste Zeit danach?
- 2) Welche Themen spielen in der Erzählung der Mutter / des Vaters eine (besondere) Rolle?
- 3) Gibt es Aspekte der erlebten Zeit, welche nur einem der beiden Elternteile in besonderer Erinnerung geblieben sind? Wenn ja, welche?

B) Inwiefern empfindet die begleitete Mutter / der begleitete Vater die Frühförderung rückblickend als hilfreich, inwiefern nicht?

- 1) Welche Aspekte der Frühförderung waren vor allem für die begleitete Mutter, welche für den begleiteten Vater relevant in Bezug auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt?
- 2) Welche Aspekte der Frühförderung werden von der begleiteten Mutter / vom begleiteten Vater als nicht hilfreich beschrieben?
- 3) Was hätte die Mutter / der Vater von der Frühförderin noch gebraucht, um die Situation (besser) zu bewältigen?

Zusatzfrage C) Welche Aufgaben oder Funktionen kamen laut Darstellungen der Eltern dem Vater während der Frühgeburt und in der ersten Zeit danach zu?

Die Bearbeitung eines Fragenkomplexes dieser Art, der den Menschen zum Gegenstand hat, seine Erfahrungen und die Bedeutung, die er ihnen beimisst, erforderte einen qualitativen Forschungszugang. Mayring (2002, 8) betont, dass „qualitative Forschung keine beliebig einsetzbare Technik ..., sondern eine Grundhaltung, ein Denkstil“ ist, auf den ich im kommenden Kapitel näher eingehe.

3.2 Zum qualitativen Forschungszugang

Das Erkenntnisinteresse qualitativer Methoden richtet sich auf den Menschen und sein subjektives Erleben (vgl. Ferchhoff 1986a; zit. nach Baacke 1995, 45). Qualitative Methoden sind zur „Erschließung von Handlungs-, Deutungs- oder Orientierungsmustern, von (bildungs-)biographischen Verläufen, von Prozessen der Herstellung sozialer Situationen sowie tieferliegender bzw. latenter Bedeutungen von Interaktionszusammenhängen“ geeignet (Böhme 2004, 308) und zielen auf „empirisch begründete Theoriebildung“ ab (ebd.). Unter qualitativen Methoden werden Datenerhebungs- sowie Datenauswertungsverfahren verstanden (Böhme 2004, 308). Ein Grundkonzept qualitativer Forschung ist das „hermeneutische Prinzip des Verstehens“ (Baacke 1995, 45), das auf das Zusammenspiel von Erleben und Bedeutung für die subjektive Realität des Menschen verweist (ebd.).

3.2.1 Zu den Grundgedanken qualitativer Forschung

Mayring (2002, 19ff; Hervorhebungen im Original) formuliert fünf zentrale Grundsätze qualitativen Denkens:

- „die Forderung stärkerer *Subjektbezogenheit* der Forschung,
- die Betonung der *Deskription* und der
- *Interpretation* der Forschungssubjekte,
- die Forderung, die Subjekte auch in ihrer natürlichen, *alltäglichen* Umgebung (statt im Labor) zu untersuchen, und ...
- die Auffassung von der Generalisierung der Ergebnisse als *Verallgemeinerungsprozess*.“

Diese Leitgedanken differenziert Mayring (2002, 24ff) weiter aus in handlungs- bzw. forschungsleitende Aspekte für unterschiedliche qualitative Methoden. Im Folgenden möchte ich jene darstellen, die in Hinblick auf die von mir durchgeführte Untersuchung Relevanz haben.

Subjektbezogenheit und Untersuchung des Subjekts in seinem Alltag

Im Zusammenhang mit den Aspekten der Subjektbezogenheit und der Untersuchung des Subjektes in seinem Alltag betont Mayring die Notwendigkeit der *Problemorientierung* der Forschung. „Qualitatives Denken ... soll direkt an

praktischen Problemstellungen ... (des; Anm. d. Verf.) Gegenstandsbereiches ansetzen“ (Mayring 2002, 34). In meiner Arbeit sehe ich dies gegeben durch die Beforschung der Situation von Eltern mit frühgeborenen Kindern, genauer gesagt der Problematik, mit denen die Eltern konfrontiert sind bzw. sein können. Dabei ist es wichtig, den Menschen in seiner *Ganzheit* zu sehen. Dieser Aspekt ist bei der Abstimmung der Untersuchungsmethode auf das Subjekt der Forschung zu berücksichtigen, wie ich in Kapitel 3.3.1.a darstellen werde.

Des Weiteren soll qualitatives Denken „seine Ergebnisse wieder auf die Praxis beziehen“ (Mayring 2002, 34f). Das ist in Zusammenhang mit dieser Arbeit insofern von Bedeutung, als ein neues heilpädagogisches Angebot untersucht wird, weshalb die Untersuchungsergebnisse einen Beitrag leisten können zum Wechselspiel zwischen Praxis und Theoriebildung. Die von den Eltern gewonnenen Informationen darüber, was an der Begleitung durch die Frühförderin hilfreich oder nicht hilfreich war, können in die Konzeptbildung des Angebotes und gegebenenfalls auch in eine Modulation der Praxis einfließen.

Deskription

Die Forderung nach Deskription der Forschungssubjekte verweist auf die starke *Einzelfallbezogenheit* qualitativer Forschungsmethoden, die mit theoretischer und methodischer *Offenheit* einhergehen soll: „Im Forschungsprozess müssen immer auch Einzelfälle mit erhoben und analysiert werden, an denen die Adäquatheit von Verfahrensweisen und Ergebnisinterpretationen laufend überprüft werden kann“ (Mayring 2002, 27). In einem anderen Zusammenhang kommt die Forderung nach Deskription in der *Methodenkontrolle* zum Tragen: „Der Forschungsprozess muss trotz seiner Offenheit methodisch kontrolliert ablaufen, die einzelnen Verfahrensschritte müssen expliziert, dokumentiert werden und nach begründeten Regeln ablaufen“ (Mayring 2002, 29).

Interpretation

Der Leitsatz der Interpretation verweist auf eine besondere Wende in der Entwicklung der qualitativen Forschung, die dazu führte, dass Alltagssituationen vermehrt in den Mittelpunkt der Forschung gestellt wurden („Alltagswende“, vgl. Böhme 2004, 310). Das „interpretative Paradigma“ ist „bis heute für das Selbstverständnis der qualitativ orientierten Forschung in der Erziehungs-

wissenschaft zentral“ (ebd.) und steht inhaltlich u. a. für die Berücksichtigung der *Forscher-Gegenstands-Interaktion* (Mayring 2002, 31f). Ihr zufolge ist im Zuge qualitativer Forschung zu bedenken, dass „jede soziale Interaktion selbst als interpretativer Prozess aufzufassen ist“ (Mayring 2002, 10). Der Forscher bringt folglich seine eigene Persönlichkeit in den Forschungsprozess ein (vgl. Mayring 2002, 32) und beeinflusst dadurch sowohl das Forschungssubjekt als auch das Ergebnis. Forscher wie Subjekt sind im Interaktionsprozess der Forschung einer Veränderung unterworfen (vgl. Mayring 2002, 31f). In diesem Zusammenhang ist es wichtig und im Hinblick auf die Gewährleistung der Wissenschaftlichkeit der Forschung notwendig, das *Vorverständnis* des zu beforschenden Gegenstandes offenzulegen (vgl. Mayring 2002, 30), denn das „eigene Vorverständnis beeinflusst immer die Interpretation“ (Mayring 2002, 29).

3.3 Die angewendeten Untersuchungsverfahren

Die Untersuchungsverfahren umfassen „Methoden der Datenerhebung, Datenaufbereitung und Auswertung“ (Mayring 2002, 40).

3.3.1 Datenerhebung

Das Datenmaterial zur Beantwortung meiner Forschungsfrage wurde mittels *problemzentrierter Interviews* erhoben. „Problemzentrierung kennzeichnet dabei zunächst den Ausgangspunkt einer vom Forscher wahrgenommenen gesellschaftlichen Problemstellung“ (Witzel 1982; zit. nach Mayring 2002, 35) – im Falle meiner Untersuchung die der Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit der Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder – wie sie auch in Kapitel 3.2.1 im Zusammenhang mit der Orientierung am Subjekt dargestellt wurde.

Bevor ich auf die Erhebungsmethode näher eingehe, ist es an dieser Stelle sinnvoll, den Zusammenhang zwischen meiner Untersuchung und der Katamnesestudie in Anschluss an das Mödlinger Frühförderprojekt zu erläutern.

3.3.1.a Die zugrunde liegende Katamnesestudie

Die Interviews, die Grundlage meiner Untersuchung sind, entstammen der Katamnesestudie, die im Anschluss an die Pilotphase des Mödlinger Frühförderprojektes geplant war und an deren Durchführung ich mich beteiligt habe. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung und Untermauerung des Projektes war vorgesehen, nach der Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus bzw. nach Beendigung der Begleitung durch die Frühförderin Elterngespräche zu führen. Ziel der Gespräche war es herauszufinden, ob das neue Angebot als hilfreich empfunden wurde, v. a. in Hinblick auf die Unterstützung bei der persönlichen Bewältigung der Situation der Frühgeburt, bei der Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung und hinsichtlich der Entwicklung des Kindes. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, ob die Eltern einen Zusammenhang herstellten zwischen den Interventionen der Frühförderin und der Entwicklung ihres Kindes.

Ein qualitatives Verständnis von Wissenschaft, das vom Gegenstand, also vom „unmittelbaren Erlebnis des seelischen Zusammenhangs“ (Mayring 2002, 14), ausgeht, erhebt „den Anspruch, die Methoden am Objekt spezifisch zu bestimmen“ (ebd.). Bezogen auf die Untersuchung bedeutete das, in den Eltern als Adressaten eines heilpädagogischen Angebotes den „Forschungsgegenstand“ zu sehen, an den die Forschungsmethode angepasst werden musste. Die Konzeption des Projekts sah wie gesagt vor, die Daten zur retrospektiven Sicht der Eltern mittels Interviews zu erheben. Dem Gespräch kommt in der qualitativen Forschung eine zentrale Stellung zu, da es Zugänge zu Forschungsfeldern öffnet, die anderen Methoden verschlossen bleiben (Mayring 2002, 66). Im Interview kommt das Subjekt, also der Gesprächspartner, selbst zu Wort und kann Sinnzusammenhänge aus seiner Sicht erklären (Mayring 2002, 69).

Zur Durchführung dieser Gespräche erstellten meine Kollegin Eveline Kis und ich einen *Interviewleitfaden*⁹. Es war im Sinne des qualitativen Forschungszugangs und der damit verbundenen Orientierung am Gegenstand zu berücksichtigen, dass die Frühgeburt des Kindes bzw. der Kinder schon einige Zeit zurücklag (wir begannen mit der Untersuchung im Frühjahr 2009), weshalb wir darauf eingestellt waren, die Erinnerung der Eltern stimulieren und den

⁹ Interviewleitfaden siehe Anhang.

Erzählfluss anregen zu müssen. Die Einstiegsfrage des Leitfadens war daher so gewählt, dass die Eltern sich innerlich zurückversetzt fühlen sollten an den Tag der Geburt, um es ihnen leichter zu machen, sich zu erinnern. Diese „Erzählstimulierung“ (Mayring 2002, 74) stellte ein narratives Element dar, während der Rest des Interviews stärker strukturiert war von den Fragen rund um die oben formulierten Aspekte der Begleitung. Diese Kombination von offener Einstiegsfrage und halbstrukturiertem Gespräch wird von Witzel *Problemzentriertes Interview* genannt (Witzel 1982; 1985; zit. nach Hopf 1995, 178), wobei der Umstand, dass der Gesprächspartner frei antworten kann und keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben hat, kennzeichnend ist für diese Art der Gesprächsführung.

Um die jeweiligen Mütter und Väter möglichst unbeeinflusst voneinander zu Wort kommen zu lassen, wurden sie getrennt interviewt¹⁰. Deshalb war das aus diesem methodischen Vorgehen gewonnene Material dazu geeignet, hinsichtlich des Erlebens der Väter separat bearbeitet zu werden.

3.3.2 Datenaufbereitung

Die Gespräche wurden mit dem Einverständnis der Eltern auf Tonband festgehalten und anschließend wörtlich in Umgangssprache transkribiert¹¹. Für die Erstellung der Transkriptionsregeln¹² wurden unterschiedliche Quellen herangezogen (Bortz & Döring 2003, 313; Flick 2007, 382; Mayring 2002, 89ff) und in Hinblick auf die Auswertung und das dafür nötige Material so kombiniert, dass ein möglichst gut lesbarer Text entstand.

Hier ein Auszug aus einem Transkript zur Veranschaulichung¹³:

„IP: vom prinzip her war's / wär das alles wunderbar geplant gewesen, es war alles ... vorher ... perfekt ausgedacht, weil wir gedacht haben, nach dem ersten kind beim zweiten kind kann man eigentlich nichts mehr falsch machen (ATMET HÖRBAR EIN) ... aber, es kam dann (ein bisschen) anders. ich bin um halb fünf aufgestanden, so wie jeden tag, und wollte in die arbeit gehen, und kurz

¹⁰ Alle vier Interviews, die Forschungsmaterial der vorliegenden Arbeit sind, wurden von mir geführt.

¹¹ Die Interviews mit Frau und Herrn M. sowie mit Frau L. wurden von Barbara Hochberger transkribiert, jenes mit Herrn L. von mir.

¹² Transkriptionsregeln siehe Anhang.

¹³ In allen weiteren Zitaten aus den Interviewtranskripten verwende ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit Groß- und Kleinschreibung.

bevor ich aus dem haus gegangen bin, sagt meine frau plötzlich: „äh, hallo! (LACHT) da ist / hoppla, da ist was“, na? ... und da hab ich eben gesehen, dass die fruchtblase ... vorzeitig (SENKT DIE STIMME) *geplatzt ist*. und das war natürlich um fünf uhr in der früh ein bisschen ein ... hektischer moment (Transkript Lisa B, 11–18¹⁴).

3.3.3 Datenauswertung

Zur Auswertung der Daten kamen die Methoden der *zusammenfassenden* sowie der *strukturierenden Inhaltsanalyse* (in Anlehnung an Mayring 2002, 114ff) in teilweise kombinierter Form zum Einsatz. Im Folgenden stelle ich das methodische Vorgehen für die Themenkomplexe A), B) und C) bzw. die einzelnen Subfragen dar. Dabei werden exemplarisch die Arbeitsschritte zur Beantwortung der Fragen A1) und A2) mithilfe einer stichwortartigen Verfahrensdokumentation nachvollziehbar gemacht.

3.3.3.a Themenkomplex A)

Die Subfrage A1) wurde durch narrative Fallzusammenfassungen beantwortet. Zu diesem Zweck habe ich *zusammenfassende Protokolle* (vgl. Mayring 2002, 94ff) der Erzählungen der Elternteile zum Erleben der Frühgeburt erstellt. Zur Erhöhung des „Allgemeinheitsniveau(s; Anm. d. V.) des Materials“ (Mayring 2002, 95) wurde der Text mithilfe der *qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse* (vgl. Mayring 2002, 14ff) bearbeitet. Im Zuge dessen habe ich die Aussagen über Handlungsabläufe aus dem Text ermittelt, um schließlich das Geschehen in einem reduzierten, paraphrasierten Text wiederzugeben (vgl. Reduktive Prozesse zur Bearbeitung von Texten, Mayring 2002, 95; 98).

Frage A2) wurde mithilfe der *qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse* (vgl. Mayring 2002, 97f; 115ff) bearbeitet. Dieses Vorgehen ist geeignet, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ (Mayring 2002, 115). Die Themen, die den Eltern wichtig waren, stellen die Kategorien dar, die induktiv aus dem Textmaterial herausgearbeitet wurden (vgl. Mayring 2002, 114).

Zur Beantwortung der Frage A3) habe ich die Antworten auf die Fragen A2) verglichen und versucht, das Ergebnis im Textkontext zu interpretieren.

¹⁴ Diese Angabe bezieht sich auf die Zeilenzahl.

3.3.3.a.a Exemplarische Dokumentation der Schritte zur Textbearbeitung (Fragen A1) und A2))

1. Durchgang:

- Transkript am Papier durchlesen, dabei Handlungsabläufe markieren (Wiederholungen weglassen)
- Themen, die der Erzählerin / dem Erzähler wichtig sind und die beim Lesen auffallen, gesondert bzw. am Rand notieren

2. Durchgang:

- die markierten Stellen aus der Transkript-Datei herauskopieren, mit Zeilenangaben versehen
- neue Informationen chronologisch einfügen, Wiederholungen zum Handlungsablauf weglassen
- die Themen, die in der Erzählung vorkommen, gegebenenfalls ergänzen

3. Durchgang

- die Erzählungen der Eltern zu den wichtigen Themen aus der Datei herauskopieren, mit Zeilenangaben versehen, Wiederholungen mit Zeilenangabe festhalten
- Information, die weder dem Ablauf des Geschehens noch den Subthemen zugeordnet werden kann, weglassen

4. Durchgang:

- paraphrasierten Text zum Ablauf des Geschehens rund um die Frühgeburt erstellen
- Texte mit Zitaten zu den einzelnen Themen erstellen, die in den Erzählungen der Eltern zum Erleben der Frühgeburt und der ersten Zeit danach vorkommen

3.3.3.b Themenkomplex B)

Bei der Bearbeitung der Frage B1) stellte der Aspekt, was laut Erzählung der Eltern relevant an der Frühförderung zur Bewältigung der Situation war, die

übergeordnete Kategorie dar, anhand derer ich das Material, sprich die Interviewtexte abzüglich der einleitenden Erzählung, *zusammenfassend* gesichtet habe, bevor ich es nach Inhalten *strukturiert* habe.

