

Autorin: Lena Vytisk, BA.

Resilienz von Familien mit Frühchen

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts
in der Studienrichtung Sozialpädagogik

eingereicht an der

Universität Graz

Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftliche Fakultät

Betreuung und Begutachtung:

Univ.- Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Co-Betreuung:

Katharina Deutsch, BA. MA.

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

2024

Danksagung

Ich möchte mich von Herzen bei all jenen bedanken, die mich während des Schreibens der vorliegenden Masterarbeit unterstützt haben:

Ein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Professor Doktor Heimgartner sowie meiner Co-Betreuerin Katharina Deutsch, die mich durch ihr Fachwissen, konstruktive Kritik und anregende Gespräche wesentlich unterstützt haben.

Meine Eltern, meine Schwester Hannah und mein Partner Thomas haben einen großen Beitrag während des Verfassens dieser Masterarbeit geleistet. Danke für die bedingungslose Unterstützung in jeder Lebenslage. Ihr seid meine größten Schutzfaktoren.

Weiters möchte ich meinen Mitstudierenden dafür danken, dass sie durch regen Gedankenaustausch und inspirierende Diskussionen zur Weiterentwicklung meiner Arbeit beigetragen haben.

Ein großes Danke gilt den Expertinnen, die mit Fachwissen und ihren Erfahrungen aus dem beruflichen Kontext einen wesentlichen Beitrag zur Beantwortung meiner Forschungsfragen geleistet haben. Weiters danke ich allen Elternteilen, die bereitwillig ihre Geschichten geteilt haben. Ihre Offenheit und Ehrlichkeit in Bezug auf dieses sensible Thema haben einen unschätzbaren Beitrag zu meiner Forschung geleistet.

Diese Arbeit widme ich einem Mädchen, das als Frühchen in meine Gruppe in der Arbeit als Elementarpädagogin kam und mich Tag für Tag neu überrascht hat. Ihre unermüdliche Stärke und ihr Selbstvertrauen in ihr Können sowie die Entwicklung ihrer Persönlichkeit haben mir gezeigt, dass Resilienz in den unterschiedlichsten Lebensphasen existiert. Möge diese Arbeit deine Geschichte ehren und die Bedeutung der Resilienz für uns alle verdeutlichen.

Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Resilienz von Familien mit Frühchen. Das Ziel dieser Masterarbeit ist es zu zeigen, welchen Einfluss eine Frühgeburt auf das Kind, die Eltern und das soziale Umfeld hat. Genauer sollen Themen rund um Bindung und Beziehung, die Partnerschaft der Eltern und die Entwicklung der Kinder beleuchtet werden. Die Forschungsfragen sollen mithilfe der leitfadengestützten Interviews beantwortet werden. Folgende Themen werden behandelt: Einflüsse der Frühgeburt auf das Kind, die Elternteile sowie der Resilienz. Weiters werden Therapien, Förderungen und Unterstützungsangebote erfragt. Hier liegt der Fokus auf jenen, die als hilfreich beschrieben werden und so einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Kinder haben. Der letzte Bereich behandelt die Beziehung der Eltern während dieser herausfordernden Zeit sowie auch unterstützende und belastende Faktoren. Um die genannten Forschungsfragen zu beantworten, wurden zum einen Expertinneninterviews mit einer Ärztin, einer Psychologin und einer Sozialpädagogin geführt. Zum anderen gab es drei Interviews mit Müttern von Frühchen und ein Interview mit beiden Elternteilen eines Kindes, das zu früh auf die Welt gekommen ist. Die Interviews wurden mittels fokussierter Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) und MAXQDA codiert und ausgewertet. Um das soziale Netzwerk der Elternteile analysieren zu können, wurde eine Netzwerkanalyse nach Pantucek-Eisenbacher (2019) durchgeführt, ausgewertet und analysiert, sowie interpretiert. Die Ergebnisse zeigen welchen enormen Einfluss die Frühgeburt auf das Kind, aber auch auf die Elternteile, deren Beziehung und allgemein auf das soziale Umfeld sowie auf die persönliche Einstellung und die weitere Lebensführung haben kann.

Abstract

This master's thesis deals with the resilience of families with premature babies. The aim of this master's thesis is to show what influence a premature birth has on the child, the parents and the social environment. In more detail, topics relating to attachment and relationships, the partnership of the parents and the development of the children will be examined. The research questions will be answered with the help of guideline-based interviews. The following topics will be covered: influences of premature birth on the child, the parents and resilience. Furthermore, therapies, support and support offers will be asked about. The focus here is on those that are described as helpful and thus have a positive influence on the development of the children. The last section deals with the relationship between the parents during this challenging time as well as supportive and stressful factors. In order to answer the research questions mentioned, expert interviews were conducted with a doctor, a psychologist and a social worker. There were also three interviews with mothers of premature babies and one interview with both parents of a child who was born prematurely. The interviews were coded and evaluated using focused interview analysis according to Kuckartz and Rädiker (2024) and MAXQDA. In order to be able to analyze the parents' social network, a network analysis according to Pantucek-Eisenbacher (2019) was carried out, evaluated, analyzed and interpreted. The results show what an enormous influence premature birth can have on the child, but also on the parents, their relationship and generally on the social environment as well as on personal attitudes and the future way of life.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Resilienz - die psychische Widerstandskraft	10
2.1	Begriffsdefinition zur Resilienz	10
2.1.1	Resilienz im Erwachsenenalter	12
2.2	Resilienz-, Risiko-, und Schutzfaktoren	13
2.3	Ressourcen	17
2.4	Erkenntnisse zur Resilienzforschung	20
2.4.1	Kauai Längsschnittstudie von Werner und	20
2.4.2	Mannheimer Risikokindstudie von Esser	25
2.5	Resilienzförderung	26
3	„Frühchen“ - ein verfrühter Start ins Leben	28
3.1	Begriffsdefinition zur Frühgeburtlichkeit	28
3.2	Ursachen und Gründe für eine Frühgeburt	30
3.3	Die Entwicklungspsychologie eines frühgeborenen Kindes	31
3.4	Probleme und Herausforderungen von Säuglingen, die zu früh geboren wurden	33
3.4.1	Medizinische und klinische Probleme	33
3.4.2	Entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Probleme	35
3.5.	Erkenntnisse zur Frühchenforschung	36

3.5.1	Studie zu Belastungen und Ressourcen von Eltern während der Corona-Pandemie	36
3.5.2	Studie zu den Auswirkungen einer Frühgeburt auf die psychische Gesundheit von Müttern	38
3.5.3	Studie zur Rolle von Vätern im Kontext der Versorgung von Frühgeborenen	39
3.6	Faktoren und Aspekte, die die Resilienz von Kindern beeinflussen	40
3.6.1	Entwicklungsfördernde Pflege von Frühchen	41
3.7	Versorgung und Behandlung sowie Unterstützung und Therapie für Frühchen und ihre Eltern	42
3.7.1	Krankenhaus (Klinische Abteilung für Neonatologie)	42
3.7.2	Hebammen	44
3.7.3	Mobile Kinderkrankenpflege in der Steiermark	45
3.7.3.1	MOKI – Mobile Kinderkrankenpflege	45
3.7.3.2	MOKIDI – Mobiler Kinderkrankenpflegedienst Steiermark	46
3.7.4	Frühe Hilfen	46
3.7.5	Familienhilfe der Caritas	47
3.7.6	Familienorientierte Rehabilitation (FOR)	48
3.7.8	Familientlastung	49
3.7.9	Spezielle Therapiemöglichkeiten für Kinder mit Entwicklungsrückstand	49
3.7.9.1	Frühförderung	52

3.7.9.2	Physiotherapie	53
3.7.9.3	Logopädie	53
3.7.9.4	Ergotherapie	53
4	Bedeutung der Familie	55
4.1	Kommunikation zwischen medizinischen Fachpersonal und Eltern	56
4.2	Resilienz von Eltern und was in herausfordernden Situationen stärkt	57
4.3	Familienresilienz: Faktoren und Aspekte, die zur Resilienz der Familie als Gesamtes beitragen	57
5	Probleme, Schwierigkeiten und Herausforderungen für Elternteile nach der Frühgeburt ihres Kindes	60
5.1	Hürden und Probleme von Eltern mit Frühchen	60
5.2	Finanzielle Unterstützung/Förderungen und Beihilfen für Eltern mit Frühchen	61
6	Empirischer Teil	63
6.1	Forschungsfragen	63
7	Forschungsmethodologie	64
7.1	Stichprobe	64
7.2	Untersuchungsmethoden	64
7.3	Untersuchungsinstrumente	65
7.3.1	Qualitatives Interview mit Leitfaden	65
7.3.2	Netzwerkkarten	66
7.4	Auswertungsmethoden	67
7.4.1	Fokussierte Interviewanalyse nach Kuckartz	68

8	Analyse und Ergebnisdarstellung der Interviews	73
8.1	Expertinneninterviews	74
8.1.1	Ausbildungs- und Berufsweg sowie Tätigkeitsfeld der Expertinnen	74
8.1.2	Umgang mit den Eltern in der täglichen Arbeit	75
8.1.3	Auswirkung der Frühgeburt auf die Kinder. Resilienz, Entwicklung und Entwicklungsförderung	75
8.1.4	Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern	78
8.1.5	Positive Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag der Expertinnen	80
8.1.6	Umgang mit Erlebnissen und Ausgleich	81
8.2	Elterninterviews	81
8.2.1	Familienmitglieder und Geschwisterkinder	82
8.2.2	Schwangerschaft und Komplikationen, hilfreiche Faktoren sowie Absehbarkeit und Vorbereitung	83
8.2.3	Frühgeburt. Die erste Zeit im Krankenhaus und danach	85
8.2.4	Professionelle Unterstützung, Therapien, Förderungen und Maßnahmen	92
8.2.5	Familiäre Unterstützung und das soziale Umfeld	94
8.2.6	Beziehung und Partnerschaft	95
8.2.7	Finanzielle Unterstützung. Zugang zu Anträgen und Beihilfen sowie die Antragsstellung	98

8.2.8	Entwicklung des Kindes	100
8.2.9	Wünsche, Tipps und Ratschläge der Elternteile und der Expertinnen für Eltern mit Frühchen	102
9	Analyse und Ergebnisdarstellung der Netzwerkkarten	105
10	Diskussion	108
10.1	Blick in die Zukunft	113
11	Fazit	114
12	Literaturverzeichnis	116
13	Abbildungsverzeichnis	122
14	Tabellenverzeichnis	124
15	Anhang	125

1 Einleitung

In den letzten Jahren ist ein enormer Anstieg an Frühgeburten zu verzeichnen (von der Wense & Bindt, 2021). Im Jahr 2022 waren 6,9 Prozent aller lebenden Neugeborenen in Österreich Frühchen (Statistik Austria, 2022). Berger (2019) erläutert, dass die Lebensfähigkeitsgrenze bei Frühchen bereits bei der 22. oder der 23. Schwangerschaftswoche liegt.

Eine Frühgeburt hat umfassende Auswirkungen auf die Elternschaft und die Kindesentwicklung (Von der Wense & Bindt, 2021). Leipold (2015) spricht davon, dass kritische Ereignisse, wie eine Frühgeburt, nicht nur ein Individuum betreffen, sondern einen Einfluss auf die gesamte Familie und sogar den Freundeskreis haben können. Jotzo (2012) erläutert, dass eine Frühgeburt eine akute Belastungssituation für die Eltern ist und mit Ängsten, Sorgen und Erschöpfungszuständen verbunden ist. Die Frühgeburt, Komplikationen während und nach der Geburt sowie Entwicklungsverzögerungen werden als einen Risikofaktor für die Entwicklung angesehen (Werner & Smith, 1998). Frühchen können enorme Entwicklungsprobleme und Verzögerungen haben. Umso erstaunlicher ist es, dass es viele Frühchen gibt, die eine altersgemäße Entwicklung durchlaufen. Als einen Grund hierfür wird unter anderem die Resilienz genannt. In dieser Ausnahmesituation befindet sich aber nicht nur das Neugeborene, sondern auch deren Eltern. Ein familienorientierter und individualisierter Umgang mit den Eltern kann in diesem Zusammenhang als unerlässlich angesehen werden (Praschak, 2014).

Resilienz ist ein Prozess, der sich dynamisch und variabel zeigt und eine positive Entwicklung und Anpassung trotz herausfordernder Lebensphasen oder schwieriger Situationen beschreibt. Sogenannte Schutzfaktoren können dabei durch ihre Wirkung unterstützend und erleichternd in diesem Prozess sein (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2022). Menschen, die resilient sind, können gestärkt aus belastenden Situationen hervorgehen und diese Erlebnisse können sogar zur persönlichen Entwicklung beitragen (Reichhart & Pusch, 2023). Aichinger (2011) beschreibt die Resilienz so, dass sich Menschen trotz Belastungen und schwierigen Erlebnissen positiv und kompetent entwickeln können.

In dieser Masterarbeit soll die Resilienz von Familien mit Frühchen behandelt werden. Ziel ist es zu zeigen, welchen Einfluss eine Frühgeburt auf das Kind, die Eltern, die Beziehung der Eltern hat. Weiters sollen auch Themen wie Bindung und Beziehung, die Entwicklung der Kinder, die Wahrnehmung und Veränderung der Beziehung zwischen den Eltern sowie hilfreiche und belastende Faktoren während dieser Zeit, beleuchtet werden.

2 Resilienz - die psychische Widerstandskraft

In diesem Kapitel wird die psychische Widerstandskraft, auch Resilienz genannt behandelt. Die theoretischen Grundlagen sollen durch Begriffsdefinitionen sowie die Erklärung von Schutz- und Risikofaktoren gelegt werden. Weiters sollen einige Studien und Forschungsergebnisse der Resilienz von Familie sowie der Frühgeburtlichkeit den aktuellen Stand der Forschung wiedergeben.

2.1 Begriffsdefinition zur Resilienz

„Das Konstrukt Resilienz ist ein dynamischer oder kompensatorischer Prozess positiver Anpassung bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen und dem Auftreten von Belastungsfaktoren. Charakteristisch für die Resilienz sind außerdem ihre variable Größe, dass situationsspezifische Auftreten und die damit verbundene Multidimensionalität“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2022, S. 13).

Laut Aichinger (2011) meint Resilienz sich trotz Belastungen, schwierigen Erlebnissen und Situationen positiv und kompetent zu entwickeln. Obwohl eine Risikobelastung vorhanden ist, ist es aufgrund von Resilienz möglich, dass Menschen eine erfolgreiche Bewältigung ihrer Situation durchleben und sich positiv entwickeln. Ebenso beschreiben es Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2022):

„Wenn sich Personen trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund entwickeln, spricht man von Resilienz. Damit ist keine angeborene Eigenschaft gemeint, sondern ein variabler und kontextabhängiger Prozess“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2022, S. 9).

Weiters ist die Resilienz laut Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2022) nicht stabil, sondern eher dynamisch, da sie sich im Laufe des Lebens und unter anderen Bedingungen verändern kann. Die Resilienz wird multidimensional gesehen, da psychosoziale, psychologische und biologische Faktoren eine wichtige Rolle haben.

„Resiliente Menschen sind in der Lage, flexibel, agil, situationsangemessen und durch den Rückgriff auf innere und äußere Ressourcen und Schutzfaktoren auf Stressoren zu reagieren, sich zu wandeln und zu verändern und aus Krisen gestärkt hervorzugehen und sie als Anlass für das persönliche Wachstum und die individuelle Weiterentwicklung zu nutzen“ (Reichhart & Pusch, 2023, S.15).

Pretis (2020) versteht Resilienz als einen Prozess und eine Fähigkeit zur psychisch gesunden Überwindung von erlebten Herausforderungen.

Die psychische Widerstandskraft von Menschen kann in primäre, sekundäre und tertiäre Resilienz unterteilt werden. Reichhart und Pusch (2023) erläutern, dass mit primärer Resilienz die präventive Unterstützung gemeint ist. Menschen werden zum Beispiel bei der Selbstreflexion begleitet. Weiters werden gemeinsam Handlungsmöglichkeiten entwickelt, die die allgemeine Lebensqualität und das Wohlbefinden steigern. Die Selbstverantwortung wird dabei gefördert. Mit sekundärer Resilienz ist das Erlernen von Resilienz fördernden Verhaltensweisen gemeint. Hier geht es vor allem darum, in schwierigen Situationen eine passende Bewältigungsstrategie zu finden. Die tertiäre Resilienz betrifft vor allem die therapeutische Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen – es sollen in der gemeinsamen Arbeit Ressourcen ausgearbeitet werden, die die Resilienz entwickeln, fördern und stärken können.

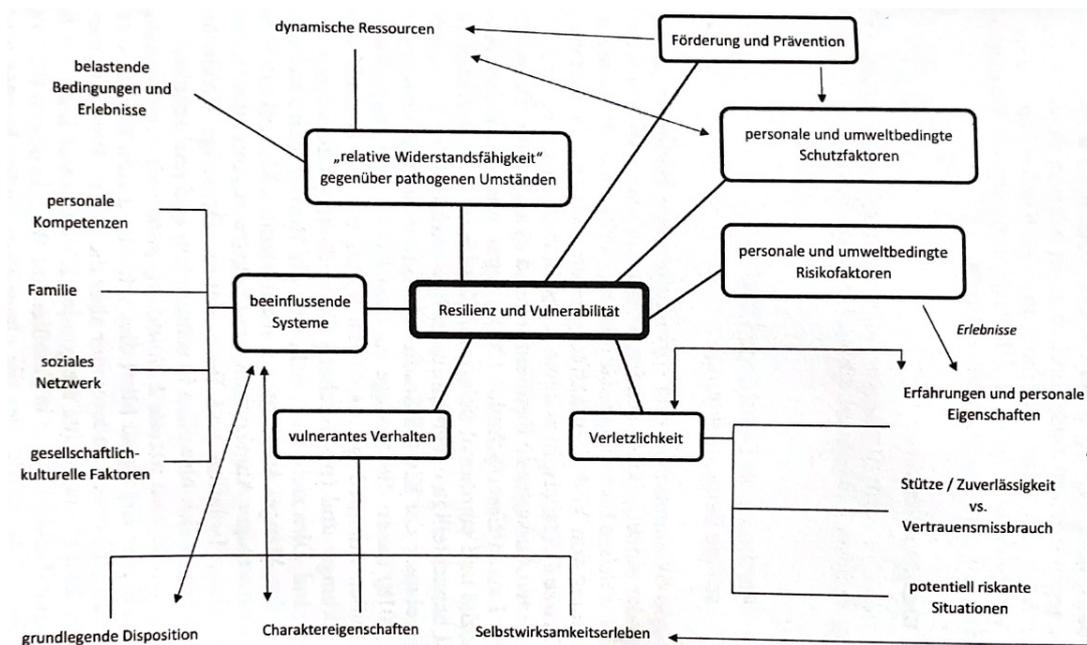


Abbildung 1:
Darstellung der Komplexität von Resilienz und Vulnerabilität (Müller, 2021, S.49).

Die obige Darstellung (Abbildung 1) soll aufzeigen, wie sich bestimmte Faktoren gegenseitig beeinflussen können und wie diese auf die Resilienz und die Vulnerabilität eines Menschen Einfluss haben. Auch ist in Abbildung 1 (Müller, 2021) ersichtlich, dass die persönlichen und umweltbezogenen Schutzfaktoren als dynamische Ressourcen angesehen werden. Sie können gefördert werden und als Prävention dienen. Als beeinflussende Systeme wirken sowohl die Familie und das soziale Netzwerk als auch persönliche Kompetenzen und gesellschaftliche sowie kulturelle Faktoren.

2.1.1 Resilienz im Erwachsenenalter

Laut Leipold (2015) besteht Resilienz aus drei Komponenten. Diese sind: Risikofaktoren, Krisen und Stress, adaptive Prozesse, die in Wechselwirkung mit den zuvor genannten wahrgenommenen Diskrepanzen stehen und schließlich die Widerstandsfähigkeit als Konsequenz.

„Der Zusammenhang zwischen Stress und eingeschränkter Funktionstüchtigkeit ist bei Personen, die über wenige Ressourcen verfügen, besonders stark. Bei Personen mit vielen Ressourcen ist er hingegen schwächer“ (Leipold, 2015, S. 36).

Beim Menschen werden psychische Prozesse nach der Wahrnehmung von bedrohlichen Situationen aktiviert. Mit diesen Prozessen sind beispielsweise Gefühle, Erwartungen sowie Gedächtnisprozesse gemeint. Die psychischen Prozesse vermitteln, regulieren und beeinflussen ob und wie eine Anpassung gelingt und sind schließlich auch für den weiteren Entwicklungsverlauf von Bedeutung (Leipold, 2015).

Neben kritischen Ereignissen im Leben eines Erwachsenen auch noch Stressoren im Alltag gibt. Diese Ereignisse stehen mit den Stressoren in Wechselwirkung. Zusätzlich zu der Wahrnehmung und Bewertung der Situation wirken noch weitere Faktoren mit hinein und entscheiden wie belastend das Erlebnis wahrgenommen wird. Zum einen sind es die Schwere, die Intensität und die Dauer der herausfordernden schwierigen Situation. Zum anderen gibt es vier Faktoren, die ebenso eine entscheidende Rolle spielen. Diese Faktoren sind: Vorhersehbarkeit, Kontrollierbarkeit, sogenannte Ambiguität und Gründe der Verursachung. In Bezug auf die Vorhersehbarkeit kann gesagt werden, dass Ereignisse, die vorhersehbar sind weniger schlimm und belastend eingeordnet werden als jene, die nicht vorhersehbar waren wie beispielsweise eine schwere Erkrankung oder eine plötzliche Scheidung. Die Kontrollierbarkeit einer Situation entscheidet auch gleichzeitig über

Gefühle wie Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. So werden Situationen als belastender eingestuft, die nicht oder kaum kontrolliert werden können wie beispielsweise Überfälle oder Erkrankungen. Unter Ambiguität versteht man eine wahrgenommene Unsicherheit der Erwachsenen in Bezug auf die Einschätzung eines Stressors. Es handelt sich um eine hohe Unsicherheit, wenn eine Person wenig bis gar keine Informationen zu einer Situation, ihrer Dauer oder Bedeutung hat. Diese wirkt sich nicht nur auf den Alltag, sondern auch auf die persönliche Ebene eines Menschen sowie seinen Werten und Zielen aus. Weiters spielt es eine bedeutende Rolle, von wem die Belastung ausgeht. Handelt es sich um eine von Menschen gemachte Belastung oder ein Trauma wie es zum Beispiel bei Gewalttaten der Fall ist, wird die Situation als schwerwiegender wahrgenommen als ein Ereignis, dass durch Naturgewalten verursacht wurde (Bengel, 2012).

2.2 Resilienz-, Risiko-, und Schutzfaktoren

Laut Werner und Smith (1992) sind Resilienz- oder Schutzfaktoren für die Vulnerabilität einer Person von großer Bedeutung, gleichzeitig erhöhen Risikofaktoren die Gefahr eines negativen Entwicklungsverlaufes. Mit Risikofaktoren meint man sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte.

Die Anzahl an Schutzfaktoren geht mit einem höheren Schutz vor Entwicklungseintrüchtungen einher. Im Gegensatz dazu können Risikofaktoren zu einer Belastung in der Entwicklung führen. Besonders in vulnerablen Phasen wie Transitionen in Kindergarten, Schule, Trennungen oder Pubertät tritt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, dass Risikofaktoren eine stärkere negative Auswirkung auf die Entwicklung eines Kindes haben (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2022).

Reichhart und Pusch (2023) konnten sechs Resilienzfaktoren festlegen: zum einen wird die Selbstregulationsfähigkeit genannt, diese bezieht auch dem Umgang und das Akzeptieren von negativen Situationen mit ein. Weiters Optimismus, soziale Unterstützung, ein soziales Netz sowie Beziehungen, die Selbstwirksamkeit, Lösungs- und Zukunftsorientierung und an letzter Stelle die Sinn- und Werteorientierung. Die Abbildung 2 (Reichhart & Pusch, 2023, S.40) stellt das Zusammenspiel der genannten Faktoren dar.

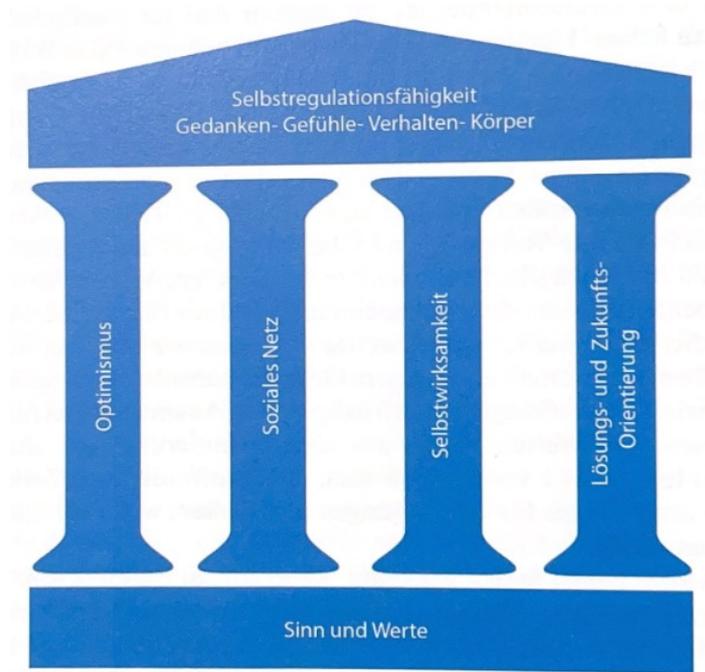


Abbildung 2:

Zusammenspiel der Resilienzfaktoren (Reichhart & Pusch, 2023, S. 40).

„Ressourcen sind also Gegebenheiten, Mittel und Merkmale, die ein Mensch nutzen kann, um Anforderungen des Lebens zu bewältigen und Ziele zu erreichen“ (Reichhart & Pusch, 2023, S. 118).

Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2021) haben ebenfalls sechs Resilienzfaktoren festgelegt. Diese sind: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Problemlösekompetenz sowie allgemeine Bewältigungskompetenzen. Nach Wustmann Seiler (2021) werden die Resilienzfaktoren den personalen Ressourcen untergeordnet. Hier gibt es keine Einordnung in Kategorien, sondern eher eine Art Aufzählung der Fähigkeiten, die als Resilienzfaktoren verstanden werden. Diese sind: ein sicheres Bindungsverhalten, Problemlösefähigkeit, die Überzeugung selbstwirksam zu sein, ein positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen und ein hohes Selbstwertgefühl, die Fähigkeit, sich selbst regulieren zu können sowie eine zuversichtliche und optimistische

Lebenseinstellung. Weiters wird der Sozialkompetenz eine wichtige Bedeutung zugeschrieben hierzu zählen eine gute Kontakt-, Kommunikations-, und Kooperationsfähigkeit, Empathie, eine Perspektivenübernahme in die Situation des Gegenübers, Verantwortung und Humor. Weitere Resilienzfaktoren sind das Bewältigungsverhalten sowie die Fähigkeit, sich selbst Hilfe zu holen und die Planungskompetenz. Freude am Lernen, eigene Talente zu erkennen sowie ihnen nachzugehen, Interesse und Hobbies sowie das Ausleben von Kreativität werden als ebenso wichtig für die Resilienz angesehen. Zu guter Letzt sind die körperliche Gesundheit, der Glaube und Spiritualität als Resilienzfaktoren anzusehen.

Werner (2011) meint, dass wegen schützender Faktoren eine bessere Reaktion sowie eine bessere Anpassung auf schädigende Ereignisse oder Erlebnisse möglich ist. Die Schutzfaktoren können ein mögliches Risiko für die Entwicklung verringern und sich positiv auf die Entwicklung eines Menschen auswirken.

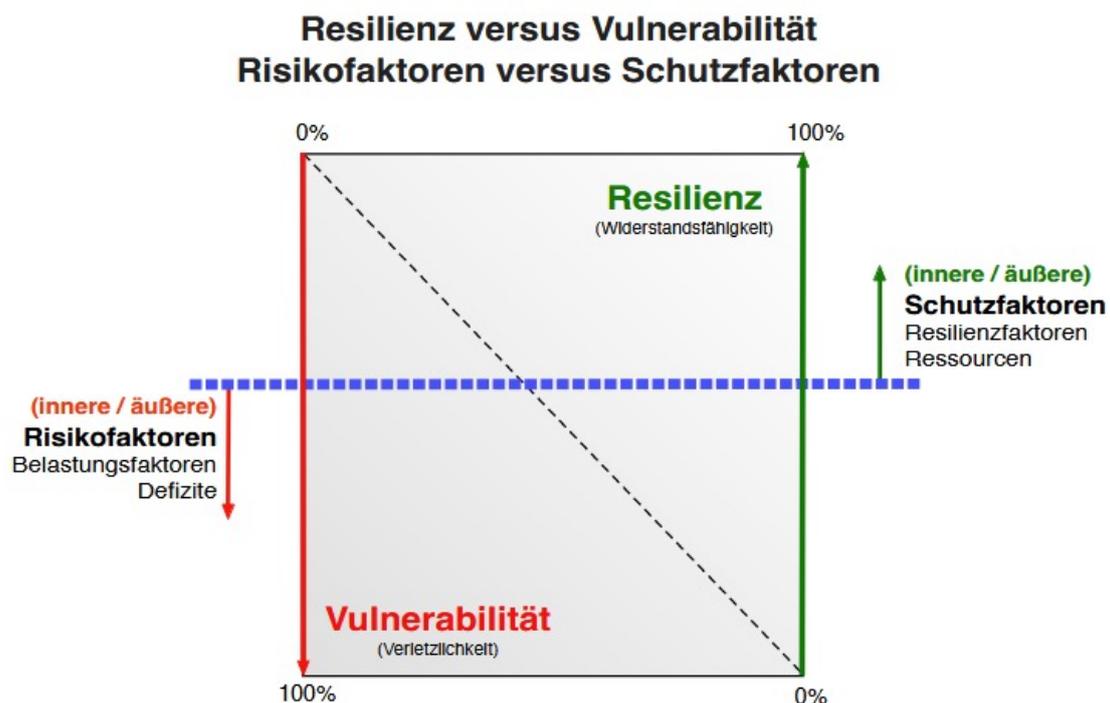


Abbildung 3:
Übersicht Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren (Hofer, 2017, S. 52).

In der Abbildung 3 von Hofer (2017) wird deutlich, welchen Einfluss Risiko- und Schutzfaktoren auf die Verletzlichkeit und die psychische Widerstandskraft eines Menschen haben. So stehen auf einer Seite die Risikofaktoren sowie allgemein belastende Faktoren und Defizite. Erhöhen sich diese, oder kommen sie gehäuft vor, korreliert dies mit einer Zunahme der Verletzlichkeit (auch Vulnerabilität genannt). Im Gegenzug dazu tragen Schutz- und Resilienzfaktoren sowie das Vorhandensein von Ressourcen zu einer Erhöhung der Resilienz bei.

„Je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind, desto höher ist die protektive Wirkung gegenüber Entwicklungsbeeinträchtigungen“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2022, S.31).

Grotberg (2011) erläutert drei Quellen der Resilienz. Die >Ich habe< Faktoren meinen äußere Ressourcen, genauer ist damit gemeint: in anderen Menschen Vertrauen zu haben, andere Menschen im Leben zu haben, die Leitlinien setzen und sich ihrer Vorbildwirkung bewusst sind. Weiters muss es Menschen im Leben des Kindes geben, die es ermutigt, selbstständig zu werden. Die zweite Quelle nennt sich die >Ich bin< Faktoren. Diese Faktoren sind die persönlichen Stärken eines Kindes, damit ist Folgendes gemeint: sich selbst und anderen gegenüber freundlich und rücksichtsvoll entgegenzutreten, anderen zu zeigen, dass sie einem wichtig sind. Aber auch für sein Verhalten und sein Tun Verantwortung übernehmen zu können. Die dritte Quelle beinhaltet die >Ich kann< Faktoren. Diese sind zwischenmenschliche Fertigkeiten des Kindes, damit gemeint ist: mit anderen über Sorgen oder Ängste zu sprechen, lösungsorientiert zu denken, Zurückhaltung sowie Einschätzung in verschiedenen Situationen sowie die Sicherheit von anderen Hilfe zu bekommen.

Petermann und Schmidt (2006) sprechen zusätzlich zu den Risiko- und Schutzfaktoren von sogenannten Kompensationsfaktoren. Diese hängen eng mit den Schutzfaktoren zusammen, jedoch geht es bei den Kompensationsfaktoren eher um die Bewältigung von bereits vorhandenen psychischen Störungen.

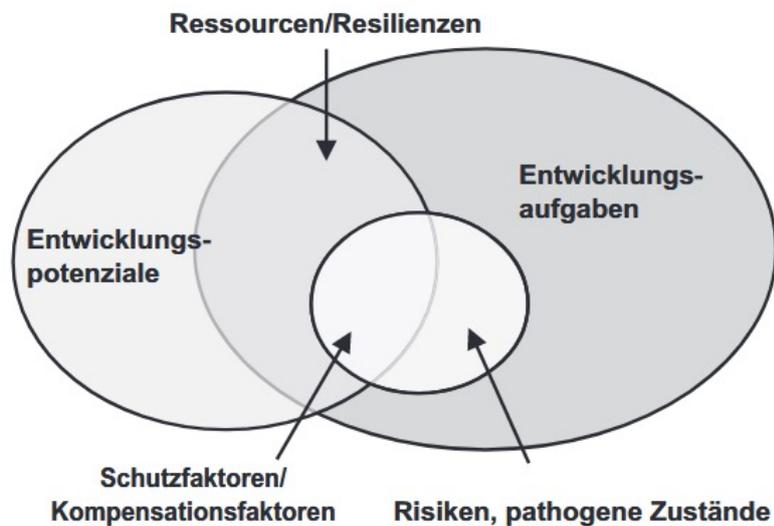


Abbildung 4:

Zusammenspiel von Entwicklungspotenzialen und Entwicklungsaufgaben sowie die Einflussbereiche von Ressourcen, Schutzfaktoren und Risikofaktoren (Petermann & Schmidt, 2006, S. 123).

Wie in Abbildung 4 nach Petermann und Schmidt (2006) ersichtlich, überschneiden sich Entwicklungspotenziale und die tatsächlichen Entwicklungsaufgaben. Wenn die Schutzbeziehungswise Kompensationsfaktoren für die Bewältigung von etwaigen Belastungen genutzt werden, kommt es zu einem Ressourcenverbrauch. Risikofaktoren haben sowohl einen Einfluss auf die Entwicklungsaufgaben als auch auf die Entwicklungspotenziale. Ressourcen bilden die Schnittstelle von Entwicklungsaufgaben und Entwicklungspotenzialen.

2.3 Ressourcen

Laut Petermann und Schmidt (2006) werden Ressourcen als Potenziale verstanden, die im Moment verfügbar sind und die Entwicklung positiv beeinflussen und unterstützen können. Ressourcen sind unterteilt in Individualressourcen und Umweltressourcen. Individualressourcen können angeboren oder erworben sein. Angeboren wären hierbei genetische und biologische Faktoren, erworben sind eigene Einstellungen. Umweltressourcen können vorgefunden oder erworben werden. Mit vorgefundenen Umweltressourcen meint man die Familie, deren Bildungsniveau und Einkommen. Eine erworbene Umweltressource wäre das aktive Aufsuchen von Bildungs- oder Freizeiteinrichtungen.

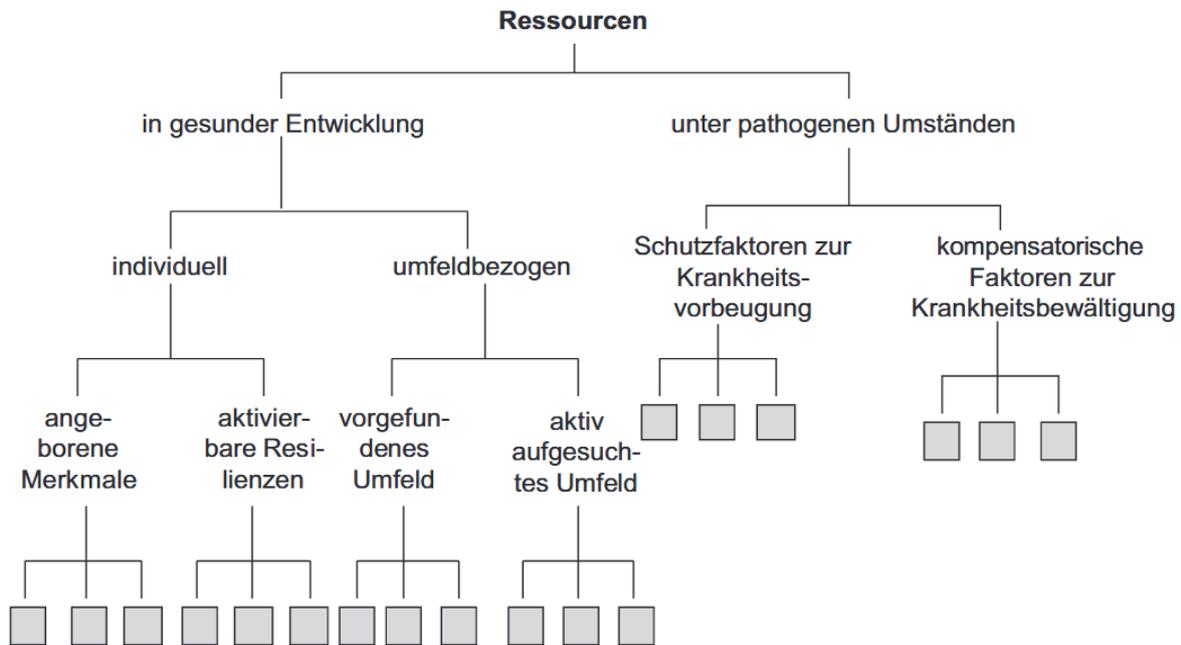


Abbildung 5:
Kategorien von Ressourcen (Petermann & Schmidt, 2006, S.122).