Auf gleiche Weise bin ich bei der Beantwortung der Frage B2) vorgegangen, wobei ich nach Aspekten gesucht habe, die als „nicht hilfreich“ an der Begleitung durch die Frühförderin beschrieben wurden.

Zur Beantwortung der Frage B3) habe ich die entsprechenden Teile des Interviews, in denen es darum ging, was die Mutter oder der Vater zur Bewältigung der Situation noch gebraucht hätten, wiederum zuerst *zusammengetragen* und danach – falls nötig – inhaltlich *strukturiert*.

3.3.3.c Themenkomplex C)

Zur Beantwortung der Frage C) habe ich versucht, Aussagen der Eltern zu Aufgaben oder Funktionen des Vaters während der Zeit der Frühgeburt aus den Texten herauszufiltern und mithilfe der Methode der *strukturierenden* Inhaltsanalyse zu bearbeiten. Da Aussagen dieser Art aber nicht in allen Interviews zu finden waren, sammelte ich mittels *zusammenfassender Protokolle* (vgl. Bearbeitung der Frage A1)) alle auffindbaren Informationen über den Vater, die einen Einblick in die Rollenaufteilung der Eltern geben konnten.

3.4 Überlegungen zu Validität und Reliabilität der durchgeführten Untersuchung

In Hinblick auf die Fragen nach der *Validität* (Gültigkeit) und *Reliabilität* (Genauigkeit) der Forschung (Mayring 2002, 140) ist zu überlegen, welche „Belege angeführt“ werden können, „die die Qualität der Forschung erweisen“ (ebd.). In diesem Zusammenhang muss der Forscher bzw. die Forscherin sich der Frage stellen, ob die Untersuchungsmethode dem Gegenstand gerecht werden konnte und so „das erfasst wurde, was erfasst werden sollte“ (Mayring 2002, 141). Im Anschluss daran stelle ich kritische Überlegungen zur Durchführung der Untersuchung an.

3.4.1 Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand wird zum einen gewährleistet durch das Durchführen der Untersuchungen in der Alltagswelt der befragten Personen

(vgl. Mayring 2002, 146). So fanden drei der von mir durchgeführten Interviews bei den jeweiligen Gesprächspartnern zu Hause statt, ein Interview wurde aus organisatorischen Gründen am Arbeitsplatz geführt.

Zum anderen ist es Ziel qualitativer Untersuchungen, „eine Interessensübereinstimmung mit den Beforschten zu erreichen“ (ebd.). Das bedeutet, Forschung im Sinne des Gesprächspartners zu betreiben, wodurch „der Forschungsprozess eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand erreicht“ (ebd.). Bei der Durchführung der Interviews zeigte sich, dass die Eltern über das Thema der Frühgeburt und die Begleitung durch eine Frühförderin gerne sprechen wollten (bei drei der vier Interviews wurde ich unterbrochen, ehe ich die Einstiegsfrage zur Gänze gestellt hatte). Das mag einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die Eltern unbewusst das Gespräch als Möglichkeit ergriffen, über belastende Erfahrungen zu sprechen und diese damit ein Stück weit besser zu verarbeiten. Ein weiterer Grund kann aber auch der Wunsch gewesen sein, Feedback über ihre Erfahrungen mit der Frühförderin zu geben, um so zum Fortbestand und zur Verbesserung des Angebotes, das von allen als hilfreich empfunden wurde, beizutragen.

3.4.2 Verfahrensdokumentation

Um die Wissenschaftlichkeit qualitativer Forschung und die Qualität der Forschungsergebnisse gewährleisten zu können, ist es notwendig, den Forschungsvorgang transparent und nachvollziehbar zu machen. Das erfordert die Offenlegung des Vorverständnisses der Forscherin / des Forschers, die Erklärung der Methoden zur Datenerhebung sowie -auswertung und das Veranschaulichen der Schritte, mittels derer die Ergebnisse gewonnen wurden (vgl. Mayring 2002, 144f).

Die Kapitel 1 und 2 dieser Arbeit stellen eine Zusammenfassung jener Themen dar, mit denen Eveline Kis und ich uns im Zuge der Erstellung des Interviewleitfadens befasst haben, um Einblick in die Situation der Eltern frühgeborener Kinder zu bekommen. Das Nachvollziehen unserer Annäherung an den Forschungsgegenstand ermöglicht der Leserin / dem Leser einen Einblick in den theoretischen Hintergrund, vor dem die Untersuchungsergebnisse interpretiert wurden (vgl. dazu Mayring 2002, 29f). Dadurch kann im besten Fall der „Einfluss des Vorverständnisses (auf die Interpretation;

Anm. d. Verf.) überprüfbar“ werden (Kleining 1982; zit. nach Mayring 2002, 30), wodurch die Möglichkeiten zur kritischen Betrachtung des Forschungsvorgangs erweitert werden.

Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang das interpretative Paradigma zu berücksichtigen, demzufolge jede Wissenschaftlerin / jeder Wissenschaftler auch „Interpret“ ist (Rabinow & Sullivan 1979; zit. nach Mayring 2002, 10): „Der Mensch muss jede soziale Situation für sich deuten, muss sich klar werden, welche Rollen von ihm erwartet werden, ihm zugeschrieben werden und welche Perspektiven er selbst hat“ (Mayring 2002, 10). Es würde den Rahmen meiner Arbeit sprengen, zu untersuchen, auf welche Weise meine Interaktion mit den Gesprächspartnern Niederschlag in der Datenerhebung respektive den Forschungsergebnissen fand. Es kann dazu nur festgehalten werden, dass alle ausgewählten Interviews von mir geführt wurden, wodurch mögliche Einflüsse zwar weder geringer noch transparent werden, aber vielleicht in ähnlicher Weise in allen Interviews vorhanden sind.

3.4.3 Kritische Anmerkungen zur Durchführung der Untersuchung

Durch die fehlende Erfahrung im Führen von Interviews war es schwierig, den Fragenkatalog und den Gesprächsverlauf gleichermaßen im Auge zu behalten, worunter mit Sicherheit die Qualität der Ad-hoc-Fragen¹⁵ litt.

Des Weiteren vermute ich, dass die Gespräche mit den Vätern andere Ergebnisse hervorgebracht hätten, wären die Interviews von einem Mann geführt worden. Diese Vermutung wird gestützt durch Beobachtungen, die im Zuge einer Studie mit Vätern frühgeborener Kinder in Deutschland gemacht wurden: Die beteiligten Väter waren eher bereit, ihre Erlebnisse und Erfahrungen anderen Männern mitzuteilen (vgl. Heinen, Husseini et al. 2006, 23).

Die Annahme, dass die Interviews aufgrund der Orientierung am Leitfaden inhaltlich vergleichbar und somit leichter auszuwerten wären, erwies sich als falsch. Jede Erzählung folgte einer eigenen inneren Logik und war anders aufgebaut. Deshalb war es schwer bzw. nicht möglich, die Untersuchungsergebnisse durchgehend auf einheitliche Art darzustellen. Wie in Kapitel 4

¹⁵ Fragen, die nicht im Interviewleitfaden vorgegeben sind und vom Interviewer frei gestellt werden, um das Verständnis des Erzählten durch Nachfrage zu überprüfen, die Richtung des Gespräches zu lenken u. Ä.

ersichtlich habe ich auf eine gänzliche Vereinheitlichung verzichtet. Dadurch versuchte ich, der inneren Struktur der jeweiligen Erzählung gerecht zu werden. Während der Auswertung des Interviews Lisa B stieß ich auf meine eigene unbewusste Annahme, dass die Treffen mit der Frühförderin nur dann hilfreich und entlastend sein könnten, wenn der jeweilige Elternteil in Frau F. eine Ansprechperson sah, an die er sich vertrauensvoll mit seinen Sorgen wenden konnte. Aufgrund dieser Sichtweise war es mir zuerst nicht möglich nachzuvollziehen, weshalb Herr L. das Angebot der Begleitung schätzte, obwohl er kaum eigene Kontakte zur Frühförderin hatte und auch das Gespräch mit ihr nicht suchte. Erst nach genauer Prüfung des Transkriptes in Hinblick auf die Frage, ob Herr L. das Angebot tatsächlich als hilfreich erachtete, wurde mir die Einschränkung meines Blickwinkels bewusst. Meine Annahme darüber, was das Angebot der Frühförderung für die Eltern hilfreich macht, wurde widerlegt, hat aber den Prozess der Datenbearbeitung und vielleicht auch die Auswertung beeinflusst.

4. Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Die Eltern von Max

A) Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt

A1) Wie beschreibt die Mutter / der Vater die Frühgeburt des Kindes und die erste Zeit danach?

Frau M. erzählt

Frau M. war an einem Freitag in der 33. Schwangerschaftswoche (plus vier Tage) wegen ihres hohen Blutdrucks im Krankenhaus in A. Als Frau M. schon im Begriff ist, den Heimweg anzutreten, platzt um 15 Uhr ihre Fruchtblase. Sie bekommt Wehenmittel; es tut sich aber nichts. Die Ärzte haben vor, 24 Stunden zu warten und im Fall von vorher auftretenden Komplikationen einen Notkaiserschnitt zu machen. Ein Kaiserschnitt hätte zur Folge, dass das Kind nach Mödling verlegt werden würde, während die Mutter in A. hätte bleiben müssen. In diesem Krankenhaus kommt es laut Frau M. häufig vor, dass Kaiserschnitte gemacht werden und die Neugeborenen anschließend nach Mödling ins Krankenhaus überstellt werden, wenn es Frühchen sind oder es Probleme gibt.

Der Frauenarzt von Frau M. veranlasst ihre Verlegung nach Mödling, damit Mutter und Kind im Falle eines Kaiserschnittes im selben Krankenhaus sind. Frau M. wird in weiterer Folge am Samstag am späten Nachmittag vom Notarzt nach Mödling ins Krankenhaus gebracht, wo sie auf der Geburtenstation aufgenommen wird. Die Ärzte sagen ihr, dass ein Kaiserschnitt nicht nötig ist. Sie bekommt Zäpfchen, eineinhalb Stunden später, nach einer kurzen und heftigen, aber problemlosen Geburt, kommt ihr Sohn um 21.15 Uhr zur Welt. Er verbringt die Nacht im Brutkasten auf der neonatologischen Station (im sogenannten „Kinderturm“; Anm. d. Verf.). Am nächsten Tag geht sie um 9 Uhr zu ihrem Sohn in den Turm, nach der Visite und dem Okay des Arztes kann sie ihn aus dem Inkubator nehmen, wickeln und anziehen. Er muss nicht mehr im Inkubator sein und kommt in ein Wärmebettchen.

Frau M. ist noch für drei oder vier Tage auf der Geburtenstation. Tagsüber ist sie bei ihrem Baby, nachts muss sie in ihr Zimmer zurück. Solange sie selbst noch aufgenommen ist, muss sie auch tagsüber oft hin- und hergehen zwischen den Stationen, was sie zu belasten scheint. Nach drei oder vier Tagen bekommt

sie eines von den Einzelzimmern im Turm, die zur Unterbringung von Angehörigen und Begleitpersonen dienen. Die zweite Woche im Krankenhaus sind Frau M. und ihr Sohn in einem Mutter-Kind-Zimmer untergebracht, was zuvor aufgrund der Zimmerauslastung nicht möglich war. Nach dieser zweiten Woche wurden sie, da alles okay war, nach Hause entlassen.

Herr M. erzählt

Herr M. erzählt, dass seine Frau in der 34. Schwangerschaftswoche ins Krankenhaus in A. eingeliefert wurde. Er war darauf eingestellt, dass die Entbindung dort stattfinden würde, da schon Untersuchungen gemacht und Vorkehrungen dafür getroffen wurden. Frau M. wird geraten, treppauf und treppab zu gehen, wodurch die Wehen ausgelöst werden. Herr M. ist verärgert, da dieser Rat für ihn eine falsche Information war. Auf Anregung des Frauenarztes seiner Frau werden Mutter und Kind nach Mödling überstellt, damit sie im Falle einer zu frühen Geburt im selben Krankenhaus sind. In Mödling sind die ersten Stunden schwierig für Herrn M.: Untersuchungen, die schon in A. durchgeführt wurden, werden wiederholt, obwohl Frau M. alle Befunde mit hat. Das führt zu längeren Wartezeiten und Herr M. ärgert sich über den diensthabenden Arzt, der nicht gleich den in A. für notwendig befundenen Kaiserschnitt durchführt, sondern zuerst neue Untersuchungen macht. Schließlich kommt Max auf normalem Weg zur Welt. Herr M. ist froh darüber, dennoch empfand er die Situation als stressig aufgrund des Ortswechsels und der unterschiedlichen Informationen.

Nach der raschen Geburt hat die Mutter ihren Sohn für ca. zehn Minuten bei sich, danach wird er im Inkubator in den Kinderturm gebracht, begleitet von Herrn M.

Frau M. wird stationär aufgenommen, ist aber in einem anderen Teil des Krankenhauses als Max. Während der ersten Tage geht Herr M., wenn er zu Besuch kommt, zuerst zu seiner Frau und dann gemeinsam mit ihr zum Kind. Die Zeit, die Max alleine im Kinderturm untergebracht ist, erlebt Herr M. als „Tief“ (Transkript Max B, 158). Nach drei Tagen bekommen Mutter und Kind ein gemeinsames Zimmer im Kinderturm. Für Herrn M. gibt es keine Möglichkeit,

bei seiner Familie zu übernachten. Er fährt jeden Tag nach der Arbeit in Krankenhaus und bleibt bis 21 oder 21.30 Uhr.

A2) Welche Themen spielen in der Erzählung der Mutter / des Vaters eine (besondere) Rolle?

Frau M. erzählt

Das Wohlergehen des Kindes

Die Mutter erwähnt im Gespräch wiederholt ihren erhöhten Blutdruck während der Schwangerschaft (Transkript Max A, 6; 11f). Sie erzählt, dass ihr Frauenarzt wegen des erhöhten Blutdrucks schon im Vorfeld Angst hatte, „dass vielleicht doch was sein könnte“ (Transkript Max A, Zeile 11f) und das Kind im Fall einer Frühgeburt Probleme mit der Atmung haben könnte. Aus diesem Grund hat er noch während der Schwangerschaft die Lungenreifung des Kindes gefördert, worüber die Mutter rückblickend sehr dankbar ist, was sie mehrmals betont (Transkript Max A, 10; 126). Aufgrund der vorhergehenden Lungenreifung machte sich die Mutter beim Blasensprung in Woche 33 plus vier Tage keine Sorgen um das Kind. Sie erzählt, dass das Baby nach dem Blasensprung, vor der Entbindung „immer okay“ war (Transkript Max A, 17), weshalb sich die Ärzte in Mödling auch dazu entschlossen, keinen Kaiserschnitt zu machen. Im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand des Kindes nach der Entbindung und mit möglichen (weiteren) Problemen betont sie: „... es war wirklich NICHTS“ (Transkript Max A, 31; vgl. auch 35; 127f; 145ff; 150f). Sie erlebt ihr Kind als fit und robust und sagt in Bezug auf die zu frühe Geburt: „Er hat’s eilig gehabt ... der war schon so neugierig, der wollte unbedingt raus (LACHT)“ (Transkript Max A, 123f).

Getrenntsein vom Kind

Im Falle eines Notkaiserschnittes wäre das Kind mit der Rettung nach Mödling gekommen, und Frau M. hätte in A. im Krankenhaus bleiben müssen.

Auch in Mödling war sie „leider nicht“ gleich bei ihrem Sohn (Transkript Max A, 41), sondern für eine Woche getrennt von ihm untergebracht. Dadurch, dass sie selbst während der ersten Tage noch stationär aufgenommen ist, muss sie

auch tagsüber immer wieder von ihm weggehen, was sie als belastend erlebt haben dürfte (vgl. Transkript Max A, 49f). Dennoch war sie froh, „zumindest bei ihm“ sein zu können (Transkript Max A, 53).

Kaiserschnitt

Frau M. erschien es als „bessere Lösung“ (Transkript Max A, 88), dass ihr Sohn „normal auf die Welt gekommen ist“ (Transkript Max A, 88f), sie „wollte das unbedingt“ (Transkript Max A, 91; 91f). Ein geplanter Kaiserschnitt wäre für sie nicht infrage gekommen, wie sie vehement und wiederholt betont (vgl. Transkript Max A, 98; 102ff). Sie ist dankbar und froh darüber, dass Max auf natürlichem Wege zur Welt kam.

Vergleich mit der Situation anderer Mütter und Kinder

Frau M. denkt im Zusammenhang damit, nicht durchgehend bei ihrem Sohn sein zu können, an andere Kinder auf der Station, deren Mütter aufgrund eines Kaiserschnittes in anderen Krankenhäusern waren (53ff; 67ff). Sie stellt fest, dass dies schlimmer sein muss als ihre Situation, da sie ja immerhin bei ihrem Kind sein konnte.

Herr M. erzählt

Herr M. ärgert sich über die Ärzte¹⁶

Die Überstellung von einem Krankenhaus ins andere war für Herrn M. „stressig“ (Transkript Max B, 31; 56). Er findet, dass er jetzt zwar „leicht drüber reden und lachen“ kann (Transkript Max B, 31f), aber damals „war’s nicht so einfach“ (ebd.). Zuerst war er „angesäuert“, dass er und seine Frau von Krankenhaus in A. nicht richtig informiert wurden und dass bei seiner Frau durch das Treppauf- und-treppab-Gehen die Wehen ausgelöst wurden.

In Mödling angekommen hat ihm der Umstand, dass seine Frau neuerlich untersucht wurde, obwohl sie alle Befunde bei sich hatte, „ein bisschen aufgestoßen“ (Transkript Max B, 41). Es war offenbar anstrengend für ihn,

¹⁶ Ich gehe in dieser Arbeit nicht auf die oft schwierige Situation des medizinischen Personals und die für den Umgang mit Patienten und dem Krankenhausalltag häufig notwendigen unbewussten Abwehrmechanismen ein. Ein entsprechendes Kapitel dazu findet sich in der Arbeit von Hochberger und Kis. Die Autorinnen erläutern, zu welchen Konflikten es zwischen Eltern frühgeborener Kinder und Schwestern bzw. Ärzten häufig kommt und warum.

warten zu müssen (Transkript Max B, 49f; 52f) und nicht zu wissen, „wie’s jetzt wirklich weitergeht“ (Transkript Max B, 63; 68f).

Als Herr M. einen Arzt darauf hinwies, dass seine Frau einen Kaiserschnitt braucht, meinte dieser: „Schauen Sie, was wir da in Mödling machen, das müssen’s schon uns überlassen“ (Transkript Max B, 48f). Diese Aussage empfand Herr M. als „recht präpotent“ und „provokant“ (Transkript Max B, 57). Er findet, der Arzt hätte sich anders ausdrücken können, und wenngleich Herr M. einräumt, dass jeder mal einen schlechten Tag hat und der Arzt vielleicht unter Stress stand, war er doch „ein bisschen vor den Kopf gestoßen“ (Transkript Max B, 81f). Er überlegt auch, dass er die Aussage vielleicht falsch aufgefasst haben könnte oder dass er selbst in der Eile den Arzt vielleicht zu forsch angesprochen hat. Weiters erzählt Herr M. von der Aussage einer Schwester, die auf seine Erklärung hin, warum er und seine Frau in Mödling sind, meinte: „Na gut, den Kaiserschnitt hätten sie in (NAME EINES ORTES) auch machen können ... Dafür brauchen sie uns?“ (Transkript Max B, 97ff). Obwohl „in Summe gesehen ... alles geklappt“ hat (Transkript Max B, 75), war die Ankunft in Mödling schwierig für Herrn M.

Frau M. und Max bekommen ein gemeinsames Zimmer

Herr M. erzählt mehrmals, dass seine Frau und Max nach drei oder vier Tagen ein gemeinsames Zimmer bekamen (Transkript Max B, 18; 104; 159; 174ff). Er meint, „das hat eigentlich spitze funktioniert“ (Transkript Max B, 19; vgl. auch 177; 199), war „ideal“ (Transkript Max B, 106) und „hat dann wirklich hingehaut“ (Transkript Max B, 201), vor allem in Hinblick darauf, dass seine Frau nicht mehr von einer Station auf die andere gehen musste, um das Kind zu besuchen (Transkript Max B, 192ff), „was das Ganze ein bisschen einfacher“ gemacht hat (Transkript Max B, 160). Herr M. findet, dass es mehr Zimmer in der Art geben sollte (Transkript Max B, 108; 178ff), weil das „fürs Kind und für die Mutter sicher ganz wichtig“ ist (Transkript Max B, 182). Auch als während einer Nacht Max’ Atmung untersucht wurde und er „von oben bis unten angesteckt war“ und „arm ausgeschaut“ hat (Transkript Max B, 113), war es günstig, dass er im Zimmer bei seiner Mutter sein konnte, „weil da hat er die ... Mutter gespürt ... zumindest“ (Transkript Max B, 117f).

(Nicht) Alleinlassen des Kindes

Nach der Entbindung hat Herr M. seinen Sohn in den Kinderturm begleitet, damit dieser „wenigstens einen Elternteil mithat“ (Transkript Max B, 170). Herr M. scheint zu bedauern, dass Max während der ersten drei Tage „halt ganz allein“ war im Kinderturm (Transkript Max B, 160). Es war „ein komisches Gefühl“ für Herrn M., seinen Sohn zu besuchen und dann wieder allein zu lassen (Transkript Max B, 155f).

Deshalb war Herr M. auch so froh über das gemeinsame Zimmer für seine Frau und das Kind (vgl. oben).

Angst um den Sohn

Herr M. erzählt, dass er Angst um seinen Sohn hatte, da eine Geburt in der 34. Schwangerschaftswoche „doch schon relativ früh“ ist (Transkript Max B, 65).

Die Schwestern helfen, Anfangsschwierigkeiten zu überwinden

Herr M. spricht davon, dass die Schwestern sehr nett waren und hilfreich im Umgang mit dem Baby, „weil's ja doch nicht so einfach ist, weil's ja doch (LACHT) so ein kleines, kleines Lebewesen ist“ (Transkript Max B, 103f) und außerdem sein erstes Kind.

Das Kind als Frühchen

Herr M. erzählt davon, dass sein jetzt vier Jahre alter Sohn ein „dünner Haring“ ist (Transkript Max B, 22) und dass Frühchen eben so seien. Er findet, Max „wächst sich schon zusammen“ (Transkript Max B, 25). Weiters spricht Herr M. über seine Überlegung, dass Max vielleicht aufgrund der Zeit, die er im Inkubator verbracht hat, heute immer noch besonders gerne kuschelt, weil er in den ersten zwei Lebenswochen „wahrscheinlich zu wenig bekommen hat“ (Transkript Max B, 123). Eine mögliche Bestätigung dieser Überlegung ist für ihn, dass der zweite Sohn (der kein Frühchen war; Anm. d. Verf.) diesbezüglich ganz anders ist als Max.

A3) Gibt es Aspekte der erlebten Zeit, welche nur einem der beiden Elternteile in besonderer Erinnerung geblieben sind? Wenn ja, welche?

Beim Vergleich der für die Eltern wichtigen Themen fällt auf, dass die Mutter am meisten über das Wohlergehen des Kindes spricht, während der Vater vor allem seinen Ärger über den Krankenhauswechsel und die Ärzte zum Ausdruck bringt.

B) Inwiefern empfindet die begleitete Mutter / der begleitete Vater die Frühförderung rückblickend als hilfreich, inwiefern nicht?

B1) Welche Aspekte der Frühförderung waren vor allem für die begleitete Mutter, welche für den begleiteten Vater relevant in Bezug auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt?

Frau M. erzählt

Allgemeine Bewertung der Begleitung durch eine Frühförderin

Die Frage, ob das Angebot der Frühförderung für sie hilfreich gewesen sei, beantwortet Frau M. folgendermaßen:

„Ja, auf alle Fälle. Weil, vor allem, gerade wenn's das erste Kind ist und dann noch ein Frühchen – also man ist schon einmal ängstlich beim ersten Kind, und wenn, wenn man dann noch ein Frühchen hat auch, dann ... ist man NOCH ängstlicher“ (Transkript Max A, 219ff).

Frau M. betreffende hilfreiche Aspekte der Frühförderung

Beispiel 1

Sie erzählt, dass sie zu den Schwestern und Ärzten „nicht so eine persönliche Ansprache“ (Transkript Max A, 295; 614) hatte, weil auf der neonatologischen Station „so extrem VIEL los war“ (Transkript Max A, 291f; vgl. auch 292; 302f; 312f; 316f; 319f). Deshalb hatte das Personal – bis auf wenige Ausnahmen (Transkript Max A, 303f; 340ff) – meist nicht die Zeit, sich intensiv mit ihr zu befassen, sondern vermittelte eher den Eindruck: „Wegen ... Kleinigkeiten ... brauchen's gar net kumman“¹⁷ (Transkript Max A, 311f). Die Visite und der Arzt

¹⁷ „... brauchen sie gar nicht zu kommen.“

kamen wegen des Kindes und fragten Frau M. auch nicht, wie es ihr geht und ob sie jemanden zum Reden braucht.

Sie spricht weiters davon, dass sie sich im Krankenhaus trotz der täglichen Besuche ihres Mannes und ihrer Ansicht, dass man die Ruhe im Krankenhaus genießen sollte, allein gefühlt hat: „Manchmal hab ich geglaubt, es ist echt niemand da“ (Transkript Max A, 597; 609). Das Gefühl des Allein(gelassen)seins führt sie neben der Tatsache, dass die Schwestern aufgrund der Auslastung der Station wenig Zeit hatten, auch auf die fehlende Unterstützung durch ihren Mann zurück (vgl. Antwort auf Frage C).

Frau M. konnte darüber hinaus weder mit ihrem Mann noch mit ihren Eltern oder Freundinnen auf eine Weise sprechen, die sie in ihrer Situation entlastet hätte, mit der Begründung: „...da redet man dann irgendwie mit wem anderen darüber“ (Transkript Max A, 568).

Frau M. beschreibt keine konkrete Situation, in der sie Hilfe oder Unterstützung benötigt hätte, sondern spricht allgemein davon, dass jede Mutter einmal die Nerven „schmeißt“ (Transkript Max A, 269), sich in gewissen Situationen hilflos fühlt oder Phasen hat, in denen „die Hormone auch verrückt spielen“ (Transkript Max A, 329f). Mit diesen Gefühlen war sie „teilweise auf sich allein gestellt – außer es ist ein Notfall“ (Transkript Max A, 305f). Sie hätte sich gewünscht, dass „einfach nur so“ (Transkript Max A, 602) jemand kommt und sie fragt, ob sie etwas braucht oder vielleicht einen Kaffee möchte, eine Person, die sie fragt, wie es ihr geht und ob sie jemanden zum Reden braucht. Sie meint in diesem Zusammenhang: „Ich mein, das wär ja auch nicht schlecht ... das verarbeitet ja auch jeder anders, eine Geburt“ (Transkript Max A, 616f).

Deshalb empfand Frau M. die Treffen mit der Frühförderin als angenehm, weil sie in ihrer Situation froh war, dass jemand *ihrerwegen* kommt und ihr Angst und Sorge nimmt. Auf die Frage, ob sie die Dinge, die sie beschäftigten, mit der Frühförderin besprechen konnte, antwortet Frau M.: „Ja, ja total, ja. Mit der hab ich super reden können ... das muss ich schon sagen, das hilft einem dann schon ... weil da kann man auf einer anderen Ebene reden, als ... mit Mama und Papa oder auch mit dem Ehepartner“ (Transkript Max A, 620ff).

Beispiel 2

Obwohl die Eltern von Frau M. in ihrer Nähe wohnen und sie unterstützen konnten, wenn „Not am Mann“ (Transkript Max A, 270) war, ist sie doch froh darüber, in der Frühförderin eine Ansprechperson gehabt zu haben.

Frau M. beschreibt beispielsweise ihre Verunsicherung (Transkript Max A, 241f; 244f) im Zusammenhang damit, dass im Krankenhaus sehr großes Augenmerk auf die Themen Essen und Gewichtszunahme gelegt wurde, ihr Sohn aber ein schlechter Esser war und zu Hause sehr wenig getrunken hat. Ihr wurde zwar gesagt, dass sie jederzeit im Spital anrufen könne, sie traute sich aber anscheinend „wegen so Kleinigkeiten“ (Transkript Max A, 251) nicht.

Frau M. empfand deshalb die Hausbesuche als angenehm, „dadurch, dass immer wer gekommen ist, ... immer wer da war und wo man reden hat können, wenn man Angst gehabt hat, dass was ist“ (Transkript Max A, 246ff).

Beispiel 3

Frau M. betont, dass man sich, wenn man ein Frühchen hat, mit niemandem austauschen kann. Freundinnen mit termingerecht geborenen Kindern könnten ihre Ängste nicht nachvollziehen, da die Situationen nicht vergleichbar sind. Dadurch hat Frau M. den Eindruck, von ihren Freundinnen nicht verstanden zu werden. Die beste Freundin von Frau M. hat keine Kinder, weshalb Frau M. auch das Gefühl hatte, dass diese „das wahrscheinlich NIE emotional oder von der Psyche her so verstehen“ kann (Transkript Max A, 686f). Überdies hatte sie die Befürchtung, dass es ihrer Freundin unangenehm sein könnte, wenn Frau M. immer über Kinder spricht, ihre Freundin jedoch keine hat (und auch keine bekommen kann).

Frau M. hat sich deshalb über die Besuche der Frühförderin immer gefreut, weil auch Zeit zum Quatschen war. Das hat sie als angenehm empfunden, weil sie über die Themen, die in Zusammenhang mit der Frühgeburt wichtig für sie waren, eben nicht mit jedem sprechen konnte. Es war für Frau M. angenehmer, mit der Frühförderin zu sprechen, da diese „vom Fach ist“ (Transkript Max A, 695f) und „weiß, wovon man redet“ (ebd.).

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für Frau M. an der Begleitung durch die Frühförderin v. a. relevant war, eine Ansprechperson zu haben, die ihretwegen kommt, sich Zeit für Gespräche nimmt, mit der sie über Ängste und Sorgen, aber auch „Kleinigkeiten“ sprechen kann und von der sie sich verstanden fühlt. Vor allem weil Max noch dazu ihr erstes Kind war, empfand Frau M. die Begleitung durch eine Frühförderin als sehr hilfreich in Bezug auf die Bewältigung ihrer Ängste.

Frau M. und Max betreffende Aspekte der Frühförderung

Beispiel 1

Frau M. findet, die Frühförderung hat ihr im Umgang mit ihrem Sohn „schon sehr viel gebracht“ (Transkript Max A, 273), da es „doch wieder andere Dinge (sind; Anm. d. V.), die man hört und lernt“ (Transkript Max A, 277). Frau M. ist der Ansicht, dass die Frühförderung in erster Linie dem Kind helfen soll, und denkt, dass ihr Sohn die Fördereinheiten lustig fand. Sie empfand es als angenehm, sich von der Frühförderin „gewisse Tricks“ (Transkript Max A, 279) abschauen zu können in Bezug auf Bewegungsförderung und Spiele mit dem Kind.

Beispiel 2

Auf die Frage, ob die Gespräche mit der Frühförderin Einfluss darauf hatten, wie es Frau M. im Krankenhaus und nach der zu frühen Geburt ergangen ist und ob die Kontakte hilfreich waren für den Umgang mit der Situation, antwortet sie: „Ja total, total. Also, das ist sehr hilfreich“ (Transkript Max A, 668). Sie begründet diese Aussage auch mit dem Hinweis, dass die Frühförderin „halt wirklich fürs Kind da ist“ (Transkript Max A, 668f), zeigt, was man mit dem Kind spielen oder sonst „tun kann“ (Transkript Max A, 669), und schaut, „wie weit das Kind ist“ (Transkript Max A, 669f), was ihr sehr wichtig war.

Beispiel 3

Die Frage, ob Frau M. der Meinung sei, dass die Gespräche mit der Frühförderin Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung gehabt hätten, beantwortet Frau M. mit Zustimmung. Sie erwähnt wieder den Aspekt des Umgangs mit dem Kind und dass die Frühförderin gezeigt hat, was man mit Kindern, „obwohl sie noch so klein sind“ (Transkript Max A, 975; vgl. auch 980; 983; 1072f; 1076; 1102), tun kann (Transkript Max A, 974f; 978f; 983f; 985; 1070f). Frau M. meint, dass sie durch die Anregung der Frühförderin „vielleicht dann mehr mit dem Kind gemacht hat, als ... man gemacht hätte, wenn man niemanden gehabt hätte“ (Transkript Max A, 979f; vgl. auch 977f; 981ff; 986ff; 1073f).

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Die Begleitung des Kindes durch eine Frühförderin nahm Einfluss auf die Mutter-Kind-Beziehung, weil Frau M. sich von der Frühförderin Anregungen für den Umgang mit ihrem Sohn abschaute. Dadurch hat sie Max' Entwicklung stärker und zu einem früheren Zeitpunkt angeregt, als sie es ohne den Input der Frühförderin getan hätte.

Darüber hinaus war Frau M. der Aspekt der Entwicklungskontrolle sehr wichtig. Dieser Umstand lässt vermuten, dass die Besuche der Frühförderin Frau M. auch emotional entlasteten in Hinblick auf mögliche Sorgen um die Entwicklung ihres Sohnes.

Herr M. erzählt

Allgemeine Bewertung der Begleitung durch eine Frühförderin

Herr M. erzählt, dass er die Frühförderin „sehr positiv“ in Erinnerung hat (Transkript Max B, 238; vgl. auch 243), weil sie sich Zeit genommen hat, auf Probleme und individuelle Fragen einzugehen (Transkript Max B, 230ff; 236), wobei er auch den Eindruck hatte, „dass sie das wirklich interessiert hat“ (Transkript Max B, 233). Frau F. hat Max „nicht in eine Schublade gelegt“ (Transkript Max B, 235), sondern ist individuell auf das Kind eingegangen. Sie vermittelte im Umgang mit ihm „eine Ruhe“, die Herr M. und seine Frau „zu dem

Zeitpunkt einfach nicht gehabt haben“ (Transkript Max B, 242f), zumal es das erste Kind war und die Eltern deshalb „nicht wirklich gewusst haben, ... wie man es richtig macht“ (Transkript Max B, 240). Insgesamt bewertet Herr M. die Besuche durch die Frühförderin als „positiv auf jeden Fall“ (Transkript Max B, 1147).

Herrn M. betreffende hilfreiche Aspekte der Frühförderung

Beispiel 1

Herr M. erzählt weiters, dass die Frühförderin dadurch hilfreich war, dass sie versucht hat, Fragen „so einfach und unkompliziert als möglich zu erklären“ (Transkript Max B, 265). Herr und Frau M. hatten die Erfahrung gemacht, mit einem Problem ins Krankenhaus zu fahren und dann nicht ernstgenommen zu werden. Deshalb haben sie es sich in weiterer Folge „drei- oder viermal überlegt“ (Transkript Max B, 283), ehe sie in Mödling anriefen: „Weil wir genau gewusst haben, dass wir vielleicht wieder eine blöde Antwort kriegen“ (Transkript Max B, 283f). Bei der Frühförderin – die einen Teil ihrer Tätigkeit natürlich ebenfalls als Mitglied des Staffs des Krankenhauses erbrachte – hatte Herr M. „nie das Gefühl ..., eine blöde Frage zu stellen“ (Transkript Max B, 286f).