In Abbildung 5 von Petermann und Schmidt (2006) zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den Ressourcen in Bezug auf die Entwicklung. Vollzieht sich die Entwicklung eher gesund, so werden Ressourcen unterteilt in individuelle oder jene, die sich auf andere Personen beziehen. Wie zuvor schon erwähnt wird hier in angeboren oder vorgefundenen Faktoren und in Faktoren unterschieden, die von einer Person aufgesucht werden müssen. Geht man jedoch von einer Entwicklung unter pathogenen Faktoren aus, so spielt die Krankheit an sich eine übergeordnete Rolle. Zum einen geht es im Krankheitskontext um die Prävention und zum anderen um die Bewältigung, die individuellen Ressourcen werden hier gar nicht erwähnt.

Allgemein wird in Bezug auf die Resilienz eines Menschen häufig von Ressourcen gesprochen. Diese Ressourcen können sehr vielfältig sein: allgemeine Merkmale und Gesundheit einer Person, Objekte, kognitive Prozesse sowie soziale Beziehungen. Ressourcen können für die Bewältigung einer Situation von großer Bedeutung sein. Dazu müssen diese Ressourcen für die betroffene Person handlungsleitend sein, was bedeutet, dass die Ressourcen als auch

solche wahrgenommen werden müssen und mit Zustimmung durch die Person verbunden sind (Leipold, 2015).

„Ressourcen sind also Gegebenheiten, Mittel und Merkmale, die ein Mensch nutzen kann, um Anforderungen des Lebens zu bewältigen und Ziele zu erreichen“ (Reichhart & Pusch, 2023, S.118).

Wustmann Seiler (2021) unterscheidet die Ressourcen in personale und soziale Ressourcen und geht davon aus, dass diese einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung von Resilienz leisten und für die Bewältigung von Belastungen und schwierigen Situationen im Leben unterstützend wirken. Die personalen Ressourcen werden unterteilt in kindbezogene Faktoren und in Resilienzfaktoren. Eine genauere Beschreibung zu den letzteren findet sich im Kapitel 2.2. Resilienz-, Risiko-, und Schutzfaktoren. Mit den kindbezogenen Faktoren sind Temperamenteigenschaften des Kindes gemeint, die sozial als positiv bewertet werden wie flexibel, offen gegenüber anderen und aktiv zu sein. Diese Temperamenteigenschaften rufen bei den Eltern oder den Erziehungsberechtigten Aufmerksamkeit hervor. Weitere kindbezogene Faktoren sind: das weibliche Geschlecht und das erstgeborene Kind in der Familie zu sein sowie intellektuelle Fähigkeiten. Soziale Ressourcen werden unterteilt in Ressourcen innerhalb der Familie, in Bildungsinstitutionen und im sozialen Umfeld. In Bezug auf die Familie wird als Ressource angesehen, dass es eine stabile Hauptbezugsperson gibt. Der demokratische Erziehungsstil, oder auch als autoritative Erziehungsstil bekannt, wird als positiv und fördernd eingestuft. Dieser Erziehungsstil zeichnet sich durch unterstützendes und strukturiertes Verhalten seitens der Eltern oder der Erziehungsberechtigten aus. Er ist von Feinfühligkeit sowie Responsivität geprägt. Ebenso wird es als Ressource angesehen, wenn es Zusammenhalt, Stabilität und gute Kommunikation in der Familie gibt. Weiters wird noch eine enge Beziehung zwischen Geschwistern und altersangemessene Aufgabenverteilung aller Kinder im gemeinsamen Haushalt genannt. Ein hoher Bildungsgrad beider Eltern und der höhere sozioökonomische Status gelten ebenfalls als familiäre Ressource. Die Paarbeziehung der Eltern kann dann eine Ressource sein, wenn diese als harmonisch beschrieben wird. Bei den Ressourcen bezogen auf die Institution können hier Regeln und Struktur sowie ein wertschätzender Umgang miteinander genannt werden. Der Leistungsstandard sollte hoch, aber dennoch dem Alter der Kinder entsprechend sein. In Bildungsinstitutionen sollten die Resilienzfaktoren gefördert und gestärkt werden, die Leistungen sowie die Bereitschaft sich anzustrengen sollten durch schulisches Personal verstärkt werden. Die Zusammenarbeit mit

den Eltern sowie die vernetzte Arbeit mit weiteren sozialen Institutionen wird ebenso als soziale Ressource angesehen. Ressourcen im sozialen Umfeld sind Erwachsene (außerhalb der Familie) die als Vorbilder wirken, sowie Vertrauen und Sicherheit geben. Des Weiteren sollte es gute Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten geben. Zu guter Letzt zählen Angebote für die Familienbildung, verschiedene Beratungs- sowie Frühförderstellen zu den Ressourcen im weiteren sozialen Umfeld (Wustmann Seiler, 2021).

Leipold (2015) beschreibt im nachfolgenden Zitat welchen Einfluss es haben kann, wenn es zu einem Verlust von einer oder mehrerer Ressourcen kommt:

„Ressourcen sind häufig voneinander abhängig, und es können sich auch Gewinn- oder Verlustspiralen entwickeln. Ist man durch vorausgegangene Ressourcenverluste weniger resistent gegenüber Stress, kann sich dadurch das Risiko für weitere Verluste erhöhen“ (Leipold, 2015, S.61).

2.4 Erkenntnisse zur Resilienzforschung

2.4.1 Kauai Längsschnittstudie

Bei der wohl berühmtesten Resilienzstudie, der Kauai Längsschnittstudie, wurden 698 Säuglinge, die im Jahr 1955 auf der Insel Kauai geboren wurden, über 30 Jahre, begleitet und immer wieder untersucht und interviewt. Diese Studie hat die biologischen und psychosozialen Risikofaktoren und deren Einfluss auf das Leben von Menschen untersucht. Ungefähr ein Drittel der Kinder waren in der Risikogruppe eingestuft. Gründe dafür waren: Aufwachsen in Armut, perinataler Stress, familiäres Umfeld mit psychischen Erkrankungen, Scheidung und Alkoholismus der Eltern. Zwei Drittel der Kinder aus dieser Risikogruppe entwickelten Verhaltensprobleme, Lernprobleme in der Schule, zeigten kriminelle Handlungen, psychische Probleme oder wurden sehr jung schwanger. Das restliche Drittel der Risikogruppe, und etwa zehn Prozent der Gesamtkohorte, die im Laufe ihres Lebens Risikofaktoren ausgesetzt waren, entwickelten sich zu kompetenten und selbstbewussten Erwachsenen. Diese Gruppe zeigte Erfolg in der Schule und hatte keine Probleme im Privat- oder Sozialleben. In der ersten Untersuchungsperiode wurden die werdenden Mütter in jedem Trimester zu ihrer Schwangerschaft allgemein sowie zu möglichen Komplikationen vor und während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt interviewt (Werner & Smith, 1992).

Der größte Schutzfaktor für die Buben war es, wenn diese das erstgeborene Kind in der Familie waren. Sozialarbeiter*innen befragten die Mütter als die Kinder ein Jahr alt waren. Dabei ordneten die Mütter ihrem Kind Charaktereigenschaften zu. Als protektive oder auch Schutzfaktoren galten für Mädchen die Zuschreibungen liebevoll und verschmüsst. Für Buben galt es als Schutzfaktor, wenn diese als aktiv beschrieben wurden (Werner & Smith, 1992).

Als die Kinder zwei Jahre alt waren, wurden die Mütter erneut befragt. Folgende Zuweisungen der Kinder wurden als positiv angesehen: freundlich, fröhlich, selbstbewusst, umgänglich, entspannt und kontaktfreudig. Die genannten, als positiv empfundenen Attribute konnten sowohl für Mädchen, als auch für Buben festgestellt werden. Als größter Stressor für längerfristige Auswirkungen hat sich die Geburt eines Geschwisterkindes vor dem zweiten Geburtstag herausgestellt. Als die Kinder zehn Jahre alt waren, wurden die Mütter allgemein zu Krankheiten, Unfällen oder Krankenhausaufenthalten ihres Kindes befragt, zudem wurden stressige Erlebnisse und Verhaltensprobleme der Kinder aufgenommen. In weiterer Folge wurde von Psycholog*innen die Bildung sowie die emotionale Entwicklung der Kinder analysiert. Als einer der größten Schutzfaktoren in Bezug auf die Familie war das Bildungsniveau des Elternteils des anderen Geschlechts, das heißt für Mädchen war der Bildungsgrad ihrer Väter ein bedeutender Schutzfaktor, für Buben war der Bildungsgrad ihrer Mütter einflussreich. Als die Kinder 18 Jahre alt waren, gab es größere Studien, es wurden von einem Forschungsteam Unterlagen von Bildungs-, Gesundheits-, Psychiatrie-, und Sozialdiensten angefordert. Zum einen sollten so sichere Informationen über die Versuchsgruppe ausfindig gemacht werden, zum anderen konnten so Personen mit psychischen Problemen erkannt werden. Weiters wurden Unterlagen von der Polizei sowie dem Familiengericht eingefordert. Hier konnten Personen, die straffällig wurden oder Frauen die bereits ein Kind bekommen haben ausfindig gemacht werden. Zusätzlich wurde ein Fragebogen zur Erfassung des Bildungs- und Berufsstatus sowie weiteren Plänen, des Familien- und Gesundheitsstatus und belasteten Lebensereignissen erstellt. Hier konnte festgestellt werden, dass 97 Prozent aller Versuchspersonen eine abgeschlossene höhere Schulausbildung haben. Die Gründe hierfür können das gut ausgebaute Schulsystem auf Kauai, spezielle Klassen für schwangere Schülerinnen und die Vermittlung der Wichtigkeit von Bildung durch die Eltern sein. In Bezug auf den Gesundheitsstatus kann festgehalten werden, dass die gesundheitlichen Probleme von Frauen mit den Themen Menstruation, Schwangerschaft oder der Geburt von Kindern zusammenhängt. Die gesundheitlichen Probleme von Männern waren oft dem erlebten Stress geschuldet, so berichteten sie von Rückenproblemen, Schwindel

und Kreislaufschwierigkeiten sowie Probleme durch Übergewicht. Des Weiteren führten Psycholog*innen klinische Interviews und Persönlichkeitstests durch. Die letzte Periode bestand erneut aus Interviews, die Versuchspersonen waren zu diesem Zeitpunkt zwischen 31 und 32 Jahre alt. Die Versuchsgruppe verringerte sich auf 505 Menschen, einige haben nicht auf den Fragebogen reagiert, möglicherweise hat sich ihr Wohnort verändert oder sie waren so nicht mehr erreichbar (Werner & Smith, 1992).

Nun zu den Ergebnissen: In Bezug auf die Beziehung zu ihren Eltern hatten fünf Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen keinen Kontakt mehr zu ihren Eltern. 4/5 der Männer und 3/5 der Frauen bewerten ihre Eltern als gute Eltern und sprechen gut über sie. Grundsätzlich war die Geschwisterbeziehung im Erwachsenenalter zwischen Frauen enger als zwischen Männer. Freundschaft hat ebenso wie Familie eine große Bedeutung für das soziale Netzwerk. Die Freundschaften stellten für die Hälfte der Frauen und Männer eine wichtige Vorbildfunktion dar, weiters wurden Werte geteilt, die gegenseitige emotionale Unterstützung war für Frauen wichtiger als für Männer. Grundsätzlich hatten Frauen ein größeres soziales Netzwerk und Unterstützung von außen, worauf sie sich bei stressigen Lebensphasen verlassen konnten. Bei 44 Prozent der Versuchspersonen gab es weder vor noch während der Geburt Komplikationen.

- a. In Bezug auf das Geschlecht kann eindeutig festgemacht werden, dass mehr Mädchen als Buben Resilienz zeigten. Vor allem im Umgang mit Stress, chronischer Armut oder schwierigen familiären Situationen.
- b. In dieser Studie waren mehr Buben als Mädchen perinatalem Stress ausgesetzt, Buben 3,6 Prozent, Mädchen 2,7 Prozent.
- c. In der Schule zeigten mehr Buben als Mädchen Lernprobleme und schlechtere Ergebnisse in den Fähigkeiten schreiben, lesen und rechnen. Doppelt so viele Mädchen wie Buben haben ein Sprachdefizit diagnostiziert. Mehr Buben als Mädchen benötigten psychische Behandlung.
- d. In Bezug auf die Selbstständigkeit und die Sozialkompetenz zeigten Buben bei verschiedenen Messungen schlechtere Werte als Mädchen.
- e. Coping-Probleme zeigten sich dann, wenn ein Geschwisterkind vor dem 2. Geburtstag des anderen Kindes geboren wurde, wenn die Mutter gesundheitliche und psychische Probleme hatte, ein Schulwechsel zwischen dem 6. und dem

10. Lebensjahr stattfand, oder Geschwister mit einer Behinderung im gleichen Haushalt.

- f. Mit 18 Jahren zeigten Buben drei Mal häufigere kriminelle Handlungen und Straftaten als Mädchen. Mehr Mädchen als Buben entwickelten bis zum 18. Lebensjahr ernstzunehmende psychische Probleme. Risikofaktoren für Mädchen waren: frühe Schwangerschaft, Probleme in der Partnerschaft oder Ehe der Eltern, Scheidung der Eltern, Abwesenheit eines Elternteils sowie der Auszug aus dem elterlichen Haus des liebsten Geschwisters.

Jene Kinder die Verhaltensprobleme aufwiesen hatten in ihrer frühen und mittleren Kindheit kaum emotionale Begleitung der Eltern, sie hatten eine schlechtere Beziehung und Bindung zu ihren Eltern. Weiters wurden in diesen Fällen eher disziplinäre Erziehungsmethoden angewandt. Resiliente Mädchen hatten grundsätzlich eine größere Anzahl an Geschwistern als Buben. Im Alter von 10 Jahren zeigten sich bei den resilienten Kindern im Vergleich zu weniger resilienten Kindern bessere Coping-Strategien sowie bessere kommunikative und argumentative Fähigkeiten (Werner & Smith, 1992).

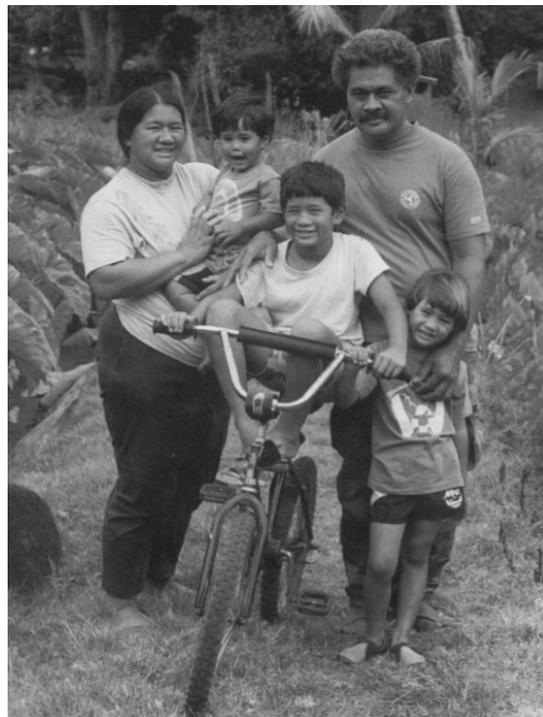


Abbildung 6: Foto einer Familie aus Kauai (Werner & Smith, 1992, S.188).

Zusammenfassend lassen sich von Werner und Smith (1998) folgende Risikofaktoren bei der Geburt festmachen: chronische Armut der Familie, psychische Probleme beider Elternteile, niedriges Bildungsniveau der Mutter, Komplikationen während der Geburt, Entwicklungsverzögerungen sowie genetische Abnormalitäten. Die wesentlichen Stressfaktoren in der Kindheit sowie in der Jugend sind: längere Trennung der Haupt-Bezugsperson, die Geburt eines Geschwisterkindes vor dem zweiten Geburtstag, ernsthaft oder sich wiederholende Krankheiten in der Kindheit, psychische oder physische Erkrankung der Eltern, ein Geschwisterkind mit Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten im gleichen Haushalt, die Abwesenheit des Vaters, der Verlust des Jobs oder die seltene Berufstätigkeit der Eltern, Umzug, Schulwechsel, Scheidung der Eltern, erneute Heirat eines Elternteils und Einzug eines Stiefelternteils in den Haushalt, die Unterbringung in einer Pflegefamilie und der Tod von Geschwistern oder nahen Freund*innen (Werner & Smith, 1998).

Protektive Faktoren oder Schutzfaktoren bezogen auf das Kind sind: Erstgeboren, ein hohes Aktivitätslevel, zuneigend sein und offen auf Personen zugehen, eine positive soziale Orientierung, Selbstständigkeit, guter Selbstwert und Selbstbewusstsein, die Fähigkeit sich selbst zu helfen, eine gute Kommunikationsfähigkeit, altersangemessene Entwicklung im Bereich der Sensomotorik und der Wahrnehmungsfähigkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, adäquate Impulskontrolle, spezielle Interessen sowie das Nachgehen von Hobbies (Werner & Smith, 1998).

In Bezug auf unterstützende Faktoren von außen sind eine fürsorgliche Umgebung, viel Zuwendung und Aufmerksamkeit im ersten Lebensjahr, bis zu vier Geschwister, die jedoch jeweils mindestens zwei Jahre auseinander liegen müssen, eine positive Eltern-Kind-Beziehung sowie zusätzliche Betreuung durch Betreuer*innen, Geschwister, Großeltern zu nennen. Weiters wird die Erwerbstätigkeit der Mutter und Unterstützung durch Nachbarn als positiv angesehen. In Bezug auf die Erziehung sind Struktur und klare Regeln wichtig, ebenso das Teilen und Leben von gemeinsamen Wertevorstellungen. Freud*innen, Lehrer*innen sowie der Zugang zu speziell benötigten Behandlungen oder Förderungen werden auch als unterstützend angesehen (Werner & Smith, 1998).

2.4.2 Mannheimer Risikokindstudie

Bei der Mannheimer Risikokindstudie von Esser und Schmidt (2017) wurden 384 Kinder begleitet. Die Stichprobe setzte sich aus den Kindern zusammen, die zwischen dem 01.02.1986 und dem 28.02.1988 in zwei Kliniken in Mannheim sowie in Ludwigshafen geboren wurden. Es gab regelmäßige Erhebungen, die im Alter von drei Monaten, mit zwei, vier, sechs, acht, elf, 15, 19, 22, 23 und 25 Jahren stattfanden. Dabei wurden die psychosozialen und biologischen Risiken, denen die Kinder ausgesetzt waren, ermittelt. Neben Interviews gab es auch Beobachtungen und Mikroanalysen der Interaktion zwischen den Eltern und ihrem Kind. Weiters wurden biologische Daten, Blutabnahmen sowie eine Magnetresonanztomographie mit 25 Jahren analysiert.

Säuglinge mit sehr niedrigem Geburtsgewicht und einer stationären Behandlung nach Komplikationen wurden der Gruppe mit einem schweren organischen Risiko zugeordnet. Die zweite Risikogruppe bestand aus Säuglingen, die eine drohende oder leichte Frühgeburt waren (Geburt in der 33. bis 37. Schwangerschaftswoche) – diese war die Gruppe mit leichtem Risiko. Die dritte Gruppe war keinem Risiko ausgesetzt, zusätzlich mussten Qualitätsmerkmale erfüllt sein. Diese Qualitätsmerkmale waren: 2500 bis 4200 Gramm Geburtsgewicht, Geburt zwischen der 38. und der 42. Woche sowie keine Komplikationen. Die psychosozialen Risiken wurden durch Elterninterviews abgefragt. Die Belastungen in Bezug auf die Eltern waren: geringer Bildungsgrad (geringe oder keine schulische oder berufliche Ausbildung), eine diagnostizierte psychische Erkrankung, biographische Belastungen wie ein Wechsel in der Betreuung als Kind oder Jugendlicher, kriminelle Handlungen, die gerichtlich bestraft wurden sowie eine fehlende Bewältigungsfähigkeit von Stresssituationen. Zu den Belastungen in der Partnerschaft zwischen den Eltern zählen eine frühe (unter 18 Jahren), eine erst kurz andauernde Beziehung (unter sechs Monaten bei Empfängnis) und eine gestörte Partnerbeziehung, beispielsweise Disharmonie, Kommunikationsschwierigkeiten sowie kaum vorhandene emotionale Wärme untereinander. Weiters stellt es eine Belastung dar, wenn die Schwangerschaft unerwünscht war und ein Abbruch der Schwangerschaft in Erwägung gezogen wurde. Zu guter Letzt zählt zu den Belastungen in der Partnerschaft, wenn ein Elternteil alleinerziehend ist. Belastungen in der Familie sind Wohnverhältnisse, wenn diese beengt sind, soziale Isolation, kaum oder gar keine soziale Unterstützung, chronische Belastungen wie Krankheiten, finanzielle Notlagen und Arbeitslosigkeit (Esser & Schmidt, 2017).

2.5 Resilienzförderung

„Resilienzförderung bedeutet, Menschen trotz leichter und heftiger Widrigkeiten und Stressoren im Berufs- und Privatleben zu ermächtigen in Richtung des Pols Gesundheit und darüber hinaus zu einem guten und gelungenen Leben zu gelangen“ (Reichhart und Pusch, 2023, S.16).

Resilienzförderung auf Beziehungsebene kann dann gelingen, wenn es eine hohe Erziehungsqualität und eine gute Interaktion zwischen Kindern und Eltern gibt. Weiters erläutert Wustmann Seiler (2021), dass die Resilienz eines Kindes vor allem präventiv und im Alltag gefördert wird. In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der Reflexions- und Veränderungsbereitschaft von Eltern betont.

Das Selbstwertgefühl sowie das Gefühl der Geborgenheit kann gefördert werden, indem das Kind wertgeschätzt und akzeptiert wird. Das Selbstwertgefühl in Bezug auf die Selbstsicherheit kann bei den Kindern durch aktives Interesse der Eltern an Tätigkeiten sowie durch das Leben von Hobbies und das Nachgehen von Interessen gefördert werden. Die Selbstwirksamkeit, aber auch Selbstvertrauen können Eltern fördern, indem sie ihren Kindern Verantwortung übertragen und sie unterstützen, Erfolgserlebnisse zu haben sowie durch eine Unterstützung beim Erkennen von Stärken und Schwächen und durch die für das Kind erreichbare Zielsetzung. Weiters hängt die Selbstwirksamkeit auch mit der Problemlösefähigkeit zusammen, diese können Eltern fördern, indem sie Kindern keine vorgefertigten Lösungsansätze anbieten, und vorschnelle Hilfe vermeiden sowie Kinder in Anforderungssituationen unterstützen. Zudem wird die Selbstwirksamkeit durch das Einbeziehen von Kindern in Entscheidungsprozessen gefördert. Wenn Eltern oder Erziehungsberechtigte ihr Kind dazu ermutigen, seine Gefühle auszudrücken fördert das die Regulation von Gefühlen und damit auch die Impulskontrolle. Positives und konstruktives Denken fördert Zuversicht und Optimismus. Zur Förderung von sozialer Perspektivenübernahme und der Kontaktfähigkeit kommt es dann, wenn man das Kind dabei unterstützt, Beziehungen aufzubauen. Zu guter Letzt ist es förderlich, wenn die Eltern oder die Erziehungsberechtigten selbst ein resilientes Vorbild sind (Wustmann Seiler, 2021).

In Bezug auf die Förderung von Resilienz erwähnt Wustmann Seiler (2021) auch die Bedeutung von Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen wie Kinderkrippen, Kindergärten und Horte. Demnach stellt die Resilienzförderung die wichtigste präventive

Aufgabe dar. In diesem Zusammenhang wird auch erwähnt, wie bedeutsam Resilienz in der Gesellschaft ist, da sie Kinder zu kompetenten und selbstsicheren Persönlichkeiten macht. Grundsteine, die dafür jedoch noch gelegt werden müssen, ist ein Umdenken von einer Defizitorientierung zu einem ressourcenorientierten Ansatz. Ebenso muss es entsprechende personelle und räumliche Kapazitäten in den Einrichtungen geben. Aichinger (2011) geht ebenso davon aus, dass Resilienzförderung im alltäglichen Handeln von erziehenden Personen wie beispielsweise dem pädagogischen Fachpersonal geschieht. So sollen Kinder dadurch Vertrauen in ihre Fähigkeiten erlangen, sich selbst als wertvoll wahrnehmen und selbstwirksam durch ihr Handeln werden. Weitere wichtige Faktoren, die sich in der Resilienz von Kindern widerspiegeln sind: die Beziehungsfähigkeit und die Beziehungskompetenzen. Die Beziehungsfähigkeit ist die Basis für spätere sichere und stabile Beziehungen. In der Gruppe von Kindern schaffen sie es, Beziehungskompetenzen zu explorieren, sie zu entwickeln und zu fördern. In Bezug auf zukünftige Entwicklungschancen wird jenen Kindern, die sich gut in eine Gruppe integriert haben und Beziehungen zu anderen aufbauen und gestalten eine bessere Entwicklung nachgesagt als Kindern, die sich kaum in die Gruppe integrieren und wenig soziale Beziehungen entwickeln.

3 „Frühchen“- ein verfrühter Start ins Leben

In diesem Kapitel wird auf Frühchen, also auf Kinder, die zu früh geboren wurden, eingegangen. Den Grundstein legt die Begriffsdefinition der Frühgeburtlichkeit, in einem weiteren Unterkapitel werden die Gründe und Ursachen für eine Frühgeburt erläutert. Die Entwicklungspsychologie des frühgeborenen Kindes soll zum Verständnis beitragen und die Unterschiede zu reif geborenen Kindern aufzeigen. In einem weiteren Unterkapitel wird erläutert, welche Probleme und Herausforderungen für Säuglinge, die zu früh geboren wurden, auftreten können. In Bezug darauf werden Aspekte und Faktoren kritisch analysiert, die dazu beitragen, dass zu früh geborene Kinder resilient sind. Im letzten Unterkapitel werden Unterstützungsangebote, Maßnahmen, sowie Therapien ausgearbeitet und erklärt.

3.1 Begriffsdefinition zur Frühgeburtlichkeit

2022 wurden in Österreich 5647 Säuglinge zu früh geboren. Das entspricht 6,9 Prozent aller lebend geborenen Kinder. Kommt ein Kind zwischen der 22. Schwangerschaftswoche und der 36. Schwangerschaftswoche (plus 6 Tage) auf die Welt, spricht man von einer Frühgeburt (Statistik Austria, 2022). Die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG) sowie die schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2022) definiert eine Frühgeburt als eine Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche.

In Bezug auf die Frühgeburtlichkeit können Abstufungen nach dem Reifegrad gemacht werden. Es wird von „extrem früh Frühgeborenen“ gesprochen, wenn diese vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden. Kinder, die bis zur 31. Schwangerschaftswoche geboren werden, fallen unter die Kategorie von „sehr frühe Frühgeborene“. Von der 32. bis zur 36. Schwangerschaftswoche werden die Säuglinge Frühgeborene genannt (Müller-Rieckmann, 2022).

Geburtsgewicht/Schwangerschaftswoche	Bezeichnung
1.500–2.500 g/ca. 33–37 SSW	Low birthweight infant (LBW)
1.000–1.500 g/ca. 28–32 SSW	Very low birthweight infant (VLBW)
< 1000 g/ca. < 27 SSW	Extremely low birthweight infant (ELBW)
Geburtsgewicht zu gering für SSW	Small for gestational age (SGA-Syndrom)

Tabelle 1: Bezeichnungen für Frühgeburt unter Angabe des Gewichtes und der Schwangerschaftswoche (Vonderlin, 2012, S.355).

Die Tabelle 1 (Vonderlin, 2012, S.355) gibt hier eine leicht abweichende Definition an. Es wird zudem auch das Geburtsgewicht angegeben, dass je nach Schwangerschaftswoche und Reifungsgrad des Säuglings auch stark abweichen kann.

In Bezug auf die Lebensfähigkeit und die Maßnahmen, die vom medizinischen Fachpersonal zur Lebenserhaltung des Säuglings getroffen werden müssen, gibt das nachfolgende Zitat Auskunft. Zum einen spielt hier die Schwangerschaftswoche, in der die Kinder geboren wurden eine große Rolle, zum anderen ist auch das Geburtsgewicht von Bedeutung (Berger, 2019).

„Heute liegt die Grenze der Lebensfähigkeit bei SSW 22/23, Kinder unter 750 Gramm werden als kritische Patient*innen gesehen, und selbst extrem unreife Frühgeborene unter SSW 27 zeigten zuletzt Überlebensraten von über 85% - viele ohne jegliche Folgeschäden“ (Berger, 2019, S.36).

Berger (2019) erläutert, dass Frühgeborene in der 22. Schwangerschaftswoche nur in Ausnahmefällen betreut werden. Dies hat zum einen den Grund, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Säugling überlebt, zum anderen soll die potenzielle Belastung für das Frühgeborene und deren Eltern bei einer intensivmedizinischen Behandlung vermieden werden. Rossmann (2016) betont in diesem Zusammenhang, dass mit zunehmenden Heranschreiten der Schwangerschaft das Risiko für Behinderungen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen vermindert wird.

3.2 Ursachen und Gründe für eine Frühgeburt

In diesem Unterkapitel werden mögliche Ursachen für die Frühgeburtlichkeit genannt. Von der Wense und Bindt (2021) betonen, dass es auch ohne die folgenden Risiken und Ursachen zu einer Frühgeburt kommen kann.

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Frühgeburtenrate zu verzeichnen. Schlüssige Erklärungen für diesen Anstieg gibt es noch nicht, vermutet wird jedoch, dass das erhöhte Alter von Schwangeren sowie Kinderwunschbehandlungen (und damit einhergehende Mehrlingsschwangerschaften) dafür verantwortlich sind (Wense & Bindt, 2021).

Ursachen und Gründe, warum ein Kind zu früh auf die Welt kommt, können sehr vielfältig sein. Müller-Rieckmann (2022) unterteilt die Gründe in Ursachen von Kind und von der Mutter ausgehend. Von der Mutter ausgehend gibt es einige Allgemeinerkrankungen, die zur Frühgeburt ihres Kindes führen kann. Hier wird genannt: Infektionen, Anämie, Herz- und Lungenerkrankungen, Diabetes sowie Gestose (führt zu erhöhtem Blutdruck). Weiteres kann auch die Überfunktion der Schilddüse zu einer Frühgeburt führen. Psychosoziale Belastung wie Stress, schwere Arbeit oder aber auch das Leben als alleinerziehende Mutter gelten als Risiko für eine Frühgeburt. Zu den psychosozialen Belastungen zählt der Missbrauch von Nikotin oder Alkohol sowie die Unterernährung der Kindsmutter. Fehlbildungen, Anomalien und Erkrankungen der Gebärmutter sowie ein vorzeitiger Blasensprung sind Umstände, die zu einer Frühgeburt führen können. Weitere Risiken sind eine Mehrlingsschwangerschaft und wenn das Alter der Mutter unter 16 oder über 35 Jahren liegt (Müller-Rieckmann, 2022). Das Risiko einer Frühgeburt ist bei Mehrlingsschwangeren deutlich erhöht (DGGG et al., 2022). Als mütterliche Ursachen werden von von der Wense und Bindt (2021) Infektionen der Fruchthöhle, ein vorzeitiger Blasensprung, sowie eine Muttermundschwäche gesehen. Weiters gibt es auch ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko, wenn es nur einen geringen Abstand zu einer vorherigen Schwangerschaft gibt. In Bezug auf Plazentaprobleme gibt es in Bezug auf Frühgeburten oft einen ungünstigen Plazentasitz oder eine Plazentainsuffizienz. Ebenso kann eine Ablösung der Plazenta zu einer Frühgeburt führen. DGGG et al. (2022) erklären, dass bei Infektionen der Mutter eine frühzeitige Wehentätigkeit eine Art Überlebensvorteil für die Mutter ist, der Nachteil hierfür ist jedoch die Frühgeburt des Säuglings. Rossmann (2016) erläutert, dass emotionaler Stress einer werdenden Mutter dazu führen kann, dass ihr Kind zu früh geboren wird, ein niedriges Geburtsgewicht hat und es allgemein eher zu Komplikationen während der Geburt kommt.

Als Ursachen für Frühgeburtlichkeit die vom Kind ausgehen sind Infektionen, Fehlbildungen in Kombination mit zu viel Fruchtwasser in der Fruchtblase, Rh-Inkompatibilität (Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und ungeborenem Kind) sowie Nabelschnurstörungen zu erwähnen (Müller-Rieckmann, 2022).

3.3 Die Entwicklungspsychologie eines frühgeborenen Kindes

Die Entwicklungsverläufe von Frühchen können sehr unterschiedlich sein und hängen von verschiedenen Faktoren ab. Müller-Rieckmann (2022) betont in diesem Zusammenhang auch, wie wichtig es ist, dass frühgeborene Kinder von Beginn an eine Entwicklungsförderung erhalten. Extreme Frühchen brauchen oftmals länger für ihre körperliche Entwicklung, jedoch soll das Entwicklungsniveau mit dem sogenannten *korrigierten Alter* betrachtet werden. So können Fehldiagnosen vermieden werden. Für die Berechnung des korrigierten Alters wird die Schwangerschaftswoche, in dem das Kind geboren wurde, von den errechneten Woche abgezogen. Beispiel: Wurde das Kind in der 27. Schwangerschaftswoche geboren, jedoch aber für 40 Wochen ausgerechnet, so wird von den 40 Wochen 27 Wochen abgezogen, das ergibt 13 Wochen Differenz.

In der Entwicklung können sich durch eine Frühgeburt Meilensteine wie das Gehen und Sprechen verschoben werden. Macht ein reif geborenes Kind schon vor dem ersten Geburtstag erste Gehversuche, so starten diese bei dem zu früh geborenen Kind manchmal erst im zweiten Lebensjahr. Reif geborenen Kinder können mit zwei Jahren schon mehrere Wörter oder gar schon zwei-Wort-Sätze sprechen. Frühchen beginnen oftmals erst mit drei Jahren mit den ersten gesprochenen Wörtern (Müller-Rieckmann, 2022).

Die folgende Darstellung (Abbildung 6) von von der Wense und Bindt (2021) zeigt, dass die Auswirkungen einer Frühgeburt auch weit über die Geburt und das Säuglingsalter hinaus gehen. Weites können sich bei den Eltern auch Auswirkungen wie psychische Belastungen und Konflikte in der Partnerschaft zeigen. Bei den Kindern kommt es manchmal zu Beginn zu einer prä- und perinatalen Stressbelastung durch den Umstand der Frühgeburt. In weiterer Folge kann es zu sensorischen Defiziten kommen, sowie zu einer Retardierung im Bereich des Wachstums beziehungsweise der Entwicklung.

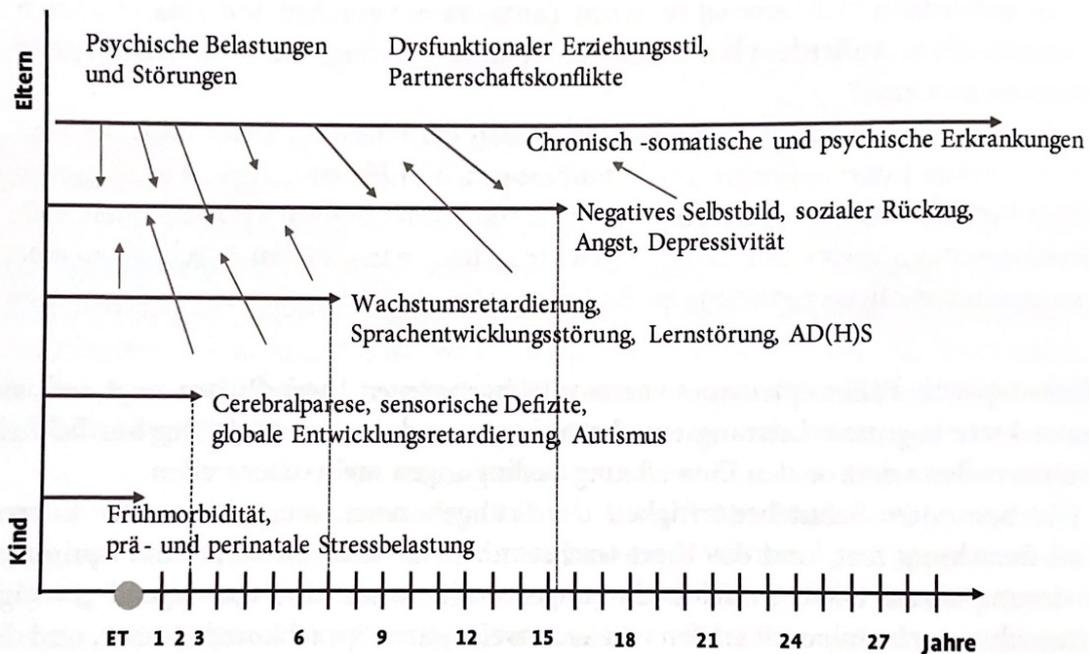


Abbildung 7: Entwicklungsrisiken (von der Wense & Bindt, 2021, S.150).

Voigt (2021) spricht von kritischen Merkmalen, die in jeder Altersspanne auftreten können. Die kritischen Merkmale bei Kleinkindern im Alter zwischen 12 und 18 Monaten sind: Verzögerungen in der motorischen Entwicklung, der sozialen Kommunikation, ein vermindertes Sprachverständnis. Zwischen 18 und 24 Monaten sind kritische Merkmale in der Entwicklung: Schwierigkeiten im Bewegungsablauf und im Gehen oder eine verminderte feinmotorische Fähigkeit. Weiters kommt es nicht zum symbolischen Spiel, dies kann zu einer Stagnation der kognitiven sowie der sozialen Entwicklung eines Kindes führen. Ein weiteres kritisches Merkmal sind die nicht oder kaum vorhandene Imitation von Wörtern sowie das fehlende Zeigen auf bestimmte Gegenstände oder Bilder in einem Buch. Zwischen dem 24. und dem 30. Lebensmonat sind kritische Merkmale das Meiden von grob- oder feinmotorischen Tätigkeiten, soziale Anpassungsprobleme oder eine sehr langsame sprachliche Entwicklung. In Bezug auf die Sprache muss hier erwähnt werden, dass es bei Kleinkindern und Kindern eine große Variabilität in der sprachlichen Entwicklung gibt, es ist daher recht schwer, Entwicklungsauffälligkeiten anhand der Sprache festzumachen. Die Altersspanne von 30 und 36 Monaten ist ein stagnierender Verlauf mehrerer Bereiche, wie der Motorik und der Sprache, dem Spielverhalten, der Entwicklung von Selbstständigkeit. Kritische Merkmale

bei Kindern, die zwischen 36 und 48 Monaten alt sind, sind Unsicherheiten in Bewegungen und das Meiden von Tätigkeiten, die feinmotorische Fähigkeiten voraussetzen wie zum Beispiel das Basteln. In Bezug auf die Sprache kommt es zu einer sozialen Zurückhaltung, dies liegt vor allem daran, dass das Kind aufgrund der sprachlichen Stagnation oft nur schwer von anderen Kindern verstanden wird. In Bezug auf die kognitive Entwicklung zeigen sich Schwierigkeiten in Regelspielen und fehlendes Verständnis von Farben.