Beispiel 2

Die Frühförderin war außerdem die Ansprechpartnerin von Herrn und Frau M., wenn es um Gefühle ging, im Krankenhaus und auch zu Hause (Transkript Max B, 409f; 437; 453ff; 1292). Darin sah er eine wichtige Hilfe.

Beispiel 3

Auf die Frage, ob er im Freundeskreis oder im familiären Umfeld emotionale Unterstützung erhalten hat, antwortet Herr M., dass es zwar Hilfe in Form von konkreter Unterstützung gab, man sich darüber hinaus aber „nur selber helfen“ kann (Transkript Max B, 462), da niemand aus dem Umfeld „die Situation ... verstanden“ hätte (Transkript Max B, 472). Deshalb besprach Herr M. Gefühlsdinge oder Situationen, in denen es um Entscheidungen ging, mit seiner Frau und auch mit der Frühförderin, weil diese „irgendwie doch einen Abstand gehabt hat davon“ (Transkript Max B, 480). Bei der Frühförderin konnte Herr M.

eine „objektive Meinung einholen“ (Transkript Max B, 482), was gegenüber Ratschlägen aus der Familie den Vorteil hatte, dass Herr M. anderer Meinung sein konnte und den Rat gegebenenfalls auch ablehnen durfte, ohne mit negativen emotionalen Reaktionen rechnen zu müssen. Herr M. findet es empfehlenswert, sich Informationen von einer „objektiven Stelle“ zu holen (Transkript Max B, 494), weil das, worum es geht, „eine eigene Sache“ ist (Transkript Max B, 498).

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Die Frühförderin war für Herrn M. v. a. als Ansprechpartnerin wichtig, und zwar auf drei Ebenen: Zum einen ging sie mit Interesse auf Fragen und Probleme ein, wodurch er das Gefühl hatte, ernstgenommen zu werden und sich daher mit den Dingen, die ihn beschäftigten, an sie wenden zu können. Des Weiteren konnte Herr M. mit der Frühförderin über emotionale Belange sprechen, weil er sich verstanden fühlte. Zum Dritten war Frau F. eine wichtige Instanz, wenn es darum ging, Entscheidungen zu treffen, weil Herr M. sie als objektiv erlebte und ihren Rat schätzte, sich aber nicht daran gebunden fühlte.

Herrn M. und Max betreffende hilfreiche Aspekte der Frühförderung

Beispiel 1

Auf die Frage nach Einflüssen der Frühförderin auf die Beziehung zum Kind antwortet Herr M., dass Frau F. vermittelte, dass das Kind ein Geschenk ist. Sie half Herrn M., „aus den Trott“ zu kommen und sich „wieder aufs Wesentliche ... aufs Kind (zu; Anm. d. Verf.) konzentrieren“. Die Frühförderin gab Herrn M. das Gefühl, dass da „ein Lebewesen ... ist“, das ihn braucht (Transkript Max B, 609ff).

Beispiel 2

Die Spiele, die die Frühförderin mit Max spielte, waren für Herrn M. insofern „spitze“ (Transkript Max B, 429), als sie ihm zeigten, dass mit seinem Kind in Hinblick auf die Entwicklung „alles in Ordnung“ ist (Transkript Max B, 422f; vgl.

auch 430) und Max „ein unter Anführungszeichen normales Kind ist“ (Transkript Max B, 423f). Sie erfüllten einen entscheidenden „Kontrollzweck“ (Transkript Max B, 818) für Herrn M. und vermittelten ihm und seiner Frau ein „relativ gutes Gefühl“ (Transkript Max B, 427). Herr M. hat durch die Spiele gesehen, was Max schon alles kann und wie gut er motorisch ist, was er offensichtlich als beruhigend erlebte.

Außerdem erzählt Herr M., dass die Frühförderin Max spielerisch angeregt hat zu einem Zeitpunkt, zu dem er und seine Frau „auf solche Ideen sicher nicht gekommen wären“ (Transkript Max B, 950), wodurch Max aber positive Erfahrungen machen konnte.

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Herr M. berichtet davon, dass die Frühförderin seinen Blick auf Max positiv beeinflusst hat. Es ist anzunehmen, dass dies zur Stärkung und Verbesserung der Vater-Sohn-Beziehung beigetragen hat.

Die früh einsetzende spielerische Entwicklungsförderung des Sohnes war für Herrn M. v. a. wichtig in ihrer Funktion als Kontrolle des Entwicklungsstandes. Herr M. erlebte Max dadurch als normal, was ihn beruhigte und auch zur Verbesserung der Beziehung zwischen Vater und Sohn beigetragen haben könnte.

B2) Welche Aspekte der Frühförderung werden von der begleiteten Mutter / vom begleiteten Vater als nicht hilfreich beschrieben?

Weder Herr noch Frau M. beschreiben Aspekte der Begleitung durch die Frühförderin, die sie als negativ erlebt haben.

B3) Was hätte die Mutter / der Vater von der Frühförderin noch gebraucht, um die Situation (besser) zu bewältigen?

Frau M. erzählt

Früher über bestehende Angebote informiert werden

Im Zusammenhang mit der Frage, was Eltern frühgeborener Kinder zusätzlich zur Bewältigung der Situation brauchen könnten, was auch von der Frühförderin angeboten oder in die Wege geleitet werden könnte, spricht Frau M. darüber, dass sie erst „im letzten Moment“ (Transkript Max A, 1131) vom Spital darüber informiert wurde, „dass ... nachher auch noch was ist“ (Transkript Max A, 1114; 1121f) und jemand „da ist für einen“ (Transkript Max A, 1114; 1120f). Sie meint, dass auch im Geburtsvorbereitungskurs nicht über Frühchen und darüber, „was es dann für Möglichkeiten gibt“ (Transkript Max A, 1169f; vgl. auch 1141ff), gesprochen wurde. Es wäre für sie wichtig gewesen, möglichst früh (Transkript Max A, 1113f; 1120; 1122; 1125) von den entsprechenden Angeboten zu wissen, wie z. B. dass es eine Frühförderin gibt, die zu ihr kommt und auch „schaut, ob mit ... (dem Kind; Anm. d. Verf.) von der Entwicklung her alles okay ist“ (Transkript Max A, 1128f). Anlässlich der zu frühen Entbindung informiert zu werden, ist ihrer Ansicht nach zu spät, da in der Situation das Geburtsgeschehen und die Gesundheit des Kindes vorrangig sind (Transkript Max A, 1227ff) und es außerdem auch von den zeitlichen Umständen und dem Krankenhauspersonal abhängig ist, ob man informiert wird. Für Frau M. wäre es angenehm gewesen, zumindest kurz nach der Entbindung über die Hausbesuche der Kinderkrankenschwester und die Möglichkeit der Hausbesuche durch die Frühförderin informiert zu werden, da sie mit Unbehagen an die erste Zeit zu Hause mit dem – ersten – Kind dachte. Sie betont: „DAS hat mir schon gefehlt“ (Transkript Max A, 1134).

Jemand, der für die Mutter da ist

Außerdem meint Frau M.: „Es geht in dem Moment dann ... niemand auf die Mutter ... ein“ (Transkript Max A, 1233), da sich alles ums Kind dreht. Sie findet, es wäre in der Situation nötig, dass „einfach wer .. kommt und sich hinsetzt und einem die Hemmung nimmt, dass man irgendwas fragt“ (Transkript Max A, 1241f). Sie meint, es wäre v. a. für Frauen, die schüchtern sind (zu denen sie

sich nicht zählt) und denen es schwerfällt, die Schwestern anzusprechen, wichtig, „dass einfach irgendwer da ist“ (Transkript Max A, 1253), selbst wenn viel los und eigentlich keine Zeit ist – insbesondere wenn Mütter in der Situation sind, dass es ihren Kindern schlecht geht und sie daher mehr Angst haben, als Frau M. hatte.

Ausreichend Informationen zum Angebot der Frühförderung

In der weiteren Erzählung von Frau M. wird erkennbar, dass das Angebot der Frühförderung bei der Visite, als die Frühförderin anwesend war und vorgestellt wurde, nicht ausreichend verstanden werden konnte (Transkript Max A, 1276ff; 1284ff), weshalb Frau M. nach ein paar Tagen selbst aktiv wurde und sich bei der Oberschwester ausführlich über das Angebot informieren ließ. Frau M. wusste aber trotzdem nicht, an welchen Tagen die Frühförderin im Krankenhaus sein wird, und meint dazu rückblickend, dass im Krankenhaus in puncto Untersuchungen mit dem Kind etc. immer sehr viel los war (vgl. Transkript Max A, 1264ff) und es deshalb „sicher nicht schlecht gewesen“ wäre zu wissen, wann die Frühförderin kommt, „weil da kann man auch sagen, ja, kommen s' zu mir ... oder dass man den Schwestern sagt, können s' ihr sagen, dass s' kommt“ (Transkript Max A, 1300ff)¹⁸.

Herr M. erzählt

Das Angebot des Babysittens

Was Herr M. gefehlt hat, war die Möglichkeit, Max hin und wieder einem Babysitter überlassen zu können, um Zeit mit Frau M. verbringen zu können, während der sich nicht alles um das Kind dreht (Transkript Max B, 1160; 1171ff). Der Babysitter müsste „mit der besonderen Situation“ vertraut sein (Transkript Max B, 1162f), weshalb Frau F. für diese Tätigkeit geeignet erschiene.

¹⁸ An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Frühförderin routinemäßig beim ersten Gespräch mit allen Eltern mitteilte, an welchen beiden Wochentagen sie auf der neonatologischen Station des Krankenhauses anwesend sein wird.

C) Welche Aufgaben oder Funktionen kamen laut Darstellungen der Eltern dem Vater während der Frühgeburt und in der ersten Zeit danach zu?

Im Gespräch mit Frau M. wird keine besondere Aufgabe ihres Mannes zur Zeit der Frühgeburt erkennbar. Sie spricht über ihn v. a. im Zusammenhang damit, dass sie sich allein gefühlt hat, obwohl Herr M. während des Krankenhausaufenthaltes jeden Tag anwesend war. Sie hatte das Bedürfnis, über das Erlebnis der Geburt zu sprechen, redete über diese Dinge aber mit der Frühförderin, mit der Begründung: „Da kann man auf einer anderen Ebene reden“ (Transkript Max A, 621f).

Auch im Umgang mit dem Kind fühlte sie sich trotz der Unterstützung durch ihren Mann manchmal allein, was sie darauf zurückführt, dass ihr Mann überfordert war. Einerseits war es für ihn eine „große Überwindung“ (Transkript Max A, 627), das Kind „überhaupt einmal zu halten“ (Transkript Max A, 626; 842f), weshalb er es auch zuerst nicht wickelte. Frau M. führt diese Berührungssängste darauf zurück, dass „ein Mann ... da vielleicht momentan noch mehr Hemmungen (hat; Anm. d. Verf.) als eine Frau“ (Transkript Max A, 625f) und auch darauf, dass es das erste Kind war und Max noch dazu so klein gewesen ist (Transkript Max A, 624f; 842f; 839). Ihr Mann hatte außerdem – im Gegensatz zu ihr – kaum Erfahrung im Umgang mit Babys. Sie ist sicher, dass Herr M. den gemeinsamen Sohn „von der ersten Sekunde an“ geliebt hat (Transkript Max A, 839f), dennoch hätte er auch Angst gehabt und die Situation emotional verarbeiten müssen. Nach ein oder zwei Tagen ging Herr M. dann mit dem Kind um, „wie wenn er nie was anderes getan hätte“ (Transkript Max A, 627f; 841f).

Die Erzählung von Herrn M. und sein Ärger über den Krankenhauswechsel, das medizinische Personal und die neuerlichen Untersuchungen lassen vermuten, dass Herr M. stärker mit der Regelung der Dinge im „Außen“ befasst war als Frau M. Ein Hinweis darauf bzw. auch Grund dafür könnte sein, dass Herr M. anscheinend keinen Urlaub hatte während der Zeit, die seine Frau im Krankenhaus verbrachte. Eine Aufgabe, die Herrn M. nach eigener Aussage zukam, war das Begleiten seines Sohnes auf die Neonatologie unmittelbar nach der Entbindung, als Frau M. noch nicht mobil war. Dabei war Herrn M. wichtig, dass Max „wenigstens einen Elternteil mithat“ (Transkript Max B, 170).

4.2 Die Eltern von Lisa

A) Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt

A1) Wie beschreibt die Mutter / der Vater die Frühgeburt des Kindes und die erste Zeit danach?

Frau L. erzählt

Als Frau L. Lisa erwartet, ist sie zum zweiten Mal schwanger. Fünf Wochen vor dem errechneten Geburtstermin hat Frau L. in der Früh einen Blasensprung. Sie fährt nach A ins Krankenhaus, die Wehen setzen dort von alleine ein, alles ist in Ordnung. Lisas Geburt erlebt Frau L. als schön. Mutter und Tochter bekommen ein Einzelzimmer, Lisa geht es gut.

Frau L. hat ihre Tochter auf ihrer Brust liegen, als sie bemerkt, dass diese eigenartig atmet und eine bläuliche Hautfarbe hat. Sie ruft eine Schwester, die Lisa untersucht und feststellt, dass die selbstständige Atmung des Babys nicht ausreichend funktioniert. Lisa kommt in einen Inkubator, die Luft darin wird mit Sauerstoff angereichert. Aufgrund der im Folgenden notwendigen medizinischen Versorgung, die in A nicht gewährleistet werden kann, soll Lisa ins Mödlinger Krankenhaus überstellt werden. Frau L. ruft ihren Mann an, der zuerst eine Betreuungsperson für den zweijährigen Sohn finden muss, ehe er in Krankenhaus kommen kann. Es kommt ein Kinderarzt aus Mödling, der Lisa nach Mödling begleitet. Frau L. darf aus Platzgründen nicht mit ihrer Tochter im Rettungswagen fahren. Herr und Frau L. kommen zur selben Zeit wie Lisa in Mödling an. Den Empfang auf der Neonatologie hat Frau L. als unfreundlich in Erinnerung. Außerdem wollen die Schwestern sie nicht stationär aufnehmen, Frau L. weigert sich aber zu gehen. Schließlich wird sie für eine Nacht auf der Gynäkologie aufgenommen, bevor sie am nächsten Tag ein Bett in einem Zimmer für Begleitpersonen bekommt. Sie und ihre Tochter sind für zehn Tage im Krankenhaus, die letzten davon verbringen sie gemeinsam in einem Mutter-Kind-Zimmer.

Herr L. erzählt

Fünf Wochen vor dem errechneten Geburtstermin stand Herr L. wie jeden Tag um 4.30 Uhr auf und bereitete sich darauf vor, in die Arbeit zu gehen. Kurz

bevor er das Haus verlässt, macht sich seine Frau bei ihm bemerkbar – er sieht, dass die Fruchtblase geplatzt ist. Herr und Frau L. beratschlagen, was zu tun ist, und rufen die Rettung. Die Zeit, bis die Sanitäter kommen und seine Frau ins Krankenhaus nach A gebracht wird, empfindet Herr L. als lang und turbulent. Die Ungewissheit, was passiert war, belastet Herrn L., ein Sanitäter versucht, ihn zu beruhigen.

Bevor Herr L. ebenfalls ins Krankenhaus fahren kann, muss er den zweijährigen Sohn versorgen. Es wäre geplant gewesen, dass dieser die Zeit der (termingerechten) Entbindung bei seiner Oma verbringt. Im Krankenhaus kommt Herr L. etwas zur Ruhe. Er erfährt, dass alles in Ordnung ist, die Geburt aber nicht mehr aufgehalten werden kann. Gegen 7.00 Uhr verlässt Herr L. das Krankenhaus, um in der Arbeit über die familiären Umstände Bescheid zu sagen und den schon geplanten Urlaub vorzuverlegen. Um die Mittagszeit kehrt er ins Spital zurück, zu dem Zeitpunkt hat seine Frau schon leichte Wehen. Um 16.40 Uhr kommt Lisa zur Welt, was für Herrn L. trotz des frühen Zeitpunkts ein schönes Erlebnis war. Er bleibt noch eine oder eineinhalb Stunden im Krankenhaus, während dieser Zeit wird Lisa gebadet und abgewogen und trinkt problemlos an der Brust ihrer Mutter. Als er abends das Krankenhaus verlässt, um seinen Sohn zu versorgen, ist alles in Ordnung.

Gegen 22.00 Uhr ruft Frau L. zu Hause an und sagt ihrem Mann, er müsse sofort kommen, da es massive Probleme gebe und Lisa nach Mödling verlegt werden müsse. Herr L. fährt so schnell er kann ins Krankenhaus und kommt gerade, als Frau L. und Lisa aufbruchbereit sind. Herr und Frau L. dürfen nicht mit Lisa im Rettungsauto fahren, sondern nur der Kinderarzt aus Mödling.

Den Empfang in Mödling empfindet Herr L. als sehr unangenehm und es schockiert ihn, dass seine Frau nicht bei Lisa bleiben kann, sondern in einem anderen Stockwerk untergebracht wird.

In den ersten der folgenden zehn Tage ist Lisa wegen drohender Atemaussetzer in einem Überwachungszimmer im Brutkasten. Herr und Frau L. treffen sich vor diesem Zimmer, gehen kurz zu ihrem Kind und besprechen dann andere wichtige Dinge. Lisas Anblick scheint für Herrn L. schwer zu ertragen zu sein. Er lässt sie, abgesehen von einem kurzen Besuch, lieber in Ruhe und versucht, sich abzulenken.

Er kommt täglich, kann aber immer nur kurz bleiben, da er sich um den Sohn kümmern und ihn daher auch ins Krankenhaus mitnehmen muss. Er kann Lisa in dieser Zeit nur selten sehen (Transkript Lisa B, 179; 187f).

Herr L. weiß nicht mehr, ob seine Frau und Lisa danach ein gemeinsames Zimmer bekamen, aber er vermutet es.

A2) Welche Themen spielen in der Erzählung der Mutter / des Vaters eine (besondere) Rolle?