3.4 Probleme und Herausforderungen von Säuglingen, die zu früh geboren wurden

In diesem Unterkapitel werden Probleme und Schwierigkeiten von Frühchen in Hinblick auf deren Entwicklung genauer beleuchtet. Zum einen werden klinische Probleme und zum anderen entwicklungsbiologische und psychologische sowie sozial-emotionale Probleme genannt.

Von der Wense und Bindt (2021) erläutern in Bezug auf Frühchen: je früher Kinder geboren werden, desto stärker steigt das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

3.4.1 Medizinische und klinische Probleme

„Aus medizinischer Sicht stellt die Unreife der Lunge und des Gehirns die größte Herausforderung für die Behandlung von Frühgeborenen dar“ (Vonderlin, 2012, S. 355).

Folgende medizinischen Probleme und Herausforderungen kann es bei Frühgeborenen laut Müller-Rieckmann (2022) geben:

- **Lunge:** In Bezug auf die Lunge können bei frühgeborenen Kindern Atemstörungen (Asphyxie, Apnoen, Alveolenkollaps), Lungenerkrankungen, eine schwache Muskulatur und dadurch eine leistungsarme Atmung sowie kaum Schluck- und Hustenreflexe auftreten.
- **Zentrales Nervensystem:** Das zentrale Nervensystem von Frühchen kann durch Hirnblutungen, Sauerstoffmangel und Durchblutungsstörungen des Gehirns oft irreparabel geschädigt werden. Die Folge können unter anderem Zerebralparesen (Bewegungsbehinderungen) sein.

- **Magen-Darm-Trakt:** Trinkschwäche, Erbrechen, Durchfälle, sehr langsame Entleerung des Magens, gestörte Aufnahme von Nährstoffen über die Nahrung, Absterben von Darmgewebe (durch Bakterien verursacht).
- **Leber:** Durch die Unreife der Leber kommt es zu Problemen bei der Blutgerinnung, zu Hypoglykämie (Blutzucker ist zu gering) sowie zur gestörten Verstoffwechslung. Durch Blutabnahmen durch das medizinische Personal oder durch Blutungen kann es zu einer Blutarmut kommen.
- **Nieren:** Eine Unreife der Nieren bringt eine eingeschränkte und verminderte Nierenfunktion mit sich, es kommt zu Schwierigkeiten in Bezug auf die Konzentration des Urins sowie zu Störungen des Säure-Basen Haushalts (führt zu einer Übersäuerung des Blutes).
- **Allgemeines:** Grundsätzlich ist bei Frühchen das Infektionsrisiko stark erhöht, da die Kinder oft einen Mangel an Antikörpern haben. Weiters begünstigen verschiedene Zugänge für die Ernährung und zu den Blutgefäßen sowie die künstliche Beatmung Infektionen. Bei Buben beobachtet man häufig einen Hodenhochstand.

Auch Sarimski (2020) sieht die Unreife der Lunge als hohes Risiko an. Säuglinge, die künstlich (maschinell) beatmet werden müssen, haben zudem ein erhöhtes Risiko, dass es durch wiederholte Atempausen (im medizinischen Kontext spricht man hier von Apnoen, das sind Aussetzer der Atmung, die über 15 Sekunden anhalten) zu Hirnschäden kommt. Ein weiteres großes Risiko für Schädigungen des Gehirns sowie neurologische Störungen sind Hirnblutungen. Diese können dadurch zustande kommen, dass die Blutgefäße von Frühchen besonders fragil sind. Abbildung 8 stellt eine Übersicht der besprochenen Faktoren dar.

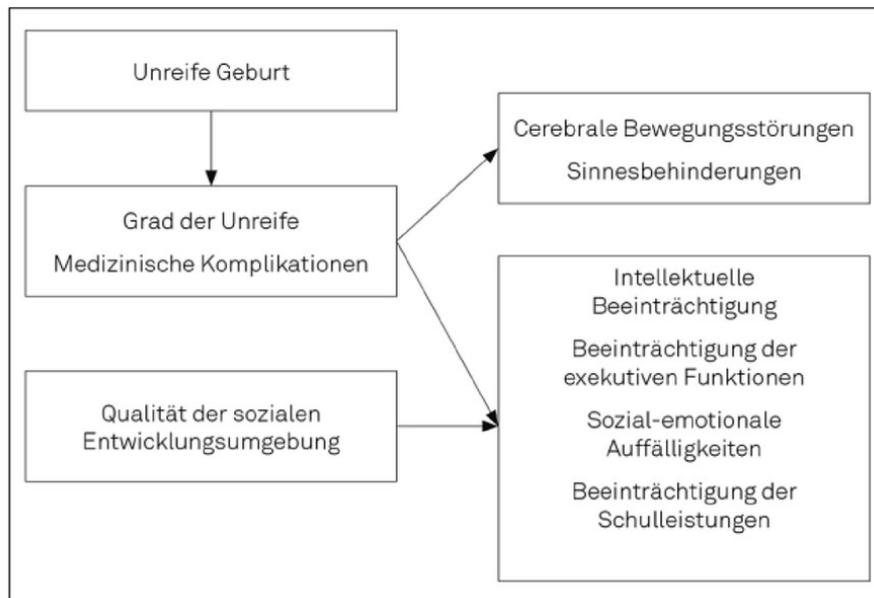


Abbildung 8:

Auswirkungen einer Frühgeburt auf verschiedene Bereiche (Sarismski, 2020, S.15).

3.4.2 Entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Probleme

Laut Müller-Rieckmann (2022) kommt es oftmals durch die lebensnotwendige Behandlung des Frühchens zur Überstimulierung. Eltern haben häufig auch zu hohe Erwartungen an ihr Kind, insbesondere was die Zuwendungsfähigkeit wie das Kuscheln und den Blickkontakt betrifft.

Gatta, Miscioscia, Svanellini und Peraro und Simonelli (2017) erläutern, dass die Frühgeburt einen Einfluss auf die soziale Kompetenz eines Kindes hat. So kommt es im Verhalten der Kinder dazu, dass Frühchen grundsätzlich weniger emotionale und soziale Fähigkeiten aufweisen und Schwierigkeiten in der Selbstregulation haben. In dieser italienischen Studie in der 78 Kinder die reif geboren wurden sowie deren Familien und 39 Kinder, die zu früh auf die Welt kamen, sowie deren Familien befragt wurden, konnte folgendes verzeichnet werden: In Bezug auf die Unterstützung des sozialen Umfelds lässt sich festhalten, dass Frauen, die ein extremes Frühchen haben weniger unterstützt wurden als eine Frau, die in einer späteren Schwangerschaftswoche ein Frühchen geboren hat. Weiters wurde herausgefunden, dass Frauen, auch nach dem Krankenhausaufenthalt ihres Kindes mehr Stress verspüren als Männer. Grundsätzlich kann auch gesagt werden, dass eine Frühgeburt

eine negative Auswirkung auf die Interaktion zwischen den Eltern und dem Kind hat. Der Stress der Mutter wirkt sich auch auf das Kind aus. Weiters wirkt sich auch die Annahme der Eltern, dass ihre Kinder noch fragil oder unreif sind, auf die globale Entwicklung der Kinder aus.

Eine andere Studie konnte feststellen, dass Frühchen einem höheren Risiko ausgesetzt sind psychische Probleme und Krankheiten sowie Autismus-Spektrum-Störungen zu entwickeln. Dieses Risiko erhöht sich je früher das Kind geboren wird. Weiters konnten Unterschiede bei den Geschlechtern festgestellt werden, bei männlichen Frühchen wird von einem höheren Risiko in Bezug auf die Probleme, Krankheiten und Störungen ausgegangen (Moster, Terje Lie & Markestad, 2008).

3.5 Erkenntnisse zur Frühchenforschung

In den folgenden Unterkapiteln werden Studien genauer erläutert, bei denen der Fokus auf Frühchen, den Eltern sowie dazugehörigen Belastungen und Ressourcen liegt (Gross-Letzelter, 2021). Weiters geht eine Studie insbesondere auf die psychische Gesundheit der Mütter ein (Davis, Edwards, Mohay & Wollin, 2003). Eine andere Studie behandelt die Rolle von Vätern in Bezug auf die Versorgung von Frühgeborenen (Stockhaus, 2022).

3.5.1 Studie zu Belastungen und Ressourcen von Eltern während der Corona-Pandemie

In einer Studie von Gross-Letzelter (2021) wurden acht Familien von Frühchen zu Belastungen und Ressourcen während der Corona-Pandemie befragt. Die frühgeborenen Kinder hatten ein Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm. Die Kinder wurden zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche geboren, davon vier Mal Zwillinge und einmal Drillinge. Folgende Ressourcen wurden von den Eltern genannt. Als die wichtigste Ressource wurde die Partnerin beziehungsweise der Partner angesehen. Während des Krankenhausaufenthalts wurde psychologische Begleitung als unterstützend wahrgenommen, nach der Entlassung empfanden einige Mütter eine Psychotherapie zur Aufarbeitung des Erlebten als zielführend. Weiters wurde auch der Glaube an Gott als hilfreich wahrgenommen. Während der oft langen Krankenhausaufenthalte wurden Telefonate mit den Eltern- und Schwiegereltern sowie mit anderen Familienangehörigen als grundsätzlich gut empfunden, jedoch wurde bei diesen Telefonaten lediglich über die positiven Neuigkeiten gesprochen, mögliche

negative Entwicklungen wurden verschwiegen. Aufgrund der Corona Maßnahmen gab es für alle Personen, außer für die Eltern der Frühgeborenen, ein Besuchsverbot. Teilweise wurde das als entlastend wahrgenommen. In Bezug auf die Sicherheit im Umgang mit den Frühchen wurde erwähnt, dass die Anleitung und Unterstützung durch das medizinische Personal sehr hilfreich waren. Vor der Entlassung waren einige Eltern mit ihrem Kind / ihren Kindern auf der Mutter-Kind-Station. Hier sind Eltern bereits vor der tatsächlichen Entlassung auf sich gestellt, eine mögliche medizinische Hilfestellung ist in Notfällen jedoch noch immer möglich. Nach der Entlassung wurde speziell die Unterstützung durch eine Kinderkrankenschwester als sehr wertvoll empfunden. Die Unterstützung der Väter Zuhause wurde von Seiten der Mütter wertgeschätzt. Ganz allgemein wurde Schlaf und sich selbst etwas gutes Tun als wichtige Ressource gesehen. Von den Eltern genannte Belastungen waren zum Teil die sehr strengen Lockdown-Regelungen, als Beispiel kann hier genannt werden, dass ein Vater seinen Sohn einen Monat lang nicht im Krankenhaus besuchen durfte. In Bezug auf die verfrühte Geburt gab es bei den Eltern einige unerledigte Vorbereitungen für ein Neugeborenes zu Hause wie beispielsweise allgemeine Besorgungen wie Kinderwagen und Autositze. Als weitere Belastung wurden die fehlenden Besuchsmöglichkeiten für nahe Angehörige und Familienmitglieder genannt. Aufgrund einer Ausbildung war es einem Vater nur möglich am Wochenende in das Krankenhaus zu fahren. Eine Mutter hatte das Gefühl, dass das Thema des plötzlichen Kindstodes zu sehr thematisiert wurde, dies schürte Ängste bei der Mutter. Bei einer Familie, die Zwillinge bekommen hatte war es so, dass nach wenigen Lebenswochen ein Säugling aufgrund einer Infektion verstorben ist. Weiters empfanden es Eltern als belastend, wenn die Entlassung ihres Kindes aufgrund von Komplikationen immer wieder nach hinten verschoben wurde. Nach der Entlassung gab eine Mutter an, dass sie sich durch die alleinige Versorgung und Betreuung ihrer Zwillingssbuben stark belastet und überfordert fühlte.

„Durch die Versorgung des/der Frühgeborenen entsteht so eine Konkurrenz der unterschiedlichen Bedürfnisse: einerseits die Sehnsucht, stets beim Kind zu sein und andererseits der Wunsch nach einer gemeinsamen Aufarbeitung des Erlebten mit dem Partner“ (Gross-Letzelter, 2021, S.125).

3.5.2 Studie zu den Auswirkungen einer Frühgeburt auf die psychische Gesundheit von Müttern

In einer Studie von Davis, Edwards, Mohay und Wollin (2003) wurden die Auswirkungen einer Frühgeburt auf die psychische Gesundheit von Frauen untersucht. Bei dieser Studie wurden 62 Frauen, die ein Kind vor der 32. Schwangerschaftswoche zur Welt gebracht hatten mithilfe des sogenannten „Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)“ sowie Interviews untersucht. Vorab wurden Informationen zu den Müttern eingeholt, diese sind eine mögliche frühere Depression, die Schwangerschaftswoche, in der das Kind geboren wurde und das Geburtsgewicht. Die Durchführung der Studie fand innerhalb eines Monats nach der Geburt des Kindes statt. Die Ergebnisse waren: dass knapp 40 Prozent der Frauen über depressive Symptome berichteten. Bei Frauen, deren Kind reif geboren wurde, berichtete nur zehn bis 15 Prozent von depressiven Symptomen. Weiters wurde auch eine Korrelation zwischen dem Bildungsgrad der Mutter und dem Auftreten von depressiven Symptomen festgestellt. Frauen mit geringerem Bildungsgrad haben ein höheres Risiko nach einer Frühgeburt depressive Symptome zu haben. Dies liegt vor allem daran, dass Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau eher über geringe finanzielle Mittel verfügen, die Pflege eines möglicherweise kranken Kindes im Raum steht sowie die allgemeine Überforderung der Situation und die manchmal fehlende Kommunikationsfähigkeit. Weiters wurde festgestellt, dass Frauen oft enormen Stress ausgesetzt sind. Jene Mütter, die solchen Stress angaben, meldeten auch depressive Symptome. Dieser Stress zeigte sich durch: die oft belastenden Bedingungen im Krankenhaus, die tägliche Trennung von ihrem Kind, Ängste und Sorgen rund um Infektionsrisiken sowie den Gesundheitszustand des Kindes aber auch finanzielle und berufliche Sorgen sowie ein Gefühl von Trauer. Gleichzeitig waren die depressiven Symptome der Mutter mit der Unterstützung des medizinischen Personals verbunden. Nahm die Unterstützung ab, zeigten Frauen eher und mehr depressive Symptome. In Bezug auf die Unterstützung durch den Partner gaben 97 Prozent der Frauen an, durch ihren Partner emotional unterstützt zu werden. Es wird von einem Puffereffekt durch die familiäre und pflegerische Unterstützung ausgegangen. Die Familie sowie das pflegerische und medizinische Fachpersonal können daher als Schutzfaktoren eingeordnet werden. Ganz allgemein kann gesagt werden, dass die Frühgeburt eines Kindes bei einer Frau enorme psychische Belastungen hervorrufen kann. Hier ist ein frühes Entdecken von depressiven Symptomen oder einer postnatalen Depression sowie eine dementsprechende Behandlung für das Wohlergehen von Mutter und Kind notwendig.

3.5.3 Studie zur Rolle von Vätern im Kontext der Versorgung von Frühgeborenen

In dieser Studie von Stockhaus (2022) wird der Fokus der Forschung auf die Rolle der Väter gelegt. Zum einen geht es hierbei aufzuzeigen, wie bedeutend Männer im Kontext der Versorgung ihrer frühgeborenen Kinder, aber auch bei der Unterstützung ihrer Partnerinnen sind. Zum anderen wird auch erläutert, welche Rahmenbedingungen es oft erschweren, die Partnerin und das Neugeborene zu versorgen.

In dieser Studie wurden 2018 in einer Universitätsklinik in Deutschland 20 Väter von Frühchen befragt, bei fünf Vätern war es absehbar, dass die Schwangeren ihr Kind zu früh auf die Welt bringen werden, die restlichen 15 Interviews wurden postnatal geführt. Die Kinder wurden zwischen der 24+3 und der 33+4 Schwangerschaftswoche geboren.

In Bezug auf die Herausforderungen und die Entscheidungen gaben Väter an, sich mehr Zeit für die Vorbereitung auf die Geburt ihres Kindes gewünscht zu haben. Weiters mussten einige medizinische Entscheidungen unter Zeitdruck getroffen werden. Zeitdruck empfanden die Väter auch, wenn es um nötige Vorbereitungen nach der Geburt ging. Dieser Zeitdruck erhöhte sich zusätzlich, wenn es eine ungeplante Schwangerschaft war und die Zeit, in der Rahmenbedingungen geschaffen werden mussten sich durch die Frühgeburt extrem verkürzte. Viele Väter hatten oft nur einige wenige Stunden Zeit, um sich auf die Geburt ihres Kindes mental einzustellen, die beschriebenen Gefühle waren sehr unterschiedlich: von Hoffnung, Vertrauen und Vorfreude, bis hin zu Sorgen und Hilfslosigkeit. Medizinische Entscheidungen wurden oft den Müttern überlassen, als Grund dafür nannten die Väter, dass die Frauen mehr Wissen mitbringen, da diese öfter bei Untersuchungen dabei sind. Dieses Mitspracherecht war jedoch nach der Geburt des Kindes wieder ausgeglichen. In Bezug auf die Partnerschaft war für es einige Männer primär wichtig, ihre Partnerinnen zu entlasten und unterstützend bei Seite zu stehen. Die Rolle als Vater wurde als sekundäre Aufgabe angesehen. Weiters wurde festgestellt, dass Sorgen und Ängste in Bezug auf den Gesundheitszustand der Frauen größer waren als die Sorge um das Kind. Als Grund dafür gab speziell ein Vater an, dass er zu seiner Frau eine starke Bindung und Beziehung hat und er sein Kind nur von Ultraschallbildern kennt. Postnatal gab es jedoch mehr Sorgen und Ängste um das Kind. Nach der Entlassung der Frühchen wurde bei einigen Eltern ein Gefühl von Zuversicht und Hoffnung vernommen. Andere wiederum waren in Bezug auf die Entwicklung ihres Kindes vorsichtig und waren sich bewusst, dass sich nicht alles

positiv entwickeln wird. Die Kommunikation zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Eltern wird als sehr bedeutend wahrgenommen, dabei spielt die Wortwahl und das Verständnis der getätigten Aussagen eine enorme Rolle. Die Informationsvermittlung vom medizinischen Personal hat eine direkte Wirkung auf das Vertrauen und die Sicherheit der Eltern. Hierbei sollte nicht nur auf eine verbale Vermittlung gesetzt werden, sondern im Sinne eines besseren Verständnisses auch auf Fotos, Zeichnungen oder ähnliche Visualisierungen. In Bezug auf die medizinischen Möglichkeiten empfinden alle Eltern Dankbarkeit und geben dem Fortschritt der Medizin den Hauptgrund für das Überleben ihres Kindes. Der Beziehungsaufbau zwischen Vater und Kind war schwierig, insbesondere durch den Inkubator, in dem die Frühchen lagen.

Stockhaus (2022) erläutert wie wichtig es ist, Männer in die Pflege ihrer Kinder miteinzubeziehen, nicht nur hat dies einen positiven Einfluss auf die Vater-Kind-Beziehung, ebenso wird eine Unterstützung vom medizinischen und pflegerischen Fachpersonal als unterstützend und entlastend erlebt. Grundsätzlich sollte es vorab aber schon zu mehr Aufklärung in Bezug auf das Thema der Frühgeburt kommen. Weiters sollten Väter motiviert werden, öfter an Untersuchungen ihrer Frauen teilzunehmen. Die Rahmenbedingungen wie räumliche Gegebenheiten um Nächte gemeinsam mit der Partnerin oder dem Säugling im Krankenhaus verbringen zu können, werden gewünscht.

3.6 Faktoren und Aspekte, die die Resilienz von Kindern beeinflussen

In der Literatur wird die Frühgeburt eines Kindes als ein primärer struktureller Faktor bezeichnet, der als risikoerhöhend klassifiziert wird. Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2022) sprechen in Bezug auf die Frühgeburt von einem primären Vulnerabilitätsfaktor und einer kindbezogenen risikoerhöhenden Bedingung. In jedem Fall ist die Frühgeburt eines Kindes als strukturell anzusehen, da sie sich nicht verändern lässt.

Mithilfe der Resilienzförderung (wie im Kapitel 2.5. erwähnt) können Menschen ermächtigt werden, sich trotz verschiedenster Erfahrungen, Erlebnisse oder Lebensumständen resilient zu entwickeln (Reichhart & Pusch, 2023). In Bezug auf die Beziehungsebene ist es laut Wustmann Seiler (2021) essenziell, dass Eltern an der Beziehungsqualität und der Interaktion mit dem Kind arbeiten. Weiters wird betont, wie wichtig die Resilienzförderung im Alltag ist. Hinsichtlich der Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind ist Sarimski (2020) ähnlicher Meinung:

„Es gilt, die individuellen Ressourcen von Kind und Eltern für die Bewältigung dieses „Starts unter erschwerten Bedingungen“ wahrzunehmen, ausgeglichene, förderliche Eltern-Kind-Beziehungen zu stärken und das Zutrauen der Eltern in ihre Fähigkeiten, die schwierige Situation zu meistern, zu fördern“ (Sarimski, 2020, S. 5).

Von der Wense und Bindt (2021) nennen im Anschluss Möglichkeiten, wie schon im Krankenhaus Entwicklungs- und Resilienzförderung betrieben werden kann.

3.6.1 Entwicklungsfördernde Pflege von Frühchen

Es gibt einige Ziele und Maßnahmen entwicklungsfördernder Pflege. Von der Wense und Bindt (2021) haben diese genauer erläutert. Es sollen negative Geräusche, die von Monitoralarmen oder anderen technischen Geräten kommen, minimiert werden. Inkubatoren können mithilfe einer Abdeckung versehen werden, um die Geräusche so gering wie möglich zu halten. Positive Geräusche und Reize wie das Singen, Musiktherapie, leise Musik und das Vorlesen der Eltern wirken sich entwicklungsfördernd aus. Lichtreize wie eine helle Beleuchtung des Raumes in der Nacht und das Licht von Inkubatoren oder Wärmebetten sollen vermieden werden. Wird doch gutes helles Licht benötigt, wie beispielsweise bei medizinischen Behandlungen, wird empfohlen, die Augen des Kindes abzudecken. Weiters ist es wichtig, dass das Kind Ruhephasen hat, hierbei ist eine gute Kommunikation zwischen pflegenden und medizinischen Fachpersonal und den Eltern wichtig. Schmerzhaftes Behandlungen der Frühchen wie Blutabnahmen sollen minimiert werden. Weiters wird eine Schmerztherapie nach Operationen empfohlen. In Bezug auf die körperliche Entwicklung ist es wichtig mit Lagerungshilfen und Lagerungskissen zu arbeiten, hier soll auch die Physiotherapie und die Kinästhetik Anwendung finden. Der Körperkontakt zwischen Eltern und dem frühgeborenen Kind soll gefördert werden. Eine Möglichkeit ist die Kängurupflege, aber auch Rituale mit Berührungen. In Bezug auf die Sinnesorgane kann dem Kind ein Tuch mit dem Elternduft angeboten werden. Das Schmecken kann durch einen Mini-Schuller auf dem sich etwas Muttermilch befindet weiterentwickelt werden. Zuletzt wird die Förderung der Elternkompetenz und die Einbeziehung vorhandener Geschwister genannt. Für Eltern und Geschwisterkinder sollen vor allem restriktive Besuchszeiten abgeschafft werden.

3.7 Versorgung und Behandlung sowie Unterstützung und Therapie für Frühchen und ihre Eltern

In diesem Unterkapitel wird die Erstversorgung und Behandlung der Frühchen erläutert. Hier wird auf die klinische Abteilung der Neonatologie in Graz näher eingegangen, zum einen, weil in der vorliegenden Masterarbeit der Fokus auf der Steiermark liegt und zum anderen um die umfassende Behandlung durch das Fachpersonal und strukturelle Rahmenbedingungen zu verdeutlichen.

Zudem werden Möglichkeiten der Unterstützung und Entlastung sowie Maßnahmen zur Verbesserung der familiären Situation aufgezeigt. Weiters wird auch kurz auf Therapiemöglichkeiten für Frühchen und ihre Elternteile eingegangen.

Besonders in den letzten Jahren hat es Entwicklungen im Bereich der neonatologischen Medizin gegeben. Dies hat dazu geführt, dass die Sterbensrate der Frühchen verringert werden könnte und die Morbiditätsrate angestiegen ist. In Bezug auf diese Fortschritte kann gesagt werden:

„Häufig ist diese Entwicklung jedoch mit einer zunehmenden Belastung für die gesamte Familie, insbesondere für die Eltern, verbunden“ (Schäfer, Karutz & Schenk, 2017, S.217).

3.7.1 Krankenhaus (Klinische Abteilung für Neonatologie)

Um dieses Unterkapitel zu behandeln, wird ein Augenmerk auf die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendliche Graz gelegt. In der Neonatologie Graz werden jedes Jahr rund 850 Früh- und Neugeborene stationär betreut. Im Jahr werden 450 Kinder intensivmedizinisch behandelt. Die Überlebensrate liegt bei 98 Prozent (Universitätsklinikum Graz, 2023).

In der Neonatologie der Stadt Graz werden Frühchen ab der 24. Schwangerschaftswoche behandelt. Die klinische Abteilung der Neonatologie in Graz wird in drei Stationen unterteilt:

- Neo 1: Station für Früh- und Neugeborene: Säuglinge, die besonders klein oder unreif geboren wurden, werden bis zum vierten Lebenstag hier versorgt und erst danach auf die Intensivstation verlegt. In dieser Station arbeiten zum jetzigen Zeitpunkt sechs Oberärzt*innen, zwei Fachärzt*innen (diese befinden sich noch in Ausbildung), 41 diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sowie fünf Pflegeassistent*innen. Auf dieser Station gibt es 16 Betten, davon sind acht Betten für intensivmedizinische Behandlungen reserviert.

- Neo 2: Neonatologische Intensivstation: Auf dieser Station gibt es 21 Betten. Eine Fachperson der Gesundheits- und Krankenpflege versorgt ein Zimmer mit zwei Betten. Dieses System nennt sich „Das Prinzip der kleinen Intensiveinheiten“, das hat einige Vorteile:
 - Sicherung von Ruhe für die zu betreuenden Frühchen und Neugeborenen
 - Privatsphäre für die Eltern
 - Untersuchungen und kleine Eingriffe können im Zimmer ohne Störungen von Patient*innen durchgeführt werden
 - Überschaubare Einheiten für die Pflege

Drei der Betten können als Mutter-Kind-Einheiten konzipiert werden. Alle Zimmer verfügen über Monitorsysteme und sichern so eine gute Überwachung der Kinder. In dieser Station arbeiten sechs Oberärzt*innen der Neonatologie, vier Fachärzt*innen (befinden sich in Ausbildung), 53 diplomierte Fachpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie vier Pflegeassistent*innen.
- Neo 3: Normalpflegestation: Auf dieser Station findet vor allem die Betreuung und Nachsorge von früh- aber auch reifgeborenen Säuglingen statt. Weiters werden hier auch Säuglinge mit verschiedenen Krankheiten versorgt. Auf der Normalpflegestation gibt es zehn Betten (in sieben Zimmern), fünf der Zimmer sind als Mutter-Kind-Einheiten ausgerichtet (Universitätsklinikum Graz, 2023).

Frühchen verbringen aufgrund von Unreife, Anpassungsschwierigkeiten oder Infektionen die erste Zeit in sogenannten Inkubatoren (Brutkästen), oft ist auch eine künstliche Beatmung notwendig. Ein besonders wichtiger Punkt bei der Versorgung und Pflege der Frühchen ist die Ruhe und Privatsphäre. Bei der Pflege der Kinder wird auf gezielte achtsame Berührungen über die Haut durch das pflegerische Personal gesetzt. Zum einen verhindern diese Berührungen die Irritation des Säuglings, da viele verschiedene Personen das Kind behandeln, versorgen und pflegen und zum anderen kommt es so zu zärtlicher Zuwendung (Universitätsklinikum Graz, 2023). Sarimski (2021) betont im Zusammenhang mit der intensivmedizinischen Versorgung eines zu früh geborenen Kindes auch, dass häufige sowie intensive Umgebungsreize weitestgehend vermieden werden sollen. Das bedeutet auch, schmerzhaftes Behandlungen auf das Nötigste zu begrenzen. Unter diesen Faktoren kann die behaviorale Entwicklung des Säuglings nahezu störungsfrei und so harmonisch wie möglich erfolgen, auch außerhalb des Mutterleibs.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt ist die Einbeziehung der Eltern. Zum einen geht es hier um die Einbeziehung in Pflegemaßnahmen, zum anderen aber auch um den Beziehungsaufbau der Eltern zu ihrem Kind. Beim sogenannten „Kangorooing“ wird das Baby auf den nackten Oberkörper eines Elternteils gelegt. Bei diesem Kuscheln kommt es zu einem intensiven Hautkontakt zwischen dem Frühchen und dem Elternteil. Das ist auch möglich, wenn die Kinder noch künstlich beatmet werden müssen. In Bezug auf die Ernährung ist die Bedeutung der Muttermilch zu erwähnen. Frühchen bekommen diese in der ersten Zeit über eine Sonde verabreicht, insbesondere, weil in der intensivmedizinischen Betreuung und Behandlung kein Stillen möglich ist (Universitätsklinikum Graz, 2023).

Zusätzlich zur medizinischen Behandlung bietet die Neonatologie eine psychologische Betreuung für die Eltern sowie Physiotherapie und Logopädie für das Frühchen an. Die Möglichkeit der Elternbetreuung durch klinische Psycholog*innen kann während des Aufenthalts des Babys genutzt werden. Weiters wird physiotherapeutische Maßnahmen mit individuellen Therapieplänen gesetzt. Der Grund dafür ist, dass Frühchen zu früh der Schwerkraft sowie anderen Umweltreizen ausgesetzt sind- aufgrund dessen entwickeln sie Ersatzhaltungs- und Ersatzbewegungsmuster. Diese Bewegungsmuster entwickeln sich aufgrund der muskulären Unreife und sollen durch die Physiotherapie reduziert werden. Weiters gibt es auch logopädische Tätigkeiten- dabei werden auftretende Saug- und Schluckstörungen behandelt. Bleiben diese Störungen unbehandelt, kann es zu Problemen der Sprach- und Sprechentwicklung kommen (Universitätsklinikum Graz, 2023).

3.7.2 Hebammen

Das Tätigkeitsfeld der Hebammen ist es, Schwangere zu beraten und zu betreuen sowie bei der Geburt begleitend und unterstützend beizustehen. Zusätzlich zu den bereits genannten Tätigkeiten darf das Fachpersonal des Hebammenberufes eine Schwangerschaft feststellen, Untersuchungen während der Schwangerschaft durchführen und den Verlauf beobachten. Bei der Geburt selbst steht die Hebamme als Beistand der werdenden Mutter bei, hierbei werden auch Untersuchungen zum Gesundheitszustand des Kindes und der Schwangeren gemacht. Weiters dürfen auch notwendige medizinische Maßnahmen getroffen werden, wenn ärztliches Personal abwesend ist. Es dürfen nach ärztlicher Absprache auch weitere medizinische Maßnahmen durchgeführt werden. Nach der Geburt ist es die Aufgabe der Hebamme die Vitalzeichen des Säuglings einzuordnen und gegebenenfalls weitere

Hilfeleistungen wie eine Wiederbelebung einzuleiten. Der allgemeine und Gesundheitszustand der Mutter werden von der Hebamme überwacht. Für Fragen in Bezug auf die Pflege des Säuglings steht eine Hebamme beratend zur Seite. Hebammen sind befugt Arzneimittel zu verabreichen, sogenannte Scheidendammschnitte durchzuführen und Blutabnahmen beim Säugling zu machen. In der Arbeit als Hebamme ist es wichtig ein Vertrauensverhältnis zur Schwangeren und ihrer Familie aufzubauen, weiters sollten persönliche, kulturelle oder auch religiöse Lebensweisen akzeptiert und berücksichtigt werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

3.7.3 Mobile Kinderkrankenpflege in der Steiermark

In diesem Kapitel wird die mobile Kinderkrankenpflege in der Steiermark genauer beleuchtet. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Pflege, Behandlung und Versorgung der zu früh geborenen Kinder sowie zur Unterstützung und Entlastung der Eltern. Zudem erfolgen auch beratende Tätigkeiten. MOKI und MOKIDI kooperieren miteinander.

3.7.3.1 MOKI – Mobile Kinderkrankenpflege

Das Angebot von MOKI erstreckt sich über die Frühgeborenenpflege, die medizinische Hauskrankenpflege, die Familienentlastung sowie Entlastungspflege, sozialmedizinische Beratung, präventive Gesundheitspflege, die Begleitung von Kindern mit Diabetes Typ 1 und die palliative Begleitung. Bei MOKI in der Steiermark sind 20 diplomierte Gesundheits- und Krankheitspfleger*innen tätig. Grundsätzlich kostet das Angebot von MOKI 5,50 Euro pro Stunde. Die Eltern übernehmen davon jedoch nur einen geringen Selbstbehalt, da der Rest zum einen vom Land Steiermark und zum anderen durch Spenden finanziert wird (MOKI Steiermark, 2024).

Bei der Frühgeborenenpflege geht es vor allem darum, den Übergang von dem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus nach Hause für das Kind und die Eltern angenehm zu gestalten. Das Handling mit dem Frühchen wird geübt, sodass ein sicherer Umgang möglich ist gleichzeitig wird die elterliche Kompetenz geschult. Es gibt regelmäßige Gewichtskontrollen sowie eine Betreuung oder Entwöhnung bei Ernährungs sonden. Weiters ist eine Still- oder Trageberatung möglich (MOKI Steiermark, 2024).

3.7.3.2 MOKIDI – Mobiler Kinderkrankenpflegedienst Steiermark

Der mobile Kinderkrankenpflegedienst in der Steiermark ermöglicht es unter anderem, dass die medizinische und pflegerische Behandlung von Frühchen von zuhause aus geschieht. Zum einen ermöglicht MOKIDI eine Verkürzung eines stationären Aufenthalts des Kindes. Zum anderen wird Eltern in den verschiedensten Bereichen unterstützend und entlastend zur Seite gestanden. Folgende Punkte zählen zu den Aufgabenbereichen von MOKIDI:

- Pflegerische bzw. therapeutische sowie intensivmedizinische Tätigkeiten wie Medikamentengabe, das Legen einer Magensonde, Infusionstherapie sowie Behandlung von chronischen Krankheiten werden übernommen. Weiters kommt die Pflege von Kindern die Ernährungsstörungen haben und die Nachbetreuung von Frühchen (hier im Speziellen die Monitorüberwachung und die Sicherstellung der Sauerstoffversorgung) hinzu.
- Hinzu kommen noch beratende Tätigkeiten wie die Hilfe und Unterstützung bei einer Antragsstellung, bei der Wahl von Kliniken, Therapeut*innen und Reha-Einrichtungen.
- Die Mitarbeiter*innen begleiten ihre Patient*innen bei verschiedenen Aktivitäten. Ein Familienentlastungsdienst wurde eingerichtet.
- Bei pflegebedürftigen Kindern gibt es auch die Möglichkeit der Integrationsförderung um den Besuch eines Kindergartens sowie einer Schule sicherstellen zu können (Hilfswerk Steiermark, 2024).

Bezüglich der Kosten gibt es mehrere Möglichkeiten: Zuschuss durch das Land Steiermark, Versicherungen und Vereine, die den Kostenzuschuss gewähren. Bei Vorhandensein einer Behinderung des Kindes werden Leistungen wie zum Beispiel die Familienentlastung nach Antragsstellung zur Gänze übernommen. Grundsätzlich werden die Kosten sehr individuell und nach Bedarf berechnet (Hilfswerk Steiermark, 2024).

3.7.4 Frühe Hilfen

Unter den Frühen Hilfen wird zum einen ein Gesamtkonzept zur Unterstützung und Intervention von Schwangeren und Familien verstanden. Zum anderen ist es ein niederschwelliges vielfältiges Unterstützungssystem für Elternteile sowie ihre Kinder in

der frühen Kindheit. Bei diesem Gesamtkonzept werden sowohl die Ressourcen als auch die Belastungen der Familien in die Arbeit miteinbezogen und ermöglichen so gezielte Maßnahmen. Weiters kommt es zu bereichsübergreifender Vernetzung verschiedener Angebote. Das Unterstützungssystem „Frühe Hilfen“ zielt in deren Arbeit auf folgende Punkte ab (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023).

- Förderung der Elternkompetenz
- Vermeidung bzw. Reduzierung von kindlichen Entwicklungsstörungen oder Entwicklungsverzögerungen
- Unterstützung im Alltag
- Ergänzende Angebote zur Gesundheitsförderung
- Ressourcenstärkung und die Reduzierung von Belastungsfaktoren
- Förderung des familiären Netzwerkes

Pretis (2020) betont, wie wichtig die Zusammenarbeit mit den Eltern ist. Die Einbeziehung der Eltern in die Zielsetzung, die einzelnen Prozesse sowie die Ergebnisse der Frühen Hilfen sind als Grundvoraussetzung für das Gelingen anzusehen.

3.7.5 Familienhilfe der Caritas

Die Familienhilfe ist eine Dienstleistung der Caritas und in der gesamten Steiermark verfügbar. Die mobile Familienhilfe kann in zwei Zugänge unterteilt werden, zum einen gibt es die klassische Familienhilfe und zum anderen die Familienhilfe in der Kinder- und Jugendhilfe.

Bei der klassischen Familienhilfe handelt es sich um eine Unterstützung in akuten Notsituationen, darunter versteht sich beispielsweise einen Krankenhausaufenthalt. Die Unterstützung der klassischen Familienhilfe beläuft sich auf höchstens acht Wochen (pro Jahr), dafür muss ein Antrag auf Familienhilfe gestellt werden. Die Arbeit wird durch Diplomsozialbetreuer*innen durchgeführt. Der Aufgabenbereich umfasst eine mögliche Betreuung von Kindern, die Sicherstellung der Grundversorgungen wie beispielsweise Kochen und das Erledigen von Einkäufen und Hausarbeiten. Zusätzlich gibt es auch die Möglichkeit zur Beratung für sonstige Unterstützungsangebote (Caritas Steiermark, 2021a).

Die Arbeit der „Familienhilfe in der Kinder- und Jugendhilfe“ findet durch Fachpersonal der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik statt. Die Aufträge werden direkt von der Kinder-

und Jugendhilfe erteilt. Im Vergleich zur klassischen Familienbeihilfe kann diese Form der Familienbeihilfe über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen werden- die genaue Planung erfolgt individuell. Bei folgenden Situationen ist diese Unterstützung möglich und hilfreich: bei Krisensituationen, die die Familie betreffen wie die Scheidung der Eltern, Suchtproblematiken, Haft sowie bei Mehrlingsgeburten. Ebenso bei der psychischen Überforderung inklusive Schwierigkeiten in der Grundversorgung der Familie, bei schweren Erkrankungen der Eltern und Erziehungsberechtigten oder bei einer vorhandenen Kindeswohlgefährdung. Zum Aufgabenbereich zählen neben der Grundversorgung und der Kinderbetreuung auch die Strukturierung des Familienalltags, Haushaltorganisation sowie die Stärkung der Elternkompetenz. Zusätzlich gibt es auch die Möglichkeit, dass Sozialarbeiter*innen die Familie bei Terminen begleitet (Caritas Steiermark, 2021a).

3.7.6 Familienorientierte Rehabilitation (FOR)

Seit einigen Jahren gibt es in Österreich die Möglichkeit, gemeinsam als Familie mit ihrem Kind (das zu früh geboren wurde) auf Reha zu gehen. Der Grund für die Miteinbeziehung der ganzen Familie (auch Geschwisterkinder) ist der, dass über den monatelangen Krankenhausaufenthalt die Familiensituation beeinträchtigt wurde. Die Familienorientierte Rehabilitation findet bei stationärem Aufenthalt statt und dauert drei bis fünf Wochen, jedoch kann in Ausnahmefällen auch eine Verlängerung zielführend sein. Dazu muss jedoch ein Antrag gestellt werden, dem ein ärztlicher Befund beigelegt werden muss. Dieser Antrag wird beim Krankenversicherungsträger für die Bewilligung eingereicht. Folgende Maßnahmen und Therapiemöglichkeiten gibt es auf der Rehabilitation:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Entspannungstraining
- Sporteinheiten
- sowie Ernährungsberatung (Gesundheitsportal, 2022).

3.7.8 Familientlastung

Die Familientlastung stellt eine Möglichkeit der Hilfe dar, bei der Fachpersonal die Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung übernimmt, um die Familie entlasten zu können. Um einen Antrag für Familientlastung bei der Gemeinde, Bezirkshauptmannschaft oder dem Magistrat stellen zu können, muss ein Behindertenbescheid vorliegen. Grundsätzlich werden 90 Prozent der Kosten vom Land Steiermark übernommen, 10 Prozent sind selbst zu bezahlen (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2024).

Familientlastung über Alpha Nova: Familientlastung in der Steiermark ist grundsätzlich so geregelt, dass diese Leistung an das Behindertengesetz geknüpft ist. In erster Linie geht es um Entlastung der pflegenden und betreuenden Personen, wie z.B. der Eltern mit einem zu früh geborenen Kind. Die Mitarbeiter*innen der Familientlastung ermöglichen es, dass die Eltern ihren Bedürfnissen nachkommen und sich für kurze Zeit Auszeit nehmen können, Freizeitaktivitäten unternehmen, Termine wahrnehmen oder sich entspannen können (Alpha Nova, 2024).

Familientlastungsdienst (FED) über die Caritas: Der Familientlastungsdienst stellt einen mobilen Dienst da, der die Betreuung des Kindes mit Behinderung zuhause im gewohnten Umfeld ermöglicht. Grundsätzlich sollen die Eltern oder Erziehungsberechtigten entlastet werden. In folgenden Bereichen bietet der FED der Caritas Unterstützung an: Körperpflegerische Tätigkeiten, Essenszubereitung, Begleitung zu Terminen bei Ärzt*innen und Therapien sowie Behördengängen, Freizeitaktivitäten, Förderung von verschiedenen Fähigkeiten wie Kommunizieren, Singen und Musizieren, kreatives Gestalten, Spielen (Caritas Steiermark, 2021b).

3.7.9 Spezielle Therapiemöglichkeiten für Kinder mit Entwicklungsrückstand

„Entwicklung bezeichnet altersgebundene Veränderungen im Verhalten und Erleben, die durch ein Zusammenspiel von Erbanlagen, Umwelterfahrungen und eigener Aktivität zustande kommen und den Erfahrungsraum des Kindes nachhaltig verändern“ (Pauen, Frey & Ganser, 2012, S.22).

Das obige Zitat beschreibt, wie Entwicklung definiert wird und aus welchen Faktoren sie aufgebaut ist. In diesem Zusammenhang erklärt Pauen et al. (2012), dass die bedeutendsten

Meilensteile für die Sinnesentwicklung bereits im ersten Lebensjahr erreicht werden sollen. Dies hängt mit den Top-down-Prozessen zusammen. Diese Prozesse lassen sich so verstehen, dass sich zwar in späteren Lebensphasen die Wahrnehmungsfähigkeiten noch weiter ausdifferenzieren, die Reifung aber kaum mehr Bedeutung hat.

Voigt (2021) beschreibt die Wichtigkeit der frühen Erkennung von Entwicklungsstörungen bei Kindern. Ziel ist es, so früh wie möglich Entwicklungsrückstände zu entdecken, um die Förderungen schnell beginnen zu können. Dies liegt vor allem an der Plastizität des kindlichen Gehirns, die Stimulierbarkeit und kindliche Lernbereitschaft sind in den ersten Lebensjahren erhöht.

„Man spricht von einer Entwicklungsstörung im Unterschied zu einem Entwicklungsrückstand, wenn sich die Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahre dokumentieren lassen“ (Voigt, 2021, S.10.)

Bei Entwicklungsstörungen ist es so, dass sich diese langfristig auf die Entwicklung eines Menschen auswirken können. Voigt (2021) betont in diesem Zusammenhang jedoch auch, dass es bei diesen Entwicklungsstörungen zu Stagnation sowie zu einer beschleunigten Entwicklung kommen kann.

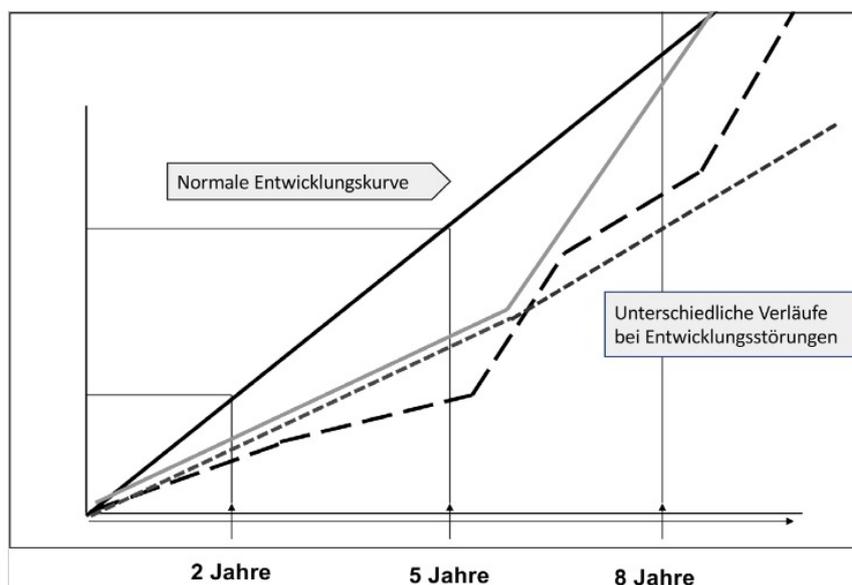


Abbildung 9: Entwicklungskurven bei Entwicklungsstörungen (Voigt, 2021, S.13).

Wie in Abbildung 9 (Voigt, 2021, S.13) ersichtlich, ist eine beschleunigte Entwicklung mit Eintritt in die Volksschule möglich. Zeigt sich dieser Aufholprozess, hat es langfristig positive Auswirkungen auf die weitere Entwicklung und kann eine Prognose ändern.

„Mit Komorbidität bezeichnet man das gleichzeitige Auftreten verschiedener Störungen bzw. Symptomatiken. Die Untersuchung von Komorbiditäten ermöglicht Rückschlüsse auf die Ätiologie von Störungen und mögliche (kausale) Zusammenhänge. Die Komorbidität von Entwicklungsstörungen beeinflusst den Störungs- und Behandlungsverlauf und die langfristige Prognose“ (Voigt, 2021, S.21).

In Abbildung 10 (Voigt, 2021, S.47) ist der optimale Zeitpunkt für spezielle Frühdiagnosen angegeben. In Bezug auf diese Abbildung muss gesagt werden, dass der tatsächliche Zeitpunkt für Frühdiagnosen oft stark abweicht. Die Diagnose für eine Sprachentwicklungsstörung könnte schon ab einem Alter von zwei Jahren gestellt werden, in der Praxis geschieht dies meist erst viel später, mit etwa dreieinhalb bis vier Jahren. Eine Autismus-Spektrum-Störung wird in der Praxis erst mit vier oder gar fünf Jahren diagnostiziert, es wäre bereits ab 18 Monaten / anderthalb Jahren möglich. In Bezug auf die globalen Entwicklungsverzögerungen lässt sich auch sagen, dass die Diagnosestellung zu spät stattfindet, in der Theorie könnte diese bereits ab anderthalb Jahren als solche erkannt werden. In der Praxis wird eine globale Entwicklungsstörung erst ab dreieinhalb oder viereinhalb Jahren diagnostiziert (Voigt, 2021).

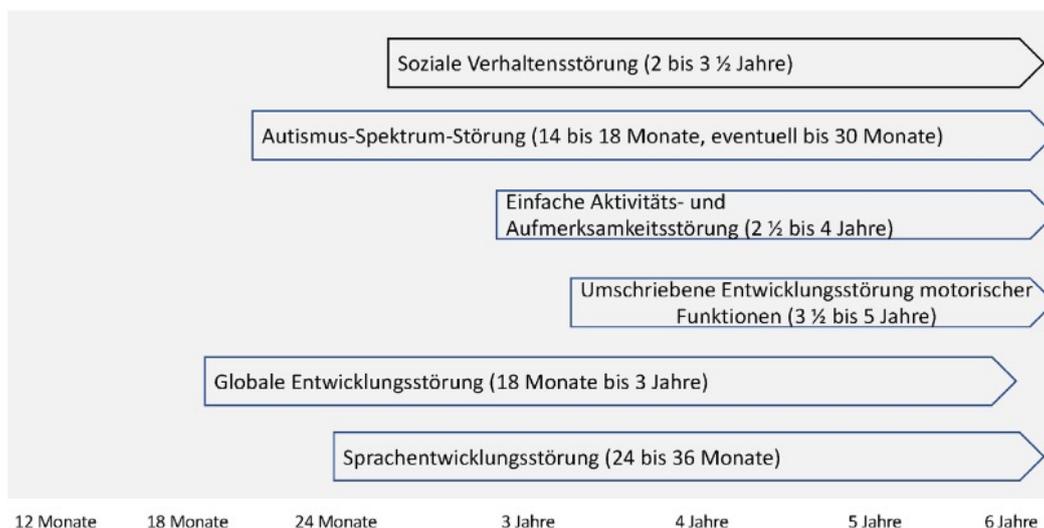


Abbildung 10: optimaler Zeitpunkt für Frühdiagnosen (Voigt, 2021, S.47).

3.7.9.1 Frühförderung

In Österreich gibt es eine interdisziplinäre Frühförderung von Kindern mit Behinderung oder von Kindern, die von Behinderung bedroht sind. Zur Frühförderung zählen auch die Familienbegleitung sowie die Seh- und Hörfrühförderung. Pretis (2020) erwähnt in diesem Zusammenhang das Prinzip der Ganzheitlichkeit. Teilhabebereiche zwischen den körperlichen und physischen Möglichkeiten eines Kindes sowie die der Umwelt sollen bewusst durch eine Fachkraft gefördert werden.

Das Bundeskanzleramt (2023) erläutert, dass die Frühförderung ein Angebot für Kinder und deren Familien in den ersten Lebensjahren ist. Besonders betont wird, dass es sowohl medizinische, psychologische sowie pädagogische Faktoren beinhaltet. Es kann daher von Interdisziplinarität und einer engen Kooperation der einzelnen Fachbereiche gesprochen werden. In der Frühförderung gibt es Angebote aus der Logopädie, Musiktherapie, heilpädagogische Frühförderung, eine medizinische, psychologische sowie psychotherapeutische Behandlung, Fachpersonal aus der Sozialen Arbeit ist auch vertreten. Die Frühförderung an sich findet zuhause bei dem Kind und seiner Familie statt. Verschiedene Familienmitglieder und somit auch Geschwister sollen in die Arbeit so gut es geht miteinbezogen werden. Die Frühförderung zuhause ermöglicht es, die Eltern zeitlich zu entlasten und Stresssituationen zu vermeiden, weiters wird so auch mehr auf das kindliche Wohlbefinden geachtet.

Im Folgenden wird nun kurz auf die Unterschiede zwischen Frühförderung und den Frühen Hilfen eingegangen. Der Frühförderung wird eher ein medizinisches Modell zugeordnet, den Frühen Hilfen das psycho-soziale Modell, hierbei gibt es eine Problemzentrierung auf die Umwelt des Kindes. Bei der Frühförderung lebt man das Verständnis, dass eine Schädigung zu Entwicklungs- und Teilhabeschwierigkeiten führt, oder schon geführt hat. Bei den frühen Hilfen wird hingegen davon ausgegangen, dass die vorhandenen Umweltbedingungen dysfunktional für Entwicklungsschwierigkeiten sind und es so auch Beeinträchtigungen in der Teilhabe gibt. In der Frühförderung arbeiten Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sonderpädagog*innen, Sondererziehungspfleger*innen, sowie Krankenpfleger*innen und ausgebildete Frühförder*innen. Bei den frühen Hilfen hingegen sind Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen, Familienhebammen sowie Tagesmütter und -väter tätig (Pretis, 2020).

„Lernen auf Basis der Prinzipien von Lerntheorien stellt in der Frühförderung und den Frühen Hilfen einen methodischen Hauptansatzpunkt dar. Eigenaktives, forschendes Lernen sollte in einer ausgewogenen Balance zu inputorientierten Angeboten stehen“ (Pretis, 2020, S.60).

3.7.9.2 Physiotherapie

Die Aufgabe von Physiotherapeut*innen ist es, gesundheitliche Probleme zu erkennen, einen Therapieplan zu erstellen und durchzuführen sowie weitere Prozesse wie Dokumentation und Reflexion zu erledigen. Physiotherapie wird nach ärztlicher Anordnung von den Patient*innen in Anspruch genommen, auch während der Therapie kann eine erneute Rücksprache mit den Ärzt*innen zielführend sein. Weitere Aufgaben sind: Körperstellungen und Fehlstellungen festzustellen, Bewegungsmuster und Bewegungsverhalten zu erkennen und dementsprechend Therapien durchzuführen, weitere Maßnahmen zur Entwicklungs- oder Gesundheitsförderung nahelegen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

3.7.9.3 Logopädie

Die Therapie durch Logopäd*innen kann nach ärztlicher oder zahnärztlicher Überweisung geschehen. Der Tätigkeitsbereich in der Arbeit der Logopäd*innen ist es, Störungen in Bezug auf die Sprache, des Sprechens und der Stimme zu behandeln. Weiters werden in der Logopädie auch Schluck- oder Hörstörungen behandelt, ebenso werden sogenannte audiometrische Untersuchungen durchgeführt. Vor Behandlungsbeginn ist eine Identifizierung des Problems sowie eine Erstellung eines Therapieplans mit der Formulierung von Zielen nötig (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

3.7.9.4 Ergotherapie

Die Ergotherapie kann nach ärztlicher Anordnung durchgeführt werden. Ergotherapie richtet sich an Menschen mit Krankheiten oder Behinderung. In der Arbeit können handwerkliche oder gestalterische Tätigkeiten, das Üben der Selbsthilfe sowie auch die Überweisung an Spezialist*innen für die Erstellung von beispielsweise Schienen zielführend sein. Die Ergotherapeut*innen sollen die Handlungskompetenzen in den Bereichen der Motorik, Sensorik, Kognition und des Psychosozialen erfassen und die Handlungsfähigkeit

dementsprechend fördern. Ebenso wie bei der Physiotherapie wird vor Behandlungsbeginn ein Therapieplan erstellt, der Ziele festlegt, die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen sollen hierbei besprochen werden und in die Therapie miteinfließen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

4 Bedeutung der Familie

Der Begriff der Familie meint eine universale Struktur, die der im Vergleich zu anderen Säugetieren eine lange Schutzbedürftigkeit und danach Erziehungsbedürftigkeit unterliegt. Es ist eine große Veränderung in Bezug auf Familien zu verzeichnen. Die Konstruktion Familie hat sich über Jahrhunderte stark verändert. Es gab einen Wandel von der Großfamilie zur Kleinfamilie, das traditionelle Familienbild Vater-Mutter-Kind bildete sich aus, es gab Veränderungen im Bereich der sozialen Beziehungen. Früher waren die Ehe und die damit einhergehende Elternschaft eng verbunden, heute können die Beziehungen weit komplexer sein. Die Geschlechterrollen sowie die Mutter- und Vaterrolle haben sich verändert, den größten Wandel gab es in der Frauenrolle. Zudem steht nach der Familiengründung mit Kindern immer weniger das Paar im Vordergrund, die Kinder stellen den neuen Mittelpunkt dar. So kann sich der Eigenwert der Paarbeziehung verringern. In weiterer Folge erläutert Sabas (2021) auch, dass die Beziehungssysteme und das familiäre Zusammenleben einen Einfluss auf die Entwicklung eines Kindes haben können. So spielen in Bezug auf die Beziehungssysteme emotionale und kommunikative Aspekte eine große Rolle und tragen wesentlich zu einer gesunden Entwicklung bei. Familie soll die Grundbedürfnisse eines Kindes stillen, wie Nahrung, Zuneigung, aber auch Anerkennung. Weiters sollen Gefühle gezeigt, benannt und ausgelebt werden. Die Persönlichkeit des Kindes soll sich entfalten können.

Leipold (2015) macht deutlich, wie wichtig die soziale Unterstützung in Bewältigungssituationen ist. Die Nutzung von sozialen Ressourcen beeinflusst den Verlauf sowie die Bewältigung von kritischen Situationen. Weiters wird davon ausgegangen, dass kritische Ereignisse oder Situationen nicht nur das Individuum betreffen, sondern auch die Familie und den Freundeskreis. In diesem Zusammenhang können unterschiedliche Formen von sozialer Unterstützung genannt werden.

- Als erstes kann die instrumentelle soziale Unterstützung genannt werden, damit ist beispielsweise die finanzielle Unterstützung gemeint.
- Als nächstes ist die informative soziale Unterstützung bedeutend und meint Gespräche sowie Ratschläge.
- Zuletzt ist die emotionale soziale Unterstützung zu nennen. In Bezug auf die Emotionalität kann gesagt werden, dass es vielen Menschen hilft, wenn von anderen Mitgefühl oder Dankbarkeit ausgesprochen wird.

Das nachfolgende Zitat von Sabas (2021) macht deutlich, welche Faktoren für die Entwicklung eines Kindes wichtig sind.

„Für eine gesunde Entwicklung des Kindes sind emotionale und kommunikative Beziehungssysteme zwischen Eltern und Kind von großer Bedeutung“ (Sabas, 2021, S.24).

In Bezug auf die Frühgeburt des eigenen Kindes sind von der Wense und Bindt (2021) folgender Meinung:

„Am Thema der Frühgeburt lassen sich außerdem exemplarisch am besten die umfassenden Auswirkungen auf die Elternschaft und Kindesentwicklung beschreiben, die ein emotional belastendes und potenziell traumatisierendes Ereignis in der Perinatalzeit mittel- und langfristig mit sich führt“ (von der Wense & Bindt, 2021, S.19).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Frühgeburt die Familie stark beeinflusst. Es wird insbesondere die soziale Unterstützung als hilfreich erwähnt (Leipold, 2015). Grundsätzlich soll die Familie sowie die Paarbeziehung der beiden Elternteile einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben können (Sabas, 2021). Hier erwähnt Leipold (2015) das soziale und emotionale Unterstützung sowie die Nutzung von Ressourcen Bewältigungssituationen der Eltern positiv beeinflussen können. Weiters ist davon auszugehen, dass herausfordernde Situationen nicht nur das Individuum betreffen, sondern auch einen Einfluss auf die Familie und den Freundeskreis haben können.

4.1 Kommunikation zwischen medizinischen Fachpersonal und Eltern

Vonderlin(2012)erläutert,wiewichtigdieoffeneKommunikationzwischen demmedizinischen Fachpersonal und den Eltern ist. Eltern sollen in Behandlungsentscheidungen miteinbezogen werden. Dadurch können elterliche Gefühle wie Ohnmacht oder Hilfslosigkeit vermieden werden. Des Weiteren könnten durch verständliche Aufklärung durch das medizinische Personal Ängste der Eltern minimiert werden. Möglichkeiten der Einbeziehung in der Praxis:

- Es finden Informationsgespräche schon vor der Geburt statt (mit Gynäkolog*innen, Neonatolog*innen).
- Eltern haben die Möglichkeit an Visiten teilzunehmen und können Protokolle/ Arztbriefe einsehen.

- Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus/ der Klinik gibt es Elterngespräche, die zur Vorbereitung und Planung dienen (Vonderlin, 2012).

4.2 Resilienz von Eltern und was in herausfordernden Situationen stärkt

Traumatische Erlebnisse können unterschiedliche Folgen haben wie beispielsweise eine Depression, ein Burn-out oder eine posttraumatische Belastungsstörung. Letztere tritt bei etwa fünf bis zehn Prozent der Menschen auf, die ein traumatisches Erlebnis hatten. Generell lässt sich sagen, dass Trauma, sowie deren negativen Folgen individuell und daher auch sehr unterschiedlich sind. Es kann von einer großen Variationsbreite im Verlauf der Anpassung an einer neuen Situation, der Genesung oder sogar der positiven Entwicklung ausgegangen werden (Böhme, 2019).

In Krisensituationen ist es laut Walsh (2016) besonders wichtig, sich untereinander auszutauschen und miteinander zu kommunizieren. Die Kommunikation in der Familie soll einerseits dafür genutzt werden eigene Gedanken und Gefühle festzuhalten, andererseits kann dies einen wertvollen Beitrag zur Problemlösung leisten. Die gegenseitige emotionale Unterstützung gibt vielen Paaren in schwierigen Situationen Halt und ermöglicht es, das Erlebte wie beispielsweise den Tod eines Kindes zu überwinden. Findet diese Unterstützung nicht statt, kommt es in vielen Fällen zu einer Trennung oder einer Scheidung.

4.3 Familienresilienz: Faktoren und Aspekte, die zur Resilienz der Familie als Gesamtes beitragen

„Die Erkenntnis über die Bedeutung der Beziehungsgestaltung verweist darauf, dass die Familienmitglieder- und im Besonderen die Eltern- einen großen Einfluss darauf haben, ob die heranwachsenden Kinder (und Jugendlichen) Sicherheit, Wertschätzung, Unterstützung und Ermutigung erfahren und so die individuelle Resilienz gestärkt wird“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönau-Böse, 2021, S.44).

„Die Familienresilienz umfasst Einstellungen, Eigenschaften, Kompetenzen und Strategien (etwa Kommunikation und Problemlöseverhalten) von einzelnen Familienmitgliedern und Familien insgesamt, die dazu beitragen, widerstands- und anpassungsfähig in Anbetracht von Krisensituationen zu sein und diese gemeinsam zu überstehen“ (Sonnenmoser, 2016, S.170).

Mit den obig genannten Krisensituationen meint Sonnenmoser (2016) die Geburt eines Kindes, Krankheit und Behinderung, Arbeitslosigkeit, verschiedene Traumata, die Trennung oder die Scheidung sowie Umweltkatastrophen, Armut, Kriege oder Flucht. Resiliente Familien können an folgenden Merkmalen und Faktoren ausgemacht werden:

- Resiliente Familien verbringen viel Zeit miteinander, man unterstützt einander
- Eine offene Kommunikation ist ebenso von großer Bedeutung,
- Wie die Problemlösefähigkeit, Regulierung von Emotionen und die gemeinsame Zielsetzung.
- Weiters wird die sichere Bindung der Familienmitglieder sowie Zusammenhalt genannt.
- Der wertschätzende Umgang miteinander ist wichtig.
- Resiliente Familien teilen Werte sowie Glaubensrichtungen.

Walsh (2016) spricht dann von familiärer Resilienz, wenn es zur Bewältigung von unterschiedlichen belastenden Lebensumständen kommt. Die Familie kann durch diesen Prozess gestärkt hervorgehen und bestehende Ressourcen in Zukunft sinnvoll einsetzen. Doch nicht nur die Familie als Ganzes lernt mit Herausforderungen besser umzugehen, die Bewältigung von problematischen Lebensphasen erweitert und stärkt auch die Fähigkeiten jedes einzelnen Familienmitglieds. Dieses Modell wenden Familientherapeut*innen an, um Familien bei schon langen bestehenden Problemen und Krisensituationen zu helfen. Auf der einen Seite werden die Stärken und besonderen Fähigkeiten der einzelnen Familienmitglieder ausfindig gemacht, auf der anderen Seite wird mit Ansätzen gearbeitet, um sogenannte Schlüsselprozesse ausfindig zu machen, die zur Bewältigung einer Situation beitragen können.

Walsh (2003) konnte in ihrer früheren Arbeit neun Schlüsselprozesse festlegen, die für die Familienresilienz unabdingbar sind. Diese neun Schlüsselprozesse werden unterteilt in grundlegende Glaubenssätze, organisatorische Bedingungen und kommunikative sowie problemlöse Fähigkeiten. In einem ersten wichtigen Prozess der grundlegenden Glaubenssätze geht es darum, belastende Lebensumstände als überstehbar anzusehen und zu normalisieren, dass es negative Erfahrungen gibt. Im zweiten Prozess geht es um das positive optimistische Denken, weiters soll mithilfe von Hoffnung, Selbstbewusstsein, Mut, Stärke, und den Blick auf das Potential eine Bewältigung gelingen. In diesem Prozess ist es auch wichtig, einerseits eine Initiative und Selbstwirksamkeit zu zeigen, um etwas zu ändern,

aber andererseits auch zu erkennen, wenn Situationen nicht verändert werden können. Der nächste Prozess meint Spiritualität, Inspiration und Transformation. Der Glaube an sich sowie Rituale, Möglichkeiten zum kreativen Ausdruck und Inspiration durch andere sorgen so dafür, dass es zu Prozessen der Transformation kommt. Hierunter versteht man Lernprozesse, Veränderungen und das Wachsen durch die Bewältigung der Situation. Der vierte Prozess stellt die Flexibilität dar und meint damit offen für Neues und für Veränderungen zu sein und Stabilität zu zeigen. In Bezug auf diesen Prozess spielt der Erziehungsstil der Eltern eine wichtige Rolle, ebenso ist es von Bedeutung, dass beide Elternteile als gleichwertig betrachtet werden. Der fünfte Prozess meint die Verbundenheit und damit gegenseitige Unterstützung, Respekt von Grenzen, Unterschieden und Bedürfnissen. Ebenso zählt hier die Arbeit zur erneuten Verbundenheit und zur Versöhnung bei verletzten Beziehungen. Der nächste Prozess beinhaltet soziale und ökonomische Ressourcen, hier soll beispielsweise an sozialen Netzwerken und der finanziellen Sicherheit gearbeitet werden. Der siebente Prozess umfasst die Klarheit in Bezug auf gemeinsame Gespräche, Handlungen und auch ehrliche Gespräche. Der achte Prozess nennt sich der offene emotionale Ausdruck, hiermit ist das Teilen von Gefühlen wie Freude, Sorgen, Ängste und Schmerz gemeint. Weiters gehört zu diesem Prozess das empathische Reagieren auf andere Menschen und Verantwortung für eigene Gefühle sowie das eigene Handeln zu übernehmen. Der letzte und neunte Prozess der Familienresilienz meint das gemeinsame Problemlösen. Hierbei kann mithilfe von Brainstorming nach allen Möglichkeiten zur Lösung des Problems gesucht werden, weiters sollen alle Familienmitglieder an Entscheidungsprozessen beteiligt sein. Der Fokus liegt auf den Zielen und dem Erfolg, durch Misserfolge soll gelernt werden. Weiters soll eine proaktive Haltung eingenommen werden, mögliche auftretende Probleme in der Zukunft sollen frühzeitig erkannt und so verhindert werden. Durch das Üben der Problemlösefähigkeit aller Familienmitglieder ist man in Bezug auf zukünftige Probleme und Lebensumstände besser vorbereitet (Walsh, 2003).

5 Probleme, Schwierigkeiten und Herausforderungen für Elternteile nach der Frühgeburt ihres Kindes

Die Frühgeburt eines Kindes und die somit verkürzte Schwangerschaft ist eine große Belastung für beide Elternteile. Bei extremen frühgeborenen Kindern nehmen die Mütter kaum körperliche Veränderungen wahr. Die wichtige Vorbereitung auf die Geburt und das Kind geht verloren. Oftmals findet die Geburt des Kindes auch unter schwierigen Bedingungen statt, wie beispielsweise bei einer Notsectio.

„Die Früh- und Risikogeburt birgt viele Risiken für die Entwicklung des Kindes, aber auch für die psychische Gesundheit der Elternrolle und der Eltern-Kind-Beziehung“ (Jotzo, 2012, S. 366).

5.1 Hürden und Probleme von Eltern mit Frühchen

Die Frühgeburt eines Kindes führt laut Jotzo (2012) bei den Eltern meist zu einer akuten Belastungssituation. Zum einen ist diese Phase durch Ängste und Sorgen geprägt, zum anderen wird der Beziehungsaufbau zum Kind erschwert. Sarimski (2021) betont, dass die Frühgeburt eines Kindes ein einschneidendes Erlebnis für die Mutter ist. Oft werden die Kinder nur wenige Wochen nach den ersten spürbaren Bewegungen des Säuglings im Mutterleib geboren. Die Entwicklung einer Bindung wird durch die Frühgeburt unterbrochen und somit erschwert. Frauen verspüren hier häufig ein Gefühl des Versagens, der Hilfslosigkeit und die Verlustangst ihres Babys.

Nicht selten kommt es vor, dass Verunsicherungen, Unsicherheiten und Selbstzweifel noch lange nach der Entlassung nachwirken und so den Umgang mit dem Kind beeinträchtigen (Jotzo, 2012). In Bezug auf die Paarbeziehung der beiden Elternteile ist die Bewältigung dieser Situation belastend. Scharpf (2021) erläutert, dass die Belastung durch die Frühgeburt eines Kindes für die Eltern enorm ist. Als hilfreich und unterstützend hat sich hier die neonatologische Betreuung eines multiprofessionellen Fachpersonals erwiesen.

„Die Entwicklung und Festigung von elterlichem Selbstbild, Kontrollüberzeugungen und Selbstvertrauen in die Elternrolle wird gestört“ (Jotzo, 2012, S. 366).

Es gibt einige Auswirkungen, die bei Eltern auftreten: einerseits kommt es zu Erschöpfungszuständen sowie zu unkontrollierbaren Ängsten, andererseits können auch psychosomatische Beschwerden auftreten (Jotzo, 2012).

5.2 Finanzielle Unterstützung/Förderungen und Beihilfen für Eltern mit Frühchen

Grundsätzlich gibt es in Österreich acht Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt eines Kindes ein absolutes Beschäftigungsverbot, man spricht hier von dem sogenannten Mutterschutz. In diesem Zeitraum wird kein Gehalt ausgezahlt, das sogenannte Wochengeld ist Ersatz dafür. Wenn ein Kind vor dem errechneten Termin auf die Welt kommt, wird das Wochengeld für maximal 16 Wochen ausgezahlt. Das Wochengeld wird auf Grundlage der letzten drei durchschnittlichen Nettogehälter berechnet (Kammer für Angestellte und Arbeiter in der Steiermark, 2024b). Das Bundesministerium für Finanzen (2024) in Österreich allgemein sieht bei Frühgeburten einen Wochengeldbezug von zwölf Wochen vor. Wie obig auch schon erwähnt, kann die Wochengeldauszahlung für maximal 16 Wochen erfolgen. Wenn die Schutzfrist vor der Geburt gar nicht oder nur zum Teil wahrgenommen wird, wird sie um jene Wochen verlängert, die zum Beispiel durch eine Frühgeburt des Kindes nicht wahrgenommen werden konnten.

Für Väter gibt es die Möglichkeit eines sogenannten Papamonats. Hierbei gibt es eine Vorankündigungsfrist des werdenden Vaters an seinen Arbeitgeber (drei Monate vor errechneten Geburtstermin des Kindes) zudem muss der Beginn des Papamonats und der Geburtstermin angekündigt werden. Von der Vorankündigung bis einem Monat nach dem angetretenen Papamonats gibt es einen Kündigungs- und Entlassungsschutz. Im Papamonat erhalten die Väter kein Gehalt. In dieser Zeit wird stattdessen der sogenannte Familienzeitbonus ausbezahlt, dieser beträgt ab 2024 täglich 52,46 Euro. Dieser Familienzeitbonus kann erst dann beantragt werden, wenn sowohl die Kindesmutter als auch das Kind aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Wenn (wie z.B. durch eine Frühgeburt des Kindes) ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, wird der Familienzeitbonus auch ausgezahlt, die einzige Voraussetzung ist die, dass es durch den Vater zu einer Pflege oder Betreuung seines Kindes im Krankenhaus kommen muss (täglich mindestens zwei Stunden) (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark, 2024a).

Hat das Kind, das zu früh geboren wurde, eine Behinderung, so kann eine erhöhte Familienbeihilfe angesucht werden. Voraussetzung dafür ist, dass das Kind einen Grad der Behinderung von mindestens 50 Prozent aufweist. Die erhöhte Familienbeihilfe beträgt 180,90 Euro, nach dem Stand vom 1. Jänner 2024. Dieser Betrag wird zusätzlich zu der Familienbeihilfe ausbezahlt. Nach der Antragsstellung kommt es zu einer Untersuchung von zuständigen Ärzt*innen (Bundeskanzleramt Österreich, 2024c).

Wenn ein Behindertenbescheid bei einem Kind vorliegt, gibt es die Möglichkeit Pflegegeld zu erhalten. Hierbei ist besonders bei Säuglingen und Kleinkindern zu erwähnen, dass die Pflege des Kindes mit Behinderung über das altersübliche Maß der Pflege hinausgehen muss, um von einem erhöhten Pflegebedarf sprechen zu können. Das Pflegegeld wird je nach Bedarf in eine von sieben Stufen eingeteilt und dementsprechend ausbezahlt (Bundeskanzleramt Österreich, 2024b).

6 Empirischer Teil

6.1 Forschungsfragen

In dieser Masterarbeit geht es um die Resilienz von Familien mit Frühchen. Es sollten mithilfe von leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Elternteilen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Wie beeinflusst eine Frühgeburt das Kind und die Elternteile?
- Welchen Einfluss hat die Frühgeburt auf die Resilienz des Kindes und der Elternteile?
- Welche Therapien, Förderungen und Unterstützungsangebote werden als hilfreich beschrieben und inwieweit hatten diese einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes sowie der Eltern?
- Wie wurde die Beziehung der Eltern während dieser herausfordernden Zeit wahrgenommen und welche Faktoren werden dabei als unterstützend oder belastend wahrgenommen?

Weiters werden in der vorliegenden Arbeit auch noch Themen behandelt wie der Umgang mit Eltern von Frühchen durch Expert*innen und Fachpersonal, persönliche Erfahrung aus dem beruflichen Kontext sowie hilfreiche Unterstützungsangebote und Therapiemaßnahmen.

Die Elternteile erzählen von ihren Geburtserfahrungen und der ersten Zeit im Krankenhaus sowie danach. Dabei können hilfreiche sowie unterstützende oder belastende Faktoren festgemacht werden, die die herausfordernde Zeit entweder positiv und negativ beeinflusst haben.

Zudem wird geklärt, was Eltern, die ein Frühchen erwarten oder haben helfen und unterstützen kann. Dazu haben sowohl die Expertinnen als auch die Elternteile Wünsche, Tipps und Empfehlungen für Eltern mit Frühchen formuliert.

7 Forschungsmethodologie

7.1 Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich zum einen aus den Eltern und zum anderen aus den Expert*innen zusammen. Die frühgeborenen Kinder der Eltern wurden alle im LKH-Graz betreut. Es erklärten sich drei Mütter sowie einmal eine Mutter und ein Vater für das Interview bereit. Die Kinder kamen zwischen der 23. und der 27 Schwangerschaftswoche zur Welt, das Geburtsgewicht lag zwischen 300 und 700 Gramm. Laut Müller-Rieckmann (2022) werden diese Säuglinge als extreme Frühgeborene eingeordnet, da diese vor der 28. Schwangerschaftswoche auf die Welt gekommen sind. Die Kinder wurden zwischen 2018 und 2020 geboren und sind demnach heute zwischen 4 und 6 Jahren alt.