Frau L. erzählt

Drama

Das Hauptthema in der Erzählung von Frau L. ist das von ihr infolge der Frühgeburt erlebte „Drama“ (Transkript Lisa A, 26; 36). Es war „die Hölle“ für sie (Transkript Lisa A, 28), ihre Tochter nicht im Rettungswagen nach Mödling begleiten zu dürfen, da sie Angst hatte, Lisa könnte auf der Fahrt sterben. Dadurch war sie bei der Ankunft „völlig fertig ... und angespannt“ (Transkript Lisa A, 43), als das Drama in der unfreundlichen „Begrüßung“ seine Fortsetzung fand: Frau L. wollte bei Lisa bleiben, woraufhin eine Schwester ihr erklärte: „Na fua di homma kann Plotz!“¹⁹ (Transkript Lisa A, 46f). Frau L. bezeichnet die Zeit in Mödling als die schlimmsten zehn Tage ihres Lebens (Transkript Lisa A, 50; 73f). Sie betont, dass sie nie wieder in dieses Krankenhaus gehen möchte und immer nach B fährt, wenn ihre Kinder krank sind. Als Grund gibt sie an, dass es zahlreiche Situationen gab, in denen der Alarm der Überwachungsgeräte anschlug, weil Lisas Herzfrequenz nicht in Ordnung war, aber niemand kam, um Nachschau zu halten. Sie musste oft selbst eine Schwester rufen. Dadurch hatte sie das Gefühl, Lisa nicht alleine lassen zu können. Frau L. machte sich große Sorgen um Lisa und hatte eine schlimme Zeit, während der sie oft geweint hat.

¹⁹ „Nein, für dich haben wir keinen Platz!“

Herr L. erzählt

Emotionale Belastung

Herr L.s Erzählung ist sehr emotional und es wird schnell deutlich, dass die Zeit der Frühgeburt seiner Tochter stark belastend für ihn war (vgl. Transkript Lisa B, 138). Er spricht darüber, dass alles „wunderbar geplant“ und „perfekt ausgedacht“ war (Transkript Lisa B, 11f), es aber dann anders kam (Transkript Lisa B, 13f; vgl. auch 7; 54f). Bis die Sanitäter seine Frau nach dem Blasensprung abgeholt hatten, war es hektisch und „ein ziemliches Theater im Haus“ (Transkript Lisa B, 25), was er als schwierig empfand. Er erlebte die Situation aufgrund der Ungewissheit, was passiert war und weiterhin geschehen wird, als „furchtbar“ (Transkript Lisa B, 32) und beschreibt auch sich selbst in der damaligen Situation als „ein bisschen hektisch“ (ebd.). Er war froh darüber, im Krankenhaus etwas zur Ruhe kommen zu können und zu erfahren, dass alles in Ordnung war.

Auch nach der Entbindung geht es für Herrn L. mit den Überraschungen weiter: Obwohl die Geburt problemlos verlaufen ist, wie er betont (Transkript Lisa B, 82f), und alles in Ordnung war, ruft Frau L. abends an und berichtet, dass es „massive Probleme“ gebe (Transkript Lisa B, 87) und er sofort kommen müsse. Dieses Hin und Her, auf das Herr L. auch im weiteren Verlauf des Gesprächs häufig zu sprechen kommt (vgl. z. B. 139ff), dürfte ein sehr belastender Faktor für ihn gewesen sein. Im Zusammenhang mit der Fahrt nach Mödling, bei der Herr L. und seine Frau nicht mit Lisa im selben Rettungswagen fahren durften, sagt er dazu:

„Da war schlagartig jede gute Laune (wieder) natürlich beim Teufel. (Das war so ein) Auf und Ab, zuerst ... in der Früh, und dann ist es eigentlich wieder positiv gewesen mit der Geburt, und dann plötzlich wieder, das war ... bisschen heavy²⁰, na?“ (Transkript Lisa B, 93ff).

Die Belastung setzt sich während des Krankenhausaufenthaltes fort durch die Ungewissheit, weshalb Lisa Atemaussetzer hat und wie die Sache ausgehen wird. Außerdem scheint Herr L. unter Lisas Anblick zu leiden, da sie noch so klein ist und an viele Elektroden angehängt sein muss. Er macht sich Gedanken darüber, wie diese Situation, die für einen Erwachsenen schon schwer zu ertragen wäre, wohl für Lisa ist.

²⁰ schwer

Der Vollständigkeit wegen ist an dieser Stelle anzumerken, dass Herr L. auch nach der einleitenden Erzählung wiederholt auf das Thema der Belastung zu sprechen kommt. Er bezeichnet die Zeit nach der Frühgeburt als „extrem“ (Transkript Lisa B, 477) und erzählt, dass er die psychische Belastung unterschätzt hätte, auch in Hinblick darauf, dass er sich zehn Tage allein um seinen Sohn kümmern musste: „Ich hab am Anfang geglaubt, das ist kein Problem, nicht? Aber ... das ist nicht so“ (Transkript Lisa B, 478f).

Herr L. muss sich um seinen zweijährigen Sohn kümmern

Herr L. erzählt, dass er in die Geschehnisse während des Krankenhausaufenthaltes nicht viel Einblick hatte, da er sich zu Hause um seinen Sohn kümmern musste. Er konnte nur ins Krankenhaus kommen, „wenn eben dementsprechend Zeit war“ (Transkript Lisa B, 178f), weil er keinen Babysitter hatte (Transkript Lisa B, 187f; 192f). Weiters spricht er darüber, dass es „den Damen ja auch immer nicht recht“ war, „dass man die Kinder mitnimmt“ (Transkript Lisa B, 190f), womit er die Krankenschwestern meint, die offenbar die Sorge hatten, Besucherkinder könnten „was anstellen und dort Lärm machen“ (ebd.).

Ein weiterer problematischer Aspekt im Zusammenhang mit der Betreuung des Sohnes ergab sich aus der Schwierigkeit, dem Zweijährigen die Situation zu erklären. Herr L. sagt dazu, dass er seinem Sohn nicht genau sagen wollte, was los war, und dieser „natürlich das überhaupt noch nicht mitbekommen hat, dass es seiner Schwester nicht gut geht“ (Transkript Lisa B, 182f). Er erklärte seinem Sohn, die Schwester müsse „halt noch ein bisschen im Spital liegen“ und sie würden sie „halt besuchen“ gehen (Transkript Lisa B, 185f), wozu dieser offenbar auch bereit war.

Im Verlauf des weiteren Gesprächs berichtet Herr L., dass sein Sohn es schließlich doch „mitbekommen“ hat (Transkript Lisa B, 482): „Ihm hat das genauso ... zugesetzt in weiterer Folge“ (Transkript Lisa B, 481). Dadurch war das Kind in den Tagen, bevor die Mutter nach Hause kam, unruhig und offenbar schwer zu „handeln“.

Herr L. ärgert sich über den Empfang und die Umstände im Krankenhaus

Obwohl Herr L. zuerst meint, in den vier Jahren seit Lisas Geburt schon alles vergessen zu haben, wird schnell deutlich, dass er den Empfang in Mödling noch stark in Erinnerung hat. Zuerst bezeichnet er ihn als „nicht ... die feine, englische Art“ (Transkript Lisa B, 97); die Beschreibungen werden aber zunehmend negativer, je mehr er sich im Laufe des Erzählens zurückerinnert. Die Aufnahme erfolgte – seinen Angaben zufolge – auf unfreundliche Art (Transkript Lisa B, 100f; 123) durch eine Schwester, bei der er sich nicht willkommen fühlte (110f). Herr L. hatte den Eindruck, dass dem medizinischen Personal alles egal war bzw. sogar „irgendwie nicht recht, dass wir da gekommen sind“ (Transkript Lisa B, 115). Er fühlte sich als „ungebetener Gast“ (Transkript Lisa B, 98). Das hat ihn betroffen gemacht und auch verwundert, weil ihm im Krankenhaus in A alles perfekt erschienen war. Er hätte sich eine bessere Behandlung erwartet, v. a. angesichts der Tatsache, dass Familie L. aufgrund eines Notfalls in Mödling war²¹. Er war infolgedessen unzufrieden und kann sich nicht vorstellen, dass andere Eltern damals sehr zufrieden waren. Herr L. erinnert sich an Eltern, die „genau die gleichen Diskrepanzen mit dem Personal gehabt“ haben (Transkript Lisa B, 165f). Darüber nachdenkend, dass durch „diese Studie“ „alles wieder herauskommt“ (Transkript Lisa B, 152f), meint Herr L., „(LEISE) *dass man das alles vielleicht irgendwie anders machen könnte*“ (Transkript Lisa B, 153f). Er nennt in diesem Zusammenhang den Platzmangel im Krankenhaus, die schlecht funktionierende Kommunikation, das allgemeine Prozedere und dass „keine Eltern irgendwie ignoriert“²² werden sollten (Transkript Lisa B, 154). Abschließend meint er an dieser Stelle: „Eine ordentliche Kinderstation sollte das aber normalerweise so im Griff haben, dass das funktioniert ... na?“ (Transkript Lisa B, 168f).

Das Thema dürfte Herrn L. sehr wichtig gewesen sein, da er auch im Verlauf des weiteren Interviews wieder auf seine diesbezüglichen Eindrücke zu sprechen kommt (vgl. Transkript Lisa B, 617–658).

²¹ Es fällt auf, dass Herr L. die Situation im Mödlinger Krankenhaus in allen Belangen negativ, die Situation im Krankenhaus zuvor nur als angenehm in Erinnerung hat. Es wäre lohnenswert zu untersuchen, ob dies als Ausdruck von Spaltungsprozessen („Splitting“) zu begreifen ist, zu denen Herr L. in Verbindung mit dem Umstand neigt, dass eine unerbetene „Notsituation“ das Elternpaar zwang, sich vom vertrauten Krankenhaus zu trennen und sich in die Obhut des Mödlinger Krankenhauses zu begeben.

²² Unsichere Transkription.

Frau L. und Lisa werden getrennt untergebracht

Herr L. beschreibt den Umstand, dass seine Frau nach der Aufnahme ins Krankenhaus nicht bei Lisa schlafen konnte, und meint dazu: „(LEISE) *Das hat mich ein bisschen schockiert*“ (Transkript Lisa B, 107). Er beschreibt, dass seine Frau „total fertig“ war (Transkript Lisa B, 133) und aufgrund des „Hin- und Hergeschoben“-Werdens (Transkript Lisa B, 134f) eine „schlimme Zeit“ hatte (Transkript Lisa B, 136), da sie bei ihrer Tochter sein wollte. Zudem durfte Frau L. teilweise nur mit Erlaubnis der Schwestern zu ihrer Tochter. Gegen Ende des Krankenhausaufenthaltes wäre es aufgrund des gemeinsamen Zimmers besser gewesen, doch die ersten Tage waren für Familie L. eine „Katastrophe“ (Transkript Lisa B, 203).

A3) Gibt es Aspekte der erlebten Zeit, welche nur einem der beiden Elternteile in besonderer Erinnerung geblieben sind? Wenn ja, welche?

Für die Mutter lag die Belastung nach der Frühgeburt v. a. an der Sorge um das Leben der Tochter und an dem Gefühl, Lisas Obsorge nicht dem Krankenhauspersonal überlassen zu können. Auch Herr L. hat die Umstände im Krankenhaus negativ in Erinnerung, wobei der Empfang in Mödling seine Erzählung dominiert. Des Weiteren fällt die Betreuung des zweijährigen Sohnes in dieser Zeit Herrn L. zu und stellt einen Belastungsaspekt dar, der sich in seiner Erzählung findet.

B) Inwiefern empfindet die begleitete Mutter / der begleitete Vater die Frühförderung rückblickend als hilfreich, inwiefern nicht?

B1) Welche Aspekte der Frühförderung waren vor allem für die begleitete Mutter, welche für den begleiteten Vater relevant in Bezug auf die Bewältigung der Situation der Frühgeburt?

Frau L. erzählt

Allgemeine Bewertung der Begleitung durch eine Frühförderin

Auf die Frage, ob Frau L. den Eindruck hat, dass das Angebot der Begleitung durch die Frühförderin hilfreich für sie gewesen ist, meint diese: „Ja, schon sehr“ (Transkript Lisa A, 169). Frau L. erzählt, dass sie „mitten im Drama drin“ (Transkript Lisa A, 126) das Kennenlernen der Frühförderin als „sehr positiv“ erlebt hat (ebd.). Die Kontakte zur Frühförderin werden von Frau L. durchwegs gut bewertet: Sie erlebte sie als „positiv“ (Transkript Lisa A, 193; 821), „angenehm“ (Transkript Lisa A, 186), sie hat sich „gefremdet“ (Transkript Lisa A, 191), wenn die Frühförderin gekommen ist.

Frau L. betreffende hilfreiche Aspekte der Frühförderung während der Zeit im Krankenhaus

Beispiel 1

Frau L. spricht davon, dass oft die Überwachungsgeräte der Babys auf der Neonatologie Alarm geschlagen hätten und keine Schwester gekommen wäre. Deshalb hatte sie kein Vertrauen in das medizinische Personal und wollte ihre Tochter nicht alleine lassen (vgl. Transkript Lisa A, 220ff; 299ff; 323). Sie hatte große Angst, dass ihre Tochter aufhören könnte zu atmen, und litt unter den sehr häufigen Alarmen, die oft nur durch ein Verrutschen der Elektroden ausgelöst wurden. Sie beschreibt eine Situation, als sie schon alleine mit Lisa in einem Zimmer lag und darauf wartete, dass die Schwestern auf ihr Läuten reagierten. Frau L. war „schon panisch“ (Transkript Lisa A, 317), als sich glücklicherweise Lisas Atmung normalisierte, ehe die Schwester schließlich kam.

Beispiel 2

Da Herr L. nie lange zu Besuch bleiben konnte und außer Angehörigen kein Besuch gestattet war, fühlte Frau L. sich sehr allein. Sie hatte das Gefühl, von Lisa nicht weggehen zu können, bzw. wollte auch nicht weggehen. Das Handy durfte sie im Krankenhaus nicht benutzen, außerdem sah sie sich nicht in der Lage, mit jemandem aus ihrem privaten Umfeld zu reden, da sie aufgrund der psychischen Belastung selbst bei Telefongesprächen sofort anfang zu weinen.

Während ihres Aufenthaltes in Mödling waren die Treffen mit der Frühförderin für Frau L. wie eine „kleine Insel“ (Transkript Lisa A, 190), die es ihr ermöglichte, „das Rundherum“ zu vergessen (Transkript Lisa A, 186f) und mit der Situation besser zurechtzukommen (vgl. Transkript Lisa A, 334; 336). Frau F. war ihre „Rettung“ (Transkript Lisa A, 127). Wichtig war für Frau L. dabei die Möglichkeit, mit einem „normalen Menschen“ (Transkript Lisa A, 188), der sie versteht, sprechen zu können (vgl. Transkript Lisa A, 188f; 649; 657; 706ff; 820f). Das war für sie „aufbauend“ (Transkript Lisa A, 336), sie fand durch Frau F. „Erleichterung“ (Transkript Lisa A, 713; vgl. auch 193f) und Trost. Außerdem hat die Frühförderin laut Frau L. „als Einzige ... irgendwie Verständnis gezeigt und ... zugehört“ (Transkript Lisa A, 128f). Frau F. und der Oberarzt der Station, den Frau L. sehr lobend erwähnt, haben Frau L. den Aufenthalt im Krankenhaus erträglich gemacht, ohne die beiden hätte sie „zusammengepackt und wäre gegangen“ (Transkript Lisa A, 131).

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch die Frühförderin

Es lässt sich feststellen, dass für Frau L. in erster Linie die Gespräche mit der Frühförderin wichtig waren. Einerseits fand sie darin Unterstützung, weil sie sich verstanden fühlte, Frau F. ihr zuhörte und Trost spendete. Zum anderen waren die Treffen mit der Frühförderin eine Möglichkeit für Frau L., dem Krankenhausalltag und ihren Sorgen für kurze Zeit zu entkommen. Diese Aspekte erleichterten das Bewältigen der Situation.

Frau L. betreffende hilfreiche Aspekte der Frühförderung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Beispiel 1

Frau L. war in Sorge, ob Lisa sich normal entwickeln würde und ob mit ihr „alles in Ordnung“ war (Transkript Lisa A, 170). In dieser Situation war es für Frau L. „sehr hilfreich“ (Transkript Lisa A, 174), dass die Frühförderin zu ihr nach Hause kam und sich mit Lisa beschäftigte, was Frau L. auch die Möglichkeit bot, Fragen bezüglich „normaler“ Entwicklung von Kindern in verschiedenen Altersstufen zu stellen.

Beispiel 2

Von der Frühförderin zu hören, dass Lisa „normal“ ist und „ganz normal“ reagiert (Transkript Lisa A, 620), empfand Frau L. als stärkend. Sie sagt dazu: „Grad in der ersten Zeit freut man sich über jedes Wort, ... (das; Anm. d. Verf.) positiv ist“ (Transkript Lisa A, 621f).

Beispiel 3

Frau L. erzählt, dass die Kontakte zur Frühförderin ihr auch deshalb geholfen hätten, weil sie „zu Hause ... die erste Zeit allein“ gewesen ist (Transkript Lisa A, 632). Aufgrund der Temperaturen²³ wollte sie mit Lisa auch das Haus nicht verlassen und freute sich daher über Besuch. Von Bedeutung war in diesem Zusammenhang, mit einer Person zusammenzutreffen, von der Frau L. sich verstanden fühlte und die außerdem „das Drama in Mödling ... schon miterlebt hat“ (Transkript Lisa A, 634f). Frau L. resümiert, dass das Angebot ihr „sicher gutgetan“ habe (Transkript Lisa A, 635) und dazu beigetragen habe, dass es ihr schneller wieder besser gegangen ist.