Als Expertinnen erklärten sich eine Ärztin auf der Neonatologie des LKH-Graz, eine Psychologin, die ebenso unter anderem auf der Neonatologie im LKH-Graz tätig ist, sowie eine Sozialpädagogin, die bei den Frühen Hilfen in Graz tätig ist für das Interview bereit.

7.2 Untersuchungsmethoden

Die Untersuchungsmethoden sind für die Elternteile qualitative Interviews in Form eines leitfadengestützten Interviews sowie die Analyse der durch die Eltern ausgefüllten Netzwerkkarte. Bei den Expert*inneninterviews gab es ebenso einen Leitfaden für die Führung des Interviews.

Sowohl bei den Eltern, als auch bei den Expert*inneninterviews wurde darauf geachtet, die Leitfragen in Kategorien einzuteilen. Die Kategorien bei den Elterninterviews waren nach einer Einstiegsfrage:

- Schwangerschaft
- Die Zeit nach der Frühgeburt und die erste Zeit im Krankenhaus
- Professionelle und familiäre Unterstützung
- Beziehung und Partnerschaft
- Finanzielle Unterstützung
- Entwicklung des Kindes
- Blick in die Zukunft: Tipps, Ratschläge und Wünsche für Eltern mit Frühchen

Die Kategorien der Expert*innen-Interviews sind:

- Ausbildungs- sowie Berufsweg
- Tätigkeitsfelder
- Einfluss der Frühgeburt auf das Kind und die Eltern
- Positive Erfahrungsberichte sowie unterstützende Faktoren
- Blick in die Zukunft: Tipps, Ratschläge und Wünsche für Eltern mit Frühchen

Eine Auflistung aller Kategorien inklusive Subkategorien sowie eine Beschreibung und Erklärung zur Unterstützung während des Codierens findet sich im Anhang.

7.3 Untersuchungsinstrumente

Für diese vorliegende Masterarbeit wurden zwei Untersuchungsinstrumente verwendet. Zum einen wurde sowohl für die Elternteile von Kindern, die zu früh geboren wurden, als auch für die Expert*innen ein leitfragengestütztes Interview verwendet. Zum anderen wurde zusätzlich zu den Interviews mit den Elternteilen eine Netzwerkanalyse nach Pantucek-Eisenbacher (2019) durchgeführt.

7.3.1 Qualitatives Interview mit Leitfaden

Heiser (2024) erläutert, dass das Leitfadeninterview das zentrale Instrument von Expert*inneninterviews ist. Der Leitfaden soll relevante Themen beinhalten und sich als hilfreich im Gespräch erweisen. In jedem Fall soll flexibel auf das Erzählte reagiert werden, Fragen können an den individuellen Interviewverlauf adaptiert werden. Kleemann, Krähnke und Matuschek (2013) sehen die Methode der Leitfadeninterviews als die gängigste Methode in der qualitativen Forschung an. Das Leitfadeninterview zeichnet sich dadurch aus, dass Themen vorab durch Interviewer*innen festgelegt werden. Diese Themen werden in Form von Fragen formuliert und können den Interviewpartner*innen Impulse und Anregungen im Gespräch geben. Der Leitfaden stellt daher eine wichtige strukturelle Grundlage dar und dient zudem als Unterstützung. Wichtig hierbei ist zu erwähnen, dass die Reihenfolge der Themen nicht zwingend eingehalten werden muss. Den Interviewpartner*innen wird mit dieser Interviewform ermöglicht, offen über eine Thematik zu sprechen. Die Interviewer*innen können hierbei Aspekte oder Gesichtspunkte mit in das Erzählte einbringen und mit Nachfragen vertiefend auf Interessantes eingehen. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu erwähnen, dass das Leitfadeninterview nicht durch die Interviewführung beeinflusst werden soll.

7.3.2 Netzwerkkarten

„Die Netzwerkkarte ist ein diagnostisches Instrument, das auf einem soliden theoretischen Hintergrund beruht, die Vorteile des bildgebenden Verfahrens aufweist, weitgehende interpretative Möglichkeiten eröffnet und gleichzeitig gut für kooperative Diagnostik geeignet ist“ (Pantucek-Eisenbacher, 2019, S. 188).

Bei der Erstellung einer Netzwerkkarte befindet sich die sogenannte Ankerperson (die Person, die interviewt wird) in der Mitte und wird als Punkt dargestellt. Das Papier wird geviertelt. Den ersten Sektor stellt die Familie dar. In diesem Sektor werden Familienmitglieder mit Punkten und Beschriftung eingezeichnet. Familiäre Beziehungen und Verwandtschaften sind so erkennbar. Im zweiten Sektor werden Freund*innen sowie Bekannte eingezeichnet. Der dritte Sektor meint Kolleg*innen aus dem beruflichen Kontext. Der vierte und letzte Sektor beinhaltet professionelle Helfer*innen. Damit gemeint sind beispielsweise medizinisches Personal, Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen, aber auch Therapeut*innen. Grundsätzlich gilt, dass die Punkte zweier Personen miteinander verbunden werden, wenn diese eine Beziehung haben. Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass es nicht reicht, dass sich die beiden Personen kennen, hier muss tatsächlich eine Beziehung stattfinden. In der Netzwerkkarte gibt es sogenannte *Cluster*, das sind Personen, die alle miteinander in Verbindung und Beziehung stehen. Beispiele hierfür sind die enge Familie und die Freundesgruppe. Unter einem *Star* versteht man eine Person, die am meisten Verbindungen mit anderen Menschen hat, diese Person wird als sehr einflussreich in Bezug auf das Netzwerk wahrgenommen. Diese Person meint beispielsweise die Mutter oder Partner*in.

Das Ausfüllen der Netzwerkkarte ist sowohl händisch auf einem vorgefertigten ausgedruckten Blatt Papier als auch am Notebook mithilfe eines speziellen Programms, das sich *easyNWK* nennt, möglich (Pantucek-Eisenbacher, 2019). In diesem Fall wurde der Einfachheit halber auf Stift und Papier zurückgegriffen. Während der Durchführung wurde darauf geachtet, wie die Personen bestimmte Punkte und Personen einzeichnen. Grundsätzlich haben alle Elternteile von sich aus zu erklären begonnen, diesen Erläuterungen wurde konzentriert gefolgt, um später die Beziehungen zwischen den Personen einzeichnen zu können. Bei einem sicheren Wissen von der Existenz mancher Menschen, wie beispielsweise Therapeut*innen des Elternteils selbst oder des Kindes, sollte nachgefragt werden, falls diese nicht eingezeichnet wurden. Eine Hilfe war hier auch, dass zuvor die Interviews geführt

wurden und im Nachhinein erst mit der Netzwerkanalyse begonnen wurde. So wurden schon im Interview einige wichtige oder unterstützende Personen genannt, dies ermöglichte einen guten Einblick über die Netzwerke der Elternteile.

Grundsätzlich liegt laut Pantucek-Eisenbacher (2019) die durchschnittliche Anzahl der Netzwerkgröße zwischen sechs und zwanzig. Größere Netzwerke können zum einen für umfangreiche Ressourcen stehen, andererseits kann es aber auch sein, dass es viele schwache Beziehungen gibt. Die Berechnung der Netzwerkdichte findet nach Pearson statt, dazu wird folgende Formel verwendet:

$$n / \{ [N (N-1)] / 2 \} = \text{Netzwerkdichte}$$

n stellt hierbei die Zahl an verbundenen Punkten (die Paare) im Netzwerk dar, alle Personen, die zueinander in einer Beziehung stehen werden, abgezählt. Hierbei wird darauf geachtet jedes Paar nur einmal zu zählen. N stellt die gesamte Anzahl an eingezeichneten Punkten/ Personen im Netzwerk dar. Die Ankerperson wird beim N nicht miteinberechnet. Das Ergebnis der Netzwerkdichte kann zwischen 0,00 und 1,00 liegen. Je näher die errechnete Zahl an 0,00 liegt, desto mehr Einzelpersonen sind vorhanden, die nicht miteinander in Beziehung stehen. Liegt die errechnete Dichte näher an 1,00, hat jede Person, die in der Netzwerkkarte eingezeichnet wurde, mit einer anderen Person eine Beziehung. Grundsätzlich wird eine Netzwerkdichte ab 0,5 als hoch eingeschätzt. In Bezug auf die Interpretation der Ergebnisse muss hier erwähnt werden, dass diese Dichte nur im Verhältnis zur Netzwerkgröße interpretiert werden kann. Bei größeren Netzwerken, in der mehr als 25 Personen eingezeichnet werden, kann daher nur eine Dichte von unter 0,1 erwartet werden.

7.4 Auswertungsmethoden

Da die Interviews in mündlicher Form stattfanden und mithilfe einer Sprachaufzeichnung aufgenommen wurden, mussten diese vor der Auswertung und der Interpretation der Ergebnisse in schriftliche Form überführt werden. Für die Transkription der Interviews wurde auf das Programm „Trint“ zurückgegriffen. „Trint“ ermöglicht es (für 7 Tage kostenlos) Audiofiles hinaufzuladen und diese dann transkribieren zu lassen. In einem ersten Schritt nach dem Hochladen des Audiofiles wird die gesprochene Sprache ausgewählt. Nachdem

die Transkription aufscheint, können die einzelnen Textpassagen ausgewählt und als korrekt markiert werden. Textpassagen, die Fehler beinhalten wie dialektbedingte Verständnisfehler, werden im Nachhinein überarbeitet. Alle ausgewählten Textpassagen können nun als ein Word Dokument heruntergeladen werden. Im letzten Schritt wird der transkribierte Text mit dem Audiofile abgeglichen, und gegebenenfalls ausgebessert und überarbeitet. Die Vorteile von „Trint“ sind zum einen, dass diese Website den genauen Zeitpunkt mitprotokolliert, wann die gesprochene Textpassage vorkommt. Diese Zeitmarken können dann hilfreich sein, wenn man bestimmte Stellen im Transkript in der aufgezeichneten Sprachaufnahme nachhören möchte. Zum anderen erkennt diese Website genau, wer gerade spricht und versieht Textpassagen mit einer Nummerierung (Speaker 1, 2 oder 3).

7.4.1 Fokussierte Interviewanalyse nach Kuckartz

Die Analyse der Transkripte wurde mit dem Programm MAXQDA durchgeführt. Mithilfe dieses Programms ist es möglich, Transkripte nach zuvor angefertigten Kategorien (siehe Anhang) zu codieren.

Da die Eltern- und die Expert*inneninterviews nach der fokussierten Interviewanalyse von Kuckartz codiert, analysiert und ausgewertet wurden, wird diese genauer beschrieben. Wie in der Abbildung 11 von Kuckartz und Rädiker (2024) veranschaulicht, besteht diese Methode Interviews zu analysieren aus sechs Schritten, die aufeinander aufbauen.

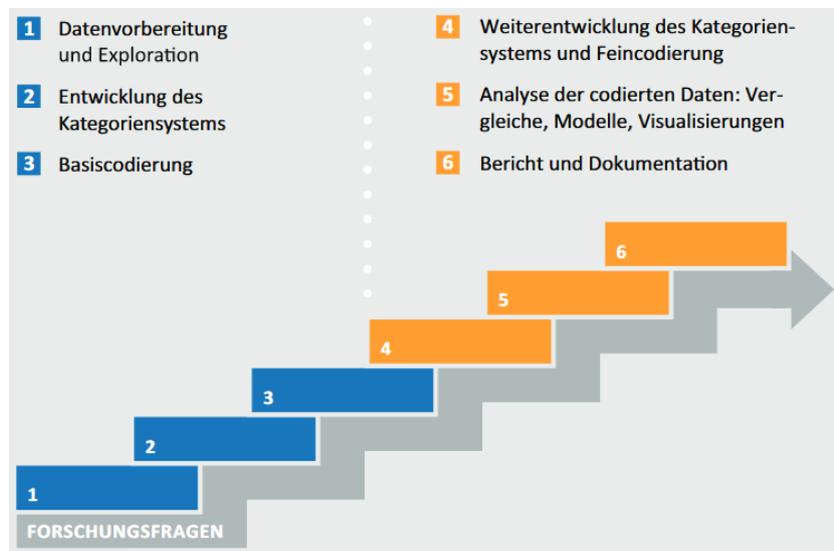


Abbildung 11:

Die sechs Schritte der fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2024, S.XXII).

Im ersten Schritt geht es darum, die erhobenen Daten für die spätere Analyse vorzubereiten. Dies bedeutet die Aufnahme vom Interview zu transkribieren, hierbei gilt es sich laut Kuckartz und Rädiker (2024) an folgende Regeln zu halten:

- Jeder Sprechbeitrag hat einen Absatz, dazwischen wird aufgrund der besseren Lesbarkeit eine Leerzeile eingefügt.
- Die Sprechbeiträge sollen durch Kürzel gekennzeichnet werden, diese Kürzel stehen immer am Beginn eines Beitrags.
- In Bezug auf die Transkription wird wörtlich transkribiert, das Gesprochene darf dem Schriftdeutsch adaptiert werden.
- Wortwiederholungen sind zu transkribieren, ebenso grammatische Fehler wie beispielsweise die falsche Verwendung eines Artikels. Lautäußerungen werden nur dann transkribiert, wenn sie den Redenfluss unterbrechen.
- Interviews, in denen Dialekte gesprochen werden, sollen so gut wie möglich ins Hochdeutsch überführt werden.

- Wenn mehrere Personen im Interview zur selben Zeit sprechen und sich in einen anderen Sprechbeitrag integrieren, wird das Gesagte in Klammer gesetzt.
- Lange Sprechpausen werden mit einer Klammer und Punkten deutlich gemacht. Weiters werden Lautäußerungen wie ein Stöhnen oder ein Lachen in Klammern notiert.
- Zu guter Letzt wird darauf geachtet, dass alle Angaben anonymisiert wurden.

Kuckartz und Rädiker (2024) betonen wie wichtig es ist, die erstellten Transkripte (wie in diesem Fall mit dem Programm Trint) noch mit der Audioaufnahme abzugleichen und das Transkribierte zu kontrollieren.

Im zweiten Schritt geht es darum ein Kategoriensystem zu entwickeln, dies ist für die Basiscodierung von großer Bedeutung. Als Stütze für die Entwicklung der Kategorien kann der Interviewleitfaden dienen. Hierbei ist wichtig zu betonen, dass es nicht den einen richtigen Weg in der Kategorisierung gibt, so ist es auch möglich, dass mehrere Interviewleitfragen von einer einzigen Kategorie abgedeckt werden können oder eine Frage mehrere Kategorien beinhaltet. Auch in Bezug auf die Bezeichnung der Kategorien gibt es hier Freiheit. Unbedingt notwendig ist es jedoch, dass Aspekte der Forschungsfragen sich in den Kategorien wiederfinden und in engem Zusammenhang stehen. Zusätzlich kann auch noch eine Kategorie für Aussagen erstellt werden, die in der Auswertung und der Diskussion als Zitat verwendet werden können.

Der dritte Schritt stellt die Codierung dar, das nachfolgende Zitat beschreibt, was man unter einer Codierung versteht:

„Formal betrachtet besteht eine Codierung also immer aus zwei Elementen: einer Textstelle und einer zugeordneten Kategorie und man spricht dann von einer codierten Textstelle oder einem codierten Segment“ (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 46).

In der ersten Phase der Codierung geht es vor allem darum, den Großteil des Inhalts zu codieren. Hierbei werden Textpassagen der jeweiligen Kategorie oder den jeweiligen Kategorien zugeordnet, es kann auch vorkommen, dass ein Abschnitt zwei Kategorien zugeordnet werden kann. Allgemein ist es beim Basiscodieren wichtig, Codierregeln festzulegen, wie beispielsweise mit Mehrfachnennungen in den Interviews umgegangen wird.

Nach dem Basiscodieren kommt in einem vierten Schritt die Feincodierung hinzu, hierbei wird das Kategoriensystem überarbeitet, weiterentwickelt und dementsprechend erneut codiert. Hierzu gibt es eine Reihenfolge an Zwischenschritten, die wesentlich zum Gelingen beitragen:

1. In Bezug auf die Kategorien kann hier im ersten Zwischenschritt eine Reihenfolge zur Bearbeitung festgelegt werden.
2. Als nächstes gilt es sich einen Überblick über die Kategorie, die Codierungen und die Inhalte zu machen.
3. Als dritter Zwischenschritt wird über die Ausdifferenzierung der Inhalte in Unterkategorien oder Subkategorien entschieden. Hier sollten sich Fragen zur Verständlichkeit und zur Häufigkeit gestellt werden.
4. Besonders wichtige Inhalte sollen in den Kommentaren festgehalten und vermerkt werden.
5. Im letzten Schritt werden alle basiscodierten Transkripte erneut mit den erstellten Subkategorien überarbeitet. Dieser Schritt wird Feincodierung genannt.

Der fünfte Schritt der fokussierten Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) bezieht sich auf die Analysemöglichkeiten nach der abgeschlossenen Basis- und Feincodierung. Hierbei kann man sich zu folgenden Themen Fragen stellen: zu Unterschieden, Gemeinsamkeiten, Erklärungsmöglichkeiten für Antworten, Formulierungen, der Zusammenhang von Kategorien und Subkategorien untereinander sowie die Ausarbeitung besonderer Fälle. Die besonderen Fälle erkennt man einerseits an der Länge des Interviews, wenn es beispielsweise besonders lange war, wenn in Bezug auf den Inhalt viele Standpunkte der Person verwendet werden oder wenn sich beim Codieren eine Häufung an codierten Textpassagen zeigt. Es gibt viele Analyseformen, wobei empfohlen ist, sich auf einige wenige zu beschränken. Mögliche Analysemethoden sind: Inhalte zu analysieren, die Häufigkeiten auszuwerten, Zusammenhänge zu ermitteln, Fälle oder Gruppen zu untersuchen sowie zu vergleichen, Übersichten mit Tabellen oder Zusammenfassungen anzufertigen, weiters kann eine Erstellung von sogenannten Concept-Maps oder Modellgrafiken hilfreich sein.

Der sechste und letzte Schritt bezieht sich auf das Schreiben eines Berichtes sowie dem Dokumentieren. In Bezug auf den Bericht erwähnt Kuckartz und Rädiker (2024) die Wichtigkeit von der Verwendung direkter Zitate, diese geben der Diskussion Lebendigkeit und lassen diese authentisch wirken. Im Text selbst dürfen auch Widersprüche und Differenzen in den einzelnen Interviews aufgezeigt und genauer erläutert werden.

8 Analyse und Ergebnisdarstellung der Interviews

Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse der Expertinneninterviews dargestellt. Im Anschluss findet sich die Analyse und Ergebnisdarstellung der Elterninterviews. Um die Namen der Interviewteilnehmer*innen zu schützen werden bei den Expertinnen lediglich ihre Berufsbezeichnung genannt. Bei den Eltern gibt es Kürzel, der Buchstabe M steht hierbei für Mutter, die hinzugefügte Zahl (von eins bis vier) soll helfen, die Aussagen der einzelnen Mütter auseinander zu halten. Der Buchstabe V steht als Abkürzung für Vater. Bei einem Interview wurden beide Elternteile interviewt, dies wurde durch die gleiche hinzugefügte Zahl gekennzeichnet, M1 und V1.

Im Folgenden wird das erstellte Codesystem aus MAXQDA dargestellt. Hier ist ersichtlich, wie viele Segmente pro Kategorie codiert wurden und wieviel Prozent die codierten Segmente von den gesamt zitierten Stellen ausmacht.

	Segmente	Prozent
Ausbildungs- und Berufsweg der Expertinnen	12	2,40
Tätigkeitsfelder der Expertinnen	26	5,21
Wahrnehmung einer Frühgeburt	53	10,62
Erfahrungen aus der Praxis	25	5,01
Umgang mit Erlebnissen der Expertinnen	12	2,40
Familie	15	3,01
Schwangerschaft	38	7,62
Frühgeburt- erste Zeit im Krankenhaus und danach	97	19,44
Professionelle Unterstützung, Therapie, Maßnahmen	28	5,61
Familiäre Unterstützung und soziales Umfeld	11	2,20
Beziehung und Partnerschaft	36	7,21
Finanzielle Unterstützung	27	5,41
Entwicklung des Kindes	31	6,21
Wünsche, Tipps und Ratschläge für Eltern mit Frühchen	24	4,81
Zitate	64	12,83
GESAMT	499	100,00

Tabelle 2: Codesystem aus MAXQDA

8.1 Expertinneninterviews

Wie schon zuvor genannt, wurden hier eine Ärztin, eine Psychologin und eine Sozialpädagogin interviewt. In Bezug auf das Thema der Resilienz fällt auf, dass die Expertinnen wenig Bezüge in diesem Bereich mitbringen. Eine andere Psychologin sowie eine Sozialpädagogin haben kurz vor dem Termin für das Interview abgesagt, genannte Gründe waren wenig bis keine Erfahrung in der Betreuung von Frühcheneltern sowie kaum Kenntnisse oder Expertise hinsichtlich der Resilienz von Kindern, Erwachsenen oder Familien.

8.1.1 Ausbildungs- und Berufsweg sowie Tätigkeitsfeld der Expertinnen

Die Ärztin, die auf der Neonatologie am LKH-Graz tätig ist, hat nach ihrem Medizinstudium die Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde gemacht und sich danach in der Arbeit auf der Intensivstation auf die Entwicklungsneurologie von neugeborenen und frühgeborenen Kindern spezialisiert (Ä, 15-17). Ihr Tätigkeitsfeld besteht neben der akuten Behandlung von Frühgeborenen und Notfällen auf der neonatologischen Intensivstation auch aus Untersuchungen, Visiten, Therapieänderungen und Entlassungen (A, 25-28).

Die Psychologin hat neben ihrem Doktoratstudium der Psychologie (P, 48-49) noch einige Zusatzausbildungen, die in der begleitenden Arbeit auf der neonatologischen Intensivstation von großer Bedeutung sind, diese sind: Ausbildung zur klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin (P, 16-20), entwicklungsfördernde Neonatalbegleiterin, Ausbildung zur Traumapsychologin, Notfallpsychologin sowie Kinder-, Jugend-, und Familienpsychologin. Zusätzlich hat sie noch eine Ausbildung in der entwicklungspsychologischen Beratung gemacht und sich in der Forschung habilitiert (P, 70-73). Die tägliche Arbeit besteht aus der stationären Elternbetreuung sowie der Entwicklungsdiagnostik und der Forschung (P, 52). Weiters soll eine Krisenintervention sowie eine Stabilisierung der Eltern stattfinden, diesen Tätigkeiten wird eine große Bedeutung zugeschrieben (P, 160).

Die Sozialpädagogin, die heute bei den Frühen Hilfen tätig ist, hat neben dem Kolleg für Sozialpädagogik (S, 20) eine Ausbildung zur Frühförderin und Autismustrainerin absolviert (S, 28-29). In der täglichen Arbeit ist die Vernetzungsarbeit von großer Bedeutung (S, 5-7). Grundsätzlich geht es bei den Frühen Hilfen um eine Entlastung und Unterstützung der Familien, Eltern werden beratend begleitet und Termine können auf Wunsch gemeinsam wahrgenommen werden (S, 13-90).

8.1.2 Umgang mit den Eltern in der täglichen Arbeit

Im Umgang mit den Eltern erwähnt die Ärztin, dass es oft Schwierigkeiten gibt, sich in die Lage der Eltern hineinzusetzen. So ist das medizinische und pflegerische Personal ein eingespieltes und routiniertes Team, jedoch darf hierbei nicht vergessen werden, dass diese Situation, in der die Eltern sich befinden, anders ist, als sie es vielleicht erwartet haben (Ä, 55-58). Weiters wird erwähnt, dass die Eltern generell wenig Mitentscheidung haben (Ä, 77).

Die Psychologin ist der Meinung, dass es in der Arbeit mit den Eltern darum geht, behutsam, empathisch, und überlegt zu arbeiten. Es muss eingeschätzt werden, wie viel oder wenig Ruhe und Distanz die Eltern benötigen. Ein weiterer wichtiger Punkt besteht darin, den Eltern die Freiheit zu geben, sich für eine andere Person des psychologischen Fachpersonals zu entscheiden. Wenn die Psychologin das Gefühl hat, in einem Gespräch etwas nicht gut vermittelt zu haben, so sucht sie das Gespräch mit den Eltern und spricht es offen an (P, 191-221). Nach der Geburt ihres Kindes stehen die Eltern meistens unter Schock, die körperlichen Berührungen sind für die Bindung zum Kind enorm bedeutend, so müssen manche Eltern bei den ersten Berührungen angeleitet und unterstützt werden (P, 318).

„Und das Wichtigste ist mir immer, den Eltern auch zu sagen, ihr Kind hat vielleicht eine Diagnose, aber es ist nicht die Diagnose“ (P, 165-166).

Die Sozialpädagogin erklärt, wie gut es ist, dass es in der täglichen Arbeit mit den Eltern keine Zeitbegrenzung pro Familie gibt. Dies wird von den Elternteilen sehr wertgeschätzt und gerne in Anspruch genommen (S, 52-56). Ängste und Sorgen können in der Arbeit besprochen und nach Möglichkeit abgebaut werden. Eine große Bedeutung wird der Elternstärkung zugeschrieben (S, 111-113).

8.1.3 Auswirkung der Frühgeburt auf die Kinder. Resilienz, Entwicklung und Entwicklungsförderung

Die Expertinnen haben sich zu den Auswirkungen der Frühgeburt auf die Kinder geäußert. Die Ärztin erläutert, dass bei Kindern, die nach der 30. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen mit weit weniger Komplikationen gerechnet werden kann (Ä, 54). Ein schwieriger Punkt ist das Herstellen des Körperkontakts zwischen den Eltern und ihrem Kind, bei reif geborenen Kindern findet das erste Anlegen schon in den ersten 90 Minuten nach der Geburt statt. Bei Frühchen ist dies aufgrund der medizinischen Versorgung und der Instabilität erst

viel später möglich. Oftmals erst am zweiten Tag oder noch später. Aufgrund dessen geht die Ärztin davon aus, dass sich der fehlende Hautkontakt auf die Bindung und das Vertrauen zu Bezugspersonen auswirkt (Ä, 97-117).

„Und für die Kinder, ja natürlich, sie haben weniger Körperkontakt, insgesamt viel weniger Kontakt. Sie spüren die Sorgen der Eltern und ich glaub, was wohl ein schwieriger Punkt ist, sie merken jeden Tag, dass die Eltern gehen“ (Ä, 81-83).

8.1.3.1 Medizinische Behandlungen

In Bezug auf die medizinischen Behandlungen wie Blutabnahmen, Medikamentengabe, Eingriffe und Operationen weist die Ärztin darauf hin, dass Sedierung und Schmerzbekämpfung sehr bedeutend sind. Jedoch gilt es dabei zu bedenken, dass sich die Mittel zur Sedierung auf die unreifen Gehirne der Frühchen auswirken können und die neurologische Entwicklung der Kinder möglicherweise dadurch negativ beeinflusst werden kann. Weiters kann davon ausgegangen werden, dass die schmerzhaften Behandlungen die emotionale Entwicklung des Kindes beeinflussen (Ä, 119- 125). Die Psychologin erläutert, dass bei den Frühchen der gesamte Körper noch unreif ist. Nicht nur das Gehirn, sondern auch die anderen Organe sind noch nicht vollständig ausgereift. Die Behandlung von Symptomen kann möglicherweise die Entwicklung der Organsysteme beeinflussen (P, 250-259).

„Aber natürlich muss man sagen je früher die Kinder auf die Welt kommen, desto höher ist das Risiko für Entwicklungsauffälligkeiten oder Einschränkungen. Es gibt immer wieder Ausnahmen, muss man auch so sagen“ (P, 119-121).

8.1.3.2 Resilienz der Kinder

In Bezug auf die Resilienz der Kinder erlebt die Sozialpädagogin in ihrer Arbeit einen starken Kämpferwillen der Kinder. Sie geht davon aus, dass die Frühchen nicht überlebt hätten, wenn sie nicht so einen starken Willen hätten (S, 98.100). Ebenso beschreibt die Ärztin Frühgeborene als Kämpfer*innen und meint, dass das einen Einfluss auf die Resilienz der Kinder hat (Ä, 133-134). Die Psychologin hingegen meint, dass man in einer so frühen Lebensphase nicht unbedingt von Resilienz sprechen kann (P, 274-275).

8.1.3.3 Entwicklung der Kinder und Entwicklungsförderung

Die allgemeine Entwicklung der Kinder wird von der Ärztin so beschrieben, dass der Fakt, dass die Kinder statt im Bauch der Mutter im Inkubator sind, Einflüsse auf die Motorik und die Entwicklung von Asymmetrien hat. Als Beispiel nennt sie die Asymmetrien des Schädels (Ä, 256-268). In ihrer Arbeit auf der Entwicklungsdiagnostik erklärt die Psychologin, dass sie Schwierigkeiten in der Konzentration und Aufmerksamkeit bei Frühgeborenen beobachtet. Weiteres wirkt sich die Frühgeburt auf die Grob- und die Feinmotorik sowie auf die visuellen Fähigkeiten aus. Wenn beim Frühchen prä- oder postnatale Erkrankungen oder Komplikationen vorkommen wie beispielsweise Hirnblutungen oder Infektionen wie eine Meningitis (Hirnhautentzündung) (P, 237-250).

Der Entwicklungsförderung und verschiedenen Therapien wie der Physiotherapie wird eine große Bedeutung zugeschrieben. Im Unterschied zu reif geborenen Kindern, bei denen kein Eingriff in die motorische Entwicklung nötig ist, brauchen frühgeborene Kinder Unterstützung, um sich motorisch gut entwickeln zu können. Die Ärztin beschreibt in diesem Zusammenhang auch, wie wichtig es ist Eltern anzuleiten und zu unterstützen, wie sie ihre Kinder im Alltag fördern können. Als Beispiel kann das regelmäßige in Bauchlage-bringen genannt werden. Besonders wichtig ist es jedoch, nicht in der Entwicklung des Kindes vorgreifen zu wollen und von den Kindern Fähigkeiten zu erwarten, die lediglich reif geborene Kinder in der entsprechenden Altersspanne beherrschen. In Bezug auf unterschiedliche Förderangebote und Therapien nennt die Ärztin die Physiotherapie und die Ergotherapie, die vor allem bei Kindern mit Konzentrationsschwierigkeiten und Wahrnehmungsstörungen Erfolge verspricht. Weiters wird die Logopädie empfohlen, da sich eine gute Sprachentwicklung auch positiv auf die Interaktion mit anderen auswirken kann. Weiters können durch den Aufenthalt in einer Kinderreha die Therapien intensiviert werden. Als etwas speziellere Therapie kann die Hippotherapie genannt werden, hierbei handelt es sich um eine tiergestützte Therapie durch ein Pferd. Mithilfe dieser Therapie können die Kinder nicht nur eine Verbesserung des Gleichgewichts, der Motorik und der Wahrnehmung erzielen, sondern auch selbstbewusster werden (Ä, 261-292). Die Psychologin erwähnt vor allem die Frühförderung. Diese kann auch zuhause stattfinden. Eltern können Anleitungen bekommen, wie sie ihre Kinder besser fördern können. Das spielerische soll hier im Vordergrund sein. Weiters wird davon ausgegangen: je früher diverse Förderungen und Therapien stattfinden, desto besser sind die Entwicklungschancen (P, 262-267). Dieser Meinung schließt sich die Sozialpädagogin

an, sie ist ebenso der Meinung, dass Entwicklungsverzögerungen durch Frühförderung und entsprechende Therapien ausgeglichen werden können. Ebenso geht sie davon aus, dass ein früher Beginn mit Therapien einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat (S, 93-95).

8.1.4 Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern

Die Frühgeburt des eigenen Kindes hat enorme Auswirkungen auf die Eltern. Die Ärztin erlebt manchmal bei den Eltern eine Ablehnung gegenüber ihrem frühgeborenen Kind, da die Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und dem Kind nicht mit der Realität übereinstimmen. Die Frühgeburt stellt für beide Elternteile eine unglaubliche Belastung dar. Aufgrund dessen findet der Beziehungsaufbau zum Kind unter erschwerten Bedingungen statt (Ä, 72-93). Viele Eltern haben ein schlechtes Gewissen und Schuldgefühle, manche lehnen die Situation komplett ab, weil sie nicht anders mit dieser enormen Belastung umzugehen wissen. Sorgen und Ängste belasten die Eltern oft über Jahre, dies fällt vor allem bei den halbjährigen Kontrollen in der Entwicklungsambulanz auf (Ä, 135-148). Die Psychologin spricht davon, wie wichtig es ist, dass die Eltern immer zu ihrem Kind in das Krankenhaus kommen sollten.

„Seit 2013, da war ich auch beteiligt und bin sehr stolz darauf, haben wir die Besuchszeiten gekippt, weil ich sehe Eltern nicht als Besucher, sondern als Teil davon. In dieser frühen Lebensphase sollte man Eltern und Kinder nicht trennen“ (P, 91-93).

8.1.4.1 Auswirkungen auf die Partnerschaft der Elternteile

Der Stress, dem die Eltern ausgesetzt sind, endet nicht mit der Entlassung des Kindes, sondern wirkt sich auch danach noch auf die Eltern aus. Bedenken und Sorgen der Eltern können am besten abgebaut werden, wenn die Eltern als Teil des Systems betrachtet werden (P, 100-113). Die Beziehung der Elternteile ist durch die Erfahrung der Frühgeburt des eigenen Kindes und des dazugehörigen Stresses ebenso eine Belastung auf der Paarebene. Die Situation stellt für die Eltern eine extreme Herausforderung dar. Die Psychologin erlebt es in ihrer täglichen Arbeit so, dass sich die Elternteile entweder trennen oder die Beziehung noch intensiver wird. Oftmals findet diese Trennung noch während des Aufenthaltes des Kindes auf der Intensivstation oder im Laufe des ersten Lebensjahres des Kindes statt (P, 283-289). Die Sozialpädagogin spricht von einer Überforderung der Eltern, ebenso ist die

Ungewissheit sehr belastend, ob das Kind gesund wird und sich normal entwickeln wird. Die Tragfähigkeit einer Beziehung ist entscheidend, ob die Eltern nach dieser Phase, in der ihr Kind im Krankenhaus ist, wieder zueinander finden, da von einer Entzweiung der Elternteile gesprochen wird (S, 61-79).

„...wie gesagt, eine Frühgeburt betrifft ja nicht nur Mutter Vater Kind, sondern das ganze System rund herum auch“ (P, 139-140).

8.1.4.2 Resilienz

In Bezug auf die Resilienz spricht die Psychologin von sogenannten Life-Events, sie geht davon aus, dass Menschen ab einem Erleben von mehreren negativen Life-Events nicht mehr resilient sind. Die Frühgeburt stellt in diesem Zusammenhang ein massives Life-Event dar (P, 278-281). Ein großer Faktor bei der Überwindung dieser Situation ist das ressourcenorientierte Arbeiten. Im Speziellen kann hier erwähnt werden, dass Eltern ermutigt werden Tätigkeiten oder Hobbies auszuüben, die ihnen früher schon zur Überwindung anderer Lebensphasen geholfen haben (P, 436- 450).

Besonders belastend nehmen Eltern die häufigen Termine und die Fahrten in das Krankenhaus wahr (S, 152-154). In Bezug auf die Gefühlslage der Eltern und wahrgenommene Emotionen erklärt die Psychologin, dass die Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und das Neugeborene sehr emotional sind. In diesem Zusammenhang macht sie deutlich, wie wichtig die Wortwahl im Gespräch mit den Eltern ist, unüberlegte Aussagen können die Eltern sehr treffen (P, 171-173).

8.1.4.3 Auswirkungen auf die Mutter

Auswirkungen und Einflüsse auf die Mutter durch die Frühgeburt sind zum einen das fehlende Ende der Schwangerschaft. Hierbei wird erwähnt, dass viele Frühgeborene schon so früh geboren werden, dass die Mütter gerade erst Bewegungen ihrer Kinder im Mutterleib wahrgenommen haben. Dies hat eine Auswirkung auf die Beziehung zum Kind. Weiteres haben vermehrt die Mütter ein schlechtes Gewissen, dass sie eine Zeit lang jeden Tag alleine ohne ihr Kind nach Hause fahren (Ä, 67-89). Wenn es bei der Mutter schon während der Schwangerschaft Komplikationen gibt, so wirkt sich dieser Stress auf die bestehende Schwangerschaft aus, wird das Kind dann auch noch zu früh geboren, wirkt der Stress noch weiter nach. Erschwerend kommt noch der hormonelle Zustand der Mutter hinzu (P, 156-

178). Weiters wird auch beschrieben, dass die Frühgeburt für die Mutter ein Einschnitt in der Persönlichkeit ist (P, 307-308).

8.1.4.4 Auswirkungen auf den Vater

In Bezug auf den Vater erläutert die Psychologin wie wichtig es ist, sie miteinzubeziehen, da auch diese einen großen Stress verspüren. Die Abwesenheit von Besuchszeiten auf der Neonatologie ermöglicht es Vätern ihre Kinder vor oder nach der Arbeit zu besuchen (P, 100-109). Die Sozialpädagogin erlebt es in ihrer Arbeit bei den Frühen Hilfen so, dass sich Väter ihrer Arbeit widmen und ihren Partnerinnen die Arbeit mit den Frühen Hilfen und diversen Förderungen und Therapien überlassen. Jedoch kann bei den Vätern auch eine große Involviertheit und Betroffenheit erlebt werden (S, 62-75).

Väter haben nach den Erfahrungen der Sozialpädagogin oft Schwierigkeiten sich Hilfe wie beispielsweise in Form einer Psychotherapie zu holen und diese auch anzunehmen (S, 211-213).

8.1.5 Positive Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag der Expertinnen

Alle Expertinnen konnten positive Erfahrungen und Situationen aus der Praxis schildern. Die Ärztin schildert einen Fall, bei dem ein Kind nach dem Autounfall der Mutter per Notsectio in der 24. Schwangerschaftswoche auf die Welt gekommen ist. Bei einer der nachfolgenden Entwicklungskontrollen wurde das Kind gestillt. Da das Stillen motorische und neurologische Fähigkeiten des Kindes voraussetzt kann davon ausgegangen werden, dass das Kind keine neurologischen Schäden erlitten hat (Ä, 151-157). In Bezug auf psychologische und psychotherapeutische Behandlung erläutert die Ärztin, dass dies genauso wichtig ist, wie täglich geführte medizinische Gespräche über den Gesundheitszustand des Kindes (Ä, 223-228). Eine Erfahrung der Psychologin ist, dass die Familien mit Frühchen vom sozialen Umfeld in der herausfordernden Zeit begleitet wurden. Für Eltern, deren Kind im LKH-Graz behandelt wird, die jedoch nicht in Graz oder Graz Umgebung wohnen, macht es Sinn, im Elternhaus von Ronald McDonald zu wohnen.