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus waren für Frau L. zwei Aspekte des Angebotes der Frühförderung bedeutsam: Zum einen beruhigte Frau F. die Mutter in Hinblick auf Sorgen um Lisas Entwicklung. Zum anderen linderte sie

²³ Lisa wurde im Herbst geboren; Anm. d. Verf.

durch ihre Besuche das Gefühl des Alleinseins und unterstützte Frau L. durch ihr Verständnis und durch die Kenntnis der vorhergegangenen Situation im Krankenhaus.

Herr L. erzählt

Allgemeine Bewertung der Begleitung durch eine Frühförderin

Auf die Frage, ob er das Angebot der Begleitung durch eine Frühförderin als hilfreich empfunden hat, meint Herr L.: „Ja, ich denke schon“ (Transkript Lisa B, 374). Im Verlauf des weiteren Gesprächs äußert er sich mehrmals sehr positiv über die Möglichkeit der Betreuung durch eine Frühförderin (vgl. Transkript Lisa B, 858f; 674; 940ff). Er ist „froh“, diese „Hilfe“ erhalten zu haben (Transkript Lisa B, 375; vgl. auch 684f) und würde sie bei Bedarf wieder annehmen, da er sie für „auf jeden Fall ... empfehlenswert“ (Transkript Lisa B, 377) und „sehr zu befürworten“ hält (Transkript Lisa B, 970). Er erwähnt allerdings in weiterer Folge auch Aspekte der Begleitung, die er als negativ empfand und auf die ich an späterer Stelle eingehe.

Herrn L. betreffende hilfreiche Aspekte der Frühförderung

Beispiel 1

Wichtig am Angebot der Frühförderung war für Herrn L. in erster Linie, „dass sich überhaupt einmal jemand um einen kümmert, wenn so etwas auftritt“ (Transkript Lisa B, 387). Er war „sehr froh“, dass Frau F. „überhaupt da war“ (Transkript Lisa B, 362). Herr L. war ursprünglich der Meinung, dass Eltern im Fall einer Frühgeburt von den Ärzten oder zumindest den Schwestern besondere Begleitung erhalten würden (Transkript Lisa B, 363; 388ff), wurde in dieser Annahme jedoch enttäuscht. Durch die Kontakte seiner Frau zur Frühförderin hat Herr L. erfahren, „um was es da eigentlich geht und warum das gemacht wird und dass das für uns eigentlich sehr wichtig ist“, Frühförderung zu bekommen (Transkript Lisa B, 351ff; vgl. auch 366). Er meint dazu: „Dass die Frau ... (F.; Anm. d. Verf.) das gemacht hat und ... gewisse Dinge aufgeklärt hat, das ... war ... was mir gefallen hat an der ganzen Geschichte“ (Transkript Lisa B, 395f).

Inhaltlich nennt Herr L. die Aspekte Unterstützung (Transkript Lisa B, 441f), Begleitung (Transkript Lisa B, 672; 838f; vgl. auch: „dass jemand da war ... und sich mit einem beschäftigt“, 671) und das Erhalten von Informationen (Transkript Lisa B, 379ff; 838) als relevant für ihn. Durch diesen „psychologischen Beistand“, den man „nur ... von der Frühförderin“ (Transkript Lisa B, 843) bekommen kann, fühlte er sich „relativ ... abgesichert“ (Transkript Lisa B, 840).

Beispiel 2

Ohne die Begleitung durch die Frühförderin hätte Herr L. sich „hilflos und allein“ gefühlt (Transkript Lisa B, 841). Er meint, er stelle es sich „schlimm“ vor (Transkript Lisa B, 944) und „noch viel schwieriger“ (Transkript Lisa B, 672f), mit einer derartigen Situation allein fertig werden zu müssen, bzw. dass er sich gar nicht vorstellen kann, wie er die Situation ohne Begleitung bewältigt hätte. Er spricht weiters davon, dass v. a. für Männer „psychische Betreuung“ (Transkript Lisa B, 950) und „Begleitung“ (Transkript Lisa B, 953) in Ausnahmesituationen wichtig wäre. Als Gründe führt er den „gewissen Hang zur Selbstbemitleidung“ an (Transkript Lisa B, 945f), den er bei Männern wahrnimmt, und fehlende Kompetenz im Umgang mit belastenden Situationen, die neu sind.

Zusammenfassung der hilfreichen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Herr L. geht nur sehr wenig auf inhaltlich relevante Aspekte der Frühförderung ein. Für ihn ist von zentraler – entlastender – Bedeutung, in dieser schwierigen Phase Begleitung zu bekommen bzw. bekommen zu können und nicht alleine gelassen zu werden.

B2) Welche Aspekte der Frühförderung werden von der begleiteten Mutter / vom begleiteten Vater als nicht hilfreich beschrieben?

Frau L. erzählt

Frau L. nennt keine Aspekte der Begleitung, die für sie nicht hilfreich waren.

Herr L. erzählt

Negative Aspekte der Begleitung durch die Frühförderin

Beispiel 1

Trotz des positiven Feedbacks war die Begleitung für Herrn L. nicht ausschließlich erfreulich. Auf das Angebot der Frühförderung angesprochen meint er zwar, dass „das Ganze“ für ihn „ja nichts Negatives“ war (Transkript Lisa B, 340) und er „nichts Negatives empfunden“ hätte (Transkript Lisa B, 374). Gleichzeitig erzählt er aber, dass ihm erst durch die Frühförderin klar geworden sei, welche eine ernste Angelegenheit eine Frühgeburt ist. Dadurch wiederum war er aber froh, die Begleitung in Anspruch nehmen zu können.

Beispiel 2

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bedeuteten die Besuche durch Frau F. für ihn, weiterhin mit der schwierigen Lage, in die Familie L. durch die Frühgeburt gekommen war, konfrontiert zu sein. Herr L. wollte sich ganz darauf konzentrieren, dass Lisa gesund ist und es ihr gut geht. Dazu meint er:

„Ich hab eigentlich gar nichts anderes hören und sehen wollen, man hat dann irgendwie so ... einen Reflex (zu sagen): ‚Aus, Schluss, jetzt ist es vorbei, ich will nichts mehr hören.‘ Weil ... wenn man sich jeden Tag mit dem Thema (der Frühgeburt; Anm. d. Verf.) beschäftigt, dann, glauben Sie mir, haben Sie genug“ (Transkript Lisa B, 472ff).

Deshalb wollte Herr L. die Hausbesuche zuerst nicht, für ihn war „die Sache erledigt“ (Transkript Lisa B, 489; vgl. auch 491; 498). Da die „Nachbehandlung“ (Transkript Lisa B, 490) aber vereinbart worden ist, „notwendig“ (Transkript Lisa B, 494) war und seine Frau „das durchgezogen“ hat (ebd.), hat Herr L. sich anscheinend in die Situation gefügt, und letztendlich hat es „gepasst“ (ebd.).

Beispiel 3

Nach wichtigen Schritten in Lisas Entwicklung gefragt, erzählt Herr L. davon, dass er durch die Frühförderin erst den Blick verstärkt auf Lisas Entwicklung gerichtet hat, was er als problematisch empfand. Er begann, Lisa mit ihrem Bruder zu vergleichen, was sich als schwierig erwies, da er dessen Entwicklungsschritte nicht mehr detailliert in Erinnerung hatte. Durch den Fokus darauf, ob Lisas Entwicklung altersgerecht war, bekam Herr L. „Sorge“ und

„Angst“ (Transkript Lisa B, 707), „dass jetzt irgendwas sein könnte, dass die Lisa aufgrund der ... Frühgeburt irgendwie ... sich nicht so schnell oder normal entwickelt wie eben ein anderes Kind“ (Transkript Lisa B, 707ff). Herr L. berichtet weiters, dass die Frühförderin diese Sorge aber bald als unbegründet ausräumen konnte, und betont, dass Lisa sich normal entwickelt hat (vgl. z. B. Transkript Lisa B, 358f; 713; 716; 816).

Zusammenfassung der negativen Aspekte der Begleitung durch eine Frühförderin

Die Gespräche (v. a. seiner Frau) mit der Frühförderin machten Herrn L. die Tragweite des Ereignisses Frühgeburt erst klar. Die Hausbesuche bedeuteten für ihn, die schwierige Zeit noch nicht hinter sich lassen zu können und den Blick weiterhin auf möglicherweise Problematisches – wie Lisas Entwicklung – richten zu müssen.

B3) Was hätte die Mutter / der Vater von der Frühförderin noch gebraucht, um die Situation (besser) zu bewältigen?

Frau L. erzählt

Mehr Kontakte zur Frühförderin

Frau L. fand die Gespräche zur Frühförderin sehr gut, findet aber, dass es mehr Gelegenheiten dazu geben sollte:

„Zweimal in der Woche ist halt nicht SO viel, weil ..., man wartet, oder man (LACHT) sitzt eigentlich 24 Stunden nur herum und wartet, dass irgendwas passiert. Öfter wär nicht schlecht“ (Transkript Lisa A, 657ff).

Herr L. erzählt

Information zu einem frühen Zeitpunkt

Herr L. ist der Meinung, dass das Angebot inhaltlich „schon mehr als genug“ bietet (Transkript Lisa B, 839) und nicht verbessert werden muss. Er würde sich aber für andere Eltern die Möglichkeit wünschen, zu einem früheren Zeitpunkt, beispielsweise im Schwangerschaftskurs oder vom Gynäkologen, darüber

informiert zu werden, dass es diese Unterstützungsmöglichkeit gibt, auch mit dem Ziel, sich mit dem Thema Frühgeburt überhaupt auseinanderzusetzen, damit man im Fall des Falles schon „so eine kleine ... Hilfestellung, so (einen Halte-)Punkt“ hat (Transkript Lisa B, 1000f). Er findet auch, dass alle Krankenhäuser mit Neugeborenenabteilung verpflichtet sein sollten, Begleitung durch eine Frühförderin in dieser Form anzubieten.

C) Welche Aufgaben oder Funktionen kamen laut Darstellungen der Eltern dem Vater während der Frühgeburt und in der ersten Zeit danach zu?

Wie eingangs beschrieben, hatte Herr L. während der Zeit, die seine Frau bei der Tochter im Krankenhaus verbrachte, die Pflicht, sich um den zweijährigen Sohn zu kümmern. Zu dieser Aufgabe kam die Funktion der „Klagemauer“ für seine Frau (vgl. Transkript Lisa B, 401f). Frau L. sagt in diesem Zusammenhang, dass es ihr im Krankenhaus immer besser ging, wenn ihr Mann da war. Die Belastung wäre für sie leichter zu ertragen gewesen, wenn Herr L. öfter hätte kommen können, was aufgrund der Betreuung und Versorgung des Sohnes nicht möglich war. Sie erzählt, dass es schwierig für sie war, alles alleine zu machen. Sie hätte sich gewünscht, sich mehr mit Herrn L. austauschen zu können, seine Sichtweise zu Dingen zu erfahren und auch praktische Unterstützung zu erhalten. Er hätte vielleicht auch „einmal auf den Tisch“ gehaut und gesagt: „So geht's nicht“ (Transkript Lisa A, 753f), womit sie offenbar auf die auch von ihr negativ empfundene Situation im Krankenhaus anspielt.

Des Weiteren hatte Herr L. „den Stress in der Arbeit“ (Transkript Lisa B, 989). Durch das Eintreten der Frühgeburt ist für ihn „ohne jede Vorwarnung“ (Transkript Lisa B, 992) so viel zusammengekommen, dass er es kaum mehr bewältigen konnte, was er als Schock erlebt hat. Er musste sich „immer wieder motivieren, Tag für Tag“ (Transkript Lisa B, 509f), was auch funktioniert hat, wozu er aber sagt: „Viel länger hätte es nicht dauern dürfen, wirklich“ (Transkript Lisa B, 511f).

5. Zusammenfassende Interpretation und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

5.1 Die Familien M. und L.

Familie M.

Frau M. fühlt sich während der Zeit im Krankenhaus v. a. allein. Obwohl ihr Mann täglich zu Besuch kommt, fehlen ihr die persönliche Ansprache und die Möglichkeit zum Austausch mit ihm. Es kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, ob dieser Umstand grundsätzlich ein Bestandteil der Beziehung der beiden ist oder erst durch die besondere Belastungssituation mit ihren spezifischen Anforderungen an beide Elternteile hervorgebracht wurde. Was auch die Ursache gewesen sein mag, – die Frühförderin ist in der Lage, dem Bedürfnis von Frau M. nach einer Ansprechperson, die emotionalen Beistand leistet, nachzukommen.

Herr M. scheint durch die Frühgeburt seines Sohnes in eine überwiegend hilflose Lage versetzt. Er fühlt sich falsch informiert, muss Wartezeiten erdulden, ist verärgert über die Ärzte und hat keine Möglichkeit, regulierend auf die Situation einzuwirken. Es ist ihm wichtig, für sein Kind da zu sein, doch da er arbeiten muss, hat er wenig Gelegenheit dazu. Auch spricht er selbst über die „Anlaufschwierigkeiten“, die er im Umgang mit seinem Sohn hatte. All diese Faktoren könnten ihm das Gefühl fehlender Kompetenz vermittelt haben.

Herr M.s Aussagen dazu, weshalb er die Begleitung durch die Frühförderin schätzte, legen die Vermutung nahe, dass Frau F. ihm half, wieder „Herr der Lage“ zu werden. Dies könnte zum einen an ihrer Fähigkeit liegen, mit ehrlichem Interesse auf Fragen einzugehen und zu vermitteln, dass sie angesprochene Probleme und somit ihr Gegenüber ernst nimmt und dadurch Herrn M. auf gleicher Augenhöhe begegnet. Auch die von Herrn M. angesprochene Möglichkeit, Ratschläge von Frau F. im Gegensatz zu denen von Verwandten und Bekannten nicht zwingend befolgen zu müssen, verweist auf einen Kompetenzzuwachs seinerseits.

Familie L.

Frau L. ist sehr belastet durch ihre Sorge um Lisa und das Gefühl, ständig „die Stellung halten“ zu müssen, weil das Krankenhauspersonal ihrer Ansicht nach

die Kinder nicht ausreichend überwacht. Sie erhält emotionale Unterstützung von ihrem Partner, würde sich aber wünschen, dass er öfter kommen könnte und sie noch mehr, z. B. auch in praktischen Dingen oder in der Auseinandersetzung mit den Umständen im Krankenhaus, unterstützt. Herr L. ist dazu aber aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht in der Lage. In dieser Situation wird die Frühförderin zur „rettenden Insel“, die Frau L. einerseits in Gesprächen emotional unterstützt, ihr andererseits angesichts Frau L.s einsamer Position die Möglichkeit zur Ablenkung bietet. Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist die Frühförderin bei Frau L. gern gesehen. Dabei kommt für die Mutter auch der Aspekt der Kontinuität der Begleitung zum Tragen, den sie als positiv erlebt.

Herr L. ist durch das Ereignis der Frühgeburt einer Vielzahl von Anforderungen ausgesetzt, die ihn überlastet. Er kann zwar den geplanten Urlaub vorverlegen, muss sich aber um seinen zweijährigen Sohn kümmern und versucht gleichzeitig, seine Frau emotional zu unterstützen. Außerdem scheint er unter der Unvorhersagbarkeit der Geschehnisse und der fehlenden Möglichkeit, sich auf Kommendes einzustellen, zu leiden. Obwohl die Begleitung durch eine Frühförderin für Herrn L. – als einzigen der von mir befragten Elternteile – auch negative Aspekte hatte, bewertet er das Angebot doch als sehr hilfreich und empfehlenswert. Eine Erklärung für diesen scheinbaren Widerspruch sehe ich darin, dass die Unterstützung, die die Frühförderin Frau L. bot, die negativen Aspekte aufwog, weil sie Herrn L. so stark entlastete. In der plötzlich eingetretenen, kaum bewältigbaren Situation tritt die Frühförderin als unerwartete Hilfe auf, die Herrn L. einen Teil seiner Aufgaben erleichtert, indem sie seine Frau unterstützt.

5.2 Abschließende Anmerkungen unter Bezugnahme auf bereits vorhandene Publikationen

Mit Bezugnahme auf die Themenkomplexe der Fragestellung lassen sich zu den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung folgende Beobachtungen machen:

A) Die Erzählungen der Paare zum Erleben der Frühgeburt lassen die Tendenz erkennen, dass die Mütter in erster Linie mit der Sorge um ihre Kinder beschäf-

tigt sind, während die Belastung der Väter stärker dominiert ist vom Versuch, auch angesichts der schwierigen momentanen Situation die Oberhand zu behalten und ihren Aufgaben nachzukommen.²⁴ Im Detail betrachtet zeigt sich jedoch, dass alle vier Interviewten, auch die Elternteile des jeweils selben Kindes, von überwiegend unterschiedlichen Aspekten sprechen, die an der Situation belastend für sie waren. In Anlehnung an die Ergebnisse einer in Deutschland durchgeführten Studie mit Vätern frühgeborener Kinder lässt sich dies folgendermaßen erklären: Die Geburt eines Kindes stellt ein wichtiges einschneidendes Ereignis im Leben eines Menschen dar, mit dem ein neuer Lebensabschnitt beginnt. Die Veränderungen, die im Zuge dessen geschehen, gestalten sich bei allen werdenden bzw. jungen Eltern ähnlich (vgl. beispielsweise die Phasen des Übergangs zur Elternschaft nach Gloger-Tippelt, Kap. 1.3.1). Im jeweils konkreten Fall führen jedoch die Persönlichkeiten der Eltern, die Entwicklung des Kindes sowie Erfahrungen mit dem medizinischen Personal zu individuellen Ausprägungen des elterlichen Erlebens und Verhaltens zur Zeit der Frühgeburt (Klose 2006, 153).