In Bezug auf Erfahrungen mit dem medizinischen oder pflegerischen Personal wird seitens der Eltern an die Psychologin rückgemeldet, dass neben der fachlichen Kompetenz des medizinischen und pflegerischen Personals auch die Menschlichkeit eine große Rolle spielt (P, 373-386). Die Psychologin empfiehlt, dass Elternteile die oft traumatische Geburt ihres

Kindes aufarbeiten oder auch gemeinsam als Paar psychologische Behandlung in Anspruch nehmen. Dies betrifft vor allem Paare, die sich ein zweites oder noch mehrere Kinder wünschen (P, 479-483). Die Sozialpädagogin erläutert bei ihren Erzählungen aus der Praxis, wie wichtig es ist, Kinder in Therapien und Förderereinheiten zu motivieren, es sei wichtig, alles mit Leidenschaft zu machen. Das Kind muss sich während der Einheiten wohl fühlen und eine gute Bindung zu Therapeut*innen aufbauen können. Weiters spielt es eine wichtige Rolle, dass die Eltern den Therapien positiv zugewandt sind und mitmachen. Übungen sollen so gut es geht mit den Kindern in den Alltag integriert werden. Ihrer Erfahrung nach macht es Sinn Therapien und Förderungen zuhause in Anspruch zu nehmen. Zum einen entfällt so der Stress beim Pendeln wie beispielsweise in das LKH, zum anderen wird oft beobachtet, dass die Kinder sich in vertrauten Umgebungen wohler fühlen und sich das auch positiv auf Therapieziele auswirken kann (S, 128-151).

8.1.6 Umgang mit Erlebnissen und Ausgleich

In Bezug auf den Umgang von Erlebten in der täglichen Arbeit erläutert die Ärztin, dass sie regelmäßig ein Coaching macht. Hierbei spielt der Anspruch an sich selbst eine große Rolle (Ä, 189-192). Die Psychologin macht Supervision, um das Erlebte besser verarbeiten zu können. Privat verbringt sie gerne Zeit in der Natur und in ihrem Garten (P, 400-421). Die Sozialpädagogin macht ebenfalls Supervision, weiters ist auch die Möglichkeit gegeben im Team Fälle zu besprechen und sich dabei auszutauschen. In ihrer Freizeit verbringt sie als Ausgleich viel Zeit mit ihrem Hund und macht Sport (S, 167-170).

8.2 Elterninterviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Elterninterviews aufgezeigt. Die Interviews waren unterschiedlich emotional, jedoch hat man bei allen Interviewpersonen gemerkt, wie sensibel das Thema der Frühgeburt ist und wie es sich auf sie selbst, ihre Partnerschaft zum anderen Elternteil, auf andere Geschwisterkinder und das soziale Umfeld auswirkt. Die Eltern berichten von Sorgen und Ängsten und nennen hilfreiche oder belastende Faktoren, die die herausfordernde Zeit beeinflusst haben.

8.2.1 Familienmitglieder und Geschwisterkinder

M1 und V1 (33-44) erläutern aus welchen Mitgliedern ihre Familie besteht. Die Familie ist recht groß, da beide Eltern mehrere Geschwister haben. Ihre gemeinsame Tochter ist ein Frühchen.

M2 (7-8) erläutert, dass sie aus einer bisherigen Beziehung bereits eine Tochter im Teenageralter hat. Mit ihrem jetzigen Partner hat sie zwei Mädchen, wobei das ältere zu früh auf die Welt gekommen ist. M3 (9-13) erklärt, dass sie zwei Kinder mit ihrem Partner hat, der jüngere kam als Frühchen zur Welt. Es zählen aber auch zwei verstorbene Kinder zur Familie. Es sind zwei Buben, wobei einer noch während der Schwangerschaft verstorben ist und einer in der sechsten Lebenswoche. Der Bub, der zu früh auf die Welt gekommen ist, und der, der in der sechsten Lebenswoche verstorben ist, waren zweieiige Zwillinge. M4 (11-14) erklärt, dass sie mit ihrem Partner einen gemeinsamen Sohn hat, der zu früh auf die Welt gekommen ist. Ihr Partner bringt eine Tochter im Teenageralter mit in die Beziehung. Sie bezeichnet die Tochter als Bonuskind.

8.2.1.1 Geschwister

In Bezug auf die Geschwisterkinder erklärt eine Mutter, dass die Zeit, in der ihre Tochter zu früh auf die Welt kam für ihre ältere Tochter nicht leicht war. Sie erklärt, dass sie viel Zeit bei ihren Großeltern oder ihrer Tante verbracht hat (M2, 42-48). Die Zeit für ihre ältere Tochter beschreibt sie so:

„Sie ist dort zu kurz kommen ja die ganzen Monate. Weil man ist mit den Gedanken immer woanders. Es ist einfach anders“ (M2, Pos. 68-69).

Für eine andere Mutter war es sehr schwer, zu sehen, wie schwer die Situation für ihren älteren Sohn war. Sie meint, dass er in der Zeit auch schon sehr viel mitbekommen hat und allgemein sehr belastet war. Den ersten Zwilling, der Bub, der in der sechsten Lebenswoche verstorben ist, hat ihr älterer Sohn nie gesehen, da er aufgrund der Infektionsgefahr nicht auf die Intensivstation durfte. Um das Erlebte und die dabei entwickelten Verlustängste verarbeiten zu können, war ihr Sohn in psychologischer Betreuung (M3,121-148).

8.2.2 Schwangerschaft und Komplikationen, hilfreiche Faktoren sowie Absehbarkeit und Vorbereitung

Bei der Tochter von M1 und V1 war es so, dass sie bei einer routinemäßigen Untersuchung bei der Gynäkologin zu klein für die Schwangerschaftswoche war. Davor wurde die Schwangerschaft von den Eltern als recht unkompliziert beschrieben, bei diversen Screenings wurden keine Auffälligkeiten verzeichnet (M1 und V1, 56-66). Es kam zu einer mangelhaften Versorgung über die Plazenta, dies lässt sich so erklären, dass bei der Plazenta mehr Gewebe abgestorben, als nachgewachsen ist. Dieses Verhältnis lässt sich über Biomarker bestimmen. Da es für die Mutter gefährlich werden könnte, wurde den Eltern zu einem Abbruch geraten. Für beide Eltern war jedoch klar, dass sie das nicht möchten. Wenn es aufgrund dieses medizinischen Problems mit der Plazenta zu einer Ablösung oder zu einem abrupten Absterben kommt, so kann es bei der Frau zu großem Blutverlust führen (M1 & V1, 101-134). Das Mädchen wurde in der 25. Schwangerschaftswoche mittels Sectio auf die Welt gebracht, sie hatte ein Geburtsgewicht von 300 Gramm.

„Also, wir haben mit sowas nicht rechnet. Also, wir sind mit dem Thema vorher gar nicht in Berührung gekommen. Hatten wir nie gedacht, dass sowas auf uns zutreffen könnte“ (M1, 59-60).

8.2.2.1 Hilfreiche Aspekte

Hilfreiche Aspekte für die Eltern waren allgemein eine positive Einstellung in Bezug auf die Situation, sowie die Hoffnung die Schwangerschaft noch länger halten zu können (M1, 191-193). Des Weiteren hatten die Eltern die Möglichkeit sich die neonatologische Intensivstation anzuschauen. Eine Krankenschwester hat ihnen eine Art Führung gegeben und dabei auch medizinische Instrumente und Materialien näher erklärt, wie beispielsweise was eine Sonde und ein Inkubationsschlauch ist (M1 & V1, 261- 272).

Bei M2 waren die ersten Wochen ebenso unproblematisch. In der 14. oder 15. Schwangerschaftswoche hat sie dann starke Blutungen bekommen und deswegen einige Wochen im Krankenhaus verbracht. Nach einiger Zeit waren die Blutungen so stark, dass sie Blutkonserven erhalten hat. Ebenso hat sie in dieser Zeit Wehenhemmer bekommen. In dieser Zeit beschreibt sie sich als depressiv. In der 23. Schwangerschaftswoche plus vier Tage ist das Mädchen mit einem Gewicht von 540 Gramm auf die Welt gekommen (M2, 12-37). In Bezug auf die Blutungen meint die Mutter:

„Dann muss ich mir echt blöd vorkommen hinzufahren, weil ich nicht gewusst hab wann muss ich hin, wie stark muss es Bluten. Ganz verwirrt war ich“ (M2, 15-16).

Geholfen hat der Mutter in dieser Zeit die Unterstützung ihres Partners. Sie hat ihn in dieser Zeit als große Stütze wahrgenommen. Sonst beschreibt sie die Zeit im Krankenhaus bis zur Geburt als sehr komisch. Sie hat versucht positiv zu denken und ist davon ausgegangen, dass sie die Schwangerschaft noch länger halten kann (M2, 21-35).

Bei M3 war es so, dass die bisherigen Schwangerschaften schon von Komplikationen geprägt waren und es für sie ein Schock war, als sie erfahren hat, dass es Zwillinge werden. Die Schwangerschaft der zweieiigen Zwillinge verlief bis zur 20. Schwangerschaft überraschenderweise problemlos. Bei einem der beiden Zwillinge kam es dann zu einem vorzeitigen Blasensprung. Um einer Infektion und so einer Frühgeburt vorzubeugen, bekam die Mutter ein Antibiotikum. Von einem Arzt wurde sie aufgeklärt, dass eine Frühgeburt im Raum steht und sie sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden kann. Die Mutter und ihr Partner entschieden sich dagegen. Sechs Wochen später bekam die Mutter eine Infektion. Noch in derselben Nacht bekam sie Wehen und die Zwillinge kamen in der 25. Schwangerschaftswoche plus 2 Tagen zur Welt. Zu diesem Zeitpunkt waren auch die Kinder schon von der Infektion infiziert (M3, 22- 33). Geholfen hat ihr in dieser Zeit positives Denken und Hoffnung:

„Es war so Mantra artig und ‚Ja, wir schaffen das‘ und ich war eigentlich immer positiv eingestellt. Und hab mir auch gedacht nein bis jetzt ist es ja gut gegangen, auch das mit dem Gebärmutterhals, aber diesmal habe ich überhaupt keine Probleme. Wir schaffen das. Aber natürlich hat man auch so Einbrüche, wo du dir dann denkst. Ja. Aber der Tag selbst war schon ein Schock für mich, dass es jetzt wirklich so weit ist. Das habe ich nicht wahrhaben wollen. Das war dann schon eher so wie im Film. Du funktionierst. Aber du begreifst das zuerst nicht so richtig“ (M3, 45-50).

Für M4 verlief die Schwangerschaft vorerst ohne Komplikationen. Mit einem Alter von 38 Jahren zählte sie laut den Ärzt*innen als alt gebärend und hatte damit schon erhöhte Risikofaktoren. In der elften Woche hatte sie heftige Blutungen, die sogar zu einem Rettungseinsatz geführt haben. Nach der Abklärung im Krankenhaus gab es jedoch Entwarnung, da es sich dabei nur um ein Hämatom in der Gebärmutter gehandelt hat

(M4, 22-34). Bei einer routinemäßigen Kontrolle und einem Organscreening wurde eine Entwicklungsverzögerung beim Kind festgestellt. Ihr Sohn war zu klein für die Schwangerschaftswoche. Zu genaueren Untersuchungen sollte sie sich einen Termin im LKH ausmachen, um ein CTG schreiben zu lassen. Die Mutter ist trotzdem ohne Termin ins Krankenhaus und hat zu diesem Zeitpunkt auch schon ihre Kliniktasche gepackt. Vorerst war das CTG und der Ultraschall unauffällig. Stunden später verschlechterte sich der Zustand ihres Sohnes rapide, sodass dieser mittels Sectio geholt werden musste (M4, 37-93). Ihr Sohn kam in der 26. Schwangerschaftswoche plus 0 auf die Welt und hatte dabei ein Geburtsgewicht von 552 Gramm (M4, 129-139).

Beruhigend empfand die Mutter während der Schwangerschaft, dass sie sehr darauf geachtet hat, wie häufig und stark sie ihren Sohn im Bauch spürt. Weiters empfand sie es als hilfreich, dass das medizinische und pflegerische Personal während der Sectio ruhig gearbeitet hat, sie berichtet, dass sie sich dadurch gut aufgehoben gefühlt hat. In Bezug auf die Absehbarkeit kann nur gesagt werden, dass die Mutter mit ihrem Instinkt, zu einem routinemäßigen CTG gleich die Kliniktasche mitzunehmen, richtig lag (M4, 120- 124).

8.2.3 Frühgeburt. Die erste Zeit im Krankenhaus und danach

Der V1 erklärt, dass er nicht bei der Geburt dabei sein durfte, weil es zu kritisch war. Dafür war er jedoch der erste, der seine Tochter sehen durfte. Die M1 erläutert, dass ihnen immer wieder gesagt wurde, wie wichtig und entscheidend die ersten 72 Stunden sind. Die Mutter erläutert, dass sie ihre Tochter ein ähnliches Erscheinungsbild wie ein reif geborenes Kind hatte:

„Aber ich habe sie nie als (überlegt lange) entstellt oder was empfunden. Was mich am Anfang so fertig gemacht hat war, dass immer irgendwer an ihr herumgedoktert hat. Immer diese Untersuchungen, immer wieder sind wir rausgeschickt worden“ (M1, 294-296).

Die erste Zeit im Krankenhaus beschreibt die Mutter so, dass sie in dieser Zeit einfach funktioniert hat und sie sich im Schock befunden hat (M2, 105).

Nach der Frühgeburt der Zwillinge sah es laut den Ärzt*innen sehr schlecht aus. Beide Kinder hatten eine Sepsis und viele weitere medizinische Notfälle wie eine Lungenblutung und eine Gehirnblutung. Nach drei Wochen bekam sie ihren ersten Zwilling erstmals auf die Brust gelegt. Dem ersten Zwilling ging es gesundheitlich besser als dem zweiten. Jedoch

änderte sich das eine Woche später, hatte ihr Sohn mit der Lunge und den Nieren große Probleme (M3, 69-85). Sie beschreibt die Situation so:

„Und irgendwann hat man gemerkt er gibt einfach auf. Man hat auch gemerkt, er will gar nicht mehr berührt werden, er hat beim Wickeln schon voll den Stress gehabt. Er hat zuerst auch schon viel gelächelt und dann einfach gar nicht mehr. Und wie er dann wieder intubiert werden müssen. Und er hat dann noch eine Infektion dazu bekommen und das wird dann der ausschlaggebende Grund, dass er es nicht gepackt hat (M3, 86-90).“

Ihr Sohn, der erste Zwilling ist in der sechsten Lebenswoche verstorben. Die Ärzt*innen haben ihr erklärt, dass er sogenannte Sterbeanfälle hat, Phasen, in denen er sich gegen die Beatmung wehrt (M3, 90-96).

„Wir haben von Anfang an gesagt, dass wir kein Kind auf Biegen und Brechen am Leben erhalten, wenn es nicht geht. Ja, und dann haben die Ärzte gesagt es gibt zwei Möglichkeiten entweder warten wir darauf, bis er das nächste Mal macht und dann holen sie nicht zurück oder wir lassen ihn gehen. Wir haben uns dazu entschieden ihn gehen zu lassen. Weil ich gesagt habe ich kann nicht auf diesen Anruf warten, und ich will dabei sein und ihn nicht allein sterben lassen. Es ist keine Entscheidung zwischen Leben und Tod, sondern es ist eine Entscheidung für den Weg, seinen Weg mit ihm zu gehen. Und das war eben ein Satz, der mir hängen geblieben ist und mir sehr geholfen hat“ (M3, 97-104).

M4 beschreibt, dass insbesondere die erste Zeit mit ihrem Sohn im Krankenhaus ein Auf und Ab war, an einem Tag ging es ihm schon relativ gut, am Tag danach wieder schlechter (M4, 212- 215).

8.2.3.1 Tagesablauf

Der typische Tagesablauf für eine Familie sah so aus, dass sie um sechs Uhr in der Früh den ersten Anruf in die Neonatologie tätigten, um zu erfahren, wie die Nacht für ihre Tochter war. Den Eltern war es besonders wichtig, bei jeder Visite dabei zu sein. Die Eltern wechselten sich täglich ab und verbrachten im Schnitt acht bis zehn Stunden im Krankenhaus. Im Nachhinein würden beide Eltern sagen, dass sich die intensive Zeit mit ihrer Tochter positiv auf die Bindung ausgewirkt hat (M1 & V1, 340-426).

„Sie hat geschrien und geschrien, dann habe ich sie genommen und sie war leise. Also sie hat das schon eindeutig gewusst, wer gehört zu mir und wer nicht. Und wer hat mich jeden Tag 7/8 Stunden auf der Hand. Wir waren wirklich viel dort, und ich glaube schon, dass das viel zur Bindung beigetragen haben. Und wenn wir sie nicht draußen gehabt haben, dann habe ich ihr was vorgelesen. Meine Romane! Oder ja Klassik-CDs haben wir ihr vorgespielt. Sagt man ja das soll helfen, Mozart“ (M1, 444-449).

Den Tagesablauf beschreibt eine andere Mutter so, dass ihre ältere Tochter in der Schule war und sie dann bis am Abend bei ihrer jüngeren Tochter auf der neonatologischen Intensivstation war. Wenn Eingriffe oder Operationen anstanden, war sie gemeinsam mit ihrem Partner noch länger im Krankenhaus. In der ersten Zeit zuhause gab es bei dieser Familie einen Schichtdienst, in dem sie sich mit der Medikamentengabe und dem Sondieren abwechselten (M2, 63- 66).

M3 beschreibt ihren Tagesablauf so, dass sie in der Früh ihren älteren Sohn in den Kindergarten gebracht hat und dann auf die Neonatologie gefahren ist, um bei ihren Söhnen/ bei ihrem Sohn zu sein. Ihr Partner ging normal arbeiten. An den Wochenenden war es so, dass ihr älterer Sohn bei den Großeltern war, damit die Eltern ins Krankenhaus fahren könnten (M3, 109-114).

M4 beschreibt den Tagesablauf so, dass sie jeden Tag um die Mittagszeit ins Krankenhaus gefahren ist, um ihren Sohn zu besuchen. In der ersten Zeit hat sie auch relativ viel Zeit damit verbracht, abzupumpen (M4, 138-174).

8.2.3.2 Belastende Faktoren

Als belastend beschreiben die Eltern, dass das zwischenmenschliche des ärztlichen Personals oftmals gefehlt hat. Im selben Zusammenhang erläutern sie aber auch, dass sie fachlich sehr kompetent waren. Da die gemeinsame Tochter während des ersten Lockdowns auf die Welt gekommen ist, verbrachten die Eltern sehr viel Zeit allein. Sie erlebten es auch als Belastung, dass immer nur ein Elternteil zu ihr auf die neonatologische Intensivstation durften. Aufgrund von Corona und der möglichen Infektion war das typische Känguruhen nicht möglich (M1 & V1, 317-362). In Bezug auf medizinische Belastungen beschreibt der Vater folgendes:

„Was auch immer unangenehm war, waren diese ganzen Alarme, die ausgelöst haben, wenn die Sauerstoffsättigung abgefallen ist“ (V1, 450-451).

In zwei Fällen war es auch so, dass ihre gemeinsame Tochter aufgrund von Sauerstoffmangel blau angelaufen ist. Ab diesem Moment wurde ihre Tochter eins zu eins betreut (M1, 454-457). Was für die Eltern zuhause schwierig war, war anfangs einerseits das Wechseln der Sonden und andererseits auch der Druck, den sie von außen verspürt haben, wenn es um das Gewicht ihrer Tochter ging (M1 & V1, 454- 545). Diese Belastungen beschreiben die Eltern so:

„Und da habe ich aber auch oft mit ihr mitgeweint, weil ich mir gedacht habe, was tu ich ihr an. Du schiebst ihr da den Schlauch rein und sie schreit und schreit. Ich denke mir, dass sie mich immer noch mag, weißt du was ich meine. Weil das war wirklich nicht schön“ (M1, 489-491).

Weiters erläutert die Mutter eine kreative Methode, die sie entwickelt haben um sicherzugehen, dass ihre Tochter genug isst und genug zunimmt:

„Wir haben das Latzerl netto gewogen, und dann noch mit Essen, damit wir genau wissen, sie bekam es ein bisschen Mund. Und dann das weiß ich noch, 29 Gramm hat so ein Latzerl gehabt. Am LKH waren sie eh voll stolz auf uns, das ist einmal eine Auswertung“ (M1, 547-549).

M2 spricht davon, dass ihr Kind, solange es im Krankenhaus war, nicht „ihr eigenes“ war, sie empfand ein Entfremdungsgefühl. Weiters hatte sie das Gefühl, nicht wirklich ein Mitspracherecht zu haben. Da ihre Tochter bereits kurz nach ihrer Geburt zwei Operationen hatte, durften sie das erste Mal erst nach drei oder vier Wochen mehr Körperkontakt in Form von Känguruhen haben (M2, 89-95).

„Und das erste Mal Känguru nach 3 bis 4 Wochen, nachdem sie die zweite OP gehabt hat. Wo die eine Schwester gemeint hat, so das machen wir jetzt. Das war das Allerschlimmste. Sie war so klein, alle anderen haben schon kuscheln können und man selbst hat nur blöd geschaut“ (M2, 92-95).

8.2.3.3 Belastende Faktoren Zuhause

Als die Familie mit ihrer Tochter zuhause war, erläutert M2, dass sie große Sorgen hatte, etwas in der medizinischen und pflegerischen Versorgung falsch zu machen. Im selben Zusammenhang erwähnt sie aber auch, dass sie schon bereits im Krankenhaus ein Profi war (M2, 136-162). Als belastend empfand eine andere Mutter, dass sie auch selbst eine Infektion im Bauchraum hatte. Weiters war die Betreuungssituation ihres älteren Sohnes belastend, da sie gewusst hat, ihr Partner kann sich nicht so lange frei nehmen (M3, 32-43). Weiters empfand sie es als belastend, dass sie nie gewusst hat, was sie auf der Neonatologie erwartet (M3, 74-75). Eine andere Mutter empfand das Abpumpen der Muttermilch als sehr anstrengend, den Tag an dem sie entlassen wurde, ihr Sohn jedoch auf der Intensivstation bleiben musste, beschreibt sie als einen der dunkelsten Tage ihres Lebens. Sie beschreibt die ersten Tage als eine Art Ausnahmezustand (M4, 140-151). Weiters empfand sie als belastend, dass sie lange keine Gewissheit gehabt hat, dass ihr Sohn „über den Berg“ ist (M4, 182-185).

8.2.3.4 Hilfreiche Faktoren

Beide Elternteile empfanden es als hilfreich, wenn Ärzt*innen ihnen versuchten alles so gut es geht zu erklären (wie beispielsweise medizinische Eingriffe oder Operationen). Hilfreich war für beide auch, dass sie sich im Vorhinein schon abgesprochen hatten, wann jemand ins Krankenhaus fährt, um die gemeinsame Tochter zu besuchen. Da immer nur ein Elternteil pro Tag auf die Neonatologie durfte, machte jenes Elternteil, das bei der Tochter war viele Fotos und Videos um sie nach dem Besuch dem anderen Elternteil zeigen zu können. Unklarheiten wurden von den Eltern gleich geklärt, entweder bei der nächsten Visite oder telefonisch. Als hilfreich und positiv empfand der Vater seine Kurzarbeit, so hatte er die Möglichkeit an drei bis vier Tagen seine Tochter zu besuchen (M1 & V1, 313-346). Die Mutter berichtet davon, dass sie von mehreren Krankenschwestern animiert wurde, für sich einzustehen und Dinge zu hinterfragen. Sie berichtet auch, dass sie während den wochenlangen täglichen Aufhalten bei ihrer Tochter einige tolle Gespräche geführt hat und auch mit anderen viel gelacht hat:

„Ein Pfleger hat immer gesagt ‚wenns einmal so groß ist, dass sie mit dem Nachbarskater ums Futter raufen kann, dann darf sie heim‘, das hat er immer gesagt. Es war schon hart, aber es waren so viele liebe Leute“ (M1, 475-477).

Weiters empfanden sie es als zielführend, vor der Entlassung Zeit mit ihrer Tochter im sogenannten Mutter-Kind-Zimmer zu verbringen. Dort ist man schon mehr auf sich selbst gestellt und lernt alles, was man zuhause allein macht, wie beispielsweise das Legen der Sonde. Die Eltern beschreiben sich als richtige Profis im Hinblick auf die pflegerischen Tätigkeiten (M1 & V1, 434-486).

Als hilfreicher Faktor wird zudem beschrieben, dass die Schwester der Mutter viel Zeit mit der älteren Tochter verbracht hat. Sie beschreibt ihren Partner als große Stütze. Die psychologische Begleitung empfand die Mutter als sehr unterstützend, insbesondere dann, wenn sie alleine im Krankenhaus war (M2, 66-104). Weiters erzählt die Mutter, dass sie in dieser schweren Zeit auch viel Schönes erlebt hat. Als konkrete Situation nennt sie hier, dass ihre ältere Tochter ihrer jüngeren Tochter noch im Krankenhaus Geschichten vorgelesen hat. Weiters empfand die Mutter es als hilfreich, dass sie gemeinsam mit ihrem Partner, oder auch alleine rund um die Uhr in die Neonatologie durfte und sie nie das Gefühl hatte unerwünscht zu sein. (M2, 170-194).

Für M3 war es hilfreich, sich von ihrem ersten Zwilling verabschieden zu können. Es kam eine Fotografin die Fotos machte, sowie ein Pfarrer, der eine Nottaufe durchführte. Der Mutter haben in dieser Zeit Gedanken geholfen wie, dass sie für ihre Kinder stark sein muss, diese Gedanken haben ihr Kraft gegeben (M3, 104-161). Weiters haben ihr positive Gedanken geholfen sowie die Tatsache, dass ihr älterer Sohn sie braucht (M3, 192-197).

Eine andere Mutter empfand es als hilfreich, eine Aufgabe zu haben, wie zum Beispiel das Abpumpen, um so ihren Sohn in einer Form zu versorgen. Die Mutter bekam bereits ab dem zweiten Tag ihren Sohn auf die Brust gelegt. Diese Momente empfand sie als sehr beruhigend, da sie seinen Atem und seine Wärme spürte (M4, 144-178).

Belastende Faktoren	Hilfreiche / unterstützende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • die fehlenden zwischenmenschlichen und empathischen Fähigkeiten vom medizinischen Personal • Kaum Mitspracherecht bei medizinischen Angelegenheiten • keine oder kaum die Möglichkeit das eigene Kind nach Känguru-Methode zu halten • eigene gesundheitliche oder psychische Probleme (Infektionen, depressive Verstimmungen) • die alleinige Durchführung von medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten (besonders zu Beginn) • Corona bedingte Regeln: nur ein Elternteil pro Tag pro Kind • ständige und andauernde Geräusche und Signale von Geräten • Betreuungssituation von älteren Geschwisterkindern • Großer Druck in Bezug auf das Gewicht des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> • Genaue Erklärungen zu Behandlungen, Eingriffen und Operationen seitens des medizinischen Personals • Klärung von Fragen durch <u>Ärzt*innen</u> • Tägliches Dabeisein bei der Visite • Eine Aufgabe zu haben (wie z.B. das Abpumpen) • Unterstützung durch den Partner sowie Abmachungen zwischen den Elternteilen • Einige Nächte im Mutter-Kind-Zimmer sowie Einschulung zu medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten • Coronabedingte Kurzarbeit und somit gleichmäßige Aufteilung von Besuchstagen der Elternteile • Unterstützung mit Geschwisterkindern durch die Großeltern oder Tanten • Gespräche mit anderen Müttern • Psychologische Betreuung während und nach dem Krankenhausaufenthalt

Tabelle 3: Belastende und hilfreiche Faktoren (eigene Darstellung, 2024)

8.2.3.5 Persönliche Veränderungen durch die Frühgeburt

M1 und V1 erläutern, dass sie nun nicht mehr so spontan sind, wie sie vor der Geburt ihrer Tochter waren. Weiters fügen sie hinzu, dass alles an Leichtigkeit verloren hat (M1 & V1, 711-713). M2 erklärt, dass sie in dieser Zeit viel verdrängt hat und sich einige Freundschaften auseinander lebten, weiters hat sich ihre Sicht auf bestimmte Dinge verändert, einiges, was ihr früher wichtig war, ist ihr jetzt egal. Aufgrund des Monitors, den ihre Tochter zu Beginn noch gebraucht hat waren sie viel zuhause. Sie beschreibt es wie ein Leben in einer eigenen Welt. Aufgrund der Wahrnehmungsstörung ihrer Tochter hat die Mutter von Beginn an gelernt, nicht mehr so viel unter anderen Menschen zu sein. So nahm ihre Tochter Menschenmassen als sehr anstrengend war (M2, 109-126). Bei M3 war es so, dass sie am Beginn in einigen Bereichen vorsichtig war, als sie jedoch mit ihrem Sohn zuhause war, hatte

sie ein Sicherheitsgefühl und wollte ihn daher auch nicht mehr überbehüten (M3, 216- 219). In Bezug auf das Spielen sowie das Zeigen von Zuneigung wie Umarmungen und Küsse vom älteren Bruder meinten Ärzt*innen immer, dass sie sehr vorsichtig sein muss, da der Bruder schon in den Kindergarten geht, die Mutter war jedoch folgender Ansicht:

„Ich habe mir immer gedacht nein, der hat so lange gewartet seinen Bruder zu sehen, hat den anderen verloren. Ich habe ihn gelassen in der Hoffnung, das nichts passieren wird. Dann haben wir einfach versucht, das aufzuholen, was uns am Anfang gefehlt hat“ (M3, 219-222).

M4 erzählt, dass die Frühgeburt ihres Sohnes sehr viel an ihr verändert habe. Als erstes erwähnt sie, dass sie nun kaum mehr Dinge plant und sich nicht mehr lange im Vorhinein auf etwas freuen kann. Als zweites erwähnt sie, dass sie keine bestimmten Vorstellungen mehr hat, wie etwas zu sein hat (M4, 222- 231).

Zusammenfassend haben alle Eltern das Gefühl Leichtigkeit und Spontanität verloren. Freundschaften haben sich entweder verändert oder sind in die Brüche gegangen. Durch verschiedene Gründe wie Wahrnehmungsstörungen bei Menschenmassen, die Abhängigkeit von Geräten die am Stromnetz angeschlossen sein müssen oder persönliche Ängste, Corona-Maßnahmen verbrachten die Eltern viel Zeit Zuhause.

8.2.4 Professionelle Unterstützung, Therapien, Förderungen und Maßnahmen

Unterstützend für die Eltern war zum einen das mobile Kinderpalliativteam vom LKH, da diese mit Anträgen und Formularen geholfen haben. Weiters gab es Unterstützung von Moki, genauer gab es hier die Möglichkeit, dass zwei Krankenschwestern, die die Familie und das Kind schon kannten, zwei Mal die Woche vorbeikamen. In dieser Zeit (pro Besuch zwei bis drei Stunden) haben die Eltern Zeit zu zweit verbracht. Weiters wird die psychologische Begleitung im Krankenhaus als unterstützend genannt. Diese Psychologin wurde einmal auch als Mediatorin eingesetzt, um ein Gespräch mit dem pflegerischen Team zu führen (M1 & V1, 560-603). Eine Mutter erläutert, dass Moki für sie zu teuer war und sie daher auf Mokidi umgestiegen sind, ebenso kam hier eine Krankenschwester zur Entlastung nachhause (M2, 177-180). Das mobile Kinderteam und die Seelsorgerin werden von einer weiteren Mutter als Unterstützung genannt. Hier wurde zu Beginn die Anwesenheit der Seelsorgerin und später die Gespräche als hilfreich empfunden. Ebenso empfindet sie es als positiv, dass

die Seelsorgerin die Mutter auch nach dem Krankenaufenthalt besucht hat (M3, 197-257). Eine Mutter erwähnt, dass sie nicht lange die Möglichkeit hatte Unterstützungsangebote anzunehmen, da wenige Monate nach der Geburt ihres Sohnes, der erste Lockdown begann. Psychologische Betreuung wollte die Mutter nicht annehmen, sie wollte, dass der Fokus auf ihrem Sohn liegt (M4, 291-323).

Zielführende Förderungen und Therapien für das Kind waren Familienentlastung, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie. Den Therapien wird nach wie vor nachgegangen (M1 & V1, 629- 633). Eine Mutter hebt besonders die Physiotherapie als zielführend hervor, da mit bestimmten Massagen und Lageänderungen sowohl die Verkrampfungen der Finger und Hände behandelt als auch eine mögliche Asymmetrieentwicklung des Schädels verhindert werden konnte (M2, 71-74).

„Physio, wo wir halt geschaut haben, dass sie gestärkt wird und den Kopf hebt, da hat sie dann bei gewissen Sachen geschrien. Am Anfang wars komisch für mich, das mitanzuschauen. Es ist mir dann aber auch erklärt worden, dass das anstrengend ist und da auch dabei schreien kann. Sie schafft das. Das weiß man halt vorher nicht“ (M2, 82-86).

Eine Mutter beschreibt die Frühförderung als zielführend. Physiotherapie wurde als sehr hilfreich wahrgenommen. Später kamen auch noch weitere Therapien wie Logopädie und Ergotherapie hinzu (M3, 231-247).

8.2.4.1 Einfluss auf die Entwicklung der Kinder

In Bezug auf den Einfluss auf die Entwicklung erläutern beide Elternteile, dass es wichtig ist, dass sie ihre Therapien weitermachen und „am Ball bleiben“. Es konnten schon viele positive Entwicklungen wie das Gehen und das Sprechen verzeichnet werden (M1 & V1, 676-680). Eine Mutter erklärt, dass sie von der Physiotherapeutin auch angeleitet wurden verschiedene Übungen im Alltag zu integrieren, ebenso hat sie gelernt, wie sie ihre Tochter positionieren kann, damit es zu keiner Asymmetrie kommt. So konnte verhindert werden, dass sie einen Helm für die Verbesserung der Schädelform benötigt. Ein zusätzlicher positiver Faktor während der Physiotherapie war der, dass sich diverse Werte, die auf dem Monitor angezeigt wurden, verbessert haben und sie weniger Sauerstoff benötigt hat (M2, 76-82). Eine andere Mutter beschreibt es so, dass sich durch die Therapien und Förderungen ihr Sohn viel besser entwickelt hat, als ihr zu Beginn prognostiziert wurde.

Zudem erwähnt sie, dass sie täglich Übungen in den Alltag integriert hat und sich das auch positiv auf die Entwicklung ausgewirkt hat (M3, 247-250). Eine Mutter beschreibt es so, dass die Frühförderung einerseits eine Bereicherung für ihren Sohn war und andererseits für sich selbst eine Entlastung darstellte (M4, 288-290).

Eine Mutter beschreibt, dass sie bei der Fülle von Angeboten, Fördermaßnahmen und Therapien lernen musste darauf zu achten, was zu ihrem Sohn und zu ihr selbst passt. Zu Beginn wollte sie jede Empfehlung und jeden Ratschlag umsetzen, hat dann jedoch gemerkt, dass das nicht geht. Weiters erläutert sie, dass es wichtig ist, sich Informationen zu holen und sich gut schon vorab mit verschiedenen Therapien auseinanderzusetzen (M3, 260-276).

8.2.5 Familiäre Unterstützung und das soziale Umfeld

Beide Elternteile kritisieren Aussagen aus dem sozialen Umfeld, bei denen ihre Lage und die Entwicklung ihrer Tochter bagatellisiert wird. Aussagen wie, dass ihre Tochter mit bestimmten Entwicklungsabschnitten einfach spät dran sei oder es ja nichts mache und sie bestimmt alles aufholen wird seien belastend gewesen (M1 & V1, 676-678).

Laut einer Mutter gab es seitens der Familie keine Unterstützung. Bei einem Besuch ihrer Familie, bei der die Tochter noch an einen Monitor angeschlossen war, reagierte die Familie sehr schockiert. Die Mutter meint, dass solche ungewohnten Situationen für viele Personen einfach „zu viel“ ist und dass „soetwas niemand sehen möchte“ (M2, 162-165). Eine andere Mutter beschreibt, dass sie oft mit Vorwürfen von anderen konfrontiert wurde, weil sie etwas nicht so gemacht hat wie es ihr empfohlen wurde (M3, 265-266). Weitere herausfordernde Faktoren waren die Distanzierung zur Familie. Die Mutter beschreibt, dass es bei ihrer eigenen Mutter eine Überforderung mit der Situation gab. Besuche im Krankenhaus waren sehr selten und nur recht schwer möglich, oftmals war es nur ein kurzer Blick durchs Fenster. Sie beschreibt, dass ihr Vater und ihre Geschwister sie nur einmal besucht haben (M4, 302-311).

8.2.5.1 Hilfreiche familiäre Unterstützung

Hilfreiche familiäre Unterstützung beschreiben insbesondere jene Mütter, die schon Kinder hatten. So beschreibt eine Mutter, dass ihre Schwester eine große Hilfe bei der Betreuung ihrer älteren Tochter war. Die Mutter erklärt auch, dass ihre Tochter in dieser Zeit „zu kurz gekommen“ ist und der Fokus auf dem Frühchen lag (M2, 66-69). Eine weitere

Mutter beschreibt, dass ihr älterer Sohn besonders an den Wochenenden viel Zeit bei seinen Großeltern verbracht hat, ebenso haben die Tanten versucht, der Mutter den Sohn abzunehmen (M3, 244-245).