B) Dem Umstand entsprechend, dass jeder Elternteil unterschiedliche Aspekte der Frühgeburt als besonders belastend erlebte, wurde auch das Angebot der Frühförderung aus jeweils anderen Gründen als hilfreich eingeschätzt. Es sind diesbezüglich keine klaren Tendenzen erkennbar, dass manche Aspekte der Begleitung v. a. für die Mütter, andere v. a. für die Väter von Bedeutung gewesen wären. Es wäre außerdem eine größere Anzahl von Interviews bzw. Befragten erforderlich, um diesbezüglich weitreichend gültige Aussagen treffen und Schlüsse ziehen zu können. Unter Berücksichtigung der schon beschriebenen „Aufgabenteilung“ der Eltern halte ich aber folgende Überlegung für hilfreich: Fröhlich (2007) beschreibt in einem Artikel über Väter in der Frühförderung, dass Männer angesichts zu bewältigender Situationen – wie der Krise, die durch die zu frühe Geburt eines Kindes ausgelöst werden kann – auf „kognitiv orientierte Problemlösungsstrategie(n; Anm. d. V.)“ setzen, während Mütter eher eine emotionale Herangehensweise pflegen (Fröhlich 2007, 104). Das lässt die Vermutung zu, dass Frauen in ihrer Sorge um die Kinder v. a. den emotionalen Beistand schätzen, den die Frühförderin leistet, während Väter

²⁴ Die Befragung von nur vier Elternteilen lässt diesbezüglich natürlich keine Verallgemeinerungen zu; die traditionelle Rollenverteilung innerhalb von Familien in unserer Gesellschaft legt allerdings nahe, dass die Aufgabenteilung in dem meisten Fällen ähnlich gelagert sein wird.

beispielsweise Informationen erhalten möchten, um die Situation überblicken zu können.

Herr L. beschrieb als Einziger Aspekte der Begleitung durch die Frühförderin, die er als negativ empfand. Er lehnte die Fortsetzung des Kontaktes in Form von Hausbesuchen zuerst ab, da sie für ihn eine Verlängerung der belastenden Situation bedeutete. Klose (2006) beschreibt in der oben zitierten Studie die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus als „einen Wendepunkt im väterlichen Erleben“, als „neuen, hoffnungsvollen Schritt, der einen Neuanfang darstellen kann“ (Klose 2007, 152). Insofern bedeutete die weitere Begleitung durch die Frühförderin für Herrn L. wohl das Hinauszögern dieses ersehnten Neuanfangs.

C) Die Aufgaben der Väter zur Zeit der Frühgeburt entsprechen jenen, die in der Literatur beschrieben werden, allerdings in teilweise abgeschwächter Form, da die Kinder nicht extrem frühgeboren waren. So kam Herrn M. beispielsweise die Aufgabe zu, seinen neugeborenen Sohn auf die Kinderstation zu begleiten, während Frau M. nach der Geburt versorgt wurde. Er musste allerdings nicht, wie häufig bei sehr unreifen Frühchen bzw. Kaiserschnittentbindungen, für die ersten Tage die Pflege des Kindes übernehmen oder als Vermittler zwischen Mutter und Baby fungieren, der oft auch den ersten Kontakt herstellt und die Partnerin in den Umgang mit dem Säugling einweicht (vgl. Heinen, Hussein, Kribs 2006, 10).

Die Rolle des Vaters zur Zeit der Frühgeburt ist von Mehrfachbelastungen gekennzeichnet: Er sorgt sich um das Kind – im Fall kritischer Entbindungen bzw. besonders belastender Umstände auch um die Partnerin (Klose 2006, 151) –, muss sich um den Haushalt kümmern, eventuell weitere Kinder betreuen und früher oder später auch wieder arbeiten gehen, falls er überhaupt Urlaub nehmen konnte (Heinen, Hussein, Kribs 2006; mit Verweis auf Löhr 1999). Auf emotionaler Ebene kommt ihm häufig die Funktion der Stütze seiner Frau zu (vgl. Klose 2006, 152). Diese Belastungsfaktoren sind in unterschiedlichen Ausprägungen auch bei Herrn M. und Herrn L. zu finden.

5.3 Zu den Ergebnissen der Studie von Hochberger und Kis

Bevor ich an dieser Stelle auf jene Resultate der Untersuchung von Hochberger und Kis eingehe, die in inhaltlicher Nähe zu meiner Arbeit stehen, skizziere ich kurz einige Eckdaten der Katamnesestudie und die zur Anwendung gekommenen Auswertungsmethoden.

Von den ursprünglich 23 im Projekt begleiteten Familien konnten von Hochberger und Kis 17 Personen für Gespräche gewonnen werden. Die Interviewtranskripte wurden zur Auswertung in drei Gruppen aufgeteilt: Gruppe 1 umfasst die Gespräche mit jenen Eltern, die sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause Kontakte zur Frühförderin hatte. In Gruppe 2 fallen die Interviews mit den Personen, die nur auf der Neonatologie Kontakt zur Frühförderin hatten, und in Gruppe 3 sind jene Elternteile zusammengefasst, die die Frühförderin nicht kennenlernten oder sich nicht mehr an sie erinnern konnten, aber dennoch zu einem Gespräch bereit waren. Gruppe 1 umfasst sechs Personen, vier Mütter und zwei Väter. Gruppe 2 setzt sich aus sechs Müttern zusammen und Gruppe 3 besteht aus einer Mutter und vier Vätern.

Die Transkripte der Gruppen 1 und 2 wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse bearbeitet, wobei die Kategorienbildung deduktiv aus den Forschungsfragen sowie induktiv aus dem zu bearbeitenden Material erfolgte. Gruppe 3 wurde mittels Globalanalyse ausgewertet.

Die erste Auswertungskategorie ist der Frage gewidmet, wie die Eltern ihre Kontakte zur Frühförderin hinsichtlich der Bewältigung der Situation der Frühgeburt beschreiben. Die Antworten wurden mit einer gewichteten Ausprägung – ausschließlich hilfreich, überwiegend hilfreich, wenig hilfreich, nicht hilfreich – versehen.

Die Untersuchung ergab, dass von den zwölf Eltern der Gruppen 1 und 2 zehn Elternteile ihre Kontakte zur Frühförderin als ausschließlich hilfreich beschrieben, während zwei Mütter die Kontakte als nicht hilfreich einstufen. Die Hausbesuche durch die Frühförderin beschrieben fünf Elternteile als ausschließlich hilfreich, während ein Vater sie als nicht hilfreich erlebte.²⁵

²⁵ Ich verzichte in diesem Kapitel auf Seitenangaben, da diese von der Endfassung der Arbeit von Hochberger und Kis abweichen könnten. Interessierte LeserInnen werden die entsprechenden Textstellen anhand des übersichtlichen Inhaltsverzeichnisses aber leicht auffinden können.

Die von mir als Familie M. und Familie L. bezeichneten Personen fallen alle in die Gruppe jener, die sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause Kontakte zur Frühförderin hatten (Gruppe 1) und werden als 3.1a²⁶ und 3.1b (Frau und Herr M.) bzw. 4.1a und 4.1b (Frau und Herr L.) bezeichnet. Bezüglich der vergleichbaren Untersuchungsaspekte – insbesondere Kategorie 1 der Arbeit von Hochberger und Kis und Themenkomplex B) meiner Arbeit – ist eine hohe Übereinstimmung der Ergebnisse auffallend. In beiden Untersuchungen werden die Frühförderkontakte von diesen vier Personen als sehr hilfreich beschrieben und auch die wichtigsten Aspekte, was an der Begleitung hilfreich war, stimmen überein. Die – meiner Ansicht nach – scheinbare Widersprüchlichkeit der Aussagen von Herrn. L. wird auch von Hochberger und Kis festgestellt, ebenso wie seine besondere Belastungssituation zur Zeit der Frühgeburt.

Die Katamnesestudie bietet auf einem breiten Spektrum Einblick in die Situation und das Erleben der Eltern zur Zeit der Frühgeburt, weshalb es nicht sinnvoll bzw. nur verkürzt möglich wäre, hier näher auf die genauen Ergebnisse einzugehen. Es ist aber festzuhalten, dass die Ergebnisse unserer Untersuchungen einander im Sinne der eingangs in dieser Arbeit erwähnten Funktion der Kontrollanalyse in den vergleichbaren Punkten bestätigen und darüber hinaus hinsichtlich der Vertiefung unterschiedlicher Untersuchungsaspekte gut ergänzen.

²⁶ Die Ziffer 1 bezeichnet die Zugehörigkeit zu Gruppe 1, a bzw. b bedeutet weiblich bzw. männlich.

6. Ausblick

Abschließend möchte ich noch einen Aspekt der Beobachtungen aufgreifen, die im Zusammenhang mit der Interpretation der Untersuchungsergebnisse in Kapitel 5 gemacht wurden.

Was bedeutet es für das neue Angebot der Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder durch eine Frühförderin, wenn die Väter zur Zeit der Frühgeburt v. a. mit der Erledigung ihrer Aufgaben, wie Erwerbstätigkeit oder Kinderbetreuung, befasst sind?

Zum einen folgt daraus, dass die Väter als Adressaten des Angebotes tendenziell schwerer erreichbar sind. Das bestätigt auch die Katamnesestudie von Hochberger und Kis, derzufolge die Väter im Krankenhaus und auch nach der Entlassung weniger Kontakte zur Frühförderin hatten als die Mütter oder aber die Frühförderin gar nicht erst kennenlernten, da sie zu den entsprechenden Zeiten aufgrund anderer Verpflichtungen nicht anwesend waren. (Das bedeutet aber nicht zwingend, dass das Angebot der Frühförderung für sie nicht dennoch hilfreich gewesen sein konnte, wie der Fall von Herrn L. zeigt.)

Noch bevor also zu überlegen ist, wie die Begleitung durch eine Frühförderin inhaltlich auf die Situation und Bedürfnisse der Väter abgestimmt werden kann, stellt sich daher die Frage, wie das Angebot gestaltet werden könnte, damit die Herstellung des Kontaktes zwischen Vätern und der Frühförderin erleichtert wird.

Des Weiteren wäre es meiner Meinung nach von Vorteil, wenn die Frühförderin sich darum bemüht, den Vater persönlich über ihre Arbeit zu informieren. So kann besser vermittelt werden, dass ihr Angebot sich ausdrücklich an beide Elternteile richtet. Geht der Erstkontakt von der Frühförderin aus, hat der Vater außerdem die Möglichkeit, sich ein Bild von ihr zu machen, ohne sich vielleicht bereits in der Rolle des Hilfesuchenden zu finden. Ich nehme an, dass dadurch ein späteres aktives Aufsuchen der Frühförderin erleichtert würde.

Diese Überlegungen können auch für das Landesklinikum Baden-Mödling und die dort arbeitenden Frühförderinnen von Bedeutung sein, wenn es darum geht, das Angebot unter Berücksichtigung der Situation der Eltern zu modifizieren.

Die im Zuge der Katamnesestudie erhobenen Daten könnten außerdem in einer weiteren Untersuchung unter dem Aspekt der Interaktionen zwischen Eltern und

medizinischem Personal bearbeitet werden, was ebenfalls für das Krankenhaus in Mödling von Interesse sein könnte, und zwar in Hinblick darauf, wie die Situation der Eltern frühgeborener Kinder nachvollzogen und, wo nötig, verbessert werden kann.

Ich möchte diese Arbeit mit einer Bemerkung von Frau L. abschließen, die im Zuge des Interviews darauf hingewiesen hat, dass ihre Familie vielleicht dasselbe durchgemacht hätte, wenn Lisa nicht zu früh zur Welt gekommen wäre. Grund für die Verlegung nach Mödling war nicht die Frühgeburt, sondern Lisas Atemprobleme, die infolge einer bakteriellen Infektion auftraten, was laut Frau L. auch nach einer termingerechten Entbindung geschehen hätte können. In diesem Fall hätte Frau L. allerdings die Frühförderin nicht kennengelernt und keine besondere Unterstützung erhalten. Sie fände es deshalb wünschenswert, dass Eltern auch dann diese Form der Betreuung erhalten können, wenn keine Extremsituation vorliegt, die sich durch Frühgeburt auszeichnet. In Anbetracht der Tatsache, wie sehr das Wohlergehen eines Kindes und seine Entwicklung vom Wohlergehen der Eltern abhängig sind, kann ich mich diesem Wunsch nur anschließen.

Literaturverzeichnis

- Baacke, D. (1995): Pädagogik. In: Flick, U., von Kardorff, E., Keupp, H. et al. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim
- Berger, V. (2009): Die Bedeutung von Trennung in einer psychoanalytisch-pädagogisch orientierten Flüchtlingsarbeit. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Biewer, G. (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Klinkhardt: Bad Heilbrunn
- Binder, R.-M. (2006): Effekte des Konzeptes der individualisierten entwicklungsfördernden Pflege nach Als auf die Feinfühligkeit der Mütter frühgeborener Kinder. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Böhme, J. (2004): Qualitative Methoden. In: Krüger, H.-H., Grunert, C. (Hrsg.): Wörterbuch Erziehungswissenschaft. VS Verlag für Sozialforschung: Wiesbaden, 308–314
- Bortz, J., Döring, N. (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: mit 70 Tabellen. Springer: Berlin
- Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1991): Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Klett: Stuttgart
- Datler, W. (2004): Die Abhängigkeit des behinderten Säuglings von stimulierender Feinfühligkeit. Einige Anmerkungen über Frühförderung, Beziehungserleben und „sekundäre Behinderung“. In: Ahrbeck, B., Rauh, B. (Hrsg.): Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein. Kohlhammer: Stuttgart, 45–69
- Datler, W. (2005): Kontinuität als Chance. Begleitung von Familien mit Kleinkindern. Plenumsvortrag am 23. September 2005 im Rahmen der 10. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (German-speaking Association for Infant Mental Health – GAIMH) zum Thema „Wege – Begleitung, Beratung und Psychotherapie für Eltern und ihre Babys“ an der Universität Hamburg, 22.–24. September 2005 (unveröffentlicht)

- Datler, W. (2009): Frühförderung als Beziehungsförderung: Zur Bedeutung mentaler Prozesse für heilpädagogisches Handeln. In: Strachota, A., Biewer, G., Datler, W. (Hrsg.): Heilpädagogik: Pädagogik bei Vielfalt. Prävention, Interaktion, Rehabilitation. Klinkhardt: Bad Heilbrunn, 23–37
- Datler, W., Harms, A., Messerer, K. et al. (2004): Der Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung der Universität Wien. In: Heilpädagogik. 47 Jg. (Heft 4), 25–30
- Datler, W., Messerer, K. (2006): Beratung im Kontext von Frühförderung und Familienbegleitung. In: Schnoor, H. (Hrsg.): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Kohlhammer: Stuttgart, 130–141
- Fröhlich, A. (2007): Die Einsamkeit des Vater-Seins. Väter in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 26. Jg., Heft 3, 99–106
- Garbe, W. (1997): Das Frühchen-Buch. Schwangerschaft, Geburt, das reife Neugeborene, das Frühgeborene. Praktische Tips für Eltern. Thieme: Stuttgart, New York
- Gneiss, J. (2005): Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder durch die mobile Frühförderin. Abschlussarbeit aus dem Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung der Universität Wien (aus Gründen des Datenschutzes gesperrt)
- Gratzenberger, K. (2004): Auswirkungen der besonderen Versorgung eines frühgeborenen Kindes auf dessen Verhalten und Erleben im ersten Lebensjahr. Überlegungen bezüglich des Versorgtwerdens mit Nahrung, basierend auf den Ergebnissen einer Infant-Observation nach der Tavistock-Methode. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Gstach, J. (1996): Die innere Welt der Eltern und die Lebenswelt des Säuglings. Über heilpädagogische Frühförderung im Grenzbereich zwischen Psychotherapie und Beratung: Ein Blick in den angelsächsischen Raum. In: Frühförderung interdisziplinär. 15. Jg. (Heft 3), 116–123
- Gröschke, D. (1997): Praxiskonzepte der Heilpädagogik: anthropologische, ethische und pragmatische Dimensionen. Reinhardt: München, Basel, 2. Aufl.

- Heinen, N., Husseini, M., Kribs, A. (2006): Projektstudie zur Lebens- und Belastungssituation von Vätern frühgeborener Kinder. In: Heinen, N., Husseini, M., Kribs, A. (Hrsg.): Väter frühgeborener Kinder. Ergebnisse einer Pilotstudie. verlag selbstbestimmtes leben: Düsseldorf, 25–47
- Hochberger, B., Kis, E. (2012): Eine Studie zum Erleben von Müttern und Vätern frühgeborener Kinder im Kontext von Neonatologie und Mobiler Frühförderung. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Hopf, C. (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, U. , von Kardorff, E., Keupp, H. et al. (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim
- Isopp, B., Datler, W. (2006): Mobile Frühförderung in der Neonatologie – ein Fallbeispiel. Vortrag am 10. Mai 2006 im Rahmen des Symposiums „Verfrühte Geburt: Unterstützung und Beratung im Schnittfeld von Neonatologie, Frühförderung und Familienbegleitung“, veranstaltet von der GAIMH-Regionalgruppe Österreich an den Landeskliniken Thermenregion Mödling (unveröffentlicht)
- 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
- Jandrisits, V. (2005): Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder in der Frühförderung: Inwiefern kann die Mobile Interdisziplinäre Frühförderung nach dem Wiener Modell bereits auf der Neonatologie die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und die emotionale Entwicklung des frühgeborenen Kindes unterstützen? Abschlussarbeit aus dem Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung an der Universität Wien
- Kirschner, W., Hoeltz, J. (2000): Epidemiologie der Frühgeburtlichkeit. In: Friese, K. et al. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Springer: Berlin, 117–124
- Klose, K. (2006): Väterliches Erleben und Handeln bei der Geburt eines Kindes. In: Heinen, N., Husseini, M., Kribs, A. (Hrsg.): Väter frühgeborener

- Kinder. Ergebnisse einer Pilotstudie. verlag selbstbestimmtes leben:
Düsseldorf, 136–153
- Marcovich, M., de Jong, Th. M. (2008): Frühgeborene – zu klein zum Leben?
Geborgenheit und Liebe von Anfang an. Kösel: München
- Mayring, Ph. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine
Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz: Weinheim, Basel
- Messerer, K. (1999): Ein psychoanalytischer Blick in die Praxis der Mobilen
Frühförderung: Ausschnitte aus der Geschichte von Natalie und ihrer
Familie. In: Datler, W., Finger-Trescher U., Büttner, Ch. (Hrsg.): Jahrbuch
für Psychoanalytische Pädagogik 10, Psychosozial-Verlag: Gießen,
63–83
- Messerer, K. (2001): Elternberatung in der Frühförderung. Das Konzept des
„Under Fives’ Counselling“ in seiner Bedeutung für die Arbeit mit Eltern
behinderter Kleinkinder. In: Zeitschrift für Individualpsychologie, 26. Jg.,
258–273
- Müller-Rieckmann, E. (1993): Das frühgeborene Kind in seiner Entwicklung:
eine Elternberatung. Reinhardt: München, Basel
- Regan, L. (2008): Meine Schwangerschaft Woche für Woche. Medizinischer
Hintergrund und praktischer Rat. Dorling Kindersley: München
- Reiter, M. (2007): Begleitkonzepte für Eltern frühgeborener Kinder am Beispiel
der neonatologischen Station des Krankenhauses Wels. Diplomarbeit am
Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Sarimski, K. (1986): Interaktion mit behinderten Kleinkindern: Entwicklung und
Störung früher Interaktionsprozesse. Reinhardt: München, Basel
- Sarimski, K. (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung
als Bewältigungshilfe. Hogrefe: Göttingen
- Sommerhoff, B. (1993): Fehl- und Frühgeburten. Ursachen, Vorbeugung, Hilfe.
Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Spatz, M. (2004): Über die Bedeutung spezifischer Beziehungserfahrungen bei
der Beobachtung eines frühgeborenen Kindes nach der Tavistock
Methode: Eine Diskussion bezüglich unterschiedlicher
Bedeutungsvarianten des „holdings“ im Rahmen eines einjährigen
Beobachtungsprozesses. Diplomarbeit am Institut für
Bildungswissenschaft der Universität Wien

- Speck, O. (2008): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. Reinhardt: München
- Strohofer, I. (2005): Heilpädagogische Frühförderung und Neonatologie. Die Betreuung und Begleitung von Familien mit einem frühgeborenen Kind als Handlungsfeld der Frühförderinnen. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.) (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien
- Thurmair, M., Naggl, M. (2007): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. Reinhardt: München, Basel
- Vonderlin, E.-M. (1999): Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung. Winter: Heidelberg
- Wenninger, G. (Red.) (2001): Lexikon der Psychologie. F bis L. Spektrum, Akad. Verlag: Heidelberg, Berlin
- Zatl, G. (2010): Frühgeborene in der Frühtherapie: Beobachtung der Veränderungen der Mutter-Kind-Beziehung nach Esther Bick. Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien

Quellen aus dem Internet:

URL 1: Lifeline. medizin im internet

http://www.scheidenpilz.com/scheidenpilz/mein_leben/meine_schwangerschaft/content-197591.html;jsessionid=769A5B9C21BA9BB6AAA39C065DC33D96.l1tc0103 (Stand: 24.5.2011)

URL 2: Hermanns, K. (1998): Perspektiven in der Begleitung und Betreuung von frühgeborenen Kindern und ihren Eltern. Diplomarbeit im Fach Erziehungswissenschaft an der Universität zu Köln

<http://www.katja-hauke.de/arbeit/node5.html#SECTION00320000000000000000> (Stand: 23.5.2011)

URL 3: Mobile Frühförderung und Familienbegleitung der Wiener Sozialdienste

<http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php> (Stand: 31.8.2011)

URL 3.1: Das Wiener Modell der Mobilen Frühförderung

http://www.wiso.or.at/pdf/Wiener_Modell.pdf (Download: 25.3.2009)

URL 4: Frühförderung mit frühgeborenen Kindern und deren Eltern:

Eine Innovation im Bereich des neonatologischen

Versorgungsangebotes an der Abteilung für Kinder- und

Jugendheilkunde im Thermenklinikum Baden-Mödling

http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/13_Fruehfoerderung_mit_fruehgeborenen.htm (Stand: 24.8.2011)

Anhang

I. Interviewleitfaden

Subthemen:

1. Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt
2. Erzählung der Eltern zum Kennenlernen der Frühförderin
3. Wird das Angebot der Frühförderung rückblickend als hilfreich eingestuft?
4. Zur Rolle der Frühförderin im Zusammenhang mit der Bewältigung der Situation der Frühgeburt durch die Eltern
5. Zur Rolle der Frühförderin für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung
6. Einfluss der Frühförderin auf die Entwicklung des Kindes aus Sicht der Eltern
7. Anregungen der Eltern zur Gestaltung des Angebots von Frühförderung
8. Abschlussfrage (Was ist den Eltern noch wichtig zu sagen?)

1. Erzählung der Eltern zum Erleben der Frühgeburt

Frau XY, ich möchte das Gespräch damit beginnen, Sie zu bitten, mir etwas über die Umstände und die Situation der Frühgeburt zu erzählen. Wenn Sie sich zurückerinnern an den Tag, an dem Ihr Kind ... / Ihre Kinder ... & ... geboren wurde / wurden – diesen Tag haben Sie sich ja wahrscheinlich während der Schwangerschaft öfter vorgestellt. Manchmal werden Sie sich darauf gefreut haben, manchmal werden Sie vielleicht auch mit Sorgen daran gedacht haben. Durch die Frühgeburt ist vermutlich alles oder zumindest vieles anders verlaufen, als Sie es sich vorgestellt hatten.

... (Hier schon Zeit zum Erzählen lassen.)

Vielleicht hat sich schon im Vorfeld der Geburt abgezeichnet, dass es Komplikationen gibt oder geben wird, und dass es zu einer Frühgeburt kommen könnte oder kommen wird. Vielleicht waren Sie aber auch völlig überrascht und ganz unvorbereitet. Jedenfalls sind Sie dann ins Krankenhaus in Mödling gekommen. Wenn Sie sich an diese Zeit zurückerinnern, als klar war, dass es zu einer Frühgeburt kommen wird, wenn Sie sich erinnern, wie Ihre Situation war, als Sie ins Krankenhaus gekommen sind (bzw. Väter: ... als Ihre Frau ins

Krankenhaus gekommen ist), wie es Ihnen gegangen ist, was fällt Ihnen da ein?
Könnten Sie mir darüber bitte etwas erzählen?

2. Erzählung der Eltern zum Kennenlernen der Frühförderin

In dieser Zeit im KH haben Sie ja die Frühförderin Frau (Name der Frühförderin) kennengelernt (Sie haben sie auch vorher schon erwähnt). Ich habe zur Erinnerung an Frau (Name der Frühförderin) das Foto von ihr mitgebracht, das wir auch schon in unserem Brief an Sie mitgeschickt haben. Frau (Name der Frühförderin) arbeitete damals an zwei Tagen der Woche im Krankenhaus, sie ist bei den Visiten bei den Kindern mitgegangen und den Eltern vorgestellt worden, oder sie hat sich selbst bei Ihnen vorgestellt, als sie bei Ihrem Kind oder Ihren Kinder waren. Können Sie sich an Frau (Name der Frühförderin) in irgendeiner Weise erinnern? Woran erinnern Sie sich?

3. Wird das Angebot der Frühförderung rückblickend als hilfreich eingestuft?

3) a) Das Angebot der Frühförderung im Krankenhaus wurde eingeführt, um Eltern im Fall einer Frühgeburt kontinuierliche Begleitung durch eine geschulte Person zu bieten. Frau (Name der Frühförderin) Aufgabe war es, für Eltern und ihre Kinder da zu sein, indem sie Gespräche anbietet und den Eltern die Möglichkeit gibt, über Gedanken und Themen rund um die Frühgeburt zu sprechen. Haben Sie, wenn Sie sich an diese Zeit zurückerinnern, den Eindruck, dass dieses neue Angebot, die Möglichkeit der Begleitung durch eine Frühförderin, hilfreich für Sie war?

Positive Antwort:

Was war – Ihrer Erinnerung nach – hilfreich?

Negative Antwort:

Falls Eltern den Eindruck hatten, dass sie das Angebot nicht brauchen / es ihnen nicht nützlich sein kann: Können Sie sich erinnern, warum ... nicht ...?

Falls sie es in Anspruch genommen haben, aber als nicht hilfreich empfanden: Können Sie sich erinnern, warum ... nicht ...?

Welche Begleitung oder Unterstützung hätten Sie sich gewünscht oder wäre besser für Sie gewesen?

3) b) Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Personen, die Sie als hilfreich erlebten zur Zeit der Frühgeburt? Können Sie mir davon erzählen?

3) c) Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit Familienangehörigen, Freunden, mit anderen Eltern, die Sie als hilfreich erlebten zur Zeit der Frühgeburt? Können Sie mir davon erzählen?

4. Zur Rolle der Frühförderin im Zusammenhang mit der Bewältigung der Situation der Frühgeburt durch die Eltern

4) a) Sie hatten, soweit ich weiß, x Kontakte zu Frau (Name der Frühförderin), während Sie (bzw. Väter: ... Ihre Frau) und Ihr Kind / Ihre Kinder im Krankenhaus waren. Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen persönlich mit der zu frühen Geburt gegangen ist und wie Sie damit umgegangen sind, wie Sie zurechtgekommen sind – hatten Gespräche bzw. Erlebnisse mit Frau (Name der Frühförderin) irgendeinen Einfluss auf die Situation danach? Wie es Ihnen erging, wie Sie damit umgegangen sind?

Welchen Einfluss (kann auch negativ sein!)? Inwiefern?

4) b) Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Personen, die Einfluss auf Ihren Umgang mit der Situation hatten?

4) c) Gab es Gespräche oder Erlebnisse mit Familienangehörigen, Freunden, anderen Eltern, die Einfluss auf Ihren Umgang mit der Situation hatten?

5. Zur Rolle der Frühförderin für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung

Durch eine zu frühe Geburt bzw. Entbindung verläuft einiges anders, als man es sich zuvor vorgestellt hätte. Mutter und Kind werden voneinander getrennt, bevor sie bereit dazu sind. Eine Folge davon ist beispielsweise, dass frühgeborene Babys anders aussehen als termingerecht geborene und oft nicht den Erwartungen ihrer Eltern entsprechen. Auch die Gefühle, die man seinem

Baby entgegenbringt, sind vielleicht anders, als man es sich vorgestellt hatte. Da gibt es Sorgen, Wünsche, Hoffnungen, ...Wie ist es Ihnen damit ergangen?

5) a) Hatten Ihre Gespräche und Erlebnisse mit Fr. (Name der Frühförderin) Einfluss darauf, wie sich Ihre Gefühle verändert haben und wie sich die Beziehung zu Ihrem Baby / Ihren Babys entwickelt hat?

5) b) Hat es Gespräche oder Erlebnisse mit anderen im Krankenhaus arbeitenden Personen gegeben, die Sie als Einfluss auf die Beziehung zu Ihrem Kind / Ihren Kindern erlebten?

...

(Können Sie mir davon erzählen?)

5) c) Hat es Gespräche oder Erlebnisse mit Familienangehörigen, Freunden, anderen Eltern gegeben, die Sie als Einfluss auf die Beziehung zu Ihrem Kind / Ihren Kindern erlebten?

...

(Können Sie mir davon erzählen?)

6. Einfluss der Frühförderin auf die Entwicklung des Kindes aus Sicht der Eltern
Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes ... / Ihrer Kinder ... & ... seit der zu frühen Geburt beschreiben sollen – welche Entwicklungsschritte waren besonders wichtig?

...

(Können Sie mir davon erzählen?)

Sehen Sie irgendeinen Zusammenhang zwischen der Entwicklung Ihres Kindes / Ihrer Kinder und den Kontakten mit der Frühförderin, sowohl was die Zeit im Krankenhaus als auch danach betrifft?

...

(Können Sie mir erzählen, inwiefern ...?)

7. Anregungen der Eltern zur Gestaltung des Angebots von Frühförderung

Nun meine vorletzte Frage an Sie: Wenn Sie an andere Familien denken, die eine Frühgeburt erleben – fällt Ihnen etwas ein, das diese Familien vielleicht brauchen könnten und das durch die Frühförderin ermöglicht oder angeboten werden könnte?

8. Abschlussfrage (Was ist den Eltern noch wichtig zu sagen?)

Als Abschlussfrage möchte ich Ihnen die Gelegenheit geben, noch etwas zum Thema Frühgeburt und Frühförderung ergänzen zu können, das in unserem Gespräch noch nicht angesprochen wurde und das Ihnen vielleicht ein persönliches Anliegen ist. Gibt es da etwas, das Ihnen spontan einfällt? Denken Sie auch gerne ein wenig darüber nach!

Vielen Dank für das Gespräch!

II. Transkriptionsregeln

In Anlehnung an

- Bortz & Döring (2003)
 - Drew zit. nach Flick, U. (2007)
 - Flick, U. (2007)
- Verschriftlichung in dt. Umgangssprache (= Mitte zwischen Dialekt und Standardsprache; „**leichter**“ **Dialekt**); falls notwendig (weil besonders aussagekräftig oder nicht zu „übersetzen“) Kennzeichnung von Dialektausdrücken durch Anführungszeichen; Erklärung von Dialektwörtern falls nötig bzw. möglich mithilfe von Fußnoten.

I: können s' das ein bissi genauer erklären?

oder auch: I: können sie das ein bisschen genauer erklären?

aber nicht: I: kennan s' des a bissl genaue eaklean?

IP: diese schwester war eine richtige „bisguarn“²⁷.

- **Pausenfüller** (z. B. „aha“, „mhm“, ...) müssen nicht transkribiert werden.

- Normale Verwendung von **Satzzeichen**;

am Ende des letzten Satzes eines Absatzes nur dann ein Punkt, wenn der Satz zu Ende gesprochen wurde.

Punkt auch nach „mhm“, „aha“ usw.

- **Direkte Rede**:

IP: und dann sagt sie: „ich weiß es auch nicht“ ...

- Allgemeine **Kleinschreibung**

montag

- **Silbenbetonung** durch Großschreibung

MONtag

²⁷ Unangenehme, missgünstige Person.

- Kennzeichnung von **Pausen** durch drei Punkte
am ... Montag
(bei langen / sehr langen Pausen: als Kommentar anführen)
IP: ich weiß nicht (LANGE PAUSE) ...
- Kennzeichnung eines **Wortabbruches** durch einen Bindestrich
I: am mon-
- Kennzeichnung eines **Satzabbruchs** durch einen Schrägstrich
IP: am Montag / also ich
- Kennzeichnung von **gleichzeitigem Sprechen** mithilfe des Rautezeichens
(kein Abstand zwischen # und Wort).
I: #wann#
IP: #am montag#
- **Kommentar** in Klammern und in Großbuchstaben
(WEINT)
(TEL. LÄUTET)
(LANGE PAUSE)

Wenn sich Kommentar auf Text bezieht: Text kursiv, Kommentar vor Text

I: (SARKASTISCH) *wow* ...

- **Unsichere Transkription** in Klammern
I: am (montag)
- **Unverständliches Wort**: drei Bindestriche
IP: am ---

Bei längeren unverständlichen Passagen: versuchen, als Kommentar anzugeben, wie viele Sätze ca. gesprochen wurden.

I: und wie haben sie dann (CA. VIER UNVERSTÄNDLICHE SÄTZE) ---.

- **Anonymisierung**

IP: ich erinnere mich noch an (NAME DES ARZTES)

Nur Mödling darf vorkommen; andere Krankenhäuser werden bezeichnet mit
A, B, C, ...

I: ich erinnere mich an Frau (NAME DER FFin)

FFin = Frühförderin

Sonstiges:

- jede 5. Zeile nummeriert
- linksbündig
- Zeilenabstand 1
- in der Kopfzeile: Interview-Code-Nr. (z. B. Max A, Max B)
A = Mutter, B = Vater
- I = Interviewer, IP = Interviewpartner

III. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Christine Wandl

Geburtsdatum: 26. Jänner 1982

Geburtsort: St. Pölten

E-Mail-Adresse: christine_wandl@yahoo.de

Schule und Ausbildung

1988–1992 Volksschule Zelking-Matzleinsdorf

1992–2000 Öffentliches Stiftsgymnasium der Benediktiner zu Melk

seit 03/2001 Studium der Pädagogik mit Schwerpunkt Sonder- und
Heilpädagogik

Zusatzausbildung

03/2005–03/2006 Lehrgang zum Krisencoach für Kids und Teens

Praktika

Nov./Dez. 2000 Praktikum im Caritastagesheim für Menschen mit
Behinderung, Krems

02/2002 Ferialaushilfe in der Pensionsversicherungsanstalt der
Angestellten, Abteilung Rehabilitation und
Gesundheitsvorsorge

Berufliche Tätigkeiten

04/2005–03/2006 Kinderbetreuung im Auftrag der Agentur „Nanny Service“

03/2006–09/2006 Outbound-Tätigkeit bei Kreutzer, Fischer & Partner
Marktanalyse

11/2006–06/2008 Persönliche Assistentin / WAG Wiener
Assistenzgenossenschaft

11/2006–12/2008 Korrektorin / Lektorin bei der Tageszeitung ÖSTERREICH

05/2009–01/2010 Ersatzdienst in der Wohntrainingsgruppe „Libelle“ der KoMit
GmbH

05/2009–06/2010 Ersatzdienst im „Labor für soziale Fantasie“ der KoMit
GmbH
seit Juli 2010 in Karenz