8.2.6 Beziehung und Partnerschaft

Die Mutter erläutert, dass sie sich in Bezug auf Gespräche hauptsächlich mit ihrem Partner ausgetauscht hat. Weiters erklärt sie, dass sie jetzt noch immer häufig über die Zeit sprechen (M1, 574-587). Beiden Eltern hat es geholfen sich abzulenken und Serien zu schauen. Die Mutter beschreibt es so, dass sie sich viel berieseln haben lassen. Heute schätzen es beide sehr, über manche Situationen lachen zu können, im gleichen Zusammenhang erwähnt die Mutter, dass es nie „ein Belächeln der Zeit war“ (M1, 694-696). Der Vater nahm die Zeit bis zur Geburt durch etliche Komplikationen seiner Partnerin so wahr:

„Aber das Schlimmste war für mich die Zeit bis zur Geburt hin. Das vorher war eigentlich das schlimmere. Diese Verantwortung auch, was ihr alles passieren kann, dass ihr da auch was passieren kann“ (V1, 704-706).

Die Mutter, die in vielen Situationen sehr entspannt war und auch immer der Meinung war, dass ihr schon nichts passieren wird, hat so auf die Sorgen und Ängste ihres Partners reagiert:

„Wie ich mich da selbst entlassen habe, hat er eh immer gesagt ‚was ist wenn dir was passiert, ich bin in der Arbeit, was ist wenn du wirklich blutest, umkippst, du stirbst da daheim‘. Da habe ich mir dann echt gedacht, er macht sich wirklich Sorgen um mich“ (M1, 707-709).

Eine weitere Mutter erläutert wie wichtig ihr Partner für sie, besonders in dieser Zeit war. Sie bezeichnet ihn als „richtige Stütze“ (M2, 26-27). Die erste Begegnung, als ihr Partner ihre gemeinsame Tochter im Inkubator gesehen hat, beschreibt sie so:

„Meiner ist schon dort gestanden, und ich habe ihn angeschaut, und er hat so getan ‚Oh mein Kind‘ und da habe ich mich echt noch einmal verliebt in ihn, es war wirklich so boah er tut so, als wäre das so normal. Dabei war da ein Haufen Schläuche, wie ein Vogerl was da liegt. Ich habe sie am Anfang ja nur von weitem gesehen, weil mein Bett dazwischen war. Da kann ich mich noch gut dran erinnern, da habe ich auch gewusst passt, wir machen das, und wir schaffen das“ (M2, 54-59).

Eine Mutter beschreibt, dass während der ersten Zeit die Beziehung in den Hintergrund gerückt ist, da beide Elternteile mit sich selbst und mit den Kindern beschäftigt waren. Sie beschreibt ihre Beziehung als stabil und ist der Meinung, dass die Schicksalsschläge die Elternteile näher zusammengebracht haben. Besonders wichtig war es ihr, den jeweils anderen so zu lassen, wie er oder sie ist und nichts an ihm oder ihr verändern zu wollen (M3, 303-306).

„Und wir haben es aber auch geschafft, dass man den anderen eben so sein lässt wie er ist und ihn so zu nehmen, wie er ist. Das ist okay. Es hat keiner von uns versucht sein Ding auf den anderen zu stülpen. Und wir haben beide unsere Wege damit gefunden, so umzugehen. Und uns dabei trotzdem nicht aus den Augen zu verlieren“ (M3, 304-308).

8.2.6.1 Wahrnehmung der Beziehung

Eine Mutter nahm die Beziehung zu ihrem Partner als sehr fordernd wahr. Ein Grund hierfür war, dass beide Elternteile sehr konträre Ansichten zu einigen Themen hatten, dies hat zu einigen Streitigkeiten und Meinungsverschiedenheiten geführt. Weiters beschreibt sie auch, dass es kurzfristig in der Beziehung turbulent war, jedoch hat es langfristig gesehen die Beziehung gestärkt und die beiden Elternteile näher zusammengeschweißt. Die Mutter erläutert, dass sie sich eine Zeit lang nur auf sich und ihr Sohn konzentriert hat, um so stabil zu bleiben, ihre Beziehung zu ihrem Partner ist so in den Hintergrund gerückt. Seitens der Mutter gab es manchmal Unverständnis, wenn ihr Partner am Wochenende nicht zu seinem Sohn ins Krankenhaus fahren wollte oder konnte. Erst viel später hat sie verstanden, dass er es auf emotionaler Ebene nicht geschafft hat und mit der Situation anders umgegangen ist. Die Mutter hat ihre Gefühle, Emotionen, Sorgen und Ängste ihrem Partner anvertraut (M4, 232-315).

In Bezug auf die Wahrnehmung der Beziehung erläutert eine Mutter, dass sie sich in dieser Zeit noch besser kennengelernt haben. Weiters führt sie aus, dass es keine Emotionen gibt, die vom jeweils anderen noch nicht gesehen wurden. Sie fügt hinzu, dass sie weiß, was sie an ihrem Partner hat. Die Mutter beschreibt, dass sich die Beziehung gefestigt hat (M1, 696-700).

„Es hat sich wirklich gefestigt, ich glaube, wenn du das durchstehst, dann stehst du wirklich alles durch. Da steht man viel durch. Es war schon ein emotionaler Ausnahmezustand“ (M1, 700-701).

Eine Mutter spricht davon, dass es in der Beziehung gut gepasst hat und sie sonst diese Zeit mit ihrer Tochter im Krankenhaus nicht überstanden hätte. Sie spricht davon, dass die Beziehung zu ihrem Partner gestärkt wurde. Wenn sie an die Zeit zurückdenkt, kann sie sich einiges nicht mehr vorstellen und viele Erlebnisse werden auch verdrängt (M2, 107-233).

Wiederum eine andere Mutter erwähnt, dass man während der Krankenhauszeit keine Beziehung im klassischen Sinn hat, da man einfach nur funktioniert und sich in einem Ausnahmezustand befunden hat. Die beschreibt es so, dass sie in dieser Zeit wie gefangen war und sie einfach nur geschaut hat, wie sie diese Phase übersteht. Weiters spricht sie von einer harten Belastungsprobe für die Beziehung, die sie, gemeinsam mit ihrem Partner, gut gemeistert hat. Rückwirkend würde sie sagen, dass diese Zeit sie und ihren Partner sowie die Beziehung sehr geprägt hat, sie hatten keine größeren Streitereien, sondern sind sich in dieser Zeit nähergekommen (M3, 313-328).

Eine Mutter nimmt es aus heutiger Sicht als Zerreißprobe wahr, so unterschiedliche Zugänge als Elternteile zu haben. Sie spricht davon, dass es sie eine Zeit lang voneinander entfernt hat, es aber nie Thema war, dass sie es zusammen nicht schaffen würden. Weiters erklärt sie, dass sie und ihr Partner lange nur nebeneinander gelebt haben und beide darauf geachtet haben, dass es funktioniert. Die Mutter spricht davon, dass es die Beziehung gefestigt hat (M4, 239-276).

8.2.6.2 Abmachungen, Regeln und Rituale

Bei manchen Familien gab es unter den Elternteilen Abmachungen, Regeln, oder Rituale, um mit der Situation besser umgehen zu können. Bei einer Familie war das Ritual, dass sie jeden Tag in der Früh auf die Neonotologie angerufen haben und nachgefragt haben wie die Nacht war und wie es ihrer Tochter geht. Eine Abmachung war neben dem abwechselnden Besuchen im Krankenhaus auch, dass es nicht schlimm ist, wenn der jeweils andere Informationen oder Wissenswertes wie zum Beispiel aus der Visite nicht wiedergeben kann. Die Eltern haben darauf geachtet, dass sie bei Unklarheiten erneut im Krankenhaus anrufen sollen und Fragen telefonisch oder am nächsten Tag geklärt werden können (M1 & V1, 684-686).

Für eine Mutter war es eine Abmachung, die Tochter jeden Tag allein oder zu zweit zu besuchen. Am Wochenende war es eine Abmachung beider Elternteile, dass sie nur so lange im Krankenhaus bleiben, dass sie noch zu zweit, als Paar etwas unternehmen können. Ein Beispiel dafür war gemeinsam essen zu gehen (M2, 202-206).

Ein Ritual für eine Mutter waren tägliche Telefonate mit ihrem Partner, wenn sie gerade im Krankenhaus war. So konnte sie ihren Partner über den Gesundheitszustand ihres Sohnes informieren, weiters konnte sie auch darüber sprechen, wie es ihr geht (M4, 246-249).

8.2.7 Finanzielle Unterstützung. Zugang zu Anträgen und Beihilfen sowie die Antragsstellung

Eine Mutter erläutert, dass man sich viel mit dem Thema der finanziellen Unterstützung auseinandersetzen muss, es kann auch hilfreich sein, wenn es beispielsweise eine Krankenschwester gibt, die einem Tipps gibt und an andere weitervermittelt. Im Konkreten war es so, dass eine Krankenschwester, die auf der Neonatologie gearbeitet hat, später auch zu den Eltern nachhause gekommen ist, um sie in der Pflege ihrer Tochter zu unterstützen und zu entlasten. Zudem hatte die Familie Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe und auf Pflegegeld. In Bezug auf das Pflegegeld erwähnt die Mutter, dass es oft nicht genehmigt wird, weil jeder Säugling gepflegt werden muss. Dies stellt eine Hürde für Eltern dar. Wenn diese Pflege aufgrund einer Frühgeburt jedoch über das übliche Maß hinausgeht, kann man Pflegegeld erhalten. Die Mutter meint, dass man es einfach probieren muss.

Zu dem Thema erläutert die Mutter, dass es für die finanzielle Unterstützung von Bedeutung ist, in welcher Schwangerschaftswoche und mit welchem Geburtsgewicht ein Kind zur Welt kommt (M1, 634-663). Weiters führt sie folgendes aus:

„Wenn du da aber durch den Rost fällst, weil 300 Gramm ist halt extrem, sagen wir, es hat 800 Gramm, dann ist das immer noch winzig, dann bist vielleicht auch nicht so lange dort, dann hat man auch keine Schwester, die dich nachher noch betreut. Und dann steht man wirklich blöd da. Da hat man dann auch nicht das Netz. Und vielleicht braucht man da ja trotzdem auch eine Logopädie oder eine andere Therapie“ (M1, 663-667).

Der Vater erläutert, dass man bei bezahlten Therapien einiges vom Staat zurückbekommt, ebenso lässt sich ein Teil davon bei der Steuer als außergewöhnliche Belastung absetzen. Ein Grund dafür, dass das möglich ist, ist der Erhalt vom Pflegegeld (V1, 717-719). Die Mutter fügt hinzu, dass ihr Partner aufgrund seines abgeschlossenen wirtschaftlichen Studiums und seines Berufes Anträge viel besser lesen und bearbeiten kann als sie (M1, 720-721).

Eine Mutter erläutert, dass sie schon glaubt, dass man einiges an Geld von Therapien und Förderungen zurückbekommt. Sie erklärt aber auch, dass ihr Partner sehr gut verdient und sie keine Anträge für Beihilfen gestellt hat. Die Mutter erwähnt, dass bei ihr das Krankenhaus gute Arbeit geleistet hat und sie über viele Möglichkeiten aufgeklärt hat. In Bezug auf Bescheide und Therapien erklärt sie, dass es viel Arbeit ist alles einzureichen und dabei auch viele Behördenwege anstehen (M2, 237-250). Die unzähligen Anträgen und Beihilfen werden von einer Mutter als „Dschungel“ bezeichnet. Sie erläutert, dass sie vieles auch aus Gesprächen mit anderen erfahren hat sowie einiges im LKH erfahren hat und sonst einfach bei Institutionen angerufen und nachgefragt hat. Die Mutter erläutert, dass man sich alles zusammensuchen muss und es oft nicht leicht ist. Sie selbst hat viele Angebote der „Chance B“ in Angebot genommen und alle Therapien ihres Sohnes dort gemacht. Ein Hauptgrund dafür sei, dass sie so nie etwas vorfinanzieren musste (M3, 239-284). In Bezug auf Informationen und den Zugang zu Anträgen und Beihilfen gibt es bei einer Mutter einen großen Vorteil. Da sie Sozialarbeiterin ist, kennt sie sich gut aus, beschreibt es aber ebenso als Dschungel. Auf den neonatologischen Stationen gab es sogenanntes „Kaffee und Kuchen für Frühcheneltern“, hier hat die Mutter anderen Eltern ihre Hilfe angeboten und sich für sonstige Fragen zur Verfügung gestellt (M4, 349-355).

Die Antragsstellung, um Geld nach Therapieeinheiten zu erhalten wird von einer Mutter als sehr umständlich beschrieben, im gleichen Zusammenhang erwähnt sie jedoch auch, dass es pro Einheit um die 25 Euro sind, die man zurückbekommt. Die Mutter erklärt, dass man einfach einmal einen Antrag stellt und dann wartet, was einem rückgemeldet wird (M1, 636-655). Der Vater erwähnt, dass es im LKH Unterstützung von einer Sozialarbeiterin gegeben hätte, die man in Anspruch nehmen hätte können (V1, 639-640).

Eine Mutter betont die Familienentlastung, da sie bei der Stellung von Anträgen helfen. Gleichzeitig erklärt die Mutter auch, dass man es allein nicht schaffen würde (M2, 142-143).

Die Antragsstellung an sich beschreibt eine Mutter als einen bürokratischen Wahnsinn. Auch die Antragsstellung für die Bewilligung einer Kinderreha war sehr kompliziert. Ebenso musste sie bei ihrer Arbeitsstelle um eine Rehafreistellung ansuchen, während dieser Zeit bekommt man keinen Gehalt, sondern eine sogenannte Pflegekarenz (M3, 275-294).

8.2.8 Entwicklung des Kindes

Die Entwicklung jenes Mädchens, das mit 300 Gramm zur Welt kam, sieht so aus, dass von Ärzt*innen eine globale Entwicklungsverzögerung von einem Jahr festgestellt wurde. Eine globale Entwicklungsverzögerung meint einen Rückstand in der Entwicklung in mehreren Bereichen wie zum Beispiel in diesem Fall kognitiv, sprachlich und motorisch. Die Mutter erwähnt, dass sie schon sehr viel aufgeholt hat und ein gutes Entwicklungspotenzial hat (M1, 732-838).

In Bezug auf die Entwicklung ihrer Tochter erläutert eine Mutter, dass ihre Tochter mit allen Entwicklungsschritten länger braucht als Kinder, die reif geboren wurden. Sie erzählt, dass ihre Tochter Grundlegendes, wie essen und selbstständig atmen, kann. Sie kann gehen und sprechen. Das Mädchen, das heute sechs Jahre alt ist, wird vermutlich noch ein Jahr in den Kindergarten gehen, um besser auf die Schule vorbereitet zu werden und ihre Entwicklung noch weiter voranzutreiben. Die Mutter erklärt, dass ihre Tochter phasenweise Schlafstörungen hat, die nicht nur ihre Tochter, sondern die gesamte Familie beeinträchtigen. Deswegen wird auf die Unterstützung durch die Familienentlastung gesetzt. Ärzt*innen betonen, wie gut sich ihre Tochter, die in der 23.Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen ist, entwickelt. Die Mutter erzählt, dass sie sich oft daran erinnern muss, wie weit und gut sich ihre Tochter schon entwickelt hat, besonders, weil lange Zeit nicht klar war, wie es ihrer Tochter in Zukunft gehen wird (M2, 198-273).

Eine weitere Mutter erzählt ebenso, dass sich ihr Sohn besser entwickelt hat, als es prognostiziert wurde. Motorisch ist ihr Sohn aufgrund einer einseitigen Hemiparese (halbseitigen Lähmung) eingeschränkt, um sein Gangbild zu stabilisieren hat er eine Orthese bekommen. Weiters erläutert die Mutter, dass er für bestimmte Entwicklungsschritte länger Zeit braucht als ein reif geborenes Kind (M3, 331-338).

In Bezug auf den Entwicklungsstand ihres Kindes meint die Mutter, dass sie sehr froh ist, dass ihm nichts fehlt. Sie spricht davon, dass es ein Wunder ist, dass es ihm so gut geht. Ihr Sohn hat zwar spät zu gehen begonnen, dafür aber früher gesprochen. Heute ist ihr Sohn vier Jahre alt und besucht einen Kindergarten (M4, 384-389).

8.2.8.1 Therapien, Förderungen und Unterstützungsangebote

Folgende Therapien, Förderungen und Unterstützungsangebote haben die Eltern wahrgenommen und als positiv und entwicklungsfördernd oder als nicht hilfreich empfunden.

Eine Familie nimmt, seit ihre Tochter ein Jahr alt ist, die Therapie bei einer Sehfrühförderung wahr. Die Mutter erklärt, dass sich durch die Sehfrühförderung schon einiges verbessert hat, ihre Tochter sich sehr gut mit der Therapeutin versteht und dies auch Auswirkungen auf den Therapieerfolg hat. Ebenso bekommt das Kind bis zum heutigen Zeitpunkt Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie (M1, 725-729). Der Vater erwähnt, wie sich der Besuch in einer Kinderkrippe positiv auf die Entwicklung ausgewirkt hat und bezeichnet es als Hauptgrund, dafür, dass es ihrer Tochter heute so gut geht (V1, 735-736). Die zweite Familie hat auch Sehfrühförderung in Anspruch genommen. Ebenso betont die Mutter, dass Physiotherapie und die klassische Frühförderung viel geholfen haben. Die Tochter bekommt nun schon fast sechs Jahre lang Physiotherapie und Frühförderung. Das Kind besucht momentan einen Kindergarten (M2, 182-287). Eine Mutter berichtet davon, dass ihr Sohn im Kindergarten durch eine Sonderkindergartenpädagogin sowie anderes geschultes Personal Logopäde und Physiotherapie erhält. Ergänzend dazu gibt es Ergotherapie (M3, 338-341). Eine Mutter erwähnt bei den Förderungen die Physiotherapie und die Frühförderung. Weiters hat sie mit ihrem Sohn eine Einheit Ergotherapie gemacht, sich aber dann dagegen entschieden. In Bezug auf ihre Entscheidung meint sie, dass ihr Sohn zu diesem Zeitpunkt schon vieles in seiner Entwicklung aufgeholt hat, auch Ärzt*innen meinten, dass sie gerne Ergotherapie machen kann, es aber nicht muss. Die Mutter beschreibt, dass sie froh war, als sie nirgends hingehen musste. Da ihr Sohn einen Flachkopf entwickelt hat, musste er eine Zeit lang einen Helm tragen, sie beschreibt die Kosten für diesen Helm als die größte finanzielle Belastung. In Zukunft möchte die Mutter mit ihrem Sohn auf eine Mutter-Kind-Kur fahren, hierbei werden Themen wie Beziehungsgestaltung, emotionale Herausforderungen und Entwicklungsförder-Möglichkeiten behandelt. Wichtig ist der Mutter neben dem positiven Einfluss auf die Entwicklung ihres Sohnes auch der Aspekt, dass es ihm Spaß macht (M4, 334-399).

8.2.8.1 Positive Zuschreibungen, Charakter und Persönlichkeit

Beide Elternteile beschreiben ihre Tochter als aufgeweckt, empathisch, lebensfroh, lustig und als schüchtern. Ebenso ist sie für jeden Spaß zu haben (M1 & V1, 741-745). Die Persönlichkeit

und den Charakter ihres Kindes beschreibt die Mutter so: extrovertiert und neugierig, aber auch ängstlich, wenn es um bestimmte Situationen mit Menschenansammlungen geht (M2, 289-291). Das erste, was einer Mutter zu ihrem Kind einfällt, ist, dass er ein strahlender Sonnenschein und ein sehr fröhliches Kind ist. Weiters beschreibt sie ihn als sozial und empathisch sowie sehr aktiv und sportlich. Zudem hat er momentan einen großen Drang danach alles selbst zu machen und selbstständig zu werden (M3, 344-350). Eine Mutter beschreibt ihren Sohn als sehr selbstbestimmt und willensstark. Sie erzählt, dass er immer genau weiß, was er will, ebenso beschreibt sie ihn als sehr kuschelbedürftig (M4, 402-415).

8.2.9 Wünsche, Tipps und Ratschläge der Elternteile und der Expertinnen für Eltern mit Frühchen

Zuerst gibt es einige Wünsche, Tipps oder Ratschläge seitens der Expertinnen, auf Grundlage ihrer beruflichen Erfahrungen. Im Anschluss daran geben Elternteile, die selbst ein Frühchen haben, Wünsche und Ratschläge.

- a. Die Ärztin erläutert, dass sie sich für Eltern, die ein Frühchen haben, wünschen würde, dass Eltern die Möglichkeit haben im Krankenhaus zu schlafen. Gleichzeitig erwähnt sie jedoch auch, dass dieser Wunsch, danach bei dem eigenen Kind zu sein, sehr individuell sein kann und es für manche Elternteile auch belastend wäre, immer im Krankenhaus zu sein (Ä, 208-215).
- b. Sie erwähnt, wie wichtig eine psychologische Begleitung während und nach dem Krankenhausaufenthalt ist und wünscht allen Elternteilen, dass sie das Angebot auch annehmen können (Ä, 215-220).
- c. Die Ärztin erläutert wie wichtig finanzielle Unterstützung für die Elternteile ist. Hier erwähnt sie die soziale Benachteiligung jener Familien, die sich keine Therapien leisten können. Eine Lösung hierfür ist das Therapieangebot vom LKH-Graz, das kostenfrei ist (Ä, 225-240).
- d. Grundsätzlich empfindet die Ärztin eine umfassende Information von Therapien, Fördermöglichkeiten und Erklärungen rund um die Antragsstellung als zielführend. Sie erläutert, dass diese Beratung noch vor der Entlassung des Kindes und der Eltern aus dem Krankenhaus stattfinden sollte (Ä, 240-256).

- e. In Bezug auf die Schulreife des Kindes ist die Psychologin der Meinung, dass ein zusätzliches Jahr Kindergarten den Kindern guttut und sich positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirkt (P, 366-368).
- f. Zudem erläutert sie, dass es besonders wichtig ist, das Trauma der Frühgeburt aufzuarbeiten, wenn die Eltern noch weitere Kinder haben möchten. Beratungsangebote rund um die Themen der Förderungen, Therapien und professioneller Unterstützungsangebote sollten niederschwellig angeboten werden (P, 470-488).
- g. Als Tipp gibt die Sozialpädagogin den Eltern mit, Hilfe anzunehmen. Sie erklärt, dass es sehr entlastend sein kann, wenn man eine Unterstützung in Anspruch nimmt. Weiters betont sie, dass Therapieplätze und Plätze in Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen ausgebaut werden sollten, sodass alle Kinder gleiche Chancen haben können (S, 183-199).

Die Psychologin beschreibt, wie wichtig es wäre, dass Eltern, insbesondere Mütter schon bei einem Risiko für eine Frühgeburt betreut, beraten und begleitet werden. Sie wünscht den Eltern bessere finanzielle Unterstützung und eine bessere Ausweitung des frühzeitigen Mutterschutzes. Sie betont die gute Unterstützung durch die Frühen Hilfen, mit denen das LKH-Graz in enger Zusammenarbeit steht, meint aber auch, dass diese auf ein Alter von sechs, statt bisher drei ausgeweitet werden sollte. Sie wünscht den Eltern, dass psychologische Betreuung auch nach dem Krankenhausaufenthalt weitergeführt wird. (P, 347-470).

Wünsche, Tipps und Ratschläge von Elternteilen

- a. Beide Elternteile empfanden es selbst als sehr hilfreich, die Neonatologie-Station im Krankenhaus vorab zu besuchen und von einer Person des pflegerischen/medizinischen Personals einiges erklärt zu bekommen, das wünschen sie auch anderen Eltern, die ein Frühchen erwarten (M1 & V1, 753-757).
- b. Als Tipp geben sie anderen Eltern mit, viele Fragen zu stellen und Unklarheiten nicht offen zu lassen und zur Visite im Krankenhaus zu gehen. Weiters erwähnt die Mutter, dass man bei Flashbacks unbedingt psychologische oder psychotherapeutische Hilfe annehmen soll (M1 & V1, 753-757).

- c. Eine Mutter erläutert in Bezug auf die Paarbeziehung der Elternteile, dass man zusammenhalten soll und Vertrauen darin haben soll, dass es manchmal auch viel positiver ausgeht, als man vielleicht denkt (M2, 307-310).
- d. Eine weitere Mutter spricht vom Vertrauen an sich, die Situation zu meistern und auch davon Vertrauen in die Fähigkeiten des Kindes zu haben. Ebenso sollten Eltern vertrauen darin haben, dass es leichter wird und sie die Phase gut meistern können (M3, 354-361).

„Aber irgendwann, irgendwann wird es dann wieder leichter und die Tage werden wieder heller“ (M3, 360-361).

- e. Eine Mutter wünscht sich sowohl für die Eltern als auch für das Kind, dass in mehreren Bereichen der Blick weg von Defiziten hin zu den Fähigkeiten und Stärken des Kindes gelenkt wird. Sie meint, dass mehr darauf geachtet werden muss, die Individualität jedes einzelnen Frühchen-Kindes sowie deren Eltern zu beachten (M4, 422-434).

9 Analyse und Ergebnisdarstellung der Netzwerkkarten

Die Netzwerkkarten wurden im Anschluss an die durchgeführten Interviews gemeinsam erstellt, dabei wurde seitens der Interviewführerin darauf geachtet, konzentriert zuzuhören, um die Verbindungen zwischen den einzelnen Personen einzeichnen zu können. Manche Eltern haben diese auch schon selbst eingezeichnet und erläutert, wie einzelne Personen mit anderen in Zusammenhang stehen. Als Zeitpunkt, der sich in der Darstellung der Netzwerkkarten wiederfinden soll, wurde von mir „die erste Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt“ genannt. Jedoch war es so, dass jedes Elternteil darunter etwas anderes verstanden hat. Eine konkretere zeitliche Angabe wie beispielsweise „ein halbes Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt“ wäre sinnvoll gewesen.

- M1 zeichnete dreizehn Personen in ihre Netzwerkkarte ein. Gleich neben ihrem Punkt als Ankerpunkt setzte sie ihren Partner. Ebenso zeichnete sie ihre eigene Mama nur wenig entfernt ein- diese war damals zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Tochter bedeutend, ist zum heutigen Zeitpunkt jedoch bereits verstorben. Im Bereich der Freundschaften zeichnet sie zwei gute Freundinnen ein, sowie eine Freundin, die sie aus dem Arbeitskontext kennt. Die vier Frauen kennen sich untereinander und sind auch miteinander befreundet. Weiter entfernt nennt sie eine Bekannte. Im Bereich der professionellen Beziehung nennt sie Ärzte sowie eine Psychologin, die sie während der Zeit im Krankenhaus psychologisch begleitet hat. Es konnte eine Netzwerkdichte von 0,27 berechnet werden. Hier wurde auf zwei Kommastellen gerundet. Für die Berechnung wurde jene Formel berechnet, die sich bei der genaueren Beschreibung der Analyse im Kapitel 7.3.2.) Netzwerkanalyse befindet.

$$n / \{ [N (N-1)] / 2 \} = \text{Netzwerkdichte}$$
$$22 / \{ [13 (13-1)] / 2 \} = 0,27$$

- V1 zeichnete ebenso dreizehn Personen in die Netzwerkkarte ein. Sehr nahe an seinem Ankerpunkt zeichnete der Vater seine Partnerin, also die Mutter der gemeinsamen Tochter ein. Bei dem Bereich der Freund*innen und Bekannten zeichnet er drei gute Freunde ein, mit einem davon pflegt er eine engere Freundschaft als mit den anderen beiden. Grundsätzlich sind sie jedoch eine Freundschaftsgruppe bestehend aus vier Personen. Bei professionellen Beziehungen zeichnet er Ärzt*innen sowie die Psychologin am LKH

ein. Die berechnete Netzwerkdichte des Vaters liegt bei 0,26. Ebenso wurde hier auf zwei Kommastellen gerundet.

$$n / \{ [N (N-1)] / 2 \} = \text{Netzwerkdichte}$$

$$20 / \{ [13 (13-1)] / 2 \} = 0,26$$

Beide Elternteile erläutern, dass diese Darstellung in der Netzwerkkarte die erste Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt darstellt und erst später weitere professionelle Beziehungen durch die Therapien und Förderungen ihrer Tochter hinzugekommen sind.

- M2 hat insgesamt in ihrer Netzwerkkarte zwölf Personen eingezeichnet, am nächsten an sich als Ankerpunkt ihren Partner und ihre ältere Tochter ein. Danach folgen ihre Eltern. Bei dieser Netzwerkanalyse ist auffällig, dass keine näheren Bezugspersonen aus dem beruflichen Kontext genannt werden können, sie spricht lediglich davon, dass ihr Arbeitgeber nach wie vor viel Verständnis dafür hat, wenn sie mit ihrer Tochter zu Therapien oder Terminen muss. Bei den professionellen Beziehungen werden am meisten Personen genannt, nämlich: die Frühförderin, die Ergotherapeutin, eine Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtung, sowie das LKH. In Bezug auf das LKH erklärt die Mutter, dass sie sich mit ihrer Tochter dort gut aufgehoben fühlt. Durch die halbjährlichen Entwicklungskontrollen und das Stellen von Bescheiden hat sie bis heute noch guten Kontakt zum LKH. Die Netzwerkdichte der Mutter beträgt 0,20.

$$n / \{ [N (N-1)] / 2 \} = \text{Netzwerkdichte}$$

$$13 / \{ [12 (12-1)] / 2 \} = 0,20$$

- M3 hat insgesamt 15 Personen in der Netzwerkkarte erwähnt. Am meisten Personen hat sie im familiären Bereich genannt, hier zeichnet sie ganz nahe an sich zum einen ihren Mann, aber auch ihre Eltern und ihre Schwestern. Etwas weiter entfernt finden auch noch die Schwiegereltern Platz. Bei den Freund*innen ist ihre beste Freundin nah an sie gezeichnet, sie war schon in einigen Herausforderungen des Lebens eine große Stütze für sie. An professionellen Beziehungen nennt sie die eine Seelsorgerin aus dem Krankenhaus, Therapeut*innen, den Kinderarzt ihres Sohnes und das LKH. Die berechnete Netzwerkdichte beträgt 0,21.

$$n / \{ [N (N-1)] / 2 \} = \text{Netzwerkdichte}$$
$$22 / \{ [15 (15-1)] / 2 \} = 0,21$$

M4 hat insgesamt 16 Personen in ihre Netzwerkkarte eingezeichnet. Am meisten Personen werden im Bereich der Familie eingezeichnet, hier nennt sie ihr Kind, ihren Partner und ihr Bonuskind, weiters auch ihre Eltern sowie ihre Großeltern. Unter einem Bonuskind versteht man ein Kind, das aus einer vorherigen Beziehung des Partners oder der Partnerin stammt. Bei professionellen Beziehungen nennt sie die Tagesmutter und das LKH-Graz. Im Bereich der Freund*innen nennt sie zum einen ihre beste Freundin, aber auch vier weitere Freundinnen, mit denen sie sich gut versteht und die in herausfordernden Situationen eine Stütze für sie darstellen. Die berechnete Netzwerkdichte beträgt 0,2.

$$n / \{ [N (N-1)] / 2 \} = \text{Netzwerkdichte}$$
$$24 / \{ [16 (16-1)] / 2 \} = 0,2$$

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei der Auswertung von Netzwerkkarten eine Netzwerkdichte von 0,00 bis 1,00 erwartbar ist. In weiterer Folge erwähnt Pantucek-Eisenbacher (2019), dass die durchschnittliche Anzahl der Netzwerkgrößen zwischen sechs und zwanzig liegt. Bei den befragten Elternteilen liegt die Netzwerkgröße zwischen 12 und 16. Daher kann grundsätzlich gesagt werden, dass die Netzwerkgröße im höheren Bereich liegt. In Bezug auf die Netzwerkdichte erläutert Pantucek-Eisenbacher (2019), dass eine Dichte ab 0,5 als hoch eingestuft wird. Die berechneten Werte von Netzwerkkarten der Elternteile liegt zwischen 0,2 und 0,27. Daher kann die Dichte als mittelmäßig beachtet werden, denn ab 0,5 würde man sie laut Pantucek-Eisenbacher (2019) erst als hoch einstufen.

In den Bereichen der Familie und der professionellen Beziehungen wurden von M3 und M2 am meisten Personen eingezeichnet, wohingegen es bei M1, V1 und M4 so war, dass vor allem die Bereiche der Familie sowie Freund*innen und Bekannten ausgefüllt wurden. Bei allen fünf Netzwerkkarten ist es so, dass Personen aus dem beruflichen Kontext eher eine untergeordnete Rolle haben. Lediglich bei einer Person stellt eine Arbeitskollegin auch gleichzeitig eine gute Freundin dar (M1).

10 Diskussion

Alle Kinder der Elternteile fallen laut Müller-Rieckmann (2022) in die Kategorie der sehr frühen Frühgeborenen. Vonderlin (2012) erläutert, dass Säuglinge, die ein geringeres Geburtsgewicht als 1000 Gramm haben, als extreme Frühchen eingestuft werden. Berger (2019) erläutert jedoch, dass selbst bei Kindern, die vor der 27. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen und ein Geburtsgewicht von unter 750 Gramm hatten die Überlebenschancen bei 85 Prozent liegt. Die Frühchen der Eltern aus dieser Stichprobe hatten ein Geburtsgewicht von 300 bis 700 Gramm und wurden zwischen der 23. und der 27. Schwangerschaftswoche geboren. Weiters gab es in der Stichprobe auch zwei Risikoschwangerschaften. Laut Müller-Rieckmann (2022) spricht man von einem erhöhten Risiko während der Schwangerschaft, wenn es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft handelt (wie bei M3) oder wenn das Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft über 35 Jahren beträgt (wie bei M4). Die Ursachen für eine Frühgeburt sind laut der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Geburtshilfe und anderen Kolleg*innen (2022) sehr unterschiedlich, die häufigsten Gründe sind eine Plazentainsuffizienz, Infektionen oder ein vorzeitiger Blasensprung. Eine Plazentainsuffizienz gab es bei M1 und bei M4, ein vorzeitiger Blasensprung und damit eine einhergehende Infektion bei M3. Laut Werner und Smith (1998) stellen Komplikationen während und nach der Geburt sowie Entwicklungsverzögerungen für das Kind einen großen Risikofaktor dar. Beide Faktoren treten in unterschiedlichen Graden bei den Kindern von Eltern der Stichprobe auf.

Bengel (2012) erläutert, dass es in Bezug auf herausfordernde Situationen vier Faktoren gibt, die die Wahrnehmung und Belastung einer Situation beeinflussen können. Legt man diese Faktoren wie Vorhersehbarkeit, Kontrollierbarkeit, Ambiguität und Verursachung auf die Frühgeburt des Kindes um, so lässt sich folgendes feststellen. Bis auf eine Mutter (M4) haben alle Mütter eine längere Zeit im Krankenhaus verbracht. Die Zeit, die sie auf der Station zur Beobachtung des Gesundheitszustands ihres Kindes bis zur Geburt verbracht haben, liegt zwischen zwei (M1) und sechs Wochen (M3). Daher kann schon davon gesprochen werden, dass die Frühgeburt vorhersehbar war. In Bezug auf die Kontrollierbarkeit lässt sich feststellen, dass die Mütter, aber auch der Vater ein Gefühl der Hilflosigkeit wahrgenommen haben. Alle Elternteile sprechen davon, dass man in der Situation nichts anderes tun kann außer positiv, optimistisch und hoffnungsvoll zu denken. Weiters kann von einer hohen Ambiguität gesprochen werden. Mit Ambiguität meint man die Unklarheit darüber, wie eine

Situation oder eine Herausforderung verlaufen wird. Es war für alle Eltern lange Zeit nicht klar, ob ihr Kind, das zu früh auf die Welt gekommen ist „über den Berg“ (M3) ist und sich positiv entwickeln wird. Weiters gab es auch für alle Eltern lange eine Unklarheit, wann die Entlassung ihres Kindes stattfinden wird. Hinsichtlich der Verursachung lässt sich sagen, dass dieser Punkt von den Eltern noch am wenigsten belastend dargestellt wird. Jedoch spricht eine Mutter davon, dass sie sich auch so wie bei jeder anderen Mutter gewünscht hätte, sofort mit ihrem Kind zu kuscheln und es immer bei sich zu haben (M2).

Jotzo (2012) betont, dass eine Frühgeburt eine akute Belastungssituation ist, die von Ängsten, Sorgen und Erschöpfungszuständen beider Elternteile geprägt ist. Ebenso betonen von der Wense und Bindt (2021) dass eine Frühgeburt eine umfassende Auswirkung auf die Elternschaft, aber auch auf die Kindesentwicklung hat. Leipold (2015) erläutert, dass kritische Ereignisse nicht nur ein Individuum betreffen, sondern auch die Familie und sogar den Freundeskreis. Weiters wird erwähnt, dass im Bereich der Familienresilienz soziale Unterstützung sehr wichtig ist. Ein Phänomen, das Gatta und Kolleg*innen (2017) beschreiben, ist, dass Frauen, die ein Frühchen in einer späteren Schwangerschaftswoche zur Welt gebracht haben mit mehr Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld rechnen können als Frauen, die ein sehr frühes Frühchen haben. Diese Annahme konnte nur zu Teilen bestätigt werden. Es hatten alle Frauen ein sehr frühes Frühchen, jedoch fällt auf, dass jene Mütter, die bereits ältere Kinder hatten mehr soziale Unterstützung von ihren Eltern oder ihren Geschwistern erhalten haben (M2, M3), als Mütter, die nur ein Kind haben (M1, M4). In Bezug auf das Frühchen selbst gab es jedoch kaum Unterstützung durch die Familie. Bei einem Kind gab es durch Corona sehr eingeschränkte Kontakte, dass sich sogar beide Elternteile mit den Besuchen täglich abwechseln mussten (M1 & V1). In einem anderen Fall spricht eine Mutter davon, dass ihre Eltern den Anblick ihres Kindes mit den vielen Kabeln und Schläuchen sowie die Geräusche des Monitors nicht aushalten konnten (M2).

In Bezug auf die genannten Resilienzfaktoren von Reichhart und Pusch (2023) lassen sich drei von sechs Faktoren durch die Analyse der Interviews festmachen. Zum einen gilt Optimismus als wertvoller Resilienzfaktor. Alle Elternteile berichten wie oben erwähnt davon, dass sie so gut es ging, optimistisch gedacht haben. Der nächste Resilienzfaktor ist das soziale Netz. Hier lässt sich beobachten, dass jene Mütter, die bereits ältere Kinder haben besser vom sozialen Netz unterstützt wurden als jene, bei denen das Frühchen das erstgeborene Kind war (M2; M3). Regelungen rund um den Corona-Lockdown machten es

schwieriger, die Großeltern oder allgemein das soziale Netz miteinzubinden (M1 & V1). Als weiterer Resilienzfaktor wird die Selbstwirksamkeit genannt. Hier war es für zwei Mütter wichtig und hilfreich zu stillen und abzupumpen, eine Mutter (M1) hat hier auch einen sehr großen Anteil an Milch dem LKH gespendet. Zudem half es den Eltern auch und gab ihnen ein Gefühl von Selbstwirksamkeit, wenn sie bei ihren Kindern im Krankenhaus waren und Zeit mit ihnen verbracht haben. Wustmann Seiler (2021) nennt als Resilienzfaktor eine zuversichtliche und optimistische Lebenseinstellung, das konnte bei allen Elternteilen durch ihre Erzählungen beobachtet werden. Gross-Letzelter (2021) erwähnt hilfreiche Faktoren für Eltern mit Frühchen. Mit als wichtigste Ressource wird der Partner beschrieben, dies kann durch alle Mütter bestätigt werden. Weiters ist es für viele Mütter mit Frühchen hilfreich, psychologisch begleitet zu werden, dies war für M1, M2 und M3 bedeutend. In Bezug auf Telefonate spricht Gross-Letzelter (2021) davon, dass diese entlastend sein können, um Ängste oder Sorgen zu besprechen, dabei aber oft negative Entwicklungen verschwiegen werden. Dies beschreibt V1. Ein weiterer hilfreicher Faktor ist es, einige Nächte auf der sogenannten Mutter-Kind-Station zu verbringen, die Elternteile M1 und V1 haben dieses Angebot in Anspruch genommen und empfanden es als sehr hilfreich und unterstützend. Auch weil sie von pflegerischem Personal eine Einschulung zu jenen Tätigkeiten erhalten haben, die sie zuhause selbstständig durchführen müssen wie beispielsweise das Sondieren.

In Bezug auf den Einfluss der Frühgeburt auf die Kinder lassen sich hier sehr unterschiedliche Auswirkungen beobachten. Gesundheitlich hatten alle Kinder im Krankenhaus Komplikationen wie: Infektionen und Entzündungen (M1 & V1; M3), Hirnblutung (M3), Darmverschluss (M2), Entwicklung einer Asymmetrie des Schädels (M4), Probleme mit dem Stoffwechsel und dem Zuckerhaushalt sowie medikamentös bedingte Wassereinlagerungen (M1 & V1). Weiters gab es diverse notwendige Operationen am Herzen (M1 & V1), an den Augen (M3), an den Leistenhernien (M3) oder die Legung eines Shunts (M3). In Bezug auf soziale Schwierigkeiten kann bei einem Kind eine Schwierigkeit in der Bewältigung von Situationen mit Menschenmassen (M1 & V1) sowie eine frühere Wahrnehmungsstörung (M1 & V1; M2) festgestellt werden.

Alle Elternteile sprechen davon, dass sich ihre Kinder besser entwickelt haben, als von den Prognosen der Ärzt*innen und Therapeut*innen anzunehmen war. In diesem Zusammenhang lässt sich das Modell von Petermann und Schmidt (2006) erwähnen. Dieses Modell beschreibt, dass sich Entwicklungspotenziale und Entwicklungsaufgaben

überschneiden und wurde genauer im Kapitel 2.2.) Resilienz-, Risiko-, und Schutzfaktoren erläutert. In Bezug auf Entwicklungspotenziale können sich Ressourcen- und Schutzfaktoren positiv auswirken und dafür sorgen, dass die Entwicklungspotenziale eines Kindes eröffnet werden. Es kann daher gesagt werden, dass Ressourcen und Schutzfaktoren die Entwicklung eines Kindes positiv beeinflussen können. Wustmann Seiler (2021) beschreibt die Bedeutung der Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen in Bezug auf die Resilienzförderung. Ebenso ist Aichinger (2011) von der Resilienzförderung durch alltägliches Handeln von pädagogischem Fachpersonal überzeugt. Genauso haben es auch drei Elternteile (M1 & V1; M2) wahrgenommen und sehen das Besuchen einer Kinderkrippe, beziehungsweise eines Kindergartens als entwicklungsfördernd an. Sie sind der Meinung, dass sich das Kind dadurch sehr viel positiver entwickelt hat. In diesem Zusammenhang betont Voigt (2021) aber auch die Expertinnen, die für die vorliegende Arbeit interviewt wurden, (Ä; P; S) wie bedeutend eine Früherkennung von Entwicklungsstörungen ist.

Wie zuvor schon von Reichhart und Pusch (2023) erwähnen, ergab eine groß angelegte Längsschnittstudie von Werner und Smith (1998), dass in Bezug auf das soziale Netzwerk Frauen grundsätzlich gesehen besser aufgestellt sind als Männer. In Bezug auf die durchgeführten Netzwerkanalysen und dem Vergleich der Netzwerkdichte von einem Mann (V1) und einer Frau (M1) (die gemeinsam ein Kind haben und in einer Beziehung sind) kann dies nur zum Teil bestätigt werden. Beide Elternteile haben die gleiche Anzahl an Personen in die Netzwerkkarte eingezeichnet, jedoch gibt es bei der Mutter mehr Personen, die in einer Beziehung zueinanderstehen.

Hinsichtlich der Resilienz beschreiben alle Eltern ihre Kinder als Kämpfer*innen, sie beschreiben sie als selbstständig, offen und freundlich. Jene Faktoren werden von Werner und Smith (1998) als positive Charaktereigenschaften beschrieben. Bei den Buben werden Eigenschaften wie aktiv (M3), bei den Mädchen Attribute wie liebevoll (wie bei M1 & V1) und verschmust als positiv angesehen. Alle Kinder haben sich gut entwickelt, drei Kinder (M1 & V1; M2; M3) haben eine Entwicklungsverzögerung. Ein Kind (M2) wird zurückgestuft, um noch ein Jahr in den Kindergarten gehen zu können. Alle vier Kinder haben eine Behinderteneinstufung bekommen.

Essner und Schmidt (2017) sprechen davon, dass die größten Belastungen für Eltern mit frühgeborenen Kindern zum einen Belastungen in der Partnerschaft während der ersten herausfordernden Zeit sind, zum anderen aber auch kaum oder keine soziale Unterstützung

sowie finanzielle Schwierigkeiten. Drei Elternteile sprechen von unterschiedlich starken finanziellen Schwierigkeiten. Eine Mutter (M4) erwähnt den Helm, den ihr Sohn tragen musste, um die Asymmetrie des Schädels auszugleichen als sehr große finanzielle Belastung. Hingegen spricht eine andere Mutter (M2) davon, dass sie durch den guten Jobverdienst ihres Mannes keine finanziellen Sorgen hatte.

Davis und Kolleg*innen (2003) erläutern, dass zu den zwei bedeutenden Schutzfaktoren von Eltern mit Frühchen zum einen die Familie zählt, zum anderen aber auch die Unterstützung von Partner*innen dazuzählt und als sehr bedeutend angesehen wird. Besonders bei Frauen kommt es nach einer Frühgeburt zu enormen Stress und sogar zu depressiven Symptomen oder posttraumatischen Belastungsstörungen. Eine Mutter (M2) berichtet davon, dass sie depressive Symptome hatte. Alle Elternteile betonen wie wichtig der Partner oder die Partnerin in dieser herausfordernden Zeit war. Walsh (2016) erläutert wie wichtig die gegenseitige emotionale Unterstützung während Krisensituationen ist, andernfalls kommt es häufig zu Trennungen der Elternteile. Dies können auch die Expertinnen bestätigen, die Psychologin (P) erzählt, dass es häufig auch noch im Krankenhausaufenthalt der Frühchen zu Trennungen der Eltern kommt. Ebenso hat die Sozialpädagogin (S) in ihrer Arbeit einige Frauen begleitet, die sich von ihren Partnern aufgrund der großen Belastung getrennt haben. In der Stichprobe dieser qualitativen Forschung haben sich keine Elternteile getrennt. Trotzdem betont eine Mutter (M4), dass die Beziehung von Streitigkeiten und Meinungsverschiedenheiten geprägt war, jedoch nie das Thema einer Trennung im Raum stand.

Vonderlin (2012) erläutert, was Eltern, die ein Frühchen haben, schon im Krankenhaus hilft und von ihnen als positiv empfunden wird. Zum einen sollen Eltern in Behandlungsentscheidungen miteinbezogen werden, zum anderen an den Visiten teilnehmen. Weiters ist die offene und ehrliche Kommunikation zwischen dem Fachpersonal und den Eltern bedeutend. Eine Mutter erzählt, dass das Dabeisein bei der Visite zu Beginn sehr belastend für sie war. Mit der Zeit besserte sich das jedoch und für sie war es dann ein fixer Bestandteil ihres Tagesablaufs. Weiters betonen beide Elternteile wie wichtig es ihnen war, bei Unklarheiten nachzufragen (M1 & V1). Die Aufklärungsgespräche seitens des medizinischen Personals erleben Eltern als sehr hilfreich (M1; M2; M4).

10.1 Blick in die Zukunft

In der Analyse und Auswertung der Interviews sowie auch aus den Gesprächen mit den Expertinnen geht hervor, dass die Bürokratie rund um die Antragsstellung für viele Eltern eine Hürde darstellt. Hier kann auch davon ausgegangen werden, dass keine Chancengleichheit gegeben ist. Seitens der Mütter wurden großen finanzielle Belastungen beschrieben. Anträge rund um die Förderungen oder den Zuschuss zu Kosten von Therapien sind oft sehr kompliziert und mit einigen Behördengängen und der Stellung von Bescheiden durch Ärzt*innen verbunden. Es wird als wertvoll erachtet, dass es auf den neonatologischen Stationen am LKH-Graz keine Besuchszeiten mehr für Eltern gibt. Besichtigungen dieser Stationen sowie Beratungs- und Aufklärungsgespräche empfinden die Eltern als sehr hilfreich. Weiters wird die psychologische Betreuung im Krankenhaus als sehr unterstützend und entlastend wahrgenommen, diese sollte, wenn möglich auch nach dem Krankenhausaufenthalt weitergeführt werden. Einige Eltern hätten sich mehr Unterstützung durch ihre Familie gewünscht. Eventuell könnte hier eine Aufklärung rund um medizinische Themen wie das Sondieren und Ähnliches, sowie ausgeweitete Besuchsregelungen auch für Großeltern sinnvoll sein.

11 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Arbeit aufgezeigt hat, welchen enormen Einfluss eine Frühgeburt nicht nur auf das Kind und deren Entwicklung, sondern auch auf die Familie, die Beziehung der Eltern, die Eltern-Kind-Bindung sowie auf persönlicher Ebene bei den Eltern hat. Es konnte gezeigt werden, welche Situationen oder Faktoren von den Eltern als belastend oder hilfreich sowie unterstützend wahrgenommen werden. In Bezug auf die Resilienz lässt sich ebenso einiges feststellen: es haben sich alle Kinder gut entwickelt, drei Kinder haben Entwicklungsverzögerungen. Die Kinder haben sich besser entwickelt, als von den Prognosen der Ärzt*innen auszugehen war. Die Gründe hierfür sehen die Eltern in den Therapien, Förderungsmaßnahmen und im Besuch von Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtungen. Verschiedene Therapien wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie Frühförderung werden als besonders entwicklungsfördernd hervorgehoben. Mokidi, Moki, die Familienentlastung sowie die Frühchen Hilfen können als weitere professionelle Unterstützungssysteme genannt werden.

Bei den Eltern kann ebenso von einer Resilienz gesprochen werden, da sich kein Paar nach dieser herausfordernden Zeit getrennt hat und die Eltern davon sprechen, dass die Überwindung dieser Phase eine Stärkung der Beziehung bedeutete. Weiters erläutern die Eltern auch, dass sie sich in dieser Zeit noch besser und intensiver kennengelernt haben. Einigen Eltern hat es geholfen sich bei bestimmten Themen Abmachungen oder Regeln auszumachen sowie bestimmte Rituale einzuhalten. Weiters konnte auch festgestellt werden, dass sich Eltern von Frühchen unterstützten, eine Mutter half anderen Eltern bei Antragsstellungen, eine andere Mutter spendete ihre Muttermilch und schenkte nicht mehr benötigte Utensilien an andere Eltern weiter. Hier erlebten die Eltern ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Weitere Resilienzfaktoren waren, dass alle Eltern eine optimistische und zuversichtliche Lebenseinstellung hatten, sie zeigten verschiedene Problemlösefähigkeiten wie beispielsweise bei der Kontrolle der verzehrten Kalorien ihrer Kinder. Weiters wurde der Sozialkompetenz, wie der Kommunikationsfähigkeit, Empathie sowie auch dem Humor eine große Bedeutung zugeschrieben. In Bezug auf ihre Kinder gab es von allen Elternteilen positive Zuschreibungen. Die Eltern sind sich sicher, dass sich die täglichen Besuche im Krankenhaus positiv auf die Bindung und Beziehung zu ihren Kindern ausgewirkt haben.

Die Expertinnen sprechen davon, dass sie es in ihrer täglichen Arbeit häufig erleben, dass sich Paare aufgrund der belastenden und emotionalen Situation trennen. Eine psychologische

Begleitung während und auch nach dem Krankenhausaufenthalt lässt sich hier als besonders hilfreich hervorheben. Hinsichtlich der Unterstützung durch Familie konnte festgestellt werden, dass jene Eltern, die bereits Kinder haben besser von Familienmitgliedern oder ihren eigenen Geschwistern unterstützt wurden als jene, die nur ein Fröhchen hatten. Von Seiten der Expertinnen heißt es, dass ein sensibler Umgang mit den Eltern enorm bedeutend ist. Zuallererst sollen Eltern im Krankenhaus nicht als Besucher*innen, sondern als wertvoller Teil der Behandlung gesehen werden. In der täglichen Arbeit sind eine offene und ehrliche Kommunikation sowie eine Achtung bei der Wortwahl sehr wichtig, hier kommt es darauf an, behutsam, sensibel und empathisch zu sein sowie den Eltern auf Augenhöhe zu begegnen.

12 Literaturverzeichnis

- Aichinger, A. (2011). *Resilienzförderung mit Kindern*. VS Verlag.
- Alpha Nova (2024). *Familientlastung*. Alpha Nova. <https://www.alphanova.at/kind-jugend-familie/familientlastung/>
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2024). *Familientlastung*. Verwaltung Steiermark. <https://www.verwaltung.steiermark.at/cms/beitrag/12661673/127384147/>
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung- Heft 43: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://shop.bzga.de/pdf/60643000.pdf>
- Berger, A. (2019). *Neonatologie im Wandel der Zeit*. In: S. Witte (Hrsg.), *Frühchen. Großartige kleine Kämpfer* (S. 36-37). AV+Astoria Druckzentrum.
- Bundeskanzleramt Österreich (2024a). *Erhöhte Familienbeihilfe*. Österreich.gv. https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/familienbeihilfe/Seite.1220330.html#Voraussetzungen
- Bundeskanzleramt Österreich (2024b). *Pflegegeld*. Österreich.gv. https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen_mit_behinderungen/kindheit_und_behinderung/1/Seite.1220320.html
- Bundeskanzleramt Österreich (2024c). *Kindheit und Behinderung*. Österreich.gv. https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen_mit_behinderungen/kindheit_und_behinderung.html
- Bundeskanzleramt Österreich (2023). *Frühförderung*. Österreich.gv. https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen_mit_behinderungen/kindheit_und_behinderung/2/Seite.1220210.html
- Bundesministerium für Finanzen (2024). *Wochengeld*. Österreich.gv. https://www.oesterreich.gv.at/themen/steuern_und_finanzen/wochengeld.html#allgemein
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023). *Was sind Frühe Hilfen?* Frühe Hilfen. <https://www.fruehehilfen.at/de/Fruehe-Hilfen/Was-sind-Fruehe-Hilfen.htm>

- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). *Gesundheitsberufe in Österreich*. BMSGPK.
- Böhme, R. (2019). *Resilienz. Die psychische Widerstandskraft*. Verlag C.H.Beck.
- Caritas Steiermark (2021a). *Caritas Mobile Familien- und Behindertenarbeit*. <https://www.caritas-steiermark.at/hilfe-angebote/familien-frauen/familienleben/familienhilfe>
- Caritas Steiermark (2021b). *Familientlastungsdienst FED. Caritas*. <https://www.alphanova.at/kind-jugend-familie/familientlastung/>
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H. & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73 (2003), S. 61-70, [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(03\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(03)00073-2)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2022). *Leitlinienprogramm. Prävention und Therapie der Frühgeburt*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-025l_S2k_Praevention-Therapie-Fruehgeburt_2022-09.pdf
- Esser, G. & Schmidt, G. (2017). Die Mannheimer Risikokindstudie. *Kindheit und Entwicklung-Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie*, 26(4), 198-202. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000232>
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2021). Resilienz in Familien. In: K. Fröhlich-Gildhoff & M. Rönna-Böse (Hrsg.), *Menschen stärken. Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen* (S. 43-60). Springer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2022). *Resilienz* (6.Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Peraro, C. & Simonelli, A. (2017). *A Psychological Perspective on Preterm Children: The Influence of Contextual Factors on Quality of Family Interactions*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5660765/>

- Gesundheitsportal (2022). *Rehabilitation für Kinder*. Gesundheitsportal. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/kur-reha/kinder-reha.html>
- Gross-Letzelter, M. (2021). *Belastungen und Ressourcen von Frühgeborenen-Eltern während der Corona-Pandemie*. In M. Gross-Letzelter (Hrsg.). *Frühgeborene und ihre Eltern. Forschungsergebnisse von der Geburt bis zur Pubertät mit Praxisanregungen unter Einbezug der Corona-Pandemie*. (S. 107-126). De Gruyter.
- Grotberg, E. (2011). *Anleitung zur Förderung der Resilienz von Kindern - Stärkung des Charakters*. In M. Zander (Hrsg.). *Handbuch Resilienzförderung*. (S. 51-201). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hilfswerk Steiermark (2024). *Mobiler Kinderkrankenpflagedienst Steiermark*. Hilfswerk Steiermark. <https://www.hilfswerk.at/steiermark/pflege-und-betreuung/kinder-und-jugend/mobile-kinderkrankenpflege-mokidi/>
- Heiser, P. (2024). *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. Eine Einführung entlang klassischer Studien*. (2.Aufl.). Springer.
- Hofer, P. (2017). *Krisenbewältigung und Ressourcenentwicklung. Kritische Lebenserfahrungen und ihr Beitrag zur Entwicklung von Persönlichkeit* (2.Aufl.). Springer.
- Jotzo, M. (2012). Eltern Früh- und Risikogeborener. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 365-372). Springer.
- Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark (2024a). *Papamonat und Familienzeitbonus*. Arbeiterkammer. https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/karenz/Papamonat_und_Anrechnung_der_Karenzzeiten.html
- Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark (2024b). *Wochengeld*. Arbeiterkammer. <https://stmk.arbeiterkammer.at/beratung/berufundfamilie/beihilfenundfoerderungen/Wochengeld.html>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA* (2.Aufl.). Springer.
- Kleemann, F., Krähnke, U. & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens* (2.Aufl.). Springer.

- Leipold, B. (2015). *Resilienz im Erwachsenenalter*. Ernst Reinhardt Verlag.
- MOKI Steiermark (2024). *Mobile Kinderkrankenpflege - unser Angebot*. Hilfswerk Österreich. <https://moki-steiermark.at/betreuungsangebot>
- Moster, D., Terje Lie, R. & Markestad, T. (2008). *Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth*. The new England Journal of Medicine, 395(3), <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0706475>
- Müller, T. (2021). *Basiswissen Pädagogik bei Verhaltensstörungen*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Müller- Rieckmann, E. (2022). *Das frühgeborene Kind in seiner Entwicklung (7.Aufl.)*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Pantucek-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. (4.Aufl.)*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pauen, S., Frey, B. & Ganser, L. (2012). *Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren*. In. M. Cierpka (Hrsg.). *Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern (S.21-35)*. Springer.
- Petermann, F. & Schmidt, M. (2006). *Ressourcen - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie*. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (2), 118-127. <http://dx.doi.org/10.1026/0942-5403.15.2.118>
- Praschak, W. (2014). *Das schwerstbehinderte Kind in seiner Familie. Frühgeburtlichkeit und Resilienz*. In. U. Wilken & B. Jeltsch-Schudel (Hrsg.). *Elternarbeit und Behinderung: Empowerment, Inklusion, Wohlbefinden (S. 71-78)*. Kohlhammer Verlag.
- Pretis, M. (2020). *Frühförderung und Frühe Hilfen. Einführung in Theorie und Praxis*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Reichhart, T. & Pusch, C. (2023). *Resilienz - Coaching. Ein Praxismanual zur Unterstützung von Menschen in herausfordernden Zeiten*. Springer.
- Rossmann, P. (2016). *Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters (3.Aufl.)*. Hogrefe.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2023). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne (3.Aufl.)*. Kohlhammer.

- Sabas, N. (2021). *Zerrüttete Beziehungen - Verletzte Kinderseelen. Das Erleben von Trennung und Scheidung der Eltern aus der Perspektive der Kinder*. Springer.
- Sarimski, K. (2021). *Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (2.Aufl.)*. Hogrefe.
- Scharpf, S. (2021). Psychische Belastungen der Eltern. In: M. Gross-Letzelter (Hrsg.), *Frühgeborene und ihre Eltern. Forschungsergebnisse von der Geburt bis zur Pubertät mit Praxisanregungen unter Einbezug der Corona-Pandemie* (S. 9-12). De Gruyter.
- Schäfer, N., Karutz, H. & Schenk, O. (2017). Die Notwendigkeit der psychosozialen Begleitung von Eltern in der Neonatologie. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie*, 221(05), 217-225. <https://doi.org/10.1055/s-0043-110056>
- Sonnenmoser, M. (2016). Resilienz in Familien. Gemeinsam Krisen überwinden. *Deutsches Ärzteblatt*(4), 170.
- Statistik Austria (2022). Nahezu jedes dritte Neugeborene kam 2022 per Kaiserschnitt zur Welt. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2023/07/20230720MedMerkmaleGeburten2022.pdf>
- Stockhaus, X. (2022). *Die Rolle von Vätern im Kontext der Versorgung von Frühgeborenen- eine ethisch-empirische Studie* [Unpublizierte Dissertation]. Georg-August-Universität zu Göttingen.
- Universitätsklinikum Graz (2023). *Klinische Abteilung für Neonatologie*. Universitätsklinikum Graz. <https://www.uniklinikumgraz.at/kinderklinik/neonatologie#c30996>
- Voigt, F. (2021). *Entwicklungsstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter*. Ernst Reinhardt Verlag München.
- Von der Wense, A. & Bindt, C. (2013). *Risikofaktor Frühgeburt. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Beltz.
- Vonderlin, E. (2012). Das frühgeborene Kind: Entwicklungs- und familienorientierte Behandlung. In: M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 354- 363). Springer.

- Walsh, F. (2003). Family resilience: A Framework for Clinical Practice, *Family Process*, 42(1), 1-19. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.2003.42.issue-1>
- Walsh, F. (2016). Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.). *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände (5.Aufl.)*. (S. 45-81). Carl-Auer.
- Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood*. Cornell University Press.
- Werner, E., & Smith, R. (1998). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. Adams, Bannister and Cox.
- Werner, E. (2011). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. In M. Zander (Hrsg.). *Handbuch Resilienzförderung (S.32-46)*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wustmann Seiler, C. (2021). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität (8.Aufl.)*. Cornelsen.

13 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Komplexität von Resilienz und Vulnerabilität (Müller, 2021, S.49).	10
Abbildung 2: Zusammenspiel der Resilienzfaktoren (Reichhart & Pusch, 2023, S. 40).	13
Abbildung 3: Übersicht Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren (Hofer, 2017, S. 52).	14
Abbildung 4: Zusammenspiel von Entwicklungspotenzialen und Entwicklungsaufgaben sowie die Einflussbereiche von Ressourcen, Schutzfaktoren und Risikofaktoren (Petermann & Schmidt, 2006, S. 123).	16
Abbildung 5: Kategorien von Ressourcen (Petermann & Schmidt, 2006, S.122).	17
Abbildung 6: Foto einer Familie aus Kauai (Werner & Smith, 1992, S.188).	22
Abbildung 7: Entwicklungsrisiken (von der Wense & Bindt, 2021, S.150).	31
Abbildung 8: Auswirkungen einer Frühgeburt auf verschiedene Bereiche (Sarismski, 2020, S.15).	34

Abbildung 9: Entwicklungskurven bei Entwicklungsstörungen (Voigt, 2021, S.13).	49
Abbildung 10: optimaler Zeitpunkt für Frühdiagnosen (Voigt, 2021, S.47).	50
Abbildung 11: Die sechs Schritte der fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2024, S.XXII).	68

14 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bezeichnungen für Frühgeburt unter Angabe des Gewichtes und der Schwangerschaftswoche (Vonderlin, 2012, S.355).	28
Tabelle 2: Codesystem aus MAXQDA	72
Tabelle 3: Belastende und hilfreiche Faktoren (eigene Darstellung, 2024)	90

15 Anhang

Interviewleitfragen für die Expert*innen Interviews

1. Danke, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Wie geht es Ihnen heute und wie sind Sie in den Tag gestartet?
2. Bitte erklären Sie kurz Ihren **Ausbildung- sowie Berufsweg!**
3. Wo arbeiten Sie heute und was sind Ihre **Tätigkeitsfelder?**
4. Wie nehmen Sie als Teil des medizinischen/ sozialpädagogischen/ psychologischen Fachpersonals die Frühgeburt eines Kindes wahr?
 - Welchen Einfluss hat die Frühgeburt (in Bezug auf die Resilienz) **auf das Kind?**
 - Welchen Einfluss hat die Frühgeburt eines Kindes auf die **Elternteile?**
 - Gibt es hier **positive Erfahrungen** aus der Praxis, von denen Sie berichten können?
 - Warum glauben Sie, ist dieser Fall so positiv gelungen?
 - Gibt es Faktoren oder Aspekte, die die Situation positiv beeinflusst haben und für die Eltern unterstützend war?
 - Wie gehen Sie mit einer solchen Situation um, was empfinden Sie als hilfreich?
5. Wenn Sie nun einen **Blick in die Zukunft** werfen, was würden Sie sich wünschen/ was bräuchten Eltern von Frühchen, um die Situation besser zu überwinden?
 - Welche Unterstützungssysteme, Maßnahmen, Möglichkeiten können aus Ihren bisherigen Erfahrungen auch so übernommen werden? Welche sollten erhalten bleiben

Interviewleitfragen für die Eltern Interviews

1. Einstieg: Danke, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Wie geht es Ihnen heute und wie sind Sie in den Tag gestartet?
2. Bitte stellen Sie sich, sowie ihr Kind/ ihre Familie kurz vor.
3. **Schwangerschaft:**
 - Wie war die Schwangerschaft für Sie?
 - Gab es Komplikationen?
 - Wenn ja, was hat Ihnen in dieser Zeit geholfen?
 - War es absehbar, dass Ihr Kind zu früh geboren wird?
4. **Nach der Frühgeburt/ Zeit im Krankenhaus:**
 - Wie war die erste Zeit nach der Frühgeburt ihres Kindes für Sie?
 - Versuchen Sie sich an einen typischen Tagesablauf zu erinnern- wie lief der Alltag ab?
 - Welche Faktoren waren in der ersten Zeit besonders belastend/ schwierig?
 - Was hat Ihnen in dieser Phase geholfen?
 - Was hat sich durch die Frühgeburt ihres Kindes verändert?
5. **Professionelle und familiäre Unterstützung:**
 - Gibt es Aspekte, Faktoren, professionelle Unterstützungsangebote, die Ihnen während und nach dem Krankenhausaufenthalt ihres Kindes geholfen haben?
 - Welche Unterstützung war hilfreich und zielführend?
 - Was hätten Sie sich an professionellen Unterstützungsangeboten gewünscht?
 - Welche professionellen Unterstützungsangebote, Therapien, und Maßnahmen empfanden Sie als nicht hilfreich? Woran haben Sie das festgemacht?

6. Beziehung/ Partnerschaft:

- Wie lief das Besuchen Ihres Kindes im Krankenhaus ab?
 - Gab es Abmachungen, Regeln, Rituale...?
- Wie haben Sie die Beziehung während dieser Zeit und auch nach dem Krankenhausaufenthalt wahrgenommen?

7. Finanzielle Unterstützung:

- Gab es finanzielle Unterstützung, Beihilfen, Förderungen?
- Wie erfuhren Sie von Beihilfen/Förderungen?
- Wie leicht/schwer war die Antragsstellung für Sie?

8. Entwicklung des Kindes:

- Bitte geben Sie mir einen kurzen Einblick in die Entwicklung /den Entwicklungsstand ihres Kindes.
 - Welche Förderungen, Maßnahmen, Unterstützungsangebote empfanden Sie als hilfreich für die Entwicklung ihres Kindes?
 - Wie würden Sie ihr Kind heute beschreiben?

9. Wenn Sie nun einen Blick in die Zukunft werfen könnten, was würden Sie sich für andere Familien mit Frühchen wünschen?



Einwilligungserklärung

Zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Liebe Interviewpartnerin! Liebe Interviewpartner!

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschieden haben, an diesem Interview teilzunehmen. Im Rahmen meiner Masterarbeit „Resilienz von Familien mit Frühchen“ für das Studium Sozialpädagogik an der Karl-Franzens-Universität wird ein persönliches Interview geführt, dieses soll zur Beantwortung meiner Forschungsfragen beitragen. Die Leitfragen wurden vorab zugesandt.

Das Interview, welches in mündlicher Form stattfindet, wird aufgezeichnet, anonymisiert, transkribiert (in Schriftform gebracht) und ausgewertet.

Das Interview ist freiwillig, Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen und Ihr Einverständnis für die Aufzeichnung und Niederschrift zurückzuziehen, ohne dass dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

- Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts am _____ (Datum) an dem besagten Interview teilzunehmen.

Unterschrift (Interviewpartner*in)

Unterschrift (Interviewerin)

Kategoriensystem für die Auswertung in MAXQDA

Bezeichnung der Kategorien und Subkategorien	Beschreibung
Kategorien und Codes in Bezug auf die Auswertung der Expertinneninterviews	
- Ausbildungs- und Berufsweg der Expertinnen	Hier sollen die Ausbildungen näher erläutert werden
- Tätigkeitsfelder der Expertinnen	Hier werden die Tätigkeitsfelder und die Aufgabenbereiche genauer beschrieben
- Tagesablauf	Beschreibung des Tagesablaufs im Job, soll Alltag widerspiegeln
- Umgang mit den Eltern	Es wird beschrieben, wie mit den Eltern bestenfalls umgegangen werden soll, was wichtig ist, und worauf zu achten ist
- Wahrnehmung und Einfluss einer Frühgeburt	Die Wahrnehmung der Frühgeburt des Kindes in Bezug auf verschiedene Bereiche
- Soziales Umfeld	Reaktion der Frühgeburt des sozialen Umfeldes wie Familie und Freunde. Umgang mit der Situation
- Einfluss auf die Kinder	Hier wird näher beschrieben, wie die Frühgeburt die Kinder in deren Entwicklung in ihrer Resilienz beeinflusst
- Resilienz	Faktoren, Aspekte und Gegebenheiten, die die Resilienz der Kinder beeinflusst haben oder es noch tun

- Resilienz	Faktoren, Aspekte und Gegebenheiten, die die Resilienz der Kinder beeinflusst haben oder es noch tun
- Allgemeine Entwicklung	Skizzierung der globalen Entwicklung der Frühchen, sowie Erläuterung von Schwierigkeiten und Herausforderungen
- Entwicklungsförderung	Punkte, die die Entwicklung positiv beeinflussen können, Faktoren, die zur Entwicklungsförderung beitragen
- Einfluss auf die Elternteile	Hier wird beschrieben, wie und in welchen Bereichen die Frühgeburt des Kindes einen Einfluss auf die Elternteile hat
- Beziehung der Eltern	Einschätzung der Expertinnen, wie sie die Beziehung der Eltern wahrnehmen und wie sich die Dynamik aufgrund der Frühgeburt des eigenen Kindes verändert hat
- Resilienz	Faktoren, die in Bezug auf die Resilienz genannt werden können
- Gefühlslage und Emotionen	Gefühlslagen und Emotionen die in der täglichen Arbeit mit den Eltern wahrgenommen werden
- Einfluss auf die Mutter	Einfluss der Frühgeburt des eigenen Kindes auf physischer, psychischer, persönlicher und emotionaler Ebene der Mutter
- Einfluss auf den Vater	Einfluss der Frühgeburt des eigenen Kindes auf physischer, psychischer, persönlicher und emotionaler Ebene des Vaters

- Erfahrungen aus der Praxis	Hier werden positive persönliche Erfahrungen aus der täglichen Arbeit erläutert
- Positive Einflüsse	Positive Aspekte, die dazu beitragen, dass sich Kinder, die zu früh geboren wurden, gut entwickeln
- Umgang mit Erlebnissen und Expertinnen	Hilfreiche Faktoren beim Umgang mit dem Erlebten aus dem Beruflichen Kontext, persönliche

Kategorien und Codes in Bezug auf die Auswertung der Elterninterviews

- Familien	Beschreibung der Familie sowie Nähe zu den einzelnen Familienmitgliedern.
- Geschwisterkinder	Anzahl und Alter von Geschwisterkindern, sowie mögliche Beschreibung von Herausforderungen wie z.B. die Betreuungssituation, der Umgang der Kinder mit der Situation
- Schwangerschaft	Wahrnehmung der Schwangerschaft
- Komplikationen	Beschreibung von Komplikationen während der Schwangerschaft
- Hilfreiche Aspekte	Aspekte, die als hilfreich und unterstützend während der Schwangerschaft erlebt wurden
- Absehbarkeit und Vorbereitung	Erklärungen, warum und wann es absehbar war, dass es zu einer Frühgeburt des Kindes kommen wird. Mögliche Vorbereitungen, die getroffen wurden

- Frühgeburt - erste Zeit im Krankenhaus und danach	Wahrnehmung und Beschreibung der ersten Zeit im Krankenhaus sowie die erste Zeit zuhause
- Typischer Tagesablauf	Beschreibung des typischen Tagesablaufs während der Zeit im Krankenhaus und danach
- Belastende Faktoren	Aspekte, Situationen und Gegebenheiten, die von den Eltern als belastend erlebt wurden
- Hilfreiche Faktoren	Aspekte, Situationen und Gegebenheiten, die von den Eltern als hilfreich und förderlich beschrieben wurden
- Persönliche Veränderungen durch die Frühgeburt	Nennung und Beschreibung von persönlichen Veränderungen die es aufgrund der Frühgeburt des Kindes gab
- Professionelle Unterstützung, Therapien und Maßnahmen	Nennung und Erklärungen, wieso sich die Eltern für bestimmte Unterstützungssysteme entschieden haben
- Unterstützung für Eltern	Faktoren, die die Eltern als hilfreich wahrgenommen haben
- Zielführende Förderungen für das Kind	Unterstützung, Therapien und Maßnahmen, die die Eltern als hilfreich und zielführend erlebt haben
- Einfluss auf die Entwicklung	Einschätzung der Mutter/ der Eltern, inwieweit die gesetzten entwicklungs-fördernden Maßnahmen die Entwicklung des Kindes beeinflusst haben.

- Wünsche in Hinblick auf das Angebot	Reflexion der Eltern, was ihnen an Unterstützungsangebote und Leistungen gefehlt hat oder weiter ausgebaut werden sollte
- Familiäre Unterstützung und soziales Umfeld	Familiäre Unterstützung die die Eltern in Anspruch genommen haben, Umgang und Kontakt zum sozialen Umfeld
- Belastende und Herausfordernde Aspekte	Aspekte, in Hinblick auf die Familien oder das soziale Umfeld, die von den Eltern als belastend erlebt wurden
- Hilfreiche familiäre Unterstützung	Unterstützungsangebote seitens der Familie, die von den Eltern als hilfreich angesehen wurde
- Beziehung und Partnerschaft	Allgemeines zur Beziehung/ Partnerschaft der Eltern
- Wahrnehmung der Beziehung	Wahrnehmung der Beziehung während dieser Zeit, sowie mögliche Veränderungen innerhalb der Beziehung durch die Frühgeburt des Kindes
- Regeln, Rituale und Abmachungen	Mögliche Regeln, Rituale oder Abmachungen die in dieser Zeit zum Erhalt und zur Stärkung der Beziehung beigetragen haben
- Finanzielle Unterstützung	Möglichkeiten in Bezug auf die finanzielle Unterstützung, die die Eltern in Anspruch genommen haben

- Information und Zugang zu Anträgen und Beihilfen	Möglichkeiten wie Eltern von Anträgen und Beihilfen erfahren haben
- Antragstellung	Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Antragsstellung sowie mögliche Unterstützung durch andere.
- Entwicklung des Kindes	Entwicklungsstand des Kindes, das zu früh geboren wurde
- Therapien, Förderungen und Unterstützungsangebote	Therapien, Förderungen und Unterstützungsangebote, die sich positiv auf die Entwicklung des Kindes ausgewirkt haben und eine Verbesserung verschiedener Fähigkeiten und Fertigkeiten nach sich gezogen hat
- Charakter und Persönlichkeit	Beschreibung des Charakters und der Persönlichkeit des Kindes durch die Eltern

Kategorien und Codes, die sowohl bei den Expertinnen- als auch bei den Elterninterviews ausgewertet werden

- Wünsche, Tipps und Ratschläge für Eltern mit Frühchen	Wünsche, Tipps und Ratschläge, die aufgrund der Berufserfahrung oder der persönlichen Erlebnisse in Bezug auf Frühchen anderen Eltern mitgegeben werden können
- Zitate	Textpassagen, die als direkte Zitate verwendet werden